

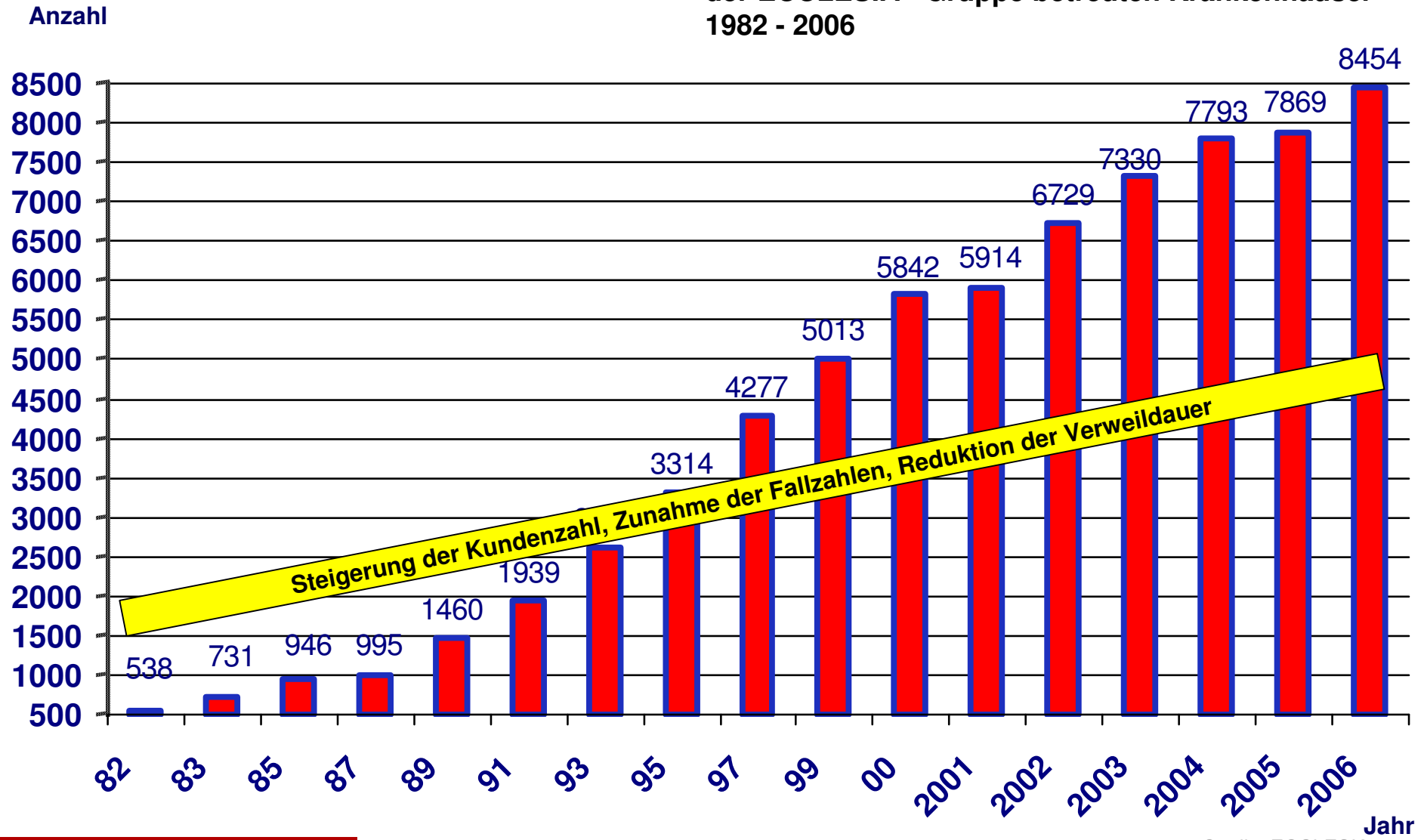


## Risikomanagement als Schadenprophylaxe

206. Tagung der  
Niederrheinisch-Westfälische  
Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe  
RA Franz Michael Petry  
Ecclesia-Gruppe Detmold

# Risikomanagement als Schadenprophylaxe

Anzahl der angemeldeten Heilwesenschäden der von der ECCLESIA - Gruppe betreuten Krankenhäuser 1982 - 2006

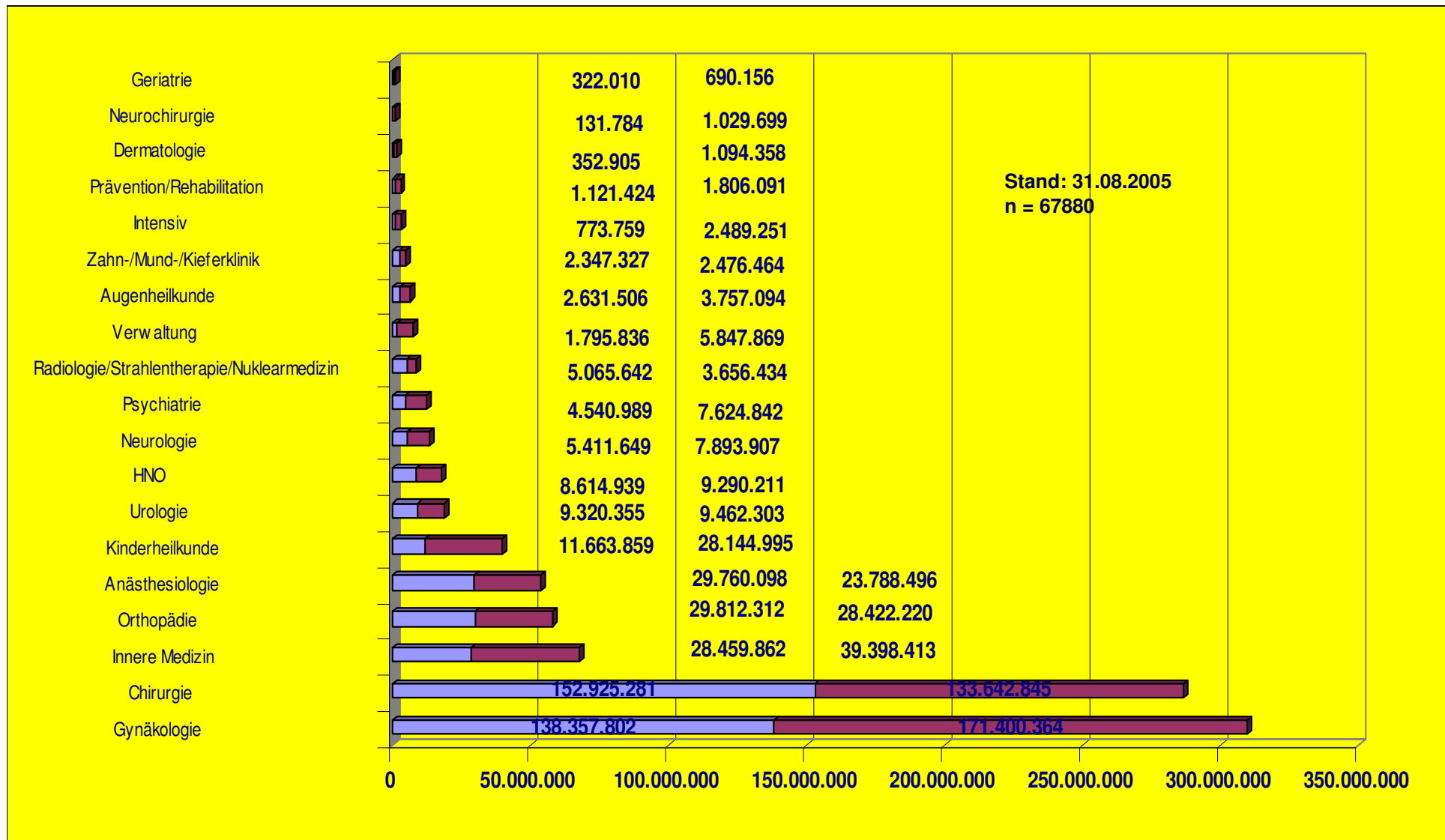


Quelle: ECCLESIA

RA Franz Michael Petry  
Ecclesia-Gruppe Detmold

# Risikomanagement als Schadenprophylaxe

## Verteilung auf Disziplinen nach Schadenaufwand



## Aktueller Geburtsschaden

Kind ist geistig und körperlich schwer behindert.

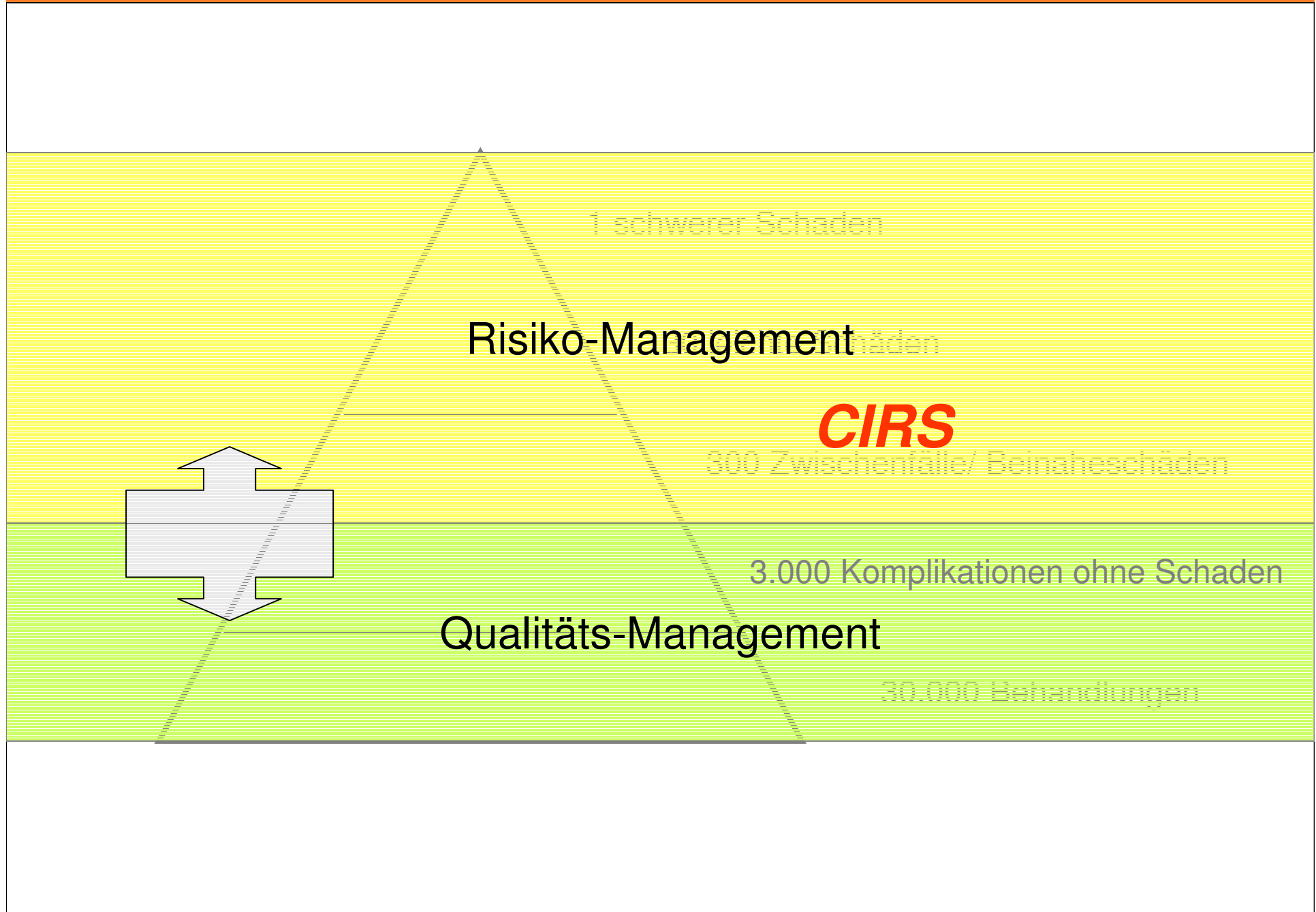
## Lebenserwartung 30 Jahre

Schmerzensgeld	500.000,-- €
Krankenkasse	50.000,-- €
Pflegeaufwand (35.000 Schweizer Franken/Monat = 22.876 €, kapitalisiert mit 17.664	4.848.980,-- €
Erwerbsschaden 2.500,-- € x 12 x 6.336	113.430,-- €
<b>Gesamt</b>	<b>5.512.410,-- €</b>

## Lebenserwartung 40 Jahre

Schmerzensgeld/Krankenkasse	550.000,-- €
Pflegeaufwand 22.876 x 12 x 20.219	5.550.358,-- €
Erwerbsschaden 2.500,-- € x 12 x 6.336	190.080,-- €
<b>Gesamt</b>	<b>6.290.436,-- €</b>

# Risikomanagement als Schadenprophylaxe



## Risikomanagement als Schadenprophylaxe

**...es geht im Risiko-Management  
nur um wenige wesentliche Dinge:**

**Patienten sollen fehlerhafte Behandlungen  
und schwere Schicksale erspart bleiben,**

**Ärzte und Pflegende in ihrem Ruf nicht  
geschädigt  
und Krankenhäuser nicht in schwierige  
Situation gebracht werden.**

Beyer-Rehfeld, A., krankenhaumschau 6/2003

## Lernen

**„Kluge Menschen lernen von  
den eigenen Fehlern,  
weise Menschen von den  
Fehlern anderer.“**

## Chinesisches Sprichwort

## Beispiele für Anspruchstellungen aus der Geburtshilfe

Beispiel:

### Diagnosefehler

Zahlung: 457.102 €

Reserve: 1.530.612 €

### Entwicklungsstörung des Kindes nicht erkannt

- Sauerstoffmangel des Kindes während stationären Aufenthaltes trotz pathologischem CTG nicht festgestellt
- Schnittentbindung nicht rechtzeitig eingeleitet

Folge: Kind schwerstgeschädigt



## Beispiele für Anspruchstellungen aus der Gynäkologie

Beispiel:

### Überwachungsfehler

Gesamtaufwand: 40.000 €

### Paravasat nicht rechtzeitig erkannt

- post OP Chemotherapie
- Überwachungsfehler, bei wiederholter Infusionsgabe Paravasat nicht erkannt

Folge: Gewebsdefekt, Hauttransplantation

## Risikoschwerpunkte in der Geburtshilfe

**Aufklärung - PDA, Behandlungsalternative sectio**

**Zeitpunkt der Aufklärung**

**Behandlungsfehler**

- **Unterlassene oder fehlerhafte Interpretation CTG**
- **Unterlassene oder verspätete Information Hebamme-  
Arzt bzw. Arzt - Facharzt**
- **unterlassene oder verspätete Sectio**
- **Schulterdystokie**
  - Mangelhafte Durchführung**
  - Mangelhafte Dokumentation**
- **Fehlender Facharztstandard**
- **Unterlassene oder verspätete Hinzuziehung eines  
Pädiaters bzw. Neonatologen**
- **Fehlerhafte oder verspätete Reanimation**
- **Unzureichende Transportorganisation (Rettungsdienst)**

**Dokumentationsmängel**

**Aus der Schadenerfahrung leiten sich Anforderungen an Präventionsmaßnahmen ab.**

**Risikoidentifizierung fragt nach diesen Präventionsmaßnahmen.**

**Fehlen diese, beschreibt dies das Risiko.**

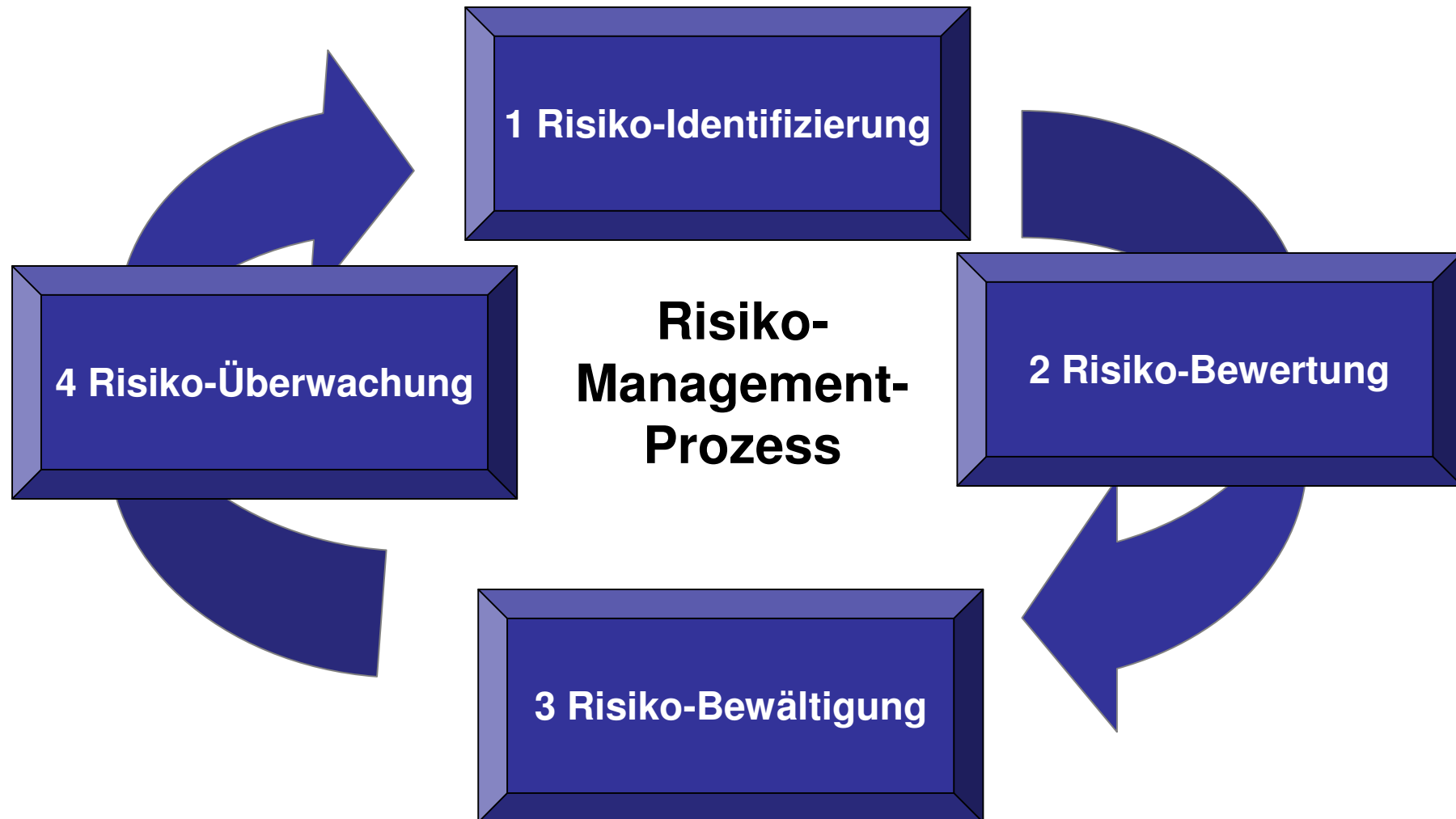
## 4.12.1 Operationssaal

	Präventionsmaßnahme	Risiko	Empfehlung
766	Der Patient wird während und nach der Einschleusung durch geeignete Maßnahmen gegen einen Sturz vom OP-Tisch gesichert.	Nicht immer ist der Patient im Einleitungsraum permanent unter anästhesiologischer Aufsicht. Der Beckengurt zur Sturzprävention wird erst im OP angelegt.	Die Patienten sind stets zur Vermeidung eines Sturzes mit einem Beckengurt zu fixieren. Die Umlagerung des Patienten bereits bei der Einschleusung ist zu empfehlen und hier schon die Sicherung mittels Beckengurt vorzunehmen.
767	Es entsteht zwischen OP-Einschleusung und Narkose- bzw. OP-Beginn kein Zeitraum, während dessen der Patient unbeobachtet ist.		
768	Für Brust-OPs wird die Kennzeichnung der OP-Seite am OP-Vortrag vorgenommen. Ein mammographischer Markierungsdraht wird präoperativ in das zu operierende Areal eingelegt.	Zur Vermeidung von Verwechslungen des Operationsgebietes (rechte Seite/linke Seite) kommt kein abteilungsübergreifendes, einheitliches Kennzeichnungssystem zum Einsatz. Die Kennzeichnung der OP-Seite ist in der Ablaufbeschreibung "OP-Vorbereitung" nicht umfassend genug geregelt.	Ein einheitliches Kennzeichnungssystem ist zu etablieren. Das krankenhausesinterne System zur Vermeidung von Verwechslungen ist in der Ablaufbeschreibung "OP-Vorbereitung" aufzunehmen.
770	Es kommt eine bedarfsgerecht entwickelte OP-Checkliste zum Einsatz. Der Spätdienst im stationären Bereich bereitet die Unterlagen zu OP vor und Nachdienst kontrolliert diese. Die ausgefüllte Checkliste wird in die Patientenakte abgeheftet.		
771	Es gibt vereinzelt "Standard-OP-Saalebücher", in denen die Lagerungsart für bestimmte OP-Eingriffe benannt ist.	Spezifische Lagerungsstandards, die eindeutig die durchzuführende Lagerung und die entsprechend einzusetzenden Lagerungshilfsmittel beschreiben, sind noch nicht hinterlegt.	Die fachgerechte Patientenlagerung ist sicherzustellen. Um einen einheitlichen Qualitätsstandard zu gewährleisten, sind Lagerungsstandards in schriftlicher Form (inkl. Fotodokumentation) zu definieren.

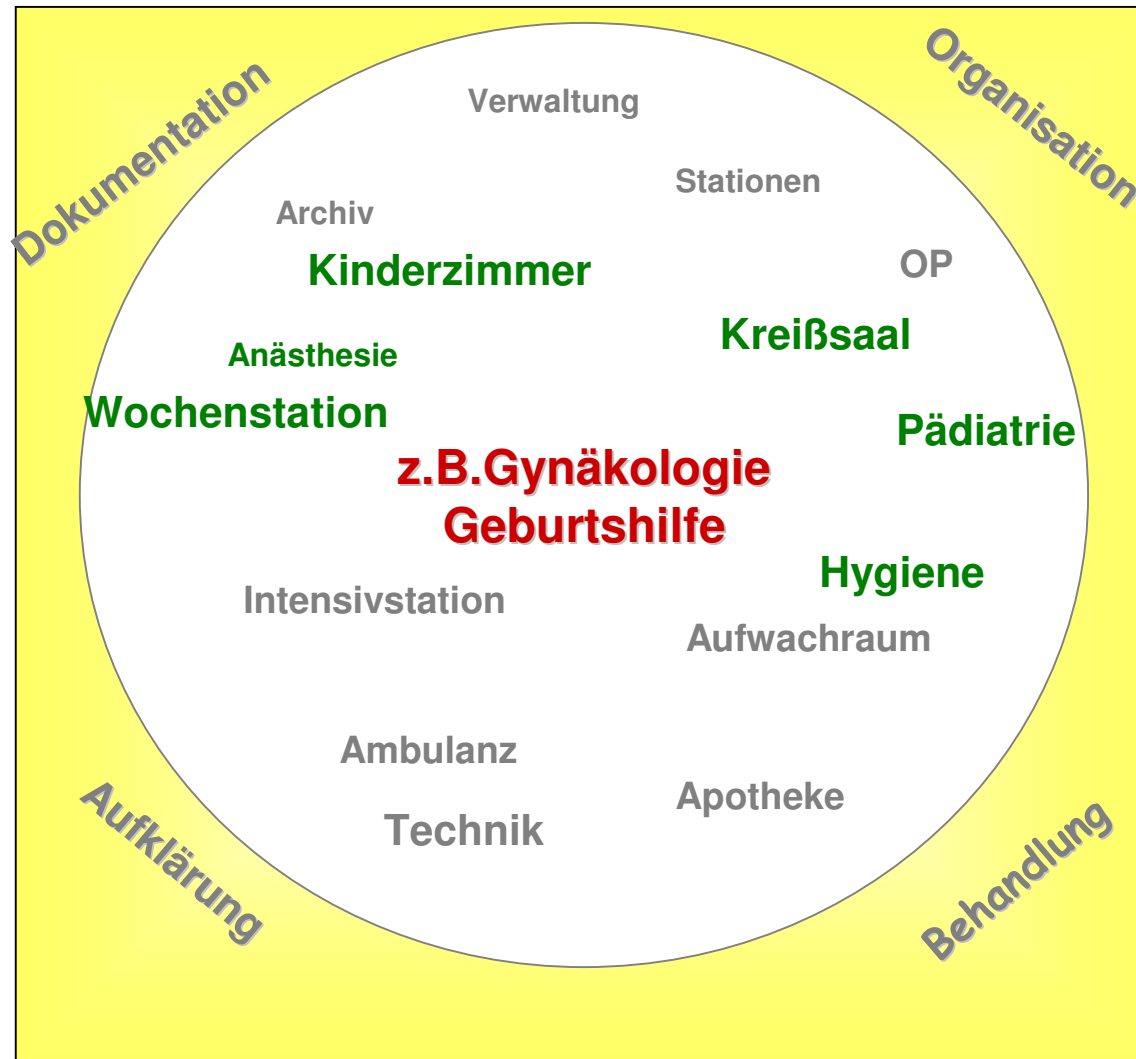
## Risikoliste

### 2.2 Verlaufsdokumentation

	Präventionsmaßnahme	Risiko	Empfehlung
509	Ärztliche Anordnungen werden im Dokumentationssystem notiert und i.d.R. mit dem Handzeichen des Anordnenden versehen.	Ärztliche Anordnungen werden nicht immer mit Handzeichen im Dokumentationssystem bestätigt. Die Lesbarkeit ärztlicher Eintragungen ist nicht sichergestellt.	Alle ärztliche Anordnungen sind lesbar und mit Handzeichen im Dokumentationssystem zu dokumentieren.
	Wer:		Bis Wann:
512		Es existiert keine schriftliche Verfahrensregelung zum Umgang mit der telefonischen Übermittlung ärztlicher Anordnungen. Bei der Anordnung von Arzneimitteln wird nicht immer der Name des anordnenden Arztes dokumentiert (telefonische Anordnung lt. Dr. ...).	Eine Verfahrensregelung zum Umgang mit telefonischen ärztlichen Anordnungen ist zu verfassen und in die pflegerische und ärztliche Ablaufbeschreibung zur Dokumentation zu integrieren.
	Wer:		Bis Wann:
518	Die Applikation von Arzneimitteln für den Bedarfsfall wird grundsätzlich vom ausführenden Mitarbeiter des Pflegedienstes dokumentiert.	Bei einer Anordnung von Arzneimitteln für den Bedarfsfall wird i.d.R. vom Arzt nicht der Name des Präparates, die Dosierung, die Applikationsform und die Maximaldosierung dokumentiert. Der Handlungskorridor für die Pflegenden ist somit nicht geregelt.	Die Bedarfsmedikation ist vom anordnenden Arzt mit Angaben zum Bedarfsfall, zur Applikationsform, zur Dosierung und Tageshöchstdosis in der dafür vorgesehenen Rubrik im Dokumentationssystem festzulegen.
	Wer:		Bis Wann:
520		Es existiert keine Verfahrensregelung in Schriftform zum Umgang mit Fehleintragungen im Dokumentationssystem.	Fehleintragungen sind so durchzustreichen, dass sie noch lesbar sind. Sie sind mit dem Handzeichen des Korrigierenden zu versehen. Eine schriftliche Verfahrensanweisung ist zu erarbeiten und in die Ablaufbeschreibungen zur Dokumentation zu integrieren.
	Wer:		Bis Wann:



# Aktionsradius im Risikomanagement



# Risikomanagement als Schadenprophylaxe

## Dokumentationsverfahren

- Lückenlose Verlaufsdarstellung
- abgestimmte Berichte
- **Partogramm**
- **CTG**

## Aufklärungspraxis

- Rechtzeitigkeit
- Risiko-Aufklärung
- Aufklärung über Alternativen
- **Sectio-Entbindung**
- **PDA**

## klinische Organisation

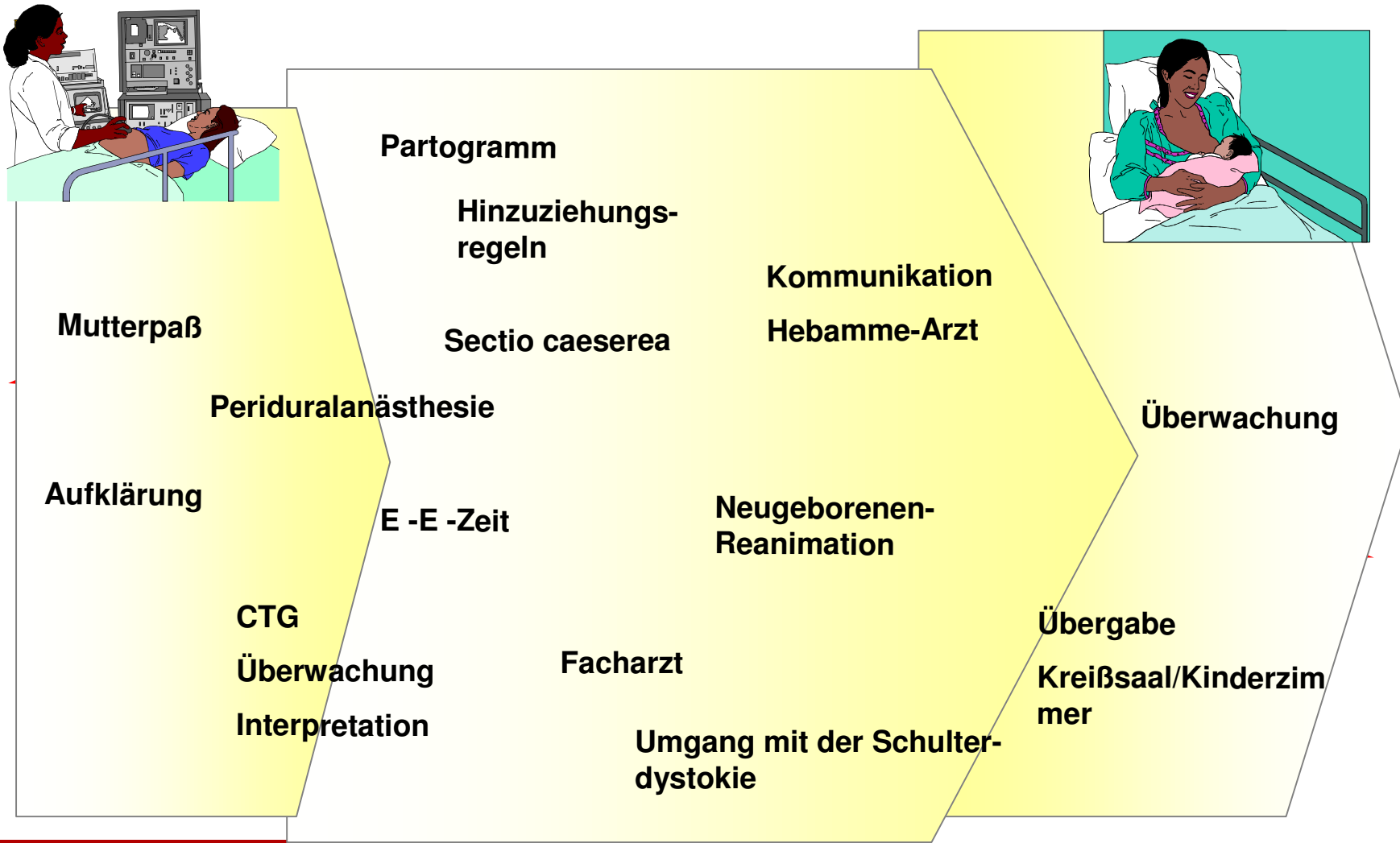
- **Abstimmung Arzt-Hebamme**
- **Kreißsaal-OP**

## Behandlung

- **Verhalten bei  
Schulterdystokie**



## Risiken im Geburtsprozeß



## Einführung eines Risikomanagements in der Geburtshilfe

### Thema Geburtsmanagement

#### IST

Übernahmeverschulden  
Übergabeinformation  
CTG Interpretation

Unterschiedliche Angaben auf dem CTG-Streifen  
Hinzuziehung von Spezialisten  
Dienstorganisation  
Delegation  
Notsectio  
Reanimation

#### Entwicklung

Festlegung für Verlegungsindikationen  
Entwicklung eines Übergabeprotokolls  
Regelung der Zuständigkeit / Schulung  
Vereinheitlichung der Scoring-Systeme  
Vorgabe zur Beschriftung des CTG-Streifens  
Festlegung von Hinzuziehungskriterien  
Überarbeitung der Dienstplanung  
Vorgaben zur Delegation  
Kreißsaalorganisation  
Zuständigkeitsregelung

### **Fazit:**

**Jedes Krankenhaus muss heute über ein klinisches Risikomanagement verfügen. Richtig organisiert und durchgeführt ist es der richtige Weg zur notwendigen Schadensprophylaxe**

**Die Haftpflichtversicherer verlangen zunehmend den Nachweis entsprechender Maßnahmen und machen hiervon die Kalkulation der Prämie abhängig.**

**Eine möglichst niedrige Schadensquote ist auch ein wichtiges Kriterium in der Konkurrenz mit anderen Häusern. Durch die zunehmende Transparenz wird dies an Bedeutung gewinnen.**

## Risikomanagement ist aber noch mehr!

- **RM ist immer Bestandteil eines reifen QM-Systems**
- **Instrumente und Maßnahmen des RM beeinflussen Zertifizierungsverfahren**
- **RM operationalisiert ein QM-System**
- **RM kann der Motor der QM-Entwicklung sein**
- **RM erreicht Ärzte eher als QM**
- **RM ist relativ leicht -weil pragmatisch- umzusetzen**



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

**Klinisches Risiko-  
Management ist ein Aus-  
weg aus der Haftungsfalle  
für Ärzte, Pflegende  
und Krankenhäuser”!**