



Fortbildungskurs zur Qualifikation Transfusionsverantwortlicher -beauftragter

12.02.2010 Dr. Christian Utler, MBA



Fallvignette 1 Baby vertauscht

Seite 10 / Süddeutsche Zeitung Nr.

Vertauschte Namensbänder

Die Babys von Saarlouis wurden
vermutlich beim Umkleiden verwechselt

Saarbrücken – Die Verwechslung von zwei Neugeborenen in einer Klinik in Saarlouis ist vermutlich passiert, weil die Namensbänder der Babys falsch zugeordnet wurden. Das ergaben die Ermittlungen der Krankenhausaufsicht sowie zwei unabhängige Gutachten, wie der saarländische Gesundheitsminister Josef Hecken (CDU) am Mittwoch erklärte. Exakt ließe sich der Hergang zwar leider nicht rekonstruieren. Alle bekannten Indizien sprächen aber dafür, dass im Juni 2007 die Namensbänder der Mädchen etwa beim Umkleiden abgestreift und versehentlich vertauscht worden seien.

Im Dezember war bekanntgeworden, dass sechs Monate zuvor zwei Babys in der St. Elisabeth-Klinik vertauscht worden waren. Entdeckt worden war der Vorfall erst, nachdem bei einem der Babys mit einem Gentest die Vaterschaft geklärt wurde. Dabei wurde festgestellt, dass weder der Vater noch die vermeintliche Mutter mit dem Baby verwandt sind. Die Kinder sind wieder bei ihren richtigen Eltern. „Es ist schlimm, was geschehen ist“, sagte Hecken. Hinweise einer der beiden Mütter, sie habe das Gefühl, nicht ihr richtiges Kind in den Armen zu haben, seien von den zuständigen Schwestern entgegen einer Dienstanweisung nicht weitergemeldet worden. Unter anderem machte die Mutter stutzig, dass ihr Kind in einer Nacht 200 Gramm Gewicht verloren haben sollte. Es habe inzwischen eine Entlassung und eine Versetzung in der Klinik gegeben. In dem Krankenhaus bekommen Säuglinge seit dem Vorfall ein zweites Namensbändchen. *dpa/APF*

Süddeutsche Zeitung Nr. 38, 14. Februar 2008



Fallvignette 2

Orkan Emma



1. März 2008 Flughafen Hamburg
Airbus a 320
Pilot Oliver A., Co Pilotin Maxi J.



Ursachenanalyse

Accident Analysis

...a detailed study of major accidents in complex systems rarely uncovers any gross failings.

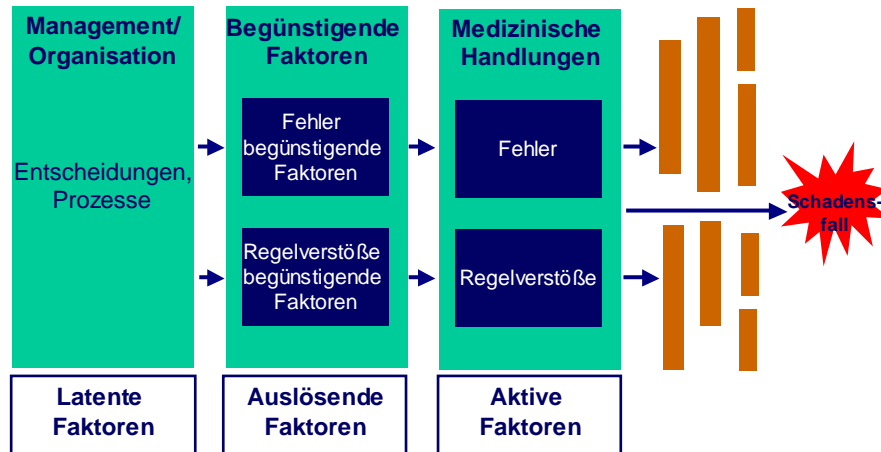
What we usually find is an unforeseeable concentration of many different causal factors, none of them sufficient nor even especially remarkable themselves, but each necessary to bring about the final outcome.

Reason, J. (1990)



Fehlermanagement Fehleranalyse

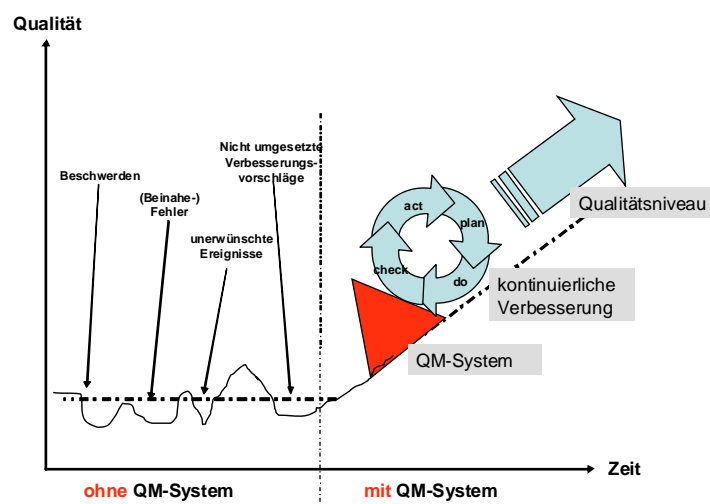
Multifaktoren Modell: Schadensfall durch „Fehlerkette“



Vincent C, et al. BMJ 2000;320:777-781



Modell Qualitätsverbesserung





1. Krankenhausführung
2. Verfahren und Leistungen
3. Informationswesen
4. Qualitätswesen
5. Sicherheit
6. Ressourcen
7. Forschung und Lehre
8. Anhang



- **Überproduktion** Aktivitäten, die der Patient nicht benötigt, z.B. Doppeluntersuchungen
- **Transport** Transportkosten haben für den Patienten keinen Wert, z.B. Transport von Blutproben zum Labor
- **Bewegung** Bewegung von Personal, die nicht direkt dem Patienten dient, z.B. Suche nach Verbandsmaterialien
- **Wartezeit** Warten von Patienten und oder Mitarbeitern, z.B. in der OP Termine / Ambulanz
- **Überbearbeitung** Aufwand der ohne Wertsteigerung für den Patienten betrieben wird, z.B. Verlegungen / Untersuchungen mit identischer klinischer Aussage
- **Lager** Kapitalbindung durch „Lagerhaltung“ von Patient und Material, z.B. Medikamentenschränke / Hohe mittlere Verweildauer
- **Fehler / Defekte** Arbeitsergebnisse, die Fehler beinhalten, z.B. fehlende oder unvollständige Informationen / Medikation
- **Nicht genutzte Kreativität** Fehlendes Feedbacksystem, z.B. Mitarbeiterrückmeldungen werden nicht in Planungen berücksichtigt



ggf. Abbildung in SOP`S???



1 Ziel und Zweck	Was soll warum erreicht werden?
2 Anwendung	Arbeitsbereich, Indikationen/ Kontraindikationen
3 Beschreibung des Ablaufes	Wie und womit wird die Tätigkeit durchgeführt?
4 Zuständigkeit, Qualifikation	Wer ist zuständig, wer darf durchführen?
5 Dokumentation	Was, wo, wie, durch wen?
6 Hinweise und Anmerkungen	z.B. Fallstricke....
7 Mitgeltende Unterlagen	Literatur, Leitlinien, Richtlinien....
8 Anlagen	Formulare, Vorlagen



- Umsetzung gesetzlicher Vorgaben (Hygiene, MPBetreibV...) zur Prävention von „beherrschbaren“ Risiken im juristischen Sinn
- Umsetzung der Minimalanforderungen zur Steuerung eines Krankenhauses
 - Führungsaufgaben
 - Ziele auf allen Ebenen
 - Klärung von Verantwortlichkeiten
 - Prozessorientierung (Schnittstellen, Detaillierungsgrad aus Sicht des Anwenders)
 - Maßnahmencontrolling
 - Q-Kennzahlen
 - Kundenzufriedenheit (Patienten/Einweiser/Mitarbeiter)
 - Audits
 - Fehlermanagement
- Modularer Aufbau (übersichtliches Dokumentenmanagement)



Matrix DIN ISO