

01.01.2019 Stationär

Safety Clip: Risikomanagement in der Luftfahrt und im Krankenhaus

N. Manig-Kurth



Vergleichende Betrachtung zum Stand der Umsetzung

Die Gewährleistung der Patientensicherheit stellt nach wie vor eine der wichtigsten Aufgaben für das Krankenhausmanagement dar. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, den Reifegrad des klinischen Risikomanagements mittels geeigneter Kennzahlen messbar und somit transparent zu machen. Ist der Reifegrad bekannt, kann rechtzeitig mit geeigneten Maßnahmen den potenziellen

Gefahren für die Patientensicherheit entgegengewirkt werden. In den letzten 20 Jahren ist die Patientensicherheit in den Krankenhäusern immer mehr in den Fokus der handelnden Akteure gerückt. Die Krankenhäuser sind von Gesetzgeber verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem zu etablieren, einschließlich der Instrumente des Risikomanagements [1].

In diesem Artikel vergleicht die Autorin ausgewählte Instrumente bzw. Methoden des Risikomanagements, die in der Luftfahrt wie auch im Krankenhaus angewendet werden. Es wird dargestellt, welcher Grad der Umsetzung dieser Instrumente in den Krankenhäusern erreicht ist. Der Beitrag ist aus Sicht einer Risikoberaterin geschrieben, die als Flugbegleiterin und Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig war.

Entwicklung Risikomanagement

„In den Kindertagen der Luftfahrt bestand das Risikomanagement- und Frühwarnsystem des Piloten (neben dem Kompass) im Wesentlichen aus drei Instrumenten: Schal, Krawatte und Brille. An der Art, wie der Schal flatterte, konnte der Pilot Geschwindigkeit und Seitenwind abschätzen“ [2]. Die Flugbegleiterinnen mussten aus „gutem Haus“ und unverheiratet sein. Neben einem ansprechenden Äußeren sollten sie auch die Qualitäten von guten Gastgeberinnen besitzen.

In der Luftfahrt wie auch im Gesundheitswesen gab es auslösende Ereignisse, die sichtbar machten, wie wichtig es ist, ein funktionierendes Risikomanagementsystem, inkl. der Anwendung von geeigneten Instrumenten, zu etablieren.

Das Datum 27. März 1977 markiert eines von mehreren katastrophalen Ereignissen in der Luftfahrt. An diesem Tag kollidierten auf dem Flugfeld von Santa Cruz de Tenerife (Kanaren) zwei Flugzeuge vom Typ Boeing 747, eine KLM- und eine Pan American-Maschine, und gingen in Flammen auf. 583 der 644 Insassen beider Flugzeuge kamen ums Leben.

Im Gesundheitswesen war solch ein auslösender Moment die Veröffentlichung des Berichts „To Err Is Human – Building a Safer Health System“ des Institute of Medicine (IOM) 1999. Der Bericht stellte auf Basis mehrere Studien dar, wie viele Patienten im amerikanischen Gesundheitssystem aufgrund von „Adverse Events“ (unerwünschten Ereignis) starben. Von da an wurde Patientensicherheit ein immer wichtigerer Faktor in der Behandlung von Patienten in den USA wie auch in Europa.

Die Beschäftigung mit dem Aufbau des klinischen Risikomanagements führt automatisch in die Luftfahrt. Nicht nur, weil es verschiedene Angebote zu Fort- und Weiterbildungen unter der Leitung erfahrener Piloten gibt, sondern weil in der Luftfahrt nützliche Instrumente für ein aktives wie proaktives Risikomanagement gut und stringent implementiert sind und konsequent, im Cockpit wie auch in der Kabine, angewendet werden.

Im Folgenden werden ausgewählte Instrumente des Risikomanagements verglichen.

Checklisten und standardisierte Prozesse

„Checklisten beinhalten eine festgelegte Abfrage von sicherheitsrelevanten Prüfpunkten.“ Voraussetzung für die Entwicklung guter Checklisten ist das Standardisieren und Kennen von Prozessen. Das Anwenden von Checklisten, z. B. zur Vorbereitung auf den Start bzw. die Landung oder auf eine Notlandung, sind aus dem Cockpit nicht mehr wegzudenken.

Im Krankenhaus kommen Checklisten u. a. bei Operationen zum Einsatz, z. B. OP-Vorbereitungsscheckliste im stationären Bereich, OP-Sicherheitscheckliste bei Einschleusen in den OP (oft angelehnt an die OP-Sicherheitscheckliste der WHO). Im Rahmen von Sicherheits- und Risikoanalysen in Krankenhäusern zeigt sich jedoch, dass die Durchdringung und Durchführung der Abarbeitung der Checklisten oft mangelhaft ist. Patienten werden immer noch mit unvollständigen Unterlagen oder fehlender Seitenmarkierung in den OP eingeschleust. Gleiches gilt für die Kontrolle des Patientenidentifikationsarmbandes. Zudem sind die Checklisten nicht immer vollständig ausgefüllt.

Notfallsituationen, insbesondere Reanimationssituationen, stellen immer eine besondere Herausforderung dar. Für diese Situationen bieten sich Checklisten in Form eines Ablaufschemas an, um den Algorithmus der jeweiligen Notfall-/Reanimationssituation zu durchlaufen. Die Praxis zeigt jedoch, dass diese in den seltensten Fällen verwendet werden. Als Gesundheits- und Krankenpflegerin auf Intensivstationen habe ich an vielen Reanimationen teilgenommen. Dabei zeigte sich, dass die Notfall-/Reanimationsbehandlungen, bei denen der Teamleader aktiv das Ablaufschema mit dem jeweiligen Algorithmus zu Hilfe nahm, durchgängig die strukturiertesten Notfall-/Reanimationssituationen waren.

Standardisierung

Mit Standardisierung ist meist das Etablieren von Standard Operating Procedures (SOPs) und pflegerischer/multidisziplinärer Behandlungsstandards gemeint. Darüber hinaus geht es auch um die

Standardisierung der Arbeitsumgebung. Jedes Flugzeug eines bestimmten Typs (Boeing 737, Airbus A380) ist nach den Vorgaben der jeweiligen Airline standardisiert eingerichtet. So ist z. B. explizit festgelegt, wo sich das Notfallequipment befindet, einschließlich Kennung durch Piktogramm. Jeder Trolley oder jede Box ist entsprechend der Bestimmung gleich beladen und wird immer an der gleichen Stelle im Flieger aufbewahrt. Dieses Vorgehen vereinfacht das Arbeiten, dient der Flexibilität der Mitarbeiter und fördert die Sicherheit.

In den Krankenhäusern findet man eine Standardisierung der Arbeitsumgebung nur im OP-Bereich, in größeren Endoskopie-Einheiten und in den Behandlungsräumen der Notfallambulanzen. Die stationären Bereiche sind in der Regel nicht standardisiert – bis auf die Definition der Nutzung jedes Raumes und der Einrichtung der Fäkalienräume. In Anbetracht der Tatsache, dass aufgrund von Personalmangel oft Poolkräfte zum Einsatz kommen oder Mitarbeiter auf anderen Stationen aushelfen müssen, sollte zur Steigerung der Patientensicherheit in diesen Bereichen zwingend eine Standardisierung erfolgen. So könnten Medikationsschränke bzw. die Bevorratung der Medikamente einschließlich der Infusions- und Ernährungslösungen in den gleichen Räumlichkeiten und an den gleichen Stellen stehen und einheitlich bestückt sein (z. B. nach Handelsnamen oder Wirkstoff).

Das Notfallequipment ist im stationären Bereich zwar oft standardisiert, doch erfolgt die Aufbewahrung uneinheitlich. Sicherheits- und Risikoanalysen zeigen immer wieder, dass es oftmals keine Kennung der Räumlichkeit gibt, wo das Notfallequipment aufbewahrt wird. Häufig wissen ärztliche Mitarbeiter nicht, wo das Notfallequipment zu finden ist. Daher besteht ein hohes Risiko, dass im Notfall erst nach dem Notfallequipment gesucht oder gefragt werden muss und lebensrettende Erstmaßnahmen verzögert eingeleitet werden.

Eine Standardisierung der Arbeitsumgebung im klinischen Umfeld würde also die Patientensicherheit markant erhöhen. Zugleich würde Zeit gespart. Mitarbeitende, die auf anderen Stationen aushelfen, müssten nicht gesondert in die Örtlichkeiten eingeführt werden.

Fehlermanagement/Critical Incident Reporting System (CIRS)

„Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) (deutsch: Berichtssystem über kritische Vorkommnisse) ist ein Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen (englisch: critical incident) und Beinahe-Schäden (englisch: near miss) in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Luftfahrt.“[3] „Der Ursprung der systematischen Erfassung und strukturierten Fehleranalyse im Sinne eines CIRS findet sich Ende des zweiten Weltkrieges in der Fliegerei (Flanagan 1954) [4].“

„In Deutschland wurden Mitte der 90er Jahre erste CIRS-Systeme, damals noch „papiergestützt“, durch die Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH (GRB) in verschiedenen Krankenhäusern implementiert.“ Jahre später hat der G-BA in der sektorenübergreifenden Qualitätsmanagementrichtlinie Vorgaben definiert, die ein CIRS erfüllen muss (z. B. Anonymität, Sanktionsfreiheit).

Die durch CIRS gewonnenen Erkenntnisse über fehlerhafte Prozesse, Schwachstellen und mangelnde Verantwortlichkeiten dienen dazu, Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Diese erhöhen die Sicherheit von Prozessen sowie der Organisation. Im Ergebnis führen die Maßnahmen zu einer Steigerung der Patientensicherheit und dem Aufbau einer Sicherheitskultur – im Sinne einer lernenden Organisation. Dabei geht es in erster Linie um den sachlichen Inhalt der Meldung, nicht um die meldende bzw. beteiligte Person.

Während in der Luftfahrt das CIRS ein etabliertes Instrument ist, das konsequent genutzt wird, stellt sich die Situation in den deutschen Krankenhäusern differenzierter dar. In der Regel haben alle Krankenhäuser ein CIRS installiert, ob nun elektronisch oder in Papierform. Beobachtungen zeigen aber, dass die Akzeptanz dieses wertvollen Instruments insbesondere bei den ärztlichen Mitarbeitern schlecht ist. Die Ursachen sind vielschichtig: Die Zurückhaltung reicht von einer schlechten Vorbildfunktion des Vorgesetzten bis hin zum Vorwurf der Nestbeschmutzung in Verbindung mit der Weigerung des Verantwortlichen für den risikobehafteten Prozess, an der Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen teilzunehmen. Aber auch die Unkenntnis darüber, dass es ein solches Instrument im Haus überhaupt gibt und was meldewürdige Ereignisse sind, tragen zur mangelnden Nutzung bei. Hinzu kommt eine mangelnde Rückmeldung der Ergebnisse aus bearbeiteten CIRS-Meldungen, was die Akzeptanz weiter schwächt.

Fazit

In der Luftfahrt wie auch im Krankenhaus können Menschen zu Schaden kommen. In beiden Bereichen ist es daher wichtig, auf einem hohen Sicherheitsniveau zu arbeiten und eine Sicherheitskultur zu etablieren. Dies kann durch die Implementierung eines Risikomanagementsystems erreicht werden. Im direkten Vergleich ausgewählter Instrumente des Risikomanagementsystems zeigt sich, dass die Umsetzung bzw. die Durchdringung in deutschen Krankenhäusern im Vergleich zur Luftfahrt bei weitem nicht ausreichend ist und daran weiter intensiv gearbeitet werden muss.

Das kann etwa durch regelmäßige Schulungsmaßnahmen, z. B. themenspezifisch, erfolgen. Zudem sollte klinisches Risikomanagement Teil der Ausbildung sein, also z. B. in das Medizinstudium integriert werden. Wichtig für ein erfolgreiches klinisches Risikomanagement ist, dass jeder Einzelne den Wert erkennt und verinnerlicht. Klinisches Risikomanagement ist Teamarbeit und geht alle an, denn niemand ist frei von Fehlern.

Literatur

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser – QKM-RL)“ 2014 und Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) 2016

[2] Romeike, F. (2018): Risikomanagement. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Seite 218

[3] https://www.google.de/search?rlz=1C1GGRV_enDE751DE751&q=cirs+definition&sa=X&ved=0ahUKewju1a6Uhr3dAhXrpYsKHR2BAdQQ1QIlcigA&biw=192

[4] Meilwes, M. (2015): Patientensicherheitsmanagement. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, Seite 317

Manig-Kurth N: Safety Clip: Risikomanagement in der Luftfahrt und im Krankenhaus. Passion Chirurgie. 2019 Januar, 9(01): Artikel 04_04.

Autor des Artikels



Nicole Manig-Kurth

Risikoberaterin

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH

Klingenbergstr. 4

32758 Detmold

[> kontaktieren](#)