

# PATIENTEN- SICHERHEIT UND FEHLER- KULTUR im Krankenhaus

## - Versuch einer christlichen Perspektive -

### CHRISTLICHES KRANKENHAUS IN EINER SÄKULAREN WELT

Anders als im Mittelalter, in dem die große Tradition christlicher Krankenhäuser begründet wurde, haben christliche Krankenhäuser heute kein Alleinstellungsmerkmal mehr in der Behandlung von Kranken und Bedürftigen. Andere gemeinnützige, staatliche oder auch private Krankenhäuser sichern – meist in guter Qualität – auch die Patientenversorgung. Für Träger christlicher Krankenhäuser und auch für ihre Mitarbeiter stellen sich so immer mehr die Fragen: „Was ist christlich an christlichen Krankenhäusern?“ und „Brauchen wir überhaupt christliche Krankenhäuser?“.

Aus langjähriger praktischer Erfahrung zeigt sich, dass die Aspekte Patientensicherheit und Qualität (sowie die dazu gehörende Fehlerkultur) in geradezu idealer Weise an die Tradition christlicher Krankenhäuser anknüpfen, konkret und real umsetzbar sind und heute eine überzeugende Antwort auf die oben genann-

ten Fragen darstellen können! Es ist aber ein mühsamer Weg mit vielen Widerständen und Hindernissen. Die Umsetzung ist aber möglich, wenn der Wille und die Kompetenzen dazu vorhanden sind. Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Patientensicherheit sind in den letzten 20 Jahren enorm gewachsen. Die nachstehenden Zeilen können und wollen nicht die Ausführungen entsprechender Experten ersetzen, sondern nur dazu anregen, sich dieses Wissen zum Wohl von Patienten und Mitarbeitern zu erschließen und umzusetzen.

### MEDIZINISCHE FEHLER - DAS AUSMASS WAHRNEHMEN

Die moderne Medizin als Wissenschaft von der Diagnose und Behandlung von Krankheiten erlebt eine nie dagewesene Blüte. Die rasante Entwicklung des medizinischen Fortschritts und die damit verbundene exponentielle Zunahme der Komplexität stellen aber neue Herausforderungen an das Gesundheitssystem. „Primum non nocere“ wird dadurch aktu-

eller denn je. Neue Therapien – ob operativ oder medikamentös – bringen neben segensreichen Wirkungen auch Risiken, die zeitlich nicht nur auf die Intervention beschränkt sind. „Primum non nocere“ und Patientensicherheit werden somit im Zeitalter hochspezialisierter Medizin auch mehr denn je ein organisatorisches Thema. Unsere Gesundheitseinrichtungen stellen sich aber immer noch als sehr heterogene Organisationen dar – ein Nebeneinander von High-Tech und Low-Tech sowie nicht selten auch ein Nebeneinander von Exzellenz und Chaos. Die Mitarbeiter im Gesundheitswesen haben in den letzten Jahrzehnten das Aufkommen hochpotenter Behandlungsmethoden erlebt – die Organisation der Leistungserbringung in Krankenhaus und Praxis hat aber weltweit damit kaum Schritt gehalten.

International warf 1999 der Bericht des Institutes of Medicine „To err is human“ (1) schlaglichtartig die Aufmerksamkeit auf die bisher vernachlässigte mensch-

liche Komponente in einem hochkomplexen Gesundheitswesen, die dazu führte, dass das IOM davon ausging, dass etwa 1 vermeidbarer Todesfall auf 1000 stationäre Behandlungen kommt. Spätere Untersuchungen (8, 9, 10, 11) kommen zum Teil zu noch höheren Schadenszahlen. In einer aktuellen Publikation (8) wird sogar davon gesprochen, dass „Medical Error“ nach Herzerkrankungen und Tumorleiden mit ca. 250.000 vermeidbaren Toten/Jahr die dritthäufigste Todesursache in den USA darstellt. Auf die Bundesrepublik bezogen (für die es keine entsprechenden belastbaren Untersuchungen gibt) würde dies 50.000 bis 60.000 vermeidbare Tote/Jahr bedeuten – entsprechend dem Absturz von 3 vollen Jumbojets pro Woche! Bedenkt man, dass es in der Bundesrepublik heute ca. 3.000 Verkehrstote pro Jahr gibt, lassen die o.g. Zahlen erkennen, wie groß der Handlungsbedarf bez. Patientensicherheit ist. Eine aber bis heute unterschätzte oder sogar verkannte Gefahr.

Die Tatsache aber, dass ca. 15% der Krankenhausaussagen in den OECD-Ländern auf die Behebung von Folgeschäden durch mangelnde Sicherheit in der Gesundheitsversorgung gehen, bewog 2017 die OECD, einen ausführlichen Bericht zu dem Thema zu verfassen und Interventionen der OECD-Mitgliedsländer anzumahnen (9).

Die wiederholten Berichte in den 1970er Jahren über die hohe Zahl der Verkehrstoten damals (ca. 20.000 / Jahr) führten dazu, dass im gesellschaftlichen Konsens viel geschehen ist, um diese Zahl zu reduzieren (Tempolimits auf Bundesstraßen, Sicherheitsgurt, Airbag, Knautschzonen in den Fahrzeugen, etc...). Es bleibt zu hoffen, dass die Berichte zum Thema Patientensicherheit zu einem ähnlichen Bewusstseinswandel führen werden.

Die gute Nachricht ist, dass wir bereits heute viele wertvolle Hinweise haben, wie das Thema Patientensicherheit auf Einrichtungsebene wirksam umgesetzt werden kann.

## URSACHEN UND LÖSUNGSANSÄTZE

Medizinische Versorgung ist von einem Zusammenspiel von Mensch, Organisation und Technik geprägt.

Bei steigender Komplexität von Behandlungen, Geräten und Techniken kommt es daher immer öfter vor, dass Menschen und Organisation an ihre Grenzen kommen. Weil unsere Möglichkeiten so potent geworden sind, nehmen die Fehlermöglichkeiten und Tragweite dieser Fehler eher zu als ab.

In einer älteren Untersuchung der US-Armee fand man heraus, dass nur 2% der Flugzeugabstürze auf Feindeinwirkungen zurückgingen, während es in 6% technische Ursachen waren und in 92% Fehler des Piloten.

Auch im Gesundheitswesen geht es um Leben oder Tod und in einer oft hektischen Situation müssen in einem technisch komplexen Umfeld Entscheidungen getroffen werden.

Die Neurowissenschaften haben in den letzten 20 Jahren sehr viel dazu beigetragen, dass wir heute besser verstehen, welche Ursachen Fehler in einem solchen Umfeld haben können.

**Nachstehend eine kurze Übersicht über menschliche Ursachen für Fehler in einem komplexen Umfeld – für nähere Aussagen verweisen wir auf die spezialisierte Literatur (2, 9, 12, 13):**



- Die eingeschränkte Menge an Informationen und sensorischen Eindrücken, die das menschliche Gehirn simultan verarbeiten kann.
  - Bias in der menschlichen Informationsverarbeitung
  - Missverständliche Kommunikation in Krisensituation
  - Fehlendes Situationsbewusstsein in Krisensituation
  - Schwächen in der Entscheidungsfindung in Krisensituation – als Person und als Team
  - Hierarchieverständnis und Kultur als mögliche Fehlerquelle in Krisensituation
  - Zerfall des Teams unter Druck in Krisensituation
- Antworten auf diese Herausforderungen finden sich teilweise oder ganz in sog. „High Reliability Organisationen“ (HRO), wie z.B. in der Luftfahrt, in Atommeilern oder Flugzeugträgern, bei denen auch ein einmaliges Versagen als inakzeptabel eingestuft wird. HROs berücksichtigen die o.g. multikausalen Aspekte von Fehlern und begegnen ihnen mit Antworten aus verschiedenen Disziplinen wie z.B.:
- Crew Resource Management
  - Erkenntnisse zu sog. „human factors“ und deren Berücksichtigung in Fragen der Ergonomie, der Gestaltung des Arbeitsumfeldes oder der Checklistengestaltung und -anwendung.
  - Gezieltes und systematisches Skill-Training
  - Einrichtung von Frühwarnsystemen



## VON DEN BESTEN LERNEN

Die gute Nachricht ist, dass einige Organisationen im Gesundheitswesen bereits seit über 10 Jahren mit der Übertragung von Erkenntnissen zu Fehlerursachen und der Antworten von HROs auf Einrichtungen des Gesundheitswesens begonnen haben.

Diese Übertragungsarbeit ist vornehmlich durch einige Akteure in den USA erfolgt. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit und im Bewusstsein, viele verdiente Akteure zu übersehen, seien hier einige erwähnt: John Hopkins University, Agency for Healthcare Research and Qualität (AHRQ), Institute for Healthcare Improvement (IHI), Joint Commission.

Die bereits erfolgreich an anderer Stelle umgesetzten Maßnahmen zu übernehmen, ist somit möglich. Zu beachten ist aber: Nicht eine einzelne Maßnahme bringt Sicherheit, sondern nur das Bündel an Maßnahmen im Kontext einer Gesamtstrategie des Krankenhauses.

## VORAUSSETZUNGEN

Ein Krankenhaus zu einer Hochzuverlässigkeitsorganisation (HRO) zu machen, kann nicht von einem Tag zum anderen geschehen und hat unabdingbare Voraussetzungen. Die wichtigste Voraussetzung ist, dass der Träger des Krankenhauses und seine Geschäftsführung Qualität und Patientensicherheit als oberstes Ziel in der Realität (und nicht nur auf dem Papier) betrachten und dem treu bleiben – auch und gerade wenn es weh tut. Der Weg zu einer HRO setzt aber auch voraus, dass bereits eine langjährige Arbeit mit Instrumenten der Qualitätsverbesserung besteht und das Krankenhaus Erfahrungen hat in der Qualitätsmessung klinischer Prozesse und Outcomes (z.B. über Qualitätsindikatoren aus Routinedaten) – blind lässt sich die komplexe klinische Realität nicht steuern und besteht die Gefahr des Selbstbetrugs.

Auf dem Weg zur HRO ist ein schlüssiges Bündel an Maßnahmen notwendig.

## Nachstehend ein kurzer Überblick über mögliche Maßnahmen auf dem Weg zu einer HRO, die mit Erfolg bereits in Krankenhäusern umgesetzt wurden:

- Schulung aller Mitarbeiter des Krankenhauses, die an klinischen Prozessen beteiligt sind, zu Grundlagen der Patientensicherheit. Entsprechend dem Schweizer-Käse-Modell (James Reason, Universität Manchester) ist es entscheidend, dass alle Berufsgruppen und alle Hierarchiestufen an solchen Schulungen teilnehmen, damit das ganze Team Vigilanz für den Patienten als wichtige Aufgabe sieht und der Einzelne sich traut, Unsicherheiten oder Unstimmigkeiten anzusprechen. Daneben Schulung zu Grundzügen des Crew-Resource-Managements und der sicheren Patientenidentifikation.
- Skill Trainings mit ausgebildeten Trainern an entsprechenden Modellen (statt Patienten!) – z.B. in der Anästhesie, in der Geburtshilfe, in der Endoskopie, Chirurgie oder Kardiologie oder bzgl. Reanimation (sog. Advanced Life Support Schulungen).
- Regelmäßige Simulationstrainings vor Ort (z.B. Schockraum, Kreißsaal, Endoskopie, Herzkatheterplatz, Notaufnahme, Intensivstation, OP), um nicht nur sicher zu stellen, dass alle Teilnehmer up-to-date sind, sondern auch Abläufe gut eingeübt und koordiniert sind, die Kommunikation in Krisensituationen sichergestellt ist, alle Arzneimittel und notwendigen Geräte vor Ort sind.
- Schulungen bzgl. Erkenntnissen zu sog. „human factors“ und Einführung in Checklistenarbeit, wie sie in Hochsicherheitsorganisationen gelebt wird: Welche Ziele können damit erreicht werden? Wie sollen Checklisten erarbeitet werden? Wie werden Checklisten eingeführt? Wie muss die Schulung zu Checklisten erfolgen, damit diese eine Wirkung entfalten? Wie wird die Wirkung evaluiert und nachhaltig gesichert?
- Systematische Schulung bzgl. Früherkennung von Risikopatienten, z.B. Einführung eines sog. „Early Warning Scores“, um früher sich verschlechternde oder gefährdete Patienten zu erkennen (17, 18), Früherkennung von Sedierungsrisiken bei endoskopischen Untersuchungen, Früherkennung von Sepsis bei Aufnahme (z.B. qSOFA Score), IT-getriggertes automatisiertes Konsil zur Benachrichtigung und Beauftragung der Infektiologen des Hauses bei Nachweis z.B. von *Staphylococcus aureus* in der Blutkultur (1-Jahr Todesrate im Krankenhaus von ca. 30% halbierbar!) (15, 16).
- Einführung von sog. „Rapid Response Teams“ als Antwort auf sich verschlechternde Patienten (nicht zu verwechseln mit Reanimationsteams!): Es sind hochprofessionelle interdisziplinäre Teams, die zu sich verschlechternden Patienten gerufen werden (also bevor eine vital bedrohliche Situation eintritt) und jenseits von abteilungsinternen Hierarchien rasch und effektiv für den Patienten erste Entscheidungen treffen und die notwendige Fachkompetenzen im Krankenhaus mobilisieren (17, 18).



## EINE BIBLISCHE PERSPEKTIVE

Jede(r) von uns kennt die Geschichte des guten Samariters (Lukas 10,25-37) und wie der Priester und der Levit am Verletzten vorbeigingen und der gute Samariter später ihn versorgte. Jesus fragte daraufhin seine Zuhörer: „Wer von diesen dreien meinst du, ist dem der Nächste geworden?“

Bei vermutlich über 50.000 vermeidbaren Toten pro Jahr in deutschen Gesundheitseinrichtungen drängt sich die Frage auf, ob auch wir nicht blind sind für die Not vor unseren Augen und mit „so etwas passiert schon mal“, „wird nicht so schlimm sein“, „können wir uns finanziell nicht leisten“ ähnlich wie Priester und Levit den Aufruf, für unseren Nächsten zu handeln, fern von unserem Herzen halten.

Der Samariter hat – im Gegensatz zu Priester und Levit – bei seiner Hilfe für den Verletzten

- **Zeit „verloren“**
- **sich die Hände schmutzig gemacht**
- **Geld ausgegeben.**

## SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR EIN CHRISTLICHES KRANKENHAUS

Die Daten und Fakten zu Umfang und Ursachen von Fehlern in Gesundheitseinrichtungen sind zugänglich und (auch bei gelegentlichen Diskussionen über das Ausmaß) unbestritten. Warum sind sie aber so wenig bekannt? Stehen vielleicht Stolz, Scham, Schuldgefühle oder Machtstreben aller Beteiligten dem im Weg?

Wenn wir uns aber – wie der gute Samariter – von dem erlittenen Leid berühren lassen, dann kann es kein Zögern mehr geben, kein Zurück.

Als christliches Krankenhaus müssen wir handeln und unser Glaube kann uns die Kraft geben, furchtlos Patientenwohl und -sicherheit vor allen anderen Zielen für unsere Einrichtungen zu verfolgen.

Diesen Weg zu gehen, ist keine Utopie, das zeigen bereits erste konkrete Beispiele.



**Dr. med. Christoph Scheu MA.,**  
Vorsitzender des Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK e.V.), Straubing

## LITERATUR UND LESEHINWEISE

### EMPFOHLENE BÜCHER ZUM THEMA

1. **To Err is Human: Building a Safer Health System.** Kohn, L.T.; Corrigan, J.M.; Donaldson, M.S. (2000).
2. **Free from Harm. Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human.** The National Patient Safety Foundation (2015).
3. **The checklist manifesto – how to get things right.** Atul Gawande, 2009
4. **Beyond the checklist,** Gordon S., Mendenhall P, O'Connor BB, 2012
5. **Making Healthcare safer II – an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices,** AHRQ 2017 – knapp 1.000 wertvollste Seiten kostenlos zum Download auf der Homepage der AHRQ!
6. **Michael A. DeVita et al,** Textbook of Rapid Response Systems, Concept and implementation, Springer International Publishing, 2017.
7. **Patientensicherheitsmanagement,** Gausmann, Peter (Hrsg.), De Gruyter, 2015

### STUDIEN UND REVIEWS

8. **Medical error - the third leading cause of death in the US.** Makary, M. A et al. (2016). British Medical Journal 2016; 353:2139.
9. **THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY,** Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, Luke Slawomirski, Ane Auraaen and Niek Klazinga, OECD March 2017
10. **Geraedts M, Das Krankenhaus als Risikofaktor.** In: Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt Patientensicherheit, pp 3-11
11. **Ghaferi AA et al, Variation in Hospital Mortality associated with inpatient surgery.** N Engl J Med 2009;361:1368-75
12. **Clinical human factors group (2013).** Getting to grips with human factor. Strategic actions for safer care.
13. **The Joint Commission: Chassin, M.R.; Loeb, J.M. (2013).** High-Reliability Health Care: Getting There from Here
14. **American College of Healthcare Executives; The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute; The National Patient Safety Foundation at the Institute for Healthcare Improvement (2017)** Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success.
15. **Townsend J et al, Quality Improvement of Staphylococcus aureus Bacteremia Management and Predictors of Relapse-free Survival,** Am J Med 2016 Feb; 129(2): 195-203
16. **Lopez-Cortes LE et al, Impact of an evidence-based bundle intervention in the quality-of-care management and outcome of Staphylococcus aureus bacteremia,** Clinical Infectious Diseases 2013;57(9):1225-33
17. **Fuhrmann L et al. Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards.** Resuscitation (2008) 77, 325-330.
18. **Churpek MM et al. Risk stratification of hospitalized patients on the wards.** Chest 2013; 143(6):1758-1765

# — ZUVERSICHT —

## in der Schwangerschaft

IM DOM ZU LÜBECK UND DER KIRCHE ST. AEGIDIEN BEGANNEN IN DIESEM JAHR BESONDERE SEGnungSGOTTESDIENSTE FÜR SCHWANGERE. DIE PASTORIN, DIE FÜR DAS ANGEBOt ZUSTÄNDIG IST, SCHREIBT ÜBER IHRE ERFAHRUNGEN:



Die einen stehen kurz vor der Geburt. Andere sind noch ganz am Anfang der Schwangerschaft. Manche kommen allein. Andere werden durch Freundin, Partner oder Mutter begleitet. Auch eine Familie mit drei Generationen nimmt im Altarraum Platz.

Es ist Corona-Zeit; und natürlich wird auch bei diesem Gottesdienst auf Mindestabstände und Hygienemaßnahmen geachtet. Gott ist da – gerade jetzt, in dieser besonderen Zeit. Davon bin ich überzeugt.

Wird es gut gehen? So fragen sich die Frauen. Nicht jede Schwangerschaft endet glücklich. Eine Geburt bedeutet harte Arbeit. Und wie wird es sein, Mutter zu sein? Ein Kind zu bekommen, verändert alles. Den Körper. Die Seele. Eine ganz besondere Verletzlichkeit ist spürbar. Geht es meinem Kind gut? Werde ich die Kraft haben? Manche Frauen sind einen langen Weg gegangen, bis sie schwanger wurden. Wieviel Hoffnung, immer wieder. Das Warten. Die Enttäuschung. Aber jetzt...

Andere sind überrumpelt, können es sich kaum vorstellen, Mutter zu werden. Nichts scheint zu passen: der Zeitpunkt, die Partnerschaft, die eigenen Lebenspläne.

Dazu fahren die Gefühle oftmals Achterbahn, Freude, Angst, Glück, Trauer. Manches Mal wechseln sie so schnell, dass es schwer ist mitzukommen. **Gott gebe dir Hoffnung und Zuversicht in der Zeit der Schwangerschaft und auf eine glückliche Geburt. Gott segne und behüte dich und dein Kind, das du unter und in deinem Herzen trägst. Im Namen Gottes, des Vaters und des Sohnes und des Heiligen Geistes.**





Pastorin Nicola Nehmzow (links), St. Aegidien  
und Pastorin Margrit Wegner (rechts), Dom

Dieser Segen bildet das Zentrum des Gottesdienstes. Der Zuspruch: Gott begleitet dich, was immer auch geschieht. Deshalb kannst du guter Hoffnung sein. Die Frauen und wenigen Männer entzünden eine Kerze: für ihr ungeborenes Kind. Für sich selbst. Für einen Menschen, der diese besondere Zeit nicht mehr mit ihnen teilen kann. Wofür genau – das ist nicht wichtig.

Singen mit der ganzen Gemeinde ist in diesen Wochen in geschlossenen Räumen nicht möglich. Die Liedertexte klingen anders, wenn auf der Orgel die Melodie gespielt und die Worte in den Klangteppich hineingesprochen werden: Von guten Mächten treu und still umgeben, behütet und getröstet wunderbar. Dietrich Bonhoeffer hat das Gedicht in einer ganz anderen Situation verfasst. Aber die Sehnsucht nach Geborgenheit verbindet.

Als der Organist "Weißt du, wieviel Sternlein stehen?" singt, habe ich das Bild eines Kindes in der Wiege vor Augen: wieviel Geborgenheit. Wieviel Erinnerung an Kindheitsgefühle. Die eigenen Eltern. Auch ich bin Kind. Das Kind meiner Eltern. Und ein Kind Gottes.

Die Gottesdienste zeichnen eine Schlichtheit und gleichzeitig Tiefe aus. Wir feiern diese Segnungsgottesdienste für Schwangere drei- bis viermal im Jahr. Menschen in besonderen Lebenssituationen zu begleiten, ist uns ein Anliegen.

Zum Hintergrund: Gott spricht uns nicht nur seine Begleitung zu. Er gibt sich in diese Welt hinein wie ein Kind. Jedes Jahr feiern wir Weihnachten: Gott selbst wird ein Kind, ein Wunder, ein Anfang. Die Geburt Jesu geschah unter Umständen, die mehr als schwierig waren: die Mutter, selbst fasst noch ein Kind, der Vater, der sich am liebsten aus dem Staub gemacht hätte. Die Geburt auf der Flucht in einer Behelfsunterkunft. So kommt Gott.

In jeder Geburt gibt sich Gott hinein in diese Welt. Jede Frau, die ein Kind zur Welt bringt, ist „Mitschöpferin Gottes“. Das ist für manche (männliche) Ohren ein unerhörter Gedanke. Eine Geburt entzieht sich auch heute mit medizinischem Fortschritt letztlich der menschlichen Verfügung. Es ist ein heiliger Moment, der hier geschieht. Ein Raum jenseits von Zeit und Welt. Ein göttliches Geschehen. ■

**Pastorin Nicola Nehmzow,**  
Pastorin. Ev.-Luth. Kirchengemeinde St. Aegidien  
zu Lübeck



**Hanna Strack**, Die Frau ist Mitschöpferin:  
Eine Theologie der Geburt, Rüsselsheim 2006

**Angelica Ensel, Maria Anna Möst, Hanna Strack (Hg.)**  
Momente der Ergriffenheit – Begleitung werdender Eltern  
zwischen Medizintechnik und Selbstbestimmtheit, Göttingen 2019