

Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen – **Chefsache! ???**



PD Dr. med. Max Skorning, Leiter Stabsbereich Qualität und Patientensicherheit

Europäischer Gesundheitskongress München, 26.09.2019

MDS

MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

Alles Chefsache?



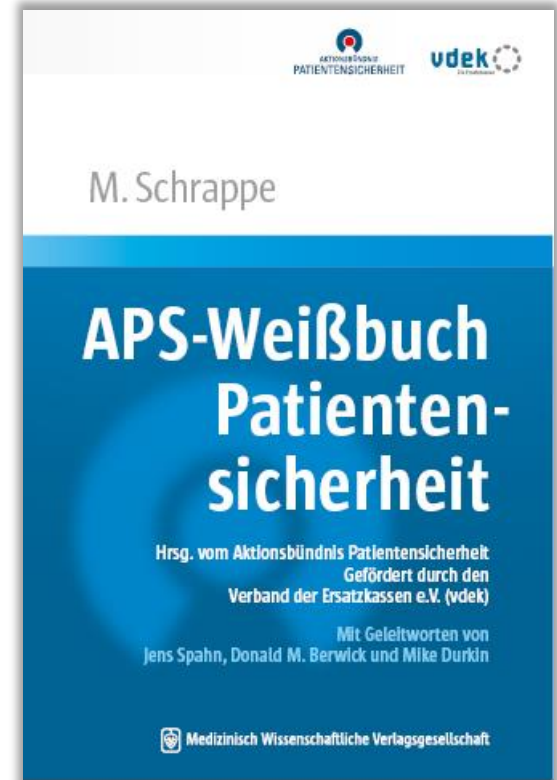
Wir machen doch eigentlich alles, oder?

- APS mit hunderten Aktiven, zahlreichen Empfehlungen und Weißbuch Patientensicherheit
- Zahlreiche CIRS („Fehlermeldesysteme“) etabliert
 - *Kliniken erhalten Zuschläge für Teilnahme an übergreifenden Systemen*
- Vorgaben in QM-Richtlinie des G-BA, u. a. OP-Checklisten
- Umfangreiche Transparenz zu Qualitätsindikatoren im Krankenhaus
- **und ... und ... und**
(z. B. für Krankenhäuser: Personaluntergrenzen, Notfallstufen, Qualitätsverträge, Qualitätszu- und -abschläge, Qualitätskontroll-Richtlinie ...)

Definition Patientensicherheit

„Patientensicherheit ist das **aus der Perspektive der Patienten** bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

1. einen **Zustand** aufweisen, in dem **unerwünschte Ereignisse selten** auftreten, **Sicherheitsverhalten** gefördert wird und **Risiken beherrscht** werden,
2. über die **Eigenschaft** verfügen, Sicherheit als **erstrebenswertes Ziel** zu erkennen und realistische Optionen zur **Verbesserung** umzusetzen und
3. ihre **Innovationskompetenz** in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen in der Lage sind.“



Patientensicherheit

„In der Theorie gibt es keinen Unterschied zwischen Theorie und Praxis ...
in der Praxis schon!“



*** vermeidbare unerwünschte Ereignisse = Fehler**



Wir alle machen Fehler!

Eine Binsenweisheit, aber *sooooo* wahr und wichtig.

...und erst recht aus fehlerbedingten Schäden!

Lernen ist mehr als „nur“ Transparenz:
Präventionsmaßnahmen
**ableiten, lehren/verbreiten,
anwenden, überprüfen und fortentwickeln!**

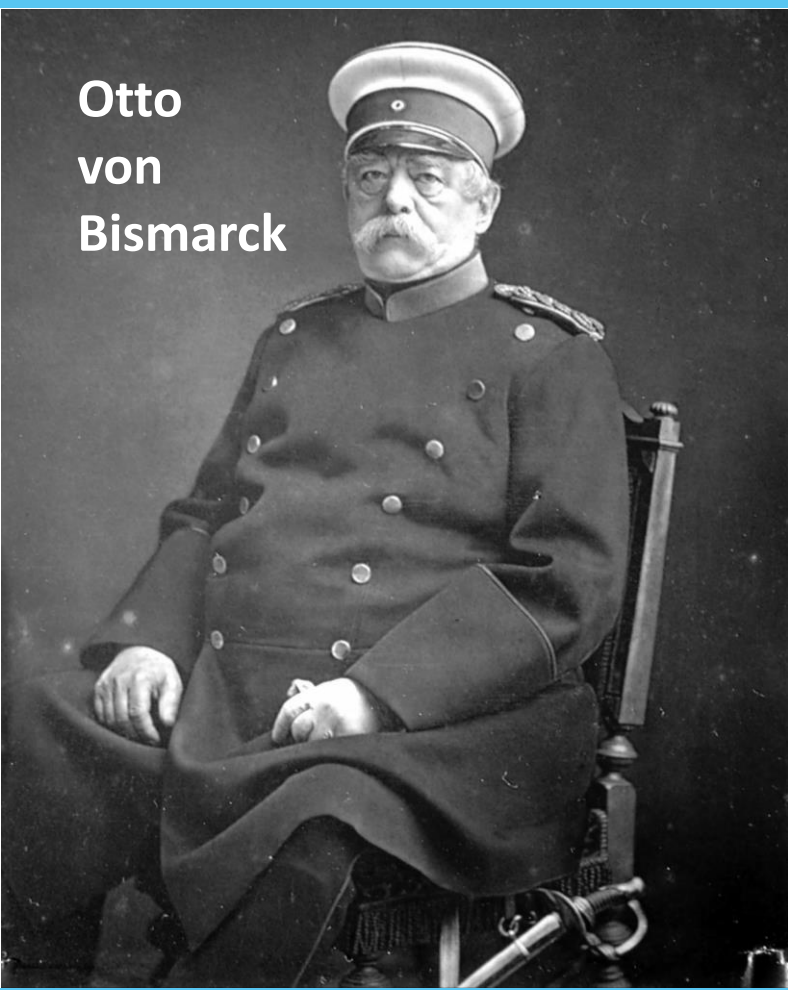
Aus
Fehlern
lernen

Aktionsbündnis
Patientensicherheit e.V. (Hrsg.)
Profis aus Medizin
und Pflege berichten



Aktionsbündnis Patientensicherheit
www.aps-ev.de

Otto
von
Bismarck



„Nur ein Idiot glaubt, aus eigenen Erfahrungen zu lernen. Ich ziehe es vor, aus den Erfahrungen anderer zu lernen, um von vornherein eigene Fehler zu vermeiden.“

Haben wir doch!?



The screenshot shows the homepage of CIRSmical.de. The browser's address bar displays 'https://www.cirsmical.de'. The website header includes the 'cirs medical' logo, the 'äzq' logo, the 'Ärzteverband Kärnten' logo, and the 'KBV' logo. Below the header, there are two navigation tabs: 'FACHBEIRAT' and 'KONFORMITÄTSEKTLÄRUNG'. The main content area features the title 'CIRSmical.de' followed by a description: 'CIRSmical.de ist das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin.' Below this, a paragraph explains that the system is anonymous and secure, facilitating learning from errors and critical incidents. A prominent red button labeled 'Fälle Berichten und Lernen' is positioned below the text. The right sidebar contains a section titled 'Aktuelle Information' with a link to 'weitere Informationen', and another section titled 'CIRSmical.de-Info' with links for 'Abonnieren', 'Aktuelle Ausgabe', and 'Archiv'. At the bottom of the sidebar, under the heading 'Informationen', are links for 'CIRS' and 'FAQs'.

cirs medical®

äzq  KBV

FACHBEIRAT KONFORMITÄTSEKTLÄRUNG

CIRSmical.de

CIRSmical.de ist das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin.

Es ist anonym und sicher und ermöglicht gegenseitiges Lernen aus Fehlern und kritischen Ereignissen. Es richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Die Buchstaben "CIRS" stehen für Critical Incident Reporting-System.

**Fälle
Berichten und Lernen**

Was kann berichtet werden?

Alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, die in der Medizin auftreten, können von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens berichtet werden. Dies können Fehler, Beinahe-Schäden, Kritische Ereignisse oder auch Unerwünschte Ereignisse [\[Glossar\]](#) sein. Die Berichte dürfen **keine Daten** enthalten, die Rückschlüsse auf die beteiligten Personen oder Institutionen erlauben (Namen, Ortsangaben oder ähnliches).

Aktuelle Information

CIRSmical.de stellt Teilnahmebestätigungen / Konformitätserklärungen aus.
[weitere Informationen](#)

CIRSmical.de-Info

[Abonnieren](#)
[Aktuelle Ausgabe](#)
[Archiv](#)

Informationen

[CIRS](#)
[FAQs](#)

Fallzahl und Beteiligung

Fallsuche 

Suche im Fallbericht

Fall-Nr:

Fachgebiet: 

Wo: 

Kontext: 

Suche im Analysebericht

Titel:

Klassifikation: 

Beitragenden Faktoren: 

Ereignis-Typ: 

Suche nach Freitext

 Suchen

 Alle Fälle anzeigen

	Fall-Nr	Titel	Klassifikation	Feedback	Kommentare
	201645	Infusionsmanagement im Krankenhaus			0
	201586	Entsorgung von Venenverweilkanülen			0
	201573	Längere Sedierungsphase durch verzögertes Eintreffen der operierenden Person			0
	201572	Blutgasanalysegerät bei hohen Raumtemperaturen nicht mehr einsetzbar			0
	201541	Fax verwechselt - nicht freigegebenes Radiopharmakon verwendet			0
	201529	Patient entwendet Medikamente auf Station			0
	201527	Benutzter Draht im OP-Sieb			0
	201526	Falsche Dosis Amitriptylin			0
	201478	Sauerstoff-Versorgung am Wandanschluss leer			0
	201477	Medikationsanordnung nicht eingetragen			0

Seite 1 von 643 

Anzeige Eintrag 1 - 10 von 6421

Zwei Drittel aller Fälle nur aus der Anästhesiologie

Fallsuche 🔍

Suche im Fallbericht

Fall-Nr:

Fachgebiet:

Anästhesiologie

Wo:

Kontext:

Suche im Analysebericht

Titel:

Klassifikation:

Beitragenden Faktoren:

Ereignis-Typ:

Suche nach Freitext

Suchen

Alle Fälle anzeigen

Fall-Nr	Titel	Klassifikation	Feedback	Kommentare
201222	"20 Propofol"			0
200347	Umgang mit Schmerzpumpen			0
199822	Intensivpatienten werden auf Stroke-Unit verlegt			0
199816	Unerwartete Rückatmung von CO2 verlängert Zeit bis zur Extubation			0
199635	Unklare Verantwortlichkeiten für Patienten im Aufwachraum			0
199484	Falsches Patientenidentifikationsarmband wird erst bei Narkoseeinleitung erkannt			0
199318	EDV-Probleme können erst nach längerer Zeit und dann nur zufällig behoben werden			0
199313	Versehentlich dauerhaft aufgepumpte Blutdruckmanschette am Oberarm wird nicht erkannt			0
199193	Lagerung von optisch ähnlicher Infusionslösungen und Nichtinfusionslösungen in einer Schublade			0
199161	Bekannte Metamizolallergie wird nicht übergeben und trotz mehrfacher Kontrolle der Akten auch übersehen			0

Seite von 411

Anzeige Eintrag 1 - 10 von 4102

44 Fälle aus der Neurologie

Fallsuche

Suche im Fallbericht

Fall-Nr:

Fachgebiet:

Wo:

Kontext:

Suche im Analysebericht

Titel:

Klassifikation:

Betragenden Faktoren:

Ereignis-Typ:

Suche nach Freitext

Fall-Nr	Titel	Klassifikation	Feedback	Kommentare
193850	Wespe am Trinkbecher eines neurologischen Patienten			0
190243	Treppensturz mit Rollstuhl			0
189581	Beachtung der Vor-Medikation bei Anlage eines neuen Kurvenblattes			0
180854	Telefon während Notfall blockiert			0
179889	Einnahmekontrolle der Medikation			0
176275	Logopädische Aufnahmeuntersuchung neurologischer Patienten vor Verabreichung der ersten Mahlzeit			0
176036	Falsches Medikament mitgegeben			0
167124	Wespen im Patientenzimmer			0
164985	Mit Temperatursonde zum MRT			0
162945	Umgang mit Trachealkanülen			0

Seite von 5

Anzeige Eintrag 1 - 10 von 44

→ Zum Vergleich: Seit Start von CIRSmedical ereigneten sich in Deutschland alleine ca. 3.000.000 Schlaganfälle

4 Fälle Augenheilkunde

Fallsuche

Suche im Fallbericht

Fall-Nr:

Fachgebiet: Augenheilkunde

Wo:

Kontext:

Suche im Analysebericht

Titel:

Klassifikation:

Beitragenden Faktoren:

Ereignis-Typ:

Suche nach Freitext

Suchen

Alle Fälle anzeigen

Fall-Nr	Titel	Klassifikation	Feedback	Kommentare
160279	Unstimmigkeiten zwischen Markierung und Angabe im OP-Plan bezüglich der zu operierenden Seite			0
105566	Probleme mit Beatmungsgerät			0
30983	Prämedizierter Patient wird ungesichert und ohne Überwachung in den OP-Gang gestellt			0
4399	Akute Sehverschlechterung im Fernbereich			2

Seite 1 von 1

Anzeige Eintrag 1 - 4 von 4

→ Zum Vergleich: Seit Start von CIRSmedical wurden in Deutschland alleine ca. 4.500.000 Katarakt-Operationen durchgeführt

Sir Liam Donaldson:

“to err is human, to cover up is unforgivable, and to fail to learn is inexcusable”



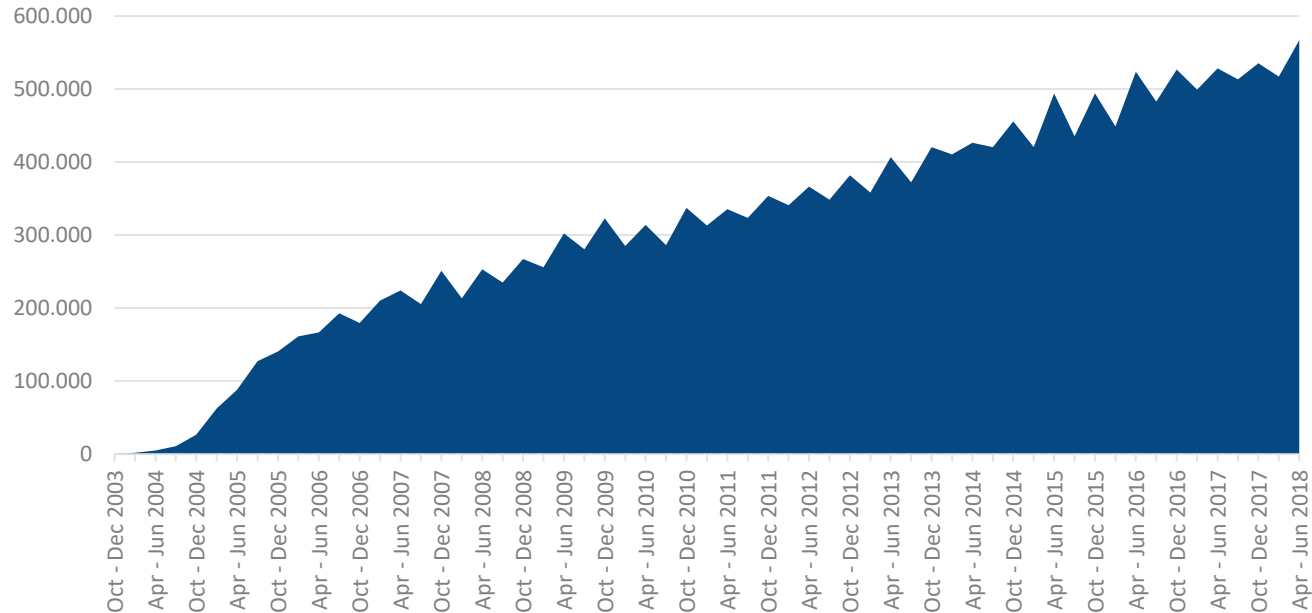
Chefsache!

Sir Liam Donaldson, speaking at the launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington, DC, 27 October 2004, calling to mind and adding to the comments made by Susan Sheridan (the wife and mother of victims of medical error).

Anzahl Fälle im „Fehlermeldesystem“ in England

Improvement

Table 1.1: Number of incidents reported by quarter, Oct 2003 - Jun 2018



Qualität!

... und Sicherheit

Qualität

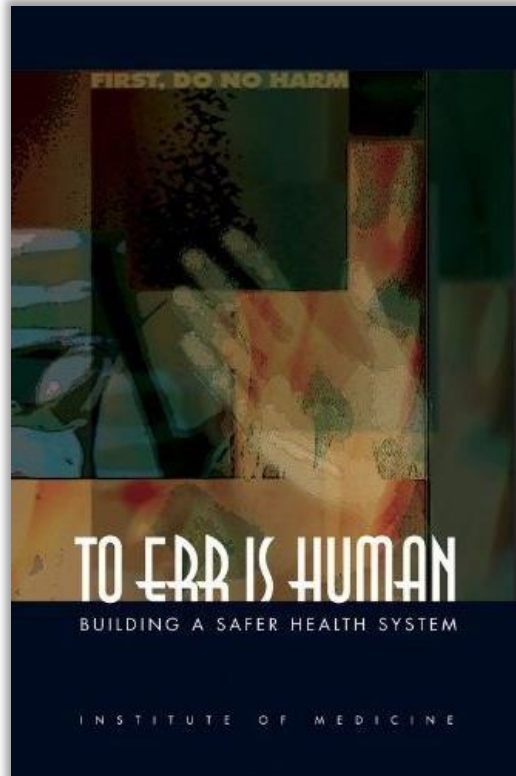
... liegt vor bei einem positiven, erwünschten Behandlungsergebnis

Sicherheit

... liegt vor beim Ausbleiben eines negativen Behandlungsergebnisses (unerwünschtes Ereignis)

Aber: „Sicherheit geht vor!“

IOM-Report „To Err Is Human“



5	ERROR REPORTING SYSTEMS	86
	Recommendations	87
	Review of Existing Reporting Systems in Health Care	90
	Discussion of Committee Recommendations	101

„A nationwide mandatory reporting system should be established that provides for the collection of standardized information by state governments about adverse events that result in death or serious harm.“

Heterogenes, oft komplexes Fehlergeschehen

Wo also besonders hinsehen, wie Prioritäten erkennen?

- **Never Events** = „Fehler, die nie passieren dürften“
- **Folgeschwer** und prinzipiell vollständig **vermeidbar**
- z. B. verbliebene Fremdkörper, Verwechslungen (Seite, Patient, Medikament), offensichtliche hohe Risiken nicht beachtet ...
- Kein Hinweis auf besonders „schweres“ Verschulden eines Einzelnen, sondern auf **systematisch bestehendes Risiko in einem Prozess**

Sicherheits-Checkliste Chirurgie



„Safe surgery saves lives“

Globale Initiative für Patientensicherheit der WHO

1. Initialer-Check (vor Narkoseeinleitung)

- ☐ Patient bestätigt seine Identität (Personalien), Eingriffsort, Art des Eingriffs und Zustimmung zum Eingriff
- ☐ Eingriffsort markiert/nicht anwendbar
- ☐ Anästhesie – Sicherheitscheck abgeschlossen
- ☐ Pulsoxymeter ist am Patienten angebracht und funktioniert

Hat der Patient:

- | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|---|
| Allergie | ☐ nein | ☐ ja | |
| Intubationsschwierigkeit/
Aspirationsrisiko | ☐ nein | ☐ ja | (notwendige Instrumente und Personal
sind vorhanden) |
| Risiko von Blutverlust > 500 ml
(> 7 ml/kg bei Kindern) | ☐ nein | ☐ ja | |

www.dgch.de

„Never Events“ im Rahmen der Behandlungsfehlerbegutachtung der Medizinischen Dienste 2018	Anzahl
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt erworben	54
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	30
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	13
falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	11
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	8
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	4
Fehlerhafte Applikation von Insulin	3
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	2
Tod oder schwerer Schaden durch Suizid/-versuch eines Patienten in stationärer Einrichtung	2
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	2
Inadäquate orale Methotrexat-Applikation	2
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit der Fixierung eines Patienten	2
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	1
Entlassung eines hilflosen Patienten/Kindes aus stationärer Einrichtung in die Hände einer nicht autorisierten Person	1
Tod oder schwerer Schaden durch „geflüchteten“ Patienten aus stationärem Aufenthalt	1
Flucht eines inhaftierten oder in einer geschlossenen Einrichtung untergebrachten Patienten	1
Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums	1
Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis	1
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Mangel bei einer Bluttransfusion	1
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	1
gesamt	141

Haftungsfälle bei Helios

	HELOS	Aktukliniken	Aue	Bad Berleburg	Bad Gandersheim	Bad Nauheim	Bad Saarow	Bad Schwalbach	Berlin-Buch	Berlin-Zehlendorf	Blankenhain	Bleiherode	Bochum	Borna	Breisach	Cuxhaven	Duisburg	Erfurt	Gotha	Griebenhai	Hagen-Ambrock	Hamburg	Heimstedt	Hettstedt	Hils	Hünfeld	Idstein	Krefeld	Leisnig	Lengerich	Lutherstadt Eisleben	Mühlheim	Northeim	Oberhausen	Oberstaufen	Plauen	Rottweil	Sangerhausen	Schkeuditz	Schwelm	Schwerin	Siegburg	Tritsee-Neustadt	Überlingen	Völkach	Wuppertal	
Haftpflichtfälle																																															
Haftpflichtfälle 2011	617	575	7	2	3	2	22	6	50	51	5	4	7	9	9	9		39	9		18	4	8	3	4	2	52	7	9	10	7	9	6	1	23	10	9	19	49	15	3	18	3	52			
Haftpflichtfälle 2012	746	706	12	12	5	4	18	5	54	50	6	7	2	9	9	14	27	38	12		2	13	9	10	5	9	11	69	4	9	12	8	13	16	2	21	6	7	13	22	57	16	9	13	4	61	
Verwechslung 2012 (Falsche OP-Seite/Stelle, Prozedur, Person)	11	10							1								1				1																		2	1				3			
Unbewusst belassene Fremdkörper 2012	10	10										1		1			3										1					2													2		
Dekubitus 2012	20	19	1						3	1												2						1						2						2	3						
Stürze 2012	74	59	2		3			1	4			1		2	4	2	6	1	1			1	2			1	2	2		1				1		4	3	1		1	4	3	2	1		3	
Gutachterkommission/Schlichtungsstelle																																															
Eingereichte Anträge 2011¹	237	229	1	1			8		23	23	1	4	4	4	4	3	4		10	3								22	3	7	2	4	5	1	1	5		1	1	6	24	10	2	3	2	22	
Eingereichte Anträge 2012	305	293	4	3	3	1	13		24	24	5	2	2	3	1	7	7	21	5			6	3	4	3	3	4	29	1	2	9	2	7	4		7	1	4	5	7	29	7	3	3	2	23	
Sachsenscheidungen 2012⁴	253	246	2	3			11		20	21		5	3	3	3	6		16	4			4	2	3	2		1	31	3	4	2	5	4	3	1	5		3	3	9	19	11	4	4		26	
Behandlungsfehler/Aufklärungsmangel bejaht, Kausalität verneint⁵	11	11						2																			2	1			1		1							1	1	1		1			
Behandlungsfehler/Aufklärungsmangel und Kausalität bejaht⁵	61	61		2			5		6	5				1	2			5				3	1				4	1	2	2		2	1					1	2	5	3			1		7	
Behandlungsfehler/Aufklärungsmangel verneint	181	174	2	1			6		12	16		5	3	2	1	6		11	4			1	1	3	2		1	25	1	2		4	2	1	1	5		3	2	6	13	7	4	2		19	

→ Einschätzung der Größenordnung zu Never Events in Deutschland

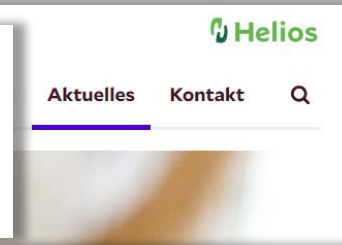


Pressemitteilung

Mehr Transparenz im internationalen Vergleich: Helios misst Indikatoren zur Patientensicherheit

BERLIN | 17.09.2019

Zu den Indikatoren zählen zum Beispiel die Zahl im Körper vergessener Bauchtücher oder medizinischer Instrumente bei Operationen, Seitenverwechslungen, schwerwiegende Medikationsfehler, Stürze im Krankenhaus, aber auch Fehldiagnosen in der Klinik.



„Nur, wenn wir unsere Fehler offenlegen, können wir auch etwas tun, um sie künftig zu vermeiden. Aus diesem Grund sind unsere Mitarbeiter von nun an verbindlich dazu aufgefordert, Schadensfälle zu melden. Wir werden die gemeldeten Fälle veröffentlichen und kontinuierlich an Präventionsmaßnahmen arbeiten, um künftige Fehler so weit wie möglich auszuschließen. Die Übersicht über sämtliche Ereignisse in 86 Kliniken liefert uns hervorragende Ansatzpunkte, ggf. Prozesse zu verändern, um die Sicherheit unserer Patienten weiter zu erhöhen“, so Prof. Dr. Andreas Meier-Hellmann.

Mehr Transparenz im internationalen Vergleich: Helios misst Indikatoren zur Patientensicherheit

BERLIN | 17.09.2019



Never Events in England



Provisional publication of Never Events reported as occurring between 1 April 2018 and 31 January 2019

Published 27th February 2019

collaboration trust respect innovation courage compassion

Table 1: Never Events 1 April 2018 to 31 January 2019 by month of incident*

Month in which Never Event occurred	Number
April 2018	39
May 2018	52
June 2018	63
July 2018	32
August 2018	57
September 2018	30
October 2018	46
November 2018	38
December 2018	32
January 2019	34
Total	423

Note: A further six Serious Incidents did not appear to meet the definition of a Never Event and are currently being reviewed by the relevant organisations. One was a duplicate entry.

*Numbers are subject to change as local investigations are completed.

Table 2: Never Events 1 April 2018 to 31 January 2019 by type of incident with additional detail*

Type and brief description of Never Event	Number
Wrong site surgery	165
Adenoids removed in error during a tonsillectomy when plan was to conserve them	1
Biopsy of wrong breast	1
Botox injection instead of nerve block	1
Circumcision rather than a flexible cystoscopy	1
Cystoscopy undertaken that was intended for another patient	1
Exploration of wrong oral cyst	1

6 | Provisional publication of Never Events reported as occurring between 1 April 2018 and 31 January 2019

Sicherheit geht vor – Safety first

**Better
SAFE**



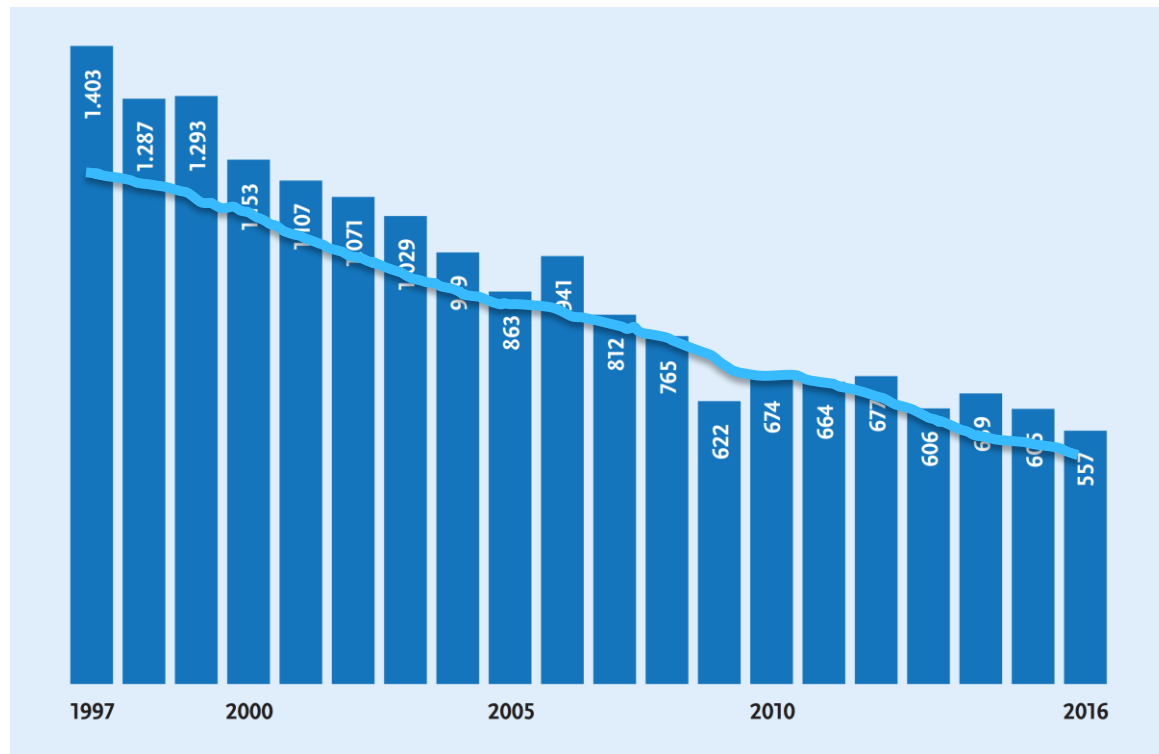
**Than
Sorry!**



© NATIONAL SAFETY COUNCIL CHICAGO • PRINTED IN U. S. A.

4848-A

Entwicklung der tödlichen Arbeitsunfälle



Quelle: „Arbeitswelt im Wandel, Ausgabe 2018, Bundesamt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Erkenntnis + Einsicht + **Regelung** + **Kontrolle** = **Kultur**

Chefsache!

Gurtpflicht



Nichtraucherschutz



Chefsache: Die Chancen echter Transparenz

- Erst valide Erfassung von Never Events ermöglicht Einordnung der Zahlenverhältnisse
 - *Gefühl des „mal kurz in den Abgrund geschaut zu haben“ schwindet*
- Offener Umgang führt zur Ent-Skandalisierung und macht Fehlerprävention erst glaubhaft
- Verringerung der Ereignisse zeigt Erfolge an und erhöht weiter das Vertrauen
- **Positives Feedback** festigt sicheres Verhalten
- Ergebnis: Sicherheitskultur!

*Hahaha, Chefsache ...
Was viele Chefs schon lange
ignoriert haben, soll nun
„endlich“ Chefsache werden?*

*Chef – wer soll das
überhaupt sein?
Machen wir's doch
zur Chefinnensache?*



Fazit

- Patientensicherheit muss **das übergeordnete Ziel** sein (Safety first!)
- Klare Fakten (Monitoring) zu schwerwiegenden, vermeidbaren Schadenereignissen („Never Events“) als Basis für
- Systematische Fehlervermeidung und ...
- Sicherheitskultur
- Fehlermeldesysteme intensiver nutzen
- Fälle bundesweit zusammenführen
- Patientensicherheit zur Chefsache machen – und als zentrale Aufgabe für alle Führungskräfte verankern!

Vielen Dank!



m.skorning@mds-ev.de