

Norbert Roeder/Carsten Wächter/Tim Güß/Michael Klatthaar/Daniel Schwalbe/Tim Würfel/
Beate Wolter

Patientensicherheit – eine Frage der Kultur

Bedeutung von Humanfaktoren für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung

Qualität und Patientensicherheit, insbesondere in der stationären Versorgung, stehen im Fokus der Politik, der Kostenträger und der Öffentlichkeit: Aussagen wie „Jedem 10. Krankenhauspatienten in Europa widerfährt ein unerwünschtes Ereignis oder eine vermeidbare Komplikation“⁽¹⁾ erschrecken nicht nur Mediziner, Pflegende und Krankenhausmanager. Das öffentliche Bewusstsein in Bezug auf die Problematik wächst. Berichte über kritische Bedingungen und Fallbeispiele über vermeidbare Schadensereignisse in deutschen Krankenhäusern sind in den Medien fortlaufend präsent. Die Politik hat darauf reagiert: Der Druck auf das deutsche Gesundheitswesen, Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit zu entwickeln, wird mit dem Krankenhausstrukturgesetz, dem Patientenrechtegesetz und dem Gesetz zum klinischen Risikomanagement verstärkt. Damit obliegt ein aktiver Ausbau der Patientensicherheit nicht mehr allein dem Ermessen des behandelnden Arztes und des Krankenhauses, auch Politik und der Gemeinsame Bundesausschuss definieren zunehmend verbindliche Vorgaben.

Die Betreiber vieler deutscher Krankenhäuser sehen sich in einem Dilemma. Wachsenden Ansprüchen an die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit stehen chronische Unterfinanzierung, Investitionsstau, knappe Personalressourcen und hohe Fluktuation gegenüber. Weitere Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität als Voraussetzung für eine gute bis exzellente Ergebnisqualität sind jedoch eine eventuell den Fortbestand des Hauses sichernde Aufgabe für alle Krankenhäuser. Gleichzeitig sind medizinische Risiken für Krankenhäuser und Versicherungen zunehmend schwerer zu kalkulieren. So werden heute Schwerstkranke in hochkritischen Krankheitsverläufen mit modernsten medizinischen Methoden versorgt. Dies ist häufig nicht nur technisch komplex, sondern auch äußerst risikobehaftet. Gleichzeitig ist die Anzahl von Anbietern für Krankenhaushaftpflicht-Versicherungen gesunken. Vielen Versicherungsunternehmen erscheint das Risiko der Krankenhaushaftpflicht so schwer kalkulierbar, dass sie diese Versicherungsleistungen nicht mehr anbieten. Viele Prämienbeiträge haben sich teilweise vervielfacht, einige Häuser verfügen über gar keinen Versicherungsschutz mehr. Die verbliebenen Krankenhaushaftpflichtversicherer achten immer stärker auf die Existenz eines strukturierten Risikomanagements und berücksichtigen dies bei der Kalkulation der Prämie. Viele Krankenhäuser haben vor diesem Hintergrund ihre Bemühungen um ein

strukturiertes und aktives Risikomanagementsystem intensiviert.

Viele der im Gesundheitswesen tätigen Menschen sind sich des Handlungsbedarfes zur Reduzierung von Risiken bewusst. Allerdings spielen im Risikomanagement der Krankenhäuser Humanfaktoren und die Entwicklung einer mit hoher Durchdringung von der Mitarbeiterschaft gelebten Sicherheitskultur häufig nur eine untergeordnete Rolle bzw. finden nur wenig Berücksichtigung. Dies verwundert, da in anderen Hochrisikobereichen wie etwa der Luftfahrt, der Kernindustrie oder der chemischen Industrie der Einfluss des menschlichen Faktors erkannt und in Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit aktiv implementiert wurde.

Humanfaktoren werden als alle dem menschlichen Verhalten zuzuordnenden Einflussgrößen im sozio-technischen Umfeld von Organisationen definiert. Ihre Bedeutung bei der Re-

Abbildung 1: Klassische Klinische Risikofelder ohne Humanfaktoren, modifiziert nach Tegtmeier et al.¹²⁾

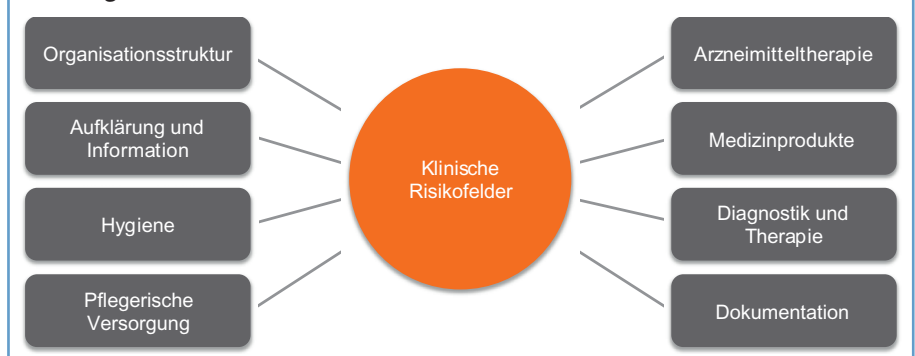


Abbildung 2: Humanfaktoren (fett gedruckt) in der Liste der Unfallfaktoren in der Luftfahrt 2002–2011

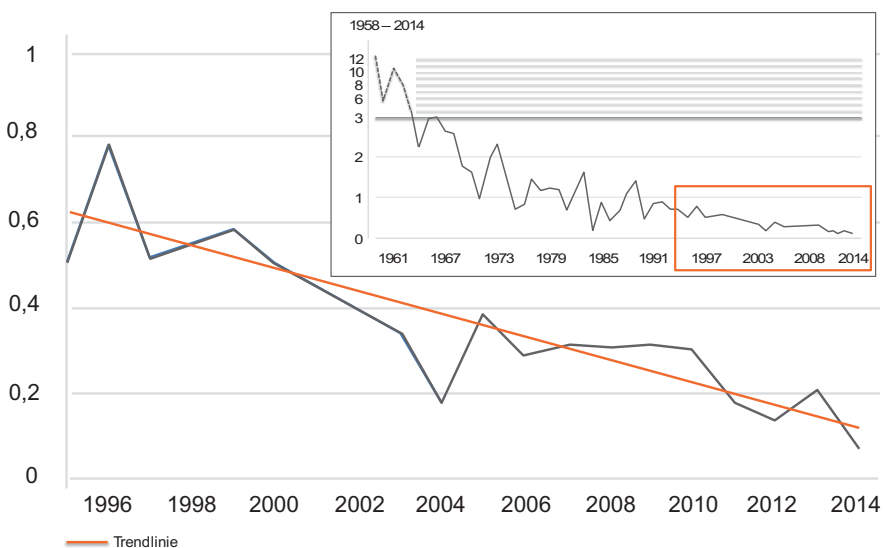
Die Top-Ten-Unfallfaktoren in der Luftfahrt 2002–2011

1. Wahrnehmung und Entscheidungsfindung – Unterlassungen & Fehler	28 %
2. Fliegerische Fähigkeiten – mangelhafte Kontrolle im Reiseflug	28 %
3. Schwache Urteilsfähigkeit oder Airmanship	24 %
4. Fehlendes Situationsbewusstsein	22 %
5. Fehlendes Crew Resource Management	21 %
6. Triebwerksfehler	14 %
7. Wahrnehmung und Entscheidungsfindung – voreilige Handlungen	10 %
8. Design und Ergonomiefehler	9 %
9. Feuer und Rauch nach Crash	8 %
10. Fliegerische Fähigkeiten – mangelhafte Kontrolle im Anflug	7 %

Quelle: InterPersonis/UK Civil Aviation Authority, mit freundlicher Genehmigung der CAA⁷⁾

Abbildung 3: Unfallraten der Luftfahrt 1958–2014

Unfallrate pro einer Millionen durchgeführter Flüge 1996–2014



Quelle: InterPersonis/Airbus, mit freundlicher Genehmigung der Airbus S.A.S.⁸⁾

Bedeutung von Humanfaktoren für die Patientensicherheit

Bereits die Einführung von Standards im Umgang mit Medikamenten, Fehlermeldesysteme oder die Entwicklung neuer Organisationsstrukturen, also klassische Aufgaben des klinischen Risikomanagements, stellen viele Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Allerdings sind diese deutlich einfacher zu bewältigen als Maßnahmen, die Risiken im Bereich der Humanfaktoren, zum Beispiel Kommunikation und Teamfaktoren, minimieren sollen. Denn innerhalb der bekannten Strukturen von Qualitäts- und Risikomanagement lässt sich einfacher und schneller überprüfen, ob Veränderungen und die getroffenen Maßnahmen zu den gewünschten Effekten führen.

Verhaltensgrundsätze der Kommunikation, Grundsätze der Zusammenarbeit oder die Definition einer angemessenen und zeitgemäßen Hierarchie im Team, häufig begleitet durch Kulturänderungen, sind hingegen nicht so einfach zu implementieren wie formale Grundsätze eines Qualitäts- und Risikomanagements. Verhalten in der Interaktion zwischen Menschen ist schwieriger aufzuarbeiten als beispielsweise eine sinnvolle Verbesserung der Patientenaufklärung, des Entlassungsmanagements oder der Medikamentenstellung und deren Messung.

Mit wachsendem Problembewusstsein

duzierung von Risiken in komplexen und auf gute interpersonelle Kommunikation angewiesenen Strukturen ist sehr gut belegt. Studien und Analysen von Unfällen in den oben genannten Hochrisikobereichen belegen, dass Humanfaktoren in der Entwicklung von kritischen Situationen und Unfällen in 70 bis 80 Prozent der Fälle beteiligt waren.²⁾ Auch auf die Medizin lassen sich diese Zahlen übertragen.^{3), 4), 5), 6)}

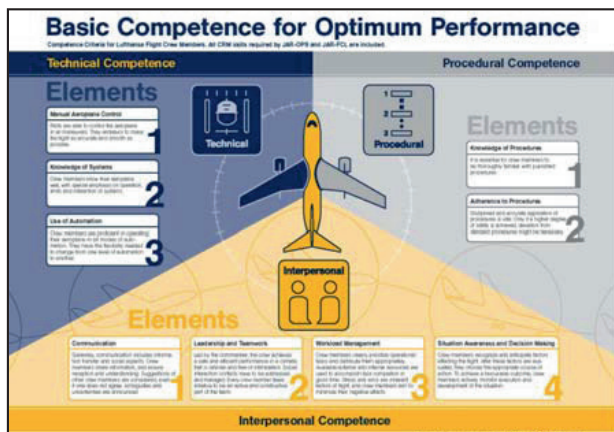
Dass Humanfaktoren einen erheblichen, auf alle kritischen Bereiche übergreifenden Einfluss haben, ist unstrittig. Warum also treiben viele Organisationen mit relativ hohem Aufwand die Reduzierung von Risiken in der Arbeitsorganisation und bei „technisch organisatorischen“ Prozessen voran, während die Bedeutung der Beeinflussung von Risiken durch menschliches Verhalten oder auch der persönlichen Haltung der in diesem Umfeld tätigen Menschen häufig vernachlässigt wird?

sein stehen inzwischen viele Verantwortliche vor der Frage, wie das Risikopotenzial des „Einflusses Mensch“, also der Humanfaktor, mit vertretbarem Aufwand reduziert werden kann und richten den Blick auf entsprechende Aktivitäten in anderen Hochrisikobereichen.

Entwicklung in der Luftfahrt

In der Luftfahrt haben die meisten Airlines Humanfaktoren als Einflussgröße auf die Sicherheit mit dem sogenannten Crew Resource Management Training (CRM) bereits in den achtziger und neunziger Jahren gezielt thematisiert. Was hat das gebracht und wo steht die Luftfahrt heute? Ein Blick in die Unfallstatistik zeigt vordergründig ein ernüchterndes Bild. In der ersten Dekade dieses Jahrhunderts ist der Anteil der Humanfaktoren bei Totalverlusten unvermindert hoch. Die Zahl von 70 bis 80 Prozent erscheint als Naturkonstante⁷⁾.

Abbildung 4: Basic Competence for Optimum Performance



Quelle: Deutsche Lufthansa AG, Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Dt. Lufthansa AG⁹⁾

Basic Performance of Flight Crew



- Communication
 - Atmosphere
 - Information Transfer
 - Information Management
- Leadership and Teamwork
 - Command Ability
 - Team Ability
 - Conflict Management
- Workload Management
 - Task
 - Time
 - Stress and Error
- Situation Awareness and Decision Making
 - ...

Abbildung 5: Beispielhafter Dienstplan eines Flugzeugführers

Persönlicher Einsatzplan **Monatsplan März 2016** Mustermann, Max

Dienstplan Cpt. B737 Druckdatum: 26. Februar 2016, Seite 1

MUSTERMANN Max 12345A 0170-1111111																																	81 10 32 V
	Di 1 Mi 2 Do 3 Fr 4 Sa 5 So 6 Mo 7 Di 8 Mi 9 Do 10 Fr 11 Sa 12 So 13 Mo 14 Mi 15 Do 16 Fr 17 Sa 18 So 19 Mo 20 Di 21 Mi 22 Do 23 Fr 24 Sa 25 So 26 Mo 27 Di 28 Mi 29 Do 30 Fr 31	Kapitän B737	SIM OPC	Umlauf 12345 STR HAJ MUC GVA				CRM 2.3	Umlauf 5678 LHR GOT FCO LYS				Umlauf 7777 TRN BRE TXL PRG																				

Quelle: InterPersonis

Allerdings ist die Anzahl der Unfälle pro einer Million durchgeführter Flüge zwischen 1995 und 2014 auf einen historischen Tiefstand gesunken.^{8), 9)} Im selben Zeitraum hat sich der weltweite Luftverkehr in etwa verdoppelt.

Trotz wachsendem Kostendruck hat es die Luftfahrtindustrie in den letzten zwei Jahrzehnten geschafft, die Rate an Totalverlusten um rund 80 Prozent zu reduzieren. Der Vergleich mit den Anfängen der Verkehrsfliegerei nach dem zweiten Weltkrieg ist noch beeindruckender: Die Unfallrate war in dieser Zeit etwa hundertmal höher. Bis in die 70-er Jahre hinein gelang es zunächst durch rasante technische Fortschritte, die zivile Luftfahrt deutlich sicherer zu gestalten, bis man nach verhängnisvollen Unfällen den Einfluss der Humanfaktoren erkannt hat. Das Verständnis über den Einfluss der Humanfaktoren hat gezeigt, dass Menschen immer Fehler machen werden, diese aber nicht alleine durch technische Verbesserungen zu reduzieren sind. Vielmehr ist auch die Zusammenarbeit in Teams so zu gestalten, dass die Kommunikation effektiver und strukturierter wird und der Einfluss menschlicher Fehler thematisiert und in einem ständigen Verbesserungsprozess reduziert wird. Die Einführung von CRM-Trainings in der Luftfahrt ist hier als großer Erfolg zu werten. Dadurch gelang es, den Anteil an Humanfaktoren als Auslöser für Totalverluste konstant zu halten, das heißt: Der technische Fortschritt und die Entwicklung der Sicherheitskultur gehen in der Luftfahrt Hand in Hand.

Auch in absoluten Zahlen ausgedrückt ist die Anzahl der durch CRM-Defizite mitverursachten Unfälle pro einer Million Flüge stark gesunken. Diese Entwicklung wurde durch eine

Reihe von Maßnahmen der Industrie begünstigt. Neben der frühzeitigen Entwicklung von Standard Operating Procedures (SOP) wurde in vielen Flugbetrieben ein Katalog von Kompetenzkriterien für Flugzeugbesetzungen erstellt.⁹⁾

Besetzungen eines modernen Verkehrsflugzeuges im Umfeld komplexer und hochdynamischer Großflughäfen sehen sich mit völlig anderen Herausforderungen konfrontiert als ihre Kollegen in den 60er-Jahren. Diesem Umstand wurde mit der Erstellung eines Kompetenzprofils Rechnung getragen: Für einen Piloten ist es nicht mehr ausreichend, sehr gutes technisches und prozedurales Wissen zu haben und anwenden zu können. Als ebenso wichtig wird mittlerweile seine interpersonelle Kompetenz, die auf den Humanfaktoren basiert, eingeschätzt.

Die Vermittlung und das Training dieser Kompetenzen nehmen inzwischen einen großen Raum in der Luftfahrtindustrie ein. Aktive Flugbesetzungen sind routinemäßig zu Trainingsprogrammen verpflichtet, wobei sich das Format der Schulung abhängig von der Fragestellung und dem Thema unterschiedlich darstellt. Im Seminarraum wird ebenso trainiert wie im Flugsimulator. Die Qualität der Kommunikation innerhalb der Cockpitbesetzung oder auch zwischen Cockpit- und Kabinenbesetzung wird regelmäßig analysiert, zum Beispiel im Rahmen einer gemeinsamen Evakuierungsübung. Die Teilnahme an diesen sich meist halbjährlich bzw. jährlich wiederholenden Trainingsprogrammen ist behördlich vorgeschrieben. Besatzungsmitglieder, die ein Wiederholungsprogramm versäumen, erhalten keine Verlängerung ihrer Lizenz, dürfen also nicht mehr fliegen.

Umsetzung in der Medizin

Eine vergleichbare Entwicklung zeichnet sich in der Medizin nur sehr langsam ab. Für die meisten Verantwortlichen ist es schwer vorstellbar, teilweise extrem knappe Personalressourcen in Kommunikationstrainings oder ähnlichen Programmen zu binden. Zu groß ist die Befürchtung, dass der tägliche Betrieb ins Stocken gerät, OP-Kapazitäten ungenutzt bleiben oder der Personalbedarf über den Dienstplan nicht mehr darstellbar ist. Da es im Gegensatz zu anderen Schulungen, wie die wiederkehrenden Unterweisungen in Hygiene oder Arbeitsschutz, keine behördliche Forderung nach entsprechenden Programmen gibt und der Zusammenhang zwischen Humanfaktoren, Sicherheitskultur und Patientensicherheit in der öffentlichen Meinung noch keine wahrnehmbare Rolle spielt, gibt es kaum „Druck“, hier aktiv zu werden.

Hinzu kommt, dass der schnelle Erfolg solcher Trainings nur schwer messbar ist. Sie erzeugen zudem häufig, zumindest anfänglich, Vorbehalte innerhalb der Zielgruppe: Nicht jeder erfahrene Mediziner, nicht jede versierte Pflegekraft ist begeistert, wenn es darum geht, nicht nur offensichtliche organisationale Mängel zu beschreiben, sondern das eigene Kommunikations- oder Entscheidungsverhalten zu reflektieren und damit über den persönlichen Einfluss auf die Entstehung von Problemen nachzudenken. Viel leichter ist es, strukturelle Defizite oder Personalknappheit für Probleme verantwortlich zu machen.

Dabei gibt es bereits sehr positive Beispiele, die beeindruckend die Wirksamkeit eines Ansatzes zu Verbesserung der Kommunikation und der Interaktion im Team aufzeigen. US-amerikanische Studien, die entsprechende Programme ausgewertet haben, kommen zu ermutigenden Ergebnissen. Neily et al. haben 2010 den Effekt eines Team-Training-Programms an 74 US-amerikanischen Krankenhäusern untersucht und konnten dabei die Reduzierung der Letalität bei chirurgischen Eingriffen um 18 Prozent belegen.¹⁰ Hierbei wurde lediglich die Interaktion der Teams optimiert; die übrigen Rahmenbedingungen wie die infrastrukturelle und personelle Ausstattung wurden nicht verändert. 2015 untersuchten Moffatt-Bruce et al. den Return of Invest für solche Maßnahmen an einem US-amerikanischen Krankenhaus mit ca. 10 000 Mitarbeitern. In einem vierjährigen Programm wurden 3 600 Mitarbeiter trainiert, die Klinik investierte hierfür rund 3,5 Mio. US\$. Die Studie berechnete im Ergebnis in konservativer Rechnung eine Ersparnis von 12,6 Mio. US\$ (bzw. 27,9 Mio. US\$ im ungünstigsten Fall) als Folge der Trainings. Die wirtschaftlichen Ergebnisse lassen sich in dieser Form sicherlich nicht 1:1 auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen. Bei der Betrachtung unerwünschter Ereignisse an dieser Klinik, die um 26 Prozent reduziert werden konnten, verhält es sich anders. Hier kann der direkte Vergleich zu deutschen Krankenhäusern gezogen werden und als Vorbild dienen.¹¹

Trotz des in den hier zitierten Studien gezeigten Nutzens von Investitionen in Maßnahmen zur Steigerung der Kommunikationsqualität lassen sich in Deutschland vergleichbare Projekte kaum finden. Meist fokussiert sich in unserem Umfeld

das Training im Bereich der Humanfaktoren in erster Linie auf die Weiterentwicklung einzelner Mitarbeiter, da der Ansatz eines individuellen Trainings mit relativ geringem Aufwand umsetzbar ist. Abteilungsweite oder sogar organisationsweite Ansätze, die eine sicherheitskulturelle Veränderung herbeiführen können, bleiben so jedoch weitestgehend außen vor.

Die in den amerikanischen Studien aufgezeigten Erfolge lassen sich jedoch nicht durch individuelles Training erreichen. Um in den komplexen Strukturen des Gesundheitswesens vergleichbare Ergebnisse zu erzielen, ist ein umfangreicher, weiter gefasster Ansatz erforderlich, der das komplette Behandlungsteam interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend einbezieht. Genau hier setzt ein Projekt des Universitätsklinikums Münster an.

Jahr der Sicherheit am UKM

Im Jahr 2015 hat der Vorstand des UKM ein Projektteam damit beauftragt, ein Konzept zur Stärkung der Sicherheitskultur des Klinikums zu entwickeln und konkrete Maßnahmen zur Umsetzung zu erarbeiten. Für die Durchführung des Projektes sind vom UKM 17 Hochrisikobereiche mit ca. 1 500 Mitarbeitern ausgewählt worden. Interne Mitarbeiter aus den Bereichen Training, Qualitäts- und Risikomanagement sowie der Unternehmenskommunikation und ein externes Beraterteam, das bereits ähnliche Projekte in anderen Hochrisikobereichen durchgeführt hat, bilden das Projektteam. Der Gruppe wurden folgende Ziele vorgegeben:

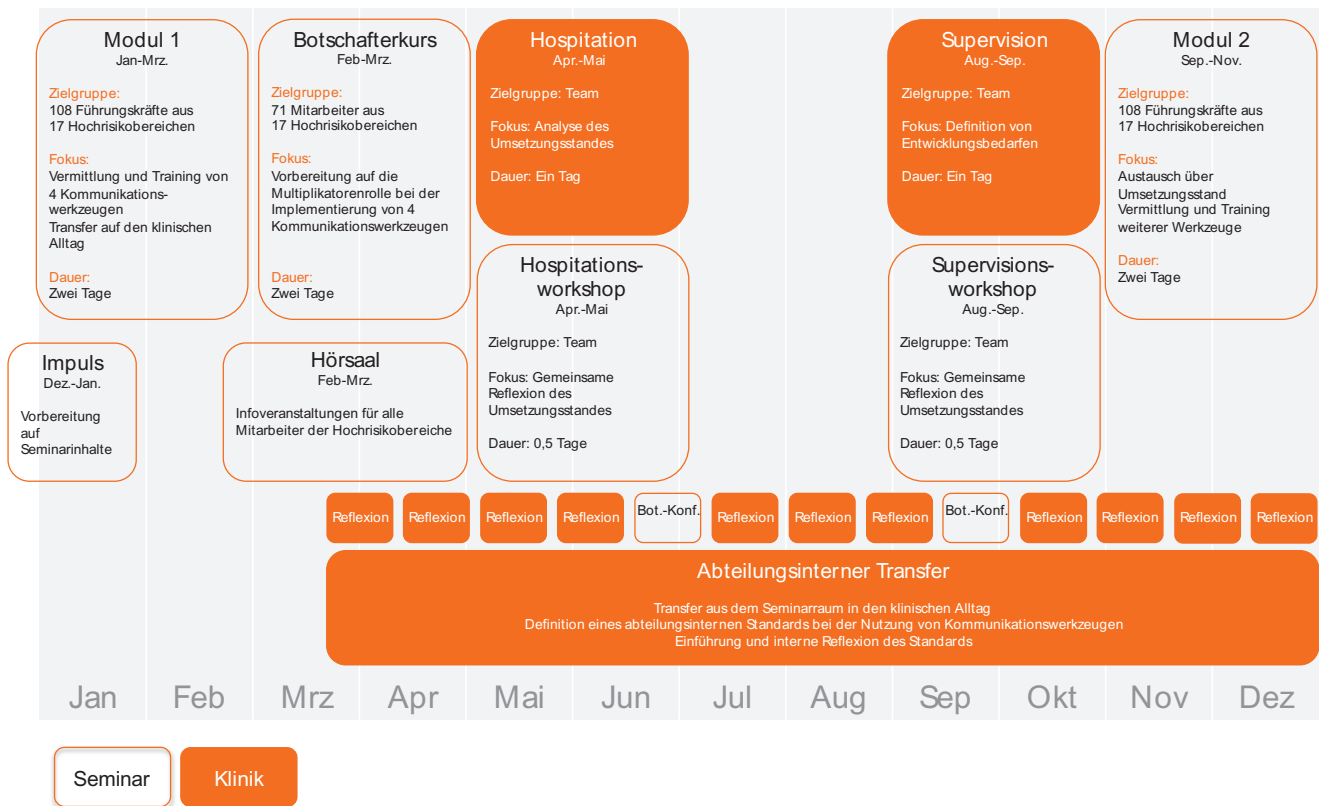
- die nachhaltige Implementierung von Instrumenten zur Reduzierung von Risiken im Bereich der Humanfaktoren;
- die (Weiter-)Entwicklung einer Sicherheits- und Reflexionskultur zur frühzeitigen Erkennung von potentiellen Risiken in der Patientenversorgung.

Dabei ist die schonende Verwendung vorhandener Ressourcen zu berücksichtigen. Eine Schulung von 1 500 Mitarbeitern, ähnlich der in den USA erfolgreich verwirklichten Konzepte, kann im UKM deshalb nicht in Betracht gezogen werden. Personalintensive Schulungen wurden aus diesem Grund zunächst für eine relativ kleine Gruppe von Multiplikatoren entwickelt. Wie in jedem Change-Management-Prozess kommt auch hier den Führungskräften eine besondere Bedeutung zu. Sie sind wichtige Boten und müssen als erste von notwendigen Veränderungen überzeugt und für deren Umsetzung gewonnen werden. Um dies zu erreichen, wurden für sie zwei Seminarmodule entwickelt, die schwerpunktmäßig drei Bausteine beinhalten sollen:

- die Vermittlung von Instrumenten zur Reduzierung von Risiken im Bereich der Humanfaktoren;
- das Trainieren dieser Instrumente in einem realitätsnahen Umfeld;
- die Vermittlung von Aufgaben und Verantwortung des Führungsteams im Rahmen des Projektes.

Abbildung 6: Projektplanung „Mit Sicherheit“, orange gefüllte Felder beschreiben Maßnahmen in der Klinik

Das Projekt „Mit Sicherheit“ am UKM 2016



Quelle: UKM/InterPersonis

Dabei ist sensibel mit Vorbehalten umzugehen, die häufiger bei Führungskräften bestehen. So sehen sich Führungskräfte zum Teil im Zielkonflikt zwischen Leistungs- und Effektivitätssteigerung und der vermeintlich zeitaufwendigen Arbeit an der Stärkung der Sicherheitskultur. Letztendlich kommt es jedoch gerade durch die Implementierung von einfachen Kommunikationswerkzeugen, wie sie in den Seminarmodulen vermittelt werden, beispielsweise zu einer verbesserten Teambesprechung oder strukturierten Absprachen und Übergaben in Bereichen mit vielen Schnittstellen. Dadurch kann zuletzt auch Zeit eingespart werden.

Auf der operativen Ebene, also bei den Mitarbeitern ohne Führungs- oder Leitungsfunktion, gibt es dagegen kaum Vorbehalte gegenüber der Effektivität der vorgestellten Instrumente. Es wird als außerordentlich positiv hervorgehoben, dass Hierarchien abgeflacht und die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt wird.


Neben diesem Top-down-Ansatz wurde ein Bottom-up-Ansatz als zweiter Weg entwickelt, um eine flächendeckende Implementierung der ausgewählten Instrumente zu erreichen: In jedem Hochrisikobereich wurden gezielt Multiplikatoren aus der Mitarbeiterschaft angesprochen, die ihre jeweiligen Führungskräfte bei der Etablierung der Instrumente unterstützen. Auch diese Mitarbeiter wurden in Seminaren auf ihre Rolle als Sicherheitskultur-Botschafter vorbereitet. Ihnen kommt eine wichtige Bedeutung zu, da sie insbesondere während der Ein-

führung von neuen Kommunikationsinstrumenten innerhalb der Teams Reflexionsrunden initiieren und zusammen mit ihren Kollegen durchführen sollen.

Change-Prozesse können an vielen Punkten scheitern. Erfahrungsgemäß ist dabei die Vermittlung von Kommunikationsinstrumenten in Schulungen und Seminaren selten der kritische Punkt: Techniken wie zum Beispiel die 2-Wege-Kommunikation, Team Time Outs (Briefings) oder strukturierte Patientenübergaben (zum Beispiel SBAR-Schema) sind schnell vermittelt und einfach zu erlernen. Der positive Effekt auf die Reduzierung von Risiken in der Patientenversorgung wird auch nur selten angezweifelt und die Einführung meist begrüßt. Der kritische Punkt bei einer nachhaltigen Implementierung solcher Instrumente ist allerdings die kontinuierliche und disziplinierte Anwendung im täglichen Arbeitsumfeld. Hier fällt es vielen Teams außerordentlich schwer, Fehlerpotenzial in gewohnten Kommunikationsprozessen zu erkennen und durch die kontinuierliche Anwendung der Instrumente dauerhaft zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

In der Projektplanung des UKMs wurde deshalb früh über Bausteine nachgedacht, die den Transfer in den klinischen Alltag sicherstellen. Vor diesem Hintergrund wird ein großer Teil des Projektes nicht im Seminarraum, sondern direkt im klinischen Umfeld durchgeführt. Die einzelnen Instrumente werden im Seminar lediglich vorgestellt, der Umfang und die Art und Weise der Implementierung wird jeder einzelnen Kli-

Abbildung 7: Transferbogen Seminar – klinischer Alltag

		Transferbogen der xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
Feedback			
Ärzte	Pflege	SiKu Botschafter	
Anwendung	Wer? Wann?		Vermittlung 1 Termin: Verantwortlich:
	Wo? Wie?		Vermittlung 2 Termin: Verantwortlich:
Vermittlung	Wer? Pflicht oder Empfehlung?		Einführung: Termin: Verantwortlich:
	Wer? Wie? Wann?		Hospitanz: Termin: Verantwortlich:
Einführung	Wer? Wie? Wann?		Hospitanz Workshop: Termin: Verantwortlich:
	Wer? Wie? Wann?		Supervision: Termin: Verantwortlich:
Check	Wer? Wie? Wann?		Supervision Workshop: Termin: Verantwortlich:
	Wer? Wie? Wann?		Termin: Verantwortlich:

Quelle: UKM/InterPersonis

vierten anderen Teams abzustimmen. Unterstützend wird hierfür ein strukturiertes Implementierungsschema angeboten, der sogenannte Transferbogen. In diesem Dokument definieren die Teams konkrete Schritte für die Einführung von Maßnahmen und stimmen diese zwischen den beteiligten Abteilungen ab. Da das für das UKM entwickelte Konzept vorsieht, nicht alle betroffenen Mitarbeiter direkt in Seminaren anzusprechen, wird ein besonderes Augenmerk auf die Vermittlung dieser Maßnahmen an die Mitarbeiterschaft gelegt mit dem Ziel, eine große Durchdringung der Mitarbeiterschaft zu erreichen.

Daher erhält die Projektleitung in einem nächsten Schritt eine Kopie des von der Abteilung erarbeiteten Transferbogens. Auf Basis dieser Informationen wird für jede Abteilung eine Hospitation durch die Projektleitung vorbereitet, bei der ein Mitarbeiter des UKM sowie ein Mitarbeiter des unterstützenden Beratungsunternehmens einen klinischen Bereich für einen Tag begleiten. Direkt an diese Hospitation schließt sich ein Workshop an, wo zusammen mit den beteiligten Teammitgliedern reflektiert wird, welche Werkzeuge bereits erfolgreich angewendet werden, wo eine Umsetzung noch intensiviert werden kann oder wo in den täglichen Arbeitsprozessen Risiken für die Patientensicherheit auftreten. Hierbei werden auch weitere Maßnahmen zur Erreichung eines auf den individuellen klinischen Bereich abgestimmten Ziels besprochen. Nach einem Zeitraum von drei Monaten, in denen die

Teams die Möglichkeit erhalten Prozesse eigenständig zu optimieren, steht eine zweite Hospitation und ein gemeinsamer Soll-Ist-Vergleich an. Zwischenzeitlich werden die Kliniken aufgefordert, eigenständig und regelmäßig ihren Umsetzungsstand zu reflektieren. Die Sicherheitskultur-Botschafter spielen hierbei eine sehr wichtige Rolle. Insbesondere während der Anfangsphase ist es wichtig, die Kollegen zu motivieren und gemeinsam die Umsetzung zu reflektieren. Hierfür erhalten sie verschiedene Hilfsmittel zur Unterstützung.

Dieses Vorgehen bedarf jedoch einer verbindlichen Abstimmung innerhalb einer Klinik oder Abteilung. Aus diesem Grund erhalten die teilnehmenden Kliniken bereits während der Durchführung der Seminare den Auftrag, die konkrete Einführung zu planen und mit den an den Schnittstellen invol-

vierten anderen Teams abzustimmen. Unterstützend wird hierfür ein strukturiertes Implementierungsschema angeboten, der sogenannte Transferbogen. In diesem Dokument definieren die Teams konkrete Schritte für die Einführung von Maßnahmen und stimmen diese zwischen den beteiligten Abteilungen ab. Da das für das UKM entwickelte Konzept vorsieht, nicht alle betroffenen Mitarbeiter direkt in Seminaren anzusprechen, wird ein besonderes Augenmerk auf die Vermittlung dieser Maßnahmen an die Mitarbeiterschaft gelegt mit dem Ziel, eine große Durchdringung der Mitarbeiterschaft zu erreichen.

Daher erhält die Projektleitung in einem nächsten Schritt eine Kopie des von der Abteilung erarbeiteten Transferbogens. Auf Basis dieser Informationen wird für jede Abteilung eine Hospitation durch die Projektleitung vorbereitet, bei der ein Mitarbeiter des UKM sowie ein Mitarbeiter des unterstützenden Beratungsunternehmens einen klinischen Bereich für einen Tag begleiten. Direkt an diese Hospitation schließt sich ein Workshop an, wo zusammen mit den beteiligten Teammitgliedern reflektiert wird, welche Werkzeuge bereits erfolgreich angewendet werden, wo eine Umsetzung noch intensiviert werden kann oder wo in den täglichen Arbeitsprozessen Risiken für die Patientensicherheit auftreten. Hierbei werden auch weitere Maßnahmen zur Erreichung eines auf den individuellen klinischen Bereich abgestimmten Ziels besprochen. Nach einem Zeitraum von drei Monaten, in denen die

ten. Bereits in den ersten Seminaren gibt es initiative Eingaben zur Verwirklichung der Ziele durch die Führungskräfte. Für die Einführung der ausgewählten Instrumente wurde ein Zeitrahmen von 12 Monaten vorgegeben. Abschließend wird der Projekterfolg durch das Institut für Patientensicherheit in Bonn evaluiert.

Anmerkungen

- 1) Ashish K. Jha et al. (2013), The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies, *BMI Qual Saf*, 22: Seite 809–815
- 2) St. Pierre, Hofinger, Buerschaper (2011), *Notfallmanagement – Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin*, 2. Auflage, Springer
- 3) Valentin, Schiffinger, Steyrer, Huber, Strunk (2012), *Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care practice*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg and ESICM
- 4) DeAnda A, Gaba D.M. (1991), Role of experience in the response to simulated critical incidents. *Anesth Analg*, 72: Seite 308–315
- 5) Cooper J.B., Newbower R.S., Kitz R.J. (1984), An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: considerations for prevention and detection. *Anesthesiology*, 60: Seite 34–42
- 6) Arnstein F. (1997), Catalogue of human error. *Br J Anaesth* 79: Seite 645–656
- 7) UK Civil Aviation Authority, CAP 1036, *Global Fatal Accident Report, 2002 to 2011*
- 8) Airbus, *Commercial Aviation Accidents 1958–2014, A Statistical Analysis*, www.airbus.com
- 9) Deutsche Lufthansa AG, Cpt. Thorsten Brand (2010). *NGAP, ICAO Montreal*, www.icao.int
- 10) Julia Neily, Peter D. Mills, Yinong Young-Xu, Brian T. Carney, Priscilla West, David H. Berger, Lisa M. Mazzia, Douglas E. Paull, James P. Bagian (2010), Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality, *JAMA*, October 20, 2010 – Vol 304, No. 15
- 11) Moffatt-Bruce SD, Hefner JL, Mekhjian H, McAlearney JS, Latimer T, Ellison C, McAlearney AS: What Is the Return on Investment for Implementation of a Crew Resource Management Program at an Academic Medical Center *Am J Med Qual* 2015
- 12) Tegtmeier, U., Wiedensohler, R. (2013) *Risikomanagement; Qualitätsmanagement; Risikofelder; Endo-Praxis*; 29-01: Seite 10–15

Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzendes Universitätsklinikums Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster/Carsten Wächter/Daniel Schwalbe/Tim Würfel, InterPersonis HR Management & Training GmbH, Schützenhausstr. 41, 65510 Idstein/Dr. Tim Güß/Michael Klatthaar, UKM-Trainingszentrum, Niels-Stensen-Str. 12, 48149 Münster/Dr. Beate Wolter, Zentrales Qualitäts- und klinisches Risikomanagement Universitätsklinikum Münster, Domagkstraße 20, 48149 Münster ■