



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**
Universitätsklinikum Ulm





**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

Aus Fehlern lernen, wie gehen wir mit Scheitern um?

Schloß Hofen 1.7.08

J.M. Fegert





Probleme im Umgang mit Scheitern und Fehlern

- **Scheitern und Fehler ansprechbar machen:**
 - **Scheitern als solches Benennen vs Benennen von Schuldigen wie JA, Eltern, Schule etc**
- **Begriffsklärung :**
 - **„Fehlerkultur“ vs 0 Toleranz für Fehler**
- **Garantenstellung für Patienten vs. Fürsorgepflicht für Mitarbeiter**
 - Wenn Patienten Teamkonflikte auslösen
- **Was bedeutet Scheitern und was bedeuten Fehler für die Motivation?**
 - Ansporn, Wiedergutmachen
 - Resignation
 - Burn Out, Ironie, Zynismus
 - Aufrüstung





Dienstanweisungen vs Haltung

- Prozedurale Festlegung zur Vermeidung erneuter Fehler in Abläufen... aber auch Ausdruck des Ärgers von Vorgesetzten, Machtinstrument...
- haftungsrechtliche Absicherung
- Haltung: z.B. körperlicher Gewalteinsatz, Fixierung



Das Scheitern ansehen:

- **Angst vor Konsequenzen**, konkrete Problemlösung erst nach generellen Veränderungen, Wunsch nach Patentlösungen und scheitern an der individuellen Komplexität.
- **Bagatellisierung**, Ent-Dramatisierung (wir haben alles im Griff) vs.
- **Dramatisierung** und Übertreibung
- Verständnis für Kollegen und „**blaming the patient**“
- **Krankenstand, Kündigungen**



Mehr als einzelne Fehler und Scheitern...aber häufig die Folge: **Krise und Krisenmanagement**

- Der Begriff „Krise“ bezeichnet eine problematische, mit einem Wendepunkt verknüpfte Entscheidungssituation. Charakteristisch für eine Krise sind eine dringende Notwendigkeit von Handlungsentscheidungen, ein durch die Entscheidungsträger wahrgenommenes Gefühl der Bedrohung, ein Anstieg an Unsicherheit, Dringlichkeit und Zeitdruck sowie das Gefühl, das Ergebnis sei von prägendem Einfluss auf die Zukunft. Außerdem haben es die Entscheidungsträger oft mit unvollständiger oder verfälschter Information zu tun (Gredler, 1992).
- Krisen bergen aber gleichzeitig auch die Chance zur (aktiv zu suchenden qualitativen) Verbesserung (Schubert & Klein, 2006).





Manchmal sind Institutionen allein mit solchen Krisen überfordert: externe Beratung

- Schaffung von Transparenz und Außenwahrnehmung
- Signal jetzt passiert was
- Vermeidung der Überbewertung der Teamressourcen bei der Bewältigung solcher Konflikte
- Umgang mit Angst vor personalrechtlichen Konsequenzen
- Umgang mit Angst vor Ruf- und damit Marktschädigung
- Rückbesinnung auf gemeinsame Prinzipien der Grundhaltung z. B. Belmont Prinzipien



Mit Institutionen und Trägern über Fehler sprechen
was ist wichtig?

Ethische Prinzipien

- Nicht Schaden
- Bessern, lindern
- Autonomie fördern
- Gerechtigkeit

– **Innere Haltung und Fachwissen**

Konrad Lorenz

- Gesagt ist nicht gehört.
- Gehört ist nicht verstanden,
- Verstanden ist nicht einverstanden.
- Einverstanden ist nicht durchgeführt.
- Durchgeführt ist nicht beibehalten





Definition

- Eine Fehleranalyse dient dazu, Werkzeuge zu entwickeln, mit unsicheren Handlungen von Menschen zurechtzukommen. Sie besteht aus zwei Komponenten:
 - dem Verringern des Auftretens gefährlicher Fehler und – da Fehler nie gänzlich ausgeschlossen werden können –
 - der Schaffung von Systemen, die besser mit dem Auftreten von Fehlern umgehen und deren schädigende Effekte vermindern können (Reason, 2000).
- Aufgetretene Fehler werden auf ihre Ursachen und Auswirkungen hin untersucht, um aus ihnen dahingehend zu lernen, wie zukünftig solche Fehler vermieden werden können und die Sicherheit verbessert werden kann.





W-Fragen zur Fehlerbeschreibung

- Wer berichtet?
- Wer ist betroffen?
- Woran leidet der Patient/ die Patientin?
- Was ist passiert und mit welchen Folgen?
- Wie schätzen Sie die Folgen zum jetzigen Zeitpunkt ein?
- Wo und wann fand der Vorfall statt?
- Wobei ist der Vorfall passiert?
- Wer oder was hat den Vorfall hauptsächlich ausgelöst?
- Warum ist es passiert?
- Waren persönliche Gründe in der Kommunikation erkennbar (z.B. Streit im Team)?
- Waren Gründe in der Organisation auszumachen?
- Wie wäre ein solcher Vorfall künftig zu vermeiden?





Fehldiagnose

Ist eine Diagnose, die vergeben wird, **obwohl** die festgestellten Symptome auf die allgemeinen **diagnostischen Kriterien**, welche z. B. in den gängigen Klassifikationsschemata ICD-10 bzw. DSM IV definiert sind, **nicht zutreffen**.

Unterschieden werden **falsche Differentialdiagnosen** bei richtiger genereller diagnostischer Zuordnung (häufig prognoserelevant, aber nicht so sehr relevant in Bezug auf medikamentöse Therapie).

Fehldiagnose aufgrund unterbliebener notwendiger Ausschlussdiagnostik

z. B. übersehenden von Tumoren etc.,

Deutung eines Zustandsbildes als psychisch verursacht bei vorhandener körperlicher Ursache oder umgekehrt





-Manipulative Fehldiagnosen: Diagnosen werden wissentlich falsch angegeben, um z. B. Sozialleistungen zu erhalten z. B. seelische Behinderung § 35 a SGB VIII, z. B. andere Diagnosen in MDK-Briefen als im Krankenblatt

-Historisch gewachsene Fehldiagnose: Fortschreibung der Verdachtsdiagnose der Vorbehandler oder von dem ersten Behandlungstagen ohne reale Überprüfung und neue Befunddokumentation bei Änderung der Diagnose und/oder des Behandlungsregimes





Behandlungsfehler

Ein **Behandlungsfehler** liegt vor, wenn ein **diagnostischer oder medizinischer Eingriff nicht indiziert** war oder wenn nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis die erforderliche Sorgfalt objektiv außer acht gelassen wurde, so wie beim **Unterlassen** eines nach diesem Maßstab notwendigen medizinischen Eingriffs.





Behandlungsschaden

Oberbegriff für alle Gesundheitsschäden, die nicht durch krankheitsbedingte Komplikationen, sondern entweder durch **vermeidbare Behandlungsfehler** oder durch **nicht vermeidbare, so genannte behandlungsimmanente Wirkungen** entstanden sind.





Medikationsfehler

Im angelsächsischen Sprachraum wird ein **Medikationsfehler** (im Englischen: Medication Error) definiert als eine **Medikamentengabe, die anders als in der Krankenakte vermerkt, verabreicht wurde.** **Medikationsfehler gelten als Systemfehler.**

verursacht in der Regel durch den Pflege- und Erziehungsdienst

in der Akte in der Regel nicht sichtbar

Medikamentenbehandlungsfehler

aufgrund einer Fehldiagnose oder einer Fehllindikation oder einer nicht Beachtung gängiger Behandlungsstandards (zeitliche Beschränkung, Laborkontrollen) eingetretene Fehler

In der Regel ärztliche Verantwortung und in der Akte sichtbar





Fehler lernen aus Extremfällen

- strafrechtliche Gutachten
 - Körperverletzung
- Zivilrechtliche Gutachten, Fehldiagnose:
 - Narkolepsie versus Psychose
 - Anorexie versus Tumor
 - Angststörung versus Psychose
 - Sexueller Missbrauch aufgrund Spielverhalten
- Behandlungsfehler
 - Falsche Medikation
 - Falsches Suizidmanagement
 - Gefährdung anderer durch Nachlässigkeiten in der Übergabe etc.
- Gutachten für Schlichtungsstelle



ABC zum direkten Umgang mit Patienten oder der Öffentlichkeit nach Fehlerereignissen

- A = Admitting an Incident (ein Ereignis zugeben)
- B = Bowing for apology (sich entschuldigen)
- C = Consolation (Tröstung)
- D = Disclosure (Offenlegung)
- E = Education and lessons to learn (Weiterbildung und Schlussfolgerungen)
- F = Fixing damages (Schadens- bzw. Problembeseitigung).
- Im Englischen unterstreicht das Wort „**bowing**“ (for apology), sich verbeugen, die damit verbundene Demutsgeste sehr bildlich





Initialisierung von Veränderungsprozessen

- Auf der Ebene der Organisationsentwicklung
- Auf der Ebene der Personalentwicklung
- Auf der Ebene der Teamentwicklung
- Auf der Ebene der konkreten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Auf der Ebene des Fehlermanagements





Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse

J. Fegert, K. Schnoor, S. Kleidt, H. Kindler, U. Ziegenhain





Gliederung

1. Einleitung

Problemaufriss, Darstellung der Kinderschutzfälle aus den Jahren 2007 und 2008 mit Blick auf fehlerverhindernde Ressourcen

2. Kurzdarstellung der Methodik der Fehleranalyse aus anderen Anwendungsbereichen

Insbesondere im Bereich Luft- und Raumfahrt, Kernkraft, Medizin

3. Rechtliche Fragestellungen in Bezug auf systematisches Lernen aus Fehlern in Berichterstattungssystemen und retrospektive Kommission

4. Kurzdarstellung internationaler Vorbilder für entsprechende Fehleranalysen

5. Qualitative Interviews zu beinahe tödlichen Ereignissen mit Blick auf verhindernde Ressourcen

~ Welche Organisationsstrukturen, Zufälle etc. haben Katastrophe verhindert?

~ Ziel: Reduzierung von Hemmschwellen in Bezug auf Mitteilungen, Blick auf Fehler verhindernde Strukturen

6. Fragen des Managements

7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

8. Eckpunkt Fehlerlernen





Kinderschutzfälle in den Jahren 2007 und 2008

Auszug aus der Tabelle

Nr.	Datum	Ort/ Bundesland	Name und Alter des Kindes	Art der Misshandlung	Folge	Beteiligung Jugendamt
011	06.02.2007	Morbach/ Rheinland- Pfalz	Säugling (neugeboren)	Kind von der Mutter nach der Geburt in Badewanne ertränkt	Tod	keine Informationen
012	18.02.2007	Rhede/ Nordrhein- Westfalen	Johannes (11 Jahre)	Kind vom Vater erstochen	Tod	Familie nicht bekannt
013	18.02.2007	Fürth/ Bayern	Mädchen (5 Jahre) Mädchen (3 Jahre) Junge (1 Jahr)	verwahrloste Wohnung, Kinder über Tage auf sich allein gestellt, Wohnung voller Kot und Schimmel	keine	ja Hausbesuche
014	18.02.2007	Neunkirchen / Saarland	Mädchen (18 Monate)	verwahrlostes Kind, unterernährt, mit Fäkalien verklebt	Mangel- erschein- ungen	ja keine Maßnahmen
015	21.02.2007	Esslingen/ Baden- Württemb.	Mike (8 Jahre) Mark (12 Jahre)	mit Elektrokabel von der Mutter bewusstlos gedrosselt und danach erstochen	Tod	keine Informationen
016	01.03.2007	Herdorf/ Rheinland- Pfalz	Junge (neugeboren)	Kind von der Mutter unmittelbar nach der Geburt getötet	Tod	keine Informationen
017	04.03.2007	Ackerende/ Schleswig- Holstein	Junge (neugeboren)	Junge von der Mutter kurz nach der Geburt getötet und auf Parkplatz abgelegt	Tod	keine Informationen
018	08.03.2007	Rastede/ Niedersachs.	Junge (3 Monate)	Säugling wurde vom Vater solange geschüttelt bis er starb	Tod	keine Informationen





Stichprobe

1.1.2007 – 17.4.2008: **133 Kinderschutzfälle**

203 Kinder von Vernachlässigung oder Misshandlung betroffen

Geschlecht der betroffenen Kinder

88 Jungen

88 Mädchen

(in 27 Fällen fehlende Angaben)

Alter der betroffenen Kinder

Median: 2 Jahre

Mittelwert: 3 Jahre 11 Monate

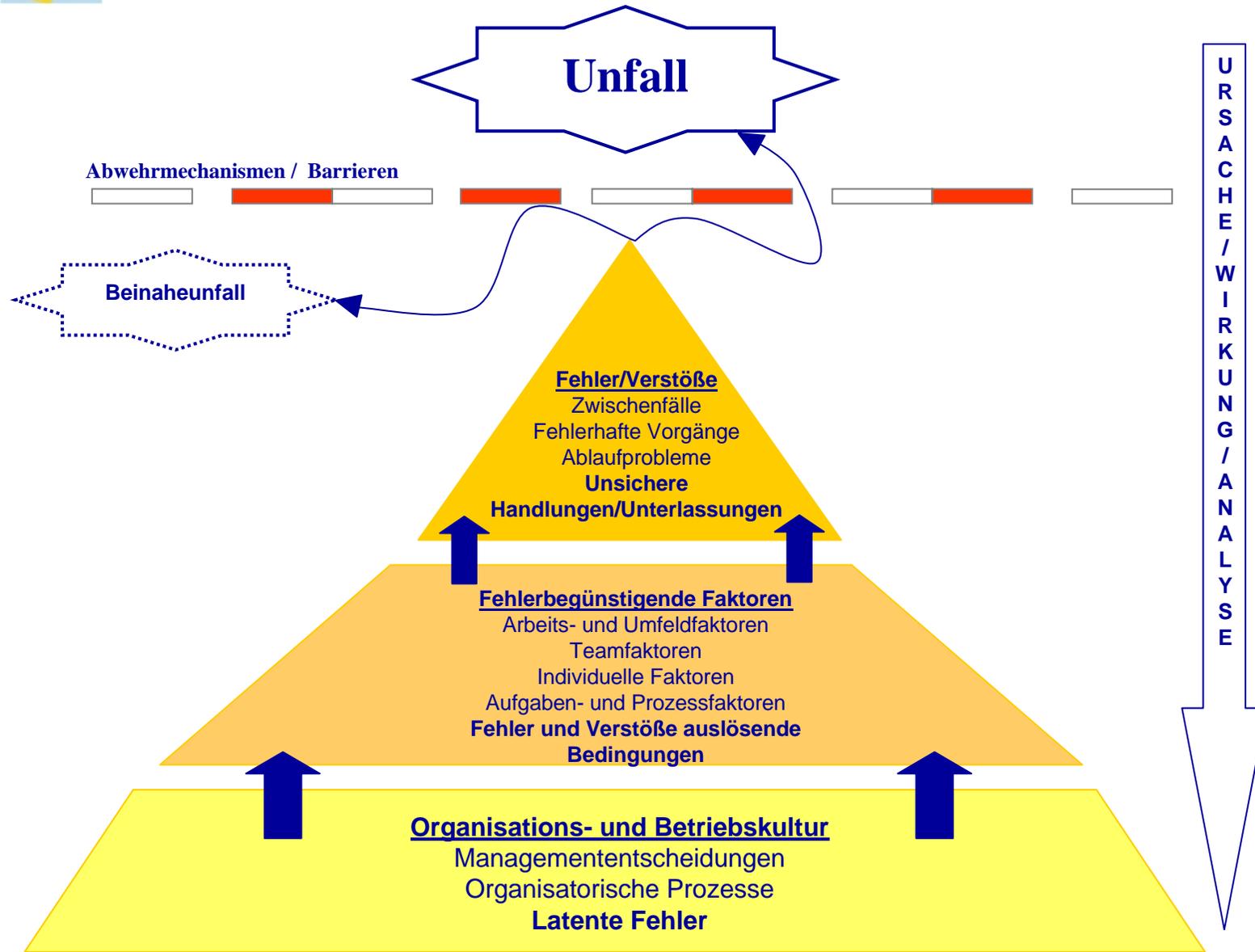
Minimum: neugeboren

Maximum: 17 Jahre





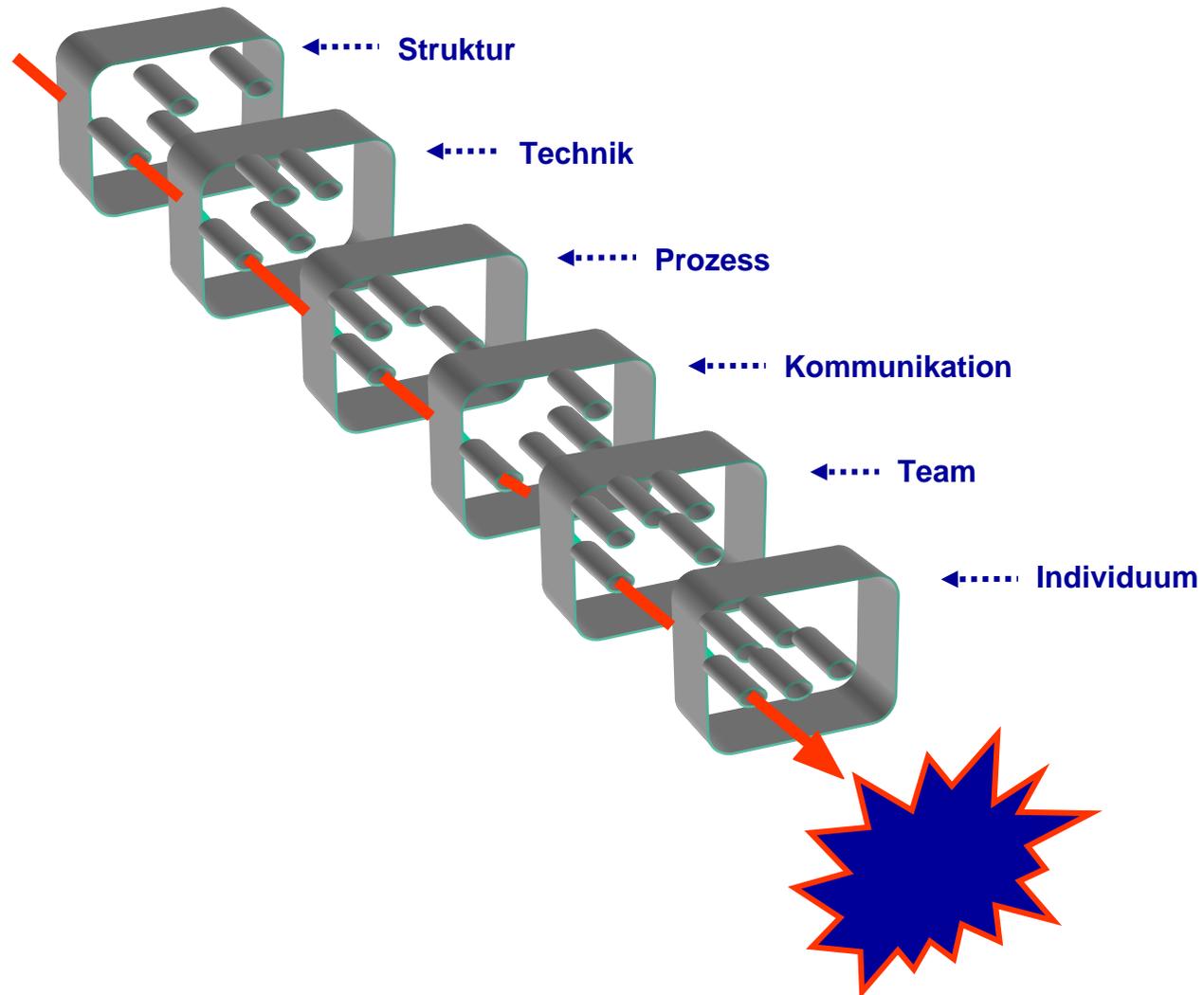
Fehlerentstehungsmodell





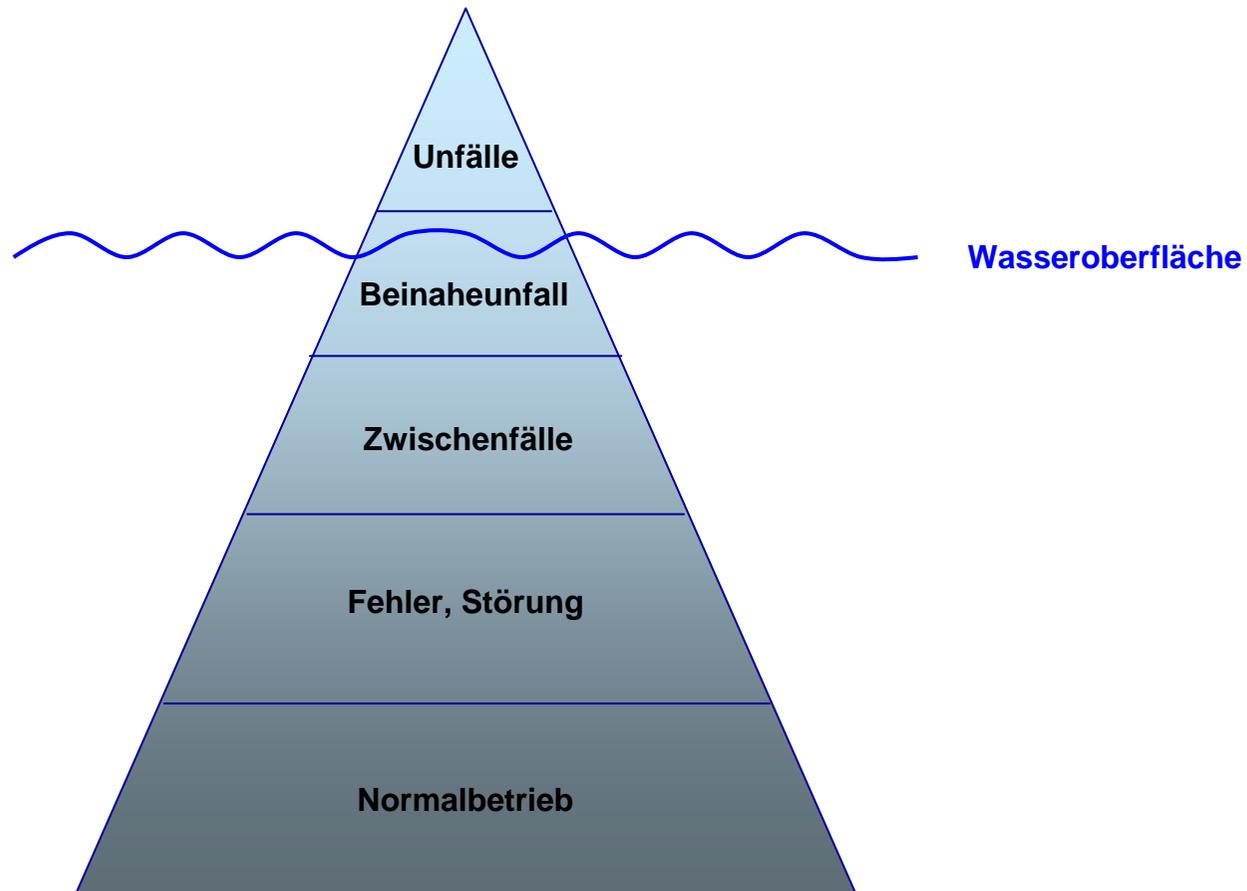
Das “Schweizer Käse” Modell

(modifiziert nach Reason (2000)– Kette von Systemproblemen)





Das Eisbergmodell





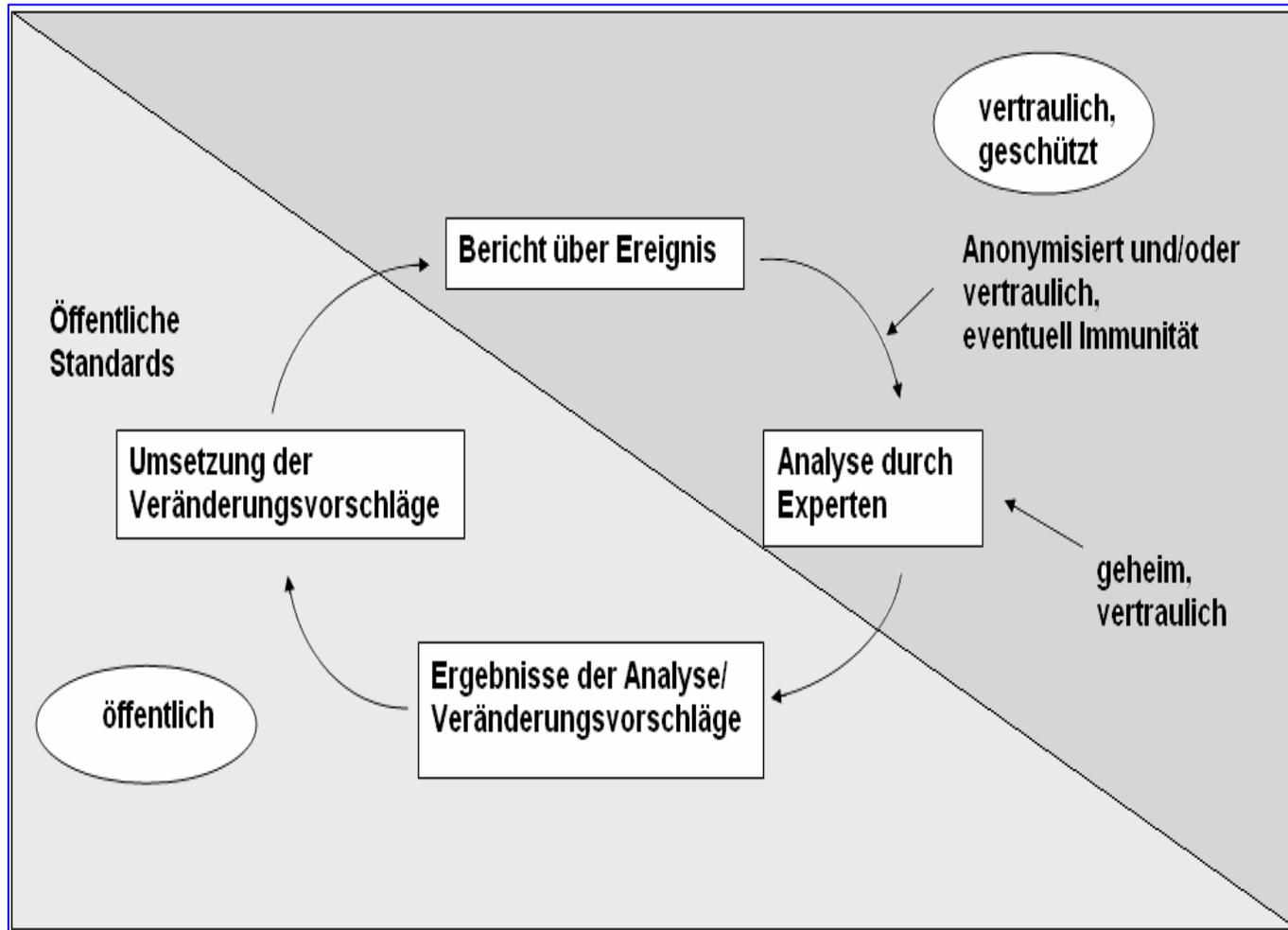
Eigenschaften eines Berichtssystems

- **Freiwilligkeit**
- **Anonymität/ strenge Vertraulichkeit**
- **Sanktionsfreiheit**
- **Unabhängigkeit**
- **Analyse durch Expertenteam**
- **Zeitnahe Rückmeldung an Berichter/ Nutzer**
- **Umsetzung der Empfehlungen**
- **Systemorientiertheit**
- **Einfachheit**
- **Freitextfelder**



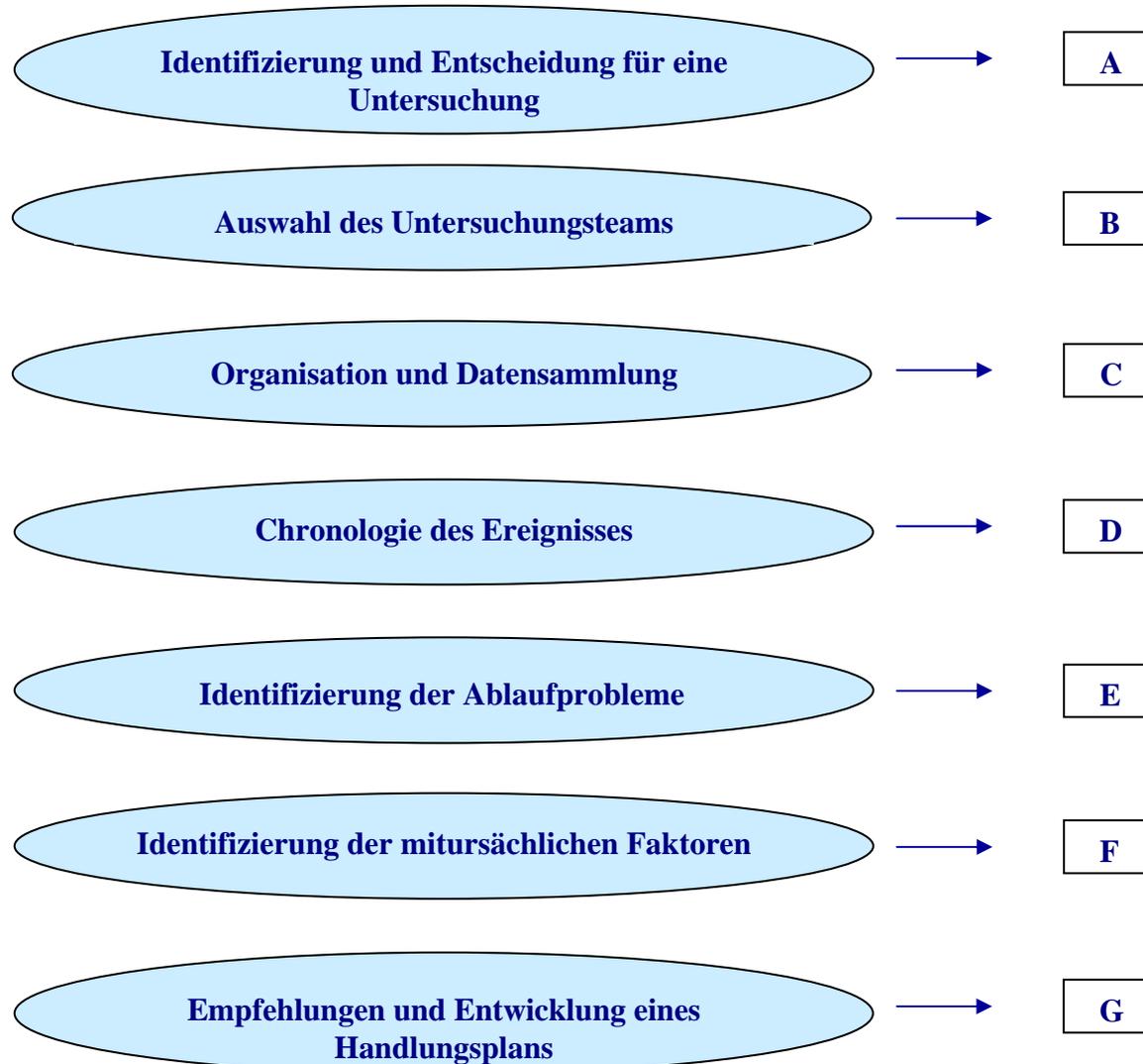


Methodik des Berichterstattungssystems



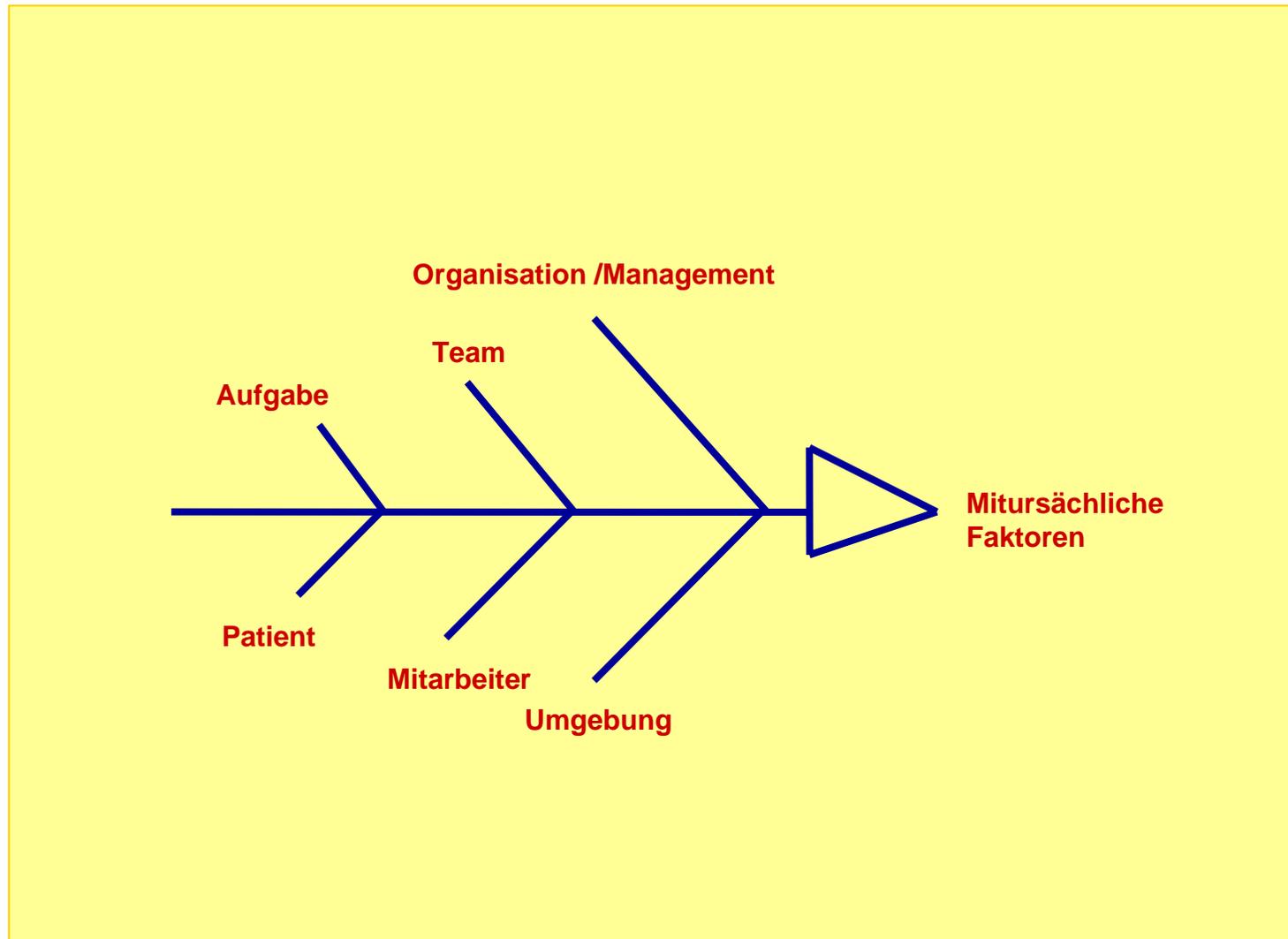


Unfalluntersuchung und Analyse Ablaufdiagramm



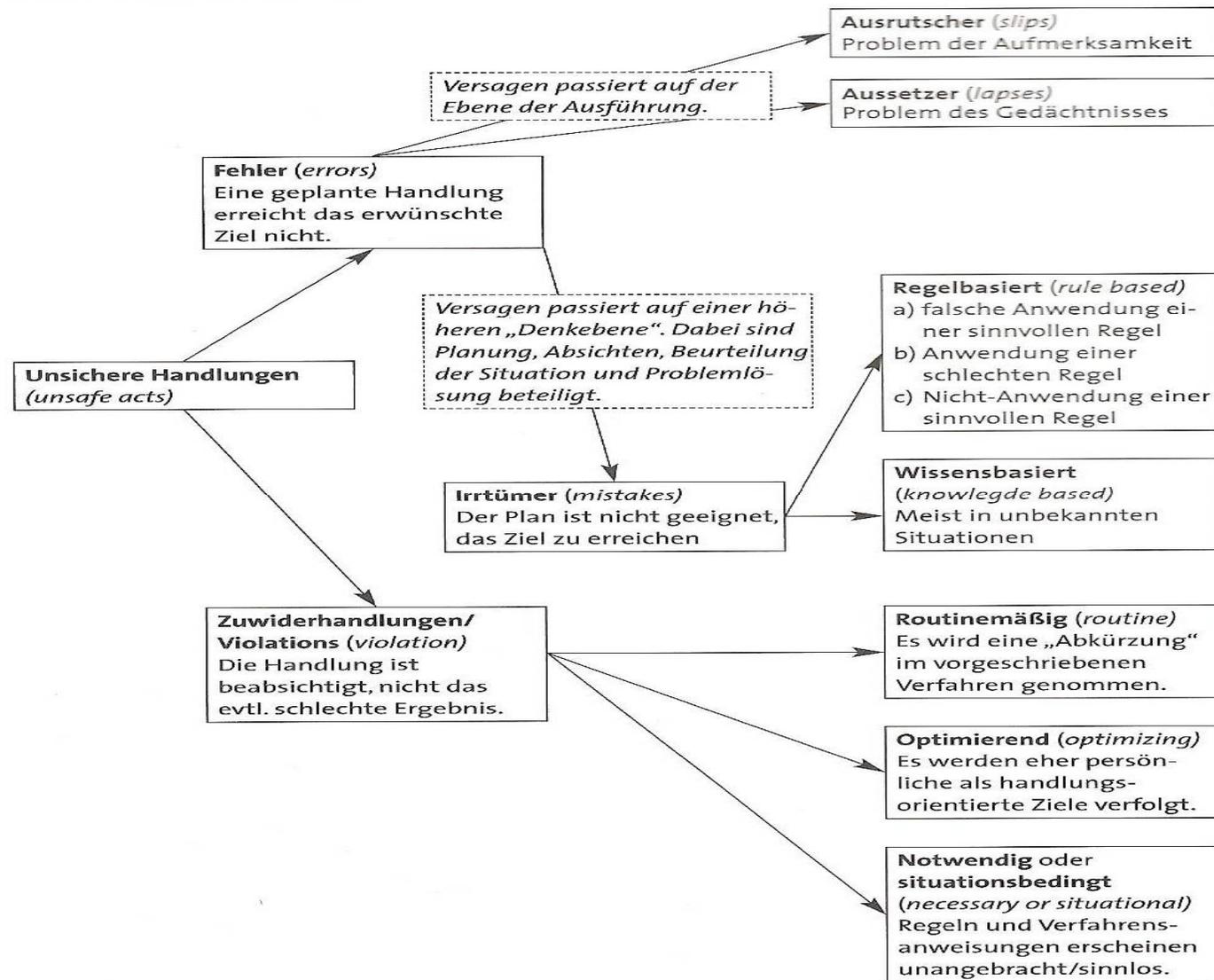


Fischgräten-Diagramm „mitursächliche Faktoren“





Fehlerbegriffe

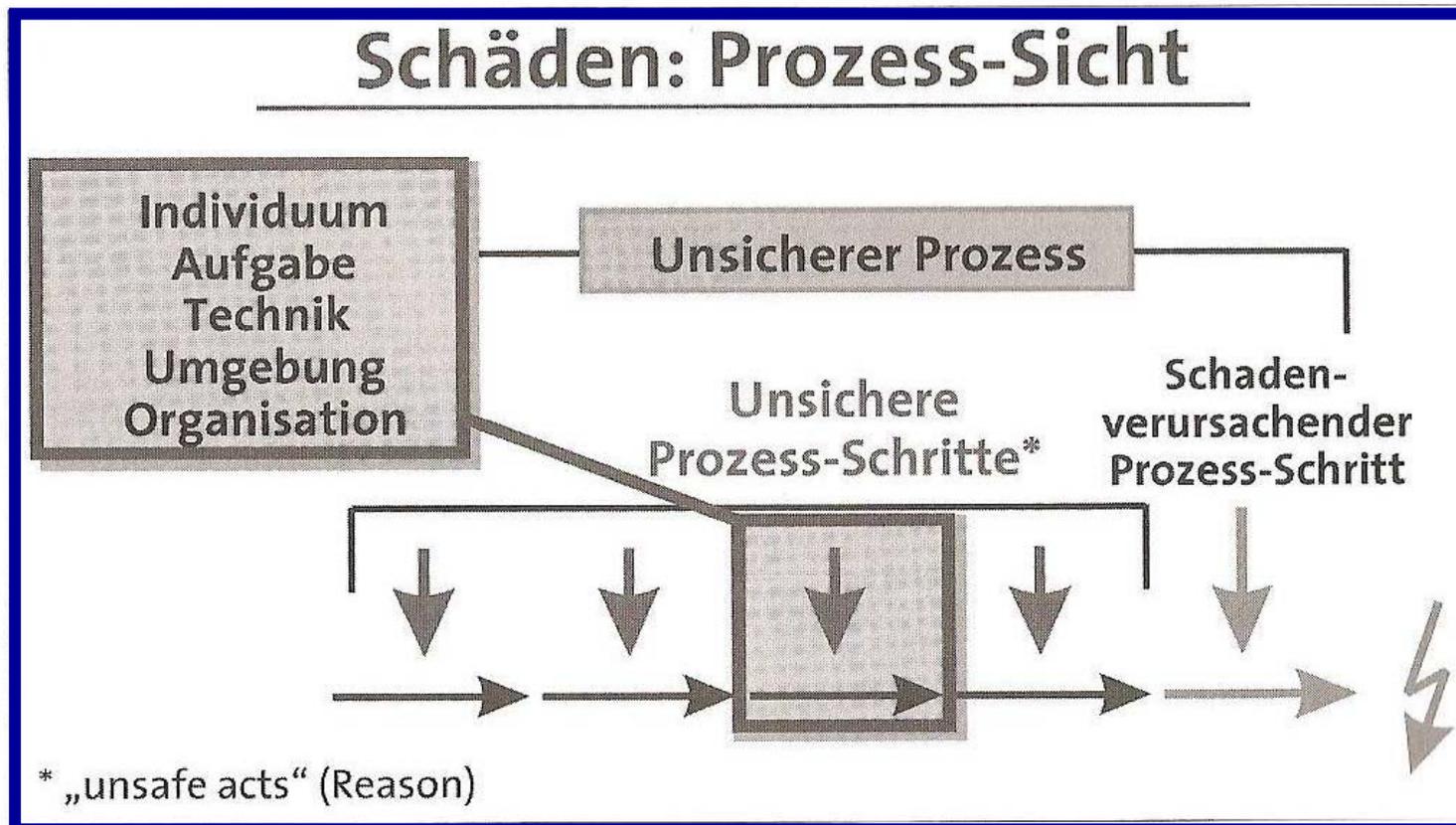


Quelle: Thomeczek Ch, Rohe J, Ollenschläger G (2007). In: Madea B., Dettmeyer R. (Hrsg.) (2007). Medi-zin-schadensfälle und Patientensicherheit, S.172. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzte-Verlags.





Fehlerentstehung durch unsichere Handlungen





Fehlermanagement, Umgang mit Scheitern und Konflikten

*Verbesserter Umgang mit Sachaufgaben durch
gesteigerte Fachlichkeit und erhöhte Sensibilität*

Steigerung der Kompetenz im Erkennen von Risiken

Steigerung der Fachlichkeit durch Betrachtung
interdisziplinärer Streitfälle und unerwartet negativer
Verläufe, Behandlungsabbrüche

Einführung eines Berichtswesens zu riskanten Vorfällen

Kommunikation von negativen Botschaften/ Fehlern/
Problemen

Information über Umgang mit Datenschutz





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!





**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

