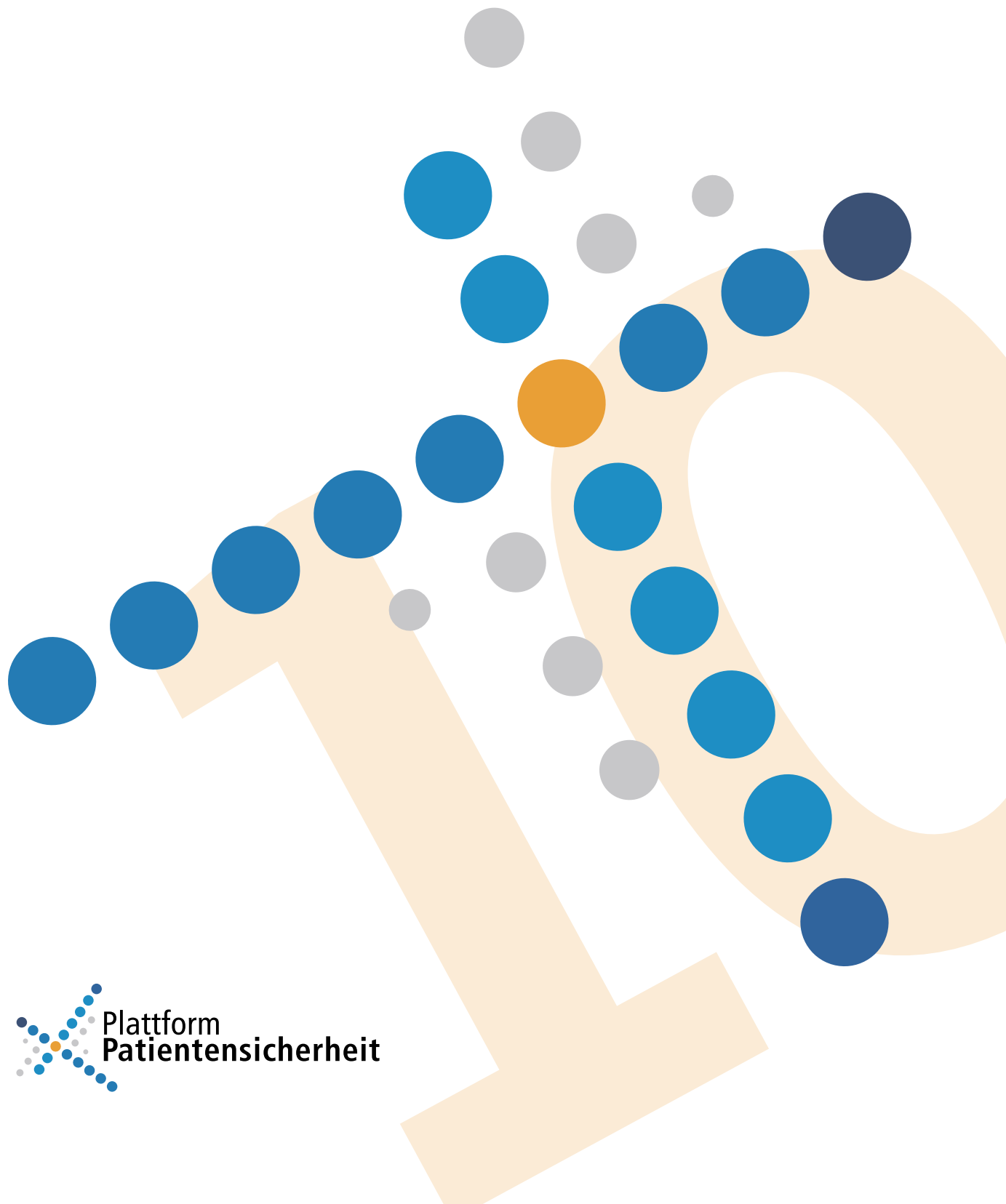


10 JAHRE

Plattform Patientensicherheit

MEILENSTEINE



Plattform
Patientensicherheit

Impressum

Herausgeber, Medieninhaber, für den Inhalt verantwortlich: Österreichische Plattform Patientensicherheit (Austrian Network for Patient Safety ANetPAS) | Adresse: 1090 Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, c/o Institut für Ethik und Recht in der Medizin (Universität Wien) | Rechtsform: Verein gemäß Bundesgesetz über Vereine (Vereinsgesetz 2002-VerG) | Geschäftsführerin: Dr. Maria Kletečka-Pulker | E-Mail: office@plattformpatientensicherheit.at, www.plattformpatientensicherheit.at | Telefon: +43 (0)1 42 77 22 203 | Fax: +43 (0)1 42 77 92 22 | ZVR-Zahl: 916782072 | Aufsichtsbehörde: Landespolizeidirektion Wien, Büro für Vereins-, Versammlungs- und Medienrechtsangelegenheiten | Grunddesign: Welldone Werbung und PR GmbH, Adresse: 1090 Wien, Lazarettgasse 19/OG 4 | Gestaltung und Produktion: preihs communication & design e.U., Adresse: 1220 Wien, Zehdengasse 71, Telefon: +43 (0)676 948 84 58 | Druck: SAXOPRINT GmbH | 1. Auflage: 300 Stück | Erscheinungsweise: unregelmäßig | Stand: 2018.

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung des Autors und nicht der Redaktion wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Fotocredits Vorstandsmitglieder und Koordination:

Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl – ©Rüdiger Ettl | Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker – ©DAS PORTRAIT – Studio für Photographie | Dr. Gerald Bachinger – ©NÖ Patienten-anwaltschaft | Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Berger, MBA – ©Medizinische Universität Wien/feel image - Fotografie e.U. Felicitas Matern | Dr. Stefan Dinges – ©Bernadette Reiter | Dr. Gottfried Endel – ©Welldone/Katharina Schiffel | HR Univ.-Prof. Prim. Dr. Robert Fischer – zur Verfügung gestellt von Dr. Robert Fischer | Präs. Ursula Frohner – ©ÖGKV | Prof. Dr. Peter Gausmann – ©Patrick Pantze Images GmbH, Lage | Mag.^a Gabriele Jaksch – ©Holoubek | Dr.ⁱⁿ Eva Kernstock – ©Ettl | Dr.ⁱⁿ Caroline Kunz – ©Privat | Univ. Prof. Dr. Klaus Markstaller – ©Medizinische Universität Wien | Dr.ⁱⁿ Reli Mechtler – ©Privat | Mag.^a Rita Offenberger, MSc – ©Welldone/Katharina Schiffel | Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky – ©Privat | Dr.ⁱⁿ Katharina Reich – ©Privat | Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc – ©Privat | Dr.ⁱⁿ Silvia Türk – ©Fotostudio Schreiner | Ass. Prof. in Dr.ⁱⁿ Mag.^a Sabine Völkl-Kernstock – ©Medizinische Universität Wien/feel image - Fotografie e.U. Felicitas Matern | Präs. Dr. Artur Wechselberger – ©ÖAK Dietmar Mathis | Dr. Thomas Wochele-Thoma, MSc – ©Caritas.

10 JAHRE

Plattform Patientensicherheit

MEILENSTEINE

**Österreichische Plattform Patientensicherheit
ANetPAS – Austrian Network for Patient Safety**

*Österreichische Plattform Patientensicherheit
Spitalgasse 2–4, Hof 2.8
1090 Wien*

*www.plattformpatientensicherheit.at
office@plattformpatientensicherheit.at*



INHALT

1. VORWORT	7
2. EINLEITUNG	19
Austrian Patient Safety Award	20
Visionen Nachmittage	20
3. DIE VORSTANDSMITGLIEDER – 10 JAHRE GEMEINSAM FÜR SICHERHEIT	22
4. MITGLIEDER UND KOOPERATIONSPARTNER	26
5. BEITRÄGE UNSERER MITGLIEDER UND PARTNER	28
5.1 Hinschauen statt Wegschauen!	28
5.2 Ethikberatung in Gesundheitseinrichtungen schafft mehr Sicherheit für Alle	29
5.3 Sicherheit für alte und hochaltrige PatientInnen im österreichischen Gesundheitssystem	31
5.4 Sicherheits- und Deeskalationsmanagement im Krankenhaus	35
5.5 Die Geschichte und Herausforderung der Implementierung von Qualitätssicherung in medizinischen Einrichtungen	38
5.6 CIRSmedical	41
5.7 PatientInnensicherheit als Item der MTD-Berufe am Beispiel der Fort- und Weiterbildung	44
5.8 Universitätslehrgang Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitssystem	47
5.9 PatientInnensicherheit und Recht	49
5.10 Barrierefreie Kommunikation als unabdingbare Voraussetzung für PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit	51
5.11 Gewalt im Gesundheitswesen	53
5.12 Kommunikation im Gesundheitswesen	54
5.13 Second Victim	56
5.14 „Safety 2“ Ein essentieller Erfolgsfaktor im Sicherheitsmanagement komplexer Systeme	59
5.15 Initiative Sicherheit im OP (SIOP): Kooperation mit Plattform Patientensicherheit ist wichtiger Erfolgsfaktor	61
5.16 PatientInnensicherheit und Kommunikation	63
5.17 PatientInnensicherheit – Feigenblatt oder Lorbeerkrantz?	64
5.18 Aus- und Weiterbildung: Simulation	65
5.19 „Erinnern hilft vorbeugen“ Gewaltprävention bei der Caritas	67
5.20 Scoring kann Leben retten – Patientensicherheit durch Digitalisierung	68
6. AUSTRIAN PATIENT SAFETY AWARD (APSA)	71
6.1 2013	71
6.2 2015	74
6.3 2017	79
7. INTERNATIONALER TAG DER PATIENTENSICHERHEIT	88
7.1 Zweiter Internationaler Tag der Patientensicherheit	91
7.2 Dritter Internationaler Tag der Patientensicherheit	93

8. PROJEKTE	98
8.1 SafetyLine – Sicherheitszentrum für MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Pflegebereich	98
8.2 Videodolmetschen im Gesundheitswesen	99
8.3 GebärdensprachdolmetscherInnen am Display	99
8.4 Austrian Medication Safety Strategy (AMEDISS)	101
9. ARBEITSGRUPPEN LAUFEND	108
9.1 Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen	108
9.2 Sicherheit für geriatrische Patientinnen	108
9.3 Teamtraining	109
9.4 Peer Support Group	109
10. ARBEITSGRUPPEN ABGESCHLOSSEN	111
10.1 Kontakte zu Internationalen Initiativen und Organisationen	111
10.2 Indikatoren für Patientensicherheit	111
10.3 Amediss Basic (Austrian Medication Safety Strategy)	112
10.4 Patient-Empowerment	112
10.5 Sicherheit im OP	113
10.6 Patientenhandbuch – ein Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt	113
10.7 PatientInnensicherheit und Kommunikation	114
11. THEMENSCHWERPUNKTE UND TÄTIGKEITEN	116
Wissenschaftliche Tagungen und Veranstaltungen	116
12. PUBLIKATIONEN UND EMPFEHLUNGEN	118

1. VORWORT

BM Mag.^a Beate Hartinger-Klein
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

PATIENTINNENSICHERHEIT IST WICHTIG.

In den letzten Jahren ist erfreulicherweise das Bewusstsein für PatientInnensicherheit bei vielen Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, gestiegen. Seitens der Wissenschaft wurde eine Vielzahl von Modellen erarbeitet, die zeigen, wie man unerwünschte Ereignisse bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen minimieren kann. Auch die Verantwortlichen in den Gesundheitseinrichtungen haben Maßnahmen gesetzt, die die PatientInnen, aber auch das Personal schützen sollen. In stressigen Momenten, z.B. bei Personalknappheit oder Krisensituationen, ist es wichtig, dass „Sicherheitsnetze“ vorhanden sind, die Irrtümer oder Fehlerketten verhindern.

Daher wende ich mich an alle Personen, die im Gesundheitswesen täglich ihr Bestes geben: Die Aktualität der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur PatientInnensicherheit in der täglichen Arbeit ist sehr wichtig! Profitieren Sie von den zahlreichen Angeboten für Fort- und Weiterbildung, die PatientInnensicherheit zum Thema haben! Sichern Sie die bestmögliche Betreuung und Versorgung der PatientInnen unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel wie z.B. Bundesqualitätsstandards, medizinische Leitlinien und Checklisten. Verwenden Sie Melde- und Lernsysteme, um aus den eigenen und den Erfahrungen anderer zu lernen!

Als Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz werde ich Sie dabei so tatkräftig wie möglich unterstützen. Ich bin überzeugt davon, dass wir es mit gemeinsamem Engagement zu Meisterschaft im Sektor PatientInnensicherheit bringen können!



BM Mag.^a Beate Hartinger-Klein

© Sozialministerium/Zinner

Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker
Plattform Patientensicherheit

Wir blicken als Österreichische Plattform Patientensicherheit auf 10 Jahre Forschung, Vernetzung, Projekt- und Informationsarbeit zum Thema PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit zurück. In einem immer komplexeren Gesundheitswesen rücken Risikobewusstsein, Fehlermanagement und Fragen der Qualität immer mehr in den Mittelpunkt – die Bedeutung der PatientInnensicherheit ist im letzten Jahrzehnt rasant gestiegen.

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit wurde am 12.11.2008 im Zuge des Projekts EUNetPAS (7. EU-Rahmenprogramm) und auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit gegründet. Als Vorbilder galten die bereits in der Schweiz und Deutschland existierenden Vereinigungen. In dem letzten Jahrzehnt konnten wir im Bereich PatientInnensicherheit große Meilensteine erzielen: Handlungsempfehlungen, Checklisten und das kontinuierliche Kommunizieren der Schnittstellen und Bedeutung einer gelebten PatientInnensicherheit sind nur einige Beispiele dafür, was in dieser Zeit bewegt wurde. Unsere ExpertInnen stehen im fachlichen Austausch, z.B. im Rahmen von Arbeitsgruppen. Es werden gemeinsame wissenschaftliche Projekte durchgeführt sowie Publikationen und Empfehlungen ausgearbeitet. So konnten wir in allen unseren vier zentralen Themenbereichen – Patient Empowerment, Kommunikation, Medikationssicherheit und Hygiene – wichtige Tools entwickeln und in der Praxis etablieren.

Worauf wir besonders stolz sind: Wir sind ein unabhängiges Netzwerk, dem die wichtigsten Player des Gesundheitswesens angehören. Diesem Netzwerk – unseren Mitgliedern, FördererInnen und SystempartnerInnen – danken wir für all die Unterstützung in den letzten zehn Jahren. Ohne solche Partnerschaften, das gegenseitige Vertrauen sowie die finanzielle und fachliche Unterstützung könnten wir unsere Arbeit nicht in dieser Qualität durchführen. Ein besonderes Dankeschön gilt den Mitgliedern unseres Vorstands, Kuratoriums und wissenschaftlichen Beirats sowie allen ExpertInnen, die uns in der operativen Arbeit unterstützen. Auch Herrn Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich Körtner schuldet die Plattform großen Dank dafür, dass er es ermöglicht hat, uns an dem von ihm geleiteten Institut für Ethik und Recht in der Medizin anzusiedeln.

Vieles wurde in den letzten zehn Jahren erreicht. Dennoch können und wollen wir uns nicht zurücklehnen – es gibt noch viel zu tun, um unerwünschte Ereignisse zu minimieren und die Sicherheit der PatientInnen und MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen nachhaltig zu verbessern. 2018 haben wir den Fokus auf das Thema „Digitalisierung und Patientensicherheit“ gelegt. Wir möchten aufzeigen, wie digitale Technologien und die Vernetzung digitaler Daten die PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit verbessern können. Unser Ziel ist es, Best Case Studies der PatientInnensicherheit eine Bühne zu bieten sowie rechtliche, ethische und soziale Aspekte zu diskutieren.

Wir blicken mit Stolz auf 10 Jahre zurück und freuen uns auf neue Projekte sowie neue herausfordernde Fragestellungen im Bereich PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit.



Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl
Präsidentin
© Rüdiger Ettl



Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker
Geschäftsführerin
© DAS PORTRAIT

Dr. Gerald Bachinger
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft

Bestmögliche Diagnose und Therapie und gleichzeitig möglichst wenig Schadensvorkommnisse sind die legitimen Ansprüche der PatientInnen. Dies ist zwar nachvollziehbar und lässt sich leicht als Ziel formulieren, bedarf aber großer fachlicher Anstrengungen der Gesundheitsberufe, der Gesundheitseinrichtungen und auch des Gesundheitssystems. Die Plattform für Patientensicherheit hat es sich selbst zur Aufgabe gemacht, alle AkteurInnen in diesem Bereich zu unterstützen und auch Hilfe anzubieten, damit dieses wichtige Ziel möglichst gut erreicht werden kann. Die letzten zehn Jahre haben gezeigt, dass mit kontinuierlicher Arbeit und viel Engagement der in der Plattform tätigen Personen wichtige Initiativen zur Hebung der PatientInnensicherheit gegründet, gefördert und weitergeführt werden konnten. Die Plattform ist im österreichischen Gesundheitswesen ein integraler und integrierender, selbstverständlicher Bestandteil geworden und hat sich insbesondere im Vernetzen der verschiedensten laufenden Aktivitäten wertvolle Verdienste erworben. Besonders hervorzuheben ist der „Patient Safety Award“, der einerseits zeigt, welche vielfältigen PatientInnensicherheitsprojekte bereits in Österreich laufen, und andererseits mit den prämierten „best practice“-Beispielen vielen AkteurInnen einen Impuls gibt, diesen Beispielen nachzueifern.

Diese vergangenen zehn Jahre zeigen die erfolgreiche und wirksame Tätigkeit der Plattform für Patientensicherheit im Interesse der PatientInnen; weiter so!



Dr. Gerald Bachinger

© NÖ Patienten-anwaltschaft

Dr. Alexander Biach

Verbandsvorsitzender des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

PatientInnensicherheit ist für die Sozialversicherung oberstes Gebot. Den PatientInnen soll durch Behandlungen keinesfalls ein zusätzlicher, vermeidbarer Gesundheitsschaden entstehen. Daher begrüßen wir es, dass sich Initiativen wie die Österreichische Plattform Patientensicherheit dieses Themas annehmen und seit zehn Jahren wertvolle Unterstützungsarbeit im Sinne der PatientInnen leisten. Genau deshalb ist der Hauptverband auch Mitglied dieses Forums. PatientInnensicherheit ist ein Prozess, an dem man immer dranbleiben muss. Die Sozialversicherung arbeitet zum Beispiel in den Gremien der Zielsteuerung gemeinsam mit Bund und Ländern erfolgreich an einer stetigen Weiterentwicklung.

Einen weiteren wichtigen Baustein zur Verbesserung der PatientInnensicherheit wird in Zukunft die Digitalisierung leisten. Ich bin ein klarer Befürworter der elektronischen Gesundheitsakte ELGA und fühle mich persönlich viel sicherer bei dem Gedanken, dass meine ÄrztInnen in Zukunft Zugriff auf alle relevanten Befunde oder verabreichten Medikamente haben werden. Mit der Einführung von ELGA ist es erstmals möglich, übergreifend medizinisch behandelt zu werden. Und ich bin überzeugt, dass vor allem die heute noch jüngeren ÄrztInnen, die gewohnt sind, mit modernen Informationssystemen zu arbeiten, auf ELGA und e-Medikation in Zukunft nicht mehr verzichten wollen.



Dr. Alexander Biach

© Hauptverband/Wilke

Ursula Frohner

Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands

Eine hochentwickelte Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen komplexen Umsetzungs- und Anwendungsprozesse sind leider nicht ohne Risiko. Aus Fehlern und Beinahe-Fehlern können unerwünschte Ereignisse resultieren, welche in der Folge zu bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen von PatientInnen führen können – nach Schätzungen der WHO ist etwa jede zehnte Behandlung im Krankenhaus fehlerhaft.

Da diese Fakten auch für Österreich gelten, entstand im Jahr 2008 die Plattform Patientensicherheit, welche von Beginn an die Notwendigkeit erkannte, die Aspekte Multiprofessionalität und PatientInnenbeteiligung bei der Bearbeitung von PatientInnensicherheitsthemen zu nutzen. Daher war und ist es möglich, die Perspektive der Gesundheits- und Krankenpflege in allen Bezugnehmenden Projekten einzubringen. Es ist evident, dass Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit einem Anteil an direkten PatientInnenkontakten von 20 bis 40 % während ihres Berufsalltages nicht nur eine zentrale Rolle in den Versorgungsprozessen haben, sondern dementsprechend auch ein Risikopotential für Fehler besteht. Konkret gewinnt dies etwa bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen oder der Verabreichung von Medikamenten an Bedeutung. Bei der Entwicklung von Instrumenten, wie beispielsweise der Broschüre Patientenhandbuch – Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt, welche die aktive Rolle der PatientInnen unterstützt, wurde die Nutzung der Fachkompetenz der Gesundheitsberufe verdeutlicht. Aber auch weitere Themen wie die Sicherheit von Gesundheitsberufen im Krankenhaus bei der Konfrontation mit Gewalt und Aggression oder die offene Kommunikation von unerwünschten Ereignissen wurden multiprofessionell in den Arbeitsgruppen bearbeitet. Insgesamt signalisierte die Plattform Patientensicherheit durch die konstruktive Herangehensweise bei der Bearbeitung diverser zuweilen sehr unterschiedlicher Themen die Wichtigkeit der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe unter Einbeziehung der Perspektive der PatientInnen und rückte so dem Ziel, Fehler und Beinahe-Fehler zu vermeiden, einen wesentlichen Schritt näher.



Präsidentin Ursula Frohner

© ÖGKV

Mag.^a Gabriele Jaksch

Präsidentin MTD-Austria, Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs

Viribus Unitis

Mit vereinten Kräften setzen sich die ExpertInnen und die wesentlichen Einrichtungen des österreichischen Gesundheitssystems zentriert in der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit für die PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit ein. Die Österreichische Plattform Patientensicherheit feiert als unabhängiges und konstruktives Netzwerk seinen 10ten Geburtstag. Gratulation!

Als Präsidentin von MTD-Austria, dem Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, als überbetriebliche Interessensvertretung von sieben Berufsgruppen der Biomedizinischen AnalytikerInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen, PhysiotherapeutInnen und RadiologietechnologInnen ist mir die Mitarbeit im Vorstand ein sehr großes Anliegen. Diese Konstellation der Österreichischen Plattform Patientensicherheit schafft die Grundlage für Synergien und ermöglicht ein deutlich effizienteres Agieren innerhalb der Gesundheitssystemlandschaft, in der entsprechend mehr erreicht werden konnte. Versorgungsprozesse mitzugestalten und die Versorgungsqualität für PatientInnen sicherzustellen immer vor dem Aspekt der MitarbeiterInnensicherheit, muss auch für die weiteren Jahre im Mittelpunkt stehen. Das Bewusstsein über die Kultur der Sicherheit im Gesundheitswesen und die Weiterentwicklung von Methoden des Risikomanagements im Gesundheitsbereich werden weiterhin Schwerpunkte bleiben.

Ich wünsche der Österreichischen Plattform Patientensicherheit auch weiterhin den klaren Blick für Bedürfnisse der PatientInnen und MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens und die Beharrlichkeit für die Schritte der Umsetzung!



Mag.^a Gabriele Jaksch

© Holoubek

Mag. Martin Munte
Präsident der Pharmig

10 JAHRE PLATTFORM PATIENTENSICHERHEIT

Die Gesundheit aller Menschen in Österreich durch einen vernünftigen Einsatz von Medikamenten zu verbessern – dies ist eines der Ziele der Pharmig. Denn das beste und sicherste Arzneimittel hilft nicht, wenn es nicht korrekt eingenommen wird. Es ist daher erforderlich, PatientInnen das Rüstzeug für ihre eigene Gesundheit mitzugeben und sie in ihrer Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit zu fördern. Die Österreichische Plattform für Patientensicherheit unterstützt dieses Ziel seit zehn Jahren, wofür wir herzlich danken und gratulieren.

Nur durch das Zusammenwirken aller Partner im Gesundheitswesen kann höchstmögliche Sicherheit für PatientInnen geschaffen werden. Zudem bauen zahlreiche Pharmaunternehmen ihre Services im Bereich „Digital Health“ aus. Heute sind Mobile Devices unsere ständigen Begleiter. In ihnen schlummert großes Potenzial, PatientInnen in ihrer Therapietreue, aber auch in der Entwicklung ihrer Gesundheitskompetenz zu unterstützen – und das bequem und direkt. Darüber hinaus investiert die pharmazeutische Industrie europaweit in die Arzneimittelsicherheit. Ab 9. Februar 2019 müssen die Verpackungen sämtlicher rezeptpflichtiger Arzneimittel, die in Österreich in Umlauf gebracht werden, mit entsprechenden Sicherheitsmerkmalen versehen werden. Die pharmazeutische Industrie läuft bereits jetzt auf Hochtouren, um maximalen Schutz von Arzneimitteln und folglich auch maximalen Schutz für den PatientInnen zu gewährleisten.



Präsident Mag. Martin Munte

© Christian Husar

Mag.^a pharm. Dr.ⁱⁿ Ulrike Mursch-Edlmayr
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer

Das 10-jährige Bestehen der Österreichischen Plattform Patientensicherheit zeigt, wie wichtig länderübergreifende Initiativen, praxisbezogene Projekte und ein unabhängiges Netzwerk für die Förderung der PatientInnensicherheit sind.

Die Apotheke steht seit jeher für PatientInnensicherheit! ApothekerInnen beraten jeden Tag 400.000 Menschen zu Arzneimittel- und Gesundheitsfragen und klären in individuellen Gesprächen über die korrekte Einnahme und Dosierung von Medikamenten sowie mögliche Neben- und Wechselwirkungen auf. Die Abgabe von Arzneimittel durch die Apotheke und die fachlich kompetente Beratung trägt wesentlich zur PatientInnensicherheit im Umgang mit Medikamenten bei.

Darüber hinaus machen wir uns für Projekte im extra- und intramuralen Bereich und die intensive, strukturierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Sinne einer Verbesserung der PatientInnensicherheit stark. Das von zwei Salzburger Apothekerinnen initiierte Projekt „Multiprofessionelles Geriatrisches Medikationsmanagement“ (GEMED) konnte im Kampf gegen unerwünschte Arzneimittelereignisse bei PflegeheimbewohnerInnen große Erfolge erzielen. Solche Initiativen ebnen den Weg zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und sorgen für ein Mehr an PatientInnensicherheit.

Zum Jubiläum gratuliere ich der Österreichischen Plattform Patientensicherheit herzlichst und wünsche alles Gute für eine erfolgreiche, „patientInnensichere“ Zukunft!



Mag.^a pharm. Dr.ⁱⁿ Ulrike Mursch-Edlmayr

© Heli Mayr

Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, PhD
Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Die fulminante Entwicklung der Medizin, die Arbeitsteiligkeit der diagnostischen und therapeutischen Prozesse, aber auch die technischen und pharmazeutischen Möglichkeiten haben gerade in den letzten Jahrzehnten leider nicht nur Segen, sondern häufig auch großes Gefährdungspotenzial mit sich gebracht. Sowohl die Durchführung wie auch das Unterlassen von Interventionen beinhalten ein Risiko, das selbst bei sorgfältigster Beachtung nicht auszuschließen ist. Dementsprechend haben sich die Themen PatientInnensicherheit, Qualitätssicherung und das Erkennen bzw. Vermeiden von potenziellen Fehlern als essenzielle Bestandteile des ärztlichen Berufes etabliert.

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit ist ein unabhängiges österreichisches Netzwerk, dem die wesentlichen Einrichtungen und ExpertInnen des österreichischen Gesundheitswesens angehören, die sich mit PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit beschäftigen. Im Zentrum der Arbeit steht die Förderung der Sicherheit der Menschen durch Forschung, Koordination von Projekten, Vernetzung und Information.

Zu dem nunmehr 10-jährigen Bestehen möchte ich allen ExpertInnen und ganz besonders meinem Kollegen Artur Wechselberger gratulieren. Ich weiß, dass PatientInnensicherheit ein Herzensthema von Präsident Wechselberger ist, das er mit größtem Engagement begleitet. Sei es das von ihm 2009 ins Leben gerufene CIRSmedical oder die Anstrengungen zum Thema Medikamentensicherheit, die nun letztendlich zu der erfolgreichen Einführung der e-Medikation geführt haben.



Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres, PhD

© ÖÄK Christian Leopold

Dr. Artur Wechselberger
Präsident der Ärztekammer Tirol

„Primum nil nocere!“ – Diese oberste Maxime des ärztlichen Berufs besagt, dass ein Arzt dem ihm anvertrauten Patienten nicht schaden darf. Es ist bekannt und belegt, dass im Gesundheitswesen ein hohes Maß an Schädigungspotenzial vorhanden ist. Berichte, dass die Todesfälle aufgrund von Fehlern in Diagnostik und Behandlung die Zahl der Verkehrstoten übersteigen, führten gerade im letzten Jahrzehnt zu einem Schub in der Verbesserung der PatientInnensicherheit. Diese beschäftigt sich mit allen Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf ausgerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren.

Die rasante Entwicklung der Medizin, die Spezialisierungen, aber auch die technischen und medizinischen Innovationen lassen das Thema PatientInnensicherheit immer stärker in den Fokus rücken. Risikomanagement, der offene Umgang mit Fehlern und Fragen der Qualität gehen damit einher. Verbesserungen in der Medikationssicherheit, die Herausgabe von Patientenhandbüchern oder Checklisten zur Vermeidung von Fehlern, aber auch Kommunikationsinitiativen wie „Speak Up!“ sind nur einige Beispiele für die Meilensteine, welche die Österreichische Plattform Patientensicherheit hier erfolgreich gesetzt hat.

Ich gratuliere der Österreichischen Plattform Patientensicherheit herzlichst zum 10-jährigen Bestehen und danke für die ausgezeichnete Zusammenarbeit! Für den täglichen Einsatz in Sachen PatientInnensicherheit wünsche ich weiterhin viel Erfolg.



Präsident Dr. Artur Wechselberger

© ÖÄK Dietmar Mathis

A.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger
Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (BÖP)

Als Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) möchte ich der Österreichischen Plattform Patientensicherheit ganz herzlich zu ihrem 10-jährigen Bestehen gratulieren und auch für die wertvolle Arbeit der letzten Jahren danken.

Die Sicherheit von PatientInnen war auch PsychologInnen immer schon ein sehr großes Anliegen. Kommunikation ist hier der Schlüssel. PatientInnen müssen sich von den handelnden Personen im Gesundheitssystem ernst genommen und verstanden fühlen. Sie müssen ein Wissen darüber vermittelt bekommen, was mit ihnen geschieht – auch um sich selbst ein gutes Stück Kontrolle über ihre eigene Gesundheitsversorgung zu bewahren. Denn nur auf diese Weise werden Patientinnen und Patienten Vertrauen zu den Behandelnden aufbauen, nur auf diese Weise kann Compliance entstehen.

Darum wünsche ich der Österreichischen Plattform Patientensicherheit auch für die Zukunft weiterhin viel Erfolg für ihre wichtige Arbeit.



A.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger

© Inge Prader

2. EINLEITUNG

PatientInnensicherheit erhält zunehmend öffentliche Relevanz durch die Entwicklungen und Veränderungen im Gesundheitswesen. Je mehr divergierende Interessen durch die wachsenden Anforderungen im Krankenhaus, Überforderung der MitarbeiterInnen, zunehmende Teamkonflikte, mündige PatientInnen und gesundheitspolitische Sparmaßnahmen das Gesundheitswesen beherrschen, umso mehr wird auch PatientInnensicherheit aktuell und künftig ein Thema sein.

Der Druck auf MitarbeiterInnen wird weiter steigen, das fördert Angst und Verunsicherung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Organisationen. Dazu steht das Gesundheitswesen vor der paradoxen Situation, dass die Belastungen zu Fehlern auf allen Ebenen führen, aber gleichzeitig vonseiten der Betroffenen nicht auf allen Ebenen Lösungen zulassen. Während etwa im Krankenhaussetting Teamarbeit gefordert und gefördert wird, finden sich gerade im Gesundheitswesen die meisten ExpertInnenorganisationen, die sich durch ein hochspezialisiertes Einzelkämpfertum auszeichnen. Demnach agiert die PatientInnensicherheit als typische Querschnittsmaterien vor dem Hintergrund zweier nicht auflösbarer Widersprüche: 1. Das Gesundheitssystem verdient an Krankheit und nicht an Gesundheit, und 2. Der Ökonomie und der Medizin liegen divergierende Wertesysteme zugrunde.

Die Strukturen im Gesundheitswesen, und allen voran in den Krankenhäusern, werden aus vielerlei Gründen in den nächsten Jahren schlanker werden, das wird einerseits dazu führen, dass alles, was nicht zur Kernleistung gehört, abgebaut werden muss, gleichzeitig aber der Konkurrenzkampf – und damit sich von anderen durch besondere Leistungen und Angebote unterscheiden zu müssen – zunehmen wird.

Diese Entwicklung trifft auch die PatientInnensicherheit, die – kurzfristig betrachtet – Investitionen erfordert, aber – mittel- bis langfristig betrachtet – dabei unterstützen kann, sich in diesem Konkurrenzkampf zu profilieren und nicht zuletzt dafür zu sorgen, dass MitarbeiterInnen und PatientInnen im Gesundheitssystem gut und sicher aufgehoben sind. Dazu trägt die Arbeit der Plattform Patientensicherheit ganz wesentlich bei: durch Information, Aufklärung und als Anlaufstelle für Projekte, die PatientInnensicherheit auf allen Ebenen fordert und fördert. Und eines liegt uns besonders am Herzen „Hinsehen statt wegschauen“.

Die Plattform hat seit ihrem Tätigwerden den Fokus auf vier zentrale Themenbereiche der PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit gesetzt. Wichtige Tools konnten entwickelt und in der Praxis etabliert werden. Studien haben klar gezeigt, dass dadurch eine Erhöhung der PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit erreicht werden konnte. Darüber hinaus hat die Plattform Patientensicherheit zahlreiche Kongresse und Veranstaltungen organisiert, um die Ergebnisse und neuesten Entwicklungen im Bereich der PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit möglichst allen Personen im Gesundheitswesen zugänglich zu machen.

Patient Empowerment

- Patientenhandbuch – Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt
- Folder: Sicher=Sicher

Kommunikation zur Erhöhung der PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit

- Einrichtung einer SafetyLine
- Videodolmetschen im Gesundheitswesen
- GebärdensprachdolmetscherInnen am Display
- Folder: Professionell kommunizieren mit PatientInnen und Angehörigen nach einem unerwünschten Ereignis
- Broschüre: Wenn etwas schief geht. Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall
- Folder: Speak-Up! Wenn Schweigen gefährlich ist
- Plakat: 10 Tipps für gelingendes Speak-Up
- OP-Checkliste

- Handlungsempfehlungen für die Einrichtung und den erfolgreichen Betrieb eines Berichts- und Lernsystems CIRS (Critical Incident Reporting System), gemeinsam mit unseren Deutschen und Schweizer Partnerorganisationen
- Plakat: 7 Tipps für mehr Sicherheit von MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen

Medikationssicherheit

- AMEDISS-Tool, Selbsteinschätzung der Medikationspraxis – von der Verordnung bis zur Verabreichung
- Medikamentensicherheit im klinischen Bereich – Lernen durch Assessments
- Folder: Medikationssicherheit

Hygiene

- Folder: 10 Tipps für Ihre Sicherheit
- Folder gemeinsam mit Sicherheit im OP: Was Patientinnen und Patienten tun können – 6 Beiträge zur Patientensicherheit

AUSTRIAN PATIENT SAFETY AWARD

Die Plattform Patientensicherheit verleiht alle zwei Jahre den Preis für PatientInnensicherheit unter dem Titel „Austrian Patient Safety Award“ (APSA). Dieser wird für innovative Leistungen zur Erhöhung von PatientInnensicherheit und Qualität in Gesundheitseinrichtungen vergeben. Ziel ist es, hervorragende Projekte der Öffentlichkeit zu präsentieren und damit für das Thema zu sensibilisieren. Krankenanstalten, Abteilungen und Stationen bzw. ambulante Gesundheitseinrichtungen (Ordinationen, Gruppenpraxen und Institute) sind aufgerufen, ihre Projekte einzureichen. Die Ausschreibung richtete sich an alle Personen, die Maßnahmen oder Projekte im Bereich PatientInnensicherheit im Gesundheitsbereich durchgeführt haben, die zur Förderung der PatientInnensicherheit unter Berücksichtigung folgender Prinzipien getragen wurden:

- Teamorientierung
- Umsetzung und Grad der Implementierung
- Klinische und Praxis-Relevanz
- Sicherstellen von Nachhaltigkeit

Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine fachkundige Jury aus dem Gesundheits- und PatientInnen-sicherheitsbereich.

INTERNATIONALER TAG DER PATIENTENSICHERHEIT 17. SEPTEMBER

Um das Bewusstsein für vermeidbare Risiken zu schärfen, wurde jährlich der 17. September zum Internationalen Tag der Patientensicherheit ausgerufen. Mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen in Österreich, Deutschland und der Schweiz will die Plattform Patientensicherheit gemeinsam mit ihren Partnerorganisationen dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Stiftung für Patientensicherheit ein Zeichen setzen. Ziel ist es zu signalisieren, dass die PatientInnensicherheit eine entscheidende Rolle bei der medizinischen Versorgung einnimmt.

Das Thema „Speak-Up! Wenn Schweigen gefährlich ist“ stand im Mittelpunkt des 3. Internationalen Tages der Patientensicherheit. Auch unser jährlicher Kongress beschäftigte sich mit diesem Thema.

VISIONEN NACHMITTAGE

Anfang Oktober 2016 kamen nationale ExpertInnen aus unterschiedlichsten Berufsgruppen zu einem Visionen-Workshop in Wien zusammen, um gemeinsam die Frage zu erörtern: Wo steht die PatientInnensicherheit in Österreich im Jahr 2020?

Der zweite Visionennachmittag beschäftigte sich mit dem Thema CIRS.

3. DIE VORSTANDSMITGLIEDER – 10 JAHRE GEMEINSAM FÜR SICHERHEIT



Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl
Präsidentin
Plattform Patientensicherheit
Ärztliche Direktorin KH Hietzing



Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker
Geschäftsführerin
Plattform Patientensicherheit
Institut für Ethik und Recht in
der Medizin



Dr. Gerald Bachinger
NÖ Patienten- und
Pflegerwaltschaft



**Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ
Angelika Berger, MBA**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendheilkunde
Klinische Abteilung für Neo-
natologie, Pädiatrische Intensiv-
medizin und Neuropädiatrie



Dr. Stefan Dinges
Institut für Ethik und Recht in
der Medizin



Dr. Gottfried Endel
Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



**HR Univ.-Prof. Prim.
Dr. Robert Fischer**
Medizinische Universität Wien
Institut für Sozialmedizin



Präsidentin Ursula Frohner
Präsidentin des Österreichischen
Gesundheits- und Kranken-
pflegeverbandes



Prof. Dr. Peter Gausmann

GRB Gesellschaft für
Risiko-Beratung mbH



Präsidentin

Mag.^a Gabriele Jaksch

Präsidentin der MTD-Austria



Eva Kernstock, MPH

Bundesinstitut für Qualität im
Gesundheitswesen (BIQG)
Mitglied der Geschäftsleitung



Dr.ⁱⁿ Caroline Kunz

Ärztin, Psychotherapeutin
Expertin für Patientensicherheit



**Univ. Prof.
Dr. Klaus Markstaller**

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Anästhesie,
Allgemeine Intensivmedizin und
Schmerztherapie



Dr.ⁱⁿ Reli Mechtler

Universität Linz
IPG Institut für Pflege- und
Gesundheitssystemforschung



Mag.^a Rita Offenberger, MSc

Österreichische Ärztekammer



**Univ.-Prof. Dr.
Norbert Pateisky**

AssekuRisk Safety Management
GmbH



Dr.ⁱⁿ Katharina Reich
Allgemeinmedizinerin und
Expertin für Patientensicherheit



Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt
Abteilung für Anästhesie, Notfall-
und Allg. Intensivmedizin



Dr.ⁱⁿ Silvia Türk
Leiterin der Abteilung Qualitäts-
management und Gesundheits-
förderung des BMASGK



**Ass. Prof. in Dr. in Mag.^a
Sabine Völkl-Kernstock**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Kinder und
Jugendpsychiatrie



**Präsident Dr. Artur
Wechselberger**
Präsident der Ärztekammer Tirol



**Dr. Thomas
Wochele-Thoma, MSc**
Caritas der Erzdiözese Wien

4. MITGLIEDER UND KOOPERATIONSPARTNER

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit wird von zahlreichen engagierten ExpertInnen sowie institutionellen Mitglieder des österreichischen Gesundheitswesens unterstützt und gefördert.

Folgende Institutionen und Vereine sind in der Österreichischen Plattform Patientensicherheit vertreten:

- ARGE Selbsthilfe Österreich
- AssekuRisk AG
- AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- Barmherzigen Brüder Österreich
- BD – Becton Dickinson Austria GmbH
- BÖC – Berufsverband Österreichischer Chirurgen
- BÖP – Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
- co-operations OrganisationsentwicklungsgesmbH
- Donau-Universität Krems, Zentrum für Management im Gesundheitswesen
- Ecclesia GrECo Hospital Versicherungsmakler GmbH
- Gesundheitsfonds Steiermark
- GRB - Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
- KABEG – Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft
- KAGes – Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
- KAV – Wiener Krankenanstaltenverbund
- Kepler Universitätsklinikum GmbH
- KRAGES – Burgenländische Krankenanstalten GmbH
- MTD Austria – Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreich
- NÖ Landeskliniken Holding
- ÖGAM – Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
- ÖGARI – Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
- ÖGKV – Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
- ÖGU – Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Österreichische Apothekerkammer
- Österreichische Ärztekammer
- Pharmig – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs
- Physio Austria – Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs
- PremiQaMed Privatkliniken GmbH
- Roche Austria GmbH
- Rotes Kreuz
- SALK - Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH
- Sanofi-aventis GmbH Österreich
- SAVD Videodolmetschen GmbH
- SIOP – Initiative Sicherheit im OP
- Tirol Kliniken GmbH
- VAMED-AG
- Vinzenz Gruppe
- Wiener Seniorenbund
- WKO - Wirtschaftskammer Österreich

5. BEITRÄGE UNSERER MITGLIEDER UND PARTNER

5.1 HINSCHAUEN STATT WEGSCHAUEN!

Dr. Gerald Bachinger
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft

In den letzten Jahren hat PatientInnensicherheit einen hohen Stellenwert im österreichischen Gesundheitswesen erhalten. Viele Initiativen zur Erhöhung der PatientInnensicherheit wurden begonnen, die sich etwa auf das Gesundheitssystem, die ablaufenden Prozesse, die Ergebnisse, die Personalausstattung, die Arbeitszeiten, die Kommunikation und den menschlichen Faktor richten. Sie zielen darauf ab, Schäden für PatientInnen möglichst zu minimieren und zu vermeiden. Die meisten dieser Initiativen sind von fachlichen ExpertInnen für fachliche ExpertInnen gestaltet und die PatientInnen bzw. Angehörigen wurden noch nicht wirklich als wichtige MitspielerInnen bzw. Ressource wahrgenommen.

Einbeziehung der PatientInnen

Genau darauf zielt die Initiative „Speak up“ ab, nämlich den PatientInnen (und auch Angehörigen) sowie dem Gesundheitspersonal an der Basis eine neue tragende Rolle bei der PatientInnensicherheit zu ermöglichen.

Die Chancen und Möglichkeiten sind groß, denn die PatientInnen sind die Einzigen, die den Diagnose- und Behandlungsprozess vom Beginn bis zum Abschluss miterleben. Gesundheitspersonal wird naturgemäß zwar immer nur einen kleinen aber intensiven und daher ebenso wichtigen Ausschnitt mitbekommen.

Es ist noch eine herausfordernde Aufgabe, weil die traditionellen Prozesse und Hierarchien im Gesundheitsbereich darauf abgestellt sind, für die PatientInnen tätig zu sein und wenig Bewusstsein dafür besteht, dass mit den PatientInnen noch viel mehr zu bewegen ist.

Damit die Initiative Speak up erfolgreich beginnen und verlaufen kann, sind einige flankierende Maßnahmen notwendig. Vor allem muss das Gesundheitspersonal geschult und vorbereitet werden, dass geäußerte Auffälligkeiten von PatientInnen nicht als Angriff, sondern als konstruktives Mitarbeiten verstanden werden soll. PatientInnen werden nur in einem Umfeld solche Äußerungen tätigen, das offen und ermunternd mit den PatientInnen umgeht. Kritischer Erfolgsfaktor ist also der aktive Ansporn/Antrieb der PatientInnen durch das Gesundheitspersonal.

Aktivierung des Gesundheitspersonals

Die Strukturen, Ebenen, berufsrechtlichen Positionen, kulturelle Verhaltensweisen und Prozesse im Gesundheitssystem haben sich im Laufe der Jahre entwickelt, nicht immer geplant und gesteuert. Das hat dazu geführt, dass die Hierarchien und berufsrechtlichen Abgrenzungen nach wie vor stark sind und offener und ungezwungener Informationsaustausch und zwar über die Berufsgruppen hinweg nicht immer einfach ist. Das führt zu Informationsverlusten und dazu, dass aus hierarchischen Gründen wichtige Informationen für die bestmögliche PatientInnensicherheit verloren gehen. Dazu kommt, dass sehr leicht der Vorwurf der „Nestbeschmutzung“ entsteht und daher da und dort die Einstellung besteht, dass Schweigen besser sei als reden; zumindest die bequemere Variante. Diese Einstellungen müssen durch eine offene Kommunikation unter Abbau von hemmenden Hierarchien zwischen den Berufsgruppen und den dienstrechtlichen Strukturen überwunden werden.

Whistleblower Modelle

Neue, durchaus erfolgversprechende, wenn auch mit Sensibilität und Fingerspitzengefühl, einzusetzende Ansätze im Gesundheitswesen sind Formen von „whistleblower Systemen“. Jüngste Analysen von PatientInnenmorden in Deutschland (etwa der Fall Niels H.) haben ergeben, dass ein großer Teil der Morde hätte verhindert werden können. In vielen der bundesweit 2.000 Krankenhäusern würden die Kontrollmechanismen und die Aufmerksamkeit für solche Vorfälle nicht ausreichen. Es ist offenbar die Hemmschwelle in den hierarchisch organisierten Systemen zu groß, um solche Informationen weiterzugeben; die bestehenden Informationskanäle reichen nicht aus, um solche Wahrnehmungen organisiert und geplant aufnehmen zu können und strukturiert auszuwerten.

Solche Systeme, die durchaus bereits im Bereich der Korruptionsbekämpfung erfolgreich aufgebaut worden sind, könnten auch im Gesundheits- und Sozialwesen präventiv wirken und als strukturierte Kontrollmechanismen eingesetzt werden.

Es gibt bereits allerdings auch einzelne positive Beispiele, wo

- strukturierte und geplante Aufnahme von relevanten Informationen für die Hebung der PatientInnensicherheit gelebt wird, wie etwa die Modelle von CIRS
- interprofessionelle sicherheitsrelevante Gesprächsprozesse in der Praxis erfolgreich ablaufen, wie etwa Mortalitäts und Morbiditätskonferenzen
- PatientInnen bereits sicherheitsrelevante Informationen zu Medikamenten direkt bei der AGES Medizinmarktaufsicht bekanntgeben können.

5.2 ETHIKBERATUNG IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN SCHAFFT MEHR SICHERHEIT FÜR ALLE

Dr. Stefan Dinges
Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Kaum ein Krankenhaus oder eine Altenpflegeeinrichtung kommt aufgrund der komplexen Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen ohne Methoden und Instrumente ethischer Reflexion¹ aus – und sie tragen zu mehr Sicherheit für PatientInnen, MitarbeiterInnen und auch für die Einrichtungen bei. Allerdings kann Ethikberatung leicht zu einem Feigenblatt der Leitung verkommen, wenn sie nur für einen Zertifizierungsprozess eingerichtet wird oder wenn Medizin und Pflege über ethische Themen die ungelösten Probleme ihrer Zusammenarbeit verhandeln. Ethikberatung bearbeitet im Wesentlichen Wert- und Zielkonflikte, die im Rahmen der PatientInnenversorgung auftreten – wenn es nicht mehr eindeutig ist, **ob, wie** und **wie lange** behandelt werden soll. Solche Entscheidungen hängen nicht alleine von den fachlichen Kompetenzen der EntscheiderInnen ab, sondern wesentlich von Präferenzen, Wünschen und Wille der PatientInnen. Hier kommt eine wichtige Einsicht unserer PatientInnensicherheitsarbeit zum Tragen: Wir müssen die Betroffenen zu Beteiligten machen, damit das Gesundheitswesen sicherer wird – und das betrifft PatientInnen gleichermaßen wie MitarbeiterInnen. Die (klinischen) Ethikkomitees in den Krankenhäusern und in den Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen – hier zusammenfassend als Ethikberatung² bezeichnet – können einen wesentlichen Beitrag zur Rechtssicherheit bei Konflikten und Dilemmata in Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen leisten. Die Praxis in Deutschland und Österreich zeigt allerdings, dass gewisse Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit Ethikberatung hilfreich funktioniert – und nicht zu einem Feigenblatt bei Zertifizierungen oder zu einer reinen Absicherungsstrategie verkommt.

Rechtssicherheit durch transparente Behandlungsentscheidungen

Ein Ursprung der Ethikberatung liegt in den amerikanischen ‚clinical ethics committees‘³, die sich Ende der 1980er Jahre etabliert hatten, um Krankenhäuser vor überzogenen Rechtskonflikten zu schützen und die Autonomie der PatientInnen, die aktuell nicht in Entscheidungen einbezogen werden konnten, zu stärken. Diese Motive und dieser Nutzen stehen bis heute im Mittelpunkt der unterschiedlichen Formen und Strukturen von Ethikberatung: Behandlungsentscheidungen sollen möglichst transparent begründet und die grundlegenden PatientInnenrechte gewahrt werden. Wohlgemerkt: der Fokus liegt nicht auf der Überprüfung der medizinisch-pflegerischen Inhalte der Behandlungsentscheidung, sondern auf den dahinter liegenden ethischen Prinzipien im Arzt-Patienten-Verhältnis.

1 ZB Ethikarbeit im St. Josef-Krankenhaus in Wien: <http://www.sjk-wien.at/ueber-uns/ethik/> [25.06.18]

2 Eine Einführung in unterschiedliche Strukturen: Dörries A./Neitzke G./Simon A./Vollmann J. (Hrsg). Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch² (2010).

3 Kohen H., Conflicts of care: Hospital ethics committees in the USA and Germany (2009).

Ethische Prinzipien und PatientInnenrechte

Hier kommen die sogenannten bioethischen Prinzipien⁴ zum Tragen. Das **Nutzen-** und das **Nicht-Schaden-Prinzip** finden sich schon im sog. Hippokratischen Eid; das Prinzip der **Wahrung der Autonomie** und das Prinzip der **Gerechtigkeit** addieren sich aus den Bedürfnissen und Wertvorstellungen der Menschen in der Moderne. Die Erfahrung der letzten 20 Jahre in der Ethikberatung⁵ haben gezeigt, dass es durchaus hilfreich sein kann, 2 weitere Prinzipien einzubeziehen: Aus dem Bereich der Pflege⁶ wird das Prinzip der **Fürsorge** eingebracht – für was ist zu sorgen, wenn das PatientInnen aktuell selbst nicht können? Darüber hinaus hilft das Prinzip der Autonomie allein nicht weiter: Autonomie ist nur in Beziehungen und Bezügen wahrzunehmen und das verweist auf das Prinzip der **Würde** – deren Achtung gilt ebenso universal für PatientInnen wie für MitarbeiterInnen.

Die anwaltschaftliche und mediatorische Rolle der Ethikberatung

Eine erfolgreiche Implementierung von Ethikberatung braucht Verankerung in den Strukturen von Gesundheitseinrichtungen, einen klaren Auftrag der Leitung und Ressourcen für Koordination und Moderation, insbesondere die knappen Ressourcen von Raum und Zeit. Die Akzeptanz der MitarbeiterInnen wird durch Rollenklarheit⁷ der Ethikberatung erreicht: Den ModeratorInnen kommt im Wesentlichen eine anwaltschaftliche und vermittelnde Rolle zu, die darauf achtet, dass die Fürsorge nicht übergriffig, sondern unterstützend ist. Die Moderation sichert die Autonomie in ihrer relationalen Dimension, d.h. in den aktuellen Beziehungen, z.B. im Familiensystem oder im Arzt-Patienten-Verhältnis. Ethikberatung ist nicht der Schiedsrichter in den Wert- und Zielkonflikten; sie achtet auf die notwendige Beteiligung aller und sichert Überhörtes und Ungeesehenes in den stattfindenden Interaktionen. Die Rolle der Ethikberatung ist die einer Vermittlerin und hat mitunter auch die Aufgabe der Mediation.

Persönliche Werte und Präferenzen als Entscheidungsgrundlage

Die Voten der Ethikberatung nehmen nicht die Entscheidungen über den Behandlungsprozess vorweg; über das sinnvolle und verantwortbare Behandlungsangebot entscheidet der/die behandelnde Arzt/Ärztin. Die Ethikberatung kommt dann ins Spiel, wenn nicht mehr klar ist, was der gute bzw. richtige Behandlungsweg ist. Durch neue Aspekte, die nicht allein auf der Ebene von Medizin und Pflege gelegen sind, sondern die Wertpräferenzen und Lebenseinstellungen bei PatientInnen und deren An- und Zugehörigen, mitunter auch im Behandlungsteam, sicht- und besprechbar machen, gelingt es, Entscheidungs- und Handlungsblockaden zu durchbrechen.

Rechtssicherheit durch Beteiligung und Rollenklärung relevant Betroffener

Zur Rechtssicherheit⁸ trägt bei, dass relevant Betroffene direkt oder mittelbar in rechtlich geklärten Rollen in den Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Eheleute und Kinder, so sie nicht als betreuende Personen oder in einer Vorsorgevollmacht eingesetzt sind, entscheiden eben nicht für ihren Angehörigen, sondern sind wichtige Zeugen für den mutmaßlichen Willen des/der PatientIn. Selbst die besten ÄrztInnen⁹ entscheiden nicht für die PatientInnen, sondern balancieren das medizinisch Machbare mit dem Sinnvollen und müssen sich am Willen und Wohl der PatientInnen orientieren.

4 Beauchamp T.L./Childress J.F., *The Principles of Biomedical Ethics* (2013).

5 Dinges, S., , *Entscheidungssicherheit durch klinische Ethikberatung*, in: Körtner/ Kopetzki/ Kletečka-Pulker/ Müller (Hrsg.) *Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen am Lebensanfang*, (2018) 137-160.

6 Dinges, S., *Pflegeethik organisieren und implementieren*, in: Riedel/Linde (Hrsg.) *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene*, (2018) 199–203.

7 Dinges S., *Aufgaben- und Rollenklärung als Bestandteil von Ethik(-beratung) im Gesundheitswesen*, in Platzer J./Zissler E. (Hrsg), *Bioethik und Religion. Theologische Ethik im öffentlichen Diskurs* (2014) 403–422.

8 Über den rechtlichen Rahmen von Ethikberatung wird aktuell diskutiert; vgl. Neitzke G., *Confidentiality, Secrecy, and Privacy in Ethics Consultation*, *HEC Forum* 19 (4) (2007) 293–302; Debong B., *Klinische Ethik moderation und ärztliche Schweigepflicht*, *ArztRecht* 9 (2015) 234 f.

9 Loewy E.H., *Ethische Fragen in der Medizin* (1995) 46.

Rechtssicherheit durch Entscheidung und Dokumentation

Findet die Ethikberatung vor Ort auf Station, in den Behandlungsteams statt, können natürlich die Verantwortlichen direkt eine (neue) Entscheidung treffen; diese ist jedoch die Folge, nicht aber das Ergebnis der Ethikberatung. Die Ergebnisse von Ethikberatung – ganz gleich ob auf Station oder im Komitee – werden in den PatientInnen- oder Bewohnerunterlagen dokumentiert und sollen im arbeitsteiligen Alltag des Gesundheitswesens für Nachvollziehbarkeit, Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit sorgen. Auch in der Kommunikation mit den Angehörigen kann hier ein roter Faden entwickelt werden und Beliebigkeit vermindern helfen.

Rechtssicherheit durch nachhaltiges Wissensmanagement und Fortbildung

In der Arbeit der Beiräte und Komitees wird auch regelmäßig das verallgemeinerbare Wissen und die Erfahrung der Einzelfälle gesichert und in Fortbildungen¹⁰ oder durch Leitlinien weitergeben. Dadurch wird die (ethische) Entscheidungskompetenz der MitarbeiterInnen in den multiprofessionellen Behandlungsteams bzw. deren Zusammenspiel gestärkt. Ethikberatung ist ein Beitrag zu einer bewussteren Unternehmenskultur: Eine Einrichtung, die mit diesem Aufwand Widersprüche und Konflikte in der PatientInnenversorgung bearbeitet, wird auf Dauer nicht umhin kommen, die Widersprüchlichkeiten in Teams- und Arbeitsprozessen in ähnlicher Weise zu bearbeiten und zu lösen. Wohlgermerkt: Dies ist nicht mehr Aufgabe von Ethikberatung, sondern dies liegt in der Verantwortung der Führungsebenen und ist Teil der Organisationsethik¹¹.

Rechtsicherheit durch die Zusammenschau von medizinisch-pflegerischem, rechtlichem und ethischem Wissen

Gerade in der Versorgung hochaltriger Menschen¹² zeigt sich bis heute, wie medizinisch-pflegerisches, rechtliches und ethisches Wissen in den Beratungssituationen Hand in Hand greifen muss; dabei braucht die Ethikmoderation ein Grundwissen aus allen Bereichen – oft nur deswegen, um übersehene oder vergessene Perspektiven und Positionen zur Erweiterung des Handlungsspielraums ins Spiel zu bringen: Bei der Frage nach einer PEG-Anlage bei einem demenzerkrankten Bewohner braucht es das Wissen, dass die Fachgesellschaften für Ernährungsmedizin längst darauf hinweisen, dass die künstliche Ernährung keinen medizinisch-pflegerischen Nutzen bringt – und das Leben weder verlängert oder verkürzt. Da die PEG-Anlage einen medizinischen Eingriff darstellt, braucht es in diesem Zusammenhang nicht nur die Einwilligung des Bewohners, sondern auch eine medizinische Indikation, eine sinnvolle Zielsetzung der Behandlung. Pfl egenotstand bzw. Zeitmangel können kein Grund sein, alte Menschen einem Eingriff auszusetzen, der ihnen keinen Nutzen bringt, ihnen das Essen und Trinken als sinnhafte Erfahrung vorenthält – und sie letztlich im natürlichen Sterbeprozess behindert. Im Gegenteil erscheint menschenwürdige Pflege und menschliche Zuwendung durch Berührung, Zeit und Unterstützung bei natürlichen Essen nicht nur ethisch geboten, sondern auch ein grundsätzliches Menschenrecht.

5.3 SICHERHEIT FÜR ALTE UND HOCHALTRIGE PATIENTINNEN IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Dr. Stefan Dinges
Institut für Ethik und Recht in der Medizin

„Wir pflegen alle zu Tode!“¹³ Eine Schlagzeile über einen Pflegeskandal in Niederösterreich, wie sie hin und wieder in der Pflege und Versorgung alter und hochaltriger Menschen im deutschsprachigen Raum auftauchen. Menschenrechtsverletzungen und Gewalt sind nur die Negativspitze eines Eisbergs von Risiken und Gefahren, denen Menschen in ihrer letzten Lebensphase ausgesetzt sind. Eine solche Schlagzeile ist in viel-

10 Weiterführende Infos unter: www.ethikkomitee.de

11 Dinges S., Organisationsethik – Ethikberatung in der Organisation Krankenhaus, in: Dörries /Neitzke /Simon / Vollmann, Klinische Ethikberatung, 145–166, hier: 148.

12 Dinges S., Kittelberger F., Ethik in der Palliativen Geriatrie – eine Einführung, in: Palliative Geriatrie: Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Fuchs C, Gabriel H, Raischl S, Steil H, Wohlleben U (Hg.), Münchner Reihe Palliative Care Bd. 9, München: Kohlhammer, 239–246.

13 So titelt der Falter in seiner Ausgabe vom 27.09.17.

facher Weise gefährlich: Menschen im Alter sind auf Hilfe angewiesen und eine Qualität und Humanität unseres Gesundheitssystems ist, dass kein Mensch in Alter und Krankheit schlechter versorgt wird als jemand, der nicht alt und in irgendeiner Weise eingeschränkt ist. Die Pflege und Versorgung von vulnerablen Personen – seien es Kinder, Schwerkranke oder Hochaltrige – liegt insbesondere in Händen der Pflegeberufe, die das Vertrauen und die Anerkennung nicht nur der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen, sondern auch der Gesellschaft brauchen, um diese herausfordernde Aufgabe gut und professionell, aber auch wertschätzend und wertgeschätzt zu erfüllen.

Aus unserer Sicht ist nicht nur eine weitere Aufwertung der Pflegeberufe dringend geboten, sondern auch eine stärkere Einbindung der Pflege im Sinne eines erweiterten Case-Managements/Begleitfunktion für alte und hochaltrige Menschen durch die Einrichtungen des Gesundheitssystems. Nicht nur in der ländlichen Versorgung, sondern auch in den Stadtgrätzln von Wien und anderswo ist über eine solche geriatrisch-fachliche, ambulante Begleitung und Unterstützung nachzudenken, wie sie zu früheren Zeiten einmal die Gemeindeschwestern¹⁴ waren. Statt kostenintensiver Behandlung in Spitälern könnte eine ambulante geriatrisch-gerontologische Versorgung durch Medizin und Pflege hochaltriger Menschen zuhause und in den Pflegeeinrichtungen sicherer, effizienter und kostengünstiger organisieren.

Hier sehen wir insbesondere im niedergelassenen Bereich von Fach- und HausärztInnen Verbesserungsbedarf. Hier sind nicht die Skandale das große Risiko, sondern alltägliche Fehler und Unaufmerksamkeiten im System. Zwei weitere Beispiele aus der Praxis können diese illustrieren: (1) Nach dem Besuch eines Patienten mit Alzheimer-Demenz und einer unklaren Symptomatik im Bauchbereich mit Schmerzen und Erbrechen beim Facharzt bleibt der Befund einer Bauchspeicheldrüsen-Entzündung im System hängen. Zwischen Facharzt und Hausarzt kommt es zu keiner Absprache über die Befundübermittlung und Information des Patienten bzw. der bekannten Betreuerin. Beide gehen von einem negativen Befund aus, weil zunächst die Symptome nicht mehr auftreten. 5 Wochen später wird der Patient mit einer fortgeschrittenen und unbehandelten Pankreatitis im Spital aufgenommen und stirbt nach 5 Tagen auf der Intensivstation an Multiorganversagen. Der Hausarzt nimmt auf Nachfrage keine Stellung, übermittelt aber die Abrechnung des konsiliarischen Facharztbefundes. (2) Bei einer bekannten kardiologischen Vorerkrankungen nach einem Herzklappenersatz und Schrittmacher-Therapie werden in der Nachbetreuung bei einer verschlechterten Atemsituation und Konditionseinbrüchen weder die Blutverdünnung noch der Herzrhythmus ausreichend kontrolliert und die Symptomatik mit den Worten „Was erwarten Sie mit über 80 Jahren?!“ abgetan. Die von Angehörigen initiierte Überprüfung im Spital ergibt Herzrhythmusstörungen und Gerinnsel in den Herzgefäßen. Die notwendige Kardioversion kann erst einen Monat später nach Auflösung der Gerinnsel erfolgen.

Leider ist davon auszugehen, dass dies keine Einzelfälle sind, sondern Symptome eines Gesundheitssystems, in dem alte PatientInnen alle Chancen haben, schlechter behandelt zu werden. Dem möchte die Plattform Patientensicherheit abhelfen.

AG Geriatrische PatientInnen

Seit 2010 trifft sich die AG Geriatrische PatientInnen mit zahlreichen ExpertInnen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie hat sich in den vergangenen Jahren der herausfordernden Aufgabe gestellt, für mehr Sicherheit für alte und hochaltrige PatientInnen zu sorgen. Dafür haben wir uns drei Ziele gesetzt:

- Adaptierung des vorhandenen Know-how aus anderen AGs (Medikationssicherheit, Patientenhandbuch etc.) für alte und hochaltrige PatientInnen
- Bewusstseinsbildung und Information über Krankheitsbilder und Bedürfnisse im Alter
- Wissenstransfer aus den spezialisierten Einrichtungen der Altenpflege in den niedergelassenen und Akutbereich.

Die Arbeitsgruppe reagiert nicht nur auf Missstände und Zwischenfälle, wie sie eingangs beschrieben wurden; sie möchte viel grundsätzlicher ansetzen: In der alltäglichen Versorgung alter und hochaltriger Menschen im österreichischen Gesundheitssystem. Viele der hochaltrigen PatientInnen, ganz gleich ob sie von

14 Die gute Nachricht: Die Gemeindeschwestern sind (als EU-Projekt) wieder zurück; vgl. <https://kaernten.orf.at/news/stories/2837434/> [aufgerufen am 10.07.2018]. Als ‚district nurses‘ sind sie auch im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 konzipiert bzw. als ‚family health nurse‘ von Seiten der WHO; vgl. https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Pflege/Public_Health_als_Handlungsfeld_fuer_die_Pflege_Monika_Wild_Expertenletter_Pflege.pdf [aufgerufen am 10.07.2018].

zu Hause oder aus einer Altenpflegeeinrichtung kommen, sind auf einen Aufenthalt im Spital, bei einer Behandlung in einer Ambulanz oder in einem Ambulatorium unzureichend vorbereitet. Sie reagieren dementsprechend mit Irritation oder Verwirrtheit, manchmal erst in der Nacht, wenn die vertraute Umgebung und die gewohnten Abläufe fehlen. So werden die normalen und doch komplexen Abläufe eines Krankenhauses schon zu einem Risikofaktor für die Behandlung von alten und hochaltrigen Menschen im österreichischen Gesundheitssystem. Die Klientel auf einer klassischen internen Station eines Spitals ist durchschnittlich über 70 Jahre, trotzdem machen viele Patientinnen und deren Angehörige, aber auch die MitarbeiterInnen die schmerzhafteste Erfahrung, dass sie organisatorisch ungenügend auf alte und hochaltrige Menschen vorbereitet sind. Das beginnt bereits bei den entgegengesetzten Geschwindigkeiten: Viele alte Menschen sind in ihren Bewegungsabläufen verlangsamt; die Geschwindigkeit auf Station scheint sich jedoch Tag für Tag mehr zu beschleunigen.

Oft werden alte Menschen, zum Beispiel durch einen Sturz oder aufgrund von Flüssigkeitsmangel, überraschend und als Notfall in ein Spital eingeliefert. Dazu kommt, dass nicht wenige PatientInnen, die von zu Hause oder auch von Pflegeeinrichtungen ins Spital eingewiesen werden, wenigstens Grundformen einer Altersdemenz ausgebildet haben. Erschwerend sind zusätzliche Erkrankungen des Alters, wie zum Beispiel Schwerhörigkeit oder schlechtes Sehvermögen. Ein nicht unbedeutender Faktor ist auch, dass es sich bei vielen Erkrankungen entweder um chronische wie auch um irreversibel (nicht heilbare) Erkrankungen handelt; dieser Zustand ist nicht nur für die PatientInnen, sondern auch für das Gesundheitspersonal frustrierend: Die Logik des modernen Spitals ist auf schnelle Heilung und Entlassung ausgelegt. Die Behandlung des alten Menschen und seiner Erkrankungen, die oft nur eine gewisse Verbesserung oder gar nur Symptomkontrolle erreicht, erscheint nicht als Erfolgsgeschichte des Gesundheitssystems.

Adaptierung von Wissen aus anderen Bereichen der PatientInnensicherheit

Die österreichische Plattform für Patientensicherheit hat in den vergangenen Jahren etliche Bausteine, Instrumente und Handreichungen vorbereitet, die auch dem alten und hochaltrigen Menschen zugute kommen sollen. Zuerst steht die Grunderkenntnis: Ohne eine relevante Beteiligung der PatientInnen, deren Angehörigen und der bereits involvierten Gesundheitsberufe im ambulanten oder stationären Bereich ist ein Krankenhausaufenthalt für PatientIn und MitarbeiterIn ein Risiko. Es braucht eine vorbereitende Kommunikation – nicht nur für einen geplanten Aufenthalt. Hier kann z.B. in Zusammenarbeit mit den Haus- oder niedergelassenen ÄrztInnen das Patientenhandbuch zum Einsatz kommen. Eine solche vorausschauende Gesundheitskommunikation wird nicht nur den PatientInnen selbst, sondern auch dem Familien- und Betreuungssystem mehr Sicherheit vermitteln.

Ein weiteres zu adaptierendes Tool finden wir im Bereich der Medikationssicherheit (z.B. im Projekt Amediss) bzw. der E-Medikation. Viele alte Menschen nehmen mehr als 8–10 Medikamente, die von mehreren ÄrztInnen verschrieben wurden und die nicht auf unerwünschte Interaktionen überprüft werden. Würden diese Informationen dem behandelnden Spitalsteam gleich zur Verfügung stehen (ganz egal ob in einem Patientenhandbuch oder auf der E-Card), kann die Behandlung sicherer durchgeführt werden; in nicht wenigen Situationen ist gerade eine Entgleisung oder gar Intoxikation durch Polypharmazie gegeben. Entsprechende Projekte im niedergelassenen Bereich oder in Verbindung mit Krankenhausapotheken haben nicht nur für eine klare Medikamentenliste gesorgt, sondern waren auch in der Lage, die Medikamente deutlich zu reduzieren, z.B. auf 5–6, meist mit einer baldigen Verbesserung für die PatientInnen. Hier ist auch der Appell der Plattform Patientensicherheit zu wiederholen, dass die vorhandenen Listen für Medikamente, die einander aufheben oder beeinträchtigen bis hin zu bekannt wirkungslosen Therapie¹⁵ von den ÄrztInnen beachtet und genutzt werden. Dazu ist im Krankenhaus und beim Hausarzt gegenüber den PatientInnen eine behutsame, wiederholte Kommunikation notwendig, warum jetzt die vertraute rosa oder blaue Pille wegfällt und/oder durch eine andere Medikation ersetzt wurde.

15 vgl. die sog. Choose Wisely- Listen oder PRISCUS-Listen: <http://www.choosingwisely.org> und <https://medikamente-im-alter.de/priscus.html> [27.06.18] oder ein aktuelles Projekt in Österreich: <https://www.gemeinsam-gut-entscheiden.at> und bzgl. Medikation im Alter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/professional/arzneimittelsicherheit/polypharmazie/pim-liste>.

Bewusstseinsbildung und Information

Insbesondere für PatientInnen mit geriatrischen und psychogerontologischen Krankheitsbildern sind Einrichtungen und Dienste der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu einem wechselseitig erhöhtem Risiko geworden. Insbesondere die enger werdenden Rahmenbedingungen z.B. auf einer internen Station eines Akutspitals sind für eine sichere Versorgung oft nicht mehr ausreichend. Die Personalressourcen sind meist zu knapp, um z.B. PatientInnen mit einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz sicher auf der Station zu versorgen, insbesondere wenn diese unruhig und verwirrt sind. Schon untertags stellt eine solche Situation die Teams vor große Herausforderungen; in der Nacht kann dies MitarbeiterInnen an ihre Grenzen bringen, wenn sie für 12 oder mehr PatientInnen zuständig sind.

Deswegen ist es der AG Geriatrische PatientInnen ein großes Anliegen – zunächst über eine kurze Handreichung¹⁶ (die auch der gleichzeitigen Information von Patientinnen und Angehörigen dient) und in der Folge mit ausführlicheren Tipps und Literaturverweisen – insbesondere die KollegInnen im Akutbereich zu unterstützen.

Wissenstransfer Models of good practice aus spezialisierten Einrichtungen der Altenpflege

In der stationären und ambulanten Altenpflege gibt es vielerorts ein wachsendes Wissen für eine sichere Behandlung, Versorgung und Betreuung von hochaltrigen Menschen. Aus unserer Handreichung sollen hier einige der wichtigsten Themen exemplarisch genannt werden:

- Ein häufiges Syndrom im Alter ist das Delir – gerade bei hochaltrigen und/oder psychogeriatrischen PatientInnen besteht die Gefahr, dass entsprechende Symptome z.B. mit denen einer Demenz verwechselt werden und unbehandelt bleiben. Hier kann die AG auf entsprechende Arbeitshilfen der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie zurückgreifen
- Während in den Altenpflege-Einrichtungen bereits eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Sturzprävention umgesetzt werden (z.B. Bodenbetten, Sensormatten), besteht im Akutspital ein erhöhtes Gefährdungspotential. Hier können wir auf eine Literatur unserer deutschen KollegInnen verweisen
- In Zusammenhang mit den beiden zuvor genannten Phänomene bzw. Risiko-Situationen ist ein drittes Thema anzusprechen, das für hochaltrige PatientInnen ein Risiko darstellt, nämlich Fixierungen durch Medikamente, Gurte oder Bettgitter. Im Bereich der stationären Altenpflege ist es z.B. durch Schulung der Teams und durch Zurverfügungstellung gelinderer Mittel gelungen, Fixierung ganz zu vermeiden bzw. sie auf einen kleinen Prozentsatz zu reduzieren. Dass im Spital postoperativ Fixierungen nicht zu vermeiden sind, ist eine Seite; aus den entsprechenden Projekten ist zu lernen, dass jede Fixierung gut zu überdenken ist und keinesfalls mit knappen Personalressourcen argumentiert werden darf.

Das große Ziel: ein sicheres Gesundheitssystem für alte und hochaltrige Menschen

Es braucht eine Kulturänderung – dies ist die grundsätzliche Überzeugung für alle Aktivitäten zugunsten von mehr Sicherheit für PatientInnen (und damit auch für alle MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens). Insbesondere für alte Menschen in der Regelversorgung braucht es, so unsere Überzeugung, mehr Aufmerksamkeit, aber auch mehr Ressourcen und zusätzliche Kompetenzen im österreichischen Gesundheitssystem. Und ein Gesundheitssystem, das für alte und hochaltrige Menschen sicherer ist, kommt letztlich allen zugute.

5.4 SICHERHEITS- UND DEESKALATIONSMANAGEMENT IM KRANKENHAUS

Dr. Günter Dorfmeister, MBA

DGKP, Pflegewissenschaftler, Gesundheits- & Krankenhausmanager, Direktor des Pflegedienstes

Dr. Harald Stefan, MSc

DGKP, Pflegewissenschaftler, Bereichsleiter Pflege

Trainer für Sicherheits- und Deeskalationsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich

Einleitung

Aggression und Gewalt zeigen sich in der Gesellschaft in vielen Lebensbereichen, in unterschiedlichster Form und werden in den Gesundheitseinrichtungen vermehrt als Problem wahrgenommen. Bei der Literaturrecherche internationaler Forschungsarbeiten kommt zum Ausdruck, dass Pflegenden nicht nur bezogen auf das Gesundheitswesen, sondern mit Blick auf alle Berufe eines der höchsten Risiken tragen, mit Aggression und Gewalt konfrontiert zu werden (ICN, 2007). Für den österreichischen Bereich wurde von den Autoren in Zusammenarbeit mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund 2006-07 eine Forschungsarbeit durchgeführt, um aufbauend darauf Schulungsmaßnahmen, Präventionsschritte und begleitende organisatorische Maßnahmen in den Krankenhäusern und Geriatriezentren/Pflegehäusern vertiefen zu können.

MitarbeiterInnen in Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen befinden sich in einem besonderen Spannungsfeld und sind auch häufig Projektionsfläche von aggressiven und gewalttätigen Übergriffen. Aggression gegen Pflegepersonen und andere Gesundheitsberufe ist eine nicht zu unterschätzende Belastung. Beschimpft oder angegriffen zu werden zählt für die MitarbeiterInnen in den Gesundheitsberufen zu den unangenehmsten Erfahrungen in der Berufsausübung. Es erfordert ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit, diesen Angriffen professionell zu begegnen, angemessen zu reagieren und das eigene Handeln zu reflektieren.

Ausgangssituation

ICN definiert Aggression und Gewalt wie folgt: „Aggression ist ein demütigendes, herabsetzendes oder anderes Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt. Sexuelle Belästigung ist jedes unerwünschte, nicht erwiderte und nicht begrüßte Verhalten sexueller Art, das dazu führt, dass sich die belästigte Person bedroht, erniedrigt oder beschämt fühlt.“

Berufserfahrung, Funktion, Ausbildungsniveau und die Biographie der MitarbeiterInnen sind Faktoren, die ausschlaggebend sein können, ob man Opfer von Angriffen und verbalen Beschimpfungen wird (vgl. Anderson, 2002). Glaus Hartmann (2003) beschreibt in einer Schweizer Untersuchung (in Pflegeeinrichtungen und Altersheimbereichen), dass sich die meisten Aggressionshandlungen (50 %) während der Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ereignen. Häufig genannte Äußerungsformen der Patientenaggression und -gewalt sind verbale Beschimpfungen, verbale Bedrohungen, körperliche Angriffe wie beißen, Fußtritte, schlagen, kratzen, packen, kneifen, spucken oder an den Haaren ziehen (Jansen, Dassen, & Groot, Jebbink, 2005). Die Folgen für MitarbeiterInnen, die aggressiven Attacken ausgesetzt waren und auch angegriffen wurden, können psychischer, physischer, aber auch sozialer Natur sein. Solche Folgen können zu Arbeitsausfällen wie auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, entweder durch die unmittelbare Auswirkung der Gewalttat oder durch psychische Folgen wie etwa Burnout oder posttraumatische Belastungsstörungen (Rees, Lehane, 1996). Im Rahmen der European Nurses Early Exit Study wurden auch Fragen zum Phänomen Aggression und Gewalt gestellt. 22 % der Pflegenden berichten über Gewaltereignisse durch PatientInnen und Angehörige, wobei die höchsten Inzidenzraten in der Psychiatrie, der Geriatrie und in Notfalleinheiten beschrieben werden.

Prävention von Aggression ist ein sehr umfassendes Thema, bei dem, je nach Sichtweise, verschiedenste Wege, Ziele und Maßnahmen möglich sind. Die Prävention von Aggression ist gemeinsame Aufgabe einer Organisation.

Sich mit der Thematik Aggression am Arbeitsplatz auseinanderzusetzen ist nicht leicht, aber für das Management unerhört wichtig und Bestandteil des Personalmanagements (Dorfmeister 1999).

Die uns bekannte, herausfordernde Aggression ist laut Autoren Ausdruck eines emotionalisierten Interesenskonfliktes. Herausfordernde destruktive Aggression tritt auf, wenn alternative Lösungswege nicht gefunden und wahrgenommen werden. Das Ziel ist nicht Konsens, sondern das Durchsetzen der eigenen Interessen und Bedürfnisse ohne Rücksicht auf sich und die Umgebung. Aggressionsphänomene in der Interaktion mit anderen treten immer dann auf, wenn sich Personen oder Gruppen nicht in der Lage sehen, die eigenen Interessen konsensorientiert und friedfertig durchzusetzen – erlebte Machtlosigkeit, Angst, Schmerz (physisch/psychisch) führen oft zu Aggression. Aggression wird als Werkzeug benutzt, um den eigenen Interessen Nachdruck zu verleihen – auch mit der Konsequenz, andere oder sich selbst zu verletzen (physisch, psychisch).

David Leadbetter (UK) arbeitet und forscht seit über 25 Jahren zum Thema Aggressions- und Sicherheitsmanagement und hat ein Modell skizziert, in dem er die Faktoren darstellt, welche für eine sichere, lernende Institution von Bedeutung sind (vgl. Walter, 2012, S. 510ff).

Die sichere Institution (nach David Leadbetter 2004)



Abb. 1: Die sichere Institution J. Nau (2014)

Anhand dieser Abbildung wird sichtbar, wie differenziert das Thema Aggressionsmanagement ist und an wie vielen Bereichen präventiv gearbeitet werden muss, um sich der sicheren Institution anzunähern.

Aggression – Phasenverlauf

Anhand von Situationsuntersuchungen über Gewaltanwendungen wurde von Breakwell (vgl. Breakwell 1998 S. 55–59) die sogenannte „Aggressionskurve“ beschrieben. Dabei wird angeführt, dass ein Aggressionsausbruch Teil einer Abfolge von bestimmten Phasen ist. Um das Phänomen Aggression zu erkennen, zu beeinflussen und um gezielt intervenieren zu können, ist es wichtig, den Ablauf dieser Phasen zu kennen. Ausgehend von den sieben Phasen, welche Breakwell beschrieben hat, wurde von Walter et al. 2012 ein Neun-Phasen-Modell mit den jeweiligen Präventionsphasen beschrieben, welche die Entstehung und den Verlauf einer Aggressionssituation verdeutlichen soll.

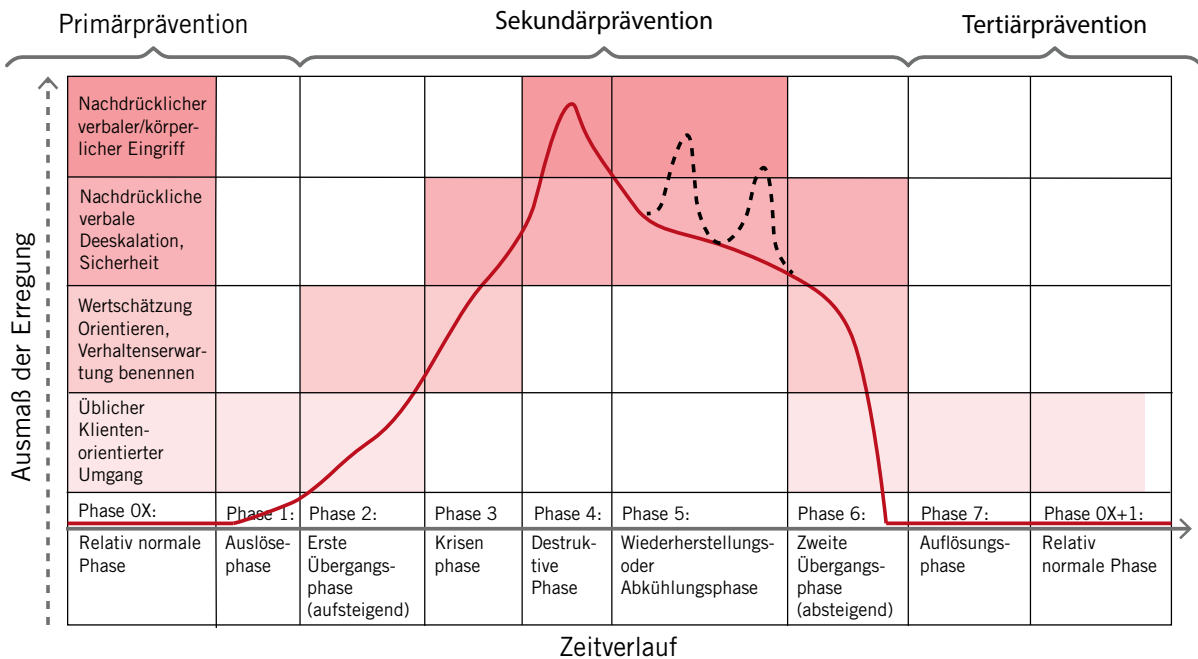


Abb. 2: 9 Phasenmodell mit Präventionsphasen in Walter G. et al. (2012) S. 109.

In jeder Phase der Eskalation bedarf es spezifischer Interventionen. Neben dem Wissen über Aggressionsentstehung und -verlauf und der spezifischen Fertigkeiten, mit diesem Phänomen umzugehen, ist es von Bedeutung, sich emotional auf diese Phasen der Aggressionsabläufe einzustellen und dies zu trainieren. Nicht nur der Aggressor ist im Eskalationsverlauf zunehmend erregt, dies trifft auch auf alle Beteiligten, somit auch auf alle MitarbeiterInnen zu. Das Wissen um einen solchen Phasenverlauf und die möglichen Handlungsstrategien gehören zum Handwerkszeug aller MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen.

Fazit

Aggression im Gesundheitswesen muss als bestehendes und nicht vollständig vermeidbares Phänomen anerkannt werden. Daraus folgernd ist es unabdingbar, systematisches und strukturiertes Deeskalationsmanagement in den Institutionen einzuführen und zu etablieren. Dabei sind auch technische und organisatorische Begleitmaßnahmen sinnvoll, wie z.B. Notrufsysteme für Teams, Videoüberwachung in exponierten Bereichen und der Einsatz von Security-Personal. Wesentlichste Voraussetzung für ein gelingendes Deeskalationsmanagement ist aber eine deeskalierende Grundhaltung der MitarbeiterInnen, geprägt durch eine ethisch fundierte Geisteshaltung und der Bereitschaft, sein Bestes in der herausfordernden Situation zu geben. Diese ethische Orientierung muss durch Austausch im multiprofessionellen Team, Deeskalationstrainings, gezielte Kommunikationsschulungen und unter Einbeziehung der Betroffenen (Patientin/Patient, Klientin/Klient, Kundin/Kunde, aber auch Begleitpersonen und Angehörige) ständig weiterentwickelt werden.

Literatur (auszugsweise Darstellung):

1. Anderson C. (2002): Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? Issues Ment Health Nurs, 23, 4, 351–366.
2. Breakwell M. (1998): Aggression bewältigen. Verlag Hans Huber, Kempten.
3. Dorfmeister G. (1999): PflegeManagement. Personalmanagement im Kontext der Betriebsorganisation von Spitals- und Gesundheitseinrichtungen. Verlag Maudrich, Wien.
4. Dorfmeister G, Stefan H. (2008): „Aggression von PatientInnen und Besuchern in Krankenhäusern und Geriatriezentren“. Studienbericht & Präsentation. PhD Program Nursing Science – Universität Maastricht, Charite Berlin, Wr. Krankenanstaltenverbund.

5. Gugel, G; (2010): Handbuch Gewaltprävention II. Für die Sekundarstufe und die Arbeit mit Jugendlichen. Grundlagen – Lernfelder – Handlungsmöglichkeiten. Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V., Eschborn.
6. Hahn, S; Hantikainen, V.; Needham, I.; Dassen, T.; Kok, G.; Halfens, R.J.G (2012): Patient and visitor violence against health care staff in Switzerland, contributing factors, interventions and consequences: A cross sectional survey. In: Journal of Advanced Nursing, 50: 374–385.
7. ICN – International Council of Nurses (2001): Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz. Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK Sektion SG TG AI AR, St. Gallen.
8. International Council of Nurses - ICN. (2007). Guidelines on coping with violence in the workplace. Retrieved 02.02.2008, from http://www.icn.ch/guide_violence.pdf
9. NAGS Österreich und NAGS Schweiz, 2018: Stellenbeschreibung Trainerinnen/Trainer im Aggressions-, Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich; www.aggressionsmanagement.at oder www.aggressionsmanagement.ch
10. Nau, J. (2014). Entwicklungen und Trends in der Prävention - Die sichere Institution (nach David Leadbetter). Paper presented at the „Aggression und Gewalt im Pflege- und Betreuungsalltag“, Stuttgart.
11. Oud N.E. (1997): Aggression and psychitric nursing. Broens and Oud: Partnership for consulting and training. Amsterdam.
12. Richter, D.; Whittington, R.: Nonphysical Conflict Management and Deescalation. In D. Richter; R. Whittington (Eds.), Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management. New York: Springer Science and Business Media, 2006.
13. Stefan, H. (2013): Aggression und Gewalt im Gesundheitsdienst. Wien: Pflegenetz special 02/13.
14. Walter G., Nau J., Oud N. (2012): Aggression und Aggressionsmanagement. Bern: Hans Huber.
15. WHO (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.
16. Zuaboni G, Zielinski A M, Malojer G, Needham I, Abderhalden C (2015): Was empfehlen Psychiatrie-Erfahrene zur Prävention von Gewalt und Zwangsmaßnahmen während stationärer psychiatrischer Behandlungen? Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft, 2(2), 8.

5.5 DIE GESCHICHTE UND HERAUSFORDERUNG DER IMPLEMENTIERUNG VON QUALITÄTSSICHERUNG IN MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN

HR Prof. Dr. Robert Fischer
Mag.^a (FH) Verena Biribauer
Karl Landsteiner Gesellschaft

In der Funktion als Vizepräsident der Ärztekammer für NÖ und als ärztlicher Direktor des Krankenhauses St. Pölten hat sich Prof. Dr. R. Fischer schon in den späten 80er Jahren systematisch mit Qualitätssicherung in der Medizin beschäftigt und immer wieder mit Nachdruck die Wichtigkeit dieser Thematik in zahlreichen Veröffentlichungen in standespolitischen Zeitschriften dargestellt, hielt Vorträge bei vielen Veranstaltungen, um damit die unterschiedlichen Fachbereiche und Stakeholder im intramuralen sowie extramuralen Bereich für die Qualitätssicherung in medizinischen Einrichtungen zu sensibilisieren und darauf aufmerksam zu machen.

Unterstützung bekam er damals von Prof. Dr. E. Hauke, dem damaligen WKAV-Direktor, der sich ebenfalls intensiv mit dieser Thematik beschäftigt hatte, und auch ihm war damals schon bewusst, dass es in Zukunft unerlässlich sein wird, sich damit auseinander zu setzen, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch starker Gegenwind von den Berufsvertretungen der Gesundheitsberufe bestand.

Prof. Dr. Fischer gründete und leitete in der Folge ein Institut für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen der Ärztekammer für NÖ mit Unterstützung des damaligen Präsidenten der Ärztekammer für NÖ (1994), MR Dr. G. Weintögl. Es waren turbulente Zeiten mit kontroversen Diskussionen von allen Seiten, sowohl in

den verschiedenen Gremien der Ärztekammer als auch im Kreis der PrimärärztInnen und auch anderer Berufsgruppen wurde diese Initiative heftig kritisiert unter dem Motto „Das brauchen wir nicht, das ist nur ein Kontrollorgan, das fördert PatientInnenbeschwerden und Vorwürfe gegen die ÄrztInnenenschaft und andere Gesundheitsberufen“.



Abb. 3: Implementierung von Projekten in sozialen, komplexen Systemen, DA zu Change Management, eigene Darstellung, V. Biribauer, 2018.

Die Herausforderung bei der Implementierung von Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in Einrichtungen des Gesundheitswesens hat nicht zuletzt durch entsprechende gesetzliche Regelungen nun vermehrt einen hohen Stellenwert erhalten. Dazu hat Imanuel Kant schon vor mehr als 200 Jahren festgestellt: „Weh aber dem Gesetzgeber, der eine auf ethische Zwecke gerichtete Verfassung durch Zwang bewirken wollte! Denn er würde dadurch nicht allein gerade das Gegenteil der ethischen Verfassung bewirken, sondern auch seine politische Verfassung untergraben und unsicher machen.“ Die Österreichische Ärztekammer konnte erreichen, dass die gesetzliche Regelung der Qualitätssicherung ärztlichen Handels nicht wie vorgesehen im Allgemeinen Sozialversicherungs-Gesetz festgeschrieben wurde, sondern im Ärztegesetz, und der Österreichischen Ärztekammer die Gründung einer Gesellschaft für Qualitätssicherung aufgetragen wurde. Diese hatte eine Geschäftsführung zu bestellen und einen wissenschaftlichen Beirat, der zu je 50 % durch die Ärztekammer und 50 % durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zusammengesetzt ist. Der Vorsitzende hat Dirimierungsrecht. Darüber hinaus wurde ein „Evaluierungsbeirat“ geschaffen, in dem die Vertreter der Kurien und der Landesärztekammern vertreten sind. Herr Prof. Dr. Fischer wurde als 1. Vorsitzender bestellt.

Auch schon in der Vergangenheit war Qualitätssicherung in allen Bereichen ein wichtiger Bestandteil aller Abläufe im Gesundheitswesen. Qualitätssicherung war und ist jedenfalls Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsorganisationen und Grundstein für eine leistungsgerechte Versorgung. Im Gegensatz zu Industrie und Wirtschaftseinrichtungen wird in Gesundheitsorganisationen die Beurteilungskompetenz für die Qualität der erbrachten Leistung nicht beim Leistungsempfänger, sondern beim Leistungserbringer (Experten) angesetzt. Die Leistungserbringung erfolgt somit ausschließlich unter einem professionellen und organisatorischen Verständnis.

Alle Einrichtungen, Institutionen und Organisationen im Gesundheitswesen sind komplexe Systeme, sie umfassen daher auch erhöhte Anforderungen an die Infrastruktur dieser Einrichtungen und die Prozesse der Interaktion mit den DienstleisterInnen (ÄrztInnen, Pflegekräfte, höhere technische Dienste und andere DienstleisterInnen). Die Implementierung der Qualitätssicherung ist eine Veränderung in ein komplexes System. „Komplexität“ bezeichnet den Grad an Vielschichtigkeit und Vernetzung eines Entscheidungsfeldes. Komplex im Zusammenhang sozialer Systeme bedeutet sowohl eine große Anzahl von Elementen (Menschen, Abläufe, Strukturen usw.), ein hohes Maß an Vernetzung zwischen den Elementen als auch eine hohe Anzahl von möglichen Zuständen und Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten. Organisationen als komplexe soziale Systeme reagieren auf Veränderungen von außen in einer Weise, die von den internen Mustern, Beziehungen und den jeweiligen Zuständen einer Organisation bestimmt sind. Die Zustände einer Organisation sind sehr von deren Vergangenheit geprägt.

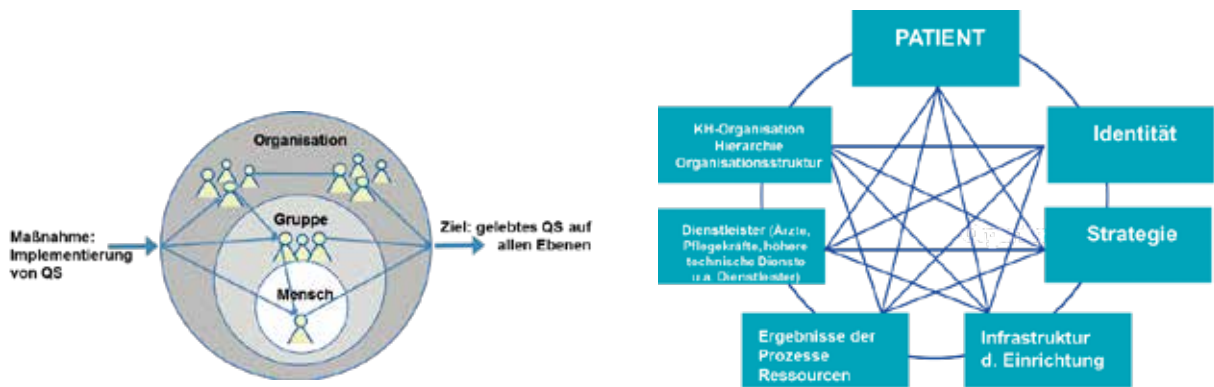


Abb. 4: Verständnis bzw. Betrachtungsweise: Implementierung von QS in einem komplexen System, V. Biribauer, DA zu Change Management, eigene Darstellung, 2018.

Aktive Qualitätsmanagement-Arbeit heißt, das für die jeweilige Organisationseinheit geeignete System zu etablieren. Es müssen alle MitarbeiterInnen miteinbezogen werden und es muss regelmäßig evaluiert werden, ob eine gesetzte Maßnahme den gewünschten Erfolg hat. Nicht alle können alles (können), nicht alle sollen alles machen (können), aber alle müssen alles gut machen (können). Daher müssen alle Qualität sichern (können). Die Integration aller MitarbeiterInnen in einer Einrichtung bzw. auch in einem Teilbereich ist nötig und sie müssen in die Qualitätssicherung einbezogen werden.

Die Ziele der Qualitätssicherung sind:

- Transparenz des Prozesses und der Leistung
- Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgungsqualität, auch bei knapper werdenden finanziellen Ressourcen
- Qualitätsgesicherte Standardisierung von Untersuchungsabläufen und von Therapieplänen
- die garantierte MitarbeiterInnen- und PatientInnenzufriedenheit.

Das Qualitäts-Management muss alle Berufe und alle Hierarchien miteinbeziehen, und es kommt auch den PatientInnen eine große Bedeutung zu. Alle MitarbeiterInnen müssen selbstkritisch und diszipliniert sein, die Qualitätsmanagementvorgaben einhalten, sie müssen motiviert und aufgeschlossen sein. Die PatientInnen müssen Interesse an der medizinischen Betreuung haben, konstruktiv mitarbeiten, Therapieanweisungen einhalten und sie müssen bereit sein, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Qualitätssicherung muss effizient, ökonomisch und unter Beteiligung aller erfolgen.

Aufgrund der gegebenen Organisationsstruktur besteht im Bereich aller Gesundheitsorganisationen eine nur geringe Bereitschaft zu Veränderungen. Jede einzelne dieser sehr komplexen und daher auch schwerfälligen sozialen Strukturen haben nur zwei Möglichkeiten, notwendige Veränderungen zu erreichen: Die völlige Zerschlagung und einen Neubeginn von Grund auf, was einer Vernichtung traditionell auch sehr positiver Organisationsstrukturen zu Folge hätte. Eine Veränderung von innen unter Einbeziehung aller beteiligten Akteure. Der zweite Weg ist der volkswirtschaftlich sicherlich sinnvollere und auch für die Leistungserbringer angenehmere Weg und darüber hinaus auch für das Gesundheitssystem sinnvollere.

Literatur:

- Fischer R, Tragl KH (2001) Qualitätssicherung in der Medizin.
- Verlag der Österreichischen Ärztekammer, Wien.
- Fischer R, Würzl A (2001) Balanced Score Card als Qualitätssicherungsinstrument in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Consilium. Mitteilungen der Ärztekammer für Niederösterreich.
- Biribauer V (2006) Diplomarbeit Projekte im Kooperationsbereich – ein Ansatz für Change Management?

5.6 CIRSMEDICAL

Eva Gartner
**ÖQMED-Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung
& Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH**



CIRSmedical, das anonyme Fehlerberichts- und Lernsystem, wurde im November 2009 im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer in Österreich implementiert. Mit der operativen Umsetzung der Plattform wurde die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED), eine 100%ige Tochtergesellschaft der Österreichischen Ärztekammer, beauftragt. Sämtliche Prozesse und Regelwerke zur Bearbeitung der Berichte und Leserkommentare wurden 2008 mit VertreterInnen des Bundesministeriums für Gesundheit, PatientenvertreterInnen, dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG), dem Österreichischen Gesunden- und Krankenpflegeverband sowie der Österreichischen Ärztekammer und der ÖQMED entwickelt.

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätspolitik bietet CIRSmedical eine umfassende Möglichkeit zur systematischen Analyse von Zwischenfällen – unkompliziert, universal zugänglich und mit dem Fokus auf den Vorfall im Speziellen anstatt auf Sanktionen für den Einzelnen gerichtet. Damit soll nicht nur die Qualität in der Gesundheitsversorgung weiter vorangetrieben, sondern insbesondere auch ein Beitrag zur Sicherheitskultur im Österreichischen Gesundheitssystem geleistet werden. Darüber hinaus dient CIRSmedical als Informationsquelle, um aus den berichteten, auf Einzelsituationen bezogenen Vorfällen allgemeingültige Verhaltensweisen im Sinne eines Lernsystems zu vermitteln.

Ziel dieser Plattform ist es, allen Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie PatientInnen die Möglichkeit zu bieten, Fehler, Beinahe-Schäden, entdeckte Risiken sowie kritische bzw. unerwünschte Ereignisse absolut anonym, unbürokratisch und sanktionsfrei berichten zu können. Um aus Erfahrungen von ÄrztInnen oder anderen medizinischen Fachkräften sowie aus Beobachtungen von aufmerksamen Laien zu lernen, werden Berichte nicht nur mit einschlägigen Fachexpertisen veröffentlicht, sondern auch um konkrete Lösungsvorschläge und Leserkommentare erweitert.

Prozessablauf

Unter www.cirsmedical.at haben alle im Gesundheitswesen Beschäftigten sowie PatientInnen die Möglichkeit, unerwünschte Ereignisse bzw. relevante Beobachtungen absolut anonym zu berichten. Sofort nach Einlangen eines Beitrags wird durch das System automatisch die IP-Adresse – und somit die Herkunft des Berichts bzw. des Leserkommentars – unwiderruflich gelöscht. Nach eventuell notwendiger redaktioneller Anonymisierung und Abstrahierung des Beitrags in der ÖQMED wird der Bericht durch eine interne Projektgruppe inhaltlich begutachtet und das weitere Vorgehen bis zur Veröffentlichung bzw. Löschung im Rahmen des konsentierten Regelwerks vorgeschlagen. Danach wird der Bericht durch die ÖQMED an die jeweilige Expertin bzw. den jeweiligen Experten zur Erstellung einer fachlichen Stellungnahme weitergeleitet. Diese Expertise kann eine Analyse des Berichts, einen Lösungsvorschlag, Literatur- oder Ausbildungshinweise sowie rechtliche Gegebenheiten beinhalten. Nach Erhalt der Expertise wird diese mit dem Bericht an das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) zur Prozessfreigabe weitergeleitet.

Die PartnerInnen im BIQG entscheiden, ob sie einer Veröffentlichung zustimmen, die Löschung des Berichts anregen oder weitere Expertisen einfordern. Erst nach Freigabe durch das BIQG wird der Bericht unter www.cirsmedical.at von der ÖQMED veröffentlicht.

Entwicklung von CIRSmedical

Zu Beginn richtete sich CIRSmedical – wie andere Fehlerberichts- und Lernsysteme noch heute – ausschließlich an Berufsangehörige im Gesundheitswesen. Die Österreichische Ärztekammer durchbrach dieses Denken und ergänzte das System um die Möglichkeit des Berichtens für PatientInnen in www.cirsmedical.at. Dies war wohl die einschneidendste Änderung, die 2017 neben laufenden Erweiterungen und Anpassungen im Eingabeformular umgesetzt wurde.

Erfreulicherweise hat CIRSmedical in den letzten Jahren stark an Bekanntheit und Akzeptanz gewonnen. Im Jahr 2018 wurde die Homepage zur Gänze erneuert und modernisiert. So wurde etwa das Layout des Eingabeformulars und die Berichtsübersicht besser strukturiert und die Eingabemaske im Bereich der statistischen Auswertungen angepasst. Zusätzlich wurde die Möglichkeit geschaffen, CIRSmedical auf <https://twitter.com/CIRSmedical> zu folgen, um umgehend über neue Berichte, Leserkommentare, das „Paper of the Month“ oder „Quick Alerts“ informiert zu werden.

Da CIRSmedical bereits knapp 600 Berichte beinhaltet, war es naheliegend, die Einträge auch für die ärztliche Fortbildung zu nutzen. Dazu wurde ein neues Fortbildungstool entwickelt, welches anhand thematisch zusammengefasster Berichte die Möglichkeit bietet, Fortbildungspunkte zu sammeln. Die Berichte, einschließlich der Multiple-Choice-Fragen, werden online auf der Homepage der ÖQMED bzw. der Akademie der Ärzte sowie in Printmedien veröffentlicht. Binnen weniger Monate haben bereits 500 ÄrztInnen diese Fortbildungsmöglichkeit genutzt.

CIRSmedical Meldegruppen

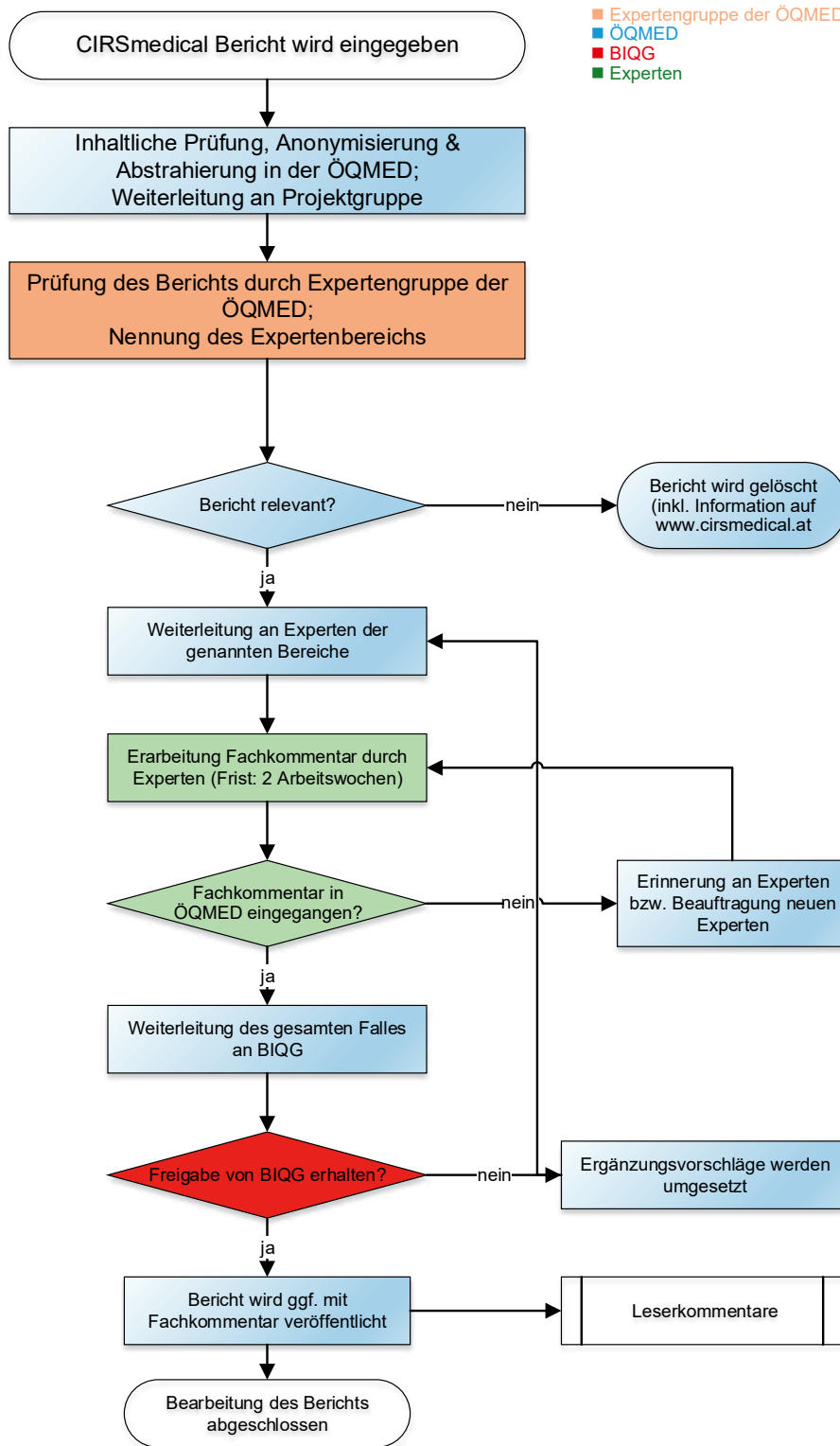
CIRSmedical bietet Krankenhäusern, ärztlichen Fachgruppen und Organisationen im Österreichischen Gesundheitswesen die Möglichkeit, das bewährte Fehlermeldesystem, auf die jeweilige Einrichtung angepasst, auch organisationsintern zu verwenden. Durch die Installation einer eigenen CIRSmedical Meldegruppe können „hausinterne“ Ereignisse erfasst, die Prozesse analysiert und Verbesserungen erarbeitet und publiziert werden. Eine solche Meldegruppe ist sozusagen ein Duplikat von CIRSmedical und kann öffentlich (für alle sichtbar) oder geschlossen (nur hausintern über das Intranet) implementiert werden. Außerdem wurden auch offene Meldegruppen internetbasiert für ganze Berufsgruppen oder Organisationen im Gesundheitswesen - wie z.B. das Rettungswesen – eingerichtet. Die Meldegruppen sind über eine elektronische Schnittstelle mit dem nationalen System verbunden, wodurch interne Berichte anonymisiert auch in das öffentliche System übermittelt werden können. Dadurch haben Organisationen einerseits die Möglichkeit, auf den großen Expertenpool der ÖQMED zurückzugreifen und eventuell weitere Anregungen und Verbesserungsvorschläge zu erhalten. Andererseits profitiert die breite Öffentlichkeit von den Meldungen und den intern erarbeiteten Verbesserungsvorschlägen.

Vorteile einer eigenen Meldegruppe:

- Verstärkung des internen Risikomanagements
- Rasche Identifikation der Ursachen für relevante Ereignisse
- Eigene, auf die Organisation abgestimmte Regelwerke
- Geeignete Maßnahmen können schnell und gezielt getroffen werden
- Absolut anonym oder im Rahmen des Meldekreises auch offen gestaltbar
- Kostengünstig
- Einfache Abwicklung
- Unkomplizierte Implementierung
- Verbesserung der Sicherheitskultur in der eigenen Organisation.

Im November 2019 wird CIRSmedical sein 10jähriges Bestehen feiern. Dieses erfreuliche Ereignis soll dazu genutzt werden, CIRSmedical, das anonyme Fehlerberichts- und Lernsystem unseres Landes, weiter bekannt zu machen und neue Initiativen zur Erhöhung der PatientInnensicherheit zu setzen.

Prozess Berichte



5.7 PATIENTINNENSICHERHEIT ALS ITEM DER MTD-BERUFE AM BEISPIEL DER FORT- UND WEITERBILDUNG

Mag.^a Gabriele Jaksch
MTD Austria

Das Gesundheitswesen ist einer der dynamischsten Bereiche unserer Gesellschaft. Was gestern „state of the art“ war, kann morgen überholt und womöglich kontraindikativ sein. Qualitativ hochwertige Behandlung muss dieser Dynamik daher gerecht werden. Arbeitsteilung und Spezialisierung erlauben eine optimale Bewältigung von Teilproblemen, die Erwartung der ÖsterreicherInnen ist aber eine kontinuierliche, ganzheitliche und auf sie abgestimmte Versorgung.

Die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen ist der Kernfaktor jedes Gesundheitssystems. Im Rahmen der Gesundheitsberufe stellen die gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) mit ihren rund 25.000 Berufsangehörigen die drittgrößte Berufsgruppe an Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen dar. PatientInnensicherheit muss im Fokus jedes Gesundheitsdiensteanbieters stehen, eine gesetzlich geregelte Ausbildung, Fort- und Weiterbildung trägt wesentlich dazu bei. MTD-Austria, der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, vertritt als überbetriebliche Interessensvertretung die sieben Berufsgruppen der Biomedizinischen AnalytikerInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen, PhysiotherapeutInnen und RadiologietechnologInnen in berufspolitischen Belangen.

Die MTD zählen zu den gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen: Berufsausübung, Tätigkeitsbereiche sowie die Berufsbezeichnung sind dabei gesetzlich geregelt und an den Erwerb einer bestimmten, im MTD-Gesetz normierten Ausbildung gebunden. Die Ausbildung ist nur an Einrichtungen zulässig, die im MTD-Gesetz vorgesehen sind. Seit 2005/2006 wird die Ausbildung aller MTD-Berufe an Fachhochschulen angeboten. Die Ausbildung schließt regulär mit dem Bachelor of Science in Health Studies (BSc) ab und kann als frei finanziertes Masterstudium fortgesetzt werden. Die Qualitätssicherung ist dem MTD seit jeher sehr wichtig. Fort- und Weiterbildung ist dazu ein sehr essentielles Tool. Bis zum 01.06.2016 bedurfte die Erfüllung der Fortbildungspflicht keines proaktiven Nachweises der/des Berufsangehörigen gegenüber dem Bundesministerium. Auch wurde der Umfang der zu erwerbenden Fortbildung durch das Gesetz nicht näher festgelegt, sondern hatte sich in Art und Umfang am Ziel der Regelung zu orientieren, welche als Berufspflicht das Wohl der PatientInnen/KlientInnen und die Qualitätssicherung der Leistungen sichert: dies indem die Durchführung der Leistungen der gehobenen medizinisch-technischen Dienstes am jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gewährleistet wird.

Mangels gesetzlicher Hinweise betreffend das quantitativ zu erbringende Pensum der Fortbildungspflicht hat MTD-Austria in den vergangenen Jahren eine Leitlinie zur Qualitätssicherung in der Fortbildung entwickelt. Seitens des Vorstands von MTD-Austria wurde 2011 die MTD-CPD-Richtlinie verabschiedet, welche durch die MTD-Gruppe Bildung und Forschung erarbeitet wurde. Das Prinzip des Continuing Professional Development (CPD) entspricht nationalem und internationalem Standard. Die aktuelle Regelung verpflichtet Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste zur Fortbildung im Umfang von mindestens 60 Stunden innerhalb von fünf Jahren. Gemäß § 11d Abs 3 MTD-Gesetz kann das zuständige Bundesministerium mittels Verordnung des/r Bundesministers/in über die Anerkennung von Fortbildungen, unter Beachtung auf die vom MTD-Beirat erarbeiteten Standards, Richtlinien zur Konkretisierung der gesetzlichen Basis erlassen.

Mit der aktuellen Fassung des MTD-Gesetzes wurde erstmals die Möglichkeit geschaffen, die gesetzlichen Vorgaben zur Fortbildungspflicht auch im Wege verbindlicher Verordnungen durch den/die BundesministerIn zu konkretisieren. Das bedeutet erhöhte Transparenz und Rechtssicherheit im Hinblick auf die Anerkennung von Fortbildungen. Umgesetzt werden kann dies jedoch erst nachdem der MTD-Beirat seine Empfehlungen ausspricht. Als Grundlage dieser Empfehlung dient die bis 2016 freiwillige CPD-Richtlinie von MTD-Austria. Da die aktuelle gesetzlich vorgeschriebene Fort- und Weiterbildungspflicht (60 Stunden in fünf Jahren) ein Mindestmaß im internationalen Vergleich darstellt, wird den MTD-Berufsangehörigen auf alle Fälle – nicht zuletzt mit dem Fokus der PatientInnensicherheit – empfohlen, sich weiterhin an die freiwillig höhere Stundenanzahl des CPD-Zertifikats+ zu orientieren.

In der Folge wird die Richtlinie des CPD-Zertifikats, verfasst durch Elisabeth Eckerstorfer, Sylvia Öhlinger, Karin Pfaller, Ingeborg Schininger, Christine Schnabl, Ruth Resch und Marianne Tammegger als Mitglieder der MTD-Austria Gruppe für Bildung und Forschung, zitiert:

„MTD-Austria, Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs bekennt sich daher im Sinne des lebensbegleitenden Lernens (Life-Long-Learning) zur kontinuierlichen fachlichen Fortbildung aller Berufsangehörigen. Es besteht europaweit Konsens darüber, dass im Sinne der Qualitätssicherung im Bereich der Fortbildung eine dokumentierte Validierung der Fortbildungsmaßnahmen bzw. der erworbenen Qualifikationen (Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten) mittels CPD (=Continuing Professional Development) erreicht werden kann.

MTD-Austria empfiehlt allen MTD-Berufsangehörigen im Sinne der qualitätsvollen Arbeit für die PatientInnensicherheit, die Vorgaben für die Erlangung eines MTD-CPD-Zertifikats PLUS zu erfüllen. Das CPD-Zertifikat ist ein Nachweis für die Mindestanforderungen für Fort- und Weiterbildung lt. MTD-Gesetz.

Gesetzliche Grundlagen und weiterführende Informationen

Es besteht die gesetzliche Verpflichtung der Angehörigen der MTD-Berufe sich regelmäßig fortzubilden, um die eigenverantwortliche Durchführung ihrer beruflichen Aufgaben qualitativ hochwertig und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft absolvieren zu können.

Die maßgebliche gesetzliche Vorgabe dazu liefert das MTD-Gesetz 1992 i.d.g.F. das in § 11d. Abs. 1-3 eine allgemeine Fortbildungsverpflichtung definiert:

- „(1) Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind verpflichtet
1. zur Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse des jeweiligen medizinisch-technischen Dienstes sowie der medizinischen Wissenschaft oder
 2. Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 60 Stunden zu besuchen.
- (2) Über den Besuch einer Fortbildung ist eine Bestätigung über die Dauer und den Inhalt der Fortbildung auszustellen.
- (3) Der (Die) Bundesminister(in) für Gesundheit und Frauen kann durch Verordnung Richtlinien über die Anerkennung von Fortbildungen unter Bedachtnahme auf die vom MTD-Beirat erarbeiteten Standards erlassen.“

Die Angehörigen der MTD-Berufe sehen es des Weiteren als ethische Pflicht und demnach als Selbstverständlichkeit, ihre fachliche Kompetenz laufend durch kontinuierliche Fortbildung zu aktualisieren und zu festigen.

Kontinuierliche berufliche Fort- und Weiterbildung

Es ist für Gesundheitsberufe erforderlich, Qualität und Effektivität in der Praxis zu leben und zu belegen. Die Angehörigen der MTD-Sparten müssen auf dem neuesten Stand hinsichtlich professionellen Wissens, Techniken und Entwicklungen sein, „best-practice“ bereitstellen und zur Entwicklung der Gesundheitsberufe beitragen können (HPC, 2016). Lernen kann in unserem schnelllebigen beruflichen Alltag nur dann funktionieren, wenn es in das tägliche Arbeiten implementiert und als lebenslange Tätigkeit verstanden wird (CSP, 2007; GQG, i.d.g.F.).

Im internationalen Sprachgebrauch hat sich für die kontinuierliche berufliche Fort- und Weiterbildung der englische Fachbegriff „Continuing Professional Development“ (CPD) durchgesetzt. CPD ist die Fortsetzung bzw. Wiederaufnahme organisierten Lernens nach dem Abschluss jener Bildungsphase, die zur Berufsbezeichnung führt (CEDEFOP, 2016). Dabei wird das Erreichen der persönlichen beruflichen Weiterentwicklung hinsichtlich Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten angestrebt (EU-Kommission, 2008). Dies erfolgt durch die Anwendung von neuen Methoden, neuem und arriviertem Wissen, beruflicher Erfahrung sowie durch die alltäglichen Arbeitssituationen (Walter & Dick, 2007).

Ziel ist es, bereits erworbene Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erneuern, zu vertiefen und zu erweitern. Im Sinne des lebensbegleitenden Lernens bedient sich CPD vielseitigster angebotener Lehr- und Lernmethoden.

Wichtige Grundsätze von CPD (French & Dowds, 2008; CSP, 2007):

- Die/der individuell Lernende ist verantwortlich für die Organisation und die Durchführung von CPD Aktivitäten. Sie/er weiß am besten über die eigenen Lernbedürfnisse Bescheid
- Der Lernprozess findet kontinuierlich in einem systematischen Prozess von Analyse, Durchführung und Evaluation statt

- Die klar formulierten Lernziele sind abgestimmt auf die Erfordernisse der Organisation, die Bedürfnisse der PatientInnen sowie auf individuelle Zielsetzungen der Lernenden
- Der Prozess ist geplant und zielt auf ergebnisorientierte Kompetenzentwicklung für das Individuum ab.

Für den Bereich der MTD existiert ein Katalog definierter Fortbildungsarten, sowohl für den gesetzlich geforderten Fortbildungsnachweis – das MTD-CPD-Zertifikat – als auch für das MTD-CPD-Zertifikat PLUS. Diese bilden formales Lernen, nicht-formales Lernen sowie informelles Lernen laut Definition der Europäischen Kommission (CEDEFOP 2016) im Europäischen Qualifikationsrahmen als anerkannte Lernformen ab.

Rahmen / Anforderungen / Gültigkeit / Übergangsbestimmungen

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • MTD-CPD-Zertifikat:
Mindestanforderung: Innerhalb von 5 Jahren sind 80 CPD-Punkte (60 Stunden) zu erreichen. | <ul style="list-style-type: none"> • MTD-CPD-Zertifikat PLUS:
Von MTD-Austria empfohlen: Innerhalb von 5 Jahren sind 160 CPD-Punkte (120 Stunden) zu erreichen. |
|---|---|

Mindestens 50 % der CPD-Gesamtpunkte sind aus der Tabelle des Fort- und Weiterbildungskatalogs Nr. 1 und/oder 19 nachzuweisen, höchstens 50 % der CPD-Gesamtpunkte sind aus dem Fort- und Weiterbildungskatalog Nr. 2 bis 18 nachzuweisen.

Falls im Fort- und Weiterbildungskatalog nicht anders geregelt, lautet die Umrechnung:

- 1 CPD-Punkt ↔ 45 min.
- Zum Vergleich mit dem European Credit Transfer System (ECTS):
1 ECTS entspricht 25 Stunden á 60 Minuten bzw. 33 CPD Punkten.

Die Gesamtpunkteanzahl setzt sich aus den nachgewiesenen Lernleistungen gemäß Fort- und Weiterbildungskatalog sowie für das MTD-CPD-Zertifikat PLUS ab dem 10. Jahr der Berufstätigkeit, den Bonuspunkten (max. 30 Punkte / Periode, wenn mit Portfolio entsprechend belegt) zusammen.

Lern- und Bildungsmethoden als Voraussetzung für den Erwerb von CPD-Punkten

Ziel des vorliegenden Bildungskonzeptes ist es, ein möglichst breites Spektrum an Lern- und Bildungsmethoden im Rahmen des CPD zuzulassen, um den jeweiligen lebensphasen-aktuellen Bedürfnissen und Anforderungen der MTD-Berufe Rechnung zu tragen. Bildungsmethoden sind im Hinblick auf lebensbegleitendes Lernen einer permanenten Entwicklung unterworfen und umspannen formales, non-formales und informelles Lernen. Sie reichen vom klassischen Seminar über e-learning-Methoden bis zu Mentoring und Hospitation (vgl. Punktecatalog MTD-Austria bzw. Berufsverbände). Fachspezifische Fortbildungen dienen dabei der Vertiefung der beruflichen Handlungskompetenz und Weiterentwicklung, die Schwerpunktsetzung erfolgt nach den individuellen Anforderungen des beruflichen Handlungsfeldes. Unter freien Fortbildungen werden nicht-fachspezifische Fortbildungen subsummiert. Sowohl freie als auch fachspezifische Fortbildungen können im Rahmen aller Fortbildungsarten absolviert und für die Zertifikate anerkannt werden.“

Die Fort- und Weiterbildung ist ein sehr essentieller und grundlegender Bestandteil im Sinne der PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit. Daher ist es für alle Health Professionals unerlässlich, sich ständig im Sinne des Life-Long-Learnings am aktuellsten Stand der Wissenschaft zu halten, dies wurde anhand des CPD-Zertifikats für MTD-Berufsangehörige anschaulich dargestellt.

Quellen

Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) BGBl Nr 460/1992 idF BGBl I Nr 54/2017.

Cedefop (2016). Europäische Leitlinien für die Validierung nicht formalen und informellen Lernens. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Cedefop reference series; No 104. <http://dx.doi.org/10.2801/669676>.

CSP (The Chartered Society of Physiotherapy (2007). Policy Statement on Continuing Professional Development (CPD). London: CSP.

Elisabeth Eckerstorfer, Sylvia Öhlinger, Karin Pfaller, Ingeborg Schininger, Christine Schnabl, Ruth Resch und Marianne Tammegger. (2017). Richtlinie zur kontinuierlichen Fortbildung von MTD-Berufen (MTD-CPD-Richtlinie, 2., veränderte Auflage). Im Auftrag von MTD-Austria.

EU-Kommission. (2008). Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

French, H. P., & Dowds, J. (2008). An overview of Continuing Professional Development in physiotherapy. On behalf of the Dublin Academic Teaching Hospitals Physiotherapy CPD Project Group Physiotherapy, 94, (3), 190-197, DOI: 10.1016/j.physio.2007.09.004).

Health Professions Council (HPC) (2016). Standards of conduct, performance and ethic. Zugriff am 4.1.2018, unter: <http://www.hcpc-uk.org/aboutregistration/standards/standardsofconductperformanceandethics/>.

Walter, W. & Dick, M. (2007). Continuing Professional Development (CPD) – Strategie für lebenslanges Lernen. ZM – Zahnärztliche Mitteilungen, 97 (16).74–78.

5.8 UNIVERSITÄTSLEHRGANG PATIENTENSICHERHEIT UND QUALITÄT IM GESUNDHEITSSYSTEM

Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker

Dr. Stefan Dinges

Plattform Patientensicherheit, Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Idee und Motivation

PatientInnensicherheit stellt eine sehr große Herausforderung in den stets komplexer werdenden Gesundheitssystemen dar. Wer PatientInnensicherheit stärkt, erhöht die Qualität von Behandlungen im Krankenhaus und in anderen Gesundheitseinrichtungen. So haben sich auch die WHO und der Europarat der Themen „Patientensicherheit und Berichtssysteme“ angenommen und entsprechende Empfehlungen verabschiedet (z.B. „Management of patient safety and prevention of adverse events in health care“, Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates 2006). Verschiedene alarmierende Berichte in den USA und Großbritannien zeigen den dringenden Handlungsbedarf im Bereich PatientInnensicherheit auf. Ein Kritikpunkt dieser Berichte waren auch die mangelnde Schulung zu dieser Problematik sowie die fehlenden Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Für die Organisation postgradualer, universitärer Weiterbildung war die Orientierung am vergleichbaren Programm „MSc in Quality and Safety in Healthcare“ der medizinischen Fakultät des Imperial College in London maßgeblich. In Österreich konnten wir in Zusammenarbeit mit der Plattform Patientensicherheit als erste einen Universitätslehrgang (ULG) mit einer solchen praktisch-klinischen Ausrichtung anbieten. Beginnend von 2010 wurde der ULG zweimal an der Universität Wien in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien im Umfang von 90 ECTS durchgeführt. Durch verstärkte Konkurrenz anderer Universitäten und einer stagnierenden Nachfrage in Österreich ist der Start eines neuen Durchgangs des ULG erst wieder für das Studienjahr 2019/2020 geplant.

Inhalte

Der Schwerpunkt dieses ULGs liegt auf der direkten Verbindung zwischen Theorie und Praxis für innovative Ansätze zur Verbesserung von Sicherheit im Gesundheitswesen. Von daher leiten sich wesentliche Ziele ab:

- Ganzheitliche Wissensvermittlung im Feld von PatientInnensicherheit und Fehlermanagement
- Lernen und Lehre im multiprofessionellen Team
- Praktischer Kompetenzerwerb, insbesondere für „non-technical skills“ wie Kommunikation, Umgang mit Stress und Konflikten
- Entwicklung einer reflektierten Haltung in der Auseinandersetzung mit Risiken und Fehlern.

Der unmittelbare Praxisbezug kommt nicht nur in mehreren Modulen (z.B. „Praxis Faktor Mensch“, „Systemische Analysen und Interventionen“), sondern auch in einem eigenen Praxisprojekt im Bereich von PatientInnensicherheit zum Ausdruck.

Durch Blockveranstaltungen, unterstützt mit e-learning (eigene Lernplattform, internetgestützte Lehrbehelfe und Prüfungen etc.), wird ein intensives und prozessorientiertes Arbeiten sichergestellt. Selbststudienanteile nach jedem Lehrgangsblock und individuell-kollegialer Austausch ergänzen die eigene Reflexion.

Zielgruppe

Der Universitätslehrgang richtet sich nicht allein an ÄrztInnen, sondern an alle im Gesundheitswesen tätigen Personen und Professionen. Die Integration und Beteiligung der Pflegeberufe und der psychosozialen Disziplinen an einer neuen Dimension von Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen ist eine unabdingbare Grundlage, um die wichtigen Ziele dieses Lehrganges zu erreichen. Im weiteren Kreis sind zudem alle Berufe angesprochen, die im Gesundheitswesen maßgeblich mit Sicherheit und Qualität zu tun haben: JuristInnen, ÖkonomInnen etc. Idealerweise haben die TeilnehmerInnen (TN) ausreichende Praxiserfahrung, wenn möglich auch in interprofessionellen Teams oder mit Leitungsverantwortung. In den beiden durchgeführten Lehrgängen ist eine solche Durchmischung und Interprofessionalität gut gelungen: Mehr als ein Drittel der TN kommen aus ärztlichen Berufen, vielfach verbunden mit Leitungsverantwortung für eine Klinik oder Abteilung; ein Drittel der TN sind Pflegenden – auch hier meist mit Leitungserfahrung. Darüber hinaus sind von Journalismus, über Jus bis hin zur Dokumentationsassistenten viele weitere relevante Berufe involviert. Dass der Universitätslehrgang prädestiniert ist für verantwortliche Rollen im Gesundheitssystem, zeigt sich nicht nur daran, dass schon während des Lehrgangs mehr als ein Drittel der TN den Arbeitsplatz oder die Position gewechselt haben (und noch einige mehr nach ihrem Abschluss), sondern auch daran, dass von Seiten der im Ministerium Zuständigen die Überzeugung vorherrscht, dass dieser Lehrgang auch zur Leitung einer Klinik oder Abteilung befähigt. Um diesem Trend Rechnung zu tragen, haben wir für den nächsten Durchgang die Erweiterung „safety, quality and leadership im health care“ geplant.

Die Module im Detail

Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitssystem (12 ECTS)

Im Modul „Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitssystem“ werden die fachlichen und interdisziplinären Grundlagen vermittelt. Neben einer Einführung in nationale und internationale Gesundheitssysteme stehen aktuelle Forschungsergebnisse aus Anthropologie, Philosophie und Psychologie sowie Medizin und Pflegewissenschaften im Mittelpunkt. Zentrale Grundbegriffe wie Sicherheit, Risiko oder Fehler (etc.) werden in ihrer Vielschichtigkeit multiperspektivisch interprofessionell erarbeitet und ein aktuelles, zweisprachiges Glossar (englisch/deutsch) für den gesamten Bereich entwickelt, um auch die reiche Literatur und Forschung aus dem angelsächsischen Bereich aufnehmen zu können. Die Auseinandersetzung mit Themen wie Gesundheitsökonomie, Patientenempowerment und „Mitarbeitersicherheit – sichere Arbeitswelt“ runden dieses Modul ab.

Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen (14 ECTS)

Das Modul „Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen“ gibt einen Überblick in zentrale Rechtsthemen wie Medizin-, Haftungs- und Entschädigungsrecht sowie arbeitsrechtliche Aspekte und reflektiert diese Rahmenbedingungen anhand unterschiedlicher ethischer Prinzipien, Konzepte und Modelle. Die Auseinandersetzung und Umsetzung führt in unterschiedliche praktische Settings (Fallbesprechungen, Supervisionen etc.), die in diesem Modul eingeführt und erprobt werden. Ein interkultureller Fokus ergänzt diese Übungen, Kurse und Projektseminare.

Theorie und Praxis von „Faktor Mensch“ (17 ECTS)

In vergleichbaren internationalen Lehrgängen hat sich das interprofessionelle Konzept und Modul „Theorie und Praxis des ‚Faktors Mensch‘ (Human Factors)“ in Hochrisikoorganisationen außerordentlich bewährt. Es schafft eine theoriebasierte Grundlage für die weiterführende Konzeption. Zugleich werden in diesem Modul die Kompetenzen in Bezug auf Analyse und Kommunikation von sicherheitsgefährdenden Situationen vermittelt und eingeübt. Als Vertiefung werden die Inhalte dieses Moduls insbesondere auf komplementäre Führungsrollen und Führungshandeln sowie auf die Kommunikation mit PatientInnen und deren Angehörigen bezogen.

Organisation, Organisationskultur und Systemische Interventionen (12 ECTS)

Das Modul „Organisation, Organisationskultur und Systemische Interventionen“ schafft ein Grundverständnis für ein systemisches und organisationales Denken und Handeln. PatientInnensicherheit ist ein Querschnittsthema, z.B. in der Organisation Krankenhaus, und damit nicht Domäne oder Besitz einer Berufsgruppe. Dementsprechend braucht es integrative Sichtweisen und Methoden, damit sich am Thema Sicherheit nicht der Organisationswiderstand manifestiert. Auf der anderen Seite sind Sicherheit und Qualität neben allen notwendigen Strukturen zentrale Elemente der Organisationskultur und unterliegen damit Führungsverantwortung. Damit werden in diesem Modul die Voraussetzungen für eine nachhaltige Wirksamkeit der Pati-

entInnensicherheitskonzepte geschaffen. Mit den speziellen Themen Risk-Assessment, Sicherheits- und Fehleranalysen ist in diesem Modul ein Querschnittsthema ‚Messbarkeit von Sicherheit‘ verortet, das sowohl das vorhergehende wie auch das nachfolgende Modul tangiert. Hier gilt es, über die Module hinweg einen Bogen zu spannen von der Methodik qualitativen und quantitativen sozialwissenschaftlichen Arbeitens über die Organisation und Interpretation von Fehleranalysen bis hin zur Entwicklung und Implementierung von Sicherheitsindikatoren auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens.

Interprofessionelle Praxis (18 ECTS)

Auch das Modul „Interprofessionelle Praxis, Projektlernen und wissenschaftliches Arbeiten“ sorgt für unterschiedliche Wirkweisen: Im Mittelpunkt steht hier ein angemessenes Lernen des Einzelnen, der zuständigen Teams und der entscheidenden oder beauftragenden Organisationen: Ohne Projekte mit interprofessionellem Zuschnitt sind die Themen PatientInnensicherheit und Qualität nicht zu organisieren und nicht umzusetzen. Diese Prinzipien, die Erfolg für das organisationale Lernen bedeuten, werden analog auch für den persönlichen Lernerfolg, die Praxisreflexion und die Kompetenzerweiterung der TN eingesetzt.

Qualitätssicherung und Ausblick

Im Vergleich zu anderen Universitätslehrgängen im medizinisch-pflegerischen Bereich kann der Lehrgang mit einem sehr guten Outcome aufwarten: Von 37 inskribierten TN konnten 36 die Präsenzphase erfolgreich abschließen; 33 TN haben in einem fünften Semester eine Masterthesis (17 ECTS) verfasst und eine Defensio ihrer Arbeit bestanden. Somit kann dieser ULG eine Abschlussquote von knapp 90 % vorweisen. Aus unserer Sicht ist das einer konsequenten Lehrgangsbegleitung, in Verbindung von wissenschaftlicher Relevanz und konkretem Praxisbezug, verdankt – der stärkste Motivator für eine post-graduale Weiterbildung. Ein zukünftiger Lehrgang an der Medizinischen Universität Wien wird sich noch stärker in die modulare Weiterbildung integrieren, damit die zukünftigen AbsolventInnen zum einen ihre Weiterbildung maßgeschneidert und an konkreten Bedürfnissen ihrer Arbeitsorganisationen orientiert gestalten können und zum anderen auf bisherige Schwerpunkte und Spezialisierungen aufbauen können und zu einem akademischen Abschluss kommen. Die Lehrgangsführung und die nationalen und internationalen Referierenden sind gespannt auf die neuen, alle gemeinsam bereichernden Erfahrungen auf dem Gebiet der PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit, im Bereich der Querschnittsmaterien von Qualität, Ethik und Führungskompetenz für das österreichische Gesundheitssystem.

5.9 PATIENTINNENSICHERHEIT UND RECHT

Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker

Plattform Patientensicherheit, Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Die Österreichische Plattform für Patientensicherheit ist seit Beginn am Institut für Ethik und Recht in der Medizin angesiedelt. Die Fächer Patientensicherheit und Recht bzw. Ethik sind eng miteinander verbunden. Fälschlicherweise denken viele Personen beim Recht zunächst an das Haftungs- und Strafrecht. Dieser Rechtsbereich ist jedoch die „Pathologie“ des Rechts. Vielmehr sollte das Recht proaktiv genutzt werden um mögliche Interessenkonflikte im Vorfeld zu analysieren, Rechte und Pflichten festzulegen und so potentielle Konflikte und Probleme im Vorfeld zu verhindern. Es bedarf einer engen Kooperation mit der Praxis, um rechtzeitig einen möglichen rechtlichen Handlungsbedarf zu erkennen. Im Rahmen meiner Forschungsarbeit beschäftige ich mich intensiv mit Fragenstellungen im Bereich Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen im Verhältnis zum Recht. Die Zahl der medizinrechtlichen Regelungen ist in den letzten Jahren massiv angestiegen. Gerade im Zusammenhang mit Patientensicherheit wird immer wieder die Frage gestellt, ob das Recht förderlich oder hinderlich ist. Diese Frage kann nicht einfach mit Ja oder Nein beantwortet werden. Selbstverständlich soll nicht immer sofort mit einer möglichen Haftung und Schadenersatz gedroht werden. Allerdings zeigt sich, dass bestimmte Maßnahmen rascher umgesetzt werden, wenn es klare rechtliche Vorgaben gibt.

Im Normalfall bildet der Behandlungsvertrag die rechtliche Grundlage für das Patienten-Behandler-Verhältnis. Unabhängig von den gesetzlich normierten Fällen der Behandlungspflicht und besonderen Regelungen für Patienten, die sozialversichert sind, besteht weder vonseiten des Patienten noch des Behandlers eine

Verpflichtung zum Abschluss eines Behandlungsvertrages. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe und auch die Patienten haben zahlreiche Rechte und Pflichten. Diese sind allerdings nicht in einem Gesetz verankert und daher ist es oftmals für einen juristischen Laien nicht einfach, die entsprechenden Bestimmungen zu finden.

Aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen und der rasanten medizinischen Fortschritte in den letzten Jahren sind Entscheidungen im klinischen Alltag zunehmend komplexer geworden. Hinzu kommen die Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die zunehmende technische Unterstützung in diesem Verhältnis, wie z.B. der Einsatz von Telemedizin etc. Ein weiterer Grund für die Veränderung des Verhältnisses zwischen Patienten und Angehörigen von Gesundheitsberufen ist, dass viele Länder das Recht auf informierte Einwilligung rechtlich verankert haben und der Patient zunehmend eine partizipative Rolle einnimmt (Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections [2009/C 151/01]). Diese Richtlinie enthält unter anderem die Empfehlung, dass die Handlungskompetenzen der Bürger und Patienten gestärkt werden sollen. Patienten sollen über das Recht auf Aufklärung vor der Einwilligung in Behandlungen umfassend informiert werden, damit die Wahlmöglichkeit und die Entschlussfreiheit der Patienten gewahrt bleiben (2b ii).

Ein zentrales Ziel der Patientensicherheitsstrategie ist die Schaffung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Bürger und Patienten, bei der Maßnahmen gesetzt werden sollen, um die Handlungskompetenzen dieser zu stärken. Oberstes Prinzip jeglicher Behandlung ist die Patientensicherheit und Selbstbestimmung des Patienten. Gerade hinsichtlich der Selbstbestimmung hat der österreichische Gesetzgeber in den letzten Jahren zahlreiche Regelungen geschaffen, die die Autonomie des Patienten massiv stärken. Nicht zuletzt wurden zahlreiche Änderungen durch das 2. Erwachsenenschutzgesetz zur Stärkung des Patientenwillens umgesetzt. Dennoch werden die rechtlichen Möglichkeiten von den Patienten noch nicht im vollen Ausmaß genutzt.

Weitere Gründe für die Veränderung des Behandlungssettings sind das Bestehen unterschiedlicher Behandlungsoptionen sowie auch die Tatsache, dass Symptome von Patienten, bedingt durch ihre Biographie und Lebenssituation, unterschiedlich wahrgenommen werden können. Dieser Aspekt kommt vor allem bei Patienten aus anderen Kulturen und Ländern zum Tragen. Ausschlaggebend ist auch, dass die Patienten zunehmend mobiler geworden sind. Angehörige von Gesundheitsberufen müssen zunehmend fremdsprachige Patienten behandeln. In erster Linie denkt man hier zumeist an Migranten, es handelt sich aber auch um Touristen oder Personen, die sich aus beruflichen Gründen in Österreich aufhalten. Nicht zuletzt hat die Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU für alle Mitgliedstaaten der EU sowie für die EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen Rahmenbedingungen geschaffen, damit Patienten ihre Rechte im Hinblick auf den Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und auf die Kostenerstattung dieser Leistungen beanspruchen können. Umgesetzt wurde die Richtlinie in Österreich mit dem EU-Patientenmobilitätsgesetz (BGBl. 32/2014).

Durch die rechtliche Stärkung der Patienten und der rasant wachsenden Anzahl der rechtlichen Regelungen im Medizinrecht fürchten Angehörige der Gesundheitsberufe zunehmend haftungsrechtliche Konsequenzen. Dies erschwert die sogenannte Sicherheitskultur, wonach Angehörige der Gesundheitsberufe offen mit Fehlern und Zwischenfällen umgehen sollen. Nicht nur aus Angst vor möglichen haftungsrechtlichen Regelungen, sondern auch dienstrechtlichen Konsequenzen werden bestimmte Sachverhalte bzw. Geschehnisse nicht offen kommuniziert. In diesem Bereich gibt es sicher noch einen großen Handlungsbedarf, um das Spannungsverhältnis zwischen Haftungsrecht und Patientensicherheit/Sicherheitskultur zu lösen.

Dem wurde u.a. Rechnung getragen durch die Regelung im § 58 a ÄrzteG, wonach für den Fall des Bestehens einer Haftpflichtversicherung die Mitwirkung des ersatzpflichtigen Versicherungsnehmers an der objektiven Sachverhaltsfeststellung keine Obliegenheitsverletzung darstellt, die zur Leistungsfreiheit des Versicherers führt. Vor dieser Klarstellung mieden betroffene Ärzte nach einem vermeintlichen Fehler oftmals die Patienten und kommunizierten nicht mehr mit diesen, aus Sorge, es könnte darin ein Schuldanerkenntnis liegen. Dieses Verhalten führte in der Regel zu einer noch größeren Verunsicherung des Patienten, wodurch die Situation häufig rechtlich eskalierte. Entscheidend ist, wie schon eingangs erwähnt, dass zwischen den Patienten und den Angehörigen der Gesundheitsberufe eine ehrliche Kommunikation und ein Vertrauensverhältnis besteht. Fehler passieren auch im Gesundheitsbereich: Entscheidend ist, wie Angehörige der Gesundheitsberufe nach möglichen Fehlern, Zwischenfällen oder Krisen mit dem Patienten kommunizieren und agieren. Es gibt Möglichkeiten, dass die Patienten im Falle einer Schädigung zu einem Ausgleich kommen, ohne rechtliche Eskalation, sodass am Ende auch die betroffenen Behandler angstfrei weiterarbeiten können.

Nicht zuletzt braucht es m.E. auch einen rechtlichen Schutz für die Arbeit der Riskmanager, die verstärkt an der Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit arbeiten und Zwischenfällen sowie Fehler aufarbeiten, um präventive Maßnahmen zu setzen. Bislang hat der österreichische Gesetzgeber allerdings dieser Berufsgruppe noch keinen prozessrechtlichen Schutz zuerkannt, sodass in einem etwaigen Verfahren der Richter den involvierten Riskmanager als Zeugen laden kann, um von ihm näheren Informationen zu dem gerichtsanhängigen Vorfall zu bekommen. Ähnlich wie bei den Mediatoren oder Rechtsanwälten wäre ein entsprechendes Zeugnisentschlagungsrecht begrüßenswert, damit Angehörige von Gesundheitsberufen Riskmanagern nach einem Vorfall alle Informationen offen geben können, ohne einen möglichen persönlichen Nachteil in einer gerichtlichen Auseinandersetzung zu haben.

Die kurz angesprochenen Themen zeigen die oftmals unterschiedlichen Interessen der beteiligten Personen im Behandlungssetting, wo es gilt, einen guten rechtlichen Rahmen zu schaffen, der einen möglichst offenen Umgang mit Fehlern ermöglicht, um diese künftig zu vermeiden und dabei sowohl die Rechte des Patienten als auch jene des Behandlers wahrt.

Nicht zuletzt gilt es, rechtliche Irrtümer aufzuklären. Seit Jahren hält sich hartnäckig das Gerücht, dass bei jedem Todesfall am Operationstisch eine polizeiliche Anzeige zu erfolgen hat. § 54 Abs 4 Ärztegesetz sieht aber lediglich eine unverzügliche Anzeige an die Sicherheitsbehörde vor, wenn sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht ergibt, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod herbeigeführt wurde. Aus diesem Grund ist es entscheidend, dass Medizinrecht mittlerweile in allen Ausbildungen der Gesundheitsberufe verankert ist und gelehrt wird, damit die künftigen Gesundheitsdiensteanbieter den rechtlichen Rahmen kennen, der eine qualitätsgesicherte Arbeit im Gesundheitsbereich ermöglichen und unterstützen soll.

Die Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung von Patientensicherheit braucht zweifelsfrei rechtliche Unterstützung. Entscheidend ist – wie auch im Behandlungsverhältnis –, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie die Juristen und alle anderen Akteure im Bereich Patientensicherheit in einem ständigen Austausch stehen und miteinander kommunizieren.

5.10 BARRIEREFREIE KOMMUNIKATION ALS UNABDINGBARE VORAUSSETZUNG FÜR PATIENTINNEN- UND MITARBEITERINNENSICHERHEIT

Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker

Plattform Patientensicherheit, Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Eine gelingende und vor allem qualitätsgesicherte Kommunikation ist ein zentrales Element in der Gesundheitsversorgung. Wie aus zahlreichen Studien bekannt ist, ist die Sprache, die verbale und nonverbale Kommunikation umfasst, essentiell für ein gut funktionierendes Verhältnis zwischen dem Patienten und Angehörigen von Gesundheitsberufen. Gerade das Patientengespräch nimmt in der Versorgung und Betreuung im Gesundheitswesen eine zentrale Stellung ein, da es eines der wichtigsten Untersuchungs- und Therapieinstrumente darstellt. Die Gründe für eine misslungene Kommunikation sind sehr vielfältig. Ein häufiger Grund sind die Sprach- und Verständigungsbarrieren. Hiervon sind nicht nur nicht-deutschsprachige Personen, wie Migranten oder Touristen, betroffen, sondern auch gehörlose Menschen. Seit Entstehung der Österreichischen Plattform Patientensicherheit hat sich diese zusammen mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin wissenschaftlich intensiv mit Lösungen zur Überwindung von Sprachbarrieren beschäftigt.

Selbst Personen mit verhältnismäßig guten Deutschkenntnissen fällt es häufig schwer, sich über komplexe medizinische Sachverhalte zu verständigen. Gerade für die Diagnose und die Durchführung einer Therapie ist funktionierende Verständigung ein zentraler Faktor, weswegen zweifelsohne die Sprache mit Abstand die größte Hürde für nicht-deutschsprachige Patienten darstellt. Dies ist oft auch ausschlaggebend dafür, inwieweit sich Patienten im Gesundheitssystem orientieren und damit Zugang zu medizinischen Ressourcen erlangen können.

Aber auch auf Seiten des Gesundheitspersonals gestaltet sich die Arbeit mit und die Behandlung von nicht-deutschsprachigen Patienten durch auftretende Kommunikationsbarrieren häufig schwierig und birgt Haftungsrisiken in sich.

Eingriffe am Patienten dürfen – außer in einem medizinischen Notfall – nicht ohne dessen Einwilligung durchgeführt werden. Nur der einsichts- und urteilsfähige Patient kann die Zustimmung erteilen. Dies setzt eine entsprechende Aufklärung voraus. Versteht der Patient aufgrund einer Sprachbarriere die Aufklärung nicht und willigt in die Behandlung ein, trägt der Arzt die Verantwortung und mögliche rechtliche Risiken. Daher ist es auch aus rechtlicher Sicht notwendig, dass die am Behandlungsgeschehen beteiligten Personen miteinander sprechen können. Der Patient muss darüber aufgeklärt werden und verstehen, an welcher Erkrankung er leidet und welche medizinischen Schritte geplant sind, da die Einwilligung des aufgeklärten Patienten – neben der medizinischen Indikation – Voraussetzung für eine rechtmäßige Heilbehandlung ist.

Durch sprachliche und kulturelle Barrieren kann es zu Fehlbehandlungen, aber auch zu Über- oder Unteranspruchnahme von Leistungen führen. Nachweislich hat eine Einschränkung der kommunikativen Verständigungsmöglichkeit Einfluss auf die Qualität von Gesundheitsleistungen. Ein aufkommendes Bewusstsein für die Problematik von Chancengleichheit, Migration und Gesundheit im Kontext von Gesundheitsversorgung ist auch in Österreich in den letzten Jahren vermehrt spür- und sichtbar geworden. So wurden u.a. in den Rahmen-Gesundheitszielen des Bundesministeriums für Gesundheit 2012 zehn Ziele definiert, die Gesundheit für alle ermöglichen sollen. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit soll für alle Menschen in Österreich sichergestellt werden (Gesundheitsziel 2). Wer in Österreich lebt, soll gerechte Chancen haben, gesund zu bleiben oder gesund zu werden – unabhängig von Herkunft, Wohnumgebung oder Geschlecht. Damit dies gelingt, sollen insbesondere auch benachteiligte Bevölkerungsgruppen gestärkt werden. Gemäß dem Gesundheitsziel 10 soll qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung sichergestellt werden. Das Gesundheitssystem muss sich laufend an die aktuellen Herausforderungen anpassen. Zur Erreichung dieser beiden Rahmen-Gesundheitsziele ist es daher unabdingbar, den Zugang zum Gesundheitssystem und die dazu gehörenden Angebote barrierefrei und zielgruppengerecht zu gestalten.

Genauso vielfältig wie die auftretenden Komplikationen durch Kommunikationsbarrieren waren und sind auch die vielen Lösungsinitiativen und Ansätze im Krankenhaus-Setting und im niedergelassenen Bereich. So kommen vom Angehörigen-Dolmetsch über fremdsprachiges Gesundheitspersonal bis hin zum professionellen Dolmetsch-Dienst (vereinzelt auch mittels Telefon-Dolmetsch) die verschiedensten Varianten zum Einsatz. Entsprechend unterschiedlich ist demnach auch die Qualität der Informationsübermittlung und Verständigung. Wie problematisch Angehörigen-Dolmetsch bezüglich der übermittelten Informationen ist und welche Probleme, auch rechtlicher Natur, mit dem Beiziehen von ungeschultem fremdsprachigem Gesundheitspersonal auftreten können, haben viele Studien gezeigt.

Daher startete die Österreichische Plattform Patientensicherheit im Juli 2013 gemeinsam mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien das erste Pilotprojekt zum Thema „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“. Das Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen – Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ untersuchte die Frage, inwieweit die Etablierung von Videodolmetschen und die Erhöhung der Behandlungsqualität einen Mehrwert für das involvierte Gesundheitspersonal, die Patientensicherheit und in weiterer Folge auch für das Gesundheitswesen hinsichtlich langfristiger Reduzierung der Kosten bringt. Mittels Videodolmetschen ist Kommunikation sowohl auf der verbalen als auch der non-verbalen Ebene möglich. Dies trägt zum Vertrauensaufbau bei und erleichtert den Beteiligten trotz Remote-Modus die ungestörte und flüssige Durchführung des Gesprächs. Dank der weit fortgeschrittenen Kommunikationstechnologie ist Videodolmetschen mittlerweile auf allen Endgeräten, vom Stand-PC bis zum Smartphone, problemlos nutzbar. Entscheidend ist hier die strikte Einhaltung der Datensicherheit, da sensible Daten übertragen werden.

Sprachbarrieren im Gesundheitswesen sind eine besondere Fehlerquelle und ein Haftungsrisiko. Es bedarf daher einer besonderen Sensibilisierung der Angehörigen der Gesundheitsberufe. Ziel ist es, langfristig den Umgang und das Bewusstsein mit Sprachbarrieren im Gesundheitssystem zu ändern. Risikoquellen wie fehlende Sprachmittlung oder unreflektierter Einsatz von Laien und Kindern als Dolmetscher sollen künftig vermieden werden. Letztlich führt die Einführung von qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren zur Erhöhung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit und zu einer Reduktion der Kosten.

Nicht zuletzt hat daher der Träger einer Krankenanstalt im Sinne der Mitarbeiter- als auch Patientensicherheit Vorsorge für eine barrierefreie Kommunikation zu treffen und ein rechtlich sicheres Arbeitsumfeld zu schaffen.

5.11 GEWALT IM GESUNDHEITSWESEN

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner
Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

Die in dem Text verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Im April 2018 lud das Wiener Institut für Ethik und Recht in der Medizin zu einer Tagung ein, deren Thema es in sich hatte. Es ging um Gewalt und gewaltfreies Arbeiten im Gesundheitswesen. Der Festsaal der Medizinischen Universität Wien war voll besetzt. Angehörige aller Gesundheitsberufe diskutierten mit Experten über Erscheinungsformen, Häufigkeit und Ursachen von Gewalt sowie über wirksame Strategien zu ihrer Vermeidung.

Gewalt zeigt sich nicht nur als Tätlichkeiten, körperliche Übergriffen und Belästigungen, sondern auch auf der verbalen Ebene. Das gilt auch für sexuelle Gewalt, die in Medizin und Pflege ebenfalls ein Thema ist. Gewalt in Medizin und Pflege kann bis zu Tötungsdelikten reichen. Es geht beim Thema Gewalt aber nicht nur um spektakuläre Fälle von Tötung, Sadismus oder Verwahrlosung, sondern auch um subtile Formen der Gewaltausübung im Alltag. Es müssen nicht immer Schläge oder Kniffe sein. Manchmal sind Menschen einfach nur grob.

Gewalt kann auch mit Worten ausgeübt werden, mit Beschimpfungen und Drohungen. Jemand herrscht einen Patienten an, er solle sich nicht so anstellen, oder wehrt eine Beschwerde mit der Bemerkung ab: „Sie übertreiben!“ Gewaltförmig verhält sich, wer das Zimmer eines Patienten oder Bewohners betritt, ohne anzuklopfen, jemanden ohne weitere Erklärungen zum Aufstehen zwingt, einen Patienten ohne Rechtsgrund im Rollstuhl oder gar im Bett fixiert, jemanden zum Duschen zwingt, einen Patienten oder Bewohner nicht rechtzeitig zur Toilette begleitet, ihm schmutzige Kleidung anzieht oder nicht ausreichend zu essen und zu trinken gibt.

Zu sprechen ist allerdings nicht nur über Gewalt, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe ausgeübt wird, sondern auch von tätlicher und verbaler Gewalt, die von Patienten ausgeht. Sei es, dass Ärzte und Pflegekräfte Opfer von Patientengewalt werden, sei es, dass Patienten oder Bewohner andere Patienten attackieren.

Nicht nur in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen, sondern auch in der Unfallhilfe ist Gewalt ein Thema. Ein besonders heikles und gern tabuisiertes Thema ist schließlich Gewalt in der häuslichen Pflege, wo nicht nur professionelle Kräfte im Einsatz sind, sondern auch Familienangehörige. Schon bestehende Abhängigkeitsverhältnisse in der Familie können Gewalt in der Pflege fördern.

Gewalt hat unterschiedliche Ursachen. Chronische Überlastung, aber auch mangelhafte Kontrollen auf Seiten von Angehörigen der Gesundheitsberufe, der Einrichtungen und ihrer Träger, aber auch angespannte häusliche Verhältnisse, die Überforderung pflegender Angehöriger sind ebenso zu nennen wie persönliche Antipathien. Verbale und nonverbale Gewalt kann auch zum Krankheitsbild eines Patienten gehören, etwa bei Demenz. Sie kann zum Beispiel durch nicht artikuliert oder erkannte Schmerzen ausgelöst werden.

Strategien und Methoden der Prävention und der Deeskalation sind ebenso wichtig wie ethische Bewusstseinsbildung und Schulung. Völlige Gewaltlosigkeit ist freilich streng genommen eine Utopie, müssen wir doch grundsätzlich zwischen illegitimen und legitimen Formen von Gewalt und Macht, zwischen violence und power, unterscheiden. Es kommt darauf an, mit den Ambivalenzen der Macht verantwortlich umzugehen.

Grundsätzlich lassen sich zwei Formen der Macht unterscheiden: einerseits eine Medizin und Pflege inwohnende Macht, die dem Patienten oder der Patientin zur Wiedererlangung oder Erhaltung von Gesundheit verhelfen will, andererseits eine Form der Macht, die Zwang und Abhängigkeit zum Ziel hat.

Charakteristisch für den Arztberuf ist die Asymmetrie zwischen Arzt und Patienten. Aber auch in der Pflege besteht ein Spannungsverhältnis zwischen Patientenautonomie und Fürsorgepflicht. Die Situation von Hilfsbedürftigkeit und Hilfeleistung hat stets mit Machtfragen zu tun. Die Hilfsbedürftigkeit ist durch Schwäche und Abhängigkeit bis hin zur Ohnmacht charakterisiert. Zwischen Helfenden und Hilfsbedürftigen besteht eine asymmetrische Beziehung, über die z.B. auch die Leitvorstellung der Patientenautonomie nicht hinwegtäuschen kann.

Auch die Autonomie ist als Form der Macht zu verstehen, wobei die Autonomie des Arztes oder der Pflegekraft ebenso zu achten ist wie diejenige des Patienten. Bisweilen entsteht der Eindruck, als werde die Autonomie des Patienten einseitig als Gegenmacht verstanden. Das aus der feministischen Ethik stammende Konzept der relationalen Autonomie führt freilich zu der Erkenntnis, dass Autonomie und Abhängigkeit oder Angewiesenheit nicht zwingend einen Gegensatz bilden. Als Beziehungswesen ist jedes Individuum auch in seiner Selbstbestimmtheit auf andere verwiesen und angewiesen. Das gilt auch für die Bereiche von Medizin und Pflege.

Es wäre ebenso verfehlt, das Machtphänomen und Machtfragen in Medizin und Pflege zu tabuisieren, wie umgekehrt Macht generell negativ zu bewerten. Ohne die Macht zum Eingreifen und zur Veränderung, ohne fachliches Wissen und fachliche Kompetenz, die doch auch als eine Form der Macht zu verstehen sind, kann ja gar nicht im Interesse des Patienten mit der Aussicht auf Besserung oder Heilung gehandelt werden. Im besten Fall steht die ärztliche oder die pflegerische Macht nicht im Konflikt mit der Autonomie des Patienten, sondern dient ihr gerade, sofern das Ziel des ärztlichen und pflegerischen Handelns in der Beseitigung von Abhängigkeit und im Wiedererlangen eigener Kräfte und Ressourcen zur selbständigen Lebensführung besteht.

Ein Stichwort auf der eingangs erwähnten Tagung war Patienten-Empowerment. Auch sie ist eine Form der Macht, ebenso wie jede Form des Heilens und Helfens. Unter Selbstmächtigkeit – wir können auch sagen Gesundheit – lässt sich das biopsychosoziale Potential verstehen, „das genügt, um die alters- und kulturspezifischen Ansprüche des Lebens in Eigenverantwortung zu befriedigen“¹⁷

Die Ambivalenz der helfenden Macht besteht darin, dass sie selbst zum Zwang und zur Herrschsucht pervertieren kann. Gerade der Versuch, einem Menschen zur Selbsthilfe zu helfen, kann an die Grenze des Zwangs stoßen. Auf der einen Seite steht das Prinzip der Nichtdirektivität, auf der anderen Seite die paternalistische Manipulation, die sich gerade aufgrund der Hilfsbedürftigkeit oftmals gar nicht ganz vermeiden lässt. Probleme helfender Berufe im Umgang mit der Macht entstehen nicht erst, wenn das Arzt-Patienten-Verhältnis oder dasjenige zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekraft korrumpiert wird.

Vollends korrumpiert wird die ärztliche Macht und die Macht der medizinischen Wissenschaft, wenn der therapeutische Imperativ zum kategorischen Imperativ mutiert, der Heilung um jeden Preis erzwingen will und dabei notfalls bereit ist, buchstäblich über Leichen zu gehen. Die Geschichte der Medizin und insbesondere der Medizinverbrechen im 20. Jahrhundert, besonders im NS-Staat, liefern erschreckende Beispiele.

Die Plattform Patientensicherheit leistet einen wichtigen Beitrag zur Gewaltprävention, aber auch zum reflektierten Umgang mit dem Phänomen der Macht und seinen Ambivalenzen im Gesundheitswesen. Dies bleibt eine beständige Aufgabe, weshalb die Plattform auch in der Zukunft benötigt wird.

5.12 KOMMUNIKATION IM GESUNDHEITSWESEN

Dr.ⁱⁿ Caroline Kunz

Praxis für integrative Medizin und Psychotherapie; Plattform Patientensicherheit

Der besseren Lesbarkeit wegen erfolgt im Text in der Regel die Verwendung der männlichen Schreibweise. Wird von ÄrztInnen gesprochen, so sind damit auch immer Ärztinnen gemeint, es sei denn, dies wird explizit erwähnt. Dasselbe gilt für Mediziner und Studenten.

Ärztliche Kommunikation:

Ein Aufruf in der Kommunikationsplattform Facebook: „Wer kennt einen Arzt im Krankenhaus X? Wir suchen einen Arzt, der mit uns spricht. Ein Familienmitglied wurde operiert und es ist nicht möglich einen Arzt oder Ärztin zu finden, die uns Auskunft gibt oder Fragen beantwortet.“

Es stellen sich Fragen: Wo sind wir mit unserem Gesundheitssystem angekommen?

17 Johannes Bircher/Karl-H. Wehkamp, Das ungenutzte Potential der Medizin. Analyse von Gesundheit und Krankheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts, Zürich 2006, S. 53.

Müssen Patienten öffentlich um ein ärztliches Gespräch bitten? Glauben Krankenhausmanager und Ärzte wirklich, dass die Versorgung eines Patienten mit einer gelungenen Operation ausreichend und abgeschlossen ist?

Das wäre, salopp bezeichnet, „Reparatur- oder Ingenieursmedizin“, die den menschlichen Organismus als komplexe Maschine versteht. Mit der Reduktion des Menschen auf seine Organe und der zunehmenden Spezialisierung hat die moderne Medizin einerseits große Fortschritte und ein tieferes Verständnis von Organfunktionen erzielt. Nachteil ist, dass häufig der Blick auf das große Ganze, nämlich auf den Menschen als Persona, verloren gegangen ist.

In der Akutmedizin (Unfälle, Intensivmedizin) kann das Arzt-Patienten-Gespräch im Einzelfall noch zweitrangig sein. Dort wiederum ist die Notwendigkeit einer reibungslosen interdisziplinären Kommunikation und Teamarbeit gefordert. Gänzlich an die Grenzen stößt das „Reparaturmodell“ bei der Handhabung von chronischen oder somatoformen Krankheitsbildern, die mittlerweile den Großteil der medizinischen Herausforderungen ausmachen.

In einem biopsychosozialen Modell, das das biomedizinische Modell der letzten 150 Jahre („Wiener Schule“) wesentlich ergänzt, besitzt die Humanmedizin eine umfassende Basistheorie zum Verständnis des Menschen in seinem Denken, Fühlen, Handeln, seinem sozialen und lebensstilbezogenen Dasein. (Josef W. Egger, psychologische Medizin, 28.Jg,2017,Nr. 4).

Dass es nicht nur um Verständnis, sondern ganz maßgeblich um die Sicherheit von Patienten geht, weiß man aus Untersuchungen der Fehlerforschung in Hochrisikobereichen, wie zum Beispiel der Luftfahrt, Nuklearindustrie und auch in der Medizin. Seit der Publikation von „To err is human“ im Jahr 1999 (7) ist allgemein bekannt, dass Fehlhandlungen in der Medizin kein seltenes Ereignis sind. Auch Jahre später in dem vom IOM (Institute of medicine L.Leape, Berwick, 2005) veröffentlichten Bericht „five years after to err is human-what have we learned?“ wird die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der professionalisierten Patientenversorgung betont; vor allem mit verbesserter Kommunikation. Wir müssen davon ausgehen, dass 4 % aller stationären Patienten Fehler in der Behandlung erleiden müssen, ein fataler Ausgang wird in der Literatur mit etwa 0,1 % angegeben.

Wenn der Fokus auf eine bessere Patientenkommunikation gelegt wird, stellt sich die Frage, was daran ist denn so wichtig? Kommunizieren kann man doch, oder?

Zunächst soll gesagt sein, das Kommunikationsverhalten im Gesundheitswesen sollte nicht abhängig von der individuellen Begabung sein.

Die Daten zeigen, dass 70-80 % der Fehler in der Medizin durch menschliche Faktoren wie Kommunikationsfehler bedingt sind. Daher ist es von großer Bedeutung, dass professionelle Kommunikation gelehrt und trainiert wird.

Erkenntnisse aus der Kommunikationswissenschaft und der medizinischen Psychologie sollten in das Medizinstudium integriert werden. Wir wissen aus der Placeboforschung (Di Blasi, Kleijnen 2003), wie wichtig die Beziehung zwischen Arzt und Patient für den Heilungsverlauf ist und dass sie ein machtvoller Faktor für Selbstheilungsverläufe ist. Viele Fehldiagnosen entstehen, wenn der Arzt das Umfeld und die Geschichte des Patienten nicht oder nicht ausreichend kennt. Diese Lücken könnten durch professionelle Gesprächsführung geschlossen werden. Medizinische Interventionen sind heute hoch technisiert und hoch wirksam – damit sind sie auch gefährlich geworden. Wir brauchen daher eine verständliche Kommunikation auf Augenhöhe, die die Transferleistung zwischen Arzt und Patient gewährleistet. Vertrauensbrüche in der Beziehung zwischen Behandlungsteam und Patienten schaffen Verunsicherung, regen beide Seiten zu Misstrauen an und sollten möglichst vermieden werden, da sie den Behandlungs- und Heilungsprozess gefährden. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung beinhaltet Gespräche oder Verhandlungen darüber, welche Eingriffe auf organbiologischer, psychologischer und/oder ökosozialer Ebene notwendig sind und führt so zu einer besseren Kohärenz/Coherence. Coherence bezeichnet und übersteigt das bisherige Modell der Compliance, da sie nicht nur die Einwilligung des Patienten, sondern auch seine Bereitschaft und Kompetenz miteinschließt, die notwendigen Schritte zur Gesundung mitzutragen.

Wenn etwas schief gegangen ist:

Was ist in der Kommunikation nach einem Zwischenfall zu beachten?

Auf keinen Fall sollten Dinge zugedeckt oder verschwiegen werden. Weltweit kann die Fehlerforschung nachweisen, dass dies genau der falsche Weg ist, weil Verschweigen und Zudecken zumeist spürbar sind. Sinnvoll ist es, offen zu legen und zuzugeben, dass etwas passiert ist. Dies ist noch kein Schuldeingeständnis! Es geht darum, zu unerwarteten Vorfällen zu stehen und, wenn Schaden an Patienten passiert ist, Mitgefühl zu signalisieren. Die Worte „Es tut mir sehr leid, dass das passiert ist“, „wir bedauern, dass Sie dies durchmachen müssen“ können Betroffenen Halt geben und das Vertrauen schaffen, dass die Klinik/die Abteilung/das Team sich bemühen wird, den Schaden wieder gut zu machen oder zu minimieren. Wichtig ist auch Betroffenen zuzusichern, dass das Geschehene analysiert wird und entsprechende Maßnahmen getroffen werden. Untersuchungen zeigen, dass bei einem solchen Vorgehen zumeist keine Klagen durch die Patienten erhoben werden.“

„Von großer Bedeutung ist es, nicht in „Kampfrhetorik“ zu verfallen“. In der Rolle des Patienten ist jeder Mensch verletzlich. Kommt dann noch ein Schaden hinzu, weil etwas nicht optimal gelaufen ist, ist der Patient in einer noch schlechteren Position. Fachjargon ist in einem solchen Moment zu vermeiden, da er Distanz schafft. Wir schulden Patienten Verständnis, Mitgefühl, Erklärungen, Zeit und Begleitung. Dazu bedarf es einer psychosozialen Kompetenz, die MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen nicht selbstverständlich mitbringen, die also gelehrt und trainiert werden kann und muss. Dazu gehört auch Kritikfähigkeit. Bei Patientenbeschwerden gilt, dass Menschen, die im Gesundheitssystem arbeiten, darin trainiert sein sollten, sich korrigieren zu lassen und auch bereit sind, klares Feedback anzunehmen. Dazu braucht es persönliche Reife und die Bereitschaft, sich auch im psychosozialen Feld weiter zu bilden und zu entwickeln. Es gibt international anerkannte Trainings zu Kommunikation, Teamarbeit, Leadership, Situationswahrnehmung und Entscheidungsfindung in schwierigen Situationen, den sogenannten non technical skills. Speziell für medizinisches Personal in der Akut- und Notfallmedizin, Anästhesiologie, Geburtshilfe, Kinderintensivmedizin etc. haben sich Ausbildungen in Simulatorzentren oder inhouse Trainings mit mobilen Simulatoren bewährt.

Der moderne Mensch ist in Sachen Gesundheit und Medizin sicher anspruchsvoller geworden. D.h. wir Ärzte und Ärztinnen müssen unsere Patienten mehr informieren, begleiten, beraten und nicht nur behandeln.

Über die Plattform Patientensicherheit können Sie sich über wirksame Konzepte zu Kommunikation und non technical skills informieren.

5.13 SECOND VICTIM

Dr.ⁱⁿ Caroline Kunz

Praxis für integrative Medizin und Psychotherapie; Plattform Patientensicherheit

Der Begriff second victim wurde von Prof. Albert Wu, Johns Hopkins Universität Baltimore geprägt, der mit seinem Artikel: „Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too“ (BMJ. 2000 March 18; 320(7237): 726–727) im Jahr 2000 Aufsehen erregte.

In dem Artikel beschreibt Wu einen Kollegen, der im Elektrokardiogramm die Zeichen einer Pericard Tamponade (Herzbeutelerguss) nicht erkannte, woraufhin der Patient in der darauf folgenden Nacht einer Notoperation unterzogen wurde. Wu wurde Zeuge, wie dieser junge Kollege als inkompetent abgeurteilt wurde, und überlegte sich, wie es ihm wohl ergangen wäre, hätte er einen solchen Fehler begangen. Im englischen Sprachraum nennt man das naming, shaming, blaming Strategie. Autoritäres Handeln verbunden mit negativen Konsequenzen wie naming, shaming, blaming wird nicht zu einer offenen Fehlerkultur führen und wird den lernenden Umgang des Einzelnen sowie der Organisation mit Fehlern garantiert verhindern. Wu beobachtete, dass der junge Kollege emotional schwer gekränkt und verängstigt war und dass dieser Hilfe benötigen würde, um wieder gut weitermachen zu können.

Jeder praktizierende Arzt kennt die krankmachende Realität, einen folgenschweren Fehler gemacht zu haben. Wenn solche Vorfälle öfter passieren, kann das eine sekundäre Traumatisierung bedeuten. Dabei entsteht eine kontinuierliche Entmutigung im Beruf, die von akuter Schockreaktion zu chronischer Ängstlichkeit, Unsicherheit bis zum Burn-out, zu Selbstmordimpulsen bis hin zu Aufgabe des Berufes führen kann (Burn-out-Syndrom, Compassion Fatigue, sekundäre traumatische Belastung).

Im Jahr 2005 berichtet das deutsche Ärztemagazin im Rahmen der Serie „Fehler des Monats“ von einem „letalen Versäumnis“. Das erschütternde Eingeständnis eines Arztes zeigt, dass neben dem Patienten als erstes Opfer der behandelnde Arzt in seiner überaus schwierigen Lage in gewisser Weise ein zweites Opfer der unglücklichen Ereignisse ist. In diesem Beitrag berichtet ein Allgemeinmediziner von einem Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis, der eine Methotrexat-Therapie benötigte und den er zu regelmäßigen Kontrollen des Blutbildes, der Leber- und Nierenwerte in seine Ordination bestellte. Als nach mehreren Kontrollen, die Werte in Ordnung waren, wurden die Kontrollabstände verlängert und schließlich auf weitere Kontrollen vergessen. Bei einem Hausbesuch 6 Monate später war der Patient zunächst unauffällig, weitere 4 Monate später akut schwer erkrankt an einer gefürchteten Komplikation, der Panzytopenie durch Methotrexat Therapie. 10 Tage nach Einweisung in ein Krankenhaus verstarb der Patient infolge der Panzytopenie. Der Hausarzt hatte verabsäumt, ein Recallsystem zu errichten, um die notwendigen Blutuntersuchungen zeitgerecht durchzuführen. Der Arzt bekennt, er habe nach dem Tod des Patienten lange an Suizid gedacht und teilte dieses Ereignis in dem Artikel zum ersten Mal mit.

Von ÄrztInnen und MitarbeiterInnen aller Gesundheitsberufe wird aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ein gesteigertes Bewältigungsvermögen in außergewöhnlichen Situationen z.B. nach kritischen Ereignissen erwartet.

Kritische Ereignisse im Krankenhaus (Medikamentenfehler, schwere Komplikationen nach Operationen, Geburten, folgenschwere Zwischenfälle) stellen aber auch für die Behandelnden ein erhebliches Belastungspotenzial dar. Sind bei außergewöhnlichen, kritischen Ereignissen die Behandelnden überlastet, wirkt sich das Ereignis auch auf den/die Behandelnden traumatisierend (verletzend) aus.

Nicht selten kann es bei den Helfern zu sekundär posttraumatischen Stressreaktionen bis hin zur posttraumatischen Stresserkrankung kommen. Durch eine rechtzeitige Intervention kann der Entwicklung von posttraumatischen Stressreaktionen wirksam vorgebeugt werden.

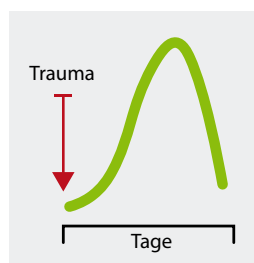
An Möglichkeiten gibt es

1. die Sofortintervention durch geschulte MitarbeiterInnen, sog. Peer support groups, und je nach Stärke und Dauer der Störung
2. die professionelle Hilfe durch speziell geschulte ÄrztInnen und/oder PsychotherapeutInnen.

Das Ziel ist die rasche Wiederherstellung der seelischen Gesundheit der/des Mitarbeiterin/Mitarbeiters, damit sie/er möglichst frei und unbelastet wieder ihrer/seiner Arbeit nachgehen kann.

Diagnostische Leitlinien

Akute Belastungsreaktion: F43.0 (ICD-10) Die akute posttraumatische Stressreaktion (critical incident stress) ist eine normale Reaktion normal belastbarer Menschen auf eine krankmachende Situation. Posttraumatischer Stress ist ein normaler Überlebensmechanismus und die für MitarbeiterInnen im Krankenhaus häufigste Störung:



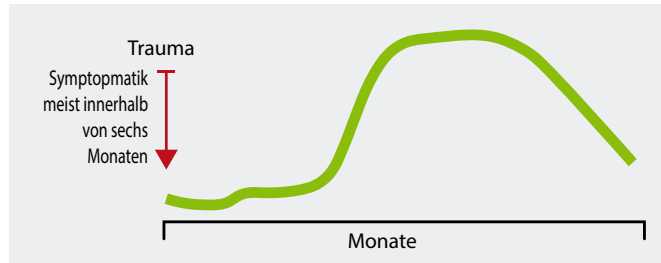
Als diagnostische Leitlinien werden nach ICD-10 für die akute Belastungsreaktion angegeben:

- Ungewöhnliche Belastung, bei der das Individuum in der persönlichen oder psychischen Integrität bedroht war
- Als Zeitkriterium ein unmittelbarer (meist nur wenige Minuten) und ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen Belastung und Beginn der Symptome. Bei Entfernen aus der belastenden Situation rasche Remission, längstens innerhalb von wenigen Stunden
- Wenn die Belastung nicht andauernd ist, beginnen die Symptome nach 24 bzw. 48 Stunden abzuklingen und sind nach drei Tagen nur noch minimal vorhanden.

Die Symptomatik ist eher uncharakteristisch und kann aus den Symptomen Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überreaktion oder Rückzug bestehen.

Diagnostische Leitlinien bei der

Posttraumatische Belastungsstörung: F43.1 (ICD-10), eine pathologische Version der akuten Belastungsreaktion,



1. Traumatisierendes Ereignis von außergewöhnlicher Schwere
2. Zeitkriterium
 - a) Die Störung soll innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatisierenden Ereignis aufgetreten sein
 - b) Wenn der Abstand mehr als sechs Monate beträgt, die klinischen Merkmale typisch sind und keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden kann
3. charakteristisch sind unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierungen des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen
4. charakteristische Symptomatik
Emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung (Verdrängen: „ich spüre nichts“, Herunterspielen: „es war ja nichts“, Schönreden: „ich halt das gut aus“, Belustigen: „fast wär’s schiefgegangen“, Selbstbelobigung: „wir halten das aus, keine Frage“, **vegetative Störungen** (Schwitzen, Schwindelgefühle, Durchfälle, Erbrechen) **Vermeidung von Reizen**, die eine **Wiedererinnerung** an das Trauma hervorrufen könnten.

Quelle: Univ.-Prof. Dr. Siegfried Kasper, Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Medizinische Universität Wien.

© MOS, CliniCum psy 02/2004

Maßnahmen

1. **vorbeugende** Unterrichts- und Trainingsmaßnahmen (z.B. im Rahmen eines Projektes „Umgang mit kritischen Vorfällen in der Medizin“)
2. **CISM und peer support** (critical incident stress management): Soforthilfe gilt nicht als therapeutische Intervention
 - 3-phasiges Defusing: nur möglich solange noch emotionale Reaktionen da sind
 - 7-phasiges Debriefing: wenn bereits die gedanklichen oder unbewußten Abwehrmechanismen in Gang gesetzt sind.
3. **Therapie**

Wenn die Erstinterventionen nicht ausreichen, stehen Therapiemöglichkeiten zur Verfügung: sie schließen sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Maßnahmen mit ein. Während die akute Belastungsreaktion bzw. die Anpassungsstörung häufig lediglich einer fachpsychotherapeutischen Intervention bedarf, ist bei der posttraumatischen Belastungsstörung oder wenn psychiatrische Erkrankungen anderer Art wie z.B. eine depressive Episode auftreten oder hinzukommen, einer medikamentösen Therapie kombiniert mit einer speziellen Psychotherapie der Vorzug zu geben. Eine Therapie der von den Betroffenen geschilderten Beschwerden ist nach heutigem Erkenntnisstand den Betroffenen zu empfehlen und stellt eine Notwendigkeit dar, da es ansonsten zu einer Chronifizierung kommen kann.

In der Luftfahrt gibt es das critical incident stress management - CISM als etabliertes Verfahren für MitarbeiterInnen nach kritischen Vorfällen. Regelmäßiges Training, Ausbildung im Bereich Human Factors und geregelte Betreuungsstrukturen nach kritischen Vorfällen gewährleisten die Einsatzfähigkeit von Teams.

Krankenstände von Lufthansa-Besatzungen eine Woche nach kritischen Ereignissen: ohne CISM (1997/1998): 50-60 %; mit CISM: 10 %.

(Quelle: Dr. Peter Grössenbrunner , 2007)

Inzwischen gilt es als state of the art, MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen zu schulen, zu stärken und auf unvorhergesehene Ereignisse sowohl emotional als auch kognitiv und kommunikativ vorzubereiten.

Nähere Informationen sind über die Plattform Patientensicherheit zu beziehen.

5.14 „SAFETY 2“ EIN ESSENTIELLER ERFOLGSFAKTOR IM SICHERHEITS-MANAGEMENT KOMPLEXER SYSTEME

Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky
AssekuRisk Safety Management GmbH

Die in dem Text verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Fakten und Hintergrund

Als 1999 in den Vereinigten Staaten das Buch „To err is human“ (1) erschien, wurde erstmals das Problem Patientensicherheit breit diskutiert. Während das Thema in Mitteleuropa zu dieser Zeit kaum Widerhall fand, begannen einige Zentren im angloamerikanischen Raum sich intensiv mit dem Thema zu beschäftigen. Alle nachfolgenden Studien zeigten, dass das Thema bis dato weit unterschätzt wurde und der Schaden an Patienten durch vermeidbare Fehler enorm war. Konservativen Schätzungen zufolge erleiden demnach 3 von 1.000 im Spital aufgenommenen Patienten schwere vermeidbare Schäden bis hin zum Todesfall.

Der Hauptgrund für diesen Umstand lag und liegt jedoch nicht bei einzelnen Ärzten oder Pflegepersonen – die Ursache für das oftmalige Versagen mit negativen Folgen für die Patienten hat sich als Systemproblem herausgestellt.

Wie in vielen anderen Hochzuverlässigkeits-Branchen wie Luftfahrt oder Kernenergie hat sich gezeigt, dass ein Mangel an strukturierter Teamarbeit und Kommunikation fast immer am Anfang von Katastrophen zu finden war.

Diese Tatsachen bildeten die Grundlage für die Aussage von Peter Pronovost, einem der prominentesten Vertreter in Sachen Patientensicherheit, „There is no debate about the evidence“. Dem Beispiel hochsicherer Branchen zufolge wurden seither in vielen diesbezüglichen Studien Strategien und Instrumente dieser Branchen zur Anwendung gebracht, um bessere Ergebnisse zu erzielen. Als erfolgreiche Beispiele seien hier die bahnbrechende Arbeit von Pronovost über die Prävention von Infektionen nach dem Setzen von Zentralvenenkathetern (2) sowie die Publikation der WHO im Hinblick auf das Team Time Out vor Operationen (3) genannt. In beiden Fällen brachte die Kombination aus Teamarbeit, Kommunikation und entsprechenden Teamtrainings überragenden Erfolg.

Leider hat sich nach fast 20 Jahren der breite Erfolg nicht eingestellt. Obwohl evident ist, was zu tun wäre, waren Erfolge lediglich in einigen Zentren zu verzeichnen. Einer Publikation im BMJ aus dem Jahre 2016 ist zu entnehmen, dass der medizinische Fehler in hochindustrialisierten Ländern im Krankenhaus noch immer an Stelle drei der Todesfallstatistik steht (4).

Der neue Zugang

Aus heutiger Sicht dürfte dies einige wenige Gründe haben. Einerseits sind viele Krankenhäuser mangels entsprechender Anreizsysteme nicht willens, die für den Erfolg nötigen Teamtrainings durchzuführen. Andererseits hat sich die Situation in den Krankenhäusern in den letzten zwei Jahrzehnten hin zu einer hochkomplexen Organisation entwickelt. Gerade dieser Umstand ist es, der einen anderen Zugang zum Thema

Sicherheit erfordert. Der heute als „Safety 1“ bezeichnete Zugang stellt ein rein reaktives Vorgehen in das Zentrum der Sicherheitsbemühungen. Sicherheit wird häufig noch mit der Abwesenheit von negativen Vorfällen und Unfällen definiert – also genau mit ihrem Gegenteil.

In anderen Worten wird erst dann reagiert, wenn entsprechend negative Vorfälle eingetreten sind. In dieses alte Denkmuster fällt auch die Vorstellung, dass Sicherheit dadurch gewährleistet wird, wenn alle beteiligten Personen die entsprechenden Leitlinien und Vorschriften erfüllen. Im Wesentlichen entspräche das einem „Dienst nach Vorschrift!“

Genau das kann aber gerade im Krankenhaus nicht funktionieren. Alle Mitarbeiter sind laufend mit hochvariablen Situationen konfrontiert, die eine entsprechende Anpassung erfordern, um bewältigt werden zu können. Diese nötigen Anpassungen werden in der Fachliteratur mit dem Begriff Resilienz oder „Task-Adaptation“ bezeichnet. Genau diesen Freiraum gilt es zu geben und zu trainieren, um in oft unerwartet schwierigen Situationen bestehen zu können.

Komplexe Systeme wie die moderne Medizin leben heute größtenteils davon, dass gut ausgebildete Experten aufgrund ihres Wissens eine neue und bisher unbekannte Konstellation interpretieren können und auf der Basis ihrer Expertise eine Adaptation vom bisherigen Verhalten vornehmen. Dieses erfolgreiche Verhalten basiert auf der Erkenntnis, dass es einen deutlichen Unterschied zwischen „Work-as-imagined“ und „Work-as-done“ gibt.

„In theory there is no difference between theory and practice. In practice there is.“ – Yogi Berra
Sicherheitsmanagement sollte sich in diesem Sinne wegbewegen von der Definition
„Sicherheit ist gegeben, wenn so wenig wie möglich passiert“
hin zur Sichtweise
„Sicherheit ist gegeben, wenn wir sicherstellen, dass alles möglichst richtig gemacht wird!“

Diese Sichtweise bedingt, dass wir nicht nur aus den in Summe seltenen Katastrophen, sondern auch aus den unendlich vielen Gelegenheiten lernen, wo Spitzenleistungen erbracht werden und das Ziel erreicht wird.

All diese geschilderten Gedanken und mehr sind unter dem Begriff „**Safety 2**“ zu verstehen. Einer der prominentesten Vertreter der **Safety-2** ist Erik Hollnagel, vom dem es neben einem „White Papers“ dazu einiges an Schrifttum gibt. (5)

Die wesentlichsten Merkmale dieser ergänzenden proaktiven Dimension der Sicherheitsarbeit sind im Unterschied zur Philosophie des Safety-1 Denkens:

Die Sicherheitsdefinition: Sicherheit ist gegeben, wenn soviel wie möglich gut geht
Das Managementprinzip: Proaktives Handeln, um Bedrohungen frühzeitig zu erkennen
Das Menschenbild: Menschen sind nicht die Gefahr, sondern die Lösung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Implementierung und Verfestigung des Safety-2-Denkens zusätzlich zu den essentiellen Teamtrainings unter Einbeziehung des Trainings der nicht-technischen Fähigkeiten (strukturierte Teamarbeit, sachliche Entscheidungsfindung, Umgang mit Hierarchie, Situationsbewusstsein und strukturierte Kommunikation) Sicherheit in komplexen Organisationen wie dem Krankenhaus deutlich steigern wird. (6)

Am Ende ist nicht der Mensch das Problem, sondern die Lösung. Der Mensch mit seiner Fähigkeit, sich rasch wechselnden Situationen anzupassen und bei Bedarf entgegen vorhandener Regeln und Leitlinien zu agieren, stellt am Ende den Erfolg in komplexen Arbeitswelten dar.

(1) **To Err Is Human Building a Safer Health System**

National Academy Press
ISBN 0-309-06837-1

(2) **An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU**

Peter Pronovost, M.D., Ph.D., Dale Needham, M.D., Ph.D., Sean Berenholtz et al
N Engl J Med 2006; 355: 2725-32.

(3) **A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population**

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H., William R. Berry, M.D. et al
N Engl J Med 2009; 360:491-9.

(4) **Medical error—the third leading cause of death in the US**

Martin A Makary professor, Michael Daniel research fellow
Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA
BMJ 2016; 353: i2139.

(5) **From Safety-I to Safety-II: A White Paper.**

The Resilient Health Care Net:
Hollnagel E., Wears R.L. and Braithwaite J.
Published simultaneously by the University of Southern Denmark.
University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia

(6) **Resilient health care: turning patient safety on its head**

Jeffrey Braithwaite, Robert L. Wears, Erik Hollnagel
International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(5), 418–420.

5.15 INITIATIVE SICHERHEIT IM OP (SIOP): KOOPERATION MIT PLATTFORM PATIENTENSICHERHEIT IST WICHTIGER ERFOLGSFAKTOR

Nosokomiale Infektionen (NI) sind ein ernstes Problem, das in Österreich lange Zeit viel zu wenig diskutiert wurde. SIOP hat sich das Ziel gesetzt, darüber zu informieren und aufzuklären und damit einen Beitrag zur Sicherheit für PatientInnen und Personal in Österreichs Krankenhäusern zu leisten. Die bereits mehrjährige Kooperation mit der Plattform Patientensicherheit ist dabei ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) schätzt, dass jedes Jahr in Europa etwa 4,1 Millionen Menschen eine nosokomiale, also im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung auftretende Infektion bekommen. Als direkte Folge einer solchen Infektion sterben 37.000 Menschen, insgesamt dürften nosokomiale Infektionen (NI) für zusätzlich 110.000 Todesfälle zumindest mitverantwortlich sein – auf Österreich umgerechnet wären das 2.400. Das ECDC geht davon aus, dass 20 bis 30 Prozent aller NI durch entsprechende Hygiene- und Kontroll-Programme vermieden werden können.

Die konsequente Prävention von NI ist also dringend erforderlich: Damit lassen sich menschliches Leid, eine höhere Sterblichkeit, Behinderungen und Arbeitsunfähigkeit, unnötige volkswirtschaftliche Ausgaben, Imageschäden und Kosten für die betroffenen Krankenhäuser sowie rechtliche Probleme vermeiden.

SIOP und die „Plattform Patientensicherheit“

Vor diesem Hintergrund wurde die „Initiative Sicherheit im OP“, kurz SIOP, gegründet. Die Initiative, die von einer Reihe von Industrieunternehmen unterstützt wird, zielte von Anfang an darauf ab, einen Beitrag zur Sicherheit für PatientInnen sowie des Personals in Österreichs Krankenhäusern zu leisten. Denn lange Zeit wurde, anders als in vielen anderen Ländern, in Österreich das Thema NI in der öffentlichen und medialen Diskussion weit weniger beachtet, als es seiner Bedeutung entsprochen hätte. Es ging also zunächst darum, öffentlichkeitswirksam auf NI aufmerksam zu machen, Problembewusstsein und Awareness zu erzeugen. Das ist inzwischen geschehen – wohl nicht zuletzt als Folge der konsequenten, sehr oft gemeinsamen Aktivitäten von SIOP und der Plattform Patientensicherheit.

Brauchen wir mehr Transparenz?

2013 war die gemeinsame Aktion der Round Table „Krankenhausinfektionen – brauchen wir mehr Transparenz?“. Gefordert wurden von den anwesenden Expertinnen und Experten eine vereinheitlichte Datenerfassung, konsequente Qualitätsverbesserung durch gezielte Maßnahmen und ausreichend Ressourcen. Für eine verpflichtende Veröffentlichung erhobener Daten zu Spitalskeim-Infektionen durch die einzelnen Krankenhäuser gab es allerdings beim Round Table keinen Konsens.

Die Rolle von OP-Abdeckungen und -Mänteln

2014 stellte SIOP das Expertenpapier „Die Rolle von OP-Abdeckungen und -Mänteln in der Prophylaxe operationsbezogener Infektionen“ vor. Der Hintergrund: Dass in Österreich neben Mehrweg-Abdeckungen und -Mänteln auch immer mehr Einweg-Abdeckungen und -Mäntel verfügbar sind, verstärkt das Bedürfnis nach Evidenz-basierter Information und Orientierung. Das damalige Fazit der Expertinnen und Experten: „Werden die Anforderungen, wie sie in der Europäischen-Norm ... definiert sind, erfüllt, so werden in einer Reihe auch rezenter Arbeiten und Empfehlungen Einweg- und Mehrwegmaterialien aus infektionspräventiver Sicht heute als gleichwertig gesehen. Für den Nachweis einer generellen Überlegenheit einer Materialgruppe fehlt ausreichende Evidenz.“ Eine Reihe von in jüngster Vergangenheit veröffentlichten Arbeiten zeige jedoch auch, „dass Einweg-Mäntel und Einweg-OP-Abdeckungen bei einer Reihe von Operationen mit hohem Infektionsrisiko – insbesondere bei herzchirurgischen Eingriffen, Implantat-basierten Brustrekonstruktionen und chirurgischen Eingriffen mit Implantaten – mit einer niedrigeren Infektionsrate assoziiert sind als Mehrwegprodukte.“

Kostspielig für Spitäler und Volkswirtschaften

NI sind auch ein beträchtlicher Kostenfaktor für Krankenhäuser und Volkswirtschaften: Sie führen generell nicht nur zu einem relativen Anstieg der Sterblichkeit um bis zu 50 Prozent, sondern auch zu einer erhöhten Morbidität sowie zu einer verlängerten Einschränkung der Leistungsfähigkeit, und sind ein bedeutsamer Kostentreiber. Fachkundige Infektionsprävention, so hieß es auf der von SIOP und der Plattform Patientensicherheit 2015 organisierten Round Table-Veranstaltung „Nosokomiale Infektionen: Kostspielig für Spitäler und Volkswirtschaften“, vermeidet nicht nur die Kosten durch Behandlung, längere Liegedauer, allfällige Isolationsmaßnahmen oder sogar Stationsschließungen etc. Sie hilft auch, unnötige Prophylaxe-Maßnahmen einzusparen, und vermeidet kaum bezifferbare Imageschäden. Eine Kernaussage: Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist sehr günstig für die Prävention.

Waste to Energy

Weil im Zusammenhang mit Abdeckungen und Mänteln im OP auch ökologische Fragestellungen eine wichtige Rolle spielen, hat SIOP 2015 das Expertenpapier „Waste to Energy: Fachgerechte Entsorgung von Einweg-OP-Abdeckungen und -Mänteln“ unter Beratung von FachexpertInnen erarbeitet. Die ökologisch fachgerechte Entsorgung von OP-Abdeckungen und -Mänteln ist ein wichtiger Teil des effizienten Abfallmanagements. Nach dem Grundsatz „Waste to energy“ werden die Materialien thermisch verwertet. Die bei der Verbrennung frei werdende Energie dient der Heizwärme und Energiegewinnung. Einweg-OP-Abdeckungen und -Mäntel verfügen aufgrund ihres hochwertigen Rohmaterials über einen besonders hohen Brennwert.

Welche Rahmenbedingungen nötig sind

Im Kampf gegen NI sind nicht nur die einzelnen Krankenhäuser gefordert, es müssen auch von der Politik und den Spitalshaltern geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. 2016 wurde von SIOP und der Plattform Patientensicherheit der Round Table „Krankenhaus-Infektionen wirksam vorbeugen: Welche Rahmenbedingungen nötig sind“ organisiert.

Dass Entschlossenheit seitens der Gesundheitspolitik viel bewirken kann, zeigt eine erfolgreiche dänische Initiative. 2010 setzte sich die Stadt und Region Kopenhagen das Ziel, nosokomiale Keime um 50 Prozent zu reduzieren. Drei Jahre nach der Gründung einer Task Force konnten in bestimmten Bereichen signifikante Erfolge erzielt werden: eine mehr als 50-prozentige Reduktion bei Lungenentzündungen durch Beatmungsgeräte in allen Intensivstationen, und in einigen Krankenhäuser 30 Prozent weniger Infektionen mit *Clostridium difficile*, einem Erreger von Durchfallerkrankungen.

Einige Kernaussagen österreichischer Expertinnen und Experten auf diesem Round Table:

- Hygiene braucht Kompetenz und Zeit, und dafür müssen von der Politik und den Spitalshaltern geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dazu zählen ausreichend Personalressourcen
- Für die Zukunft sei ein offenerer Umgang mit dem Thema NI zu wünschen. Die Zeit gehe in Richtung Transparenz, das sei auch einer der wesentlichsten Erfolgsfaktoren
- Alle MitarbeiterInnen sollten die NI-Daten kennen. Auffälligkeiten sollten überprüft und dann die richtigen Konsequenzen daraus gezogen werden
- Gut zureden allein nütze nichts. Es müsse auch Kontrollen geben, und gegebenenfalls Sanktionen.

Haftung bei nosokomialen Infektionen

Im Vorjahr publizierte SIOP gemeinsam mit der Plattform Patientensicherheit das Papier „Haftung bei nosokomialen Infektionen: Wie Krankenanstalten ihre Patientinnen und Patienten, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und sich selbst schützen können“. Eine Kernaussage: „In dem Ausmaß, in dem Patientinnen und Patienten Krankenhaus-Infektionen nicht mehr als eine schicksalshafte Begleiterscheinung eines Spitalsaufenthalts akzeptieren, sondern Sicherheit einfordern, wird es künftig wohl verstärkt zu Klagen und Schadenersatzbegehren kommen. Absehbarer Weise wird das Thema daher zukünftig vermehrt auch die österreichischen Gerichte beschäftigen. Das Verbandsverantwortlichkeits-Gesetz, aufgrund dessen die Führung eines Krankenhauses strafrechtlich verfolgt werden kann, könnte dieser Entwicklung zusätzliche Impulse geben.“

Sofern ein Patient aufgrund einer NI Schaden erleidet, könne er mit einer Klage Schadenersatz – vor allem in Form von Schmerzensgeld – verlangen. Die Klage könne sich dabei sowohl gegen das Krankenhaus als auch gegen einzelne ÄrztInnen oder Pflegekräfte richten.

Das Papier der Expertinnen Dr.ⁱⁿ jur. Kletečka-Pulker und Dr.ⁱⁿ jur. Monika Ploier will Problembewusstsein auch für die rechtliche Seite des Themas nosokomiale Infektionen schaffen. Es bietet auch praktische Tipps, was man beachten sollte, um auch rechtlich „auf der sicheren Seite“ zu sein.

Zum Abschluss ein zentraler Satz eines Hygiene-Experten auf dem bisher letzten Round Table im Jahr 2017: Wenn wir nosokomiale Infektionen wirkungsvoll bekämpfen wollen, müssen wir alles dafür tun, die Innovationsfreude, die wir im chirurgischen Geschäft täglich an den Tag legen, auch im stationären Alltag zu etablieren. Wir sind „auf einem guten Weg, aber noch lange nicht am Ziel“.

www.sicherheitimop.at

5.16 PATIENTINNENSICHERHEIT UND KOMMUNIKATION

Mag. Bosko Skoko

Das Gesundheitswesen wird immer komplexer, der Anspruch an die Medizin ist in den letzten Jahren größer geworden, das Tempo neuer Entwicklungen steigert sich zusehends. Die Auswirkungen der Digitalisierung auf alle Bereiche der Gesundheit lassen sich aktuell nur ansatzweise erahnen. In einem solchen Umfeld braucht es ExpertInnen, die in ihrem Thema am Puls der Zeit sind. Und es braucht Kommunikation, die vor allem drei Aspekte sicherstellt: Erreichbarkeit, Transparenz und Kongruenz. Es geht darum, komplexe Inhalte in einfache, klare, alltagsrelevante Sprache zu gießen und leicht verständlich zu machen.

Wenn wir das Spannungsfeld „PatientInnensicherheit und Kommunikation“ betrachten, sind vor allem drei Dialoggruppen relevant:

1. PatientInnen benötigen Werkzeuge, um in immer komplexeren Strukturen und einem digitalen Überangebot an Apps und Entwicklungen wie Dr. Google den Überblick zu behalten und mit VertreterInnen der Gesundheitsberufe auf Augenhöhe kompetent zu kommunizieren und sicher zu agieren.
2. MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens stehen vor völlig neuen Herausforderungen und sind zunehmend negativen Entwicklungen wie Erschöpfung, Burnout, aber auch Gewalt und Aggression ausgesetzt. Da PatientInnensicherheit auch ganz wesentlich MitarbeiterInnensicherheit bedeutet, stellt Kommunikation mit und für diese Zielgruppe einen Schlüsselfaktor da.
3. Auf der Organisations- und Systemebene geht es vor allem darum, die Bedeutung einer offenen Fehlerkultur und empathischen Kommunikation im Sinne der PatientInnensicherheit zu betonen. So meinte Dr.ⁱⁿ Caroline Kunz, Vorstandsmitglied der Österreichischen Plattform Patientensicherheit, in einem Vortrag der letztjährigen Tagung: „Wir brauchen wieder eine Seele im Krankenhaus- und Gesundheitsbereich.“ Zuwendung, Aufmerksamkeit und Sensibilisierung sind wichtige Schlagworte, um Resilienz im Gesundheitswesen zu schaffen.

Die große Herausforderung für das Thema PatientInnensicherheit im Zusammenhang mit Kommunikation im Allgemeinen und Medienarbeit im Speziellen ist die Frage: „Only bad news are good news?“ Je höher die persönliche Betroffenheit, je dramatischer ein Vorfall, je negativer die Auswirkungen zum Beispiel eines Behandlungsfehlers, desto höher ist die mediale Aufmerksamkeit. Mag.^a Renate Haiden setzte sich 2014

in ihrer Masterthese „Patientensicherheit im Spiegel der Medien“ mit genau diesen Fragen auseinander und kommt zu folgendem Schluss: „Das Thema liegt am Tisch, wird aber nicht in der Form verarbeitet, wie sich das die meisten Akteure und Stakeholder wünschen.“ Um PatientInnensicherheit medial positiv zu besetzen, benennt Mag.^a Haiden eine Reihe von Aspekten, kommt aber auch auf die Selbstwahrnehmung der medizinischen Berufsgruppen zu sprechen, die lernen müssten, „sich selbst positiv wahrzunehmen“. Nur so sei eine ehrliche, transparente Kommunikation der Anliegen an die externen Zielgruppen möglich.

Dies ist einer der Gründe, warum die Österreichische Plattform Patientensicherheit in ihrer Kommunikationsarbeit vor allem mit positiven Beispielen statt mit Angst arbeitet und Best Cases eine Bühne bietet statt den Zeigefinger zu erheben. Und warum man in der Kommunikation neben persönlicher Kommunikation, Medienarbeit und auch einen starken Fokus auf digitale Kommunikationsarbeit wie die neu überarbeitete Website und regelmäßige Updates auf Twitter setzt.

5.17 PATIENTINNENSICHERHEIT – FEIGENBLATT ODER LORBEERKRANZ?

Dr.ⁱⁿ Silvia Türk

Mag.^a Patrizia Theurer

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Die Plattform Patientensicherheit feiert heuer ihr 10-jähriges Jubiläum – dazu gratuliert das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ganz herzlich!

Maßgeblich beteiligt am aufkeimenden Interesse für Patientensicherheit waren 2008 sicherlich internationale Initiativen, allen voran 2002 die Empfehlung der WHO zur Patientensicherheit. Österreich verankerte bereits drei Jahre später das Schlagwort Patientensicherheit im Gesundheitsqualitätsgesetz. Das stellte einen Meilenstein dar und brachte das Thema ins Bewusstsein auch jener Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, die Patientensicherheit bis dahin als „Orchideenfach“ abgetan hatten.

2008 erarbeitete die Europäische Union einen Entwurf für eine „Empfehlung zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen“. Im Zusammenhang mit der geplanten EU-Empfehlung kam es auch zur Gründung der Plattform Patientensicherheit.

Österreichische Strategie zur Patientensicherheit

Motiviert von der internationalen Entwicklung wurde in Österreich im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 die erste **österreichweite Strategie zur Patientensicherheit für den Zeitraum 2013 bis 2016** erstellt. Darin wurden erstmals Ziele und Maßnahmen festgelegt, Akteure für die fünf Interventionsfelder Politikentwicklung, Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Patientinnen und Patienten sowie breite Öffentlichkeit identifiziert und ein Monitoring eingeführt.

Eine Vielzahl der empfohlenen Maßnahmen konnte seither im Zusammenspiel mit den wichtigsten Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen umgesetzt werden. Beispielhaft sollen hier die Einführung von Reporting & Learning-Systemen in den Gesundheitsorganisationen sowie von Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens genannt werden.

Es ist ein klares Ziel der Gesundheitspolitik, die Strategie der Patientensicherheit weiter zu entwickeln und zu verbessern. Dabei sollte auf den bisherigen Erfahrungen und den bereits umgesetzten Maßnahmen sowie den inhaltlichen Empfehlungen des Patientensicherheitsbeirats aufgebaut werden.

Beirat für Patientensicherheit

Eine der in der Strategie geforderten Maßnahmen war die Einrichtung eines Beirats für Patientensicherheit. Der Beirat soll die Bundesministerin bei der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung beraten und den Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern sowie anderen wichtigen Betroffenen eine Plattform für den Austausch von Erfahrung bieten. Auch werden hier Anforderungen und Anregungen an die Politik formuliert. Der Beirat wurde gemäß § 8 Bundesministeriengesetz als beratendes Gremium für den Themenbereich Patientensicherheit eingerichtet. Mit der Zielsteuerung-Gesundheit 2017-2021 ist der „Beirat für Patientensicherheit“ in seine zweite Funktionsperiode gestartet. Neben der Weiterentwicklung

der Patientensicherheitsstrategie wurden in den letzten Jahren unter anderem Themen wie die Medikationssicherheit, Wirkstoffverschreibung bei Medikamenten, Hygienethemen bearbeitet, aber auch die Weiterentwicklung von Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI), kliniksuche.at, ein Röntgenpass für die Bevölkerung und die Ärzteausbildung wurden thematisiert.

Eine dringende Forderung des Beirats, nämlich die Prüfung und Schaffung der Rahmenbedingungen, um Wirkstoffverschreibung zu ermöglichen, wurde in das Arbeitsprogramm des neuen Zielsteuerungsabkommens aufgenommen. Das Protokoll und die dazugehörigen Unterlagen sowie die Geschäftsordnung des Beirats sind auf der Homepage des BMASGK einsehbar.

Obwohl im Rahmen dieses Artikels nur ein kurzes Anschneiden vieler Themen möglich ist, wird doch erkennbar, dass sich Patientensicherheit vom Nebendarsteller zur Hauptrolle hochgearbeitet hat. Dies war nur durch den leidenschaftlichen Einsatz vieler Einzelpersonen und Institutionen möglich. Die Plattform Patientensicherheit ist in diesem Zusammenhang aus dem Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken. In vielen Veranstaltungen hat sie das Bewusstsein für Patientensicherheit geweckt und z.B. durch die Erarbeitung von Informationsmaterial zur praktischen Umsetzbarkeit beigetragen.

Als Verantwortliche auf Bundesebene lautet für uns das klare Resümee: Patientensicherheit konnte in den vergangenen Jahren im österreichischen Gesundheitswesen etabliert werden. Es ist ganz sicher kein Feigenblatt, das leere Worthülsen verdecken muss. Den Lorbeerkrantz für bestmögliche Sicherheit können wir aber auch noch nicht vergeben, denn dazu gibt es noch zu viele Bereiche, in denen Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten erforderlich sind. Die Arbeit muss also weitergehen, und wir zählen dabei auch weiterhin auf die Plattform Patientensicherheit als starke Partnerin.

5.18 AUS- UND WEITERBILDUNG: SIMULATION

Dr. Michael Wagner

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Berger

**Abt. f. Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie
Medizinische Universität Wien**

In „To err is human“ wurde gezeigt, dass jährlich mehr Menschen an medizinischen Fehlern sterben als an Brustkrebs, Aids oder Verkehrsunfällen (1). Eine rezente Studie aus dem Jahr 2016 zeigte, dass in den letzten Jahrzehnten immer noch zu wenig Qualitätsverbesserung stattgefunden hat und medizinische Fehler bereits die dritthäufigste Todesursache in den USA darstellen (2).

Die sogenannten „human factors“ sind in bis zu 70 % die Ursache für menschliches Versagen im medizinischen Bereich. Diese „nicht-technischen Fähigkeiten“ umfassen u.a. Kommunikation, Entscheidungsfindung, Führungs- und Teamverhalten, Ressourcen- und Stressmanagement, Lösungsorientiertheit und Situationsbewusstsein. Insbesondere in Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt oder Kernenergie bestehen bereits Programme wie Simulationstrainings oder Ausbildungen und Trainings von Crisis Resource Management (CRM), um menschliche Fehler deutlich zu reduzieren (3).

Simulationsbasierte Aus- und Weiterbildungskonzepte sind weiterhin weder regelmäßig noch obligatorisch im Gesundheitswesen, finden aber zunehmend sowohl im Medizinstudium als auch im klinischen Alltag Einzug, da Studien den Nutzen für medizinische Fertigkeiten als auch positive Effekte in Bezug auf PatientInnensicherheit gezeigt haben (4,5,6). Simulationsbasiertes Training umfasst sowohl das Erlernen von technischen Fertigkeiten (Reanimationsalgorithmus, Intubation, Verlegung von Zugängen etc.) als auch interprofessionelle und interdisziplinäre Team-Trainings mit Fokus auf nicht-technischen Fähigkeiten.

In Gesundheitsberufen findet die Ausbildung verschiedener Berufsgruppen bis dato unabhängig voneinander statt, ohne dass Pflege und ÄrztInnen in dieser Zeit jemals miteinander lernen würden. In der Praxis wird jedoch von beiden erwartet, dass insbesondere in kritischen Situationen reibungsfrei und eingespielt zusammengearbeitet wird. Um besonders im medizinischen Bereich die PatientInnensicherheit zu verbessern und eine Sicherheitskultur zu etablieren, ist es unerlässlich, Zusammenarbeit im Team frühzeitig und regelmäßig anzubieten.

Kommunikationsprobleme während Notfallsituationen können zu schwerwiegenden Abweichungen von den bekannten Algorithmen führen. Zu diesen Kommunikationsproblemen zählen einerseits falsche Anweisungen an die Teammitglieder (Krankenpflegepersonal bekommt keine genaue Dosisangabe, Medikamente werden aufgrund von ähnlichem Namen verwechselt) sowie ungenaues oder zu wenig Feedback zu aktuell gesetzten Maßnahmen und Gedankenvorgängen (kein lautes Mitzählen während des Reanimationsalgorithmus, Fixierungsfehler). Durch die sogenannte closed loop-Technik werden Anweisungen durch die angesprochene Person nochmals wiederholt sowie die Ausführung der Tätigkeit rückgemeldet. Bei unklaren Anweisungen soll gezielt nachgefragt werden. Durch die 10-4-10 (ten-for-ten) Methode wird bei schwierigen Situationen durch ein Teammitglied eine kurze Nachdenkpause einberufen, bei der alle Teammitglieder mitbezogen werden und bei der Entscheidung über die weiteren Maßnahmen mithelfen. Dadurch können Fixierungsfehler durch eine einzelne Person vermindert und durch gemeinsame Reevaluation das Problem schneller gelöst und somit insgesamt Zeit gespart werden. Zusätzlich wird die Wichtigkeit des „speaking ups“ gelehrt, bei der flache Hierarchien in solchen Situationen im Vordergrund stehen und jedes Teammitglied, unabhängig von der Berufsgruppe und der Berufserfahrung, jederzeit Auffälligkeiten und Vorschläge melden und einbringen kann. Im Anschluss an Simulationstrainings wird durch standardisierte Debriefings die Situation gemeinsam nachbesprochen und die positiven sowie die negativen Ereignisse analysiert. Diese Debriefings sollen zukünftig auch im klinischen Alltag eine wichtige Rolle zur Verbesserung der Kommunikation in medizinischen Teams einnehmen, um auch im Anschluss an reale Notfallsituationen jedem die Möglichkeit zu geben, diese nachzubespochen und Verbesserungsvorschläge für weitere derartige Ereignisse zu erarbeiten. Insgesamt soll das Simulationstraining zu einer Verhaltensänderung im Umgang und in der Kommunikation mit anderen Teammitgliedern führen und dadurch die PatientInnensicherheit durch Verminderung medizinischer und menschlicher Fehler verbessern.

Das zeigt die Wichtigkeit, möglichst frühzeitig schon angehenden Studierenden im Bereich Medizin und Gesundheits- und Krankenpflege ein solches Simulationstraining zu ermöglichen, aber dieses auch in den Berufsalltag zu integrieren. In diesen Trainings findet nicht nur ein hohes Maß an Theorie-Praxis-Vernetzung statt, sondern es werden die Folgen einer gut funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit auf das Outcome der PatientInnen unmittelbar sichtbar und erlebbar. Medizinische Simulation ist eine hervorragende Methode zur Verbesserung der medizinischen Ausbildung sowie zur Erhöhung der PatientInnensicherheit.

Zur Förderung und Standardisierung der medizinischen Simulation im deutschsprachigen Raum wurden die DGSIM (Deutsche Gesellschaft für Simulation in der Medizin; www.dgsim.de), das Netzwerk Kindersimulation (www.netzwerk-kindersimulation.org) sowie die Arbeitsgruppe für pädiatrische Simulation und PatientInnensicherheit (Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde; <https://www.paediatric.at/arbeitsgruppen-und-referate/leiter-ag/4229-ag-paediatrische-simulation-und-patientensicherheit>) gegründet.

Das Konzept des pädiatrischen Simulationstrainings wurde vor über zehn Jahren an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität Wien eingeführt. Neu seit 2016 ist, dass nicht nur Medizinstudierenden die Möglichkeit gegeben wird daran teilzunehmen, sondern auch Studierenden im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege. Das Projekt „Interprofessionelles Simulationstraining“ bietet jedes Semester die Möglichkeit, schon in der Ausbildung als interprofessionelles Team ein kritisch krankes Kind zu versorgen. Das Simulationstraining dauert drei Stunden und findet monatlich statt. Um ein qualitatives Training anbieten zu können, werden viele personelle sowie materielle Ressourcen benötigt. Anwesend sind neben den TeilnehmerInnen InstruktorInnen, SimulationsassistentInnen und wissenschaftliche MitarbeiterInnen. Die materiellen Ressourcen inkludieren die komplexe Technik (Kameras, Mikrofone, Lautsprecher, Monitore, Telefone) sowie die Simulationspuppen und das medizinische Material. Neben Trainingseinheiten für Auszubildende werden auch pädiatrische Simulationstrainings für medizinisches und pflegerisches Personal angeboten. An der neonatologischen Abteilung sind die Trainings seit 2018 verpflichtend für das gesamte Personal, Ärztinnen und Ärzte müssen mindestens einmal pro Jahr, Pflege mindestens einmal alle zwei Jahre zum Simulationstrainings. Die Trainings finden immer interprofessionell entweder im Simulationszentrum oder „in-situ“ an der Station statt. Zusätzlich werden Simulationstrainings auch regelmäßig für und mit anderen Disziplinen (Anästhesie, HNO, Kinderchirurgie, Geburtshilfe) abgehalten. Durch eine wissenschaftliche Begleitung sowie Kooperationen mit internationalen Zentren mit dem Fokus auf Verbesserung des Trainings, Umsetzung neuer didaktischer Methoden sowie Reduktion von Fehlerraten durch Standardisierung soll langfristig die PatientInnensicherheit verbessert werden.

Referenzen

- (1) Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US).
- (2) Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ (Clinical research ed). 2016;353:i2139.
- (3) Rall M, Lackner CK. Crisis Resource Management (CRM). Notfall + Rettungsmedizin. 2010;13(5):349–56.
- (4) Cheng A, Lang TR, Starr SR et al (2014) Technology-enhanced simulation and pediatric education: a meta-analysis. Pediatrics 133:e1313–e1323.
- (5) Griswold S, Ponnuru S, Nishisaki A et al (2012) The emerging role of simulation education to achieve patient safety: translating deliberate practice and debriefing to save lives. Pediatr Clin North Am 59:1329–1340.
- (6) Mundell WC, Kennedy CC, Szostek JH et al (2013) Simulation technology for resuscitation training: a systematic review and meta-analysis. Resuscitation 84:1174–118.

5.19 „ERINNERN HILFT VORBEUGEN“ GEWALTPRÄVENTION BEI DER CARITAS

Dr. Thomas Wochele-Thoma, MSc
Ärztlicher Leiter der Caritas der Erzdiözese Wien

Die Caritas der Erzdiözese Wien kann seit ihrer Gründung 1921 auf eine bewegte Geschichte des Engagements für Menschen in unterschiedlichen Notlagen zurückblicken. Die MitarbeiterInnen der Caritas beraten, begleiten, unterstützen und treten solidarisch im Sinne einer Anwaltschaft seit über 90 Jahren für Menschen ein. Professionelle Hilfe wird rasch und qualitativvoll bereitgestellt.

Über die Jahrzehnte hinweg hat sich sowohl der pädagogische als auch der gesellschaftliche Ansatz und Anspruch an die Arbeit für Menschen in Not stark verändert. Zur Sicherstellung von qualitätsvoller Arbeit werden daher eigene Arbeitsweisen und Strukturen innerhalb der Organisation regelmäßig reflektiert. „Gewaltprävention“ als Thema ist der Caritas der Erzdiözese Wien ein wichtiges Anliegen. Die Caritas bekennt sich dazu, dass innerhalb der Organisation eine Kultur gepflegt werden soll, in der Diskriminierung und Gewalt erkannt, berichtet, die Hintergründe geklärt und letztendlich verhindert wird.

Mit der Gründung eines Caritas-Präventionsbeirats im Jahr 2012 und der Einsetzung einer Beauftragten für Gewaltprävention bekennt sich die Caritas zur notwendigen und dauerhaften Beschäftigung mit diesem Thema. Der Caritas war damals klar: Wir stellen uns diesem dunklen Kapitel der eigenen Geschichte. Dahinter steht die Überzeugung, dass sowohl die Erinnerung als auch die Anerkennung dieses Leids wesentlichen Anteil daran tragen können, eine „Kultur des Hinschauens“ zu entwickeln und Gewalt künftig möglichst zu verhindern.

Aus Gesprächen mit Betroffenen wissen wir: Größer als der Wunsch nach Anerkennung und öffentlichem Schuldeingeständnis ist meist nur die Hoffnung der Betroffenen, dass sich dieses Unrecht nicht von neuem wiederholt. Wer sagt: Das Kapitel ist abgeschlossen, die Sache ist erledigt, der riskiert nichts weniger als die Wiederholung dessen, was er zu verhindern vorgibt.

Die MitarbeiterInnen im Sozialbereich arbeiten oft mit Menschen am Rande der Gesellschaft. Es kann vorkommen, dass die Lebensrealitäten ihrer KlientInnen zu Frustration und Verzweiflung führen. Wichtig ist es zu betonen: Es geht nicht darum, Gewalt zu entschuldigen oder Gewalt „wegzuverstehen“, sondern es geht darum, Veränderung zu ermöglichen und Wege aufzuzeigen, Krisen frühzeitig zu erkennen und zu helfen, um Gewalt – im Sinne echter Prävention – zu verhindern.

Auch in der Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und betreuten Personen können Konflikte entstehen. Situationen können eskalieren und damit negative Emotionen auf beiden Seiten entstehen lassen. Betreuungsmaßnahmen können so erlebt werden, dass dabei persönliche Grenzen überschritten und auf beiden Seiten unangenehme Gefühle ausgelöst werden.

Die Caritas der Erzdiözese Wien hat ein umfassendes Gewaltpräventionskonzept entwickelt, das laufend in der gesamten Organisation verankert und umgesetzt wird, denn auch hier gilt „erinnern hilft vorbeugen“.

Konkret hat die Caritas der Erzdiözese Wien seither die Stelle eines Beauftragten für Gewaltprävention geschaffen, um zusätzlich zu bereits gesetzten Maßnahmen weitere präventive Schritte umzusetzen und weiterzuentwickeln.

Weitere Schritte, die indirekt eine Verbesserung der Gewaltprävention bringen, sind einerseits die Erhöhung der Selbstbestimmung und Partizipation von KlientInnen und andererseits eine weitere Öffnung der Caritas nach außen, also mehr Transparenz. In jedem Bereich der Organisation wurden Modelle der Selbstvertretung von KlientInnen etabliert und der Zugang zu Selbstvertretungsinstrumenten geschaffen.

Klar ist also: Die Ereignisse in der Vergangenheit bedeuten Verantwortung für Gegenwart und Zukunft. Wir brauchen eine Kultur der Achtsamkeit – eine Kultur des Hinsehens, um Mitarbeiterinnen und Klientinnen in solchen Situationen rechtzeitig zu unterstützen, um Gewalt zu verhindern.

Diese Kultur des Hinsehens und der Achtsamkeit verbindet die Caritas mit der Plattform Patientensicherheit. Aus diesem Grund kooperieren die Caritas der Erzdiözese Wien und die Plattform.

Die Plattform Patientensicherheit bietet mit der „SafetyLine“ allen MitarbeiterInnen der Caritas, den Klientinnen und auch den Angehörigen eine unabhängige Anlaufstelle, um rasch, anonym und kostenlos Unterstützung und damit Entlastung zu bekommen. Dadurch sollen Situationen, die sonst eskaliert wären, entschärft oder zumindest rascher deeskaliert werden.

Dieses Angebot ist eine von vielen Maßnahmen, die dazu beitragen sollen, die Lebensqualität und die Sicherheit aller Betroffenen zu verbessern.

Wir stehen heute mit unserem Anliegen, Gewaltprävention umfassend zu leben, nicht am Ende eines Weges, sondern wir sind unterwegs und lernen mit Hilfe von Partnern wie der Plattform Patientensicherheit ständig dazu. Wir werden diesen Weg mit aller Entschiedenheit weiter verfolgen.

5.20 SCORING KANN LEBEN RETTEN PATIENTENSICHERHEIT DURCH DIGITALISIERUNG

PHILIPS

Philips

Digitalisierung hat die Chance, Patientensicherheit und Qualität auf ein ganz neues Level zu bringen. Deshalb ist Patientensicherheit bei Philips ein zentrales Thema. Kern der Philips Strategie ist das Health Continuum – die Begleitung des Menschen beginnend bei gesundem Leben, über Prävention aber auch einer schnellen und sicheren Diagnose, optimaler Behandlung bis hin zu individuellen Lösungen für die Pflege zu Hause.

„Wir wollen Silos aufbrechen und PatientInnen sicher durch das Gesundheitssystem begleiten. Durch digitale Lösungen schaffen wir es, die Kommunikation zwischen dem extramuralen und intramuralen Bereich wesentlich zu verbessern und damit sowohl Qualität und Sicherheit als auch Geschwindigkeit im Behandlungsprozess entscheidend zu verbessern“, berichtet Robert Körbler, CEO Philips Austria GmbH.

Ein besonderes Augenmerk liegt derzeit auf dem Einsatz von EDV-gestützten Frühwarnsystemen. Diese erhöhen die Patientensicherheit auf Normalstationen in Krankenhäusern. Aus diversen Studien ist bekannt, dass unerwünschte Ereignisse auf Normalstationen (Kreislaufstillstand, Sepsis und weitere Komplikationen) nicht plötzlich auftreten, sondern sich bereits mehrere Stunden zuvor ankündigen. Trotzdem treten derzeit ca. 40% der unerwarteten Todesfälle auf der Normalstation auf¹⁸.

18 Kohn L, Corrigan, JM, Donaldson, MS (ed.): To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

Verschlechterungen des Patientenzustandes sind durch die Veränderung von Vitalparametern erkennbar. Bereits in den 90ern startete man in Großbritannien mit der Entwicklung von Frühwarnsystemen, so genannten Early Warning Scores. Hier werden definierte Vitalparameter (Atemfrequenz, SpO2, Temperatur, Blutdruck, Puls,...) jedes Patienten erfasst und mit Risikopunkten bewertet. Die Konsolidierung der einzelnen Risikopunkte ergibt einen Score, der eine Entscheidungsunterstützung für das weitere Vorgehen gibt. Die Lösung von Philips „IntelliVue Guardian“ unterstützt die Pflege auf der Normalstation während des gesamten Prozesses. Dies beginnt bei der Messung der Parameter, der automatisierten Berechnung des Early-Warning-Scores als auch der detaillierten Darstellung jedes Patienten über den Trendverlauf des Gesamt-Scores. Die einzelnen Vitalparameter können ebenso in einer eigenen Software-Lösung angezeigt oder direkt in elektronische Fieberkurven übertragen werden.

Durch den Einsatz von Philips IntelliVue Guardian in einem britischen Krankenhaus im Rahmen der Vital II¹⁹ Studie konnte eine signifikante Reduktion patientenrelevanter aber auch wirtschaftlich wesentlicher Parameter erzielt werden. Insbesondere der Rückgang an Wiederaufnahmen (-24%) auf die Intensivstation ist von hoher Bedeutung, da Operationen planbarer bleiben oder nicht aufgrund fehlender Intensivbetten verschoben werden müssen. Die Anzahl der plötzlichen Herzstillstände konnte um 86% reduziert und die Mortalitätsrate auf der Intensivstation von rücktransferierten Patienten sogar um 66% gesenkt werden.

Gemeinsam mit Krankenhäusern und Holdings arbeitet Philips daran, Lösungen wie Guardian in den kompletten Workflow zu integrieren sowie neue Konzepte rund um Patientensicherheit zu entwickeln und zu implementieren.



40% aller unerwarteten Todesfälle geschehen auf der Normalstation.



In der Regel treten 6 bis 8 Stunden vor einem kritischen Ereignis Vowarnzeichen auf.



Weniger als 20% der Patienten die im Krankenhaus einen Herzstillstand erleiden, überleben.



70% aller Herzstillstände zeigen 24 bis 48 Stunden vorher Veränderungen der Vitalparameter auf.

[1] Kohn L, Corrigan, JM, Donaldson, MS (ed.): *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

[2] Dana Edelson et al. 2012.

[3] Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, et al: *The critical care safety study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care*. *Crit Care Med* 2005; 33:1694-1700.

[4] Schein RM, Hazday N, Pena M, et al. *Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest*. *Chest*. 1990; 98:1388-1392.

6. AUSTRIAN PATIENT SAFETY AWARD (APSA)

Die Plattform Patientensicherheit plante bereits seit längerem einen Preis für PatientInnensicherheit in Spitälern und Gesundheitseinrichtungen unter dem Titel „Austrian Patient Safety Award“ (APSA) ins Leben zu rufen. Nach arbeitsintensiven Monaten war es schließlich am 02.10.2013 soweit – die Plattform verlieh erstmalig in Österreich den Austrian Patient Safety Award. Der Preis wurde für innovative Leistungen zur Erhöhung von PatientInnensicherheit und Qualität in Gesundheitseinrichtungen vergeben. Ziel war es, hervorragende Projekte der Öffentlichkeit zu präsentieren und damit MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen für das Thema zu sensibilisieren. Gleichzeitig sollte mit dieser Initiative auch Innovationen erzeugt werden, die das Thema PatientInnensicherheit in der Praxis attraktiver machen. Weitere Ziele waren und sind die aktive Einbindung der Zielgruppe, Aufklärung zum Thema PatientInnensicherheit und Sicherung der Nachhaltigkeit des Themas.

6.1 2013

23 Bewerbungen aus ganz Österreich wurden eingereicht. Drei Siegerprojekte stehen stellvertretend für das große Engagement in heimischen Spitälern und Gesundheitseinrichtungen.



Platz 1 erlangte OA Dr. Wolfgang Puchner, Anästhesist und Risikomanager im AKH Linz und sein Team mit dem Projekt „PARS – patient at risk-Score-System“. Der multidisziplinäre Ansatz, PatientInnen in lebensbedrohlichen Situationen rasch der richtigen Behandlung zuzuführen, bezieht alle Gesundheitsberufe und Disziplinen ein und schafft so eine nachhaltige Sicherheitskultur. Das Projekt wurde in die Gesamtstrategie integriert, für die Evaluierung aufbereitet und stand letztlich für ein Roll-out in der gesamten Institution zur Verfügung. Die zusätzliche Einbettung in die Ausbildung und Schulungen der Gesundheitsberufe hat die Jury überzeugt, Dr. Puchner mit dem Austrian Patient Safety Award 2013 auszuzeichnen.



Kurzbeschreibung

Die Geschäftsführung des AKH Linz beauftragte mit Jänner 2013, basierend auf Erkenntnissen der Risikomanager (CIRS – Meldungen) ein Projekt zum frühzeitigen Erkennen von kritischen Verschlechterungen von PatientInnen – „patient at risk“ auf Normalstationen. Die Projektleitung übernahm der klinische Risikomanager, das Projektcoaching die Qualitätsmanagerin. Diese Projektinitiative ist in der AKH-Strategie (Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität und Patientensicherheit) eingebunden.

Das frühzeitige Erkennen von bedrohlichen Gesundheitszuständen mit rechtzeitigem Einleiten adäquater Maßnahmen wurde als Projektzweck definiert. Ein in der Literatur als valide beschriebenes Instrument, der „National Early Warning Score“, soll diese Aufgabe für Pflegekräfte und Mediziner, mittels Überwachung von Körperfunktionen, erhobene Zahl erleichtern. Die notwendigen Score verbundenen, medizinischen und pflegerischen Maßnahmen von verbesserter Überwachung bis Einbindung der Intensivmedizin wurden im „PARS-Trigger“ festgelegt. Begleitet durch intensive Kommunikation mit den Abteilungsvorständen und StationsärztInnen und Schulungen der Pflegekräfte vor Ort wurde auf 2 Pilotstationen (chirurgisch, intern) gestartet.

Die vorläufigen Analysen auf den 2 Abteilungen lassen positive Entwicklungen in Bezug auf Verhinderung katastrophaler Folgen (z.B. Herzalarme) erkennen. Derzeit wird die Optimierung und Integration des Scores für die tägliche Praxis in den elektronischen PatientInnenendokumenten finalisiert. Aus Erkenntnissen der Pilotphase wird für das bevorstehende hausweite „roll out“ an einem effizienten und einheitlichen Scoren und Triggern für AKH-PatientInnen gefeilt.



Platz 2 belegte Mag. Robert Hoge mit dem AUVA-Projekt „CIRPS entwickelt sich – Zahlen, Daten und Fakten belegen die Wirkung von CIRPS zur Erhöhung der Patientensicherheit“. Das Projekt wurde von der Jury als Leitprojekt für PatientInnensicherheit in Österreich bewertet und daher ausgezeichnet.



Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) hat 2006 mit der Implementierung von CIRPS® (Critical Incident Reporting und Prevention System) in ihren elf Gesundheitseinrichtungen begonnen.

Kurzbeschreibung

CIRPS ist als ein Instrument zum Erkennen, Melden, Analysieren und lösungsorientiertem Bearbeiten von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Beinaheschäden in Österreich etabliert. In den sieben Unfallkrankenhäusern und vier Rehabilitationseinrichtungen der AUVA stellt CIRPS einen Teil des AUVA-Qualitätsmanagement (QM)-Systems dar. Durch dieses einfache, sehr niederschwellige System können alle MitarbeiterInnen Gefahrenquellen ohne Angst vor Sanktionen anonym oder unter Nennung ihres Namens an das CIRPS-Vertrauensteam ihrer Gesundheitseinrichtung melden, bevor etwas passiert.

Das Fehlermanagementsystem CIRPS ist kein vom Krankenhaussträger verordnetes Instrument, sondern es wurde von den Krankenhausleitungen der jeweiligen Einrichtungen aktiv angefordert. Ohne aktive Unterstützung aller Mitglieder der Kollegialen Führung und den MitarbeiterInnen in der Einrichtung wäre eine Implementierung undenkbar.

Zentrales Element ist die schon bei der Implementierung geplante Evaluierung im Sinne des PDCA-Zyklus. Der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) verlangt, dass die im Plan gesetzten Ziele nach der Durchführung der Maßnahme (Do) im Check zu überprüfen sind, um die geeigneten „Acts“ zu setzen. Dadurch ist eine laufende Verbesserung des Fehlermanagementsystems gewährleistet.

Die Evaluation von 1.926 Meldungen (Stand 31.12.2017) seit der Einführung von CIRPS in der AUVA im Jahr 2006 mit dem UKH Graz zeigt, dass davon 1.292 (67 %) der Meldungen für CIRPS geeignet waren und bearbeitet wurden. Seit 2012 bewirkten die 769 bearbeitbaren CIRPS-Meldungen 490 nachhaltige Struktur- und Prozessänderungen in den elf AUVA-Gesundheitseinrichtungen. Im Jahr 2017 wurden von den MitarbeiterInnen 173 CIRPS-Meldungen abgegeben, davon waren 112 (65 %) bearbeitbar und 123 (71 %), „nicht-anonym“. Diese Meldungen bewirkten 80 nachhaltige Struktur- oder Prozessänderungen. Die jährliche Evaluation der von Beginn an gemeinsam vereinbarten Evaluationskriterien ermöglicht es CIRPS laufend weiterzuentwickeln. 2017 wurden von den 112 bearbeitbaren CIRPS-Meldungen der AUVA-MitarbeiterInnen 80 nachhaltige Struktur- und Prozessveränderungen abgeleitet.

Neben der laufenden Evaluation und der Veröffentlichung dieser, ist auch die „Vernetzung“ der einzelnen AUVA-Gesundheitseinrichtungen ein bedeutender Bestandteil von CIRPS. Unter „Vernetzung“ wird die Weiterleitung einer CIRPS-Meldung aus einer AUVA-Einrichtung an alle weiteren AUVA-Einrichtungen und der Austausch von Erfahrungen der Einrichtungen in jährlichen Workshops, um Best und Better-Practice zu erkennen und zu übernehmen, verstanden. Zusätzlich besteht seit März 2017 eine enge Kooperation mit dem Gesundheitsfond Steiermark und der IPS (Initiative PatientInnensicherheit Steiermark). Die gemeinsame Weiterentwicklung und die Nutzung von Synergien sind das Ziel dieser Zusammenarbeit.



Platz 3 belegten Mag.^a Michaela Drexel, MAS, Leitung Qualitätsmanagement, und Univ.-Prof. Ing. Dr. Gerhard Stark, Ärztlicher Direktor im Krankenhaus der Elisabethinen GmbH (Graz). Sie punkteten mit der Einreichung einer videoassistierten Simulation von Notfallsituationen im Operationssaal. Im Vordergrund steht die Zusammenarbeit im Team sowie die Nutzung neuer Medien für den Bereich der PatientInnensicherheit.



©Publish Factory GmbH/APA-Fotoservice/Sched,
Die Plattform Patientensicherheit hat heuer erstmalig den „Austrian Patient Safety Award“ (APSA), einen Preis für Patientensicherheit in heimischen Spitälern und Gesundheitseinrichtungen, verliehen. Aus 23 Einreichungen wurden drei Preisträger - stellvertretend für das Engagment aller - prämiert.



©Publish Factory GmbH/APA-Fotoservice/Sched,
Sektionschef Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner (BMG), Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker, Geschäftsführerin der Plattform für Patientensicherheit (ANetPAS), Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Präsidentin der Plattform Patientensicherheit und Ärztliche Direktorin am KH Hietzing, und das Team vom Krankenhaus der Elisabethinen GmbH in Graz, das für die videoassistierte Simulation von Notfallsituationen im Operationssaal ausgezeichnet wurde.

6.2 2015

2015 waren Krankenanstalten, Abteilungen und Stationen bzw. ambulante Gesundheitseinrichtungen (Ordinationen, Gruppenpraxen und Institute) eingeladen, ihre Projekte einzureichen. Die Ausschreibung richtete sich an alle Personen, die Maßnahmen oder Projekte im Bereich PatientInnensicherheit im Gesundheitsbereich durchgeführt haben, die zur Förderung der PatientInnensicherheit unter Berücksichtigung folgender Prinzipien getragen sind:

- ⇒ Teamorientierung
- ⇒ Klinische und Praxis-Relevanz
- ⇒ Methoden- und Maßnahmencompliance
- ⇒ Umsetzung und Grad der Implementierung
- ⇒ Sicherstellen von Nachhaltigkeit.

Die Entscheidung über die Preisträger traf eine fachkundige Jury aus dem Gesundheits- und PatientInnensicherheitsbereich. Im Rahmen der Tagung „E-Health – Chancen und Risiken für PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit“ wurden die Preisträger des 2. Austrian Patient Safety Award 2015 präsentiert.

Preisträger Kategorie Simulationen



„Aufbau eines Trainingszentrums für simulationsbasiertes Crisis Resource Management Training in der Medizin“, Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc, Landesklinikum Wiener Neustadt; Karl Landsteiner Institut für medizinische Simulation und Patientensicherheit. Seit 2009 werden am Landeklinikum Hohegg simulationsbasierte CRM-Teamtrainings (Crisis Resource Management Trainings) durchgeführt. Dabei werden vor allem Führungskompetenz, Teamarbeit und Kommunikation in akutmedizinischen Stresssituationen trainiert.

©Katharina Schiffli;
Im Bild v.l.n.r.: Dr. Helmut Trimmel, Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl

Kurzbeschreibung

Irrtum und Fehler sind auch in der klinischen Medizin häufig: spätestens seit der Veröffentlichung des Reports „To err is human“ des Institutes of Medicine im Jahr 2000 ist dies eine bekannte Tatsache. Schätzungen gehen davon aus, dass „nicht-intendierte Ereignisse“ zu den 10 häufigsten Todesursachen in der stationären PatientInnenbehandlung zählen; der im März 2014 publizierte Krankenhaus-Report der AoK spricht von rd. 18.800 tödlichen „Fehlern“ in Deutschland, ein Großteil davon wäre potentiell vermeidbar. Es ist klar, dass diese Problematik auch in Österreich nicht grundlegend anders sein kann.

Die Initiative zielt darauf ab, durch eine Erhöhung der Kompetenz des menschlichen Handelns in kritischen Situationen einen Beitrag zur Reduktion der genannten Problemstellung und damit direkt zur Erhöhung der PatientInnensicherheit zu leisten. Ähnlich wie Piloten am Flugsimulator werden ÄrztInnen und Pflegepersonen an unserer Institution simulierten kritischen (Behandlungs-) Situationen unter audiovisueller Kontrolle ausgesetzt. Im Anschluss an die PatientInnenbehandlung erfolgt eine interaktive Aufarbeitung der Ereignisse in Form eines von geschulten Instruktoren angeleiteten Debriefings. Unterstützend werden theoretische Kenntnisse zu sicherer Kommunikation, Entscheidungsfindung sowie den psychologischen bzw. physiologischen Grundlagen des menschlichen Handelns in kritischen Situationen vermittelt.

Preisträger Kategorie Simulation



©Katharina Schiffli;
Im Bild v.l.n.r.: Univ.-Prof.in Dr.ⁱⁿ Dagmar Bancher-Todesca,
Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Bernhard Rössler, Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl

„Fokus Geburtshilfe: Interdisziplinäres Teamtraining zur Versorgung von Müttern und Kindern während geburtshilflicher Notfallsituationen“, Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Bernhard Rössler, MIH, Univ.-Prof.in Dr.ⁱⁿ Dagmar Bancher-Todesca, Medical Simulation and Emergency Management Research Group Klinische Abteilung für Allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie; Medizinische Universität Wien. Im Rahmen von In-sito-Trainings direkt im Kreissaal werden interprofessionelle Teams gemeinsam auf Stresssituationen bei problematischen Geburten vorbereitet. Dabei werden Wissen und Fertigkeiten vermittelt und das richtige Verhalten geübt.

Kurzbeschreibung

Aufgrund des medizinischen Fortschritts ist die Sterblichkeit rund um die Geburt in den letzten Jahrzehnten in Österreich deutlich zurückgegangen. Kommt es während der Geburt zu Komplikationen, ist eine rasche effiziente und professionelle Kooperation durch ein multidisziplinäres Team notwendig um für Mutter und Kind ein bestmögliches Überleben sicherzustellen.

Die Fähigkeit von Teams, die für die Versorgung von kritischen Notfällen benötigt werden lassen sich nicht ausschließlich aus Büchern oder im klinischen Alltag erlernen. Seit 2013 werden daher an der Medizinischen Universität Wien, realitätsnah am Simulator, interdisziplinäre Trainings abgehalten. Diese werden als szenarienbasierte Simulation (z.B. Schulterdystokie, postpartale Blutung, Eklampsie) veranstaltet um eine strukturierte Versorgung während eines Notfalls zu üben. Dies bietet die Grundlage für eine wesentliche Verhaltensoptimierung in der Routine und der gesteigerten PatientInnen-sicherheit im Notfall.

Besonderes Augenmerk wird neben der Beherrschung der technischen Fertigkeiten auf die Zusammenarbeit im Team bzw. auf nicht-technische Fertigkeiten (Situationsbewusstsein, Teamfähigkeit, Führungsqualitäten, Kommunikationsverhalten) gelegt.

Trainiert wird am lebensähnlichen Simulator einer schwangeren Patientin. Dieser ermöglicht Pathologien des Geburtsvorgangs zu üben. Der Simulator wird über eine Steuerungseinheit durch Simulationsexperten bedient. Die Reaktionen der Gebärenden werden kontinuierlich an die gesetzten Handlungen angepasst. Durch den Einsatz einer Videoanlage ist es möglich über die Lernziele im Debriefing gemeinsam zu reflektieren und positive Verhaltensänderungen zu festigen.

Preisträger Kategorie Hygiene



©Katharina Schiffli;
Im Bild v.l.n.r.: Prim. Priv.-Doz. Dr. Benjamin Dieplinger,
Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl

„Vermeidung postoperativer Wundinfektionen bei Sectio caesarea (Kaiserschnitt)“, Prim. Priv.-Doz. Dr. Benjamin Dieplinger, Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz. Mit einem evidenzbasierten Maßnahmenbündel ist es gelungen, die Wundinfektionsrate von 1,36 Prozent im Jahr 2013 auf 0,28 Prozent im laufenden Jahr zu senken.

Kurzbeschreibung

Ziel der Initiative war es, alle evidenzbasierten Maßnahmen zur Verhinderung postoperativer Wundinfektionen bei Sectio Caesarea (Kaiserschnitt) dauerhaft im klinischen Alltag zu implementieren.

Basis dafür lieferte die seit mehr als 10 Jahren an der Johns Hopkins Universität entwickelte „Comprehensive Unit Based Patient Safety“ (CUSP)-Strategie. Kernpunkt dieser CUSP-Strategie ist die Einbindung des Wissens der „Patient Safety Science“ sowie der „Human Factor“-Problematik. Unser Projekt zielte darauf ab, den umfassenden und interdisziplinären CUSP-Ansatz auf hausbezogene Verhältnisse zu adaptieren und anzuwenden.

Preisträger Kategorie Hygiene



©Katharina Schiffli;

Im Bild v.l.n.r.: Prim. Dr. Gerald Pichler, DGKP Christian Pux, Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl



„Multiresistente Krankheitserreger – Herausforderung angenommen“, Prim. Dr. Gerald Pichler, MSc, und DGKP Christian Pux, Albert Schweitzer Klinik, Geriatriische Gesundheitszentren Graz. Durch eine Optimierung des Hygienemanagements konnten 68 Prozent der auftretenden MRSA-Keime antibiotikafrei dekontaminiert werden.

Kurzbeschreibung

Multiresistente Krankheitserreger gehen mit erhöhter Morbidität und Mortalität als auch mit steigenden Kosten für das Gesundheitssystem einher. In einer Prävalenzuntersuchung in der Albert Schweitzer Klinik Graz wurde auf Langzeitstationen (Medizinische Geriatrie und Wachkoma) der Trägerstatus von „Methicillin resistenten Staphylococcus aureus“ (MRSA) ermittelt und die Dekontaminierung mittels antibiotikafreier octenidin-basierter Substanzen getestet.

Ziel des Projektes war die Erhöhung der PatientInnenicherheit durch ein flächendeckendes MRSA-Screening und die Verminderung körpereigener MRSA-Infektionen durch Dekontamination der MRSA-positiven PatientInnen. Dies sollte auch zum Schutze des Personals und der BesucherInnen dienen und zur Optimierung des Hygienemanagements beitragen.

Insgesamt wurde bei 25 (20 %) der 126 eingeschlossenen PatientInnen ein MRSA-Trägerstatus diagnostiziert. Positiv getestete Lokalisationen waren im Bereich Haut, Nase, Tracheostoma und an PEG-Einstichstellen.

Mit 38,5 % war die Prävalenz an den Wachkomastationen besonders hoch. Die PatientInnen in diesem Bereich werden beinahe ausschließlich von Intensivstationen übernommen und stellen somit eine Hochrisikogruppe für multiresistente Erreger (MRE) dar. Erfahrungsgemäß zeigen ca. 30 % aller PatientInnen bereits bei Aufnahme einen positiven Trägerstatus für MRE.

Nach maximal drei 5-tägigen Dekontaminierungszyklen mittels handelsüblicher octenidin-basierter Produkte war bei 68% aller primär positiv getesteten PatientInnen eine vollständige Sanierung von MRSA möglich.

Die Studienergebnisse wurde im „European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases“ publiziert.

Durch die nachhaltige Umsetzung der optimierten Hygienerichtlinien waren ohne weitere Intervention auch nach 3 bis 6 Monaten 70 % der primär positiven PatientInnen hinsichtlich MRSA keimfrei.

Die verbesserte Basishygiene und die Implementierung eines Aufnahmescreenings sowie eines 6 Monate-Folgescreenings konnten die MRSA-Prävalenz auf den Wachkomastationen auf 7 % (2016) und 5 % (2017) reduzieren.

„Preisträger Kategorie CIRS“



©Katharina Schiffli;
Im Bild v.l.n.r.: DI Daniela Waltritsch, BSc, StPfl. Volker Hübl, MSc



„Risikomanagementsysteme/CIRS: Neue Wege in der CIRS Meldungsbearbeitung“, DI Daniela Waltritsch, BSc und StPfl. Volker Hübl, MSc, Kardinal Schwarzenberg Klinikum GmbH. Durch die Schulung und Installation von 40 gut ausgebildeten RisikomanagerInnen in allen Abteilungen konnte die Fehlerkultur massiv verbessert und die Anzahl der CIRS-Meldungen signifikant gesteigert werden.

Kurzbeschreibung

Der Fortschritt in der Medizin, mit immer mehr Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten (bei entsprechend höheren Risiken) und das Umdenken der PatientInnen (gesteigerte Erwartungshaltung, vermehrte Klagen) sowie verschärfte gesetzliche Rahmenbedingungen fordern Gesundheitseinrichtungen zu Initiativen bezüglich der Erhöhung der PatientInnensicherheit. Der Fokus geht immer mehr in Richtung Fehler finden bevor sie entstanden sind. Aus diesem Grund hat sich unser Krankenhaus zum Ziel gesetzt, die PatientInnen- & MitarbeiterInnensicherheit durch Etablierung eines gelebten Risikomanagementsystems aktiv zu beeinflussen.

Klare Strukturen und Prozesse sind im Risikomanagement die Basis. Es gilt allerdings zu bedenken, dass ohne Akzeptanz und Risikobewusstsein der MitarbeiterInnen selbst das beste System nicht gelebt wird.

Durch zahlreiche Schulungen im Umfeld der Beschäftigten und Etablierung eines einfachen, aber ausgeklügelten Prozesses hat das Risikomanagement/CIRS das Vertrauen der MitarbeiterInnen erlangt.

Einzigartig an „unserem CIRS“ ist das selbst entwickelte Rückmeldungssystem, das die Findung von praxistauglichen Lösungen effizient unterstützt und auf die fachliche Expertise eines breit aufgestellten Netzwerkes an ausgebildeten/zertifizierten klinischen Risikomanagern in allen Abteilungen zurückgreifen kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich das Risikomanagementsystem gut etabliert und sich auch gute Lösungsansätze für eine bessere Sicherheit ergeben haben. Es ist der Kollegialen Führung ein großes Anliegen das Credo „Blame and Shame“ aus dem Krankenhausalltag zu verbannen. MitarbeiterInnen mit Risikobewusstsein sollen nicht mehr fragen „wer?“, sondern „Warum ist es überhaupt so weit gekommen?“.



©Katharina Schiffli;
Im Bild v.l.n.r.: Dr.ⁱⁿ Martina Wölfl, Mag.^a Martina Anditsch,
Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl



„Pharmazeutisch/medizinischer Medikationscheck bei der ProblempatientIn mit Polymedikation in der Ordination“, Dr.ⁱⁿ Martina Wölfl und Mag.^a Martina Anditsch, Wölfl Internistisches Zentrum Brigittenaus. ApothekerIn und ÄrztIn überprüfen gemeinsam die Medikation multimorbider PatientInnen. Damit ist es gelungen, die Medikation zu optimieren und um durchschnittlich 2,7 Medikamente pro PatientIn zu reduzieren.

Kurzbeschreibung

Eine Zusammenarbeit zwischen einer niedergelassenen Internistin und einer Klinischen Pharmazeutin 1x/alle 2 Wochen für 4 Stunden soll in der Ordination etabliert werden, um klinisch relevante Interaktionen und Nebenwirkungen bei der Patientin aufgrund der Einnahme einer Multimedikation zu vermeiden, Beschwerden zu lindern oder körperlichen Schäden vorzubeugen (z.B. Niereninsuffizienz, Elektrolytstörungen). Der Projektzeitraum erstreckte sich zwischen Jänner 2014 bis Jänner 2015.

Ergebnis

Bei allen Problempatientinnen, die von Ärztin und Apothekerin gemeinsam angeschaut wurden, konnte eine Reduktion der Medikation vorgenommen werden. Wobei der Therapieerfolg zumindest erhalten, allerdings meistens substantielle Verbesserungen für die Patientin erreicht werden konnten. Im Durchschnitt konnte die Medikation um 2,7 Medikamente pro Patientin reduziert werden.

Der Patient Safety Award wurde im Rahmen der Welldone Lounge am **12. Oktober 2015** verliehen.



Der Austrian Patient Safety Award wurde im Rahmen der Welldone Lounge am 12. Oktober 2015 verliehen.

Fotograf: Katharina Schiffli/©: Welldone/Schiffli
v.l.: StPfl. Volker Hübl, Msc., DI Daniela Waltritsch, Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Prim. Dr. Helmut Trimmel, Prim. Dr. Gerald Pichler, DGKP Christian Pux, Dr.ⁱⁿ Martina Wölfl, Mag.^a Martina Anditsch, Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ Dagmar Bancher-Todesca, Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Bernhard Rössler, Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker, Priv.-Doz. Dr. Benjamin Dieplinger

6.3 2017

Es wurden insgesamt 17 Projekte eingereicht und 7 Projekte prämiert. Die feierliche Preisübergabe fand im Rahmen des Jahreskongresses zum Thema: Speak-Up! Wenn Schweigen gefährlich ist am 07.11.2017 im Festsaal der Medizinischen Universität Wien statt. Die Preisverleihung wurde von Stadträtin Sandra Frauenberger und der Präsidentin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl vorgenommen.



Der Austrian Patient Safety Award wurde im Rahmen des Jahreskongresses am 7. November 2017 verliehen.

© Rüdiger Ettl

Im Bild v.l.n.r.: Ing. Mag. Gerald Doubek, Präsidentin Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Stadträtin Sandra Frauenberger, Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker, Dr.ⁱⁿ Agnes Neumayr, DGKP Christian Pux, Dr. Michael Wagner, Dr. Patrick A. Schögl, Anna Maria Eisenberger, MBA, DGKP Regina Penzinger, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Polanezky, MSc, DGKP Benjamin Walder, Dr. Georg Froese, Alfred Simroth, Dr. Peter Mailberger-Fritze, DGKP Michaela Wutti, MBA.

Kategorie „Sektorenübergreifend“



©Rüdiger Ettl;

Im Bild v.l.n.r.: Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, DGKP Benjamin Walder, Dr.ⁱⁿ Agnes Neumayr, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Polanezky, Stadträtin Sandra Frauenberger

„Standardisierte Patientenübergabe: Das ABS-Briefing“, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Polanezky, MSc, Dr.ⁱⁿ Agnes Neumayr, DGKP Benjamin Walder, Günther Schwemberger, Patrick Kindermann, Rettungsdienst Tirol, Tiroler Fondskrankenanstalten und ÄLRD-Team Tirol. Mit dem „ABS Briefing“ wurde eine nachhaltige Struktur zur Optimierung der Patientenübergabe vom Rettungsdienst an die Ambulanz eingeführt.

Kurzbeschreibung

Im Bundesland Tirol werden jährlich ca. 70.000 nicht Notarzt-relevante AkutpatientInnen vom Rettungsdienst an das Pflegefachpersonal der acht Tiroler Fondskrankenanstalten übergeben. Untersuchungen belegen, dass 70 % aller Fehler in der medizinischen Versorgung auf „menschliche Faktoren“ beruhen. An Nahtstellen, wie jene vom Rettungsdienst zur Notaufnahme, zählen mangelnde Information und Dokumentation zu häufigen Fehlerquellen. Um diese zu minimieren, wurde das Projekt „Standardisierte Patientenübergabe: das ABS-Briefing“ vom Rettungsdienst Tirol, dem Bezirkskrankenhaus Schwaz sowie dem ÄLRD-Team des Landes Tirol ins Leben gerufen.

In der Pilotphase des Projekts (Herbst 2015) wurden das diplomierte Ambulanzpersonal aus drei Tiroler Krankenhäusern sowie die MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes anhand einer Online-Umfrage zur Übergabesituation befragt. Ziel war die Entwicklung einer Checkliste zu den wichtigsten pflege- und patientenrelevanten Informationen, die als Standard in allen acht Tiroler Fondskrankenhäusern verwendet werden sollte. Zudem sollten die Informationen im Sanitärprotokoll dokumentiert werden.

2016 wurde die „Checkliste Patientenübergabe – das ABS Briefing (Aufnahmeinformation, Begleitinformation, Sozialanamnese)“ tirolweit in allen Fondskrankenanstalten sowie einer privaten Krankenanstalt eingeführt. Österreichweit wurde das ABS-Briefing in die Ausbildung zum Rettungssanitäter und tirolweit in die Ausbildung des Diplompflegepersonals aufgenommen. Ein Schulungsfilm sowie entsprechendes Schulungsmaterial wurden dazu zur Verfügung gestellt.

Im Mai 2017 wurde das Gesamtprojekt durch eine weitere Online-Umfrage evaluiert. Die Ergebnisse bestätigen, dass mit dem „ABS Briefing“ eine nachhaltige Struktur zur Optimierung der PatientInnenübergabe vom Rettungsdienst an die Ambulanz eingeführt wurde.

Die Wichtigkeit des Projekts bestätigt sich auch im Nachfolgeprojekt: Gemeinsam mit Führungskräften aus Tiroler Pflegeheimen, Sozialsprengel, Krankenhäusern und dem Rettungsdienst wurde mit Herbst 2017 eine Checkliste zur „standardisierten Patientenübergabe Pflegeheime/Sozialsprengel ↔ Rettungsdienst ↔ Krankenhäuser“ entwickelt. Diese wird seit April 2018 in den drei Pilotregionen Kufstein, Landeck-Imst sowie Osttirol in insgesamt 3 Krankenhäusern, 13 Pflegeheimen und einem Sozialsprengel erprobt. Ziel dieses Projekts ist die weitere Ausrollung der Checkliste im extramuralen Bereich in den restlichen Tiroler Bezirken.

Die intensive Zusammenarbeit zwischen dem Rettungsdienst und dem Pflegepersonal ist der Erfolgsfaktor dieses Projekts. In Bezug auf pflege- und patientenrelevante Information und Dokumentation ist nun ein einheitlicher Standard in den Tiroler Fondskrankenanstalten und beginnend im extramuralen Bereich vorgegeben. PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit ist damit gewährleistet.

Kategorie „Innovation“



© Rüdiger Ettl;
Im Bild v.l.n.r.: Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Anna Maria Eisenberger, MBA, Doris Eglseer, BBSc, MSc, Stadträtin Sandra Frauenberger



„Mangelernährung im Krankenhaus – Ernährungsscreening als qualitätssichernde Maßnahme“, Anna Maria Eisenberger, MBA, LKH-Univ. Klinikum Graz. Ziel der Initiative ist, RisikopatientInnen frühzeitig zu erkennen, möglichst rasch eine adäquate Ernährungstherapie einzuleiten und damit die PatientInnensicherheit zu erhöhen sowie evidenz-basiertes Handeln zu gewährleisten.

Kurzbeschreibung:

Die Prävalenz der Mangelernährung bei hospitalisierten PatientInnen ist hoch und liegt laut Studien bei bis zu 60 %. Die Folgen sind unter anderem höhere Komplikations-, Morbiditäts- und Mortalitätsraten, langsamere Wundheilung, höhere Pflegebedürftigkeit und höhere Kosten. Daher ist es notwendig, PatientInnen mit Risiko für Mangelernährung frühzeitig zu erkennen.

Für die Bestimmung des Mangelernährungsrisikos sollen laut Leitlinien valide und reliable Screening-Tools verwendet werden. In der Praxis wird der Ernährungszustand häufig mit unzuverlässigen Parametern erhoben, wie zum Beispiel dem BMI oder dem klinischen Blick von ÄrztInnen oder Pflegepersonen. Im LKH-Univ. Klinikum Graz gab es bis zum Zeitpunkt des Starts der Initiative keine standardisierte Vorgehensweise zur Erhebung des Ernährungszustandes bei der Aufnahme der PatientInnen. Dadurch stand man vor der Problematik, dass zum Teil mangelernährte PatientInnen übersehen wurden und dementsprechend auch keine ernährungstherapeutischen Maßnahmen gesetzt wurden.

Ziel der Initiative war es daher, RisikopatientInnen frühzeitig zu erkennen, möglichst rasch eine adäquate Ernährungstherapie einzuleiten und damit die PatientInnensicherheit zu erhöhen sowie evidenz-basiertes Handeln zu gewährleisten. Daher wurde das Grazer Mangelernährungs-Screening (GMS) entwickelt, das für alle erwachsenen PatientInnen unabhängig von Alter, Geschlecht oder Diagnosen gleichermaßen anwendbar ist. Es wurde in das elektronische Dokumentationssystem der KAGes implementiert und steht damit allen KAGes-Häusern zur Verfügung. Damit einhergehend wurden ein multidisziplinärer Handlungsalgorithmus entwickelt, eine Prozesslandkarte und SOP erstellt sowie eine wissenschaftliche Studie zur Validität und Reliabilität des Screening-Tools durchgeführt.

Die Initiative wurde nahezu flächendeckend auf dem gesamte LKH Univ. Klinikum Graz implementiert und wird als Routinetätigkeit durchgeführt. Dadurch wird eine rasche ernährungstherapeutische Intervention bei Risikopatient ermöglicht, welche wesentlich zur PatientInnensicherheit beiträgt. Basierend auf der Initiative wurde eine Doktoratsarbeit zum Thema: „Malnutrition in Hospitals - The Quality of Nutritional Care with a special Focus on Malnutrition Screening“ verfasst. Diese stellt eine wissenschaftliche sowie praxisnahe Überprüfbarkeit der Wirksamkeit dar und untermauert somit die Qualität und Praktikabilität des Mangelernährungs-Screenings.

Kategorie „Innovation“



„Reduktion des Aspirationsrisikos und Erhöhung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus durch die Implementierung des Gugging Swallowing Screen (GUSS)“, DGKP Michaela Wutti, MBA, A.ö. Krankenhaus Spittal/Drau. Bei GUSS handelt es sich um ein valides, von Fachgesellschaften empfohlenes Testverfahren, welches für die Anwendung durch Logopäden von MitarbeiterInnen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege konzipiert und freigegeben ist.

© Rüdiger Ettl;
Im Bild v.l.n.r.: Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, DGKP Michaela Wutti, MBA, Stadträtin Sandra Frauenberger

Kurzbeschreibung:

Mit rund 500 Beschäftigten und über 12.500 stationär und 50.000 ambulant behandelten PatientInnen pro Jahr leistet das A. ö. Krankenhaus Spittal/Drau, im flächenmäßig zweitgrößten Bezirk Österreichs, einen unverzichtbaren Beitrag zur öffentlichen Gesundheitsversorgung der Kärntner Bevölkerung. Darüber hinaus ist es ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und Jobmotor für Oberkärnten.

Weil der Mensch zählt – diesem Leitsatz folgend ist das A. ö. Krankenhaus Spittal/Drau laufend bestrebt, die Sicherheit und die Lebensqualität unserer PatientInnen zu erhöhen.

Schluckstörungen stellen ein zunehmendes Problem dar. Die Literatur spricht davon, dass 16 – 22 % der Bevölkerung über 55 Jahre betroffen sind und die Zahl der Betroffenen weiterhin ansteigen wird. Im Krankenhaus Spittal/Drau steht werktags eine Logopädin zur Verfügung. In ihrer Abwesenheit gibt es keinen fachlichen Ersatz, was zu Ungleichgewichten in der Betreuungsqualität führte.

Die Implementierung des GUSS (Gugging Swallowing Screen) half dieses Problem zu lösen. Es handelt sich um ein valides, von Fachgesellschaften empfohlenes Testverfahren, welches für die Anwendung durch LogopädInnen und MitarbeiterInnen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege konzipiert und freigegeben ist. Nach umfassender Analyse der IST-Situation wurden Richtlinien und Handlungsempfehlungen erarbeitet und die betroffenen MitarbeiterInnen geschult.

Es ist uns gelungen, das Aspirationsrisiko zu senken, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen und das Risiko der Mangelernährung positiv zu beeinflussen. So wurden vor Projektbeginn noch 74 % der betroffenen PatientInnen mit Breikost versorgt. Seit der Auseinandersetzung mit der Thematik konnte diese Zahl auf 24 % reduziert werden. Die Vermeidung von unnötigen Nahrungskarenzen hat die Lebensqualität unserer PatientInnen deutlich erhöht und bei einer indizierten Nüchternheit ist die Akzeptanz von PatientInnen und Angehörigen verstärkt gegeben. Als positiver Nebeneffekt war zu beobachten, dass die Ressource der Logopädin qualifizierter und gezielter eingesetzt wird.

Auch nach Projektende wird der GUSS bei Abwesenheit der Logopädin von den diplomierten Fachkräften durchgeführt. Die Qualität konnte mit den gezielten Maßnahmen gehalten und das Risiko einer Aspiration weiterhin reduziert werden.

Im Rahmen der abschließenden Fragebogenerhebungen hat sich gezeigt, dass durch die Schulungen das Wissen der Pflegepersonen deutlich gesteigert werden konnte und sie sich im Umgang mit RisikopatientInnen/DysphagiepatientInnen viel sicherer fühlen.

Neben der Thematik der Dysphagie profitieren PatientInnen sowie MitarbeiterInnen auch von der gestärkten und verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit.

Speziell die MitarbeiterInnen der Gesundheits- und Krankenpflege sind in ihrer Rolle als gleichberechtigte Partner im multiprofessionellen Team angekommen.

Weil auch hier der Mensch zählt!

Kategorie „Hygiene“



©Rüdiger Ettl;
Im Bild v.l.n.r.: Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, DGKP Regina Penzinger,
Stadträtin Sandra Frauenberger



„Der Hygiene-Co-Pilot - ein innovativer interdisziplinärer Ansatz zur Verringerung nosokomialer Infektionen“, DGKP Regina Penzinger, AUA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt. Mit der Einführung des Hygiene-Co-Piloten wird bei allen Berufsgruppen während der Visite verstärkt das Augenmerk auf die Händehygiene gelegt.

Kurzbeschreibung:

Die Händehygiene ist nach wie vor eine der wichtigsten Grundlagen für die Infektionsprävention, zur Unterbrechung der Infektionskette.

Ziel ist die Anleitung zur Durchführung der richtigen und automatisierten Händedesinfektion. Diese soll somit selbstverständlicher Bestandteil der Basishygienemaßnahmen im Arbeitsalltag werden.

Mit der Einführung des Hygiene-Co-Piloten wird nun bei allen Berufsgruppen während der Visite noch mehr Augenmerk auf die Händehygiene gelegt, als es bisher schon der Fall war. Die 30 Sekunden für eine Händedesinfektion wird in den Arbeitsalltag der MitarbeiterInnen integriert, um die Händedesinfektion zur Routine werden zu lassen. Die Funktion des Hygiene-Co-Piloten kann von einer Person aus der Pflege oder der ÄrztInnenschaft übernommen werden.

Der interdisziplinäre Ansatz, mit dem alle beteiligten Personen bei der Visite als Hygiene-Co-Pilot agieren können, ist für dieses Projekt, welches für das ganze Visiten-Team steht, unerlässlich und daher nochmals hervorzuheben.

Im Rahmen der Sensibilisierung für die Händehygiene sind insbesondere 5 Momente zu beachten: Sie geben an, wann eine Desinfektion erforderlich ist, um eine Keimübertragung einzudämmen.

Diese 5 Momente sind:

- Vor Patientenkontakt
- Nach Patientenkontakt
- Vor aseptischen Tätigkeiten, z.B. Verbandwechsel
- Nach Kontakt mit kontaminierten Materialien, z.B. wenn der Verband entfernt wird
- Nach Kontakt mit der Patientenumgebung.

Mit dem Start des Projekts „Der Hygiene-Co-Pilot“ ist das Thema Händehygiene viel besprochen worden. Erfahrungen, Wissensvermittlung und Kritik wurde in allen Berufsgruppen ausgetauscht. Jetzt, nach einem Jahr Hygiene-Co-Pilot, ist zu beobachten, dass sich die Händedesinfektion zu einem festen Bestandteil in den Arbeitsschritten der Visite eingefügt hat. Dies lässt sich auch anhand des Händedesinfektionsmittelverbrauchs (Händedesinfektionsmittelverbrauch je PatientIn und Belegtag) belegen. Dieser ist zum Vergleich des Vorjahres, ohne Hygiene-Co-Pilot, signifikant gestiegen. Ebenso ist zu beobachten, dass der Umgang mit Fehlern sich verändert hat, eine Fehlerkultur gelebt wird.

Das Aufmerksammachen bei Unachtsamkeit hinsichtlich Händehygiene der einzelnen Teams passiert respektvoll, im Wissen, es ist für alle eine unerlässliche Handlung, um nosokomiale Infektionen zu verhindern.

Es ist jedoch ein Prozess, der nie abgeschlossen sein wird. Durch die ständigen Veränderungen im Gesundheitswesen bedarf es immer wieder Aufklärung und Arbeitsablaufumgestaltungen, dies ist eine Herausforderung für alle Personen, die mit PatientInnen arbeiten. Nur gemeinsam mit allen Berufsgruppen können wir täglich den Weg beschreiten und zur Sicherheit der PatientInnen und deren Wohl arbeiten. Diese Sicherheit inkludiert auch die Sicherheit jedes/jeder einzelnen Mitarbeiters / Mitarbeiterin im Krankenhaus.

Ziel blieb es, die hygienische Händedesinfektion zu leben.



„Initiative zur Reduktion von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen - Implementierung einer flächendeckenden EDV-gestützten Surveillance aller Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen“, DGKP Christian Pux und Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger, MBA, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz. Durch die flächendeckende Infektionserfassung werden Infektionsprobleme erkannt, analysiert und es können gezielte Hygiene-optimierende Interventionen durchgeführt werden.

© Rüdiger Ettl;
Im Bild v.l.n.r.: Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, DGKP Christian Pux,
Stadträtin Sandra Frauenberger

Kurzbeschreibung:

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und antibiotikaresistente Keime beschränken sich nicht nur auf den stationären Bereich von Krankenanstalten, sondern können in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen auftreten und zählen zu den bedeutendsten Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Durch die flächendeckende elektronische Infektionserfassung in der Albert Schweitzer Klinik (ASK) werden Infektionen systematisch dokumentiert, analysiert und statistisch ausgewertet. So können gezielte Hygiene-optimierende Interventionen durchgeführt und auch auf ihre Effektivität evaluiert werden. Die Implementierung einer Infektionserfassung führt so zu einer Reduktion Gesundheitssystem-assoziiierter Infektionen und hat damit einen infektionspräventiven Effekt.

Dies stellt einen wichtigen Qualitätsindikator dar und ist somit ein wesentlicher Faktor für die PatientInnen-sicherheit.

Die diesbezügliche Dokumentation erfolgt im hausinternen elektronischen Krankenhausinformationssystem (KIS) durch die behandelnden ÄrztInnen. Eine statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgt durch die verantwortlichen Stellen in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz mit Unterstützung des Hygienefachpersonals. Dadurch können Infektionsraten (Inzidenzdichte) sämtlicher Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen gemessen und evaluiert werden. Des Weiteren werden Daten zum Erregerspektrum (z.B. antibiotikaresistente Keime) sowie Daten zum Antibiotikaverbrauch zur jeweiligen Infektionsart ermittelt und analysiert.

Das Projekt wurde ab Oktober 2017 auf alle vier Pflegewohnheime der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz erweitert. Die Dokumentation in den Pflegewohnheimen erfolgt durch eine DGKP/Hygienekontaktperson bzw. in Vertretung durch die Stationsleitung nach Diagnosestellung und Anordnung durch den hausärztlichen Dienst. Dadurch ist es möglich, elektronisch Infektionsraten Gesundheitssystem-assoziiierter Infektionen und die Antibiotikagabe nach Infektionsart sowohl in der Albert Schweitzer Klinik als auch in den GGZ-Langzeit-Pflegeeinrichtungen zu messen und zu evaluieren. Die Erfassung und Evaluierung in den Langzeit-Pflegeeinrichtungen wird von der Medizinischen Universität Graz (Sektion Infektiologie) wissenschaftlich begleitet.



© Rüdiger Ettl;
Im Bild v.l.n.r.: Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Dr. Peter Mailberger-Fritze,
Dr. Georg Froese, Stadträtin Sandra Frauenberger

„Multidisziplinäres unangekündigtes „in-house“ Training geburtshilflicher Notfälle“, Dr. Georg Froese und Dr. Peter Mailberger-Fritze, Eltern-Kind-Zentrum des Landeskrankenhauses Baden-Mödling, Standort Mödling. Geburtshilfliche Notfälle werden in unangekündigten Szenarios multidisziplinär und in house trainiert, wodurch Prozessabläufe optimiert werden.

Kurzbeschreibung:

Eine Arbeitsgruppe des deutschen Aktionsbündnis Patientensicherheit hat im Jahr 2010 durch eine Auswertung geburtsrelevanter Schäden festgestellt, dass fehlerhafte Abläufe unter der Geburt zum Großteil mit unklaren Verfahrensregelungen bei Notfallsituationen, mit Kommunikationsproblemen im Team, mit verzögerter Entscheidung zu Kaiserschnittentbindungen oder mit einer Fehlinterpretation des CTGs (Cardiotokographie) zusammenhängen. Die fachliche Kompetenz spielt in dieser Analyse eine nachgereichte Rolle.

2015 haben wir in unserem Eltern-Kind-Zentrum in Mödling begonnen, geburtshilfliche Notfälle in unangekündigten Szenarios multidisziplinär „in-house“ zu trainieren. Die Schwangere wird von einer Hebamme mit einem am Bauch getragenen Geburtssimulator dargestellt (Hybrid-Simulation). Dadurch schaffen wir ein möglichst reales Umfeld. Im Gegensatz zu Simulationstrainings in dafür spezialisierten Zentren galt unser Schwerpunkt auch der Optimierung von Prozessabläufen direkt vor Ort im eigenen Tätigkeitsbereich und der Erstellung, Etablierung und Verbesserung von Standard Operating Procedures (SOPs). Durch ein strukturiertes Nachbesprechen mit ausgebildeten Trainern wurde und wird nicht nur die Kommunikation untereinander, sondern auch das Verständnis der unterschiedlichen Disziplinen (Geburtshilfe, Anästhesie, Kinderheilkunde) und Berufsgruppen (Hebammen, OP-Pflege, Anästhesie-/Intensiv-Pflege) füreinander gesteigert und trägt zur weiteren Maximierung der Sicherheit für die uns anvertraute Mutter und ihr ungeborenes Kind bei.

Das Projekt läuft auch 2018 noch unvermindert fort und wird laufend um realistische Szenarien erweitert. Eine besonders wichtige Rolle spielt es im Rahmen des Umsiedelns in den Neubau des Krankenhauses, da die neuen räumlichen und technischen Gegebenheiten ausführlich getestet und bestehende SOPs entsprechend angepasst werden müssen.

Auch zeigt sich in realen kritischen Situationen weiterhin ein sehr effektiver und rascher Ablauf, die Kooperation der beteiligten Disziplinen wird dadurch weiter vertieft.



© Rüdiger Ettl;
Im Bild v.l.n.r.: Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Dr. Michael Wagner,
Stadträtin Sandra Frauenberger

„Interprofessionelles Teamtraining in der Ausbildung“, Dr. Michael Wagner, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien. In Übungssequenzen wird ein pädiatrisches Simulationstraining mit dem Fokus auf Kindernotfälle durchgeführt, welches durch eine/n Lehrer/in für Gesundheits- und Krankenpflege und einer/m Mediziner/in interdisziplinär begleitet wird.

Kurzbeschreibung:

Um kritische Situationen in der Pädiatrie zu meistern, erfordert es Erfahrung, Routine und ein erfahrenes eingespieltes Team. Durch medizinische Simulationstrainings kann Erfahrung frühzeitig in einem geschützten Bereich aufgebaut werden, damit der „Ernstfall nicht zum Ernstfall“ wird.

Seit dem Wintersemester 2016 finden an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität Wien interprofessionelle Simulationstrainings mit Studierenden der Medizinischen Universität Wien und Auszubildenden der Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege am AKH Wien statt. In diesen Übungssequenzen wird ein pädiatrisches Simulationstraining mit dem Fokus auf Kindernotfälle durchgeführt, welches durch eine/n Lehrer/in für Gesundheits- und Krankenpflege und einer/m Mediziner/in interdisziplinär begleitet wird. Zielgruppe sind alle Studierenden der Medizinischen Universität Wien ab dem dritten Studienjahr sowie Auszubildende der Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege am AKH Wien in der Sonderausbildung für Kinderheilkunde. Auf eine kurze Einführung zum Thema kritisch krankes Kind folgt ein praktisches Training an der Simulationspuppe. Kindernotfälle werden im Simulationsraum der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am „SimBaby“ trainiert. Die Szenarien werden per Video aufgezeichnet und anschließend mittels Videoanalyse und einer strukturierten Nachbesprechung („Debriefing“) besprochen, wobei der Fokus auf Kommunikation (z.B. „speaking up“, „closed loop communication“) und Teamarbeit gelegt wird.

Die klinische Relevanz entsteht durch die frühzeitige Vorbereitung der Auszubildenden in der Thematik der Kindernotfälle und besonders durch die Auseinandersetzung mit den Themen „Human Factors“, Teamwork und Kommunikation im Team. Durch das gemeinsame Training bereits vor Arbeitsbeginn wird die Wichtigkeit eines gut funktionierenden Teams gemeinsam erarbeitet und die Studierenden sowie die SchülerInnen können selbst erleben, welchen Vorteil es mit sich bringt, wenn alle Berufsgruppen auf gleicher Ebene zusammenarbeiten und sich gegenseitig unterstützen. Für die einzelnen PatientInnen bedeutet dies raschere und effizientere Handlungsabläufe sowie mehr PatientInnensicherheit durch wachsame Beobachtung der Notfallsituation und Rückmeldung an das Team im Falle einer Gefährdung für die PatientInnensicherheit.

Das Projekt wurde seit der Einführung weiter ausgebaut. Es wurden zusätzliche InstruktorInnen geschult (ÄrztInnen, Pflege, Studierende). Zusätzlich wurden zwei Diplomarbeiten begonnen, die das Projekt wissenschaftlich begleiten und evaluieren sollen. Die Trainings werden zusätzlich weiter ausgeweitet, damit diese noch mehr Auszubildenden zugute kommen.

7. INTERNATIONALER TAG DER PATIENTENSICHERHEIT

17.09.2015



Übersicht Aktivitäten zum 1. Internationalen Tag der Patientensicherheit 2015

Um das Bewusstsein für vermeidbare Risiken zu schärfen, wurde der 17. September zum „Internationalen Tag der Patientensicherheit“ ausgerufen. Mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen in Österreich, Deutschland und der Schweiz wollen die Österreichische Plattform Patientensicherheit, das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit ihren Partnerorganisationen ein Zeichen setzen. Ziel ist es zu signalisieren, dass die PatientInnensicherheit eine entscheidende Rolle bei der medizinischen Versorgung einnimmt.

Das Thema „Hygiene und Vermeidung von Infektionen in Gesundheitseinrichtungen“ stand im Mittelpunkt des „1. Internationalen Tages der Patientensicherheit“. Zahlreiche Gesundheitseinrichtungen zeigten an diesem Tag, was alles getan wird, um derartige Infektionen und andere Risiken zu vermeiden. Die PatientInnen – sowie alle, die es einmal werden könnten – hatten in Form von Podiumsdiskussionen, Informationsveranstaltungen sowie Tagen der offenen Tür in Krankenhäusern, Unikliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit zu erfahren, wie sie sich selbst wirksam schützen können. In Österreich nahmen über 65 Gesundheitseinrichtungen teil.

Aus diesem Anlass veranstaltete die Österreichische Plattform Patientensicherheit am 10. September 2015 eine Pressekonferenz, bei der umfassend über die Initiative sowie die Aktivitäten, die an diesem Tag in den Gesundheitseinrichtungen stattfanden, informiert wurde. Durch eine Reihe von ExpertInnen wurden dabei wichtige Themen – von der Bedeutung der PatientInnensicherheit über die unterschiedlichen Zugänge verschiedener Fachgruppen bis hin zu Beispielen aus der Praxis – aufgegriffen und erläutert.

Es informierten:

- Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser – Bundesministerin für Gesundheit
- Dr. Franz Allerberger – Vorstandsmitglied Öst. Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin
- Dr. Gerald Bachinger – Sprecher der Patientenanwälte
- Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl – Präsidentin der Plattform Patientensicherheit
- DGKS Ursula Frohner – Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands
- Mag.^a Gabriele Jaksch – Präsidentin MTD-Austria
- Dr. Artur Wechselberger – Präsident Österreichische Ärztekammer

Nähere Informationen finden Sie unter:
www.tagderpatientensicherheit.at



© Welldone/APA-Fotoservice/Hörmandinger

Im Bild v.l.n.r.: Dr. Gerald Bachinger (Sprecher der ARGE der Patientenanwälte Österreichs), Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser (Bundesministerin für Gesundheit), Mag. Hanns Kratzer (PERI Consulting GmbH), DGKS Ursula Frohner (Präsidentin des ÖGKV), Dr. Artur Wechselberger (Präsident der ÖÄK), Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl (Präsidentin der Plattform Patientensicherheit), Dr. Franz Allerberger (Vorstandsmitglied der ÖGHMP), Mag.^a Gabriele Jaksch (Präsidentin MTD-Austria)

Im Rahmen der Pressekonferenz wurde die neue Empfehlung der Plattform Patientensicherheit vorgestellt, die gemeinsam mit der Initiative „Sicherheit im OP“ erarbeitet wurde.

KRANKENHAUSINFEKTIONEN



Was Patientinnen und Patienten tun können – 6 BEITRÄGE ZUR PATIENTENSICHERHEIT

1.

Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Sprechen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt darauf an, wenn Sie das Thema Krankenhausinfektionen beunruhigt. Sie können nachfragen, welche Maßnahmen zur Infektionsvermeidung ergriffen werden. Fragen Sie auch nach, was Sie selbst dazu beitragen können, um sich vor einer Krankenhausinfektion zu schützen.

- ▶ Wenn Sie einen Katheter haben, fragen Sie, was Sie dazu beitragen können, eine Harnwegsinfektion zu vermeiden.
- ▶ Fragen Sie im Fall einer Operation nach, was zur Prävention von Wundinfektionen unternommen wird. Erkundigen Sie sich, was Sie selbst in der OP-Vorbereitung und nach der Operation beitragen können, um das Infektionsrisiko zu verringern.



2.

Saubere Hände

Handhygiene ist eine wichtige Maßnahme zur Infektionsvermeidung – das gilt für das Personal ebenso wie für Ihre Besucherinnen und Besucher. Achten Sie darauf!



4.

Manche Infektionen machen sich durch Rötungen, Schmerzen oder Flüssigkeitsaustritt an der Operationswunde oder an der Eintrittsstelle des Katheters bemerkbar. Wenn Sie solche Symptome an sich beobachten, sagen Sie rasch dem Pflegeteam, Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt Bescheid.



Achten Sie auf mögliche Anzeichen einer Infektion

3.

Antibiotika

Erkundigen Sie sich, was zur Vermeidung von Antibiotika-Resistenzen unternommen werden kann.



6.

Lassen Sie sich gegen Grippe und andere Infektionserkrankungen impfen, um Komplikationen zu vermeiden. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt können Sie diesbezüglich beraten.

Impfen schützt



5.

Durchfall kann gefährlich sein

Sagen Sie dem behandelnden Team sofort Bescheid, wenn Sie innerhalb von 24 Stunden mehr als drei Durchfall-Episoden haben, besonders wenn Sie Antibiotika einnehmen.



Impressum: Medieninhaber: Verein Initiative Sicherheit im OP, c/o B&K, Liechtensteinstraße 46a, 1090 Wien; Österreichische Plattform Patientensicherheit, Spitalgasse 2-4, Hof 2.8, Campus, Altes AKH, 1090 Wien; Konzept und Illustration mit freundlicher Genehmigung der Centres for Disease Control and Prevention, Atlanta.

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit entwickelte einerseits einen Folder sowie ein Plakat mit 10 Sicherheitstipps für Ihre Gesundheit.

7.1 ZWEITER INTERNATIONALER TAG DER PATIENTENSICHERHEIT



Folder: 1. Internationaler Tag der Patientensicherheit, 10 Sicherheitstipps für Ihre Gesundheit

GEMEINSAM FÜR IHRE SICHERHEIT

- 1. STELLEN SIE FRAGEN UND ÄUSSERN SIE IHRE BEDENKEN**
 - ✓ Es ist wichtig, dass Sie Ihre Therapie, Ihre Testergebnisse und die Gründe für Ihre Behandlung verstehen.
- 2. TEILEN SIE UNS IHRE GEWOHNHEITEN MIT**
 - ✓ Tragen Sie eine aktuelle Liste Ihrer Medikamente und Allergien bei sich und informieren Sie das Behandlungsteam darüber.
- 3. MACHEN SIE WÄHREND IHRES AUFENTHALTS NOTIZEN**
 - ✓ Führen Sie Aufzeichnungen über Ihre Erfahrungen während Ihrer Erkrankung.
- 4. MEHRERE OHREN HÖREN MEHR**
 - ✓ Nehmen Sie – wenn möglich – zu Ihrer Unterstützung eine Person Ihres Vertrauens mit.
- 5. ÜBERPRÜFEN SIE IHRE PERSÖNLICHEN DATEN**
 - ✓ Vor einzelnen Untersuchungen, Behandlungen oder Medikamenteneinnahmen gleichen Sie bitte gemeinsam mit dem Behandlungsteam Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum ab.
- 6. SAGEN SIE, WENN SIE SCHMERZEN HABEN**
 - ✓ Es ist sehr wichtig, dass alle Ihre Beschwerden bekannt sind.
- 7. RISKIEREN SIE KEINEN STURZ**
 - ✓ Wenn Sie beim Stehen oder Gehen unsicher sind, lassen Sie sich vom Behandlungsteam helfen.
- 8. HÄNDEHYGIENE**
 - ✓ Waschen Sie sich regelmäßig Ihre Hände mit Wasser und Seife.
 - ✓ Handhygiene ist eine wichtige Maßnahme zur Infektionsvermeidung – das gilt für das Krankenhauspersonal ebenso wie für Sie und Ihre Besucher und Besucherinnen.
- 9. INFORMIEREN SIE SICH VOR DER ENTLASSUNG ÜBER IHRE NACHBEHANDLUNG**
 - ✓ Fragen Sie, wie Ihre Behandlung nach dem Krankenhausaufenthalt fortzusetzen ist und was Sie selbst tun sollen.
- 10. PATIENTENVERFÜGUNG**
 - ✓ Informieren Sie das Behandlungsteam, wenn Sie eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht besitzen.

Poster: 10 Sicherheitstipps für Ihre Gesundheit

Beim 2. Internationalen Tag der Patientensicherheit stand das Thema „Medikationssicherheit“ im Mittelpunkt. Der Aktionstag wollte mehr Bewusstsein für die Risiken bei der Anwendung von Medikamenten schaffen und Lösungsmöglichkeiten aufzeigen. Unter dem Motto „Gemeinsam Medikationsfehler vermeiden“ waren Krankenhäuser, Pflegeheime, Apotheken, Rehabilitationszentren sowie Organisationen und Verbände des Gesundheitswesens aufgerufen, zu zeigen, wie sich entsprechende Gefahren für PatientInnen möglichst gering halten lassen.

Am 24.9.2016 veranstaltete die Plattform Patientensicherheit eine Pressekonferenz, bei der umfassend über die Initiative sowie die Aktivitäten, die an diesem Tag in den Gesundheitseinrichtungen stattfanden, informiert wurde.



Übersicht Aktivitäten zum 2. Internationalen Tag der Patientensicherheit 2016

Am Podium informierten:

- Dr. Artur Wechselberger, Präsident Österreichische Ärztekammer
- Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, Sektionsleiterin im Gesundheitsministerium
- Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Präsidentin der Plattform Patientensicherheit
- Mag. pharm. Max Wellan, Apothekerkammerpräsident
- DGKS Ursula Frohner, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands
- Dr. Gerald Bachinger, Sprecher der Patientenanwälte



©ÖÄK/Thomas Jantzen



Im Rahmen der Pressekonferenz wurde unser neuer Folder zum Thema Medikationssicherheit vorgestellt.

©ÖÄK/Thomas Jantzen

7.2 DRITTER INTERNATIONALER TAG DER PATIENTENSICHERHEIT 17.09.2017



Übersicht Aktivitäten zum 3. Internationalen Tag der Patientensicherheit 2017

Das Jahr 2017 stand für uns ganz im Zeichen der Kommunikation im Gesundheitswesen. Unter dem Motto „Speak Up! Wenn Schweigen gefährlich ist“ waren KollegInnen aller Berufsgruppen und Hierarchiestufen eingeladen, einen Beitrag zur PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit zu leisten und sichtbar zu machen, was sie bisher schon alles geleistet haben.

Alle Gesundheitseinrichtungen – von Krankenhäusern über Pflegeheime, Apotheken, Ambulatorien, Rehabilitationszentren bis hin zu Arztpraxen – waren eingeladen, mitzumachen.

Der 3. Internationale Tag der Patientensicherheit war wieder international aufgesetzt und eng mit unseren PartnerInnen aus Deutschland und der Schweiz abgestimmt.

„Speak Up!“ hat zum Ziel, in konkreten Situationen die Sicherheit von PatientInnen zu gewährleisten:

- KollegInnen auf riskante Verhaltensweisen und Sicherheitsprobleme ansprechen und Bedenken äußern
- Sorgen oder Zweifel ausdrücken, wenn die Sicherheit der PatientInnen gefährdet sein könnte
- Fragen stellen und Unklarheiten klären
- Ideen und Vorschläge vorbringen, um ein Sicherheitsrisiko zu reduzieren
- Gesten nutzen, um auf eine riskante Handlung oder eine sicherheitsrelevante Situation hinzuweisen.

Auch PatientInnen sollten für das Thema sensibilisiert und animiert werden, aktiv Sicherheitsbedenken zu äußern. Die Initiative „Speak Up!“ soll gemeinsam mit anderen Maßnahmen einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit leisten.

Auch zu diesem Aktionstag hat die Plattform Patientensicherheit wieder einen informativen Folder sowie ein Plakat zum Thema Speak-Up! erarbeitet und der Öffentlichkeit zum Gratis-Download über unsere Website zur Verfügung gestellt.

„Speak Up!“

Schlechte Kommunikation im Team, mit anderen Abteilungen und anderen Berufsgruppen, nicht gelebte Teamarbeit, Unterbrechungen, Ablenkungen und fehlendes teambasiertes Training sind inzwischen nicht nur als Fehlerquelle identifiziert, sondern stellen anerkannte, systembedingte Ursachen unerwünschter Ereignisse dar. Sicherheitskultur muss gelebt werden.

Konkrete Maßnahmen zur Umsetzung von „Speak Up!“

1. Neue KollegInnen von Anfang an auf das Thema aufmerksam machen
2. MitarbeiterInnen-Befragung zum „Speak Up!“-Klima
3. Betrieblich organisierte Fortbildungsangebote
4. Regelmäßiges Training
5. Aufbau eines Peer-Support-Systems
6. Kampagnen z.B. mit Hilfe von Postern, Veranstaltungen, Informationen im Intranet

„Speak Up!“ ist ein wichtiger Bestandteil der PatientInnen- und MitarbeiterInnen-Sicherheit.

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit ist ein unabhängiges nationales Netzwerk, dem die wesentlichen Einrichtungen und ExpertInnen des österreichischen Gesundheitswesens angehören, die sich mit PatientInnen- und MitarbeiterInnen-Sicherheit beschäftigen. Im Zentrum der Arbeit steht die Förderung der PatientInnen- und MitarbeiterInnen-Sicherheit in Österreich durch Forschung, Koordination von Projekten, Vernetzung und Information.

„Speak Up!“ beschreibt eine Form der Kommunikation unter KollegInnen – über Berufsgruppen und Hierarchiestufen hinweg. Es geht darum, zu reagieren und sich gegenseitig anzusprechen, wenn die Sicherheit von PatientInnen und/oder MitarbeiterInnen gefährdet ist oder gefährdet scheint.

SPEAK UP!
Wenn Schweigen gefährlich wird

Ingeessam | Österreichische Plattform für Patientensicherheit, Spitalgasse 2-4, Hof 2.B, 1090 Wien, ZVR-Zahl 916782072, www.plattformpatientensicherheit.at, office@plattformpatientensicherheit.at
Fotocredit: © natal_mis / Fotolia.com

Eine Initiative der Österreichischen Plattform Patientensicherheit
www.tagderpatientensicherheit.at





SPEAK UP!

Wenn Schweigen gefährlich wird

„Speak Up!“ beschreibt eine Form der Kommunikation unter KollegInnen – über Berufsgruppen und Hierarchiestufen hinweg. Es geht darum, zu reagieren und sich gegenseitig anzusprechen, wenn die Sicherheit von PatientInnen und/oder MitarbeiterInnen gefährdet ist oder gefährdet scheint.

10 Tipps, damit „Speak Up!“ gut funktioniert

- 1 Beschreiben Sie die Situation, wie Sie sie wahrnehmen**
„Es wurde das linke Knie angezeichnet, in der Krankengeschichte steht aber das rechte.“
- 2 Sprechen Sie den Gesprächspartner mit Namen an und stellen Sie Blickkontakt her**
- 3 Verwenden Sie Ich-Aussagen, keine Du-Formulierungen und bringen Sie die eigene Sorge zum Ausdruck**
„Ich bin mir nicht sicher, ob das stimmt.“
- 4 Bieten Sie einen konkreten Plan oder Lösungsvorschläge an und beziehen Sie das Gegenüber mit ein**
„Ich schlage vor, dass wir das überprüfen.“
- 5 Fragen Sie nach, ob Ihr Einwand Gehör findet**
„Haben Sie meinen Einwand gehört?“
- 6 Nutzen Sie im Team abgesprochene Formulierungen („Codewörter“)**
Welche Codewörter und Gesten, wie und wann benutzt werden, muss von allen Beteiligten verstanden werden.
- 7 Reagieren Sie situationsbezogen**
Das direkte Reichen des Desinfektionsmittels
- 8 Bleiben Sie hartnäckig, sollte auf Ihren Einwand nicht eingegangen werden**
- 9 Regen Sie eine Nachbesprechung der Situation an**
- 10 Geben Sie als Führungskraft Ihrem Team Rückendeckung**
„Speak Up!“ ist gelebte Sicherheitskultur und betrifft alle Gesundheitsberufe.

Am Podium informierten:

- Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl, Präsidentin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit und Ärztliche Direktorin am Krankenhaus Hietzing
- Dr. Artur Wechselberger, Präsident der Ärztekammer für Tirol und Leiter des Referats für Leitlinien, Patientensicherheit, HTA und Guidelines International Network der Österreichischen Ärztekammer
- Hon. Prof. Dr. Gerhard Aigner, Sektionsleiter Recht und Gesundheitlicher Verbraucherschutz im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- DGKS Ursula Frohner, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands
- Mag.^a Gabriele Jaksch, Präsidentin der MTD-Austria
- Mag.^a pharm. Susanne Ergott-Badawi, Mitglied des Präsidiums der Österreichischen Apothekerkammer
- Dr. Gerald Bachinger, Sprecher der ARGE PatientenanwälInnen
- Univ. Prof. Dr. Klaus Markstaller, Leiter Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie des AKH Wien und der MedUni Wien



© Bernhard Noll

8. PROJEKTE

8.1 SAFETYLINE – SICHERHEITZENTRUM FÜR MITARBEITERINNEN IM GESUNDHEITS- UND PFLEGEBEREICH

Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker

Plattform Patientensicherheit, Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Die Angehörigen der Gesundheitsberufe leisten ausgezeichnete Arbeit in der Behandlung, Betreuung und Pflege von PatientInnen und KlientInnen. Die Arbeit im Gesundheitswesen erfordert große Flexibilität und eine sehr hohe Leistungsbereitschaft. Doch Probleme und Krisen machen auch keinen Halt vor Einrichtungen der Pflege und Krankenhäusern. Es ist unstrittig, dass PatientInnensicherheit MitarbeiterInnensicherheit voraussetzt. Angehörige von Gesundheitsberufen können dann offen mit Fehlern oder Zwischenfällen bzw. schicksalshaften Ereignissen umgehen, wenn sie sicher sein können, dass die DienstgeberInnen sie dabei unterstützen. Sind sich MitarbeiterInnen dessen nicht sicher, führt dies oftmals dazu, dass viele Vorfälle nicht gemeldet oder verschleiert werden aus Angst vor dienstrechtlichen Konsequenzen.

Werden Missstände, negative Zwischenfälle oder auch Fehler medial bekannt, hat sich nicht selten in Folge der Aufarbeitung herausgestellt, dass MitarbeiterInnen von diesen Gefahrenquellen im Gesundheits- und Pflegebereich wussten bzw. bestimmte Beobachtungen gemacht haben. Aus Angst vor Konsequenzen durch die DienstgeberInnen oder KollegInnen hatte sich aber niemand getraut, etwas zu melden. Viele Risikobereiche (Luftfahrt, Militär, Polizei, Feuerwehr, Rettung etc.) haben daher seit langem bereits Strukturen und Prozesse implementiert, um ihre MitarbeiterInnen in schwierigen Situationen zu unterstützen bzw. Tools etabliert, um rechtzeitig mögliche Gefahrenquellen zu erkennen. Die meisten österreichischen Institutionen im Pflege- und Gesundheitsbereich haben keinen diesbezüglichen „Notfallplan“. Aus diesem Grund hat die Österreichische Plattform Patientensicherheit gemeinsam mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin erstmals ein Sicherheitszentrum für MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Pflegebereich – die sogenannte SafetyLine – geschaffen.

Bei der SafetyLine handelt es sich um eine Anlaufstelle, die – ergänzend zu den bereits bestehenden internen Meldesystemen – MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich zur Verfügung steht. MitarbeiterInnen können die SafetyLine immer kontaktieren, wenn ihnen im Zuge ihrer Arbeit etwas aufgefallen ist oder sie selbst betroffen hat, über das sie gerne sprechen möchten. Dies können Fehler, Herausforderungen, Schwierigkeiten oder Konflikte sein, die sich sowohl auf sie selbst als auch auf ihre KollegInnen und/oder BewohnerInnen/PatientInnen auswirken können.

Im Gegensatz zu bestehenden Meldesystemen kann direkt Kontakt mit den meldenden Personen von der SafetyLine aufgenommen werden. Die SafetyLine ist unabhängig von den DienstgeberInnen und schützt so die Anonymität der meldenden Person. Hinzu kommt, dass nur Personen bei der SafetyLine arbeiten können, die aufgrund ihres Berufsrechts die Möglichkeit haben, bei einem etwaigen Gerichtsverfahren die Aussage zu verweigern, wie z.B. PsychologInnen und MediatorInnen. Der Vorteil gegenüber anderen Systemen besteht darin, dass es direkten Kontakt zu den meldenden Personen geben kann und daher auch Nachfragen möglich sind und die meldende Person sorgenfrei alle Informationen weitergeben kann. An erster Stelle steht der Schutz der meldenden Person, mit der möglichst umfangreich der Sachverhalt und die weitere Vorgehensweise abgeklärt wird. In manchen Fällen sind auch bloß Entlastungsgespräche nach schicksalhaften Ereignissen erforderlich. Neben der telefonischen Beratung besteht auch die Möglichkeit, das Team der SafetyLine per E-Mail und per Post zu kontaktieren oder ein persönliches Treffen zu vereinbaren.

Das Ziel der SafetyLine ist die Erhöhung der MitarbeiterInnen- und PatientInnensicherheit sowie die Entlastung der MitarbeiterInnen. Die SafetyLine kann von allen MitarbeiterInnen der teilnehmenden Institutionen niederschwellig als erste Anlaufstelle genutzt werden. Durch die tatsächliche anonyme Kontaktaufnahme soll rechtzeitig ein möglicher Handlungsbedarf wie z.B. bei einem Missstand rechtzeitig aufgedeckt und so Gefährdungen von PatientInnen entgegengewirkt werden.

8.2 VIDEODOLMETSCHEN IM GESUNDHEITSWESEN

Aufgrund unterschiedlicher Barrieren haben nicht alle in Österreich lebenden Personen die gleichen Chancen, gesund zu werden oder es zu bleiben. Vor allem für nicht-deutschsprachige Personen, beispielsweise MigrantInnen oder Menschen mit Hör- bzw. Sprachbeeinträchtigung, erweisen sich die Möglichkeiten hierfür angesichts einer fehlenden Verständigung als schwierig: Sie können ihr Anliegen ihren GesprächspartnerInnen – etwa ÄrztInnen, Pflegepersonen oder Verwaltungspersonal – mitunter nur eingeschränkt vermitteln. Zudem sind wichtige Details zu Diagnose oder Therapie für die Betroffenen häufig schwer verständlich. Dies führt dazu, dass einerseits Leidenswege von kranken Personen unnötig verlängert werden und andererseits hohe Kosten für das Gesundheitssystem entstehen. Auch für die ÄrztInnen birgt eine fehlende Verständigung Gefahren: Es ist ein PatientInnenrecht, im persönlichen Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen verständliche Information über die Diagnose und Behandlung zu erhalten. Bei der Verletzung dieser ärztlichen Aufklärungspflicht und somit des Behandlungsvertrages können Haftungsfolgen drohen.

Um die Sicherheit der PatientInnen und der MitarbeiterInnen dahingehend zu verbessern, wurde basierend auf der im Mai 2011 von der Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Ministerium für Gesundheit gegründeten Arbeitsgruppe „Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen“ sowie der wissenschaftlichen Tagung im November 2011 zum Thema „Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Gesundheit und Übersetzung“ im Juli 2013 von der Österreichischen Plattform Patientensicherheit, dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Zentrum für Translationswissenschaft und dem ServiceCenter ÖGS.barrierefrei das erste österreichische Projekt zum Thema „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ ins Leben gerufen.

Im Rahmen dieses 1,5-jährigen Projektes wurde eine zentrale Stelle für Österreich geschaffen, in der in einer 6-monatigen Testphase (Oktober 2013 – März 2014) für jeweils drei Sprachen (Österreichische Gebärdensprache, Türkisch, BKS - Bosnisch, Serbisch, Kroatisch) speziell für den Gesundheitsbereich geschulte, professionelle DolmetscherInnen über Computer erreichbar waren, die im Bedarfsfall sofort für eine Videodolmetschung zur Verfügung standen. Insgesamt nahmen österreichweit zwölf intramurale Endpunkte teil, für die die Möglichkeit bestand, den Dolmetschservice in Anspruch zu nehmen.

Ziel des Projektes war es, dem Gesundheitspersonal ein Tool zur Verfügung zu stellen, das die professionelle Behandlung von PatientInnen mit wenigen bis keinen Deutschkenntnissen oder eingeschränkter verbaler Kommunikationsfähigkeit im Notfall ermöglicht beziehungsweise vereinfacht. Zudem wurde im Projekt neben der Verbesserung der Arbeitssituation der MitarbeiterInnen vor allem auf deren Schutz sowie den der PatientInnen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit ein Schwerpunkt gelegt. Dadurch sollte mehr Sicherheit – insbesondere auch rechtlicher Natur – im Umgang mit den meist schwierigen und heiklen Situationen, in denen keine ausreichende Kommunikation möglich ist, geschaffen werden. Als weitere positive Konsequenz sollten dadurch Personen, die bisher für Dolmetschtätigkeiten herangezogen wurden – medizinisches und organisatorisches Personal, Freunde und Familienangehörige der PatientInnen, andere PatientInnen – entlastet und geschützt werden.

Um den Videodolmetscher auch in einem anderen Setting zu testen, wurde es in dem FGÖ-geförderten Teilprojekt „Gesundheitsförderung von nicht-deutschsprachigen Personen durch den Einsatz von Videodolmetschen“ in zwei Testzeiträumen (Februar-März 2014; November 2014-Jänner 2015) auch in niedergelassenen Arztpraxen eingesetzt. Das Ziel war hierbei, den ÄrztInnen und MitarbeiterInnen durch das Verringern der Kommunikationsbarriere langfristig zu mehr Handlungskompetenz und Bewusstsein für die erweiterten Handlungsspielräume zu verhelfen, unter anderem hinsichtlich Prävention (beispielsweise Impfaufklärung). Zudem sollte dadurch eine aktive Anbindung und Vernetzung der nicht-deutschsprachigen Personen an vorhandene Unterstützungsnetzwerke und Institutionen gefördert werden. Auch dieses Teilprojekt wurde wissenschaftlich begleitet.

8.3 GEBÄRDENSPRACHDOLMETSCHERINNEN AM DISPLAY

Die Österreichische Gebärdensprache ist seit dem 1. September 2005 in Artikel 8 Absatz 3 des Bundes-Verfassungsgesetzes ausdrücklich als Sprache anerkannt. Zusätzlich wurde im Jahr 2008 das Recht auf kommunikative Barrierefreiheit in allen Abschnitten des täglichen Lebens in der UN-Behindertenrechtskonvention formuliert.

Der Ursprung des Pilotprojektes lag in der Initiative „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“, welches 2013 ein Dolmetsch-Service in zahlreichen Behörden, Krankenhäusern und Versicherungsanstalten implementierte. Das Projekt zeigte klar, dass die Etablierung von Videodolmetschen die Behandlungsqualität erhöht und eine wichtige Unterstützung des Gesundheitspersonals darstellt.

Die Plattform Patientensicherheit richtete den Fokus gezielt auf gehörlose Privatpersonen und startete im September 2015 das Pilotprojekt: „Barrierefreie Gesundheitsförderung für gehörlose Menschen in Österreich durch Videodolmetschen“, bei dem GebärdensprachdolmetscherInnen erstmals mittels einer mobilen Anwendung auf Smartphones und Tablets zugeschaltet werden konnten.

Das Projekt wurde vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) gefördert.

Die Motivation hinter der Entwicklung des neuen Service war vor allem die Tatsache, dass in Österreich immer wieder Dolmetsch-Anfragen von den zuständigen Vermittlungszentralen abgelehnt werden müssen. Dies liegt einerseits an dem starken Mangel an ausgebildeten DolmetscherInnen und andererseits an der durch Anreise und Bürokratie verlorengegangenen Zeit vor bzw. nach einem Dolmetsch-Termin. Somit beschränkte sich die Verwendung von GebärdensprachdolmetscherInnen bisher hauptsächlich auf die notwendigsten Kommunikationssituationen im Leben der gehörlosen Bevölkerung. Das Erscheinen der mobilen Anwendung sollte dies nun ändern. Ein spontaner Arztbesuch, KundInnenengespräche in der Bank, eine BürgerInnenauskunft auf der Gemeinde - genau dort soll die mobile Anwendung, wenn keine PräsenzdolmetscherInnen zur Verfügung stehen, zukünftig eingesetzt werden.

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit entwickelte daher in Kooperation mit der SAVD Videodolmetschen GmbH eine App und ein Anwenderportal. Gehörlose Personen erhielten die Möglichkeit die App zu nutzen und qualifizierte GebärdensprachdolmetscherInnen per Video zuzuschalten. Darüber hinaus wurde eine Vernetzung mit der österreichischen Gehörlosen-Community gesucht, damit die notwendigen Informationen an die entsprechenden Personen gelangen. Ein wichtiger Kooperationspartner war darüber hinaus die Schulungs- und Beratungs GmbH equalizent, die eigens ein Video produziert hat, um die Anwendung dieses Tools anwenderfreundlich und barrierefrei zu demonstrieren. Das neue Tool ermöglicht auch, dass künftig eine automatische Abrechnung der Dolmetschungen z.B. direkt mit der Förderstelle erfolgen und die betroffene gehörlose Person jederzeit Einsicht in sein/Ihr Zeitkonto nehmen kann, um den aktuellen Stand der noch zur Verfügung stehenden Dolmetschungen zu sehen.

Durch die Entwicklung dieses neuen Tools konnte ein wichtiger Grundstein für die Überwindung von Sprachbarrieren gelegt werden, um so einen gleichen Zugang zu allen Gesundheitsleistungen insbesondere gesundheitsfördernden Maßnahmen zu schaffen.

Hinderlich war vor allem der Umstand, dass viele NutzerInnen nicht die erforderliche Bandbreite für eine qualitativ hochwertige Audio- und Videoübertragung haben. Es bedarf des weiteren Ausbaus des Breitbands in Österreich und möglicherweise Spezialtarife der AnbieterInnen für gehörlose Menschen, damit diese die App kostengünstig nutzen können. Nur so kann ein gleicher Zugang und Chancengleichheit in diesem Bereich geschaffen werden. Nicht zuletzt muss noch wesentlich mehr Bewusstsein in den einzelnen Institutionen geschaffen werden, dass gehörlose Personen GebärdensprachdolmetscherInnen benötigen, wenn ihre GesprächspartnerInnen die Gebärdensprache nicht beherrschn. Ohne qualifizierte GebärdensprachdolmetscherInnen ist eine Kommunikation erschwert und vor allem eine Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen nur mit großen Hindernissen möglich.

Dankenswerterweise haben wir im Zeitraum 07.2016 - 06.2017 vom BMASK die Möglichkeit erhalten das Projekt weiter voranzutreiben und konnten mit der Ausrollung beginnen. Parallel zur weiteren technischen Entwicklung wurden Gespräche mit den österreichischen Landesregierungen geführt, um zu diskutieren, ob die Dolmetschkosten auch bei Videodolmetschungen für gehörlose Privatpersonen übernommen werden und direkt verrechnet werden könnten. Ziel ist es, alle Dolmetschungen direkt mit der Förderstelle zu verrechnen – die betroffene gehörlose Person hat jederzeit Einsicht in sein Zeitkonto, um den aktuellen Stand der noch zur Verfügung stehenden Dolmetschungen zu sehen.



Ebenso wurde der Kontakt zu den Landesverbänden der Gehörlosenvereine weiter intensiv geführt, um der betroffenen Bevölkerungsgruppe die technologische Innovation vorzustellen und so möglichst viele NutzerInnen zu erreichen. Ein weiteres Ziel war die Schaffung bzw. der Fortbestand des ExpertInnengremiums, welches sich u.a. mit den VertreterInnen der Landesverbände, gehörlosen Personen und GebärdendolmetscherInnen zusammensetzt, um eine Akzeptanz und nachhaltige Implementierung des Tools zu erreichen.

8.4 AUSTRIAN MEDICATION SAFETY STRATEGY (AMEDISS)

Eine Initiative der Österreichischen
Plattform für Patientensicherheit

Sichere Medikationspraxis
Autor: Dr.ⁱⁿ Reli Mechtler



Zusammenfassung

Die zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung bedeutet einerseits ein höheres Risiko für unerwünschte Ereignisse, und andererseits verlangt sie von allen Beteiligten flexible und komplexe Sichtweisen. Bisherige Methoden greifen eventuell zu kurz. Aktuelle Ansätze, die die zunehmende Komplexität berücksichtigen, verweisen auf neue und zusätzliche Praktiken, die größtmögliche Sicherheit unter sich ständig ändernden Bedingungen und Herausforderungen garantieren. Auch unter Berücksichtigung, dass unerwünschte Ereignisse (mit bzw. ohne Schädigung für die PatientInnen) hohe Investitionen erfordern, um eine möglichst sichere und wirksame Versorgung sicherzustellen. Die OECD (1) spricht davon, dass in etwa 15 % der Spitalsaktivitäten und der -Kosten auf unerwünschte und großteils vermeidbare Ereignisse zurückzuführen sind. Es werden verschiedene Studien angeführt, die belegen, dass sich die größten finanziellen Belastungen aufgrund der Behandlung eingetretener Medikationsfehler ergeben (2). Für Österreich werden für die Folgen von Fehlmedikationen ca. 150 Millionen Euro pro Jahr geschätzt (3).

Internationale Studien zeigen weiters, dass etwa ein Viertel der unerwünschten Ereignisse im Krankenhaus auf Vorfälle bei der Medikation zurückzuführen sind. Davon führen wiederum ca. ein Viertel zu einem verlängerten Spitalsaufenthalt und bei gut 30 % kommt es zu einer unnötigen Behandlung oder die Ereignisse haben einen Schaden für die PatientInnen zur Folge. Darüber hinaus zeigt ein laufend durchgeführtes Reporting in den USA (4) auf, dass Probleme innerhalb des gesamten Medikationsprozesses auftreten – von der Verordnung bis zur Verabreichung. Schweizer Analysen (5) weisen darauf hin, dass über die Hälfte der Probleme in der Verordnung und gut 1/3 in der Verabreichung von Medikamenten liegen (Abb.1). Reason (6, 7) hat vorwiegend die Ursachen möglicher Schwachstellen analysiert und insbesondere auf systembedingte Risiken hingewiesen.

Unerwünschte Ereignisse können an jedem Punkt des Behandlungspfades der PatientInnen auftreten – in der Primärversorgung, in der stationären Krankenhausversorgung oder in der Langzeitbetreuung (8). Die Art der unerwünschten Ereignisse variiert etwas zwischen den Settings, wobei unerwünschte Ereignisse während des Medikationsprozesses im primären Sektor und im Langzeitpflegebereich an erster Stelle stehen und im stationären Akutbereich nach den nosokomialen Infektionen an zweiter Stelle (Tab. 1).

In den Empfehlungen der EU, basierend auf dem „European Network for Patient Safety (EUNetPaS)“, in dem die Plattform vertreten war, wird explizit darauf verwiesen, dass „Good Medication Safety Practices“ in Europa verbessert werden müssen. Als wesentliche Voraussetzungen dafür werden einerseits die Identifizierung wesentlicher Faktoren für sichere Medikationspraxis genannt („Identification of the medication safety issues should be the first step before taking any decision to select and implement good practice“) und andererseits „Evidence based information on the scale of the issue is a strong added value in the identification process“ (9).

Die Bedeutung dieser Thematik und die EU-weite Forderung nach entsprechenden evidenzbasierten Tools und Programmen zur Optimierung der Medikationssicherheit bestärkte die Initiative der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit, eine Steuerungsgruppe „Medikationssicherheit“ einzusetzen und eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur Umsetzung von Verbesserungsstrategien zur Medikationssicherheit zu gründen: „AMEDISS“ (Austrian Medication Safety Strategy). Diese entwickelte das AMEDISS-TOOL (10); eine wichtige Maßnahme zur PatientInnensicherheit in Spitälern durch Optimierung der Medikationspraxis.

AMEDISS ist eine Strategie zur Selbsteinschätzung der Medikationspraxis in Spitälern und soll zum besseren Verständnis wichtiger Bereiche beitragen, die sichere Medikationspraxis begünstigen und damit zur Vermeidung von Medikationsfehlern beitragen können. Zudem zielt AMEDISS darauf ab, zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit Medikations-Fehlern zu reduzieren und eine sichere Fehlerkultur weiterzuentwickeln. Entsprechend sind die primären Ziele von AMEDISS die Risikominimierung von Medikationsfehlern auf Basis der Optimierung der Medikationspraxis (11).

Das AMEDISS-TOOL - Von der Verordnung bis zur Verabreichung

Das AMEDISS-TOOL ist eine österreichweite Initiative, ein Programm mit einem systematischen Ansatz, um sichere Medikationspraxis zu begünstigen und Medikationsfehler zu vermeiden. Es ist in 10 österreichischen Krankenanstalten implementiert und steht allen österreichischen Häusern zur Teilnahme zur Verfügung. Berücksichtigt wird die aktuelle Version (2011) des Medication Self Assessment Questionnaires (12) des ISMP (Institute for Safe Medication Practice) sowie bisherige Arbeiten, wie das MEDSAFE-Modell, das mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit in 4 österreichischen Pilotspitälern zwischen 2004 und 2006 getestet wurde.

Koordiniert und wissenschaftlich betreut wird AMEDISS von der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit.

Ziele

Das Tool soll Spitälern das Erkennen von wichtigen Bereichen mit hohem Verbesserungspotenzial ermöglichen, um in Folge gezielt situationsangepasste Strategien einleiten zu können und somit die PatientInnen-sicherheit sowie die MitarbeiterInnensicherheit zu erhöhen. Einzelziele, Charakteristik sowie der methodische Ansatz sind dem Folder der Plattform zu entnehmen (10).

Operative Umsetzung des AMEDISS-TOOLS

Die Implementierung des AMEDISS-TOOLS basiert auf einem strukturierten, systematischen Ansatz (Tab. 2).

Voraussetzung ist, dass im Team VertreterInnen aller Berufsgruppen sitzen, die in den Medikationsprozess involviert sind und vorab von einer Kontaktperson im Haus die entsprechenden Informationen enthalten.

Die einzelnen Team-Mitglieder bekommen den Survey-Katalog zur Einsichtnahme und individuellen Beantwortung vorab. Der Survey-Katalog für das teilnehmende Haus wird im Rahmen von Arbeitssitzungen im Konsens beantwortet.

Der beantwortete Survey-Katalog wird in der Koordinationsstelle (Plattform) ausgewertet und die individuellen sowie Vergleichsergebnisse mit Referenzgruppen in Form eines standardisierten Feedback-Reports rückgemeldet. Diese Reporte ermöglichen den Spitälern eine Reflexion der gesamten Abläufe ihrer Medikationspraxis und zeigen jene Bereiche mit dem größten Verbesserungspotenzial auf. Die Ergebnisse werden wiederum in den Teams reflektiert und besprochen. Das Team im Haus entscheidet (in Absprache mit der Führung), in welchen Bereichen Strategiemaßnahmen gesetzt werden sollen.

Kernstück ist der Survey-Katalog, der zum besseren Verständnis nachfolgend dargestellt wird.

Der AMEDISS-Survey-Katalog

Dieser Katalog basiert auf einer Übersetzung des ISMP Safe Medication Self Assessment Questionnaires 2011 (12), der 10 Hauptkategorien und 20 Unterkategorien (Schlüsselemente) beinhaltet mit insgesamt 268 Items mit 5 Antwortkategorien. Diese sind so konzipiert, dass die Organisationsstruktur, Abläufe und Prozesse der Medikationspraxis eines Hauses abgedeckt werden.

Für jedes Item stehen Scores zur Verfügung, anhand derer gewichtet wird, sodass eine standardisierte Vergleichsbasis der Häuser untereinander sowie mit dem ISMP-Maximum ermöglicht wird.

Der Großteil der Statements (Items) ist evidenzbasiert und gibt Strategien vor, die erfahrungsgemäß sichere Medikationspraxis begünstigen. Damit entspricht das AMEDISS-TOOL dem Safety II Ansatz, um sicherzustellen, dass „as many things as possible go right“ (13). Mit anderen Worten: Die zur Verfügung

gestellten Items sollen die größtmögliche Sicherheit unter sich ständig ändernden Bedingungen und Herausforderungen „garantieren“.

Abbildung 2 zeigt die Struktur des Surveys sowie beispielhaft den Aufbau der Kategorie „PatientInneninformation“ (14).

Evaluierung des AMEDISS-TOOLS (15)

Struktur-/ Rahmenbedingungen und Ablauf

Die interne Koordination in den Spitälern sowie die interdisziplinäre Teambildung funktionierten größtenteils problemlos. Die Teams selbst bestanden aus ca. 5 – 10 Personen, wobei den Pflegepersonen eine besondere Rolle zukam.

Zur Beantwortung des Fragebogens wurde jeweils eine moderierte Teamsitzung je Haus durchgeführt. Durchschnittlich wurden hierfür ca. 4 Stunden aufgewendet, wobei die einzelnen Teammitglieder bereits im Vorfeld den Fragebogen aus ihrer Sicht beantwortet hatten und in der moderierten Sitzung die gemeinsame Beantwortung im Konsensverfahren stattfand. Bereits bei der Auseinandersetzung mit dem Survey-Katalog fand ein wesentlicher Lernprozess statt.

Ergebnisorientiertes Feedback

Die Ergebnisse wiesen 3 Ebenen aus:

- Bereiche, die nur auf übergeordneter Ebene diskutiert und gelöst werden können, wie beispielsweise Arzneimittelkennzeichnung und Verpackung
- Bereiche, die nicht im Einflussbereich eines Hauses liegen, d.h. hausintern nicht verbessert werden können, sondern nur hausübergreifend
- Weiters zeigen die Ergebnisse jene Bereiche auf, die individuell Verbesserungspotenzial aufweisen. D.h. die eigenen Medikationsprozesse können anhand der evidenzbasierten Statements nicht nur reflektiert, sondern es können auch zielgerichtete, situationsangepasste Verbesserungsstrategien entwickelt werden.

Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen aus der bisherigen Umsetzung des AMEDISS-TOOLS in österreichischen Spitälern können wie folgt zusammengefasst werden:

- Teamarbeit und die Auseinandersetzung mit den Statements des Survey-Katalogs fördern die Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung
- Der Survey-Katalog wird zwar als anspruchsvoll empfunden, deckt jedoch alle Bereiche der Medikation sehr gut ab
- Reflexion des IST- Zustandes im Haus wird durch AMEDISS erleichtert sowie daraus zielgerichtete kurz-/langfristige Maßnahmen/Strategien abzuleiten, wobei die Konsensfindung nicht immer ganz einfach war (16).

Intensivierung der Umsetzung des AMEDISS-TOOLS

Bereits diese ersten Erfahrungen sprechen dafür, dass sich alle für Medikation verantwortliche Teams mit AMEDISS auseinandersetzen und ihre Medikationssysteme/-praxis mit Hilfe von AMEDISS evaluieren sollten. Im Gesamtkonzept ist hierfür etwa alle zwei Jahre die Wiederholung des Surveys vorgesehen. Eine Aktualisierung des AMEDISS-TOOLS an die geänderten Bedingungen und basierend auf den bisherigen Erfahrungen ist geplant.

Das AMEDISS-TOOL begünstigt sichere Medikationspraxis und damit die Bemühungen eines Hauses zur Qualitätssicherung und PatientInnensicherheit.

AMEDISS macht deutlich, dass wir in Österreich notwendige und effiziente Tools zur Verfügung haben, die allerdings bisher noch viel zu wenig genutzt werden (17). Um nachhaltig die Medikationssicherheit zu erhöhen und sichere Medikationspraxis zu begünstigen, wäre es notwendig, die Anwendung von AMEDISS in Österreichs Spitälern zu intensivieren. Damit könnten Spitälern valide, aggregierte österreichische Referenzwerte zur Verfügung gestellt werden, die die Selbsteinschätzung der eigenen Medikationspraxis noch erhöhen sowie einen wesentlichen Beitrag zur Optimierung der Medikationspraxis leisten.

Tabelle 1: Häufigkeit und Art unerwünschter Ereignisse nach Versorgungsebene (8)

Versorgungsebene	Art/Bereich unerwünschter Ereignisse
Ambulante Versorgung	Medikation Diagnostik /falsch/verspätet
Stationäre Versorgung	HAI/Medikation/Thrombosen Ulcera/Falsche OP-Seite
Langzeitversorgung	Medikation Ulcera/Stürze

Tabelle 2: Systematischer Ansatz zur Umsetzung

Struktur	Ablauf – Aktivitäten – Beteiligte Personen
Koordination intern	Kontaktperson im Haus: Verantwortlich für interne Koordination und Information. AnsprechpartnerIn der AMEDISS-Koordinationsstelle
I. Teambildung	VertreterInnen aller in den Medikationsprozess involvierten Berufsgruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Personen mit entsprechenden Kompetenzen aus dem ärztlichen Bereich • Apotheke • Pflege • ärztliches und administratives Management • QM • Riskmanagement • IT etc.
II. AMEDISS-Survey	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen zum AMEDISS-Survey-Katalog und Verteilung des Katalogs an das Team • 1 bis 2 Sitzungen zur gemeinsamen Beantwortung des Katalogs (1 Katalog je Haus wird im Konsensverfahren beantwortet)
III. Ergebnisbericht mit individuellem Feedback	Standardisierter Bericht mit individuellen Analyseergebnissen und im Vergleich zu Referenzgruppen <ul style="list-style-type: none"> • Vertraulichkeit und Datenschutz • Rückmeldung an das Team
IV. Reflexion im Team; ev. Maßnahmen für Strategieverbesserung zur PatientInnen-sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Moderierte Arbeitssitzungen • Entwicklung von Strategien (kurz-/langfristigen) • Empfehlungen (Team und Führung)
Alle 2 Jahre Wiederholung des Surveys	Information der MitarbeiterInnen über Verbesserungen in der PatientInnensicherheit

Verteilung von Medikationsfehler

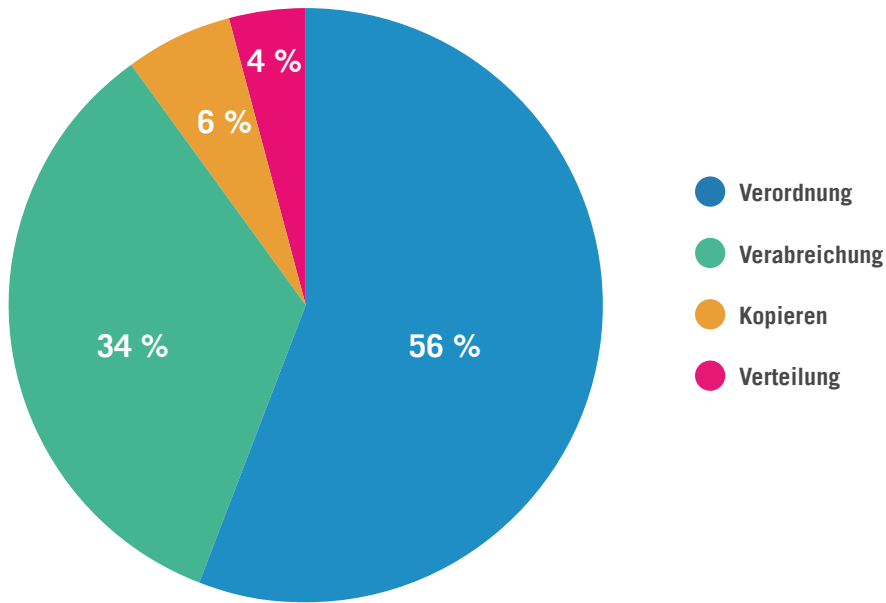


Abb. 5: Verteilung von Medikationsfehlern.

Die Struktur des AMEDISS Survey am Beispiel PatientInneninformation

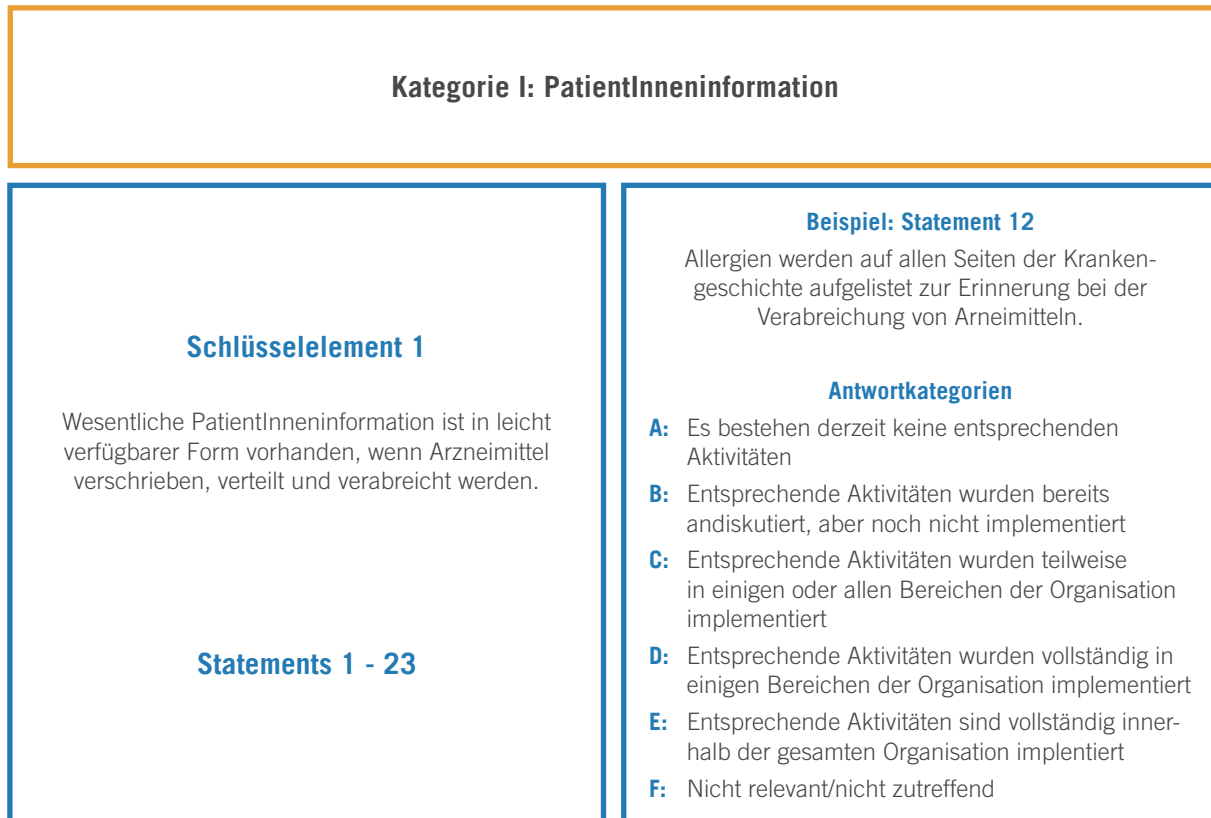


Abb. 6: Die Struktur des AMEDISS Survey am Beispiel PatientInneninformation.

Referenzen:

- (1) Slawomirski, L., A. Aaraaen and N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>
- (2) Financial Burden due to specific adverse events or conditions (Table 4). In: Slawomirski, L., A. Aaraaen and N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>
- (3) <http://www.assekurisk.eu>
- (4) MedicinNet.com, 2006.
- (5) https://doc.rero.ch/record/24959/files/MEIER_Xenia_BT.pdf Bachelorarbeit MS im Spital u. im Alters- und Pflegeheim.
- (6) Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768–270.
- (7) Meier, X.: Medikationssicherheit im Spital und in Alters- und Pflegeheimen. Ursachen und Fehlerarten die auftreten. Bachelorarbeit. Hochschule für Gesundheit, Freiburg (2010).
- (8) Kingston-Riechers J. et al (2010), Etchells et al (2012), Levinson (2014) Level of care Adverse event, specific to level of care General drivers of adverse events independent of level of care; in: : Slawomirski, L., A. Aaraaen and N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>
- (9) <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Projects/EUNetPaS/>
- (10) http://www.plattformpatientensicherheit.at/de/themen_amediss.htm
- (11) Das AMEDISS-TOOL wurde bereits auf zahlreichen Veranstaltungen präsentiert (bspw. Gesundheitspolitisches Forum, Österreichischer Pflegekongress oder Konferenz zur Medikationssicherheit. der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit ...) und in Fachzeitschriften publiziert. Beispielhaft „Österreichische Pflegezeitschrift“. 6/2016. ZS des Österreichischen Pflegeverbandes, ZS KLINIK. Interdisziplinäre ZS für das Krankenhaus.
- (12) www.ismp.org
- (13) Hollnagel E., Wears R.L. and Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net: Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.
- (14) Mechtler, R.: Austrian Medication Safety Strategy (AMEDISS) - eine Initiative der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit. In: ÖPZ 6/2016.
- (15) Die Erfahrungen basieren auf der Evaluierung der Implementierung des AMEDISS-TOOLS in 10 österreichischen Spitälern.
- (16) Österreichische Pflegezeitschrift. ZS des Österreichischen Pflegeverbandes. 6/2016. S. 17.
- (17) Wagner, W.: ÖÄZ 6 - Patientensicherheit: Vermehrte Umsetzung erforderlich. 25.03.2018.

Nähere Informationen zur Teilnahme können bei der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit unter www.plattformpatientensicherheit.at sowie dem Folder „AMEDISS_TOOL Selbsteinschätzung der Medikationspraxis – von der Verordnung bis zur Verabreichung“ entnommen werden.

9. ARBEITSGRUPPEN LAUFEND

Es werden laufend Arbeitsgruppen zu aktuellen Themen der PatientInnensicherheit etabliert. Die Endergebnisse werden vor der Publikation und Empfehlung innerhalb der Plattform vorgestellt und diskutiert. Es findet ein internes Konsultationsverfahren unter den ExpertInnen der in der Plattform vertretenen Institutionen statt.

9.1 UMGANG MIT NICHT-DEUTSCHSPRACHIGEN PATIENTINNEN

Leitung: Hon.-Prof. SC Dr. Gerhard Aigner, Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker, Herbert Herbst

Gesundheitliche Chancengleichheit ist eine bedeutende Herausforderung für das Gesundheitswesen. Aufgrund von besonderen materiellen und psychosozialen Belastungen, von speziellen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und durch die spezifische Ausgestaltung des Gesundheitswesens haben viele nicht-deutschsprachige MigrantInnen nicht die gleichen Gesundheitschancen. Eine massive Hürde stellt hier zweifelsohne die Sprache dar, welche oft ausschlaggebend dafür ist, inwieweit sich PatientInnen im Gesundheitssystem orientieren und damit Zugang zu Ressourcen erlangen können. Genauso vielfältig wie die auftretenden Komplikationen durch Kommunikationsbarrieren sind auch die vielen Lösungsinitiativen und Ansätze, sowohl im Krankenhaus-Setting als auch im niedergelassenen Bereich. So kommt vom Angehörigen-Dolmetsch, über fremdsprachiges Gesundheitspersonal bis hin zum professionellen Dolmetsch-Dienst alles zum Einsatz. Entsprechend unterschiedlich ist demnach auch die Qualität des ermöglichten Zugangs. Nicht zuletzt stellt diese Situation auch für die MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar und führt oftmals zu sehr schwierigen Situationen als auch haftungsrechtlichen Konsequenzen.

Die Plattform Patientensicherheit ergriff daraufhin in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Initiative, um sich der Herausforderung dieser Thematik anzunehmen. Zu diesem Zweck wurde im Mai 2011 die Arbeitsgruppe „Umgang mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen“ gegründet. Um ein möglichst umfassendes Bild der Problemlage zu bekommen, wurden ExpertInnen aus den unterschiedlichsten relevanten Bereichen zur Teilnahme an der Arbeitsgruppe eingeladen. Das multiprofessionelle Team setzt sich aus Vertretern folgender Bereiche zusammen: VertreterInnen der großen KrankenhausbetreiberInnen in Österreich (KAV/SALK/KAGes), der Österreichischen Ärztekammer, der Volkshilfe Wien, der Translationswissenschaften, der Kultur- und Sozialanthropologie, der Philosophie, der Pflege und der Pflegewissenschaften sowie der Soziologie und des Rechts.

Ziel war, gemeinsam einen Blick auf den Status Quo und die in den verschiedensten Bereichen aufgefundenen Problemen zu werfen und in Hinblick auf die Verbesserung der momentanen Situation für Personen mit nicht-deutscher Muttersprache ein erstes Pilotprojekt zu starten. Darüberhinaus war eine Art Bestandsaufnahme (welche Projekte, welche Tools gibt es bereits) geplant.

Die Plattform Patientensicherheit veranstaltete zu diesem Thema im November 2011 im Gesundheitsministerium eine Tagung zum Thema „Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit“. Im Anschluss an die Tagung hat die Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin und dem Institut für Translationswissenschaft aufgrund des großen Interesses vieler Institutionen im Gesundheitswesen ein Pilotprojekt für Videodolmetschen im Gesundheitswesen konzipiert, das im Oktober 2013 gestartet wurde.

9.2 SICHERHEIT FÜR GERIATRISCHE PATIENTINNEN

Leitung: Dr. Thomas Frühwald, Dr. Stefan Dinges

Eine weitere Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem Thema „Sicherheit für geriatrische PatientInnen“. Ziel ist es, einen Leitfaden mit Modellen guter Praxis und Empfehlungen zu erarbeiten.

9.3 TEAMTRAINING

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky, Dr. Helmut Trimmel, Dr.ⁱⁿ Caroline Kunz

Die Rolle von nicht technischen Fähigkeiten („non technical skills“ oder auch „soft skills“) im Gesundheitswesen sind in ihrer Bedeutung für die PatientInnensicherheit erst in den letzten 15 Jahren entdeckt worden. In Situationen, die für ÄrztInnen großen Stress bedeuten, sind es in hohem Ausmaß die „non technical skills“ und das durch Training vorbereitete Team, welche das Risiko für die PatientInnen minimieren können. Die Arbeitsgruppe erarbeitet internationale Empfehlungen für interpersonelle und Kommunikationskompetenzen und gibt Anregungen für deren Umsetzung in Trainings oder Train the Trainer Programmen.

9.4 PEER SUPPORT GROUP

Leitung: Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker, Dr.ⁱⁿ Caroline Kunz, Dr.ⁱⁿ Angelika Flynn, MSc, Mag.^a Rita Offenberger, MSc, Mag.^a Kathrin Sobotka

Die Plattform Patientensicherheit hat vor ein nationales Zentrum für Health Peersupport einzurichten.

Die health professional helpline soll die erste Anlaufstelle in Österreich für „CISM Critical Incident Stress Management“ werden. Die health professional helpline bietet Akuthilfe für ÄrztInnen, Pflegepersonal und Angehörige aller Gesundheitsberufe (peer support), die mit PatientInnen und Angehörigen arbeiten.

CISM Critical incident Stress Management ist Erste Hilfe und keine therapeutische Methode. Sie wird von peers, d.h. von health professionals für health professionals durchgeführt und bei akut auftretenden, unerwarteten und belastenden Ereignissen in der Medizin eingesetzt.

Die Soforthilfe für das Personal nach unerwünschten Ereignissen im Gesundheitsbereich ist ein hochwirksames Instrument zur Verarbeitung von „critical incidents“ wie auch Schockerlebnissen im Beruf. Die seelischen Belastungen werden abgefangen und verarbeitet. Das methodisch fundierte Gespräch mit dazu ausgebildeten Peers (das sind KollegInnen der gleichen Berufsgruppe und der gleichen Hierarchieebene) trägt zum tieferen Verständnis bei und ermöglicht den Betroffenen eine professionelle Verarbeitung des Erlebten und ein unbelastetes Weiterarbeiten nach dem Ereignis. Sollte die Erste Hilfe zu wenig greifen oder das Ereignis zu belastend sein, gibt es die Möglichkeit, mit ExpertInnen, mental health professional, weiter zu arbeiten.

In der Arbeit mit kranken Menschen sind wir gefordert seelisch und körperlich gesund zu bleiben. Es gibt viele Ereignisse im Leben von ÄrztInnen, PflegerInnen, Hebammen u.a. Berufsgruppen im Gesundheitsbereich, die Spuren in Form von belastenden Erinnerungen, Schuld- und Schamgefühlen hinterlassen und mit der Zeit zu schweren Belastungen werden können.

Im Gegensatz zu althergebrachten Meinungen muss man damit nicht leben können. Kritische Vorfälle verursachen normalen Stress bei gesunden Personen aufgrund abnormaler Ereignisse.

CISM ist eine der effizienten Methoden, traumatische Erfahrungen in gesunder Weise zu verarbeiten und sie nicht auf Kosten der eigenen Gesundheit ertragen zu müssen. Durch die Anwendung von Critical Incident Stress Management (CISM) können Beeinträchtigungen des Arbeitsumfeldes und der sozialen Interaktion im Team vermieden werden.

10. ARBEITSGRUPPEN ABGESCHLOSSEN

10.1 KONTAKTE ZU INTERNATIONALEN INITIATIVEN UND ORGANISATIONEN

Leitung: Dr.ⁱⁿ Maria Woschitz-Merkac

Ziel der Kontaktgruppe war die Kommunikation und der Informationsaustausch mit der Projektleitung bzw. den ProjektpartnerInnen des EU-Projekts EUNetPaS. Das entspricht unmittelbar den Zielen des EU-Projekts: European Network for Patient Safety – To establish an umbrella network to improve cooperation among member states in the field of patient safety (www.eunetpas.eu).

Die anfänglichen Aktivitäten im Jahr 2008 konzentrierten sich auf den Aufbau der Kontakte der Österreichischen Plattform Patientensicherheit zur EUNetPaS-Projektleitung in Paris bis hin zur Aufnahme der Österreichischen Plattform Patientensicherheit in das europäische Netzwerk EUNetPaS als Colaborating Partner.

2008 wurde die EUNetPaS-Projektleitung auf Initiative der Kontaktgruppe nach Österreich eingeladen, wo anlässlich einer Tagung der Österreichischen Plattform Patientensicherheit die Aktivitäten und Inhalte des EU-Projekts EUNetPaS einem interessierten österreichischen Publikum vorgestellt wurden. Daraufhin entwickelte sich eine enge Zusammenarbeit und die Plattform beteiligte sich an der ersten Umfrage des EUNetPaS-Projekts in Österreich zum Thema PatientInnensicherheit.

In den Jahren 2009/2010 wurden Informationen, so genannte Templates, zur Beantwortung von Fragen erarbeitet, fokussiert auf folgende vier Themen:

- Sicherheitskultur
- Aus-, Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Sicherheitskultur
- Berichtssysteme für kritische Ereignisse und
- Medikationssicherheit.

Diese wurden an diverse Gesundheitseinrichtungen ausgesandt. Die Antwortschreiben wurden von der Kontaktgruppe gesichtet und an die Projektleitung von EUNetPaS weitergeleitet. Daraufhin wurden die österreichischen ExpertInnen, ProjektleiterInnen/Institutionen direkt in die vier EUNetPaS-Arbeitskreise (WP) eingebunden, und es ergab sich daraus für die Dauer des EU-Projekts ein mehr oder weniger reger Informationsaustausch. Einige der österreichischen ExpertInnen bzw. Projekte und Ideen wurden in die EUNetPaS-Endberichte aufgenommen (siehe www.eunetpas.eu – EUNetPaS Catalogue: Use of PSCI in Member States; EUNetPaS: Compendium of good practices).

Das EU-Projekt EUNetPaS wurde Ende 2010 abgeschlossen. Die Endberichte und Ergebnisse sind auf der Homepage www.eunetpas.eu nachzulesen.

Unmittelbar nach dem Abschluss des EU-Projekts fand die Arbeit ihre Fortsetzung auf nationaler Ebene im Arbeitskreis der Plattform „Indikatoren für Patientensicherheit“. Nach dem Ende des EU-Projekts EUNetPaS beschränkten sich die Aktivitäten der EUNetPaS-Kontaktgruppe im Jahr 2011 im Wesentlichen auf die Dissemination von Informationen über Aktivitäten und Empfehlungen der EU und WHO zum Thema PatientInnensicherheit an die Mitglieder der Österreichischen Plattform Patientensicherheit.

10.2 INDIKATOREN FÜR PATIENTENSICHERHEIT

Leitung: Dr.ⁱⁿ Reli Mechtler

Die Arbeitsgruppe „Indikatoren für Patientensicherheit“ hat es sich zum Ziel gesetzt, bereits vorhandene PatientInnensicherheitsindikatoren und Erfahrungen zu identifizieren sowie Methoden zur Unterstützung der Umsetzung und Nutzung von PatientInnensicherheitsindikatoren aufzuzeigen. Die Arbeiten für den intramuralen Gesundheitssektor sind abgeschlossen. Eine entsprechende Empfehlung der Indikatoren für PatientInnensicherheit ist auf der Website der Österreichischen Plattform Patientensicherheit zum Download veröffentlicht.

10.3 AMEDISS BASIC (AUSTRIAN MEDICATION SAFETY STRATEGY)

Leitung: Dr.ⁱⁿ Reli Mechtler

Die Ziele der AG AMEDISS BASIC waren:

- Adaptierung der bereits entwickelten bzw. erprobten Modelle (z. B. EuNetPaS/EU, MEDSAFE/BMG, WHO-Indikatoren)
- Erarbeiten der strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Voraussetzungen für die Implementierung
- Entwicklung und Aufbau einer elektronischen Datenbasis (im Rahmen der Plattform Patientensicherheit) und die Möglichkeit zum Benchmarking in Österreich
- In weiterer Folge Koordination und Operationalisierung über die Plattform Patientensicherheit
- Ausrollung und Implementierung.

Aus der Arbeitsgruppe entwickelte sich das Projekt „AMEDISS-Tool, Selbsteinschätzung der Medikationspraxis – von der Verordnung bis zur Verabreichung“

10.4 PATIENT-EMPOWERMENT

Leitung: Dr. Gerald Bachinger, Prof. Robert Fischer

PatientInnensicherheit und Risikomanagement haben in den letzten Jahren einen großen Stellenwert in den nationalen Gesundheitssystemen erhalten. Viele dieser Aktivitäten richteten sich aber vorrangig an GesundheitsexpertInnen. Daher hat die Plattform Patientensicherheit im Jahr 2010 die Arbeitsgruppe Patient-Empowerment ins Leben gerufen, denn auch PatientInnen können einen positiven Beitrag zu mehr PatientInnensicherheit leisten. Ihre Beobachtungen und Erfahrungen sind für das Gesundheitspersonal sehr wertvoll, denn schließlich sind sie die einzigen, die den gesamten Prozess des Krankenhausaufenthaltes miterleben. Die ExpertInnengruppe hat den Folder „Sicher ist sicher“, der PatientInnen sensible Bereiche des Behandlungsprozesses erläutert und sie zur Mitarbeit aktiviert, erarbeitet. Themenbereiche sind beispielsweise die Information rund um die eigene Erkrankung, die Kommunikation mit KrankenhausmitarbeiterInnen, Hygienemaßnahmen sowie Wissenswertes zur Medikamenteneinnahme, der allgemeinen Gefahrenvermeidung und dem Entlassungsmanagement. Im Sommer 2011 wurde dieser im Rahmen eines Pilotprojekts in den Krankenanstalten Lilienfeld und Amstetten in den Abteilungen Chirurgie, interne und Orthopädie evaluiert. Die Ergebnisse wurden in den Folder eingearbeitet und dieser wurde am 15. März 2012 im Rahmen einer Pressekonferenz präsentiert.

The image shows a folder titled "Entlassungsinformation" (Discharge Information) from the "Plattform Patientensicherheit" (Patient Safety Platform). The folder is addressed to "Liebe Patientin, lieber Patient!" (Dear patient) and emphasizes the importance of patient participation and receiving necessary information after discharge. It contains a checklist of four questions: 1. Was ein Entlassungsgespräch stattgefunden? (Whether a discharge conversation took place), 2. Wurden Sie über Verhaltensregeln informiert? (Whether you were informed about behavioral rules), 3. Sind alle weiterbehandelnden Stellen informiert? (Whether all further treating departments are informed), and 4. Wissen Sie an wen Sie sich in Notfällen wenden können? (Whether you know whom to contact in emergencies). The folder also includes a handwritten-style message: "Wir wünschen Ihnen alles Gute und bedanken uns für Ihre Mitarbeit!" (We wish you all the best and thank you for your cooperation!). On the right side, there is a photograph of a smiling doctor with a stethoscope around her neck, holding a clipboard, standing next to a family consisting of a mother, a father, and a young child. The folder features the "Plattform Patientensicherheit" logo at the top right and a blue banner at the bottom with the text "Patienteninformation" and "Sicher = Sicher" (Safe = Safe).

Folder: Sicher ist sicher


10.5 SICHERHEIT IM OP

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky, Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl

Medizin ist heute im Gegensatz zu vergangenen Tagen zu einem hochkomplexen und effizienten, aber auch potenziell bedrohlichen Gegenstand der Menschheit geworden. In allen Systemen, an denen der Mensch mitwirkt, passieren Fehler. Der Mensch ist in seiner Wesensart unvollkommen. Dessen muss sich speziell die Medizin bewusst werden und Instrumente entwickeln, damit Ereignisse, die vermeidbar sind und nicht passieren dürfen, nicht auftreten. Die an die einschlägigen WHO-Arbeiten angepasste und erarbeitete Checkliste der Arbeitsgruppe „Sicherheit im OP“ soll dies unterstützen. Die Checkliste kann sich zu einem weltweit akzeptierten und umgesetzten Instrument des Risikomanagements entwickeln. Um dieses Fernziel zu erreichen, müsste man beginnen, Arbeitsabläufe zu standardisieren, zu schulen und laufend verpflichtend zu trainieren. Es sollte auch jedem/jeder klar sein, dass die Checkliste für eigene Handlungsfelder zu adaptieren ist.

OP-Sicherheits-Checkliste

modifiziert nach der World Health Organization



1 Sign In

vor Einleitung des Anästhesieverfahrens

- Identität des Patienten
- Operationsart und Stelle
- Markierung der OP-Stelle (wenn erforderlich)
- Operationseinwilligung
- Antibiotika – Prophylaxe (notig und erhalten)
- Risiko des Blutverlustes
- Schwierigkeiten zu erwarten
- Besonderes Equipment erforderlich
- Besondere Hygienemaßnahmen erforderlich
- Nötiges Equipment überprüft und einsatzbereit
- Anästhesieeinwilligung
- Schwieriger Atemweg / Aspirationsrisiko
- Allergien
- Allgemeiner Anästhesiecheck
- Monitoring angelegt und funktionsfähig (EKG, Pulsoximetrie, Blutdruck)
- Offene Fragen

2 Team Time Out

vor Beginn des Eingriffs

Der Checklisten-Koordinator stellt sich selbst und die Team-Mitglieder namentlich und mit ihrer Funktion vor. Kennen sich alle Anwesenden und ist kein neues Teammitglied anwesend, genügt es, diese Tatsache festzustellen.

Bevor der Eingriff begonnen wird, werden folgende Punkte – für alle Anwesenden hörbar – vom Checklisten-Koordinator abgefragt und vom dafür Zuständigen beantwortet:

- Patientenidentität
- Art der Operation, Operationsstelle und Operationsseite
- Sind kritische Situationen zu erwarten? (Frage an alle)
- Blutkonserven bestellt / vorhanden
- Offene Fragen

Patientenkennt

3 Sign Out

vor Eingriffsende

Der Checklisten-Koordinator führt folgende Abfragen durch:

- Welcher Eingriff wurde durchgeführt?
- Tücher und Instrumente komplett?
- Gewebeproben korrekt beschriftet?
- Probleme mit verwendeten Instrumenten oder Geräten?
- Informationen für die postoperative Betreuung des Patienten (Schmerztherapie, Verband, Drainagen, Verbote)
- gibt es noch Fragen / Unklarheiten?

Ergänzungen und Anpassungen an lokale Gegebenheiten sind erwünscht und notwendig.

Aus Gründen der leichten, besseren Verständlichkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Die grammatikalisch gebräuchliche männliche Form schließt auch die weiblichen Personen mit ein.

Osterreichische Version entwickelt von der Plattform Patientensicherheit ANetPAS www.plattform-patientensicherheit.at

Based on the WHO Surgical Safety Checklist, URL <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en> © World Health Organization 2009. All rights reserved.

Checkliste Sicherheit im OP

10.6 PATIENTENHANDBUCH – EIN LEITFADEN FÜR EINEN SICHEREN KRANKENHAUSAUFENTHALT

Leitung: Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl

In Anlehnung an das dänische Vorbild wurde von einer eigens eingerichteten Arbeitsgruppe der Plattform Patientensicherheit das dänische Patientenhandbuch übersetzt und an österreichische Verhältnisse angepasst. Das Patientenhandbuch ist als Leitfaden für einen sicheren Krankenhausaufenthalt gedacht. Es soll PatientInnen dazu motivieren, sich aktiv als PartnerInnen in den Behandlungsprozess einzubringen. Dazu ist es wichtig, den PatientInnen die notwendigen Informationen zu den Behandlungsschritten zu vermitteln.

Das Patientenhandbuch kam erstmals 2012 in unterschiedlichen öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen zum Einsatz und wurde von der Oeser GmbH evaluiert. Demzufolge wird das Patientenhandbuch als informativ, anschaulich und nützlich eingestuft. Notizseiten, Schmerztagebuch und Medikamentenliste werden als hilfreich angesehen. Im Besonderen stößt das Patientenhandbuch bei chronisch Kranken auf großes Interesse. Die ausführlichen Ergebnisse der Studie liegen in der Geschäftsstelle der Österreichischen Plattform Patientensicherheit auf.

Am 28. November 2012 fand in der alten Kapelle des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin die Pressekonferenz zur Patientensicherheits-App unter großer Beteiligung der Medien statt.



Ihr Patientenhandbuch

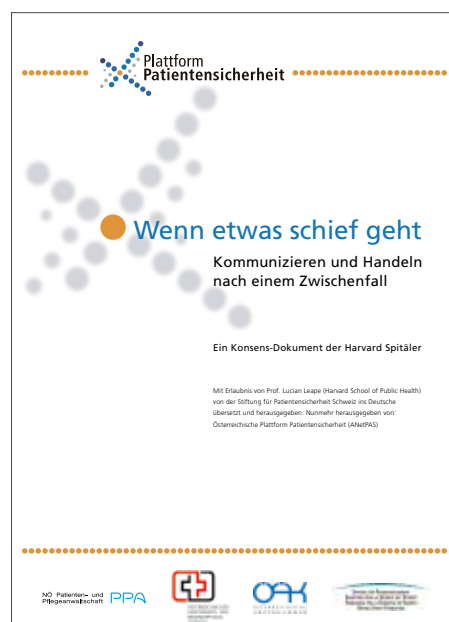
10.7 PATIENTINNENSICHERHEIT UND KOMMUNIKATION

Leitung: Dr.ⁱⁿ Caroline Kunz

Die AG „Kommunikation nach Zwischenfällen“ beschäftigt sich mit der Broschüre „Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall“. Dabei handelt es sich um ein Konsensdokument der Harvard-Spitäler mit dem Originaltitel „When Things Go Wrong – Responding To Adverse Events“ von Prof. Lucian Leape (Harvard School of Public Health). Diese Broschüre wurde von der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz mit Erlaubnis von Prof. Leape ins Deutsche übersetzt, herausgegeben und von der Österreichischen Plattform Patientensicherheit übernommen. Sie enthält ein Vorwort von Prof. Dieter Conen, Präsident der Stiftung für Patientensicherheit. Die Broschüre wurde geringfügig mit Daten zur österreichischen Situation und Informationen zur rechtlichen Lage in unserem Land erweitert. Die Kultur der Offenlegung nach Vorfällen hat in den USA zu einer deutlichen Reduktion von Klagen geführt. Wichtig ist, die vorgeschlagenen Maßnahmen zu vermitteln, sie in geeignetem Setting mit den Teams zu trainieren und die Kommunikation dem rechtlichen Rahmen des jeweiligen Landes anzupassen. Damit ist ein wesentlicher Schritt zur Etablierung einer Sicherheitskultur im Gesundheitswesen gesetzt.



Broschüre:
Professionell kommunizieren mit PatientInnen und Angehörigen nach einem unerwünschten Ereignis



*Konsens Dokument:
Wenn etwas schief geht –
Kommunizieren und
Handeln nach einem
Zwischenfall*

11. THEMENSCHWERPUNKTE UND TÄTIGKEITEN

WISSENSCHAFTLICHE TAGUNGEN UND VERANSTALTUNGEN

Jährlich finden wissenschaftliche Tagungen sowie weitere Veranstaltungen zum Thema PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit statt. Mitglieder der Österreichischen Plattform Patientensicherheit haben die Möglichkeit, kostenlos bzw. zu reduzierten Teilnahmegebühren an den Tagungen teilzunehmen. Die Veranstaltungen greifen aktuelle Inhalte und Projekte im Bereich PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen auf und dienen dem interdisziplinären Austausch von ExpertInnen der Wissenschaft und Praxis.

In den letzten 10 Jahren hat die Plattform Patientensicherheit über 50 Veranstaltungen abgehalten. Dazu kommen noch etliche Pressekonferenzen und Kooperationsveranstaltungen. Die Themen waren breit gefächert von PatientInnensicherheit, MitarbeiterInnensicherheit, Kommunikation, Gewalt, Haftung, Aufklärung, PatientInnenverwechslung, Schutzimpfungen, E-Health, CIRS, Diagnose(un)sicherheit, Medikationssicherheit bis zu Flüchtlingshilfe.

Eine Auswahl der Jahre 2016-2017

2016	Veranstaltung
10.03.2016	Pressekonferenz zur Tagung „MitarbeiterInnen und PatientInnen-sicherheit im Rahmen der Flüchtlingshilfe“
10.03.2016	Tagung „MitarbeiterInnen und PatientInnensicherheit im Rahmen der Flüchtlingshilfe“, in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Wien
14.09.2016	Pressekonferenz anlässlich des 2. Internationalen Tages der Patientensicherheit
17.09.2016	2. Internationaler Tag der Patientensicherheit zum Thema Medikationssicherheit Deutschland, Schweiz, Österreich
08.11.2016	Visionennachmittag zum Thema: „Patienten- und MitarbeiterInnensicherheit in Österreich 2020“
09.11.2016	Tagung „Medikationssicherheit“, in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin

2017

Veranstaltung

03.04.2017	Visionennachmittag zum Thema CIRS
17.09.2017	3. Internationaler Tag der Patientensicherheit zum Thema „Speak-Up! Wenn Schweigen gefährlich ist“ Deutschland, Schweiz, Österreich
20.09.2017	Pressekonferenz 3. Internationaler Tag der Patientensicherheit, Wien
07.11.2017	Tagung: „Speak-Up! Wenn Schweigen gefährlich ist“, in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin
07.11.2017	Verleihung des Austrian Patient Safety Awards
20.11.2017	Round Table: Nosokomiale Infektionen, Initiative Sicherheit im OP, in Kooperation mit der Plattform Patientensicherheit, Wien

12. PUBLIKATIONEN UND EMPFEHLUNGEN

- OP-Sicherheits-Checkliste
- Empfehlungspapier: Indikatoren für Patientensicherheit
- Broschüre: Wenn etwas schief geht. Handeln und Kommunizieren nach einem Zwischenfall
- Folder: Sicher ist Sicher
- Folder: Professionell kommunizieren mit PatientInnen und Angehörigen nach einem unerwünschten Ereignis
- Ihr Patientenhandbuch-Leitfaden für einen sicheren Aufenthalt
- Was Patientinnen und Patienten tun können – 6 Beiträge zur Patientensicherheit (gemeinsam mit der Initiative Sicherheit im OP)
- Expertenpapier: Haftung bei Nosokomialen Infektionen. Wie Krankenanstalten ihre Patientinnen und Patienten, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und sich selbst schützen können (gemeinsam mit der Initiative Sicherheit im OP)
- Plakat: 10 Sicherheitstipps
- Plakat: 10 Tipps, damit „Speak-Up“ gut funktioniert
- Folder: Speak-Up! Wenn Schweigen gefährlich wird
- Folder: Medikationssicherheit
- Plakat: 7 Tipps für mehr Sicherheit von MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen
- Handlungsempfehlung: Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems – CIRS (gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Patientensicherheit Schweiz)
- Handlungsempfehlung: Risikomanagement in der Patientenversorgung (gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Patientensicherheit Schweiz)
- Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps (gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Patientensicherheit Schweiz)
- Plakat: Datensicherheit = PatientInnensicherheit, 8 Sicherheitstipps für Gesundheitsberufe
- Plakat: Datensicherheit = PatientInnensicherheit, Sicherheitstipps für die Nutzung von Gesundheits-Apps

