

Inhaltsverzeichnis

01	Einleitung: Die fünf tödlichsten Worte der Medizin	1	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	5	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	05	Der Alkoholiker mit Schlaganfall und viele andere diagnostische Fallstricke	45
	Andreas Fidrich	7		Reinhard Strametz	45
3.1	Von Fehlern und unerwünschten Ereignissen	8	06	Das andere Links und viele weitere therapeutische Fallstricke	53
3.1.1	Aktive Fehler	8		Reinhard Strametz	53
3.1.2	Latente Fehler	9	6.1	Verwechslungen im Rahmen von Operationen (Wrong Site Surgery)	54
3.1.3	Ausführungsfehler	9	6.2	Unbeabsichtigter Verbleib von Fremdkörpern nach einer OP/Intervention	59
3.1.4	Planungsfehler	10	6.3	Fehler in der Arzneimitteltherapie durch Verwechslung oder Fehldosierung	60
3.2	Fehlerbegünstigende Faktoren und Situationen	11	6.4	Fehltransfusionen, insbesondere bei AB0-Inkompatibilität	67
3.3	Persönliches Defizit oder Systemversagen?	12	6.5	Fehlbedienung von Medizinprodukten	70
3.3.1	Attributionsfehler	12	6.6	Einbringen metallischer Gegenstände in ein MRT	72
3.3.2	Rückschaufehler	13	07	Wege zur Erhöhung der Patientensicherheit	77
04	Ich sage was, das du nicht hörst – Herausforderung Kommunikation	15		Reinhard Strametz	77
	Andreas Fidrich	15	7.1	Patientensicherheit hilft dir selbst am meisten!	77
4.1	Grundlagen der Kommunikation	17	7.1.1	Ablauf und Folgen für die Betroffenen	78
4.1.1	Sender-Empfänger-Modell (nach Shannon und Weaver 1949)	17	7.1.2	Mit den Folgen umgehen lernen	81
4.1.2	Die vier Seiten einer Nachricht (nach Schulz von Thun 2000)	18	7.2	Überzeuge Freunde und Gegner – Überlass den Fehler auch nicht anderen!	84
4.2	Störfaktoren der Kommunikation	19	7.3	Individuelle Probleme brauchen individuelle Lösungen	85
4.2.1	Äußere Einflüsse	19			
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? . .	87	9.2	Transparenz über Behandlungsfehler	105
	Reinhard Strametz	87	9.3	Just Culture	107
8.1	Risikomanagement	88	10	Eliminiere den vermeidbaren Patientenschaden und nicht den Patienten	109
8.1.1	Klinisches Risikomanagement	88		Andreas Fidrich und	
8.1.2	Definition Risiko	89		Reinhard Strametz	109
8.2	Risikomanagementmethoden am Beispiel von CIRS	95		Register	111
8.3	Meilensteine des klinischen Risikomanagements	98			
8.4	Patientensicherheitsinitiativen	100			
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			