# 2015

## 10 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

## 2005 – 2015

**10 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit**

# Inhalt


Grußwort der Vorsitzenden 6

Grußwort des Bundesgesundheitsministers 7

10 Jahre APS – eine Zeitreise 8

Die Gründungsmitglieder:
Gemeinsam für eine nachhaltige Sicherheitskultur 10

Nachgefragt: Ein neues Mitglied im Gespräch 17

10 Jahre im Dienst der Patientensicherheit 18

Starke Stimmen zum Jubiläum 36

Aktuelle Projekte 44

Das Institut für Patientensicherheit:
Kompetenzzentrum für Patientensicherheitsforschung 56

Patientensicherheit – Die Zukunft im Blick 58

Dankeschön 62

Impressum 63

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

10 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit – das sind 10 Jahre gebündelter Aktivitäten vieler Menschen, die viel Engagement und Zeit in die ehrenamtliche Arbeit für sehr ambitionierte Ziele einbringen.

Wer kennt es nicht: Jede einzelne Person, die eine Ausbildung oder ein Studium beginnt, um Menschen zu helfen, zu heilen und zu unterstützen, hat die Ambition und den Idealismus, Wissen und Arbeit in eine gute und sichere Patientenversorgung zu investieren. Jeder, der das System kennt, weiß, dass im Praxisalltag nicht alles so verläuft, wie man zu Beginn erwartet hatte. Sehr oft erlebt die einzelne Person, dass wünschenswerte Veränderungen nicht einfach machbar sind, sondern sich manchmal hoch komplex gestalten.

Das deutsche Gesundheitswesen ist in der Außenwahrnehmung hoch effektiv und äußerst leistungsfähig. Man streitet in den Fachkreisen über Zahlen und Hochrechnungen, die nicht plausibel oder eben doch plausibel sind und vergisst bei allem Deutungsstreit, rasch und konsequent Lösungen aus diesem Dilemma zu erarbeiten!

Doch wenn strukturelle Gegebenheiten ungünstig sind oder Vertrauen zwischen Akteuren fehlt, sind unerwünschte Ereignisse auch im deutschen Gesundheitswesen vorprogrammiert.

Mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit sind viele Akteure aus allen Berufsgruppen gestartet, das Gesundheitswesen besser und sicherer zu machen. Sie wissen um die Schwächen, sie analysieren sie und machen sie zum Gegenstand der Bearbeitung.

Ehrenamtliche Strukturen setzen aber Grenzen. Es wird Zeit, sie zu überwinden! Dank der Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit und vieler Förderer hat das APS wichtige Schritte in seiner Organisationsentwicklung gehen können. Aber nur Projekte zu fördern, reicht nicht. Deshalb begrüßen wir die Initiative des Bundesrats, Patientensicherheit in eine Basisfinanzierung zu überführen. Wir wünschen uns, dass dieser Ansatz von unserem Schirmherrn und der Bundesregierung aufgegriffen wird.

Ich danke an dieser Stelle ausdrücklich Matthias Schrappe und den anderen Gründerinnen und Gründern für die Weitsicht, das APS ins Leben gerufen zu haben! Sie haben gewusst, dass bei aller beruflichen und fachlichen Kompetenz jeder einzelnen Profession und dem jeweiligen Wissensstand gerade das professionelle ineinandergreifende Wirken und die gegenseitige Akzeptanz der Expertise aller einzelnen Akteure von großer Bedeutung sind. Unser Bündnis zeigt, dass es gelingt, gemeinsam für mehr Sicherheit zu sorgen!

Hedwig François-Kettner
Vorsitzende

## Sehr geehrte Mitglieder des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.,

Sie haben sich zum Ziel gesetzt, gemeinsam Schäden und unerwünschte Behandlungsverläufe in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden. Damit leisten Sie unverzichtbare Arbeit auf dem Gebiet der Patientensicherheit und Qualitätssicherung. Die Stärkung der Qualität im Gesundheitswesen stellt einen wichtigen Schwerpunkt der Gesundheitspolitik der Bundesregierung dar.

Trotz größter Sorgfalt lassen sich Fehler in der Medizin und der Pflege nicht vollständig vermeiden. Die Frage ist jedoch, wie man damit umgeht. Sie zeigen daher den Menschen in den Gesundheitsberufen nicht nur mögliche Fehlerquellen auf, sondern ermutigen sie zu einem offenen Umgang mit Fehlern. Damit tragen Sie aktiv dazu bei, eine Fehler- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen zu verankern. Ihre Broschüren und Handlungsempfehlungen sind sehr wertvoll für die Angehörigen von Gesundheitsberufen und Ihre Konzepte und Initiativen werden von Presse und Öffentlichkeit besonders positiv bewertet.

Ihre praktische Arbeit wird durch das Institut für Patientensicherheit an der Universität Bonn wissenschaftlich unterstützt und auf nationaler und internationaler Ebene fundiert vertreten. Durch seine Vorlesungen und Seminare erhalten Fragen der Patientensicherheit und der Fehlerkultur bereits in der medizinischen Ausbildung einen Raum, so dass schon frühzeitig der Umgang damit vermittelt wird.

In den vergangenen zehn Jahren hat sich Ihr Aktionsbündnis nicht nur zu einem wichtigen Ansprechpartner bei sämtlichen Fragestellungen der Patientensicherheit entwickelt. Es hat sich zudem als unabhängige Plattform bewährt, die wir brauchen, um gemeinsam erfolgreich Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit zu erarbeiten und in die Praxis umzusetzen.

Als Ihr Schirmherr danke ich Ihnen für Ihren Einsatz im Sinne der Patientinnen und Patienten in unserem Land und gratuliere sehr herzlich zu einem Jahrzehnt Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V..

Hermann Gröhe
Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

# 10 Jahre APS – eine Zeitreise

## 2005

Gründungsversammlung

AG Eingriffsverwechslung

AG Arzneimitteltherapie-sicherheit

## 2006

AG CIRS

AG Behandlungsfehlerregister

APS-Kongress

AG Patientenidentifikation

## 2007

Handlungsempfehlung zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

## 2008

„Aus Fehlern lernen“

AG Fremdkörper im OP-Gebiet

AG Informieren – Beraten – Entscheiden

Janssen-Cilag-Zukunftspreis

Handlungsempfehlung zur sicheren Patienten-identifikation

Start der „Aktion Saubere Hände“

## 2009

Gründung des Instituts für Patienten-sicherheit der Universität Bonn

AG Medzinprodukt-assoziierte Risiken

AK Kommunikation unerwünschter Ereignisse

## 2010

„Jeder Tupfer zählt! – Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“

AG Bildung und Training

„Leitfaden für die AG-Arbeit“

## 2011

AG Älterer Patient im Krankenhaus

Stellungnahme zum Krankenhaushygiene-gesetz

„Kodex über die Zusammenarbeit mit Organisationen, Institutionen und Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen“

„Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall“

Stellungnahme zum Versorgungsstrukturgesetz

## 2012

Stellungnahme zum Patientenrechtegesetz

Stellungnahme zur MDK-Fehlerstatistik

„Für mehr Patienten-sicherheit in Deutschland – das APS-Konzept 2020“

2. Stellungnahme zum Patientenrechtegesetz

## 2013

„Handlungsempfehlung zum Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln: Methotrexat“

Thesenpapier zu Berichts- und Lernsystemen

Einrichtung der APS-Geschäftsstelle in Berlin

## 2014

Stellungnahme zum AOK-Krankenhausreport

Stellungnahme zur G-BA Richt-linie zu Patientensicherheit und Risikomanagement

Stellungnahme zum „Natio-nalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“

Erstmalige Vergabe des Deut-schen Preises für Patienten-sicherheit

„Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompeten-zen in der Patientensicherheit“

Handlungsempfehlung Patien-tensicherheit durch Prävention medizinprodukt-assoziierter Risiken

Neubesetzung des Lehrstuhls am Institut für Patientensicher-heit der Universität Bonn

Stellungnahme zu Artikel 6b des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus

Start von „simparteam®“ als Kooperationsprojekt

„Patientenbeteiligung im APS“

AG CIRS II

AG Notfall

Stellungnahme zur Normierung von Gesundheitsdienstleistun-gen durch Europäischen Nor-mungsausschuss CENELEC

## 2015

Stellungnahme zur gesetzlichen Förderung von Einrichtungen zur Verbesserung der Patienten-sicherheit

Stellungnahme zum Screening von Krankenhausinfektionen

Patienteninformation „Präven-tion von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multi-resistente Erreger“

Positionspapier zur Elektroni-schen Gesundheitskarte (eGK)

AG Mindestanforderungen an klinische Risikomanagement-systeme im Krankenhaus und deren Methoden

Handlungsempfehlung „Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus“

Handlungsempfehlung zum Umgang mit Hochrisikoarznei-mitteln: Vincristin

Patienteninformation „Tipps für den häuslichen Umgang mit Arzneimitteln“

# Die Gründungsmitglieder:

## Gemeinsam für eine nachhaltige Sicherheitskultur

## *„Individuelle Schuld wurde relativiert“*

Das Besondere an der Gründung des APS war, dass alle mitmachten. Es war eines der wenigen wirklich „bänkeübergreifenden“ Ereignisse im deutschen Gesundheitswesen. Unter dem Strich bleiben drei Punkte, bei denen bisher ein Durchbruch erzielt werden konnte: Erstens wurde das Unaussprechliche der Analyse zugänglich gemacht. Ein modernes Verständnis von Fehlern macht es möglich, Schadensfälle zu analysieren und präventive Instrumente zu entwickeln. Zweitens wurden Erhebungsmethoden für Beinaheschäden entwickelt, die die „blinden Flecken“ im Auge haben. Paradebeispiel ist das Critical Incident Reporting System. Die gleiche Funktion erfüllen Morbidity-Mortality-Konferenzen und die Analyse von Patientenbefragungen. Diese Methoden ermöglichen ein „Lernen der Organisation“. Und drittens wurde das Paradigma der individuellen Schuld relativiert. Die Schuldfrage wurde abgelöst durch Fragen nach der organisatorischen Struktur, der Führung, der Teamfunktion, der Arbeitsumgebung, der Sicherheitskultur.

Trotzdem bleibt einiges zu tun: Im Glossar der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit findet sich der Begriff Patientensicherheit, Stand August 2014, kein einziges Mal, und im Koalitionsvertrag der großen Koalition vom 23.11.2013 kommt er gerade einmal vor.

*Prof. Dr. med. Matthias Schrappe*
*Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie der Universität zu Köln · ehem. Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn*

*Langfassung des Statements unter www.aps-ev.de*

## *„Patientensicherheit ist ein permanenter Auftrag“*

Das APS hat eine medizin- und gesundheitspolitische Hausse des Themas Patientensicherheit in Deutschland ausgelöst. Es ist der allseits anerkannte, relevante, überparteiliche, fachlich und sachlich kompetente, disziplin- und professionsübergreifende Ansprech- und unaufgeregte Gesprächspartner in Sachen Patientensicherheit.

Das APS war und ist eine bürgergesellschaftliche Organisation, die sich dem Allgemeininteresse Patientensicherheit verschrieben und erhebliche Bewegung auf gesellschaftlicher wie staatlicher Ebene ausgelöst hat. Die ausgelöste Bewegung hatte nicht immer den erwünschten Erfolg – auch auf diesem Felde ist der Kompromiss der vorherrschende und zu akzeptierende Handlungsmechanismus.

Patientensicherheit ist ein permanenter Auftrag, ein Prozess ohne Ende. Manchmal muss man von vorne beginnen, um das Erreichte nicht in Vergessenheit geraten zu lassen. Das gilt beispielsweise für das klinische Risikomanagement. Ohne das ständige, wiederholte „Bohren“ wird die Praxis sich der Empfehlung nicht annähern. Insofern ist die Bilanz durchaus ambivalent: Einiges erreicht, aber nicht zufrieden. Doch Zufriedenheit wäre der Weg in abnehmende Relevanz.

*Prof. Dr. jur. Dieter Hart*
*Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR) der Universität Bremen · außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*

*Langfassung des Statements unter www.aps-ev.de*

## „Ohne gemeinsame Verantwortung geht es nicht“

Sich für die Sicherheit von Patienten einzusetzen und sie vor vermeidbarem Leid zu schützen, ist eine der Kernaufgaben ärztlicher Tätigkeit. Ausschlaggebend für mein persönliches Engagement ist die Orientierung auf Lösungen statt auf Probleme und auf einen wertschätzenden Umgang miteinander.
Wichtig bei der Gründung des APS war für mich, dass das Thema Patientensicherheit nicht einer einzelnen Institution oder einer Berufsgruppe zugeordnet wird, sondern gemeinsam und auf gleicher Augenhöhe mit möglichst allen Betroffenen im Gesundheitswesen vorangebracht wird. Ohne Kooperation und gemeinsame Verantwortung geht es nicht im Gesundheitswesen. Patientensicherheit geht alle an! Jeder kann und soll seinen Beitrag leisten können. Schuldzuweisungen und Bevormundung führen in eine Sackgasse und zu Verweigerung anstatt zu besserer Versorgung. Fehlerprävention hat damit zu tun, an einem Strang zu ziehen und den Ursachen für vermeidbare Probleme auf den Grund zu gehen. Das älteste ärztlich-ethische Gebot des „zuallererst keinen Schaden anrichten“ findet hier sein Fundament. Davon profitieren nicht nur die Patienten, sondern wir alle im Gesundheitswesen.
Mit der Gründung des APS als lösungsorientiertes Netzwerk in gemeinsamer Verantwortung wurde das brisante Thema „Patientensicherheit“ gezielt mit einem positiven Auftrag versehen und damit zum Erfolg geführt. Die „Sicherheitskultur“ auf nationaler Ebene hat sich um 180° gedreht.
Die Herausforderung Patientensicherheit ist nicht geringer geworden. Wir haben viel bewegt, aber wir haben auch noch viel zu tun.

*Dr. med. Günther Jonitz*
*Präsident der Ärztekammer Berlin*

## „Mehr wissenschaftlich-praktischen Impact!“

Internationale Studien machten schon länger eindrucksvoll deutlich, dass medizinische Fehler bzw. kritische Ereignisse in Kliniken und Praxen vielen Patienten schwere Schäden zufügen. Es war klar, dass dies in Deutschland nicht anders sein konnte. Die Gründung des APS war daher ein logischer Schritt.
Die Sensibilität gegenüber den Gefahren für die Sicherheit von Patienten ist seither deutlich gewachsen. Vielleicht am wichtigsten: Es wird inzwischen weitgehend akzeptiert, dass es nicht um „blaming und shaming“ geht, sondern dass die Bereitschaft zur Offenlegung und Analyse kritischer Ereignisse essentielle Voraussetzung für Verbesserungen ist. Insgesamt könnte die Durchschlagskraft des APS noch höher sein: Es fehlen in Deutschland nach wie vor wirklich entschlossene Investitionen und der unbedingte Wille, bereits als wichtig erkannte Werkzeuge auch tatsächlich zu einer flächendeckend praktizierten Routine zu machen. Was ebenfalls noch fehlt, ist eine weitere wissenschaftliche Durchdringung des ganzen Themas. Es gibt zu wenig Forschung im Bereich Patientensicherheit, und es fehlen vielfach noch überzeugende Belege für empfohlene Strategien sowie Erkenntnisse über Trugschlüsse und ineffiziente Anstrengungen. Was ich mir wünsche? Mehr wissenschaftlich-praktischen Impact!

*Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH*
*Institut für Allgemeinmedizin*
*Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main*

## „Weiter so!“

Als damalige Präsidentin des DPR und damit Vertreterin der Pflegeverbände auf der bundespolitischen Ebene sah ich die Teilhabe an zukunftsorientierten Innovationen wie Patientensicherheit als zielführend und vorbildhaft für die Pflegevertreter an. Wir haben die Inhalte des APS deutlich vertieft und verbreitert. Die Expertenempfehlungen und Arbeitsergebnisse aus den verschiedenen Arbeitsgruppen sind in der Versorgungspraxis angekommen. Damit profitieren alle Patienten, Mitarbeiter und Unternehmen.
Die Vorstellungen des DPR haben sich vollumfänglich erfüllt. Dies zeigen nicht nur die wertvollen Veröffentlichungen und Ergebnisse zur Patientensicherheit und deren Verwertung im Rahmen der Pflege auf verschiedenen Ebenen, sondern auch die kontinuierliche hohe Kompetenz und Verpflichtung von pflegerischen Vorstandsmitarbeiterinnen und –mitarbeitern im APS. Weiter so!
Für die Zukunft wünsche ich mir, dass es gelingt, die Neutralität des APS zu bewahren und frei von Partialinteressen zu bleiben. Wünschenswert wäre außerdem eine Stärkung durch weitere Mitglieder, eine Förderung der Finanzen durch staatliche Unterstützung sowie eine dauerhafte Schirmherrschaft durch eine anerkannte Persönlichkeit.

*Marie-Luise Müller*
*Ehrenpräsidentin des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR)*

## „Meine Erwartungen haben sich mehr als erfüllt“

Als erstrebenswerte Ziele der Arbeit des APS sah ich damals unter anderem an, ein Netzwerk zu Patientensicherheit und Fehlermanagement im Gesundheitswesen zu etablieren sowie Politik, Fachwelt und Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren. Was mir vorschwebte, war die Entwicklung eines Konsenses über einheitliche Erfassungs- und Analyseverfahren für Zwischenfälle und fehlerbedingte Ereignisse in der Medizin, eine Entwicklung und Verbreiterung von Systemen für das Critical Incident Reporting (CIRS) sowie die Erarbeitung von Trainingsangeboten für Öffentlichkeit und Fachleute.
Das APS hat wesentlich dazu beigetragen, diese Ziele zu erreichen. Durch die gemeinsame Arbeit der Akteure und die Projekte sowie Produkte des APS hat das Thema Patientensicherheit (für mich unerwartet) schnell eine überaus große Akzeptanz in der (Fach-)Öffentlichkeit und der Politik erhalten. Meine Erwartungen haben sich mehr als erfüllt. Weiter so, und viel Erfolg für die zukünftige Arbeit!

*Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger*
*damals Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)*
*Schriftleiter der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*

## „Schließen wir die Gründungsphase ab“

Aus Sicht der GQMG gehörten zu den Zielen des APS ein lösungsorientiertes, kooperatives Arbeiten und eine Verbindung von Wissenschaft und Praxis, um eine nachhaltige Etablierung der erarbeiteten Strategien sicherzustellen und die Fehler des Qualitätsmanagements zu vermeiden. Ein Ziel war auch die Etablierung einer Stiftung, die sich um das Thema Patientensicherheit unter anderem in den Bereichen Aus- und Weiterbildung, CIRS, Forschung sowie im Hinblick auf die praktische Implementierung kümmert und außerdem Beratung und Training anbietet.

Zehn Jahre danach ist das Thema Patientensicherheit auf der Tagesordnung. Es wird aber, wie so vieles, zwischen den „Bänken“ zerrieben. Dem APS ist es bisher nicht gelungen, hier als überparteilicher Dritter und ehrlicher Makler DER Ansprechpartner beim Thema Patientensicherheit zu werden, und zwar unter anderem deswegen, weil die anderen die Zahlen haben. Ich wünsche mir für die Zukunft, dass das APS mit Zahlen, Daten, Fakten arbeiten kann. Wertschätzen wir die Gründer und schließen wir die Gründungsphase ab.

*Dr. med. Dipl. psych. Ursel König*
*damals stellv. Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)*

## „Sicherheit im Krankenhaus hat sich merklich erhöht“

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft unterstützt nachdrücklich Aktivitäten, die zu einer Verbesserung der Patientensicherheit in Krankenhäusern führen. Wir haben uns damals konkrete, an der Praxis orientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit in Krankenhäusern erhofft. Die vom APS erarbeiteten Maßnahmen sind zu einem großen Teil heute in den Krankenhäusern umgesetzt. Genannt seien hier die Aktion Saubere Hände, das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland, die Checkliste Arzneitherapiesicherheit im Krankenhaus und die Handlungsempfehlungen zu Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie.

Die Maßnahmen des APS sind praxisnah und mit überschaubarem Aufwand umzusetzen. Das hat die Sicherheit der Patienten im Krankenhaus merklich erhöht. Die Erwartungen haben sich erfüllt. Bei seiner weiteren Arbeit sollte das APS, wie bisher, die praktische Relevanz und die praktischen Umsetzungsmöglichkeiten seiner Empfehlungen im Auge behalten. Die DKG wird sich als finanzieller und inhaltlicher Förderer auch weiterhin mit einbringen.

*Dr. med. Bernd Metzinger, MPH*
*Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)*

## „Das Thema muss am Kochen gehalten werden“

Als wir das Thema Patientensicherheit an die Öffentlichkeit brachten, konnte niemand damit umgehen, nicht die Ärzte und auch nicht die Medien. Mein Ziel war, das Thema in allen seinen Facetten zu bearbeiten und im Alltag der medizinischen Versorgung zu etablieren. Seither hat sich viel getan, aber noch nicht genug. Es wurden vom APS Handlungsempfehlungen publiziert und viele weitere Aktivitäten entfaltet. Wir machen Fortschritte, aber es geht alles langsam, wie auch in den USA zu sehen war, wo das Thema Patientensicherheit fünf Jahre früher angepackt wurde.

Meine Anregungen für die Zukunft? Immer weiter arbeiten, die Beschäftigten im Gesundheitswesen überzeugen, auch Krankenhausträger, Verbände und Politiker. Dass wahrscheinlich Tausende von Patienten pro Jahr wegen Fehlern in deutschen Krankenhäusern sterben, ist für viele kaum glaubhaft. Das Thema Patientensicherheit muss immer wieder angesprochen werden. Ziel muss es sein, die Zahl der Patientenschäden in einem Register zu erfassen und zu reduzieren. Bei Verkehrstoten ist das in den letzten Jahrzehnten gelungen. Warum nicht auch bei Patientenschäden?

*Prof. Dr. med. Matthias Rothmund*
*damals Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*

## „Die unterschiedlichen Berufsgruppen adäquat abbilden“

Wir hatten zum damaligen Zeitpunkt in der Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg schon einige Untersuchungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit veröffentlicht und waren von der Relevanz des Themas überzeugt. Ich fand es sehr wichtig, die AMTS im Krankenhaus transparent zu machen und Verbesserungen und Problemlösungsstrategien zu verankern. Vor allem war ich mir sicher, dass eine interprofessionelle Gruppe aus Ärzten, Apothekern und Pflege einen Benefit bringen wird.
Die Geschwindigkeit der Aktionen des APS hat sich in meiner Wahrnehmung verlangsamt, der Output ist geringer und der Prozess sehr formalistisch geworden. Ich weiß nicht, ob das so sein muss. Ein Benchmarking zu anderen APS-Organisationen im Ausland wäre interessant. Meine Erwartungen haben sich nicht ganz erfüllt. Der Vorstand des APS spiegelt nicht die wünschenswerte Interprofessionalität wider. Meines Wissens war erst einmal ein Apotheker im Vorstand vertreten. Das ist etwas enttäuschend. Für die Zukunft wünsche ich alles Gute, hoffe aber auch, dass es gelingt, die unterschiedlichen Berufsgruppen adäquat im Vorstand abzubilden.

*Dr. Torsten Hoppe-Tichy*
*Leiter der Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg*

## „Gestaltungsoptionen nutzen“

Seit der Gründung des APS konnten wir durch innovative Konzeptionen und Handlungsempfehlungen insbesondere den Krankenhäusern dabei helfen, eine Versorgung auf einem hohen organisatorischen und wirtschaftlichen Niveau im Interesse der Patienten zu erreichen. Gerade bei den Belangen, die die pflegerische Versorgung insbesondere sektorenübergreifend betreffen, sind die Gestaltungsmöglichkeiten aus meiner Sicht aber noch nicht wirklich zufriedenstellend realisiert.
Meine Anregung für die Zukunft wäre eine gezieltere Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, damit die vorbildlichen Erfolge über den Krankenhausbereich hinaus, insbesondere im ambulanten und pflegerischen Versorgungsbereich sowie bei den alternativen Wohnformen und letztendlich auch von der Gesellschaft besser wahrgenommen werden. Ermutigen möchte ich auch die Pflegenden, Gestaltungsoptionen für die Patientensicherheit selbst in die Hand zu nehmen und sich nicht den Wind aus den Segeln nehmen zu lassen.
Aufgrund meiner Kenntnisse als Netzwerkmanager könnte ich mir vorstellen, mich dafür stark zu machen, für diese Netzwerkpraxis die Verantwortung zu übernehmen. Für die Zukunft wünsche ich uns allen, dass wir mit dieser Energie und Verantwortung so weitermachen, denn das wäre für uns alle nur gut.

*Sabine Girts, MBA*
*Geschäftsführerin Bundesverband Pflegemanagement e.V.*

## „Kulturwandel hat begonnen“

Den Anfängen des APS hat ein eigener Zauber innegewohnt. Das in Deutschland um das Jahr 2000 noch weitgehend in der Tabuzone mäandernde Thema Patientensicherheit wurde ins Licht getragen. Im jungen Aktionsbündnis gab es viel Enthusiasmus, kein Geld, kein Personal und außer einer Unmenge an ehrenamtlicher Arbeit nichts zu verteilen. Gegenseitiger Respekt und hemdsärmeliger Pragmatismus waren ungeschriebenes Gesetz. Wir haben uns anfangs über ganz kleine, später auch größere Erfolge freuen dürfen: einen kleinen Geldbetrag für ein Logo eingeworben, umsonst die Räume einer Ärztekammer für unsere Veranstaltungen nutzen dürfen, mit Constanze Lessing als erster Mitarbeiterin einen Glücksgriff getan, mit der vom AOK-Bundesverband finanzierten Broschüre „Aus Fehlern lernen“ eine immense Öffentlichkeitswirkung erzielt. Viele kleine Schritte, viele Mosaiksteine. Am Ende dieses Blitzlichts auf die Anfänge zwei Fragen an mich selbst: Hat der Kulturwandel hin zu einem besseren Umgang mit dem Thema Patientensicherheit in Deutschland begonnen? Ich denke ja. Hat sich die Patientensicherheit in Deutschland verbessert? Leider weiß ich es nicht.

*Dr. Jörg Lauterberg*
*damals AOK-Bundesverband, heute IQWiG*



## „Ein breites Bündnis hat eine größere Schlagkraft“

Auch zehn Jahre nach der Gründung zieht das APS neue Mitglieder an. Im Jahr 2014 trat die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB) dem Bündnis bei. DVMB-Geschäftsführer Ludwig Hammel verrät, was er sich von der Mitgliedschaft erwartet.

*Wie sind Sie auf das APS aufmerksam geworden?*

Persönlich kümmere ich mich schon seit vielen Jahren um die Überarbeitung von Beipackzetteln. Das Thema Patientensicherheit ist mir also nicht neu. Und wer sich in Deutschland um Patientensicherheit kümmert, kommt fast automatisch in Kontakt mit dem APS.

*Warum ist es für eine Patientenorganisation attraktiv, sich am APS zu beteiligen?*

Grundsätzlich hat die Patientensicherheit in der öffentlichen Debatte noch längst nicht die Aufmerksamkeit, die sie haben sollte. Es wird immer noch viel zu leicht darüber hinweg gegangen. Wir könnten vieles, was im Argen liegt, sehr viel besser in den Griff bekommen. Als einzelne Organisation sind die Möglichkeiten begrenzt. Ein breites Bündnis wie das APS hat eine größere Schlagkraft und wird besser wahrgenommen.

*Welche Aspekte der Patientensicherheit sind beim Morbus Bechterew besonders relevant?*

Der Morbus Bechterew ist eine chronische Erkrankung, die oft eine lebenslange Einnahme von Medikamenten erfordert. Deswegen ist die Arzneimitteltherapie für die DVMB ein zentraler Punkt. Das fängt mit den genannten Beipackzetteln an, die aufgrund europäischer Vorgaben so gestaltet sind, dass die Patienten damit nichts anfangen können. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die Arzneimittelinteraktionen. Wir befragen seit über 20 Jahren Hinterbliebene zur Medikation des Patienten vor dem Tod. Diese Menschen nehmen teilweise 20 bis 30 verschiedene Medikamente ein. Das muss sicherheitsrelevant sein.

*Schweben Ihnen konkrete Projekte vor, die Sie umsetzen oder an denen Sie sich beteiligen wollen?*

Ich selbst würde gerne auch im Rahmen des APS das Thema Beipackzettel bearbeiten. Gerade weil da regulatorische Veränderungen nötig sind, kann ein breites Bündnis mehr erreichen als eine Einzelorganisation. Wir werden aber auch versuchen, weitere DVMB-Mitglieder zu einer aktiven Teilnahme bei anderen Themen zu motivieren. Meiner Auffassung nach macht eine APS-Mitgliedschaft vor allem dann Sinn, wenn man sich auch aktiv einbringt.

# 10 Jahre im Dienst der Patientensicherheit

**Blick zurück**

Zehn Jahre APS: Zeit genug für viele persönliche Eindrücke, für eine strukturelle Evaluation und nicht zuletzt für zahlreiche erfolgreich abgeschlossene oder angestoßene Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit.

# Innenansicht von außen

# 1

Ohne die koordinierende, motivierende und gelegentlich insistierende Arbeit seiner Geschäftsstelle hätte das APS nicht die Erfolge gehabt, die es sich heute auf die Fahnen schreiben kann. Die Geschäftsstellenleiterin der ersten Stunde und wissenschaftliche Mitarbeiterin blickt zurück.

Als ich 2005 das Angebot erhielt, die Geschäftsstelle des APS aufzubauen und zu leiten, war ich sofort begeistert: Aus vorherigen Projekten kannte ich die Arbeit von Netzwerken im Gesundheitswesen, aber dieses hatte einen außergewöhnlichen Anspruch.

Von den vielen Eindrücken sind mir zwei besonders im Gedächtnis geblieben. Da sind zum einen die Beratungen der hochrangigen Experten im Vorstand, die Patientensicherheit nicht als Spielfeld partikularer Interessen, sondern als Verpflichtung aller Akteure im Gesundheitswesen begriffen. Und da ist der Enthusiasmus vieler Einzelner, die sich dem APS anschlossen, um an Lösungen aktiv mitzuarbeiten.

Ihre Plattform wurden die Arbeitsgruppen, die mir besonders ans Herz gewachsen sind. Hier konnte ich miterleben, was das APS auszeichnet: Menschen, die ihre persönliche Zeit und Arbeit investieren, um – neben ihrer praktischen Tätigkeit und ohne materielle Vergütung – Empfehlungen „von der Praxis für die Praxis“ zu erarbeiten. Es war deshalb überaus wohltuend, dass die Arbeit mit Erfolg belohnt wurde: OP-Checklisten, Medikationspläne oder Patienteninformationen sind ein Beleg dafür.

Ebenso wichtig war es, die Motivation der Arbeitsgruppenmitglieder beständig zu erhalten. Im Laufe der Jahre haben wir gemeinsam gelernt, wie wir Aufgaben zwischen Arbeitsgruppen, Geschäftsstelle und Vorstand am besten aufteilen. Diese Erfahrungen haben wir in einem Leitfaden zusammentragen – als Anregung und Hilfestellung für alle, die sich im APS aktiv engagieren.

Zu vielen Menschen, die ich in den Arbeitsgruppen kennen gelernt habe, verbinden mich heute persönliche Freundschaften. Ihnen und allen Mitgliedern der Arbeitsgruppen wünsche ich, dass sie sich ihre Begeisterung bewahren, dass sie stets die ihnen notwendige Unterstützung erfahren und dass sie mit Ergebnissen belohnt werden, die in der Praxis Anwendung und Anerkennung finden.

*Dr. Constanze Lessing*

# Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn

2

Patientensicherheit braucht nicht nur eine Lobby. Sie braucht auch systematische und leistungsfähige wissenschaftliche Forschung. Mit der Gründung des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn wurde ein Leuchtturm errichtet, der weit über das Gesundheitswesen hinaus strahlt.

Bei der Gründung des APS stand der Netzwerkgedanke im Mittelpunkt: Alle Bereiche des Gesundheitswesens sollten in der Mitgliedschaft abgebildet sein. Ziel des APS war (und ist) die interdisziplinäre, multiprofessionelle Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für mehr Patientensicherheit „von der Praxis für die Praxis“.

Darüber hinaus wurde die wissenschaftliche Forschung in diesem bis dato wenig erforschten Bereich als ein weiteres zentrales Anliegen identifiziert. Doch konnten Forschungsdesigns, Erhebungsmethoden und Evaluationsstudien nicht in einem ehrenamtlich arbeitenden Verein entwickelt und umgesetzt werden. Es bedurfte der Fundierung durch ein Institut in der Funktion einer „Forschungs- und Geschäftsstelle Patientensicherheit“.

Im Februar 2008 wurde dieses Konzept bei einem „Kaminabend“ einem interessierten Kreis aus Politik und Industrie vorgestellt. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt unterstützte dieses „Unternehmen“, und so konnte am 1. Januar 2009 das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (IfPS) unter seinem Direktor, dem ehemaligen APS-Vorsitzenden Prof. Dr. Matthias Schrappe, die Arbeit aufnehmen. Die Finanzierung für die Jahre 2009 bis 2013 erfolgte durch Projektmittel des Bundesministeriums für Gesundheit und durch zum Teil recht hohe Förderzuwendungen an das APS aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. An der Aufbauphase des Instituts waren der damalige Geschäftsführer des APS, Dr. Jörg Lauterberg, sowie Dr. Constanze Lessing als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin maßgeblich beteiligt.

Rasch wurde deutlich, dass wissenschaftliche Arbeit und praktische Vereinsarbeit im Alltag nicht kompatibel waren. Und so wurde nach und nach parallel zur Entwicklung des IfPS in den Aufbau einer APS-Geschäftsstelle investiert. Der Prozess der Ablösung und Verselbständigung der beiden Einrichtungen, der mit dem Ende der ersten Förderphase seinen Abschluss in der Eröffnung einer eigenen APS-Geschäftsstelle in Berlin fand, ist erfolgreich abgeschlossen.

Im Jahr 2013 wurde die zweite Förderphase eingeleitet. Auf der Basis eines neuen Vertrags konnte mit Frau Prof. Dr. Tanja Manser der Lehrstuhl neu besetzt werden. Die Universität Bonn sieht auch nach dem Ende des derzeitigen Förderzeitraums im Jahr 2017 die kontinuierliche Weiterführung des Instituts vor. Immerhin handelt es sich nach wie vor um den einzigen derartigen Lehrstuhl in Deutschland.

Der Prozess der IfPS-Gründung und der Trennung von IfPS und APS-Geschäftsstelle hat insgesamt zu einer Klärung der Rollen und Aufgaben der beiden Einrichtungen geführt. So wurde eine interaktive und konstruktive Zusammenarbeit möglich. Im APS verankerte Praxisorientierung einerseits und im IfPS beheimatete Wissenschaft zur Untermauerung der Praxis andererseits sind zwei Seiten einer Medaille für ein großes, gemeinsames Ziel: eine sichere Versorgung der Patienten.

# Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall

3

Es liegt auf der Hand, dass man über Risiken und Fehler sprechen muss, um mit ihnen adäquat umgehen zu können. Doch wie macht man das? Um Unsicherheit bei den Gesundheitsberufen abzubauen und den berechtigten Wünschen der Patienten nach optimaler Kommunikation gerecht zu werden, hat das APS die Broschüre „Reden ist Gold“ veröffentlicht – und darauf enorme Resonanz bekommen.

Wenn im medizinischen Alltag etwas schief geht, muss das den Patienten und ihren Angehörigen adäquat kommuniziert werden. Doch Ärzte, Pflegende und alle anderen Mitarbeiter im Gesundheitswesen haben diese Art der Kommunikation in aller Regel weder in ihrer Berufsausbildung noch später systematisch gelernt. Das war für das APS Anlass genug, im Jahr 2010 einen Kommunikationsleitfaden für Mitarbeiter von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Arztpraxen vorzulegen. Ein Arbeitskreis aus Experten (Projekt–koordinator: Dr. Jörg Lauterberg) stellte in dieser 15-seitigen Broschüre Hinweise zusammen, die

- die Kommunikation mit dem betroffenen Patienten und seinen Angehörigen,
- die Kommunikation im Team und
- die Kommunikation mit der Öffentlichkeit unterstützen sollen.

So wird beispielsweise dargelegt, was nach Zwischenfällen getan und gesagt werden darf und soll und wie ein professioneller und gleichzeitig empathischer Umgang mit den Beteiligten – Patienten wie Mitarbeitern in Gesundheitseinrichtungen – gestaltet werden kann. Anhand des vorbildlichen Vorgehens einer Klinik, in der es zu Verunreinigungen von Infusionslösungen gekommen ist, an deren Folgen zwei Säuglinge starben, wird gezeigt, dass auch in der Öffentlichkeitsarbeit eine offene Vorgehensweise nach gravierenden Zwischenfällen möglich ist.

In der Vergangenheit wurde bei Fehlern oft sofort nach dem Schuldigen gefragt. Mittlerweile wissen alle, dass diese Strategie nicht hilfreich ist. Sie trägt nicht dazu bei, die Sicherheit der Patienten zu erhöhen, da in einem komplexen Gesundheitssystem meist mehrere Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig zu Fehlern beitragen. Reflexartige Schuldzuweisungen führen erstens dazu, dass mit Patienten nicht oder nur sehr defensiv über Fehler gesprochen wird. Und zweitens leiden auch die Mitarbeiter, die ihre Patienten sicher versorgen wollen und die sich verantwortlich und schuldig fühlen, wenn etwas schief geht. Eine offene, transparente, faire Kommunikation nach unerwünschten Ereignissen vermeidet oder reduziert zusätzliche Schädigungen und Kränkungen sowohl bei Patienten als auch bei beteiligten Pflegenden, Ärzten und anderen Mitarbeitern.

Die Broschüre „Reden ist Gold“ zeigt deutlich, dass die Kommunikation nach einem Zwischenfall ein Kernbestandteil einer fortschrittlichen Sicherheitskultur ist, die die Vermeidung von Fehlern und Schäden für Patienten ins Zentrum ihres Handelns stellt. Die Broschüre fand ein großes Medienecho und wurde intensiv nachgefragt. Eine erste Auflage mit 10.000 Exemplaren war nach einem halben Jahr vergriffen. Zuletzt wurde die Broschüre im Jahr 2014 in Kooperation mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns mit Blick auf die Situation in Zahnarztpraxen publiziert.

# OP-Checklisten

# 4

Die nahezu flächendeckende Einführung von OP-Checklisten zur Vermeidung schadensrelevanter Ereignisse im perioperativen Bereich ist eine der großen Erfolgsgeschichten des APS. Das macht die Identifizierung der Patienten sicherer, vermeidet Verwechslungen von Eingriffen und verringert die Gefahr unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im Operationsgebiet.

Als Resultat der Arbeit einer multiprofessionell besetzten Arbeitsgruppe wurde vom APS bereits im Jahr 2006 eine Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen (Leitung: Prof. Dr. Matthias Rothmund, Marburg, und Prof. Dr. Matthias Schrappe, Frankfurt) herausgegeben. Dem perioperativen Behandlungsprozess folgend werden vier Schritte dargestellt, mit denen sich eine Verwechslung von Eingriffen vermeiden lässt: Identifikation des Patienten, Markierung des Eingriffsorts, Zuweisung zum richtigen OP-Saal und Team-Time-Out, ein letztes Innehalten vor dem Schnitt, bei dem wichtige Eckdaten noch ein letztes Mal überprüft werden. Diese vor zehn Jahren erarbeitete Handlungsempfehlung hat von ihrer Aktualität nichts verloren, und die darin enthaltenen Checklisten werden in modifizierter Form tagtäglich mit Erfolg eingesetzt.

Eine weitere Handlungsempfehlung zum Thema „Sichere Patientenidentifikation“ wurde im Jahr 2008 vom APS herausgegeben. Federführend waren Dr. Stefan Palm, Tübingen, und Prof. Dr. Matthias Schrappe, Frankfurt. Analysiert werden Ursachen und Quellen von Patientenverwechslungen. Von der Aufnahme bis zur Entlassung werden die nötigen Schritte aufgezeigt, die zu einer sicheren Identifikation führen, mit besonderer Aufmerksamkeit auf den Themen Verlegung und Transport sowie der Kennzeichnung von Proben. Nicht zuletzt werden „goldene Regeln“ für eine sichere Kommunikation formuliert. Auch diese Materialien haben nicht an Aktualität eingebüßt. Sie wurden – wie auch die Materialien zu Eingriffsverwechslungen – im Jahr 2013 von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe für den ambulanten Bereich angepasst und aktualisiert.

## Charité legt ihren Chef auf den Tisch

In der Charité wurde im Jahr 2010 einrichtungsweit eine einheitliche OP-Checkliste etabliert, die verschiedene, nicht standardisierte Vorläufer ablöste. Sie bildet sowohl den intraoperativen Ablauf als auch die präoperativen Vorbereitungen auf Station entsprechend den Empfehlungen der WHO ab. Die strukturierte Einführung wurde verbindlich durch klare Verfahrensanweisungen begleitet.

In den folgenden Jahren wurde die OP-Checkliste in Würdigung der Erfahrungen der Nutzer wiederholt verbessert. Die Nutzung wurde klar angeordnet und gleichzeitig mehrfach evaluiert. Die Nutzungsgrade werden jeweils an die Kliniken rückgekoppelt und transparent dargestellt. Gleichwohl zeigte sich, dass insbesondere bei der Umsetzung des Team-Time-Out als entscheidendem interprofessionellen Punkt der Checkliste noch Verbesserungspotenzial vorhanden war.

Daher wurde ein kurzes Tutorial in Form eines Video-Clips entwickelt, um die Akzeptanz weiter zu erhöhen. In diesem Video-Clip begibt sich der Ärztliche Direktor der Charité, Prof. Dr. Ulrich Frei, persönlich in die Rolle des Patienten und durchläuft die präoperativen Identitätsprüfungen tapfer in Haube und Hemd auf dem OP-Tisch. Der Film wurde vielfach aufgerufen. Nachfolgende Evaluationen konnten in der Tat eine substanzielle Verbesserung des dokumentierten Team-Time-Out bestätigen.

**http://stream.charite.de/qualitaetsmanagement/Op_checkliste.html**

Der dritte wesentliche Beitrag des APS zum Thema OP-Checklisten ist die Handlungsempfehlung „Jeder Tupfer zählt“, die darauf abzielt, unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet – plakativ UFOs genannt – zu vermeiden. UFOs sind ähnlich wie Eingriffsverwechslungen als „never events“ zu sehen, als Ereignisse, die nicht und niemals passieren dürfen. Für Deutschland wurde im Jahr 2009 eine Häufigkeit von 21 pro 100.000 Eingriffe ermittelt, was 3.300 UFOs pro Jahr entsprechen. Das dürfte aber nur die Spitze des Eisbergs sein. In der Handlungsempfehlung werden unter der Moderation von Gudrun Leppin, Berlin, und Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall, Hinweise zur Durchführung der drei Zählkontrollen als Goldstandard gegeben. Außerdem gibt es klare Empfehlungen zum Verhalten bei Diskrepanzen bei einer Zählkontrolle, zu Notfalleingriffen und zum Vorgehen bei einem vermuteten oder tatsächlichen Schadensfall. Dass OP-Checklisten einen messbaren Einfluss auf die Patientensicherheit haben, ist international gut belegt. Im Internationalen WHO-Projekt „Action on Patient Safety: High 5s“, das in Deutschland vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, befinden sich u. a. 151.546 OP-Checklisten in der Evaluation. Wir sind gespannt auf die in Kürze erscheinenden Ergebnisse. Auch die Fachgesellschaft für Chirurgie untersucht derzeit, wie der Stand in diesem Segment von den befragten Ärzten eingeschätzt wird.

# CIRS: Gemeinsam lernen im Krankenhaus

5

Als eine der ersten Arbeitsgruppen des APS wurde die Arbeitsgruppe „Benutzerorientierte Berichtssysteme – CIRS im Krankenhaus“ gegründet. Sie hat maßgeblich zur Verbreitung von Critical Incident Reporting-Systemen (CIRS) als Instrument des klinischen Risikomanagements in Deutschland beigetragen.

Die APS-Arbeitsgruppe „Benutzerorientierte Berichtssysteme – CIRS im Krankenhaus“ veröffentlichte im Jahr 2007 ihre Handlungsempfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus. Diese Empfehlung hat maßgeblich zur Verbreitung von CIRS als Instrument des klinischen Risikomanagements in Deutschland beigetragen.

CIRS wird dort als Instrument des Risikomanagements beschrieben, mit dem systematisch jene Situationen in der Krankenversorgung erfasst werden, die die Sicherheit des Patienten gefährden. So können Risiken aufgedeckt werden, bevor ein Patient zu Schaden kommt. Dabei geht es nicht nur um fehlerhaftes oder unsicheres Material, sondern auch um Situationen im Krankenhaus, die infolge mangelhafter Organisation oder suboptimaler Prozesse gefährlich werden können. CIRS nutzt dabei das umfangreiche Wissen, über das die Mitarbeiter in den Gesundheitseinrichtungen verfügen. Die Handlungsempfehlung beschreibt die Einführung und den Betrieb von CIRS in sieben Schritten und mit folgenden Kernbotschaften:

- CIRS ist ein freiwilliges Berichtssystem, das allen Mitarbeitern im Krankenhaus zugänglich ist.
- CIRS lebt vom aktiven Engagement der Mitarbeitenden.
- CIRS bedarf der kontinuierlichen aktiven Unterstützung durch die Krankenhausleitung.
- Wesentliche Elemente von CIRS sind die Integration in ein klinisches Risikomanagementsystem und die zuverlässige Rückmeldung an die Berichtenden.

## Wie CIRS funktioniert

**PD Dr. med. Ortrud Vargas Hein hat als Ärztliche Direktorin im Ernst von Bergmann-Klinikum in Potsdam ein CIRS-Projekt initiiert.**

Im Intranet des Klinikums wurde ein entsprechendes Tool installiert. Der Klick auf ein Icon öffnet den CIRS-Fragebogen, der ausgefüllt und dann abgeschickt wird. Vor der Veröffentlichung sorgt ein Moderator für eine vollständige Anonymisierung und De-Identifizierung der Meldung. Nicht nur bleibt der Name der meldenden Person geheim. Auch die IP-Adresse des Computers ist nicht zurück verfolgbar. Und der Moderator sorgt dafür, dass die Meldungen vor Veröffentlichung in einer Weise modifiziert werden, dass Personen und der Ort des Geschehens und der zeitliche Zusammenhang nicht eingrenzbar sind.

Ein CIRS-Portal ist kein Selbstläufer. Das CIRS wurde in einer Betriebsvereinbarung mit dem Betriebsrat schriftlich niedergelegt. Die Klinikleitung wirbt dafür in Mitarbeiterversammlungen auf ärztlicher und pflegerischer Ebene. Und die Ergebnisse werden in eigens dafür einberufenen Versammlungen kommuniziert, zu denen auch externe Referenten kommen.

Nach etwas mehr als einem Jahr sind etwa 80 Meldungen eingegangen, die oft zu konkreten Veränderungen in den beschriebenen Abläufen geführt haben. So wurde die Kennzeichnung der zentralvenösen Zugänge vereinheitlicht. Und nach der Umstellung des Klinikinformationssystems wurden als Reaktion auf CIRS-Meldungen mehrere sicherheitsrelevante Anpassungen der IT vorgenommen.

Das CIRS-Projekt kann als großer Erfolg gewertet werden.

Die Handlungsempfehlung des APS zu CIRS fand vielfachen politischen Widerhall, etwa bei der Gestaltung des Patientenrechtegesetzes. Das APS konnte über eine Expertenstellungnahme auch an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement mitwirken.

Ein weiterer Meilenstein im Bereich von CIRS war die APS-Initiative zur Gründung des Krankenhaus-CIRS-Netzes Deutschland (www.kh-cirs.de), das im Jahr 2010 von den vier Partnern APS, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Deutscher Pflegerat ins Leben gerufen wurde. Es dient dem bundesweiten Lernen aus Ereignissen, die nicht nur für ein einzelnes Krankenhaus von Bedeutung sind. Seit fünf Jahren werden Monat für Monat ausgewählte „Fälle des Monats“ präsentiert, die über die vier Kooperationspartner eine große Verbreitung finden. Die Fälle werden in vielen Krankenhäusern genutzt, um interne Strukturen und Prozesse auf ihre Sicherheit hin zu überprüfen.

# Arzneimitteltherapiesicherheit

# 6

Seit 2008 gibt das Bundesministerium für Gesundheit den Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) heraus, der jeweils für zwei Jahre konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der AMTS definiert. Das APS war von Anfang an dabei, und die interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe AMTS hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Projekte erfolgreich abschließen können.

Kernstück der Arbeit sind unterschiedliche Handlungsempfehlungen, zum Beispiel eine spezielle Handlungsempfehlung zum Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln wie Methotrexat, aber auch eher breit ausgerichtete Empfehlungen wie jene zur Förderung der AMTS im Krankenhaus. Dabei möchte das APS zunehmend auch die Implementierung dieser Handlungsempfehlungen in der Fläche begleiten, um deren Nutzen abschätzen zu können und die Erkenntnisse in zukünftige Handlungsempfehlungen einfließen zu lassen.

Ein weiterer Schwerpunkt der AG AMTS ist die Entwicklung interdisziplinärer Unterrichtsmodule zur Arzneimitteltherapiesicherheit in Zusammenarbeit mit der AG Bildung und Training. Die Module basieren auf einer im Jahr 2013 deutschlandweit durchgeführten Befragung unter Medizin- und Pharmaziestudierenden. Sie hatte gezeigt, dass in beiden Studiengängen in größerem Umfang als bisher Kenntnisse zum Medikationsprozess und zu dessen Sicherheitslücken vermittelt werden sollten. Für jedes Unterrichtsmodul wird eine Materialiensammlung mit Lehrkonzept entwickelt. Beides wird kostenfrei zur Verfügung gestellt, um eine niedrigschwellige, breite Nutzung zu ermöglichen.

Von zentraler Wichtigkeit im Zusammenhang mit dem Thema AMTS ist auch die Vermeidung von Medikationsfehlern. Schon früh hatte im APS eine interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzte Gruppe begonnen, erste Empfehlungen zur Risikoreduzierung bei Patienten zu erarbeiten. Diese AG Medikationsfehler ist später in der AG AMTS aufgegangen.

Für eine Verringerung von Medikationsfehlern ist es nötig, zunächst Transparenz über die von einem Patienten eingenommenen Arzneimittel herzustellen. Es geht um Arzneimitteltherapiesicherheit, was etwas anderes ist als Arzneimittelsicherheit. Diesem Ziel dient der vielfach diskutierte, bundeseinheitliche Medikationsplan. Im Rahmen des Aktionsplanes AMTS ist dafür unter Beteiligung des APS eine Spezifikation erarbeitet worden. Im derzeit in parlamentarischer Abstimmung befindlichen E-Health-Gesetz ist die Option für einen solchen Medikationsplan für Patienten mit mindestens fünf Medikamenten vorgesehen.

Nicht zuletzt versteht sich die Arbeitsgruppe aber auch als Plattform für den Austausch all jener, die das Thema AMTS bearbeiten wollen. In den vergangenen Jahren wurde so ein Forum geschaffen, in dem Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte, Patientenvertreter sowie Vertreter der Fachgesellschaften offen diskutieren und voneinander lernen. Die AG bietet diesen Erfahrungsaustausch in Form von Impulsvorträgen auch interessierten Einrichtungen an, um dadurch eine noch bessere Vernetzung zu erreichen.

# Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit

7

Patientensicherheit muss man lernen. Und sie kann auch erlernt werden. Um diesen Lernprozess zu unterstützen, hat das APS einen Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit erstellt. Mittlerweile sind Teile dieses Katalogs bereits in einzelnen Lehr- oder Fortbildungsveranstaltungen umgesetzt worden.

In verschiedenen Ländern existieren Konzepte und Curricula für das Erlernen von Patientensicherheit. Vor diesem Hintergrund erstellte die Arbeitsgruppe Bildung und Training des APS im Jahr 2013 das Dokument „Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit“. Es beschreibt wesentliche Kenntnisse und Fertigkeiten für alle Fachberufe, die am Kernprozess der Patientenversorgung unmittelbar beteiligt sind und richtet sich auch an all jene, die die Versorgung unterstützen, leiten oder steuern.

Der Lernzielkatalog behandelt die grundlegenden Themen der Patientensicherheit in acht Kapiteln. Ein neuntes Kapitel listet zentrale und etablierte Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit auf. Der APS-Lernzielkatalog beschreibt somit all jene Kompetenzen, die für eine Tätigkeit in den akademischen Berufen und den Ausbildungsberufen im Kontext der Patientenversorgung als relevant erachtet werden – und zwar unabhängig davon, in welcher Position oder mit welchen zusätzlichen Qualifikationen die betreffenden Personen tätig sind. Als Weiterentwicklung bestehender Konzepte nimmt er die Beteiligung der Patienten als zentralen Aspekt auf.

Die „Wege zur Patientensicherheit“ sollen als Grundlage dienen, um Lehrveranstaltungen zu entwickeln. Damit besteht die Zielgruppe des Dokuments aus all jenen, die für die Gesundheitsberufe Studiengänge, Aus-, Fort- und Weiterbildungen planen und durchführen. Die Arbeitsgruppe empfiehlt interdisziplinäre und interprofessionelle Lehrformate und Veranstaltungen. Wo immer möglich, sollten jene Berufsgruppen und Disziplinen miteinander lernen, die auch in der Praxis zusammenarbeiten und das Gelernte gemeinsam umsetzen sollen. Trainings sollten situationsgerecht und praxisnah sein, um einen Transfer in den Arbeitsalltag zu erleichtern.

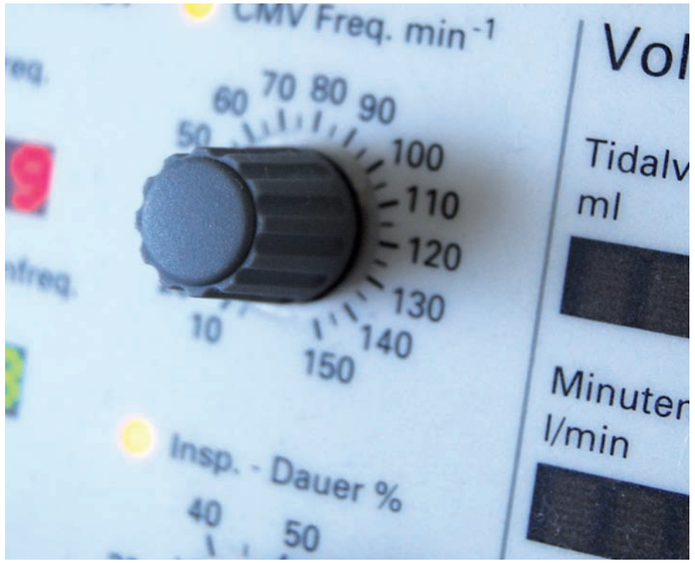
Bisher gibt es in Studium und Ausbildung in Deutschland nur vereinzelt Pilotprojekte für Medizin- und Pharmaziestudierende bzw. Auszubildende in den Pflegeberufen. In die regulären Curricula sind Inhalte aus dem Bereich Patientensicherheit bislang kaum integriert. Das soll sich ändern: Im Jahr 2014 hat die Gesundheitsministerkonferenz den Gesetzgeber aufgefordert, das Thema Patientensicherheit als Ausbildungs- und Prüfungsgegenstand in den Berufsgesetzen für die Gesundheitsberufe vorzusehen.

Auch wenn das Thema dort noch nicht ausreichend verankert ist, schafft der APS-Lernzielkatalog dafür eine Basis. Die Entwicklung von Lehrmaterialien und Lehrkonzepten und die Qualifikation der Lehrenden stehen nun an, damit die im Katalog beschriebenen Kompetenzen zukünftig in allen Fachberufen vermittelt werden können.

# Medizinprodukt-assoziierte Risiken

8

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe des APS wurde eine Handlungsempfehlung zur Prävention von Medizinprodukt-assoziierten Risiken entwickelt und im Jahr 2014 publiziert. Der Fokus liegt auf dem Erkennen von Fehlern und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen im Betrieb und in der Anwendung von Medizinprodukten mit einem Schwerpunkt auf dem Krankenhaus.




Medizinprodukt-assoziierte Risiken (MPaR) betreffen die weite Palette von Medizinprodukten von der Infusionspumpe über den Herzschrittmacher bis zum Gelenkimplantat. Nicht zuletzt im Gefolge einiger Skandale, Stichwort Brustimplantate, wird diese Thematik öffentlich diskutiert. Die Politik ist alarmiert. Eine US-amerikanische Studie aus dem Jahr 2004 geht davon aus, dass es bei 100 Krankenhausaufnahmen zu bis zu 8,4 unerwünschten Medizinprodukt-Ereignissen kommt.

Fehler und vermeidbare unerwünschte Ereignisse müssen systematisch analysiert und bewertet werden, um dann Strategien entwickeln zu können, mit denen sich Derartiges künftig erkennen und vermeiden lässt. Dabei sind Hersteller, Vertrieb, Beschaffung, Anwender und Betreiber gemeinsam gefordert – eine typische Konstellation für das APS als Plattform Handelnder. Die schon im Jahr 2006 unter Leitung von Prof. Dr. Uvo Hölscher, Münster, gegründete AG MPaR hat sich unter anderem um die Themen Beschaffung sowie Schulung und Training, außerdem speziell um die Verwechslungsgefahr durch den Gebrauch gleicher kleinlumiger Konnektoren für unterschiedliche Applikationswege gekümmert. Ihr gehören u.a. Vertreter der herstellenden und vertreibenden Industrie an sowie des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die im Jahr 2014 publizierte Handlungsempfehlung fokussiert auf das Erkennen von Fehlern und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen bei aktiven Medizinprodukten, insbesondere medizintechnischen Geräten im Krankenhaus. Sie beschreibt bestehende freiwillige und gesetzliche Systeme zur Erfassung, zum Melden und Analysieren derartiger Vorkommnisse. Defizite werden unter anderem im Meldeverhalten von Anwendern und Betreibern sowie im gesetzlich verankerten Meldewesen identifiziert und daraus konkrete Empfehlungen abgeleitet.

Seitens der Anwender müssen Einweisungen in die Produkte ernst genommen und nicht als lästige Pflichtübungen abgetan werden. Besondere Sorgfalt ist bei den regelmäßigen Funktionsprüfungen erforderlich, deren Ergebnisse ggf. auch zu dokumentieren sind. Auch ist sicherzustellen, dass Medizinprodukt-assoziierte Risiken von den Anwendern innerhalb der Einrichtung an die zuständige Stelle sowie Vorkommnisse mit Medizinprodukten zusätzlich an das BfArM gemeldet werden.

Auf Betreiberseite sind klare Zuständigkeiten insbesondere im Bereich des Meldeprozesses und eine adäquate Organisation des Meldewesens das A und O. Rückmeldungen über gemeldete Risiken und über daraus abgeleitete Maßnahmen können die Mitarbeiter motivieren, sich weiter für sichere Medizinprodukte zu engagieren. Eine systematische Beteiligung der Medizintechnikabteilungen in den Gremien des Krankenhauses kann dazu beitragen, dass Probleme früher als bisher erkannt werden. Insgesamt bekommen Krankenhäuser durch die Handlungsempfehlung einen Leitfaden an die Hand, wie sie Medizinprodukt-assoziierte Risiken langfristig begrenzen können.

# Starke Stimmen zum Jubiläum

# Das Aktionsbündnis Patientensicherheit ist unverzichtbar, weil…

„… Sicherstellung und Verbesserung der Patientensicherheit genau dieses multiprofessionellen Ansatzes bedarf. Das große Verdienst des APS ist es, dies als öffentliche Aufgabe bewusst gemacht und die dazu erforderlichen Akteure und Disziplinen zusammengebracht zu haben. Dieses ehrenamtliche Engagement verdient höchste Anerkennung, bedarf aber bei ständig wachsenden und immer komplexeren Aufgaben des APS auch einer nachhaltigen Förderung.“

*Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting, ehem. Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)*

„… die Sicherheit von Patientinnen und Patienten in Zukunft der Innovationstreiber im Deutschen Gesundheitswesen sein sollte. Nur durch die Vernetzung aller an Patientensicherheit interessierten Akteure kann in der Gesundheitsversorgung eine nachhaltige Sicherheitskultur und eine konstruktive und produktive Fehlerkultur systematisch etabliert werden.“

*Dr. med. Susanne Weinbrenner, Leitende Ärztin & Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund*

„… es mit seinen Projekten und Broschüren einen wesentlichen Beitrag geleistet hat, eine bessere Kommunikations- und Fehlerkultur in Deutschland zu etablieren. Dieses unabhängige Netzwerk, in dem unterschiedliche Akteure unseres Gesundheitswesens eng zusammenarbeiten, fördert die Patientensicherheit auf nationaler Ebene und sensibilisiert die Öffentlichkeit für ein sehr wichtiges Thema.“

*Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*

„… das Aktionsbündnis Patientensicherheit immer wieder wichtige Impulse für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems und die Stärkung der Patientensicherheit gibt. Es zeichnet sich dabei vor allem durch seine vielfältige Fachkompetenz und eine besonders große Praxisnähe aus. Ich würde mich freuen, wenn wir darauf noch viele Jahre bauen können.“

*Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung*

„… es dazu beiträgt, Behandlungsfehler künftig zu minimieren. So hat das Aktionsbündnis mit den Patientensicherheitsindikatoren konkrete Anknüpfungspunkte geschaffen, die Möglichkeiten zur Fehlervermeidung und Schadenprävention bei der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Damit trägt es unmittelbar dazu bei, Patienten zu schützen und unsere Gesundheitsversorgung sicherer und besser zu machen.“

*Dr. Bernhard Gause, Mitglied der Hauptgeschäftsführung des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV)*

„… es seit 10 Jahren für einen Kulturwandel steht. Bei der Patientensicherheit geht es nicht mehr darum, wer für den Fehler verantwortlich ist, sondern was ihn verursacht hat – das ist inzwischen breit anerkannt. Aber noch nicht immer und überall wird danach gehandelt. Deshalb brauchen wir das Aktionsbündnis Patientensicherheit weiterhin.“

*Dr. Matthias Gruhl, Leiter des Amtes für Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) der Freien und Hansestadt Hamburg*

„… Medizin von Menschen gemacht wird und Menschen nicht unfehlbar sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schätzt und unterstützt das vielfältige Engagement des APS, die Patientensicherheit in Deutschland zu fördern. Dies gelingt am besten, je mehr Akteure aus dem Gesundheitswesen sich daran beteiligen. In diesem Sinne: Herzlichen Glückwunsch zu zehn Jahren erfolgreicher ‚Bündnisarbeit‘ und viel Erfolg für die Zukunft!“

*Dr. med. Andreas Gassen, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)*

„… sich alle Akteure des Gesundheitswesens einbringen können und nachhaltige Erkenntnisse geschaffen werden. Dieses Engagement gibt dem APS Stärke und Unabhängigkeit. Das APS ist in der Lage, abseits der öffentlichen Skandalisierungen des Gesundheitswesens Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, die auch die Versicherungswirtschaft kennt und würdigt.“

*Manfred Klocke, Hauptgeschäftsführer der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH*

# Das Aktionsbündnis Patientensicherheit ist unverzichtbar, weil...

„... Patientensicherheit unverzichtbar ist. Diese kann am besten erreicht werden, wenn die Akteure im Gesundheitswesen in einer lösungsorientierten, von Wertschätzung geprägten Atmosphäre zusammenarbeiten. Pfizer ist dabei, weil wir unseren Beitrag dazu leisten wollen."

*Peter Albiez, Vorsitzender der Geschäftsführung der Pfizer Deutschland GmbH*

„... die Sicherheit in der Patientenversorgung eine stetige Herausforderung in der medizinischen Versorgung darstellt. Die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses kommen ‚aus der Praxis für die Praxis' und berücksichtigen auch die Sicht von Patientinnen und Patienten. Sie verdeutlichen: Patientensicherheit ist nicht nur eine Frage der Finanzierung, sie ist auch durch ‚Wissen und Können' der Handelnden erreichbar."

*Ursula Helms, Geschäftsführerin der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)*

„... wir auch in Deutschland eine gemeinsame Plattform aller Akteure im Gesundheitswesen brauchen, die sich auf die Vermeidung von Schädigungen der Patientinnen und Patienten konzentriert. Ein Bündnis, das alle Beteiligten bei der Verfolgung dieses Ziels unterstützt und vernetzt, ist unverzichtbar. Ferner muss es in der Fachöffentlichkeit eine Stimme geben, die den wichtigen Stellenwert der Patientensicherheit im Versorgungsgeschehen unmissverständlich verdeutlicht."

*Dr. Martin Danner, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (BAGS)*

„... es eine strukturierte Plattform bietet, die allen Akteuren der Gesundheitsversorgung offen steht. Um Patientensicherheit zu verbessern, bedarf es der Zusammenarbeit aller – auch sektorenübergreifend. Das APS fördert den gegenseitigen Austausch der Krankenhäuser und erarbeitet gemeinsam Lösungen zu konkreten Projekten zur Verbesserung der Patientensicherheit. Dafür möchte ich an dieser Stelle sehr herzlich danken. Ich wünsche dem APS und allen aktiv daran Beteiligten auch weiterhin viel Erfolg. Im Sinne der Verbesserung von Patientensicherheit wird die DKG alle relevanten Aktivitäten auch in Zukunft unterstützen."

*Thomas Reumann, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)*

„... es unmittelbar der hippokratischen Pflicht primum nil nocere Rechnung trägt. Dem Aktionsbündnis mit seinem ehrenamtlich tätigen Vorstand ist es in bemerkenswerter Weise gelungen, durch vielfältige Aktionen und Projekte zur Enttabuisierung des Themas Patientensicherheit beizutragen und eine Fehlerkultur zu ermöglichen. Vor allem dazu, aber auch zum 10-jährigen Jubiläum die allerherzlichsten Glückwünsche!"

*PD Dr. med. Stefan Lange, stellv. Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*

„... es konsequent die Patienten in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung rückt. Das Bündnis trägt mit seiner Arbeit maßgeblich dazu bei, dass dieser Anspruch nicht nur Theorie bleibt, sondern in der Praxis gelebt wird. Es hat sich damit in den zurückliegenden zehn Jahren als ein glaubwürdiger Vertreter der Patienteninteressen etabliert."

*Thomas Ballast, stellv. Vorsitzender des Vorstands der Techniker Krankenkasse (TK)*

„... es DIE zentrale Aktions- und Informationsplattform für das Thema Patientensicherheit in Deutschland ist! Nach der von der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) und ihrem langjährigen Vorsitzenden, Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, ausgehenden Initiative zur Gründung ist es den engagierten Fachexperten gelungen, das APS zu einem lebendigen Forum mit vielfältigen Aktivitäten zu machen. Für die zukünftige Entwicklung des APS in unserem doch mit erheblichen Ressourcen ausgestatteten Land ist es allerdings unverzichtbar, nun durch eine dauerhaft gesicherte Finanzierung die erfolgreiche Arbeit zu unterstützen!"

*Dr. phil. Brigitte Sens, Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)*

# Das Aktionsbündnis Patientensicherheit ist unverzichtbar, weil…

„… es im Sinne eines umfänglichen Netzwerkes von Mitgliedern und Kooperationspartnern wesentliche Strategien und Handlungsanweisungen zur Fehlervermeidungskultur im Gesundheitswesen erbringt. Aufgrund des Engagements in den vergangenen 10 Jahren hat das Aktionsbündnis auch wesentlich zur Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes 2013 beigetragen.“

*Rolf Höfert, Mitglied des Präsidiums des Deutschen Pflegerates e.V.*

„… es allen relevanten Akteuren zum Thema eine gemeinsame Plattform bietet und ganz konkrete Verbesserungen auf den Weg bringt. Das Aktionsbündnis kümmert sich auch um die scheinbaren Selbstverständlichkeiten, um die kleinen Dinge, die für die Patienten große Konsequenzen haben. Ein Beispiel ist die ‚Aktion Saubere Hände‘. Und es trägt zu einem Perspektivwechsel im Umgang mit Fehlern bei: Fehler kommen vor, wir müssen aus ihnen lernen!“

*Johann-Magnus Frhr. v. Stackelberg, stellv. Vorsitzender des Vorstands des GKV-Spitzenverbands*

„… es allen Beteiligten im Gesundheitswesen durch seine Aktivitäten permanent und eindringlich vor Augen führt, wie wichtig die Gewährleistung von Patientensicherheit für die Qualität unserer medizinischen Versorgung ist und wie notwendig es deswegen ist, die im breiten Konsens dieser Beteiligten erarbeiteten Handlungsempfehlungen endlich wirksam in die Praxis umzusetzen.“

*Dr. Rainer Hess, ehemaliger unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*

„Die Errichtung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit vor zehn Jahren war ein Meilenstein auf dem Weg, den von der Ärzteschaft 2008 angestoßenen Diskurs über die Enttabuisierung und Prävention von Fehlern in der Medizin in die gesellschaftliche Breite zu tragen. In der Netzwerkstruktur des APS schätzen wir Ärzte den Gedankenaustausch mit anderen Partnern, insbesondere den Patienten, und nutzen dies zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von Perspektiven im Bereich Patientensicherheit.“

*Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK)*

„Patientinnen und Patienten sollen sich darauf verlassen können, dass alles getan wird, um ihre medizinische Versorgung möglichst sicher zu gestalten und mögliche Fehlerquellen für ihre Behandlung zu erkennen und auszuschließen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit ist dazu unverzichtbar, weil es sich unabhängig von den Institutionen im Gesundheitswesen und mit breiter fachlicher Expertise für diese Ziele einsetzt und dabei die Patientensicht ganz nach vorne stellt.“

*Dr. med. Norbert Loskamp, Medizinischer Leiter Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)*

„… es all diejenigen Gesundheitsunternehmen effizient miteinander vernetzt, die nachhaltig höchste Standards in der medizinischen Versorgungsqualität sichern wollen.“

*Reinhard Nieper, Geschäftsführer des Klinikverbunds der gesetzlichen Unfallversicherung e.V.*

„… es sich dafür einsetzt, dass medizinischer Nutzen und die Sicherheit der Patienten Priorität haben. In den letzten Jahren haben wirtschaftliche Erwägungen zunehmend eine Rolle im Gesundheitswesen gespielt. Sehr deutlich geworden ist dies zuletzt bei dem Vorhaben des EU-Kommissionsvorsitzenden, den Bereich Arzneimittel und Gesundheitstechnologie aus dem Gesundheitskommissariat in das Ressort Unternehmen und Industrie zu verlagern. Proteste von Institutionen – darunter auch der AWMF – haben erreicht, dass die Zuständigkeit für Arzneimittel, leider jedoch nicht die für Gesundheitstechnologie, beim Gesundheitskommissariat verblieb.“

*Prof. Dr. med. Karl Heinz Rahn, Präsident Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)*

# Aktuelle Projekte

**Blick nach vorn**

Ein Jubilar im jugendlichen Alter von zehn Jahren hat den größten Teil seines Lebens noch vor sich. Ein breites Spektrum an laufenden Projekten belegt, dass das APS ein Jahrzehnt nach seiner Gründung nichts von seinem Schwung eingebüßt hat und kraftvoll in eine vitale Zukunft marschiert.

## Die „Aktion Saubere Hände“

Patientensicherheit hat nicht nur mit Diagnostik und Behandlung, sondern auch mit Hygieneverhalten und Hygienebewusstsein zu tun. Die „Aktion Saubere Hände“ des APS hat sich von ihren Anfängen im Jahr 2008 zu einer der größten medizinischen Hygienekampagnen weltweit entwickelt – eine beispiellose Erfolgsgeschichte.

Am Anfang stand ein sperriger Name: Die „Aktion Saubere Hände“ ist am 1. Januar 2008 als „Nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen“ gestartet. Ziel war und ist es, die Händehygiene im Krankenhaus zu fördern und so die Zahl von Infektionen deutlich zu senken.

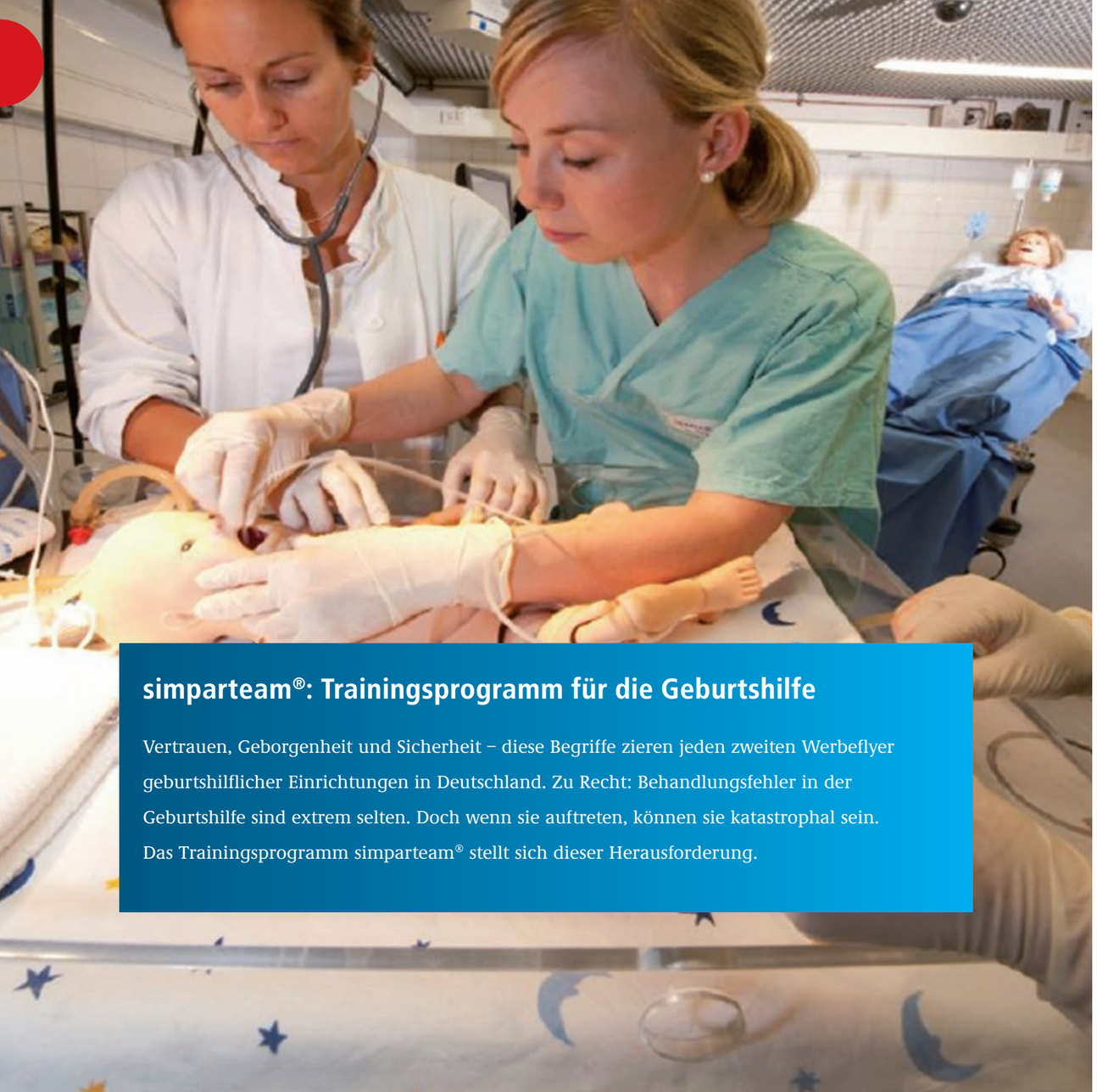
Bei der „Aktion Saubere Hände“ handelt es sich um eine gemeinsame Kampagne des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance nosokomialer Infektionen (NRZ), des APS und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (GQMG). Maßgebliche Unterstützung kam über sechs Jahre vom Bundesministerium für Gesundheit.

Basis der Kampagne war die im Jahr 2005 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestartete Kampagne „Clean Care is Safer Care“. Heute liegt die Trägerschaft der „Aktion Saubere Hände“ bei NRZ und APS. Die Kampagne wird zudem durch eine Vielzahl von Einrichtungen unterstützt und in die Breite getragen. Inzwischen sind 1.700 Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen engagiert. Damit ist dies die größte derartige nationale Kampagne weltweit, und sie wurde auch von der WHO als solche ausgezeichnet. Zahlreiche Veranstaltungen tragen dazu bei, dass immer mehr Einrichtungen mitmachen.

Inhaltlich werden in den drei Modulen Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Ambulante Medizin die unterschiedlichen Gegebenheiten berücksichtigt. Es gibt jeweils einen Einführungskurs, Fortbildungsmaterialien und Arbeitsmaterialien. Auch für Patienten und Angehörige wurden Informationen erarbeitet. So wird der Selbstschutz thematisiert, und die Patienten werden angehalten, Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen, die sich vor Handlungen am Patienten nicht die Hände desinfizieren, darauf hinzuweisen.

Seit 2011 ist es Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken auch möglich ein Zertifikat zu erhalten. Bis Ende 2013 wurden 206 Bronze-, 74 Silber- und 43 Gold-Zertifikate vergeben. Parameter sind dabei unter anderem das Händedesinfektionsverhalten sowie Verbrauchsmessungen beim Händedesinfektionsmittel. Nach der Überarbeitung der Messmethoden und Messkriterien wurden in einer zweiten Zertifizierungsrunde bis Ende 2014 bereits 72 Bronze-, 15 Silber- und 5 Gold-Zertifikate vergeben.

Für die Einrichtungen sind die begleitenden Compliance-Beobachtungen besonders lehrreich. Sie spornen dazu an, die Compliance weiter zu steigern. Bisher erfolgten rund 500.000 derartige Beobachtungen von Händedesinfektionssituationen. Insgesamt ist die „Aktion Saubere Hände“ ein sehr erfolgreiches Projekt mit konstantem Management und hohem Engagement der Akteure. Eine geregelte Finanzierung wäre der Bedeutung unbedingt angemessen.



## simparteam®: Trainingsprogramm für die Geburtshilfe

Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit – diese Begriffe zieren jeden zweiten Werbeflyer geburtshilflicher Einrichtungen in Deutschland. Zu Recht: Behandlungsfehler in der Geburtshilfe sind extrem selten. Doch wenn sie auftreten, können sie katastrophal sein. Das Trainingsprogramm simparteam® stellt sich dieser Herausforderung.

Sicherheit ist in der Geburtshilfe eine der zentralen Anforderungen. Und sie wird gewährleistet: Bei 630.000 Geburten im Jahr ist die Zahl der Behandlungsfehler in Deutschland relativ gering. Dennoch ist das Risiko hier besonders präsent, schon wegen des schieren Ausmaßes der menschlichen Katastrophe, die ein während der Geburt schwer geschädigtes Kind oder eine verstorbene Mutter darstellen.

Das APS hat sich bereits im Jahre 2010 in der Arbeitsgruppe „Behandlungsfehlerregister“ geburtshilflichen Schadensfällen zugewandt. An einer gemeinsamen Registerauswertung beteiligten sich die Norddeutschen Schlichtungsstellen, der MDK Bayern, die Helios-Kliniken, die Ärztekammer Westfalen-Lippe, die AOK Rheinland/Hamburg mit AOK-Bundesverband sowie die Gesellschaft für Risikoberatung (GRB). Der besondere Charakter des APS als neutraler Plattform erlaubte es, die jeweiligen Datenbanken zusammenzuführen und fast 800 äußerst sensible Fälle zu analysieren, bei denen der jeweiligen Einrichtung geburtsassoziierte Schäden vorgeworfen wurden. Wie bereits in einer US-amerikanischen Analyse aus dem Jahr 2004 kristallisierten sich auch bei dieser deutschen Analyse klare Muster heraus. Ursachen schwerer kindlicher Schäden waren unter anderem nicht durchgeführte oder falsch interpretierte CTG-Untersuchungen, unklare Verfahrensanweisungen und Hinzuziehungsregeln für Gynäkologen, Pädiater, Hebammen und Anästhesisten sowie vor allem Kommunikationsstörungen im Team.

Der Anspruch des APS ist es, nicht bei der Analyse stehenzubleiben, sondern die Ursachen aktiv anzugehen. So entstand die Projektgruppe simparteam® unter der Leitung des MDK Bayern (Dr. Ingeborg Singer). Das APS übernahm die Schirmherrschaft. Gemeinsam wurde ein mehrtägiger Kurs gestaltet, in dem die Interpretation schwieriger CTG-Befunde ebenso fallbasiert geübt wird wie konkrete Handlungsalgorithmen der geburtshilflichen Teams vor Ort im Angesicht von extrem zeitkritischen Notfallszenarien. Die eingesetzten High-Fidelity-Simulatoren erlauben ein realitätsnahes Training derjenigen Akteure, die auch im wirklichen Leben schnell und zielgerichtet handeln müssen.

Nach Abschluss der Pilotphase in sieben bayerischen Kliniken hat sich inzwischen eine Kommission simparteam® unter dem Dach des APS gebildet. Unter der derzeitigen Leitung von Katharina Jeschke (Deutscher Hebammenverband), Dr. Gerhard Schillinger (AOK-Bundesverband) und Prof. Dr. Christoph Scholz (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) vermittelt die Kommission diese in Deutschland einzigartigen interdisziplinären, interprofessionellen und evaluierten Kurse an interessierte Einrichtungen und organisiert die wissenschaftliche und fachliche Weiterentwicklung unter Einbindung aller Akteure.

## Deutscher Preis für Patientensicherheit

Eine neue, offene Sicherheitskultur ist eines der Leitbilder des APS. Doch wie sieht so etwas konkret aus? Der 2014 ins Leben gerufene Deutsche Preis für Patientensicherheit zeichnet zukunftsweisende Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit überall im Gesundheitswesen aus. So entstehen Leuchttürme, die vorbildliche Beispiele von gelebter Patientensicherheit weithin sichtbar machen.

Trotz größter Sorgfalt passieren in Klinik und Praxis immer wieder Fehler. Ein Problem entsteht vor allem dann, wenn diese Fehler vertuscht werden und Fehlerquellen bestehen bleiben. Transparenz und der offene Umgang mit Fehlern und Gefahrenquellen sind deswegen Grundvoraussetzungen für eine Verbesserung der Patientensicherheit.

Im Jahr 2014 hat sich das APS entschlossen, den „Deutschen Preis für Patientensicherheit“ auszuloben. Er soll gelungene Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit bekannt machen und über diese „Leuchttürme“ dazu beitragen, dass praxisrelevante Erkenntnisse und erfolgreiche Lösungsansätze in die Breite getragen werden. Der Preis fördert außerdem fach- und berufsübergreifende Lehre und Bildung und honoriert neue Konzepte zur Vorbeugung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und Fehlern.

Wer kann diesen Preis bekommen? Angesprochen sind sämtliche Akteure im Gesundheitswesen. Gesucht werden zukunftsweisende Best-Practice-Beispiele sowie herausragende praxisrelevante Forschungsarbeiten in deutscher oder englischer Sprache zum Thema Patientensicherheit und Risikomanagement. Das können Methoden zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sein, genauso zielgerichtete Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für medizinische Berufsgruppen. Auch wer Ideen zur Optimierung von Infrastruktur und Ablauforganisation oder Modelle für eine patientenzentrierte Kommunikation entwickelt, ist ein potenzieller Preisträger. Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine Jury mit Vertretern aus Pflege, Ärzteschaft, Apotheken, Selbsthilfe, Forschung, Industrie und Kostenträgern gemeinsam mit Vertretern der Initiatoren.

Die Resonanz auf die erste Auslobung im Jahr 2014 zeigt, dass es höchste Zeit für einen solchen Preis war: Bereits im ersten Wettbewerbsjahr wurden 70 Arbeiten von hoher Qualität eingereicht. Die Bandbreite der Themen reichte von Arzneimitteltherapie über Bildung und Schulung bis zu Fehlermelde- und Berichtswesen. Forschungsinstitute, Verbände und Kliniken aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung bewarben sich. Auch 2015 wurden über 40 hoch qualifizierte Arbeiten zu Projekten aus der Praxis und Forschung aus Deutschland und Nachbarländern eingereicht.

Der Deutsche Preis für Patientensicherheit ist mit insgesamt 19.500 Euro dotiert und wird jährlich bundesweit ausgelobt. Der Träger des ersten Preises erhält 10.000 Euro, Zweit- und Drittplatzierter jeweils 6.000 Euro bzw. 3.500 Euro. Das APS schreibt den Förderpreis in Kooperation mit der Aesculap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst, MSD SHARP & DOHME GMBH sowie dem Thieme-Verlag aus. Das Preisgeld, gestiftet von Aesculap Akademie, Ecclesia Versicherungsdienst und MSD SHARP & DOHME GMBH, wird zweckgebunden vergeben.

*1. Platz: Projekt „ReduPharm KREATIV“ der Diakonie Düsseldorf e.V.*

## Krankenhausbefragung zum Risikomanagement

Eines der Ziele des APS ist ein Ausbau des klinischen Risikomanagements in der praktischen Versorgung im Krankenhaus. Zu diesem Zweck wurde erstmalig in deutschen Krankenhäusern eine Vollerhebung zum klinischen Risikomanagement durchgeführt – mit spannenden Ergebnissen. Jetzt wird die Studie neu aufgelegt, um den Verlauf der Bemühungen beurteilen zu können.

Der Ausbau des klinischen Risikomanagements in der praktischen Versorgung ist eines der im §1 der Satzung niedergelegten Vereinsziele des APS. Zwar zeigen viele Experten und Analysen, was bislang alles erreicht wurde und wo weitere Entwicklungspotenziale stecken. Doch zur Dokumentation und Erhebung eines Sachstandes ist es immer noch empfehlenswert, die Betroffenen einmal selbst zu befragen.

Das APS hat daher dem damals neugegründeten Institut für Patientensicherheit im Jahr 2010 die Durchführung einer Krankenhausbefragung übertragen. Möglich wurde dies durch die finanzielle Unterstützung des AOK-Bundesverbandes. Unterstützt wurde die Befragung auch von der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat.

Neben der erstmaligen detaillierten Vollerhebung zum klinischen Krankenhausmanagement war ein weiteres Ziel, die Krankenhäuser bei ihrer Weiterentwicklung des Risikomanagements zu unterstützen. Als Ergebnis der Befragung wurde für jedes Krankenhaus auf Wunsch ein einrichtungsspezifischer Report erstellt, der den Entwicklungsstand des Risikomanagements insbesondere im Vergleich mit Häusern von ähnlicher Größe und ähnlichem Versorgungstyp beschrieb.

Konkret wurden zwischen März und Juni 2010 alle deutschen Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten angeschrieben. 484 Häuser beteiligten sich. Zum damaligen Zeitpunkt betrieben 48 Prozent der Befragten ein lokales Fehlerberichts- und Lernsystem. Die Systeme waren durchschnittlich 2,2 Jahre alt und damit erst relativ kurz im Einsatz. Innerhalb der Einrichtung betrug der Durchdringungsgrad im Mittel ausbaufähige 35,5 Prozent der Abteilungen bzw. Funktionsbereiche. Die Selbstbewertung der Kliniken erbrachte den Befund, dass weniger als die Hälfte die eigenen Fernziele erreicht hatte. Dennoch schätzten 77,5 Prozent der Befragten den Nutzen und die Wirksamkeit des jeweiligen Systems als positiv ein.

Die Ergebnisse dieser APS-Befragung machten zum ersten Mal aus Sicht der Betroffenen den Stand des klinischen Risikomanagements in Deutschland deutlich. Sie trugen wesentlich dazu bei, ein besseres Fundament für alle Diskussionen zu diesem Thema zu schaffen. Natürlich steht die Zeit nicht still. Die in vielen Fällen nicht zuletzt auf die Anstöße durch das APS zurückzuführenden Aktivitäten in den Krankenhäusern sind mittlerweile mannigfaltig. Patientensicherheit hat an Bedeutung gewonnen.

Schon in den damaligen Schlussfolgerungen war klar, dass die Studie nach einigen Jahren zu wiederholen ist. Zum zehnjährigen Jubiläum des APS im Jahr 2015 ist es nun so weit. Auf die Ergebnisse der neuen Befragung mit der Darstellung der Entwicklung in diesem Bereich dürfen wir schon heute gespannt sein.

## Patienten beteiligen – Patientensouveränität stärken

Diskussionen über Patientensicherheit werden immer noch zu oft an den Patienten vorbei geführt. Das APS hat daher einen systematischen Dialog mit Patienten begonnen und sich zum Ziel gesetzt, Patientenerfahrungen als Qualitätskriterien in seine Arbeit, in die Projekte und in die Erarbeitung der Handlungsempfehlungen einfließen zu lassen.

Patienten haben eine andere Sicht auf das Gesundheitswesen. Sie sollten keine passive Rolle einnehmen, sondern aktive Partner im Gesundheitswesen sein. Für das APS heißt das konkret, einen Dialog zu führen auf Basis jener Werte, die die Arbeit im APS auch sonst auszeichnen: Respekt, Wertschätzung, Vertrauen und ehrliches Interesse an den Erfahrungen und Bedürfnissen anderer.

Patienten sind die einzigen, die im Prozess der sektorübergreifenden Versorgung immer anwesend sind, vom Hausarztbesuch bis zur Facharztbehandlung, von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung, von der ambulanten Versorgung bis zum Pflegeheim oder zum Hospiz. Ihre Erfahrungen und ihr Erleben, ihre durch das Erlebte erworbene Kompetenz sind wichtig. Patientensicherheit ohne Patienten geht nicht. Das APS steht mittlerweile in einem systematischen Dialog mit Patientenorganisationen und Patientenvertretern. In den jährlich stattfindenden Workshops werden Themen diskutiert, die den Patienten unter den Nägeln brennen.

Die Zusammenarbeit mit und für Patienten erfolgt auf drei Ebenen. Auf politischer Ebene kooperiert das APS mit Patientenorganisationen und -vertretern, um Allianzen zu schaffen und Synergien zu nutzen. Ein Beispiel ist der vom APS moderierte Dialog zur praktischen Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte.

Auf Patientenorganisations-Ebene wurde ein systematischer Beteiligungsprozesses für Patienten und Patientenvertreter an Projekten und Handlungsempfehlungen des APS etabliert. In jeder Arbeitsgruppe sollte mindestens ein Patientenvertreter aktiv mitarbeiten.

Und auf individueller Patientenebene geht es unter anderem um die Stärkung der Eigenverantwortung und der Gesundheits- und Sicherheitskompetenz sowie darum, die Patienten für sicherheitsrelevantes Verhalten zu sensibilisieren. Ein gutes Beispiel dafür ist die Patienteninformation des APS zur Prävention von Krankenhausinfektionen.

Von zentraler Bedeutung für eine gute und aktive Patientenbeteiligung ist eine entsprechende Kommunikation. Nach wie vor liegt die primäre Verantwortung für die Sicherheit der Patienten bei dem betreuenden Fachpersonal, das über entsprechendes Wissen und entsprechende Fertigkeiten verfügen muss. Notwendig ist aber auch die Bereitschaft, die Patienten als Partner ernst zu nehmen, sie zu informieren, ihnen Mitspracherechte einzuräumen und Souveränität zuzugestehen. Dies bedarf einer entsprechenden Information, Aufklärung, Instruktion und auch Motivation von Arzt, Pflegepersonal und anderen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen sowie einer offenen, akzeptierenden und lernenden Kultur für diesen Wandel.

Das APS braucht Patienten und Patientenvertreter, die ihre Erfahrungen, ihr erlebtes Wissen und ihre Kompetenzen als Betroffene und Experten in eigener Sache für die gemeinsame Forderung nach mehr Patientensicherheit einbringen und sich aktiv beteiligen. Das APS braucht aber ebenso aktive Partner auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, die Patientensouveränität, Patientenorientierung und Patientensicherheit als erklärtes Ziel umsetzen.

# Das Institut für Patientensicherheit:

## Kompetenzzentrum für Patientensicherheitsforschung

## IfPS unter neuer Leitung – Fokus auf Sicherheitskultur

*Prof. Dr. Tanja Manser*

Das seit 2009 an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn beheimatete Institut für Patientensicherheit (IfPS) hat sich als Kompetenzzentrum für Patientensicherheitsforschung etabliert. Seit Juni 2014 steht es unter neuer Leitung.

Prof. Dr. Tanja Manser rückt Projekte in den Mittelpunkt, die komplexe Einflussfaktoren auf die Entstehung unerwünschter Behandlungsereignisse analysieren. Kennt man die vielschichtigen Ursachen, lassen sich Maßnahmen entwickeln, die Anzahl und Auswirkungen solcher Vorfälle minimieren. Als Arbeitspsychologin legt Prof. Manser einen besonderen Fokus gerade auf Aspekte der Sicherheitskultur und damit auf den Einfluss von organisationalen oder teambezogenen Faktoren im Kontext der Patientensicherheit.

Am IfPS arbeitet ein interdisziplinäres, multiprofessionelles Team aus den Bereichen der Psychologie, Soziologie, Medizinökonomie und Pflegewissenschaften. Das Institut verfügt damit über das fachliche Know-how, ein breites Spektrum an Inhalten im stationären wie im ambulanten Bereich mit entsprechend differenzierten Methoden qualitativ wie quantitativ zu bearbeiten. Inhaltlich geht es dabei unter anderem um den Umgang mit Fehlern, Sicherheit im Medikationsprozess, die Implementierung von Checklisten oder die Wirkungen von Hygienestandards. Darüber hinaus werden Schulungsverfahren und Teamprozesse wie Übergaben oder Weisungen näher beleuchtet.

Eine zentrale Zukunftsaufgabe des IfPS sieht Prof. Manser insbesondere in der Aus- und Weiterbildung zum Thema Patientensicherheit. „Denn nur, wenn auf allen Ebenen von Beginn an ein Bewusstsein, eine höhere Sensibilität auch für das vermeintlich Selbstverständliche geschaffen wird und die Arbeitsprozesse über die Schnittstellen entlang der gesamten Versorgungskette hinweg optimal ineinander greifen, sind deutliche Verbesserungen in punkto Patientensicherheit zu erwarten“, betont sie.

Noch bis zum Jahr 2017 wird das IfPS durch die Stiftungsprofessur des APS unterstützt, danach wird der Lehrstuhl vollständig durch die Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn übernommen werden. Keine Frage, es bleibt viel zu tun ...

# Patientensicherheit – Die Zukunft im Blick

## Quo vadis Patientensicherheit?

Zehn Jahre ist kein Alter. Wie sieht die Zukunft des APS aus? Welchen Stellenwert sollte Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen haben? Und wie lässt sich dieses Thema noch stärker als bisher institutionalisieren? Die drei geschäftsführenden Vorstände des APS, Hedwig François-Kettner, Hardy Müller und Prof. Dr. Hartmut Siebert, nehmen Stellung.

*Wo sehen Sie in den nächsten zehn Jahren die inhaltlichen Schwerpunkte der Arbeit des APS?*

Patientensicherheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, ähnlich wie Verkehrssicherheit und Brandbekämpfung. Das APS wird deshalb auch weiterhin darauf aufmerksam machen, dass die Gesellschaft sich auf Diskussionen über Patientensicherheit, Patientenorientierung und Patientensouveränität einlassen muss, damit angstfrei notwendige Schritte unternommen werden, um die Situation zu verbessern. Dieser Perspektivwechsel ist nicht einfach: Um den Patienten wirklich in den Mittelpunkt zu stellen, brauchen wir alle Akteure im Gesundheitswesen. Die richtige Balance zwischen sozialethischen Grundwerten und ökonomischen Gesichtspunkten muss dabei prioritäres Ziel sein. Sicherheit in der Behandlung muss auch bei der Allokation von Ressourcen immer die Leitschnur sein.

*Welche aktuellen politischen Debatten halten Sie mit Blick auf die Patientensicherheit für besonders relevant?*

Das Thema Hygiene und Infektionsprävention hat eine sehr große Bedeutung. Hier muss Skandalisierung durch sachgerechte Analyse ersetzt werden. Dazu hat das APS einen Arbeitskreis aus Fachexperten zusammengerufen, die konkrete weitere Lösungen erarbeiten. Außerdem wurde gemeinsam mit den österreichischen und schweizerischen Kollegen zu diesem Schwerpunktthema der erste Internationale Tag der Patientensicherheit am 17. September 2015 ausgerufen.

Ein anderer offener Posten auf unserer politischen Agenda ist das Patientenrechtegesetz. Hier ist der Härtefall- und Entschädigungsfonds in den Hintergrund gerückt. Das sollte entsprechend einer Stellungnahme des APS aus dem Jahr 2012 geändert werden. Auch eine Optimierung bei den Medizinprodukt-assoziierten Risiken steht an. Zum Beispiel sind im Verordnungswesen weitere Präzisierungen notwendig. Nutzen- und Sicherheitsnachweise sind von unabhängigen, zertifizierten Stellen zu erbringen.

*Was erwarten Sie sich konkret vom E-Health-Gesetz und von der elektronischen Gesundheitskarte?*

Das APS hat mit Patientenverbänden und Organisationen dazu eine Information herausgegeben: Die mittel- bis langfristige Zielsetzung muss eine elektronische Patientenakte sein, wie sie in anderen Staaten bereits existiert bzw. in Planung ist. Kurzfristig sind zum Beispiel Notfalldaten und Medikationspläne unbedingt über die elektronische Gesundheitskarte zur Verfügung zu stellen, um die Patientensicherheit zu befördern.

*In welchen anderen Bereichen sollte der Gesetzgeber aus Ihrer Sicht noch aktiv werden?*

Die Strukturbedingungen in unserem Gesundheitswesen sind dringend weiter zu verbessern. Dabei geht es nicht primär darum, Kontrollen zu verstärken, sondern eine adäquate Personalausstattung in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu erreichen. Auch im Vergütungssystem müssen Korrekturen und Ergänzungen vorgenommen werden. So sollten Leistungen nicht mengenorientiert, sondern nach definierten Qualitäts- und Sicherheitskriterien vergütet werden.

*Neben der Umsetzung ist die Wissenschaft ein weiteres Standbein des APS. Welche konkreten Forschungsprojekte halten Sie hier für besonders dringlich?*

Ein großes gemeinsames Ziel könnten einheitliche Datenerfassungen sein, die uns zeigen, was wir mit unseren Bemühungen erreichen, die Langzeitperspektiven zulassen und die uns Evidenz über den Nutzen getroffener Maßnahmen verschaffen. Das ist unter anderem eine sehr bedeutende Aufgabe des neuen Instituts Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), bei der wir gerne mitwirken werden. Generell sind Maßnahmen risikoadjustiert zu bewerten, und sie müssen nach Vorlage der Evidenz ggf. rasch revidiert oder angepasst werden. Die entscheidende Frage lautet: Was kommt beim Patienten tatsächlich an?

*Wie könnte erreicht werden, dass die Forschung zur Patientensicherheit über das APS und seine Institutionen hinaus eine breitere Basis bekommt?*

Auf allen Ebenen können entsprechende Forschungsfragen angeregt werden, beispielsweise im Zusammenhang mit Forschungsclustern. Auch EU-Förderprogramme wie das „Horizon 2020“-Programm könnten viel stärker als bisher für Forschungsprojekte zur Patientensicherheit genutzt werden. Nicht zuletzt könnten Universitäten Forschung mit Routinedaten initiieren und flankieren.

Darüber hinaus sollte über eigene Förderprogramme nachgedacht werden. Wenn in Deutschland über die Initiative „Gesundheitsziele.de“ die Patientensicherheit als nationales Gesundheitsziel definiert wird, sollten die Ministerien das entsprechend unterstützen. Auch bei den anstehenden Diskussionen zu den Förderkriterien des Innovationsfonds werden wir dafür eintreten, dass die Belange der Patientensicherheit berücksichtigt werden.

*Patientensicherheit ist in der Ausbildung der Heilberufe bisher nur am Rande präsent. Wie kann das in den nächsten Jahren verbessert werden?*

Unsere Vision war 2011, dass binnen fünf Jahren alle Gesundheitsfachberufe in ihre Curricula die Patientensicherheit aufnehmen, und dass es dazu viele Maßnahmen geben sollte. Einiges ist uns schon gut gelungen: So können sich Hochschulen und Bildungseinrichtungen aus dem erarbeiteten Lernzielkatalog bedienen. Für die Umsetzungen auf breiterer Ebene brauchen wir jetzt nur noch ganz viele, die mitmachen!

*Das APS basierte bisher wesentlich auf ehrenamtlicher Tätigkeit und projektbasierter Förderung. Wie könnte in finanzieller Hinsicht eine größere Nachhaltigkeit erreicht werden?*

Wir setzen uns für eine öffentliche Basisfinanzierung für Belange der Patientensicherheit und für das APS ein. Viele unserer Mitglieder unterstützen das, auch die Selbstverwaltung. Der Bundesrat hat 2014 auf Initiative der Hamburger Landesregierung eine entsprechende Gesetzesinitiative gestartet. Es bedarf jetzt eines klaren parteienübergreifenden Bekenntnisses zur Notwendigkeit von Investitionen in die Patientensicherheit.

**INTERNATIONALER TAG DER PATIENTENSICHERHEIT**

**17. September 2015**

## Dankeschön

Das APS dankt allen Beteiligten für ihre Beiträge zu dieser Festschrift. Texte, sofern nicht namentlich gekennzeichnet, von:

Dr. Maria Cartes
Hedwig François-Kettner
Dr. Barbara Hoffmann
Dr. Jan Steffen Jürgensen
Hannelore Loskill
Hardy Müller
Prof. Dr. Christoph Scholz
Dr. Hanna Seidling
Prof. Dr. Hartmut Siebert
Conny Wiebe-Franzen M.A.

Ein besonderer Dank gilt dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der Techniker Krankenkasse, die diese Publikation gefördert haben. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt beim APS.

**Mitfinanzieren und spenden!**

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. ist als gemeinnützig anerkannt. Mit Ihrer Spende unterstützen Sie das APS bei der Durchführung der Projekte für mehr Patientensicherheit sowie der kostenlosen Bereitstellung seiner Serviceangebote und Handlungsempfehlungen. Auf Wunsch erhalten Sie für Ihre Spende eine Zuwendungsbestätigung.

**Konto:**
APS e.V.
Sparkasse KölnBonn
IBAN: DE95 3705 0198 1902 3975 28
BIC: COLSDE33XXX

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Druck mit freundlicher Unterstützung durch die Techniker Krankenkasse

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

## Impressum

**Herausgeber:**
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Am Zirkus 2
10117 Berlin
Tel. +49 30 3642 816 0
Fax +49 30 3642 816 11
info@aps-ev.de
www.aps-ev.de

**Koordination und Gesamtverantwortung:**
Hedwig François-Kettner, Conny Wiebe-Franzen M.A.

**Konzept und Inhalt:**
Ulrike Feldhusen, Kirsten Thellmann, www.akzent-pr.de

**Redaktion:**
Ulrike Feldhusen, Kirsten Thellmann, Philipp Grätzel von Grätz, Conny Wiebe-Franzen, M.A., Hedwig François-Kettner

**Gestaltung:**
Petra Pinger, www.pinger-eden.de

**Bildnachweise:**
Wiebke Peitz – Charité Universitätsmedizin Berlin

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

**Druck**:
Druckerei der Techniker Krankenkasse, Hamburg

Berlin, März 2015, © Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Alle Rechte vorbehalten.