Communication failures contributing to patient injury in anaesthesia malpractice claims

Douglas RN, Stephens LS, Posner KL, Davies JM, Mincer SL, Burden AR & Domino KB. British Journal of Anaesthesia 2021; 127(3):470-478

Spätestens seit Einführung der Surgical Safety Checklist der WHO in unseren OPs gelten Information und Kommunikation als wesentliche Bestandteile von Patientensicherheit im chirurgisch-anästhesiologischen Umfeld. Die Frage nach dem Einfluss von Kommunikation auf tatsächliche Schadensfälle in der Anästhesie war bisher unbeantwortet geblieben. Die Autor*innen der hier besprochenen Studie haben sich diesem Thema gewidmet und liefern in ihrer Arbeit detaillierte Informationen über den Einfluss von Kommunikationsfehlern auf das Auftreten von Schadensfällen in der Anästhesie.

Von
PD Dr.
Gerhard Fritsch
AUVA, UKH Salzburg

Als Basis für die Analyse diente die sogenannte Anesthesia Closed Claims Project Database. Die Kommunikationsfehler wurden von den Autor*innen in vier Gruppen eingeteilt:

1. **Anlass-Fehler:** Problem im Kontext oder der Situation der Kommunikation
2. **Publikums-Fehler:** Problem in der Zusammensetzung der Gruppe, die in die Kommunikation involviert ist, oder Unaufmerksamkeit der Adressaten
3. **Zweck-Fehler:** Kommunikationsfehler, bei dem das Ziel bzw. der Zweck der Kommunikation unklar, nicht erreicht oder inadäquat war
4. **Inhalts-Fehler:** Situation, in der nicht ausreichende, inadäquate oder gar keine Information kommuniziert wurde

Weiters wurde noch zwischen präoperativer, intraoperativer und postoperativer Kommunikation unterschieden.

Insgesamt kamen 910 anästhesiebezogene Schadensfälle zur Analyse. Alle Fälle wurden manuell und einzeln von den Autor*innen analysiert und klassifiziert.

Es konnte gezeigt werden, dass von den 910 analysierten Fällen insgesamt 389 (43%) in Verbindung mit Kommunikationsfehlern standen. Die meisten der Fälle mit Kommunikations-

fehlern wurden mit nur einem Fehler (87%) in Verbindung gebracht, zwei oder mehrere Kommunikationsfehler gleichzeitig waren deutlich seltener. 60 Prozent aller Fälle waren inhaltliche Fehler, wobei entweder unvollständige, inadäquate oder fehlende (30%!) Informationen Ursache waren. In weiteren 15 Prozent war die Information vorhanden, wurde aber vom Behandlungsteam nicht wahrgenommen. 15 Prozent waren Zweck- (oder Ziel-)Fehler. Hier wurde

ein medizinisches Problem entweder nicht ausreichend abgehandelt oder es lag eine Kontroverse (meistens zwischen chirurgischem und anästhesiologischem Personal) über die Behandlung vor. 13 Prozent der Fehler wurden sogenannten Publikums-Fehlern zugeordnet. Als typisches Beispiel dafür führen die Autor*innen das Beispiel eines Chirurgen an, der während des Team-Time-out abgelenkt war. In 12 Prozent der Fälle lag ein Timing- oder Anlass-Fehler vor.

In den meisten Fällen war Anästhesiepersonal (94%) involviert, gefolgt von chirurgischem Personal (57%) und Pflegepersonal (48%). Seltener (22%) waren Angehörige der Patient*innen oder die Patient*innen selbst involviert.

Am häufigsten passierten die Fehler intraoperativ.

FAZIT für die Praxis: Kommunikation hat im perioperativen Setting höchste Priorität. Die Tatsache, dass beinahe die Hälfte aller analysierten Schadensfälle mit Kommunikationsfehlern in Verbindung standen, sollte unsere Aufmerksamkeit auf die Relevanz des Themas lenken.

Bei der Lektüre des Artikels fallen Leser*innen viele Situationen aus dem eigenen beruflichen Alltag ein. Die von den Autor*innen angeführten klinischen Beispiele hat wohl jede*r von uns schon einmal in ähnlicher Form erlebt. Es sollte uns bewusst sein, dass medizinische Sicherheit nur durch fachliche Exzellenz, gepaart mit guter Kommunikation, zu erreichen ist. Gute Teams gewährleisten beste Patientenbehandlung.