

01.06.2013 **Safety Clip**

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

A. Herold



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 n
Ursachen zurückgeführt werden (Definition der CCHSA
Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin).

Tabelle 1 zeigt beispielhafte Vorfälle, die als „Sentinel I

Tab. 1: Typische Sentinel Events

Kategorie	Be
Chirurgische / anästhesiologische Ereignisse	O O Ve To Hy
Ereignisse bei der Anwendung von Medizinprodukten	Ve ur Zv
Vernachlässigung der Patientenbeaufsichtigung	To Ve Su Se
Ereignisse aufgrund von Umgebungsfaktoren	To Hi
Ereignisse während der Behandlung und Pflege	Ko Tr M Be
Kriminelle Ereignisse	Er Se

Unterschied zwischen einer retros
versicherungsrechtlichen Schaden

Die versicherungsrechtliche Bearbeitung eines Schadens sind. Dabei werden vorwiegend die Handlungen der in der Sichtung der Dokumentation in der Patientenakte gebotenen medizinischen Standards soll dann die Haftung des individuellen Fehlverhaltens und der Einschätzung Schadenbearbeitung zielt nicht auf die Vermeidung ein dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit unzureichend

Eine Aufarbeitung des Ereignisses zugunsten der Patienten Unterschied zur versicherungsrechtlichen Bearbeitung um Darlegung von systemischen Schwachstellen, die Fehler sind.

Nach Auftreten eines Schadensereignisses entsteht der verursacht hat. Die Konzentration aller richtet sich auf sichtbar sind. Dieses „offensichtliche“ Wissen führt häufig Trennung vom Mitarbeitenden in der Annahme, dass der Einzelfall war. Ohne gezielte Fallanalyse bleibt man jedoch Die Gefahrenkonstellation, die sich im Vorfeld des Ereignis Gefährdungsfaktor für die Zukunft.

Die Leitfragen „WIE ist es passiert?“ und „WARUM ist es Einzelpersonen hinaus und lenken den Blick auf die latent einer Analysemethodik folgt (z. B. London Protocol 2), heraus aus den Ergebnissen risikopräventive Empfehlungen zu abgeleitet.

Zu Beginn einer retrospektiven Fallanalyse steht immer der Darlegung der zum Schaden führenden Fehlhandlung auch die Abläufe, die ab Eintreten des Schadensereignis Notfallmanagements zur Bewältigung der Schadensfolgen operierten Patienten am dritten postoperativen Tag ze jedoch Hinweise auf fehlende postoperative Standards mangelhafte Dokumentation des postoperativen Verlauf postoperativen Blutkontrollen und das Übersehen einer

Eine Aufgabe bei der Erforschung der Fehlergenese ist medizinischen Entscheidungen oder Handlungen, die nicht isoliert als klinische Fehleinschätzung oder Fehler dass hinter jeder medizinischen Handlung und Entscheidung Fehleinschätzung bedingen. Die Aufmerksamkeit soll auf Behebung der Grundursachen liegen und nicht nur auf

Die Voraussetzungen für die Durchführung einer Analyse

- Erteilung eines Auftrags durch die Kranl
- Aufschieben des Reflexes der zeitnahen
vielschichtigen und auch personenunat
- Entkopplung von disziplinarischen und
- Ausstattung des Analyseteams mit Reso
- Bereitschaft, auf allen Ebenen Änderun

Ablauf der Analyse

Nach dem Entschluss zur Durchführung einer Analyse zusammengestellt, das den Auftrag zur Analyse erhält dem Ereignis und den beteiligten Mitarbeitern, um ein valide Ergebnisse zu produzieren. Gegebenenfalls sind

Die Datensammlung erfolgt durch das Führen von Inte und ggf. Begehung des Umfeldes, in dem das Ereignis (Risikoquellen). Die Aufbereitung der Ergebnisse erfolgt Verfügung stehen (z. B. Barrierenanalyse, Zeit-Personen

Als Grundprinzip gilt, dass zwischen „Fehlerhaften Har unterschieden wird, wie es im Modell von Charles Vinc

Abb. 1: Modell der Fehlerentstehung [2]



In einer gemeinsamen Besprechung, bei der alle am Ereignis Beteiligten anwesend sind, werden die Schadensursachen unter Moderation des Analyseteam diskutiert und Verbesserungsmaßnahmen beschlossen. Die Erfahrung der involvierten Mitarbeitenden von Selbstvorwürfen geplagt zu sein, eröffnet eine erweiterte Sicht auf die Schadensgenese, in der jeder Mensch seine Rolle und Tragweite besser erkennen kann. Ebenso wird deutlich, dass die Verantwortung mitgebahnt haben. Ein Konsens und gleichermaßen gelebte Regeln entstehen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass jeder Mensch Verantwortung für eine sichere Behandlung steht.

Chancen im Risikomanagement

- Die Anwendung eines methodischen Grundsatzes führt zu urteilsfähige Ergebnisse, d. h. risikorelevante Ergebnisse, die prozessorientiert sind (Maßnahmenplan)
- Das Bewusstsein der beteiligten Mitarbeitenden, dass ihr eigenes Handeln (Prozess-Sicht) wird gelebt
- Wissen und Sprechen aller Beteiligten über die emotionalen Belastung durch den Schaden
- Die Kenntnis über Sicherheitslücken und fehlerbegünstigender Strukturen und Prozesse einzuleiten.

- Die Analyseergebnisse schaffen eine Wi dem geschädigten Patienten für eine kl

Literatur

[1] <http://www.cchsa.ca/upload/files/pdf/Patient%20S>

[2] S. Taylor-Adams & C.Vincent (2004): Systems analysi
Research Unit. Imperial College London, Departmer

Herold A. Safety Clip: Die retrospektive Fallanalyse. Passion Chirurgie. 2013 Juni; 3(06): Artikel 03_01.

Autor des Artikels



Angela Herold

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH, München
Werner-Eckert-Str. 11
81829 München

[> kontaktieren](#)