

# HANSER



## Leseprobe

zu

## „Patientensicherheit gewährleisten“

von Gerald Sendlhofer

Print-ISBN: 978-3-446-45878-9  
E-Book-ISBN: 978-3-446-46667-8  
ePub-ISBN: 978-3-446-46733-0

Weitere Informationen und Bestellungen unter  
<http://www.hanser-fachbuch.de/978-3-446-45878-9>

sowie im Buchhandel

© Carl Hanser Verlag, München

# Vorwort

Behandlungsfehler gehören zu den Top-Risiken im Gesundheitswesen! Möchte man die Zahlen an Todesfällen aufgrund eines Fehlers im Bereich der Krankenversorgung an Hand eines Beispiels aus der Luftfahrt veranschaulichen, so würde das bedeuten, dass – alleine in den USA gemäß den Zahlen aus 2016 – täglich ein bis zwei vollbesetzte Großraumflugzeuge abstürzen.

Patientensicherheit muss im Interesse eines jeden Mitarbeiters im Gesundheitsbereich sein, denn wenn der Patient sicher ist, ist auch der Mitarbeiter auf der sicheren Seite. Es ist Aufgabe der Organisation dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen und die Mitarbeiter vor Ort entsprechend zu unterstützen. Patientensicherheit darf nicht nur ein Schlagwort sein, es muss gelebt und regelmäßig weiterentwickelt werden.

Dieses Buch soll wachrütteln, aufzeigen und motivieren, Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit in die eigene Organisation zu integrieren.

Was sind die Top-Risiken im Gesundheitswesen? Welche Instrumente oder Maßnahmen eignen sich, um die Risiken bestmöglich zu vermeiden? Wie lässt sich die Patientensicherheit nachhaltig verbessern und kontinuierlich weiterentwickeln? Das sind die zentralen Fragen, die dieses Werk beantwortet.

Viele Beispiele und konkrete Tipps, wie man Patientensicherheit steuern und lenken kann, erleichtern dabei den Transfer in die eigene Praxis. Die dargelegten Beispiele und Instrumente zur Erhöhung der Patientensicherheit kosten in der Anwendung oft nicht viel Zeit, helfen aber Fehler zu reduzieren.

Nutzen Sie dieses Werk – zum Wohle der Patienten und zu Ihrer Sicherheit! Viel Erfolg bei der Umsetzung.

Graz, Sommer 2020

*Gerald Sendlhofer*

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>V</b>
<b>1 Patientensicherheit geht uns alle an</b> .....	<b>1</b>
1.1 Einführung .....	2
1.2 Entwicklung der Patientensicherheit .....	5
<b>2 Der Behandlungsfehler</b> .....	<b>7</b>
2.1 Komplikation versus Behandlungsfehler .....	10
2.2 Fehlerarten .....	13
<b>3 Strategien zur Fehlervermeidung</b> .....	<b>17</b>
3.1 World Health Organisation (WHO) .....	17
3.2 Europäische Union .....	18
3.3 Patientensicherheitsstrategie .....	19
3.4 Vorgaben und Normen .....	22
3.5 Interne Strategie .....	24
<b>4 Feedbackkultur</b> .....	<b>27</b>
4.1 Mitarbeiterorientierung .....	29
4.1.1 Speak up .....	29
4.1.2 Patientensicherheitskultur .....	32
4.1.3 Critical Incident Reporting System (CIRS) .....	34
4.2 Patientenorientierung .....	37
4.2.1 Zufriedenheitsbefragung .....	37
4.2.2 Smiley Terminal .....	38
4.2.3 Fokusgruppen .....	41
4.2.4 Beschwerde- und Schadenmanagement .....	43

<b>5</b>	<b>Top-Risiken im Gesundheitswesen</b>	<b>45</b>
5.1	Medikationsfehler	45
5.1.1	Einkauf und Logistik	47
5.1.2	Erstanordnung, Weiterverordnung und Vorbereitung von Medikamenten	49
5.1.3	Austeilen bzw. Verabreichung von Medikamenten	53
5.1.4	Weiterverordnung von Medikamenten für den poststationären Bereich	57
5.1.5	Einflussfaktoren	58
5.2	Fehler bei der Patientenidentifikation	60
5.3	Unzureichende Händehygiene	65
5.4	Eingriffsfehler	69
5.4.1	OP-Checkliste	69
5.4.2	Mögliche Szenarien	74
5.5	Kommunikationsfehler	76
5.6	Aufklärungsfehler	80
5.6.1	Aufklärungsformular	81
5.6.2	Mögliche Szenarien	81
5.7	Mögliche Risiken	84
5.7.1	Verwechslung von laparoskopischen Instrumentarien	85
5.7.2	Umgang mit kritischen Befunden	85
5.7.3	Herstellung von Lösungen	86
5.7.4	Verbrennungen im Mund-Rachen-Raum	88
5.7.5	Fehlende Schulungsdokumentation von Medizinprodukten	89
5.7.6	Unzureichendes Schmerzmanagement	90
5.7.7	Risiken bei der Entlassung	91
<b>6</b>	<b>Erhöhung der Patientensicherheit</b>	<b>95</b>
6.1	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz	95
6.1.1	Was bringt eine M&M-Konferenz?	96
6.1.2	Einführung einer M&M-Konferenz	96
6.1.3	Welche Themen eignen sich für eine M&M-Konferenz?	97
6.1.4	Fallvorbereitung	97
6.1.5	Was gilt es bei einer M&M-Konferenz zu bedenken?	98
6.1.6	Nachhaltigkeit	99
6.1.7	Checkliste für eine M&M-Konferenz	100
6.2	Patient Empowerment	102

6.3	Methoden zur Überprüfung der Patientensicherheit .....	105
6.3.1	Audit .....	105
6.3.2	Rahmenbedingungen .....	105
6.3.3	Audit – aber wie? .....	107
6.3.3.1	On-site-Audit – Beispiele .....	108
6.3.3.2	Remote-Audit – Beispiele .....	114
6.4	Register und Datenbanken .....	117
6.5	Implementieren von Checklisten .....	118
6.5.1	Wie informiert man Patienten über einen möglichen Fehler .....	118
6.5.2	Weitere Checklisten .....	119
6.6	Digitalisierung .....	120
<b>7</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>121</b>
	<b>Literatur und Links .....</b>	<b>123</b>
	<b>Index .....</b>	<b>131</b>
	<b>Der Autor .....</b>	<b>135</b>

# 1

## Patientensicherheit geht uns alle an

Anbieter von Gesundheitsdiensten stellen die notwendige Versorgung für die Bevölkerung sicher. Wie wichtig es ist, diese auch in Krisenzeiten zu gewährleisten, zeigte die Corona-Pandemie. Vor allem Krankenhäuser stellen eine kritische Infrastruktur dar. Es wurden im Zuge der Pandemie zahlreiche Maßnahmen getroffen, um eine entsprechende Versorgung bestmöglich gewährleisten zu können. Mitarbeiter kritischer Infrastrukturen standen vor enormen Herausforderungen. Einerseits musste die Hilfe für jene Menschen sichergestellt werden, die von der Pandemie betroffen waren. Andererseits mussten sich die Mitarbeiter selbst schützen, um die notwendige Hilfe leisten zu können. Aber nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Rettungsdienste, niedergelassene Ärzte, Apotheken und viele andere mehr waren in dieser Krisenzeit massiv gefordert. Daher gilt es einen großen Dank an alle auszusprechen, die während der Pandemie zusammengehalten und die Krisensituation gemeistert haben. Oft zeigen erst solche Krisen, wie gut oder schlecht ein Gesundheitssystem aufgestellt ist.

## ■ 1.1 Einführung

Betrachtet man jedoch ein Krankenhaus oder den niedergelassenen Bereich abseits von Krisensituationen, so wird deutlich, dass leider auch Fehler auftreten können, die den Patienten Schaden zufügen. Generell gilt, wo Menschen arbeiten, können auch Fehler passieren. Das Begehen von Fehlern stellt eine menschliche Eigenschaft dar, welche einer gewissen Systematik folgt. Menschen lernen durch Erfahrungen und durch das Begehen von Fehlern. Dies führt aber auch dazu, dass man sich stetig weiterentwickelt, zumindest wenn man aus begangenen Fehlern seine Lehren zieht. Die menschlichen Faktoren für das Begehen von Fehlern umfassen meist Unaufmerksamkeit, Stress oder das Verfallen in Routinetätigkeiten ohne einer Reflexion. Unabhängig davon gilt es noch die weiteren Umfeldfaktoren zu betrachten, also die Gesamtheit der Prozesse, in der sich der Mensch bewegt. Ein Fehler entsteht durch das Zusammenspiel von menschlichen Faktoren mit dem Umfeld des Menschen. Gemäß Reason ist es daher notwendig, so viele Sicherheitsbarrieren in einen Prozess einzubauen (Schweizer Käsemodell), wie es eben notwendig erscheint, um das Eintreten eines Fehlers zu verhindern bzw. bestmöglich zu reduzieren (Reason 2000).

Seit Veröffentlichung des „To Err is Human“-Berichts durch das amerikanische Institute of Medicine (IOM) im Jahr 1999 erfuhren Themen wie medizinische Risiken, Fehler, Patientensicherheit und Behandlungsqualität zunehmendes Interesse. Der damalige IOM-Bericht basierte auf Studienergebnissen aus dem Jahr 1984, nach denen es in 3,7 von 100 stationären Aufnahmen zu behandlungsinduzierten Gesundheitsschäden kam. Ganze 69 Prozent der angeführten Fälle waren rein unerwünschte Ereignisse. Dazu konnten die Autoren zeigen, dass in den US-amerikanischen Krankenhäusern jährlich rund 44 000 bis 98 000 Menschen an vermeidbaren, unerwünschten Ereignissen versterben. Aktuelle Zahlen aus dem Jahr 2016 sprechen sogar von ca. 251 000 Patienten, die in Folge eines medizinischen Irrtums in einem Krankenhaus versterben. So zählt der Behandlungsfehler – neben Krebs- und Herzerkrankungen – in den USA zu der dritthäufigsten Todesursache im hospitalen Setting.

In jeder erdenklichen Situation können Fehler passieren, sei es bei der Herstellung von Produkten oder eben auch im Dienstleistungssektor. Obwohl Werkzeuge aus dem Qualitäts- und Risikomanagement teilweise oder umfassend vorhanden und implementiert sind, ist jedes menschliche Handeln geprägt von einstudierten, standardisierten Abläufen. Und gerade bei Routinetätigkeiten besteht oft die Gefahr, dass man einen Fehler begeht. In jedem Bereich entwickelt man sich jedoch auch weiter, sofern eine Rückkoppelung bzw. Reflexion zu eigenen Handlungsweisen gegeben ist. Zahlreiche Managementsysteme bieten daher Systematiken und Herangehensweisen an, um eine Organisation effizient, effektiv, sicher sowie mitarbeiter- und kundenorientiert auszurichten. Befolgt man diese Managementsystematiken mit ihren Regelkreisläufen, wie dem Plan-Do-Check-Act-Zyklus, kann

eine Kultur entstehen, in der sich eine Organisation weiterentwickelt, indem die Kenntnis von Fehlern, Beschwerden, Reklamationen gepaart mit einem proaktiven Risiko- und Chancenmanagement genutzt wird (Moen 2009, Verfahren-KTQ 2019, Qualität auf einen Blick 2019).



Qualitätsmanagementsysteme geben den Rahmen für Patientensicherheit vor:

- International Organization for Standardization (ISO 9001, ISO 31000)
- European Foundation for Quality Management (EFQM)
- Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)
- Joint Commission International (JCI)

Taucht man etwas tiefer in das Gesundheitswesen ein, werden einige Dinge offensichtlich. So wird beispielsweise den Studierenden, also den Mitarbeitern von morgen, das notwendige Wissen vermittelt, wie man sich im Bereich der Hygiene zu verhalten hat. Doch auch mehr als 150 Jahre nach Ignaz Semmelweis (1818 – 1865) ist das Thema Händehygiene nicht vollständig im Gesundheitswesen verankert (Hoffmann 2018). Fragt man Studierende nach den „5 Momenten der korrekten Händehygiene“, werden sie mit großer Wahrscheinlichkeit die richtigen Antworten geben. Im Krankenhausalltag oder im niedergelassenen Bereich beobachtet man jedoch etwas anderes. Der Selbstschutz steht oft im Vordergrund und der Schutz des Patienten gerät in den Hintergrund (Pittet 2004). Man nimmt eher höhere nosokomiale Infektionsraten in Kauf oder nimmt diese gar nicht wahr, als dass man das Wissen, wie man zumindest einen Teil dieser Infektionen durch eine korrekt durchgeführte Händehygiene verhindern kann, anwendet. Aus diesem Anlass wurde unter anderem im deutschsprachigen Raum die Aktion „Saubere Hände“ ins Leben gerufen, mit dem Ziel, das Hygieneverhalten nachhaltig zu verbessern. In Europa sterben ca. 37 000 Patienten aufgrund einer nosokomialen Infektion, also einer Infektion durch im Krankenhaus erworbene Keime. Ein Teil dieser nosokomialen Infektionen ist auf unsachgemäße Händehygiene zurückzuführen. Man spricht hier von ca. einem Drittel an vermeidbaren Fällen (ECDC 2020).

Wir haben gerade die erste Phase der Corona-Pandemie hinter uns gelassen und auch hier waren, wie bei jeder Viruserkrankung, unter anderem richtige Hygienemaßnahmen mit ausschlaggebend, um eine Eindämmung der Krankheit zu erreichen. Es bleibt abzuwarten, ob sich durch die Pandemie das Hygieneverhalten in der Bevölkerung und im Gesundheitsbereich grundlegend ändern wird.

Warum wird oft bereits vorhandenes Wissen nicht entsprechend angewendet? Ist es sozialer Druck, zu wenig Zeit, Hektik, Stress, Desinteresse oder Verfallen in Routineabläufe oder weil man es von Kollegen nicht anders kennen gelernt hat?



Patientensicherheit geht uns alle an! Selbst 150 Jahre nach Ignaz Semmelweis ist beispielsweise das Thema Händehygiene nicht hundertprozentig in den Köpfen der Experten im Gesundheitswesen angekommen!



Vor allem Krankenhäuser stellen komplexe Systeme dar, viele Prozesse müssen parallel gemanagt und abgestimmt sein, damit die Versorgung von Patienten gewährleistet ist. Neben Akutpatienten kommen auch weniger dringliche Patienten in eine Ambulanz, die sich selbst einweisen und die durchaus im niedergelassenen Bereich versorgt hätten werden können. Parallel dazu werden geplante Patienten aufgenommen, diagnostische Untersuchungen und Therapien koordiniert und durchgeführt. Um all diese Prozesse zu managen, bedarf es prozessorientierter Organisationsabläufe. Betrachtet man jedoch Prozesse vor Ort, erkennt man auch, dass Arbeitsabläufe oft doch nicht so reibungslos funktionieren. Es kommen laufend neue Untersuchungsmethoden dazu, die Abstimmung mit verwandten Fachdisziplinen wird zunehmend intensiver und verlangt daher ein Mehr an Abstimmung und Planung diverser Arbeitsschritte. Auch verändern sich über die Jahre die Patientenströme. Anpassungen von diversen Arbeitsschritten in komplexen Systemen sind jedoch nicht leicht umzusetzen und verlangen ein hohes Maß an Rücksicht bei allen involvierten Personen. Um Veränderungen bewerkstelligen zu können, braucht es eine gewisse Veränderungsbereitschaft – und diese ist nicht unbedingt immer gegeben!

In der Patientenversorgung sind auftretende Fehler häufig als Folge eines „Systemversagens“ zu verstehen, d. h., in komplexen Systemen wie dem Gesundheitssystem dürfen Fehlhandlungen niemals isoliert, sondern immer nur im Kontext mit allen relevanten Einflussfaktoren betrachtet werden. Ähnlich ist es auch in der Luftfahrt, wo Flugsicherheit nicht nur vom Piloten, sondern auch vom Fluglotsen, von technischen Gegebenheiten und vielen weiteren Faktoren abhängt.

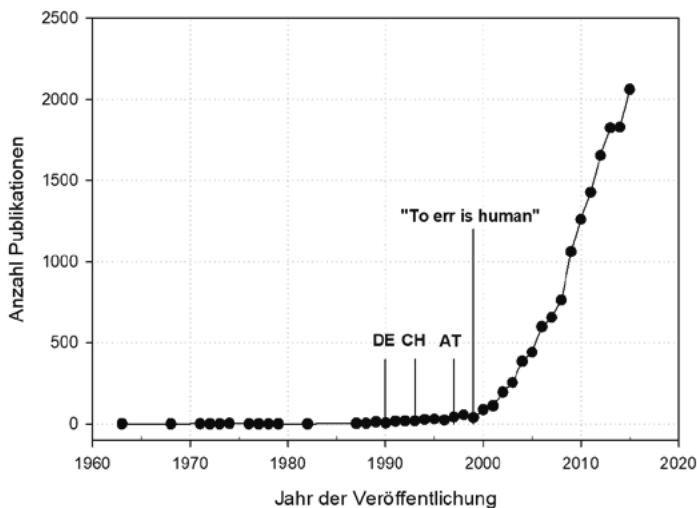
Aus medialen Berichterstattungen und wissenschaftlichen Arbeiten werden in diesem Buch die Top-Risiken im Gesundheitswesen und mögliche Instrumente zu deren bestmöglicher Vermeidung diskutiert. Praktische Tipps, wie man Patientensicherheit steuern und lenken kann, bilden einen integralen Bestandteil. Die beschriebenen Risiken und Maßnahmen leiten sich aus der Literatur, eigenen Erfahrungswerten sowie wissenschaftlichen Arbeiten in einem Tertiärkrankenhaus ab und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Viele der beschriebenen Instrumente zur Erhöhung der Patientensicherheit sind auch außerhalb eines Krankenhauses anwendbar.

In den folgenden Kapiteln wird das Thema Patientensicherheit von unterschiedlichen Seiten betrachtet. Welche Instrumente und Maßnahmen können angewendet werden, um die Patientensicherheit zu fördern? Wie kann man die Patientensicherheit nachhaltig verändern? Wie misst man Patientensicherheit? Was muss eine Organisation unternehmen, damit die Patientensicherheit entsprechend gefördert wird? Was können die Mitarbeiter im Gesundheitswesen beitragen, um die Patientensicherheit zu unterstützen? Was muss getan werden, damit bereits die Studierenden mit diesem Thema konfrontiert werden? Welchen Beitrag können Patienten und deren Angehörige leisten, um ihre eigene Sicherheit zu erhöhen?

## ■ 1.2 Entwicklung der Patientensicherheit

Alle reden von „Patientensicherheit“, aber wann tauchte dieses Schlagwort das erste Mal in der Fachliteratur auf? Um ein Gefühl dafür zu bekommen, wurde der Begriff „patient safety“ in die Datenbank von Thomson Reuters Web of Science (WoS) eingegeben, eine Publikationsdatenbank, die mehr als 12 000 der einflussreichsten wissenschaftlichen Zeitschriften in mehr als 230 wissenschaftlichen Disziplinen abbildet (Bild 1.1). Die Suche ergab insgesamt 15 977 Publikationen mit dem Begriff „patient safety“ (Sendlhofer 2016).

Eine Einschränkung der Suchergebnisse auf die wichtigsten Publikationstypen wie Editorials, Originalarbeiten und Reviews ergab letztlich 14 973 Treffer. Der Begriff „patient safety“ wurde demnach im Jahr 1963 das erste Mal erwähnt. Von 1963 bis 1999 wurden weitere 320 Publikationen mit dem Suchbegriff herausgefiltert (Sendlhofer 2016). Im Jahr 1999 erschien dann die Publikation „To err is human“, ein umfassendes Werk zum Thema Patientensicherheit. Durch „To err is human“ wurde das Bewusstsein für das Thema Patientensicherheit in der ganzen Welt geweckt (To Err is human, 2000).



**Bild 1.1** Suchergebnis zum Begriff „patient safety“ im Web of Science. (Sendlhofer, Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2016)

Die Forschung zu diesem Thema nahm in den Folgejahren rasant zu. Von 2000 bis 2015 stieg die Zahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen stetig an. Seit 2009 werden jedes Jahr mehr als 1000 Forschungsartikel zu diesem Thema veröffentlicht (Sendlhofer 2016).



**Bild 1.2** Die 200 meistverwendeten Schlagwörter in den 14 973 veröffentlichten Publikationen. (Sendlhofer, Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2016)

Die häufigsten Schlagwörter in diesen Arbeiten waren Sicherheit, Medikationsfehler, Kommunikation, Ausbildung, Qualität in der Pflege, unerwünschte Ereignisse, Simulation und Verbesserung der Qualität (Bild 1.2). Obwohl mittlerweile zahlreiche Artikel pro Jahr veröffentlicht werden, die sich mit diesen Aspekten befassen, sind im täglichen Tun eher kleine Fortschritte zu verzeichnen (Sendlhofer 2016). Um Instrumente der Patientensicherheit zu implementieren, bedarf es Zeit, Verständnis für die Einführung diverser Maßnahmen und Beharrlichkeit. Oft tritt ein Problem auf und es werden rasch Maßnahmen eingeleitet. Es fehlen nicht selten begleitende Maßnahmen, die eine Implementierung positiv unterstützen, und es fehlen Instrumente zur Überprüfung der Wirkung der eingeführten Maßnahmen. Es ist daher nicht nur wichtig, Instrumente zu implementieren, es ist auch wichtig, sich einen Plan zurechtzulegen, wie etwas eingeführt, begleitet und überprüft wird, um gegebenenfalls korrigierend eingreifen zu können. Wie in vielen Bereichen ist es auch im Themenkomplex „Patientensicherheit“ essenziell, gezielt und systematisch vorzugehen. Dies benötigt zwar anfänglich mehr Zeit für die Planung und Einführung von Patientensicherheitsmaßnahmen, aber es erspart letztlich auch, dass man mit einer voreiligen Aktion „Schiffbruch“ erleidet.

# Index

## Symbole

6-R-Regel 50

## A

Ad-hoc-Audit 107

Airway fires 88

Allergien 120

ASK me 3 103

ATC-Code 51

Audit 105

Auditfinding 106

Aufklärungsfehler 80

Aufklärungsgespräch 10, 80, 82

Aufklärungsprozess

– Risiken 81

## B

Behandlungsfehler 7, 10f., 118

– Fehlerarten 13

Beschwerdemanagement 43

Blame Culture 95

## C

Capacity-Building-Konzept 22

Checkliste für operative Eingriffe 73

Checklisten 118f.

Checkpunkt

– Sign In 71

– Sign Out 72

– Team Time Out 71

CIRS 34f.

CIRS-Meldungen 35

Crisis Resource Management 78

Critical Incident Reporting System 19, 34

## D

Decision-Support-Systeme 120

Diabetesversorgung 116

Digitalisierung 120

Doppelverordnungen 120

## E

Eingriffsfehler 69

Entlassungsdokument 92f.

Entlassungsgespräch 91f.

Entlassungsinformation 93

– Risiken 91

– Unterstützung durch IT 94

Entlassungsplanung 91

Ersatzpräparate 47f.

## F

Fallanalyse 44

Feedbackkultur 27

Fehldosierungen 120

Fehlervermeidung 17

Fehlerwahrscheinlichkeit 70

Fieberkurve

– digitale 53

– elektronische 50

Fokusgruppen 41, 43  
Fokusgruppenbefragung 41

## G

Generika 46  
– im Anordnungsprozess 54  
Gesundheitsinformationen 92  
Gesundheitskompetenz 37  
Gesundheitswesen  
– Risiken 84

## H

Händedesinfektion 67  
– Indikationen 65  
Händehygiene 65 f., 103  
Health Literacy 19  
High 5s der WHO 17  
High-Alert-Medikamente 56  
Hochrisikomedikamente 54  
Human Factors 77

## I

Identifikation, eindeutige 60  
Implementierungsforschung 20  
Infektionen, nosokomiale 65  
Inhaltsanalyse  
– qualitative 42

## K

Kommunikation in Notfallsituationen 78  
Kommunikationsfehler 76, 78  
Komplikation 10, 45  
Krankenhausbefragung zur Patientensicherheitskultur 32

## L

LA-SA 46, 50, 54  
lege artis 80

## M

Medikationsfehler 45 f., 55, 58  
Medikationsliste 49  
Medikationsprozess 47  
Medikationssicherheit 48  
M&M-Konferenz 78, 95 f.  
– Checkliste 100  
– Feedback 99  
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz  
78, 95

## N

Nebenwirkung 10  
Nosokomiale Infektion 3, 9  
Notfallpatienten, unbekannte 60

## O

On-Site-Audit 71, 107 f.  
OP-Checkliste 14, 69 f., 73 f.  
– Fehler 72  
– im Sign In 71  
Operating Room fires 88  
OP-Prozess  
– Überprüfung 112

## P

Patient Empowerment 19, 62, 102  
Patientenbeteiligung 102  
Patientenentlassung, Risiken 91  
Patientenidentifikation 60, 62, 103  
– Fehlervermeidung 63  
Patientenidentifikationsarmband 60 ff.,  
74  
Patientensicherheit 5, 17, 19, 27, 96, 115,  
121  
– im Operationsaal 69  
– Überprüfung 105  
Patientensicherheitsklima 32  
Patientensicherheitskultur 22, 32, 34  
Patientenverwechslung 60  
Peer-Review-Verfahren 117

Plan-Do-Check-Act-Zyklus 33  
Produktaudit 108  
Prozessaudit 108

## R

Register und Datenbanken 117  
Remote-Audit 71, 114  
Risiken 48, 57  
– im Anordnungsprozess 49  
Risikomanagement 22 f., 44  
Risikovermeidung 85

## S

SBARR-Tool 98  
Schadenmanagement 44  
Schmerzmanagement, unzureichendes  
90  
Schmerztherapie 90  
Schulungsdokumentation, fehlende 89  
Sicherheitskultur 27, 29, 31  
Smiley Terminal 38  
Speak up 29  
Standard Operating Procedures 17  
Sturzprävention 103  
Systemaudit 108

## T

Team-Time-Out 74, 85  
Tumorboard 109

## U

Übertragungsfehler 120

## V

Vermeidung von Hygienerisiken 67  
Verordnung, handschriftliche 52  
Verwechslung 87  
Verwechslungsgefahr 46  
– von Medikamenten 50  
Vignette  
– klinische 29

## W

Wechsel von Medikamenten 49  
Wechselwirkungen 120

## Z

Zertifizierung 23  
Zufriedenheitsbefragung 37  
Zufriedenheitsindex 39

# Der Autor



Copyright: Marija Kanizaj

Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerald Sendlhofer ist Leiter der Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement am LKH-Universitätsklinikum Graz, Mitarbeiter der Research Unit for Safety in Health, c/o Klinische Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, der Univ. Klinik für Chirurgie an der Medizinischen Universität Graz, u.a. Präsident der Österreichischen Fachgesellschaft für Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen (ASQS), Lehrender im Bereich Patientensicherheit, und erhielt u.a. 2016 die Auszeichnungen „Österreichischer Qualitätschampion 2015“ (Quality Austria) sowie den „European Quality Leader Award 2015“ (European Organization for Quality - EOQ).