



Risikomanagement: Heißes Wasser – eine tödliche Gefahr für Pflegebedürftige!

von Roland Lapschieß

Immer wieder kommt es in Pflegeeinrichtungen zu Verbrühungsunfällen. Die Ursachen sind vielfältig – z.B., dass das Temperaturempfinden beim Pflegebedürftigen nicht mehr vorhanden ist oder auch weil das Risiko nicht als solches wahrgenommen wird. Der nachfolgende Artikel beschreibt dieses Phänomen aus Risikomanagementperspektive und beleuchtet so ein Thema, dessen Bedeutung häufig unbeachtet bleibt. Dies kann tragische Folgen haben.

Heißes Wasser ist ein tödliches Risiko für die Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Das zeigt die erschreckend hohe Zahl von Verbrühungsunfällen, die sich in den letzten Jahren ereignet haben. Hier einige Beispiele:

- Im Jahr 2012 hat sich ein tödlicher Unfall in einer Pflegeeinrichtung in Schleswig-Holstein ereignet. Eine

55-jährige Frau mit geistiger Behinderung hat durch ein heißes Vollbad großflächige Verbrühungen erlitten, die schließlich zum Tod führten.

- Zu einem ähnlichen Badeunfall ist es am 27. Dezember 2012 in einem Pflegeheim in Ueckermünde gekommen. Ein ebenfalls geistig

behinderter Bewohner verstarb mit schweren Verbrühungen fünf Tage nach dem Ereignis in einem Berliner Unfallkrankenhaus. Die polizeilichen Ermittlungen zu den genauen Todesumständen sind allerdings noch nicht abgeschlossen.

- Presseberichten zufolge haben sich weitere Unfälle mit tödlichem

Ausgang im Saarland (2013), in Berlin (2006, 2013), in Niedersachsen (2006) und in Baden-Württemberg (2011) ereignet.

- Im Jahr 2009 hat die Union Versicherungsdienst GmbH das gehäufte Auftreten von Personenschäden zum Anlass genommen, ein Informationsblatt mit dem Titel „*Heißes Wasser: Kurze Unachtsamkeit kann Leben gefährden*“ herausgegeben, in dem zwei lebensgefährliche Verbrühungsunfälle beispielhaft beschrieben sind.
- Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche Zeitungsartikel über Verbrühungsunfälle, die zu Schädigungen, aber nicht zum Tod von Pflegebedürftigen bzw. Patienten geführt haben.

Wie viele Verbrühungsunfälle sich jährlich in deutschen Pflegeeinrichtungen ereignen, ist nicht bekannt, weil es keine entsprechenden Statistiken gibt.

Die große Zahl von Presseberichten lässt aber darauf schließen, dass Betreibern von Pflegeeinrichtungen und Pflegenden die Gefahr durch heißes Wasser nicht in ausreichendem Maße bewusst ist. Bereits Wassertemperaturen von mehr als 44 °C können zu Hautschädigungen führen. Ob es zu einer Verbrühung kommt, hängt von der Einwirkdauer und von der Wärmeleitfähigkeit der Haut ab. Ältere Menschen mit atrophischer Haut können leichter Verbrühungen erleiden.

Der Umgang mit Risiken in Pflegeeinrichtungen

Risiken wie Dekubitus, Stürze und Thrombosen, die direkt mit den Erkrankungen oder Pflegeproblemen der Bewohner assoziiert sind, werden üblicherweise durch regelmäßige, systematische Assessments von Pflegekräften eingeschätzt.

Andere Gefährdungen, zum Beispiel durch Vergiftungen, elektrischen Strom oder Verbrühungen, müssen in anderer Weise identifiziert werden, um Maßnahmen zur Vermeidung von Unfällen zu ergreifen. Diese Aufgabe tangiert den Bereich des Arbeitsschutzes und wird deshalb gern den externen Fachkräften für Arbeitssicherheit und den Arbeitssicherheitsbeauftragten überlassen.

Nur wenigen Pflegenden ist bewusst, dass es nach § 15 Arbeitsschutzgesetz zu ihren Pflichten gehört „... für die Sicherheit und Gesundheit der Personen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind“.

Praktische Anwendung des Risikomanagements

Im Folgenden wird beispielhaft dargestellt, wie die Anwendung des Risikomanagements dazu beitragen kann, Verbrühungsunfälle in Pflegeeinrichtungen zu verhindern.

Der Begriff Risiko ist noch nicht einheitlich definiert. Selbst in den aktuellen ISO- und DIN-Normen finden sich unterschiedliche Definitionen. In diesem Text wird der Begriff Risiko als „*Kombination eines Zwischenfalls und seiner Konsequenzen*“ aufgefasst. Das hier dargestellte Vorgehen orientiert sich am Risikomanagementprozess der Norm ISO 31000:2010 – Risk management – Principles and guidelines (siehe Abbildung 1).

Rahmenbedingungen / Risikokultur

Die Risikokultur einer Organisation ist entscheidend für den Umgang mit Risiken. Wenn Mitarbeiter Risiken und Fehler

offen ansprechen können, ohne Sanktionen oder Vorwürfe fürchten zu müssen, sind das ideale Bedingungen. Die Studie „*Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen*“ der Hochschule Bremen zeigt aber, dass die Furcht vor Sanktionen 26,3% der Pflegenden in stationären Pflegeeinrichtungen davon abhält, Fehler zu melden. 84,5% aller befragten Pflegekräfte aus Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen schätzen, dass die meisten Fehler nicht gemeldet werden. Insbesondere das Verhalten der Vorgesetzten prägt die Risikokultur in der Pflegeeinrichtung. Wenn Mitarbeiter erleben, dass Vorgesetzte Risiken und Fehlermeldungen nicht als Ärgernis, sondern als Chance für Verbesserungen begreifen und gemeinsam mit ihnen Maßnahmen festlegen und umsetzen, um Risiken und Fehler zu beseitigen, ist das ein deutliches Signal.

Neben einem wirksamen Fehlermanagementsystem sind klar geregelte Zuständigkeiten, eine systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter, die sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln und deren Überwachung, die sichere Handhabung von Medizingeräten / Hilfsmitteln sowie die sorgfältige Instandhaltung / Wartung von Geräten Indikatoren für die Ausprägung der Risikokultur.

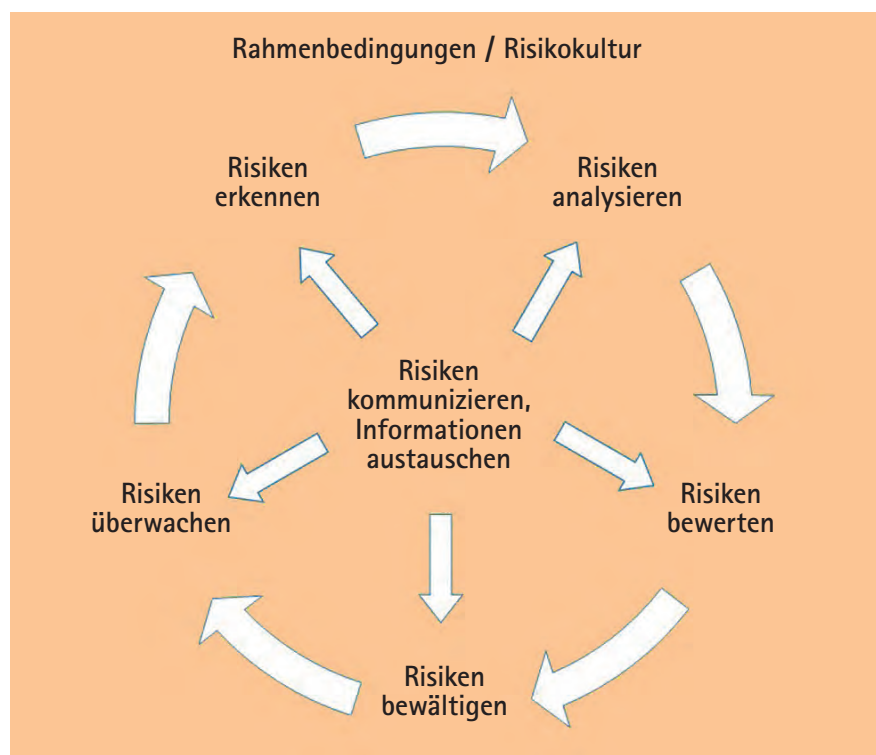


Abbildung 1: Risikomanagementprozess

Risiken erkennen

Die Nutzung externer Informationsquellen zur Identifikation potenzieller Gefahren stellt für Pflegeeinrichtungen eine große Herausforderung dar. Es mangelt nicht etwa an Informationen über mögliche Risiken, sondern daran, dass meistens niemand für die systematische Recherche und Nutzung externer Informationen zuständig ist. Geeignete Informationsquellen sind z. B.:

- Presseberichte und Artikel in Fachzeitschriften,
- Informationen von Berufs- und Fachverbänden,
- Informationen von Haftpflicht- und Unfallversicherungen,
- Risikoinformationen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- sowie das Online-Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e.V.

Risikoinformationen aus externen Quellen müssen zunächst auf ihre Relevanz im Kontext der konkreten Pflegeeinrichtung geprüft werden. Diese Aufgabe sollte durch eine Führungskraft, idealer-

weise durch den Qualitätsmanagementbeauftragten wahrgenommen werden. Externe Informationen zum Thema Verbrühungen liefern beispielsweise:

- Das Online-Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege „*Aus kritischen Ereignissen lernen*“ enthält einen Bericht (3.03.2010) über die Verbrühung der Füße eines demenziell erkrankten Bewohners.
- Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im Jahr 2008 eine Risikoinformation zum Thema „*Verbrühschutz von Hubbadewannen*“ veröffentlicht.

Zu den internen Informationsquellen zählen Meldungen von Mitarbeitern über Risiken und Fehler, die sich in der Pflegeeinrichtung ereignet haben. Ein Fehler muss nicht zwingend zu einem Schaden geführt haben. Grundsätzlich sollten aber alle Ereignisse, die zu einer Schädigung eines Bewohners führen könnten, als Fehler aufgefasst und gemeldet werden. Um Risiken frühzeitig zu erkennen, sollten alle Fehlermeldungen vom Qualitätsmanagementbeauftragten beurteilt werden. Beispielsweise sollte bereits die Fehlermeldung einer Pflegekraft, dass sich eine demente Bewohnerin beim

selbstständigen Eingießen von heißem Tee eine leichte Verbrühung der linken Hand zugezogen hat, ein Anlass für die Durchführung einer Risikoanalyse sein.

Befunde von internen oder externen Auditoren können auf potenzielle Gefahren hinweisen und sollten zur Risikovermeidung genutzt werden. Insbesondere betriebsfremde Auditoren können potenzielle Gefahren erkennen, die von eigenem Personal nicht wahrgenommen werden. Die Empfehlung eines Auditors, Thermometer für die Pflegebäder anzuschaffen, ist ein indirekter Hinweis auf eine potenzielle Gefahr.

Besonders wirksame Maßnahmen zur Risikovermeidung können ergriffen werden, wenn Risiken vor der Umsetzung organisatorischer Änderungen oder vor der Anschaffung neuer Geräte identifiziert werden. Wenn das tödliche Risiko durch heißes Wasser erkannt ist, kann bei der Beschaffung einer neuen Badewanne auf die Ausstattung mit einem Verbrühschutz geachtet werden.

Risiken analysieren

Risikoinformationen müssen analysiert werden, um zu klären, ob und unter welchen Umständen die erkannten Risiken in der konkreten Pflegeeinrichtung zu Schäden führen können. Bei internen Fehlermeldungen oder wenn bereits ein Schaden eingetreten ist, steht die Entstehungsgeschichte im Fokus der Risikoanalyse. In den meisten Fällen ist die Entstehung eines Schadens ein komplexes Geschehen, das vor allem auf organisatorische Fehler und nur selten auf das einmalige Fehlverhalten einer Person zurückzuführen ist.

Auch der Gesundheitszustand und das Verhalten der Bewohner sind Risikofaktoren und haben entscheidenden Einfluss darauf, ob aus einer potenziellen Gefahr ein Schaden entsteht. Viele schwere Verbrühungen sind entstanden, weil sich die Betroffenen nicht bemerkbar machen konnten und es ihnen nicht möglich war, sich selbstständig aus der gefährlichen Situation zu befreien.

Die Risikoanalyse sollte im Team, z. B. von einem Qualitätszirkel, vorgenommen werden. Empfehlenswert ist es, die Arbeitssicherheitsbeauftragten der Pflegeeinrichtung zu beteiligen.



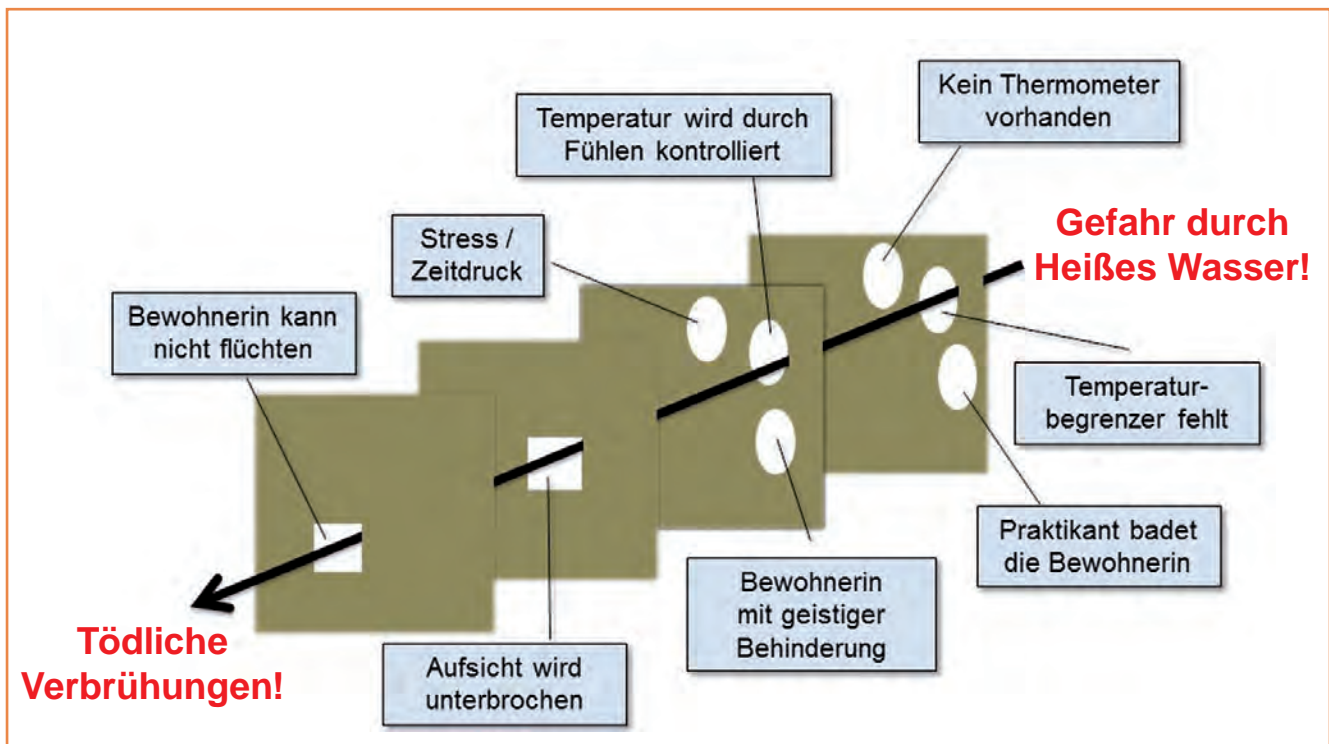


Abbildung 2: Schweizer-Käse-Modell

Als Methoden zur Risikoanalyse eignen sich Qualitätstechniken, wie die Erstellung eines Ursachen-Wirkungs-Diagramms, die grafische Darstellung von Prozessen und einfache statistische Methoden. Problematisch ist die Anwendung der Fehlermöglichkeits- und einflussanalyse (FMEA) mit Berechnung von Risikoprioritätszahlen. Die FMEA wird erfolgreich bei der Planung von Sachgütern, technischen Systemen und Produktionsprozessen eingesetzt. Die wirksame Anwendung dieser Methode setzt weitgehend standardisierte und vollständig dokumentierte Prozesse voraus. Bedingt durch die große Variabilität pflegerischer Leistungen sowie die Beteiligung der Bewohner, kann die Berechnung von Risikoprioritätszahlen zu fatalen Fehleinschätzungen führen.

Abbildung 2 zeigt in Form des sog. „Schweizer-Käse-Modells“, welche Faktoren zur Entstehung des tödlichen Verbrühungsunfalls im Jahr 2013 in Schleswig-Holstein beigetragen haben.

Risiken bewerten

Das Ergebnis der Risikoanalyse wird genutzt, um einzuschätzen, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Risiko auftritt und welche Folgen im schlimmsten Fall entstehen können. Auch hier sind Pflegeeinrichtungen gezwungen

auf externe Informationen zurückzugreifen. Statistische Informationen können hilfreich sein, sofern sie zur Verfügung stehen. Es gibt allerdings keine Unfallstatistiken, die Hinweise auf die Häufigkeit von Verbrühungsunfällen geben.

Selbst wenn es um Personenunfälle geht, können nicht alle Gefahren abgewendet werden. Es bleibt immer ein Restrisiko, das akzeptiert werden muss. Dennoch sollte sehr genau überlegt werden, welche Risiken die Pflegeeinrichtung eingehen kann und welche Maßnahmen getroffen werden, um das Risiko zu minimieren.

Risiken bewältigen

Zur Bewältigung erkannter Risiken können technische, organisatorische und personalbezogene Maßnahmen umgesetzt werden. Eine technische Maßnahme zur Vermeidung von Verbrühungen ist die Ausstattung der Armaturen in den Bädern mit einem Verbrühschutz. Wo dies nicht möglich ist, müssen Badethermometer bereitgestellt werden, damit das Wasser nicht nach dem subjektiven Empfinden der Pflegekräfte temperiert wird.

Organisatorische Maßnahmen müssen sicherstellen, dass Bewohner während des Badens durch ausgebildetes Perso-

nal überwacht und betreut werden. Die Aufsicht darf keinesfalls unterbrochen werden. Organisatorische Maßnahmen dürfen sich allerdings nicht in Dienst- oder Verfahrensanweisungen erschöpfen, die in der Praxis nicht umsetzbar sind, weil auf dem Wohnbereich das erforderliche Personal fehlt.

Das Pflegepersonal muss bei der Einarbeitung, bei Besprechungen und Schulungen wiederholt auf die Gefahren durch heißes Wasser hingewiesen werden, um das Bewusstsein für dieses Risiko zu schärfen.

Risiken überwachen

Die Risikoüberwachung sollte eine ständige Aufgabe der Leitungskräfte der Pflegeeinrichtung sein, die im Rahmen der Dienstaufsicht wahrgenommen wird. Zudem sollte der Qualitätsmanagementbeauftragte die Umsetzung der Maßnahmen zur Risikovermeidung regelmäßig durch Prozessaudits überwachen. Ein wirksames Risikoaudit setzt detaillierte Kenntnisse der Prozesse in der Pflegeeinrichtung und eine sorgfältige Vorbereitung, einschließlich einer Analyse der Prozessdokumentation, voraus. Auditthemen im Zusammenhang mit der Vermeidung von Verbrühungsunfällen könnten die Einarbeitung neuer Mitarbeiter, die Ausstattung der Pflege-

bäder sowie die Arbeitsorganisation auf den Wohnbereichen sein.

Risiko- und Fehlermeldungen sowie Kundenbeschwerden können Hinweise auf potenzielle Gefahren enthalten. Die regelmäßige Auswertung durch den Qualitätsmanagementbeauftragten sollte deshalb fester Bestandteil der Risikoüberwachung sein.

Die im Rahmen der Risikoüberwachung gewonnenen Erkenntnisse müssen wiederum analysiert und bewertet werden, um über weitere Maßnahmen zur Risikovermeidung zu entscheiden. Auf diese Weise schließt sich der in Abbildung 1 dargestellte Kreis.

Risiken kommunizieren, Informationen austauschen

Im Zentrum des Risikomanagementprozesses stehen Kommunikation und Informationsaustausch. Risiken und Fehler, die sich auf die Bewohnersicherheit auswirken können, müssen in der Pflegeeinrichtung kommuniziert werden. Neben mündlichen Informationen und Diskussionen im Rahmen von Teambesprechungen sollten weitere Kommuni-

kationswege genutzt werden, um erkannte Risiken allen Mitarbeitern bekannt zu machen.

Der Qualitätsmanagementbeauftragte sollte regelmäßig schriftlich über aktuelle Risiken, Fehler und Beschwerden berichten. Externe Risikoinformationen, wie Berichte über kritische Ereignisse, könnten durch Aushänge bekannt gemacht und schriftlich diskutiert werden. Dazu könnten ausgewählte Berichte auf ein großes, leeres Plakat geklebt werden, um den Mitarbeitern so die Möglichkeit zu geben, das Thema schriftlich zu diskutieren. Die Beiträge der Mitarbeiter könnten später als Eingaben für Vorbeugungsmaßnahmen genutzt werden.

Wichtig ist, dass die Mitarbeiter über den Sinn der schriftlichen Diskussion informiert werden und erfahren, was mit ihren Diskussionsbeiträgen geschieht. Ein interessanter Ereignisbericht kann ein Impuls sein, der informelle Gespräche über Risiken angeregt.

Informationen über kritische Ereignisse, also Risiken und Fehler, die in der eigenen Pflegeeinrichtung erkannt wurden, könnten über das anonyme Online-

Lern- und Berichtssystem „*Aus kritischen Ereignissen lernen*“ auch anderen Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Diskussion

Obwohl alle Pflegeeinrichtungen ein internes Qualitätsmanagement betreiben müssen, sind Risiken und Fehler in den meisten Pflegeheimen ein Tabuthema. Vielen Pflegekräften ist die Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen unangenehm. *„Fehler stellen sich... als eine Möglichkeit des Alltagslebens dar, der man eher distanziert begegnen möchte.“*

Eine einrichtungsübergreifende Kommunikation über Risiken fehlt weitgehend. Das Online-Berichtssystem des Kuratoriums Deutsche Altershilfe „*Aus kritischen Ereignissen lernen*“ wird offensichtlich nur sehr zurückhaltend von Pflegekräften genutzt. Nur wenige Fehler und Risiken werden berichtet. Eine systematische Nutzung der Berichte als externe Risikoinformationen durch die Pflegeeinrichtungen findet bisher kaum statt.

Die große Zahl von schweren Verbrühungsunfällen zeigt, wie notwendig es



ist, Risikoinformationen zu nutzen, um Vorbeugungsmaßnahmen zu ergreifen. Die meisten Verbrühungsunfälle hätten durch ein systematisches Risikomanagement und die daraus resultierenden Vorbeugungsmaßnahmen verhindert werden können.

Literaturverzeichnis

Braunschweig, W. v. (2011): Pflege-Drama: Koma-Patientin in Badewanne verbrüht – Geldstrafen. <http://www.ruhrnachrichten.de/staedte/dortmund/Koma-Patientin-in-Badewanne-verbrueht-Geldstrafen;art930,1499663>; Zugriff am 10.03.2014

Brühwiler, B. (2011): Risikomanagement als Führungsaufgabe. ISO 31000 und ONR 49000 wirksam umsetzen. Haupt: Bern

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2008): Hinweis bezüglich Verbrühschutz bei Hubbädewannen. <http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/Hubbadewannen.html>

Cramer, H.; Habermann, M. (2010b): Reaktionen von Pflegenden auf ein Fehler-geschehen. In: Borgwardt, J.; Kolpatzik, K. (Hrsg., 2010): Aus Fehlern lernen. Fehlermanagement in Gesundheitsberufen. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 36 – 44

Cramer, H.; Habermann, M. (2010a): Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen – zentrale Ergebnisse. Zentrum für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen

Dettmeyer, R. B.; Verhoff, M. A. (2011): Rechtsmedizin. Heidelberg: Springer

Deutsches Institut für Normung e.V. (2012): DIN EN 15224. Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach DIN EN ISO 9001:2008. Berlin: Beuth-Verlag

Eisenhardt, U. (2014): Ahnungslosigkeit und Kostendruck. <http://www.taz.de/1/archiv/digitaz/artikel/?ressort=ba&dig=2014%2F03%2F07%2Fa0141&ctHash=bfb6dad952dd48b5d366a>

c51a351fb4; Zugriff am 10.3.2014

Freund, N. (2013): Todesfälle in Heimen: Staatsanwaltschaft prüft mögliche Verfehlungen der Einrichtungen und ihres Personals. <http://www.saarbruecker-zeitung.de/aufmacher/Saarbruecken-Klinik-Staatsanwaltschaft;art27856,4914956>; Zugriff am 10.03.2014

Keck, C. (2008): 80-jährige Heimbewohnerin verbrüht. http://content.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/1743200_0_9223_-kripo-ermittelt-80-jaehrige-heimbewohnerin-verbrueht.html; Zugriff 10.03.2014

Kossien, D. (2011): Tragischer Tod im Pflegeheim: Eine junge Pflegerin versäumte eine wichtige Kontrolle und wurde wegen fahrlässiger Tötung verurteilt. <http://remszeitung.de/2011/10/26/tragischer-tod-im-pflegeheim-eine-junge-pflegerin-versaeumte-eine-wichtige-kontrolle-und-wurde-wegen-fahrlaessiger-toetung-verurteilt/>; Zugriff am 10.03.2014

Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V. (2010): Aus kritischen Ereignissen lernen. <https://www.kritische-ereignisse.de/berichte/ereigniss/1544.html>; Zugriff am 30.04.2014

o. V. (2006a): Der traurige Tod zweier Berliner Rentner. In: Die Welt vom 16.06.2006, <http://www.welt.de/print-welt/article223574/Der-traurige-Tod-zweier-Berliner-Rentner.html>; Zugriff am 10.03.2014.

o. V. (2006b, aktualisiert 2010): Komapatientin stirbt an Verbrühungen. In: Neue Osnabrücker Zeitung <http://www.noz.de/lokales/osnabrueck/artikel/307428/komapatientin-stirbt-an-verbruehungen>; 10.03.2014

o. V. (2013): Patientin verbrüht: Bewährungsstrafe. NDR 1 Welle Nord, <http://www.ndr.de/regional/schleswig-holstein/urteil287.html>; Zugriff am 10.03.2014

Reason, J. (2000): Human error: models and management, In: BMJ 320, S. 768 – 770

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003):

Finanzierung, Qualität und Nutzerorientierung. Gutachten 2003. Berlin

Union Versicherungsdienst GmbH (Hrsg., 2009): Heißes Wasser: Kurze Unachtsamkeit kann Leben gefährden. Informationsblatt. http://www.versicherungsstelle-ccb.de/fileadmin/userArea/Artikel_Info.-Dienst/Heisses_Wasser_Kurze_Unachtsamkeit_kann_Leben_gefaehrden.pdf (Zugriff am 10.03.2014)

Weirauch, S. (2013): Tod im Altenheim – Warum dauern die Ermittlungen so lange?; <http://www.nordkurier.de/ueckermuende/warum-dauern-die-ermittlungen-so-lange-273999712.html>; Zugriff 10.03.2014

Roland Lapschieß

MBA, Dipl.-Betriebswirt und Krankenpfleger, selbstständiger Organisationsberater, Schwerpunkt Gesundheits- und Sozialwesen, Lehrbeauftragter der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Studiengänge: Pflegeentwicklung und Management (Bachelor), Sozial- und Gesundheitsmanagement (MBA).