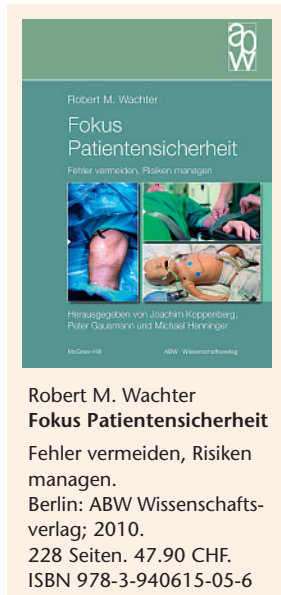


# Fokus Patientensicherheit



Die ursprünglich englische Fassung mit dem Titel «Understanding Patient Safety» erschien im Jahr 2008. Robert M. Wachter ist ein bestausgewiesener langjähriger Experte, der das Buch vor allem aus US-amerikanischem Blickwinkel verfasste. Aber das allermeiste ist auf die Verhältnisse im deutschsprachigen Raum übertragbar. Zudem weisen die Übersetzer und Herausgeber auf die zu den hiesigen Verhältnissen geltenden Differenzen hin und flechten zahlreiche nützliche Ergänzungen ein.

In 22 Kapiteln, deren Kernpunkte stets zusammengefasst sind, werden die verschiedenen Fehlerarten in der Medizin behandelt, die bei der Medikation, chirurgischen Eingriffen, Übergaben, bei der Teamarbeit sowie in der Diagnostik und der Kommunikation entstehen, und sie werden mit Patientenbeispielen illustriert. Auch die nosokomialen Infekte finden gebührende Beachtung. Das Kapitel «Der Faktor Mensch und Fehler im Umgang mit Geräten» verweist auf die angewandte Wissenschaft des Human Factor Engineering, die sich mit der risikobehafteten Interaktion Mensch-Technik befasst. Aber auch alte wichtige Probleme werden erwähnt, etwa die Lesbarkeit der Handschrift und die Unklarheit von Abkürzungen.

Die Hälfte des Buches widmet sich den Lösungsansätzen wie der Informationstechnik, darunter den elektronischen Patientenakten, Ordnungssystemen, dem Barcode und den Radiofrequenz-Identifikationssystemen, aber auch dem Werkzeug Computer als Herausforderung. Der Nutzen solcher Hilfsmittel hängt weitgehend von der intelligenten Implementierung ab. Weitere Elemente sicherer Patientenbehandlung sind Fehlermeldesysteme und die Morbiditäts- Mortalitätskonferenz. Als wichtige Methode

teilt. Dagegen wird auf die immer realitätsnäher mögliche Konstruktion und Verwendung von Simulatoren als Trainingsinstrumente hingewiesen.

Auch die Probleme rund um die finanzielle Unterstützung von Patienten, die durch medizinische Eingriffe zu Schaden gekommen sind, werden beleuchtet. Die finanzielle Entschädigung hängt in den meisten westlichen Ländern noch immer ab vom Nachweis einer Schuld und somit vom Ausgang eines unter Umständen für alle Seiten belastenden und langen juristischen Verfahrens. Dieser traditionellen Arzthaftung, wird das «No-fault-Konzept» gegenübergestellt, bei dem unabhängig von der Schuldfrage ein geschädigter Patient eine rasche Kompensation erhalten würde, ohne dass er jahrelang prozessieren müsste.

Der Autor vertritt die klare Meinung, dass es für die Einführung neuer Sicherheitspraktiken in der Medizin evidenzbasierte Daten braucht. Auch kleinere Studien könnten Wichtiges beitragen, wie z. B. bei der Feststellung des optimalen Verhältnisses zwischen Pflegekräften und Patienten oder bei den Massnahmen zur Verhinderung katheterassoziierter Bakteriämien. Im Bereich Patientensicherheit stehen der Forschung in den USA jährlich über 100 Millionen Dollar zur Verfügung. Von den verschiedenen Organisationen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, die Patientensicherheit zu verbessern, wird als bedeutendste die heute international tätige Joint Commission vorgestellt, die seit 1951 sehr viele nützliche Handlungsanweisungen erarbeitet hat und die in den USA zum wichtigsten Akkreditierungsorgan geworden ist.

Der Text ist mit graphischen Darstellungen und vor allem mit vielen checklistenartigen Tabellen versehen, worunter sich eine solche für Patienten und Familienangehörige findet. Sie soll zur Überlegung anleiten, was von dieser Seite zur Verbesserung der Sicherheit in Heimen und Spitälern beigetragen werden kann.

Ein Glossar erklärt die zahlreichen neusprachlichen Fachausdrücke, worunter sich der widersinnige Begriff «Fehlerkultur» erfreulicherweise nicht findet.

Mit Recht wird unterstrichen, dass es für die Verbesserung der Patientensicherheit nicht nur initiative und vorbildlich handelnde medizinische Fachleute braucht, sondern dass sich auch die oberste Führungsebene eines Spitals für dieses Ziel engagieren muss.

Dieser sehr wertvolle Leitfaden kann allen in der Medizin und in angrenzenden Bereichen tätigen Fachleuten und Führungskräften bestens empfohlen werden.

Max Stäubli, Ebmatingen

## Der Autor vertritt die klare Meinung, dass es für die Einführung neuer Sicherheitspraktiken in der Medizin evidenzbasierte Daten braucht.

zur Bewältigung von Sicherheitsproblemen wird die exakte Ursachenanalyse betrachtet, die nicht in einer persönlichen Schuldzuweisung bestehen kann, sondern die Fehler im gesamten System von Organisation und Arbeitsprozessen aufspüren und korrigieren muss («No-blame-Konzept»).

Dienstzeitbeschränkungen mit ihren Vor- und Nachteilen und auch Ausbildung und Training kommen zur Sprache. Die traditionelle Methode des Lernens aus den am Patienten gemachten Fehlern in der Ausbildung wird als kritisch, ja als unethisch beur-