

führen und wirtschaften im Krankenhaus
f&w

9|18

September 2018 | 35. Jahrgang

H 5362 | ISSN 0175-4548
Offizielles Organ des BDPK,
des BVVG und des DVKC sowie
Medienpartner der Entscheiderfabrik

Sonderdruck



Patientensicherheit

Wie Kliniken Hochzuverlässigkeitsorganisationen werden

 ECCLESIA Gruppe

Unsere Autoren



Dr. Stefan Ziegler

Dr. Stefan Ziegler ist seit 2018 Mitglied der Holding-Geschäftsführung der Ecclesia Gruppe. Seit 2013 gehört er bereits der Geschäftsführung verschiedener Gruppen-Unternehmen an. Er ist Autor des hier vorliegenden Beitrags „Engagement zahlt sich aus“. Bevor Ziegler zur Ecclesia Gruppe stieß, führte er zehn Jahre lang als kaufmännischer Vorstand die Diakonie Michaelshoven Köln mit rund 2.000 Mitarbeitenden. Der Ökonom weist aber auch umfangreiche Berufserfahrung im Versicherungswesen auf. Für den Gerling-Konzern hat er unterschiedliche Führungsaufgaben wahrgenommen; zuletzt war er dort zuständig für die Vertriebssteuerung der 23 Auslandsgesellschaften. Ziegler studierte an der Universität der Bundeswehr in Hamburg Wirtschafts- und Organisationswissenschaften. Mit einer Dissertation zur Ethik in der Versicherungswirtschaft wurde er an der Universität der Bundeswehr in München zum Dr. phil. promoviert.



Dr. Peter Gausmann

Dr. Peter Gausmann ist Geschäftsführer der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH in Detmold, eines Unternehmens der Ecclesia Gruppe. Außerdem wirkt Gausmann als Honorarprofessor für Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement an der Donau-Universität Krems in Österreich. Dr. Gausmann ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats für das Forschungsprojekt „GIO – Gestaltungskompetenz als Innovator für hochzuverlässige Organisationen im Gesundheitswesen“ an der Universität Osnabrück. In dieser Funktion bereitet er die nächsten Schritte in der Fortentwicklung der Patientensicherheit vor. Über dieses Thema veröffentlicht er regelmäßig in Fachzeitschriften. Er ist Autor des Artikels „Im Zeichen von Tokio“.



Miriam Stüdt-Borsetzky

Miriam Stüdt-Borsetzky leitet den Schadenservice der EGAS, des Assekurateurs der Ecclesia Gruppe. Seit 20 Jahren beobachtet sie als Anwältin im Medizinrecht die Schadenentwicklungen im Gesundheitswesen, außerdem war sie Gastdozentin am Lehrstuhl für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Neben der vorliegenden Veröffentlichung „Kliniken werden sicherer“ publiziert sie regelmäßig auch im Krankenhaus-Justiziar, außerdem ist sie Mitautorin der 4. Auflage des „Handbuchs des Fachanwalts für Medizinrecht“, die im Frühjahr nächsten Jahres im Luchterhand Verlag erscheinen wird. Sie schreibt darin zum Thema „Die Betriebshaftpflicht des Krankenhausträgers“ und hinterfragt in diesem Zusammenhang die für die Prämienentwicklung bedeutsamen Schadenentwicklungen.

Patientensicherheit

Wie Kliniken

Hochzuverlässigkeitsorganisationen werden



.....Patientensicherheit

Im Zeichen von Tokio

Kliniken in Deutschland arbeiten auf hohem Sicherheitsniveau. Gleichwohl müssen medizinischer Fortschritt und die Anforderungen an eine professionelle Pflege mit Sicherheitskonzepten Schritt halten. Mit der „Tokyo Declaration on Patient Safety“ bekennt sich die internationale Gemeinschaft nun zu einer engeren Zusammenarbeit.

Von Dr. Peter Gausmann

„Wir bekennen unser Engagement zur Aufrechterhaltung einer kraftvollen politischen Dynamik zugunsten globaler Maßnahmen für die Patientensicherheit und zu einer engen Zusammenarbeit mit Ländern weltweit einschließlich jener mit niedrigem und mittlerem Einkommen, um deren Kapazität durch Zusammenarbeit und Lernen zu stärken und das Thema ‚Patientensicherheit‘ mit Maßnahmen und Programmen im Gesundheitsbereich als Schwerpunkt zu behandeln.“

Mit diesem multidimensionalen Bekenntnis wurde am 14. April 2018 die „Tokyo Declaration on Patient Safety“ anlässlich des 3. Global Summit on Patient Safety in der japanischen Hauptstadt verabschiedet. Die vom Gastgeberland, Großbritannien, Nordirland und Deutschland initiierte Resolution haben 21 weitere Staaten, die Weltgesundheitsorganisation WHO, die Weltbank, die US-amerikanische Patient Safety Movement Foundation sowie der Weltärztebund unterzeichnet. Sie nimmt Bezug zur Verpflichtung der Weltgesundheitsversammlung von 2002, „... der Patientensicherheit allerhöchste Aufmerksamkeit zu widmen und die zur Verbesserung und Qualität der Gesundheitsversorgung erforderlichen wissenschaftlich gesicherten Systeme zu schaffen und zu stärken“. So weit die Absichtserklärungen der großen Politik.

Dem Tokioter Gipfel ging ein mehrmonatiger Vorbereitungsprozess voraus, und wie schon beim zweiten Gipfeltreffen am 29./30. März 2017 in Bonn mit dem damaligen Gesundheitsminister Hermann Gröhe als Gastgeber haben fünf Unterarbeitsgruppen mit inhaltlich unterschiedlichen Themenschwerpunkten und internationalen Patientensicherheitsexperten das Treffen intensiv vorbereitet. Ziel dieser Initiative war es, den Ministern konkrete Problembeschreibungen, Analysen und Handlungsempfehlungen an die Hand zu geben. Dieses Ziel wurde erreicht. Die „Tokyo Declaration on Patient Safety“ trägt die Handschrift der Expertenpanels.

„Wir wissen, was zu tun ist, wir wissen, was die Patientensicherheit wirkungsvoll fördern kann, aber nicht alle Akteure halten sich an die Regeln, unterlaufen Standards und gefährden fahrlässig die Sicherheit ihrer Patienten.“

Think Global – Act Local

Defizite der Patientensicherheit haben, trotz länderspezifischer Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, in der Regel ähnliche Ursachen, und dementsprechend folgen sie analogen Lösungsansätzen. Diese Erkenntnis unterstützt die Notwendigkeit und das Engagement nationalstaatlicher Organisationen, international vernetzt voneinander zu lernen, indem besondere Vorfälle transparent gemacht, Lösungsansätze grenzübergreifend etabliert und die Wirkung geeigneter Maßnahmen evaluiert werden.

„Kliniken in Deutschland sind so sicher wie nie. Gleichwohl müssen das Niveau des medizinischen Fortschritts und die Anforderungen an eine professionelle Pflege mit Sicherheitskonzepten Schritt halten.“

Die WHO übernahm hierzu seit 2004 mit der World Alliance for Patient Safety bereits eine Vorreiterrolle. Ihre Initiative zur Verbesserung der Handhygiene „Clean Hands Save Lives“ ebenso wie die Kampagne „Safe Surgery Saves Lives“ stellten bereits unter Beweis, welche systemdurchdringende Wirkung eine internationale Publizität und die Zurverfügungstellung handhabbarer, studienprobter und praxisorientierter Handlungsempfehlungen haben können. Beide Initiativen hatten das Ziel, behandlungsindizierte Infektionen und OP-bedingte, vermeidbare Komplikationen zu vermeiden.

Die dritte und aktuelle WHO-Global-Patient-Safety-Challenge „Medication Without Harm“ stellt die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in den Mittelpunkt und fokussiert die Risiken der Polypharmazie, den Missbrauch hochwirksamer Medikamente mit potenziell letaler Wirkung sowie die spezifischen Probleme, die bei der pharmakologischen Behandlung im Kontext transsektoraler Übergänge in der Gesundheitsversorgung entstehen.

Arzneimitteltherapiesicherheit gehört zu den bedeutenden und operationalisierten Aktionsfeldern zur Förderung der Patientensicherheit. Weitere Bereiche sind

- die Strategien zur Vermeidung von Diagnose- und Therapieplanungsfehlern,
- die bereits genannten Handlungsfelder Hygiene- und OP-Sicherheit,
- die sicherheitsorientierte Gestaltung des (Not-)Aufnahme-Prozesses inklusive Entlassungsplanung,
- die sachgerechte Patientenidentifizierung zur Vermeidung von Verwechslungen,
- die Vermeidung von Druckläsionen durch Lagerungsfehler,
- die Sturzprävention,
- das Ernährungsmanagement sowie
- die Vermeidung von Kontrakturen.

Daneben sind spezielle Fachdisziplinen wie beispielsweise die Geburtshilfe durch bestimmte Risiken gekennzeichnet, für die Präventionskonzepte angepasst werden müssen.

Zurück nach Tokio

Nationalstaatliche und globale Anstrengungen sind das Gebot der Stunde. Denn eine unsichere Gesundheitsversorgung und vermeidbare Patientenschädigungen stellen weltweit eine ernsthafte Herausforderung für Gesundheitseinrichtungen dar und bringen damit einhergehend menschliches Leid hervor. Zudem verursachen sie erhebliche Kosten (die OECD spricht von 15 Prozent der Kosten in Krankenhäusern, die dafür genutzt werden müssen, Folgen von Fehlbehandlungen zu kompensieren) und provozieren einen Vertrauensverlust in die Gesundheitsversorgung.

Die Tokioter Deklaration fordert Patientensicherheit als ein Ziel aller Leistungsanbieter in der Gesundheitsversorgung – interdisziplinär und interprofessionell – und empfiehlt, über die bisher primär fokussierten Einsatzbereiche in der Akutversorgung hinaus, künftig verstärkt ambulante Einrichtungen in Präventionskonzepte einzubinden, etwa ärztliche Praxen der Grundversorgung, Facharztpraxen, Pflegeeinrichtungen und nicht zuletzt ambulante Pflegedienste. Dabei stellt die Etablierung nachhaltig wirksamer Risikomanagementstrategien in jenen Ländern mit niedrigem Volkseinkommen, in denen bereits eine medizinische und pflegerische Grundversorgung wirtschaftlich nicht garantiert werden kann, eine besondere Herausforderung dar.

Das Expertenpanel „Patient Safety of the elderly“ hat unter Mitwirkung des Autors spezifische Risiken identifiziert und Handlungsempfehlungen entwickelt, die mit der demografischen Entwicklung in direktem Zusammenhang stehen. Menschen mit einem Lebensalter von 75+, respektive als Patienten, sind anfälliger für unerwünschte Ereignisse. Eine höhere Disposition für Stürze, Druckläsionen und Ernährungsfehler sind in der Gruppe der Hochbetagten ebenso wie Risiken durch kognitive Einschränkungen dieser Personengruppe zu berücksichtigen. Wir werden länger alt als jung sein – mit entsprechenden Risiken.

Der Summit regte mit seinen Empfehlungen an, Verfahren zur Messung und zur Evaluation der Patientensicherheit zu entwickeln und angemessene und zielgerichtete Informations- und Kommunikationstechnologien zur Verfügung zu stellen, die nicht einem Selbstzweck der Datensammlung, sondern der Sicherheitsförderung dienen sollen.

Außerdem müsse die Kompetenz zur Patientensicherheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Angehörigen der Gesundheitsberufe curricular noch viel stärker entwickelt werden. Und nicht zuletzt stellt die Einbindung der Patienten und ihrer Angehörigen in Präventionskonzepte eine besondere, häufig ungenutzte, Chance dar. Sie müssen als Experten und Evaluatoren unterstützend hinzugezogen werden.

Wir wissen, was zu tun ist, aber ...

Nicht zuletzt die Empfehlungen der WHO, der OECD sowie der international und national agierenden medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften, die sich der Patientensicherheit verpflichtet haben, führen dazu, dass wir evidenzbasierte Lösungskonzepte kennen und viele davon bereits in Gesundheitseinrichtungen etabliert haben. Wir wissen, was zu tun ist, wir wissen, was die Patientensicherheit wirkungsvoll fördern kann, aber nicht alle Akteure halten sich an die Regeln, unterlaufen Standards und gefährden fahrlässig die Sicherheit ihrer Patienten: Im Nachtdienst entfällt aus Bequemlichkeit eine standardisierte Dringlichkeits-Ersteinschätzung (Triagierung) von Patienten, Kennzeichnungssysteme werden abteilungsübergreifend unterschiedlich genutzt, und notwendige Kommunikationswege werden nicht eingehalten, weil man das Gespräch im Kollegenkreis bewusst nicht sucht. Für den Krankenhauspraktiker ist diese Liste beliebig erweiterbar. Daher sind Prinzipien von High Reliability Organizations (HRO) zu etablieren und zu nutzen (s. Beitrag S. 11).

HRO zeichnen sich dadurch aus, dass regelmäßig und kontinuierlich Sicherheitswissen vermittelt, eine riskante Haltung von Mitarbeitern identifiziert und mit Konsequenzen bedacht sowie im Unternehmen die sicherheitsorientierte Kommunikationskultur stetig weiterentwickelt wird. Zentrales Merkmal einer HRO ist die kollektive Achtsamkeit für Gefahren, Risiken und Sicherheit als eine Haltung. Diese Werteorientierung der Mitarbeiter macht sich fest an einer grundlegenden Disposition, in kritischen Situationen die richtigen Entscheidungen zu treffen und insbesondere dann auf Sicherheitsstandards zu setzen. Viele Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung haben ihre Hausaufgaben bereits gemacht und umfassende klinische Risikomanagementsysteme etabliert. Kliniken in Deutschland sind – das zeigen auch Verläufe von Schadenereignissen – so sicher wie nie. Gleichwohl müssen das Niveau des medizinischen Fortschritts und die Anforderungen an eine professionelle Pflege mit Sicherheitskonzepten Schritt halten. Fehlende „Köpfe und Hände“ insbesondere in der Pflege, mangelnde Sprachkompetenzen und der ökonomische Druck in vielen Einrichtungen sind Rahmenbedingungen, die die Patientensicherheit einschränken können.

„Wir treffen hiermit die Zusage, dass wir Gesundheitseinrichtungen, sowohl öffentlich als auch privat, angefangen bei der Grundversorgung bis hin zu weitergehender Versorgung, fördern und ertüchtigen sowie Veränderungen in Systemen und Praktiken umsetzen wollen, um die Patientensicherheit zu verbessern.“

An dieser zentralen Aussage der „Tokyo Declaration on Patient Safety“ müssen sich heutige und künftige politische Verantwortliche der Gesundheitsversorgung messen lassen. Auch wenn dies hier nicht explizit formuliert ist: Nachhaltige Förderung der Patientensicherheit bedeutet einen finanziellen Aufwand, und dieser muss zusätzlich in das System gegeben werden. Eines ist sicher: Prävention kostet Geld, Schadenregulierung aber ein Vielfaches davon.

Dr. Peter Gausmann
Geschäftsführer
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Klingenbergstraße 4
32758 Detmold
E-Mail: peter.gausmann@grb.de

Der Autor war sowohl 2017 beim 2. Global Summit on Patient Safety als auch bei der Folgeveranstaltung im April 2018 in Tokio als Experte für Patientensicherheit eingeladen.



Sicht der Versicherungswirtschaft

Engagement zahlt sich aus

Ein höheres Patientensicherheitsniveau lohnt sich auch betriebswirtschaftlich. Erwartungen der Assekuranz an das klinische Risikomanagement.

Von Dr. Stefan Ziegler

Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wie etwa Ärzte, medizinisches Personal oder Hebammen, sind in besonderer Weise dafür exponiert, dass ihre Leistungsempfänger zu Schaden kommen können. Dazu kommt, dass sich durch Behandlungsfehler induzierte Personenschäden in der Abwicklung in der Regel als langwierig und teuer hinsichtlich Entschädigung und Rechtskosten erweisen.

Schutz bieten (Haftpflicht-)Versicherungen, mit denen das Risiko – hier etwa das medizinische Behandlungsrisiko – auf einen Dritten, nämlich den Versicherer, übertragen wird. Zwar leitet sich durch die jüngsten Änderungen der Heilberufe-Kammergesetze für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ohnehin ein Trend zum verpflichtenden Abschluss einer Haftpflichtversicherung ab, jedoch ist für

medizinische Leistungserbringer eine hinreichende Absicherung von Haftpflichtansprüchen seit jeher schon allein aus existenziellen und betriebswirtschaftlichen Gründen geboten.

Demnach lässt sich feststellen, dass die Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen und Absicherungsmanagement eng zusammenhängen. In der Praxis ist es allerdings nicht so einfach, Haftpflichtversicherungsschutz im Gesundheitswesen zu einem auskömmlichen Preis zu erlangen. Zwar sind – entgegen anderslautenden Publikationen – unsere Gesundheitseinrichtungen so sicher wie noch nie. So ist etwa das Risiko, Opfer eines Behandlungsfehlers zu werden, in den letzten Jahren rückläufig. Gleichwohl sind die Schadenaufwendungen nach einer Statistik des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft

(GDV) aus dem Jahr 2017 im Zeitraum von 2010 bis 2014 um 5,4 Prozent pro Jahr gestiegen.

Mehr Sicherheit, teurere Schadenfälle

Woran liegt das? Fakt ist, dass das Niveau der Patientensicherheit und damit eng verknüpft das (versicherungstechnische) Risiko für schwere Personenschäden sehr stark von der Art des Versorgungsbereichs und den dort praktizierten Tätigkeiten abhängen. Insbesondere in den Disziplinen, in denen das Risiko lebenslanger Schadenfolgen besonders hoch ist (etwa Chirurgie, Orthopädie, Geburtshilfe), sind wenige Schadenfälle ursächlich für ein Gros des Schadenaufwands. Diese werden immer teurer: So können schwere Personenschäden, die noch vor wenigen Jahrzehnten mit 500.000

Euro abschließend reguliert wurden, heute Größenordnungen von zehn Millionen Euro und mehr erreichen.

Ursache hierfür ist zuvorderst der medizinische Fortschritt. Mit der gestiegenen Lebenserwartung schwerstgeschädigter Menschen steigt auch die notwendige Zeitspanne für Pflege und/oder Rente erheblich. Zudem sind die Kosten einer häuslichen Pflege deutlich höher als die der stationären Pflege. Weiterhin schlägt der Ersatz des fiktiven Erwerbsschadens für mehrere Dekaden auf der Aufwandsseite zu Buche. Hinzu kommen die Regresse der Sozialversicherungsträger sowie ein zwischenzeitlich durch die Rechtsprechung manifestierter Trend zur Ausurteilung von Schmerzensgeldern.

Für die Assekuranz erschweren weitere Faktoren wie etwa die Anforderungen nach einer erhöhten Eigenkapitalhinterlegung nach Solvency II bei gleichzeitig verringertem Zinsniveau sowie weitere zukünftig eintretende Änderungsrisiken eine Versicherbarkeit von Heilwesenrisiken.

Aufgrund dieser spezifischen Risikosituation gilt das Gesundheitswesen mittlerweile als Hochrisikobereich, dem sich nur eine eingeschränkte Anzahl der in Deutschland zugelassenen Versicherungsgesellschaften überhaupt widmen. Da der Versicherungsbetrieb im Grundsatz davon lebt, Risiken über das Kollektiv und die Zeit auszugleichen, ist bei den wenigen Risikoträgern, die sich im Heilwesen-Haftpflicht-Versicherungsgeschäft nach wie vor engagieren, seit Jahren eine Neigung zu einer stärkeren Risikoselektion zu beobachten. Dies findet unter anderem Ausdruck in – jeweils nach der subjektiv durch den Versicherer beurteilten Qualität des Risikos – erheblich auseinanderfallenden Prämien.

In der Praxis wirkt sich das beispielsweise bei den freiberuflichen Hebammen mit Geburtshilfe, den niedergelassenen Gynäkologen mit Geburtshilfe sowie in Bereichen der Humangenetik

und der plastischen und ästhetischen Chirurgie aus. Hier ist Versicherungsschutz nahezu nur noch über die jeweiligen Berufsverbände verfügbar.

Risikomanagement unter der Lupe

Angesichts dessen ist es evident, dass Versicherer sich intensiv mit der Frage der Reduktion der Risikopotenziale und der Risikoselektion auseinandersetzen. Ein wesentlicher Parameter ist hierbei die individuelle Risikoentwicklung beim jeweiligen medizinischen Leistungserbringer.

In diesem Kontext sind zuvorderst Risikopräventionsmaßnahmen relevant, denn die Assekuranz ist seit jeher grundsätzlich an der Entwicklung und Implementierung von Schadenverhütungskonzepten interessiert. Insofern spielt das Thema „Patientensicherheitsmanagement“ auch in der Versicherungspraxis bereits eine tiefgreifende Rolle, stellt es doch die Kalkulierbarkeit und damit die Versicherbarkeit des medizinischen Behandlungsrisikos sicher. Beispielhaft zu nennen sind in diesem Kontext etwa

- die Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS) zur Aufdeckung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden,
- regelmäßige Audits,
- die Implementierung von Beschwerdemanagementsystemen oder
- der Aufbau von Strukturen, mittels derer sichergestellt wird, dass sich einmal identifizierte Risiken künftig nicht mehr materialisieren.

Wie aber geht die Assekuranz mit dem Vorhandensein von klinischem Risikomanagement (kRM) um? Hier gibt es in der Praxis ganz unterschiedliche Modelle: Die Bandbreite des Mitwirkens der Versicherer reicht derzeit von Fragebögen, Risikodialogen und Screenings vor Ort bis hin zu dem Wunsch

nach Mitwirkung in Schadenaudits. Zudem ist es üblich, dass die Risikoträger umso stärker auf die zehnjährige Schadenhistorie schauen, je weniger weitere Argumente (im Sinne von kRM) ihnen geboten werden.

Summa summarum kann gesagt werden, dass alle Versicherer, die Heilwesenrisiken zeichnen, ein qualifiziertes und nachhaltiges Risikomanagement erwarten. Allerdings wird es noch nicht durchgängig als Annahmekriterium überprüft. Dies scheint indes nur noch eine Frage der Zeit zu sein, da sich immer stärker herauskristallisiert, dass ein funktionierendes kRM dämpfende Effekte auf die Schadenentwicklung hat und damit sicherstellt, dass zumindest Frequenzschäden dauerhaft reduziert werden.

Es lässt sich demnach erkennen, dass die Leistungserbringer, die das Thema „Patientensicherheit“ als strategisches Ziel erkannt und dies in alle Abläufe ihres Wirkens integriert haben, künftig eher Versicherungsschutz erlangen, von den individuellen und risikobezogenen Prämiensteigerungen im geringeren Maße betroffen sein werden und eher für Selbstversicherungslösungen infrage kommen. Insofern lohnt sich ein hohes Patientensicherheitsniveau auch betriebswirtschaftlich.

Zum Abschluss noch ein Hinweis: Oftmals sind in größeren Einrichtungen des Gesundheitswesens die Verantwortlichkeiten für das Versicherungs- und das Patientensicherheitsmanagement organisatorisch an verschiedenen Stellen angesiedelt. Hier hilft bisweilen die Vernetzung im Sinne von „tue Gutes und rede darüber“.

Dr. Stefan Ziegler
Geschäftsführer
Ecclesia Holding GmbH
Klingenbergstraße 4
32758 Detmold
E-Mail: stefan.ziegler@ecclesia.de



Schadenentwicklungen

Kliniken werden sicherer

Gesetzgeberisches Handeln und das Engagement der Krankenhäuser haben die Sicherheit in Kliniken deutlich verbessert. Das zeigt eine Auswertung der Schadenentwicklung der vergangenen 15 Jahre der Ecclesia-Versicherung.

Von Miriam Stüdt-Borsetzky

Das Risiko, einen Behandlungsfehler zu erleiden, ist in den vergangenen 15 Jahren stetig gefallen. So bestätigte auch die Bundesärztekammer im April 2018 einen rückläufigen Trend bei den von den Ärztekammern festgestellten Behandlungsfehlern. Im Jahr 2017 ist demnach in 2.213 Fällen ein Behandlungsfehler attestiert worden (Vorjahr: 2.245). Das Verhältnis zu den zunehmenden Behandlungsfällen in deutschen Krankenhäusern darf bei der letzten Abwägung nicht unberücksichtigt bleiben: Die Behandlungsfälle

sind in den vergangenen Jahren wesentlich stärker angestiegen als die Schadenfälle.

Eine aktuelle Auswertung der Ecclesia Gruppe von etwa 100.000 Schadenfällen aus unterschiedlichen Fachrichtungen, bei der Tendenzen aufgezeigt werden und daher die Angabe konkreter Werte entbehrlich ist, verdeutlicht die Häufigkeitsverteilung (Abbildung 1). Obwohl die Geburtshilfe in der reinen Häufigkeit das Schlusslicht bildet, ist dort der Schadenaufwand bekanntermaßen am größten. In der Orthopädie

und Unfallchirurgie werden die meisten Schadenfälle verursacht (Abbildung 2).

Eine genauere Betrachtung der Schadenfälle in der Orthopädie und Unfallchirurgie, bei denen es zu einer Entschädigungszahlung von 2.000 Euro und mehr gekommen ist, zeigt in Bezug auf ausgewählte Ursachenverteilungen bemerkenswerte Auffälligkeiten. Während in der Unfallchirurgie die Befunderhebungsfehler hervorstechen, sind es in der Orthopädie die Aufklärungsmängel.

Die Aufklärung eines Patienten ist für die medizinische Behandlung von



Foto: Gettyimages.com/AndreyPopov

Die meisten Schäden entstehen in Orthopädie und Unfallchirurgie

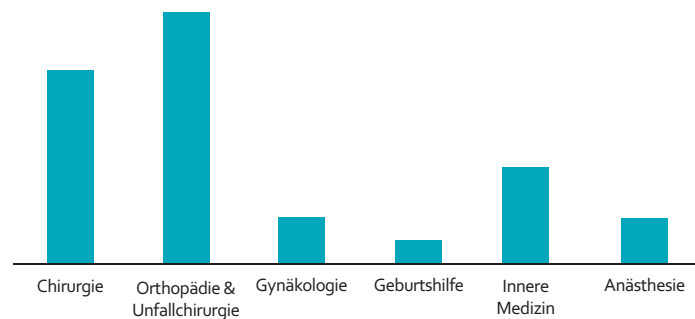


Abb. 1

Ursachen von Schadenfällen in Orthopädie und Unfallchirurgie

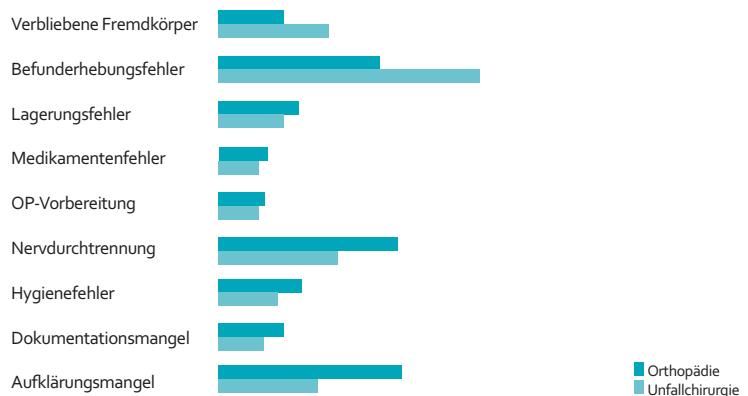


Abb. 2

erheblicher Bedeutung und hat mitnichten letztlich nur strafbefreiende Wirkung für den Arzt. Einen Patienten aufzuklären bietet die Chance, mit ihm in eine vertrauensvolle Kommunikation zu treten, ihn in die Lage zu versetzen, über die empfohlene medizinische Behandlung nachzudenken und schließlich seine Einwilligung zu erhalten. Mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes am 26. Februar 2013 ist es zudem zwingend erforderlich geworden, dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung erhalten hat, auszuhändigen. Dieser mit hohem Verwaltungsaufwand für den betroffenen Arzt und das Krankenhaus einhergehende Vorgang bewirkt, dass dem in der Vergangenheit häufig vorgetragenen Vorwurf einer nachträglichen Änderung der Krankenakte nun weitgehend Einhalt geboten werden kann.

Das schon im Vorfeld des Inkrafttretens viel in der Öffentlichkeit diskutierte Patientenrechtegesetz hat in Bezug auf die Menge der geltend gemachten Aufklärungsdefizite allgemein eine interessante Wirkung gezeigt. In

den Jahren 2012 und 2013 waren die unabhängig von einer Fachrichtung erhobenen Vorwürfe in Bezug auf Aufklärungspflichten so hoch wie nie zuvor (Abbildung 3).

Gleichzeitig zeigt sich aber bereits ab dem Jahr 2014 ein steter Abfall. Die Ärzteschaft konnte sich mehr oder weniger zügig auf die gesetzliche Neuregelung einstellen und den Forderungen Rechnung tragen. Im Resultat dürfte sich so unter den Patienten eine Rechtssicherheit eingestellt haben, die letztlich zu einer konsequenten Reduzierung der geltend gemachten Aufklärungsversäumnisse führen konnte.

In der Fachrichtung Orthopädie zeigt die Verteilung der Ursachenhäufungen, dass gerade dort der Aufklä-

rung eine besondere Bedeutung beigegeben wird. Hier gehen die Patienten oftmals mit einer extrem hohen Erwartungshaltung in die medizinische Behandlung. Deshalb ist eine gute, also insbesondere objektive Kommunikation an dieser Stelle besonders wichtig. Wenn der Patient zu hohe Erwartungen hat und nach dem Eingriff nicht eine 100-prozentige, sondern nur 70-prozentige Beschwerdefreiheit vorfindet, ist ein Vorwurf leicht erhoben, zum Beispiel: „Seit der Operation ist mein linkes Bein einige Zentimeter kürzer. Ich hinke und habe zunehmend Schmerzen im Bereich beider Kniegelenke und der Wirbelsäule. Vor der Operation bin ich über diese möglichen Folgen nicht informiert worden.“ Hier haben sich Schmerzen im Be-

Vorwürfe in Bezug auf Aufklärungspflichten sind rückläufig

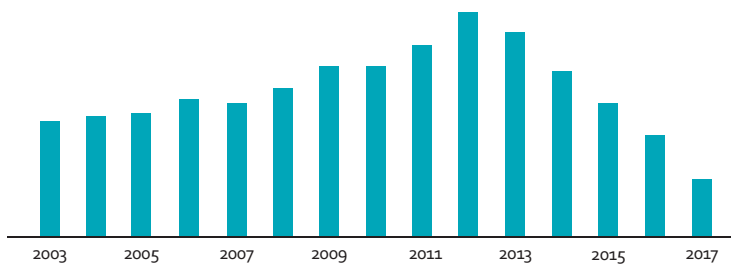


Abb. 3

Medikationsfehler in Krankenhäusern

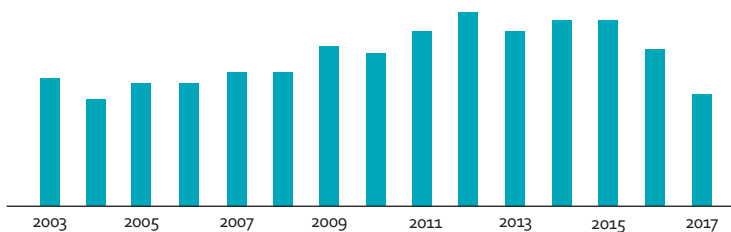


Abb. 4

Zahl der Behandlungsfehler im OP sinkt

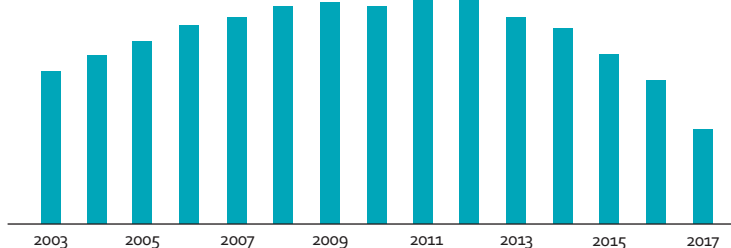


Abb. 5

reich der Hüfte nun an andere Stellen verlagert; die erhoffte Beschwerdebesse- rung ist aus Patientensicht nicht ein- getreten. In einer derartigen Situation liegt für den Patienten die Vermutung einer Fehlbehandlung nahe, und eine Anspruchserhebung wird zum Mittel der Wahl.

Einhergehend mit der Gesetzgebung wird einer guten Kommunikation mehr und mehr Bedeutung beigemessen. So organisieren zunehmend viele Kliniken interne Kommunikationsschulungen, um die Mitarbeiter nicht nur auf Standard-

situationen, sondern gerade auch auf außergewöhnliche Situationen vorzu- bereiten: sei es das Gespräch mit dem Patienten selbst oder mit seinen Ange- hörigen – hier kann bereits der Grund- stock gelegt werden, um Eskalationen nachhaltig zu vermeiden.

Fokus auf Medikamente

Betrachtet man die Schadenentwick- lungen der vergangenen Jahre, so darf der Aspekt der Medikationsprozesse nicht unerwähnt bleiben. Die Vergabe

von Medikationen birgt viele Gefahren: Von einem gänzlich falschen, verwech- selten Medikament bis hin zu einer feh- lerhaften Dosierung ist vieles möglich. Die daraus resultierenden Gesundheits- schäden reichen von zügig vorüberge- henden allergischen Reaktionen bis hin zu Todesfällen. Eine neue EU-Richtli- nie soll ab Februar 2019 zum einen für mehr Arzneimittelsicherheit sorgen und zum anderen auch Fälschungsmecha- nismen aushebeln. Das Thema der Si- cherheitsmerkmale der Medikamenten- verpackungen rückt damit erneut in den Fokus und führt dazu, dass sich deutsche Pharmaunternehmen und Apotheker der Frage widmen, ob die Verpackungen ausreichend anwenderfreundlich und so geeignet sind, Fehler in der Medikamen- teinnahme zu vermeiden.

Eine Auswertung zeigt, dass Medi- kationsfehlern zu Recht Bedeutung beigemessen werden sollte, denn über die Jahre ist ein leichter, aber dennoch steter Anstieg zu verzeichnen (Abbil- dung 4). Erst ab dem Jahr 2016/2017 zeigt sich ein Rückgang, der aber auf- grund der oft erst späten Schadenanzei- gen noch deutlich zunehmen kann.

Verbessertes Risikomanagement hat an vielen Stellen Wirkung gezeigt und sicher auch zu dem Rückgang der Be- handlungsfehler beigetragen. Beson- ders deutlich wird dies bei der Entwick- lung der Zahl der Behandlungsfehler, die sich im OP ereignen (Abbildung 5). Hier zeigt die Auswertung einen sehr deutlichen Abfall bereits ab dem Jahr 2013. Gelebte Teaminteraktion und Kommunikation bei gleichzeitiger Ver- wendung von OP-Checklisten dürften hier die Ursache wesentlich mit gesetzt haben.

Miriam Stüldt-Borsetzky
Leitung Schaden
Ecclesia Gruppe Assekuranz-Service GmbH
Klingenbergstraße 4
32758 Detmold
E-Mail:
miriam.stueldt-borsetzky@ecclesia-gruppe.de

„Man investiert viel in die Mitarbeiter, um eine neue Haltung zu entwickeln.“

Werner Hemmes ist Geschäftsführer Personal und Recht der BBT-Gruppe in Koblenz.



HRO

„Eine neue Haltung“

Die BBT-Gruppe will bis 2020 eine High Reliability Healthcare Organization (HRO) werden. Personalchef Werner Hemmes und Risikomanagerin Katja Himpler erklären im Interview, was hinter dem Konzept einer Hochzuverlässigkeitsorganisation steckt und wie es umgesetzt werden soll.

Warum will die BBT-Gruppe eine Hochzuverlässigkeitsorganisation werden?

Hemmes: Wir als BBT-Gruppe haben in unserer Unternehmensstrategie bis 2020 ein transparentes Qualitätsversprechen gegeben, das heißt: Wir wollen eine hohe Qualität in allen Geschäftsfeldern sicherstellen. Als eine Maßnahme bauen wir dafür die HRO auf. Die Initiative begann, als unsere Versicherer ein klinisches Risikomanagement (KM) gefordert haben, damit die Prämien nicht ins Unermessliche steigen. Mit Fertigstellung des KM hatten wir alle Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), die GBA-Richtlinien und andere Anforderungen erfüllt. Aber: Die BBT-Gruppe ist in mehreren Geschäftsfeldern aktiv, und ein klinisches RM endete an der Krankenhausporte. Für unsere Pflegeheime oder psychiatrischen Dienste beispielsweise hatten wir keines. Dr. Peter Gausmann von der GRB (s. Artikel Seite 3) hat uns dann mit der Fachschule Osnabrück zusammengebracht (Textkasten GIO). Das Ziel ist es, für alle Geschäftsfelder eine Hochzuverlässigkeitsorganisation zu sein.

Wollen Sie Qualitätsvorreiter werden?

Hemmes: Das wäre vermessen. Aber hoch soll die Qualität schon sein: mehr als der Durchschnitt, mehr als das, was gesetzlich gefordert wird.

Wie soll die BBT als HRO einmal arbeiten?

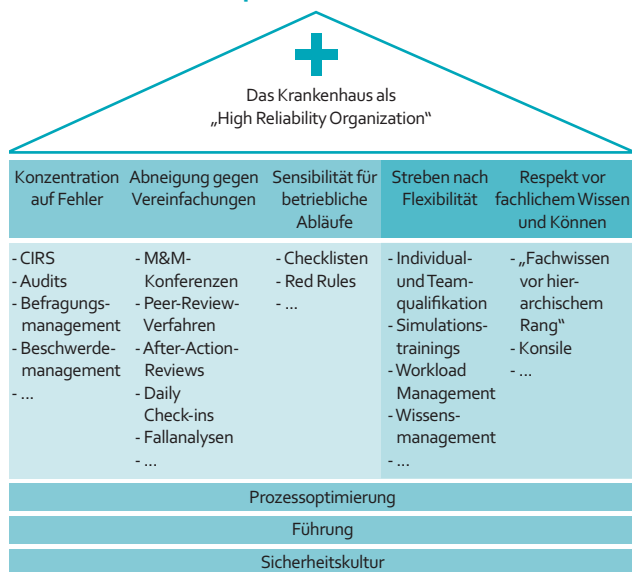
Himpler: Die Instrumente wie CIRS, Audits, M&M-Konferenzen, Peer Reviews, Checklisten und Teamtrainings sind im Gesundheitswesen bereits etabliert. Eine größere Herausforderung ist die Haltung: Führungskräfte haben hier eine sehr wichtige Vorbildfunktion. Sinnvolle Instrumente wie zum Beispiel der Leitfaden der Bundesärztekammer zu M&M-Konferenzen oder Checklisten zum Team-Time-Out sollen nicht aus dem Grund genutzt werden, um zum Beispiel eine Zertifizierungsanforderung zu erfüllen oder eine Vorgabe des Qualitätsmanagements. Der Sinn ist es, dass diese Instrumente eine wertvolle Quelle für Prozessoptimierungen und die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen, sind, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Das muss erkannt und verinnerlicht werden. Wir möchten jeden Mitarbeiter dahin bekommen, dass er in seinem Handeln die HRO-Philosophie so verinnerlicht hat, dass er sich keine Gedanken mehr darüber macht, ob das nun ein HRO-Instrument ist. Es sollte selbstverständlich sein, die Patientensicherheit immer im Fokus zu haben – das heißt immer zu reflektieren, ob es ein Risiko gibt. Hier haben wir in unserer Gruppe ein breites Spektrum mit unterschiedlichen Anforderungen und Herausforderungen.

„Führungskräfte haben eine sehr wichtige Vorbildfunktion.“

Katja Himpler ist Leiterin des Zentralbereichs Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagement der BBT-Gruppe in Koblenz.



Die fünf HRO-Prinzipien im Krankenhaus



i Als HRO sind Unternehmen definiert, die „ständig unter äußerst schwierigen Bedingungen arbeiten und [...] weniger Unfälle und Störungen auftreten, als statistisch zu erwarten wäre“. Fehler setzen diese Unternehmen nicht außer Gefecht. HRO sind gekennzeichnet von fünf Prinzipien der Achtsamkeit (Abbildung): Konzentration auf Fehler, Abneigung gegen Vereinfachungen, Sensibilität für betriebliche Abläufe, Streben nach Flexibilität und Respekt vor fachlichem Wissen und Können. Vorbild für Krankenhäuser ist insbesondere die Luftfahrtbranche.

Zum Beispiel?

Himpler: Nehmen Sie die Seniorendienste. Wie geht man damit um, dass ein demenziell erkrankter Bewohner aufstehen will, aber sturzgefährdet ist? Einsperren wollen wir ihn ja nicht. Wir diskutieren das sehr intensiv mit den Mitarbeitern, die durchaus Zwiespälte haben. Aber ein erster Schritt ist es, sich Gedanken zu machen – dass es eben nicht selbstverständlich ist, dass jemand fixiert wird oder Medikamente bekommt, um etwas ruhiger zu werden. Sondern dass wir abwägen, was wir wollen und wie wir das sicher gestalten können und zugleich die Aktivität des Patienten erhalten.

Sind Ihre Krankenhäuser hier bereits weiter als beispielsweise Ihre Seniorendienste?

Himpler: Ja, da das Sicherheitsdenken in vielen Bereichen bereits vorherrscht. Aber die Frage ist, wie man beispielsweise eine Checkliste anwendet. Unterschreibt man das nur, damit der Qualitätsbeauftragte zufrieden ist, oder nutzt man es ganz bewusst als ein Instrument, mit dem man sich klarmacht, dass man sich über die wichtigsten Dinge versichert hat.

Wie gehen Sie konkret vor?

Himpler: Wir gehen schrittweise vor und setzen jedes Jahr auf ein Thema. 2017 haben wir uns auf die Basics konzentriert, beispielsweise das CIRS-System evaluiert oder externe Audits in den Hochrisikobereichen wie Intensivstationen, OP oder Anästhesie durchgeführt. In diesem Jahr ist das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit im Fokus. Unsere Patienten, Bewohner und Klienten kommen im Schnitt mit vier bis fünf Medikamenten, die sich vielleicht vertragen, vielleicht aber auch nicht. In diesem Bereich sind Prozesse recht fehleranfällig, und es gibt eine relativ hohe Dunkelziffer von Verwechslungen, die ohne

i

Projekt „Gestaltungskompetenz als Innovator für hochzuverlässige Organisationen im Gesundheitssystem – (GIO)“

Immer wieder kommt es in Gesundheitseinrichtungen zu unerwünschten Zwischenfällen, die mit erheblichen Gefahren für die Patienten einhergehen können. Häufig konzentriert man sich dabei aber noch auf eine reaktive Fehleranalyse. Mechanismen des proaktiven Verhaltens beziehungsweise einer Sicherheitskultur sind im Gesundheitswesen, anders als in anderen Wirtschaftsbereichen, bisher nicht ausreichend etabliert. An diesem Punkt setzt das Projekt GIO an, indem es das Konzept der sogenannten „High Reliability Organizations“ (HRO, Hochzuverlässige Organisationen) als Orientierungsrahmen nutzt, auf die Anforderungen des Gesundheitswesens adaptiert und konsequent unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven der Gesundheits- und Versorgungsforschung (Public Health, Strategisches Management und Gesundheitsinformatik) erweitert. HRO verfolgen insbesondere eine proaktive Ausrichtung, das heißt, bereits vor dem Eintritt eines potenziellen Fehlers soll agiert werden. In GIO wird der Fokus auf die Kompetenzentwicklung von Mitarbeitern in Krankenhäusern gelegt. Dabei wird angestrebt, diese zu befähigen, eine hochzuverlässige Sicherheitskultur im Sinne der nachhaltigen Entwicklung gestalten zu können. Für diese Kompetenzentwicklung werden interaktive Lernangebote konzipiert, eingesetzt und evaluiert. Das Projekt GIO wird unter der Leitung der Universität Osnabrück in Kooperation mit der Freien Universität Berlin (Prof. Dr. Gerhard de Haan) und der Hochschule Osnabrück (Prof. Dr. Andrea Braun von Reinersdorff und Prof. Dr. Ursula Hübner) durchgeführt.

Kontakt:

Projektleitung: Prof. Dr. Birgit Babitsch, Universität Osnabrück, FB o8, New Public Health
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück, E-Mail: birgit.babitsch@uos.de

Projektkoordination: Nina-Alexandra Götz, Universität Osnabrück, FB o8, New Public Health
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück, E-Mail: nina.goetz@uos.de
www.nachhaltige-patientensicherheit.de

ernsthafte Folgen bleiben. Hier gehen wir nun intensiv in die Prozesse, sichten, wo Risiken bestehen und wie wir uns verbessern können. Das ist ein Thema, das wir über alle Geschäftsfelder gelegt haben – Krankenhaus, Seniorendienst, Psychiatrische Dienste, Behindertenhilfe. Zudem haben wir 25 Mitarbeiter zu Risikomanagern ausgebildet, die intern in ihren Einrichtungen dem Thema ein Gesicht geben und beispielsweise interne Audits durchführen.

Werden Sie dann 2020 auch ein HRO-Zertifikat an Ihrer Pforte kleben haben?

Himpler: Es gibt keine Zertifizierung, nur die fünf Prinzipien und die Philosophie. Die Literatur kommt überwiegend aus dem angloamerikanischen Bereich. Sowohl in Patienten- wie auch Mitarbeiterbefragungen lassen wir Fragen zur Sicherheit einfließen. Wir werden messen, ob sich hier das Verhalten wie auch das Erleben verändert. Dazu analysieren wir Personalkennzahlen wie Krankenstand, Fluktuation, Unfallstatistiken oder Schadensdatenbanken. Aber der Tag X, an dem wir HRO sind, wird so nicht zu benennen sein, da es sich um einen kontinuierlichen Prozess handelt und man mit dem Thema nie abschließt oder fertig ist. Deshalb ist HRO für uns auch kein klassisches Projekt mit Anfang und Ende, sondern kontinuierliche alltägliche Aufgabe in der Linie.

Nehmen Ärzte und Pflegende das Thema ähnlich an?

Hemmes: Als sinnvoll erachten es alle. Kritisch wird es bei den knappen Ressourcen: Der Alltag ist voll, die Zeit ist knapp. Trotzdem muss man sich diesem Thema annehmen. Das wird auch in unserer Gruppe nicht mehr infrage gestellt. Wir befeuern das Thema, indem wir es bei Tagungen und Konferenzen der Ärzte platzieren und in unseren internen Kommunikationsmitteln.

Gefährdet der Personalmangel Ihr Ziel, eine HRO zu werden?

Himpler: Nein, denn genau das macht eine HRO aus: dass sie trotz schwieriger Umstände und komplexer Abläufe funktioniert, wohingegen andere Einrichtungen, die das nicht so verinnerlichen, eventuell an ihre Grenzen kommen. Wir wollen durch unsere Anstrengungen sehr frühzeitig Risiken minimieren, statt dann nur zu reagieren.

Hemmes: Man investiert viel in die Mitarbeiter, um eine neue Haltung zu entwickeln. Das heißt für mich als Personalmanager, alles zu tun, diese Beschäftigten zu halten. Wir sind froh, dass wir die Kooperation mit der Hochschule Osnabrück haben. Denn hier geht es genau darum, Mitarbeiter zu befähigen, mit den Anforderungen einer HRO umzugehen. Wir wollen auch Teamtrainings vor Ort anbieten, vor allem in den Risikobereichen, aber auch in den geriatrischen Bereichen – in der Praxis miteinander üben: Wie geht der Einzelne in der Notfallsituation mit einem Problem um? Das ist ein großer Part, den wir uns für das zweite Halbjahr und 2019 vorgenommen haben.

Gibt es auch ökonomische Erwartungen?

Himpler: Nein, und das ist auch nicht unser Ansatz. Im Gegenteil: Wir investieren sehr viel Geld in diesen vier Jahren, das wir nicht refinanziert bekommen. Die Haftpflichtprämien werden wir damit nicht gravierend senken können. Aber jeder nicht geschehene Schaden spart nicht nur Geld, sondern auch Zeit, insofern verbessern wir natürlich auch unsere Prozesse. In der monetären Wirkung kann man das nicht oder nur schwer messen.

Das Interview führte Florian Albert.



ECCLESIA Gruppe



IHR PARTNER FÜR ALLE FÄLLE

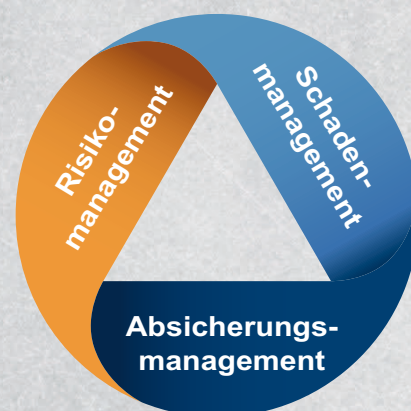
TRAGFÄHIGE ABSICHERUNGEN FÜR IHRE RISIKEN

Sie suchen bedarfsgerechten und nachhaltigen Versicherungsschutz?

Als Ihr Partner beim Thema Absicherung finden wir die Lösung, die perfekt auf Ihre Risiken im Krankenhaus zugeschnitten ist – kompetent, erfahren, professionell.

Anforderungen der Patientensicherheit werden integriert in praxisorientierte Beratungsprozesse und empirische Schadenprävention.

Seit Jahrzehnten Partner der Krankenhäuser und Rehakliniken und aktives Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS).



Ecclesia Gruppe • Klingenbergstraße 4 • 32758 Detmold • Telefon +49 (0) 5231 603-0
Fax +49 (0) 5231 603-197 • info@ecclesia-gruppe.de • www.ecclesia-gruppe.de