

# **Risikomanagement in der Chirurgie**

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts in Business

FH Oberösterreich Studiengang: Sozial- und Verwaltungsmanagement, Linz  
Studienzweig Sozialmanagement

Verfasserin: Elisabeth Falkner  
Matrikelnummer: 0810562069  
Gutachterin: Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS

Linz, 30.05.2011

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eiders statt, dass ich die Bachelorarbeit mit dem Titel „Risikomanagement in der Chirurgie“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet haben.

Linz, am 30.05.2011

---

Elisabeth Falkner

## **Dank**

Ich möchte mich bei meiner Familie, FreundInnen und meinem Arbeitgeber für die Unterstützung und den Beistand während des Studiums, sowie bei der Verfassung der Bachelorarbeit bedanken. Allen voran bei meinem Freund Sebastian, für den mentalen Beistand und den Rückhalt im gesamten Studium.

Ein besonderer Dank gilt auch meiner Betreuerin der Bachelorarbeit Frau Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS, die mir mit Rat und Tat während der Verfassung der Arbeit zur Verfügung stand. Weiters bedanke ich mich bei meiner Praktikumsbetreuerin, Frau Mag. Dr. Ulrike Sandner, MBA (Gesundheits- und Spitals AG OÖ). Sie ermöglichte mir den Einblick in ein Projekt zum Risikomanagement in der Chirurgie und stellte mir für die Bachelorarbeit nützliche Dokumente zur Verfügung.

## Kurzfassung

Risikomanagement im Krankenhaus erlangt zunehmend an Bedeutung. Laut Untersuchungen gehören medizinische Fehler zu den zehn häufigsten Todesursachen. Vor allem in der Chirurgie ist Risikomanagement sehr wichtig, da hier die Fehlerhäufigkeit am höchsten ist.

Die positive Wirkung der Medizin steht außer Frage, jedoch im Falle von Fehlern, verursachen diese großen menschlichen und finanziellen Schaden oder sogar Verluste.

Risikomanagement befasst sich mit dem planvollen Umgang von Risiken sowie der Entwicklung und Umsetzung von Gegenstrategien.

Wesentliche Ziele des Risikomanagements sind vor allem der Schutz der Patienten vor Schadensfällen, Schutz der Mitarbeiter und des Unternehmens vor strafrechtlicher und zivilrechtlicher Verantwortung, sowie Verhinderung des Imageverlustes. Auch der richtige Umgang mit Fehlern und die Schaffung einer positiven Fehlerkultur sind Ziele des Risikomanagements.

Der Prozess des Risikomanagements wird in der Regel in vier Stufen (Risikoanalyse, Risikobewertung, Risikobewältigung, Risikocontrolling) eingeteilt. Die verschiedenen Stufen bilden einen Regelkreis, der Ablauf wird somit regelmäßig wiederholt und überwacht. Die Wichtigkeit liegt darin, neue Risiken zu entdecken und die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu beurteilen.

Um Risiken zu bewältigen braucht es effektive Strategien. Das CIRS (Critical Incident Reporting System) hilft Fehler zu dokumentieren und aus diesen zu lernen. Die SAFE-Kommunikation bewirkt eine verbesserte Kommunikation innerhalb der Organisation. Als ebenso geeignete Methoden haben sich Checklisten in der Chirurgie bewährt, wenn es um den Ablauf vor, während und nach einer Operation geht.

## **Abstract**

The risk management in hospitals is becoming more important, according to studies medical errors are the ten leading causes of death, especially in surgery risk management is very important, as it is the frequency of errors at the highest here.

The positive effect of the medicine is clear, in case of errors they cause huge human and financial loss.

Risk management is concerned with the approach to dealing risks and the development and implementation of counter-strategies.

Key objectives of risk management is primarily to protect patients from harm cases, protection of employees and the company from criminal and civil responsibility and in court and arbitration procedure with patients, and preventing the loss of image. The error awareness and creating a positive culture of errors are the goals of risk management.

The process of risk management is usually divided into four stages (risk analysis, risk assessment, risk management, risk control). The various stages form a loop, the process is repeated regularly and monitored. The importance is to discover new risks and assess the effectiveness and sustainability of the measures taken.

In order to cope with risks, it needs methods. The CIRS (Critical Incident Reporting System) helps to document mistakes and learning from them. The SAFE-communication results in improved communication.

As well as appropriate methods, checklists have proven useful in surgery, concerning the process during and after an operation.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Kurzfassung .....</b>	<b>I</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>II</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>Einleitung.....</b>	<b>VII</b>
Problemstellung .....	VII
Ziel / Forschungsfrage .....	VIII
Methode und Vorgehensweise.....	IX
<b>1     Begriffsbestimmungen .....</b>	<b>1</b>
1.1   Risiko.....	1
1.2   Risikomanagement im Krankenhaus.....	4
1.3   Fehler .....	6
1.4   Chirurgie.....	9
<b>2     Fehler in der Medizin –       Ergebnisse wissenschaftlicher Studien der USA.....</b>	<b>10</b>
<b>3     Notwendigkeit von Risikomanagement.....</b>	<b>11</b>
<b>4     Risikomanagement in der Chirurgie.....</b>	<b>15</b>
<b>5     Ziele des Risikomanagements in der Chirurgie.....</b>	<b>18</b>
5.1   Konstruktiver Umgang mit Fehlern .....	18
5.2   Schaffung einer positiven Fehlerkultur .....	20
<b>6     Der Risikomanagementprozess .....</b>	<b>21</b>
6.1   Die Risikoanalyse.....	23
6.2   Die Risikobewältigung .....	27
6.2.1 Organisation, Führung und Verantwortung .....	28

6.2.2	Personalmanagement .....	32
6.2.3	Patienten .....	33
6.2.4	Prozessmanagement .....	34
6.2.5	Kommunikation und Teamarbeit .....	34
6.2.6	Thesen der Risikogenerierung .....	37
6.3	Das Risikocontrolling .....	38
<b>7</b>	<b>Methoden zur Risikobewältigung .....</b>	<b>39</b>
7.1	CIRS- Critical-incidence-reporting-System .....	39
7.2	SAFE-Kommunikation .....	41
7.3	Checklisten zur Vermeidung von Verwechslungen .....	44
7.3.1	Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen .....	44
7.3.2	Studie der WHO zu den Checklisten.....	52
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>Persönliches Fazit.....</b>	<b>57</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>59</b>

# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## Abbildungen:

Abbildung 1:	
Risikobereiche und Risikofelder in Krankenhäusern.....	5
Abbildung 2:	
Häufigkeit von Fehlervorwürfen nach Fächern und Fachgruppen.....	13
Abbildung 3:	
Organisatorische Mängel als (Mit-) Ursache von Fehlervorwürfen .....	14
Abbildung 4:	
Risikomanagementprozess als Regelkreis .....	21
Abbildung 5:	
Implementierung eines klinischen Risikomanagements .....	22
Abbildung 6:	
Risikoportfolio .....	25
Abbildung 7:	
Beurteilung von Teamwork durch Beobachter .....	36
Abbildung 8:	
OP- Sicherheits-Checkliste WHO .....	51



## **Tabellen:**

Tabelle 1:

Begriffsdefinitionen Fehler .....8

Tabelle 2:

Top acht Risiken .....26

Tabelle 3:

Risikogenerierung .....37

## **EINFÜHRENDER HINWEIS**

Zur leichteren Lesbarkeit wurde in dieser Bachelorarbeit explizit auf die Nennung beider Geschlechter dort verzichtet, wo eine geschlechtsneutrale Formulierung nicht möglich war. Es wird demnach darauf hingewiesen, dass die verwendeten männlichen Begriffe die weiblichen Formen ebenso mit ein beziehen.

## **Einleitung**

Im Rahmen des Berufspraktikums, absolviert in der gspag (Gesundheits- und Spitals AG OÖ), setzte sich die Verfasserin mit dem Thema Risikomanagement in der Chirurgie auseinander. Einerseits das Berufspraktikum und andererseits ein Vortrag von Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky (Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Experte für Risikomanagement) inspirierten sie schlussendlich, sich mit dem Thema Risikomanagement in der Chirurgie, in dieser Bachelorarbeit, detaillierter zu befassen.

Einleitend zu dieser Bachelorarbeit werden die Problemstellung, das Ziel und die Forschungsfrage, sowie die genaue Methode näher beschrieben.

## **Problemstellung**

Das Thema Risikomanagement hat im Krankenhaus, besonders aber im operativen Bereich, zunehmend an Bedeutung gewonnen, immer wieder tauchen in den Medien Berichte über Patienten- und Eingriffsverletzungen auf. Ein Beispiel dafür ist der Vorfall in Tirol im November 2010 (einer 91-jährigen Patientin wurde das falsche Bein amputiert).<sup>1</sup>

Das grundlegende Motiv für die Einführung des klinischen Risikomanagements, ist das Bestreben, den Patienten ein Höchstmaß an Sicherheit zu bieten. Denn, wenn Patienten ein Krankenhaus aufsuchen erwarten sie das Beste und befürchten, verunsichert durch diverse Medienberichte, gleichzeitig das Schlimmste. Die Erwartungen der Patienten an die medizinischen Leistungen und die Qualität der Gesundheitsversorgung steigen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Standard (29.11.2010).

Die Entwicklung der Medien führt zu einem höheren Informationsgrad der Patienten, somit ist die Führung eines Risikomanagements, nicht nur für das Wohl der Patienten, von hoher Wichtigkeit. <sup>2</sup>

## **Ziel / Forschungsfrage**

Die vorliegende Arbeit behandelt das Thema Risikomanagement im Krankenhaus mit dem Fokus auf den operativen bzw. chirurgischen Bereich. Zentrale Forschungsfrage der Arbeit ist somit folgende:

*Wie können Risiken im Krankenhaus, im Speziellen im chirurgischen / operativen Bereich, bewältigt werden?*

Ebenso wird versucht, folgende Fragen zu beantworten: Warum braucht es Risikomanagement, was bringt es? Welche Ziele verfolgt es und wie soll am besten an das Thema herangegangen werden, sprich welche Prozesse sind hierbei entscheidend? Welche Methoden zur Risikominimierung und Fehlerreduktion existieren, welche wurden bereits erprobt und wie effektiv sind sie?

Ziel und Nutzen der Arbeit ist es einen Überblick über Risikomanagement im Krankenhaus, im Besonderen jedoch der Chirurgie, zu geben. Aufzuzeigen wie wichtig Risikomanagement in der Chirurgie ist, wie systematisch und einfach bei der Bewältigung vorgegangen werden und wie in weiterer Folge eine Vermeidung von Fehlern und eine Risikominimierung gelingen kann.

---

<sup>2</sup> Vgl. Middendorf (2006), VII, Sandner (2009).

## **Methode und Vorgehensweise**

Die folgende Bachelorarbeit behandelt das Thema Risikomanagement in der Chirurgie bzw. im operativen Bereich. Zu Beginn der Arbeit wird auf die Definitionen verschiedener Begriffe eingegangen um ein besseres Verständnis der Arbeit zu gewährleisten. Die Definitionen sind Ergebnisse aus Recherchen verschiedener Literatur. Einen kurzen praktischen Teil enthält die Begriffsbestimmung der Chirurgie, da es der Verfasserin wichtig war den Ablauf aus der Praxis darzustellen.

In weiterer Folge stellt sich die Frage warum es Risikomanagement im Krankenhaus überhaupt braucht, welche Ziele es verfolgt und in welchen Bereichen das Risiko am höchsten ist bzw. wo es am zahlreichsten zu Fehlern kommt. Diese Frage wurde ebenso anhand Literatur ausgearbeitet. Wo es am häufigsten zu Fehlern kommt stellt eine Statistik der AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) dar. In der Chirurgie, sowie in anderen Bereichen eines Krankenhauses sind die Ziele meist einheitlich, nicht alle Ziele werden ins Detail beschrieben, vorwiegend wird auf den richtigen Umgang mit Fehlern und die Fehlerkultur eingegangen, da dies entscheidende Ziele des Risikomanagements darstellen. Hier lieferten die Plattform für Patientensicherheit und verschiedene Experten interessante Argumente. Eine erfolgreiche Bewältigung von Risiken erfordert eine systematische Herangehensweise, daher wird auch der Prozess des Risikomanagements näher beschrieben und welche Faktoren und Stolpersteine unbedingt berücksichtigt werden müssen. Dieser Teil der Arbeit beinhaltet einerseits theoretischen Input, andererseits praktischen Input der gespag (Gesundheits- und Spitals AG OÖ), die gespag setzte sich bereits intensiv mit Risikomanagement auseinander.

Welche Methoden zur Risikobewältigung und Fehlerreduktion verwendet werden können, wird am Ende der Arbeit gezeigt. Um den Rahmen der Bachelorarbeit nicht zu sprengen wurde nicht auf alle Methoden der Risikominimierung in der Chirurgie eingegangen. Fokus wurde in diesem Zusammenhang auf die Strategie des generellen Umgangs und der Dokumentation von Fehlern (CIRS) und Hilfsmittel zur Vermeidung von

Verwechslungen der Patienten (Checklisten) gelegt. Zusätzlich wurde Wert auf die Methoden zur Verbesserung der Kommunikation (SAFE-Kommunikation) gelegt und wird deshalb in dieser Arbeit näher beschrieben. Die Methoden des generellen Umgangs mit Fehlern und die Verbesserung der Kommunikation betreffen den gesamten Prozesszyklus des chirurgischen Bereiches. Die Hilfsmittel (Checklisten) zur Vermeidung von Verwechslungen hingegen betreffen nur die präoperative Phase (z.B. Blutabnahme beim falschen Patienten) und die operative Phase (die Operation selbst). Auf postoperative Risiken (z.B. Infektionen) wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen.

Den Abschluss der Arbeit bilden eine Zusammenfassung der gesamten Arbeit, die noch einmal die Fragestellung, die Methodik und die wichtigsten Ergebnisse enthält und ein persönliches Resümee der Verfasserin.

Konkret wurde bei der Beantwortung der Forschungsfrage wie folgt vorgegangen. Die Recherche anhand Literatur und des Internets waren Voraussetzungen um einen Überblick über Risikomanagements im Krankenhaus zu erhalten. Vorwiegend wurde hierbei nach Begriffen wie „Risiken im Krankenhaus“, „Risikomanagement im Krankenhaus“ und „Fehler und Fehlermanagement im Krankenhaus“ gesucht. Die Spezialisierung auf die Chirurgie ergab sich einerseits aus den Studien bzw. Statistiken, die aufzeigen, dass die Fehlerhäufigkeit in der Chirurgie am höchsten ist. Andererseits wurde diese Spezialisierung aufgrund eines konkreten Projektes der gespag gewählt.

Das New England Journal of Medicine, die WHO (World Health Organisation) und das Aktionsbündnis zur Patientensicherheit lieferten Informationen zu einer Interessanten Studie der Checklisten. Auch das Instrument zur Fehlerdokumentation CIRS (Critical Incident Reporting System) wird näher erläutert, die Internetdatenbank „Medline“ veröffentlichte dazu Berichte, ein kurzer Auszug davon wird in der Arbeit angeführt. Die SAFE-Kommunikation zur Verbesserung der Kommunikation wurde von Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky (Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Experte für Risikomanagement) übernommen.

# 1 Begriffsbestimmungen

Im folgenden Abschnitt werden relevante Begriffe definiert um eine verbesserte Verständlichkeit der Arbeit zu gewährleisten. Da manche Definition in der Literatur synonym verwendet werden, soll somit eine eindeutige Abgrenzung geschaffen werden.

## 1.1 Risiko

Zum Begriff „Risiko“ finden sich zahlreiche Definitionen, die teils differenziert verwendet werden.<sup>3</sup>

Als Risiko wird ein geplantes oder ungeplantes unerwünschtes Ereignis definiert, das möglicherweise eine Organisation, einen Vorgang, Prozess oder ein Projekt beeinträchtigen kann.<sup>4</sup> Gewöhnlich wird ein Risiko als negatives Ereignis bezeichnet. Führt dieses aber zu einem positiven Ereignis, so wird von Chance gesprochen.<sup>5</sup>

Was jedoch als Schaden oder Nutzen aufgefasst wird, hängt von den Wertevorstellungen ab, somit kann Risiko auch als eine Bedrohung eines Wertes durch einen Sachverhalt oder einer Handlung definiert werden.<sup>6</sup>

Ein Risiko beschreibt immer ein Wagnis und die Möglichkeit, dass eine Handlung oder Aktivität einen körperlichen oder materiellen Schaden oder Verlust verursacht oder mit anderen Nachteilen verbunden ist.<sup>7</sup>

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird Begriff „Risiko“ sehr unterschiedlich eingesetzt. So wird beispielsweise dann von einem Risiko gesprochen, wenn die Wahrscheinlichkeit höher ist zu erkranken, vom Risiko im Glücksspiel, oder von Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten betroffen zu sein. Diese Aussagen bedeuten etwas Negatives, allerdings kann der Risikobegriff sehr unterschiedliche Bedeutungsrichtungen bekommen.

---

<sup>3</sup> Vgl. Middendorf (2006), 18.

<sup>4</sup> Vgl. Kahla-Witzsch / Platzer (2007), 44.

<sup>5</sup> Vgl. Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 13f.

<sup>6</sup> Vgl. Möllemann / Hübler (2006), 44.

<sup>7</sup> Vgl. Brockhaus (2004) zit. nach: Kahla-Witzsch / Platzer (2007), 44.

Die erste Aussage zielt auf eine Wahrscheinlichkeit ab, die zweite auf einen monetären Betrag und der dritte Begriff umfasst alle potentiellen unerwünschten Wirkungen, die ein Medikament haben kann.<sup>8</sup>

Im Allgemeinen wird als Risiko die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines unerwünschten Ereignisses mit seinen negativen Folgen verstanden.<sup>9</sup>

### **Risikoarten:**

Genauso vielfältig wie die Definitionen zum Begriff „Risiko“ sind die Arten von Risiken. Aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht haben sich folgende Arten entwickelt.<sup>10</sup>

#### Unternehmensinterne und unternehmensexterne Risiken:

Unternehmensinterne Risiken stammen aus dem Unternehmensgeschehen. Hierzu zählen Managementfehler, mangelnde Organisationsstruktur, mangelnde Kapitalausstattung. Unternehmensexterne Risiken wiederum entstehen aufgrund von Änderungen der Rahmenbedingungen, wie ein starker Nachfragerückgang, Insolvenz wichtiger Kunden oder auch die Zerstörung durch Naturgewalten.<sup>11</sup>

#### Funktionsbereichsbezogene Risiken:

Hierzu zählen Risiken in der Beschaffung, Produktion, Absatz, Technologie, Personal. In der Beschaffung können das beispielsweise kurzfristigen Preisschwankungen oder im Absatzbereich wechselnde Kundenbedürfnisse sein.<sup>12</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. Middendorf (2006), 18.

<sup>9</sup> Vgl. Möllemann / Hübler (2006), 44.

<sup>10</sup> Vgl. Middendorf (2006), 20.

<sup>11</sup> Vgl. Romeike (2003a), 168, Schierenbeck (2001), 319, zit. nach: Middendorf (2006), 20.

<sup>12</sup> Vgl. Romeike (2003a), 168, Schierenbeck (2001), 332ff., Holst (1998), 14, zit. nach: Middendorf (2006), 20f.

### Aktions- und Bedienungsrisiken:

Aktionsrisiken beeinflussen bewusst die Erfüllung der Unternehmensziele durch z.B. ineffiziente Forschung. Bedingungsrisiken wirken durch Verletzung unbewusster Rahmenbedingungen. Diese können neben externen Risiken wie politische Krisen auch Verletzung interner Rahmenbedingungen betreffen, durch den Verlust von Schlüsselpersonen.<sup>13</sup>

### Primär- und Sekundärrisiken:

Darunter werden Sicherheitsmaßnahmen verstanden, die zwar isoliert betrachtet zur Verringerung eines speziellen Risikos führen, jedoch nicht zwangsläufig das Risiko des Gesamtsystems verringern. Durch Sicherheitsmaßnahmen können auch neue Risiken dazu kommen. Es können im Unternehmen automatische Sicherheitsmaßnahmen die Unachtsamkeit der Mitarbeiter fördern.<sup>14</sup>

### Normative, strategische und operative Risiken:

Normative Risiken entstehen aus den generellen Zielen, Prinzipien, Normen und Regeln.<sup>15</sup> Das Sicherheitsniveau sollte jedoch nicht zu festgesetzt werden, da hier und da Veränderungen und das Eingehen bestimmter Risiken notwendig sind um sich an Umweltveränderungen anzupassen. Bei strategischen Risiken ist das Erfolgspotential eines Unternehmens beeinträchtigt, gestört oder zerstört. Operative Risiken entstehen durch schlechte Leistungsprozesse.<sup>16</sup>

Die verschiedenen Definitionen schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern überschneiden sich in vielen Bereichen.<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> Vgl. Haller (1986), 19f., Dahinden (1991), 118f., zit. nach: Middendorf (2006), 21.

<sup>14</sup> Vgl. Dahinden (1991) 119ff. zit. nach: Middendorf (2006), 21.

<sup>15</sup> Vgl. Meinecke (1997), 42. zit. nach: Middendorf (2006), 21.

<sup>16</sup> Vgl. Holst (1998), 43. zit. nach: Middendorf (2006), 21.

<sup>17</sup> Vgl. Middendorf (2006), 21.



## 1.2 Risikomanagement im Krankenhaus

Risikomanagement im Krankenhaus betrachtet die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Krankenhaus aus dem Blickwinkel tatsächlicher Schadensereignisse. Diese werden im eigenen Haus betrachtet oder in vergleichbaren Einrichtungen, das dient somit der Identifizierung und Bewertung potenzieller Risiken sowie der Umsetzung risikopräventiver Maßnahmen. Im klinischen Risikomanagement wird die Bereitschaft aller Beteiligten vorausgesetzt um offensiv und vorbehaltlos Risiken in der Patientenversorgung anzugehen. Nach dem Motto: „Risikomanagement geht alle an!“<sup>18</sup>

Risikomanagement befasst sich mit dem planvollen Umgang mit Risiken und hat somit folgende Aufgaben wahrzunehmen:<sup>19</sup>

- Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens vorherzusagen
- Beschreibung und Quantifizierung der Auswirkungen
- Analysieren der Risiken
- Entwicklung und Umsetzung von Gegenstrategien

Gegenstrategien können sein:<sup>20</sup>

- Vermeidung von Risiko
- Reduzierung von Risiko (Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe)
- Verlagerung von Risiko (z.B. auf Versicherer)
- Tragen von Risiko

Risikomanagement beinhaltet immer auch die Erfassung und die Nutzung von Chancen. Sowie durch die Steuerung von Risiken eine Eröffnung neuer Chancen.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Vgl. Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 15.

<sup>19</sup> Vgl. Möllemann/Hübler (2006), 44.

<sup>20</sup> ebenda.

<sup>21</sup> ebenda.

Im Risikomanagement geht es kurz gesagt, um die Erfassung tatsächlicher Schadensereignisse, die Identifizierung und Bewertung potenzieller Risiken, sowie um die Umsetzung präventiver Maßnahmen. Die Förderung des Risikobewusstseins spielt eine große Rolle, wobei Mitarbeiter als Sicherheitsfaktoren gesehen werden sollten. Ebenso ist es wichtig mögliche Gefahrenquellen zu sensibilisieren und das schnelle Erfassen von Gefahren, durch Rückgriff auf Erfahrungen, sowie das Lernen aus einmal begangenen Fehlern.<sup>22</sup>

### Risiken im Krankenhaus:

Im Krankenhaus besteht eine Vielzahl von Risiken, in der folgenden Grafik werden die verschiedenen Risikobereiche zusammengefasst. Diese Faktoren beinhalten mögliche Risiken und sind im Prozess des Risikomanagements zu berücksichtigen.<sup>23</sup>

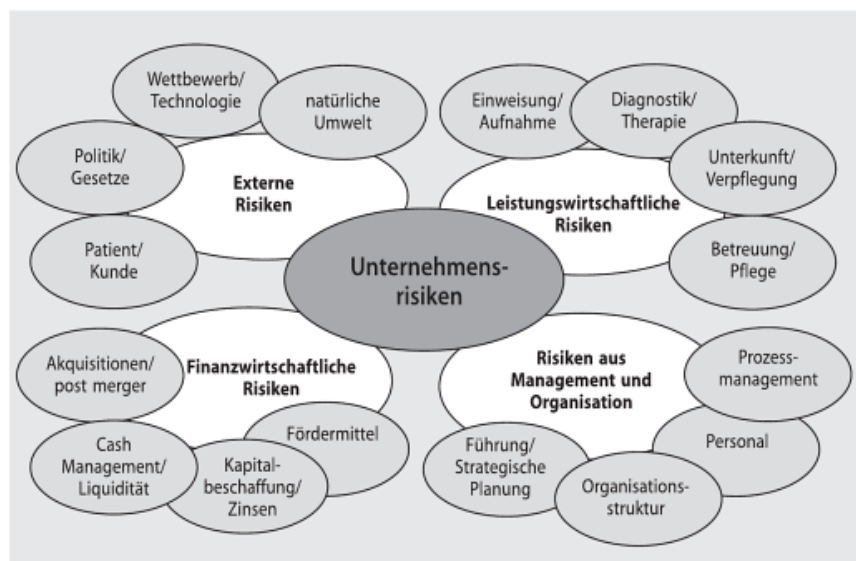


Abbildung 1: Risikobereiche und Risikofelder in Krankenhäusern<sup>24</sup>

Diese Grafik kann bei der Erfassung der verschiedenen Risiken als Unterstützung dienen, um jeweils zu den verschiedenen Bereichen Risiken zu identifizieren, zu bewerten und diese in weiterer Folge zu bewältigen.

<sup>22</sup> Vgl. Kahla-Witzsch / Platzer (2007), 45.

<sup>23</sup> Vgl. Sieber (2007), 44.

<sup>24</sup> ebenda.

### 1.3 Fehler

Der englische Psychologe James Reason entwickelte in den 90iger Jahren eine Fehlertheorie die ursprünglich für sicherheitsorientierte Industrien Anwendung finden sollten (z.B. kommerzielle Luftfahrt, Großschifffahrt, Kernenergie etc.). Erst in den letzten Jahren wurde sie auch in der Medizin angewandt.<sup>25</sup>

Nachstehend werden die zentralen Begriffe und die verschiedenen Definitionen von Reason aufgezeigt. Die zentralen Begriffe teilen sich unter „aktives und latentes menschliches Versagen“ und „unsichere Handlungen“.

#### Aktives und latentes menschliches Versagen:

Aktives Versagen sind unsichere Handlungen (Fehler und Verstöße), die von jemandem am „scharfen Ende“ des Systems begangen werden, z.B. von Chirurgen, Anästhesisten, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Ärzte. Unter „scharfem Ende“ wird eine Schnittstelle zwischen Mensch und Gesamtsystem verstanden z.B.: Mensch-Mensch, Mensch-Maschine. Die Handlungen dieser Personen haben unmittelbare Auswirkungen auf Patienten oder anderen Mitarbeitern. Latentes menschliches Versagen entsteht durch Entscheidungen, die auf den höheren Stufen der Organisation getroffen werden. Die schädigenden Auswirkungen zeigen sich möglicherweise längere Zeit nicht, sie werden erst dann offensichtlich, wenn sie mit lokalen auslösenden Faktoren zusammentreffen und die Sicherheitsbarrieren des Systems durchbrechen.<sup>26</sup>

#### Unsichere Handlungen:

Fehler: Das gewünschte Ziel einer Handlung wird nicht erreicht. Dieser Handlung liegt entweder eine falsche Planung zugrunde (Irrtümer), oder sie wird nicht wie geplant durchgeführt (Ausrutscher und Aussetzer).<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Vgl. Reason (1995), 80ff., zit. nach: Rohe u.a. (2005), 14f.

<sup>26</sup> ebenda.

<sup>27</sup> ebenda.

Irrtümer: Der Plan ist nicht dazu geeignet, das Ziel zu erreichen, das heißt ein regel-basierter oder ein wissens-basierter Irrtum liegt vor.

Ausrutscher: Problem der Aufmerksamkeit

Aussetzer: Problem des Gedächtnisses<sup>28</sup>

Zuwiderhandlungen einer Regel oder Verfahrensanweisung: Die Handlung ist beabsichtigt und nicht das eventuell resultierende schlechte Ergebnis. Es werden routinemäßige, optimierende und notwendige Zuwiderhandlungen unterschieden.<sup>29</sup>

Fehler können auch nach ihrer Art klassifiziert werden. Folgende Arten werden von Kohn u.a. (1999) unterschieden:<sup>30</sup>

#### Diagnostische Fehler

- Fehler oder Verzögerung in der Diagnosestellung
- Fehler bei der Durchführung des geeigneten, indizierten Untersuchungsverfahrens
- Anwendung eines veralteten Untersuchungsverfahrens oder einer veralteten Therapie
- Fehlende Konsequenzen aus einem Untersuchungs- oder Testergebnis

#### Behandlungsfehler

- Fehler bei der Durchführung einer Operation, einer Prozedur oder eines Tests
- Fehler bei der Durchführung der Behandlung
- Fehler bei der Medikamentendosierung oder Medikamentenauswahl
- Vermeidbare Verzögerungen in der Behandlung oder in der Reaktion auf ein pathologisches Untersuchungsergebnis
- Ungeeignete (nicht indizierte) Behandlung

---

<sup>28</sup> Vgl. Reason (1995), 80ff., zit. nach: Rohe u.a. (2005), 14f.

<sup>29</sup> ebenda.

<sup>30</sup> Vgl. Kohn u.a. (1999), zit. nach: Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 19f.

### Fehler bei der Prävention

- Fehlende oder fehlerhafte vorbeugende Behandlung
- Unzureichende Nachbeobachtung einer Behandlung

### Sonstige Fehler

- Fehler bei der Kommunikation
- Medizinisch-technische Fehler
- andere systembedingte Fehler

Diese verschiedenen Fehler können im Krankenhaus auftreten. Doch begangene Fehler müssen nicht unbedingt einen Schaden für Patienten bedeuten. In der nachstehenden Tabelle werden Definitionen zu den unterschiedlichen Begriffen von Fehlern geliefert.<sup>31</sup>

Begriff	Definition	Beispiel
<b>Unerwünschtes Ereignis (adverse event)</b>	Jedes Ereignis, das auf die Behandlung zurückzuführen ist, welche für einen Patienten zu einem negativen Ergebnis führt.	Wundinfektion nach Operation (unabhängig davon, ob ein Fehler zugrunde lag)
<b>Fehler</b>	Verletzung einer Regel oder Verfolgen eines falschen Plans	ungenügende Händedesinfektion (unabhängig davon, ob als Folge ein unerwünschtes Ereignis auftrat)
<b>Beinahe-Fehler</b>	Alle Fehler, die nicht zu einem unerwünschten Ereignis führen	Mangelnde Hygiene, ohne dass es zu nosokomialen Infektion kommt.
<b>Zwischenfall (incident)</b>	Ein Ereignis (incident) im Rahmen einer Heilbehandlung, welches zu einem Schaden hätte führen können.	Rechtzeitiges Entdecken einer Medikamentenverwechslung oder Probenverwechslung

Tabelle 1: Begriffsdefinitionen Fehler<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Vgl. Cartes (2011), 7.

<sup>32</sup> ebenda.

Die Tabelle 1 zeigt, dass nicht alle Fehler im Krankenhaus als solche bezeichnet werden müssen, es gibt sehr wohl Unterscheidungen. Das soll aber nicht heißen, dass Beinahe-Fehler nicht beachtet werden müssen und einfach vertuscht werden können. Denn Beinahe-Fehler können beim wiederholten Vorkommen zu einem unerwünschten Ereignis führen.<sup>33</sup>

## 1.4 Chirurgie

Um auf Risikomanagement in der Chirurgie näher eingehen zu können, ist es wichtig zu Beginn den Begriff „Chirurgie“ näher zu definieren. Diese Definition soll durch die Beschreibung des Prozesses der Chirurgie erfolgen, um auch die genauen Schritte der perioperativen Phase zu erläutern. Die perioperative Phase ist der Zeitraum rund um eine Operation.<sup>34</sup> Sie besteht aus der präoperativen Phase, der Operation selbst und der postoperativen Phase. Die präoperative Phase ist der Prozess vor einer Operation (von der Aufnahme bis zur Anmeldung einer Operation). Die Operation selbst ist ein chirurgischer Eingriff in den Organismus.<sup>35</sup> Der Zeitraum der Kern-Operation wird auch als Schnitt-Naht-Zeit bezeichnet. Diesen Zeitraum verantwortet in der Regel der Operateur selbst.<sup>36</sup> Der Prozess der Operation beginnt mit dem Einschleusen und endet im Aufwachraum.<sup>37</sup> Die letzte Phase stellt die postoperative Phase dar, diese beläuft sich von der Station bis zur Entlassung.<sup>38</sup>

Die nachfolgende Darstellung soll diese Phasen nochmal gesondert aufzeigen.

<b>Präoperative Phase:</b>	Aufnahme	–	Anmeldung zur Operation
<b>Operation:</b>	Einschleusen	–	Aufwachraum
<b>Postoperative Phase:</b>	Station	–	Entlassung

---

<sup>33</sup> Vgl. Ennker (2007), 6.

<sup>34</sup> Vgl. Duden (2011).

<sup>35</sup> Vgl. Duden (2011), Schütt / Bauer (2006), S. 39.

<sup>36</sup> Vgl. Bethge (2001).

<sup>37</sup> Vgl. Schütt / Bauer (2006), S. 39.

<sup>38</sup> ebenda.

Der folgende Absatz beschreibt den Prozess der operativen Behandlung anhand der Praxis (gespag).

Der Patient wird auf die Station zuerst pflegerisch aufgenommen, anschließend erfolgt die medizinische Aufnahme. Nach der Visite werden die Anordnungen bearbeitet. Die präoperative Vorbereitung erfolgt je nach Art der Operation. Nachdem der Patient vom OP zurückgebracht wurde, erfolgt die postoperative Betreuung- und Behandlung. Der Entlassungszeitpunkt ist dem medizinischen Zustand unterworfen.<sup>39</sup>

Auf mögliche Risiken in der Chirurgie wird in dieser Arbeit noch in weiterer Folge detailliert eingegangen.

## **2 Fehler in der Medizin – Ergebnisse wissenschaftlicher Studien der USA**

Bereits 1964 berichtete Schimmel, dass etwa 20 % der aufgenommenen Patienten einen ernsthaften oder sogar tödlichen Schaden erlitten.<sup>40</sup> Doch erst durch den Bericht des Institute of Medicine „To Err is Human“ (1999) wurde dem Thema ein fachliches und öffentliches Interesse zuteil. „Errors in Health Care: A leading cause of death and injury“ (Fehler im Gesundheitswesen: Eine führende Ursache für Tod und Verletzung), lautete eines der Kapitel in diesem Bericht.<sup>41</sup>

„To Err is Human“ (irren ist menschlich) bezieht sich auf eine Studie in New York, die „Harvard Medical Practice Study“ und eine in den Staaten Colorado und Utah durchgeführte Studie. Die Auswertung von in New York 30.000 und in Colorado/Utah 15.000 stationären Fällen ergaben Komplikationsraten von 3,7 % und 2,9 %.<sup>42</sup> 6,6 % bzw. 13,6 % der Komplikationen endeten tödlich.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> Vgl. Siegrist (2008).

<sup>40</sup> Vgl. Leape (1994), zit. nach: Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 21.

<sup>41</sup> Vgl. Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 21.

<sup>42</sup> Vgl. Kohn u.a. (1999), 1, zit. nach: Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 21.

<sup>43</sup> Vgl. Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 21.

In der Studie wurden 50 % als medizinische Behandlungsfehler und 25 % Nachlässigkeit bzw. Unterlassung als Ursache definiert.<sup>44</sup> In der Veröffentlichung wurden die Zahlen auf die 33,6 Millionen Behandlungen in den USA im Jahr 1997 hochgerechnet, somit kann davon ausgegangen werden, dass 44.000 bis 98.000 US-Amerikaner jedes Jahr an den Folgen von medizinischen Fehlern sterben.<sup>45</sup> Bei vorsichtiger Hochrechnung würde das bedeuten, dass medizinische Behandlungsfehler auf Platz acht der häufigsten Todesursachen in den USA zählen, vor Autounfällen, Brustkrebs oder AIDS.<sup>46</sup> Nach Schätzungen liegen die verursachten nationalen Gesamtkosten zwischen 17 und 29 Milliarden US-Dollar.<sup>47</sup>

### **3 Notwendigkeit von Risikomanagement**

Die soeben verglichene Studie aus den USA macht deutlich, warum es notwendig ist Strategien zu entwickeln um Fehler und Risiken zu minimieren.

Das Thema Patientensicherheit und Fehler in der Medizin rückt immer mehr in die Öffentlichkeit. Laut AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) gehören medizinische Fehler zu den zehn häufigsten Todesursachen. Dadurch hat die Beschäftigung mit Fehlern und deren Ursachen zugenommen. Auch das Thema Risikomanagement hat zunehmend an Bedeutung, auf der Systemebene des Gesundheitswesens, gewonnen.<sup>48</sup>

Das Vertrauen in das Gesundheitssystem gehört zu den wichtigsten Aspekten jedes Gesundheitssystems. Das öffentliche Erscheinungsbild des Gesundheitswesens muss den Einzelnen überzeugen, dass das Bestmögliche von den systemischen Voraussetzungen und den Angehörigen der Gesundheitsberufe im Sinne der Aufgabenerfüllung und den bestehenden Patienteninteressen geschieht. Somit gilt, jeder der im

---

<sup>44</sup> Vgl. Kohn u.a. (1999), 30, zit. nach: Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 21.

<sup>45</sup> Vgl. Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 21.

<sup>46</sup> Vgl. Kohn u.a. (1999), 1, zit. nach: Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 21.

<sup>47</sup> Vgl. Kohn u.a. (1999), 2., zit. nach: Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 21.

<sup>48</sup> Vgl. AUVA (2010), 7.



Gesundheitswesen tätig ist, muss sich ständig um das Vertrauen bemühen und bewahren.<sup>49</sup>

Das Gesundheitssystem hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm entwickelt. Die Medizin bietet heute beinahe wundersame Möglichkeiten und ist sehr leistungsfähig geworden. Mit neuen Möglichkeiten sind wiederum neue Risiken und Gefahren entstanden, die es früher nicht gab. Durch das Einsetzen neuer organisatorisch und technisch anspruchsvollere Behandlungsmöglichkeiten werden neue Risiken generiert. Ihre positive Wirkung steht außer Frage, jedoch im Falle von Fehlern verursachen diese großen menschlichen und finanziellen Schaden. In gesellschaftspolitischer Hinsicht haben sich das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Patienten und das Selbstverständnis der Leistungserbringer gewandelt. Probleme werden heute offener und kritischer diskutiert. Gründe dafür sind zunehmende Ansprüche, Emanzipation der Patienten, Individualisierung, wachsende Informationsmöglichkeiten, zunehmender Kostendruck, wachsende Transparenzbedürfnisse und Veränderungen der Arbeitskultur. Die positiven Seiten der medizinischen Entwicklung werden geschätzt, jedoch wollen die damit verbundenen Risiken nicht hingenommen werden, zumal sie trotz aller Leistungsfähigkeit reduziert werden könnten.<sup>50</sup>

Ein Unternehmen mit einem hohen Gefährdungspotential, wie das Krankenhaus, stellt für Menschen oder die Gesellschaft, ein effektives Risikomanagement eine notwendige Voraussetzung zur Verhinderung schwerer Unfälle und Katastrophen dar. Die Anforderungen an das Risikomanagement gehen über die in Gesetze definierten Pflichten der Unternehmensleitung zur Kontrolle der ökonomischen Risiken hinaus. In Krankenhäusern nehmen die mit der Behandlung von Patienten verbundenen Leistungsrisiken eine zentrale Bedeutung im Risikomanagement ein. In der Luftfahrt oder in gefährlichen Industriezweigen (z.B. Kernkraftwerke, chemische Industrie) betreffen Unfälle immer eine große Anzahl von Menschen, in der medizinischen Versorgung betreffen

---

<sup>49</sup> Vgl. Hauke (2005), 11.

<sup>50</sup> Vgl. Hochreutener / Conen (2005), 22.

Behandlungsfehler meist nur einzelne Personen. Der Schweregrad der Gefährdung ist für einzelne Personen jedoch nicht minder schwerwiegend.<sup>51</sup>

Internationale Studien zeigen, dass bei<sup>52</sup>

100 % der Krankenhaus Patienten in  
5 bis 10% ein unerwünschte Ereignis auftritt wobei in  
2 bis 4 % ein Schaden entsteht in  
1% fehlende Sorgfalt zum Tragen kommt die bei  
0,1 % in einen vermeidbaren Todesfall endet.

Die folgende Grafik soll darstellen, in welchen Fachbereichen die Fehlerhäufigkeit am höchsten ist.

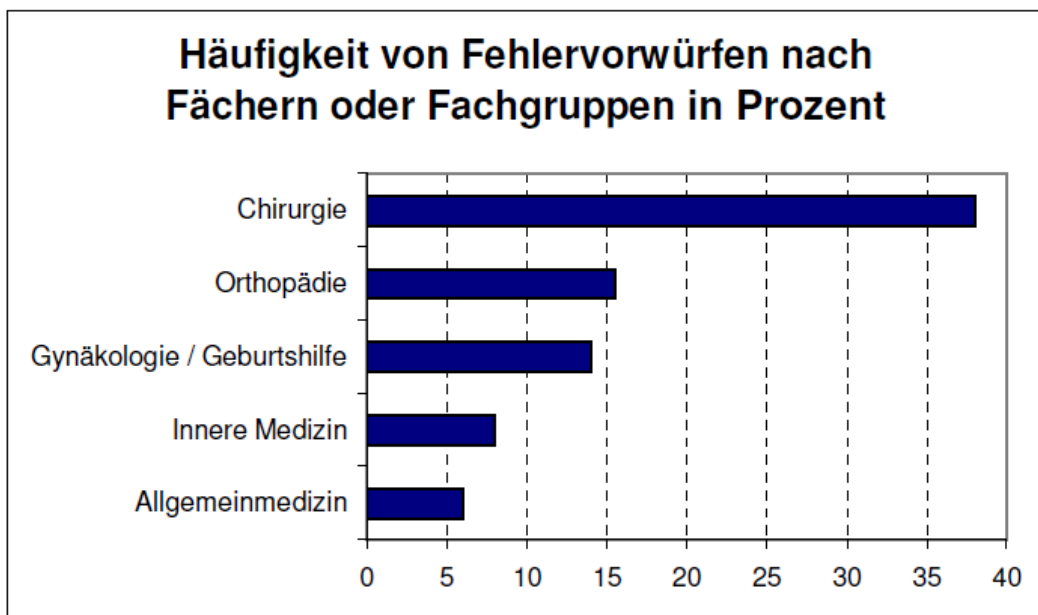


Abbildung 2: Häufigkeit von Fehlervorwürfen nach Fächern und Fachgruppen in Prozent<sup>53</sup>

Somit zeigt sich, dass in den Fächern Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie die Fehlerrate am häufigsten ist und die der inneren Medizin und Allgemeinmedizin am geringsten.<sup>54</sup>

<sup>51</sup> Vgl. Sobottka (2006), 561.

<sup>52</sup> Vgl. Jonitz (2010).

<sup>53</sup> Hansis / Hart (2001), 8, zit. nach: AUVA (2010), 7.

<sup>54</sup> Vgl. AUVA (2010), 7.

Vor allem organisatorische Defizite sind bedeutende, wie fachunabhängige Fehler verursachende Faktoren. Die Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Mängel, die als (Mit-) Ursache von Fehlervorwürfen vorkommen.<sup>55</sup>

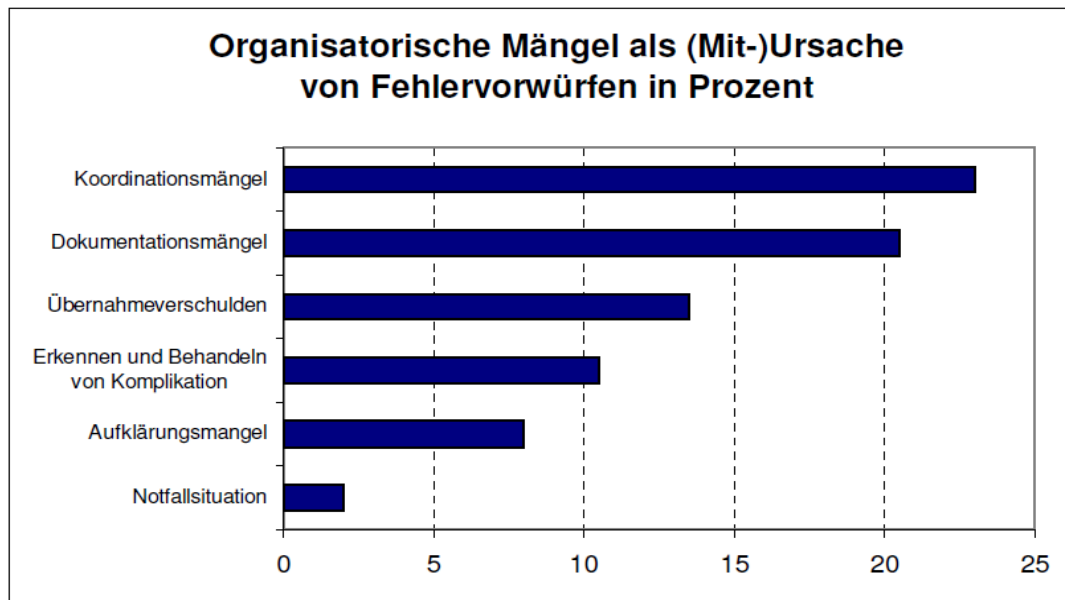


Abbildung 3: Organisatorische Mängel als (Mit-) Ursache von Fehlervorwürfen in Prozent<sup>56</sup>

Die (Mit-) Ursache von Fehlern ist bei Koordinationsmängeln am höchsten, gefolgt von Dokumentationsmängel und Übernahmeverschulden. Niedriger sind die Werte beim Erkennen und Behandeln von Komplikationen, bei der Aufklärung und in Notfallsituationen.<sup>57</sup>

Wenn es gelingt diese Fehler durch qualitätssichernde Maßnahmen auszuforschen, müsste ein großer Teil der nachgewiesenen Fehler vermeidbar sein.<sup>58</sup>

<sup>55</sup> Vgl. Hansis / Hart (2001), 8, zit. nach: AUVA (2010), 7.

<sup>56</sup> Hansis / Hart (2001), 8, zit. nach: AUVA (2010), 7.

<sup>57</sup> Vgl. Hansis / Hart (2001), 8, zit. nach: AUVA (2010), 7.

<sup>58</sup> ebenda.

## 4 Risikomanagement in der Chirurgie

Die zuvor gezeigte Abbildung 2 macht deutlich wo die Fehlerhäufigkeit am höchsten ist, nämlich in der Chirurgie. Also ist gerade die Einführung von Risikomanagement hier von hoher Wichtigkeit.

Risikomanagement in der Chirurgie umfasst die gesamte perioperative Phase, das heißt Risikomanagement bei chirurgischen Patienten beginnt bereits bei der Aufnahme des Patienten und endet mit der Entlassung des Patienten.<sup>59</sup>

Risikomanagement in der Chirurgie hat seinen festen Platz zwischen Qualitätsmanagement und Haftung. In der Chirurgie bestehen während des gesamten Behandlungsprozesses zahlreiche Risiken, die zu einer potentiellen Gefährdung und somit auch zu eventuellen gerichtlichen Folgen führen können. Das ist insbesondere der Fall, wenn der Patient nicht bereit ist, ein für ihn nicht optimales Ergebnis als Komplikation im Rahmen der möglichen Komplikationsbreite eines Eingriffes hinzunehmen. Diese Aussage gilt für alle chirurgischen Disziplinen. Risikomanagement betrifft entsprechende Entscheidungen und Handlungen, die geeignet sind, qualitätsgefährdende Risiken frühzeitig wahrzunehmen und zu beherrschen. Zusätzlicher Vorteil des Risikomanagements ist, dass Ergebnisse eines Risikomanagements für alle Beteiligten messbar sind, da sich Schadensquote und Schadensaufwendungen darstellen lassen.<sup>60</sup>

Die Chirurgie zählt seit je her zu den Leistungsbereichen mit einer hohen Risikoexposition. Dort arbeiten Experten unterschiedlicher Profession auf hohem technischem Niveau in extrem verdichteten Arbeitsprozessen auf höchsten Konzentrationslevel am Patienten. Planbare Eingriffe werden durch Notfallversorgungen unterbrochen, das heißt OP-Organisation ist nur bedingt

---

<sup>59</sup> Vgl. Kapitel 1.4 Chirurgie.

<sup>60</sup> Vgl. Ennker u.a. (2006), 35.

planbar. Operative Eingriffe sind tendenziell gefährlich und gehören somit zum klassischen Feld des Risikomanagements.<sup>61</sup>

Chirurgische Behandlungen stellen höchste Qualitätsansprüche an die Qualifikation des Operationsteams und an den Ablauf des operativen Eingriffs. Auch die Qualität der begleitenden Prozesse, wie das störungsfreie Funktionieren technischer Hilfsmittel, die Wartung und Sterilisation von Operationsinstrumente, die Vorbereitung auf die Operation und kompetente prä- und postoperative stationäre Patientenbetreuung, sind von wesentlicher Bedeutung für das Erreichen eines optimalen Behandlungsergebnisses. Somit fallen alle diese Prozesse in die Zuständigkeit von Risikomanagement, denn in all diesen Teilbereichen können Fehler zu schlimmen Auswirkungen einschließlich der Gefährdung des Lebens und der Lebensqualität der Patienten führen. Bei Operationen von lebenswichtigen Organen, wie dem Gehirn oder dem Rückenmark, bedeutet das stets eine individuelle Risikoabwägung zwischen dem Risiko des Spontanverlaufs der Erkrankung und dem Risiko des operativen Eingriffs. Die bekannten Komplikationen aller chirurgischen Eingriffe sind auch nach Optimierung aller Prozesse nicht völlig auszuschließen.<sup>62</sup>

Die Fehlerrate ist in der Medizin höher als in der Industrie. In den letzten 20 Jahren ist durch Fortschritte und der Ausbildung die anästhesiebedingte Mortalität gesunken,<sup>63</sup> doch dadurch gelangt auch gleichzeitig die anästhesiebedingte Morbidität in den Vordergrund<sup>64</sup>, wie unter anderem Hirnschäden, Lungenversagen, oder Zahnschäden.<sup>65</sup> Dies bedeutet Leid für die Patienten und deren Angehörigen, das oft in keinem Verhältnis zur Grunderkrankung und zum durchgeführten Eingriff steht.

---

<sup>61</sup> Vgl. Gausmann (2009), 239.

<sup>62</sup> Vgl. Sobottka (2006), 567.

<sup>63</sup> Vgl. Ross / Tinker (1994), zit. nach: Möllemann / Hübler (2006), 45.

<sup>64</sup> Vgl. Classen / Kilbridge (2002), Singleton u.a. (1993), zit. nach: Möllemann / Hübler (2006), 45.

<sup>65</sup> Vgl. Marsch et al. (1997), zit. nach: Möllemann / Hübler (2006), 45.

Trotz aller medizinischen Fortschritte, ist ein Anstieg von aufgedeckten Behandlungsfehlern zu beobachten. Ob die Zahl der Behandlungsfehler tatsächlich zunimmt, ist nicht sicher. Sicher ist jedoch eine steigende Anforderungs- und Anspruchshaltung der Patienten, mit höherer Klagebereitschaft.<sup>66</sup>

### **Mögliche Risiken in der Chirurgie:**

Der OP ist ein Hochrisikobereich im Krankenhaus. Typische Gefahren, die im perioperativen Bereich (vor, während und nach der Operation) lauern sind Ereignisse rund um die Narkose (z.B. Zahnschäden, Komplikationen bei der Anästhesie), Verwechslungen (z.B. Seitenverwechslungen, Eingriffsverwechslungen, Patientenverwechslungen), Infektionsrisiken, Zurücklassen von Fremdkörpern, Fehlbedienungen von komplexen Geräten (z.B. Herz-Lungen-Maschine) und das Sturzrisiko (z.B. vom OP-Tisch). Auch bereits bei der Aufnahme, in etwa bei der Blutabnahme von Patienten kann es zu Verwechslungen kommen. Auch die falsche Medikation spielt immer wieder eine Rolle.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Vgl. Möllemann / Hübler (2006), 45.

<sup>67</sup> Vgl. Herold / Hansen (2009), 274.

## 5 Ziele des Risikomanagements in der Chirurgie

„Ziel sollte stets sein, dass das Unternehmen Krankenhaus die Risiken steuert und nicht von den Risiken gesteuert wird.“<sup>68</sup>

Wesentliche Ziele des Risikomanagements sind vor allem der Schutz der Patienten vor Schadensfällen. Auch der Schutz der Mitarbeiter vor, sowie der Schutz des Unternehmens vor Gerichts- und Schlichtungsverfahren mit Patienten.<sup>69</sup>

Vor allem der Schutz der Mitarbeiter vor strafrechtlicher und zivilrechtlicher Verantwortung ist ein wesentlicher Aspekt, denn die unerwünschten Ereignisse mit Patientenschaden stellen eine hohe psychische Belastung für die Mitarbeiter dar. Niemand macht mit Absicht Fehler, daher befinden sich Mitarbeiter, denen so etwas passiert in psychischen Ausnahmesituationen. Primär wollten sie ja helfen.<sup>70</sup>

Da es auch für ein Krankenhaus und die Chirurgie von hoher Wichtigkeit ist welches Image von den Patienten wahrgenommen wird, ist eine Verhinderung des Imageverlusts von zentraler Bedeutung und wichtiges Ziel des Risikomanagements.<sup>71</sup>

### 5.1 Konstruktiver Umgang mit Fehlern

Ein weiteres Ziel des Risikomanagements stellt der konstruktive Umgang mit Fehlern dar. Denn, wie das folgende Zitat treffend meint „Wer arbeitet macht Fehler, wer viel arbeitet, braucht ein gutes Risikomanagement“.<sup>72</sup> Irren ist menschlich und wo Menschen arbeiten, passieren Fehler, auch in der Chirurgie. Da allerdings im Unterschied zu vielen anderen Branchen die Gesundheit, möglicherweise sogar das Leben eines Patienten gefährdet

---

<sup>68</sup> Schütt / Bauer (2006), 44.

<sup>69</sup> Vgl. Sieber (2007), 44.

<sup>70</sup> ebenda.

<sup>71</sup> ebenda.

<sup>72</sup> Wimmer / Freundlinger (2011), 43.

wird, werden Missgeschicke aus Furcht vor negativen Folgen oft systematisch verschwiegen.<sup>73</sup>

Jeder Mensch macht Fehler und diese lassen sich nicht auf Null reduzieren. Vom industriellen Qualitätsmanagement wird die Nullfehlerstrategie gefordert, jedoch ist dies angesichts der großen Bandbreite menschlicher Fehler und des großen Anteils an menschlichen Faktoren ein unrealistischer Ansatz. Besser ist es daher von Fehlerreduktion zu sprechen.<sup>74</sup>

Katastrophale Ereignisse sind statistisch gesehen nicht unvorhersehbar, sie entstehen nicht zufällig und sind auch nicht schicksalsbedingt. Ihnen gehen eine Vielzahl von kleinen Missgeschicken oder Fehlern voraus. Das ist auch die Hauptthese von „Heinrich's Gesetz“ aus dem Jahr 1941, in dem wurde gezeigt, dass bei 4.000 Patienten ungefähr 300 kleinere und unauffällige Fehler passieren, bei 29 Patienten kann ein schwerer Fehler gerade noch vermieden werden, aber bei einem Patienten von den 4.000 kommt es zu einem verhängnisvollen Schaden. Das bedeutet, dass die Häufigkeit von schweren Fehlern und leichten Fehlern in enger Beziehung zueinander stehen. Jede Vermeidungsstrategie sollte sich daher zuerst auf die kleinen Fehler konzentrieren um große Fehler zu verhindern. Es gibt einen Zusammenhang zwischen kleineren Zwischenfällen, Unfällen mit bereits spürbaren Auswirkungen und schwerwiegenden Zwischenfällen. Dieser Zusammenhang besteht im gesamten Bereich des Gesundheitswesens. Schwerwiegende Ereignisse bedeuten jedoch nicht nur Tod, oder eine Verletzung eines Patienten, sondern auch enorme finanzielle Kosten, die ihre Ursache in vermeidbaren Fehlern haben.<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Vgl. Plattform Patientensicherheit (2011).

<sup>74</sup> Vgl. Möllemann/Hübler (2006), 44.

<sup>75</sup> Vgl. Ennker u.a. (2007), 6.



## 5.2 Schaffung einer positiven Fehlerkultur

Unter Fehlerkultur wird verstanden, wie mit Fehlern, deren Erfassung, Analyse, Behebung und Vermeidung in einer Organisation umgegangen wird. Eine positive Fehlerkultur sieht Fehler nicht als ein Versäumnis einzelner Personen oder einer bestimmten Berufsgruppe mit entsprechenden Schuldzuweisungen, sondern als eine Chance aus Fehlern zu lernen, eine Möglichkeit zur Verbesserung und Entwicklung. Um auf Fehler schnell reagieren zu können und den durch sie verursachten Schaden zu begrenzen ist es nötig, Fehler möglichst bald zu identifizieren. Um ein erfolgreiches Risikomanagement betreiben zu können ist das Klima in der Chirurgie sehr entscheidend. Mitarbeiter müssen angstfrei Fehler und Probleme benennen können gemäß dem Moto: „Nicht das Fehlermachen ist das Problem, sondern das Fehlervertuschen.“ Die Akteure im Gesundheitswesen, vor allem in der Chirurgie, müssen ihre Einstellung gegenüber Fehlern in der Medizin ändern. Auf eine Bestrafung von Personen sollte daher weitgehend verzichtet werden. Bisher herrscht in den meisten Einrichtungen eine so genannte „culture of blame“ (Anlagekultur) vor. Im Falle eines Fehlers wird eine schuldige Person gesucht, um diese bestrafen zu können. Verständlicherweise führt dies dazu, dass viele aufgetretene Fehler vertuscht werden. In dieser Anlagekultur kommt es nicht zu der Chance aus den Fehlern zu lernen, eine systematische Fehlererfassung und -analyse ist daher nicht möglich. Als oberste Priorität sollte die Sicherheit der zu versorgenden Patienten stehen und daher ist die Entwicklung von der Anlagekultur zur Fehlerkultur sehr wichtig. Dies soll aber nicht bedeuten, dass Mitarbeiter aus jeglicher Verantwortung für ihr Handeln entlassen werden, sondern auch den systembedingten Anteil wie auch den Anteil der Mitarbeiter an der Fehlerentstehung zu bewerten und in Maßnahmen zur Fehlervermeidung einzubeziehen.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Vgl. Kahla-Witzsch / Platzer (2007), 57f.

## 6 Der Risikomanagementprozess

Der Risikomanagementprozess zeigt wie Risikomanagement in der Chirurgie systematisch angegangen werden kann, welche Schritte ideal sind, was es zu berücksichtigen gilt und wo eventuelle Stolpersteine liegen.

Der Risikomanagementprozess wird in der Regel in vier Stufen (Risikoanalyse, Risikobewertung, Risikobewältigung, Risikocontrolling) eingeteilt. Die verschiedenen Stufen bilden einen Regelkreis, der Ablauf wird somit regelmäßig wiederholt und überwacht. Die Wichtigkeit liegt darin, neue Risiken zu entdecken und die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu beurteilen.<sup>77</sup>

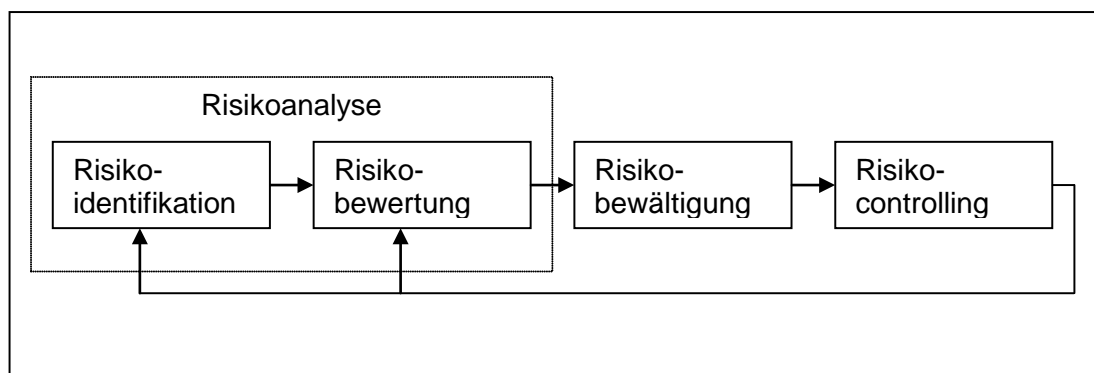


Abbildung 4: Der Risikomanagementprozess als Regelkreis<sup>78</sup>

In der Abbildung werden die Risikoidentifikation und die Risikobewertung zur Risikoanalyse zusammengefasst. Nach dieser Phase folgt die Risikobewältigung und den Abschluss des Risikomanagement stellt das Risikocontrolling dar.

<sup>77</sup> Vgl. Middendorf (2006), 26f.

<sup>78</sup> ebenda.

## Ablauf Implementierung eines klinischen Risikomanagement

Die folgende Grafik zeigt den Ablauf der Einführung von Risikomanagement in der Chirurgie wie er in der Praxis aussehen kann. Welche Schritte in den einzelnen Phasen (Vorbereitung, Risikomanagement-Workshop und Ergebnis) gesetzt werden.

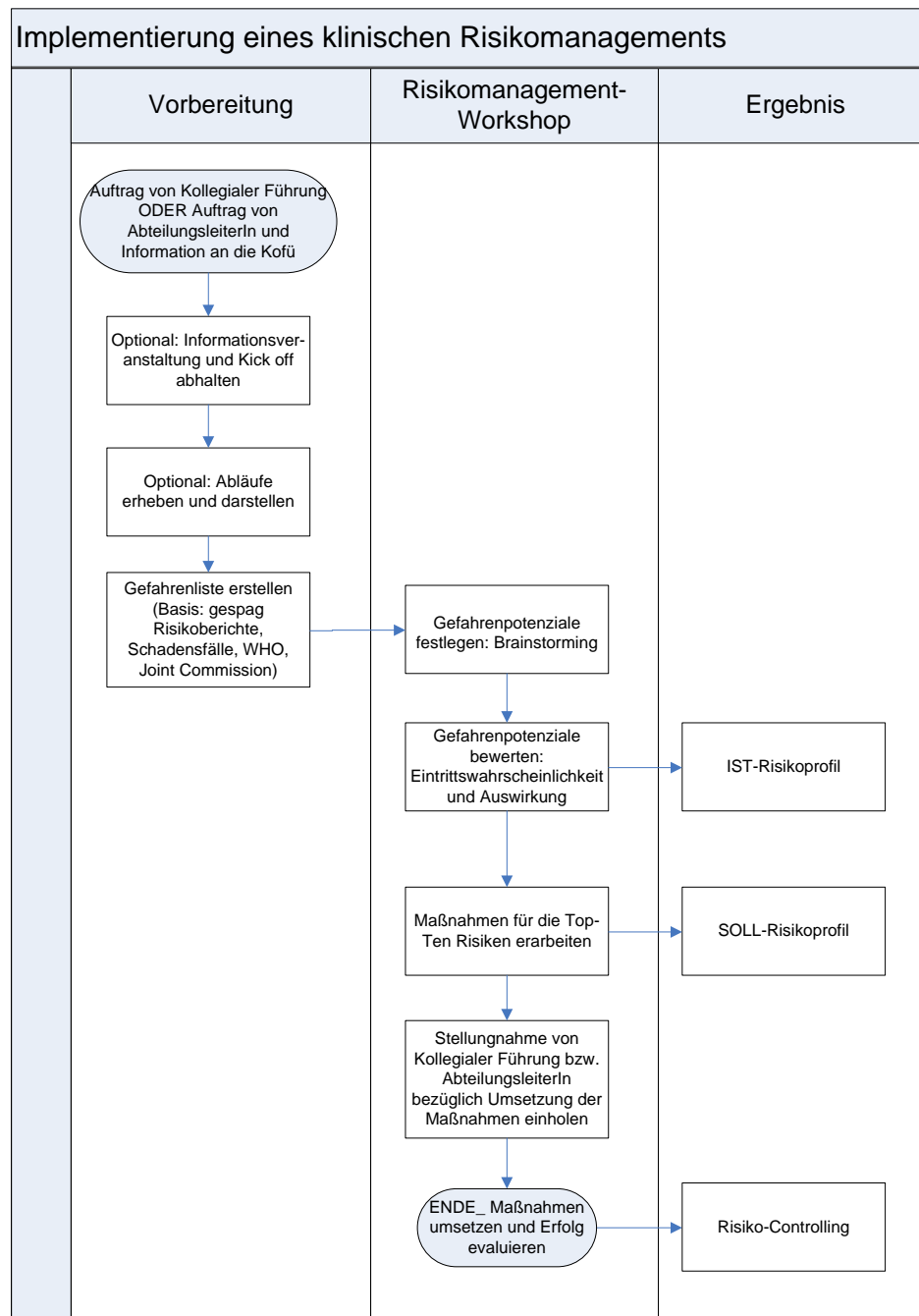


Abbildung 5: Implementierung eines klinischen Risikomanagements <sup>79</sup>

<sup>79</sup> Sandner (2009).

Abbildung 5 zeigt ebenso die drei Phasen wie sie in der Abbildung 4 angeführt sind. Die Analyse beinhaltet die Vorbereitung, Teile des Risikomanagement-Workshop (Gefahrenpotential festlegen und bewerten) und die Darstellung eines IST-Risikoprofils. Maßnahmen für die Top-Ten Risiken erarbeiten ist die Phase der Risikobewältigung, sowie die Darstellung im SOLL-Risikoprofil. Das Risiko-Controlling wird genauso angeführt.<sup>80</sup>

## 6.1 Die Risikoanalyse

Die Risikoanalyse besteht aus der Risikoidentifikation und Risikobewertung. Das frühzeitige Erkennen von Gefahren und Chancen, die somit verbundenen Fähigkeiten, systematisch anzugehen, sind entscheidend für den Erfolg. Eine risikobewusste Unternehmensführung ist Bestandteil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus.<sup>81</sup> Im Risikomanagement bzw. in der Risikoanalyse ist es wichtig, alle möglichen Risiken in der Chirurgie zu erfassen und sie zu bewerten, um in darauf folgenden Schritten systematisch nach möglichen Maßnahmen zur Beeinflussung dieser Risiken zu suchen, einige dann auszuwählen und anschließend durchzuführen.<sup>82</sup>

Um eine einheitliche Strukturierung sämtlicher Risiken betreffend Patientensicherheit sicherzustellen ist es sinnvoll, folgende Datenarten in den Prozess der Risikoidentifikation einzubeziehen:<sup>83</sup>

- Meldungen aus dem CIRS (Critical Incident Reporting System)
- Risikoberichte
- Beschwerdeberichte
- Qualitätsberichte
- Patientenbefragung
- EFQM Bewertung, Auditberichte
- Schadensfälle
- Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement

---

<sup>80</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.

<sup>81</sup> Vgl. Michaels (1999), 233f. zit. nach: Holzer (2005), 32.

<sup>82</sup> Vgl. Holzer (2005), 36f.

<sup>83</sup> Vgl. Sandner u.a. (2008c).

Ebenfalls entscheidend ist die Erfassung der laufend neu hinzukommenden Risiken, die Prognose zukünftiger Risiken und die Mitarbeit aller Beteiligten an diesem Prozess. Für die Risikoerkennung können Methoden wie die Besichtigungsanalyse für sichtbare Risiken, die Dokumentenanalyse, die Organisationsanalyse, Mitarbeiterbefragungen und Checklisten angewendet werden. Erkannte Risiken können in einem Risikoinventar bzw. einem Risikoportfolio dargestellt werden.<sup>84</sup>

In der Risikobewertung wiederum wird versucht zu beurteilen wie hoch die Risikobedrohung ist, oder wie groß das Schadenpotential ist, wenn das Risiko eintreten sollte. Die Bewertung erfolgt auf den Parametern Eintrittswahrscheinlichkeit und dazugehöriges Schadenausmaß. Die Ergebnisse werden anhand der Schadenhöhe und deren Wahrscheinlichkeit geschätzt. Eine Bewertung der Eintrittswahrscheinlichkeit kann durch eine Auswertung von Aufzeichnungen, Statistiken messbar oder durch eine subjektive Schätzung von Experten quantifizierbar gemacht werden. Zur Darstellung und Klassifizierung der verschiedenen Risiken, das heißt zur Risikobeurteilung können verschiedene Methoden und Programme dienen (Risikoportfolio, ABC-Analyse, Scoring-Modell, etc.)<sup>85</sup>

Die chirurgische Abteilung eines Krankenhauses der gspag stellte sich 2008 für ein Pilotprojekt freiwillig zur Verfügung. Präzise Risikoanalyse und bestmögliche Risikoursachenbeseitigung waren die Zielvorgaben für den Arbeitseinsatz im Dienste erhöhter Patientensicherheit. Nach der Risikoanalyse wurden die häufigsten Risiken identifiziert und ein Konzept zur Implementierung von Risikomanagement festgeschrieben. Basierend auf dieser Risikoanalyse vom Herbst 2008 konnten insgesamt 46 Gefahrenpotentiale in den Bereichen Aufnahme, Behandlung / Therapie und Entlassung identifiziert werden. Davon wurden acht Risiken als kritisch beurteilt. Für diese Risiken wurden sofortige Maßnahmen der Risikoreduktion eingeleitet und umgesetzt.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Vgl. Holzer (2005), 36f.

<sup>85</sup> ebenda.

<sup>86</sup> Vgl. Sandner u.a. (2008a).

Das folgende Risikoportfolio zeigt die Ergebnisse der Risikoanalyse, aus welchen Risiken in Abhängigkeit von Eintrittswahrscheinlichkeit und zu erwartender Auswirkung welcher Handlungsbedarf resultiert und hilft auf diese Weise, Prioritäten in der Risikobewältigung zu setzen.<sup>87</sup>

Das folgende Risikoportfolio der Top-Acht-Risiken beinhaltet einen Soll-IST Vergleich vor und nach der theoretischen Umsetzung von verschiedenen Maßnahmen. Es macht deutlich, dass Risiken durch die richtigen Maßnahmen entscheidend vermindert werden können:<sup>88</sup>

<b>EINTRITTSWAHRSCHEINLICHKEIT</b>	häufig (monatlich od. öfter)	5		R3	R1	R5 R6	R7
	möglich (quartalsweise)	4		R5	R4 R8		
	selten (jährlich)	3		R6	R7		
	sehr selten (ist bereits einmal aufgetreten)	2	R3 R1	R4	R8 R2		
	unwahrscheinlich	1			R2		
				1	2	3	4
			unbedeutend	keine nennens- werte Gefährdung	geringfügige Gefährdung	nachhaltige Gefährdung	deutliche Gefährdung
			<b>AUSWIRKUNG</b>				
● Ist-Situation ○ Soll-Situation							

Abbildung 6: Risikoportfolio<sup>89</sup>

Das Risikoportfolio stellt den Soll-IST Vergleich dar. Die Ist-Situation zeigt die Risiken zum Zeitpunkt der Beurteilung und die Soll-Situation wie sie nach der Umsetzung beurteilt werden sollen. Die in den rötlich gefärbten Feldern dargestellten Risiken zeigen, dass diese Fehler oft auftreten bzw. erhöhtes Risiko besteht, daher eine deutliche Gefährdung vorliegt und somit Handlungsbedarf nötig ist. Die gelben ergeben einen eventuellen Handlungsbedarf bei den grünen Feldern ist nicht zwingend ein Handlungsbedarf nötig. Die schwarzen Kreise stellen die Ist-Situation dar und die weißen Kreise die Soll-Situation.<sup>90</sup>

<sup>87</sup> Vgl. Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 53.

<sup>88</sup> Qualitas (2009).

<sup>89</sup> ebenda.

<sup>90</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.

## Top acht Risiken im OP:

In der durchgeführten Risikoanalyse der chirurgischen Abteilung wurden diese acht häufigsten Risiken identifiziert. <sup>91</sup>

Risikopr.	Risikotitel
1	Blutabnahme beim falschen Patienten
2	Patient falsch identifiziert
3	Kommunikation – telefonische Auskünfte
4	mangelnde Therapiecompliance der Patienten
5	Sturzgefahr
6	Zeitdruck/Stress
7	Stress auf Station / OP
8	Fehlerhafte / lückenhafte Informationen für die OP

Tabelle 2: Top acht Risiken <sup>92</sup>

Die Risikoanalyse (bestehend aus Risikoidentifikation und Risikobeurteilung) ergab, dass Risiken durch unterschiedliche organisatorische Maßnahmen vermindert werden können. <sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> Sandner u.a. (2008a).

<sup>92</sup> Vgl. Sandner u.a. (2008a).

<sup>93</sup> ebenda.

Die wesentlichen Maßnahmen sind:<sup>94</sup>

- die Prozessoptimierung,
- der Einsatz von Checklisten und
- die Verbesserung der Effizienz der Kommunikation

Auf die Maßnahmen (Checklisten und Verbesserung der Kommunikation) wird unter dem Punkt „Methoden der Risikobewältigung“ noch näher eingegangen.

## **6.2 Die Risikobewältigung**

Die Risikobewältigung geht auf die Reduktion von möglichen Risiken ein. Folgenden Faktoren sind entscheidend bei der Risikobewältigung, sie können einerseits risikoe erhöhend, andererseits risikomindernd wirken. Sie können Risikomanagement Steine in den Weg legen und so verhindern Risiken und Fehler auch tatsächlich zu minimieren. Wichtig ist es diese bei den Maßnahmen der Bewältigung mit einzubeziehen und zu berücksichtigen. Die chirurgische Abteilung wird hier nicht isoliert betrachtet, sondern steht im Kontext zur gesamten Organisation. Wie wichtig die Einbindung des gesamten Krankenhauses ist, zeigen die folgenden Punkte.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> Vgl. Sandner u.a. (2008a).

<sup>95</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.



## 6.2.1 Organisation, Führung und Verantwortung

Die Unterstützung durch die Führung ist beim Risikomanagement sehr wichtig. Dazu gehört die Festlegung einer entsprechenden Risikopolitik und die zielgerichtete Gestaltung der Unternehmenskultur im Hinblick auf den angestrebten Umgang mit Risiken.<sup>96</sup>

Die Risikopolitik definiert die Einstellung der Krankenanstalt zu den klinischen Risiken. Sie legt die Organisation, die Kompetenzen und die Verantwortung für alle klinischen Risikoarten fest. Die Risikopolitik ist das zentrale Regelwerk und bildet den Rahmen für die Normen und Weisungen für die einzelnen Risikokategorien. Die Risikopolitik steht hierarchisch direkt unter dem Organisationspolitik und Strategie.<sup>97</sup>

Die Ziele der Risikopolitik lauten wie folgt:<sup>98</sup>

- Die Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter wird als oberste Priorität definiert.
- Systematisch und vollständig alle möglichen Gefahrenquellen, Schadensursachen und Störpotentiale im Rahmen der medizinischen Behandlung zu identifizieren, zu erfassen und zu bewerten um diese bewältigen zu können
- Die gesetzlichen Vorschriften, externen und internen Standards zu erfüllen.
- Die Führungskräfte und Mitarbeiter sind über die Risikopolitik zu informieren

Aktivitäten des Risikomanagements müssen durch Führungshandlungen unterstützt werden. Normen und Weisungen, Methoden und Verfahren werden nur dann auf den unteren Ebenen umgesetzt, wenn das Management deren Anwendung vorlebt. Es muss deutlich gemacht werden,

---

<sup>96</sup> Vgl. Middendorf (2006), 138.

<sup>97</sup> Vgl. Österreichisches Normungsinstitut (2010).

<sup>98</sup> ebenda.

dass Risikomanagement einen hohen Stellenwert einnimmt und die Führung dahinter steht und involviert ist.<sup>99</sup>

Risikomanagement darf nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss im Kontext der Gesamtorganisation betrachtet werden, die durch folgende Faktoren bestimmt wird:<sup>100</sup>

- Strategie und Ziele
- Umwelt
- Größe
- Technologie
- Kultur
- Struktur

Alle diese Faktoren beeinflussen sich wechselseitig, das gilt es bei der Einführung von Risikomanagement zu beachten. In der Unternehmenskultur muss ein Risiko- bzw. Sicherheitsbewusstsein verankert, sowie ein Klima geschaffen werden, indem das Lernen auf Fehlern ermöglicht wird. Ebenso ist es wichtig das Risikomanagement in den Strukturen dauerhaft abzubilden. Mit langfristigem Erfolg kann nur gerechnet werden, wenn sich der Gedanke des Risikomanagements in allen Teilen der Organisation wieder findet und nicht nur in der chirurgischen Abteilung.<sup>101</sup>

### **Risikomanagementstrategie aus der Praxis:**

Die Unterstützung der kollegialen Führung dient als eine der wichtigsten Voraussetzungen eines zielgerechte klinischen Risikomanagements.

Führungskräfte auf den verschiedenen Managementebenen sollen ihre Entscheidung, Handlungen und Aktivitäten daran ausrichten, dass sie positiv auf die Gestaltung einer Kultur des Vertrauens auswirken, um auf diese Weise das Verhalten der Mitarbeiter zu prägen.<sup>102</sup>

---

<sup>99</sup> Vgl. Middendorf (2006), 138.

<sup>100</sup> Vgl. Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 68.

<sup>101</sup> ebenda.

<sup>102</sup> Vgl. Sandner u.a. (2008b)..

Die Handlungsfehler von ausführenden Mitarbeitern dürfen nicht als die alleinige Ursache für Fehler und Zwischenfälle betrachtet werden, sondern vielmehr dass Gefahrensituation vor allem durch das Zusammenwirken der einzelnen Subsysteme und Elemente in komplexen Systemen entstehen können. Die menschlichen Fehler werden lediglich Auswirkung betrachtet, die im Zusammenhang mit gefahrbergenden Rahmenbedingungen und fehlenden Sicherheitsvorkehrungen innerhalb der Organisation zu unerwünschten Zwischenfällen führen.<sup>103</sup>

Klinisches Risikomanagement hat als primäres Ziel die Erhöhung der Patientensicherheit sicherzustellen. Diesbezügliche Projekte sollten von klinischen Risikomanagern durchgeführt werden, um Effektivität und Effizienz sicherzustellen. Im Sinne eines ganzheitlichen Risikomanagements im Unternehmen sollte der klinische Risikomanager stets mit den Verantwortlichen aus den anderen Projektgruppen (z.B. aus dem betriebswirtschaftlichen Bereich, Recht und Strategie, IT Bereich, und Public Relations) im engen Kontakt stehen.<sup>104</sup>

Die Gesamtverantwortung für das Risikomanagement trägt die kollegiale Führung. Die Gesamtverantwortung findet ihren Ausdruck im Erlass der Risikopolitik und Risikostrategie. Der Risikobeauftragte wird von der kollegialen Führung bestellt.<sup>105</sup>

Der Risikobeauftragte hat<sup>106</sup>

- sicherzustellen, dass der Risikomanagement-Prozess eingeführt und im Auftrag der obersten Leitung das Risikomanagementsystem eingerichtet, betrieben und aufrechterhalten wird.

---

<sup>103</sup> Vgl. Sandner u.a. (2008b).

<sup>104</sup> ebenda.

<sup>105</sup> ebenda.

<sup>106</sup> ebenda.

- der obersten Leitung über die Leistung des Risikomanagement – Systems und jegliche Notwendigkeiten für die Verbesserung zu berichtenden Risikomanagement-Prozess in der Prozesslandschaft der Organisation zu positionieren.
- die Anwendungen des Risikomanagements anhand der übrigen Prozesse darzustellen und die Wechselwirkungen zwischen dem Risikomanagement-Prozess und dem betreffenden anderen Prozess aufzuzeigen und zu dokumentieren.
- das Risikomanagement-System mit all seinem Elementen zu pflegen und laufend zu verbessern.

Zudem muss der Risikobeauftragte Risikomanagement-Workshops moderieren und mit Leitungspersonen und Fachkollegen über Risikobelange überzeugend kommunizieren können. Sie informiert die kollegiale Führung jährlich über die Risikolage des Hauses und immer wenn es die Verhältnisse erfordern.<sup>107</sup>

---

<sup>107</sup> Vgl. Sandner u.a. (2008b).

## 6.2.2 Personalmanagement

Die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter sind insbesondere durch die langen Arbeitszeiten (Schichtdienst, Bereitschaftsdienst) und zum anderen durch hohe Arbeitsbelastung im Rahmen ihrer Tätigkeit gekennzeichnet.<sup>108</sup>

Ärzte und Pflegekräfte benötigen hohe Aufmerksamkeit, gutes Urteilsvermögen und ein schnelles Reaktionsvermögen. Lange Arbeitszeiten und hohe Arbeitsauslastung wirken sich jedoch negativ auf das menschliche Handlungsvermögen aus und somit erhöht sich die Gefahr Fehler zu verursachen.<sup>109</sup> Die Krankenhausleitung hat dafür zu sorgen, dass Personal in der Chirurgie in ausreichender Anzahl zur Verfügung steht und dass nur jene Kräfte zum Einsatz kommen die auch die notwendigen Fachkenntnisse mitbringen.<sup>110</sup>

In einem Dienstleistungsunternehmen, wie es das Krankenhaus ist und ebenso in der Chirurgie, sind Mitarbeiter die wichtigste und kostenintensivste Ressource. Es müssen dauerhaft interessante, attraktive und zukunftsweisende Arbeitsplätze geschaffen und erhalten werden, um Mitarbeiter zu halten, zu motivieren und natürliche auch neue zu gewinnen. Denn ein Mangel an qualifiziertem und motiviertem Personal führt zu einem Qualitätsverlust der Leistungserbringung, zu einer Verschlechterung der Versorgung und in weiterer Folge zu Erhöhung von Risiken, da ein ständiger Wechsel im Team nicht förderlich für das Zusammengehörigkeitsgefühl ist. Personalmanagement beginnt bereits bei der Personalauswahl, beinhaltet den richtigen Personaleinsatz und Personalentwicklung, bis hin zum Austritt des Mitarbeiters.<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> Vgl. Middendorf (2006), 177.

<sup>109</sup> ebenda, 180.

<sup>110</sup> ebenda, 179.

<sup>111</sup> Vgl. Von Eiff / Stachel (2009), 103ff.

### 6.2.3 Patienten

Die Gesundheit und deren Bedeutung sind in den letzten Jahren stark gestiegen, Menschen setzen sich nun stärker mit ihrer Gesundheit auseinander. Für die Chirurgie bietet sich hier die Möglichkeit die Patienten in den Behandlungsprozess mehr einzubeziehen und auch in die Maßnahmen zur Risikovermeidung. Dabei geht es aber nicht um die Abwälzung der Fehlerkontrolle auf Patienten, sondern vielmehr darum, diese zu ermutigen selbst einen Beitrag zur eigenen Sicherheit zu leisten.<sup>112</sup> In Anlehnung durch die Empfehlungen von Organisationen wie z.B. dem „Speak Up“ Programm der Joint Commission on Accreditation of Healthcar Organizations oder den „20 Tips to Help Prevent medical errors“ der Agency for Healthcare Research and Quality soll vermittelt werden, wie Patienten durch ihr eigenes Verhalten Risiko minimieren können, z.B. durch Fragen über die medizinische Sicherheit und die Behandlung, oder jemanden aus der Familie bei der Behandlung mitbringen.<sup>113</sup>

Auch bei der Methode der Risikobewältigung, der Checklisten werden Patienten bei einzelnen Punkten mit ein bezogen. Dazu mehr im Kapitel 7.3.

---

<sup>112</sup> Vgl. Pizzi u.a. (2001b), 569, zit. nach: Middendorf (2006), 196.

<sup>113</sup> Vgl. Middendorf (2006), 196.

#### **6.2.4 Prozessmanagement**

Viele Fehler ergeben sich durch unzureichende Prozessplanung und fehlendes Prozessmanagement. Das führt dazu, dass Fehler aufgrund von Unaufmerksamkeit oder Verwechslungen der Mitarbeiter resultieren. Um eben diese Arten von Fehler zu minimieren bzw. ganz zu vermeiden sind verschiedene Maßnahmen notwendig, die das Einhalten notwendiger Prozessschritte sicherstellen oder den Handlungen von Mitarbeiter bewusste Grenzen setzen. Eine einfache Methode um keine Prozessschritte zu vergessen, ist der Einsatz von Checklisten. Sie können zur Identifikation von Risiken und als Instrument der Prozesssicherung eingesetzt werden. In Checklisten sollen alle nötigen Prozessschritte die zur Leistungserbringung notwendig sind angeführt werden, um die einzelnen Leistungen Schritt für Schritt abarbeiten zu können. Checklisten können jedoch auch Fehler bei der Ausführung nicht völlig ausschließen.<sup>114</sup>

Die Checklisten werden im Kapitel 7.3 noch näher beschrieben.

#### **6.2.5 Kommunikation und Teamarbeit**

Ein entscheidender Aspekt stellt die Schaffung einer effizienten Kommunikationsstruktur und eine entsprechende Teamarbeit dar. Viele Krankenhäuser verfügen noch über stark nach Berufsgruppen gegliederte Kommunikationsstrukturen, wie die Pflegeübergabe, die ärztliche Früh- oder Nachmittagsbesprechung. Notwendig wäre jedoch auch ein Austausch aller Berufsgruppen die in den Behandlungsprozess von Patienten eingebunden sind, um über Probleme in der Zusammenarbeit, über Verbesserungen der Abläufe nachzudenken. In diesem Rahmen sollten die Mitarbeiter auch über Prozessbeschreibungen, Arbeitsanweisungen und klinische Behandlungspfade informiert und geschult werden. Die Mitarbeiter sollten über die Ziele, die geplanten Maßnahmen und Ergebnisse im Hinblick auf die

---

<sup>114</sup> Vgl. Middendorf (2006), 164.

Maßnahmen des Risikomanagement informiert werden. Denn, Risikomanagement geht schließlich alle an.<sup>115</sup>

Ein offener Dialog wird nicht selten durch starre Hierarchiestufen erschwert. Häufig wird die Bedeutung eines Hinweises oder einer Warnung vom Berufsstand oder der Stellung innerhalb der Krankenhaushierarchie abhängig gemacht. Nicht selten wird sogar ganzen Berufsgruppen (z.B. Pflegedienst) oder Hierarchieebenen (z.B. Anästhesieärzte) pauschal die Kompetenz und Berechtigung abgesprochen, auf verschiedene Risiken hinzuweisen.<sup>116</sup>

Es ist nicht einfach Vorgesetzte auf eventuelle Gefahren und Risiken hinzuweisen. Hier wirkt sich das traditionelle, über die Jahre hinweg entstandene Selbstverständnis von Führungskräften stark hemmend aus. Führungskompetenz bedeutet aber auch Kritik dulden zu können, das gilt besonders wenn sie berechtigt ist und um der Patientensicherheitswegen ausgesprochen wird. Führungskräfte sind gefordert ein offenes Klima zu schaffen, in dem konstruktive Kritik erwünscht ist. Hier ein kurzes Beispiel dazu: Ein Anästhesie-Chefarzt hatte die Angewohnheit bei der Zusammenarbeit mit neuen Assistenzärzten absichtlich kleinere Fehler zu machen, wenn er feststelle, dass niemand von ihnen den Mut aufbrachte, ihn darauf hinzuweisen, ermahnte er sie ausdrücklich, dass der Schutz der Patienten wichtiger als die Autorität des Chefarztes sei.<sup>117</sup>

Um die Einstellung hinsichtlich Teamarbeit zu untersuchen und diese Einstellungen mit denen von Flugpersonal zu vergleichen, wurde eine umfangreiche Studie an 1.033 Beschäftigten im Krankenhaus-Bereich durchgeführt.<sup>118</sup>

---

<sup>115</sup> Vgl. Hellmann / Kahla-Witzsch (2005), 148f.

<sup>116</sup> Vgl. Paula (2007), 31.

<sup>117</sup> ebenda.

<sup>118</sup> Vgl. Sexton / Helmreich, 2000, zit. nach: AUVA (2010), 7.



Diese lieferte folgende Ergebnisse hinsichtlich Teamarbeit:

Bei Entscheidungen junger Kollegen glauben nur 55 % der Chirurgen, dass junge Kollegen Entscheidungen erfahrener Kollegen in Frage stellen sollten, wiederum bei Piloten glauben aber 97 %, dass junge Kollegen Entscheidungen erfahrener Kollegen in Frage stellen sollten.<sup>119</sup>

Hinsichtlich der Beurteilung von Teamarbeit durch Beobachter zeigte sich nachstehendes Ergebnis:<sup>120</sup>

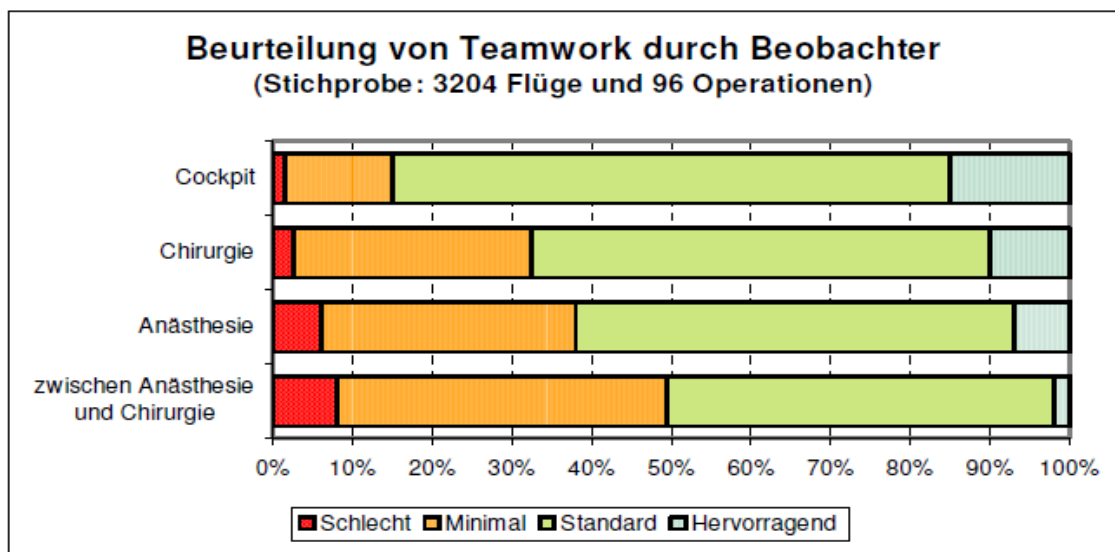


Abbildung 7: Beurteilung von Teamwork durch Beobachter<sup>121</sup>

Es handelte sich um eine stichprobenartige Befragung in der Anzahl von 3.204 Flügen und 96 Operationen. Rot bedeutet wie angeführt eine schlechte Beurteilung, blau wiederum eine Hervorragende, orange und grün stehen für eine minimale und standardmäßige Kommunikation. Die Abbildung macht deutlich, dass im Cockpit die Teamarbeit um einiges besser beurteilt wurde als in der Chirurgie und Anästhesie. Zwischen Anästhesie und Chirurgie wird die Kommunikation am schlechtesten beurteilt.<sup>122</sup>

<sup>119</sup> Vgl. Sexton / Helmreich, 2000, zit. nach: AUVA (2010), 7.

<sup>120</sup> ebenda.

<sup>121</sup> ebenda.

<sup>122</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.

## 6.2.6 Thesen der Risikogenerierung

In der angeführten Tabelle sind noch zusätzliche Argumente wie sich generell Risiken erhöhen und reduzieren können.<sup>123</sup>

Erhöhung	Je mehr Mitarbeiter an der Patientenversorgung beteiligt sind.
	Je komplexer die Aufgaben zur Versorgung von Patienten sind.
	Je stärker die Statusunterschieden zwischen den Berufsgruppen und zwischen den Geschlechtern ausgeprägt sind.
	Je größer der Umgebungsdruck auf eine Organisationsstruktur ist, um Ziele zu erreichen, die nicht direkt der Qualität der Patientenversorgung dienen.
	Je stärker die Organisationsstruktur selbst für Ziele eintritt, die nicht direkt der Qualität der Patientenversorgung dienen.
Reduktion	Je nachdrücklicher die Einhaltung formaler Kommunikationswege beachtet wird.
	Je einfacher eine bestimmter Mitarbeiter als verantwortlich für die Koordinierung der Patientenversorgung benannt werden kann.
	Je mehr Schlüsselfunktionen, wie z.B. Medikamentenbereitstellung, Reanimation und Infektionsschutz systematisiert sind.
	Je mehr Aufmerksamkeit die Organisationsstruktur der Rolle des einzelnen Mitarbeiters in Bezug auf die Förderung von Patientensicherheit und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zukommen lässt.
	Je stärker die Verantwortung für die Senkung der Anzahl der Schwere von Zwischenfällen sowohl als organisatorische als auch als individuelle gesehen wird.

Tabelle 3: Risikogenerierung<sup>124</sup>

<sup>123</sup> Vgl. Möllemann / Hübler (2006), 49.

<sup>124</sup> ebenda.

Wie die Tabelle 3 zeigt, ist die Organisation ein entscheidender Faktor bei der Risikogenerierung, sowie die Kommunikation unter den Mitarbeitern. Auch die Statusunterschiede spielen immer noch eine große Rolle und können zu Konflikten führen und Risiken und Fehler erhöhen.<sup>125</sup>

### **6.3 Das Risikocontrolling**

Risikomanagement stellt einen laufenden Prozess dar und darf sich daher nicht auf einmalige Aktivitäten beschränken. Durch das Risikocontrolling erfolgt eine regelmäßige Beobachtung und Überprüfung der identifizierten und bewerteten Risiken. Sowie auch eine Überprüfung der verwendeten Steuerungs- und Sicherheitsmaßnahmen und deren Wirksamkeit. Risikospezifische Veränderungen sollten kontinuierlich erfasst werden, um die neu aufgetretenen Risiken rechtzeitig erkennen zu können. Ziel ist eine permanente Überwachung der Risikosituation.<sup>126</sup> Ebenso wichtig ist der Bericht der entsprechenden Erkenntnisse an die verantwortlichen der Unternehmensleitung um Transparenz über die Risikolage zu schaffen und das rechtzeitige Einleiten von Gegenmaßnahmen zu gewährleisten. Somit umfasst das Risikocontrolling zwei wesentliche Aufgabebereiche, die Risikoüberwachung und das Risikoreporting.<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.

<sup>126</sup> Vgl. Kromschröder / Lück (1998), 1575, zit. nach: Middendorf (2006), 201.

<sup>127</sup> Vgl. Middendorf (2006), 201.

## 7 Methoden zur Risikobewältigung

Zur Bewältigung von Risiken braucht es spezielle Methoden. Um generell mit Fehlern richtig umzugehen und in weiterer Folge davon lernen zu können, ist das CIRS ein geeignetes Instrument. Bei Kommunikationsproblemen gibt es ebenso Maßnahmen die unterstützend wirken, hier wird die SAFE-Kommunikation erläutert. Um Prozesse zu optimieren und keine Prozessschritte zu vergessen, sind Checklisten eine einfache Methode. Diese drei Methoden werden nachstehend näher dargestellt.<sup>128</sup>

### 7.1 CIRS- Critical-incident-reporting-System

Um aus Fehlern lernen zu können, das Risiko von Fehlern zu minieren und diese künftig zu vermeiden, müssen Fehler bzw. Zwischenfälle und auch beinahe Zwischenfälle erst einmal sorgfältig und vollständig dokumentiert werden. Damit dies jedoch geschehen kann, ist die entsprechende Fehlerkultur wiederum sehr wichtig. Erst wenn akzeptiert ist, dass Fehler bei jedem Menschen vorkommen können und Teil des täglichen Arbeitsalltages ist, kann auch ein System wie das CIRS eingeführt und etabliert werden. Damit soll Transparenz geschaffen werden und eine Wiederholung derselben Fehler ausgeschlossen werden.<sup>129</sup>

Das CIRS ist eine Methode der Risikobeurteilung und dient somit der Risikobewältigung. Weil Risiken nicht immer einen Schaden verursachen, können durch die Sammlung und Analyse von beinahe Zwischenfällen und Fehlern (sogenannte Critical Incidents) Erkenntnisse über das Risiko bzw. das Worst-Case-Potenzial sowie über Maßnahmen der Risikobewältigung gewonnen werden.<sup>130</sup>

---

<sup>128</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.

<sup>129</sup> Vgl. Ennker u.a. (2007), 102.

<sup>130</sup> Vgl. Möllemann / Hübler (2006), 47.

Ziel des CIRS ist die systematische Erfassung von kritischen Ereignissen und sie zu analysieren, um durch abgeleitete Maßnahmen das Auftreten von Zwischenfällen und beinahe Zwischenfällen zu reduzieren.<sup>131</sup>

Aus der Online-Datenbank „Medline“ wird dazu folgender Auszug des Artikels zum CIRS verglichen:

Critical Incident Monitoring bzw. Reporting in der Anästhesie ist ein wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung und Aufrechterhaltung eines hohen Sicherheitsstandards in Narkose Dienstleistungen. Es ist allgemein als eine nützliche Qualitätsverbesserungstechnik zur Verminderung der Morbidität und Mortalität in der Anästhesie übernommen worden. Es ist gut geeignet für die Erforschung der komplexen Faktoren hinter menschlichem Versagen und Systemausfall. Menschliches Versagen hat großen Einfluss auf Begleiterkrankungen und Mortalität in der Anästhesie. Das Verständnis der Beziehungen zwischen Fehler, Störungen und Unfälle ist wichtig für die Prävention und somit für das Risikomanagement, um Schaden von Patienten zu verringern. Herzstillstand im Operationssaal und längeren Aufenthalt in der Genesung, bildeten den Großteil der gemeldeten Vorfälle. Die Vorteile sind relativ geringe Kosten und die Möglichkeit, einen umfangreichen Bestand an detaillierte qualitative Informationen zu erhalten. Somit können Strategien zur Verhinderung von Fehlern entwickelt und bestehenden Problemen verwaltet werden. Die Initiativen für die Sicherheit der Patienten macht Critical Incident Reporting zu einem wertvollen Instrument zur Gewährleistung der Patientensicherheit.<sup>132</sup>

---

<sup>131</sup> Vgl. Möllemann / Hübler (2006), 47.

<sup>132</sup> Vgl. Choy (2006).

## 7.2 SAFE-Kommunikation

Wie in der Arbeit bereits im Kapitel 6.2.5 Kommunikation und Teamarbeit erwähnt, stellt die Schaffung einer effizienten Kommunikationsstruktur einen wichtigen Aspekt im Risikomanagement dar. Eine Maßnahme zur Verbesserung der Kommunikation ist die SAFE-Kommunikation in Anlehnung an Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky (Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Experte für Risikomanagement).<sup>133</sup>

Kommunikationsversagen sind mit mehr als 65 % die Hauptursache für schwere und schwerste Zwischenfälle im Krankenhaus. Bei 2.840 von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations untersuchten Fällen, die in 74 % mit dem Tod des Patienten endeten, konnte dies eindeutig mittels entsprechender Analysen herausgearbeitet werden. Es gibt eine Reihe von Gründen für Kommunikationsversagen, die nachstehend angeführt sind:<sup>134</sup>

- Ärzte werden als Einzelkämpfer ausgebildet
- Fehler werden als persönliches Versagen verstanden und geahndet
- Pflege kommuniziert beschreibend, Ärzte wollen Diagnosen
- Steile Hierarchien lassen junge Mitarbeiter schweigen
- Fragen wird als Schwäche empfunden
- Routine schlägt Aufmerksamkeit
- Menschliche Fehleranfälligkeit wird in der Medizin negiert und als Schwäche empfunden

Das Resultat ist nur allzu oft:<sup>135</sup>

- Schlechte Kommunikation
- Fehlende Kommunikation
- Missverständliche Kommunikation

---

<sup>133</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.

<sup>134</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2004), zit. nach: Pateisky (2006).

<sup>135</sup> ebenda.

Eine mögliche Lösung ist hier eine strukturierte Kommunikation. Zweck einer solchen Kommunikationsform ist es, sicherzustellen, dass weder Informationen verloren gehen, noch Missverständnisse auftreten.<sup>136</sup>

Die SAFE-Kommunikation ist ein strukturiertes Verfahren zur sicheren Übermittlung kritischer Patientendaten. Es eignet sich dort, wo wichtige Informationen zur Entscheidungsfindung übergeben werden müssen:<sup>137</sup>

- am Telefon
- bei Übergaben
- in Dekursen (Krankengeschichte oder Arztbrief/Patientenbrief)
- bei Visiten
- im Rahmen präoperativer Briefings

Die SAFE-Kommunikation regelt die Art und Reihenfolge der Weitergabe von Informationen. Es unterstützt eine festgelegte, strukturierte Vorgehensweise und verhindert so das Übersehen wichtiger Daten und Informationen. Die nach der SAFE-Kommunikation verfassten Dokumente stellen sicher, dass getroffene Entscheidungen auch nachvollziehbar sind. Jeder, der entsprechende Informationen auf diese Weise erhält und den Patienten nicht kennt – nach dem Urlaub, im Wochenenddienst, auf fremden Stationen – kann sich auf diese Weise schnell ein richtiges Bild über den Zustand machen.<sup>138</sup>

Entsprechend der Human Factors (Grenzen menschlicher Leistungsfähigkeit) wird dazu tendiert, beim Punkt „Fakten“ wesentliche Dinge zu übersehen. Aus diesem Grund macht es Sinn, dem Punkt „Fakten“ jene Bereiche zuzuordnen, die es erlauben, keinen wichtigen Bereich zu vergessen:<sup>139</sup>

---

<sup>136</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2004), zit. nach: Pateisky (2006).

<sup>137</sup> ebenda.

<sup>138</sup> ebenda.

<sup>139</sup> ebenda.

Fakten:

- Klinik
- Befunde
- Medikamente
- Sonstiges

Die angeführten Bereiche umfassen das Wesentlichste um sich nicht auf das Gedächtnis verlassen zu müssen. Das nachfolgende Beispiel zeigt wie das SAFE-Briefing verwendet wird. <sup>140</sup>

SAFE-Briefing – ein Beispiel: <sup>141</sup>

Telefonat – Schwester ruft diensthabenden Arzt an:

„Hier Schwester Sabine, Station 16, es geht um Frau Eva Huber:“

**S** steht für Situation

Frage „Was ist los?“ → Patientin hat starke Schmerzen

**A** steht für Anamnese

Frage „Was war los?“ → vorgestern OP wegen Tubaria

**F** steht für Fakten

Frage „Was ist konkret bekannt“ → Blutdruck 90 / 60, Puls 180

**E** steht für Empfehlung (Entscheidung)

Frage „Was geschieht jetzt?“ → Es sieht nach starker Blutung aus,  
bitte kommen Sie sofort!!

Haben Sie noch Fragen?

Wird nach der SAFE-Kommunikation vorgegangen, hat das den Vorteil, dass die Informationen klare strukturiert sind, weniger am Telefon nachgefragt werden muss, somit rasche Orientierung für Diensthabenden besteht und zur Folge hat, dass Entscheidungen leicht nachvollziehbar sind. <sup>142</sup>

---

<sup>140</sup> Vgl. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2004), zit. nach: Pateisky (2006).

<sup>141</sup> ebenda.

<sup>142</sup> ebenda.



## 7.3 Checklisten zur Vermeidung von Verwechslungen

Um Verwechslungen bei Patienten zu vermeiden geben die WHO (World Health Organisation) und das Aktionsbündnis für Patientensicherheit verschiedene Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverletzungen, wie die Checklisten gestaltet werden können und welche Phasen sinnvoll sind.<sup>143</sup>

### 7.3.1 Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Ein Verwechslungsfall ist für den Patienten und das Behandlungsteam ein katastrophales Ereignis, verbunden mit meist schwerwiegenden Folgen. Theoretisch ist jede Verwechslung vermeidbar und somit ein vollständiges beherrschbares Risiko. Komplexe und arbeitsteilige Behandlungsabläufe erschweren jedoch dieses beherrschbare Risiko und erhöhen die Verwechslungsgefahr. Die Annahme, dass Verwechslungen ein gravierendes Einzelereignis darstellen ist grundsätzlich in Frage gestellt.<sup>144</sup>

Im angloamerikanischen Sprachraum werden Verwechslungen bei operativen Eingriffen als „Wrong Site Surgery“ bezeichnet und lässt sich am besten mit „Eingriffsverwechslung“ übersetzen. Das kann beispielsweise die Verwechslung der Körperseite, die Verwechslung einer Eingriffsart oder die Verwechslung von Patienten generell bedeuten. Für die Betroffenen können sie einen großen Schaden bedeuten, deshalb müssen Strategien entwickelt werden um Eingriffsverwechslungen zu verhindern.<sup>145</sup>

Studien zeigen, dass Eingriffsverwechslungen und auch Patientenverwechslungen eine Gefährdung der Patientensicherheit darstellen.<sup>146</sup>

---

<sup>143</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.

<sup>144</sup> Vgl. Rothmund / Schrappe (2007), 3.

<sup>145</sup> Vgl. Lessing (2006).

<sup>146</sup> Vgl. Rothmund / Schrappe (2007), 3.

Organisationen für Patientensicherheit in den USA, Großbritannien und Australien haben Empfehlungen zu diesem Thema ausgesprochen. Im April 2005 wurde dazu das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) gegründet (das APS setzt sich für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland ein.) Es soll gelingen Ärzten, Pflegepersonal und Patienten die Vermeidung von Eingriffsverwechslungen zu erleichtern. Eine effiziente Vermeidungsstrategie ist die erfolgreiche Kommunikation zwischen den soeben genannten Parteien. Deshalb ist eine laufende Rückversicherung über die konkrete Ausführung eines geplanten Eingriffs das geeignete Instrument um Verwechslungen zu vermeiden. Wichtig ist hierbei, dass sich Patient und Operateur vor dem Eingriff persönlich in Form eines Aufklärungsgespräches kennen lernen oder bei der Markierung des Eingriffsortes vor der Operation. Solange der Patient ansprechbar ist, sollte er in den Prozess eingebunden werden, somit ist die Wiederholung von Fragen und Antworten an den verschiedenen Stationen des Behandlungsablaufes wichtig. Nicht selten ist die Einbeziehung von Patienten schwierig, da es sich um Notfallpatienten, nicht deutsch sprechende Patienten, demente oder geistig beeinträchtigte Personen oder Kinder handeln kann. Durch Dolmetscher, Sozialdienste, Angehörige können auch diese Patienten eingebunden werden.<sup>147</sup>

Am Beginn des Prozesses sollte jedoch eine eindeutige Entscheidung der Führungsebene, die Handlungsempfehlungen, stehen, sowie eine Information und Schulung der Mitarbeiter um diese mit den Inhalten und der Handhabung der Maßnahmen im Detail vertraut zu machen. Darüber hinaus wäre es auch ratsam den Patienten darüber zu informieren. Die Handlungsempfehlungen müssen an lokale Gegebenheiten angepasst werden. Verantwortliche für die Durchführung einzelner Maßnahmen müssen klar benannt werden und das Prinzip „Einheitlichkeit“ ist anzuwenden. Das heißt die Aktivitäten sollten standardisiert in die örtlichen Arbeitsabläufe integriert werden und einheitlich umgesetzt werden, was die Förderung der Akzeptanz bei den Mitarbeitern erhöht.<sup>148</sup>

---

<sup>147</sup> Vgl. Lessing (2006).

<sup>148</sup> Vgl. Rothmund / Schrappe (2007), 5.

Die Handlungsempfehlungen des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“ beschreiben vier Stufen, in denen die Identität des Patienten und die Richtigkeit des Eingriffs überprüft werden. Jede Stufe ist klar definiert und ein einfaches Raster von „W“-Fragen (wer, wann, wo, was) legt die Punkte der standardisierten Abläufe fest.<sup>149</sup>

### 1. Identifikation von Patienten:<sup>150</sup>

- Wer: Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt
- Wann: Während des Aufklärungsgesprächs vor oder nach der Aufnahme
- Wo: Ambulanz oder Station
- Was:
  - Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte bzw. geeigneter Patientenidentifikationssysteme
  - Festlegung von Eingriffsort und Prozedur
  - Juristisch wirksame Aufklärung über den Eingriff
  - Aktive Befragung des Patienten zum Eingriffsort (antworten und zeigen lassen)
  - Abschließender Abgleich mit vorangegangene Untersuchungen (z.B. Patientenakte, Aufnahme bildgebender Verfahren, Einweisungspapiere)



Auch die Blutabnahme bei falschen Patienten bzw. die falsche Etikettierung einer Blutprobe bedeutet ein hohes Risiko für Patienten. Es wird angenommen, dass die Dunkelziffer sechs- bis zehnmal höher liegt als die entdeckten Fälle. Begründet wird die hohe Dunkelziffer damit, dass eine Probenverwechslung nur dann bemerkt wird, wenn ein Vorbefund mit Extremwerten vorliegt.<sup>151</sup> Um dem Risiko der Blutabnahme beim falschen Patienten vorzubeugen oder den Patient falsch zu identifizieren, kann

<sup>149</sup> Vgl. Rothmund / Schrappe (2007), 5.

<sup>150</sup> ebenda, 9.

<sup>151</sup> Vgl. Stekel (2006), 143 f.

ebenso eine Checkliste als Hilfe dienen um auf keine Punkte der administrativen OP-Vorbereitungen zu vergessen, die Sicherheit der Patienten somit zu gewährleisten und in weiterer Folge Eingriffsverwechslungen zu vermeiden.<sup>152</sup>

Krankenhäuser haben die Hauptverantwortung für die Kontrolle / Überprüfung von Patienten, die Identität, die Patienten sollten aktiv beteiligt werden und Informationen erhalten über die Bedeutung der richtigen Patientenidentifizierung. Es ist wichtig mindestens zwei verschiedene Methoden zur Patientenidentifizierung zu verwenden. Dabei reicht die Zimmernummer von Patienten nicht zu seiner vollständigen Identifizierung aus.<sup>153</sup>

Folgende Instrumente zur Identifizierung können verwendet werden:<sup>154</sup>

- ID (Identifikation) Bänder mit Name und Geburtsdatum
- organisatorische Protokolle für die Identifikation des Patienten ohne Identifizierung oder für Patienten mit dem selben Namen
- Andere non-verbale Ansätze, wie Biometrie (technische Geräte) für z.B. bei Koma Patienten

Die Identifizierung sollte vor der Durchführung von Eingriffen, Behandlungen und Maßnahmen, sowie vor der Blutabnahme und vor der Verabreichung von Medikamenten bzw. Blutprodukten erfolgen.<sup>155</sup>

---

<sup>152</sup> Vgl. Neumüller (2010).

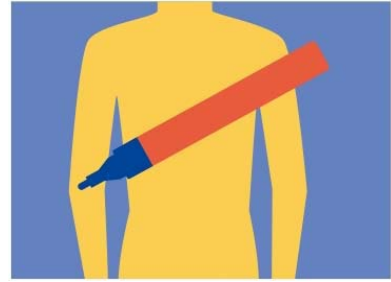
<sup>153</sup> Vgl. WHO (2007).

<sup>154</sup> ebenda.

<sup>155</sup> Vgl. Sandner u.a. (2008c).

## 2. Markierung des Eingriffsortes: <sup>156</sup>

- Wer: In der Regel der Operateur, an zweiter Stelle der in den Eingriff aufklärende Arzt, an dritter Stelle ein erfahrener Arzt des Behandlungsteams
- Wann: Am Vorabend im Rahmen der Aufklärung oder am Morgen des Eingriffs, außerhalb des OP
- Wo: Ambulanz oder Station
- Was:
  - Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte bzw. geeigneter Patientenidentifikationssysteme
  - Aktive Befragung des Patienten zur Prozedur und zum Eingriffsort vor der Prämedikation
  - Markierung mit einem nicht abwaschbaren Stift
  - Markierung nur am Eingriffsort und nicht z.B. auf der entgegengesetzten Seite
  - Verwendung von eindeutigen Zeichen (Kreuz oder Pfeil) statt Worten (z.B. nicht ja oder nein)
  - Bei mehr als einem Eingriffsort muss jeder Eingriffsort einzeln markiert werden
  - Ohne Markierung keine Anästhesie



Es gibt Fälle bei denen der Eingriffsort nicht markiert werden kann z.B. Eingriffen an den Zähnen oder an Schleimhäuten. Hier sollte am Vorabend oder Morgen des Eingriffs dennoch die übrigen Punkte überprüft werden. <sup>157</sup>

<sup>156</sup> Vgl. Rothmund / Schrappe (2007), 13.

<sup>157</sup> ebenda, 14.

### 3. Zuweisung zum richtigen OP-Saal: <sup>158</sup>

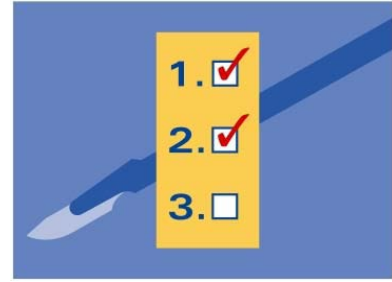
- Wer: Arzt oder Pflegepersonal
- Wann: Zwischen Prämedikation und Narkoseeinleitung, unmittelbar vor Eintritt in den OP
- Wo: Einleitungsraum / Einschleusraum
- Was:
  - Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte bzw. geeigneter Patientenidentifikationssysteme: Name, Vorname, Geburtsdatum, Prozedur, Eingriffsort
  - Wenn möglich (ansprechbar): aktive Befragung des Patienten zu den soeben genannten Daten
  - Überprüfung der Markierung



<sup>158</sup> Vgl. Rothmund / Schrappe (2007), 17.

#### 4. Team-Time-Out vor Schnitt: <sup>159</sup>

- Wer: Behandlungsteam, initiiert durch den Operateur
- Wann: Unmittelbar vor dem Schnitt
- Wo: OP
- Was:
  - Kontrolle aller Patientendaten anhand einer „Minicheckliste“:
    - Identifikation des Patienten
    - Identifikation von Prozedur und Eingriffsort
    - Abgleich mit Aufnahmen bildgebender Verfahren
    - Beim Implantaten: Überprüfung, ob das richtige verfügbar ist
  - Wenn möglich, sollten alle Punkte durch ein „ok“ bestätigt werden



Nach dem Eingriff sind alle Punkte der Minicheckliste im OP-Protokoll festzuhalten. <sup>160</sup>

„Team-Time-Out“ ist ein letztes Innehalten des Behandlungsteams unmittelbar vor dem Schnitt. Das „Team-Time-Out“ ist eine gemeinschaftliche Aufgabe des gesamten OP-Teams, zu deren Durchführung jedoch mindestens der Operateur, die OP-Krankenpflegefachperson und der Anästhesist anwesend sein müssen. Entscheidend für das „Team-Time-Out“ ist der Gemeinschaftsgedanke. Alle Mitglieder des OP-Teams müssen gleichberechtigt sein. In keinem Fall darf es Hemmungen bei den Beteiligten geben, den Verdacht einer gewissen Unsicherheit oder eines Fehlers zu äußern. In jeder Einrichtung muss eine für das „Team-Time-Out“ verantwortlich Person aus dem OP-Team benannt werden, die für die regelhafte Durchführung verantwortlich ist. Entscheidend ist, dass unter Führung der benannten Person, alle OP-Teammitglieder gleichberechtigt agieren können. <sup>161</sup>

<sup>159</sup> Vgl. Rothmund / Schrappe (2007), 19.

<sup>160</sup> ebenda.

<sup>161</sup> ebenda, 19ff.

## Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

1	2	3	4
			
<p><b>Identifikation Patient</b></p> <p><b>wer?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt</li> </ul> <p><b>wann?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme</li> </ul> <p><b>was?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Richtiger Patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen</li> </ul> </li> <li>■ <b>Eingriffsart</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Gespräch mit dem Patienten bestätigen</li> </ul> </li> <li>■ <b>Eingriffsort</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aktiv fragen und zeigen lassen</li> <li>- Angehörige einbeziehen (vor allem bei Kindern und nicht urteilsfähigen Patienten)</li> </ul> </li> <li>■ <b>Abgleich mit Akten und Bildern</b></li> </ul>	<p><b>Markierung Eingriffsort</b></p> <p><b>wer?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt</li> </ul> <p><b>wann?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- außerhalb des OPs</li> <li>- bei wachem Patienten</li> </ul> <p><b>was?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Abgleich mit Akten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- richtiger Patient</li> <li>- Eingriffsart</li> <li>- Eingriffsort</li> </ul> </li> <li>■ <b>Patienten aktiv einbeziehen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eingriffsort zeigen lassen</li> <li>- Angehörige einbeziehen</li> </ul> </li> <li>■ <b>Markierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nur Eingriffsort</li> <li>- eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen)</li> <li>- nicht abwischbarer Stift</li> <li>- mehrere Eingriffsorte: alle markieren</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Zuweisung zum richtigen OP-Saal</b></p> <p><b>wer?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- definierte, verantwortliche Person</li> </ul> <p><b>wann?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unmittelbar vor Anästhesie-einleitung und vor Eintritt in den Saal</li> </ul> <p><b>was?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Patientenidentität</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Namen und Geburtsdatum prüfen</li> </ul> </li> <li>■ <b>Eingriffsart</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prüfen und bestätigen</li> </ul> </li> <li>■ <b>Eingriffsort</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prüfen und bestätigen</li> </ul> </li> <li>■ <b>Markierung prüfen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit Aktenabgleich</li> <li>- wenn möglich aktive Befragung des Patienten</li> </ul> </li> <li>■ <b>Saalcheck</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuweisung zum OP-Saal überprüfen</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Team-Time-Out vor Schnitt</b></p> <p><b>wer?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OP-Team</li> <li>- initiiert durch definierte, verantwortliche Person</li> </ul> <p><b>wann?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unmittelbar vor Schnitt</li> </ul> <p><b>was?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Letztes Innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Mittels Minicheckliste</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum)</li> <li>- Eingriffsart</li> <li>- Eingriffsort</li> <li>- Aufnahmen bildgebender Verfahren</li> <li>- Richtige Implantate verfügbar</li> </ul> </li> <li>■ <b>Alle Punkte durch OK bestätigen</b></li> <li>■ <b>Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren</b></li> </ul> </li> </ul>
 <b>Jede Unstimmigkeit sofort klären</b>	 <b>Jede Unstimmigkeit sofort klären</b>	 <b>Ohne Markierung keine Anästhesie</b>	 <b>Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt</b>
<small>Stiftung für Patientensicherheit FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDACION PER LA SEURETAT DEL PACIENTE Patient Safety Foundation</small>		<small>Stiftung für Patientensicherheit FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDACION PER LA SEURETAT DEL PACIENTE Patient Safety Foundation</small>	

Abbildung 8: OP- Sicherheits-Checkliste <sup>162</sup>

<sup>162</sup> Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011).



Die soeben dargestellte Abbildung zeigt die vier Schritte noch einmal in Kurzform wie sie das Aktionsbündnis für Patientensicherheit empfiehlt. Unter jedem einzelnen Schritt werden Warnschilder angeführt um darauf aufmerksam zu machen, dass bei Unstimmigkeiten diese sofort zu klären sind bzw. bei fehlen gewisser Punkte nicht fortgesetzt werden darf, siehe Schritt drei „Ohne Markierung keine Anästhesie“. <sup>163</sup>

Die folgende Studie untermauert die Effektivität und Effizienz der Checklisten.

### **7.3.2 Studie der WHO zu den Checklisten**

Die Chirurgie ist zu einem integralen Bestandteil der globalen Gesundheitsvorsorge geworden, mit geschätzten 234 Millionen Operationen pro Jahr. Chirurgische Komplikationen sind oft vermeidbar. Es wurde eine Sicherheits-Checkliste entwickelt, um die Kommunikation im Team zu verbessern und Komplikationen und Todesfälle im Zusammenhang mit der Operation zu reduzieren. <sup>164</sup>

Die WHO Checkliste wurde von einer internationalen Gruppe von Experten erstellt, mit dem Ziel der Verbesserung der Sicherheit der Patienten bei chirurgischen Eingriffen rund um den Globus. Beteiligt bei der Entwicklung der Checklisten waren Anästhesisten, OP-Schwwestern, Chirurgen, Patienten und andere Fachleute. Sowohl in kleinen und großen klinische Einrichtungen wurde die Checkliste erprobt und schließlich zu einer Multi-Site-Pilotstudie gemacht. Die Ergebnisse wurden im New England Journal of Medicine im Januar 2009 veröffentlicht. <sup>165</sup>

Das Ziel der Checkliste ist die Sicherheit des Patienten im Rahmen von operativen Eingriffen zu erhöhen und alle Beteiligten anzuhalten, ihre berufsspezifischen Sicherheitsaspekte zu überdenken. Die Checkliste ist sehr allgemein und kurz gehalten und soll an die lokalen Gegebenheiten und

---

<sup>163</sup> Eigene Erklärung der Verfasserin.

<sup>164</sup> Vgl. Haynes (2009).

<sup>165</sup> Vgl. Plattform Patientensicherheit (2010).

Bedürfnisse angepasst bzw. erweitert werden. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass ein Überladen der Checkliste kontraproduktiv ist.<sup>166</sup>

Die Checkliste wurde entwickelt, um eine einfache Bedienung und Anwendung in vielen Einrichtungen zu gewährleisten. Sie ist derzeit im aktiven Einsatz in OPs der ganzen Welt.<sup>167</sup>

### **Was beinhaltet die Checkliste?**

Die Checkliste beinhaltet die Koordination des OP-Teams (Chirurgen, Anästhesisten und Pflegepersonal) die wichtigen Sicherheits-Checks vor bestimmten perioperativen Phasen zu diskutieren: eine vorheriges "Anmelden" vor der Narkose, ein "Time Out " vor Hautschnitt, und ein "Abmelden", bevor das Team den Operationssaal verlässt. Viele der Kontrollen sind bereits in einigen Institutionen Routine, aber überraschend wenige Teams sind hier konsequent. In der Pilotstudie konnten die erhöhte Verwendung der Checkliste unter Einhaltung von Sicherheitsstandards eine reduzierte Rate von Komplikationen und Todesfällen im Zusammenhang mit chirurgischer Versorgung erreicht werden. In viele Krankenhäuser finden bereits Kontrollen statt, doch ihre konsequente Anwendung ist bestürzend variabel.<sup>168</sup>

### **Funktionieren die Checklisten?**

Zwischen Oktober 2007 und September 2008 wurde der Effekt der Checkliste in acht Spitälern überprüft (Toronto, Canada; Neu Delhi, Indien; Amman, Jordanien; Auckland, Neuseeland; Manila, Philippinen; Ifakara, Tansania; London, GB; Seattle, USA). Die Spitalsauswahl repräsentiert unterschiedliche ökonomische Umfelder und Patientenpopulationen. Prospektiv wurden die Daten von klinischen Abläufen und Ergebnissen von 3.733 Patienten vor und 3.955 Patienten nach Anwendung der Checkliste untersucht. Die Ergebnisse wurden im New England Journal of Medicine im Jänner 2009 publiziert und zeigen Verbesserungen sowohl im Bereich der

---

<sup>166</sup> Vgl. Plattform Patientensicherheit (2010).

<sup>167</sup> Vgl. WHO (2009).

<sup>168</sup> ebenda.

Abläufe als auch im Bereich der Ergebnisse. Tatsächlich reduzierte die Anwendung der Checkliste die Rate der perioperativen Todesfälle und Komplikationen in allen acht Pilotspitälern um mehr als ein Drittel. Nach Implementierung der Checkliste fiel die Rate schwerer Komplikationen von 11 % auf 7 %, die Mortalitätsrate großer Operationen von 1,5 % auf 0,8 %. Unabhängig von der sozioökonomischen Ausgangslage konnten ähnliche Resultate in allen Pilotspitälern erzielt werden. Sogar in einem Landspital in Tansania war es möglich, die Checkliste zu implementieren und deutliche Verbesserungen in den Ergebnissen zu erreichen und das praktisch ohne zusätzliche Kosten.<sup>169</sup>

„Bis heute haben bereits mehr als 300 Fachgesellschaften, Gesundheitsorganisationen, Ministerien und NGO's die WHO-Checkliste im Rahmen des „Safe Surgery Saves Lives“-Programmes übernommen.“<sup>170</sup>

Die Arbeit soll deutlich gemacht haben, welchen Nutzen Risikomanagement mit sich bringt, wie Risiken erfolgreich minimiert werden können, das heißt welche Methoden hier nützlich und effektiv sind.

In weiterer Folge werden die wichtigsten Aspekte noch einmal zusammengefasst und ein persönliches Resümee der Verfasserin gegeben.

---

<sup>169</sup> Vgl. Plattform Patientensicherheit (2011).

<sup>170</sup> Plattform Patientensicherheit (2011).

## 8 Zusammenfassung

Diese Arbeit setzte sich mit Risikomanagement in der Chirurgie auseinander und Fragen wie: Was Risikomanagement bringt, wie Risiken minimiert und bewältigt werden können und was verschiedene Methoden bringen. Durch theoretische und praktische Aspekte, sowie Blickwinkel der gesparg wurden die oben gestellten Fragen beantwortet. Verschiedene Studien und Statistiken untermauerten diese Argumente zusätzlich.

Konkrete Ergebnisse dieser Arbeit sind somit folgende:

Durch die richtigen Strategien, durch Einbindung und Berücksichtigung der Mitarbeiter, durch verschiedene einfache Methoden kann Risikominimierung gut gelingen. Wesentliche Punkte stellen ebenso der Umgang mit Fehlern in der Chirurgie, eine entsprechende Teamarbeit und Kommunikation und die Rolle der Führungskräfte, sprich der Risikomanagementpolitik im Krankenhaus, dar.

Nachstehende werden noch einmal die wichtigsten Punkte zusammengefasst.

Laut Studien liegen die Zahlen der Patienten die einen ernsthaften Schaden durch medizinische Behandlungen erleiden sehr hoch. In den USA liegen medizinische Behandlungsfehler unter den acht häufigsten Todesursachen. Das Thema Patientensicherheit und Fehler in der Medizin rückt immer mehr in die Öffentlichkeit. Die positive Wirkung der Medizin steht außer Frage, jedoch im Falle von Fehlern verursachen diese großen menschlichen und finanziellen Schaden. Das Krankenhaus ist ein Unternehmen mit hohem Gefährdungspotential, hier stellt also ein effektives Risikomanagement eine notwendige Voraussetzung zur Verhinderung schwerer Unfälle und Katastrophen dar.

Die Fehlerrate in der Chirurgie ist am höchsten, somit ist gerade hier die Einführung von Risikomanagement besonders wichtig. Sie beginnt bereits bei der Aufnahme und endet mit der Entlassung des Patienten.

Risikomanagement betrifft entsprechende Entscheidungen und Handlungen, die geeignet sind, qualitätsgefährdende Risiken frühzeitig wahrzunehmen und zu beherrschen. Risikomanagement verfolgt vielfältige Ziele, vor allem der Schutz der Patienten steht im Vordergrund, weiters ist der Schutz der Mitarbeiter vor strafrechtlicher und zivilrechtlicher Verantwortung, der Schutz des Unternehmens vor Gerichts- und Schlichtungsverfahren wichtig, sowie in weiterer Folge eine Verhinderung des Imageverlustes von zentraler Bedeutung. Ein weiteres Ziel stellt der richtige Umgang mit Fehlern dar und die Schaffung einer positiven Fehlerkultur, da Fehler meist aus Furcht vor negativen Folgen systematisch verschwiegen werden. Katastrophalen Ereignissen geht eine Vielzahl von kleinen Missgeschicken voraus, daher sollte jede Vermeidungsstrategie sich zuerst auf die kleinen Fehler konzentrieren um große Fehler zu verhindern. Eine positive Fehlerkultur sieht Fehler nicht als ein Versäumnis einzelner Personen sondern als eine Chance aus Fehlern zu lernen.

Der Risikomanagementprozess stellt die verschiedenen Stufen dar, wie Risikomanagement systematisch angegangen werden kann. Er wird in der Regel in vier Stufen (Risikoanalyse, Risikobewertung, Risikobewältigung, Risikocontrolling) eingeteilt. Die verschiedenen Stufen bilden einen Regelkreis, der Ablauf wird somit regelmäßig wiederholt und überwacht.

Es gibt bestimmte Faktoren die zur Risikoerhöhung und Risikoreduktion führen (Organisation, Kompetenz, Verantwortung, Personalmanagement, Patienten, Prozess, Kommunikation und Teamarbeit) diese sollten im Prozess des Risikomanagements bzw. in der Phase der Risikobewältigung bedacht werden.

Um Risiken zu minimieren gibt es verschiedenen Methoden. Im CIRS (Critical-incident-reporting-System) werden Fehler und auch beinahe Fehler dokumentiert, um in weiterer Folge aus Fehlern lernen zu können und dies künftig zu vermeiden. Eine Maßnahme zur Verbesserung der Kommunikation stellt die SAFE-Kommunikation dar, diese Maßnahme regelt die Art und Reihenfolge der Weitergabe von Informationen und verhindert somit das Übersehen wichtiger Daten und Informationen. Um Patientenverwechslungen und Eingriffsverwechslungen zu verhindern, haben sich Checklisten besonders bewährt, dazu wurden von der WHO und dem Aktionsbündnis für

Patientensicherheit Handlungsempfehlungen gegeben. Diese Empfehlungen beinhalten vier Schritte, die Identifikation des Patienten, die Markierung des Eingriffsortes, die Zuweisung zum richtigen OP-Saal und das Team-Time-Out vor Schnitt. Diese Checklisten haben laut Studien die perioperativen Todesfälle und Komplikationen in Pilotspitälern mehr als ein Drittel reduziert. Diese Methoden finden auch ihre Anwendungen in den gesparg Krankenhäuser und bewähren sich ebenso dementsprechend.

## **9 Persönliches Fazit**

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Risikomanagement in der Chirurgie wurde bewusst, dass die Umsetzung sich nicht als einfach herausstellt, viele Faktoren sowie verschiedenen Berufsgruppen gilt es mit einzubeziehen. Voraussetzung für ein erfolgreiches Umsetzen von Risikomanagement und somit für das Verhindern von Fehlern ist eine Unternehmenskultur nötig, die diese Dinge auch zulässt. Sei es die Dokumentation von Fehlern oder höher gestellte Berufsgruppen auf Fehler hinzuweisen. Hierarchie spielt noch immer eine große Rolle im Krankenhaus. Wichtig ist vor allem sich bewusst zu werden was verändert werden soll und warum die genannten Methoden wichtig sind, hierzu ist es nötig alle Mitarbeiter zu informieren und ins „Boot“ zu holen, denn wenn nicht alle Mitarbeiter hinter Risikomanagement stehen und den Nutzen darin sehen, ist jede noch so tolle Methode nicht umsetzbar. Stellt sich dich Frage, warum es Mitarbeiter geben soll die gegen solche Methoden sind, wenn doch bewiesen ist, dass diese Fehler vermeiden? Vor allem Checklisten verursachen keinen großen Aufwand und bringen großen Nutzen. Denn, wenn mit Hilfe der Checkliste nicht in das falsche Bein geschnitten wird, ist das ja durchaus positiv zu betrachten.

Auch die einzelnen Schritte des Risikomanagementprozess (Analyse, Bewältigung, Controlling) sind sehr nützlich, denn was sollen die Maßnahmen wenn nicht bewusst ist um welche Risiken es sich handelt. Was

bringen die Methoden wenn es keine Evaluierung dieser gibt, um zu sehen was diese bewirkt haben?

Vorrangiges Ziel des Risikomanagements ist die Patientensicherheit und diese sollte auch immer vor Augen geführt werden, wenn Patienten im Krankenhaus „sicher“ sind, sind auch die anderen Ziele des Risikomanagements erfüllt, denn Patientensicherheit ist, wie immer wieder in der Arbeit erwähnt, das oberste Ziel.

## Literaturverzeichnis

- **Ennker, J. / Pietrowski, D. / Kleine, P.:** Risikomanagement in der operativen Medizin, Berlin 2007.
- **Ennker, J. / Bauer, S. / Albert, A.:** Risikomanagement in der Herzchirurgie – Prävention von Schadensfälle und typische Stolpersteine im Ernstfall, in: Ennker, J. / Zerkowski, H.R.: Risiko und Qualität in der Herzchirurgie. Darmstadt 2006.
- **Gausmann, P.:** Fehlervermeidungsstrategien im OP, in: Ansorg, J. / Diemer, M. / Heberer, J. / Tsekos, E. / Von Eiff, W.: OP-Management. Berlin 2009.
- **Hauke, E.:** Warum ist Patientensicherheit so wichtig? in Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.A. (Hg.): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, Wien 2005, 11-13.
- **Hellmann, W. / Kahla-Witzsch, H. A. (Hrsg):** Praxis des Klinischen Risikomanagement, Landsberg/Lech 2005.
- **Herold, A. / Hansen, M.:** Umgang mit Fehlern, in: Ansorg, J. / D., Matthias/ H., Jörg / Tsekos, E. / Von Eiff, W.: OP-Management. Berlin 2009.
- **Hochreutener, M.-A. / Conen, D.:** Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen, in Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (Hg.): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, Wien 2005, 19-25.
- **Holzer, E.:** Grundsätzliches zum Umgang mit Risiken – traditionelles Risikomanagement, in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A.: Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, Wien 2005, 32-51.
- **Kahla-Witzsch H. A. / Platzer, O.:** Risikomanagement in der Pflege, Stuttgart 2007.
- **Middendorf, C.:** Klinisches Risikomanagement, Berlin 2006.
- **Möllemann, A. / Hübler, M.:** Risikomanagement, in: Welk, I. / Bauer, M.: OP-Management: praktisch und effizient, Heidelberg 2006, 43-53.



- **Paula**, H.: Patientensicherheit und Risikomanagement. Im Pflege- und Krankenhausalltag. Heidelberg 2007.
- **Qualitas**: Klinisches Risikomanagement: Pilotprojekt im LKH Freistadt, in: Zeitschrift für Qualität und Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen, 02/2009, 26-27.
- **Rohe**, J. / **Beyer**, M. / **Gerlach**, F. M.: Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. Begriffe und Definitionen in: **Holzer**, E. / **Thomeczek**, C. / **Hauke**, E. / **Conen**, D. / **Hochreutener**, M.-A. (Hg.): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, Wien 2005, 14-19.
- **Rothmund**, M. / **Schrappe**, M.: Aktionsbündnis Patientensicherheit. Empfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Witten 2007.
- **Schütt**, B. / **Bauer** M.: Qualitätsmanagement, in: **Welk**, I. / **Bauer**, M.: OP-Management: praktisch und effizient, Heidelberg 2006, 32-42.
- **Sieber**, B.: Ökonomische Betrachtung zum Risikomanagement im Krankenhaus, in: **Ennker**, J. / **Pietrowski**, D. / **Kleine**, P.: Risikomanagement in der operativen Medizin, Berlin 2007, 41-51.
- **Sobottka**, St.: Entwicklung eines Risikomanagement-System für ein Krankenhaus, in: **Albrecht**, M. / **Töpfer**, A.: Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken. Heidelberg 2006.
- **Stekel**, H., Risikomanagement im ärztlichen Bereich am Beispiel Labor, in: **Zapotoczky**, K. (Hrsg), Gesundheit im Brennpunkt, Gesundheitsqualität als Aufgabe, 10/1, Linz 2006.
- **Von Eiff**, W. / **Stachel**, K.: Personalmanagement im Krankenhaus, in: **Ansorg**, J. / **Diemer**, M. / **Heberer**, J. / **Tsekos**, E. / **Von Eiff**, W.: OP-Management. Berlin 2009.

## Internetquellen:

- **Aktionsbündnis Patientensicherheit:** [www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/.../07-07-25-\\_EV\\_Flyer.pdf](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/.../07-07-25-_EV_Flyer.pdf), (Stand: 5.2.2011).
- **AUVA:** Handbuch Pflegefit, 2005, [www.equal-aeiou.at/Upload/M1\\_Pflegefit\\_HandbuchV4\\_20050816.pdf](http://www.equal-aeiou.at/Upload/M1_Pflegefit_HandbuchV4_20050816.pdf), (Stand: 16.12.2010).
- **Bethge, J.:** Schnitt-Naht-Zeit (SNZ). <http://op-inside.de/page34/page18/page18.html>, (Stand: 21.2.2011).
- **Cartes, M. I.:** Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Risikomanagementsystem, Prozessorientierte Risikoanalyse, 2006, [www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/ressort\\_krankenversorgung/downloads/risikomanagement/Handout\\_KlinischesRisikomanagementProzessorientierteRisikoanalyse1.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/ressort_krankenversorgung/downloads/risikomanagement/Handout_KlinischesRisikomanagementProzessorientierteRisikoanalyse1.pdf), (Stand: 16.01.2011).
- **Choy, YC:** Med J Malaysia. 2006 Dec;61(5):577-85. PubMed - indexed for MEDLINE, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17623959> (Stand: 10.1.2011).
- **Duden,** <http://www.duden.de/definition/perioperativ>, (Stand: 21.2.2011).
- **Hansis, M.L. / Hart, D.:** Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. Robert Koch-Institut (Hrsg), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Haft 04/01, Berlin 2001, zitiert nach: AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Wien: Handbuch Pflegefit [www.equal-aeiou.at/Upload/M1\\_Pflegefit\\_HandbuchV4\\_20050816.pdf](http://www.equal-aeiou.at/Upload/M1_Pflegefit_HandbuchV4_20050816.pdf), (Stand: 16.12.2010).
- **Haynes, A. B. et al:** New England Journal of Medicine (2009); 360: 491-9: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. (2009), <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>. (Stand: 10.1.2011).
- **Jonitz, G.:** Patientensicherheit. Grundlagen, Wissen, Handwerkszeug, 2006, [www.aerztekammer-](http://www.aerztekammer-)

berlin.de/40presse/20\_VortraegePraes/962\_BerlinChemie.pdf\_(Stand: 20.12.2010).

- **Lessing, C.:** Aktionsbündnis Patientensicherheit. Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie, 2006, [http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/08-03-03\\_PID\\_Empfehlung\\_final\\_0.pdf](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/08-03-03_PID_Empfehlung_final_0.pdf) (Stand: 5.1.2011).
- **Österreichisches Normungsinstitut:** Risikomanagement für Organisationen und Systeme. 2010, [www.as-plus.at](http://www.as-plus.at), (Stand: 15.3.2011).
- **Standard:** Falsche Beinamputation. Schuldprüche gegen Ärzte, in: Der Standard, 29.11.2010, [www.derstandard.at/1289609040977/Tirol-Falsche-Beinamputation-Schuldprueche-gegen-Aerzte](http://www.derstandard.at/1289609040977/Tirol-Falsche-Beinamputation-Schuldprueche-gegen-Aerzte).
- **Pateisky, N.:** Warum Rumpelstilzchen scheitern mußte - Teil 2: "Entscheiden alleine genügt nicht". Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe; 24 (4) 15-17, 2006 <http://www.kup.at/kup/pdf/6132.pdf>. (Stand: 15.1.2011).
- **Plattform Patientensicherheit:** OP-Sicherheits-Checkliste. <http://www.plattformpatientensicherheit.at/content/site/de/dokumentee mpfehlungen/index.html> (Stand: 25.3.2011).
- **WHO (World Health Organisation):** Patient Identification. Patient Safety Solution. 2007 <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf> (Stand: 3.2.2011).
- **WHO (World Health Organisation):** Safe Surgery Saves Lives FAQ, 2009, [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/faq.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/faq.pdf) (Stand: 10.1.2011).
- **Wimmer, I. / Freundlinger, T.:** Risikomanagement in der Pflege – alles Käse oder was?, 2009, [www.oegkv.at/fileadmin/docs/Hygienetage\\_2009/wimmer\\_freundlinger\\_riskmanagement.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Hygienetage_2009/wimmer_freundlinger_riskmanagement.pdf) (Stand: 18.1.2011).

## **Dokumente der gespag:**

- **Neumüller, B.:** Präoperative Checkliste des KH Freistadt, Freistadt 2010.
- **Sandner, U. / Schindlecker-Skrivanek, C. / Zhang, Y.:** Risikobericht, Freistadt 2008a.
- **Sandner, U. / Schindlecker-Skrivanek, C. / Zhang, Y.:** Risikopolitik und Risikostrategie, Freistadt 2008b.
- **Sandner, U. / Schindlecker-Skrivanek, C. / Zhang, Y.:** Konzept zur Implementierung eines klinischen Risikomanagements, Freistadt, 2008c.
- **Sandner, U.:** Konzept Risikomanagement, Linz 2009.
- **Siegrist, E.:** Prozessorganisation operative Behandlung der gespag. Linz 2008.