

ÄRZTEKAMMER BERLIN



[Foto: Stefanie Seuffert]

„Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Bedeutung und Hintergründe“

Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement
20.02.2017, Berlin

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Die wichtigste Person
im Leben eines kranken Menschen
ist der Arzt.

*Die wichtigste Person **im Gesundheitssystem**
ist der Arzt.*

*Die wichtigste Person **im Gesundheitswesen**
ist der Patient.*

Die **Qualitätsdiskussion** im Gesundheitswesen
resultiert aus zwei Faktoren:

Im Guten: „Leistungsexplosion“

Im Bösen: fehlsteuernde Anreize
(Budgets, DRGs, Bürokratie...)

Leistungsfähigkeit der Medizin:



[Quelle: ddp images]

Diabetes mellitus Typ I



Cor pulmonale NYHA III

Fehlsteuernde Anreize – Bsp. DRG?

„Ökonomisierung/Kommerzialisierung“ der Medizin

*„Durch die **Einführung von DRGs** hängt der **wirtschaftliche Erfolg** respektive das wirtschaftliche Überleben der Leistungserbringer von dem Umfang ab, in dem sie **Kosten bzw. Leistungen minimieren**. Damit wird eine Dynamik in Gang gesetzt, die die Patienten einem **Versorgungsrisiko** aussetzt. Dies kann individuell kaum abgewehrt werden, insbesondere wenn Patienten krankheitsbedingt eingeschränkt sind oder Schichten mit geringerer Bildung angehören.*

*Obwohl dieses Risiko in der internationalen Diskussion weitgehend unbestritten ist, **existiert derzeit kein praktikables System, das in der Lage wäre, all die subtilen Mechanismen zu entdecken, mit denen bei so komplexen Dienstleistungen betriebliche Kosten an Patienten und Öffentlichkeit in Form von Risikoselektion, impliziter Rationierung und Qualitätseinschränkung weitergereicht werden**“.*

[Zitat: PD Dr. Hagen Kühn, WZ-Berlin, 1999, Stellungnahme vor dem Deutschen Bundestag]

Einfluss von Fallpauschalen auf die Qualität der medizinischen Behandlung bei Patienten mit hüftgelenksnahen Frakturen (USA 1987)

	Ohne Fallpauschalen	Mit Fallpauschalen	Diff. %
Liegezeit	16,6 Tage	10,3 Tage	-37,6%
Zahl der krankengymnastischen Anwendungen	9,7	4,9	-49,5%
Entlassungen in Pflegeheime	21%	48%	+129%
Hauspflegebedürftig	13%	39%	+300%

[Quelle: John F. Fitzgerald et al. (Indiana University School of Medicine/Indianapolis, USA)
 Changing patterns of hip fracture care bevor and after implementation of the prospective
 5 payment system (JAMA 1987; 258: 218-221)]

Einfluss von Fallpauschalen/DRGs bei älteren Patienten mit Pneumonie

	<i>1992</i>	<i>1997</i>	<i>Diff. %</i>
Stationäre Verweildauer ? Tage	11,9	7,7	-35,3 %
Krankenhauskosten pro Fall	\$ 9228	\$ 6897	-25,3 %
Mortalität während des stationären Aufenthalts	14,1 %	12,0 %	-14,9 %

Quelle: Mark L. Metersky et al. (University School of Medicine / Connecticut, USA)
 – Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia –
 (Arch Intern Med. 2000; 160:3385–3391)

Einfluss von Fallpauschalen auf die Qualität der medizinische Behandlung bei älteren Patienten mit Pneumonie

	<i>1992</i>	<i>1997</i>	<i>Diff. %</i>
Tod innerhalb 30 Tage nach Aufnahme	15,7 %	17,8 %	13,4%
Tod innerhalb 30 Tage nach Entlassung			
Σ alle Patienten	6,9 %	9,3 %	+ 34,8 %
Σ Verlegung in Pflegeeinrichtung	14,9 %	16,5 %	+ 10,7 %
Verlegung in Pflegeeinrichtung	30,3 %	43,1 %	+ 42,2 %
Stationäre Wiederaufnahme wg. Rückfall	3,0 %	3,7 %	+ 23,3 %

Quelle: Mark L. Metersky et al. (University School of Medicine / Connecticut, USA)
 – Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia –
 (Arch Intern Med. 2000; 160:3385–3391)

*„Die Ärzte dürfen die Patienten nicht zu
früh entlassen. Das ist
unverantwortlich!“*

[Dr. W. G., Krankenkassenvorstand, pers. Gespräch 1999]



Deutschlands Zukunft gestalten

Koalitionsvertrag
zwischen CDU, CSU und SPD

18. Legislaturperiode

2013

*„Die Einführung des Systems
diagnosebezogener Fallgruppen
(DRG-System) als leistungs-
orientiertes Entgeltsystem war richtig.“*

[Quelle: **Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD von 2013**]

“4.2. Fallpauschalen: Effizienzpotentiale und Fehlanreize

...bedarf es von Beginn an flankierender angemessener Qualitätsmanagementmaßnahmen...”

“4.4 Eine einseitige Orientierung des neuen Vergütungssystems an Kosteneinsparungen und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist gefährlich.

Krankenhäuser gefährden ihre Existenz derzeit durch schlechte Qualität weniger als durch hohe Kosten.”

[Quelle: Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001]

„Mit ca. 65 bis 70 % stellt der Personalbereich den Hauptblock der Kosten dar. ... Für die Krankenhausleitung bleibt die qualitative Besetzung (zum Beispiel AIP anstelle Assistenzarzt) der Stellen, die Anzahl der Stellen und Teile der variablen Personalkosten (Bereitschaftsdienste) beeinflussbar.

Die Einhaltung des extern vereinbarten Personalbudgets, vermindert um eine kalkulierte Sicherheitsrate, ist der Hauptansatzpunkt jedes Kostenmanagements.“

[Zitat: f&w, 3/96, S. 200-206]

Risikofaktor Personalmangel !!

*„Wenn wir auf Intensivstationen die Zahl der Intensivschwestern von **5 auf 4** reduzieren, erhöht sich die Zahl der Infektionen um **23%**.“*

[Zitat: Prof. Dr. N. N., AD einer Uniklinik, März 2012]

Hans-Böckler-Stiftung > Presse > Pressemitteilungen > 2017

PRESSEMITTEILUNGEN 2017

| **2017** | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005

09.02.2017

Studie: International verbreitetes Instrument

**GESETZLICHE MINDESTSTANDARDS FÜR PERSONALSCHLÜSSEL IN DER KRANKENPFLEGE
KÖNNEN ÜBERLASTUNG UND KOMPLIKATIONEN REDUZIEREN**

PRESSE

Pressemitteilungen

Podcasts

Themen und Experten

Fotos und Grafiken

Service aktuell

USA: 5,3 Patienten pro Fachkraft, Niederlande: 7, Deutschland: 13

Dabei wären verbindliche Richtlinien hierzulande dringend nötig: Die Forscher zitieren die internationale Pflege-Vergleichsstudie RN4CAST aus dem Jahr 2012, der zufolge in den USA durchschnittlich 5,3 Patienten auf eine Pflegefachkraft kommen, in den Niederlanden 7, in Schweden 7,7 und in der Schweiz 7,9. In Deutschland müssen sich Krankenschwestern dagegen im Schnitt um 13 Patienten kümmern.

Auszug [http://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/106575_107296.htm]



Versorgungsrealität?

Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement, 20.02.2017, Berlin

20.09.2010

Assistenz bei eiligen Kaiserschnitten

Liebe Kollegen,
Ich danke für Ihre und die Bereitschaft Ihrer Mitarbeiter, uns bei Notfällen, eiligen Kaiserschnitten, zu unterstützen. Da zur Zeit nur noch ein diensthabender Gynäkologe im Hause ist, muss auch vor Eintreffen des Oberarztes mit einem eiligen Kaiserschnitt begonnen und das Kind zügig entwickelt werden. Die EE-Zeit, Zeit von der Entscheidung zur Eiligen Sectio bis zur Entwicklung des Kindes, darf nicht mehr als 20 Minuten betragen. Hierzu benötigen wir Unterstützung von einem operativen Kollegen. Ich darf Ihren Mitarbeitern nochmals anbieten, bei einem Kaiserschnitt oder mehreren geplanten Kaiserschnitten zu assistieren, um den Ablauf der OP zu sehen. Sicher ist

es für Ihre Mitarbeiter auch interessant. Glücklicherweise für Ihre Mitarbeiter auch interessant. Glücklicherweise selten in Anspruch nehmen müssen; wenn dies jedoch
Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie Ihre Mitarbeiter in

Ich verbleibe mit freundlichem Gruß und bestem Dank


Chefarzt

Betreff: Assistenz bei eiligen Kaiserschnitten im 

Sehr geehrter Prof. 
mit Kopie in alle Arztfächer wurden die orthopädischen Ärzte am 27.9.2010 davon in Kenntnis gesetzt, dass es eine Absprache der Chefärzte gegeben habe, im Falle einer eiligen Sectio den inzwischen einzigen diensthabenden Gynäkologen bis zum Eintreffen des Oberarztes operativ zu unterstützen. Mit Schreiben vom 20.9.2010 bedankt sich Herr PD Dr.  bei den angesprochenen Mitarbeitern der Chirurgie, Orthopädie und Urologie für deren Bereitschaft zur Unterstützung.

Bei einer so tiefgreifenden Neuerung der Organisation bedarf es doch etwas mehr, als der sehr oberflächliche Information aus dem "Dankschreiben" von Dr. . Es geht daraus nicht hervor, ob Tagdienst oder Bereitschaftsdienst gemeint ist. Oder ob dies alles nur für die Wochenendtage gilt. Das Angebot, einmal bei einem geplanten Kaiserschnitt zu assistieren, löst die organisatorischen Probleme im seltenen Notfall keinesfalls.
Insbesondere vor dem Hintergrund des bereits eingetretenen GIRS-Falles, bei dem der zur Hilfe gerufene Urologe den Weg in den Kreissaal nicht gefunden hat, ist eine genaue Verfahrensanweisung bei solchen eiligen Sectiones bei denen ja "jede Minute zählt" unabdingbar. Es muß festgelegt werden, wer ruft wen wann über welches Telefon wohin zur Hilfe. Das bisherige Procedere erscheint unprofessionell und haftungsrechtlich bzgl. des Eintretens eines Schadensfalls bei Mutter oder Neugeborenem höchst problematisch.

Eine reguläre Dienstanweisung der beteiligten Chefärzte an Ihre Assistenten mit exakter Verfahrensanweisung ist nötig.

Ich bitte dringend, dies Intern zu diskutieren und vor dem nächsten Notfallsectio-Ereignis zu installieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. 

Berliner Patientenbeauftragte legt Tätigkeitsbericht vor

Montag, 25. August 2008

„Die Patienten, die sich im Erhebungszeitraum an das Berliner Büro wendeten, beklagten sich außerdem über den spürbaren Kostendruck und die Verdichtung der Arbeit in Krankenhäusern. Das ärztliche Personal und die Pflegekräfte hätten keine Zeit mehr, weil überall Personal abgebaut worden sei. Das führe zu übermäßiger Belastung und Fehlern.“

[<http://www.aerzteblatt.de/V4/news/news.asp?id=33451>]

***„So wird aus einem
Systemfehler

das individuelle Versagen
eines einzelnen Arztes“***

[DÄT 1998 Günther Jonitz]



**Jedes System neigt zunächst
zur Leistungsausweitung,
dann zur Optimierung.**

Optimierung:

€ (=Profit, Rendite)

oder

Qualität

= hochwertige Behandlung und humane
Betreuung

*„Wer auf die Kosten schaut, senkt die Qualität,
wer auf die Qualität achtet, spart auch bei den Kosten“*

Was ist „gute Medizin“?:

Es kommt darauf an...

„Epidemiologists love hard data. They want to know, whether people are dead or alive. They can count that with confidence.

Doctors are less demanding, but still like to see evidence of objective improvement in their patients:

Indeed, they may be happy when a hypertensive patient's blood pressure is coming down even if he or she is feeling worse.

Patients, on the other hand, are much concerned with such things as how they feel, how well the doctor communicates, and whether they have confidence in their doctors – things that are annoyingly hard to measure.

Epidemiologists, doctors, and patients may thus all reach different conclusions about whether a medical activity is worth while.“

[Quelle: BMJ Vol 312, 2 March 1996, Editor's choice]

Was ist „gute Medizin“?:

Die, die mein Patient braucht,
Die, die der Arzt beherrscht
Und die, die er wissen und können
sollte

(= *Evidenzbasierte Medizin* n. David Sackett)



Wie wird sie gewährleistet?:

**Z. B. durch die Übernahme der
persönlichen Verantwortung.**

= Prinzip der Führung durch Autorität

***„Und das Schönste ist: Seitdem ich
Chefarzt geworden bin,
stimmen alle meine Diagnosen!“***

[Zitat: Leiter einer Abteilung für Pathologie, *hoffentlich ironisch gemeint*]

Reicht das aus?



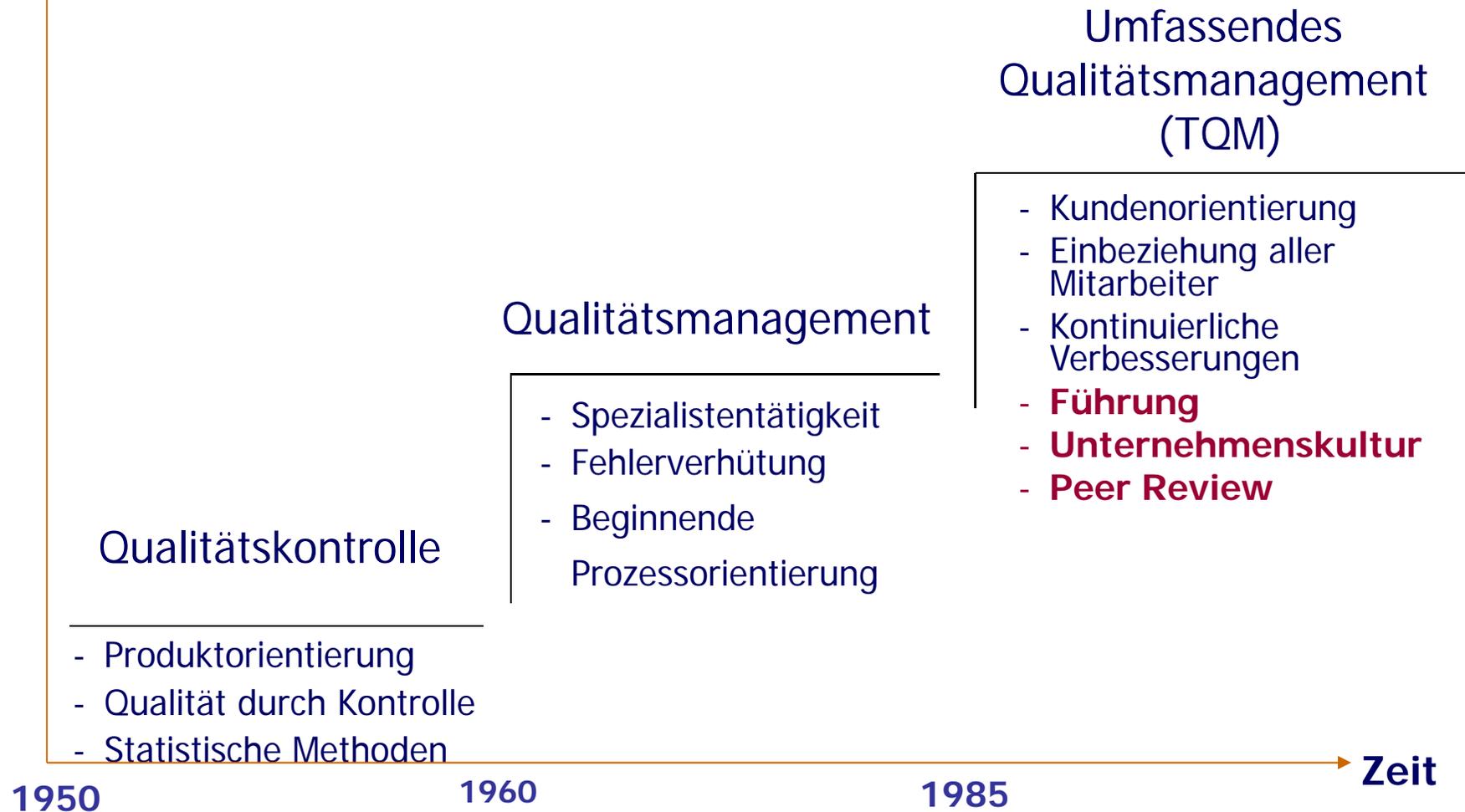
Entwicklung der Qualitätskonzeptionen in Industrie und Wirtschaft

[nach: Deutsche Gesellschaft für Qualität]



Qualität

Entwicklung der Qualitätskonzepte in Industrie und Wirtschaft



**„Weiche Faktoren“ bestimmen „harte
Qualität“.**

**Die Führung bestimmt die
Unternehmenskultur.**

**Je besser die Unternehmenskultur ist,
desto besser ist die Qualität des
erstellten Produktes oder der
erbrachten Dienstleistung.**

„TQM ist eine Führungsmethode, die auf der Mitwirkung aller Mitglieder einer Organisation basiert.

Die Führung wird so ausgerichtet, dass alle Mitarbeiter tatsächlich die Möglichkeit haben, mitzuwirken.

Qualität wird letztlich durch die Menschen des Unternehmens erzeugt;

nur wenn das Umfeld stimmt, können sie ihre volle physische und psychische Energie in den Dienst des Kunden stellen“.

[Quelle: Hummel, Malorny, TQM, Hanser Verlag 1997]

T Q M = T G M

Total

Gesunder

Menschenverstand

Aktivitäten der Ärzteschaft:

- QS Peri/Neonatologie
- QS in der Chirurgie
- Deutscher Ärztetag 1993
- Curriculum ärztliches Qualitätsmanagement
- Ärztliches Zentrum für Qualität (www.azq.de)
- Bundesgeschäftsstelle QS (www.bqs-online.de)
- Kooperation für Transparenz und Qualität (www.ktq.de)
- Qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung DÄT 2000
- Curriculum Evidenzbasierte Medizin
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (DÄT 2005)
- Curriculum Patientensicherheit
- **Curriculum Ärztliche Führung**
- **Curriculum Ärztliches Peer Review 2011**
- Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz 2016

„Wiederentdeckung primärer ärztlicher Tugenden auf systematischer Basis“ GJ



**„Mache die Ergebnisse transparent,
und du erhältst einen Wettlauf der Systeme.“**

[Reinhard Mohn]



Projekte und Organisationen:



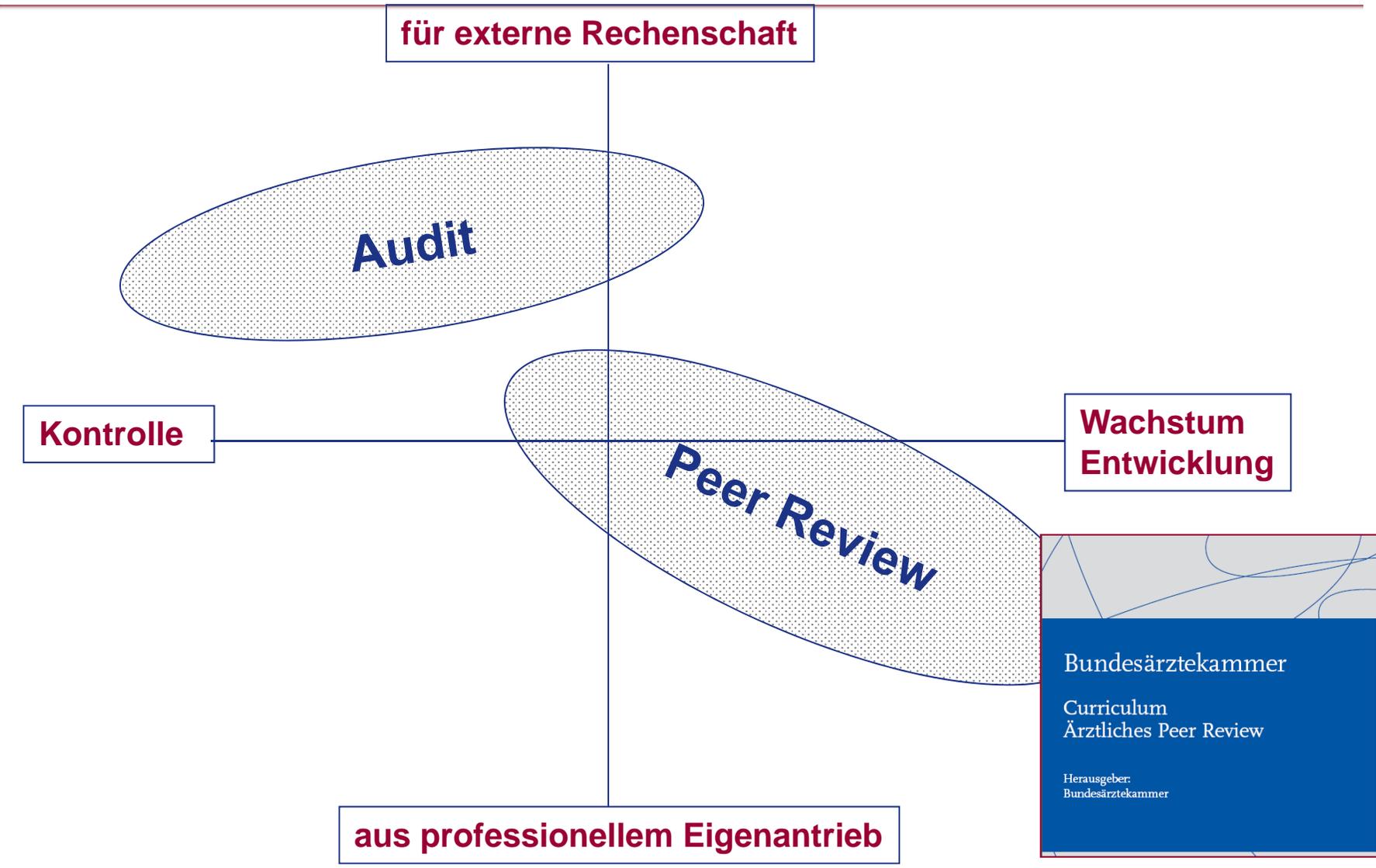
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen



u.a.m.



Vergleich Audit - Peer Review



Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

[Nach: Nisbet, The Evaluation of Education Programmes: Methods, Uses and Benefits, (S&Z) 1990]



Führung/Steuerung
durch
Vorschriften/Richtlinien/Gesetze
und
Mengenvorgaben??

Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

Inkrafttreten		Durchschnittlicher Beitragssatz in %
1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	12,9
1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	13,22
1995	Bundespflegegesetzverordnung	13,15
1995	Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG)	13,15
1997	Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntG)	13,58
1997	1. GKV-Neuordnungsgesetz (1.NOG)	13,58
1997	2. GKV-Neuordnungsgesetz (2.NOG)	13,58
1999	GKV-Finanzstärkungsgesetz	13,62
1999	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	13,6
2000	GKV-Gesundheitsreform 2000	13,57
2001	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)	13,58
2002	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz	13,98
2002	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	13,98
2002	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der GKV	13,98
2002	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)	13,98
2003	Krankenhaus-Entgeltgesetz	14,31
2003	Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)	14,31
2003	Fallpauschalengesetz (FPG)	14,31
2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	14,22
2006	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)	14,21
2007	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG)	14,8
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	14,8
2008	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	14,9
2009	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)	15,2*
2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)	15,2*
2010	Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften	14,9
2011	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)	15,5
2011	GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)	15,5
2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)	15,5
2012	Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)	15,5

ab 2009 GKV-weit einheitlicher Beitragssatz * 1. Halbjahr 2009 15,5 %, 2. Halbjahr 2009 14,9 %
www.aok-reformdatenbank.de Quelle: AOK-Bundesverband

Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement, 20.02.2017, Berlin

Erfolgreiche Kostendämpfung



Der Koalitionsvertrag CDU/SPD
 ist ein Dokument der
 weichen Rationierung



Gesetzgeber

Zentralisierung GBA, IQTiG

Bürokratisierung

Ausgrenzung der Ärzteschaft in GBA und Landesgremien

Wir machen's besser



Qualität bei gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie künftig für Krankenhausplanung relevant

Pressemitteilung G-BA 15. 12. 2016

„Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, einschließlich der mitzuliefernden Bewertungskriterien und Maßstäbe, sollen die Länder in die Lage versetzen, mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Krankenhäusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist“.

Jonitz: Wir brauchen geeignete Konzepte für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung



Berlin – „Die Verantwortung für die Organisation der medizinischen Versorgung muss auf der regionalen Ebene stattfinden – auf der regionalen Ebene. Deshalb ist es gut, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf detaillierte bundesweite Vorgaben für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung verzichtet.“ Das sagte Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender des Ausschusses für Qualitätssicherung der Bundesärztekammer, mit Blick auf die Entscheidung des G-BA über die Auswahl der Indikatoren, die künftig von den Ländern in der Krankenhausplanung genutzt werden sollen. Die Indikatoren, die sich zunächst auf das Fachgebiet der Frauenheilkunde beschränkt, entsprach der G-BA weitgehend dem Vorschlag des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen von August dieses Jahres.

Die Länder hätten sich stärker ausdifferenzierte Qualitätsbewertungen gewünscht, um Krankenhausbteilungen von der Versorgung auszuschließen oder zuzulassen. „Mittels der Verantwortung für eine passgenaue Versorgungsplanung vor Ort entlassen patientengerechte Versorgungssteuerung kann man nicht Top-Down von der Bundesregierung erwarten“, so Jonitz. Der G-BA habe auf seine eingeschränkten rechtlichen Kompetenzen für die Umsetzung auf Landesebene verwiesen. Daneben seien aber auch die methodischen Herausforderungen bei der Erhebung geworden, mit den Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung weitergehende Qualitätsdifferenzierung zu erreichen.

Jonitz hob positiv hervor, dass die Richtlinie für die Datenvalidierung auffälliger Krankenhäuser die Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung aktiv einbindet. „Es ist vernünftig, das Verfahren nicht zu sehr zu zentralisieren und die langjährige Expertise auf Landesebene zu nutzen.“

Der Grundgedanke des Gesetzgebers, so Jonitz, Qualitätsaspekte in die Krankenhausplanung einzuführen, sei jedoch richtig und werde von der Ärzteschaft unterstützt. Die Hoffnung liege nun auf der Entwicklung geeigneter Konzepte für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung.

* <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2812/>

> Pressemitteilung

Qualität bei gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie künftig für Krankenhausplanung relevant

Berlin, 15. Dezember 2016 – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin einen ersten Beschluss über Qualitätsindikatoren gefasst, die zukünftig für die Krankenhausplanung relevant sein werden (sogenannte planungsrelevante Qualitätsindikatoren), sowie eine neue Richtlinie „plan. QI-RL“, in der die dazu erforderliche Datenerhebung sowie das Verfahren zur Ermittlung der Qualitätsergebnisse geregelt werden. Bei dem ersten Indikatorenset handelt es sich um Qualitätsindikatoren aus den Leistungsbereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie, die im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung erhoben werden.

Auszug [Quelle: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/661/>; abgerufen am 24.01.2017]



Hidden Agenda der Gesundheitspolitik

***„Günther, wir müssen die kleinen
Krankenhäuser platt machen.***

***Das haben wir mit DRGs nicht geschafft,
da brauchen wir jetzt die Qualität für.“***

[Zitat eines Protagonisten der Gesundheitspolitik 2016]

Wir machen's besser



Patientensicherheit



Handlungsmöglichkeiten!

Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement, 20.02.2017, Berlin

Wissen im Umgang mit Fehlern nimmt zu

Organisations- und Kommunikationsmängel statt „individuelle Schuld“;

- Nicht nur das verantwortliche Handeln des Einzelnen zählt, sondern der Blick auf das **System/ Systemansatz!**

Initiativen und Verfahren zur Fehlervermeidung bestehen

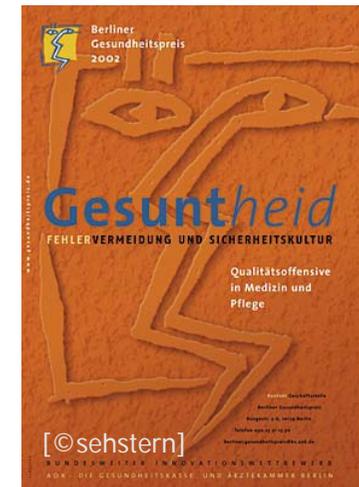
Fehlerlernsysteme (Critical Incident Reporting Systems), „Aktion Saubere Hände“, Simulationstraining, Schulungen „Breaking Bad News“,...etc.

Politische Einsicht zur konkreten Handlung ist vorhanden

BÄK, KBV, AWMF, GKV, DKG, Patientenvertreter, Pflege,
APS, BMG, WHO, EU...



2002 Patientensicherheit auf der **politischen Agenda:**
BERLINER GESUNDHEITSPREIS
(AOK BV, AOK Berlin, Ärztekammer Berlin)



2003 **SACHVERSTÄNDIGENRAT** für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten „**Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität**“

2004 Patientensicherheit auf der **wissenschaftlichen Agenda:**
Jahreskongress der **GQMG** (www.gqmg.de)



- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- multidisziplinäre Vernetzung
- von der Praxis für die Praxis
- Gemeinsame Verantwortung!
- Lösungsorientierung

[Quelle: www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de]

APS, „Tools“ für die Praxis

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

1 Identifikation Patient

wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme

was?

- **Richtiger Patient**
 - Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen
- **Eingriffsart**
 - im Gespräch mit dem Patienten bestätigen

2 Markierung Eingriffsort

wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

wann? – außerhalb des OPs
– bei wachem Patienten

was?

- **Abgleich mit**
 - richtiger Pat.
 - Eingriffsart
 - Eingriffsort
- **Patienten an**
 - Eingriffsort

3 Zuweisung zum richtigen OP-Saal

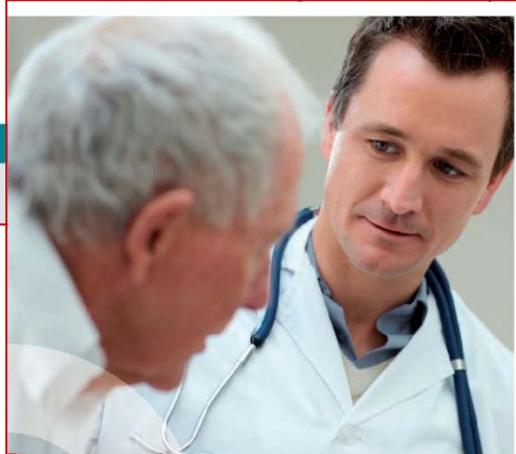
wer? – definierte, verantwortliche Person

wann? – unmittelbar vor Anästhesie-einleitung und vor Eintritt

4 Team-Time-Out vor Schnitt

wer? – OP-Team
– initiiert durch definierte, verantwortliche Person

wann? – unmittelbar vor Schnitt



REDEN IST GOLD

Kommunikation nach einem Zwischenfall



Vor jeder Maßnahme

Beispiel Anforderungsscheine

Beispiel Befunde

Immer

Anforderungsscheine prüfen	Befunde zuordnen	Goldene Regeln für eine sichere Kommunikation
<p>Wer? Anforderungssteller (z.B. delegierender Arzt) Adressat der Anforderungen</p> <p>Wann? Bei Ausstellung der Anforderung und bei Erhalt der Anforderung</p> <p>Was? Prüfung des Kerndatensatzes für jede Anforderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Kerndatensatz ist Grundlage jeder Anforderung • Jede Anforderung hat einen eindeutigen Absender und einen eindeutigen Adressaten 	<p>Wer? im Behandlungsprozess verantwortliche Person</p> <p>Wann? unmittelbar nach Erhalt des Befundes</p> <p>Was? Prüfung der Patientenidentität für jeden Befund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Kerndatensatz auf dem Befund wird mit dem Anforderungsschein und der Patientenakte abgeglichen 	<p>Kommunikation ist Dialog</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tragen Sie mit Ihrem Beispiel die Mitarbeiter über die Grenzen von Hierarchie-Ebenen hinweg aus • Unterstützen Sie Ihre Kollegen und Informationen vollständig weiter • Ermutigen Sie Ihre Patienten, nachzufragen <p>Kommunikation braucht aktives Handeln</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen Sie nach, wenn Sie Informationen benötigen • Sprechen Sie Ihre Patienten aktiv an <p>Zweifel äußern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behalten Sie Zweifel nicht für sich, sondern sprechen Sie sie offen aus • Verabreden Sie mit Ihren Kollegen, wie man in Zweifelsfällen „Stopp“ sagt, um Unklarheiten zu beseitigen • Motivieren Sie auch Ihre Patienten, sich in Zweifelsfällen zu Wort zu melden • Informieren Sie sich rechtzeitig, wo Sie in kritischen Situationen wichtige Informationen erhalten <p>Regeln und Tipps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vereinbaren Sie Kommunikationsstandards für Standardsituationen (z.B. Visite, Übergabe) • Geben Sie Ihren Patienten und Ihren Kollegen ausreichend Gelegenheit mit Ihnen in Kontakt zu treten • Wiederholen Sie bei Telefongesprächen alle wichtigen Informationen, die Sie erhalten • Vermeiden Sie Abkürzungen, nicht jeder versteht unter einer Abkürzung das Gleiche • Etablieren Sie den Kerndatensatz zur sicheren Patienten-identifikation vollständig. Fragen Sie ihn immer vollständig ab, lassen Sie keine Angaben weg
<p>Beachte</p> <p>Unvollständige oder unleserliche Anforderungen werden in den Absender zurückgeschickt (wenn Absender nicht ermittelbar ist: an den verantwortlichen Arzt)</p>	<p>Beachte</p> <p>Unvollständige und/oder unleserliche Befunde werden zur Überprüfung und abschließenden Klärung an die Stelle zurückgereicht, die den Befund ausgestellt hat. Vor Abschluss einer eindeutigen Klärung wird der Befund keinem Patienten zugeordnet.</p>	

JEDER TUPFER ZÄHLT! JEDER TUPFER ZÄHLT! JEDER TUPFER ZÄHLT!

Preoperative Zählkontrollen

Intraoperative Zählkontrollen

Postoperative Zählkontrollen

Sicherheit braucht Zeit und Ruhe.

Zählkontrolle ist Teamarbeit.

Der Operateur trägt die Letztverantwortung.

Stopp bei Unklarheiten.

Dokumentation schützt und unterstützt.

Infos und Materialien:
 Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)
 c/o Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
 Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
 Tel: 02 28 73 83 66
 Fax: 02 28 73 83 05
 info@aktionsbueundnis-patientensicherheit.de
 www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de

Etc...
 [Quelle: www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de]



Patientensicherheit „lernen“?

Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement, 20.02.2017, Berlin

Seminare/ Fortbildung seit 2008 fortlaufend!

Bundesärztekammer
Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung

**Fortbildungskonzept
„Patientensicherheit“**

Fehlerquellen erkennen
Unerwünschte Ereignisse vermeiden
Folgen korrigieren
-aus Fehlern lernen-

Herausgeber:
Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin und
Expertenkreis Patientensicherheit des ÄZQ



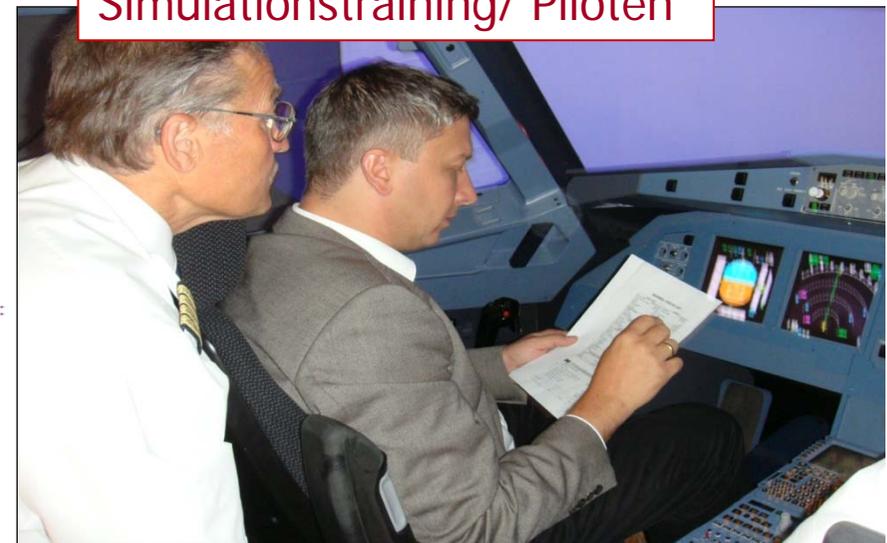
Aus Fehlern lernen
Methoden der Fallanalyse
für
Schadenfälle
CIRS
M&M-Konferenzen

Blended Learning Seminar in zwei Modulen:
Online-Modul: 01.11.-30.11.2016
Präsenzmodul: 01.12.-03.12.2016

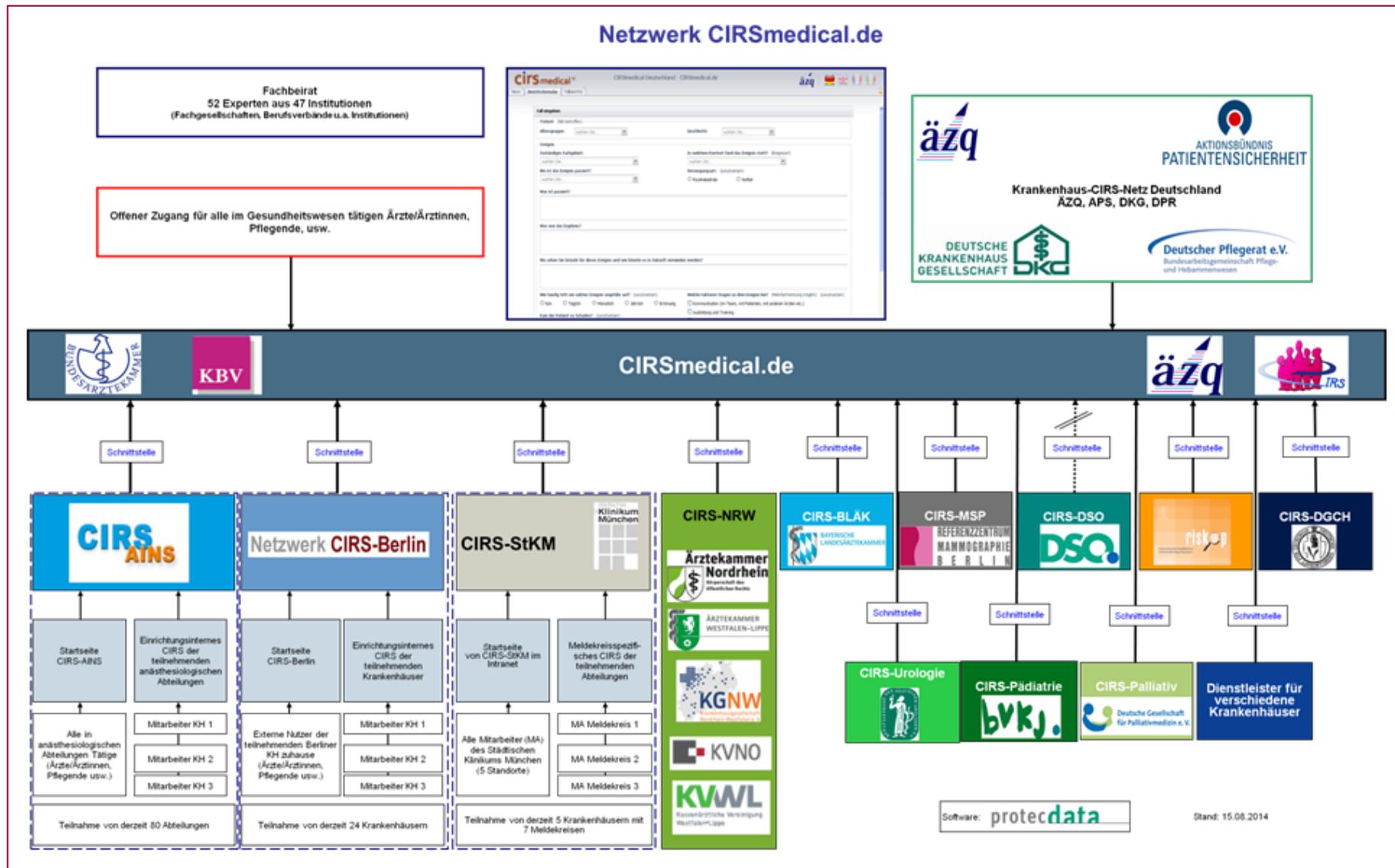
In Kooperation mit dem
Aktionsbündnis Patientensicherheit

Friedrichstraße 16 • 10969 Berlin • www.aerztekammer-berlin.de

Simulationstraining/ Piloten



„Aviation meets Medicine“, Flughafen Hannover
Dr. sc. mil. Goepfert, Dr. med. Rall
[Foto: G. Jonitz]



[Quelle: <http://patientensicherheit-online.de/cirs/netzwerk-cirsmmedical.de>]

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



2. BERLINER CIRS-SYMPIOSIUM 2017

**BERICHTS- UND LERNSYSTEME IM
KRANKENHAUS**

10. März 2017

10:00 - 16:30 Uhr

Ärztekammer Berlin

Welcome to
National Patient Safety Foundation®



[Quelle: www.ahrq.gov]



One stop for knowledge and
innovation for safer healthcare

[Quelle: www.saferhealthcare.org.uk]



PATIENT SAFETY INSTITUTE

Partners Working Together for the Good of Patients

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



2008: Broschüre „Aus Fehlern lernen“

➔ APS und AOK-Bundesverband

➤ 17 Berichte von Ärzten, Pflegekräften etc.
über Fehlerereignisse

➤ Fallanalysen

➤ Serviceteil

Ziel:

Offener Umgang mit Fehlern

➔ für eine **neue Sicherheitskultur**



„Aus Fehlern lernen“

... das Echo:

„Sie sind die mutigsten Ärzte Deutschlands...“



Paradigmenwechsel der „Sicherheitskultur“ auf nationaler Ebene

Gesundheitsziele.de

AG 11 Patientensicherheit: „Sicherheitskultur“

- **„Wir verfügen entsprechend unserer Arbeitsaufgaben über ausreichend ärztliche und pflegerische Mitarbeiter“**
 - „We have enough staff to handle the workload“

- **„Mitarbeiter erleben, dass Fehlerereignisse gegen sie verwendet werden“**
 - „Staff feel like their mistakes are held against them“

- **„Mitarbeiter fühlen sich frei, Entscheidungen oder Handlungen von Vorgesetzten zu hinterfragen“**
 - „Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority.“

- **„Es ist mehr oder weniger dem Zufall geschuldet, dass bei uns nicht mehr Schadensfälle auftreten“**
 - „It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here.“

www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/



Voraussetzungen

Verfahren sind wichtig!

Wichtiger ist jedoch
die Anwendung der Verfahren!

Das „**Stradivari-Phänomen**“:

Sie können mit einer Stradivari in 10
Minuten die Philharmonie mit
Menschen füllen.

Oder sie leer machen.

Je nachdem, was und wie sie darauf
spielen.

Das „Stradivari-Phänomen“:

Die bisherige Politik setzt auf
DEZIMIERUNG

Die Alternative wäre
OPTIMIERUNG

Strategisches Potenzial des „Q-Themas“:

Politisch:

Die gesundheitspolitische Diskussion gewinnt der, der glaubhaft Anwalt der Patientenversorgung ist.

Ökonomisch:

Institutionen müssen „**WERTE**“ darlegen,
um über „**PREISE**“ verhandeln zu können.
„value-based health care“

„**Qualitätswettbewerb**“ statt
„**Preiswettbewerb**“ !!

Vorschlag für eine gesundheitspolitische Strategie der Zukunft:

Value Based Health Care!

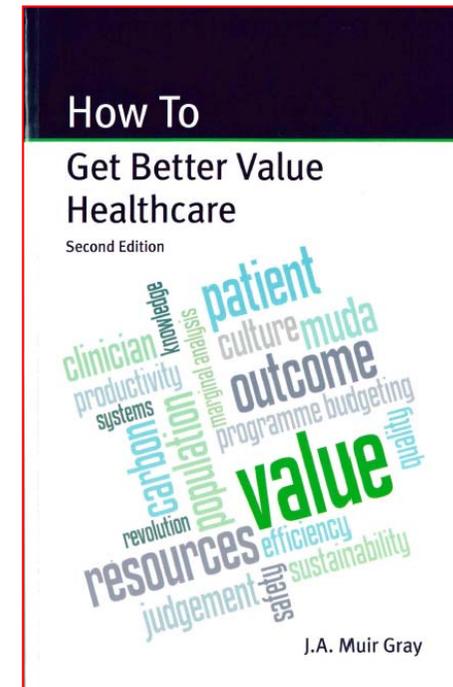
→ Gesundheitsversorgung,

die sich am tatsächlichen Nutzen für den

Patienten orientiert

= Werte- und wissensbasierte

Medizin!



Herausforderungen aus ärztlicher Sicht

- How can we further reduce the burden and harm that patients experience from over-investigation and overtreatment?
- How can we reduce unwarranted variation in clinical practice to achieve optimal outcomes for patients?
- How can we ensure value for public money and prevent waste?
- How can people (as patients) and professionals combine their expertise to share clinical decisions that focus on outcomes that matter to individuals?
- How can we work to improve further the patient-doctor relationship?
- How can we better identify and manage clinical risk?
- How can all doctors release their creativity and become innovators improving outcomes for people they provide care for?

Catherine Calderwood

Dr Catherine Calderwood, MA Cantab FRCOG FRCP Edin
Chief Medical Officer for Scotland

Catherine Calderwood,

**CMO des schottischen NHS
„realistic medicine“**



Beispiel: Jahresbericht NHS Scot 2015

„Wer fragt, führt!“

Grundkurs Rhetorik 1995



Ministerial Statement THE NEXT GENERATION of HEALTH REFORMS

OECD Health Ministerial Meeting 17 January 2017

On the 17th January **Ministers from over 35 OECD and partner countries** exchanged their ideas, ambitions and challenges for *The Next Generation of Health Reforms.*

16. The shift from a health system that is centred on providers to one that is **centred on people's individual needs and preferences has important implications for how we measure health system performance.**

17. We need to invest in measures that will help us assess whether our health systems deliver **what matters most to people. Too often, we only rely on measures of what health systems do, and how much they cost, rather than their effects on patients.**



Completed Conditions

- **Pregnancy and Childbirth**
- **Inflammatory Bowel Disease**
- **Overactive Bladder**
- **Colorectal Cancer**
- **Breast Cancer**
- **Heart Failure**
- **Older Person**
- **Craniofacial Microsomia**
- **Dementia**
- **Coronary Artery Disease**
- **Localized Prostate Cancer**
- **Low Back Pain**
- **Cataracts**
- **Parkinson's Disease**
- **Depression & Anxiety**
- **Advanced Prostate Cancer**
- **Cleft Lip & Palate**
- **Lung Cancer**
- **Hip & Knee Osteoarthritis**
- **Stroke**
- **Macular Degeneration**



[Quelle: <http://www.ichom.org/medical-conditions>; abgerufen am 03.02.2017]

Die Ära des uneingeschränkten Vertrauens in die Ärzteschaft ist vorbei.

Die Phase der **Rechenschaft über die Angemessenheit** unseres Tuns ist angebrochen (Wertediskussion, qualitätsorientierte Versorgungssteuerung, statt „Mengen und Preise“).

Qualität im Gesundheitswesen ist nicht messbar, aber ermessbar.

Der Weg dorthin führt durch eine komplexe aber interessante Materie.

Aus den Erfahrungen von Industrie und Technik darf gelernt werden.

Wenn wir unsere Qualität nicht darlegen, machen es andere.

Der Wandel unseres
Organisationsprinzips
ist weg vom
autoritär gesteuerten
hin zum
lernenden System,
das sich am **Nutzen** für den Patienten
bemisst.



Haupt- und Nebenziele des QM-Kurses:

- **Zertifikat**
- Vermittlung und Vertiefung von **Fähigkeiten, Kenntnissen und innerer Einstellung** zum Q-Thema
- **Berufliche Weiterentwicklung**
- **Persönliche Weiterentwicklung**
- „**Networking**“: Dozenten und Referenten aus Theorie und Praxis lernen auch von Ihnen!
- Bessere **Arbeitsbedingungen** und bessere **Gesundheitsreform(en)**

DANKE!

g.jonitz@ae kb.de

