

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

09.03.2009 bis 12.03.2010

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Implementierung eines Fehlermeldesystems - ist unser derzeitiges aus- reichend?

vorgelegt von: DGKS Susanne Benigni
A. ö. Krankenhaus Spittal a. d. Drau
Operationsbereich

begutachtet von: Mag. Petra Tilli, Osr.
Kabeg Klagenfurt
Bildungszentrum

26. Jänner/2010

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Susanne Benigni

Spittal a. d. Drau, 26. Jänner 2010

KURZZUSAMMENFASSUNG

Wo Menschen arbeiten passieren Fehler. In der Arbeitswelt eines Krankenhauses, in der die Gesundheit und Sicherheit des Patienten oberstes Ziel ist, kann diese Einsicht nicht einfach akzeptiert werden. Eine mögliche Strategie zum Umgang mit diesem Konflikt liegt darin, aufgetretene Fehler zu vertuschen. Langfristig gesehen ist es dagegen sinnvoller, gezielte Anstrengungen zu unternehmen, um möglichst viele vermeidbare Fehler zu vermeiden. Fehlermeldesysteme sind dafür im Rahmen einer konstruktiven Fehlerkultur wichtige Instrumente. Die Arbeit gliedert sich in zwei Stufen. Im ersten Teil erfolgt eine theoretische Auseinandersetzung mit den Begriffen Fehler, Fehlerkultur und Fehlermeldesystem. Dabei wurde sowohl auf Fachliteratur als auch auf Internetrecherchen zurückgegriffen. Zur Begriffsbestimmung Fehler wurde James Reasons Fehlerbetrachtung viel Platz eingeräumt. Sein kognitiver Ansatz fördert einen menschlichen Umgang mit Fehlern und trägt zur Fehlersensibilisierung bei. Der zweite Abschnitt behandelt die praktische Umsetzung gemeinsam mit dem Team. Er umfasst die Schritte zur Implementierung eines Fehlermeldesystems. Beginnend mit einer Fehlersammelliste und deren Auswertung werden auch Methoden zur Fehleranalyse zum Zweck einer zukünftigen Fehlervermeidung vorgestellt.

ABSTRACT

Where people are at work, errors occur. In healthcare, where patient safety is the ultimate goal, this fact cannot be easily accepted, and often results in a tendency to hide errors, whereas in the long term it should be more useful to work out strategies to avoid them. Error reporting systems represent helpful instruments for that. The first, theoretical part of this work is dealing with the definitions of error, culture change, and error reporting systems. A part from scientific books to these subjects the author could also use treatments on the internet. As far as errors are concerned, this work is based mainly on James Reason's researches. His identification of the cognitive processes common to a wide variety of error types offers a good understanding and a humanely handling of failure. The second part is describing the implementation of an error reporting system, in cooperation with the operating department team. Starting with an error collection and its interpretation, some techniques for cause analysis are also demonstrated.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

a. d.	an der
a. ö.	allgemein öffentlich
AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte
Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfassers
bzw.	beziehungsweise
CIRS	Critical Incident Reporting System
DGKS	diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
DGKP	diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
et. al.	Lat. „et alia“ – „und andere“
FTE	Full-time-äquivalent
HNO	Hals-Nasen-Ohren
KH	Krankenhaus
MP	Medizinprodukt
PH	Pflegehelfer
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Zusammenfassung sicherheitsgefährdender Handlungen.	11
Abb. 2: Reasons Schweizer Käsemodell.....	13
Abb. 3: Säulen der Fehlerkultur	17
Abb. 4: Anzahl Fehlermeldungen pro Fehlerkategorie	23
Abb. 5: Fehlerkategorien nach Schweregrad	24
Abb. 6: Schweregrad eines Fehlers	25
Abb. 7: Fehlerkategorien nach Häufigkeit	26
Abb. 8: Analysebeispiel für unsicheren Umgang mit Geräten.....	28

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Organisationsstruktur	20
Tabelle 2: Fehlersammelliste	21

INHALTSVERZEICHNIS

1.	VORWORT	7
2.	EINLEITUNG	8
3.	FEHLER.....	10
3.1	Fehlertypen und Fehlerformen	10
3.2	Aktive – latente Fehler	12
3.3	Reasons Schweizer Käsemodell.....	13
4.	FEHLERKULTUR.....	14
4.1	Die Vorbildrolle der Führungskraft.....	15
4.2	Säulen einer Fehlerkultur	16
5.	FEHLERMELDESYSTEME.....	17
6.	VORSTELLUNG DER OPERATIONSEINHEIT UND DES DERZEITIGEN FEHLER- MELDESYSTEMS	19
7.	GEPLANTES FEHLERMELDESYSTEM.....	21
7.1	Fehlersammlung	21
7.2	Auswertung der Fehlermeldungen	22
8.	FEHLERANALYSE	27
8.1	Brainstorming.....	27
8.2	Ursache-Wirkungs-Diagramm	27
8.3	Weitere Analysemöglichkeiten	29
9.	ABGELEITETE MASSNAHMEN	29
10.	ZUSAMMENFASSUNG	30
11.	LITERATURVERZEICHNIS	32
12.	ANHANG.....	34

1. VORWORT

Seit 1985 bin ich im Krankenhaus Spittal a. d. Drau beschäftigt. Nach vier Jahren Intensivstation wechselte ich in den Operationsbereich, dessen Führung ich mit Beginn 2007 übernommen habe. Das Ziel meiner Arbeit ist, das Pflorgeteam im Operationsbereich des Krankenhaus Spittal a. d. Drau für einen offenen Umgang mit Fehlern zu sensibilisieren. Wichtig daher ist eine neue Möglichkeit der Fehlermeldung zu schaffen, da bis dato noch nichts Vergleichbares angewendet wurde, um zu einer Fehlervermeidung bzw. -minimierung beizutragen. Als Folge soll die Patientensicherheit und gleichzeitig die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden. Deshalb stellt sich mir die Frage – Ist unser derzeitiges Fehlermeldesystem ausreichend?

Aus persönlicher Erfahrung weiß ich, dass der Umgang mit Fehlern in unserem Bereich unterschiedlich gehandhabt wird. Die Bandbreite reicht von Ignoranz, Angst und Scham bis zu Selbstvorwürfen und Schuldzuweisungen. Auch der Weg der Fehlermeldung ist jeweils ein anderer – von Vertuschung, über schamhaftes Eingestehen, bis hin zu offenen Berichten. Um nicht die Motivation zu verlieren, muss der Mitarbeiter auch erkennen können, dass seine Meldung etwas bewirkt, dass Vorkehrungen gegen ein nochmaliges Auftreten getroffen werden. Genau aus diesem Grund möchte ich für meine Mitarbeiter diese Möglichkeiten schaffen. Ich habe das Glück, ein motiviertes Team an meiner Seite zu haben, welches gezeigt hat, dass auch ihm dieses Thema wichtig ist. Dies ist durch den hohen Rücklauf meiner im Rahmen der Arbeit durchgeführten Fehlersammlung erkenntlich. Für diese Bereitschaft und den hohen Einsatz möchte ich meinem Team Dank und Anerkennung aussprechen. Das Wichtigste für ein Fehlermanagement ist die Einstellung zu Fehlern und die Bereitschaft, Fehler zu melden. Die Führungskraft muss die Vorbildrolle übernehmen, den Mitarbeitern diese Möglichkeiten schaffen, hinter ihnen stehen und die notwendige Zeit dafür geben.

Einen ganz besonderen Dank möchte ich meiner Tochter Sophie aussprechen, für die Geduld, die sie mir im vergangenen Jahr entgegenbrachte. Meiner Schwester und meinem Bruder, die mich mit Tatkraft und Engagement unterstützt haben und natürlich auch allen anderen, die mich entlastet haben, möchte ich ebenfalls danken.

Spittal, 26. Jänner 2010

Susanne Benigni

2. EINLEITUNG

Überall passieren Fehler, mit großen und kleinen Auswirkungen - sie gehören zum Menschen. Vor allem in einem so hochsensiblen Bereich, wie dem Operationsbereich, dürfen sie nicht toleriert werden. Sie hätten teils katastrophale Folgen. Dennoch gibt es sie, denn es sind Menschen am Werk. Es bedarf gerade des Menschen, um Fehler, deren Quellen und Ursachen, zu erkennen und Lösungen zu finden. Der Umgang mit Fehlern, insbesondere den eigenen, fällt vielen nicht leicht. In einer offenen Fehlerkultur sollten diese nicht primär sanktioniert, sondern vorrangig als Chance zur Verbesserung gesehen werden. Ein erster Schritt dazu ist das Erkennen und die sofortige Meldung mit Berichtverfassung. Durch interne Analyse der Umstände und Ursachen kann somit eine künftige Fehlerminimierung bzw. -vermeidung erreicht werden (vgl.http://www.emcl.de/downloads/downloads_allgemein/Fehlermanagement.pdf. [04.09.2009, 19:20]).

Im Arbeitsumfeld des Verfassers werden zwar Fehler mit effektivem Patientenschaden gemeldet, über Beinahefehler, also Fehler, die gerade noch verhindert werden konnten, wird aber nur fallweise gesprochen. Die Möglichkeit, Fehler als Verbesserungs- und Lernchance zu sehen, bleibt weitgehend ungenutzt. Daher stellt sich dem Verfasser die Frage „Ist unser derzeitiges Meldesystem ausreichend, und lässt sich auch im kleinen Bereich ein Fehlermeldesystem einführen?“

Der Begriff Fehler, als Bestandteil eines Qualitäts- und Risikomanagements, gewinnt auch im medizinischen Bereich immer mehr an Bedeutung. Patienten werden immer mündiger und die Bereitschaft zu Regressansprüchen steigt. So wurde 2007 wiederum ein Anstieg der Vorsprachen bei der Patientenanwaltschaft Kärnten in den Landeskrankenanstalten um 5 %, in den übrigen Krankenanstalten mit öffentlichem Versorgungsauftrag um 18 % verzeichnet (vgl.<http://www.patientenanwaltkaernten.at/downloads/taetigkeitsbericht2007.pdf> [07.09.2009, 13:20]).

Auch die Forderung an die medizinische Institution, immer wirtschaftlicher zu arbeiten, sowie die wachsende Medienpräsenz, lassen ein Risiko- bzw. Fehlermanagement zum Schutz nicht nur des Patienten, sondern auch zum Schutz des Mitarbeiters, sowie der Institution immer wichtiger erscheinen. Die Brisanz des Themas zeigt sich auch im Vorhaben der österreichischen Ärztekammer, ab Oktober 2009 ein Online-Fehlermeldesystem einzuführen (vgl. <http://oe1.orf.at/inforadia/112060.html>, [30.08.09, 08:00]).

Das CIRS - Projekt, ein anerkanntes Fehlermeldesystem, welches in Kapitel 5 noch näher beschrieben wird, startete in Österreich am 12.11.2009 im Pilotbetrieb. Die Arbeit kann auch als Vorbereitung und zur Erhöhung der Akzeptanz dafür gesehen werden (vgl. <http://www.cirsmedical.at/> [23.11.2009 17:30]).

CIRSmedical.at ist ein nationales, webbasiertes Melde- und Lernsystem für alle im Gesundheitswesen Tätigen. Die Auswertungen und Ergebnisse dieser Arbeit basieren auf der Unterstützung eines kleinen Teams. Dass wichtige Bereiche, wie Schnittstellenkommunikation mit anderen Abteilungen und Berufsgruppen, hierarchische Strukturen, vor allem im Arzt - Pflegebereich, sowie organisatorische Bedingungen nicht mit einbezogen werden können, ist dem Verfasser bewusst. Dazu bedarf es eines funktionierenden Risikomanagements. Ebenso kann im zeitlich begrenzten Rahmen dieser Arbeit die Evaluierung, als wichtiger Bestandteil eines Fehlermeldesystems, nicht durchgeführt werden.

3. FEHLER

Der Begriff Fehler wird je nach Fachgebiet sehr unterschiedlich definiert und bewertet. Im medizinischen Bereich kann die Definition vom geringen Versehen bis zum tödlichen Zwischenfall reichen. Manche Autoren bezeichnen nur einen tatsächlich eingetretenen Patientenschaden als Fehler, andere wiederum fassen den Begriff weiter und bezeichnen auch Vorgänge ohne Beeinträchtigung des Patienten als solchen. Der Begriff Fehler assoziiert zu stark den negativen Aspekt von Versagen, Schuld und Sanktionen. Es wird im Rahmen einer Fehlerkultur die Bezeichnung „unerwünschtes Ereignis“ vorgezogen. Im anglo-amerikanischen Sprachraum, aus dem die ersten Untersuchungen stammen, finden sich neben error (Fehlverhalten) und mistake (Fehler), auch adverse event (unerwünschtes Ereignis), critical incident (kritischer Zwischenfall), near miss (Missgeschick, Beinaheereignis), slip (Versehen, Patzer) und laps (Schnitzer, Ausrutscher) (vgl. Frutiger et al., 2004:66).

Nach ISO-Standard 9000:2000 ist ein Fehler die Nichterfüllung einer festgelegten Forderung. Nach Glazinski, ein für die Gesundheit des Patienten negativ zu bewertendes Ergebnis und nach Kohn, eine Zustandsverschlechterung, die auf Grund medizinischer Intervention entstanden ist (vgl. Sonnweber, 2008:11).

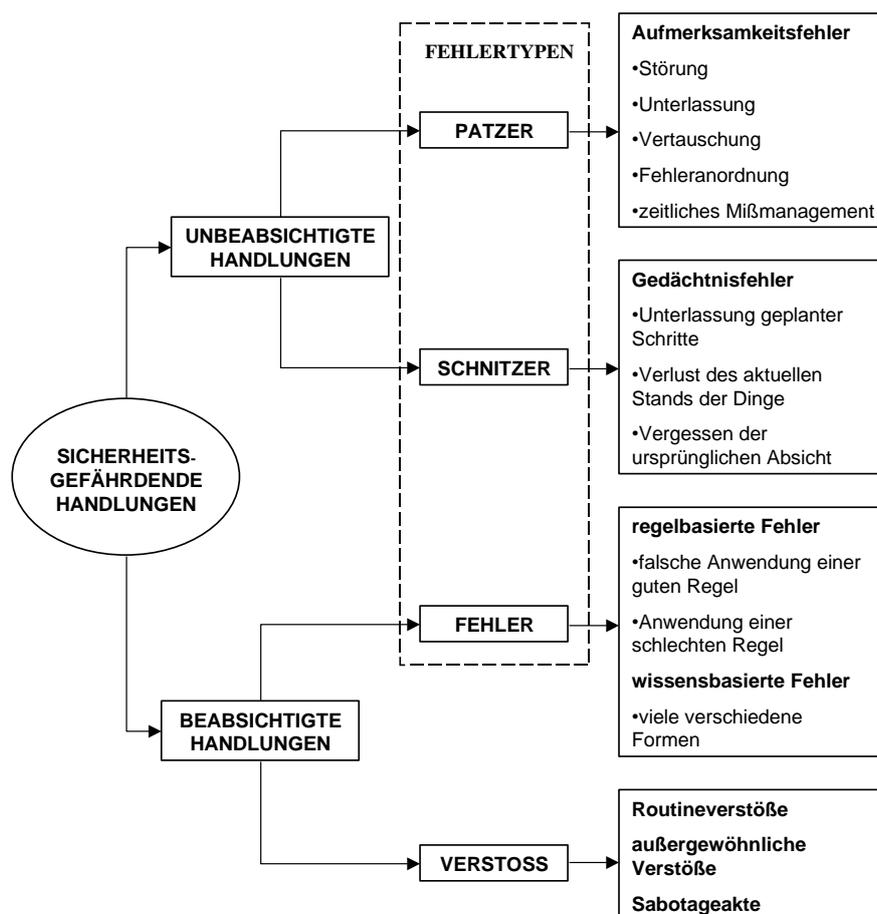
3.1 Fehlertypen und Fehlerformen

Fehler als sicherheitsgefährdende Handlungen lassen sich auf erster Ebene nach Absicht in unbeabsichtigte und beabsichtigte Fehlhandlungen einteilen. Unbeabsichtigte Fehlhandlungen werden als Handlungs- oder Ausführungsfehler bezeichnet. Ihre Ursache liegt im Abweichen der tatsächlich durchgeführten Handlung von der ursprünglich beabsichtigten. Das bedeutet der Plan war richtig, die Ausführung nicht. Sie lassen sich weiter unterteilen in Aufmerksamkeitsfehler (Slips-Patzer) und Gedächtnisfehler (Lapses-Schnitzer). Während bei Aufmerksamkeitsfehlern eine eigentlich richtige Tätigkeit falsch durchgeführt wird, z.B. Vertauschung, liegt bei Gedächtnisfehlern das Problem in der Informationsspeicherung. Die ursprüngliche Absicht wird vergessen oder geplante Schritte werden unterlassen. Für das Auftreten dieser unbeabsichtigten Fehlleistungen werden zwei Bedingungen genannt. Diese sind die Ausführung einer weitgehend automatisierten Aufgabe in vertrauter Umgebung, und die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch etwas anderes als die gerade ausgeführte Tätigkeit.

Planungsfehler werden definiert als fehlende Übereinstimmung zwischen der ursprünglichen Absicht und den beabsichtigten Folgen. Sie sind in einem falschen Plan bzw. Beurteilungs- oder Schlussfolgerungsprozess begründet, während die Ausführung planmäßig verläuft. Sie werden unterteilt in mistakes (Fehler) und violations (Verstöße). Fehler wiederum werden unterschieden in regelbasierte Fehler, z.B. die Anwendung einer richtigen Regel in einer falschen Situation, oder wissensbasierte Fehler aufgrund von mangelndem bzw. falschem Wissen. Verstöße können sowohl gut gemeinte Regelverstöße, unter anderem zum Zweck der Beschleunigung einer Maßnahme, als auch echte Sabotageakte sein (vgl. Reason, 1994: 27f).

Eine detaillierte Übersicht über den Zusammenhang dieser oben beschriebenen Fehlertypen und den dazugehörigen Fehlerformen wird in Abbildung 1 dargestellt.

Abb. 1: **Zusammenfassung sicherheitsgefährdender Handlungen** (entnommen aus: Reason, 1994:255).



3.2 Aktive – latente Fehler

Eine Unterscheidung zwischen aktiven und latenten Fehlern muss vor allem in hoch technisierten komplexen Bereichen getroffen werden. Während aktive Fehler gewöhnlich durch das Bedienungspersonal direkt vor Ort getätigt werden, können latente Fehler schon lange vorher unentdeckt im System vorhanden sein und den aktiven Fehler erst auslösen oder verstärken. Der aktive Fehler wird in der Regel meistens sofort und leicht entdeckt. Der latente Fehler hingegen kann durch unterschiedlichste, vom eigentlichen Ort des Fehlers oft weit entfernte Faktoren, bedingt sein. Man spricht hier von „Systemdefekten“, die sich in unzulänglichen Entwürfen, mangelhafter Wartung oder auch ungünstigen Managemententscheidungen begründen können. Es lässt sich feststellen, dass die potentielle Gefahr für das System steigt, je weiter Individuen von den Tätigkeiten an vorderster Linie, somit auch von den direkten Risiken, entfernt sind. Der Auseinandersetzung mit latenten Fehlern und deren Behebung ist demnach mehr Beachtung zuzuwenden als der Vermeidung von aktiven. Nicht zuletzt deshalb, da ja derselbe aktive Fehler mit geringerer Wahrscheinlichkeit in derselben Konstellation wieder vorkommen wird (vgl. Reason, 1994:218).

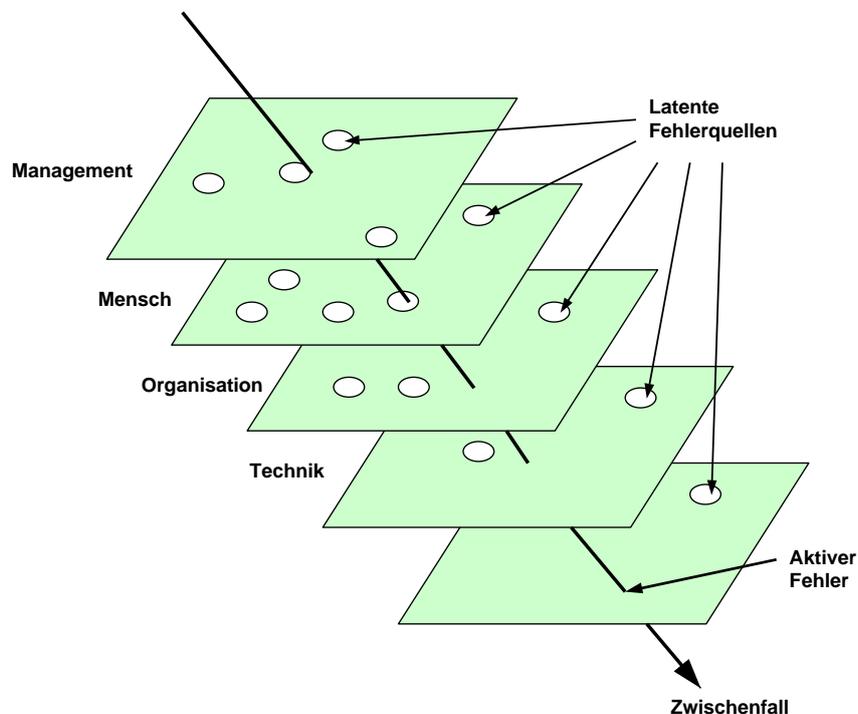
Hingewiesen wird, dass latente Fehler als Ursache aktiver Fehler oft auch zeitlich weit vor dem Ereignis liegen, und zum Beispiel in der Ausbildung oder in der Dienstplangestaltung begründet sein können. Zwischen aktivem und passivem Fehler angesiedelt liegt der „Routineverstoß“, als gewohnheitsmäßige Regelübertretung. Wenn Regelübertretungen nicht sofort geahndet werden, sondern aufgrund von schnellerem, einfacherem Handeln oder auch nur Bequemlichkeit geduldet werden, werden sie zur Gewohnheit und damit Teil der Unternehmenskultur. Als fixes Verhaltensrepertoire sind sie latent vorhanden und werden erst durch Auslösen eines Schadens zu einem Fehler (vgl. Badke-Schaub et al., 2008:40).

Das Zusammenwirken von latenten und aktiven Fehlern bei der Entstehung eines kritischen Ereignisses beschreibt Reasons Schweizer Käsemodell.

3.3 Reasons Schweizer Käsemodell

In Abbildung 2 veranschaulicht Reasons Schweizer Käsemodell den Verlauf der Entstehung eines Zwischenfalls in Organisationen mit komplexen Strukturen. Auch im Krankenhaus stellen Management, Organisation, Technik und der Faktor Mensch komplexe Strukturen dar, die jeweils ihre eigenen Abwehrmechanismen besitzen. In bestimmten Konstellationen können durch Kombination von latenten und aktiven Fehlerquellen die Schutzschichten durch Schlupflöcher durchbrochen werden, und ein letzter an sich unbedeutender aktiver Fehler kann in einen Zwischenfall mit schwerwiegenden Folgen münden. Dieses Modell ist von Bedeutung, da viele Fehler nicht isoliert auftreten, sondern Teil einer Fehlerkette sind. Wer in einer Fehlerkette nur den letzten auslösenden Fehler betrachtet, wird die wahren auslösenden Faktoren, die Schwachstellen im System und somit den Fehler, zukünftig nicht beseitigen können (vgl. Reason, 1994: 256f).

Abb. 2: **Reasons Schweizer Käsemodell** (vgl. Reason, 1994:256)



4. FEHLERKULTUR

Eine Fehlerkultur bezeichnet die Art und Weise, wie mit ihnen und deren Verhalten in einer Gemeinschaft umgegangen wird. Diese Gemeinschaften können etwa die Familie, eine Institution oder ein Unternehmen sein. Dass Fehler ein normales und ständiges Nebenprodukt menschlichen Handelns sind, wurde nicht gelehrt. Bis heute hat sich an dieser Einstellung, auch in der Arbeitswelt, nicht viel geändert. Über sie zu sprechen, vor allem über eigene fällt noch immer schwer. Gerade in einem hochkomplexen Bereich wie der Medizin, wo Fehler fatale, irreparable Auswirkungen haben können, wird diese Thematik, sei es aufgrund von Haftpflichtansprüchen, Disziplinarmaßnahmen, mangelnder Unterstützung seitens der Kollegen oder einfach nur Scham, noch immer tabuisiert. Ein offener Umgang mit ihnen fällt schwer, und es dominiert immer noch eine Nullfehlermentalität (vgl. Frutiger et al., 2004:69).

Gerade medizinisches Personal stellt an sich sehr hohe Ansprüche, es passieren keine Fehler. In anderen hoch technisierten Bereichen, wie in der zivilen Luftfahrt, hat man schon länger erkannt, dass eine gänzliche Vermeidung nicht möglich ist, und gezielte Maßnahmen und Programme zur Fehlererkennung und -vermeidung eingeführt. Im Vergleich zu Piloten hätten die im medizinischen Bereich Tätigen aufgrund ihrer perfektionistischen Grundhaltung ein geringes Bewusstsein für eigene Fehlleistungen. Eine Vergleichsstudie aus dem Jahr 2000 belegte, dass Mediziner im Vergleich zu Piloten wesentlich seltener annehmen, dass ihnen Fehler unterlaufen können. Insgesamt 30 % der Ärzte und Schwestern gaben an, nie Fehler zu machen. Während nur 26 % der Piloten angaben, auch bei Übermüdung Notfallsituationen uneingeschränkt bewältigen zu können, waren es im medizinischen Bereich 70% (vgl. Weingardt, 2000:183).

Diese oben bezeugte Nullfehlermentalität fördere eine gewisse Blindheit für eigene und systemische Fehler. Wie zu Fehlern stehen, wenn bei Bekanntwerden mit Kritik und sogar Bestrafung zu rechnen ist? Dann spricht man lieber nicht darüber, denn meistens kann man sie auch vertuschen. Laut Untersuchungen sollen sich circa 50mal mehr Zwischenfälle ereignen als spitalsintern bekannt werden (vgl. Haller et al., 2005: 167).

Ein weiterer Grund für mangelndes Fehlereingeständnis liegt auch in der Tatsache, dass bei einem Vorfall in erster Linie gefragt wird, wer hat das getan, wer ist der Schuldige. Dieser personenbezogene Ansatz, im englischen „culture of naming, blaming, shaming“ genannt, ist noch immer weit verbreitet. Es wird davon ausgegangen, dass ein unerwünschtes Ereignis genau einer Handlung einer Person zugeordnet wird, und somit eine eindeutige Schuldzuweisung erfolgen kann. Das Fehlverhalten liegt in den Eigenschaften des Verursachers begründet, zur zukünftigen Vermeidung sollen Maßnahmen an dieser Person durchgeführt werden. Der systembezogene Ansatz hingegen bindet die Fehlbarkeit des Menschen als Teil des Systems mit ein und sucht die Fehlerursachen im System als Folge von Systemproblemen, wie unklare Verfahren oder Überlastung. Gegenmaßnahmen tendieren auf eine Verbesserung der System- und Arbeitsbedingungen. Das Ziel ist Fehlerentstehung zu reduzieren sowie die Bereitstellung von Sicherheitsvorkehrungen, um im Fehlerfall Fehlerauswirkungen zu vermindern. Die Frage nach dem wer, verlagert sich zur Frage was genau, wo und warum. Die Untersuchung aktiver Fehler tritt, zugunsten der Aufdeckung und Analyse latenter Fehler, in den Hintergrund (vgl. Roth, 2006:18f).

Ein Kulturwandel in einem Unternehmen kann sich nur von oben nach unten vollziehen. Daher sollten sich Führungskräfte ihrer Vorbildfunktion bewusst sein.

4.1 Die Vorbildrolle der Führungskraft

Eine offene Fehlerkultur kann sich nur entwickeln, wenn Vorgesetzte diese auch vorleben. Die Motivation der Mitarbeiter wird sinken oder gänzlich zerstört, wenn berichtete Fehler sanktioniert werden, Verbesserungsvorschläge nicht oder nur von einzelnen ernst genommen werden, oder von der Führungskraft zur eigenen innerbetrieblichen Prestigeerhöhung verwendet werden. Prozedurale Gerechtigkeit wirkt sich in allen Entscheidungsprozessen vertrauensbildend und motivationsfördernd aus. Diese basiert vorwiegend auf fünf wichtigen Punkten, wie (1) die Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen. (2) Der Ablauf soll immer gleich konstant verlaufen, (3) unabhängig von den Beteiligten, denen unvoreingenommen gegenüberzutreten ist. Das Verfahren sollte möglichst alle Informationen mit (4) höchster Genauigkeit und gleicher Wertung aller Meinungen und (5) unter Berücksichtigung der ethischen Grundsätze der Beteiligten mit einbeziehen. Übergeordnet soll Transparenz die Nachvollziehbarkeit allen Mitarbeitern ermöglichen.

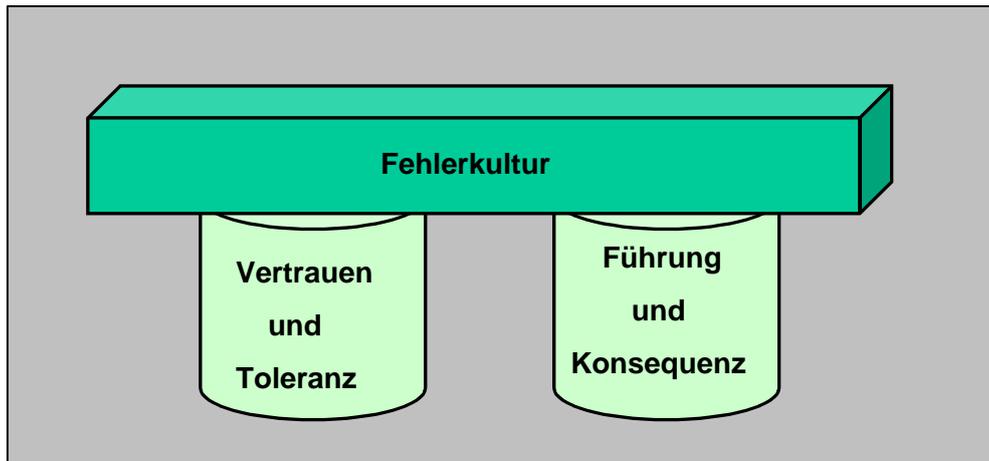
Dieser Ansatz lässt sich nur durch einen integrativen Führungsstil verwirklichen, der eine Kombination aus anweisendem und kooperativem Führungsstil darstellt. Der anweisende, auch autoritäre Stil, hat im medizinischen Bereich seine Berechtigung. Konkrete Sachziele müssen verfolgt werden. Kooperative Führung nimmt den Mitarbeiter ernst, bezieht ihn in Entscheidungen mit ein und fördert damit Selbstverantwortung und die Motivation zur aktiven Mitarbeit an der Verbesserung der Sicherheit (vgl. Sonnweber, 2008: 44ff).

Die Auseinandersetzung mit entsprechender Literatur hat den Verfasser sich seiner Vorbildrolle noch bewusster werden lassen. Das Eingeständnis persönlicher Fehler und Schwächen soll auch die Mitarbeiter zu einem offeneren Umgang motivieren. Eine tolerante und sachliche Reaktion auf eventuelle Fehlleistungen und Schwächen nehmen dem Mitarbeiter vorhandene Ängste und stärken die Vertrauensbasis. Die Betonung der Stärken der Mitarbeiter soll sie zu Eigenverantwortung motivieren. Wichtige grundlegende Voraussetzungen die Teamkultur betreffend, sind zu schaffen. Im Team soll vermehrt auf eine zu verbessernde Gesprächskultur geachtet werden, als Ausgangspunkt für einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit Teamkollegen. Weiters sollen fallweise gemeinsame außerdienstliche Aktivitäten die Teamzusammengehörigkeit fördern (Anm. d. Verf.).

4.2 Säulen einer Fehlerkultur

Das ausgewogene Verhältnis, wie in Abbildung 3 ersichtlich, zwischen autoritärem und kooperativem Führungsstil bilden die zwei Säulen einer Fehlerkultur: Vertrauen und Toleranz, so dass Mitarbeiter sich nicht fürchten müssen Fehler zu berichten, sowie Führung und Konsequenz in der Vermeidung von Wiederholungsfehlern. Das entgegengebrachte Vertrauen empfinden die Mitarbeiter als Verpflichtung, die sie auch annehmen. Im Gegensatz dazu ist aber bei mehrmals wiederholenden Fehlern mit konsequentem Führungsverhalten entgegenzutreten. Sind diese beiden Säulen nicht gleich stark ausgebildet, hat die Fehlerkultur eine Schiefelage (Albs, 2005: 45).

Abb. 3 : **Säulen der Fehlerkultur** (entnommen aus: Albs, 2005:45)



5. FEHLERMELDESYSTEME

Meldesysteme für Fehler und Beinahefehler sind wichtige Instrumente des Fehler- und Risikomanagements. Sie können auch als Lernchance gesehen werden und sollen einem möglichst großen Kreis zugänglich und bekannt gemacht werden. Man muss nicht alle Fehler selber machen, man kann auch aus den Fehlern anderer lernen. Meldesysteme können unterschieden werden in freiwillige und verpflichtende, interne und externe, anonyme und vertrauliche. Je nach Auswirkung wird auch unterschieden zwischen Error Reporting, welches verpflichtend Schadensfälle meldet, und Critical Incident Reporting (vgl. Sonnweber, 2008:64).

Da das Critical Incident Reporting System (CIRS) das bekannteste Fehlermeldesystem ist und auch zur Meldung von Beinahefehlern auffordert, soll es näher beschrieben werden. CIRS bezeichnet die systematische Erfassung bzw. Meldung kritischer, sicherheitsrelevanter Ereignisse, um Schwachstellen-Fehlerquellen in Systemen und Prozessen zu identifizieren, zu analysieren und Lösungs-, bzw. Vermeidungsstrategien abzuleiten. Erstmals wurde die Methodik der Critical Incident Analysis 1954 von Flanagan aufgrund psychologischer Studien der amerikanischen Luftfahrt im 2. Weltkrieg beschrieben. Diese Methodik wurde sowohl in der militärischen als auch in der zivilen Luftfahrt angewendet und ist seit 1975 als ASRS (Aviation safety reporting system), unterstützt durch die NASA (National Aeronautics and Space Administration), im Einsatz. Neben ihrer Anwendung in der Industrie wird sie zunehmend auch im medizinischen Bereich eingesetzt, wo eine Situation als kritisch definiert wird, wenn eine Gefährdung der Patientensicherheit angenommen werden kann oder könnte. Entsprechend dieser Annahme wird hier unterschieden zwischen

Unfall-Fehler, welcher eine gesundheitliche Schädigung des Patienten nach sich zieht, und Beinaheunfall-Beinahefehler, welcher keine Beeinträchtigung verursacht. Ein Grundprinzip dieser Methodik basiert auf der Tatsache, dass H.W. Heinrich in einer Untersuchung von 55.000 Unfällen 1931 feststellen konnte, dass auf einen tödlichen Unfall 29 Unfälle mit Verletzungen, sowie 300 Fastunfälle kamen. Aus dem Gesetz von Heinrich wurde das Eisbergmodell abgeleitet, das grundsätzlich auf alle mit Schadensrisiko behafteten Bereiche anwendbar ist, und im medizinischen Bereich die Schlussfolgerung zulässt, dass durch die Identifikation und Analyse bereits kleiner Fehler und Störungen sowie von Beinahefehlern schwere Zwischenfälle vorausgesagt und durch geeignete Maßnahmen verhindert werden können (vgl. Haller et al., 2006: 49).

Die Erfassung dieser sicherheitsrelevanten Ereignisse muß freiwillig und anonym möglich sein. Jedoch hat es sich im amerikanischen Gesundheitssystem, in dem die Etablierung eines CIRS verpflichtend ist, erwiesen, dass, je offener eine Fehlerkultur gelebt wird, das Verlangen nach Anonymität zurückgeht und der Großteil der Meldungen offen und namentlich erfolgt. Ein CIRS sollte klinikübergreifend installiert sein, jeder Vorfall sollte vom Beteiligten so dokumentiert werden, dass deutlich hervorgeht, was, wo, wie und soweit möglich, auch warum etwas geschehen ist. Anschließend an die Auswertung und Systematisierung durch ein spezielles Team sollen Maßnahmen ergriffen werden, um eine Wiederholung oder Vermeidung ähnlicher Vorfälle zu verhindern (vgl. Ennker et al., 2007:102f).

Der Verfasser sieht in diesem Instrument eine wichtige Chance zur Verbesserung. Die garantierte Anonymität verspricht eine große Anzahl an Meldungen, aus welchen viele lernen können. Die Analyse durch ein externes Expertenteam und deren Verbesserungsvorschläge kann eigener Betriebsblindheit entgegenwirken. Außerdem steigert die regelmäßige Lektüre der gemeldeten Fälle die Sensibilität für mögliche Fehlerquellen. Nicht zuletzt kann die große Anzahl der Beteiligten eher einen Einfluss auf externe Partner ausüben, indem z.B. leicht verwechselbare Medizinprodukte schon vom Erzeuger auffällig unterschiedlich gestaltet werden könnten.

Zusammenfassend war dem Verfasser die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thematischen Umfeld Fehler, Fehlerkultur und Fehlermeldesystem sehr hilfreich bei der Implementierung eines teaminternen Fehlermeldesystems. Sie erlaubte ihm nicht nur eine differenzierte Sichtweise des Fehlers an sich, sondern auch seiner menschlichen und systemischen Ursachen. Auch das Bewusstsein für die eigene Rolle als Führungskraft wurde geschärft.

6. VORSTELLUNG DER OPERATIONSEINHEIT UND DES DERZEITIGEN FEHLERMELDESYSTEMS

Seit Beginn der neunziger Jahre hatte das Operationsteam des Krankenhauses Spittal a. d. Drau sechs Fachdisziplinen mit allen dazugehörigen Techniken zu versorgen. Abläufe und Tätigkeiten waren ein lang trainierter, routinierter Prozess. Im Jänner 2007 stellte die Übersiedelung in eine neu errichtete Operationseinheit das Team vor große Herausforderungen - weitläufigere Räumlichkeiten, eine eigene AEMP, eigener Schleusenbereich, geänderte Lagerbereiche, geänderte bzw. neue Abläufe müssen bewältigt werden. Bereits ein halbes Jahr später kam es durch Erweiterung der gynäkologischen Abteilung zu einem Austausch des gynäkologischen Chirurgeteams, welches das Pflorgeteam mit neuen Operationstechniken, Gerätschaften und auch Individualitäten der Chirurgen konfrontierte. Nicht nur das geänderte Arbeitsumfeld, auch die geänderte Teamstruktur durch Aufstockung und Nachbesetzungen – 42 % der Mitarbeiter sind kürzer als drei Jahre im Team - sowie den vermehrten Arbeitsaufwand, galt es zu bewältigen.

Das Team besteht aus 28 Mitarbeitern und setzt sich aus 14 DGKS/DGKP und 14 PH zusammen. Fünf Teilzeitkräfte und 23 Vollzeitbeschäftigte teilen sich sowohl Schichtdienst als auch Regeldienst (Montag bis Freitag je acht Arbeitsstunden, neun Mitarbeiter üben nur Regeldienst aus). Die Vielzahl an Operationstechniken und Operationslagerungen, der umfangreiche Gerätepark und die universelle Einsetzbarkeit stellen außerordentlich hohe und umfangreiche fachliche Anforderungen an das Team.

Das Krankenhaus Spittal GesmbH verfügt über vier Operationssäle mit identer Grundausstattung. Drei Operationssäle sind jeweils einer Fachrichtung (Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Gynäkologie) zugeordnet und somit speziell ausgestattet. Der vierte Operationssaal ist den Konsiliarfachrichtungen (HNO, Urologie, Orthopädie) vorbehalten, wird aber auch von den restlichen drei Fachrichtungen nach entsprechender Um- und Aufrüstung genützt. Die Anzahl der Techniken, Gerätschaften und Operationen sind in der Tabelle 1 ersichtlich (Anm. des Verfassers).

Tabelle 1 : **Organisationsstruktur** (vgl. Krankenhaus Spittal a. d. Drau 2009)

Organisationsstruktur Krankenhaus Spittal a. d. Drau							
Disziplinen im KH Spittal	Anzahl OP's	Anzahl versch. OP-Techniken	Anzahl Gerätschaften	Anzahl Operationen [Betrachtungszeitraum 2008]	Personalbesetzung [täglich]		zu Verfügung stehendes Personal [FTE]
Unfallchirurgie	1	57	7	2236	2x DGKS 1x PH	1x PH für Schleuse	24
Allgem.Chirurgie	1	30	9	1271	1 DGKS 1x PH		
Gynäkologie	1	38	13	960	2 DGKS 1x PH		
HNO	1	8	2	287	1 DGKS 1x PH		
Urologie		8	3	148			
Orthopädie		3	0	3			
Summen	4	144	34	4905	13		

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die große Anzahl an Disziplinen und Techniken, die noch relativ neue Zusammensetzung des Teams sowie die noch unvertrauten örtlichen Begebenheiten ein nicht zu unterschätzendes Fehlerpotential bergen. Andererseits sind es genau diese Faktoren, die die Auseinandersetzung mit der Implementierung eines Fehlermeldesystems zu diesem Zeitpunkt begünstigen.

Im Operationsbereich des Krankenhauses Spittal a. d. Drau werden derzeit nur Fehler mit erkennbarem Patientenschaden gemeldet. Wird im Rahmen der routinemäßigen Kontrolle in der Phase der Ausschleusung ein Patientenschaden festgestellt, sind mehrere Dokumentationsschritte notwendig. Der Schleusendienst ist verpflichtet, umgehend das Operationsteam zu informieren und in der OP-Dokumentation die Meldung und die Anlage eines Ereignisprotokolls zu vermerken. Der instrumentierenden Fachkraft obliegt es, das Ereignisprotokoll zu erstellen und Unterschriften vom unsterilen Beidienst und dem Operateur einzuholen. Die Vorlage mit den notwendigen Angaben dafür ist als Anhang 3 der Arbeit beigefügt. Auch muss entweder Fachkraft oder Beidienst den Schaden durch Photos dokumentieren und der elektronischen Patientendokumentation beifügen. Das Original des Ereignisprotokolls wird an die kollegiale Führung weitergeleitet, eine Kopie wird im Operationsbereich archiviert. Beinahefehler bzw. Vorfälle die gerade noch einmal gut ausgegangen sind, sind nicht meldepflichtig. Es liegt im Ermessen der Mitarbeiter, ob und wem sie diese mitteilen wollen (Anm. d. Verf.).

7. GEPLANTES FEHLERMELDESYSTEM

Der Verfasser plant, in seinem Bereich eine Fehlermeldebox einzurichten und Fehlermeldeformulare aufzulegen. Die genaue Gestaltung der Formulare wird mit den Mitarbeitern gemeinsam erarbeitet, als Vorlage soll aber das Meldeformular des schweizerischen CIRS dienen, wie in Anlage 1 abgebildet. Im Fehlermeldeformular soll der Mitarbeiter die Möglichkeit haben, Vorschläge zur Fehlervermeidung einzugeben. Diese sollen auch ernst genommen werden. Auch wenn ein kleineres Team oder Arbeitskreis Fehlervermeidungsstrategien ausarbeitet, sollen sie dem gesamten Team transparent kommuniziert werden.

Zur Ersterhebung wurden den Mitarbeitern Fehlersammellisten (siehe Tabelle 2) ausgehändigt, mit dem Ersuchen, Fehler, die passiert sind oder passieren könnten, zu beschreiben und entsprechend ihrer Auftretenshäufigkeit, des Schweregrades und der Auswirkungen zu bewerten. Diese Fehlersammelliste sollte ursprünglich als Gradmesser für das derzeitige Fehlerbewusstsein sowie für die Akzeptanz der Fehlermeldung dienen. Aufgrund des hohen Rücklaufs und der Meldung fast aller vom Autor im Vorfeld erhobenen Fehlermöglichkeiten kann diese Fehlersammelliste als Grundlage für weitere Maßnahmen verwendet werden. Diese notwendigen Schritte können wegen der zeitlichen Dauer der Implementierung in dieser Arbeit nur aufgezählt werden und betreffen die geplante gemeinsame Fehlerbewertung, Fehlerbewältigung und auch Fehlerkontrolle.

7.1 Fehlersammlung

Tabelle 2 zeigt die vom Autor erstellte Fehlersammelliste, welche an das Team verteilt wurde. Erfasst werden sollten die Fehlerbeschreibung, Auftretenshäufigkeit, der eingeschätzte Schweregrad, sowie die Auswirkung des Fehlers auf den Patient, den Prozess, den Team und/oder die Kosten. Jedem Mitarbeiter wurde persönlich eine Fehlersammelliste übergeben, weitere Exemplare lagen zur freien Entnahme auf. Diese konnten in einem Zeitraum von zehn Tagen bearbeitet und anonym in einer dafür bereitgestellten Box abgegeben werden. Von den an insgesamt 28 Mitarbeitern ausgegebenen Umfragebögen wurden aus den 17 retournierten Bögen insgesamt 189 Fehler aufgezeigt, drei weitere Mitarbeiter meldeten nach Zeitablauf noch insgesamt 16 Fehler, welche nicht mehr in die Auswertungen aufgenommen werden konnten. Sie weichen aber bezüglich Beschreibung und Bewertung von den erhobenen Daten nicht ab.

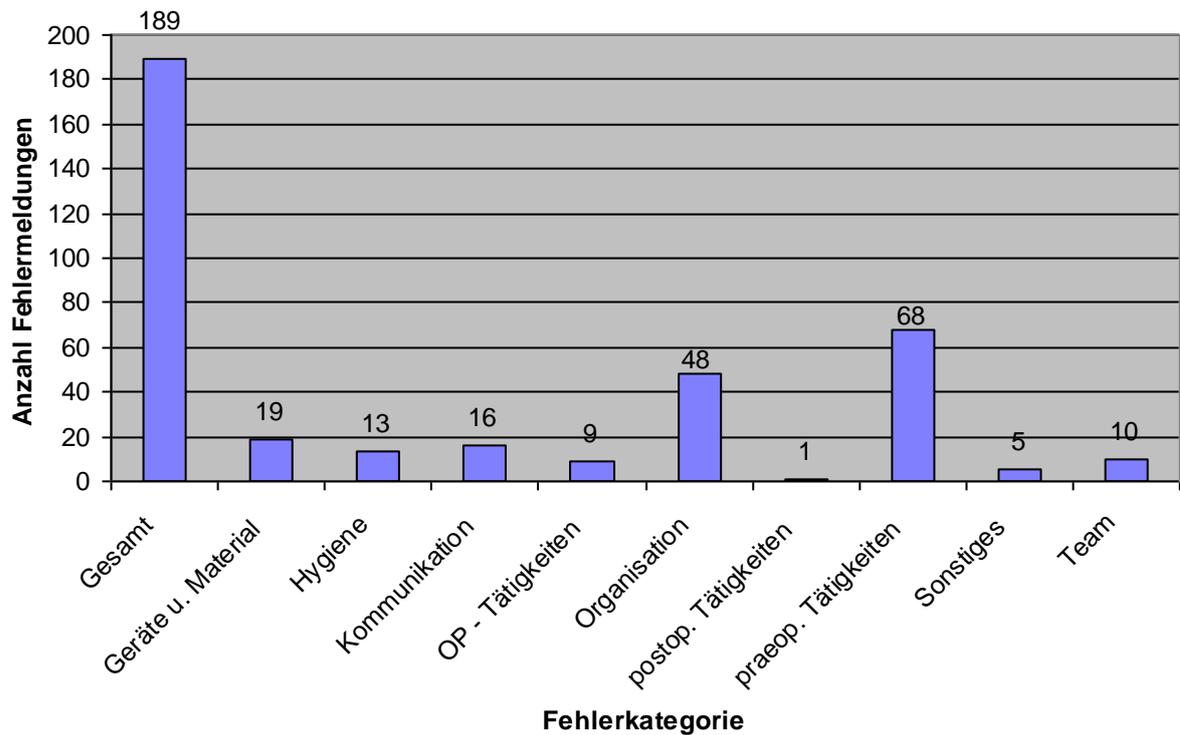
Tabelle 2: **Fehlersammelliste** (eigene Darstellung)

<i>Fehlersammelliste</i>											
<i>Fehlerbeschreibung</i>	<i>Fehlerhäufigkeit</i>			<i>Schweregrad des Fehlers</i>				<i>Fehlerauswirkung</i>			
	<i>oft (täglich)</i>	<i>weniger oft (wöchentlich)</i>	<i>selten (monatlich)</i>	<i>beinahe</i>	<i>leicht</i>	<i>mittel-schwer</i>	<i>schwer</i>	<i>Patient</i>	<i>Prozess</i>	<i>Team</i>	<i>Kosten</i>
<i>persönliche Anmerkungen</i>											

7.2 Auswertung der Fehlermeldungen

Im Zuge der Auswertung der Fehlersammellisten wurden die ausgewiesenen Fehler (in Summe 189 Meldungen) neun definierten Fehlerkategorien zugeordnet. Aus Abbildung 4 ist ersichtlich, dass die Fehlerkategorisierung einerseits durch Aufteilung eines „idealisierten“ OP-Prozesses in seine möglichen Teilprozesse (präoperativer, operativer bzw. postoperativer Prozess), andererseits durch das Auftreten von Kommunikationsfehlern an bestimmten (intern als auch extern) Schnitt- bzw. Nahtstellen, sowie an dem Prozess notwendigerweise benötigten Gerätschaften und Fertigkeiten, vorgenommen wird. Es ergab sich daraus eine Kategorisierung nach Fehlern (1) im Umgang mit Geräten und Material, im Bereich der (2) Hygiene, (3) Kommunikation, (4) Organisation, bei (5) OP-internen, (6) präoperativen, sowie (7) postoperativen Tätigkeiten, und eine Kategorie (8) das Team betreffend. Fünf Fehlermeldungen konnten nicht zugeordnet werden und wurden unter (9) Sonstiges zusammengefasst.

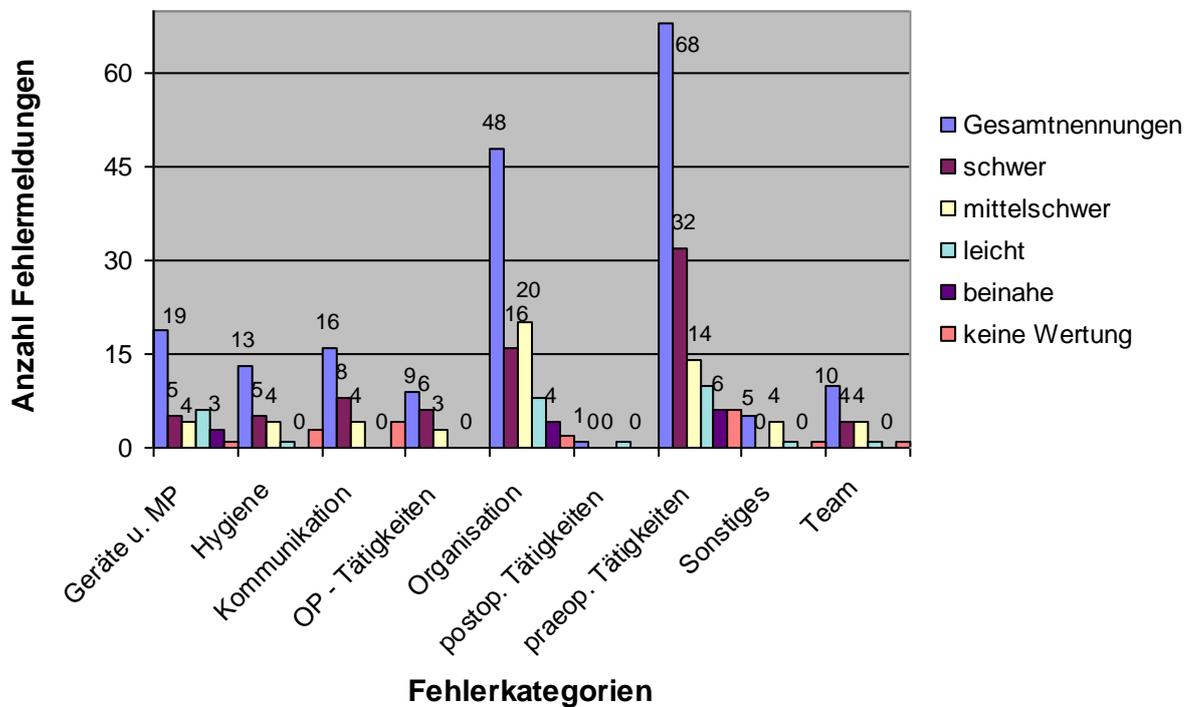
Abb. 4: **Fehlermeldungen pro Fehlerkategorie** (eigene Darstellung)



Aus dem zugrunde liegenden Zahlenmaterial können Auswertungen, bezüglich des Schweregrades, der Auftretenshäufigkeit und deren Auswirkungen auf die einzelnen Kategorien, durchgeführt werden. Bestandteil dieser Arbeit ist es, die Schwere eines Fehlers und dessen Auftretenshäufigkeit zu beleuchten. Auf die Auswertung der Auswirkung der einzelnen Kategorien (Patient, Prozess, Team und Kosten) kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht eingegangen werden, da einerseits die Zuordnungen auf subjektiven Empfindungen beruhen, andererseits keine empirischen Werte, speziell die Kostenauswirkungen betreffend, zur Verfügung stehen.

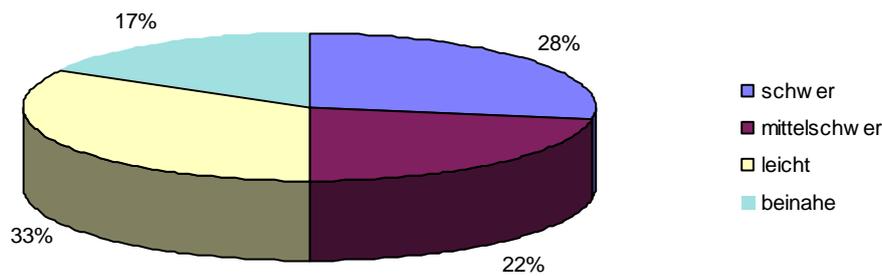
Im Zuge der Mitarbeiterbefragung wurden die einzelnen Teilnehmer ersucht, die aus ihrer Sicht aufgetretenen Fehler, nach dem Schweregrad zu beurteilen. Abbildung 5 spiegelt die Fehlerwahrnehmung der einzelnen Teilnehmer hinsichtlich des Schweregrades möglicher Auswirkungen auf den OP-Prozess wider. Nachdem im Vorfeld keinerlei Definition bezüglich der Schwere eines Fehlers vorlag, kann in diesem Zusammenhang die Behauptung aufgestellt werden, dass die Beurteilung des Schweregrades eines Fehlers in einer rein subjektiven Wahrnehmung bzw. Empfindung des Befragten seinen Ausgang nimmt.

Abb. 5: **Fehlerkategorien nach Schweregrad** (eigene Darstellung)



Exemplarisch soll in Abbildung 6 diese Behauptung, welche die einzelnen Schweregrade der Fehlerkategorie Hygiene darstellt, untermauert werden. Gemäß dieser Analyse sind 28% der Befragten der Meinung, dass Fehler im Bereich Hygiene schwerwiegend sind, 22% der Befragten haben Fehler dieser Kategorie als mittelschwer eingestuft und 33% der Befragten sind der Meinung, dass Fehler, den Hygienerichtlinien widersprechend, als leicht einzustufen sind. Für 17% der Befragten konnten Missachtungen der Hygienerichtlinien im Vorfeld noch behoben werden, und wurden als Beinahefehler eingestuft.

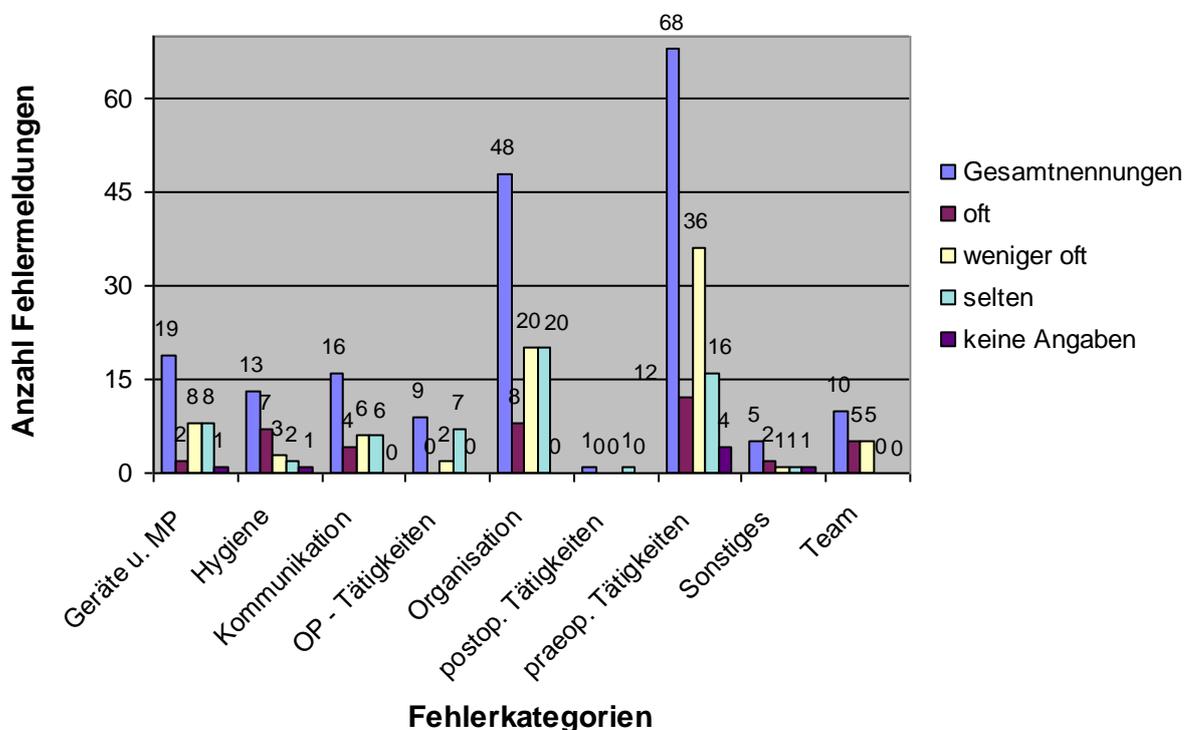
Abb. 6: **Schweregrad eines Fehlers in der Fehlerkategorie Hygiene** (eigene Darstellung)



Als Fundament zur Entwicklung bzw. Weiterentwicklung eines Fehlermeldesystems erscheint somit eine Bewusstseinschärfung, aller am Prozess Beteiligten hinsichtlich Kritikfähigkeit und Fehlerbeurteilung als unerlässlich. Eine der regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen soll in diesem Zusammenhang dazu dienen, den Schweregrad sämtlicher in dieser Befragung genannten Fehler mit dem Ziel zu definieren, dass Fehlerbewusstsein und dessen Auswirkungen auf möglichst breiter Basis gelebt werden können.

Neben dem Schweregrad eines Fehlers zielte die Befragung auch auf die Häufigkeit eines Fehlerauftretens hin. Für die Frequenz des Auftretens eines Fehlers wurde für ‚oft‘ ein tägliches, für ‚weniger oft‘ ein wöchentliches und für ‚selten‘ ein monatliches Auftreten festgelegt. Wie in Abbildung 7 dargestellt, treten die meisten Fehler in einem wöchentlichen Intervall auf. Am Beispiel der Hygiene, die nach Überzeugung des Verfassers, einen der wesentlichsten Bereiche des OP-Prozesses abdeckt, ist ersichtlich, dass die am meisten genannten Fehler täglich auftreten. In diesem Zusammenhang ist es naheliegend, die Entstehungsquellen dieser Fehler einer neuerlichen Untersuchung zu unterziehen, um durch gezielte Hygieneschulungen und standardisierte Checklisten eine Verbesserung zu erlangen.

Abb. 7: Fehlerkategorien nach Häufigkeit (eigene Darstellung)



8. FEHLERANALYSE

Da jedes Fehlermeldesystem ein wichtiges Instrument der Fehleranalyse darstellt, soll im ersten Schritt die im Team erhobene Fehlersammelliste zur gemeinsamen Analyse herangezogen werden, um die vom Verfasser aufbereiteten Daten, bezogen auf die Bewertung, den Teammitgliedern vorzustellen und zu diskutieren. Da bei der Ersterfassung mögliche Fehlerursachen nicht berücksichtigt wurden, in weiterer Folge aber das Erkennen von Fehlerursachen zu deren Vermeidung einen Hauptbestandteil eines funktionierenden Fehlermeldesystems darstellt, erfolgt für die Mitarbeiter eine Einführung in bewährte Methoden der Ursachenanalyse.

8.1 Brainstorming

Mit dem Sammeln von möglichst vielen Lösungsvorschlägen, Ideen und Argumenten zu einem beliebigen Thema ist dies die einfachste Methode der Analyse. Ziel ist es, möglichst viele Ideen zu sammeln und anschließend zu bewerten. Beim Brainstorming geht es um Teamarbeit. Allen Mitarbeitern bzw. Teammitgliedern muss es möglich sein, völlig neue Denkansätze und Ideen einzubringen. Die Beiträge zum behandelten Thema bzw. Problem, können Teammitglieder mündlich äußern oder mittels Karten einbringen. Diese notiert bzw. befestigt der Moderator auf einer Tafel. Anschließend werden die Vorschläge nochmals näher erläutert und bewertet (vgl. Theden et al., 2005: 36f).

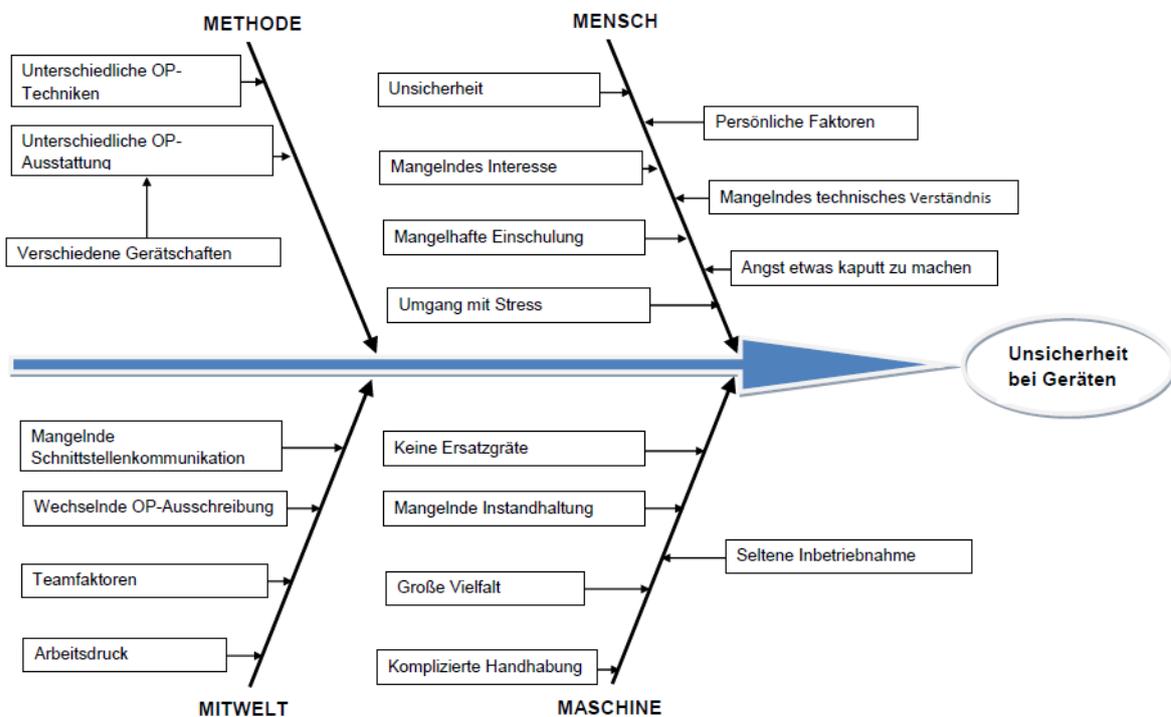
8.2 Ursache-Wirkungs-Diagramm

Diese Art der Analyse wird auch Fischgrätendiagramm oder nach seinem Erfinder Ishikawadiagramm genannt und unterstützt ein Team bei der Zerlegung eines Problems in seine Ursachen. Es werden mögliche und bekannte Einflüsse eines Problems gesammelt, diese unterteilt in Haupt- und Nebenursachen und dann grafisch dargestellt. Durch die Einteilung der Ursachen wird eine übersichtliche Gliederung erarbeitet, und Abhängigkeiten zwischen den Ursachen erkennbar gemacht. Mit einer verständlichen Problembeschreibung, die genaue Informationen über Inhalt, Zeit, Ort und Ausmaß des Problems enthalten soll, wird begonnen. Anschließend kommt es zu einer Kategorisierung der Ursachen. Eine Einteilung gemäß der sogenannten 4 M Methode – Maschine, Methode, Mitwelt, Mensch - findet Anwendung. Diese Kategorien werden auf einer Tafel an Pfeilen notiert, die über einen Hauptpfeil auf das Problem zeigen, wodurch das fischgrätähnliche Aussehen des Diagramms entsteht.

Möglichst viele denkbare Ursachen für das Problem werden unter anderem durch Brainstorming gesammelt, und den einzelnen Kategorien mittels Pfeilen zugeordnet. Ist die Ursachenfindung abgeschlossen, erfolgt eine Beurteilung der Einzelursachen. Die Beurteilung kristallisiert Ursachen mit einer Gewichtung heraus, die anschließend weiter untersucht werden sollten, um zu einer Problemlösung zu kommen (vgl. Theden et al, 2005: 38f).

In Abbildung 8 ist ein Ishikawa-Diagramm dargestellt, welches mit Teammitgliedern erarbeitet wurde und die Problematik bei Unsicherheiten mit Gerätschaften zeigt.

Abb. 8: **Analysebeispiel für unsicheren Umgang mit Geräten** (eigene Darstellung)



8.3 Weitere Analysemöglichkeiten

Weitere Instrumente der Fehleranalyse wären die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse, auch FMEA genannt, die sieben Managementwerkzeuge, der KVP (Kontinuierliche Verbesserungsprozess) und noch einige mehr. Für deren Anwendung bedarf es jedoch eines Expertenteams, das in einem Fehler- bzw. Risikomanagement zu finden wäre (vgl. Witt et al. 2008:108).

Nach Meinung des Verfassers wäre eine zusätzlich wichtige Quelle die Rückmeldungen seitens des Patienten bzw. des stationären Bereichs. Diese sind notwendig, um Daten über Fehlverhalten, welches das Wohlbefinden des Patienten beeinträchtigt, zu erhalten und diese in die Fehlerbetrachtung mit aufzunehmen. Derzeit erhält der Operationsbereich nur Informationen, wenn bereits schwerwiegende Ereignisse eingetreten sind.

9. ABGELEITETE MASSNAHMEN

Auf Grund der Fehlersammlung und deren Auswertung konnten bereits in einigen Bereichen sofortige Handlungsmaßnahmen getroffen werden, um Schwachstellen und Unsicherheiten zu beseitigen, andere sind eingeleitet. So wurde das Thema Hygiene im Rahmen einer Dienstbesprechung eingehend besprochen. Es erfolgte ein betonter Verweis auf die Einhaltung vorliegender Richtlinien. Das OP-Hygieneteam erhielt den Auftrag, für die nächste Dienstbesprechung einen Vortrag über Hygiene im Operationsbereich zu erarbeiten, die vorhandenen Richtlinien zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. Außerdem wurde das Team über vermehrte Kontrollen durch die OP-internen Hygienebeauftragten informiert. Zum Umgang mit Medizinprodukten konnte das Team vorerst nur um vermehrte Aufmerksamkeit gebeten werden. Da es sich hier um ein Schnittstellenproblem handelt, müssen Gespräche mit den weiteren Beteiligten geführt werden. Das Personal der AEMP ist für die richtige Aufbereitung, Zusammenstellung und korrekte Ablage zuständig. Der Umgang mit diversen Einmalgeräten und Implantaten muss mit der Ärzteschaft abgeklärt werden. Eine weitere Dienstbesprechung hatte den Umgang mit Gerätschaften zum Thema. Es konnten gemeinsam mit dem Team Verbesserungsvorschläge mittels Ishikawa-Diagramm (siehe Abb. 8) und weiteres Vorgehen ausgearbeitet werden. Zuständigkeiten für einzelne Geräte wurden unter dem Pflorgeteam definiert, und man traf die Vereinbarung, dass der jeweils Zuständige sich vermehrt um die Schulung der Kollegen kümmern muss. Schulungsprotokolle sind zu führen. Außerdem soll bei jeder Dienstbesprechung ein Gerät nochmals dem ganzen Team vorgeführt und erklärt werden. Für

jedes Gerät ist eine Checkliste zu erstellen. Auch soll ein Nachschlagwerk erstellt werden, wo der Mitarbeiter in Kurzform wichtige Informationen über das Gerät und dessen Zubehör nachlesen kann. Eine Hochfrequenz-Schulung konnte bereits stattfinden, weitere Schulungen, durch externe Experten sind geplant. Mit der kollegialen Führung ist die Anschaffung von Reservegeräten abzusprechen. Team und Kommunikation betreffend erhielt das Team die Möglichkeit, an einem Kommunikationsseminar teilzunehmen, was auch positiven Anklang fand. Ein weiterer Schritt zum Miteinander erfolgte, indem man die diesjährige Weihnachtsfeier gemeinsam mit dem Anästhesiepflege team veranstaltete. Zudem trug ein gemeinsamer Kegelabend zur weiteren Verbesserung der internen Kommunikation und Stärkung der Teamstruktur bei. Insgesamt konnte durch die Fehlersammlung ein offenerer Umgang im Team festgestellt werden, und es wurde gemeinsam beschlossen, den eingeschlagenen Weg der Fehlermeldung fortzuführen.

10. ZUSAMMENFASSUNG

Der Umgang mit Fehlern stellt im medizinischen Bereich noch immer ein heikles Thema dar. Fortschreitende Technisierung, immer höhere Anforderungen an das medizinische Personal, sowie der Druck gesteigerter Wirtschaftlichkeit bilden Faktoren, die das Gefahrenpotenzial für die Patientensicherheit nicht vermindern. Medienberichte zeigen nur die Spitze des Eisbergs und fördern die Kultur des „naming, blaming, shaming“. Wenn im Rahmen einer konstruktiven Fehlerkultur anstelle der Suche nach einem Schuldigen ein Wandel hin zu einer offenen Auseinandersetzung mit Fehlern erfolgt, können Fehler als Lern- und Verbesserungschance gesehen werden.

Meldesysteme bilden dafür eine wichtige Grundlage. Durch Berichten von (Beinahe-) Fehlern, deren Ursachenanalyse und Suche nach Vermeidungsstrategien, kann einer großen Anzahl von Mitarbeitern Wissen zur Verfügung gestellt werden, welches ungenützt verloren ginge, wenn der Fehler nur einmalig bewältigt und dann nicht mehr darüber gesprochen wird. So konnte im Rahmen dieser Arbeit festgestellt werden, dass die bisher praktizierte Art, Fehler eher sporadisch mitzuteilen nicht ausreichte. Trotz Empfehlungen zu klinikübergreifenden oder auch nationalen Incident Reporting Systemen, brachte die Einführung der Fehlersammelliste in einem einzelnen Team des Operationsbereichs im Krankenhaus Spittal a. d. Drau bereits erkennbare Verbesserungen, zur Erhöhung der Sicherheit des Patienten, sowie des Mitarbeiters.

Das Kommunizieren über Fehler wurde erleichtert und offener, die Sensibilisierung für mögliche Fehlerquellen und die Achtsamkeit untereinander wurde erhöht. Verschiedene Maßnahmen zur Beseitigung durch die Erhebung festgestellter Schwachstellen wurden bereits durchgeführt oder sind eingeleitet.

Abschließend möchte der Verfasser anmerken, dass die erstmalige freiwillige Fehlererfassung zu einem verbesserten und offeneren Umgang im Team geführt hat. Mit dem einhelligen Beschluss des Teams, den nunmehr eingeschlagenen Weg des Fehlermanagements (Erfassung-Analyse-Vermeidung) auch weiterhin fortzuführen, kann die Frage ob das bisherige System, Fehler zu melden, ausreichend war, eindeutig mit Nein beantwortet werden. Eine Zustimmung dieser Antwort kann auch darin gesehen werden, dass die Pflegedienstleitung in Erwägung gezogen hat, ein Fehlermeldesystem auf alle Abteilungen des KH Spittal a. d. Drau auszuweiten.

11. LITERATURVERZEICHNIS

Albs, N. (2005): Wie man Mitarbeiter motiviert, Motivation und Motivationsfördern im Führungsalltag, Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co KG, Berlin.

Badke-Schaub, P., Hofinger, G., Lauche, K. (Hrsg.) (2008): Human Factors, Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen, Springer Medizinverlag, Heidelberg.

Ennker, J., Pietrowski, D., Kleine P. (2007): Risikomanagement der in operativen Medizin, Steinkopff Verlag, Darmstadt.

Frutiger, A., Graf, J. Risikomanagement und Fehlerkultur in Burchardi, H., Larsen, R., Kuhlen, R., Jauch, K., Schölmerich, J. (2008): Die Intensivmedizin, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Haller, U., Fink, D., Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin in Berg, D., Ul-senheimer, K. (Hrsg.) (2006): Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Haller, U., Welti, S., Haenggi, D. Fink, D. (2005): Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin; Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des médecins suisses/ Bolletino dei medici svizzeri, 86: Nr 27.

Reason J. (1994): Menschliches Versagen, Spektrum, Akad. Verlag, Heidelberg.

Roth, A. (2006): Fehlermanagement im Krankenhaus, VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken.

Sonnweber, E. (2008): Fehler, Fehlerkultur und Fehlermeldesysteme im Krankenhaus, VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken.

St.Pierre, M., Hofinger, G., Buerschaper, C. (2005): Notfallmanagement, Human Factors in der Akutmedizin, Springer Medizinverlag, Heidelberg.

Theden, P, Colsmann, H. (2005): Qualitätstechniken, 4. Auflage, Carl Hanser Verlag, München

Weingardt, M. (2004): Fehler zeichnen uns aus; Verlag Julius Klinkhardt Bad Heilbronn.

Witt, J., Witt, T.(2008): Der kontinuierliche Verbesserungsprozess, Verlag Recht und Wirtschaft GmbH, Frankfurt am Main

Internetadressen:

<http://www.cirsmedical.at/> 23.11.2009 17:30 Uhr

http://www.emcl.de/downloads/downloads_allgemein/Fehlermanagement.pdf 04.09.2009,
19:20 Uhr

<http://oe1.orf.at/inforadia/112060.html>, 30.08.09, 08:00 Uhr

<http://www.patientenanwalt-kaernten.at/downloads/taetigkeitsbericht2007.pdf> 07.09.2009,
13:20 Uhr

<https://www.cirsmedical.ch/austria/cirs/cirs.php> 09.12.2009, 17:45 Uhr

12. ANHANG

Anhang 1: CIRS-Fehlermeldeformular

Adresse <https://www.cirsmedical.ch/austria/cirs/cirs.php>

Google Suchen

Suche An

Rechtschreibprüfung Übersetzen

wechsell zu

cirsmedical Oesterreichische Ärztekammer

CIRS LERNEN ADMINISTRATION HILFE

Incident Formular

Fall eingeben Definition: Critical Incident

PatientIn (falls betroffen)

Altersgruppe?

Geschlecht?

Ereignis

Zuständiges Fachgebiet

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? (Ereignisart)

Wo ist das Ereignis passiert?

Welche Versorgungsart? Routinebetrieb Notfall

Was ist passiert?

Was war das Ergebnis?

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Adresse <https://www.cirsmedical.ch/austria/cirs/cirs.php> Wechseln zu

Google Suche Übersetzen >> An

CIRSmEdical Austria Oesterreichische Ärztekammer

CIRS LERNEN ADMINISTRATION HILFE

Incident Formular

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

n.a. täglich monatlich jährlich erstmalig

Kam der/die PatientIn zu Schaden? (falls bereits bekannt)

nicht anwendbar (keine PatientIn beteiligt)

nein

Minimaler Schaden / Verunsicherung des/der PatientIn

Vorübergehender Schaden leicht - mittel

Vorübergehender Schaden schwer

Dauerschaden leicht - mittel

Dauerschaden schwer

Tod

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? (Mehrfachnennung möglich)

Kommunikation (im Team, mit PatientInnen, mit anderen ÄrztInnen etc.)

Ausbildung und Training

Persönliche Faktoren des/der MitarbeiterIn (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)

Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)

Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)

Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand. etc.)

Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)

Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)

Medikation (Medikamente beteiligt?)

Sonstiges:

BerichterstatterIn

Wer berichtet? (Berufsgruppe)

...

Bemerkungen zum Eingabeformular: Benutzen Sie dieses Feld, um uns Bemerkungen oder Anregungen zu diesem Formular mitzuteilen

Sind die Angaben korrekt, klicken Sie bitte auf

Fall eingeben

Anhang 2: Fehlersammelliste

Fehlersammelliste												
Fehlerbeschreibung	Fehlerhäufigkeit			Schweregrad des Fehlers				Fehlerauswirkung				
	oft (täglich)	weniger oft (wöchentlich)	selten (monatlich)	beinahe	leicht	mittel-schwer	schwer	Patient	Prozess	Team	Kosten	
persönliche Anmerkungen												

Anhang 3: Ereignisprotokoll



Titel: Ereignisprotokoll bei Hautveränderungen perioperativ

Gültig ab: November 2008
 Gültig für: OP Personal
 Erstellt von: DGKS Benigni, Pirker, Kleewein
 Freigabe durch: PD Hieden Robert MBA
 Evaluierung:

Patientenetikett

Station:

OP-Team

Operateur:

Instrumentarschwester:

Beidienst unsteril:

Operation: **Dauer:**

Desinfektionsmittel:

Lagerungshilfe: Corpoform Gelmatte Fersenschutz Knierolle
 Keilkissen Gehformate

Sonstiges:

Lokalisation:

.....

Wundbeschreibung:

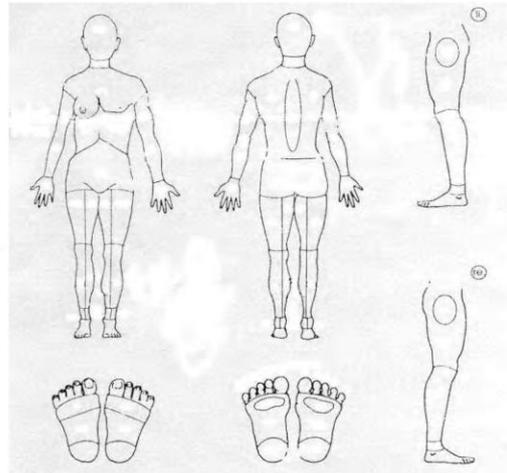
Länge:

Breite:

Tiefe:

.....

Fotodokumentation: ja nein



Maßnahmen:

Operateur (Name) informiert:

.....
 Unterschrift Pflegefachkraft

.....
 Unterschrift OP-Gehilfe

.....
 Unterschrift Operateur