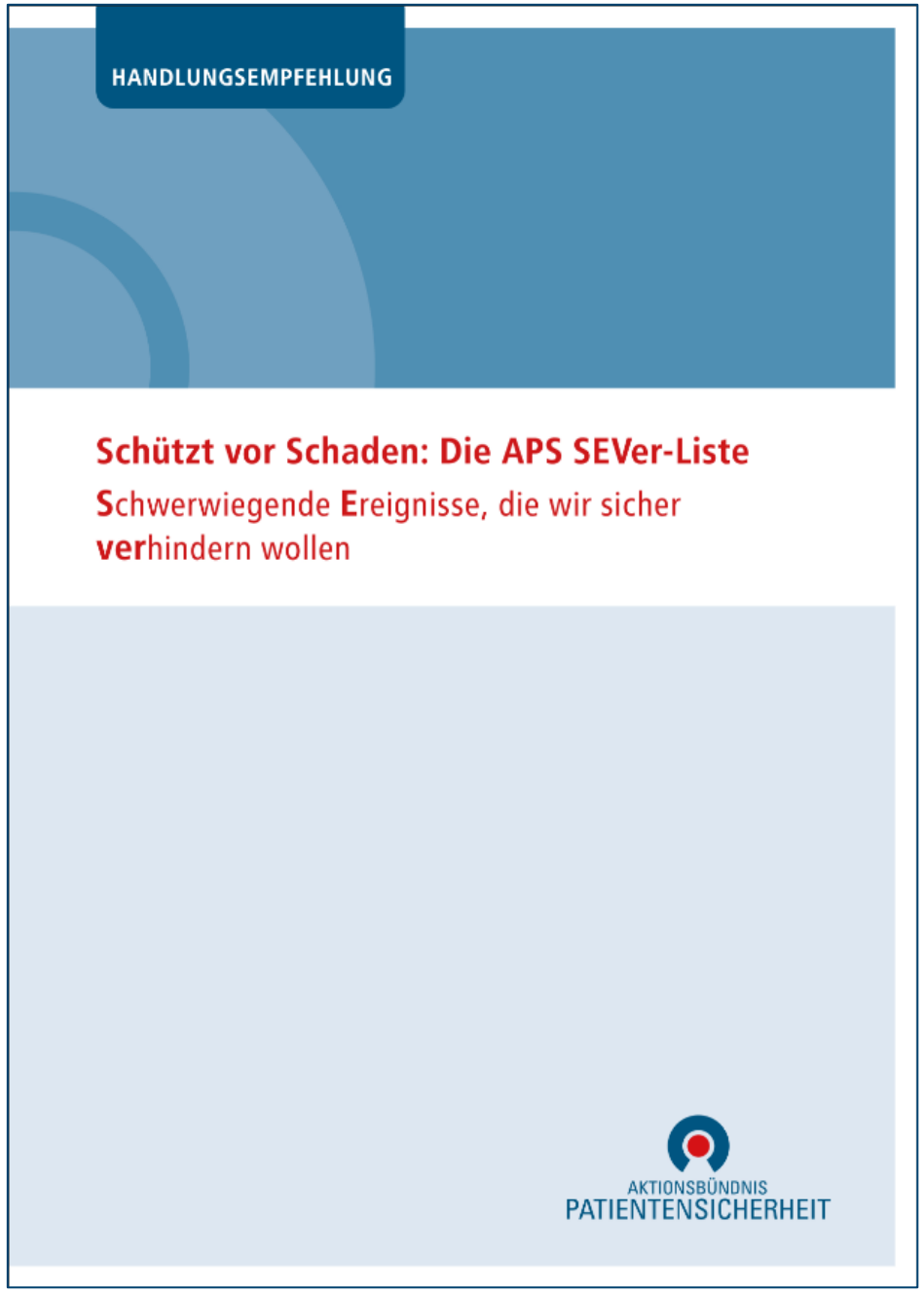
Safer durch SEVer: die APS SEVer-Liste

…

16. APS Jahrestagung 12.-13.05.2022 in Berlin

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Heidemarie.Haeske-Seeberg@sana.de
+49 (0)89 67 82 04 113
0174 990 57 64

Sana Kliniken AG
Oskar-Messter-Straße 24
85737 Ismaning



Wie die SEVer-Liste entstanden ist.

SEVer-Liste_APS.pdf (aps-ev.de)

Es begann vor vielen Jahren …

- **Risikomanagement**

[1]Risikomanagement dient dem Umgang mit potenziellen Risiken, der Vermeidung und Verhütung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen und somit der Entwicklung einer Sicherheitskultur. [2]Dabei werden unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert sowie Informationen aus anderen Qualitätsmanagement-Instrumenten, insbesondere die Meldungen aus Fehlermeldesystemen genutzt. [3]Eine individuelle Risikostrategie umfasst das systematische Erkennen, Bewerten, Bewältigen und Überwachen von Risiken sowie die Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen, aufgetretenen Schäden und die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. [4]Ein relevanter Teil der Risikostrategie ist eine strukturierte Risikokommunikation.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser

(Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)

in der Fassung vom 17. Dezember 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2)
in Kraft getreten am 16. November 2016

zuletzt geändert am 17. September 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 08.12.2020 B2)
in Kraft getreten am 9. Dezember 2020

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2309/QM-RL_2020-09-17_iK-2020-12-09.pdf

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Die Basis

NATIONAL QUALITY FORUM
Driving measurable health improvements together

Search

About Us | News | NQF Work

Setting Priorities | Topics | News & Resources | Calendar | Membership | Measuring Performance | NQF Marketplace

Topics

- Health and Well-Being
- Prevention and Treatment of Leading Causes of Mortality
- Person- and Family-Centered Care
- Effective Communication and Care Coordination
- Patient Safety
- Affordable Care
- Palliative Care and End-of-Life Care
- Disparities
- Health IT

+ / - Text Size | Print | Email | Share

List of SREs

List of Serious Reportable Events (aka SRE or "Never Events")

1. SURGICAL OR INVASIVE PROCEDURE EVENTS

1A. Surgery or other invasive procedure performed on the wrong site (updated)
Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities

1B. Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient (updated)
Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities

1C. Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient (updated)
Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities

1D. Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other invasive procedure (updated)
Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities

1E. Intraoperative or immediately postoperative/postprocedure death in an ASA Class 1 patient (updated)
Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices

2. PRODUCT OR DEVICE EVENTS

2A. Patient death or serious injury associated with the use of contaminated drugs, devices, or biologics provided by the healthcare setting (updated)
Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities

2B. Patient death or serious injury associated with the use or function of a device in patient care, in which the device is used or functions other than as intended (updated)

SRE Materials (PDFs)

- 2011 Final Report
- Fact Sheet
- State Variability Fact Sheet

Related Safety Work

- Patient Safety Webinar Series
- Overview of Patient Safety
- 2012 Annual Meeting
- MAP Safety Report (PDF)
- State-Based Reporting in Healthcare
- Get Involved

NQF: List of SREs (qualityforum.org)

NHS Improvement

Never Events list 2018

First published January 2018 (last updated February 2021)

2018-Never-Events-List-updated-February-2021.pdf (england.nhs.uk)

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Dann ging es los …

4 Sitzungen
diverse mehrstündige Telefon- und Teamskonferenzen

Die Expertengruppe

Dr. Axel Fengler, medilox GmbH
Dr. Peter Gausmann, Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Dr. Thomas Groß, Universitätsklinikum Köln AöR
Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG
Dr. Ralf Hammerich, Charité Universitätsmedizin Berlin
Angela Herold
Stefan Leiendecker, Marien Gesellschaft Siegen gGmbH
Martin Meilwes, Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Ronald, Neubauer, KTQ
Dr. med. Kyra Schneider, Universitätsklinikum Frankfurt
PD Dr. med. Max Skorning
Prof. Dr. Reinhard Strametz, Hochschule RheinMain
Dr. med. Cornelia Winten, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Kathrin Zeien, sham – Versicherung und Risikomanagement

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Um welche Events wollten wir uns kümmern?

Definition und Ermittlung der APS SEVer-Events

Für die Ereignisse, die Eingang in die Liste finden sollten, wurde folgende Definition erarbeitet:

APS SEVer-Events sind Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auftreten und folgende Kriterien erfüllen:

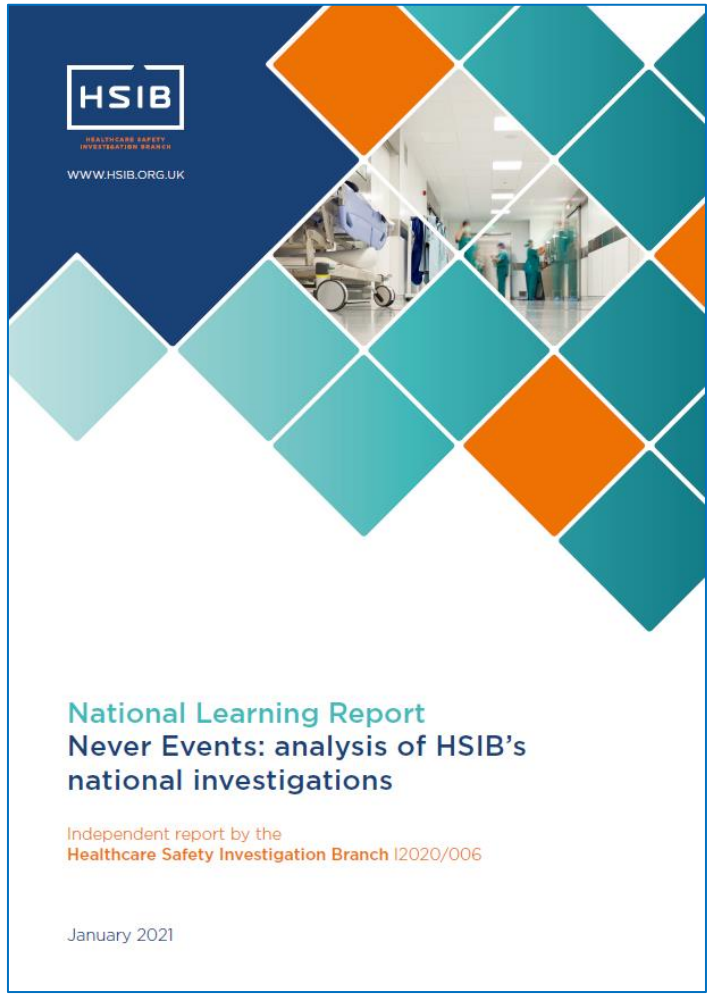
a. APS SEVer-Events gelten als verhinderbar, wenn Sicherheitsbarrieren einrichtungsspezifisch wirksam implementiert sind.

b. Sie können zu schwerwiegenden Schäden bis hin zum Tod führen. Ein schwerwiegender Schaden muss nicht eingetreten sein, damit das Ereignis als APS SEVer-Event eingestuft wird.

c. Sie sind eindeutig identifizierbar.

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Die Ehrenrunde



Aus Never Events wird SEVer

SCHWERWIEGENDE EREIGNISSE, DIE WIR SICHER VERHINDERN WOLLEN

Die APS SEVer-Liste

https://www.hsib.org.uk/investigations-cases/never-events-analysis-hsibs-national-investigations/

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Die Liste(n) der 22 ausgewählten Events

Die Liste hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit!

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

EG Never-Events
Textvorschlag der APS SEVer-Events-Liste:
Stand: 19.02.2021, Seite 4

Auf Basis des beschriebenen Vorgehens wurden folgende APS SEVer-Events definiert:

APS SEVer-Events im Zusammenhang mit operativen Prozeduren:
1. Eine Operation oder andere invasive Prozedur, die am falschen Patienten oder an der falschen Stelle des Körpers begonnen wird bzw. von der eigentlich vereinbarten Intervention abweicht. Dies gilt unabhängig davon, ob der Irrtum während der Intervention oder erst danach entdeckt wird.
2. Unbeabsichtigtes Belassen eines Fremdkörpers im Patienten während einer Operation, anderen invasiven Prozedur oder in einer Körperhöhle
3. Künstliche Befruchtung mit falscher Samen- und/oder Ei-Zelle
4. Unentdeckte ösophageale Intubation

APS SEVer-Events im Zusammenhang mit Arzneimittel-, Hämotherapie und Transplantation:
5. Fehlapplikation eines Medikamentes auf eine der folgenden Arten:
   5.1. Intrathekale Gabe eines intravenös zu applizierenden Chemotherapeutikums
   5.2. Parenteri mentes
   5.3. Intravenö tes
   5.4. Intraarte entes
6. Irrtümliche in lösung anstelle der verordneten Insulin
7. Insulinüberdosis die aufgrund von fehlerhaften durchgeführten Applikation entstehen:
   7.1. Verabreichung des Insulins über eine Spritze, die keine Insulin-spezifische Markierung enthält
   7.2. Abziehen von Insulin aus einem Insulin-Pen und Verabreichung über eine Spritze
8. Überdosierung von Methotrexat für die nicht-onkologische Patientenversorgung (tägliche statt wöchentlicher Gabe)
9. Verwendung eines kontaminierten Arzneimittels, eines kontaminierten Medizinprodukts oder Biologikums, dessen Kontamination in der Gesundheitseinrichtung erfolgt ist
10. Fehltransfusion eines ABO-inkompatiblen Blutproduktes. Transplantation unter Verwendung ABO-inkompatibler Organe, Gewebe, Gewebezubereitungen oder Zellen. Die Inkompatibilität muss dabei klinisch relevant sein.

APS SEVer-Events im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess:
11. Beschickung einer Naso-/Orogastralsonde, deren Fehllage nicht ausgeschlossen wurde
12. Luftembolie im Rahmen der Behandlung
13. Verbrennung oder Verbrühung, die im Behandlungs- oder Pflegeprozess entsteht
14. Unsachgemäße Fixierung oder Bettgitter im Behandlungs- oder Pflegeprozess
15. Unangemessene Versorgung mit Sauerstoff eines erkannt sauerstoffpflichtigen Patienten

Die Short-List

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

EG Never-Events
Textvorschlag der APS SEVer-Events-Liste:
Stand: 19.02.2021, Seite 6

APS SEVer-Events im Zusammenhang mit operativen Prozeduren:

1. **Eine Operation oder andere invasive Prozedur, die am falschen Patienten oder an der falschen Stelle des Körpers begonnen wird bzw. von der eigentlich vereinbarten Intervention abweicht. Dies gilt unabhängig davon, ob der Irrtum während der Intervention oder erst danach entdeckt wird.**

Einschlüsse/Ausschlüsse:
Hierunter fallen neben Operationen auch alle invasive Prozeduren, die außerhalb eines

der

werden.

Bezug: NFQ Serious Reportable Events 1A, 1B und 1C sowie NHS Never Event 1

2. **Unbeabsichtigtes Belassen eines Fremdkörpers im Patienten während einer Operation, anderen invasiven Prozedur oder in einer Körperhöhle.**

Einschlüsse/Ausschlüsse:
Dies beinhaltet auch initial bewusst belassene Fremdkörper, die im Verlauf der Behandlung hätten entfernt werden müssen.

Beinhaltet nicht Fremdkörper, die aufgrund einer Nutzen-Risiko-Abwägung bewusst belassen werden (z.B. in bestimmten Fällen bei abgebrochene Schrauben).

Bezug: NFQ Serious Reportable Event 1D und NHS Never Event 3

3. **Künstliche Befruchtung mit falscher Samen- und/oder Ei-Zelle.**

Die Long-List mit Erläuterungen, Ein- und Ausschlüssen

nicht berücksichtigte Events

- nicht alle zuvor definierten Kriterien der APS SEVer-Event Liste erfüllt
- den lokalen Gegebenheiten der Länder geschuldet waren, aus denen sie stammen
- Beeinflussbarkeit durch die Gesundheitseinrichtung

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

EG Never-Events
Textvorschlag der APS SEVer-Events-Liste:
Stand: 19.02.2021, Seite 14

Anlage zur APS SEVer-Events-Liste

Ausschlusskriterien bestehender SREs und NHS Never Events nach Expertenkonsens der EG Never Events

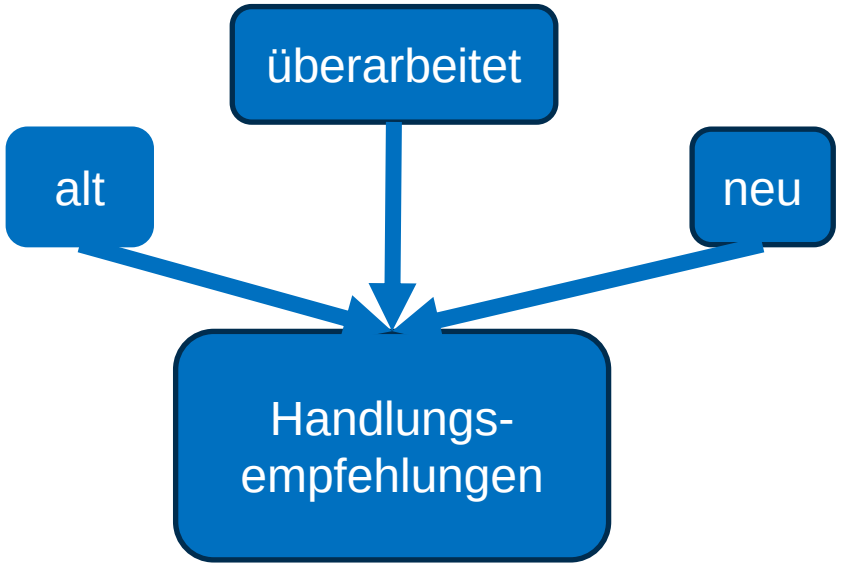
Ereignis	Verhinderbar bei Sicherheitsbarrieren?	Schwerwiegender Schaden möglich?	Eindeutig identifizierbar?	Bemerkungen
1E. Intraoperative or immediately postoperative/post procedure death in an ASA Class 1 patient (updated) Includes all ASA Class I patient deaths in situations where anesthesia was administered; the planned surgical procedure may or may not have been carried out.				
3C. Patient suicide, attempted suicide, or self-harm that results in serious injury, while being cared for in a healthcare setting (updated) Includes events that result from patient actions after they present themselves for care in a healthcare setting. Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers, ambulatory practice settings/office-based practices, long-term care/skilled nursing facilities	nein	ja	ja	Septinel Event
4C. Maternal death or serious injury associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy while being cared for in a healthcare setting (updated) Includes events that occur within 42 days post-delivery. Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers	nein	ja	ja	klassisches Septinel Event, wird in EQS als Septinel Event heraus gefiltert
4D. Death or serious injury of a neonate associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy (new) Includes, for the office-based surgery, birthing center or "home" setting, unplanned admission to an inpatient setting within 24 hours of delivery Applicable in: hospitals, outpatient/office-based surgery centers	nein	ja	ja	klassisches Septinel Event, wird in EQS als Septinel Event heraus gefiltert

Die „Aussortierten“ mit Begründungen

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Wie´s weiter geht?

Definition geeigneter Präventionsmaßnamen



 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Aber was gibt es schon?

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Ein paar Beispiele: keine Überraschungen

APS SEVer im Zusammenhang mit operativen Prozeduren:

1. Eine Operation oder andere invasive Prozedur, die **am falschen Patienten** oder **an der falschen Stelle** des Körpers begonnen wird bzw. von der eigentlich vereinbarten Intervention abweicht. Dies gilt unabhängig davon, ob der Irrtum während der Intervention oder erst danach entdeckt wird.

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie[1]

Präambel

Verwechslungen bei operativen Eingriffen werden im angloamerikanischen Sprachraum zusammenfassend als „Wrong Site Surgery" bezeichnet. Der weit gespannte Begriff kann Verwechslungen vielfacher Art bezeichnen, die Verwechslung eines Eingriffsortes, z.B. der Körperseite, die Verwechslung einer Eingriffsart oder die Verwechslung eines Patienten. Da stets die Ausführung an nicht indizierter Stelle gemeint ist, lässt sich „Wrong Site Surgery" im Deutschen am besten mit „Eingriffsverwechslung" übersetzen. Patientenverwechselungen und damit auch die Verwechslung der Eingriffsart können bei Eingriffsverwechselungen zwar eine Rolle spielen, werden als gesondertes Thema jedoch in einer späteren Arbeitsgruppe des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. behandelt.

Eingriffsverwechslungen sind vermeidbar und stellen damit ein beherrschbares Risiko dar. Für Betroffene können Sie einen großen individuellen Schaden bedeuten. Deshalb müssen, auch wenn Eingriffsverwechslungen im medizinischen Alltag selten sind, Strategien entwickelt werden, die wenigen Fälle erfolgreich zu verhindern. Organisationen für Patientensicherheit in den USA, Großbritannien und Australien haben sich des Themas in den vergangenen Jahren angenommen und erste Empfehlungen ausgesprochen.

Das im April 2005 gegründete Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. hat diesen Faden für Deutschland aufgegriffen und ihn zum Gegenstand einer eigenen Arbeitsgruppe gemacht. In Workshops und Expertenbefragungen wurden die unten stehenden Empfehlungen als Standard für deutsche Krankenhäuser und Ambulanzen erarbeitet. Sie sollen es Ärzten, Pflegepersonal und Patienten erleichtern, gemeinsam kritische Situationen zu vermeiden, die zu einer Eingriffsverwechslung führen können.

Eine effiziente Vermeidungsstrategie ist die erfolgreiche Kommunikation zwischen Arzt, Pflegepersonal und Patient. Aus Sicht des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. ist deshalb eine kontinuierliche Rückversicherung über die korrekte Ausführung eines geplanten Eingriffs das geeignete Instrument, um Ein-

Ein paar Beispiele: keine Überraschungen

APS SEVer im Zusammenhang mit operativen Prozeduren:

2. Unbeabsichtigtes **Belassen eines Fremdkörpers** im Patienten während einer Operation, anderen invasiven Prozedur oder in einer Körperhöhle

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Jeder Tupfer zählt! - Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet

Präambel

Darüber, wie oft es vorkommt, dass Fremdkörper unbeabsichtigt im OP-Situs belassen werden, gibt es auch international kaum gesicherte Erkenntnisse. Jedoch wird allgemein angenommen, dass jedes Verfahren zur Erfassung solcher Ereignisse nur einen Teil aller tatsächlichen Vorkommnisse messen kann. Deshalb ist davon auszugehen, dass internationale Studien das Phänomen unbeabsichtigt belassener Fremdkörper zahlenmäßig eher unter- denn überschätzen. Aus Deutschland liegen bisher keine Studien vor. Die Tatsache, dass kein Bereich und keine Intervention ausgenommen sind und in der internationalen Literatur von unbeabsichtigt belassenen Tupfern, Kompressen, Tamponaden und Bauchtüchern berichtet wird; darüber hinaus von Clips, Nadeln, Nadelteilen, Drainagen, Bohrerspitzen und Drahtteilen, legt die Vermutung nahe, dass das „Vergessen" von Fremdkörpern im OP-Gebiet in jedem Fall auch in Deutschland eine ernstzunehmende Gefährdung des Patienten darstellt bis hin zu einer vitalen Bedrohung . Aus Deutschland liegen bisher keine Studien vor.

Ungeachtet der statistischen Häufigkeiten kann das unbeabsichtigte Belassen von Fremdkörpern für den betroffenen Patienten zu großem persönlichen Schaden führen. Zu den möglichen Folgen zählen Infektionen, Sepsis- und Fistelbildungen, Perforationen von Hohlorganen sowie Läsionen von großen Gefäßen und Nerven, zuweilen auch mit tödlichem Verlauf. Manches Mal dauert es Jahre, bis ein übersehener Fremdkörper als Ursache für nicht erklärbare Schmerzen entdeckt wird. Es bedarf deshalb wirksamer Strategien, ein unbeabsichtigtes Übersehen oder Vergessen von Fremdkörpern im OP-Gebiet weitestgehend auszuschließen.

Da es im deutschsprachigen Raum über individuelle Empfehlungen in einzelnen Abteilungen und Einrichtungen hinaus bisher an einheitlichen Standards zur Vermeidung von unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern im OP-Gebiet fehlt, hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. dies im Jahr 2008 zum Anlass genommen, eine interprofessionelle und interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu gründen und mit der Erbarbeitung gemeinsamer Empfehlungen zu betrauen. Unter Berücksichtigung der international und für Deutschland verfügbaren Daten und Materialien und in Abstimmung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Weiterbildung im Operationsdienst, der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V, der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V., der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V., der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Deutschen Pflegerat e.V. entstand die nachfolgende Empfehlung, die seit Anfang 2010 allen interessierten Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens nebst Begleitmaterialien zur Verfügung steht.

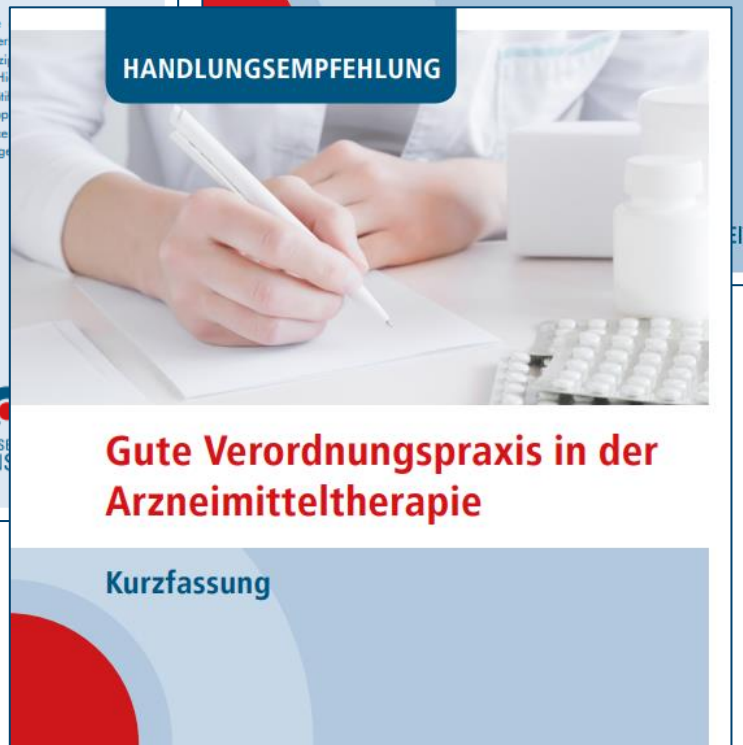
1

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Ein paar Beispiele: keine Überraschungen

APS SEVer im Zusammenhang mit Arzneimittel-, Hämotherapie und Transplantation:

5. Fehlapplikation eines Medikamentes auf eine der folgenden Arten:
    - 5.1 Intrathekale Gabe eines intravenös zu applizierenden Chemotherapeutikums
    - 5.2 Parenterale Gabe eines enteral/oral zu verabreichenden Medikamentes
    - 5.3 Intravenöse Gabe eines epidural zu verabreichenden Medikamentes
    - 5.4 Intraarterielle Gabe eines intravenös zu applizierenden Medikamentes

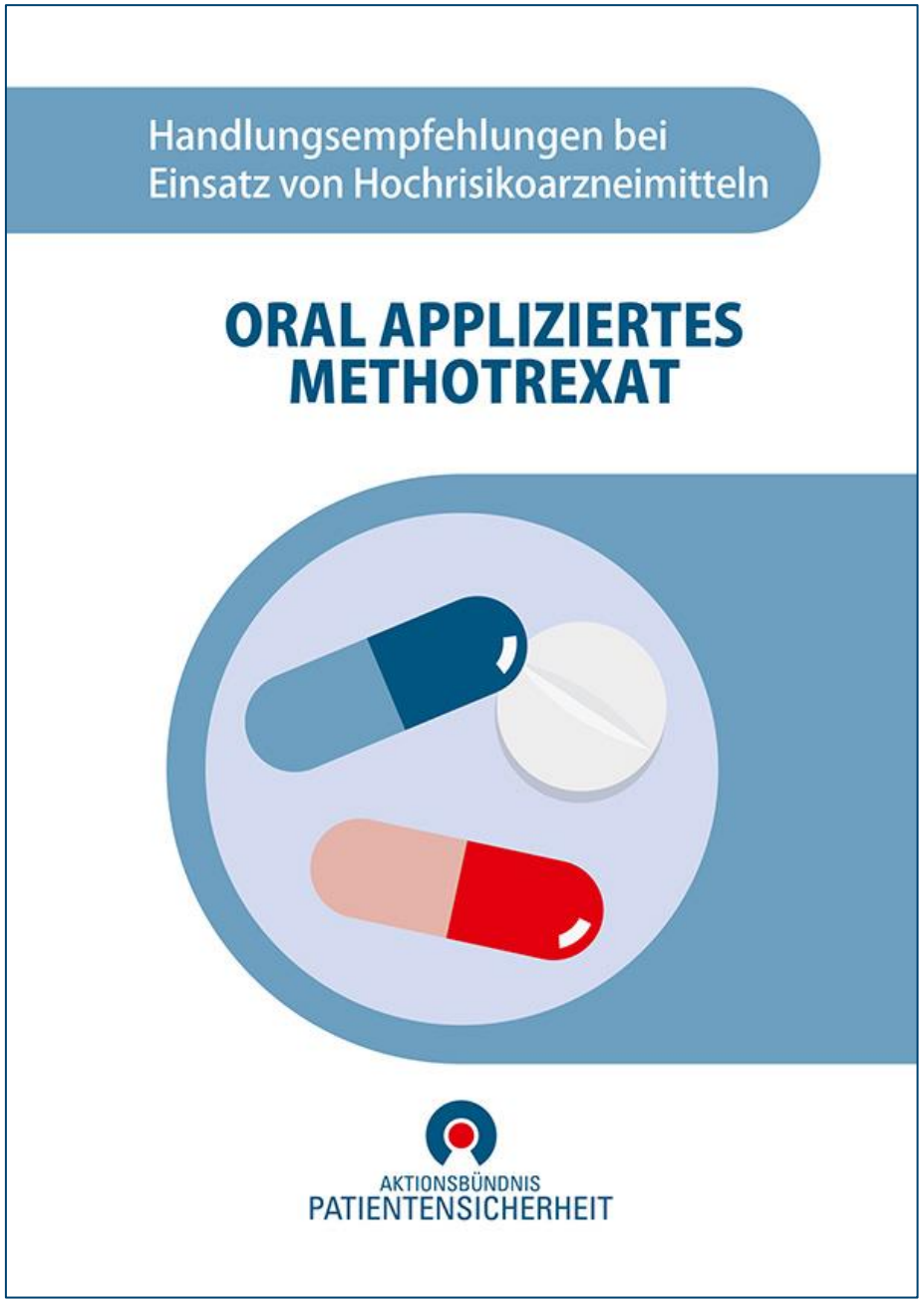


 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Ein paar Beispiele: keine Überraschungen

APS SEVer-Events im Zusammenhang mit Arzneimittel-, Hämotherapie und Transplantation:

8. **Überdosierung** von **Methotrexat** für die nicht-onkologische Patientenversorgung (z.B. tägliche statt wöchentlicher Gabe)



 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Ein paar Beispiele: keine Überraschungen

APS SEVer-Events aufgrund technischer oder organisatorischer Fehler:

Unsachgemäßer Gebrauch eines **Medizinproduktes** in der Patientenversorgung aufgrund von **Mängeln in Einweisung oder Instandhaltung**

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

… und wenn´s doch passiert ist …

… oder beinahe …

ARBEITSMATERIAL

Arbeitsmaterial

zur Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen." für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen

Handeln bevor etwas passiert.
Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.
Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen

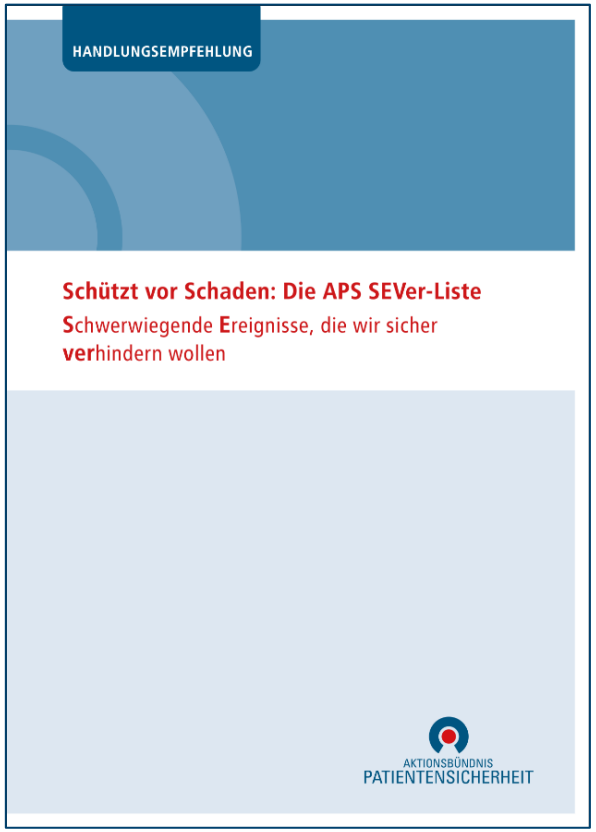
Diese Arbeitsmaterialien wurden erstellt, um Teams in ambulanten Einrichtungen dabei zu unterstützen, Berichts- und Lernsysteme erfolgreich zu nutzen. Sie sind ein Auszug aus den konsentierten Inhalten der gleichnamigen Handlungsempfehlung und enthalten eine Kurzversion, einen Vorschlag zur Gestaltung einer Teambesprechung, ein Arbeitsblatt und eine Übersicht über Berichten und Lernen für mehr Patientensicherheit.

Weitere Materialien und auch einen Verweis auf Videoclips, die sich zur Einführung in das Thema eignen, finden Sie in der Handlungsempfehlung.

Handlungsempfehlung verfügbar unter:
www.cirsforte.de

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

„… es ist ein schmaler Grat zwischen dem ehrlichen Anerkennen, dass Fehler in der gesundheitlichen Versorgung niemals vollständig unterbunden werden können, und dem kompromisslosen Einsatz für Patientensicherheit.“ Dr. Rut Hecker, Vorsitzende des APS)



Welche Präventionsmaßnahmen formulieren?

Quellen für Präventionsmaßnahmen

- APS Handlungsempfehlungen
- FMEA
- Fallanalysen
- Fälle des Monats

FMEA																
				Design-FMEA: Prozess-FMEA:			Produktname			Produkt-Nummer						
							Modell/System/Fertigung			Techn. Änderungsstand						
							Erstellt durch (Name/Abt.)		Verantwortlich	Erstellt	Überarbeitet	Aufwand (in h)				
					Derzeitiger Zustand							Verbesserter Zustand				
System-element / Funktion	Mögliche Fehlerfolgen	Bedeutung	Möglicher Fehler / Fehlfunktion	Mögliche Fehlerursachen	Vermeidungsmaßnahmen	Auftreten	Entdeckungs-maßnahmen	Entdeckung	RPZ Risikopriorität-zahl	Empfohlene Abstell-maßnahmen	Verant-wortlichkeit / Termin	Getroffene Maßnahmen	Bedeutung	Auftreten	Entdeckung	RPZ Risikopriorität-zahl
1																
1.1																
Funktion																
									0							
									0							
									0							
									0							
									0							
									0							
									0							
1.2																
Funktion																
									0							
									0							

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Quellen für Präventionsmaßnahmen

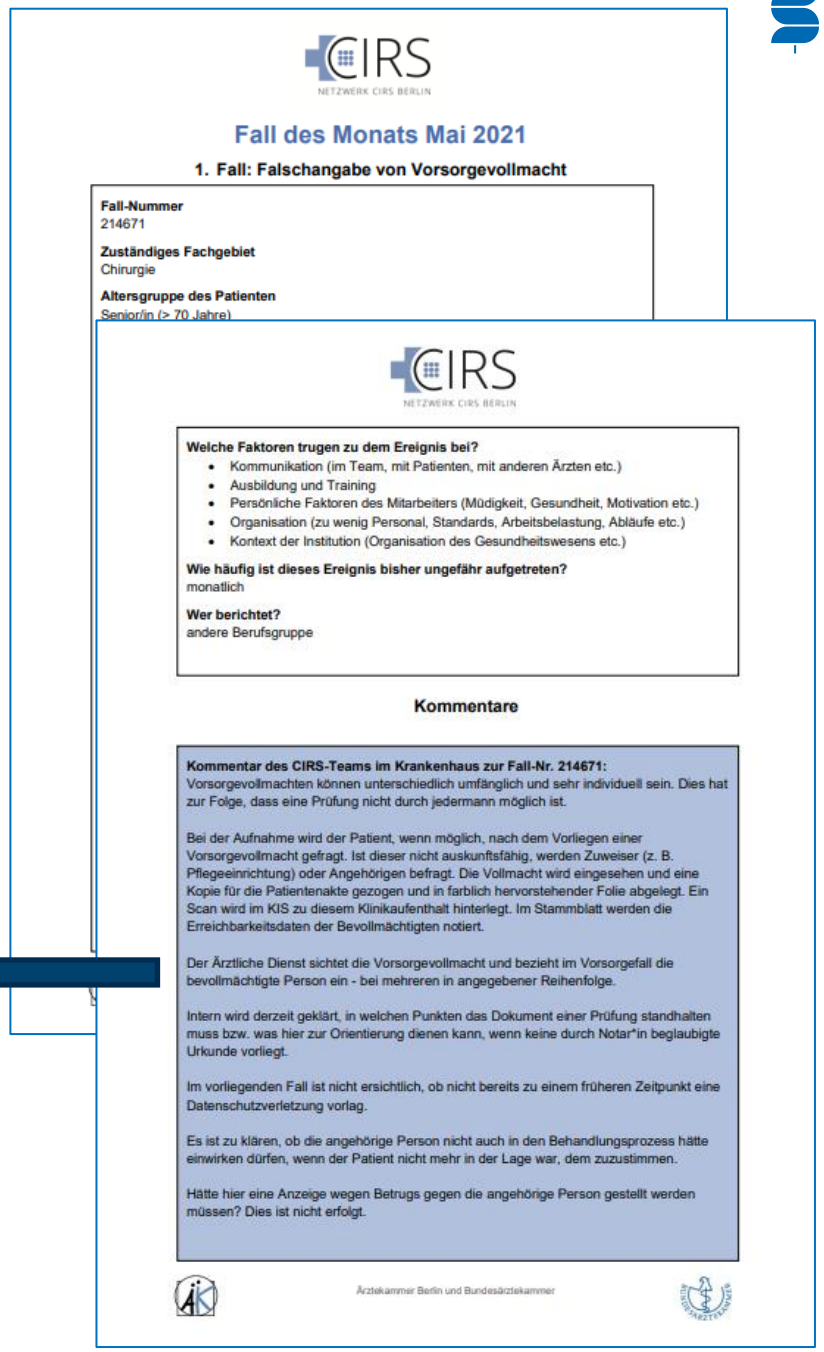
APS SEVer-Events aufgrund technischer oder organisatorischer Fehler:

17. Entlassung eines unmündigen, nicht geschäftsfähigen Behandelten (unabhängig von Alter oder Grund der eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit) ohne angemessene Betreuung. Dies beinhaltet sowohl die alleinige Entlassung ohne betreuende Person als auch die **Entlassung in die Obhut einer Person, die nicht zur Fürsorge oder Bestimmung des Aufenthaltsortes berechtigt ist.**

„Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus zur Fall-Nr. 214671:

… Bei der Aufnahme wird der Patient, wenn möglich, nach dem Vorliegen einer Vorsorgevollmacht gefragt. Ist dieser nicht auskunftsfähig, werden Zuweiser (z. B. Pflegeeinrichtung) oder Angehörigen befragt.

Die Vollmacht wird eingesehen und eine Kopie für die Patientenakte gezogen und in farblich hervorstehender Folie abgelegt.“



CIRS
NETZWERK CIRS BERLIN

Fall des Monats Mai 2021

1. Fall: Falschangabe von Vorsorgevollmacht

Fall-Nummer
214671

Zuständiges Fachgebiet
Chirurgie

Altersgruppe des Patienten
Senior/in (> 70 Jahre)

CIRS
NETZWERK CIRS BERLIN

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?
- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Ausbildung und Training
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?
monatlich

Wer berichtet?
andere Berufsgruppe

Kommentare

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus zur Fall-Nr. 214671:
Vorsorgevollmachten können unterschiedlich umfänglich und sehr individuell sein. Dies hat zur Folge, dass eine Prüfung nicht durch jedermann möglich ist.

Bei der Aufnahme wird der Patient, wenn möglich, nach dem Vorliegen einer Vorsorgevollmacht gefragt. Ist dieser nicht auskunftsfähig, werden Zuweiser (z. B. Pflegeeinrichtung) oder Angehörigen befragt. Die Vollmacht wird eingesehen und eine Kopie für die Patientenakte gezogen und in farblich hervorstehender Folie abgelegt. Ein Scan wird im KIS zu diesem Klinikaufenthalt hinterlegt. Im Stammblatt werden die Erreichbarkeitsdaten der Bevollmächtigten notiert.

Der Ärztliche Dienst sichtet die Vorsorgevollmacht und bezieht im Vorsorgefall die bevollmächtigte Person ein - bei mehreren in angegebener Reihenfolge.

Intern wird derzeit geklärt, in welchen Punkten das Dokument einer Prüfung standhalten muss bzw. was hier zur Orientierung dienen kann, wenn keine durch Notar*in beglaubigte Urkunde vorliegt.

Im vorliegenden Fall ist nicht ersichtlich, ob nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Datenschutzverletzung vorlag.

Es ist zu klären, ob die angehörige Person nicht auch in den Behandlungsprozess hätte einwirken dürfen, wenn der Patient nicht mehr in der Lage war, dem zuzustimmen.

Hätte hier eine Anzeige wegen Betrugs gegen die angehörige Person gestellt werden müssen? Dies ist nicht erfolgt.

Ärztekammer Berlin und Bundesärztekammer

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Fall des Monats Januar 2021 (cirs-berlin.de)

Definition geeigneter Präventionsmaßen: Oder können das auch Andere?

Die Risikomanagementinitiative von IQM

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

APS SEVer-Events im Zusammenhang mit operativen Prozeduren

- Patienten tragen bei der Einschleusung ein Patientenarmband.
- Zur Vermeidung von Verwechslungen des Operationsgebietes (rechte Seite / linke Seite) kommt präoperativ ein abteilungsübergreifendes, einheitliches Kennzeichnungssystem zum Einsatz.
- Es ist sicher gestellt, dass alle wichtigen patientenbezogenen Informationen dem OP-/Eingriffsteam vorliegen (bspw. Übergabegespräch, Kontrolle Vollständigkeit der Unterlagen).

Auszug Sana-Präventionskatalog

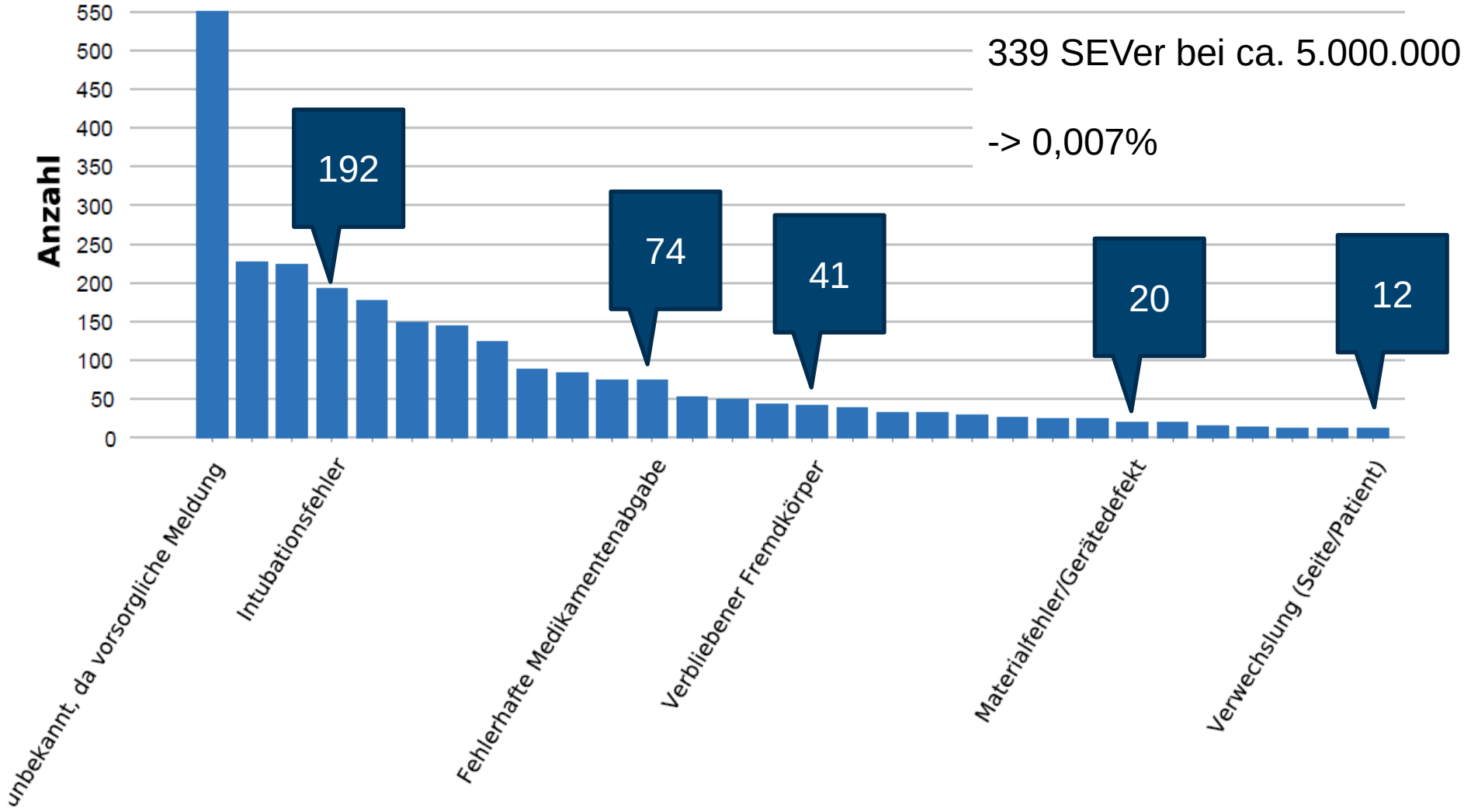
 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Wie in Sicherheitsaudits einbauen?

ID	Themen-	Kriterium	Teilkriterium	Interpretation/Präzisierung für Auditor	zu vermeidende Risiken (ne	mögliche Umsetzungsnach	Anspuchsstellungen/'Rechtliche Stellungnahmen'/Vo
221	OP-Sicherheit	OP-Planung	Bei der OP-Planung werden die Kapazitäten des Aufwachraumes und der Intensivstation sowie die benötigten Instrumentensiebe und Materialien berücksichtigt. Die Sterilisationsabteilung und die OP-Pflege werden am Vortag über den Bedarf informiert.		abgesetzte OP nach Einleitung der Narkose; inadäquate OP durch Ersatzmaterialien; verlängerte OP-Zeiten bedingt durch Materialsuche	teilnehmende Beobachtung; M&M Konferenzergebnisse; OP-Plandokumentation, Interviews, CIRS-Meldungen, ;	Materialien: Neurostimulator für die Schilddrüse wegen eines Softwareupdates funktionierte nicht wie erwartet; MA nicht in Ersatzgerät eingewiesen; Gerätetestung im Kontext TTO bemerkt; abgesetzte OP nach Einleitung der Narkose;
222	OP-Sicherheit	OP-Planung	Ein OP-Koordinator/ -Koordinationsteam überprüft am Vortag der OP die Durchführbarkeit des OP-Programms mit den beteiligten Fachabteilungen (OP-Planungsgespräch).		unkoordinierter Patientenabruf; nicht zeitgerecht vorbereitete Patienten;	Interviews,Teamrückmeldung,Teilnahme	
223	OP-Sicherheit	OP-Planung	Der endgültige OP-Plan wird vom OP-Koordinator / -Koordinationsteam offiziell freigegeben, allen Beteiligten zugänglich gemacht und archiviert. Änderungen im OP-Plan dürfen nur nach einem definierten Verfahren vorgenommen werden.	endgültige Freigabe gilt bedingt für unfallchirurgische Abteilungen; aber OP-Koordinator /ein Benannter muss Planungshohheit haben; kritisch bei Belegeärzten mit eigenem OP-Saal; dort Sicherheit erfragen;	Informationsdefiziten zwischen allen Beteiligten; rechtzeitige Patienteninformation; Nichtnachweisbarkeit einer korrekten Planung;	Interviews; OP-Plandokumentation,	
258	OP-Sicherheit	OP-Sicherheitscheckliste	Eine OP-Sicherheitscheckliste in Anlehnung zu den Verfahren der WHO, APS oder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird mit Handzeichen versehen ausgefüllt.		Unsicherheit im OP	teilnehmende Beobachtung; Patientendokumentation, Interviews, CIRS-Meldungen, ;	
224	OP-Sicherheit	OP-Vorbereitung	Patienten tragen bei der Einschleusung ein Patientenarmband.	auch ambulant operierenden Pat.	Vermeidung von Verwechslungen	teilnehmende Beobachtung; CIRS	
225	OP-Sicherheit	OP-Vorbereitung	Zur Vermeidung von Verwechslungen des Operationsgebietes (rechte Seite / linke Seite) kommt präoperativ ein abteilungsübergreifendes, einheitliches Kennzeichnungssystem zum Einsatz.		Vermeidung von Verwechslungen	teilnehmende Beobachtung; Interviews,fehlende Anspruchsstellungen; CIRS	CIRSfall 189160:Die zu operierende Seite wird durch ein Kreuz mit einem wasserfesten Stift markiert. Leider hatte dieser Patient auf jeder Seite ein Kreuz. Das Kreuz auf der einen Seite war aber die Markierung für eine Bestrahlung. Der Patient wurde kurzzeitig auf die falsche Seite gedreht. Der Patient konnte sich nicht äußern, weil er eine Vollnarkose hatte.
226	OP-Sicherheit	OP-Vorbereitung	Die OP-/Eingriffsvorbereitung erfolgt standardisiert, am OP Tag wird der Patient auf der Station auf Hautschädigungen und Sensibilitätsstörungen untersucht.		un- bzw. nicht korrekt vorbereitete Patienten; Lagerungsschäden	teilnehmende Beobachtung; Dek.Auswertung (Rate erworbene); Patientendokumentation, Interviews, CIRS-Meldungen	Sana: Mehrere Verbrennungen, erst postop. bemerkt

Was hat man davon?

Anspruchstellungen und Haftpflichtschäden Sana 2016 - 2020



339 SEVer bei ca. 5.000.000 Behandlungsfällen

-> 0,007%

Definition geeigneter Präventionsmaßen: Oder können das auch Andere?

Die Risikomanagementinitiative von IQM
Im Auftrag von Vorstand und wissenschaftlichem Beirat

 © Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Arbeitsgruppe

Moderation
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Bereichsleiterin QM und klin. RM, Sana Kliniken AG

Mitglieder
Dr. Bente Heinig, Patient Safety Officer, Helios Kliniken
Jan Richter, Leiter QM und RM, BG Kliniken
Astrid Sadlak, Leiterin Zentrales QM und RM, Niels-Stensen-Kliniken
Dr. Elke Schreiber, Leiterin QM, Universitätsmedizin Mainz
Dr. Amanda van Vegten, Leiterin QM und Patientensicherheit, Universitätsspital Zürich
Beate Wagner, Leiterin klin. RM, Sana Kliniken AG

Vielen Dank!

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Heidemarie.Haeske-Seeberg@sana.de
+49 (0)89 67 82 04 113
0174 990 57 64

Sana Kliniken AG
Oskar-Messter-Straße 24
85737 Ismaning