

10 Geschichten aus 1001 Krankenhaus

Das kann doch nicht wahr sein – oder doch?

Ansichten eines Insiders



Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky

Inhalt

Vorwort.....	3
Was bedeutet Sicherheit?.....	4
Die Geschichten.....	5
No 1 - Seltenes ist selten - kommt aber vor.	5
No 2 - Shit happens - und tötet manchmal.....	6
No 3 - Der falsche Weg - kann tödlich sein	7
No 4 - Ich weiß ich weiß, was du nicht weißt - und das ist tödlich	8
No 5 - Merlot oder Pinot noir... beides ist Rotwein	9
No 6 - Es darf gelacht werden - manchmal, wenn es ohne Schaden abgeht	10
No 7 - Operation gelungen - Patient tot	11
No 8 - Reinen Tisch machen - zahlt sich immer aus	12
No 9 - Gefrierschnitt bei Brust-OP – schau genau	13
No 10 - Rechts oder Links- das ist hier die Frage.....	14
10 hilfreiche Tipps für Patienten, die operiert werden	15
Tipp 1- Patientenarmband	15
Tipp 2 - Patientenidentifikation	15
Tipp 3 - Medikationssicherheit:.....	15
Tipp 4 - Hygiene und Infektionen:.....	15
Tipp 5 - Untersuchungen und Bluttests.....	16
Tipp 6 - Operationsaufklärung	16
Tipp 7 - Operation an paarigen Organen.....	16
Tipp 8 - Schmerzen:	16
Tipp 9 - Infusionskanülen, Katheter, Medikamente.....	16
Tipp 10 - Entlassungsgespräch	17
Schlussbemerkungen.....	18
Fakten	18
Kosten vermeidbarer Fehler	18
Die üblichen Verdächtigen	19
Was JETZT geschehen muss	19
Curriculum des Autors	20

Vorwort

In meiner aktiven Zeit als klinisch tätiger Arzt im Krankenhaus und Mitbegründer der AssekuRisk GmbH (www.assekurisk.eu) habe ich mich 30 Jahre lang schwerpunktmäßig neben meinem Fachgebiet Geburtshilfe und Frauenheilkunde um das Thema Patientensicherheit gekümmert. Ich war in nahezu jeder Position, als auch in verschiedenen wissenschaftlichen Gesellschaften als Vorstandsmitglied und Präsident tätig.

Leider konnte sich das vor allen im angloamerikanischen Raum etablierte Wissen um Strategien und Vorgehensweisen zur möglichst sicheren Patientenbetreuung im deutschsprachigen Raum kaum durchsetzen. Alle verantwortlichen Ebenen von Politik über die KH-Träger bis hin zur Fach- und universitären Aus und Weiterbildung haben diesem Thema kaum Bedeutung geschenkt.

Ziel der vorliegenden Broschüre ist es allen (jeder wird einmal Patient) über die geschilderten Fälle zu demonstrieren, wie leichtfertig unser Gesundheitswesen mit dem Thema Sicherheit im Krankenhaus umgeht.

Die zur Sprache kommenden Fehler, die jeweils zur Katastrophe führen sind fast immer das Symptom und nur selten die eigentliche Ursache der negativen Folgen für die Patienten.

Es agieren jeweils „**Starke Menschen in schwachen Systemen**“ und nicht umgekehrt. Dabei stehen meist Bürokratie und Budgets über dem Wohl und der Sicherheit von Patienten.

Umso bedenklicher ist es, dass die hier beschriebenen Katastrophen durch die Implementierung sowohl einfacher als auch kostengünstiger Strategien zu verhindern wären.

Es ist mir ein besonderes Anliegen zu betonen, dass hier ein System und nicht die beteiligten Akteure am Pranger stehen. Die einzelnen Personen arbeiten häufig unter Bedingungen, in denen man früher oder später scheitern muss.

Alle geschilderten Fälle entsprechen zu 100% den Fakten. Wenn ich Modifikationen vorgenommen habe, dann diente das lediglich der Verständlichkeit und dem Schutz der Anonymisierung.

Leider ereignen sich ähnliche Fälle weiter in unseren Krankenhäusern, da bis heute praktisch nirgends entsprechende Maßnahmen zur Risikominimierung 24/7/365 umgesetzt sind.

Sehen Sie die folgenden Geschichten als stellvertretend für all jene Ereignisse, die sich in unseren Krankenhäusern ereignen, wenn Sicherheit nicht ernst genommen wird.

Mein Name ist Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky – meine Kompetenzen können Sie aus meinem Profil am Ende der Broschüre ersehen.

Welche Vorgehensweisen die Sicherheit für Patienten und Personal nachweislich erhöhen würde den Umfang dieser Broschüre weit überschreiten. Wer sich dafür interessiert kann vieles dazu in dem Buch

Patientensicherheit im Krankenhaus – das Wichtigste in Kürze
welches ich gemeinsam mit Capt. Hans Härting geschrieben habe, informieren.
Verlag Austrian Standards plus Publishing – ISBN 978-3-85402-268-8

Was bedeutet Sicherheit?

Wie aus den nachfolgenden Geschichten zu sehen ist, geht es dabei fast ausschließlich um Patientensicherheit.

Um gemeinsam darüber nachdenken zu können ist es zunächst erforderlich, dass wir das gleiche Verständnis vom Begriff Sicherheit haben. Das ist aber nicht selbstverständlich.

Stellt man die Frage: „Wann war etwas sicher?“ erhält man überdurchschnittlich häufig die Antwort: „Wenn nichts Schlimmes passiert ist“ Vermutlich gibt es keine schlechtere Antwort.

Ein Beispiel: Stellen Sie sich vor ich fahre auf der Autobahn mit schlechten Reifen, bei Nebel und Schneefall mit überhöhter Geschwindigkeit von Wien nach München und komme dort in kurzer Zeit wohl behalten an. Das Ergebnis war also gut aber: War das sicher? – Natürlich nicht.

Es ist bemerkenswert, dass es tatsächlich keine allgemeingültige Definition von Sicherheit gibt.

Sinnvoller wäre da die Frage: „Wann wird etwas sicher sein?“

Eine korrekte Antwort wäre: Wenn alles dazu getan wurde, alle denkbar möglichen Risiken zu berücksichtigen und diese zu minimieren, bzw. auszuschalten.

Für unser Beispiel hieße das auf die Rahmenbedingungen (Straßenzustand, Nebel, Schneefall) in geeigneter Weise vorbereitet zu sein. Neben einer adäquaten Bereifung und einem gut gewarteten Fahrzeug gilt es natürlich auch die individuelle Fahrweise den Wetterbedingungen anzupassen.

Wie in fast allen Situationen wo es um Sicherheit geht, spielen neben den Rahmenbedingungen in den Organisationen die beteiligten Akteure eine wesentliche Rolle. In unseren Fällen sind es das Krankenhauspersonal und in einem bestimmten Ausmaß auch die betroffenen Patienten.

Ein möglichst sicheres Verhalten der direkt Beteiligten ist ausschließlich durch

Schulung – Training – Schulung – Training usw.... erreichbar.

Viele an sich gefährliche Branchen – allen voran die zivile Luftfahrt haben das gezeigt.

Die Geschichten

No 1 - Seltenes ist selten - kommt aber vor.

Es gibt in jedem Fachgebiet Probleme, die durchaus gefährlich sind, aber selten vorkommen. In der Geburtshilfe gehört dazu ein Krankheitsbild, das mit dem Fachbegriff „**Eklampsie**“ bezeichnet wird. Es können dabei plötzlich auftretende Krampfanfälle auftreten. In solchen Fällen ist sofortiges Handeln erforderlich, da sich mit jedem neuen Auftreten eines Anfalles die Prognose für Mutter und Kind dramatisch verschlechtert. Mutter und Kind sind dabei durchaus in Lebensgefahr. In Mitteleuropa beträgt die Häufigkeit des Auftretens etwa 1: 3.000.

Der Fall:

Am späten Nachmittag einer großen geburtshilflichen Abteilung kommt es bei einer der stationären Patientinnen zum Auftreten einer Eklampsie. Jetzt heißt es handeln – aber schnell. Bis zur möglichst raschen Beendigung der Schwangerschaft ist eine Verhinderung neuer Krampfanfälle anzustreben. Um das zu erreichen ist sofort eine Infusionstherapie unter genauer Magnesiumdosierung durchzuführen – eine solche Therapie wurde nach folgendem Schema umgehend eingeleitet.

Herstellen der Magnesiumsulfat Infusionslösung

30 ml 0,9% NaCl +

2 Amp. Cormagnesin® 400mg a 10 ml / das sind 20ml

In 50 ml Perfusor Lösung sind jetzt

8g Magnesiumsulfat enthalten

Initialdosis

Perfusoreinstellung: 75 ml/h Dauer der Applikation: begrenzt auf 20 min!!!!

In 20 Minuten werden so 4g Magnesiumsulfat appliziert

Kurze Zeit nach Beginn der Therapie bekommt die Patientin Atemprobleme und muss schließlich auf eine Intensivstation zur künstlichen Beatmung transferiert werden.

Es stellt sich schließlich heraus, dass versehentlich die 10-fach Dosierung von Magnesium den Zustand hervorgerufen hat

Was ist passiert:

In der Hektik der Situation wurde die Lösung für die Infusionspumpe falsch gemixt.

Dazu kommt das semantische Problem, dass 400mg Cormagnesin bereits 4 g Magnesium enthalten – und nicht wie man annehmen könnte lediglich 400 mg.

Ursachen:

Keine Routine und ein hoher Stresspegel bei selten vorkommenden Fällen
Kompliziertes Herstellen von Infusionslösungen in zeitkritischen Situationen

Lösungen:

Regelmäßige Simulationstrainings seltener Situationen

Vorhaltung fertiger Infusionslösungen, die bei Nicht Bedarf verworfen werden

Ist hier vertretbar, da Magnesium ein billiges Medikament darstellt

Es wäre also einfach und kostengünstig solche Zwischenfälle, die keinen Einzelfall darstellen, zu vermeiden

No 2 - Shit Happens - und tötet manchmal

Worum es geht:

Es gibt eine Gruppe von Medikamenten die als „high alert medications“ im Sinne von besonders gefährlichen Medikamenten bezeichnet werden.

Dazu gehören starke Schmerzmittel, Gerinnungshemmer, Antikrebsmedikamente u.v.a.m. Kommt es bei diesen Medikamenten zu Dosierungsfehlern kann leicht schwerer Schaden am Patienten entstehen.

Besonders heikel ist die Dosierungsfrage häufig bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen wie der folgende – medial bekannte - Fall zeigt.

Der Fall:

Betsy Lehman, eine 39-jährige Mutter zweier Kinder und Journalistin des Boston Globe zuständig für den Bereich Gesundheit hatte fortgeschrittenen Brustkrebs. Sie stand in Behandlung am *Dana-Farber Cancer Institute (DFCI) in Boston* - einem für Krebserkrankungen spezialisierten Krankenhaus.

Die geplante Therapie bestand in einer 4-tägigen Verabreichung einer Hochdosis-Therapie. Nach entsprechender Dosiskalkulation unter Berücksichtigung von Körpergewicht, Hautoberfläche in Quadratmetern und diversen Laborparametern wurde die Therapie begonnen. Nach Beendigung der Therapie verstarb die Patientin an den Folgen der verabreichten Medikamente.

Sie erhielt täglich die gesamte verschriebene Dosis, statt über 4 Tage verteilt.....

Ein Medikationsfehler, der innerhalb kurzer Zeit zum Tod der Patientin geführt hatte wurde aktuell nicht wahrgenommen.

Was ist passiert:

Es war ein banaler Kommunikationsfehler, der zu dem tragischen Ereignis geführt hat.

Die Anweisung lautete:

„4 Gramm Cyclophosphamid/square meter body surface over 4 days“

„4 Gramm Cyclophosphamid/Quadratmeter Körperoberfläche über 4 Tage“

Gemeint war die Dosis über 4 Tage verteilt und nicht 4 Tage lang täglich zu verabreichen.

Bemerkenswert ist, was daraufhin geschah. Was in unseren Landen üblicherweise in wenigen Tagen nach der Katastrophenmeldung aus den Medien verschwunden ist, löste hier eine detaillierte Aufarbeitung aus. Die Ergebnisse führten zu umfangreichen Änderungen im Bereich Patientensicherheit in vielen Spitälern Massachusetts.

Letztlich ging man davon aus, was am Dana Faber Cancer Institute passierte, kann auch überall anders geschehen.

Darüber hinaus kam es zur Gründung des „Betsy-Lehman-Center for Patient Safety“

<https://betsylehmancenterma.gov/the-center> - welches kontinuierlich an der

Verbesserung der Patientensicherheit in Massachusetts arbeitet.

Etlliche ähnliche Fälle sind im Zusammenhang mit dem Medikament Methotrexat – ebenfalls ein Zellgift – bekannt. Statt 1X wöchentlich wurde es oft fälschlicherweise 1 X täglich verschrieben. Auch hier sind tödlich verlaufende Fälle bekannt.

No 3 - Der falsche Weg - kann tödlich sein

Die stärkste Wirksamkeit erreichen Medikamente, wenn diese dorthin appliziert werden, wo sie ihre Wirkung entfalten sollen. Während es in vielen Situationen reicht Tabletten zu schlucken, müssen bestimmte Substanzen, wenn sie wirken sollen, anders verabreicht werden.

Häufige Verabreichungswege dabei sind: Injektionen in den Muskel, in Blutgefäße oder in die betroffenen Körperhöhlen (Gelenke, Harnblase, Bauchhöhle etc.)

Zur lokalen Schmerzstillung – zum Beispiel unter Geburten (Stichwort „Kreuzstich“) - oder zur Therapie bei manchen bösartigen Erkrankungen werden Medikamente in den Rückenmarkskanal injiziert.

Die Fälle:

Während es bei einem von 10 Patienten im Krankenhaus laut WHO zu Medikationsfehlern kommt, deren Folgen meist harmlos sind, kann das bei manchen Patienten durchaus tödlich enden.

Sowohl Frauen unter der Geburt, aber auch PatientInnen mit bösartigen Erkrankungen benötigen häufig Medikamente, die über den Blutweg in Form von Infusionen verabreicht werden.

Oft ergibt sich dann der Wunsch nach Schmerzausschaltung bei Gebärenden oder die Notwendigkeit bei manchen Krebserkrankungen Medikamente in den Rückenmarkskanal zu verabreichen.

Bei Krebserkrankten sind in der Fachliteratur über 50 Fälle beschrieben, in denen das erforderliche Medikament statt in die Vene in den Rückenmarkskanal verabreicht wurde. Alle Patienten sind daran innerhalb weniger Tage qualvoll verstorben. Die Dunkelziffer ist nicht bekannt.

Bei geburtshilflichen Fällen sind mehr als 10 tödlich verlaufende Fälle publiziert.

Im Unterschied zu vielen anderen Branchen haben etliche Krankenhäuser aus den publizierten Fällen, sowie den zahlreich festgelegten Sicherheitsstrategien nichts gelernt. Anders ist es nicht erklärbar, dass nach allen diesbezüglichen Veröffentlichungen in deutschsprachigen Ländern noch immer Patienten als Folge der bekannten Fehler versterben.

Lösungen:

Einführen und Anwenden der erprobten und mehrfach publizierten Sicherheitsmaßnahmen.

Eine der Strategien, die auch für medizinische Laien verständlich ist:

Man verdünnt das Medikament, welches in die Vene verabreicht werden soll auf 50 Milliliter.

Niemand käme dann auf die Idee, diese Lösung in den Spinalkanal zu injizieren – Das Volumen wäre zu groß - es geht praktisch nicht.

No 4 - Ich weiß ich weiß, was du nicht weißt - und das ist tödlich

Was der Leser wissen muss:

Definition eines allergischen Schocks: *Es handelt sich dabei um eine schwere lebensbedrohliche Reaktion, die eine sofortige medizinische Notfallbehandlung erforderlich macht, um das Leben der betroffenen Person zu retten.*

Der Fall:

Der Patientin stand eine schmerzhaft Zahnbehandlung ins Haus, wobei die Art des Eingriffs bei diesem Fall keine Rolle spielt. Weil Sie auch sehr schmerzempfindlich war, wurde ihr vom behandelnden Arzt angeboten, den Eingriff in seiner Praxis in Vollnarkose durchzuführen zu lassen. Zu diesem Zweck kommt ein Narkosearzt und eine entsprechende Pflegeperson mitsamt der nötigen Ausrüstung in die Praxis des Zahnarztes.

Am vereinbarten Termin kam die Patientin nach entsprechender Aufklärung nüchtern zur geplanten Operation in die Praxisräumlichkeit.

Die Narkose wurde eingeleitet und der geplante Eingriff ohne Komplikationen durchgeführt. Kurz bevor die Patientin aus der Narkose erwachte, wurde ihr seitens des Narkosearztes ein Medikament in die Vene verabreicht, das Schmerzen und Schwellungen verhindern sollte. Unmittelbar danach erlitt die Patientin einen allergischen Schock.

Nach Durchführung der Notfallversorgung vor Ort wurde die Patientin mit der Rettung in ein Krankenhaus zur Intensivmedizinischen Behandlung überführt. Wenig später stirbt Sie an den Folgen des allergischen Schocks, der im Anschluss an das verabreichte Medikament eintrat.

Was ist passiert:

Entgegen den Empfehlungen internationaler Organisationen, die sich um Patientensicherheit kümmern fand vor der OP keine standardisierte Absprache zwischen Operateur und Narkosearzt statt.

Hätte diese Absprache unmittelbar vor OP-Beginn stattgefunden wäre aufgefallen, dass der Operateur von der Allergie der Patientin gegen das letztlich verabreichte Medikament gewusst hatte

Lösung:

Ziel der internationalen Empfehlungen ist die maximale Reduktion der OP-Risiken. Eine wirksame Maßnahme stellt die strukturierte Abfrage wichtiger Patientendaten nach einer vorgegebenen Checkliste unmittelbar vor OP-Beginn dar. Je nach Fachgebiet beinhaltet diese Liste unterschiedliche Daten. In jedem Fall ist aber die Abfrage eventuell bestehender Allergien Teil der Checkliste.

Das Verfahren ist unter dem Namen „Team Time Out“ bekannt und sollte vor jeder Operation – egal wo diese durchgeführt - wird zur Anwendung kommen.

Während das „Team Time Out“ seit 2009 entsprechend einer WHO-Studie weltweit empfohlen wird, ist die Durchführung häufig mangelhaft und wenig Sicherheitsfördernd. Es wäre sinnvoll sich an den Praktiken der Luftfahrt zu orientieren, die dieses und ähnliche Verfahren zur Perfektion gebracht hat.

No 5 - Merlot oder Pinot Noir... beides ist Rotwein

Info für medizinische Laien:

Medikationsfehler sind bei weitem die häufigsten Fehler in der Medizin. Oft liegt die Ursache in Kommunikationsproblemen, wie der Fall von Betsy Lehman (Fall No-2) gezeigt hat.

Für den folgenden Fall muss man wissen, dass jedes Medikament 2 Namen hat.

Der sogenannte „Internationale Freiname“ bezeichnet den Wirkstoff. Dieser ist weltweit einheitlich anerkannt und markenfrei. Daneben existiert noch der Firmenname, welcher vom Hersteller vergeben wird.

Die meisten Menschen im deutschsprachigen Raum kennen sicher Aspirin® hergestellt von der Firma „Bayer“ oder Aspro® der Firma „Klosterfrau Healthcare GmbH“. Das sind jeweils Firmennamen der genannten Präparate die exakt den gleichen Wirkstoff enthalten – Azetylsalizylsäure - Das ist der „Internationale Freiname“.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt die einheitliche Verwendung der internationalen Freinamen seit 1950 – das hat sich aber nicht flächendeckend durchgesetzt.

Der Fall:

Der Patient einer operativen Abteilung wollte eine Medikation wegen der bestehenden Schmerzen. Da der zuständige Arzt im OP war, wurde er von der Pflegeperson angerufen, ob und was dem Patienten verabreicht werden soll.

Die telefonische Anweisung lautete: Geben Sie dem Patienten eine Voltaren-Infusion.

Die Anweisung wurde durchgeführt, worauf der Patient eine schwere allergischen Reaktion erlitt. Schließlich musste ein Luftröhrenschnitt durchgeführt werden, da der Patient zu ersticken drohte.

Was ist passiert:

In der Krankengeschichte des Patienten war dokumentiert, dass er gegen Diclofenac allergisch war. Das wusste die Pflegeperson, war sich aber nicht der Tatsache bewusst, dass Voltaren als Wirkstoff Diclofenac beinhaltet.

Lösung:

Was die Kommunikation betrifft, sollte man sich auf einen einheitlichen Standard in den Dokumenten sowie bei den Anordnungen einigen. In jedem Fall muss sichergestellt werden, dass bei bekannter Allergie Freiname und Firmenname überprüft werden.

Davon abgesehen muss in jedem Fall bei jeder Verabreichung von Medikamenten der Allergiestatus abgefragt und überprüft werden.

No 6 - Es darf gelacht werden - manchmal, wenn es ohne Schaden abgeht

Was der Leser wissen muss:

Infektionen in der Schwangerschaft können für das Ungeborene sehr gefährlich sein. Das gilt im Besonderen auch für die Röteln. Um den möglichen Schaden von Missbildungen zu verhindern, sollten Frauen im gebärfähigen Alter einen entsprechenden Impfschutz haben.

Entbinden Frauen, die keinen Impfschutz haben, werden diese noch im Wochenbett geimpft, um für eine mögliche nächste Schwangerschaft geschützt zu sein.

Der Fall:

Eine junge Mutter ohne Impfschutz sollte im Wochenbett eine Rötelnimpfung erhalten.

Kleines Problem: es handelte sich um eine Asiatin, die nur ihre Muttersprache beherrschte.

Vor der Entlassung aus der Wochenbettstation sollte die Impfung erfolgen.

Als die Ärztin mit der Impfung das Zimmer betrat, fand Sie wie erwartet die Asiatin vor. Da diese nur chinesisch sprach, gestaltete sich der Vorgang der Impfung schwierig.

Als alles erledigt war, ging die Tür des Krankenzimmers auf und die junge Mutter kam von der Toilette zurück. Es stellte sich heraus, dass man versehentlich die Mutter anstatt der Patientin geimpft hatte.

Was ist passiert:

Offensichtlich hatten Sprachprobleme den größten Anteil an der Verwechslung.

Ein Problem, das bei anderen Medikamenten durchaus zu großem Schaden führen kann.

Lösung:

Die Vorgabe ist klar – Vor jeder diagnostischen oder therapeutischen Aktion am Patienten, muss eine Identitätsprüfung vorgenommen und der Allergiestatus geklärt werden.

Ist das aus z.B. sprachlichen Gründen nicht möglich, kann (muss) das Patientenarmband zur Feststellung der Identität herangezogen werden. Gar nicht schwer, oder?

No 7 - Operation gelungen - Patient tot

Was der Leser wissen muss:

Arthrose...ist eine degenerative Gelenkerkrankung, die vor allem bei älteren Menschen auftritt. Das führt zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im betroffenen Gelenk.

Vorhofflimmern... ist eine häufige Herzrhythmusstörung älterer Patienten, die unbehandelt das Risiko für Schlaganfälle deutlich erhöht. Die Behandlung beinhaltet zwingend Medikamente zur Blutverdünnung zur Risikoreduktion.

COPD (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung) ist eine meist durch Rauchen verursachte fortschreitende Lungenerkrankung, die durch eine chronische Entzündung der Atemwege gekennzeichnet ist. Sauerstoffmangel bedingte Atembeschwerden sind dabei die Hauptbeschwerden.

Der Fall:

Der Patient im Alter von 70 plus entwickelte zunehmend Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte. Ein Besuch beim Orthopäden bestätigt die Befürchtung – **Arthrose** (s.o.) des Hüftgelenks. Um das tägliche Leben und den Lieblingssport Golf wieder ohne Schmerzen betreiben zu können entschied sich der Patient nach ausführlicher Beratung für einen Hüftgelenkersatz. Wie viele ältere Patienten litt auch er unter verschiedenen Begleiterkrankungen. Es bestand ein leichtes **Übergewicht**, ein **Vorhofflimmern** (s.o.) sowie eine **COPD** (s.o.) mittleren Schweregrades. Neben der Operation, war deshalb auch eine entsprechende Vorbereitung und Operationsfreigabe durch den Internisten erforderlich. Nachdem dies geschehen war, wurde der Patient schließlich zur geplanten Operation in einem Privatkrankenhaus stationär aufgenommen.

Die Operation verlief wie geplant und ohne Komplikationen. Der Patient wurde schließlich 4 Tage nach der Operation in häusliche Pflege entlassen.

2 Tage nach der Entlassung kam es zu immer stärker werdender Atemnot. Der gerufene Notarzt veranlasste die sofortige Aufnahme in einem Akutspital. Dort diagnostizierte man eine beidseitige Lungenentzündung, von der sich der Patient trotz intensivmedizinischer Betreuung inklusive künstlicher Beatmung nicht mehr erholte und daran verstarb.

Was ist passiert:

Es stellte sich heraus, dass der Patient nach der Operation zu keinem Zeitpunkt von einem Internisten begutachtet wurde. Es bestanden zum Zeitpunkt der Entlassung bereits deutliche Atemprobleme. Offenbar waren dies bereits Zeichen der beginnenden Lungenentzündung. Vermutlich wäre zu diesem Zeitpunkt eine entsprechende Therapie erfolgreich gewesen.

Lösung:

Es gibt den Spruch, dass Chirurgen zufrieden sind, wenn die letzte Naht gesetzt ist. Bei immer älter werdenden Patienten, die häufig einige Grunderkrankungen haben ist dem jedoch vermehrt Rechnung zu tragen. Neben der Operation sollte jedenfalls eine begleitende internistische Betreuung erfolgen. Insbesondere ist dies vor einer Entlassung zu berücksichtigen. Zwingend notwendig ist das in jedem Fall bei älteren Patienten mit Zusatzerkrankungen, welche in diesem Fall vorlagen.

No 8 - Reinen Tisch machen - zahlt sich immer aus

Es ist ein ungeschriebenes Gesetz, dass die bösartige Erkrankung eines Organs erst dann als bewiesen gilt, wenn eine Gewebeprobe entnommen und entsprechend untersucht wurde. Besteht der Verdacht auf eine Krebserkrankung des Gebärmutterkörpers, wird üblicherweise im Rahmen eines kleinen operativen Eingriffs (Curettag) Gewebe entnommen und untersucht, bevor die nötige Therapie eingeleitet wird.

Der Fall:

Die Geschichte beginnt mit Vorstellung einer Patientin in der Ambulanz des betreffenden Krankenhauses. Immer wieder auftretende Blutungen, das Alter der Patientin, sowie die Ultraschalluntersuchung konnten eine bösartige Erkrankung der Gebärmutter Schleimhaut nicht ausschließen. Zusätzlich gab es in der direkten weiblichen Verwandtschaft bereits bösartige Erkrankungen des Genitaltrakts.

Um keine bösartige Krankheit zu übersehen, wird in diesen Fällen in einer kleinen Operation (s.o.) die Ausschabung der Gebärmutter vorgenommen, um die Schleimhaut genau untersuchen zu können.

Im entscheidenden mikroskopischen Befund wurden schließlich Verbände bösartiger Zellen gefunden. Somit wurde die Diagnose Endometriumkarzinom (=bösartige Entartung der Gebärmutter Schleimhaut) gestellt.

Schließlich wurde als Therapie die Entfernung der Gebärmutter festgelegt und durchgeführt.

Was ist passiert:

Die Aufarbeitung des Operationspräparates (Gebärmutter) zeigte erstaunlicherweise keinerlei Zeichen einer bösartigen Erkrankung.

Bei der Aufarbeitung des Falles stellt es sich folgendes heraus. Auf dem Tisch, auf dem das Gewebe der ersten Operation (Curettag) untersucht wurde, befanden sich offenbar Reste eines zuvor verarbeiteten Karzinoms – Der Untersuchungstisch war sichtlich schlecht gereinigt worden.

Es wurde also einer Patientin ihre Gebärmutter ohne Notwendigkeit entfernt.

Die (einfache) Lösung:

Einhalten und Überprüfen des Standards der hygienischen Reinigung von Untersuchungsflächen.

No 9 - Gefrierschnitt bei Brust-OP – schau genau

Info für medizinische Laien:

Gewebeuntersuchungen unter dem Mikroskop spielen eine bedeutende Rolle, wenn es um bösartige Tumoren geht. Eine Sonderform stellt dabei der sogenannte „Gefrierschnitt“ dar.

Diese Technik wird angewandt, wenn man während der Operation entscheiden muss, ob der Tumor gutartig war und vollständig entfernt wurde oder ob deutlich mehr Gewebe entfernt werden muss.

Dabei entscheidet es sich oft, ob brusterhaltend operiert werden kann, oder die betroffene Brust entfernt werden muss. Der Name Gefrierschnitt kommt daher, weil das zu untersuchende Gewebe für diese Schnelluntersuchung Blitzgefroren wird.

Der Fall:

Die betroffene Patientin wurde zur Operation ins Krankenhaus zugewiesen, da sowohl im Tastbefund als auch im Röntgen ein Tumor in der rechten Brust diagnostiziert wurde.

Da es nicht klar war, ob dieser Tumor gut oder bösartig ist, hat man sich zu folgendem Vorgehen entschlossen: Während der OP wird der Tumor im Labor mittels Gefrierschnitts untersucht. Sollte er bösartig sein, wird in der gleichen Narkose die Brustentfernung einschließlich der erforderlichen Lymphknotenentfernung aus der Achsel durchgeführt.

Am Tag nach der stationären Aufnahme wurde die Operation, wie geplant, begonnen.

Unmittelbar nach dem Einlangen der Gewebeprobe im Labor wurde diese untersucht.

Kurze Zeit darauf läutet das Telefon im Operationssaal. Es wurde dem OP-Team mitgeteilt, dass es sich um einen bösartigen Tumor handelt. Wie vereinbart, beginnt daraufhin der Operateur den Schnitt für die in diesem Fall geplante Entfernung der Brust zu legen.

Wenige Minuten später läutet erneut das Telefon. Man habe sich geirrt und das OP-Präparat mit dem einer anderen Patientin verwechselt.

Sofort wurde die Operation abgebrochen und ein plastischer Chirurg beigezogen, um den bereits erfolgten Schnitt zur Vorbereitung der Brustamputation möglichst optimal zu versorgen.

Was ist passiert:

Häufig werden im OP-Bereich größerer Krankenhäuser mehrere Operationen der gleichen Art gleichzeitig durchgeführt. Das war auch hier der Fall. Man hatte unbemerkt zweimal die Proben von der gleichen Patientin untersucht. Offenbar ist dann rasch aufgefallen, dass dies passiert ist. Sofort wurde der OP davon informiert, was zur Schadensbegrenzung beigetragen hat.

Lösung:

Will man Vorfälle dieser Art verhindern, muss bei Befunden dieser Tragweite zwangsläufig ein 4-Augenprinzip bei Diagnose und Identitätsüberprüfung vor der telefonischen Übermittlung durchgeführt werden. Ideal wäre es, den schriftlichen Befund im OP abzuwarten.

Barcode und Name auf der Gewebeprobe sind hier zusätzliche Sicherheitshilfen.

Was mit Sicherheit sein Ziel verfehlt ist die Aufforderung in Zukunft besser aufzupassen.

No 10 - Rechts oder Links- das ist hier die Frage

Im zehnten Beitrag möchte ich keinen Einzelfall, sondern ein ganz spezielles Problem beschreiben. Das mache ich nicht, weil mir diesbezüglich keine Fälle bekannt sind, sondern weil das Thema verschiedene Fehlleistungen in sich vereint die besonders öffentlichkeitswirksam sind.

Alleine aus Österreich sind mir Fälle von Amputationen und der Entfernung falscher Organe aus vier Bundesländern bekannt – Dunkelziffer unbekannt.

Etliche Probleme können und wurden den Patienten gegenüber als „normale Komplikation“ verkauft. Bei der Operation an der falschen Seite oder falschen Stelle ist dies allerdings nicht möglich.

Die Spitze des Eisberges stellt sicherlich die Amputation des falschen Beines dar. Genau das hat schließlich aus verständlichen Gründen das Thema Patientensicherheit in den USA vorangetrieben.

Obwohl es seitens der entsprechenden Organisationen, die sich um Patientensicherheit kümmern (AHRQ, IHI, WHO oder NHS um nur einige zu nennen), jeweils exzellente Empfehlungen zur Vermeidung von Seiten- und Stellenverwechslungen gibt, ist diese Form der vermeidbaren Komplikation bis heute nicht ausgerottet.

In den verfügbaren Statistiken vermutet man die Häufigkeit der Operation an der falschen Seite oder der falschen Stelle mit einem Fall auf je 300 KH-Betten im Jahr. Die Dunkelziffer liegt dabei geschätzt um den Faktor 20 höher.

Folgende Körperstellen können bei Operationen bzw. Behandlungen davon betroffen sein

Falsche Seite: Beine, Arme, Kniegelenke, Augen, Ohren, Nieren, Brust, Harnleiter etc.

Falsche Stelle: Finger, Zähne, Wirbelsäule, Lymphknoten etc.

Die Palette der Fehlleistungen reicht vom Eintropfen des falschen Auges vor Operationen bis hin zur Amputation falscher Gliedmaßen oder Organen.

Die erste konkrete Empfehlung zur Vermeidung der Verwechslung von OP-Stelle und oder OP-Seite ist das sogenannte „Universal Protocol“. Es stammt aus dem Jahr 2004 und beschreibt ein stufenweises Vorgehen, welches die Operation der falschen Stelle und Seite nahezu ausschließt und laufend aktualisiert wird. <https://patientsafety.pa.gov/pst/Pages/Wrong%20Site%20Surgery/crosswalk.aspx>

Leider ist festzustellen, dass dieses Protokoll in den allerwenigsten unserer Krankenhäuser nicht oder nur ungenügend gut verankert ist. Abgesehen davon ist das Protokoll häufig nicht bekannt.

Was Sie dazu beitragen können, dass es ihnen nicht passiert, lesen Sie im folgenden Abschnitt.

10 hilfreiche Tipps für Patienten, die operiert werden

Bedenken Sie, dass jeder vom Thema betroffen ist. Sei es, dass er selbst Patient ist oder wird, bzw. ein naher Verwandter oder Bekannter gerade im Krankenhaus aufgenommen ist. Wenn sich auch nicht alle Probleme seitens der Patienten verhindern lassen, sollen folgende 10 Tipps zumindest helfen, unerwünschte Ereignisse zu vermeiden.

Tipp 1- Patientenarmband

Am Tag der Krankenhausaufnahme wird Ihnen ein Patientenarmband angelegt

- **Tipp:** Achten Sie darauf, dass Name und Geburtsdatum am Armband korrekt sind. Bitten Sie notfalls eine Begleitperson Ihnen dabei zu helfen.

Tipp 2 - Patientenidentifikation

Ähnliche Namen, sowie die Menge an Patienten bringen es mit sich, dass Verwechslungen vorkommen.

- **Tipp:** Beobachten sie, ob vor allen Diagnose- oder Therapieverfahren immer Name und Geburtsdatum getrennt voneinander abgefragt werden! (Infusionen, Röntgen, Ultraschall, etc.)

Tipp 3 - Medikationssicherheit:

Übersehene Allergien zählen zu den gefährlichsten, Medikamentenverwechslungen zu den häufigsten Fehlern im Spital.

- **Tipp:** Achten sie darauf ob vor jeder Medikationsverabreichung gefragt wird, ob bei Ihnen eine Allergie bekannt ist und sichergestellt wird, ob die betreffende Medikation tatsächlich für sie bestimmt ist!
- **Tipp:** Fragen sie immer nach, warum sie welches Medikament bekommen!

Tipp 4 - Hygiene und Infektionen:

Im Spital erworbene Infektionen sind häufig und können gefährlich werden. Der wichtigste Schutz davor besteht im Einhalten der vorgeschriebenen Händehygiene aller Mitarbeiter.

- **Tipp:** Beobachten sie, ob sich alle Krankenhausangehörigen ihre Hände mit Desinfektionsmittel Reinigen (desinfizieren), bevor und nachdem sie Körperkontakt mit ihnen haben (Blutabnahme, Injektionen, Untersuchungen, Kontrolle der OP-Wunde, etc.)!
- **Tipp:** Bemerkten sie Rötungen und oder Schwellungen in der Umgebung von Einstichstellen (Infusionen) oder OP-Wunden, melden sie das umgehend ihren Betreuern!

Tipp 5 - Untersuchungen und Bluttests

Häufig werden Untersuchungen routinemäßig angeordnet, deren Ergebnisse keine Bedeutung für die weitere Behandlung haben, aber durchaus Gefahren in sich bergen.

- **Tipp:** Fragen sie nach, was man sich vom Untersuchungsergebnis erwartet, bzw. was davon abhängig gemacht wird.

Tipp 6 - Operationsaufklärung

Ein häufiger Grund für Beschwerden oder Klagen kommt daher, dass Patienten zu wenig über das geplante Vorgehen informiert waren. Immer wieder fällt dann der Satz: „Wenn ich das gewusst hätte, hätte ich mich nie operieren lassen.“

- **Tipp:** Unterschreiben Sie keinen Aufklärungsbogen, bevor sie folgende Informationen haben: genaue Diagnose, Art der geplanten Operation, Vorteile und mögliche Risiken, was würde passieren, wenn man sie nicht operiert, Behandlungsalternativen und deren Vorteile und Risiken
- **Tipp:** Akzeptieren sie keine Aufklärung am OP-Tag, bei größeren Operationen sollte die Aufklärung mehrere Tage vor der geplanten OP stattfinden (Ausnahme: akute Operationen wie Unfälle oder ein Kaiserschnitt)

Tipp 7 - Operation an paarigen Organen (Arme, Finger, Beine, Knie, Zehen, Augen, Nieren, etc.)

Seitenverwechslungen sind häufiger als angenommen und zählen auch heute noch zu den peinlichsten, scheinbar nicht verhinderbaren Versagern in der operativen Medizin.

- **Tipp:** Achten sie darauf, dass jede Operationsstelle markiert wird und die Markierung mit ihren Angaben und den verfügbaren Befunden (Ambulanz, Röntgen, etc.) übereinstimmt. *Das gilt auch für nicht paarige Organe, wie z.B. die Wirbelsäule bei Bandscheiben-OPs*

Tipp 8 - Schmerzen:

Schmerzen sind Warnsignale ihres Körpers. Sie müssen ernst genommen werden.

- **Tipp:** Treten unvorhergesehen Schmerzen auf, informieren Sie in jedem Fall ihre Betreuer. Hilfreich ist es, die Stärke der Schmerzen mit einer Skala von 1-10 zu beurteilen und den Verlauf zu beobachten, um das Ausmaß ihrer Schmerzen zu objektivieren.

Tipp 9 - Infusionskanülen, Katheter, Medikamente

- **Tipp:** Falls Katheter (Harnblase oder Vene) vorhanden sind, fragen Sie bei jeder Visite, ob diese nicht schon entfernt werden können. Oft können auch Medikamente auf Tabletten umgestellt, oder abgesetzt werden, was gerne vergessen wird.

Tipp 10 - Entlassungsgespräch

Mangelhaft und hastig durchgeführte Entlassungsgespräche führen nicht selten zu vermeidbaren, ungeplanten Wiederaufnahmen

- **Tipp:** Scheuen sie sich nicht nachzufragen – Mediziner tendieren oft unbeabsichtigt dazu, in ihre Fachsprache abzugleiten – stellen sie sicher, dass sie alles verstanden haben.
- **Tipp:** Erstellen sie sich eine Fragenliste für das Abschlussgespräch, damit sie nichts vergessen. Wichtige Punkte betreffen: Medikation, Vorgehen bei Schmerzen, Telefonnummer bei akuten Problemen, Dauer der körperlichen Schonung sowie des Krankenstandes, nötige Nachuntersuchungen und Befundbesprechungen, Zeitpunkt der Nachkontrolle, schriftlicher Kurzbericht und andere für sie wichtige Fragen.

Schlussbemerkungen

Beim Durchlesen der Geschichten wird sich so manch einer gedacht haben: „Das kann doch nicht wahr sein!“ Was man dabei nicht bedenkt, ist die enorme menschliche Fehleranfälligkeit. Vergessen, verwechseln und missverstehen sind dabei die Klassiker. Wenn dazu noch Ablenkung, Zeitdruck, Müdigkeit und andere negative Rahmenbedingungen kommen, wird das Ganze schon eher verständlich.

Die Zusammenstellung der Fälle ergab sich rein zufällig. Ich habe einfach Geschichten aus meiner Erfahrung gesucht, die auch ohne medizinische Vorbildung verständlich sind. Trotzdem ergibt sich ein erstaunlich objektives Bild was die Häufigkeiten der Probleme betrifft.

6 Geschichten die Medikationsprobleme beinhalten (Fälle No1 bis No 6)

3 Berichte, die sich mit Diagnoseproblemen (Fälle No 7 – No 9) beschäftigen

Während Medikationsfehler bei weitem die häufigsten Fehler im Krankenhaus sind, werden für Diagnosefehler (verspätete Diagnose, nicht gestellte Diagnose und falsche Diagnose) in den USA die höchsten Entschädigungssummen ausbezahlt.

Fakten

Genauere Zahlen, wie viele vermeidbare Katastrophenfälle (Fachbegriff: never events) es in Krankenhäusern gibt sind aus guten Gründen nicht vorhanden. Eher konservative Schätzungen verschiedener Autoren gehen davon aus, dass 3 von 1.000 Krankenhauspatienten eine schwere zum Teil tödlich verlaufende vermeidbare Komplikation erleiden.

Das würde in Deutschland etwa 150, in Österreich etwa 20 Patienten pro Tag betreffen.

Um es plastisch auszudrücken entspräche das einem Jumbojet-Absturz alle 3 Tage.

Wer würde das wie lange tolerieren?

In Ländern mit hohem Einkommen wird seitens der WHO geschätzt, dass bei etwa 10 % der Krankenhausaufenthalte ein Fehler auftritt.

Kosten vermeidbarer Fehler

Laut einer OECD-Studie betragen lediglich die im Krankenhaus anfallenden Kosten vermeidbarer Fehler etwa 15% des KH-Budgets.

Dazu kommen noch Kosten der Nachbetreuung in den Rehakliniken, den vermehrten Arztbesuchen nach der Entlassung, den Krankenständen bis hin zu Frühpensionierungen.

Die üblichen Verdächtigen

Nicht zu leugnende Fehlleistungen wie das falsch amputierte Bein landen häufig vor Gericht. Üblicherweise wird dann die Hauptschuld der jeweils agierenden Person angelastet. Nahezu nie wird in solchen Prozessen die Rolle der Arbeitgeberorganisation beleuchtet, deren Verantwortlichkeit im Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes (VbVG) seit 2006 klar geregelt ist.

Mangels juristischer Kompetenz des Autors ist der folgende Absatz ein gekürztes Zitat aus der Zeitschrift: ÖFFENTLICHE SICHERHEIT 1-2/07

Die Einführung des Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes (VbVG) – kurz Unternehmensstrafrecht - ist eine rechtliche Regelung, die die strafrechtliche Verantwortlichkeit von juristischen Personen und anderen Organisationen regelt. (Gibt es in Österreich und Deutschland). Für Straftaten von Mitarbeitern haftet der Verband, wenn Mitarbeiter rechtswidrig gehandelt haben und der Verband die Begehung der Tat dadurch ermöglicht oder erleichtert hat, dass der Entscheidungsträger, dem der Mitarbeiter verantwortlich ist, die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt außer Acht gelassen hat - insbesondere dadurch, dass er wesentliche technische, organisatorische oder personelle Maßnahmen zur Verhinderung der Tat unterlassen hat. Dies kann insbesondere fehlende Maßnahmen hinsichtlich einer Unfallprävention oder mangelnde Einschulungen betreffen.

Was in anderen Branchen wie der zivilen Luftfahrt, der Raumfahrt oder der Formel 1 bezüglich Sicherheitsmanagement seit langem selbstverständlich ist, fristet im Krankenhauswesen ein stiefmütterliches Dasein. Hier wären die jeweils involvierten Anwälte und Gutachter gefordert.

Was JETZT geschehen muss

Minimalforderung an die Systemverantwortlichen jeder Ebene wäre die Umsetzung international anerkannter Sicherheitsstandards.

Eine der besten Quellen dafür sind die „Internationalen Patientensicherheits-Ziele“ der AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) Die dort beschriebenen Standards zielen darauf ab, vermeidbare Fehler in Krankenhäusern zu minimieren, die sowohl Menschenleben gefährden als auch erhebliche Kosten verursachen.

Peter Pronovost, ein Pionier der Arbeiten im Bereich Patientensicherheit formuliert es treffend:

*There is no debate about the evidence – we just have to do it
Everyday we wait, patients are being harmed*

Wenn nicht jetzt, wann dann?

Anschluss-Literatur: LINKS auf Anfrage
npateisky@gmail.com

Curriculum des Autors - Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky

Ich habe mehr als 30 Jahre lang praktische Erfahrung als Spitalsarzt in nahezu jeder Position. Als Leiter der Abteilung Patientensicherheit an der Medizinischen Universität Wien konnte ich wertvolle Erfahrungen sammeln, was die Probleme und Lösungen in der Umsetzung von Sicherheitsstrategien betrifft.

Meine Erfahrung wird durch die langjährige Zusammenarbeit mit Sicherheitsexperten aus der Luftfahrt in den AssekuRisk-Projekten ergänzt und steht unseren Kunden stets zur Verfügung. Meine Kompetenzen haben sich bislang an mehr als 150 betreuten Abteilungen bewährt.

Bisherige Funktionen

- Stellvertretender Leiter der Abteilung für Geburtshilfe an der Univ. Frauenklinik Wien
- Leiter der Abteilung für Risikomanagement an der Univ. Frauenklinik Wien
- Präsident der ARGE Endoskopie in Gynäkologie und Geburtshilfe
- Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Leiter der Expertenkommission Gynäkologie im OBIG
- Vertreter Österreichs in der Europäischen Vereinigung der Frauenärzte (EBCOG)
- Vorstandsmitglied in der Plattform Patientensicherheit Österreich
- Geschäftsführender Teilhaber der AssekuRisk GesmbH bis 2021 (www.assekurisk.eu)

Berufserfahrung / Ausbildung

- FA für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
- Univ. Professor an der Medizinischen Universität Wien
- Geprüfter Qualitätsmanager im Gesundheitswesen
- OA der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 30 Jahre Erfahrung in klinischer Qualitätsarbeit

Lehrtätigkeiten

Tutor in Curricula, Managementlehrgängen und Seminaren zu den Themen Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Risikomanagement an folgenden Institutionen: Medizinische Universität Wien, Sigmund-Freud-Universität Wien, Medizinische Universität Graz, Fachhochschule Krams, Fachhochschule Steyr, Krankenpflegeschule des AKH - Wien.

Publikationen

Zahlreiche Arbeiten zum Thema Patientensicherheit als Fachartikel, Originalarbeiten, Buchbeiträge, Lehrbücher und Skripten

Praktische Erfahrung

Leitung von Projekten zur Implementierung von Patientensicherheit in Krankenhäusern in Österreich, Deutschland, Schweiz und Südtirol

Da ich keinerlei Erwerbstätigkeit mehr nachgehe und auch nicht mehr Teilhaber der AssekuRisk GesmbH bin, besteht keinerlei „Conflict of Interest“