

Qualitätsindikatoren und Fehlermanagement

Qualitätsindikatoren

In Krankenhäusern werden zunehmend Methoden des Qualitätsmanagements (QM) zur Überwachung und Messung von Behandlungsprozessen angewendet. Diese Methoden müssen überprüfen, ob mit den Behandlungsprozessen die geplanten Ergebnisse erreicht wurden. Werden die geplanten Ergebnisse nicht erreicht, müssen Korrekturmaßnahmen ergriffen werden.

Für die kontinuierliche Messung und Bewertung definierter Qualitätskennzahlen werden die von Donabedian begründeten Qualitätsdimensionen der Struktur- und Prozessparameter verwendet [Donabedian 1986]. Die Erfassung im Sinne einer strukturierten Vorgehensweise im Rahmen der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems erfordert auch die Bewertung sowie die Ableitung von möglichen Verbesserungsmaßnahmen. In unserem Gesundheitssystem sind aus der Perspektive des Qualitätsmanagements etablierte Systeme

- Kooperation für Qualität im Gesundheitswesen – KTQ
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – JCAHO
- DIN EN ISO 9001
- Europäisches Qualitätsmodell - EFQM

Ein QM-System sollte unter anderem immer folgende Ziele verfolgen [Eberlein-Gonska et al. 2006]:

- Regelmäßige Messung und Bewertung von Struktur-, Prozess- und insbesondere von Ergebnisindikatoren im Hinblick auf eine kontinuierliche messbare Qualitätsverbesserung.
- Festlegung von (Qualitäts-) Zielen durch die Zentrumsleitung in Abstimmung mit den beteiligten Führungskräften der verschiedenen Fachdisziplinen als Grundlage einer erfolgreichen Zentrumssteuerung.
- Kommunikation der (Qualitäts-) Ziele gegenüber den Mitarbeitern nach innen und „Beteiligung“ derselben am Erfolg.
- Kommunikation der erreichten (Qualitäts-) Ziele nach außen.

Bei der Messung von Qualitätsindikatoren ist zunächst die Formulierung von Sollwerten für die Qualität und ein Vergleich mit den aktuellen Versorgungs-Istwerten erforderlich. Dabei bilden klinische Leitlinien oder „Standard Operational Procedures“ (SOP) die Basis für die Formulierung von Sollwerten. Die Qualitätsindikatoren stellen die Messgrößen dar, deren Ausprägungen einen Vergleich zwischen Soll- und Istwert erlauben. Die Qualitätsindikatoren zeigen an, ob die Leitlinien in der Praxis umgesetzt wurden und ob damit die gewünschten, am Patienten ablesbaren Versorgungsverbesserungen eingetreten sind. Qualitätsindikatoren dienen letztlich auch der Anwendung von Leitlinien, indem sie deren Nutzung und Effekte evaluierbar machen. Für die Intensivmedizin ist von der DIVI folgendes Set von Qualitätsindikatoren entwickelt worden [DIVI; Kumpf O. 2019):

- I Tägliche multiprofessionelle und interdisziplinäre klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen
- II Management von Sedierung, Analgesie und Delir
- III Patientenadaptierte Beatmung
- IV Frühzeitige Entwöhnung von einer invasiven Beatmung (Weaning)
- V Überwachung der Maßnahmen zur Infektionsprävention
- VI Maßnahmen zum Infektionsmanagement
- VII Frühe enterale Ernährung
- VIII Dokumentation einer strukturierten Patienten- und Angehörigenkommunikation
- IX Frühmobilisation
- X Leitung der Intensivstation

Anonymes Fehlermeldesystem

In den letzten Jahren erfährt Risikomanagement in der Medizin eine zunehmende Beachtung und Anwendung. Naheliegender erscheint zunächst die primäre Anwendung von Risikomanagement in Krankenhausbereichen, in denen ein besonderes Risiko in Bezug auf die Patientensicherheit besteht.

Ein wesentlicher Teil des klinischen Risikomanagements beschäftigt sich mit der Erfassung, Analyse, Verhinderung und Kontrolle von „unerwünschten Ereignissen“ („adverse events“) und Fehlern („errors“). Vermeidbare unerwünschte Ereignisse sind

Folge eines Fehlers oder eines technischen Versagens. Das Problem menschlicher Fehler kann aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden: Beim traditionellen personalen Ansatz steht die Person mit ihrem individuellem fehlerhaften Verhalten im Mittelpunkt. Mentale Prozesse wie Vergesslichkeit, Unaufmerksamkeit, Motivationsmangel oder Sorglosigkeit führen zu Fehlern, für die das verursachende Individuum zur Rechenschaft gezogen wird. [Reason 2000].

Beim systemischen Ansatz setzt man bereits voraus, dass Menschen „fehlen“ und erwartet Fehler. Fehler werden eher als Folgen denn als Ursachen betrachtet. Im Falle eines Fehlers geht es nicht so sehr darum, wer den Fehler verursacht hat, sondern weshalb die organisatorischen Abwehrmaßnahmen zur Verhinderung des Fehlers versagt haben.

Effektives Risikomanagement hängt wesentlich von der Etablierung einer Fehler- und Fehlerberichts-Kultur ab, um Fehler, Unfälle oder Beinahe-Unfälle detailliert analysieren zu können. Hierzu dienen verschiedene Berichts- oder Meldesysteme, die alle zum Ziel haben, aus Fehlern neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Ein Fehler-Berichtssystem muss folgende Anforderungen erfüllen [Leape 2002]:

- nicht bestrafend („non-punitive“),
- vertraulich,
- unabhängig,
- Expertenanalyse,
- schnell,
- systemorientiert,
- verantwortungsvoll.

Für die Intensivmedizin sind seit Jahren Fehlerberichtssysteme („Critical Incident Reporting System – CIRS“) etabliert und für die Überwachung, Steuerung und Fortschritte bei der Fehlerprävention notwendig [Hübler M et al. 2008]). Hierfür ist insbesondere die Beteiligung aller an den Behandlungsprozessen beteiligten Mitarbeiter unabdingbar.

Zusammenfassend werden Qualitätsindikatoren in vielen Bereichen der klinischen Medizin und auch in der Intensivmedizin zur Messung und Bewertung von Behandlungsqualität mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung verwendet. Integraler Bestandteil eines solchen Verbesserungsprozesses sollte ein anonymes

Fehlermeldesystem sein.

Literaturverzeichnis

Donabedian, A. 1986, "Criteria and standards for quality assessment and monitoring", QRB Qual.Rev.Bull., vol. 12,no. 3, pp. 99-108.

DIVI: <https://www.divi.de/empfehlungen/qualitaetssicherung-intensivmedizin/peer-review/qualitaetsindikatoren>; Letzter Zugriff 22.07.2020

Eberlein-Gonska, M. et al. 2006, Zertifizierte Medizinische Zentren – Ein messbarer Vorteil für die Patienten-versorgung?! Z.ärztl.Fortbild.Qual.Gesundh.wes.

Hübler M. et al.: Anonymes Meldesystems für kritische Ereignisse. Der Anaesthesist 2008;57:926-32

Kumpf O. 2019; Qualitätsindikatoren in der Intensivmedizin. Med Klin Intensivmed Notfmed <https://doi.org/10.1007/s00063-019-00630-w>

Leape, L. L. 2002, "Reporting of Adverse Events", The New England Journal of Medicine, vol. 347, no. 20, pp. 1633-1638.

Reason, J. 2000, "Human error: models and management", BMJ, vol. 320, no. 7237, pp. 768-770