

# Kommunizieren ohne Hierarchien – sachbezogene Diskussionen im medizinischen Alltag

Frank Bloos

Gesprächsbedarf gibt es auf der Intensivstation genügend. Behandlungskonzepte müssen in den täglichen Visiten intra- und interdisziplinär erstellt und modifiziert werden. Medizinische Maßnahmen müssen mit Pflegekräften, Physiotherapeuten u.a. abgestimmt werden. Komplexe Prozesse müssen täglich neu umgesetzt und abgesprochen werden. An sich sollten die täglichen Diskussionen, die in der Patientenversorgung anfallen, unkompliziert möglich sein. Schließlich geht es in der Regel um die Umsetzung objektivierbaren Wissens am konkreten Patienten. In der Praxis ist es jedoch vielfach schwieriger. Unterschiedliche Vorstellungen, Hierarchien und Positionsgerangel führen zu schwierigen Diskussionsverläufen. Plötzlich stehen eher die Interessen und Gemütslagen der verhandelnden Personen als die eigentliche Sache im Vordergrund. Dass dies in einem Bereich mit hoher Arbeitslast stattfindet, macht das Ganze nicht einfacher. Ärzte sind selten geschulte Verhandler und folgen meist den Regeln der weichen oder harten Verhandlungsstrategie. Vertreter einer harten Verhandlungsstrategie wollen mit allen Mitteln die Auseinandersetzung für sich entscheiden. Sie üben Druck aus und nehmen keine Rücksicht darauf, dass die zwischenmenschliche Beziehung darunter leiden könnte. Eine weiche Verhandlungsstrategie versucht, durch Zugeständnisse persönliche Konflikte zu vermeiden. Beide Verhandlungsstrategien führen zu ineffektiven Ergebnissen. Doch es gibt eine andere Möglichkeit.

Das *Harvard Negotiation Project* wurde 1979 durch Roger Fisher an der Harvard-Universität ins Leben gerufen. Ziel dieses Projektes ist es, lösungsorientierte Verhandlungsstrategien zu entwickeln. 1981 wurde die erste Auflage des Buches „Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In“ in den USA publiziert. Die Camp-David-Gespräche sind

die berühmteste Anwendung dieser Verhandlungsstrategie [1].

Das Harvard-Konzept beruht auf vier Kernpunkten [2]:

- Menschen und Probleme getrennt voneinander behandeln
- Nicht Positionen, sondern Interessen in den Mittelpunkt stellen
- Vor der Entscheidung verschiedene Wahlmöglichkeiten entwickeln
- Das Ergebnis auf objektiven Entscheidungskriterien aufbauen

Zwar fand diese Strategie hauptsächlich in der Politik seine erste Anwendung. Doch auch im Krankenhaus kann die Harvard-Strategie sinnvoll eingesetzt werden. Die vier Kernpunkte des Harvard-Konzeptes möchte ich in Kürze zusammenfassend darstellen.

## Menschen und Probleme getrennt voneinander behandeln

Eine Diskussion beinhaltet zwei Grundinteressen – den Verhandlungsgegenstand und die persönliche Beziehung der Gesprächspartner. Auch wenn wir es nicht explizit so wollen, vermischen sich beide Grundinteressen in einem Gespräch. Personen können sich zu Recht oder zu Unrecht verletzt, beleidigt, überfahren, ausgenutzt oder als Verlierer in der Diskussion fühlen. Diese Emotionen stehen dann einer konstruktiven Entscheidungsfindung im Weg. Darüber hinaus fühlt sich der Betroffene möglicherweise auch dazu berufen, es dem anderen bei nächster Gelegenheit heimzuzahlen, was wiederum die Grundlage für spätere Diskussionen beschädigt. Das Harvard-Konzept sieht daher vor, das *Problem* anzugehen und nicht den *Menschen*. Dazu gehört, dass man auf Drohungen und Einschüchterungen verzichtet.

Weiterhin sollte man auf keinen Fall versuchen, durch Zugeständnisse das Problem in der zwischenmenschlichen Beziehung zu lösen. Es gilt vielmehr zu akzeptieren, dass es neben ihrer Sichtweise auch die möglicherweise legitime Sichtweise des anderen gibt. Das beginnt schon einmal mit richtigem Zuhören, indem man zeigt, dass man wirklich versteht, was der Gesprächspartner eigentlich möchte. Wenn man dann seine Vorschläge auf das Wertesystem des anderen abstimmen kann, hilft man dem Gesprächspartner, das Gesicht zu wahren. Auch wenn es schwerfällt, sollte man nicht auf emotionale Ausbrüche des Diskussionspartners reagieren. Es ist aber dennoch durchaus sinnvoll und erlaubt, seine eigene emotionale Beteiligung zur Sache zu artikulieren („Es ist wirklich belastend für uns, diesen Patienten – für den wir keine Chance mehr sehen – jeden Tag rund um die Uhr mit maximaler Intensivmedizin zu versorgen“).

### Nicht Positionen, sondern Interessen in den Mittelpunkt stellen

In der Verhandlung sagen Menschen selten, was sie wirklich wollen. Meist vertreten sie eine bestimmte Position. Stimmen die Positionen nicht überein, dann wird, wie beim Verhandeln des Preises auf dem Markt, gefeilscht. Wer sich zuerst bewegt, hat quasi schon verloren oder gibt am Ende am meisten ab. Ob der dann gefundene Kompromiss von beiden getragen werden kann bzw. überhaupt der Sache nutzt, ist fraglich. Tatsächlich wird das Diskussionsproblem nicht durch deren Positionen, sondern durch die dahinter liegenden Interessen der Gesprächspartner bestimmt. Diese Interessen gilt es herauszufinden. Die einfachste Möglichkeit ist, danach zu fragen. Warum möchte der andere dies oder jenes von Ihnen oder warum kann er dieser oder jener Sache nicht zustimmen? Gelingt es, die Interessen des Gesprächspartners auf den Tisch zu bringen, so kann man auch seine eigenen Interessen deutlich machen.

### Vor der Entscheidung verschiedene Wahlmöglichkeiten entwickeln

Feilscht man um Positionen, so sind die Wahlmöglichkeiten begrenzt. Man kann entweder verlieren, weil sich das Ergebnis sehr weit

weg von der Startposition entwickelt hat, oder gewinnen. Wenn es um Interessen geht, so hat man viel mehr Gestaltungsspielraum in der Diskussion. Es lassen sich Gemeinsamkeiten finden – das gemeinsame Interesse, den Patienten bestmöglich zu versorgen, sollte z.B. dazugehören. Dabei kann es möglich werden, die Interessen des anderen als Teil des Problems anzuerkennen. Im Harvard-Konzept geht es nun darum, aus den vorliegenden Interessen verschiedene Optionen zu entwickeln. Es gibt meist nicht *die eine* Lösung des Konflikts. Es ist aber wahrscheinlicher als bei der Verteidigung von Positionen, dass unter den sich aus den Interessen ergebenden Alternativen brauchbare Lösungen existieren, von denen beide Seiten profitieren. Das Finden von mehreren alternativen Lösungen ist natürlich eher etwas, was in längeren Verhandlungen Tragweite entwickelt. Auch diese Diskussionen gibt es im Krankenhaus. Es soll aber betont werden, dass man auch im täglichen Gespräch nach alternativen Optionen Ausschau halten sollte.

### Das Ergebnis auf objektiven Entscheidungskriterien aufbauen

Wenn es gelungen ist, gemeinsame und divergierende Interessen zu identifizieren, so gilt es, eine Übereinkunft zu erzielen. Nur ein sachbezogenes Verhandeln kann hierbei zu vernünftigen Ergebnissen führen. Dieses muss aktiv entwickelt werden. Das bedeutet zunächst einmal, dass sich das Ergebnis an objektivierbaren und damit fairen Kriterien orientieren soll, die beide Parteien akzeptieren können. In der Medizin wären das in allererster Linie natürlich die wissenschaftliche Datenlage bzw. die Leitlinien der Fachgesellschaften. Es bedeutet aber auch, dass man sich beim Erzielen der Übereinkunft auf eine faire Verfahrensweise verständigt und vernünftig argumentiert. Denn auch jetzt kann es passieren, dass der Gesprächspartner auf seine Positionen zurückfällt und Druck ausübt. Hierbei ist es wichtig, diesem Druck nicht nachzugeben, sondern das Gespräch auf die Ebene des vernünftigen Argumentierens zurückzubringen. Dazu gehört sicherlich einiges Geschick. Auch hier ist es wichtig, dass man seinen Gesprächspartner nie offen angreift. Vielmehr versucht man, die Äußerung des anderen aufzugreifen und zu nut-

zen, um wieder in ein inhaltliches Gespräch einzusteigen. In der Literatur findet man genügend Beispiele, wie man solchen Situationen meistern kann [3].

Führt eine solche Strategie immer zum Ziel? Natürlich nicht! Es ist auch nicht immer vorhersehbar, wie eine Diskussion am Ende ausgeht. Sachbezogenes Argumentieren bietet ihnen jedoch immer einen Vorteil, da die Inhalte letztlich weniger angreifbar sind. Spätestens wenn Dritte mit einbezogen werden, so hat das sachbezogene Argumentieren mehr Bestand.

## Literatur

1. Harvard Negotiation Project. [https://de.wikipedia.org/wiki/Harvard\\_Negotiation\\_Project](https://de.wikipedia.org/wiki/Harvard_Negotiation_Project). Letzter Zugriff am 24.10.2017
2. Fischer R, Ury W, Patton B. (2004) Das Harvard-Konzept – Der Klassiker der Verhandlungstechnik. Frankfurt: Campus.
3. Thiele A (2016) Argumentieren unter Stress: Wie man unfaire Angriffe erfolgreich abwehrt München: dtv Verlagsgesellschaft.

### Priv.-Doz. Dr. Frank Bloos

Universitätsklinikum Jena  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Am Klinikum 1  
07747 Jena  
[frank.bloos@med.uni-jena.de](mailto:frank.bloos@med.uni-jena.de)

## Beruhigungsmittel können einem Delir auf der Intensivstation vorbeugen

Laut einer neuen Studie könnte niedrig dosiertes Dexmedetomidin als Sedativum nachts verabreicht einem Delir bei kritisch kranken Patienten vorbeugen. Die Ergebnisse dieser Studie wurden online im American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, der Fachzeitschrift der American Thoracic Society, veröffentlicht.

In der randomisierten plazebokontrollierten Studie zur nächtlichen Gabe von Dexmedetomidin zur Vorbeugung eines Delirs auf Intensivstation (Studientitel: *“Low-dose Nocturnal Dexmedetomidine Prevents ICU Delirium: A Randomized, Placebo-controlled Trial”*) berichten die Forscher über die vermutlich erste Studie, in der ein Medikament zur Prävention eines Delirs auf Intensivstation identifiziert werden sollte.

“In anderen Studien wurde Dexmedetomidin mit niedrigeren Delir-Prävalenzraten in Verbindung gebracht als beim Einsatz von anderen Sedativa“, so Dr. Skrobik. “Es war jedoch nicht klar ersichtlich, ob Dexmedetomidin einem Delir tatsächlich vorbeugen kann.”

Die Studie umfasst 100 Intensivpatienten an zwei Krankenhäusern, eines in Quebec, das andere in Boston. Die Patienten hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die Intensivstation kein Delir. Die Hälfte der Patienten wurde randomisiert einer Gruppe zugeteilt, die intravenöses Dexmedetomidin erhielt; die andere Hälfte der Patienten erhielt Plazebo-Infusionen. Weder die Patienten noch das Personal auf der Intensivstation wussten, in welchem Studienarm die einzelnen Patienten sich befanden.

Die Studie ergab, dass im Vergleich zum Plazeboarm die Patienten der Dexmedetomidin-Gruppe während ihres ICU-Aufenthalts:

- häufiger kein Delir entwickelten: 80 Prozent versus 54 Prozent.
- mehr Tage ohne Delir auf der Intensivstation hatten: 8 versus 6 Tage.
- wenn Schmerzen auftraten, es sich seltener um starke Schmerzen handelte: 44 Prozent versus 66 Prozent

Die Autoren erwarteten, dass Dexmedetomidin auch die Schlafqualität verbessern könnte. Ein frühere Studie mit einer ausgewählten Gruppe von kritisch kranken Patienten kam genau zu diesem Ergebnis. In der aktuellen Studie gab es jedoch zwischen den zwei Gruppen keinen Unterschied in der Schlafqualität, die mit selbstberichteten Fragebogen erhoben wurde.

Dr. Skrobik sagte, dass die Befunde zur Schlafqualität vor dem Hintergrund von zwei wichtigen Faktoren zu interpretieren seien: Der Schlaf auf der Intensivstation ist fast nie normal und es gibt keine validierten Instrumente, mit denen sich herausfinden lässt, wann ein ICU-Patient einen normalen bzw. anormalen Schlaf hat.

Es zeigten sich auch keine Unterschiede in der Dauer des ICU-Aufenthalts oder in der Sterblichkeit auf der Intensivstation. Eine Verringerung des Opiatbedarfs bestätigten jedoch andere Studien, die das Potenzial von Dexmedetomidin für die Schmerzlinderung beschreiben.

[https://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2018-03/ats-smp022818.php](https://www.eurekalert.org/pub_releases/2018-03/ats-smp022818.php)

## Qualität mit Routinedaten – Peer Review in der Intensivmedizin und/oder IQM?

Thorsten Brenner (für die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Intensivmedizin der Landesärztekammer Baden-Württemberg)

Mit der Entwicklung und Verabschiedung eines „Curriculum Ärztliches Peer Review“ sowie dem „Leitfaden Ärztliches Peer Review“ hat die Bundesärztekammer eine wesentliche Voraussetzung für die breitflächige Anwendung im Bereich der ärztlichen Qualitätssicherung geschaffen ([http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Leitfaden\\_Aerztliches-Peer-Review\\_2014.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf)). Ein Ärztliches Peer Review hat das Ziel, medizinische Einrichtungen dabei zu unterstützen, die Patientenversorgung differenziert zu analysieren, systematisch zu bewerten und kontinuierlich und nachhaltig weiterzuentwickeln. Im Gegensatz zu Zertifizierungsverfahren, die in den letzten Jahren in deutschen Krankenhäusern exponentiell zugenommen haben, liegen beim Peer Review der primäre Impetus und die Perspektive weniger in einer externen Kontrollfunktion, sondern vielmehr in der multiprofessionellen Weiterentwicklung von

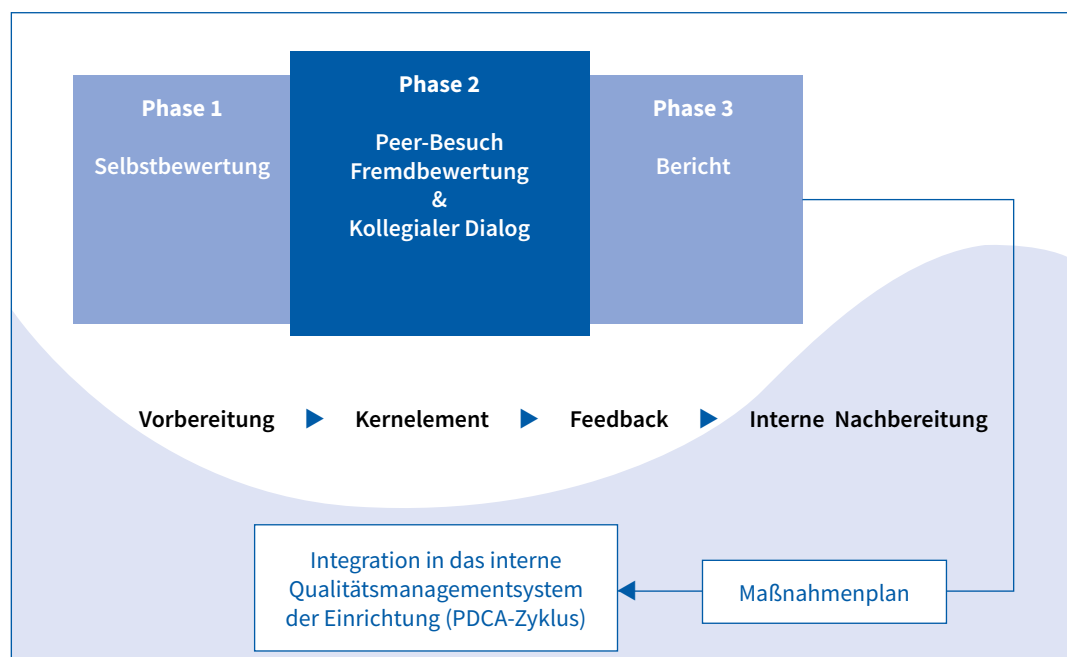
Qualität [1]. Der professionelle Eigenantrieb und der pflegerische und ärztliche Erfahrungsaustausch mit Fokus auf den gesamten klinischen Versorgungsprozess sind hier entscheidende Elemente. Die Kernelemente eines Peer Review-Verfahrens sind in Abbildung 1 dargestellt.

### Intensivmedizinisches Peer Review

Um in der Intensivmedizin medizinisch-pflegerische Prozesse immer wieder kritisch zu hinterfragen und effektiver sowie effizienter gestalten zu können, aber auch die ökonomische Nachhaltigkeit einer Intensivstation zu fördern, hat sich in intensivmedizinischen Netzwerken mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), des Berufsverbandes der Deutschen Anästhesisten (BDA) und der Landesärztekammern das Intensivmedi-

**Abbildung 1**

Der PDCA (Plan-Do-Check-Act)-Zyklus eines Peer Reviews (gemäß Curriculum Ärztliches Peer Review 2. Auflage, Bundesärztekammer, 04/20



zinische Peer Review Verfahren etabliert, das von seinen Potentialen außergewöhnlich erscheint [4]. Das Verfahren ist für alle intensivmedizinischen Bereiche anwendbar, deshalb hat die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) die Schirmherrschaft übernommen. Die DIVI und die sie fördernden Fachgesellschaften sind somit dafür verantwortlich, dass die medizinisch-pflegerischen Inhalte dieses Verfahrens stets aktuell sind und dass die Kriterien regelmäßig überarbeitet werden. Hierfür wurde eigens eine nationale Steuerungsgruppe eingesetzt. Die organisatorische Verantwortung des Intensivmedizinischen Peer Review Verfahrens liegt bei den jeweils zuständigen Landesärztekammern. Diese duale Zuständigkeit erscheint ideal, um dem Verfahren die Möglichkeit zu geben, sich inhaltsbezogen weiterzuentwickeln und den komplexen Inhalten auch zukünftig gerecht werden zu können. Auf kollegialer und vertraulicher Basis wird ärztlichen und pflegerischen Experten damit die Möglichkeit gegeben, auf höchstem Niveau Intensivstationen zu beurteilen, um Optimierungspotentiale gemeinsam zu identifizieren und Qualität in der Patientenversorgung weiterzuentwickeln [3]. Der besondere Charme dieser Art von Qualitätssicherung ist, dass Fachleute – Pflegende und Mediziner – nicht nur ihr Wissen, sondern vor allem auch ihre umfangreichen klinischen Erfahrungen kollegial austauschen und beide Seiten des Prozesses kennenlernen können [4]. Mit Hilfe dieses vertrauensvollen, kollegialen Dialogs ist die Blickrichtung des freiwilligen, Intensivmedizinischen Peer Reviews eindeutig in die Zukunft gerichtet (was lernen wir und was kann zukünftig besser gemacht werden?) und nicht in die Vergangenheit (was haben wir unter Umständen falsch gemacht?). Dieses Verfahren findet inzwischen in zahlreichen Bundesländern großes Interesse bzw. Anerkennung [5] und gliedert sich basierend auf dem eingangs bereits vorgestellten PDCA-Zyklus in folgende Phasen:

#### **1. Vorbereitungsphase mit Selbstbewertung (Plan)**

In dieser Vorbereitungsphase wird das Peer Review organisiert und die für die Intensivstation verantwortlichen Leitungen (ärztlich und pflegerisch) bearbeiten den 52 Fragen umfassenden Selbstbewertungsbogen als Vorbereitung auf das Peer Review.

#### **2. Peer Besuch (Do)**

Die Peers führen eine Evaluation der Intensivstation durch. Diese Evaluation beinhaltet eine Begehung der Station, Interviews mit den Mitarbeitern und einen strukturierten Dialog mit den verantwortlichen Leitungen. Zudem werden bei der Begehung der Station die von der DIVI konsentierten, jeweils aktuellen Qualitätsindikatoren [2, 6] erhoben. Akten werden beispielsweise stichprobenartig auf Umsetzung evidenzbasierter Therapiemethoden und einen nachvollziehbar dokumentierten Krankheitsverlauf überprüft. Zusätzlich wird der Selbstbewertungsbogen evaluiert. Am Ende des Reviews erfolgt ein Abschlussgespräch. Hierbei bekommt das Leitungsteam im Rahmen eines kollegialen Dialoges ein erstes, mündliches Feedback.

#### **3. Abschlussbericht (Check)**

Nach dem Peer Review verfassen die Peers einen ausführlichen Abschlussbericht. Dieser Bericht beinhaltet unter anderem Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken (SWOT-Berichte) der besuchten Intensivstation.

#### **4. Maßnahmenplan und Integration in ein internes Qualitätsmanagementsystem (Act)**

Im vierten Abschnitt erfolgt die Umsetzung der Empfehlungen aus dem Peer Review in einen Maßnahmenplan bzw. in konkrete Ziele. Dieser Abschnitt ist entscheidend für den Verbesserungsprozess.

Das intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren hat sich in der Zwischenzeit in Deutschland als eine überaus effektive und effiziente Methode etabliert, um intensivmedizinischen Experten fach- und professionsübergreifend die Gelegenheit zu geben, Wissen und Erfahrungen auszutauschen, Verbesserungspotentiale aufzuspüren und die Patientensicherheit in der Intensivmedizin zu erhöhen [1, 3, 5].

### **Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM)**

Die Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) ist eine trägerübergreifende Initiative, an der sich Krankenhäuser unterschiedlichster Versorgungsstufen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz aktiv beteiligen können. Ziel

dieses freiwilligen Verfahrens ist es, die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Das Peer Review bei IQM ist also nicht auf das rein intensivmedizinische Umfeld beschränkt, sondern umfasst den gesamten Behandlungskontext (einschl. der intensivmedizinischen Versorgung) einer Vielzahl von vordefinierten Erkrankungen sowie Operationen (wie z.B. Herzerkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems und Schlaganfall, Lungenerkrankungen, Operationen an den Bauchorganen, Gefäßoperationen, Frauenheilkunde & Geburtshilfe, etc.). Die Teilnahme der Kliniken an IQM erfolgt auf Basis der folgenden **drei Grundsätze**:

1.) Qualitäts- & Risikomanagement auf Basis von **Routinedaten**

Das deutsche Fallpauschalensystem bietet die Möglichkeit, aus den Abrechnungsdaten (= Routinedaten) der Kliniken eine Vielzahl von Qualitätsinformationen abzuleiten. Diese Routinedaten bilden die Grundlage für Prüfungen durch die Kostenträger, so dass sie vollumfänglich und kurzfristig verfügbar sein müssen. Mittels dieser Routinedaten werden anonymisiert Ergebnisqualitätsparameter (= Qualitätsindikatoren, wie z.B. Sterblichkeit bei bestimmten Operationen oder Diagnosen) in den teilnehmenden IQM-Kliniken analysiert und diese nach einer alters- und geschlechtsspezifischen Risikoadjustierung mit den publizierten Daten des Statistischen Bundesamtes verglichen. Eine derartige Qualitätsmessung über Qualitätsindikatoren auf Basis von Routinedaten erweist sich als objektiv und effizient zugleich, da die Daten leicht überprüfbar sind, kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand betrieben werden muss und sich leicht Verbesserungspotentiale (in Bezug auf die Ergebnis- & Strukturqualität) identifizieren lassen. Inwiefern sich durch diese Qualitätsindikatoren allerdings wirkliche Behandlungsqualität abbilden lässt, ist Gegenstand kontroverser Diskussionen.

2.) Transparenz der Ergebnisse durch deren **Veröffentlichung**

Die Teilnahme an IQM beinhaltet für die jeweiligen Kliniken darüber hinaus die regelmäßige Information der Öffentlichkeit über die medizinischen Qualitätsergebnisse, so dass die analysierten Ergebnis-

qualitätsparameter verbindlich zu veröffentlichen und damit für jedermann einsehbar sind.

3.) Aktives Qualitätsmanagement durch **Peer-Review-Verfahren**

Im Falle von negativen statistischen Auffälligkeiten (= Aufgreifkriterium) wird in der betroffenen Klinik ein strukturiertes Peer Review durch Chefarzte oder leitende Ärzte einer Abteilung durchgeführt, im Rahmen dessen eine Stichprobe von Patienten mit dem auffälligen Ergebnisqualitätsparameter mittels retrospektiver Aktenanalyse genauer evaluiert wird. Es sollen mögliche Verbesserungspotentiale in den Behandlungsprozessen identifiziert werden, indem auf Basis von Evidenz-basiertem, medizinischem Fachwissen die bestmögliche individualisierte Behandlung der jeweils tatsächlich stattgefundenen Behandlung gegenübergestellt wird. Schlussendlich wird jede geprüfte Akte einer der folgenden drei Kategorien zugeordnet: (a.) Verbesserungsmöglichkeiten in Diagnostik und/oder Therapie erkennbar, (b.) Hauptkodierung falsch oder (c.) keine Auffälligkeiten. Die Einschätzungen des Peer-Review-Teams werden mit den initialen Eigenanalysen des Behandlungsteams verglichen und die sich ergebenden Verbesserungspotentiale in der sich anschließenden Falldiskussion (= kollegialer Dialog) ausführlich diskutiert. Noch vor Ort erfolgt die Zusammenstellung eines möglichst konkreten Maßnahmenkataloges (einschl. Umsetzungszeitplan), dessen Umsetzung dann allerdings in die Verantwortung der Krankenhausleitung vor Ort fällt. Da die Ergebnisqualitätsparameter kontinuierlich bzw. ständig weiter bestimmt werden, wird auch zeitnah erkennbar, inwiefern die vereinbarten Maßnahmen überhaupt initiiert worden sind oder ob sie den erwünschten Effekt nach sich gezogen haben.

Ziel des IQM-Peer-Reviews ist es also ebenso, gemäß des eingangs dargestellten PDCA-Zyklus einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess in den teilnehmenden Kliniken anzustoßen, der auf einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie einer Veränderung der Sicherheits- und Fehlerkultur fußen soll.

IQM Peer Review	Intensivmedizinisches Peer Review
„Top Down“	„Bottom up“
Ausgehend von der Geschäftsführung	Ausgehend vom Behandlungsteam
Unidirektional (*)	Bidirektional (*)
Grundlage für Zertifikate bzw. Zertifizierungen	Grundlage für Zertifikate bzw. Zertifizierungen
Verein, der Qualitätssicherung als Ziel hat	DIVI und LÄK/BÄK
Auf Basis von Routinedaten, die auffällig sind	Eigenmotivation
Todesfallanalyse	Analyse der Ist-Prozesse auf Intensivstation
Aktenanalyse	Besuch des Patienten und der Intensivstation
Fallbezogen	Allgemeine Sicht auf die Intensivstation
Bericht für die Geschäftsführung	SWOT-Analyse für das Behandlungsteam
Bestätigung der Konformität (*)	Ausführlicher Dialog zum gegenseitigen Lernen (*)

Tabelle 1

Abkürzungen: DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.; LÄK, Landesärztekammer; BÄK, Bundesärztekammer  
Referenz: (\*) Frietsch et al.: Peer Review Hämotherapie - Die Ausweitung des Verfahrens auf das Fachgebiet der Hämotherapie. Deutscher Ärzteverlag DIVI 2017;8(3)

Obwohl das intensivmedizinische Peer-Review und das IQM-Peer-Review vordergründig viele Gemeinsamkeiten aufweisen, so offenbart ein Blick hinter die Kulissen allerdings eine Vielzahl von verfahrensspezifischen Besonderheiten bzw. Unterschieden. Die Kenntnis dieser Unterschiede ist von besonderem Interesse, wenn beurteilt werden soll, was beide Verfahren zu leisten imstande sind, Tabelle 1.

## Fazit

Während das IQM-Konzept einem eher eingeschränkten Schlüsselblick auf ein großes Krankenhaus gleicht (es wird pro Review jeweils nur ein spezielles Aufgreifkriterium unter die Lupe genommen), so ermöglicht das intensivmedizinische Peer Review der DIVI einen umfassenden und tiefgründigen Einblick in das intensivmedizinische Ganze der jeweils besuchten Intensivstation. Beide Ansätze schließen sich somit keineswegs gegenseitig aus, sondern haben ihre jeweils eigene Daseinsberechtigung. Während das IQM-Konzept (als eine externe Qualitätssicherungsmaßnahme) sinnvoller Bestandteil eines von Seiten der Geschäftsführung getragenen umfassenden Qualitätsmanagementkonzeptes darstellt, so ist das intensivmedizinische Peer Review eine aus der Motivation

des einzelnen Intensivteams heraus initiierte Maßnahme zur Verbesserung der Versorgungsqualität aller Patienten auf der jeweiligen Intensivstation unabhängig von den zugrundeliegenden Diagnosen oder Prozeduren.

## Literatur

- Braun JP, Bloos F, Geldner G, Kastrup M, Kühlen R, Markewitz A, Martin J, Mende H, Quintel M, Steinmeier-Bauer K, Waydhas C, Spies C (2010). Intensivmedizinische Peer Reviews: Pragmatischer Weg ins Qualitätsmanagement. *Anästh Intensivmed* 11: S823–S829
- Braun JP, Kumpf O, Deja M, Brinkmann A, Marx G, Bloos F, Kaltwasser A, Dubb R, Muhl E, Greim C, Bause H, Weiler N, Chop I, Waydhas C, Spies C (2014). Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren -zweite Auflage-. *Anästh Intensivmed* 55: 69–86
- Brinkmann A, Braun JP, Riessen R, Dubb R, Kaltwasser A, Bingold TM (2015). Qualitätssicherungskonzepte in der Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 110: 575–583
- Brinkmann A, Genz R, Köberer A, Fuchs Th, Weber R, Dubb R, Felsenstein M. (2013). Dialog auf Augenhöhe. *f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 30: 598–601
- Kluge S, Bause H (2015). Mehr Patientensicherheit durch freiwilliges intensivmedizinisches

„Peer Review“. Bundesgesundheitsbl -Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 58: 54–60

6. Kumpf O, Braun JP, Brinkmann A, Bause H, Bellgardt M, Bloos F, Dubb R, Greim C, Kaltwasser A, Marx G, Riessen R, Spies C, Weimann J, Wöbker G, Muhl E, Waydhas C (2017). Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren für Deutschland – dritte Auflage 2017. GMS Ger Med Sci 15: Doc10

**Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Brenner, MHBA**

Leitender Oberarzt

Klinik für Anästhesiologie

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 110

69120 Heidelberg

thorsten.brenner@med.uni-heidelberg.de

## Stickoxid-Inhalationen könnten Nierenschäden nach Herzoperation verringern

Das Verabreichen von Stickoxidgas während einer Herzoperation und 24 Stunden danach verringert das Risiko für Patienten, akute und chronische Nierenprobleme zu erleiden. Zu dieser Einschätzung kommt eine in China durchgeführte randomisierte, kontrollierte Studie.

Die Studie *„Nitric Oxide Decreases Acute Kidney Injury and Stage 3 Chronic Kidney Disease after Cardiac Surgery“* wurde online im American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine veröffentlicht, der Fachzeitschrift der American Thoracic Society.

Die Forscher untersuchten 244 Erwachsene in Xi'an (China), die in einer einzelnen Operation mindestens eine neue Herzklappe erhielten. Aufgrund der Dauer des Verfahrens benötigten die Patienten einen kardiopulmonalen Bypass (Herz-Lungen-Maschine) über eine Dauer von mindestens 90 Minuten.

„Frühere Studien ergaben, dass ein längerer kardiopulmonaler Bypass die Zirkulation der roten Blutzellen und die Freisetzung von Hämoglobin unterbricht, was zu einem akuten Nierenversagen führen und eine langfristige Hämodialyse erforderlich machen kann“, sagte der leitende Studienautor Lorenzo Berra, MD, medizinischer Direktor für Beatmungstherapie am Massachusetts General Hospital in Boston (USA) und Assistant Professor an der Harvard Medical School. „Wir untersuchten, ob das Verabreichen von Stickoxid, einem Gas, das normalerweise von Zellen produziert wird, mit denen die Blutgefäße ausgekleidet sind, das Hämoglobin „inert“ machen und damit das Risiko von aku-

tem und auch von chronischem Nierenversagen reduzieren könnte.“

Die Autoren fanden heraus, dass Patienten, die 80 ppm Stickoxid während der Operation und bis 24 Stunden danach erhielten, weniger häufig eine akute Nierenschädigung entwickelten, mit einer Abnahme von 64 Prozent bei den plazebobehandelten Patienten auf 50 Prozent in der Stickoxid-Gruppe.

Das Risiko, dass sich die Schädigung zu einer ernsteren Nierenerkrankung weiterentwickelte (Stage 3 Chronic Kidney Disease) war nach 90 Tagen ebenfalls niedriger, mit einer Abnahme von 33 Patienten bei den plazebobehandelten Patienten auf 21 Prozent in der Stickoxid-Gruppe. Nach einem Jahr hatten 31 Prozent der Patienten in der Plazebo-Gruppe eine schwere Nierenerkrankung im Vergleich zu 18 Prozent in der Stickoxid-Gruppe.

Darüber hinaus zeigte sich eine Abnahme der Gesamtsterblichkeit nach einem Jahr, von 6 Prozent in der Plazebo-Gruppe auf 3 Prozent in der Stickoxid-Gruppe. Dazu erläuterten die Forscher, dass die Verringerung nicht statistisch signifikant war, wahrscheinlich aufgrund der relativ kleinen Probandenzahl in dieser Studie.

Wie die Autoren angeben, wurden verschiedene Medikamente getestet, die sich alle als nicht effektiv erwiesen haben für den Schutz der Nieren nach Herzoperationen. Dies ist die erste Studie, die zeigt, dass eine pharmakologische Behandlung akute und chronische Nierenschäden, die sich infolge einer Herzoperation ergeben haben, verringern kann.

Die Autoren stellten zudem fest, dass die Verabreichung des Stickoxidgases sicher zu sein scheint: Bei keinem der Patienten, die das Gas erhielten, musste die Zufuhr von Stickoxid verringert oder gestoppt werden.

Die Autoren raten zur Vorsicht, da die Studienergebnisse möglicherweise nicht auf alle Patienten mit kardiopulmonalem Bypass verallgemeinert werden können. In der chinesischen Studie hatten sämtliche Patienten die gleiche Art von Operation und die meisten Patienten waren jung (Durchschnittsalter: 48 Jahre), da ihre Probleme mit den Herzklappen von rheumatischem Fieber verursacht waren. In Nordamerika und Europa stellen degenerative Herzerkrankungen eine häufigere Ursache einer Klappendysfunktion dar und diese älteren Patienten haben eher zusätzliche medizinische Probleme.

Die Forscher führen nun eine ähnliche Studie am Massachusetts General Hospital durch, um feststellen zu können, ob eine Stickoxid-Gabe dort ähnliche Vorteile wie in der chinesischen Studie erbringt.

Im Vergleich zu den jüngeren, relativ gesunden Patienten in der chinesischen Studie, sagte Dr. Berra, „glauben wir, dass die älteren Patienten mit einer höheren Zahl an kardiovaskulären Risikofaktoren, einschließlich Übergewicht, Bluthochdruck und Diabetes, von der Stickoxid-Gabe während und nach Herzoperation sogar noch mehr profitieren könnten.“

[https://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2018-06/ats-ino061918.php](https://www.eurekalert.org/pub_releases/2018-06/ats-ino061918.php)



# Die Transferierung von der Intensiv- auf die Normalstation und die Zeit danach aus Sicht von ehemals schwer kritisch kranken IntensivpatientInnen und deren Angehörigen – eine qualitative Untersuchung

Tamara Großbichler

## Hintergrund und Problemdarstellung

Die Intensivtherapie hinterlässt nicht nur im Leben ehemals kritisch kranker PatientInnen<sup>1</sup> Spuren von Angst, Depressionen und Alpträume, auch deren Angehörige sind gleichsam davon betroffen. Wenn sich die Patienten soweit von ihrem kritischen Zustand erholt haben, dass eine intensivmedizinische Betreuung nicht mehr notwendig ist, werden diese zur weiteren Betreuung auf eine Normalstation transferiert. Einerseits stellt der Transfer einen wichtigen Schritt Richtung Genesung dar, andererseits kann der Übergang auf die Normalstation und die Zeit danach aber mit den genannten negativen Gefühlen verbunden sein. Es bedarf also sowohl auf medizinischer als auch pflegerischer Seite erhöhter Aufmerksamkeit.

## Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der Forschungsarbeit war es, eine Einsicht in die Situation ehemaliger schwer kritisch kranker Intensivpatienten und ihrer An-

gehörigen zu bekommen, um die Auswirkung der Transferierung und die Zeit danach aus Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen beschreiben zu können. Folgende Fragestellung ergab sich daher aus der oben beschriebenen Zielsetzung:

Wie erleben ehemals schwer kritisch kranke Intensivpatienten und deren Angehörige die Transferierung von der Intensiv- auf die Normalstation und die Zeit danach?

## Methodik

Zur Beantwortung der gestellten Forschungsfrage wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt. Zur Datenerhebung wurden leitfadengestützte Einzelinterviews geführt. Die zu erfüllenden Einschlusskriterien der Studienteilnehmer können aus der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Aufgrund der Tatsache, dass bestimmte Vorerkrankungen der Patienten einen Einfluss auf die Zeit nach der Intensivstation haben [6], wurden Patienten mit einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung und/oder Suchterkrankung, sowie einer vorbekannten Krebserkrankung nicht in die Studie aufgenommen. Des Weiteren wurden Patienten

<sup>1</sup> Für die bessere Lesbarkeit wird im Folgenden der maskuline Plural „Patienten“ verwendet. Selbstverständlich sind hierbei auch Patientinnen mit eingeschlossen.

<b>Patienten</b>	ehemalige, sedierte, beatmete Patienten >18 Jahre, Mindestaufenthalt von 7 Tagen, die von der Intensiv- auf die Normalstation verlegt wurden und sich daran erinnern können; zum Zeitpunkt der Befragung in keiner stationären Einrichtung
<b>Angehörige</b>	vom/von Patienten/in ausgewählt, > 18 Jahre
<b>sprachliche Voraussetzung</b>	in deutscher Sprache ein Interview absolvieren können
<b>frühester Interviewzeitpunkt</b>	> 2 Monate nach Intensivaufenthalt

**Tabelle 1**  
Einschlusskriterien der Studienteilnehmer

auch nicht aufgenommen, wenn sie während ihres Intensivaufenthaltes ein Delirium entwickelt hatten. Aufgrund der Studie von Odell [5] und anderen Autoren [1, 3] wurden auch keine ehemaligen Intensivpatienten von Herzintensivstationen miteinbezogen, da der von vielen Patienten erlebte Transferstress bei Herzpatienten, durch den Stress, bezogen auf ihren durchgemachten Herzinfarkt, überschattet werden kann. Die Rekrutierung der Teilnehmer (Patienten) fand in einem Gemeindespital auf unterschiedlichen Intensivstationen mit Hilfe der Durchsicht der elektronischen Dokumentation statt, d.h. es handelte sich um bereits entlassene Personen. Nach entsprechender Zustimmung oder Interesse an der Teilnahme, erhielten die zu Befragenden ein detailliertes Informationsschreiben über die Studie. Insgesamt wurden im Zeitraum Juli bis Oktober 2015 zehn Interviews geführt. Berücksichtigt wurden in der vorliegenden Forschungsarbeit, im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Interviews, die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes, die wie folgt lauten:

- „1. Umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmerinnen (= freiwillige Teilnahme);
2. Anonymität;
3. Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden“ [4].

Die informierte Zustimmung (informed consent) wurde von den Teilnehmern in schriftlicher Form eingeholt und auch von der Forscherin unterzeichnet. Die Datenauswertung der Forschungsarbeit passierte in Anlehnung an das Verfahren der Grounded Theory von Strauss und Corbin [7]. Im ersten Schritt, dem offenen Kodieren, wurden die Kategorien durch eine Zeile-für-Zeile-Analyse, im Hinblick auf die Forschungsfragen erzeugt und bedeutsame Textstücke wurden im Zuge der Datenauswertung mit In-vivo-Kodes versehen. Im zweiten Schritt, dem axialen Kodieren, wurden die zuvor aufgebrochenen Daten auf neue Art und Weise wieder zusammengesetzt. Dies wurde mit Hilfe eines paradigmatischen Modells (Kodierparadigmas) erreicht [7]. Das paradigmatische Modell bildet den Hintergrund des selbst entworfenen Phasenmodelles und zeigt, wie das Zusammenfügen der entwickelten Kategorien und Konzepte als Prozess bzw. selbst entworfenes Phasenmodell aussehen kann.

## Ergebnisse

Die Transferierung und das Erleben auf der Normalstation kann sowohl bei kritisch kranken Intensivpatienten als auch bei deren Angehörigen als Verlauf mit unterschiedlichen Phasen dargestellt werden. Der Transfer setzt bei Patienten und Angehörigen einen Prozess in Gang, der in Phasen verläuft und darstellt, wie Angehörige und Patienten den Transfer an sich und die Zeit danach auf der Normalstation erleben. Es kommt vor, dass der Transfer an sich sowohl von Patienten als auch deren Angehörigen als positiv erlebt wird, aber die Zeit danach auf der Normalstation sich aufgrund diverser Umstände für beide schwierig gestaltet. Mit Hilfe eines selbst formulierten Modells wurde versucht zu beschreiben, welche Veränderungen in Bezug auf Interaktion, Rolle und Beziehung zwischen Patienten und Angehörigen durch den gemeinsam durchgemachten Prozess stattfinden.

Das folgende Modell (s. Abb.1) versucht abzubilden, wie kritisch kranke Patienten und deren Angehörige den Transfer von der Intensiv- auf die Normalstation erleben und wie sie die Zeit dort empfinden und gestalten. Es umfasst insgesamt drei Phasen, welche sich vom Übergang auf die Normalstation über die Erfahrungen während der Normalstationszeit bis zum Ende dieser und den Übergang nach Hause erstrecken.

Den drei Hauptphasen vorgelagert ist eine Vorphase, die die Erlebnisse und Erfahrungen der Intensivstationszeit aus Patienten- und Angehörigenperspektive beschreibt und bis zum Zeitpunkt des Transfers reicht. Die Erlebnisse dort sind wichtig und haben für beide einen Einfluss darauf, wie weitere Entwicklungen, Vorkommnisse, etc. seitens der Patienten und Angehörigen bewertet und eingestuft werden. Diese Vorphase spielt im Phasenmodell insofern eine sehr wichtige Rolle, als dass sie ausschlaggebend dafür ist, welche Erwartungen Angehörige und Patienten an den Transfer und die Zeit danach stellen. Prinzipiell haben sowohl Patienten als auch Angehörige die Tendenz, die Intensivstation und die Normalstation in allen Belangen zu vergleichen. Die verschiedenen Phasen werden mit unterschiedlicher Intensität erlebt, sowohl von Patienten als auch von deren Angehörigen. In den Ergebnissen zeigte sich auch, dass es zu einem Rückfall in eine

PatientInnen	Phase	Angehörige
Überwältigt sein Orientierung suchen Keine Kontrolle haben	<b>Vorphase</b> Bis es wieder bergauf geht – Ordnung ins Chaos bringen	Überwältigt sein Zwischen Hoffen und Bangen Zuspruch erfahren Etwas Tun müssen
Einen Bruch erleben Neuorientierung anstreben	<b>1. Phase</b> Ankommen – Landen	Einen Bruch erleben Sich Sorgen machen
Anpassen und arrangieren Aktiv werden Wieder Kontrolle erlangen Rollenklärung	<b>2. Phase</b> Dort sein – Aktiv werden	Das Ruder übernehmen und kämpfen Aktiv werden Rollenklärung
Wieder nach Hause kommen	<b>3. Phase</b> Zurück ins Leben – Ablösung	Wieder nach Hause kommen

**Abbildung 1**

Eigene Darstellung des Phasenmodells aus Patienten- und Angehörigensicht

bereits durchgemachte Phase kommen kann. Obwohl sich die Phasen, abgesehen von einer gewissen Unschärfe, zeitlich begrenzen lassen, kann es davon unabhängig trotzdem vorkommen, dass Zustände bzw. Erlebnisse vorausgegangener Phasen noch einmal auftreten und durchlebt werden, bzw. Patienten und auch Angehörige aufgrund diverser Zustände bzw. Gegebenheiten in eine bereits durchgemachte Phase zurückfallen. Zudem müssen sich Patienten und Angehörige nicht immer in der gleichen Phase befinden, obwohl die Phasen bei beiden gleich bzw. ähnlich verlaufen.

### Diskussion und Schlussfolgerungen mit Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl Patienten als auch Angehörige im Zusammenhang mit dem Transfer und der Zeit danach mit verschiedenen Problemen zu kämpfen haben, dahingehend aber meist keine adäquate Unterstützung erhalten. Für viele Patienten und auch Angehörige fehlt während des gesamten Prozesses ein konkreter Ansprechpartner im Hinblick auf auftauchende Fragen, Probleme, Erlebnisse etc. Aus Patienten- und Angehörigensicht wäre eine kontinuierliche Begleitung vor, während und nach dem

Transferprozess und auch zu Beginn auf der Normalstation wünschenswert und hilfreich. Nach Meinung der Autorin sprechen die Ergebnisse dafür, dass auch in Österreich seitens der Patienten und Angehörigen der Ruf nach einem Follow-up-Service nach einem Intensivaufenthalt bzw. einem Liaisonurse/-team-Konzept, wie schon z.B. in Australien, Großbritannien oder den skandinavischen Ländern vorherrschend, groß ist. Mit Hilfe solcher Services und Konzepte können sowohl die Patienten als auch deren Angehörige besser unterstützt und die Kontinuität nach dem Transfer gewährleistet werden. Des Weiteren kann damit auch die Zusammenarbeit zwischen Intensiv- und Normalstation verbessert werden, was wiederum Vorteile für die Patienten und auch deren Angehörige hätte [2]. Die Patientenergebnisse zeigen, dass diese meist nicht wussten, wie schwer krank sie eigentlich waren und wie sie auf der Intensivstation ausgesehen hatten. Dieses fehlende Bewusstsein führte bei einigen während ihres Genesungsprozesses auf der Normalstation zu Stress und Ungeduld, weil sie körperlich weiter sein wollten als sie konnten und keine Erklärungen für ihre Defizite hatten. Nach Meinung der Autorin würde der Einsatz eines Intensivtagebuches im Zusammenhang mit dieser Problematik hilfreich sein, denn die Patienten könnten mit dessen

Hilfe die verlorene Zeit und die Erlebnisse auf der Intensivstation aufarbeiten und darin gleichzeitig Gründe für ihren langsam fortschreitenden Genesungsprozess finden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass sowohl Patienten als auch Angehörige im Zusammenhang mit dem Transfer Informationsdefizite bzw. -verluste wahrnahmen, die sich aus ihrer Sicht wesentlich auf die Zeit nach dem Transfer auswirkten. Aufgrund dieser Erkenntnis empfiehlt es sich bei kritisch kranken Intensivpatienten, neben den meist vorherrschenden, standardisierten Verlegungsberichten, einen ausführlichen, individuellen Verlegungsbericht anzufertigen, der sowohl patienten-, pflege-, als auch therapiebezogene Informationen enthält und ein interdisziplinäres Gemeinschaftsprodukt von allen, die an der Betreuung beteiligt sind bzw. waren (Ärzte, Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden etc.), darstellen soll. Mit Hilfe dieses individuellen, patientenzentrierten Verlegungsberichtes könnte die Kontinuität die Pflege betreffend gewährleistet werden und die Pflegenden auf der Normalstation hätten eine bessere Übersicht über die meist komplexen Intensivpatienten.

## Literatur

1. Cassem N.H, Hackett T.P. (1973) Psychological rehabilitation of myocardial infarction patients in the acute phase. *Heart and Lung* 2: 382–388
2. Chaboyer W, Thalib L, Foster M, Elliot D, Endacott R, Richards B (2006) The impact of an ICU Liaison nurse on discharge delay in patients after prolonged ICU stay. *Anaesthesia and Intensive Care* 34: 55–60

3. Klein RF, Kliner VA, Zipes DP, Troyer WG, Wallace AG (1968) Transfer from a coronary care unit. *Archives of Internal Medicine* 3: 104–107
4. Mayer H (2015) *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium* (5. Aufl.). Wien: Facultas.
5. Odell M (2000) The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing* 31: 322–329
6. Orwelius L, Nordlund A, Nordlund P, Simonsson E, Backman C, Samuelsson A, Sjöberg F (2010) Pre-existing disease: the most important factor for health related quality of life long-term after critical illness: a prospective, longitudinal, multicentre trial. *Critical Care* 14: R67
7. Strauss AL, Corbin JM (1996) *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

### Tamara Großbichler

Anzengrubergasse 12/31  
A-1050 Wien  
tamara.groszbichler@wienkav.

## Medikamentenverwechslung und Dosierungsfehler

Jost Kaufmann

Der vorliegende Beitrag stellt einen Auszug aus der S2e-Leitlinie „Medikamentensicherheit in der Kinderanästhesie“ dar [4]. Aufgrund altersgruppenspezifischer Kontraindikationen und der Notwendigkeit einer individuellen Dosisberechnung kommen Medikationsfehler häufiger bei Kindern vor als bei Erwachsenen [6]. Selbst eine hohe Fehldosierung (wie 10er-Potenzfehler, also 10-fach zu hohe Dosen), die bei Erwachsenen alleine aufgrund einer „Vertrautheit“ mit einer „normalen“ Dosis auffallen würde, wird bei Kindern oft als unverfänglich wahrgenommen [7]. Eine aktuelle Arbeit, bei der erstmalig die Fehlerrate durch externe Begutachtung im Bereich der Anästhesie bei Erwachsenen erfasst wurde, stellt Fehler bei 5 Prozent aller Medikamentengaben und jeder zweiten Narkose fest [8].

„Menschliches Versagen“ ist die häufigste Fehlerquelle bei der medikamentösen Therapie. Somit tragen Ausbildung und individuelle Erfahrung wesentlich zur Vermeidung von Fehlern bei. Nachweislich sind Schulungen, die Kenntnisse in pädiatrischer Pharmakotherapie vermitteln und Ursachen von Medikamentenfehlern sowie deren Lösungsansätze zum Inhalt haben, sinnvoll. Referenzquellen zu pädiatrisch-pharmakologischen Besonderheiten (z.B. altersgruppenspezifische Indikationen, Kontraindikationen und Dosierungsempfehlungen) sollten als „Abteilungswissen“ zum Beispiel in Form eines Standardoperationsprotokolles (SOP) festgelegt und auch am Arbeitsplatz vorgehalten werden. Die Vigilanz der Verordnenden bezüglich der Gefahr von Medikamentenfehlern hat einen erheblichen Einfluss auf die Medikationssicherheit und kann durch Schulungen, aber auch durch Kontrollen, deren Durchführung den Verordnenden bekannt ist, verbessert werden. Fehlerberichtssysteme („Critical Incident Reporting System“ – CIRS) sollten in jeder medizinischen Einrichtung

eingeführt und intensiv genutzt werden. Zum Erfolg ist entscheidend, dass eine positive Sicherheits- und Fehlerkultur ohne persönliche Repressalien für den Berichtenden existiert.

Es sollen möglichst keine Medikamente in unterschiedlichen Konzentrationen, ähnlich klingenden Namen oder ähnlich aussehenden Verpackungen vorgehalten werden. Regelmäßig verwendete Medikamente sollen unmittelbar am Arbeitsplatz zur Verfügung stehen. Jedem Medikament soll ein klar definierter Aufbewahrungsort zugewiesen werden. Medikamente mit hohem Gefährdungspotential, seltenem Gebrauch oder möglicher Verwechslungsgefahr sollen nicht unmittelbar im OP-Saal vorgehalten werden, sondern beispielsweise im Medikamentenlager des Operationsbereichs. Jede vorbereitete Spritze soll eine klare Kennzeichnung erhalten, wie sie in Form der ISO 26825 international festgelegt wurde.

Die Notwendigkeit zur individuellen Berechnung der erforderlichen Dosis ermöglicht Berechnungsfehler. Dies gilt umso mehr, je komplexer die Berechnung der Dosis ist. Erfahrene machen hierbei nicht weniger Fehler als unerfahrene Mitarbeiter. Zur Berechnung der zu verabreichenden Dosis sollten wann immer möglich elektronische Hilfsmittel (z.B. Taschenrechner, Tabellenkalkulationsprogramme) verwendet werden, weil hiermit Rechenfehler nachweislich zu reduzieren sind. Auch Kommunikationsdefizite sind in erheblichem Umfang an der Entstehung von Medikamentenfehlern beteiligt. Bei seltener verabreichten Medikationen und in Situationen mit hoher Komplexität und Handlungsdichte (z.B. Reanimation) und besonderer Bedeutung verabreichter Medikationen (z.B. Adrenalin) ist eine vollständige Nennung (Gewicht des Patienten, Dosierung, Dosis, Konzentration der Lösung und zu verabreichende Menge) zu fordern. Der Empfän-

ger der Verordnung soll diese zur Bestätigung ebenso vollständig wiederholen (sog. „Closed-loop“-Kommunikation) und dabei durch Nachrechnen ebenso vollständig überprüfen. Hierbei dürfen keinerlei Unterschiede bezüglich hierarchischer Strukturen gemacht werden. Alle anwesenden Mitarbeiter müssen gleichberechtigt mitrechnen, bestätigen oder gegebenenfalls Zweifel anmelden.

Alle geforderten Maßnahmen dürfen die Anwender nicht überfordern und müssen der individuellen Versorgungssituation angepasst sein, um eine gute Akzeptanz und Umsetzung im klinischen Alltag zu erreichen [5]. Die Maßnahmen dürfen nicht unveränderlicher Selbstzweck sein und müssen einer ständigen Überprüfung und Anpassung unter Integration des gesamten Teams der Versorgenden unterliegen. Nur so können die Maßnahmen eine für die Anwender erkennbare Sinnhaftigkeit erhalten. Bei häufig verabreichten Medikamenten in typischer Situation durch ein eingespieltes Team ist es dementsprechend ausreichend, eine abgekürzte Form dieses „closed loop“ mit alleiniger Bestätigung der geforderten Menge und des zu verabreichenden Volumens durchzuführen. Essentiell ist dennoch die bei jeder Medikamentengabe gelebte Praxis, eine kurze Unterbrechung und Kontrolle durchzuführen, bevor die Gabe den Patienten erreicht. Diese Unterbrechung sorgt für eine allgegenwärtige Vigilanz für die Medikamentensicherheit. Zusätzlich kann nur dann in schwierigen Situationen davon ausgegangen werden, dass eine reibungslose „Closed-loop“-Kommunikation stattfindet, wenn diese im Alltag bereits einen festen Platz im Behandlungsablauf hat.

Verdünnungen von Medikamenten sollten grundsätzlich vermieden werden. In den meisten Fällen können unverdünnte Medikamentenlösungen mit Hilfe von kleinen Spritzen (z.B. 1 ml-Spritze mit 0,01 ml-Skalierung) verwendet werden, wenn nach der Medikamentengabe eine Nachspülung erfolgt.

Bedrohliche Fehler bei der Verabreichung von Medikamenten kommen bei Kindern aufgrund ihrer erheblichen Alters-/Gewichtsvariabilität und ggf. auch aufgrund geringerer Versorgungsroutine wesentlich häufiger vor als bei Erwachsenen. Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche und der Berücksichtigung bereits existierender internationaler Handlungsempfehlungen können

viele Maßnahmen identifiziert werden, die dabei helfen, Fehler zu vermeiden sowie Sicherheit und Qualität bei der medikamentösen Therapie zu verbessern. Der Wissenschaftliche Arbeitskreis Kinderanästhesie hat daraus die vorliegende Leitlinie abgeleitet. Erfreulich und ermutigend ist es, dass die meisten als hochwirksam evaluierten Maßnahmen weder kosten- noch zeitaufwendig umsetzbar sind. Es kann daher erwartet werden, dass diese Leitlinie eine hohe Akzeptanz erreichen wird und somit einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Versorgungsqualität in der Kinderanästhesie leisten kann.

## Literatur

1. Campino A, Lopez-Herrera MC, Lopez-de-Heredia I, Valls-i-Soler A. Educational strategy to reduce medication errors in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr* 2009; 98: 782-785
2. Davey AL, Britland A, Naylor RJ. Decreasing paediatric prescribing errors in a district general hospital. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 146-149
3. Gordon M, Chandratilake M, Baker P. Improved junior paediatric prescribing skills after a short e-learning intervention: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2011; 96: 1191-1194
4. Kaufmann J, Becke K, Höhne C, Eich C, Goeters C, Güß T, et al. S2e-Leitlinie - Medikamentensicherheit in der Kinderanästhesie. *Anaesth Intensivmed* 2017; 58: 105-118
5. Kaufmann J, Wolf AR, Becke K, Laschat M, Wappler F, Engelhardt T. Drug safety in paediatric anaesthesia. *BJA: British Journal of Anaesthesia* 2017; 118: 670-679
6. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA* 2001; 285: 2114-2120
7. Kozler E, Scolnik D, Keays T, Shi K, Luk T, Koren G. Large errors in the dosing of medications for children. *N Engl J Med* 2002; 346: 1175-1176
8. Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. Evaluation of Perioperative Medication Errors and Adverse Drug Events. *Anesthesiology* 2016; 124: 25-34
9. Otero P, Leyton A, Mariani G, Ceriani Cernadas JM, Patient Safety Committee. Medication errors in pediatric inpatients: prevalence and

results of a prevention program. *Pediatrics* 2008; 122: e737–e743

10. Stewart M, Purdy J, Kennedy N, Burns A. An interprofessional approach to improving paediatric medication safety. *BMC Med Educ* 2010; 10: 19

#### Dr. Jost Kaufmann

Abteilung für Kinderanästhesie,  
Kinderkrankenhaus der Kliniken der Stadt Köln  
Amsterdamer Str. 59  
50735 Köln  
Fakultät für Gesundheit der Privaten Universität  
Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Str. 50  
58448 Witten  
jost.kaufmann@uni-wh.de

## Neuer Test identifiziert Intensivpatienten mit Risiko für lebensbedrohende Infektionen

University of Cambridge

Patienten auf Intensivstationen haben ein signifikantes Risiko für potenziell lebensbedrohende sekundäre Infektionen, wie z. B. aufgrund von antibiotikaresistenten Bakterien wie *MRSA* und *C. difficile*. Nun könnte ein neuartiger Test diejenigen Patienten mit dem größten Risiko identifizieren – und die Entwicklung von neuen Behandlungsmethoden vorantreiben, um diesen Risikopatienten zu helfen.

Infektionen auf Intensivstationen (ICU) werden oft durch Organismen ausgelöst, wie beispielsweise multiresistente gramnegative Bakterien, die auf die wichtigsten Antibiotika resistent sind. Solche Infektionen zu behandeln, bedeutet, auf ein breites Spektrum von Antibiotika zurückzugreifen, bei denen die Gefahr besteht, weitere Medikamentenresistenzen zu erzeugen, oder die toxische Nebenwirkungen haben.

Schätzungen zum Anteil von ICU-Patienten, die eine Sekundärinfektion entwickeln werden, reichen von eins zu drei bis eins zu zwei; bei etwa der Hälfte dieser Fälle wird es sich um Lungenentzündungen handeln. Einige Menschen sind jedoch anfälliger für solche Infektionen als andere – die bisherige Evidenz legt nahe, dass der Schlüssel in einer Fehlfunktion des Immunsystems liegen könnte.

In einer Studie, die vor kurzem in der Fachzeitschrift *Intensive Care Medicine* veröffentlicht wurde, hat ein Team von Forschern, das an vier Instituten in Edinburgh, Sunderland und London arbeitet, auf drei Immunzellen Marker identifiziert, die mit einem erhöhten Risiko von Sekundärinfektionen in Beziehung

stehen. Das Team wurde von Forschern an den Universitäten von Cambridge und Edinburgh sowie der Biotech-Firma BD Bioscience geleitet.

„Diese Marker helfen uns, ein „Risiko-profil“ für einzelne Personen zu erstellen“, erläutert Dr. Andrew Conway Morris vom Department of Medicine an der Universität von Cambridge. „Damit erfahren wir, bei wem das größte Risiko für die Entwicklung einer Sekundärinfektion besteht.“

„Auf lange Sicht wird uns das helfen, Therapien für die am meisten gefährdeten Personen zu entwickeln. Kurzfristig hilft es uns aber, Patienten zu identifizieren, die in klinischen Versuchsreihen mit neuen Medikamenten teilnehmen könnten.“

Klinische Versuche für Interventionen zum Schutz vor Sekundärinfektionen waren unterschiedlich erfolgreich, zum Teil weil es schwierig war, die dafür anfälligsten Patienten zu identifizieren und zu rekrutieren, so die Forscher. Der Einsatz dieses neuen Tests sollte helfen, die klinischen Studienpatienten sorgfältig auszuwählen und die Erfolgchancen der Studie zu verbessern.

Die identifizierten Marker wurden auf der Oberfläche von Schlüsselimmunzellen gefunden: Neutrophile (Immunzellen der vordersten Front, die eindringende Pathogene angreifen), T-Zellen (Teil unseres adaptiven Immunsystems, das Pathogene sucht und zerstört) und Monozyten (ein Typ von weißen Blutzellen).

Die Forscher untersuchten die Korrelation zwischen dem Vorhandensein dieser Marker mit der Anfälligkeit für eine Reihe von bakteriellen und Pilzinfek-

tionen. Eine Person, die auf alle drei Marker positiv getestet wird, hätte ein zwei- bis dreifach höheres Risiko für Sekundärinfektionen im Vergleich zu jemandem, der auf diese Marker negativ getestet wurde.

Die Marker sagen nicht aus, welche Sekundärinfektion eine Person möglicherweise entwickeln wird, sondern eher, ob jemand allgemein anfällig dafür ist.

„Als Intensivmediziner sehen wir unsere Priorität darin, Patienten vor Sekundärinfektionen zu schützen und, falls es dennoch dazu kommt, ihnen eine bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen“, so Professor Tim Walsh von der Universität von Edinburgh, leitender Studienautor.

Die INFECT-Studie (Immune Failure in Critical Therapy Study) untersuchte Daten von 138 Patienten auf Intensivstationen und replizierte Befunde aus einer Pilotstudie von 2013.

Ein wesentlicher Punkt, der diese Studie möglich machte, war ihre Standardisierung über verschiedene Studienorte hinweg, so die Forscher. Sie verwendeten als bildgebendes Verfahren die Flusszytometrie, in der Komponenten der Zellen mit fluoreszierenden Markern gekennzeichnet und dann mit einem Laser angestrahlt wurden, so dass sie Licht in unterschiedlichen Wellenlängen abgaben. Dies war bisher schwer zu standardisieren, aber die Forscher entwickelten erfolgreich ein entsprechendes Protokoll und stellten sicher, dass sie Patienten aus den vier Studienorten rekrutieren konnten.

[https://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2018-06/uoc-tci061318.php](https://www.eurekalert.org/pub_releases/2018-06/uoc-tci061318.php)

# Was läuft schief in Krankenhäusern bei freiheitsentziehenden Maßnahmen? Neun provokante Thesen

Sebastian Kirsch

Ein Resultat des demografischen Wandels ist, dass die Anzahl der über 80-Jährigen in Deutschland stetig ansteigt. Im Falle von Demenzkranken, aber auch bei deliranten Patienten kommt es oft im Krankenhaus zu sogenannten freiheitsentziehenden Maßnahmen, um vermeintlich den Schutz für Patienten zu erhöhen. Bei etwa jedem achten Patienten im Krankenhaus werden freiheitsentziehende Maßnahmen durch das Personal eingesetzt. Feste Bettgitter, Gurte ums Handgelenk, Bauchgurte oder Vorsatztische sind also auf vielen Klinikstationen gang und gäbe. Und sie bedürfen im Regelfall der betreuungsgerichtlichen Genehmigung nach § 1906 Abs. 4 BGB.

Ein unter dem Namen „Werdenfelser Weg“ 2007 in Garmisch-Partenkirchen entstandener Ansatz hat im Bereich der Altenpflege und Behinderteneinrichtungen dazu beigetragen, dass die Zahl angewendeter Fixierungen erheblich vermindert und in vielen Einrichtungen der eigene Blickwinkel verändert werden konnte. Er bearbeitet die Problematik im gerichtlichen Verfahren einzelfallbezogen durch verbesserte Kommunikation und gemeinsame Verantwortungsübernahme. Vom Betreuungsrichter wird ein dafür speziell juristisch fortgebildeter, pflegeerfahrener Fürsprecher als Verfahrenspfleger bestellt, der als Pflegeexperte den Betroffenen vertritt. Dieser Verfahrenspfleger diskutiert im gerichtlichen Auftrag auf fachlicher Augenhöhe mit Pflegeverantwortlichen und klärt einvernehmlich mit Pflegepersonal und Angehörigen mögliche Alternativen ab. Als „Anwalt“ des Betroffenen gibt er abschließend dem Gericht gegenüber eine fachliche Empfehlung. Im Krankenhausbereich werden so beispielsweise speziell geschulte Krankenpfleger bzw. Intensivkrankenpfleger aus anderen Krankenhäusern einzelfallbezogen um Befassung gebeten.

Im Rahmen der Versorgung im Krankenhaus stellt der Ansatz eine Möglichkeit dar, Betroffenen durch die Reduzierung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) mehr Lebensqualität und einen Aufenthalt in Würde zu ermöglichen, also auch in Krankenhäusern zu einem bedachteren Umgang mit restriktiven Maßnahmen zu verhelfen.

**Provokation Nr. 1: In einigen Krankenhäusern werden freiheitsentziehende Maßnahmen ohne ausreichendes Risikobewusstsein entgegen Herstellervorgaben in einer gesundheitsgefährdenden Weise angewendet.**

Es ist nicht hinreichend bekannt, dass unterbringungsähnliche Maßnahmen bei nicht sorgfältiger Anwendung dramatische Risiken bis hin zum Tod des Betroffenen haben können. Patienten können sich strangulieren oder schwere Verletzungen zufügen.

**Provokation Nr. 2: In einigen Krankenhäusern ist eine aus Patientensicht nicht voraussehbare, fachlich willkürliche Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen festzustellen.**

Der Einsatz von unüberwindlichen Bettgittern, Gurten ums Handgelenk, Bauchgurten oder Vorsatztischen variiert stark. Von den allgemeinmedizinischen Abteilungen wenden manche gar keine Zwangsmaßnahmen an, andere bei jedem dritten Patienten. Auf Intensivstationen ist der Unterschied noch gravierender: vom kompletten Verzicht bis zum Einsatz bei 90 Prozent der Patienten. Diese Unterschiede hängen nicht davon ab, welche Erkrankungen die Patienten oder welche Ausstattung die Stationen haben. Ist es aus Patientensicht Zufall, ob man ein Bettgitter oder eine Handfixierung verpasst bekommt oder ob man dem entgeht?

Zum Wohle des Betroffenen gedacht, lösen dauerhafte Fixierungen im Bett oder Stuhl



regelmäßig körperliche und seelische Leiden aus und setzen häufig eine gewichtige Ursache dafür, dass sich das Gesamtbild des körperlichen und psychischen Zustands erheblich verschlechtert (zum Beispiel in Bezug auf Muskelabbau, Inkontinenz, Ängste, Liegegeschwüre, Lungenentzündung).

Nach dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaften im Expertenstandard zur Sturzprophylaxe sind freiheitsentziehende Maßnahmen über die Akutsituation hinaus keine geeigneten Schutzmaßnahmen und als regelmäßige Maßnahmen nicht anzuwenden.

**Provokation Nr. 3: In vielen Krankenhäusern bleibt das Fachwissen über Alternativen zu und korrekten Anwendungen von Fixierungen auffallend hinter dem Fachwissen zurück.**

Die Anwendung von Bettseiten oder Gurten zwingt Patienten in die Bettlägerigkeit. Die Folge: Die fehlende Mobilität beschleunigt den kognitiven Abbau und steigert auch im Krankenhaus die Gefahr von Wundheilungsstörungen oder Lungenentzündungen.

Wer die meiste Zeit des Tages ans Bett gefesselt bleibt, hat ein sehr viel größeres Risiko, sich wund zu liegen, eine Thrombose, Embolie oder Lungenentzündung zu erleiden.

Mitunter befinden sich nach freiheitsentziehenden Maßnahmen Patienten in einem schlechteren Gesundheitszustand als zuvor.

**Provokation Nr. 4: In vielen Krankenhäusern werden den Mitarbeitern auch zu wenig technische oder pflegerische Hilfsmittel als Alternativen zu Fixierungen zur Verfügung gestellt.**

In Alten- und Pflegeheimen sowie Psychiatrien ist man nach Expertenmeinung beim Thema schon weiter. Zum Beispiel kann ein höhenverstellbares Niederflurbett einen Bauchgurt ersetzen oder ein Multifunktionsrollstuhl, in dem ein Patient unangegurtet sitzen kann, ohne herauszufallen.

Der „Werdenfeller Weg“ 2007 in Garmisch-Partenkirchen hat in Pflegeeinrichtungen sehr viel zur Verbreitung von Wissen beigetragen, was eine verbesserte Kommunikation und gemeinsame Verantwortungsübernahme angeht. Der Werdenfeller Weg ist für etwa 200 Gerichtsbezirke bundesweit Vorbild geworden.

**Provokation Nr. 5: In vielen Krankenhäusern ist den Mitarbeitern nicht bewusst, dass sie bei Freiheitsentziehungen in einem extrem grundrechtsensiblen Bereich tätig sind.**

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden von Patienten oft als schwerwiegende Eingriffe in Freiheit, Würde und Lebensqualität erfasst. Juristisch sind sie Eingriffe in zentrale Grundrechtspositionen und unterliegen einem Genehmigungsverfahren. Versagt demzufolge das Genehmigungsverfahren als Kontroll- und Schutzsystem?

**Provokation Nr. 6: In einigen Krankenhäusern stecken aus mangelnder rechtlicher Kenntnis unbegründete Haftungsängste hinter den Entscheidungen zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen.**

Selbst optimal ausgebildete Pflegefachkräfte kapitulieren häufig vor ihren eigenen Haftungsängsten. Tatsächlich sind diese Befürchtungen aber meist unbegründet. Ziel muss es sein, auch bei herausforderndem Verhalten von Patienten souverän und professionell zu reagieren. Jeder Mitarbeitende muss in dieser Sache für sich selbst ein sicheres Gefühl haben.

Viele Krankenhäuser lassen unrechtmäßige Freiheitsentziehungen zu, anstatt die Handlungssicherheit ihrer Mitarbeiter zu fördern. Das Krankenhauspersonal hat grundsätzlich die Pflicht, die ihm anvertrauten Patienten vor Gesundheitsschädigungen zu bewahren. Hilflosigkeit, Gebrechlichkeit und Verwirrtheit des Patienten schaffen eine besondere Gefahrenlage und müssen als Gefahrenquelle berücksichtigt werden. Es besteht die Verpflichtung, die Leistungen nach dem jeweils anerkannten Stand fachlicher Kenntnisse zu erbringen,

- wenn vom geschuldeten Facharztstandard abgewichen wird (vgl. BGH Urteil vom 6. Mai 2003, AZ: VI ZR 259/02).
- vom anerkannten Standard fachlicher Erkenntnisse, die im Pflegebereich gelten, abgewichen wird. Maßgeblich ist beispielsweise der „Expertenstandard Sturzprophylaxe“, der den Stand pflegefachlicher Erkenntnisse darstellt.

Damit liegt im Falle einer Klage die Beweislast für eine objektive Pflichtverletzung aber grundsätzlich beim Kläger bzw. der klagenden Krankenkasse, also demjenigen, der Ansprüche geltend macht.

Grundsätzlich geht es nicht nur darum, den sichersten Weg zu wählen, sondern dem Patienten ein würdevolles und eigenständiges Leben auch im Krankenhaus zu ermöglichen. Die Würde und die Interessen der Patienten sind vor Beeinträchtigungen zu schützen. In gleichem Maße sind die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung zu wahren und zu fördern.

Nach den aktuellen Expertenstandards haben Patienten nach dem Ende einer Fixierung im Bett ein doppelt so hohes Risiko zu stürzen.

**Provokation Nr. 7: In einigen Krankenhäusern werden rechtswidrige Fixierungen in großer Anzahl angewendet, ohne dass die Führungsebene sich bewusst macht, welches strafrechtliche Risiko für die Mitarbeiter besteht.**

Von § 239 StGB, der strafrechtlichen Vorschrift der Freiheitsberaubung, wird die Fortbewegungsfreiheit geschützt. Das Festbinden mit Gurten, das Hochziehen von umlaufenden Bettgittern, wie es in der Krankenpflege praktiziert wird, erfüllt ohne richterliche Bestätigung den Tatbestand der Freiheitsberaubung. Einsperren bedeutet, einen Menschen durch äußere Vorrichtungen am Verlassen seines Bettes, seines Stuhls oder eines Raumes zu hindern. Es entfällt natürlich eine Strafbarkeit, wenn das Opfer sein Einverständnis erklären kann. Das ist aber nur möglich, wenn er einwilligungsfähig, also ausreichend klar im Kopf und nicht so verwirrt oder delirant ist, dass er die Tragweite einer solchen Entscheidung nicht überblicken kann. Häufigste Opfer im Krankenhaus sind deshalb Menschen mit kognitiver Einschränkung.

Freiheitsberaubung wird mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft. Wenn eine Person länger als eine Woche ohne richterliche Genehmigung durch ein Bettgitter eingesperrt wird oder durch die Tat eine schwere Gesundheitsschädigung des Opfers (beispielsweise eine schwere Selbstverletzung an den Gitterstäben des hochgezogenen Bettgitters) verursacht wird, dann droht eine Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren. Wenn das Opfer durch die Tat oder einer während der Tat begangenen Handlung stirbt, dann droht eine Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren.

Eine Strafe in dieser Höhe kann nicht mehr zur Bewährung ausgesetzt werden. Auf etwa

300 Todesfälle schätzen Rechtsmediziner die jährlichen Fallzahlen.

**Provokation Nr. 8: In vielen Krankenhäusern wird fälschlicherweise der Arzt als maßgeblicher Entscheider über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen angesehen.**

Abgesehen von Notfallsituationen stehen dem Arzt keine Entscheidungskompetenzen zu (ausgenommen bei sicherheitsrechtlicher Unterbringung in Psychatrien).

Für alles, was über den Notfall hinausgeht, gibt es klar geregelte Entscheidungsabläufe. Die zeitweise oder regelmäßige Freiheitsentziehung bedarf zwingend der Zustimmung des Betreuers/Bevollmächtigten und danach einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung. Der Arzt ist dabei als Informationsgeber („ärztliches Attest“) im gerichtlichen Verfahren eingebunden, aber nicht als Entscheidungsträger vorgesehen.

**Provokation Nr. 9: In vielen Krankenhäusern wird fälschlicherweise dem Arzt die höchste Sachkompetenz zur Frage der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zugewiesen, obwohl die fachliche Kompetenz im Bereich der Pflegeausbildung, nicht im Bereich der medizinischen Ausbildung erworben wird.**

Anwendung und Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen gehört zu den Ausbildungsinhalten und Kernkompetenz der pflegerischen Berufe. In der ärztlichen Ausbildung fehlen Ausbildungsinhalte dazu nahezu vollständig.

**Dr. Sebastian Kirsch**

Richter am Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen  
Rathausplatz 11

82467 Garmisch-Partenkirchen

sebastian.kirsch@ag-gap.bayern.de