



ELSEVIER  
URBAN & FISCHER

Online verfügbar unter [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



IM BLICKPUNKT

# Einführung und Beurteilung von Maßnahmen zur Fehlerprävention in chirurgischen Kliniken: Ergebnisse einer aktuellen Online-Befragung



*Implementation and evaluation of error prevention measures in surgical clinics: Results of a current online survey*

Matthias Rothmund\*, Thomas Kohlmann,  
Claus-Dieter Heidecke, Hartmut Siebert, Jörg Ansorg

Marburg, Deutschland

Eingegangen/submitted 21. April 2015; überarbeitet/revised 12. Mai 2015 und 18. Juni 2015; akzeptiert/accepted 24. Juni 2015

## SCHLÜSSELWÖRTER

Patientensicherheit;  
Chirurgie;  
Vorbeugung von  
Schäden;  
Methoden

**Zusammenfassung** Eine Online-Umfrage aus dem Herbst 2014, auf die mehr als 3000 in deutschen Krankenhäusern tätige Chirurginnen und Chirurgen antworteten, zeigte eine hohe Prävalenz von Instrumenten zur Fehlerprävention in den Kliniken bzw. Abteilungen. Etwa 90% der Antwortenden gaben an, dass in ihrer Klinik bei Operationen Checklisten abgefragt, Markierungen des Eingriffsortes vorgenommen und Infektionsstatistiken geführt werden. In etwa 3/4 der Kliniken wurden Fehlermeldesysteme (CIRS), Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen und Identifikationsarmbänder für Patienten eingeführt. In einem von den Antwortenden vorgenommenen Ranking der Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen führen die präoperative Markierung der Eingriffseite und perioperative Checklisten vor Schulungen bei Arbeitsantritt in einer neuen Klinik und vor Einführung neuer Geräte. CIRS wird nur von der Hälfte der Befragten eine Wirksamkeit zugemessen. Es zeigt sich, dass meistens alle Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit in chirurgischen Kliniken vorhanden sind, an der optimalen Anwendung in der täglichen Praxis jedoch noch gearbeitet werden muss.

## KEYWORDS

Patient safety;  
surgery;

**Summary** In the autumn of 2014, more than 3,000 surgeons completed an online questionnaire asking for the prevalence and efficiency of instruments to prevent adverse events within surgical departments in Germany. About 90 % of the respondents stated that perioperative checklists, preoperative marking of the surgical site and the documentation of hospital infections had been implemented in their institution; and 75 % of the institutions had introduced

\* Korrespondenzadresse. Prof. Dr. Matthias Rothmund, Am Berg 36, 35041 Marburg, Deutschland.  
E-Mail: [mailanmr@gmx.de](mailto:mailanmr@gmx.de) (M. Rothmund).

prevention of adverse events;  
methods

critical incident reporting systems (CIRS), morbidity and mortality conferences and identification bracelets for patients. The surgeons were asked to rank the different instruments for the prevention of adverse events. According to the respondents, preoperative marking of the surgical site and the use of checklists were at the top of the efficacy ranking, followed by an introductory course for surgeons starting work in a hospital or when new devices became available. Only 50 % of the responding surgeons perceived CIRS as being efficient. Overall, the answers showed that instruments to increase patient safety were commonly available in surgical departments. On the other hand, there is still room for improvement in daily practice.

Patienten im Rahmen von Diagnostik und Therapie nicht zu schaden, war schon immer ein wichtiges Ziel von Ärzten. Das mehr als zweitausend Jahre alte „*primum nil nocere*“ des Hippokrates legt davon Zeugnis ab. Für die in modernen Zeiten immer erfolgreichere aber auch komplexere und fehleranfälligerer medizinische Versorgung reicht die gute Absicht, nicht zu schaden, nicht mehr aus. Die moderne Medizin braucht unterstützende Instrumente zur Prävention von Patientenschäden. Diese Notwendigkeit wurde einer breiten Öffentlichkeit durch den Bericht des Institute of Medicine im Jahre 1999 erstmals bewusst [1].

Die Chirurgie hat sich der Fehlerprävention in besonderem Maße zugewandt, nicht weil hier Fehler häufiger vorkommen als in der konservativen Medizin – wahrscheinlich ist das nicht der Fall – sondern weil sie eindeutiger definiert werden können. In der operativen Medizin gibt es fast immer einen Täter, eine Tatzeit und einen Tatort. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh) und der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) haben schon in den Jahren 2005 und 2009 im Rahmen von Erhebungen zur Qualität der Weiterbildung vereinzelt Fragen zur Umsetzung der Fehlerprävention im klinischen Alltag gestellt [2,3]. Auch für den Gesetzgeber, die Ärztekammern, die Fachgesellschaften und weitere Institutionen ist die Frage nach dem tatsächlichen Einsatz und der Effizienz von Maßnahmen zur Reduktion von Patientenschäden immer wichtiger. Mit dem in 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz und der Einigung des gemeinsamen Bundesausschusses auf Anforderungen für ein einrichtungsinternes klinisches Risikomanagement Anfang 2014, sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, ein Qualitäts- und Risikomanagement einzurichten. Schon zuvor haben auch ohne gesetzliche Verpflichtung zahlreiche Krankenhäuser und Abteilungen bereits Maßnahmen eines klinischen Risikomanagements etabliert, wie z.B. ein anonymes Fehlermelde- und Berichtssystem (critical incident reporting system (CIRS)), perioperative Checklisten oder Morbiditäts- und Mortalitäts (M&M)- Konferenzen. Sie folgten damit den Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und anderer Einrichtungen. Auch die DGCh hat ihre Mitglieder aufgerufen, sich an der Etablierung eines klinischen Risikomanagements zu beteiligen. Die bisherigen Erhebungen der DGCh und des Berufsverbandes sowie eine weitere Umfrage des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn [3] zeigten belegbare Fortschritte, wiesen aber darauf hin, dass in der täglichen Praxis noch Defizite zu erkennen sind. Dass hier noch viel zu tun ist, wird auch durch die kürzlich publizierte Definition von Handlungsfeldern in der Gesundheitsversorgung in Deutschland hinsichtlich der Patientensicherheit unterstrichen [4]. Das APS hat zusammen mit anderen Organisationen vorgeschlagen, Patientensicherheit zum nationalen

Gesundheitsziel in Deutschland zu erklären. Ein dahingehender Beschluss wurde 2013 vom Kooperationsverbund Gesundheitsziele gefasst. Konkrete Ziele und Maßnahmen werden derzeit erarbeitet ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)).

Im Herbst 2014 wurde durch eine gemeinsame Initiative der DGCh und ihrer Teilgesellschaften wie auch ihrer Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS), des BDC sowie des APS eine online-Befragung durchgeführt. Ziel der Befragung war, den aktuellen Stand des Einsatzes und der Wertung der Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit in chirurgischen Kliniken zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Befragung werden im Folgenden dargestellt.

## Methoden

Die Bitte zur Beantwortung des Fragebogens ging per Rundmail an alle Mitglieder der DGCh, der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, plastische und ästhetische Chirurgie sowie Thorax-, sowie Allgemein- und Viszeralchirurgie, ebenso an die Mitglieder des BDC. Die Mails enthielten einen Link zum Fragebogen, sodass die Teilnehmer unmittelbaren Zugang zu den Fragen hatten und sie beantworten konnten. Den Antwortenden war erlaubt, Fragen zu überspringen, d.h. nicht zu beantworten. Dies geschah mit unterschiedlicher Häufigkeit. Erinnerungsmails wurden einen Monat später verschickt. Die Autoren schätzen die Grundgesamtheit der zur Beantwortung gebetenen Chirurginnen und Chirurgen auf etwa 12 000. Eine genaue Angabe kann wegen zahlreicher Mehrfachmitgliedschaften in den verschiedenen Fachgesellschaften und dem BDC nicht gemacht werden.

Der insgesamt 52 standardisierte Fragen umfassende Online-Fragebogen wurde in enger Abstimmung von vier Autoren dieses Beitrags (MR, CDH, HS, JA) mit langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet des Risikomanagements in der Chirurgie entwickelt. In seiner Grundstruktur erfasst der Fragebogen für 10 bzw. 8 spezielle Maßnahmen und Instrumente der Fehlerprävention in der Chirurgie, a) ob diese in den entsprechenden chirurgischen Abteilungen implementiert sind, b) als wie sinnvoll und c) als wie wirksam diese Maßnahmen und Instrumente von den Befragten beurteilt werden. Im einzelnen wurden Angaben über die folgenden Maßnahmen und Instrumente der Fehlerprävention erhoben: Perioperative Checklisten, Critical Incident Reporting Systeme, M&M-Konferenzen [5], Identifikationsarmbänder für Patienten, präoperative Markierung der Schnittführung, präoperative Seitenmarkierung, Schulungen bei Einführung neuer Geräte und bei Arbeitsantritt in einem neuen Krankenhaus sowie Führen einer Infektionsstatistik. Darüber hinaus

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7530198>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7530198>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)