



KRANKENHAUS  
ST. ELISABETH &  
ST. BARBARA



# HUNDERT PROZENT AM PULS

Das Mitarbeitermagazin

Sonderausgabe



# Inhalt



SEITE 6

## Von der Reaktion zur Aktion – Steuerungsgruppe Patientensicherheit



SEITE 17

## Sturzprophylaxe bei Erwachsenen



SEITE 21

## ABS-Team – Patientensicherheit im Blick



SEITE 9

## Einen guten Einstieg schaffen – Einarbeitung am EKBK



SEITE 18

## Sichere Medikation bei Kindern



SEITE 24

## Patientensicherheit und Kennzahlen – geht das?



SEITE 15

## Delir – Prävention vor Intervention



SEITE 19

## Zum Verwechseln ähnlich



SEITE 25

## Waas? Das ist ein CIRS-Fall?

# Editorial

Dass die Behandlung in einem Krankenhaus ein hohes Maß an Sicherheit bietet, ist für viele Patienten eine selbstverständliche Annahme. Ausgehend vom hippokratischen Eid, in dem als ein elementares Gebot, den Kranken nicht zu schaden („primum nil nocere“), verankert ist<sup>1</sup>, wandelt sich das daraus ableitbare Prinzip „Das Wohl des Patienten ist höchstes Gesetz“ („salus aegroti suprema lex“) in der heutigen Zeit weitgehend in ein „Der Wille des Kranken ist oberstes Gebot“ („Voluntas aegroti suprema lex“)<sup>2</sup>, ohne dabei den seit Hippokrates' Zeiten enthaltenden Blick auf die Patientensicherheit zu verlieren. Nach wie vor gilt der Leitsatz „primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare“ („erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen“).

Mit Beginn des 19. Jahrhunderts fanden in der aufkommenden modernen Pflege erste Ansätze zur Patientensicherheit Niederschlag. Florence Nightingale formulierte im Zusammenhang mit der Hygieneprävention: „The very first requirement in a hospital is that it should do the sick no harm“<sup>3</sup> (Die allererste Anforderung an ein Krankenhaus ist, dass es den Kranken keinen Schaden zufügt).

Trotz der historisch belegten ersten Ansätze zur Patientensicherheit fand diese erst seit kurzem wissenschaftlich fundierten Eingang in den medizinischen Alltag. Dabei standen Erfahrungen aus der Luftfahrt und anderer hochzuverlässiger Organisationen (high reliability organizations) zur Verfügung und wurden an den medizinischen und pflegerischen Alltag adaptiert. Basierend auf den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Förderung der Patientensicherheit aus dem Jahr 2004, die maßgeblich auf Untersuchungen zu Defiziten des amerikanischen Gesundheitssystems beruhen,



■ Dr. med. Dirk Schaper, Chefarzt des Bereiches Qualitätsmanagement, Medizincontrolling und Unternehmensentwicklung

wurden auch in Europa Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der Patientensicherheit geschaffen.<sup>4</sup> In der Schweiz wurde bereits 2003 die „Stiftung Patientensicherheit“ gegründet, gefolgt vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) in Deutschland (2005) und der

Plattform Patientensicherheit in Österreich (2008).<sup>5</sup> Durch die Arbeit dieser Organisationen konnten zahlreiche Maßnahmen, die die Anforderungen der WHO beinhalten, umgesetzt werden. So fanden perioperative Checklisten und das Team time out Eingang in die Routineabläufe von Operationsälen und Interventionsbereichen. Weit verbreitet sind Patientenidentifikationssysteme zur Vermeidung von Patientenverwechslungen, Fehlermeldesysteme (CIRS), spezifische Kenn-

zeichnungssysteme für Medikamente in der Notfall- und Intensivmedizin und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. In vielen Einrichtungen erfolgt die Umsetzung dieser Maßnahmen isoliert, mit Blick auf den einzelnen Patienten und nicht als systematischer Ansatz im Sinne eines Patientensicherheitsmanagements.

Hier gilt es anzusetzen, um über bereits existierende Maßnahmen und einem präventiven Konzept der Organisationsentwicklung zu einem Höchstmaß an Patientensicherheit zu gelangen. Die Patienten erwarten neben

„*primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*“ - „erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen“)

1 Maisch, B.: Ethik in der Medizin. Herz 2014, 39:549-550

2 Larsen, R.: Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1999, S. 671

3 A Conversation With Florence Nightingale. <https://www.aacn.org/nursing-excellence/nurse-stories/a-conversation-with-florence-nightingale>, letzter Abruf: 20.06.2022

4 Gausmann, P, Henninger, M, Koppenberg, J.: Patientensicherheitsmanagement als evolutionärer Schritt in der Entwicklung des Themenfeldes Patientensicherheit. In: Patientensicherheitsmanagement. De Gruyter, Berlin/Boston, 2015

5 ebenda

evidenzbasierter, leitliniengerechter Medizin auch Sicherheitskonzepte, die einen zuverlässigen Schutz vor behandlungsbedingten Fehlern und Schäden geben<sup>6</sup>. Zudem wird das individuelle Risiko des einzelnen Patienten durch demographische Entwicklungen und fortgesetzte Innovationen höher. Die Patientinnen und Patienten werden immer älter und multimorbider. Die damit einhergehende Polypharmakotherapie mit all ihren Wechselwirkungsrisiken zeigt, wie wichtig die umfassenden Maßnahmen und Empfehlungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit sind. Eine sichere Patientenversorgung wird zukünftig nur möglich sein, wenn es gelingt, zuverlässige und wirkungsvolle Präventionsmaßnahmen unter Einbindung von Patienten und Angehörigen zur Anwendung zu bringen.

Der Gesetzgeber hat sich des Themas Patientensicherheit angenommen und verlangt die Umsetzung von Mindestanforderungen für die Patientensicherheit. Das Sozialgesetzbuch (SGB) V legt in §136a fest, dass der G-BA Inhalte und Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements bestimmt. Mit der Neufassung der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) aus dem Jahr 2015 hat der G-BA die erforderlichen Inhalte und Maßnahmen formuliert und verbindlich gestellt. Zusätzlich existieren eine Vielzahl gesetzgeberischer Regelungen, die sich der Patienten- und Mitarbeitersicherheit zuwenden, z.B. die Röntgenverordnung, das Medizinproduktegesetz, das Infektionsschutzgesetz, die Hygienerichtlinien, die Datenschutz-Grundverordnung und das Arbeitszeitgesetz<sup>7</sup>. Es liegt jetzt bei den Krankenhäusern, die Frage zu beantworten, wie sie sich zu Organisationen entwickeln können, in denen nur noch wenige Fehler auftreten<sup>8</sup>. Dies kann nur

mit Hilfe eines bewussten und systematischen Risikomanagementansatzes gelingen, der Risikomanagement als wesentliches Element der Unternehmensführung definiert, eine offene Sicherheitskultur zulässt und einen professionellen Umgang mit den täglichen Sicherheitsfragen des Krankenhauses gewährleistet<sup>9</sup>.

Der 17. September ist seit 2019 Welttag der Patientensicherheit und steht in diesem Jahr unter dem Motto: „Mach Dich stark für Patientensicherheit – Sichere Medikation“. Wir wollen diesen Tag zum Anlass nehmen, Ihnen Einblicke in die Arbeit der **Steuerungsgruppe Patientensicherheit** unseres Hauses zu geben und Ihre Wahrnehmung für das Thema zu schärfen, um auch zukünftig mit Ihnen den Wert Patientensicherheit gemeinsam zu teilen.

Dr. Dirk Schaper

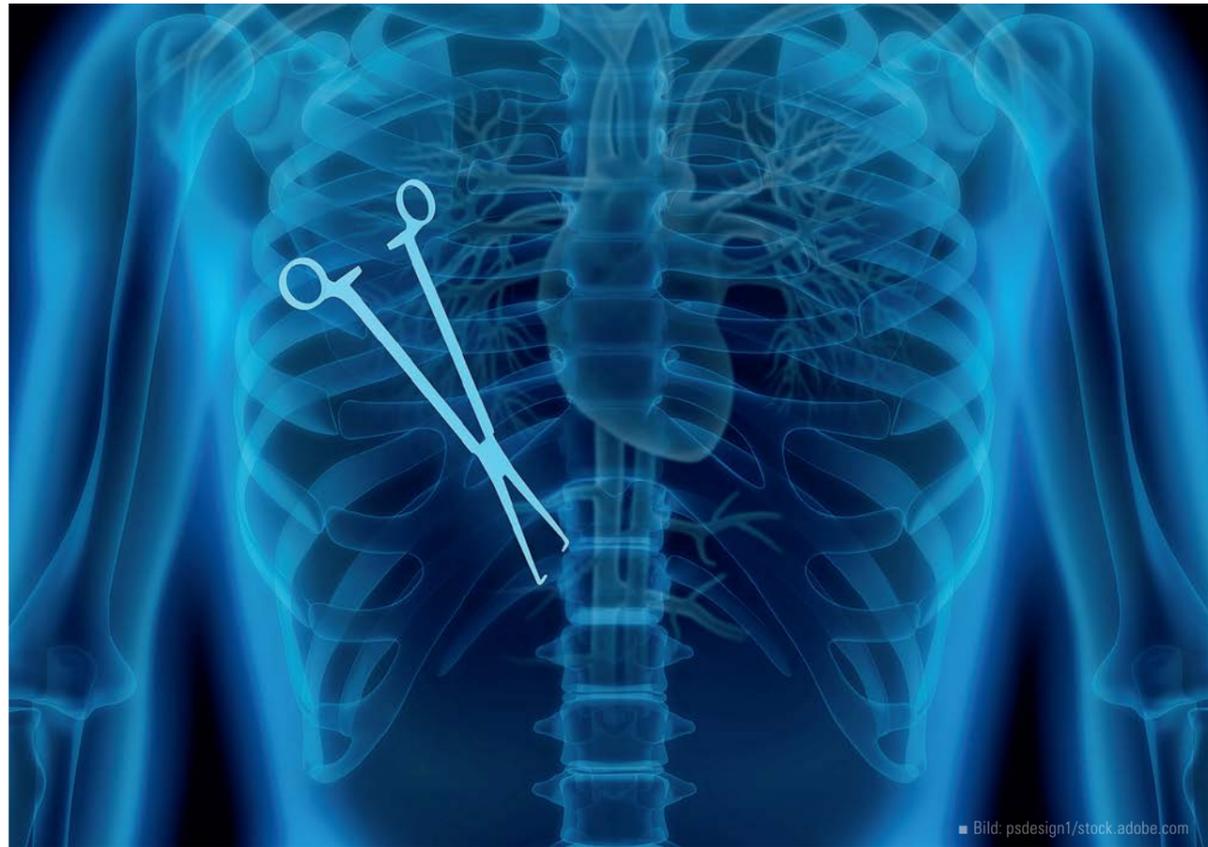


6 ebenda  
 7 Wieddekind, P.: Risikomanagement als Wettbewerbsfaktor. In: Umfassendes Risikomanagement im Krankenhaus. MWV, Berlin, 2011  
 8 Kahla-Witzsch, A., Jorzig, A., Brühwiler, B.: Das sichere Krankenhaus. Kohlhammer, Stuttgart, 2019  
 9 ebenda



# Von der Reaktion zur Aktion

von Sandra Tuchel



■ Bild: psdesign1/stock.adobe.com

Immer wieder sind Krankenhäuser in den Medien, weil ein Patient zu Schaden gekommen ist. Das falsche Bein amputiert. Tod nach Medikamentenverwechslung. Der Fall Nils Högel.

Solche katastrophalen Ereignisse sind extrem selten, weil sich Regelungen und Verfahrensweisen etabliert haben, die dafür sorgen, dass die Patienten sicher durch die Behandlung kommen. So ist die WHO-OP-Sicherheitscheckliste ein Instrument, das bei gewissenhafter Beantwortung u. a. die Seitenverwechslung verhindert. Die konsequente Anwendung der 6-R-Regel, z.B. bei Verordnung und Verabreichung von Medikamenten, führt dazu, dass der richtige Patient das richtige Medikament erhält. Und durch das etablierte Schadenmanagement werden Abweichungen schnell sichtbar gemacht. Das sind nur wenige Beispiele dafür, wie

Ärzte und Pflegekräfte tagtäglich ihrer Verantwortung für die Sicherheit ihrer Patienten gerecht werden. Und es sind Beispiele für Reaktionen auf Unsicherheiten im Behandlungsprozess. Die OP-Sicherheitscheckliste beispielsweise wurde von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt, um die Komplikations- und Sterberate bei/nach Operationen zu senken – was nachhaltig gelungen ist.

Zu reagieren, wenn Fehlerquellen, Mängel oder Auffälligkeiten entdeckt werden und Maßnahmen/Verbesserungen daraus abzuleiten, sind selbstverständliche Prozesse unserer Arbeit. Teilweise finden unerwünschte Ereignisse Eingang in unser Critical Incident Reporting System (CIRS) oder werden in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen besprochen. Diese beiden „klassischen“ Instrumente des klinischen Risikomanagements (kRM) bzw.

Patientensicherheitsmanagements ermöglichen anderen, aus den Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen zu lernen und mögliche Fehler nicht zu wiederholen.

Ausgewählte Instrumente bzw. Quellen des Patientensicherheitsmanagements:

- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK)
- Patientenbefragungen
- Audits
- Beschwerdemanagement
- Szenarioanalyse
- Prozess-Gefährdungsanalyse

Als weitere Quellen, um Schwachstellen zu erkennen, werden im Patientensicherheitsmanagement u.a. auch Audits genutzt.

Solche reaktiven Methoden haben sich bewährt, sollten jedoch um aktive Wege ergänzt werden. Im Gegensatz zu einer Beschwerde, die sich auf eine bereits stattgefunden Situation bezieht (Reaktion), können mit einer Risikoanalyse mögliche Gefahrenquellen erkannt werden und man kann aktiv werden, bevor etwas passiert.

Die **Szenarioanalyse** ist ein Beispiel für eine Risikoanalyse. Hier werden bereichs- oder auch anlassbezogen die größten Risiken für den Patienten und deren mögliche Ursachen benannt und auf dieser Basis vorbeugende Maßnahmen ergriffen. Das Ambulante OP-Zentrum, das ab Oktober 2022 seine Arbeit aufnimmt, war zuletzt Gegenstand einer solchen Analyse durch die Steuerungsgruppe Patientensicherheit (s.u.).

In der sogenannten **Prozess-Gefährdungsanalyse** können konkrete Prozesse wie z.B. Medikationsprozess oder Notsectio in Teilschritte zerlegt und es kann überlegt werden, was an einer bestimmten Stelle

des Prozesses passieren und wie es ggf. verhindert werden kann.

Im Rahmen des Patientensicherheitsmanagements können wir also auf einige Werkzeuge zurückgreifen. Das, was das Patientensicherheitsmanagement zum „Management“ macht, ist, dass diese Werkzeuge zum Erkennen und Bearbeiten von klinischen Risiken koordiniert und gesteuert werden.

Im EKBK laufen die Fäden bei drei ausgebildeten klinischen Risikomanagern im Bereich QME zusammen: Dr. Dirk Schaper, Sandra Tuchel und Theresa Heinrich. Sie bringen das methodische Grundlagenwissen mit, um Risikomanagement-Prozesse zu begleiten. Aber das zentrale Organ ist die **Steuerungsgruppe Patientensicherheit (StrG PS)**, deren Mitglieder als Vertreter der Praxis Entscheidungen treffen, wie wir in unserem Haus im Sinne der Patientensicherheit weiter voranschreiten wollen.

Seit ihrem ersten Arbeitstreffen am 13. Oktober 2021 hat die StrG PS u.a.:

- das Handlungskonzept zur Einführung kRM verabschiedet (Freigabe durch das DIR am 26.01.2022; roXtra-ID: 26764)
- eine Szenarioanalyse für das Ambulante Operieren erarbeitet und den Verantwortlichen zur Verfügung gestellt
- das Pilotprojekt „Stop-Inject: Check!“ initiiert, das im September in Pilotbereichen gestartet ist
- Checklisten für innerklinische Transporte kritisch kranker Patienten verabschiedet (Erwachsene – ID 32077 und Kinder – ID 52963)
- und diese Sonderausgabe Patientensicherheit der "Hundert Prozent am Puls" auf den Weg gebracht, z.T. mit eigenen Beiträgen.

Auch das Vorgehen bei Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist bereits Thema in der StrG PS. Mittelfristig ist u.a. geplant, Risikoaudits und klinik-/bereichsspezifische Szenarioanalysen durchzuführen.

## STEUERUNGSGRUPPE PATIENTENSICHERHEIT

### Klinische Risikomanager:

Dr. Dirk Schaper	Chefarzt
Sandra Tuchel	MA QME
Theresa Heinrich	MA QME



### Vertreter der Praxis (Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte) alphabetisch sortiert:

Dr. Ekkehard Beyer	OA KAIPSN
Kristin Brockauf-Knothe	FÄ Pädiatrie
Carolin Kurth	MA Pflege Anästhesie
Nancy Müller	TL Station 4a
Thomas Naumann	OA Medizinische Klinik II
Elke Pielert	FÄ für Hygiene und Umweltmedizin
Sandra Rudloff	TL Station 4d



## Sandra Rudloff

### Was verbinden Sie mit dem Begriff Patientensicherheit?

Patienten, die für ihre Behandlung zu uns ins Krankenhaus kommen, sollen natürlich keinem Risiko ausgesetzt sein oder sogar einen Schaden erleiden. Allerdings sind Gefahren in der Praxis allgegenwärtig. Diese müssen ständig evaluiert werden. Das ist ein täglicher Prozess, der eine hohe Aufmerksamkeit aller Mitarbeitenden fordert.



### Worin sehen Sie Ihre Aufgabe im Rahmen des Patientensicherheitsmanagements?

Als Teamleitung bringe ich das Thema Patientensicherheit regelmäßig in die Teambesprechungen ein. Alle Mitarbeitenden müssen den Sinn ihrer Tätigkeiten verstehen. Sie müssen wissen, wo die Risiken für den Patienten bei ihrer Arbeit liegen und verstehen, durch welche Abläufe diese Risiken minimiert werden können. Auch die Schulung der neuen Mitarbeitenden zu diesem Thema gehört dazu.

### Was hat das Krankenhaus davon, dass es eine StrG PS gibt?

Im Krankenhaus werden das Bewusstsein für Risiken geschärft und im Endeffekt Behandlungs- und Pflegefehler reduziert. Das Thema Patientensicherheit wird so für die Mitarbeitenden, aber auch für Patienten, sichtbarer. Haftpflichtfälle können durch eine erhöhte Sicherheits- und Fehlerkultur vermieden werden. Das steigert das Vertrauen des Patienten und die Reputation des Hauses.

### Hat sich seitdem etwas an Ihrer eigenen „Denke“ verändert? Wenn ja, was?

Ich bin seit 1997 im Haus und über die Zeit generell immer sensibler für das Thema geworden, auch weil ich Teil des CIRS-Teams war. Die besprochenen praktischen Fälle habe ich mit auf Station genommen. Gemeinsam haben wir überprüft, ob es das Risiko auch bei uns gibt und wenn ja, wie wir damit umgehen, um es zu verhindern.

### Haben Sie im eigenen Bereich Änderungen vorgeschlagen/vorgenommen?

Über die letzten Jahrzehnte sind etliche Verbesserungen in Bereichen des Krankenhauses vorgenommen wurden. Im Rahmen der Sturzprophylaxe wurden z.B. Pflegebetten angeschafft, die höhenverstellbar sind. Die Bremsen geben Signaltöne ab. Das Vier-Augen-Prinzip bei der Medikamentengabe wurde eingeführt. Durch Namensbändchen und Bettschilder ist die Patientenidentifikation verbessert worden und auch Checklisten machen das Arbeiten sicherer. Durch die Steuerungsgruppe habe ich die offene Fehlerkultur verstärkt ins Team gebracht. Über Fehler, die passiert sind, wird offen gesprochen. Ich möchte aber, dass mehr über die Beinahe-Fehler berichtet wird. Denn auch hier können sich Prozessprobleme verstecken, die wir dann gezielt angehen können, um mögliche Fehler zu vermeiden.

## Thomas Naumann

### Was verbinden Sie mit dem Begriff Patientensicherheit?

Patientensicherheit muss das vorrangige Ziel auf jeglicher Ebene der gesundheitlichen Versorgung sein.

Dabei verstehe ich den Begriff so, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen – in der Politik, in der Ärzte- und Pflegeschicht, in den Krankenhausverwaltungen, in den Patientenvertretungen und in der Industrie – das Ziel haben müssen, zum Wohl der Patienten zu entscheiden und zu handeln. Wenn Patientensicherheit nicht nur als die „Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen“ verstanden wird und positiv assoziiert ist, profitieren alle Gestaltenden und Handelnden im Gesundheitswesen, allen voran die Patienten, aber auch wir als Ärzte und Pflegenden.

### Worin sehen Sie Ihre Aufgabe im Rahmen des Patientensicherheitsmanagements?

Im Team einen Blick auf unseren klinischen Alltag zu werfen, sich selbst und andere darin im Handeln zu sensibilisieren, Prozesse und Entwicklungen zu hinterfragen und Anregungen zur fortlaufenden Verbesserung der bestehenden, nachhaltigen Sicherheitskultur an unserem Haus zu geben.

### Was hat das Krankenhaus davon, dass es eine StrG PS gibt?

Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsbereiche und Sichtweisen der Mitglieder ist die daraus entstehende Synergie im kritischen Blick auf die Patientenversorgung eine echte Chance, die offen gelebte Fehler- und Präventivkultur weiterzuentwickeln, Strategien, Strukturen und Prozesse zu begleiten und zu analysieren und damit die Patientenversorgung (im doppelten Sinn) auf sichere Füße zu stellen.

### Hat sich seitdem etwas an Ihrer eigenen „Denke“ verändert? Wenn ja, was?

Durchaus. Bisweilen hat man sich im oft dichten Arbeitsalltag ertappt, eingefahrene Prozesse nicht kritisch genug zu hinterfragen oder gar hinzunehmen. Das nicht zuzulassen und im Gegenteil Aufmerksamkeit bei sich und anderen zu fördern, ist die gemeinsame Aufgabe.

### Haben Sie im eigenen Bereich Änderungen vorgeschlagen/vorgenommen?

Ja. In der (invasiven) Kardiologie zu arbeiten, bringt immer eine recht große Anzahl an Notfällen (wie Herzinfarkte, kardiogene Schocks oder lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen) mit sich. In den letzten Wochen haben wir die Personalressource im Herzkatheterlabor kritisch diskutiert und tragfähige Ausfallkonzepte auf den Weg gebracht, um weiterhin zu jeder Tag- und Nachtzeit adäquat auf Notfallsituationen reagieren zu können.



# Einen guten Einstieg schaffen

von Sandra Tuchel

Ein neuer Arbeitgeber. Eine neue Arbeitsumgebung mit anderen Geräten. Neue Kollegen. Ein erweitertes Aufgabenspektrum. Mit dem richtigen Einstieg können etwaige Unsicherheiten, die damit einhergehen, schnell aus dem Weg geräumt werden. Eine strukturierte Einarbeitung trägt grundlegend dazu bei, dass sich Mitarbeitende sicher in dem fühlen, was sie tun. Damit ist sie die Basis für eine sichere Patientenbehandlung.

Bei uns im Haus beginnt alles mit einem „Laufzettel bei Arbeitsaufnahme“. Neuankommlinge sollen damit wichtige Stationen zur Vorbereitung auf ihre Tätigkeit kennenlernen. So erhalten sie z.B. vom Bereich IT den Zugang zur benötigten Software und vom Bereich Technik zu Räumlichkeiten. Sie erfahren, woher sie ihre Arbeitskleidung bekommen, werden vom Transfusions- und Gerätebeauftragten unterwiesen und vom Vorgesetzten hinsichtlich des Arbeitsschutzes belehrt. Natürlich wird in den Abteilungen dafür gesorgt, dass man sich in den Räumlichkeiten zurechtfindet und die neuen Kolleginnen und Kollegen kennenlernt.

Beim vierteljährlichen „Welcome Day“ wird eine Führung durch das Haus angeboten und es werden weitere zentrale Dienste wie bspw. Qualitätsmanagement, Personalentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement vorgestellt.

Für die abteilungs- bzw. stationsbezogene fachliche Einarbeitung werden Checklisten genutzt. Im Idealfall wird jeder und jedem neuen Mitarbeitenden ein Mentor als Ansprechperson zur Seite gestellt, was in Zeiten von Personalknappheit kein einfaches Unterfangen ist. Wie zwei Mitarbeitende die Einarbeitung in unserem Haus erlebt haben, können Sie anhand des Erfahrungsberichtes eines Arztes in Weiterbildung sowie des Interviews mit einer Altenpflegerin und ihrer Mentorin nachlesen.



## Erfahrungsbericht von Max Oskar Drexler, AiW 3c

Angefangen habe ich, frisch von der Universität kommend, im November 2020 auf der kardiologischen Station 3c. Zu Beginn habe ich für die ersten Wochen erst einmal nur ein bis zwei Zimmer bekommen, so dass ich erst einmal genug Zeit hatte, die Abläufe auf Station kennenzulernen.

Dabei helfen nicht nur ein Kärtchen mit wichtigen Telefonnummern sowie Dienstanweisungen und das Stationshandbuch, sondern vor allem auch die älteren Assistenten auf Station, von denen ich auf die zu Beginn zahlreichen kleinen Fragen immer schnell eine Antwort bekam. Auch die Hinweise von den erfahrenen Krankenschwestern und -pflegern waren bei den ersten Visiten oft Gold wert.

In den ersten Tagen habe ich auch schnell Bekanntschaft mit den Assistentensprechern gemacht, die verdeutlicht haben, dass sie bei Problemen jederzeit gerne erreichbar sind. Außerdem konnte ich mir sicher sein, dass der Stationsoberarzt auch abseits der Kurvenvisiten stets ein

wachsameres Auge über alle Anordnungen hat.

Das Haus kannte ich zum Glück schon aus meinem praktischen Jahr. Trotzdem war es anfangs eine große Hilfe, noch einmal mit meinem Oberarzt die wichtigsten Anlaufstellen (Notaufnahme, Funktionsdiagnostik, Endoskopie, Herzkatheter, ...) gezeigt sowie wichtige Ansprechpartner vorgestellt zu bekommen.

Invasive Tätigkeiten, wie zum Beispiel Pleura- oder Aszitespunktionen sowie Bluttransfusionen, liefen nach dem Prinzip "see one, do one, teach one": Zuerst begleitet man den Oberarzt oder einen erfahrenen Kollegen und bekommt den Ablauf noch einmal erklärt. Als nächstes führt man das Ganze unter Anleitung selbst durch und sobald man sich sicher genug fühlt, darf man es auch allein oder mit anderen jungen Kolleginnen und Kollegen gemeinsam machen.

Dann wären da natürlich noch die „berühmten“ ersten Dienste: hier bin ich nach ein bis zwei Monaten erst einmal mit langen Tagdiensten eingestiegen. Das heißt, man bleibt nach der normalen Stationsarbeit

noch bis abends in der Notaufnahme, bis es später mit den ersten Nachtdiensten losgeht. Zum Glück war ich auch hier nie allein: In der ersten Dienstreife ist stets ein erfahrener Assistenzarzt oder Oberarzt da – auf unserer kardiologischen Überwachungsstation ebenfalls. Und wenn selbst diese das Problem nicht lösen können, kann jederzeit einer der verschiedenen Hintergrund-Rufdienste angerufen werden.

Ich glaube, der Berufseinstieg als Assistenzarzt fühlt sich für die meisten zu Beginn wie der Sprung ins kalte Wasser an, weil man sich auf einmal um sehr viele Dinge kümmern muss und auch erst einmal lernt, den eigenen Arbeitstag zu strukturieren. Deshalb ist eine gute Einarbeitung extrem wichtig, um schnell zu lernen, wie man "schwimmt". Da wir stetig auf der Suche nach Dingen sind, die man noch verbessern kann, arbeiten wir – die Assistentensprecherinnen und -sprecher – aktuell an einer Revision des Einarbeitungsprogramms, um möglichst auch die letzten Stolpersteine zu beseitigen.

### Wie läuft die Einarbeitung einer neuen Mitarbeiterin ab, die aus der ambulanten Altenpflege kommt?

Ein Interview mit Mitarbeiterinnen von Station 4a gibt Aufschluss darüber.

Manuela Bartheloff (MB) arbeitet seit 1,5 Jahren bei uns im Krankenhaus auf der Station 4a. Sie kommt aus der ambulanten Altenpflege und wurde von ihrer Mentorin Susanne Ziegner (SZ), die bereits seit fast 30 Jahre Jahren im EKBK ist, eingearbeitet.

#### Wie lief Ihre Einarbeitung ab?

MB: Bevor ich mich entschieden habe, ob ich wirklich nach zehn Jahren im ambulanten Bereich in ein Krankenhaus wechseln möchte, konnte ich zwei bis drei Stunden Probearbeiten. Das hatte mir Spaß gemacht und ich habe mir gedacht: Das schaffst du! Aber tatsächlich musste ich noch einiges lernen. Zu

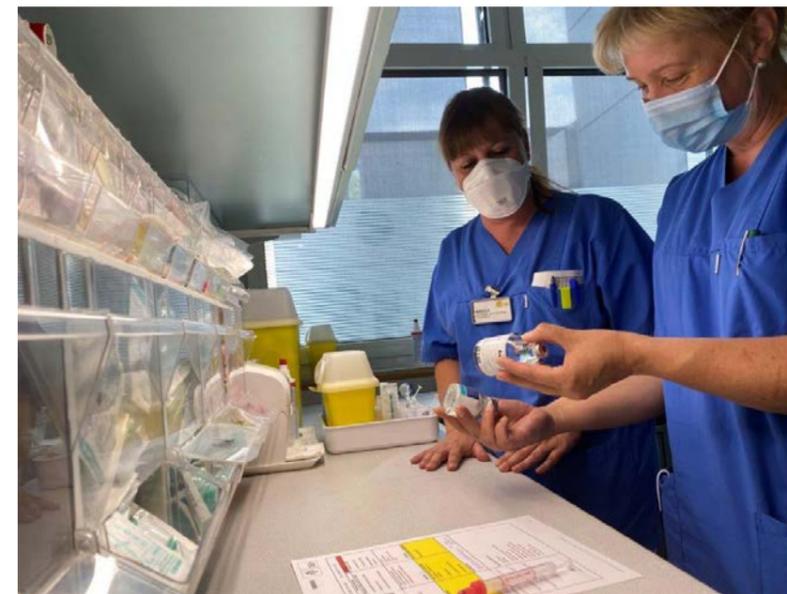


Beginn war es sehr schwierig, weil meine Einarbeitung in die Hochphase von Corona fiel. Anfang 2021 hatten wir dann mehr Zeit. Die meisten meiner Schichten hatte ich zusammen mit Schwester Susanne, meiner Mentorin. Am ersten Tag habe ich einen Einarbeitungshefter mit allen wichtigen Informationen bekommen, zusammen mit dem Laufzettel, den ich abgearbeitet habe. Zu Beginn gab es auch gleich einen Rundgang, um das Haus und die Station kennen zu lernen.

SZ: In der Einarbeitungszeit wurden wir immer zusammen eingeteilt. Wir sind gemeinsam losgelaufen und ich

habe ihr alles gezeigt und erklärt. Probleme und Fragen konnten wir so gleich vor Ort besprechen. Ich habe ihr auch gesagt: Wenn ich dir nicht mehr zugeteilt bin und du trotzdem Fragen hast – keine Scheu, immer fragen! Jeder der Kolleginnen und Kollegen hat ein offenes Ohr und hilft dir! Das hat sie auch immer gemacht und ist bei Unklarheiten auf die anderen zugegangen. In dieser Zeit gab es ein gemeinsames Gespräch, wo wir uns zusammengesetzt und den aktuellen Stand besprochen haben.

#### Was war besonders schwierig bei der Umstellung vom ambulanten auf den stationären Bereich?



MB: Ich habe mich anfangs viel zu Hause belesen, was die vielen Abkürzungen bedeuten wie z.B. PTA, EVAR, TEA oder was überhaupt ein Shunt ist. Damit hat man in der ambulanten Pflege nichts zu tun. In der Altenpflege lernt man eher die gerontologischen Aspekte. Man macht Verbandwechsel, stellt natürlich auch Medikamente, und bei den gängigen kennt man auch die Wirkungen und Nebenwirkungen. Bestimmte Krankheitsbilder, z.B. Hyperglykämie oder einen Schlaganfall, kennen wir natürlich auch, aber einige medizinische Aspekte, mit denen eine Krankenschwester arbeitet, fehlen. Es sind die vielen Kleinigkeiten die ich lernen musste: Wann muss wo was vorbereitet werden, wie lange dauert die OP-Vorbereitung etc. Ein großer Unterschied ist auch die Vielfalt an Produkten. In der Altenpflege hat man seine Hausärzte, die immer das gleiche Verbandmaterial verschreiben. Plötzlich steht man vor einem riesigen Regal voll mit verschiedenen Produkten und sucht z.B. nach Alginat Silber. Mittlerweile habe ich keine Probleme mehr damit.

#### Gibt es einen Unterschied in der Einarbeitung zwischen einem oder einer Auszubildenden, der oder die hier gelernt hat, und einer Kollegin bzw. eines Kollegen aus der ambulanten Altenpflege?

SZ: Bei Kollegen, die ganz neu im Haus sind, muss generell mehr auf die Stationsabläufe eingegangen werden. Das hat ein Azubi während seiner Ausbildung hier natürlich bereits kennengelernt. Ein wesentlicher Unterschied zum ambulanten Dienst ist die Rundum-Betreuung des Patienten. Bis sich das alles manifestiert – wie baut sich der Tag auf, was gehört zum Früh-, Spät- und Nachtdienst, was darf man nicht vergessen – dauert es seine Zeit. Das ist für viele schwer. Mit Schwester Manuela habe ich das Thema Medikamente vertieft und z.B. zeigen können, wie eine Infusion vorzubereiten ist. Aber besondere Themen, wie die Vorbereitung spezieller OPs, die in der Ausbildungszeit vielleicht nicht behandelt worden sind, muss ich allen erklären. Egal, aus welchen Bereichen die neuen Mitarbeitenden kommen.

#### Ganz konkret bezogen auf Patientensicherheit – was sind die größten Unterschiede?

MB: In der ambulanten Pflege stellt man Medikamente wöchentlich und ist nur auf einen Patienten bezogen. Da fallen Unregelmäßigkeiten eher auf, als im stationären Dienst, wo man für 30 Patienten verantwortlich ist. Und so ist es sehr wichtig, beim Griff ins Regal besonders aufmerksam zu sein. Um Verwechslungen zu vermeiden und immer die richtigen

Mengen einzuteilen, habe ich ein sicheres System, wie ich mir meine Arzneimittel sortiere – vor allem im Nachtdienst.

SZ: Damit Verwechslungen generell vermieden werden, fragen wir unsere Patienten immer nach ihrem Namen und gleichen das mit den Angaben auf dem Armband und dem Bettschild ab, da wir uns bei unseren Patienten nicht immer darauf verlassen können, dass sie auf den richtigen Namen reagieren. Besonders nach Urlauben oder sonstiger Abwesenheit ist das wichtig. Beim Dienst am Stück kenne ich ja meine Patienten. Beim Stellen nehme ich mir auch immer die Übergabeprotokolle mit, um zu wissen, welcher Patient in welchem Bett liegt und die Medikamente richtig ankommen. In einer Teambesprechung wurde auch nochmal auf die 10-R-Regel hingewiesen.

#### Und wenn Ihnen doch mal ein Fehler passiert? Wie gehen Sie damit um?

MB: In meinem Team hätte ich keine Hemmungen, Fehler anzusprechen. Ehrlichkeit sich selbst und anderen gegenüber ist, zum Schutz unserer Patienten, oberstes Gebot in unserem Job.

SZ: Wir haben hier auf Station einen sehr guten Draht zu den pflegerischen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Gibt es Unsicherheiten oder ist ein Problem aufgetreten, sprechen wir darüber.

#### Und Ihr Fazit?

SZ: Für die Einarbeitungszeit hätten wir uns tatsächlich noch etwas mehr Zeit gewünscht.

MB: Klar hatte ich anfangs schon Angst und habe mir gedacht: Hoffentlich schaffst du das und enttäuschst niemanden. Auf dem Weg nach Hause habe ich mir alle Fragen aufgeschrieben, die mir nach dem Arbeitstag durch den Kopf schwirrten. Aber alle Kolleginnen und Kollegen, zu denen ich mit meinen Fragen gegangen bin, waren sehr offen und hilfsbereit. Trotz der vergleichsweise kurzen Einarbeitungszeit hat es für mein Empfinden sehr gut geklappt.

# „Das haben Sie mich doch eben erst gefragt!“

Oder: Warum Patienten die Frage „Wie heißen Sie?“ auch beim vierten Mal gelassen beantworten sollten

## „Patientenverwechslung beim Einschleusen in den Zentral-OP“ „Patientenverwechslung - Falsche Patientin in den OP gebracht“

In diesen Fallmeldungen, die aus dem CIRS-Netz Deutschland stammen, wurden beinahe die falschen Patienten operiert. Hier hat die letzte Sicherheitsbarriere zum Glück noch gegriffen. Nicht auszumalen, wenn

es zur OP gekommen wäre, wenn sich das OP-Personal darauf verlassen hätte, dass der richtige Patient vor ihm liegt.

Eine Verwechslung bei einer Operation kann nachvollziehbar fatale Folgen haben. Deshalb gehen wir in den Krankenhäusern auf Nummer sicher und prüfen die Patientenidentität beim Transport von der Station bis in den OP-Saal bei jeder Übergabe durch die Frage nach Namen

und Geburtsdatum. Ein zusätzlicher Abgleich – auch wenn Patienten nicht ansprechbar sind – ist durch das Patientenarmband, das Namensschild am Bett und die Patientenakte möglich.

- Wie heißen Sie?
  - Wann haben Sie Geburtstag?
  - Warum sind Sie hier?
  - Welche Seite soll operiert werden?
  - ...
- + Abgleich mit Akte  
+ Abgleich mit Patientenarmband

- Wie heißen Sie?
  - Wann haben Sie Geburtstag?
- + Abgleich mit Akte  
+ Abgleich mit Patientenarmband

- Team-Time-Out zur Kontrolle:
- + Name Patient
  - + OP-Grund
  - + OP-Seite
  - + Abgleich mit Akte
  - + Abgleich mit Patientenarmband
  - + ...

- Wie heißen Sie?
  - Wann sind Sie geboren?
- + Abgleich mit Patientenarmband  
+ Bettmarkierung mit Patientenname korrekt?  
+ Abgleich mit Patientenakte

- Wie heißen Sie?
- + Abgleich mit Akte



## Stop-Injekt: Check! Klobiger Name, klasse Idee

von Dr. Ekkehard Beyer

Haben Sie schon mal ein Medikament „nicht ganz richtig“ verabreicht? Vielleicht zum falschen Zeitpunkt, vielleicht das falsche Medikament oder über einen falschen Zugangsweg? Oder dem falschen Patienten oder in der falschen Dosis? Nein? Glückwunsch. Sehr gut. Noch eine Frage: Können Sie mit Sicherheit ausschließen, dass Ihnen so etwas irgendwann in der Zukunft passiert? Ja?

Okay, dann lesen Sie bitte nicht weiter. Oder doch. Denn spätestens, wenn Sie die letzte Frage mit „Ja“ beantwortet haben, haben Sie geflunkert. Worauf ich hinaus will: Eine Medikamentenverwechslung kann jedem von uns passieren. Natürlich ist das sehr unwahrscheinlich. Vielleicht extrem unwahrscheinlich. Aber wenn nun gerade „der eine“ Verwechslungsfall innerhalb von 25 oder 30 Jahren katastrophale Folgen hätte? Wäre es nicht sinnvoll, alles zu tun, um diesen einen Fall zu vermeiden? Wenn Sie jetzt noch wissen, dass die meisten Verwechslungen sofort bemerkt werden, wenn sie passiert sind, dann sind Sie bereit für die Kampagne „Stop-Injekt: Check!“.

Der Gedanke ist einfach. Sie setzen die Reflektionsschleife („Um Gottes Willen, das ist ja Oxygesic und nicht Oxytocin“) vor die Applikation des Medikaments. Wie machen Sie das? Ganz simpel. Eigentlich alles wie immer. Die (beschriftete) Spritze mit dem Medikament ist bereits unmittelbar am Patienten. Aber jetzt: Stop. Und Check: 6R: Richtiger Patient? Richtiges Medikament? Richtige Dosis? Richtiger Zugang? Richtiger Zeitpunkt? Richtige Dokumentation? Das dauert nur wenige Sekunden. Es rettet aber möglicherweise ein Patientenleben.

Das alles funktioniert aber nur dann wirklich gut, wenn wir es richtig

machen. Also als zusätzliche Maßnahme, unmittelbar und als letzter Check vor der Applikation. Und wenn wir es regelmäßig machen. Immer? Ja. Auch bei einer Reanimation. Leider ist das mit dem „checken“ in der Medizin immer noch so eine Sache. Das Arbeiten mit Checklisten ist ein Thema, wo noch „Luft nach oben“ ist.

Apropos „Luft“ und „oben“: Stellen Sie sich Ihre nächste Flugreise vor. Vom Gate aus sehen Sie in die Cockpits zweier Maschinen. In dem einem gehen Pilot und Co-Pilot konzentriert die Checklisten durch. Im dem anderen sehen Sie, wie die Piloten die Checkliste achtlos in die Ecke werfen. Wo steigen Sie lieber ein?

Und was nun „Stop-Injekt: Check!“ angeht: Da ist es ja sogar noch einfacher. Keine weitere Checkliste, kein Öffnen irgendwelcher Programme, keine zusätzliche Dokumentation. Wenige Sekunden Ihrer Zeit und das kurze, aber kritische Hinterfragen des eigenen Handelns.

Hier nochmal der konkrete Ablauf: Bei jeder Injektion, die unmittelbar vor der Injektion, die Spritze ist schon am Patienten.



### Stop.

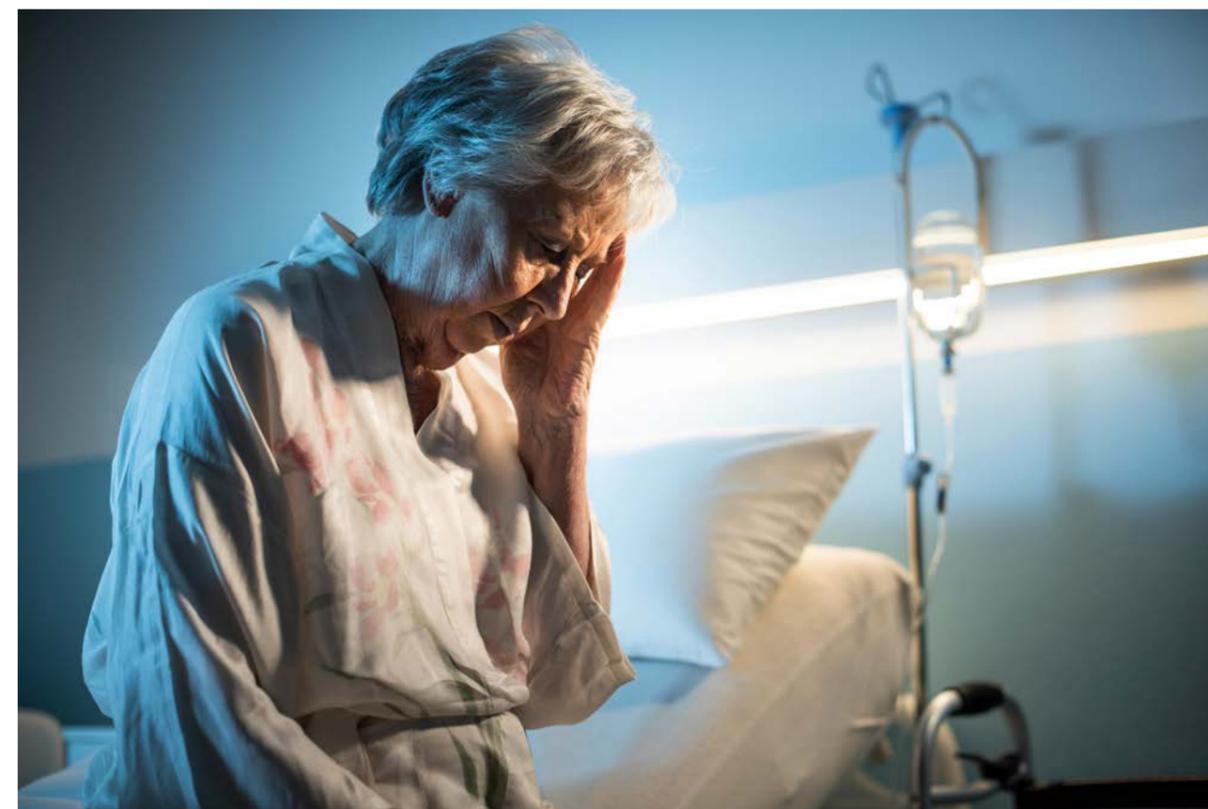
Richtiger Patient?  
Richtiges Medikament?  
Richtige Dosis?  
Richtiger Zugang?  
Richtiger Zeitpunkt?  
Richtige Dokumentation?

**Und rein damit.**

**Lassen Sie uns die Behandlung unserer Patientinnen und Patienten noch ein Stück sicherer machen. Stop-Injekt: Check! Ist ein kleiner, simpler, aber sehr wirksamer Baustein. Das fühlt sich gut an.**

## Aus der Spur geraten – Prävention vor Intervention!

von Cynthia Kauffmann, mit Vivian Wilke und Antje Patzig



**Das Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand, der eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen von Intensivpatienten bzw. im perioperativen Umfeld darstellt und potentiell lebensbedrohlich ist. Mehr als die Hälfte der chirurgischen Patienten erleiden ein Delir nach einem größeren Eingriff, ca. 5 Prozent nach einem kleineren. Bei den internistischen Patienten über 70 Jahren sind es ca. 30 Prozent. Bei Intensivpatienten mit Analgosedierung kommt es bei 30 bis 80 Prozent zu einem Delir.**

Dass Patienten „aus der Spur geraten“ (lat. „de lira“), ist eine Situation, die wir auf ITS mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln verhindern wollen. Denn: Ein Delir verschlechtert die Prognose des Patienten, verlängert die Beatmungs- und die Verweildauer und erhöht die Morbidität und die Mortalität. Außerdem kann es zu dauerhaften kognitiven

Einschränkungen mit Verlust der Selbstständigkeit und der Lebensqualität führen. Drei Monate nach ITS-Behandlung berichten noch rund 50 Prozent der Patienten mit einem Delir über Verwirrheitszustände und Desorientiertheit.

Im Krankenhausgeschehen ist ein Delir auch von großer Bedeutung hinsichtlich des Arbeitsaufwandes, es kann die Stationsabläufe beeinträchtigen und Mitarbeitende an persönliche Grenzen bringen. Deshalb haben wir auf ITS mögliche auslösende Faktoren für ein Delir immer im Hinterkopf:

- männliches Geschlecht, Alter > 65 Jahre
- Operationen
- Alkoholismus, hoher Nikotinkonsum
- Beatmung bei Aufnahme und Analgosedierung
- Einsatz von Sedativa, Opiaten und Neuroleptika
- Benzodiazepine vor Aufnahme

- erhöhter Kreatininwert
- Hypertonie
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems und Multimorbidität
- vorangegangenes Delir

Zudem wissen wir, dass sich Lärm, Flüssigkeitsmangel, Schlafentzug, Lichtmangel, Schmerzen und Angst negativ auswirken können. Schon einige einfache Ansatzpunkte helfen, einem Delir vorzubeugen:

- Frühmobilisation
- Basale Stimulation
- Aromatherapie
- Flüssigkeitsmanagement
- Reorientierungshilfen anbieten (Lesebrillen, Hörgeräte, Uhr, Kalender)
- Tag-/Nachtrhythmus (Tag-/Nacht hemden, Störungen in der Nacht auf das Nötigste beschränken, Maßnahmen nachts am Patienten bündeln)
- Abendrituale
- Schlafqualität (Schlafmasken, Ohrstöpsel, hell/dunkel, Lärmre-

duktion, ggf. beruhigende Musik) fördern

- Beschäftigungstherapie (z.B. Stricken, Ausmalen, Karten spielen, Brettspiele, Kreuzworträtsel)
- Angehörige einbeziehen
- Optimale Schmerztherapie

Eine Delirpräventions-Strategie verringert die Delirrate erwiesenermaßen um rund 15 Prozent. Es lohnt sich also, den Patienten im Blick zu behalten. Allerdings ist ein regelmäßiges Screening notwendig. Denn: Etwa zwei Drittel aller deliranten Syndrome werden ohne ein gezieltes Screening nicht korrekt identifiziert. Eine klinische Beobachtung kann ein systematisches Screening ergänzen, aber keinesfalls ersetzen. Bei der Aufnahme erfolgt daher das erste Screening mittels Nu-DESC. Dieser wird in jeder Schicht wiederholt. Wenn der Score positiv ist, wird bei wachen Patienten der CAM-ICU ermittelt, und sedierte Patienten werden nach RASS beurteilt.

„Sie wollen mich doch vergiften. Die Tabletten nehme ich nicht.“

Zuerst fällt der Pflege eine Wesens- und Verhaltensänderung auf: Die Patienten sind desorientiert, wissen nicht mehr, wer und wo sie sind, haben das Zeitgefühl verloren und können ihre Situation nicht einordnen. Sie wirken misstrauisch und hinterfragen vieles.

„Ach das ist der Patient aus Zimmer 8. Der dreht schon wieder völlig durch.“

Das ist der Zustand, an dem am besten zu erkennen ist, dass ein

mögliches Delir vorliegt („hyperaktives Delir“). Aber: Es kommt äußerst selten in seiner reinen Form vor. Merkmale sind psychomotorische Unruhe, Hyperaktivität/Agitiertheit, Beschäftigungsdrang, Halluzinieren und vegetative Symptome wie Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Bluthochdruck.

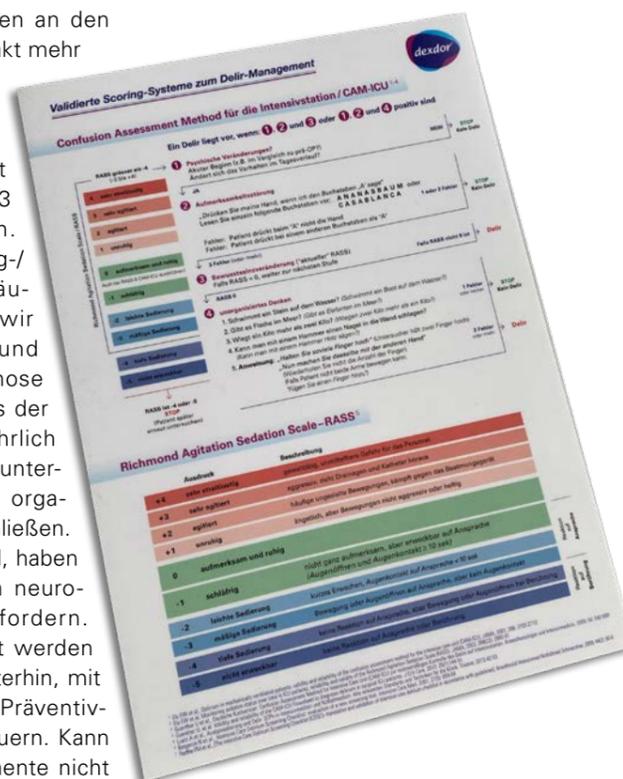
„Frau Schmidt verschläft den ganzen Tag und hat auf nichts Lust.“

Im Gegenteil: Zwei Drittel der Patienten haben ein so genanntes „hypoaktives Delir“. Wenn ein Patient apathisch auf Sie wirkt, Rückzugstendenzen an den Tag legt und keinen Kontakt mehr aufnimmt, könnte eine solche Form des Delirs vorliegen.

Auch ein Mischbild ist üblich. Es betrifft ca. 33 Prozent der Patienten. Hier ist ein gestörter Tag-/Nachtrhythmus das häufigste Signal. Sobald wir Anzeichen bemerken und sich die mögliche Diagnose eines Delirs ergibt, muss der Patient zunächst ausführlich differenzialdiagnostisch untersucht werden, um eine organische Ursache auszuschließen. Bestehen weitere Zweifel, haben wir die Möglichkeit, ein neurologisches Konsil anzufordern. Wenn ein Delir bestätigt werden kann, versuchen wir weiterhin, mit den oben aufgezählten Präventivmaßnahmen gegenzusteuern. Kann das Delir ohne Medikamente nicht beherrscht werden, erfolgt zusätzlich – im äußersten Notfall und möglichst kurzzeitig – eine pharmakologische Behandlung.

Die Schwere und die Folgen eines Delirs sind nicht zu unterschätzen. Entscheidend ist die Aufmerksamkeit aller am Behandlungsprozess Beteiligten, damit eine schnelle Diagnosestellung möglich ist. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer strukturierten Krankenbeobachtung sowie einer guten Kommunikation im berufsgruppenübergreifenden Team. Daher gilt auch hier: Die beste Therapie ist die Prävention!

PS: Wenn Sie sich für die Scoring-Systeme interessieren, können Sie sich gern an mich und meine Kolleginnen und Kollegen von der ITS wenden.



## Sturzprophylaxe bei Erwachsenen

von Sandra Rudloff, Nancy Müller und Theresa Heinrich

**Ein Patient benötigt zur Mobilisation eine Gehhilfe, die aber an der Wand und nicht in Griffnähe steht. Seine Hausschuhe befinden sich unter dem Bett. Ohne seine Brille erkennt er kaum den Weg. Er versucht trotzdem, alleine ins Bad zu kommen. Es folgt ein dumpfer Aufprall und ein Hilferuf, das Stationspersonal eilt sofort los. Im Zimmer finden sie den Patienten auf dem Boden liegend auf – er ist gestürzt.**

Stürze passieren meistens, wenn die Mitarbeitenden der Station oder des Bereichs nicht in der Nähe sind. Und sie passieren oft in der Nacht. Patienten oder Mitpatienten melden den Vorfall dann im Nachhinein. Oder das Personal findet den Patienten wie in unserem Beispiel gestürzt und möglicherweise verletzt auf.

Die Gründe für einen Sturz sind vielfältig in einem Krankenhaus. Manche Patienten tragen keine geeigneten Schuhe oder machen nachts das Licht nicht an. Häufig überschätzen sich die Patienten auch selbst und trauen sich mehr zu, als sie eigentlich körperlich in der Lage sind, zu schaffen. Sie nutzen keine Hilfsmittel oder verweigern teilweise ganz die Hilfe von Seiten des Personals. Auch die ungewohnte Umgebung, ein fortgeschrittenes Alter, Medikamenteneinnahmen oder eine zeitweise Desorientierung nach operativen Eingriffen erhöhen das Sturzrisiko.

Die WHO hat eine Definition des Sturzes: „Ein Sturz ist jedes Ereignis, bei dem der betroffene unabsichtlich auf dem Boden oder auf einer anderen tiefen Ebene aufkommt.“

Dieses „Aufkommen auf den Boden“ hat für die Betroffenen oft weitreichendere und verhängnisvollere Auswirkungen als es in der Definition anklingt. Neben schmerzhaften Prellungen, Verstauchungen oder Brüchen und dem eventuell daraus resultierenden verlängerten

Krankenhausaufenthalt kann es auch psychische Auswirkungen auf den Patienten haben. Er verliert das Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten und meidet aus Angst vor einem erneuten Sturz jegliche Bewegung.

Um Stürze im Krankenhaus zu vermeiden, wurde 2006 der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegeben. In unserem Haus wird dieser Expertenstandard so umgesetzt, dass bei jeder stationären Aufnahme eine digitale Pflegeanamnese erstellt wird, die eine Ermittlung des Sturzrisikos beinhaltet. Der Patient wird u.a. zur Sturzangst oder vergangenen Stürzen gefragt. Das Alter, die Medikamenteneinnahme und die Umgebung im Patientenzimmer werden erfasst und dokumentiert. Das digitale System ermittelt aus diesen Angaben das Sturzrisiko und es werden Maßnahmen im Pflegeplan ermittelt und berücksichtigt.

Bei einem erhöhten Sturzrisiko gibt es verschiedene Maßnahmen, die zur Anwendung kommen. Als erstes wird das Patientenzimmer angepasst. Dafür werden u.a. Stolperquellen entfernt, die Bettenhöhe angepasst, Bremsen an Nacht-

tischen und Rollstühlen festgestellt, das Nachtlicht eingeschaltet. Dem Patienten werden Hilfsmittel wie Gehhilfen oder Rollstühle bereitgestellt. In direkten Gesprächen mit dem Patienten weist das Personal auf die Nebenwirkung von Medikamenten (z.B. Psychopharmaka, Antihypertensiva) und auf mögliche Mobilitätseinschränkungen aufgrund von Verbänden hin. Das Pflegepersonal macht regelmäßige Vitalzeichenkontrollen und Krankenbeobachtungen bei verwirrten Patienten und achtet auf ausreichende Trinkmengen. Zuletzt berät und leitet das Pflegepersonal den Patienten und auch seine Angehörigen an, um die Mobilität und Selbstständigkeit des Patienten schnellstmöglich wiederherzustellen.

Das Eingangsbeispiel sollte – nach Umsetzung aller Maßnahmen – dann so aussehen: Die Gehhilfe des Patienten steht in seiner Reichweite. Seine Schuhe stehen so vor dem Bett, dass ein leichtes Anziehen möglich ist. An seine Brille auf den Nachttisch kommt er problemlos heran. Er kann sicher aufstehen, kommt sicher ins Bad und auch sicher wieder zurück in sein Bett.



### Abkürzungen

Nu-DESC: Nursing Delirium Screening Scale  
CAM-ICU: Confusion Assessment Method für Intensivstation  
RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale

### Quellen

- DGAI und weitere Fachgesellschaften (2020): S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2020), [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/001-0121\\_S3\\_Analgesie-Sedierung-Delirmanagement-in-der-Intensivmedizin-DAS\\_2021-08.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-0121_S3_Analgesie-Sedierung-Delirmanagement-in-der-Intensivmedizin-DAS_2021-08.pdf)
- Hansen, HC, Förstl H., Qualitative Bewusstseinsstörungen und Enzephalopathien: Diagnose, Therapie, Prognose, Berlin, Springer-Medizin, 2013.
- Lange M., Lanckohr C., Analgosedierung und Delir in der Intensivmedizin, in: Intensivmedizin up2date, 11/2012
- Lee E., Kim J. (2014), Cost-benefit analysis of a deliriumprevention strategy in the intensive care unit, in: critical care
- Zoremba B et al. Acute states in hospital. (2019) Dtsch. Ärzteblatt INT 2019; 116; 101-6: DOI: 10.3238/arztebl.2019.0101

## Sichere Medikation bei Kindern – eine tägliche Herausforderung

von Kristin Brockauf-Knothe



**Kinder sind keine kleinen Erwachsenen – so banal dieser Anspruch vielleicht klingen mag, so treffend und alltagspraktisch bleibt er. Kinder, das können sowohl Frühgeborene mit einem Gewicht von 500 g als auch Jugendliche im Alter von 16/17 Jahren mit vielleicht 100 kg sein. Sie unterscheiden sich deutlich von Erwachsenen zum Beispiel darin, in welcher Form ihr Körper Medikamente aufnimmt, verarbeitet oder ausscheidet. Gerade Fragen der richtigen Medikation sind in der Kinderheilkunde deutlich komplexer und aufwändiger zu klären als bei Erwachsenen. Viele Arzneimittel sind nicht speziell für Kinder entwickelt worden – das birgt einige Risiken. Nichtsdestotrotz gibt es Wege, mit diesen Risiken fachlich und kindorientiert umzugehen.**

Was macht eigentlich die Komplexität der Arzneimitteltherapie bei Kindern aus? Da sind zum Einen das Gewicht und das Alter des Kindes. Von beidem hängt die richtige Dosis ab, da es für die meisten Medikamente entsprechende Dosisempfehlungen gibt. Dazu kommt noch die oft fehlende kindgerechte Darreichungsform, die dazu führt, dass man Tabletten beispielsweise teilt, mörsert, auflöst, abmisst und am Ende manchmal hoffen muss, dass die errechnete Dosis wirklich dabei herauskommt. Es gibt natürlich auch Säfte, Suspensionen, Sirups, die die Dosisanpassungen erleichtern können, wobei sich hier ebenso Fehler im Aufziehen von Mengen meist im Milliliterbereich einschleichen und leicht zu Über- oder Unterdosierungen führen können. Noch nicht erwähnt ist die häufige Schwierigkeit, ein Medikament, egal welcher Darreichungsform, überhaupt in das

Kind zu bekommen. Hier spielen die Stichworte Verweigerung, Auspudden, Erbrechen und Durchfall eine Rolle.

Ein anderer Risikofaktor ist die häufige Anwendung von Medikamenten außerhalb ihrer eigentlichen Zulassung, der sogenannte off-label-Gebrauch. Unter Off-label versteht man die Anwendung eines Medikamentes außerhalb der Zulassung bezogen auf Alter, Dosierungsempfehlung, Indikation (die Erkrankung, bei der es angewendet werden darf), Darreichungsform oder Weg der Verabreichung. Statistisch gesehen werden bis zu 30 Prozent der Medikamente in der Kinderheilkunde mangels einer passenden Alternative off-label verordnet, wobei in einzelnen Bereichen wie den pädiatrischen Intensivstationen noch deutlich höhere Prozentzahlen vorkommen. Das Problem dabei ist, dass es ohne

Zulassung beispielsweise keine passenden Dosisempfehlungen in den Fachinformationen gibt. Fachinformationen existieren für jedes Medikament und enthalten alle geprüften Informationen, die durch reguläre Zulassungsstudien validiert sind. Die Gründe für fehlende Medikamenten-Zulassungen bei Kindern sind vielfältig: Die meisten medikamentösen Therapien sind primär an den Bedarf bei Erwachsenen angepasst. Die finanziellen Anreize für Pharmaunternehmen zur aufwändigen Prüfung in Kinderstudien mit verschiedenen Altersklassen sind trotz Verbesserungen der letzten Jahre oft nicht ausreichend. Außerdem treten bestimmte Erkrankungen nur im Kindesalter auf und sind damit deutlich seltener.

Off-label-Gebrauch muss nicht heißen, dass es verboten ist, bestimmte Medikamente zu verwenden, oder

dass diese ganz ohne Evidenz, also ohne nachgewiesene Wirksamkeit, verabreicht werden. Oft gibt es bereits viele Daten aus Anwendungsstudien und reichlich praktische Erfahrung in verschiedensten therapeutischen Settings, die in der Fachliteratur gut dokumentiert sind. Unter bestimmten Bedingungen ist der off-label-Gebrauch sogar eine medizinische Notwendigkeit, wenn keine Alternativen zur Verfügung stehen. Dazu gehört dann natürlich auch eine entsprechende Information und Aufklärung der Sorgeberechtigten.

Um die Anwendung von Medikamenten in den verschiedenen Altersgruppen auch ohne behördliche Zulassung sicherer zu machen, gibt es seit Ende 2021 in Deutschland nach jahrelanger Kooperation verschiedener europäischer Länder eine frei zugängliche Plattform. Auf [www.kinderformularium.de](http://www.kinderformularium.de) können

sich Ärztinnen und Ärzte in der täglichen Arbeit zuverlässig informieren. Die Plattform bietet auf Grundlage der aktuell bestverfügbaren Daten genaue Dosisempfehlungen und stellt Informationen zu Wechsel- und Nebenwirkungen zur Verfügung.

Sie stellt damit einen Meilenstein in der klinischen Kinderheilkunde dar. Kinderärztinnen und Kinderärzte können so angemessene Dosierungen für die verschiedenen Altersgruppen wählen. Die Entscheidung, welches Medikament zur Anwendung kommt, trifft nach wie vor das ärztliche Team. Doch die potentiellen Risiken gerade beim off-label-Gebrauch in der Kinderheilkunde lassen sich mit Hilfe von [Kinderformularium.de](http://www.kinderformularium.de) deutlich minimieren.

## Zum Verwechseln ähnlich

von Sandra Tuchel

**Haben Sie beim Stellen schon mal zum verkehrten Medikament gegriffen, weil die Verpackung auf den ersten Blick genau so aussah oder weil der Name ähnlich war? Dann hatten Sie es mit der so genannten „LASA“-Problematik zu tun. LASA ist die Abkürzung für „Look alike“ und „Sound alike“.**

Bestimmt haben Sie sofort Arzneimittel vor Augen, auf die das zutrifft und bei denen Sie besondere Aufmerksamkeit an den Tag legen müssen. Schon eine falsche Dosierung kann Folgen für den Patienten haben – ganz abgesehen von Medikamenten für unterschiedliche Indikationen. Um die Thematik zu veranschaulichen, haben wir auf den Stationen

Fotos von entsprechenden Beispielen gemacht. Vielen Dank noch mal für die Unterstützung an die Stationsteams!

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) fordert Pharmahersteller zur Umgestaltung von Verpackungen und -beschriftungen sowie zur Umbenennung





von Medikamenten auf. Aber nicht alle möglichen Verwechslungsrisiken können von vornherein ausgeschaltet werden. Im medizinischen und pflegerischen Alltag kommt es vor allem auf die Menschen an, die am Medikationsprozess beteiligt sind:

- Verordnungen sollten zusätzlich Darreichungsform, Dosierung, Konzentration und idealerweise die Zweckbestimmung des Arzneimittels beinhalten
- Verordnungen nicht handschriftlich ausstellen
- Verordnungen nur im Notfall mündlich kommunizieren
- bei mündlichen Verordnungen: Rückversicherung durch Wiederholung (Readback) und Bestätigung einholen (Hearback)
- aufmerksames Lesen der Verordnung, Notizen, Arzneimittelpackungen etc.
- aktives Einbinden der Patienten und Aufklärung, dass es zu Verwechslungen im Medikationsprozess kommen kann
- bei Unklarheiten immer nachfragen

**Quelle:** AMK und BfArM (2019): Medikationsfehler in der Praxis: Die Bedeutung von Look- und Soundalikes als Mitursache von Medikationsfehlern

- beim Stellen und der Verabreichung für ausreichend Licht und wenig Ablenkung sorgen
- getrennte Lagerung und/oder Blickfänger bzw. Warnhinweise am Lagerort und zusätzliche Kennzeichnung
- CIRS-Fallmeldungen bei Verwechslungen und Verwechslungsgefahren.

Krankenhäusern wird Folgendes empfohlen:



- interne Risikobeurteilung von Arzneimitteln hinsichtlich potenzieller LASA-Problematiken und betriebssinterne Auflistung bekannter LASA
- ggf. Einkaufsstrategien anpassen, indem gut unterscheidbare Produkte bevorzugt eingekauft werden und Medikamente möglichst selten aufgrund von geringfügigen Preisunterschieden gewechselt werden.

## Patientensicherheit im Blick

von Andreas Löffler

Die Fachärztinnen Patricia Horn und Elke Pielert haben im Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Leitlinien und ein Management für den maßgeschneiderten Einsatz von Antibiotika entwickelt. Es war die Intensivmedizin, von der Patricia Horn nach eigener Aussage während ihres Medizinstudiums so richtig „gepackt“ wurde und die sie die Facharztausbildung zur Anästhesistin hat antreten lassen. „Die Intensivmedizin ist ein absolutes Querschnittsfach. Um zu verstehen, was im Körper des Patienten vor sich geht, müssen wir beispielsweise auch kardiologisches oder nephrologisches Verständnis haben“, erläutert die gebürtige Hallenserin.

Ein Hauptaspekt der Intensivmedizin seien Infektionen, denen man in der Regel durch die Gabe von Antibiotika und Fokussierung beizukommen versucht. „Sich damit auseinanderzusetzen, ist ein hoch spannendes Gebiet, das mich nicht wieder losgelassen hat“, betont Patricia Horn, die sich deswegen zusätzlich zur ABS-Expertin sowie zur Infektiologin hat ausbilden lassen und vor wenigen Tagen die Prüfung für die Zusatzbezeichnung Infektiologie erfolgreich absolviert hat.

ABS steht für Antibiotic Stewardship, worunter man den rationalen und verantwortungsvollen Einsatz von Antinfektiva, also den maßgeschneiderten Einsatz, versteht. Hierzu zählen der Nachweis einer (bakteriellen) Infektion, die Wahl des geeigneten Antinfektivums, die Anpassung der Therapiedauer sowie die Dosierung und Form der Antibiotika-Gabe. Im Mittelpunkt steht auch hier die Patientensicherheit. Patricia Horn erläutert: „Bei Antibiotika gilt eben nicht: Viel hilft viel. Werden diese Medikamente zu pauschal und nicht gezielt eingesetzt, führt dies nicht zu einer opti-



■ Elke Pielert (links) und Patricia Horn (rechts)

malen Behandlung des Patienten und es kann zur Herausbildung von Resistenzen kommen. Bei multiresistenten Erregern verlieren dann Antibiotika schlicht ihre Wirkung.“ So viel und so lange wie erforderlich, dabei so passgenau wie möglich, laute etwas verknüpft die Faustregel bei der Antibiotika-Gabe.

Im Rahmen ihrer Tätigkeit auf der

Intensivstation entwickelten Patricia Horn und ihre ärztliche Kollegin Elke Pielert, Leiterin der Krankenhaushygiene, ein passgenaues Konzept: Die Etablierung einer eigenständigen Institution im Haus, die für alle Stationen die Behandlung von Infektionen in den Blick nimmt, begleitet, hinterfragt und zur permanenten Optimierung beiträgt. Beide Ärztinnen absolvierten in der Folge die Ausbildung zur ABS-Expertin, erstellten ein Handbuch mit Leitlinien für das Haus und bauten ein gut funktionierendes

„Bei Antibiotika gilt eben nicht: Viel hilft viel.“

Antibiotika-Managementsystem auf. An vier Tagen der Woche ist ein Mitglied dieses spezialisierten Teams bei der großen Visite auf der Intensivstation und in festgelegten Rhythmen auch auf den anderen Stationen des Krankenhauses präsent.

Im Sinne einer optimalen Infektionsbekämpfung bei jedem einzelnen betroffenen Patienten werden dabei viele Aspekte betrachtet. „Ganz entscheidend ist die richtige Diagnostik, da sich aus den Befunden alle weiteren Schritte ableiten“, so Patricia Horn. Um den zu bekämpfenden „Feind“, sprich den Erreger, so exakt wie möglich bestimmen zu können, bringt sie daher mitunter noch ergänzende Diagnostik auf den Weg. „Ich arbeite eng mit den Mikrobiologen unsers Partnerlabors in Plauen zusammen. Mittels eines Computerprogramms kann ich mir für jeden unserer Patienten jederzeit mikrobiologische Befunde sowie Blutkultur- oder Punktatbefunde anschauen und dann gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen maßgeschneiderte Heilungsstrategien entwickeln. Bei besonders schweren oder komplizierten Fällen hole ich mir über unser weitgespanntes Netzwerk auch den infektiologischen Rat aus anderen Krankenhäusern ein.“

Mit der möglichst genauen Identifizierung des zu behandelnden Erregers hat sich die Tätigkeit der ABS-Expertinnen bei weitem noch nicht erschöpft: „Wir achten penibel darauf, welches Antibiotikum in welcher Dosis über welchen Zeitraum verabreicht wird und haben natürlich permanent im Blick, wie gut die Medikamente anschlagen. Im Sinne einer optimalen Wirksamkeit können wir bei Bedarf nachjustieren und Komplikationen wie den bisweilen auftretenden antibiotikabedingten Durchfall weitgehend vermeiden“, so die Medizinerin. Dabei gelte es, ein komplexes Gefüge zu berücksichtigen – beispielsweise Vorerkrankungen oder aus welcher Umgebung der Patient komme. Zusammengefasst seien es die genau aufeinander abgestimmten Vorgehensweisen, die sicherstellen, dass nichts übersehen wird. Hinzu komme die stete Aktualisierung und Weitergabe von Wissen.



Das am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara eingeführte einheitliche Antibiotika-Management gibt nicht nur den behandelnden Medizinerinnen Sicherheit, sondern sorgt für eine kontinuierliche Optimierung der Verordnungsqualität von Antinfektiva sowie die günstige Beein-

flussung von Resistenzentwicklung – zum Wohl und zur Sicherheit der Patienten. Auch die Perspektive des engagierten Vorhabens ist positiv: Bis zum Ende dieses Jahres sollen durch Weiterbildung auf jeder Station des Krankenhauses Beauftragte respektive Experten für das ABS-Management tätig sein.

### Wir sind ein benanntes ABS- Team mit Geschäftsordnung und in Erweiterung durch Ausbildung neuer Kollegen

#### UNSERE STRATEGIEN

- **Handbuch** kalkulierte Antiinfektivtherapie und POP
  - laufende Aktualisierung nach Anforderungen, Leitlinien und Resistenzstatistik inklusive Empfehlungen für die Pädiatrie
- **Punktprävalenzuntersuchungen**
  - halbjährliche Punktprävalenzstudie zum Verordnungsverhalten mit dem Ergebnis von deutlich verbesserter Dokumentation, Leitlinienadhärenz, erhöhter Reevaluation und vermehrter Terminierung
  - 2-jährliche Punktprävalenz zur perioperativen Antibiotikaphylaxe mit gesteigerter Compliance bzgl. Substanzwahl und Zeitintervall sowie Wiederholungapplikation
- Quartalsweise Auswertung der **Verbrauchszahlen** und Teilnahme am Surveillancesystem **AVS- KISS**
- Infektiologische **Visiten** auf Intensiv- und Normalstationen
- Evaluation von antiinfektiven Therapien bzgl. Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer
- Infektiologischer **Konsildienst**
- Aktiver **Befundnachgang** für alle Bakteriämien und anlassbezogen anderer Befunde durch Nutzung des Hybasezuganges und Einrichtung eines unangeforderten Faxes bei Nachweis von Staph. Aureus, Enterokokken oder Candida in Blutkulturen
- Intensive **Surveillance** von Bakteriämien und BK-Qualität
- Resistenzstatistik und Surveillance von multiresistente Erregern und CDAD
- Sicherung von **Präanalytik** und **Diagnostikrichtlinien**
- Enge **Zusammenarbeit** mit Labor und Apotheke
- Ausgebautes **Netzwerk** zu Infektiologen

## Für die Patientensicherheit: Hygiene in Zahlen

von Elke Pielert

Fast das gesamte Tag (und Nacht-)werk der Hygiene dreht sich um die Patientensicherheit. Das Aufgabenfeld der Krankenhaushygiene ist sehr vielfältig und zielt immer auf die Infektionsprävention am Patienten und an den Mitarbeitenden ab. Dazu gehören unter anderem Hygienevisiten, Compliance-Erhebungen, Aktionen zur Verbesserung der Händehygiene, die Infektionsüberwachung postoperativ und in Risikobereichen, die laufende Aktualisierung der notwendigen Dokumente, Absprachen mit dem Einkauf, die enge Kommunikation mit der Reinigung, Küche, Technik, Medizintechnik, die Beratung der Geschäftsleitung



akut, sondern langfristig helfen und dem Problem auf den Grund gehen. Hygiene beschäftigt sich viel mit Risikoanalyse, vergleicht Soll- und Ist-Zustände und leitet nachfolgend Maßnahmen ab, die Verbesserungen herstellen. Deshalb ist Evaluation auch immer ein Thema: Benenne Ziele, finde praktikable Maßnahmen, die dieses erreichen sollen und kontrolliere das Ergebnis. Damit Sie eine bessere Vorstellung von den vielen verschiedenen Tätigkeiten unserer Krankenhaushygiene bekommen, hier eine Übersicht in Zahlen – natürlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Im Jahr 2021 wurden u.a. 36 Termine zu Wasserprobenahmen mit insgesamt **211** Probenahmen durchgeführt, erfolgten **64** dokumentierte Hygienebegehungen, **1639** Meldungen über Erkrankungen an das GA, davon entfallen **1538** auf Patienten mit positiven SARS-CoV-2- Befunden (positiver Test, stationäre Aufnahme und Entlassungen). Alle Meldedokumente zu SARS-CoV-2 füllen mittlerweile **18** Aktenordner und wir sind

sehr froh, seit zwei Wochen über die digitale Meldeplattform DEMIS an das Gesundheitsamt melden zu können. Insgesamt wurden maßgeblich durch die Mitarbeiter der Krankenhaushygiene **3590** Mitarbeiter-PCR-Testungen abgewickelt, und **148** positiv getestete MA betriebsmedizinisch und arbeitsschutztechnisch beraten und betreut. Außerhalb von Corona mussten 2021 **11x** Tbc – Fälle, **11x** Clostridioidales (ambulant erworben), **10x** Hepatitis, 1x Malaria, 1x Meningitis und 1x eine MRSA-Bakteriämie gemeldet werden. Zusätzlich haben wir **1269** Indikationen zur Händehygiene beobachtet, **18** dezentrale Dosiergeräte, **20** Endoskope, Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG), Waschmaschinen, Betten mikrobiologisch überwacht und Umgebungsuntersuchungen in Risikobereichen (1a,1c, DSA, HKL, Kreißsäle, OP) durchgeführt. Dokumentiert geschult wurde **75x**, in den Bereichen und klinikübergreifend.

Dass wir das alles für unsere Patienten und deren Sicherheit sowie die Mitarbeitenden unseres Krankenhauses im Pandemiejahr 2021 geschafft haben – dafür bin ich meinen Kolleginnen und Kollegen aus dem Team der Krankenhaushygiene sehr dankbar.

in allen hygiene relevanten Fragen und zahlreiche Untersuchungen zur Sicherheit des Trinkwassers, medizinischer Geräte, die Bauberatung, die Kommunikation und Einhaltung diverser Meldepflichten zu den Überwachungsbehörden, die Schädlingsbekämpfung und viele weitere Verantwortungsfelder.

Im Grunde ist Krankenhaushygiene in ihrer Vielfältigkeit durchaus mit Intensivmedizin vergleichbar: Man kommuniziert über alle Ebenen und in alle Bereiche des Krankenhauses, sollte das große Ganze im Blick behalten und idealerweise nicht nur



# Patientensicherheit und Kennzahlen – geht das?

von Dr. Dirk Schaper



Technische Risiken werden in der Regel durch Sollwerte und deren Abweichungsanalyse im Sinne von Messwerten minimiert und abgesichert. Überschreitungen von Grenzwerten führen zu einer Eskalation von Hinweisen und Warnungen. Jeder kennt den roten Bereich der Kühlmitteltemperatur oder der Motordrehzahl im Armaturenbrett seines Autos. Ganz kritisch wird es, wenn plötzlich gelbe (Frühwarnindikatoren) oder rote Warnanzeigen einen sofortigen Stopp erzwingen. Ähnlich gute, zahlenbasierte Risikobetrachtungen lassen sich im betriebswirtschaftlichen Kontext definieren. Ob für die unterjährige Steuerung eines Unternehmens oder zur Bonitätsprüfung gegenüber Banken – vieles lässt sich anhand von Kennzahlen darstellen und zur Risikominimierung einsetzen.

Unter dem Blickwinkel Patientensicherheit wird schnell klar, dass sich Risiken in der Regel nicht so einfach in Zahlen oder Eurobeträgen fassen lassen. Der gestürzte Patient kann sich eine Fraktur zugezogen haben, die zusätzlichen Aufwand im Sinne einer Operation erfordert und die

Verweildauer deutlich verlängert. Neben zusätzlichen Kosten im Rahmen der medizinischen Versorgung entstehen eventuelle Schadensersatzansprüche und ein nicht kalkulierbares Reputationsrisiko. All dies betriebswirtschaftlich zu bewerten, ist mit großen Unsicherheiten behaftet.

Trotzdem kann es gelingen, mit Kennzahlen und Sollwerten Einfluss auf das Risikoportfolio zu nehmen. Neben krankenspezifischen Statistiken wie stationsbezogener Sturzhäufigkeit, Aussagen zu nosokomialen Infektionen, stationsbezogenen Desinfektionsmittelverbräuchen und Personalausfallzeiten sowie Aussagen zur Erfüllung der Anforderungen der Pflegepersonaluntergrenzverordnung (PpUGV) gibt es vom Gesetzgeber vorgegebene Qualitätssicherungsdaten, die sich teilweise gut als Risikokennzahlen verwenden lassen. Die extern verpflichtende Qualitätssicherung, die in unserem Haus mit 17 Modulen breiten Raum einnimmt, bildet mit einer Vielzahl an Indikatoren die medizinische Qualität im Krankenhaus zu spezifischen Leistungsbereichen ab. Neben

operativen und interventionellen Leistungsbereichen, wie z.B. der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung, der perkutanen Koronarintervention, der Karotisrevaskularisation, der Mammachirurgie und gynäkologische Operationen, werden in anderen Modulen wie der Perinatalmedizin, der Dekubitusprophylaxe, der ambulant erworbenen Pneumonie und der postoperativen Wundinfektion konservative und/oder operative Inhalte zusammen bewertet.

Mit Hilfe eines Auswertprogrammes sind wir unterjährig in der Lage, die Entwicklung der Indikatorergebnisse zu verfolgen und Abweichungen von gesetzlich vorgegebenen Referenz- und Zielwerten zu erkennen und gegenzusteuern. So können echte Referenzabweichungen, aber auch Trends, identifiziert und mit den verantwortlichen Kliniken besprochen werden, um bei Bedarf entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten. Besonders bewährt haben sich diese unterjährigen Verlaufskontrollen z. B. bei der Einhaltung des zulässigen Dosis-Flächenproduktes im Rahmen der perkutanen Koro-

Status	KA	Kennzahl	Ergebnis	Vorjahr	Zähler	GG	Referenz	Ziel
?	Q1	1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	100,00%	100,00% =>	18	18	≥ 95,00%	≥ 99,07%
?	Q1	2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	100,00%	100,00% =>	3	3	≥ 95,00%	≥ 99,73%
	Q1	3: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Si...					Sentinel	
	KKez	4a: Beobachtete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - offen chirurgisch	0,00%	0,00% =>	0	23	≤ 12,31%	≤ 2,40%
	Q1	4b: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen im Krankenhaus - o...	0,00	0,00 =>			≤ 2,86	≤ 0,99
	Q1	5: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	100,00%				≥ 95,00%	≥ 97,75%
	Q1	6: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt					≥ 95,00%	≥ 99,17%
	KKez	7a: Beobachtete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - kathetergestützt	0,00%				≤ 4,63%	
	Q1	7b: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen im Krankenhaus - ...	0,00				≤ 2,80	≤ 1,09
	Q1	8: Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	0,00%	0,00% =>			≤ 5,00%	≤ 2,99%
	AK	1: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	0,00%	0,00% =>	0	23	≤ 4,48%	
	AK	S1: Körpergröße oder Körpergewicht bei Aufnahme unbekannt	0,00%	0,00% =>	0	23		

narangiographie, der Erfüllung der klinischen Stabilitätskriterien bei der ambulant erworbenen Pneumonie und der leitliniengerechten Indikation zur Implantation von Schrittmachern und Defibrillatoren.

Mit dem Beitritt des Elisabeth Vinzenz Verbundes (EVV) in die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) ergeben sich neue und umfangreiche Auswertungsmöglichkeiten, die auf Routinedaten der Krankenhäuser beruhen. Neben einer Vielzahl von Indikatoren, die sich der Behandlungsqualität zuwenden, gibt es spezifische Indikatoren, die die Patientensicherheit reflektieren. In fünf Themenblöcken werden sicherheitsrelevante Daten ausgewertet und mit nach Alter und Geschlecht standardisierten klini-

kindividuellen Erwartungswerten verglichen. Schwerpunkte bilden die Geburtshilfe, die postoperative Versorgung im Zusammenhang mit komplikativen Verläufen, der Dekubitus und sog. Sentinel-Events, Ereignisse, die nicht auftreten dürfen, die in den Bereich der vollbeherrschbaren Risiken gehören. Ein Ampelsystem gibt einen schnellen Überblick über die Einhaltung der Referenzwerte und kann bei Bedarf Auslöser für gezielte Maßnahmen sein.

Ein wesentlicher Vorteil des IQM-Verfahrens ist der Vergleich mit allen Mitgliedshäusern des EVV, der es ermöglicht, von den Besten zu lernen. Der Austausch zwischen den Häusern wird zusätzlich durch Peer Reviews unterstützt. Auf Basis

ausgewählter Patientenakten werden mögliche Schwachstellen in den Behandlungsabläufen, Strukturen und Schnittstellen analysiert und im Rahmen eines kollegialen Dialoges besprochen. Zudem werden Verbesserungspotentiale und Lösungsvorschläge diskutiert um die Sicherheitskultur weiterzuentwickeln. Die Steuerungsgruppe Patientensicherheit wird die Entwicklung und Auswertung hausspezifischer sicherheitsrelevanter Kennzahlen voranbringen, um Abweichungen frühzeitig zu erkennen und Gegenmaßnahmen einleiten zu können.

# Waaas?! Das ist ein CIRS-Fall?!

von Sandra Tüchel



Wenn ich in internen Audits frage: „Was tun Sie, wenn Ihnen ein Fehler im Behandlungsprozess passiert?“, bekomme ich häufig die Antwort: „Das besprechen wir dann im Team.“

Dass Fehler offen angesprochen werden und gemeinsam nach Lösungen gesucht wird, spricht für

eine gute und offene Fehler- und Sicherheitskultur im Team. Allerdings bleibt dieser Lerngewinn, der aus einem solchen Austausch resultiert, ausschließlich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieses Teams vorbehalten. Was könnten Sie tun? Einen **CIRS-Fall melden** – also eine Fallmeldung in unsere Berichts- und

Lernplattform Intrafox für Ereignisse im Behandlungsprozess einbringen.

**„Uns fehlt leider die Zeit.“**

Ja, in Zeiten zunehmender Arbeitsverdichtung benötigt eine Fallmeldung zusätzliche fünf Minuten. Aber: Der Meldeweg ist ganz ein-

fach – mit zwei Klicks haben Sie die Meldeseite schon erreicht (über die Intranet-Startseite).

„Das erschien mir zu banal, um es zu melden.“

Das ist gut – es ist demnach nichts Schwerwiegendes passiert, weil es schon vorher aufgefallen ist. Aber auch das gehört zur Idee eines CIRS: Kleinere Fehler zu melden und Maßnahmen zu ergreifen, um größeren Zwischenfällen, die vielleicht sogar einen Patientenschaden zur Folge haben könnten, vorzubeugen.

Führen Sie sich am besten vor Augen, was hätte passieren können. Dann sind scheinbar banale Situationen vielleicht doch eine Meldung wert – hier ein paar Beispiele aus dem deutschlandweiten CIRS-Meldesystem [cirs-medical.de](http://cirs-medical.de):

**Auf dem Patientenarmband standen die Daten eines anderen Patienten.**

Wenn andere Sicherheitsmaßnahmen nicht gegriffen hätten, wäre der Patient ggf. auf dem falschen OP-Tisch gelandet.

**Ein Patient blieb mit seiner Unterarmgehilfe am nicht gereinigten, klebrigen Boden hängen.**

*Er hätte sich, wenn er nicht noch gerade so gehalten worden wäre, bei einem Sturz stark verletzt können.*

**Die Etiketten auf Blutprobenröhrchen wurden vertauscht.**

Auf Grundlage falscher Werte könnte es zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen kommen. Außerdem ist bei beiden Patienten eine erneute Blutprobe notwendig.

**Patient A und B wurden beinahe die Medikamente des jeweils anderen verabreicht.**

Eine Medikamentenverwechslung kann fatale Folgen haben.

**Beim Richten wurden 200 µg Kaliumjodid-Tabletten in einer Verpackung mit 100 µg Kaliumjodid-Tabletten entdeckt.**

Eine Überdosierung konnte verhindert werden.

**Nach dem Duschen (nach Wasserkontakt) löste sich vom Patientenarmband der Name ab.**

So ist die Identifikation des Patienten per Patientenetikett nicht mehr möglich.

Patient landet auf falschem OP-Tisch

Fehldiagnose nach vertauschten Blutproben

Sturz im Krankenhaus  
Fehlende Reinigung schuld am Fall eines

**Auf der Station wurde der Transportmonitor gegen ein anderes Modell ausgetauscht.**

Im Dienst, während eines Notfalltransportes, wurde das Team, ohne Einweisung, mit dem neuen Gerät konfrontiert. Es hätte zu einer Fehlbehandlung kommen können.

Nehmen Sie sich bitte die zusätzlichen fünf Minuten Zeit für eine CIRS-Fallmeldung. So kann zielgerichtet gehandelt und für noch mehr Patientensicherheit gesorgt werden. Willkommen sind auch Meldungen, in denen bei der Besprechung im Team bereits eine Lösung gefunden wurde. Lassen Sie andere daran teilhaben und von Ihren Erfahrungen lernen!

## Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen als Instrument des klinischen Risikomanagements

von Thomas Naumann



Im Rahmen des klinischen Risikomanagementsystems ist die Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ein Instrument, um interkollegial kritische Situationen im Klinikalltag am Fallbeispiel zu reflektieren, fachlich und objektiv zu diskutieren und Schwachstellen im Prozessablauf sowie deren Ursachen zu analysieren.

Mit den drei Fragen „Was ging schief?“, „Wie konnte das passieren?“ und „Was lernen wir daraus?“ wird der Klinikalltag ganz praktisch reflektiert und die Möglichkeit gegeben, Erfahrungen, Evidenz und die eigene Sicht auf den Fall wahrheitsgemäß, lückenlos und emotionsfrei vorzutragen. Insbesondere wird im

Diskurs Wert auf die Frage gelegt, ob eine etablierte und leitliniengerechte Behandlung stattgefunden hat. Ebenso wichtig ist es in der Konferenz, ein Klima des respektvollen Umgangs, frei von Schuldzuweisungen, zu wahren. Die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sollen dabei helfen, ärztliches sowie pflegerisches Verhalten und Entscheidungen bei Bedarf zukünftig zu verändern und zu verbessern.

In der Inneren Medizin am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara ist das Format der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz seit vielen Jahren etabliert. Im Regelfall wird am ersten Montag des Monats ein Fall von einer der drei Medizinischen Kli-

niken aufgearbeitet und berufsgruppenübergreifend den Kolleginnen und Kollegen der Inneren Medizin zur Diskussion vorgestellt. Insbesondere bei Fällen, die über die Innere Medizin hinaus beispielsweise intensivmedizinisch oder chirurgisch mitversorgt werden mussten, sind die beteiligten Fachrichtungen zum interdisziplinären Dialog eingeladen.

Ein Ziel der Fallbesprechungen im Rahmen der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist es somit auch, Fehlerquellen zu erkennen und die Qualität in der Patientenversorgung weiter zu fördern.





KRANKENHAUS  
**ST. ELISABETH &  
ST. BARBARA**

## HINWEIS KURZUMFRAGE

Dem Motto des Welttages der Patientensicherheit „Sichere Medikation“ folgend wird es eine anonyme Kurzumfrage im ärztlichen Dienst zur Anwendung von AiD und iMedOne bei der Aufnahmemedikation und Arzneimittel-Verordnungen geben.

**Sie werden bald eine E-Mail dazu erhalten.  
Wir bitten um Ihre Teilnahme!**

### Herausgeber:

Krankenhaus St. Elisabeth und  
St. Barbara Halle (Saale) GmbH  
Jan-Stephan Schweda (V.i.S.d.P.)  
Mauerstraße 5 | 06110 Halle (Saale)

Telefon (0345) 213-30  
Telefax (0345) 213-40 05

Layout / Satz: Elfie Hünert  
Design: Agentur Kappa GmbH  
Auflage: 500

Alle Aufnahmen / Fotos sind Eigentum des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale). Anders lautende Urheber werden direkt am Bild erwähnt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird überwiegend auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

