

# f&w

**führen und wirtschaften im Krankenhaus**

Ein Magazin für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen



In dieser Ausgabe:

**Bonner Gesetzgebungsverfahren**

**Privatfinanzierung von  
Krankenhäusern**

**Die pädiatrische Klinik**

**Prozeßabläufe in der klinischen  
Patientenversorgung**

**Facility-Management:**

**Der neue 6-Milliarden-Markt der  
Dienstleister**

# Incident Reporting

## Zwischenfallerfassung zur Bewußtmachung, Steuerung und Reduzierung klinischer Risiken

P. Gausmann, Dr. R.-M. Schmitz

**Z**wischenfälle im Krankenhaus sind alltäglich. Sie ereignen sich unplanmäßig und werden unregelmäßig mehr oder weniger kritisch reflektiert. Anlässlich der täglichen Visite, der täglichen Stationsübergabe oder turnusgemäß stattfindender Abteilungs-sitzungen werden einzelne Vorfälle zwar zur Diskussion gestellt, eine differenzierte Analyse erfolgt dabei allerdings nach dem Zufallsprinzip. Die verantwortlichen Beteiligten sind zudem häufig dienstplanbedingt nicht zugegen. Liegt ein Ereignis länger zurück, so verwischen sich in der Reflexion die Ursachen.

Eine institutionalisierte kontinuierliche Erfassung von Zwischenfällen und Beinahe-Schäden ersetzt Spekulation durch Demonstration. Beschreibungen von irregulären Vorfällen mit potentiellem Schadensrisiko liegen dem therapeutischen Team unmittelbar vor und können offensiv und strategisch genutzt werden.

**Hier zeigt sich der präventive Charakter eines Incident Reporting als Frühwarnsystem innerhalb eines Risiko-Management-Konzeptes, das es ermöglicht, Risiken „ohne Schadenserfahrung“ zu identifizieren. Risiko-Management ist dabei nicht mehr und nicht weniger als operationalisiertes Qualitäts-Management und leistet einen wesentlichen Beitrag zur vielzitierten, aber bisher nur selten umgesetzten kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.**

Zwischenfallerfassung ist elementarer Bestandteil eines Qualitäts- und Risiko-Management-Systems

Jeder Kliniker weiß aus praktischer Erfahrung, welchen Stellenwert Zwischenfälle in der medizinisch-pflegerischen Versorgung im Krankenhaus haben: *„Sie passieren – aber hoffentlich nur dem Kollegen, und wenn schon mir selbst, dann soll es möglichst keiner merken“* (wörtliches Zitat eines Fachkrankenpflegers einer kardiologischen Intensivstation im Interview mit einem Risiko-Berater).

Ein Zwischenfall ist definiert als jeder irreguläre Vorfall oder Fehler bei der Leistungserstellung im Krankenhaus, der zur Verletzung einer Person oder zur Sachbeschädigung führt oder führen könnte. Eine systematische Erfassung von potentiellen Fehlern und Gefahren dient der Analyse interner Arbeitsabläufe und deren Risiken und kann als effizientes Instrument des internen Qualitäts-Managements genutzt werden. Im weiteren Sinne ist allerdings schon jeder Vorfall, der eine mißbilligende Reaktion eines Patienten oder eines Angehörigen zur Folge hat, als Zwischenfall zu werten.

Die Erfahrung aus der Regulierung von Haftpflichtschäden zeigt, daß in der Begründung von Anspruchsstellungen der Patienten neben dem Behandlungsfehler als Hauptvorwurf banale Ereignisse benannt werden (zum Beispiel: Schimmel am Deckel eines Joghurtbechers,

Wartezeiten auf einen Untersuchungstermin im kalten Krankenhausflur), die eine eher allgemeine Unzufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt zum Ausdruck bringen und die Bereitschaft zur Klage fördern können.

Incident Reporting als Frühwarnsystem ist wesentliches Element eines Risk-Management-Systems einer Klinik. Das wiederum ergänzt und vervollständigt ein klinikübergreifendes QM-Modell (Abb. 1).

Während sich Qualitätssicherung und -kontrolle im herkömmlichen Sinne auf eine Prüfung von Standards und Richtlinien stützt und unerwünschte Ergebnisse retrospektiv aufarbeitet, **nutzt ein systematisches Risk-Management prospektiv statistische Profile und Ergebnisse aus schadensverursachenden Prozessen zur Prävention.**

Hierzu ist in der Regel externes Know-how eines Risiko-Management-Beraters nötig. Ein Incident Reporting-System wiederum vervollständigt die vorangegangenen Aktivitäten einer Risiko-Profilierung und ermöglicht es der jeweiligen Klinik, ohne externe Unterstützung Fehlerquellen und Risiken zu erkennen und zu steuern.

Die beschriebenen Effekte können allerdings nur erzielt werden, wenn dafür eine interne Kultur der Offenheit, des Vertrauensschutzes und der Vermeidung gegenseitiger Schuldzuweisung vorhanden ist. Es geht nicht darum, Fehler zu suchen und die dafür Verantwortlichen zu

benennen, sondern Zwischenfälle mit und ohne Schadensfolge als Potential für die Verbesserung der Patientenversorgung zu nutzen.

Das BMG fördert Incident Reporting im Rahmen des Demonstrationsprojektes Qualitäts-Management

Erste Kliniken in Deutschland können zwischenzeitlich auf eine mehrjährige Erfahrung mit einem klinikinternen Zwischenfallmelde-system zurückblicken. Hier sind insbesondere die Kliniken der Barmherzigen Brüder Trier e.V. zu nennen. Dieser Krankenhausverbund hat sich jüngst mit seinem QM-Gesamtkonzept für die Förderung im Demonstrationsprojekt des BMG „Qualitäts-Management im Krankenhaus“ qualifizieren können. Mit einer modellhaften Erprobung verschiedener Konzepte soll der Nachweis erbracht werden, daß sich die Einführung von Qualitäts-Management für den Leistungserbringer unter Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsaspekten lohnt sowie für die Patienten, Kostenträger und weitere Kunden des Krankenhauses eine eindeutige Qualitätssteigerung mit sich bringt. Das Gesamtmodell ruht auf mehreren Säulen. Das durch die GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung entwickelte und etablierte Risiko-Management-System als eine der Säulen beinhaltet die Zwischenfallanalyse.

Der klinische Alltag ist das Forum für Incident Reporting

Ein System der Zwischenfallanalyse ist sinnvollerweise klinikübergreifend zu installieren. Immer dann, wenn Akzeptanzprobleme bei den Mitarbeitern zu erwarten sind, hat sich eine mehrstufige Umsetzung auf der Ebene medizinischer Fachabteilungen bewährt. In diesem Sinne sind zum Beispiel in der Fachabteilung Chirurgie die Leistungseinheiten Pflegestationen, Ambulanzen sowie Operationssaal in ein Zwischenfallmeldesystem mit einzubeziehen. Zu beteiligen sind generell alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams, also neben



Abb. 1



Abb. 2

den Ärzten und dem Pflegepersonal auch Physiotherapeuten und ärztliches Assistenzpersonal. Jeder Zwischenfall wird von dem unmittelbar beteiligten Mitarbeiter dokumentiert, wobei zum jeweiligen Vorfall kurz notiert wird, was vorgefallen ist und wo sich der Zwischenfall ereignet hat. Wenn

möglich, sind darüber hinaus Gründe und Ursachen für den Zwischenfall zu protokollieren. Die Zwischenfallberichte werden anonym erfaßt. Personalien der Patienten sowie der erfassenden Person werden grundsätzlich nicht angegeben. Erfahrungsgemäß ermöglicht erst eine solche Anonymisierung

Vertrauensschutz und Offenheit (Abb. 2).

Im betriebsintern vereinbarten Turnus werden die Zwischenfälle von einem Mitarbeiter-Team aus den Leistungseinheiten der Fachabteilung ausgewertet und systematisiert. Gemeinsam wird für jeden Zwischenfall der Vergangenheit definiert, welche Bedeutung der Fehler für den Betroffenen hatte oder hätte haben können (bei Beinahe-Schäden) und welche Maßnahmen zur Vermeidung gleicher oder ähnlicher Vorfälle zu organisieren sind. Erleichtert wird die Analyse von Zwischenfallereignissen durch eine geeignete Software. Die Ergebnisse der Zwischenfallanalyse werden allen Mitarbeitern der Fachdisziplin (und nur diesen) im Rahmen von Abteilungsbesprechungen präsentiert. Dieser Risiko-Zirkel ist für die Modifikation des aus der Zwischenfallanalyse resultierenden Risikoprofils verantwortlich.

**Mit dem System des Incident Reporting wird nicht nur der Zwischenfall mit Schadensfolge, sondern insbesondere das Ereignis mit potentiellm Gefährdungscharakter**

**identifiziert mit dem Ziel künftiger Vermeidung.** Die Tabelle 1 zeigt eine Klassifizierung von klinischen Zwischenfällen und macht deutlich, daß zur Vermeidung gleicher Ereignisse in Zukunft nur die Kompetenz eines aus allen beteiligten Berufsgruppen zusammengesetzten Teams wirkungsvolle Lösungsstrategien entwickeln kann.

Im folgenden werden Zwischenfälle in der medizinisch-pflegerischen Versorgung aus dem Klinikalltag dargelegt:

**Zwischenfall in der medizinisch-pflegerischen Versorgung**

Es kam zu einer erheblichen Medikamentenüberdosierung bei der Notfallbehandlung eines Patienten mit Hinterwandinfarkt. Ein massiver Blutdruckabfall und eine Herzfrequenzsteigerung waren die Wirkung. Durch rechtzeitiges Erkennen der Überdosierung und angemessener Antagonisierung blieb der Zwischenfall für den Patienten primär ohne Folgen. Das Infarktgeschehen konnte erfolgreich behandelt werden.

Erst durch die Dokumentation und die anschließende Diskussion dieses Zwischenfalls wurde erkannt, daß sich in der Vergangenheit bereits ein ähnlicher Vorfall der Medikamentenfehdosierung ereignet hatte. Daraufhin wurde unter anderem vereinbart und organisiert, in Notfallsituationen ausschließlich vom Pharmahandel bereitgestellte Fertigampullen zu verwenden.

**Ereignis im arbeitsorganisatorischen Ablauf einer Ambulanz**

Ein transportables Beatmungsaggregat war durch fehlerhafte Aufbereitung nach letztmaligem Gebrauch nicht funktionsbereit. Als Folge dieses Zwischenfalles mußte ein ateminsuffizienter, intubierter Patient auf dem Weg in den Operationsaal manuell beatmet werden. Als Ursache wurde identifiziert, daß ein regelmäßig durchzuführender Gerätecheck zu Dienstbeginn von der diensthabenden Stationsleitung zwar per Standard seit Jahren verlangt wird, daß „diese Verfahrensweise über die Jahre aber in Vergessenheit geraten ist“. In Rege-

Exemplarische Zwischenfälle und ihre Modifikation			
Zwischenfall-kategorie	Zwischenfall in der unmittelbaren ärztlich-pflegerischen Patientenversorgung	Zwischenfall in der Arbeitsablauforganisation	Zwischenfall durch periphere Einflüsse
Sachverhalt des Zwischenfalls	Patient mit HWI erhält notfallmäßig 10fach überdosierte Nitro-Medikation	Sauerstoffflasche am tragbaren Beatmungsgerät wurde nach letztmaligem Gebrauch nicht aufgefüllt	Patient kommt in der Naßzelle auf feuchtem Bodenbelag zu Fall
Wiederholungswahrscheinlichkeit ohne Intervention	unwahrscheinlich	eher wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
Handlungsbedarf	Prozessoptimierung der Notfallversorgung	Überprüfung und ggf. Neuordnung der Aufbereitungsverantwortung	Fußbodenbearbeitung
Zuständigkeit	Chefarzt Anästhesie/ ärztlicher Leiter der Notfallambulanz	Pflegerische Leitung der Intensivstation	Technischer Leiter

Tab. 1

lungskompetenz der Pflegedirektion wurde hier der Kreis der für die Prüfung der Beatmungsanlage Verantwortlichen verkleinert und eine Aufbereitungscheckliste entwickelt, die nun täglich zur Anwendung kommt.

### **L Zwischenfall mit peripherem Einfluß**

Ein Patient fällt in der Naßzelle auf feuchtem Untergrund zu Boden und zieht sich leichte Prellungen zu. Nach Erörterung in der Abteilungsrunde wird deutlich, daß sich dieser Vorfall baulich bedingt regelmäßig ereignet und der ursächliche Mangel bereits häufig dem technischen Leiter der Klinik angezeigt wurde. Da im Auswertungszeitraum von drei Monaten dieser Vorfall gleich mehrmals an verschiedenen Tagen und bei verschiedenen Patienten beschrieben wurde, konnte hier nach Vorlage der Zwischenfallberichte wirkungsvoller als in der Vergangenheit argumentiert werden. Die Fußböden in den Naßzellen konnten nachfolgend mit geringem Aufwand umgehend gesichert werden.

## Zwischenfall-Kommunikation ist Risiko-Prävention

Bisher wurde und wird den Zwischenfällen in klinischen Prozessen bereits besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Ärzte treffen sich zu Todesfallbesprechungen, der technische Dienst des Krankenhauses erhält Auflistungen von Gerätedefekten, oder das Pflegeteam dokumentiert detailliert Hergang und Folge von Bettstürzen.

Gemeinsames Kennzeichen dieser Art der Zwischenfallererfassung ist jedoch eine berufsgruppenbezogene sowie eine schadensereignisorientierte Vorgehensweise. Multiprofessionelle und den Beinahe-Schaden einbeziehende Konzepte für die Krankenhauspraxis fehlen bisher, werden aber künftig erwartet.

Komplexe klinische Arbeitsabläufe erfordern ständig eine kritische Reflektion. Optimieren lassen sich solche Abläufe nur, wenn Schwachstellen und Risiken systematisch und rechtzeitig identifiziert werden.

**„Allerdings reicht das bloße Erkennen nicht aus – erst der „Risiko-Dialog“, die institutionalisierte Kommunikation aus unterschiedlichen professionellen Blickwinkeln, der Dialog beteiligter Akteure und die gemeinsame Vereinbarung im berufsgruppenübergreifenden Konsens ermöglichen dauerhaft qualitätssichernde Strukturen, Prozesse und somit Erfolge.“**

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Kfm., Dipl.-Pflegepäd. Peter Gausmann  
Dr. rer. oec. Ralf-Michael Schmitz  
Klingenbergstraße 4  
32758 Detmold

**f&w**

In der Zeitschrift befindet sich an dieser Stelle eine Anzeige