



**UNIKLINIK  
KÖLN**



Gesundheitspflegekongress 10.10. 2015, Hamburg

**Kultur des Vertrauens - Konstruktiv mit Fehlern umgehen**

Dr. med. Evelyn Plamper

## Patientensicherheit ist nationales Gesundheitsziel

- Im Krankenhaus ist der Anspruch an Präzision und an Legitimation hoch.
- Wir haben Standards, Checklisten, Zertifikate, ein umfassendes Qualitätsverständnis, ausgetüfteltes Qualitäts- und Risikomanagement.

### Aus dem Leitbild

- „Wir verdienen uns das Vertrauen unserer Patientinnen und Patienten und der Menschen, die sie begleiten durch fachliche Kompetenz und eine offene und ehrliche Kommunikation“

Aus dem Leitbild der Uniklinik Köln

## Wie erfüllen wir Anspruch und Erwartung?



## Drei Fallbeispiele

# 1. Fehldiagnose: Unglück oder Fehlverhalten?

Eine siebenfache Mutter erlitt nach einer Totgeburt Organschädigungen, an denen sie starb. Die Chefärztin der Gynäkologie hatte einen lebensgefährlichen Gebärmutterriss nicht diagnostiziert und geleitet durch ihre Fehldiagnose auf den sich verschlechternden Zustand nicht reagiert.

Der Tod der Patientin hätte durch das Ärzteteam verhindert werden können, die der Chefärztin ihre Einschätzung entgegen hielten.

Gericht sieht fahrlässige Tötung

## **Strafurteil gegen Wiler Chefärztin**

Die Chefärztin der Geburtshilfe am Spital Wil ist wegen fahrlässiger Tötung zu einer bedingten Freiheitsstrafe von 24 Monaten verurteilt worden. Das Kreisgericht Wil sah Fahrlässigkeit als erwiesen an im Oktober 2007 nach der Geburt ihres Kindes ver

Nach Todesfall

## **Wiler Chefärztin darf bleiben**

Die sankt-gallischen Behörden halten an der Anstellung der Chefärztin Gynäkologie am Spital Wil fest. Trotz ihrer Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung genieße sie breites Vertrauen

Urteil des Kreisgerichts stützt spitalinterne Hierarchie

## **Zwei Wiler Ärzte freigesprochen**

kru. St. Gallen · Das Kreisgericht Wil hat zwei Oberärzte vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen. Sie waren in Zusammenhang mit dem Tod einer Patientin nach der Totgeburt ihres Kindes angeklagt worden. Im

## Es braucht Mut....

Unterordnen unter eine strikte Hierarchie ist kein juristisches Fehlverhalten.

verantwortliche Ärztin gewesen. Damit wertete das Gericht das Unterordnen unter eine strikte Hierarchie und Fachdisziplin trotz der lebensbedrohlichen Situation der Patientin nicht als juristisches Fehlverhalten. Das gilt ebenso für den von der Staatsanwaltschaft erhobenen Vorwurf fehlender Zivilcourage.

Im Wiler Spital wurden

- Fehlerkultur, Kommunikation und Zusammenarbeit verbessert, regelmäßige Fallbesprechungen und Einholen von Zweitmeinung eingeführt, die Hierarchien abgeflacht, die Chefärztin gecoacht.
- *Es braucht Mut, gegen die Chefin / den Chef eine Zweitmeinung anzufordern...*

## 2. Eine Mutter scheitert an den Grenzen fachlicher Ignoranz

*Josie died because of dehydration and sepsis due primarily to her central line infection and an intestinal infection. ...*

*....what really killed Josie was **an archaic culture that disabled the care team...**\**

- Eltern haben eine sensible Wahrnehmung für Veränderungen bei ihrem Kind.
- In der Interaktion sollten diese Sensoren von den Fachleuten in Entscheidungen einbezogen werden.
- Fehler sind oft Auslöser für Veränderung.



### 3. Ein Teamkonflikt kommt an die Oberfläche

- In einer hoch frequentierten Ambulanz ist der Krankenstand sehr hoch, das ärztlich geführte Ambulanzpersonal sieht in der Überlastungsanzeige den letzten Ausweg, die Leitung zum Handeln zu zwingen.

Berufsgruppenübergreifende Konfliktklärung hat oft keine Priorität.

Vorgehen: Konfliktbearbeitung zur Chefsache machen

- Vertrauliche Konfliktklärung mit den Einzelnen wurde mit transparenten Abstimmungsrunden kombiniert
- Zielkonflikte zwischen Berufsgruppen und Abteilungen wurden geklärt
- Im regelmäßigen JourFix haben alle Rederecht.
- Moderation kann anfangs hilfreich sein um den Interessenausgleich zu unterstützen

## Lösungsfokussiertes Vorgehen für Problemlösung nutzen

- **Das Finden von Lösungen ist nicht von einer Analyse der Probleme abhängig.\***
- In einem Geflecht von Arbeitsbeziehungen bringt es eher Erfolge, das Wirrwar aus möglichen Ursachen unbeachtet zu lassen anstatt zu versuchen, es zu sortieren und dabei alle (alten) Fäden aufzurollen.
- *(Dies gilt nicht im Falle der Suche nach Fehlerquellen).*

### Lösungsorientierung meint

- Blick nach vorn
- Wo läuft etwas richtig? Und wie haben wir das geschafft?
- Anerkennung von Verbesserung
- Ressourcen finden
- Handlungen: Was tun wir demnächst anders?
- Wie ändern wir es?



## Vertrauen(skultur) kann man nicht verordnen

Vertrauen beruht auf Beziehung

- ein Patient vertraut seiner Ärztin/ seinem Arzt, wenn...
- Ein Patient vertraut den Pflegekräften und Therapeuten, wenn ...
- Pflegekräfte und Ärzte vertrauen ihren Kollegen, wenn sie sich auf sie verlassen können, wenn sie fragen und voneinander lernen dürfen, ohne sich eine Blöße geben zu müssen
- Vertrauen in Vorgesetzte beruht auf Klarheit der Richtung, Verständlichkeit der Ziele und Umsetzung von Strategie, Beteiligung, ....

## Mit dem CIRS-Frühwarnsystem kann Vertrauen aufgebaut werden

- Im CIRS bereiten sich Fachabteilungen berufsgruppenübergreifend auf den Umgang mit Fehlern vor
- Ob ein Fehlermeldesystem funktioniert und wirksam wird, hängt wesentlich vom Umgang der Führungskräfte mit Meldungen ab

Sind die Vorgesetzten offen und interessiert und reagieren schnell, wird das Meldesystem intensiver konstruktiv genutzt.

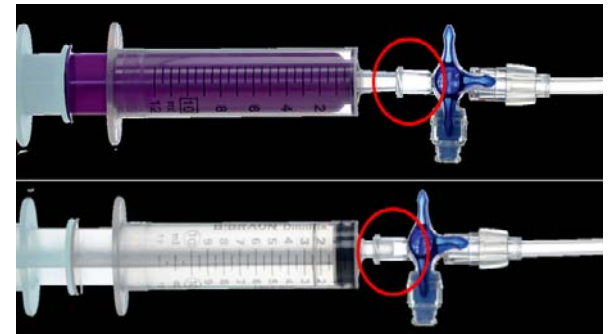


## Beinahe passiert

- Medikamentenverwechslung
- Gefährdung durch Medizingerät
  - | Defekter Pumpemalarm wegen Abriss des Lautsprechers
- Fehlerhafter Reanimationsablauf
  - | berufsgruppenübergreifende Schulung
- fehlerhafte Fluchtwegleitung im neuen Gebäude

### Meldung

Orales Medikament i.V. appliziert



- Orale Medikamentenspritzen mit Zubehör eingeführt
- Keine Verbindung mit i.V. Systemen mehr möglich

## So wird ein Fehlermeldesystem wirksam

- Identitäten der Melder sind Dritten gegenüber vertraulich
- Meldungen erfolgen im geschützten Raum
- Kontrolle und Evaluation im CIRS sind unabhängig
- Interpretation und Bewertung der Meldungen erfolgen auf der Basis guter Kenntnis der Abläufe, um Ursache-Wirkungs-Beziehungen identifizieren zu können
- eine **systemische Sicht auf die Organisation** hilft zur Einordnung individuellen Handelns und um eine Verkettung von Umständen erkennen zu können



## Zum CIRS-Verfahren im Universitätsklinikum

- Implementiert in 18 von 24 Fachkliniken (schrittweise Einführung)
- 26% melden anonym
- 1x pro Jahr Auswahl von Meldungen, die zum Abbau relevanter Risiken geführt haben; belohnt mit einem Gutschein
- Nach der Meldung:
  - | Akut-Verfolgung / Nachverfolgung im monatlichen JFCIRS Team und im Quartals-Termin mit Klinik / CIRS-Newsletter zu ausgewählten Themen (2x pro Jahr)
  - | Interne Lösung durch Prozessänderung / Schulung / Information und/oder externe Lösung, indem bspw. ein Hersteller Medikamentenkennzeichnung austauscht

## Nach manchem Fehler bleibt die psychische Belastung

- Fehlerfolgen in der Fehlerkultur zu berücksichtigen, schafft Vertrauen und Sicherheit.
- Cramer, Foraita und Habermann haben in einer Querschnittsstudie Pflegende gefragt, wann und welche Fehler sie melden und **wie sie Fehler verarbeiten**

(Pflege 2012)

- Ich habe mich selbst als Person infrage gestellt.
- Ich litt unter Schlafstörungen.
- Ein Fehler hat mich aufgeregt, gestresst oder geärgert.
- Ein Fehler hat mich im Nachhinein unsicher gemacht.
- Ein Fehler hatte für mich berufliche oder rechtliche Folgen (z. B. Abmahnung, Anzeige).
- Ich hatte Angst, dass mir der Fehler noch mal passieren könnte.
- Ich habe etwas für meinen Job gelernt.
- Ich bin persönlich gewachsen.

## „Die Angst der Ärzte“



STICHWORT: ...

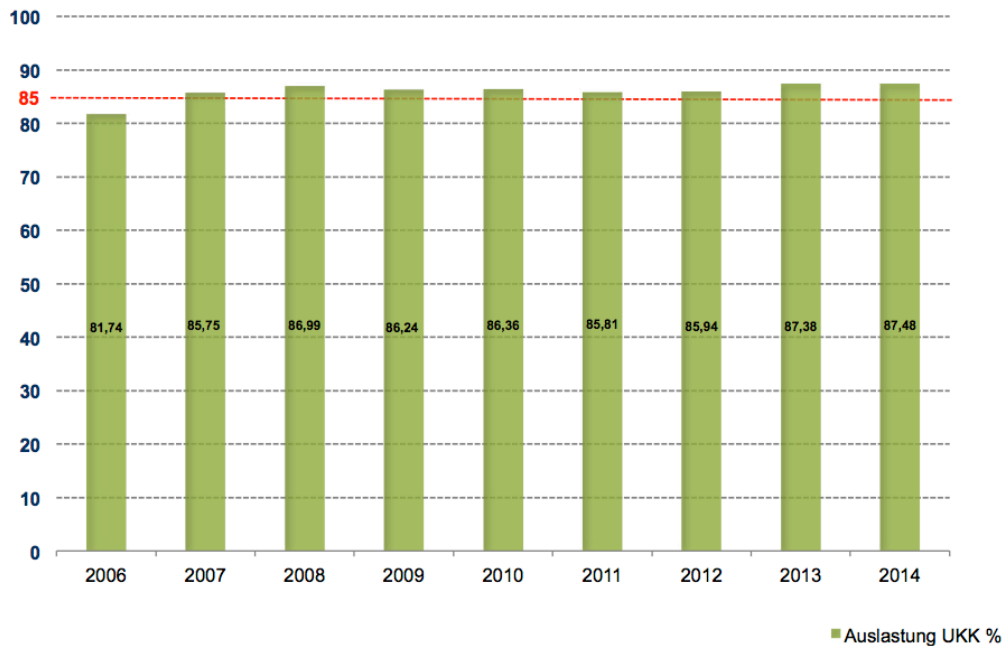
Einem Arzt, der nie an seinen eigenen Fähigkeiten zweifelt und der keine Angst kennt, in der Ausübung seines Berufs zu versagen, sollte man sich besser nicht anvertrauen. Zu groß ist die Gefahr, dass durch blinden Optimismus und Zuversicht die Möglichkeit des Scheiterns der ärztlichen Behandlung ausgeblendet wird. Dass ein Behandlungsfehler

Quelle: Dt. Ärzteblatt 2014

Selbstkritische Umsicht ist gefragt.

## Hohe Auslastung fordert noch mehr Abstimmung, Information, Verantwortungsklämung und Prozesstreue

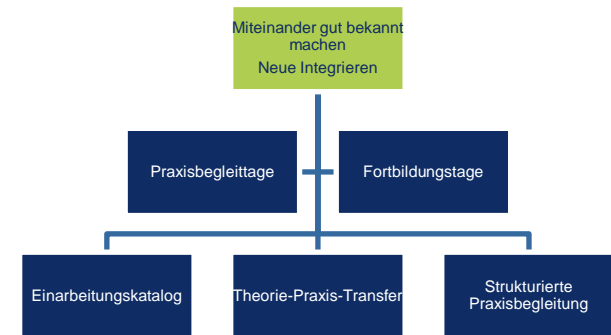
### UKK | Auslastung gesamt (2006-2014)





# Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Intensivmedizin

Lernphase	Woche	Struktur
Orientierung	1	Theorie-Praxis-Transfer
	2	Gemeinsame Versorgung 2 Patienten (spontanatmend)
Einarbeitung Qualifi- zierung	3	Gemeinsame Versorgung 2 Patienten (spontanatmend)
	4	Gemeinsame Versorgung 2 Patienten (1 beatmet)
	5	Gemeinsame Versorgung 3 Patienten (1-2 beatmet)
	6	Gemeinsame Versorgung 3 Patienten (2-3 beatmet)
Selbstän- digkeit	7	Gemeinsame Versorgung 3 Patienten (2-3 beatmet)
	8	Gemeinsame Versorgung bis 4 Patienten (2 beatmet)



## Zeit zum Kennenlernen

### Teambuilding und –training in neuen Organisationseinheiten

- Alle Beteiligten lernen sich in neutralem Umfeld kennen
- Die Beteiligten werden für die Tätigkeitsschwerpunkte der anderen Berufsgruppen sensibilisiert und verstehen die Herausforderungen
- Die Anforderungen/Erwartungen an kollegiale Unterstützung, kritisches (lobenden) Feedback, Umgang mit Fehlern, Umgang mit Überforderung, Verhalten in Konflikten werden diskutiert
- für die künftige Zusammenarbeit wird eine Vision entwickelt
- Am „Refresher Tag“ nach 3 Monaten werden Ergebnisse der Integration und Qualität der Einarbeitung evaluiert und Erfahrungen ausgetauscht



## Dank E-Learning schneller viele Mitarbeiter qualifizieren

- E-Learning: neue Wege, Pflegende zu qualifizieren
- Beispiel: Lernmodul Dekubitusprophylaxe
- Dekubitus (III+IV) Fallbesprechung mit Evaluation des Pflegeprozesses

**1. Platz des IT-Innovationspreises des DPR  
für Bildungseinrichtungen im Gesundheitswesen**

**Entwicklung und Umsetzung eines interaktiven  
Web Based Trainings (WBT) zur Umsetzung des  
DNQP Expertenstandards Dekubitusprophylaxe  
in der Pflege (2010)**



Quelle:

<http://pictures.doccheck.com/de/search/?q=Dekubitus>

## Arzneimitteltherapiesicherheit - Arzneimittelinteraktion

(Multi)medikation erfordert

- Abstimmung der Medikationsplanung  
sektorenübergreifend  
disziplinübergreifend  
bereichsübergreifend
- Technische Lösung (UnitDose)



## Ausbreitung von Infektionen und Resistenzen

- Prävention und Infektionsschutz
- Ausbruchsmanagement
- Hygienemanagement
- **Saubere Hände → Vorbild hilft!**



## Im Simulationszentrum lernen Studierende, Pflegekräfte und Ärzte gemeinsam

### KISS Kölner interprofessionelles SkillsLab

- Reanimation / Basic Life Support / Pediatric Basic Life Support / Advanced Life Support
- Brandschutzübung
- Techniken für Medizinstudierende
- Peer-Teaching
- Studierende, Nachwuchs-Pflege und Ärzte üben, eine schwierige Nachricht zu überbringen
- Pflegekräfte benötigen Reaktions- und Kommunikationstraining für den Umgang mit Patienten in der ZNA



## Compliance verbessern und Fehler schneller finden

### Parkinsonnetz unterstützt sektorenübergreifend Kompetenz und Prozessqualität verbinden

- Parkinson-Visite mit UKK-Arzt + Parkinson-Pfleger
- **Zu Hause-Betreuung** (Physiotherapie, Videotherapie, ...  
Medikamentensicherheit, Selbsthilfegruppe,...)
- **Patientenpatenschaften** (Erfahrung mit „Tiefe  
Hirnstimulation“ ...)



## An den Grenzen des Lebens ist der Bedarf an Klärung hoch

### Interdisziplinäre Ethikvisiten und Fallbesprechungen

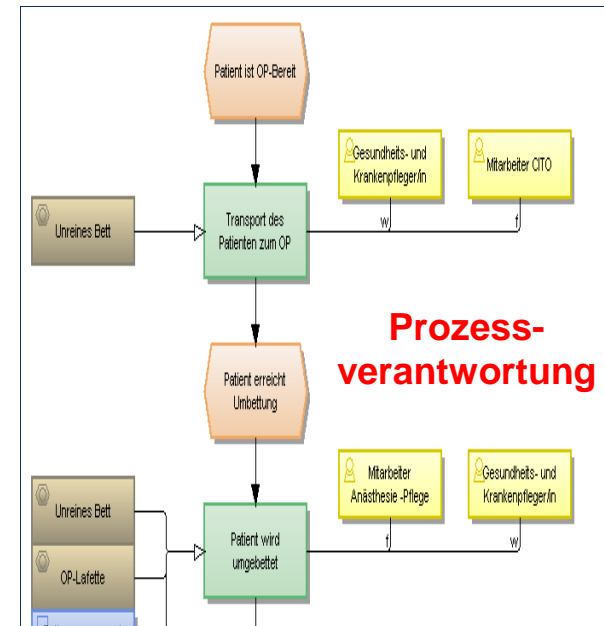
- Frühzeitig ethische Problemlage besonders auf Intensivstationen, in der Neonatologie, Schlaganfall-Unit, Herzchirurgie, ... identifizieren
- Belastungen des Teams aktiv auffangen, schwierige Situationen frühzeitig erkennen. Pflege ist oft der Puffer, wenn es Klärungsbedarf gibt





## Durch Effizienz Ressourcen freisetzen: Prozesskompetenz vermindert Reibung an Schnittstellen

- Der Wandel von der (versäulten) funktions- zur prozessorientierten Organisation ist noch nicht in allen Köpfen vollzogen: Prozesse verlaufen entlang der Wertschöpfungskette / quer zur Organisation
- Neue Berufsgruppen erhalten Prozessverantwortung (Modulschrankversorgung durch den Patientenservice ...)



# Vertrauen und Routine In berufsgruppenübergreifenden Steuerungsgruppen

## In berufsgruppenübergreifende Steuerungsgruppen

### Ständige Teilnehmer

- Chefarzt / Oberarzt
- Klinikreferent
- Medical Coder
- Case Manager
- **Pflegedienst**

### Themenspezifische Teilnehmer

- Kaufmännisches Controlling
- Medizincontrolling
- Leistungsabrechnung / Forderungsmanagement
- Arbeitszeitmanagement
- OP-Management
- Apotheke
- Einkauf
- ...



## Ein Leitbild lebt sich nicht von alleine

Dialog **Vertrauen**  
Haltung **starke Führung**  
Verantwortung **Respekt**  
Pflege **Einstellung** **Qualität**  
Interdisziplinarität  
**Fairness** **Empathie**



## Reputationsverlust in der Öffentlichkeit ist abhängig von der Art der Kommunikation

- Die Öffentlichkeit / die Medien müssen im Falle von Fehlern proaktiv informiert werden
- Patienten gegenüber muss das Bedauern authentisch und empathisch sein

### Dreckiges OP-Besteck in Mannheim: "Es ist das pure Chaos"

Von Horand Knaup



### Tote Säuglinge in Mainz: Eine Frage der Hygiene

Von Barbara Hans

Der Tod von drei Frühchen soll nichts mit mangelnder Krankenhaushygiene an sich zu tun haben - behauptet das Uniklinikum Mainz. Kritiker sehen in der Argumentation ein unhaltbares Ablenkmanöver. Nur eine massive Verschmutzung von Infusionen könne so fatale Folgen haben.



## Patientenzufriedenheit ist ein Indikator für das Gesamtvertrauen





## Fazit

- Das Beziehungsklima, Vertrauen und die Führung im Krankenhaus oder Pflegeheim sind maßgeblich für die Qualität der Versorgung und für die Fehlerkultur.
- Besonders bei der Problemlösungsfähigkeit zeigt sich die Stärke der Unternehmenskultur und Führung.

**Vielen Dank!**