

# Einen offenen Umgang mit Fehlern fördern

**Risikomanagement in der Psychiatrie** Aggressives Verhalten, fehlerhafte Medikation, missverständliche Kommunikation – psychiatrische Einrichtungen haben besondere Risiken. Mit einem guten Risikomanagement können diese für Patienten und Mitarbeiter kontinuierlich gesenkt werden. Entscheidend ist dabei eine gute Vertrauenskultur im Unternehmen.

Von Georg Schnieders und Dr. Stefan Pilz

Das psychiatrische Krankenhaus ist in erster Linie ein Schutzraum für Menschen in persönlichen, oft lebensbedrohlichen Krisen. Vor allem im Bereich der Intensiv- und Notfallpsychiatrie, aber auch im gerontopsychiatrischen sowie im Psychosebereich sind viele Gefahren- und Risikofelder zu beachten. Die Risiken für Patienten, aber auch für Mitarbeiter sind breit gestreut. Sie reichen von der Verletzung der Aufsichtspflicht über Überwachungsfehler bis hin zu Sturzgefahren oder fehlerhafter Medikamentenverabreichung. Im Folgenden wird eine Auswahl von Methoden des Risikomanagements in der Psychiatrie vorgestellt, die sich in der Praxis der Klinik DR. FONTHEIM in Liebenburg bewährt haben.

## Critical Incident Reporting System – CIRS

Eine der bekanntesten Methoden zur Fehlerbearbeitung und Risikominimierung ist das Critical Incident Reporting System, kurz CIRS. Hier werden kritische Ereignisse mit Gefährdungsmöglichkeit für Patienten systematisch aufgegriffen und analysiert. Klassische CIRS-Fälle in der Psychiatrie sind zum Beispiel Umrechnungsfehler in der Medikamentendosierung, erhebliche Fremdgefährdung durch einen aggressiven Patienten, das Nichttragen der Notrufanlage im Nachtdienst mit Zwischenfall oder die versehentliche Mitnahme der mobilen Notrufanlage nach Hause.

Man spricht im CIRS von einem kritischen Ereignis (Beinahe-Schaden), wenn ein Patientenschaden durch Zufall/Glück nicht eingetreten ist, trotz eines Fehlers ausgeblieben ist oder durch die Korrektur eines Fehlers

verhindert werden konnte. Ein Schadensfall (adverse event) ist demgegenüber, wenn sich ein Zwischenfall mit Patientenschaden ereignet hat. Schadensfälle werden dokumentiert und an die Verantwortlichen, zum Beispiel Chefarzt oder Pflegedirektor, sowie das Qualitätsmanagement weitergeleitet.

Meldungen, die über das CIRS eingehen, werden systematisch analysiert und bewertet. Ein Risikomanagement-Team wägt das weitere Vorgehen ab. Nicht selten kommen sinnvolle Lösungsvorschläge schon vom Personal vor Ort. Das Qualitätsmanagement übermittelt relevante übergeordnete Änderungsvorschläge an die Klinikleitung, die diese zunächst prüft und dann Aufträge an die operative Ebene veranlasst.

Bei kritischen Ereignissen und Fehlern, die über das CIRS eingehen, erfolgt keine Rückverfolgung auf den Verursacher. Ziel ist eine konstruktive Fehlerkultur. Dabei verändert sich der Fokus von der früher vorherrschenden Frage „Wer ist schuld?“ immer mehr zum konstruktiven „Was ist schuld?“ Deshalb gibt es auch keine arbeitsrechtlichen Konsequenzen, sondern organisatorische Lernschritte. Die höchste Stufe möglicher individueller Konsequenzen sind beispielsweise Schulungen. Dieses Vorgehen ist in der Klinik DR. FONTHEIM in Form einer Betriebsvereinbarung festgehalten. Bei Entdeckung von Fehlern im Alltag sind weiterhin alle Formen der Konsequenzen möglich.

Der Erfolg dieser Methode geht entscheidend mit einer gelebten Vertrauenskultur einher. Es ist wichtig, dass ein angstfreier Raum besteht, in dem offen über gemachte Fehler gesprochen wird und daraus Lehren für die Zukunft gezogen werden. Dass dieses Vertrauen besteht,



Foto: Stützer/Weitkamp

1



Foto: Werner Krüger

2



Foto: Stützer/Weitkamp

3



Foto: Stützer/Weitkamp

4

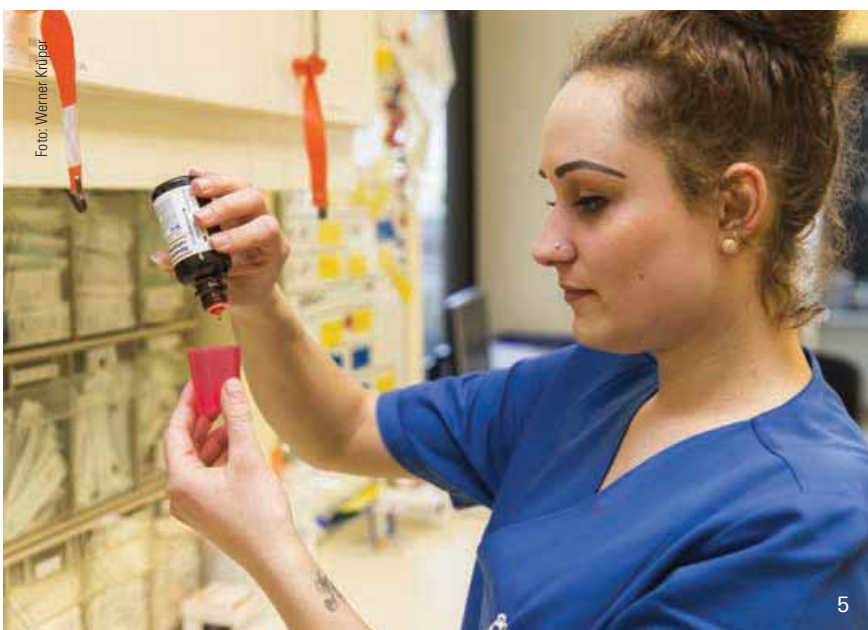


Foto: Werner Krüger

5

- 1 Trainings in Gewaltprävention fördern eine hohe Sicherheit in Grenzsituationen
- 2 Das SBAR-Tool sorgt für einen sicheren Austausch zwischen Ärzten und Pflegenden in Übergaben, kritischen Situationen beziehungsweise Notfallsituationen
- 3 Jeder Mitarbeiter nimmt einmal im Jahr an einer strukturierten Notfallfortbildung mit Reanimationstraining teil
- 4 Das Critical Incident Reporting System, kurz CIRS, greift kritische Ereignisse mit Gefährdungsmöglichkeit für Patienten systematisch auf
- 5 Die Medikation spielt in der Psychiatrie eine besondere Rolle; wichtig ist unter anderem das sichere Stellen der verordneten Medikamente

## Beispielmeldung einer kritischen Situation nach dem SBAR-Modell

**Situation:** Hallo, hier Peter Müller, Station 9a. Wir haben gestern den 53-jährigen Herrn S. mit einer Alkoholabhängigkeit erstmalig aufgenommen. Er kam mit 3,5 Promille und zeigt sich heute mit Schwitzen, Zittern und Unruhe stark entzückt. Herr S. beklagt Übelkeit, Schmerzen in der linken Brust, ausstrahlend in den linken Arm. Der Patient wird zunehmend unruhiger, beklagt Atemnot. Die Vitalwerte sind RR 100/60, Puls 90/Min.

**Background:** Herr S. hat einen Diabetes mellitus Typ 2 (nicht insulinpflichtig) und vor zwei Jahren einen Herzinfarkt. Er bekommt folgende Medikamente: ASS, Metformin, Metoprolol und Cymbalta.

**Assessment:** Es könnte sein, dass der Patient einen erneuten Herzinfarkt hat. Die Situation verschlechtert sich. Das EKG wird gerade geschrieben.

**Recommendation:** Kommen Sie bitte unverzüglich! Soll ein Troponin-Test gemacht werden? Blutentnahme? Nitrospray?

## Weitere Tools zur Risikominimierung in der Psychiatrie

**1. Transparenz von Notfallkonzepten:** Weiß jeder Mitarbeiter, was wann wo zu tun ist? Was passiert bei einem Notfall? Hier gibt es im Intranet und zum Teil als Aushang auf den Stationen klare Informationslisten, ein klares To-Do: Wer ist verletzt? Wo ist es passiert (Station/Raum)? Was ist passiert (Reanimation/Verletzung)? Welche Art der Verletzung?

**2. Notfallfortbildung und Reanimation:** Jeder Mitarbeiter muss einmal im Jahr an einer strukturierten Notfallfortbildung mit Reanimationstraining teilnehmen. Zu diesem Zweck werden speziell geschulte Notfalltrainer eingesetzt, die regelmäßige Trainings auch auf den Stationen anbieten und damit die Bedingungen vor Ort mit berücksichtigen. Zudem wird die Qualität mit einem einfachen Evaluationsbogen erhöht, den die beteiligten Teams im Anschluss an eine erfolgte Reanimation ausfüllen. Von hier kommen regelmäßig weitere Verbesserungsvorschläge.

**3. Hygiene:** Psychiatrische Krankenhäuser sind zwar keine Hochrisikobereiche, aber auch hier ist Hygiene elementar. Insbesondere zu Norovirus-Zeiten werden Fragen der Routinehygiene laut. Hier wurden die Konzepte der „Aktion Saubere Hände“ vereinfacht, sie sensibilisieren die Mitarbeiter mit der systematischen Kontrolle der Händehygiene mittels Weißlichtlampe und mit Fortbildungen, das Thema Händehygiene ernst zu nehmen. Diese Aktion wird jährlich in allen Abteilungen wiederholt.

**4. Medikamentensicherheit:** Medikamentenmanagement hat im psychiatrischen Kontext spezifische Besonderheiten, zum Beispiel bei Sucht- oder gerontopsychiatrischen Patienten. Hier kann die Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme durch eine fehlende Compliance beim Patienten gestört sein. Zudem muss die Sicherheit im Verordnungs- und Stellprozess gewährleistet sein. Schon vor vielen Jahren hat sich eine Projektgruppe Medikamentenvergabe mit der Thematik auseinandergesetzt, arbeitet regelmäßig an Fragestellungen rund um die Medikamentensicherheit und führt Risikoaudits durch.

zeigt sich unter anderem daran, dass nach anfänglich anonymen Meldungen auch freiwillige Meldungen mit Namen angeregt wurden und dies bei mehr als 70 Prozent der Fälle auch genutzt wird. Das wiederum erleichtert die Fallanalyse im Anschluss erheblich.

## Effektive Gewaltprävention

Das Thema Gewalt spielt in allen psychiatrischen Kontexten eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Es ist Aufgabe der Krankenhausleitung, für ein sicheres Umfeld zu sorgen. Dies geschieht zum einen bei der baulichen Milieugestaltung, aber auch bei der Personalentwicklung. Hier wird mit dem von Heinz Kirchner entwickelten KIJÖ-Konzept (Ausbildungsinstitut Kirchner Jochheim) gearbeitet. Bei diesem Konzept zur Gewaltprävention werden schwerpunktmäßig Trainings in Erlebnispädagogik, Gewaltprävention und Selbstverteidigung angeboten.

Dabei geht es um Schulung und Entwicklung der Kompetenzen der Mitarbeiter zu den Themen Wahrnehmungskompetenz, Selbsteinschätzung, Entschlossenheit, Selbstsicherheit, Schulung der Sinne, Überwindung eigener Grenzen, Kennenlernen realistischer Selbstverteidigungstechniken, Selbstbehauptung, Reaktionsfähigkeit, Alltagstransparenz. Bei regelmäßiger Schulung und Begleitung entsteht so eine hohe Sicherheit in Grenzsituationen.

Das lange durch einen externen Trainer begleitete und längst etablierte Konzept wurde vor wenigen Jahren um ein hausinternes Konzept zur Schulung von Sicherheits- und Schutzmaßnahmen ergänzt. Der hierfür zum Deeskalationstrainer ausgebildete Mitarbeiter bietet regelmäßige Schulungen zur Gewaltprävention an.

## SBAR-Tool für eine strukturierte Informationsweitergabe

Das Thema Kommunikation im Zusammenhang mit Patientensicherheit ist in Deutschland recht neu, wird aber seit ein bis zwei Jahren intensiv diskutiert. Etliche Studien zeigen, dass bis zu 80 Prozent aller ernsthaften Fehler im Behandlungsablauf fehlerhafte Kommunikation beinhalten. Die meisten vermeidbaren unerwünschten Ereignisse lassen sich auf insuffiziente Kommunikation zurückführen (z. B. Solet et al. 2005). Eine strukturierte und fokussierte Kommunikation unterstützt dabei die fehlerfreie Weitergabe von Informationen erheblich.

Ganz allgemein stellt das SBAR-Tool einen Kommunikationsstandard dar. Dieser vereinheitlicht die Kommunikation, erleichtert die Ablaufprozesse und kann dadurch unerwünschte kritische Situationen minimieren – im besten Fall verhindern. SBAR ist ein gegliederter Gesprächsleitfaden, mit dem Informationen in vier Abschnitten schnell, genau und leicht verständlich dargestellt werden können. Die Methode dient dem Austausch zwischen Ärzten und Pflegenden in Übergaben, kritischen Situationen beziehungsweise Notfallsituationen. Sie kann aber auch generell zur strukturierten

rierten Patientenvorstellung in unterschiedlichen Settings angewandt werden. Die Abkürzung SBAR steht für:

**S** – Situation: Der Sprecher stellt sich vor, der Patient wird identifiziert und die aktuelle Situation/Problematik wird beschrieben.

**B** – Background (Vorgeschichte/Hintergrund): Der Aufnahmegrund wird kurz zusammengefasst. Wesentliche Vorerkrankungen und wichtige Daten werden im Verlauf dargestellt.

**A** – Assessment (Einschätzung des Therapieverlaufs/Situation): Aktuelle Entwicklung, Probleme, mögliche Risiken oder Einschätzung des Krankheitsverlaufs des Patienten werden genannt.

**R** – Recommendation (Anweisungen/Empfehlungen): Empfehlungen oder Vorstellungen des Sprechers werden kommuniziert, zum Beispiel: Das und das steht an. Kommen Sie bitte vorbei. Oder: Kann ich etwas tun?

Hier wurde das Ausgangsmodell der übersetzten Fassung der englischen Version an psychiatriespezifische Gegebenheiten angepasst. SBAR ist ursprünglich für den Einsatz in kritischen Situationen entwickelt worden. In der Klinik DR. FONTHEIM wurde jedoch entschieden, das Instrument zunächst in den allgemeinen Übergaben einzuführen. Damit sollte den Mitarbeitern in den Pilotbereichen die Möglichkeit gegeben werden zu üben. Dann ist es in den selteneren Krisensituationen gut bekannt und stabil anwendbar.

Insgesamt benötigt die Übergabe eines Patienten nach diesen vier Bausteinen maximal 1,5 bis 2 Minuten, dauert also nicht länger als sonst auch. Die Informationen selbst sind aber deutlich klarer als zuvor. Eher ein Abfallprodukt war die Vorgabe einer Stationsleitung, den ersten pflegerischen Verlauf nach der Patientenaufnahme nach SBAR zu strukturieren. Diese Zusammenfassung ist mittlerweile aber so gut, dass auch die anderen Stationen neugierig auf SBAR geworden sind. In diesem Sog wird im kommenden Jahr SBAR in der gesamten Klinik ausgerollt.

### Entscheidend: eine vertrauensvolle Unternehmenskultur

In diesem Artikel werden eine ganze Reihe unterschiedlicher Methoden, Tools und Vorgehensweisen vorgestellt, um die Risiken in der täglichen psychiatrischen Versorgung für Patienten und Mitarbeiter kontinuierlich zu senken. Dennoch ist der wesentliche Hebel für eine erfolgreiche Umsetzung eine vertrauensvolle Unternehmenskultur.

Mitarbeiter, die wissen, dass ein offener Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern möglich ist, haben kaum Angst, solche Ereignisse öffentlich zu machen und gemeinsam Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Und eine gut strukturierte und fokussierte Kommunikation funktioniert vor allem dann, wenn sie in einem Klima der Wertschätzung stattfinden kann.

Arbeitshilfe bessere Kommunikation 2: SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation (Langform und Pocketversion, GQMG, Dezember 2015)

GQMG (Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung), Positionspapier: Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement, Mai 2015. Ein Plädoyer für die verstärkte Nutzung von evidenzbasierten Kommunikationswerkzeugen im Gesundheitswesen

Arbeitshilfe bessere Kommunikation 1: Grundregeln der Kommunikation (Langform und Pocketversion, GQMG, Dezember 2016)

Solet DJ et al.: Lost in Translation: Challenges to Physician Communication during Patient Hand-off. Academic Medicine 2005; 80: 1094–1099



**Georg Schnieders** ist Diplom-Pflegewirt und Pflegedirektor bei DR. FONTHEIM Mentale Gesundheit in Liebenburg. Mail: g.schnieders@fontheim.de



**Dr. Stefan Pilz** ist Leiter Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement bei DR. FONTHEIM Mentale Gesundheit in Liebenburg. Mail: s.pilz@fontheim.de

**Näher am Leben**  
 Mein Fachbereich Gesundheit & Pflege an der HFH

- Ich kann studieren und weiter meinen Beruf ausüben
- Mein Abschluss bringt mich beruflich weiter
- Meine Zeit und mein Pensum teile ich mir selber ein

**hfh-fernstudium.de**

- ✓ Praxisrelevante Studieninhalte
- ✓ 20 Jahre Erfahrung
- ✓ Über 9.000 Absolventen
- ✓ 97% Weiterempfehlung