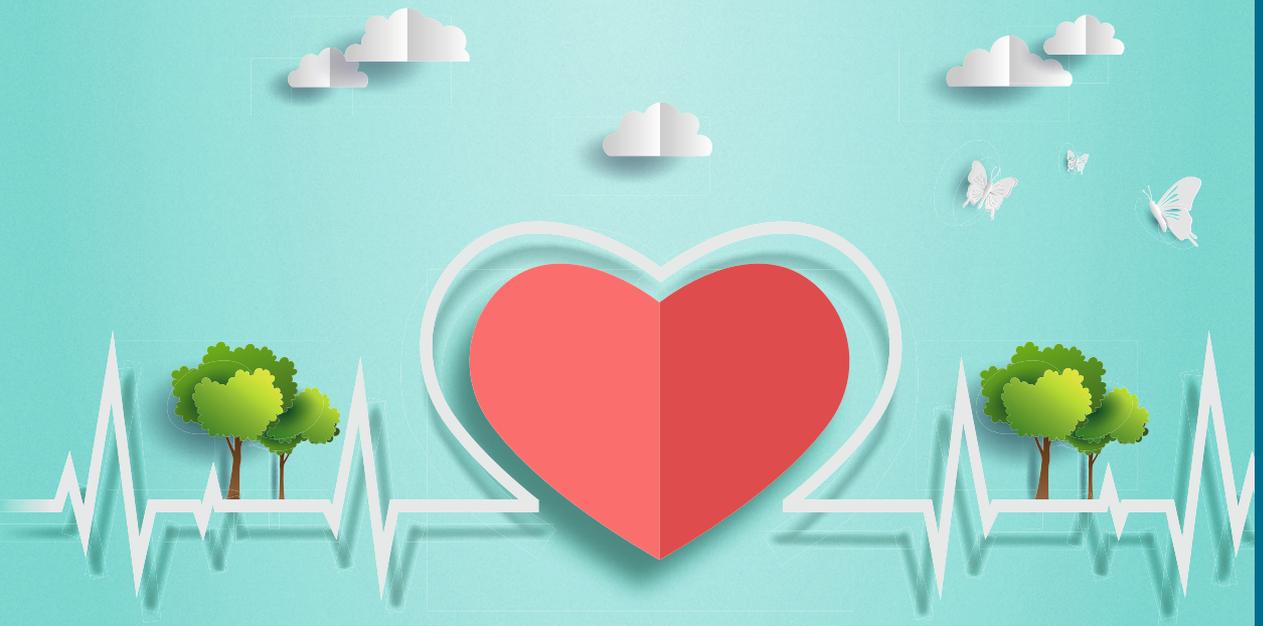


Gerald Sendlhofer

Patientensicherheit gewährleisten

Der Wegweiser für Prävention
und Verbesserung



HANSER

Sendlhofer
Patientensicherheit gewährleisten



BLEIBEN SIE AUF DEM LAUFENDEN!

Hanser Newsletter informieren Sie regelmäßig über neue Bücher und Termine aus den verschiedenen Bereichen der Technik. Profitieren Sie auch von Gewinnspielen und exklusiven Leseproben. Gleich anmelden unter

www.hanser-fachbuch.de/newsletter

Gerald Sendlhofer

Patientensicherheit gewährleisten

Der Wegweiser für Prävention und Verbesserung

HANSER

Der Autor:

Gerald Sendlhofer, Graz



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Print-ISBN 978-3-446-45878-9

E-Book-ISBN 978-3-446-46667-8

ePub-ISBN 978-3-446-46733-0

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Alle in diesem Buch enthaltenen Verfahren bzw. Daten wurden nach bestem Wissen dargestellt. Dennoch sind Fehler nicht ganz auszuschließen.

Aus diesem Grund sind die in diesem Buch enthaltenen Darstellungen und Daten mit keiner Verpflichtung oder Garantie irgendeiner Art verbunden. Autoren und Verlag übernehmen in folgedessen keine Verantwortung und werden keine daraus folgende oder sonstige Haftung übernehmen, die auf irgendeine Art aus der Benutzung dieser Darstellungen oder Daten oder Teilen davon entsteht.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Alle Rechte, auch die der Übersetzung, des Nachdruckes und der Vervielfältigung des Buches oder Teilen daraus, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne schriftliche Einwilligung des Verlages in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder einem anderen Verfahren), auch nicht für Zwecke der Unterrichtsgestaltung – mit Ausnahme der in den §§ 53, 54 URG genannten Sonderfälle –, reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Die Rechte aller Grafiken und Bilder liegen bei den Autoren.

© 2020 Carl Hanser Verlag GmbH & Co. KG, München

www.hanser-fachbuch.de

Lektorat: Lisa Hoffmann-Bäumel

Herstellung: Carolin Benedix

Satz: Kösel Media GmbH, Krugzell

Coverrealisation: Max Kostopoulos

Titelmotiv: © shutterstock.com/Sunset Paper

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

Vorwort

Behandlungsfehler gehören zu den Top-Risiken im Gesundheitswesen! Möchte man die Zahlen an Todesfällen aufgrund eines Fehlers im Bereich der Krankenversorgung an Hand eines Beispiels aus der Luftfahrt veranschaulichen, so würde das bedeuten, dass – alleine in den USA gemäß den Zahlen aus 2016 – täglich ein bis zwei vollbesetzte Großraumflugzeuge abstürzen.

Patientensicherheit muss im Interesse eines jeden Mitarbeiters im Gesundheitsbereich sein, denn wenn der Patient sicher ist, ist auch der Mitarbeiter auf der sicheren Seite. Es ist Aufgabe der Organisation dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen und die Mitarbeiter vor Ort entsprechend zu unterstützen. Patientensicherheit darf nicht nur ein Schlagwort sein, es muss gelebt und regelmäßig weiterentwickelt werden.

Dieses Buch soll wachrütteln, aufzeigen und motivieren, Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit in die eigene Organisation zu integrieren.

Was sind die Top-Risiken im Gesundheitswesen? Welche Instrumente oder Maßnahmen eignen sich, um die Risiken bestmöglich zu vermeiden? Wie lässt sich die Patientensicherheit nachhaltig verbessern und kontinuierlich weiterentwickeln? Das sind die zentralen Fragen, die dieses Werk beantwortet.

Viele Beispiele und konkrete Tipps, wie man Patientensicherheit steuern und lenken kann, erleichtern dabei den Transfer in die eigene Praxis. Die dargelegten Beispiele und Instrumente zur Erhöhung der Patientensicherheit kosten in der Anwendung oft nicht viel Zeit, helfen aber Fehler zu reduzieren.

Nutzen Sie dieses Werk – zum Wohle der Patienten und zu Ihrer Sicherheit! Viel Erfolg bei der Umsetzung.

Graz, Sommer 2020

Gerald Sendlhofer

Inhalt

Vorwort	V
1 Patientensicherheit geht uns alle an	1
1.1 Einführung	2
1.2 Entwicklung der Patientensicherheit	5
2 Der Behandlungsfehler	7
2.1 Komplikation versus Behandlungsfehler	10
2.2 Fehlerarten	13
3 Strategien zur Fehlervermeidung	17
3.1 World Health Organisation (WHO)	17
3.2 Europäische Union	18
3.3 Patientensicherheitsstrategie	19
3.4 Vorgaben und Normen	22
3.5 Interne Strategie	24
4 Feedbackkultur	27
4.1 Mitarbeiterorientierung	29
4.1.1 Speak up	29
4.1.2 Patientensicherheitskultur	32
4.1.3 Critical Incident Reporting System (CIRS)	34
4.2 Patientenorientierung	37
4.2.1 Zufriedenheitsbefragung	37
4.2.2 Smiley Terminal	38
4.2.3 Fokusgruppen	41
4.2.4 Beschwerde- und Schadenmanagement	43

5	Top-Risiken im Gesundheitswesen	45
5.1	Medikationsfehler	45
5.1.1	Einkauf und Logistik	47
5.1.2	Erstanordnung, Weiterverordnung und Vorbereitung von Medikamenten	49
5.1.3	Austeilen bzw. Verabreichung von Medikamenten	53
5.1.4	Weiterverordnung von Medikamenten für den poststationären Bereich	57
5.1.5	Einflussfaktoren	58
5.2	Fehler bei der Patientenidentifikation	60
5.3	Unzureichende Händehygiene	65
5.4	Eingriffsfehler	69
5.4.1	OP-Checkliste	69
5.4.2	Mögliche Szenarien	74
5.5	Kommunikationsfehler	76
5.6	Aufklärungsfehler	80
5.6.1	Aufklärungsformular	81
5.6.2	Mögliche Szenarien	81
5.7	Mögliche Risiken	84
5.7.1	Verwechslung von laparoskopischen Instrumentarien	85
5.7.2	Umgang mit kritischen Befunden	85
5.7.3	Herstellung von Lösungen	86
5.7.4	Verbrennungen im Mund-Rachen-Raum	88
5.7.5	Fehlende Schulungsdokumentation von Medizinprodukten	89
5.7.6	Unzureichendes Schmerzmanagement	90
5.7.7	Risiken bei der Entlassung	91
6	Erhöhung der Patientensicherheit	95
6.1	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz	95
6.1.1	Was bringt eine M&M-Konferenz?	96
6.1.2	Einführung einer M&M-Konferenz	96
6.1.3	Welche Themen eignen sich für eine M&M-Konferenz?	97
6.1.4	Fallvorbereitung	97
6.1.5	Was gilt es bei einer M&M-Konferenz zu bedenken?	98
6.1.6	Nachhaltigkeit	99
6.1.7	Checkliste für eine M&M-Konferenz	100
6.2	Patient Empowerment	102

6.3	Methoden zur Überprüfung der Patientensicherheit	105
6.3.1	Audit	105
6.3.2	Rahmenbedingungen	105
6.3.3	Audit – aber wie?	107
6.3.3.1	On-site-Audit – Beispiele	108
6.3.3.2	Remote-Audit – Beispiele	114
6.4	Register und Datenbanken	117
6.5	Implementieren von Checklisten	118
6.5.1	Wie informiert man Patienten über einen möglichen Fehler	118
6.5.2	Weitere Checklisten	119
6.6	Digitalisierung	120
7	Fazit	121
	Literatur und Links	123
	Index	131
	Der Autor	135

1

Patientensicherheit geht uns alle an

Anbieter von Gesundheitsdiensten stellen die notwendige Versorgung für die Bevölkerung sicher. Wie wichtig es ist, diese auch in Krisenzeiten zu gewährleisten, zeigte die Corona-Pandemie. Vor allem Krankenhäuser stellen eine kritische Infrastruktur dar. Es wurden im Zuge der Pandemie zahlreiche Maßnahmen getroffen, um eine entsprechende Versorgung bestmöglich gewährleisten zu können. Mitarbeiter kritischer Infrastrukturen standen vor enormen Herausforderungen. Einerseits musste die Hilfe für jene Menschen sichergestellt werden, die von der Pandemie betroffen waren. Andererseits mussten sich die Mitarbeiter selbst schützen, um die notwendige Hilfe leisten zu können. Aber nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Rettungsdienste, niedergelassene Ärzte, Apotheken und viele andere mehr waren in dieser Krisenzeit massiv gefordert. Daher gilt es einen großen Dank an alle auszusprechen, die während der Pandemie zusammengehalten und die Krisensituation gemeistert haben. Oft zeigen erst solche Krisen, wie gut oder schlecht ein Gesundheitssystem aufgestellt ist.

■ 1.1 Einführung

Betrachtet man jedoch ein Krankenhaus oder den niedergelassenen Bereich abseits von Krisensituationen, so wird deutlich, dass leider auch Fehler auftreten können, die den Patienten Schaden zufügen. Generell gilt, wo Menschen arbeiten, können auch Fehler passieren. Das Begehen von Fehlern stellt eine menschliche Eigenschaft dar, welche einer gewissen Systematik folgt. Menschen lernen durch Erfahrungen und durch das Begehen von Fehlern. Dies führt aber auch dazu, dass man sich stetig weiterentwickelt, zumindest wenn man aus begangenen Fehlern seine Lehren zieht. Die menschlichen Faktoren für das Begehen von Fehlern umfassen meist Unaufmerksamkeit, Stress oder das Verfallen in Routinetätigkeiten ohne einer Reflexion. Unabhängig davon gilt es noch die weiteren Umfeldfaktoren zu betrachten, also die Gesamtheit der Prozesse, in der sich der Mensch bewegt. Ein Fehler entsteht durch das Zusammenspiel von menschlichen Faktoren mit dem Umfeld des Menschen. Gemäß Reason ist es daher notwendig, so viele Sicherheitsbarrieren in einen Prozess einzubauen (Schweizer Käsemodell), wie es eben notwendig erscheint, um das Eintreten eines Fehlers zu verhindern bzw. bestmöglich zu reduzieren (Reason 2000).

Seit Veröffentlichung des „To Err is Human“-Berichts durch das amerikanische Institute of Medicine (IOM) im Jahr 1999 erfuhren Themen wie medizinische Risiken, Fehler, Patientensicherheit und Behandlungsqualität zunehmendes Interesse. Der damalige IOM-Bericht basierte auf Studienergebnissen aus dem Jahr 1984, nach denen es in 3,7 von 100 stationären Aufnahmen zu behandlungsinduzierten Gesundheitsschäden kam. Ganze 69 Prozent der angeführten Fälle waren rein unerwünschte Ereignisse. Dazu konnten die Autoren zeigen, dass in den US-amerikanischen Krankenhäusern jährlich rund 44 000 bis 98 000 Menschen an vermeidbaren, unerwünschten Ereignissen versterben. Aktuelle Zahlen aus dem Jahr 2016 sprechen sogar von ca. 251 000 Patienten, die in Folge eines medizinischen Irrtums in einem Krankenhaus versterben. So zählt der Behandlungsfehler – neben Krebs- und Herzerkrankungen – in den USA zu der dritthäufigsten Todesursache im hospitalen Setting.

In jeder erdenklichen Situation können Fehler passieren, sei es bei der Herstellung von Produkten oder eben auch im Dienstleistungssektor. Obwohl Werkzeuge aus dem Qualitäts- und Risikomanagement teilweise oder umfassend vorhanden und implementiert sind, ist jedes menschliche Handeln geprägt von einstudierten, standardisierten Abläufen. Und gerade bei Routinetätigkeiten besteht oft die Gefahr, dass man einen Fehler begeht. In jedem Bereich entwickelt man sich jedoch auch weiter, sofern eine Rückkoppelung bzw. Reflexion zu eigenen Handlungsweisen gegeben ist. Zahlreiche Managementsysteme bieten daher Systematiken und Herangehensweisen an, um eine Organisation effizient, effektiv, sicher sowie mitarbeiter- und kundenorientiert auszurichten. Befolgt man diese Managementsystematiken mit ihren Regelkreisläufen, wie dem Plan-Do-Check-Act-Zyklus, kann

eine Kultur entstehen, in der sich eine Organisation weiterentwickelt, indem die Kenntnis von Fehlern, Beschwerden, Reklamationen gepaart mit einem proaktiven Risiko- und Chancenmanagement genutzt wird (Moen 2009, Verfahren-KTQ 2019, Qualität auf einen Blick 2019).



Qualitätsmanagementsysteme geben den Rahmen für Patientensicherheit vor:

- International Organization for Standardization (ISO 9001, ISO 31000)
- European Foundation for Quality Management (EFQM)
- Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)
- Joint Commission International (JCI)

Taucht man etwas tiefer in das Gesundheitswesen ein, werden einige Dinge offensichtlich. So wird beispielsweise den Studierenden, also den Mitarbeitern von morgen, das notwendige Wissen vermittelt, wie man sich im Bereich der Hygiene zu verhalten hat. Doch auch mehr als 150 Jahre nach Ignaz Semmelweis (1818 – 1865) ist das Thema Händehygiene nicht vollständig im Gesundheitswesen verankert (Hoffmann 2018). Fragt man Studierende nach den „5 Momenten der korrekten Händehygiene“, werden sie mit großer Wahrscheinlichkeit die richtigen Antworten geben. Im Krankenhausalltag oder im niedergelassenen Bereich beobachtet man jedoch etwas anderes. Der Selbstschutz steht oft im Vordergrund und der Schutz des Patienten gerät in den Hintergrund (Pittet 2004). Man nimmt eher höhere nosokomiale Infektionsraten in Kauf oder nimmt diese gar nicht wahr, als dass man das Wissen, wie man zumindest einen Teil dieser Infektionen durch eine korrekt durchgeführte Händehygiene verhindern kann, anwendet. Aus diesem Anlass wurde unter anderem im deutschsprachigen Raum die Aktion „Saubere Hände“ ins Leben gerufen, mit dem Ziel, das Hygieneverhalten nachhaltig zu verbessern. In Europa sterben ca. 37 000 Patienten aufgrund einer nosokomialen Infektion, also einer Infektion durch im Krankenhaus erworbene Keime. Ein Teil dieser nosokomialen Infektionen ist auf unsachgemäße Händehygiene zurückzuführen. Man spricht hier von ca. einem Drittel an vermeidbaren Fällen (ECDC 2020).

Wir haben gerade die erste Phase der Corona-Pandemie hinter uns gelassen und auch hier waren, wie bei jeder Viruserkrankung, unter anderem richtige Hygienemaßnahmen mit ausschlaggebend, um eine Eindämmung der Krankheit zu erreichen. Es bleibt abzuwarten, ob sich durch die Pandemie das Hygieneverhalten in der Bevölkerung und im Gesundheitsbereich grundlegend ändern wird.

Warum wird oft bereits vorhandenes Wissen nicht entsprechend angewendet? Ist es sozialer Druck, zu wenig Zeit, Hektik, Stress, Desinteresse oder Verfallen in Routineabläufe oder weil man es von Kollegen nicht anders kennen gelernt hat?



Patientensicherheit geht uns alle an! Selbst 150 Jahre nach Ignaz Semmelweis ist beispielsweise das Thema Händehygiene nicht hundertprozentig in den Köpfen der Experten im Gesundheitswesen angekommen!

Vor allem Krankenhäuser stellen komplexe Systeme dar, viele Prozesse müssen parallel gemanagt und abgestimmt sein, damit die Versorgung von Patienten gewährleistet ist. Neben Akutpatienten kommen auch weniger dringliche Patienten in eine Ambulanz, die sich selbst einweisen und die durchaus im niedergelassenen Bereich versorgt hätten werden können. Parallel dazu werden geplante Patienten aufgenommen, diagnostische Untersuchungen und Therapien koordiniert und durchgeführt. Um all diese Prozesse zu managen, bedarf es prozessorientierter Organisationsabläufe. Betrachtet man jedoch Prozesse vor Ort, erkennt man auch, dass Arbeitsabläufe oft doch nicht so reibungslos funktionieren. Es kommen laufend neue Untersuchungsmethoden dazu, die Abstimmung mit verwandten Fachdisziplinen wird zunehmend intensiver und verlangt daher ein Mehr an Abstimmung und Planung diverser Arbeitsschritte. Auch verändern sich über die Jahre die Patientenströme. Anpassungen von diversen Arbeitsschritten in komplexen Systemen sind jedoch nicht leicht umzusetzen und verlangen ein hohes Maß an Rücksicht bei allen involvierten Personen. Um Veränderungen bewerkstelligen zu können, braucht es eine gewisse Veränderungsbereitschaft – und diese ist nicht unbedingt immer gegeben!

In der Patientenversorgung sind auftretende Fehler häufig als Folge eines „Systemversagens“ zu verstehen, d. h., in komplexen Systemen wie dem Gesundheitssystem dürfen Fehlhandlungen niemals isoliert, sondern immer nur im Kontext mit allen relevanten Einflussfaktoren betrachtet werden. Ähnlich ist es auch in der Luftfahrt, wo Flugsicherheit nicht nur vom Piloten, sondern auch vom Fluglotsen, von technischen Gegebenheiten und vielen weiteren Faktoren abhängt.

Aus medialen Berichterstattungen und wissenschaftlichen Arbeiten werden in diesem Buch die Top-Risiken im Gesundheitswesen und mögliche Instrumente zu deren bestmöglicher Vermeidung diskutiert. Praktische Tipps, wie man Patientensicherheit steuern und lenken kann, bilden einen integralen Bestandteil. Die beschriebenen Risiken und Maßnahmen leiten sich aus der Literatur, eigenen Erfahrungswerten sowie wissenschaftlichen Arbeiten in einem Tertiärkrankenhaus ab und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Viele der beschriebenen Instrumente zur Erhöhung der Patientensicherheit sind auch außerhalb eines Krankenhauses anwendbar.

In den folgenden Kapiteln wird das Thema Patientensicherheit von unterschiedlichen Seiten betrachtet. Welche Instrumente und Maßnahmen können angewendet werden, um die Patientensicherheit zu fördern? Wie kann man die Patientensicherheit nachhaltig verändern? Wie misst man Patientensicherheit? Was muss eine Organisation unternehmen, damit die Patientensicherheit entsprechend gefördert wird? Was können die Mitarbeiter im Gesundheitswesen beitragen, um die Patientensicherheit zu unterstützen? Was muss getan werden, damit bereits die Studierenden mit diesem Thema konfrontiert werden? Welchen Beitrag können Patienten und deren Angehörige leisten, um ihre eigene Sicherheit zu erhöhen?