

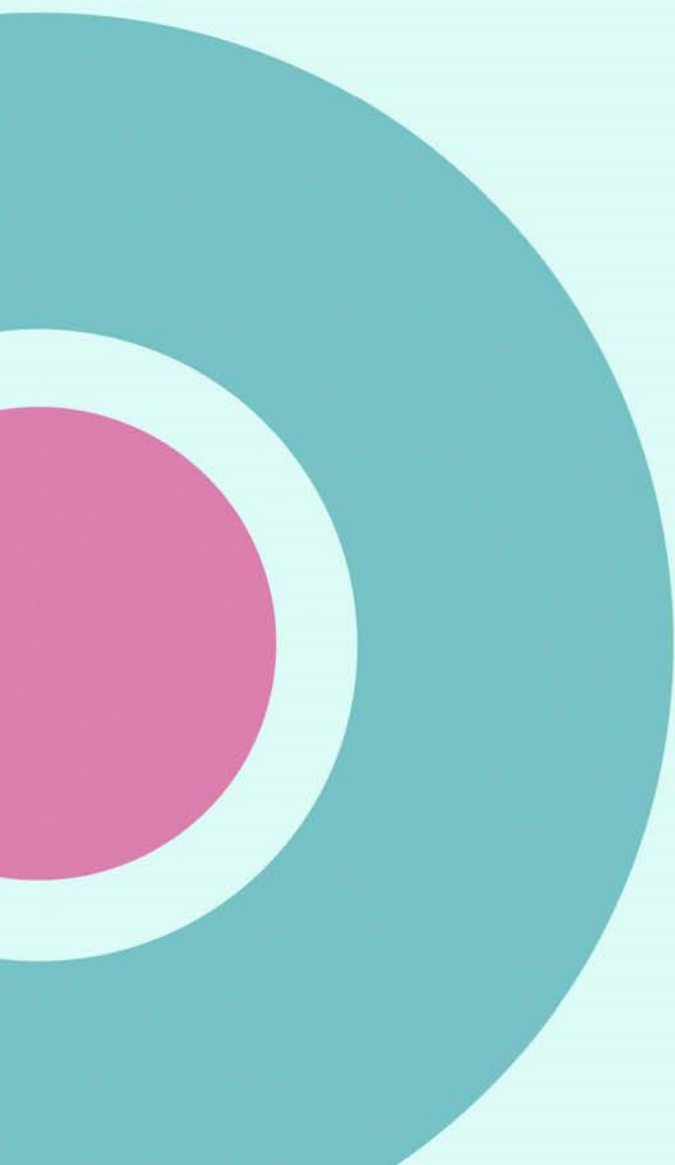


AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

5 Jahre APS - APS in 5 Jahren

Agenda Patientensicherheit 2010

Tätigkeitsbericht



Wir bedanken uns bei den Förderern des IfPS:



Vorwort

Liebe Mitglieder des Aktionsbündnis Patientensicherheit,
liebe Freunde und Förderer,
liebe Interessenten,

gegründet im Jahr 2005 freuen wir uns darüber, dass sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit im 6. Jahr seines Bestehens weiterhin auf einem Erfolgskurs bewegt. Der Zuspruch, den das APS erfährt, lässt sich unter anderem daran prüfen, wie sich die Mitgliederzahl entwickelt. Belief sich die Zahl im Jahr 2008 auf knapp 220, so können wir zwischenzeitlich rund 330 Mitglieder im APS verzeichnen.

Auch inhaltlich haben wir uns weiterentwickelt.

Einige unserer Schwerpunkte konnten wir in 2010 konsequent weiter verfolgen, wie etwa das Thema Fehlermeldesysteme mit der Etablierung eines deutschlandweiten Krankenhaus-CIRS-Netzes. Andere, von vornherein zeitlich befristete Projekte, wie etwa die bundesweite Befragung der Krankenhäuser zum Thema Risikomanagement, haben wir erfolgreich durchgeführt. Mit der bevorstehenden übersichtlichen Darlegung der Ergebnisse werden wir sehen, welche weiteren Schlussfolgerungen auch für unsere Arbeit daraus zu ziehen sind. Zentrale Themen für die Verbesserung der Sicherheitskultur, wie etwa die „Kommunikation im Schadensfall“, haben wir ebenfalls in Angriff genommen. Eine Broschüre mit dem Titel „Reden ist Gold“ wird im Frühjahr 2011 in Druck gehen können.

Die Anerkennung, die wir seit der Gründung des APS von politischer Seite erfahren, hat im September 2010 eine weitere Bestätigung erfahren: Der Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler hat die Schirmherrschaft über unser Netzwerk übernommen. Wir freuen uns außerordentlich über diese jüngst zum Ausdruck gebrachte Unterstützung von höchster politischer Ebene! Sie bestätigt eindrucksvoll, dass die Strategie des APS, alle Beteiligten mit ihren Anliegen und ihrem Sachverstand auf gleicher Augenhöhe einzubeziehen, aufgeht. Patientensicherheit zu steigern ist in Deutschland keine von der Politik verordnete top-down Angelegenheit. Wir nehmen uns des Themas in gemeinsamer Verantwortung an und wirken mit unseren Aktivitäten Stück für Stück auf die Steigerung der Patientensicherheit in der Versorgungspraxis hin.

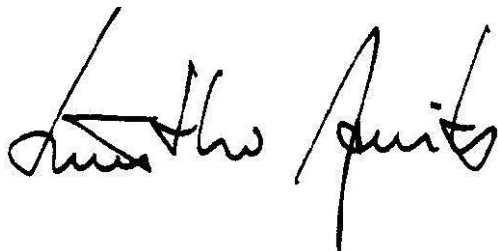
Das gelingt nur – ich kann es nur wiederholen - mit IHRER Mitwirkung. Ohne die Ansichten, Einsichten, Erkenntnisse und das Engagement der Arbeitsgruppenmitglieder, der Unterstützer und Förderer des APS hat unser Netzwerk kurz- und langfristig betrachtet keine Wirkung.

Insofern lassen Sie mich allen Aktiven und Förderern an dieser Stelle und stellvertretend für den gesamten Vorstand des APS meinen herzlichen Dank aussprechen und Sie wie immer ermuntern, sich weiterhin aktiv und kritisch einzumischen.

Wir laden Sie ein, sich zu allen Aktivitäten des APS mit dem hier vorliegenden Jahresbericht 2010 zu informieren. Sollten Fragen offen bleiben: Fragen Sie nach, geben Sie uns Impulse, machen Sie mit - nur so hat das APS eine Chance, nicht nur weiterhin zu wachsen, sondern vor allem auch besser zu werden, indem was wir tun und wie wir es tun!

Besten Dank!

Mit herzlichen Grüßen im Namen des APS-Vorstands

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Günther Jonitz'. The signature is written in a cursive, flowing style with some loops and flourishes.

Dr. Günther Jonitz

Vorsitzender des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Berlin, Februar 2011

Agenda 2010

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	S. 7
I. 5 Jahre APS – APS in 5 Jahren	
1. APS – die Mitgliederperspektive	S. 9
2. APS – Perspektive 2015	S. 13
3. APS – Multidisziplinarität als Zugang	S. 21
II. Bericht über das APS im Jahr 2010	S. 26
III. Berichte aus den Arbeitsgruppen	
1. Leitfaden für APS-AGs	S. 32
2. AG Arzneimitteltherapiesicherheit	S. 34
3. AG Behandlungsfehlerregister	S. 36
4. AG Bildung und Training	S. 38
5. AG Informieren - Beraten - Entscheiden	S. 41
6. AG Medizinprodukt-assoziierte Risiken	S. 43
7. AG Patientensicherheit im Alter	S. 49
8. AG Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper	S. 51
IV. Berichte aus Projekten und (internationalen) Kooperationen	
1. Aktion Saubere Hände	S. 53
2. Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland	S. 60
3. AK Kommunikation nach Zwischenfall	S. 62
V. Berichte aus dem IfPS	
1. Einführung / Allgemeines	S. 63
2. Projekt Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Handlungsempfehlungen	S. 67
3. Projekt High5s	S. 71
4. Projekt Krankenhausbefragung	S. 74
5. Projekt Patientensicherheitsindikatoren (PSI)	S. 77

VI.	Internationale Zusammenarbeit: EUNetPaS	S. 80
VII.	Bericht über Jahrestagung 2010 und Kongress	
	1. „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“	S. 82
	2. Fotobericht	S. 85
VIII.	Das APS auf Tagungen, Kursen und Kongressen	S. 89
IX.	Ausblick	S. 91
	Informationen zur Jahrestagung 2011	S. 92
X.	Neue Veröffentlichungen im Jahr 2010 (Liste)	S. 93
XI.	Anhang	
	1. Glossar	S. 94
	2. APS: Vorstand, Geschäftsstelle, Gremien	S. 95
	3. Institut für Patientensicherheit (IfPS)	S. 97
	4. Mitgliederliste	S. 98
	5. Mitgliedsantrag	S. 107
	6. Bestellformular für APS-Materialien	S. 109
	Impressum	S. 111

Abkürzungsverzeichnis

ADKA	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V.
ÄK	Ärztekammern
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AG	Arbeitsgruppe (offene Gruppe)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AK	Arbeitskreis (geschlossene Gruppe)
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
AQUA	Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BÄK	Bundesärztekammer
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CIRS	Critical Incident Reporting System
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.
DGHM	Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
DGI	Deutsche Gesellschaft für Infektiologie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DKVF	Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DNVF	Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e.V.
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.
DRF	Deutsche Rettungsflugwacht Förderverein e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EUNetPaS	European Union Network for Patient Safety
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.
GRB	Gesellschaft für Risikoberatung
IfPS	Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
IT	Information Technology
JCI	Joint Commission International
KH	Krankenhaus
kRM	klinisches Risikomanagement
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LKA	Landeskriminalamt Berlin
LTA	Lead Technical Agency
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
MFA	Medizinische Fachangestellte
MPaR	Medizinprodukt-assoziierte Risiken
MPG	Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz)
MS	Microsoft
MT	Medizintechnik
OP	Operation
POL	Problemorientiertes Lernen
PSI	Patientensicherheitsindikatoren
PSQCWG	Patient Safety and Quality of Care Working Group
QM	Qualitätsmanagement
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedures
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UAG	Unter-Arbeitsgruppe
UE	Unerwünschtes Ereignis
WHO	World Health Organization

I. 5 Jahre APS - das APS in 5 Jahren

I.1. 5 Jahre APS – die Mitgliederperspektive

Vortrag von Vera Lux

auf der 5. Jahrestagung des APS und dem 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung

30. September – 02. Oktober 2010, Bonn

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Mitglieder,
sehr geehrter APS-Vorstand,

vor fast 5 Jahren erhielt ich eine Einladung zu einer Tagung an das Universitätsklinikum Marburg. Ich kann mich noch sehr gut daran erinnern, da mich das Thema sehr angesprochen hat und das Bedürfnis und Interesse in mir auslöste daran mitzuarbeiten. Einige von Ihnen, die heute hier sind, waren damals dabei und wissen:

Die Tagung hatte als allgemeines Thema das Thema Patientensicherheit, und im Speziellen ging es um die **Vermeidung von (Seiten-)Verwechslungen oder auch "Wrong Site Surgery"**. Bis zu diesem Tag war das Thema "Fehler" im Krankenhaus tabu und kam im Krankenhausalltag offiziell nicht vor. Über Fehler wurde in der Regel nicht gesprochen, Fehler in der Medizin gibt es nicht und auch das medizinische Personal hat den Anspruch an sich selbst unfehlbar zu sein.

Diesen ganz neuen Ansatz, systematisch nach Ursachen und Gründen für Fehler / Beinahefehler im System bzw. in der Organisation zu suchen und nicht nach "einem Schuldigen", kannte ich bisher so nicht. Neu war auch der Ansatz einer multiprofessionellen und mehrdimensionalen Betrachtung des Problems: Unterschiedliche Professionen wie Ärzte, Pflege, Versicherungen, Arbeitspsychologen und Arbeitswissenschaftler, Krankenkassen, MDK, Patientenvertreter, Rechtsanwälte und Industrie wurden geladen, um sich mit der Thematik auseinander zu setzen und geeignete Empfehlungen für die Vermeidung von (Seiten-)Verwechslungen zu diskutieren und zu entwickeln. Ich war damals sehr beeindruckt und habe mich zu diesem Zeitpunkt entschieden, Mitglied im APS zu werden und die Ziele des APS aktiv mit zu gestalten und zu unterstützen.

Seither ist einige Zeit vergangen und das APS hat sich vieler Themen angenommen. Zunächst den ganz offensichtlichen, die ein hohes Risikopotential in sich bergen und von denen man aus (internationalen) Studien weiß, dass das mögliche Schadensausmaß sowohl für den Patienten als auch für die Einrichtung gravierend sein kann. Es wurden Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit den unterschiedlichen Risiken befasst und Lösungen erarbeitet haben. Beispielhaft möchte ich Themen nennen wie die Aktion "Saubere Hände", den Aktionsplan des BMG und die Empfehlungen zur Verbesserung der "Arzneimitteltherapiesicherheit", die AG zur Medizinproduktesicherheit, Team Time Out und die Empfehlungen zur Implementierung eines CIRS (Critical Incident Reporting System). Die Empfehlungen sind sehr praxisnah und verständlich gehalten, so dass ich sie als eine hervorragende Unterstützung für die Praxis erachte und vor allem auch für umsetzbar halte.

Ein mutiger Schritt war die Herausgabe der Broschüre „Aus Fehlern lernen“, in der Mediziner, Pflegekräfte und andere Personen von der eigenen Fehlbarkeit berichteten mit dem Ziel, dass nicht jeder denselben Fehler wieder machen muss, sondern dass man aus den Fehlern anderer lernen kann und Fehler somit vermieden bzw. reduziert werden können. Mit dieser öffentlichen Aktion wurde bundesweit eine rege Diskussion ausgelöst, die zunächst eher negativ und polemisch geführt wurde. Am Ende aber hat diese Aktion zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema geführt und viele positive Aktionen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit in Gang gesetzt.

Immer wieder mal hörte ich auch Stimmen, die die Aktionen des APS belächelten. So zum Beispiel äußerte sich ein Klinikmitarbeiter zur Aktion „Aktion Saubere Hände“: Das sei doch völliger Quatsch und längst bekanntes Know How, das wisse doch sowieso jeder schon und sei nichts Neues!

Nun weiß aber auch jeder, der in einer Klinik arbeitet, dass gerade die banalen Dinge missachtet und im Alltag häufig nicht eingehalten werden. Das Thema Händedesinfektion steht dabei an oberster Stelle und birgt ein hohes Risiko für den Patienten!

Die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen war aufgrund der Arbeitsgruppenorganisation und der tiefgehenden Diskussionen immer sehr anregend. Die Systematik der Arbeitsgruppen ist nahezu immer gleich: Unter der Moderation von Experten werden die interprofessionell besetzten Arbeitsgruppen geleitet. Nach ausführlicher Datenrecherche wird das Thema systematisch analysiert und es werden Empfehlungen für die Praxis erarbeitet, im Delphiverfahren konsentiert und erst dann zur Veröffentlichung für die Anwender freigegeben. In all diesen Arbeitsgruppen wurde das Prinzip der "Interdisziplinarität" und "der offenen Arbeitsgruppen beibehalten", um so den größten Nutzen und die größte Sicherheit für den Patienten zu erreichen.

Für diejenigen Teilnehmer, die regelmäßig an den Arbeitsgruppensitzungen teilnehmen, ist dies nicht immer einfach. Denn jedes Treffen ist offen für neue Teilnehmer oder Teilnehmer nehmen nur unregelmäßig teil: dann müssen zunächst alle Anwesenden auf den aktuellen Stand gebracht werden. Dies kostet sehr viel Zeit und erschwert kontinuierliches und strukturiertes Arbeiten, vor allem aber ein zügiges Vorankommen doch sehr, insbesondere für die Leiter der Arbeitsgruppen.

Sehr kritisch betrachtet und diskutiert wurde immer wieder auch die Teilnahme von Industrie und Pharmaunternehmen, da hier befürchtet wurde, dass die Neutralität nicht gewahrt und Interessenskonflikte entstehen können. Die Befürchtungen haben sich nach meiner Einschätzung nicht bewahrheitet, im Gegenteil - alle Beteiligten haben voneinander profitiert und voneinander gelernt. Der Vorteil, die Probleme aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten und auf der Grundlage von profundem Wissen der unterschiedlichen Professionen Empfehlungen zu erarbeiten, überragt vor den Gefahren der Einflussnahme.

Hervorzuheben ist, dass alle Teilnehmer in den Arbeitsgruppen unentgeltlich arbeiten. Das heißt niemand bekommt eine Vergütung bzw. die Spesen für die Anreise und Übernachtung erstattet, sondern die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen erfolgt auf ehrenamtlicher Basis. Man bedenke, dass man für die Tagung der Arbeitsgruppen inkl. Reisezeiten häufig einen ganzen Tag benötigt und die Teilnehmer neben ihrer (freien) Zeit auch die Reisekosten selbst tragen müssen. Der Kreis der Teilnehmer wird somit eingeschränkt, da interessierte Mitarbeiter von der Basis, die eher in den unteren Lohngruppen angesiedelt sind, sich das nicht leisten können und dadurch auch (zu) wenig vertreten sind. Gerade aber die Praktiker sind in dem Kreis wichtig zu hören, da hier die Praktikabilität von Empfehlungen für die Praxis am ehesten einzuschätzen und zu beurteilen ist.

In den letzten 5 Jahren haben die Mitglieder des APS und die Teilnehmer der AGen auf ehrenamtlicher Basis eine unschätzbare wertvolle und kostbare Arbeit geleistet.

Hier stellt sich die Frage, **ob der Bedeutung für das Thema Patientensicherheit** die Arbeit im Status des Ehrenamts auf Dauer gerecht und in dem Umfang weiter geleistet werden kann?

Mit der zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen und der Einführung der Fallpauschalen war zu befürchten, dass Wirtschaftlichkeit zu Lasten der Qualität und der Patientensicherheit erreicht wird. Da war es wichtig, dass der Gesetzgeber die Einrichtungen gesetzlich verpflichtet hat, ein Qualitätsmanagement einzurichten, und dass es darüber hinaus Einrichtungen wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. gibt mit dem Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit. Eine Forderung an die Kostenträger ist es, den Aspekt der Patientensicherheit gesetzlich bzw. durch Normen zu verankern und die Einrichtungen damit zu verpflichten entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Einige Aspekte sind ja bereits im Rahmen des Qualitätsmanagements aufgegriffen worden und finden sich in den Katalogen zur Zertifizierung, wie z.B. bei KTQ, wieder. Einige wichtige Aspekte aber fehlen noch, so müsste z.B. die Implementierung eines CIRS verpflichtend für alle Einrichtungen sein.

Die Auseinandersetzung mit Fehlern und dem Lernen aus Fehlern findet nach 5 Jahren APS inzwischen auf vielen unterschiedlichen Ebenen statt, angefangen von Veranstaltungen, Kongressen, Fortbildungen, Patientensicherheits-Trainings, Literatur und Veröffentlichungen. Durch all diese Aktivitäten hat sich das Bewusstsein im Umgang mit Fehlern geändert und langsam bewegen wir uns weg vom blaming / chaming

hin zu einer **Fehlerkultur**. Nur diese Haltung lässt es zu, aus Fehlern zu lernen, Risiken frühzeitig zu erkennen und die Patientensicherheit zu verbessern. Ich erlebe diese Veränderung auch in unserer Klinik: 70% der Mitarbeiter, die eine CIRS-Meldung abgeben, nennen freiwillig ihren Namen. Dies ist ein Zeichen für eine Fehlerkultur, die geprägt ist von Vertrauen. Es hat sich etwas getan!

Fazit:

Für die Zukunft muss das Thema Patientensicherheit einen noch deutlich höheren Stellenwert im Gesundheitswesen erhalten und in die Krankenhausgesetzgebung als ein zu finanzierender Bestandteil aufgenommen werden. Damit verbunden ist die Zuweisung von Forschungsmitteln und Fördergeldern, damit Begleitforschung erfolgen kann und die Effizienz von Maßnahmen durch Studien belegt wird und damit der Status einer anerkannten Wissenschaft erreicht werden kann.

Dies ist elementar, um zielgerichtet den Kosten-Nutzen-Effekt zu belegen und die Mittel zielgerichtet einzusetzen.

Über eine bessere finanzielle Ausstattung sollte zumindest angestrebt werden, den Arbeitsgruppenmitgliedern eine (Reise-)Kostenerstattung zukommen zu lassen.

Wichtig und für ausbaufähig halte ich eine gezielte Informations- und Kommunikationspolitik. Auch dafür benötigt man finanzielle Mittel, denn Informationsmaterialien und die Verbreitung von Infomaterial sowie die Durchführung von Informationsveranstaltungen kosten Geld. Nur so kann erreicht werden, das Bewusstsein bei Patienten und Personal zu schärfen und dadurch die Anwendung der Empfehlungen in der Praxis zu fördern.

Um eine Sensibilisierung zum Thema Patientensicherheit von Beginn der beruflichen Sozialisierung an zu erreichen, sollte schon in der Ausbildung (Studium der Humanmedizin, Pflegeberufe, MFA, andere Heilberufe) Patientensicherheit ein fester curricularer Bestandteil sein. Und auch im Rahmen von Zertifizierungen sollten die Aspekte der Patientensicherheit überprüft und die Anforderungen erhöht werden. Wichtig ist für die Arbeit des APS bzw. zum Thema Patientensicherheit, die Finanzierung auf stabile und gesicherte Füße zu stellen, damit die Arbeit auch zukünftig in dem Ausmaß und so erfolgreich wie bisher fortgeführt werden kann. Hierfür wünsche ich uns und dem APS-Vorstand viel Glück und ein erfolgreiches Wirken für die nächsten 5 Jahre.

Vera Lux

Pflegedirektorin der Uniklinik Köln

I.2. APS – Perspektive 2015

Vortrag von Dr. Günther Jonitz

auf der 5. Jahrestagung des APS und dem 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung

30. September – 02. Oktober 2010, Bonn

Bei der Antwort auf die Frage, welche Entwicklung für das APS in den kommenden fünf Jahren wünschenswert und welche Ziele erstrebenswert sind, lohnt es sich zunächst zu schauen, was das APS in seiner bisherigen Vorgehensweise auszeichnet. Beides, den Blick zurück und den Blick nach vorne, möchte ich hier in einer persönlich geprägten Sichtweise darlegen.

Die Anfänge

Nach der sehr erfolgreichen Vergabe des „Berliner Gesundheitspreises“, dem führenden, von der AOK Berlin, dem AOK Bundesverband und der Ärztekammer Berlin zu vergebenen Innovationspreis im Gesundheitswesen, für das Thema „Patientensicherheit“ im Jahr 2003 war dieses Thema auf der politischen Agenda. Den Stiftern war klar, dass man es weiterverfolgen muss. Nach anfänglichen Bemühungen um die Einrichtung einer Stiftungsprofessur wurde in einem Expertenworkshop von AOK und ÄKB am 28. April 2003 als Fazit festgestellt:

- *„Bestehende Aktivitäten der Partner im Gesundheitswesen zum Thema Fehler- oder Sicherheitskultur sollten koordiniert werden.*
- *Dies geschieht am besten durch eine Netzwerkorganisation.*
- *Ein solches Vorgehen im inhaltlichen Konsens könnte Vorbild für andere Bereiche der Gesundheitspolitik sein.“*

(Vortrag GJ, Workshop April 2004 von AOK und Ärztekammer Berlin)

Die vorbereitenden Gespräche zur Einrichtung eines „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ begannen sich ab Spätsommer 2004 zu intensivieren. Auf Einladung des Bundesgesundheitsministeriums wurde in sogenannten „Expertengesprächen“ erörtert, wie wir uns in Deutschland des Themas Fehlervermeidung in der Medizin so annehmen können, dass Maßnahmen zur Fehlerminimierung in der Patientenversorgung praktisch und breitenwirksam umgesetzt werden. Die im Oktober 2004 stattgefundenen Jahrestagung der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zum Thema „Patientensicherheit“ war ein voller Erfolg mit zahlreichen Teilnehmern. Damit war „Patientensicherheit“ auf der wissenschaftlichen und praxisorientierten Ebene platziert.

Das Ziel war klar: Verbesserung der Patientensicherheit. Der Weg dahin war noch unklar. Doch bald kristallisierte sich, wie in einem ersten internen Entwurf formuliert, unter den Beteiligten folgende Strategie heraus:

„In der weiteren Analyse der Anforderungen an die zukünftige Struktur des Aktionsbündnisses wird deutlich, dass zu einer optimalen Funktion des Bündnisses die Identifikation von einzelnen Personen mit der Thematik notwendig ist. Die Struktur des Aktionsbündnisses muss also zum einen von Einzelpersonen mit einer authentischen Verbindung zum Thema Patientensicherheit getragen werden, zum anderen aber auch den Partnern der Selbstverwaltung, Patientenverbänden, Politik und Industrie die Gelegenheit geben, das Thema mitzugestalten“ (internes Papier, Schrappe et al.).

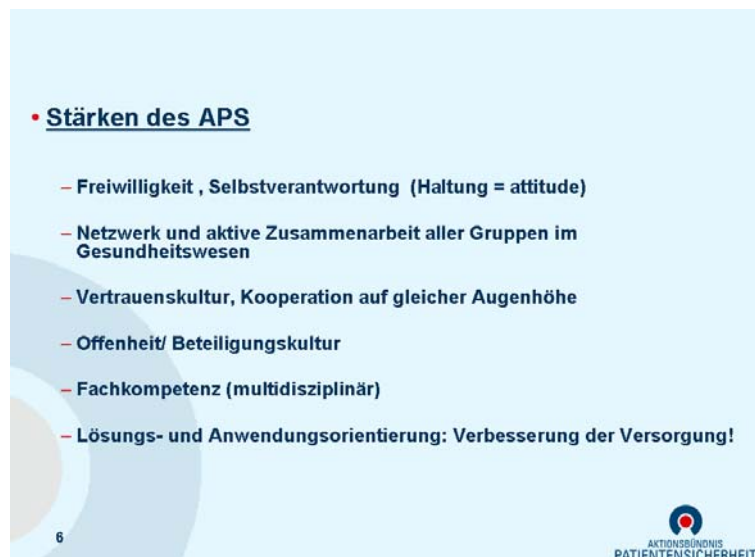
Bereits von Beginn an war also klar, dass es für die breitenwirksame Umsetzung des Themas Fehlerprävention wichtig war, sowohl die Glaubwürdigkeit der Akteure als auch die gleichberechtigte Partizipationsmöglichkeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen sicherzustellen.

Dank des Engagements der kleinen Gruppe der damals Einbezogenen unter maßgeblichem Einsatz des damaligen GQMG-Vorsitzenden Matthias Schrappe und vor allem auch Dank des Einvernehmens mit den Entscheidungsträgern aus der Politik konnte so das Aktionsbündnis Patientensicherheit als Verein – und eben nicht als von der Politik beauftragtes Institut oder per Gesetzgebungsvorhaben etc. - in Deutschland etabliert werden. Unter Beteiligung aller relevanten Gruppen, Patienten / Ärzte / Pflege / Apotheker / Krankenversicherung etc. fand am 11. April 2005 die Gründungsversammlung des Aktionsbündnisses e.V. in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf statt. In der Rückschau mag dieses Ereignis der Vereinsgründung weniger außergewöhnlich erscheinen, als es tatsächlich war. Doch wie es auch Frau Lux in ihrem Beitrag eindrücklich schildert, war das Thema Patientensicherheit noch vor wenigen Jahren mit einem starken Tabu behaftet. Über Fehler sprach man nicht. Wenn sie zutage traten, konzentrierte sich die Aufarbeitung in erster Linie auf die Identifikation eines Schuldigen, also eines persönlichen Versagens einzelner Ärzte oder Pflegekräfte etc. Das Wissen darüber, dass Fehler häufig systembedingt sind und Fehlerprävention nicht nur bei der Verantwortung des Einzelnen, sondern insbesondere auch bei der Verbesserung von Prozessen, Abläufen und der Reflexion und Kommunikation ansetzen muss, war kaum vorhanden bzw. wurde nicht ernst genug genommen. Es überwog das Verständnis von schuldhaft verursachtem Handeln als Ursache von Fehlereignissen. Sowohl bei den Patienten als auch bei den Berufsgruppen selbst; hierzulande genauso, wie im internationalen Kontext. Insofern war die Überlegung - gerade auch in der Rückschau - klug, dass Fehlerminimierung im Gesundheitswesen nicht qua gesetzgeberischem Erlass verordnet werden kann, sondern vielmehr unter Einbezug aller Beteiligten, in einer gemeinsamen Aktion und im Bündnis – in einem „Aktions-Bündnis“ also - erreicht werden sollte.

Die Prinzipien

Und das sind die Prinzipien, die die Arbeitsweise des Aktionsbündnisses aus meiner Sicht bis heute prägen. Angewachsen auf über 300 Mitglieder aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, steht das APS bis heute für

- **Offenheit:** Das APS ist offen für alle, die an einer Mitarbeit in den Arbeitsgruppen interessiert sind. Engagement und nicht Mitgliedschaft ist die Voraussetzung sich zu beteiligen.
- **Kooperation:** Zusammenführend und in gemeinsamer Verantwortung handelnd. Unterschiedliche Fachdisziplinen, Berufs- und Interessensgruppen werden miteinander vernetzt und gehen bei der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen in einen intensiven Austausch.
- **Evidenz:** Erkenntnisorientiert und wissenschaftsbasiert werden sowohl Forschungsergebnisse, Erfahrungen von nationalen und internationalen Projekten und Initiativen als auch die konkrete Expertise der einzelnen im APS Engagierten in die Arbeit eingebunden.
- **Lösungsorientierung:** Es werden konkrete und praktikable Handlungsempfehlungen für den Alltag der medizinischen Versorgung erarbeitet.
- **Gemeinnützigkeit:** Es geht nicht um Gewinnerzielung, sondern darum, dass möglichst Viele von den Ergebnissen der Arbeit des APS profitieren, etwa indem die „Produkte“ kostenlos zur Verfügung gestellt werden.



Das APS war von seiner ersten Stunde an von der Überzeugung getragen, dass ein Paradigmenwechsel weg von der Schuldkultur hin zu einer Sicherheitskultur im Gesundheitswesen nur über Vertrauen und

Glaubwürdigkeit der handelnden Personen, Freiwilligkeit und Partizipation auf gleicher Augenhöhe sowie eine hohe Praxisorientierung zu erreichen ist.

Die Handlungsempfehlungen

Gute Lösungen zeichnen sich u. a. dadurch aus, dass sie die Probleme im Kern treffen, d.h. für diejenigen, die sie betreffen (Patienten), eine nachweisbare Verbesserung erbringen und für diejenigen, die sie umsetzen (Gesundheitsberufe), mindestens praktikabel sind, im besten Fall jedoch eine Erleichterung und Entlastung statt eine zusätzliche Belastung darstellen.

Die skizzierten „Prinzipien“ des APS sind ein idealer Nährboden, um solche „guten Lösungen“ zu produzieren. Die Zahl und der Charakter der erarbeiteten Handlungsempfehlungen liefern bereits deutliche Hinweise dafür, dass wir hier auf dem richtigen Weg sind. Inwiefern dieser Eindruck auch zutrifft, wird sich über die Ergebnisse unserer am Institut für Patientensicherheit (IfPS) durchzuführenden Begleitforschung zu den Handlungsempfehlungen zeigen müssen.

Das APS im Jahr 2010:

- **Themenfelder**
 - CIRS*
 - Arzneimitteltherapiesicherheit*
 - Belassene Fremdkörper*
 - Eingriffsverwechslung*
 - Patientenidentifikation*
 - Bildung und Training
 - Behandlungsfehlerregister
 - Medizinprodukte-assoziierte Risiken
 - Patienteninformation
 - Händedesinfektion
 - Kommunikation im Schadensfall
 - ...

* HE liegen vor

4

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Die Zukunft

Wo also stehen wir heute und wo wollen wir hin?


In einer kritischen Reflexion muss man feststellen, dass naturgemäß die Aufbruchsstimmung der ersten Jahre einer gewissen Ernüchterung gewichen ist. Immer noch engagieren sich sehr viele Aktive freiwillig und ehrenamtlich in den Arbeitsgruppen. Die Handlungsempfehlungen werden in intensiver, aber stets in einer vom Primat der gemeinsamen Sache getragenen Art der Auseinandersetzung miteinander erarbeitet. Das

APS-Institut für Patientensicherheit ist dank der Einwerbung von Fördermitteln professionell aufgestellt und flankiert die Arbeit der Experten aus der Praxis.

• **APS-Forschungsstelle: Institut für Patientensicherheit/ Uni Bonn**

- Evaluation APS-Handlungsempfehlungen
- Patientensicherheitsindikatoren
- Krankenhaus-Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risiko-Managements
- Sicherheitskultur in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- High 5's (Koop. mit dem ÄZQ)

5



Gleichwohl müssen wir der Zukunft in die Augen sehen. Frau Lux stellt in ihrem Vortrag entscheidende Fragen: Wie wollen wir zukünftig und längerfristig gewährleisten, dass der Sachverstand aus der Praxis, also von Patienten und Professionellen kontinuierlich in die Arbeit des APS einfließen kann? Im derzeitigen Übergang von der Aufbau- zur Konsolidierungsphase sollten wir uns klar werden darüber, was für die Existenz und das Wirken des APS zukünftig wichtig ist:


Was genau sind die inhaltlichen und strategischen Ziele für die Zukunft? Wen wollen wir erreichen? Wie sieht die strategische Umsetzung aus?

Perspektive 2015

Herausforderungen:

- **Sicherheitskultur stärken!**
 - Lösungsorientierung transportieren
 - „Getting the hearts of the professionals“
 - Schutz von „whistleblower“
- **Zum Systemwandel beitragen!**
 - Lernendes Gesundheitssystem!
 - Neue „Unternehmenskultur“ im Gesundheitswesen
 - Verschuldensunabhängige Haftung!?
- **Nachweise erbringen: Was bewirken wir?**
 - „Evidence based Patient Safety“
 - „Narratives“!!
- **Für sichere Arbeitsbedingungen eintreten**
 - Bedeutung von Investition in Menschen, Infrastruktur und Knowhow vermitteln und aktiv dazu beitragen!

7



Dieser Prozess des Nachjustierens hat bereits begonnen, indem z.B. innerhalb des Vorstands eine „Vision“ konsentiert und vorgeschlagen wurde (siehe Abb. aus: APS-Selbstdarstellungsbroschüre, S. 7 / vgl. auch: Agenda Patientensicherheit 2009, S. 14).

Aktionsbündnis Patientensicherheit: Unsere Vision

- Patientensicherheit wird in Deutschland kontinuierlich, nachhaltig und nachweisbar gefördert.
- Patientensicherheit bedingt die kontinuierliche Entwicklung einer Sicherheitskultur im Gesundheitswesen und umfasst Patientenorientierung und -beteiligung als Grundhaltung aller Gesundheitsberufe.
- In gemeinsam getragener, gleichwohl individueller Verantwortung werden disziplinen- und berufsgruppenübergreifend praxistaugliche Lösungen zur Reduzierung von Risiken, zur Prävention vermeidbarer Behandlungsschäden und zur Minimierung ihrer Folgen entwickelt.
- Die Verbesserung der Patientensicherheit beruht auf dem Grundsatz des kontinuierlichen Lernens. Der Erfahrungsaustausch im Rahmen nationaler und internationaler Netzwerke spielt dabei eine besonders wichtige Rolle.
- Umfassendes, nachweisbares, interdisziplinäres und interprofessionelles Risikomanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens konzipiert und etabliert.
- Strategien, Methoden und Lösungen der Patientensicherheit sind durch hochwertige Versorgungsforschung wissenschaftlich abgesichert. Verbesserung der Patientensicherheit im Alltag und Evaluation und Forschung sind selbstverständlich miteinander verbunden.

Die Konkretisierung steht noch aus. Fest steht: Ein zentraler Pfeiler des APS war und ist die Nähe zur Praxis. Diese kann insbesondere durch die spezifische Beteiligungsstruktur, die alle Betroffenen auf einer freiwilligen Basis einschließt, gewährleistet werden. Gleichzeitig muss man kritisch hinterfragen, wie lange der Erfolg des APS sich ausbauen lässt, wenn man weiterhin hauptsächlich auf den ehrenamtlichen Einsatz der unterschiedlichen Beteiligten setzt. Bereits die Kostenübernahme für die Teilnahme an Arbeitsgruppensitzungen derjenigen, die nicht über einen eigenständigen Kostenträger verfügen, ist ein Problem. Wie sähe eine denkbare Professionalisierung der Vereinsarbeit aus? Brauchen wir eine eigenständige und starke Infrastruktur, die es durch professionelle Unterstützung / Service und konkreter Hilfestellung denjenigen leichter macht, die sich verstärkt und weiterhin auf der Basis der Freiwilligkeit FÜR Patientensicherheit einsetzen wollen? Wenn ein zentraler Erfolgsfaktor des APS die Einbeziehung der Betroffenen und die Expertise aus der Praxis ist, dann müssen wir uns fragen, wie wir diese aktive Beteiligung langfristig sichern, festigen bzw. erleichtern können. Welche unterstützende Struktur braucht es dafür in der Zukunft?

Perspektive 2015

Herausforderungen:

- **Expertise ausbauen** und zur Verfügung stellen:
 - Identifikation und Bearbeitung zentraler Themen
 - Zielgruppenorientierte Aufbereitung der Themen
 - Inhaltliche Verzahnung von Institut und APS klar regeln (Literaturdatenbank etc.)
- **Netz der aktiven Kooperationspartnerschaften** ausbauen
(national und international)
- **Politische Wirksamkeit und Gestaltungsmacht** verstärken
 - Vernetzung mit zentralen Akteuren
 - Aktive Öffentlichkeitsarbeit
 - ...
- **Mitgliederbetreuung und –bewerbung professionalisieren**
 - Information/ Transparenz nach innen
 - Beteiligungsprozesse stärken
 - „APS 2.0

8

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Der andere zentrale Pfeiler des APS ist die wissenschaftliche Fundierung dessen, was wir tun. Diese Arbeit ist durch die Projektförderung und -durchführung im IfPS finanziell, institutionell und personell verankert.

Worüber wir uns in dieser Phase aus meiner Sicht Gedanken machen sollten ist, wie wir die beiden Pfeiler Vereinsarbeit und Wissenschaft so gut miteinander verzahnen, dass die konkreten Ziele, die wir mit dem APS anstreben, auch bestmöglichst erreicht werden können. Klarer werden sollten wir uns auch über die zukünftige Rolle des APS insbesondere im Gefüge mit anderen Akteuren. Was wollen wir sein, was nicht? Wegbereiter, Sammelbecken, aktiver Gestalter, Dienstleister, Behörde oder gar politisches Feigenblatt?!

Und auf welchen Wegen soll das APS wirken? Setzen wir weiterhin auf Freiwilligkeit und Unterstützung der Eigenaktivität unserer Mitglieder, gerade auch der institutionellen, oder sollen die Handlungsempfehlungen

des APS quasi per Rechtsverordnung zur Pflicht gemacht werden? Dies ist eine weitere fundamentale Frage an das APS und seine Mitglieder.

Rolle des APS in 5 Jahren:

+
Nachhaltiger „Taktgeber“
Plattform und Kontaktort für Menschen und Organisationen
Unabhängiger und kluger Sachwalter in Sachen PS

-
Alibieinrichtung
„Jahrmarkt der Eitelkeiten“
Historisches Ereignis

9

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Das APS hat nach mehr als fünf Jahren seiner Existenz den Paradigmenwechsel im Umgang mit der „Patientensicherheit“ geschafft. Dies ist ein historischer Erfolg.

Von diesem zentralen Erfolg ausgehend stellen sich aus meiner Sicht neue inhaltliche und strategische Herausforderungen, die

- zunächst einmal klar zu benennen,
- in Ihrer Bedeutung innerhalb des APS zu gewichten und zu konsentieren und schließlich
- mit den dafür geeigneten Strukturen und Instrumenten zu bearbeiten sind.

Dr.Günther Jonitz
g.jonitz@ackb.de

I.3. APS - Multidisziplinarität als Zugang

Festvortrag von Hedwig Francois-Kettner

auf der 5. Jahrestagung des APS und dem 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung

30. September – 02. Oktober 2010, Bonn

Sehr geehrte Kongresspräsidenten,
verehrte Gäste,

ich bedanke mich und freue mich für die Ehre, an dieser partnerschaftlichen Kongressveranstaltung einen Vortrag zur Multidisziplinarität als Zugang zur Patientensicherheit halten zu dürfen. Sehr gern bin ich der Aufforderung auch deshalb nachgekommen, weil diese Thematik mir nach über 40 Berufsjahren ein besonderes Anliegen ist. Die Herausforderung des vorgesehenen Themas ist, Sie nicht mit Belanglosigkeiten und einem Wissen, das Sie sowieso alle haben, zu befassen, sondern Sie durch den einen oder anderen Gedanken zu stimulieren, ab morgen Ihren Einfluss zu einer multidisziplinären Kooperation und Kommunikation noch intensiver als bisher und noch gezielter geltend zu machen.

Die Herausforderungen der Zukunft, die wachsende Weltbevölkerung, Armut und die Schere zu Reichtum, Gesundheit, Ernährung und Energie sind mit dem entsprechenden Risikobewusstsein in jedem Zuständigkeitsbereich zu schärfen und gezielt miteinander zu beeinflussen.

Wir im Gesundheitswesen wissen, dass unsere zentrale Herausforderung die Lösungsansätze zwischen der Alterspyramide mit der zunehmenden Multimorbidität und der Nachwuchssicherung im Versorgungsspektrum ist. Die Menschen mit Demenz werden in den nächsten 40 Jahren auf mehr als zwei Millionen geschätzt. Der Pflegebedarf wird trotz medizinischen Fortschritts ab dem 80. Lebensjahr steigen. Von den 90jährigen werden 60% pflegebedürftig sein. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung wird es in unserem Kulturkreis mehr kranke und pflegebedürftige Menschen geben als junge und gesunde. Bei der Dominanz der chronischen Erkrankungen scheint nicht die Verlängerung des Lebens um jeden Preis, sondern die Qualität des Lebens ein wichtiges Ziel unserer Herausforderung zu sein.

Wissenschaftler aus aller Welt, aus allen Disziplinen und Wissenschaftszweigen ermöglichen es zunehmend, die Zufälligkeiten der Natur abzubilden. Zu allen Zeiten wurden Entdeckungen wie die DNA durch Watson & Crick 1953 als Motor nur durch Multidisziplinarität und Menschen unterschiedlicher Qualifikationen mit exzellenten Forschungen ermöglicht.

Bei der Diagnose unseres Gesundheitssystems und seinen zahlreichen Reformen (die zurzeit laufende sei mit umfasst) mit der Herausforderung weiterer Optimierungen möchte ich aus Hartmut Reiners Buch: Mythen der Gesundheitspolitik zitieren: eines „von großen widersprüchlichen Kompromissen geprägten Politikfeldes,

bei dem sich aus jeder abgeschlossenen Reform bereits die Konturen der nächsten abzeichnen.“ Er bezeichnet als absoluter Kenner der Szene (Referatsleiter im Brandenburger Gesundheitsministerium) die Gesundheitspolitik als vermintes Gelände und analysiert in kluger Argumentation und Sachkenntnis zehn Mythen, die wir alle wiederkäuend als Begründung der Quälereien durch Reformen genannt bekommen (Kostenexplosion, Lohnnebenkosten, Überforderung des Sozialsystems durch die alternde Gesellschaft, Medizin und Fortschrittsfalle, Vollkasko mentalität der Versicherten, Gesetzliche Krankenversicherung ohne solide Finanzierung, Ärztemangel, aufgeblähte Kassenbürokratie, mehr Wettbewerb und Deregulierung, Gesetzliche Krankenversicherung aus einem Guss).

Ein possenähnliches Erlebnis erfährt gerade die Charité bei der Errichtung einer sogenannten Gewaltopferambulanz: alle klinischen Fachdisziplinen inklusive der Rechtsmedizin reichen eine Projektskizze bei der Senatsgesundheitsverwaltung ein, die das Ganze unterstützen will. Bei der Ausarbeitung der Details stellt sich heraus, dass noch vier weitere Senatsverwaltungen wie Soziales & Familie, Wirtschaft (Frauen), Inneres (LKA) und letztlich auch Finanzen Schnittmengen mit dem Thema signalisieren, so dass bis jetzt nur die Charité und das LKA einen pragmatischen Anfang auf eigene Kosten gestartet haben.

Die sektorübergreifende Versorgung wird mit Fallmanagement mehr Kompetenzen und Rechte für Angehörige der Pflegeberufe und mehr medizinischer Kompetenz in Heimen und Ambulanzbereichen sowie die Unterstützung pflegender Angehörige erforderlich machen. Die dazu notwendigen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind streckenweise neu zu justieren und festzulegen (siehe § 63, 3c, SGB XI – Modellversuche).

Heute erlebt der Patient diverse Behinderungen im sektorbezogenen Ambiente. Seine Erkrankung, beim Hausarzt zunächst in guten Händen, erlebt bei einem Notfall, im Krankenhaus die Verabreichung neuer Medikamente, die Wiederholung diverser Untersuchungen, die ambulant bereits geschehen sind. Er erlebt die nicht wirklich immer lückenlose und gute Kooperation zwischen den Medizinern der Systeme und trotz Zentrenbildung die Zergliederung seiner Organe in die einzelne Betrachtung der Experten. Trotz vieler Verbesserungen in den letzten Jahren erlebt der Patient keine durchgängige und geschmeidige Behandlung, sondern in jedem einzelnen Sektor eine sehr enge, eigene Betrachtung seiner körperlichen und seelischen Probleme. Vor allem die Kommunikation kommt zu kurz in den Praxen, Krankenhäusern, Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen. Nicht nur die fehlende Zeit ist daran schuld, sondern auch die nicht ausreichende curriculare Berücksichtigung bei der Vorbereitung in der verbalen Interaktion zu dem Patienten und seinen Angehörigen. Die jahrzehntelange Selbstbeschäftigung der einzelnen Berufsgruppen, die gegenseitige Blockade bei Neuordnung von Aufgaben und entsprechenden Budgetverlagerungen behindern eine patientenorientierte Handlungsweise. Das Machtgerangel um den Finanztopf des Gesundheitswesens wird sich solange nicht verändern, wie die Politik sich ausschließlich mit Lobbyisten umgibt und aus Angst vor Wählerverhalten keine wirklich mutigen Reformen umsetzt.

Eine bewusste und in den Curricula der einzelnen Berufsgruppen verankerte Orientierung bedarf zunächst der Professionalisierung jeder Berufsgruppe als Grundlage interprofessioneller Teamarbeit. In anderen Staaten sind gemeinsames Lernen (Universität Linköping & Karolinska Institut Schweden seit 1986) oder Teamentwicklungsprogramme (Royal College of Nursing) eine erstrebenswerte Messlatte unserer Neuorientierung. Es empfiehlt sich dazu, den Teamauftrag im Einzelnen detailliert zu beschreiben, Verläufe interprofessionell zu interpretieren und eine kontinuierliche Transparenz über die gemeinsamen Ergebnisse herzustellen. Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zentren in den Krankenhäusern ergänzen sich zunehmend derart, dass der Patient in der Tat eine umfassende Betreuung, Beratung und Unterstützung erfährt. Verlässt er dieses interdisziplinäre Zentrum, besteht zurzeit immer noch die Gefahr, dass die begonnene Versorgungskette abreißt, dass er insbesondere im häuslichen Bereich unsicher und ängstlich wird, dass erheblicher Unterstützungsbedarf vorliegt und nicht ausreichend bedient wird sowie begonnene Fortschritte in seinem Krankheitsverlauf sehr schnell zunichte gemacht werden.

Die Medicine American Academy of Science fordert die Vertreter aller Gesundheitsberufe auf, Versorgungsqualität und Patientensicherheit durch interprofessionelle Kommunikation und Kooperation zu verbessern. Fünf Kernkompetenzen sollen allen Berufsgruppen in der Ausbildung vermittelt werden:

- patientenzentrierte Versorgung,
- Arbeit im interdisziplinären Team,
- evidenzbasiertes Handeln,
- Streben nach Qualitätsverbesserung und
- Informatikkenntnisse.

Es wird Wert darauf gelegt, dass diese Kernkompetenzen gemeinschaftlich allen Berufen zugänglich gemacht werden und damit die Grundlage für eine von vornherein gesunde interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit gelegt wird. Das gemeinsame Lernen und Reflektieren soll dazu führen, dass die gegenseitige Wertschätzung vom ersten Tag der Ausbildung des Studiums ein begleitendes Element ist und Patienten und Angehörige in Kernelementen mit einbezogen werden.

Dieses Modell scheint mir für den deutschen Raum sehr erstrebenswert. Die neuen Modellstudiengänge, wie auch reguläre Studiengänge oder der umzugestaltende und geforderte Bolognaprozess der Gesundheitsberufe wären idealer Weise curricular partiell zu verknüpfen.

Der Handlungsbedarf in der Zukunft ist insbesondere hinsichtlich der hohen prognostizierten Pflegebedarfe neu zu justieren. Ob die Pflegesituation im familiären Umfeld entsteht und gemeistert werden muss oder ob die Leistungsempfänger in den verschiedenen Sektoren versorgt werden müssen, fest steht, ohne Unterstützung formeller Dienste und familiärer sowie freundschaftlicher und nachbarschaftlicher Pflege wird die Herausforderung der Zukunft nicht zu meistern sein. In diesem Kontext sind auch Angehörige und bisher nicht professionell Pflegende anders und neu einzubeziehen in diese Zielsetzung.

In der familiären Pflege ist das Zustandekommen von der Pflege eines Menschen oft ein schleichender Prozess, vor allem bei chronischen Erkrankungen, bei langsamem Fortschreiten von Autonomieverlust. Oftmals wird dies durch ein plötzliches Ereignis wie akute Krankheit, Unfall, Verwitwung oder ähnliches verursacht. In den meisten Fällen entwickelt sich die Pflegebeziehung durch zunehmenden Funktionsverlust und langsam verschlechternden Gesundheitszustand des Angehörigen. Oftmals muss die Verantwortung für die Pflege unreflektiert und unvorbereitet übernommen werden. Mitunter sind die Folgen der Entscheidungen für die Pflegenden und ihre Familien selbst unübersichtlich. Aus einer Übergangsregelung können pflegeintensive Jahre werden, die das Leben der einzelnen völlig verändern. Sowohl die Patienten als auch die Angehörigen brauchen dazu professionelle Unterstützung. Der Beratungsbedarf muss sich auf alle Möglichkeiten und Felder vorbehaltlos beziehen. Alle Helfer und Professionellen sind erforderlich, um diese immensen Herausforderungen der Zukunft zu meistern. Dabei ist niemand besser als der andere, sondern nur das erforderliche multiprofessionale Mosaik kann erfolgreich in einem gemeinsamen Versorgungssetting wirken.

Vor kurzem konnte ich die Mayo Klinik in Minnesota kennen lernen. Die Vorgabe der Leitung „Teamwork at Mayo Clinic: An experiment in cooperative individualism“ wurde 2003 überarbeitet und neu publiziert „No one is big enough to be independent of others“ (William W. Mayo 1863). In einer Publikation wird die historische Tradition der Mayo Clinic seit 1889 zusammengefasst und jedem neuen Mitarbeiter zu Beginn seines Eintritts ins Unternehmen nahegebracht. Höchste Qualität aller zu erbringenden Leistungen ist Ziel! Die Erbringung ist mit hohem ethischem Anspruch unter bester Expertise und Motivation zu gewährleisten.

Der Anspruch des Leaderships erstreckt sich bis in die häusliche Versorgung – Standards werden auch regelmäßig den externen Physicians nahegebracht (siehe Mayo Foundation a. 2003) „Importance of partnership“. Mayo ist inzwischen in über 70 Communities integriert. Zusammen werden über 3 Millionen Menschen jedes Jahr behandelt. Der Umsatz liegt bei ca. 4,3 Mrd. \$ und beschäftigt mehr als 50.000 Mitarbeiter. Das Unternehmen versteht sich als „not-for-profit group“ und investiert in jedem Jahr seine Gewinne komplett (2009 mehr als 300 Mio. \$) in seine Einrichtungen oder neue Geschäftsfelder. 2009 wurden rd. 800 Mio. \$ für Patienten ausgegeben, die nicht versichert waren.

Hohe Patientenorientierung und Patientenbindung sind Ziel und Vorgabe für alle Einheiten.

Der Patient hat immer den gleichen Arzt (Bezugssystem): Wer ihn zum ersten Mal betreut, betreut ihn über alle weiteren Jahre. Wenn der Patient zum Check-Up kommt oder ein Problem (telefonisch) beschreibt, erhält er einen Termin von seinem Arzt. Die Organisationshoheit im klinischen Ablauf liegt bei den Pflegenden. Am Tag der Aufnahme des Patienten liegen in der zentralen Anmeldung sämtliche Termine für den ganzen diagnostisch geplanten Ablauf vor.

Die zentralen Untersuchungseinheiten (wie zentrale Blutabnahme – ca. 3.500 - 5.000 Patienten pro Tag, wie Röntgenabteilung, wie kardiologische oder andere anzulaufenden Funktionsbereiche) sind gezielt instruiert.

Der Patient und seine Anwesenheit in der Klinik diktieren den Termin in jedwedem diagnostischen Bereich. Die Wartezeiten je Bereich werden regelmäßig gemessen und in den Wartebereichen veröffentlicht (null – max. 10 Minuten!).

Der Patient erhält von seinem Doktor eine Untersuchung und Beratung, die ihn intensiv in alles einbezieht. Die neu begründete Innovationsabteilung prüft zurzeit noch bessere Möglichkeiten, wie der Patient im Behandlungszimmer vom Arzt noch bessere Einblicksmöglichkeiten (Sitzsetting im Arztzimmer) in seinen Krankheitsverlauf erhalten kann (inkl. Literatur zu seinem Problem, Evidenz von Behandlungen, Schemata von Operationen oder Untersuchungsvarianten etc.). Im anschließenden Gespräch und vor der Verabschiedung des Patienten erhält er einen ausführlichen Abschlussbericht mit sämtlichen festgestellten Befunden.

Ein großes Simulations- und Trainingscenter steht zur Verfügung, um sowohl die Auszubildenden als auch die Teams in Notfallsituationen zu schulen, aber auch neue Standards einzuüben, zu reflektieren und gemeinsam zu lernen. Jede Anregung eines Patienten, eines Angehörigen oder eines Beschäftigten zur Verbesserung von Qualität, Kommunikation oder Abläufen wird aufgenommen und in einem Innovationscenter systematisch bearbeitet. Die Zahl der Rückmeldungen der Patienten und Angehörigen in dieser Klinik ist absolut beeindruckend, so dass es weder finanzielle Probleme noch Zukunftsängste der Beschäftigten gibt. Sowohl für die Patienten, ihre Angehörigen als auch für die Mitarbeiter steht ein großer Gesundheits- und Wellnessbereich rund um die Uhr zur Verfügung. Die Mitarbeiter der Klinik werden finanziell entlastet, wenn sie durch regelmäßige Trainings im Gesundheitszentrum registriert sind.

Qualitätszirkel werden mit allen berührenden Schnittstellen gemeinsam initiiert und durchgeführt. Ich konnte erleben, dass auch die Putzfrau dezidiert erklären konnte, warum sie wie oft in der stationären Pflege reinigt und welche Desinfektionsmittel sie in welchem Umfang und warum benutzt.

Die Mediziner wie alle anderen Beschäftigten der Klinik erhalten ein Gehalt, was offenbar lukrativ genug ist, um keine weiteren Nebeneinkünfte zu benötigen. Private Liquidationen sind in den zentralen Finanztopf integriert und gehen nicht an Personen im Einzelnen.

Der ethische Anspruch eines jeden beschäftigten Mitarbeiters in dieser Klinik hat mich sehr angesprochen. Die Patientenzufriedenheit wird alle vier Wochen veröffentlicht. Die Zufriedenheit auch der Beschäftigten war für mich sehr offensichtlich und hat mich außerordentlich beeindruckt. Sie haben eine spürbar hohe Identität mit ihrem Arbeitgeber und sind sehr stolz auf ihre Tätigkeit in dieser Einrichtung. Eine solche Magnetklinik in unsere Verhältnisse zu übertragen beinhaltet neben der klaren Vorgabe des Trägers und dem guten Willen des gesamten Topmanagements deren Vorbildfunktion für alle Mitarbeiter auf allen Ebenen.

Die bei uns noch vorherrschende starke Hierarchisierung wie auch die eigene Bedeutungsgewichtung wird uns noch eine Weile zu schaffen machen, um solche patientenorientierten Ziele in vollem Umfang

umzusetzen. Auf jeden Fall konnte ich nach über 40 Jahren in deutschen Gesundheitseinrichtungen in Minnesota erleben, dass ein Magnetkrankenhaus nicht nur auf einer Powerpoint Präsentation existiert, sondern physisch erlebbar ist.

Eine an der Charité durch mich initiierte multiprofessionale Arbeit über zweieinhalb Jahre war die Erarbeitung einer einheitlichen Wundfibel und die Grundlage eines gemeinsam vereinbarten Wundmanagements für alle Kliniken. In den Prozess waren Ärzte aller beteiligten Fachdisziplinen, Pflegende, Apotheker und Einkäufer eingebunden. Das Ergebnis ist eine von allen akzeptierte Fibel, eine erhebliche Reduktion der Produktevielfalt, damit verbundene Einsparungen und ein guter Standard, der in einer Verfahrensregelung aufgeschrieben ist. Die Fibel wird durch die Arbeitsgruppe bei Änderungsbedarf angepasst. Die pflegerischen Wundexperten haben eine gute Akzeptanz bei Patienten und Beschäftigten. Diese lockere Darstellung darf Sie nicht darüber hinweg täuschen, dass es eine immense Arbeit war, die eines langen Weges bedurfte und die unerschrockene und unermüdliche Charaktere von allen Beteiligten erforderte.

Fazit:

Für die immensen Herausforderungen der Zukunft scheint mir das wesentliche Element in der Bildung, Ausbildung und im gemeinsamen Lernen zu liegen. Das zweite Element wäre die Bereitschaft zu einer grundlegenden Veränderung im deutschen Gesundheitswesen, in dem Sektoren neu justiert und die Durchlässigkeit in Kommunikation und Transparenz hergestellt wird. Dazu kann auch eine Elektronische Patientenkarte dienen. Die Versorgungsforschung in Deutschland muss sich insbesondere vertiefend mit häuslichen Versorgungsformen befassen und dafür sind die notwendigen multiprofessionellen Teams vorzuhalten. Das beinhaltet auch, dass Nachwuchs gezielt ausgewählt und durch vernünftige Arbeitsbedingungen an den Versorgungsaufgaben des Gesundheitswesens verfügbar bleibt. Die eigene Gesunderhaltung der Beschäftigten im Gesundheitswesen muss einen höheren Stellenwert dabei erhalten und die Arbeitsbedingungen in unseren Kliniken und ambulanten wie stationären Einrichtungen müssen in eine wirklich umfassende Reform münden.

Bei all dem ist die größte Herausforderung der persönliche Respekt und die Wertschätzung den Menschen gegenüber, den Patienten gegenüber, dem multiprofessionellen Team gegenüber. Das Format im Aktionsbündnis Patientensicherheit ist als Struktur wunderbar geeignet, diese Herausforderungen anzunehmen und erfolgreich zu bearbeiten.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Hedwig Francois-Kettner
Pflegedirektorin der Charité, Berlin

II. Bericht über das Jahr 2010

APS nach 5 Jahren

Die Arbeit des Aktionsbündnis Patientensicherheit wurde im Jahr 2010 maßgeblich in der erfolgreichen 5. Jahrestagung des APS deutlich. Zusammen mit dem Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung gestalteten das APS und das IfPS die dreitägige Veranstaltung im Herbst 2010 in Bonn, in der neben Studien- und Projektergebnissen Bilanz zu ziehen war über die Arbeit der ersten fünf Jahre des APS. Gleichzeitig wurden die Weichen für die nächsten fünf Jahre gestellt, in denen das Ziel der weiteren Etablierung der Patientensicherheit im Gesundheitswesen verfolgt wird.

Mit insgesamt 650 zahlenden Teilnehmern, 238 Vorträgen in 61 Sitzungen und 112 Postern, die auf 10 Postersitzungen präsentiert wurden, hat der Kongress alle Erwartungen übertroffen und kann als ein großartiger Erfolg der drei Partner gewertet werden (ausführlicher Bericht S. 82 ff).

An dieser Stelle sei allen Mitwirkenden und allen Aktiven, die zum Erfolg beigetragen haben, herzlich gedankt für ihr Engagement und ihre Einsatzbereitschaft in der Vorbereitung und der Durchführung des Kongresses. Ohne die Unterstützung durch das IfPS-Team wäre der reibungslose Verlauf nicht möglich gewesen.

Vorstandsarbeit

Vor dem Hintergrund der bisherigen fünfjährigen Aktivitäten und der für die Zukunft gestellten Ziele gestaltete sich die Arbeit des Vorstands, der sich im Jahr 2010 insgesamt fünfmal getroffen hat (13. Januar, 09./10. März, 02./03 Juli, 27./28. August, 19./20. November). Der programmatische Diskussionsprozess um eine APS-Strategie, der bereits im Jahr 2009 begonnen hatte, wurde intensiv und engagiert fortgeführt und wird in 2011 beendet werden.

Verbunden mit der Frage nach der Strategie ist die Diskussion um Patientensicherheitsziele, mit der ebenfalls vor allem im Kontext neu einzurichtender Arbeitsgruppen begonnen wurde. Welche Patientensicherheitsziele nimmt das APS in den Fokus seiner zukünftigen Arbeit? Welche Ausrichtung nimmt das APS – eher auf Querschnittsthemen oder auf einzelne konkret angeregte Themen?

Zur Vorbereitung der Vorstandssitzungen hat sich der geschäftsführende Vorstand, zu dem die beiden Vorsitzenden, Herr Dr. Jonitz und Frau Francois-Kettner, sowie der Geschäftsführer, Herr Dr. Lauterberg, gehören, dreimal im Jahr 2010 getroffen: am 31. Mai, 27. Oktober und am 16. Dezember 2010.

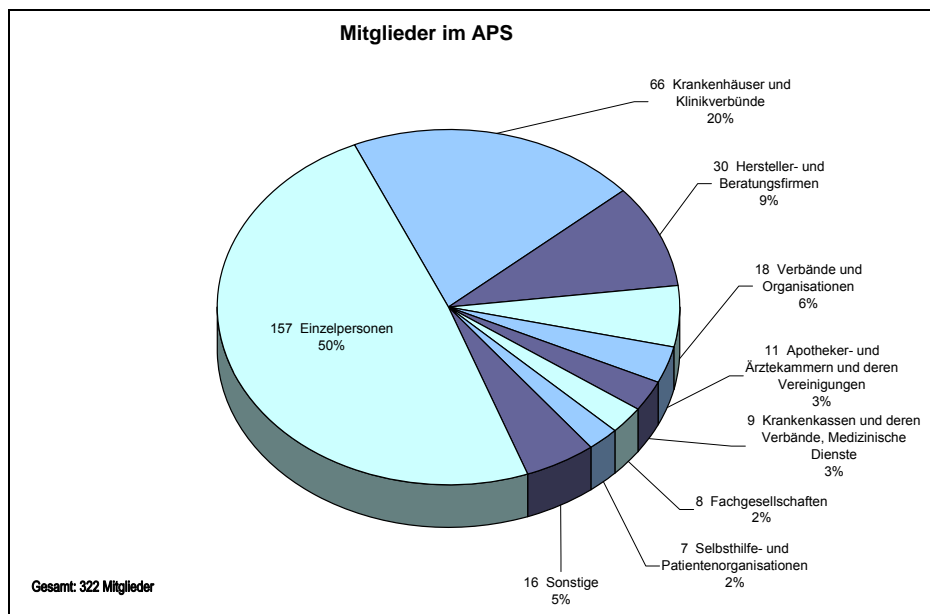
APS-Kodex

Immer wieder stellt sich die Frage, wie und in welcher Weise das APS mit welchen Partnern aus dem Bereich der Gesundheitswirtschaft zusammenarbeiten und unter welchen Bedingungen das APS Geld annehmen kann. Um auch in diesem Bereich klare Aussagen zu treffen, hat der Vorstand einen Kodex formuliert, der mit den Mitgliedern abgestimmt und auf der nächsten Mitgliederversammlung am 13. Mai 2011 in Berlin verabschiedet werden soll.

Mitgliederentwicklung und Mitgliederstruktur

Auch im Jahr 2010 haben erfreulich viele neue Mitglieder den Weg in das Aktionsbündnis gefunden. Bereits Mitte des Jahres wurde die „Hürde“ 300 genommen. Mit 50 Neuaufnahmen im Laufe des Jahres zählt das APS zum Jahresende 322 Mitglieder. Die acht Kündigungen sollten Anlass sein, nach den Gründen zu forschen und die Mitglieder und ihre Interessen stärker aktiv einzubinden.

Nach wie vor halten sich Einzelpersonen und institutionelle Mitglieder die Waage, wie das Schaubild zeigt.



Schirmherr Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler

Die Mitgliederentwicklung zeigt, dass das Thema Patientensicherheit aus dem deutschen Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken ist, sondern – ganz im Gegenteil – einen immer höheren Stellenwert erhält.

Dass dem so ist, zeigt die Tatsache, dass Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Rahmen eines Pressegesprächs am 29. September 2010 die Schirmherrschaft über das Aktionsbündnis übernahm. Damit erfolgte ein wesentlicher Schritt, das Thema Patientensicherheit auch im gesundheitspolitischen Raum noch stärker zu verankern.



Dass das APS auch im politischen Bereich aktiv Stellung bezieht, zeigt die Diskussion um ein Patientenrechtegesetz, zu dessen Entwurf das APS eine Stellungnahme formuliert hat. Der Vorstand konnte dazu Herrn Zöllner, dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten in einem Gespräch seine Vorstellungen erläutern. Jetzt geht es darum, Patientensicherheit als ein Patientenrecht zu formulieren.

Ehrungen und Auszeichnungen für das Aktionsbündnis

Auch in der medizinischen Profession wird das Aktionsbündnis wahrgenommen und dessen Arbeit gewürdigt.

Dies zeigt zum einen die Verleihung der Goldenen Ehrennadel der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 24. Oktober 2010 in Berlin, die von den beiden Vorsitzenden, Herrn Dr. Günther Jonitz und Frau Hedwig Francois-Kettner, als Vertreter für das APS in Empfang genommen wurde.

Zum anderen ist Dr. Axel Munte, der bisherige Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, im November 2010 mit dem Deutschen Qualitätspreis Gesundheit der Gesundheitsstadt Berlin ausgezeichnet worden. Das mit dieser Auszeichnung verbundene Preisgeld stellt er dem Aktionsbündnis Patientensicherheit zur Verfügung, „denn“, so schreibt er in seinem Brief an das APS, „Patientensicherheit erfordert eine hohe Qualität ärztlicher Leistungen und so gehören Qualität und Patientensicherheit für mich sehr eng zusammen“. Mit dem Preisgeld wird, dem Wunsch des Spenders entsprechend, das IfPS im Auftrag des APS ein Projekt durchführen, das sich der qualitätsorientierten Vergütung im Kontext von Patientensicherheitsindikatoren (PSI) widmet.

Arbeit der Arbeitsgruppen

Die Hauptarbeit des APS geschieht nach wie vor unter Beteiligung vieler Mitglieder und Interessierter in den Arbeitsgruppen, fünf in 2010, die regelmäßig getagt haben (siehe Berichte ab S. 32). Mit der Veröffentlichung der Materialien „Jeder Tupfer zählt“ wurde die AG „Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet“ abgeschlossen. In Vorbereitung ist eine neue AG zum Thema Patientensicherheit im Alter. Ideen für weitere AGs gibt es einige. Sie alle zu realisieren, ist nur möglich, wenn viele Motivierte und Begeisterte aus dem APS und darüber hinaus aktiv werden.

Mit dem neu erschienenen Leitfaden für die Arbeit in den AGs (siehe S. 32) gibt es nun auch ein Handbuch, an dem sich die Beteiligten orientieren können und mit dem sie durch den Zyklus der Entwicklung von APS-Empfehlungen geleitet werden. Großen Dank an Frau Dr. Constanze Lessing für diese Arbeit, die sie im Rahmen des Evaluations-Projektes des IfPS (siehe S. 67) geleistet hat.

Mitgliederinformation und -kommunikation

Um das APS über die Arbeitsgruppen hinaus zu einer lebendigen Organisation zu gestalten, werden verschiedene mediale Möglichkeiten genutzt.

In dem etwa vierteljährlich erscheinenden Newsletter wird aus dem Leben des APS, aus den Arbeitsgruppen, über Veranstaltungen zur Patientensicherheit, an denen Mitglieder teilgenommen haben, insgesamt also über aktuelle Entwicklungen und aktuelles Geschehen berichtet. Der Newsletter soll den Mitgliedern als Forum des Austauschs und der gegenseitigen Information dienen und die weitere Vernetzung fördern. Deshalb wünschen wir uns eine aktive Mitarbeit durch die Mitglieder mit mehr Beiträgen und mehr Informationen, auch wenn sie nur kurz sind.

Der aktuellen Information dient auch die Homepage, die einer Überarbeitung und Aktualisierung bedarf. Bisher wird die Homepage wenig genutzt, die Zahl der Zugriffe liegt mit durchschnittlich 100 pro Tag eher im unteren Bereich. Auch die Möglichkeiten der internen Information und Kommunikation in dem geschützten Mitgliederbereich wird nur von etwa einem Drittel der APS-Mitglieder in Anspruch genommen.

Eine Studentin der Kommunikationswissenschaften schreibt zurzeit eine Masterarbeit zum Thema Marketingstrategien für Nonprofit-Organisationen am Beispiel des APS mit dem Ziel, ein Konzept zur Stärkung des Aktionsbündnis zu entwickeln. Unter Einbeziehung dieser Ergebnisse und auf der Basis der in der Praxis gemachten Erfahrungen wird es zu den wichtigen Aufgaben im nächsten Jahr gehören, die Homepage neu zu gestalten, um die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und Mitwirkung im APS zu erhöhen.

Öffentlichkeitsarbeit

Die neue Selbstdarstellungsbroschüre des APS war ein weiterer Schritt im Jahr 2010, das APS über den Kreis der Mitglieder hinaus bekannt zu machen. Sehr schnell war die erste Auflage der Broschüre vergriffen, so dass ein Nachdruck erforderlich wurde.

Das Interesse an der Broschüre zeigt, dass das APS im Bereich Öffentlichkeitsarbeit noch aktiver werden kann. In den Medien taucht das APS dann häufiger auf, wenn Fehler und falsche Behandlungen im Krankenhaus Gegenstand der Berichterstattung sind, was zu einem einseitigen Eindruck führen könnte.

Wirtschaftliche Situation des APS

Die wirtschaftliche Situation des APS ist dank der steigenden Mitgliederzahlen, der Mitgliedsbeiträge und dank der kontinuierlichen Zuwendungen durch die Förderer grundsätzlich stabil. Ein Großteil der eingeworbenen Mittel wird für die Finanzierung des IfPS bis 2013 verwendet. Insofern müssten für Projekte wie die Überarbeitung der Homepage oder den Ausbau der Geschäftsstelle über die derzeitige Kapazität hinaus weitere Mittel eingeworben werden. Frau Conny Wiebe-Franzen M.A., Sozialwissenschaftlerin, steht der Geschäftsstelle seit 01. Dezember 2009 im Rahmen ihrer Beratungs- und Unterstützungstätigkeit für Nichtregierungs-Organisationen mit ca. 20 Stunden in der Woche, seit dem 01. Januar 2011 mit ca. 30 Wochenstunden als freie Mitarbeiterin zur Verfügung.

Ein arbeitsreiches, ereignisreiches, aber auch erfolgreiches Jahr 2010 liegt hinter dem APS, in dem sicherlich auch durch das Nachdenken über „5 Jahre APS – das APS in 5 Jahren“ Weichen für die Zukunft gestellt wurden.

cwf/GJ

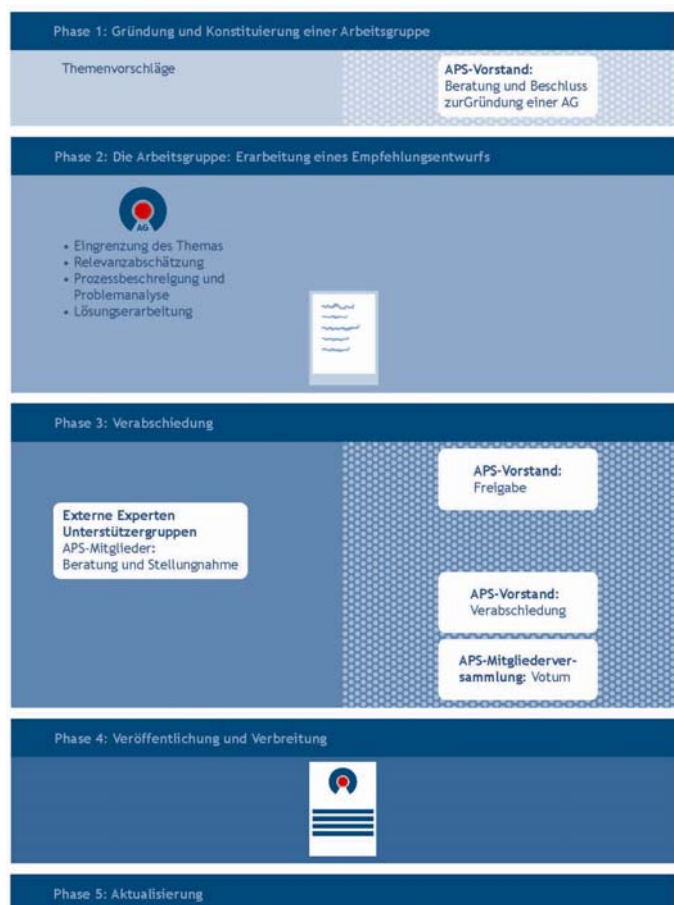
III. Berichte aus den Arbeitsgruppen

III.1. Leitfaden für die APS-Arbeitsgruppen

Unterstützt durch das Institut für Patientensicherheit hat das Aktionsbündnis im Jahr 2010 einen Leitfaden für seine Arbeitsgruppen erarbeitet. Die Idee dazu entstand aus dem vielfach geäußerten Wunsch, in einer schriftlichen Information nachlesen zu können, wie die APS-Arbeitsgruppen arbeiten und welche Ziele sie verfolgen. Seit Veröffentlichung anlässlich der 5. APS-Jahrestagung im Oktober 2010 liegt nunmehr eine umfassende Anleitung vor, in die neben dem gesammelten Erfahrungswissen aus fünf Jahren APS-Arbeitsgruppen auch zahlreiche Anregungen von Autoren und Experten aus dem In- und Ausland eingeflossen sind.

Im Kern beschreibt der Leitfaden den Prozess der Erarbeitung und Verbreitung von Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit in fünf Phasen:

1. Gründung und Konstituierung einer Arbeitsgruppe
2. Erarbeitung eines Empfehlungsentwurfs
3. Verabschiedung
4. Veröffentlichung und Verbreitung
5. Aktualisierung



Jeder dieser fünf Phasen ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Ausführlich werden anfallende Aufgaben in ihrem zeitlichen Ablauf dargestellt, werden methodische Anforderungen erläutert und Verantwortlichkeiten beschrieben. Ein Anhangsteil mit ausführlichem Literaturverzeichnis und praktischen Arbeitshilfen (Regeln für die Mitglieder der APS-Arbeitsgruppen, Leitfaden für Autoren von Handlungsempfehlungen, Checkliste zur Veröffentlichung und Verbreitung von Empfehlungen, Glossar des Aktionsbündnis Patientensicherheit) vervollständigen den Leitfaden.

Der Leitfaden soll eine praktische Anleitung für all Diejenigen sein, die sich entschließen, die Gründung einer neuen Arbeitsgruppe im APS vorzuschlagen, eine AG selbst zu leiten oder die in den APS-Arbeitsgruppen aktiv mitarbeiten. Ziel ist es dabei, die APS-Arbeitsgruppen in ihrem gemeinsamen Verständnis zu bestärken und sie in ihrer praktischen und wissenschaftlichen Expertise zu befördern. Seit Beginn der Erarbeitung wurden die Inhalte des Leitfadens den APS-Arbeitsgruppen regelmäßig vorgestellt. Die bisherige Umsetzung lässt auf große Akzeptanz für schließen.

Auch an Ihrer Meinung sind wir interessiert. Wenn Sie Fragen, Anregungen oder Kommentare haben, schreiben Sie bitte an

Dr. Constanze Lessing
Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
constanze.lessing@ukb.uni-bonn.de

CL

III.2.

AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Leiter bis September 2010:	Dr. Torsten Hoppe-Tichy, Apotheke, Universitätsklinikum Heidelberg Torsten.hoppe-tichy@gmx.de
Leiter ab September 2010:	Dr. Oliver Schwalbe, Klinische Pharmazie, Universität Bonn schwalbe@uni-bonn.de
Vertreter des Vorstands:	Prof. Dr. Matthias Schrappe, Institut für Patientensicherheit, Universität Bonn matthias@schrappe.com
Beginn der AG:	2005
Sitzungen im Jahr 2010:	22. Februar 2010 27. September 2010 15. November 2010
Termine für 2011:	07. Februar 2011 02. Mai 2011 01. August 2011 07. November 2011

Die AG AMTS hat ausgehend von einer „langen Liste“ verschiedene Punkte aus dem Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit mit dem Ziel diskutiert, umfassende Empfehlungen für den Arzneimitteleinsatz in der Praxis zu erstellen. Bei der Diskussion wurde festgelegt, dass zusätzlich auch die Vorgaben aus dem Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit des BMG berücksichtigt werden sollen. Ferner sollten Redundanzen zu anderen Arbeitsgruppen außerhalb des APS, wie z.B. der AG um Professor Thürmann (Priscus-Liste) oder der AG AMTS des Bundesverbands Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) vermieden bzw. Kooperationsmöglichkeiten ausgelotet werden.

Im Rahmen der Diskussionen wurden die Probleme bei der Erstellung einer den Arzneimittelprozess beeinflussenden Empfehlung deutlich: Diese Prozesse sind meist sehr umfassend und auch in Bezug auf die handelnden Personen sehr weiträumig. So werden Arzneimitteltherapien beispielsweise in Krankenhäusern, im ambulanten Bereich, dabei teilweise verknüpft oder durch Schnittstellen getrennt, aber auch vom Patienten selbst beeinflusst. Dieses Personenspektrum ist auch in der AG AMTS abgebildet. Ferner sind die bestehenden Risiken im Bereich der Arzneimitteltherapie in Deutschland oft nur schwer mit Zahlen zu belegen, so dass ein wissenschaftlicher Ansatz um eine Empfehlung herum nur schwer zu verfolgen ist (Vorher-Nachher-Untersuchungen mit signifikantem Ergebnis).

Einen derzeitigen Schwerpunkt der Arbeitsgruppe bildet die Erstellung von Handlungsempfehlungen zu Hochrisikoarzneimitteln. Die AG hat sich im letzten Jahr musterhaft mit der Erstellung einer Empfehlung zum Einsatz von Methotrexat in einer unüblichen Dosis, einmal wöchentlich, beschäftigt. Diese Therapie in der Indikation „Rheuma“ wird sowohl stationär als auch ambulant angesetzt und macht nach Erfahrungsberichten bei Schnittstellenübergängen dahingehend Probleme, dass eine tägliche Therapie versehentlich durchgeführt werden kann. Hierbei kommt es zu Überdosierungen mit in einigen Fallberichten beschriebenem tödlichen Ausgang. Die Empfehlung ist mehrfach in der AG, ferner aber auch in der ADKA und der AkdÄ diskutiert worden. Eine abschließende Fassung wird derzeit von der Redaktionsgruppe erstellt und soll Anfang 2011 veröffentlicht werden.

In der November-Sitzung wurde bereits mit der Erstellung einer neuen Handlungsempfehlung zum Thema „versehentliche intrathekale Gabe von Vincristin“ begonnen. Hierbei wird insbesondere auch mit der AG AMTS der ADKA kooperiert.

In der AG wird der Leitfaden für APS-Arbeitsgruppen zur Erstellung und Verbreitung von Handlungsempfehlungen eingesetzt, um eine systematische Vorgehensweise zu gewährleisten.

Ein zusätzlicher Schwerpunkt für das Jahr 2011 bildet die Maßnahme 10 des Aktionsplans zur Verbesserung der AMTS in Deutschland: Erhebung des Wissenstandes von Medizin- und Pharmaziestudentinnen und -studenten sowie Erarbeitung von praxisnahen Unterrichtsmodulen zur AMTS. Hierbei soll auch die Zusammenarbeit mit der AG Bildung und Training gesucht werden. Die nächste Sitzung im Februar 2011 wird dieses Thema als Schwerpunkt haben.

Die AG selbst hat in ihrer Sitzung im September 2010 eine neue Leitung gewählt. Dr. Hoppe-Tichy, Leiter der Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg, hatte die AG-Leitung als Nachfolger von Professor Grandt, aus dessen Initiative der "Medikationsplans" sowie die "Checkliste AMTS im Krankenhaus" hervorgegangen sind, übernommen und musste nun aufgrund einer neuen, zeitraubenden Position als Vizepräsident (president elect) der ADKA sein Amt niederlegen. Zum Nachfolger der AG AMTS im APS wurde Dr. Oliver Schwalbe, Institut für Klinische Pharmazie der Universität Bonn, gewählt.

OS

III.3. AG Behandlungsfehlerregister

Leiter:	Dr. Jörg Lauterberg, AOK-Bundesverband, Berlin joerg.lauterberg@bv.aok.de Prof. Dr. Dieter Hart, Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen, Bremen, hart@uni-bremen.de
Vertreter des Vorstands:	Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin, Berlin g.jonitz@aekb.de
Beginn der AG:	2005
Sitzungen im Jahr 2010:	30. März 2010 01. Oktober 2010

Ziele der AG

Eines der Ursprungsziele der seit fast 5 Jahren bestehenden AG, nämlich „Koordinierte, regelmäßige Registerauswertungen zu Behandlungsfehlerschwerpunkten vornehmen“, wurde inzwischen zu einer Veranstaltungsreihe weiter entwickelt und bildet den Kern der Aktivitäten dieser Arbeitsgruppe. Darüber hinaus werden fortlaufend fachliche Fragen, Themen und Projekte rund um die Nutzung von Behandlungsfehlerregistern zu Zwecken der Fehlerprävention und des klinischen Risiko-Managements Gegenstand der ein bis zwei jährlichen Treffen des AG-Plenums.

Aktivitäten der AG

Ein von fast 40 Teilnehmern besuchtes Arbeitsgruppentreffen fand am 30. März 2010 in Berlin statt. Ein besonderer Tagesordnungspunkt war die gemeinsame Diskussion mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten, Herrn MdB Wolfgang Zöllner, der den Fahrplan und mögliche Themenschwerpunkte des für 2011 geplanten Patientenrechtegesetzes vorstellte. Zentral in der Diskussion war der von der Presse berichtete Vorschlag zur Einrichtung eines bundesweiten, verpflichtenden Melderegisters für Medizinschadensfälle und Behandlungsfehler, eine Idee, die nach ganz überwiegender Mehrheit der AG-Teilnehmer aus Gründen der Machbarkeit und des fraglichen Potentials für die Verbesserung der Patientensicherheit nicht weiter verfolgt werden sollte. Hingegen gab es eine klare Befürwortung institutioneller Register und lokaler Fehlerberichts- und Lernsysteme in den Einrichtungen des

Gesundheitswesens sowie für die Organisation eines Erfahrungsaustausches zwischen deren Haltern und Betreibern.

Vertreter des AOK-Bundesverbandes stellten eine eigene Datenbanklösung zur Erfassung des Kerndatensatzes für die AOK-Gemeinschaft vor, mit der begutachtete Fälle vorgeworfener und in Teilen bestätigter Behandlungsfehler nach den Empfehlungen der AG seit Beginn des Jahres 2010 bundesweit dokumentiert werden können.

Die AG legte als Thema für die koordinierte Registereauswertung 2010 zum 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, zugleich 5. Jahrestagung des APS in Bonn „Geburtsassozierte Schäden“ fest. Seit März erfolgte die Vorbereitung der Auswertungen in einer UAG mit Vertretern der zunächst sieben Institutionen, die sich beteiligen wollten.

Der Workshop am 01. Oktober 2010 war trotz frühen Beginns ausgesprochen gut besucht und hinterließ nach entsprechenden Rückmeldungen zahlreiche zufriedene bzw. angeregte Teilnehmer. An der gemeinsamen Registereauswertung hatten sich nach erstmalig vorgegebenem Auswertungsschema 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 / Ecclesia-Versicherungsdienst) beteiligt. Der Überblick in einer einzigen, zusammengeführten Präsentation über fast 800 Fälle mit vorgeworfenen geburtsassozierten Schäden erlaubte eine klare Analyse bearbeitbarer Risikokonstellationen bzw. Fehlerursachen, da die Schwerpunkte in allen Registern gleichartig waren. Neben CTG-Versäumnissen und Fehlinterpretationen führten insbesondere unklare Hinzuziehungsregeln für wichtige Beteiligte (Gynäkologen, Pädiater) und verschiedenartige Kommunikationsstörungen zu verspätet oder nicht gestellten Sectio-Indikationen mit schweren kindlichen Schadensfolgen. Die Workshopteilnehmer sahen zentrale Lösungsansätze in Notfall- und CRM-Trainings für Kreissaalteams, CTG-Schulungen und der Erarbeitung lokaler Kreissaal-Leitlinien. Auf dem 1. Bayerischen Forum für Patientensicherheit am 12. Oktober 2010 in München hat sich am Rande der Veranstaltung eine Initiative unter der Ägide des MDK Bayern gebildet, die aktuell dabei ist, ein entsprechendes Umsetzungsprojekt unter dem Schirm des APS und unter Beteiligung eines erfahrenen Simulations- und CRM-Schulungszentrums zu entwickeln.

JL

III.4. AG Bildung und Training

Leiter:	Dr. Marcus Rall, Tübinger Patienten-Sicherheits- und Simulationszentrum (TüPASS), Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen marcus.rall@med.uni-tuebingen.de
Stellvertreter:	Prof. Dr. Christian K. Lackner, Klinikum der Universität München, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, München christian.lackner@med.uni-muenchen.de
Vertreter des Vorstands:	Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin, Berlin g.jonitz@aekb.de Prof. Dr. Matthias Schrappe, Institut für Patientensicherheit, Bonn matthias@schrappe.com
UAG Normen, Methoden und Mindeststandards:	Dr. Alexander Euteneier, cme web akademie GmbH, Berlin ae@cme-webakademie.de
UAG Bedarfe und Defizite in der Praxis:	Michael Rosentreter M.A., RWTH Aachen, Aachen mrosentreter@ukaachen.de
UAG Inhalte für Lernangebote zur Patientensicherheit:	Dr. Marcus Rall, TüPASS, Tübingen marcus.rall@med.uni-tuebingen.de
UAG Marketing:	Nikolaus Huss, Berlin nh@nikolaus-huss.de
Beginn der AG:	2010
Sitzungen im Jahr 2010:	03. Mai 2010, Berlin 20. September 2010, Berlin 12. November 2010, Stuttgart
Termine 2011:	03. März 2011, München 12. Mai 2011, Berlin Juni / Juli 2011, Flughafen Hannover

Ziele der AG „Bildung & Training“

Viele der bisherigen Ausbildungskonzepte in der Medizin entsprechen in Bezug auf Themen der Patientensicherheit nicht mehr dem bekannten Bedarf im Medizinalltag. Hierzu zählen insbesondere die nahezu komplette Vernachlässigung von Ausbildung und Training in Human Factors (auch Crisis Resource Management CRM genannt) ebenso wie die zu geringe Ausnutzung von inzwischen verfügbaren Simulatoren.

Der Schwerpunkt der AG B&T ist die Optimierung der Patientensicherheit mit Fokus auf entsprechend optimierte Ausbildungs- und Trainingsmethoden. Aufgabe der AG B&T sind die Sichtung von bestehenden guten Konzepten und die davon abgeleitete Entwicklung neuer Ausbildungskonzepte sowie die Empfehlung an entsprechende Entscheidungsträger (Aus- und Weiterbildungsbeauftragte).

Die Arbeitsgruppe richtet sich an alle in der Krankenversorgung tätigen, aber auch an mit der Komplexität der Krankenversorgung beschäftigten Berufsgruppen (Psychologen, Ausbilder, Human-Factor-Experten u.a.).

Ergebnisse

Für die kooperative Arbeit zwischen den Treffen wurde von Prof. Lackners Team eine Webplattform (TikiWiki) zur Verfügung gestellt und von Herrn Lazarovici den Mitgliedern erklärt.

In einem ersten Schritt wurden bereits veröffentlichte (zumeist englischsprachige) Curricula zum Thema Patientensicherheit recherchiert, gesichtet und Vorschläge zur Bewertung gemacht (Hoffmann, Lessing, Rohe).

Auf dieser Grundlage hat die AG entschieden, einen eigenen Lernzielkatalog für alle im Gesundheitswesen Tätigen in deutscher Sprache zu erarbeiten. Dieser Lernzielkatalog soll alle bereits etablierten Kataloge berücksichtigen. Er soll Lehrenden als Leitfaden dienen, welche Inhalte mit welchen Methoden für welche Zielgruppe vermittelt werden könnten.

Nach kontroverser Diskussion wurde letztendlich beschlossen, den Lernzielkatalog modular aufzubauen. Neben einem Haupt-Lernzielkatalog „Basiswissen“ soll es ergänzende Module für besondere Zielgruppen und besondere Themenbereiche geben.

Empfehlung: „Patientensicherheit machen - was jeder über Patientensicherheit wissen sollte“

Der neue Lernzielkatalog (Arbeitstitel: „Patientensicherheit machen - was jeder über Patientensicherheit wissen sollte“) könnte laut Dr. Jonitz Standards für die Ausrichtung künftiger Lernangebote setzen. Auch sei denkbar, dass die Arbeitsgruppe selbst Kurse organisiere.

Ausarbeitung des Lernzielkatalogs

Zur Ausarbeitung der einzelnen Module hat Frau Dr. van Vegten eine Vorlage ausgearbeitet. Die vorläufige Sammlung von Modulen ist darauf angelegt, kontinuierlich ergänzt und fortentwickelt zu werden.

Interessenten für neue Module sind gebeten, Kontakt zur Herrn Dr. Rall, Herrn Dr. Jonitz und Frau Dr. Lessing aufzunehmen.

Module für einen Lernzielkatalog (Stand: Jan 2011):

- Basiswissen: Gesine Hofinger, Miriam Körner, Anja Meier, Marcus Rall, Amanda van Vegten
- Fachweiterbildung: Heike Anders
- Akutmedizin: Jörg Braun, Peter Gloger
- Apotheker: Stephan Achterberg (in Koordination mit AG Medikamente)
- Patienten: Anja Meier, Silvia Petak-Opel (in Koordination mit AG Patienten)
- Management und Geschäftsführung: Martin Dutschek
- Medizinrecht, Haftungsrecht: Peter Gausmann
- Psychiatrie/Sucht: Heike Anders
- Qualitätsmanagement/Risikomanagement: Walter Höltermann
- Medizinstudium: Bert Urban
- Präklinik: Linda Richter
- Arzneimitteltherapiesicherheit: Frau Heumüller (in Koordination mit AG Medikamente)

Noch offen:

- Hausärzte/Niedergelassene: N.N.
- Altenpflege: N.N.
- CIRS: N.N. (M. Rall)
- Simulatortraining: N.N. (M. Rall, G. Conrad)

Ausblick

Die Fortschreibung der bestehenden Sammlung von Lernangeboten zur Patientensicherheit ist eine kontinuierliche Aufgabe der gesamten AG. Alle AG-Mitglieder sind deshalb gebeten, ihnen bekannte Lernangebote, die auf der elektronischen Landkarte noch nicht verzeichnet sind, Frau Dr. Lessing mitzuteilen. Die Pflege der elektronischen Landkarte erfolgt durch das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, München.

Die AG B&T hofft im Verlaufe von 2011 einen ersten Basis-Lernzielkatalog **„Patientensicherheit machen - was jeder über Patientensicherheit wissen sollte“** vorlegen und erste Vorschläge für konkrete Projekte liefern zu können. Der Erfolg hängt unmittelbar vom Engagement aller AG-Mitglieder ab und alle Interessierte sind herzlich eingeladen, mit Ihrer Expertise den Erfolg der AG Bildung & Training nachhaltig positiv zu beeinflussen. Machen Sie gerne mit.

MR

III.5. AG Informieren – Beraten – Entscheiden

Leiter:	Hannelore Loskill, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. hloskill@web.de
Vertreter des Vorstands:	Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin, Berlin g.jonitz@aekb.de
Beginn der AG:	2008
Sitzungen im Jahr 2010:	15. März 2010 28. Juni 2010
Termine 2011:	17. Januar 2011

Die Arbeitsgruppe Informieren-Beraten-Entscheiden stellt das Thema Patienteninformation und -befähigung in den Mittelpunkt. Trotz nahezu unerschöpflich erscheinender Informationsmöglichkeiten stellt die Verfügbarkeit von tatsächlich für den Patienten relevanten und für ihn auch verständlichen Informationen immer noch eine der zentralen Herausforderungen im Gesundheitswesen dar. Ausgehend von nationalen und internationalen Kampagnen und Projekten werden in der AG Informationsmaterialien entwickelt, die auf die konkrete Unterstützung des Patienten im Behandlungsgeschehen abzielen.

Ein erstes Projekt dieser AG ist abgeschlossen worden: Es handelt sich hier um eine Patienteninformation zum Thema „Vorbeugung tiefer Venenthrombose“. Nach intensiven Diskussionen in der AG und mit hinzugezogenen Experten liegt nun eine Patienteninformation vor, die in einer patienten-verständlichen Sprache Hinweise zur Prävention tiefer Venenthrombosen für Patienten bereithält, die nach einer Operation oder Verletzung in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt sind.

Ein zweites, inzwischen begonnenes Projekt widmet sich dem Thema „Patientenhandbuch“. Hierbei handelt es sich um eine Art Sammelordner, der es Patienten ermöglicht, begleitend zum Behandlungsverlauf einerseits strukturierte Informationen abrufen zu können, andererseits aber auch auf den konkreten Einzelfall bezogene Unterlagen, Informationen und Notizen des Patienten dort abzulegen. Patientenhandbücher werden in der Praxis – etwa in Dänemark, aber auch in Deutschland – bereits eingesetzt. Die AG beschäftigt sich in diesem Zusammenhang u.a. mit Empfehlungen bezogen auf qualitative Anforderungen an Patientenhandbücher.

Ein drittes Vorhaben ist die Ausarbeitung eines Leitfadens für patientengerechte Aufklärung. Auch hierzu wurde eine eigene Unterarbeitsgruppe (UAG) „Risikokommunikation“ eingerichtet. Ein weiteres großes

Projekt ist die Konzipierung einer deutschsprachigen Initiative zur Stärkung der Patientenverantwortung für die Patientensicherheit. Mit der Vorbereitung dazu wurde bereits begonnen, die Veröffentlichung ist für 2011 geplant.

HL / GJ

Was Sie selbst tun können:

INFORMATION

Tiefer Venenthrombose vorbeugen

Information für Patienten mit eingeschränkter Gefährlichkeit nach einer Operation oder Verletzung

Warum ist diese Information wichtig für Sie?

Sie sind durch eine Operation oder Verletzung in Ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt. In dieser Situation kann es zu einer tiefen Venenthrombose kommen. Mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, wie Sie einer Thrombose der Beine (Bein- und Beckenvenen) vorbeugen können und wie Sie die möglichen Anzeichen einer tiefen Venenthrombose frühzeitig erkennen, damit Sie in diesem Fall schnell und richtig behandelt werden.

Was ist eine tiefe Venenthrombose und wie gefährlich ist sie?

Das Blut fließt mit einer bestimmten Geschwindigkeit durch die Blutgefäße. Wenn diese Strömungsgeschwindigkeit geringer wird, können sich Blutgerinnsel bilden. Die Blutgerinnsel bilden sich an den Wänden der Bein- und Beckenvenen, die in der Tiefe verlaufen. Man spricht dann von einer tiefen Venenthrombose. Häufig geschieht dies nach Operationen oder Verletzungen. Durch den gestörten Blut-Rückfluss aus dem Bein kann dieses anschwellen und schmerzen.

Neben blühenden Gefäßhämatomen, die durch eine tiefe Venenthrombose verursacht werden, droht eine weitere Gefahr: Es können sich Gerinnsel bilden und mit dem Blut über die Herz- in die Lunge geschwemmt werden. Die Lungensartien verstopfen dann (Lungenembolie). In schlimmen Fällen führt dies sogar zum Tod.

Eine tiefe Venenthrombose ist ein Ereignis, das zu schweren Komplikationen führen kann. Informieren Sie umgehend Ihren Arzt, wenn Sie eine einseitige schmerzhafte Beinanschwellung oder ein Spannungsgefühl bemerken. Tragen Aspirin und Breitwhehrmittel aus, kann die Ursache eine Lungenerkrankung sein. Bei diesem Beschwerdebild sollten Sie oder Ihre Angehörigen ebenfalls sofort einen Arzt informieren.

Sind Sie besonders gefährdet?

In der Allgemeinbevölkerung erleiden jährlich 20 bis 130 von 100.000 Menschen eine tiefe Venenthrombose. Patienten, die wegen einer Operation oder Verletzung in Ihre Gehfähigkeit eingeschränkt sind, haben jedoch ein deutlich höheres Risiko: 14 bis 60 von 100 dieser „Hilflosenpatienten“ können eine tiefe Venenthrombose erleiden, wenn keine vorbeugenden Maßnahmen durchgeführt werden.

Wie hoch das Risiko im Einzelfall ist, hängt ab:

- vom Ausmaß der Operation oder Verletzung, die den Patienten an der Bewegung hindert
- von angeborenen oder anderen erworbenen Risikofaktoren wie z.B. bestimmten Blutgerinnungsstörungen.

Wie können Sie einer tiefen Venenthrombose vorbeugen?

Wenn nach Einschätzung des Arztes eine Gefahr für eine tiefe Venenthrombose besteht, kommen je nach dem individuellen Risiko verschiedene vorbeugende Maßnahmen in Frage.

Bewegung in einem mit dem Arzt vereinbarten Umfang ist das Wichtigste. In manchen Fällen wird die Gabe von Arzneimitteln, die die Blutgerinnung hemmen, dringend empfohlen. Engpassend wird einigen Patienten gerätes, medizinische Thromboseprophylaxestripes zu tragen. Sie sind aber nur dann sinnvoll, wenn sie einen guten Sitz haben und nicht einschnüren.

Wie lange vorbeugende Maßnahmen angelegt sind, hängt davon ab, wie schnell Patienten nach Operationen oder Verletzungen wieder gehen können.

- Fragen Sie Ihren Arzt und das medizinische Fachpersonal, welche vorbeugenden Maßnahmen in Ihrem Fall in Frage kommen und wie lange sie durchgeführt werden müssen.
- Sagen Sie Ihrem Arzt genau, wie oft, wie lange und wie weit Sie wieder laufen können.
- Halten Sie sich an das mit Ihrem Arzt vereinbarte Vorgehen.
- Fragen Sie bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus oder bei einem Wechsel zu einem anderen Arzt, welche Arzneimittel Sie weiterhin benötigen. bitten Sie um eine schriftliche Information für den weiterbehandelnden Arzt.

2. Übung

Sie stehen auf einem Stuhl und stellen Ihre Füße flach auf den Boden. Heben Sie die Fußspitzen beider Füße an und drücken dabei die Ferse fest auf den Boden. Kurz halten, danach beide Füße mit Druck auf die Zehenspitzen anheben und die Ferse anheben, 10mal wiederholen.

Ferse und Spitzentration

Fragen Sie das medizinische Fachpersonal, welche Übungen Ihnen außerdem noch helfen können.

**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

Praxis/Klinik/Arzt (Gemeinlich)

Version 1.2, Juni 2010. Die Aktualisierung erfolgt zwei Jahre nach Veröffentlichung im Jahr 2012.

42

III.6. AG Medizinprodukt-assoziierte Risiken

Leiter:	Professor Dr. Uvo Hölscher, Fachhochschule Münster, Münster, hoelscher@fh-muenster.de
Stellvertreter:	Klaus Henning, Universitätsklinikum Münster, Münster klaus.henning@ukmuenster.de
Vertreter des Vorstands:	Professor Dr. Matthias Schrappe, Institut für Patientensicherheit, Bonn, matthias@schrappe.com
Unter-AG Meldung:	Goerges Wagener, Zitha-Klinik, Luxembourg georges.wagener@zitha.lu
Unter AG Schulung:	Klaus Henning, Universitätsklinikum Münster, Münster klaus.henning@ukmuenster.de
Beginn der AG:	2009
Sitzungen im Jahr 2010:	01. März 2010 31. Mai 2010 01. Oktober 2010
Termine für 2011:	11. Januar 2011

Ziel und Vision der AG

Die AG MPaR fokussiert Risikofaktoren, die mit Medizinprodukten verbunden sind.

Die AG wird solche Risikofaktoren untersuchen, die durch Verbesserung in Rahmenbedingungen, Prozessen oder der Anwendung der Medizinprodukte beeinflussbar sind. Die AG wird Empfehlungen und Leitlinien zur Verringerung der Medizinprodukt-assoziierten Risiken erarbeiten.

Es werden Risikofaktoren aus dem gesamten Lebenszyklus der Medizinprodukte betrachtet, diese sind möglicherweise zu finden in (alphabetisch sortiert):

- Anwendung
- Beobachtungs- und Meldesystem, CIRS
- Dienstleistungen
- Einkauf
- Entwicklung
- Erstinbetriebnahme

- Gebrauchsanweisung / Schulungsunterlagen / Schulung
- Gesetzgebung
- Instandhaltung, Bewirtschaftung
- IT, Datensicherheit, Schnittstellen
- Kompatibilität von Zubehör
- Konformitätsbewertung
- Normung
- Risikomanagement im Krankenhaus
- Spezifikation
- Umgebungseinflüsse
- Versorgungsprozessorganisation
- Vertrieb, globaler Markt

Teilnehmerkreis

Der Teilnehmerkreis der AG MPaR ist heterogen zusammengesetzt:

Unternehmen	Institutionen
<ul style="list-style-type: none"> • Beratung + Zertifizierung • Haftpflichtversicherung • Krankenhaus: MT, QM • Krankenhaus-Träger • Krankenkasse • Medizinprodukt-Herstellung 	<ul style="list-style-type: none"> • ÄK, BÄK • ÄZQ/CIRS Medical • BfArM • DGF • DKG • DRF Stiftung Luftrettung • GKV-Spitzenverband • KV • MDS • Ministerien • Schlichtungsstelle • Universitäten

Aus der Heterogenität resultieren deutlich unterschiedliche Perspektiven der Teilnehmer zur Problematik der Medizinprodukt-assoziierten Risiken. Die AG hat es sich zur Aufgabe gemacht, dieses Problem durch Diskussion und Informationsaustausch zu entschärfen.

Komplexität

Für die Patientensicherheit im Zusammenhang mit Medizinprodukten spielen mindestens zwei Hauptprozesse eine wichtige Rolle:

1. Herstellung des Medizinproduktes
2. Betrieb und Anwendung des Medizinproduktes

Die AG hat das Problem der Polykausalität von unerwünschten Ereignissen in komplexen Prozessen diskutiert. Die Visualisierung der involvierten Ursachen/Einflussfaktoren durch J. Reason mittels des „Käsescheibenmodells“ hat ausgiebige Diskussionen herausgefordert. Alternativ können sich einige Mitglieder der AG auch vorstellen, dass nicht unbedingt alle Faktoren/„Käsescheiben“ zwangsweise bei jedem unerwünschten Ereignis beteiligt sind. Es sei auch möglich, dass eine Ereignisstrajektorie mitten im „Käsescheibenstapel“ beginnen kann, ohne dass die vorgelagerten Scheiben im Bezug auf dieses Ereignis einen Defekt aufwiesen.

Die Kopplungen zwischen den beiden Hauptprozessen (Herstellung des Medizinproduktes, Betrieb und Anwendung des Medizinproduktes) tragen dazu bei, dass sowohl die Beschreibung der Problematik als auch möglicher Lösungsansätze nicht einfach ist.

Arbeitsweise/Vorgehen

Ausgehend von der Situation, dass wesentlich häufiger Beinahe-Ereignisse passieren (sog. Heinrich-Pyramide), deren Analyse aber auch genaue Erkenntnisse über systematische Fehler im System erlaubt ebenso wie die Analyse von Ereignissen mit Schadensfolge, hat sich die AG auf die exemplarische Untersuchung von einzelnen unerwünschten Ereignissen geeinigt. Die AG hat eine Sammlung von unerwünschten Ereignissen mit involvierten Medizinprodukten begonnen.

Die Diskussion hat ergeben, dass von der Vielzahl der zu analysierenden Einflussfaktoren zwei Themenbereiche am wichtigsten/ergiebigsten erschienen. Deshalb hat die AG zwei entsprechende Unter-AGs (UAGs) zur Behandlung gebildet:

- UAG Meldung (Leitung Herr Wagener)
- UAG Schulung (Leitung Herr Henning)

Die AG MPaR hat eine internetbasierte, passwortgeschützte Kommunikationsplattform aufgesetzt, über die die Unterlagen der AG sowie ein Diskussionsforum zugänglich sind.

Erste Resultate „UAG Meldung“

- Eine Harmonisierung von CIRS-Systemen ist anzustreben
- Die Informationen in den CIRS-Meldungen zu den beteiligten Medizinprodukten und den Kontextfaktoren bei den unerwünschten Ereignissen muss verbessert werden
- Jedes Krankenhaus sollte die Rechtsabteilung bei der Weiterleitung von Meldungen z.B. an das BfArM einbeziehen
- Jedes Krankenhaus sollte eine zentrale Stelle benennen, die für eingehende Meldungen und deren Weiterleitung im Haus verantwortlich ist. Nur diese zentrale Stelle sollte von den Medizinprodukt-Herstellern und weiteren Parteien angesprochen werden.
- Jedes Krankenhaus sollte seine hausinternen Aktivitäten zur Verbesserung der Medizinproduktesicherheit nachvollziehbar dokumentieren
- In jedem Krankenhaus sollten die Erkenntnisse aus CIRS-Berichten bei Entscheidungen des zentralen Einkaufs und bei der Organisation von Schulungen berücksichtigt werden
- Meldungen sollten europaweit zusammengeführt werden und Kooperationen zwischen den beteiligten Behörden geschlossen werden

Erste Resultate „UAG Schulung“

Die Medizinprodukt-Hersteller sollten in den Gebrauchsanweisungen Angaben machen

- ob und gegebenenfalls in welchen Zeitabständen Wiederauffrischungsschulungen bzw. -trainings der Anwender erforderlich sind
- welcher Zeitbedarf für Erst- sowie Wiederauffrischungsschulungen bzw. -trainings erforderlich ist

Die Relevanz des Schulungsaspekts geht aus der Analyse der gesammelten Unerwünschten Ereignisse hervor.

Von insgesamt 96 in der AG zusammengetragenen unerwünschten Ereignissen

- hätten 44 durch richtige Schulung vermieden werden können
- basierten 24 Fälle auf Anwendungsfehlern
- war in 24 Fällen die Einweisung fehlerhaft
- kamen in 8 Fällen defekte Geräte zum Einsatz bzw. war die Funktionsprüfung vor Inbetriebnahme nicht richtig durchgeführt worden

(Doppelnennungen möglich).

Erste Ideen der UAG Schulung:

- Vorstellung neuer Medizingeräte im Rahmen von Schulungen
- Innovationsscouts
- Fortbildungspunkte als Incentives
- Hausinterne Bekanntmachung von Best-Practice-Beispielen
- „Spieltrieb“ der Mitarbeiter wecken
- Ausbildungsmaterial von den Medizinprodukt-Herstellern mit einer aktuellen Liste möglicher Anwendungsfehler für die jeweilige Medizinprodukt-Kategorie

Erste Resultate „Wissen im Krankenhaus“

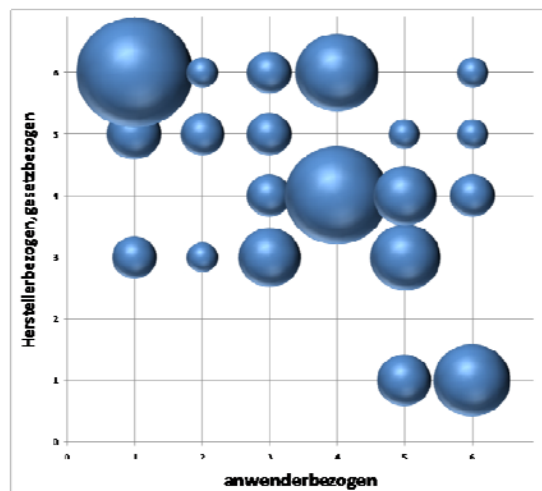
Die Diskussionen in der AG MPaR haben dazu geführt, dass im Rahmen einer Masterarbeit der Fachhochschule Münster der Kenntnisstand in den Krankenhäusern in Bezug auf das Medizinproduktegesetz (MPG) und die Medizinprodukt-Verordnungen sowie das darin festgelegte Meldewesen für Vorkommnisse mit Medizinprodukten abgefragt werden. An der anonymen Befragung haben bislang 70 Ärzte, Pflegende und Mitarbeiter aus der Medizintechnik teilgenommen. Die mittlere Berufserfahrung beträgt 20 Jahre. Eine verkürzte Auswertung ergibt:

Abgefragt	positiv
Es gibt ein gesetzliches Meldewesen	86%
Adressat der Meldung ist eine Behörde	50%
Die Behörde heißt BfArM	33%
Im KH wird über Meldewesen informiert	63%
Es gibt einen festgelegten Prozess für Meldung	70%
Habe selber schon einmal gemeldet	29%
Habe Rückmeldung bekommen	17%

Die detaillierten Ergebnisse wurden auf dem DKVF 2010 dargestellt und diskutiert.

Erste Resultate „Klassifizierung“

Das Postulat der Multikausalität der meisten Medizinprodukt-assoziierten unerwünschten Ereignisse wurde überprüft. Die Mitarbeiter des AG MPaR sollten die gesammelten unerwünschten Ereignisse klassifizieren, ob und in welchem Maße anwenderbezogene und/oder hersteller- bzw. gesetzgeberbezogene Faktoren eine Rolle spielten. Dabei sollte der Einfluss der Faktoren auf einer Skala von 1 (=klein) bis 6 (=groß) eingeschätzt werden. Eine vorläufige Auswertung der Antworten ergab, dass sehr viele unerwünschte Ereignisse als polykausal eingestuft werden.



Allerdings muss festgestellt werden, dass

- viele Meldungen zu unerwünschten Ereignissen zu unspezifisch sind, um eine eindeutige Analyse vornehmen zu können
- unterschiedliche Experten die knappen Schilderungen unterschiedlich bewerten

Die AG MPaR wird dieses Thema weiter klären.

UH

III.7. AG in Vorbereitung: Patientensicherheit im Alter – Sturzprävention im Krankenhaus

Moderation und
Vertreter des Vorstands: Gunhild Leppin M.A., MBA, DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Berlin,
g.leppin@drk-schwesternschaft-berlin.de
Professor Dr. Hartmut Siebert, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin,
hsiebert@diaksha.de

Mitglieder der Vorbereitungsgruppe: Dr. Constanze Lessing, IfPS, Bonn
Dr. Holger Lange, Bayreuth
Professor Dr. Wolfgang H.-H. von Renteln-Kruse ,Hamburg

Beginn der AG: 2011 (Vorbereitungsgruppe seit 2010)

Termin in 2011: 26. Februar 2011

Bericht zur AG in Vorbereitung mit dem Schwerpunktthema: „Der ältere Patient im Krankenhaus – Sturzprävention“

Zur Relevanz:

Die Häufigkeit und Schwere von Stürzen älterer Patienten während ihres stationären Aufenthaltes in Akut-Krankenhäusern werden unterschiedlich angegeben. Häufig sind die Stürze mit die Gesundheit des Patienten erheblich schädigenden Folgen verbunden (Knochenbrüche, Schädel-Hirnverletzungen, massive Weichteilschädigungen mit Einblutungen).

Zu den häufigsten Ursachen zählen postoperative Verwirrheitszustände, Medikamenten-Intervention (Sedativa, Schmerzmittel), ungeeignetes Schuhwerk, fehlende Information der den Patienten mit betreuenden Angehörigen und fehlende ausführliche spezielle Aufklärung des Patienten vor stationärer Aufnahme.

Hinweise zur Prävention von Stürzen älterer Patienten in Akut-Krankenhäusern sind in Form von Empfehlungen einzelner Krankenhäuser, von Verbänden und Organisationen im nationalen und internationalen Rahmen erstellt. Die Zielgruppen dieser Hinweise und Empfehlungen sind unterschiedlicher Natur.

Aufgabenstellung für die AG:

- Sind entsprechende Vorlagen aktuell und ausreichend?
- Müssen modifizierte Vorlagen erstellt werden?
- Welchen Wirkungsgrad kann man in der Literatur dazu feststellen?

Es wurde aufgrund der Literatur-Recherche und der internen Evidenz festgestellt, dass aktuelle Empfehlungen unter dem Aspekt „Sichtweise des Patienten und der Angehörigen“ sowie „Sichtweise der Ärzte und Pflegenden“ fehlen bzw. unscharf sind.

Die vorbereitende AG hat deshalb die verschiedenen aktuellen Empfehlungen unter Einbindung auch von Selbsthilfeorganisationen und Patienten-Verbänden gelistet und plant, auf der Grundlage vorhandener Empfehlungen und einer Sichtung der vorliegenden Literatur entweder eine Reihung vorhandener Empfehlungen nach einem festgelegten Kriterien-Katalog (Zielgruppe, Aktualität, Verständlichkeit, Umsetzbarkeit und Effektivität) vorzunehmen und/oder im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft entsprechend der Regelungen und Vorgaben des APS eine Handlungsempfehlung für Angehörige und Patienten (für alle die es betrifft) sowie eine Checkliste unter dem Motto „Haben Sie an alles gedacht?“ für Pflegende und Ärzte zu erstellen.

In einem Glossar sollen weiterführende und vertiefende Erläuterungen, Hintergrundinformationen und aktuelle, gesicherte Ergebnisdaten zu Wirksamkeits-Studien dargestellt werden. Es soll die Umsetzung der in der Checkliste und dem Flyer dargestellten Empfehlungen unterstützen.

Die Vorbereitungsgruppe berichtet dem Vorstand in regelmäßigen Abständen. Der nächste Bericht wird zu Anfang 2011 erstellt.

Das erste Treffen der AG wird am 26. Februar 2011 in Berlin stattfinden.

GL/HS

III.8. AG Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet

Leiter:	Professor Dr. Hartmut Siebert, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin, hsiebert@diaksha.de
Vertreter des Vorstands:	Gunhild Leppin M.A., MBA, DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Berlin, g.leppin@drk-schwesternschaft-berlin.de
Beginn der AG:	2008
Ende der AG:	2010

Bei einer Operation wird ein Bauchtuch, ein Tupfer oder eine Klemme unbeabsichtigt in der OP-Wunde zurückgelassen. Für jeden Patienten, jeden Arzt und jede Pflegekraft im OP-Dienst ist der vergessene Fremdkörper ein katastrophales Ereignis, von dem er oder sie hofft, es niemals zu erleben. Doch obwohl alle Materialien, die bei einer Operation zum Einsatz kommen, gezählt werden, passieren solche unerwünschten Ereignisse. Nach Studien aus den USA mit einer Häufigkeit von 21 zu 100.000. Übertragen auf Deutschland würde dies heißen, dass jährlich bis zu 2.730 Mal ein Fremdkörper unbeabsichtigt im Patienten zurückbleibt.

Die AG hat sich im Zeitraum von Juni 2008 bis Ende 2009 dieser Problematik angenommen und nach ausführlicher und strukturierter Recherche nationaler und internationaler Empfehlungen zur Prävention sowie der Durchführung einer Umfrage zur Häufigkeit des Ereignisses und Umsetzung an Kliniken verschiedener Fachdisziplinen und Krankenhausgrößen Handlungsempfehlungen unter dem Motto „Jeder Tupfer zählt“ in Form eines Plakates, eines kurz gefassten Flyers, einer die Empfehlungen erläuternden Broschüre und erstmals auch eines ausführlichen Glossars, das die Hintergründe erläutert, die Ergebnisse von Studien und Maßnahmen bewertet und ein umfangreiches Literaturverzeichnis beinhaltet, erarbeitet.

Während des Prozesses der Erstellung der Handlungsempfehlungen wurde erstmalig in diesem Zusammenhang zu einer Anhörung, an welcher die entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Berufsverbände teilnahmen, eingeladen mit der Möglichkeit zur Stellungnahme. Ziel war es, neben der Erhöhung der fachlichen Kompetenz auch die Bereitschaft zur Akzeptanz des Themas und der Empfehlungen des APS zu fördern.

Alle Publikationen konnten zum Jahresbeginn 2010 dank der eindrucksvollen Unterstützung von Frau Dr. Constanze Lessing und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle des APS fertig gestellt und veröffentlicht werden. Auf über zehn Kongressen, Workshops und Veranstaltungen von Berufsverbänden und medizinischen Fachgesellschaften wurden die Ergebnisse und Empfehlungen des APS bereits dargestellt.

Die Ergebnisse der begleitenden Untersuchungen zu Häufigkeit und Art präventiver Maßnahmen an deutschen Kliniken werden demnächst publiziert.

Veröffentlichungen:

- Empfehlung „Jeder Tupfer zählt“
- Plakat „Jeder Tupfer zählt“
- Flyer „Jeder Tupfer zählt“
- Glossar „Jeder Tupfer zählt“

GL/HS

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



Präoperative Zählkontrollen **Intraoperative Zählkontrollen** **Postoperative Zählkontrollen**

Sicherheit braucht Zeit und Ruhe.

Zählkontrolle ist Teamarbeit.

Der Operateur trägt die Letztverantwortung.

Stopp bei Unklarheiten.

Dokumentation schützt und unterstützt.



**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

**DEUTSCHER
PFLEGESTANDARDS
KOMMISSIONS
VEREIN**

Deutscher Pflegetag e.V.
Der Berufsverband aller Pflege-
und Gesundheitsberufe

IV. Berichte aus Projekten und Kooperationen

IV.1. Aktion Saubere Hände

Projekträger:	Nationales Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (GQM) Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)
Projektleiter:	Prof. Dr. Petra Gastmeier, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité-Medizin Berlin, aktion-sauberehaende@charite.de
Gefördert durch:	Bundesministerium für Gesundheit
Projektbeginn:	1. Projektphase 2008 – 2010 2. Projektphase 2011 – 2013
Kontakt und Information:	Prof. Dr. Petra Gastmeier, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité-Medizin Berlin, aktion-sauberehaende@charite.de Dr. Christiane Reichardt, Charité Universitätsmedizin Berlin Tel. +49 30 8445 3672 christiane.reichardt@charite.de
Internet:	www.aktion-sauberehaende.de

Nach drei Jahren Laufzeit nehmen 749 Gesundheitseinrichtungen aktiv an der Kampagne teil. Diese setzen sich wie folgt zusammen:

- 249 akademische Lehrkrankenhäuser
- 28 Universitätskliniken
- 315 andere Krankenhäuser
- 80 Altenpflegeheime
- 46 Reha-Kliniken
- 10 Rettungsdienste
- 5 ambulante Dialyseeinrichtungen
- 12 andere Einrichtungen

Die „AKTION Saubere Hände“ (ASH) hat im Jahr 2010 umfangreiche Datenvalidierungen durchgeführt. So wurden alle Teilnehmer, welche geforderte Daten nicht im erforderlichen Zeitraum geliefert haben aufgefordert, dies bis zum 31. Dezember 2010 zu tun. Dabei wurden 13 Einrichtungen identifiziert, welche

nach Anmeldung zur Kampagne keinerlei nachweisbare Maßnahmen zur Umsetzung der Kampagne vor Ort eingeleitet haben. Nach Rücksprache wurden diese von der Liste der aktiv teilnehmenden Einrichtungen entfernt. Alle anderen Einrichtungen haben nachweislich die von der Kampagne vorgegebenen Mindestmaßnahmen implementiert.

Ergebnisse

1. Spenderausstattung

Die unmittelbare Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittel in der Nähe der Patienten ist eine der Hauptinterventionen der Kampagne. Die ASH gibt dabei folgende Spenderausstattung in den Patientenzimmern vor: ein Spender pro Patientenbett auf einer Intensivstation und ein Spender auf zwei Patientenbetten auf einer Nicht-Intensivstation.

Nach ersten Zwischenberechnungen wurden die Spenderzahlen auf Intensivstationen von 86,8% auf >100% und auf Normalstationen von 63,6% auf 91,3% erhöht.

2. Umsetzung der Kampagne vor Ort

Die ASH hat auf dem Erfahrungsaustausch von den Teilnehmern einen Fragebogen zur Umsetzung der Kampagne vor Ort ausfüllen lassen (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1: Umsetzung der Kampagne in den einzelnen Einrichtungen

Maßnahme	Durchgeführt in %
Lenkungsgruppe	71
Umsetzung hausweit	76
Umsetzung bestimmte Bereiche	24
Fortbildungen	98
Fortbildung innerhalb der Arbeitszeit	76
Kitteltaschenflaschen eingeführt	48

Es wurde auch gefragt, in wie weit die Kampagne die Arbeit der Krankenhaushygiene vor Ort beeinflusst hat (siehe Abbildung 1-3):

Abbildung 1:

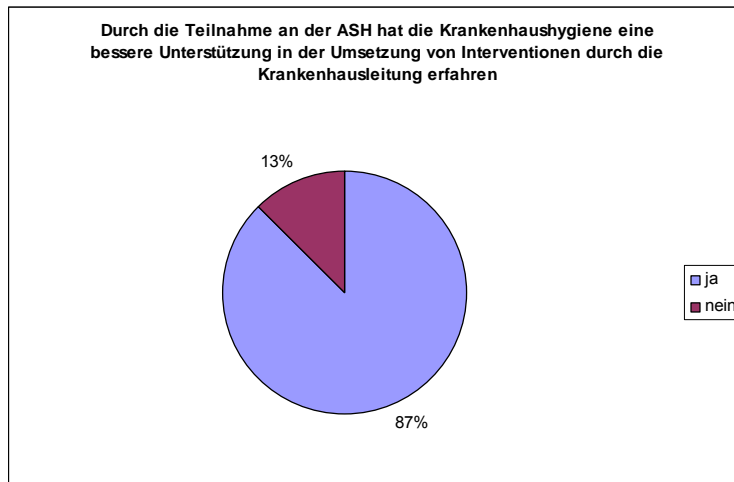


Abbildung 2:

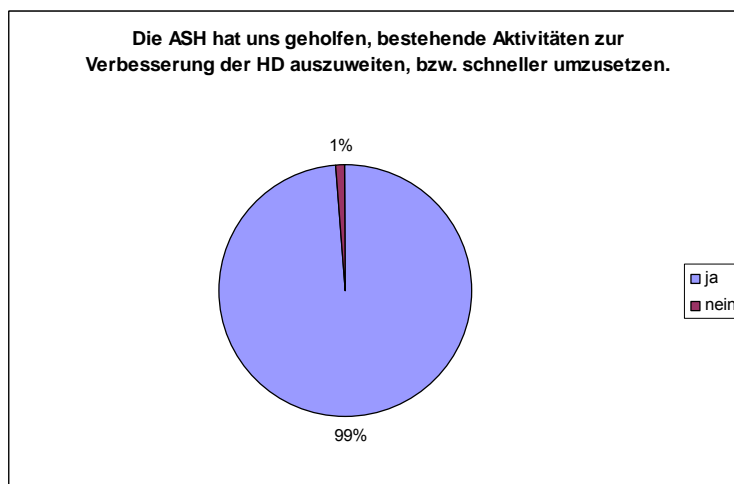
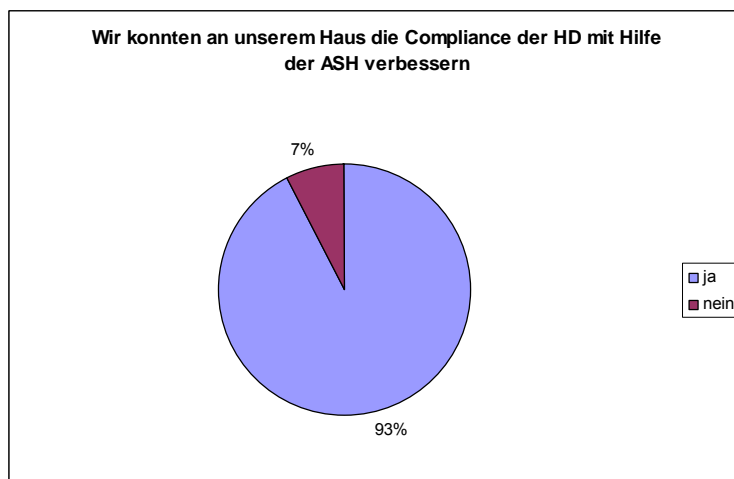


Abbildung 3:



3. HAND-KISS

Das Modul HAND-KISS des KISS wurde auf Alten- und Pflegeheime sowie Funktionsbereiche erweitert. Die Referenzdaten des Jahres 2009 der einzelnen Einrichtungstypen sind unter <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/> einsehbar.

129 Krankenhäuser haben Verbrauchsdaten in den Jahren 2007, 2008 und 2009 geliefert. In diesen Einrichtungen ist eine Steigerung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs um 30,7% nachweisbar. Dabei lag die Steigerung in den Intensivstationen mit 21,5% signifikant unter der Steigerung von 26,5% in den Nicht-Intensivstationen.

4. Compliance-Messung durch Beobachtung

161 Einrichtungen nehmen Beobachtungen zur Bestimmung der Compliance vor.

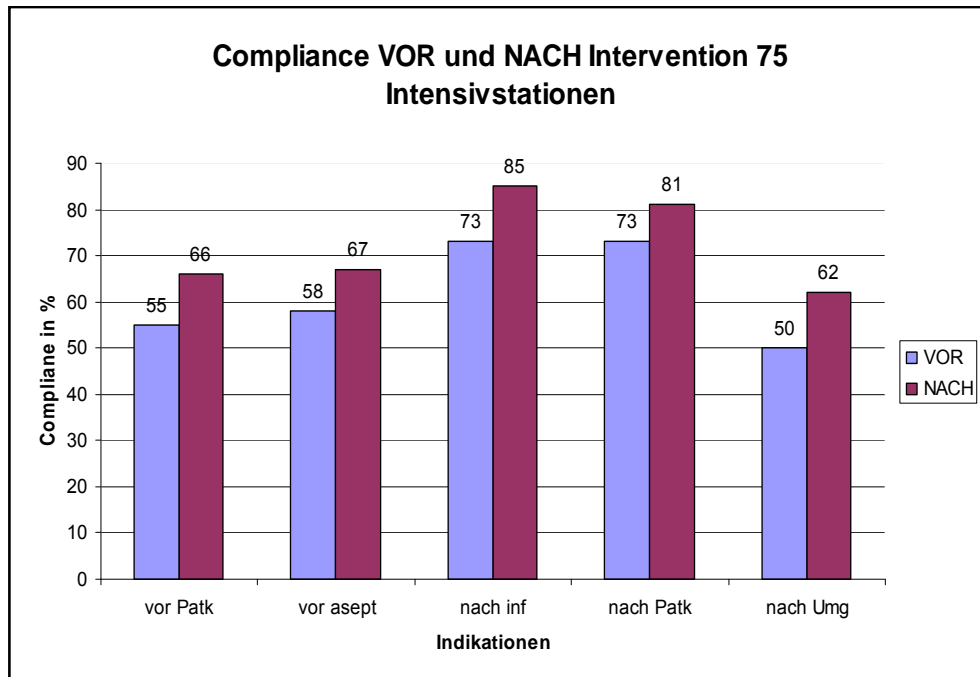
Tabelle 2: Ergebnisse der Ausgangscompliance nach den 5 Indikationen der Händedesinfektion der WHO:

					Compliance in %					
Indikation	N KH	N Stat.	N Beob.	N HD	MW	P10	P25	Median	P75	P100
Vor Pat.kontakt	153	683	37378	20261	54	26	39	54	71	85
Vor asept. Tätigk.	151	657	13474	8181	61	22	40	65	86	100
Nach infekt. Mat.	151	632	13165	9794	74	43	61	80	97	100
Nach Pat. Kontakt	153	681	38844	27441	71	48	61	73	83	92
Nach Kontakt mit Pat. Umgebung	151	652	20772	10863	52	19	37	54	72	89

Legende: P = Perzentile, N = Anzahl, MW = Mittelwert, KH = Krankenhäuser, Stat. = Stationen, Beob. = Beobachtungen

Erste Zwischenergebnisse der Beobachtungsdaten VOR und NACH Intervention zeigen eine deutliche Steigerung der Compliance in allen fünf Indikationen (siehe Abbildung 4)

Abbildung 4: Zwischenergebnisse der Compliance VOR und NACH Intervention in 75 Intensivstationen



Folgeantrag

Die Kampagne hat beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgreich einen Antrag auf Finanzierung einer Folgekampagne gestellt. Diese Folgekampagne (ASH 2011-2013) wird für 3 Jahre vom 01. Januar 2011 bis 31. Dezember 2013 finanziert. Diese neue Kampagne richtet sich in erster Linie an niedergelassene Ärzte sowie Alten- und Pflegeheime und startet offiziell am 01. Januar 2011. Alle Informationen zur neuen Aktion werden ab dem 10. Januar 2011 auf einer neuen Website unter der bekannten Adresse www.aktion-sauberehaende.de zu finden sein.

Erfahrungsaustausch

Die ASH hat im März und April 2010 an folgenden Standorten einen Erfahrungsaustausch durchgeführt: Berlin, Hannover, Frankfurt a. Main und Freiburg.

298 Einrichtungen haben teilgenommen.

Publikationen

1. Magiorakos AP, Leens E, Drouvot V, May-Michelangeli L, Reichardt C, Gastmeier P, Wilson K, Tannahill M, McFarlane E, Simon A. Pathways to clean hands: highlights of successful hand hygiene implementation strategies in Europe. Euro Surveill. 2010 May 6;15(18). pii: 19560. PubMed PMID: 20460091.
2. Hygienische Händedesinfektion - Indikationen erkennen und bewerten, Susann Sroka, Christiane Reichardt, Patricia van der Linden, Petra Gastmeier
Krankenhaushygiene up2date . 2010 September 01; 5 / 03
3. Buch: 100 Fragen zur hygienischen Händedesinfektion, Reichardt C, Bunte-Schönberger K, van der Linden P. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
4. Verträglichkeit von Händedesinfektionsmitteln (farbstoff- und parfümfreie Mittel). Markus Dettenkofer, Ursel Heudorf, Christiane Reichardt, unter Mitarbeit von Andreas Conrad, Positionspapier des wissenschaftlichen Beirates der „AKTION Saubere Hände“, Hygiene und Medizin 12/2010

Kongresse und Präsentationen

Die Träger und Mitarbeiter der Kampagne haben 2010 die ASH und ihre Ergebnisse auf einer Vielzahl von Kongressen und Veranstaltungen repräsentiert, unter anderem auf der SHEA Decennial Conference, Atlanta, USA, 4. Nationaler Qualitätskongress, GQMG-Kongress, RKI Workshop der Mediatoren der MRSA Netzwerke, Antibiotika-Workshop des RKI, KIT, Kongress der Unfallchirurgen und Orthopäden, BGW Forum auf der Jahrestagung der Betriebsärzte u.a.

Beiräte der ASH

Der wissenschaftliche Beirat der ASH hat im Jahr 2010 zweimal getagt. Es wurde unter anderem ein Positionspapier zur Verträglichkeit von Händedesinfektionsmitteln verabschiedet, ein weiteres zur Technik der Händedesinfektion ist in Arbeit.

Die Partner und Industriepartner der ASH haben sich einmal getroffen. Der Industrieverband für Hygiene und Oberflächendesinfektion übernimmt die Finanzierung eines Schulungsfilms zu den 5 Indikationen der Händedesinfektion.

Es wurden bereits einige neue Partner für den ambulanten und Alten- und Pflegeheimbereich dazu gewonnen.

Ausblick

Die Kampagne wird weitere drei Jahre arbeiten. Neben der Erweiterung in den ambulanten und Pflegebereich ist die Nachhaltigkeit erreichter Ergebnisse in den stationären Bereichen ein Schwerpunkt.

CR



IV.2. Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland

Projektträger:	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Deutscher Pflegerat (DPR)
Projektbeginn:	2010
Kontakt und Information:	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin - technische Umsetzung Dr. med. Julia Rohe, MPH, Andrea Sanguino Heinrich, MPH, Ärztin TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin Tel: +49 (0)30 / 4005-2504, Fax: +49 (0)30 / 4005-27-2542 Email: KH-CIRS@azq.de
Internet:	www.kh-cirs.de

Seit dem 6.7.2010 werden unter www.kh-cirs.de erstmalig bundesweit kritische Ereignisse veröffentlicht, die von überregionaler Bedeutung für die Patientenversorgung sind. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutsche Pflegerat (DPR) starten mit dem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland ein Projekt, das es allen Kliniken ermöglicht, aus den Fehlern anderer zu lernen. Das KH-CIRS-Netz-D ist fächer- und berufsgruppenübergreifend angelegt und richtet sich vor allem an Kliniken, die bereits ein hausinternes funktionierendes Fehlerberichtssystem betreiben. Es werden zunächst nur Berichte über kritische Ereignisse entgegengenommen; es ist aber geplant, zukünftig auch Berichte über unerwünschte Ereignisse aufzunehmen.

Das nationale Berichtssystem wird in ein nationales klinisches Risikomanagement münden, das durch die Publizierung von "quick alerts", Fällen des Monats und anderen überregional bedeutsamen Berichtsanalysen und Maßnahmenvorschlägen zur Fehlerverminderung bzw. Fehlervermeidung einen Beitrag zur Förderung der Patientensicherheit im Krankenhaus leisten will. Inzwischen – Stand Ende 2010 – sind 17 Berichte eingegangen und zwei Fälle des Monats sind veröffentlicht worden. Wir gehen davon aus, dass sich die Berichtsaktivität mit einem größeren Bekanntheitsgrad des Systems erheblich steigern wird.

DH

Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland - Windows Internet Explorer

http://www.kh-cirs.de/index.html

Daten Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ? Konvertieren Auswählen

Favoriten Vorgeschlagene Sites Web Slice-Katalog Links anpassen

Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

[Startseite](#) | [Alerts](#) | [Fälle des Monats](#) | [Kontakt](#)

Willkommen beim Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

Was soll berichtet werden?

An wen richtet sich das KH-CIRS-Netz-D?

Wie kann berichtet werden?

Was muss beachtet werden?

Was passiert mit Ihren Berichten?

Was ist die Steuergruppe und der Fachbeirat?

Abgrenzung zu anderen CIRS-Projekten

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

Die Träger des Projekts sind das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. und der Deutsche Pflegerat e.V.

Überregionales Lernen, aber wie?

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

Berichten & Lernen

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






Start Conny Wiebe-Franzen - ... fertige Texte 6-2 Hart KH CIRS.doc - ... Krankenhaus-CIRS-N... DE 97% 14:38


CIRSmEdical v9.04c - Windows Internet Explorer




https://www.cirsmEdical.ch/Deutschland/m_files/cirs.php?seitennr=AE2Q

Daten Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ? Konvertieren Auswählen

Favoriten Vorgeschlagene Sites Web Slice-Katalog Links anpassen

CIRSmEdical v9.04c


CIRSmEdical Deutschland - Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

News **Berichtsformular** Fallberichte

Fall eingeben

Patient (falls betroffen)

Altersgruppe: Geschlecht:

Ereignis

Zuständiges Fachgebiet: In welchem Kontext fand das Ereignis statt? (Ereignisart):

Wo ist das Ereignis passiert?: Versorgungsart: (zurücksetzen)

Routinebetrieb Notfall

Was ist passiert?

Was war das Ergebnis?

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? (zurücksetzen) Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? (Mehrfachnennung möglich) (zurücksetzen)

Fertig

Start Conny Wiebe-Franzen - ... fertige Texte 6-2 Hart KH CIRS.d... Krankenhaus-CIRS-... CIRSmEdical v9.0... DE 97% 14:39

IV.3.

Arbeitskreis „Kommunikation nach Zwischenfall“

Träger des AK: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)

AK-Leitung: Dr. Jörg Lauterberg
Professor Dr. Dieter Hart
Professor Dr. Hartmut Siebert

Beginn: 2009

Im September 2009 konstituierte sich im APS aufgrund einer Vorstandsanregung ein Arbeitskreis (AK), der das Ziel hat, eine Empfehlung zur „Kommunikation nach einem Zwischenfall“ zum Nutzen von Patienten und Mitarbeiter/inne/n zu entwickeln. Die Empfehlung richtet sich gegen ein „Schweigen ist Gold“ und will eine Anleitung für die gute Kommunikation mit Patienten nach einem Zwischenfall auf der Basis von Transparenz, Gespräch und Zuwendung geben, will aber auch die Interessen und Nöte von Mitarbeiter/inne/n (Mediziner und Pflegende, aber auch (leitendes) Verwaltungspersonal) thematisieren und ihnen Rechnung tragen.

Wir haben bewusst die Form eines AK und nicht einer AG gewählt, weil wir in einem kleinen Kreis von einschlägig ausgewiesenen Expertinnen und Experten unter Auswertung der vorhandenen Empfehlungen kurzfristig zu einem Bewertungsergebnis kommen wollten, das zusätzlich bisher kaum behandelte, aber relevante Aspekte einbeziehen sollte. Es schien uns wichtig, ein Produkt zu entwickeln, das gleichzeitig Empfehlung und Standpunkt des Aktionsbündnisses zum Thema „Kommunikation nach Zwischenfall“ ist.

Die gute Organisation der internen und externen Kommunikation nach Zwischenfällen und die Vorgabe entsprechender Richtlinien und Standards sind Leitungsaufgabe und in ein umfassendes System von Qualitätsmanagement, klinischem Risiko-Management und Beschwerde-Management einzubetten. Diese Aspekte und die Einbeziehung rechtlicher Überlegungen werden zu den weiteren Elementen guter kommunikativer Verhaltensweisen und Abläufe hinzugefügt.

Wir erwarten, unsere Arbeit spätestens im Frühjahr 2011 abschließen zu können.

Am AK beteiligt sind:

Dr. Julia Rohe (ÄZQ); Heinrich Sanguino (ÄZQ); Dr. Christian Thomeczek (ÄZQ); Dr. Barbara Hoffmann (Institut für Allgemeinmedizin Uni Frankfurt); Professor Dr. Dieter Hart (IGMR, APS); Professor Dr. Hartmut Siebert (DGU, APS); Dr. Jörg Lauterberg (AOK, APS); Sonja Barth (ÄKB)

DH

V. Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (IfPS)



V.1. Das IfPS im Jahr 2010

Das Institut für Patientensicherheit mit seinen Schwerpunkten Forschung und Lehre hat im Jahr 2010 richtig Fahrt aufgenommen. Es ergänzt die praxisbezogene, fachliche Arbeit des Aktionsbündnisses. In den beiden großen Projekten, dem Projekt zur Evaluation von Handlungsempfehlungen („Evaluationsprojekt“) und dem Projekt zu Patientensicherheitsindikatoren („PSI-Projekt“), wurden die ersten empirischen Studien geplant und pilotiert, die Krankenhausbefragung zum Klinischen Risikomanagement wurde abgeschlossen und die 5. Jahrestagung des APS bzw. der 9. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung sowie der 4. Nationale Qualitätskongress wurden geplant und – mit großem Erfolg – durchgeführt (siehe gesonderte Berichte).

Die empirischen Studien zur Evaluation der Empfehlung des APS zur Prävention von Patientenverwechslungen sind hochkomplex und erforderten eine eingehende methodische Diskussion. Seltene Ereignisse, wie sie typisch für die Patientensicherheitsthematik sind, können z.B. als Endpunkte zur Wirksamkeitsbeurteilung von Präventionsmaßnahmen gar nicht herangezogen werden, man muss also auf Surrogatendpunkte ausweichen (z.B. unrichtig abgeheftete Befunde in den Krankenakten). Man kann auch nicht Patienten randomisieren, um die Wirksamkeit einer Schulung zur Verbesserung der Identifikation von Patienten abzuschätzen, sondern man muss Krankenhausstationen randomisieren, wodurch aber ein Störfaktor für die Auswertung entsteht.

Die Diskussionen im IfPS und insbesondere mit anderen Einrichtungen sind aber so intensiv geführt worden, dass für alle Probleme Lösungsansätze erarbeitet werden konnten, eine wichtige Erfahrung für ein junges Team. Natürlich sind in einer solchen Aufbauphase der Austausch und die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen von großer Bedeutung. In erster Linie sind hier das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung und die Kölner Gruppe um Professor Pfaff zu nennen, mit dem auch in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit der gemeinsame Kongress ausgerichtet werden konnte. Innerhalb des DNVF ist eine Arbeitsgruppe zur Methodik der Qualitäts- und Sicherheitsforschung gegründet worden, deren Leitung und Koordination im IfPS liegt. Aber es konnten auch Kooperationen u.a. mit der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit, dem AQUA-Institut und unterschiedlichen medizinischen Fachgesellschaften ausgebaut

werden. Mit mehreren Einrichtungen werden in der nächsten Zeit wissenschaftliche Kooperationsprojekte auf den Weg gebracht werden. In der Universität bietet sich ein ähnliches Bild, die Kooperationen sind hier insbesondere mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät (Klinische Pharmazie) und der Philosophischen Fakultät (Psychologie, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, Zentrum für Evaluation und Methoden) von Bedeutung, und innerhalb der Medizinischen Fakultät z.B. mit dem Institut für Rechtsmedizin.

Zusammen mit der Rechtsmedizin (Professor Madea) wurden die **Bonner Gespräche zur Patientensicherheit** begründet, die fünf Mal im Jahr stattfinden und sich an die regionalen Einrichtungen aller Art richten, die mit dem Thema Patientensicherheit Kontakt haben. Die erste Sitzung war sehr gut besucht. Herr Dr. Gausmann von der Ecclesia hat hier seine Promotionsarbeit vorgestellt.

Eine besondere Bedeutung kommt der **Lehre zur Patientensicherheit** zu. Dadurch, dass mit Herrn Dr. Richard Lux ein wissenschaftlicher Mitarbeiter gewonnen werden konnte, der aus seiner Tätigkeit an der Medizinischen Hochschule Hannover besondere Kenntnisse in der studentischen Lehre (z.B. Problemorientiertes Lernen) mitbrachte, wurde die inhaltliche und methodische Diskussion um adäquate Lehrkonzepte weiter gefördert. Nach dem bisherigen Stand und in Absprache mit dem Dekan und dem Studiendekanat der Medizinischen Fakultät erscheint es nicht sinnvoll, „Patientensicherheit“ als systematische Vorlesung z.B. über ein ganzes Semester anzubieten. Zum einen ist das Medizinstudium schon sehr „verschult“ und der Wochenkalender der Studierenden voll, zum anderen erscheint ein fallbezogenes, auf die Fähigkeiten zur Analyse und Prävention gerichtetes Lehrangebot sinnvoller, das auch Simulationstraining und Ansätze des Problemorientierten Lernens (POL) mit einbezieht. Der Direktor des IfPS ist in die Studienkommission der Fakultät gewählt worden und hat dort ein Konzept zur Lehre vorgestellt, das strukturierte, punktuelle Lehrangebote in allen Phasen des Studiums vorsieht. Diese basieren auf dem sogenannten KSA-Konzept (knowledge, skills, attitude) und reichen von einem „auf das Thema aufmerksam machen“ über die Integration in die Hauptvorlesungen der großen klinischen Fächer und die Rechtsmedizin-Vorlesung bis zur Vermittlung von praktischen Fähigkeiten in der Einführungsveranstaltung des Praktischen Jahres.

Dr. Lux steht nicht für den einzigen personellen Wechsel, der im Jahr 2010 im IfPS zu bewältigen war. Zu Anfang des Jahres haben Frau Astrid Schmitz und zur Mitte des Jahres Dr. Jörg Lauterberg, der das IfPS im ersten Jahr kommissarisch geleitet hatte, das Institut verlassen, und zum 31. Oktober 2010 ist Frau Silke Kuske, die Koordinatorin des PSI-Projektes, an die Universität Witten/Herdecke gewechselt. So schwer diese Wechsel zu verkraften sind, Wechsel gehören zum Universitätsleben. Neu hinzugekommen sind zu Beginn des Jahres Frau Christina Maass, Gesundheitsökonomin aus Krefeld, und im Herbst Frau Dipl.-Psychologin Stefanie Passauer-Baierl aus Regensburg, die zum Thema Schockraum-Organisation ihre Diplomarbeit geschrieben hatte und mit dem Thema Patientensicherheit sehr verbunden ist, und Frau Apothekerin Christina Stockmann, die schon auf dem Gebiet Arzneimitteltherapiesicherheit gearbeitet hat und aus der

Arbeitsgruppe von Professor Jaehde, Direktor des Institutes für Klinische Pharmazie der Bonner Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät, kommt. Eine halbe Dokumentationsstelle wird im High5-Projekt, das von Frau Magdalena Kolbe betreut wird, derzeit ausgeschrieben. Insgesamt sind im IfPS eine große Zahl von Professionen vertreten: Medizin, Geisteswissenschaften, Pharmazie, Psychologie, Gesundheitsökonomie, Informatik, die Einstellung einer Pflegewissenschaftlerin ist in Vorbereitung. Hinzu kommen insgesamt neun studentische hilfswissenschaftliche MitarbeiterInnen und ein große Zahl von ProjektstudentInnen sowie AbsolventInnen von Bachelor-, Master- und Diplomarbeiten sowie Promovenden, die für die Arbeit des Institutes unverzichtbar sind und denen an dieser Stelle ein besonderer Dank ausgesprochen werden soll.

Die Struktur des Institutes sieht weiter die Zweiteilung einerseits in den Bereich Epidemiologie, Messmethodik und Evaluation, der von Frau Dr. Constanze Lessing geleitet wird, und andererseits den Bereich PSI, der vom Institutsdirektor geleitet wird, vor. Frau Dr. Lessing nimmt seit 01. Juni 2010 außerdem die Position der Stellvertretenden Institutsdirektorin ein. Im Bereich Epidemiologie, Messmethodik und Evaluation sind weiter Dr. Lux, der derzeit schwerpunktmäßig das Projekt zur Evaluation der APS-Empfehlung zur Vermeidung von Patientenverwechslungen bearbeitet, und Frau Kolbe (High5s) beschäftigt. Die Koordination der PSI-Gruppe wird seit dem Weggang von Frau Kuske von Frau Maass wahrgenommen, hier sind zusätzlich Frau Passauer-Baierl und Frau Stockmann tätig. Die Koordination des Institutes im Sinne einer Teamorganisatorin wird weiter in mittlerweile schon bewährter Form von Frau Karin Diwo wahrgenommen, die hier eine sehr wichtige Rolle inne hat. Wegen der erheblichen räumlichen Enge ist eine Ausweitung der räumlichen Ressourcen unvermeidbar geworden, und nach umfangreichen Bemühungen war es möglich, zum 1. Oktober 2010 Räume in den nahegelegenen Gebäuden der Medizinischen Poliklinik in der Wilhelmstraße zu beziehen, die aber auf Kosten des Institutes eingerichtet werden mussten. Diese Räumlichkeiten stehen bis zum Sommer 2011 zur Verfügung, man muss dann sehen, wie weitere Lösungen gefunden werden können.

Durch die unvermindert hohe Relevanz des Themas Patientensicherheit in der öffentlichen Wahrnehmung und die Verbindung mit dem Thema Versorgungsforschung, das auf der politischen Ebene in kurzer Zeit eine erhebliche Bedeutung erlangt hat, nicht zuletzt aber auch durch die Wieder-Berufung des Institutsdirektors in den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und seine Wahl zum Stellvertretenden Vorsitzenden dieses Gremiums ist die Außenwahrnehmung des Institutes erfreulich hoch. Dies schlägt sich in zahlreichen Anfragen nieder, die nicht nur auf institutioneller Ebene, sondern in erheblichem Maße auch in Anhörungen, Gremien und Beratungen der gesetzgebenden Strukturen auf Länder- und Bundesebene sowie der Selbstverwaltung an das Institut gerichtet werden. Inhaltlich passt das gut zusammen, denn auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren ganz oben, genauso wie Ansätze zur regionalen Versorgung (siehe SVR-Gutachten 2009), die auch im Institut im PSI-Projekt unter dem Begriff area-Indikatoren eine zentrale Rolle spielen. Da in spätestens drei Jahren

die Weiterfinanzierung des Institutes für Patientensicherheit auf der Agenda steht, ist diese Aufmerksamkeit sehr zu begrüßen, wenn auch die Bewältigung der wissenschaftlichen und Lehraufgaben auf der einen Seite und die Außendarstellung im politischen Raum auf der anderen Seite eine hohe Anforderung an Präsenz und Koordination erfordern. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Institutes wird eine hohe Arbeitsdichte und Arbeitsbelastung zugemutet (gerade wenn man die zusätzliche Belastung durch den Kongress Ende September mitberücksichtigt), und der ausdrückliche Dank dafür ist nur zu betonen. Aber die Thematik „Patientensicherheitsforschung“ trägt, das Team wirkt gut zusammen, und die Atmosphäre ist gut. Das Jahr 2011 wird die ersten empirischen Ergebnisse erbringen, die zu vielen Diskussionen führen werden, und sicher zu einigen neuen Projekten.

MS

V.2. Projekt Evaluation

Erhöhung der Patientensicherheit in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens: Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen

Projektleiter:	Prof. Dr. Matthias Schrappe
Wissenschaftliche Mitarbeiter:	Dr. Constanze Lessing Dr. Richard Lux
Gefördert durch:	Bundesministerium für Gesundheit
Projektdauer:	2009-2013
Kontakt:	Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn Dr. Constanze Lessing, constanze.lessing@ukb.uni-bonn.de Dr. Richard Lux richard.lux@ukb.uni-bonn.de

Einleitung

Seit seiner Gründung erarbeitet und veröffentlicht das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Themen dieser Empfehlungen sind z.B. die sichere Identifikation von Patienten, das Vermeiden unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet oder der sichere Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln. Die APS-Handlungsempfehlungen verstehen sich als praktische Handlungsanleitung für die in der Gesundheitsversorgung Tätigen. Forschungsbedarf besteht hinsichtlich ihrer Umsetzung und Anwendung im Versorgungsalltag. Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen nach der wissenschaftlichen Güte der Empfehlungsinhalte sowie ihrer Akzeptanz, Machbarkeit und Wirksamkeit.

Projektziel

Ziel des Forschungsprojekts ist es, ein strukturiertes Verfahren zur

- 1) Erarbeitung,
- 2) Verbreitung,
- 3) Implementierung,
- 4) Pilotierung

5) und kontinuierlichen Evaluation der Handlungsempfehlungen zu entwickeln und dieses in der Praxis umzusetzen.

Ergebnisse

In den ersten 24 Projektmonaten wurden insgesamt acht APS-Arbeitsgruppen wissenschaftlich begleitet und bei der Erarbeitung neuer Handlungsempfehlungen unterstützt. Ein Konzept zur Initiierung weiterer Empfehlungen wurde erarbeitet. Eine Studie zur Evaluation der APS-Empfehlung „Sichere Patientenidentifikation“ startet im Januar 2011.

Neue APS-Handlungsempfehlungen und neue APS-Arbeitsgruppen

Anfang 2010 hat die AG „Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet“ die Empfehlung *„Jeder Tupfer zählt“* veröffentlicht. Ein Flyer, ein OP-Plakat und ein Glossar beschreiben Standards und Techniken zur Durchführung teambasierter Zählkontrollen vor, während und nach einer Operation.

Im Rahmen des Versorgungsforschungskongresses 2010 hat die AG „Informieren–Beraten–Entscheiden“ das Infoblatt *„Tiefer Venenthrombose vorbeugen“* präsentiert. Die Information richtet sich an Patienten, die nach einer Operation oder Verletzung in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt sind. Patienten werden für prophylaktische Maßnahmen sensibilisiert, mit denen sie einer tiefen Venenthrombose aktiv vorbeugen können. In Vorbereitung ist eine deutschsprachige Kampagne, die Patienten ermutigen soll, zu ihrer Sicherheit im Krankenhaus aktiv beizutragen, z.B. durch wiederholtes Nachfragen vor Untersuchungen und Therapiemaßnahmen.

Zum Ende des Jahres 2010 wird die AG Arzneimitteltherapiesicherheit eine Empfehlung zur *Vermeidung von Fehlern bei wöchentlicher Gabe von Methotrexat* veröffentlichen. Die Empfehlung bildet den Auftakt zu einer neuen Veröffentlichungsreihe (nächstes Thema: versehentliche intrathekale Gabe von Vincristin) über Hochrisikoarzneimittel in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Im Jahr 2010 neu gegründet wurden die Arbeitsgruppen „Bildung und Training“ sowie „Patientensicherheit im Alter – Sturzprävention im Krankenhaus“.

Initiierung weiterer Themen für die APS-Arbeitsgruppen

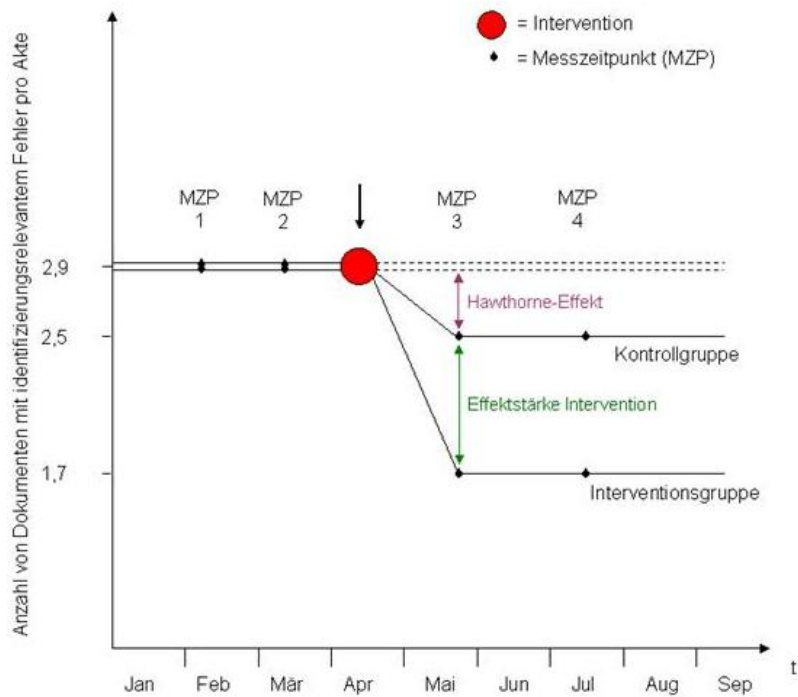
Um die APS-Arbeitsgruppen weiter professionell zu stärken, wurde ein Leitfaden entwickelt und auf der diesjährigen APS-Mitgliederversammlung erstmals vorgestellt. Der Leitfaden erläutert die Arbeitsweise der APS-Arbeitsgruppen und stellt den Prozess der Erarbeitung und Verbreitung von Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit in 5 Phasen dar (Phase 1: Gründung und Konstituierung einer Arbeitsgruppe, Phase 2: Erarbeitung eines Empfehlungsentwurfs, Phase 3: Verabschiedung, Phase 4: Veröffentlichung, Phase 5: Aktualisierung). In einem Anhangsteil sind praktische Hilfen zur Organisation, Erarbeitung, Gestaltung und Veröffentlichung von Empfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit zusammengefasst.

Patientensicherheitsziele

Um weitere dringliche Themen, die einer Bearbeitung durch das APS bedürfen, systematisch anzugehen, wurde eine Themenvorschlagsliste erarbeitet, die bis Frühjahr 2011 durch den APS-Vorstand und die APS-Mitglieder kommentiert wird. Diese Liste basiert auf einer systematischen Recherche von Aktionsplänen und Handlungsprogrammen von 20 internationalen Patientensicherheitsorganisationen. Ziel ist es, die Ergebnisse der Kommentierung auf der nächsten Jahrestagung 2011 zu präsentieren und daraus ein Arbeitsprogramm für die Jahre 2011 bis 2013 abzuleiten.

Evaluationsstudie

In einer Reihe von empirischen Studien werden ausgesuchte APS-Empfehlungen im Forschungsprojekt pilotiert und evaluiert. Die erste Studie widmet sich der Evaluation der APS-Empfehlung zur sicheren Patientenidentifikation aus dem Jahr 2008. Die Studie wurde durch das Institut für Patientensicherheit konzipiert und in Bonn und Berlin 2010 pilotiert. Die auf ein Jahr angelegte Hauptstudie beginnt im Januar 2011. Das Institut für Patientensicherheit führt diese Studie in Kooperation mit Vivantes an vier Berliner Krankenhäusern durch. Da diese Empfehlung bereits veröffentlicht und disseminiert ist, besteht die untersuchte Intervention in einer zusätzlichen, auf den Inhalten der Empfehlung basierenden, spezifischen Schulung und einer nochmaligen gezielten Implementierung der Inhalte. Es handelt sich um eine randomisierte Studie im Time Series Design mit einer Stratifizierung nach Krankenhaus und Fachgebiet (operativ vs. konservativ).



Studien-Design mit Time-Series-Messung

Im Rahmen der Studie wird die Hypothese geprüft, dass eine intensiverte Schulung der APS-Empfehlungsinhalte geeignet sei, das Risiko der Patientenverwechslung, gemessen an fehlerhaften Identifizierungsmaßnahmen, zu vermindern. Als primärer Endpunkt wird die Dokumentationsqualität in den Krankenakten verwendet, weiterhin werden die Patienten zur auf ihre Identifikation gerichteten Kommunikation befragt.

Die Planungen zur nächsten Studie zum Thema „Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet“ beginnen im Januar 2011.

CL/RL

V.3. High 5s-Projekt

Action on Patient Safety „High 5s“

Projekträger:	Konsortium bestehend aus Joint Commission International als Führungsorganisation und nationale Organisationen (Lead Technical Agencies) Leading Agency für Deutschland: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. in Zusammenarbeit mit ÄZQ
Projektleiter:	Dr. Christian Thomeczek, ÄZQ Dr. Constanze Lessing, IfPS
Gefördert durch:	Bundesministerium für Gesundheit
Projektdauer:	2009 - 2012
Kontakt und Information:	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), high5s_germany@azq.de Magdalena Kolbe, IfPS, magdalena.kolbe@ukb.uni-bonn.de
Internet:	www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html www.high5s.org

Im Jahr 2006 initiierte die WHO das Projekt „High 5s“: Ursprüngliche Intention des Projektes war die Verbesserung von fünf schweren Patientensicherheitsproblemen in fünf Ländern über fünf Jahre. In mittlerweile sieben Ländern sollen zunächst drei schwere Patientensicherheitsprobleme durch Implementierung von standardisierten Handlungsempfehlungen (SOP = Standard Operating Procedures) verbessert werden. Diese Handlungsempfehlungen sind Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, Management von konzentrierten injizierbaren Medikamenten und Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess (Medication Reconciliation). In Deutschland wurde mit der Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen begonnen; an diesem Modul nehmen bislang 18 Krankenhäuser teil. Das High 5s Projekt wird in Deutschland gemeinsam vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) durchgeführt.

Koordiniert von der WHO und der Joint Commission International (JCI) arbeiten die teilnehmenden Länder in einer multinationalen Lerngemeinschaft zusammen. Mittels regelmäßiger Telefonkonferenzen und über die internationale Projekt-Webseite (www.high5s.org) findet ein Erfahrungsaustausch zwischen den Lead Technical Agencies statt. Die Webseite dient außerdem als Informationsmanagementsystem. Jedes Land verfügt über einen zugangsgeschützten Bereich, in dem die anonymisierten und aggregierten Daten für jedes

Krankenhaus von der LTA-APS/IfPS eingegeben werden. Die krankenhausspezifischen Daten sind gesondert zugangsgeschützt und können nur von den registrierten Mitarbeitern des jeweiligen Krankenhauses eingesehen werden. Seit November 2010 können sich die High 5s-Krankenhauskoordinatoren auf der speziell an Deutschland angepassten Internetplattform der High 5s-Homepage austauschen, sowie Informationen, Auswertungsergebnisse und Implementierungsmaterialien downloaden.

Unter dem Motto „Gemeinsam lernen“ werden Implementierung und Wirksamkeit der genannten SOPs evaluiert. Das Studiendesign von „High 5s“ ist dabei vor allem auf die Überprüfung der Machbarkeit einer Implementierung von SOPs in mehreren Nationen mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen ausgerichtet. Das Evaluationskonzept umfasst zum einen die Erhebung quantitativer Daten in Form von SOP-spezifischen Indikatorensets und zum anderen die Erfassung qualitativer Daten bzgl. individueller Implementierungserfahrungen in den teilnehmenden Krankenhäusern. Zudem ist im Rahmen des internationalen Projektes die Durchführung von Analysen von Zwischenfällen oder Beinahe-Ereignissen vorgesehen. Diesbezüglich konnten die teilnehmenden Häuser in Deutschland im November 2010 ein Seminar zur Durchführung von systematischen Fallanalysen in Anspruch nehmen. Außerdem haben fünf Krankenhäuser eine Sicherheitskulturbefragung ihrer Mitarbeiter anhand der deutschen Version des Instrumentes „Hospital Survey on Patient Safety Culture“ der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) durchgeführt. Dafür erhalten sie eine differenzierte Auswertung. Eine Anschubfinanzierung für die internationale Koordinierungstätigkeit erfolgte durch die WHO, die AHRQ sowie den Commonwealth Fund. Das Projekt läuft voraussichtlich bis Ende 2012, die Projektumsetzung in Deutschland wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.

Jedes Land verfügt über eine projektdurchführende Organisation, die sogenannte Lead Technical Agency (LTA). Diese ist für die Koordination, Betreuung und Unterstützung der Krankenhäuser bei der SOP-Implementierung und der Datensammlung auf nationaler Ebene zuständig. In Deutschland teilen sich das APS bzw. das Institut für Patientensicherheit (IfPS) der Universität Bonn und das ÄZQ die LTA-Funktion: Das ÄZQ ist für die inhaltliche und organisatorische Betreuung der Implementierungsaktivitäten zuständig, z.B. die Rekrutierung der Krankenhäuser, die Klärung von inhaltlichen / organisatorischen Fragen der Krankenhausvertreter, die Organisation von Schulungen, die Übersetzung der Materialien, etc. Das APS/ IfPS übernimmt die Betreuung aller Evaluationsaktivitäten, z. B. die technische Betreuung der Datenerfassung und -eingabe, die Überprüfung der Daten auf Plausibilität und Anonymität etc. Vom APS/ IfPS wurde eine MS-Access-Datenbank konzipiert, in der alle im Projekt erhobenen Daten archiviert werden. Das Datenverarbeitungsmodell umfasst das Auslesen von sowohl elektronischen als auch Papierformularen, das Archivieren in der Projektdatenbank und die Weiterverarbeitung bzw. Auswertung, z. B. die Berechnung von SOP-spezifischen Indikatoren.

Der Auswertung der eingelesenen Datensätze ist eine zweistufige Qualitätsüberprüfung vorangestellt. Im ersten Schritt werden die Papierformulare per spezialisierter Formularverarbeitungssoftware ausgelesen und

anschließend hinsichtlich ihrer Plausibilität geprüft. Für auftretende widersprüchliche Angaben sind entsprechende Entscheidungsregeln definiert. Im nächsten Schritt werden die Datensätze in der Projektdatenbank archiviert und einer Vollständigkeitsanalyse unterzogen.

Nachdem die Datenqualitätsüberprüfung abgeschlossen ist, werden zunächst die SOP-Kennzahlen aggregiert und darauf basierend die High 5s-Indikatoren automatisiert berechnet. Hierfür wurden die international vorgegebenen Algorithmen mittels Programmcode in der Accessdatenbank hinterlegt. Für die variierenden Erhebungsformulare (zusätzliche Items etc.) der einzelnen Krankenhäuser müssen die Algorithmen entsprechend angepasst werden. Die berechneten Indikatoren werden vom APS/ IfPS monatsweise für jedes Projekt Krankenhaus in dem jeweils geschützten Bereich des High5s-Informationssystem eingegeben. Dort können die Krankenhäuser ihre eigenen Daten im monatlichen Verlauf abrufen.

Im Rahmen der Rekrutierung deutscher Projekt Krankenhäuser führte das ÄZQ im Herbst 2009 eine Präferenzabfrage hinsichtlich der zu implementierenden SOP durch. Der Großteil der Projekt Krankenhäuser entschied sich, zunächst mit der SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen zu beginnen. Im Dezember 2009 bzw. Januar 2010 fanden Einführungsworkshops zu dieser SOP statt. Ziel dieser Veranstaltung war es, über das Projekt zu informieren und die Einschätzungen der Teilnehmer bezüglich der international zur Implementierung und Evaluation vorgeschlagenen Instrumente und Strategien einzuholen, um darauf aufbauend die Projektkomponenten praxistauglich in das deutsche System integrieren zu können. Im März 2010 erfolgte eine „Train-the-Trainer“ Schulungsveranstaltung. Hier wurden die an die nationalen Bedürfnisse angepassten Datenerfassungsinstrumente sowie die Implementierungshilfen vorgestellt, die den Projekt Krankenhäusern für interne Schulungen zur Verfügung gestellt werden. Ergänzt wurde dies um einen ersten Erfahrungsbericht aus der Prätestphase. Bis Ende September 2010 lief der Prätest an dem Klinikum Coburg GmbH und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Im Rahmen des Prätests wurden die Instrumente der Datenerfassung und -übermittlung erprobt. Zu Beginn des vierten Quartals 2010 startete die Implementierung und Datensammlung in allen 18 Krankenhäusern. Die anderen beiden SOPs werden nach der Rekrutierung von Projekt Krankenhäusern sukzessive eingeführt. Die als nächstes anstehende SOP Medication Reconciliation ist derzeit in Planung. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist im Anschluss des Projektes vorgesehen.

MK

V.4. Krankenhausbefragung

Projekträger:	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Projektleiter:	Dr. Jörg Lauterberg, bis 31. Mai 2010 Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, seit 1. Juni 2010 AOK Bundesverband
Gefördert durch:	AOK Bundesverband
Projektdauer:	2009 - 2010
Kontakt und Information:	Dr. Jörg Lauterberg, AOK-Bundesverband, joerg.lauterberg@bv.aok.de

Das nunmehr in der Auswertungs- und Publikationsphase befindliche Projekt verfolgt zwei Ziele: Zum einen soll erstmalig eine detaillierte nationale Erhebung in allen deutschen Krankenhäusern zum Einführungsstand des klinischen Risiko-Managements stattfinden. Zum anderen soll die Weiterentwicklung der Krankenhäuser auf diesem Gebiet dadurch gefördert werden, dass jedes teilnehmende Haus auf Wunsch einen individuellen Report erhält, aus dem der eigenen Stand insbesondere im Vergleich mit Häusern von ähnlicher Größe und Versorgungstyp hervorgeht.

Das eingesetzte und einem ausführlichen Pretest unterzogene Instrument fragte in Anlehnung an einen Fragebogen, den die ETH Zürich und die Hochschule Luzern 2007 in der Schweiz für eine dortige nationale Erhebung entwickelt haben, auf detailliertem Niveau nach

- den Strategien, Zielen und Strukturen des kRMs,
- der Nutzung externer Unterstützung und Beratung,
- den Methoden der Risikoinformationssammlung,
- dabei speziell nach CIRS (Critical Incident Reporting System),
- Verfahren der Analyse von klinischen Risiken,
- konkreten Maßnahmen zur Verminderung von Risiken,
- Methoden der Risikoüberwachung,
- der Dokumentation und Darlegung der kRM-Aktivitäten,
- Verbesserungs- und Fortbildungsbedarfen sowie
- erkannten klinischen Risikoschwerpunkten.



Unterstützt wurde die von Öffentlichkeitsarbeit begleitete Befragungsstudie vom APS sowie der Bundesärztekammer, dem Deutschen Pflegerat und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das Projekt wurde dem APS im Rahmen der Förderung des Instituts für Patientensicherheit vom AOK-Bundesverband in Auftrag gegeben und finanziert.

Ab Mitte März 2010 wurden in insgesamt drei Befragungswellen bis Juli 1820 Krankenhäuser befragt, von denen 484 zur Teilnahme gewonnen wurden. Die Teilnehmer sind neben 15 Universitäts-Kliniken 40 psychiatrische Krankenhäuser unterschiedlicher Größe sowie 234 Allgemein-Krankenhäuser mit 50-299 Betten, 146 Häuser mit 300 – 599 Betten und 49 Häuser mit mehr als 600 Betten. 264 Teilnehmer wählten als Antwortweg die zusammen mit der Firma Global Park realisierte Online-Antwortmöglichkeit im Internet und 220 schickten einen ausgefüllten Papierfragebogen zurück. Die individuellen Feed-Back-Reports wurden im September 2010 erstellt und vom Deutschen Krankenhaus-Institut (Vertrauensstelle, technischer Partner) an die teilnehmenden Krankenhäuser verschickt.

Ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung

- Die Krankenhäuser verfügen in 59% der Fälle umfassend (27%) oder teilweise (32%) über eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das klinische Risiko-Management. 26 % haben keine verbindliche Strategie oder planen erst deren Entwicklung (16%).
- 39% der teilnehmenden Krankenhäuser haben eine, 37 % mehrere Personen in zentraler Funktion beschäftigt, die sich im Durchschnitt mit der Hälfte Ihrer Arbeitszeit um die Umsetzung des klinischen Risiko-Managements bemühen. Organisatorisch sind sie zumeist ganz (54%) oder teilweise (27%) im Qualitätsmanagement angesiedelt.
- 73% der Teilnehmer geben an, dass es in ihrem Krankenhaus Fallkonferenzen oder Besprechungen gibt, in denen kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler zum Thema gemacht werden. Nur in 23% der Häuser finden solche Besprechungen in allen Abteilungen und Kliniken statt, in etwa 60% der Fälle sind die Treffen berufsgruppenübergreifend und mit Beteiligung von klinischem Personal.
- Informationen über Patienten gefährdende Risiken gewinnen die Kliniken besonders häufig durch die Analyse von Abrechnungsdaten und Daten der externen Qualitätssicherung (84%) und eigener Kennzahlen wie interner Komplikationsstatistiken (85%). Krankenaktenanalysen (51%) werden weniger und meist unsystematisch zur Informationsgewinnung genutzt.

- Ein eigenes CIRS (Critical Incident Reporting System) als Fehlerberichts- und Lernsystem haben 35% systematisch und weitere 13% unsystematisch eingeführt, 19% planen die Einführung in den kommenden 12 Monaten. Im Durchschnitt existiert ein CIRS seit zwei Jahren und pro Jahr gehen im Mittel 50 Berichte ein.
- Bei den 14 abgefragten konkreten Maßnahmen zur Risikobewältigung sagen zum Thema „Einsatz von Checklisten bei Operationen“ (Ziel: Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen) 44% der Teilnehmer, dass sie Checklisten systematisch nutzen, 19% unsystematisch, 11% planen den Einsatz und je 13% haben sich noch nicht damit befasst oder es lediglich diskutiert.
- Unter den selbst erkannten zwei Hauptrisikoschwerpunkten in der Patientenversorgung (Auswahlfrage) sehen die Kliniken mit großem Abstand an erster Stelle mit 46,9% der Nennungen die Schnittstellen der Versorgung (Aufnahme, Entlassung, Abteilungs- und Schichtwechsel). Mit 34,7% folgen in der Rangfolge die Arzneimitteltherapie und mit 32,6% die Krankenhausinfektionen.

Auch wenn die detaillierten Auswertungen der Studie noch nicht abgeschlossen sind, zeigen die Ergebnisse, dass das Thema klinisches Risiko-Management im stationären Bereich in die Planung und noch häufiger bereits in die Umsetzung gekommen ist. Dieser positive Weg, den viele Krankenhäuser bereits beschritten haben, sollte auch weiter durch Ergebnisse und Erkenntnisse einer hochwertigen Patientensicherheitsforschung flankiert und unterstützt werden. Die erste Übersichtspublikation der Befragungsergebnisse ist für das erste Quartal 2011 geplant.

JL

V.5. Projekt PSI

Validierung, Anwendung und Populationsbezug von Patientensicherheitsindikatoren: Internationaler Status und Spezifizierung für das deutsche Gesundheitswesen

Projektträger:	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Projektleiter:	Professor Dr. Matthias Schrappe Christina Maass
Gefördert durch:	Bundesministerium für Gesundheit
Projektdauer:	2009 – 2013
Kontakt und Information:	Prof. Dr. Matthias Schrappe, Institut für Patientensicherheit (IfPS) Universität Bonn matthias@schrappe.com Christina Maass, IfPS, christina.maass@ukb.uni-bonn.de

Einleitung

Im Rahmen des Konzepts 2013 des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. wurde 2009 das Patientensicherheitsindikatorenprojekt (PSI-Projekt) ins Leben gerufen.

Patientensicherheitsindikatoren sind Kennzahlen, die relevante (vermeidbare) unerwünschte Ereignisse in der medizinischen Versorgung indirekt vorhersagen. Auf internationaler Ebene werden Qualitäts- bzw. Patientensicherheitsindikatoren bereits seit den 80er Jahren entwickelt. In Deutschland werden wenig später Indikatoren speziell für den stationären Sektor konzipiert, sodass im Jahre 2006 alle inländischen Krankenhäuser nach SGB V verpflichtet werden, Daten für die externe Qualitätssicherung zu erfassen und für die Berechnung von Qualitätsindikatoren in 26 Versorgungsbereichen zur Verfügung zu stellen. Auch die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen unterstützen im darauffolgenden Jahr die Entwicklung insbesondere sektorübergreifender PSI-Sets. Darüber hinaus wird diese Richtung im Rahmen des „Aktionsplans 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit (AMTS) in Deutschland“ verfolgt.

Die Kernfragestellung des Projekts lautet: Welche PSI können auf Leistungserbringer- und populationsbezogener Ebene für das deutsche Gesundheitswesen empfohlen und welches Verfahren kann zur Anpassung und kontinuierlichen Fortentwicklung dieser PSI vorgeschlagen werden?

Methode

Ziel des Projekts ist die Identifizierung und Bewertung von PSI auf leistungserbringer- und populationsbezogener Ebene. Die Spezifizierung, Validierung und Anwendbarkeit für das deutsche Gesundheitswesen sowie die Entwicklung eines Verfahrens zur Anpassung und kontinuierlichen Fortentwicklung dieser PSI stehen dabei im Zentrum der Untersuchung.

Ausgangspunkt ist ein systematischer Review zur Identifizierung von PSI via einer internationalen Medline- und Organisationenrecherche. Die PSI werden anhand des Schweregrades des mit ihnen assoziierten unerwünschten Ereignisses (UE) beurteilt und als Untergruppe allgemeiner Qualitätsindikatoren bestimmt. Beispielsweise wird ein Indikator in das PSI-Set aufgenommen, wenn sich das Ziel des Indikators auf vermeidbare UEs bezieht, deren Schweregrad in die Kategorie „schwer“ oder „tödlich“ fällt. Orientiert am Handlungsbedarf für die medizinische Versorgung in Deutschland und an verschiedenen wissenschaftlichen Gütekriterien werden die PSI anhand eines kriterienbasierten Filterverfahrens bewertet und priorisiert. Auf dieser Grundlage sollen die PSI im Folgenden mithilfe eines zweistufigen Delphi-Verfahrens validiert und auf deren Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen, insbesondere im Setting Krankenhaus, geprüft werden.

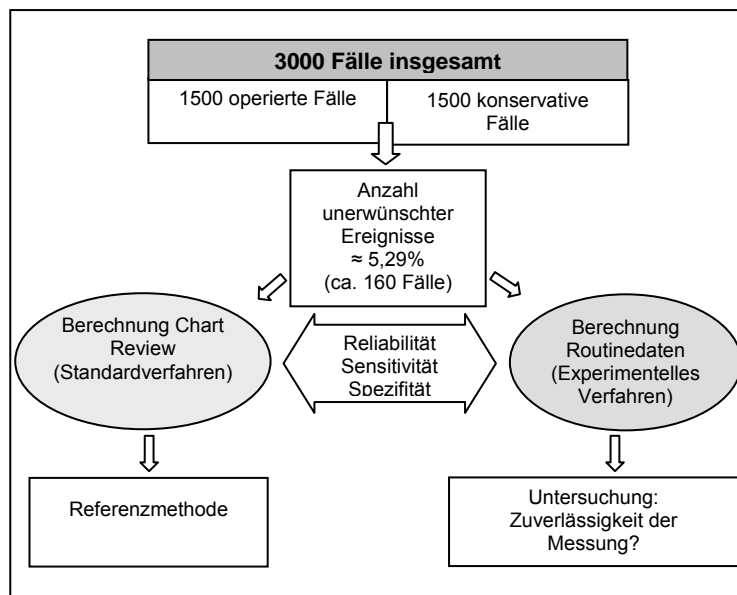
Zusätzlich werden die aus der systematischen Recherche resultierenden PSI in zwei vor der Durchführung stehende empirische Studien einfließen, in denen zum einen die Reliabilität von PSI aus Routinedaten bewertet (Reliabilitätsstudie), zum anderen der Zusammenhang von Prozess- und Ergebnisparametern unter dem Aspekt der Validität (Validitätsstudie) untersucht werden soll.

Ergebnisse

Sowohl der systematische Review zur Identifizierung der PSI als auch die Auswertung der mehr als 3.000 Literaturtreffer der Datenbank Medline und der Literaturergebnisse von mehr als 45 internationalen Organisationen sind bereits erfolgreich abgeschlossen. Als Resultat steht eine computergestützte Datenbank zur Verfügung, in der insgesamt 2.973 PSI identifiziert sind (Version 2009). Es ist möglich, diese Indikatoren nach den Kategorien *Setting*, *Integrierte Versorgung*, *Indikatordimension*, *Funktionalität* und *Epidemiologie* zu filtern, sodass nach Bedarf Indikatoren für wissenschaftliche Fragestellungen abgerufen werden können.

Für die Ermittlung des Handlungsbedarfs in Deutschland konnten zehn Kategorien identifiziert werden. Die Kategorien, die bei der PSI-Bewertung berücksichtigt werden, sind: *Schweregrad*, *Häufigkeit*, *Evidenzbasiertheit*, *Kosten*, *Praktikabilität*, *Interesse der Öffentlichkeit & Politik*, *vulnerable Personengruppen*, *Ausgewogenheit des Settings* und der *Qualitätsdimensionen* sowie die *Repräsentativität*.

Im Jahr 2010 ist das Studiendesign der Reliabilitätsstudie entworfen und alle für die Durchführung notwendigen Schritte initialisiert worden: In drei Krankenhäusern wird retrospektiv an einem definierten Patientenkollektiv mit hoher Prävalenz unerwünschter Ereignisse die Messung von PSI durch zwei Verfahren



verglichen. Als Standardverfahren dient der retrospektive Chart Review, als experimentelles Verfahren die Messung durch in elektronischer Form vorliegende DRG-Routinedaten. Das unerwünschte Ereignis, das dem jeweiligen PSI zugrunde liegt, stellt die Untersuchungseinheit dar, erst in zweiter Linie werden die Ergebnisse auf der Basis der Behandlungsfälle berichtet.

Folgende PSI werden untersucht: *Dekubitus, Ausgewählte Infektionen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung, Postoperative Respiratorische Insuffizienz, Postoperative tiefe Beinvenenthrombose, Nosokomiale Pneumonie, Sekundäres Akutes Nierenversagen (ANV), Myokardinfarkt > 24h nach stationärer Aufnahme und Postoperative Wundinfektion.*

Ausblick

Anfang 2011 wird die Datenerhebung der Reliabilitätsstudie in den teilnehmenden Krankenhäusern starten und bis spätestens Mitte des Jahres abgeschlossen sein.

Neben dem Beginn der Datenerhebung in der Reliabilitätsstudie wird die Entwicklung des Studiendesigns zur Validitätsstudie fertig gestellt und die verschiedenen Erhebungsorte, wie Krankenhäuser und Melderegister, für die Teilnahme an dieser Studie kontaktiert.

CM

VI. Internationale Zusammenarbeit: EUNetPaS

EU-Kommission: Patient Safety and Quality of Care Working Group und Projekt EUNetPaS

Vertreter für Deutschland:	Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin
im Auftrag des:	Bundesministerium für Gesundheit
Projektdauer:	seit 2005
Kontakt:	Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin, g.jonitz@aekb.de Sonja Barth (Diplom-Soziologin), Ärztekammer Berlin, s.barth@aekb.de

Die im Jahr 2005 eingerichtete Arbeitsgruppe „Patient Safety and Quality of Care“ ist auf EU-Ebene beratend für die EU-Kommission tätig. Der Fokus der bisherigen Arbeit liegt auf dem Thema Patientensicherheit, seit 2010 werden mehr und mehr Fragen zum Thema Qualität der medizinischen Versorgung einbezogen. In der „Patient Safety and Quality of Care Working Group“ (PSQCWG) kooperieren Fachexperten aus allen 27 Mitgliedstaaten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat Dr. Günther Jonitz als Experten aus Deutschland benannt, um in dieser Arbeitsgruppe mitzuwirken.

Da das Thema Gesundheitsversorgung jeweils im Zuständigkeitsbereich der 27 EU-Länder selbst und nicht in der Regelungshoheit der EU-Kommission liegt, die europäischen Länder also souverän in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung ihrer Bevölkerungen agieren, liefern die diesbezüglichen Vorgaben auf EU-Ebene lediglich ein Rahmenwerk und haben überwiegend empfehlenden Charakter. So ist auch die *„Empfehlung des Rates zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen“*, die im Jahr 2009 veröffentlicht und von der PSQCWG fachlich vorbereitet wurde, zu verstehen¹. Die Empfehlung spricht zum einen allgemeine Aspekte zur Steigerung der Patientensicherheit an, wie etwa die Bedeutung von Aus-, Weiter- und Fortbildung, adressiert, zum anderen aber speziell die Problematik der therapieassoziierten Infektionen.

Maßgebliches Ziel des Engagements der EU-Kommission auf dem Gebiet der Patientensicherheit ist es, die Kooperation und den Austausch zwischen den Mitgliedsstaaten im Sinne einer Steigerung und auch Angleichung der Versorgungsqualität zu befördern.

Ein zentraler Meilenstein auf diesem Weg war die Durchführung des Projektes European Union Network for Patient Safety – kurz: EUNetPaS^{2,3}. Dieses von der PSQCWG initiierte europäische Projekt widmete sich der

Förderung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit in den EU-Ländern. Basis der Arbeit des Projektes war die Länder übergreifende Vernetzung der Akteure mit dem Ziel, den Informationstransfer zwischen den EU-Ländern zu befördern und Möglichkeiten des aktiven Voneinander-Lernens zu schaffen. Alle 27 EU-Mitgliedsstaaten haben sich an diesem Projekt beteiligt und gemeinsam an Empfehlungen und Lösungsvorschlägen zu den Themen

- Etablierung von Fehlerlernsystemen
- Steigerung der Sicherheitskultur
- Arzneimitteltherapiesicherheit sowie
- Aus-, Fort- und Weiterbildung (Education and Training)

gearbeitet.

Das APS hat sich in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin in der Unterarbeitsgruppe „Education and Training“ engagiert. Als Ergebnis wurde ein Rahmenpapier erarbeitet und konsentiert, das im Hinblick auf die Konzeption, Durchführung, Evaluation und Auswahl von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Patientensicherheit die aus der EU-Perspektive als relevant geltenden Eckpunkte beschreibt.

Alle Ergebnisse der vier Arbeitsschwerpunkte von EUNetPaS können über die Homepage www.eunetpas.eu abgerufen werden.

Für 2011 soll die Kooperation auf EU-Ebene weiter gefestigt werden, u.a. indem EU-Fördermittel für die erweiterte Zusammenarbeit der EU-Kommission mit den Regierungen der EU-Mitgliedsstaaten im Bereich Patientensicherheit und Qualität beantragt werden sollen.

GJ/SB

¹ http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_de.pdf

² EUNetPaS wurde von der EAHC (European Agency for Health and consumers) gefördert. Laufzeit: Februar 2008 - Juli 2010. Die EAHC zeichnet nicht für die Aussagen dieses Berichtes über EUNetPaS verantwortlich.

³ EUNetPaS: <http://www.eunetpas.eu/>

VII. APS-Jahrestagung 2010

VII.1. „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“ 5. Jahrestagung des APS und 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 30. September – 01. Oktober 2010, Bonn

Die Ausrichtung der 5. Jahrestagung des APS und des 9. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung vom 29. September bis 02. Oktober 2010 in Bonn war für das Institut für Patientensicherheit das zentrale Ereignis des Jahres 2010. In den Räumen der Universität Bonn nahmen über 650 (zählende) Teilnehmer das Angebot von über 60 Sitzungen wahr, ein Angebot, das aus den Schnittmengen der praktischen Patientensicherheitsarbeit des APS und der Versorgungsforschung resultierte, letztere koordiniert vom Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF). Im Mittelpunkt standen einerseits die Rahmenbedingungen der Umsetzung und Implementierung der Methoden einer sicheren Patientenversorgung, andererseits neue Ergebnisse aus der Praxis der Patientensicherheit und die Diskussion methodischer Zugänge der Versorgungsforschung, insbesondere unter dem Aspekt der Evaluation und konzeptionellen Fortentwicklung der Patientensicherheitsforschung.

Das APS, gegründet im April 2005, konnte auf seiner 5. Jahrestagung die erste 5-Jahresbilanz seiner Tätigkeit ziehen und gleichzeitig mit der Patientensicherheitsforschung und der studentischen Lehre ein weiteres Standbein fest etablieren, das die praktische und fachliche Arbeit, die politische Bündnisbildung sowie die Management-Dimension des Themas ergänzt. Der Kongress hatte folgende thematische Struktur

Track 1: Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung

Track 2: Sitzungen und Workshops des APS

Track 3: Methodik der Versorgungsforschung

Track 4: Beiträge der klinischen und methodischen Fachdisziplinen

Track 5: Freie Vorträge

und bot der Thematik Patientensicherheit nicht nur im Hauptthema, sondern auch in Track 2 und in den Beiträgen der klinischen methodischen Fachgesellschaften einen breiten Raum. Umfassend konnten die Zukunftsthemen der Patientensicherheit diskutiert werden: Sicherheit in der Versorgung älterer Menschen, chronisch und mehrfach Erkrankter und Psychiatrie. Pünktlich zu diesem 5. Geburtstag des APS stellte das IfPS die sogenannten Krankenhausbefragung vor, die es zusammen mit dem APS, der AOK, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat durchgeführt hat

(siehe ausführlichen Bericht S. 74 ff.) Auf der Basis einer umfassenden Befragung der Deutschen Krankenhäuser zum Umsetzungsgrad des Klinischen Risikomanagements, auf die 484 von 1820 befragten Krankenhäusern (27%) reagierten, konnte zumindest für die Gruppe der antwortenden Krankenhäuser (die sicherlich eine Positivauswahl darstellen) eine Reihe durchaus ermutigender Ergebnisse berichtet werden:

- 59% der Krankenhäuser haben eine schriftlich festgelegte Strategie für das klinische Risiko-Management, 39% haben einen und 37% mehrere Mitarbeiter im Risikomanagement (mindestens halbtags),
- 73% der Krankenhäuser haben Besprechungen für kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler,
- 48% der Krankenhäuser haben ein eigenes CIRS (Critical Incident Reporting System) als Fehlerberichts- und Lernsystem eingeführt,
- 44% der Krankenhäuser nutzen Checklisten zur Vermeidung von Patienten- bzw. Eingriffsverwechslungen,
- als Risikoschwerpunkte geben 47% der Kliniken die Schnittstellen der Versorgung (Aufnahme, Entlassung, Abteilungs- und Schichtwechsel), 35% die Arzneimitteltherapie und 33% die Krankenhausinfektionen an.

Ein weiterer Schwerpunkt bestand natürlich in der 5-Jahresbilanz des APS. Die dazu angesetzte Podiumsdiskussion erschöpfte sich zwar in der Abgrenzung zum Gemeinsamen Bundesausschuss, trotzdem wurde aus der Breite der Beiträge aus dem APS und aus zahlreichen Arbeitsgruppen, Krankenhäusern und – erfreulicherweise – auch zunehmend wissenschaftlichen Ansätzen das enorme Spektrum der Arbeit und Ergebnisse zur Thematik Patientensicherheit derzeit in Deutschland deutlich. Gerade in dieser Hinsicht war es ein gutes Signal, dass 260 Abstracts eingereicht worden waren, das Thema Qualität und Sicherheit scheint (auch) in der Wissenschaft angekommen zu sein. Für die Patientensicherheitspraxis war es wiederum wichtig, dass alle derzeit aktiven Arbeitsgruppen des APS getagt haben: AG Behandlungsfehlerregister, AG Bildung und Training, AG Medizinprodukt-assoziierte Sicherheit, AG Arzneimitteltherapiesicherheit, Vorstellung des Infoblatts "Tiefer Venenthrombose vorbeugen", Vorstellung des APS-Leitfadens für Arbeitsgruppen.

Die zentrale Kontroverse bestand in der Auseinandersetzung zu der Frage, wie viel Evidenz für Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit notwendig ist. Charles Vincent ging in seinem Eingangsreferat darauf ein: einerseits ist „harte“ Evidenz notwendig, um unwirksame oder gar schädliche Methoden zur (angeblichen) Verbesserung der Patientensicherheit identifizieren zu können, andererseits sind viele der „kleinen“ Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit entweder nie evaluiert worden noch können sie alle einzeln evaluiert werden. Die sogenannten „komplexen Interventionen“, z.B. die Einführung einer Checkliste, sind sehr schwer zu evaluieren, verschiedene Designs wurden hierzu diskutiert. Wenn man umgekehrt z.B. durch einen systematischen Review die evidenzbasierten Maßnahmen zu identifizieren versucht, findet man nur solche, bei denen ein finanzielles Interesse zur Durchführung von Studien bestand,

also z.B. medikamentöse Methoden. Prozess- oder Strukturinnovationen (z.B. Team Time Out) sind nur äußerst selten wirklich evaluiert, allerdings gibt es z.B. zur Checkliste durchaus wissenschaftliche Studien, die eine Wirksamkeit nahelegen – die Situation bessert sich, und sie muss sich verbessern.

Das IfPS war (trotz der Tatsache, dass das gesamte „IfPS-Team“ erheblich durch die organisatorische Vorbereitung und Durchführung belastet war) wissenschaftlich sehr präsent, insbesondere auf den Gebieten Epidemiologie und Messmethodik, beim Thema Patientensicherheitsindikatoren und zur Lehre und Ausbildung. Letzterem Thema war eine Frühstückssitzung gewidmet – es bleibt offen, ob der Grad der Teilnehmerbeteiligung zu früher Stunde wirklich der empfundenen Wichtigkeit des Themas entspricht, das sei zumindest kritisch angemerkt.

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF), das im nächsten Jahr schon seinen 10. Geburtstag feiert, stellte den zweiten Teil des „Memorandum III“ zur wissenschaftlichen Methodik der Versorgungsforschung vor (Gesundheitsökonomie, Registerstudien). Insgesamt war ein großes Interesse der Versorgungsforschung an der Thematik Patientensicherheit zu bemerken, was auch verständlich ist, wenn man sich die große Bedeutung, die die Umsetzungsproblematik sowohl im grundsätzlichen Verständnis von Versorgungsforschung als auch in der Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit spielt, vor Augen hält.

Das wissenschaftliche Programm des ersten Tages ging mit drei Festvorträgen zu Ende. Professor Scriba schilderte den Stand und die Notwendigkeit zur Versorgungsforschung. Frau Francois-Kettner schilderte die Vision eines Krankenhauses der Zukunft (und was man in der Realität schon davon finden kann). Und Professor Hoffmann aus Greifswald stellte Versorgungsforschung vor, wie sie reale Auswirkungen hat, z.B. in modernen Ansätzen zur Realisierung der Versorgung in der demographischen Zukunft. Der Kongress endete mit drei Vorträgen im Plenum zum Thema Sicherheitskultur. Unmittelbar zuvor verlieh Professor Pfaff für das DNVF die drei Posterpreise, die von einer Jury unter den vielen guten und hochwertigen Postern ausgewählt worden waren.

Bemerkenswert war die gute Atmosphäre. In der Aula, in der sowohl ein Kaffee zu erhalten war, die (kleine) Industrieausstellung stattfand als auch die Poster aufgehängt waren, konnte man immer einen Gesprächspartner finden. An den Abenden hatte man beim Get Together und vor allem im Kunstmuseum Bonn die Möglichkeit zum persönlichen Austausch (und Kunstgenuss). Durch das Zusammenspiel dieser Faktoren kam ein bemerkenswerter Kongress zustande – hoffen wir, dass der Funke von Qualität und Sicherheit zur Wissenschaft nicht nur gerade einmal übergesprungen ist, sondern zu einer kontinuierlichen „Feuerstelle“ führt.

MS

VII.2. Fotobericht

5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 30. September - 02. Oktober 2010 in Bonn

1. Auftakt Pressekonferenz (Do, 30.09.2010)



Die drei Kongresspräsidenten Prof. H. Pfaff (DNVF e.V.), Dr. G. Jonitz (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.), Prof. M. Schrappe (Institut für Patientensicherheit) vor Beginn der Pressekonferenz.



Mit den Teilnehmern...



...G. Schillinger, H. Pfaff, G. Jonitz, M. Bredehorst, M. Schrappe, B. Metzinger, J.D. Hoppe, H. Francois-Kettner (von links) ergab sich schnell ein ergebnisreicher und inhaltsvoller Austausch.

2. Sitzungen und Vorträge



Die offizielle Kongresseröffnung:



Begrüßungsworte der Kongresspräsidenten H. Pfaff, M. Schrappe und G. Jonitz (oben v.l.) sowie M. Bredehorst, Prof. T Klockgether, H. Pfaff und J.D. Hoppe (unten rechts, v.l.).



"Evidence for improvement in patient safety: the international perspective" – Ehrengast Charles Vincent aus London (Mitte) fesselte das Publikum.



5 Jahre APS – APS in fünf Jahren":
H. Loskill (links) nimmt aus der Patientenperspektive, R. Hess (rechts) aus der Sicht des GBA Stellung.

Bei der Vorbereitung eines Vortrags: J. Lauterberg (APS) und H. Francois-Kettner (APS).



Podiumsdiskussion (Fr, 01.10.2010)

Diskussionsteilnehmer: R. Hess (G-BA), H. Müller (WINEG), R.U. Schlenker (Barmer GEK), G. Jonitz (APS), H. Loskill (DBR), V. Lux (Uniklinik Köln, Pflegedirektorin).
Moderation: J. Schulte-Loh (WDR).

Foto links: D. Conen (APS) am Mikro.

Foto unten: G. Jonitz, H. Müller, H. Loskill.



Posterführungen in der Aula (links, Mitte)...



...und Prof. H. Pfaff bei der Verleihung eines Posterpreises (rechts).

3. Neben dem offiziellen Programm: Gesellschaftsabend, Pausen und Verpflegung



Der Gesellschaftsabend im Kunstmuseum Bonn. Kongresspräsident Prof. M. Schrappe eröffnet das Buffet (links) und erhält dankende Worte für die Organisation von Co-Präsident Prof. H. Pfaff (rechts, v.l.: K. Diwo (IfPS), H. Pfaff, M. Schrappe).

Die Aula: der kommunikative Ort der Information und Verpflegung.



Das Buffet war stets begehrt und am Abend auch der Ausschank.



Pause muss sein. Diese drei Hilfskräfte haben sich ihren Kaffee verdient.

Der Kongressorganisator T. Hübner (m:con) mit Prof. M. Schrappe.

Zwei IfPS Mitarbeiterinnen mit C. Wiebe-Franzen (rechts im Bild, APS und Kongresses-Mitorganisation).

VW

VIII. Das APS auf Tagungen, Kursen und Kongressen (unvollständige Liste)

16.01.2010	Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.	Prof. M. Schrappe	Frankfurt
25.01.2010	Gemeinsamer Bundesausschuss	Prof. M. Schrappe	Berlin
27.01.2010	DPR Mitgliederversammlung	H. Francois-Kettner	Berlin
11.02.2010	VPU-Tagung	H. Francois-Kettner	Berlin
24.02.2010	Deutscher Interdisziplinärer Notfallkongress	Prof. H. Siebert	Wiesbaden
20.03.2010	1. Oberlausitzer Symposium	H. Francois-Kettner	Bischofswerder
13.04.2010	Fachhochschule Bielefeld	Dr. J. Lauterberg	Bielefeld
15.04.2010	Gesundheitsausschuss des Deutschen Städtetags	Prof. M. Schrappe	München
05.-07.05.2010	Hauptstadtkongress	Prof. M. Schrappe	Berlin
05.-07.05.2010	Hauptstadtkongress – Pflegekongress	H. Francois-Kettner	Berlin
05.-07.05.2010	Hauptstadtkongress – Pflegekongress	Prof. D. Hart	Berlin
11.05.2011	Veranstaltung „Patientenorientiertes Pflegemanagement“	Prof. D. Hart	Hamburg
17.05.2010	Hessisches Ministerium für Arbeit, Soziales und Familie	Prof. M. Schrappe	Wiesbaden
17.06.2010	Bundesverband Deutscher Privatkliniken	Dr. G. Jonitz	Berlin
23.-25.06.2010	Anwenderkurs „Patientensicherheit lernen“	H. Loskill	Attendorn
06.07.2010	Barmer GEK	Prof. M. Schrappe	Berlin
09./10.09.2010	EU-Ministerialkonferenz	Dr. G. Jonitz	Brüssel
16.09.2010	Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin e.V.	Prof. M. Schrappe	Berlin
17.09.2010	Expertenkonferenz der Universität Witten/Herdecke	Prof. D. Hart	Witten
29.09.-02.10.2010	5. Jahrestagung und 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	alle Vorstandsmitglieder AG-Leiter Mitglieder	Bonn

12.10.2010	1. Bayerisches Forum Patientensicherheit	Dr. J. Lauterberg	München
24.10.2010	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2010	Prof. H. Siebert	Berlin
28.30.10.2010	Fallanalyse-Seminar „Patientensicherheit lernen“	C. Wiebe-Franzen	Berlin
29.10.2010	Landesärztekammer Niedersachsen	Prof. M. Schrappe	Hannover
02.11.2010	AOK-Bundesverband	Dr. G. Jonitz Dr. J. Lauterberg	Berlin
13.11.2010	20. Anästhesietage	Dr. G. Jonitz	Leipzig
25./26.11.2010	4. Nationaler Qualitätskongress	Prof. M. Schrappe Dr. C. Lessing	Berlin
26./27.11.2010	KTQ-Forum	H. Francois-Kettner Prof. D. Hart Dr. J. Lauterberg Dr. C. Lessing H. Loskill Prof. H. Siebert	Berlin
08.12.2010	31. Dialog eHealth „Aus Fehlern lernen“	R. Klein	Hamburg

IX. Ausblick

Mit dem Blick auf das noch junge Jahr 2011 können wir sicher sein, dass wir auch in diesem Jahr an einigen Meilensteinen in Bezug auf die inhaltliche Arbeit, aber auch bezogen auf die Arbeitsweise und die Infrastruktur des APS zu arbeiten haben. Unsere Jahrestagung 2011 (nähere Informationen auf der folgenden Seite) wollen wir dazu nutzen, einen Überblick zu geben über unsere bisherigen „Meilensteine“ und den Stand unserer vielfältigen Aktivitäten. Nachdem die Jahrestagung 2010 vor allem Fragen der Patientensicherheit auch aus dem Blickwinkel der Versorgungsforschung fokussiert hat, wollen wir in diesem Jahr den Akzent auf die praktische Arbeit des APS setzen.

Das Programm wird sich in diesem Jahr auf den Kern des APS konzentrieren: die Themen und die Arbeit der APS-Arbeitsgruppen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Aktivitäten des IfPS. Wir möchten uns zum einen Zeit nehmen, das bisher Geleistete zu konsolidieren. Zum anderen soll es auch darum gehen, im Gespräch mit den Tagungsteilnehmern auszuloten, wohin sich die behandelten Themen und sowohl die Arbeit als auch die Arbeitsstruktur des APS entwickelt haben bzw. entwickeln sollten.

In der direkt im Anschluss an die Jahrestagung stattfindenden Mitgliederversammlung wird ein wichtiger Punkt die Wahl der Vorstandsmitglieder für die Wahlperiode 2011 - 2013 sein. In vielen Lebensbereichen ist es so, dass der Erfolg von Aktivitäten in zentralem Maße davon abhängt, mit welchem Engagement und mit welcher Überzeugung sich die jeweiligen Menschen als Botschafter und Realisierer dafür einsetzen. So ist es auch beim APS. Es würde mich also freuen, wenn Sie die zukünftige Arbeit des APS aktiv mitgestalten, sich an der Mitgliederversammlung beteiligen und Ihre Vorschläge und Ihr Votum bezogen auf die Vereinsarbeit einbringen.

Nehmen Sie als Interessierte an der Jahrestagung teil! Gestalten Sie als Vereinsmitglied IHR APS mit!

GJ



6. Jahrestagung und Mitgliederversammlung

**am 13. Mai 2011
9:00 Uhr – 17:00 Uhr**

in Berlin

**in der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin**

„Patientensicherheit - Lösungen für die Praxis“

Jahrestagung (9:00 Uhr – 14:00 Uhr) mit

- Berichten aus den APS-Arbeitsgruppen
- Bericht aus dem Institut für Patientensicherheit
- Workshops zu praxisrelevanten Themen

Mitgliederversammlung: 14:30 Uhr – 17:30 Uhr

Kostenbeitrag: 25,00 € für APS-Mitglieder / 50,00 € für Nicht-Mitglieder

Bitte mit der Anmeldung überweisen auf das Konto des
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Sparkasse Köln Bonn, BLZ 37050198
Kontonummer 190 239 7528

Die Teilnahme nur an der Mitgliederversammlung ab 14:30 Uhr ist kostenfrei.

Anmeldung bitte bis **18. April 2011** an:

Conny Wiebe-Franzen
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
c/o Institut für Patientensicherheit
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
Fax: 0228 738305
Email: wiebe@aps-ev.de

X. Neue Veröffentlichungen und Materialien

Im Jahr 2010 hat das APS verschiedene Veröffentlichungen und Stellungnahmen herausgegeben, die hier aufgelistet sind. Alle Materialien stehen im Internet unter www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de auf der Homepage des APS öffentlich oder im geschlossenen Mitgliederbereich, zu dem nur APS-Mitglieder mit einem Login Zugang haben, zum Download zur Verfügung.

- **Informationsmaterialien**
 - Broschüre „Das Aktionsbündnis Patientensicherheit – Struktur, Aufgaben Ziele“
 - „Leitfaden für APS-Arbeitsgruppen zur Erstellung und Verbreitung von Handlungsempfehlungen“

- **Handlungsempfehlungen der APS-Arbeitsgruppen**
 - Handlungsempfehlungen „Jeder Tupfer zählt“ zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet
 - Patienteninformation „Tiefer Venenthrombose vorbeugen“

- **Stellungnahmen**
 - Stellungnahme des APS zu Checklisten im Gesundheitswesen
 - Stellungnahme des APS zum Patientenrechtegesetz (PatRG)

- **Presseerklärung**
 - gemeinsam mit dem BMG zur Übernahme der Schirmherrschaft über das APS durch Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler

Glossar

Patientensicherheit

(engl.: patient safety)

wird definiert als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse

Unerwünschtes Ereignis (UE)

(engl.: adverse event):

ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (VUE)

(engl.: preventable adverse event):

ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist

Kritisches Ereignis

(engl.: critical incident):

ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht

Fehler (F)

(engl.: error)

eine Handlung oder ein Unterlassen bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant

Beinahe-Schaden

(engl.: near miss):

ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können

Vorstand

Vorsitzender:

Dr. Günther Jonitz
Ärztammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
g.jonitz@ackb.de

Stellvertretende Vorsitzende:

Hedwig Francois-Kettner
Charité Universitätsmedizin Berlin
Schumannstraße 20/21, 10117 Berlin
francois-kettner@charite.de

Geschäftsführer:

Dr. Jörg Lauterberg
AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
joerg.lauterberg@bv.aok.de

Geschäftsstelle

c/o Institut für Patientensicherheit
der Universität Bonn
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
Tel: +49 228 738366
E-Mail : info@aps-ev.de

Beisitzer:

Prof. Dr. Dieter Conen
Schweizer Stiftung für Patientensicherheit
Buchserstraße, 5001 Aarau (Schweiz)
dieter.conen@bluewin.ch

Prof. Dr. Dieter Hart
Institut für Informations-, Gesundheits- und
Medizinrecht
Universität Bremen
Postfach 33 04 40, 28334 Bremen
hart@uni-bremen.de

Gunhild Leppin M.A., MBA
DRK-Schwesternschaft Berlin e.V.
Mozartstraße 37, 12247 Berlin
g.leppin@drk-schwesternschaft-berlin.de

Hannelore Loskill
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V.
Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf
hloskill@web.de

Prof. Dr. Matthias Schrappe
Institut für Patientensicherheit
der Universität Bonn
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
matthias.schrapp@ukb.uni-bonn.de

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Luisenstraße 58
10117 Berlin
hsiebert@diaksha.de

Vereinssitz: Marburg
Vereinsregister: Amtsgericht Marburg, Registerblatt VR 2276

Bankverbindung : Sparkasse Köln Bonn, BLZ 370 501 98
Kontonummer 190 239 7528
IBAN: DE95 3705 0198 1902 3975 28
BIC: COLSDE33XXX

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de / www.aps-ev.de

Kuratorium

Dr. Andreas Crusius
Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern

Prof. Dr. Jürgen Fritze
Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Dr. Bernhard Gause
Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e.V.

Dr. Matthias Gruhl
Senat für Arbeit, Frauen, Jugend und Soziales
Bremen

Dr. Rainer Hess
Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)

Dr. Hanno Irlé
Deutsche Rentenversicherung Bund

Ricarda Klein
Verband Pflegedirektorinnen der
Universitätsmedizin e.V.

Dr. Rudolf Kösters
Deutsche Krankenhausgesellschaft

PD Dr. Stefan Lange
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen

Dr. Carl-Heinz Müller
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Prof. Dr. Karl Heinz Rahn
Arbeitsgemeinschaften der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Johann-Magnus von Stackelberg
Spitzenverband Bund

Dr. Christian Thomeczek
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(äzq)

Wolfgang Zöllner
Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Beirat

Prof. Dr. Hartwig Bauer
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Dr. Hans Joachim Conrad
Universitätsklinikum Frankfurt

Dr. Maria Eberlein-Gonska
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. Stefan Etgeton
Verbraucherberatung Bundesverband e.V.

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Sana Kliniken GmbH

Prof. Dr. Norbert Klusen
Techniker Krankenkasse

Dr. Rudolf Kösters
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
(AKDÄ)

Prof. Dr. Burkhard Madea
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
Universität Bonn

Prof. Dr. Claudia Spies
Charité Berlin

Institut für Patientensicherheit
der Friedrich Wilhelm-Universität Bonn

Institutsdirektor:

Prof. Dr. Matthias Schrappe

Stellvertretende Institutsdirektorin:

Dr. Constanze Lessing

Sekretariat:

Karin Diwo

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Magdalena Kolbe

Dr. Richard Lux

Christina Maas

Stefanie Passauer-Baierl

Christina Stockmann

Studentische Hilfskräfte:

Ralf Bretz, Patrick Höchst, Christian Kloß, Carmen Peschke, Sonja Pöhlmann, Jenny Schott,
Vera Weingärtner, Berit Wiebe

Kontakt:

Institut für Patientensicherheit

Universität Bonn

Stiftsplatz 12

53111 Bonn

Tel. +49 228 738366

Fax +49 228 738305

E-Mail: karin.diwo@ukb.uni-bonn.de

Mitglieder (Stand: 31. Dezember 2010):

1. ACQUA Klinik GbR, Leipzig
2. Agfa HealthCare GmbH, Bonn
3. AgRuD Opferberatungsstelle, Bayreuth
4. Albertinen-Krankenhaus, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg
5. ALK VPS Pflegemanagement i. Saarland, Sulzbach
6. Allgemeines Krankenhaus Hagen gem. GmbH, Hagen
7. AOK-Bundesverband, Berlin
8. AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf
9. APOFORMA GmbH Omnicell Deutschland, Nuthetal
10. Arbeitskreis Medizingeschädigter Bundesverband e.V. (AKMG), Isny
11. Ärztekammer Berlin, Berlin
12. Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster
13. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq), Berlin
14. Apothekerkammer Berlin, Berlin
15. Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker, Eschborn
16. Asklepios Harzkliniken GmbH, Goslar
17. Asklepios Westkliniken Hamburg, Hamburg
18. Asklepios Kliniken GmbH, Hamburg
19. AVG AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V., Berlin
20. Bäumle, Patrick, Landstuhl
21. BAG Selbsthilfe, Düsseldorf
22. Bahr, Volker, Kaufmännische Krankenkasse Hannover, Hamburg
23. BALK - Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V., Berlin
24. BARMER Ersatzkasse, Wuppertal
25. Barth, Dipl.-Soz. Sonja, Ärztekammer Berlin, Berlin
26. Baumann, Dr. Dieter, Grünwald
27. Bayerische Landesärztekammer, München
28. beautymed Dr. Pfefferkorn GmbH, Schwabach
29. Bechtel, Peter, Bad Krotzingen
30. Beck, Dr. Thomas, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Frankfurt a. M.
31. Becker-Schwarze, Prof. Dr. Kathrin, Hochschule Fulda, Fulda
32. Becton Dickinson GmbH, Abteilung Medical Surgical Systems, Heidelberg
33. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
34. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Köln
35. Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V., Berlin
36. Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V., Nürnberg
37. Beyer, Dipl. Soz. Martin, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.
38. Bienstein, Prof. Christel, Private Universität Witten/Herdecke, Witten
39. BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit, Düsseldorf

40. Brandl RA, Bernd, Fachanwalt für Medizinrecht, Köln
41. Botteck, Nikolaj, Bochum
42. Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –initiativen (BAGP), Bielefeld
43. Bundesverband der Notgemeinschaft Medizingeschädigter in Deutschland – Patient im Mittelpunkt – e.V. (BNGM), Erlangen
44. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Berlin
45. Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker ADKA e.V., Berlin
46. Bundesverband Medizintechnologie e.V., Berlin
47. Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
48. Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Berlin
49. Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin
50. Ciper LL.M., Dr. Dirk C., RA, Düsseldorf
51. CLINOTEL Krankenhausverbund Gemeinnützige GmbH, Köln
52. Conen, Prof. Dr. Dieter, CH- Aarau
53. Crusius, Dr. Andreas, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Rostock
54. Dahlmann, Christian, Universitätsklinikum Essen, Essen
55. Dahmen, Dr. med. Klaus, Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt an der Saale
56. Dalchow, Dr. Carsten, Park-Klinik Weissensee, Berlin
57. Damp Holding AG, Hamburg
58. De Meo, Dr. Francesco, Petersberg
59. Desai, Dr. med. Biren, Köln
60. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V., Berlin
61. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Berlin
62. Deutsche Gesellschaft für Schädelbasischirurgie, Hannover
63. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin
64. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
65. Deutsche Stiftung Organtransplantation, Frankfurt a. M.
66. Deutscher Patienten Schutzbund e.V., Dormagen
67. Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Berlin
68. Deutscher Pflegeverband (DPV), Neuwied
69. Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser e. V., Berlin
70. DGAI – Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin , Nürnberg
71. DGF Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V., Berlin
72. DIAM e.V., Berlin
73. Diagramm Halbach GmbH & Co. KG, Schwerte
74. Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH, Hannover
75. Dieckmann, Dr. Peter, Institute for Medical Simulation, Herler (DN)
76. DIOcert GmbH, Mainz
77. Doms, Dr. Thomas, Celle
78. DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG, Filderstadt
79. Drösler, Prof. Dr. Saskia, Krefeld
80. Ecclesia Miltenberger Hospital GmbH, Detmold

81. Eckert, Dr. Peter, Aachen
82. Egger, Dr. Bernhard, GKV-Spitzenverband, Berlin
83. Eichsfeld Klinikum gGmbH, Reifenstein
84. Eisai GmbH, Frankfurt
85. Elbkliniken Stade-Buxtehude, Stade
86. Ev. Kliniken Bonn gGmbH, Johanniter Krankenhaus, Bonn
87. Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH, Hagen
88. Ev. Krankenhaus Hubertus Krankenhausbetriebs gGmbH, Berlin
89. Ev. Luth. Diakonissenanstalt Flensburg, Flensburg
90. Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH, Duisburg
91. Fachhochschule Flensburg, Flensburg
92. Felber, Dr. Andreas, Ass Tech Risk Management Service GmbH, Unterföhring
93. Fischer, Diplom-Pflegewirt (FH) Michael Uni Marburg, Rauschenberg
94. Förster, Ute, Ihlow
95. Francois-Kettner, Hedwig, Berlin
96. Franken, Dr. Christian, DocMorris, Heerlen (NL)
97. Funk Health Care Consulting GmbH, Berlin
98. Furmaniak, Dr. Anna, Bonn
99. Gehrlein & Kollegen, Rechtsanwälte & Steuerberater, Bellheim
100. Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, Bonn
101. Gerlach, Prof. Dr. Ferdinand, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.
102. Gero PharmCare GmbH, Köln
103. Gesellschaft für Leben und Gesundheit GmbH, Eberswalde
104. Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG), Hamburg
105. Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH (GRB), Detmold
106. Gesundheit Nord gGmbH, Klinikverbund Bremen, Bremen
107. Gibis, Dr. Bernhard, KBV, Berlin
108. Girts, Sabine, Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V., Berlin
109. Glaeske, Prof. Dr. Gerd, Köln
110. Godschalk, Bettina, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
111. Gogol, Dr. Manfred, Krankenhaus Lindenbrunn, Copenbrügge
112. Grandt, Prof. Dr. Daniel, Klinikum Saarbrücken, Saarbrücken
113. Grundgeiger, Tobias, Queensland, Australien
114. Hagen, Dipl. oec. Andreas, Darmstadt
115. Hart, Prof. Dr. Dieter, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR), Universität Bremen, Bremen
116. Haßberg-Kliniken, Haßfurt
117. Havelklinik GmbH, Berlin
118. Heckmayr, Dr. Marlene, Krankenhaus Grosshansdorf, Grosshansdorf
119. HELIOS Kliniken GmbH, Berlin
120. Hesse, Jan, München
121. Hey, Ulrike, Alfried Krupp Krankenhaus, Essen

122. Heynemann, Jörg RA, Berlin
123. Hillejan, Prof. Dr. Dr. med. Stefan, Hannover
124. Hochtaunus-Kliniken gGmbH, Bad Homburg
125. Hölscher, Prof. Dr. Uvo, Fachhochschule Münster, Steinfurt
126. Höltermann, PD Dr. med. Walter, Lingen
127. Hoffmann, Dr. Barbara, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.
128. Hofinger, Dr. Gesine, Remseck
129. Hoppe, Prof. Dr. Jörg-Dietrich, Bundesärztekammer, Düren
130. Hoppe-Tichy, Dr. Torsten, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg
131. HSK – Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Wiesbaden
132. IGV Connect AG, Berlin
133. Imgart, Dr. Uwe, Krankenhaus Buchholz, Buchholz
134. Institut für medizinische Begutachtungen Mittelhessen, Wetttenberg
135. IQM – Initiative Qualitätsmedizin, Berlin
136. ITH Icoserve Technology for Healthcare GmbH, Innsbruck
137. Jaehde, Prof. Dr. Ulrich, Klinische Pharmazie, Universität Bonn
138. JANSSEN-CILAG GmbH, Neuss
139. Johnson & Johnson MEDICAL GmbH, Norderstedt
140. Jonitz, Dr. Günther, Ärztekammer Berlin, Berlin
141. Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus GmbH, Ehringshausen
142. Karschti, Dipl.-Ing. Albert, AK Patientenschutz, Oberhausen
143. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
144. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, München
145. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund
146. Kemmer, Dr. Hans-Peter, Lungenklinik Hemer, Hemer
147. Kern (MSc), Patricia, Andernach
148. Kerstiens, Dr. Bernd, Stiefenhofen
149. Khamseh RA, Andrea, Berlin
150. Kienzle, Prof. Dr. Hans-Friedrich, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln
151. KKEL – Kath. Kliniken Emscher Lippe GmbH, Gelsenkirchen
152. Klakow-Franck, Dr. Regina, Bundesärztekammer, Berlin
153. Klinikum Coburg GmbH, Coburg
154. Klinikum Essen Süd, Ev. Krankenhaus Essen-Werden gGmbH, Essen
155. Klinikum Essen Süd, Kath. Krankenhaus St. Josef gGmbH, Essen
156. Klinikum Fürth, Fürth
157. Klinikum Idar-Oberstein GmbH
158. Klinikum Saarbrücken gGmbH, Saarbrücken
159. Kmietschak, Boris, Ulm
160. König, Dr. Ursel, Owen
161. Konitzer, Monika, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
162. Koob, Werner, Arnsberg

163. Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg
164. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf
165. Kreisklinik Wolfratshausen gGmbH, Wolfratshausen
166. Kreiskrankenhaus St. Marienberg, Helmstedt
167. Krüger, Dr. Matthias, Städtisches Klinikum Magdeburg, Magdeburg
168. KSB Klinikberatung GmbH, Sprockhövel
169. KTQ-GmbH, Siegburg
170. Kuske M.A., Silke, Heinsberg
171. Laerdal Medical GmbH, Puchheim
172. Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH, Vilshofen
173. Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz, Mainz
174. Lange, Dr. med. Holger, Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH, Mönchengladbach
175. Lanz, Dr. Christian J., Kreisklinikum Siegen gGmbH, Siegen
176. Laufs, Dr. Bernd, Idar-Oberstein
177. Lauterberg, Dr. Jörg, Institut für Patientensicherheit, Uni Bonn
178. Lechler, Dr. Beate, Dr.-Lechler-Consulting, Karlsruhe
179. Lehnen, Hans-Peter, Städtische Kliniken gem. GmbH, Klinikum Mitte und Klinikum Rosenhöhe, Bielefeld
180. Leidner, Prof. Dr. med. Ottmar, Bad Klosterlausitz
181. Leiß, Prof. Dr. Ottmar, Wiesbaden
182. Lenarz, Prof. Dr. Thomas, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
183. Leppin M.A., Gunhild, DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Berlin
184. Lichte, Prof. Dr. Thomas, Institut für Allgemeinmedizin der Universitäten Halle und Magdeburg, Magdeburg
185. Liekweg, Dr. Andrea, Krankenhausapotheke Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
186. Lippert, Prof. Dr. H., Universitätsklinikum Magdeburg, Magdeburg
187. Loskill, Hannelore, Düsseldorf
188. Lux, Vera Elvira, Klinikum Darmstadt, Darmstadt
189. Maas, Prof. Dr. med. Renke, Erlangen
190. Madea, Prof. Dr. Burkhard, Institut für Rechtsmedizin Universität Bonn, Bonn
191. Mallmann, Dr. Bernhard, Krankenhaus Maria-Hilf Krefeld
192. Manser, Dr. Tanja, Bern
193. Marienhospital Herne, Herne
194. Marienkrankenhaus Schwerte gem. GmbH, Schwerte
195. Marsch, Dr. Martin, Allg. Krankenhaus Hagen, Hagen
196. Maß & Maß Rechtsanwälte, Bonn
197. MDK Bayern, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern, München
198. MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Essen
199. Mediaform Informationssysteme GmbH, Reinbek
200. Medic-Zeitarbeit GmbH, Abteilung Medic-Akademie, Hamburg
201. medilox GmbH, Korschbroich
202. Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
203. Medizinische Medien Information GmbH MMI, Neu-Isenburg

204. Meske, Dr. Sylvia, Bad Krozingen
205. Michel, Dr. Kai, Osnabrück
206. Mielke, Mitra Bettina, Apothekerin und MPH, LWL-Uniklinik Bochum, Psychiatrie-Psychotherapie, Köln
207. Mohr, Dr. Volker D., Düsseldorf
208. Moreno, Dr. Beatrice, AQUA-Institut, Göttingen
209. Moritzklinik, Bad Klosterlausnitz
210. Müller, Hardy, Hamburg
211. Müller, Thomas, Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin
212. MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar
213. MDK Niedersachsen, Hannover
214. MDK Nord, Hamburg
215. Mundt, Dipl. Psych. Fabian, Klinikum Dortmund, Dortmund
216. MVZ Fürth Augenheilkunde, Fürth
217. Negele, Hans-Jörg, Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH, Leiter der Apotheke
218. Neuroth RA, Bettina, Victoria Versicherung, Düsseldorf
219. Niebling, Prof. Dr. Wilhelm, Universität Freiburg, Freiburg
220. Noll-Hussong, Dr. med. Michael, München
221. Oberlausitz Kliniken gGmbH, Bautzen
222. Oberndörfer, Jens, Ochtrup
223. OTA-Schulträger-Verband, Essen
224. Ollenschläger, Prof. Dr. Günter, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin
225. Opitz, Dr. Egbert, Marburg
226. Ortmanns, Dr. Stephan, Medizinisches Zentrum Kreis Aachen gGmbH, Tübingen
227. Otte, Dr. Michael, Wesel
228. Paderlog – Zentrum für Krankenhauslogistik und Klinische Pharmazie am Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn, Paderborn
229. Palm, Dr. Stefan, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
230. Palmer, Ulrich, Schleupen AG, Ettlingen
231. Parzeller, Dr. Markus, Obertshausen
232. Patienteninitiative e. V., Hamburg
233. Patientsafety Company (GreCom), Niederlande - Alkmaar
234. Paula, Helmut, Inselspital, Universitätsspital Bern
235. Perschmann, Dr. Michael, Johanniter-Krankenhaus Geesthacht, Geesthacht
236. Peters, Dr. Jörg, Bundeswehrzentral Krankenhaus, Koblenz
237. Pfizer Pharma GmbH, Berlin
238. Pieck, Dr. Anne Christin, Marburg
239. Pietsch, Dr. Gert, Orthopädische Fachklinik Oberlinhaus, Potsdam
240. Pietsch, Dr. Steffen, Klinik Bavaria Kreischa, Kreischa
241. Prosystem AG, International Healthcare Consulting, Hamburg
242. Rall, Dr. Marcus, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
243. Raphaelsklinik Münster GmbH, Münster
244. Reinert, Eva, Köln

245. Renteln-Kruse, Prof. Dr. Wolfgang von, Albertinen-Haus / Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
246. Riesberg, Annette, GKV - Spitzenverband, Berlin
247. Riese, Bernd, KKH Prignitz gGmbH, Berlin
248. Rodehorst RA, Melanie, Kliniken St. Antonius gGmbH, Wuppertal
249. Röthke, Dr. med. Helmut, Chefarzt Saaletalklinik, Bad Neustadt/Saale
250. Rohe, Dr. Julia, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin
251. Rothmund, Prof. Dr. M., Universitätsklinik Gießen und Marburg GmbH
252. RpDoc Solutions GmbH, Saarbrücken
253. S+A Klinik für MIC GmbH, Berlin
254. Sana Kliniken AG, München
255. Schäfer, Dr. Alexander T., RA, Frankfurt
256. Schaefer, Dr. Christof, Pharmakovigilanzzentrum/Embryonaltoxikologie, Berlin
257. Scheu, Dr. Christoph, Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH, Straubing
258. Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen, Hannover
259. Schmidt, Bettina, Wuppertal
260. Schneider : Schwegler Rechtsanwälte, Düsseldorf/Köln
261. Scholten, Prof. Dr. Theo, Hagen
262. Schrappe, Prof. Dr. Matthias, Institut für Patientensicherheit, Bonn
263. Schreiner-Hecheltjen, Prof. Dr. Josefa, Essen
264. Schwalbe, Dr. Oliver, Bonn
265. Seidel, Sven, mediconcept, Neubrandenburg
266. Selbsthilfe Initiative HFI e.V., Düsseldorf
267. Siebert, Prof. Dr. med. Hartmut, Diakonie-Klinikum, Schwäbisch Hall
268. Solidaris Unternehmensberatung-GmbH, Köln
269. Sophien-und-Hufeland-Klinikum gGmbH, Weimar
270. Spengler, Ulrike, Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne, Herne
271. Städtisches Klinikum Dessau, Dessau-Roßlau
272. Städtisches Klinikum Gütersloh, Gütersloh
273. Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz
274. St. Bonifatius Hospital Lingen gGmbH, Lingen
275. St. Josef und St. Elisabeth Hospital Klinikum der Ruhr Universität, Bochum
276. St. Joseph-Krankenhaus, Berlin
277. St. Vinzenz-Krankenhaus, Düsseldorf
278. Stüwe, Dr. Ursula, Schlangenbad
279. Techniker Krankenkasse, Hamburg
280. Teipel RA, Frank, Berlin
281. The Flying Classroom, Koblenz
282. Thieme, Dr. Dagmar, thieme med consulting, Oldenburg
283. Thieme, Dr. Roland, thieme med consulting, Oldenburg
284. Thieme Compliance GmbH, Erlangen
285. Thomeczek, Dr. Christian, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin
286. Thomsen, PD Dr. Holger, AOK-Institut Medizinschaden, Kiel

287. Thürmann, Prof. Dr. Petra, HELIOS-Kliniken Wuppertal, Wuppertal / Private Universität Witten Herdecke, Witten
288. Trappe, Dr. Uli, Hamburg
289. Triltsch, Dr. Andreas, Berlin
290. Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD gGmbH, Berlin
291. Uniklinik Köln, Zentralbereich Medizinische Synergien, Köln
292. Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
293. Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg
294. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
295. Universitätsklinikum Münster, Münster
296. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel
297. van Vegten, Amanda, Universitätsspital Zürich
298. Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin
299. Verband medizinischer Fachberufe e.V., Dortmund
300. Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Berlin
301. Vogelsang, Frauke, Herzogin-Elisabeth-Hospital, Braunschweig
302. von Arnim, Prof. Dr. Thomas, Rotkreuzkrankenhaus, München
303. von der Hocht, Peter, Köln
304. VON TREPKA & PÜHL Consulting Group GmbH & Co KG, Köln
305. Vygon GmbH & Co. KG, Aachen
306. Warnecke, Dipl. oec. med. Dieter, Clinical Consulting Warnecke, Lage
307. Wawer Matos, Dr. med. Johannes, Karlsruhe
308. Weigeldt, Ulrich, Deutscher Hausärzteverband e.V., Köln
309. Weinmann, Elsa, Berlin
310. Wilke, Dr. Michael, Dr. Wilke GmbH, München
311. Wissler, Annette, Herefordshire, United Kindom
312. Wolter, Dr. Christian, Raubling
313. Zentralapotheke Marienhaus GmbH, Offenbach
314. Zentrum für Pflegeforschung und Beratung, Bremen
315. Zerres, Monika, Bonn
316. Zielke, PD Dr. Andreas, Klinikum Offenbach, Offenbach

6 weitere Mitglieder wollen namentlich nicht aufgeführt werden.

Unterstützen Sie das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. mit Ihrer Spende:

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist als gemeinnützig anerkannt. Mit Ihrer Spende unterstützen Sie uns bei der Durchführung von Veranstaltungen und der kostenlosen Bereitstellung unserer Serviceangebote und Informationsmaterialien.

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Sparkasse Köln Bonn, BLZ 370 501 98

Kontonummer 190 239 7528

IBAN: DE95 3705 0198 1902 3975 28

BIC: COLSDE33XXX

Auf Wunsch erhalten Sie eine vom Finanzamt anerkannte Spendenquittung bzw. Zuwendungsbescheinigung.

Mitgliedsantrag für das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches förderndes Mitglied

in das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. Ich bin darüber informiert, dass über den Aufnahmeantrag der Vorstand zeitnah entscheidet.

Ich möchte als Einzelperson Mitglied im Aktionsbündnis werden:

Unsere Institution/Organisation möchte Mitglied im Aktionsbündnis werden:

Als Mitgliedsbeitrag bezahle ich pro Jahr: als ordentliches Mitglied 75,00 €

Zutreffendes bitte ankreuzen. als förderndes Mitglied (mindestens 4-facher Mitgliedsbeitrag) 300,00 €

Firmenadresse	als Kontaktadresse	Privatadresse	als Kontaktadresse
..... Firmenname	 Titel, Vorname, Name	
..... Abteilung sowie Ihre Position	 Straße, Hausnummer	
..... Titel, Vorname, Name, Ansprechpartner	 Land, PLZ, Ort	
..... Straße, Hausnummer			
..... Land, PLZ, Ort			

.....
Ausbildung, ausgeübte Tätigkeit

.....
Telefon Telefax e-mail

.....
Datum Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass für die Erstellung einer Mitgliederliste (jährlicher Versand) meine Adresse weitergegeben werden darf. ja nein

Einzugsermächtigung (nur für Deutschland möglich)

Hiermit ermächtige ich das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. zur Einziehung meines Mitgliedsbeitrages

.....
Kontoinhaber (Privatperson oder Institution) bitte unbedingt ausfüllen!

.....
Geldinstitut

.....
Kontonummer Bankleitzahl

.....
Datum Unterschrift

Bitte senden Sie das in Druckbuchstaben ausgefüllte Formular an: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., c/o Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, Stiftsplatz 12, 53111 Bonn

Bestellformular für APS-Materialien



An das
 Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
 c/o Institut für Patientensicherheit der
 Universität Bonn
 Stiftsplatz 12
 53111 Bonn

Telefon: 0228 / 73 83 66
 Fax: 0228 / 73 83 05
 Mail: karin.diwo@ukb.uni-bonn.de

Lieferanschrift

Name: _____
 Organisation / _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____

	Anzahl
Broschüren	
Das Aktionsbündnis: Struktur - Aufgaben - Ziele	
Aus Fehlern lernen	
Leitfaden für APS-Arbeitsgruppen ...	
Materialien zu APS-Empfehlungen	
Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie - OP-Plakat	
Unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern im OP-Gebiet	
Glossar „Jeder Tupfer zählt“	
Flyer „Jeder Tupfer zählt“	
OP-Plakat „Jeder Tupfer zählt“	

Aktion Saubere Hände	
Informationen für Patienten	
Patienteninformation „Tiefer Venenthrombose vorbeugen“	
Jahresberichte des APS:	
Agenda Patientensicherheit 2007	
Agenda Patientensicherheit 2008	
Agenda Patientensicherheit 2009	
Agenda Patientensicherheit 2010	

Weitere Materialien stehen zum Download im Internet auf der APS-Homepage unter www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de zur Verfügung.

Die APS-Materialien werden kostenlos abgegeben.
Spenden zum Druck der Materialien werden gern entgegengenommen.

Datum

Unterschrift

Impressum

Autorenkürzel:

CL	Dr. Constanze Lessing
CM	Christina Maas
CR	Dr. Christiane Reichardt
CWF	Conny Wiebe-Franzen M.A.
DH	Prof. Dr. Dieter Hart
GJ	Dr. Günther Jonitz
HFK	Hedwig Francois-Kettner
HL	Hannelore Loskill
HS	Prof. Dr. Hartmut Siebert
GL	Gunhild Leppin M.A.
JL	Dr. Dipl.-Psych. Jörg Lauterberg
MK	Magdalena Kolbe
MR	Dr. Marcus Rall
MS	Prof. Dr. Matthias Schrappe
OS	Dr. Oliver Schwalbe
RL	Dr. Richard Lux
SB	Dipl.-Soz. Sonja Barth
UH	Prof. Dr. Uvo Hoelscher
VL	Vera Lux
VW	Vera Weingärtner

Herausgeber

Dr. Günther Jonitz, Hedwig Francois-Kettner, Dr. Jörg Lauterberg, Prof. Dr. Dieter Conen,
Prof. Dr. Dieter Hart, Gundhild Leppin M.A. MBA, Hannelore Loskill, Prof. Dr. Matthias Schrappe,
Prof. Dr. Hartmut Siebert, Conny Wiebe-Franzen M.A.

Kontakt :

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
c/o Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
Tel. +49 (0)228 738366
Fax +49 (0)228 738305
Email: info@aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

Stand: 31. Dezember 2010

Auflage: 650 Stück

