

HANDLUNGSEMPFEHLUNG



Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen



INHALT

Geleitworte.....	4
1. Zusammenfassung.....	6
2. Einführung.....	7
3. Definition und Nutzen der Fallanalyse.....	8
3.1 Definition.....	8
3.2 Nutzen.....	9
3.3 Weiterer Nutzen der Methodik.....	9
4. Methoden und Instrumente.....	10
4.1 Auf verschiedenen Systemmodellen basierende Methoden.....	10
4.2 Instrumente für den Einsatz in einer Fallanalyse.....	12
5. Rahmenbedingungen und organisationale Einbettung.....	13
5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	13
5.2 Institutionelle Rahmenbedingungen.....	14
6. Die Durchführung der Fallanalyse.....	22
7. Ableitung von Maßnahmen und Evaluation der Analysen.....	31
7.1 Wirkstärke und Kontext von Maßnahmen.....	31
7.2 Identifikation der geeigneten Maßnahmen.....	33
7.3 Der Prozess der Entwicklung von Maßnahmen.....	33
7.4 Überprüfung der Umsetzung und Evaluation der Wirksamkeit.....	34
8. Weiterführende Fragen und Antworten.....	36
9. Fallbeispiel „Die sieben Schritte“.....	42
Impressum.....	50

GELEITWORTE

Sehr geehrte Damen und Herren,

„Nicht Schuldige suchen, sondern Lösungen erarbeiten“, dieser Devise wird die Handlungsempfehlung *Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen* in besonderer Weise gerecht. Nur wenn Fehler und unerwünschte Ereignisse systematisch untersucht werden und es dabei um Handlungen, Prozesse und Strukturen geht (und nicht allein um Personen), können wirksame Lösungen gefunden werden, durch die Zwischenfälle vermieden und die Patientensicherheit verbessert werden. Eine Gruppe aus Expertinnen und Experten des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) hat das wichtige Thema „Fallanalyse“ bearbeitet und legt nun ihr Ergebnis vor.

Die Handlungsempfehlung gibt wertvolle Hinweise zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen gleichermaßen: Sie ist ein umfangreiches Kompendium für alle wesentlichen Fragen, die bei der Etablierung des Verfahrens einer Fallanalyse in einer Einrichtung der Patientenversorgung beachtet werden müssen. Und sie zeigt auf, was bei der Analyse eines konkreten Ereignisses getan und beachtet werden muss.

Wir danken seitens des Vorstandes allen Mitgliedern der Expertengruppe herzlich für ihre hervorragende Arbeit und das vorliegende Resultat. Unter den Mitgliedern waren wieder österreichische Kolleginnen und Kollegen, deren Mitwirkung und kollegiale Unterstützung wir gern lobend erwähnen. Die Zusammenarbeit über Ländergrenzen hinweg ist weiterhin ein wichtiges Anliegen des APS.

Dr. med. Ruth Hecker, MPH

Vorsitzende

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Deutschland

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Präsidentin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit, aber auch als Ärztliche Direktorin freut es mich, dass wir Ihnen gemeinsam mit dem APS, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, die *Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen* vorstellen dürfen.

In einem immer komplexeren Gesundheitswesen rücken Risikobewusstsein, Fehlermanagement und Qualität in den Mittelpunkt – und die Bedeutung der Patientensicherheit wächst rasant. Ein wichtiger Ansatz, mit dem sich diese Sicherheit weiter verbessern lässt, ist, vermeidbare unerwünschte Ereignisse, durch die Patientinnen und Patienten geschädigt wurden, systematisch zu analysieren, daraus Lehren zu ziehen und Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Dabei sind rechtliche, institutionelle und personelle Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, um Fallanalysen als erfolgreiches Tool zu implementieren, mit dem unerwünschte Ereignisse und Risiken reduziert werden. Die Handlungsempfehlung *Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen* soll dabei unterstützen und Inputs liefern.

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit blickt auf über zehn Jahre Forschung, Vernetzung, Projekt- und Informationsarbeit zum Thema Patienten- und Mitarbeitersicherheit zurück. Seitdem sind die Partnerschaften mit den Vereinigungen in der Schweiz und Deutschland eine wichtige Quelle für Austausch und Kooperation, v. a., wenn es darum geht, gemeinsame Empfehlungen zu erarbeiten und abzugeben.

Der Austausch unserer Expertinnen und Experten, die Etablierung internationaler Arbeitsgruppen sowie die Publikation von Empfehlungen wie der vorliegenden werden auch in Zukunft die Werkzeuge bleiben, mit denen wir mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten erreichen.

Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl

Präsidentin Plattform Patientensicherheit, Österreich

1. ZUSAMMENFASSUNG

Um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten verbessern zu können, bedarf es – neben anderen Maßnahmen – der Analyse unerwünschter Ereignisse, durch die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Versorgung geschädigt wurden. Welche Ursachen führten zu dem Ereignis, welche Faktoren trugen zu seinem Auftreten bei? Die Analyse muss systematisch, d. h. nach einer zugrunde liegenden Analysemethode, und systemisch, d. h. mit dem Blick auf die versorgende Einrichtung (das „System“) erfolgen. Auf Basis der Analyseergebnisse werden Maßnahmen abgeleitet, die das Risiko der Wiederholung des Ereignisses reduzieren, um mit ihnen weitere Patientenschädigungen vermeiden zu können.

Die Analyse kritischer und unerwünschter Ereignisse und aufgetretener Schäden sowie die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen gehören als Teil des Risikomanagements zu den Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements, zu deren Anwendung eine Verpflichtung besteht. Dabei wird das Verfahren der Fallanalyse in einer Einrichtung explizit implementiert, bevor Fallanalysen durchgeführt werden, denn es sind eine Reihe rechtlicher, institutioneller und personeller Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und in der Organisation zu vereinbaren.

Zu den Rahmenbedingungen gehören u. a.

- die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Fallanalysen durchführen,
- die Kriterien für die Fallauswahl, die systematisch erfolgen sollte,
- die Klärung von Fragen zum Datenschutz,
- die Festlegung spezifischer Aufgaben der Führungskräfte im Analyseprozess.

Die unterstützende Rolle der Leitung der Einrichtung ist entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung von in der Analyse abgeleiteten Maßnahmen. Dafür bietet die Methode der Fallanalyse wesentliche Erkenntnisse über das System der eigenen Einrichtung, die zu Maßnahmen der Systemverbesserung führen.

Allerdings können Fallanalysen zeit- und personalaufwendig sein. Dennoch gilt: Ohne die detaillierte Untersuchung von Ursachen und Faktoren, die dazu beitragen, dass es zu unerwünschten Ereignissen kommt, wird es den Einrichtungen nicht möglich sein, die Wiederholung gleicher oder ähnlicher Ereignisse zu verhindern und vorhandene Risiken effektiv zu reduzieren.

Maßnahmen sind nicht gleich Maßnahmen. Je stärker Maßnahmen, die der Risikovermeidung und Prävention dienen, von handelnden Personen, z. B. von deren Kompetenz und unterschiedlichem Einhalten von Regeln, oder von der Personalfuktuation abhängig sind, desto geringer ist die Wirkung, die sie für eine sichere Versorgung entfalten können. Deshalb sollten solche Maßnahmen möglichst die Gestaltung von Strukturen und Prozessen betreffen. Zudem sollten sie im System der Einrichtung verankert werden – ob im Krankenhaus oder in der Arztpraxis, am Arbeitsplatz selbst, in Organisationsabläufen, technischen Systemen und Hilfsmitteln oder in der Organisationskultur.

Die Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen soll die Häufigkeit erhöhen, mit der Fallanalysen durchgeführt werden. Außerdem soll sie die Ergebnisse von Fallanalysen verbessern. Deshalb besteht ihre Zielgruppe in erster Linie aus Führungspersonen in Einrichtungen der Patientenversorgung, da sie es sind, die bei einer Fallanalyse die Entscheidung über das Ob und Wie treffen. Zur primären Zielgruppe gehören zudem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Fallanalysen in der Einrichtung implementieren und durchführen.

2. EINFÜHRUNG

Wird eine Patientin bzw. ein Patient im Rahmen der Versorgung geschädigt, wird das Ereignis¹, das zu der Schädigung geführt hat, bislang selten oder oft mit unzureichenden Methoden analysiert. Somit finden Lernprozesse, die auf einem solchen Ereignis basieren, überwiegend nicht statt.

Die Gründe dafür liegen u. a. darin, dass

- Unklarheit über die Analysemethoden sowie deren Anwendung und Nutzen für die Einrichtung und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten besteht,
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung nur unzureichend darin ausgebildet sind, solche Analysen durchzuführen,
- mangelnde Ressourcen für die Durchführung von Analysen vorgesehen sind bzw. freigegeben werden,
- die versicherungsrechtliche Bearbeitung des Schadensfalls im Vordergrund steht.

Die Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen adressiert diese Ursachen. Damit soll sie v. a. die Häufigkeit der Durchführung sowie die Ergebnisse der Analysen verbessern. Einrichtungen sollen dadurch in die Lage versetzt werden, aus unerwünschten Ereignissen so zu lernen, dass durch die Umsetzung von Maßnahmen die Sicherheit von Patientinnen und Patienten erhöht wird. Dazu wird in der Handlungsempfehlung erläutert, was Fallanalysen sind, welche Methoden es gibt und welchen Beitrag Fallanalysen zur Sicherheit von Patientinnen und Patienten leisten können.

Da im Gesundheitswesen eine Reihe von Fallanalysemethoden bereits eingesetzt werden, wird in dieser Handlungsempfehlung darauf verzichtet, die Anwendung einer bestimmten Methode detailliert zu beschreiben. Stattdessen werden der Ablauf, der allen Methoden zugrunde liegt, und die Elemente, die allen Methoden gemeinsam sind, vorgestellt.

In der Handlungsempfehlung

- werden die Rahmenbedingungen für Fallanalysen in einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung erläutert und
- die erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationen des Fallanalyseteams benannt;
- wird der Ablauf einer Fallanalyse dargestellt, und zwar unabhängig von der spezifischen Methode, die in der Analyse eingesetzt wird;
- wird eine Übersicht über Instrumente gegeben, die in der Analyse eingesetzt werden können;

¹ In dieser Empfehlung wird mit dem Begriff „Ereignis“ ein Fall bezeichnet, der analysiert werden soll. Dies wird im Kapitel 3 näher erläutert.

- werden Kriterien für wirksame Maßnahmen vermittelt, die aus den Analyseergebnissen abgeleitet werden;
- wird auf Hürden, Fallstricke und Probleme bei der Durchführung von Fallanalysen hingewiesen und
- auf Kriterien für eine qualitativ hochwertige Fallanalyse verwiesen.

Sie richtet sich an zwei Zielgruppen:

- Führungskräfte in Einrichtungen der Patientenversorgung, die in ihrer Einrichtung wesentlich die Rahmenbedingungen für Fallanalysen verantworten und deshalb grundsätzlich mit dem Verfahren, seinem Nutzen und den rechtlichen Grundlagen vertraut sein müssen.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Fallanalysen in der Einrichtung implementieren, steuern und/oder durchführen.

Schadensfälle treten nicht nur bei Behandlungen im Krankenhaus auf. Daher soll die Handlungsempfehlung in Einrichtungen des gesamten Gesundheitswesens nutzbar sein, auch in Praxen und Apotheken, Medizinischen Versorgungszentren und Pflegeeinrichtungen. Sie ist am stationären Bereich, also an Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, orientiert, da hier die größte Komplexität des Versorgungssystems zu erwarten ist. Das Vorgehen bei Fallanalysen in anderen Einrichtungen, z. B. in der ambulanten Versorgung, ist grundsätzlich identisch. Die in der Handlungsempfehlung beschriebenen Rahmenbedingungen und Prozesse müssen jedoch je nach Komplexität des Ereignisses, der Versorgungsprozesse und der Einrichtung angepasst werden.

3. DEFINITION

3.1 DEFINITION

Der Begriff *Fallanalyse* bezeichnet die Analyse eines einzelnen Ereignisses, das zu einer Schädigung einer Patientin bzw. eines Patienten geführt hat. Das Herangehen an eine solche Analyse ist also ausschließlich retrospektiv. Fallanalysen dienen dazu, Ereignisse systematisch aufzuarbeiten und daraus Maßnahmen abzuleiten, mit denen die Sicherheit von Patientinnen und Patienten verbessert wird.

- Ziel einer Fallanalyse ist die Identifikation der Ursachen des Ereignisses, um wirksame Maßnahmen abzuleiten, die a) das Risiko einer Wiederholung gleicher oder ähnlicher Ereignisse eliminieren oder reduzieren oder b) die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung für die Patientin bzw. den Patienten reduzieren.²
- Das Vorgehen ist systematisch, d. h., es folgt einem definierten Analysesystem, und systemisch, d. h., das Ereignis wird vor dem Hintergrund des Systems der Einrichtung analysiert (siehe Kapitel 4.1).
- Eine Fallanalyse ist der Prozess von der Identifikation eines Ereignisses, das zu analysieren ist, bis zur Evaluation der in der Fallanalyse abgeleiteten und dann umgesetzten Maßnahmen. Ihr Kern ist die Beschreibung des Ereignisherganges und die Identifikation derjenigen

² Im Gegensatz dazu zielt die juristische Aufarbeitung eines Ereignisses darauf ab, v. a. Verantwortungs- und Haftungsfragen zu klären. Dabei sollen vorwiegend Fehlhandlungen der beteiligten Personen (und in der Organisation) identifiziert werden. Die unterschiedlichen Zielsetzungen haben jeweils andere Perspektiven und Prozesse zur Folge und sollten daher nicht vermischt werden.

Ursachen und Faktoren, die zu dem Ereignis beigetragen haben. Die Analyse enthält zudem die Identifikation von Barrieren und Strategien, die ggf. eine noch größere Schädigung infolge des Ereignisses verhindert haben. In der Analyse werden die Prozesse und Strukturen des Gesamtsystems betrachtet, in dem das Ereignis aufgetreten ist, nicht nur einzelne fehlerhafte Handlungen.

Dabei kann es sinnvoll sein, die Fallanalyse bis zur Entwicklung von Maßnahmenempfehlungen personell und organisatorisch von der anschließenden Umsetzung und der Evaluation von Maßnahmen zu trennen. In dieser Handlungsempfehlung wird primär der Prozess beschrieben (Empfehlungen zur Aufgabenaufteilung siehe Kapitel 5.2.5, 6 und 7.4).

3.2 NUTZEN

Eine gelungene Fallanalyse führt zu Verstehen. Damit ermöglicht sie Veränderungsbereitschaft. Also liegt der Nutzen von Fallanalysen darin,

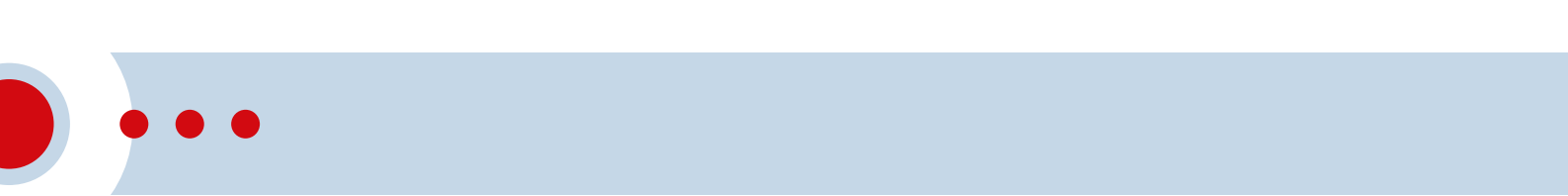
- Ursachen, Ursachenmuster, Risiken und Sicherheitsbarrieren, die versagt haben, in Strukturen und Prozessen auf den verschiedenen Ebenen der Organisation einer Einrichtung zu erkennen, um so verstehen zu können, wie fehlerhafte Handlungen zustande kamen;
- wirksame Sicherheitsbarrieren gegen Fehler und Unfälle zu erkennen, die einen gravierenderen Ausgang verhindert haben;
- Wiederholungen des Ereignisses zu verhindern, indem Ursachen beseitigt werden, und Verbesserungspotenziale der beitragenden Faktoren zu entdecken;
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch einen Perspektivwechsel von individuellem Versagen zu Mängeln im Arbeitssystem emotional zu entlasten.

In der *Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen* liegt der Fokus auf Ereignissen, bei denen eine Patientin bzw. ein Patient geschädigt worden ist. Für die Analyse solcher Ereignisse liegen ausreichend Informationen vor – zum Ereignis selbst und zu den wesentlichen Handlungen der Beteiligten – oder können zusammengetragen werden. Damit unterscheiden sich Fallanalysen nicht nur in den organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen z. B. von Analysen der Berichte aus Berichts- und Lernsystemen (CIRS). Auch das Vorgehen und der Umgang mit den Betroffenen und Beteiligten ist ein anderer.

Die Durchführung einer Fallanalyse ist auch bei unerwünschten Ereignissen ohne Schadensfolge geeignet, wenn das Schadenspotenzial hoch ist und Informationen verfügbar sind.

3.3 WEITERER NUTZEN DER METHODIK

Einzelne Elemente des Vorgehens, das in der Handlungsempfehlung beschrieben ist (siehe Kapitel 6), können bei der Bearbeitung von CIRS-Berichten eingesetzt werden. Für eine detaillierte Analyse eignen sich CIRS-Berichte jedoch nicht, da zu wenige Informationen über das Ereignis vorliegen (in den meisten Fällen aufgrund der Anonymität).



Für eine Fallanalyse ist Methodenwissen und Systemverständnis erforderlich; außerordentlich hilfreich ist beides auch für das Bearbeiten von CIRS-Berichten und die Verwendung bei Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). Bei der Vorbereitung einer M & MK können Prozessschritte, die aus der Fallanalyse stammen, genutzt werden. So kann z. B. für einen ausgewählten Fall eine Analyse bis zur Darstellung des Ereignisses durchgeführt werden, und erste Überlegungen zur Verursachung können angestellt werden. Die Ergebnisse werden dann in der M & MK vorgestellt und deren Teilnehmerinnen und Teilnehmer ergänzen sie. Gemeinsam können sie ein Verständnis für den Ablauf des Ereignisses und seine Ursachen entwickeln und Maßnahmen ableiten. Auf diese Weise kann eine M & MK auch genutzt werden, um Verständnis für das System der Versorgung zu wecken und das Bewusstsein dafür entstehen zu lassen, wie sich unterschiedliche beitragende Faktoren und Ursachen auf Versorgungsprozesse auswirken.³

Die Fallanalyse muss jedoch von CIRS und M & MK getrennt betrachtet werden. Hier wird sie für ihren eigentlichen Zweck dargestellt und empfohlen: die Analyse von Schadensfällen.

4. METHODEN UND INSTRUMENTE

4.1 AUF VERSCHIEDENEN SYSTEMMODELLEN BASIERENDE METHODEN

Eine Reihe von Fallanalysemethoden wurden durch die Expertengruppe mittels einer Literatur- und Internetrecherche identifiziert. Sie beruhen auf einem systemischen Unfallentstehungsmodell, wie es am bekanntesten von James Reason vorgestellt wurde. Entwickelt wurde dieses Modell für das Verständnis der Verursachung ganz unterschiedlicher Ereignisse, z. B. von Unfällen in der Atomenergie, Petrochemie, Luft- und Raumfahrt. Inzwischen wurde es auch für das Gesundheitswesen adaptiert. Dem Modell zugrunde liegt die Annahme, dass ein unerwünschtes Ereignis systemisch verursacht wird.

Mit diesem Modell werden die Teile eines Systems und deren Zusammenhänge betrachtet. Dabei werden im Arbeitssystem nicht nur Handlungen von Personen untersucht, die ein Ereignis, durch das jemand geschädigt wurde, ausgelöst haben oder am Ereignis beteiligt waren. Vielmehr werden auch Faktoren analysiert, die zu dem Ereignis oder den Handlungen der Personen beigetragen haben. Das Arbeitssystem ist z. B. ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung. Zu ihm gehören der Arbeitsplatz (z. B. eine Station im Krankenhaus, Wohnbereich), technische Teilsysteme (z. B. Medizinprodukte), die Organisation (z. B. Dienstpläne), Team, Führung und die Organisationskultur sowie die Handlungen der Personen.

In der Recherche der Expertengruppe wurden v. a. die Methode der Root Cause Analysis (RCA) oder Varianten der RCA identifiziert, die im Gesundheitswesen verbreitet sind. Mit „RCA“ ist eine Reihe von Verfahren überschrieben, mit denen nach den Wurzeln (roots) unerwünschter Ereignisse und deren beitragenden Faktoren gesucht wird. Im Fokus stehen Menschen, deren Handlungen analysiert werden. Ebenfalls werden Bedingungen, die Handlungen beeinflussen (beitragende Faktoren) untersucht. Um zu betonen, dass es nicht die eine Ursache gibt, sondern viele Faktoren zu einem konkreten Ergebnis des Handelns führen, werden RCAs heute auch „Systemanalysen“ genannt.

3 Weitere Informationen zur Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz finden sich im *Methodischen Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen der Bundesärztekammer* (2016) und im Leitfaden *Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen* der Stiftung Patientensicherheit (2019).

Tabelle 1: Varianten der RCA, die in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden

NAME UND QUELLE
<p>Concise Incident Analysis https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Pages/incidentanalysis.aspx</p>
<p>Learning from defects https://www.ahrq.gov/hai/cusp/toolkit/learn-defects.html</p>
<p>Systemanalyse klinischer Zwischenfälle (London-Protokoll) https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/3_Bildung/ERA/London_Protocol_dt__070330.pdf</p>
<p>PRISMA medical http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/PRISMA_Medical.pdf</p>
<p>Root cause analysis des Veteran Affairs National Center for Patient Safety https://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/rca_tools_2_15.pdf</p>
<p>Significant event analysis (SEA) u. a. https://www.nes.scot.nhs.uk/media/346578/sea_-_full_guide_-_2011.pdf</p>
<p>SWARM Li J et al.: „SWARMin“ to Improve Patient Care: A Novel Approach to Root Cause Analysis, <i>Jt Comm J Qual Patient Saf.</i> 2015 Nov, 41(11): 494–501.</p>

Alle genannten Methoden⁴ folgen mehr oder weniger einem ähnlichen Ablauf (siehe Kapitel 6). Manche Methoden sollen direkt im Behandlungsteam eingesetzt werden (SWARM) oder reduzieren den Personal- und Mittelaufwand, da sie für weniger schwere Schadensereignisse entwickelt wurden (Concise Incident Analysis, Learning from defects). Grundsätzlich gilt: Eine Methode ist dann geeignet, wenn sie Systemdenken und Sicherheitsbewusstsein vermittelt und einfach und ohne weitere Vorkenntnisse verständlich ist.

Manche Einrichtungen haben bereits Analysen mit RCA durchgeführt. Für sie können andere Ansätze eine Anregung sein, ihre Analyseperspektive zu erweitern oder ihnen Elemente für ihre Analyseprozesse zu entnehmen. Zwei weitere Modelle analysieren v. a. Elemente des Systems und seiner Prozesse sowie seine Rahmenbedingungen: das Systems-Theoretic Accident Model and Processes (STAMP) und die Functional Resonance Analysis Method (FRAM).

STAMP ist eher auf das Verständnis der Struktur und des Verhaltens eines Systems konzentriert, weniger auf ein Ereignis. Analyseeinheiten sind dementsprechend nicht so sehr Personen und Handlungen, sondern Prozesse und Strukturen als Bestandteile des Systems. Bei der Analyse liegt ein Schwerpunkt auf Steuerungs- und Regelungsmechanismen: Was funktioniert wie in welchem Zusammenhang? Und unter welchen Randbedingungen? Was sind Sollwerte von Prozessen? Wie werden Ergebnisse überprüft? Wann muss bei Abweichungen eingegriffen werden?

⁴ Eine detailliertere Übersicht über Methoden und Ergebnisse der Literaturrecherche findet sich auf www.aps-ev.de.

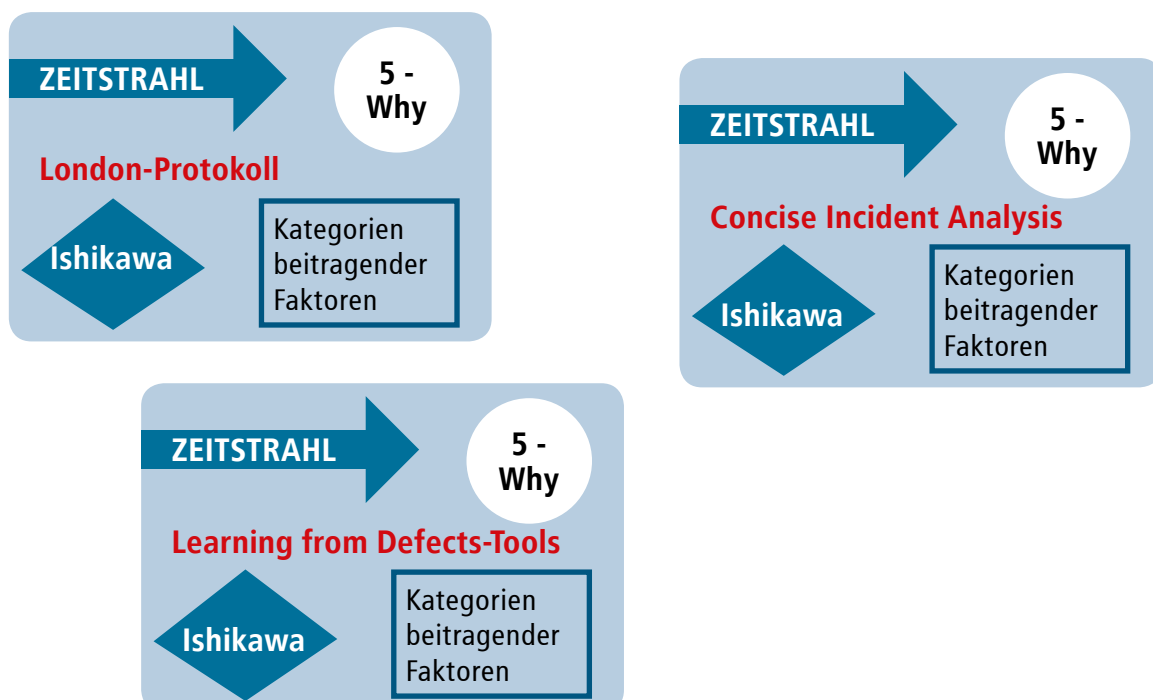
FRAM beschreibt, was in einem Arbeitssystem notwendig ist, um ein Ziel zu erreichen oder eine Tätigkeit durchzuführen. Der Fokus liegt auf dem tatsächlichen Handeln, nicht auf den Sollprozessen, und auf den Anpassungen, die situativ notwendig sind. Bei FRAM wird berücksichtigt, dass lokale Prozessanpassungen im Zusammenspiel mit anderen Systemteilen zu unerwarteten Ergebnissen führen können („funktionale Resonanz“) – und damit auch zu Unfällen. FRAM wird auch eingesetzt, um die Resilienz eines Systems und funktionierende Barrieren zu erkennen.

4.2 INSTRUMENTE FÜR DEN EINSATZ IN EINER FALLANALYSE

Fallanalyseinstrumente sind von den Fallanalysemethoden zu unterscheiden. Sie werden bei einer Fallanalyse eingesetzt, sind aber allein nicht als systemische Analysemethode geeignet. Zu diesen Instrumenten gehören kreative Techniken und Strukturierungshilfen, z. B. das Zeit-Personen-Raster, das Ishikawa-Diagramm, die 5 Why-Fragen. Sie helfen, die Fallanalyse zu strukturieren, z. B. eine Chronologie des Ereignisses zu erstellen. Zudem können mit ihnen die Ergebnisse der Analyse visualisiert werden. Damit unterstützen sie dabei, die Sichtweisen der Beteiligten zusammenzuführen. Sie helfen, den Hergang eines Ereignisses und die Zusammenhänge verschiedener Faktoren allen verständlich zu machen (siehe Kapitel 6, Tabelle 2).

Fallanalyseinstrumente sind nicht spezifisch einer Methode zugeordnet, sondern können in allen Methoden eingesetzt werden – oder auch in ganz anderen Kontexten. Abbildung 1 zeigt, dass bei einer Fallanalyse universell verwendbare Instrumente zum Einsatz kommen, unabhängig von der gewählten Methode. Zum Beispiel kann bei mehreren Methoden ein Zeitstrahl zur Darstellung des Ablaufs eines Ereignisses verwendet werden. Ebenso wird ein Kategoriensystem beiträgender Faktoren genutzt, das je nach Methode andere beitragende Faktoren enthält. Diese Faktoren folgen jedoch meist ähnlichen Zuordnungen zu übergeordneten Faktorenkategorien.

Abb. 1: Universell verwendbare Instrumente, die in verschiedenen Methoden der Fallanalyse eingesetzt werden



5. RAHMENBEDINGUNGEN UND ORGANISATIONALE EINBETTUNG

5.1 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Auf welcher rechtlichen Grundlage Fallanalysen durchgeführt werden sollten bzw. können, wird in diesem Abschnitt dargestellt, unterteilt nach den Ländern Deutschland und Österreich.

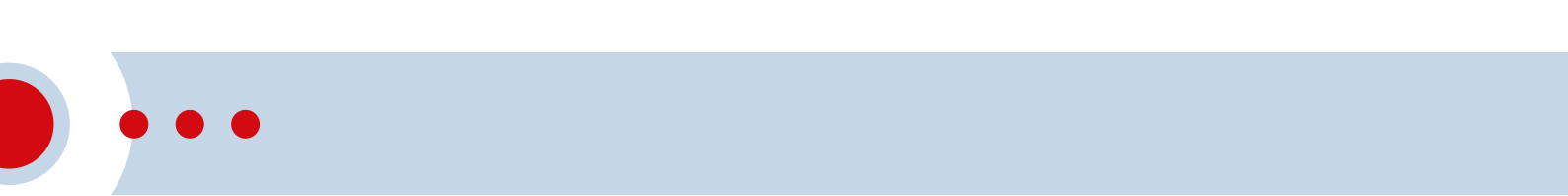
Deutschland

Gemäß § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V sind medizinische Leistungserbringer verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und zu entwickeln. Mit der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf der Grundlage von § 92 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement bestimmt (Stand: 17. Dezember 2015). Dabei dient das Qualitätsmanagement nicht zuletzt der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die Richtlinie beschreibt die grundlegenden Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, in das das klinische Risikomanagement integriert ist. Dazu findet sich in § 4 der Richtlinie eine Aufzählung von Methoden und Instrumenten, für die als etablierte und praxisbezogene Bestandteile des Qualitätsmanagements eine Verpflichtung zur Anwendung besteht. Zwar soll die konkrete Ausgestaltung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements spezifisch in jeder Einrichtung erfolgen, jedoch darf dabei auf „Mindeststandards“ insbesondere des Risikomanagements und des Fehlermanagements nicht verzichtet werden (§ 4 Abs. 1 Satz 4). Im gegebenen Zusammenhang verweist die Richtlinie explizit darauf, dass eine individuelle Risikostrategie das systematische Erkennen, Bewerten, Bewältigen und Überwachen von Risiken sowie „die Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen, aufgetretenen Schäden und die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen“ umfassen müsse.

Österreich

In Österreich gibt es einige einschlägige Regelungen betreffend Qualitätssicherung und Patientensicherheit, z. B. das Bundeskrankenanstalten und Kuranstaltengesetz (§ 5b KAKuG) sowie die entsprechenden krankenanstaltenrechtlichen Landesgesetze oder das Gesundheitsqualitätsgesetz.

Das Gesundheitsqualitätsgesetz hat zum Ziel, die Qualität im österreichischen Gesundheitswesen flächendeckend zu sichern und zu verbessern. Die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu erfolgen. Sie haben die Prinzipien der Patientenorientierung und Transparenz zu berücksichtigen und die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientensicherheit nachhaltig zu fördern und zu gewährleisten (§ 1 GQG).



In Österreich gibt es jedoch bislang noch keine spezifische Bestimmung, die die Durchführung von Fallanalysen im Gesundheitsbereich regelt. Allerdings enthalten einige Berufsrechte (z. B. § 58a Ärztegesetz, § 41 Zahnärztegesetz) eine Regelung, wonach die Mitwirkung des jeweiligen Angehörigen eines Gesundheitsberufes an der Sachverhaltsfeststellung im Verfahren zur außergerichtlichen Streitbeilegung bei einer Schiedsstelle oder Patientenanzwaltschaft keine Obliegenheitsverletzung darstellt, die zur Leistungsfreiheit des Versicherers führt. Dies ist eine ganz wesentliche Bestimmung, da sie die Angehörigen der Gesundheitsberufe bestärkt, bei der Aufarbeitung von Fällen mitzuwirken. Ein Schuldanerkennnis sollte freilich vom möglichen Schädiger nicht abgegeben werden. Handelt es sich um einen Schadensfall, wird dringend angeraten, unmittelbar die entsprechende Rechtsabteilung oder Schadensabteilung einzuschalten, da es in solchen Fällen mögliche straf- und zivilrechtliche Regelungen zu bedenken gilt. Unter Umständen kann auch eine Haftung des Krankenträgers nach der Verbandsverantwortlichkeit zum Tragen kommen.

Seit Jahren fordern österreichische Expertinnen und Experten eine rechtliche Verankerung für ein gerichtliches Entschlagungsrecht für Risikomanagerinnen und Risikomanager oder Patientensicherheitsbeauftragte, damit sie Fälle, in denen möglicherweise eine Patientin oder ein Patient geschädigt wurde, umfassend aufarbeiten können. Zu prüfen wäre, ob Risikomanager und Risikomanagerinnen eventuell der Berufsgruppe der Mediatorinnen und Mediatoren gleichgestellt werden können, die in bestimmten Fällen die Aussage vor Gericht verweigern können.

5.2 INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN

Es wird jeder Einrichtung empfohlen, die Durchführung von Fallanalysen in das Repertoire der einrichtungsinternen Risikomanagementaktivitäten aufzunehmen. In den folgenden Abschnitten werden die institutionellen Rahmenbedingungen für die Implementierung und Durchführung von Fallanalysen beschrieben und die jeweiligen rechtlichen Besonderheiten genannt, die es zu beachten gilt. Die Rahmenbedingungen lassen sich nicht auf Minimalbedingungen reduzieren. Jede Einrichtung muss überprüfen, ob und wie diese Rahmenbedingungen im Einzelnen gewährleistet werden können.

5.2.1 Einbettung in das Qualitäts- und klinische Risikomanagement

Erst die Einbettung in ein Qualitäts- und klinisches Risikomanagementsystem und damit auch in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ermöglicht, dass Ergebnisse einer Fallanalyse erfolgreich umgesetzt und die Nachhaltigkeit der Umsetzung von Maßnahmen gesichert werden kann. Die Überprüfung der Wirksamkeit ist unumgänglich, soll beurteilt werden, ob die gewünschten Effekte der umgesetzten Maßnahmen eingetreten und darüber hinaus keine unerwarteten, eventuell sogar negativen Auswirkungen auf die Sicherheit von Patientinnen und Patienten aufgetreten sind. Diese Einbettung hilft zudem, die Perspektive auf das Gesamtsystem der Einrichtung einzunehmen, anstatt auf den Einzelfall und seine Umstände zu fokussieren.

5.2.2 Die Rolle der Führung

Für alle Fallanalysen ist die Einbindung und Unterstützung der Einrichtungsleitung ausschlaggebend. Ihre Bereitschaft und ihr Engagement, Ergebnisse aus den Fallanalysen unmittelbar

umzusetzen bzw. die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Teams selbst zur direkten Umsetzung ihrer Ideen zu ermächtigen und dazu die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, sind Bedingungen für erfolgreiche Fallanalysen.

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die Bereitschaft der Führungskräfte, auch „unangenehme“ Ergebnisse zur Kenntnis zu nehmen, um auch in diesen Fällen Maßnahmen zuzustimmen und umzusetzen, die eine Verbesserung der Patientensicherheit herbeiführen.

5.2.3 Vereinbarung über Methoden, Struktur und Prozesse der Analyse

Für den Erfolg von Fallanalysen sind im Laufe des Prozesses entscheidend: a) die Bereitstellung ausreichender Ressourcen, b) eine sorgfältige Planung und Transparenz über die Ziele, die Methodik und das Vorgehen, c) die Rückkopplung mit denjenigen, die die Fallanalyse in Auftrag gegeben haben. Daher wird empfohlen, für die Durchführung von Fallanalysen ein einrichtungsinternes Regelwerk zu erstellen.

Dieses Regelwerk sollte Vereinbarungen dazu enthalten,

- welche Zielsetzungen mit der Durchführung von Fallanalysen im Allgemeinen verfolgt werden (siehe Kapitel 3),
- welche Ereignisse analysiert werden sollen und wie eine Fallanalyse initiiert wird (siehe Kapitel 5.2.4),
- welche Methoden eingesetzt werden (siehe Kapitel 4),
- welche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden,
- welche die einzelnen Prozessschritte in der Fallanalyse sind (siehe Kapitel 6),
- welche Aufgaben, welchen Status und welche Rechte das Fallanalyseteam hat,
- wie die rechtliche Sicherheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die die Fallanalyse durchführen, und derer, die am Ereignis oder im Prozess der Fallanalyse involviert sind, gewährleistet ist,
- dass und wie bei emotionaler Belastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychologische Unterstützung angeboten wird,
- wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Ergebnisse der Fallanalyse informiert werden,
- dass und ggf. wie umgesetzte Maßnahmen evaluiert werden (siehe Kapitel 7).

Bei der Entwicklung des Regelwerks sollten die Rechtsabteilung (oder eine externe juristische Beratung) und die Arbeitnehmervertretung einbezogen werden. Bei der Implementierung der Fallanalyse in der Einrichtung sollten darüber hinaus die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das Verfahren und die Regeln der Fallanalyse informiert werden. Die Transparenz über ihre potenzielle Rolle (z. B. in Befragungen der Beteiligten an einem Ereignis oder bei der Informations-einholung über übliche Prozesse) ist essenziell für die Akzeptanz der Analyse in der Einrichtung und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit.

5.2.4 Auswahl der zu analysierenden Ereignisse

Die Initiierung einer Fallanalyse geschieht ereignisbezogen. Jede Einrichtung sollte intern festlegen, für welche Ereignisse grundsätzlich Fallanalysen durchgeführt werden. Die Auswahl sollte nicht allein aufgrund der Schadenshöhe eines Ereignisses oder gar personen- bzw. hierarchiebezogen erfolgen, sondern auf objektiven, transparenten Kriterien beruhen. Im Mittelpunkt stehen unerwünschte Ereignisse⁵, d. h. Ereignisse mit einer Schadensfolge für die Patientin bzw. den Patienten.

In jedem Fall sollten *never events*⁶, also eine ausgewählte Gruppe unerwünschter Ereignisse, die niemals auftreten sollten, da sie zu einer erheblichen Schädigung der Patientin bzw. des Patienten führen (oder führen können) und in hohem Maße vermeidbar sind, analysiert werden. Beispiele hierfür sind Eingriffsverwechslungen, Tod oder schwere Schädigung durch Anwendung eines kontaminierten Hilfsmittels oder Medikamentes und in der Einrichtung erworbene Dekubitalulcera Grad 3 und 4.

Jede Einrichtung kann darüber hinaus weitere Ereignisse definieren, die für eine Fallanalyse geeignet sind. Dies können beispielsweise sein:

- Therapiekomplicationen, die man nach ihrem Eintreten einer genaueren Betrachtung unterziehen möchte
- in der Rechtsabteilung, in der Schadensbearbeitung oder bei der Patientenadvokatur (Österreich) vorliegende (abgeschlossene) Anspruchsstellungen von Patientinnen und Patienten
- Beschwerden aus dem Beschwerdemanagement, deren Inhalt eine Patientenschädigung nahelegt

Für eine Fallanalyse ist es erforderlich, dass unerwünschte Ereignisse in der Einrichtung idealerweise systematisch erfasst werden (z. B. durch ein Schadenmeldesystem oder als Auffälligkeiten von Indikatoren im Rahmen der externen Qualitätssicherung) und zudem ausreichend Informationen über ein Ereignis vorliegen oder recherchiert werden können.

Ist eine Übereinkunft darüber getroffen, welche Ereignisse grundsätzlich analysiert werden, sollte auch vereinbart werden, wie die konkrete Entscheidung für ein zu analysierendes Ereignis herbeigeführt und der Auftrag an das Fallanalyseteam bzw. an die mit der Fallanalyse beauftragte Person erteilt wird.

Dies kann z. B. durch eine Risikomanagerin bzw. einen Risikomanager oder ein Gremium initiiert werden, das die aus verschiedenen Bereichen vorliegenden Informationen über kritische und unerwünschte Ereignisse übersehen kann und Fälle für eine Fallanalyse vorschlägt. Jedoch sollte eine Führungskraft bzw. der Risikoeigner/die Risikoeignerin die Entscheidung für eine konkrete Analyse treffen.

Ebenso sollte festgelegt werden, für welche Ereignisse keine Fallanalyse infrage kommt oder in welcher Situation die Analyse abgebrochen werden sollte bzw. wer die Entscheidung dafür im jeweiligen Fall trifft. Beispiele dafür sind ein ungeklärter Todesfall, solange ein Todesermittlungs-

⁵ Im Gegensatz zu einer Untersuchung, bei der mehrfach beobachtete Prozessabweichungen unter die Lupe genommen werden. Somit orientiert sich die Entscheidung für eine Fallanalyse eher an Ergebnissen (outcomes) als an Prozessen oder Strukturen.

⁶ Aktuelle Auflistungen von never events finden sich bei der Joint Commission (sentinel events; https://www.jointcommission.org/sentinel_event_policy_and_procedures/ [abgerufen am 06.02.2020]) oder bei der englischen NHS Improvement (https://improvement.nhs.uk/documents/2266/Never_Events_list_2018_FINAL_v5.pdf [abgerufen am 06.02.2020]).

verfahren läuft, und staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren gegen konkret Beschuldigte. In den folgenden Situationen kann eine Fallanalyse trotz vermeintlich fehlender Systemrelevanz oder möglicher Hindernisse sinnvoll sein:

- Ereignisse, deren Ursache bzw. wesentliche beitragende Faktoren in Compliance-Verstößen vermutet werden (z. B. Alkohol im Dienst) und die disziplinarisch verfolgt werden müssen. Auch wenn gemutmaßt wird, dass allein ein Verstoß gegen Verhaltensregeln (Non-Compliance) wesentlich für ein Ereignis ist, können Compliance-Verstöße auch durch das Arbeitssystem ermöglicht werden (z. B. durch unzureichende Ahndung) und damit für das System der Einrichtung relevant sein.
- Wenn ein Fall spät identifiziert wurde und in das Ereignis involvierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht mehr in der Einrichtung tätig sind: Möglicherweise sind einzelne Aspekte eines Falles zwar nicht mehr zu erklären, wertvolle Erkenntnisse über Systemdefizite in der Organisation sind meist dennoch zu erwarten.

Ein laufendes Straf- oder Zivilverfahren muss kein Ausschlusskriterium für die Durchführung einer Fallanalyse sein. Ohnehin müssen sofort geeignete Maßnahmen ergriffen werden, wenn Fehlerquellen ad hoc identifiziert und unterbunden werden müssen. Es ist darauf zu achten, dass sich juristische Aufarbeitung und die Durchführung der Fallanalyse nicht wechselseitig stören. Deshalb ist ein zweckmäßiger Zeitpunkt für die Aufnahme der Fallanalyse zu wählen.

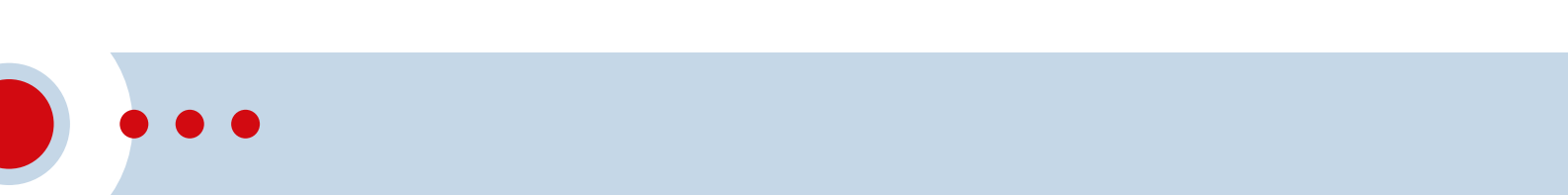
Grundsätzlich sollte von einer Fallanalyse bei absehbaren oder bereits laufenden staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen abgesehen werden. Es ist v. a. zu vermeiden, dass bei einer Fallanalyse das strafprozessuale Schweigerecht (potenziell) Beschuldigter unterlaufen wird. Im Einzelfall sollte sich jedoch für eine Analyse entschieden werden können, insbesondere wenn sonst die Gelegenheit nicht genutzt werden kann, wesentliche Erkenntnisse und Präventionsmaßnahmen abzuleiten.

5.2.5 Aufgaben, Qualifikation und Zusammenstellung des Fallanalyseteams

Aufgabe des Fallanalyseteams ist es, Ursachen und Faktoren, die zum Ereignis beigetragen bzw. einen gravierenderen Ausgang verhindert haben, zu identifizieren und wirkungsvolle Maßnahmen zur künftigen Vermeidung abzuleiten. Dabei sind grundsätzlich zwei Vorgehen möglich:

- Personen, die für die Fallanalyse qualifiziert sind, stellen (als Kern jedes Fallanalyseteams) je nach Fall ein Analyseteam aus Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern zusammen, die über entsprechende Fachexpertise verfügen.
- Es gibt ein ständiges Fallanalyseteam, in dem bereits wichtige Berufsgruppen und damit Expertisen und Perspektiven vorhanden sind.

Die Mitglieder des Fallanalyseteams werden dementsprechend von der Geschäftsführung oder einer nachgeordneten Leitung fallbezogen oder grundsätzlich für die Durchführung beauftragt. Das Fallanalyseteam ist allerdings nicht für die Beseitigung der erkannten Schwachstellen zuständig. Nach Abgabe des Fallanalyseberichtes an die Person, die die Fallanalyse in Auftrag gegeben hat, endet die Verantwortung des Fallanalyseteams für die weitere Umsetzung und die Evaluation umgesetzter Maßnahmen. Das Team gibt eine Empfehlung an die Leitung der Einrichtung. Eine Priorisierung umzusetzender Maßnahmen muss durch die Leitung erfolgen, durch sie muss die Umsetzung veranlasst und gesteuert werden.



Die *Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen* bietet eine erste Anleitung für Fallanalysen und vermittelt Kenntnisse zu deren Grundvoraussetzungen und Abläufen. Allerdings reicht dies für eine selbständige Durchführung von Fallanalysen nicht aus. Eine angemessene Qualifizierung und Erfahrungswissen in der Durchführung von Fallanalysen sind essenzielle Voraussetzungen für gute Fallanalysen. Für Einrichtungen, die Fallanalysen in ihrem Risikomanagement fest verankern wollen, ist die Ausbildung geeigneter Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter als fundierte Schulung in der Methodik sinnvoll.

Fallanalyseteams sollten über folgende Kenntnisse verfügen:

- Human Factors
- Fehler- und Unfallentstehung in komplexen Organisationen und das Entstehen von System-sicherheit
- Methoden der Fallanalyse und verschiedene Fallanalyseinstrumente
- Risikobewertung im klinischen Kontext
- Patientensicherheitsstrategien und präventive Maßnahmen
- Problemlösetechniken, Interviewtechniken
- Grundlagen der Krisenintervention

Zum Fallanalyseteam gehören idealerweise Personen mit Erfahrungen und einer Qualifikation aus dem Qualitäts- bzw. klinischen Risikomanagement. Sie gehören einer der Berufsgruppen (fachliche Qualifikation) an, die im Kontext der Einrichtung relevant sind, und müssen über die Expertise zur Durchführung von Fallanalysen verfügen (technische Qualifikation).

Zudem sollten Mitglieder des Fallanalyseteams folgende, handlungssichere Kompetenzen (nicht-technische Fertigkeiten) mitbringen:

- konstruktive Gesprächsführung zu kritischen Themen
- Moderationswissen und -erfahrung
- Aufbereitung komplexer Inhalte für die Darstellung und Diskussion

Die mit der Durchführung der Fallanalyse beauftragten Personen sollten die Erfolgsfaktoren für valide Analyseergebnisse kennen. Die Mitglieder des Fallanalyseteams sollten auch in der Lage sein, auf die Ängste und Bedenken von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und der Führungsebene einzugehen. Zur Verbesserung der eigenen Praxis wird jedem Fallanalyseteam empfohlen, nach Beendigung der Analyse den Verlauf zu evaluieren und sich gegenseitig Feedback zu geben. Begleitet eine Person, die in der Fallanalyse erfahren ist, die Analyse oder führt sie eine Supervision durch, trägt dies zu ihrer sicheren Durchführung bei.

Auch in kleinen Einrichtungen (Arztpraxen, Labors) oder in Pflegeeinrichtungen lohnt sich die Qualifizierung einer Person. Sie wird dabei für Fallanalysen ausgebildet und erlangt gleichzeitig eine allgemeine Kompetenz zur systematischen Betrachtung von Patientensicherheit. Diese Kompetenz kann auch bei der Bearbeitung von Patientenbeschwerden, CIRS-Berichten und Fallbesprechungen eingesetzt werden.

Bei Fallanalysen geht es immer darum, vorhandene Probleme, beitragende Faktoren oder zugrunde liegende Rahmenbedingungen zu erkennen. Daher besteht die Gefahr, dass ein unzureichend qualifiziertes, nicht breit genug aufgestelltes Fallanalyseteam nur oberflächliche Ergebnisse erzielt, wichtige, vielleicht die wichtigsten Faktoren nicht erkennt und somit nicht zu Verbesserungen beizutragen vermag. Je nach Komplexität der zu analysierenden Ereignisse und des Kontextes der Einrichtung erfordert eine fundierte Fallanalyse ein interdisziplinär und multiprofessionell zusammengestelltes Team aus erfahrenen Vertreterinnen bzw. Vertretern der jeweiligen Berufsfelder. Dies vermeidet Verzerrungsfehler, die bei Durchführung durch nur eine Person oder zwei Personen mit gleichem Wissenshintergrund entstehen können. Das Fallanalyseteam wird je nach Inhalt des Falles durch Personen mit spezifischen Kompetenzen (z. B. aus dem Bereich der Hygiene oder der Medizintechnik) komplettiert. Dies kann für die gesamte Dauer der Fallanalyse oder punktuell geschehen. Die Teamgröße sollte vier bis sechs Personen nicht überschreiten. In kleinen Einrichtungen sollte mindestens eine Person über die Qualifikation zur Fallanalyse verfügen und weitere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter zu einem Fallanalyseteam zusammenbringen und anleiten können.

Zudem kann eine Einrichtung von einem externen (und somit unvoreingenommenem) Blickwinkel und einer neutralen Haltung zum Geschehenen profitieren. Die Hinzuziehung einer einrichtungsexternen Person kann sinnvoll sein, wenn die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine Zusammenstellung eines Fallanalyseteams zulässt oder spezifische Kompetenzen für die Analyse eines Falles erforderlich sind. Sollten einrichtungsexterne Analyseexpertinnen und Analyseexperten (z. B. aus einem übergeordneten Qualitäts- und Risikomanagement) beratend hinzugezogen werden, ist das rechtzeitige Vereinbaren von Vertraulichkeit und Schweigepflicht sowie die Verpflichtung zum Datenschutz zu beachten.

5.2.6 Status der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Der Einbezug der am Ereignis beteiligten Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter ist ein wesentliches Element der Fallanalyse. Sie werden gebeten, ihre Sicht auf das Ereignis und seine Ursachen zu schildern. Durch ihr Wissen und ihre Kompetenzen können sie aktiv zur zukünftigen Vermeidung schwerer Schadensfälle beitragen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können darüber hinaus durch die Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis psychisch belastet oder gar traumatisiert sein (mit der Gefahr, durch eine unzureichende Bearbeitung des Erlebnisses selbst Schaden zu erleiden [*second victim*]⁷). Sie können ebenso davon verunsichert sein, dass sie in die Fallanalyse einbezogen werden, und sich fragen, was sie sagen dürfen und was nicht.

Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber kann individualarbeitsrechtlich kraft Weisungsrechts die Beteiligten verpflichten, an Fallanalysen teilzunehmen und Aussagen zu den analysierten Fällen zu machen, sofern diese Fallanalysen sich auf den Arbeitsbereich der Beteiligten beziehen. Die Beteiligten können allerdings dann die Teilnahme an der Fallanalyse verweigern, wenn sie damit einen Kündigungsgrund offenbaren, die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen begründeten oder die Gefahr der Strafverfolgung auf sich zögen. Insofern besteht für Beteiligte, soweit der eigene Arbeitsbereich betroffen ist, zwar grundsätzlich eine Mitwirkungspflicht an der Fallanalyse. Sie können jedoch eine Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. die konkrete Ge-

⁷ Weitere Informationen zur Kommunikation in der Einrichtung nach einem Zwischenfall finden sich in den Handlungsempfehlungen *Reden ist Gold* (APS 2017) und zum Umgang mit Beteiligten an Schadensereignissen in *Täter als Opfer* (Patientensicherheit Schweiz 2010).

fahr der Selbstbelastung) verweigern. Dies und die Einschränkung hinsichtlich eines laufenden Strafverfahrens (siehe auch Kapitel 5.2.4) berücksichtigend sollte den Beteiligten ein vertraulicher Umgang mit ihren Aussagen zugesichert werden. Sie müssen aber darauf hingewiesen werden, dass im Falle von Verstößen gegen Dienstanweisungen disziplinarische Maßnahmen folgen können. Denn Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können Erkenntnisse, die durch die Fallanalyse gewonnen wurden, durchaus dafür verwenden, gegenüber einzelnen Beteiligten arbeitsrechtliche Sanktionen auszusprechen.⁸ Ein Beweisverwertungsverbot erscheint weder vom Gesetzgeber gewollt noch zur Durchführung einer adäquaten Fallanalyse rechtlich notwendig.⁹

Die Arbeitnehmervertretung hat bei der Entscheidung, ob systematische Fallanalysen durchgeführt werden sollen, nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG bzw. den Personalvertretungsgesetzen der Länder kein Mitbestimmungsrecht (da deren Einführung aufgrund von § 135a Abs. 2 SGB V in Verbindung mit der QM-Richtlinie des G-BA letztlich vorgegeben ist). Doch da die Ausgestaltung – insbesondere im Hinblick auf die Einbindung der Beteiligten in die Fallanalyse – nicht gesetzlich vorgegeben ist, existieren hier Mitbestimmungsrechte. Von daher ist bei der Einführung von Fallanalysen dringend zu empfehlen, die Arbeitnehmervertretung frühzeitig zu informieren und sich mit ihr über die entsprechenden Umsetzungsmaßnahmen, zumindest soweit sie die Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Fallanalysen betreffen, zu verständigen. Beteiligte sollen zudem entscheiden können, ob sie während des Interviews ggf. ein Mitglied der Arbeitnehmervertretung an ihrer Seite haben möchten.

5.2.7 Datenschutz

Mittels Fallanalysen werden Ereignisse untersucht, die nicht anonym erfasst oder nach der Erfassung anonymisiert wurden. Zudem werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv in die Analyse eingebunden, deren personenbezogene Daten geschützt werden müssen. Ereignisse dürfen demnach nur unter Wahrung der Vertraulichkeit der Gespräche, Dokumente und Ergebnisse untersucht werden. Der Analysebericht ist anonym und ohne Bezug zu Mitarbeiter- oder Patientendaten zu verfassen.

Daneben gilt es, den Schutz der Daten von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Eine Fallanalyse ist kaum möglich, ohne dass das Fallanalyseteam die Akte einer Patientin bzw. eines Patienten einsieht. Die Nutzung von Angaben aus der Patientenakte stellt sich als Verarbeitung von Gesundheitsdaten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) dar. Ob schon aufgrund gesetzlicher Vorschriften bzw. Richtlinien des G-BA in Bezug auf Fallanalysen eine Ausnahme vom Verbot der Verarbeitung von Gesundheitsdaten vorliegt, erscheint nach gegenwärtigem Kenntnisstand rechtlich zweifelhaft. Rechtsicherheit bietet stattdessen eine vor der Verarbeitung der Gesundheitsdaten der Patientin bzw. des Patienten dessen bzw. deren ordnungsgemäße Einwilligung, die sich auch auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten an nicht direkt an der Behandlung beteiligte Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter erstrecken sollte. Der Verwendungszweck ist konkret zu benennen. Ob allein der Hinweis auf qualitätssichernde Maßnahmen ausreicht, dürfte fraglich sein, da es sich bei einer solchen Umschreibung doch um eine eher unbestimmte Begrifflichkeit handelt, die – wie etwa die G-BA-Richtlinien zeigen – im

⁸ An dieser Stelle wird die Möglichkeit genannt, dass die Geschäftsführung einer Einrichtung sich verpflichten kann, in Bezug auf die Aussagen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rahmen von Befragungen bei einer Fallanalyse auf arbeitsrechtliche Konsequenzen zu verzichten (non-reprisal policy).
⁹ Die Privilegierung des § 135a Abs. 3 S. 1 SGB V, nach dem Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagementsystemen nicht zum Nachteil der meldenden Person verwendet werden dürfen, dürfte auf Erkenntnisse aus Fallanalysen keine Anwendung finden.

Hinblick auf die jeweilige qualitätssichernde Maßnahme konkretisierungsbedürftig ist. Die Einwilligung kann Bestandteil eines Behandlungsvertrages oder Krankenhausaufnahmevertrages sein, erforderlich ist dies jedoch nicht. Vorzugswürdiger ist jedoch eine Einwilligung auf einer eigenständigen vorformulierten Einwilligungserklärung. Diese Erklärung muss in verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache zur Verfügung gestellt werden (Erwägungsgrund 42 DSGVO). Die Vorgaben der DSGVO stehen nicht unter dem Vorbehalt einer bestimmten Betriebsgröße, von daher gelten diese Vorgaben auch z. B. für Arztpraxen.

Liegt die Einwilligung von Patientinnen und Patienten nicht vor, müssen bei der Einsichtnahme deren Daten (Vorname, Name, Geburtsdatum, Fallnummer) unkenntlich gemacht werden. Für den datenschutzrechtlich zulässigen Zugang der Mitglieder des Fallanalyseteams zu einer elektronischen Patientenakte oder zu Teilen von ihr müssen entsprechende Zugangsrechte erteilt werden. Zusätzlich müssen alle in die Fallanalyse involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verschwiegenheit bzgl. der Falldetails gegenüber Dritten verpflichtet werden.

5.2.8 Ressourcen für die Fallanalyse

Dem Fallanalyseteam sollten für die Durchführung von Fallanalysen ausreichende Sachmittel und Arbeitsmaterialien (z. B. Computer, Räume für Interviews und Besprechungen) zur Verfügung stehen. Wesentlich sind Personalmittel, um Mitglieder des Fallanalyseteams für die Durchführung des gesamten Fallanalyseprozesses und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Teilnahme an Interviews und Besprechungen freustellen zu können. Gegebenenfalls kommen Finanzmittel für eine externe Unterstützung hinzu. Da der Aufwand ereignisabhängig stark variieren kann, wird er hier nicht beziffert.

Je nach gewähltem Methodenformat erstreckt sich eine Fallanalyse von einem bis zu mehreren Tagen. Dies ist abhängig vom Ereignis selbst, der Verfügbarkeit von Informationen zum Fall (z. B. Stellungnahmen, bereits vorhandene Gutachten, gute Behandlungsdokumentation) und der Anzahl der Personen, die im Analyseprozess beteiligt werden müssen. Die meiste Zeit beansprucht die Informationssammlung, insbesondere die Interviews mit den Beteiligten. Für ein Interview ist ca. eine Stunde pro Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter zu veranschlagen. Zusätzlich entsteht ein Zeitaufwand für die Auswertung und Dokumentation der Ergebnisse.

Die Fallanalyse sollte sobald wie möglich nach dem Ereignis starten.¹⁰ Dies beugt Erinnerungsfehlern vor und bietet die Chance, Informationen zum Fall rechtzeitig zusammenzutragen und ggf. dringliche Sofortmaßnahmen abzuleiten. Für die Darstellung des Ereignisses und die eigentliche Ursachenanalyse werden in der Literatur vier bis sechzehn Stunden angegeben. Der Zeitraum vom Ereignis bis zum Abschluss der Analyse mit der Kommunikation der abgeleiteten Empfehlungen sollte vorgegeben und innerhalb weniger Monate abgeschlossen sein.¹¹ Wird im Falle staatsanwaltlicher Ermittlungen zunächst abgewartet, gilt dieser Zeitraum nicht. Mit dem Ereignis assoziierte Sicherheitslücken, die bereits vor einer Analyse identifiziert wurden, werden selbstverständlich geschlossen.

¹⁰ So empfiehlt die National Patient Safety Foundation, dass eine Analyse innerhalb 72 Stunden nach dem Ereignis beginnen solle. Vgl. National Patient Safety Foundation (2015): RCA2 – Improving root cause analyses and actions preventing harm. National Patient Safety Foundation, Boston, <http://www.ihf.org/resources/Pages/Tools/RCA2-Improving-Root-Cause-Analyses-and-Actions-to-Prevent-Harm.aspx> [abgerufen am 06.02.2020]

¹¹ Im Cornerstone Award wird als Qualitätskriterium einer Analyse ein Abschluss innerhalb von 45 Tagen gefordert. Bogian, James P.; King, Beth J.; Mills, Peter D.; McKnight, Scott D. (2011): Improving RCA performance: the Cornerstone Award and the power of positive reinforcement, in: BMJ Qual Saf 20 (11), S. 974–982.

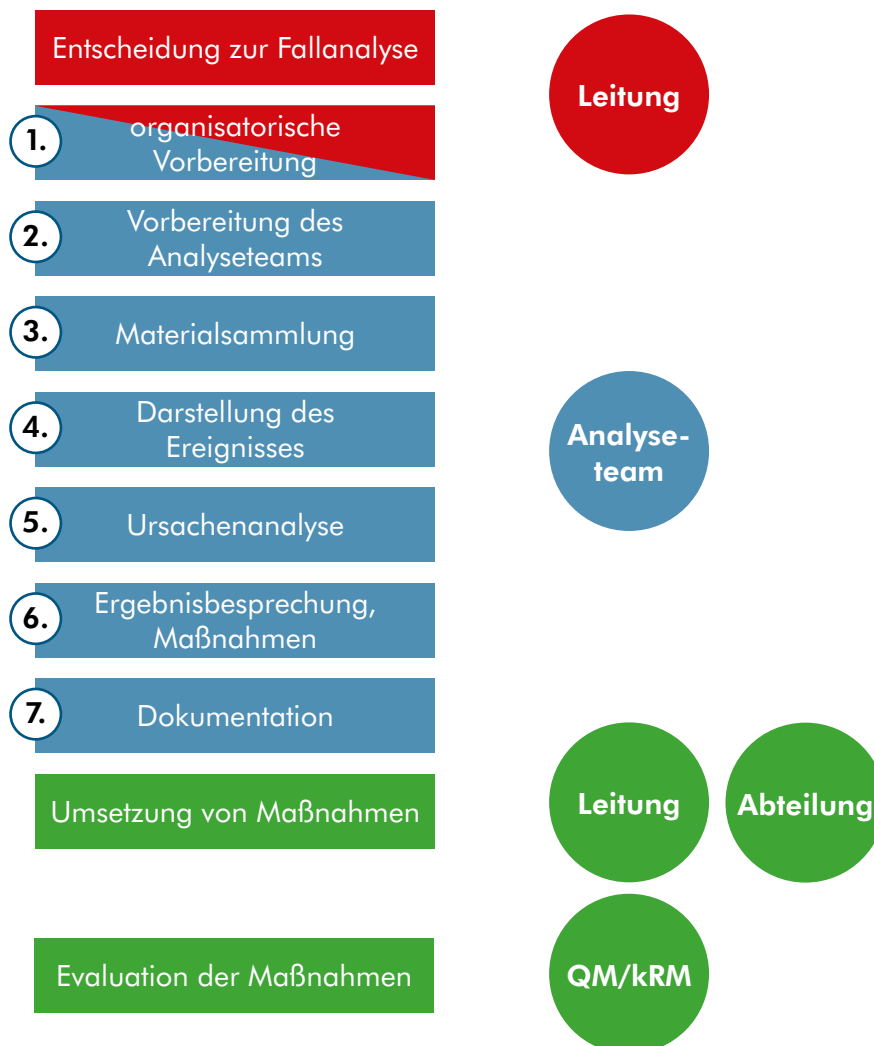
5.2.9 Ressourcen für die Umsetzung abgeleiteter Maßnahmen

Eine Aufwandsschätzung sollte auch die Kosten berücksichtigen, die für die Umsetzung der Maßnahmen investiert werden müssen. Allerdings können diese Kosten erst am Ende des Analyseprozesses abgeschätzt werden. Die Durchführung von Fallanalysen verpflichtet die Organisation auch zur Risikobewältigung: Den in der Fallanalyse erkannten Schwachstellen muss mit wirkungsvollen Maßnahmen begegnet werden, da sonst die Wiederholung ähnlicher Ereignisse und der Vorwurf des Organisationsverschuldens drohen.

6. DIE DURCHFÜHRUNG DER FALLANALYSE

Dem in diesem Kapitel dargestellten Ablauf geht voraus, dass die Entscheidung für die Analyse eines konkreten Falls getroffen wurde. Ebenso sind die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Fallanalysen bereits gewährleistet (siehe Kapitel 5) und die Fallanalyse als Aufgabe der Einrichtung implementiert. Der Ablauf einer Fallanalyse beinhaltet eine Abfolge von Schritten, die für eine wirkungsvolle Fallanalyse erforderlich sind – unabhängig von der eingesetzten Methode. Abbildung 2 veranschaulicht diesen Ablauf. Die farbliche Kennzeichnung zeigt, wie a) die

Abb. 2: Ablauf einer Fallanalyse



Aufgaben im Prozess der Fallanalyse verteilt sind, und b) wer die Maßnahmen umsetzt, die aus der Analyse abgeleitet worden sind. Idealerweise ist das Fallanalyseteam in das Qualitäts- und klinische Risikomanagement integriert.

SCHRITT 1 VORBEREITUNG UND ORGANISATION DER FALLANALYSE

ZIEL

Am Ende der Vorbereitungsphase sind vereinbart und von der Leitung genehmigt: das zu analysierende Ereignis, der Auftrag für das Fallanalyseteam, die Ablauf- und Ressourcenplanung sowie die Aufgabenverteilung.

AUFGABEN

→ Sichtung der Informationen, die bereits zur Verfügung stehen, z. B. die Patientenakte

Die dabei zusammengetragenen Informationen sind entscheidend für die Aufwandsabschätzung und die weiteren Aufgaben in der Vorbereitung der Fallanalyse. Die Sichtung erfolgt in der Regel durch die Person, die für die weitere Organisation und Durchführung der Fallanalyse zuständig ist.

→ Festlegung der Ansprechperson aufseiten der Einrichtung oder Abteilung

Für das spezifische Ereignis wird eine Ansprechperson festgelegt, die Entscheidungskompetenz hat und daher festlegen kann, ob die Fallanalyse durchgeführt wird und wie deren Ergebnisse umgesetzt werden (z. B. Chefarztin/Chefarzt, Praxisinhaberin/Praxisinhaber, Wohnbereichsleitung).

→ Auswahl der Mitglieder des Fallanalyseteams

Abhängig davon, welcher Sachverstand für die Analyse des Ereignisses notwendig ist, wird festgelegt, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Fallanalyseteam vertreten sein müssen und ob eine Expertin oder ein Experte für Fallanalysen von extern einbezogen werden muss.

→ Auswahl von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern, die einbezogen werden müssen

Ausgewählt werden diejenigen, die am Ereignis beteiligt waren oder infolge ihrer Position, ihrer Aufgaben, ihrer Kompetenzen und Erfahrung solche Informationen beitragen können, die zum Verständnis des Ereignisses beitragen. Dies geschieht, um mit ihrer Hilfe weitere Informationen zu recherchieren. Um sicherzustellen, dass alle beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragt werden können, wird der Weg der Patientin bzw. des Patienten vom Erstkontakt bis zum Ereignisort reflektiert.

→ Einbezug der Rechtsabteilung

Bei staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen oder bereits eingetretener oder drohender Rechtsanhängigkeit des Falles wird mit der Rechtsabteilung (oder ggf. einem externen Rechtsbeistand) geklärt, wann der richtige Zeitpunkt für die Fallanalyse ist.



→ Auswahl der Methode

Stehen dem Fallanalyseteam verschiedene Methoden zur Verfügung, wird jetzt die Entscheidung getroffen, welche Methode eingesetzt wird.

→ Ablauf- und Ressourcenplanung der Fallanalyse

Für die Informationssammlung z. B. mittels Interviews und/oder Begehungen wird eine Ablaufplanung erstellt, die Zeiträume für Interviews, Begehungen, Aktenstudium etc. enthält. In einer Ressourcenplanung werden die Aufwandstage/-stunden aufgeführt, die das Fallanalyseteam und die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, die in die Analyse einbezogen werden, benötigen. Je nach Ereignis bzw. Einrichtung werden zusätzlich finanzielle Aufwendungen einkalkuliert, wenn sie erforderlich sind, um externe Fallanalyse-Expertise hinzuziehen zu können.

→ Genehmigung des Vorgehens

Die Leitung der Einrichtung trifft nach der Vorstellung des Falls und der Ablauf- und Ressourcenplanung die abschließende Entscheidung und erteilt dem Fallanalyseteam den endgültigen Auftrag.

→ Information der Beteiligten

Alle Beteiligten werden über die Entscheidung zur Fallanalyse informiert und eingeladen, an der Analyse teilzunehmen. Es bietet sich an, ihnen ein Dokument mit den Informationen über den Ablauf der Analyse, über die Rolle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihre Pflichten und Rechte auszuhändigen.

→ Prüfung, ob auch mit Patientinnen bzw. Patienten oder Angehörigen gesprochen werden muss

Hierbei geht es um die Informationen zum Ereignis, nicht um die Information zu einem Behandlungsfehler nach BGB § 630c Abs. 2 oder um eine Entschuldigung der Einrichtung. Allerdings sollten die Patientin/der Patient und/oder Angehörige bereits über das Ereignis und dessen (mögliche) Konsequenzen für den Betroffenen informiert sein. Außerdem sollte im Namen der beteiligten und verantwortlichen Personen das Bedauern über den unerwünschten Ablauf und Ausgang der Behandlung ausgesprochen sein, bevor weitere Informationen zum Ereignis erfragt werden. Es ist sorgfältig abzuwägen, ob es nötig ist, die Patientin bzw. den Patienten bzw. die Angehörigen einzubeziehen.

SCHRITT 2 VORBEREITUNG DES FALLANALYSETEAMS

ZIEL

Am Ende der Vorbereitung des Fallanalyseteam haben sich dessen Mitglieder anhand der vorliegenden Informationen über den Fall informiert und das Untersuchungsgebiet der Fallanalyse vereinbart.

AUFGABEN

→ Studium der fallbezogenen Informationen

Die Informationen entstammen der Patientenakte, Gedächtnisprotokollen, Gutachten und Stellungnahmen. Sie können auch der gesamten Patientengeschichte entnommen werden, z. B. wenn sich ein Ereignis sektorenübergreifend entwickelt hat. Dem Fallanalyseteam sollte bekannt sein, ob ähnliche Ereignisse aufgetreten sind und/oder analysiert wurden.

→ Sichtung von Standards und Leitlinien

Jedes Ereignis betrifft allgemeine und spezifische Versorgungsprozesse, zu denen organisatorische und fachliche Standards bzw. Leitlinien existieren, z. B. medizinische, pflegerische, pharmazeutische. Geprüft wird, ob Standards vorhanden sind, und welche einrichtungsinternen und -externen Standards und Leitlinien berücksichtigt werden müssen, um das Ereignis zu analysieren.

→ Eingrenzung des Untersuchungsgebietes

Komplexe Ereignisse können eine Vielzahl zu untersuchender Aspekte enthalten. Dann kann es sinnvoll sein, das Untersuchungsgebiet der Fallanalyse abzugrenzen, um die Analyse mit wenigen, aber relevanten Fragestellungen durchführen zu können. Dabei liegt der Schwerpunkt immer auf der Systemperspektive, ggf. muss der Fokus während der Analyse erweitert werden. Allerdings kann aus der Fokussierung auf eine Auswahl von Aspekten folgen, dass entscheidende beitragende Faktoren übersehen werden, weil eben nicht das gesamte System beleuchtet wird.

SCHRITT 3 STOFFSAMMLUNG UND INFORMATIONSBESCHAFFUNG

ZIEL

Am Ende der Stoffsammlung und der Informationsbeschaffung sind möglichst alle Informationen zum Ereignis vollständig erfasst. Dazu sind Interviews und Besprechungen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung, Begehungen sowie das Zusammentragen weiterer dokumentierter Informationen zum Ereignis bzw. zu den betroffenen Prozessen erforderlich.

AUFGABEN

→ Interaktion mit den Beteiligten

Das Fallanalyseteam interviewt die Beteiligten zu dem Fall. Dazu empfiehlt sich die Nutzung eines Interviewleitfadens, um das Gespräch strukturiert führen zu können. Der Leitfaden soll ein Kategoriensystem der Ursachen bzw. der Faktoren, die zu unerwünschten Ereignissen beitragen, berücksichtigen. Damit hilft er der Person, die das Interview führt, Fragen zu allen möglichen Ereignisursachen stellen zu können und keine zu vergessen. Eine Alternative zum Interview ist ein Workshop mit den beteiligten Personen, um gemeinsam Ursachen und beitragende Faktoren zu identifizieren.

Jedes Interview oder der Workshop enden mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse. Zudem bestätigen die Beteiligten ihre Beiträge. Mit beidem wird sichergestellt, dass sich die Beteiligten in ihren Aussagen vom Fallanalyseteam richtig wiedergegeben finden.

In den Gesprächen liegt der Fokus zunächst auf der Frage „Was hat sich wann ereignet?“. Bei der Befragung der direkt oder indirekt Beteiligten wird angesprochen,

- aus welchen Gründen aus ihrer Sicht das Ereignis aufgetreten ist bzw. die Fehler entstanden sind,
- was im Vergleich mit einem Standardablauf gut, was weniger gut gelaufen ist,
- wo die Beteiligten Lücken im Sicherheitssystem sehen,
- welche bereits etablierten Sicherheitsmaßnahmen funktionierten,
- was dazu beiträgt, dass der Prozess sonst sicher abläuft, und
- wie aus ihrer Sicht ein vergleichbares Ereignis zukünftig verhindert werden könnte.

→ Befragung anderer, nicht direkt am Ereignis Beteiligter

Dies sind die Vorgesetzten der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Abteilungsverantwortliche oder Personen mit speziellem Fachwissen, deren Kenntnisse zum Verständnis des Ereignisherganges beitragen können, z. B. Beschäftigte in der Medizintechnik, im Labor oder in anderen nicht direkt involvierten Abteilungen.

→ Begehung des Ortes des Ereignisses bzw. dessen Umfeldes

Wenn in den Gesprächen Hinweise gegeben werden, dass Geräte, Raumbedingungen oder Besonderheiten des Arbeitsumfeldes zu dem Ereignis beigetragen haben, sollte mit den Beteiligten der Ereignisort besichtigt und dort das Geschehnis rekonstruiert werden. Sind medizinische Geräte in das Ereignis involviert, sollte demonstriert werden, wie das Gerät bedient wurde bzw. üblicherweise bedient wird.

→ Sichtung dokumentierter Informationen aus anderen Quellen

Je nach Informations- und Erkenntnisstand aus den Interviews können zudem folgende Informationen herangezogen werden: Richtlinien und Verfahrensanweisungen, Dienstpläne, OP-Pläne, Gedächtnisprotokolle. Ebenso können Erkenntnisse zu ähnlichen Risikothemen aus anderen Methoden und Instrumenten des Risikomanagements herangezogen werden: z. B. Auswertungen von Beschwerde- und CIRS-Berichten, Ergebnisse aus Risikoaudits oder früherer Fallanalysen. Diese Informationen unterstützen die Durchführung der Risikobewertung in Schritt 5.

SCHRITT 4 DARSTELLUNG DES EREIGNISSES

ZIEL

Am Ende der Ereignisdarstellung ist das Ereignis auf Basis der zusammengetragenen Informationen rekonstruiert und die Frage „Was ist passiert?“ kann beantwortet werden.

AUFGABE

→ Strukturierte Übersichtsdarstellung des Ereignisses

Oft neigen Menschen dazu, bei der Beschreibung eines Ereignisses die Erklärung für dessen Zustandekommen gleich mitzuliefern. Das Fallanalyseteam trägt allerdings erst einmal möglichst beschreibend zusammen, was wie und in welcher Reihenfolge passiert ist. Dazu wendet man z. B. das Zeit-Personen-Raster an. Mit ihm kann eine Übersicht erstellt werden, welche Handlung wann und durch wen ausgeübt wurde. Dadurch werden bei besonders komplexen Ereignishergängen Lücken im Verlauf sichtbar. Sie können der Anlass dazu sein, weitere Personen zu befragen oder weitere Informationen zu recherchieren, um das Ereignis vollständig rekonstruieren zu können. Bei komplexen Ereignissen mit vielen Beteiligten kann es hilfreich sein, das gesamte Ereignis in Teilereignissen darzustellen.

SCHRITT 5 AUSWERTUNG DER GESAMMELTEN INFORMATIONEN: ANALYSE DER URSACHEN

ZIEL

Am Ende der Auswertung der gesammelten Informationen sind je nach verwendeter Methode die Ursachen und beitragenden Faktoren identifiziert. Idealerweise lässt sich am Ende des Schrittes erklären, warum das Ereignis auftreten konnte. Zusätzlich wurden diejenigen Sicherheitsbarrieren herausgearbeitet, die Schlimmeres verhindert haben.

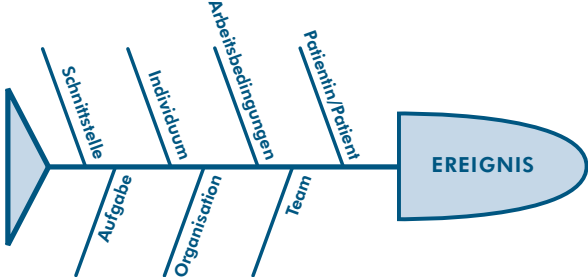
AUFGABE

→ Strukturierung und Beurteilung der Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Gesprächen

Dieser Schritt ist zentral. Basierend auf der Ereignisdarstellung werden nun Ursachen und beitragende Faktoren identifiziert. Kategoriensysteme und weitere Instrumente kommen zum Einsatz. Es wird nach unsicheren und fehlerhaften Handlungen, beitragenden Faktoren und Prozesslücken gesucht. Die Visualisierung erlaubt den Beteiligten, das Ereignis aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Zudem ermöglicht sie eine nachvollziehbare Darstellung der Ursachen des Ereignisses und der Risiken, die eingetreten sind. Letztere werden hinsichtlich ihrer Eintrittshäufigkeit und ihres Schadenpotenzials bewertet. Diese Risikobewertung ist wiederum Grundlage dafür, die Ableitung wirksamer Maßnahmen zu priorisieren.

Die Schritte 3, 4 und 5 bedingen sich wechselseitig. Zu einem früheren Schritt zurückzugehen, um fehlende Informationen zu gewinnen und anschließend zu beurteilen, ist im Prozessablauf normal.

Tabelle 2: Instrumente

INSTRUMENT	BESCHREIBUNG	BEISPIEL																																																									
Schritt 4 – Darstellung des Ereignisses																																																											
Zeitleiste, Zeitstrahl, Timeline	Eine Zeitleiste ist die Darstellung von Zeiträumen und Abfolgen von Ereignissen in einer Grafik. Dabei wird die zeitliche Abfolge als räumliche Reihenfolge dargestellt, z. B. stehen frühere Ereignisse weiter oben/links und spätere weiter unten/rechts.	Siehe Fallbeispiel in Kapitel 9																																																									
Zeit-Personen-Ereignis-Tabelle, auch Zeit-Personen-Matrix	Der Zeitleiste, dargestellt z. B. als horizontale Achse, wird die Dimension „beteiligte Personen“* als vertikale Achse hinzugefügt. So kann dargestellt werden, welche Handlungen von wem durchgeführt wurden, und somit auch gezeigt werden, welche Handlungen zeitgleich abgelaufen sind. *Benennung nach Berufsgruppe, ohne Namensnennung!	Siehe Fallbeispiel in Kapitel 9																																																									
Schritt 5 – Analyse der Ursachen																																																											
Ursache-Wirkungs- oder Ishikawa-Diagramm (auch Fischgräten-Modell oder fishbone diagram)	In den Fischkopf wird das Ereignis, ein Teilereignis oder auch ein beitragender Faktor / eine Ursache geschrieben, je nachdem, was im Detail erklärt werden soll. Entlang der Gräten stehen die beitragenden Faktoren/Ursachen. Jede Gräte stellt eine Hauptkategorie des verwendeten Kategoriensystems beitragender Faktoren/Ursachen dar. Im Allgemeinen sind diese Kategorien Menschen, Umwelt, Ausrüstung, Maschinen, Methoden und Materialien.																																																										
5 Warum-Fragen (5 Why-Fragen)	Diese Methode zur Ursache-Wirkung-Bestimmung wendet fünf Warum-Fragen an und verfolgt damit das Ziel, die Ursache für ein Problem zu identifizieren. Die Anzahl von fünf Nachfragen ist nicht streng einzuhalten: Es soll so lange nachgehakt werden, bis keine hinter einem Problem oder beitragenden Faktor liegende tiefere Ursache mehr gefunden werden kann. Im umgekehrten Ablauf kann dann der jeweilige Kausalzusammenhang geprüft werden.	Siehe Fallbeispiel in Kapitel 9																																																									
Kategoriensystem beitragender Faktoren	Übersicht über beitragende Faktoren im jeweiligen Arbeitssystem, die meist der allgemeinen Zuordnung zu den Oberkategorien Menschen, Umwelt, Ausrüstung, Maschinen, Methoden und Materialien entsprechen und auf das System der Gesundheitsversorgung angepasst wurden.	Die folgenden Methoden der Fallanalyse nutzen eigene Kategoriensysteme, die wiederum viele Überschneidungen aufweisen: <ul style="list-style-type: none"> • Systemanalyse klinischer Zwischenfälle (London-Protokoll) • Concise Incident Analysis • Learning from defects • Root Cause Analysis (Veteran Affairs) • PRISMA-Medical (basierend auf dem Eindhoven-Klassifikationsmodell mit fünf Oberkategorien) 																																																									
Schritt 5 – Analyse der Ursachen / Risikobewertung																																																											
Risikobewertung, Risikomatrix	Die Risikobewertung dient der systematischen Abschätzung von Risiken und der Priorisierung der Maßnahmen, die in einem späteren Schritt abgeleitet werden. Da ein klinischer Fall oft mehrere Aspekte beinhaltet, bietet sich die Aufteilung in Analyseeinheiten oder Problemfelder an, die dann auch unabhängig voneinander mit verschiedenen Prioritäten verfolgt werden können. Jeder beitragende Faktor wird hinsichtlich seines Risikopotenzials eingeschätzt. Wie hoch ist ein eintretender Schaden, wenn die Schwachstelle bestehen bleibt? Wie wahrscheinlich ist ein erneuter Ereigniseintritt?	<p>Risikomatrix Mittels einer Risikomatrix (nach ONR 49002:2014) wird die Wahrscheinlichkeit des Wieder-Auftretens eines Ereignisses gegenüber dessen Auswirkungen tabellarisch ins Verhältnis gesetzt.</p> <table border="1" data-bbox="922 1765 1560 2049"> <tr> <td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Auftrittswahrscheinlichkeit</td> <td>häufig</td> <td>5</td> <td style="background-color: yellow;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>möglich</td> <td>4</td> <td style="background-color: yellow;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>selten</td> <td>3</td> <td style="background-color: green;"></td> <td style="background-color: yellow;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>sehr selten</td> <td>2</td> <td style="background-color: green;"></td> <td style="background-color: green;"></td> <td style="background-color: yellow;"></td> <td style="background-color: red;"></td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>unwahrscheinlich</td> <td>1</td> <td style="background-color: green;"></td> <td style="background-color: green;"></td> <td style="background-color: green;"></td> <td style="background-color: yellow;"></td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>unbedeutend</td> <td>gering</td> <td>spürbar</td> <td>kritisch</td> <td>katastrophal</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Schwere der Folgen</td> </tr> </table>	Auftrittswahrscheinlichkeit	häufig	5						möglich	4						selten	3						sehr selten	2						unwahrscheinlich	1								1	2	3	4	5			unbedeutend	gering	spürbar	kritisch	katastrophal	Schwere der Folgen						
Auftrittswahrscheinlichkeit	häufig	5																																																									
	möglich	4																																																									
	selten	3																																																									
	sehr selten	2																																																									
	unwahrscheinlich	1																																																									
			1	2	3	4	5																																																				
		unbedeutend	gering	spürbar	kritisch	katastrophal																																																					
Schwere der Folgen																																																											

SCHRITT 6 GEMEINSAME BESPRECHUNG DER VORLÄUFIGEN ERGEBNISSE

ZIEL

Am Ende der Besprechung der vorläufigen Ergebnisse gibt es ein gemeinsames Verständnis des Fallanalyseteams und der Beteiligten zum Ereignis, zu seinem Hergang und der zum Ereignis führenden Ursachen. Zudem gibt es Empfehlungen, mit welchen Maßnahmen ein vergleichbares Ereignis zukünftig verhindert, früher entdeckt oder in seinen Auswirkungen abgeschwächt werden kann.

AUFGABE

→ Ablaufplanung und Vorbereitung der Besprechung

Aspekte der Besprechung:

- Darstellung der Ergebnisse aus Sicht des Fallanalyseteams
- Darstellung besonderer Herausforderungen für die Beteiligten des Ereignisses
- Gemeinsame Klärung sicherheitsrelevanter Lücken und des Versagens von Sicherheitsbarrieren
- Reflektion über das Vorhandensein risikopräventiver Maßnahmen, deren Umsetzbarkeit und Anwenderfreundlichkeit sowie ggf. deren erforderliche Anpassungen
- Sammlung von Maßnahmen zur Sicherheits- und Qualitätsverbesserung; dabei werden die Vermeidbarkeit des Risikos und die Realisierbarkeit der Maßnahmen berücksichtigt
- Moderation durch ein Mitglied des Fallanalyseteams

Mit Blick auf eine erfolgreiche Umsetzung ist es wichtig, dass die Beteiligten Ergebnisse und Vorschläge akzeptieren. Sie sollen sich in den Ergebnissen wiederfinden können, Maßnahmen sollen nicht über ihren Kopf hinweg festgelegt werden. Die gemeinsame Sitzung ist bereits dann erfolgreich, wenn sie mit einem gemeinsamen Verständnis zum Geschehenen und zu den beitragenden Faktoren zum Abschluss kommt. Da die Beteiligten die Erkenntnisse erstmal verarbeiten müssen, wird nicht immer der Punkt erreicht, an dem bereits künftige Maßnahmen bestimmt werden. Dies sollte dann in einer weiteren Sitzung geschehen. Darin werden Maßnahmen möglichst konkret erarbeitet und am Ende ein Zeitplan für deren Umsetzung und Evaluation erstellt. Außerdem werden die Personen benannt, die für die Umsetzung verantwortlich sind.

SCHRITT 7 DOKUMENTATION UND ÜBERGANG VON DER FALLANALYSE ZUR UMSETZUNG DER MASSNAHMEN

ZIEL

Für den Übergang von der Analyse zur Umsetzung sind die Ergebnisse der Fallanalyse nachvollziehbar dokumentiert und für die weitere Verwendung praxisnah dargestellt. Die Ergebnisse sind an die Leitung der Einrichtung bzw. an die Person, die die Fallanalyse in Auftrag gegeben hat, übergeben. Wichtige Erkenntnisse aus dem Ereignis und resultierende Maßnahmen werden in der Einrichtung kommuniziert.

AUFGABE

→ Erstellung des Fallanalyseberichtes

Der Bericht kann unterschiedliche Formate haben, z. B. kann er folgendes sein:

- ein ausführlicher Bericht mit einer Beschreibung des Ereignisses, einer Erklärung der Ursachen und einer Darstellung der Maßnahmen oder
- ein Kurzbericht mit Risikobeschreibung und risikopräventiven Maßnahmen, insbesondere für die Leitung bzw. die Person, die die Fallanalyse in Auftrag gegeben hat.

Im Bericht sollten alle Daten beteiligter Personen und z. B. Tagesdaten oder Uhrzeiten anonymisiert sein. Außerdem sollte der Zugriff auf die Analyseberichte geregelt sein. Standardisierte Vorlagen für den Kurzbericht, Zusammenfassungen und den ausführlichen Analysebericht gewährleisten, dass man sich darin zurechtfindet und wesentliche Informationen schnell gefunden werden.

→ Übergabe des Berichtes an die oberste Leitung und die Risikoverantwortlichen des untersuchten Bereiches

Die Leitung bestätigt die Ergebnisse und die Maßnahmen, die umgesetzt werden müssen. Die Verantwortlichen für deren Umsetzung werden beauftragt. Hierüber werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informiert. Weiterhin wird das QM/RM oder eine andere verantwortliche Person beauftragt, die Umsetzung zu kontrollieren und zu evaluieren. Zudem soll diese Person die Maßnahmen ggf. anpassen. Die Weitergabe des Berichtes an die Beteiligten wird empfohlen.

→ Vernichtung der Aufzeichnungen im Original

Vor allem Dokumente, mit denen Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifiziert werden können, werden vernichtet. Dies sind z. B. Interviewmitschriften. Ab diesem Zeitpunkt ist das Fallanalyseteam von seinem Auftrag entbunden – seine Arbeit endet hier.

7. ABLEITUNG VON MASSNAHMEN UND EVALUATION DER ANALYSEN

7.1 WIRKSTÄRKE UND KONTEXT VON MASSNAHMEN

Hauptziel der Fallanalyse ist es, Ansatzpunkte für wirksame Maßnahmen zu identifizieren und diese Maßnahmen zu entwickeln. Maßnahmen können

- Risiken vermeiden oder reduzieren sowie
- dazu beitragen, dass ein fehlerhafter Ablauf oder eine Schädigung möglichst frühzeitig entdeckt wird und/oder
- eine Schädigung für die Patientin bzw. den Patienten durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen reduziert wird.

Was sind wirksame Maßnahmen? Sind sie immer und überall wirksam? Human-Factors-Forscherinnen und -Forscher unterscheiden starke, mittlere und schwache Maßnahmen; je stärker eine Maßnahme ist, desto zuverlässiger stellt sie die Sicherheit von Versorgungsprozessen her. Maßnahmen sind stärker, je weniger sie von einer wiederholten Anwendung und der korrekten Durchführung durch die handelnden Personen abhängig sind. Studien zur Wirksamkeit von Fallanalysen zeigen, dass bisher mehr als 75 % der Maßnahmen ausschließlich schwache Maßnahmen waren.¹² In Tabelle 3 sind Kennzeichen und Beispiele für schwache, mittelstarke und starke Maßnahmen aufgeführt.

Eine weitere Orientierung bei der Entscheidung für bestimmte Maßnahmen gibt der Kontext des Bereichs in der Patientenversorgung, in dem Maßnahmen umgesetzt werden sollen. Vincent und Amalberti unterscheiden drei Kontexte:¹³

1) sicher – risikovermeidend (ultrasafe – avoiding risk)

Dies sind Bereiche in einer Gesundheitseinrichtung, in denen der Alltag durch hochstandardisierte Prozesse organisiert ist, z. B. Labor, Apotheke, Blutbank. Hier passen Maßnahmen, die auf Fehlererkennung und -korrektur abzielen. Sie erzielen eine hohe Wirkung.

2) hochzuverlässig – risikobewältigend (high reliability – managing risk)

Die Vorhersagbarkeit des Alltags ist etwas geringer, jedoch sind die meisten Verläufe vorhersehbar. Dies betrifft Stationen oder Arztpraxen. Der Tagesablauf funktioniert auf Basis von Routinen, aber es gibt auch Situationen, in denen Entscheidungen getroffen werden müssen und abgewogen werden muss, was zu tun ist. Benötigt werden Maßnahmen zur Unterstützung der Teamkommunikation und -interaktion, z. B. strukturierte Übergaben, Klärung der Führungsrolle bei unvorhergesehenen Änderungen im Ablauf. Ebenso ist es sinnvoll, beschriebene Prozessabläufe vorzuhalten, v. a. bei Abweichungen vom gewohnten Verlauf.

3) anpassungsfähig – risikofreudig (ultraadaptive – embracing risk)

Zum Beispiel im OP, auf der Intensivstation oder in der Notaufnahme ändert sich der Alltag von Stunde zu Stunde. Diese Änderungen müssen bewältigt werden. Dazu ist der Einsatz von

¹² Kellogg, Kathryn M.; Hettlinger, Zach; Shah, Manish; Wears, Robert L.; Sellers, Craig R.; Squires, Melissa; Fairbanks, Rollin J. (2017): Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety, in: *BMJ Qual Saf* 26 (5), S. 381–387.

¹³ Vincent, Charles; Amalberti, René (2016): *Safer Healthcare – Strategies for the Real World*, Springer Open, <https://www.springer.com/de/book/9783319255576>

Tabelle 3: Wirkstärke von Maßnahmen (zusammengestellt aus^{14, 15 und 16})

Maßnahmen-wirksamkeit	Kennzeichen	Beispiel: Sicherstellung der korrekten Befüllung eines Schmerzperfusors und Handling eines Schmerzkatheters	Abhängig vom Verhalten
Stark	<ul style="list-style-type: none"> • Beseitigung eines Risikos. • Maßnahmen basieren auf hard stops, forcing functions (physische Maßnahmen) minimieren die Abhängigkeit von menschlichem Verhalten. • Maßnahmen müssen nur einmalig umgesetzt oder kaum wiederholt werden, um den gewünschten Effekt zu erreichen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von smart pumps • Konnektoren lassen keine Fehlverbindung zu. 	Schwach
Mittelstark	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen abhängig von menschlichem Verhalten, dieses Verhalten wird jedoch unterstützt und gesteuert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Befüllungsanleitung ist sichtbar am Medikamentenarbeitsplatz ausgehängt. • Jede Befüllung wird im Vier-Augen-Prinzip kontrolliert. • Richten des Perfusors in ungestörter Umgebung, Vermeidung von Ablenkung. • Tägliche Kontrolle des Schmerzperfusors durch Pain Nurses/Anästhesistinnen bzw. Anästhesisten. • Eindeutige Kennzeichnung des Katheters. 	Mittel
Schwach	<ul style="list-style-type: none"> • Korrekte Durchführung der Maßnahme/des Prozesses vollständig abhängig vom menschlichen Verhalten: Wird ein Prozess richtig durchgeführt? • Prozess wird im Team sehr unterschiedlich umgesetzt. • Maßnahmen müssen wiederholt werden, um den gewünschten Effekt zu erreichen (z. B., weil es eine Personalfuktuation gibt, nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht werden oder die Erinnerung an die Maßnahme verblasst). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstanweisung zur Einhaltung der Befüllungsstandards und zum Umgang mit Schmerzkathetern. • Standard für alle Teammitglieder zugänglich (z. B. im Intranet). • Korrekte Bezeichnung und Angabe zum Gültigkeitsbereiches des Befüllungsstandards, damit dessen Aktualität erkennbar ist. • Schulung neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Umgang mit Schmerzperfusoren und -kathetern. 	Stark

Algorithmen nötig, die intensiv trainiert werden müssen, z. B. das ABCDE-Schema in der Traumaversorgung. Für sichere Abläufe ist die klinische Erfahrung und die Reflexion von Entscheidungsprozessen, z. B. in Debriefings, von besonderer Bedeutung.

Auch der Aktionsradius einer Maßnahme muss berücksichtigt werden. Daher ist festzulegen, a) ob eine Maßnahme nur in einer oder mehreren Abteilungen wirksam sein muss, b) ob sie die gesamte Einrichtung betrifft oder c) ob sie auch Kooperationen mit Externen erfordert, z. B. mit Lieferanten und Herstellern.

14 Vgl. Bagian, James P. et al. (2011): Improving RCA performance: the Cornerstone Award and the power of positive reinforcement. *BMJ Qual Saf.* 2011 Nov;20(11):974-82. doi: 10.1136/bmjqs

15 National Patient Safety Foundation (2015): Improving Root Cause Analyses and Action to Prevent Harm (RCA2), <http://www.ihf.org/resources/Pages/Tools/RCA2-Improving-Root-Cause-Analyses-and-Actions-to-Prevent-Harm.aspx> [abgerufen am 06.02.2020].

16 VA National Center for Patient Safety (2015): Root Cause Analysis Tools. https://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/rca_tools_2_15.pdf [abgerufen am 06.02.2020].

7.2 IDENTIFIKATION DER GEEIGNETEN MASSNAHMEN

Maßnahmen sollten sich auf diejenigen Ursachen beziehen, die in der Analyse gefunden wurden. Sie sollten darauf abzielen, diese Ursachen zu beseitigen und zu korrigieren. Deshalb sollte sich das Fallanalyseteam von den Ergebnissen der Analyse (Schritt 5 und ggf. 6) leiten lassen:

- Welche Ursachen und beitragenden Faktoren führten dazu, dass das Ereignis auftrat? Welche Faktoren sorgen dafür, dass der entsprechende Prozess korrekt abläuft?
- Welche dieser Faktoren und Ursachen kann die Einrichtung tatsächlich beeinflussen?
- Welche konkreten Maßnahmen adressieren die beitragenden Faktoren und Ursachen?
- Welche Hindernisse oder fördernden Faktoren sind für die Umsetzung der Maßnahmen erkennbar?
- Auf welche Weise könnte die Umsetzung der Maßnahmen gemessen werden?
- Wie kann ein ähnliches Ereignis früher erkannt werden?

Während sie abgeleitet werden, können Maßnahmen in Anlehnung an den PDCA-Zyklus geplant werden. Dabei können Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität insbesondere dann genutzt werden, wenn umgesetzte Maßnahme evaluiert werden.

Maßnahmen müssen spezifisch sein. Idealerweise sind sie zudem so verständlich beschrieben, dass sie von allen gleichermaßen umgesetzt werden können. Um die Akzeptanz der Maßnahmen zu erhöhen, ist es sinnvoll, genau aufzuzeigen, wie sie helfen, die analysierten Ereignisse zu verhindern und damit die Patientensicherheit erhöhen.

Die SMART-Prinzipien leiten die Entwicklung der Maßnahmen:

- Das Ziel der Maßnahme ist spezifisch (S) und messbar (M).
- Das Ziel der Maßnahme ist für die Beteiligten und diejenigen, die die Maßnahme umsetzen sollen, erstrebenswert (A, achievable). Das Ziel ist erreichbar bzw. realisierbar (R).
- Das Ziel soll in einem definierten Zeitraum (T, time) erreicht werden. Die Empfehlung, wann das Ziel erreicht werden soll, wird durch das Ergebnis der Risikobewertung (siehe Kapitel 6, Schritt 5) beeinflusst.

7.3 DER PROZESS DER ENTWICKLUNG VON MASSNAHMEN

Die Bereitschaft, Maßnahmen umzusetzen, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu zählen beispielsweise die individuelle Betroffenheit der Beteiligten oder der Zeitabstand zum Ereignis, die individuelle Risikowahrnehmung und die Überzeugung, dass eine Maßnahme tatsächlich Einfluss darauf hat, Schädigungen von Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Auch entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen sind der Prozess, in dem Maßnahmen entwickelt werden, und die Beteiligung derjenigen, die von den Maßnahmen wesentlich betroffen sind oder sie als Leitungskräfte vertreten müssen.

Akzeptanz für die Maßnahmen wird erzielt, wenn sie gut begründet sind und auf das Ereignis bezogen werden. Hilfreich ist es auch, gemeinsam z. B. einen Pilottest für Maßnahmen zu vereinbaren. Manchmal wird Überzeugungsarbeit geleistet werden müssen, um für die Notwendigkeit von Maßnahmen zu werben. All diejenigen, die vorrangig von Maßnahmen betroffen sind, sollten eingeladen werden, ihre Expertise mittels eigener Vorschläge zu klinischen Prozessen

einzubringen und Maßnahmen mitzuentwickeln: Was soll wie in Zukunft von wem gemacht werden?

7.4 ÜBERPRÜFUNG DER UMSETZUNG UND EVALUATION DER WIRKSAMKEIT

Oftmals werden Maßnahmen, die eine Verhaltens- und Prozessänderung erfordern, mit hoher Motivation eingeführt und praktiziert. Zu ihnen gehören z. B. zusätzliche Kontrollschritte oder das Arbeiten mit Checklisten. Nach einiger Zeit schläft die Umsetzung wieder ein und Prozesse werden nach veralteten Routinen durchgeführt.

Auch starke Maßnahmen sollten daher in ihrer Umsetzung und Wirkung evaluiert werden. Schließlich sollte Klarheit darüber herrschen, ob insbesondere aufwendigere Veränderungen die Anstrengung gelohnt haben. Wird die Umsetzung der Maßnahmen nicht aktiv gesteuert und unterstützt, werden keine risikopräventiven Maßnahmen ergriffen, setzt man sich zudem dem Vorwurf des Organisationsverschuldens aus, sollte sich das vormals erkannte Risiko wiederholt realisieren.

Deshalb wird unter Federführung des Risikomanagements nach der Analyse die Umsetzung von Maßnahmen in Gang gesetzt. Es koordiniert sie, überwacht die Wirksamkeit und überprüft ihre Nachhaltigkeit.¹⁷

7.4.1 Zentrale Fragestellungen

Die Überprüfung sollte systematisch durchgeführt werden. Die folgenden Fragestellungen können die Überprüfung leiten:

- Wurden die empfohlenen/beschlossenen Maßnahmen umgesetzt?
- Falls nicht alle Maßnahmen umgesetzt wurden: Welche Gründe gab es dafür?
- Konnte die Häufigkeit vergleichbarer Ereignisse bzw. spezifischer Patientenschädigungen reduziert werden?

Je seltener ein Ereignis bzw. eine spezifische Patientenschädigung, z. B. eine Eingriffsverwechslung, eintritt, desto schwieriger ist es, die Wirksamkeit von Maßnahmen anhand der genannten Outcome-Parameter zu überprüfen. Denn man benötigt einen langen Überwachungszeitraum, um eine Änderung überhaupt messen zu können.

- Konnte die Häufigkeit erwünschter Abläufe und Ergebnisse gesteigert werden?

Hier kann z. B. der Anteil der Patientinnen und Patienten gemessen werden, die perioperativ per aktiver Identifikation identifiziert wurden. Auch Kontrollmaßnahmen wie Stichproben, z. B. die Ausfüllrate von Checklisten, können zur Prüfung genutzt werden, z. B. bei der Durchführung von Begehungen/internen Risikoaudits. Oft werden Prozessparameter verwendet, die abbilden, ob bestimmte Maßnahmen durchgeführt und mit welcher Zuverlässigkeit bestimmte Prozessschritte eingehalten werden.

¹⁷ Die Umsetzung ist nicht Aufgabe des Fallanalyseteams.

- Konnte das Vorkommen der identifizierten Ursachen und beitragenden Faktoren reduziert werden?

Wurde nun z. B. der Ablauf eines bestimmten Prozesses vereinbart, den zuvor unterschiedliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter und Berufsgruppen unterschiedlich durchgeführt hatten? Sind Verantwortungsfragen geklärt?

7.4.2 Unzuverlässige Evaluationsmethoden

Im Gegensatz zur systematischen Überprüfung der genannten Fragestellungen (z. B. in Audits, anhand von Kennzahlen) sollten die folgenden Instrumente des klinischen Risikomanagements nicht allein zur Evaluation von Maßnahmen herangezogen werden: Informationen aus dem Beschwerdemanagement oder einem internen CIRS. Ob (und wie häufig) hier über Erfolg oder Misserfolg einer Maßnahme berichtet wird, ist von vielen Faktoren abhängig, u. a. von der Aufmerksamkeit für bestimmte Ereignisse oder der Meldebereitschaft. Es sollte daher kein Rückschluss auf den Erfolg einer Maßnahme gezogen werden, wenn dazu keine Meldungen zu verzeichnen sind.

Sollten Kontrollen und weitere Analysen durch das Risikomanagement aufzeigen, dass ähnliche Ereignisse oder Ereignisse mit ähnlichen Ursachen und beitragenden Faktoren auftreten, ist das ein Hinweis darauf, dass in der Fallanalyse nicht alle Risikofaktoren erkannt wurden, umgesetzte Maßnahmen nicht wirksam sind oder nicht wie geplant angewendet werden.

7.4.3 Analyseergebnisse zusammenfassen

Die Umsetzung von Maßnahmen, die aus einer einzigen Analyse abgeleitet wurden, mag nicht immer effektiv und lohnend erscheinen.¹⁸ Gegebenenfalls werden die Ergebnisse aus einer Analyse als zu schwach eingeschätzt, sodass sich die Umsetzung konkreter Maßnahmen nicht unbedingt aufdrängt. Umso wichtiger ist es daher, regelmäßig im Fallanalyseteam oder im klinischen Risikomanagement die Ergebnisse mehrerer Analysen zusammen zu betrachten, z. B. hinsichtlich identifizierter Ursachen und beitragender Faktoren. So lassen sich Muster und Häufungen erkennen und es kann darauf reagiert werden. Das Kategorisieren von Ergebnissen verschiedener Fallanalysen hilft dabei, Auswertungen über mehrere Fallanalysen hinweg erstellen zu können, z. B. zur Art der analysierten Ereignisse, zu identifizierten Ursachen und abgeleiteten Maßnahmen.

7.4.4 Evaluation der Fallanalysen

Die Güte des Analyseverfahrens kann beurteilt werden, indem regelmäßig in der Einrichtung geprüft wird, ob die Empfehlungen für die Durchführung der Analyse berücksichtigt wurden (siehe Beispiel für einen Qualitäts-Score¹⁹). Beispielsweise könnten dazu die folgenden Fragen zur Qualität des Verfahrens herangezogen werden:

- Wie schnell nach dem Ereignis wurde der Analyseprozess gestartet? Wie lange dauerte insgesamt der Prozess?
- Konnten Informationen aller beteiligten Personen eingeholt werden?

¹⁸ „It is also unwise to base an entire patient safety initiative on the recommendation of a single RCA.“ Taitz, Jonny; Genn, Kelvin; Brooks, Vanessa; Ross, Deborah; Ryan, Kathleen; Shumack, Bronwyn et al. (2010): System-wide learning from root cause analysis: a report from the New South Wales Root Cause Analysis Review Committee, in: Qual Saf Health Care 19 (6), S. E63.

¹⁹ Leistikow, Ian; Mulder, Sandra; Vesseur, Jan; Robben, Paul (2016): Learning from incidents in healthcare: the journey, not the arrival, matters, in: BMJ Qual Saf 26 (3), S. 252–256.

- Ergab die Darstellung des Ereignisses ein vollständiges Bild des Geschehens?
- Gibt der Bericht wieder, ob Leitlinien oder Standards vorhanden, anwendbar und geeignet waren?
- Wurden Ursachen und beitragende Faktoren identifiziert?
- Stimmen sie mit der Darstellung des Geschehens überein?
- Adressieren die abgeleiteten Maßnahmen die identifizierten Ursachen und beitragenden Faktoren?

Unverzichtbar ist hier die Rückkopplung mit Personen, die Teil des Fallanalyseteams waren. Werden die Evaluationsergebnisse gespiegelt, kann ein Fallanalyseteam im Nachhinein für sich Erkenntnisse gewinnen, ob das Vorgehen innerhalb der Analyse erfolgreich war, beispielsweise, ob erste Hypothesen über die Ursachen, die weitere Ermittlung tatsächlicher Ursachen und beitragender Faktoren und der Prozess der Maßnahmenableitung hilfreich waren. Eine jährliche Erhebung von Prozessindikatoren, um den Fallanalyseprozess zu evaluieren, untermauert die Prozessqualität. Zu diesen Indikatoren zählen z. B. die Anzahl der Analysen pro Jahr, der Anteil der implementierten Maßnahme, die Akzeptanz des Analyseprozesses.

Die Ergebnisse mehrerer Fallanalysen können z. B. über ein Jahr hinweg zusammen betrachtet werden. Durch die Zusammenführung mit anderen Sicherheits- und Qualitätsdaten, z. B. aus dem Beschwerdemanagement oder CIRS, können wichtige Systemprobleme umfassend untersucht werden. Wenn hierzu eine Rückkopplung mit den Ergebnissen der Fallanalysen erfolgt, kann besser eingeschätzt werden, ob Fallanalysen einen Beitrag zur Patientensicherheit leisten.

8. WEITERFÜHRENDE FRAGEN UND ANTWORTEN

WORAUF IST BEI DER URSACHENANALYSE BESONDERS ZU ACHTEN?

Hierbei hilft die Frage „Warum wurde das Falsche gemacht, während man dachte, das Richtige zu tun?“. Es gilt zu vermeiden, dass fehlerhafte Handlungen bereits als Ursachen beschrieben werden, ohne dass erklärt wird, was zu diesen Handlungen geführt hat. Dies kann zwar unter den Beteiligten schnell das Bedürfnis nach einer Erklärung befriedigen. Bei der Vermeidung einer Wiederholung hilft es aber nicht weiter.

Daher sollte man sich nicht mit der ersten Antwort auf die Frage nach dem Warum zufriedengeben. Wird sich bei der Betrachtung eines Ereignisses auf medizinische bzw. pflegerische Aspekte beschränkt, werden die Systemfaktoren/Human Factors vernachlässigt, kann dies zu unzureichenden Ergebnissen bei der Fallanalyse führen.

Typische Fehler bei einer Fallanalyse sind:

- Zu geringe Analysetiefe: Die Ergebnisse bestätigen Annahmen über Ursachen und nötige Maßnahmen, die schon vor der Analyse vorhanden und bekannt waren (z. B. „zu wenig Personal“).
- Fragen, die man stellt, sind nicht spezifisch genug (z. B. „Warum ist die Patientin/der Patient gestorben?“).

- Die erhobenen Ursachen und relevanten Einflussfaktoren erreichen einen Komplexitätsgrad, der nicht mehr zu bewältigen ist. Zwar ist grundsätzlich eine detaillierte Analyse erwünscht, aber gleichzeitig besteht das Risiko des Verzettelns, sodass die Konzentration auf die Ableitung wirksamer Maßnahmen verlorengeht. Bei der Vielzahl an Ursachen entsteht der Eindruck, dass das ganze System umgekrempelt werden müsste. Die kann zur Lähmung der Umsetzungsmotivation führen.

Hilfreich ist die Prämisse, durch die Analyse Ursachen bzw. Handlungsoptionen aufzudecken, die vorher noch nicht bekannt waren oder auf der Hand lagen. Neben den Ursachen sind auch Sicherheitsbarrieren zu eruieren („Das hat in diesem Fall gut funktioniert“, „So wurde Schlimmeres verhindert“).

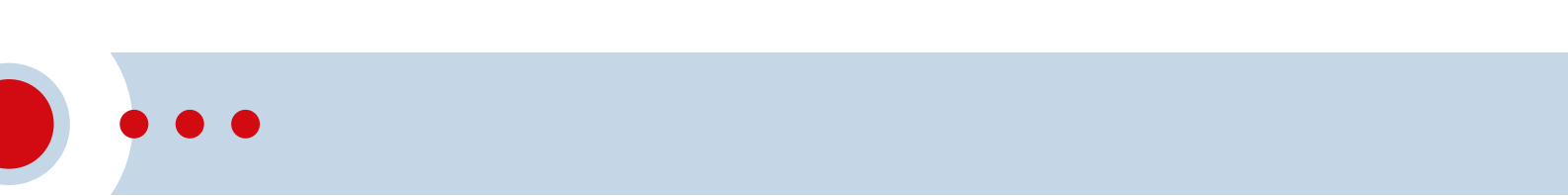
Wichtig ist bei der Ursachenanalyse, dass keine Schuldzuschreibung erfolgt. In der Regel wird bei diesem Fallanalyseschritt deutlich, dass meist keine einzelnen, isoliert betrachteten Faktoren zum Ereignis beitragen, sondern es sich um ein komplexes Zusammenspiel mehrerer Faktoren handelt. Daher sollten Ursachen / beitragende Faktoren zunächst noch nicht gewichtet werden. Denn eine vorschnelle Fokussierung auf einzelne Faktoren kann das Ergebnis der Fallanalyse negativ beeinflussen. Später jedoch sollten die Faktoren anhand der Kriterien „Relevanz für das aktuelle Ereignis“, „Relevanz für zukünftige Fälle“ und „Beeinflussbarkeit beim aktuellen Ereignis“ gewichtet werden.

Effektive Herangehensweisen und Fragen sind

- ein systematisches Durchgehen aller Faktoren, die im Kategoriensystem der ausgewählten Methode aufgeführt werden,
- das Anwenden der 5 Warum-Fragen (5 Why-Fragen),
- Fragen nach Stärken des Systems:
 - Warum passiert das Ereignis eigentlich nicht öfter?
 - Warum geht der Prozess nicht öfter schief?
- Fragen nach dem richtigen Handeln:
 - Hätten einzelne Personen oder Teams anders handeln können oder gar müssen?
 - Wenn ja: Wie hätten sie handeln können? Wie kann man erreichen, dass das „richtige“ Handeln erleichtert wird?
- Fragen nach dem Aufdecken des Ereignisses:
 - Wann oder bei welchem Check hätte die Abweichung frühzeitig auffallen können bzw. kann sie in Zukunft rechtzeitig auffallen?
 - Wem hätte die Abweichung noch auffallen können? Wie hätte das zum Ausdruck gebracht werden können (Speak-up-Potenzial)?
 - Wie kann das Ansprechen von Auffälligkeiten gefördert werden?

WAS IST EIN RÜCKSCHAUFEHLER?

Menschen beurteilen nach einem (gravierenden) Ereignis die Umstände, die zu dem Ereignis geführt haben, nicht mehr so, als würden sie das Ereignis und seinen Ausgang nicht kennen. Dadurch überschätzen sie die Vorhersehbarkeit eines Ereignisverlaufes, nachdem das Ereignis



eingetreten ist. Der Fehler besteht also darin, Handlungen mit dem Wissen um deren Ausgang zu beurteilen.

Dies kann dazu führen, dass die Selbstvorwürfe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch größer werden, wenn der Eindruck erweckt wird, dass sie das schlimme Ereignis hätten vorhersehen müssen. Bei der Fallanalyse ist es daher wichtig, den jeweiligen Informationsstand der handelnden Personen sowie ihre Denk- und Entscheidungsprozesse in der Ereignissituation nachzuvollziehen.

Um nicht dem Rückschaufehler zu unterliegen, bittet man im Interview die befragten Personen darum, sich in die Ereignissituation zurückzusetzen und die wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten zu reflektieren. Dazu können im Interview und in der Analysephase folgende Fragen eingesetzt werden:

- Was ergab für die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter in dem Moment des Handelns Sinn?
- Was wussten die beteiligten Personen zu dem Zeitpunkt?
- Was führte die Beteiligten ggf. dazu, einen Standard nicht einzuhalten?
- Warum machten sie das, was sie taten? Warum entschieden sie so, wie sie es taten?
- Wie ging es der Person, wenn sie sich in den Moment zurückversetzt, in dem sie entscheiden musste?

WIE ERZEUGT MAN AKZEPTANZ FÜR DIE MASSNAHMEN, DIE UMGESETZT WERDEN SOLLEN?

Es kann problematisch sein, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits mit einem Maßnahmenkatalog zu konfrontieren. Zu schnell entsteht der Eindruck, dass „die da oben“ alles besser wissen. Dann laufen sinnvolle Maßnahmen ins Leere, weil sie nicht umgesetzt werden. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, die es betrifft, zu Verbesserungsvorschlägen einzuladen.

Die Leitfragen können lauten:

- Was muss passieren, damit ein solches Ereignis nicht noch einmal passiert?
- Was können wir tun, um das Risiko zu senken und einem erneuten Schaden entgegenzuwirken?

In den Besprechungen (siehe Schritt 6) sollte das Fallanalyseteam gemeinsam mit allen Beteiligten alle Vorschläge hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit prüfen. Bei einem solchen – idealerweise einheitlichen – Vorgehen kann es sein, dass weitere Sitzungen erforderlich sind.

Gelegentlich finden der Rat von außen (oder einer außenstehenden Autorität) und Maßnahmenbeispiele aus anderen Einrichtungen eine größere Akzeptanz bei den Beteiligten. Hier gilt das Sprichwort „Der Prophet gilt nichts im eigenen Land“.

WELCHE FUNKTIONEN ERFÜLLT DER BERICHT EINER FALLANALYSE?

Der Bericht ist die Basis für die Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Er enthält das Ereignis und dessen Ursachen, abgeleitete Maßnahmen und später die erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen. Analytisierte Fälle können auch als Lehrmaterial eingesetzt werden, z. B. im Rahmen von Schulungen zu Sicherheitsmaßnahmen, allgemeinen Themen der Patientensicherheit oder zu einzelnen Aspekten des Fehler- und Risikomanagements.

WIE KÖNNEN ZIELKONFLIKTE IM HINBLICK AUF DEN ZWECK DER ANALYSE VERMIEDEN WERDEN?

Bei der Auftragsklärung sollten zwischen der Person, die die Fallanalyse in Auftrag gegeben hat, und dem Fallanalyseteam der Zweck und das Ziel der Fallanalyse klar formuliert sein. Insbesondere, wenn ein Konflikt schon vorher bestand oder es in der Einrichtung Lieblingsstreitthemen gibt, kann es zu Zielkonflikten kommen. Ein Grund dafür kann sein, dass bestimmte Themen nicht angefasst werden sollen oder man sie wegen des Ereignisses erst recht aufgreifen will, um sie tiefergehend zu thematisieren. Es können sich Situationen ergeben, in denen neben der Verbesserung der Patientensicherheit weitere Ziele verfolgt werden, die nicht explizit genannt werden und so zu Konflikten führen können. Diese Ziele können von unterschiedlichen Akteuren verfolgt werden: Fallanalyseteam, Führungskräfte, weitere Gruppen, Teams oder Abteilungen der Einrichtung.

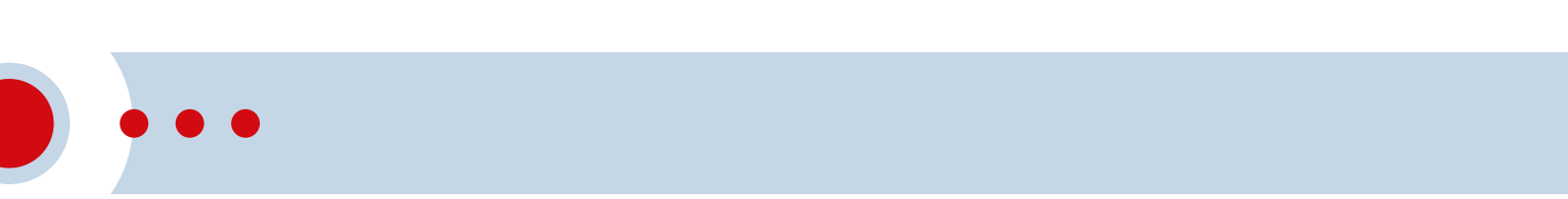
Die Formulierung der Zielsetzung trägt dazu bei, dass alle Seiten mit der gleichen Erwartungshaltung an die Fallanalyse herangehen und beim Umgang mit den Ergebnissen und der Umsetzung der Maßnahmen an einem Strang ziehen. Zudem sollten mögliche Interessenkonflikte von Mitgliedern des Fallanalyseteams geprüft werden. Liegen diese Konflikte offen, kann damit besser umgegangen werden, als wenn sie eine „versteckte Agenda“ der Beteiligten bestimmen.

MÜSSEN FALLANALYSETEAMMITGLIEDER EXPERTINNEN BZW. EXPERTEN SEIN?

Wichtig ist, dass die vom Fallanalyseteam Befragten dessen Mitglieder als kompetent wahrnehmen und sie akzeptieren. Häufig muss sich das Fallanalyseteam der Frage stellen „Kennen Sie sich damit denn aus?“. Wer in die Fallanalyse involviert ist, sollte sicher sein, dass das Fallanalyseteam geschult ist, entsprechende Systemkenntnisse besitzt und bei medizinischen Fachfragen adäquate Expertise hat oder notfalls jemand mit Expertise hinzuzieht. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass Personen, die mit dem spezifischen Prozess nicht vertraut sind, ggf. Fragen stellen, die sich Fachleute wegen einer „Betriebsblindheit“ nicht mehr stellen, die aber hilfreich für die Identifikation von Ursachen oder wirksamen Maßnahmen sein können.

WIE SOLL MIT DEM ERLEBTEN DER BETEILIGTEN WÄHREND DER FALLANALYSE UMGEGANGEN WERDEN?

Eine Fallanalyse sollte den Schutz der Beteiligten beachten. Nach einem Ereignis gilt es für die Einrichtung, eine Krise zu meistern, in der Beteiligte unterstützt werden müssen. Werden Ereignisse nicht aufgearbeitet, kann es dazu kommen, dass die Beteiligten selbst zum Opfer werden, weil sie mit der emotionalen Last des Ereignisses sich selbst überlassen bleiben (second victim).



Die grundlegende Haltung (nicht nur) in der Analyse ist, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei ihrer täglichen Arbeit Bestmögliches leisten wollen und Fehler nicht beabsichtigen. Das Fallanalyseteam muss emotionale Begleiterscheinungen nach einem Schadensfall kennen. In der Interaktion mit den Beteiligten muss es auf emotionale Reaktionen (z. B. Tränenausbrüche im Interview, Rückzug) reagieren können. Zum Beispiel, indem es auf Hilfsangebote für beteiligte Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter hinweist oder die Befragung zum Schutz der Befragten unterbricht. Die Einrichtung muss Beteiligten auf ihre Kosten Hilfestellung (intern oder extern) anbieten, damit sie das Ereignis verarbeiten können. Zudem kann sie dem Fallanalyseteam eine Supervision gerade für diesen Aspekt seiner Tätigkeit anbieten.

Bezieht das Fallanalyseteam Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörige ein, muss es sicherstellen, dass sie nach dem Gespräch psychologisch unterstützt werden, wenn sie diese Unterstützung benötigen.

WIE UNTERSCHIEDET MAN ZWISCHEN PERSÖNLICHER VERANTWORTUNG UND VERANTWORTUNG DER ORGANISATION?

Ziel sollte es sein, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die am Ereignis beteiligt waren, fair und gleich zu behandeln. Orientierung kann der *Incident Decision Tree*²⁰ bieten. Dieses Instrument leitet durch eine Reihe von Fragen zu individuellen Handlungen, Verhaltensweisen und Motiven Beteiligter.

Die zentralen Fragen sind:

- Gibt es Hinweise für eine beabsichtigte Schädigung?
- Gibt es Hinweise, dass die Person seelisch bzw. körperlich nicht in der Lage war, richtig zu handeln?
- Gibt es Hinweise, dass die Person von vorhandenen und bewährten Prozeduren abwich und dabei ein nicht vertretbares Risiko einging?
- Gibt es Hinweise, dass eine Person gleicher Ausbildung und Erfahrung ähnlich gehandelt hätte?

Das Instrument ist eine Entscheidungshilfe, die bei der Unterscheidung zwischen individuell verursachten unerwünschten Ereignissen und organisatorischer Verantwortung helfen soll.

GEHÖRT DIE SICHERSTELLUNG VON MATERIAL UND GERÄTEN UND DEREN SICHERHEITSPRÜFUNG AUCH ZUR FALLANALYSE?

Nein, nicht zwingend. Aber sie gehört zur akuten Schadensbegrenzung und/oder forensischen Aufarbeitung unmittelbar nach Auftreten des Ereignisses. Die Sicherstellung ist eine Erstmaßnahme, um eine weitere Schädigung sofort auszuschließen. Sie kann jedoch auch zum Prozess der Fallanalyse gehören. Da eine Fallanalyse erst stattfinden kann, nachdem das Ereignis eingetreten ist, muss geregelt sein, wie involviertes Gerät und Material direkt nach der Schädigung sichergestellt wird. Dabei ist auch an elektronisches Datenmaterial zu denken, insbesondere wenn es sich um Daten handelt, die nur zeitlich begrenzt vorhanden sind, z. B. Daten aus dem intensivmedizinischen Monitoring.

²⁰ <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/meadows.pdf>

KANN ICH DAS VORGEHEN BEI DER FALLANALYSE AN DAS SETTING DER VERSORGUNG ANPASSEN?

In Versorgungseinrichtungen außerhalb des akutstationären Bereiches, z. B. Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen oder Rettungsdienst, muss das Vorgehen angepasst werden. Hier fehlt es bisher an Veröffentlichungen in der Literatur und an Foren, in denen man praktische Erfahrungen austauschen kann, um ein Vorgehen zu empfehlen, das die Besonderheiten des Settings berücksichtigt.

Notwendige Änderungen ergeben sich aufgrund anderer Voraussetzungen:

- Die Ereigniskonstellationen sind oft nicht so komplex wie im akutstationären Setting. Die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in die Fallanalyse involviert werden müssen, und die Zeitressourcen, die veranschlagt werden müssen, können dadurch geringer bzw. kürzer sein.
- Oft sind weniger Unterlagen zu sichten. Der Umfang der Patienten-/Bewohnerdokumentation und die Anzahl einrichtungsinterner Vorgabedokumenten kann geringer sein.
- Die Zusammenstellung eines Fallanalyseteams könnte überdimensioniert erscheinen. Gleichwohl kann unter Moderation einer geschulten, erfahrenen Person die Stoffsammlung zum Ereignis in einem gemeinsamen Workshop mit den Beteiligten durchgeführt werden. Gegebenenfalls werden in derselben Sitzung oder in ein bis zwei weiteren Sitzungen das Ereignis analysiert und Maßnahmen abgeleitet.

Praxisinhaberinnen bzw. Praxisinhaber, Wohnbereichsleitungen oder die Leitungen von Rettungsstellen sind gefordert, die Organisation der Fallanalyse in die Hand zu nehmen und zu entscheiden, ob das Vorgehen, das in dieser Handlungsempfehlung beschrieben ist, umsetzbar ist, oder ob Variationen dem Setting entsprechend gefunden werden müssen.

KANN EINE FALLANALYSE AUCH FÜR EREIGNISSE DURCHGEFÜHRT WERDEN, BEI DENEN MEHRERE LEISTUNGSERBRINGER (KRANKENHAUS, ARZTPRAXIS, APOTHEKE ETC.) BETEILIGT SIND?

Ereignisse, die sich über Sektorengrenzen hinweg entwickelt haben, sind eine Herausforderung für Fallanalysen. Je nach Versorgungsbereich stellen sich Fragen, für die es noch keine Antworten und wenig Praxisbeispiele gibt. Zum Beispiel:

- Wer ist für eine Analyse verantwortlich, wer soll oder muss sie leiten?
- Können Dokumente aus dem einen in einem anderen Versorgungsbereich für die Informationssammlung zugänglich gemacht werden?
- Wie sind Beteiligte erreichbar, die zu einem Ereignis befragt werden sollen?
- Was muss hinsichtlich des Datenschutzes der betroffenen Patientinnen bzw. Patienten beachtet werden?

9. FALLBEISPIEL „DIE SIEBEN SCHRITTE“

FALLBEISPIEL

Vorbemerkung: Ziel dieser Übersicht ist es, anhand eines Beispielfalles die sieben Schritte praxisbezogen zu veranschaulichen. Es besteht nicht der Anspruch, die Entstehung des Ereignisses in der gesamten Komplexität nachvollziehbar und erklärbar zu machen; die Ursachen sind vielfältiger und komplexer als hier dargestellt. Zum besseren Verständnis des Falles werden die fehlerhaften Handlungen und beitragenden Faktoren in aller Kürze aufgeführt. Es wird eine exemplarische Risikokonstellation detailliert beschrieben, um die Analyse und Maßnahmenableitung nachvollziehbar zu machen. Um jedoch die Wahrscheinlichkeit der Wiederholung des Ereignisses nennenswert zu reduzieren, müssen alle Ursachen adressiert werden. Die alleinige Umsetzung der aufgeführten Maßnahmen reicht nicht aus.

Der Fall: Spontangeburt eines asystolischen Neugeborenen ohne Tonus und Atmung, anschließend Reanimation. Nach der Stabilisierung wird das Kind auf die neonatologische Intensivstation eines Krankenhauses höherer Versorgungsstufe verlegt, wo es nach einigen Tagen verstirbt.

In der Einrichtung gibt es bereits die schriftliche Regelung, dass mit Einverständnis des Abteilungsverantwortlichen eine systematische Aufarbeitung definierter unerwünschter Ereignisse erfolgen soll. Bei Schadensereignissen muss eine Fallanalyse durchgeführt werden. Das Vorgehen zur Planung und Durchführung ist in der Regelung beschrieben. Der leitende Oberarzt der Frauenklinik, der auch der Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) der Abteilung ist, hält Rücksprache mit dem klinischen Risikomanager der Einrichtung. Der Risikomanager wird die Organisation der Fallanalyse übernehmen.

1. Schritt: Organisatorische Vorbereitung der Fallanalyse

Sichtung der bereits zur Verfügung stehenden Informationen, z. B. in der Patientenakte	Der Oberarzt und der klinische Risikomanager tragen gemeinsam die vorhandenen Unterlagen zusammen, um das weitere Vorgehen abzustimmen und herauszufinden, wer in die Analyse eingebunden werden muss.
Festlegung der Ansprechperson aufseiten der Abteilung	Der Risikomanager holt die Erlaubnis des Chefarztes zur Durchführung der Fallanalyse ein. Als organisatorischer Ansprechpartner steht ihm aufseiten der Abteilung der Oberarzt zur Verfügung.
Auswahl der Mitglieder des Fallanalyseteam	Um das Fallanalyseteam fachlich ausgewogen zusammenzustellen, wählt man folgende Klinikmitarbeiter: <ul style="list-style-type: none"> - den leitenden Oberarzt (als QMB ist er auch formal in der Durchführung der Fallanalyse ausgebildet) - den Pädiater (Sachverständiger zur Neugeborenenreanimation, unerfahren in der Fallanalyse) - den Risikomanager des Hauses (formal ausgebildet mit praktischer Erfahrung aus drei Fallanalysen) Keiner von ihnen war persönlich in den Fall involviert.
Auswahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in die Fallanalyse einbezogen werden	Von denen, die in den Fall involviert waren, werden für die Interviews ausgewählt: <ul style="list-style-type: none"> - die Hebamme - der Assistenzarzt - der Oberarzt - der Pädiater - der Chefarzt der Geburtshilfe (als indirekt Beteiligter) - der Chefarzt der Pädiatrie (als indirekt Beteiligter)
Einbeziehung der Rechtsabteilung	Die Absicht, die Fallanalyse durchzuführen, wird auch der Rechtsabteilung bekanntgegeben. Sie stimmt der Fallanalyse zu. Vonseiten der Fachabteilung war bereits ein aufklärendes Gespräch mit den Eltern zum Ablauf der Geburt und der sich ergebenden Notfallsituation geführt worden. Die Eltern haben zu dem Zeitpunkt keinen Behandlungsfehlervorwurf und daraus resultierende Anspruchsforderungen formuliert.

FALLBEISPIEL

Auswahl der Methode	Es wird festgelegt, die Analyse gemäß dem London-Protokoll durchzuführen, da der klinische Risikomanager in dieser Methode ausgebildet ist.
Ablauf- und Ressourcenplanung für die Fallanalyse	Für die Fallanalyse wird eine Dauer von drei Arbeitstagen festgelegt. Die Interviewtermine werden mit den Dienstplänen der Beteiligten abgestimmt. Festgelegt wird, dass pro Tag drei Interviews á 60 Minuten pro Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter geführt werden. Ein Puffer für zwei weitere Interviews wird eingeplant. Für den zweiten Tag wird die Begehung des Kreißsaals angesetzt (60 Minuten). Die gemeinsame Besprechung der Ergebnisse wird für den Nachmittag des dritten Tages terminiert (90 Minuten).
Genehmigung des Vorgehens	Die Krankenhausleitung befürwortet den Umfang der Analyse im Hinblick auf die Freistellung der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter und gibt das Einverständnis zur Durchführung der Fallanalyse.
Information der Beteiligten	Die Beteiligten werden über die Durchführung der Fallanalyse, den Zeitplan und ihre Rechte unterrichtet. Der Chefarzt empfiehlt ihnen ausdrücklich die Teilnahme. Da alle dazu bereit sind, muss vom Weisungsrecht kein Gebrauch gemacht werden. Die Freistellung zur Teilnahme an den Interviews wird zugesagt. Zwei Mitarbeiter bitten um die Unterstützung des Personalrats, der somit auch involviert wird.
Prüfung, ob auch mit Angehörigen gesprochen werden muss	Die Einbindung der Eltern wird nicht in Erwägung gezogen, da kein Erkenntnisgewinn zum Verlauf des Ereignisses zu erwarten ist.

2. Schritt: Vorbereitung des Fallanalyseteams

Studium der fallbezogenen Informationen	<p>Für die Einsichtnahme in die Patientenakte durch den Pädiater, der nicht in die Behandlung der Schwangeren involviert war, wird in Absprache mit dem internen Datenschutzbeauftragten die Erlaubnis erteilt, im Zuge der Fallanalyse die Akten einzusehen. Zusätzlich war durch die patientenseitig unterschriebene Datenschutzerklärung bei der Aufnahme ins Krankenhaus in die Einsichtnahme zu Qualitätssicherungszwecken eingewilligt worden.</p> <p>Nach Studium der Patientenakte und angefertigter Gedächtnisprotokolle wird der Verlauf von der Aufnahme der Schwangeren bis Eintreten des Ereignisses und Verlegung des Neugeborenen deutlich. Es zeichnen sich zwei Behandlungszeitpunkte ab, in denen das unerwünschte Ereignis gebahnt wurde. Diese waren das prä- und perinatale Management in Abhängigkeit von der CTG-Diagnostik und das Management der Reanimation.</p>
Sichtung von Standards und Leitlinien	Das Fallanalyseteam zieht bei der Vorbereitung auch die aktuellen Leitlinien zur CTG-Interpretation und Neugeborenenreanimation hinzu (z. B. die Leitlinie zur Versorgung und Reanimation von Neugeborenen, Sektion 7 der Leitlinien zur Reanimation 2010 des ERC).
Eingrenzung des Untersuchungsgebietes der Fallanalyse	Das Fallanalyseteam verständigt sich darauf, den Analysefokus auf die beiden Handlungsstränge „prä- und perinatales Management in Abhängigkeit von der CTG-Diagnostik“ und das „Management der Reanimation“ zu legen.

FALLBEISPIEL

3. Schritt: Stoffsammlung und Informationsbeschaffung

Interaktion mit den Betroffenen	<p>Aufgrund der Schwere des Ereignisses und der möglichen fehlerhaften Handlungen weniger Beteiligten soll den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern im Einzelinterview Zeit und Raum gegeben werden, ihr persönliches Erleben des Ereignisses zu schildern und ihre Meinung zur Verursachung bzw. Vermeidung des Ereignisses zu äußern. Verwendet wird ein Interviewleitfaden, in dem das Kategoriensystem des London-Protokolls als Gedächtnisstütze für das Fallanalyseteam hinterlegt ist und der gleichzeitig als Dokumentationsmedium verwendet wird. Das Fallanalyseteam einigt sich im Vorfeld, wer in welchem Interview die Mitschriften anfertigt, sodass die Aufgaben „Interviewen“ und „Dokumentieren“ auf alle Mitglieder verteilt sind und nicht gleichzeitig ausgeübt werden müssen. Der Interviewende hat die Aufgabe, durch das Gespräch zu führen, dabei auch das Kategoriensystem der beitragenden Faktoren einzubinden und die Fragen entsprechend auszurichten.</p> <p>Den Befragten werden zu Beginn des Interviews das Vorgehen und auch die rechtlichen Konsequenzen erklärt. Es wird darauf hingewiesen, dass das Interview jederzeit abgebrochen werden kann, sollten Befragte z. B. wegen der aktuellen emotionalen Belastung darum bitten. Ebenso werden die rechtlichen Begleitumstände zur Verwertbarkeit der Aussagen dargelegt (siehe Kapitel 5).</p> <p>Die Leitfragen in den Interviews sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Bitte schildern Sie aus Ihrer Sicht, was sich wann ereignet hat.“ - „Aus welchen Gründen kam es zu dem Ereignis?“ - „Was lief im Vergleich zu einem Standardablauf gut, was weniger gut?“ - „Welche Lücken zeigen sich Ihnen im sicheren Ablauf der CTG-Diagnostik / der Neugeborenenreanimation?“ - „Wie kann aus Ihrer Sicht ein vergleichbares Ereignis verhindert werden?“ - „Was möchten Sie sonst noch erzählen/beitragen?“ <p>Um folgende Rückmeldung werden die Befragten ebenfalls gebeten: „Was von dem, was Sie mir sagen, kann weitergegeben werden, was nicht?“</p>
Befragung anderer, nicht direkt am Ereignis Beteiligter	<p>Diese Interviews werden mit den Chefärzten der Geburtshilfe und der Pädiatrie geführt. Insbesondere werden Fragen zur Abteilungsstruktur, Personalführung und interdisziplinären Zusammenarbeit gestellt. Thematisiert werden z. B. das Funktionieren des Notrufsystems, die Qualität der CTG-Geräte, das übliche Vorgehen bei pathologischen CTGs, das Stattfinden regelmäßiger Fortbildungen zur CTG-Diagnostik, das Funktionieren der fachärztlichen Hinzuziehung, die Supervision durch die Ober- und Chefärzte und die Kooperation zwischen Geburtshelfern und Pädiatern.</p>
Begehung des Ereignisortes bzw. des Umfelds	<p>Nach den Interviews findet eine Begehung des Kreißsaals statt. Begutachtet werden Umgebungsfaktoren wie z. B. die Enge des Platzes für die Neugeborenenreanimation oder die Sichtbarkeit des Bedienfeldes des Beatmungsgerätes. Es wird festgestellt, dass nach dem Ereignis bereits einige Sicherheitsmaßnahmen ergriffen worden sind (z. B. das Aushängen eines Ablaufschemas zur Neugeborenenreanimation nach der aktuellen Leitlinie (schwache Maßnahme!) und die günstigere Platzierung des Beatmungsgerätes.</p>
Sichtung dokumentierter Informationen aus anderen Quellen	<p>Mit dem Wissen aus Interview und Begehung sichtet das Fallanalyseteam nun Vorgabedokumente, z. B. zur Hinzuziehung des Pädiaters zur Geburt, um herauszufinden, ob entsprechend der Vorgaben gehandelt wurde. Ebenso wird geprüft, ob wichtige Vorgabedokumente aktuell sind oder ggf. fehlen und erstellt werden müssen.</p>

FALLBEISPIEL

4. Schritt: Auswertung der gesammelten Informationen und Darstellung des Ereignisses

Strukturierte Übersicht des Ereignisses

Um das Ereignis zu rekonstruieren, werden ein Zeitstrahl und ein Zeit-Personen-Raster angelegt (s. u.). Es zeigt sich, dass bei der Neugeborenenreanimation ein Anästhesist anwesend war. Nachträglich wird nun ein Interview angesetzt, bei dem dieser Anästhesist zum Geschehen befragt wird. Die Interviews machen fehlerhafte Handlungen erkennbar:

CTG-Diagnostik:

- Zum Zustand der neu aufgenommenen Schwangeren erfolgte im interdisziplinären Team keine strukturierte Übergabe und Einschätzung.
- Nach der Aufnahme erfolgte keine kontinuierliche CTG-Aufzeichnung, die eine gute Interpretation ermöglicht hätte. Das CTG wurde immer wieder für längere Zeitspannen unterbrochen, es gab keine Aufzeichnung, die länger als 30 Minuten währte.
- 90 Minuten nach der Aufnahme war das CTG pathologisch. Nachdem der Facharzt verständigt worden war, entschied er sich gegen eine Sectio.

Reanimationsmanagement:

- Nachdem ein asystolisches, schlaffes Neugeborenes entbunden worden war, führte das Geburtsteam keine Reanimation durch, die der Leitlinie gerecht wurde.
- Es wurde vergessen, am Beatmungsgerät (Perivent) den Flow einzustellen.

5. Schritt: Auswertung der gesammelten Informationen und Fallanalyse - Analyse der Ursachen

Strukturierung und Beurteilung der Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Gesprächen

Die fehlerhaften Handlungen werden einzeln einer Ursachenanalyse unterzogen. Zur Erklärung einzelner Handlungen und des Versagens vorhandener Sicherheitsbarrieren werden z. B. die Instrumente „5-Warum-Fragen“ und das Kategoriensystem beitragender Faktoren des London-Protokolls genutzt. Zur Visualisierung der identifizierten Faktoren wird das „Ursache-Wirkungs-Diagramm“ nach Ishikawa verwendet. Ebenso wird danach gefragt, unter welchen Bedingungen der untersuchte Prozess sonst fehlerfrei abläuft.

Beispielhaft für die Verwendung der 5-Warum-Fragen wird hier das Vergessen des Einschaltens des Flows beschrieben:

Frage: „Warum wurde vergessen, den Flow am Perivent einzuschalten?“

Antwort: „Es war die erste Reanimation mit einem neuen Beatmungsgerät, das kurz vorher angeschafft worden war.“

Frage: „Warum hat man an dem Gerät den Flow nicht eingestellt?“

Antwort: „Der Arzt war zwar in das Gerät eingewiesen, sah aber in der Stresssituation den Regler für die Flow-Einstellung nicht.“

Frage: „Warum sah er den Regler nicht?“

Antwort: „Der Regler befindet sich seitlich am Gerät und nicht an der Frontseite.“

usw.

Wodurch finden Neugeborenenreanimationen sonst regelgerecht statt?

„Vertrautheit mit der Bedienung wichtiger Geräte lässt das Team in einer sicheren Arbeitsumgebung agieren.“

FALLBEISPIEL

6. Schritt: Gemeinsame Besprechung der Ergebnisse

Ablaufplanung und Vorbereitung der Aspekte der Besprechung

Zur Besprechung eingeladen werden die Befragten, die Chefärzte und die Geschäftsführung. Das Fallanalyseteam präsentiert am dritten Tag der Fallanalyse per Beamer die vorläufigen Analyseergebnisse. Der klinische Risikomanager moderiert die Besprechung.

Zunächst stellt das Fallanalyseteam die Ursachen für die mangelnde Abstimmung während der Aufnahme und der CTG-Diagnostik dar. Anschließend zeigt es die Ursachen für das misslungene Reanimationsmanagement auf und bittet die Beteiligten um Ergänzungen und Kommentare. Die Beteiligten finden sich in den Ergebnissen wieder, sodass bereits erste geeignete Maßnahmen abgeleitet werden können.

Für die beitragenden Faktoren werden Risikobewertungen durchgeführt, z. B.: „Wie hoch ist das Risiko, dass das Vergessen des Flow-Einschaltens während einer Reanimation sich wiederholt, wenn man künftig bei einem neuen Beatmungsgerät nur eine Standardeinweisung durchführt, mit dem Team aber kein Notfalltraining macht, in dem das Gerät zur Anwendung kommt?“
Eintrittswahrscheinlichkeit: 4, Schadenshöhe: 5

Risikobewertungen ermöglichen, dass diejenigen Maßnahmen abgeleitet werden, mit denen die beitragenden Faktoren, die das größte Risikopotenzial haben, reduziert werden.

Bei der Überlegung zu Maßnahmen wird auf die Klassifikation der Maßnahmenstärke geachtet. Hier ist besonders der Moderator gefordert, die Vorschläge der Anwesenden aufzunehmen und zur Diskussion bzgl. Risikoreduktion, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit zu geben.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Besprechung wählen als erforderliche Maßnahmen aus:

- Crew-Ressource-Trainings zur Stärkung der Teamkommunikation in Stresssituationen und zur Befähigung zum Eingreifen, wenn fehlerhaftes Handeln entdeckt wird
- Änderung des Formates der verpflichtenden „Standardeinweisung“ in ein Medizinprodukt, insbesondere in lebenserhaltende Geräte. Das heißt, dass zusätzlich zur Standardeinweisung eine situativ spezifische Einweisung in neue Geräte erfolgt (z. B. bei einer Notfallsimulation).

Der Moderator weist darauf hin, dass diese Maßnahmen „nur“ als mittelstarke Maßnahmen klassifiziert sind. Er bittet darum, dass hinsichtlich starker Maßnahmen überlegt werde. Da eine forcing function am Beatmungsgerät zum Auffinden des Reglers nicht unmittelbar umsetzbar ist, beschließt man, zumindest den Hersteller über die schlechte Position zu informieren. Darüber hinaus soll sichergestellt sein, dass die drei Plätze, die es in der Einrichtung für die Neugeborenenreanimation gibt, mit identischer Geräte- und Materialausstattung bestückt sind.

Zusätzlich wird als Lernerfahrung folgende Situation aufgezeigt:
Der Eintreffende Pädiater erkannte sofort, dass der Sauerstoff nicht floss und stellte ihn an. Das Eintreffen von Fachpersonal in einer Notfallsituation und deren Übernahme der Geschicke kann einer aussichtslos erscheinenden Situation eine wichtige Wendung geben, da das Fachpersonal eine komplett neue Einschätzung der Situation vornimmt.

FALLBEISPIEL

7. Schritt: Dokumentation und Übergang von der Fallanalyse in die Umsetzung der Maßnahmen

Erstellung des Fallanalyseberichtes	Der Fallanalysebericht wird anonymisiert verfasst, sodass nicht erkennbar ist, wer beteiligt war. In dem Bericht wird das Ereignis kurz beschrieben, die fehlerhaften Handlungen und im Einzelnen deren beitragende Faktoren werden erklärt. Ebenso werden das Zeit-Personen-Raster, ein Foto von der Benutzeroberfläche des Beatmungsgerätes und die aktuellen Leitlinien zur Neugeborenenreanimation in den Bericht aufgenommen. In tabellarischer Übersicht werden die abgeleiteten Maßnahmen, deren Priorisierung und deren Umsetzungsverantwortliche aufgelistet.
Übergabe des Berichtes an die Krankenhausleitung und Risikoverantwortlichen der untersuchten Abteilung	Nachdem das Fallanalyseteam gemeinsam den Bericht erstellt hat, übergibt es ihn an die Krankenhausleitung und den Chefarzt der Geburtshilfe. Damit ist es von seinem Auftrag entbunden.
Vernichtung der Aufzeichnungen im Original	Die Mitschriften werden vernichtet und über den Datenschutzmüll entsorgt.

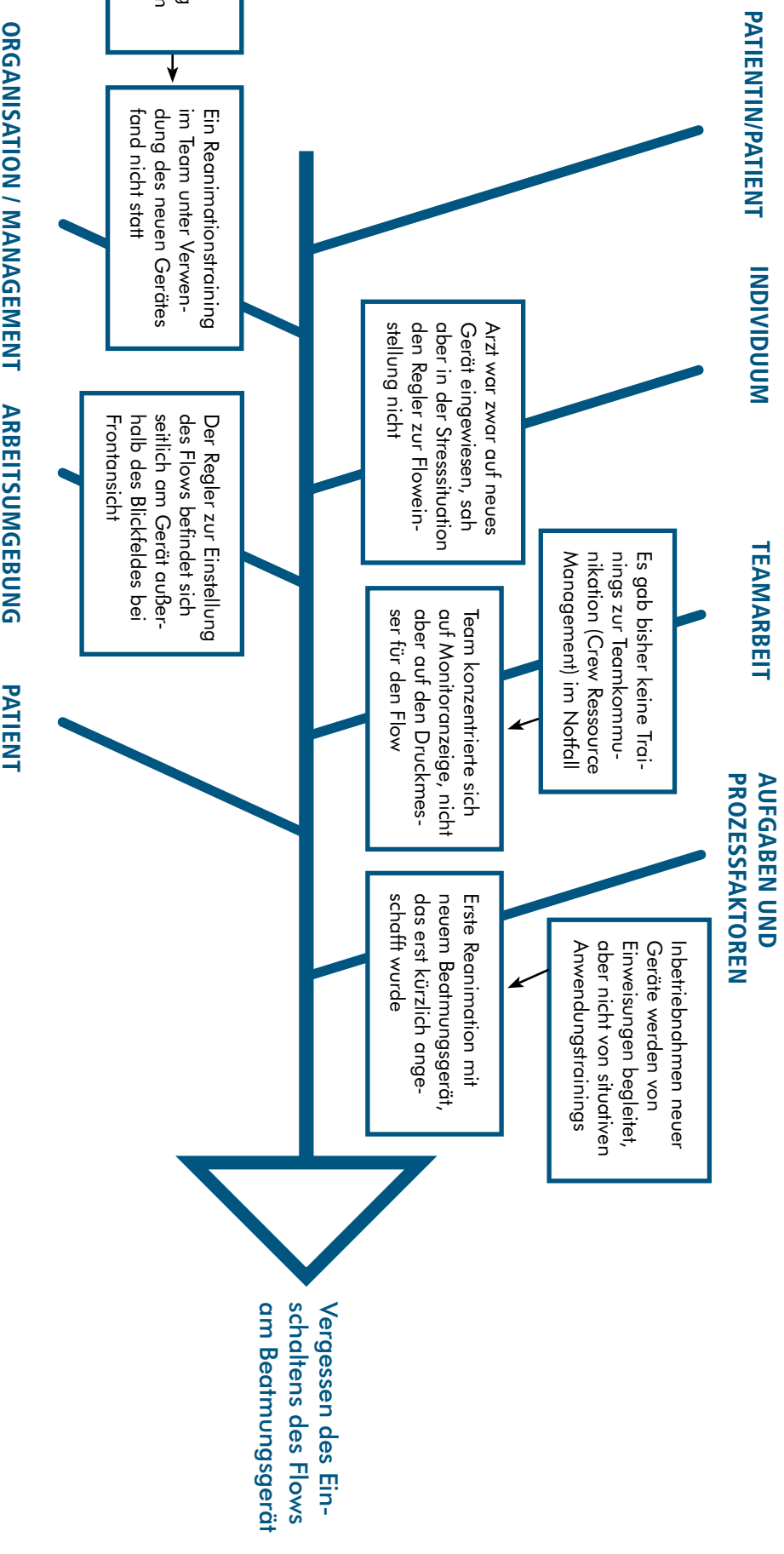
Zeitstrahl/Timeline

	18:05	18:22	18:25	19:05	19:11	19:24	19:30	19:34	19:45	19:50	19:57	19:58	20:04	20:07	20:30
Zeitstrahl der CTG-Überwachung	zu kurze CTG-Überwachung (< 30min)		keine CTG-Überwachung		CTG-Überwachung		CTG ab		CTG an, deutlich anders als vorher		Einschneiden des Kopfes		Spontangeburt		

Zeit-Personen-Raster

	18:05	18:22	18:25	19:05	19:11	19:24	19:30	19:34	19:45	19:50	19:57	19:58	20:04	20:07	20:30
Patientin			Patientin auf Toilette	Patientin im Geburtsraum		Blasensprung, grünliches Fruchtwasser, Wehentätigkeit		Patientin im Kreißbett		Einschneiden des Kopfes	Spontangeburt				
Hebammen	Aufnahme im Kreißsaal	CTG-Stopp nach 17 Minuten	Deflektionsstellung erkannt und dokumentiert, keine Arzthf; CTG-Kontrolle und Akupunktur bei anderer Patientin		erneute CTG-Anlage	Information Assistenzarzt	Diskussion Notsectio				ruft Anästhesie und Pädliater	Beginn Reanimation des Neugeborenen			
Assistenzarzt							Durchführung Sonographie, überprüft geburtsfähige Lage	Diskussion Notsectio Info Oberarzt				Beginn Reanimation, vergisst, den Flow einzuschalten			
Oberarzt								Eintreffen des Oberarztes, Entschluss zur vaginalen Geburt, Telefonat mit Pädliater wegen Stand-by, aber keine Aufforderung, dass er komme							
Pädliater													Eintreffen und Übernahme der Reanimation	Einstellen des Flow	Intubation
Anästhesist													Eintreffen	Unterstützung, Protokollierung	

Beitragende Faktoren (Fischgräten-/Ishikawa-Diagramm)



IMPRESSUM

Herausgeber

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Plattform Patientensicherheit Österreich

Expertengruppe „Fallanalyse“

Leitung: Dipl.-Psych. Angela Herold

Vertretung:

Dr. Barbara Hoffmann

Redaktionsgruppe:

Dipl.-Psych. Herold, Angela; Sozialstiftung Bamberg

Dr. Hoffmann, Barbara; Ärztekammer Berlin

Dr. Hofinger, Gesine; Team HF Hofinger, Künzer & Mähler PartG

Formann, Britta; Wiener Krankenanstaltenverbund, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Mitglieder in der EG

Bock, Rolf-Werner; Ulsenheimer Friedrich Rechtsanwälte

Dipl.-Päd. Eschkötter, Susanne; ERGO Versicherung AG

Prof. Dr. Gaidzik, Peter; Universität Witten-Herdecke

Hinke, Karin; GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH

Prof. Dr. Look, Susanne; IB Hochschule für Gesundheit und Soziales

Dipl.-Pflegerin Jahn, Brigitte; Sana Kliniken AG

Dr. Kaloud, Herbert; Plattform Patientensicherheit / Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Dr. Rall, Marcus; InPaSS – Institut für Patientensicherheit und Teamtraining GmbH

Stricker, Erick; TüPaSS – Tübinger Patientensicherheits- und Simulationstraining

Dr. Thomeczek, Christian; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Dr. van Vegten, Amanda; Universitätsspital Zürich

Weitere Mitwirkende

(u.a. Teilnehmer aus dem nicht-öffentlichen Kommentierungsverfahren für eine vorläufige Version in 2018)

Federhen, Severin; Stiftung Mathias-Spital Rheine
Dr. Frank, Olga

Jaklin, Johannes; Ecclesia Versicherungsdienst GmbH

Dr. Kletecka-Pulker, Maria; Geschäftsführerin der Plattform Patientensicherheit

Prof. Dr. Lindemann, Michael; Universität Bielefeld

Dr. Neumann, Stefan; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. Pfeiffer, Yvonne; Patientensicherheit Schweiz

Prof. Dr. Ricken, Oliver; Universität Bielefeld

Prof. Dr. Strametz, Reinhard; Hochschule Rhein-Main
Zotzl, Manfred, MSc; Patientensicherheitsexperte, Mödling

Layout und Grafik

pinger-eden.de

Titelbild

Adobe/ Nana_studio

DOI: 10.21960/202001:L

1. Auflage Februar 2020

Urheber- und Nutzungsrechte

Diese Handlungsempfehlung finden Sie zum kostenlosen Download im Internet unter **www.aps-ev.de**.

Die Broschüre ist urheberrechtlich geschützt und darf in keiner Weise, weder in der Gestaltung noch im Text verändert werden. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

Zitation

APS e.V. (2020): Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen; Berlin

Literatur

Die Quellen wissenschaftlicher Literatur, die in die Erstellung dieser Broschüre eingeflossen sind, finden Sie unter: www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/

Kommentierung

Die Dokumentation der Kommentierung finden Sie auf www.aps-ev.de/kommentierung/.

Aufforderung zum Feedback

Die APS-Handlungsempfehlungen sind Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit und bedürfen der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Anpassung. Rückmeldungen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge, Ihre Ideen und Kritik sind deshalb ausdrücklich gefragt. Diese richten Sie bitte an: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Alte Jakobstr. 81, 10179 Berlin, E-Mail: info@aps-ev.de

Danksagung

Der APS-Vorstand dankt den Mitgliedern der Expertengruppe Fallanalyse – insbesondere ihrer Leitung und Redaktionsgruppe – sowie allen Beteiligten für die Entwicklung dieser Handlungsempfehlung und das damit verbundene Engagement.

