

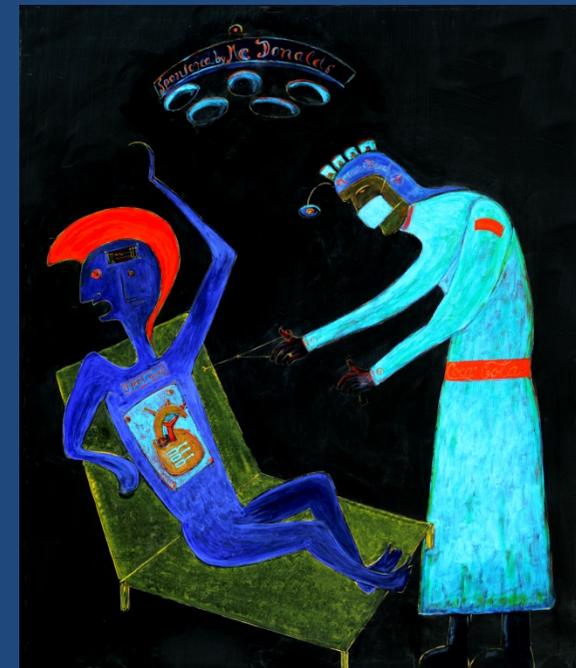
Ärztliche Behandlungsfehler

18. VKD/VDGH-Führungsseminar am 24./25. Februar 2011

Michael Imhof

mail@dr-imhof.de

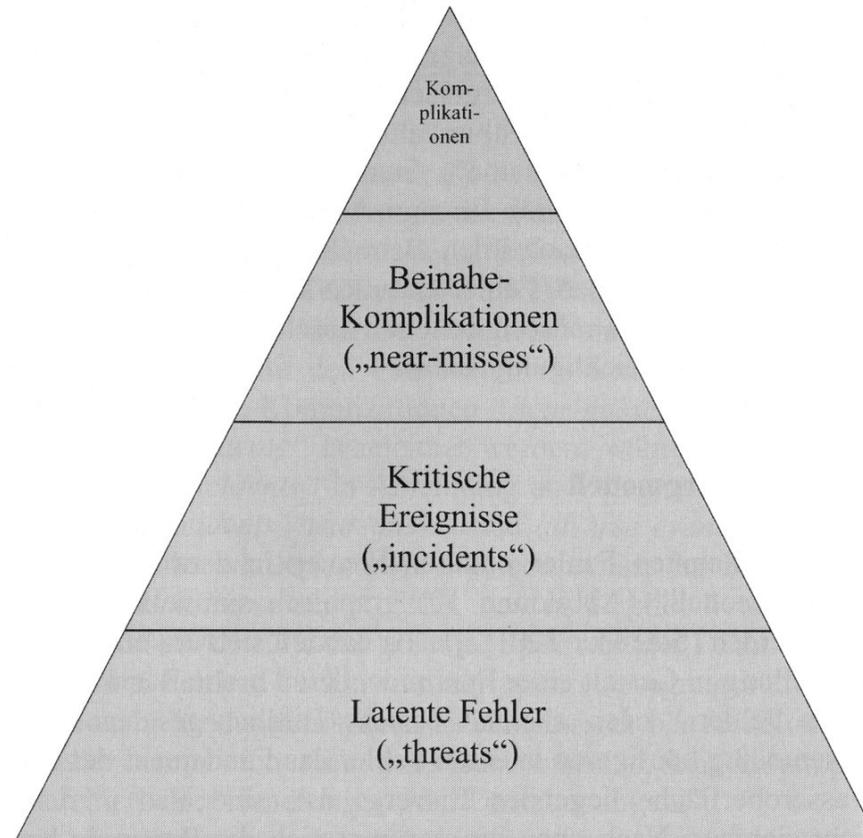
www.medical-art-gallery.de



- Älteste Rechtsquelle: Codex Hammurabi (1726 - 1686 v. Chr.)
- Einführung des Begriffs des Kunstfehlers durch Virchow 1871
- Erster Arzthaftungsprozess in Deutschland: 26.10.1811 in Berlin

Behandlungsfehlerbegriff

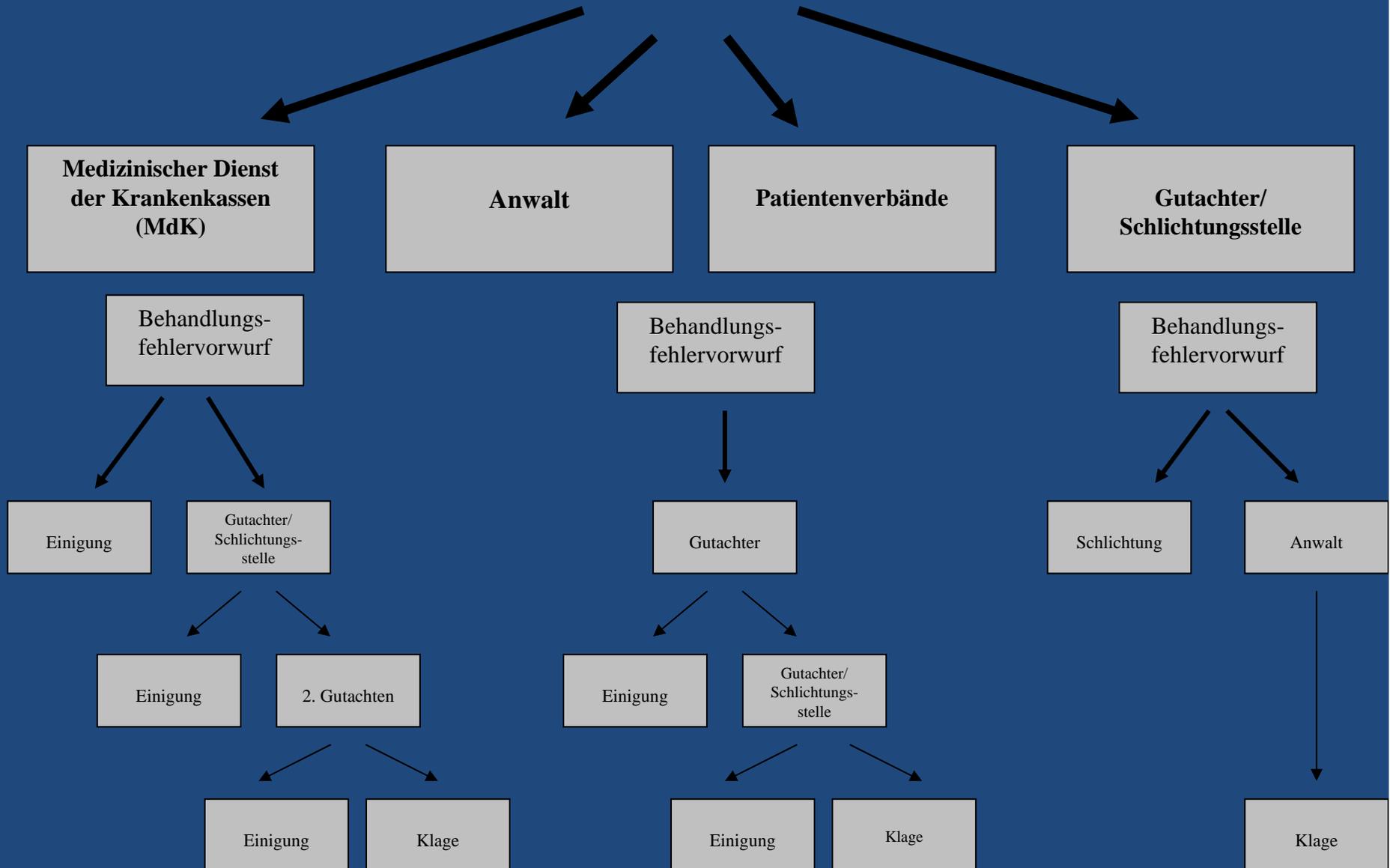
„... Ob der Arzt einen Behandlungsfehler begangen hat, richtet sich ausschließlich danach, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig abgewogen hat...“



Eisbergmodell der Fehlervorstufen und Fehler

Nach: Staender, "Incident Reporting als Instrument zur Fehleranalyse in der Medizin, Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Qual. Sich. (ZaeFQ) 2001, S. 479 - 484

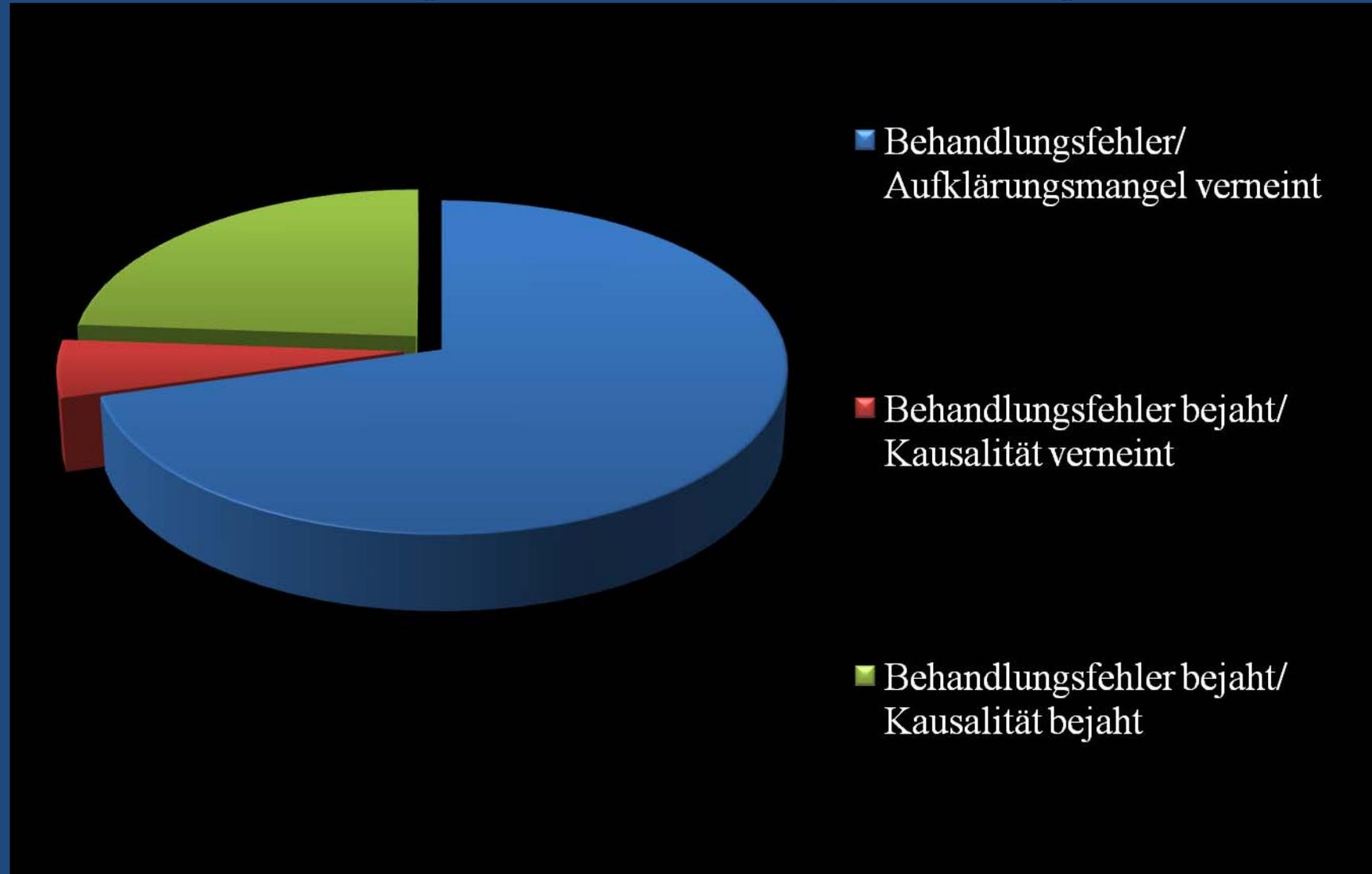
Patient



Gutachterkommissionen

	2007	2008	2009
Patientenvorwürfe	2007	2008	2009
Sachentscheidungen gesamt	7049	7133	7424
Häufigste Vorwürfe			
Operative Therapie	3262	3416	3656
Diagnostik, Untersuchung	798	1088	1194
Bildgebende Diagnostik	975	1040	1194
Postoperative Maßnahmen	908	1028	1120
Aufklärung	675	701	773
Therapie, Pharmaka	548	648	605
Therapie, konservativ	598	555	583
Diagnostik, Labor	385	474	512
Indikation	530	446	512
Therapie postoperativ, Infektion	364	376	393

Ergebnisse der Behandlungsfehlerüberprüfungen 2009



Typische Behandlungsfehler



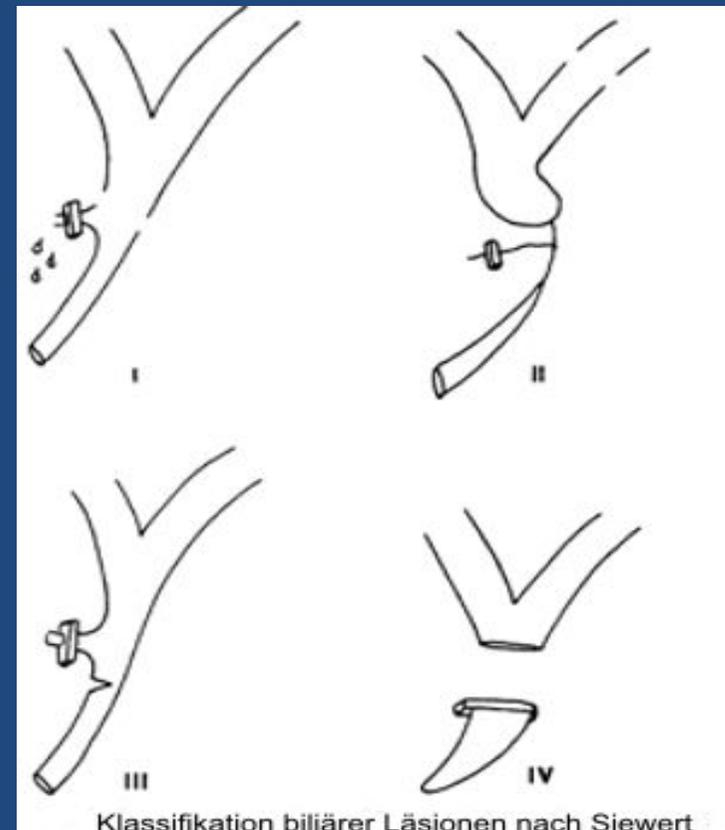
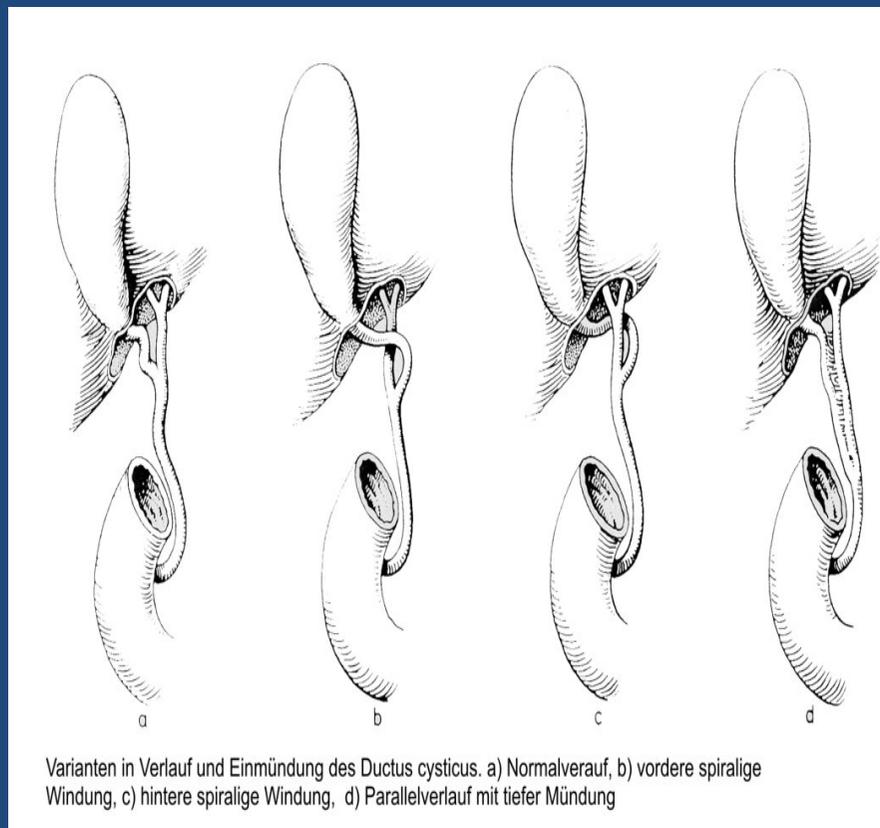
Dickdarmkarzinom

Oft unspezifische Alarmsymptome wie:

- Veränderungen beim Stuhlgang
- Blutbeimengungen beim Stuhlgang, die als Hämorrhoidalleiden fehlinterpretiert werden

Laparoskopische Cholezystektomie

Hauptgefahr: Verletzung des Hauptgallengangs



„Never Events“ in der Chirurgie

- Chirurgischer Eingriff am falschen Körperteil
- Chirurgischer Eingriff am falschen Patienten
- Falscher chirurgischer Eingriff
- Unbeabsichtigtes Belassen eines Fremdkörpers
- Intraoperativer oder frühpostoperativer Tod eines Patienten der ASA-Klasse I

(Aus: National Quality Forum USA)

Handlungsanweisungen der Joint Commission

- **Präoperatives Prüfen und Validieren**
Ablauf: Fortlaufender Prozess der Informations-
erfassung und -validierung bis zum „Team-Time-Out“ kurz vor OP-Beginn
- **Markierung des OP-Gebietes**
Eindeutige Markierung des OP-Gebietes, z.B. re/li.
Markierung muss zu OP-Beginn sichtbar sein.
- **„Team-time-out“ direkt vor OP-Beginn**
Aktive Kommunikation der Mitglieder des Teams in standardisierter,
unmissverständlicher Form



Sicherheits-Checkliste Chirurgie
„Safe surgery saves live“
Globale Initiative für Patientensicherheit der WHO

1. Initialer-Check (vor Narkoseeinleitung)

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

Hat der Patient:

- | | | | | |
|--|--------------------------|------|--------------------------|---|
| Allergie | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Intubationsschwierigkeit/
Aspirationsrisiko | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja (notwendige Instrumente
und Personal sind vor-
handen) |
| Risiko von Blutverlust > 500 ml
(> 7 ml/kg bei Kindern) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |

2. Vor Hautschnitt (team time out)

- alle Mitglieder des Teams haben sich mit Namen und Funktion vorgestellt
- Operateur, Anästhesist und Pflegepersonen bestätigen Identität des Patienten, von Eingriffsort und -art sowie korrekte Lagerung

Vorhersehbare kritische Ereignisse

- Operateur fasst entscheidende und mögliche kritische Schritte der Operation zusammen und nennt zu erwartende(n) OP-Zeit und Blutverlust
- Anästhesieteam definiert evtl. notwendigen Reanimationsplan und patientenspezifische Probleme
- Pflege nennt Ergebnisse der Sterilisations-Indikatoren und Funktionsweise spezieller Geräte

Wurde Antibiotika-Prophylaxe während der letzten Stunde gegeben?

- ja nicht sinnvoll

Wurden alle nötigen Bilder (Röntgen, MR usw.) sichtbar präsentiert?

- ja nicht sinnvoll

andere Punkte

3. Finaler Check (bevor Patient OP Raum verlässt)

Pflege bestätigt mündlich:

- Art des Eingriffs
- vollständige Zahl von Instrumenten, Tupfern, Bauchtüchern etc., Nadeln
- Korrekte Beschriftung der Gefäße für Pathologie (entnommenes Gewebe)
- evtl. Fehlfunktion von Geräten

Operateur, Anästhesist und Pflege definieren:

- wichtigste Gesichtspunkte für Aufwachphase und postoperative Versorgung

(Unterschrift)
Für das Team

(Datum)

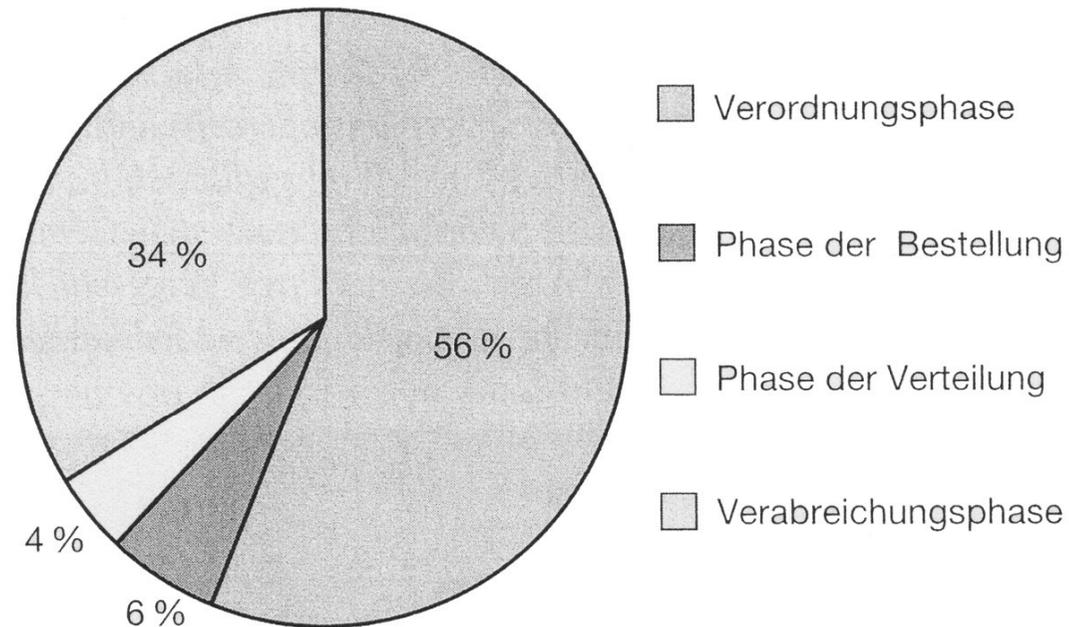
Hochrisikobereich Arzneitherapie

- 5,7% der stationären Patienten erleiden ein unerwünschtes Arzneimittelereignis
- 14% der Verweildauer im Krankenhaus entfällt auf die Behandlung von unerwarteten Arznei-mittelwirkungen

Ursache von Arzneischäden

- Falsche Medikamentendosierung
- Falsche Anwendung
- Präparateverwechslungen durch ähnlich aussehende Verpackungen und Aufkleber
- Namensverwechslungen von ähnlich klingenden Präparaten
- Übertragungsfehler

Verordnungsphasen von Medikamenten



Medikationsfehler in den verschiedenen Verordnungsphasen
Aus: Wachter, Fokus Patientensicherheit, S. 32

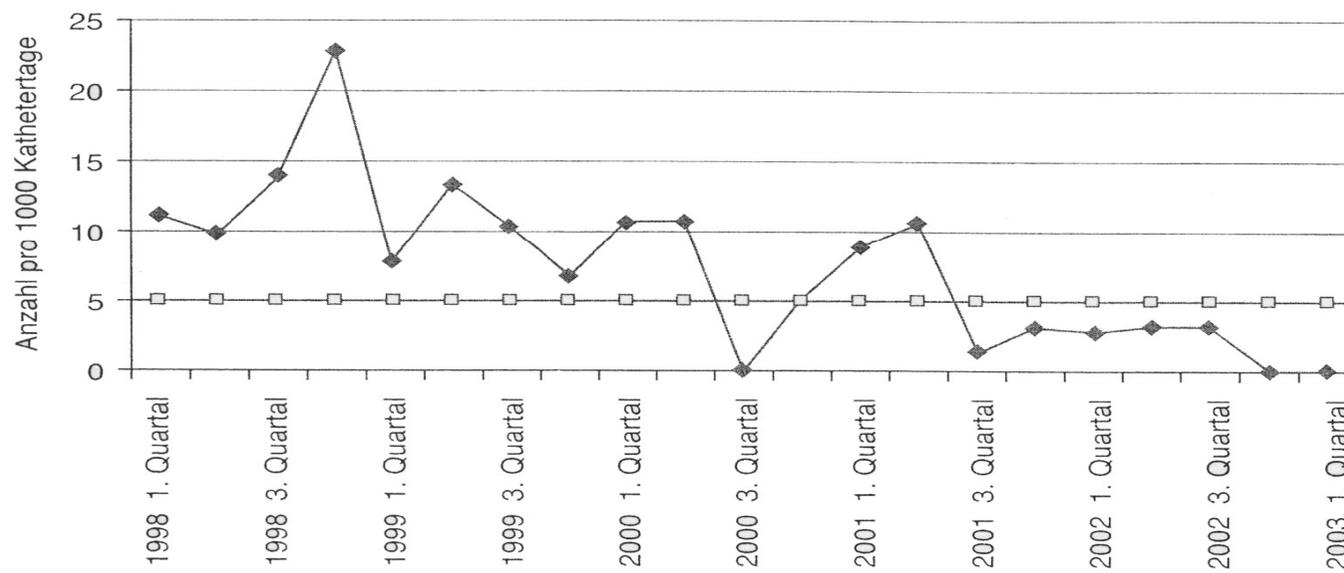
Hygieneschäden

Jährlich 700.000 bis 1.000.000 nosokomialer
Infektionen im Krankenhaus

(Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft)

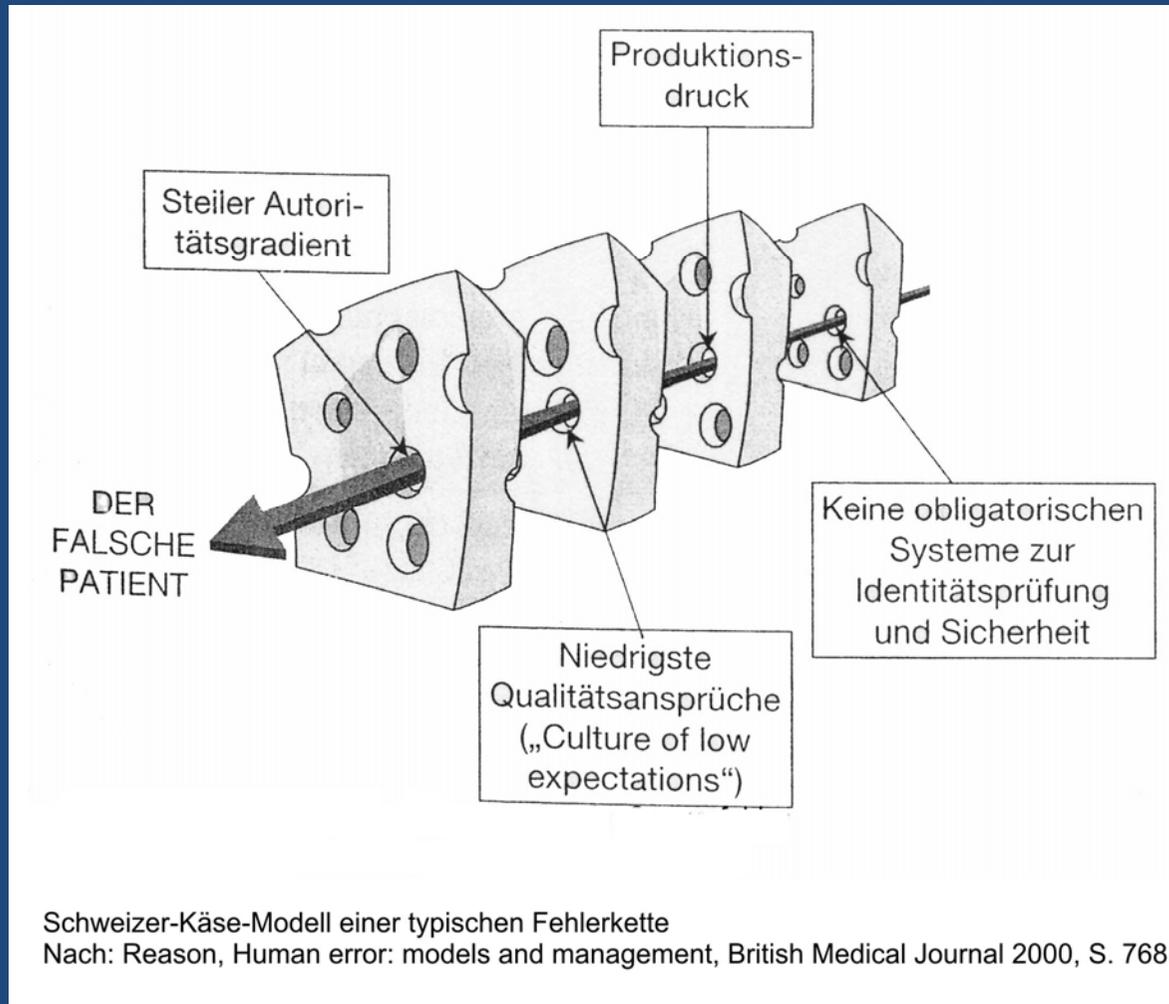
50.000 Todesfälle im Krankenhaus durch
nosokomiale Infektionen

17.000 Todesfälle durch vermeidbare Infektionen



Abfall der katheterassoziierten Bakteriämien nach Einführung von Sicherheitsmaßnahmen am Johns Hopkins Hospital
 Aus: Wachter, Fokus Patientensicherheit, S. 84

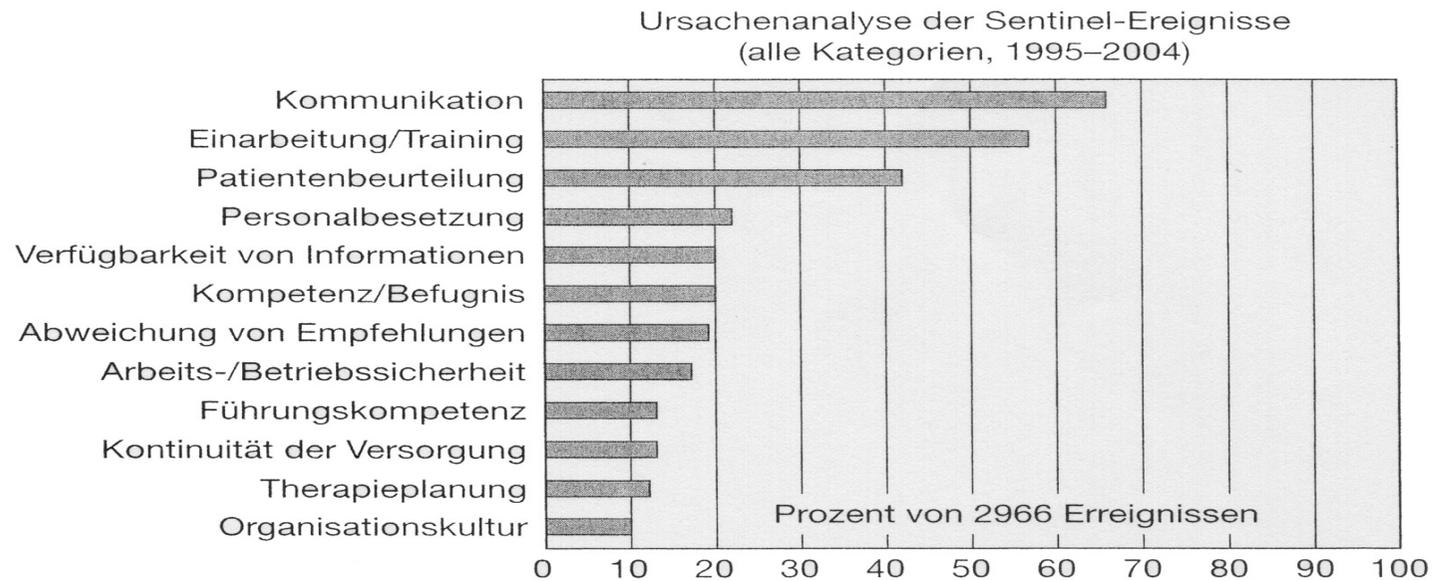
Patientensicherheit auf Systemebene



Kategorisierung von Grundursachen für Fehler

System	Auslösende Faktoren	Beispiele für Probleme, die Fehler verursachen können
Institutionell	Anweisungen und Regelwerk Forensische Situation.	Sicherheitsfragen haben bei übergeordneten Behörden zu geringe Priorität. Lernen aus unerwünschten Ereignissen wird verhindert, da offene Diskussionen rechtliche Konsequenzen haben können.
Organisation und Management	Finanzielle Möglichkeiten bzw. Einschränkungen. Grundsätzliche Standards und Ziele. Sicherheitskultur und Prioritäten.	Fehlendes Bewusstsein für Sicherheitsfragen im gehobenen Management. Politik, die zu einem inadäquaten Personalbestand führt.
Arbeitsumfeld	Unterschiedlichkeit im Qualifikationsprofil und –niveau des Personals. Verteilung von Arbeitsbelastung und Diensten. Funktionsweise, Verfügbarkeit und Instandhaltung der Arbeitsgeräte. Unterstützung von Verwaltung und Management.	Erhebliche Arbeitsbelastung, die zu Erschöpfung führt. Eingeschränkter Zugang zu wichtigen Arbeitsgeräten. Unzureichende administrative Unterstützung, wodurch weniger Zeit für Patienten bleibt.
Team	Verbale Kommunikation. Schriftliche Kommunikation. Supervision und Bereitschaft, Hilfe zu suchen. Teamleitung.	Unzureichende Supervision junger Mitarbeiter. Schlechte Kommunikation zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen. Fehlende Bereitschaft junger Mitarbeiter, Hilfestellung anzunehmen.
Individueller Mitarbeiter	Fachkenntnisse und Fähigkeiten. Motivation und Einstellung. Körperliche und mentale Gesundheit.	Mangelnde Fachkenntnis oder Erfahrungen. Lang anhaltende Erschöpfung und Stress.

Ursachen von Sentinel-Ereignissen

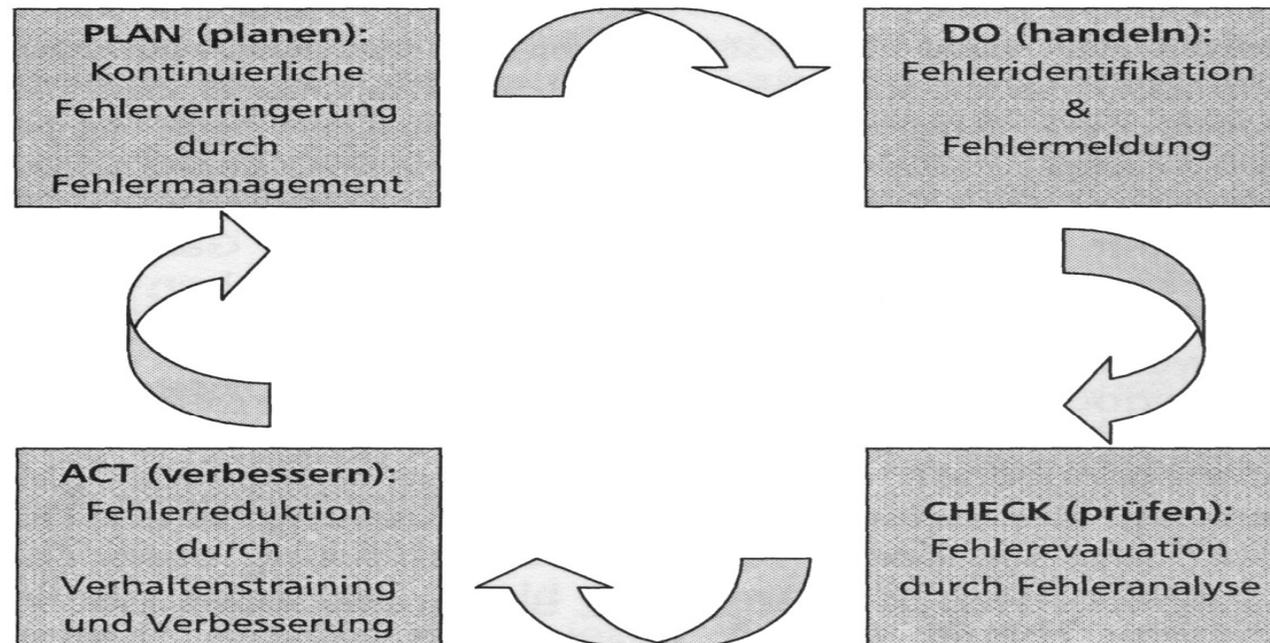


Häufigkeit von Kommunikationsproblemen innerhalb der Sentinel-Ereignisse der Joint Commission
Aus: Wachter, Fokus Patientensicherheit, S. 79

Eigenschaften von Meldesystemen

- Alle Interessengruppen sind beteiligt
- Absichten und Ziele für alle transparent
- Prinzip „Just-Culture“: Meldende werden vor juristischen Konsequenzen geschützt
- Klare Fragen zur Verantwortlichkeit
- Meldesysteme mit vertraulichen Optionen
- Jeder kann melden
- Möglichst einfacher Meldevorgang
- Dateneingabe mittels Freitext und Eingabefeldern
- Regelmäßige Rückmeldung hinsichtlich relevanter Informationen
- Nachhaltige Führung und Fokussierung auf Hauptziele

PDCA-Zyklus des Fehlermanagements



PDCA-Zyklus des Fehlermanagements in der Patientenversorgung
Nach: Glazinski/Wiedensohler, Patientensicherheit und Fehlerkultur im Gesundheitswesen, S. 140

Medizin und ökonomische Zwänge

„Kostendruck und unmenschliche
Arbeitsverdichtung machen immer mehr Ärzte
krank“

*(Prof. Dr. Hoppe auf dem Kongress für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
2008)*

Kommerzialisierung der Medizin

Die Klinik verkommt zum Marktplatz

„Wir leiden unter einer zunehmenden Kommerzialisierung der Medizin: Das heißt, es werden unnötige Eingriffe vorgenommen, weil sie Kliniken und Praxen Geld bringen.“

(Prof. Dr. med. Gradinger auf dem Deutschen Chirurgenkongress, Berlin, April 2010)

Prinzipien der Medizin

Ehrfurcht vor der Einmaligkeit und Würde
jedes menschlichen Lebens

Respektierung der Selbstbestimmung des Patienten

Redlichkeit, Toleranz und Vorurteilslosigkeit

Wahrhaftigkeit und Bereitschaft, begangene Fehler
zuzugeben und zu beseitigen

Hippokrates gestern und heute

- **primum non nocere – vor allem nicht schaden**
- **primum utilis esse – vor allem nützen**
- **salus aegroti suprema lex – das Wohl des Kranken ist oberstes Gebot**
- **voluntas aegroti suprema lex – der Wille des Kranken ist oberstes Gebot**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. med. habil. Michael Imhof