

Beiträge zu Patientensicherheit im Krankenhaus

Herausgeber Prof. Dr. Andreas Becker



Beiträge zu Patientensicherheit im Krankenhaus

Herausgeber: Prof. Dr. Andreas Becker

1. Auflage 2015

© 2015 Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronische Systeme ist unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: © fivepointsix – Fotolia.com

ISBN: 978-3-945695-34-0

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Abkürzungsverzeichnis	7
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	10
Checklisten in der Medizin <i>Andreas Becker</i>	13
Das Global Trigger Tool des Institute for Health Care Improvement zum Screening auf Patientenschäden <i>Andreas Becker, mit einem Kommentar von David Schwappach</i>	47
Patient Safety Leadership Walkrounds <i>Andreas Becker</i>	73
Random Safety Audit – Ein Audit am scharfen Ende der Prozesse <i>Andreas Becker</i>	83
Eine Übersicht zu den Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen <i>Andreas Becker</i>	95
Management innerklinischer Notfälle <i>Andreas Becker</i>	137
Das innerklinische Fallreview am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Herzinfarkt. <i>Andreas Becker und Christian Perings</i>	165
Risikobewertung von Intrahospitaltransporten intensivmedizinischer Patienten <i>Ruth Hemkes</i>	187

Patientensicherheit in der Anästhesiologie	211
<i>Stefan Röhrig</i>	
Patientensicherheit in der Geburtshilfe	227
<i>Uwe Eissler</i>	
Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im Rahmen invasiver Maßnahmen Update 2015 und die Bedeutung der postinterventionellen Kontrolle	247
<i>Richard Lux</i>	
Zertifizierte Ausbildung Klinischer Risikomanager mit Schwerpunkt Patientensicherheit	281
<i>Andreas Becker und Josef Winkler</i>	
Ausbildung und Zertifizierung klinischer Risikomanager mit Schwerpunkt Patientensicherheit im Klinikum Ingolstadt.	303
<i>Andreas Becker, Heribert Fastenmeier, Günter Ochs und Erich Göllner</i>	
„Human Factors“ im Krankenhaus – Konzepte und Konsequenzen	327
<i>Gesine Hofinger</i>	
Sichere Kommunikation im Krankenhaus	349
<i>Gesine Hofinger</i>	
Sicherheitskultur	363
<i>Guido Strunk</i>	
Veränderung in Organisationen jenseits von Resignation und Größenwahn	381
<i>Guido Grasekamp</i>	
Autorenverzeichnis	399
Stichwortverzeichnis	405

Vorwort

Patientensicherheit ist ein dominierendes Thema für die stationäre Gesundheitsversorgung. Abgesehen davon, dass die Patientensicherheit schon immer eines der wichtigsten Gebote bei der Patientenbehandlung war, hat sie durch die politische Ausrichtung und Gesetzgebung zukünftig möglicherweise auch weitreichende Auswirkungen auf die Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung. Durch die gesetzlich verankerte und durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) umzusetzende öffentliche Berichterstattung steigt der Handlungsbedarf für die Krankenhäuser.

Für die Entwicklung einer angemessenen strategischen Planung und auch für die Umsetzung patientensicherheitsfördernder Maßnahmen am scharfen Ende der Prozesse bedarf es auch guter theoretischer Kenntnisse und praktischer Anwendungskompetenz.

Dieses Buch greift mit seinen Beiträgen verschiedene Themen und Techniken auf, erläutert ihre theoretischen Grundlagen, gibt einen Überblick zur Fachliteratur und konkrete Hinweise zur praktischen Umsetzung.

Ich würde mich freuen, wenn es uns mit den Beiträgen zur Patientensicherheit gelingen würde, Führungskräfte und Mitarbeiter in unseren Krankenhäusern bei ihrer täglichen Arbeit für die Patientensicherheit weiter zu motivieren und zu unterstützen.

Bedanken möchte ich mich ganz besonders für die Beiträge der Autoren und Co-Autoren, die ich in alphabetischer Reihenfolge angebe: Dr. Uwe Eissler, Heribert Fastenmeier, Erich Göllner, Guido Grasekamp, Ruth Hemkes, Dr. Gesine Hofinger, Dr. Richard Lux, Prof. Dr. Günter Ochs, Prof. Dr. Christian Perings, Dr. Stefan Röhrig, Prof. Dr. David Schwappach, PD Dr. Dr. Guido Strunk und Josef Winkler.

Mein Dank gehört auch meinen geschätzten Kollegen Prof. Dr. Heribert Gärtner und Prof. Dr. Marcus Siebolds für die interessanten und konstruktiven Gespräche, die mich seit vielen Jahren begleiten und unterstützen.

Ferner danke ich bei der Mediengruppe Oberfranken Herrn Bernd Müller für die Möglichkeit, dieses Buch zu veröffentlichen. Den Mitarbeiterinnen in der Redaktion, der Technik, dem Layout und allen anderen mir verborgenen Bereichen gilt mein Dank für die sehr angenehme Zusammenarbeit und die tatkräftige Unterstützung – stellvertre-

tend möchte ich in alphabetischer Reihenfolge nennen Christine Gerber, Magdalena Grabler, Annika Hoffmann und Susanne Hornig.

Rösrath, im Frühjahr 2015

Prof. Dr. Andreas Becker

Abkürzungsverzeichnis

Allgemeine Abkürzungen

ACS	Acute Coronary Syndrom
ADE	Adverse Drug Events (Unerwünschte Arzneimittelwirkungen)
AE	Adverse Event (Patientenschaden)
CICV	Can't ventilate can't intubate
CIN	Contrast Medium Induced Nephropathy
CIRS	Critical Incident Reporting System
CPU	Chest-Pain-Unit
CRM	Crew-Resource-Management
DBT	Door-to-Balloon-Time
GTT	Global Trigger Tool
HMPs	Harvard Medical Practice Study
HRO	High Reliability Organization (Hochzuverlässigkeitsorganisation)
ICU	Intensive Care Unit
IHT	Intrahospitaltransport
INR	International Normalized Ratio
IST	Intensivstation
IVKT	In-vitro-Kontrakturtest
KIS	Krankenhausinformationssystem
MET	Medical Emergency Teams
(M)EWS	(Modified) Early Warning Score
MH	Maligne Hyperthermie
M+M	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
NCC MERP	National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention Index
NSTEMI	Nicht-ST-Hebungsinfarkt
NTS	Non-technical Skills
PCI	Percutaneous Coronary Intervention
PDCA-Zyklus	Vierphasiger Problemlösungsprozess (Plan, Do, Check, Act)
PSI	Patient Safety Indicators
PSLW	Patient Safety Leadership Walkrounds
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung

QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
RM	Risikomanagement
RRS	Rapid Response System
RRT	Rapid Response Team
RSA	Random Safety Audit
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire (Fragebogen zu Teamwork und Patientensicherheit)
SBAR(R)	Situation, Background, Assessment, Recommendation, (Readback)
SOP	Standard Operating Procedures/Protocols
STEMI	Segment Elevation Myocardial Infarction
TIVA	Total intravenöse Anästhesie
TPB	Theory of Planned Behavior (Theorie des geplanten Verhaltens)
TTS	Track and Trigger Systems
UE	Unerwünschte Ereignisse
UKPTT	United Kingdom Paediatric Trigger Tool
WSF	Wiener Sicherheitskultur Fragebogen

Gesetze und Verordnungen

EN	Europäische Norm
QKM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser
ONR	Regeln des Österreichischen Normungsinstituts ON
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch
LuftBO	Betriebsordnung für Luftfahrtgerät

Organisationen, Institute, Gesellschaften und Verbände

APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit
ASA	American Society of Anesthesiologists
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BFU	Bundesstelle für Flugunfalluntersuchung

CIRSE	Cardiovascular and Interventional Radiology Society of Europe
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin
DGAV	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
EMHG	European Malignant Hyperthermia Group
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IHI	Institute for Healthcare Improvement
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare
NHS	National Health Service (Nationaler Gesundheitsdienst, Großbritannien und Nordirland)
RKI	Robert-Koch-Institut
WHO	World Health Organization

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Checklisten in der Medizin

Abbildung 1: Situation und Anwendung	16
Abbildung 2: Theorie des geplanten Verhaltens	18
Abbildung 3: Checkliste zur Patientenübergabe in der Notfallklinik des Klinikums Ingolstadt30	
Abbildung 4: Surgical Safety Checklist	32
Abbildung 5: Chirurgische Sicherheits-Checkliste	33
Tabelle 1: Einige Webressourcen	14
Tabelle 2: Erfolgsfaktoren der Checklisten-Implementierung	21

Das Global Trigger Tool des Institute for Health Care Improvement zum Screening auf Patientenschäden

Tabelle 1: Module des GTT (Bothe & Helmcrone 2009)	50
Tabelle 2: Ergebnisse von Studien zum IHI GTT.	54

Random Safety Audit – Ein Audit am scharfen Ende der Prozesse

Abbildung 1: Beispielkarte Alarmgrenzen	86
Abbildung 2: Beispielkarte Arzneimitteltherapie	87
Abbildung 3: Visualisierung Auditergebnisse.	88
Tabelle 1: Merkmale des RSA	85

Eine Übersicht zu den Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Abbildung 1: Fragebogen zur M+M-Konferenz	129
---	-----

Management innerklinischer Notfälle

Abbildung 1: Rates of Major Complications and Death after Major Complications, according to Hospital Quintile of Mortality.	139
Abbildung 2: Göttinger Kriterien zur Aktivierung des Medical Emergency Teams (MET) bei erwachsenen Patienten.	145

Das innerklinische Fallreview am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Herzinfarkt

Abbildung 1: Risikoadjustierte Krankenhaussterblichkeit als Funktion der DBT.	170
Tabelle 1: Leitlinien, Empfehlungen, Kommentare, Konsenspapiere und SOP zum ACS und seinen Differentialdiagnosen (Auszug)	167

Risikobewertung von Intrahospitaltransporten intensivmedizinischer Patienten

Abbildung 1: Prozessschritte IHT	191
Tabelle 1: Transportassoziierte Komplikationen und Häufigkeiten	189
Tabelle 2: Zuordnung der Literaturquellen zu den Parametern der Checkliste	198
Tabelle 3: Basisdaten der Beobachtung	199
Tabelle 4: Zuordnung unsicherer Handlungen zu der NPSA-Klassifikation beitragender Faktoren	202
Tabelle 5: Zuordnung empfohlener Maßnahmen zur Klassifikation beitragender Faktoren der NPSA.	203

Patientensicherheit in der Geburtshilfe

Abbildung 1: Standard Operating Procedure bei lebensbedrohlicher schwerer peripartaler Blutung	234
Abbildung 2: Ablauf Notsectio	241
Tabelle 1: Maßnahmen zur Prävention und Bewältigung.	232

Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im Rahmen invasiver Maßnahmen Update 2015 und die Bedeutung der postinterventionellen Kontrolle

Abbildung 1: Risikofaktoren eines unbeabsichtigten Verbleibes von Fremdkörpern; Risikofaktoren mit fraglichem Effekt sind mit einem „?“ versehen.	252
Abbildung 2: Maßnahmen gegen einen unbeabsichtigten Verbleib von Fremdkörpern; Maßnahmen mit fraglicher Effektivität sind mit einem „?“ versehen.	264
Tabelle 1: Empfehlungen des U.S.-Department of Veterans Affairs (VA)	254
Tabelle 2: Empfehlungen des American College of Surgeons (ACS).	254
Tabelle 3: Empfehlungen der Association of Operating Room Nurses (AORN)	255
Tabelle 4: Empfehlungen des Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).	255
Tabelle 5: Empfehlungen der Society of Interventional Radiology (SIR)	255

Zertifizierte Ausbildung Klinischer Risikomanager mit Schwerpunkt Patientensicherheit

Abbildung 1: Eisbergmodell der Sicherheitskultur	284
Tabelle 1: Grundlagen aus der EN 15224	288
Tabelle 2: Grundlagen aus der ONR 49001.	288
Tabelle 3: Klinisches Risikomanagement gemäß ONR 49001	289
Tabelle 4: Patientensicherheit	290
Tabelle 5: Ursachen von unerwünschten Ereignissen und Patientenschäden	290
Tabelle 6: Systemdenken	292
Tabelle 7: Beteiligung von Patienten und deren Umfeld	293
Tabelle 8: Sicherheitskultur	294
Tabelle 9: Teamarbeit	294

Tabelle 10: Kommunikation	295
Tabelle 11: Lernen aus unerwünschten Ereignissen	296
Tabelle 12: Patientensicherheitsmaßnahmen	297
Tabelle 13: Prüfungsleistungen	297

Ausbildung und Zertifizierung klinischer Risikomanager mit Schwerpunkt Patientensicherheit im Klinikum Ingolstadt

Abbildung 1: Ergebnis einer Abfrage in der Zertifikatsdatenbank von Austrian Standards	307
Abbildung 2: Konformitätszeichen	307
Abbildung 3: Evaluationsergebnis	318
Abbildung 4: Evaluationsergebnis	319
Abbildung 5: Evaluationsergebnis	320
Abbildung 6: Evaluationsergebnis	321
Abbildung 7: Evaluationsergebnis	322
Abbildung 8: Evaluationsergebnis	323
Abbildung 9: Evaluationsergebnis	324
Tabelle 1: Kursabsolventen (N=39)	308
Tabelle 2: Projektarbeiten (Auszug)	316

„Human Factors“ im Krankenhaus – Konzepte und Konsequenzen

Abbildung 1: Ebenen von Human Factors integriert in das SHELL-Modell.	334
Abbildung 2: Fehlerkette nach Reason (1990)	338

Sichere Kommunikation im Krankenhaus

Tabelle 1: Funktionen von Kommunikation in Teams.	352
Tabelle 2: Beispiele für Kommunikationsstörungen und -fehler	354
Tabelle 3: Sichere Kommunikation	357

Sicherheitskultur

Tabelle 1: Literaturrecherche – Fragebögen und Skalenzahl.	369
Tabelle 2: Konstruktion des WSF.	372
Tabelle 3: Skalenbeschreibungen und psychometrische Gütekriterien	374

Patient Safety Leadership Walkrounds

Andreas Becker

Einführung

Für effektive Patientensicherheitsprogramme ist es essenziell wichtig, dass die Führungsspitze (als Kontrollinstanz für Ressourcen und Unternehmensgrundsätze) mit der klinischen Realität der verschiedenen klinischen Abteilungen vertraut ist. Da Fehlermeldesysteme nur ein sehr unvollständiges Bild der Probleme an der Basis (am *scharfen Ende der Prozesse*) vermitteln, sollten Maßnahmen umgesetzt werden, die Unternehmensleitung und Mitarbeiter näher bringen (in Anlehnung an: Wachter 2010, Seite 184).

Eine solche Maßnahme ist ein Abteilungsbesuch mit dem inhaltlichen Schwerpunkt Patientensicherheit, die im englischen Sprachraum u. a. als *Patient Safety Leadership Walk rounds (PSLW)* bzw. *Executive Walk Rounds* oder einfach nur *Walkrounds* bezeichnet wird.

Dabei besucht ein Mitglied der Unternehmensleitung (des Direktoriums) zusammen mit einem Qualitäts- bzw. Risikomanager in regelmäßigen Abständen (zum Beispiel wöchentlich, zweiwöchentlich, monatlich) verschiedene Abteilungen (z. B. eine Normalstation, die Notaufnahme, den Kreißsaal, den OP, eine Intensivstation, Labor oder Apotheke). Auch wenn der Leiter der jeweiligen Abteilung anwesend sein kann, so liegt das Hauptaugenmerk auf einer offenen Diskussion. Das Mitglied der Unternehmensleitung und auch die Abteilungsleitung sollten vor allem zuhören und selbst weniger reden. In den Gesprächen geht es um Probleme und (mögliche) Fehler in dem besuchten Bereich und um Denkanstöße zur Lösung der Probleme und Prävention von Fehlern (in Anlehnung an: Wachter 2010, Seite 184).

Der Ursprung der Walkrounds kommt aus dem Lean-Management, wo sie als Gemba-Walks bekannt wurden und Manager dabei unterstützen sollen, mit den Mitarbeitern in eine Kommunikation zu konkreten Problemen an der Basis zu kommen und so auch die Beziehung zwischen Management und Mitarbeitern zu stärken. Populär wurde diese Vorgehensweise durch ihre Anwendung bei Hewlett-Packard in den 1980-iger Jahren (Peters & Waterman 1982).

Eubanks veröffentlichte bereits 1990 einen Bericht über die Anwendung im Krankenhaus, aber erst die Übertragung in ein systematisches Konzept durch die Arbeitsgruppe von Allan Frankel und entsprechende Publikationen führten zu mehr Aufmerksamkeit (Frankel et al. 2003/2003a/2005/2006/2008).

Nachfolgend wurde das Konzept dann vom Institute for Healthcare Improvement (IHI) übernommen und zur Anwendung empfohlen. Auf der Webseite des IHI ist eine Beschreibung der Vorgehensweise verfügbar (IHI 2004). Weitere Institutionen und Initiativen wie die englische *Patient Safety First* des National Health Service (NHS) empfehlen ebenfalls die Walkrounds und stellen umfangreiches Material inklusive Videos zur Verfügung¹. Ein Beispiel für die konkrete Umsetzung in einem englischen Krankenhaus ist der Salford Royal NHS Foundation Trust in England, der in seinen Jahresberichten über vielfältige Maßnahmen zur Patientensicherheit berichtet (Salford 2012/2013/2014).

Eine Übersicht zu ausgewählter Literatur

Martin et al. (2014) berichten zu den Ergebnissen von 82 semistrukturierten Interviews mit Führungskräften und Mitarbeitern aus englischen Krankenhäusern, in denen PSLW durchgeführt wurden. Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Förderung der Kommunikations- und Sicherheitskultur in erheblichem Maße davon abhängt, dass die PSLW einem definierten formalen und inhaltlichen Ablauf weitestgehend folgen und die Kommunikation zur Patientensicherheit als Sinn und Zweck des PSLW gesehen und umgesetzt wird. Ist das nicht der Fall oder entwickeln sich die PSLW in einer Organisation zu Audits oder gar Kontrollen, werden sich negative Effekte einstellen.

Im Jahr 2001 wurden im Brigham and Woman`s Hospital in Boston (USA) Patient Safety Leadership Walkrounds eingeführt, Gandhi et al. (2005) berichten zu Ergebnissen und Erkenntnissen aus 139 Walkrounds. Die Autoren betonen insbesondere die Bedeutung der Kommunikation der Verbesserungsvorschläge und der Umsetzungen an die und in der Unternehmensspitze sowie eine strukturierte Rückmeldung dazu an die Mitarbeiter in den visitierten Bereichen und im gesamten Unternehmen.

Taylor et al. (2013) stellen eine Variante vor, bei der die Walkrounds in einem US-amerikanischen Kinderkrankenhaus von Abteilungs- und Bereichsleitungskräften durchgeführt wurden (*Unit-Based Patients Safety Walkrounds*). Die Autoren stellen fest, dass

¹ <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/Leadership/walkrounds/> (letzte Einsicht 12.4.2015)

das Vorgehen zu einer guten Förderung der horizontalen Patientensicherheitskommunikation zwischen den Abteilungen und Bereichen führt.

Eine gute Übersicht zu Walkrounds in der Psychiatrie gibt Ashton (2014). Die Autorin betont, dass das miteinander sprechen im Vordergrund stehen soll und spricht daher auch von *Leadership Talkrounds*. Sie spricht sich dagegen aus, die Besuche nicht anzukündigen, denn (Seite 22): „Unplanned visits can be viewed as exerting hierarchical power to catch people out. Walkrounds are planned to improve engagement with teams, so staff are told when they will take place.“

Zur Anwendung von Walkrounds im Rahmen einer umfassenden Sicherheitskulturinitiative in einer kanadischen Kinderklinik führen Verschoor et al. (2007) aus.

Schwendimann et al. (2013) untersuchten die Auswirkungen von Walkrounds auf die durch Mitarbeiter wahrgenommene Sicherheitskultur und Risikoreduktion durch. Zu diesem Zweck wurden Walkrounds in 706 klinischen Bereichen von 49 US-amerikanischen Krankenhäusern durchgeführt. Die Mitarbeiter wurden im Laufe des Projektes u. a. gefragt, ob die Walkrounds zu einer Reduktion von Risiken geführt haben. Die Erhebung der wahrgenommenen Sicherheitskultur erfolgte mittels des Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Die Auswertung von 19053 Rückmeldungen ergab, dass die Walkrounds mit einer erhöhten wahrgenommenen Sicherheitskultur und einer Reduktion von Risiken einhergingen. Dieser Effekt war umso stärker ausgeprägt, je mehr Mitarbeiter in einem Bereich an einer Walkround teilgenommen hatten.

Die von Schwendimann et al. (2013) beschriebenen positiven Effekte bestätigen Sexton et al. (2014) in einer Untersuchung, bei der Walkrounds in 44 neonatalen Intensivstationen (USA) durchgeführt wurden. Als zusätzlichen Effekt beschreiben die Autoren auch geringere Burnout-Raten bei Mitarbeitern.

Singer et al. (2014) fassen die Inhalte von 43 Publikationen zum Thema Walkrounds in einem selektiven Review zusammen. Die Autoren definieren die PSLW wie folgt (Seite 789): „Safety rounds aim to improve care by providing a systematic approach for engaging senior managers with the work-system challenges faced by frontline staff and ensuring follow-up and accountability for addressing these challenges.“ Von den 43 Publikationen berichten 33 zu positiven Effekten, es handelt sich dabei jedoch in den meisten Fällen um Berichte aus einzelnen Krankenhäusern ohne ein spezielles Studiendesign. Einige Arbeiten heben hervor, dass die Walkrounds auch in der Infrastruktur begründete Patientensicherheitsprobleme aufdecken, die von anderen Methoden, wie zum Beispiel Meldesystemen, nicht detektiert werden. Besonders betont werden auch

die Anforderungen an die Walkrounds, da sich bei unstrukturiertem oder oberflächlichem Vorgehen auch negative Effekte einstellen können (Seite 790): „When senior managers do not address issues raised by frontline staff, safety rounds can cause frustration among frontline workers, worsen perceptions of safety climate and potentially negatively impact their attention to patient safety...“ In 14 Arbeiten wurden die Auswirkungen auf die Sicherheitskultur, die Risikoreduktion, die Arbeitszufriedenheit und weitere Parameter empirisch untersucht, acht dieser Arbeiten zeigten positive Effekte. Andere Publikationen – mit teilweise kontrolliertem Design – zeigten dagegen beispielsweise keine Veränderungen in der wahrgenommenen Sicherheitskultur oder anderen Parametern (Benning et al. 2011/2011a; Saladino et al. 2013; Shaw et al. 2009; Singer et al. 2013; Tucker & Singer 2013). Um den in der Studie von Schwendimann et al. (2013) beschriebenen Dosis-Ergebnis-Effekt zu erzielen, ist aus Sicht von Singer et al. folgendes zu berücksichtigen (Seite 796): „... evidence of a dose-response relationship suggests that safety rounds should involve as many staff as possible. The optimistic notion that positive frontline staff perceptions of safety can be spread via positive word-of-mouth from peers who participate in safety rounds does not appear to be supported. Thus, to have a beneficial effect, managers must commit to the time-consuming work of visiting with as many frontline staff as possible, which, in practice probably means visiting a given unit more than, say, once a year.“ Abschließend betonen die Autoren, dass die Einführung von Walkrounds eine systematische Vorgehensweise erfordert und möglicherweise auch erst in nur ein oder zwei Bereichen erfolgen sollte. Walkrounds sollten auch nicht als triviale Maßnahme in der Sequenz *Hingehen-Zuhören-Probleme lösen* verstanden werden und alle Manager, die nicht wirklich zuhören wollen oder den Walkround halbherzig planen und durchführen, sollten besser andere Methoden zur Organisationsentwicklung wählen (Seite 797–798).

Thomas et al. (2005) zeigten in einer randomisierten Untersuchung in einem Krankenhaus (USA), dass die Walkrounds zu einer signifikanten Steigerung der von Pflegekräften wahrgenommenen Sicherheitskultur führten.

Van Dusseldorp et al. (2014) erläutern das Studienprotokoll einer explorativen Interventionsstudie, mit der die Effekte von Walkrounds in Langzeitpflegeeinrichtungen gemessen werden sollen. Interessant an dieser Arbeit ist auch die Beschreibung der Abläufe in den verschiedenen Phasen der Walkrounds (Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung).

Durchführung

Walkrounds sollten für ein Jahr im Voraus geplant werden, der Plan sollte den entsprechenden Bereichen vorliegen. Nach den Ausführungen des IHI (2004, Seite 3) sind auch unangekündigte Besuche möglich, hiervon würde ich jedoch in Übereinstimmung mit anderen Autoren abraten (zum Beispiel Ashton 2014).

Die Planung der Walkrounds sollte in die Planung des Auditprogramms des Krankenhauses integriert werden, da sich nur so eine Überlastung der Bereiche oder sogar eine Überschneidung mit internen oder auch externen Audits (zum Beispiel im Rahmen von Zertifizierungsverfahren) vermeiden lässt.

Die Teilnehmer der Walkrounds sollten eine angemessene Schulung erhalten und von einem klinischen Qualitäts- bzw. Risikomanager begleitet werden. Diese Person achtet auf die Einhaltung des Formats und die Durchführung eines Debriefings des Besuchsteams nach dem Walkround.

Das IHI gibt als Management-Teilnehmer erfahrene Führungskräfte, Geschäftsführer, Verwaltungsleiter, ärztliche Direktoren und Pflegedirektoren an (IHI 2004, Seite 3). Zu den erfahrenen Führungskräften können natürlich auch solche gehören, die in speziellen nicht-klinischen Bereichen tätig sind, so zum Beispiel die Leitungen der IT-, Finanz- oder Personalabteilung. Nehmen sie an einem Walkround teil, so ist darauf zu achten, dass die geplanten Inhalte zur Patientensicherheit bearbeitet werden und nicht die Fachthemen dieser Teilnehmer in den Vordergrund gelangen. Dies gilt natürlich insbesondere dann, wenn an einem Walkround nur solche Leitungskräfte teilnehmen. Sie sollten den Walkround dann als Chance sehen und kein Wissen vortäuschen; mitunter sind sie ja sogar aufgrund ihres Nichtwissens die besseren Zuhörer.

Hinsichtlich der Frequenz erscheint die Empfehlung des IHI von mindestens einem Walkround pro Woche sinnvoll (IHI 2004, Seite 3), zur Erzielung der Dosis-Wirkungs-Effekte (Schwendimann et al. 2013) ist eine höhere Frequenz erstrebenswert.

Besucht werden sollten alle klinischen Bereiche inklusive der relevanten Sekundärbereiche (zum Beispiel Normalstation, Notaufnahme, Kreißsaal, OP, Intensivstation, Labor, Apotheke).

Zur Eröffnung empfiehlt das IHI (2004, Seite 4) die folgenden Ausführungen²:

Unsere Institution hat sich offene Kommunikation und vorwurfsfreie Zusammenarbeit zum Ziel gesetzt, da wir glauben, dass dadurch für Sie und Ihre Patienten ein sichereres Arbeitsumfeld entsteht.

Wir konzentrieren uns dabei auf das System und nicht auf einzelne Personen, Namen spielen also keine Rolle.

Unsere Diskussion ist vertraulich und es geht nur um Patientensicherheit und Verbesserung. Inhalte werden nur dann einem breiteren Personenkreis bekannt gemacht, wenn Sie damit einverstanden sind.

Unsere Fragen sind möglichst allgemein gehalten und sollten sich auf alle für Sie relevanten Bereiche beziehen. Denken Sie dabei bitte an Medikationsfehler, Kommunikationsprobleme, Ablenkungen, mangelnde Effektivität, invasive Therapien, Stürze, Abweichungen von Arbeitsanweisungen und so weiter.

Für den Erfolg des Walkrounds ist eine standardisierte Vorgehensweise, die auch Themen und Fragen klar vorgibt und eingehalten wird. Hierzu empfiehlt das IHI beispielsweise (2004, Seite 4):

Erinnern Sie sich an irgendein Ereignis der letzten Tage, das bei einem Patienten zur Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes geführt hat?

Gab es Beinahe-Fehler, das heißt Situationen, die zu Patientenschäden hätten führen können, es aber dann doch nicht taten (Near Misses)?

Welche Faktoren in Ihrem Arbeitsumfeld könnten zur nächsten Patientenschädigung beitragen?

Gibt es irgendwelche Dinge im System oder in Ihrem Arbeitsumfeld, die Sie behindern oder stören?

Was können wir tun, um den nächsten Zwischenfall zu vermeiden?

² Diese und die weitere deutsche Übersetzung in Anlehnung nach Wachter et al. 2010, Seite 185.

Welche spezifischen Interventionen der Unternehmensleitung könnten Ihre Arbeit sicherer für Patienten machen?

Wie können wir eine vorwurfsfreie Arbeitskultur aktiv fördern?

Wie könnten wir die Walkrounds noch effektiver machen?

Zum Abschluss sollte man sich für die Kooperation der Mitarbeiter und die wichtigen Gesprächsinhalte bedanken. Das IHI (2004, Seite 5) empfiehlt auch die folgenden Formulierungen:

Die Informationen, die wir von Ihnen erhalten haben, werden von uns gründlich bearbeitet. Im Gegenzug wünschen wir, dass Sie mindestens zwei anderen Personen, mit denen Sie zusammenarbeiten, von den Konzepten erzählen, über die wir heute diskutiert haben.

Im Rahmen der Nachbereitung sollten die identifizierten Risiken und möglichen Verbesserungsaktivitäten aufbereitet werden. Über die geplante oder sogar bereits erfolgte Umsetzung von Maßnahmen sollten die Bereiche binnen eines definierten Zeitraums informiert werden.

Kontext definierter Anforderungen

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser – QKM-RL) legt die Ziele und die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement fest (QKM-RL 2014). Patient Safety Leadership Walkrounds sind in diesem Kontext als eine Methode zu sehen, die zur Risikoidentifizierung (§ 5, Abs. 1) angewendet wird. Sie sind auch geeignet, die praktizierte Verantwortung der leitenden Mitarbeiter und der Krankenhausleitung im Sinne der Forderungen der Richtlinie zu dokumentieren: „Die leitenden Mitarbeiter haben ihrer Vorbildfunktion entsprechend die unter den jeweiligen individuellen Gegebenheiten dezentral festgelegten Ziele und Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements im Rahmen des Personalmanagements durch ihr Verhalten vor dem Hintergrund interprofessioneller Kooperation und Abstimmung zu fördern.“ (§ 2, Abs. 11) und „Die Krankenhausleitung bietet aktiv Unterstützung und gewährleistet den strukturierten Austausch aller Beteiligten.“ (§ 5, Abs. 2).

Die Europäische Norm EN 15224 aus dem Jahr 2012 bezieht sich auf Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung und formuliert Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008 (EN 15224). Walkrounds können hier in den Kontext der internen Kommunikation (Abschnitt 5.5.3) und des internen Audits (Abschnitt 8.2.2) eingeordnet werden.

Die Regel 49001 von Austrian Standards, kurz ONR 49001, aus dem Jahr 2014 erläutert die Anforderungen an das Risikomanagement von Organisationen und Systeme (ONR 49001:2014). Walkrounds tragen im Rahmen des Risikomanagement-Prozesses zur Risikoidentifikation (Abschnitt 5.4.2) bei.

Literaturverzeichnis

- Ashton S (2014).** Leadership walkrounds in mental health care. *Nurs Times*. 2014; 110 (23): 21-23. PubMed-ID: 25016736
- Benning A, Dixon-Woods M, Nwulu U, Ghaleb M, Dawson J, Barber N, Franklin BD, Girling A, Hemming K, Carmalt M, Rudge G, Naicker T, Kotecha A, Derrington MC, Lilford R (2011).** Multiple component patient safety intervention in English hospitals: controlled evaluation of second phase. *BMJ*. 2011; 342: d199. PubMed-ID: 21292720
- Benning A, Ghaleb M, Suokas A, Dixon-Woods M, Dawson J, Barber N, Franklin BD, Girling A, Hemming K, Carmalt M, Rudge G, Naicker T, Nwulu U, Choudhury S, Lilford R (2011a).** Large scale organisational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation. *BMJ*. 2011; 342: d195. PubMed-ID: 21292719
- EN 15224: 2012.** Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung - Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008. Deutsche Fassung EN 15224:2012. Ausgabedatum: 2012-12. DIN Deutsches Institut für Normung.
- Eubanks P (1990).** CEO walkabouts get firsthand look at employee problems. *Hospitals*. 1990; 64 (9): 50–51. PubMed-ID: 2328977
- Frankel A, Gandhi TK, Bates DW (2003).** Improving patient safety across a large integrated health care delivery system. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15 Suppl 1: i31-40. PubMed-ID: 14660521
- Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK (2003a).** Patient Safety Leadership WalkRounds. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003; 29 (1): 16–26. PubMed-ID: 12528570
- Frankel A, Grillo SP, Baker EG, Huber CN, Abookire S, Grenham M, Console P, O'Quinn M, Thibault G, Gandhi TK (2005).** Patient Safety Leadership WalkRounds at Partners Healthcare: learning from implementation. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005; 31 (8): 423–437. PubMed-ID: 16156190
- Frankel AS, Leonard MW, Denham CR (2006).** Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: The tools to achieve high reliability. *Health Serv Res*. 2006; 41 (4 Pt 2): 1690–1709. PubMed-ID: 16898986
- Frankel A, Grillo SP, Pittman M, Thomas EJ, Horowitz L, Page M, Sexton B (2008).** Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Serv Res*. 2008; 43 (6): 2050–2066. PubMed-ID: 18671751
- Gandhi TK, Graydon-Baker E, Huber CN, Whittemore AD, Gustafson M (2005).** Closing the loop: follow-up and feedback in a patient safety program. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005; 31 (11): 614–621. PubMed-ID: 16335062
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) [2004].** Patient Safety Leadership WalkRounds. 2004. Quelle: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx> (letzte Einsicht: 12.4.2015)
- KQM-RL (2014).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser – KQM-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 (S. 16 896) vom 22. Dezember 2005 in Kraft getreten am 23. Dezember 2005, zuletzt geändert am 23. Januar 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.4.2014 B4 in Kraft getreten am 17. April 2014.
- Martin G, Ozieranski P, Willars J, Charles K, Minion J, McKee L, Dixon-Woods M (2014).** Walkrounds in practice: corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2014; 40 (7): 303–310. PubMed-ID: 25130013
- ONR 49001 (2014).** Risikomanagement für Organisationen und Systeme. Risikomanagement. Umsetzung von ISO 31000 in die Praxis. Austrian Standards Institute. 1020 Wien
- Peters TJ, Waterman RH (1982).** In search of excellence. Lessons from America's best-run companies. Herausgeber: Peters TJ, Waterman RH. Harper & Row. New York. 1982 (1st ed.). ISBN 9780063120532
- Saladino L, Pickett LC, Frush K, Mall A, Champagne MT (2013).** Evaluation of a nurse-led safety program in a critical care unit. *J Nurs Care Qual*. 2013; 28 (2): 139–146. PubMed-ID: 23052353
- Salford Royal NHS Foundation Trust (2012).** Quality Accounts 2011-2012. 2012 (1). Salford Royal NHS Foundation Trust. Quelle: <http://www.srft.nhs.uk/media-centre/publications/annual->

reports-and-reviews/?assetdet104846=15431 (letzte Einsicht: 12.4.2015)

Salford Royal NHS Foundation Trust (2013). Quality Accounts 2012-2013. 2013 (1). Salford Royal NHS Foundation Trust. Quelle: <http://www.srft.nhs.uk/media-centre/publications/annual-reports-and-reviews/?assetdet104846=23331> (letzte Einsicht: 12.4.2015)

Salford Royal NHS Foundation Trust (2014). Quality Accounts 2013-2014. 2014 (1). Salford Royal NHS Foundation Trust. Quelle: <http://www.srft.nhs.uk/media-centre/publications/annual-reports-and-reviews/?assetdet104846=34236> (letzte Einsicht: 12.4.2015)

Schwendimann R, Milne J, Frush K, Ausserhofer D, Frankel A, Sexton JB (2013). A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study. *Am J Med Qual.* 2013; 28 (5): 414–421. PubMed-ID: 23354869

Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, Gould JB, Nisbet CC, Amspoker AB, Kowalkowski MA, Schwendimann R, Profit J (2014). Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Qual Saf.* 2014; 23 (10): 814–822. PubMed-ID: 24825895

Shaw KN, Ruddy RM, Olsen CS, Lillis KA, Mahajan PV, Dean JM, Chamberlain JM (2009). Pediatric patient safety in emergency departments: unit characteristics and staff perceptions. *Pediatrics.* 2009; 124 (2): 485–493. PubMed-ID: 19651575

Singer SJ, Rivard PE, Hayes JE, Shokeen P, Gaba D, Rosen A (2013). Improving patient care through leadership engagement with frontline staff: a Department of Veterans Affairs case study. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013; 39 (8): 349–360. PubMed-ID: 23991508

Singer SJ, Tucker AL (2014). The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf.* 2014; 23 (10): 789–800. PubMed-ID: 25228779

Taylor AM, Chuo J, Figueroa-Altman A, DiTarranto S, Shaw KN (2013). Using four-phased unit-based patient safety walkrounds to uncover correctable system flaws. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013; 39 (9): 396–403. PubMed-ID: 24147351

Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL (2005). The effect of executive walk rounds on nurse safety climate atti-

tudes: a randomized trial of clinical units [ISRCTN85147255] [corrected]. *BMC Health Serv Res.* 2005; 5 (1): 28. PubMed-ID: 15823204

Tucker AL, Singer Sara J (2013). The Effectiveness of Management-By-Walking-Around: A Randomized Field Study. Working Paper. 2013 (12-113). Harvard Business School

Van Dusseldorp L, Hamers H, van Achterberg T, Schoonhoven L (2014). Patient Safety Policy in Long-Term Care: A Research Protocol to Assess Executive WalkRounds to Improve Management of Early Warning Signs for Patient Safety. *JMIR Res Protoc.* 2014; 3 (3): e36. PubMed-ID: 25048598

Verschoor KN, Taylor A, Northway TL, Hudson DG, Van Stolk, Dori E, Shearer KJ, McDougall DL, Miller G (2007). Creating a safety culture at the Children's and Women's Health Centre of British Columbia. *J Pediatr Nurs.* 2007; 22 (1): 81–86. PubMed-ID: 17234501

Autorenverzeichnis



Prof. Dr. med. Andreas Becker

Institut Prof. Dr. Becker (www.i-pdb.de), Rösraith

Andreas Becker ist ausgewiesener Experte des deutschen Gesundheitswesens. Er berät Einrichtungen im Gesundheitswesen und ist Professor für Krankenhausmanagement an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Fast 15 Jahre war er Geschäftsführer des größten deutschen trägerübergreifenden Krankenhausverbundes. Er ist Fellow der International Society for Quality in Health Care (ISQua), Autor zahlreicher Fachartikel und Buchbeiträge, Mitglied der Kommission Qualitätsmanagement der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. und verschiedener Fachgesellschaften. Seine Ausbildung zum systemischen Organisationsberater absolvierte er bei Prof. Dr. Fritz Simon, weitere Qualifikationen sind u. a.: Risikomanagement-Auditor im Gesundheitswesen nach ISO/IEC 17024, Klinischer Risikomanager (ONR 49003), ISO-Auditor (DIN EN ISO 19011), EFQM-Assessor, European Business Coach nach PAS 1029, Hygienebeauftragter Arzt gemäß RKI-Empfehlungen, Certified Aviation Quality Auditor (Safety Management Systems) nach Joint Aviation Requirements (JAR) und EU OPS, Human Factors Specialist (JAR-OPS/EU OPS), Auditor TraumaNetzwerk DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. sowie Fachkunde Datenschutzbeauftragter.



Dr. med. Uwe Eissler

Chefarzt

Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung, Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses, Speyer

Seit 2004 Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses in Speyer. Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Zusatzqualifikationen: Spezielle Onkologie, Perinatalmedizin und Arzt für Notfallmedizin, Diplom-Betriebswirt (FH).



Heribert Fastenmeier

Geschäftsführer

Klinikum Ingolstadt GmbH

Studium der Verwaltungswissenschaften in München mit Schwerpunkt Personal und Organisation. Von 1982 bis 2001 Personalchef Krankenhauszweckverband (KhZVI) und Klinikum Ingolstadt (KI GmbH), 2001 bis 2005 Geschäftsleiter Krankenhauszweckverband (KhZVI).

Seit 2005 Geschäftsführer der Klinikum Ingolstadt GmbH, der Beteiligungs-GmbH, der MVZ GmbH, der Alten- und Pflegeheim GmbH sowie des KhZVI. Aufsichtsrat in den Isarkliniken (München) Verwaltungsrat Bayerische Zusatzversorgungskasse. Mitglied im Gruppenausschuss Kommunalen Arbeitgeberverband, Personalausschuss Bayerischer Städtetag, stellvertretendes Mitglied Hauptausschuss Bayerischer Städtetag. Innovationspreis des Bundes der Steuerzahler, Manager of Exc. Universität Oradea/Romania, Träger der Staatsmedaille des Bayerischen Gesundheitsministeriums und der Verdienstmedaille des Papstes sowie weiterer Auszeichnungen.



Erich Göllner

Pflegedirektor, stellvertretender Geschäftsführer
Klinikum Ingolstadt GmbH

Ausbildung zum Krankenpfleger 1981, Weiterbildungen im Bereich „Anästhesie und Intensivmedizin“ und „Innere Medizin und Intensivmedizin“ 1986, 1984 bis 1997 Leiter Intensivstation Klinikum Ingolstadt, Weiterbildung zur Pflegedienstleitung 1989, 1998 bis 2004 Pflegedienstleitung, Krankenhausbetriebswirt 1997.
Seit 2004 Pflegedirektor und stv. Geschäftsführer, Abschluss Bachelor of Business Administration 2005.



Guido Grasekamp M. A.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Praxisreferent, Fachbereich Gesundheitswesen
Katholische Hochschule NRW

Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger; mehrjährige Tätigkeit im stationären Pflegebereich; danach Assistent der Pflegedirektion in einem Krankenhaus der Akutversorgung. Pflegemanagementstudium (2007–2011) an der Katholischen Hochschule NRW. Seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Praxisreferent für den Fachbereich Gesundheitswesen an der Katholischen Hochschule NRW.
Seit 2011 Teilnahme am Promotionsstudiengang der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar zum Thema: Binäre Codierung im System der Krankenbehandlung (Betreuer: Prof. Dr. Heribert W. Gärtner).



Ruth Hemkes

Staatlich examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Universitätsklinikum Bonn

Staatlich examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit langjähriger klinischer Erfahrung in den Bereichen Intensivmedizin, Neurochirurgie, Urologie und Kardiologie. Stationsleitung sowie übergeordnete Stationsleitung verschiedener Stationen am Universitätsklinikum Bonn.
Studium Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (Standort Köln) mit Abschluss dem Master of Arts (2012). 1. Platz beim Wissenschaftswettbewerb des Netzwerks Risikomanagement Österreich zum Thema Risikobewertung von Intrahospitaltransporten intensivmedizinischer Patienten (2010). Leitung mehrerer Projekte, z. B. Konzeption und Aufbau einer Intermediate Care Station in der Neurochirurgie, Prozessanalyse »Umgang mit Patienteneigentum und Wertsachen« in der Universitätsklinik Bonn, Projekt zur Überarbeitung und Implementierung des Konzeptes zum Umgang mit Angehörigen einer Intensivstation (zertifiziert durch die Stiftung Pflege) und Evaluation der Übergabe mit dem Patienten auf einer interdisziplinären Normalstation.

**Dr. Gesine Hofinger**

Diplompsychologin

Friedrich-Schiller Universität

Diplompsychologin, arbeitet als Partnerin von Team HF Human Factors Forschung Beratung Training sowie an der Friedrich-Schiller Universität zu Themen der Human Factors-Psychologie. Ihre Schwerpunkte sind Entscheiden und Handeln in kritischen Situationen, Krisen- und Notfallmanagement. Anwendungsschwerpunkte sind Patientensicherheit, Stabsarbeit, Fluchtwegsgestaltung und Notfallplanung. Gesine Hofinger ist Beiratsmitglied der Aktion Saubere Hände sowie Mitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Sie ist seit 1999 ist Gesine Hofinger Vorsitzende der Plattform „Menschen in komplexen Arbeitswelten“ e.V., seit 2011 Mitglied der Schutzkommission beim Bundesministerium des Inneren.

**Dr. med. Richard Lux, MPH**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Ruhr-Universität Bochum (RUB)

Dr. med. Richard Lux, MPH, studierte Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, der Universität Leipzig sowie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg/Mannheim und war in der Neurologie ärztlich tätig, bevor er an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) den Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health) absolvierte.

Er promovierte am Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin an der MHH. Am dortigen Stiftungslehrstuhl „Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung“ des Institutes für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung arbeitete er von 2006 bis 2010 als wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Von 2010 bis 2013 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Patientensicherheit (IfPS) an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und 2013 am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) tätig.

Seit 2014 ist er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Medizinische Lehre (ZML) der Ruhr-Universität Bochum (RUB) angestellt.

**Prof. Dr. med. Günter Ochs**

Ärztlicher Direktor und stellvertretender Geschäftsführer

Klinikum Ingolstadt GmbH

Studium der Medizin in Freiburg, Hamburg und San Diego, USA. Medizinisches Staatsexamen 1981, Facharzt für Neurologie 1989, Habilitation für das Fach Neurologie 1990 am Klinikum rechts der Isar der TU München. Oberarzt und leitender Oberarzt an der neurologischen Universitätsklinik Würzburg von 1991 bis 1998. 1998 bis 2012 Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Ingolstadt.

Seit 1.11.2012 ärztlicher Direktor und stellvertretender Geschäftsführer der Klinikum Ingolstadt GmbH, kommunales Krankenhaus.



Prof. Dr. med. Christian Perings

Chefarzt

Medizinischen Klinik I am Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital, Münster

Seit 2007 Chefarzt der Medizinischen Klinik I (Klinik für Kardiologie, Elektrophysiologie, Pneumologie und konservative Intensivmedizin) am Klinikum Lünen - St.-Marien-Hospital (akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster). 1997 Habilitation und Erteilung der *venia legendi*, 2008 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Ruhr-Universität Bochum. Prof. Perings verfügt über mehrere Gebietsanerkennungen (Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, spezielle internistische Intensivmedizin und Intensivmedizin), ist international qualifiziert als „European Cardiologist“ und Verfasser von über 60 Original- und Übersichtsarbeiten, zahlreichen Buchbeiträge und mehr als 170 zitierfähige publizierte Abstracts.



Dr. med. Stefan Röhrig M. Sc.

Chefarzt

Krankenhaus Greven und Krankenhaus Emsdetten der Marienhospital Münsterland GmbH

Seit 2004 Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Krankenhaus Greven und Krankenhaus Emsdetten der Marienhospital Münsterland GmbH. Facharzt für Anästhesiologie mit verschiedenen weiteren Qualifikationen: Fachkundenachweis Rettungsdienst, Fakultative Weiterbildung Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin, Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin, Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement, Zertifikat Managementkurs Ärztliche Führung der Bundesärztekammer, Zertifikat New Born Life Support des European Resuscitation Council, Zertifikat DEGUM-Stufe I und II für das Gebiet Anästhesiologie, Zertifikat ATLS Provider (Advanced Trauma Life Support). Erfolgreicher Abschluss des Studiums „General Management“ am Institut für Managementstudien der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Fernuniversität Hagen mit Verleihung des Master of Science. Dr. Röhrig ist Autor verschiedener Originalarbeiten und Buchbeiträge sowie international gefragter Referent zur anästhesiologischen und intensivmedizinischen Themen.



Prof. Dr. David Schwappach, MPH

Wissenschaftlicher Leiter

Stiftung Patientensicherheit, Schweiz

Seit 2008 wissenschaftlicher Leiter der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz. Er promovierte 2001 in Gesundheitswissenschaften an der medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke. Von 2004-2006 war er dort als Juniorprofessor tätig. 2006 habilitierte er sich und erhielt die *venia legendi* in Public Health. Als Forschungsleiter war er 2006-2008 am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung tätig (WHO collaborating center). 2012 wurde er zum Titularprofessor für Patientensicherheit am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM) berufen. Er beschäftigt sich mit vielfältigen Fragen der Versorgungsforschung, insbesondere der Qualitäts- und Sicherheitsforschung, und ist in der Ausbildung von Fachpersonen im Gesundheitswesen engagiert. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Patientensicherheit in der onkologischen Versorgung.

**Priv.-Doz. Dr. phil. Dr. rer. pol. Guido Strunk**

Privatdozent

TU Dortmund

Psychologe und Wirtschaftswissenschaftler, studierte in Münster, Bamberg, Wien und Dortmund. Er habilitierte sich an der TU Dortmund in Betriebswirtschaftslehre und ist promoviert in Psychologie und BWL. Als Privatdozent ist er an der TU Dortmund tätig, sowie als Lehrbeauftragter an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen in Österreich und Deutschland. Insgesamt über 300 Publikationen und Vorträge mit einem Schwerpunkt auf Personalforschung, Management, Umgang mit komplexen Systemen, sowie Beratungs- und Karriereforschung. Mit Complexity-Research (Wien) hat er ein Forschungsinstitut gegründet, das Forschung und Beratung zum Management komplexer Systeme anbietet. Sein wissenschaftlicher Zugang ist geprägt von einer quantitativen Perspektive, die neuere multivariate sowie nichtlineare zeitreihenanalytische Verfahren nutzt und weiterentwickelt. Aus den methodischen Schwerpunkten sind verschiedene Forschungsk Kooperationen entstanden (z. B. mit der Paracelsus Medizinischen Universität Salzburg oder der Medizinischen Universität Wien). Zahlreiche Einladungen zu Fachtagungen, Podiumsdiskussionen, Fernseh- oder Radiobeiträgen, etwa zu Fragen der beruflichen Gleichstellung von Frauen und Männern oder zum Management komplexer Systeme.

**Dipl.-Ing. Josef Winkler**

Committee Manager, Umwelttechnik, Managementsysteme und Dienstleistungen

Austrian Standards Institute, Wien

Studium Landschaftsökologie und -gestaltung an der Universität für Bodenkultur, seit 1996 Committee Manager bei Austrian Standards für die Bereiche Abfallwirtschaft, Bodenschutz und Grünraum sowie für Risiko- und Compliance-Management, Risikomanager, Lektor am FH Campus Wien und am FH Technikum Wien.

Stichwortverzeichnis

A

ACS 168ff, 182, 184, 254
 Adverse drug event . . . 49, 56, 60, 70ff
 Adverse Event. 49, 55f, 58f, 61, 65, 101
 Aktive Fehler 336ff
 Anästhesie . . .190, 192, 194, 196f, 199,
 208, 213f, 221f, 242, 308, 329, 345
 Assertiveness358, 361
 Atemweg 189, 215ff, 223
 Atemwegsmanagement 211, 215ff, 221
 Audit . . . 39, 56, 76, 79, 82, 85ff, 89ff,
 94f, 129, 142, 150, 155, 174, 206,
 223, 297, 299, 365, 369
 Ausbildung . . . 17, 29, 98, 101f, 104ff,
 108, 112, 114, 116, 126, 157, 260f,
 263, 271, 281, 283, 285, 287, 297ff,
 301, 303, 325f, 334, 336, 349
 Austrian Standards . . 65, 71, 82, 91, 96,
 109, 209, 281, 285, 300, 302f,
 305ff, 313, 317

B

Behandlungsfehler . 110, 112, 229, 248,
 264, 270, 327f, 364f, 379

C

Checkliste . . .15f, 22, 32ff, 86, 92f, 106,
 119, 151, 158, 192f, 195ff, 202ff,
 206, 251, 267f, 283, 299, 315f, 333,
 341f, 365, 382, 394ff
 Chirurgie . 38, 99f, 103, 105, 190, 248,
 250, 253, 274ff, 275f, 279, 374
 Cognitive Aids222

D

Dammriss 235f, 246
 Dantrolen 212, 214
 Der Wiener Sicherheitskultur
 Fragebogen (WSF) 370

E

EN 15224 . .5, 27, 65, 82, 95, 108f, 133,
 228f, 285, 288, 316
 Ergonomie331
 European Foundation for Quality
 Management (EFQM)109
 EWS . . 144ff, 148f, 151f, 154, 157, 159

F

Fallreview 167, 175ff, 181ff
 Fremdkörper. 247ff, 312
 Frühwarnsysteme . .139f, 142, 150, 161,
 297, 321, 323

G

Global Trigger Tool . . . 49, 52f, 55f, 58f,
 67, 141, 299

H

Handlungsempfehlungen .257, 267, 273
 Helsinki Declaration211, 225
 Herzinfarkt167, 169, 188
 Human Factors290f, 327ff
 Hypertensive Erkrankungen236

I

Information16, 26, 32, 53, 63f, 81,
 97, 100, 124, 127, 130, 148, 178,
 181, 191, 198f, 216, 219, 220, 222,

232, 236ff, 242f, 261f, 270, 295,
298ff, 342, 350ff, 387
Innerklinischer Notfall 143
Intensivmedizin. 26, 101, 110, 121,
126, 168, 178, 187, 190, 192, 208f
Interaktion . 271, 309f, 315, 332f, 350f,
354f, 358, 360, 367, 389
Intrahospitaltransport 187, 194, 206
Intubation. 52, 182, 215ff, 241

J

Joint Commission International
(JCAHO) 109

K

Klinikum Ingolstadt. 31, 303, 313,
316, 325
Klinische Risikomanager 281, 285,
288ff, 293ff, 303, 314
Klinisches Risikomanagement . 131, 193,
207, 288f, 301, 304, 340, 360
Kommunikation . 17, 21, 23, 27, 30, 32,
42, 57, 63, 75f, 80, 82, 85, 87, 91,
92, 108f, 142, 148, 200ff, 221f, 224,
232, 253, 255, 257, 260f, 264, 292ff,
305, 309, 310ff, 316, 330, 332,
342ff, 349ff, 371, 373, 385ff, 394
Kooperation für Transparenz
und Qualität im Gesundheitswesen
(KTQ). 109, 134

M

Maligne Hyperthermie 18, 30, 92,
211, 212, 316
Management 79, 109, 118,
139ff, 149, 150, 156, 171, 175, 182,
216, 256, 286, 288, 294, 303, 312,
328, 330, 333, 335ff, 344ff, 350,
367, 369, 381, 386

MET 144, 146ff, 157ff, 161
Morbidity . . . 103, 114, 124, 140, 148,
151, 157, 184, 193, 212, 230,
231, 233, 235, 238
Morbidity- und Mortality-
konferenz 97f, 136f, 184, 283,
296, 305, 315, 321
Mortality 103, 125, 140, 148, 151,
157, 193, 197, 212, 236, 238, 246

N

NEWS. 148, 165
Normierung 370
Notsectio 92, 238ff
NSTEMI 167ff, 177f, 181, 188

O

ONR 49001 . . . 65, 82, 109, 135, 192f,
206, 209, 285, 288f, 304, 306, 316
Organisation. 94, 109f, 196, 198,
220, 223, 228, 238f, 252, 264, 266,
281ff, 289f, 293f, 299, 301, 381ff
Outreach Critical Care 151

P

Patientenschaden 49f, 53f, 325
Patientensicherheit 87, 91, 94, 97,
101f, 110, 131f, 135f, 140, 149, 154,
188, 192f, 197f, 202f, 205f, 211,
216, 219, 221ff, 249, 257, 262, 266f,
270, 281f, 284ff, 311, 313ff, 325,
328ff, 332ff, 339f
Peripartale Blutung 233
Personenzertifizierung 281, 298,
306, 315
Prävention 38, 69, 75, 85, 87, 101,
142, 172, 182, 195, 202, 208, 213,
215, 220, 223, 229, 232, 245f, 251,
254, 256, 260, 262, 298, 312

R

Random Safety Audit 85f, 88ff, 96,
297, 299
Rapid Response Systeme 164
Rationalität 363, 386, 397
Reliabilität 370, 373, 374
Risikoidentifizierung 65, 81, 94, 109
RRS . . . 139, 144, 146, 152, 157ff, 161
RRT 151, 153f, 157

S

Schulterdystokie 230f, 246
Schulung 285, 289f, 297ff, 304f,
313ff, 325
Schwieriger Atemweg 215
Screening 49, 60, 65f
Sicherheitsklima 367
Sicherheitskultur 15, 25f, 36,
42f, 76ff, 91, 94, 98, 100, 128, 131,
157, 167, 183f, 203, 264, 281ff, 289,
293f, 305, 312, 314, 319, 363ff
Simulation . . 27, 44, 137, 231, 294, 312
Sozialsystem 385, 387f, 390, 393f
STEMI 167, 168f, 170f, 173f,
177f, 181, 188
Systemgestaltung 330ff, 335
Systemtheorie 384, 391

T

TTS 145

V

Validität 262, 370ff
Veränderung 25, 158, 173ff, 184,
189, 212, 239, 284, 320, 381,
383f, 393, 396
Verbesserungsprozess . . . 107, 153, 174,
178, 184

W

WHO 18, 30, 33f, 36ff, 46d, 110,
137, 211, 268, 286, 288, 296,
299, 302, 305, 315, 341, 346
Wiener Sicherheitskultur Fragebogen
(WSF) 26, 364, 370f, 375

Z

Zählkontrolle 251f, 255ff, 274



Prof. Dr. med. Andreas Becker ist ausgewiesener Experte des deutschen Gesundheitswesens. Er berät Einrichtungen im Gesundheitswesen und ist Professor für Krankenhausmanagement an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Fast 15 Jahre war er Geschäftsführer des größten deutschen trägerübergreifenden Krankenhausverbundes. Er ist Fellow der International Society for Quality in Health Care (ISQua), Autor zahlreicher Fachartikel und Buchbeiträge, Mitglied der Kommission Qualitätsmanagement der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. und verschiedener Fachgesellschaften. Seine Ausbildung zum systemischen Organisationsberater absolvierte er bei Prof. Dr. Fritz Simon, weitere Qualifikationen sind u. a.: Risikomanagement-Auditor im Gesundheitswesen nach ISO/IEC 17024, Klinischer Risikomanager (ONR 49003), ISO-Auditor (DIN EN ISO 19011), EFQM-Assessor, European Business Coach nach PAS 1029, Hygienebeauftragter Arzt gemäß RKI-Empfehlungen, Certified Aviation Quality Auditor (Safety Management Systems) nach Joint Aviation Requirements (JAR) und EU OPS, Human Factors Specialist (JAR-OPS/EU OPS), Auditor TraumaNetzwerk DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. sowie Fachkunde Datenschutzbeauftragter.

Für die Entwicklung einer angemessenen strategischen Planung und auch für die Umsetzung patientensicherheitsfördernder Maßnahmen am scharfen Ende der Prozesse bedarf es guter theoretischer Kenntnisse und praktischer Anwendungskompetenz.

Namhafte Autoren und ausgewiesene Experten informieren zu verschiedenen Themen und Techniken, erläutern ihre theoretischen Grundlagen und geben einen Überblick zur Fachliteratur sowie konkrete Hinweise zur praktischen Umsetzung:

- Checklisten in der Medizin
- Innerklinisches Fallreview am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Herzinfarkt
- Global Trigger Tool des Institute for Health Care Improvement zum Screening auf Patientenschäden
- Ausbildung und Zertifizierung klinischer Risikomanager mit Schwerpunkt Patientensicherheit
- Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Patient Safety Leadership Walkrounds
- Random Safety Audit – Ein Audit am scharfen Ende der Prozesse
- Innerklinische Notfälle – Frühwarnsystem und schnelle Behandlung
- Intrahospitaltransporte intensivmedizinischer Patienten
- Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im Rahmen invasiver Maßnahmen
- Patientensicherheit in der Anästhesiologie
- Patientensicherheit in der Geburtshilfe
- Veränderung in Organisationen
- Human Factors und sichere Kommunikation
- Sicherheitskultur

Die Beiträge zur Patientensicherheit richten sich an Führungskräfte, klinische Qualitäts- und Risikomanager sowie alle anderen Krankenhausmitarbeiter, die sich für Patientensicherheit interessieren.

