



Instrumente der Patientensicherheit:

Fakten und F(r)iktionen – eine Anwenderbeobachtung

PD Dr.med. W. Höltermann
Chefarzt der Abteilung Anästhesie/Schmerztherapie
Bonifatius Hospital Lingen



Sicherheit manifestiert sich in Arbeitsabläufen

Ein optimales Zusammenspiel von Menschen (Team) und Maschine(n) zur Lösung anspruchsvoller Aufgaben unter Zeitdruck erfordert die Anwendung und Befolgung systemübergreifender Regeln und Gesetze !

Die Erfassung von Lücken im Regelwerk (Schwachstellenanalyse) dient der Verbesserung und Optimierung der Arbeitsergebnisse !

Dazu stehen und im Krankenhaus Instrumente zur Verfügung:

- 1. Critical Incident Reporting System (CIRS)**
- 2. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M+M- Konferenzen)**
- 3. Risiko-Audits**
- 4. Perioperative Sicherheitscheckliste (WHO-Checkliste)**



Die „Kehrseite der Medaille“

- **Wir gehen um so gelassener mit Sicherheit um, je mehr wir davon überzeugt sind, selbst „alle Fäden in der Hand zu haben“!**
- **Ein Einzelner ist hochgradig fehleranfällig – wo ist die Unterstützung und Überwachung durch eine zweite Person?**
- **Ausgeprägte Hierarchien erhöhen das Sicherheitsrisiko!**
- **Liegen ausreichend Informationen über tatsächlich auftretende Probleme (potenziell sicherheitskritische Situationen) vor?**
- **Hauptrisikofaktor für Fehler und deren Handhabung ist eine schlechte Arbeitsatmosphäre (mangelnde gegenseitige Wertschätzung, unzureichende Kommunikation)**
- **Werden die Instrumente konsequent angewendet?**



Ein Beispiel aus der Praxis (1)

Bei einer in der 32. Woche schwangeren Patientin (28 Jahre alt) wird in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) eine Sprunggelenksfraktur diagnostiziert und die Indikation zu einer Operation gestellt. Nach operativer und anästhesiologischer Aufklärung und Einwilligung wird der Eingriff in einer Spinalanästhesie für den gleichen Tag geplant.

Aus Sorge um die Schwangerschaft veranlasst der Unfallchirurg ein geburtshilfliches Konsil. Die hinzugezogene Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe stellt eine unauffällige Schwangerschaft fest und empfiehlt eine perioperative Muskelrelaxierung zur Verhinderung vorzeitiger Wehen für 24 Stunden. Die dafür benötigte Menge an Magnesium wird in einer Infusionslösung aus dem Kreissaal in die ZNA verbracht.



Ein Beispiel aus der Praxis (2)

Der Kontakt zwischen den beiden Fachabteilungen (Unfallchirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe) findet nur schriftlich statt.

Die Patientin wird in den OP verbracht und die Spinalanästhesie ohne Komplikationen angelegt. Mit den „Unterlagen“ der Patientin gelangt auch die Infusionsflasche mit dem Magnesium in den OP.

Die Infusionsflasche mit dem Magnesium wird vom Anästhesiepfleger an den Infusionsständer gehängt und er fragt nach dem bestimmungsmäßigen Gebrauch. Der Anästhesist entscheidet, die Infusion zu infundieren, was dann geschieht und die für 24 Stunden vorgesehene Infusion läuft innerhalb von 25 Minuten ein.



Ein Beispiel aus der Praxis (3)

Unter der laufenden Infusion wird der Patientin warm, sie fängt an zu schwitzen und kann zunehmend auch ihre Arme nicht mehr bewegen. Auch das atmen fällt ihr zunehmend schwer und der Blutdruck muss durch Flüssigkeitsgabe und Cafedrin gestützt werden. Trotz dieser Ereignisse, die zunächst nicht begründet werden können, kann die Operation ohne weitere Probleme beendet werden.

Bei der Übergabe der Patientin an die Mitarbeiter des Kreissaals fällt auf, dass eine Hypermagnesiämie verursacht wurde. Die Symptome bilden sich im weiteren Verlauf langsam zurück und für die Schwangerschaft ergeben sich keine Folgen.



Konsequenzen

- 1. Am nächsten Morgen führen der Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Abteilung für Anästhesie mit der Patientin ein Gespräch, klären sie über den Sachverhalt auf und bitten um Entschuldigung.**
- 2. Es findet eine M+M-Konferenz statt, mit folgenden Lösungsansätzen als Ergebnis:**
 - Persönliches Konsil zusätzlich zur schriftlichen Stellungnahme**
 - Wenn etwas unbekannt ist, dann wird Beratung eingefordert**
 - Konsequente Umsetzung der Regeln zur Handhabung der perioperativen Sicherheitscheckliste (WHO-Checkliste)**



Critical Incident Reporting System (CIRS)

- **Indizierung von Schwachstellen, die zu einem Schaden beim Patienten oder beim Personal führen können.**
- **Gemeldet werden Ereignisse, die nicht zu einem dauerhaften oder gravierenden vorübergehenden Schaden beim Patienten geführt haben.**
- **Die Meldung erfolgt elektronisch über das Intranet und dauert keine 5 Minuten.**
- **Die Zahl der Meldungen stagniert auf einem niedrigen Niveau.**
- **Ursachen: Bequemlichkeit? Denunziationsängste? Wahrung der Anonymität ermöglicht keine Rückmeldung?**



M+M- Konferenzen

- **Forum zur Besprechung von Arbeitsabläufen, die nicht optimal verlaufen sind oder sogar zu Schadensfällen geführt haben.**
- **Ziele:**
 1. **Indizierung von unsicheren Handlungen und damit in Zusammenhang stehenden Systemfaktoren.**
 2. **Förderung der Patientensicherheit durch Indizierung von Schwachstellen in den Systemen und Personalentwicklungen**
 3. **„Feedback-Funktion“ gegen Selbstüberschätzung**
 4. **Fähigkeit zur Selbstkritik fördern**
 5. **Förderung der Kommunikation zwischen den Disziplinen und Berufsgruppen sowie der gegenseitigen Wertschätzung**



Perioperative Sicherheitscheckliste

- **Schwerwiegende Operationsfehler wie Seiten oder Eingriffsverwechslungen, Infektionen oder vergessene Fremdkörper, Vernachlässigung von Allergien, spezifischen Risiken und gravierenden Vorerkrankungen sowie vergessene notwendige Equipment werden rechtzeitig aufgedeckt.**
- **Der „Check-up“ beginnt in der Station mit der Kontrolle der Eingriffsaufklärungen und –einwilligungen, setzt sich in der Einschleusung mit der Patientenidentifikation und der Kennzeichnung der OP-Seite fort. Es folgen „sign in“, „team time out“ und „sign out“.**
- **Es ist an alles gedacht, es kann nichts „schief gehen“, außer, die Checkliste wird nicht konsequent beachtet.**
- **„Bed-side-Test“: Kontrollieren, ob das Richtige getan wird!**



Risiko-Audits

- **Bestandteil einer offenen Fehlerkultur und essentieller Baustein des Qualitäts- und Risikomanagements**
- **Ziele:**
 1. **Kontinuierlich internen Verbesserungsprozess initiieren**
 2. **Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit fördern**
 3. **Beteiligte zum Nachdenken über Patientensicherheit anregen**
- **Auditor(en) und Mitarbeiter analysieren Strukturen, Prozesse und Schnittstellen und diskutieren diese in Einzel- und Gruppengespräche.**
- **Positives Feedback**
- **Optimierung der Arbeitsabläufe**



Weitere Instrumente

- **Patientenarmband: Sicherungsinstrument zum Schutz gegen eine falsche Namenszuordnung. Neue Technologien bieten Ausweitung der Funktionen, z.B. Weglauf-Schutz für Femenz-Patienten**
- **Hygienemanagement: Schriftliches Hygienekonzept und dessen konsequente Umsetzung durch Begehungen, Aktionen („Saubere Hände“) und Transparenz (hauseigene Infektionsstatistiken)**
- **Beschwerdemanagement: Patienten und Angehörige können Lob und Tadel äußern, auch via E-Mail, und bekommen innerhalb weniger Tage eine Rückmeldung.**



Fazit

Diagnose:

Die Instrumente um Fehler zu erkennen und Schaden von Patienten und Mitarbeitern abzuwenden sind vorhanden. Der Grad der Durchdringung ist noch nicht optimal.

Therapie:

- 1. Vorhandenen Instrumente konsequent nutzen - Arbeitsabläufe optimieren**
- 2. Interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation verbessern**
- 3. Durch offenen Umgang miteinander die gegenseitige Wertschätzung erhöhen**



Voraussetzung

Offener Umgang mit Behandlungsfehlern:

- 1. Offenlegen**
- 2. Entschuldigen**
- 3. Entschädigen**



**Das Ziel des Risikomanagements ist
werteorientiert !**

**Dem sozialen Anspruch einer
humanistisch und christlich geprägten Gesinnung
ein Gesicht geben !**