

Safety Clip: Sicherheitsaudits versus Sicherheitskultur



Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)

Die Gewährleistung der Patientensicherheit ist eine der bedeutendsten Aufgaben für das Gesundheitssystem.

Seit Beginn des 21. Jahrhunderts sind Einrichtungen des Gesundheitssystems nicht nur in Deutschland verstärkt gefordert, neuen politischen, gesetzlichen und wirtschaftlichen Anforderungen, die auf die Verbesserung der Patientensicherheit abzielen, gerecht zu werden. Diese Entwicklungen schreiten unaufhörlich voran. Schon heute geht es längst nicht mehr ausschließlich darum, einzelne medizinische und organisatorische Prozesse so zu justieren, dass am Ende eine gute Behandlungsqualität herauskommt. Es geht vielmehr darum, zuverlässig Maßnahmen zu initiieren, die dazu beitragen, dauerhaft eine optimale Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen zu garantieren und Patientenschäden abzuwenden. Hierbei spielt insbesondere die Etablierung einer Sicherheitskultur bei der Mitarbeiterschaft eine entscheidende Rolle.

Sicherheitskultur

Sicherheitskultur bedeutet, dass die Kultur in einem Unternehmen auf ein sicherheitsförderndes Handeln der Mitarbeitenden ausgerichtet ist. Besonderes Kennzeichen einer „gelebten Sicherheitskultur“ in einer Institution ist die offene und vertrauensvolle Kommunikation unter- und Verständnis füreinander sowie das gemeinsame Ziel „Sicherheit“. [1]

Die Weiterentwicklungen der Aktivitäten des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sind genau auf dieses Ziel ausgerichtet. In der Pressemitteilung Berlin, August 2016, erklärt das APS, dass als zentrales Ziel eine bessere Sicherheitskultur in deutschen Gesundheitseinrichtungen verfolgt werden würde. Mit der jährlichen Vergabe des Deutschen Preises für Patientensicherheit sollen Forschungs- und/oder Best-Practice-Projekte für mehr Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement getriggert werden. [2]

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit wurde im April 2005 gegründet. Ziel war es seit den Anfängen, sich durch Erforschung, Entwicklung und Verbreitung geeigneter Methoden für eine sichere Gesundheitsversorgung einzusetzen. Viele Projekte wurden seit der Gründung ins Leben gerufen und in fachgerechten Arbeitsgruppen entwickelt und umgesetzt.

Handlungsempfehlungen

Neben der Einführung von Critical Incident Reporting Systems (CIRS) in vielen Krankenhäusern hat das APS bereits zahlreiche Handlungsempfehlungen erfolgreich erarbeitet, u. a.

- Jeder Tupfer zählt
- Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie

- Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus
- Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus
- Patientensicherheit durch Prävention medizinprodukteassoziierten Risiken

Die Handlungsempfehlungen des APS, die sich an international anerkannten medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen (World Health Organization u. a.) [3] orientieren, sind mittlerweile essenzielle Praxisliteratur, welche die Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen dabei unterstützt, wirksame Maßnahmen des klinischen Risikomanagements zu installieren.

Sicherheitsaudits

Im Rahmen von Sicherheitsaudits oder Sicherheits- und Risikoanalysen spielen die Handlungsempfehlungen eine wichtige Rolle. Die dabei angewendeten Fragestellungen basieren auf Erkenntnissen aus

- Analysen von Heilwesenschäden,
- einzelnen Schadenereignissen,
- Fällen aus CIRS-Meldungen,
- Beschwerdemeldungen von Patienten,
- externen medizinischen und juristischen Empfehlungen
- etc.

Aus diesen Erkenntnissen und Erfahrungen lassen sich gezielt Schwerpunkte für einen Kriterien- bzw. Auditkatalog mit risikoadjustierten oder schadenfallbasierten Präventionsmaßnahmen ableiten. [4]

Fallbeispiel

Achillessehnen-Operation mit Achillessehnen-Revision vorgesehen. Am OP-Tag erfolgen Maßnahmen zur präoperativen Vorbereitung (u. a. Kennzeichnung der zu operierenden Seite). Diese erfolgt am distalen Unterschenkel auf der Seitenbeinvorderseite.

Assistierender Oberarzt kennt Patienten sowie den Befund und den geplanten Eingriff. Im Rahmen präoperativer Maßnahmen wird Patient mehrfach gefragt, welche Seite zu operieren ist. Im Rahmen der Vorbereitung im OP-Saal, nach Narkotisierung Patient, wird auf richtiger linker Seite eine Oberschenkelblutsperrung angebracht und diese mit Druck befüllt. Anschließend wird Patient in Bauchlage umgelagert, um OP vornehmen zu können.

Nach abgeschlossener Vorbereitung des OP-Gebietes befindet sich Patient vollständig unter den Operationstüchern. Nur distaler Unterschenkel ist sichtbar.

Nach sterilem Waschen betreten Ärzte den OP-Saal und bemerken etwaige Seitenverwechslung nicht. Team-Time-Out wird inkl. erneuter Abfrage der OP-Seite durchgeführt. Es scheint alles korrekt und Diskrepanz zwischen dokumentierter OP-Seite und tatsächlich steril vorbereiteter Seite fällt nicht auf.

Operateur führt einen Hautschnitt am rechten distalen Unterschenkel durch. Es kommt zu einer typischen Unterhautblutung durch Schnittführung. Dies erscheint assistierendem Arzt sofort suspekt, da aufgrund Blutsperrung eigentlich keine Blutung zu erwarten ist. OP wird daraufhin sofort gestoppt und Anlage Blutsperrung am zu operierenden Bein überprüft. Es wird festgestellt, dass an gerade operiertem Bein keine Blutsperrung angelegt ist, sondern dass sich diese richtigerweise am linken Oberschenkel befindet. Seitenverwechslung wird bemerkt und OP gestoppt und nach erneuter Vorbereitung am richtigen Unterschenkel fortgesetzt. Problem: Operateure waren bei Patientenlagerung, jedoch nicht bei Vorbereitung des OP-Gebietes zugegen. Im weiteren Verlauf nach Patientenlagerung erfolgt anschließend, trotz Anbringen der Blutsperrung-Manschette auf richtiger linken Oberschenkelseite, Hautdesinfektion und sterile Abdeckung fälschlicherweise am rechten Bein. Dies bleibt ab diesem Zeitpunkt und bis zum ersten Hautschnitt unbemerkt. [5]

Der aufgeführte Fall zeigt, dass es trotz vereinbarter Sicherheitsmaßnahmen zu Seitenverwechslungen kommen kann, vor allem, wenn diese nicht konsequent eingehalten werden. In einem Sicherheitsaudit würden z. B. in Gesprächen mit den OP-Mitarbeitenden und der Ärzteschaft sowie in Praxisbegehungen folgende schadenfallbasierte Präventionsmaßnahmen bzw. Fragestellungen beleuchtet werden:

1. Ist die Zuständigkeit für die Kontrollschritte während der Einschleusung des Patienten in den OP eindeutig geregelt und ist das Verfahren schriftlich festgelegt?
2. Erfolgt ein persönliches Übergabegespräch und werden mitgelieferte Unterlagen auf Vollständigkeit geprüft?
3. Kommt eine bedarfsgerecht entwickelte OP-Sicherheits-Checkliste zum Einsatz, die sich an anerkannten wissenschaftlich-medizinischen Empfehlungen orientiert?
4. Kennt der Operateur/die Operateurin den Patienten?
5. Kommt zur Vermeidung von Verwechslungen des Operationsgebietes (rechte Seite/linke Seite) ein abteilungsübergreifendes, einheitliches Kennzeichnungssystem zum Einsatz und ist dies in schriftlicher Form geregelt?
6. Wird die OP-Feld-Markierung eindeutig (z. B. Kreuz, Pfeil) und mit einem nicht abwaschbaren Stift vorgenommen?
7. Findet die Markierung immer in unmittelbarer Nähe des OP-Gebietes statt und in jedem Fall auf der Körperseite (rechts/links, vorne/hinten), die operiert werden soll?
8. Wird bei Umlagerungen des Patienten im OP-Saal nochmals besondere Aufmerksamkeit auf die zu operierende Seite gelegt und die richtige OP-Seite im Rahmen des Team-Time-Outs von allen Beteiligten bestätigt?
9. Sind für OP-Abdeckungen, die OP-Feldkennzeichnungen nicht mehr erkennen lassen, zusätzliche Sicherheitschecks etabliert (z. B. Aufhängen eines Schildes auf dem „rechts“ oder „links“ steht und das für alle Beteiligten sichtbar ist)?
10. Erfolgt präoperativ eine sichtbare Präsentation der zur OP erforderlichen Befunde inkl. des zu operierenden OP-Gebietes/der zu operierenden Seite für das gesamte OP-Team?
11. Bestehen innerhalb des OP-Teams klare bzw. sichere Kommunikationsregeln, um Missverständnisse vor, während und nach der OP zu vermeiden (Team-Time-Out u. a.)? [5]

Zusammenspiel



Die aufgeführten Präventionsmaßnahmen/Fragestellungen haben einen direkten Bezug zu der Handlungsempfehlung „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ des APS, die sich größtenteils in den Beschreibungen der folgenden vier Stufen wiederfinden. [6]

1. Aufklärung und Identifikation des Patienten
2. Markierung des Eingriffsortes
3. korrekte Identifikation des Patienten für die Zuordnung zum richtigen Saal
4. Team-Time-Out

Andere Handlungsempfehlungen des APS haben ebenfalls diesen inhaltlichen Risikomanagementbezug. Die Ausführungen, Erkenntnisse und Implementierungshilfen, die sich aus den Empfehlungen ergeben, sind für die Erarbeitung risikoadjustierter Auditkataloge in Gesundheitseinrichtungen geeignet. Somit unterstützen die Handlungsempfehlungen die Mitarbeitenden in der Praxis dabei, geeignete Maßnahmen zu etablieren und dadurch Risiken für Patienten zu minimieren.

Gleichzeitig sind Sicherheitsaudits notwendig, um kontinuierlich die Umsetzung und Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen bzw. Präventionsmaßnahmen in der Praxis zu reflektieren und ggf. Prozesse nachjustieren. Für ein erfolgreiches Audit ist es unabdingbar, dass der Auditor/die Auditorin und die in den zu auditierenden Bereich involvierten Mitarbeiter/innen auf Augenhöhe miteinander kommunizieren. Gemeinsam sind Prozesse zu begutachten und realistisch hinsichtlich des potenziellen Risikos für Patienten zu beleuchten. Nur so werden Audits als wirksames Instrument von der Mitarbeiterschaft akzeptiert und nur so lässt sich mittel- bis langfristig eine Sicherheitskultur in Gesundheitseinrichtungen aufbauen.

Die Sicherheitskultur ermöglicht es klinisch Tätigen jeder Berufsgruppe und Berufserfahrung, offen und vertrauensvoll mit potenziellen Risiken und auch mit Fehlern umzugehen und diese im Team anzusprechen. [7]

Nutzen

Essenzieller Nutzen der Implementation von Handlungsempfehlungen, Sicherheitsaudits sowie einer Sicherheitskultur ist es u. a., dass die eingeführten Instrumente bei richtiger Bedienung helfen, sukzessive die externen Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme in Gesundheitseinrichtungen (primär Krankenhäuser) umzusetzen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Mindeststandards für klinische Risikomanagementsysteme in Krankenhäusern festgelegt. Das APS hat auf der Metaebene erarbeitet, welche Risikomanagementgrundsätze und -prozesse für die Umsetzung dieser Mindeststandards relevant sind, und mögliche Mindestanforderungen aus dem G-BA-Beschluss in seiner Handlungsempfehlung „Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus“ definiert.

Es zeigt sich, dass auch bei den vom G-BA geforderten Mindeststandards die Elemente „Präventionsmaßnahmen“, „Handlungsempfehlungen“, „Sicherheitsaudits“ und „Sicherheitskultur“ eine entscheidende Rolle einnehmen. Im Wesentlichen bedeutet dies u. a.

- wirkungsvolle Präventionsmaßnahmen in allen für das klinische Risikomanagement relevanten Leistungs- und Unterstützungsprozessen zu implementieren;
- die Umsetzung von externen Leitlinien, Vorgaben und Modellen zu bewerten;
- durch regelmäßige Sicherheitsaudits spezifische Risiken in Diagnostik, Therapie und Pflege zu reflektieren sowie
- die Sicherheitskultur in der Einrichtung kontinuierlich zu evaluieren. [8]

Anreiz

Besonders in den vergangenen zehn Jahren haben sich Gesundheitseinrichtungen intensiv damit beschäftigt, mit Präventionskonzepten die Patientensicherheit nachhaltig zu fördern. Die Bereitschaft ist vorhanden, sich neuen politischen, gesetzlichen und wirtschaftlichen Anforderungen zu stellen. Viele Klinikbetreiber haben das Thema Patientensicherheit bereits zum Unternehmensziel erklärt. [9]

Die „Scheuklappenmentalität“ der Vergangenheit ist erfreulicherweise größtenteils passé. Zunehmend werden Risikomanagementinstrumente nicht mehr als Zwangsmaßnahmen gesehen, um externe Erwartungen zu erfüllen, sondern es wird das „große Ganze“ erkannt.

Klinisches Risikomanagement und damit Sicherheitsaudits, Handlungsempfehlungen und alles, was dranhängt, sind dynamisch und nicht starr. Permanent sind neue Erkenntnisse aus Medizin und Fortschritt, Wissenschaft, Recht, Politik usw. sinnvoll in die klinischen Prozesse zu implementieren. Die Mitarbeitenden sind in die Weiterentwicklungen einzubeziehen und an ihnen zu beteiligen. Denn sie sind der Impuls – der Motor – des Systems. Eines Systems, das nur mit wirksamen, gewinnbringenden und geschickt eingesetzten Instrumenten funktionieren kann.

Die Patientensicherheit als großes Ziel, das hinter all dem steht, sollte für Klinikbetreiber und Träger anderer Einrichtungen des Gesundheitswesens stets der Inspirationsfaktor sein.

Literatur

- [1] Köhler, Carolin (2016): Sicherheitskultur in deutschen Krankenhäusern. Entwicklung eines Messinstruments für den OP-Bereich: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- [2] Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) (August 2016): Pressemitteilung. Berlin. Wiebe Franzen, Conny, <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/>. (Stand: 17.08.2016).
- [3] Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/> (Stand: 17.08.2016).
- [4] Gausmann, Peter; Henniger, Michael; Koppenberg, Joachim (Hg.) (2015): Patientensicherheits-Management. 6.7 Risikoaudits. Autorin Marsha Fleischer, S. 339–346. Berlin/Boston: de Gruyter.
- [5] Fleischer, Marsha; Henken-Mellies, Bianca; Stüldt-Borsetzky, Miriam (2015): Seitenverwechslung trotz etablierter Sicherungsmaßnahmen. Schadenfall im Blick, Monitor, hg. v. Ecclesia Versicherungsdienst GmbH.
- [6] Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) (Hg.) (2006): Handlungsempfehlungen zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie.
- [7] Rosen, Kathrin (2014): Zuverlässigkeitsmanagement im Krankenhaus: Der HRO-Ansatz, Safety Clip, in: Passion Chirurgie (12)
- [8] Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) (Hg.) (2016): Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus. Handlungsempfehlung
- [9] Peilnsteiner, Holger (2016): Klinisches Risikomanagement ist nicht Kür, sondern Pflicht. Interview mit Dr. Peter Gausmann, Geschäftsführer der GRB, in: KU Gesundheitsmanagement (5)

Fleischer M. Safety Clip: Sicherheitsaudits versus Sicherheitskultur. Passion Chirurgie. 2016 November; 6(11): Artikel 03_03.