

MQ-Serie Klinisches Risikomanagement (2)

Die grössten Risiken für den Patienten

Von Bruno Brühwiler und Heike Kahla-Witzsch

Allein die Beschreibung von Risiken und ihre Darstellung in einem Risikoprofil verbessern die Patientensicherheit noch nicht. Aber mit dem Verstehen der Risiken und ihrer Ursachen ist ein erster grosser Schritt getan.

Wir wollen in diesem Teil der MQ-Serie einen Überblick über die grössten Risiken, denen Patienten ausgesetzt sind, geben. Dabei geht es vor allem auch darum, ihre Ursachen genauer zu erkennen.

Diagnosefehler

Die Patienten werden auf unterschiedlichen Wegen in das Krankenhaus eingeliefert. Dabei sind die Symptome zwar meist klar, aber deren Interpretation nicht eindeutig möglich oder schon falsch. Der Aufnahmearzt konzentriert sich häufig auf die vordergründige Symptomatik aus seinem Fachbereich und neigt dazu, andere Ursachen nicht wahrzunehmen oder zu übersehen, oftmals fehlt eine ganzheitliche Sicht des Krankheitsbildes. Auftretende Interaktionen, zum Beispiel Nebenwirkungen von Medi-

kamenten werden als eigenes Krankheitsbild missinterpretiert und entsprechend so behandelt.

Der Prozess der Weiterleitung an andere Fachdisziplinen erfolgt eher spontan, auf der Grundlage der Erfahrung und der persönlichen Einschätzung des untersuchenden Arztes. Eine einmal als bestätigt befundene Diagnose wird in den Akten immer wieder fortgesetzt, auch wenn sie falsch oder zumindest nicht vollständig ist.

Das Risiko besteht darin, dass der Patient nicht, falsch oder zu spät behandelt wird. Die Auswirkungen sind: Fehlleitung des Patienten in die falsche Abteilung, falsche Therapieplanung, Ressourcenbindung und Gefährdung der Patientensicherheit bis zum Todesfall.

Fehler bei der Verabreichung von Arzneimitteln

Die heutige Arzneimitteltherapie ist eine grosse Errungenschaft und ein gewaltiger Fortschritt im modernen Gesundheitswesen. Dem Nutzen von hochwirksamen Substanzen stehen auch bei richtiger Anwendung die Nebenwirkungen gegenüber. Dabei über-

kenhaus die Fehler bei der Verabreichung von Medikamenten wohl das häufigste Risiko darstellen. Bei Krankenhäusern mit einer hohen Anzahl von CIRS-Meldungen (CIRS steht für Critical Incidents Reporting System) machen die Beinahe-Fehler bei der Verabreichung von Medikamenten 30 bis 40 Prozent aller Meldungen aus.

Die Anzahl der dem Krankenhaus zur Verfügung stehenden Medikamente nimmt laufend zu, einerseits gibt es die Originalmedikamente, andererseits die Generika, die nach abgelaufenem Patentschutz unter anderem Namen und zu tieferen Kosten zusätzlich eingekauft und appliziert werden. Ähnliche Verpackungen (look-alike), ähnliche Medikamentennamen (sound-alike) sowie häufig wechselnde Präparatenamen bei Herstellerwechseln begünstigen Fehler bei der Medikamentenapplikation.

Verwechslung von Befunden, Patienten oder Seiten

In einem grösseren Krankenhaus werden täglich Hunderte von Operationen durchgeführt. Dies ist ein industrieller Massenbe-

Klinisches Risikomanagement

Die neue MQ-Serie im Überblick

- Teil 1: Herausforderung Patientensicherheit (MQ 10)
- Teil 2: Die grössten Risiken für den Patienten (MQ 11)
- Teil 3: Risiko- und Qualitätsmanagement im Spital (MQ 12)
- Teil 4: Risikosteuerung und Risikocontrolling (MQ 1/2 2012)

wiegt der Nutzen die Risiken für den Patienten bei Weitem. Zusätzlich zum inhärenten Risiko eines einzelnen Wirkstoffes gibt es aber eine viel höhere Anzahl von Risiken, die durch Fehler bei der Verabreichung eines Medikamentes auftreten. Man kann sogar sagen, dass in einem modernen Kran-

Statistische Daten zur Qualität?

Zurzeit gibt es in der Schweiz Bestrebungen, gleichzeitig mit der Einführung des Fallpauschalensystems, auch quantitative Ergebnismessungen mit diagnosebezogenen Informationen einzuführen. Dieses System wurde in Deutschland von den HELIOS-Kliniken aufgebaut. Es soll die Qualität der Spitäler erheblich verbessern, wenn die Krankenhäuser bezüglich Mortalitätsraten untereinander vergleichbar werden. Die Erwartung geht dahin, dass die Patientenströme in Richtung der «guten» Spitäler wandern und folglich ein Qualitäts- und Kostenwettbewerb stattfindet.

An sich sind quantitative Ergebnismessungen nichts Schlechtes. Wenn man aber beobachtet, was damit passiert, stellt man oft Folgendes fest:

- Krankenhäuser, deren Auswertungen über dem statistischen Durchschnitt liegen, sehen keinen Handlungsbedarf, sie sind ja schon gut.
- Krankenhäuser, deren Auswertungen unter dem statistischen Durchschnitt liegen, werden den Beweis antreten, dass die Statistik ihren individuellen Verhältnissen nicht gerecht wird.

Und damit ist ein Grossteil der Wirkung von quantitativen Ergebnismessungen bereits verpufft. Statistiken mögen wissenschaftlich solide und seriös aufgebaut worden sein, sie ändern aber von sich aus gar nichts. Nur wenn ein Krankenhaus beziehungsweise die oberste Leitung und die Führungskräfte verstanden haben, warum ihre Statistik gut oder schlecht ist, können konkrete Massnahmen für die Verbesserung der Patientensicherheit getroffen werden.

Dr. oec. Bruno Brühwiler, Geschäftsführer,
Dr. med. Heike Kahla-Witzsch, MBA, Euro Risk Limited, The Risk Management Group, Talstrasse 82, CH-8022 Zürich, Tel. +41 (0)44 210 22 84, bruno.bruehwiler@eurorisk.ch
Für qualifizierte klinische Risikomanager nach ISO 31000 und ONR 49003 sind im Jahr 2011–2012 Lehrgänge in Zürich, Frankfurt, Wien und Yverdon geplant, Übersicht auf www.eurorisk.ch.

trieb, auch wenn jeder Patient die Erwartung hat, dass er individuell behandelt wird und seine Operation für ihn einmalig ist.

Verwechslungen sind gar nicht so selten. In einer Umfrage bei 1000 Chirurgen gaben 20 Prozent zu, schon mindestens einmal während ihrer beruflichen Laufbahn ein falsches Körperteil operiert zu haben. Weitere 16 Prozent gaben an, dass sie schon einmal in ihrer Laufbahn ein falsches Körperteil zur Operation vorbereitet hatten, den Irrtum – wie im obigen Fall – jedoch noch rechtzeitig entdeckt hatten.

Verlust von Informationen bei Patientenübergaben

Dienstübergaben oder Übergaben von Patienten an andere Behandlungseinheiten sind sensible Schnittstellen. In allen Phasen des Behandlungsprozesses kommt es vor, dass Informationen über einen Patienten, seinen Zustand, die Diagnose beziehungsweise über die Behandlung verloren gehen oder falsch übermittelt werden. Es kann sich um schriftliche Informationen oder auch um mündliche Übermittlung handeln.

Besonders schwerwiegend sind Informationsverluste bei Allergien oder bei Notfällen, die eine rasche Reaktion unter Zeitdruck erfordern. Informationsverluste entstehen oft auch bei der Übergabe von Patienten, sei es von der Basisversorgung durch den Hausarzt, bei der internen Übergabe von einem Team zum anderen, bei der Verlegung in eine andere Abteilung oder in eine höhere Versorgungsstufe, bei der Entlassung des Patienten nach Hause oder in die externe Pflege.

Nicht verfügbare Informationstechnologie

Die Informationstechnologie durchdringt das Krankenhaus immer mehr. Die Automation und die durchgängige Datenstruktur

bringen enorme Vorteile und viele zusätzliche Sicherheiten für den Patienten. Aber wenn die Informationstechnologie nicht zuverlässig arbeitet und oft unterbrochen wird, kann die Patientenbehandlung und Patientenbetreuung gar nicht richtig wahrgenommen werden. Eine zuverlässige Informationstechnologie ist Voraussetzung für eine hohe Patientensicherheit.

Fehlerhafter Umgang mit Medizinprodukten

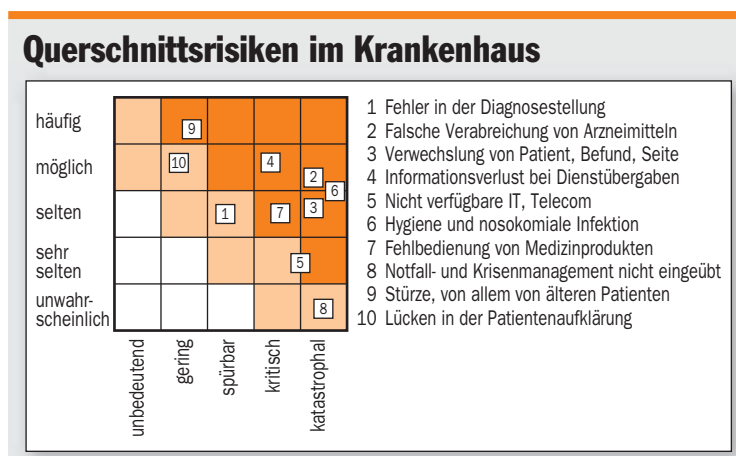
Ähnlich wie bei den Arzneimitteln sind im Krankenhaus heute sehr viele Geräte und medizinische Produkte im Einsatz. Ihre Menge und Vielfalt ist fast unüberblickbar. Diese Situation stellt das Krankenhaus vor eine ganze Reihe von Herausforderungen:

Eine erste Anforderung ist das lückenlose Inventar aller Medizinprodukte und Geräte. Dies erfordert eine zentrale Bestellung und Registrierung der Objekte. Doch oftmals werden diese Bemühungen unterlaufen, wenn

Immer die richtigen Informationen?

zum Beispiel zu Forschungszwecken beziehungsweise klinischen Versuchen Geräte direkt vom Hersteller zum entsprechenden Forscher gelangen, oft auch leihweise. Die Geräte bleiben dann im Krankenhaus und sind nie inventarisiert worden. Infolge der fehlenden Inventarisierung verzögern sich notwendig durchzuführende Wartungs- und Geräteprüfungen oder bleiben ganz aus.

Das Krankenhaus ist auch verpflichtet, die Mitarbeitenden an den Geräten auszubilden und einzuweisen. Dies sollte mit einem Gerätepass bestätigt und in den entsprechenden Geräte-



büchern dokumentiert werden. Auch eine Wiederholungsschulung wird terminiert und sollte in bestimmten Abständen erfolgen. Doch in der Realität werden diese an sich richtigen und gesetzlich vorgeschriebenen Massnahmen dadurch unterlaufen, dass durch vorübergehende oder andauernde Personalknappheit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Geräte bedienen, die dazu gar nicht ausgebildet und nicht geeignet sind.

Dazu kommt, dass in der Intensivmedizin im Operationsaal oder in der Intensivpflegestation eine Vielzahl von Geräten zu einem derart komplexen System zusammenkommt, dass die Bedienung des einzelnen an sich einfach wäre, aber die Beherrschung der gesamten Ansammlung von Geräten Verwechslungen und Fehlbedienungen geradezu provoziert.

Hygienemängel und nosokomiale Infektionen

Die häufigsten Infektionen sind die chirurgischen Wundinfektionen im Operationsgebiet. Ihnen wird durch eine perioperative Antibiotikaphylaxe begegnet. Dazu kommen beatmungsassoziierte Pneumonien. Sie führen zu einer signifikant höheren Mortalität und entstehen oft bei der maschinellen Beatmung von Patienten. Schliesslich sind die Harnwegsinfektionen zu erwähnen, die

durch Blasenkatheter entstehen können. Die katheterassoziierten Bakteriämien entstehen vor allem bei zentralvenösen Zugängen. Die entsprechenden Infektionsarten werden in der Swiss-NOSO-Studie wie folgt quantifiziert: Chirurgische Infektionen 26,8 Prozent, Pneumonien 22,4 Prozent, Harnwegsinfektionen 21,4 und Bakteriämien 8,7 Prozent.

Es darf beim Infektionsrisiko auch nicht vergessen werden, dass Mitarbeiter durch die Patienten angesteckt werden können, etwa bei Hepatitis oder bei HIV durch Kontakt mit Blut (Nadeln) oder Körperflüssigkeit.

Schliesslich ist noch der MRSA (Methicillin Resistenter Staphylococcus Aureus) zu erwähnen. Es handelt sich dabei um einen Mikroorganismus, der gegen Penicillin und eine Vielzahl weiterer Antibiotika resistent ist. Patienten, die diesen Keim übertragen bekommen und ihn nicht aus eigener Kraft abwehren können, sind mit Langzeitauswirkungen konfrontiert.

Nicht erprobtes Notfall- und Krisenmanagement

Das Notfall- und Krisenmanagement in einem Krankenhaus umfasst mehrere Themengebiete wie zum Beispiel den Unterbruch der Stromversorgung. Dafür sind in Krankenhäusern umfangreiche Vorkehrungen getroffen worden.

Dass diese nicht immer die erwarteten Ergebnisse erzielen, stellt ein Risiko für den Patienten dar.

Andere Themengebiete für das Notfall- und Krisenmanagement können Schadenereignisse wie Feuer/Explosion/Naturgewalten, Massenansturm von Patienten (durch Grossereignisse in Sport und Freizeit, Unfall mit vielen Opfern, Pandemie, Behandlungsfehler mit Reputationsschaden usw.) sein.

Die meisten Krankenhäuser haben gute Ansätze für das Notfall- und Krisenmanagement. Oft fehlen aber die Übung und die Erprobung, sodass im Ernstfall nicht sichergestellt ist, dass die geplanten Massnahmen auch wirklich funktionieren. Dies gilt insbesondere auch für die Krisenkommunikation.

Unzureichende Patienteninformation und -aufklärung

Das Krankenhaus als Organisation und der Arzt als Vertreter dieser Organisation müssen den Patienten betreffend die Diagnose und den Eingriff im Detail informieren, und zwar in einer ihm verständlichen Sprache über seine Krankheit, die Therapie, die Dauer des Behandlungsprozesses, Nebenwirkungen von Medikamenten, Art des chirurgischen Eingriffs usw.

Die Patienten müssen ferner in einer ihnen verständlichen Sprache aufgeklärt werden über die Risiken und Nebenwirkungen der vorgesehenen chirurgischen Behandlung, die individuellen Gesundheitsrisiken, alternative Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten usw.

Die Patienteninformation und -aufklärung zielt darauf ab, dass der Patient schliesslich informiert sein Einverständnis zum Eingriff gibt. Werden die Anforderungen der Patienteninformation und -aufklärung nicht erfüllt, kann der Patient bei entstandenen Schaden eine Schadenersatzforderung und gegebenenfalls eine Genugtuung verlangen.

Zusammenfassung

Wenn die Leitung und die Führungskräfte eines Krankenhauses einmal verstanden haben, welches die wirklich grossen Risiken für die Patienten sind, ist der Weg bereitet, diese Risiken auch systematisch anzugehen. Das Risikoprofil zeigt, welche dieser Risiken auch die schwerwiegenden sind (Grafik).

Es ist wichtig, dass alle beteiligten Berufsgruppen, Ärzte, die Pflegefachkräfte, die Techniker und insbesondere die Führungskräfte, die in ihrem Krankenhaus vorherrschenden Risiken verstehen, um wirkungsvolle Massnahmen zur Risikobewältigung einleiten und umsetzen zu können. Ein gemeinsames Verständnis der Risiken ermöglicht auch eine offene und sachliche Kommunikation über die wahre Situation bezüglich der Patientensicherheit. ■

Verstehen Patienten, um was es geht?

gung einleiten und umsetzen zu können. Ein gemeinsames Verständnis der Risiken ermöglicht auch eine offene und sachliche Kommunikation über die wahre Situation bezüglich der Patientensicherheit. ■