



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

**Patientensicherheit:
„Wo liegt der Hund begraben?“**

**Jahresversammlung der Gesellschaft für
Arzneimittelanwendungsforschung
02.11.2006**

Dr. med. Regina Klakow-Franck
Bundesärztekammer, Stellv. Hauptgeschäftsführerin



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Hoher Stellenwert von Patientensicherheit in den westlichen Industriestaaten

- Stärkung der Patientenautonomie in der individuellen Therapieentscheidung
- Stärkung der Patientenbeteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen
- Wirtschaftsfaktor Gesundheit
- Einführung von Marktelementen in das GKV-System
- Stärkung der Verbraucherrechte



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

"First, do no harm..."
Attributed to Hippocrates circa 470-350 B.C.



World Health Organization
20 Avenue Appia
CH-1211, Geneva 27
Switzerland
Tel. +41 (0)22 791 40 24
Fax +41 (0)22 791 13 88
Email: patientsafety@who.int

Please visit our
website at:
www.who.int/patientsafety

**WORLD
ALLIANCE FOR
PATIENT SAFETY**
**FORWARD PROGRAMME
2005**



ISBN 92-4-159244-3



World Health Organization



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Klippen bei der Einführung einer neuen Fehlerkultur

„Wo liegt der Hund begraben?“



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Schiefgehen?!
Das werden Sie bei uns
nicht erleben, daß was
schiefgeht!





Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

- **Bestehende Fehlerkultur**
- **Kulturgegensätze**
- **Methodische Probleme**
- **Rechtssicherheit**
- **Finanzierung: keine Anreize**
- **Probleme bei der Implementierung**
- **Nebenabsichten/ökonomische Dimension**



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bestehende Fehlerkultur

- „Null-Fehler-Erwartung“
- „Schuldige suchen“
- Tabuisierung/Skandalisierung des Themas



Halbgott in Weiß oder schwarzes Schaf?

Die Staatsanwaltschaft hat Anklage gegen den Unfallchirurgen Hans Peter Friedl erhoben, das Ministerium ein Disziplinarverfahren eingeleitet

VON UNSEREM REDAKTEUR
WERNER BARTENS

Hans Peter Friedl ist aufgebracht. Er versteht nicht, was um ihn herum geschieht. Der Unfallchirurg sieht sich in der Rolle des Opfers, zu Fall gebracht durch Neider und Intriganten. Friedl redet und redet. Über die gute Atmosphäre am Zürcher Universitätsspital, an dem er sieben Jahre lang tätig war, über seinen Berufsweg, die steile Karriere. „Hier ist die Brutstätte“, sagt er, als das Klinikumsgelände in Zürich in Sichtweite ist, „hier atmet man doch förmlich die gute Organisation und die Effizienz der Abteilung.“ Etwas leiser fügt er hinzu: „Das wollte ich in Freiburg doch auch.“

Aber in Freiburg kam alles anders. Die Staatsanwaltschaft hat Anklage gegen Friedl wegen vorsätzlicher Körperverletzung in drei Fällen sowie wegen Abrechnungsbetrugs erhoben. Das Wissenschaftsministerium hat ein Disziplinarverfahren eingeleitet. Ob das mit der Anklageerhebung beantragte Berufsverbot verhängt wird, muss ein Gericht entscheiden. Operieren darf Friedl derzeit nicht. Seit Mai ist der Chirurg für ein halbes Jahr von seiner klinischen Tätigkeit beurlaubt. Auf eigenen Wunsch, sagt er fast trotzig. Auf massiven Druck durch Klinikumsvorstand und Rektorat, betonten Vertreter der Universität. Kaum jemand aus dem Umfeld des Klinikums rechnet damit, dass Friedl seine Arbeit in Freiburg wieder aufnehmen wird.

Arbeiten mit widerspenstigem „Material“



Bis heute frei von Selbstzweifeln: Hans Peter Friedl

on, Ehrgeiz und Leistungswillen. Eigenschaften, wie sie für seine Abteilung nun einmal unabdingbar seien. „Aber davon will der Verwaltungschef ja nichts wissen. Gibt einem solches Material.“ Damit meint er die Ärzte, die sein Freiburger Vorgänger eingestellt hatte.

Das „Material“ war widerspenstig. Friedl muss seinen Mitarbeitern in Freiburg gesagt haben, dass er von ihnen wenig hält: zu alt, zu wenig publiziert, zu wenig engagiert. Demen fehlte doch

zimmer. Friedl war der Mustersch von Trentz, „alles was ich bin, verda ich ihm“, sagt er über seinen Leh Trentz lobt an Friedl dessen Ausungsgabe, sein operatives Geschick den unbedingten Erfolgswillen. „E: allerdings auch ungestüm“, sagt Tre „und nimmt bei dem Tempo, das er legt, nicht auf den Langsamsten R sicht.“ Da Trentz seine fachlichen higkeiten hoch einschätzte, hat er Fi in Zürich an dienstälteren Medizi

zen. Sollte es nicht zu einem Berufsverbot kommen, hofft die Uni auf eine einvernehmliche Einigung mit Friedl. Sie will ihn mit einer Abfindung dazu bewegen, seine Position aufzugeben. Die Afäre ist Klinikumsvorstand und Wissenschaftsministerium lästig, es soll endlich wieder Ruhe in der Unfallchirurgie einkehren. Schließlich sei auch „der Druck der Öffentlichkeit“ enorm gewachsen.

„Es ist sehr irrational, wie Ärzte in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden“, sagt der Medizinhistoriker Thomas Schlich, „in guten Zeiten werden sie zu Helden überhöht. Lassen sie sich et-

Das Kölner Wetter heute:



Heute sehen wir
die Sonne nicht.
Regen und
Gewitter, 15 Grad

Köln



MITTWOCH, 12. APRIL 2000

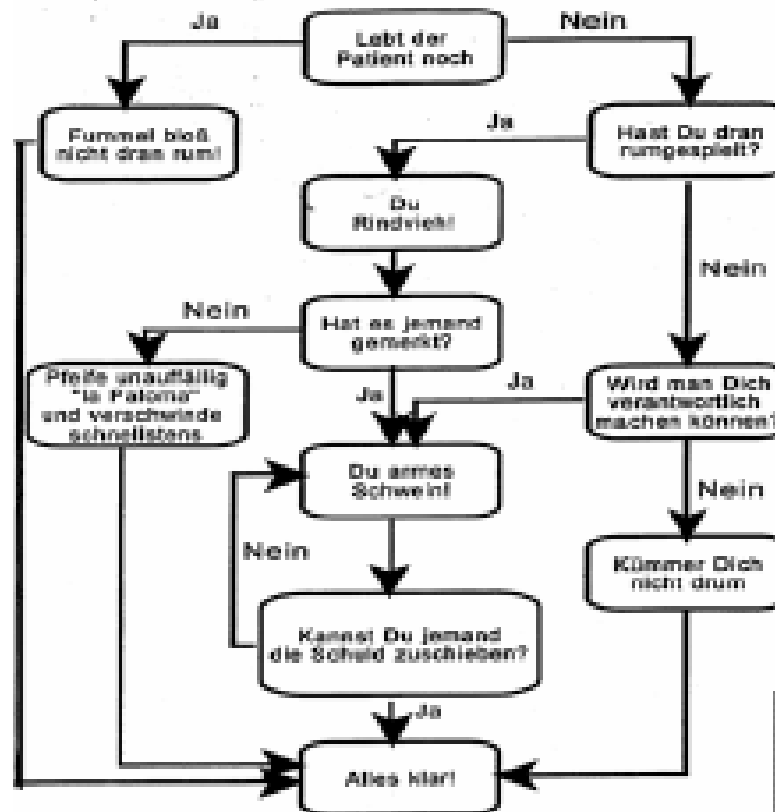
Ärztepfusch: 25 000 Tote?

Marburg – Der Allgemeine Patientenverband behauptet: Durch Ärztefehler und mangelnde Hygiene sterben jedes Jahr 25000 Menschen in Deutschland.



Patientensicherheit – darum geht's doch !

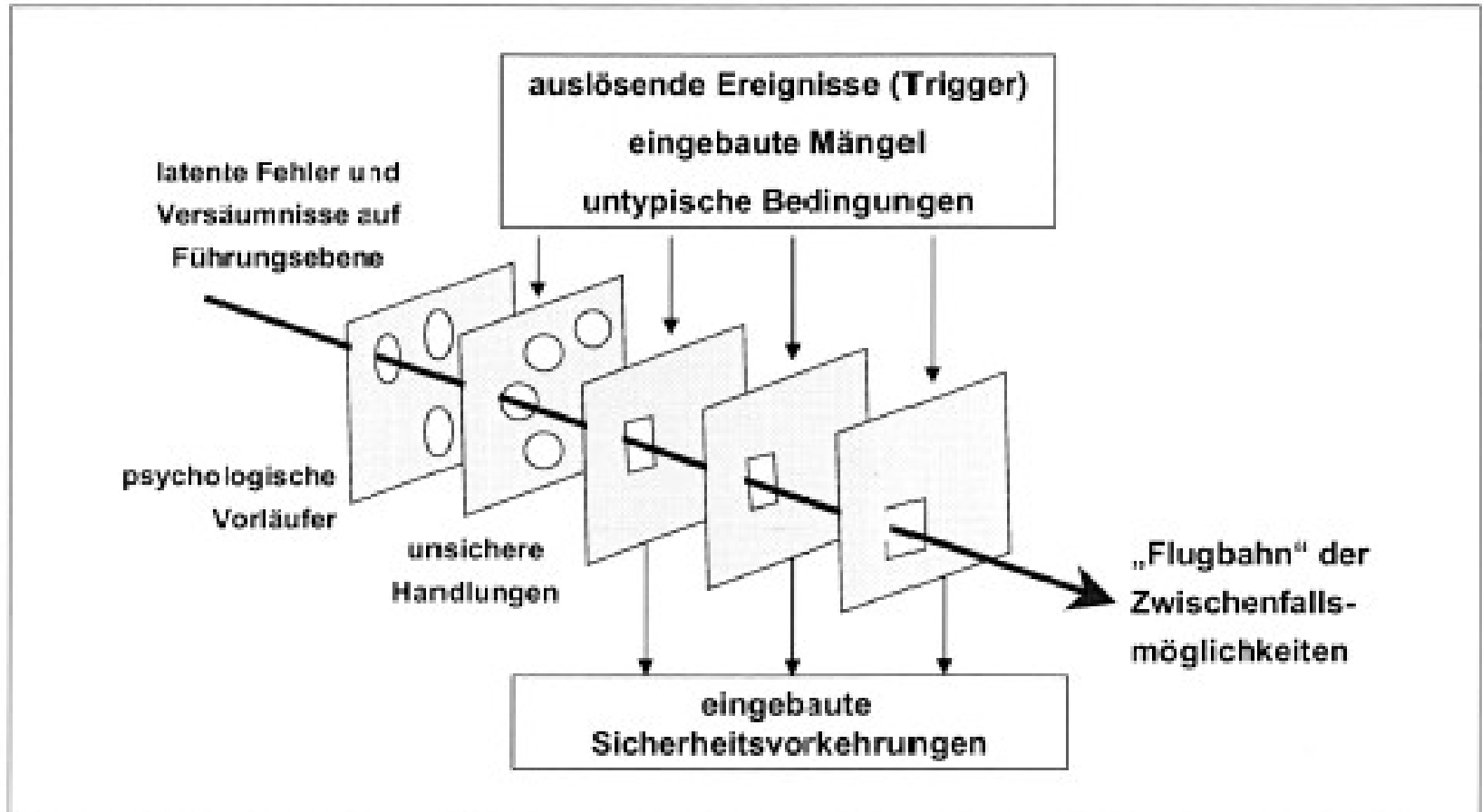
Verhalten im Notfall



Anonymus
vor 1981



„Schweizer-Käse-Modell“ zur Veranschaulichung des Schadeneintritts durch konsekutives Versagen verschiedener Ebenen der Fehlerabwehr



Quelle: Ollenschläger, G. u. Thomeczek, C. (2002), modifiziert nach Reason, J. (2000)



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Deutscher Ärztetag 2005

Nach **innen** wirken: Tabuisierung des Themas abbauen

- Bereitschaft, sich selber den Spiegel vorzuhalten („Rechenschaft“)
- Nicht **wer** ist schuld, sondern **was** ist schuld fragen
- Weiterentwicklung von Methoden zur Erhöhung von Patientensicherheit zählt zum professionellen Selbstverständnis
- Neuer Handlungsbedarf für Fehlerprävention

Nach **außen** wirken: Skandalisierung des Themas entgegenreten

- Schuldzuweisungskultur („blame trap“) beenden
- Vertrauen schaffen
- Ansehen und Glaubwürdigkeit steigern

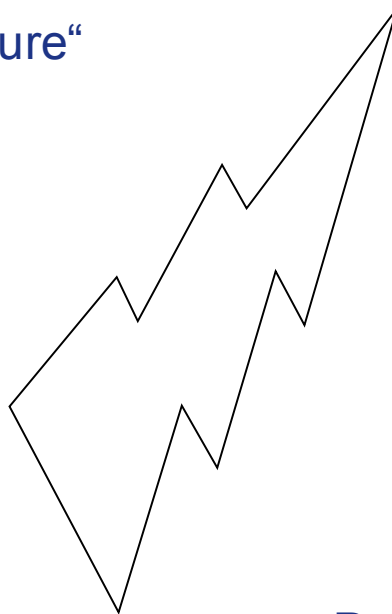


Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Kulturgegensätze

„blame culture“



Präventionsansatz



The Two Cultures:

Malpractice Law and Patient Safety

“Trial attorneys believe that the threat of litigation makes doctors practice more safely, but the punitive, individualistic, adversarial approach of tort law is antithetical to the nonpunitive, systems-orientated, cooperative strategy promoted by leaders of the patient-safety movement.”

aus: Studdert et al.: Medical Malpractice. NEJM 350, 2004, 283





The Blame Trap

Haftungsrecht:

- ➔ Persönliche Verantwortung
- ➔ Arzt/Institution wegen Kosten (Kompensation oder Versicherungsprämien) an Verbesserung interessiert

Präventions-Ansatz:

- ➔ Person und System in der Verantwortung
- ➔ Prozess- und Fehleranalyse bringen Verbesserung

n. Studdert DM, Brennan TA: JAMA 281, 2001, 217

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





Bundesärztekammer

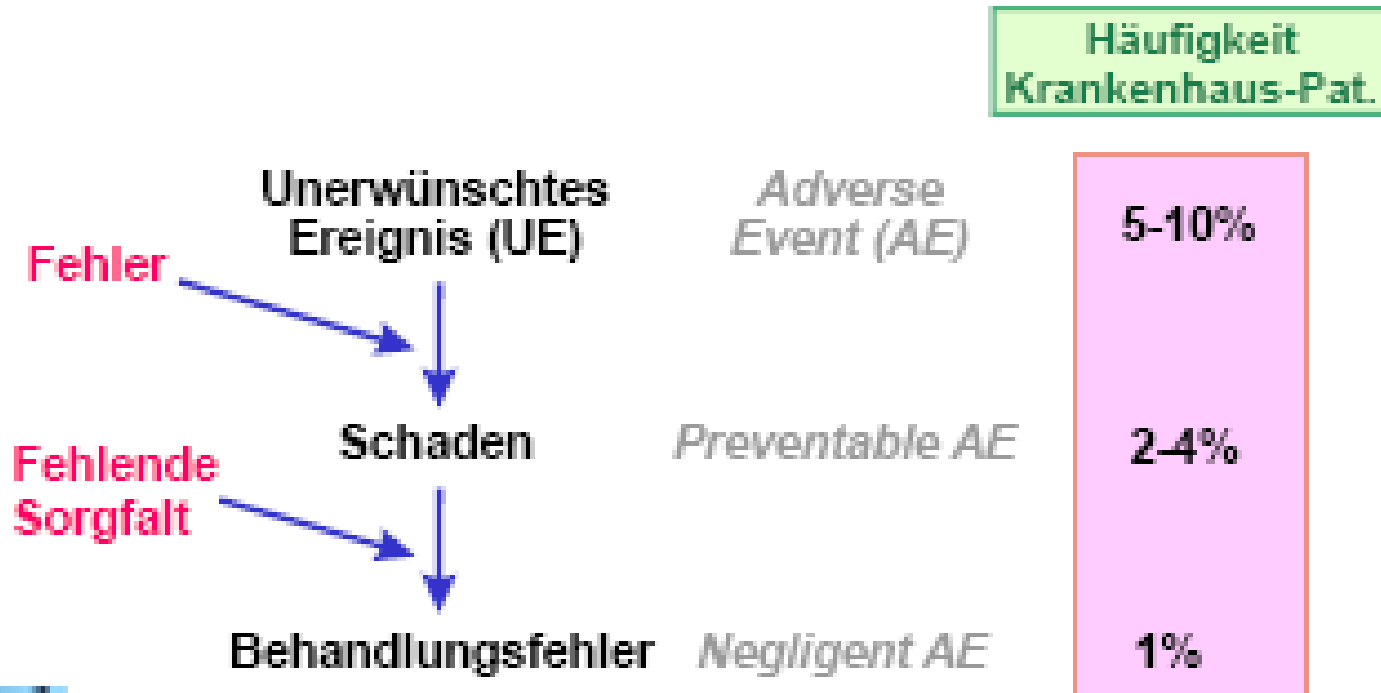
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Methodische Probleme

- Begriffsverwirrung
(Fehler/Komplikation/Schaden)
- Epidemiologischer versus qualitativer
Forschungsansatz
- Übertragbarkeit von Modellen?



Begriffe





Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Übertragbarkeit von Sicherheitskonzepten?

„Pilot fliegt nicht bei schlechtem Wetter!“



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern





Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Epidemiologischer versus qualitativer Forschungsansatz

Angst vor Zahlen?



Häufigkeit von Fehlern im Krankenhaus

Nosok. Infektionen:

Prävalenz D: 3,6% Rüden 1996

Adv. Drug Events:

Metaanalyse: 2,1% Lazarou 1998

Adv. Med. Device Events:

Inzidenz: 8,4 % Samore 2004

Dekubitus (o. Stad. 1):

Prävalenz: 4,2% Dassen 2004

Sturzereignisse:

Prävalenz: 2,4% Dassen 2004

Autopsie-Studien:

Metaanalyse: 10,1% AHRQ 2002

Studien AE:

Harvard: 3,7%

Brennan 1991

Utah: 2,9%

Thomas 2000

Beobachtung: 17,7%

Andrews 1997





**% der
Gesamtpat.**

Krankenhauspatienten

100%

Schäden

2-4%

Fehlende Sorgfalt

1%

Todesfälle

0,1%





Häufigkeit: Ausgangspunkt

Epidemiologie

von 17,5 Mio.
Krhs.-Pat.

Unerwünschtes
Ereignis (UE)

880.000 -
1.750.000

Schaden

350.000 -
700.000

Behandlungsfehler

175.000

Todesfälle

17.500

Litigation Gap 3% (Faktor ~30)

Juristische Verfahren

von 20.000
Verfahren

Unerwünschtes
Ereignis (UE)

20.000

Schaden

7.000

Behandlungsfehler

2.000

Todesfälle

600





Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Qualitativer Forschungsansatz

- Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen:
„Jeder Fehler zählt!“ (Prof. Gerlach)
- CIRS von BÄK und KBV
[<http://www.forum-patientensicherheit.de/cirsmedical>]



Bericht eingeben

Seite 1 Seite 2 Seite 3 Seite 4 Seite 5 Seite 6

d) Was ist passiert?

e) Was war das Ergebnis?

f) Mögliche Gründe?

g) Wie hätte man das Ereignis verhindern können?



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Behandlungsfehlerregister

- Vereinheitlichung der Fehlererfassung (Taxonomie)
- Identifikation/Screening von Problembereichen
- MERS (Medical Error Reporting System)



Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Übersicht zum 31.12.2003

	Baden- Württemberg	Bayern	Hessen	Nordrhein	N-Dtl.	Saarland	Sachsen	Westfalen- Lippe	Rheinland- Pfalz
Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	1125	739	831	1822	4020	104	358	1660	394
Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	1170	756	800	1632	4021	115	356	1590	414
Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
Gesamt	751	503	530	1220	2813	91	259	1261	258
Behandlungsfehler/ Aufklärungsfehler verneint	548	360	358	772	1806	63	188	968	199
Aufklärungsfehler bejaht	2	9	10	14	14	0	3	6	1
Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	155	107	135	348	746	21	57	194	46
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	22	20	18	46	247	2	14	43	4
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	15	11	6	22	0	0	0	14	6



Modell einer neuen Bundesärztekammerstatistik

[Quelle: Vortrag RAin Berner, 2005]

Bisher:

- Zahl der Anträge
- Zahl der Sachentscheidungen
- Zahl der Fehler
- Zahl der sonstigen Erledigungen

Zusätzlich neu:

- Vorwürfe der Patienten (inhaltlich, klassifiziert)
- Durchgeführte ärztliche Maßnahmen
- Festgestellte Fehler (inhaltlich, klassifiziert)
- iatrogene Schäden (klassifiziert nach Schweregrad)
- Ort der Behandlung (Praxis/Klinik/stat./amb.)
- Diagnose, die zur Antragstellung führte
- Beteiligte Fachgebiete



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Rechtssicherheit

- Datenschutzprobleme
- Haftungsrechtliche Fragen
- Strafrechtliche Dimension
- Relevanz für Haftpflichtversicherung
- Einführung verschuldensunabhängiger Haftung?



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Finanzierung

- **Ökonomische Relevanz von Fehlermanagement**
Aber: Keine finanziellen Anreize durch die GKV
- **Verankerung von Fehlermanagement in Qualitätsmanagementsystemen**



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Probleme bei der Implementierung

- Kritische Erfolgsfaktoren für die Einführung
- Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen

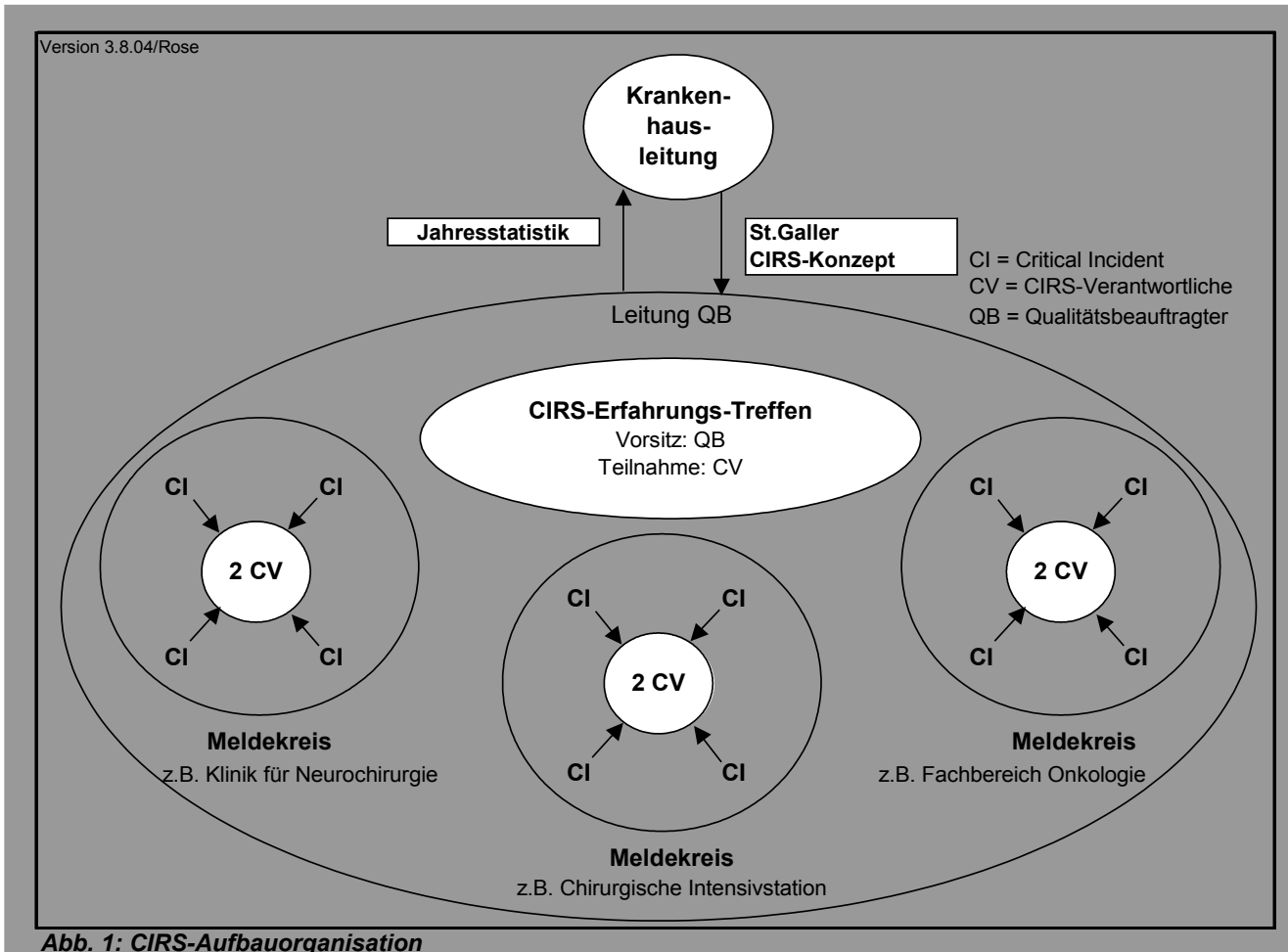


Kritische Erfolgsfaktoren eines CIRS

Defizit		Erfolgsfaktor
Null-Statement		Führungsentscheidung treffen
Interdisziplinäre Schuldzuweisungen		Fehlerkultur (der Führung) aufbauen
Meldungen aller Art		Keine Schäden melden
Angst vor juristischen Konsequenzen		Datenpolitik festlegen
Keine sichere Anonymität		Vertrauen in CIRS-Verantwortliche und ins System schaffen
Keinen Einbezug der Mitarbeiterinnen		Institutionalisierte CIRS-Besprechungen durchführen
Administrativer Aufwand		Das „3-Minuten-Formular“



Aufbauorganisation: 21 Meldekreise [Quelle: Vortrag Rose]



Meldekreise

- Anästhesiologie
 - Augenheilkunde
 - Chirurgie
 - Chirurgische IPS
 - Dermatologie*
 - Frauenklinik
 - HNO
 - Hand.-Plast.Chirurgie
 - Innere Medizin
 - alle Fachbereiche + MIPS
 - Neurochirurgie
 - Neurologie
 - Nuklearmedizin*
 - Orthopädie*
 - Pathologie
 - Radiologie
 - Radio-Onkologie
 - Rettungsdienst
 - Spital Rorschach
 - Urologie
 - Zentrale Notfallaufnahme
- * = geplamt

Abb. 1: CIRS-Aufbauorganisation



CIRS Jahresstatistik 2003 / 2004

	2003	2004
Kritische Zwischenfälle gemeldet	596	874
Schweregrad des Zwischenfalls		
I keine Intervention notwendig	308	467
II Notwendigkeit einer Intervention	253	353
III Lebensbedrohlicher Zustand	35	54
Sofortmassnahmen	26	43
umgesetzte Verbesserungsmassnahmen	83	120



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Ökonomische Dimension von Patientensicherheit

- Wachstumsfaktor Gesundheitsbranche
- Patient mobility/professional mobility
- Patientensicherheit im Sinne von Verbraucherschutz
- Fehlermanagement als Wettbewerbsfaktor



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

„I‘m a patient, not a consumer !“

“When I am ill, I am, by definition, less capable, less ready to take critical decisions. **What I want above all is to surrender myself to a system that knows what it is doing.** I want to rely on someone else's professional judgment, rather than worrying if I have made things worse for myself.

When we encounter the health service, we want to be treated as a human being with an illness, not as a medical problem with an irritating person attached.

It should have a new focus on offering a trustworthy, responsive, patient-focused service everywhere”

Jenni Russell Saturday June 26, 2004 The Guardian



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Patientensicherheit – ein facettenreiches, schwieriges Thema

Schlussfolgerungen:

„Wie kriegt man die Kuh vom Eis?“



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.



**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

Agenda Patientensicherheit 2006

- **Was ist Patientensicherheit**
- **Internationaler Forschungsstand zu unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schäden**
- **Aktivitäten in Deutschland**



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

- **Gründung:**

April 2005

- **Mitglieder:**

Über 100 Vertreter aus allen Bereichen des Gesundheitswesens
(Ärzeschaft, Fachberufe, Patientenvereinigungen, Krankenkassen...)

- **Vorstand:**

- Vorsitzender:

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

- Stellv. Vorsitzender:

Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin

- Geschäftsführer:

Prof. Dr. D. Grandt, AkdÄ, Klinikum Saarbrücken



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Kennzeichen des Aktionsbündnisses

Vernetzung/ Nutzung vorhandener Ressourcen

Beteiligung der Betroffenen

Konzentration auf versorgungsrelevante Themen

- Eingriffsverwechslung
- Nutzerorientierte Berichtssysteme
 - CIRS
 - Behandlungsfehlerregister
- Medikationsfehler

geplant:

- *Patientenidentifikation*



EU-Handlungsfelder

- Herstellung von Transparenz in Bezug auf Anzahl und Art von Fehlerereignissen (Tendenz zu nationalen Berichtssystemen)
- Fehler:
Ursachenanalyse und Präventionsstrategien
- Gestaltung von sicheren Systemen:
Implementierung von Maßnahmen zur Fehlerprävention
- Methodenentwicklung
- Ausbildung/ Training im Bereich Patient Safety
- Netzwerkbildung:
Transparenz in Bezug auf die Aktivitäten und Zusammenführung internationaler Erfahrungen (best practices, solution bank)
- Internationale Vergleichbarkeit:
Nomenklatur, Patient Safety Indicators
- Sicherheitskultur
- Einbezug von Patienten



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

WHO - World Alliance for Patient Safety

Action area 1

Global Patient Safety Challenge 2005-2006: Health care associated infection

Action area 2

Patient and consumer involvement

Action area 3

Developing a patient safety taxonomy

Action area 4

Research in the field of patient safety

Action area 5

Solutions to reduce the risk of health care and improve its safety

Action area 6

Reporting and learning to improve patient safety



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

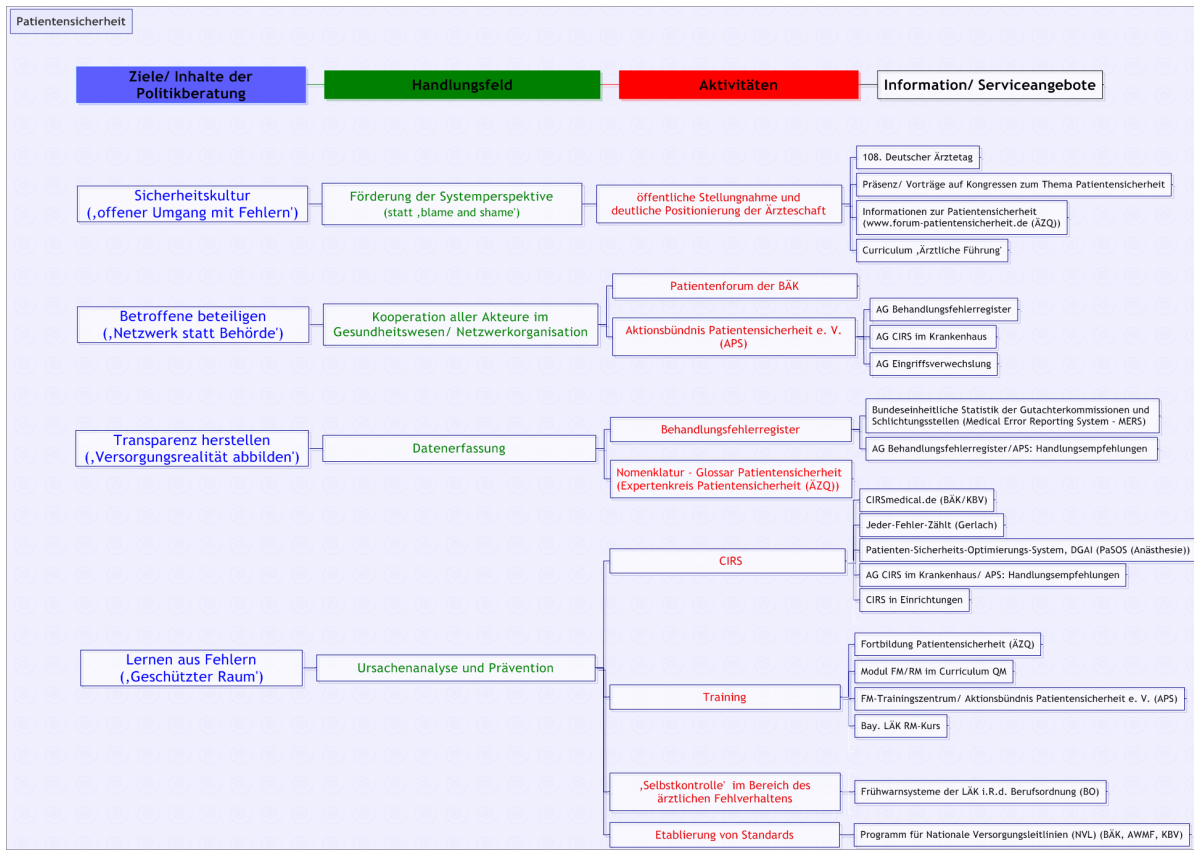
Landesärztekammern (LÄK)– Auswahl einiger Aktivitäten		
Bayerische Landesärztekammer	Ärztliche Fortbildung - Risikomanagement/ Fehlermanagement (6. Durchgang/2006)	Herr Dr. Weidringer , Geschäftsf. Arzt Mail: blaek@blaek.de Internet: www.blaek.de
Ärztekammer Nordrhein in Kooperation und KV Nordrhein: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	Medical Team Ressource Management: Aktivierung der Sicherheitsressource Mensch durch Medical Team Ressource Management	Email: akademie@aekno.de <u>Internet:</u> http://www.akno.de/akademie.htm
Ärztekammer Berlin in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband und der AOK Berlin	Berliner Gesundheitspreis 2002 zum Thema Patientensicherheit	<u>Internet:</u> http://www.aok-bv.de/aok/termine/preis/
Ärztekammer Berlin	Studie zu Fehlermeldesystemen („CIRS“) im deutschsprachigen Raum: „Fehler erkennen – Fehler vermeiden“ Elektronisches Buch zum Thema Fehlermeldesysteme: Dokumentation bestehender Fehlermeldesysteme	<u>Internet:</u> http://aekb.arzt.de/30_Qualitaetssicherung/10_Fehlermanagement/
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)		
	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätszirkel, Modul Patientensicherheit - QEP, Teilgebiet Patientensicherheit 	<u>Internet:</u> www.kbv.de
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.		
	Forschung – Aufarbeitung des internationalen Forschungsstandes, siehe u.a. Review zu internationalen Studien (vgl. Agenda vom April 2006)	Prof. Dr. Schrappe Email: matthias.schrappe@uni-wh.de Herr Dr. Jonitz Email: g.jonitz@aekb.de <u>Internet:</u> http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/
	AG's: Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zu <ul style="list-style-type: none"> - Eingriffsverwechslung - Fehlermeldesystem/CIRS - Behandlungsfehlerregister - Patientenidentifikation 	
	Fehler(-präventions)training: Entwicklung eines Curriculums Aufbau eines Fehlertrainingszentrum	
Fachgesellschaften/Berufsverbände - Auswahl -		
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)	Anonymes Fehlermeldesystem in der Anästhesie: „Patienten-Sicherheits-Optimierungs-System“ (PaSOS)	<u>Internet:</u> https://www.pasos-ains.de/indexSSL.html
DGAI	Deutscher Anästhesiekongress 2006 (17.-20. Mai 2006 / Congress Center Leipzig)	<u>Internet:</u> http://www.dac2006.de/
Dt. Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	122. Kongress der Dt. Gesellschaft für Chirurgie (5. bis 8. April 2005 München) sowie 123. Kongress (2006)	<u>Internet:</u> http://www.dgch.de/



Übersicht Patientensicherheit in Deutschland

Anzufordern über *Dezernat 3, Bundesärztekammer*

(dezernat3@baek.de)





Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Vielen Dank!

