



Deutscher Anwaltverein

Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht

16. Herbsttagung

vom 16. bis 17. September 2016 in Berlin

Arbeitsgruppe Arzthaftungsrecht

Grundlagen des Risikomanagements

Rechtsanwältin Dr. Carolin Wever
Hamm

Grundlagen des Risikomanagements

DAV Arbeitsgruppe Arzthaftungsrecht
September 2016

Dr. Carolin Wever

Bergmann und Partner

Josef-Schlichter-Allee 38, 59063 Hamm

www.bergmannpartner.com

wever@bergmannpartner.com

1

„Historische“ Entwicklung des Risikomanagements

2

- USA: Risk-Management Maßnahmen nach den Versichererkrise 1969 und 1974
- Krankenhäuser haben erhebliche Selbstbehalte (500.000 USD und mehr)
- Risk-Management für amerikanische Versicherer Zeichnungsvoraussetzung

3

1999	<ul style="list-style-type: none">• USA: Veröffentlichung des Insitute of Medicin „To Err is human: building a safer health system• 44000 bis 89000 Todesfälle durch unerwünsche Ereignisse in amerikanischen Kliniken• Fehler gehört zu den 10 häufigsten Todesursachen bei stationär aufgenommenen Patienten
2000	<ul style="list-style-type: none">• United Kingdom National Health Service• Report: „An Organisation with a Memory“
2001	„Agency for Healthcare Research and Quality“ (AHRQ) erhält vom amerikanischen Kongress 50 Millionen Dollar, um ein intensives Programm für Forschung und Verbesserung im Bereich Patientensicherheit einzuleiten

4

2002	<ul style="list-style-type: none"> • Deutschland: Expertenkreis „Patientensicherheit“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ – gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung • Aktionsplan „Patientensicherheit und Fehlervermeidung“
2003	<ul style="list-style-type: none"> • USA: „Accreditation Council on Graduate Medical Education“ • Regulierung der Dienstzeiten für Assistenzärzte auf 80 Stunden pro Woche
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Deutschland: Aktionsbündnis Patientensicherheit wird als gemeinnütziger Verein gegründet • Ziel: sichere Gesundheitsversorgung
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Europa: Gründung des „European Network for safety“ (EUNetPas) als Dachgesellschaft im Bereich Patientensicherheit aller 27 EU-Mitgliedsstaaten

5

2010	<ul style="list-style-type: none"> • KBV und BÄK bieten die Arztbibliothek an, die von Experten des ÄZQ recherchiert und geprüft wurde - neu ist die Rubrik „Leitlinie im Fokus“ • Fehlerberichtssystem für Krankenhäuser unter: www.kh-cirs.de
2011	<ul style="list-style-type: none"> • 110 Krankenhäuser veröffentlichen ihre Qualitätsdaten iRd Initiative Qualitätsmedizin (IQM) → www.initiative-qualitaetsmedizin.de • 150 Mitglieder veröffentlichen Qualitätsdaten → www.qualitaetskliniken.de
2012	Erstes strukturiertes Weiterbildungszentrum für angehende Fachärzte auf dem Gebiet der Hygiene und Umweltmedizin in Deutschland gegründet → Westfälische Akademie für Krankenhaushygiene, Münster
2013	Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) haben das erste landesweite Melde- und Lernsystem für medizinische Beinahefehler im CIRS eingerichtet

6

2013	Veröffentlichung des vom G-BA in Auftrag gegebenen Qualitätsreport des AQUA-Instituts für das Jahr 2012. ¼ aller stationären Krankenhausfälle in Deutschland sollen in einem bundesweiten Qualitätssicherungsverfahren die Qualität der Behandlung des Patienten wiedergeben
2014	G-BA beschließt, dass Krankenhäuser zukünftig verpflichtet sind, Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme einzurichten, die für alle Mitarbeiter des Krankenhauses zugänglich und nutzbar sind → Umsetzung der Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz vom 26.2.2013

Siehe auch: Bergmann/Wever, Risiko- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, MedR 2011, 2012, 2013, 2014, 2015

7

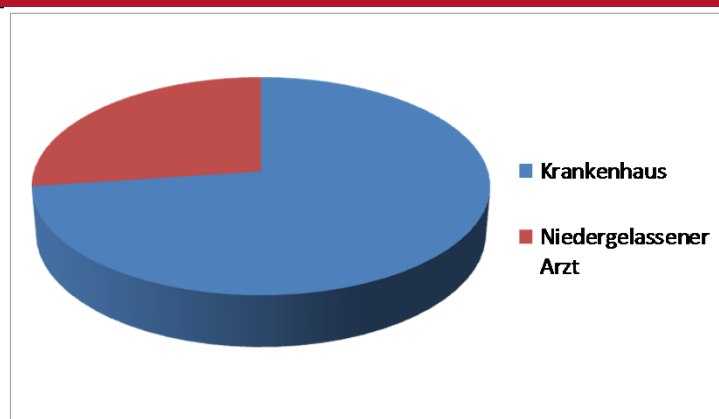
Statistik der Schlichtungsstelle

8

Behandlungsfehlerstatistik der Bundesärztekammer

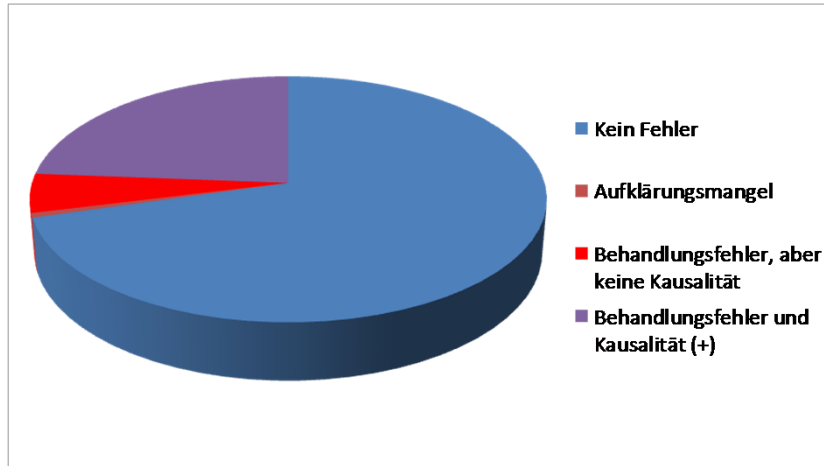
- zuletzt veröffentlicht am 15.6.2016
- bundeseinheitlich, elektronischer Statistikbogen
- Bundesstatistik enthält wesentliche quantitative und qualitative Aspekte:
 - Antrags- und Erledigungszahlen, Zahl der festgestellten Behandlungsfehler
 - Art, Häufigkeit und Verteilung der Behandlungsfehler auf die medizinischen Fachgebiete und Behandlungseinrichtungen

9

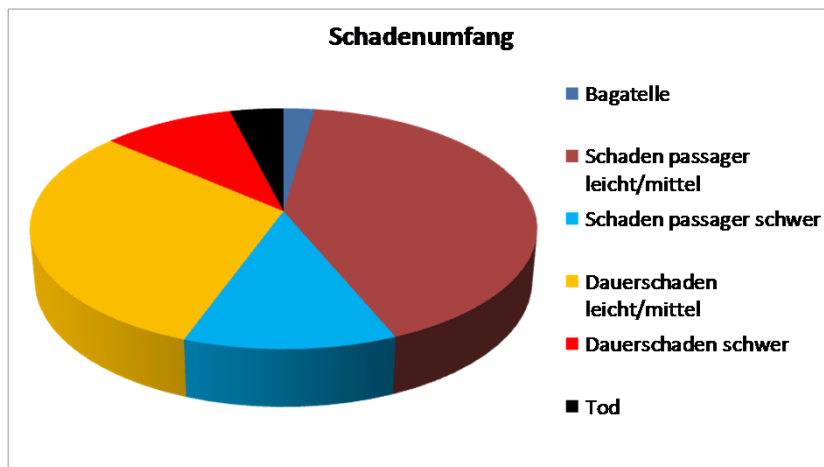


Summe Antragsgegner	8696
Krankenhausbereich	6334
ambulant (Praxis, MVZ)	2362

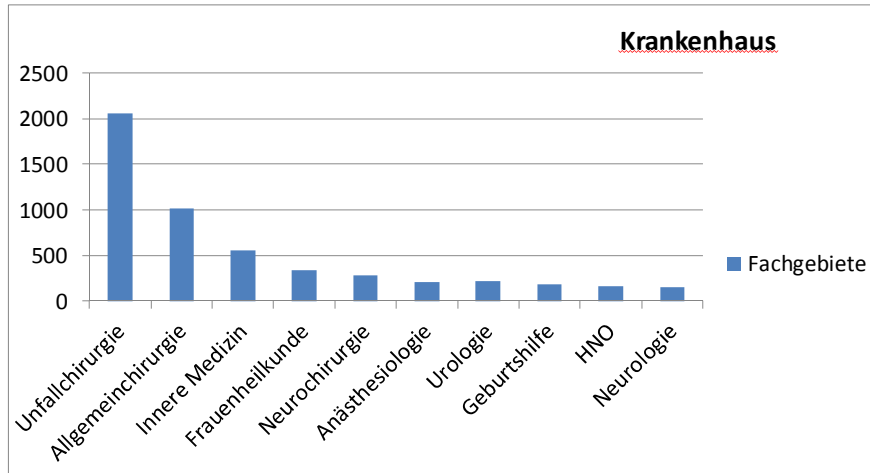
10



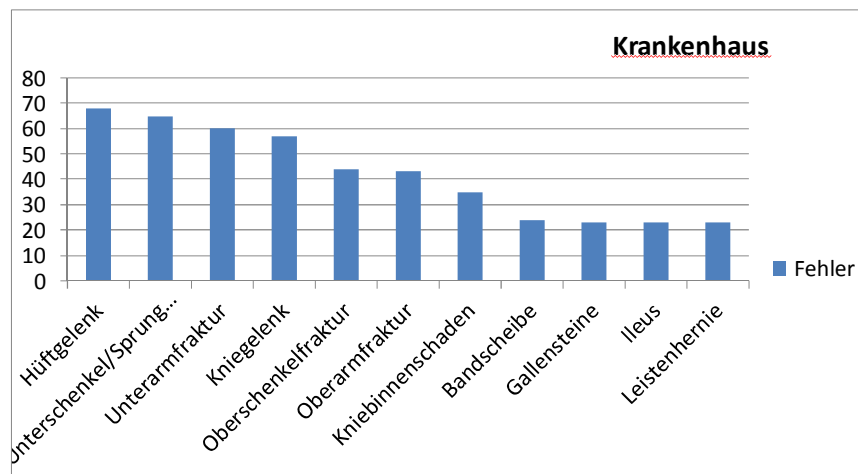
11



12

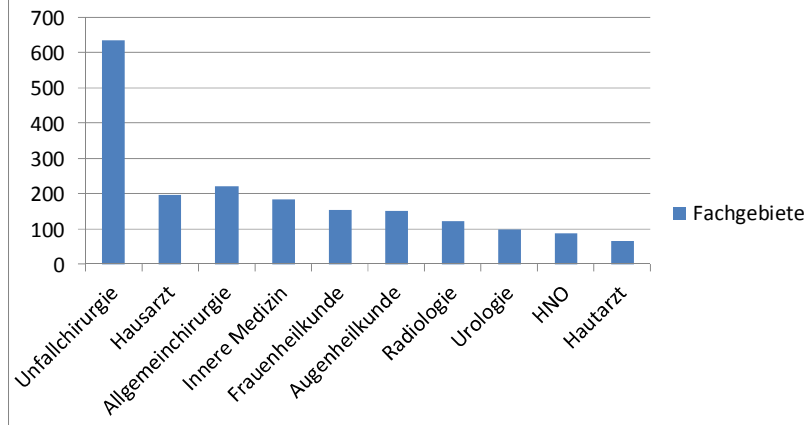


13



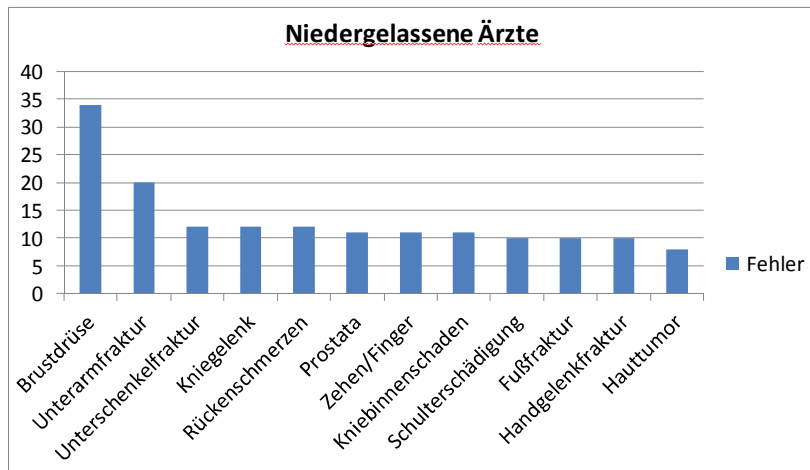
14

Niedergelassene Ärzte



15

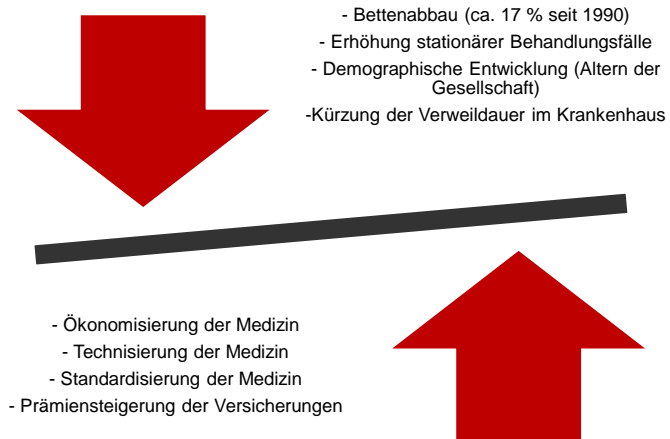
Niedergelassene Ärzte



16

Aktuelle Probleme im Gesundheitswesen

17



18

Aktuelle Gesetzesentwicklungen zum Risikomanagement

19

- **Änderung SGB V: § 137 Absatz 1d:**

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen **Richtlinien** über die grundsätzlichen Anforderungen an ein **einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement** nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum 26. Februar 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere **Mindeststandards für Risikomanagement- u. Fehlermeldesysteme** fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren.“

20

- **Änderung SGB V: § 137 Absatz 1d:**
„Als **Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen** nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an **einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme**, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.“

21

G-BA
Qualitätsmanagement-
Richtlinien zur
vertragsärztlichen,
vertragszahnärztlichen
sowie stationären
Versorgung, 31.1.2014

- **Mindeststandards**
(Ziele: Patientensicherheit, Sicherheitskultur)
 - *Risikomanagement*
 - *Fehlermeldesysteme*

22

Risikomanagement:

- Risikostrategie festlegen und darlegen
- Risiken identifizieren und analysieren (auf Grundlage sektorenspezifischer Quellen)
- Einbeziehung aller, auch der Patientenperspektive
- Risiken bewerten
- Risiken bewältigen und steuern
- Risiken überwachen
- Verantwortlichkeiten festlegen
- Führungsaufgabe
- Schulung
- Risikokommunikation
- Implementierung, Evaluation und ggf. Anpassung der Maßnahmen
- Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen

23

Fehlermeldesysteme

- Anonymität / Vertraulichkeit / Sanktionsfreiheit / Freiwilligkeit / Unabhängigkeit / niedrigschwelliger Zugang
- Einbeziehung aller
- Fehleranalyse und Bearbeitung
- Ableiten von möglichen Maßnahmen
- Verantwortlichkeiten festlegen
- Schulung
- Zeitnahe Ergebniskommunikation, externe Kommunikation ermöglichen
- Implementierung, Evaluation und ggf. Anpassung der Maßnahmen
- Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen

24

Aufgabe der Krankenhausleitung

- entsprechende Risikostrategie für die Einrichtung festlegen
- aufbau- und ablauforganisatorischen Rahmenbedingungen schaffen
- strukturierten Austausch aller Beteiligten gewährleisten
- regelmäßig und zeitnah über den Sachstand zu informieren
- Einbindung der Mitarbeiter (z.B. durch Schulungen und Besprechungen)
- Information in Qualitätsberichten

25

Organisatorische Umsetzung

- Ergebnisse und Erkenntnisse aus den bearbeiteten Meldungen sind zeitnah an die am jeweiligen Versorgungsprozess Beteiligten zurückzuspiegeln
- Einrichtungsübergreifende Kommunikation, um den bestmöglichen Lerneffekt zu erzielen (gegenseitiges Lernen)
- Einzelheiten zur Organisation von einrichtungsinternen Fehlermeldesystemen fallen in die Verantwortung der jeweiligen Einrichtung und sind an deren speziellen Verhältnissen auszurichten.

26

Dokumentation

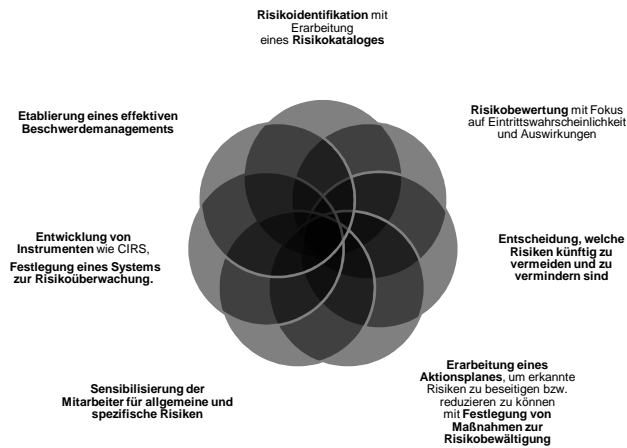
- Dokumentation und Nachvollziehbarkeit sowohl des Risikomanagements als auch des einrichtungsinternen Fehlermeldesystems erforderlich
- gemäß PDCA-Zyklus muss nach Implementierung von Präventionsmaßnahmen eine Evaluation erfolgen und ggf. die Maßnahmen angepasst werden.

27

„patientenorientiertes Beschwerdemanagement“

- Patienten über Beschwerdemöglichkeiten vor Ort informieren
- über die Bearbeitung ihrer Beschwerden zeitnah unterrichten
- Ergebnisse aus Beschwerdemanagement sollen in Gestaltung des klinischen Risikomanagements einfließen
- Einzelheiten und individuelle Umsetzung vor Ort werden dem Haus überlassen.

28



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Dr. Carolin Wever
Fachanwältin für Medizinrecht
wever@bergmannpartner.com