

Safety Clip: Die retrospektive Fallanalyse – Ein Instrument zur Aufarbeitung von Schadenfällen in der Medizin



Die retrospektive Fallanalyse ist ein Instrument des klinischen Risikomanagements (kRM). Das Verfahren dient der Identifizierung von fehlerhaften Vorgängen und latenten Ursachen, die an der Entstehung eines Patientenschadens beteiligt waren oder die zur Einschränkung der Patientensicherheit geführt haben. Eine systematische Aufarbeitung von Schadenfällen in Gesundheitseinrichtungen mit allen an der Behandlung Beteiligten führt zur Kenntnis aller ursächlichen Faktoren und deren inhärentem Gefahrenpotential. Die Ergebnisse aus der Fallanalyse ebnen den Weg zur Veränderung der systemischen und prozessualen Strukturen hin zu sicheren Abläufen der Patientenbehandlung. Es wird die Grundlage dafür gelegt, dass den Fehlerpotentialen entgegengewirkt werden kann und die Eintrittswahrscheinlichkeit für unerwünschte Ereignisse gesenkt wird.

Definition „Sentinel Event“

Eine Fallanalyse eignet sich vor allem für die Aufarbeitung von „Sentinel Events“, also Ereignissen, deren schädigende Auswirkungen auf den Patienten noch während der Behandlung offenbar werden. Die Definition eines „Sentinel Event“ lautet:

Ein „Sentinel Event“ ist ein unerwarteter Vorfall aufgrund von System- oder Prozessmängeln, der zum Tod eines Patienten führt oder aber zu einem größeren, andauernden Funktionsverlust. Hierbei handelt es sich um sensorische, motorische, physiologische oder psychologische Beeinträchtigungen, die bei Beginn der Behandlung nicht vorhanden waren. Die Beeinträchtigung dauert mindestens zwei Wochen an und kann nicht auf andere Ursachen zurückgeführt werden (Definition der CCHSA, Canadian Council on Health Service Accreditation, [1], Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin).

Tabelle 1 zeigt beispielhafte Vorfälle, die als „Sentinel Event“ klassifiziert werden können.

Tab. 1: Typische Sentinel Events

Kategorie	Beispiele
Chirurgische / anästhesiologische Ereignisse	Operation des falschen Patienten Operation der falschen Seite Vergessen eines Fremdkörpers im Körper Todesfall während oder unmittelbar nach der Operation Hypoxie nach Narkosezwischenfall
Ereignisse bei der Anwendung von Medizinprodukten	Verwendung von kontaminierten Arzneimitteln, Geräten und Produkten Zweckentfremdeter Gebrauch von Geräten / Produkten

Vernachlässigung der Patientenbeaufsichtigung	Tod oder Verletzung des Patienten nach unbemerktem Verlassen des Krankenhauses Suizidversuch eines Patienten Selbst- und fremdgefährdende Handlungen des Patienten
Ereignisse aufgrund von Umgebungsfaktoren	Tod oder Verletzung des Patienten durch Brand, Sturz, Hindernisse etc.
Ereignisse während der Behandlung und Pflege	Komplikationen durch nosokomiale Infektionen Transfusionszwischenfälle Medikationszwischenfälle Behandlungsverzug
Kriminelle Ereignisse	Entführung eines Patienten/Neugeborenen Sexuelle Übergriffe auf Patienten

Unterschied zwischen einer retrospektiven Fallanalyse und einer versicherungsrechtlichen Schadenbearbeitung

Die versicherungsrechtliche Bearbeitung eines Schadenfalles klärt die Frage, ob Schadensersatzansprüche gegeben sind. Dabei werden vorwiegend die Handlungen der involvierten Personen betrachtet. Anhand deren Stellungnahmen, der Sichtung der Dokumentation in der Patientenakte und der gutachterlichen Einschätzung zur Einhaltung des gebotenen medizinischen Standards soll dann die Haftungsfrage geklärt werden. Der Fokus liegt auf der Beurteilung des individuellen Fehlverhaltens und der Einschätzung, ob fahrlässiges oder vorsätzliches Fehlverhalten vorliegen. Die Schadenbearbeitung zielt nicht auf die Vermeidung einer Wiederholung ab und ist als Aufarbeitung eines Falles unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit unzureichend.

Eine Aufarbeitung des Ereignisses zugunsten der Patientensicherheit kann mittels der Fallanalyse geschehen. Im Unterschied zur versicherungsrechtlichen Bearbeitung geht es nicht um die Ermittlung der Schuldfähigkeit, sondern um Darlegung von systemischen Schwachstellen, die Fehlhandlungen eines Individuums bedingen und veränderbar sind.

Nach Auftreten eines Schadensereignisses entsteht der Impuls aller Beteiligten, danach zu fragen, WER das Ereignis verursacht hat. Die Konzentration aller richtet sich auf das Individuum als einzige Fehlerquelle, da dessen Handlungen sichtbar sind. Dieses „offensichtliche“ Wissen führt häufig zu rein personellen Konsequenzen, z. B. Abmahnungen, Trennung vom Mitarbeitenden in der Annahme, dass die Fehlerquelle damit behoben sei oder das Vorkommnis ein Einzelfall war. Ohne gezielte Fallanalyse bleibt man jedoch in Unkenntnis der zur Fehlleistung beitragenden Faktoren. Die Gefahrenkonstellation, die sich im Vorfeld des Ereignisses bildete, bleibt unsichtbar und damit ein Gefährdungsfaktor für die Zukunft.

Die Leitfragen „WIE ist es passiert?“ und „WARUM ist es passiert?“ führen in der Fallanalyse über die Sicht auf Einzelpersonen hinaus und lenken den Blick auf die latenten Risikofaktoren. Anhand einer Ursachenermittlung, die einer Analysemethodik folgt (z. B. London Protocol 2), werden die praxisrelevanten Schwachstellen aufgedeckt und aus den Ergebnissen risikopräventive Empfehlungen zur Änderung der klinischen und organisatorischen Praxis abgeleitet.

Zu Beginn einer retrospektiven Fallanalyse steht immer die Rekonstruktion des Ereignisherganges. Der Fokus liegt auf der Darlegung der zum Schaden führenden Fehlhandlungen und kritischen Ereignisse. Optional können zusätzlich auch die Abläufe, die ab Eintreten des Schadensereignisses folgen, betrachtet werden (z. B. Funktionieren des Notfallmanagements zur Bewältigung der Schadensfolgen). In einem Beispielfall erfolgte die Reanimation eines operierten Patienten am dritten postoperativen Tag zeitgerecht und erfolgreich. Die Fallanalyse zu dem Ereignis ergab jedoch Hinweise auf fehlende postoperative Standards zur Kontrolle von Laborparametern (z. B. Hämoglobin) und mangelhafte Dokumentation des postoperativen Verlaufs. Dies bewirkte die Unterlassung der Anordnung von postoperativen Blutkontrollen und das Übersehen eines kritischen Hb-Abfalls.

Eine Aufgabe bei der Erforschung der Fehlergenese ist es, den Ereignishergang so zu rekonstruieren, dass die medizinischen Entscheidungen oder Handlungen, die unmittelbar zu einem unerwünschten Ereignis geführt haben, nicht isoliert als klinische Fehleinschätzung oder Fehlhandlung im Raum stehen. Es soll im Ergebnis deutlich werden, dass hinter jeder medizinischen Handlung und Entscheidung auch beitragende Faktoren wirken, die eine Fehleinschätzung bedingen. Die Aufmerksamkeit soll deshalb während der Fallanalyse auf der Erfassung und Behebung der Grundursachen liegen und nicht nur auf der Beseitigung der Schadensfolgen.

Die Voraussetzungen für die Durchführung einer Analyse sind:

- Erteilung eines Auftrags durch die Krankenhausgeschäftsführung
- Aufschieben des Reflexes der zeitnahen Schuldzuweisung, bis Klarheit über die vielschichtigen und auch personenunabhängigen Determinanten des Ereignisses herrscht
- Entkopplung von disziplinarischen und sanktionierenden Maßnahmen
- Ausstattung des Analyseteams mit Ressourcen
- Bereitschaft, auf allen Ebenen Änderungen zur Risikominderung vorzunehmen

Ablauf der Analyse

Nach dem Entschluss zur Durchführung einer Analyse wird ein ca. 3-köpfiges, interprofessionelles Analyseteam zusammengestellt, das den Auftrag zur Analyse erhält. Die Personen bewahren sich eine Unabhängigkeit gegenüber dem Ereignis und den beteiligten Mitarbeitern, um eine unverzerrte Sicht auf die Verläufe

vornehmen zu können und valide Ergebnisse zu produzieren. Gegebenenfalls sind dazu auch externe Berater, z. B. Risikoberater, hinzuzuziehen.

Die Datensammlung erfolgt durch das Führen von Interviews mit den Beteiligten, durch Sichtung der Patientenakte und ggf. Begehung des Umfeldes, in dem das Ereignis geschah (z. B. involvierte Gerätschaften, zusätzliche Risikoquellen). Die Aufbereitung der Ergebnisse erfolgt anhand von Strukturierungshilfen, für die einige Methoden zur Verfügung stehen (z. B. Barrierenanalyse, Zeit-Personen-Raster, Ishikawa-Modell).

Als Grundprinzip gilt, dass zwischen „Fehlerhaften Handlungen / Unterlassungen“ und „beitragenden Faktoren“ unterschieden wird, wie es im Modell von Charles Vincent (Abb. 1) dargelegt ist.

Abb. 1: Modell der Fehlerentstehung [2]



In einer gemeinsamen Besprechung, bei der alle am Ereignis Beteiligten zusammenkommen, werden die Schadensursachen unter Moderation des Analyseteams vorgestellt, diskutiert und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen beschlossen. Die Erfahrung in der Durchführung von Fallanalysen zeigt, dass jeder involvierte Mitarbeitende von Selbstvorwürfen geplagt ist. In der gemeinsamen Fallaufarbeitung entsteht eine erweiterte Sicht auf die Schadensgenese, in der jeder Mitarbeitende seinen Einfluss auf den Schadenhergang in seiner Tragweite besser erkennen kann. Ebenso wird deutlich, wo andere Personen und Ursachen die Fehlerentstehung mitgebahnt haben. Ein Konsens und gleichermaßen geteiltes Wissen über die Schadensursachen kann somit entstehen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass jeder Einzelne erkennt, an welcher Stelle im Arbeitsprozess er in der Verantwortung für eine sichere Behandlung steht.

Chancen im Risikomanagement

- Die Anwendung eines methodischen Grundkonzeptes der Fallanalyse produziert urteilsfähige Ergebnisse, d. h. risikorelevante Präventionsmaßnahmen, die struktur- und prozessorientiert sind (Maßnahmenplan).
- Das Bewusstsein der beteiligten Mitarbeitenden über weitreichende Auswirkungen des eigenen Handelns (Prozess-Sicht) wird generiert.
- Wissen und Sprechen aller Beteiligten über den Fall führt zu einer Reduktion der emotionalen Belastung durch den Schadenfall.
- Die Kenntnis über Sicherheitslücken und die Sensibilisierung bezüglich fehlerbegünstigender Strukturen und Prozesse fördert die Motivation, Veränderungen einzuleiten.
- Die Analyseergebnisse schaffen eine Wissensgrundlage, die in der Auseinandersetzung mit dem geschädigten Patienten für eine klärende Kommunikation sorgen kann.

Literatur

[1] http://www.cchsa.ca/upload/files/pdf/Patient%20Safety/GuideForSentinelEvents_e.pdf

[2] S. Taylor-Adams & C. Vincent (2004): Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Safety Research Unit. Imperial College London, Department of Surgical Oncology and Technology 10: 211-220.