

Patientensicherheit und deren Umsetzung im kommunalen Krankenhaus

138. Sitzung des Gesundheitsausschusses
des Deutschen Städtetages

München, 15.04.2010



Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



00qmleitlin/fehler.cdr

Gliederung

- ➔ **Organhaftung**
- ➔ Patientensicherheit: die neue Sicht
- ➔ Prävention
- ➔ Führung
- ➔ Weitere Entwicklung



RM: Organisationspflichten

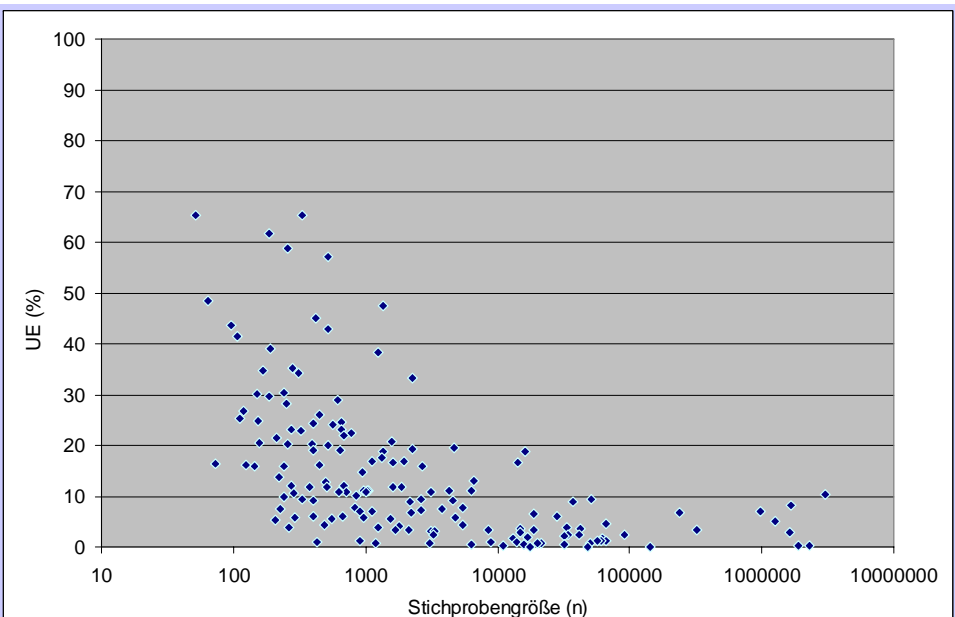
00qm/rm/org/pflicht.cdr

- ➔ **Organisation des Behandlungsablaufes**
 - Klare (Dienst)Anweisungen
 - Vorsorge für Notfälle
 - Ausreichende Kontrolle von Berufsanfängern/Nicht-FÄ
 - Behebung von Kommunikationsmängeln
- ➔ **Ausreichender Schutz vor Selbstschädigung**
- ➔ **Ausreichende Organisation der Aufklärung**
- ➔ **Adäquate Planung von Personaleinsatz und Dienstplänen**
- ➔ **Beachtung der Grundsätze der Hygiene und ISG**
- ➔ **Organisationspflichten nach dem Transfusionsgesetz, Medizinproduktegesetz, Arzneimittelgesetz**

n. Dehong, B., Arztrecht 2/2002

Prof. Dr. M. Schrappe

Epidemiologie von UE/VUE: Review Aktualisierung 2008



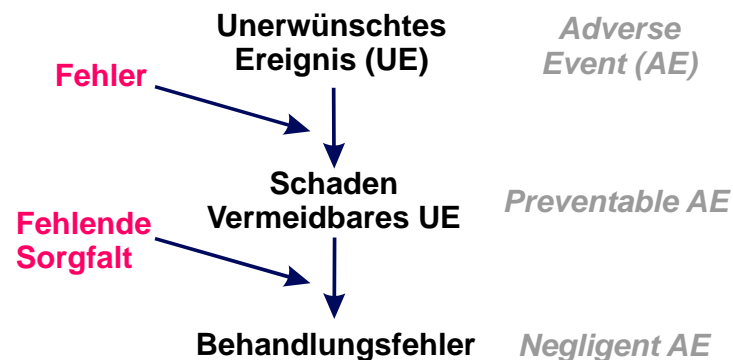
Safety: die "Big Shots"

- Seiten- und Eingriffsverwechslung
- Patientenverwechslung
- Unbeabsichtigt belassene Gegenstände
- Vincristin intrathekal
- Methotrexat oral: kontinuierliche Gabe
- Metall im NMR
- ...

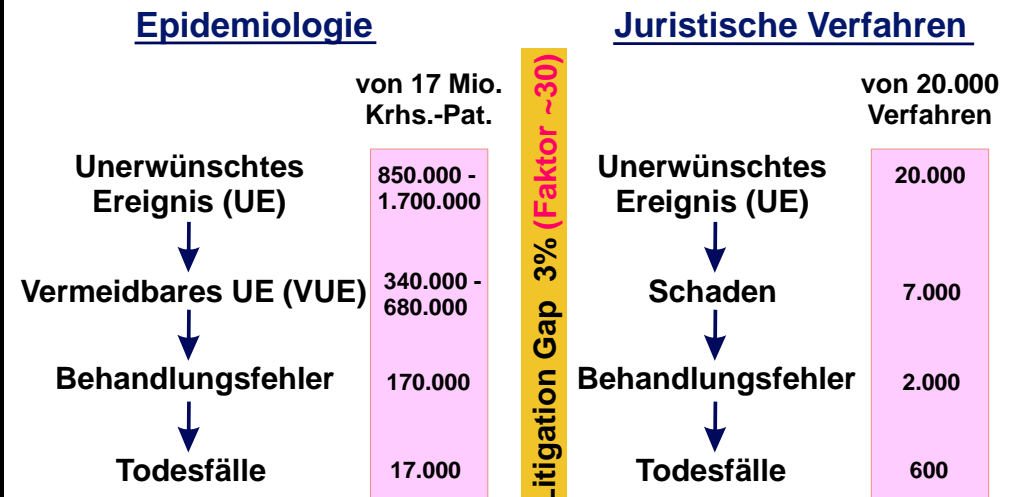
Patientensicherheit: Instrumente

- Critical Incident Reporting Systems (CIRS)
- Checklisten
- Infection Control (z.B. MRSA-Management)
- Medication Reconciliation
- Prozessanalyse und Root Cause Analysis
- Verhalten nach Zwischenfällen
- Morbidity-Mortality Conferences (MMC)

Begriffe



Häufigkeit: Ausgangspunkt



Gliederung

- ➔ Organhaftung
- ➔ Patientensicherheit: die neue Sicht
- ➔ Prävention
- ➔ Führung
- ➔ Weitere Entwicklung

Fehlerkette

- ➔ Der Firma Boeing sind Probleme des Druckausgleichs bei der 737-300 bekannt, keine Konsequenzen
- ➔ Überprüfung des Kabinendrucksystemes vor dem Flug fehlerhaft
- ➔ Piloten übersehen den Fehler beim Check Up
- ➔ Akustischer und optischer Alarm während des Steigfluges wird mit anderem Problem erklärt*
- ➔ Übersehen der Cockpit-Anzeige für Herausfallen der Sauerstoffmasken
- ➔ Eintreten der Bewusstlosigkeit der Piloten

*Überhitzung eines Bordcomputers

Versagende Kontrolle

▶ DIAGNOSE

1. Tumor im **linken** Lungenflügel
2. Gespräche von Stations- und Chefarzt mit dem Patienten: **OP links**

▶ OPERATIONSPLAN

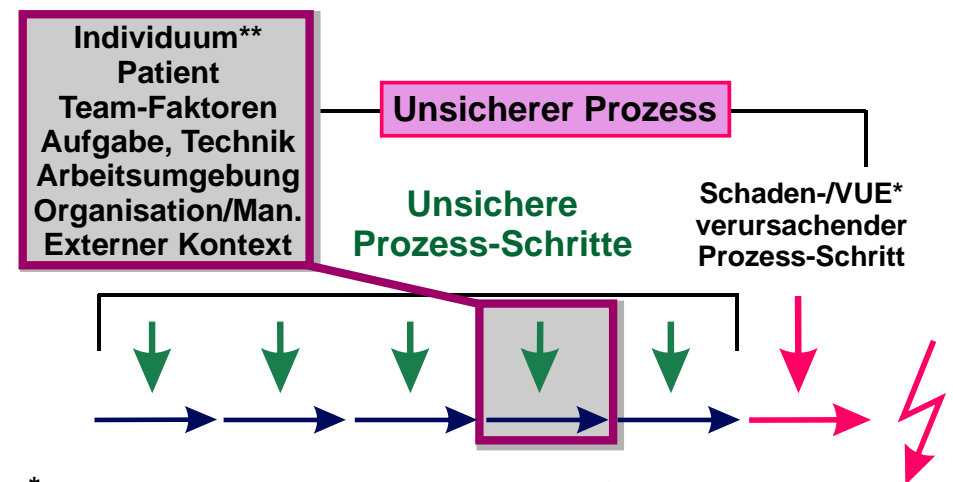
3. Stationsarzt schreibt vorläufigen OP-Plan: **OP rechts** 
4. Oberarzt zeichnet OP-Plan ab: **OP rechts**

▶ OPERATION

5. Anästhesisten lagern Patienten im OP ohne Blick in die Krankenakte: **OP rechts**
6. Oberarzt ist Operateur, kein Patientengespräch vor der OP: **OP rechts**
7. Stations- und Oberarzt fällt auf den Röntgenbildern nichts auf: **OP rechts**
8. Oberarzt stutzt nicht, als er den Tumor nicht tasten kann: **OP rechts**

Operation rechts

Prozess-Sicht

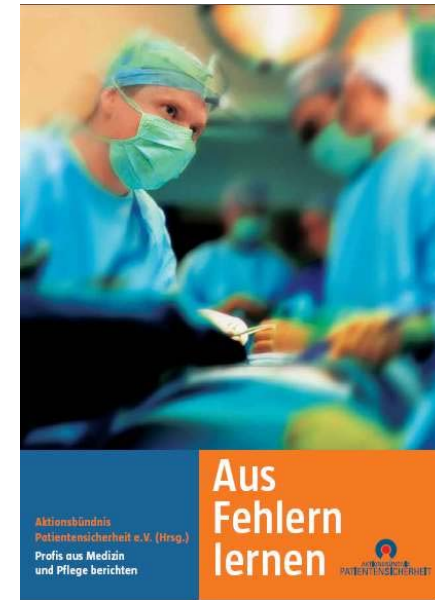


* VUE Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (epid. Schaden)

** analog zum London Protocol (Ch. Vincent 2004)

Gliederung

- ➔ Organhaftung
- ➔ Patientensicherheit: die neue Sicht
- ➔ **Prävention**
- ➔ Führung
- ➔ Weitere Entwicklung



Prof. Dr. M. Schrappe

Er-Klärungen

- ➔ “So einen Fehler darf man einfach nicht machen!”
- ➔ “Der / die ist ja von unglaublicher Blödheit.”
- ➔ “Das sieht ja fast nach Absicht aus!”
- ➔ “Wenn wir das gemacht hätten, wäre das nicht passiert”
- ➔ “Der / die ist halt ungeeignet.”
- ➔ “Rausschmeißen, da fällt einem wirklich nichts mehr ein!”
- ➔ “Es fehlt einfach die Motivation heutzutage.”
- ➔ “Früher war die Ausbildung viel besser.”

Prävention von Eingriffsverwechslungen





Sicherheit braucht Zeit und Ruhe.

Zählkontrolle ist Teamarbeit.

Der Operateur trägt die Letztverantwortung.

Stopp bei Unklarheiten.

Dokumentation schützt und unterstützt.

Checkliste: Safe Surgery

Frage: Wirkung v. Checklisten auf peri-/postop. Komplikationen

Design: Prospektive histor. kontr. Vergleichsstudie in 8 Krhs. in 8 Ländern, 10/07 bis 09/08, konsekutiver Einschluss

Intervention: Implementierung der Surgical Safety Checklist

1° Endpunkt: Komplikationen im Krhs, bis 30 Tage p.op.: ANV, >3EK, Reanim., DVT/PE, AMI, NP, Intub., Resp. >48h, Stroke, SSI, Sepsis, Schock, VGF, ROR, Tod

Ergebnisse:	vor Intervention	nach	
➔ Todesfälle:	1,5%	0,8%	p<0,003
➔ Komplikationen:	11,0%	7,0%	p<0,001
➔ SSI:	6,2%	3,4%	p<0,001
➔ Return to OR:	2,4%	1,8%	p<0,047

Bedeutung von Routinen

Autobahn-Bruchpilot vor Gericht

Kleinflugzeug musste wegen Treibstoffmangels auf A 52 landen

Der 46-jährige hatte den Tankinhalt vor dem Start nicht überprüft.

Essen - Sieben Monate nach der dramatischen Notlandung eines Kleinflugzeuges auf der Autobahn 52 bei Essen muss sich der 46 Jahre alte Pilot seit Dienstag vor dem Essener Amtsgericht verantworten. Die Staatsanwaltschaft wirft ihm fehlerhaftes Treibstoff-Management vor und hat ihn wegen eines Verstoßes gegen das Luftsicherheitsgesetz angeklagt. Die Beteuerung des Angeklagten, er habe sich bei der Kalkulation des Treibstoffes seinerzeit allein auf die Angaben des vorherigen Piloten im Bordbuch der Charter-

maschine verlassen, stieß bei einem Sachverständigen auf Kritik. Laut Gutachter hätte der Pilot vor dem Start am Berliner Flughafen Tempelhof zwingend auch eine Sichtkontrolle am Tank vornehmen



Notlandung auf der Autobahn bei Essen BILD: DPA

müssen. Dann wäre ihm möglicherweise aufgefallen, dass er für den Rückflug zum Flughafen Essen/Mülheim zu wenig Treibstoff an Bord hatte. Wenige Kilometer vor der Landebahn waren seinerzeit beide Propeller der Maschine ausgefallen. Das Flugzeug hatte daraufhin eine Brücke gestreift und war anschließend auf die Autobahn gestürzt. Die beiden weiteren Insassen der Maschine erlitten bei der Notlandung zum Teil schwere Verletzungen an den Beinen und am Becken. Der Pilot selbst kam mit leichten Blessuren davon. Auf der Autobahn wurden mehrere Fahrzeuge beschädigt - Insassen wurden jedoch nicht verletzt. (dpa)



WHO-KAMPAGNE

Schrift: - +

Checkliste soll Operationen sicherer machen

Von Heike Le Ker

Was helfen soll, kann auch schaden: Jährlich gibt es 234 Millionen Operationen weltweit, häufig mit Komplikationen. Die Weltgesundheitsbehörde will jetzt einen globalen Sicherheitsstandard etablieren - mit Hilfe einer einfachen Checkliste.



Jedes Jahr gibt es nach Angaben der WHO 234,2 Millionen medizinische Operationen weltweit. In Industrieländern sterben unterschiedlichen Studien zufolge 0,4 bis 0,8 Prozent der Operierten. In Entwicklungsländern liegt die Zahl der Todesfälle mit 10 bis 15 Prozent viel höher. In Afrika südlich der Sahara stirbt einer von 150 Patienten durch die Narkose, aber auch Infektionen bereiten große

CIRS - Systematik

➔ Institutionelle CIRS

- Gesamtinstitution
- Fachabteilungs-bezogene CIRS

➔ Übergreifende CIRS

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Gegründet 1872 - Sitz Berlin

DGAV DGNC DGT
DGG DGOOC DGTHG
DGKCH DGPRÄC DGU

DGCH | Mitgliedsgesellschaften | Regionalvereinigungen | Veranstaltungen | Preise & Stipendien | Wissen | Service | Industrie | CIRS

21.12.2008 | 13:39 [CIRS] SUCHE

Computerbasiertes Anonymes Critical Incident Reporting: Ein Beitrag zur Patientensicherheit

CIRSmedical@unibas.ch

Zur Eingabe von Fällen klicken Sie bitte folgenden Button:

[Zur Fallfassung des CIRS der DGCH >>](#)

Zusammenfassung

In der Vergangenheit wurde der Patientensicherheit als wesentliches Qualitätsmerkmal eines Behandlungsprozesses nicht die notwendige Beachtung geschenkt. Ein kritisches Element zur Erhöhung der Sicherheit ist die Schaffung einer Sicherheitskultur mit dem Effekt, dass Fehler identifiziert, Ursachen abgeklärt und darauf basierend Massnahmen zur künftigen Verhinderung dieser Fehler ergriffen werden. Erfahrungen aus verschiedenen Gebieten haben gezeigt, dass das systematische Erfassen von kritischen Ereignissen (Critical Incident Reporting) ein wichtiges Element einer solchen Sicherheits- und Lernkultur darstellt. Anonyme, freiwillige Meldesysteme haben im Gegensatz zu obligatorischen Meldesystemen das Potential, auf einer breiten Basis Systemschwächen und Fehler aufzuzeigen bevor daraus gravierende Komplikationen entstehen.

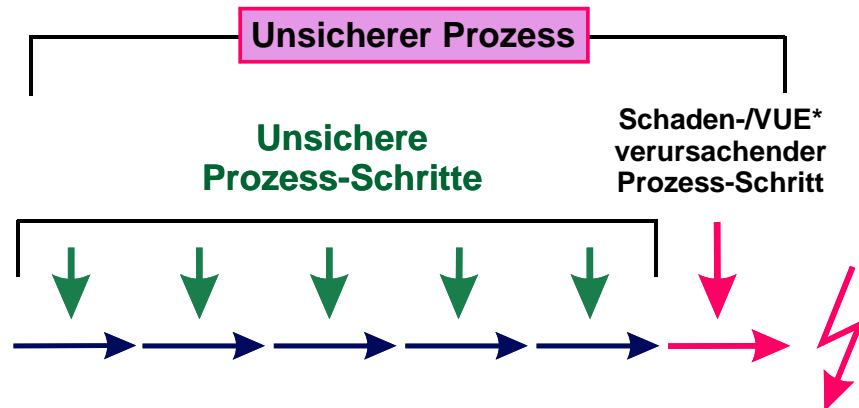
Der folgende Artikel stellt ein System vor, das breit abgestützt (Ärzte, Pflege, FMH, Apotheker) auf der Basis der im Bereich Anästhesie seit vielen Jahren betriebenen Critical Incident Reporting Systeme

LOGIN für DGCH-Mitglieder

Langenbeck-Virchow-Haus

Präsident
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick

Prozess-Sicht



Aktion Saubere Hände



- ➔ Träger APS, NRZ d. RKI, GQMG
- ➔ Verstärkung Händedesinfektion
- ➔ Rückkopplung des Desinfektionsmittelvolumens / Pat.-Tag
- ➔ Integration in KISS
- ➔ Nationale Aktionstage
- ➔ Regionale Aktionen, alle Medien
- ➔ Start 11.12.07 mit Pressekonf. BMG

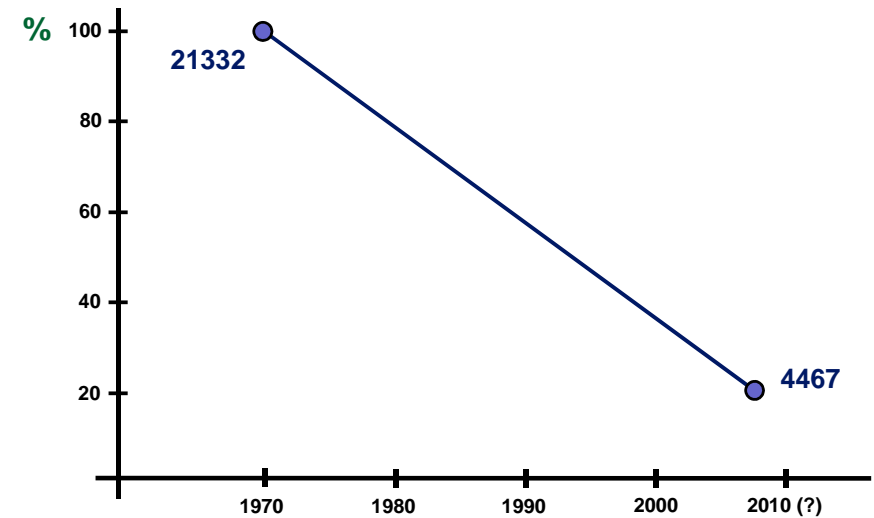
Prävention

- ➔ Technische Lösungen
- ➔ Kommunikation
- ➔ Stärkung des Teams
- ➔ Präzise Spezifikation
- ➔ Standardisierung
- ➔ Multiple Interventionen
- ➔ Aktive Einbindung der Patienten

Schrappe 2009

Prof. Dr. M. Schrappe

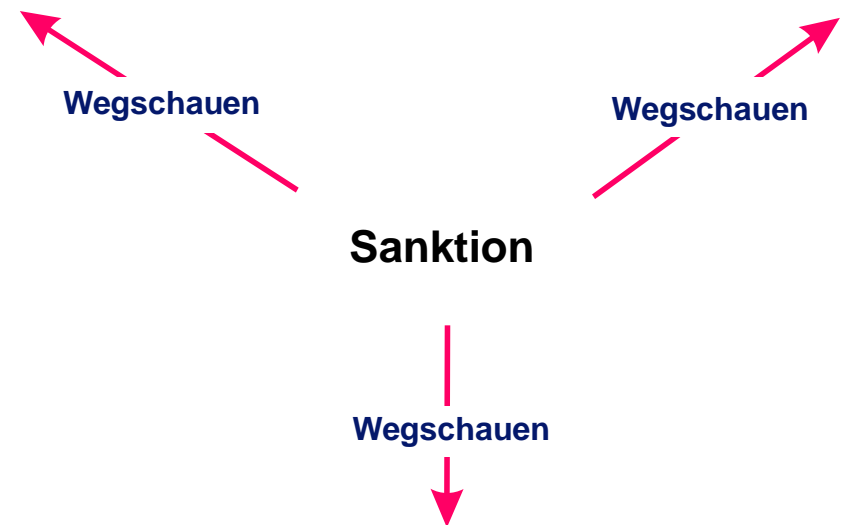
Verkehrstote in Deutschland



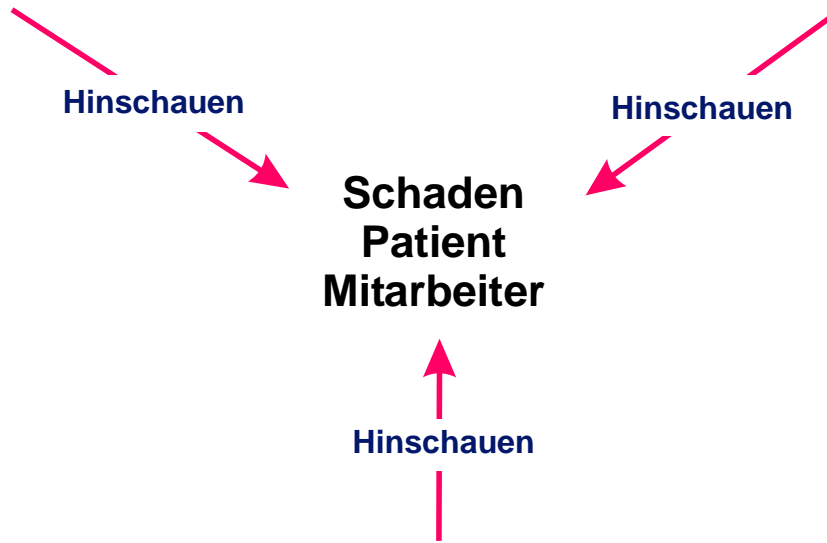
Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Organhaftung
- ➔ Patientensicherheit: die neue Sicht
- ➔ Prävention
- ➔ **Führung**
- ➔ Weitere Entwicklung



Prof. Dr. M. Schrappe



Händedesinfektion

Direkte Beobachtungsstudie, Universitätsklinik Genf, 163 Ärzte

➔ nur 57% von 163 Ärzten hielten sich an Richtlinien

Einflussfaktoren:

Positiv

Wissen beobachtet zu werden
 Bewusste Vorbildfunktion
 Positive Einstellung zur
 Händedesinfektion
 Leichter Zugang zu Desin-
 fektionsmitteln

Negativ

Hohe Arbeitsbelastung
 Hochrisiko-Eingriffe
 Bestimmte Disziplinen
 (Chirurgie, Anästhesie,
 Notfall- und Intensivmedizin)

D. Pittet et al.: Ann. Intern. Med. 141, 2004, 1-8

Risikomanagement: Führung

- ➔ Authentizität
- ➔ Erfolgsorientierung
- ➔ Öffentlichkeit
- ➔ Mitarbeiterorientierung
- ➔ Verantwortung
- ➔ Handlungslegitimation
- ➔ Sicherheitskultur

Patientensicherheit: Umsetzung des Risikomanagements

Einführungsphase

- ➔ Einführungsthema, Steuergruppe, einzelne Projekte, andere Datenquellen, CIRS-Pilot

Umsetzungsphase

- ➔ RM-Kommission, CIRS, Rückmeldung im Meldekreis, Verbesserungsmaßnahmen

Sichere Organisation

- ➔ Kontinuierliche Verbesserung, Fehler und UE werden nicht toleriert, Sicherheitskultur hoch

Gliederung

- ➔ Organhaftung
- ➔ Patientensicherheit: die neue Sicht
- ➔ Prävention
- ➔ Führung
- ➔ Weitere Entwicklung

Qualitäts-bezogene Anreizsysteme

- ➔ Veröffentlichung von Qualitätsdaten
"public disclosure"
 - Qualitäts-bezogenes Patienten- und Einweiser-verhalten, Reputation als Anreiz
- ➔ Qualitäts-bezogene Vergütung
"pay for performance"
 - Finanzielles Anreizsystem

Berufshaftpflicht in den USA

Überzogene Ansprüche

Angesichts astronomisch hoher Schadensersatzsummen steigen die Prämien für ärztliche Berufshaftpflichtversicherungen – ein Teufelskreis, der die medizinische Versorgung gefährdet.

Kaum eine Woche vergeht, ohne dass die US-amerikanischen Medien über die Problematik steigender ärztlicher Haftpflichtprämien und deren schwerwiegende Folgen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung berichten. Ursache sind Schadensersatzprozesse, in denen Ärzte und Krankenhäuser häufig zur Zahlung von Schmerzensgeld in astronomischer Höhe verurteilt werden.

Anwälte dürfen offensiv werben

US-Anwälte erhalten in der Regel bei erfolgreichem Ausgang eines Verfahrens einen vorher vereinbarten Prozentsatz des Schadensersatzes als Honorar. Dieses Arrangement für „Gewinnbeteiligung“ hat zur Folge, dass Anwälte umso mehr verdienen, je höher die erstrittene Summe ist. Im Gegenzug ist der Kläger von seinen Anwaltschulden befreit.

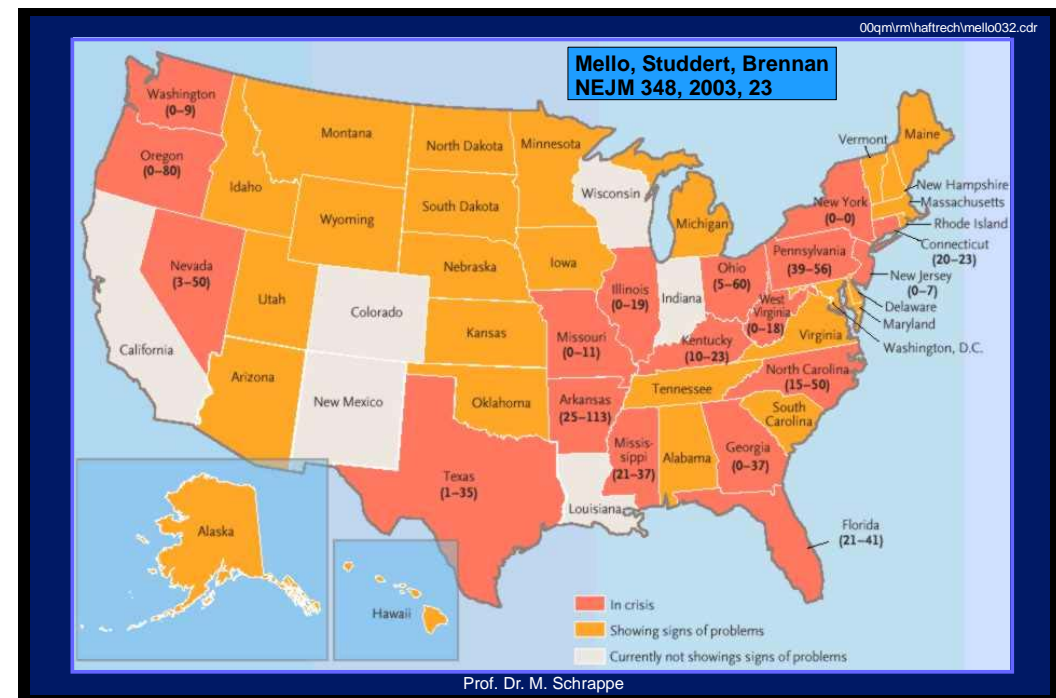


dienstausfall, zukünftige Verdienstausschläge, Kinderbetreuung und Rehabilitation. Nicht wirtschaftliche Schäden sind sehr viel schwieriger in Dollar oder Cent zu fassen.

Der deutsche Begriff Schmerzensgeld wird in den USA allgemein als compensation for pain and suffering be-

cherungsgesellschaft der dortigen Ärztereinigung, hält Urteile über Schadensersatzansprüche von mehr als einer Million Dollar derzeit durchaus für möglich. Denn das US-System basiert auf dem Einzelfallrecht (case law).

In Deutschland hingegen gibt es Richtlinien, an denen sich der Streitwert für Schmerzensgeld orientiert. 1991 hat beispielsweise das Landgericht Bremen den Eltern eines fünfjährigen Kindes, das nach einem ärztlichen Behandlungsfehler am apallischen Syndrom litt, 420 000 DM und eine monatliche Rente von 800 DM zugesprochen. In den USA ist die Höhe des Schmerzensgeldes nicht vorhersehbar. In einem dreiwöchigen Prozess gegen die New Yorker Krankenhausesellschaft erstritt der Rechtsanwalt Thomas A. Moore am 14. Mai 2001 eine Gesamtsumme von 107,8 Millionen US-Dollar. Im vorliegenden Fall



Institut für Patientensicherheit

- ➔ Epidemiologie und Messmethodik
- ➔ Evaluation
- ➔ Implementierung
- ➔ Patientensicherheits-Indikatoren
- ➔ Umsetzung in Deutschland
- ➔ Sicherheitskultur



Prof. Dr. M. Schrappe



9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
und
5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
30. September - 02. Oktober 2010
Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität Bonn

Vorankündigung

Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung



www.dkvf2010.de

ausgerichtet vom
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
in Kooperation mit dem
Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung e.V.