

Inhaltsverzeichnis

01	Einleitung: Die fünf tödlichsten Worte der Medizin	4.4	Merkmale einer gelungenen Kommunikation	41
	Reinhard Strametz	1	4.4.1 Closed Loop Communication	41
			4.4.2 Fünf Tipps für eine gelungene Kommunikation	42
02	Warum dieses Buch? – Problemfeld Patientensicherheit	4.5	Verhalten nach einem Zwischenfall	42
	Andreas Fidrich	5	4.5.1 Externe Kommunikation	43
			4.5.2 Interne Kommunikation	43
03	Warum machen wir Fehler?	7	Der Alkoholiker mit Schlaganfall und viele andere diagnostische Fallstricke	45
3.1	Von Fehlern und unerwünschten Ereignissen	7	Reinhard Strametz	45
3.1.1	Aktive Fehler	8		
3.1.2	Latente Fehler	9		
3.1.3	Ausführungsfehler	9	Das andere Links und viele weitere therapeutische Fallstricke	53
3.1.4	Planungsfehler	10	Reinhard Strametz	53
3.2	Fehlerbegünstigende Faktoren und Situationen	11	Verwechslungen im Rahmen von Operationen (Wrong Site Surgery)	54
3.3	Persönliches Defizit oder Systemversagen?	12	Unbeabsichtigter Verbleib von Fremdkörpern nach einer OP/Intervention	59
3.3.1	Attributionsfehler	12	Fehler in der Arzneimitteltherapie durch Verwechslung oder Fehldosierung	60
3.3.2	Rückschaufehler	13	Fehltransfusionen, insbesondere bei AB0-Inkompatibilität	67
			Fehlbedienung von Medizinprodukten	70
			Einbringen metallischer Gegenstände in ein MRT	72
04	Ich sage was, das du nicht hörst – Herausforderung Kommunikation	6.4	Wege zur Erhöhung der Patientensicherheit	77
	Andreas Fidrich	15	Reinhard Strametz	77
4.1	Grundlagen der Kommunikation	17	Patientensicherheit hilft dir selbst am meisten!	77
4.1.1	Sender-Empfänger-Modell (nach Shannon und Weaver 1949)	17	Ablauf und Folgen für die Betroffenen	78
4.1.2	Die vier Seiten einer Nachricht (nach Schulz von Thun 2000)	18	Mit den Folgen umgehen lernen	81
4.2	Störfaktoren der Kommunikation	19	Überzeuge Freunde und Gegner – Überlass den Fehler auch nicht anderen!	84
4.2.1	Äußere Einflüsse	19	Individuelle Probleme brauchen individuelle Lösungen	85
4.2.2	Sprachbarriere	20		
4.2.3	Gemeinsamer Nenner	21		
4.2.4	Ich sehe was, das du nicht siehst – Subjektivität der Wahrnehmung	24		
4.3	Vom Erstkontakt bis zur Entlassung ..	25		
4.3.1	Erstkontakt – Der erste Eindruck zählt ..	25		
4.3.2	Der Behandlungsprozess – Ein intra- und interprofessionelles Spannungsfeld	29		

08	Wie sich das System verändert – Der lange Weg zur Sicherheitskultur?	9.2	Transparenz über Behandlungsfehler	105
	Reinhard Strametz	87	Just Culture	107
8.1	Risikomanagement	9.3		
8.1.1	Klinisches Risikomanagement	88	10	Eliminiere den vermeidbaren Patientenschaden und nicht den Patienten
8.1.2	Definition Risiko	89		109
8.2	Risikomanagementmethoden am Beispiel von CIRS	95	Andreas Fidrich und	
8.3	Meilensteine des klinischen Risikomanagements	98	Reinhard Strametz	109
8.4	Patientensicherheitsinitiativen	100	Register	111
09	Ein Blick in die Zukunft – was wir (oder unsere Nachkommen) gemeinsam erreichen werden	103		
	Reinhard Strametz	103		
9.1	Vom Hochrisiko- zum Hochsicherheitsbereich	103		