



DAS AOK-FORUM FÜR POLITIK, PRAXIS UND WISSENSCHAFT

Spezial 5/2003

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Berliner Gesundheitspreis 2002

Gesundheit

FEHLERVERMEIDUNG
UND SICHERHEITSKULTUR

Qualitätsoffensive in
Medizin und Pflege

Vorstellung der Preisträger

Bundesweiter Innovationswettbewerb der AOK und der Ärztekammer Berlin



Viel gute Laune gab es bei der Preisverleihung des Berliner Gesundheitspreises 2002 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Über 50.000 Euro – verteilt auf sechs Preise – konnten sich die Ausgezeichneten freuen.

BERLINER GESUNDHEITSPREIS 2002

Fehler vermeiden – aber wie?

Projekte zur wirkungsvollen Fehlerprävention in Medizin und Pflege – sie waren beim Berliner Gesundheitspreis 2002 gefragt. Denn Deutschland hinkt beim medizinischen Risikomanagement der internationalen Entwicklung hinterher. Innovative Lösungen sind noch Mangelware.

Wie können Behandlungsfehler in Medizin und Pflege zukünftig besser vermieden werden? Diese Frage stand beim vierten bundesweiten Berliner Gesundheitspreis im Mittelpunkt. Gefragt waren Initiativen, die zukunftsweisende Ansätze zur wirksamen Fehlerprävention bieten. Das Preisgeld von 50.000 Euro hat die Jury schließlich an sechs Projekte vergeben. Doch weshalb haben die AOK Berlin, die Ärztekammer Berlin und der AOK-Bundesverband beim diesjährigen Wettbewerb ein solch brisantes Thema gewählt? Die Initiatoren sehen die große Bedeutung, die die Prävention von Fehlern in Medizin und Pflege für Patienten, Ärzte, Pflegekräfte und Kostenträger hat: Jeder vermiedene Behandlungs- und Pflegefehler erspart dem Patienten Leid, Stress und Sanktionen sowie den Kostenträgern Geld, das an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden kann. Und: Kennzeichen des „Berliner Gesundheitspreises“ ist, dass er Probleme des Gesundheitswesens aufgreift, für die dringend innovative Lösungen benötigt werden. Der Preis soll auch ein Anreiz sein, über bestehende Defizite in der Gesundheitsversorgung nachzudenken und praxistaugliche Modellprojekte zu entwickeln.

In diesem Sinne schreiben die AOK und die Ärztekammer Berlin seit 1995 alle zwei Jahre den Berliner Gesundheitspreis aus. Die große Resonanz auf den ersten Wettbewerb hat die Veranstalter darin bestärkt weiterzumachen, die Kreativität der Menschen im Gesundheitswesen zu nutzen und sie bei der Übertragung innovativer Lösungen in den Versorgungsalltag zu unterstützen.

Fand der erste Gesundheitspreis noch ohne konkreten inhaltlichen Schwerpunkt statt, so gab es 1998 erstmals einen themenbezogenen Wettbewerb. Unter dem Motto „Gesundheitsziele – Strategien für eine bessere Gesundheitsversorgung“ konnte sich

bewerben, wer medizinische Versorgung nach Definition übergeordneter Gesundheitsziele praktizierte oder sich um die Benennung von wegweisenden Gesundheitszielen verdient gemacht hatte. Gesundheitsziele waren damals in der gesundheitspolitischen Diskussion noch ein Randthema. Experten mahnten jedoch schon zu dieser Zeit vermehrt Gesundheitsziele für den deutschen Versorgungsalltag an. Auf besondere Resonanz stieß auch das Wettbewerbsthema im Jahr 2000. Gesucht wurden Modellprojekte, bei denen die Versorgung alter und chronisch kranker Menschen vernetzt erfolgt. Es ging darum, wegweisende Konzepte in diesem in Deutschland leider noch von Koordinationsproblemen geprägten Bereich zu fördern.

Schließlich haben die Initiatoren mit dem „Berliner Gesundheitspreis 2002“ Mut bewiesen, indem sie ein hochbrisantes Thema ausgewählt haben. Behandlungsfehler in Medizin und Pflege sind leider – dies hat der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten betont – immer noch ein Tabu-Thema. Andere Länder zeigen uns, dass Menschen, die eine offene Gesprächskultur pflegen, Fehler besser vermeiden können.

Ich hoffe, dass die prämierten Projekte Nachahmer finden und wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Dr. Hans Jürgen Ahrens
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

KLIMA-WECHSEL

Offene Worte statt angstvollem Schweigen

Eine „Kultur des offenen Umgangs mit Behandlungsfehlern“ fordert der Sachverständigenrat für die Konziertierte Aktion im Gesundheitswesen. Was die Gesundheitsweisen für Deutschland anmahnen, ist in anderen Ländern schon längst verwirklicht: Fehler und Probleme in Medizin und Pflege sind im Alltag kein Tabu mehr. Eine Analyse von Erwin Dehlinger.

Aus diesem Grund haben die AOK und Ärztekammer Berlin als Initiatoren des „Berliner Gesundheitspreises 2002“ das Wettbewerbsthema „Qualitätsoffensive in Medizin und Pflege – Fehlervermeidung und Sicherheitskultur“ gewählt. Sie möchten auf diese Weise die Entwicklung einer Fehler- und Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen voranbringen.

Denn medizinische Behandlungsfehler und Mängel in der Pflege sind in jüngster Zeit stärker in das Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. Aber auch Beinahefehler oder unerwünschte Zwischenfälle im Versorgungsalltag erwecken vermehrt das Interesse von Forschung und Qualitätsmanagement.

Die vorsichtige Kalkulation des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2001 geht von rund 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen aus. Dazu kommen 12.000 nachgewiesene Behandlungsfehler im Jahr in Deutschland. Dabei sind diese Zahlen nach Einschätzung des Sachverständigenrates nur die Spitze des Eisbergs. Exakte Daten fehlen bislang noch. Und die schnelle Beseitigung dieser offenkundigen Qualitätsmängel

ist nicht einfach. So liegen über Ursachen, Ausmaß und Folgen von Fehlern nur unzureichende Erkenntnisse vor. Präventive und wirksame Strategien zur Vermeidung von Behandlungsfehlern sind kaum erprobt. Es fehlen nach Überzeugung aller Experten die Voraussetzungen, um in Deutschland eine Fehler- und Sicherheitskultur zu ent-

Nur in einem Klima der Offenheit und Sanktionsfreiheit ist es möglich, aus eigenen und fremden Fehlern zu lernen. Luftfahrt und andere Hochrisikobereiche leben dies vor.

wickeln: Der Umgang mit Fehlern und Pannen ist vielmehr geprägt von Angst vor negativen Konsequenzen und der Suche nach Schuldigen. Und es mangelt nicht zuletzt auch an Modellprojekten, die Beispiel gebend für die Akteure im Gesundheitswesen sind und zu einer Einstellungsveränderung gegenüber Fehlern in Medizin und Pflege beitragen können.

In anderen Ländern hingegen – beispielsweise in den USA – sind bereits seit langem funktionierende Informations- und Fehlervermeidungssysteme installiert. Sie stellen das Herzstück der

Qualitätssicherung dar. Aber auch in Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt oder der Nuklearindustrie sind effektive Fehlervermeidungsstrategien fest verankert. Diese Strukturen können grundsätzlich als Vorbild für entsprechende Entwicklungen im Gesundheitswesen dienen.

Wesentliche Voraussetzung für ein systematisches Fehlervermeidungs-Management ist zunächst eine „Fehlerkultur“. Der Sachverständigenrat versteht darunter „einen aktiven, präventiv ausgerichteten, vorurteilsfreien Umgang mit Fehlern“. Denn nur in einem Klima der Offenheit und Sanktionsfreiheit ist es möglich – auch dies eine Erkenntnis aus der Luftfahrt und anderen Hochrisikobereichen –, aus eigenen und fremden Fehlern zu lernen.

Besonders in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sollte der Grundsatz „Aus Fehlern lernen!“ auf allen

Ebenen Gültigkeit erlangen. Er betrifft alle Berufs-

gruppen im Gesundheitswesen. Denn „Irren ist (zwar) menschlich“, in Medizin und Pflege aber haben selbst kleine Fehler mitunter schlimme Folgen für Patienten, Ärzte, Pflegekräfte und Kostenträger.

Jeder vermiedene Behandlungs- und Pflegefehler erspart dem Patienten oft schlimmes Leid, Ärzten und Pflegenden psychischen Stress, Schuldgefühle und Sanktionen und nicht zuletzt den Krankenkassen Ausgaben, die im Gesundheitswesen an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden könnten. Doch wo liegen die Ursachen für Fehler

Lesen Sie bitte weiter auf Seite 4

DIE JURY DES BERLINER GESUNDHEITSPREISES 2002

Dr. Marie Eberlein-Gonska, Geschäftsführerin der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG)

Dr. Regina Görner, Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes

Prof. Dr. Martin L. Hansis, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen-Spitzenverbände

Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

Peter Kirch, ehemaliger Vorsitzender des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes

Klaus Kirschner, Mitglied des Deutschen Bundestages und Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheit

Klaus Koch, Freier Wissenschaftsjournalist

Adelheid Kuhlmeier, Mitglied des Sachverständigenrates für die Konziertierte Aktion im Gesundheitswesen

Wolfgang Metschurat, Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Berlin

Gert Nachtigal, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes

Gudrun Schaich-Walch, ehemalige Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit

Prof. Joachim Szecsenyi, Leiter der Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung an der Universitätsklinik Heidelberg und des AQUA-Institutes, Göttingen

Dr. Christian Thomeczek, Geschäftsführender Arzt in der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung

und Pannen in Medizin und Pflege? Meist sind es vielfältige Faktoren, die dazu führen. Dokumentations- und Aufklärungsmängel spielen genauso eine Rolle wie ungenügende Absprachen und Koordination. Unzureichende interne Arbeitsanweisungen und fehlende Leitlinien können Pannen verursachen. Reibungsverluste bei der Übergabe von einer Versorgungsstufe in eine andere oder zu spätes Erkennen und Behandeln von Komplikationen zählen ebenfalls zu den Hauptfehlerquellen. Insgesamt sind – das zeigen Erfahrungs-

gen und bisherige Analysen – organisatorische Defizite verschiedener Art die bedeutendsten fehlerverursachenden Faktoren.

Fehlervermeidung muss bei der umfassenden Suche nach Quellen und Beinahepannen beginnen. Darin sind sich Experten einig. Dabei ist neben den einzelnen Personen, die sich vermeintlich falsch verhalten haben, das gesamte Arbeitsumfeld und seine Bedingungen einzubeziehen. Die systematische Auswertung und Analyse ist wiederum Voraussetzung dafür, Fehlervermeidungs-

und Sicherheitsstrategien zu entwickeln und anzuwenden. Nur mit einem „lernenden System“ kann eine wirklich effektive Fehlerprävention etabliert werden. Bis zur Entwicklung solcher Systeme ist es aber noch ein weiter Weg.

Es wäre zu wünschen, wenn die mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichneten Projekte dazu beitragen, dass im deutschen Gesundheitswesen der Begriff „Fehlerkultur“ kein Fremdwort mehr ist, sondern gelebte Versorgungswirklichkeit wird. ♦

INTERVIEW MIT ULLA SCHMIDT

„Nicht nur den Schuldigen suchen!“

Welchen Beitrag kann die Politik leisten, damit Behandlungsfehler seltener geschehen? Warum wird das Thema von so vielen Beteiligten als brisant empfunden? Über diese und andere Fragen sprach G+G mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt.



Beim Festakt in Berlin: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gratuliert den Preisträgern.

Um Fehlervermeidung in der Gesundheitsversorgung geht es bei dem diesjährigen Berliner Gesundheitspreis. Warum ist das Thema wichtig?

In unserem Gesundheitswesen gibt es große Qualitätsdefizite. Das wissen wir aus zahlreichen Studien und nicht zuletzt durch das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Deshalb ist es von großer Bedeutung, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

Was glauben Sie, warum haben die Initiatoren ein so brisantes Thema ausgewählt?

Bisher mangelt es an einer Fehlerkultur. Zu sehr konzentriert man sich darauf, Schuldige zu suchen und nicht darauf, wie Fehler zu vermeiden sind. Aus Fehlern zu lernen, kann entscheidend zur Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen. Zum Beispiel hat mein Ministerium eine grundlegende Studie zu den Möglichkeiten einer koordinierten

medizinischen Schadensforschung in Auftrag gegeben. Daran sind 30 rechtsmedizinische Institute in Deutschland beteiligt. Damit werden erstmals in einer repräsentativen, flächendeckenden Erhebung medizinische Schadensfälle geprüft, begutachtet und auch ausgewertet. Aus den Ergebnissen der Studie, die Ende des Jahres vorliegen wird, werden wir wichtige Entscheidungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Patientenrechte gewinnen. So hoffen wir

langfristig medizinische Schadensfälle zu verringern und Folgekosten zu vermeiden.

Was kann die Politik tun, um in Deutschland eine Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung voranzubringen?

Unsere wesentlichen Ziele für eine konsequente und umfassende Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens sind darauf ausgerichtet, die Versorgungsqualität zu erhöhen, indem wir zum einen die Zusammenarbeit und Koordinierung der verschiedenen Versorgungsebenen verbessern. Auch fördern wir Formen der integrierten Versorgung und setzen uns für mehr Transparenz bei Angeboten und Leistungen ein. Vor allem aber geht es uns um die Stärkung der Patientinnen und Patienten. Dies alles wird insgesamt zu mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung führen. Generell gilt, dass die Politik diese Rahmenbedingungen so gestalten muss, dass eine Sicherheitskultur entstehen kann. Die Etablierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die stationäre Versorgung im Fallpauschalengesetz und die Einführung der qualitätsgesicherten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme) sind auch Bausteine für eine Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung Deutschlands. ♦

INTERVIEW MIT PROFESSOR MATTHIAS SCHRAPPE

„Zur großen Katastrophe führen viele kleine Pannen“

Was können Medizin und Pflege von Flugzeugherstellern und Atomstrom-Erzeugern lernen? Zum Beispiel, wie sich kleine Fehler schon frühzeitig entdecken lassen und so möglichst nicht zu gravierenden Schäden führen. Professor Matthias Schrappe, Präsident der Qualitätsmanagement Gesellschaft im Gesundheitswesen (GQMG), über Wege aus der Fehlerfalle.

Im Ausland sind schon seit längerer Zeit Systeme zur Vermeidung von Behandlungsfehlern fest verankert. Wie weit ist Deutschland bei der Entwicklung einer vergleichbaren Sicherheitskultur?

Deutschland steht noch am Anfang, insbesondere im Vergleich zu den USA, anderen angloamerikanischen Ländern oder auch der Schweiz. Das Thema erhält in der letzten Zeit jedoch mehr Aufmerksamkeit, die Berichterstattung wird differenzierter. Die Gesellschaft für Qualitätsmanagement (GQMG) beispielsweise wird ihre Jahrestagung 2004 ganz diesem Thema widmen.

Welche Bedeutung kommt den Beinahefehlern zu?

Das Verständnis der Beinahefehler ist besonders wichtig, um tatsächliche Fehler besser vermeiden zu können. Denn oft sind es Ketten von Beinahefehlern, die zu einem Schaden führen. Zu Beginn sind es nur einfache Dinge, die nicht adäquat gehandhabt werden. Es fehlt etwa eine Unterschrift, oder eine notwendige Rückfrage findet nicht statt. Normalerweise werden aber solche Versäumnisse von den nächsten Schritten in der Behandlung wieder „gutgemacht“. In seltenen Fällen schließt sich jedoch ein weiterer Beinahefehler an, der aber auch noch keinen Schaden provoziert. Erst wenn mehrere dieser fehlerhaften Schritte hintereinander vorkommen, geschieht die Katastrophe: Es kommt ein Patient zu Schaden. Der Schlüssel zum besseren Verhindern von Fehlern liegt nun darin, früh im Ablauf bereits diese an sich so harmlosen Beinahefehler zu vermeiden, damit die Fehlerkette gar nicht erst in Gang kommt. Die

Diskussion dieser Beinahefehler ist sehr wichtig und glücklicherweise für das medizinische Personal nicht so angstbesetzt wie das Gespräch über einen bereits erfolgten Schaden.

Kennen wir bei den medizinischen Fehlern nur die Spitze des Eisbergs?

Ist ein Patient zu Schaden gekommen, oder muss sich ein Arzt oder Pfleger gerichtlich verantworten, so werden wir erst zu diesem Zeitpunkt aufmerksam. Dann sehen wir die Spitze des Eisbergs. Die vielen vorausgegangenen Beinahefehler schwimmen sozusagen noch unter Wasser und sind leider nicht sichtbar. Besser wäre es, die Beinahefehler an die Oberfläche zu holen. Das heißt: Es muss bereits zu einem Zeitpunkt über Fehler diskutiert werden, wenn noch nichts passiert ist, aber Beinahefehler zu beobachten waren. Dies setzt allerdings ein offenes Gesprächsklima im jeweiligen Krankenhaus oder der einzelnen Pflegeeinrichtung voraus. Ist dies nicht der Fall und gilt die Devise: „Hier geht nichts schief“, können Fehler und Schäden schlechter verhindert werden.

Welche Maßnahmen sind notwendig, damit Fehler besser vermieden werden können?

Im Rahmen des für Kliniken gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmanagements sollte mehr auf Patientensicherheit und Risiko-Management geachtet werden. Hier könnte der Gesetzgeber Vorgaben machen. Im Ausland gibt es Einrichtungen, die Fehler und Schäden erfassen. Es stellt sich die Frage, ob eine Meldepflicht sinnvoll ist. Am wichtigsten erscheint mir, dass beispielsweise die Krankenhäuser ler-

nen, offen mit Fehlern umzugehen, die Ursachen zu diskutieren und Fehlervermeidungsprogramme einzuführen.

Welche finanziellen Auswirkungen kann ein fehlendes Risikomanagement nach sich ziehen?

Heute können Ärzte und Kliniken kaum noch eine Berufs-Haftpflichtversicherung abschließen, wenn sie nicht erkennen lassen, dass sie sich mit Risikomanagement befasst haben. Doch nicht nur aus diesem Grund sind Fehlervermeidungs-Strategien unverzichtbar. Ein Schaden aufgrund eines Behandlungsfehlers kann in den heutigen Zeiten sogar die Existenz eines Krankenhauses gefährden.

Welche Strategien zur Fehlerprävention kann die Medizin aus anderen Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt oder der Nuklearindustrie übernehmen?

Diese Bereiche haben Fehlervermeidungsstrategien in den letzten Jahrzehnten entwickelt. Hier hat sich gezeigt, dass es die Verkettung von Beinahefehlern ist, die zur Katastrophe führen kann. Nun gibt es hier Fehlervermeidungsstrategien, die bereits früh in die Fehlerkette eingreifen. Es ist kein Zufall, dass viele Krankenhäuser ihr Pflegepersonal oder Ärzte in ein Luftfahrtunternehmen schicken, damit sie dort Risikomanagement erlernen. ♦

ZUR PERSON



Professor Dr. med. Matthias Schrappe, 48, studierte Medizin an der Universität Köln und habilitierte 1990 über ein Thema aus dem Bereich HIV-Infektion und AIDS. Ab 1995 arbeitete er als außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität Köln und absolvierte eine Ausbildung zum Hämatologen/ Onkologen und Gastroenterologen. Es folgte ein längerer Aufenthalt an der IOWA University Hospital Clinics, bei dem er sich schwerpunktmäßig mit Fragen der klinischen Infektiologie und Epidemiologie sowie des Qualitätsmanagements befasste. Seit Februar 2001 steht er der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (GQMG) als ehrenamtlicher Präsident vor. Seit Januar 2002 ist er ärztlicher Direktor am Klinikum der Philipps-Universität Marburg.

RISIKOMANAGEMENT IN DER HAUSARZTPRAXIS

Fehlerfest und fehlermündig

Hausärzte behandeln zwar die meisten Patienten. Doch bisher hat die Wissenschaft dem Alltag in den Praxen kaum Beachtung geschenkt, wenn es um die Vermeidung von Fehlern geht. Ein Projekt der Uniklinik Kiel will das ändern.

Ein Risikomanagement für die Hausarztpraxis – das möchten Wissenschaftler des Instituts für Allgemeinmedizin der Kieler Universität unter der Leitung von Professor Dr. Ferdinand Gerlach entwickeln. Bei diesem ambitionierten Forschungsprojekt steht erstmals in Deutschland – und in Kooperation mit sechs weiteren Ländern auch international – der Versorgungsbereich im Vordergrund, in dem die meisten Patienten betreut werden. Noch ist die Datenlage zum Auftreten medizinischer Fehler im Bereich der Hausarztpraxis mangelhaft. Auch können Erkenntnisse des Klinikbereichs nicht ohne weiteres auf die Allgemeinpraxis übertragen werden. Deshalb hat das Kieler Institut für Allgemeinmedizin mehrere Studien aufgelegt, die die Situation der allgemeinärztlichen Praxen unter Alltagsbedingungen intensiv beleuchten und den Datenmangel beheben sollen. Ziel ist, das Risikomanagement flächendeckend in den allgemeinärztlichen Praxen zu etablieren.

Daten über kritische Zwischenfälle sammeln: Zu Beginn des groß angelegten Projektes „Fehlermanagement in der Hausarztpraxis“ haben sich die Kieler Wissenschaftler der weltweit ersten internationalen Studie über medizinische Fehler in der hausärztlichen Versorgung angeschlossen. Gemeinsam mit dem Robert Graham Center der amerikanischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und weiteren internationalen Arbeitsgruppen haben sie an der so genannten Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME = internationale Studie über Behandlungsfehler in der Hausarztversorgung) mitgearbeitet. In dieser Studie ging es darum, Daten über kritische Zwischenfälle, die sich in Hausarztpraxen ereignen, zu sammeln und auszuwerten. Insgesamt 20 deutsche Hausarztpraxen haben sich an dieser Studie beteiligt und meldeten mit Hilfe einer speziell entwickelten Software (siehe Abbildung auf Seite 7) medizinische Fehler und ihre Begleitumstände.

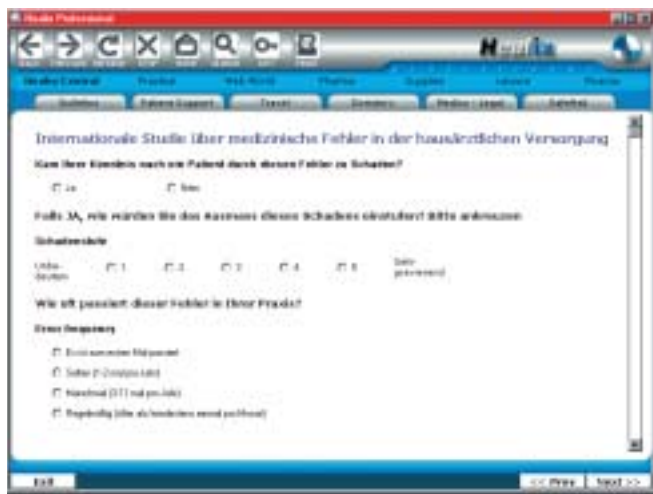
Ziel war vor allem die Entwicklung einer ersten Fehlerklassifikation für die Allgemeinmedizin. Unter Beachtung strengster Sicherheits- und Anonymisierungsanforderungen wurden über einen Server der World Health Network Foundation (Stiftung des Weltgesundheits-Netzwerkes) in London insgesamt 172 Fehler beziehungsweise Beinahefehler aus deutschen Hausarztpraxen registriert. Mit dieser Meldequote trugen die offenbar besonders aufgeschlossenen deutschen Teilnehmer die höchste Zahl von Fehlerberichten zur internationalen Studie bei. Insgesamt konnten 601 Fehler aus sieben Ländern registriert werden. Erste Analysen haben gezeigt, dass 73,2 Prozent der berichteten



Wie können Hausärzte besser als bisher Pannen und Fehlern vermeiden? Kieler Wissenschaftler suchen nach Antworten.

Vorfälle Abwicklungsfehler betrafen und lediglich 25 Prozent auf mangelnden Kenntnissen beziehungsweise Fertigkeiten beruhten. Als fehlerbegünstigende Faktoren stellten sich vor allem Teamworkpannen (46 Nennungen), Hektik (21), Unerfahrenheit (19), computerbedingte Probleme (17), unklare Verantwortlichkeiten (14) und ungenügendes Training des Praxispersonals (10) heraus. Nach studieninterner Einschätzung gingen acht Fehler mit gravierenden Konsequenzen für den Patienten, wie beispielsweise Klinikeinweisungen, einher. Bei weiteren 15 Fehlern war eine erhebliche Gefährdung erkennbar. Etwa die Hälfte der Fehler hatte für den Patienten merkbare Auswirkungen, wie etwa ein erneuter Praxisbesuch verbunden mit langer Wartezeit.

Die insgesamt größte Bedeutung hatten Medikationsfehler (26,2 Prozent), die sich sowohl bei der Verschreibung, der Abgabe in der Apotheke, der Anwendung oder Einnahme durch den Patienten ereigneten. Auf der Basis dieser Ergebnisse sowie weiterer Fehlermeldungen aus den beteiligten Ländern konnte



Schnell und anonym: Per PC konnten Hausärzte bei einem Projekt der Kieler Uniklinik Fehler melden.

erstmal eine empirisch begründete fünfstufige Skala als Klassifikation möglicher Fehler und diese begünstigender Faktoren entwickelt werden.

Internationale Vergleichsstudien: Zur Ausweitung der internationalen Forschungsaktivitäten und um weitere internationale Vergleichsstudien durchführen zu können, gründete das Kieler Institut für Allgemeinmedizin gemeinsam mit allgemeinmedizinischen Wissenschaftlern aus Australien, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, den Niederlanden und den USA die LINNAEUS-PC-Collaboration (Learning from International Networks About Errors and Understanding Safety in Primary Care). Es

handelt sich dabei um die weltweit breiteste und weitreichendste Initiative, in der sich Forscher zusammen mit praktisch tätigen Allgemeinärzten engagieren. Ziel ist, die Patientensicherheit unter den Alltagsbedingungen einer ärztlicher Praxis systematisch und nachhaltig zu verbessern.

Studie zu Medikationsfehlern: Daneben bereiten die Kieler Wissenschaftler derzeit eine mehrteilige nationale Studie zur „Identifikation und Prävention von Medikationsfehlern als Beitrag zum Riskmanagement in der allgemeinmedizinischen Praxis“ vor. Sie wird ab Herbst 2003 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Im Vordergrund steht dabei zunächst die Identifikation von Medikationsfehlern und deren Häufigkeit in der Hausarztpraxis. Auch geht es um Konstellationen, die das Zustandekommen von Fehlern in deutschen Hausarztpraxen begünstigen. Fehlerquellen werden dabei bereits auf der Ebene so genannter Beinahefehler analysiert. Zur Datenerfassung wird es mehrere Zugangswege geben:

- Dokumentationsbögen zur Fehlerberichterstattung für Hausärzte, Praxisteams, Patienten und Apotheker.
- Gezielte Praxisbesuche zur Analyse von Fehlern in zwei Problemfeldern, der Medikation bei Asthma und der

Vielverordnung bei Mehrfacherkrankung.

- Critical Incident (kritische Vorfalls-)Analysen von medikationsbedingten stationären Aufnahmen.

Konkretes Risikomanagement: Aufbauend auf diesen Studien entwickelt das Kieler Institut in einem weiteren Schritt ein für allgemeinmedizinische Praxen taugliches Inventar von Risikomanagement-Instrumenten (Tools). Sie sollen dem Allgemeinmediziner helfen, Medikationsfehlern vorzubeugen. Dabei geht es nicht primär darum, wissenschaftlich abgehobene Normungen oder externe Zertifizierungsmodelle zu entwickeln. Im Vordergrund steht vielmehr, einfache, praktikable und kosteneffektive Werkzeuge zielgerichtet an die Bedürfnisse der Hausarztpraxis anzupassen, wie etwa Checklisten oder EDV-gestützte Plausibilitätsprüfungen bis hin zu Visitationskonzepten in Form von gegenseitigen Praxisbesuchen.

Fehlermanagement für die Alltagsversorgung: Mittelfristiges Ziel der Aktivitäten des Kieler Instituts für Allgemeinmedizin ist es, Hausarztpraxen zunehmend „fehlermündig“ und „fehlerfest“ zu machen. Praxen sollen zukünftig selbständig und in steigendem Maße die Gewähr für die Sicherheit ihrer Patientinnen und Patienten übernehmen können. Um dieses Ziel zu erreichen, werden – unter den konkreten Alltagsbedingungen deutscher Hausarztpraxen – erstmals praxistaugliche Instrumente erprobt, die als Teil eines lernenden Systems für eine umfassende Fehler- und Sicherheitskultur in der Basisversorgung sorgen sollen. Sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse werden

Die meisten Fehler entstehen durch mangelndes Teamwork. Mangelnde Fähigkeiten spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle.

den interdisziplinäre Qualitätszirkel prüfen, ob die Ergebnisse des Kieler Forschungsprojektes auch tatsächlich in die

Alltags- beziehungsweise Regelversorgung übertragbar sind.

Wer finanziert und berät? Die erste Studienphase führte das Kieler Institut für Allgemeinmedizin im Wesentlichen mit Eigenmitteln durch. Einmalige Zuschüsse gewährten die AOK Schleswig-Holstein und der Commonwealth Fund. Die weiteren Projekte wird ab Herbst 2003 das Bundesforschungsministerium unterstützen. Für ihr umfassendes Engagement zeichneten die Juroren des Berliner Gesundheitspreises das Kieler Institut für Allgemeinmedizin mit einem ersten Preis in Höhe von 15.000 Euro aus. ♦

Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arnold-Heller-Straße 8, 24105 Kiel, Tel: 0431 597-2226, Fax: 0431 597-1183, E-Mail: gerlach@allgemeinmedizin.uni-kiel.de

Webtipp: Nähere Informationen unter: www.allgemeinmedizin.uni-kiel.de

SYSTEM ZUR FEHLERMELDUNG

Die Fehler vor dem Fehler

Wieso kommt es zu einem medizinischen Behandlungsfehler? Dieser Frage gehen Wissenschaftler des Baseler Uniklinikums nach. Sie haben ein Melde-System entwickelt, mit dem Mediziner und andere Gesundheitsberufe anonym bedenkliche Vorfälle bei der Behandlung eines Patienten melden können. Ziel ist, gefährvolle Situationen besser zu erkennen, um Folgefehler zu vermeiden.



„Was ist passiert?“ Ein frühzeitiges Melden bedenklicher Zwischenfälle kann im Vorfeld gravierende Probleme vermeiden.

Der Eindruck täuscht: Medizinische Behandlungsfehler haben in den letzten Jahren nicht zugenommen. Vielmehr ist die öffentliche Empörung über Schadensfälle gestiegen. Amerikanische Studien haben gezeigt, dass die Anzahl von Patienten, die unbeabsichtigt während ihrer Behandlung zu Schaden gekommen sind, über die Jahre stabil geblieben ist. Diesen Untersuchungen zu Folge ereigneten sich bei knapp vier Prozent aller stationären Aufenthalte Schadensfälle verschiedenen Schweregrades. Diese Zahl konnten Studien aus England und Australien bestätigen. 70 Prozent dieser Vorfälle haben zu keinen

oder nur zu kurzzeitigen Beschwerden bei den betroffenen Patienten geführt. Bei sieben Prozent sind aber bleibende Schäden aufgetreten und 14 Prozent sind an den Folgen gestorben.

Experten aus den USA, England und der Schweiz haben vorgeschlagen, dass Kliniken zur Verminderung dieser Schadensfälle („Adverse Events“), anonyme Fehlermeldesysteme als allererste Maßnahme einsetzen sollten. In der zivilen Luftfahrt sind solche Fehlermeldesysteme schon lange in Gebrauch. Denn beinahe die Hälfte aller Schadensfälle (Adverse Events) basieren auf kritischen Zwischenfällen (Critical Incidents), die wiederum grundsätzlich vermeidbar gewesen wären. Angesichts der Tatsache, dass größere Kliniken in Deutschland mehr als 100.000 Patienten pro Jahr ambulant und stationär behandeln, wird sichtbar, wie relevant das Problem ist. Auch sind die Folgekosten (Verlängerung des Klinikaufenthalts, bleibende Morbidität oder reduzierte Erwerbsfähigkeit) für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft neben dem entstandenen Leid der Betroffenen schmerzlich.

Kritische Zwischenfälle analysieren: Schadensfälle werden häufig als Fehlhandlung oder Versagen von Einzelnen dargestellt. Analysen von kritischen Zwischenfällen und Erfahrungen aus der Fliegerei, der Nuklear- und Ölindustrie oder anderen komplexen Systemen haben deutlich gezeigt, dass solche Ereignisse fast immer multifaktoriell verursacht sind: Arbeitsbelastung, Kommunikations-, Ausbildungs- und Überwachungsprobleme, ungenügende Ressourcen, Teamfaktoren und inadäquate Umgebung sind meist entscheidend mitbeteiligt.

Das vom Baseler Department Anästhesie unter Leitung von Professor Daniel Scheidegger entwickelte „Critical Incident Reporting“ (kritisches Berichten von Zwischenfällen) will hier Abhilfe schaffen. Unter „Critical Incidents“ verstehen die Baseler Wissenschaftler Ereignisse, die ohne Intervention zu einem unerwünschten Ausgang, das heißt einer physischen oder psychischen Beeinträchtigung eines Patienten hätten führen können oder in Einzelfällen trotz Intervention auch dazu geführt haben; das heißt, Critical Incidents haben primär einen verminderten Sicherheitspuffer und ziehen nicht automatisch Komplikationen oder Adverse Events nach sich. Da schwere Adverse

Sicherheitslücken frühzeitig erkennen und schließen

Sicherheits-
Barrieren



„Lücken“ im Sicherheitssystem

Schadensfall

Schadensfälle in einer Klinik basieren in der Regel nicht auf einer einzelnen Lücke im Sicherheitssystem. Vielmehr ereignen sie sich, wenn mehrere Sicherheitsbarrieren hintereinander Mängel aufweisen und so den Schadensfall zulassen.

Events relativ selten vorkommen, ist es nur bedingt sinnvoll, die Systemsicherheit durch die akribische Analyse von seltenen Einzel-Ereignissen zu verbessern, wenn tagtäglich bei der Arbeit im Gesundheitswesen häufig Vorstufen zu Adverse Events, Critical Incidents (CI), passieren. Solche CIs haben vielmehr das Potenzial, unter bestimmten Umgebungsbedingungen ein Adverse Event zu werden. Durch die hohe Frequenz von CIs im klinischen Alltag stellt deren Untersuchung deshalb eine viel größere und fundiertere Basis für Bemühungen zur Erhöhung der Systemsicherheit dar als die Untersuchung tatsächlicher Schadensfälle. Solche Incidents decken kleine und große Sicherheits-Löcher im System auf, deren Schließung zur Erhöhung der Gesamtsicherheit beiträgt.

Kritische Zwischenfälle werden in der Regel kurzfristig durch die direkt Betroffenen vor Ort gut erinnert. Folgerungen daraus können unter anderem auch dazu verwendet werden, die positiven Faktoren eines Systems zu verstärken. Diese Technik ist bereits mehr als 60 Jahre alt und wurde anfänglich hauptsächlich in der Fliegerei eingesetzt.

Das Berichten ist in vier Sprachen möglich: Um ein einheitliches Meldeverfahren von kritischen Ereignissen im Gesundheitswesen über alle Fachdisziplinen hinweg zu fördern, hat die Perioperative Patient Safety Group (Gruppe für Patientensicherheit für die Zeit vor, nach und während der Operation) des Departements Anästhesie an den Universitätskliniken Basel (UHBS) auf der Basis ihrer langjährigen Erfahrung in Zusammenarbeit mit der schweizerischen Ärztesverbindung (FMH), dem schweizerischen Berufsverband für Krankenpflege (SBK), der schweizerischen Gesellschaft der Amts- und Spitalpharmazeuten und der Universität Basel ein anonymes kritisches Zwischenfall-Berichts-System entwickelt. In vier Sprachen (deutsch/französisch/italienisch/englisch) erhältlich, ist das System benutzerfreundlich mit einem auf das Wesentliche reduzierten minimalen Datensatz ausgestattet. Dabei gewährleistet es trotzdem noch eine hohe fach- und berufsgruppenspezifische Ausrichtung.

1995 begann das Departement Anästhesie das selbst entwickelte Critical Incident Reporting System (CIRS) zu nutzen. Es wurde damals im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt. Drei Jahre später wurde dasselbe System auch der Schweizerischen Gesellschaft für Anesthesiologie und Reanimation gegeben. Nachdem in der Schweiz in relativ kurzen Zeitabständen zwei große Zwischenfälle in der Tagespresse und im Fernsehen für großes Aufsehen gesorgt hatten, wurde die Laienpresse auf das CIRS-System aufmerksam und forderte die Einführung solcher Meldesysteme landesweit.

Daraufhin veränderten die Baseler Wissenschaftler das System so, dass es nun nicht mehr anesthesie-spezifisch ist und von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, insbesondere auch von Pflegefachkräften, benutzt werden kann. Einige Fachdisziplinen haben zusätzliche Fragen einbauen lassen, die für sie von großer Bedeutung sind. Alle verwenden aber im-

mer noch den minimalen Datensatz. Finanziert wurde und wird das Projekt aus den Einnahmen von Privatpatienten am Departement Anästhesie, die nicht als Lohn an die Chef- und Leitenden Ärzte ausbezahlt, sondern für Forschung und Entwicklung eingesetzt werden. Das System wird gratis zur Verfügung gestellt, um die Forschung mit diesen anonymisierten Daten auf dem Gebiet der Fehlerentstehung und vor allem der Fehlervermeidung zu unterstützen. Um allgemeingültige, validierte Aussagen zum Vorkommen von Behandlungsfehlern treffen zu können, ist eine große Anzahl von erfassten Critical Incidents notwendig. Dies ist in einem kleinen Land wie der Schweiz nur denkbar, wenn alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen das Fehlererfassungssystem benutzen.

Für ihr Engagement erhielten Professor Dr. Scheidegger und sein Team beim Berliner Gesundheitspreis einen der beiden ersten Preise in Höhe von 15.000 Euro. ♦

Die Technik, kritische Zwischenfälle zu melden und auszuwerten, ist bereits 60 Jahre alt und wurde anfänglich hauptsächlich in der Luftfahrt eingesetzt.

Ansprechpartner: Professor Daniel Scheidegger,
Leiter des Departments Anästhesie der Universitätskliniken
Basel, 4031 Basel / Schweiz, Tel: 0041 612 657-255,
Fax: 0041 612 657-320,
E-Mail: dscheidegger@uhbs.ch oder: mkaufmann@uhbs.ch

Webtipp: Das anonyme Fehlermeldesystem kann unter www.cirs-medical.org jederzeit gratis angeschaut und ausprobiert werden.

Vor- und Nachteile des Critical Incident Reporting

Als Vorteile gelten:

- Die Technik ist günstig im Betrieb und hat einen hohen Informationsgehalt.
- Das Fehlermelde-Berichts-System bringt Elemente zum Vorschein, die ein medizinisches Versorgungssystem besonders verletzbar machen.
- Das Meldeverfahren ist besonders geeignet für seltene, atypische Ereignisse.
- Es eignet sich auch als Sammelgefäß für das Reporting von Beinahefehlern.

Als Nachteile haben sich herausgestellt:

- Es erfasst nur Ereignisse, die auch bewusst wahrgenommen und erinnert werden.
- Ein exaktes und wahrheitsgetreues Reporting ist eine weitere Voraussetzung, die nicht jeder leisten kann.
- Beim Meldeverfahren geht es verstärkt um selten auftretende kritische Zwischenfälle, während dagegen die häufigen oft als ‚banal‘ eingestuft Ereignisse eher untergehen. Hinzu kommt, dass ärztliches und pflegendes Personal in der Regel weniger von fehlerträchtigen Ereignissen berichtet, wenn das Bewusstsein für Fehlermanagement in ihrem alltäglichen Arbeitsumfeld noch nicht ausreichend vorhanden ist.

HEIMBEWOHNER

Weniger Stürze, mehr Energie

Wie können Stürze in Pflegeheimen vermieden werden? Ist es möglich, besonders gefährdete Senioren zu erkennen und dadurch besser zu schützen? Diesen Fragen ist eine Forschungsgruppe des Geriatrischen Zentrums in Ulm nachgegangen – mit Erfolg.

Bei der Planung des Forschungsvorhabens Mitte 1997 konnte das Projektteam auf keine Literatur zurückgreifen, die erfolgreiche Projekte zur Sturzprophylaxe im Heim beschrieben hätte. So lag es nahe, zunächst eine umfassende Sturzdokumentation zum Erkennen der Gefahrenquellen in Heimen zusammen zustellen und auszuwerten. Es stellte sich heraus, dass sowohl Wissensdefizite beim Pflegepersonal als auch Bewegungsmangel der Heimbewohner wichtige Faktoren sind. Das Team entwickelte aus den gewonnenen Erkenntnissen ein Maßnahmenpaket zur Sturzprophylaxe, das unter anderem Schulungen fürs Personal und Bewegungstraining für interessierte Heimbewohner beinhaltet.

Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit konnten schließlich von 1998 bis 2001 alle Ulmer Pflegeheime mit mehr als 1.000 Bewohnern von der neu entwickelten sturzpräventiven Konzeption des Geriatrischen Zentrums Ulm profitieren.

Die wissenschaftliche Evaluation des Modellprojekts brachte schon früh positive Ergebnisse hervor. Stürze fanden mehr als 40 Prozent seltener statt. Die Zahl der Hüftfrakturen ging von mehr als 50 auf weniger als 30 pro 1000 Bewohnerjahre zurück. Gleichzeitig stieg die Mobilität der Heimbewohner, die an einem Trainingsprogramm teilgenommen hatten.

Der große Erfolg des Projektes führte dazu, dass nicht nur die Ulmer Pflegeheime es weiterführen, sondern im Jahr 2002

das Modell gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg an 15 Standorten eingeführt wurde. 300 weitere Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg sollen sich in den nächsten drei Jahren anschließen. Ein vergleichbares Projekt im ambulanten Bereich läuft seit 2002. Für ihr zukunftsweisendes Handeln zeichneten die Juroren des Berliner Gesundheitspreises das Projektteam des Geriatrischen Zentrums in Ulm mit einem dritten Preis in Höhe von 6.000 Euro aus. ♦

Ansprechpartner: Dr. Clemens Becker,
Geriatrisches Zentrum Ulm / Alb-Donau,
Zollenring 26, 89073 Ulm, Tel: 0731 / 187-295,
Fax: 0731 / 187-387

Weiteres im Internet unter:
www.aktivinjedemalter.de
oder in Buchform: Dr. Clemens Becker,
Ulrich Lindemann, Ulrich Rissmann: Sturz-
prophylaxe, Vincentz Verlag Hannover, 2003

Projektteam: Dr. Clemens Becker
(clemens.becker@medizin.uni-ulm.de)
Ulrich Lindemann
(ulrich.lindemann@medizin.uni-ulm.de)
Ulrich Rissmann
(ulrichrissmann@medizin.uni-ulm.de)
Elisabeth Sturm (elisabeth.sturm@medizin.uni-ulm.de)

DEKUBITUSPRÄVENTION

Achtung! Der Druck ist schon viel zu groß

Ein Dauerthema, nicht nur im Krankenhaus: Dekubitus. Patienten mit Druckgeschwüren leiden ganz besonders, Pflegekräfte sind noch intensiver gefordert. Grund genug für das St. Josefs-Hospital in Wiesbaden, der Dekubitusprävention größere Aufmerksamkeit zu schenken.

Eine steigende Anzahl älterer, mehrfach erkrankter Patienten stellt die Krankenhäuser beim Dekubitusmanagement vor große Herausforderungen. Derzeit liegen allerdings nur wenig gesicherte Zahlen über die Häufigkeit von Dekubitus für Deutschland vor. Experten schätzen jedoch, dass fünf bis zehn Prozent der Krankenhauspatienten von Druckgeschwüren betroffen sind, bis zu 30 Prozent in geriatrischen Kliniken und Pflegeheimen sowie 20 Prozent der Patienten im ambulanten Pflegebereich. Für die Patienten verursacht solch ein Geschwür Schmerzen und Unwohlsein, der Versorgungsaufwand aus Sicht des

Pflegepersonals erhöht sich sehr. Für die Einrichtungen und Kostenträger entstehen zusätzliche Folgekosten. Die Krankenhäuser sind hier gefordert, ein effizientes Dekubitusmanagementsystem zu etablieren, welches die Entstehung von Druckgeschwüren nach Möglichkeit verhindert, Fehler im Ablauf transparent werden lässt und die Behandlung optimiert.

Das St. Josefs-Hospital Wiesbaden hat sich dieser komplexen Aufgabe angenommen und das Projekt „Dekubitusmanagement“ initiiert.

Das zentrale Anliegen war und ist es

- die Früherkennung und die gezielte Prophylaxe zu verbessern,

- das Problembewusstsein bei den Mitarbeitern zu schärfen
- die Kenntnisse und Fertigkeiten des Pflegepersonals zu vertiefen sowie
- den Erfolg des Projekts begleitend zu evaluieren.

Zu Beginn des Projektes stand eine Ist-Analyse auf dem Programm. Ausgehend von den darin erfassten Daten wurden mehrere Schritte in die Wege geleitet:

- Zusammenstellen eines für alle verfügbaren Informationsordners.
- Aktualisierung der hausinternen Leitlinie zur Dekubitusprophylaxe und -erkennung.
- Schulung der Pflegekräfte mit detaillierten Hinweisen zur Hautpflege, Ernährung und Hautbeurteilung sowie neuen Verfahren zur Druckentlastung bettlägeriger Patienten.
- Besondere Informationen für die Pflegekräfte zu den Hochrisikopatienten des Hauses.
- Erfassung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und Testung neuer Spezialmatratzen.
- Regelmäßige Kontrolle der Anzahl

von Dekubitalgeschwüren, um Transparenz und schnelles Handeln zu ermöglichen.

- Durchführung eines Info-Tages auf der hausinternen Modellstation.

Bei allen Planungsschritten wurden inhaltlich betroffene Lenkungs- und Entscheidungsgremien des St. Josefs-Hospitals miteinbezogen. Über diesen Weg

gelang es, die notwendigen Informationen breit zu streuen, interne Expertenmeinungen einfließen zu lassen und eine hohe Akzeptanz für die Umsetzung zu erreichen. Für ihr Engagement im Bereich der Dekubitusprävention erhielt das St. Josefs-Hospital im Rahmen des Berliner Gesundheitspreises einen dritten Preis in Höhe von 6.000 Euro. ♦

Ansprechpartner: Simone Sturm, stv. Pflegedienstleiterin, **Dr. Klaus Freidel,** Referent für Qualitätsmanagement, St. Josefs-Hospital, Solmsstrasse 15, 65189 Wiesbaden
Tel: 0611 177-2000
E-mail: HYPERLINKstiv.pdl@joho.de kfreidel@joho.de
Homepage: <http://www.joho.de>

RISIKOMANAGEMENT

Offen miteinander reden

Einen vorurteilsfreien Umgang mit Fehlern möchte das Uniklinikum Köln in allen seinen Abteilungen erreichen. Zu diesem Zweck initiiert eine Steuerungsgruppe seit 1999 Projekte, die die Mitarbeiter Schritt für Schritt an ein neues Fehlermanagement heranführen.

Ging es im Rahmen des neuen Fehlermanagements am Uniklinikum Köln zunächst darum, die ärztliche Aufklärung vor Eingriffen zu optimieren und die Problematik der bei einer Operation vergessenen Bauchtücher offen zur Sprache zu bringen, so steht derzeit die Prävention von Patientenstürzen im Mittelpunkt. Stürze stellen im Krankenhaus ein häufiges Problem dar. Ein Sturzereignis kann für den betroffenen Patienten schwerwiegende physische und psychische Folgen haben. Für das Krankenhaus können haftungsrechtliche Konsequenzen entstehen und Folgeuntersuchungen und verlängerte Liegezeiten die Kosten erhöhen.

Insofern geht es der für das Fehlermanagement zuständigen Steuerungsgruppe für „Risikomanagement und Patientensicherheit“ in ihrem mittlerweile dritten Projekt um die

- Identifikation sturzgefährdeter Patienten,
- Durchführung sturzverhütender Maßnahmen bei jedem gefährdeten Patienten und in Konsequenz daraus
- Vermeidung von Patientenstürzen.

Darüber hinaus soll eine vollständige Dokumentation aller stattgefundenen Stürze erreicht werden. Auch werden solche Vorfälle erfasst, die für den Patienten folgenlos blieben. Die Einschätzung des Sturzrisikos eines jeden Patienten soll letztendlich in die Routine-Pflegedokumentation eingehen. Für 1.302 Patienten

aus den Kliniken für Unfallchirurgie, Orthopädie, Neurologie und Innere Medizin wurden bislang 1.717 Datensätze ausgewertet. Auf der Grundlage dieser Daten werden Maßnahmen zur Sturzprävention Zug um Zug auf allen Stationen des Uniklinikums umgesetzt:

- Bauliche Verbesserungen (zum Beispiel Handgriffe/Handläufe, rutschfeste Bodenbeläge).
- Ablauforganisatorische Änderungen (zum Beispiel bessere Abstimmung der Raumpflegezeiten).
- Verteilen von Informationsmaterial an Patienten über die verschiedenen Formen von Sturzgefahren.

Zugleich sollen die Mitarbeiter in der Krankenversorgung verstärkt über Risikofaktoren für Patientenstürze und Möglichkeiten der Prävention informiert werden.

Bei allen Aktivitäten wirbt die Steuerungsgruppe dafür, „Fehler als Chance“ zu begreifen. Die Frage „Wer ist schuld?“ soll in den Hintergrund treten und einer konstruktiven Diskussion von Fehlern und Beinahefehlern Platz machen. Im Rahmen des Berliner Gesundheitspreises erhielt das Uniklinikum Köln für das Projekt zur Sturzprophylaxe einen dritten Preis in Höhe von 6.000 Euro. ♦

Literatur

Evans D, Hodgkinson B, Lambert L et al.: Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review. *Int J Nurs Pract* 2001; 7(1): 38-45.
Fox NM, Vanderford V.: Avoiding patient falls in radiology. *Radiol Technol* 2000; 72(1): 63-6.

Huda A, Wise LC.: Evolution of compliance within a fall prevention program. *J Nurs Care Qual* 1998; 12(3): 55-63.
King MB, Tinetti ME.: Falls in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43(10): 1146-54.
Morse JM.: Preventing Patient Falls. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 1997.
Pfaff H, Klein J.: Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. *Med Klin* 2002; 97(5): 309-15.
Schwendemann R.: Häufigkeit und Umstände von Sturzereignissen im Akutspital: Eine Pilotstudie. *Pflege* 1998; 11(6): 335-41.

Ansprechpartner: Stefan Palm, Steuerungsgruppe „Risikomanagement und Patientensicherheit“ Zentrale Dienstleistungseinrichtung für Qualitätsmanagement **Klinikum der Universität zu Köln** Joseph-Stelzmann-Str. 9, 50931 Köln, Tel: 0221 478-6740 Fax: 0221 478-6778 Email: stefan.palm@medizin.uni-koeln.de Internet: www.zdqm.de

Aufgepasst! Stürze zu vermeiden ist gerade für Senioren wichtig.



HYGIENE IM KRANKENHAUS

Schüler lassen den Keimen keine Chance

Keime abtöten und nicht verschleppen – nach diesem Motto nahmen Schüler der Berufsfachschule für Krankenpflege in Buchloe die Hygienesituation in ihrer Klinik unter die Lupe. Ergebnis: Desinfektionsmittel müssen noch häufiger gewechselt werden.

Wie gut greifen eigentlich die alltäglichen Hygienemaßnahmen in unserem Hospital? Um diese Frage zu klären, starteten die Auszubildenden im Krankenhaus St. Josef eine so genannte „Abklatschreihe“. Mittels dieser gängigen Methode zum Nachweis von Bakterien nahmen sie Proben von Oberflächen aller Art wie den Fußböden, den Wänden oder den Händen des Personals. Nach vorgeschriebener Bebrütungszeit im Labor der gewonnenen „Abklatsche“ stellten sie fest, dass viele Keime trotz regelmäßiger Desinfektion zu finden waren.

Um die Wirksamkeit des alltäglichen Desinfektionsmittels zu überprüfen, veranlassten sie eine weitere Abklatschreihe. Diesmal entnahmen sie direkt vor und nach der Desinfektion Proben. Resultat:

Nach der Desinfektion waren keine oder nur noch wenige Keime vorhanden. Bei einem Ergebnis hatte allerdings die Desinfektion umgekehrte Wirkung. Waren hier zuvor keine Bakterien vorhanden, so hatten sie sich nach dem Desinfizieren vermehrt. Wo lag der Fehler? Durch die falsche Handhabung und Verwendung der Lösung und des Lappens war es hier zu einer Keimverschleppung an Stelle einer Keimabtötung gekommen. Zusammen mit der Hygienefachkraft erarbeiteten die Pflegeschüler daraufhin einen neuen, für das Klinikpersonal verpflichtenden Desinfektionsplan. Danach muss nun die Desinfektionsmittellösung einmal pro Schicht (alle acht Stunden) sowie bei starker Verschmutzung gewechselt werden. Auf einem neu erstellten Nachweisformular (Datum, Uhrzeit, Handzeit)

chen) muss jeder Mitarbeiter das Wechseln des Desinfektionsmittels dokumentieren. Bereits nach einem halben Jahr registrierte die Einkaufsstelle einen erhöhten Verbrauch von Hand-Desinfektionsmittel. Zukünftig wird die Hygienefachkraft der Klinik regelmäßig Abklatsche an nicht offensichtlich problematischen Orten (Telefonhörer) machen, um den Hygienestatus nachhaltig zu sichern und zu steigern. Auch wird es regelmäßige Schulungen für das Personal zum Thema Krankenhaushygiene geben. Für ihr Engagement erhielten die Krankenpflegeschüler aus Buchloe den Anerkennungspreis in Höhe von 2.000 Euro. ♦

Ansprechpartner: Berufsfachschule für Krankenpflege am Krankenhaus St. Josef in Buchloe, Schulleitung **Schwester Werna Säckler**, Peter-Dörfler-Str. 7, 86807 Buchloe, Tel: 08241 504-216. www.pflegeschueler.de, E-mail: schulleitung@pflegeschueler.de

IN DER ENGEREN WAHL

■ Qualitätsmanagement in der frühen klinischen Behandlung schwer verletzter Patienten

Die Studie umfasst die Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems für die frühe Versorgung schwer verletzter Patienten und die Evaluation in der klinischen Routine an zwei deutschen universitären Traumazentren in München und Essen. Mit der Einführung eines Dokumentationsprotokolls, Definition von 20 Beurteilungskriterien, Analyse der Behandlungsabläufe, der Einführung von Qualitätszirkeln und Implementierung verbessernder Maßnahmen konnte die Versorgung der Schwerverletzten deutlich verbessert werden. Gleichfalls konnte die Effektivität des Qualitätsmanagementsystems nachgewiesen werden.

Priv. Doz. Dr. Steffen Ruchholtz
Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstraße 55, 47145 Essen
Tel.: 0201/7231341, E-Mail:
steffen.ruchholtz@uni-essen.de

■ Qualitätssicherungsprojekt des Arbeitskreises Pneumologischer Kliniken

Ziel des Projektes ist die Qualitätsverbesserung im Bereich der Pneumologie. Zu diesem Zweck erfolgt eine Begutachtung von Krankenakten nach

gängigen medizinischen Empfehlungen und Leitlinien. Dabei wird aus methodischen Gründen das Prinzip der Evaluation angewendet. Über 50 Prozent der pneumologischen Kliniken Deutschlands nehmen daran teil. Der Vorteil des Projektes liegt in der Endpunktkontrolle der medizinischen Leistungen. Es stellt eine Ergänzung zu den bisherigen Qualitätsmanagementverfahren dar. Das Verfahren der Begutachtung von Krankheiten ist für alle Disziplinen relativ rasch einsetzbar.

Prof. Dr. med. Dieter Köhler
Arbeitskreis Pneumologischer Kliniken
Annostraße 1, 57392 Schmallenberg
02972/791-2501, E-Mail:
d.koehler@fkkg.de

■ Ludwigshafener Kriterien für Pflegequalität

Im Frühjahr 2001 wurden die Ludwigshafener Kriterien für Pflegequalität veröffentlicht. Damit wurde ein Instrument entwickelt, das die Messbarkeit von Pflegequalität auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ermöglicht. Ziel ist, anhand definierter Kategorien den momentanen Entwicklungsstand der pflegerischen Qualität einer Station zu ermitteln. Auf dieser Basis werden eine Soll-Konzeption der Qualität erstellt und entsprechende Zielvereinbarungen erarbeitet.

Käte Harms,
Klinikum der Stadt Ludwigshafen,
Bremser Str. 79, 67073 Ludwigshafen,
0621/503-2301, E-Mail:
neumann@klilu.de

■ Ständiger Prozess der Verbesserung

Seit Beginn der Übernahme der internistischen Hausarztpraxis im Jahr 1990 hat Herr Dr. May damit begonnen, die Praxisstrukturen kontinuierlich den Qualitätsanforderungen anzupassen. Vorrangiges Ziel dabei war, Fehler zu vermeiden. Grundlage dafür waren vorausgegangene Schulungen im Praxismanagement. Dabei wurden Räumlichkeiten, Strukturen und Arbeitsabläufe neu gestaltet sowie Zuständigkeiten und Verantwortungen genau definiert. In diesem Prozess ging es darum, Wissen und Fähigkeiten aller Beteiligten genauso wie auch die zu beobachtenden Fehler als Quellen der Qualitätsverbesserung zu nutzen. Die Patientenversorgung wurde dadurch verbessert und Praxisprozesse finden optimiert statt. Zufriedene Patienten und ein besseres Arbeitsklima sind ebenfalls Ergebnis dieser Bemühungen.

Dr. med. Johann May
Rintheimer Str. 17, 76131 Karlsruhe,
0721/698888, E-Mail:
May.NMG@t-online.de

■ Bundesweit standardisierter 2D-Barcode für die ärztliche Leistungsanforderung

Ziel des Projekts ist die Vermeidung von Informationsübertragungsfehlern durch standardisierte, maschinenlesbare, digitale Datenübertragung (2D-Barcode). Der Konsensusgruppe von Laborärzten geht es um eine bereits bekannte Fehlerquelle: Die Informationsübertragung an der Schnittstelle zwischen Leistungsanforderer und Labor erfolgt oft nicht mit ausreichender Qualität aufgrund konventioneller, das heißt schriftlicher Informationsübermittlung. Durch die vorgesehene digitale Informationsübertragung mittels Barcode kommt es jedoch zu weniger Falschanforderungen, größerer Sicherheit bei den angeforderten Laborleistungen und aller damit assoziierten Daten. Dadurch entsteht Patientensicherheit durch Zeit- und Befundverbesserung. In einem bundesweiten Gemeinschaftsprojekt wurden aus diesem Grund Leistungsanforderungen an das medizinische Labor entwickelt, um eine einheitliche standardisierte Befundübermittlung abzusichern.

Dr. med. Cyrill Müller, Konsensusgruppe Medizinischer Laboratorien
Labor Limbach Heidelberg,
Im Breitspiel 15, 69126 Heidelberg,
06221-3432297, E-Mail: cyrill.mueller@docnet.de