

# Patientensicherheit - die Rolle von Leitlinien und EBM

## 10. Linzer Forum Gesundheits und Gesellschaftspolitik

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz

Linz, 21.10.2010



Matthias Schrappe  
Institut für Patientensicherheit  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



# Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ Leitlinien
- ➔ EBM
- ➔ Zusammenfassung



Matthias Schrappe  
Institut für Patientensicherheit  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



# Patientensicherheit: eine EBM-Perspektive

Patientensicherheit

=

Evidence-based practice

00qm1rm1algl\_ebm\_patsi.cdr

Prof. Dr. M. Schrappe

# Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ Leitlinien
- ➔ EBM
- ➔ Zusammenfassung



Matthias Schrappe  
Institut für Patientensicherheit  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



# Häufigkeit: Öffentliche Resonanz

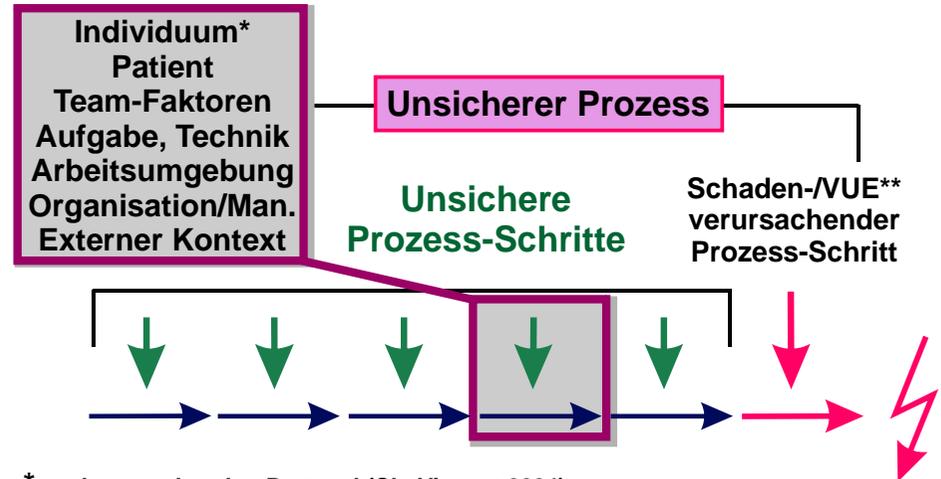
**„Pro Jahr 17 000 Tote wegen Klinikfehlern“**

BERLIN, 23. April (dpa/AP). Wegen Behandlungsfehlern im Krankenhaus sterben in Deutschland jedes Jahr etwa 17 000 Personen. Die meisten Fälle gingen auf Infektionen und Arzneimittel-Nebenwirkungen zurück, berichtete das Aktionsbündnis Patientensicherheit am Montag in Berlin. Die Zahlen basieren auf etwa 50 Studien, deren Ergebnisse die Wissenschaftler für Deutschland hochrechneten. Demnach sterben 0,1 Prozent aller Krankenhaus-Patienten wegen vermeidbarer Fehler. Bei 17 Millionen Patienten entspricht dies 17 000 Todesfällen. Die Studie wurde vom Gesundheitsministerium finanziert.

FA'Z 24.4.2007

Prof. Dr. M. Schrappe

# Prozess-Sicht



\* analog zum London Protocol (Ch. Vincent 2004)  
 \*\* VUE Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (epid. Schaden)

Prof. Dr. M. Schrappe

## Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

- Startseite
- Alerts
- Fälle des Monats
- Kontakt

### Willkommen beim Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

**Was soll berichtet werden?**  
 Das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland (KH-CIRS-Netz-D) ist ein Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus, welches dem überregionalen, interprofessionellen und interdisziplinären Lernen dient.

**An wen richtet sich das KH-CIRS-Netz-D?**  
 Die Träger des Projekts sind das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. und der Deutsche Pflegerat e.V.

**Wie kann berichtet werden?**  
**Überregionales Lernen, aber wie?**  
 Die Projektträger möchten mit dem KH-CIRS-Netz-D eine Plattform schaffen auf der überregional bedeutsame CIRS-Fälle analysiert, kommentiert und von allen Nutzern gelesen werden können. Die Darstellung von Risikobereichen und der Austausch von Problemlösungen sollen gemeinsames Lernen aller Berufsgruppen im Krankenhaus fördern und Hinweise für das klinische Risikomanagement geben. Das Schweizer CIRNET – Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK (<http://www.cirnet.ch/>) dient als Vorbild.

**Was muss beachtet werden?**

**Was passiert mit Ihren Berichten?**

**Was ist die Steuergruppe und der Fachbeirat?**

**Abgrenzung zu anderen CIRS-Projekten**

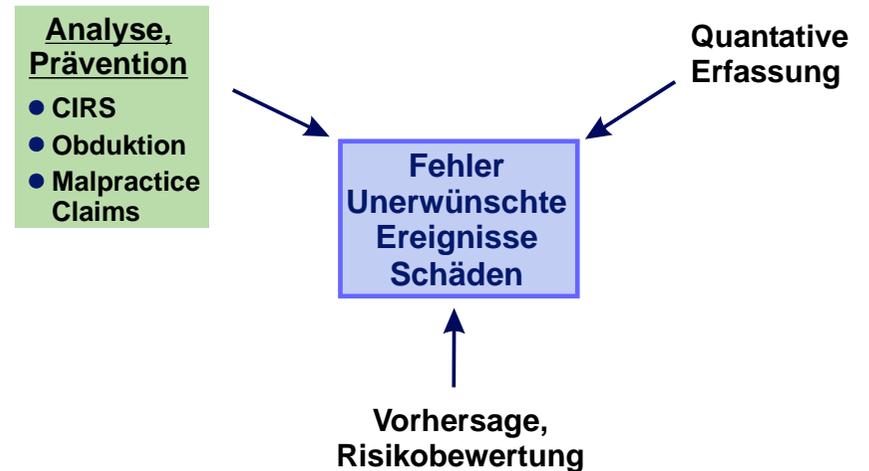
**Berichten & Lernen**

Bitte beachten! Ein Bericht an das KH-CIRS-Netz-D ersetzt keine der gesetzlich geforderten Meldepflichten wie z.B. zu Medizinprodukten (Meldungen im Rahmen von §3 der Medizinproduktesicherheitsverordnung (MPSV)) oder Arzneimitteln.

Bitte beachten Sie außerdem die Hinweise zu "Was soll berichtet werden?"



# Messen und Zählen



Prof. Dr. M. Schrappe

## Prävention

- ➔ Technische Lösungen
- ➔ Kommunikation
- ➔ Stärkung des Teams
- ➔ Präzise Spezifikation
- ➔ Standardisierung
- ➔ Multiple Interventionen
- ➔ Aktive Einbindung der Patienten

Schrappe 2009

Prof. Dr. M. Schrappe

## Konzept: Verhaltensänderung

- ➔ **Professionell-orientierte Ansätze**
  - zeitnahes Feedback, Partizipation, administrative und finanzielle Anreize, *education*
- ➔ **Organisations-orientierte Ansätze**
  - Systemversagen, Organisationskultur, Führungsverantwortung, Leitlinien und Checklisten
- ➔ **Patienten-orientierte Ansätze**
  - Patientenschulung, aktive Einbeziehung zu konkreten Behandlungsschritten, Öffentlichkeit

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ **Leitlinien**
- ➔ EBM
- ➔ Zusammenfassung



Matthias Schrappe  
Institut für Patientensicherheit  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



## Bedeutung interner Leitlinien

### 30 Jahre Erfahrungen in der Hämatologie Univ. Ulm

- ➔ “1. Interne Leitlinien führen zur Rationalisierung der Arbeit auf Stationen und in Fachambulanzen, wenn sie mit praktischen ... organisatorischen Handreichungen verbunden werden.
- ➔ 2. Sie erleichtern die Kooperation zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich ...
- ➔ 3. Sie beschleunigen die Einarbeitung der neuen Assistenten...
- ➔ 4. Sie sind dazu geeignet, die in Großkliniken teilweise extensive Nutzung nicht entscheidungsrelevanter technischer Untersuchungen einzudämmen und damit zur Zeit- und Kostenersparnis beizutragen.
- ➔ 5. Sie erhöhen die **Behandlungssicherheit** bei den in der Hämatologie und internist. Onkologie häufig risikoreichen Behandlungsformen.”

Heimpel, H., Med. Klin. 98, 2003, 226-30

Prof. Dr. M. Schrappe

## Leitlinien

- ➔ Systematisch entwickelt
- ➔ Dichotome Entscheidungsprozesse
- ➔ Differierende Postinterventions- oder Posttext-Wahrscheinlichkeiten

Prof. Dr. M. Schrappe

## Leitlinie und Standard

“Eine Leitlinie ist **medizinisch** verbindlich, **wenn** sie dem Standard entspricht, und ist **rechtlich** verbindlich, **weil** sie dem Standard entspricht.”

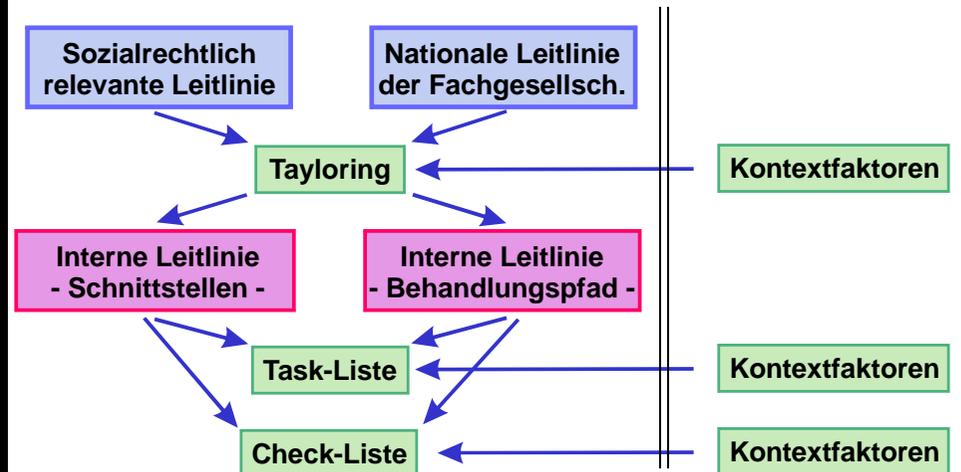
Hart, D.: Vom Standard zur Leitlinie: Bewertungszusammenhänge im Medizin- und Gesundheitsrecht. KritV 88, 2005, 155-76

Prof. Dr. M. Schrappe

## Leitlinien und Versorgungsforschung

efficacy / klin.-evaluative Forschung

Versorgungsforschung  
effectiveness



Prof. Dr. M. Schrappe

## QM-Prozess Intensivmedizin

28 Betten interdisziplinär, 95% Belegung: Intervention, prä/post Intervention:

- ➔ durch Ärzte geleitete Team-Besprechung
- ➔ 2mal täglich Statusbesprechung (z.B. Verlegung)
- ➔ gezielte Maßnahmen zu nosokomialen Infektionen
- ➔ Team-Kultur: *team decision making process*

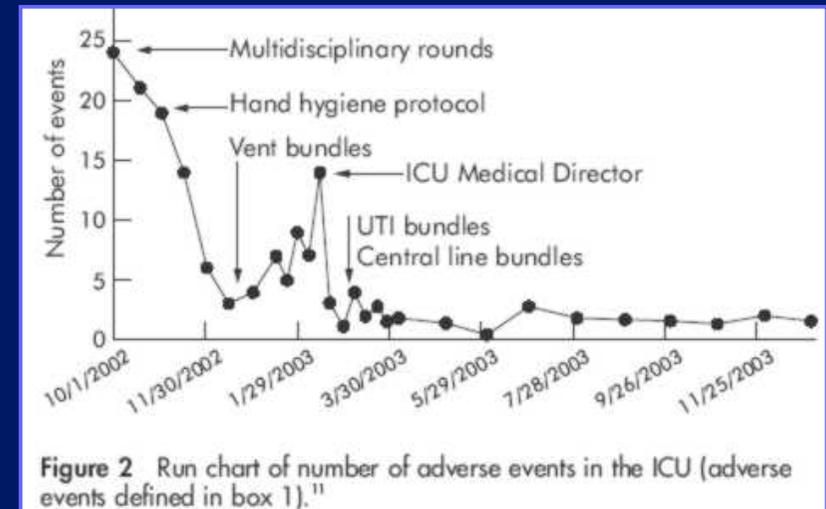
Ziele:

- ➔ Verminderung der UE/ICU-Tag um 50% (24/<12)
- ➔ Verminderung der Beatmungspneumonien um 25% (von 7,5/1000 Beatmungstage auf 5,5)
- ➔ Reduktion der Katheter-ass. Sepsis um 44% (von 5,9/1000 Kathetertage auf 3,3)

Jain, M., ... Berwick, D.M.: QSHC 15, 2006, 235

Prof. Dr. M. Schrappe

## Ergebnisse 3: unerwünschte Ereignisse



Prof. Dr. M. Schrappe

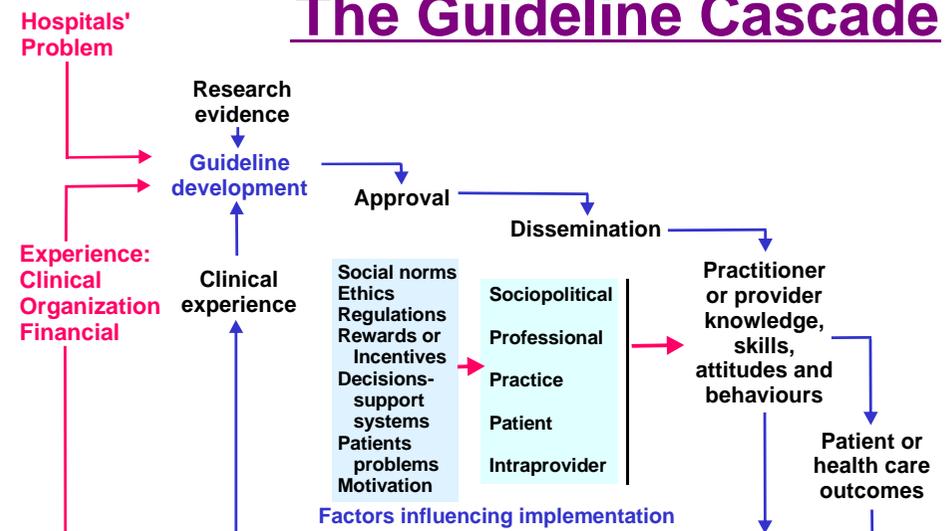
## "Methods of Changing Physicians Practices"

- (1) Fort- und Weiterbildung ("education")  
insbes. "targeted education"
- (2) Feedback  
insbes. zeitnah
- (3) Einbeziehung der Entscheider ("partizipation")
- (4) Kompetenzsteigerung
- (5) Anweisung ("administrative rules")
- (6) Finanzielle Anreize ("incentives")
- (7) Finanzielle Verantwortung ("penalties")

modifiziert nach: P.J. Greco, J.M. Eisenberg: N. Engl. J. Med. 329, 1993, 1271-4

Prof. Dr. M. Schrappe

## The Guideline Cascade



zit. n. Davis et al.: Translating guidelines into practice. CMAJ 157, '97, 408

Prof. Dr. M. Schrappe

# Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ Leitlinien
- ➔ **EBM**
- ➔ Zusammenfassung



Matthias Schrappe  
 Institut für Patientensicherheit  
 Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
 www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



# Patientensicherheit: eine EBM-Perspektive

Patientensicherheit

=

Evidence-based practice

Prof. Dr. M. Schrappe

# Die Intervention

Händedesinfektion  
 mit Chlorkalk-Lösung



Mortalität an Kindbettfieber:

Kreißsaal 1	Kreißsaal 2
1,2%	1,3%

Prof. Dr. M. Schrappe

# Patientensicherheit

Evidenz ↑

Efficacy

Evidenz-basierte Medizin

Prof. Dr. M. Schrappe

# Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases

## Implications for Pay for Performance

Cynthia M. Boyd, MD, MPH  
Jonathan Darer, MD, MPH  
Chad Boulton, MD, MPH, MBA  
Linda P. Fried, MD, MPH  
Lisa Boulton, MD, MPH, MA  
Albert W. Wu, MD, MPH

**Context** Clinical practice guidelines (CPGs) have been developed to improve the quality of health care for many chronic conditions. Pay-for-performance initiatives assess physician adherence to interventions that may reflect CPG recommendations.

**Objective** To evaluate the applicability of CPGs to the care of older individuals with several comorbid diseases.

**Data Sources** The National Health Interview Survey and a nationally representative sample of Medicare beneficiaries (to identify the most prevalent chronic diseases in this population); the National Guideline Clearinghouse (for locating evidence-based CPGs for each chronic disease).

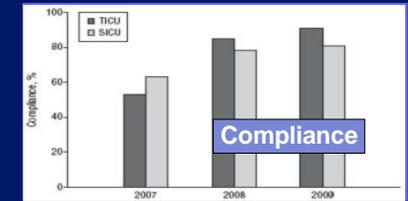
**Study Selection** Of the 15 most common chronic diseases, we selected hypertension, chronic heart failure, stable angina, atrial fibrillation, hypercholesterolemia, diabetes mellitus, osteoarthritis, chronic obstructive pulmonary disease, and osteoporosis.

Boyd et al. JAMA 294, 2005, 716

# Prävention der Beatmungspneumonie

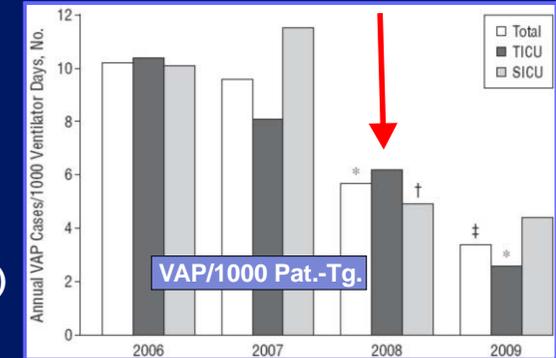
## “Bundle-Intervention”

- Thromboseprophylaxe
- Hochlagerung
- Ulkusprophylaxe
- Unterbrechung d. Sedation
- Prüfung der Extubation



## Historischer Vergleich

- deutliche Abnahme der VAP gesamt und in jeder teilnehmenden ICU



Jährliche Kostenersparnis:  
\$ 1.080.000 (380.000-1.8 Mio.)

Bird et al. Arch. Surg. 145, 2010, 465

Prof. Dr. M. Schrappe

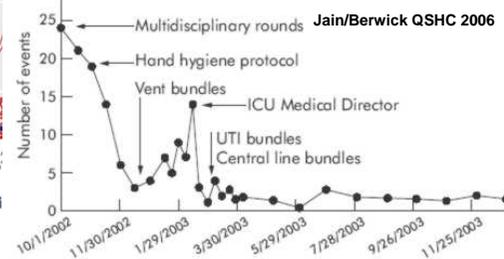
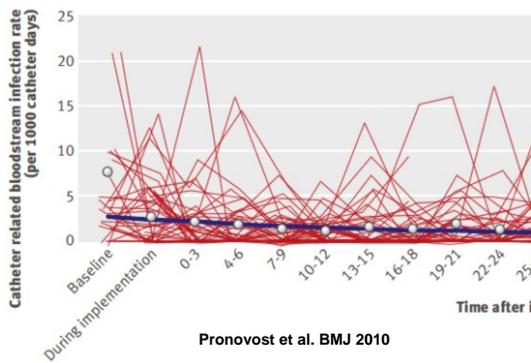


Figure 2 Run chart of number of adverse events in the ICU (adverse events defined in box 1).<sup>11</sup>

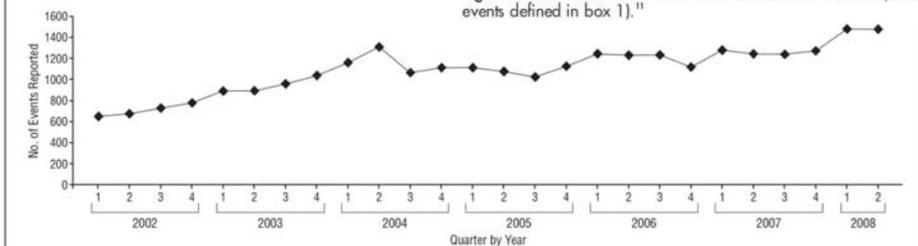
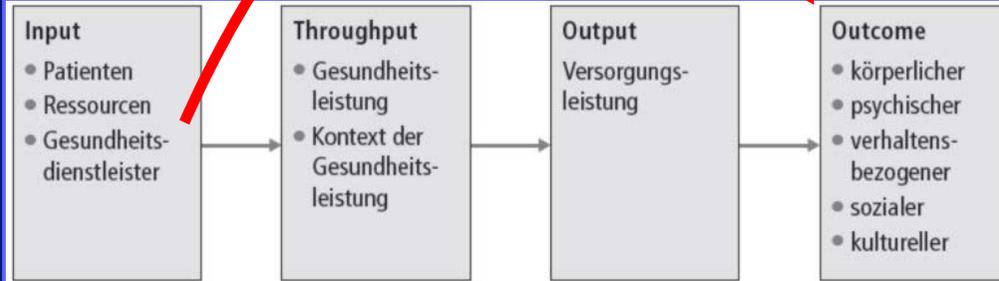


Figure 3. Reports of incidents at Strong Memorial Hospital over time. This includes all levels of severity.



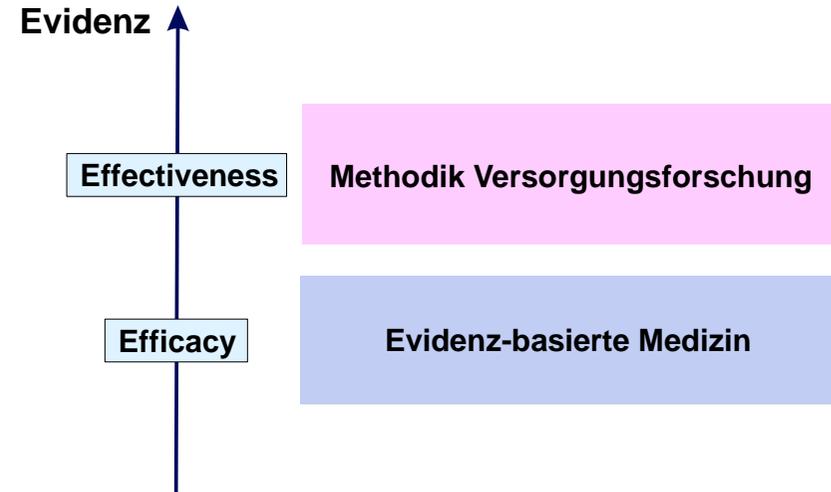
# VF: Throughput-Modell



Pfaff, H., Schrappe, M. in:  
Pfaff/Neugebauer/Glaeske/Schrappe  
Lehrbuch Versorgungsforschung, 2011

Prof. Dr. M. Schrappe

## Patientensicherheit



Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

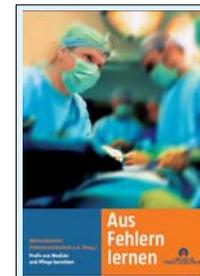
- ➔ Einführung
- ➔ Patientensicherheit
- ➔ Leitlinien
- ➔ EBM
- ➔ Zusammenfassung



Matthias Schrappe  
Institut für Patientensicherheit  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
www.ifpsbonn.de, www.schrappe.com



## 5 Jahre APS



- Verbreitung
- Bündnis
- Akzeptanz
- Öffentlichkeit

- Nomenklatur
- Häufigkeit
- Handlungsempfehlungen
- Instrumente

- Forschung
- Lehre

11.4.2005

30.09.2010

Prof. Dr. M. Schrappe

# Five years after ... the „end of the beginning“

PERSPECTIVE

Improving Patient Safety — Five Years after the IOM Report

## Improving Patient Safety — Five Years after the IOM Report

Drew E. Altman, Ph.D., Carolyn Clancy, M.D., and Robert J. Blendon, Sc.D.

## The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human'

Amid signs of progress, there is still a long way to go.

by Robert M. Wachter

## Five Years After To Err Is Human: What Have We Learned?

Lucian L. Leape, MD  
Donald M. Berwick, MD  
Five years ago, the Institute of Medicine (IOM) called for a new focus on "systems" to make health care safe. Although progress since then has been significant, much more work remains to be done.

## The Long Road to Patient Safety: A Status Report on Patient Safety Systems

Daniel R. Longo, OblSB, ScD  
John E. Hewett, PhD  
Bin Ge, MD, MA  
Shari Schubert, BA  
**Context** Since the Institute of Medicine (IOM) report, national attention has focused on improving patient safety. These reports resulted in a new paradigm of care. These reports resulted in a new paradigm of care. These reports resulted in a new paradigm of care. These reports resulted in a new paradigm of care.

### ORIGINAL ARTICLE

## The "To Err is Human" report and the patient safety literature

H T Stelfox, S Palmisani, C Scurlack, E J Orav, D W Bates



# Fünf Jahre APS:

## The „end of the beginning“

## The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human'

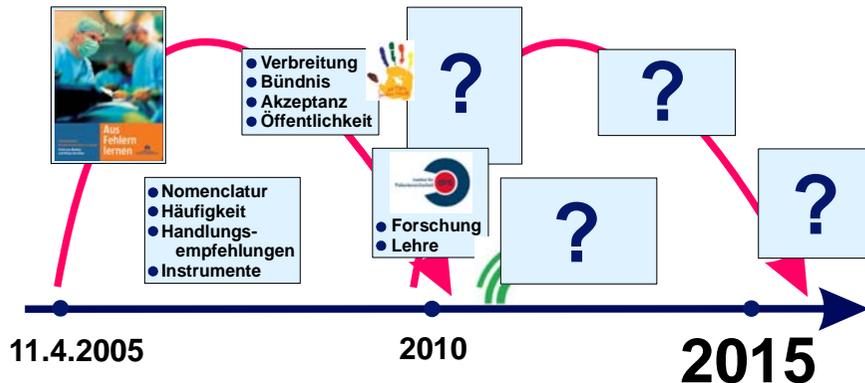
Amid signs of progress, there is still a long way to go.

by Robert M. Wachter

# 10 Jahre APS



00qmrmaps15Jahre.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

# Ten years after ... accountability, responsibility



CHEST

Medical Ethics

## Responsibility for Quality Improvement and Patient Safety

Hospital Board and Medical Staff Leadership Challenges

Christine A. Gonskel, RN, MPA, MPS; Robert M. Wachter, MD; and Peter J. Pronovost, MD, PhD

MALPRACTICE & ERRORS

By Robert M. Wachter

## Why Diagnostic Errors Don't Get Any Respect—And What Can Be Done About Them

## Malpractice Reform — Opportunities for Leadership by Health Care Institutions and Liability Insurers

Michelle M. Mello, J.D., Ph.D., and Thomas H. Gallagher, M.D.

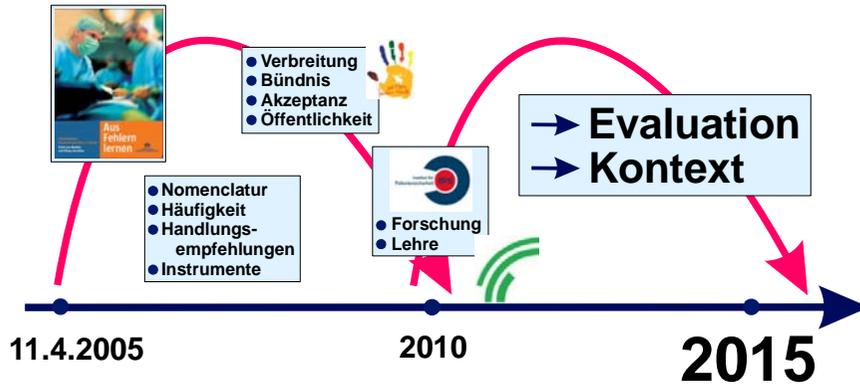
## Learning Accountability for Patient Outcomes

Peter J. Pronovost, MD, PhD

CLABSI is a bellwether for holding health care professionals accountable for patient outcomes. Accountability for patient outcomes traditionally rests with professional self-regulation. When evaluating a hospital's infection rate com-

EACH YEAR, AN ESTIMATED 100 000 PATIENTS DIE OF

# 10 Jahre APS



Prof. Dr. M. Schrappe

# Institut für Patientensicherheit

## der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn



Prof. Dr. M. Schrappe



# Patientensicherheit: 5 Säulen

- ➔ Praxisrelevanz
- ➔ Fachliche Perspektive
- ➔ Management-Orientierung
- ➔ Öffentlichkeit und Politik
- ➔ **Forschung und Lehre**

Prof. Dr. M. Schrappe

# Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Prof. Dr. M. Schrappe

