

# Quick-Alert®

## Nr. 48c

### CIRS-Meldungen zur Covid-19-Krise (KW 22)

#### Meldungen zu Kommunikationsproblemen (Hauptthema)

##### Andere

«Zur Zeit ist Station A eine Übergangsstation (Patienten mit Verdacht auf Covid19 werden verlegt sobald das Resultat des Covid19 Abstrichs da ist). Positive Pat. gehen auf das Station B (Isolationsstation), negative auf die dem Fachgebiet entsprechende Abteilung.

Im Labor unter Mikrobiologie hat eine PP gesehen das Pat. X negativ getestet wurde auf Coronaviren ohne Sars und ist davon ausgegangen, dass Pat. Corona negativ ist. Es ist unklar ob COVID respiratorische Viren positiv schon im System stand zu diesem Zeitpunkt. Die PP hat dann ihrer Kollegin gesagt das Pat. Corona negativ ist. Diese hat nach mündlicher Absprache mit dem Arzt den Pat. auf Station des Fachgebietes verlegt in der Annahme das Pat. Covid negativ ist. Dort lag Pat. X neben Pat. XY (Corona negativ) während 4h. Anschliessend wurde festgestellt das Pat. X Corona positiv ist. Pat. X wurde auf Station B verlegt und Pat. XY auf Station A da unklar ist ob Pat. XY sich mit dem Corona angesteckt hat. Pat. XY ist nun sehr aufgebracht und hat Angst sich angesteckt zu haben.»

(18.04.2020)

##### Notfallstation

«Es gibt keine nachvollziehbaren Regelungen für Corona-Tests. Bei manchen Ärzten wird das bei fast allen Patienten angeordnet. Andere Ärzte nur ganz selten. Manchmal wird auch einfach nicht an einen Test gedacht»

(29.04.2020)

##### Pädiatrie

«Pat. geht auf NF mit Atemproblematik, wie husten, Fieber, SZ, im Verlauf mit Atemnot, Einziehung und Nasenflügeln Es bestätigt sich eine Pneumonie, Pat verschlechtert sich braucht immer mehr O<sub>2</sub>. Wird stationär aufgenommen kommt in ein Zweibettzimmer, nicht isoliert. Pat. und Mutter sind sichtbar aus asiatischer Herkunft (eher chinesisch). Die NF Ärztin, der Stationsarzt sowie der Oberarzt mussten von den Pflegenden der Station aufmerksam gemacht werden ob jemand nachgefragt hat ob Pat/ Angehörige Kontakt hatten mit Personen aus China oder in China waren wegen Gefahr des Corona Virus! OA fragt nach, nach Aufforderung der Pflege nach 19h nach Eintritt.»

(21.04.2020)

##### Innere Medizin

«67jähriger Pat. kam über Notfall mit Transportdienst auf Station. Auf Frage nach Corona-Test antwortete der Transporteur "weiss ich nicht". Rückfrage beim Notfall: Kein Test durchgeführt, kein Verdacht auf Infekt. Stationsleitung und Assistenzarzt wollten Pat. aber nicht ohne Testung in Mehrbettzimmer legen. Nach langem Hin und Her wurde Test durchgeführt (war dann negativ).»

(29.04.2020)

##### Spitex

«Klient wurde aus Ferienbett im Altersheim entlassen. Es wurde kein Überweisungsrapport erstellt nur mündliche Informationen weitergeleitet. 2 Tage später verschlechterte sich Allgemeinzustand des Patienten, worauf hin er ins Spital eingewiesen wurde. 1 Tag später erhielten wir die Information dass Klient Covid-19 positiv getestet wurde. Nach Rücksprache mit dem Altersheim, kam heraus, dass sie mehrere Covid-19 positive Personen betreuen. Diese Information haben wir leider nie erhalten und wurde auch nicht erwähnt, dass der Klient zu Hause in die Quarantäne müsste.»

(16.04.2020)

##### OP

«Patient tritt am OP Tag ein. Wird vorbereitet und in die OP gebracht. Patient äussert keine Covid-19-Symptome. Als der Pat. in den Aufwachraum kommt, erscheint plötzlich das Symbol für Infekt (Verdacht auf Covid-19). Rückfrage bei zuständigem Arzt ergibt keine Antwort. Rückfrage im Labor ergibt, es sei keine Probe im Labor vorhanden. Grosse Unsicherheit über Situation.»

(21.04.2020)

Texte wurden anonymisiert und z. T. aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit sprachlich bearbeitet, bzw. ergänzt

## Pädiatrie

«8jähriger Patient, wohnhaft im Tessin, kommt für einen geplanten Eingriff auf die Abteilung. Mündlich wird vom Oberarzt verordnet, dass die Covid-19-Abstriche beim Patienten abgenommen werden sollen und der Pat. als Verdacht auf Covid-19 behandelt wird, weil er aus dem Tessin kommt. Schriftlich ist das nicht sichtbar. Der Patient geht mit Mutter und Pflegefachperson in die HNO-Klinik, wird angeschaut und kommt wieder zurück. Kurze Zeit später ruft die HNO-Ärztin an und fragt etwas aufgebracht, warum nicht kommuniziert wurde, dass beim Patienten Verdacht auf Covid-19 gestellt wurde. Sie hätte vor dem Untersuchen in die Patientenakte geschaut und nicht gesehen. Nach dem Untersuchen hat sie wieder in die Patientenakte geschaut und festgestellt, dass beim Patienten Verdacht auf Covid-19 eingetragen wurde.»  
(21.04.2020)

## Anästhesie

«Pat. wird postoperativ im Aufwachraum betreut. Durch telefonische Rücksprache mit zuständigem OA Chirurgie bezüglich einer Verordnung der Blutentnahme, wird von ärztlicher Seite erwähnt das der Verdacht eines Corona Virus besteht und die Pflegeperson die Abstriche abnehmen solle. Von Seite Pflege fehlen die nötigen Kenntnisse, sodass nach mehreren telefonischen Gesprächen von Seiten Ärzten wie Pflegepersonal der Notfall die Abstriche im Aufwachraum durchgeführt hat. Die Zuständigkeiten werden von allen beteiligten Personen in Frage gestellt, sodass zeitnah keine Vorkehrungen getroffen werden konnten.»  
(15.04.2020)

## Notfallstation

«Pat. ist für den Schockraum angemeldet, als der Pat. mit dem Notarzt vor der Schockraumtüre stand, ist der Oberarzt beim Telefonieren, der Anästhesist meint wegen der Corona-Isolation soll der Pat. nicht in den Schockraum. Es kam dadurch zu einer Verzögerung der Behandlung des kreislaufinstabilen Patienten. Der Grund war, dass wegen Verdacht auf Corona der ganze Schockraum danach kontaminiert sein könnte. Schlussendlich mussten wir die Schockbehandlung in einem anderen Zimmer der Notfallstation machen. Es war ein erheblicher Aufwand im Zimmer und die Pflegeverrichtungen waren mühsam im kleinen Raum auszuführen. Das Material war teils nicht da. Es war einfach ein Schockraum-Patient.»  
(21.04.2020)

## Weitere relevante Meldungen

### Pädiatrie

«Wir haben zur Zeit zwei Kinder mit Verdacht auf Coronavirus bzw. ansonsten einem hochgradigen Infekt (wobei die Coronaabklärung angelaufen ist => und somit auch die Schutzmassnahmen). Es werden sowohl von Pflege als auch ärztlicher Seite die Hygienemassnahmen nicht richtig bis gar nicht eingehalten. Zum Beispiel: Das Kind ist isoliert und es sollen FFP2-Masken, Augenschutz, Schutzkleidung und Handschuhe getragen werden, aber es steht die komplette Schicht die Tür offen -> Frage des Sinnes der Isolierung (Tröpfcheninfektion, bei Corona noch etwas ungenaue Datenlagen der kompletten Übertragung). Die Pflegeperson geht mit kompletter Schutzmontur aus dem Zimmer und Ärzte gehen ohne Schutzkleidung zum Patienten.»  
(21.04.2020)

### Nicht fachspezifisch

«Mitarbeitende hatte im nahen Umfeld Kontakt mit einem Covid-19-Erkrankten. Dank der detaillierten Erfassung/Symptomanamnese durch die Hygienefachexpertin der Klinik wurde die Mitarbeitende auf Covid-19 getestet. Dies obwohl sie ausser dem Geschmacksverlust keinerlei Symptome hatte. Die MA war positiv und die nötigen Schritte konnten eingeleitet werden. Dank ihres genauen Vorgehens konnte eine Weiterverbreitung in der Klinik verhindert werden.»  
(30.04.2020)

### Chirurgische IPS

«Neuübernahme eines frisch intubierten Patienten, COVID bestätigt. Beim Lagern des Patienten dekonnektiert uns zweimalig der Tubus/Beatmungsschlauch, trotz Kontrolle der Leitungen. Wir waren 2 Pflegefachpersonen am Bett, trugen normale chirurgische Maske, trotzdem trifft uns der Beatmungsfloss zweimal stark!»  
(21.04.2020)

### Pädiatrie

«Wir haben schwerkranke Patienten mit Corona-Infizierten in räumlicher Nähe und unsere Abfallsäcke werden am Wochenende nur einmal geleert.»  
(21.04.2020)

Texte wurden anonymisiert und z. T. aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit sprachlich bearbeitet, bzw. ergänzt

**Leisten auch Sie Ihren Beitrag und tragen Sie dazu bei, dass in der aktuellen Situation wichtige Informationen zur Patientensicherheit ausgetauscht werden können!**

**Berichten Sie [hier](#) über kritische Ereignisse – aber auch über gelungene Problemlösungen.**

([www.cirrnet.ch](http://www.cirrnet.ch))

## Kommentare / Empfehlungen

### Verbesserung der Schnittstellenkommunikation als Beitrag zur Unterbrechung von Infektionsketten

Aktuell gehört es mit zu den wichtigsten Aufgaben, bestehende oder mögliche Infektionsketten **innerhalb** und **zwischen** den Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens zu vermeiden.

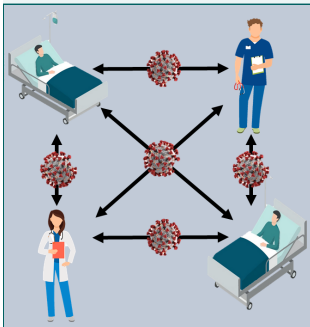


Abb. 1: Infektionswege können in sämtliche Richtungen verlaufen

Die Virusübertragung kann bekanntermassen in alle Richtungen zwischen Patienten und Mitarbeitenden sowie ggf. auch Dritten erfolgen (Abb. 1). Sofern eine Infektion bekannt ist, bzw. ein entsprechender Verdacht besteht, kann mit den allgemein empfohlenen Massnahmen (Isolation, Händehygiene, Anwendung von Schutzmaterialien) eine weitere Verbreitung meist wirksam gestoppt werden.

Schwieriger gestaltet sich die Unterbrechung von Infektionsketten bei noch unbemerkten Ansteckungen. Mittlerweile gilt es als hinreichend gesichert, dass eine nicht zu unterschätzende Anzahl an Infizierten keine oder nur leichte unspezifische Symptome aufweisen. Hinzu kommen die vergleichsweise lange Inkubationszeit und die Latenz zwischen Testdurchführung und Erhalt der Ergebnisse. Diese Faktoren begünstigen eine unwissentliche Weiterverbreitung des Covid-19-Erregers. Bedingt durch die wiederholten Kontakte, räumliche Ballung einer grossen Anzahl an Personen und naturgemäss kaum einhaltbare Distanzregeln ergibt sich dadurch v. a. in stationären Einrichtungen ein grosses Gefährdungspotential. Innerhalb einer Institution können sich folglich unter ungünstigen Umständen auch durch einzelne infizierte Personen sehr hohe Reproduktionszahlen ergeben (Abb. 2).

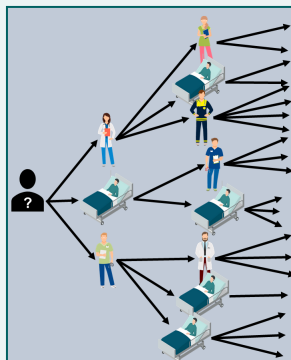


Abb. 2: Hohe Reproduktionszahlen durch einzelne Infizierte im Gesundheits- und Pflegewesen

Seit dem Auftreten des Covid-19-Virus wurden bereits umfangreiche strukturelle und organisatorische Massnahmen umgesetzt, um solche Infektionsketten möglichst wirksam zu unterbrechen. Vor allem in den Akutspitälern ergab sich zeitgleich durch das Verbot von Elektivbehandlungen eine deutliche Reduzierung der Patientenzahlen. Dies erleichterte vielerorts die Einhaltung der eingeführten Regelungen und Vorgehensweisen. Durch die Wiederaufnahme des regulären Betriebs in den Spitälern ergibt sich nun wieder eine höhere Patientendichte.

Gleichzeitig ist nicht auszuschliessen, dass es im Rahmen der zunehmenden Lockerung der bisher geltenden allgemeinen Einschränkungen zu einem erneuten Anstieg an Covid-19-Infektionen und damit auch wieder zu einer steigenden Belastung des Gesundheitswesens durch diese Patienten kommt.

**Bereits jetzt weisen viele CIRS-Meldungen auf kritische Ereignisse hin, die hauptsächlich auf Kommunikationsprobleme hinsichtlich laufender oder erforderlicher Diagnostik, Infektionsstatus und -verdacht zurückzuführen sind.**

Auffällig ist dabei die Tatsache, dass die Probleme häufig an den Schnittstellen zwischen einzelnen Abteilungen oder Versorgungsbereichen auftreten. Dies ist nicht überraschend: Obwohl die Covid-19-Bedrohung für alle Mitarbeitenden im Gesundheitswesen sehr präsent ist und sich mittlerweile viele der daraus resultierenden Abläufe eingespielt haben, stellen die vielen Anpassungen, die durch die Pandemie erforderlich wurden, dennoch eine Abweichung von langjährig etablierten Routinen dar. Bedingt durch die Erlaubnis zur Durchführung von elektiven Behandlungen werden nun auch Teams und einzelne Mitarbeitende, die in der letzten Zeit nur wenige Erfahrungen beim Umgang mit Covid-19-Infizierten und der dabei notwendigen Schutzstrategien sammeln konnten, nun verstärkt mit dieser Problematik konfrontiert

In Phasen solcher massiven Veränderungen steigt die Wahrscheinlichkeit von Anpassungs- und Umsetzungsproblemen, die sich dann vor allem an den Schnittstellen bemerkbar machen, stark an. Dabei offenbaren sich durch die aktuelle Krise nicht nur neue, sondern verdeutlichen sich auch viele der bereits bestehenden Schwachstellen.

### Empfehlungen:

Patientensicherheitsgefährdungen durch unvollständige, fehlerhafte, falsch verstandene oder falsch umgesetzte Informationen gehören erfahrungsgemäss bereits im Routinebetrieb zu den typischen Problemfeldern (Abb. 3). In der aktuellen Situation erhält die gut funktionierende Kommunikation an den Schnittstellen zusätzlich noch eine besonders grosse Bedeutung. **Die Wirksamkeit der klinischen und epidemiologischen Massnahmen kann durch eine unsichere Übermittlung von wichtigen Informationen bzgl. Infektionsstatus, Stand der Diagnostik etc. massiv gefährdet werden.**



Abb. 3: Typische Kommunikationsprobleme in der beruflichen Praxis

Eine stabile Kommunikation kann folglich für die Unterbrechung von Infektionsketten ähnlich bedeutsam sein wie die eigentlichen Präventionsmassnahmen. Neben einem funktionierenden Informationsaustausch, der Einhaltung klarer Sprachregelungen und der Möglichkeit, Bedenken zu äussern oder Rückfragen zu stellen, wird in Phasen besonderer Belastung auch die Anwendung von Gedächtnisstützen empfohlen.

Hierfür existieren praxiserprobte Tools, die eine sichere Kommunikation im Rahmen der Patientenversorgung gewährleisten. Vorteilhaft wirkt sich dabei v. a. die strukturierte Gesprächsführung aus, die auch bei einem knappen Austausch zu einer vollständigen Übermittlung aller relevanten Informationen beiträgt.

Im Gesundheitswesen hat sich das so genannte ISBAR-Schema, das sich in vielen klinischen Situationen (Patientenübergaben, tel. Konsultationen etc.) anwenden lässt, besonders bewährt. Das Kürzel ISBAR steht dabei für die einzelnen Schritte eines strukturierten Dialogs:

- **I**dentification/Introduction
- **S**ituation
- **B**ackground
- **A**ssessment
- **R**ecommendation (& response)

Das Konzept beruht auf dem langjährig bewährten SBAR-Schema und wurde noch zusätzlich um den Punkt Identification/Introduction ergänzt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass gerade im Gesundheitswesen an den Schnittstellen häufig Personen miteinander kommunizieren, die sich nicht kennen, bzw. die nicht über die Aufgabe oder Funktion des Gesprächspartners informiert sind. Neben dem effektiveren Ablauf eines Gesprächs ist die Funktion als Gedächtnisstütze als weiterer Vorteil bei der Anwendung eines Kommunikationsschemas zu sehen. Damit lassen sich Gedankensprünge und daraus resultierende Auslassungen im Gesprächsverlauf wirksam vermeiden.

Angesichts der besonderen zusätzlichen Gefährdung, die sich momentan durch das Covid-19-Virus ergibt, ist es sinnvoll, Hinweise bzgl. Infektionsstatus, Stand der Diagnostik und der ggf. erforderlichen Isolationsmassnahmen jeweils nochmals gesondert aufzuführen (Abb. 4). Dadurch wird verhindert, dass diese Punkte bei der Übermittlung von anderen Informationen untergehen oder gar vergessen werden.

Neben der Anwendung von Tools zum strukturierten Informationsaustausch ist die Einhaltung der folgenden Kommunikationsregeln empfehlenswert:

- Adressieren Sie alle Aufträge und Aufforderungen an konkrete Personen oder Personengruppen.
- Einigen Sie sich auf eine klare Sprache, um Mehrdeutigkeit zu vermeiden und Reaktionszeiten zu beschleunigen.
- Einigen Sie sich auf eine Art, sicherheitsrelevante Bedenken zu äussern und damit umzugehen.
- Fassen Sie umfangreiche Informationen zusammen und lösen Sie Widersprüche zeitnah auf.
- Erklären Sie, warum Dinge auf eine bestimmte Art und Weise getan werden.
- Hören Sie sich die Fragen und Probleme genau an, sie enthalten möglicherweise bedeutsame Informationen.

(s. a. [Handlungsempfehlungen zum Arbeiten unter Druck](#) der Stiftung Patientensicherheit Schweiz)

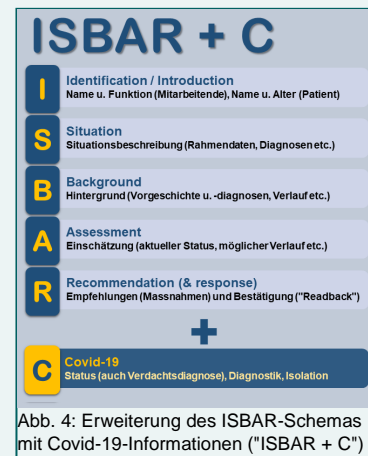


Abb. 4: Erweiterung des ISBAR-Schemas mit Covid-19-Informationen ("ISBAR + C")

## Weblinks zu Empfehlungen von Behörden und Fachgesellschaften

- [Informationsseite des Bundesamtes für Gesundheit](#)
- [Informationsseite des Bundesamtes für Gesundheit für Gesundheitsfachpersonen](#)
- [Lockerung der Massnahmen, Stand 29.4.2020 \(BAG\)](#)
- [Dokumente des Bundesamtes für Gesundheit für Gesundheitsfachpersonen](#)
- [Informationsseite von Swissnoso](#)
- [Interims Vorsorgemassnahmen in Spitälern für einen hospitalisierten Patienten mit begründetem Verdacht oder mit einer bestätigten COVID-19 Infektion \(Swissnoso\)](#)
- [Interims Vorsorgemassnahmen in Spitälern für einen hospitalisierten Patienten mit begründetem Verdacht oder mit einer bestätigten COVID-19 Infektion – Zusatz für Kinder und Jugendliche \(Swissnoso\)](#)
- [Videoclip zum ISBAR-Kommunikationskonzept \(Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel\)](#)
- [Handlungsempfehlungen zum Arbeiten unter Druck \(Stiftung Patientensicherheit Schweiz\)](#)

Stand (25.05.2020)

## Literatur

Schwierzeck, V. et al (2020): First reported nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in a pediatric dialysis unit *Clinical Infectious Diseases*, ciaa491, <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1093/cid/ciaa491>

## Hinweis

Diese Problematik hat eine überregionale Relevanz. Bitte prüfen Sie die Bedeutung für Ihren Betrieb und sorgen ggf. in Absprache mit Ihren zuständigen Stellen dafür, dass sie zielgerecht und nötigenfalls breit kommuniziert wird.

Diese Empfehlungen bezwecken die Unterstützung von Gesundheitsinstitutionen und von in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen bei der Erstellung betriebsinterner Richtlinien. Es ist Sache der Leistungserbringer, die Empfehlungen im lokalen Kontext zu prüfen und zu entscheiden, ob sie verbindlich aufgenommen, verändert oder verworfen werden. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten (basierend auf lokalen fachlichen, betrieblichen, rechtlichen, individuellen und situativen Gegebenheiten) liegen in der ausschliesslichen Eigenverantwortung der hierfür fachlich geeigneten Leistungserbringer.

## Autoren und beteiligte Fachpersonen

Helmut Paula, EMBA HSM  
Stiftung Patientensicherheit Schweiz  
Dr. med. Simone Fischer  
Stiftung Patientensicherheit Schweiz  
Dr. Katrin Gehring  
Stiftung Patientensicherheit Schweiz  
Carmen Kerker-Specker, MScN  
Stiftung Patientensicherheit Schweiz  
Dr. Yvonne Pfeiffer  
Stiftung Patientensicherheit Schweiz  
Prof. Dr. David Schwappach  
Stiftung Patientensicherheit Schweiz

## Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Asylstrasse 77  
CH-8032 Zürich  
T +41 43 244 14 80

Helmut Paula, Leiter CIRRNET  
[paula@patientensicherheit.ch](mailto:paula@patientensicherheit.ch)

Carmen Kerker-Specker, wissenschaftliche Mitarbeiterin  
[kerker@patientensicherheit.ch](mailto:kerker@patientensicherheit.ch)

[www.patientensicherheit.ch/quick-alert](http://www.patientensicherheit.ch/quick-alert)