

Safety Clip: NEVER EVENTS – Fehler, die nie passieren dürfen



Fallskizze

Ein Patient, der nach einem Motorradunfall chirurgisch versorgt wurde, tritt seine Reha-Behandlung an. Ein Riss des rechten Plexus brachialis, den der Patient bei dem Unfall davontrug, hat einen Dauerschaden in Form einer Paralyse und eines Sensibilitätsverlustes im Arm zur Folge. Am ersten Tag seines Aufenthalts in der Reha-Klinik legt der Patient beim Duschen seinen bewegungslosen linken Arm auf der Wasserarmatur ab. Er spürt nicht, dass der gefühllose Arm auf dem Heißwasserzulauf liegt. Als Resultat zieht er sich eine Verbrennung zweiten Grades am linken Unterarm zu und muss die Reha-Behandlung bis zur Ausheilung der Wunde aussetzen.

Es ist streitbar, ob man hier tatsächlich von einem Fehler der Reha-Klinik sprechen kann, zumal der Patient zum Zeitpunkt des Vorfalls in seiner pflegerischen Versorgung bereits wieder selbstständig war. Nichtsdestoweniger: Der Fall wirft die Frage auf, ob das Klinikpersonal per se alle Gefahren identifizieren und unschädlich machen muss, oder ob es, wie im oben skizzierten Fall, davon ausgehen kann, dass sich Patienten der typischen Gefahrenquellen bewusst sind.

Der wegen seiner Verletzung notwendig gewordene Behandlungsaufschub führt aus Sicht des Patienten zu einer Verzögerung seiner weiteren Genesung. Eine solche Konstellation birgt Klagepotenzial: Womöglich erhebt der Patient nun gegen die Klinik Vorwürfe wegen mangelnder Absicherung von Gefahrenquellen. Dann wäre die Klinik in der Pflicht, sich Maßnahmen zur Risikobeseitigung zu überlegen und diese umzusetzen.

Wie kann man vermeiden, dass Patienten während ihres Aufenthalts in einer Reha-Klinik bei der Körperhygiene Verbrennungen erleiden? Auf welchem Weg können Patienten in einer Reha-Klinik über potenzielle Gefahrenquellen in Kenntnis gesetzt werden? Welche Hinweise brauchen Patienten, um Selbstgefährdungen auszuschließen? Stellt man sich Fragen wie diese, lassen sich Ideen zur Beseitigung von Risiken im klinischen Alltag generieren. Man macht sich Gedanken, wie man sie vorher mitunter nicht gedacht hat, und erkennt, dass Präventionsmaßnahmen gegen akzidentielle Verbrennungen bisher nicht hinreichend etabliert waren.

Never Events

Der hier skizzierte Beispielfall ist – obwohl hinsichtlich der Vermeidbarkeit vonseiten der Klinik durchaus diskutabel – als typisches **Never Event**, also als **ein Ereignis, das nie passieren darf**, zu werten.

Das amerikanische *National Quality Forum* klassifizierte und veröffentlichte Never Events erstmalig im Jahr 2001; 2006 und 2012 folgten Aktualisierungen [1, 2]. Definiert wurden Ereignisse in sieben Kategorien. Um als Never Event klassifiziert zu werden, muss ein Ereignis im Zusammenhang mit einer Behandlung oder einem Krankenhausaufenthalt stehen, sich schwerwiegend auf den Patienten auswirken und als vermeidbar gelten. Ein weiteres Kriterium ist, dass die Ursachen des Ereignisses gegenüber dem öffentlichen Interesse schwer zu rechtfertigen sind, da immer ein Verschulden der Klinik zu vermuten ist.

In der Vielzahl von Behandlungsfehlerarten sind Never Events eine umgrenzte Kategorie. Bei ihnen handelt es sich um unerwünschte Ereignisse (adverse events) [3], die klar identifizierbar und messbar sind [4].

Eine Übersicht über die Kategorien und beispielhafte Never Events sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Tab 1: Beispiele für Never Events

Kategorie Never Event	Beispiel-Event
Chirurgische Ereignisse	Operation auf der falschen Seite/am falschen Patienten falsche Operation vergessener Fremdkörper intra- oder postoperativer Tod eines ASA I – klassifizierten Patienten
Ereignisse bei Anwendung von (Medizin-) Produkten und Materialien/Geräten	Tod oder Verletzung durch kontaminierte Produkte/Geräte Tod oder Verletzung durch Zweckentfremdung von Medizinprodukten
Ereignisse aufgrund mangelnden Patientenschutzes	Suizid während des Krankenhausaufenthaltes Übergabe eines (betreuten) Patienten an nicht-autorisierte Personen
Ereignisse in der medizinischen Versorgung	Tod oder Verletzung durch Medikationsfehler Tod oder Verletzung durch Transfusion falscher Blutkonserven Tod oder Verletzung durch Sturz Tod der Mutter während der Schwangerschaft oder während der Geburt bei risikoarmer Schwangerschaft Tod oder Verletzung durch Verlust einer unwiederbringlichen Gewebeprobe
Ereignisse durch Umwelteinflüsse	Tod oder Verletzung durch Verbrennung
Ereignisse in der Radiologie	Tod oder Verletzung durch metallischen Gegenstand im MRT
Kriminelle Ereignisse	Entführung eines Patienten sexuelle Übergriffe Behandlung durch eine Person, die nur vorgibt, die Behandlungsqualifikation zu besitzen

Umgang mit Kosten durch Never Events

Aus den USA liegen Daten über Kosten vor, die von Never Events verursacht werden. Private amerikanische Krankenversicherer haben acht Never Events selektiert, bei deren Eintreten sie dem verursachenden Krankenhaus die Kosten für eine wegen des Ereignisses notwendig werdende Folgebehandlung des Patienten nicht erstatten. Die entsprechenden Events sind in den Behandlungsverträgen mit Krankenhäusern festgelegt [5]. Zu ihnen gehören u. a.:

- Folgen der falschen Administration von Blutkonserven (falsche Blutgruppe)
- Medikamentenverabreichungen, die zum Tod oder zu einem Folgeschaden geführt haben
- Operationen auf der falschen Körperseite

Auch die staatliche Krankenversicherung für ältere und behinderte US-Bürger, Medicare, verweigert den Hospitälern die Kostenerstattung bei Auftreten eines Never Events während der Behandlung. Die Medicare listet weit mehr nicht erstattungsfähige Never Events auf als die privaten Krankenversicherer in den USA, darunter z. B.:

- katheterassoziierte Infektionen
- Verbleib von Fremdkörpern in situ
- Auftreten von Dekubiti
- Verletzungen, die während des Behandlungsaufenthalts erworben wurden

Eine Studie, im Rahmen derer Arzthaftpflichtschäden der Jahre 1990 bis 2010 untersucht wurden, brachte zu Tage, dass die Versicherer in diesem Zeitraum für Never Events 1,3 Billionen Dollar aufgewendet haben. 6,6 % der betroffenen Patienten waren damals infolge des Never Events gestorben, 59,2 % hatten eine vorübergehende Schädigung erlitten [6].

Risikomanagement

Wenn sich ein Never Event realisiert, ist dies mit viel Leid für den betroffenen Patienten verbunden. Erste Priorität im Risikomanagement eines Krankenhauses muss daher das Bestreben sein, Never Events zu vermeiden. Ist trotz Vermeidbarkeit ein Never Event eingetreten, sollte das Ereignis – z. B. durch eine retrospektive Fallanalyse – im Nachgang sachlich und neutral aufgearbeitet und seine Entstehung abgeklärt werden. Die identifizierten Ursachen sind als Risiken zu bewerten und zu beheben.

Dem Patienten gegenüber schuldet man Ehrlichkeit und Transparenz hinsichtlich des Geschehnisses und seiner Auswirkungen. Verlangt der Patient Erklärungen, ist jeder Behandelnde laut Patientenrechtegesetz zur Offenheit verpflichtet und hat dem Patienten Auskunft über den Ereignisverlauf zu geben, freilich ohne ein Schuldeingeständnis machen zu müssen.

Eine Risikoanalyse mit Fokus auf Never Events klärt, wie wahrscheinlich der Eintritt von Never Events in der Krankenhauspraxis ist. Den so identifizierten Risikofaktoren, die zur Entstehung von Never Events beitragen, lässt sich dann gezielt mit präventiven Maßnahmen entgegenwirken.

Die Reha-Klinik im eingangs skizzierten Fall beispielsweise könnte die erneute Verbrühung eines Patienten in der Dusche vermeiden, indem sie den Gefahrenquellen wie folgt begegnet:

- Warnschild an den Armaturen
- Ermittlung von Sensibilitätsstörungen des Patienten bei der Anamnese
- Aufklärung des Patienten über Verbrennungsgefahr (insbesondere wenn ein Sensibilitätsverlust vorliegt)

Literatur

- [1] National Quality Forum, Serious Reportable Events in Health Care 2006 update, A Consensus Report
- [2] http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx
- [3] <http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/>
- [4] <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=3>
- [5] Hammaker D.K., 2011, Health Care Management and the Law – Principles and Applications, *Improving Patient Safety and Quality of Health Care*, Kapitel 23, Delmar
- [6] Methsun W.T., 2013, Surgical never events in the United States, *Surgery*, Vol. 153, Issue 4, Pages 465-472

Herold A. Safety Clip: Risikokennzahlen in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2015 Mai; 5(05): Artikel 03_02.