

# Patientensicherheit, Qualität und Infection Control: die Zeit ist reif

## 13. Berliner Workshop

Infektionsprävention:  
Synergien erkennen und nutzen

Berlin, 30.01.2009

Matthias Schrappe  
www.schrappe.com

00qmrmAktPSVvorstand07.cdr

## Aktionsbündnis Patientensicherheit

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

Gründung am 11.4.2005, Düsseldorf

Vorstand 2. Wahlperiode ('07-'09):



Prof. Dr. M. Schrappe, Frankfurt (Vorsitz)

Dr. G. Jonitz, Berlin (Stellv. Vorsitz)

Dr. J. Lauterberg, Bonn (GF)

Beisitzer: Prof. Dr. D. Conen, Aarau

Prof. Dr. D. Hart, Bremen

Dr. T. Hoppe-Tichy, Heidelberg

G. Leppin, Berlin

Prof. Dr. T. Lichte, Halle

H. Loskill, Düsseldorf

Prof. Dr. M. Schrappe

gesoekolsvrtitle09.cdr

Auftrag vom 21.11.2007:

## Sondergutachten des SVR 2009

"Generationenspezifische Gesundheitsversorgung  
in einer Gesellschaft des längeren Lebens"

Prof. Dr. M. Schrappe

00inf\_qm'infcontri\_ni\_bedeut.cdr

## Bedeutung nosokomiale Infektionen

→ NI sind ...

- das einzige Qualitätsproblem, das übertragbar ist
- das einzige *safety*-Problem mit genuinem Populationsbezug

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Führung und Management
- ➔ Lernen der / in den Organisationen
- ➔ Das Team (das unbekannte Wesen)
- ➔ *bundle* - Interventionen
- ➔ Drei Wege - ein Ziel

## Unterlassen präventiver Maßnahmen

	Wirksamkeit	Negative Folgen
Akut therapeutische Maßnahmen	<b>SOFORT</b>	spät od. sofort
Präventive Maßnahmen	<b>SPÄT</b>	<b>SOFORT</b>

Cook, D.J. et al. Lancet 363, 2004, 1224

Prof. Dr. M. Schrappe

## Clinical Governance

- ➔ Continuous Quality Improvement
- ➔ Evidence - Based Medicine
- ➔ Guidelines and Critical Pathways
- ➔ Patient Safety
- ➔ Patient - Centered Care
- ➔ Cost-Benefit Assessments

modif. n. Lega et al. Health Policy 74, 2005, 261

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Führung und Management
- ➔ Lernen der / in den Organisationen
- ➔ Das Team (das unbekannte Wesen)
- ➔ *bundle* - Interventionen
- ➔ Drei Wege - ein Ziel

## Konzept: Verhaltensänderung

### ➔ Professionell-orientierte Ansätze

- zeitnahes Feedback, Partizipation, administrative und finanzielle Anreize, *education*

## 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

## 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

## Konzept: Verhaltensänderung

### ➔ Professionell-orientierte Ansätze

- zeitnahes Feedback, Partizipation, administrative und finanzielle Anreize, *education*

### ➔ Organisations-orientierte Ansätze

- Systemversagen, Organisationskultur, Führungsverantwortung, Leitlinien und Checklisten

## SAFE SURGERY SAVES LIVES



### WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

#### 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

Prof. Dr. M. Schrappe

Haynes et al. NEJM 360, 2009, 491

## 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

Haynes et al. NEJM 360, 2009, 491

Prof. Dr. M. Schrappe

### Überhaupt:

## Wie verändern sich Organisationen?

- ➔ Kontingenztheorie
- ➔ Konsistenztheorie

Prof. Dr. M. Schrappe

## Konzept: Verhaltensänderung

- ➔ **Professionell-orientierte Ansätze**
  - zeitnahes Feedback, Partizipation, administrative und finanzielle Anreize, *education*
- ➔ **Organisations-orientierte Ansätze**
  - Systemversagen, Organisationskultur, Führungsverantwortung, Leitlinien und Checklisten
- ➔ **Patienten-orientierte Ansätze**
  - Patientenschulung, aktive Einbeziehung zu konkreten Behandlungsschritten, Öffentlichkeit

Prof. Dr. M. Schrappe

## Infektionen aus dem Wischeimer

Ermittlungen wegen Baby-Tod in Gießen vor dem Abschluss

**13.04.05** Von Georg Kronenberg  
An der Gießener Universitäts-Kinderklinik sind zwischen 1996 und 1999 mehrere Säuglinge mit dem Demovirus Klebsiella oxytoca infiziert worden. Vier infizierte Babys waren damals gestorben. Die Ermittlungen wegen fahrlässiger Tötung und Körperverletzung stehen kurz vor dem Abschluss. Ob es zu einer Anklage kommt, ist noch offen.

GIESSEN, 20. Februar. Insgesamt 36 Babys sollen von der Infektionswelle auf der Frühgeborenenstation nach Angaben des Gießener Oberstaatsanwalts Reinhard Hübner betroffen gewesen sein. Davon seien vier Kinder verstorben, bei 24 sei es zu bleibenden Behinderungen gekommen. Bislang waren nur insgesamt 30 Infektionen, darunter zwei Todesfälle und ein Fall von bleibenden Behinderungen, bekannt worden.

Die Gießener Staatsanwaltschaft hatte im Juli 2000 Ermittlungen wegen fahrlässiger Tötung und Körperverletzung eingeleitet, nachdem der Oberarzt der Klinik in der britischen Medizinzeitschrift *Lancet* veröffentlicht hatte, dass zu stark verdünntes Desinfektionsmittel die Infektionen verursacht habe.

Der Bakterien-Keim hatte sich in einem Wischeimer mit dem Desinfektionsmittel vermehrt. Der Wirkstoffgehalt der formaldehydhaltigen Lösung war entgegen den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie drei Monate vor der ersten Infektion von 0,5 auf 0,25 Prozent gesenkt worden, weil Bedienstete der Intensivstation über Hautreizungen und Kopfschmerzen geklagt hatten.

ten. Im ersten Halbjahr 1999 waren an der Gießener Uni-Kinderklinik mehr als 25 Infektionen mit Klebsiellen festgestellt worden, zwei infizierte „Frühchen“ waren damals gestorben. Nachdem die Klinik daraufhin umfangreiche Untersuchungen durchgeführt und dabei die Bakterien in dem Wischeimer entdeckt hatte, war das Desinfektionsmittel wieder höher konzentriert worden. Danach hatte es laut Professor Klaus Knorrpp, dem ärztlichen Direktor des Klinikums, keine weiteren Infektionen gegeben.

Die strafrechtlichen Ermittlungen gegen Mitarbeiter der Uni-Kinderklinik ständen kurz vor dem Abschluss, sagte Hübner. Die Beweislage sei schwierig, ergänzte er. Zwar sei bei den 36 Babys die Klebsiella-Infektion festgestellt worden. Da Frühgeborene allgemein auf Grund ihrer schwachen Konstitution sehr anfällig seien, sei die Infektion als Ursache für eine Erkrankung aber nur sehr schwer nachzuweisen. Jeder Fall müsse einzeln überprüft werden.

Hübner: „Deshalb ist bislang nicht generell auszuschließen, dass auch andere Ursachen für die körperlichen Beeinträchtigungen oder den Tod der Kinder verantwortlich sind.“

Schwierig sei außerdem, ein Fehlverhalten an bestimmten Personen festzumachen und festzustellen, wer im Einzelfall das Desinfektionsmittel verdünnt und angewendet habe.

Bei der Staatsanwaltschaft sind laut Hübner mehr als zehn Strafanzeigen betroffener Eltern eingegangen. Deren Anwälte hätten zurzeit Akteneinsicht. Deshalb sei noch offen, wann über den Schluss der Ermittlung entschieden würde.

## Qualitäts-bezogene Anreizsysteme

### ➔ Veröffentlichung von Qualitätsdaten

*"public disclosure"*

- Qualitäts-bezogenes Patienten- und Einweiserverhalten, Reputation als Anreiz

### ➔ Qualitäts-bezogene Vergütung

*"pay for performance"*

- Finanzielles Anreizsystem

Prof. Dr. M. Schrappe

## Prevention Wrong Site Surgery



Bild: aus Presseservice Gesundheit AOK 28.4.05

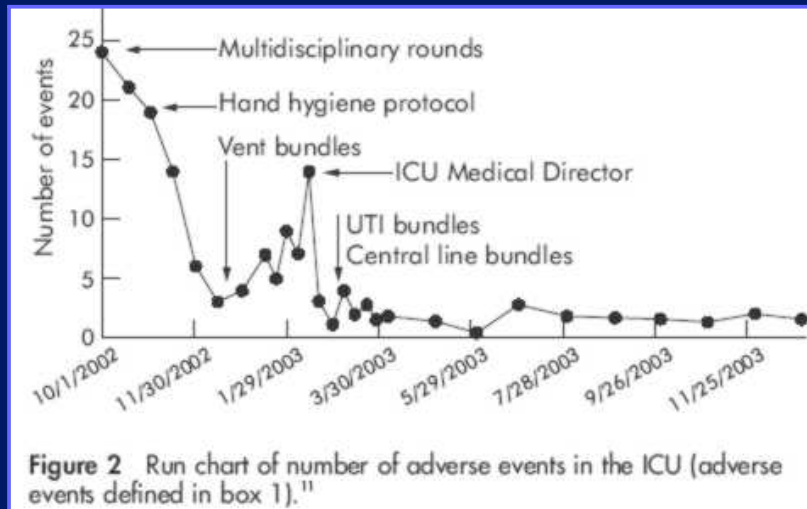
Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Führung und Management
- ➔ Lernen der / in den Organisationen
- ➔ **Das Team (das unbekannte Wesen)**
- ➔ *bundle* - Interventionen
- ➔ Drei Wege - ein Ziel



## Ergebnisse 3: unerwünschte Ereignisse



Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Führung und Management
- ➔ Lernen der / in den Organisationen
- ➔ Das Team (das unbekannte Wesen)
- ➔ *bundle* - Interventionen
- ➔ **Drei Wege - ein Ziel**



## Träger der ASH

### ➔ Infection Control

Nationales Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen



### ➔ Qualitätsmanagement

Ges. f. Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung



### ➔ Patientensicherheit

Aktionsbündnis Patientensicherheit



Prof. Dr. M. Schrappe

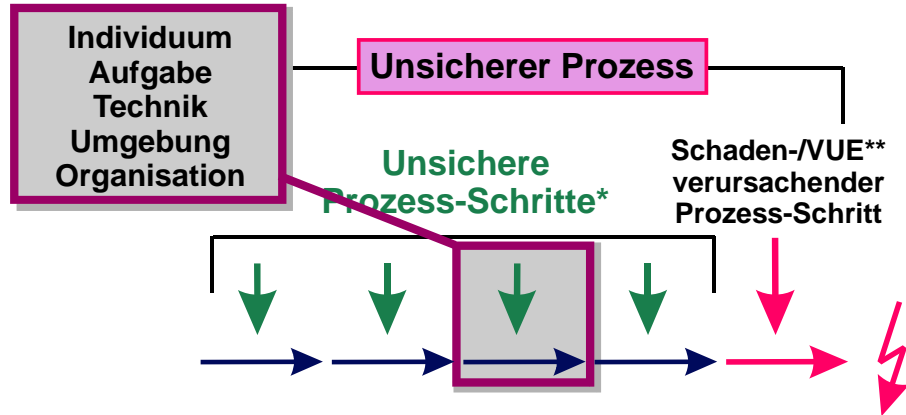
## Die Gnade der Rate

7 Katheter-Infektionen

1000 Patienten-Tage

Prof. Dr. M. Schrappe

# Prozess-Sicht



\* "Unsafe Acts" (Reason), "Care-Management Problems" (Vincent)  
 \*\* VUE Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (epid. Schaden)

Prof. Dr. M. Schrappe

## Critical Incident Report System: Definition

Ein Critical Incident Report System (CIRS) ist ein Erfassungssystem für Schäden, Fehler und Beinahe-Schäden, das auf die Analyse von Fehlerketten und die Prävention zukünftiger Fehler ausgerichtet ist.

Prof. Dr. M. Schrappe

## Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. M. Schrappe