Wenn die Qualität nicht stimmt

Personenschäden in der Anästhesie: Schwachstellen und ihre Ursachen

Mathias Lenschow
03. September 2022

Ein Vorwort: Interessenkonflikte

- Die Funk Health Care Consulting (FHC) steht in keiner Geschäftsbeziehung zu dem Kongressveranstalter
- FHC und die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH sind Firmen der Funk Gruppe – dem Kongresspartner
- Die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH ist der betreuende Versicherungsmakler des BDA und vieler seiner Mitglieder
- Der Vortrag wird nicht durch einen Dritten finanziert
- Es bestehen insoweit **KEINE INTERESSENKONFLIKTE**

Agenda

- Entwicklung von Risikomanagement und Risikotransfer
- Die Bedeutung von Schäden unter betriebswirtschaftlichen Aspekten
- Auffälligkeiten und Risiken in der ambulanten Anästhesie aus der Schadenperspektive
- Auswertung der Großschäden im Bereich Kinderanästhesie
- Ableitungen & To-do`s

Entwicklung Patientensicherheit und RM

Eigen- und Fremdbild

Idealer Tatort:
Morde in Kliniken bleiben oft unerkannt

Parallelwelt zwischen Risikoprävention und Transfer

Historie

Risikoprävention

- Nicht selten Papiertiger
- Wenig best practice Erfahrung
- Niedrig priorisiert
- Instrumente als Insellösungen (CIRS etc.)
- Kein Interesse an Schadenursachen
- Insgesamt wenig akzeptiert

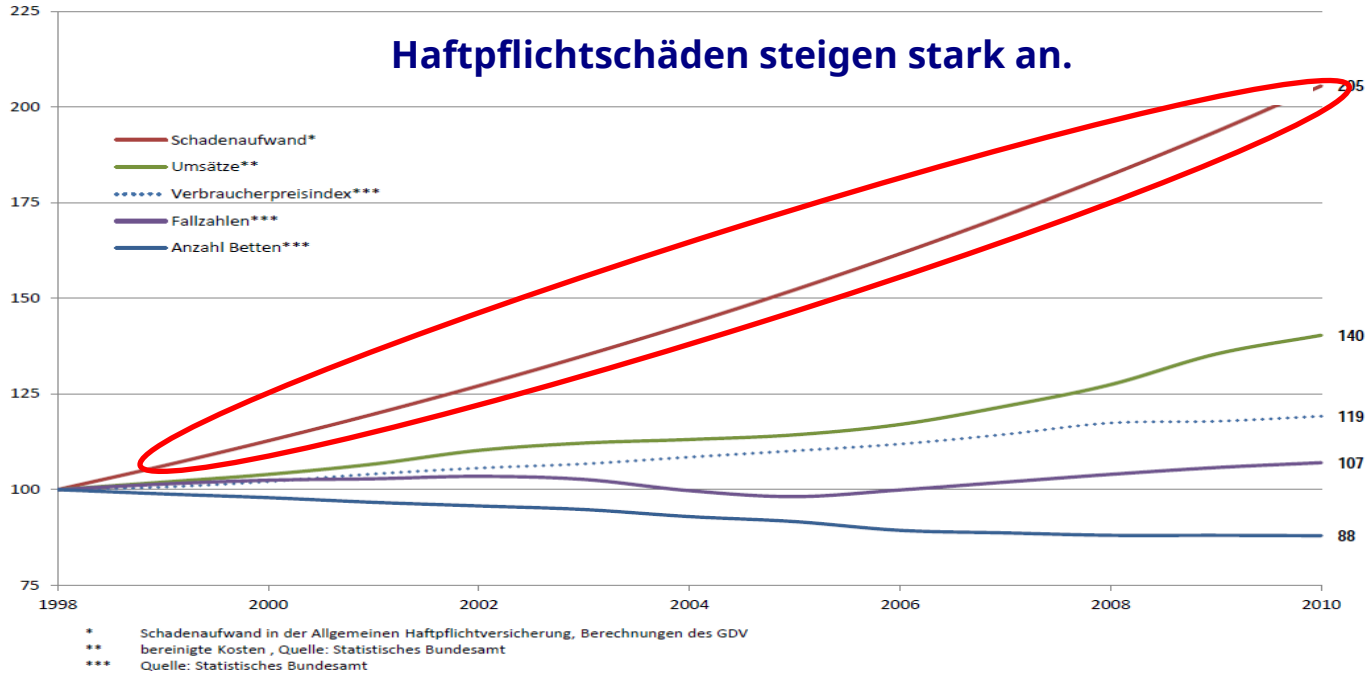
Die zwei Seiten einer Medaille

Risikotransfer

- In der Regel Vollversicherung
- Zunehmend schlechte Schadenverläufe
- Niedrig priorisiert
- Keine Schadentransparenz
- Kein Interesse auf Behandlerseite

Schadenentwicklung

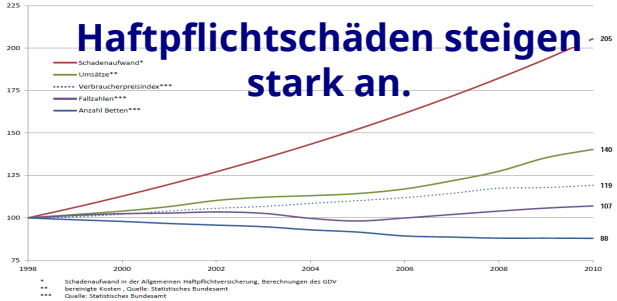
Heilwesen-Haftpflicht

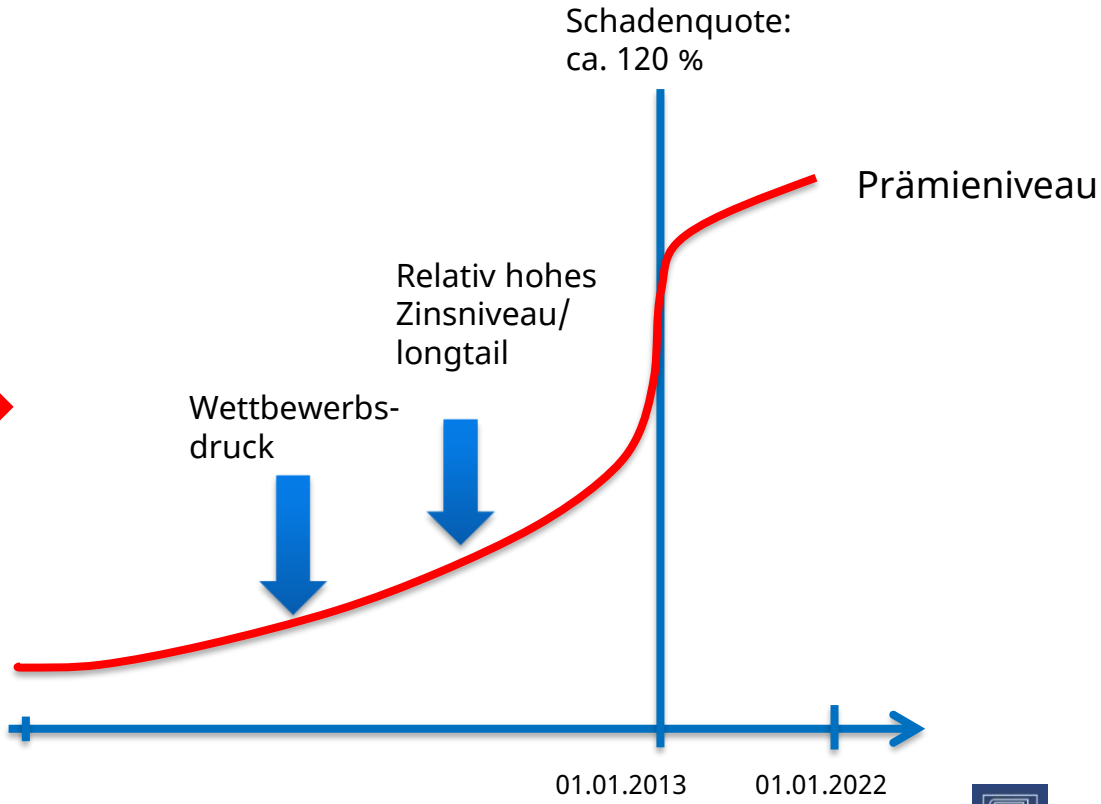


Quelle: Schadenverlauf im Krankenhaus. GDV, 2012

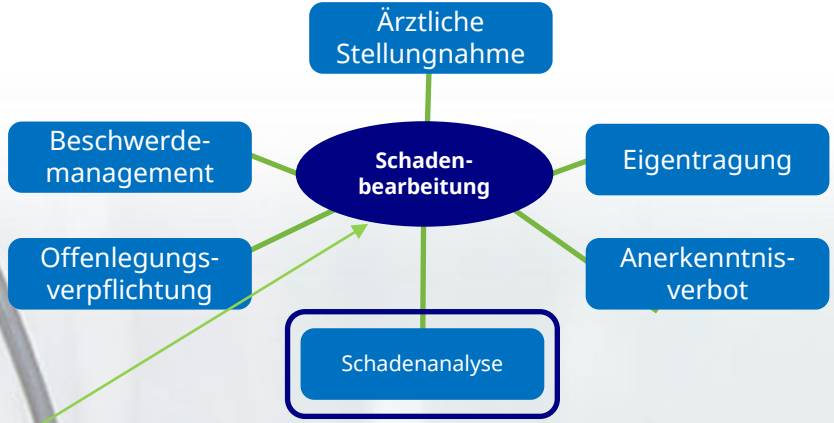
Evolution und Revolution

Beispiel: Heilwesen-Haftpflicht





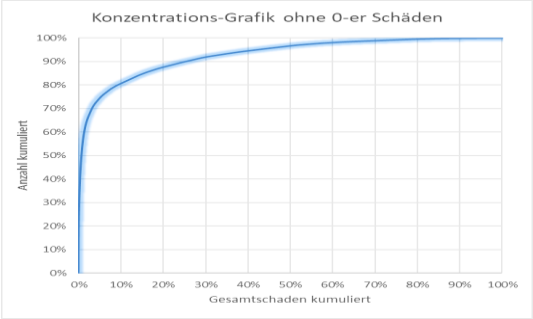
Monitoring klinischer Risiken



- Schadenanalysen sind wesentlich in der Erfassung und Bewertung klinischer Risiken.
- Vorteil der Schadenanalyse ist die belastbare Realisierung des Risikos, welches bei CIRS eben gerade nicht der Fall ist.
- Eine Schwachstelle sind dagegen die relativ späte Sichtbarmachung des Risikos und die blinden Flecken für Risiken, die noch nicht in Schäden ihren Niederschlag gefunden haben.
- Kennzifferbasierte Benchmarks sind wünschenswert aber mangels Vergleichbarkeit nur sehr begrenzt belastbar.

Das Schadenproblem

Masse oder Klasse

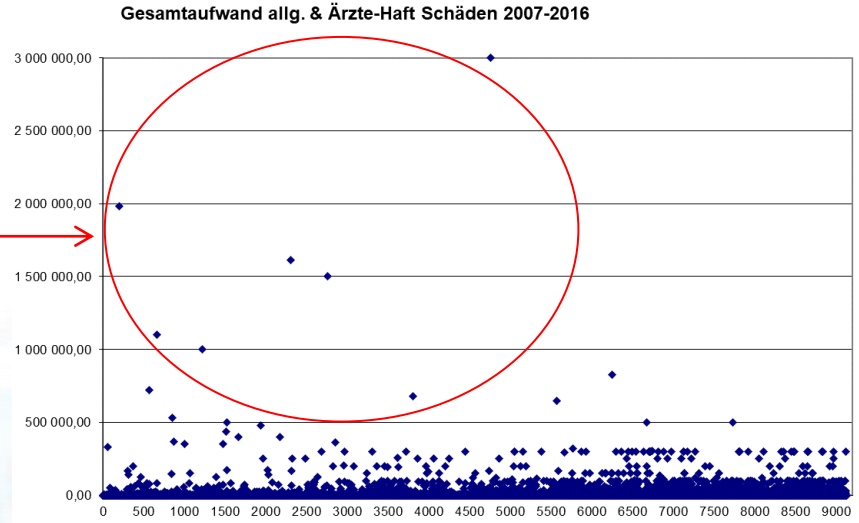


- 90 % aller Schäden verursachen 25 % des Gesamtschadens
- 10 % aller restlichen Schäden verursachen 75 % des Gesamtschadens

↕

Dieser Kategorie ist besondere Beachtung zu widmen

Fokus der Betrachtung →



- Sehr viele kleine und mittelgroße Schäden
- Nur wenige Schäden über 500.000 €

Statistik

- Bei der nachfolgenden Analyse wurden Schäden aus einem Rahmenvertrag mit ausschließlich anästhesiologischen Risiken untersucht.
- Schäden die sich aus der stationären Leistungserbringung angestellter Anästhesisten in Krankenhäusern ergeben standen nicht im Fokus der Betrachtung. Die Erfahrungen mit diesen Schäden sind allerdings in die Analyse eingeflossen.
- Die -in dem versursachten Schadenaufwand kondensierte- Schwere des Schadens bestimmt die Priorität der Betrachtung.

Für das Risikomanagement sind insoweit die Schäden von besonderer Relevanz, die

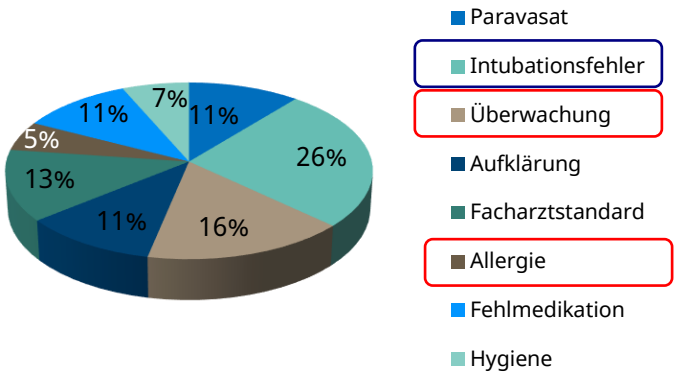
- besonders aufwandsrelevant sind
- systematischen Schwachstellen folgen
- vermeidbar sind

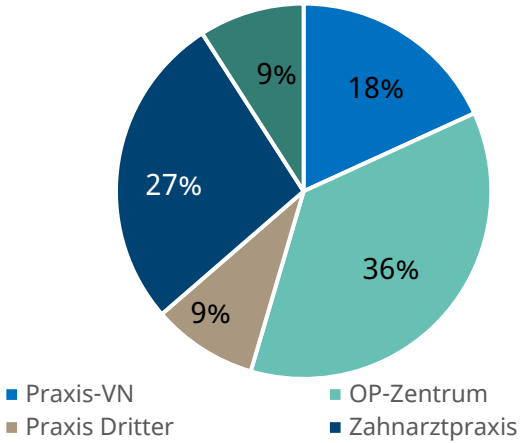
Schadenanalyse und Risikomanagement

- Eine statistische Auswertung von Schäden nach festgelegten Parametern ist Ausgangspunkt der Analyse, hilft allein allerdings nur begrenzt

- **Wichtig ist die individuelle Auswertung der Einzelschäden und Abgleich mit vergleichbaren Risikoclustern**

- **Erfolgversprechend ist eine enge Verzahnung von Risikomanagement und Schadenmanagement**





Schadenauswertung gebündelter Risiken in der Anästhesie

Die u. g. Darstellung bildet den Schadenverlauf des eines Rahmenvertrages wie folgt ab:

Meldejahre	Summe von Gesamtzahlungen *	Summe von Reserven *	Summe von Gesamtaufwand*	Anzahl Schäden
2015	220.000 €	160.000 €	380.000 €	99
2016	800.000 €	370.000 €	1.170.000 €	102
2017	400.000 €	2.300.000 €	2.700.000 €	99
2018	160.000 €	1.000.000 €	1.160.000 €	82
2019	300.000 €	900.000 €	1.200.000 €	95
2020	60.000 €	1.800.000 €	1.860.000 €	87
2021	3.000 €	700.000 €	703.000 €	100
Gesamtergebnis	**1.943.000 €**	**7.230.000 €**	**9.173.000 €**	**664**

Davon 1 Schaden alleine 656.000 € Aufwand

Davon 1 Schaden alleine 2.285.000 € Aufwand

Davon 2 Schäden zusammen 1.050.000 € Aufwand

D.h. allein 4 Schäden (0,6%) bewirken ca. 43% des Gesamtaufwands…

*Daten gerundet

Die großen Schäden

Rahmenvertrag Anästhesie

Meld e-jahr	Alter bei Schad en	Ambulant/ stationär	Behand-lung	Schaden-reserve	Schaden-zahlung	Summe Aufwand	Risikofeld/ Prädisposition	Schadenvorwurf	Verletzungsfolge
2011	46	**Ambulant**	Zahnmedizin		444.533	444.533	Down-Syndrom, Hypotonie	Trotz Kenntnis der **Unverträglichkeit von Propofol** erneute Gabe bei 2. Behandlung bei bestehender Aorteninsuffizienz	Hypoxischer Hirnschaden Wachkoma
2012	55	**Ambulant**	Orthopädie	1.448.088	1.485.297	2.933.385	Folge-OP (3.OP, Arthroskopie 3 Monate zuvor)	Schulterarthroskopie wg. „frozen shoulder“, keine Aufklärung üb. Alternativen (Armplexusanästhesie), unzureichende Überwachung Vitalparameter während OP durch Anästhesist, lückenhafte OP-Protokolle	Hypoxischer Hirnschaden, dauerhafter Pflegefall
2013	30	Stationär	Gynäkologie	160.000	836.826	996.832	Geburtshilfe	Sectiooperation, kontraindizierte Gabe von Antibiotika (Kreuzallergie), Dauerschaden	Tetraparese, resp. Insuffizienz, HOPS, Inkontinenz, Sprachverlust,
2014	25	**Ambulant**	Zahnmedizin	1.950.000	929.712	2.879.712	Down-Syndrom	Weisheitszahnextraktion; Bei Narkoseinleitung Herz-Kreislaufstillstand	Hypoxischer Hirnschaden, Wachkoma
2016	67	**Ambulant**	Orthopädie	209.958	445.897	655.855	Asthma, Adipositas Hypertonie	KTS-OP; Patient mit Asthma; 4 min. nach Narkoseeinleitung (Larynxmaske) Bronchosspasmus, Herz-Kreislauf-Stillstand	Hypoxischer Hirnschaden
2017	55	Stationär	Orthopädie	1.991.633	292.940	2.284.573	Belegarzttätigkeit	Kniespiegelung; Patient nach Narkose bradykard, **ohne Messung der O2-Sättigung** und Kontrolle der Atemwege Reanimation und weitere Beatmung	Hypoxischer Hirnschaden, Apparatives Koma

Die großen Schäden

Rahmenvertrag Anästhesie

Meldejahr	Alter bei Schaden	Ambulant / stationär	Behandlung	Schadenreserve	Schadenzahlung	Summe Aufwand	Risikofeld/ Prädisposition	Schadenvorwurf	Verletzungsfolge
2018	4	**Ambulant**	HNO	100.000	20.979	120.979	Kind	Adenotomie, Teiltonsillektomie; Beatmungs- u Kreislaufprobleme nach Einleitung, Kind wird reanimationspflichtig, NA erst nach 20 Min AZ-Abfall gerufen; Verlegung auf ITS nach über 2,5 Std	Hypoxischer Hirnschaden, Tod
2019	3	**Ambulant**	Zahnmedizin	100.000	20.980	120.980	Kind	Dentalsanierung; nach Einleitung Sättigungsabfall, Bradykardie, Kind wird reanimationspflichtig, Komplikationen bei der Beatmung,	Hypoxischer Hirnschaden, Tod
2019	16	**Ambulant**	Zahnmedizin	152.221	74.063	226.284	Jugendliche	Weisheitszahnextraktion; arterielle Fehlinfusion präventiver Antibiose; massive Rhabdomyolyse, Embolie & Thrombose d. Arterien d. o. Extremitäten	Nervenschädigung, sens. & motorische Fähigkeiten beschränkt
2020	2	**Ambulant**	Zahnmedizin	1.000.000	1.170	1.001.170	Kind	unzureichende postoperative Kontrolle im Aufwachraum, und nicht indizierte Vollnarkose,	Hirnschwellung, Künstliches Koma
2020	6	**Ambulant**	Zahnmedizin	40.000	7.627	47.627	Kind	Dentalsanierung; unter TIVA wird die Patientin reanimationspflichtig	Hypoxischer Hirnschaden, Tod
2021	4	**Ambulant**	HNO	50.000		50.000	Kind	Adenotomie; Fehlende personelle und apparative Überwachung im AWR, Kind wird reanimationspflichtig	Hypoxischer Hirnschaden, Tod
					Gesamt-aufwand	**8.881.051**			

Anästhesie-Großschaden

Allergie/ Unverträglichkeit

Meldejahr	2011	
Geburtsjahr des/der Geschädigten	1964	
Art der Operation	Zahn-OP (Implantatbehandlung)	
Schadenbereich	stationär ☐	ambulant ☒
Anästhesieverfahren	Analgosedierung	
Vorwurf	-**Patientin mit Down-Syndrom** -bei **Erstbehandlung** 2,5 Monate zuvor traten bei der Narkose (Sedierung mit **Propofol) erhebliche Bradykardien** auf -Bei **Zweitbehandlung** kam es zwei Stunden nach **Propofol-Gabe** zum plötzlichen **Herzstillstand** -**erfolgreiche Reanimation**, unter stabilen Kreislaufparametern, spontaner Atmung und Verschluss der offenen Wunde vom Notarzt ins Zentralklinikum verlegt Folge: hypoxischer Hirnschaden **Vorwurf:** Behandlungsfehler (trotz Kenntnis der Unverträglichkeit **erneute Gabe von Propofol**) und pflichtwidrige **verzögerte Hinzuziehung** bzw. Verlegung durch **Notarzt**	
Art der Tätigkeit für die Entstehung des Vorwurfes	Ambulante Praxistätigkeit	
Risiko-Managementansatz	› fundierte Anamnese und Dokumentation etwaiger Allergien › lückenlose Dokumentation des Behandlungsverlaufs (Diagnose, Therapie) › leitliniengerechte Therapie › Rechtzeitige Hinzuziehung von notärztlicher Unterstützung	

Anästhesie-Großschaden

Kinder/ **Monitoring**

Meldejahr	2020	
Geburtsjahr des/der Geschädigten	2018	
Art des Eingriffs	Zahn-OP (nach Sturz des Kindes)	
Schadenbereich	stationär☐	ambulant ☒
Anästhesieverfahren	Vollnarkose	
Vorwurf	-statt geplanter Regionalanästhesie- Vollnarkose -OP und Ausleitung ohne Probleme -apparative Überwachung sendet akustische Warnsignale nach Sättigungsabfall auf 55% O2, keine Spontanatmung mehr -streitig, ob die durchgehend anwesende Mutter vorher schon Bescheid gab und der Puls-Oxi-Zehenclip zu groß für kindlichen Fuß war -nach Reanimation Übergabe an den Notarzt, dabei wird ein Exanthem am Oberkörper sichtbar. Folge: Patient liegt seitdem mit Hirnschwellung im künstlichen Koma Vorwurf: unzureichende postoperative Kontrolle sowie nicht indizierte Vollnarkose	
Art der Tätigkeit für die Entstehung des Vorwurfes	ambulante Praxistätigkeit	
Risiko-Managementansatz	› ständige postoperative Kontroll- und Überwachungsmöglichkeiten auch bei ambulant operierten Patienten durch ärztliches Personal sicherstellen › Sicherstellen, das Risikoaufklärung auch intraoperative Maßnahmen erfasst, sofern vorhersehbar	

Anästhesie-Großschaden
Kinder/ **Hinzuziehung**

Meldejahr	2020	
Geburtsjahr des/der Geschädigten	2014	
Art des Eingriffs	Dentalsanierung	
Schadenbereich	stationär☐	ambulant ☒
Anästhesieverfahren	TIVA	
Vorwurf	- Nach **Ausleitung plötzlich kurze Asystolie** - **Bradykardie, kein CO2 in der Kapnometrie**. Pupillen beidseits maximal weit/keine Lichtreaktion - Die Patientin ließ sich problemlos manuell beatmen. Kein technisches Problem für das fehlende CO2-Signal - **Nach ca. 3 Minuten tachykarder Herzrhythmus und Spontanatmung** - **Nach insgesamt 20 Min. Notarzt alarmiert** - 1 Std nach Aufnahme ITS stabile Kreislaufverhältnisse und ausreichender Spontanatmung, extubiert. - CCT unauffällig, allerding zeigte die Patientin keine adäquaten Reaktionen und im weiteren Verlauf Dystonien. Folge: hypoxiebedingten Enzephalopathie. **Pat kam nicht mehr zu Bewusstsein und verstarb nach 7 Tagen** im KH Vorwurf: unzureichende postop Überwachung. Die Pflegekraft ist ebenfalls Beschuldigte im Verfahren (verspätete Hinzuziehung des Arztes bei Komplikation bzw. Übernahmeverschulden).	
Art der Tätigkeit für die Entstehung des Vorwurfes	ambulante Praxistätigkeit	
Risiko-Managementansatz	› postoperative Kontroll- und Überwachungsmöglichkeiten durch ärztliches Personal sicherstellen › ausreichende Qualifikation durch die Pflege sicherstellen (Nachweis der Befähigung) › Sicherstellen, das Risikoaufklärung frühestmöglich erfolgt	

Anästhesie-Großschaden
Postoperative Überwachung

Meldejahr	2021	
Geburtsjahr des/der Geschädigten	2017	
Art des Eingriffs	HNO-OP	
Schadenbereich	stationär☐	ambulant ☒
Anästhesieverfahren	Intubation	
Vorwurf	-Adenotomie und Behebung der Zugenbandbändchen-Spaltung **-nach 1.45 Std im AWR Kontrolle, Kind liegt abgewandt, hat Blut gespuckt** **-weitere Kontrolle nach 1.5 Std, Gesicht des Kindes bereits tiefblau, Pupillen maximal geweitet** -Reanimation unter Beatmung mit 100% O2 im OP, nachfolgend unter Reanimation durch NA-Team ins KH verlegt Folge: **Kind verstirbt am Folgetag** Vorwurf: unzureichende Überwachung, insbesondere in der Vitalparametererfassung, **keine Kontrolle des Kindes, lediglich Rücksprache mit der Mutter (med. Laie)**	
Art der Tätigkeit für die Entstehung des Vorwurfes	ambulante Praxistätigkeit	
Risiko-Managementansatz	› postoperative Kontroll- und Überwachungsmöglichkeiten durch ärztliches Personal sicherstellen › lückenlose apparative Überwachung der Vitalfunktionen	

Großschäden in der Anästhesie (Was fällt auf?)

Anästhesie

Bei der Mehrzahl der Geschädigten lagen **personenbedingte Besonderheiten** vor, die eine erhöhte Aufmerksamkeit geboten hätten

- Trisomie 21
- Kind
- Asthma
- Anästhesiologische Zwischenfälle bei Vor-OP

Schadenursachen (Auszug):

- **Unzureichendes Monitoring** (Bsp. Angehörige)
- Zu späte Reanimation/ **Zu späte Hinzuziehung des Notarztes**
- Unzuträgliches **ambulantes Setting** (Zahnarztpraxis ohne geeigneten AWR)
- **Unzureichendes Equipment**/Monitoring nach der OP
- Bei ambulanten OP sind schwere Verletzungsfolgen (hypoxischer Hirnschaden) gegenüber den stationären OP etwas häufiger vorzufinden.
- **Aufklärung** findet im ambulanten Bereich teilweise nicht oder nur unzureichend statt.

Risiken - ambulante Anästhesie vs. stationärer Anästhesie

Die Unterschiede

- In der ambulanten Anästhesie werden QM- Instrumente (z.B. Teilnahme am CIRS, Checklisten, Regelungen zum Umgang bei Risikopatienten etc.) zu wenig eingesetzt
- Wenig Arbeitsteilung („one-man-show“) -> wenig Zeit für Risikomanagement-Themen
- Fehlende Risikokultur
- Weniger optimales Arbeitsumfeld
- Hemmschwelle bei der Hinzuziehung von Rettungspersonal

Lösungsansätze

To-do`s

- Größere Auseinandersetzung mit dem Thema Risikomanagement
  - Bewusstsein für die Wichtigkeit & Bedeutung des Themas schaffen
- Anwendung von QM-Instrumenten – Risikoziele (definieren, erheben, auswerten und Selbstbewertung), Regelungen zum Umgang mit potentiellen Risiken festlegen (z.B. zum Erkennen von Risikopatienten, Checklisten bei Risikofaktoren), interne Audits (Aktencheck) etc.
- Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im Team, Arbeitsteilung
- Durchgehendes Monitoring sicherstellen
- Besondere Aufmerksamkeit auf die Behandlung von Risikopatienten legen (Risikoawareness)
- Themen mit haftungsrechtlichen Schwerpunkt verstärkt in den Fokus nehmen
  - Schulungen (Aufklärung etc.), VA zu haftungsrechtlichen Themen

Umgang mit Fehlern

- Fehler passieren jedem und immer wieder …
- Der Großteil der Fehler bleibt folgenlos …
- Die einstandspflichtigen Schäden können jedoch für alle Beteiligten folgenschwer sein …

Fehler sind – richtig genutzt – eine wichtige Informationsquelle zur Risikoprävention!

Es gilt:

- Risiken erkennen
- Risiken vermeiden
- Risiken minimieren
- Risiken transferieren

Dem klinischen Risikomanagement ist hohe Priorität einzuräumen

Ohne Versicherungsschutz geht es nicht!

Noch ein Wort zu Funk

Spezialist*innen für die Gesundheitswirtschaft

Funk Health Care Consulting (FHC)

hat sich als Beratungsunternehmen auf die Risikoanalyse und Schadenprävention von medizinischen und sozialen Einrichtungen spezialisiert. FHC unterstützt beim Risiko-, Qualitäts- und Schadenmanagement sowie bei der Umsetzung von schadenverhütenden Maßnahmen.

Funk Stiftung

2014 vom Funk-Gesellschafter Dr. Leberecht Funk gegründet, fördert die gemeinnützige Funk Stiftung Projekte rund um die Themen des Risiko- und Versicherungsmanagements.

Gefördertes Projekt:

Elektronische Gedächtnis- und Entscheidungshilfe für anästhesiologische Notfälle (**eGENA**)

- mit 9 größtenteils universitären Simulationszentren
- mit Input aus der Luftfahrt
- ausgezeichnet mit dem 3. Platz des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS e.V.)

BDA BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN

funk STIFTUNG

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

UHH

Werte für die Zukunft bewahren
Die beste Empfehlung. Funk.

Mathias Lenschow
Geschäftsführer
Funk Health Care Consulting GmbH
Fon +49 30 250092-723
Fax +49 30 25009222-723
m.lenschow@funk-gruppe.de