

SAFETY Clip

ECCLESIA
GRUPPE



SICHERHEIT IST KEIN ZUFALL

Impulse für wirksames Risikomanagement

INHALT

Editorial	3
Die Rolle von Führungskräften für die Patientensicherheit im Krankenhaus	4
Mit den Instrumenten des Risikomanagements dem Personalmangel wirkungsvoll begegnen	7
Mit Ansätzen aus dem „Magnet Recognition Program®“ die Patientensicherheit fördern	11
Standardisierung und Einfachheit – oft belächelt, extrem nützlich	16
Prozessoptimierung durch Agilität im Krankenhaus	20
„Flirting with the Margin“: Über die Sicherheit in dynamischen, komplexen Systemen	24
Early Warning Scores retten Leben	28
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen zur Förderung der Sicherheitskultur	32
Wenn der Roboter den Tupfer reicht: Das Potenzial der Robotik im Gesundheitswesen	36
Verwechslung von Gewebeproben	40
Gewaltprävention in Notaufnahmen	43



Herausgeber

Ecclesia Holding GmbH

Nadja Bürger, Leiterin Geschäftsfeld Ambulantes Gesundheitswesen der Ecclesia Gruppe, Mitglied der Geschäftsleitung

Frederik Meilwes, Leiter operatives Geschäft bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH

Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold

Telefon +49 5231 603-0 • E-Mail info@ecclesia-gruppe.de

Redaktion

Mitarbeitende der GRB

Bildquellen und -lizenzen

Shutterstock (shutterstock.com)

Für alle anderen Bilder liegen die Bildrechte bei der Ecclesia Gruppe

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Magazin bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern an einigen Stellen die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung aber grundsätzlich für alle Geschlechtsidentitäten. Die verkürzte Sprachform erfolgt aus redaktionellen Gründen und enthält keine Wertung.

Liebe Leserinnen und Leser,

Sicherheit in der medizinischen Versorgung entsteht nicht zufällig. Sie ist das Ergebnis von Wissen, Erfahrung, systematischer Analyse und dem konsequenten Willen, aus Risiken zu lernen. Genau hier setzen die Safety Clips der Ecclesia Gruppe an, die seit Jahren Impulse für ein verantwortungsvolles klinisches Risikomanagement geben. Ihre Stärke liegt in der Verbindung von konkreten Fallbeispielen, klaren Handlungsempfehlungen und einer Perspektive, die über den klinischen Alltag hinausreicht. Diese Mischung macht den besonderen Nutzen dieses Sammelbands aus. Er bietet kompaktes, erprobtes Wissen, das unmittelbar in der Praxis anwendbar ist.

Herausgegeben wird der Sammelband von der **Ecclesia Gruppe**. Die Beiträge stammen überwiegend von Autorinnen und Autoren der **GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH**, die innerhalb der Gruppe seit über 30 Jahren auf klinisches Risikomanagement spezialisiert ist. Als spezialisierte Beratungseinheit verbindet sie klinisches, organisatorisches und versicherungstechnisches Know-how. Ihr Auftrag ist es, Gesundheitseinrichtungen dabei zu unterstützen, Risiken frühzeitig zu erkennen, professionell zu managen und so die Sicherheit sowie die Qualität der Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Denn wer Risiken versteht, kann sie steuern – und wer sie steuert, kann sie vermeiden, vermindern oder, wenn nötig, gezielt versichern.

Die in diesem Sammelband versammelten Beiträge spiegeln genau diesen Ansatz wider. Sie zeigen, dass Risikomanagement kein abstraktes Konstrukt ist, sondern ein integraler Bestandteil guter Medizin. Wir hoffen, dass diese Zusammenstellung Ihnen wertvolle Impulse für Ihre tägliche Arbeit gibt und dazu beiträgt, Sicherheit im Gesundheitswesen weiterzudenken und aktiv zu gestalten.

Ihre Nadja Bürger

Ihr Frederik Meilwes



Nadja Bürger

Leiterin Geschäftsfeld
Ambulantes Gesundheitswesen
der Ecclesia Gruppe
Mitglied der Geschäftsleitung



Frederik Meilwes

Leiter operatives Geschäft
bei der GRB Gesellschaft für
Risiko-Beratung mbH

DIE ROLLE VON FÜHRUNGSKRÄFTEN FÜR DIE PATIENTENSICHERHEIT IM KRANKENHAUS

Anja Pope



Führungskräfte in Krankenhäusern spielen eine entscheidende Rolle im Risikomanagement, da sie maßgeblich zur Schaffung einer Sicherheitskultur beitragen. Ihr Wirken und Handeln hat nicht nur direkte Auswirkungen auf Mitarbeitende, sondern auch auf die Etablierung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen, die sich auf die Patientensicherheit auswirken.

Ein wesentlicher Aspekt ihrer Rolle besteht darin, eine Kultur der offenen Kommunikation zu etablieren. Fehler und Beinahe-Fehler sollen gemeldet werden, damit ein systematisches Lernen möglich wird. Nur so können gezielte Maßnahmen abgeleitet werden, die das Wiederauftreten des Fehlers minimieren.

Reaktion der Führungskraft entfaltet große Wirkung

Besonders deutlich zeigt sich der Einfluss von Führung in der direkten Reaktion gegenüber dem Mitarbeitenden. Stellen Sie sich vor, Sie sind ein Assistenzarzt, eine Pflegekraft oder eine MTLA im Labor und berichten Ihrer Führungskraft von einem konkreten Risiko. Dies kann ein versehentlich begangener Fehler sein (Verwechslung von Medikamenten, Dokumentation in falscher Akte), ein Fehler, der Ihnen aufgefallen ist (Dosierungsfehler in Anordnung, vertauschte „Klebchen“ auf Blutröhrchen) oder ein insgesamt unsicherer Prozess (uneinheitliches Vorgehen zum Team-Time-Out, Informationsdefizit in Übergaben).

Sie sehen Handlungsbedarf und berichten Ihrer Führungskraft vertrauensvoll davon. Dies sind mögliche Reaktionen der Führungskraft mit negativen Auswirkungen auf die Sicherheitskultur:



Schuldzuweisung, ggf. sogar vor anderen

(„Das darf Dir nicht passieren“ oder „Wer war das?“)



Ignorieren Ihrer Sicherheitsbedenken

(„Es ist doch noch nie etwas passiert.“)



Bestrafungen

(soziale Ablehnung, Stigmatisierung, negative Leistungsbeurteilungen)

Durch diese Verhaltensweisen kommt es zu einer negativen Vorbildwirkung der Führungskraft, welche unterschiedliche Folgen für die Mitarbeitenden, das Team und schließlich die Organisation mit sich bringt:

- Angst und Unsicherheit beim Mitarbeitenden bzw. im Team
- Demotivation, Verlust von Engagement, Frust
- Verlust von Vertrauen in die Führungskraft
- Sinkende Bereitschaft, Fehler zu melden
- Lernen aus Fehlern ist kaum möglich
- Risiken bleiben bestehen und gefährden Patienten

In der Praxis hat sich gezeigt, dass solche negativen Erfahrungen sehr lange im kollektiven Gedächtnis eines Teams verankert bleiben und das Mitarbeiterverhalten auch Jahre später noch beeinflussen. Beispielsweise berichten Mitarbeitende über derartige Erfahrungen, wenn man sie nach den Hintergründen von geringen CIRS-Melderaten fragt. Nicht selten erzählen sie, dass Sanktionen nach einer Meldung erfolgt sind oder dass sie angewiesen wurden, beim nächsten Mal bitte das direkte Gespräch zu suchen, statt in CIRS zu melden. Häufig beeinflusst dies das Meldeverhalten des betroffenen Bereichs noch jahrelang. Das zeigt auch, dass eine Aufarbeitung eines derartigen Vorfalles und eine klärende Kommunikation von Bedeutung sind. Denn negative Erfahrungen wirken lange nach und die Auswirkungen verschwinden nicht automatisch.

Positive Beiträge zur Patientensicherheit

Führungskräfte können jedoch durch ein anderes, positives Verhalten deutlich dazu beitragen, dass die Patientensicherheit gestärkt wird. Ein Teil der Sicherheitskultur ist die sogenannte *psychologische Sicherheit*. Diese beschreibt ein Gruppengefühl, keine Einzelmeinung. Teams, die sich psychologisch sicher fühlen,

sind innovativer, erzielen bessere Ergebnisse und eine höhere Qualität. Die Offenheit, Fehler zu melden und zu analysieren, ist für sie selbstverständlich, auch wenn es nicht immer leichtfällt.

Indem Führungskräfte selbst den Mut haben, über eigene Fehler zu sprechen und transparent zeigen, wie sie daraus lernen und allen anderen gegenüber wertschätzend auftreten, die sich ebenso verhalten, können sie in ihrem Team die psychologische Sicherheit fördern.

Mögliche Reaktionen der Führungskraft mit positiven Auswirkungen im oben genannten Fall:



Anerkennung und Dankbarkeit

(„Vielen Dank, dass Du das gemeldet hast. Das ist genau die Einstellung, die wir brauchen.“)



Aufnahme des Themas

(„Das ist ein wichtiger Hinweis. Ich werde mich darum kümmern ...“)



Einbezug des Mitarbeitenden in die Problemlösung

(„Lass uns gemeinsam analysieren, was passiert ist, und herausfinden, wie wir das in Zukunft vermeiden können.“)

Ein Aspekt sollte dabei nicht aus den Augen gelassen werden: Wichtig ist auch, dass Führungskräfte klare Verstöße von Mitarbeitenden gegen Regeln sanktionieren. Das bewusste Auslassen von Kontrollschritten bei der Einschleusung, „weil es sowieso immer korrekt ist“ oder das Abhaken der Checkliste des Notfall equipments ohne vorherige Kontrolle sind schädliches Verhalten, auf das die Führungskraft direkt eingehen und es unterbinden sollte.

Management

Weitere Instrumente des Managements unterstützen zusätzlich das Ziel der Patientensicherheit. Dazu gehören beispielsweise:



Der Einfluss von Quantität und Qualifikation der Mitarbeitenden



Die Gestaltung von Prozessen wie Übergaben, Visite, Team-Time-Out usw.



Die Etablierung von aktuellen, fundierten und praktikablen Standards



Die Bereitstellung von geeigneten Tools und Hilfsmitteln

Insgesamt wird deutlich, dass Führung ein elementarer Bestandteil ist, um Patientensicherheit zu fördern. Zum einen über den zentralen Beitrag zur

psychologischen Sicherheit im Team, zum anderen über das Handeln des Managements.

Patientensicherheit als Teil der Führungskompetenz im Krankenhaus

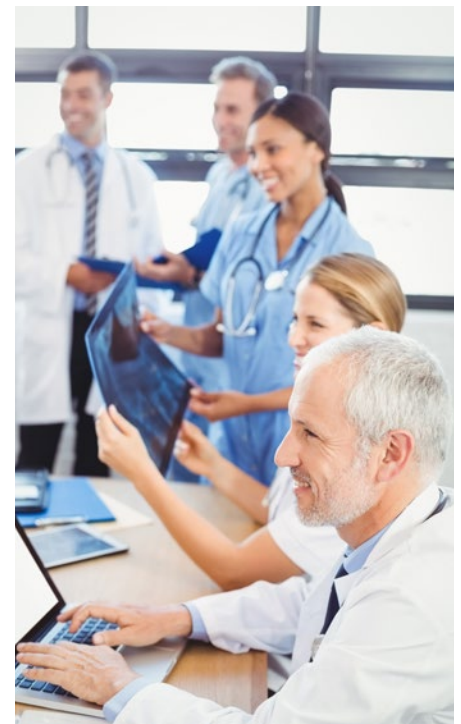
Dies erfordert viel Reflexion und eine klare Haltung. Umso wichtiger ist es, Führungskräfte im Krankenhaus dazu zu befähigen, damit sie dieser verantwortungsvollen Aufgabe gerecht werden können. Die Einbeziehung der Patientensicherheit in die Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus ist ein wichtiger und oft noch vernachlässigter Aspekt.

Durch **Schulungen und Seminare** sollten Führungskräfte die Möglichkeit bekommen, ihr Wissen zur Patientensicherheit zielgruppenspezifisch zu erweitern. Ihre verantwortungsvolle Rolle im Risikomanagement können sie nur dann effektiv ausfüllen, wenn sie sie vollumfänglich verstanden haben.

In **Workshops** können Führungskräfte unter moderierter Anleitung ihre Probleme bei der Risikoanalyse und der Auswahl und Umsetzung geeig-

nete Maßnahmen lösen. Idealerweise erfolgt dies im interdisziplinären Führungsteam.

Gleichzeitig kann ihnen ein professionelles **Business Coaching** angeboten werden, in dem sie ihr Verhalten in ihrer Rolle geschützt reflektieren können. Dies dient einerseits der Erfolgssicherung bei der Umsetzung von Maßnahmen, insbesondere bei komplexen Ausgangslagen, und schafft andererseits die Grundlage, um die eigene Wirkung auf die psychologische Sicherheit des Teams kontinuierlich zu hinterfragen. Im geschützten Raum des Coachings können Führungskräfte ungehemmt und konstruktiv über ihre Herausforderungen und Gedanken sprechen können, ohne Angst vor negativen Konsequenzen haben zu müssen. Dies fördert eine offene und vertrauensvolle Atmosphäre, die sich auch positiv auf das Team auswirkt.



Literatur

Bresser, J. (2024). Just Culture im Krankenhaus: Mit neuen Leadership-Ansätzen im ärztlichen Bereich die Zukunft gestalten. Springer.

Edmondson, A. (2024). Wertvolle Fehler – Right Kind of Wrong: Die praktische Wissenschaft klugen Scheiterns (M. Kauschke, Übers.). Vahlen.

Töpfer, R. (2014): „Systemisches Coaching als erfolgreiches Mittel im Risikomanagement für Ärzte und Kliniken“ in: Merkle (Hg.): „Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus“. Springer.

Autor des Artikels



Anja Pope

Senior Beraterin bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

MIT DEN INSTRUMENTEN DES RISIKOMANAGEMENTS DEM PERSONALMANGEL WIRKUNGSVOLL BEGEGNEN

Vera Triphaus



Dem klinischen Risikomanagement wird vor allem eine hohe Bedeutung zugesprochen, wenn es darum geht, Patientenschäden zu vermeiden. Dazu werden seine Instrumente, beispielsweise die OP- Sicherheitscheckliste oder das Patientenidentifikationsarmband, im Klinikalltag konsequent angewendet. Doch Risikomanagement ist auch geeignet, zur Bindung von Mitarbeitenden beizutragen, wie Risikoberaterin Vera Triphaus ausführt.

Ein systematisch angewandtes Risikomanagement berücksichtigt neben den klinischen Risiken auch die wirtschaftlichen und operativen Risiken der „Unternehmung Krankenhaus“. Betrachtet man diese nicht klinischen Risiken, wird ein Problem immer deutlicher: der Personal- und Fachkräftemangel in den Krankenhäusern. Es fehlt an Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten. Sind sie nicht ausreichend vorhanden, müssen Operationen verschoben oder Intensivbetten temporär geschlossen werden. Damit sinkt auch die Einnahmenseite des Krankenhauses.

Babyboomer und Personalnotstand

Die Auswirkungen des demografischen Wandels tragen zu diesem Personalnotstand bei. Die Krankenhäuser profitierten in den vergangenen Jahren von der Tatsache, dass die Babyboomer-Generation ausreichend Köpfe zur Bewältigung der Arbeit stellte. Doch diese Generation befindet sich an der Schwelle zum Renteneintritt und verlässt bis spätestens Mitte der 30er Jahre den Arbeitsmarkt. Die nachfolgende Generation hat neue, erweiterte oder schlichtweg andere Vorstellungen zum Berufs- und

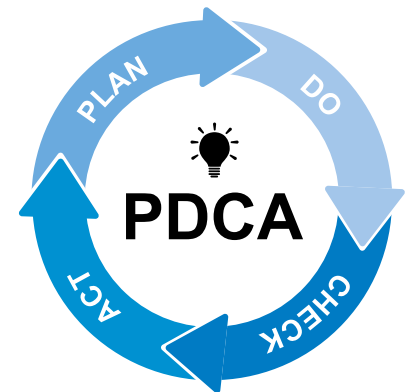
Privatleben, zum Beispiel hinsichtlich des wöchentlichen Arbeitsumfangs. Waren im Jahr 2011 nur 10,9 Prozent der Chirurgeninnen und Chirurgen in Teilzeit beschäftigt, stieg deren Zahl bis 2017 auf 20,9 Prozent an. Dies erklärt sich nicht allein durch einen höheren Anteil an Frauen in dieser Berufsgruppe, denn der stieg im selben Zeitraum nur um 3,4 Prozent an (Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2011 & 2017).

Als Risikoberaterinnen und -berater gehen wir in viele Krankenhäuser und begegnen dort täglich der Frage: Wie können wir das Strukturproblem

„Personalnot“ lösen? Unsere Erfahrung als GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH lautet: Werden Instrumente des klinischen Risikomanagements auch in der Personalpolitik eines Hauses eingesetzt, können Mitarbeitende gewonnen, ans Haus gebunden und bewährte Kräfte langfristig gehalten werden.

Auch dem frühzeitigen Ausstieg wird vorgebaut. Dies setzt voraus, dass die Personalpolitik sich von einer administrativen Tätigkeit hin zu einer proaktiven Gestaltung weiterentwickelt. Zur Umsetzung einer solchen Personalstrategie kann der im Risikomanagement angewendete Top-Down- und Bottom-Up-Ansatz angewendet werden. Übertragen auf die Personalpolitik bedeutet das: Die oberste Leitung setzt die Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung um, das Personal selbst nimmt an den Maßnahmen teil und akzeptiert sie. Im Sinne des vierstufigen Regelkreises des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses „Plan, Do, Check, Act“ (PDCA-Zyklus) darf die Evaluation der festgelegten und umge-

setzten Maßnahmen nicht fehlen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Umsetzung weiterer Maßnahmen ein, sodass alle - top-down und bottom-up ebenso wie horizontal - an der kontinuierlichen Verbesserung arbeiten.



Maßnahmen des Risikomanagements in die Personalpolitik übertragen

1. Ist-Situation analysieren
2. Änderungswünsche identifizieren, priorisieren und bearbeiten
3. Stärken beibehalten und ausbauen
4. Hierarchien abbauen, Arbeitsklima verbessern
5. Maßnahmen als Fortbildung nutzen

Eine proaktive Personalpolitik unter Zuhilfenahme des Risikomanagements kann folgendermaßen gestaltet werden:

1. Ist-Situation analysieren

Zu Beginn eines Verbesserungsprozesses steht stets die Analyse der Ist-Situation. Neben der Auswertung personalbezogener Kennzahlen wie Fehlzeiten und Fluktuationsrate kommt das im Risikomanagement bewährte Instrument der Mitarbeiterbefragung zum Einsatz. Während bei klinischen Risiken mögliche Sicherheitsdefizite in der Patientenversorgung aufgedeckt werden sollen, können im Kontext der Mitarbeiterbindung die Arbeitsplatzzufriedenheit und die Arbeitsplatzperspektiven für die nächsten zehn Jahre erfragt werden. Mitarbeitende sind dadurch in der Lage, gut und präzise auf Probleme, Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten ihres Arbeitgebers hinzuweisen.

2. Änderungswünsche identifizieren, priorisieren und bearbeiten

Die Erkenntnisse einer solchen Befragung zeigen Stärken und Schwächen der Abteilung und des Krankenhauses auf. Nicht alle Schwächen sind behebbar. Beispielsweise lässt sich eine bessere Bezahlung bei Tarifbindung nicht realisieren. Andere Wünsche der Mitarbeitenden, zum Beispiel Kinder- oder Angehörigenbetreuung, ausreichende Parkmöglichkeiten etc. können identifiziert, priorisiert und bearbeitet werden.

Zudem erhält die Krankenhausleitung Informationen über mögliche Abwanderungstendenzen oder Wünsche nach Arbeitszeitreduzierungen. Die Erkenntnisse geben Hinweise darauf, wie groß eine eventuelle Personallücke sein wird – und in welcher Höhe damit das Budget für Honorarkräfte eingeplant werden muss. Ebenfalls können nach Hospitationen und bei Kündigungen Fragen in den Abschlussgesprächen gestellt werden.

3. Stärken beibehalten und ausbauen

Aber auch von den Mitarbeitenden genannte Stärken, wie beispielsweise das Angebot betrieblicher Gesundheitsförderung, sollten erhalten und ausgebaut werden – und zwar so, dass die Mitarbeitenden das als Wertschätzung erkennen und honorieren.

Peter und Hasselhorn stellen in ihrem Modell „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“ (2013) dar, dass die Motivation des Einzelnen zur Erwerbsteilhabe abhängt von seiner Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und physiologischen Alterung sowie von der Arbeit selbst. Sie zeigen auf, dass bei bestehender finanzieller Absicherung allein die Motivation des/r Einzelnen über seine Erwerbsteilhabe entscheidet.

Faktoren, die die Motivation beeinflussen, können aktiv gestaltet werden, beispielsweise, indem die physische und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz gefördert wird. Neben der physischen Arbeitsplatzgestaltung kann der psychischen Belastung vorgebeugt werden, beispielsweise durch die gute Gestaltung von Führung. Damit lassen sich Fehlzeiten und die frühzeitige Aufgabe der Erwerbstätigkeit vermindern.

4. Hierarchien abbauen, Arbeitsklima verbessern

Krankenhaushierarchien abzubauen, ist eines der Ziele des Risikomanagements, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Denn starre Krankenhaushierarchien sind für Fehler in der Patientenversorgung verantwortlich. Wie kommt das? Aufgrund ihrer Stellung trauen sich Mitarbeitende oft nicht, auf Fehler oder Verstöße von in der Hierarchie über Ihnen stehenden Mitarbeitenden hinzuweisen. So kann es zu vermeidbaren – Behandlungsfehlern kommen. Auch für die Personalpolitik sind flache Hierarchien ein erstrebenswertes Ziel. Denn eine Kommunikation unter den Mitarbeitenden, die unabhängig von

der fachlichen Qualifikation gleichberechtigt und respektvoll verläuft, trägt zu einem guten Arbeitsklima, zur Mitarbeiterbindung und zur Vermeidung von psychischen Belastungen bei. Flache Hierarchien sind somit ein motivationsbeeinflussender Faktor.

Doch auch die Arbeit selbst ist in flachen Hierarchien für die Mitarbeitenden interessant. Aus Sicht des Risikomanagements sind eindeutige Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten erforderlich, die den Handlungsspielraum des Einzelnen in der Patientenversorgung definieren. So muss beispielsweise ein Assistenzarzt wissen, ab wann er eine Fachärztin hinzuziehen muss. Übertragen auf das Konzept der gesunden Führung, hat der/die einzelne Mitarbeiter/in mit dem/der Vorgesetzten Leitplanken abgestimmt, innerhalb derer eigenständige Entscheidungen getroffen werden. Diese werden regelmäßig neu festgelegt. Damit wird dem Mitarbeitenden ein frei gestaltbarer Handlungsspielraum zugestanden. Der/die Vorgesetzte erwartet die korrekte Bewältigung der gestellten Aufgaben innerhalb der Leitplanken, während der/die Mitarbeiter/in Lob und Anerkennung nach Erledigung erwartet. Das wiederum wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und entlastet den/die Vorgesetzte/-n. Vorgesetzte und Mitarbeitende befinden sich demnach in einem kontinuierlichen Dialog. Die Führungsaufgabe besteht darin, die Beziehung kontinuierlich zu gestalten. Dadurch werden starre Hierarchien abgebaut (Lohmer, Sprenger, von Wahlert, 2012).

Auch die Arbeit in Projektgruppen kann diesen Abbau unterstützen. In einer Projektgruppe werden die bestehenden Hierarchien aufgehoben und jedes Mitglied ist gleichberechtigt. Die gleichberechtigte Kommunikation kann geübt und in den Klinikalltag übertragen werden.

5. Maßnahmen als Fortbildung nutzen

Die genannten Beispiele sind Teil einer proaktiven Personalpolitik, die Instrumente des klinischen Risikomanagements nutzt. Weitere Instrumente, die zur Patientensicherheit beitragen und zugleich die Mitarbeiterbindung fördern,

sind beispielsweise regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, retrospektive Fall-Analysen und Simulationstrainings. Neben dem Zugewinn an fachlichen Kenntnissen bieten solche Maßnahmen auch Möglichkeiten zur Fortbildung und zur Bearbeitung von Teamfaktoren wie Störungen in der Kommunikation in zeitkritischen Situationen oder fehlendem bzw. fehlerhaftem Wissen zu festgelegten Vorgehensweisen. Wenn diese Instrumente in einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung eingesetzt werden, empfinden Mitarbeitende sie als Bereicherung. Denn Mitarbeitende möchten ihre berufliche Qualifikation erhalten und ausbauen, auch die über 50-Jährigen. Ihnen dies mit Verweis auf das Alter vorzuenthalten, wird als Zurücksetzung empfunden. Risikomanagement erfordert daher per se die regelmäßige Teilnahme aller Beschäftigten an diesen Maßnahmen und trägt damit zur Gleichbehandlung bei.

Patientensicherheit und zugleich Mitarbeiterbindung

Die Instrumente des Risikomanagements dienen der Erhöhung der Patientensicherheit. Zugleich eignen sie sich, um Mitarbeitende zu gewinnen und langfristig an die Einrichtung zu binden. Oftmals sind die Ergebnisse einer erfolgreichen Personalpolitik identisch mit denen eines erfolgreichen Risikomanagements. Es gilt, die Ressource Mensch zukünftig gut zu pflegen, d. h., den Beschäftigten über alle Berufsgruppen hinweg einen attraktiven Arbeitsplatz zu bieten. Die zahlenmäßig kleinere nachfolgende Generation muss gefördert werden, damit sie möglichst lange und gesund in ihrem Beruf erwerbstätig bleibt. Nur so kann der Wegfall der Babyboomer-Generation aus dem Arbeitsmarkt kompensiert und weiterhin eine hochwertige Patientenversorgung gewährleistet werden.



Literatur

Bundesgesundheitsblatt 56:415-421 DOI 10.1007/s00103-012-1615-z, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, online publiziert: 28. Februar 2013, abgerufen am 16. September 2020.

Raphael Peter (Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm) und Hans Martin Hasselhorn (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin): „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe – Ein Modell“ in Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 3, 2013.

Mathias Lohmer, Bernd Sprenger, Jochen von Wahlert: „Gesundes Führen. Life-Balance versus Burnout im Unternehmen“, Stuttgart, Schattauer GmbH, 2012.

www.aerzteblatt.de/nachrichten/101904/Fachgesellschaft-warnt-vor-Chirurgenmangel-auf-dem-Land, abgerufen am 16. September 2020.

www.aerzteblatt.de/archiv/198658/Pflegemangel-im-Krankenhaus-Die-Situation-wird-immer-dramatischer, abgerufen am 16. September 2020.

Autor des Artikels



Vera Triphaus

Senior Beraterin bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

MIT ANSÄTZEN AUS DEM „MAGNET RECOGNITION PROGRAM®“ DIE PATIENTENSICHERHEIT FÖRDERN

Anja Pope



Das aus den USA stammende Konzept und Zertifizierungsverfahren „Magnet Recognition Program®“ – im Deutschen meist kurz „Magnetkrankenhaus“ genannt – enthält vielfältige Vorgaben, um Krankenhäuser zu exzellenten Organisationen zu entwickeln.

Hintergrund zum Magnet Recognition Program®

Diesogenannten „Magnetkrankenhäuser“ erfüllen die empirisch belegten und durch statistische Analysen entwickelten Kriterien des ANCC (American Nurses Credentialing Center) zum Magnet Recognition Program®. Das Modell wurde durch die US-amerikanische Pflegewissenschaft entwickelt, legt seinen Fokus aber auch über die Pflege hinaus auf vielfältige Aspekte der Krankenhausorganisation und -kultur. Das Konzept wird seit den 80er-Jahren immer wieder evaluiert und auf Evidenz überprüft. Ausschlaggebend für die Entwicklung und stetige Weiterentwicklung dieses Ansatzes ist die Frage, warum einige Krankenhäuser sowohl Patienten als auch Mitarbeitende nahezu magnetisch anziehen, während andere Krankenhäuser viel stärker z. B. unter dem Fachkräftemangel leiden. Was macht die Häuser so attraktiv? Die Prozesse, Methoden und die Kommunikationskultur werden wissenschaftlich analysiert und die Erfolgsfaktoren im Magnet Recognition Program® zusammengefasst. In den letzten Jahren ist dieser Ansatz auch im europäischen Raum zunehmend bekannter geworden. Im Rahmen einer EU-weiten Interventionsstudie werden aktuell auch 20 deutsche Kliniken dabei unterstützt, die Anforderungen eines Magnetkrankenhauses zu erfüllen.

Das Magnet-Konzept enthält nicht nur ein Bündel von Maßnahmen, sondern ist viel umfassender als das - eine Philosophie zur Gestaltung der Organisation. Bezüge zu anderen Konzepten wie der 'Agilen Organisation' oder des 'Lean Managements' finden sich wieder, da es durchaus Überschneidungen gibt. In dieser Ausführung geht es nicht um die Darstellung der vollumfänglichen Anforderungen. Vielmehr sollen solche Aspekte spezifisch in den Vordergrund rücken, die einen Bezug zur Patientensicherheit haben.

Studienergebnisse

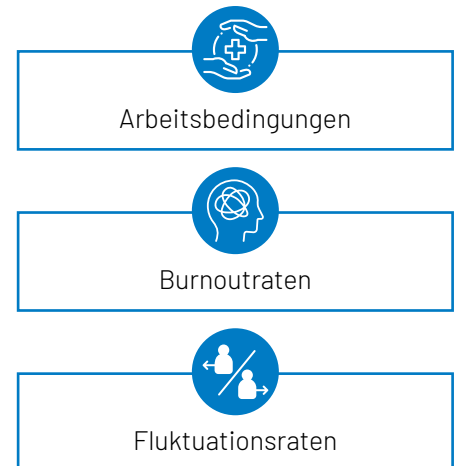
Zu dem Thema existieren vielfältige Studien und auch Metaanalysen. In der Forschung federführend ist beispielsweise die University of Pennsylvania. Wesentliche Kernergebnisse zum Magnet Recognition Program® existieren sowohl in Bezug auf Patienten-

als auch auf Mitarbeiteroutcomes.

Magnetkrankenhäuser haben im Vergleich zu anderen Häusern signifikant geringere:



Magnetkrankenhäuser haben im Vergleich zu anderen Häusern in Bezug auf die Pflegefachpersonen signifikant bessere:



Es zeigt sich, dass Magnetkrankenhäuser den Risiken messbar erfolgreicher begegnen. Während dieser Einfluss bei den genannten Kennzahlen mit Patientenbezug unmittelbar erkennbar ist, ist dieser bei den Mitarbeiteroutcomes mittelbar erkennbar. Dass ein Mangel an Pflegefachpersonal, sowohl quantitativ als auch qualitativ zu einer Erhöhung der Komplikationsraten führt, ist international untersucht und belegt.

Wie beeinflusst das Konzept die Patientensicherheit?

Das Magnet-Modell besteht aus 5 Kernkriterien, unter denen alle weiteren Anforderungen subsumiert werden:

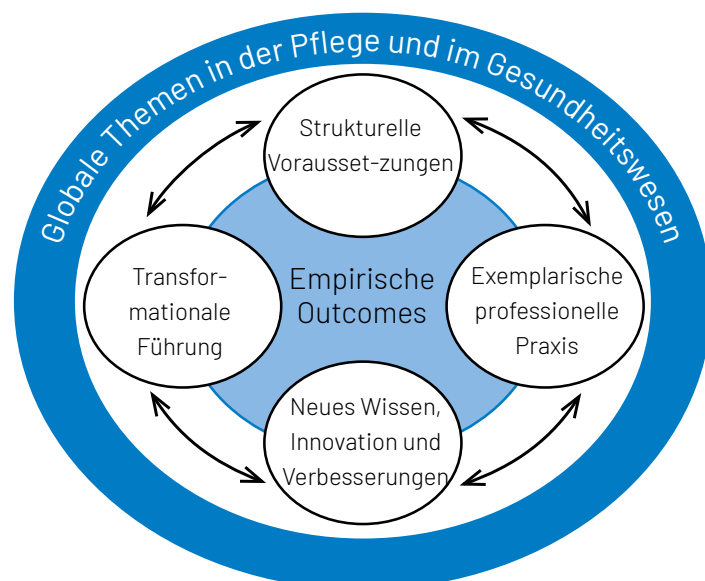


Abbildung 1: Die 5 Kernkomponenten des Magnet-Modells

1. Empirische Outcomes: Kennzahlen – transparent und in Anwendung

Valide Kennzahlen sind eine wichtige Basis für alle weiteren folgenden Maßnahmen. Patientenoutcomes, die hier im Mittelpunkt stehen können, sind u. a.

- nosokomiale Dekubitalulzera
- device assoziierte Dekubitalulzera
- Stürze mit Verletzungsfolge
- nosokomiale beatmungsassoziierte Pneumonien
- multiresistente Erreger
- postoperative Wundinfektionen
- katheterassoziierte Harnwegsinfekte
- venöse Thromboembolien
- Brandverletzungen im OP zugezogen.

Zudem sind umfangreiche Mitarbeiter- und Patientenbefragungen, welche stets in einem nationalen Benchmark verglichen werden, Standard. Darüber hinaus wird der Effekt von umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen gemessen. Üblicherweise erfolgt dies durch mindestens eine Messung vor der Verbesserungsmaßnahme und eine nach deren Umsetzung. Zudem erfolgt nach einigen Monaten eine Follow-up Messung.

Diese Kennzahlen sind möglichst transparent innerhalb des Krankenhauses zu verwenden. Umsetzbar ist dies z.B. durch Dashboards auf den Stationen, im OP, in der Notaufnahme, welche allen am Prozess beteiligten Mitarbeitenden die wesentlichen Kennzahlen in möglichst tagesaktueller Form anzeigen. Steigt beispielsweise die Anzahl an Brandverletzungen im ambulanten OP, ist dies allen Beteiligten unmittelbar und objektiv deutlich sodass gezielt und frühzeitig sensibilisiert und interveniert werden kann. Kennzahlen-Dashboards sind bereits in vielen Krankenhäusern etabliert. Primär werden Kennzahlen aus den Bereichen Personal und Betriebswirtschaft abgebildet. Die Entwicklung des CMI oder der Vollkräfteentwicklung ist im Management oft etabliert. Die Betrachtung der o. g. Outcomes findet häufig mit großem Abstand retrospektiv statt und oft nur in kleinen Kreisen innerhalb einer Disziplin oder auf Management-Ebene.

2. Strukturelle Voraussetzung – Mitarbeiter-Beteiligung ermöglichen

Das Magnetkonzept sieht vielfältige Entscheidungsgremien und Arbeitsgruppen vor, in denen multi-professionell gearbeitet wird. Dabei kommt der respektvollen Haltung den anderen Professionen gegenüber eine große Bedeutung zu. Mitarbeitende werden eingebunden in Veränderungen des eigenen Bereichs, der intraprofessionellen hausinternen Standards und in der Verbesserung von Abläufen. Moderierte und zielgerichtete Arbeitsgruppen finden regelmäßig statt. In diesen wird auf der Grundlage von Kennzahlen an Verbesserungen gearbeitet. Die Leitung einer Arbeitsgruppe ist nicht primär die ranghöchste Führungskraft. Personen mit Kompetenz, aber ohne Sonderaufgabe, sollen diese Aufgaben wenn möglich übernehmen, indem sie die methodische (z. B. Moderationstechnik) und strukturelle (z. B. Arbeitszeit) Befähigung dafür erhalten. Im Ergebnis fühlen sich Mitarbeitende ernst genommen und mitverantwortlich. Formate wie CIRS, M&M Konferenzen oder auch klinik- oder abteilungsspezifische Qualitätszirkel sind bereits oft etablierte Formate. Die Art und Weise wie sie stattfinden, kann entsprechend der Magnetkrankenhäuser weiter zielgerichtet entwickelt werden. Daneben sind auch interdisziplinäre Fallbesprechungen oder interdisziplinäre Übergaben wertvolle Formate, in denen eine veränderte Kommunikation durch eine weiterführende verantwortliche Einbindung

von Mitarbeitenden erprobt und umgesetzt werden kann.

3. Exemplarische professionelle Praxis

Auch an dieser Stelle spielen Kennzahlen wieder eine große Rolle. Die positive Entwicklung der Gesamtqualifizierung (Fachkraftquote, Fachweiterbildungsquote, Akademisierungquote) ist relevant. Es wird investiert in Fort- und Weiterbildung/ Fachweiterbildung und Studium, da dies die patientenbezogenen Outcomes verbessert. Eine aktive Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Patientenbefragung und belegte Beispiele für eine Verbesserung der Ergebnisse werden gefordert. Auch hier wird wieder die Einbindung der Mitarbeitenden ohne Führungsverantwortung erwartet. Führungskräfte haben vielmehr die Aufgabe, ihren Mitarbeitenden beim Verständnis und bei der Umsetzung der Maßnahmen unterstützend an der Seite zu stehen. Sie sollen ihre Mitarbeitenden befähigen, eigenständig mitzugestalten (Näheres dazu unter Punkt 5). Die Einhaltung von nationalen gesetzlichen Vorgaben und auch von Standards und Leitlinien der Fachgesellschaften oder anderer anerkannten Stellen sind bindend. Eine weitere spezifische Forderung ist ein sogenannter 'Patientensicherheitsplan'. Dies ist eine Art Gesamtkonzept mit konkreten Maßnahmen und Kennzahlen, die den Sicherheitsstatus und die Strategie des Krankenhauses zur stetigen Verbesserung der Patientensicherheit widerspiegeln.



4. Neues Wissen, Innovation und Verbesserungen

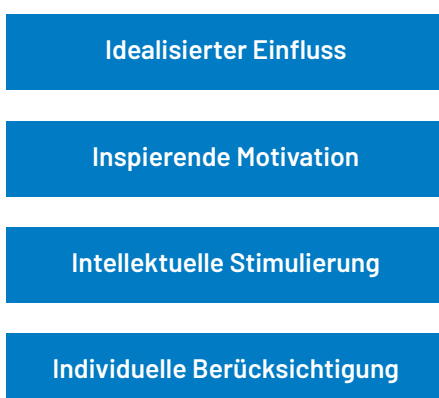
Gemeinsame interprofessionelle Fortbildungen von Medizin, Pflege und Therapie sind genauso selbstverständlich wie spezifische intraprofessionelle Ansätze. Zudem wird die Zeit eingeräumt, dass gut qualifizierte und fachlich versierte Pflegenden im Rahmen von selbst geleiteten Arbeitsgruppen die internen Standards, das klinikeigene Dokumentationssystem usw. eigenständig und orientiert an den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen weiterentwickeln. Es erfolgt ein enger Austausch mit der Wissenschaft, z. B. über Kooperationen mit Universitäten und Hochschule (über die medizinische Fakultät hinaus).

Beispielsweise führt das Uniklinikum Münster ein interprofessionelles Unterrichtskonzept durch. Auszubildende der Pflege und Studierende der Medizin betreuen darin gemeinsam sechs Betten einer chirurgischen Station. Die interprofessionelle Zusammenarbeit und der gegenseitige Respekt sind neben dem rein fachlichen Lerngewinn das Ziel.

5. Transformationale Führung

Aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz zu diesem Thema, enthält das Magnet Konzept den transformationalen Führungsstil als State of the Art. Das ursprüngliche Konzept stammt aus dem Jahr 1985 vom Organisationspsychologen Bernhard M. Bass und wurde von ihm selbst und Bruce J. Avolio 1994 in der Arbeit 'Improving Organizational Effectiveness through Transformational Leadership' weiterentwickelt. Zentraler Baustein sind die 4 I:

Abbildung 2: Die 4 I der Transformationalen Führung (eigene Darstellung in Anlehnung an Heyna & Fittkau)



Idealisierter Einfluss:

Transformational Führende sind in Bezug auf die Werte und Einstellungen der Mitarbeitenden ein persönliches Vorbild. Ihr Verhalten ist modellhaft und dadurch ist es auch glaubwürdig und akzeptiert, dass sie von ihren eigenen Mitarbeitenden gleiches fordern. Eine Führungskraft, die sich vorbildlich und deutlich z. B. an die hygienischen Richtlinien zur Händedesinfektion hält, für die dies also ein hoher Wert ist, wird gleiches von Mitarbeitenden erwarten können.

Inspirierende Motivation:

Dieser Aspekt führt zu einer starken Motivation, zu Stolz in dem Team tätig zu sein und zu einer starken Sinngebung für den Mitarbeitenden. Erreicht wird dies, indem die Führungskraft eine klare Vision von der Zukunft hat. Sie kommuniziert dies, beschreibt wie die Vision erreicht werden kann und äußert Zuversicht und Vertrauen in das Team, dass das Ziel erreicht werden kann.

Intellektuelle Stimulierung:

Problemlösungskompetenz und die Innovation der Mitarbeitenden wird gestärkt, indem Führungskräfte Mitarbeitende einbeziehen, sie aktiv bitten, kritische Fragen zu stellen, Blickwinkel zu verändern, Routinen in Frage zu stellen, Fehler und Beinahe-Fehler zu benennen. Wesentlicher Bestandteil ist hier auch der Umgang mit Fehlern. Die Kommunikation von Fehlern ist geübt und wird auch von Führenden vorgelebt. Sie werden genutzt, um zu analysieren, wie sie ein anderes Mal vermieden werden können. Führungskräfte können mit übereinstimmenden Werten die Sicherheitskultur eines Krankenhauses beeinflussen.

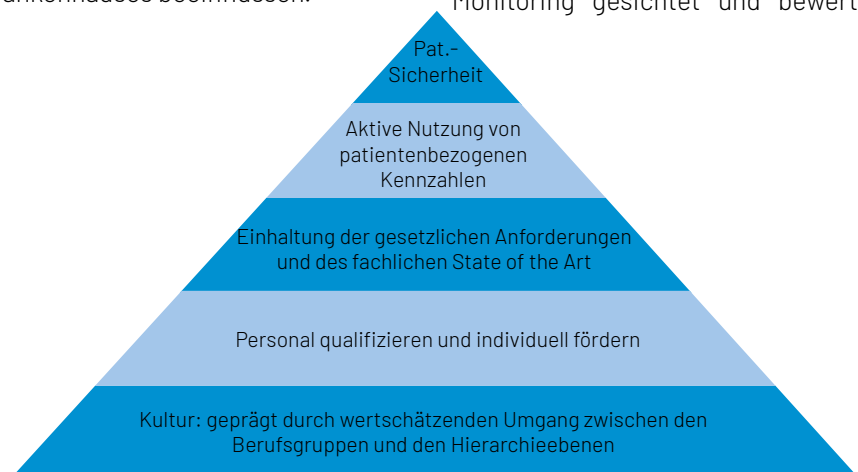
Individuelle Berücksichtigung:

Die Führungskraft geht auf die individuelle Persönlichkeit ihrer Mitarbeitenden ein. Entsprechend jeweiliger Stärken werden gezielt die Kompetenzen weiterentwickelt. Verschiedene Formen der Personalentwicklung werden dazu angewendet. Neben den klassischen Schulungen, sind auch Coachings, Supervisionen, Simulationen und Peer-Feedbacks einsetzbare Verfahren. Förderung und Forderung finden also individuell und nicht per Gießkannenprinzip für alle gleichermaßen statt. Das bedeutet auch, dass die Kommunikation grundsätzlich eher partnerschaftlich und in einer coachenden Haltung durch die Führungskraft erfolgt.

Fazit

Erkennbar ist, dass das Magnet Recognition Program® sich auf einige zentrale Bausteine stützt, die die Patientensicherheit begünstigen. Abbildung 3 zeigt anschaulich, wie auf dem Fundament der Kultur die weiteren Bausteine aufgebaut werden können, um schließlich zu einer Verbesserung der Patientensicherheit auf der Grundlage des Magnet-Ansatzes beizutragen:

Voraussetzung ist eine Kultur, in der sicherheitsrelevante Aspekte gehört werden und jeder dazu in die Lage versetzt wird, daran mit zu wirken. Qualifiziertes Personal kann die fachlichen und gesetzlichen Standards erfüllen. Risikoaudits können einen solchen Prozess unterstützen. Die Ergebnisse zu den relevanten Kennzahlen werden im engmaschigen Monitoring gesichtet und bewertet.



Bausteine der Patientensicherheit anhand des Magnet-Konzepts (eigene Darstellung)

Unter Einbezug der Mitarbeitenden, die die Prozesse kennen, können zielgerichtet Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, um die Ergebnisse der Evaluierung zur Patientensicherheit zu verbessern.

Ausblick

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels scheint das Konzept an dieser Stelle zunächst beinahe absurd. Mit welchem Personal sollen wir das umsetzen?

Die Hans-Böckler-Stiftung hat im Jahr 2022 mit ihrer Studie 'Ich pflege wieder, wenn...' Aufmerksamkeit erregt. Eine ganz wichtige Bedingung

der Befragten für eine Rückkehr in den Beruf war: „Ein wertschätzender und respektvoller Umgang von Vorgesetzten, Kollegialität, sowie Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft“

Um den U-Turn in Bezug auf den Fachkräftemangel zu bewältigen, bedarf es einer Auseinandersetzung mit erfolgreichen Lösungsansätzen, klaren Entscheidungen und auch den Mut, einen Weg, wie ihn das Magnet-Konzept vorgibt, zu gehen. Er ist keine kurzfristige, schnelle, aber eine erfolversprechende mittel- bis langfristige Lösung, die einen Veränderungs- und Weiterentwicklungsprozess erfordert. Vielfältige Einflussfaktoren des Fachkräftemangels, z. B. politischer

Art, kann ein einzelnes Krankenhaus nicht verändern. Eine Entwicklung zu einem attraktiveren Arbeitgeber ist aber anhand von evidenter Konzepten durchaus möglich. Mit dem Magnet-Ansatz ist eine Möglichkeit beschrieben. Davon profitieren sowohl Mitarbeitende wie auch Patienten.



Literatur

Weiter Information dazu unter: <https://www.magnet4europe.eu/>

Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L., & Gámez, G. G. (2020). Original Research: How magnet Hospital status Affects nurses, patients, and Organizations: A Systematic review. *American Journal of Nursing*, 120(7), 28-38. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000681648.48249.16>

Bilgin, N., & Özmen, D. (2022). Mortality in magnet hospitals: A systematic review. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 25(8), 1203. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_183_22

Pflegepersonal im Krankenhaus: Mehr Pflegepersonal erhöht die Versorgungsqualität - Konkrete Vorgaben zum Stellenplan sind erforderlich. (2017). Bertelsmann Stiftung. abgerufen am 14. September 2023, https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Pflegepersonal-KH_dt_final.pdf

Bild: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/program-tools/education/>

Benchmarkinitiative Pflege Konzept 1.0 (1st ed.). (2022). BQS Institut. https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/BI-N-Pflege_Konzept_v1-0_2022-11-02p.pdf

A.N.C.C. (2021). 2023 Magnet Application Manual.

Klein, Bettina; Hamel, Lucas; Peters, Miriam; Meng, Michael: Patientenbezogener Mehrwert des Einsatzes von Pflegefachpersonen mit akademischer Ausbildung: ein Rapid Review. Version 1.0 Bonn, 2022. Online: https://res.bibb.de/vet-repository_780880.

Mehr dazu unter: <https://web.ukm.de/index.php?id=12842>

Heyna, P., & Fittkau, K. (2021). Transformationale Führung kompakt: Genese, Theorie, Empirie, Kritik. Springer Gabler.

Ich pflege wieder, wenn. . ." Neue Studie: Mindestens 300.000 zusätzliche Pflegekräfte durch Wiedereinstieg in Beruf oder aufgestockte Arbeitszeit möglich. (03. Mai 2022). Hans-Böckler-Stiftung. abgerufen am 14. September 2023, https://www.boeckler.de/pdf/pm_fofoe_2022_05_03_final.pdf

Autor des Artikels



Anja Pope

Senior Beraterin bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

STANDARDISIERUNG UND EINFACHHEIT – OFT BELÄCHELT, EXTREM NÜTZLICH

Vera Triphaus



Standardisierung vereinfacht das Leben. So wünschte sich der frühere US-Präsident Barack Obama, nach seiner Amtszeit einen T-Shirt- Laden auf Hawaii zu eröffnen. Dort würde man der Einfachheit halber nur weiße T-Shirts in einer Einheitsgröße kaufen können. Dieser Wunsch des Weltpolitikers lässt darauf schließen, wie herausfordernd und anstrengend komplexe Systeme sind, die verantwortungsvolle Entscheidungen verlangen. In solchen Systemen können leicht Fehler entstehen. Aber nicht nur die Weltpolitik, auch die Organisation eines Krankenhauses ist hochgradig komplex – aus den unterschiedlichsten Gründen. Mit welchen einfachen Maßnahmen die Fehlerquote im System Krankenhaus sehr wirkungsvoll reduziert werden kann, zeigt der folgende Artikel.

System Krankenhaus: Selbst das Einfache ist komplex

Schon die „einfache“ Versorgung eines chirurgischen Patienten ist gekennzeichnet von der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen an vulnerablen Patienten – unter Einsatz technischer Geräte, unter Zeitdruck und Stress. Diese Interdisziplinarität aus Ärzteteam, Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialdiensten und weiteren unterstützenden Berufsgruppen wie Stationsassistenten und Reinigungskräften gilt als ein Erfolgsfaktor für ein optimales Patientenoutcome.

Die Interdisziplinarität ist aber auch ein Risiko für die Patientensicherheit. Denn alle Arbeitsabläufe, Vorgehensweisen und Handlungen müssen allen Beteiligten vermittelt sowie von allen akzeptiert und umgesetzt werden. Dazu müssen diese Prozesse in ihrer Komplexität reduziert werden. Schafft man diese Reduktion, lassen sich Behandlungsergebnisse verbessern und Komplikationsraten reduzieren.

Das Mittel der Wahl: Arbeitsweisen vereinheitlichen

Ein Mittel zur Reduktion von Komplexität ist die Vereinheitlichung von Arbeitsweisen. Diese Vereinheitlichungen, sogenannte Standards, können in unterschiedlichen Bereichen vorgenommen werden, zum Beispiel bei der Auswahl an Implantaten, Medikamenten oder Medizinern. Aber auch diagnostische und therapeutische Prozesse sowie die Kommunikation untereinander können (teil-)standardisiert werden.

In einer Abteilung können dafür die Vorgehensweisen für Routine- und Notfälle in SOPs (Standard Operating Procedures) festgelegt und freigegeben werden. Der Vorteil liegt in der

Verschriftlichung von bereits erfolgreich praktizierten Arbeitsabläufen, die vom einzelnen Teammitglied antizipiert werden und zu einem gemeinsamen Denkmodell führen. Jedes Mitglied übernimmt diese erfolgreichen Arbeitsabläufe und wird dadurch entlastet, weil es nach bewährten Standards vorgehen kann und nicht jedes Mal neu entscheiden muss.

Anforderungen an SOPs: kurz, einfach, praxisnah

Die Erstellung von SOPs und die anschließende Verbreitung und Rezeption im Behandlungsteam braucht erfolgsfördernde Faktoren, ansonsten kann es zu der Situation kommen, dass akribisch erstellte SOPs zwar im Intranet hinterlegt, aber unbekannt sind. Auch findet es sich häufig, dass deren Inhalt deutlich von der praktizierten Realität abweicht.

Zu den erfolgsfördernden Faktoren zählen die Einbindung weiterer Berufsgruppen in die Erstellung einer SOP, die Verwendung von evidenzbasiertem Wissen und die Herstellung eines direkten Bezugs auf die eigene Arbeitssituation. SOPs sollen keine Lehrbücher ersetzen, sondern das Lehrbuchwissen operationalisieren. Sie sollten schnell und einfach konsumiert werden können, beispielsweise in einer Dokumentenlenkungssoftware und in einer übersichtlichen Länge. Ein Standard sollte die W-Fragen übersichtlich beantworten: Wer macht was, wann, mit wem und auf welcher wissenschaftlichen Grundlage?

Für die Freigabe einer SOP kann es mehrere Verantwortliche geben. Eine SOP zum postoperativen Nahrungsaufbau auf der Station hat einen anderen Ersteller- und Adressatenkreis als eine SOP zum interdisziplinären Vorgehen beim akuten Abdomen in der Notaufnahme. Um die Akzeptanz beim Personal zu steigern, ist ein gemeinsames Freigabeverfahren der Abteilungsleitungen zweckmäßig.

Standardisierungen verringern Komplikationsraten und schaffen Vertrauen

Im Hinblick auf die Patientensicherheit ist die Standardisierung von Behandlungsabläufen aus mehreren Gründen sinnvoll. Zum einem weisen erste Ergebnisse darauf hin, dass SOPs zu verringerten Komplikationsraten beitragen und die Behandlungsergebnisse insgesamt verbessern. Zum anderen kann der Patient erwarten, dass die Behandlung seines Krankheitsbildes proaktiv und interdisziplinär durchdacht wurde. Das vermittelt Sicherheit und schafft Vertrauen. Zusätzlich gefördert wird die Vertrauensbildung durch die dadurch möglichen einheitlichen Aussagen des Personals gegenüber dem Patienten.

Aber auch in haftungsrechtlicher Hinsicht ist eine SOP hilfreich. So kann in der Patientendokumentation auf eine SOP verwiesen werden, zum Beispiel bei der Verordnung von Schmerzmitteln oder zur Einhaltung von Hygienestandards. Oder in juristischen Auseinandersetzungen kann das abteilungsinterne übliche Vorgehen daran verdeutlicht werden; eventuelle Zweifel an organisatorischen, therapeutischen oder diagnostischen Standards lassen sich so glaubwürdig entkräften.

Standardisierte Kommunikation: eine unrealistische Idee?

Nicht nur eine reduzierte Komplexität der Behandlungsabläufe führt zu mehr Patientensicherheit, sondern auch ein weiterer wichtiger Faktor: die Kommunikation. Hannawa et al. zeigen anhand von 39 Fallstudien zu Patientenschäden die hohe Bedeutung der Kommunikation für ein positives Patientenoutcome auf. Sie bezeichnen die zwischenmenschliche

Kommunikation als den essenziellen Träger für eine sichere und hochqualifizierte Patientenversorgung. Eine Standardisierung der Kommunikation erscheint auf den ersten Blick für ein Krankenhaus nicht realisierbar. Doch auch in einer Klinik können – analog zur Luftfahrt – sinnvolle Teilstandardisierungen eingeführt werden.

Patientensicherheit: von Piloten und Hotels lernen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt für eine sichere Kommunikation verschiedene

Verfahren, die sich in anderen Bereichen bewährt haben, zum Beispiel das Read-back-Verfahren kombiniert mit dem SBAR-Schema und der Call-out-Methode. Read-back bedeutet: Eine schriftliche oder mündliche Information wird von der Person, die die Anordnung erhalten hat, mündlich wiederholt. Dabei kann überprüft werden, ob das Gesagte richtig verstanden wurde. Dieses Verfahren zur Verbesserung der Kommunikation wird von Piloten oder auch in der freien Wirtschaft genutzt. Wenn beispielsweise ein Zimmer im Hotel telefonisch reserviert wird, notiert sich der Mitarbeitende des Hotels die Kontaktdaten des Kunden

und wiederholt diese, um Zahlendreher oder Missverständnisse zu vermeiden.

Das SBAR-Schema – ursprünglich in der US Navy entwickelt – zielt darauf, eine Information immer nach derselben Struktur und zudem kurz und knapp weiterzugeben. Das „S“ steht für „Situation“, die der Sprecher dem Zuhörer beschreiben soll. Zur Situation gehört der Gesprächsanlass, die Information, um welchen Patienten es geht und in welcher Verfassung sich dieser befindet. Das „B“ steht für „Background“ (Hintergrund). Es werden die anamnestischen Risiken wie Vorerkrankungen oder Allergien und der Grund des aktuellen Krankenhausaufenthaltes genannt. Beim „A“ für „Assessment“ (Einschätzung) bewertet der Sprecher die aktuelle Situation und stellt wichtige Parameter heraus, gegebenenfalls äußert er eine Verdachtsdiagnose. Im letzten Schritt, dem „R“ für „Recommendation“ (Empfehlung) formuliert er seine Erwartungshaltung an den Zuhörer. Das kann die Verordnung eines Medikamentes, eine klinische Untersuchung oder die Hinzuziehung einer weiteren Expertin oder eines Experten sein.

Medikationsanordnung – mündlich, schriftlich, digital

Beispiel: Am späten Abend wird die in der Notfallambulanz stark eingebundene diensthabende Chirugin von der Pflegekraft auf der Station angerufen, die um eine Schmerzmittelverordnung bittet. Nach SBAR-Schema erhält die Chirugin einen Überblick über die Situation des Patienten. Sie erhält Antworten auf die Fragen: Welcher Patient benötigt was und warum. Sie bekommt Informationen zu seinen Vorerkrankungen, Allergien und welche Medikamente bereits verabreicht wurden. Die Pflegekraft schätzt das Ausmaß der Schmerzen ein und empfiehlt ein weiteres Vorgehen. Die Chirugin kann Details nachfragen und eine Anordnung treffen. Bei der Anordnung wiederholt sie gegebenenfalls die Empfehlung der Pflegekraft. Diese wiederholt die Anordnung erneut, sodass bei beiden Klarheit über die Indikation, das Medikament, dessen Dosierung und Applikationsform besteht.

Liegt eine Medikation ausschließlich schriftlich vor, verringert bereits die



sogenannte Call-out-Methode – ebenfalls im Pilotencockpit erprobt – die Fehler. Dabei liest die Pflegekraft die Medikation einfach nur sich selbst laut vor. Diese Methode wurde anfangs gelegentlich belächelt, es ist jedoch erwiesen, dass das laute Sprechen besser davor schützt, Informationen zu überlesen.

Durch Digitalisierung, beispielsweise die Anordnung von Medikamenten in der elektronischen Patientenakte, können manche Kommunikationsfehler von vornherein vermieden werden, aber nicht vollständig. Bei aller Digitalisierung der Prozesse werden im Krankenhaus auch in Zukunft die verschiedenen Akteure persönlich miteinander kommunizieren, allein schon in Notfallsituationen: Dabei müssen alle schnell handeln und miteinander reden, noch bevor sie an die Nutzung einer Software auch nur

denken können. Die Kommunikation wird somit auch in der digitalen Zukunft immer wieder ganz analog erfolgen – und eine Quelle für mögliche Fehler darstellen.

Jedes Teammitglied kann einen aktiven Beitrag leisten

Um die Patientensicherheit zu erhöhen, ist es nötig, die persönliche Kommunikation zu standardisieren. Die Umsetzung der (Teil-)Standardisierung in der täglichen Praxis kann an Widerständen im Behandlungsteam, an der Geringschätzung seiner Bedeutung für die Patientensicherheit oder an mangelnder Integration in den Arbeitsalltag scheitern. Sie muss deshalb gut geplant, begleitet und von den Führungskräften gewollt und eingefordert werden.

Nur dann kann jeder Einzelne durch die Anwendung teilstandardisierter Kommunikation einen aktiven Beitrag zu mehr Patientensicherheit leisten.

Fazit: unschlagbare Vorteile

Standardisierungen in Form von interdisziplinär erstellten und freigegebenen SOPs haben das Potential, die Komplexität im Hochrisikobereich Krankenhaus zu reduzieren.

Eine Standardisierung der zwischenmenschlichen Kommunikation ist möglich und kann ebenfalls Fehler reduzieren.

Standardisierung trägt zur Patientensicherheit und zum Vertrauen bei und unterstützt in juristischen Auseinandersetzungen.

Literatur

www.businessinsider.de/wirtschaft/obama-traeumt-von-einem-eigenen-t-shirt-laden-auf-hawaii-ohne-grosse-verantwortung-2016-7/; Pamela Engel; abgerufen am 15.12.2021.

Gausmann, Henninger, Koppenberg: „Patientensicherheitsmanagement“, 2. Auflage, 2022, Walter de Gruyter GmbH, Berlin, S. 4.

Kahla-Witzsch, Platzer: „Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden.“, 2. Überarbeitete Auflage, 2018, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, S. 134-139.

St. Pierre, Hofinger: „Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin“, 3. Auflage, 2014, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 318-320.

Hannawa, Wu, Juhasz: New Horizons in Patient Safety: Understanding Communication. 2017, Walter de Gruyter GmbH, Berlin, S. 241-243.

WHO: „Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030. Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung – in deutscher Übersetzung“, Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 2.

www.pflegen-online.de/sicher-medikamente-geben-was-piloten-empfehlen; Kirsten Gaede, 2. April 2019; abgerufen am 15. Dezember 2021.

www.aerzteblatt.de/archiv/197286/Kommunikation-Absprachen-klar-strukturieren; Markus Hottel, Dtsch Arztebl 2018; 115(14): A-662 / B-572 / C-572; abgerufen am 15. Dezember 2021.

Autor des Artikels



Vera Triphaus

Senior Beraterin bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

PROZESSOPTIMIERUNG DURCH AGILITÄT IM KRANKENHAUS

Frederik Meilwes



In einer schnelllebigen Welt ist die Fähigkeit, sich kurzfristig und flexibel an Veränderungen anzupassen, existenziell. Globalisierung, Digitalisierung und Technologisierung führen zu einem ständigen Anpassungsdruck auf Unternehmen.

Diese primär aus der freien Wirtschaft stammende Entwicklung nimmt auch zunehmend Einfluss auf das Gesundheitssystem. Ein Krankenhaus muss heutzutage in den Wettbewerb mit anderen Einrichtungen treten und sich stets auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der Medizin, der Pflege, der Technik und neuer gesetzlicher beziehungsweise untergesetzlicher Vorgaben halten. Aufgrund der stetig anspruchsvoller werdenden Behandlungs- und Versorgungsmethoden sowie der immer weiter reduzierten Verweildauer von Patienten verdichten sich die Arbeitsprozesse im Gesundheitssektor fortlaufend. Eine schnelle, qualitativ hochwertige und sichere Versorgung muss trotz zunehmendem Fachkräftemangel und Kostendruck gewährleistet sein.

All dies stellt eine deutliche Herausforderung für Einrichtungen im Gesundheitssystem dar und bedarf neuer Lösungsansätze.

Auch entsprechende Konzepte können Leistungserbringer des Gesundheitssystems in der freien Wirtschaft finden. Erfolgreiche Wirtschaftsunternehmen befassen sich durchgängig mit der Prozessoptimierung und somit der Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit. Neue Prozessgestaltungs- und Organisationsformen wie das „Lean Hospital“ oder das „agile Krankenhaus“ kommen aus dem anglo-amerikanischen Raum nach Europa und finden auch im deutschsprachigen Raum immer mehr Aufmerksamkeit. Derartige Konzepte können der Philosophie und den Arbeitsweisen der Agilität oder beispielsweise dem Design Thinking oder Scrum zugeordnet werden.

Eine Methode des Design Thinkings ist zum Beispiel das Design Thinking Team. Durch ein interprofessionelles Team sollen neue Ideen zur Lösung von Fragestellungen kreiert werden. Im Setting Krankenhaus kann dieses Team das „Case Team“ sein. Bei komplexen Krankheitsbildern wird es anhand bestimmter Kriterien hinzugezogen und übernimmt als interdisziplinäres und interprofessionelles Team die Versorgung des Patienten. Dadurch wird der Patient noch deutlicher in den Fokus einer ganzheitlichen Betrachtung gesetzt und eine optimierte Versorgung eingeleitet.

Vereinfacht ausgedrückt bedeutet Agilität in diesem Zusammenhang: Prozesse und Strukturen beweglich gestalten und innerhalb dieses Rahmenwerks agieren.

Das Krankenhaus: an sich ein agiles System

Gerade das Ökosystem Krankenhaus ist davon geprägt, sich immer wieder an neue und zum Teil unvorhersehbare Situationen anpassen zu müssen. Ein Massenanfall von Verletzten, ein plötzlich neu auftretender Virus oder der nicht zur Verfügung stehende Platz auf der Intensivstation können die alltäglichen Routine-/Standard-Prozesse stören und erfordern ein flexibles Handeln, um ein Zusammenbrechen der Abläufe zu verhindern und den gewünschten Outcome zu gewährleisten.

Durch die Einführung von in der Wirtschaft bewährten Konzepten der Prozessgestaltung und -optimierung, werden ähnliche Ergebnisse im Unternehmen Krankenhaus angestrebt, wie sie auch in Wirtschaftsunternehmen erzielt werden. Solche neuen Konzepte müssen sich jedoch in die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems einfügen. Personalmangel, fehlende monetäre Ressourcen und ein starres, konservatives System mit zahlreichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben erschweren die Nutzung von innovationsorientierten Mindsets.

Das Ökosystem Krankenhaus hat zusätzlich Besonderheiten. Auf

der einen Seite wirken permanent unvorhersehbare Einflüsse ändernd auf das System ein, auf der anderen Seite besteht ein hoher Bedarf an Prozessstabilität und Standardisierung, um eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung gewährleisten zu können. Dies scheint zunächst widersprüchlich: Wie soll ein Prozess stabilisiert und standardisiert werden, wenn gleichzeitig im hohen Maße flexibel auf sich ändernde Gegebenheiten reagiert werden muss? Genau diesen Widerspruch aufzulösen, ist jedoch die Besonderheit und Stärke der Agilität.

Agilität bedeutet nicht, ohne Standards, Regeln und Vorgaben zu handeln. Es bedeutet vielmehr: Derjenige, der agil handelt, weiß, wann und in welcher Art und Weise er von diesen Standards und Vorgaben im begründeten Fall abweichen kann (und muss), um somit auf unvorhersehbare Ereignisse reagieren zu können und innovativ sowie erfolgreich zu sein.

Das Krankenhaus als solches, losgelöst von dem System, in dem es sich befindet, ist ein Paradebeispiel für die Sinnhaftigkeit einer agilen Arbeitsweise. Den Mitarbeitenden mit ihren hohen Fachkompetenzen steht eine unbegrenzte Fülle möglicher Arbeitsprozesse (aufgrund unterschiedlichster Symptom- und Krankheitsbilder) sowie unberechenbarer Situationsveränderungen aufgrund einer dynamischen Patientenbewegung gegenüber. Durch Fachkompetenz und Organisationsvermögen müssen die





Mitarbeitenden in der Lage sein, auf externe Ereignisse, wie zum Beispiel eine Pandemie, zu reagieren und dabei den höchsten Anspruch auf optimale Produktqualität (Patientenversorgung) gerecht zu werden.

Um diese Garantie einzulösen, müssen alle Bereiche miteinander effektiv interagieren. Gerade an den Schnittstellen eines Krankenhauses kann dies jedoch oftmals problematisch werden. Durch „Dorfdenken“ einzelner Fachabteilungen werden interdisziplinäre und interprofessionelle Strukturen ausgebremst. In der Notaufnahme bedarf es zum Beispiel einer optimalen Zusammenarbeit der verschiedensten Bereiche. Zahlreiche Studien belegen, dass im Vergleich zur früher üblichen Notfallversorgung unterteilt nach Fachabteilungen (der internistische oder der chirurgische Notfall) das Outcome eines Patienten besser ist, wenn dieser ganzheitlich in einer zentralen Notaufnahme versorgt wird, statt mit dem eingeschränkten Blick einer einzelnen Fachabteilung betrachtet zu werden. Die Mitarbeitenden befassen sich mit unterschiedlichen Versorgungsspektren und verfallen somit nicht in eine „Fachblindheit“.

Durch eine agile Prägung von Krankenhäusern wird eine Arbeitssituation ermöglicht, die langfristig zu einer Verbesserung des Arbeitsklimas führt, indem die interdisziplinären und interprofessionellen Mauern eingerissen werden. Die Einzelinteressen eines jeden werden hintangestellt. Die optimale Patientenversorgung steht im Fokus. Durch die im agilen System eingesetzten Werkzeuge entwickelt sich außerdem eine Kultur, die einen offenen und transparenten Umgang mit Fehlern und Beinahefehlern lebt und es so ermöglicht, aus diesen zu lernen und sie zukünftig zu vermeiden.

Aus unvorhersehbaren Ereignissen können durch agile Methoden und Instrumente Ereignisse werden, auf die mit einer gewissen Vorausplanung reagiert werden kann. Das hat sich zum Beispiel in den Herausforderungen der Corona-Pandemie gezeigt. Krankenhäuser mussten zusätzlich zu ihrem regulären Versorgungsauftrag auf die besonderen Anforderungen der pandemischen Lage reagieren. Weitere Intensivversorgungsplätze und Isolationsstationen mussten

eingrichtet, Prozesse für die Versorgung von infektiösen und nicht infektiösen Patienten vorbereitet und die Mitarbeitenden auf eine solche Situation hin geschult werden.

Das Gesundheitssystem setzt Grenzen

Genau in solchen Extremsituationen werden neben den Stärken der Agilität aber auch die Grenzen der Umsetzung im Krankenhaussystem sichtbar. Ein Krankenhaus kann eben (leider) nicht losgelöst von dem System gesehen werden, in dem es sich befindet. Agilität ist nur dann sinnvoll, wenn sie angewandt wird, um Prozesse beziehungsweise Arbeitsweisen zu optimieren und nicht um kompensatorisch auf anderweitige Missstände zu reagieren. Agilität ist ursprünglich zur innovativen Fortentwicklung eines Unternehmens und nicht als „Lückenfüller“ gedacht worden.

Deutsche Krankenhäuser leiden seit Jahren unter Personalmangel und Unterfinanzierungen. Einer Veröffentlichung der deutschen Krankenhausgesellschaft von 2019 ist zu entnehmen, dass zu diesem Zeitpunkt ein Investitionsstau von mindestens 30 Milliarden Euro im deutschen Krankenhaussystem vorlag. Hinzu kommt der Fachkräftemangel: Bis 2035 werden rund 307.000 Pflegekräfte in der stationären Versorgung fehlen (Radtko R. (2020) „Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften* in Deutschland bis zum Jahr 2035“). Die zur Verfügung gestellten Finanzmittel reichen oftmals nicht aus, die gesetzlich vorgegebene Struktur der Krankenhausfinanzierung kann aber von den Kliniken auch nicht oder nur kaum durchbrochen

werden. Diese Situation setzt die Krankenhäuser unter einen enormen wirtschaftlichen Druck – wobei das dualistische Finanzierungssystem durch klare Kostenzuweisungen die Gesundheitseinrichtungen auch im wirtschaftlichen Handeln zum Teil wieder beschränkt.

Fazit

Das deutsche Gesundheitssystem stellt mit seinem Finanzierungssystem und seinen Strukturen ein konservatives Konstrukt dar, das nur schwer mit den Veränderungen der Zeit mithalten kann. Einrichtungen wie Krankenhäuser sind gezwungen, neue Wege zu gehen, um sich über den Auftrag als Grund- und Regelversorger hinaus behaupten zu können. Neue Konzepte, Strategien und Denkweisen müssen hierfür herangezogen werden.

Agilität kann je nach Anwendung ein solches Konzept, eine solche Strategie und Denkweise sein. Agilität wird konservative Mauern einreißen und interdisziplinäre und interprofessionelle Strukturen aufbauen. Eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten rückt mehr in den Fokus, und durch moderne Arbeitsweisen erfahren Mitarbeitende eine Wertschätzung und Professionalisierung ihrer Tätigkeiten. Gerade in der heutigen Zeit des Fachkräftemangels suchen sich hoch qualifizierte und innovativ denkende Mitarbeitende Krankenhäuser als Arbeitsplatz aus, in denen sie ihr Fachwissen anwenden und ihren Arbeitsplatz mitgestalten können.

Das deutsche Krankenhaussystem weist aber eine heterogene Struktur auf. Nicht jeder Klinik stehen die gleichen Ressourcen auf personeller oder finanzieller Ebene zur Verfügung.

Deshalb bestehen für die einzelnen Einrichtungen auch nicht die gleichen Möglichkeiten zur Anwendung innovativer Methoden. Denn das Instrumentarium der Agilität ist nicht dazu gedacht, Lecks abzudichten, sondern Innovationen zu ermöglichen.

Die Kluft zwischen „innovativen“ und „konservativen“ Einrichtungen nimmt somit stetig zu. Letztlich wird es im Laufe der Zeit zu einer „darwinistischen Auslese“ im Krankenhausmarkt kommen. Krankenhäuser, die es nicht schaffen (können), moderne Unternehmenskonzepte und -strukturen zu implementieren, werden nach und nach aus den bestehenden Strukturen „wegbrechen“. Nur durch eine generelle Umstrukturierung des Gesundheitssystems von einer eher reaktiven hin zu einer prospektiven Struktur wird es möglich sein, eine solche Entwicklung zu unterbinden.



Autor des Artikels



Frederik Meilwes

Leiter operatives Geschäft bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

„FLIRTING WITH THE MARGIN“ ÜBER DIE SICHERHEIT IN DYNAMISCHEN, KOMPLEXEN SYSTEMEN

Michael Schrewe



Wie entstehen Patientenschäden und wie können diese verhindert werden? Wie kann Sicherheit auch in komplexen Systemen mit hoher Dynamik erreicht werden? Welchen Einfluss haben die Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems hierbei und wie können diese bei der Sicherheitsausgestaltung berücksichtigt werden? Seit 40 Jahren beschäftigt sich die Sicherheits- und Unfallforschung mit diesen Fragen. Eine hieraus entwickelte Theorie, die aber im deutschsprachigen Raum nur geringen Bekanntheitsgrad erlangt hat, ist das „dynamische Sicherheitsmodell“.

Das Modell wurde erstmals 1997 von dem dänischen Sicherheitsforscher Jens Rasmussen publiziert. Im Jahr 2005 hat er seine Theorie gemeinsam mit dem Healthcare-Safety-Experten und Anästhesisten Richard Cook konkret auf die Patientenversorgung und Patientensicherheit angewendet. Im weiteren Verlauf sollen die Überlegungen von Rasmussen und Cook vorgestellt werden.¹

Menschliches Verhalten in Systemen

Das menschliche Verhalten in Arbeitssystemen ist grundsätzlich abhängig von den Zielen, die erreicht und den Zwängen, die beachtet werden müssen. Der Aktionsraum der Akteure ist zwar durch Vorgaben und Einschränkungen administrativer, funktionaler oder sicherheitsrelevanter Art begrenzt, gleichzeitig bestehen jedoch auch (unterschiedlich große) Freiheitsgrade.

Dieser Spielraum wird abhängig von den persönlichen Präferenzen ausgefüllt und ausgestaltet. Leistungsbereitschaft, Erfolgs- und Ergebnisorientierung, Regeleinhaltung, Risikofreude etc. des Einzelnen entfalten darauf Einfluss.

Typischerweise sind die Arbeitssumfelder nicht statisch, die Bedingungen ändern sich vielmehr permanent und situativ. Die Akteure reagieren darauf, indem sie ihre Strategie der Arbeitsleistung modifizieren und ihre Tätigkeiten flexibel an die Bedingungen anpassen.

Dynamik und Komplexität von Systemen

Das Arbeitsumfeld Krankenhaus zeichnet sich durch eine besonders hohe Dynamik aus. Das Patientenaufkommen ist nur begrenzt planbar, die Notfallversorgung führt zu zusätzlicher arbeits- und zeitintensiver Diagnostik und Behandlung. Behandlungsverläufe entwickeln sich nicht wie erwartet, und es entstehen Komplikationen durch Begleiterkrankungen oder Infektionen – um nur einige Aspekte zu nennen.

Insbesondere durch externe Rahmenbedingungen wie Kostendruck und Fachkräftemangel, aber auch durch standortbezogene Bedingungen wie baulich-räumliche Einschränkungen, ist eine fortwährende Optimierung der Leistungen und der Leistungserbringung erforderlich. Das Management eines Krankenhauses zielt darauf ab, die Ineffizienzen in der Organisation durch Leistungsplanung, Erlöscontrolling, IT-Einsatz etc. immer weiter zu verringern. Nebenwirkung hiervon ist, dass mit zunehmender Optimierung die Puffer kleiner werden, die zwischen den einzelnen Arbeitsbereichen in der Klinik liegen. Aktivitäten und Bedingungen in einem Arbeitsbereich können so unmittelbar Auswirkungen auf andere Bereiche haben.

Bestes und auch von den Autoren verwendetes Beispiel dafür ist die Bettenbelegung eines Krankenhauses. Eine hohe Auslastung der Intensivstation kann zu Einschränkungen im OP-Programm und einem Rückstau kritisch kranker Patienten in der Notaufnahme oder dem Aufwachraum führen. Die Organisationstheorie bezeichnet diesen Zusammenhang als „enge Kopplung“ von (Teil-)Systemen.

Anpassung von Systemen

Systeme zeichnen sich jedoch nicht nur dadurch aus, dass sie unter Umständen komplex sind. Ein anderes Merkmal ist ihre Anpassungsfähigkeit. Der Begriff Anpassung meint in diesem Zusammenhang ein reagierendes/reaktives Verhalten auf Einflüsse und nicht Veränderung im Sinne des Change Managements.

Reaktive Systemanpassungen können absichtlich und geplant herbeigeführt werden und hierbei unter Umständen einen Zeithorizont von Jahren oder Jahrzehnten haben. Systemanpassungen können aber auch ungeplant sein und lokal stattfinden. In diesem Fall können sie sich innerhalb von Minuten oder Sekunden vollziehen. In jeder Organisation laufen somit eine Vielzahl an Systemanpassungen simultan ab, die jeweils ihren eigenen Zeithorizont haben.

Geht es um die Zuverlässigkeit von Systemen, sind Anpassungen mit kurzem Zeithorizont von besonderer Bedeutung. Es sind die kurzfristigen Anpassungen und das situative Verhalten eines Akteurs oder eines größeren Teils des Systems, die darüber entscheiden, ob ein angestrebtes Sicherheitsniveau gehalten werden kann oder unterschritten wird; ob ein System scheitert oder nicht.

Das dynamische Sicherheitsmodell

Nach dem dynamischen Sicherheitsmodell hat jede Organisation einen Aktionsraum, in dem sie agiert. Dieser Aktionsraum ist typischerweise nicht frei, sondern von Bedingungen abhängig: Wirtschaftlichkeit, Arbeitsbelastung und Leistung. Diese Bedingungen umgeben den Aktionsraum vollständig und bilden seine definierten Grenzen. Jeder Routinebetrieb erfolgt innerhalb dieser drei Grenzen. Die erste dieser Trennlinien ist die des wirtschaftlichen Scheiterns. Das Überschreiten dieser Marke aus dem Aktionsraum heraus hat den Konkurs und die Geschäftsaufgabe zur Folge. Das Management ist daher bestrebt, eine Organisation weit weg von dieser Grenze und die Effizienz hochzuhalten.

Eine nicht akzeptable Arbeitsbelastung markiert die zweite Grenze des Aktionsraums. Diese Grenze wird erreicht, wenn das System durch Überlastung und Überforderung der Mitarbeitenden kollabiert und die Ausfälle nicht mehr kompensiert werden können.

Die dritte und letzte Grenze ist die der nicht akzeptablen Leistung – also die Unterschreitung des von der Organisation angestrebten Leistungsniveaus.

Im Spannungsfeld dieser Grenzen bewegt sich der Betriebspunkt, der anzeigt, wo sich das System innerhalb des Aktionsraums im jeweiligen Moment befindet. Dieser Betriebspunkt ist ständig in Bewegung, da sich das System permanent an Situationen anpasst und auf veränderte Bedingungen reagiert. Ein stabiler Betrieb ist dadurch

¹ Auf eine streng wissenschaftliche Zitation wird hier verzichtet; sowohl die Beschreibung des Modells als auch die Herleitung sind weitgehend den in den Literaturhinweisen genannten englischsprachigen Veröffentlichungen entnommen.

gekennzeichnet, dass die Bewegungen des Betriebspunktes klein sind und seine Position somit innerhalb des Aktionsraums in einem konstanten Bereich bleibt.

Änderungen der Gradienten wie erhöhter wirtschaftlicher Druck oder eine Erhöhung des Arbeitsanfalls führen zu einer Verschiebung des Betriebspunktes in Richtung der Grenze der nicht akzeptablen Leistung, das Risiko eines „Unfalls“ steigt hierdurch – in Gesundheitseinrichtungen werten wir hier primär die Patientenschädigung als Unfall, andere Branchen haben andere Definitionen für dieses Wort.

Das Problem hierbei ist, dass die Lage der Grenze der nicht akzeptablen Leistung in der Praxis ungewiss ist. Die Grenze kann zwar verbal in der Organisation definiert werden, die Spanne kann hier von „keine Todesfälle durch Never Events“ über „maximal alle zwei Wochen ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis“ bis hin zu der unrealistischen Vorgabe „null Fehler“ reichen, aber die Definition gibt keinen Aufschluss über die genaue Lage der Grenze. Eindeutige Informationen zur Lage sind häufig nur über Unfälle selbst zu erhalten, die es hoffentlich aber nur in kleiner Anzahl gibt.

Die Margin

Die Bestrebungen der Organisation, den Betriebspunkt von der (unbekannten) Grenze der nicht akzeptablen Leistung fernzuhalten, führt so gleichermaßen unweigerlich wie unbewusst dazu, dass eine eigene Leistungsgrenze definiert wird – die Grenze zu einem Sicherheitsbereich, in der das Unfallrisiko als niedrig und akzeptabel angesehen wird, solange der Betriebspunkt diese Zone nicht überschreitet. Die Grenze dieser Spanne oder Marge wird treffend mit dem Anglizismus „Margin“ bezeichnet. Diese Grenze wird durch eigene Festlegungen bestimmt, also durch den selbstdefinierten Standard einer klinischen Abteilung und die Vorgaben des Qualitäts- und Risikomanagements.

Neben dem Problem der unbekanntenen Lage der Grenze kommt ein weiteres Hindernis hinzu: Auch die aktuelle Position des Betriebspunktes und seine Bewegungs-Dynamik stehen

Entscheidern und Handelnden nicht transparent vor Augen. Dies kann zu einem ungewollten Überschreiten der Margin-Grenze führen. In dem Moment, in dem die Grenzübertretung offensichtlich wird, ist die Organisation bemüht, den Betriebspunkt schnell wieder in den Aktionsraum zu verschieben. Vorfälle in diesem Sicherheits-Grenzbereich sind im Gesundheitswesen als „kritische Ereignisse“ oder „Beinahe-Schäden“ bekannt.

Die Lage der Margin-Grenze ist, wie bereits ausgeführt, von der Organisation definiert und durch personelle, organisatorische und technische Vorgaben und Ressourcen gesteuert. Infolge eines Unfalls werden typischerweise diese Rahmenbedingungen betrachtet und Maßnahmen ergriffen, um eine Wiederholung auszuschließen. Nach dem Motto „Safety first“ wird ein Bündel von Sicherheitsaktivitäten initiiert, die Sicherheitsmaßnahmen werden neu definiert, die wirtschaftlichen Belange rücken in diesem Moment in den Hintergrund. Es wird alles unternommen, um den Betriebspunkt wieder weit in den sicheren Aktionsbereich zu schieben.

Flirting with the Margin

Die Rahmenbedingungen des Systems ändern sich durch einen Unfall jedoch im Regelfall nicht, Arbeitsaufkommen und ökonomischer Zwang bleiben, trotz aller Sicherheitsbemühungen, unverändert. Die zunächst hohe Sensibilität für Fehler und Abweichungen und die Betroffenheit über das Ereignis verlieren sich im Zeitverlauf etwas. Neue Mitarbeitende, unvorbelastet und ohne die prägende Schadenerfahrung, kommen ins Team und bringen eine andere Sichtweise mit. Außerdem werden die Herausforderungen des Arbeitsalltags dazu führen, dass punktuell die Margin-Grenze wieder überschritten wird. Vielleicht kamen infolge des Unfalls auch neue Regeln hinzu, die nur schwer in allen Situationen einzuhalten sind. Die externen Rahmenbedingungen ermutigen möglicherweise auch dazu, quasi „testhalber“ gegen die Regeln zu verstoßen und den Betriebspunkt absichtlich für eine kurze Zeit über die Grenze hinaus zu verschieben – Cook und Rasmussen bezeichnen dies als

„Flirting with the margin“. Denn es gibt ja eventuell die Erfahrung, dass die Arbeit auch mit Verletzung der Margin-Grenze sicher funktioniert, dass im Bereich der Margin noch Potential steckt, ein effektiveres Arbeiten möglich wäre und die Grenze also zu konservativ gesetzt ist. Warum also den Grenzstein nicht wieder etwas weiter nach außen verschieben?

Die Soziologin Diane Vaughan hat für dieses Verhaltensmuster im Zusammenhang mit dem Unglück der Raumfähre „Challenger“ den Ausdruck „Normalisierung der Abweichung“ verwendet. Das Ergebnis eines solchen Anpassungsprozesses kann sein, dass in der Organisation eine neue Margin-Grenze definiert wird, die hinter dem Sicherheitsniveau der ursprünglichen Margin-Grenze zurückbleibt und sich wieder stärker der nicht akzeptablen Leistung annähert.

Konsequenzen und Handlungsansätze

Die Wahrscheinlichkeit von Unfällen ist nach diesem Modell davon abhängig, wie weit der Betriebspunkt von der Grenze der nicht akzeptablen Leistung entfernt ist und wie weit und schnell sich der Betriebspunkt bewegen kann. Für das Verständnis von Sicherheit ist hiernach entscheidend:



die Beschreibung der Lage des Betriebspunktes



der Abstand des Betriebspunktes von der Margin-Grenze



die Lage der Grenze zur nicht akzeptablen Leistung im Verhältnis zur Margin-Grenze



die Dynamik der möglichen Bewegungen des Betriebspunktes

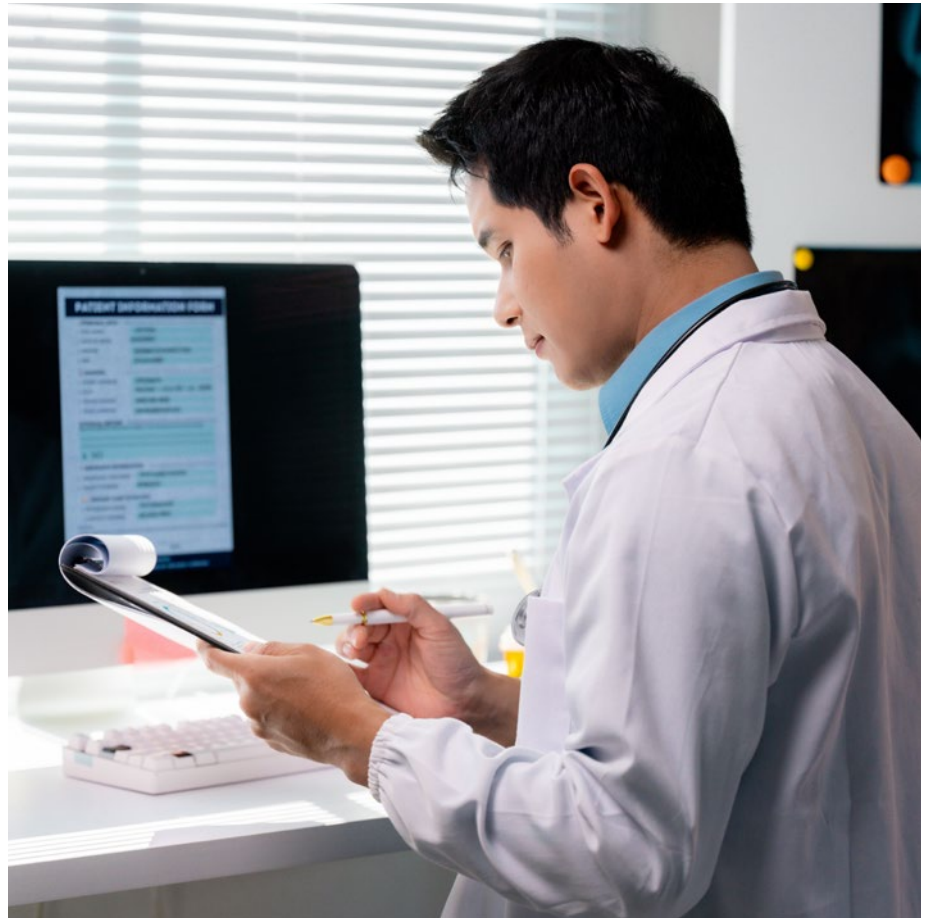
Nach Auffassung der Autoren sind diese Einflussgrößen noch zu wenig Bestandteil der Sicherheitsforschung und -praxis. Die derzeitigen Bemühungen fokussieren sich fast ausschließlich darauf, die Margin-Grenze nach innen bzw. die Grenze der nicht akzeptablen Leistung nach außen zu verschieben. Die beiden Einflussfaktoren Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbelastung stehen auch im Blickfeld, sind allerdings bei den bestehenden Rahmenbedingungen auf der Ebene der Organisation nur wenig zu beeinflussen.

Es sind somit weitere Forschungen notwendig, bei denen wieder einmal die sogenannten High Reliability Organizations (HRO, Hochzuverlässigkeitsorganisationen) als Referenz dienen müssen. Eine HRO zeichnet sich eben genau dadurch aus, dass der Betriebspunkt bekannt ist und Konsens über seine Lage im Aktionsraum besteht. Da auch die Margin-Grenze bekannt ist, kann eine HRO immer nahe dieser Grenze operieren und hierdurch Distanz zur Grenze der nicht akzeptablen Leistung halten. Durch diese Hochzuverlässigkeit entsteht die Sicherheit, die HROs auszeichnet und per Definition ausmacht.

Das Modell, welches hier immer das System als Ganzes betrachtet, kann

auch auf einen Leistungsbereich, ein Team oder die eigene Person herunterreduziert werden. Wie ist Ihr aktueller Betriebspunkt? Arbeiten Sie nah an einer der Grenzen oder flirten Sie gar mit der Margin?

Insofern ist das Modell gut zur Visualisierung der Zusammenhänge von Zuverlässigkeit und Fehlerentstehung sowie zur Sensibilisierung für Sicherheitsgrenzen und menschliches Verhalten geeignet.



Literatur

Rasmussen, Jens (1997): Risk management in a dynamic society: A modelling problem. Safety Science Vol. 27, Nr. 2-3, S. 183-213; URL: <http://sunnyday.mit.edu/16.863/rasmussen-safetyscience.pdf> (27.06.22).

Cook, Richard und Rasmussen, Jens (2005): „Going solid“: a model of system dynamics and consequences for patient safety. Qual Saf Health Care. Vol. 14(2). S. 130-134; URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743994/pdf/v014p00130.pdf> (27.06.22).

Vaughan, Diane (1986): The Challenger launch decision: risky technology, culture, and deviance at NASA. Chicago: The University of Chicago Press.

Autor des Artikels



Michael Schrewe

Senior Berater bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

EARLY WARNING SCORES RETTEN LEBEN

Martin Meilwes



Die zentrale Aufgabe aller in der Patientenversorgung Tätigen besteht darin, Krankheiten zu heilen und Leiden zu lindern. Genauso wesentlich ist das Anliegen, akute, vital bedrohende Verschlechterungen des Patientenzustandes frühzeitig wahrzunehmen und ihnen effektiv und rechtzeitig entgegenzuwirken, sodass eine unmittelbare Lebensbedrohung vermieden und das eigentliche Therapieziel erreicht wird.

Dies hat mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum dazu geführt, dass entsprechend der Empfehlungen des European Reanimation Council (ERC) aus dem Jahr 2015 in Krankenhäusern die klassischen „Reanimationsteams“ durch „Medical Emergency Teams“ ersetzt werden, die bereits bei einer akuten Verschlechterung des Patientenzustandes alarmiert werden. Durch diese frühzeitige Intervention kann eine Verlegung in den Intensivbereich oder gar eine Reanimation in vielen Fällen vermieden werden.

In der Übersetzung des Deutschen Wiederbelebungsrates der 2015er ERC-Richtlinien zur Reanimation finden sich in der Empfehlung zu medizinischen Notfallteams deutliche Verweise auf das Thema „Frühwarnsysteme“. Dort heißt es:

„Medizinische Notfallteams (MET) für Erwachsene

Wenn man die Überlebenskette des Kreislaufstillstands betrachtet, steht am Anfang die Früherkennung des zunehmend kritisch kranken Patienten und das Verhindern des Kreislaufstillstands. Wir empfehlen die Einführung eines MET, da damit niedrigere Zahlen von Atem-Kreislauf-Stillstand sowie höhere Überlebensraten verbunden sind. Das MET ist Teil eines Rapid-Response-Systems (RRS), das Mitarbeiterschulungen über die Sym-

tome der Patient-enverschlechterung, angemessenes und regelmäßiges Erheben der Vitalfunktionen der Patienten, klare Handlungsanweisungen (beispielsweise durch Alarmierungskriterien oder ein Frühwarnsystem) zur Unterstützung des Personals in der Früherkennung von sich verschlechternden Patienten, klare einheitliche Alarmierungswege für weitere Unterstützung und eine klinische Antwort auf solche Alarmierungen beinhaltet.“

Trotz der mittlerweile zunehmenden Umstellung der innerklinischen Notfallteams von primären „Reanimationsteams“ zu „medizinischen Notfallteams“ im Sinne eines MET besteht immer noch das Problem der Definition einer frühzeitigen „Alarmierungsschwelle“ zur vorausschauenden Detektion einer unter Umständen nicht sofort wahrgenommenen oder „schleichenden“ Verschlechterung des Patientenzustandes. Die hierzu erforderliche konsequente und systematische Umsetzung einer kriterienorientierten Krankenbeobachtung scheitert in vielen Krankenhäusern in den peripher-stationären Bereichen einerseits an der hierfür notwendigen angemessenen und qualifizierten personellen Ausstattung (insbesondere des Pflegedienstes) und andererseits an der konsequenten und systematischen Nutzung geeigneter Frühwarnsysteme.

Zwar werden beispielsweise in vielen operativen stationären Bereichen zur

Überwachung von frisch operierten Patienten zeitweise sogenannte „Überwachungsblätter“ eingesetzt, auf denen Vitalparameter wie Puls, Blutdruck, Temperatur, gegebenenfalls Sauerstoffsättigung und Flüssigkeitsbilanz/Ausscheidung erfasst werden. Eine definierten Werten folgende Einschätzung des Patientenzustandes mit festgelegten Handlungsvorgaben für das hieraus resultierende Vorgehen gibt es häufig aber nicht. Die routinemäßige Nutzung von Early Warning Scores (EWS), die beispielsweise in den USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Großbritannien schon eine lange Tradition haben, steckt in deutschen Kliniken häufig noch in den Kinderschuhen.

Schulung des Personals besonders wichtig

In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte die protektive Wirkung solcher kriterienorientierter Frühwarnsysteme nachgewiesen werden, sodass beispielsweise bereits seit 2011 im National Health Service in Großbritannien der „Modified Early Warning Score“ (MEWS) beziehungsweise der National Early Warning Score (NEWS) verpflichtend eingesetzt werden.

Der Modified Early Warning Score (MEWS) beruht auf den folgenden Parametern und deren Grenzwerten.

Die Stiftung Patientensicherheit aus der Schweiz kommt in ihren

Scores	3	2	1	0	1	2	3
Atemfrequenz		<= 8		9-16	17-20	21-29	>= 30
Herzfrequenz				51-100	101-110	111-129	>= 130
O2-Sättigung				>= 94%	90-93%	85-89%	<= 84%
Systolischer Blutdruck	<= 70	71-80	81-100	101-199		>= 200	
Vigilanz			Verwirrtheit	Klarheit (wach)	Ansprache	Schmerzreaktion	Keine Reaktion
Temperatur		<= 35°	35.1-36°	36.1-37.5°	37.6-38.1°	>= 38.2°	
Urin				Keine Bedenken	21-35	1-20	Null

Quelle: Adult Modified Early Warning Score (MEWS) Policy and Escalation Pathway V 3.0 (übersetzt aus dem englischsprachigen Original),
Quelle: „Empfehlungen zur Einführung und zum Betreiben eines Frühwarnsystems zur Detektion sich unbemerkt verschlechternder erwachsener Patienten“, Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2018.

„Empfehlungen zur Einführung und zum Betreiben eines Frühwarnsystems zur Detektion sich unbemerkt verschlechternder erwachsener Patienten“ aus dem Jahr 2018 zu der Forderung, dass die Einführung eines Frühwarnsystems, wie zum Beispiel des „MEWS“, mit der Analyse und Adaptation der innerklinischen Strukturen und Prozesse verbunden sein muss. Dabei muss besonderer Wert auf die Schulung und Begleitung des Personals bei der Einführung gelegt werden.

Zwar gehen die Empfehlung von einer Nutzung eines Early Warning Systems bei allen erwachsenen Patienten aus, doch bietet es sich in der Praxis möglicherweise eher an, ein Frühwarnsystem in einem ersten Schritt in besonderen Überwachungsbereichen (IMC- und Wachstationen) oder in spezifischen Hochrisikodisziplinen einzuführen.

Die systematische Erfassung der zu überwachenden Vitalparameter erzeugt zweifellos einen erhöhten Zeit- bzw. Arbeitsaufwand insbesondere für das Pflegepersonal, der bei der Einführung zu berücksichtigen ist.

Dem steht aber der Gewinn an unmittelbarer Patientensicherheit und die Reduktion des Aufwandes bei zu spät

erkannten Verschlechterungen des Patientenzustandes entgegen. Die Abwägung spricht für die strukturierte und zeitnahe Einführung eines solchen Frühwarnsystems.

*Die dipl. Pflegefachperson hat die Kompetenz, die Monitoring-Frequenz in Abhängigkeit von der klin. Situation des Patienten zu erhöhen. Bei klinischer Verschlechterung oder bei Bedenken kann die dipl. Pflegefachperson jederzeit Maßnahmen unabhängig vom Score einleiten.

Potenziale der Digitalisierung nutzen

Zur Reduzierung des personellen Aufwandes kann die Einführung geeigneter elektronischer Patientenakten und die Koppelung technischer Messsysteme mit der patientenbezogenen Dokumentation beitragen. Damit ergibt sich gegebenenfalls auch die Möglichkeit, elektronische Entscheidungsunterstützungssysteme zu nutzen, die aus den erhobenen Parametern automatisiert den patientenspezifischen Score ermitteln und eine gezielte Reaktion vorschlagen beziehungsweise selbst initiieren – zum Beispiel die Alarmierung des Medical Emergency Teams.

Auch wenn hier die Möglichkeiten der Digitalisierung noch einige Entwicklungen erwarten lassen und einzelne Hersteller von klinischen Patientenüberwachungssystemen Early Warning Scores bereits in ihre Software integrieren, so gehören in ein medizinisches Frühwarnsystem unbedingt auch ergänzend die Intuition und das „Bauchgefühl“ des erfahrenen Personals. Diese Faktoren müssen jederzeit Berücksichtigung finden, auch wenn die erhobenen Einzelparameter gegebenenfalls im ersten Moment unauffällig wirken.

Fazit

Studien zeigen, dass durch die systematische Nutzung von validierten Frühwarnsystemen bei allen Patienten und durch den Einsatz von medizinischen Notfallteams (MET) die Anzahl der Reanimationen und der Notfallverlegungen in die Intensivmedizin signifikant reduziert werden kann. Wir sollten deshalb unsere Bemühungen vorantreiben, die Voraussetzungen für den durchgängigen Einsatz solcher Frühwarnsysteme zu schaffen und unsere Versorgungsstrukturen in der innerklinischen Notfallversorgung entsprechend adaptieren.

Score MEWS				
Scores	0	1-3	4-5	= 6
Klinisches Risiko		Niedrig	Mittel	Hoch
Monitoring	< = 24 h*	3 x tägl.*	4 x tägl*	< = 30 Min.
Reaktionen				
Reaktionen		Beurteilung des Patienten durch dipl. Pflegefachperson und	Dipl. Pflegeperson informiert sofort den Dienstarzt	Dipl. Pflegeperson informiert sofort den Dienstarzt
		Entscheidung, ob Monitoring-Frequenz weiter wie bisher reduziert	Dringende Beurteilung des Patienten durch den Dienstarzt	Dienstarzt entscheidet, ob Kaderarzt informiert werden muss
		Information durch dipl. Pflegeperson an Dienstarzt und ggf. Maßnahmen		sofortige Beurteilung des Patienten durch Dienstarzt und ggf. Kaderarzt
Zeitspanne bis zur Patientenbeurteilung durch den Arzt			Innerhalb 30 Min.	sofort

Quelle: Empfehlungen zur Einführung und zum Betreiben eines Frühwarnsystems zur Detektion sich unbemerkt verschlechternder erwachsener Patienten, Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2018.



Literatur

Deutscher Rat für Wiederbelebung. Reanimation 2015 – Leitlinien kompakt. Ulm. 2015; 303.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Care of deteriorating patients. Edinburgh: SIGN; 2014.

Gao H, McDonnell A, Harrison DA et al. Systematic review and evaluation of physiological track and trigger warning systems for identifying at-risk patients on the ward. Intensive Care Med. 2007; 33: 667-79.

Mathukia C, Fan W, Vadyak K et al. Modified early warning system improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives. 2015; 5: 26716.

Hammond NE, Spooner AJ, Barnett AG et al. The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on the adequacy of vital sign documentation. Australian Critical Care. 2013; 26: 18-22.

Royal College of Physicians: National Early Warning Score (NEWS). Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. London, RCP. 2012.

Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Empfehlungen zur Einführung und zum Betreiben eines Frühwarnsystems zur Detektion sich unbemerkt verschlechternder erwachsener Patienten. Zürich. 2018.

Autor des Artikels



Martin Meilwes

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

MORBIDITÄTS- UND MORTALITÄTSKONFERENZEN ZUR FÖRDERUNG DER SICHERHEITSKULTUR

Vera Triphaus



Morbiditäts- und Mortalitäts-konferenzen (MMK) finden seit Beginn des 20. Jahrhunderts statt. Der Anteil an MMK in Allgemeinkrankhäusern ist in den letzten acht Jahren deutlich gestiegen.¹

¹ Aktuelle Ergebnisse der „KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021-22“ zeigen, dass der Anteil von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in Allgemeinkrankhäusern von 2015 auf 2022 zugenommen hat, von etwa 85 Prozent auf ca. 93 Prozent.

Das liegt zum einen daran, dass in der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ (QM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2016 die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, kurz MMK, im Teil B § 1 Satz 6 QM-RL beispielhaft als Instrument des klinischen Risikomanagements aufgeführt werden, zu dessen Einführung die stationären Einrichtungen verpflichtet sind. Auch Ärztekammern und das Aktionsbündnis für Patientensicherheit empfehlen die Durchführung von MMKs. Zum anderen ist der Nachweis von MMKs zur Erlangung ausgewählter Zertifikate wie OnkoZert erforderlich.

Der Stellenwert der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen liegt in ihrem Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität begründet. In einer MMK werden Behandlungsverläufe reflektiert, sodass mögliche Abweichungen von etablierten Handlungsroutinen auffallen. Diese werden interdisziplinär besprochen, mit dem Ziel, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung abzuleiten. Damit wird die MMK zum Spiegelbild der gelebten Sicherheitskultur und zu einem Instrument des individuellen und organisationalen Lernens.

MMK-Leitfäden und ihre Durchdringung in der Praxis

Im deutschsprachigen Raum liegen verschiedene Leitfäden zur Methodik von MMKs vor, zum Beispiel von der Bundesärztekammer in Deutschland oder der Stiftung Patientensicherheit in der Schweiz. Mit Blick auf die Durchführung von MMKs fällt allerdings auf, dass knapp ein Viertel der MMKs ohne Struktur erfolgen, einige Gesundheitsunternehmen kein einheitliches Konzept haben und nur in etwa zwei Drittel der Fälle ein berufsgruppenübergreifender Ansatz gewählt wird. Damit stellt sich die Frage nach der Qualität. Wenn MMKs allein dazu dienen, formale Anforderungen zu erfüllen, sind sie kein Ausdruck einer selbstkritischen und förderlichen Patientensicherheitskultur. Ihre Wirkung in dieser Hinsicht verpufft. Umso wichtiger ist die Rolle der

Führungskräfte bei der Ausgestaltung und Umsetzung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen.

Die Rolle der Führungskraft

Führungskräfte können aktiv Einfluss auf die Struktur einer MMK und darüber hinaus auf die Sicherheitskultur ihrer Abteilung nehmen und sie in ihrem Sinne weiterentwickeln. Folgende Fragestellungen helfen, eine MMK so zu strukturieren, dass sie ihr Ziel erfüllt, das individuelle und organisationale Lernen zu verbessern und damit auch die Patientensicherheit zu fördern.

1. Kommt es während einer MMK zu einem offenen Dialog der Anwesenden oder ist die Beteiligung gering und ein kontroverser Austausch entsteht nicht?

Im zweiten Fall könnten die Teilnehmenden Angst vor Restriktionen haben. Hier ist es Aufgabe der Führungskraft, ein Klima des offenen Dialogs zu schaffen, damit möglichst viele Mitarbeitende bereit sind, ihre Gedanken mit den Kolleginnen und Kollegen zu teilen. Denn nur so werden verschiedene Perspektiven reflektiert, die letzten Endes zu einer Optimierung der Behandlung beitragen können.

2. Sind die Anwesenden bereit, mögliche Ursachen für den Outcome der Patientin bzw. des Patienten auch in der Organisation des Behandlungsablaufs zu sehen und zu diskutieren oder wird sich allein auf die medizinische Versorgung beschränkt?

Daran lässt sich erkennen, welches Verständnis die Mitarbeitenden von Fehlerentstehung in der Medizin haben. Die Mehrheit der Fehler in der Patientenversorgung basiert nicht auf fachlichen Mängeln, sondern auf Kommunikations- und Organisationsproblemen. Die Führungskraft sollte immer wieder

auch dahingehende Fragen stellen, zumal die Organisation der Abteilung in ihrem Verantwortungsbereich liegt.

3. Möglicherweise werden Konflikte zwischen Berufsgruppen oder einzelnen Akteuren erkennbar. Können die Konfliktparteien konstruktiv zusammenarbeiten oder blockiert der Konflikt die weitere Zusammenarbeit und kann damit ursächlich für Patientenschäden werden?

Hier kann die Führungskraft möglichen Handlungsbedarf ableiten. Fachliche Kontroversen kann die Führungskraft in einer MMK durch die Erläuterung des aus ihrer Sicht besten Vorgehens lösen. Dadurch setzt sie den Mitarbeitenden einen Interpretationsspielraum, wie in solchen Fällen zu verfahren ist. Konflikte, die auf der Beziehungsebene liegen, können in einer MMK nicht geklärt werden. Treten sie zu Tage, sollte die Führungskraft prüfen, ob Handlungsbedarf besteht, der dann anderweitig realisiert wird.

4. Stellt sich heraus, dass Vorgaben bzw. definierte Behandlungsprozesse nicht eingehalten werden?

Die Führungskraft kann am dargestellten medizinischen Behandlungsverlauf erkennen, ob die von ihr gemachten Vorgaben von den Mitarbeitenden umgesetzt werden. Dies gibt Auskunft über deren Compliance und den Durchdringungsgrad in der Praxis. Sollten Vorgaben nicht eingehalten werden, ist zu eruieren, ob es sich um eine einmalige Abweichung oder um eine nicht erfüllbare Vorgabe handelt und Anpassungen erforderlich sind. Deren Evaluierung kann ebenfalls im Rahmen der MMK erfolgen.



5. Nimmt die Führungskraft an der MMK konzentriert und aktiv teil oder lässt sie sich durch nicht dringliche Telefonate ablenken, kommt zu spät und geht vor dem Ende?

Die Mitarbeitenden können am Verhalten der Führungskraft erkennen, welche Bedeutung die MMK für ihre Führungskraft und in ihrer Abteilung hat. Die Führungskraft ist Vorbild. Ihr Verhalten ahmen die Mitarbeitenden nach. Mitarbeitende kommen ebenfalls zu spät und/oder gehen eher, telefonieren o. ä. Durch diese Störungen ist ein konstruktiver Dialog nicht möglich. Im Ergebnis finden MMKs zwar der Form halber statt, können aber nicht zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen.

6. Wie ist mit Fehlern der Mitarbeitenden umzugehen?

Bei der Bewertung des medizinischen Vorgehens und der Organisation der Behandlung können Fehler des Einzelnen erkannt werden. Wie die Führungskraft damit umgeht, wird von den Mitarbeitenden genauestens registriert. Hier kann die Führungskraft durch ihr Verhalten die Sicherheitskultur in der Abteilung aktiv beeinflussen. Die Mitarbeitenden erfahren, ob es bei einem Fehler zu einer Bloßstellung oder harten, verbalen Formulierungen kommt und ziehen daraus ihre Schlüsse. Im schlimmsten Fall lernen die Teilnehmenden, Fehler zu verschweigen, wenn sie passieren. Das Lernen aus Fehlern wird damit deutlich eingeschränkt. Auch die gegenteilige Reaktion der Führungskraft ist für eine Sicherheitskultur im Sinne der Patientensicherheit nicht sinnvoll. Scheint der Führungskraft der gemachte Fehler bedeutungslos, nehmen die Teilnehmenden mit, dass das eigene Handeln keine Konsequenzen hat. Die Führungskraft prägt den Umgang mit Fehlern in ihrer Organisationseinheit und die Teilnehmenden lernen daraus.

7. Findet ein interdisziplinärer Austausch statt?

Für die Patientensicherheit ist die reibungslose interdisziplinäre Zusammenarbeit von großer und oftmals entscheidender Bedeutung. Von daher sollten MMKs immer interdisziplinär durchgeführt werden. Innerhalb einer Abteilung ist die Anwesenheit der ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen sinnvoll. In ausgewählten Fällen sollten die an der Behandlung involvierten Berufsgruppen ebenfalls einbezogen werden. Eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz ist ein Instrument des individuellen und organisationalen Lernens. Eine Organisationseinheit kann dann lernen, wenn alle an ihr beteiligten Berufsgruppen vertreten sind. Die Mitarbeitenden erkennen am Miteinander der Führungskräfte, wie die Kommunikation und der Grad der Kooperation zwischen den Abteilungen gestaltet ist. Im besten Fall ist diese so konstruktiv, dass ein niedrigschwelliges Hinzuziehen konfliktfrei erfolgt.

Tipps zur Gestaltung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen im Klinikalltag

In Zeiten von Personal- und Fachkräftemangel, Krankenhausreformplänen und desolater wirtschaftlicher Lage vieler Kliniken scheint die Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen nebensächlich zu sein. Hinzu kommt, dass die vorhandenen Leitfäden zwar sehr gut den Ablauf und die Methodik beschreiben, deren Übertragung in die Praxis in Anbetracht der fehlenden personellen, zeitlichen und wirtschaftlichen Ressourcen allerdings visionär und nur wenig realistisch klingt. Auf deren Durchführung zu verzichten, wäre jedoch gleichbedeutend mit einem Verzicht auf individuelles und organisationales Lernen, Förderung der Patientensicherheit und letztendlich der Mitarbeiterführung. Ist eine Abteilung wegen fehlender Ressourcen gezwungen, MMKs möglichst zeit- und

kostensparend umzusetzen, braucht es eine praktikable und systematische Vorgehensweise. Diese könnte wie folgt gestaltet sein:

Vorbereitung

Innerhalb der Abteilung sind Kriterien festgelegt, welche Fälle für eine MMK in Frage kommen. Ob ein Fall den Kriterien entspricht, kann in den Frühbesprechungen diskutiert werden. Innerhalb eines definierten Zeitraums, zum Beispiel drei Monate, werden die Fallnummern im Sekretariat gesammelt. Der Chefarzt und/oder der leitende Oberarzt wählen in Vorbereitung einer MMK drei Fälle aus. Diese werden von verschiedenen Mitarbeitenden inhaltlich aufbereitet. Zur Vereinfachung wird ein Foliensatz zur Verfügung gestellt, in dem der Behandlungsverlauf eingesetzt wird. Dieser orientiert sich an einem der verfügbaren Leitfäden. Der Teilnehmerkreis wird unter Nennung von Zeitpunkt und Ort eingeladen.

Durchführung

Es wird eine Teilnahmeliste geführt. Darauf ist auch der Hinweis auf die Vertraulichkeit der MMK enthalten. Zwingend sollte ein Moderator bestimmt werden, der nicht am Behandlungsverlauf beteiligt war und nicht die Führungskraft selbst ist. Der Schwerpunkt der MMK ist die konstruktive Diskussion – im Sinne einer Ursachenforschung. Die unterschiedlichen beruflichen Perspektiven auf das Geschehen sollten erläutert werden.

Nachbearbeitung

Falls Maßnahmen abgeleitet werden, sind diese in einem Ergebnisprotokoll festzuhalten. Das kann bereits während der MMK am PC in einer Vorlage erfolgen. Nach Abschluss der MMK wird das Ergebnisprotokoll an die Abteilungsleitung zur Freigabe geschickt. Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement erhält eine Kopie zur Veröffentlichung im Intranet und Maßnahmenachverfolgung.



Literatur

Qualitätsmanagement-Richtlinie. Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser – QM-RL

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2309/QM-RL_2020-09-17_iK-2020-12-09.pdf, zuletzt eingesehen am 16.06.2023.

KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021-22, Download der Ergebnisse Bericht 1: Ergebnisse der Befragung zur Implementierung des klinischen Risikomanagements, Download Bericht 2: Vergleich der Befragungsergebnisse zwischen 2010, 2015 und 2022

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2023/01/KHaSiMiR_Abschlussbericht_Teil-II.pdf, zuletzt eingesehen am 16.06.2023.

Schrappe, M. (2018). APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin (1st ed.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3. Auflage). Springer: Berlin/Heidelberg

Autor des Artikels

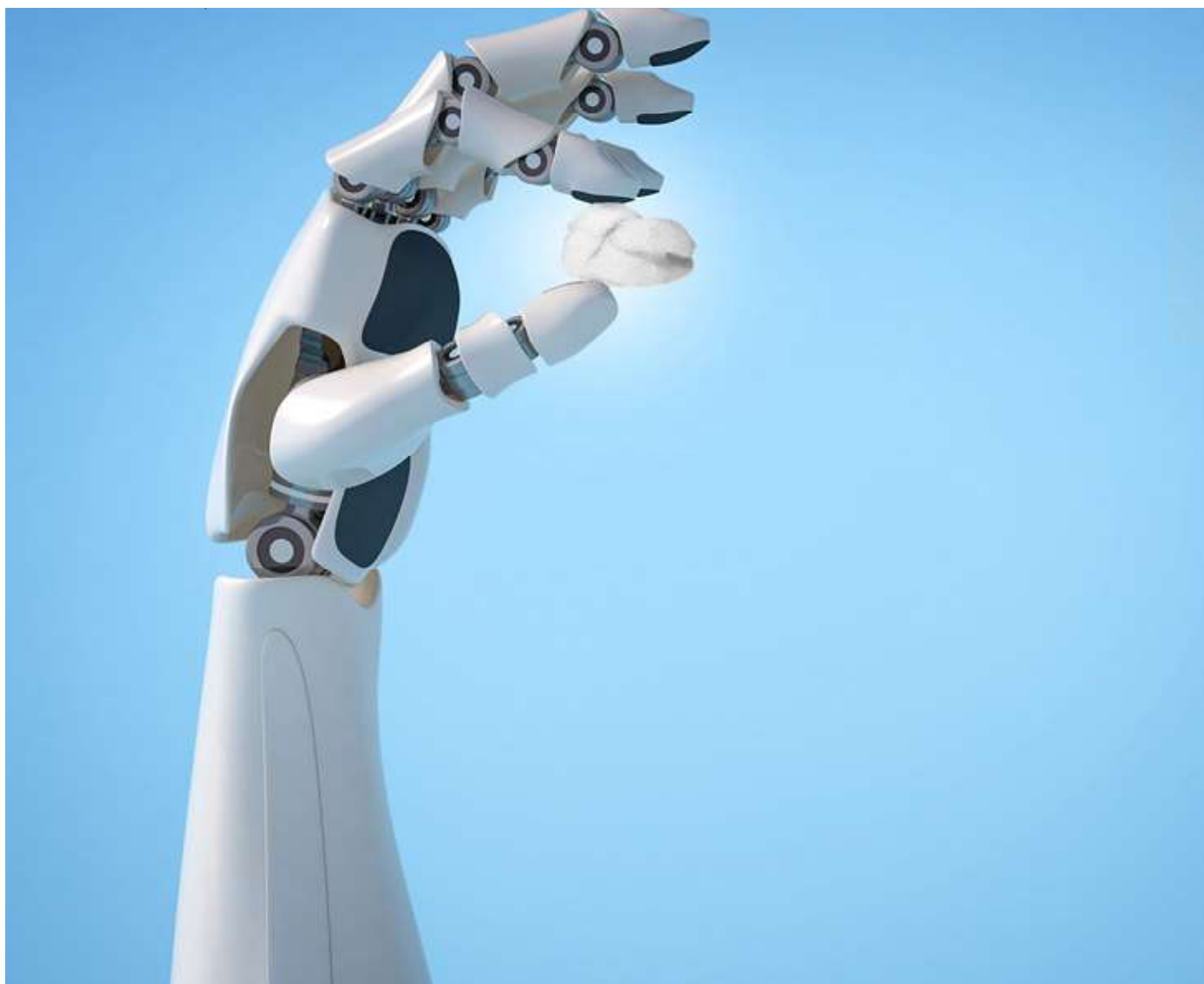


Vera Triphaus

Senior Beraterin bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

WENN DER ROBOTER DEN TUPFER REICHT: DAS POTENZIAL DER ROBOTIK IM GESUNDHEITSWESEN

Sabine Kraft



Führungskräfte in Krankenhäusern spielen eine entscheidende Rolle im Risikomanagement, da sie maßgeblich zur Schaffung einer Sicherheitskultur beitragen. Ihr Wirken und Handeln hat nicht nur direkte Auswirkungen auf Mitarbeitende, sondern auch auf die Etablierung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen, die sich auf die Patientensicherheit auswirken.

Gibt man folgende Suchanfrage: „OPs wegen Personalmangel verschoben“ in eine beliebige Suchmaschine ein, erscheint eine Vielzahl von Beiträgen aus zahlreichen Kliniken, großen Universitätskliniken und auch kleinen Krankenhäusern in Deutschland und dem europäischen Ausland. Eine ebenso große Anzahl erhält die Leserin oder der Leser bei der Suchanfrage: „Medizinische Abteilungen und Stationen wegen Personalmangel geschlossen“.

Eine langfristige Möglichkeit, dem Problem des Personalmangels in Krankenhäusern zu begegnen, ist der unterstützende Einsatz von Robotik. Insbesondere bei repetitiven Aufgaben kann auf diese technischen Hilfen zurückgegriffen werden. Alle Anwendungen, die einen niedrigen Autonomiegrad erfordern, können theoretisch von einem Roboter übernommen werden. Klar ist aber auch: **Assistenzroboter können medizinisches Personal nicht vollständig ersetzen.**

Vielmehr stellen diese eine Erweiterung der Fähigkeiten von Operateuren dar. Deshalb wird neben der Werkzeugentwicklung ein immer stärkerer Fokus auf die Verbesserung der Mensch-Maschine-Schnittstelle gesetzt.

Bei einem Einsatz im Operationssaal stehen die Robotik-Systeme unter der direkten Kontrolle eines Operateurs und unterstützen diesen, daher der korrekte Name „Roboterassistierte Chirurgie“. Der größte Teil der Operation wird nach wie vor manuell durchgeführt:

Einrichten der Technik – Platzieren/
Kalibrieren/Registrieren der Geräte

Schaffung des Zugangs zum
Operationsgebiet (Situs)

Überwachung des Ablaufs und
Ausführung von Roboteraktionen

Abschließen der Operation
(z. B. Zunähen des Patienten)

Einsatz der Technik

In den 1980er-Jahren kamen die ersten medizinischen Roboter auf den Markt, die im chirurgischen Bereich mithilfe von Roboterarmen assistieren konnten. Die Roboterarme dieser Systeme sind mit **verschiedenen Instrumenten ausgestattet** und werden vom Operateur über eine Schnittstelle gesteuert.

Mittlerweile werden Roboter nicht nur im Operationssaal eingesetzt, sondern auch vermehrt in klinischen Umgebungen, um das Personal im Krankenhaus zu unterstützen und zu entlasten. Einige Unternehmen bieten für die Entwicklung von medizinischen Robotern ein vielfältiges Technikportfolio, das chirurgische Assistenz-, modulare und autonome mobile Roboter umfasst.

Roboter können zum Beispiel im medizinischen Bereich die Versorgung und Desinfektion des Verbrauchmaterials optimieren und ermöglichen den medizinischen Fachkräften, sich vermehrt auf die Behandlung, Betreuung und Pflege der Patienten zu konzentrieren. Die Verbesserung der Arbeitsabläufe und die Risikominderung durch die medizinische Robotik bieten Vorteile in vielen klinischen Bereichen. So können Roboter beispielsweise Patientenzimmer eigenständig säubern und vorbereiten, sodass persönliche Kontakte auf Stationen für Infektionskrankheiten minimiert werden und dadurch wertvolle Zeit für andere Aufgaben gewonnen werden kann. Jeder Mitarbeitende auf einer Station für Infektionserkrankungen weiß schließlich, wie zeitaufwändig das An- und Ablegen der Schutzbekleidung ist.

Roboter mit KI-fähiger Arzneierkennungssoftware reduzieren die Zeit in den Krankenhausapotheken, die benötigt wird, um Medikamente zu identifizieren, zuzuordnen und an Patienten in Krankenhäusern zu verteilen. Das pharmazeutische Fachpersonal hat somit wieder mehr zeitliche Ressourcen für die therapeutische Beratung und Unterstützung des medizinischen Personals. Leider sind diese Unit-Dose-Systeme

noch nicht flächendeckend in den Krankenhausapotheken im Einsatz, was möglicherweise durch die Nutzung der EPA (elektronische Patientenakte) ermöglicht und beschleunigt wird. Derzeit nutzen nur große Kliniken und Klinikverbünde die Unterstützung durch die Unit-Dose-Systeme.

Das Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum hat zum Beispiel ein solches Unit-Dose-System im Einsatz. Für die Patienten wird in einem Flyer alles Wissenswerte zusammengefasst und unter anderem die Handhabung der Dosierungsbeutel erläutert:

Dank fortschreitender technologischer Entwicklung werden Roboter zunehmend autonom agieren und bestimmte Aufgaben schließlich vollständig selbst ausführen können. So haben Ärzte, Pflegekräfte und anderes medizinisches Fachpersonal mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung. Robotik und Künstliche Intelligenz bieten dabei ein enormes Potenzial.

Menschliche Kompetenzen wie Intuition, Kreativität, Empathie und Zuwendung können sie nicht ersetzen, aber als wichtige Erfolgsfaktoren in die Entwicklung sinnvoller Werkzeuge eingebunden werden. Ihr Einsatz kann überdies die Gesundheit der Patienten sowie der Gesundheitsfachkräfte verbessern, indem körperlich schwere Hebe- und Tragearbeiten übernommen werden oder KI-gesteuerte Pflegebetten bei Bedarf entlastende Liegepositionen für die gefährdeten Patienten vorschlagen und durchführen, um schmerzhaftes Druckgeschwüre zu vermeiden. Zusätzlich kann der Personalmangel zum Beispiel durch Serviceroboter oder sprachgesteuerte Pflege- und medizinische Dokumentation abgemildert werden.

Ein Forschungsprojekt der Forschungsgruppe MITI (Minimal-invasive Interdisziplinäre Therapeutische Intervention), das sich mit dem Einsatz eines autonom fahrenden Serviceroboters im OP beschäftigt, wird gerade beendet. Der Name „Aurora“ steht dabei für „autonavigierende robotische Operationsassistentz“. Der Roboter übernimmt Tätigkeiten der

unsterilen Assistenz, dem sogenannten „OP-Springer“. „Aurora“ erledigt das Holen von steril verpackten Bedarfsgütern Lager, öffnet benötigte Materialien und reicht sie dem Operateur an. Durch diese technische Unterstützung lassen sich fehlende personelle Ressourcen im OP optimieren.

Ein ähnliches Forschungsprojekt mit dem Namen Sasha-OR (**Situation Aware Sterile Handling Arm for the OR**) ist im Oktober 2021 gestartet und soll im September 2024 enden. Die Aufgabe des Roboters wird von Lars Wagner von der Forschungsgruppe MITI so beschrieben: „Aufgabe des Roboters ist es, im sicherheitskritischen, sterilen OP-Bereich Instrumente und Sterilgut zum richtigen Zeitpunkt anzureichen und wieder entgegenzunehmen.“ Auch dies stellt einen Beitrag zum besseren Einsatz von gut ausgebildeten OP-Pflegekräften und OTAs dar.

Die Unterstützung, die „Roboter-Chirurgen“ leisten können, beginnt bei ganz einfachen Dingen. So können sie zum Beispiel während minimal-invasiver Eingriffe zum Einsatz kommen. Bei diesen Eingriffen muss immer ein zweiter Arzt das Endoskop halten. Das kann ein Assistenz-Roboter auch und sogar noch besser. Denn schließlich hält dieser das Endoskop ohne Zittern, wird dabei noch nicht einmal müde und muss nicht abgelöst werden. Die so gewonnene Personal- und Zeitressource kann ein hochqualifizierter Mensch im Krankenhaus für andere Aufgaben nutzen, beispielsweise bei einer weiteren Operation oder bei der Behandlung eines anderen Patienten auf der Intensivstation.

Damit ist das Entscheidende auch schon gesagt: OP-Roboter werden zu unverzichtbaren Assistenten. Es ist jedoch noch nicht denkbar, dass das medizinische Personal nur noch die OP-Diagnose stellt, den Patienten zum geplanten operativen Eingriff aufklärt, sein Einverständnis einholt und ihn auf die Operation (OP) vorbereitet, die Narkose vornimmt und ein Roboter den „Rest“ – also den operativen Eingriff – erledigt. Zu viele individuelle Entscheidungen müssen während einer OP getroffen werden. Zudem lässt sich jahrelange ärztliche und pflegerische Erfahrung nicht einfach in

eine Programmiersprache übersetzen, um dann die „stählernen Kollegen“ damit zu füttern. Auf längere Sicht soll der Einsatz von Robotern in der Chirurgie die Qualität einer Operation ähnlich zur produktiven Industrie sichern. Der Ablauf einer Operation (häufig durch Bildgebung unterstützt) wird als Workflow bezeichnet. Dieser kann durchgehend protokolliert und dokumentiert werden, um einen Qualitätszyklus aufzubauen, der hin zur evidenzbasierten Chirurgie führt.

Weitere mögliche Einsatzfelder für Robotersysteme im Krankenhaus

Robotische Assistenzsysteme bieten das Potenzial, das Personal innerhalb und außerhalb des OP sowohl zeitlich als auch körperlich zu entlasten und somit dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Der Robotereinsatz verbessert die Arbeitsbedingungen und schafft eine kontinuierliche, gute Versorgungsqualität. Roboter werden weder müde noch krank und unterliegen dadurch keinen Leistungsschwankungen. Sie können nur aus technischen Gründen ausfallen, beispielsweise wenn die Energiequelle fehlt.

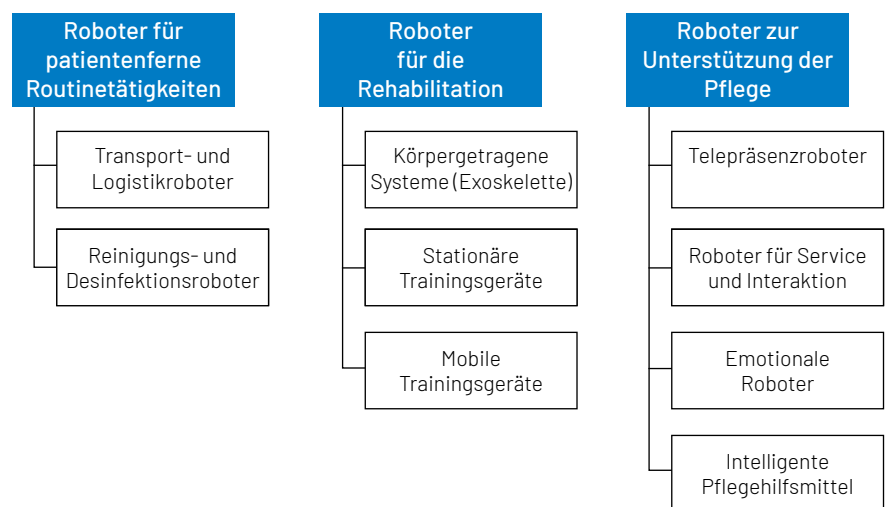
Allerdings muss vor dem Einsatz eines Robotersystems die Haftungsfrage

bei einer Verletzung eines Patienten geklärt werden. Ein Hinweis auf den Einsatz der OP-Roboter sowie die Einwilligung des Patienten muss im Rahmen des Aufklärungs- und Einwilligungsgesprächs vor dem operativen Eingriff, mit ausreichend Zeit zum Überlegen, erfolgen. Vor der Anschaffung des robotischen OP-Systems muss der technische Support und der Ersatz bei einem Ausfall vertraglich geregelt werden. Dazu sind verschiedene Ausfallszenarien durchzuplanen.

Mobile Roboter können auch fern von kranken oder pflegebedürftigen Personen Aufgaben im Warentransport und in der Reinigung übernehmen, sodass qualifiziertes Pflegepersonal von diesen Routinetätigkeiten entlastet wird. Ferner können Roboter das medizinische Personal bei der Rehabilitation sowie bei der täglichen Versorgung der Patienten auf der Station unterstützen, wie in der folgenden Darstellung aufgeführt ist.

Die smarten Helfer leisten somit einen erheblichen Beitrag, um dem Personalmangel in der Pflege und Medizin entgegenzuwirken. Sie sind in der Lage, die Folgen des demografischen Wandels abzuschwächen.

Vertrauen wir auf die Zukunft und sind gespannt, welche Potenziale die Technik haben wird!



Quelle: <https://www.springermedizin.de/robotik-im-krankenhaus/25804928#:~:text=Das%20Kapitel%20stellt%20diese%20Einsatzfelder,Technik%20sowie%20ausgew%C3%A4hlte%20Forschungst%C3%A4tigkeiten%20benannt.>



Literatur

Oswald, J., Neumeyer, H., Visarius, M. (2023). Rahmenbedingungen und Herausforderungen im Personalmanagement. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2023. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8_6

Quelle: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_6Krankenhausreport 2023

https://www.planet-wissen.de/technik/computer_und_roboter/roboter_mechanische_helfer/pwieroboterimoperationssaal100.html

https://www.kkbochum.de/de/Patienten_Besucher/Downloadbereich/_doc/FL_Apotheke_Unit-Dose.pdf „Wenn der Roboter die Medikamente stellt“ - Höhere Patientensicherheit durch automatisierte Medikamentenversorgung.

<https://www.springermedizin.de/robotik-im->

<https://www.zukunftstechnologien.info/life-sciences/roboter-im-op/> Fachzeitschrift Life Sciences: Zukunftstechnologie Medizintechnik: „Roboter im OP“.

https://www.kkbochum.de/de/Patienten_Besucher/Downloadbereich/_doc/FL_Apotheke_Unit-Dose.pdf: „Wenn der Roboter die Medikamente stellt“ - Höhere Patientensicherheit durch automatisierte Medikamentenversorgung.

Oswald, J., Neumeyer, H., Visarius, M. (2023). Rahmenbedingungen und Herausforderungen im Personalmanagement. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2023. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8_6

Quelle: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_6Krankenhausreport 2023

<https://www.vdi-nachrichten.com/technik/gesundheit/wenn-der-roboter-dem-arzt-den-tupfer-reicht/> (25.08.2023)

https://www.planet-wissen.de/technik/computer_und_roboter/roboter_mechanische_helfer/pwieroboterimoperationssaal100.html

Autor des Artikels



Sabine Kraft

Senior Beraterin bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

VERWECHSLUNG VON GEWEBEBEPROBEN

Klaus Vonderhagen



Geschätzte 250.000 Proben von medizinischen Untersuchungsmaterialien werden täglich in Deutschland versandt: zwischen medizinischen Einrichtungen unterschiedlicher Art, auf verschiedene Weise und über unterschiedliche Transportwege. Dabei durchläuft das (verpackte) Untersuchungsmaterial viele Stationen und geht durch viele Hände. Das Risiko für Fehler steigt mit jeder Station.

Überall, wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Geht es aber um das Leben und die Gesundheit anderer, sollte das Risiko für Fehler von vornherein so klein wie möglich gehalten werden. Das gilt besonders für die Arbeit im Krankenhaus, in der Praxis sowie in der Pathologie, damit es nicht wie in dem nachfolgenden Fall zu einer folgenschweren Verwechslung einer Gewebeprobe kommt.

Der Schadenfall

Der Patient stellt sich mit einem Rezidiv einer Urachusfistel im Krankenhaus vor. Die dort entnommene Gewebeprobe wird zur feingeweblichen Untersuchung an die Pathologie eines auswärtigen Krankenhauses versendet.

Das Ergebnis der Untersuchung ist die Diagnose eines manifestierten papillären Karzinoms. Die Pathologen des auswärtigen Krankenhauses ziehen jedoch gleichzeitig in Betracht, dass es sich um verschlepptes Gewebematerial handeln könnte, also Gewebe, das nicht zum Patienten gehört, ein sogenannter „Schwimmer“.

Das behandelnde Krankenhaus teilt dem Patienten die Diagnose jedoch als endgültig mit. Es rät zu einer Zystoskopie mit anschließender Blasenresektion.

Nach einer weiteren MRT-Untersuchung in einem dritten Krankenhaus wird der Patient operiert.

Nach der Operation teilt die Pathologie in einem Bericht mit, dass die seinerzeitige Gewebeprobe nicht von dem Patienten stamme und somit die Operation nicht erforderlich gewesen sei.

Mögliche Fehlerstellen

Auf Anhieb wird deutlich, dass es hier vier „Stellen“ gibt, an denen Fehler unterlaufen können:

1. im Krankenhaus bei der Zuordnung des entnommenen Gewebes,
2. im Krankenhaus beim Versenden der Proben,
3. in der Pathologie bei der Entgegennahme des Gewebematerials,
4. in der Pathologie bei der eigentlichen Untersuchung/Prüfung.

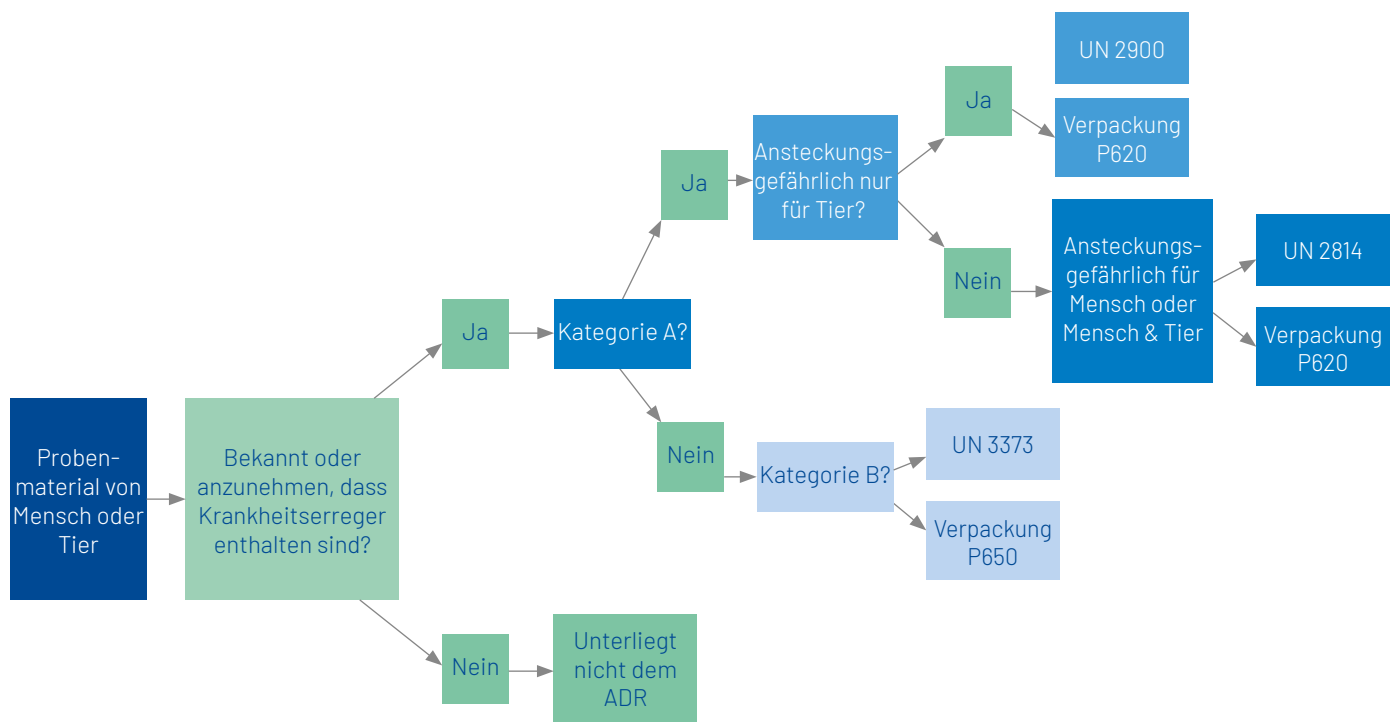
Sachgerechte Klassifizierung

Um mit einer Gewebeprobe fehlerfrei zu verfahren, ist die sachgerechte Klassifizierung des Gewebes der grundlegende Schritt. Das klassifizierte Gewebe wird einer UN-Nummer

zugeordnet, nach der sich die Wahl der Verpackung richtet. Diese UN-Nummer bestimmt alle weiteren beim Transport einzuhaltenden Vorschriften.

Infektionserregersowie die Materialien, in denen sie enthalten sind, werden vereinfachend in die gefahrgutrechtlichen Kategorien A und B eingeteilt. Die Kategorisierung erfolgt aufgrund ihres Gefährdungspotenzials, das im Wesentlichen auf ihrer Pathogenität und Infektiosität beruht.

Zur Kategorie B gehören Patient-entproben mit Verdacht auf Erreger vergleichsweise weniger gefährlicher Infektionskrankheiten. Sie sind als UN-Nummer 3373 „Biologischer Stoff, Kategorie B“ zu klassifizieren und sind nach der Verpackungsanweisung P 650 zu verpacken, also in einem transparenten Patientenprobenbeutel. Die gewissenhafte Einhaltung dieser Anweisung stellt diese Proben von den übrigen Anforderungen des europäischen Gefahrgutabkommens ADR¹ frei; dazu gehören zum Beispiel Anforderungen an die Ausbildung der Fahrer und die Ausrüstung der Transportfahrzeuge. Zu den Proben, die in diese Kategorie B einzuordnen sind, zählt insbesondere das hier behandelte Biopsiematerial zur Feststellung einer Krebserkrankung.



Kennzeichnungs-, Verpackungs- und Beförderungsrichtlinien für den Transport von Gewebeproben nach ADR; Quelle: Robert-Koch-Institut www.rki.de/DE/Content/Infekt/Biosicherheit/Probentransport/Probentransport_inhalt.html

Richtige Verpackung

Die Verwendung des Patientenprobenbeutels transparent UN 3373 hat den Vorteil, dass die Sendungsverfolgung beim Probentransport leicht möglich ist. Denn zum einen sind die Beutel fortlaufend nummeriert, zum anderen haben sie einen Barcode. Zusätzlich kann auf der Rückseite der Sicherheitstasche eine Dokumententasche zur Aufnahme von Begleitpapieren oder Laborkarten aufgesetzt werden.

Die „Regelungen für die Beförderung von gefährlichen Stoffen und Gegenständen – Brief National“, die seit dem 1. Juli 2010 gelten, legen fest, dass freigestellte medizinische Proben in starrer oder flexibler Außenverpackung (Versandhülle) als Großbrief, Maxibrief oder als Päckchen befördert werden dürfen. Sie müssen allerdings als „Freigestellte medizinische

Probe“ gekennzeichnet und in einer Dreifach-Verpackung nach Absatz 2.2.62.1.5.6. ADR verpackt sein. Eine Dreifach-Verpackung umfasst ein wasserdichtes Primärgefäß (zum Beispiel Monovette, Schraubröhrchen), eine wasserdichte Sekundärverpackung und eine ausreichend feste Außenverpackung (mindestens 100 mal 100 Millimeter). Grundsätzlich müssen medizinische Untersuchungsmaterialien so verpackt sein, dass sie allen üblicherweise beim Transport auftretenden Belastungen standhalten und jegliches Freisetzen des Inhalts verhindern.

Maßnahmen zur Sicherung der Abläufe

Seitens des OPs oder der Funktionsabteilung ist eine Prozessbeschreibung „Versorgung von Gewebeproben“ zu

erstellen, um Fehler im Umgang mit Gewebeproben schon im Vorfeld zu eliminieren.

Im Rahmen dieser Prozessbeschreibung müssen folgende Punkte berücksichtigt werden:

1. eindeutige Identifikation des Patienten und der Gewebeprobe,
2. Beschriftung der Probe unter Angabe des OP-Gebiets (Herkunft der Probe),
3. ausreichende Angaben auf dem Histologiebegleitschein,
4. Verpackung und Transport der Gewebeprobe nach UN 3373 an das zuständige Labor,
5. Rücklauf des schriftlichen Befundes.



Autor des Artikels



Klaus Vonderhagen

Senior Berater bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

GEWALTPRÄVENTION IN NOTAUFNAHMEN

Michael Schrewe



Ob Belästigungen am Arbeitsplatz, sexuelle Übergriffe im Freibad, Hassparolen in sozialen Medien oder Gewalt unter Jugendlichen in Schulen – es vergeht kaum ein Tag ohne entsprechende Berichterstattungen. Allgemeiner Tenor ist, dass Menschen im gesellschaftlichen Miteinander zunehmend aggressiv reagieren und die Hemmschwelle für Gewalt gesunken ist.

Diese Entwicklung macht auch vor der Institution Krankenhaus nicht Halt. In einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gaben 73 Prozent der Krankenhäuser an, dass die Zahl der Übergriffe in ihren Häusern in den vergangenen fünf Jahren gestiegen ist.

Die Hälfte der Kliniken benennt in der Umfrage die Notaufnahme als besonders durch Gewalt belasteten Bereich. Die genannten Hauptursachen sind: zustandsbedingte Übergriffe durch zum Beispiel Alkohol oder Schmerz, den Verlust von Respekt gegenüber dem Krankenhauspersonal, krankheitsbedingtes Verhalten (wie Demenz oder psychische Erkrankungen) und lange Wartezeiten. In einer deutschlandweiten Befragung von Mitarbeitenden in deutschen Notaufnahmen zu Gewalterlebnissen gaben 97 Prozent der Befragten an, in den letzten 12 Monaten verbale Gewalt durch Patienten erlebt zu haben, 88 Prozent sogar körperliche Gewalt. In Bezug auf Negativerfahrungen mit Angehörigen berichteten 94 Prozent über verbale und rund 65 Prozent über körperliche Gewalt.

Die Problemstellung ist somit für Krankenhäuser nicht neu und vielerorts sind in den vergangenen Jahren erste Maßnahmen umgesetzt worden. Die Berufsgenossenschaft, Verbände und große Kliniken haben hierzu Handlungsempfehlungen veröffentlicht, die in Aufbau und Inhalt im Wesentlichen deckungsgleich sind (vgl. die weiterführende Literatur am Ende des Artikels). Ziel dieses Artikels ist, diese Empfehlungen noch einmal in komprimierter Form für die Rubrik „Safety Clip“ aufzubereiten und um eigene Aspekte zu ergänzen. Hierbei fokussiert sich der Beitrag auf die Maßnahmen zur Gewaltprävention, die konkret und speziell für die Notaufnahme von Bedeutung sind, sowie auf die Maßnahmen, die zentral für das Krankenhaus oder die Klinikgruppe auf übergeordneter Ebene getroffen werden sollten.

Strategische Planung und operative Führung

Im Zusammenhang mit der Fürsorgepflicht ist es Aufgabe

der Krankenhausführung, für die Sicherheit der Mitarbeitenden und Patienten zu sorgen. Hierfür müssen die Rahmenbedingungen für die Prävention, Intervention und Nachsorge in Bezug auf Gewalt festgelegt werden.

Grundvoraussetzungen für eine Strategie, die wirkungsvoll und nachhaltig umgesetzt werden kann, ist das klare Bekenntnis zu einer Null-Toleranz gegenüber Gewalt und die Schaffung einer Kultur, in der Achtsamkeit und Sensibilität in Bezug auf Gewaltereignisse besteht sowie ein offener Umgang möglich ist. Nur wenn von Gewalt betroffene Mitarbeitende ohne Schamgefühle über ihre Ängste und ihr Befinden berichten können, ist eine adäquate Unterstützung möglich. Diese Strategie muss nachfolgend operationalisiert und in einem Konzept verankert werden. Hierbei sollten folgende Aspekte berücksichtigt und auf interne Umsetzung geprüft werden:

- Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen

Diese sind nicht nur Pflicht (§ 5 ArbSchG), sondern auch ein geeignetes internes Instrument zur Identifikation von Gefahren an unterschiedlichen Arbeitsplätzen und bei spezifischen Tätigkeiten. Da die Gefährdungsbeurteilungen nach dem Deming-Kreis (PDCA-Zyklus) durchgeführt werden, kann hiermit auch die Umsetzung und Wirksamkeit von Maßnahmen geprüft werden.

- Darstellung des rechtlichen Rahmens
 - » Schutz der Mitarbeitenden (Notwehr § 32 StGB und Rechtfertigender Notstand § 34 StGB)
 - » Bestrafung für Gewalt oder Gewaltandrohung gegen Hilfeleistende einer Notaufnahme (§ 115 StGB)

Hinweis: Aktuell gibt es den Vorstoß von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken für eine härtere Strafbemessung bei Gewalt gegen Klinikpersonal. Die DKG fordert hierfür eine Gleichstellung mit Rettungskräften.

- Übertragung des Hausrechts auf Mitarbeitende
- Stellen von Strafanzeigen nach Gewaltereignissen
- Etablierung eines Meldesystems zur internen Erfassung von Vorfällen
- Erstellung von Notfallplänen, in denen die Abläufe bei Eskalation vorgeplant sind. Hierbei ist zu beachten, dass keine Parallelstrukturen aufgebaut werden (Alarm- und Einsatzplan und/ oder „Krisenhandbuch“).
- Entwicklung eines Betreuungs- und Nachsorgekonzeptes für Opfer von Gewalt mit vorgeplanten Nachsorgeangeboten und externen Unterstützungsmöglichkeiten
 - » Krisenintervention durch psychologische Unterstützung (kurzfristig, kurzzeitig)
 - » Begleitung bei posttraumatischen Belastungen (längerfristig)
 - » Teamsupervision
 - » Bezugnahme auf Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Berücksichtigung der Anforderungen, Leistungen und Angebote der Berufsgenossenschaft (Verbandbuch, D-Arzt-Verfahren, Meldung Arbeitsunfälle, Rehabilitation/Wiedereingliederung)

Organisatorische Präventionsmaßnahmen

Eine suffiziente Patientenversorgung mit erträglichen Wartezeiten, eine respektvolle Behandlung mit verständlicher und direkter Kommunikation sowie eine gute Organisation und Betreuung tragen maßgeblich zur Zufriedenheit der Patienten bei. Um diesen Erwartungen gerecht werden zu können, braucht es einen bedarfsorientierten Personaleinsatz.

Auslöser für ein aggressives Verhalten seitens des Patienten kann Unzufriedenheit mit der Behandlung sein. Bei dem allgemeinen Personalmangel und bestehenden Liquiditätsengpässen darf dies nicht vergessen werden.

Eine Pflegeperson allein in der Notaufnahme, wie es im Nachtdienst

kleinerer Krankenhäuser vorkommt, ist in Hinblick auf den Umgang mit herausfordernden Patienten besonders bedenklich, da keine unmittelbare Unterstützung durch das Team möglich ist und der Mitarbeitende sich nicht ohne weiteres aus der Situation herausziehen kann. Die Möglichkeit einer niederschweligen Unterstützung einer weiteren Person ist hier besonders wichtig, im Szenario des Nachtdienstes im kleinen Krankenhaus jedoch per se organisatorisch herausfordernd.

Bei der Dienstplanung sollte darauf geachtet werden, dass mindestens jeder Dienst mit einem gut geschulten und hinsichtlich Gewaltprävention erfahrenen Mitarbeitenden besetzt ist.

Eine entsprechende Frequentierung der Notaufnahme vorausgesetzt, kann der Einsatz eines Sicherheitsdienstes geprüft werden. Hierbei ist auf gut geschultes Personal mit zurückhaltendem und deeskalierendem Auftreten zu achten.

Damit im Ernstfall auch ohne lange Erklärungen die Unterstützung der Polizei angefordert werden kann, sollten klare Absprachen getroffen und ggf. auch eine Regelkommunikation vereinbart werden.

Auch in somatisch ausgerichteten Notaufnahmen kommt eine Erstbehandlung von psychiatrischen Patienten durchaus vor. Unabhängig vom Versorgungsspektrum des Krankenhauses sollten in jeder Notaufnahme Grundkenntnisse zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern vorhanden sein. Die (abgelaufene, aber in Überarbeitung befindliche) S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie gibt einen guten Überblick zu Symptomen und Therapie.

Bauliche und technische Präventionsmaßnahmen

Neben den allgemeinen Empfehlungen zur Gestaltung von Krankenhäusern, die für eine ruhige und angenehme Atmosphäre sorgen sollen (Tageslicht, Beleuchtung, lärmreduzierende Materialien) und den Zugang vereinfachen (Beschilderung, Barrierefreiheit), sind in der Notaufnahme eine Reihe weiterer baulich-räumlicher und technischer Aspekte von Bedeutung.

Viele Notaufnahmen sind regelmäßig durch Overcrowding (Überfüllung) und Exit Block (Abflussblockade) belastet. Beide Phänomene können im Normalfall nicht durch die Notaufnahme beeinflusst werden. Ein Hebel kann jedoch eine bessere Steuerung der Patientenströme innerhalb der Notaufnahme sein. Weniger Patienten geballt auf einem Fleck führen zu mehr Übersicht und einem ruhigeren Umfeld. Empfehlungen sind:



Getrennte Wartebereiche für liegende und sitzende Patienten



Auslagerung von ambulanten Patientenversorgungen (Nachsorgeambulanz, Zweitmeinungsverfahren)



Auslagerung von Patienten, die fertig behandelt sind (und noch auf Entlassbrief oder Abholung warten) in einen separaten Wartebereich

Um den Überblick darüber zu behalten, wer sich in welchen Bereich der Notaufnahme aufhält, ist es sinnvoll, den Zugang zu kontrollieren und steuern.

Für eine größtmögliche Flexibilität ist ein elektronisches Zutrittskontrollsystem sinnvoll. Hiermit lassen sich der Zutritt tageszeitabhängig steuern, auf berechnete Personen beschränken und/oder Türen bei Bedarf öffnen (mit Gegensprechanlage), was insbesondere bei Nebeneingängen sinnvoll ist (zum Beispiel Infektionseingang).

Die Anzahl an Zugängen „von vorne“ und „nach hinten“ sollte sich an dem Weg des Patienten orientieren und möglichst geringgehalten werden.

Hierbei kann auch der Aspekt des unkontrollierten Zugangs aus der Notaufnahme in das Krankenhaus hinein berücksichtigt werden.

Die Empfehlung eines „kontrollierten Zugangs“ bezieht sich aber nicht nur auf die Notaufnahme insgesamt, sondern auch auf die Räumlichkeiten innerhalb des Bereichs. Anmeldebereich, Dienstzimmer und andere Räume, die nicht der Patientenversorgung dienen, sollten nicht nur optisch getrennt, sondern für Dritte nicht zugänglich sein. Mindestens ein zentral gelegener Raum sollte zudem als gesicherter Schutz- und Zufluchtsraum deklariert und ausgestattet sein: ein Raum mit stabiler Tür inkl. Türspion und der Möglichkeit, Hilfe herbeizurufen.



Für die Hinzuziehung von Hilfe bestehen unterschiedliche technische Möglichkeiten, die auch abhängig von der Ausstattung des Krankenhauses sind. Grundsätzlich gilt, je näher „am Mann“ und je niederschwelliger ein Alarm abgegeben werden kann, desto besser. Empfehlungen sind:



Mobile Telefone mit integriertem Personalarms



Separate Notfallknöpfe als Wandschalter



Direkte Alarmschaltung zur Polizei



Patientenrufanlage („Schwesternruf“)



Gruppenruf über die Telefonanlage



Telefonat

In vielen Krankenhäusern sind mittlerweile Videokameras installiert, um Zugänge, Flure und Wartebereiche besser im Blick zu haben. Vor dem Einsatz einer Videokamera muss festgelegt werden, welches Ziel hiermit verfolgt wird, nicht zuletzt aufgrund der DSGVO, in Hinblick auf die Datenerfassung immer das mildeste Mittel zu wählen. Für einen Nebeneingang, der nur auf Klingeln geöffnet wird, dürfte eine Videoüberwachung ausreichen.

Vor der Installation muss der Einsatz aus zwei Perspektiven geprüft werden:

- Reicht eine Videoüberwachung (im Sinne einer Bildübertragung) aus oder bedarf es einer Videoaufzeichnung? Die DSGVO fordert, im Hinblick auf die Datenerfassung immer das mildeste Mittel zu wählen (Verhältnismäßigkeit). In vielen Fällen (zum Beispiel Nebentür, an der geklingelt werden muss) reicht eine einfache Bildübertragung aus.
- Ist die Kamera nur für den Bedarfsfall installiert (Beispiel Nebentür) oder ersetzt sie die Augen des Personals? Eine Kamera im Wartebereich ist nur zielführend, wenn jemand am Monitor sitzt und regelmäßig das Bild prüft. Andernfalls entsteht eine Scheinsicherheit.

Personenbezogene Präventionsmaßnahmen

Ein inzwischen verbreitetes Instrument zur Qualifikation und Stärkung der Mitarbeitenden stellen Deeskalationstrainings dar. Unter

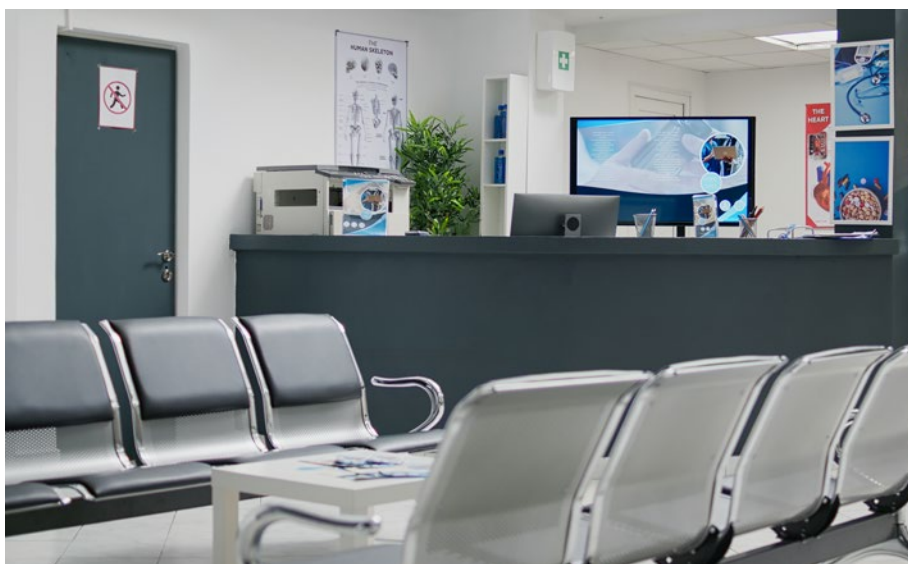
dem Begriff sind eine Vielzahl unterschiedlicher Formate und Inhalte am Markt verfügbar, die sowohl von externen Anbietern als auch von Landesärztekammern oder der Berufsgenossenschaft angeboten werden, auch zur Ausbildung interner Trainer. Zumeist sind die Trainings modular und zielgruppenorientiert aufgebaut und beinhalten Kommunikations- und Deeskalationstechniken, Körpersprache sowie theoretische Anteile, zum Beispiel zu rechtlichen Grundlagen. In weiterführenden Modulen wird häufig auch der Körpereinsatz trainiert, also das Abwehren, Lösen oder Halten von Patienten. Für eine hohe Durchdringung der Trainings im interprofessionellen Team sollten diese zudem als verpflichtend deklariert werden.

Bereits bei der Konzeption der Deeskalationstrainings ist zu berücksichtigen, dass die Ausbildungsinhalte regelmäßig wiederholt und eingeübt werden müssen, damit diese im Bedarfsfall abrufbar und routiniert angewendet werden können. Dies betrifft sowohl Simulationen mit Fokus auf die verbale Deeskalation als auch praktische Übungen zu den körperlichen Techniken und ggf. erlernten Eingriffstechniken.

Weitere Angebote zur Resilienzförderung (zum Beispiel emotionale Abgrenzung, Umgang mit Stress) runden die Deeskalationstrainings sinnvoll ab. Bei kontinuierlicher und fortwährender Belastung des Teams sind darüber hinaus Team-Supervisionen hilfreich.

Patientenperspektive und Fazit

Die hier vorgestellten Präventionsmaßnahmen sind als Maßnahmenbündel zu verstehen, welches alle relevanten Perspektiven berücksichtigt. Sie zielen jedoch auf unterschiedliche Phasen der Konflikteskalation ab. Ein Wartebereich in sanften Blautönen kann in einer frühen Phase der Erregung beruhigend auf den Patienten wirken. Wenn ein Patient motorisch unruhig ist und lautstark Drohungen ausstößt, so wird die Farbgebung allein wahrscheinlich nicht mehr für eine Entspannung der Situation sorgen können.



Umgekehrt ist es nicht zielführend, Gewaltprävention erst ab den Themen „Sicherheitsdienst“ und „Schutzraum“ zu betrachten und andere Maßnahmen außer Acht zu lassen.

Gewaltsituationen entstehen oft durch das Zusammenwirken unterschiedlicher sozialer und individueller Faktoren. Substanzmissbrauch und psychische Erkrankungen sind zwei individuelle Faktoren, die bereits in der Einleitung dieses Artikels als Ursache für Übergriffe genannt wurden. Wenn aufgrund formaler und inhaltlicher Denkstörungen kein geordnetes Gespräch mit dem Patienten möglich ist, so ist auch eine verbale Deeskalation schwierig bis unmöglich.

Mehrheitlich ist glücklicherweise ein Gespräch mit den Patienten möglich. Aber auch hier gibt es typische Umstände, die als Auslöser zu einer Eskalation beitragen können. Es macht daher Sinn, sich noch einmal die Situation der Patienten zu vergegenwärtigen, die in der Notaufnahme vorstellig werden: Patienten kommen kurzfristig in die Notaufnahme, ohne sich auf die Situation einstellen zu können, sie kommen nach einem anstrengenden Tag oder mitten in der Nacht. Sie sind vielleicht plötzlich bewegungseingeschränkt oder haben starke Schmerzen, fühlen sich unwohl in der Krankenhausumgebung und ein Stück weit hilflos ausgeliefert. Sie kommen mit Sorge um ihre Gesundheit oder gar ihr Leben.

Bei all den vorgestellten Maßnahmen darf somit eine Perspektive nicht außer Acht gelassen werden: die der Patienten und Begleitpersonen. Die Räumlichkeiten und Abläufe sollten daher immer auch aus diesem Blickwinkel betrachtet werden.

- Können sich Patienten gut in den Räumlichkeiten zurechtfinden?
- Sind unsere Informationen und Erläuterungen für Laien verständlich?
- Haben wir die unterschiedlich langen Wartezeiten durch die Triagefarben gut erklärt?
- Können sich wartende Angehörige ausreichend beschäftigen und ablenken?

Literatur

BGW: <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/kliniken-mindeststandard-fuer-die-gewaltpraevention-in-der-notaufnahme-106366>

DGUV: <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3429/praevention-von-gewalt-und-aggression-im-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege-eine-handlungshilfe>

KGNW: <https://www.kgnw.de/klinik-welt/gewaltpraevention>

UKE: [https://www.uke.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegeberufen-\(ivdp\)/cvcare/gina/neuer-ordner/broschu%CC%88re_pra%CC%88vention_notaufnahme_einzelseiten_2023.pdf](https://www.uke.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegeberufen-(ivdp)/cvcare/gina/neuer-ordner/broschu%CC%88re_pra%CC%88vention_notaufnahme_einzelseiten_2023.pdf)

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024). Krankenhaus-Personal deutlich stärker von Gewalt betroffen. DKG zu Übergriffen auf Klinik-Beschäftigte (Pressemitteilung). <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaus-personal-deutlich-staerker-von-gewalt-betroffen/> (abgerufen am 16.07.2025).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2025). Strafverschärfungen wären wichtiges Signal an die Betroffenen. DKG zum Vorstoß, Gewalt im Krankenhaus härter zu bestrafen (Pressemitteilung). <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/strafverschaeerfungen-waeren-wichtiges-signal-an-die-betroffenen/> (abgerufen am 16.07.2025).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

(2019). S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie, Version 1.0, 13.04.2019. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-023> (abgerufen am 16.07.2025).

Geinitz, C (2025). „Diejenigen anzugreifen, die anderen helfen, ist absolut inakzeptabel“. Nina Warken. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13.07.2025. <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/nina-warken-diejenigen-anzugreifen-die-anderen-helfen-ist-absolut-inakzeptabel-110588435.html> (abgerufen am 16.07.2025)

Schablon A, Kersten JF, Nienhaus A et al (2022). Risk of burnout among emergency department staff as a result of violence and aggression from patients and their relatives. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094945>

Autor des Artikels



Michael Schrewe

Senior Berater bei der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

www.ecclesia.de