



Sicherheits- check

Wo es um Leib und Leben und körperliche Unversehrtheit geht, ist größte Vorsicht angebracht. Nicht umsonst absolvieren Piloten vor dem Start einen akribischen Check ihrer Maschine. Mediziner machen es ihnen nach.

2005 war es, als sich in Deutschland das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ gründete, das Operationsfehler im Krankenhaus ausschließen will. 2007 formulierte der eingetragene Verein eine standardisierte Checkliste vor der Narkose, während der OP und danach. „Wir haben rund 25.000 operative Eingriffe pro Jahr. Und natürlich haben wir ganz klar das Ziel, dass nirgendwo etwas schiefgeht“, sagt Dr. Jörk Volbracht, der für die Qualitätssicherung in den Häusern des Klinikverbundes Südwest zuständig ist. Deshalb hat man hier flächendeckend im Herbst 2007 die vom Aktionsbündnis empfohlene Checkliste eingeführt.

Dr. Michael Jugenheimer, Chefarzt der Chirurgischen Klinik in Herrenberg, hat das Verfahren ein Jahr darauf deutlich ausgeweitet. Er folgte damit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation. Morgens um sieben, wenn einer alten Weisheit nach die Welt noch in Ordnung ist, besucht er die Betten jener Patienten, die er am Vormittag operieren wird. Bis zu diesem Zeitpunkt hat Dr. Jugenheimer ein Aufklärungsgespräch geführt und das Einverständnis des Patienten zur Prozedur eingeholt. Fragen nach Allergien, Beat-

mungsproblemen oder Blutverlust sind dann bereits abgearbeitet. Gleich am Morgen markiert der Chirurg auch mit einem Edding-Stift die Stelle des Eingriffs. Werden die Patienten dann in einen der beiden Operationssäle gebracht, stellt der Anästhesist seine Fragen. Der Patient muss ihm seine Identität bestätigen und die Körperseite des Eingriffs. Im OP werden daraufhin alle nötigen Geräte auf Funktionsfähigkeit und Vollständigkeit überprüft. Bevor Dr. Jugenheimer das Skalpell zum Schnitt an die Haut setzt, haben sich Narkosearzt und Operateur über den anstehenden Eingriff abgestimmt. Auch am Ende des Eingriffs wird alles der Reihe nach kontrolliert. Ist der Eingriff vollständig dokumentiert? Sind herausgenommene Gewebeteile beschriftet, Instrumente, Nadeln, Bauchtücher und so weiter vollständig auf dem Instrumententisch? Wie beim Flugzeug darf nichts übersehen, nichts vergessen, nichts ungeprüft bleiben. Auch deshalb sind sie nach wie vor das sicherste aller Verkehrsmittel.

Dr. Jugenheimer schwört auf die Sicherheitscheckliste. Schließlich weiß der Herrenberger, dass Fehler zwar einerseits menschlich sind, andererseits jedoch durch standardisierte Sorgfalt vermieden werden können. Weder für Ärzte noch für Patienten sei es letztlich angenehm, wenn Boulevardblätter über Fehlbehandlungen berichteten – etwa einen verwechselten Leistenbruch.

Und doch kommen solche Pannen – leider – vor. Selten zwar, aber eben doch. Da-

rauf hat kein Geringerer als Prof. Dr. Matthias Rothmund hingewiesen. Der Marburger Chirurg, Ex-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, hatte 2005 für öffentliches Aufsehen gesorgt, als er erklärte, Kunst- und Behandlungsfehler in Krankenhäusern gehörten zu den zehn häufigsten Todesarten. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit geht auf seine Initiative zurück. Seither gilt das Motto: Nur wer sich Fehler eingesteht und analysiert, wie und durch welche Umstände und Verkettungen sie zustande kommen, kann Fehler dauerhaft vermeiden. Das sieht auch Dr. Michael Jugenheimer so. Als er an der Uniklinik in Mainz Assistenzarzt war, war Prof. Rothmund sein Lehrer. So schließt sich der (Sicherheits-)Kreislauf.

Hans Siedann

Weitere Informationen zum Thema Patientensicherheit:

**Aktionsbündnis
Patientensicherheit
c/o Institut für Patienten-
sicherheit der
Universität Bonn**

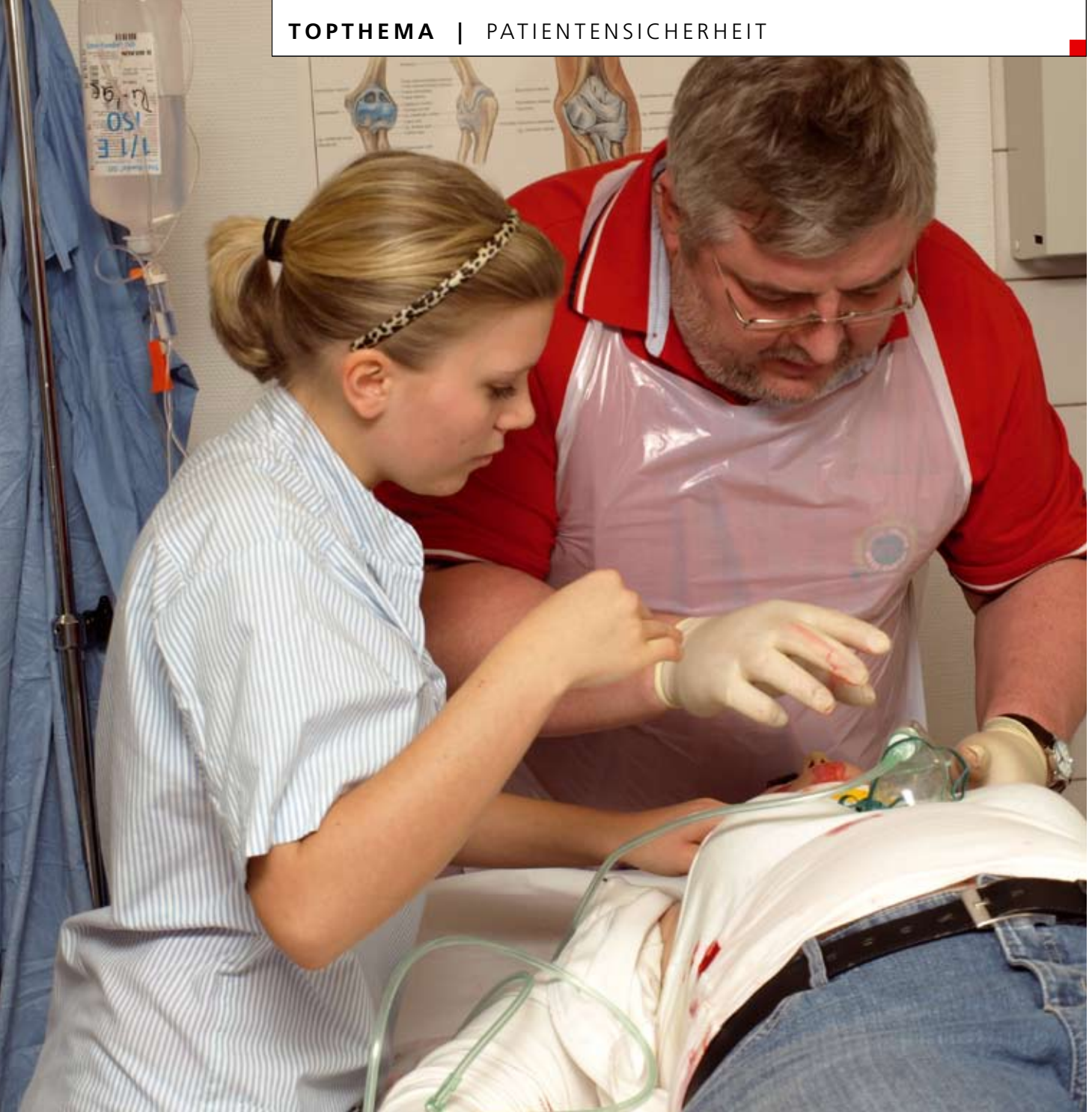
Stiftsplatz 12
D-53111 Bonn

Tel.: 0228 738366

Fax: 0228 738305

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de





Training für den Ernstfall

„Wir müssen intubieren, er bekommt schwer Luft, außerdem brauche ich eine komplette Thorax-Aufnahme!“ Der Patient hat Mehrfachtraumata, ist nicht ansprechbar, der Blutdruck sinkt. Das Ärzteteam arbeitet fieberhaft, die Anweisungen sind kurz und präzise, alle sind hochkonzentriert und versuchen nach Kräften, das Leben des Unfallopfers zu retten. „Stop, danke, das reicht fürs Erste – machen wir eine kurze Pause“, beendet Dr. Christoph Wölfel abrupt die Behandlung.

Pause? Ja, denn das ganze Szenario ist simuliert. Der Patient ist Schauspieler, seine Wunden geschminkt, das Verletzungsmuster vorab von Dr. Wöfl vorgegeben. Der ist einer der Kursdirektoren des ATLS-Programms in Deutschland, Arzt an der BG-Unfallklinik Ludwigshafen, und leitet den Fortbildungskurs für Notfallmediziner am Klinikum Sindelfingen-Böblingen. Was echt ist, sind die Ärzte, die Behandlungsabläufe und vor allem die Stresssituation. „Man ist mindestens so angespannt und konzentriert wie im Schockraum“, bestätigt auch Dr. Matthias Lang, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Kreisklinikums Calw-Nagold und einer der Teilnehmer. „Sich über die Schulter schauen zu lassen und die Anweisungen und Tipps des Prüfers direkt umzusetzen, ist eine völlig neue Situation. Das stresst schon irgendwie.“

Was in der Luftfahrt schon lange gang und gäbe ist, beispielsweise Checklisten, Simulationen und Prüfungssituationen, hält nach und nach auch Einzug in die Medizin. Deutschland hat mit die beste Traumaversorgung weltweit. Gut funktionierende Rettungsketten und moderne unfallchirurgische Versorgungsstrategien garantieren den Verunfallten beste Chancen auf Überleben und Heilung. Trotzdem arbeiten die Krankenhäuser zunehmend an Verbesserungsmöglichkeiten, um mögliche Fehlerquellen auszuschließen und dem Patienten noch effizienter helfen zu können. Aus diesem Grund setzt der Klinikverbund Südwest gezielt auf medizinische Fortbildungsmaßnahmen und festgelegte Standards in der Behandlung.

Das Advanced Trauma Life Support, kurz ATLS, ist ein weltweites Ausbildungskonzept, das Ende der 1970er-Jahre in den USA eingeführt und seither kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Ziel ist ein standardisiertes, prioritätenorientiertes Schockraum-Management von Traumapatienten. Vermittelt wird hier die schnelle und genaue Einschätzung des Zustands des Verletzten, die prioritätenorientierte Behandlung, sprich nach Schweregrad der einzelnen Verletzungen. Kann der Patient atmen, wie ist der Kreislauf, was muss zuerst behandelt werden, was kann warten? Hinzu kommt die Entscheidung, ob die eigenen Ressourcen zur Behandlung des Patienten

ausreichen oder ein Transfer in eine andere Klinik zu erwägen ist. Über allem steht der Gedanke, Fehler und mögliche Folgeschäden zu vermeiden, die Zeit nicht aus den Augen zu verlieren und eine gleichbleibend hohe Qualität der Versorgung zu sichern. Der Kurs vermittelt hierzu systematisches Wissen, Techniken, Fertigkeiten und Verhalten in Diagnostik und Therapie und richtet sich an alle Fachrichtungen, die an der Traumaversorgung im Schockraum beteiligt sind, wie zum Beispiel Unfallchirurgen, Anästhesisten oder Intensivmediziner.

ATLS

Advanced Trauma Life Support
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

Zum Kursformat, das Marina Schnabel, Leiterin der Abteilung für Aus-, Fort- und Weiterbildung im Klinikverbund, gebucht hat, gehören Vorlesungen und praktischer Unterricht in kleinen Gruppen, Kom-

petenz- und Geschicklichkeitstraining und Gesprächsrunden für Rückmeldungen, aber eben auch eine abschließende Prüfung unter realen Bedingungen. Die Instrukturen der deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie haben gut und gerne 800 kg an Lehrmaterial, medizinischem Gerät und Simulationspuppen dabei, was schnell deutlich macht, warum ein solcher Wochenendkurs mit acht Lehrern für die 16 Teilnehmer gut 30.000 Euro kostet. Geld, das Dr. Gunther Weiß, Geschäftsführer des Klinikverbundes, gut angelegt weiß: „Wir beschreiten seit Längerem neue



Wege, wenn es um Qualitätsmanagement und Patientensicherheit geht – ob das nun Checklisten für Operationen sind, öffentlich gemachte Qualitätsberichte oder Fortbildungsmaßnahmen. Die medizinische Leistungsfähigkeit unserer Mitarbeiter und Kliniken ist Grundlage für das

Vertrauen, das unsere Patienten in uns setzen – und das steht für uns immer an erster Stelle.“

„Routine ist gut, aber Kontrolle ist oftmals besser“, bekräftigt auch Dr. Norbert Futterer, Lehrgangsteilnehmer und langjähriger Oberarzt an der Klinik für Unfallchirurgie Sindelfingen. „Über die Jahre spielen sich natürlich viele Behandlungsmuster ein, die mit Sicherheit nicht falsch sind, und Erfahrung ist auch ein sehr wertvoller Aspekt bei der Erstversorgung von Schwerstverletzten. Dennoch ist es wichtig, sich immer wieder die einzelnen Schritte vor Augen zu führen und Prioritäten richtig zu setzen. Zudem sind aufeinander abgestimmte Abläufe und gute Kommunikation wichtige Eckpfeiler eines jeden Teams.“

„Standardisierte Vorgehensweisen darf man aber auf keinen Fall mit ‚Schema F‘ oder ‚Fließbandproduktion‘ verwechseln“, betont Prof. Prokop, Chefarzt der Unfallchirurgie am Klinikum Sindelfingen-Böblingen und selbst seit vielen Jahren ATLS-Instruktor – und einer der ersten

in Deutschland überhaupt. „Es ist wichtig, dass gerade junge Ärzte einen strukturierten Ablauf in Stresssituationen, quasi eine Art Leitfaden, an die Hand bekommen. Dennoch ist einfach jede Situation, jeder Patient neu und die Mediziner müssen sich immer ganz individuell auf ihn einstellen und danach handeln.“ Neben Prof. Prokop hat der Klinikverbund mit Dr. Matthias Nebe, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik mit Schwerpunkt für Orthopädie und Unfallchirurgie des Kreisklinikums Calw-Nagold, gleich zwei ausgebildete Instrukturen in seinen Reihen, die aber vor allem Fortbildungen an fremden Häusern geben. „Die Teilnehmer sind ohnehin schon angespannt in der Prüfungssituation und wollen alles richtig machen“, erklärt Prof. Prokop das Prinzip und schmunzelt: „Wer will da schon, dass dann auch noch der eigene Chef danebensteht, ständig korrigiert und Hinweise gibt – bei aller Professionalität sind wir eben auch nur Menschen.“

Ingo Matheus

Der Klinik Info Kanal macht Fernsehen mit viel Herz!

Und deswegen ist er auch so gerne gesehen. Ein wohltuender Mix aus Dokumentationen und Reportagen (Gesundheit, Gesellschaft, Natur u.a.), brandaktuellen und preisgekrönten Hollywood-Spielfilmen, humorvollen Beiträgen und Informationen über die Region. KiK unterhält, bewegt und motiviert Patienten. Mit KiK können sich Patienten auch klinikspezifisch informieren: über Speisepläne, Besuchszeiten oder Freizeitangebote. Für viele Patienten ist KiK der beliebteste und meist gesehene TV-Sender und erreicht - häufig auf Sendepplatz 1 - ein interessantes Millionenpublikum.

KiK-TV – auf Kanalnummer 1 in den Kliniken des Klinikverbundes Südwest: Böblingen, Sindelfingen, Calw, Nagold, Herrenberg und Leonberg.

Das Programm mit viel Herz!

KiK-TV. Wohlfühl-Fernsehen für Patienten.



Aussagekräftige Daten, mehr Transparenz

Nutzung von Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind, wörtlich übersetzt, „Anzeiger“ für die Qualität der medizinischen Behandlung. Sie beurteilen nicht die Qualität in Form einer absoluten Aussage, sondern sind vielmehr „Hinweisgeber“. Es geht bei der Qualitätsbeurteilung immer um den Vergleich des Ist-Zustands mit dem bestenfalls Erreichbaren. Dafür müssen Ziele formuliert werden. Als Messlatte steht deshalb bei fast allen Qualitätsindikatoren ein sogenannter Referenzwert zur Verfügung. Diese Referenzwerte leiten sich aus verschiedenen Quellen ab:

- Daten des Statistischen Bundesamtes,
- Bestwerte für Routinedaten aus der Literatur (Brinkmeyer, New England Journal of Medicine),
- Bundesauswertung der Bundesstelle der Qualitätssicherung 2007,
- Festlegungen der HELIOS-Kliniken bzw. der HELIOS Fachgruppen.

Bei Qualitätsindikatoren, bei denen in medizinischen Fachkreisen noch keine eindeutige Meinung über einen entsprechenden Referenzwert besteht, wurde auf einen Referenzwert verzichtet.

Medizinische Qualität objektiv nachvollziehbar machen

In welche Klinik soll ich gehen? Diese Frage stellen sich viele Menschen, denen eine Operation oder ein Krankenhausaufenthalt bevorsteht. Sie alle wünschen sich die bestmögliche Behandlung. Doch für ihre Entscheidung waren sie bis vor Kurzem auf subjektive Kriterien wie Mund-zu-Mund-Propaganda, Erfahrungen von Freunden und Bekannten oder die Empfehlung des behandelnden Arztes angewiesen.

Bestrebungen, medizinische Qualität objektiv messbar zu machen, gibt es seit Jahren. 2004 wurden mit Einführung der Behandlungs-

Ist medizinische Qualität überhaupt objektiv messbar? „Im Prinzip ja“, meint Dr. Volbracht. „Man darf die Zahlen jedoch nicht absolut sehen. Indikatoren geben nur Hinweise auf die medizinische Qualität; sie sind keine absoluten Aussagen. Man muss die einzelnen Kennzahlen richtig interpretieren.“ Deren Aussagekraft hängt beispielsweise von Fallhäufigkeit oder Spezialisierung ab. Eine Klinik, die sich auf schwere Erkrankungen spezialisiert hat, wird natürlich eine höhere Sterblichkeitsrate aufweisen als andere Häuser. Deshalb ist es wichtig, die Zahlen im Zusammenhang zu sehen.

Jeder, der sich dafür interessiert, kann die Kennzahlen im Internet auf der Homepage des Kli-

Der Klinikverbund Südwest erstellt jährliche Qualitätsberichte und veröffentlicht sie im Internet

pauschalen (DRGs) bundesweit auch klare Vorschriften zur Qualitätssicherung aufgestellt. Jedes Krankenhaus ist seitdem verpflichtet, alle zwei Jahre eine Reihe medizinischer Qualitätsindikatoren zu veröffentlichen.

Der Klinikverbund Südwest geht mit der jährlichen Veröffentlichung der Berichte weit über das geforderte Maß hinaus. Statt der gesetzlich vorgeschriebenen 24 sind in den ins Internet gestellten Qualitätsberichten von 2006/2007 erstmals 68 Indikatoren dargestellt. Mit den zusätzlichen Kennzahlen will der Klinikverbund die Qualität der medizinischen Behandlung in seinen sechs Häusern sichtbar machen und verständlich kommunizieren. „Der Patient hat als Kunde einen berechtigten Anspruch, umfassend über die Qualität in unseren Krankenhäusern aufgeklärt zu werden!“, bekräftigt Dr. Jörk Volbracht, der als Geschäftsbereichsleiter Medizincontrolling und Qualitätsmanagement im Klinikverbund Südwest für diesen Bereich zuständig ist und die erhöhte Transparenz begrüßt. „Wir schneiden an vielen Stellen sehr gut ab und sind in der Regel deutlich besser als der Landesdurchschnitt.“

nikverbundes (www.klinikverbund-suedwest.de) unter dem Stichwort Qualitätsberichte nachlesen. Dort sind sie nicht nur aufgelistet, sie werden auch erklärt und interpretiert. Damit will der Klinikverbund noch mehr Transparenz und Vertrauen schaffen und auf die gute Arbeit hinweisen, die Ärzte und Pflegepersonal in den sechs Häusern leisten. „Wir haben viele positive Dinge zu berichten“, erklärt Dr. Volbracht. „Beispielsweise sind wir stolz darauf, dass in den Jahren 2006 bis 2008 die Mortalitätsrate bei Schlaganfallpatienten in unseren Häusern bei 8,7 Prozent liegt und damit den Bundesdurchschnitt von 11,4 Prozent deutlich unterschreitet. Offensichtlich machen wir hier schon eine Menge richtig, aber wir sind dennoch bestrebt, uns weiter zu verbessern.“ Auch dazu liefern die Indikatoren ein wichtiges Werkzeug. Sie zeigen auf, wo Abläufe genau untersucht und gegebenenfalls verbessert werden müssen, und bieten den Kliniken die Möglichkeit zum Vergleich mit anderen Häusern.

Jutta Krause

