

Regelmäßige Fortbildung ist für ÄrztInnen aller Fachrichtungen wichtig. Viele Fortbildungsveranstaltungen finden heutzutage online statt. Die jeweiligen E-Learning-Module ermöglichen eine flexible Auseinandersetzung mit dem Fortbildungsthema – und die Erarbeitung neuen Wissens, wann immer im stressigen Alltag Zeit dafür ist. E-Learning-Module können Online-Videos, rezente Fachartikel oder auch Lehrbuchinhalte umfassen. Ein umfassender Fragenkatalog am Ende und die Anerkennung der geleisteten Fortbildung durch die Ärztekammer ermöglichen eine flexible Wissensaneignung und die Erfüllung der Fortbildungspflicht. Brauchen Sie E-Learning-Inhalte? Dann schreiben Sie mir unter xxxx. Als Medizinjournalistin mit über 20-jähriger Erfahrung bin ich Ihnen gerne beim Erstellen solcher Unterlagen behilflich.

E-Learningmodul „Kommunikation“

1 Allgemeines zur Kommunikation

Kommunikation in Gesundheitseinrichtungen

Neben einer exzellenten ärztlichen und pflegerischen Versorgung kommt der Kommunikation in Gesundheitseinrichtungen eine maßgebliche Rolle zu.

Mangelhafte Kommunikation stört Abläufe, führt zu Fehlern und gefährdet die Sicherheit von PatientInnen sowie das Behandlungsergebnis.

Kommunikation in der Medizin beschränkt sich dabei nicht auf Interaktionen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Vielmehr können Kommunikationsfehler auf allen Ebenen im Gesundheitssystem vorkommen, was immer wieder zu Beinahe-Fehlern oder gar Fehlern führt. Die wichtige Rolle gelungener Kommunikation in allen Bereichen des Gesundheitssystems bildet sich auch in den Einträgen und Berichten des Fehlermeldesystems www.cirsmedical.at ab.

Kommunikationsebenen

Kommunikation im Gesundheitswesen umfasst viele verschiedene Ebenen, wie zum Beispiel:

- zwischen ÄrztIn und PatientIn
- zwischen ÄrztInnen verschiedener Disziplinen
- zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonal (und anderen Personen im erweiterten Behandlungsumfeld)
- zwischen Pflegepersonen
- zwischen ÄrztInnen und Angehörigen
- Kommunikation der Führung der jeweiligen Organisationseinheit
- zwischen Pflegepersonen und Angehörigen
- indirekte Kommunikation über Medien (Telefon, Email, postalische Kommunikation) usw.

Neben Fehlern in der Organisation zählen Kommunikationsprobleme zu den häufigsten Auslösern von Fehlern im Gesundheitssystem. Die Ursachen dafür sind vielfältig, wie etwa:

- Zeitmangel
- Personalknappheit

- Ressourcenmangel
- Stress (beruflich, zeitlich)
- Ermüdung
- Überforderung (emotional, körperlich, zwischenmenschlich)
- überlange Einsatzzeiten
- unklar definierte Schnittstellen und deren Management
- fehlerhafte Prozesse (z.B.: fehlende Zeit für Teambesprechungen, zu wenig Zeit für individuelle Gespräche mit PatientInnen, deren Angehörigen oder Personen im erweiterten Behandlungs- und Pflegeumfeld)
- Sprach-, Bildungs- und Kulturbarrieren (etwa bei Kommunikation über Dritte, zum Beispiel unter Einbindung von ÜbersetzerInnen)

Das österreichische Gesundheitssystem ist stark arbeitsteilig, eine erhebliche Anzahl an Personen und Institutionen wirkt daran mit. Im Versorgungsalltag führt dies, insbesondere dann, wenn unterschiedliche Personen und Institutionen in die Behandlung der PatientInnen miteinbezogen werden müssen, häufig zu Kommunikationsproblemen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Einbindung in die behandelnde Organisationseinheit nur lose und ohne besondere Kenntnisse der an der behandelnden Organisationseinheit bestehenden Prozesse und Abläufe sind. Eine solche Zusammenarbeit stellt hohe Anforderungen sowohl an die interne als auch an die externe Kommunikation.

Hieraus erwachsen, neben der Gefahr individuellen Versagens, allein aus dem Arbeitsumfeld durch Aneinanderreihung von Ereignissen latente Fehlerquellen innerhalb eines Systems. Wie im „Schweizer-Käse-Modell“ des britischen Psychologen James Reason¹ demonstriert, werden aus diesen latenten Fehlerquellen bei gewissen ungünstigen Konstellationen letztlich manifeste Fehler mit negativen Folgen für die betroffenen PatientInnen.

Um derartige Fehler effektiv zu vermeiden, reicht es nicht, bestimmte Kommunikationsmuster (sowohl verbal als auch nonverbal) bei individuellen Sender- und EmpfängerInnen zu durchbrechen. Zur dauerhaften Vermeidung von Kommunikationsfehlern braucht es in komplexen Systemen vielmehr eine Reihe systemisch-organisatorischer Maßnahmen, die auf allen Ebenen der Versorgungseinrichtung umgesetzt werden müssen, um eine Kommunikationskultur zu etablieren, die Fehler vermeiden hilft und der Komplexität der Organisation gerecht wird.

Das hier vorliegende E-Learning-Modul „Kommunikation“ beschreibt die fünf häufigsten, aus den Berichten an www.cirsmedical.at ableitbaren Bereiche, in denen, aufgrund mangelhafter Kommunikation, Beinahe-Fehler oder Fehler passieren und zeigt geeignete Maßnahmen zur Fehlervermeidung in diesem Bereich auf. Diese sind:

1. Verwechslungen durch Kommunikationsmangel (PatientInnen, Körperseiten, Medikation)
2. interne Kommunikation/innere Organisation

¹ Dieses sogenannte "Schweizer Käse Modell" geht davon aus, dass aus einer Gefahr nur dann ein Unfall oder ein unerwünschtes Ereignis entstehen kann, wenn die dazwischenliegenden "Sicherheitsbarrieren" (dies können Menschen oder auch technische Vorkehrungen wie z. B. Alarmer sein) versagen, also Lücken entstanden sind. Diese Lücken müssen dann auch noch durch "besondere Umstände" genau in einer "Achse" liegen. Die Lücken entstehen durch aktives und latentes Versagen (active and latent human failure), werden durch beitragende Faktoren beeinflusst und sind außerdem "dynamisch", d. h. sie öffnen, schließen oder verschieben sich über die Zeit. Quelle: <https://www.aezq.de/patientensicherheit/fehlertheorie/>

3. Kommunikationsfehler bei Nutzung von Medien
4. Kommunikationsfehler an Schnittstellen
5. Kommunikationsfehler aus sprachlichen Barrieren

Am Ende des Moduls finden sich Multiple Choice-Fragen zur Überprüfung des erarbeiteten Wissens.

2 Fälle aus CIRSmedical

2.1 Verwechslungen durch Kommunikationsmangel

Befundverwechslung: Identifikation der/des PatientIn

Eine etwas über siebzigjährige Patientin wird mit einem gebrochenen Oberschenkel eingeliefert. Sie war, geschwächt durch eine Influenza-Pneumonie, zuhause gestürzt. Es erfolgt zunächst eine Extension sowie die Optimierung der respiratorischen Situation. Danach wird die operative Sanierung geplant. Zur korrekten Einschätzung des perioperativen Risikos erfolgt auch ein internistisches Konsil. Der Befundbericht der internen Abteilung zeigt schwere Komorbiditäten wie ein schwere Herzinsuffizienz, eine fortgeschrittene KH und ein Kolonkarzinom. Damit ist das OP-Risiko als sehr hoch einzustufen. Dieser Befund verzögert, wegen der befürchteten Komplikationen sowie der Planung des notwendigen postoperativen Intensivaufenthalts, die operative Sanierung. Obwohl sich die Patientin beschwert und darauf hinweist, dass man sie „kränker mache, als sie eigentlich sei“, werden die vorliegenden Diagnosen von der Anästhesie übernommen und an alle beteiligten Schnittstellen übergeben. Die OP findet in Spinalanästhesie statt und verläuft völlig komplikationslos. Erst bei der Übernahme auf die Intensivstation fällt dem aufnehmenden Anästhesisten/der aufnehmenden Anästhesistin auf, dass der internistische Konsiliarbericht in der Patientendokumentation eine andere Patientin/einen anderen Patienten betrifft. Nach diesem falsch zugeordneten Befund war die OP-Vorbereitung- und die post-OP-Planung erfolgt. Die an die Intensivstation übernommene Patientin leidet nicht an den im Befund angeführten Erkrankungen und nimmt auch nicht die im Konsiliarbefund erwähnten Medikamente. Aufgrund der Befundverwechslung ist eine falsche Risikoeinschätzung erfolgt. Dies verzögerte die Zeit bis zur operativen Sanierung und erhöhte die Ressourcenbereitstellung für die Operation und die postoperative Betreuung. Die Patientin selbst kam nicht zu Schaden.

Wie kann ein solcher Fehler verhindert werden?

- Überprüfung der PatientInnen-Kurve, ob alle Befunde auch dieser Patientin/diesem Patienten zugeordnet werden können
- Erarbeitung und Anwendung eines Algorithmus zum Check der Krankengeschichte in Papierform
- kritisches Hinterfragen von Befundergebnissen; Plausibilitätsprüfung
- Angaben der Patientin/des Patienten ernst nehmen (diese hatte gesagt: „Jeder macht mich kränker, als ich eigentlich bin!“)
- eindeutige Identifikation der Patientin/des Patienten

Patientenverwechslung: Infusion für die falsche Patientin

Eine etwa sechzigjährige Patientin liegt in einem Dreibettzimmer, in dem nur zwei Betten belegt sind. Ein eintretender Arzt/eine Ärztin, der/die normalerweise nicht für

diese Abteilung zuständig ist, kommt und möchte ihr eine Infusion anhängen. Die Patientin, eine pensionierte Krankenschwester, bezweifelt, dass die Infusion wirklich für sie vorgesehen sei. Deshalb fragt sie mehrmals nach, ob das auch stimmen könne. Sie wird allerdings vom Arzt/der Ärztin mit den Worten: „Das passt schon!“ abgefertigt. Erst nach ihrer dritten Nachfrage wird der Arzt/die Ärztin stutzig und bemerkt seinen/ihren Fehler. Die Infusion war für die zweite Patientin im Zimmer angeordnet worden. Nachdem die richtige Patientin die Infusion erhalten hatte, meinte der Arzt/die Ärztin – anstatt sich zu entschuldigen - zur pensionierten Krankenschwester gewandt, die Infusion hätte ihr auch nicht geschadet.

Wie kann ein solcher Fehler verhindert werden?

- Einwände der/des PatientIn beachten
- Abgleich des Infusionsetiketts mit dem Namensetikett am Bett der/des PatientIn vor dem Anhängen der Infusion
- besondere Vorsicht bei der Betreuung unbekannter PatientInnen im Rahmen von Nacht- und Bereitschaftsdiensten²
- korrekter Umgang mit den PatientInnen nach einem Beinahe-Fehler

Seitenverwechslung: Falsche Schulter für Regionalanästhesie vorbereitet

Ein 50 bis 60 Jahre alter Patient soll an der Schulter arthroskopiert werden. Zur Vorbereitung erfolgt eine Lokalanästhesie. Der Eingriff wird an einem sehr intensiven und stressigen Arbeitstag durchgeführt. Die Aufgabe der OP-Koordination obliegt einer Anästhesistin/einem Anästhesisten, die/der auch für die Lokalanästhesie am Schulterpatienten zuständig war. Die OP-Hilfe bereitet leider die falsche Schulter zur Anästhesie vor. Die Anästhesistin verlässt sich, ohne Rückversicherung oder Befragung des Patienten, auf die OP-Hilfe und legt so die Anästhesie auf der falschen Seite. Erst nachdem dies geschehen war, macht der Patient die Anästhesistin auf den Seitenfehler aufmerksam. Nach einer erneuten Betrachtung der Röntgenbilder wird der Fehler bestätigt und in der Folge die richtige Seite anästhesiert. Der Patient kommt – zum Glück nur kurzfristig - zu Schaden, da nun beide Schulter anästhesiert und seine Arme für einige Zeit unbrauchbar waren.

Wie kann ein solcher Fehler verhindert werden?

- abarbeiten einer Checkliste vor dem Transport des Patienten/der Patientin in den OP und im OP (zum Beispiel: österreichische OP-Sicherheits-Checkliste³ oder WHO-Checkliste⁴)
- AnästhesistIn darf sich nicht auf Angaben der OP-Hilfe verlassen
- Verbesserung der Kommunikation im Team (positives Feedback, wenn auf einen Fehler aufmerksam gemacht wird)
- Markierung der richtigen Seite mit einem Permanentmarker, bevor der/die PatientIn prämediziert wird
- Vermerk über die richtige Seite in der Krankenakte
- Gespräch mit dem Patienten/der Patientin

Informationsverwechslung: Absolute Mängel in der Kommunikationskultur

² Speziell im Nachtdienst verabreichen meist stationsfremde diensthabende ÄrztInnen ihnen unbekanntem PatientInnen in abgedunkelten Räumen Medikamente, die meist von einem/einer anderen ÄrztIn untertags verordnet wurden.

³ Quelle: <https://www.plattformpatientensicherheit.at/themen-op-checkliste.php>

⁴ Quelle: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_checklist_german.PDF

Ein Patient der Altersgruppe 41 bis 50 wird für eine kurativ geplante achtstündige Operation eines bösartigen Tumors im Gastrointestinaltrakt ins Krankenhaus eingewiesen. Telefonisch wird seiner Ehefrau nach dem Eingriff mitgeteilt, es gehe ihrem Mann sehr gut, Schmerzen hätte er nur von der Wirbelsäulenmetastase. Die Gattin, selbst Ärztin, reagiert entsetzt, weil das präoperative OP-Staging keine Hinweise auf Metastasen erbracht hatte. Wie sich rasch herausstellt, war der diensthabende Arzt/die diensthabende Ärztin auf der Intensivstation falsch informiert worden: Die Schmerzen in der Wirbelsäule waren aufgrund der langen Lagerung auf dem OP-Tisch, wahrscheinlich verstärkt durch eine frühere Wirbelfraktur, aufgetreten. Nach zwei Tagen stellt sich heraus, dass der liegende Schmerzkatheter nicht wirksam ist. Zudem führt eine umfangreiche Infusionstherapie zu Stauungszeichen und zu einem beginnenden Lungenödem. Die deshalb eingebrachten Vorschläge der Gattin, mit einer Entwässerung zu beginnen, werden von der diensthabenden Stationsärztin als „Einmischung“ abgelehnt. Erst im weiteren Tagesverlauf wird, wegen des zunehmenden Lungenödems, entsprechend reagiert.

Wie können derartige Fehler in der Kommunikation verhindert werden?

- Wahrnehmung der Leitungsfunktion der Station für eine adäquate Kommunikationskultur
- Teambuildingseminare, um die Kommunikation im interdisziplinären Team zu verbessern
- Verbesserung der internen Abläufe, um größtmögliche Konsistenz im Informationstransfer herzustellen
- Verbesserung der internen Abläufe, um vorangekündigte und wichtige Untersuchungen, die für die nachfolgende Therapie entscheidend sind, auch rechtzeitig durchführen zu können
- Führung der Fieberkurve oder Dokumentation im Patient-Data-Management-System, damit ärztliche Anweisungen korrekt dokumentiert sind und Medikamente im verschriebenen Ausmaß auch korrekt verabreicht werden
- Führung der Fieberkurve oder Dokumentation im Patient-Data-Management-System kontrollieren, damit
 - a) ärztliche Anordnungen korrekt dokumentiert sind und
 - b) Medikamente im verschriebenen Ausmaß auch gegeben werden

2.2 Interne Kommunikation / innere Organisation

Zeitgleiche Kaiserschnittentbindungen zweier Zwillingsschwangerschaften ohne besonderen Zeitdruck

Zwei Frauen mit Geminigravidität werden am gleichen Vormittag zur geplanten Sectioentbindungen eingeliefert. Allerdings ist die Neonatologie zu diesem Zeitpunkt voll belegt. Damit ist klar, dass eines der beiden Zwillingspärchen nach der Kaiserschnittentbindung in ein anderes Krankenhaus transferiert werden muss. Die diensthabenden ÄrztInnen der Neonatologie informieren darüber auch die GynäkologInnen. Sie bitten dabei ausdrücklich, die zweite Sectio erst nach der Transferierung des ersten Zwillingspaars anzusetzen, nachdem keine Gründe für eine besondere Dringlichkeit der Entbindungen vorliegen. Dennoch wird die zweite Sectio unmittelbar nach der ersten durchgeführt.

Im Ergebnis sind – unnötigerweise – vier Frühgeborene gleichzeitig zu versorgen, obwohl dafür weder bei der Pflege noch in der Geräteausstattung (nasaler cPAP, Inkubatoren) der

Station die notwendigen Ressourcen vorhanden sind. Es wird – trotz vorhergehender Kommunikation – von der Gynäkologie keine Rücksicht auf die beschränkten Ressourcen genommen.

Wie kann ein solcher Fehler verhindert werden?

- bessere Kommunikation zwischen den Abteilungen, um potentielle Risiken auszuschalten
- Berücksichtigung der Versorgungssituation bereits im Vorfeld der Sectiones
- verbindliche Absprachen zwischen den Stationen zum zeitlichen Ablauf von Eingriffen
- Erarbeitung eines Algorithmus, wie in einem solchen Fall prinzipiell vorzugehen ist

2.3 Kommunikationsfehler bei der Nutzung von Medien

Falscher Eintrag in der Fieberkurve – Medikamentenverwechslung!

Eine ältere Patientin wird für einen elektiven Eingriff stationär aufgenommen. Die Patientin ist stabil und befindet sich in einem guten Allgemeinzustand. Sie leidet unter einer koronaren Herzerkrankung, die allerdings mit Nicolan® (Nicorandil) gut eingestellt ist. Diese Information findet sich auch in der Fieberkurve der Patientin. Nicorandil ist allerdings auf der Station nicht vorrätig. So wird statt des Koronartherapeutikums Nicolan® der Patientin ein Nicorette®-Pflaster aufgeklebt und als Austauschpräparat auf der Fieberkurve vermerkt. Die Identität des/der Verabreichenden und Eintragenden lässt sich im Nachhinein nicht mehr feststellen. Die Patientin zeigt sich verwundert über dieses Medikament (Nicorette®) und gibt an: „Ich rauche doch gar nicht.“ Am Folgetag wird der Fehler bemerkt, das Pflaster entfernt und wieder Nicorandil gegeben. Die Patientin kommt nicht zu Schaden.

Wie kann ein solcher Fehler verhindert werden?

- Jede Eintragung in die Fieberkurve muss mit Namenszeichen versehen werden, damit der/die Eintragende identifiziert werden kann
- Hinweise der/des PatientIn ernst nehmen
- Wenn ein Medikament durch ein anderes (substanzgleiches) Präparat ersetzt werden soll, muss dies mit dem im Krankenhaus vorliegenden, elektronischen Medikamentenverzeichnis im Vorfeld abgeglichen werden.
- Wenn Unklarheit bezüglich der Substanz herrscht, Rücksprache mit KollegInnen halten

2.4 Kommunikationsfehler an Schnittstellen

Kommunikationsfehler bei Schlaganfall/Transport ins Krankenhaus

Weil ein knapp siebzigjähriger Patient über massiven gerichteten Schwindel und unspezifisches Unwohlsein klagt, wird die Rettung alarmiert. Der Notfallsanitäter fährt um 5.30 Uhr aus und stellt bei seiner Ankunft beim Patienten fest, dass dieser einen Schlaganfall erlitten haben könnte. In einem Transportsessel wird der Patient in den Rettungswagen gebracht. Unter kontinuierlichem Monitoring und O₂-Gabe wird der Patient im Rettungswagen betreut. Schon während der Patient eingeladen wird, wird mit der Leitstelle Kontakt aufgenommen und ein notwendiger Transport in ein Spital angekündigt. Die Leitstelle wird mit der Information „Stroke/Hirnblutung“ aufgefordert, ein Zielkrankenhaus mit Neurochirurgie auszuwählen und den Transport dort mit der Verdachtsdiagnose anzukündigen. Allerdings verfügt das Spital, das von der Leitstelle als Zielkrankenhaus vorgegeben wird, nicht über eine Neurochirurgie. Dies

war den Sanitätern aber zuvor nicht bekannt. Noch vor Beginn der Fahrt verschlechtert sich der Zustand des Patienten dramatisch, weshalb Notarztunterstützung für den Transport angefordert wird. Bis zum Eintreffen des Notarztes vergehen zehn Minuten. Nach insgesamt 60 Minuten ist das Zielkrankenhaus erreicht. Dort beklagt sich der diensthabende Neurologe/die diensthabende Neurologin, nicht über die Ankunft des Patienten informiert worden zu sein. Eine neurochirurgische Intervention an diesem Krankenhaus ist nicht möglich. Auch ein Strokebett ist nicht vorhanden. Nach einem Telefonat mit der neurochirurgischen Abteilung eines anderen Krankenhauses wird beschlossen, den Patienten nicht dorthin zu verlegen, sondern ihn aufgrund seines infausten Zustandes palliativ auf die Normalstation zu übernehmen, wo er letztlich auch verstirbt.

Wie kann ein solcher Fehler verhindert werden?

- Meldung des Sanitäters/der Sanitäterin an die Leitstelle mit Verdachtsdiagnose und gewünschtem/notwendigem Ziel (Krankenhaus mit Stroke-Unit und neurochirurgischer Abteilung)
- Rückmeldung der Leitstelle mit Wiedergabe der Verdachtsdiagnose und der Anforderung des Sanitäters, damit klargestellt ist, ob alles richtig verstanden wurde.
- Information des anzufahrenden Krankenhauses durch die Leitstelle mit Verdachtsdiagnose und gewünschter Fachabteilung
- direkte Kontaktaufnahme des anzufahrenden Krankenhauses mit dem RTW zur Abklärung der weiteren Vorgehensweise
- Meldung einer Verschlechterung des Zustandes des Patienten von RTW-Besatzung an das anzufahrende Krankenhaus, um Maßnahmen vorzubereiten
- Orientierung am Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall⁵

Verwechslung von Meningeom mit Meningitis

Eine vierzig - bis fünfzigjährige Patientin wird von einem Krankenhaus in ein anderes transferiert. Im ärztlichen Transferierungsbericht der Patientin ist – anstelle der Diagnose „Meningeom“ – die Diagnose „Meningitis“ vermerkt. Bei der Anmeldung im Krankenhaus und durch die Befundberichte und weitere dort schon vorliegende Informationen zur Patientin löst sich bei ihrer Aufnahme auf der Station die Diagnoseverwechslung rasch auf. Die Patientin kommt nicht zu Schaden.

Wie kann ein solcher Fehler verhindert werden?

- sensibilisieren für Fehleranfälligkeit und für mögliche Auswirkungen bei Übermittlung einer falschen Diagnose
- Auswahl der Methodik der Erstellung des Transferierungs-Berichts (menschliche oder maschinelle Transkription)
- Vermeidung von Handschriftlichkeit
- schriftliche Information mit mündlicher Information kombinieren

2.5 Kommunikationsfehler aufgrund sprachlicher Barrieren

Falsches Rezept in der Apotheke eingelöst

⁵ https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/3/0/CH3970/CMS1545300762455/qs_schlaganfall.pdf

Eine syrisch-stämmige Mutter kommt mit zwei Kindern in die Arztpraxis. Beide Kinder leiden unter einem Atemwegsinfekt. Der Hausarzt spricht die Muttersprache der Frau und verordnet Hustensaft, Nasentropfen und Mexalen. Die Mutter der kleinen Patienten verlässt das Arztzimmer mit den Rezepten und wendet sich noch einmal an die Anmeldung, an der gerade viel los ist. Irrtümlicherweise nimmt die Mutter dort das für eine andere Patientin vorbereitete Rezept an sich und verlässt die Ordination. Wie es dazu kommen konnte, lässt sich im Nachgang nicht mehr eruieren. In der Apotheke werden sämtliche Rezepte eingelöst und mit korrekten Hinweisen zur Einnahme beschriftet. Eine mündliche Erklärung zu Wirkungsweise und Einnahmeverordnungen ist aufgrund der Sprachbarriere nicht möglich. Zuhause verabreicht die Mutter ihren Kindern sämtliche Medikamente nach Anleitung, darunter auch die für eine andere – erwachsene - Patientin verordneten Medikamente Levetiracetam, Citalopram und Clonazepam. In der Folge werden die Kinder zuerst wackelig auf den Beinen, der Größere schlägt sich den Kopf an. Danach werden die Kinder schläfrig, der Kleinere schläft ein und ist nicht mehr erweckbar. Für beide wird eine Krankenhausaufnahme notwendig. Das kleinere Kind muss für eine Nacht zur Überwachung auf die Intensivstation eines Krankenhauses, das größere wird auf der Normalstation überwacht.

Wie kann ein solcher Fehler verhindert werden?

- Rezeptausgabe an den Patienten/die Patientin nur nach Überprüfung der Identität und Abgleichung mit den Daten am Rezept
- Besprechung der Einnahme der Medikamente bei der Übergabe
- gleiche Vorgangsweise auch bei der Abholung von Routinerezepten bei der Sprechstundenhilfe
- Rezeptausgabe immer nur mit Unterschrift des/der ÄrztIn
- im Zweifel Kontrolle des auf dem Rezept angegebenen Namens und Nachfrage nach dem Namen der Person, die das Rezept übernimmt
- besondere Vorsicht bei großem Patientenandrang
- besondere Vorsicht bei Sprachbarrieren
- Plausibilitätsüberprüfung bei der Abgabe der rezeptierten Medikamente in der Apotheke

3 Multiple Choice-Fragen

1. Welches sind häufige Ursachen für Kommunikationsfehler im medizinischen Setting?
 - a) Zeitmangel
 - b) Ressourcenknappheit
 - c) Gangbetten
 - d) Personalknappheit
 - e) Stress

Richtige Antworten: a, b, d, e

2. In welchen Kommunikationsbereichen kommt es häufig zu Beinahe-Fehlern oder Fehlern?
 - a) im Rahmen sprachlicher Barrieren
 - b) Verwechslungen aufgrund von Klimaschwankungen
 - c) Bei Problemen der internen Kommunikation aufgrund fehlender Teambildung

- d) bei der Kommunikation mit Hilfe von Übertragungsmedien. Z.B. Übertragungsfehler in Dokumenten; schlecht leserlichen Fieberkurven
- e) Kommunikationsfehler an Schnittstellen

Richtige Antworten: a, c, d, e

3. Wie lassen sich Befundverwechslungen vermeiden?
- a) regelmäßige Überprüfung der Fieberkurve/Dokumentation, ob alle Befunde diesem/dieser PatientIn zuzuordnen sind
 - b) Angaben der/des PatientIn ernst nehmen
 - c) Eindeutige Identifikation der Patientin/des Patienten
 - d) bessere Sprachkenntnis
 - e) kritisches Hinterfragen von Befundergebnissen; Plausibilitätsprüfung

Richtige Antworten: a, b, c, e

4. Wie können Seitenverwechslungen im Rahmen chirurgischer Eingriffe verhindert werden?
- a) Das OP-Areal wird – möglichst am Tag vor dem Eingriff – mit einem Permanentmarker gekennzeichnet
 - b) Die richtige Seite wird im Krankenblatt vermerkt
 - c) durch blindes Vertrauen auf die OP-Hilfe
 - d) Der Arzt (Operateur/Anästhesist bei Lokalanästhesie) überprüft vor dem Eingriff, auf welcher Seite interveniert werden muss.
 - e) Anwendung von OP- Checklisten

Richtige Antworten: a, b, d, e

5. Wie kann verhindert werden, dass Patienten die für eine/n andere/n PatientIn vorgesehen Infusion/Medikation erhält?
- a) Abgleich zwischen PatientInnen-Identifikationsarmband/Namensetikett am Bett und Infusionsetikett vor dem Anhängen der Infusion
 - b) Einwände der/des PatientIn beachten
 - c) möglichst kurzen stationären Aufenthalt
 - d) Anhängen der Infusion durch das Pflegepersonal
 - e) Check der Fieberkurve nach den verordneten Medikamenten

Richtige Antworten: a, b, d, e

6. Wie kann die Kommunikation in der Zusammenarbeit von verschiedenen Stationen verbessert werden?
- a) regelmäßige Meetings zur Abklärung der vorhandenen Ressourcen
 - b) gemeinsame Kommunikationstrainings
 - c) Einhaltung von Absprachen
 - d) Erarbeitung eines Algorithmus, wie in bestimmten Situationen vorzugehen ist
 - e) Verzicht auf Telefonate und Schriftlichkeit

Richtige Antworten: a, b, c, d

7. Wie können Medikamentenverwechslungen im Krankenhaus verhindert werden?
- a) Patienten nach alten Medikationslisten fragen

- b) lesbare Paraphierung in der Fieberkurve zu jedem verordneten/verabreichten Medikament
- c) Wenn Wechsel auf ein substanzgleiches Präparat notwendig ist – Check mit dem elektronischen Medikamentenverzeichnis des Krankenhauses
- d) Hinweise der/des PatientIn ernst nehmen
- e) Wenn Unklarheit bezüglich der Substanz herrscht, Rücksprache mit KollegIn halten

Richtige Antworten: b, c, d, e

8. Wie können Kommunikationsfehler an den Schnittstellen Rettungstransportwagen/Leitstelle/Krankenhaus vermieden werden?
- a) verständliche Meldung der Sanitäterin an die Leitstelle mit Verdachtsdiagnose und notwendigem Ziel
 - b) Dokumentation der Anrufzeit durch die Leitstelle
 - c) Wiedergabe der Verdachtsdiagnose und der Anforderungen an das anzufahrende Krankenhaus durch die Leitstelle
 - d) direkte Kontaktaufnahme des RTW mit dem anzufahrenden Krankenhaus
 - e) Meldung einer Verschlechterung des Zustandes des/der PatientIn von RTW-Besatzung an das anzufahrende Krankenhaus

Richtige Antworten: a, c, d, e

9. Wie kann die Ausgabe eines falschen Rezeptes in der Arztpraxis verhindert werden?
- a) Rezeptausgabe an den Patienten nur nach Überprüfung der Identität und Abgleichung mit den Daten am Rezept
 - b) Besprechung der Einnahme der Medikamente bei der Übergabe
 - c) Rezeptausgabe immer nur mit der Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 - d) Übergabe von Rezepten ausschließlich durch den/die behandelnden ÄrztIn
 - e) Ausstellung, Unterschrift und Übergabe von Rezepten durch die Sprechstundenhilfe an die PatientInnen

Richtige Antworten: a, b, c, d,

10. Welches sind angemessene Instrumente für eine möglichst fehlerfreie Kommunikation auf einer Krankenhausstation?
- a) Wahrnehmung der Leitungsfunktion der Station für eine adäquate Kommunikationskultur
 - b) Teambuildingseminare, um die Kommunikation im interdisziplinären Team zu verbessern
 - c) Führung der Fieberkurve/Dokumentation in einem Patient-Data-Management-System zur Dokumentation ärztlicher Anweisungen und korrekter Verabreichung von Medikamenten
 - d) Verbesserung der internen Abläufe, um vorangekündigte und wichtige Untersuchungen, die für die nachfolgende Therapie entscheidend sind, auch rechtzeitig durchführen zu können
 - e) händisch geführte Fieberkurven

Richtige Antworten: a, b, c, d