

Vorlesung Patientensicherheit und Risikomanagement

WS 2016/2017

M. Schrappe

Vorlesungsfolien download
ca. 1 Woche vor der Vorlesung
unter matthias.schrappe.com

Prof. Dr. M. Schrappe

Patientensicherheit und Risikomanagement

- Einführung und Konzept
- QM-Refresher
- Begriffe und Systematik
- Häufigkeit
- Messmethoden und Indikatoren
- Arten von UE, Schäden und Fehlern
- CIRS
- Prozessanalyse
- Prävention
- Organisation von Risikomanagement
- Aufklärung vor Eingriffen
- ➔ **Kommunikation und Public Disclosure**
- Infection Control
- Patientensicherheit im gesundheitspolitischen Kontext

Prof. Dr. M. Schrappe

Lernziele

- ➔ Wie ist der Wissensstand der Patienten zu Fehlern und UE in der Gesundheitsversorgung, und was hat das für ein Risikomanagement zu bedeuten?
- ➔ Was ist unter dem "Litigation Gap" zu verstehen?
- ➔ Welche Formen des "Qualitätswettbewerbes" gibt es?
- ➔ Wie ist das Konzept des "Public Reporting" oder "Public Disclosure" zu bewerten?
- ➔ Welche Folgen ergeben sich für das Verhalten von Institutionen im Gesundheitswesen?

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Bevölkerung und Patienten

Prof. Dr. M. Schrappe

Qualität und Sicherheit: WHO 2005 & 2008

PATIENTS' EXPERIENCES

Schoen et al. Health Affairs
2005, DOI 10.1377/htaff.W5.509

Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health In Six Countries

Patients' voices can provide policy leaders with a
happening at the front lines of care.

by Cathy Schoen, Robin Osborn, Phuong Trang Hu,
Kinga Zapert, Jordon Peugh, and Karen Davis

Schoen et al. Health Affairs
28, 2009, w1-18

In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries, 2008

Chronically ill U.S. patients have the most negative access,
coordination, and safety experiences.

by Cathy Schoen, Robin Osborn, Sabrina K.H. How, Michelle M. Doty,
and Jordon Peugh

Prof. Dr. M. Schrappe

Safety: internationaler Vergleich

Befragung 2005 von Erwachsenen aus AUS, CAN, NZ, UK, USA, D
mit chron. Erkrankung oder schwerer Erkrankung in Anamnese
Sponsor: Commonwealth Fund, in D durch IQWiG

Ergebnisse II:

- Fehler (*mistake*) aufgetreten: 12-15%
- Falsche Medikation oder Dosis: 9-13%
- Eins von beiden 17-22%
- NOT told by doctor involved: 61-83%
- Laborwert (keine Info, falscher Befund): 9-23%
- Medikation immer überprüft im letzten J.: 36-45%
- Über Nebenwirkungen aufgeklärt: 31-43%

Schoen et al. Health Affairs 2005, DOI 10.1377/htaff.W5.509

Prof. Dr. M. Schrappe

Safety: internationaler Vergleich

Befragung 2005 von Erwachsenen aus AUS, CAN, NZ, UK, USA, D
mit chron. Erkrankung oder schwerer Erkrankung in Anamnese
Sponsor: Commonwealth Fund, in D durch IQWiG

Ergebnisse I:

Befragte Patienten in Grundeigenschaften vergleichbar

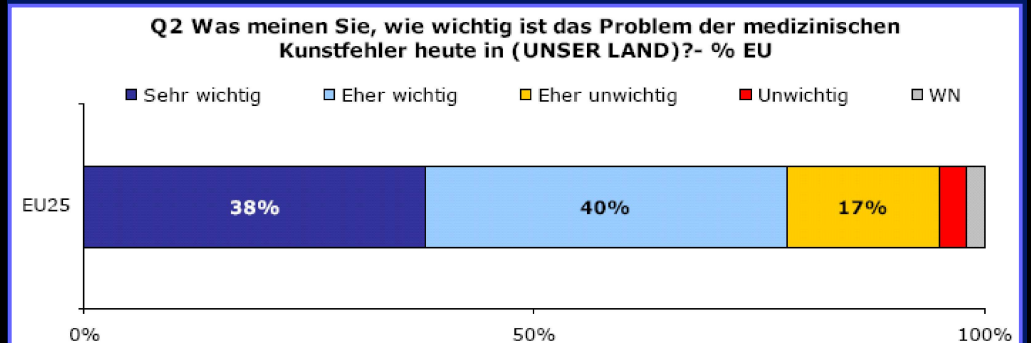
- Vor Krhs-Behdlg Risiken erklärt: 57-61%
- Nosokomiale Infektion: 3-10%
- Genügende Schmerztherapie: 74-82%
- Kommunikationsfehler bemerkt: 19-22%
- Schlechte Koordination b. Entlassung: 33-60%
- Wiederaufnahme (u.a. als Notfall): 10-20%

Schoen et al. Health Affairs 2005, DOI 10.1377/htaff.W5.509

Prof. Dr. M. Schrappe

Umfrage EU-Barometer 2006

Befragung von 24.642 Bürgern aus den EU-Ländern und
Beitritts-Kandidaten Sept./Okt. 2005



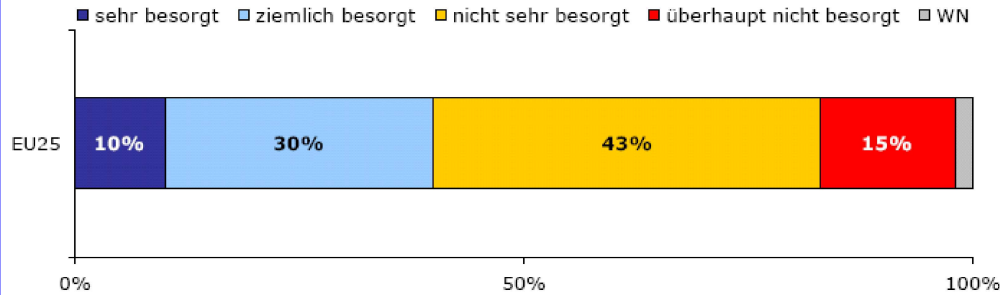
Anonymous: Medizinische Fehler, EU-Barometer 2006, Brüssel 2006

Prof. Dr. M. Schrappe

Umfrage EU-Barometer 2006

Befragung von 24.642 Bürgern aus den EU-Ländern und Beitritts-Kandidaten Sept./Okt. 2005

Q7 Wie besorgt sind Sie alles in allem, dass Sie von einem Kunstfehler betroffen sein können? - % EU



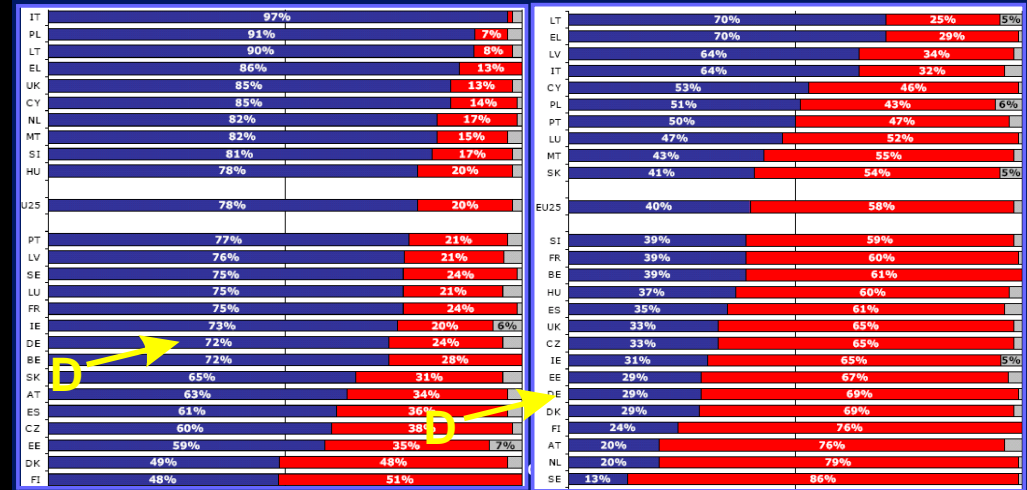
Anonymous: Medizinische Fehler, EU-Barometer 2006, Brüssel 2006

Prof. Dr. M. Schrappe

Umfrage EU-Barometer 2006

Wie wichtig für Ihr Land?

Besorgt, dass selbst betroffen?



Prof. Dr. M. Schrappe

Ergebnisse 2

PHYSICIANS (N=831) PUBLIC (N=1207)

How many Americans die in hospitals each year because of preventable medical errors?	percent	
500	17	24
5000	46	36
50,000	25	20
100,000	9	7
≥500,000	1	4
No response	1	9
What proportion of these deaths could realistically have been prevented?		
All of them	8	11
Three quarters of them	27	29
Half of them	41	42
One quarter of them	21	13
None of them	2	1
No response	1	3

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Bevölkerung und Patienten
- ➔ Litigation Gap

Prof. Dr. M. Schrappe

Litigation Gap

Angaben in %

Befragung: 831 Ärzte, 1207 Personen	Physicians (n = 831)	Public (n = 1207)
Errors (own, family)	35	42
Serious health consequences	18	24
Responsibility doctors	70	81
nurses	25	25
others	15	26
institution	22	43
Error was told	31	30
Apologized	34	33
Health professional was sued	2	6

Blendon et al. NEJM 347, 2002, 1933

Prof. Dr. M. Schrappe

The Litigation Gap

Medical malpractice data were linked to review data of 14.700 medical records (Utah 1992, Colorado 1992)

- ➔ 587 AE were detected
- ➔ 161/587 were judged to be result of negligent care
- ➔ Only 4/161 pts. with negligent AE filed claims
- ➔ 157/161 pts. (97%) with negligent AE did not file

Studdert Med. Care 38, 2000, 250

Prof. Dr. M. Schrappe

Vincent et al
Lancet 343,
1994, 1609

Reasons for litigation

	Loading	Agree %
• So that it would not happen to anyone else	0,87	91,4
• I wanted an explanation	0,78	90,7
• I wanted the doctors to realise what they had done	0,66	90,4
• To get an admission of negligence	0,55	86,7
• So that the doctor would know how I feel	0,65	68,4
• My feelings were ignored	0,62	66,8
• I wanted financial compensation	0,85	65,6
• Because I was angry	0,63	65,4
• So that the doctor did not get away with it	0,80	54,7
• So that the doctor would be disciplined	0,71	47,6
• Because it was the only way I could cope with my feelings	0,67	45,8
• Because of the attitude of the staff afterwards	0,67	42,5
• To get back at the doctor involved	0,81	23,3

Prof. Dr. M. Schrappe

Safety: internationaler Vergleich

Befragung 2005 von Erwachsenen aus AUS, CAN, NZ, UK, USA, D mit chron. Erkrankung oder schwerer Erkrankung in Anamnese
Sponsor: Commonwealth Fund, in D durch IQWiG

Ergebnisse II:

- | | AUS | CAN | NZ | UK | USA | GER |
|---|-----|-----|-----|-----|--------|-----|
| ➔ Fehler (<i>mistake</i>) aufgetreten: | 70% | 74% | 61% | 72% | 75% | 83% |
| ➔ Falsche Medikation oder Dosis: | | | | | 9-13% | |
| ➔ Eins von beiden | | | | | 17-22% | |
| ➔ NOT told by doctor involved: | | | | | 61-83% | |
| ➔ Laborwert (keine Info, falscher Befund): | | | | | 9-23% | |
| ➔ Medikation immer überprüft im letzten J.: | | | | | 36-45% | |
| ➔ Über Nebenwirkungen aufgeklärt: | | | | | 31-43% | |

Schoen et al. Health Affairs 2005, DOI 10.1377/htaff.W5.509

Prof. Dr. M. Schrappe

Patientenzufriedenheit und juristische Konsequenzen

	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4
Ärzte n =	133	172	21	33
Qualität: chart review**	86	102	21	30
dabei errors (n=15)	8	4	0	3
Pat.: "ignored me"*	8,3%	6,5%	15,7%	10,2%

* als eines der Kriterien zur Patientenzufriedenheit
 ** nicht bei allen eingeschlossenen Ärzten wurden die Akten (charts) nachgesehen.

Hickson et al. JAMA 272, 1994, 1583 u. Entman et al. 1588

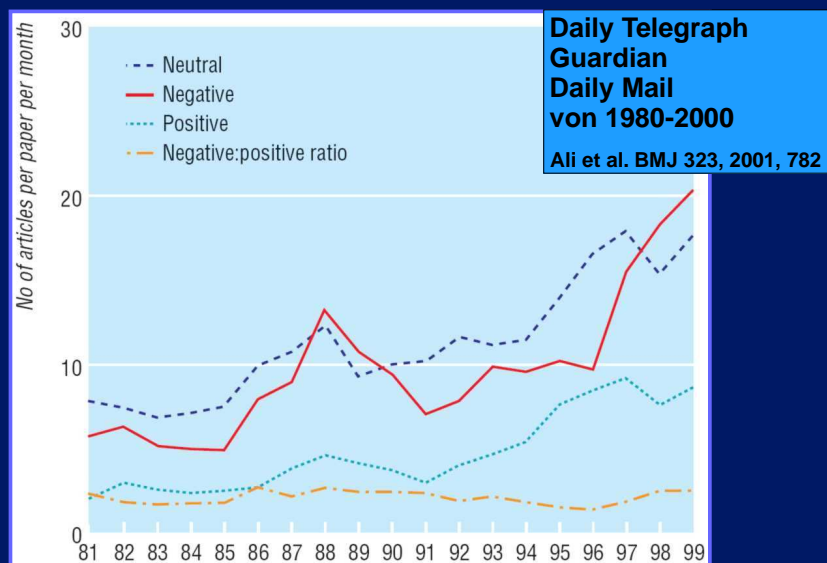
QM Universitätsklinik Köln

Gliederung

- ➔ Bevölkerung und Patienten
- ➔ Litigation Gap
- ➔ Medien

Prof. Dr. M. Schrappe

Bad press for doctors: 21 years in UK



Prof. Dr. M. Schrappe

Medikamentenstudien: Medien

➔ Fragestellung

- Qualität der Berichterstattung über neue Medikamente insbesondere über Therapieerfolg und Risiken

➔ Medien, Medikamente

- 180 Zeitschr.-Artikel (je 60) und 27 TV-Beiträge, 1994-8
- Pravastatin, Alendronat, Acetylsalicylsäure

➔ Berichterstattung

- 83/207 Berichte Nutzen nicht quantitativ, 103/124 nur RR
- 98/207 berichteten Risiken, 63/207 Kosten
- 85/170 Berichte zitierten Experten mit finanziellen Verbindungen zu Firmen, nur 33/85 legten diese offen

Moynihan N. Engl. J. Med. 342, 2000, 1645

Prof. Dr. M. Schrappe

"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

Gliederung

- ➔ Bevölkerung und Patienten
- ➔ Litigation Gap
- ➔ Medien
- ➔ Gesellschaft: Qualitätswettbewerb

Qualitätswettbewerb

- ➔ **Public Disclosure/Reporting**
 - Transparenz I: Veröffentlichung mit Nennung Institution (evtl. mit Arzt)
- ➔ **Pay for Reporting**
 - Transparenz II: Zusätzlich Vergütung der Dokumentation
- ➔ **Pay for Performance**
 - Qualitäts-bezogene Vergütung
- ➔ **Non-Payment for Non-Performance (Never-Events)**
 - Sonderfall von P4P
- ➔ **Value-Based Purchasing**
 - Effizienz-bezogene Vergütung (Qualität zu Kosten)

Ergebnisse 4: Lösungen

Befragung: 831 Ärzte, 1207 Personen

	PHYSICIANS (N=831)	PUBLIC (N=1207)
Requiring hospitals to develop systems for preventing medical errors	55	74
Increasing the number of nurses in hospitals	51	69
Giving physicians more time to spend with patients	46	78
Limiting certain high-risk procedures to hospitals that perform many of these procedures	40	45
Improving the training of health professionals	36	73
Using only physicians trained in intensive care medicine on intensive care units	34	73
Reducing the work hours of physicians in training to prevent fatigue	33	66
Increasing the use of computers to order drugs and medical tests	23	45
Requiring hospitals to report all serious medical errors to a state agency	23	71

Blendon et al. NEJM 347, 2002, 1933

Ergebnisse 4: Lösungen (f.)

Befragung: 831 Ärzte, 1207 Personen

	PHYSICIANS (N=831)	PUBLIC (N=1207)
	percent	
Encouraging hospitals to report serious medical errors voluntarily to a state agency	21	62
Including a pharmacist on hospital rounds when physicians review the care of patients	20	40
Increasing the use of computerized medical records	19	46
Having hospitalized patients taken care of by hospital physicians rather than by their regular physicians	6	16
Suspending the licenses of health professionals who make medical errors	3	50
Increasing lawsuits for malpractice	1	23
Having a government agency fine health professionals who make medical errors	2	40

Blendon et al. NEJM 347, 2002, 1933

Prof. Dr. M. Schrappe

Ergebnisse 5: Public Disclosure

Befragung: 831 Ärzte, 1207 Personen

	PHYSICIANS (N=831)	PUBLIC (N=1207)
	percent	
Physicians should be required to tell patients when errors are made in their care		
Yes	77	89
No	22	9
No response	1	3
Hospital reports of serious medical errors		
<u>Should be confidential</u> (used only to learn how to prevent future mistakes)	86	34
<u>Should be released to the public</u>	14	62
No response	0	4

Blendon et al. NEJM 347, 2002, 1933

Prof. Dr. M. Schrappe

Public Disclosure

- keine Studien
- +/- indiff. Ergebnis
- ↕ neg./pos. Effekt
- * meth. hochwertige Studien

00qmrmpubliisclendpunkt.cdr

	Ergebnis-Q	Prozess-Q	Einstellung	Markt
Patienten	/	/	↓ ↑*	/
Niedergel. Ärzte	/	/	↓	/
Krankenhäuser	↑*	↑*	↓	+/-
Kassen	/	+/-	↑	/
Gesundh.-system	/	/	/	+/-

Prof. Dr. M. Schrappe

Hospital-IRQ Programm der CMS*

Hospital Inpatient Quality Reporting Program

Public Reporting; geht auf das Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) von 2003 zurück, erweitert durch das Deficit Reduction Act (DRA) 2005

- In erster Linie Prozessindikatoren (National Quality Forum)
- 2% der Erlöse werden einbehalten, wenn nicht gemeldet
- Veröffentlichung über "Hospital Compare" (Webseite)

Indikatoren:

- Akuter Myokardinfarkt (n=10)
- Herzinsuffizienz (n=6)
- Amb. erw. Pneumonie (n=9)
- Surgical Care Improvement Project (n=8)
- Patientenbefragung (HCAHPS**) (n=11)

* CMS Centers of Medicare and Medicaid Services

** Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

CMS 2012

Prof. Dr. M. Schrappe

00qmqm_pollp4report.cdr

Hospital-IRQ Programm der CMS

Hospital Inpatient Quality Reporting Program

- z.B. Pneumonie:
- Oxygenation Assessment
 - Pneumococcal Vaccination
 - Blood Culture prior to AB
 - Smoking Cessation Advice
 - Initial AB within 6 Hours
 - AB most appropriate
 - Influenza Vaccination
 - Risk-Adjusted Rate of Re-Admission*

* einziger Ergebnis-Indikator, nur hier Risikoadjustierung

CMS 2012

Prof. Dr. M. Schrappe

Public Reporting: Hospital-IQR (CMS*)

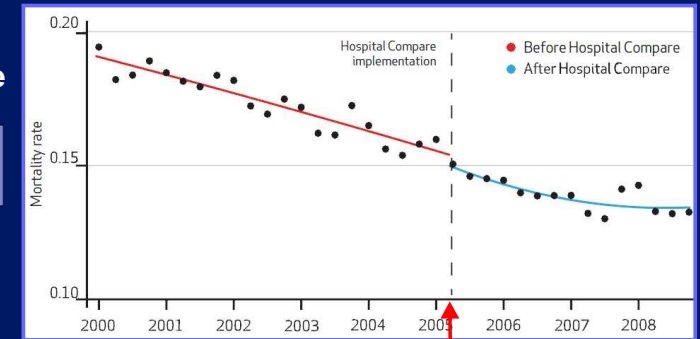
Hospital inpatient Quality Reporting Program

Hospital-IQR: hier nur Akuter Myokardinfarkt (AMI), Chronische Herzinsuffizienz (CHF) und Amb. erworbene Pneumonie (CAP)
 Prozessindikatoren-basiert, Auswertung 30d Mortalität anhand ca. 6,5 Mill. Medicare Patienten, 2000-2008, vor und nach Veröffentlichung auf Webseite → Hospital-Compare

Akuter Myokardinfarkt (AMI)

*Centers of Medicare and Medicaid Services

Ryan et al. Health Aff. 31, 2012, 585



Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Bevölkerung und Patienten
- ➔ Litigation Gap
- ➔ Medien
- ➔ Gesellschaft: Qualitätswettbewerb
- ➔ Verhalten der Institution

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Bevölkerung und Patienten
- ➔ Litigation Gap
- ➔ Medien
- ➔ Gesellschaft: Qualitätswettbewerb
- ➔ Verhalten der Institution
- ➔ Verhalten bei Schadensfällen

Prof. Dr. M. Schrappe

Verhalten gegenüber der Öffentlichkeit

- ➔ **Zuständigkeit für Kontakte zu Presse und Gericht regeln**
- ➔ **Akten und Unterlagen sicherstellen (kopieren)**
- ➔ **Stellungnahmen vorbereiten**
- ➔ **Mitarbeiter informieren (Pforte, Station, Abteilungsleiter)**
- ➔ **Evtl. selbst Pressekonferenz durchführen**

Checkliste: Verhalten bei/nach einem Zwischenfall

Bestehen in Ihrem Haus von Seiten der Verwaltung/des Abteilungsleiters Vorgaben zu folgenden Punkten:

	ja	nein
Wie und was ist unmittelbar nach Eintritt des Ereignisses zu dokumentieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie haben sich Ärzte oder Pflegekräfte zu verhalten, wenn der Patient oder die Angehörigen im Gespräch Vorwürfe erheben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist zu verfahren, wenn der Patient, dessen Rechtsanwalt oder die Krankenkasse Einsicht in die Behandlungsunterlagen begehrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ist zu beachten, wenn der Fall von der Presse aufgegriffen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Auskünfte sind zu erteilen, wenn Polizei oder Staatsanwaltschaft die Mitarbeiter des Hauses rein informatorisch befragt, wenn gegen „Unbekannt“ oder konkret gegen eine bestimmte Person ermittelt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Schritte sind bei einem möglicherweise von der Krankenhausseite zu vertretenden Tod des Patienten vorzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann, durch wen und wie ist der zuständige Haftpflichtversicherer zu informieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>