

HANDLUNGSEMPFEHLUNG

Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen

KURZFASSUNG



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. CHECKLISTE

Alle vorbereitenden Maßnahmen sollten vor der ersten Fallanalyse abgeschlossen sein. Sie sind im Folgenden aufgeführt.

- ✓ Der Prozess der Fallanalyse ist beschrieben, das methodische Vorgehen ist standardisiert und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen das Vorgehen.
- ✓ Es gibt geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Fallanalysen leiten und durchführen („Fallanalyseteam“).
- ✓ Die Zusammensetzung des Fallanalyseteams sowie die Rollen und Zuständigkeiten der Teammitglieder sind geregelt.
- ✓ Das Fallanalyseteam ist über den Zweck von Fallanalysen und deren Ablauf informiert und weiß, wie es sich daran beteiligt.
- ✓ Über den Zeitpunkt einer Fallanalyse wird gegebenenfalls erst dann entschieden, nachdem die Einrichtung sich mit einer Justitiarin bzw. einem Justitiar beratschlagt hat.
- ✓ Ein Vorgehen ist festgelegt, was und wie mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen während der Fallanalyse kommuniziert wird.
- ✓ Die Klinikleitung sichert zu, die Umsetzung derjenigen Maßnahmen maßgeblich zu unterstützen, die aus der Fallanalyse abgeleitet wurden.
- ✓ Für die psychologische Unterstützung der Beteiligten steht ein Hilfsangebot zur Verfügung.

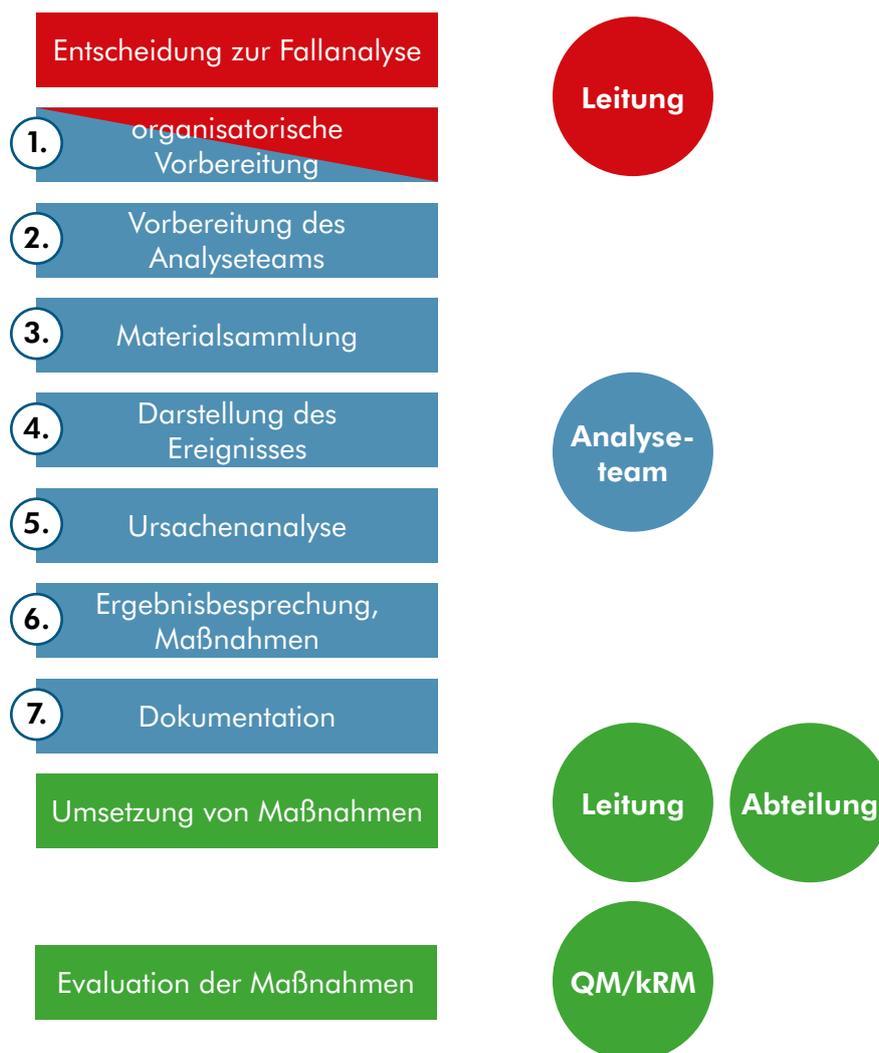
3. METHODEN DER FALLANALYSE, DIE IM GESUNDHEITSBEREICH EINGESETZT WERDEN

Name der Methode	Kategoriensystem aus Ursachen und beitragenden Faktoren – Kategorien der ersten Ebene (*eigene Übersetzung)
Concise Incident Analysis*	<ul style="list-style-type: none"> – Patientin/Patient – Aufgabe – unmittelbar versorgendes Team – unterstützendes Team – Ausrüstung – Arbeitsumgebung – Organisation (Strategien und Prioritäten, Kultur, Kapazitäten)
Learning from defects*	<ul style="list-style-type: none"> – Patientin/Patient – Aufgabe – Mitarbeiter/Mitarbeiterin/(be-)handelnde Person – Team – Ausbildung und Training – Informationstechnologie – räumliche Umgebung – institutionelle Umgebung
Systemanalyse klinischer Zwischenfälle („London-Protokoll“)	<ul style="list-style-type: none"> – Patientin/Patient – Aufgabe/Verfahren – individuelle Faktoren (Personal) – Team – Arbeitsumgebung – Organisation und Management – institutioneller Rahmen
PRISMA medical*	<ul style="list-style-type: none"> – Technik – Organisation – menschliches Verhalten/Handeln – Patientin/Patient
Root cause analysis des Veteran Affairs National Center for Patient Safety	<ul style="list-style-type: none"> – Kommunikation – Training – Müdigkeit/Zeitplanung – Umgebung/Ausrüstung – Regeln/Strategien/Verfahren – Sicherheitsbarrieren
Significant event analysis (SEA)	Nein
SWARM	Nein

4. 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 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. Die folgende Abbildung veranschaulicht diesen Ablauf. Die farbliche Kennzeichnung zeigt, wie a) die 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.

Ablauf einer Fallanalyse



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 Akte der Patientin bzw. des Patienten

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 Ereignis 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 bzw. 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 bzw. 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 und/oder Angehörige 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

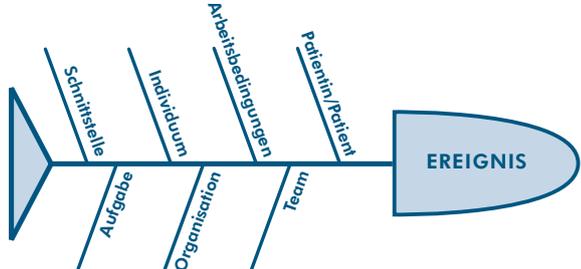
Am Ende der Auswertung der gesammelten Informationen sind je nach verwendeter Methode die Ursachen und beitragenden Faktoren identifiziert. Idealerweise lässt sich am Ende des Schrittes erklären, warum das Ereignis auftreten konnte. Zusätzlich wurden diejenigen Sicherheitsbarrieren herausgearbeitet,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

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 der Langfassung																																																																			
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 der Langfassung																																																																			
Schritt 5 – Analyse der Ursachen																																																																					
Ursache-Wirkungs- oder Ishikawa-Diagramm (auch Fischgräten-Modell oder fishbone diagram)	Grafische Darstellung beitragender Faktoren/Ursachen, die zu einem Ereignis geführt oder es maßgeblich beeinflusst haben. 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 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 der Langfassung																																																																			
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 Affaires) • 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?	Risikomatrix Mittels einer Risikomatrix (nach ONR 49002:2014) wird die Wahrscheinlichkeit des Wieder-Auftretens eines Ereignisses gegenüber dessen Auswirkungen tabellarisch ins Verhältnis gesetzt. <table border="1" data-bbox="912 1758 1551 2042"> <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> </tr> <tr> <td>möglich</td> <td>4</td> <td style="background-color: yellow;"></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: 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: 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: 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> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>unbe- deutend</td> <td>gering</td> <td>spürbar</td> <td>kritisch</td> <td>katastro- phal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="9" 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				unbe- deutend	gering	spürbar	kritisch	katastro- phal			Schwere der Folgen								
Auftrittswahrscheinlichkeit	häufig	5																																																																			
	möglich	4																																																																			
	selten	3																																																																			
	sehr selten	2																																																																			
	unwahrscheinlich	1																																																																			
			1	2	3	4	5																																																														
		unbe- deutend	gering	spürbar	kritisch	katastro- phal																																																															
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 Bereichs

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.

5. EVALUATION DER MASSNAHMEN

Die systematische Prüfung der aus der Fallanalyse abgeleiteten Maßnahmen ist der letzte Schritt zur Verbesserung der Patientensicherheit – und der entscheidende. Er erfolgt im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagements. Die zentrale Frage, ob die Patientinnen und Patienten nun sicherer versorgt werden, kann in den folgenden Leitfragen konkretisiert werden:

Leitfragen:

- Wurden die empfohlenen/beschlossenen Maßnahmen umgesetzt?
- Falls nicht alle der Maßnahmen umgesetzt wurden: Welche Gründe gab es dafür?
- Konnte das Vorkommen der identifizierten Ursachen und beitragenden Faktoren reduziert werden?
- Konnte die Häufigkeit erwünschter Abläufe und erwünschter Ergebnisse gesteigert werden?
- Konnte die Häufigkeit vergleichbarer Ereignisse bzw. spezifischer Patientenschädigungen reduziert werden?

Evaluationsmethoden:

- Kontrollmaßnahmen wie das Ziehen von Stichproben (z. B. die Ausfüllrate von Checklisten), Dokumentenanalysen
- Befragung der Patientinnen und Patienten
- Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Teambesprechungen
- Begehungen, interne Risikoaudits, Beobachtungen
- Systematische Erhebung der Anzahl unerwünschter Ereignisse über einen bestimmten Zeitraum hinweg

Verfahren wie das Beschwerdemanagement oder CIRS sind wegen der unsystematischen und zufälligen Erhebungsmethodik ungeeignet.

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

Die Mitglieder der Expertengruppe sowie die Teilnehmer an der öffentlichen Kommentierung finden Sie in der Langfassung unter: www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/

Titelbild

Adobe/ Nana_studio

DOI: 10.21960/202001:K

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 (Kurzfassung); Berlin

