



Elemente eines Behandlungsfehlers – Schwerpunkt Faktor Mensch

ASQS-Symposium 2017 – Graz, den 18. Oktober 2017

Michael Petry
Geschäftsführer
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Detmold

Was ist der Faktor Mensch?



Der Begriff "**Menschlicher Faktor**" ist ein Sammelbegriff für psychische, kognitive und soziale Einflussfaktoren in sozio-technischen Systemen und Bereichen, in denen Menschen als Teammitglied sowohl untereinander als auch mit komplexen Geräten und Strukturen interagieren.

Dabei geht es in der Medizin im Wesentlichen um die Aspekte:

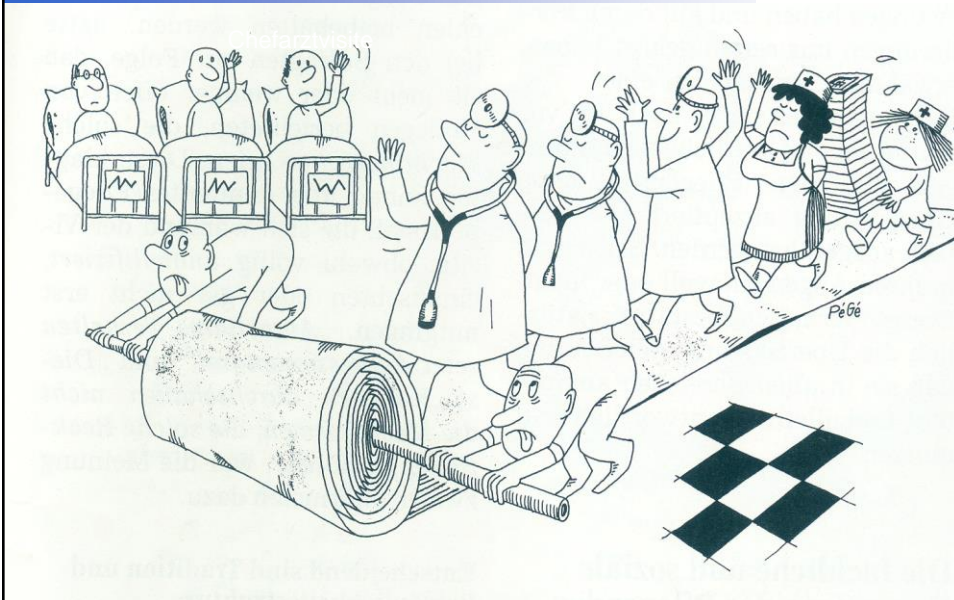
- **Arbeiten in Hochrisiko-Bereichen** (RTW, Schockraum, Intensivstationen, OP, Kreissaal und Funktionsbereiche)
- **"Human factors and human limitations"** (Grenzen der Leistungsfähigkeit, Kommunikation und Missverständnisse)

- Situative Wahrnehmung, Fixierung und Priorisierung
- Entscheidungsprozesse/Entscheidungsfindung
- Risiko- und Fehlermanagement, Sicherheitskultur im Unternehmen
- Blockade, Leistung unter Stress
- Hierarchie, Führung und Führungsverhalten im Team
- Delegation, Team Ressource Management
- Selbstreflexion, Charakteranalyse, Kritikfähigkeit

Fehlende oder fehlerhafte Kommunikation ist nach meiner Erfahrung aus rund 30 Jahren Arzthaftungsrecht eines der größten Risiken, wenn nicht das größte Haftungsrisiko im Krankenhaus.

Chefarzt-Visite

ECCLESIA Gruppe



Kommunikationsmängel von Ärzten untereinander

ECCLESIA Gruppe

- Keine gemeinsame Organisation der Schnittstellen
 - Fehlende Hinzuziehungsregelungen
 - Geburtshelfer- Pädiater
 - Anästhesist - Operateur
- Fehlerhafter Umgang mit Mängeln in der medizinischen Leistungserbringung. Stichwort „Fehlerkultur“
- Medizinische Dokumentation wird nicht als Kommunikationsmittel erkannt, sondern als rechtliche Notwendigkeit

Einfache Kommunikationsfehler können tödliche Konsequenzen haben

ECCLESIA Gruppe

- Patientin wird aus dem Krankenhaus in eine Rehaklinik verlegt
- 10 mg Methotrexat im Entlassungsbrief empfohlen
- Angabe der Dosierungshäufigkeit fehlte
- Methotrexat wird täglich statt wöchentlich gegeben
- Patientin verstirbt an den Wirkungen des Medikaments

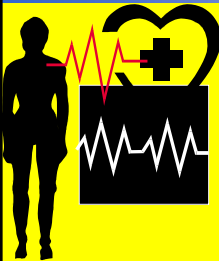


ARD „Panorama“ – 21. August 2003

Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst

7

ECCLESIA Gruppe



Aktenzeichen 1310906

oder

„wie man einen Geburtsschaden produziert“

Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst

8

Der Fall



Die Patientin, drittgebärende, wurde durch notfallmäßigen Kaiserschnitt in der 29. Schwangerschaftswoche aus Beckenendlage entbunden.

Anamnesetisch war eine Spontangeburt sowie eine weitere Entbindung durch Kaiserschnitt bei vorzeitigem Blasensprung bekannt.

Dabei war eine Relaparotomie wegen einer Wundheilungsproblematik der Uterusruptur notwendig.



Die Frau sucht um 9.10 Uhr ihren Frauenarzt auf wegen **heftigster Bauchschmerzen**.

Eine gynäkologische Untersuchung führt zu keinem auffälligem Befund. Vermerkt wird, dass Patientin kurz und flach atmet und unter heftigsten Dauerschmerzen leidet, ausgehend vom Epigastrium und sodann den gesamten Oberbauch und Bauchraum erfassend.

Blutdruck wird mit 100/70 als normwertig notiert, der Puls mit 96 spm erhöht. Es wird ein kurzes CTG von 9,5 Minuten geschrieben.



Ihr Frauenarzt weist sie auf die gynäkologische Belegabteilung des Krankenhauses ein, in dem er einer der belegenden Frauenärzte ist.

Verdachtsdiagnose: Chirurgisches Leiden
(Magendurchbruch?)

Stationäre Aufnahme um 9.43 Uhr durch eine Ärztin im Praktikum, die über den Arzt angestellt ist.

Es werden mehrere CTG's geschrieben, die nach Meinung der Gutachter kontrollbedürftig waren, ohne dass sich allein daraus eine akute Notsituation des Kindes hätte ableiten lassen.



11 Uhr konsiliarische Vorstellung auf der chirurgischen Ambulanz.

Sonographisch wird freie Flüssigkeit im Abdomen nachgewiesen.

Es wird die Verdachtsdiagnose „Uterusruptur“ erhoben.





11.15 Uhr
Telephonat mit dem Gynäkologen

Dieser schließt eine gynäkologische Problematik aus!

Hinzugezogener Internist mit besonderer Erfahrung mit Sonographie bestätigt Verdachtsdiagnose.

Gynäkologe hält weiterhin eine gynäkologische Problematik für ausgeschlossen.

Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst 13




Konsequenz:

Es wird eine Probelaparotomie angeordnet.

Problem:

Alle OP-Plätze besetzt. Da durch Frauenarzt gynäkologische Problematik ausgeschlossen, stuft man das akute Abdomen nicht als Notfall ein.

Die Probelaparotomie soll im Anschluss an die laufenden Operationen erfolgen.



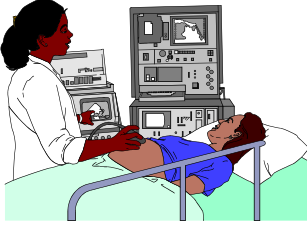
Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst 14

ECCLESIA Gruppe

12.45 Uhr
AiP ordnet sofortige CTG-Kontrolle über 2 Stunden an.

13.15 Uhr
Hebamme legt das CTG auf chirurgischer Station an, auf der die Patientin auf die Probelaparotomie wartet.

**Daraufhin verlässt sie wieder die Patientin.
Sie hat Dienstschluss und begibt sich zur Übergabe auf die gynäkologische Abteilung.**



Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst 15

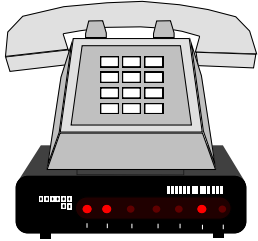
ECCLESIA Gruppe

13.30 Uhr

Anruf von der chirurgischen Intensivstation
Die Herztöne „seien abgerutscht“

13.35 Uhr

Die nun diensthabende Hebamme begibt sich zur Chirurgie und findet dort eine kindliche Bradykardie im CTG von ca. 70 spm.



Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst 16

Die Hebamme veranlasst die Verständigung der „zuständigen Gynäkologin“, Frau Dr. G.

Das Organisationsstatut der großen gynäkologischen Belegabteilung sieht vor, dass immer einer der Belegärzte im Bereitschaftsdienst verfügbar ist.

Entgegen der internen Absprache teilt Frau Dr. G. jedoch mit, dass sie zeitlich verhindert ist.



Daraufhin wird der diensthabende Gynäkologe informiert. Dieser erscheint kurzfristig und führt die Schnittentbindung durch



Intraoperativ findet sich eine 10 cm lange Uterusruptur von Tubenwinkel zu Tubenwinkel im Bereich des Fundus uteri. Aus dieser Ruptur wölbt sich die intakte Fruchtblase hervor.

Ganz offensichtlich handelt es sich um eine protrahierte, zunächst still verlaufende Ruptur mit allmählichem Blutverlust.

Nach Eröffnung der Fruchtblase wird ein 1600 g. schweres, schlaffes gräuliches Mädchen entwickelt. Der Geburtszeitpunkt ist in der Akte mit 14.27 Uhr vermerkt - **knapp eine Stunde nach Feststellung der Bradykardie** -, der Anästhesiebeginn mit 14.04 Uhr, der Schnitt mit 14.24 Uhr.



Bei fehlender Spontanatmung war ca. 4 Min. nach der Geburt trotz Intubation nur eine Herzfrequenz von ca. 80 spm. feststellbar.

Gegen 14.35 Uhr erfolgte die weitere Versorgung des Kindes durch ein neonatologisches Team eines anderen Krankenhauses.

Bei dem Kind existiert ein schweres neurologisches Restschadensyndrom.

Problemstellungen:

1. Zusammenarbeit zwischen Ärzten mehrerer Disziplinen
2. Fehlende Regelung - wer entscheidet wann letztverantwortlich
3. Diskrepanz zwischen offiziellem Organisationsstatut und „wirklichem Leben“.
4. Wer überprüft eigentlich Soll und Ist?

Ein weiterer Schadenfall

In einem Krankenhaus bekommen drei Personen einen zentralen Zugang gelegt.

Folge: Drei Patienten werden mit Hepatitis C infiziert.

Was glauben Sie sind die Ursachen?



Zentraler Zugang wird im Eingriffsraum der Intensivstation gelegt.

Patienten erhalten hintereinander Termine und kommen von den Stationen.

Der erste Patient ist HCV-infiziert mit sehr hoher Viruslast.

Dies ist auf der Station auch bekannt.

Diese Information wird aber nicht an die Intensivstation weitergegeben.

Die Krankenakte ist - entgegen der vorhandenen Regelung - nicht dabei.

In der EDV ist die Infektion nicht vermerkt.



Der infizierte Patient wird als erster behandelt. Dabei wird eine große Flasche Kochsalzlösung zum Spülen benutzt.

Danach werden zwei weitere Patienten behandelt. Bei beiden wird der Gummipfropfen auf der Kochsalzflasche nicht gewechselt.

Dadurch werden beide infiziert. Bei dem einen Patienten handelt es sich um einen Spender von Knochenmark für seinen Bruder. Durch die Spende wird auch dieser infiziert.

Mögliche Präventionsmaßnahmen

ECCLESIA Gruppe

Hygienestandards

z.B. ausschließlich Einmalgebilde und kleine Gebilde

Anmeldeprozedere -Anmeldung
 -Übergabe
 -Regeln: ohne Akte keine Intervention

Kennzeichnungssystem - "gelber" Punkt für Infektiosität

EDV-Systeme anpassen - pop-up Fenster

Terminmanagement - Reihenfolge

Aufklärung

Schulung

Checkliste für die Intervention

Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst

25

Die Beispiele zeigen, dass viele Fälle ihre Ursache für die zivilrechtliche Haftung in organisatorischen Mängeln haben.

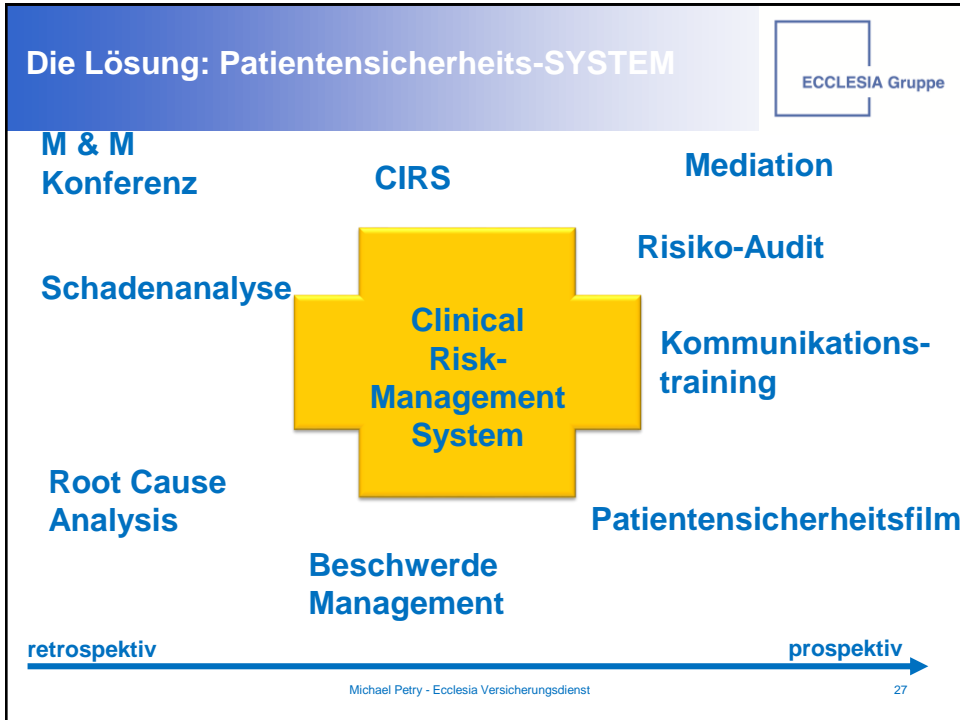
- Fehlerhafte Aufklärung
- Fehlerhafte Dokumentation
- Fehlende Hinzuziehungsregelungen
- Fehlende Prozessbeschreibungen/Standards
-

Freiwillige Fehlerberichte aus 7 Ländern zeigten, dass 80% **Prozessfehler** waren, nur 20% der Fehler wurden durch **mangelndes Wissen oder Können** verursacht. 35% der Fehler waren Medikationsfehler.

Diese können durch den Aufbau eines Qualitäts- bzw. Risikomanagementsystems vermieden werden.

Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst

26

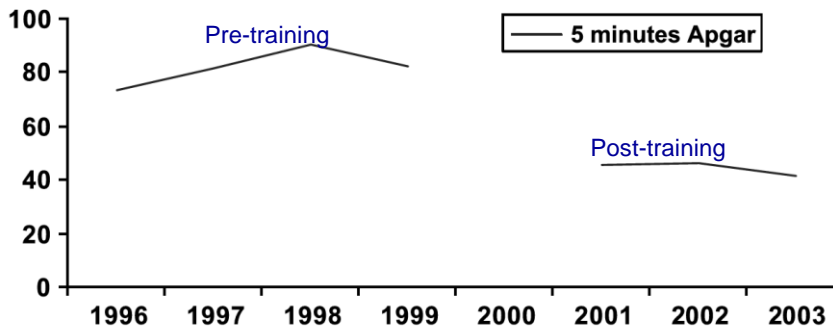


Effekt von CRM-Team-Training mit Simulationen

ECCLESIA Gruppe

(T. Draycott, Bristol)

Low 5 min Apgar
per 10.000 births



Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst

29

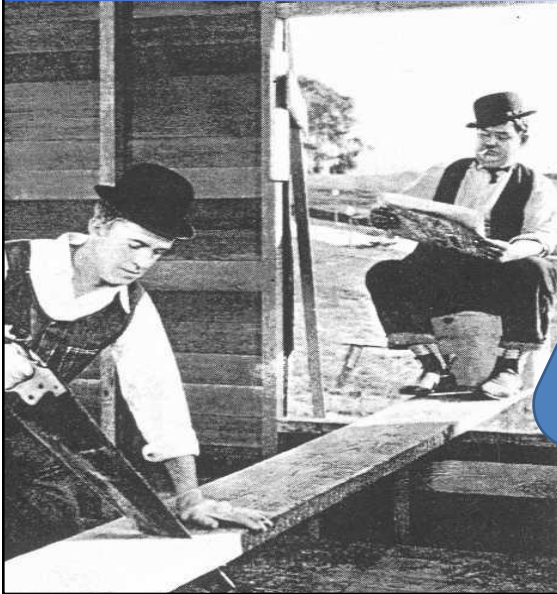
Fazit:

ECCLESIA Gruppe

- Viele Fälle, die auf menschliche Faktoren zurückzuführen sind, lassen sich durch ein funktionierendes Patientensicherheits-System verhindern.
- Erforderlich ist hierfür, Patientensicherheit als eines der wesentlichen Unternehmensziele zu definieren.
- Von Bedeutung ist auch das Thema Kommunikation schon in die studentische Ausbildung einzubringen.
- Ein funktionierendes CIRS-System
- die Unterstützung der ärztlichen Therapieentscheidung durch persönliche und elektronische Expertensysteme.

Michael Petry - Ecclesia Versicherungsdienst

30



**Risiko-
Management
identifiziert
Risiko-Schnittstellen !**

*Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit*