

# Patientensicherheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus

## 2. Journée Qualité

Hopital St. Louis

Ettelbruck, 24.5.2007

M. Schrappe

00qm/irm/AktIPS/konz1.cdr



## Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

[www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de)

## Deutschland: AE und Todesfälle

00qm/irm/adevent/deaths2.cdr

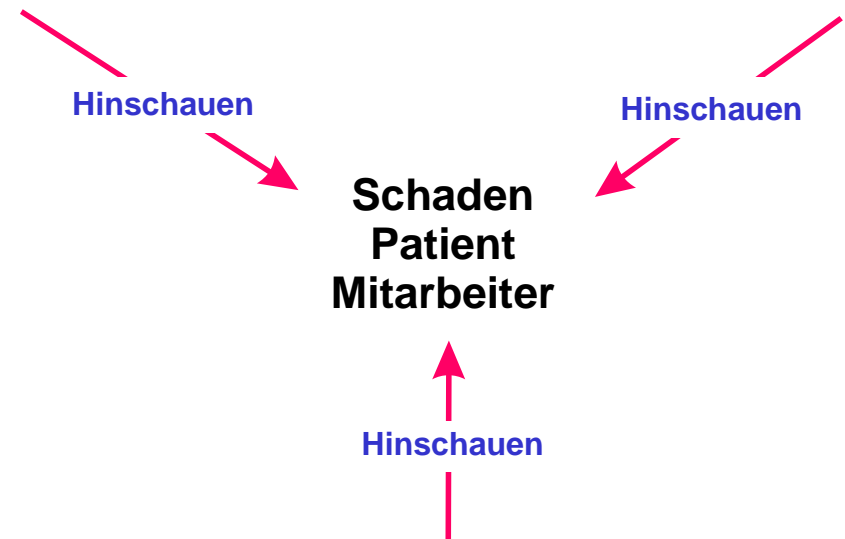
	% der Gesamtpat.	Anzahl Pat. in D./Jahr
Krankenhauspatienten	100%	17.500.000
Unerwünschte Ereignisse	5-10%	3.500.000 - 1.750.000
Schäden	2-4%	350.000 - 700.000
Fehlende Sorgfalt	1%	175.000
<b>Todesfälle</b>	<b>0,1%</b>	<b>17.500</b>



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



00qm/irm/sanktion.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L.



## Sicherheitskultur

### Systematischer Review:

9 Studien zur Messung der Sicherheitskultur identifiziert

### Wichtigste Dimensionen:

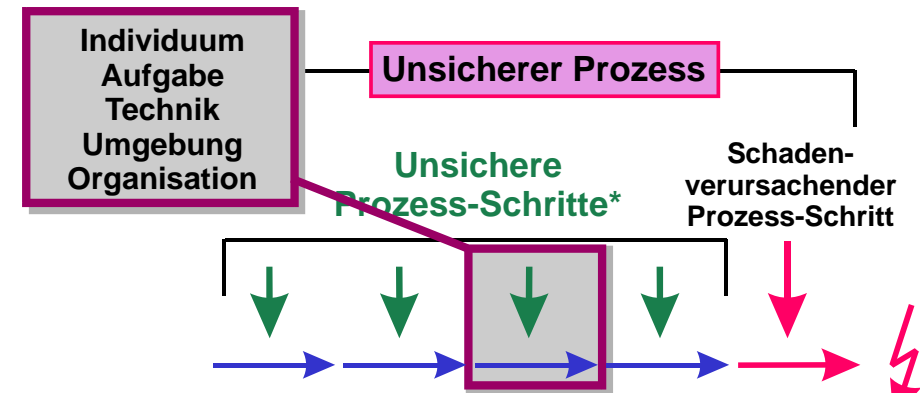
- ➔ Leadership
- ➔ Policies, procedures
- ➔ Communication
- ➔ Staffing
- ➔ Reporting

Colla et al. QSHC 14, 2005, 364

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der  
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



## Schäden: Prozess-Sicht



\* "Unsafe Acts" (Reason), "Care-Management Problems" (Vincent)

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der  
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



### Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.



## Prävention von Seiten- und Eingriffsverwechslungen

### Erfolgreiche Kommunikation zwischen Arzt, Pflegenden und Patient

- ➔ Arzt und Patient sollten sich in der Regel persönlich kennen
- ➔ Patient muß aktiv in die Eingriffserkennung eingebunden sein

### 4 Schritte bzw. Barrieren:

- (1) Aufklärung: Patient zeigt Eingriffsort
- (2) Markierung: Patient zeigt Eingriffsort, nicht abwischbar
- (3) Einleitungsraum: Identifizierung von Patient und Eingriff
- (4) Vor Schnitt: Team Time Out

4 Fragen: richtiger Patient / Eingriff / Rö / Implantat ?

Rothmund et al.: Handlungsempfehlungen ... Chir. Mitteilungen 1/2006, 37-39

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der  
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



## QM-Prozess Intensivmedizin

28 Betten interdisziplinär, 95% Belegung: Intervention, prä/post Intervention:

- ➔ durch Ärzte geleitete Team-Besprechung
- ➔ 2mal täglich Statusbesprechung (z.B. Verlegung)
- ➔ gezielte Maßnahmen zu nosokomialen Infektionen
- ➔ Team-Kultur: *team decision making process*

### Ziele:

- ➔ Verminderung der UE/ICU-Tag um 50% (24/<12)
- ➔ Verminderung der Beatmungspneumonien um 25% (von 7,5/1000 Beatmungstage auf 5,5)
- ➔ Reduktion der Katheter-ass. Sepsis um 44% (von 5,9/1000 Kathetertage auf 3,3)

Jain, M., ... Berwick, D.M.: QSHC 15, 2006, 235

Prof. Dr. M. Schrappe, Wissenschaftlicher  
Geschäftsführer der Universität Witten/Herdecke



## Verantwortung - Accountability

- Qualität
- Leitlinien
- Evidence based medicine
- Management und Führung
- Patientensicherheit
- Ergebnisorientierung
- Patientenorientierung
- ➔ Verantwortung

Prof. Dr. M. Schrappe

## Critical Incident Report System: Probleme

- ➔ Die Anonymität der Meldung sollte gewährleistet sein.
- ➔ Eine Beschränkung auf Beinahe-Schäden ("Beinahe-Fehler") kann sinnvoll sein.
- ➔ Eine Festlegung der Führung auf einen non-punitiven Ansatz ist förderlich.
- ➔ Andere Methoden der Fehlererfassung nicht aus dem Auge verlieren.
- ➔ Strukturen für Rückkopplung schaffen.
- ➔ Berufsgruppen-übergreifendes Konzept !
- ➔ CIRS ist nur ein Teil des Risikomanagements.



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der  
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



## CIRS: andere Informationen nutzen

### Patientenbefragung:

- ➔ Fragen hinsichtlich Koordination und Organisation beachten
- ➔ Freitextangaben auswerten

### Beschwerdemanagement:

- ➔ Systematische Auswertung der Beschwerden unter Risikomanagement-Aspekten
- ➔ Sentinel events beachten!



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der  
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



## Critical Incident Report System: Probleme

- ➔ Die Anonymität der Meldung sollte gewährleistet sein.
- ➔ Eine Beschränkung auf Beinahe-Schäden ("Beinahe-Fehler") kann sinnvoll sein.
- ➔ Eine Festlegung der Führung auf einen non-punitiven Ansatz ist förderlich.
- ➔ Andere Methoden der Fehlererfassung nicht aus dem Auge verlieren.
- ➔ Strukturen für Rückkopplung schaffen.
- ➔ Berufsgruppen-übergreifendes Konzept !
- ➔ CIRS ist nur ein Teil des Risikomanagements.



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der  
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



## CIRS: Empfehlungen des APS

- ➔ CIRS ohne ein Risikomanagement ist nutzlos
- ➔ CIRS ist ein Beteiligungsprogramm
- ➔ CIRS bedarf einer kontinuierlichen Unterstützung durch die Krankenhausleitung



## CIRS: 7 Empfehlungen

- ➔ Entscheidungsphase
- ➔ Planungsphase
- ➔ CIRS-Einführung
- ➔ Umsetzung von Evaluation und Auswertung
- ➔ Organisation von Verbesserungsmaßnahmen im Risikomanagement
- ➔ Umgang mit Rückmeldungen
- ➔ Evaluierung



## Hände - Hygiene

"... that if hand hygiene were a new drug

➔ it would be used by all"

Stone S. , J. R. Soc. Med. 84, 2001, 278

## QM und Verantwortung

Nicht nur Problemlösungen und Projekte, sondern

- ➔ Verantwortung für Ergebnisse
- ➔ Veränderung entsprechend der Anforderungen
- ➔ In diesem Sinne: Strategie

"The public is a ...

➔ ... patient population"

Buchan H: Different Countries, Different Cultures.  
Qual. Health Care 7, 1998, 62

## Qualitätswettbewerb: CSRS

New York State Cardiac Surgery Report System (CSRS, seit 1991):

- Risk-Adjusted Mortality Rate (RAMR)
- Volume Hospital und Volume Surgeons (3 y.)
- Daten von 1989 bis 2002

➔ 33 Krankenhäuser, 168 Operateure, medianes Alter 53J

**Krankenhäuser:** RAMR niedrigstes Dezil im jew. Vorjahr: **1,59%**  
RAMR höchstes Dezil im jew. Vorjahr: **2,78%**

**Operateure:** RAMR niedrigstes Dezil im jew. Vorjahr: **1,58%**  
RAMR höchstes Dezil im jew. Vorjahr: **3,20%**

**Marktanteile Krhs.:** kein Einfluss

Jha, A.K., Epstein, A.M. Health Aff. 25, 2006, 844

# Public Disclosure

- nicht anwendbar
- ∅ keine Studien
- +/- indiff. Ergebnis
- ↕ neg./pos. Effekt
- \* meth. hochwertige Studien

	Ergebnis-Q	Prozess-Q	Einstellung	Markt
Patienten	↗	↗	↘ ↗*	↗
Niedergel. Ärzte	∅	∅	↘	∅
Krankenhäuser	↗*	↗*	↘	+/-
Kassen	∅	+/-	↗	∅
Gesundh.-system	∅	∅	∅	+/-

Prof. Dr. M. Schrappe

## Das Paradoxon der Bürokratie

Gleichzeitig

## "Bad doctors get a free ride"

New York Times 3.3.2003

Zit. N. Leape, LL and Berwick DM: 5 Years After To Err Is Human  
JAMA 293, 2005, 2384

## Das "System-Person Paradoxon"

- **"no fault policy"**: nicht das Individuum hat Schuld
  - Fehlerkette und **Systemfaktoren** im Vordergrund
- ➔ die Individuen erklären sich für "das Ganze" (System, Prozesskette) **verantwortlich.**

DNVF e.V.

Gründung  
2.5.2006  
Berlin