

SWR2 Wissen

Tatort Krankenhaus – Mehr Sicherheit für Patienten

Von Anja Schrum und Ernst Ludwig von Aster

Sendung: Donnerstag, 6. August 2020, 8:30 Uhr
(Erstsendung: Mittwoch, 6. Juni 2018, 08.30 Uhr)

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Sonja Striegl

Produktion: SWR 2018

Bei fünf bis zehn Prozent der Krankenhausbehandlungen kommt es zu unerwünschten Ereignissen. Die Ursachen: Überlastung der Mitarbeiter und Organisations- und Kommunikationsdefizite.

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter www.SWR2.de und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...
Kostenlos herunterladen: www.swr2.de/app

MANUSKRIFT

O-Ton 01 - Johann Kühme:

Im Klinikum Oldenburg wusste man um die Auffälligkeiten, man wusste um die gestiegene Zahl der Reanimationen und die damit zusammenhängenden Todesfälle. ... Hätte man seinerzeit ... diese Hinweise konsequent verfolgt, hätte der Tod vieler Patientinnen und Patienten verhindert werden können

Sprecherin:

Sagte Johann Kühme, Polizeipräsident im niedersächsischen Oldenburg auf einer Pressekonferenz im August 2017. Mord im Krankenhaus – ein Thema, das die Leitung der Klinik bis heute beschäftigt.

O-Ton 02 – Dirk Tenzer:

Wir sind 2014 konfrontiert worden mit Vorwürfen, dass es bei uns im Haus Mordfälle gegeben hat, die schon sehr, sehr lange zurückliegen, durch einen Krankenpfleger und als wir dort tiefer gebohrt haben, hat sich leider gezeigt, dass dem auch so ist, das hat die Staatsanwaltschaft inzwischen ja auch sehr umfangreich ermittelt.

Ansage: Tatort Krankenhaus. Mehr Sicherheit für Patienten. Von Ernst- Ludwig von Aster und Anja Schrum.

Atmo 01 (Tastatur)

Sprecherin:

Benjamin Grade ist Leiter der Rechts- und Compliance-Abteilung am Städtischen Klinikum Oldenburg. Er loggt sich ins krankenhauserne Netzwerk ein.

O-Ton 03 – Benjamin Grade:

Da haben wir unseren Meldebutton, und wenn man den aufruft, wird man tatsächlich auf eine eigene Internetseite geleitet, auf der dann eine Anleitung ist, was man melden kann, wie eine Meldung abläuft ... (...)

Sprecherin:

Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen können hier verdächtige Vorgänge melden. Anonym. Ihre Botschaft geht an den Juristen Benjamin Grade:

O-Ton 04 – Benjamin Grade:

Ich bekomme eine E-Mail, in der nur drinsteht: „Es gibt eine Aktivität“. Und dann muss ich mich in einem Verfahren anmelden, mit verschiedenen Passwörtern...

Sprecherin:

Vertrauen ist die Grundlage eines jeden Whistleblower-Systems. Bei großen Unternehmen, wie etwa Auto- und Energiekonzernen, sind solche anonymisierten Meldeplattformen schon lange Standard. Mit ihnen sollen verdächtige Vorgänge direkt gemeldet werden können, ohne unbedingt Vorgesetzte kontaktieren zu derartiges System einführte. Nicht zuletzt, um seinen Patienten den Glauben an die Sicherheit zurückzugeben.

O-Ton 05 – Dirk Tenzer:

Das Whistleblowing-System gehörte zu einem Aktionsplan, den wir, nachdem wir festgestellt haben, was der Pfleger hier im Haus höchstwahrscheinlich angerichtet hat, uns selber überlegt haben, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Und da war tatsächlich eines der zentralen Elemente das Whistleblowing-System.

Sprecherin:

Erinnert sich Dr. Dirk Tenzer. Er übernahm 2012 die Leitung des Klinikums und musste 2014 reagieren. Die Taten lagen da bereits mehr als zehn Jahre zurück. Der Krankenpfleger Niels Högel hatte Intensiv-Patienten eine Überdosis Medikamente verabreicht, um sie dann zu reanimieren und dadurch die Aufmerksamkeit und Anerkennung seiner Kollegen zu erhalten. In vielen Fällen war die Medikamentendosis tödlich. Nach zwei Jahren wechselte Högel, ausgestattet mit einem wohlwollenden Arbeitszeugnis, ans 40 Kilometer entfernte Krankenhaus Delmenhorst. Dort fielen ihm Dutzende weitere Patienten zum Opfer. Nach jahrelangen Ermittlungen und der Exhumierung von mehr als einhundert Leichen wurde der Ex-Krankenpfleger im Juni 2019 wegen 85fachen Mordes zu lebenslanger Haft verurteilt. Für zwei weitere Taten war er bereits zuvor verurteilt worden.

O-Ton 06 – Dirk Tenzer:

Und in dem Zusammenhang gab es immer wieder Vorwürfe gegen unser Haus, dass Mitarbeiter ein schlechtes Bauchgefühl hatten, was diesen Pfleger angeht. Aber dieses schlechte Bauchgefühl irgendwie nicht durchgedrungen ist und es deswegen nicht zur Verfolgung 15 Jahren vorher gekommen ist.

Sprecherin:

Die Ermittlungen ergaben, dass etliche Kollegen Verdacht geschöpft, ihn aber niemandem mitgeteilt hatten. Das sollte so nie wieder vorkommen. Darum führte das Klinikum Oldenburg das Whistleblower-System ein. Um allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eine anonymisierte Meldeplattform zur Verfügung zu stellen.

Atmo 02 (Tastatur)

O-Ton 07- Benjamin Grade:

In der Tat erinnere ich mich noch an die erste Meldung, weil die auch mit einer gewissen Spannung versehen war. Es war in erster Linie ein Kommentar, der nun war: Schöne Idee, haben sie das von der Stasi oder von der Gestapo? Das hat einfach nur nochmal deutlich gemacht, dass der Sinn des Systems noch nicht verstanden war. Und das ist letztlich etwas woran ich auch immer weiter arbeite, um halt deutlich zu machen, wofür wir das haben, das ist halt kein Überwachungsinstrument, sondern ein Aufklärungs- und Meldeinstrument.

Sprecherin:

Mehr als tausend Zugriffe pro Jahr zählt Benjamin Grade seit der Einführung des Whistleblower-Systems. Und einige Dutzend Meldungen. Schwerwiegende Verstöße fanden sich bisher nicht darunter, lediglich ein Diebstahlvorwurf beschäftigte den Juristen des Krankenhauses.

O-Ton 08 – Benjamin Grade:

Was wir sagen können, nach zwei Jahren, ist, dass die anfängliche Sorge, dass man es vielleicht missbrauchen könnte, sich einfach nicht bestätigt hat. (...) Für uns lohnt es sich, das kann ich nur sagen, und ich kann auch nur andere Kliniken animieren, solche Systeme einzuführen, man hat sonst kaum eine Möglichkeit, die Lücken, die man hat, abzustellen.

Sprecherin:

Das Whistleblower-System lohnt sich - als vertrauensbildende Maßnahme. Für die Patientensicherheit. Demnächst will das Klinikum den Kreis der Meldeberechtigten erweitern:

O-Ton 09 – Benjamin Garde:

Wir sind momentan auch dabei, dass nach außen zu öffnen, auch den Link auf die Homepage zu setzen, dass Dritte darauf zugreifen können, das können neben Patienten und Angehörigen natürlich auch unsere Lieferanten und Geschäftspartner sein. Man darf natürlich nicht vergessen, dass all diese Meldesysteme immer diesen Korruptionshintergrund haben. Und deshalb ist es auch wichtig, in Zusammenarbeit mit den anderen, die Möglichkeit einer Meldung zu bieten.

Sprecherin 4:

Der Fall Niels Högel wird das Klinikum noch lange beschäftigen. Ende 2019 erhob die Oldenburger Staatsanwaltschaft Anklage gegen mehrere ehemalige und aktuelle Führungskräfte. Zu den Beschuldigten gehören der frühere Geschäftsführer, eine ehemalige Pflegedirektorin und ein früherer Chefarzt. Ihnen wirft die Staatsanwaltschaft Totschlag durch Unterlassen vor.

Ein Serientäter, der die Abläufe im Krankenhaus kannte und für seine Zwecke nutzte. Oldenburg ist kein Einzelfall. An der Berliner Charité tötete vor 15 Jahren eine Krankenschwester, genannt „Todesengel“, fünf Intensiv-Patienten. In Essen wurde vor zwei Jahren ein Apotheker aus Bottrop zu 12 Jahren Gefängnis verurteilt, weil er durch das Panschen von Zytostatika Hunderten von Krebspatienten geschadet hat. Verbrechen, die schlagzeilenträchtig Fragen nach der Patientensicherheit aufwerfen. Allerdings bedrohen im Krankenhaus weniger einzelne, kriminelle Mitarbeiter die Sicherheit der Patienten. Wesentlich häufiger lauert die Gefahr im Klinik-*Alltag*: in Keimen, in Koordinations- und Kommunikationsfehlern und nicht zuletzt in der zunehmenden Arbeitsverdichtung auf den Stationen.

*Atmo 03 (Monitor-Piepen)***O-Ton 10 - Anonyma:**

Ich arbeite auf einer Intensivstation und habe im Schnitt vier Patienten zu betreuen, das ist eine Mischstation, von daher ist unser Schlüssel auf jeden Fall nicht eins zu zwei, wie man's eigentlich gerne haben wollte.

Sprecherin:

Die 56-jährige Intensiv-Schwester arbeitet seit Jahrzehnten in einer großen Klinik. Sie hat sich zu einem Interview über das Thema „Patientensicherheit“ bereit erklärt. Allerdings unter einer Bedingung: Sie möchte anonym bleiben.

O-Ton 11 - Anonyma:

Ich arbeite in zwei, drei Zimmern, bin also nicht immer bei den Patienten, manchmal habe ich dann auch ein Zimmer, das auf der anderen Seite des Flures ist, sodass ich die Patienten nicht die ganze Zeit überwachen kann. Dadurch kommt es natürlich manchmal zu brenzlichen Situationen, weil die Patienten nicht mehr optisch von mir überwacht werden können, sondern nur noch über die Alarmer der Monitore und die gehen natürlich erst los, wenn eine grenzwertige Situation ist. Wenn ich im Zimmer arbeite, kann ich sehen, ist der Patient unruhig? Wird er immer lethargischer? Hat er gut Sauerstoff – also ich sehe, ob er blaue Lippen bekommt oder so.

Sprecherin:

An manchen Tagen, muss sie deutlich mehr als vier Patienten gleichzeitig im Blick haben, erzählt die Intensivpflegerin.

O-Ton 12 - Anonyma:

Wenn ich drei Zimmer habe, Notfälle nebenbei betreue oder noch eine Reanimation im Haus – dann haben wir manchmal sechs, sieben Patienten.

Sprecherin:

Für die 56-jährige steht fest: Manchmal ist es einfach nur Glück, dass nicht mehr passiert...

O-Ton 13 - Anonyma:

Also, ich glaube nicht, dass die Patienten noch wirklich sicher sind in Krankenhäusern, der Großteil vielleicht schon, aber es gibt immer wieder so Situationen, wo aufgrund von Personalmangel man gar nicht die Chance hat, Patienten wirklich optimal zu behandeln, zu betreuen.

*Atmo 04 (Bundespressekonferenz)***Sprecherin:**

Berlin, Haus der Bundespressekonferenz. Auf dem Podium in Saal 1 beugt sich Hedwig Francois-Kettner über ihr Redemanuskript. Sie markiert einige Passagen mit einem gelben Textmarker. Gleich will sie die Journalisten über Vor- und Nachteile der Digitalisierung im Gesundheitswesen informieren. Aus Patientensicht. Kettner ist Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, kurz APS, das vor 15 Jahren gegründet wurde.

O-Ton 14 – Hedwig Francois-Kettner:

Ich muss mal sagen, als wir damals unterwegs waren, da hat jeder so ein bisschen Angst gekriegt. Wenn wir in Erscheinung getreten sind oder ein bisschen was wollten von den einzelnen Partnern, dann waren die sehr skeptisch und sehr zurückhaltend.

Sprecherin:

Pflegekräfte und Ärzte gehörten zu den Gründungsmitgliedern. Praktiker aus dem Gesundheitswesen, die wussten, dass im Krankenhaus - wie in jedem Betrieb - immer wieder Fehler passieren können. Und dass diese nicht weniger werden, wenn man sie verschweigt. Die APS-Gründer plädierten für eine neue Fehlerkultur. Und gingen mit gutem Beispiel voran. Sie veröffentlichten in einer Broschüre Fehler, die ihnen selbst unterlaufen waren. Kettner hatte als junge Krankenschwester einmal versäumt, die Leberwerte eines Unfall-Patienten bestimmen zu lassen. Als sie ein Beruhigungsmittel verabreichte, kam es zu einer Unverträglichkeit. Der Patient erlitt einen anaphylaktischen Schock, konnte aber gerettet werden. Ein Chefarzt berichtet in der Broschüre, wie er einmal das falsche Knie operierte. Ein Chirurg, wie er nach der OP eine Klemme im Bauch des Patienten vergaß.

O-Ton 15 - Hedwig Francois-Kettner:

Die Leute, die da drinstehen, die waren sich schon sehr einig, dass sie gesagt haben, ich stehe dazu. Und es ist wichtig, dass wir in Deutschland mal dafür einfach eine Plattform errichten, damit die Menschen sehen, es ist auch in Ordnung wenn man über seine Fehler spricht. Wir haben zwar auch in den ersten Reaktionen gemerkt, wie unüblich das war. Wir wurden ja fast verfolgt. (...) Und wir haben damals noch über Fehlerkultur geredet, heute reden wir über Sicherheitskultur. Und ich finde, das ist schon eine tolle Entwicklung.

Sprecherin 6:

Hedwig Francois-Kettner hat mehr als drei Jahrzehnte als Pflegedirektorin im Krankenhaus gearbeitet, seit neun Jahren ist die Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Heute zählt das APS mehr als 700 Mitglieder, je zur Hälfte Einzelpersonen und Institutionen: Patientenorganisationen sind ebenso vertreten wie Krankenkassen, Krankenhäuser und etliche Berufsverbände. Es gibt Arbeitsgruppen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, zur Arzneimittel-Therapiesicherheit oder zu Medizinprodukte-Risiken.

O-Ton 16 – Hedwig Francois-Kettner:

Wir sind inzwischen so weit, dass wir von jedem verlangen, wenn er mitwirkt an so einer Arbeitsgruppe, dass er seinen Interessenkonflikt offenlegt, dass wir dann sagen, ok, wenn du deine Interessen an dieser Stelle so bombastisch gefährdet siehst, dann darfst du darüber nicht mit befinden. Weil es geht nur um Patientensicherheit und nicht um deine Interessen, es geht nicht um Partialinteressen, es geht nur um Patientensicherheit

Sprecherin:

Schritt für Schritt Fehler benennen, ihre Entstehung analysieren und Ursachen eliminieren. Das ist die Strategie. Das Aktionsbündnis spricht Empfehlungen aus. Einige Krankenhäuser setzen sie um, andere zögern, warten auf erste Erfahrungsberichte, ziehen dann nach. Am Ende reagiert manchmal sogar der Gesetzgeber.

O-Ton 17 – Hedwig Francois-Kettner:

Das war auch eine der ersten Handlungsempfehlungen im Aktionsbündnis Patientensicherheit, dass wir gesagt haben, wir wollen, dass es eine Checkliste gibt,

die im OP aufgerufen wird, bevor Schnitt ist. So ähnlich wie beim Piloten, der, bevor Start ist, seine Checkliste abarbeitet. Und vorher bekommt er gar keine Starterlaubnis. Und ähnlich muss es auch im OP vor sich gehen. (...)bevor der Schnitt ist, zu gucken, ist alles, was in der Checkliste ist, abgearbeitet, haben wir wirklich alles markiert, an der richtige Stelle, ist das Blut gekreuzt, ist das Narkoseprotokoll vorbereitet und, und, und. Und das ist bis zum heutigen Tag nicht so, dass es für alle selbstverständlich ist.

Sprecherin:

Und darum mahnt das Aktionsbündnis Patientensicherheit weiter und publiziert Handlungsempfehlungen. Mit der Aktion „Saubere Hände“ zum Beispiel sollte die Übertragung von gefährlichen Keimen im Krankenhaus eingedämmt werden - durch regelmäßige Desinfektion der Hände des Personals. E i n Desinfektionsmittelspender pro Intensivbett war das Ziel, lange vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie. Begleitet von einer breiten Aufklärungskampagne für das Personal.

O-Ton 18 - Hedwig Francois-Kettner:

Die Aktion „Saubere Hände“, die wir ja mit initiiert haben, die ist inzwischen ja von der WHO ausgezeichnet, als größte nationale Kampagne weltweit. Und das finde ich auch toll. Dass wir da drangeblieben sind. Obwohl zum Beispiel viele gesagt haben, auch von unseren Bundestagsabgeordneten. Jetzt muss aber mal gut sein. Jetzt muss es ja mal jeder verstanden haben. Nein, es ist nicht gut, es hat nicht jeder verstanden. Und dass wir sagen, das, was immer noch fehlerhaft ist, dass wir in der Grundausbildung nicht so getrimmt werden auf das Thema, dass es uns in Fleisch und Blut übergeht.

Sprecherin:

Doch auch wenn in der Ausbildung das Thema ausgiebig behandelt wird, am Arbeitsplatz entscheidet allzu oft der Faktor Zeit über die Umsetzung. Das weiß auch Francois-Kettner. Seit Jahren beklagt das Aktionsbündnis die zunehmende Verdichtung der Arbeitszeit in den Kliniken.

Atmo 03 (Monitor-Piepen)

O-Ton 19 - Anonyma:

Wir haben eine Richtlinie, da muss ich auch jedes Jahr hin und mir zweimal anhören, alles über Händedesinfektion. Wir üben auch, wie man es richtig macht, mit Blaulicht und allem, wunderbar, um die Schwachstellen zu sehen. Aber: Wie ich das zeitlich hinkriegen soll, das sagt mir keiner.

Sprecherin:

Die 56jährige Intensivschwester schüttelt frustriert den Kopf. Sie weiß, dass eine penible Händedesinfektion gerade für Patienten einer Intensivstation überlebenswichtig sein kann.

O-Ton 20 - Anonyma:

Rein rechnerisch brauche ich pro Schicht zwei bis 2,5 Stunden nur für die Händedesinfektion, auf einer Intensivstation. Das hat mal jemand errechnet. Wo ich so denke: Tolle Idee! Aber wenn ich da stehe – das schafft kein Mensch.

Und auch da bin ich am Abwägen: Wo ist es jetzt extrem wichtig, wo ist es nicht. Also es wird immer mehr, immer schlimmer und Händedesinfektion ist eigentlich das A und O, aber das ist definitiv so nicht leistbar. Und das weiß, glaube ich, auch jeder

Atmo 05 (*Tippt und klickt kurz mit der Maus..., tippt...*)

O-Ton 21 – Christian Thomeczek:

Klickt kurz – Jetzt gehen wir einfach mal dort hinein. Oder warten Sie mal – wir können in die Fallberichte gehen...

Sprecherin:

„CIRSmedical.de“ tippt Dr. Christian Thomeczek in die Tastatur seines Computers. CIRS – die Abkürzung steht für Critical Incident Reporting-System. Oder übersetzt: „Fehler-Berichts-System“ – obwohl...

O-Ton 22 – Christian Thomeczek:

Der Begriff „Fehler“ trifft es ja eigentlich nicht, sondern wir reden davon, dass wir für uns unerwünschte Ereignisse berichten sollen, damit andere daraus lernen können und nicht in die gleichen Fettnäpfchen treten. Das ist jetzt ein bisschen salopp gesagt, aber ich denke, das trifft den Tenor ganz gut – damit andere davon lernen können.

Sprecherin:

Der Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin klickt sich durch die Fallberichte. Das Zentrum mit Sitz in Berlin ist eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

O-Ton 23 – Christian Thomeczek:

Und Sie sehen, bei den Fallberichten kommen Sie in eine Maske hinein – wo sie hier 582 Seiten mit Berichten haben, also rund 5.000 Berichte haben... und einige haben so Kennzeichen – typischer Fall zum Beispiel – oder hier: Interessanter Fall, das ist so eine Glühbirne, da können Sie direkt reingehen und sich den Fall ansehen...

Sprecherin:

In CIRSmedical können alle sicherheitsrelevanten Ereignisse von Klinik-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern berichtet werden. Und zwar anonym. Die Berichte dürfen keine Daten enthalten, die Rückschlüsse auf beteiligte Personen oder Institutionen erlauben. Diese Anonymität ist wichtig, damit offen und ehrlich über Fehler berichtet wird.

O-Ton 24 – Christian Thomeczek:

Was wir gerne sehen sind so die Sachen: Huch, das ist gerade nochmal gut gegangen. Nehmen wir ein Beispiel aus dem Bereich Anästhesie, wo immer viel ja passieren kann. In einem Anästhesie-Wagen verschiedene Medikamente liegen haben und Sie haben zwei Medikamente mit ähnlichem Namen, die aber total unterschiedliche Wirkung haben und sie haben sie im Anästhesie-Wagen nebeneinander liegen, kann das sehr schnell, gerade wenn's mal hektisch wird, dass sie einen Fehlgriff machen und das falsche Medikament herausziehen, vielleicht nicht richtig kontrollieren und falsch aufziehen.

Sprecherin:

Thomeczek scrollt sich durchs Programm. „Typischer Fall“, „Fall des Monats“ oder auch „interessanter Fall“ sind die einzelnen Berichte kategorisiert. Er klickt auf die Überschrift: „Berechnung der Medikationsdosierung bei pädiatrischen Patienten“. Fall-Nr. 17 41 63, Fachgebiet: Kinder- und Jugendmedizin. Altersgruppe des Patienten: 0 bis ein Jahr.

O-Ton 25 – Christian Thomeczek:

Der besonders interessante Fall kam aus dem Routinebetrieb und hier zufälligerweise - es war nicht abgesprochen – wieder eine Medikamentengabe – ein Medikament, das zu hoch dosiert wurde. Und das wurde aber rechtzeitig vor der nächsten Gabe durch die Pflegekraft bemerkt.

Sprecherin:

Das Medikament wurde zehnfach höherdosiert verabreicht. Ohne Folgen für das behandelte Kind – auch das ist im Formular vermerkt. Gleich darunter findet sich die Empfehlung der CIRS-Fachleute:

O-Ton 26 – Christian Thomeczek:

Und sie sehen hier Feedback des CIRS mit Fachkommentar: Verrechnung bei der Dosisanpassung, achten, ob eventuell ungünstige Rahmenbedingungen, schlechte Lichtverhältnisse, häufige Unterbrechung, Störung durch läutendes Telefon, Patienten klingeln bei derartigen wichtigen Tätigkeiten eine Rolle spielen, dass man die vielleicht vermeiden kann.

Sprecherin:

In CIRSmedical lässt sich auch gezielt nach Fällen suchen, z.B.: nach Krankenhausinfektionen, Medikamentenverwechslungen oder –ein Klassiker – nach Kommunikationsfehlern:

O-Ton 27 – Christian Thomeczek:

Auch hier Abkürzungen z.B. also: Der HI beim Internisten ist der Herzinfarkt, beim Urologen der Harnwegsinfekt. Wenn solche Abkürzungen in Arztbriefen verwendet werden oder bei Übergaben verwendet werden, kann sehr schnell eine Fehleinschätzung eines Patienten-Zustandes erfolgen. Der Patient mit Verdacht auf HI kann sowohl heißen, hier muss ein Herzinfarkt abgeklärt oder hier muss geguckt werden, ob es beim Pipimachen weh tut, auch wieder salopp gesagt. Aber das sind so auch Klassiker im Bereich der Kommunikation.

Sprecherin:

Unter jeder anonymisierten Fall-Beschreibung finden sich die Empfehlungen der CIRS-Fachleute. Ob die auch befolgt werden, lässt sich allerdings nicht kontrollieren. Schließlich handelt es sich um ein vollständig anonymes System:

O-Ton 28 – Christian Thomeczek:

In dem CIRS-System können nur Vorschläge gemacht werden, wie vielleicht Sachen besser laufen könnten, wie Abläufe geändert werden sollten. Die reine Umsetzung erfolgt dann allerdings vor Ort, in Absprache mit den entsprechenden Abteilungen.

Sprecherin:

Neben CIRSmedical existiert in Deutschland eine Vielzahl anderer CIRS-Systeme. So ist etwa jedes Krankenhaus heute verpflichtet ein eigenes Berichtssystem zu betreiben. Und auch medizinische Fachgesellschaften wie Anästhesisten oder Kinderärzte verfügen über eigene Programme.

O-Ton 29 – Christian Thomeczek:

Ich denke, dass wir heute, gerade im Medizin-Betrieb, Krankenhaus und ambulanter Versorgung wesentlich weiter sind als wir es vor 10 oder 15 Jahren waren. Heute ist es ohne weiteres möglich über das Thema: Hier sind Sachen nicht so gelaufen, wie wir uns das vorgestellt haben, ohne weiteres anzusprechen. Das wäre vor 10 oder 15 Jahren nicht denkbar gewesen.

Atmo 3 (Monitor-Piepen)

O-Ton 30 - Anonyma:

Ich lese mir die CIRS-Fälle jedes Mal durch, wo ich denke – ja, das sind Lappalien – im Verhältnis zu dem, was einfach ist, durch diesen großen Arbeitsdruck. (...) Also, ich möchte nicht wissen, wie viel schief läuft, was man gar nicht merkt, weil man so einen großen Arbeitsdruck hat. Dass man irgendwelche Medikamente einfach verwechselt oder weiß ich was. Ich weiß es ehrlich gesagt nicht, weil man hat gar nicht mehr die Zeit ernsthaft auch zu reflektieren, was war da?

Sprecherin:

Auch das Krankenhaus, in dem die Intensivschwester arbeitet, verfügt über ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle. Auch hier werden Verbesserungsvorschläge zur Patientensicherheit gemacht:

O-Ton 31 - Anonyma:

Das fand ich gar nicht so schlecht: Es gibt so bestimmte farbliche Kleber für Infusionen, damit man gleich erkennen kann, in welche Gruppe das Medikament gehört. Das ist halt gerade im OP-Bereich sehr wichtig. Wir haben's mal probiert in CIRS auch die Arbeitsbelastung mit reinzuschreiben, weiß ich, Patient konnte nicht gelagert werden, weil zu wenig Personal – das ist nie aufgetaucht.

Atmo 06 (Blättern)

O-Ton 32 - Nils Löber:

Und vor uns liegt jetzt ein Blatt Papier, mit ganz, ganz vielen Kästen wo ganz ganz viele Instrumente drin stehen, die wir hier an der Charité betreiben,

Sprecherin:

Dr. Nils Löber beugt sich über ein DIN A 4 Blatt. 19 grau unterlegte Kästchen zeigen Methoden und Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit. Löber greift zum Kugelschreiber, setzt kleine Kreuzchen.

O-Ton 33 - Nils Löber:

Ich zeige ihnen mal (Stift in der Hand), was gesetzlich verpflichtend ist: das hier, das hier, das hier,.. die OP-Checklisten, was auch verpflichtend ist, ist die Teilnahme an sogenannte Meldesystemen für kritische Ereignisse, was auch verpflichtend ist, ist die Durchführung von sogenannten Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, also von rückwirkenden Fallbegutachtungen, wo etwas nicht so gut gelaufen ist, wie man es sich eigentlich vorgestellt hat...

Sprecherin:

Auch eine Patientenzufriedenheits-Befragung ist mittlerweile vorgeschrieben, ebenso wie eine externe Qualitätssicherung.

O-Ton 34 - Nils Löber:

Es gibt immer Widerstände,... das klinisch tätige Kollegen mir die Frage stellen: Was bringt das eigentlich? Beweis Du mir doch erstmal, dass die Zusatzarbeit, die du mir aufbürdest, dass die sich am Ende des Tages auch lohnt!... Und einem Arzt zu erklären oder eine Pflegekraft... das ist ähnlich wie mit den Politikern, ein Investment zu tätigen oder eine Veränderung einzugehen, deren Wirkung man erst in drei, vier oder 5 Jahren sieht, das ist schlicht und ergreifend schwierig von der Erklärbarkeit. Und das ist dann auch schwierig für akademisch hochgebildete Professoren, das zu verstehen und das nachzuvollziehen, warum es vielleicht sinnvoll sein könnte, eine OP-Checkliste zu verwenden.

Sprecherin:

Löber unterstreicht einige Kästchen. „Peer-reviews“ steht da etwa. Das steht für einen regelmäßigen, persönlichen Erfahrungsaustausch von Ärzten unterschiedlicher Kliniken, um gemeinsam Problemfelder zu identifizieren. Solche Treffen sind aber zurzeit kaum finanzierbar.

O-Ton 35 - Nils Löber:

Die Priorisierung ist leider immer da. Weil wir in Systemen arbeiten mit beschränkten Ressourcen.... Ich darf die Effektivität dieser Maßnahmen nicht aus den Augen verlieren. Denn streng gesprochen: Wenn sie das wenige Geld, was wir haben, verpulvern in Maßnahmen, die tatsächlich nix bringen, Verschwendung. Und dann wäre das Geld, was wir an anderer Stelle viel, viel besser nutzen könnten.

Sprecherin:

Der Stift des Qualitätsmanagers wandert drei Kästchen nach rechts. „Evaluation Dekubitus/Sturz“ steht dort. Eine freiwillige Initiative der Charité zur Verbesserung der Patientensicherheit, die in den letzten Jahren umgesetzt wurde.

O-Ton 36 - Nils Löber:

Und ein Druckgeschwür und ein Sturzereignis sind typischerweise Ereignisse, die man eher dem pflegerischen Kontext zuordnet, und weniger dem ärztlichen. Und es gibt Expertenstandards in der Pflege. Und diese Expertenstandards kann man implementieren und umsetzen im Krankenhaus. Und das haben wir getan.

Sprecherin:

Bereits bei der Eingangsuntersuchung erfassen Ärzte nun das individuelle Risiko jedes Patienten, beispielsweise Mobilität oder Begleiterkrankungen wie Demenz. Daraus werden dann für jeden Patienten Vorbeugestrategien erstellt, die das Pflegepersonal umsetzt und regelmäßig kontrolliert. Seitdem sind die Dekubitus-Fälle, also die Druckgeschwüre, stark zurückgegangen.

O-Ton 37 - Nils Löber:

Trotz unseres sehr kranken Patientenlientels an der Charite... Das ist auch deshalb ein so schönes Instrument, weil ein Dekubitus ist ein sichtbarer Mangel in der Patientensicherheit. Ein Druckgeschwür können sie nicht wegdiskutieren. Und auch ein Sturzereignis ist, wenn ein Patient im Krankenhaus stürzt und sich im schlimmsten Fall dabei den Arm bricht, das können sie nicht wegdiskutieren....

Sprecherin:

Das Dekubitus-Projekt – eine eindeutige Verbesserung der Patientensicherheit. Welche Maßnahmen welchen Sicherheitsgewinn bringen – diese Frage beschäftigt Löber seit Jahren. Die Antwort aber ist schwierig. Denn in vielen Bereichen mangelt es in Deutschland an Daten...

O-Ton 38 - Nils Löber:

Es gibt in Skandinavien, gerade in Schweden, ist man sehr viel weiter, in den USA ist man sehr viel weiter, auch sehr viel offener und transparenter in der Dokumentation und Kommunikation von Qualitätsdaten und eben auch von Daten, die schlechte Qualität zeigen. Wir haben hier in Deutschland ja gar keine Verpflichtung groß über die schlecht gelaufenen Dinge in einem Krankenhaus auch zu berichten, das sieht in anderen Ländern ganz anders aus.

Sprecherin:

So diskutiert man in Deutschland beispielsweise noch immer, ob Behandlungsfehler in Zukunft meldepflichtig sein sollen. Auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit, in dem Löber Mitglied ist, konnte sich nicht auf eine eindeutige Empfehlung einigen. Vorliegende Daten zeigen eindeutigen Handlungsbedarf. So sterben in Deutschland bis zu 20 Prozent mehr Patienten an den Folgen eines septischen Schocks, also einer schweren Blutvergiftung, als etwa in Australien, den USA oder Großbritannien. 15.000 bis 20.000 Todesfälle wären in Deutschland pro Jahr vermeidbar, hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit kalkuliert. Durch ein Maßnahmenbündel, das erhöhte Impraten, eine Reduzierung vermeidbarer Krankenhausinfektionen und eine bessere Früherkennung beinhaltet.

Atmo 03 (Monitor-Piepen Intensivstation)

O-Ton 39 - Anonyma:

Eigentlich sollte ich jeden Patienten alle zwei Stunden drehen und wenden, damit er keine Druckgeschwüre bekommt. Schaffe ich oft gar nicht und dementsprechend mache ich es ganz, ganz zackig und schnell, was für jemanden, der im Koma ist, natürlich auch unangenehm ist.

Sprecherin:

Aber anders ist es nicht zu schaffen, sagt die Intensivschwester. Wie stark die Arbeitsbelastung steigt, verdeutlicht eine Zahl aus einer anderen Station ihres Hauses:

O-Ton 40 - Anonyma:

Wir hatten jetzt eine Station, ich glaube mit 48 Betten, da hatten wir in einer Woche 178 Entlassungen und dementsprechend auch Aufnahmen. Also das ist dann so, wo klar sein muss – der Patient, keiner kennt ihn eigentlich mehr wirklich.

Sprecherin:

Da kann es schon mal vorkommen, dass man einen Patienten mit dem falschen Namen anspricht, gibt die Krankenschwester zu. Dass der falsche Patient operiert wird, hat sie allerdings in rund 40 Jahren Berufsleben nicht erlebt. Dennoch: Die brenzlichen Situationen nehmen zu, meint sie.

O-Ton 41 - Anonyma:

Und das sind so die Situationen, wo man dann auch denkt: Nochmal Schwein gehabt, ich bin immer wieder begeistert, wieviel Glück wir da haben und was Menschen auch aushalten können, wie selten was passiert...

Atmo 07 (Hau Ruck, Hau Ruck, andere: Halt fest... (läuft weiter unter Text...))

Sprecherin:

Tauziehen vor dem Sitz des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen in der Berliner Reinhardtstraße. Links ziehen Pflegekräfte und Patienten im OP-Hemd, rechts hängen sich Vertreter der deutschen Krankenkassen und der Klinikkonzerne ans Seil. Symbolisch versteht sich.

Atmo 08 (Wir haben jetzt Bündnisse gegründet bundesweit – und wo wir hinwollen ist die gesetzliche Personalbemessung...)(läuft weiter unter Text)

Sprecherin:

Das „Berliner Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus“ hat zum Protest gerufen, gemeinsam mit Pflegebündnissen aus Hamburg und Bremen.

Atmo 09 (Mehr von uns, besser für alle! Johlen... (läuft unter Text weiter))

Sprecherin:

„Mehr von uns, ist besser für alle“, rufen die Pflegekräfte draußen. Seit Jahren fordert das Bündnis bessere Arbeitsbedingungen für Pflegerinnen und Pfleger. „In der Pflege ist die Dauerbelastung durch den massiven Personalabbau in den letzten Jahren unerträglich geworden. Die Beschäftigten werden krank oder kündigen; die Gesundheit der Patienten und Patientinnen und der Pflegebedürftigen ist gefährdet und ihre Angehörigen sind oft überfordert“, heißt es in einer Resolution. Während drinnen, im GKV-Hauptsitz, die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft über Personaluntergrenzen im Klinikbereich verhandeln.

Ein Vertreter des Berliner „Volksentscheids für gesunde Krankenhäuser“ greift zum Mikrofon:

O-Ton 42 - Demo:

Wir stehen heute hier, aber auch in anderen Bundesländern auf die Straße, um für Personalmindeststandards im Krankenhaus zu protestieren. Standards, die sich an der Sicherheit der Patientinnen und Patienten orientieren...

Sprecherin:

Personalfragen sind Schlüsselfragen: für die Krankenhausbetreiber, die rentabel wirtschaften müssen, und für die Patienten, die im Krankenhaus sicher aufgehoben sein wollen.. Das weiß die APS-Vorsitzende Hedwig Francois-Kettner. Die Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern, wo immer mehr Patienten von weniger Personal betreut werden müssen, macht ihr Sorgen.

O-Ton 43 - Hedwig Francois Kettner:

Ich meine, wir haben uns ja auch treiben lassen, in diese wahnsinnige Situation. Wieso eigentlich? Wir hätten selbstbewusster an vielen Stellen sagen müssen: Nein, System, stopp! Hier hältst Du dich zurück. Da sagen wir, was die Zeit braucht.

Sprecherin:

Eine Verbesserung der Patientensicherheit ist mit Mehraufwand verbunden. Ob Meldungen ins CIRS-System eingegeben, Druckgeschwüre verhindert oder die Sturzanfälligkeit eines Patienten erhoben werden sollen. Alles kostet Zeit. Und die ist auf den Stationen knapp.

O-Ton 44 - Hedwig Francois-Kettner:

Also, ich sage Ihnen mal, eigentlich sind die Widerstände in jedem. Bei jedem, bei jeder Institutionen. Fast alle Institutionen sind der Auffassung sie tun alles, was zu tun ist, sie sind schon so super gut...

Sprecherin:

Veränderungen benötigen Verbündete, weiß Hedwig Francois-Kettner. Und einer der wichtigsten Unterstützer liegt für die APS-Vorsitzende gewissermaßen im Krankbett. Deshalb wendet sich das Aktionsbündnis direkt an die Patienten mit Ratgebern wie: „Reden ist der beste Weg“, „Thrombose in den Beinen vorbeugen“, „Sicher im Krankenhaus“. Hingucken, nachfragen, mitreden – das rät Francois-Kettner. Sicher ist sicher:

O-Ton 45 - Francois-Kettner:

Es muss schon so sein, dass der Patienten selber mutiger wird Nun ist es so, dass weiß jeder, wenn man schwach ist, wenn man krank ist, man ist nicht so souverän, man ist nicht so in der Lage argumentativ was zu machen. Oder man hat das Gefühl, man ist so abhängig. Aber ich würde wirklich jedem raten das er es einfach versucht, das zu umgehen. Es geht nur um ihn als Patient Er ist derjenige, um den es geht. Und niemand sonst, niemand. Und das ist das, was ich möchte, dass das jeder begreift. Man hat ja nur ein Leben, ein einziges. Ich finde, Patienten müssen mutiger werden.

* * * * *