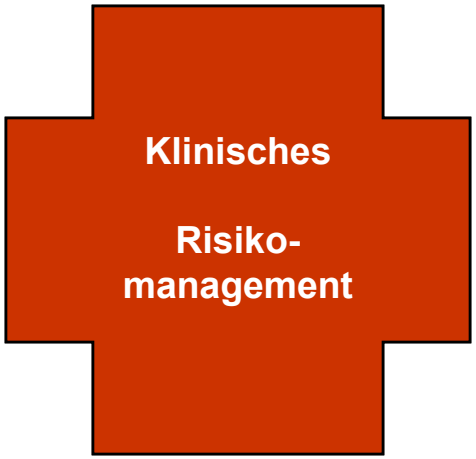
Entwicklung schadenfallbasierter Präventionsmaßnahmen und Durchführung eines Sicherheits- und Risikoaudits

Marsha Fleischer, GRB
www.grb.de

CIRS

Schadenanalyse

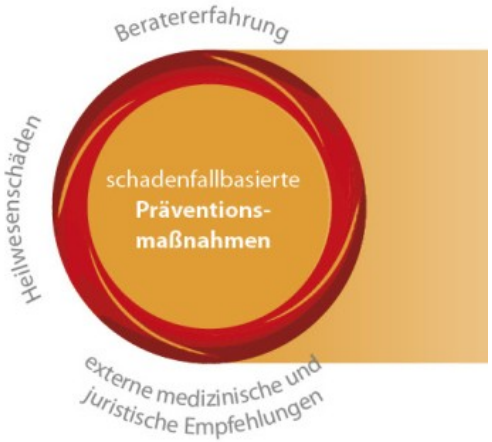


Sicherheits- und Risikoaudit

Beschwerde-
management

retrospektiv → **prospektiv**

t

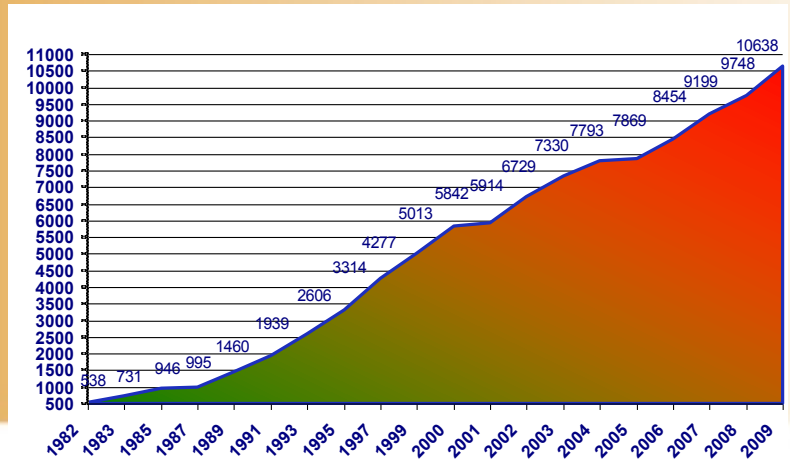


Von der retrospektiven Schadenfallanalyse zum prospektiven Sicherheitsaudit

Entwicklung schadenfallbasierter Präventionsmaßnahmen

ANALYSE VON HEILWESENSCHÄDEN

- neu angemeldete Anspruchstellungen seit 1982, ECCLESIA Gruppe -



Notfallmanagement - Fallbeispiele

Fallbeispiel 1:
Pat. hat nach Strumaresektion Nachblutung am 1. postoperativen Tag erleidet. Pat. litt unter Luftnot. Intubation gelang nicht. OP-Wunde wurde ohne Narkose eröffnet. O2-Werte schwankten. Tracheotomie erfolgte. Pat. wurde re-operiert. Nach OP Feststellung hypoxischer Hirnschaden. Pat. im Koma. Behandlungsfehler wird vorgeworfen sowie fehlerhafte Reanimation. Die Tubusdislokation sei im Rahmen einer nicht adäquaten Umlagerung passiert. Weiterhin werden Mängel darin gesehen, dass es keinen weisungsbefugten Arzt im Notfallmanagement gab.

Fallbeispiel 2:
Reanimationsteam kommt verspätet, da Pieper nicht funktionstüchtig war.

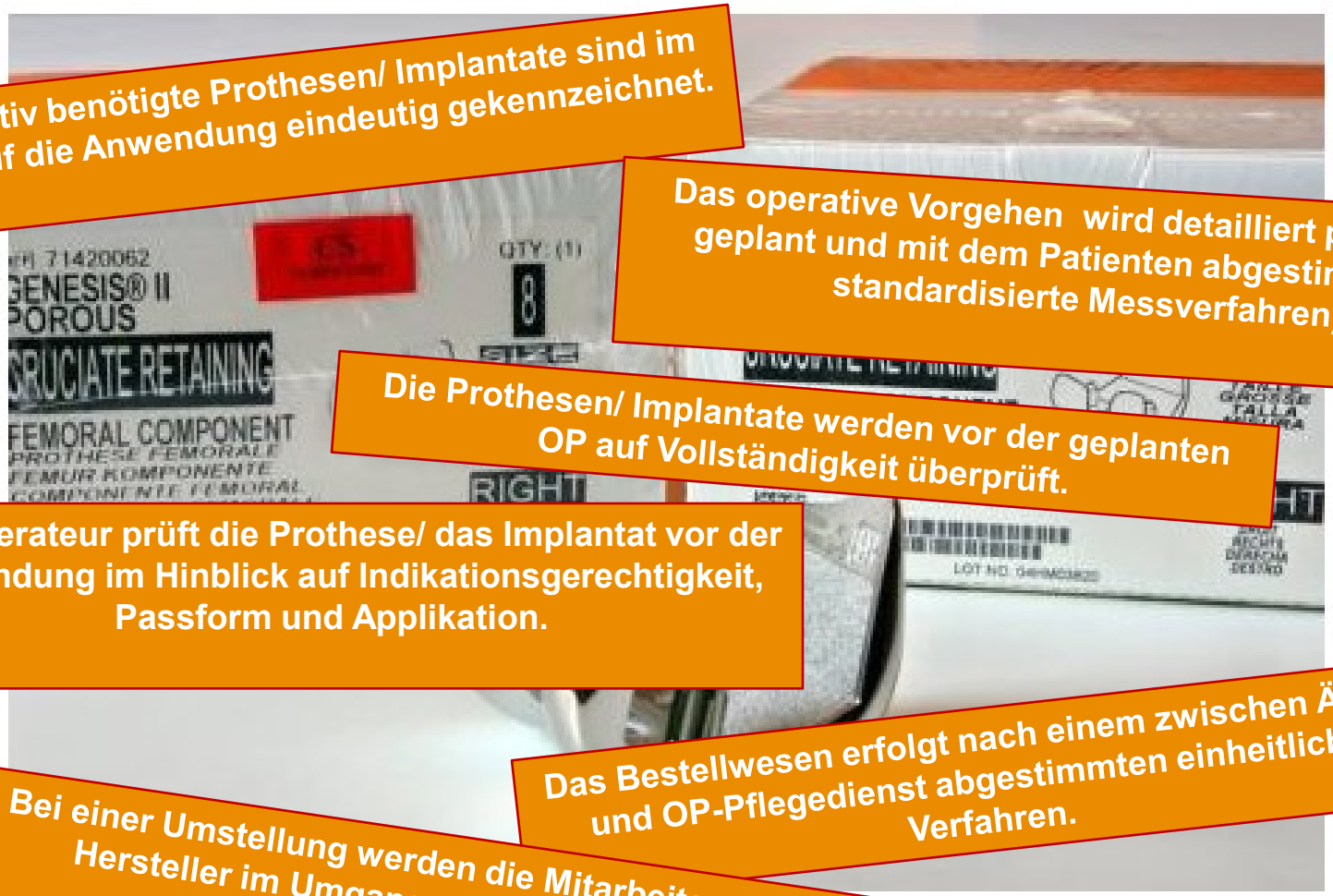
Fallbeispiel 3:
Während einer Notfallversorgung stand nicht unmittelbar ein Ambu-Beutel zur Verfügung. Zunächst wurde Mund-zu-Mund Beatmung durchgeführt und entsprechend Reanimationsalarm ausgelöst. Ansonsten verlief Reanimationsmanagement problemlos und erfolgreich. Pat. blieb ohne Folgeschäden.

Fallbeispiel 4:
Ein Ambu-Beutel war nicht richtig zusammengebaut; es fehlte der Reservoirschlauch und die Dichtungen waren nicht richtig eingesetzt. Der Patient konnte nicht sofort beatmet werden.

Präventionsmaßnahmen

- ✓ **Ein qualifiziertes zentrales Reanimationsteam befindet sich rund um die Uhr in Bereitschaft.**
- ✓ **Die Aufgaben und Verantwortungsbereiche sind zwischen den Akteuren klar definiert.**
- ✓ **Es ist ein zentraler Notfallruf installiert. Dieser ist jedem Mitarbeiter bekannt.**
- ✓ **Das Alarmierungssystem funktioniert technisch einwandfrei.**
- ✓ **Das Notfallequipment ist an einer den Mitarbeitern bekannten, gekennzeichneten Stelle deponiert.**
- ✓ **Es erfolgt eine regelmäßige Prüfung des Notfallequipments und die Kontrolle wird fortlaufend in einer Checkliste quittiert.**
- ✓ **Defibrillatoren werden täglich einer Funktions- und Sichtprüfung unterzogen. Die Funktionstüchtigkeit ist jederzeit garantiert.**
- ✓ **Der Ablauf der Notfallversorgung wird nach dem Ereignis mit den Beteiligten reflektiert.**
- ✓ **Mitarbeiter, die in klinischen Bereichen arbeiten, werden regelmäßig in speziellen Reanimationskursen geschult.**
- ✓ **Die Teilnahme an Reanimationskursen ist für Mitarbeiter, die in klinischen Bereichen arbeiten, Pflicht.**

Wie kann sich ein Fehler 47x wiederholen ?



Intraoperativ benötigte Prothesen/ Implantate sind im Hinblick auf die Anwendung eindeutig gekennzeichnet.

Das operative Vorgehen wird detailliert präoperativ geplant und mit dem Patienten abgestimmt (z. B. standardisierte Messverfahren)

Die Prothesen/ Implantate werden vor der geplanten OP auf Vollständigkeit überprüft.

Der Operateur prüft die Prothese/ das Implantat vor der Anwendung im Hinblick auf Indikationsgerechtigkeit, Passform und Applikation.

Das Bestellwesen erfolgt nach einem zwischen Ärzten und OP-Pflegedienst abgestimmten einheitlichen Verfahren.

Bei einer Umstellung werden die Mitarbeiter durch den Hersteller im Umgang mit dem neuen Material geschult.

Personelle Mindestanforderung Mutter-Kind-Station

Schadensersatz wegen schwerer organisatorischer Fehler des Krankenhauses und schwerer Fehler von Belegarzt und Beleghebamme

BGB § 823, § 831; ZPO § 529

hängig vom Ausbildungs- und Kenntnis-
der Schwester reicht es nicht aus,
eine Schwester die gesamte Station
ßlich des Kinderzimmers zu überwa-
chen hat.

zu diesen Grundvoraussetz
hören auch in einem Krankenhaus
Versorgungsstufe die Anwesenheit
derkrankenschwester oder jeden
Schwester, die sich mit Neugebo
kennt und die eingesetzten Geräte
sondere Oxymeter, Wärmebett
licher Sauerstoffanreicherung) bed

2. Eine für das Babyzimmer
Schwester muss – unabhängig vo
lung des Geräts (z. B. der Warmfu
sen, in welchen Intervallen die W
prüfen und diese Werte auch zu
ren sind.

Die Personalorganisation im Pflegedienst und die Qualifikation der Krankenschwestern/ Kinderkrankenschwestern ermöglicht eine fachkompetente Betreuung der Neugeborenen.

Es ist mindestens eine examinierte Kinderkrankenschwester rund um die Uhr anwesend oder wenn dies nicht geht sind die in der integrierten Versorgung tätigen Mitarbeiter in der Lage einerseits die mütterliche (Wund-) Versorgung sicherzustellen und andererseits Notfälle und Krankheiten Neugeborener zu erkennen und entsprechend zu handeln (Mindestanforderung).

Die kontinuierliche Überwachung von Neugeborenen, die sich im Neugeborenenzimmer befinden, ist durch eine Pflegekraft gewährleistet. Eine schriftliche Regelung zur Überwachung von Babys im Neugeborenenzimmer liegt vor.

358 PfIR 7 · 2011

Patientenlagerung - Fallbeispiele

Fallbeispiel 1:
Eine Patientin befand sich zu Brustaufbau-OP in Behandlung. Die Einleitung der Narkose wurde hierbei bereits vor Einschleusung der Patientin in den OP vorgenommen. Die für das OP-Verfahren erforderliche La konnte d Patier vom P Aufwa den lin Nerven Taubhe gleiches

Fallbeis
Eine Pati Bandsche ... Umlagern auf den OP-Tisch geri die rechte Hand der Patientin zwischen den OP-Tisch und die Lafette (Transportwagen für den OP-Tisch). Hierbei erlitt sie eine schwere Mittelhandquetschung mit offenen Köpfchen und Abtrennungen im Bereich der Mittelhand, Nervenläsionen und Sehnenrupturen.

Fehlender Einsatz von Lagerungshilfen bei einer OP ist grober Behandlungsfehler

BGB § 253; ZPO § 287

Leitsätze des Bearbeiters:

1. Das Nichtverwenden von Lagerungshilfen im Rahmen einer mehrstündigen Operation – insbesondere im Kniebereich – ist ein Verstoß gegen den ärztlichen Standard.

2. Es handelt sich bei dem Unterlassen einer Lagerungshilfe insbesondere mit der Knierolle um einen Elementarverstoß. Rechtlich ist dies ein grober Behandlungsfehler.

LG Köln, Urt. v. 19.03.2008 – 25 O 180/05

Präventionsmaßnahmen

- **Für die fach ... che Lagerung**
- **... mit ... n**
- **... eichender ... it zur**
- **... gerechte ... nten.**
- **Bei der Ausschleusung des Patienten aus dem OP erfolgt eine Hautinspektion. Auffälligkeiten werden dokumentiert.**

Patientenaufklärung

Aufklärung durch den Arzt selbst
Delegation nur an Arzt möglich

„Der Chefarzt, der die Risikoaufklärung eines Patienten einem nachgeordneten Arzt überträgt, muss darlegen, welche organisatorischen Maßnahmen er ergriffen hat, um eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen und zu kontrollieren."

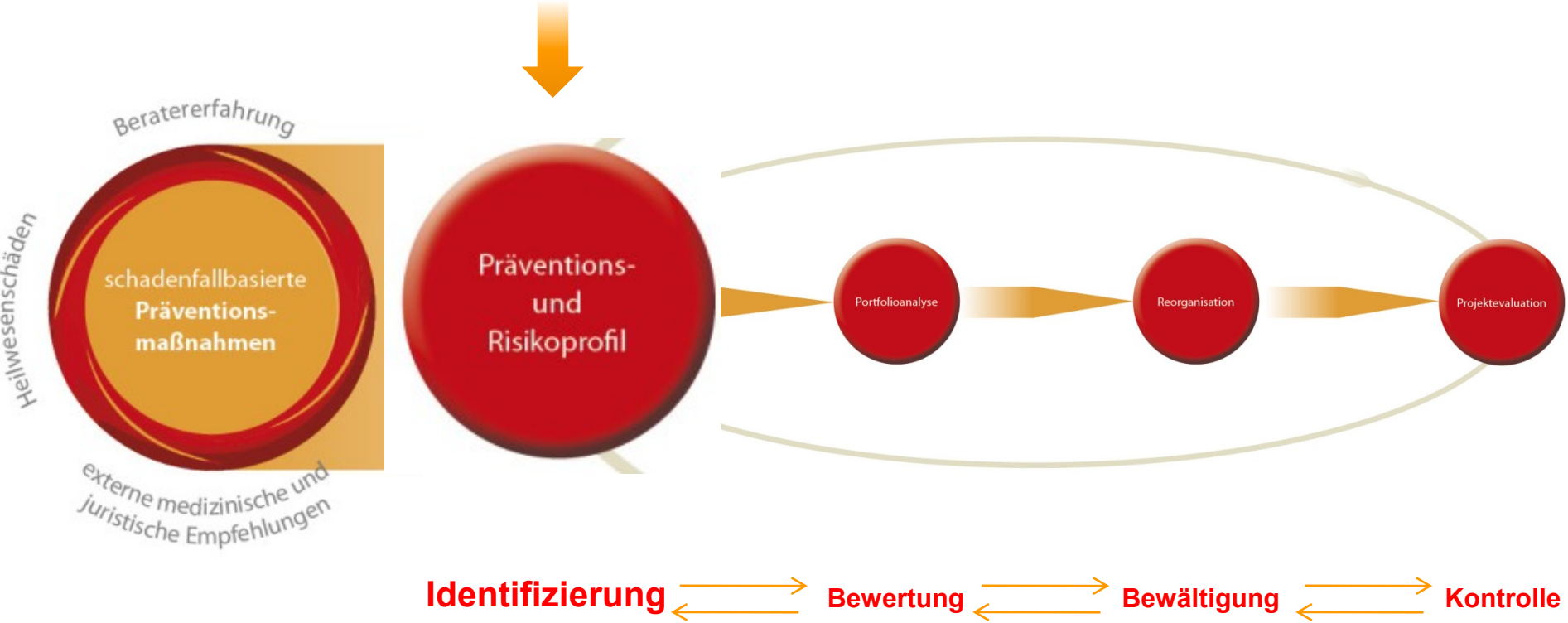
BGH; Urt. V. 07.11.2006, AZ: VI ZR 206/05

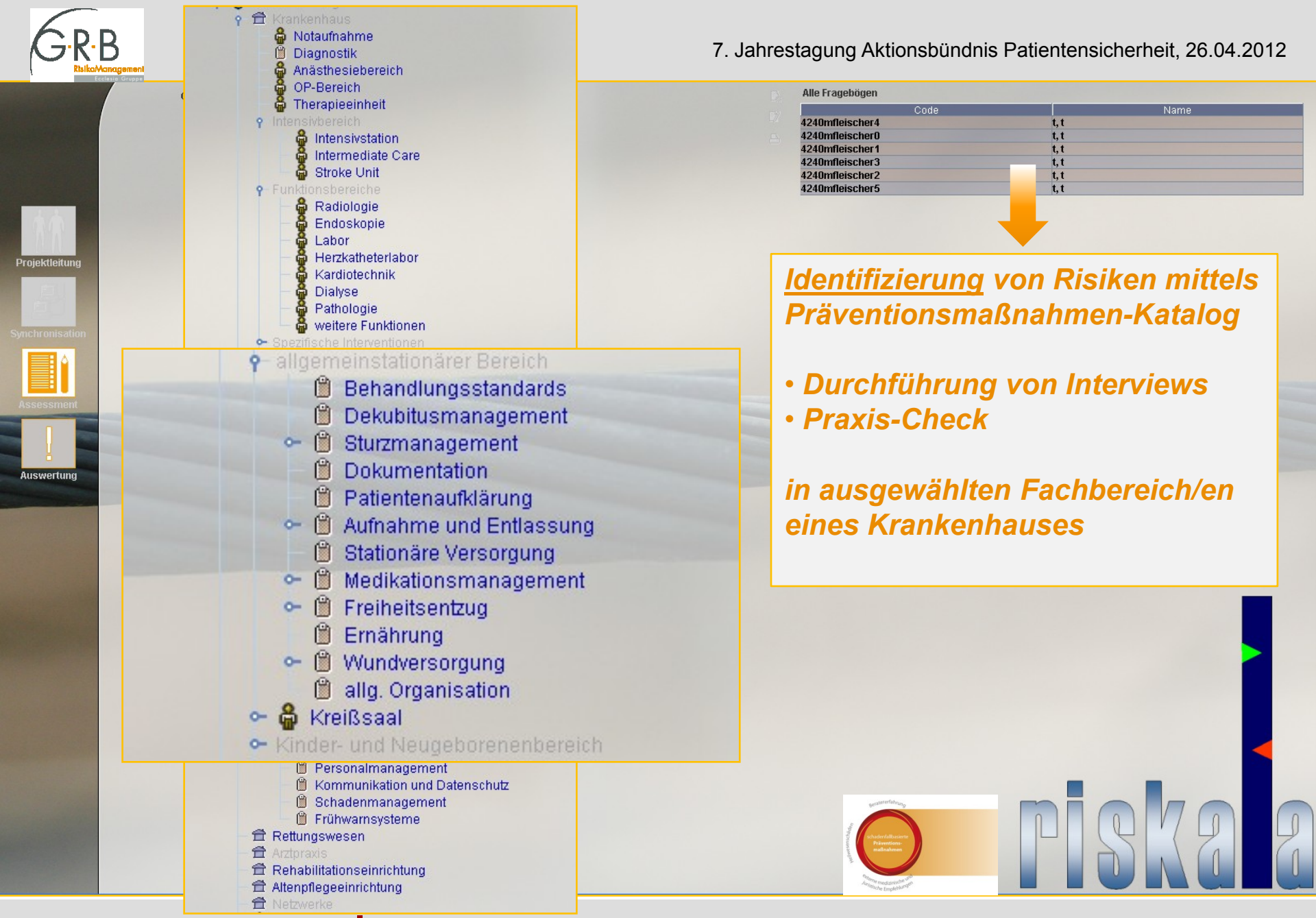
Bei schwierigen und seltenen Eingriffen wird die Risikoaufklärung vom Operateur selbst vorgenommen oder es existiert eine spezielle Aufklärungsanweisung für den aufklärenden Arzt.

Der Operateur überprüft die Vollständigkeit der Aufklärung. Die Inhalte der ergänzenden Gespräche mit dem Patienten werden dokumentiert.

Sicherheits- und Risikoaudit

Risikomanagementprozess



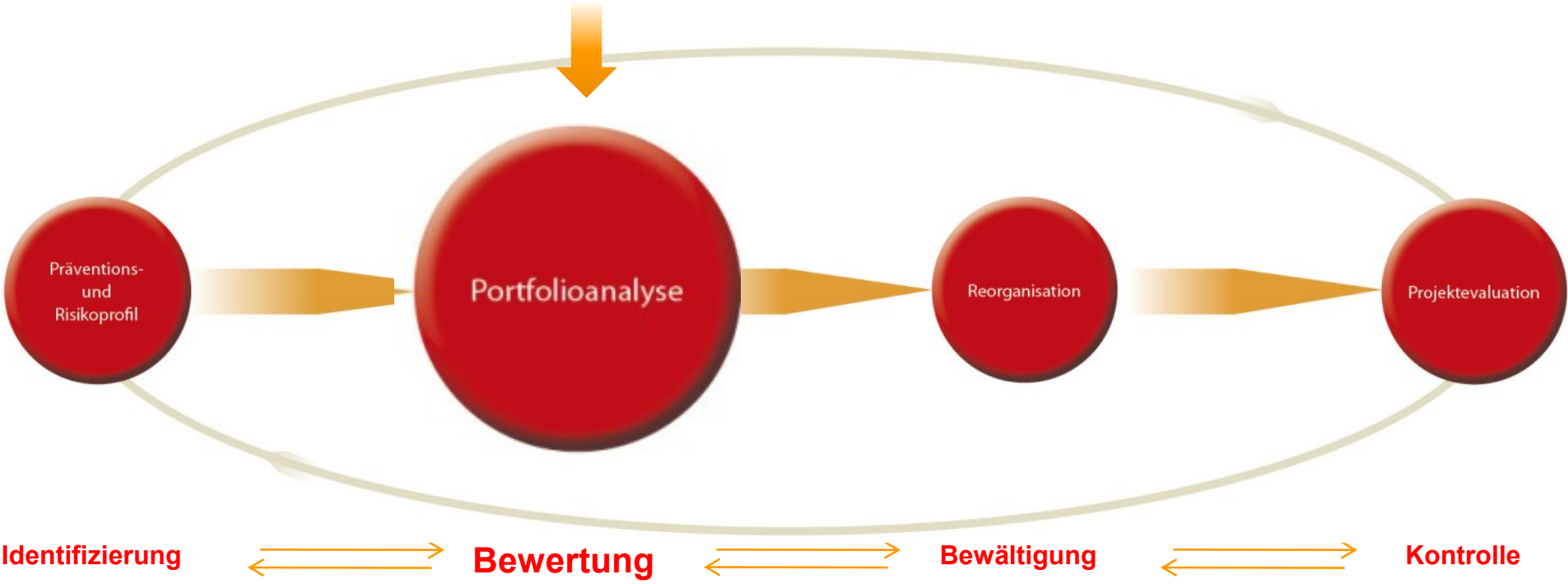


<u>Identifizierung</u> von Risiken mittels Präventionsmaßnahmen-Katalog

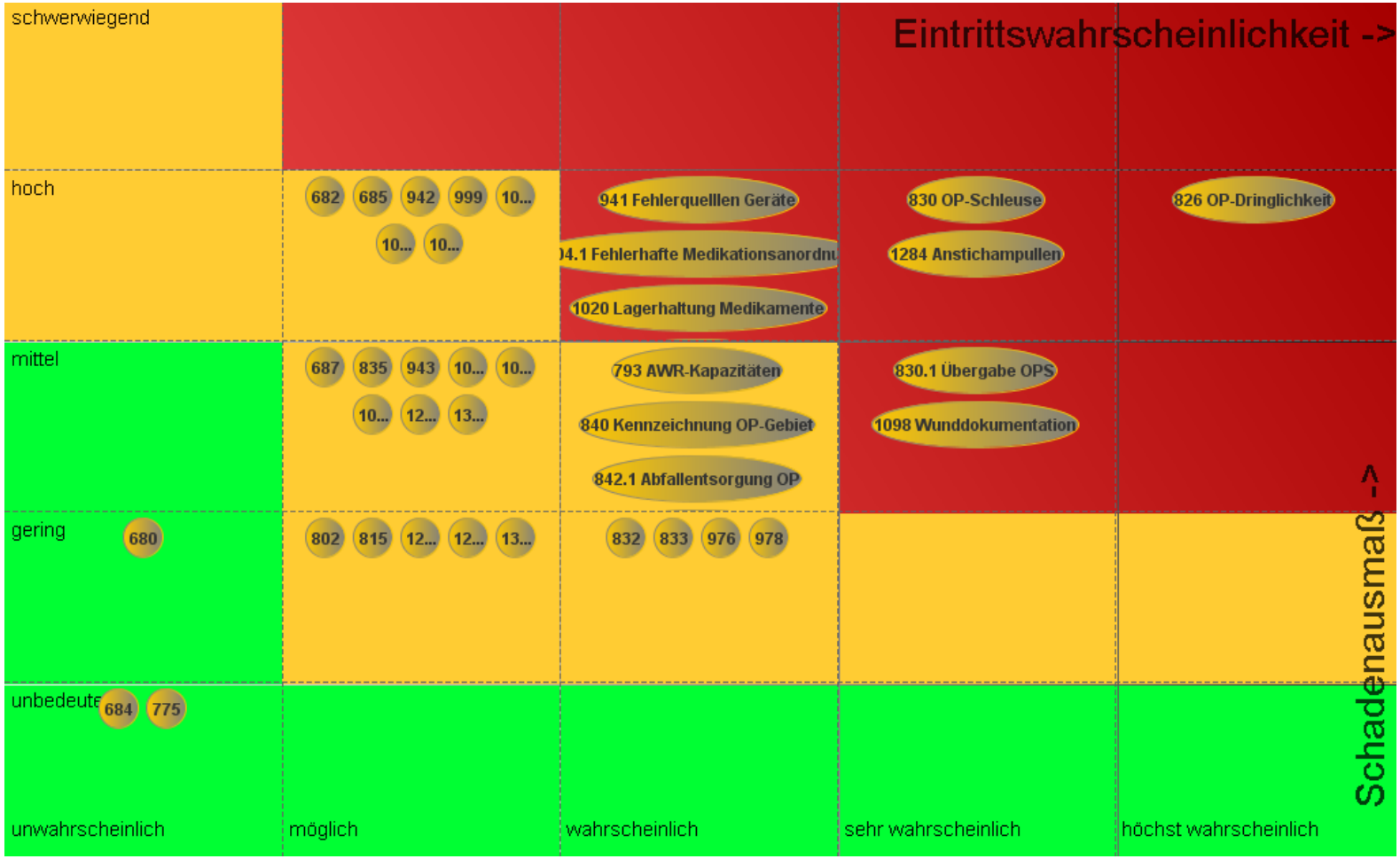
- ***Durchführung von Interviews***
- ***Praxis-Check***

in ausgewählten Fachbereich/en eines Krankenhauses

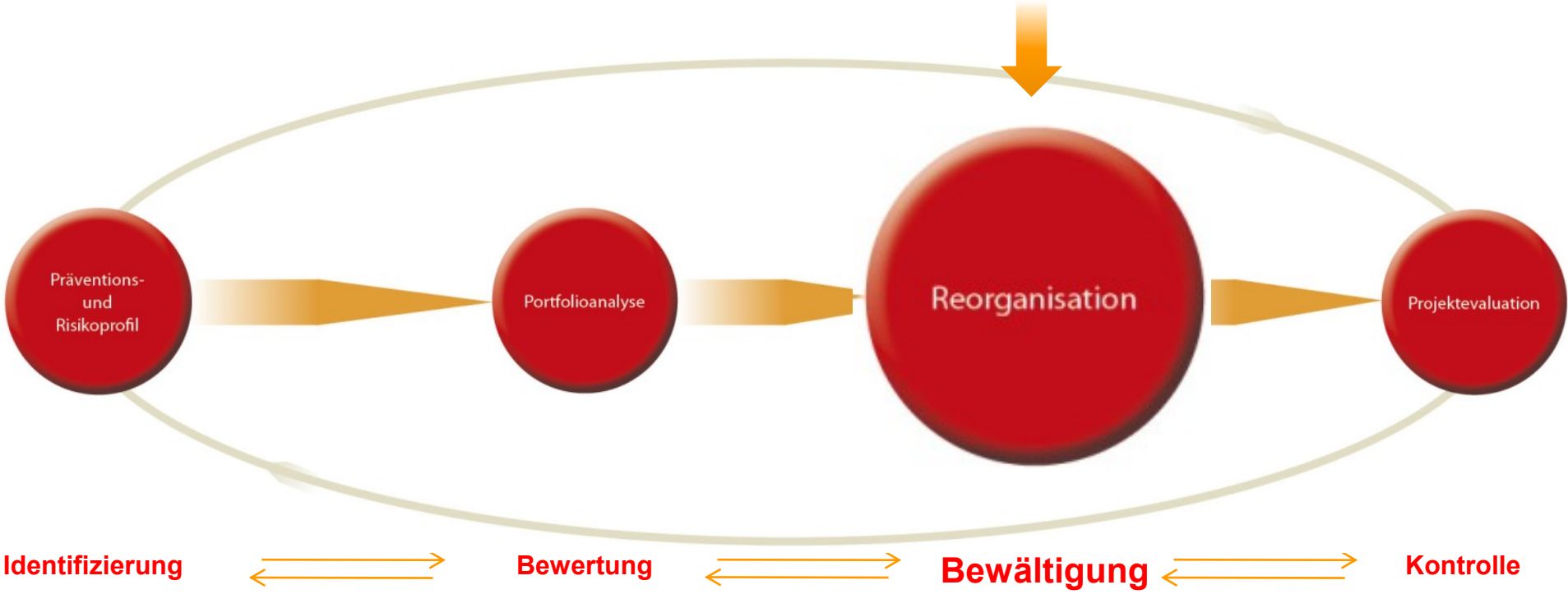
Risikomanagementprozess



Bewertung der identifizierten Risiken im Portfolio



Risikomanagementprozess



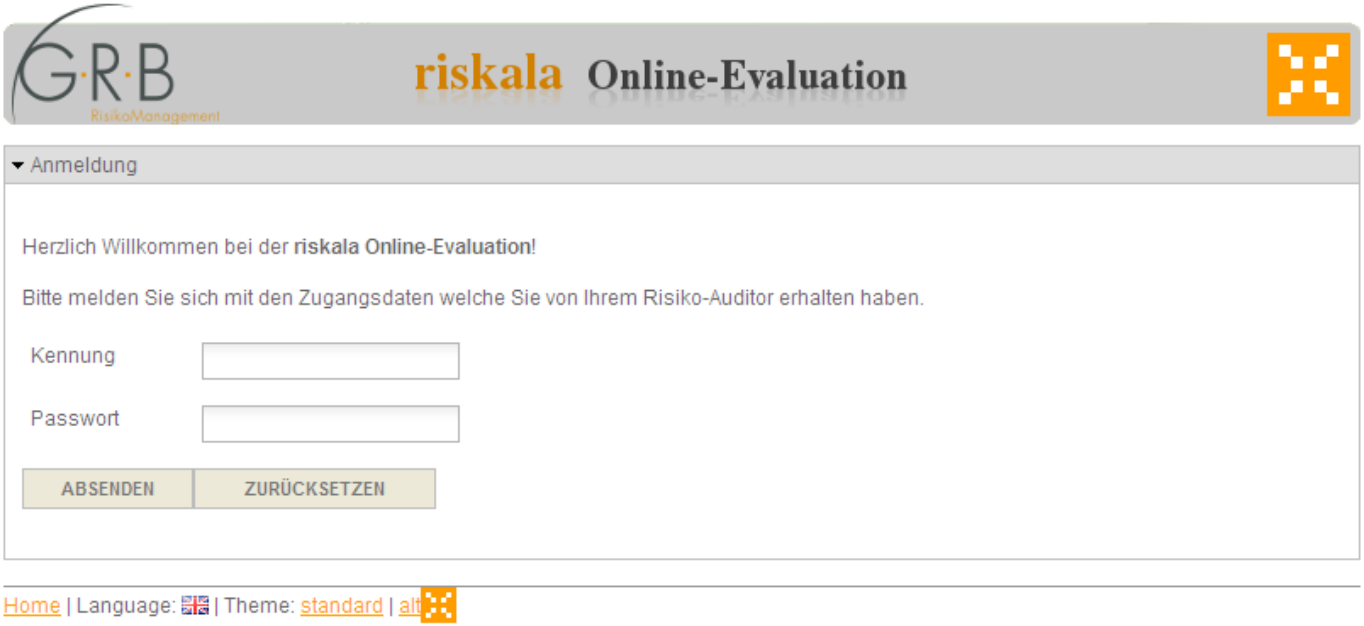
Präventions- und Risikoprofil inkl. Empfehlungen als Arbeitsinstrument für die Bewältigungsphase

4.5.1 *Organisation in der Intensivstation*

	Präventionsmaßnahme	Risiko	Empfehlung
941	Die personelle Austattung erfüllt die Vorgaben der Fachgesellschaft. Kapazitätsschwankungen im Bereich der Intensivstation können personell und apparativ (nur bedingt) kompensiert werden.	Fehlerquellen stellen nach Einschätzung der Mitarbeiter die Geräte unterschiedlicher Hersteller (Gerätebedienung und Handhabung bei Störungen) und der teilweise mangelhaften Materiallieferung (Tracheostoma) aufgrund von Produktionsstättenwechsel bestimmter Firmen dar. Durch Lieferschwierigkeiten bei den Tracheostomen und Trachealkanülen mussten Einmalartikel wieder aufbereitet werden.	Die Geräte sollten möglichst einer einheitlichen Produktlinie angehören, wenn die Mitarbeiter diese besser bedienen können. Auf eine Wiederaufbereitung von Einmalartikeln sollte verzichtet werden, da damit automatisch die Produkthaftung auf das Spital übergeht, ggf. sollte der Hersteller gewechselt werden.
942	Zugänge von intensivpflichtigen Patienten aus der Notfallambulanz oder peripheren Stationen werden dem Team der IPS rechtzeitig angekündigt.	Zugänge von intensivpflichtigen Patienten aus dem OP werden dem Team der IPS nicht immer rechtzeitig angekündigt.	Zugänge von intensivpflichtigen Patienten aus dem OP sollten dem Team der IPS rechtzeitig (ca. 20 - 30 Min. vorher) angekündigt werden.
943	Die technische Ausstattung der Intensivstation ist bedarfsgerecht und entspricht aktuellem Standard.	Mangels Lagerkapazitäten stehen viele Geräte auf dem Flur, es werden die Flucht- und Rettungswege verstellt.	Die Begeh- und Befahrbarkeit der Flucht- und Rettungswege muss gewährleistet sein.
944	Für die künstliche Beatmung stehen ausreichend Geräte zur Verfügung. Die Geräteausstattung ist derzeit veraltet aber noch funktionstüchtig. Neue Geräte wurden bereits bestellt und werden im Laufe der nächsten 18 Monate eingesetzt.		
945	Eine Transportbegleitung von intensivtherapie- und überwachungspflichtigen Patienten ist auf den medizinischen Bedarf abgestimmt (mindestens Fachpflege), beatmete kardial und pulmonal intensivpflichtige Patienten werden von zwei qualifizierten Mitarbeitern (Arzt und Mitarbeiter des Pflegedienstes) transportiert.		
946	Für Transporte von intensivtherapie- und überwachungspflichtigen Patienten steht eine angemessene technische Ausstattung zur Verfügung (Transportmonitor, Transportrepirator, Defibrillator ..).		

Auszug aus einem Präventions- und Risikoprofil (Bsp. Intensivstation)

Instrument zur Online-Einwahl in das Präventions- und Risikoprofil zur Dokumentation und Übermittlung der Umsetzungsstände

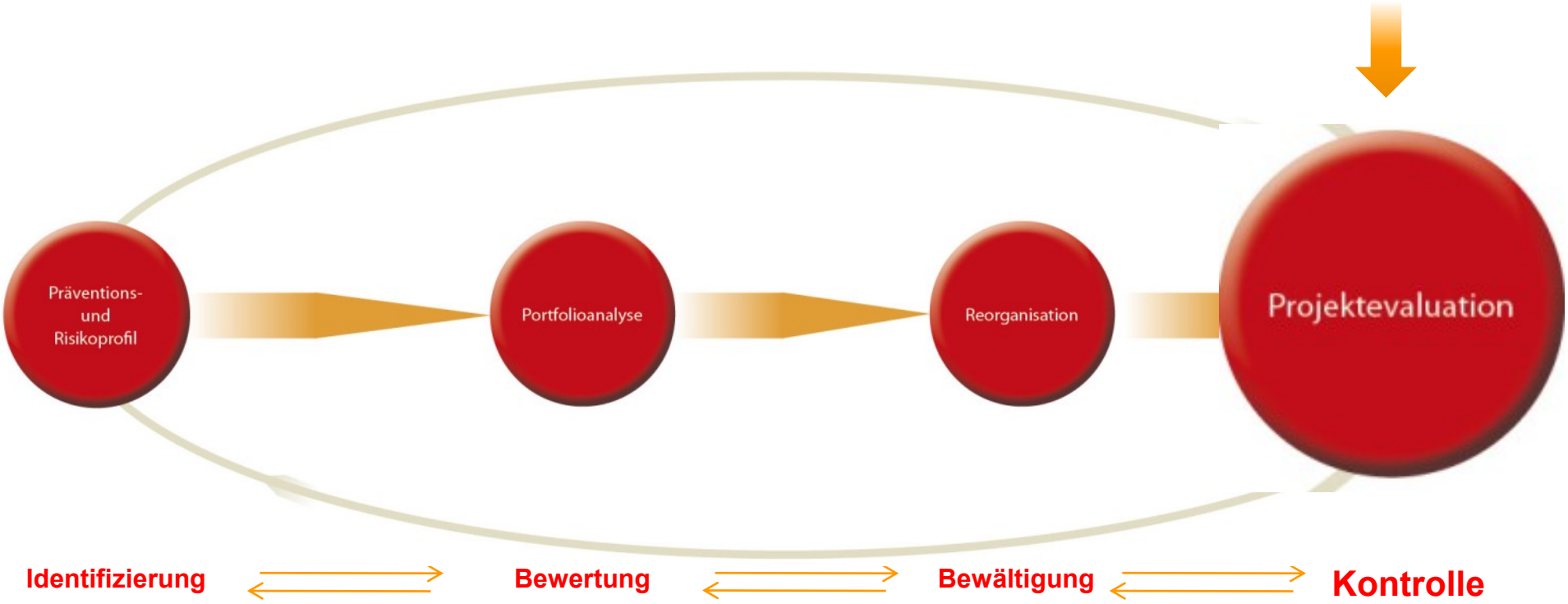


klinikinterne Dokumentations- und Bewertungsmöglichkeit neuer Umsetzungsstände

Speichern | Exportieren | Abbrechen

ng	Wer	Bis wann	Stand Umsetzung (Kunde)	Im Zeitplan	Umgesetzt zu:	Begründet abgewichen
reich prä-, intra- und postoperativ hrte Zählkontrolle ist stets in der dafür im koll vorgesehenen Rubrik zu ieren.			Die Dokumentation erfolgt nun immer gemäß der Vorgabe.	---	---	☐
lefinieren, welche ergänzenden gen in der Rubrik "Besonderheiten" in l zu tätigen sind.			noch nicht umgesetzt, aber im Plan	---	---	☐
ekräften der peripheren Bereiche sollten unkt der Patientenübernahme die Anordnungen, z.B. zur Schmerzmedikation, keit bekannt sein und schriftlich vorliegen. cklung und Einführung eines OP-heines ist zu überdenken.			Der OP-Bericht soll direkt bei Übergabe des Patienten an die Peripherie ausgehändigt werden. Hier sind alle ärztlichen Anordnungen aufgeführt. In der Praxis stellt die zeitnahe OP-Berichterstellung noch ein Problem dar.	---	---	☐
n sind auch patientenbezogene heiten festzuhalten (z.B. relevante kungen, Allergien, Behinderungen etc.).			nicht umgesetzt	---	---	☐
en eines OP-Plangespräches am OP- lte im interprofessionellen Team der OP- üft werden.			Bei Rückfragen wird der OP-Plan direkt mit dem zuständigen Arzt der Abteilung mündlich abgestimmt. Ein regelmäßig OP-Planungsgespräch ist nicht geplant.	---	---	☐

Risikomanagementprozess



Externe Reflektion des Umsetzungsgrades der Empfehlungen im Rahmen der Projektevaluation von Risiken

- *Durchführung von Interviews*
- *Praxis-Check*

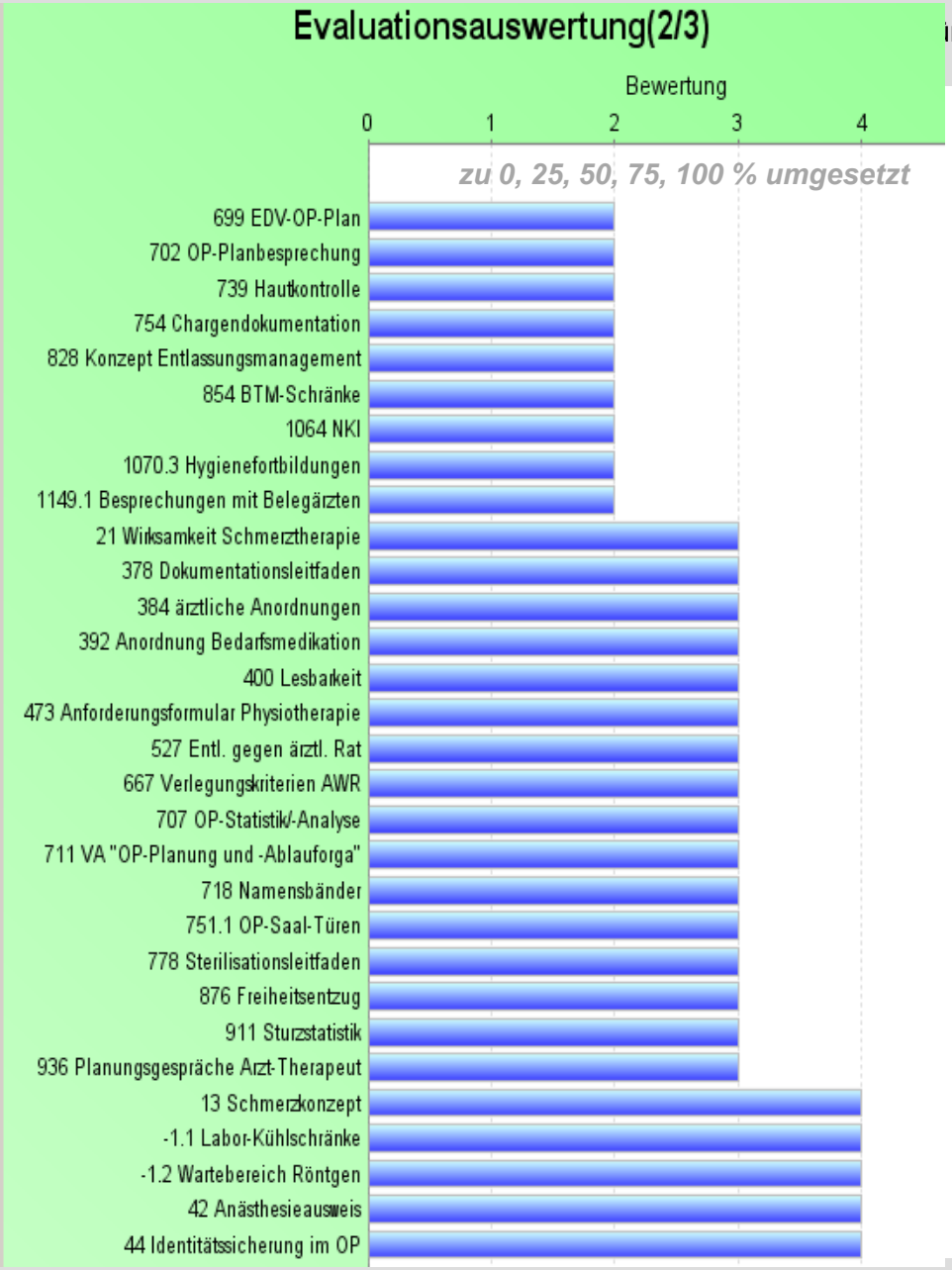
im/ in zuvor begutachteten Fachbereich/ en eines Krankenhauses

Testkrankenhaus

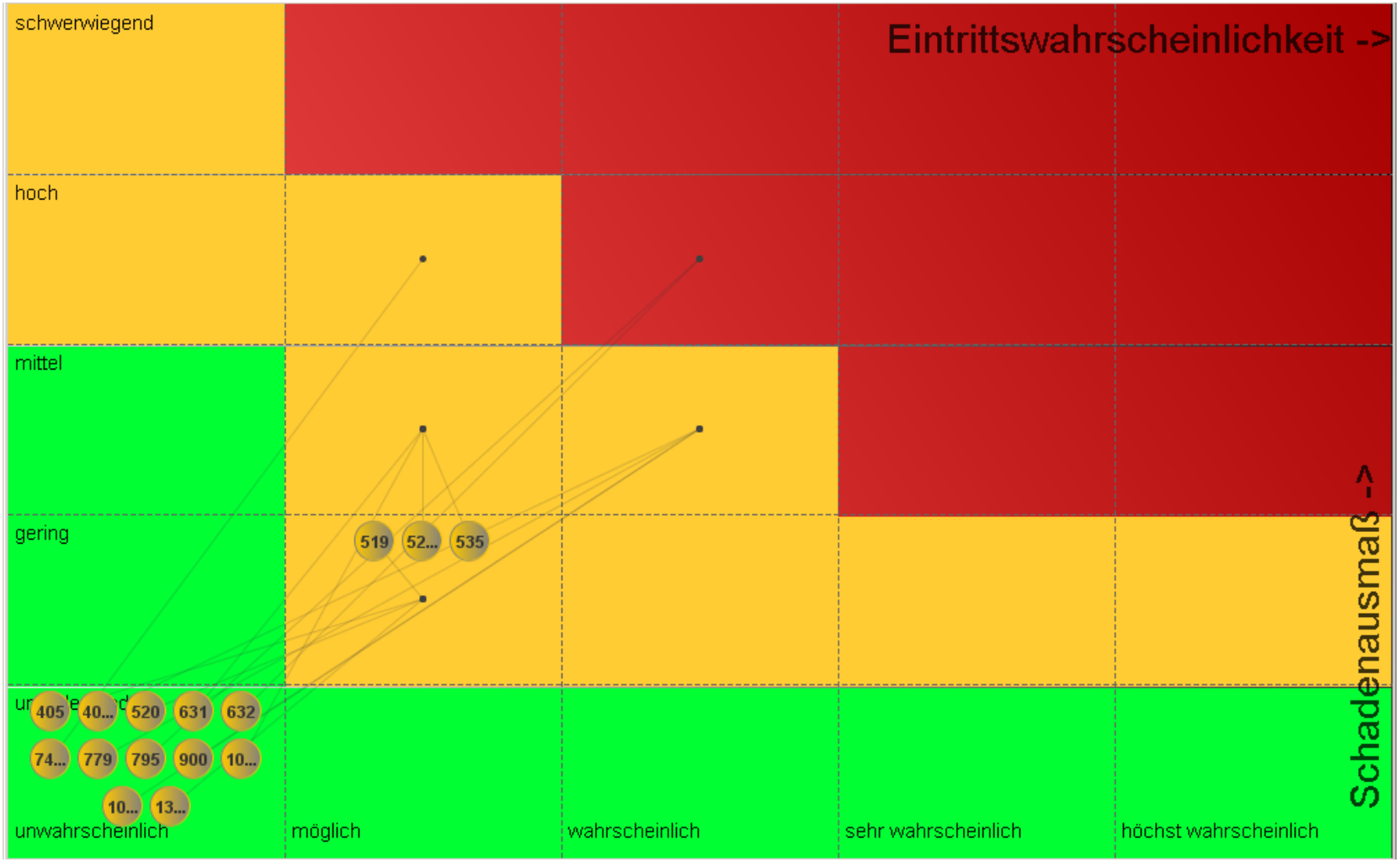
Evaluationsbericht
Fachabbteilung für Test

2.1.2 *Patienteneinschleusung und Identitätssicherung*

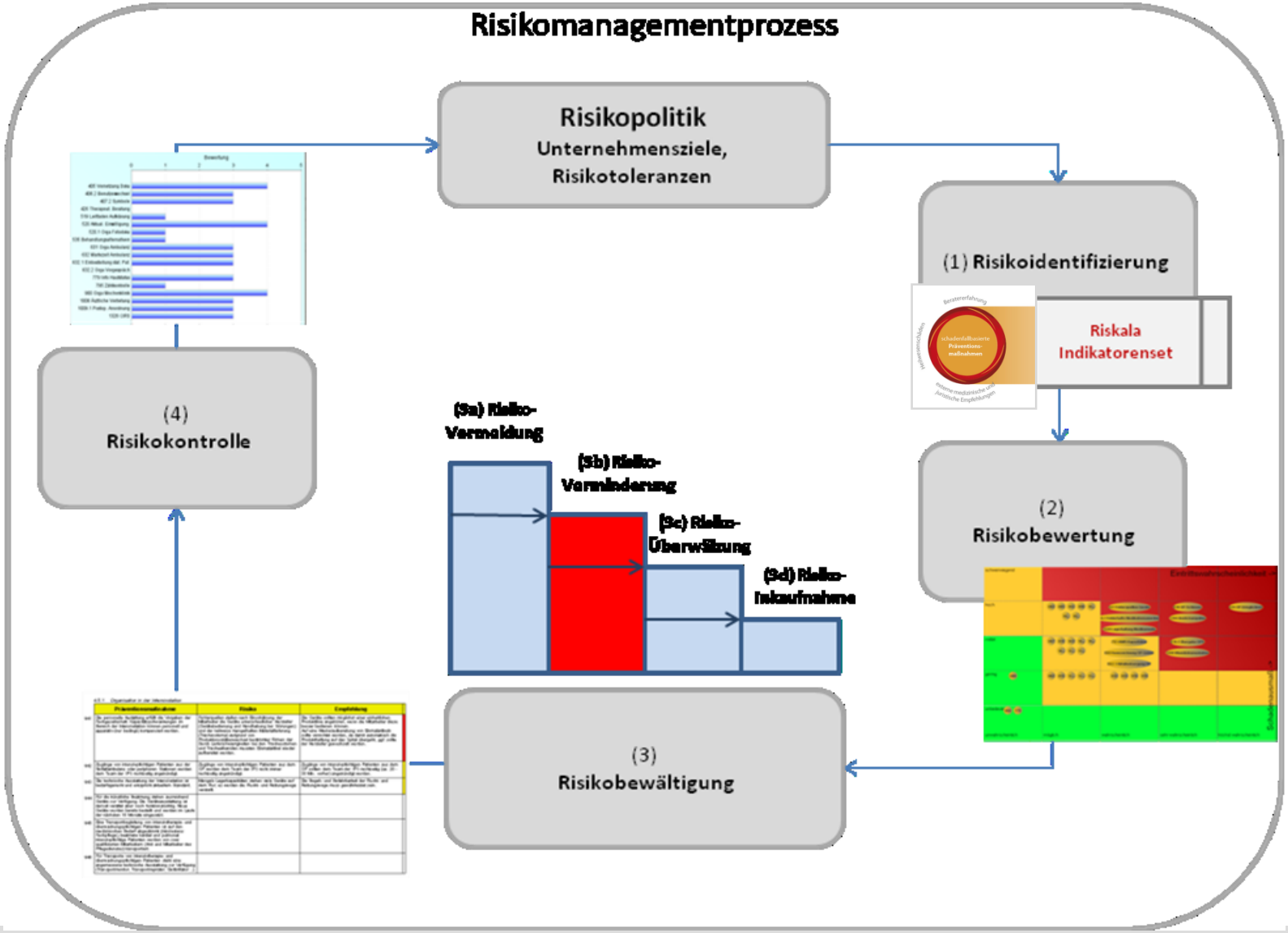
	Risiko	Empfehlung	Stand der Umsetzung	%		
940	Die Zuständigkeit für die Kontrollschritte während der Einschleusung des Patienten in den OP ist nicht eindeutig geregelt.	Es ist ein schriftlicher Standard, in dem das Prozedere der Identitätssicherung beschrieben ist, zu entwickeln.	Ein Entwurf für einen Standard zur Identitätssicherung liegt vor. Er ist in die Praxis einzuführen.	50%	D 4	C 4
944	Zur Vermeidung von Verwechslungen des Operationsgebietes (rechte Seite/linke Seite) kommt nicht in allen schneidenden Abteilungen ein einheitliches Kennzeichnungssystem zum Einsatz.	Ein einheitliches abteilungsübergreifendes Kennzeichnungssystem bei Seiten-Eingriffen ist einzuführen. Dies ist in schriftlicher Form zu regeln.	Das in der unfallchirurgischen Abteilung etablierte Kennzeichnungssystem wurde auf alle anderen schneidenden Fachabteilungen übertragen und in der Praxis einheitlich eingeführt. Dies konnte auch in der Praxisbegehung wahrgenommen werden. Eine schriftliche Regelung liegt vor.	100%	D 5	
946	Die vierstufigen Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie sind nicht allen Mitarbeitern bekannt und werden umgesetzt: 1. Aufklärung und Identifikation des Patienten 2. Markierung des Eingriffsortes 3. Identifikation des richtigen Patienten im richtigen Saal 4. Etablierung eines "Team-Time-Out" unmittelbar vor Schnitt	Die Mitarbeiter sind in die vierstufigen Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zu schulen. Die Handlungsempfehlungen sind in der Praxis einzuführen und stets einzuhalten. Eine Regelung diesbezüglich ist zu erarbeiten.	Es sind Schulungen für Mitte des Jahres 2010 geplant. In der Praxis sind Punkt 1 bis 3 der Empfehlungen des APS bereits eingeführt. Das Team-Time-Out ist derzeit noch nicht gängige Praxis.	50%	D 4	B 4


Evaluationsauswertung(2/3)
Bewertung
0
1
2
3
4
zu 0, 25, 50, 75, 100 % umgesetzt
699 EDV-OP-Plan
702 OP-Planbesprechung
739 Hautkontrolle
754 Chargendokumentation
828 Konzept Entlassungsmanagement
854 BTM-Schränke
1064 NKI
1070.3 Hygienefortbildungen
1149.1 Besprechungen mit Belegärzten
21 Wirksamkeit Schmerztherapie
378 Dokumentationsleitfaden
384 ärztliche Anordnungen
392 Anordnung Bedarfsmedikation
400 Lesbarkeit
473 Anforderungsformular Physiotherapie
527 Entl. gegen ärztl. Rat
667 Verlegungskriterien AWR
707 OP-Statistik/-Analyse
711 VA "OP-Planung und -Ablauforga"
718 Namensbänder
751.1 OP-Saal-Türen
778 Sterilisationsleitfaden
876 Freiheitsentzug
911 Sturzstatistik
936 Planungsgespräche Arzt-Therapeut
13 Schmerzkonzept
-1.1 Labor-Kühlschränke
-1.2 Wartebereich Röntgen
42 Anästhesieausweis
44 Identitätssicherung im OP

Aktualisierung der Portfolio-Bewertung nach durchgeführter Evaluation (vorher : nachher)



im Überblick …



Herzlichen Dank !