

Dr. Clifford Deveza, MA



Welche sind die häufigsten Fehler in Krankenhäusern in Österreich? Welche Faktoren und Umstände begünstigen diese?

Eine systematische Analyse der häufigsten Begleitumstände und Fehler laut der Berichte auf www.cirsmedical.at

Einleitung

Immer noch wird über Fehler in der Gesundheitsversorgung öffentlich nicht gerne diskutiert, obwohl die Politik in Österreich das Thema Patientensicherheit aufgegriffen hat. Eine österreichweite Strategie, die sämtliche Berufsgruppen und Sektoren der Gesundheitsversorgung umfasst, soll unerwünschte Ereignisse minimieren und die Qualität verbessern (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2013).

Doch dieses Thema ist nicht neu. Im Laufe mehrerer Jahrzehnte wurden in Großbritannien über 30 öffentliche Untersuchungen wegen Behandlungsfehlern in Krankenhäusern durchgeführt (Wollersheim, 2007, S. 49). Schon in den 1990er Jahren deuteten zahlreiche Arbeiten an, dass eine beträchtliche Anzahl von Menschen, Schäden durch Behandlungsfehler in Spitälern erlitten haben. Gleichzeitig wird über die Mehrbelastung und hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung gesprochen. Lucian Leape hat bereits im Jahr 1994 die Frage gestellt, weshalb die Fehlerquoten in der Medizin so hoch sind. Er verglich die damals vorhandenen Daten der Fehlerhäufigkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens mit jenen des Flugverkehrs, der Post und des Bankenwesens. Seine Analysen zeigten, dass das Krankenhauspersonal auf einer Intensivstation eine Leistungsfähigkeit von 99% mit einer Quote von 1,7 Fehler pro Tag aufweist. Doch verglichen mit anderen Hochrisikobereichen wie dem Flugverkehr, war die Fehlerrate viel zu hoch. Demzufolge würden sich bei dieser Fehlerquote am O'Hare

Autor Dr. Clifford Deveza, MA

© April 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Fehler und Critical Incidents- Fallberichte“

Seite 1 von 8

Flughafen in Chicago zwei Bruchlandungen am Tag ereignen, 16 000 Briefe würden beim Postversand verloren gehen oder 32 000 Fehlüberweisungen von den Banken getätigt werden (Leape,1994, S.1851).

James Reason hat aus Analysen von risikoreichen Bereichen, wie der Luftfahrt, der Schifffahrt und der Kernkraft, zwei große Fehlerursachen erarbeitet. Er unterscheidet zwischen aktivem und latentem Versagen (Reason, 2000, S.768).

Die sich daraus ergebenden Fehler sind oft das Resultat einer Kette von Ereignissen und weniger als alleinige Folge einer individuellen Handlung anzusehen. Management Entscheidungen pflanzen sich als „latentes Versagen von oben nach unten fort“, bis sie sich am „scharfen Ende der Kette als aktives Versagen“ offenbaren (Rohe, Beyer & Gerlach, 2005, S.14). In der Medizin wurden die Erkenntnisse von Reason lange nicht anerkannt. Vorreiter sind die USA, wo durch mehrere Studien und dem Bericht "to err is human: building a safer health system" vom Institute of Medicine, der Anstoß zum Umdenken einen wertvollen Beitrag geleistet hat (Hoffmann & Rohe, 2010, S. 92). Reasons Konzepte wurden dort in der Medizin angenommen. Der Ansatz ist durch die Analyse von unerwünschten Ereignissen, die sogenannten Adverse Events oder Fehler zu lernen, die Prozesse auf Schwachstellen zu überprüfen und dann zu adaptieren, um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von ähnlichen Ereignissen zu reduzieren (Institute of Medicine [IOM], 1999).

Ein Instrument, um Fehler und Beinahe-Fehler zu dokumentieren, ist das Critical Incident Reporting System, das sich über die Anästhesiologie in den Bereich der Medizin angesiedelt hat (Staender, Davies, Helmreich, Sexton, & Kaufmann, 1999, S. 88).

Die hier kurz dargestellte Masterarbeit behandelt veröffentlichte Fallberichte über kritische Ereignisse und Fehler auf der Website www.cirsmedical.at, speziell aus dem Spitalsalltag und den stationären Bereich der Pflegeheime, der sogenannten intramuralen Krankenversorgung.

Methodik

Neben der Durchsicht von wissenschaftlichen Studien, Artikel und Reviews aus der Fachliteratur, wo einerseits die häufigsten Fehler im Gesundheitswesen gesucht wurden, wurden auch ihre Definitionen erläutert.

Der empirische Teil enthält Daten in Form von Fallberichten, die auf www.cirsmedical.at öffentlich zur Verfügung stehen. Es wurden nur die Fallberichte ausgewertet, die sich auf der Homepage von CIRSmedical.at befinden.

Mit Stand 27. September 2016 befanden sich 444 veröffentlichte, anonyme Fallberichte aus dem niedergelassenen Ärzte-Bereich, Rettungs- und Krankentransportdienst und dem stationären Bereich mit Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Im ersten Schritt wurden jene Fallberichte selektiert, die ausschließlich aus dem intramuralen Feld, wie Krankenhaus-Ambulanzen, Bettenstationen, Operationsräumen und Pflegeheimen, gekennzeichnet waren. Es ergaben sich nach der ersten Selektion 296 Fallberichte.

Die elf Möglichkeiten sind Kommunikation, Ausbildung und Training, persönliche Faktoren der Mitarbeiterinnen sowie Mitarbeiter wie Müdigkeit, Gesundheit und Motivation. Weitere Faktoren sind Teamfaktoren, Ressourcen, Ablauforganisation, Patientenfaktoren wie Sprach-Einschränkungen, technische Geräte, der Kontext der Institution, Medikation und die Möglichkeit „Sonstiges“, welches frei angegeben werden konnte (www.cirsmedical.at). Anhand dieser Kategorien werden die Fallbeispiele durch die elf verschiedenen Merkmale über eine Nominalskala zugeordnet, kodiert und operationalisiert. Dadurch konnten die Häufigkeiten bestimmt werden.

Des Weiteren wurden die 296 Fallberichte in die Kategorien Medikationsfehler, Fehldiagnose, Nosokomiale Infekte und Organisationsstruktur eingeteilt. Die Einteilung zu der Kategorie „keine Zuordnung“ enthält Fallberichte, die aufgrund von unzureichenden Angaben keine genaue Zuteilung zu den spezifischen Fehlern zulassen. Von besonderem Interesse sind die Fehldiagnosen und Medikationsfehler.

Diese ersten drei Gruppen gelten, laut mehreren Arbeiten (Beyer, 2015; Glabman, 2004; Hogan, 2012; Kohn et al., 1999; Leape, 1994) als die häufigsten Behandlungsfehler, wobei die Reihenfolge nicht eindeutig klar belegt ist.

Zu den Medikationsfehlern dieser Analyse zählen die Gabe von falschen Medikamenten, die Gabe von Medikamenten an andere Patientinnen oder Patienten, die inkorrekte Dosierung, die falsche Verabreichungsform, die falsche Zeit und die Nicht-Verabreichung. Zusätzlich werden noch die falsch aufgeschriebenen oder nicht leserlichen Rezepte dazu gezählt (Barker, 2002; Hoffmann, 2010).

Diagnosefehler beinhalten Fälle, in denen durch die falsche Diagnose eine unangemessene Behandlung resultierte oder keine weitere Therapie erfolgte. Auch die nicht gestellte Diagnose oder die zu spät gestellte Diagnose zählen zu dieser Einteilung. Schon Leape berichtete 1994, dass durch Autopsien etwa in 35% - 40% der Fälle falsche Diagnosen zum Tod von Patientinnen bzw. Patienten geführt hat (Leape, 1994, S.1851).

Die Kategorie Organisationstruktur beinhaltet jene Berichte, wo durch unklar definierte oder nicht geregelte Aufgabenverteilung, Befunde nicht zeitgerecht übermittelt wurden.

Des Weiteren wurden dadurch Therapien oder Maßnahmen verspätet eingeleitet und folglich war ein reversibler oder irreversibler Patientenschaden entstanden. Hier wurden jene Irrtümer und Verfehlungen summiert, die Defizite in der Aufbauorganisation und der Ablauforganisation hatten. In der Ablauforganisation sind die einzelnen Arbeitsprozesse und Abläufe für die Aufgabenerfüllung gestaltet. In der Aufbauorganisation werden die Aufgaben der verschiedenen Stellen des Betriebes und die Zusammenarbeit und Zuständigkeiten geregelt (Mentzel, 2014, S. 15). An jeder Schnittstelle der Krankenhaus-Organisation kann Information verloren gehen (Hoffmann & Rohe, 2010, S. 93). Die Organisationsgestaltung wird durch die Führungskräfte ausgewählt, herausgebildet und gesteuert (Jones & Bouncken, 2008, S. 44). Schlechtes Design wie Mängel in der Beaufsichtigung und Kontrolle, nicht bewältigbare Arbeitssummen, defizitäre, unzureichende Ausbildung und inadäquate Arbeitsgeräte und Arbeitszustände, stellen nach der Fehlertheorie von James Reason, die latenten Konditionen dar, unter denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv die Fehler begehen (Reason, 1997, S. 10).

Die Einteilung in diese Gruppen erfolgte erst nach der Inhaltsanalyse der Fallberichte. Es wurde qualitativ der Inhalt der Antworten, zum Beispiel zu der Frage „Was ist passiert? – Fallbeschreibung“, ausgewertet. Hier sind die Antworten als frei verfasster Text des Sachverhalts geschildert worden. Nicht medizinische Tätigkeiten wie Logistik und Distribution, zum Beispiel von Medikamenten, gehen fließend in medizinische Einrichtungen über. Diese Inhaltsanalyse und anschließende Kodierung benötigte zeitlich die meisten Ressourcen. Dabei wurden neun Fallberichte identifiziert, die aus dem extramuralen Bereich stammten. Somit verblieben 287 Fallberichte zur Auswertung. Die Merkmale Geschlecht, Altersgruppe, Bereich, berichtende Berufsgruppe, sowie die elf Faktoren wurden identifiziert und für die Auswertung berücksichtigt. Die entsprechenden Merkmale wurden als Variable in eine Nominalskala eingeteilt und die Häufigkeit bestimmt. Für die Bearbeitung der Forschungsfrage sind die vordefinierten Merkmale für Medikationsfehler Diagnosefehler, Nosokomiale Infektionen und Fehler der

Organisationsstruktur, essentiell. Die Kategorie „keine Zuordnung“ gilt als Ausschlussfraktion.

Ergebnisse

Von den elf ursächlichen Faktoren wie „Kommunikation“, „Ausbildung und Training“, „persönliche Faktoren“, „Teamfaktoren“, „Ressourcen“, „Ablauforganisation“, „Patientenfaktoren“, „Technische Geräte“, „Kontext der Organisation“, „Medikation“ und „Sonstiges“ können bei jeder Meldung beliebige Faktoren angegeben werden. Theoretisch sind somit elf Nennungen möglich. Insgesamt wurden bei 287 Fällen 772 ursächliche Faktoren genannt. Aus dieser Aufzählung folgt, dass bei jedem Fallbericht mehr als ein einzelner Faktor genannt wurde.

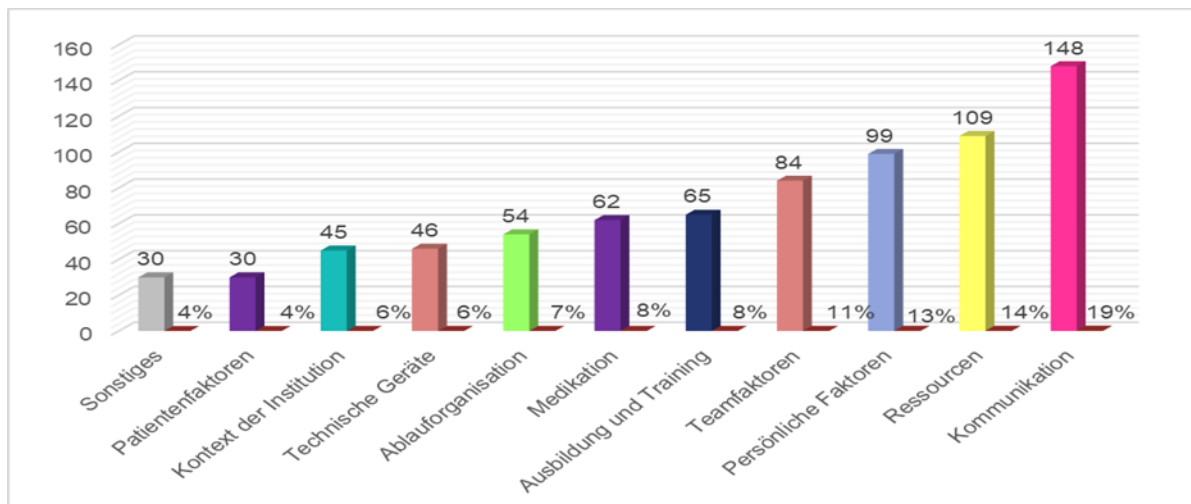


Abbildung 1: Quelle: eigene Darstellung

„Kommunikation“ wurde mit 148 Nennungen als häufigster Faktor genannt, dies entspricht einem Anteil von 19%. Als zweithäufigster Faktor wurde „Ressourcen“ mit 109 Schilderungen erwähnt, das sind 14%. Danach wurde mit 99 Einträgen, „persönliche Faktoren“ angeführt. „Teamfaktoren“ sind bei 84 Einträgen zu finden, welches 11% entspricht. „Ausbildung und Training“ wurden bei 65 Meldungen genannt. „Medikation“ wurde in 62 Fällen angegeben.

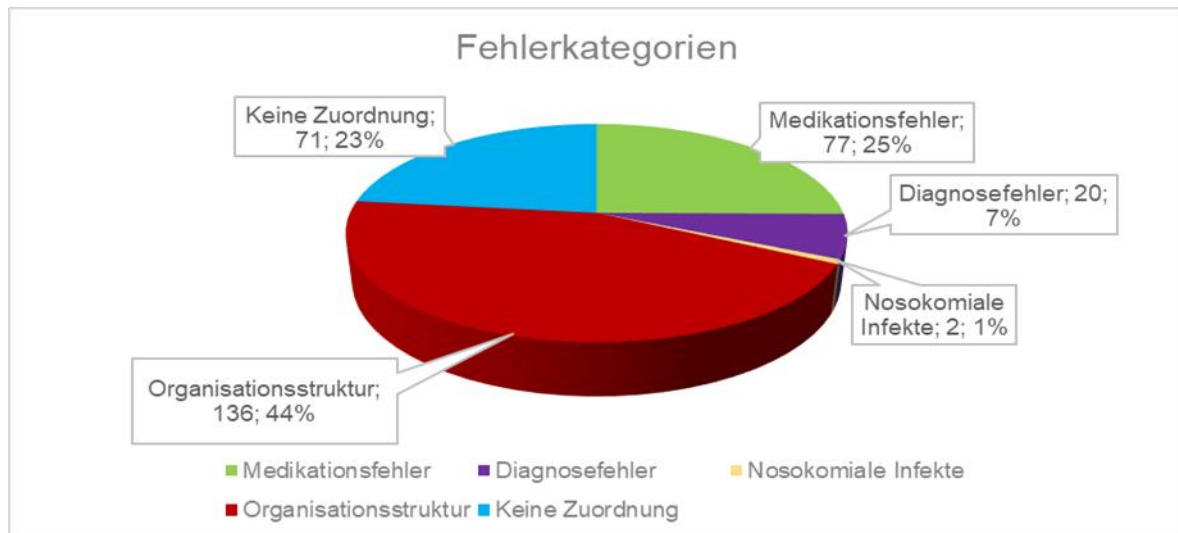


Abbildung 2: Quelle: eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt die Verteilung der Fehlerarten. Mit 44% bzw. 136 Einträgen machen Fehler aufgrund der Organisationsstruktur die Mehrheit aus. Danach folgen Medikationsfehler mit 25% bzw. 77 Meldungen. Knapp an dritter Stelle mit 23% und 71 zugeordneten Berichten liegen die Einträge, die keine Zuordnung finden. Mit 20 zugeordneten Einträgen machen Diagnosefehler 7% der Gesamtanzahl aus. Zu den Nosokomialen Infekten konnten zwei Einträge, die etwa 1% ausmachen, dazu gezählt werden.

Fazit

Die Analyse der Berichte von CIRSmedical.at ergibt Defizite in der Organisationsstruktur der unterschiedlichen Abteilungen der Krankenanstalten. Die Ärztinnen und Ärzte, die Angehörigen der Pflege und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen, arbeiten funktionsorientiert und nicht prozessorientiert. Die Politik hat erkannt, dass dadurch die Patientensicherheit zu kurz kommt. Sie versucht über indirekte Wege, eine neue Ansichtswiese im Gesundheitswesen, einzuläuten. Eine Maßnahme davon ist die Etablierung von CIRSmedical.at und weitere, organisationsinterne Reportingsysteme, einzuführen.

Es zeigt sich, dass auf schon bekannte, häufige, kritische Ereignisse, die Entscheidungsträger der diversen Krankenhäuser und Abteilungen, keine standardisierten Anweisungen oder Vorkehrungen, treffen. Oftmals werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit diesen Problemen alleine gelassen. Doch um die Patientensicherheit zu erhöhen muss sich erst eine offene Fehler- und Lernkultur in der Medizin etablieren. Der alleinige Aufbau von Reportingsysteme ist zu wenig. Die Meldungen müssen ernst

Autor Dr. Clifford Deveza, MA

© April 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Fehler und Critical Incidents- Fallberichte“

Seite 6 von 8

genommen und Handlungen gesetzt werden. Vor allem braucht es Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, die proaktiv agieren und kritikfähig sind.

Diese Arbeit soll jeden Einzelnen auch dazu auffordern, diese Arbeitsbedingungen zu kritisieren und selbst proaktiv Veränderungen setzen. Im Sinne von James Reason „we cannot change the human conditions, but we can change the conditions which humans work” (Reason, 2000, S. 768). Grundlegende Veränderungen können nur erreicht werden, wenn die Natur von organisational bedingten Störungen, verstanden werden (Reason, 1997, S. 15).

Literaturverweis

<https://www.akademikerverlag.de/catalog/details//store/de/book/978-620-2-20043-1/fehler-und-critical-incident-fallberichte-in-Oesterreich>.

Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D. & Hochreutener, M.A. (2005). *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (1999). *To Err is Human: Building a safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine [IOM], Abgerufen am 25.09.2016 von <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>.

Leape, L. (1994). Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 272(23), 1851-1857.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Journal of Medicine*, 320, 768-770.

Über den Autor:

Dr. Clifford Deveza, MA

ist verheiratet und Doktor der Allgemeinmedizin.

Im Juni 2017 absolvierte er das Masterstudium „Management von Gesundheitsunternehmen an der IMC FH Krems.

Von 10/2014 bis 02/2017 hatte er eine beratende Tätigkeit in den KAV Spitäler/ Hanusch Krankenhaus (Medizinische Behandlungsökonomie WGKK) inne.

Danach arbeitete er beim Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, wo er an der strategischen Planung der Niederösterreichischen Landeskliniken mitarbeitete.

Derzeit ist er als Arzt für Allgemeinmedizin tätig.

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Expertinnen und Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Landhausplatz 1, Haus 13

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor Dr. Clifford Deveza, MA

© April 2018 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Fehler und Critical Incidents- Fallberichte“

Seite 8 von 8