



L A U T G E D A C H T

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

Patientensicherheit und medizinische Fehler

Dr. Gottfried Endel

Um sowohl die Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens zu gewährleisten, aber auch um den Aspekt von „Gesundheit neu denken“ umsetzen zu können, wird der Beschäftigung mit Qualitätsmanagement (QM) im österreichischen Krankenhausbereich künftig ein hoher Stellenwert einzuräumen sein.

In einem Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungs-träger über „Patientensicherheit und medizinische Fehler“ wird darauf hingewiesen, dass derzeit noch keine Aufzeichnungen von „Fehlern“ im österreichischen Gesundheitssystem existieren, wenngleich es evident ist, dass es im Gesundheitssystem laufend zu „Fehlern“ kommt. Neben Vorfällen, welche auch in die mediale Öffentlichkeit dringen (zuletzt Graz, früher AKH Wien, Lainz, OÖ etc.), gibt es eine Vielzahl von für Patienten unerwünschten Verläufen. Diese beschäftigen teilweise die Patientenanwälte in den Bundesländern, Schlichtungsstellen der Ärztekammern oder auch Gerichte. Aus Untersuchungen aus dem Ausland kann geschlossen werden, dass dabei nur die so genannte „Spitze des Eisberges“ erfasst wird.

Ein Vorschlag zu einem österreichischen Fehlermeldesystem sieht einen 4-Stufen-Plan zur Einführung eines flächendeckenden Meldesystems vor. Erfahrungen mit der Aufnahme einer Verpflichtung,

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegethemen, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Qualitätssicherung in den Krankenanstalten durchzuführen, zeigen, dass für eine rasche Umsetzung eine Kopplung an das Finanzierungssystem oder ein funktionierender Sanktionsmechanismus erforderlich sein wird. Es erscheint daher zweckmäßig, diese Veränderung in die Überlegungen zur Neuverteilung der Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem miteinzubeziehen.

Anonymes Fehlermeldesystem

Aus der Qualitätssicherung ist bekannt, dass das Reagieren auf Fehler eine Möglichkeit der Systemverbesserung darstellt. Eine „Fehlerkultur“, um das Verbesserungspotenzial zu nutzen, existiert noch nicht und die Einführung eines „anonymen Fehlermeldesystems“ wird vorgeschlagen.

Fehlermeldesysteme sind ein wertvolles Instrument in Qualitätsmanagementsystemen (QM). Dieses Thema kann daher nicht losgelöst von den Rahmenbedingungen im QM -Bereich betrachtet werden. Insgesamt sollte für die Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems ein strategisches Konzept erarbeitet und in der Folge die Voraussetzungen für eine Umsetzung geschaffen werden.

Aufgrund internationaler Daten muss im österreichischen Krankenhausbereich

pro Jahr mit ca. 245.000 Zwischenfällen und

ca. 2.900 bis 6.800 iatrogenen Todesfällen

gerechnet werden. Diese Zahlen rechtfertigen – auch wenn sie hoffentlich eine worst case Schätzung darstellen – jedenfalls ein konsequentes Vorgehen beim und die Investition in QM.

Aufgrund der fehlenden Infrastruktur und Ausbildung in Österreich ist ein schrittweises Vorgehen für die Einführung eines *Incident Reporting Systems* notwendig. Die Strukturkommission hat in der Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen bisher nur wenige konkrete Projekte im Bereich Qualitätssicherung umgesetzt. Dies schafft auch den zeitlichen Spielraum für die Beeinflussung der Fehlerkultur und die Vorbereitung für die Schaffung der nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen.

Patientensicherheit und medizinische Fehler

Autor: Dr. Gottfried Endel

erschienen: November 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Wenngleich aus der Qualitätssicherung bekannt ist, dass das Reagieren auf Fehler eine Möglichkeit der Systemverbesserung darstellt und aus dem medizinischen Alltag bekannt ist, dass „Fehler“ nicht zwangsweise zu Patientenschäden führen müssen, lehrten jedoch Erfahrungen von Patientenanwälte sowie die Diskussion über die „verschuldensunabhängige Entschädigung“ von Patientenschäden, dass in Österreich keine Bereitschaft besteht, diese Fragestellungen offen zu diskutieren. Eine „Fehlerkultur“, die es ermöglicht, diese als Verbesserungspotential zu nutzen, existiert derzeit noch nicht.

Auf Grundlage von *Evidence Based Medicine* (EBM) soll ein Modell für ein anonymes Fehlermeldesystem erarbeitet und in die laufenden Verhandlungen zur Spitalsfinanzierung im Themenbereich Qualitätsmanagement als Vorschlag der Sozialversicherung für eine konkrete Stärkung dieses Bereiches eingebracht werden.

Fragestellungen in diesem Zusammenhang lauten etwa:

- „mit wie vielen Fehlern muss im österreichischen Gesundheitssystem gerechnet werden?“
- „Gibt es ausländische Beispiele für ein derartiges Fehlermeldesystem?“
- „Welche Charakteristika zeigen diese ausländischen Beispiele?“
- „Welche Folgen ergeben sich aus diesen Systemen?“
- „Wie sollte ein österreichisches Fehlermeldesystem aussehen?“

Derzeit existieren noch keine Aufzeichnungen von „Fehlern“ im österreichischen Gesundheitssystem. Wenn man davon ausgeht, dass die Fehlerhäufigkeit in unterschiedlichen Gesundheitssystemen vergleichbar und die Definition des Begriffes „Fehler“ identisch ist, kann aus den Häufigkeiten, wie sie in anderen Gesundheitssystemen beschrieben sind auf die wahrscheinliche Häufigkeit in Österreich rückgeschlossen werden.

Patientensicherheit und medizinische Fehler

Autor: Dr. Gottfried Endel

erschienen: November 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Beispielsweise findet in der Schweiz das *Critical Incident Reporting System* (CIRS) Anwendung. Basierend auf Erfahrungen aus Australien (*Anaesthesia Incident Monitoring Study*) beschloss die Vollversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesie im Oktober 1996 ein nationales Meldesystem für kritische Ereignisse in der Anästhesie auf anonymer Basis. Seit dem 1.1.1998 ist dieses System nun in Betrieb. Das Erfassen der sogenannten „*Critical Incidents*“ kann im weitesten Sinne ein Instrument der Qualitätssicherung sein. In der Folge wurde das System auch für andere Fachgruppen und vor allem für den Bereich der Grundversorgung ausgebaut

Wenn systematisch und in größerem Rahmen jene Situationen zusammengestellt werden, welche die Sicherheit des Patienten gefährden, können potentielle Gefahrenkonstellationen aufgedeckt werden. Zu denken ist dabei nicht nur an fehlerhaftes oder unsicheres Material, sondern auch an Situationen, die aus systemimmanenten Gründen gefährlich werden können.

Ein Vorschlag für ein österreichisches Fehlermeldesystem sollte folgende – auf internationalen Beispielen fußende - Voraussetzungen miteinbeziehen:

- Ein Fehlermeldesystem ist als Bestandteil des Qualitätsmanagements zu betrachten.
- Es sind rechtliche Vorkehrungen zu treffen, dass die Vertraulichkeit und Anonymität gewahrt werden kann.
- Begleitende Maßnahmen aus anderen Bereichen des Qualitätsmanagements und das gezielte Unterstützen der erforderlichen Veränderungsprozesse sind unbedingt erforderlich. Dies betrifft unter anderem auch den Bereich der Ausbildung und Öffentlichkeitsarbeit.
- Eine (international) einheitliche Taxonomie ist erforderlich.
- Die Ressourcen für das wissenschaftliche Auswerten der Ergebnisse sind zu schaffen.

Patientensicherheit und medizinische Fehler

Autor: Dr. Gottfried Endel

erschienen: November 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Daraus ergibt sich ein Stufenplan für das Vorgehen bei der Zielsetzung, ein flächendeckendes Meldesystem einzuführen.

Schritt 1:

Es wird für Krankenanstalten ein externes Auditverfahren zur Evaluierung der internen Qualitätssicherung QS eingeführt. Ein Fehlen dieser externen Audits wird mit einer Reduktion der Punktwerte sanktioniert. An den 3 Universitätskliniken werden Pilotprojekte eines Incident Reporting Systems finanziert, um die wissenschaftlichen und personellen Voraussetzungen für Schritt 2 zu schaffen.

Schritt 2:

Ein internes Incident Reporting System wird als Bestandteil der QS „verordnet“. Damit unterliegt auch dieser Bereich dem externen Audit. Die Taxonomie wird ebenfalls vorgegeben. Dieser Schritt ist mit entsprechenden Ausbildungsmaßnahmen und einer Berichterstattung in der Öffentlichkeit zu begleiten. Die Voraussetzung dafür ist, dass auch die Ressourcen für die wissenschaftliche Auswertung nunmehr geschaffen werden. Gleichzeitig werden die Vorarbeiten für die rechtliche Absicherung derartiger Systeme erarbeitet.

Schritt 3:

Es werden mehrere Pilotprojekte in Krankenanstalten mit dem Focus Aufnahme- und Entlassungs – Incidents finanziert, um das Problembewusstsein für den niedergelassenen Bereich zu schaffen. Auf freiwilliger Basis können dabei bereits Meldungen aus dem niedergelassenen Bereich aufgenommen werden. Die Lösung für die rechtliche Absicherung der Vertraulichkeit und Anonymität wird über die Öffentlichkeitsarbeit verbreitet und eine politische Meinungsbildung vorbereitet.

Patientensicherheit und medizinische Fehler

Autor: Dr. Gottfried Endel

erschienen: November 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Schritt 4:

Durch Veröffentlichung der Ergebnisse aus dem Schnittstellenbereich und die politische Meinungsbildung sind die Voraussetzungen gegeben, eine rechtliche Basis für die verbindliche Implementierung des Meldesystems in das Qualitätsmanagement der niedergelassenen Ärzte zu schaffen. Als Begleitmaßnahme wird im Leistungsrecht der Krankenversicherung eine Verbindung zu den Honorierungsbestimmungen geschaffen um – wie im Krankenhausbereich eine fehlende Teilnahme sanktionieren zu können.

Literaturauswahl:

In Großbritannien wird angenommen, dass Zwischenfälle in 10,8% aller Krankenhausaufnahmen feststellbar sind. (Vincent C, Stanhope N, Corwley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1999;5:1–4)

Nur etwa 6% dieser Vorfälle werden als “Fehler” gemeldet. (Joshi MS, Anderson JF, Marwaha S. A systems approach to improving error reporting. *Journal of Healthcare Information Management* 2002;16(1):40–5)

In Japan wird angenommen, dass hinter jedem gemeldetem Zwischenfall 29 nicht gemeldete und 300 „Irregularitäten“ versteckt sind. (Nippon Geka Gakkai Zasshi. 2001 Mar;102(3):294-8.[To err is human but error can be prevented] [Article in Japanese] Muto T. Cancer Institute Hospital, Tokyo, Japan.)

In den USA wird im Report des Institut of Medicine (IOM) „To err is human“ festgestellt, dass zwischen 44000 und 98000 Patienten in Amerikas Spitäler jedes Jahr an den Folgen vermeidbarer Fehler sterben. (Eff Clin Pract. 2000 Nov-Dec;3(6):277-83. How many deaths are due to medical error? Getting the number right. Sox Jr HC, Woloshin S. Dartmouth Medical School, Hanover, NH, USA.) Diese Zahl wird von den Autoren dieses Artikels als zu hoch betrachtet.

Patientensicherheit und medizinische Fehler

Autor: Dr. Gottfried Endel

erschienen: November 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Das Institut on Healthcare Improvement hat für die notwendigen Veränderungen ein Rahmenwerk mit 6 Zielfeldern vorgeschlagen (Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine Washington, DC, USA: National Academy Press; 2001).

In der Folge wurde unter Beteiligung der American Medical Association AMA die National Patient Safety Foundation NPSF gegründet. Mit diversen politischen Initiativen und dem Code of medical Ethics wurde der Grundstein für den USA Patient Safety and Quality Improvement Act S. 720 gelegt. Offene Briefe der AMA an Senatoren fordern diese auf, den Beschluss des USA Patient Safety and Quality Improvement Act S. 720 in der vorliegenden Form zu unterstützen.

Patientensicherheit und medizinische Fehler

Autor: Dr. Gottfried Endel
erschieden: November 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor: Dr. Gottfried Endel

Familienstand: verheiratet, 3 Kinder, geb. 1987, 1988, 1990

| | |
|---|---|
| 13.10.1957 | geb. in Mödling, NÖ |
| 1963 – 1967 | Volksschule |
| 1967 – 1975 | Bundesrealgymnasium |
| 13.06.1975 | Reifeprüfung |
| 1975 – 1983 | Medizinstudium an der Universität Wien |
| 13.10.1983 | Promotion zum Dr.med.univ. |
| 03.10.1983 – 31.03.1984 | Grundwehrdienst beim Österreichischen Bundesheer |
| 01.04.1984 – 02.01.1985 | Zeitsoldat – Arzt |
| 01.01.1985 – 31.12.1987 | Krankenhaus Klosterneuburg – Turnusarzt |
| 01.01.1988 | Eintritt in die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Hauptstelle, Chefärztlicher Dienst |
| seit 02.10.1989 Ordination in 3400 Klosterneuburg | |
| 24.03.1993 | Ernennung zum Notarzt |
| 01.10.1993 | Bestellung zum ständigen Stellvertreter des leitenden Arztes |
| 01.12. 2003 | Leitung des Chefärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft |
| 01. 05. 2004 | Leitung der Stabstelle Evidence Based Healthcare im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger |

Arbeitsschwerpunkte:

Evidence Based Medizin (EBM) und Health Technologie Assessment (HTA)
 Gesundheitsökonomie, Heilmittelökonomie
 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)
 Bundespflegegeldgesetz, österreichisches Pensionssystem, medizinische Begutachtung
 Projektmanagement, Qualitätsmanagement, Geschäftsprozessoptimierung
 Datenschutz, Datensicherheit, elektronische Signatur, e-health und e-goverment

Patientensicherheit und medizinische Fehler

Autor: Dr. Gottfried Endel

erschienen: November 2004

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.