

Update CIRS

!!! QM-Richtlinie des G-BA
Einsatz von internen & übergreifenden Fehlermeldesystem

Muss auf den Weg!

Risikomanagement
Beschwerdemanagement

Anonym & Sanktionsfrei

Gesetzgeber fördert einrichtungsübergreifendes CIRS

- Frei zugänglich
- Keine personenbezogenen Daten
- Keine Rückverfolgbarkeit

Ampeln auf grün!

CIRS-NRW will die Anforderungen erfüllen!

CIRS NRW

- Curriculum
- Taschenkarte
- Quartalsberichte (Archiv)

Kommentarfunktion nutzen!

In Krisen

ion?

Es geht um einen

offenen & ehrlichen Austausch

CIRS wird auch immer mehr Sache der niedergelassenen Vertragsärzte

5 Jahre CIRS-NRW

Herausgeber: CIRS-NRW

 **Ärztekammer Nordrhein**
 Körperschaft des öffentlichen Rechts
 Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf
 Judith Singer | Tel. 0211 4302-2218 | E-Mail: judith.singer@aejno.de

 **Ärztekammer Westfalen-Lippe**
 Gartenstraße 210–214 | 48147 Münster
 Anke Follmann | Tel. 0251 929-2641 | E-Mail: anke.follmann@aejwl.de

 **Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen**
 Humboldtstraße 31 | 40237 Düsseldorf
 Robert Färber | Tel. 0211 47819-22 | E-Mail: rfaerber@kgnw.de

 **Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**
 Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf
 Miriam Mauss | Tel.: 0211 5970-8060 | E-Mail: miriam.mauss@kvno.de

 **Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe**
 Robert-Schimrigk-Str. 4–6 | 44141 Dortmund
 Marina Buchmann | Tel. 0231 9432-3581 | E-Mail: marina.buchmann@kvwl.de

 **Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin**
 TiergartenTower | Straße des 17. Juni 106–108 | 10623 Berlin
 Romy Schadewitz | Tel. 030 4005-2504 | E-Mail: cirs@azq.de

Vorwort 5

5 Jahre CIRS-NRW – Zahlen, Daten, Fakten 6

Wo ist mein Fehlerbericht?
 – oder warum manche Berichte von CIRS-NRW nicht veröffentlicht werden 10

CIRS-NRW-Berichte 12

 Risiko: Wenn Informationen fehlen... – Bericht des 4. Quartals 2017 12

 Transfusionen und Blutentnahmen – Bericht des 3. Quartals 2017 14

 Arbeit teilen, aber nichts vergessen – Bericht des 2. Quartals 2017 16

 Wenn die Organisation versagt – Bericht des 1. Quartals 2017 18

 Und täglich grüßt der Säbelzahn tiger – Bericht des 4. Quartals 2016 20

 Das kann doch nicht so schwer sein...? – Bericht des 3. Quartals 2016 22

 Anwenderfehler: Wenn Technik zum Problem wird – Bericht des 2. Quartals 2016 24

 Don't disturb – be patient – Bericht des 1. Quartals 2016 26

 Dr. Karate: auf Augenhöhe, wenn Helfer Opfer werden – Bericht des 4. Quartals 2015 28

 Duzen rettet Leben – Bericht des 3. Quartals 2015 30

 Gedacht heißt nicht immer gesagt... – Bericht des 2. Quartals 2015 32

 Dornröschen, wie konnte Dir das nur passieren? – Bericht des 1. Quartals 2015 34

 Wenn das Denken nicht die Richtung wechselt – Bericht des 4. Quartals 2014 36

 Die Truthahn-Illusion – Bericht des 3. Quartals 2014 38

 Viele Köche... – arbeiten zusammen nach Rezept – Bericht des 2. Quartals 2014 40

 Wer zuhört, gewinnt – Team statt Hierarchie – Bericht des 1. Quartals 2014 42

 Kein Boulevardtheater – Bericht des 4. Quartals 2013 44

 Ein Tippfehler und die Folgen – Bericht des 3. Quartals 2013 46

Rückblick 48

Die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe haben vor nunmehr fünf Jahren die Initiative ergriffen, mit einem Critical Incident Reporting System in Nordrhein-Westfalen (CIRS-NRW) ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung zu etablieren. Wesentliches Ziel ist es, durch gemeinsames Lernen aktiv eine Risiko- und Sicherheitskultur in den ambulanten und stationären Einrichtungen unseres Bundeslandes Nordrhein-Westfalen zu entwickeln und zu unterstützen. CIRS-NRW hat sich in fünf Jahren zu einem wichtigen Instrument im Risiko- und Qualitätsmanagement entwickelt und erfüllt die „Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme“ des Gemeinsamen Bundesausschusses. Mehr als 1000 eingestellte Berichte zeigen uns, dass CIRS-NRW von

den Menschen, die in der Patientenversorgung tätig sind, angenommen wird. Wir wünschen uns, dass es ihnen gelingt, durch die aktive Nutzung von CIRS-NRW Veränderungen und Verbesserungen in ihren Einrichtungen anzustoßen, um damit einen weiteren Schritt zur Verbesserung der Patientensicherheit zu gehen.

Fünf Jahre CIRS-NRW zeigen, „... wie kurz der Weg von der Innovation zur Tradition im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen ist“, so Karl-Josef Laumann, Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen in seinem Grußwort zum 5. CIRS-NRW Gipfel am 20.11.2017 in Münster. Wir freuen uns sehr, Ihnen zu diesem Anlass mit dieser Broschüre Ergebnisse und Highlights aus fünf Jahren CIRS-NRW vorlegen zu können. Wir werden auch in Zukunft die Patientensicherheit gemeinsam fördern und damit den Weg von der Innovation zur Tradition fortsetzen.



Rudolf Henke
Präsident der Ärztekammer Nordrhein



Dr. med. Theodor Windhorst
Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe



Dr. med. Wolfgang Dryden
1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe



Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein



Jochen Brink
Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen



Für die CIRS-NRW Gruppe:

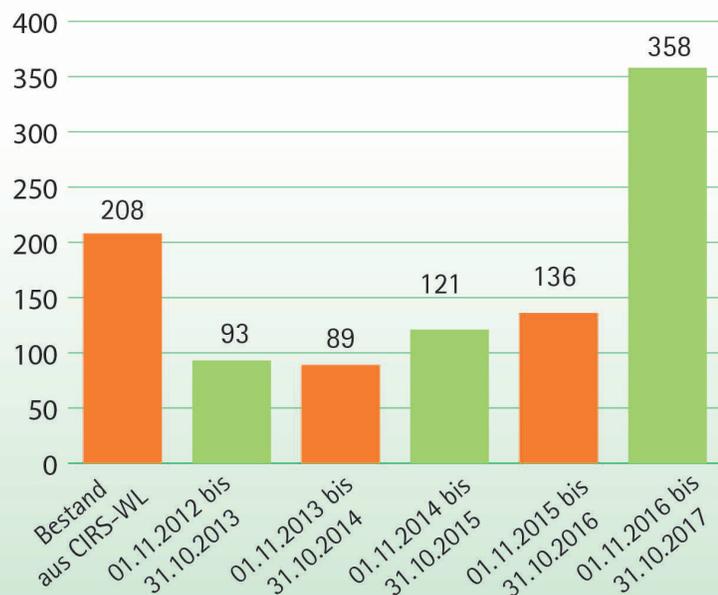
Robert Färber, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Lea Nehm, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

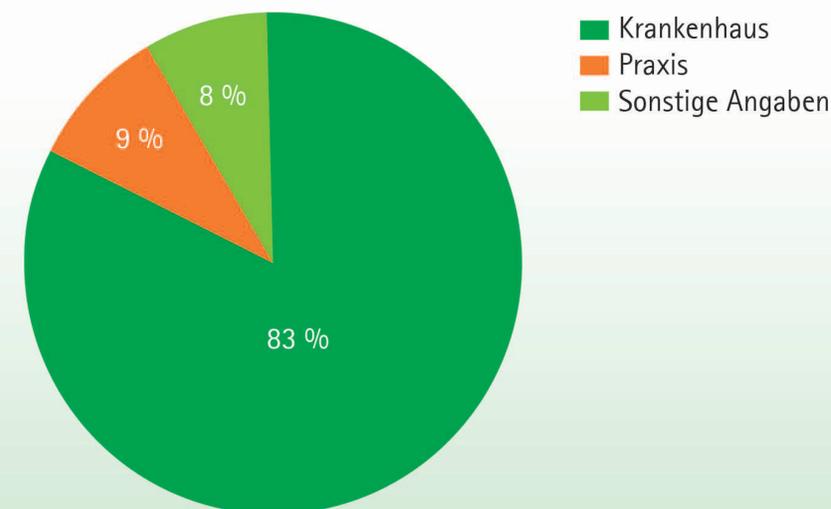
CIRS-NRW ist zurzeit das einzige sektorenübergreifende Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Gesundheitsversorgung und wird gemeinsam von den Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaft in Nordrhein-Westfalen und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität (ÄZQ) in Berlin betrieben. Nach fünf Jahren finden sich mehr als 1000 Berichte, die eine gute Basis für das gemeinsame Lernen aus kritischen Ereignissen bieten.

Aus dem CIRS-WL-Bestand wurden 208 Berichte in das CIRS-NRW-Netz integriert. Seit der CIRS-NRW-Gründung im Jahr 2012 wurden mehr als 800 neue Berichte über kritische Ereignisse in der Patientenversorgung in CIRS-NRW eingestellt. Der „Präsidentenbrief“, ein von allen Trägern gemeinsam formuliertes Schreiben an Krankenhausgeschäftsführer, Leitende Ärzte und Praxisinhaber im Juni 2013, führte zu einer erkennbaren Steigerung der Berichtsfrequenz. Nach einem kleinen Einbruch

Berichte in CIRS-NRW



Kritische Ereignisse in der Patientenversorgung – Wo wurde gemeldet?



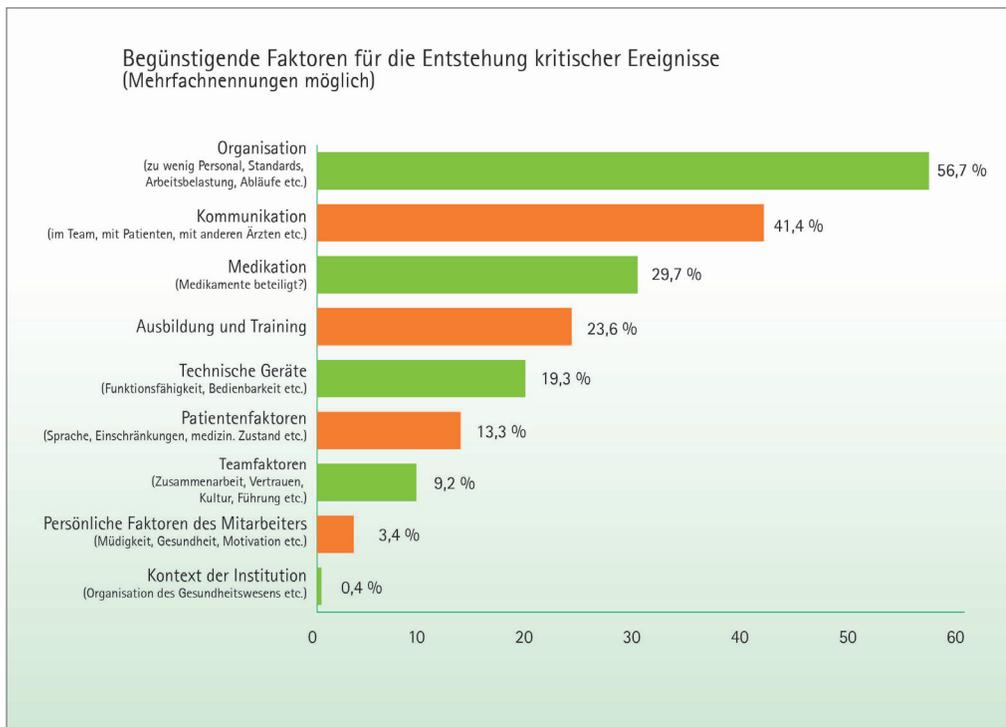
im darauffolgenden Halbjahr haben sich die Meldedaten dann auf höherem Niveau stabilisiert. Mit der Anpassung von CIRS-NRW an die Anforderungen der „Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (üFMS-B) und dem Beginn der Ausstellung der Teilnahmebescheinigungen für Krankenhäuser ab Mai 2017 haben sich diese Zahlen noch einmal deutlich erhöht.

CIRS-NRW ist ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung und soll dazu beitragen, dass über kritische Ereignisse offen gesprochen wird, sie analysiert werden und aus ihnen gelernt wird. Somit sollen Wege zur Vermeidung von Risiken diskutiert und Lösungsstrategien erarbeitet werden. Berichte, die Pati-

entenschieden enthalten, werden nicht im CIRS-NRW-Netz veröffentlicht (siehe hierzu Seite 10 „Wo ist mein Fehlerbericht? – oder warum manche Berichte von CIRS-NRW nicht veröffentlicht werden.“).

Neben den Informationen zum kritischen Ereignis können die Mitarbeiter auch den Ort des Ereignisses und die betroffenen Fachgebiete angeben. Auch können begünstigende Faktoren, die zur Entstehung des kritischen Ereignisses beigetragen haben könnten, angegeben werden. Berichte können anhand dieser Kriterien gesucht werden und so wird das Lernen zusätzlich gefördert.

83 % der Berichte über kritische Ereignisse werden von Mitarbeitern aus Krankenhäusern ab-



gegeben. Hier spielt insbesondere die jahrelange interne Nutzung von Fehlermeldesystemen und die gelebte Sicherheitskultur in Krankenhäusern eine entscheidende Rolle. Zudem hat der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Finanzierung der Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS-B) einen zusätzlichen finanziellen Anreiz für Krankenhäuser geschaffen, transparent mit kritischen Ereignissen in der Patientenversorgung umzugehen.

Aber auch der Anteil gemeldeter kritischer Ereignisse im niedergelassenen Bereich nimmt stetig zu und beläuft sich mittlerweile auf 9 % der eingegangenen Berichte.

CIRS-NRW richtet sich an alle in der Gesundheitsversorgung Tätigen, also an Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe und Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Ärzte, Ärztinnen und Psychotherapeutinnen und -therapeuten berichten mit 31 % am häufigsten über kritische Ereignisse, gefolgt von Pflegekräften und Praxispersonal (26 %).

Die Meldung kritischer Ereignisse in der Patientenversorgung soll auch die Auseinandersetzung mit potenziellen Ursachen fördern und eine Reflektion begünstigender Faktoren ermöglichen. Mit rund 57 % wurde die Organisation (Personalanzahl, Standard, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) als häufigste Ursache der Entstehung kritischer Ereignisse genannt. Auch die Kommunikation im Team und mit den Patientinnen und Patienten wurde als entscheidender Faktor identifiziert, der kritische Ereignisse begünstigen kann.

Eine regelmäßige Auseinandersetzung mit den Berichten im CIRS-NRW-Portal, aber auch das gemeinsame Lernen aus kritischen Ereignissen in internen Audits, Fortbildungen oder auch den Informationsveranstaltungen wird auch in der Zukunft dazu beitragen, dass sich alle Beteiligten an der Gesundheitsversorgung mit Patientensicherheit auseinandersetzen. Der Austausch über kritische Ereignisse in der Patientenversorgung fördert eine vertrauensvolle und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit mit einer Sicherheitskultur, in der Fehler als Chance gesehen werden, die Patientensicherheit stetig zu verbessern.



Wo ist mein Fehlerbericht?

- oder warum manche Berichte von CIRS-NRW nicht veröffentlicht werden

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Anke Follmann, Ärztekammer Westfalen-Lippe

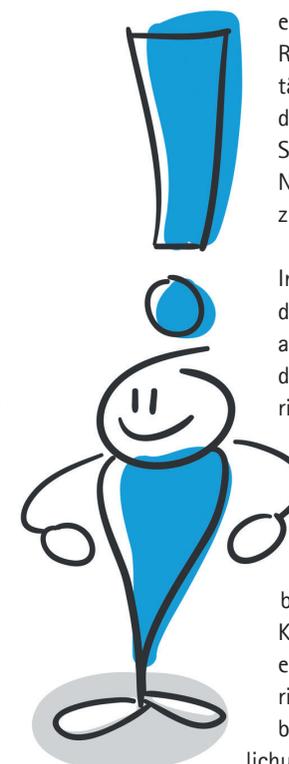
Dr. Michael Gössling, Christophorus-Kliniken GmbH, Coesfeld, Dülmen, Nottuln

In den letzten Jahren haben sich Berichts- und Lernsysteme als grundlegende Maßnahme zur Verbesserung der Patientensicherheit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens etabliert und wurden in entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auch formal verankert.

CIRS-NRW steht für Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen und ist ein einrichtungs- und sektorenübergreifendes, internetbasiertes Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung, das seit 2012 von den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und der Krankenhausgesellschaft NRW gemeinsam in Kooperation mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität, Berlin, betrieben und weiterentwickelt wird. CIRS-NRW verfolgt das Ziel, aus eigenen Fehlern und kritischen Ereignissen



gemeinsam zu lernen. Den Betreibern ist es wichtig zu betonen, dass CIRS-NRW ausdrücklich kein System zur Schadensmeldung oder zum Äußern destruktiver Kritik ist. Daher werden eingegangene Berichte und Meldungen über Schadensfälle oder Berichte, die personenbezogene Verunglimpfungen enthalten, nicht veröffentlicht. CIRS-NRW



soll vielmehr als ein Instrument des Risiko- und Qualitätsmanagements dazu beitragen, die Sicherheitskultur in NRW kontinuierlich zu verbessern.

In CIRS-NRW wurden bis heute mehr als 1000 Fehlermeldungen bzw. Berichte zu kritischen Ereignissen zusammengeführt und bearbeitet. Wichtigste Aufgabe ist dabei die Analyse und Kommentierung der eingegangenen Berichte sowie deren breite Veröffentlichung, damit möglichst viele daraus lernen

können und durch einen offenen und konstruktiven

Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen langfristig eine positive Risiko- und Fehlerkultur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in NRW entstehen kann.

Die örtlichen und überregionalen CIRS-Teams sorgen bei der Bearbeitung und Analyse der Meldungen zu kritischen Ereignissen und Fehlern auch besonders für die Anonymität der Beteiligten und Meldenden, damit sanktionsfreies Melden möglich wird. Typischerweise werden Meldungen, wo erforderlich, zu diesem Zweck umformuliert, Hinweise auf Orte oder Personen werden entfernt. Berichtete Schäden werden zu „Beinahe-Schäden“ umformuliert. Ebenso werden konkrete Beschwerden zu Personen oder Systembeschwerden sowie destruktive Kritik in CIRS-NRW nicht veröffentlicht. Allerdings hat das Umformulieren bzw. die „Anonymisierung“ durch das CIRS-Team Grenzen: Wenn es z. B. zu absehbar haftpflichtrelevanten Patientenschäden gekommen ist, muss eine Veröffentlichung schon aufgrund versicherungsrechtlicher Bedingungen oder Bedenken unterbleiben. Auch Beschwerden über Personen oder Institutionen können nicht sinnvoll anonymisiert werden und sind im Miteinander besser zu klären als durch eine breite Veröffentlichung, das gilt besonders für destruktive Kritik. Für diese Fälle stehen aber meistens geeignetere Instrumente wie z. B. Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Teamgespräche oder ein Beschwerdemanagement in den Einrichtungen der Meldenden zur Verfügung.

Wenn gemeldete kritische Ereignisse bzw. Fehler in den Veröffentlichungen auf der CIRS-NRW-Homepage nicht gefunden werden können, sind sie allerdings trotzdem immer vom CIRS-Team bearbeitet worden. Häufig wurde aber die Meldung durch eine Anonymisierung oder Weglassen von Teilaspekten so stark verändert, dass sie nicht immer wiedererkannt werden kann und soll. Wenn

Fehlermeldungen ganz unveröffentlicht bleiben müssen, tragen die CIRS-Teams trotzdem so weit wie möglich zur internen weiteren Aufarbeitung bei. Deshalb bleibt bei CIRS-NRW jeder Bericht willkommen.

Durch Ihre Berichte und Kommentare bewahren Sie Andere davor, ähnliche Fehler erneut zu begehen und machen die Versorgung der Patienten jedes Mal etwas sicherer!

Themen von nicht veröffentlichten Berichten und Meldungen:

- Führungskraft bittet Mitarbeiter/Mitarbeiterin an einem anderen PC-Arbeitsplatz zu arbeiten, dieses wird verweigert.
- Unerkannt gebliebene klinische Verschlechterungen bzw. verzögert erfolgte Diagnostik
- Lagerungsschäden
- Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Mitteilung eines Alkoholkonsums an Dritte
- Unzureichende Patientenversorgung aufgrund von Personalmangel



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Kay Winkler-Parciak, Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH
Miriam Mauss, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Judith Singer, Ärztekammer Nordrhein

Der Patient durchläuft bei einer Erkrankung sehr häufig verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens – sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor. Informationen können auf dieser Reise verloren gehen oder falsch weitergegeben werden. Welche Auswirkungen dies im Alltag haben kann, zeigt sich unter anderem an folgenden CIRS-Fällen:

- Aufgrund falscher Angaben im Verlegungsbericht wurde ein Medikament im Krankenhaus beinahe in falscher Dosierung verabreicht (155083).
- Im ambulanten Vorgespräch einer OP wurde eine Nickelallergie angegeben, jedoch nicht dokumentiert. Wegen fehlender allergenfreier Implantate konnte die OP nicht wie geplant durchgeführt werden (157400).
- Eine in der Klinik durch Kortisongabe notwendig gewordene Insulintherapie eines Diabetikers wurde nach Entlassung weitergeführt, da die Information fehlte, dass das Kortisonpräparat längst abgesetzt wurde (157467).

Es wird deutlich, dass auch kleine „Informationsfehler“ große Auswirkungen haben können. Und da ist der ältere, demente Patient, der durch den Fahrdienst in seine alte Wohnung gefahren wurde, obwohl er schon längst in einem Pflegeheim untergebracht war, nur ein weiteres Beispiel (121311).

Schnittstellen sind potenzielle Schwachstellen für Informationsverlust, Falschangaben, Überset-

zungsfehler, Übertragungsfehler etc., die in alle Richtungen passieren können. Daher ist eine vollständige und gezielte Informationsweitergabe ein wichtiger Baustein für die Patientensicherheit. Der oft als „bürokratischer Ballast“ empfundene Arztbrief (bei Einweisung, Verlegung oder Entlassung) ist ein Grundpfeiler der Patientensicherheit, da nur so ein einheitlicher Wissensstand über die Erkrankung, Diagnostik und Therapie eines Patienten bei allen an der Behandlung Beteiligten gewährleistet werden kann. Dies sollte bei der Erstellung von Berichten stets beachtet werden und nicht in der Routine untergehen.

Dazu sind unter anderen folgenden Fragestellungen hilfreich:

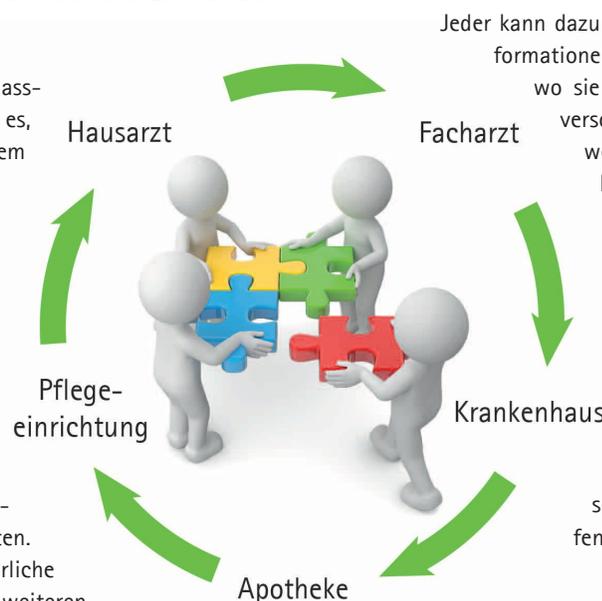
- Welche Informationen benötigen die an der Behandlung Beteiligten? Wichtige Aspekte dürfen nicht in der „Masse“ untergehen.
- Sind die Angaben klar verständlich und aktuell?
- Ist der Bericht vollständig? Man darf sich nicht auf den Patienten verlassen, Informationen weiterzugeben.
- Kommen die Informationen rechtzeitig an? Wochenende und Feiertage müssen überbrückt werden.

Die Entlassungs- bzw. Verlegungsberichte sind wichtige Bausteine für ein sinnvolles Entlassmanagement, das die Nachversorgung für den Patienten gewährleistet. Das Entlassmanagement be-

ginnt bereits bei der Aufnahme, dies wird auch im neuen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement in Krankenhäusern zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DGK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband deutlich, der am 1. Oktober 2017 in Kraft getreten ist.

Ziel des neuen Entlassmanagements ist es, Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt eine lückenlose, medizinische Versorgung zu bieten. Der neue Rahmenvertrag verpflichtet Krankenhausärzte daher gesetzlich dazu (§ 39 Abs. 1a SGB V), die Entlassung ausführlich vorzubereiten. Eventuell erforderliche Maßnahmen zur weiteren medizinischen Behandlung sind dann noch während des Aufenthalts einzuleiten. Sicherzustellen ist, dass nachfolgende Behandler (z. B. Hausarzt oder Apotheker) über den Gesundheitszustand und die weitere Therapie informiert sind, entsprechende Leistungsanträge an die Krankenkasse gestellt werden, eine ordnungsgemäße Terminkoordination erfolgt und die Patienten/gesetzliche Betreuer entsprechend einbezogen und beraten werden. Um eine fehlerfreie und nahtlose Weiterbehandlung zu gewährleisten, wird ein sogenannter Entlassplan erstellt. Ebenfalls dazu gehören ein Entlassbrief und ein Medikationsplan. Falls notwendig, kann der Klinikarzt dem Patienten außerdem Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege verord-

© fotomek/fotolia.com



nen. Der Klinikarzt bezieht den Patienten über den gesamten Prozess zwischen stationärer und ambulanter Behandlung hinweg mit ein. Er informiert ihn frühzeitig über den weiteren Verlauf der Entlassung sowie die Anschlusstherapie.

Jeder kann dazu beitragen, dass Informationen dort ankommen, wo sie für die Patientenversorgung benötigt werden. Im Einzelfall kann dies durch technische Lösungen unterstützt werden. Nur wenn alle Puzzleteile vorhanden sind und zusammenpassen ist der Patient auch auf seiner sektorenübergreifenden Reise sicher.

Detaillierte Informationen zum Entlassmanagement finden Sie unter:

- www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/entlassmanagement/entlassmanagement.jsp
- www.dkgev.de/media/file/49831.Anlage_1_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.pdf

Nützliche Hinweise bietet die Checkliste Entlassplan:

- www.dkgev.de/media/file/49861.Anlage_4_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.doc.pdf



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Christoph Fedder, Evang. Krankenhaus Hagen-Haspe

Dr. Michael Gösling, Christophorus Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln

Anke Westerberg, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Aus Fehlern lernen, Katastrophen vermeiden!

Haben Sie auch schon einmal Blutentnahmeröhrchen nachträglich etikettiert? Eine aktuelle Fehlermeldung (150585) im CIRS-NRW berichtet über Blutentnahmen bei drei Patienten einer Krankenhausstation in Monovetten ohne Patientenetikett, die dann in Becher gelegt wurden, in denen sich jeweils Zettel

mit dem Patientennamen befanden. Anschließend wurden die Monovetten mit Etiketten beklebt. Dabei wurde

auch eine Monovette für eine Kreuzprobe in einen Becher mit einem anderen Namen abgelegt und nicht beklebt. Erst am nächsten Morgen erfolgte vor der OP eine Information darüber, dass eine Monovette nicht beklebt war.

Leider ist dieses Vorgehen kein Einzelfall und führt bei Blutentnahmen häufig zu Verwechslungen, auch bei Kreuzproben. Allein in CIRS-NRW finden sich noch zwei weitere Meldungen zu fehlerhaften nachträglichen Etikettierungen von Kreuzproben (153145, 135783).

Weitere Fehlermeldungen im Zusammenhang mit Blutgruppenbestimmungen betreffen falsche Blutgruppenergebnisse durch verfallene Bedside-Testkarten (155158) oder eine falsche Kreuzprobenabnahme beim Namensvetter (155093). Bedside-Test-Verwechslungen wegen patientenferner Durchführung mit zurückgelegtem Blut aus der Blutentnahme für die Kreuzprobe werden sogar mehrmals berichtet (119431, 34178) und

auch zu beinahe oder tatsächlich durchgeführten Fehltransfusionen finden sich in CIRS-NRW mehrere Meldungen (156280, 87585, 38371).

ABO-inkompatible Fehltransfusionen verlaufen tödlich oder mit schwersten Komplikationen: Im Jahr 2015 sind in Deutschland drei Patienten*innen bei ABO-inkompatibler Fehltransfusion verstorben, 19 Patienten erlitten schwerwiegende Transfusionsreaktionen bei Fehltransfusionen.

Vor diesem Hintergrund greift aus unserer Sicht bei diesen Fehlern eine nachträgliche Fehleranalyse aus der Ferne zu kurz. Häufigkeit und Folgen-

schwere von Fehlern im Zusammenhang mit Transfusionen fordern vielmehr alle Transfundierenden dazu auf, proaktiv und regelmäßig die Transfusionsabläufe und ihre Einhaltung zu thematisieren, z. B. mit Hilfe von Audits oder Peer-Reviews.

In niedergelassenen Arztpraxen werden Transfusionen in der Regel nicht so häufig wie im stationären Bereich durchgeführt. Dadurch ist die Häufigkeit von Fehlern in der absoluten Zahl zwar geringer. Aber insbesondere bei Tätigkeiten, die nicht zur täglichen Routine gehören, ist höchste Konzentration gefragt.

Blutentnahmen werden allerdings häufig in großer Anzahl in Arztpraxen durchgeführt. Auch hier können Fehler für den einzelnen Patienten und die einzelne Patientin katastrophal enden. So zum Beispiel, wenn die Probe falsch etikettiert oder der/die Patient*in nicht zweifelsfrei identifiziert wird. Häufig werden anstatt der Probenröhrchen die Um-Röhrchen beschriftet. Schon seit einigen Jahren gibt es zu diesem Thema Handlungsempfehlungen. Diese beinhalten z. B. das Beschriften des Probengefäßes vor der Entnahme und die aktive Ansprache des Patienten („Wie heißen Sie und wann sind Sie geboren?“). Wenn möglich können den Patienten ihre gefüllten Röhrchen mit ihrem Namen gezeigt werden. Möglicherweise fällt dem Arzt oder der Ärztin eine Verwechslung auf, weil Werte angegeben sind, die beim Labor gar nicht



© StudioLaMagical/fotolia.com

angefordert wurden oder die Ergebnisse nicht zum Krankheitsbild passen (136167). Es bleibt festzuhalten: Auch im niedergelassenen Bereich besteht ein hohes Verwechslungsrisiko (135110), dem proaktiv begegnet werden kann.

Helfen Sie mit, dass möglichst viele Kollegen und Kolleginnen und wir alle aus Fehlern und Ereignissen bei Blutentnahmen und dem Hochrisikobereich der Transfusionsmedizin lernen und damit Behandlungsfehler mit teilweise katastrophalem Ausgang vermieden werden.



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Kay Winkler-Parciak, Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH
Robert Färber, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
Lea Santkiewitsch, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Zusammenarbeit im Krankenhaus

„Arbeitsplätze im Krankenhaus verändern sich nicht nur hinsichtlich ihrer Arbeitsgestaltung und Prozessorganisation. Auch Aufgaben und Tätigkeiten sowie dafür erforderliche Qualifikationen und Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen unterliegen einem Wandel.“ (Bräutigam et al., 15)¹

Der Behandlungsprozess für Patienten im Krankenhaus wird immer arbeitsteiliger organisiert. Zwischen den Arbeitsschritten, an denen viele Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen beteiligt sind, dürfen keine Lücken entstehen und Informationen müssen korrekt und vollständig weitergegeben werden. Insbesondere bei scheinbar „einfachen“ Unterstützungsprozessen (Transportdienst, Steri etc.) werden gelegentlich die Risiken für Fehler im Prozess oder an den Schnittstellen bei der Übergabe unterschätzt. Einige Beispiele:

Der Bericht mit der Fallnummer 146567 über ein nicht auffindbares Pathologie-Präparat zeigt, wie viele einzelne Arbeitsschritte notwendig sind, um ein kleines Stück Gewebe der Pathologie zur Analyse bereitzustellen. Für den Patienten und seine Behandlung ist dieses kleine Gewebestück aber entscheidend. Der Verlust eines Präparates führte in diesem Fall dazu, das hohe Fehlerrisiko beim Unterstützungsprozess des Transports von Präparaten in das Analyselabor zu erkennen. Es wurde eine neue Verfahrensanweisung mit zusätzlichen Sicherheitsschleifen bei einigen Arbeitsschritten erstellt. Wenn Drittfirmen in den Arbeitsprozess eingebunden sind, sollten diese an der Überarbeitung der Verfahrensanweisung beteiligt werden.

Unter der Fallnummer 146929 wird ein Problem bei der Aufbereitung chirurgischer Instrumente beleuchtet. Ein Instrument sollte bei einer Operation eingesetzt werden, war aber nicht richtig gesäubert worden. Beim Öffnen weiterer Instrumentencontainer zeigte sich das gleiche Problem. Die Instrumente waren nicht steril. Es stellt sich die Frage nach einem systematischen Fehler bei der Sterilgutaufbereitung. Im Bericht wird empfohlen, die Mitarbeiter in der Sterilgutversorgung über die Funktion der zu reinigenden Instrumente aufzuklären und die dazu notwendigen Reinigungsmethoden zu schulen.

Auch eine zusätzliche fachlich kompetente Endkontrolle bei der Sterilgutaufbereitung könnte dazu beitragen, Schwachstellen ausfindig zu machen und zu beheben. Insbesondere bei der Neueinführung eines Medizinproduktes oder Inst-

rummentes oder einer Reorganisation eines Arbeitsprozesses ist sicherzustellen, dass alle am Prozess Beteiligten über das neue Instrument oder den neuen Arbeitsprozess so informiert werden, dass sie ihre Aufgaben regelgenau erledigen können. Dabei darf auch die Information der an den Unterstützungsprozessen beteiligten Mitarbeiter – hier das Personal der Sterilgutversorgung – nicht vergessen werden. Diese rechtzeitige und vollständige Information gestaltet sich dann besonders schwierig, wenn Teilprozesse und Arbeitsschritte auf externe Firmen verlagert wurden. Dies ist häufig gerade bei der Sterilgutversorgung der Fall.

Der letzte vorgestellte Bericht mit der Fallnummer 146290 lenkt den Blick auf die Schnittstelle zwischen Unterstützungs- und Behandlungsprozess, in diesem Fall auf mangelnde oder fehlende Übergabe von Informationen zwischen Hol- und Bringedienst und Stationspflegepersonal.

Ein Patient wird nach einem Eingriff wieder auf die Station gebracht. Wie in den meisten Krankenhäusern üblich, erledigt diese Arbeit ein Hol- und Bringedienst. In dem berichteten Fall wird der Patient in das Krankenzimmer zurückgebracht, eine direkte Informationsübergabe zwischen Hol- und Bringedienst und dem Pflegepersonal auf der Station unterbleibt jedoch. Über die notwendige Bettruhe konnte der Patient vom Pflegepersonal folglich nicht informiert werden. Aus dem vorlie-

gendem Fall ist nicht ersichtlich, ob der Mitarbeiter des Hol- und Bringedienstes entsprechend geschult war und Anweisungen für eine korrekte Übergabe bereits vorlagen. Eine solche Situation kann auch durch ein hohes Arbeitsaufkommen beim Hol- und Bringedienst oder beim Pflegepersonal entstanden sein. Dennoch muss die persönliche Übergabe sichergestellt werden, damit der Patient gut und lückenlos versorgt wird. Der Fachkommentar empfiehlt, als Hilfsmittel die Patientenakte einzusetzen, die vom Transportdienst wie ein Staffeltab persönlich an das Pflegepersonal oder den Stationsarzt übergeben werden sollte. Das Übergabeverfahren ist so zu gestalten, dass es auch in Stresssituationen funktioniert oder der Prozess zumindest bis zur Klärung, ob ein Informationsverlust vorliegt, unterbrochen wird. Schulungen und ein Sich-bewusst-machen, welche Konsequenzen ein Informationsverlust durch eine fehlende Übergabe haben kann, spielen in diesem Zusammenhang eine sehr wichtige Rolle, um für das Thema zu sensibilisieren. Daneben sollte ein wertschätzendes Feedback zwischen den Berufsgruppen gelebte Praxis sein.

Schnittstellenprobleme zwischen dem eigentlichen Behandlungsprozess und den Unterstützungsprozessen können dadurch aufgedeckt werden, dass nicht-ärztliches und nicht-pflegerisches Personal in das hausinterne CIRS einbezogen werden. So werden prozessuale Risiken an den Schnittstellen zu den Unterstützungsprozessen schneller erkannt.



¹ Bräutigam, C. et al. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus, erschie-nens als Arbeitspapier 306, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Christoph Fedder, Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH

Dr. Michael Gössling, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln

Ein gefäßchirurgischer Patient klagt im postoperativen Verlauf auf der Station über plötzlich auftretende starke Schmerzen. Die herbeigerufene Pflegekraft stellt zudem fest, dass das operierte Bein in kurzer Zeit blass und kalt geworden ist. Da das Ereignis gegen 15 Uhr an einem Freitagnachmittag eintritt, wird zunächst der diensthabende Chirurg informiert. Dieser ist kein Gefäßchirurg und verweist seinerseits auf den zum Nachtdienst erscheinenden gefäßchirurgischen Assistenzarzt. Erst auf Hinwirken eines anwesenden Angehörigen und der zuständigen Pflegekraft untersucht der diensthabende Chirurg den Patienten. Er alarmiert daraufhin direkt seinen Hintergründdienst und es

werden unverzüglich weitere Behandlungsmaßnahmen eingeleitet. Diesem CIRS-NRW-Fall mit der Nr. 144342 (www.cirs-nrw.de) ähneln die Fälle Nr. 143171 (Probleme bei der Bereitstellung einer Intensivpflegekraft für die Notfallversorgung im Schockraum) und Nr. 141409 (Verzögerte Behandlung durch das Reanimations-Team).

In den komplexen Strukturen eines Krankenhauses ist es von großer Bedeutung, dass Arbeit und Belastung durch Zuständigkeitsregelungen effektiv verteilt werden. Dabei kann auch geregelt werden, wer nicht zuständig ist, aber es muss immer geregelt sein, wer zuständig ist. In der obigen Meldung bleibt unklar, ob die Zuständigkeitsregelung zwischen Regeldienstende am Nachmittag und Bereitschaftsdienstbeginn am Abend unvollständig war oder ob sie missverstanden wurde. Der gerufene Chirurg jedenfalls konnte akut auf keinen anderen zuständigen Arzt verweisen – er selbst fühlte sich aber auch nicht zuständig. Zum einen stellt sich hier die Frage, warum es überhaupt zu solch einer Situation kommen kann. Zum anderen aber – und das ist das Entscheidende – scheint für den Moment die Patientenversorgung aus dem Blick geraten zu sein. Es ist ein Szenario denkbar, in dem die Notfallmaßnahmen hätten warten müssen bis ein zuständiger Arzt (oder jemand, der sich zuständig fühlt) eingetroffen wäre, auch mit Schaden für den Patienten, der von keinem beabsichtigt war. Ist dies ein Einzelfall?

Leider kann der Patient auch schon bei der Gestaltung von Abläufen und Regelungen aus dem Blick geraten, besonders unter hohem wirtschaftlichen

Druck. Dann ist nicht mehr nur der Patient gefährdet, sondern es ist auch der caritative Sinn dieser Arbeit und der Institution bedroht. Es darf nicht zugelassen werden, dass die Institution zum Selbstzweck wird und der Patient der Institution dient, und nicht mehr die Institution dem Patienten. Ein allgemeingültiges Rezept gegen diese Gefahr gibt

es nicht. Was also tun, wenn Regeln – aus welchem Grund auch immer – nicht greifen, wenn die Organisation versagt? Beharrlich konstruktiv an die Organisation rückmelden, vor Ort den Blick von Organisationskonflikten lösen und erstmal auf den rechten und den versorgen, für den die Organisation überhaupt da ist: den Patienten.



© mathisworks/istockphoto.com



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster
Anke Follmann, Ärztekammer Westfalen-Lippe

Oder: Warum man immer wieder dieselben Fehler macht

In dem CIRS-Fall (140066) des 4. Quartals geht es um ein gesundes Kind, das im Aufwachraum als Anerkennung für seine Tapferkeit im OP und zum Spielen eine 10-ml-Spritze von einer Schwester geschenkt bekommt. Das Kind versucht, die luftgefüllte Spritze auf seine eigene Venenverweilkanüle aufzusetzen, um sich eine Spritze zu geben, wie es das wohl in seiner Umgebung beobachtet hat. Nur der Aufmerksamkeit der anwesenden Mutter und der Schwester ist es zu verdanken, dass es nicht zu dieser Aktion und damit zu einer Luftinjektion gekommen ist. Dieser CIRS-Bericht ist wahrlich ein Klassiker. Er wurde ähnlich bereits vor fast zehn Jahren in der Schweiz gemeldet und als erster „Quick Alert“ von der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit publiziert und auch in Deutschland verbreitet.

Doch die Betroffene konnte in diesem Fall nicht auf dieses vorhandene Wissen zurückgreifen. Was verwundert, da dieser Fall einen gewissen Bekanntheitsgrad hatte. Immer wiederkehrende Berichte über bekannte Zwischenfälle, Verwechslungen von Medikamenten, aber auch Vorfälle wie der geschilderte Fall machen uns ratlos. Wie erklärt sich, dass dieselben Fehler immer wieder passieren? Liegt es an mangelnder Voraussicht, Unwissenheit, Fehleinschätzung der Situation? Es stellen sich Fragen nach der Wirksamkeit der Maßnahmen, die aus berichteten Zwischenfällen abgeleitet wurden. Es wird doch schon so viel gemacht. Es gibt Handlungsempfehlungen, zahlreiche Veröffentlichungen über Zwischenfälle, Quick Alert, Fall des Quartals,

elektronische Verordnung, Vier-Augen-Prinzip usw. Warum also passieren die Dinge immer wieder?

Werden Gefahren unterschätzt? Obwohl wir doch nach langjährigen Erfahrungen mit CIRS und anderen Meldesystemen wissen sollten, dass sie ausgerechnet dort lauern, wo wir sie nicht erwarten.

Wie sinnvoll das Lernen aus Fehlern ist, zeigt uns ein Blick zurück in die Evolution. Immer schon haben die Menschen aus Fehlern der anderen gelernt und sogenanntes „Schutzwissen“ aufgebaut. Die Erfahrung des einen half den anderen beim Überleben.

Der Mensch hat über viele Jahrtausende hinweg gelernt, alles, was ihn verunsichert, als potenzielle Gefahr einzuschätzen, sofern es ihm zeitlich oder räumlich nah ist. Dieses unmittelbare Kausalitätsdenken war in der Vergangenheit äußerst hilfreich, um beispielsweise einen heranpirschenden Säbelzahn tiger als Risiko zu erkennen und sich rechtzeitig in Sicherheit zu bringen.

Ein Mensch, der jemals einem Säbelzahn tiger begegnet ist und dieses Zusammentreffen überlebte, hat sein Wissen um diese Gefahr weitergegeben. Er hat von seinen Erfahrungen berichtet und so andere davor bewahrt, in eine ähnlich gefährliche Situation zu geraten. Menschen haben voneinander gelernt. Dass ein Fehler sich nicht wiederholt oder wie gut es gelingt, einen Fehler zu vermeiden, hängt zum einen von der eigenen individuellen Risikowahrnehmung ab und zum anderen von der Fähigkeit, sehr oder eher seltene Risiken wahrzunehmen, adäquat einzuschätzen und mit ihnen umzugehen.

Leider entwickelt sich die Akzeptanz für die eigene Fehlbarkeit und Fehler im System nur langsam weiter. Das gilt ebenso für den transparenten Umgang mit Fehlern bzw. für das Benennen von kritischen Ereignissen. Es ist ja nichts Großes passiert, keiner zu Schaden gekommen, es ist noch einmal gut gegangen. Doch man vergibt damit die Chance, diese Erfahrung und Erkenntnisse weiterzugeben: Was wir daraus hätten lernen müssen? Davon können andere profitieren! Schließlich geht es (im CIRS) darum, Erfahrungen zu teilen und voneinander zu lernen, zum Wohle der Patientensicherheit.

In den heutigen komplexen Prozessen geht es nicht mehr darum, sich möglichst schnell in Sicherheit zu bringen (Kausalitätsdenken), sondern auch darum, kleinste Fehler wahrzunehmen, dadurch Risiken zu analysieren, anderen mitzuteilen und gemeinsam an Lösungen zu arbeiten. Dafür sind auch interne und einrichtungsübergreifende Meldesysteme als frei zugängliche Wissensplattformen da. Hier können Fehler transparent gemacht und diskutiert werden. Die Bedrohung geht häufig nicht vom Säbelzahn tiger aus, sondern liegt oft im Detail.

Doch die ökonomische Wirksamkeit solch einer Wissensweitergabe ist selten anerkannt und wird wenig geschätzt. Gleichwohl kann sie großen Einfluss auf die Sicherheit eines Unternehmens haben. Es ist nicht einfach, Kennzahlen für den wirtschaftlichen Erfolg von Wissensweitergabe, insbesondere durch Fehlermeldesysteme, zu erlangen, da es sich meist um langfristige Prozesse handelt. Allerdings zeigt

sich durch langjährige Erfahrung, dass sich das Melden auch vermeintlich „kleinster“ Fehler lohnt. Eine solche Meldekultur sollte fester Bestandteil der Sicherheitskultur eines Unternehmens im Gesundheitswesen werden, insbesondere, wenn es um die Patientensicherheit geht.



In allen Teilbereichen des Lebens gibt es Erfahrungen, die man nicht noch einmal machen möchte. Auch „Menschen können nicht alles, was an negativem Wissen zu berücksichtigen ist, selber erfahren und daraus lernen. [...] Die Grundfrage lautet: Wenn die Menschen alle Fehler wieder machen müssten, aus denen die Menschheit über Jahrtausende gelernt hat, würden sie dann überleben? Das kulturelle Gut besteht darin, dass wir das Fehlerwissen von anderen übernehmen, die [...] eben ‚Fehler‘ gemacht oder negativ gehandelt [...] haben; wichtig ist, dass wir auch daraus, [...], Schutzwissen aufbauen.“ (Fritz Oser, Maria Spychiger, Lernen ist schmerzhaft, Zur Theorie des Negativen Wissens und zur Praxis der Fehlerkultur, Weinheim, Basel, 2005, S. 50–51)

Dass der geschilderte Fall nach fast zehn Jahren erneut gemeldet wird, fordert unser Wissensmanagement heraus, denn nur wer im Sinne eines kontinuierlichen Managements auf dem aktuellen Wissensstand ist, kann auch danach handeln. Kliniken und Praxen sind somit gefordert, auch das Lernen aus Fehlern in ihr systematisches Fort- und Weiterbildungskonzept zu integrieren.

„Lernen ist Gold“ und wird zu einer besseren Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Effizienz und Mitarbeiterzufriedenheit führen.



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Christoph Fedder, Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH
Dr. Michael Gössling, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln
Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapie stellen in wissenschaftlichen Untersuchungen und in Meldesystemen eine der größten Fehlergruppen dar. Auch in CIRS-NRW betrafen im letzten Quartal wieder zwölf von insgesamt 52 Fehlermeldungen die Medikation.

Besonders häufig waren dabei Medikamentenverwechslungen, also die sogenannten Lookalikes und Soundalikes (Fallnrn.: 132518, 135114, 135116, 135119, 135415), gefolgt von Fehldosierungen (Fallnrn.: 132975, 134873, 135120, 131783) sowie Fehlverordnungen (Fallnrn.: 135123, 135122) und Non-Compliance (Fallnr.: 135112).

Im Vergleich mit den hohen Fehler- und Schadensfallzahlen wirkt der Vorgang der Rezeptausstellung bzw. Medikamentenverordnung auf den ersten Blick eher einfach und ist schnell erledigt. Allerdings zeigt sich in der Aufarbeitung der Fehlermeldungen eine hohe Komplexität mit entsprechendem Fehlerpotential. Zum Beispiel stehen in der Auswahl des Wirkstoffes mögliche Kontraindikationen und Wechselwirkungen oft nicht im Fokus; insbesondere wenn die Kontraindikationen chronische Erkrankungen ohne aktuelle Beschwerden sind. Der Überblick über mögliche Wechselwirkungen bleibt ebenfalls oft unvollständig, vor allem wenn die vorbestehende Medikation fachfremd ist.

Auch der weitere Ablauf im Anschluss an die Rezeptierung bzw. Verordnung ist komplex. Die administrativen Schritte bis zur Aushändigung

des Medikaments an den Patienten sind auf verschiedene Personen verschiedener Berufsgruppen verteilt. Hier treffen also die Herausforderungen des Medikationsmanagements auf die Schnittstellenproblematik – mit besonders vielen Beteiligten beim Übergang der Behandlung zwischen ambu-

lant und stationär. Patient oder Angehörige müssen an mehreren dieser Schritte mitarbeiten, vor allem aber bei der letztendlichen Einnahme. Fehler bleiben besonders dabei häufig unbemerkt.

Für Komplexität und Fehleranfälligkeit sensibilisieren können Fehlermeldungen wie die oben genannten. Diese Fehler werden nicht absichtlich gemacht und haben fast immer eine systematische personale, prozessuale oder technische Komponente. Um die Patientensicherheit bei der Medikation zu erhöhen, sollte jeder Fehler als Chance betrachtet werden und dazu motivieren, aus die-

sem zu lernen und Schwachstellen im System aufzuzeigen.

Bei der Aufarbeitung von Medikationsfehlern kommen verschiedene Strategien zum Einsatz. CIRS bietet jedem Mitarbeiter die Möglichkeit, persönlich und anonym auf einen Fehler hinzuweisen. Für die Aufbereitung im Team kommen Fallbesprechungen und im Krankenhaus und in großen Praxen auch Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen zum Einsatz. Nach akuten Krisensituationen können Feedbackrunden und im weiteren Verlauf Supervisionen und die Vorstellung in Qualitätszirkeln die Aufarbeitung erleichtern. Jeder Medikationsfehler sollte zum Anlass genommen werden, im Team nach systemimmanenten Schwächen zu suchen, diese zu analysieren und Strategien zu suchen, wie diese künftig verhindert werden können. Alle diese Maßnahmen können helfen, eine Fehlerkultur zu etablieren, in der die Beteiligten nicht nach einzelnen Schuldigen am Ende einer Fehlerkette suchen, sondern Fehlermeldungen und Fehleranalysen selbstverständlicher Alltag sind. Eine solche Fehlerkultur ermöglicht uns allen das Lernen aus Fehlern, aus unseren eigenen und aus denen anderer.





Anwenderfehler: Wenn Technik zum Problem wird

CIRS-NRW-Bericht des 2. Quartals 2016

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Judith Singer, Ärztekammer Nordrhein

Miriam Mauss, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Haben Sie schon einmal versucht, einen „fremden“ Klappliegestuhl ohne Anleitung aufzubauen? Wenn es gleich beim ersten Mal geklappt hat, sind Sie ein Naturtalent oder hatten einfach nur Glück. Fahren Sie Auto ohne Führerschein? Steigen Sie in ein Flugzeug, wenn der Pilot seinen ersten Übungsflug absolviert? Gehen Sie zu einem Friseur, der seine Schere nicht beherrscht? Patienten haben im ambulanten wie stationären Bereich häufig keine Wahl – wie an den CIRS-Fällen „Unbekannter Mechanismus lässt Lehnstuhl zusammenklappen“ (Fall Nr. 131488), „Sitzwagen vom Magnetfeld im MRT angezogen“ (Fall Nr. 130026), „Augenprothese beinahe durch MRT beschädigt“ (Fall Nr. 129957) und „Aktivierung des Event-Recorders vor Entlassung“ (Fall Nr. 130358) deutlich wird. Viele dieser Fälle wären vermeidbar.

Die heutige Medizin trägt mit hochmodernen Geräten (MRT) und Medizinprodukten (Implantate, Event-Recorder, Lehnstuhl) zur Verbesserung der Patientenversorgung und der Lebensqualität bei. Dabei ist zu beachten, dass dies nur gelingt, wenn auch die Anwendung korrekt und angemessen erfolgt. Um dies zu gewährleisten, gibt es zahlreiche Gesetze, die sowohl von den Betreibern der Geräte als auch von den Anwendern zu beachten sind.

Das Medizinproduktegesetz (MPG) regelt beispielsweise die Herstellung von Medizinprodukten, ihre Zulassung, das Inverkehrbringen und den Umgang mit und die Wiederaufbereitung der Medizinprodukte. Es sollte selbstverständlich sein, dass Geräte oder Medizinprodukte nur von eingewiesenen Mitarbeitern angewendet werden. In der Praxis sieht das leider häufig anders aus. Ausreden, warum dies so ist, gibt es viele: „Wir haben keine Zeit dafür“, heißt es da, oder: „Ein Gerät ist doch wie das andere!“ oder: „Bei Leiharbeitskräften lohnt sich der Aufwand nicht!“ oder: „Wir haben niemanden, der einweisen kann – von den Ersteingewiesenen arbeitet doch keiner mehr hier!“ und: „Gerätepässe sind etwas für Bürokraten!“

Ein weiteres Problem: Manchmal ist gar nicht klar, was überhaupt als Medizinprodukt zählt und dass man sich natürlich auch dann mit Produkten auskennen muss, wenn eine Einweisung im MPG nicht explizit vorgesehen ist. Häufig werden auch Auszubildende oder Assistenzärzte, die nach einer Einweisung fragen, abgewehrt („Wie, das können Sie nicht?“).

Zusätzlich ist dieses Thema auch in der Führungsebene meistens nicht an den Top-Positionen angesiedelt und die Organisation der Einweisungen mit nachvollziehbarer Dokumentation bedarf eines nicht geringen Aufwands. Hinzu kommt, dass es nicht damit getan ist, die aktuellen Gesetze zu kennen, sondern aktuelle Änderungen in die praktische Anwendung zu übersetzen. Man könnte es nun in den meisten Fällen mit den Rheinländern halten: „Es ist noch immer gut gegangen!“ – aller-

dings zeigen uns die aktuellen CIRS-Fälle, welche Risiken dabei eingegangen werden.

Im CIRS-Fall Nr. 129957, bei dem ein Patient mit Augenprothese eine MRT-Untersuchung benötigt, sind zwei Aspekte zu berücksichtigen. Bei der Augenprothese handelt es sich um ein Medizinprodukt. Diese Prothese enthielt Magnete zur Fixierung, die vor einer MRT entfernt werden müssen, was zunächst nicht ersichtlich war, da der Implantatausweis nicht vorlag und der Patient angab, MRT-fähig zu sein. Eine Rückfrage bei der Augenklinik sorgte jedoch für Klarheit. Dies zeigt, dass im Zweifel eine doppelte Ver-gewisserung helfen kann, eventuellen Schaden zu vermeiden. Auf den ehemals „aufgeklärten“ Patienten konnte man sich in diesem Fall nicht verlassen.

Zur Stärkung der Patientensicherheit wurden die in der Medizinproduktebetriebsverordnung (MP-BetriebV) niedergelegten Anforderungen an implantierende Einrichtungen im Jahr 2014 erhöht. Hiernach erhalten alle Patienten mit Implantaten eine Patienteninformation, welche die für die Sicherheit des Patienten notwendigen Verhaltensanweisungen umfasst, und einen Implantatausweis. Bei der Anwendung von Geräten und Medizinprodukten spielen beide Seiten eine wichtige Rolle: Anwender müssen sich auskennen und eingewiesen sein. Es müssen klare Vorgaben für die Anwendung vorliegen, z. B. zu welchem Zeitpunkt ein

Event-Recorder aktiviert wird (Fall Nr. 130358), und die Rahmenbedingungen müssen stimmen (z. B. keine ferromagnetischen Gegenstände im MRT-Raum, wenn nicht gewährleistet werden kann, dass der Sicherheitsbereich eingehalten werden kann [Fall-Nr. 130026]).

Anwender müssen die Risiken kennen, z. B. die Ur-gewalt des starken Magnetfeldes im MRT. Mitarbeiter sollten nicht tätig werden, wenn sie nicht eingewiesen sind oder sich unsicher fühlen, auch wenn das sicherlich zu Konflikten führen kann. Hier ist die Führungsebene gefragt.

Patienten müssen in die Anwendung der Technik und Medizinprodukte eingewiesen sein und sich bewusst werden, wie wichtig es ist, beispielsweise Implantatpässe mitzuführen. Die richtige Aufklärung ist hier ein zentraler Aspekt der Patientensicherheit. Informationen zu Besonderheiten und Verhaltensweisen sollten gegebenenfalls auch mit den Angehörigen besprochen werden. Allerdings darf man sich nie nur auf die Angaben eines Patienten verlassen.

Sofern also beide Seiten, Patienten und Ärzte/medizinisches Fachpersonal für eine eventuelle Besonderheit oder Gefahr sensibilisiert sind, stehen die Chancen auf eine korrekte Vorgehensweise gut.



Literatur: www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de
Handlungsempfehlung zur Prävention medizinproduktassoziierter Risiken



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster

Anke Follmann, Ärztekammer Westfalen-Lippe

Dr. Michael Gössling, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln

Es könnte so schön sein. Ein laufendes System, ruhiges Abarbeiten, Funktionieren von reibungslosen Prozessen – wenn er nicht wäre: der Patient.

Er kennt seinen Namen nicht (Fall Nr. 129602), er trinkt Desinfektionsmittel statt Wasser (Fall Nr. 119440), er schluckt die Medikamente mit Blistern (Fall Nr. 125531), hat Angst vor Ärzten (Fall Nr. 72176) oder verschwindet wie im berichteten Fall 122603 spurlos samt Bett im Krankenhaus. Fazit: Das Krankenhaus und die Arztpraxen könnten so schön sein ohne Patienten. Dabei sollte doch gerade er im Mittelpunkt stehen, aber sobald er kognitiv eingeschränkt oder sogar dement ist, scheint er dem reibungslosen Ablauf einfach nur im Wege zu stehen.

Was können wir tun? Noch bessere, noch ausgefeiltere, umsichtiger, komplexere Prozesse schaffen? In der Analyse der oben genannten Fehler wird auch klar: Je mehr wir mit unseren Patienten „machen“, desto mehr verlangen wir ihnen auch ab, desto besser müssen sie „mitmachen“. Von dieser Mitarbeit gehen wir erst einmal aus, und wir verlassen uns auch darauf, dass mitarbeitende Patienten sich bei Problemen oder Fehlern melden.

Sind unsere Patienten aber multimorbide, kognitiv eingeschränkt oder dement, ist die Gefahr groß, dass unsere Abläufe sie überfordern, und meistens werden sie uns das auch nicht mitteilen können. Dann kommt es zu typischen Folgekomplikationen dekompensierter Multimorbidität wie Stürzen, Gewichtsverlust oder akuten Verwirrheitszuständen

(Delir) und oft zum bleibenden Verlust von Selbstständigkeit und Eigenmobilität.

Was macht die Einschätzung dieser Patienten so schwierig, warum fällt diese „Vulnerabilität“ oft erst durch „Katastrophen“ wie die obigen Fehler auf? In der Regel ist nicht die kognitive Einschränkung oder die chronische, noch kompensierte Multimorbidität der Grund für eine stationäre oder ambulante Behandlung, sondern eine davon unabhängige, andere Erkrankung oder ein Unfall.

Die multimorbiden oder kognitiven Einschränkungen dekompensieren dann oft erst unter der Summe der Belastungen durch die akute Erkrankung oder den Unfall, durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und durch das Fehlen von gewohnter Umgebung, Strukturen und Kontakten.

Geriatrische Risiken können aber schon frühzeitig durch symptomunabhängige Überprüfungen (Assessments) z. B. der Bereiche Selbsthilfefähigkeit, Ernährung, Eigenmobilität, Kognition, Emotion und soziale Unterstützung erkannt werden und zu entsprechenden Prophylaxemaßnahmen führen, damit Komplikationen vermieden werden. Ein geriatrisches Screening und Assessment ist deshalb im Krankenhausplan NRW 2015 für alle stationären Patienten ab 75 Jahren vorgegeben. Die Ergebnisse des geriatrischen Assessments können außerdem helfen, mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen die Ziele und die Risiken belastender Maßnahmen in jedem Einzelfall besser einzuschätzen.

Bei Patienten mit bereits eingeschränkten Fähigkeiten ist die Aktivierung verbliebener Alltagskompetenzen auch im Krankenhausalltag besonders wichtig, weil sich durch Immobilität und Deprivation der funktionelle und kognitive Status sonst schnell weiter verschlechtert bis hin zu akuter Verwirrtheit (Delir), bei der weitere Folgekomplikationen durch beruhigende Medikamente oder Fixierung drohen. Von Demenzbegleitern über „demenzsensible“ Teams und Krankenhäuser bis hin zu Demenzstationen, abteilungsübergreifenden

altersmedizinischen Zentren und multiprofessionellen geriatrischen Diensten haben sich dazu viele Ansätze etabliert, in deren Mittelpunkt der einzelne Patient steht, und die damit eine eher prozessgesteuerte Behandlung einer Diagnose ergänzen. Prozesse sind gut und wichtig, um unser System sicherer zu machen. Aber Sie „funktionieren“ umso schlechter, je weniger sie zu den Patienten passen, und sie können die persönliche Kommunikation mit dem Patienten selbst nie ersetzen.





Dr. Karate: auf Augenhöhe, wenn Helfer Opfer werden

CIRS-NRW-Bericht des 4. Quartals 2015

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster,
Christoph Fedder, Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH

Sicherheitsdienst in der Notaufnahme, Karatetraining für Pflegekräfte, solche Maßnahmen muten eher fremd an, doch sind sie zunehmend in Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens Realität. Denn dort nimmt die Gewalt zu. Patienten und Angehörige werden immer schneller aggressiv und gewalttätig. So auch im CIRS-Bericht Nr. 117664, wo ein Patient eine Pflegekraft während der nächtlichen Behandlung in der Notaufnahme tödlich angriff. Leider benennt der Bericht keine weiteren Einzelheiten, warum es zu dem Übergriff kommen konnte.

In erster Linie vermutet man in einem solchen Fall einen alkoholisierten oder andere Drogen konsumierenden Patienten. Doch die Gründe für Gewalttätigkeit und Aggression können vielfältig sein, angefangen bei einer allgemeinen Verrohung der Gesellschaft und mangelndem Respekt, insbesondere vor dem weißen Kittel. Der „Halbgott in Weiß“ war einmal. Er ist mittlerweile angreifbar und Projektionsfläche für das eigene Unvermögen, sich mit Krankheit, Angst oder Frustration auseinanderzusetzen.

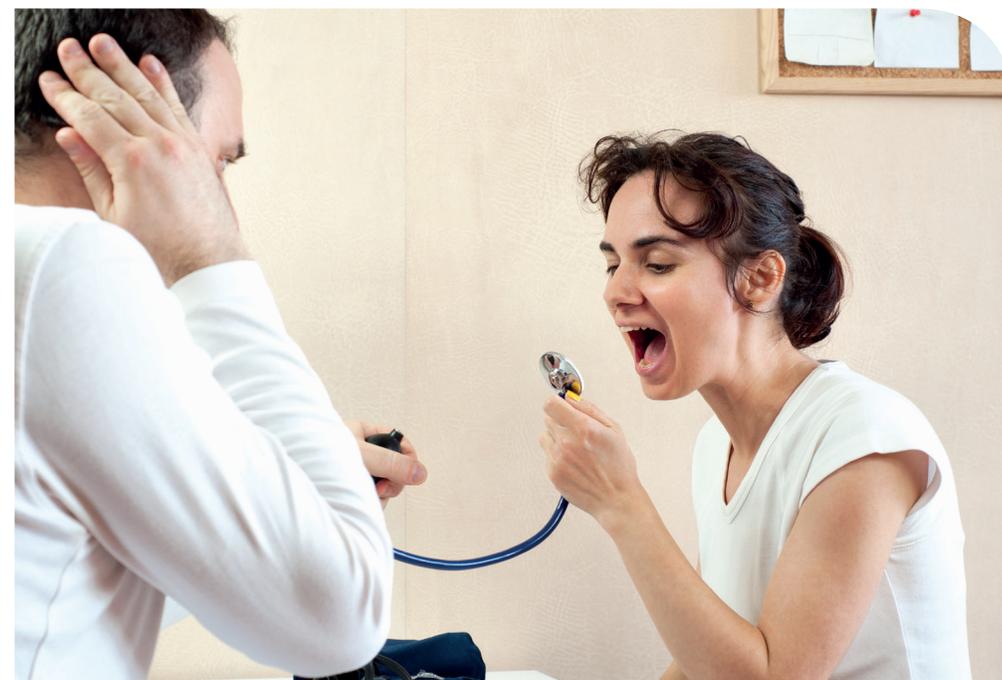
Mangelndes Verständnis, Schwierigkeiten in der Kommunikation und lange Wartezeiten können zu Aggressionen führen und Situationen hochschaukeln. In seltenen Fällen kommen Patienten bereits mit einem hohen Gewaltpotenzial in die Klinik. Doch was ist der Grund, dass Aggressionen im klinischen Kontext zwischen Helfenden und Hilfesuchenden zunehmen und viele Mitarbeiter bestätigen, schon einmal Opfer von verbaler oder körperlicher Gewalt gewesen zu sein?

Gewalt erzeugt Gegengewalt

Direkte Gewalt zeigt sich beispielsweise durch tätliche Angriffe wie Schlagen, Spucken, Beißen oder beim Herumwerfen von Gegenständen wie Infusionsständern. Es existiert aber auch eine latente Form der Gewalt, die sich durch das Unterlassen von Handeln zeigt. Patienten fühlen sich hilflos und fremdbestimmt, Angehörige überfordert. Oft entsteht Angst, und anders als bei direkter körperlicher Gewalt wird hier Wut auf Seite der Patienten und Angehörigen empfunden. Ausgelöst wird diese Wut beispielsweise durch das Ausüben von Zwangsmaßnahmen wie Zwangsernährung oder Fixierung von Patienten. Aber auch die von Angehörigen als mangelhaft wahrgenommene Flüssigkeitszufuhr oder das Anlegen von als nicht erforderlich empfundenen Blasenkathetern, Verabreichung von Medikamenten zur Ruhigstellung, Störung der Ruhe oder als ungenügend wahrgenommene Behandlungsleistungen können zu Unzufriedenheit und Aggression führen.

Doch nicht nur persönliche, auch gesellschaftliche Ursachen können Auslöser von Gewalt sein: Eine hohe Erwartungshaltung der Patienten in Bezug auf umfassende Gesundheit bis ins hohe Lebensalter steht dem Kosten- und Leistungsdruck im Gesundheitssystem gegenüber.

Gewalt ist inzwischen leider alltäglicher Bestandteil in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung und wird sich nicht vollständig verhindern lassen. Entscheidend für den richtigen Umgang mit Gewalt ist, das Thema nicht zu tabuisieren und die



© ArtShotPhoto/Shutterstock.com

Beschäftigten dafür zu sensibilisieren. Gewalt entsteht nicht zufällig und ist abhängig von vielen verschiedenen Faktoren. Auslösende Faktoren und Ursachen für entstehende Gewalt gilt es frühzeitig zu erkennen, bevor es zu einer Eskalation kommt.

Alle Einrichtungen im Gesundheitswesen sollten sich mit dem Thema Gewalt auseinandersetzen und transparent damit umgehen. Hierzu gehört auch das aktive Melden solcher Vorkommnisse. In Kliniken, Pflegeheimen oder Arztpraxen sollte nicht nur akut reagiert, sondern prospektiv und präventiv gehandelt werden. Simuliertes Deeskalations-training, Schulungen für den richtigen Umgang mit Gewalt und Aggression, gut organisierte Abläufe und Wartebereiche sowie Angebote für Mitarbeiter, die Gewalt erfahren haben, gehören dazu. Im beschriebenen CIRS-Fall war die Pflegekraft alleine. Dieses sollte insbesondere bei nächtlichen

Situationen vermieden werden. Ein Arzt, der sich in einem anderen Untersuchungsraum aufhielt, konnte zur Hilfe eilen, begab sich aber somit auch in Gefahr, ohne Hilfe anfordern zu können. Das Krankenhaus fand eine Lösung und stattete die Mitarbeiter mit persönlich zu tragenden Notrufsystemen aus. Eine gute Idee, die aber eine präventive Gefährdungsermittlung und Beurteilung der Arbeitsbedingungen nicht ersetzen kann.

Ein professionelles Beschwerdemanagement als Teil des Risikomanagements kann ein Puffer sein, entstehender Aggression von Patienten und Angehörigen vorzubeugen und betroffenen Mitarbeitern als Sprachrohr dienen.



Für die CIRS-NRW Gruppe:

*Dr. Markus Holtel, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln
Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster
Robert Färber, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen*

Dieses Phänomen kennt jeder Deutschsprachige: „Du Blödmann!“ geht besser über die Lippen als „Sie Blödmann!“ In der vertrauten Situation, per Du, kommt manches zur Sprache, was man später bereut – oder was Leben rettet. Denn nicht nur Beleidigungen, auch sachliche Kritik und Hinweise auf Gefahren sagen sich leichter, wenn das „Du“ die Hierarchie abgebaut hat. Je stärker das hierarchische Gefälle, desto schlechter steigt eine Information von unten nach oben. Die Lufthansa hat daraus gelernt. Sie hat unter allen Mitarbeitern an Bord das „Du“ eingeführt, selbst unter Kollegen, die den ersten gemeinsamen Flug absolvieren.

Dieser Abbau von Barrieren hilft in einer Konfliktsituation, wie sie die Eingabe Nr. 117957 im CIRS NRW beschreibt: Im OP werden auf operativer Seite Hygienestandards ignoriert. Der Operateur trägt seinen Ehering unterm Sterilhandschuh, die Mitarbeiterin am Instrumententisch trägt Uhr und Schmuck an den Armen und verzichtet gleich völlig auf die Händedesinfektion. Ein solcher Fehler in der OP-Vorbereitung müsste unter idealen Bedingungen den Prozess anhalten, bis das Problem behoben ist. Und gerade vor dem Hintergrund der Hygieneskandale, die in den letzten Monaten die Öffentlichkeit beschäftigen, ist solches Verhalten schlicht unverständlich.

Für die CIRS-NRW-Partner ist die Information und Sensibilisierung der in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten für Hygieneaspekte ein wichtiges Thema und wird u. a. durch folgende Maßnahmen unterstützt: die Hygiene-Initiative der

nordrhein-westfälischen Krankenhäuser (www.keine-keime.de), Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigungen für Vertragsarztpraxen und MVZ wie regelmäßige Informationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern und den Bezirksregierungen und Vor-Ort-Beratungen in den Praxen.

Hoch zu schätzen ist im hierarchischen Gefüge einer Klinik, dass im beschriebenen Fall die Anästhesie beim Team-time-out auf das fehlerhafte Vorgehen hinweist. Es erfordert Mut und Charakter, als Störenfried aufzutreten und vernachlässigte Selbstverständlichkeiten einzufordern. Das Ansprechen eklatanter Fehler ist aber wichtig und schärft das Bewusstsein bei allen Beteiligten. Das Problem eskaliert, wenn der einfache Hinweis nicht genügt, wenn das Unterlaufen hygienischer Standards damit verteidigt wird, es sei ja noch immer gut gegangen. In dieser Situation sollen Kommunikationstools wie CUS-Words helfen: CUS vermittelt Ich-Botschaften in drei Eskalationsstufen für: „I'm concerned, I'm uncomfortable, I'm scared.“ Ich bin besorgt, mir ist unbehaglich, ich befürchte.

In hartnäckigen Fällen bleibt die Eskalation zu vorgesetzten Stellen oder sogar zu den überwachenden Behörden. Jeder Mitarbeiter sollte im Interesse des Patienten offensichtliche Fehler zur Sprache bringen. Dies gilt auch für die Fehler anderer Abteilungen. Ansprechpartner im konkreten Fall sind je nach den Verhältnissen vor Ort der Hygienebeauftragte der Klinik, der Ärztliche Direktor



oder der Geschäftsführer. Sie vertreten das Haus nach außen und haben selbst ein großes Interesse an korrekten Abläufen. Gegebenenfalls kann eine anonyme Eingabe im internen CIRS auf das im Haus schwelende Problem aufmerksam machen.

Die vorschnelle Weitergabe an externe Stellen, an das Gesundheitsamt, an die KV oder die Kammer, ist dagegen ein Wagnis. Selbst ein anonymes Whistleblowing an die Behörden könnte dem betreffenden Mitarbeiter gefährlich werden. Es gilt abzuwägen, ob die Loyalitätspflicht zur Klinik oder die Patientensicherheit größeres Gewicht haben. Ob vorherige interne Hinweise erfolglos oder aussichtslos waren. Vielleicht geben der Betriebsrat oder die Mitarbeitervertretung Rat zum konkre-

ten Umgang in diesem Interessenkonflikt, zumal sie meist alle Beteiligten persönlich kennen. Ein Mitarbeiter, der diese schwierige Abwägung treffen muss, sollte sich aber auf keinen Fall einreden lassen, er sei ein „Verräter“. Augenscheinliche Missstände müssen offen angesprochen und abgestellt werden. Ein Korpsgeist, der dies verhindert, ist den unterschiedlichsten Institutionen schon oft zum Bumerang geworden.

Ein solcher Konflikt, durch Uneinsichtigkeit auf die Spitze getrieben, mag das oberflächlich freundliche Miteinander im OP stören. Vielleicht kehren die Beteiligten sogar zurück vom „Du“ zum „Sie“. Als Reaktion auf eine berechtigte Kritik wäre das natürlich jammerschade.



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Ulrike Jung, St. Vincenz-Krankenhaus GmbH, Paderborn

Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Gedacht heißt nicht immer gesagt, gesagt heißt nicht immer richtig gehört, gehört heißt nicht immer richtig verstanden, verstanden heißt nicht immer einverstanden, einverstanden heißt nicht immer angewendet, angewendet heißt noch lange nicht beibehalten – das hat Konrad Lorenz, österreichischer Verhaltensforscher (1903 – 1989), schon in den ersten Jahren seiner wissenschaftlichen Tätigkeit herausgefunden. Auch die jüngeren Lern- und Gehirnforschungen bestätigen dieses Phänomen immer wieder. Man muss sich also viel Mühe geben – den Patienten in seiner Lebenssituation abholen, seine Sprache sprechen, die Formulierungen möglichst einfach wählen. Trotzdem kann nicht sichergestellt werden, dass alles richtig verstanden wird.

Verstehen und Umsetzen mündlicher Anleitungen

Im ersten Quartal 2015 wurden gleich zwei Fälle im CIRS NRW berichtet, in denen es um das Verstehen und die nachfolgende Umsetzung mündlicher Anleitungen geht. In einem Fall (Nr. 115973) sollte ein Antikoagulans durch ein anderes ersetzt, das eine ausgeschlichen und das andere eingeführt, werden. Hier setzte der Patient sein ganz eigenes – nicht nachvollziehbares – Schema um. In dem zweiten Fall (Nr.: 115872) musste ein entgleister Diabetes mellitus mittels zweier verschiedener Insuline (Bolus- und Basisinsulin) neu eingestellt werden. Es kam zu einer Verwechslung der beiden Insuline und damit auch der Dosierung. Beide Male

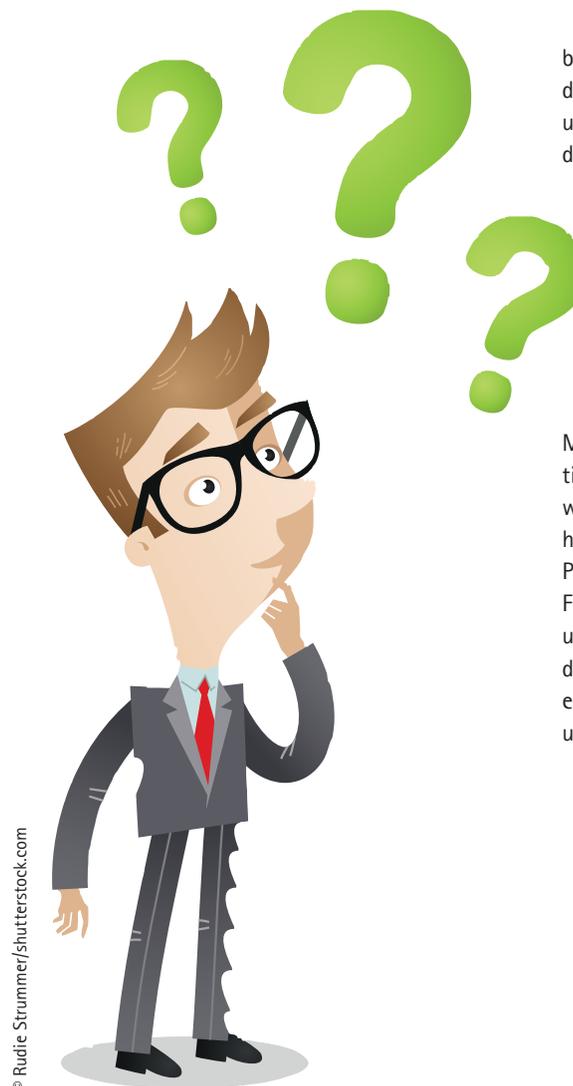
wurden die Patienten mündlich über das neue Therapieschema aufgeklärt, in beiden Fällen wurde dieses sogar zusätzlich schriftlich formuliert und mitgegeben.

„Verstanden sein“ muss sichergestellt sein

Die Meldungen zeigen, dass nicht nur laienverständliche Erklärungen für den Patienten wichtig sind, sondern auch, dass das „verstanden sein“ sichergestellt werden muss. Hat der Patient wirklich verinnerlicht, was er wann wie mit welchem Medikament machen muss? Ist die schriftliche Fixierung für den Patienten verständlich, eindeutig und lesbar? Muss der Arzt sich alles, was er dem Patienten erklärt, wiederholen und möglichst auch zeigen lassen, wie schon Konfuzius (551 – 479 v. Chr.) in seinem Hinweis „ich höre und vergesse, ich sehe und behalte, ich handle und verstehe“ empfiehlt? Die moderne Kommunikationswissenschaft, die sich mit der Bedeutung von sprachlichen Missverständnissen, vereinfachter Kommunikation und computerunterstützten Kommunikationstechniken befasst, kann hier genutzt werden.

Schriftliche Fixierung ist gut...

Nach der mündlichen Information ist die standardisierte schriftliche Fixierung ein weiterer Schritt in die richtige Richtung. Das Ziel ist damit aber noch nicht erreicht. Der Arzt wähnt sich in falscher Sicherheit, wenn er sich allein darauf verlässt. Und auch Friedemann Schulz von Thun lehrte uns ne-



© Rudie Strummer/shutterstock.com

ben den vier Botschaften einer Nachricht, dass das Gesagte vom Gegenüber interpretiert werde und dadurch längst noch nicht sichergestellt sei, dass das vom Sender Gemeinte auch das tatsächlich Gehörte beim Empfänger ist.

... Verstehen ist noch besser

Dem Patienten soll der Medikationsplan helfen, die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit einzunehmen. Am besten ist es, wenn er nachvollziehen kann, warum er welche Medikamente einnehmen muss. Wenn der Patient versteht, warum etwas notwendig ist und wofür das Medikament gut ist bzw. wogegen es hilft, wird Karl Lorenz auf Konfuzius treffen: Der Patient sollte handeln, d. h. an der schriftlichen Fixierung mitwirken, die Medikamente erfassen und deren Einnahmeintervalle begreifen, um mit der Therapie einverstanden zu sein. Denn wenn er mit ihr einverstanden ist, wird er sie anwenden und auch beibehalten.



Dornröschen, wie konnte Dir das nur passieren?

CIRS-NRW-Bericht des 1. Quartals 2015

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Susanne Eschkötter und Claudia Berghorn, St. Franziskus-Hospital Münster

Wenn Neugier zum Risiko wird

Im CIRS-NRW-Bericht des 1. Quartals 2015 geht es um die Meldung einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin (Fall-Nr. 112255): Darin heißt es, ein Kind habe versehentlich seine Hand in einen Spritzenabwurf gesteckt. Wie ist so etwas möglich? Offenbar ganz einfach: Um zu vermeiden, dass sich Mitarbeiter, Patienten und Eltern beim Impfen Stichverletzungen durch Kanülen zufügen, hatte man den Abwurfbehälter so in eine Arbeitsplatte eingelassen, dass nur noch ein Metallkreis mit einem gezackten Loch zu sehen war. Diese Öffnung fand ein junger Patient so spannend, dass er sie ganz genau untersuchte, indem er die ganze Hand hineinsteckte – übrigens im Beisein seiner Mutter. Eine Patientengefährdung, wie sie im ersten Moment, so der Kommentar des Teams vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin zum CIRS-Bericht, kaum hätte vermutet werden können. Zum Glück war der Abwurfbehälter kaum gefüllt, sodass der Junge nicht zu Schaden kam.

Natürlich kann man einwenden, dass die Eltern wahrscheinlich ihrer Aufsichtspflicht nicht hundertprozentig nachgekommen sind. Aber jeder, der

selbst Kinder hat, weiß auch, wie geschickt die Kleinen darin sind, sich dieser Aufsicht zu entziehen und sich durch ihre Neugier in Gefahr zu bringen. Das war natürlich auch den Mitarbeitern der betroffenen Kinderarztpraxis klar, und gerade hier wird dieser Fall spannend: Die gute Absicht, Unfälle zu vermeiden, hat sich ins Gegenteil verkehrt und eine neue Gefahrenquelle geschaffen – durch eine Maßnahme, die die kindliche Neugier geweckt hat.

Dass kindliche Neugier als Gefahrenquelle nicht zu unterschätzen ist, haben schon die Brüder Grimm in einer CIRS-Meldung beschrieben, die unter dem Titel „Dornröschen“ weltweit bekannt wurde. Zwar wird der tödliche Fluch der dreizehnten Fee abgemildert, aber die Weissagung lässt für Dornröschens Schicksal Schlimmes vermuten: An ihrem Geburtstag, so heißt es, wird sich die Prinzessin mit einer Spindel stechen und in einen hundertjährigen Schlaf fallen. Wie reagieren die Eltern? Blind vor Sorge, gibt der König den Befehl, alle Spindeln zu verbrennen. Anschließend wähnt er sich und seine Tochter in Sicherheit, und Dornröschen wächst in einer sorgen- und spindelfreien Umgebung auf, ohne von der möglichen Gefahr zu wissen. Jahre lang geht alles gut, die Eltern entspannen sich und lassen sich dazu verleiten, ihrer Aufsichtspflicht nur einen kleinen Moment lang nicht nachzukommen. Schon nimmt das Schicksal seinen Lauf: Dornröschen ist alleine im Schloss, ihre Neugier genauso grenzenlos wie ihre Ahnungslosigkeit. Generationen von Lesern mussten schon miterleben, dass die Prinzessin am geweisagten Tag nicht auf

die größte Herausforderung ihres Lebens vorbereitet ist: Sie kann die Gefahr nicht erkennen, die ihr begegnet, und ist ihr ausgeliefert – in einer Krisensituation ohne jegliche verbindliche Richtlinie oder klare Verfahrensanweisung. „Was ist das für ein Ding, das so lustig herumspringt?“, sprach das Mädchen, nahm die Spindel und wollte auch spinnen. Kaum aber hatte sie die Spindel angerührt, so stach sie sich damit in den Finger...“

Dornröschen bleibt jede Chance verwehrt, aus ihrem Fehler zu lernen, sie fällt in einen hundertjährigen Schlaf. Anschließend lassen auch noch viele Prinzen ihr Leben bei dem Versuch, sie zu erlösen – auch diese Todesfälle wären vermeidbar gewesen, hätten die Prinzen entsprechende Rückschlüsse aus dem Schicksal ihrer Vorgänger gezogen. Aber nein, sie halten sich für unverwundbar. Doch zumindest für die Prinzessin wird am Ende alles gut: Als die Zeit reif ist, kann ein Königssohn die Hecke durchbrechen, und es braucht nur einen Kuss, um Dornröschen und ihre Familie wieder ins Leben zu holen.

Leider ist nicht überliefert, wie die Prinzessin und der Prinz mit dem Thema „Spindeln“ umgegangen sind, während sie vergnügt bis an ihr Ende lebten. Vermutlich sehr achtsam, denn sie waren ja gewarnt. Klar ist aber auch: Nichts an dieser Erfahrung wird sie vor den Folgen der Neugier ihrer Kinder und Kindeskinde geschützt haben.

Und das ist aus CIRS-Sicht die eigentliche Moral dieser Geschichte: Es wird immer wieder Gefahrenquellen geben, die wir nicht sofort erkennen oder vielleicht sogar in bester Absicht selbst erschaffen. Diese Erkenntnis sollte uns motivieren, stets wachsam zu bleiben und die Patientensicherheit, die schon immer als höchstes Gut der medizinischen Versorgung galt, weiter zu verbessern. CIRS könnte einen Paradigmenwechsel zu mehr Fehlertoleranz und aktiver Sicherheitskultur befördern. Denn im wahren Leben haben wir weit mehr zu verlieren als im Märchen.



© KAMONRAT/shutterstock.com

Quellenangabe:
Dornröschen: Die schönsten Märchen der Gebrüder Grimm. Esslinger Verlag J. F. Schreiber, 1998.



Wenn das Denken nicht die Richtung wechselt

CIRS-NRW-Bericht des 4. Quartals 2014

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Dr. Markus Holtel, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln
Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster

Der Fall ist so klar: Wer den Arm verbunden hat, ist krank am Arm. Aber wie leicht lassen wir uns durch das Offensichtliche blenden und übersehen das Dahinterliegende?

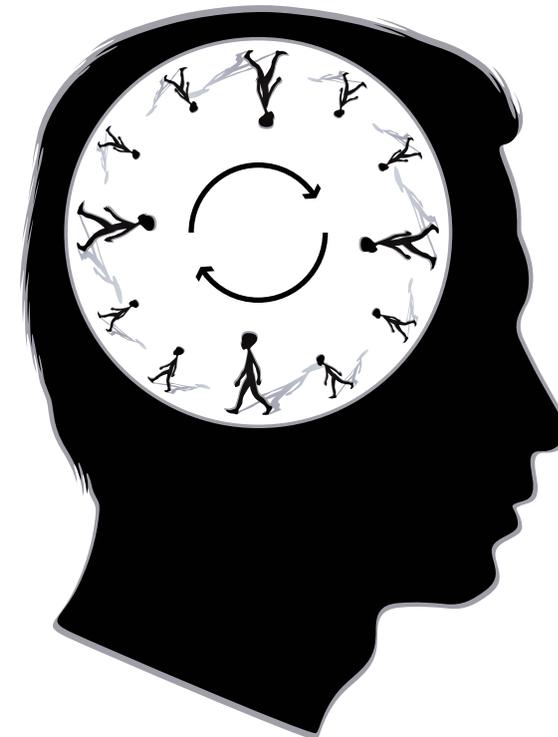
Ein klassisches Erlebnis dieser Art wurde unter der Fallnummer 107202 im CIRS NRW berichtet: Ein Patient in der zentralen Aufnahmestation wurde anhand seines offensichtlichen Problems weitergeleitet. Die verbundene Hand führte ihn in die Unfallchirurgie. Der Chirurg nahm prompt den Ball auf, untersuchte die entzündete Hand, stellte die OP-Indikation, setzte kurzfristig eine Operation an. Der Anästhesist untersuchte wohl ebenfalls mit Fokus auf die entzündete Hand, versorgte den Patienten mit einer regionalen Anästhesie. Kurz darauf konnte die Entzündung operativ angegangen werden.

Operation gelungen, Patient krank – Stunden später eskalierte das Grundproblem, das den Patienten ins Krankenhaus geführt hatte. In der Nacht litt er unter starker Dyspnoe, die schließlich den HNO-Arzt auf den Plan rief. Diesem war die Vorgeschichte längst bekannt, denn: Der Patient war für ihn bestimmt. Die Internisten aus einer anderen Klinik hatten den Verdacht auf eine Verlegung der Atemwege geäußert und den Patienten in der HNO angekündigt. Der vital bedrohliche Larynxprozess war der Hauptschauplatz, die entzündete Hand nur eine Nebendiagnose.

Der Bericht lässt Fragen zu dem komplexen Ablauf offen. Es gab sehr viele Beteiligte – die verlegende Klinik, den HNO-Diensthabenden, Pflegende in der zentralen Aufnahme, den Chirurgen, den Anästhesisten. Und natürlich einen Patienten, der offensichtlich nicht in der Lage war, sein Hauptproblem mitzuteilen, der manches mit sich geschehen ließ.

Aber an verschiedenen Stellen hätte der falsch laufende Prozess gestoppt werden können:

- Es bleibt unklar, ob ein Verlegungsbericht aus der erstuntersuchenden Klinik vorlag, der den Weg in Richtung HNO hätte bahnen können.
- Der HNO-Diensthabende hätte sich in der Ambulanz über den Verbleib des angekündigten („vital bedrohten“) Patienten erkundigen können.
- Die Pflegenden in der Aufnahmestation hätten – im Idealfall in einer systematischen Triage – die Probleme des Patienten umfassend erfragen können.
- Der Chirurg hätte das allzu Offensichtliche kritisch hinterfragen und weitere Erkrankungen in Betracht ziehen können.
- Dem Anästhesisten hätte bei der Anamnese und einer gründlichen kardiopulmonalen Untersuchung das Problem auffallen können.



Die Beteiligten sind alle gemeinsam in die Falle des Confirmation bias, des Bestätigungsfehlers, getappt: Alles, was zu einer Entzündung der Hand als führender Erkrankung passte, wurde wohlwollend registriert. Abweichende Signale, die der Patient möglicherweise gegeben hat, die sich vielleicht bei der Untersuchung ergeben haben, wurden offenbar ignoriert oder passend interpretiert. Die verbundene Hand passte ins Schema, eine Dyspnoe, die den Patienten in die HNO hätte führen sollen, nicht.

Die Beschreibung fordert dazu auf, das Offensichtliche nicht wie selbstverständlich hinzunehmen. Kreative Fehler werden nur von ebensolchen Mitarbeitern verhindert. So wie es schon der französische Aphoristiker Francis Picabia empfohlen hat: Unser Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann.



Für die CIRS-NRW Gruppe:

Martina Wilbers, Katholische Kliniken Emscher-Lippe, Gelsenkirchen
Dr. Markus Holtel, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln

Erfahrung macht klug, sagt das Sprichwort. So sollte es auch dem Truthahn gehen. Der schlüpft aus dem Ei und am ersten Tag seines Lebens kommt ein bedrohlich wirkender Mann. Aber er bringt Futter. Am nächsten Tag kommt er wieder – und er füttert erneut. Mit der Zeit verdichtet sich die Erfahrung, dass dieser Mann den kleinen Truthahn ins Herz geschlossen hat



und immer wieder kommen wird, um ihn zu füttern. Am hundertsten Tag scheint das fast sicher. Was der Truthahn nicht weiß: Dies ist der Tag vor Thanksgiving, wo der Truthahnbraten auf den Tisch kommt.

Aus Erfahrung dumm?

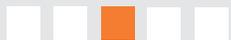
Aus Erfahrung dumm, so könnte man diese falsche Gewissheit, die Truthahn-Illusion, zusammenfassen. Das Ableiten von Prognosen allein aus der Rückschau ist nicht nur ein Verhängnis für den Truthahn oder für die Investoren im Finanzcrash 2008. Auch im medizinischen Alltag kann sich aus Erfahrung falsches Verhalten einschleichen. Dieses wird im aktuellen Bericht des Quartals (Fall 106556) im CIRS-NRW thematisiert:

Berichtet wird die Situation der Übergabe eines „mäßig stabilen“ Patienten mit Verdacht auf Infarkt. Während der Umlagerung von der RTW-Trage ins Bett, kurzzeitig sind alle EKG-Kabel dekonnektiert, wird der Patient pulslos, zyanotisch, reanimationspflichtig. Es gibt eine kurze Verzögerung bis zur Reanimation, letztlich bleibt diese erfolglos.

© panbazil/shutterstock.com

Die Größe des Befundes zeigt im Verlauf, dass auch ein schnellerer Beginn das Ergebnis nicht verbessert hätte. Dennoch sollte eine solche Unterbrechung des Monitorings tunlichst vermieden werden. Natürlich ist es bequemer, zunächst die RTW-Kabel zu dekonnektieren, den Patienten umzulagern und anschließend wieder zu verkabeln. So wird es täglich bei vielen Patienten praktiziert – täglich geschieht dies ohne Probleme, täglich lernen Rettungsdienst, Pflegende und Ärzte, dieses Vorgehen sei schon völlig ausreichend, täglich wächst diese Gewissheit. Aber an Thanksgiving muss der Truthahn seine Sicht der Welt deutlich korrigieren, die Truthahn-Illusion schlägt zu.

Sehr positiv ist zu vermerken, dass das Team im berichtenden Krankenhaus und Rettungsdienst bereits Konsequenzen gezogen hat. Es gab eine Nachbesprechung des Vorfalles und das Vorgehen im betreffenden Bereich wird angepasst. Ein lückenloses Monitoring ist in Zukunft sichergestellt. Nach jeder Reanimation, jedem Schockraumalarm, jedem auffälligen Ereignis kann eine solche Nachbesprechung durchgeführt werden, bei Luftfahrt und Militär heißt sie „Debriefing“. Sie bringt immer wieder kleine Anmerkungen und Verbesserungen im Ablauf zu Tage. Auf solche Erkenntnisse sollte niemand ohne Not verzichten.



Viele Köche... – arbeiten zusammen nach Rezept

CIRS-NRW-Bericht des 2. Quartals 2014

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Dr. Markus Holtel, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln
Robert Färber, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
Andreas Kintrup, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Bekanntlich verderben viele Köche den Brei. Die Floskel ist so altbekannt und hat sich so oft bewahrheitet, dass wir sie kaum hinterfragen. Ein Küchenchef kann aber ein Heer von Köchen und Hilfsköchen dirigieren, kann höchst effizient Dutzende oder gar Hunderte von Gästen gleichzeitig verköstigen. Köche sind von Berufs wegen Meister der Logistik. Entscheidend ist aber nicht, dass alle Köche auf ein Kommando hören. Entscheidend ist, dass sie nach demselben Rezept kochen. Dann herrscht selbst im wuseligen Treiben einer Großküche eine faszinierende Ordnung. Ähnlich wünscht man es sich bei anderen komplexen Vorgängen – so bei der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Diese wird im aktuellen Bericht des Quartals (Fall 104109) im CIRS NRW thematisiert:

Ein stationär behandelter Patient wurde ins Altenheim entlassen. Zwischen Krankenhaus und Altenheim gab es eine verwirrende Übergabe von Informationen. Telefonische und schriftliche Angaben über einen Katheterwechsel widersprachen sich, die handschriftlichen Einträge im Marcumpass waren kaum zu entziffern. Vor allem aber hatte die Klinik vorgepackte Arzneimittel mitgegeben, deren Zusammenstellung den Empfehlungen im Arztbrief widersprach. Was tun? Die Pflegekräfte des Altenheims sind auf schriftliche Anordnungen für die Arzneimittelgabe angewiesen und können diese nicht eigenmächtig anpassen. Mehrere Telefonate

mit der Klinik und mit dem Hausarzt waren erforderlich, um die Widersprüche aufzuklären.

Nun ist es eigentlich nicht Auftrag des Krankenhauses, Arzneimittel mitzugeben in die ambulante Versorgung. Aber das ist hilfreich und guter Stil. Denn nicht selten haben Angehörige oder Altenheim am Mittwoch oder vor dem Wochenende keine Chance mehr, ein Rezept des Hausarztes zu bekommen. So sind sie froh um die gesicherte Akutversorgung. Das aber bringt das Problem mit sich, dass letzte Änderungen, die der Arzt beim Schreiben des Entlassungsbriefes vornimmt, bei den gepackten Arzneimitteln noch nicht umgesetzt sind. In der Regel dürfte dem Arzt gar nicht bewusst sein, dass er mit solchen Abweichungen für die weiterversorgenden Pflegekräfte ein Problem schafft.

Die weiteren Prozesse im Zusammenhang mit der Entlassung sind ihm in vielen Fällen nicht bekannt. Wer jedoch die Tätigkeit der anderen Berufsgruppe nicht kennt, kann sich darauf nicht einstellen und arbeitet nicht passgenau zu. Abhilfe ist hier zu schaffen, indem der Klinikarzt darum weiß, dass stationäre Arzneimittel mitgegeben werden. Er kann dann geänderte Verordnungen deutlich im Arztbrief kennzeichnen – am besten sogar mit einem Vermerk, dass die Änderung erst ab der nächsten Verordnung greift. Dann können mitgegebene Arzneimittel rechtssicher und ohne zusätzlichen Aufwand verabreicht werden.

Der Entlassungsprozess ist in der Regel sehr arbeitsteilig organisiert. Daher muss darauf geachtet werden, dass dieser Prozess zwischen allen Beteiligten gut koordiniert ist. Denn im Krankenhaus ist

es ähnlich wie in einer Großküche: Viele Köche verderben dort keinesfalls den Brei. Jeder weiß, was der andere tut. Denn sie arbeiten gemeinsam und nach festgelegtem Rezept.



© CandyBoxImages/istockphoto.com



Wer zuhört, gewinnt – Team statt Hierarchie

CIRS-NRW-Bericht des 1. Quartals 2014

Für die CIRS-NRW Gruppe:

*Katja Badekow, St. Remigius Krankenhaus, Opladen
Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital, Münster
Judith Singer, Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf*

Hierarchische Strukturen und die Tücken der Kommunikation begegnen uns in allen Lebenslagen. Sie führen nicht selten zu unangenehmen bis katastrophalen Ergebnissen – leider auch im Gesundheitswesen. Zuhören und ernst nehmen sind gefragt – wichtige Voraussetzungen, um als Team ein optimales Ergebnis erzielen zu können. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von Patienten, an der viele Berufsgruppen beteiligt sind und die nur gemeinsam bewältigt werden kann. Hier ist unsachgerechte oder fehlerhafte Kommunikation eine der häufigsten Fehlerquellen überhaupt.

Der aktuelle CIRS-NRW Bericht des Quartals greift nur eine typische Situation von vielen auf (Fall 88128): Ein Patient erhält gegen seine Schmerzen hochdosierte Morphinpräparate. Eine Schülerin weist den Krankenpfleger darauf hin, dass mangelnde Bewegung plus Morphingabe zu Obstipationen führen könnten und schlägt vor, den Arzt bei der nächsten Visite um Anordnung eines laxierenden Medikaments zu bitten. Dies weist der Krankenpfleger mit dem Hinweis zurück, dass die Schülerin sich nicht in die Therapie einzumischen habe.

In der Folge wird der Patient nicht mit einem entsprechenden Medikament versorgt und zeigt im weiteren Verlauf beginnende Symptome einer Obstipation. Als der behandelnde Arzt daraufhin die

Medikation des Patienten überprüft, fragt er verärgert den Krankenpfleger, warum denn niemand auf die fehlende Behandlung mit Laxantien hingewiesen habe.

Was ist passiert? Im ersten Schritt wurde vergessen, Nebenwirkungen der hochdosierten Morphintherapie medikamentös vorbeugend zu behandeln. Diesem „Vergessen“ könnte mit einem entsprechenden Standard entgegengewirkt werden. Allerdings war in diesem Fall nicht das Vergessen der Anordnung selbst das Problem, denn dies wurde durch eine Schülerin bemerkt und vorbildlich gemeldet. Die Problematik liegt vielmehr in der mitgeteilten, herrschenden Hierarchie: Der Krankenpfleger nimmt die Schülerin nicht ernst, spricht ihr die fachliche Kompetenz ab und macht deutlich, dass ihre Einmischung unerwünscht ist. Dies hat nicht nur zur Folge, dass der betroffene Patient keine rechtzeitige Therapie erhält, sondern wird auch dazu führen, dass die Schülerin ihre wertvollen Beobachtungen zukünftig nicht mehr mitteilt. Leider ist es in vielen Fällen so, dass „Neulinge“, sowohl aus der Pflege als auch im ärztlichen Bereich, nach derartig schlechten Erfahrungen lieber schweigen, statt sich einzubringen. Damit geht ein großes Potenzial zur Verbesserung der Patientensicherheit verloren, denn gerade Anfänger bringen einen noch unverbrauchten Blick mit, sie sind noch nicht betriebsblind.

Um die Patientensicherheit zu verbessern, muss sich die Kommunikationskultur dahingehend verändern, dass sich alle am Behandlungsprozess Beteiligten unabhängig von ihrer Position als Team

verstehen. Hier nicht „mit offenem Ohr“ zuzuhören, ist nicht nur unklug, sondern fahrlässig, denn auf jeder Ebene der Hierarchie ist erfolgreiche Kommunikation kostbar.

Man sollte sogar noch einen Schritt weitergehen und die aktive Mitarbeit und Anregungen von noch nicht so erfahrenen Mitgliedern im Behandlungsteam aktiv einfordern.

Teamarbeit ist schwieriger als man denkt. Man muss begreifen, dass man sich gegenseitig akzeptieren, tolerieren und respektieren muss, dass

Schwächen nicht ausgenutzt werden, dass jeder das Recht hat, Verbesserungen vorzuschlagen, ohne negative Konsequenzen zu befürchten und dass es auch nicht darum geht, besser dazustehen als der Andere.

Die Hierarchie im Gesundheitswesen wird nicht umsonst als „Berliner Mauer der Patientensicherheit“ bezeichnet.¹ Helfen Sie in Ihrem Arbeitsalltag mit, diese Mauer einzureißen! Denn vergessen Sie nicht: An der Spitze kann jemand nur sicher stehen, wenn das ihn tragende Team einen stabilen Halt bietet.



© Stuart Miles/Fotolia.com

¹ Walton M. Hierarchies: The Berlin Wall of patient safety. Qual Saf Health Care. 2006 Aug;15(4):229-230



Vorhang auf: Jede ordentliche Boulevardkomödie lebt von erwartbaren Verwechslungen. Der Schwager des Freundes, der, als Mechaniker verkleidet, seine Ex heimsucht, dabei aber für den Gerichtsvollzieher gehalten wird, sorgt für Verwicklungen auf der Bühne. Manchmal darf sich auch der Arzt der Familie am hektischen Verwirrspiel beteiligen. Heiterkeit beim Publikum! Im richtigen Leben hat das Verwirrspiel mitunter wenig erheiternde Folgen, insbesondere wenn ein Arzt beteiligt ist. So beschreibt es der aktuelle Bericht des Quartals im CIRS NRW (Fall-Nr. 87585):

Klassische Fehlerkette

Einer anämischen Patientin war ein Erythrozytenkonzentrat zugedacht. Nicht der betreuende Arzt, sondern der diensthabende Arzt sollte es ihr am späten Nachmittag verabreichen. Der aber kannte die Dame nicht. Das Präparat stand schon vorbereitet am Bett der – falschen – Patientin. Auf ein „Guten Tag, Frau Müller“ regte sich offenbar kein ausreichender Protest, so konnte sich die klassische Fehlerkette ungehindert weiterziehen. Der Bedside-Test entsprach den Angaben der Patientin und sie erhielt ein halbes Konzentrat der Blutgruppe O. Dann fiel der Fehler auf und die Transfusion wurde abgebrochen. Betretenes Schweigen im Saal.

Bedside-Test und Transfusionsprotokoll nicht verglichen

Die Schreiber des Berichts deuten an, dass die Transfusion einer O-Konzerve an eine Patientin der Gruppe A nicht geplant war. In diesem Fall hat es der Arzt versäumt, den vorschriftsmäßig durchge-

führten Bedside-Test mit dem Transfusionsprotokoll zu vergleichen. Laut Hämotherapie-Richtlinie hätte er dort die abweichende Blutgruppe O der Patientin vorgefunden. Ein Vergleich nur mit den Angaben der Patientin gab ihm dagegen trügerische Sicherheit. Ein solcher Bedside-Test als leeres Ritual ist wertlos. Auch über die weiteren Rahmenbedingungen wäre zu sprechen: Wer bereitet eine Blutkonzerve vor und ordnet sie dem Patienten zu? Und wann wird sie vorbereitet, ohne damit Zeitdruck zu erzeugen? Sowohl die Ärzte als auch Pflegekräfte sollten geschult sein, welche Vorgaben das Transfusionsgesetz und die Hämotherapie-Richtlinie machen und wie sie in der eigenen Einrichtung gelebt werden.

Korrekte Identifikation der Patientin vernachlässigt

Vor allem haben die am Prozess beteiligten Personen (Ärzte und Pflegepersonal) jedoch die korrekte Identifikation der Patientin vernachlässigt. Dieses Problem stellt sich nicht nur bei der Transfusion, sondern ebenso bei der Vorbereitung einer OP, bei Untersuchungen, bei jeder Blutabnahme, bei vielen alltäglichen Gelegenheiten. Patienten sind zumeist höfliche Menschen. Sie neigen dazu, nicht nachzufragen. Sie nicken auch dann freundlich, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Auf die Frage „Sind Sie Frau Meier?“ erhält man mindestens so viele falsche wie richtige Antworten. Eine sichere, aktive Identifikation besteht aus einer offenen Frage nach dem vollen Namen und dem Geburtsdatum: Wie heißen Sie? Wann sind Sie geboren? Das wissen und vermeiden vor allem die Autoren von Boulevardstücken. Vorhang und Applaus.



Vorhang auf für ein Verwechslungsspiel – was im Theater Freude macht, kann im Krankenhaus dramatisch enden.

© ecco/shutterstock.com



Für die CIRS-NRW Gruppe

Patientensicherheit gemeinsam fördern: Unter diesem Motto tritt CIRS-NRW als Initiative der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) an. Das gemeinsame sowohl sektor- als auch professionsübergreifende Lernen wird durch verschiedene Aktivitäten unter dem Dach von CIRS-NRW angestoßen. So wurde von den Partnern die „CIRS-NRW-Gruppe“ eingerichtet. Die Mitglieder der Gruppe repräsentieren unterschiedliche Berufsgruppen und Einrichtungen. Sie verfügen durch ihre beruflichen Tätigkeiten über umfangreiche praktische Erfahrungen und Kompetenzen im Bereich Qualitäts- und Risikomanagement. In regelmäßigen Abständen treffen sich die Mitglieder der Gruppe und wählen aus den eingegangenen Berichten einen „Bericht des Quartals“ aus. Dabei handelt es sich jeweils um Berichte, die als besonders interessant, bedeutsam oder lehrreich bewertet werden. Der Bericht des Quartals wird von der CIRS-NRW-Gruppe diskutiert, analysiert, kommentiert und dann allen Interessierten nicht nur im Westfälischen Ärzteblatt, sondern auch im Internet unter www.cirs-nrw.de zur Verfügung gestellt. Der aktuelle Bericht, der im Folgenden vorgestellt wird, wurde unter der Überschrift „Tippfehler auf Rezept“ eingegeben und stammt aus dem ambulanten Bereich.

Hartkäse weist häufig nach Größe und Anzahl unterschiedliche Löcher auf: Jeder kennt Schweizer Emmentaler und sein Lochmuster. Der Psychologe James Reason verdeutlichte anhand des Emmmentalers, wie ein Fehler passieren kann, obwohl er eigentlich an verschiedenen Stellen hätte bemerkt werden müssen. Der Brite verglich diese Instanzen mit hintereinander angeordneten Käsescheiben mit Löchern. Liegen nun zufällig auch die Löcher hintereinander, so könnte ein Pfeil ungehindert hindurchfliegen („Swiss Cheese“-Modell). Übertragen auf die Patientenversorgung hieße dies, dass ein Fehler trotz der Mitwirkung einer Reihe unterschiedlicher Akteure und Mechanismen unerkannt bleibt und es zu einem kritischen Ereignis kommt.

Eine solche Situation findet sich im Bericht des Quartals auf CIRS-NRW: Die Eingabe Nr. 37680 „Tippfehler auf Rezept“ ist auf den ersten Blick unspektakulär. Bei der Analyse zeigt sich dann, dass es nicht lediglich um einen Tippfehler geht. Tatsächlich haben verschiedene Beteiligte den Tippfehler nicht oder nicht rechtzeitig bemerkt.

Am Anfang steht der Tippfehler: Statt „5 x 1 Tbl.“ eines Arzneimittels täglich werden fälschlich „3 x 5 Tbl.“ auf dem Rezept vermerkt. Leider teilt der Berichtende nicht mit, ob der Fehler vielleicht schon zuvor in der Kommunikation mit einer zweiten Person entstand, die etwas Anderes notierte als vom Arzt oder der Ärztin gesagt worden war. Möglicherweise war davor schon der Verordnende in Routine verfallen, hatte das übliche „3 x täglich“ mit der hier üblichen 5-maligen Gabe pro Tag vermischt und unbewusst daraus ein „3 x 5“ gemacht. Manche Software verhindert durch Plausibilitätsprüfungen derartige Fehler. Auch die visualisierende Notierweise „1-1-1-1-1“ könnte auf einen Fehler aufmerksam machen.

Das Gespräch mit dem Patienten ist eine weitere Gelegenheit zur Überprüfung einer Verordnung. Leider aber ist der Patient oft mit der Fülle an Informationen überfordert. Ein Medikationsplan für den Patienten empfiehlt sich daher, er stellt eine zusätzliche optische Kontrolle dar, um Fehlangaben zu bemerken.

Bemerkenswert ist bei Fall-Nr. 37680 der weitere Verlauf: Die Pharmazeutisch-Technische Angestellte (PTA) einer Apotheke wird auf die ungewöhnliche Dosierung aufmerksam. Leider nutzt sie nicht die Chance, die offensichtliche Überdosierung sofort aufzuklären. Jede Auffälligkeit dieser Art sollte Anlass sein, sich zunächst über die Richtigkeit einer Anordnung zu vergewissern. Erst danach sollte das Arzneimittel dem Patienten ausgehändigt werden. Immerhin kontaktiert die PTA im Nachgang den verordnenden Arzt und das Missverständnis kann nach einmaliger Falscheinahme durch den Patienten und ohne Schaden für ihn aufgeklärt werden.

Gerade dieser Fall aus dem Bereich der ambulanten Versorgung zeigt die Bedeutung verschiedener

Instanzen in einem Ablauf – bei verschiedenen Akteuren und an unterschiedlichen Plätzen. Jeder Beteiligte hat die Chance, einen Fehler zu entdecken und rechtzeitig zu korrigieren.

Diesen Bericht des Quartals und weitere Berichte lesen Sie jetzt in www.cirs-nrw.de: Das System kann jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin im Gesundheitswesen Anregungen für eine sichere Patientenversorgung geben. Lesen Sie unter anderem Berichte zu Datenschutzproblemen im Krankenhaus, zu einem nicht erreichbaren Notfallhelfer oder zur notwendigen Dosisanpassung bei geriatrischen Patienten.



1. CIRS-NRW-Gipfel „Critical Incidence – steigen die Risiken auch bei mehr Routine? 18. November in Düsseldorf





Deutscher Preis für Patientensicherheit:
CIRS-NRW ist 2. Sieger


**DEUTSCHER PREIS FÜR
PATIENTENSICHERHEIT**

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit verleiht in Kooperation mit
der Aesculap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst,
der MSD SHARP & DOHME GMBH und dem Thieme-Verlag den

Deutschen Preis für Patientensicherheit 2014

2. Platz

für das Projekt
CIRS -NRW

an die

**Ärztzekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe,
Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und
Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft
Nordrhein Westfalen e.V.**

Autorengruppe: Dr. phil. M. Schwarzenau et al.

Berlin, 21. März 2014

Hedwig François-Kettner
Vorsitzende

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Stv. Vorsitzender









Für die CIRS-NRW-Partner nahm Dr. Michael Schwarzenau, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe, den Preis entgegen.





2. CIRS-NRW-Gipfel „Critical Incidence: Fehler verstehen und Risiken mindern!“ 19. November in Dortmund



Fallbericht
aus dem CIRS-NRW Portal:
**In der Zeile verlickt:
Medikamentenverwechslung**
in einer Praxis für Allgemeinmedizin
(Fall-Nr: 106358)

Wie konnte das passieren?
Was ist passiert?
Patient kommt aus Krankenhaus zurück; vorhandene und neue Medikamente werden abgeglichen; bei der Übernahme eines neuen Medikamentes aus der Datenbank der Praxis-Software kommt es zur Übernahme des Medikamentes in der Zeile über dem betreffenden Medikament. Im Medikamentenplan wird das korrekte Medikament eingegeben. Das in der EDV vorbereitete und unterschriebene Rezeptformular wird zum Ausdruck an die Anweisung gegeben. Die Apotheke, die den Patienten kennt, ruft nicht zurück, obwohl die Verordnung eines onkologischen Medikaments durch HA eigentlich auffällig ist. Die Ehefrau des Patienten verabreicht die Medikamente nach dem erstellten Med-Plan und wundert sich nicht über den – wie heute ja nicht selten – anderen Namen des Medikamentes. Der Tochter der Familie fiel schließlich auf, dass das vorhandene Medikament nicht mit dem im Plan genannten übereinstimmt.

Was war das Ergebnis?
Ein offensichtlicher/darstellbarer Schaden entstand bei dem Patienten glücklicherweise nicht.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?
Fehler an mehreren Schnittstellen.
Die in der Praxis EDV hinterlegte Arzneimittel-Liste listet die Arzneimittel in sehr engen Spalten auf; dazu kommt, dass die Ansteuerung des schmalen Fensters nicht immer beim 1. Klicken gelingt.

- Ich habe das in der EDV vorbereitete Rezept nicht nochmal nach dem Ausdruck überprüft.
- Die Apotheke (die ich kontaktierte nach dem Vorfall) sah auch nach Bericht über den Vorfall keinen Anlass, ein nicht ganz unauffälliges Rezept durch Rückruf beim Arzt zu validieren.
- Der Umstand, dass von den Apotheken zwischenzeitlich mit wohl ziemlicher Regelmäßigkeit Arzneimittel mit anderem Namen als den vorordneten/vertrauten herausgegeben werden, ließ die Ehefrau des Patienten nicht stutzig werden.
- Unterschrift unter Rezepten erst nach dem Ausdruck, auch wenn EDV-technisch vorbereitet ist/ Ausdruck im Sprechzimmer selbst.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
- Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)
- Sonstiges

Feedback des CIRS-Teams/Fachkommentar →

Fallbericht
aus dem CIRS-NRW Portal:
**Ohrenspritze löst sich beim
Ohrenspülen**
in einer Praxis für Allgemeinmedizin
(Fall-Nr: 88514)

Was ist passiert?
Ohrenspritze hat sich beim Ohrenspülen gelöst.

Was war das Ergebnis?
Trommelfellperforation hätte die Folge sein können.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?
Nicht korrektes Aufsetzen der Ohrenspindel auf die verwendete Spritze. Wir haben unser Verfahren umgestellt. Seitdem erfolgt das Ohrenspülen lediglich mit einer handelsüblichen Mundspüle.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)

Feedback des CIRS-Teams/Fachkommentar
Es geht in diesem Bericht um eine unsachgemäße Nutzung der Ohrspritze. Eine systematische Literaturübersicht über die Art und Häufigkeit von Komplikationen bei der Entfernung von Cerumen beschreibt den unsachgemäßen Instrumentengebrauch (Einstellung und Druck der Spritze) als eine der auftretenden Komplikationen bei der Reinigung des Gehörganges. Die Durchführung der Spülung mit elektronischen Mundschüsseln wurde empfohlen, da diese eine Möglichkeit der Druckregulation darstellt.
<http://www.online-sta.de/article/art-und-haeufigkeit-von-komplikationen-bei-der-entfernung-von-cerumen/original-arbeit-original-papers/2010/06/1088>

Zudem gibt es eine Leitlinie, welche das Vorgehen bei Entfernung des Cerumens im Kontext der therapeutischen Maßnahmen bei Mittelohrentzündung beschreibt: http://www.evidenc.de/Leitlinien/leitlinien-enters/OTI-03_media_start/03b_media_Haupttext/03b_media_hauptf_ext.html

„Die Entfernung des Ohrschmalzes, um die Untersuchung des Gehörganges und des Trommelfelles zu ermöglichen, ist oft der schwierigste Teil des Untersuchungsanges.“ Folgendes sollte beachtet werden:

- Besondere Vorsicht gilt der schmerzempfindlichen Haut des knöchernen Gehörganges. Eine gute Lichtquelle (Gloptlamp) ist erforderlich.
- Mit Härchen verklebte Partikel werden angefeuchtet indem das Wattebäuschchen zuvor mit Wasser oder 50-prozentigem Äthanol getränkt wurde.
- Trockenes Cerumen kann mit einem Metallbäuschchen entfernt werden.
- Eine Ohrspülung mit handwarmem Wasser ist ebenfalls häufig wirksam. Bei kleinen Kindern wird sie am besten mit einer 20-ml-Spritze mit aufgesetzter Venenverweilkanüle (Braunüle) durchgeführt. Der Strahl ist auf die posteriore Wand des Gehörganges zu richten. Verbleibendes Cerumen kann abgesaugt werden“

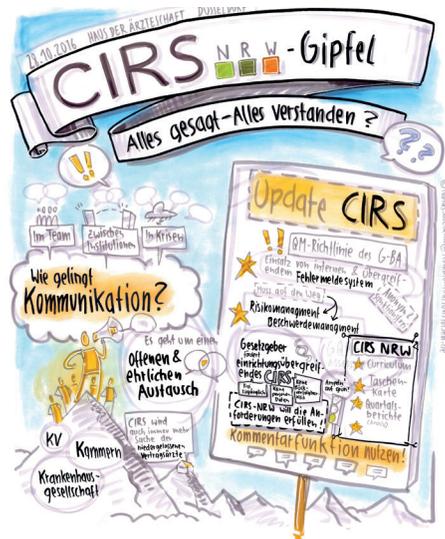
In diesem Rahmen wird auf den Fehler des Monat 04/2011 aus „Jeder-Fehler-zählt“ verwiesen. Bei diesem Fall wird ausführlich über die Durchführung von Ohrenspülungen diskutiert.
<http://www.jeder-fehler-zaeht.de/public/report/displaySingleReport.jsp?reportID=589>



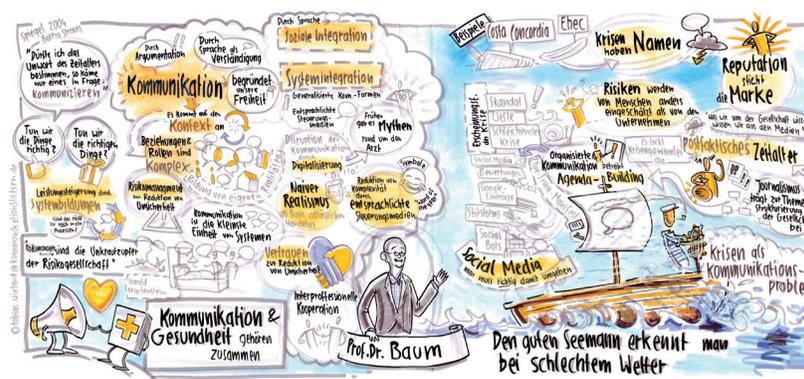


3. CIRS-NRW-Gipfel „CIRS – Aber richtig!“ 30. September in Düsseldorf





4. CIRS-NRW-Gipfel „Alles gesagt – alles verstanden?“ 28. Oktober in Düsseldorf





CIRS-NRW zum Internationalen Tag der Patientensicherheit 17. September

CIRS NRW

„Wer was zu sagen hat, hat keine Eile. Er lässt sich Zeit und sagt's in einer Zeile.“
(Erich Kästner)

ZEIT FÜR KOMMENTARE
auf www.cirs-nrw.de

Internationaler Tag der Patientensicherheit 2017 „Wenn Schweigen gefährlich ist“

„Eine Arzneimittelverteilung mittels Verordnungssoftware hätte den Fehler aufgedeckt.“

„Also die wichtigste Frage wäre doch, wer war fürs Ausfüllen der Checkliste verantwortlich und konnte diese Person wissen, dass EKs erforderlich waren? Häufig ist es so, dass die Verantwortung beim Stationsarzt liegt, die Checkliste allerdings von der Schwester ausgefüllt wird, diese kann nicht unbedingt immer einschätzen, ob EKs erforderlich sind.“

CIRS NRW

„Ein kluger Mann macht nicht alle Fehler selbst. Er gibt auch anderen eine Chance.“
(Winston Churchill)

ZEIT FÜR KOMMENTARE
auf www.cirs-nrw.de

Internationaler Tag der Patientensicherheit 2017 „Wenn Schweigen gefährlich ist“



„Wenn Schweigen gefährlich ist“
SCHWERPUNKTTHEMA 2017 KOMMUNIKATION IM GESUNDHEITSWESEN

„Lieber Melder, könnten Sie evtl. noch etwas genauer beschreiben, was passiert ist? Dann könnten evtl. auch die Experten noch bessere Tipps abgeben.“
(PS: Auch die Kommentare werden vor der Veröffentlichung vom ÄZQ geprüft, mögliche personenbezogene Informationen werden beseitigt).

„...in Zusammenarbeit mit der Apotheke, die Etikettierung auch farblich umgestellt...“



Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Kopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung von CIRS-NRW reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

CIRS NRW

www.cirs-nrw.de