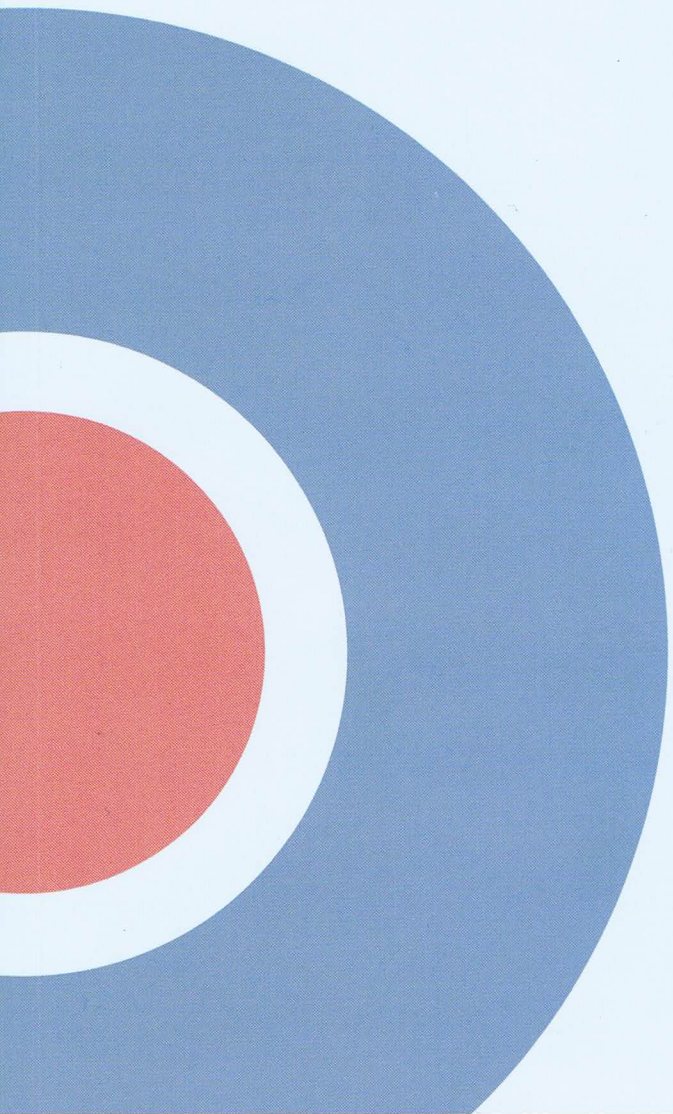




**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

Agenda Patientensicherheit 2009

Tätigkeitsbericht



Wir bedanken uns bei den Förderern des IfPS:



Vorwort

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

mit der vorliegenden Agenda 2009 möchten wir Sie über die Aktivitäten des Aktionsbündnisses Patientensicherheit informieren. Dieses Jahr war insbesondere durch die Gründung des ersten Instituts für Patientensicherheit in Deutschland gekennzeichnet. Mit zahlreichen Förder- und Projektmitteln für die Arbeit des APS, die in breiter Front von Institutionen des Gesundheitswesens aufgebracht wurden, konnte am 08. Mai 2009 das Institut feierlich eröffnet werden. Damit hat das Thema Patientensicherheit in Deutschland bezogen auf seine wissenschaftlichen Herausforderungen einen wichtigen Meilenstein gesetzt. Als Ergebnis des Berufungsverfahrens der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms Universität Bonn wurde zum 01. Dezember 2009 Prof. Dr. Matthias Schrappe, der Gründungsvorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit, zum Direktor des Instituts berufen. Die enge Bindung des Instituts an das Aktionsbündnis ist also nicht allein inhaltlich, sondern auch durch die personelle Verknüpfung gewährleistet.

Durch die wissenschaftliche Arbeit des Instituts ergibt sich in Deutschland die seltene Chance, akademische Erkenntnisse und praktische Alltagserfahrungen nicht nur in der Theorie, sondern auch in der praktischen Arbeit der Arbeitsgruppen des Aktionsbündnisses zusammenzuführen. Erst in der Verknüpfung von beidem – Wissenschaft und Praxis - sehen wir die Chance auf ein tatsächlich nachhaltiges Wirken unserer vielfältigen Aktivitäten in den Arbeitsgruppen des APS.

Ebenfalls am 08. Mai 2009 hat der neue Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit seine Arbeit aufgenommen. Mit dem Unterzeichner als neuen Vorsitzenden und der ebenfalls einstimmig gewählten Hedi Francois-Kettner, Pflegedirektorin der Charité, als stellvertretende Vorsitzende wurde eine neue Doppelspitze gewählt. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied ist weiterhin Dr. Jörg Lauterberg. Die übrigen Mitglieder sind Prof. Schrappe, Prof. Hart, Prof. Conen, Prof. Siebert, Hannelore Loskill und Gunhild Leppin. Den nicht mehr angetretenen oder nicht wiedergewählten bisherigen Vorstandsmitgliedern sei an dieser Stelle aufs Herzlichste für Ihr Engagement und ihre wertvolle Unterstützung gedankt!

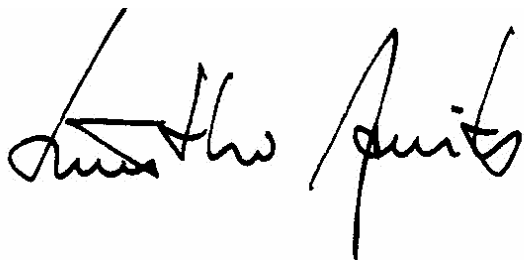
2009 fand sich das APS erstmalig auf der großen internationalen Bühne wieder. Auf dem „International Forum on Quality and Safety in Healthcare“ im März in Berlin wurde in einem von lediglich vier Hauptvorträgen vor über tausend Zuhörern der Weg der Patientensicherheit in Deutschland dargestellt. Die

Resonanz war sehr groß und positiv. Wertgeschätzt wurde insbesondere die Tatsache, dass die Reform der Patientenversorgung unter dem Thema der Patientensicherheit nicht von außen vorgegeben, sondern von den Betroffenen, quasi von innen heraus vorgelebt und umgesetzt wird.

Auch im fünften Jahr nach seiner Gründung hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit sich als führende Einrichtung zu diesem Thema bewährt. Die Grundsätze der Zusammenarbeit, der gegenseitigen Wertschätzung, der Lösungsorientierung und der Offenheit sind weiterhin der Garant für eine erfolgreiche Arbeit. Der neue Vorstand ist intensiv damit beschäftigt, für die Rollenverteilung von APS und Institut ein gutes Fundament zu schaffen und, da die Grenzen der ehrenamtlichen Leistungsfähigkeit inzwischen erreicht sind, die Professionalität der Vereinsarbeit weiter zu stärken. Die Aufgaben werden nicht weniger, das Thema hat an Bedeutung nicht verloren, die Zusammenarbeit im Aktionsbündnis, im Vorstand, in den Arbeitsgruppen, im Plenum und in Projekten ist außerordentlich anregend und erfreulich. Ich würde mich freuen, wenn möglichst viele Menschen und Institutionen sich weiter aktiv einbringen.

Falls Sie Anregungen oder Kommentare zur Arbeit des Aktionsbündnis Patientensicherheit haben, bitte ich Sie um Nachricht. Wir möchten nicht mehr Fehler in der Vereinsarbeit machen als unbedingt notwendig und freuen uns sehr über das Interesse und die aktive Mitarbeit unserer Mitglieder!

Mit herzlichen Grüßen

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.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	Seite 7
I. Bericht über das Jahr 2009	Seite 9
II. Vision des APS	Seite 14
III. Berichte aus den Arbeitsgruppen und Projekten	Seite 15
III.1. Berichte aus den Arbeitsgruppen	Seite 15
Abgeschlossene Arbeitsgruppen	Seite 15
AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	Seite 18
AG Behandlungsfehlerregister	Seite 20
AG Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet	Seite 22
AG Informieren – Beraten – Entscheiden	Seite 26
AG Medizinproduktassoziierte Risiken (MPaR)	Seite 28
III.2. Berichte aus den Projekten	Seite 34
Aktion Saubere Hände	Seite 35
AMTS-PSI Projekt 2008-2009	Seite 37
CIRS-Projekte	Seite 40
Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung	Seite 42
Internationale Zusammenarbeit	Seite 43
IV. Berichte aus dem Institut für Patientensicherheit (IfPS)	Seite 47
Einführung	Seite 47
Projekt Evaluation / Implementierung	Seite 48
Projekt High5s	Seite 51
Projekt Kleinräumige Epidemiologie	Seite 53
Projekt Krankenhausbefragung und Sicherheitskultur	Seite 55
Projekt PSI	Seite 57

V. Kongresse, Kurse, Tagungen und Veranstaltungen	Seite 59
4. Jahrestagung 2009	Seite 59
Trainingskurse	Seite 63
Das APS auf Tagungen und Kongressen	Seite 64
BMJ Forum	Seite 65
8. Deutscher Versorgungsforschungskongress	Seite 66
9. KTQ-Forum	Seite 67
3. Nationaler Qualitätskongress	Seite 68
VI. 5. Jahrestagung 2010	Seite 70
VII. Ausblick	Seite 71
VIII. Serviceteil	Seite 73
Glossar	Seite 73
APS Vorstand, Geschäftsstelle und Gremien	Seite 74
Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn	Seite 76
Mitglieder	Seite 77
Mitgliedsantrag	Seite 85
Impressum	Seite 87

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BS	Beinaheschaden (siehe Glossar)
CIRS	Critical Incident Reporting System
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
DNVF	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.
EU	Europäische Union
EUNetPaS	European Union Network for Patient Safety
F	Fehler (siehe Glossar)
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.
GRB	Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
HDMV	Händedesinfektionsmittelverbrauch
IfPS	Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn

IHI	Institute for Healthcare Improvement
kRM	Klinisches Risikomanagement
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH
LTD	Lead Technical Agencies
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
MEK	Medizintechnik und Ergonomie Kongress
MPaR	Medizinproduktassoziierte Risiken
MTX	Arzneimittel Methotrexat
NRZ	Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen
OP	Operation
PSI	Patientensicherheitsindikator
PSQCWG	Patient Safety and Quality of Care Working Group
QM	Qualitätsmanagement
SPO	Standard Operating Procedure
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UAG	Unterarbeitsgruppe
UAE	Unerwünschtes Arzneimittelereignis
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UE	Unerwünschtes Ereignis (siehe Glossar)
VUE	Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (siehe Glossar)
WHO	World Health Organization

I. Bericht über das Jahr 2009

Institutsaufbau

Für den Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit war das Jahr 2009 spürbar durch den Aufbau des Instituts für Patientensicherheit an der Universität Bonn geprägt. Das Berufungsverfahren für den Direktor des Instituts (Prof. Matthias Schrappe) dauerte von Dezember 2008 bis zur förmlichen Einstellung zum 1. Dezember 2009. Professor Dieter Hart wirkte für das APS in der Berufungskommission mit. Elf Monate leitete Dr. Jörg Lauterberg das Institut für



Januar 2009

Patientensicherheit in kommissarischer Funktion. Das motivierte Team von WissenschaftlerInnen bezog am 02. Januar 2009 zunächst noch unrenovierte Räumlichkeiten im Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn, die dessen Direktor, Professor Burkhard Madea, freundlicherweise zur Verfügung gestellt hatte.



Ein Jahr später

Im Laufe der ersten Monate des Jahres 2009 verstärkte sich das Forschungsteam um Frau Silke Kuske als Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Frau Karin Diwo als Sekretärin und um sieben studentische Hilfskräfte. Am 08. Mai 2009 wurde das Institut im Beisein der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Rahmen der 4. Jahrestagung des APS feierlich eingeweiht (siehe S. 59).

Im Jahr 2009 gelang es den Mitarbeitern des IfPS, zahlreiche erste Kontakte innerhalb der medizinischen Fakultät und der Universitätskliniken zu knüpfen. Inzwischen setzt der neue Direktor des IfPS die

Netzwerkarbeit intensiv fort, um das Institut innerhalb der Universität zu integrieren und vielfältige wissenschaftliche und forschungspraktische Kooperationsbeziehungen anzuknüpfen.

Im Wintersemester 2009/10 begann auch wie vorgesehen die Beteiligung des IfPS in der Lehre für Medizinstudierende, zunächst im Rahmen des Pflichtstudienangebotes in der Rechtsmedizin. 120 Studierende hörten eine Vorlesung zum Thema Patientensicherheit und nahmen in Folgeterminen an einem eigens vom IfPS entwickelten Seminar teil, in dem in Kleingruppenarbeit ein echter Fall einer Patientenverwechslung einer Risiko-Analyse unterzogen und entsprechende Präventionsmöglichkeiten erarbeitet wurden.

Vorstandswahlen, Forum der Förderer

Die Förderer des IfPS kamen vor der Eröffnung der 4. Jahrestagung auf Einladung des APS-Vorstands in Bonn in einem eigenen Forum zusammen und ließen sich über den Stand der Aufbauarbeiten und die Anfangsphase der wissenschaftlichen Projekte aus erster Quelle informieren. Bei den ebenfalls am 08. Mai 2009 in der Mitgliederversammlung stattfindenden Vorstandswahlen wurden mit Frau Hedwig Francois-Kettner als stellvertretende Vorsitzende und Prof. Dr. Hartmut Siebert als Beisitzer zwei neue, engagierte Mitglieder ins Vorstandskollegium gewählt (siehe S. 61/62).

High 5s-Akquise

Ende Februar 2009 kam vom Bundesgesundheitsministerium die kurzfristige Benachrichtigung darüber, dass die Finanzmittel für die zweite Projektphase des internationalen High 5s-Projektes genehmigt worden waren (siehe S. 51). Ein detaillierter, im Sommer 2009 genehmigter Forschungsantrag wurde ausgearbeitet und eine arbeitsteilige Kooperation zwischen dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und dem APS e.V. bzw. dem IfPS als gemeinsame Lead Technical Agency für das Projekt in Deutschland vereinbart. Im August 2009 konnte Frau Magdalena Kolbe als wissenschaftliche Mitarbeiterin im IfPS für das High 5s-Projekt eingestellt werden.

Publizistik-Preis

Im Frühjahr 2009 wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit für seine Broschüre „Aus Fehlern lernen“ ausgezeichnet. Die Jury der Stiftung Gesundheit mit Sitz in Hamburg sprach eine besondere Würdigung für

die Broschüre aus, weil sie mit hoher medizinisch-fachlicher und didaktisch-journalistischer Kompetenz Wissen anschaulich vermitteln kann.

Mitgliederentwicklung und Struktur

Auch im Jahr 2009 nahm die Zahl der Mitglieder weiter erfreulich zu. Ende des Jahres 2009 zählte das APS 277 Mitglieder, die, wie Schaubild 1 zeigt, je zur Hälfte aus Einzelpersonen und institutionellen Mitgliedern besteht. Letztere verteilen sich breit über fast alle wichtigen Bereiche von Organisationen und Unternehmen des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft (siehe Schaubild 2). Da das APS im süddeutschen Raum seit seiner Gründung deutlich weniger repräsentiert war, gehört es zu den positiven Entwicklungen des Jahres 2009, dass sowohl die kassenärztliche Vereinigung Bayern als auch der MDK Bayern als Mitglieder und nach direkten Gesprächen zu künftig aktiver Mitwirkung und Kooperation gewonnen werden konnten.

Schaubild 1

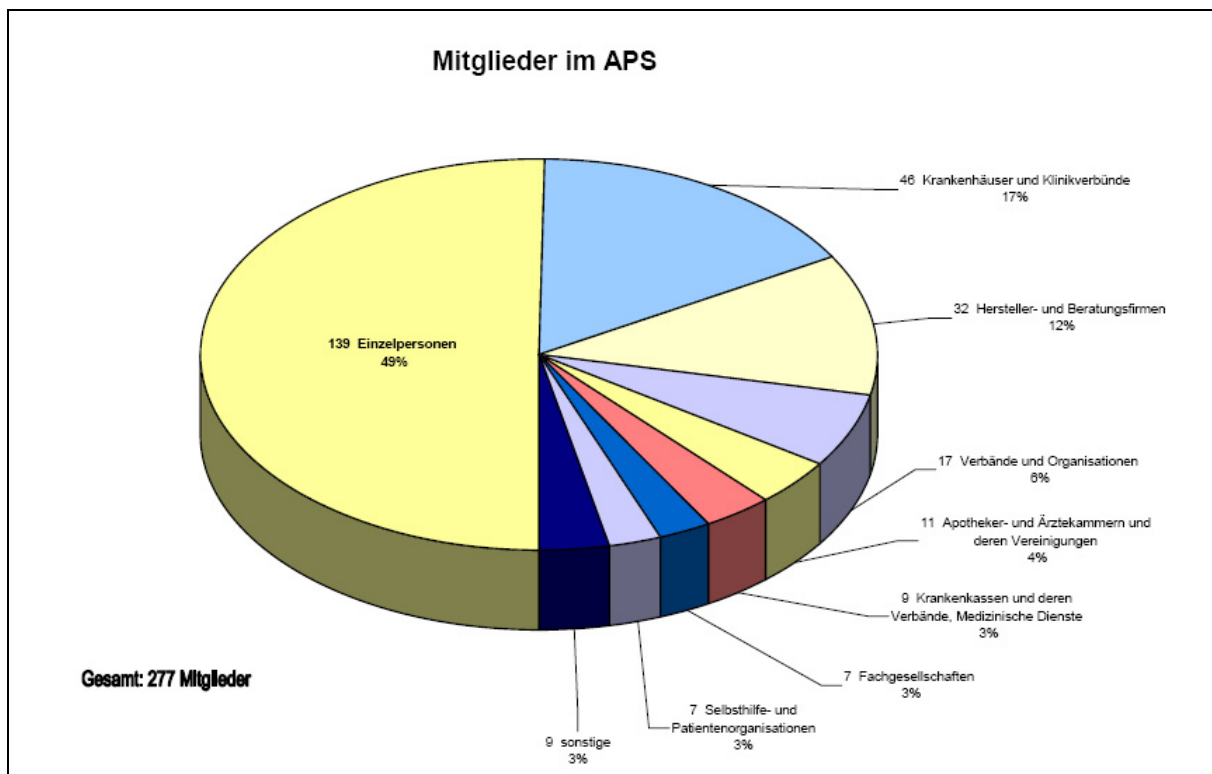
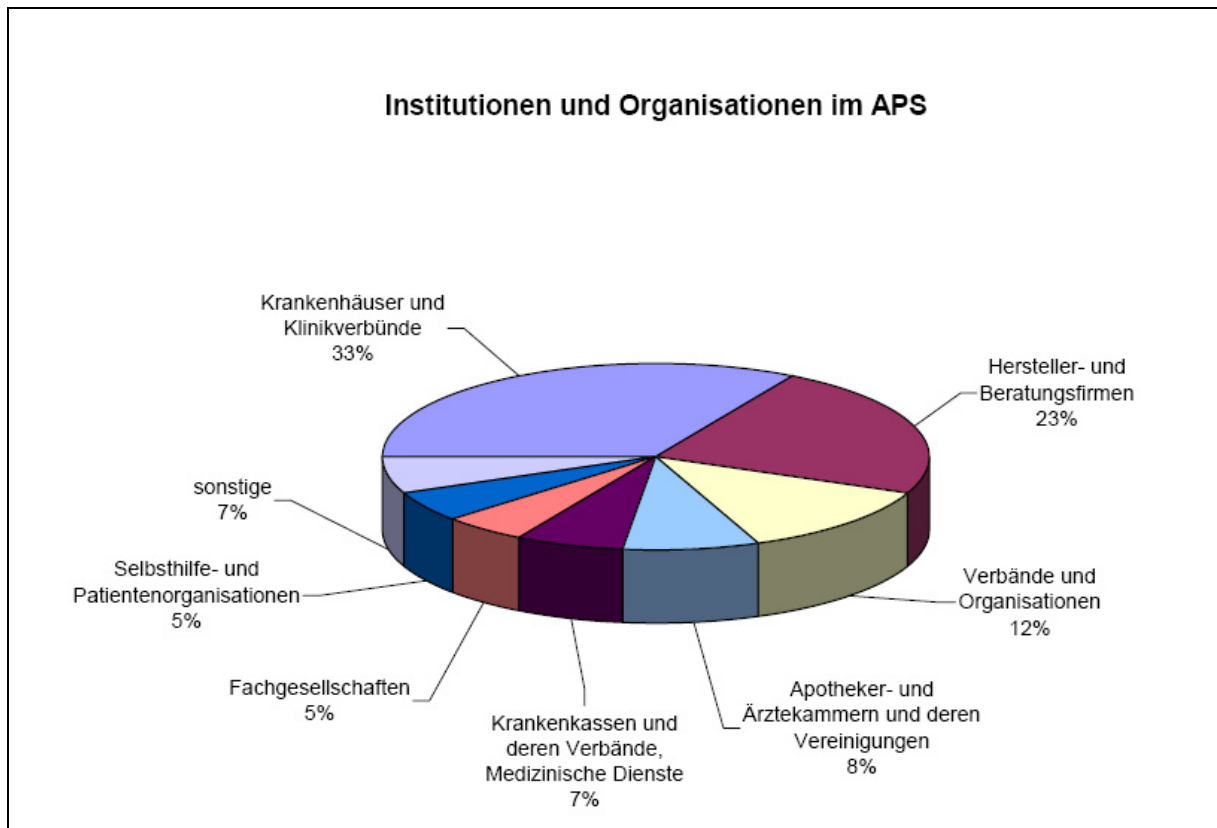


Schaubild 2



Arbeit der Arbeitsgruppen (Zahlen Aktive aus Verteilern)

In den Arbeitsgruppen des APS (Berichte ab S. 15) ist das Engagement der Teilnehmer ungebrochen. Mit dem von Frau Dr. Lessing geleiteten IfPS-Projekt zur Evaluation der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit professionalisiert sich deren Arbeit schrittweise und spürbar. Insgesamt haben an den im Jahr 2009 aktiven AG´s 275 Personen teilgenommen. Der APS-Vorstand sieht es als eine seiner zentralen Daueraufgaben an, für die Arbeitsgruppen fachlich kompetente und zur aktiven Mitarbeit motivierte Menschen zu gewinnen und zu begeistern. Daher hat auch jede der Arbeitsgruppen des APS mindestens einen regelmäßig mitwirkenden Paten aus dem Vorstand.

Wirtschaftliche Situation des APS, neue Personaleinstellungen

Da der Mitgliedsbeitrag des APS e.V. seit Gründung unverändert geblieben ist, stellt die Bewältigung der vielen notwendigen und wünschenswerten Vereinsaufgaben des APS mit einem beitragsfinanzierten Kernhaushalt eine große Herausforderung dar. Kontinuierliches Mitgliederwachstum und die Gewinnung

von Förderern sind von zentraler Bedeutung für die Zukunftssicherung des Vereins. In Hinsicht auf die vom APS mit etwa 30 Förderern übernommene Verpflichtung der Finanzierung des IfPS an der Universität Bonn für 5 Jahre haben die Mitglieder im Mai 2009 beschlossen, im laufenden Jahr entstandene Mittelüberschüsse im Haushalt zweckbezogen zur weiteren IfPS-Finanzierung zurückzustellen, so dass für 2009 eindeutig mit einem positiven finanziellen Jahresabschluss zu rechnen ist. Die wirtschaftliche Situation erlaubte es nicht nur, wie zuvor am alten Standort in Witten mit Frau Adelheid Fassbender im Sommer 2009 auch in Bonn wieder eine Mitarbeiterin mit geringfügiger Beschäftigung für die Mitgliederverwaltung einzustellen. Zum 1. Dezember 2009 ist auf freiberuflicher Basis Frau Conny Wiebe-Franzen M.A. zur Unterstützung des Arbeit des geschäftsführenden Vorstandes des APS ebenfalls in Bonn beauftragt worden, was insbesondere dem Service für und einer intensivierten Kommunikation mit den APS-Mitgliedern zu Gute kommen wird.

Programmatische Vorstandsarbeit (Vision, Strategie)

Der neue APS-Vorstand unter dem Vorsitz von Dr. Günther Jonitz hat im Herbst 2009 eine intensive interne Debatte über die Visionen und die strategischen Ziele des APS und die künftige Zusammenarbeit mit dem Institut für Patientensicherheit begonnen.

Diese programmatischen Diskussionen sind nicht abgeschlossen und werden auch im Jahr 2010 fortgesetzt. Eine neue, ausführliche Selbstdarstellungsbroschüre des APS ist ebenso in Angriff genommen worden wie die Arbeit an einem Kodex z.B. für die Annahme von Geldern und die Kooperation mit Partnern aus dem Bereich der Gesundheitswirtschaft.



Zusammenfassend darf man das Jahr 2009 als ein arbeitsreiches, ereignisreiches und erfolgreiches Jahr betrachten.

Das neue Domizil in Bonn am Stiftsplatz 12

JL

II. Vision des APS

Ergebnis der Klausurtagung des Vorstands

Der im Mai 2009 neu gewählte Vorstand des APS hat in einer Klausurtagung im Oktober 2009 mit der Erarbeitung einer Vision für das APS begonnen und diese auf einer Vorstandssitzung am 13. Januar 2010 als Leitziele des APS für die nächsten Jahre beschlossen.

Vision des APS

- 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.

III. Berichte aus den Arbeitsgruppen und Projekten

III. 1. Berichte aus den Arbeitsgruppen

Abgeschlossene Arbeitsgruppen und bisher veröffentlichte Empfehlungen

Unsere Arbeitsgruppen bestehen für einen begrenzten Zeitraum, in dem sie den Auftrag erledigen, mit dem sie betraut wurden. Im Aktionsbündnis ist das in aller Regel die Ausarbeitung einer Handlungsempfehlung zu einem Teilbereich der Patientenversorgung, der zuvor als risikobehaftet identifiziert wurde. Wenngleich es einzelne Themenfelder gibt, die so umfangreich sind, dass sie einer ganzen Serie von Empfehlungen (z.B. Arzneimitteltherapiesicherheit, Medizinproduktesicherheit) und einer entsprechend langen Bearbeitungszeit bedürfen, so dass die dazugehörigen Arbeitsgruppen über viele Jahre Bestand haben, ist es das Ziel jeder Arbeitsgruppe, in möglichst kurzer Zeit zu greifbaren Ergebnissen zu kommen, von denen die in der Versorgungspraxis Tätigen unmittelbar profitieren.

Seit Gründung des Aktionsbündnis Patientensicherheit haben unsere Arbeitsgruppen folgende Empfehlungen und Begleitmaterialien veröffentlicht (kostenloser Download unter: www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de).

- **AG Eingriffsverwechslung**

In ihrer 2006 veröffentlichten Empfehlung schlägt die Arbeitsgruppe in Anlehnung an das multikausale Fehlermodell von James Reason vier Stufen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen vor: die Identifizierung von Patient und Eingriff während des Aufklärungsgesprächs, die Markierung des Eingriffsortes mit einem nicht abwischbaren Stift, eine Richtigkeitsprüfung der Patientenidentität und des geplanten Eingriffs vor Eintritt in den Saal und ein Team-Time-Out, d.h. ein letztes Innehalten und eine letzte Richtigkeitsprüfung als Gemeinschaftsaufgabe des OP-Teams unmittelbar vor dem Hautschnitt.

Zur Verfügung stehen:

- Textversion der Handlungsempfehlung,
- OP-Poster,

- Flyer im Kitteltaschenformat,
- Broschüre mit Hintergrundinformationen und häufig gestellten Fragen.

- **AG Patientenidentifikation**

Die 2008 veröffentlichte Empfehlung zur sicheren Patientenidentifikation gliedert sich in drei Kapitel. Im ersten Kapitel wird beschrieben, wie für jeden Patienten vor Behandlungsbeginn ein Kerndatensatz (Nachname, Vorname, Geburtsdatum) und eine Patientenidentifikationsnummer angelegt werden und er ggf. ein Patientenarmband erhält. Das zweite Kapitel schildert beispielhaft den Identifikationsprozess bei Handlungen am Patienten (Proben, Befunde, Anforderungen, Transporte und Verlegungen). Im dritten Kapitel sind goldene Regeln einer sicheren Kommunikation im Behandlungsteam und mit dem Patienten zusammengefasst, die helfen sollen, Verwechslungen auszuschließen (z.B. Call-Recall-Methode, kein Gebrauch von missverständlichen Abkürzungen).

Zur Verfügung stehen:

- die Textversion der Handlungsempfehlung,
- ein Leporello.

Ein kommentiertes Literaturverzeichnis und ein Selbstbefragungsinstrument zum Umsetzungsstand der Empfehlung werden in Kürze veröffentlicht.

- **AG CIRS**

Freiwillige Fehlerberichts- und Lernsysteme haben in den vergangenen Jahren eine wachsende Bedeutung im klinischen Risikomanagement gewonnen. Immer mehr Krankenhäuser installieren solche Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS), um Risiken frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen einzuleiten, die mögliche schädliche Folgen für den Patienten ausschließen.

In ihrer 2007 erschienenen Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus beschreibt die Arbeitsgruppe idealtypisch folgende sieben Schritte von der ersten Idee für ein Fehlerberichtssystem bis zur Evaluation: Entscheidungsphase, Planungsphase, CIRS-Einführung, Umsetzung von Evaluation und Auswertung, Organisation von Verbesserungsmaßnahmen im Risikomanagement, Umgang mit Rückmeldungen, Evaluierung der ersten Erfahrungen mit CIRS. Die Empfehlung basiert dabei auf folgenden Grundannahmen, die bei der Einführung eines Fehlerberichts- und -lernsystems gewährleistet sein müssen: Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität respektive Vertraulichkeit. Über den weiteren Erfolg nach

der Einführung entscheidet die für alle Mitarbeiter sichtbare und nachvollziehbare Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, die aus den Ereignisberichten eines CIRS resultieren.

Zur Verfügung stehen:

- Textversion der Handlungsempfehlung,
- Broschüre mit Hintergrundinformationen mit Fallbeispielen und häufig gestellten Fragen.

Eine inhaltliche Fortführung der CIRS-AG findet in den CIRS-Projekten statt (siehe S. 40).

- **AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

In der Zeit von 2006 bis 2007 hat die Arbeitsgruppe, die weiter fortbesteht, eine Checkliste zur Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus und einen Medikationsplan für Patienten erarbeitet und veröffentlicht. Die Checkliste ermöglicht es Krankenhäusern, den Umsetzungsstand bisheriger Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit im eigenen Haus zu bewerten. Den Medikationsplan sollen Patienten ausfüllen, um ihrem Arzt eine vollständige Arzneimittelanamnese zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.

Zur Verfügung stehen:

- Checkliste AMTS im Krankenhaus,
- Medikationsplan für Patienten

CL

AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Leitung: Dr. Torsten Hoppe-Tichy, Apotheke, Universitätsklinikum Heidelberg, torsten.hoppe-tichy@gmx.de
Pate für den APS-Vorstand: Prof. Dr. Matthias Schrappe, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, matthias.schrappe@ukb.uni-bonn.de

Die AG AMTS hat schon in den vergangenen Jahren mehrere Materialien zur AMTS für die Praxis erarbeitet. Diese sind darauf gerichtet gewesen, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Folge eines unerwünschten Arzneimittelereignisses (UAW) zu bewahren. Ein UAW kann jedes ungünstige medizinische Ereignis sein, welches in Verbindung mit der Anwendung eines Arzneimittels auftritt, aber nicht notwendigerweise in kausaler Beziehung mit dieser Behandlung stehen muss. Die Materialien oder Empfehlungen konzentrieren sich auf die *vermeidbaren Medikationsfehler*, die auf die unsachgemäße Anwendung von Arzneimitteln bei der Verordnung, Distribution und Applikation von Medikamenten zurückgehen und weniger auf die Vermeidung von - teilweise substanzinherenten - UAWs.

Auch in diesem Jahr sind wieder die verschiedensten Professionen, z.B. Pharmazeuten und Mediziner (Klinik und niedergelassener Bereich), Pflegekräfte und Patientenvertreter, an der Entwicklung von Materialien oder Empfehlungen zur AMTS beteiligt gewesen.

Ein Ergebnis des Engagements aller Beteiligten ist eine Empfehlung zum Hochrisikoarzneimittel Methotrexat (MTX), welche in Kooperation mit den Vertretern des „Aktionsplans 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit (AMTS) in Deutschland“ erarbeitet worden ist. Diese Empfehlung bezieht sich auf potentielle Dosierungsfehler, welche im gesamten Medikationsprozess entstehen könnten. Die Erfahrungen aus dem Projekt „Patientensicherheitsindikatoren zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS-PSI): Internationaler Status, Übertragung auf das deutsche Gesundheitswesen und Expertenbewertung“ sind ebenfalls in den Entwicklungsprozess mit eingeflossen. Der in dem Projekt beschriebene Indikator 10 „Der Prozentsatz der Medikamentenverordnungen für diskontinuierliche Arzneimitteltherapie, welcher sicher verordnet ist“ (NSW Therapeutic Advisory Group & Clinical Excellence Commission) hat erste Informationen für die weitere Arbeit in der AG geliefert. Zur Verdeutlichung sei an dieser Stelle ein kurzer Exkurs zur genaueren Definition des Indikators erlaubt. Der Indikator 10 ist zur Messung von AMTS im Krankenhaus vorgesehen. „Sicher verordnet“ bezieht sich auf den Tag oder die Tage, an denen das Medikament zu verabreichen ist. Da die Medikamentengabe diskontinuierlich erfolgt, sollte in der Krankenakte nicht nur der Tag, an dem die Medikamentengabe (z.B. Mittwoch) erfolgen soll, vermerkt sein, sondern es sollten zusätzlich die übrigen Tage in dem Vermerkbereich in der Akte gestrichen werden.

Es folgte eine systematische Recherche zu der konkreten Fragestellung zum MTX-Medikationsprozess. In der ersten Hälfte des kommenden Jahres ist die Veröffentlichung der Ergebnisse AG AMTS vorgesehen.

Von besonderer Bedeutung ist, dass die 2010 erscheinende Empfehlung ein Teil einer umfangreichen Serie zu Hochrisikoarzneimitteln sein wird.

SK

AG Behandlungsfehlerregister

Leitung: Dr. Jörg Lauterberg, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn,
joerg.lauterberg@ukb.uni-bonn.de
Prof. Dr. Dieter Hart, Universität Bremen, hart-bremen@t-online.de

Pate für den APS-Vorstand: Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin, g.jonitz@aekb.de

Von den ursprünglich drei Hauptzielen der AG

1. „Übersicht über vorhandene Behandlungsfehlerregister erstellen“,
2. „Gemeinsamen Kerndatensatz für EDV-Dokumentation von Fällen in Registern abstimmen“ und
3. „Koordinierte, regelmäßige Registerauswertungen zu Behandlungsfehlerschwerpunkten vornehmen“

können die ersten zwei Ziele als erreicht angesehen werden, wobei regelmäßig in den Arbeitsgruppensitzungen der Stand abgefragt wird, der bei der Einführung und Nutzung des Kerndatensatzes bei den verschiedenen Registerhaltern erzielt worden ist. Hier haben die AOKs und die MDK-Gemeinschaft in 2009 weiter an der bundesweiten Umsetzung gearbeitet. Erste entsprechende Veröffentlichungen von Statistiken werden für das Jahr 2010 angestrebt. Derzeit wird das dritte Ursprungsziel der AG zu einer Veranstaltungsreihe weiter entwickelt. 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 AG-Treffen besprochen.

Ein von 25 Teilnehmern besuchtes Arbeitsgruppentreffen fand in Berlin statt. Inhaltlich gab es Impulsvorträge und Diskussionen zu drei Schwerpunkten. Zunächst wurden anhand eines konkreten Beispiels Möglichkeiten und Grenzen der Analyse von Behandlungsfehlerakten und -gutachten mit Hilfe eines standardisierten Verfahrens (London-Protocol – Ch. Vincent / S. Taylor-Adams) diskutiert. Weiterhin beschäftigte sich die AG mit der Frage, unter welchen Rahmenbedingungen es möglich sein könnte, für Zwecke der Patientensicherheitsforschung vorhandene Behandlungsfehlerregister durch Dritte auswerten zu lassen, falls die betreffenden Institutionen hierfür keine Ressourcen und / oder Fachkompetenz haben. Diese Diskussion soll unter Hinzuziehung juristischer Expertise (Prof. Buchner, Uni Bremen) fortgeführt und Lösungsvorschläge für zum Beispiel Datenschutzprobleme entwickelt werden. Ein Vertreter der Helios-Kliniken führte drittens mit einem Vortrag in die Diskussion ein, ob Statistiken über Haftpflicht- / Behandlungsfehlerfälle für Klinikvergleiche sinnvoll genutzt werden können.

Die AG legte als Thema für die koordinierte Registerauswertung in 2009 im Rahmen des 8. Kongresses für Versorgungsforschung in Heidelberg (01. Oktober 2009) „Fehler und Risiken bei der Thromboseprophylaxe“ fest.

Für diesen mit ca. 40 Teilnehmern gut besuchten Workshop in Heidelberg gab es vier Beiträge: Neben statistisch fundierten und mit Kasuistiken angereicherten Beiträgen von Herrn Neu (Norddeutsche Schlichtungsstellen) und Herrn Jaklin (Gesellschaft für Risikoberatung) stellte eine Arbeitsgruppe um Frau Brock (AOK Rheinland/Hamburg) einen besonders lehrreichen Fall in einer Analyse mit dem London Protocol vor. Professor Rasche (Bremen) diskutierte aus Sicht des Schwerpunktgutachters die Anfang 2009 veröffentlichte S3-Leitlinie der AWMF im Vergleich mit weiteren Leitlinien und Empfehlungen und im Lichte aktueller Publikationen und Erkenntnisse. Die Vorträge finden sich für Interessierte unter www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de in der Rubrik „Veranstaltungen“.

Am 23. März 2010 findet in Berlin ein nächstes AG-Treffen statt. Es soll dort unter anderem ein neues Thema für einen Auswertungsworkshop im Rahmen der 5. APS-Jahrestagung und zugleich des 9. Kongresses für Versorgungsforschung vom 30. September bis 02. Oktober 2010 in Bonn gefunden werden. Ebenso ist ein von der AG-Leitung erwogenes Projekt nach internationalen Vorbildern zu diskutieren, im Zusammenwirken verschiedener Registerhalter eine öffentlich zugängliche Sammlung von standardisiert aufbereiteten Behandlungsfehlerfällen für Lehr- und Fortbildungszwecke anzulegen.

JL, DH, GJ

AG Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper nach OP

Leitung: Prof. Dr. Hartmut R. Siebert, Diakonie Klinikum Schwäbisch Hall,
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie ,Berlin ; hsiebert@diaksha.de
Gunhild Leppin M.A., MBA, DRK-Schwesternschaft Berlin e. V.,
g.leppin@drk-schwesternschaft-berlin.de

Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper in Form von Bauchtüchern, Kompressen, Tamponaden, aber auch Teile von Implantaten und Instrumenten, insbesondere in Körperhöhlen, können zu lebensgefährdenden Situationen für den betroffenen Patienten führen. Wiewohl Zählkontrollen des verwendeten Materials zur tagtäglichen Routine bei jedem operativen Eingriff gehören, konnte die Arbeitsgruppe aufgrund ausgedehnter Recherchen der zur Verfügung stehenden nationalen und internationalen Literatur feststellen, dass auf 100.000 Eingriffe im Bereich der Körperhöhle 21 Fälle von unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern registriert wurden.

Ziele der Projektgruppe

- Darstellen der Relevanz, der Häufigkeit und der Risikobereiche
- Formulierung von Empfehlungen zur Prävention und zum Umgang bzw. Verhalten bei vermutetem bzw. eingetretenem Schadensfall als Muster / Vorlage für klinikinterne Handlungsanweisungen
- Hinweise zur Schulung, Nachhaltigkeit und Evaluierung der Implementierung

Zielgruppe

Die Empfehlungen zur Prävention können nur dann greifen, wenn nicht nur die mittelbar und unmittelbar Betroffenen, sondern auch die System-Verantwortlichen in den Krankenhaus-Einrichtungen angesprochen sowie die in Aus-, Weiter- und Fortbildung Stehenden aller Gesundheitsberufe erreicht werden. Unsere Hinweise und Handlungsempfehlungen richten sich deshalb an Ärzte, Pflegende, Krankenhaus-Manager, Patientenvertreter und Juristen sowie an alle anderen am Thema interessierten Personen.

Zusammensetzung der Projektgruppe

OP-Pflegepersonal, Vertreter aus dem Pflegemanagement, aus dem Krankenhausmanagements, aus der Krankenhaus-Verwaltung sowie aus dem Qualitätsmanagement, ein Jurist einer Haftpflichtversicherung, aktive Chirurgen, Epidemiologen und Medizinstatistiker.

Arbeitsweise

In Arbeitskreisen mit Themenschwerpunkten wurden eine strukturierte Literatur-Recherche aller verfügbaren medizinischen Datenbanken inkl. einer Handsuche im Zeitraum von 1997 bis 2008 und eine statistische Auswertung und Bewertung der Studien durchgeführt. Im März 2009 wurde der Entwurf der Empfehlungen verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden im Rahmen einer gemeinsamen Anhörung vorgelegt und beraten. Nach erneuter Überarbeitung durch die Projektgruppe wurden den Fachgesellschaften und Verbänden inkl. der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Ergebnisse zur abschließenden Stellungnahme vorgelegt. Diese wurden in der folgenden Sitzung der Projektgruppe beraten und in die Texte eingearbeitet. Eine ausführliche Anhörung eines Mitgliedes des Vorstandes des Deutschen Patientenschutzbundes fand statt, um die konkreten Vorstellungen der Patienten-Vertretung berücksichtigen zu können. Die inhaltliche Fertigstellung der Empfehlungen erfolgte im November 2009.

Untersuchung zum aktuellen Stand der Umsetzung von Handlungsanweisungen zur Zählkontrolle an deutschen Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen und Fachbereiche

Mit Unterstützung des Deutschen Krankenhaus-Instituts, des Instituts für Notfallmedizin München und des methodischen Beratungszentrums der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie wurde eine Umfrage in 1.200 stationären Einrichtungen der drei Versorgungsstufen in den Fach-Bereichen Geburtshilfe und Gynäkologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie durchgeführt. Bei einem nahezu 50%igen Rücklauf konnte festgestellt werden, dass ca. 80% der Kliniken Zählkontrollen nach unterschiedlichen Standards durchführen. Es bestehen auffallende Unterschiede zwischen den Fachbereichen in der Durchführung und Art und Weise der Zählkontrollen. Eine geringe Abhängigkeit der Versorgungsstufe zur Art und Durchführung wurde festgestellt.

Ergebnisse der Literaturrecherche und Bewertung

- Häufigkeit unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet :
Geschätzt 21 Fälle pro 100.000 Operationen im Bereich Notfall und Trauma, Körperhöhlen und Gelenk.
Übertragen auf die Bundesrepublik Deutschland 300 Fälle pro Jahr.
Betroffene Fachbereiche: Viszeralchirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Thorax-Chirurgie, Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie.
- Relevanz: Mehrkosten bei Auftreten eines unerwünschten Ereignisses ca. 15.000,00 € pro Fall.
Erhöhung der Mortalitätsrate um 2%.
- Symptomatik: Unklares Fieber, unklare Schmerzen stehen mit 20 bis 36% im Vordergrund. Eintreten der Symptome unmittelbar postoperativ bis zu 7 Jahren mit einem mittleren Intervall von 4 bis 5 Jahren.
- Risiko-Situation: Notfall-Eingriff, unerwartete Änderung im OP-Ablauf, Wechsel des chirurgischen Teams (OP-Personal und / oder Ärzte). Kein Einfluss: Wochentag oder / und spezialisierte Einrichtung.

Empfehlungen

Als grundsätzliche präventive Maßnahmen wurden von der Projektgruppe identifiziert:

- Festlegung der Art und Weise einer „korrekten“ Durchführung und Implementierung von Zählkontrollen , Verantwortlichkeiten und zeitnaher Dokumentation
- Zählkontrolle ist als Teamarbeit zu verstehen

Publikationen zu den Empfehlungen

1. Ein Plakat unter dem Motto „Jeder Tupfer zählt“ mit fünf Kernaussagen: Sicherheit braucht Zeit und Ruhe, Zählkontrolle ist Teamarbeit, der Operateur trägt die Letztverantwortung, Stopp bei Unklarheiten und Dokumentation schützt und unterstützt.
2. Ein Flyer, der in Kurzfassung Empfehlungen zur Prävention im Rahmen der präoperativen, intraoperativen und postoperativen Zählkontrollen gibt, der Fragen der Verantwortlichkeit aufgreift, risikobehaftete Fachdisziplinen und Situationen benennt und Grundsätze zur Vorgehensweise bei beabsichtigt belassenem Material formuliert.

3. Eine Broschüre mit ausführlicher Darstellung der in dem Flyer nur cursorisch dargestellten Bereiche.
4. Ein Glossar, in dem Definitionen, Häufigkeit, Risikobereiche, Folgen, präventive Maßnahmen, Dokumentation, Vorgehen bei vermutetem oder tatsächlichem Schadensfall ausführlich unter Darstellung der bekannten nationalen und internationalen Literatur und der vorhandenen Empfehlungen dargestellt und bewertet sind.

Weiteres Vorgehen

Die Publikation der Produkte – Plakat, Flyer, Broschüre, Glossar – erfolgt ab Anfang 2010 mit Unterrichtung aller relevanten mittelbar und unmittelbar betroffenen Einrichtungen, Fachverbände, Institutionen, Fachgesellschaften, Kostenträger und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Die Ergebnisse der Umfrage werden zusammen mit den Handlungsempfehlungen in verschiedenen Fachjournalen publiziert und auf relevanten Kongressen dargestellt. Es ist angestrebt, die hier vorgelegten Empfehlungen als Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula aller Gesundheitsberufe in Deutschland in geeigneter Form zu implementieren.

Die enge Kooperation mit den medizinischen Fachgesellschaften, dem Deutschen Pflegerat und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind Garant für eine breite Streuung und Implementierung der Empfehlungen im Alltag. Eine Wiederholung der Umfrage in zwei Jahren zur Evaluierung ist geplant, ebenfalls eine Überarbeitung der Handlungsempfehlungen in drei Jahren.

GL / HS

AG Informieren – Beraten – Entscheiden

Leitung: Prof. Dr. Thomas Lichte, Institut für Allgemeinmedizin der Universitäten Halle und Magdeburg
Hannelore Loskill, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter e.V., hloskill@web.de
Pate für den APS-Vorstand: Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin, g.jonitz@aekb.de

Im Sommer 2008 wurde die AG Informieren - Beraten - Entscheiden initiiert, um das wichtige Thema der Arzt-Patienten-Kommunikation in seinen Auswirkungen auf die Patientensicherheit systematisch aufzuarbeiten. In der Patientensicherheitsforschung wird das Querschnittsthema Kommunikation meistens primär auf das Behandlungsteam bezogen und erst sekundär auf die Einbeziehung des Patienten. D.h. man geht der Frage nach, wie sich die Personen in einem Behandlungsteam über ihr gemeinsames Handeln verständigen und welche Informationen sie in welcher Form austauschen. Die Einbeziehung des Patienten erfolgt in der Regel in einem zweiten Schritt und zwar unter der besonderen Fragestellung, was Patienten *zusätzlich* beitragen können, damit das Behandlungsteam wichtige und richtige Informationen erhält.

Ziel der Arbeitsgruppe war es deshalb, einen neuen Akzent zu setzen und die Perspektive des Patienten in den Mittelpunkt zu rücken. Unter der Leitung von Professor Lichte entschloss sich die Arbeitsgruppe, Materialien zu erarbeiten, die beispielhaft darstellen, wie Patienten in die Lage versetzt werden, Risiken einzuschätzen und aktiv zu ihrer Sicherheit im Behandlungsprozess beizutragen.

Im Jahr 2009 hat die Arbeitsgruppe dazu zwei erste Informationsblätter verfasst, deren Veröffentlichung im Jahr 2010 folgen wird.

- Das Informationsblatt „Tiefer Venenthrombose vorbeugen“ informiert Patienten darüber, welche prophylaktischen Maßnahmen notwendig und sinnvoll sind, um sich nach einer Operation oder aufgrund krankheitsbedingter Immobilität vor einer tiefen Venenthrombose zu schützen. Nachdem eine Analyse begutachteter Schadensfälle ergeben hat, dass Lücken oft an den Übergängen zwischen verschiedenen Behandlungsphasen entstehen, betonen die Autoren vor allem, wie wichtig es ist, die während einer stationären oder ambulanten Behandlung begonnenen prophylaktischen Maßnahmen zuhause fortzuführen. Deshalb bekommen die Patienten eine schriftliche Information, die sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nochmals in Ruhe studieren und nachvollziehen können. Das Informationsblatt ist außerdem auch als Hilfestellung für Ärzte und Pflegende gedacht.
- Mit dem Flyer „Zahlen als Informationsgrundlage für Entscheidungen“ (Arbeitstitel) sollen Patienten Grundlagen statistischer Darstellungsweisen in der Medizin vermittelt werden. Anhand ausgewählter Beispiele erfährt der Leser, wie die Ergebnisse z.B. diagnostischer Tests und therapeutischer Studien zu interpretieren sind. Darüber hinaus werden Empfehlungen ausgesprochen, welche Maßzahlen Ärzte

verwenden sollten, um ihre Patienten über Nutzen und Risiken bestimmter Maßnahmen verständlich zu informieren. Patienten sollten in die Lage versetzt werden, Zahlen über Risiken und Chancen in einem Maße zu verstehen, so dass sie eine informierte Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf gemeinsam mit ihrem Arzt treffen können.

Zum Ende des Jahres 2009 hat ein Wechsel in der AG-Leitung stattgefunden. Frau Loskill hat nun zusammen mit Herrn Dr. Jonitz als Pate für den APS-Vorstand die Leitung der Arbeitsgruppe federführend übernommen. Nach Fertigstellung der ersten beiden Informationsblätter hat sich die Gruppe entschlossen, in ihrem weiteren Fortgang zu einer umfassenderen Herangehensweise überzugehen. Das nächste Projekt, das sie sich vorgenommen hat, ist die Erarbeitung eines Patientenleitfadens zur Patientensicherheit. Nach dem Vorbild angelsächsischer und skandinavischer Initiativen sollen Patienten Informationen darüber erhalten, wie sie im Verlauf einer stationären oder ambulanten Behandlung selbst aktiv dazu beitragen können, ihre Sicherheit positiv zu fördern. Ein Beispiel ist das aktive Nachfragen bei im Vorfeld nicht kommunizierten Medikamentenumstellungen („Gestern hatte ich einen Blister mit einer roten Tablette, warum ist die Tablette, die darin ist, heute blau?“).

CL

AG Medizinproduktassoziierte Risiken (MPaR)

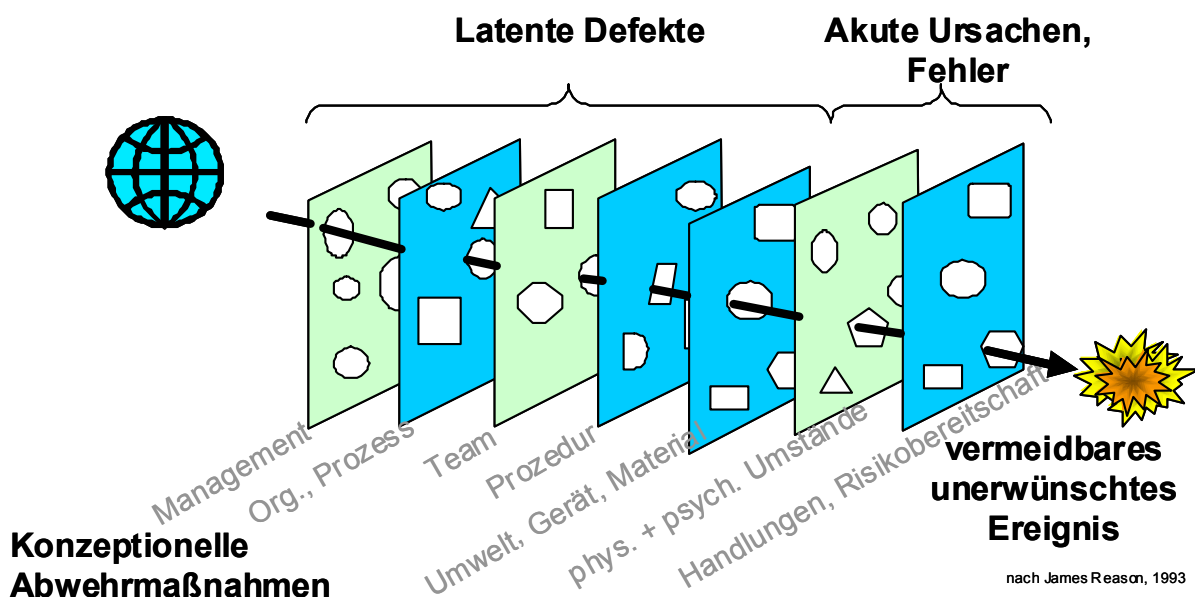
Leitung: Prof. Dr. Uvo Hoelscher, Fachhochschule Münster, uvo.hoelscher@fh-muenster.de
Martin Stockheim, m.stockheim@mds-ev.de

Pate für den APS-Vorstand: Prof. Dr. Matthias Schrappe, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn,
matthias.schrappe@ukb.uni-bonn.de

Medizintechnik und Patientensicherheit

Systeme wie das Gesundheitswesen, die wegen der ihnen innewohnenden Gefährdungen besonders gestaltet wurden, besitzen in der Regel eine ganze Reihe von Abwehrmaßnahmen gegen Risiken. Diese Maßnahmen stammen aus verschiedenen Kategorien wie Management, Prozessorganisation, Ausbildung, Team, Umwelt, Technik, Individuum u.a., wobei jede Kategorie Abwehrmaßnahmen gegen unerwünschte Ereignisse bereitstellt. Jede Kategorie ist auf Grund der ihr innewohnenden Defizite allerdings nicht perfekt in der Abwehr und kann deshalb immer nur im Zusammenwirken mit den anderen Abwehrmaßnahmen unerwünschte Ereignisse verhindern.

Man kann die Imperfektionen unterteilen in latente Defekte, die erkannt oder unerkannt darauf warten, dass ein akuter Fehler dazukommt. James Reason hat die Imperfektionen in jeder einzelnen Kategorie mit den Löchern in einer Scheibe Schweizer Käse verglichen. Zusammen führen die Löcher genau dann zu einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis, wenn ein Ereignisstrahl gerade in jeder "Scheibe" ein Loch vorfindet. Vermeidbar sind die VUEs, weil man die "Löcher" erkennen und stopfen kann.



Reason weist darauf hin, dass in solchen Systemen unerwünschte Ereignisse immer eine Mehrzahl von Ursachen besitzen. Die Zuordnung eines unerwünschten Ereignisses zu einem einzelnen Grund oder einer einzelnen Person gibt also die Umstände falsch wieder. Deshalb ist Risikobeherrschung nur möglich, wenn man sich mit den Löchern in allen Scheiben auseinandersetzt.

Qualitätsmanagement soll unter anderem auch die Risiken reduzieren. Es beruht auf Beobachtung, Aufnahme und Analyse von besonderen Ereignissen sowie auf Planung und Umsetzung von Korrekturmaßnahmen. Entscheidende Grundlage jedes Verbesserungsprozesses ist deshalb die Dokumentation von unerwünschten Ereignissen. Diese Aufnahme wird durch das gesetzlich geregelte Vigilanzsystem für Medizinprodukte (in Deutschland: BfArM, DIMDI) als auch durch freiwillige Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) umgesetzt. Hier können Mitarbeiter aus Gesundheitseinrichtungen besondere Vorkommnisse melden. Die Berichte werden gesammelt und ausgewertet, um Aufschluss über besondere Risikokonstellationen zu erhalten, um latente Defizite frühzeitig zu erkennen und ihre schädlichen Folgen zu verhindern. Derzeit haben sich bereits eine Reihe von fachspezifischen CIRS (zum Beispiel: Anästhesie, Chirurgie, Notfallmedizin) gebildet, daneben gibt es fachbereichs-übergreifende CIRS.

AG MPaR

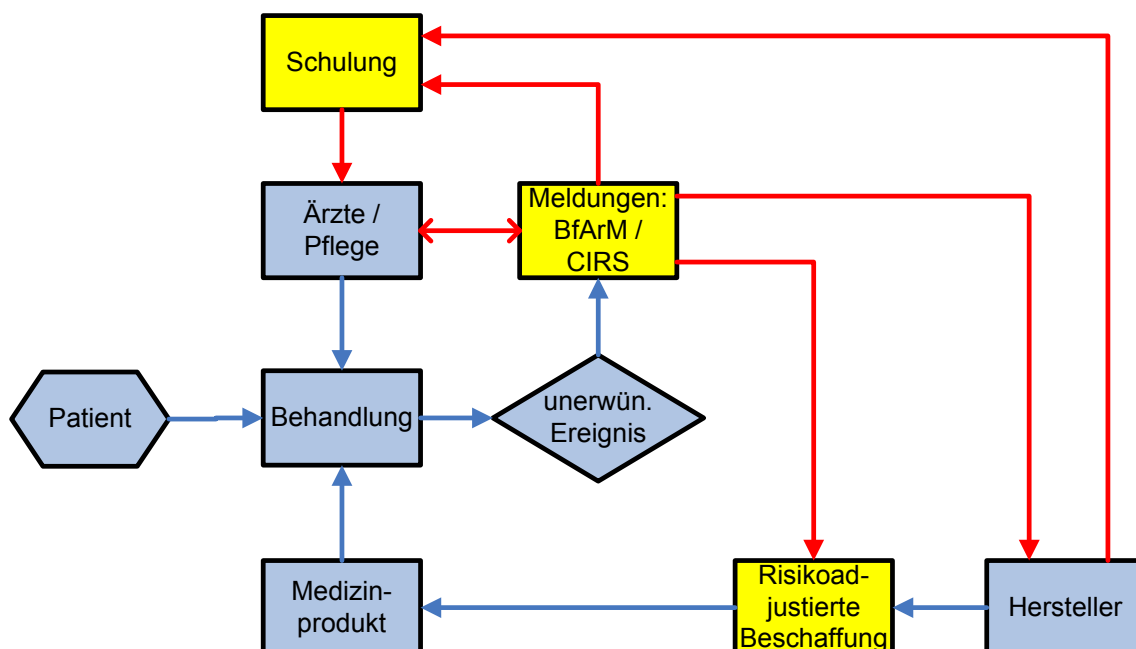
Die 2009 gegründete AG MPaR fokussiert sich auf Risikofaktoren, die mit dem Einsatz von Medizinprodukten verbunden sind. Die AG wird von Prof. Uvo Hölscher / FH Münster und Martin Stockheim / MDS geleitet. Die AG untersucht, ob durch Verbesserung von Rahmenbedingungen, Prozessen oder der Anwendung von Medizinprodukten die Risiken besser beherrschbar werden. Es werden Risikofaktoren aus dem gesamten Lebenszyklus der Medizinprodukte betrachtet, damit keine "Käsescheibe" ausgeblendet wird. Zuerst steht die Anwendung der Medizinprodukte im Krankenhaus im Fokus, andere Anwendungsgebiete werden folgen. Die AG wird sich zu Beginn auf folgende Themen konzentrieren:

- europäische und nationale Gesetzgebung sowie Normung,
- Risikomanagement,
- Entwicklungsprozess (Spezifikation, Gebrauchsanweisung / Schulungsunterlagen / Schulung),
- Konformitätsbewertung,
- Nutzenbewertung,
- Vertrieb, globaler Markt,
- Einkauf,
- Erstinbetriebnahme,
- Anwendung,
- Patienteninformation,

- Organisation,
- Versorgungsprozess,
- Umgebungseinflüsse,
- Kompatibilität von Zubehör,
- Informationstechnologie, Datensicherheit, Schnittstellen,
- Qualitätsmanagement,
- Dienstleistungen, Instandhaltung, Bewirtschaftung,
- Beobachtungs- und Meldesystem, CIRS.

Die AG wird zunächst eine Bestandsaufnahme vornehmen und baut eine Sammlung von unerwünschten, Medizinprodukt-assoziierten Ereignissen auf. Durch Analyse werden Problemfelder identifiziert. Zu ausgewählten Problemfeldern wird die AG dann Empfehlungen und Leitlinien erarbeiten und gegebenenfalls weitere Aktivitäten initiieren.

Ein idealer Prozess muss die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus unerwünschten Ereignissen gezielt zu den Herstellern von Medizinprodukten, Betreibern medizinischer Einrichtungen und ihren Anwendern rückkoppeln. Dies bedingt eine Optimierung der Aufnahme, Auswertung und Ergebniskommunikation von unerwünschten Ereignissen, der Entwicklung von fehlertoleranten Medizinprodukten sowie einen Risiko-adjustierten Einkaufsprozess in den Versorgungseinrichtungen.



Die AG MPaR ist offen für Fachleute, die aktiv mitarbeiten. Bislang arbeiten Teilnehmer aus folgende Sektoren mit: Anwender, Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärztekammern, Rettungsdienste, Versicherungen, Behörden, MDK u.a. aus Deutschland, Österreich und Luxemburg.

Die AG MPaR hat zwei Unterarbeitsgruppen (UAGs) ins Leben gerufen, die die Themengebiete "Meldungen" sowie "Schulung" bearbeiten.

UAG Meldungen

Das europäisch angegliche Meldewesen definiert in der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung die zu meldenden unerwünschten Medizinprodukt-assoziierten Ereignisse und Beinahe-Ereignisse. Dabei wird die Herstellerperspektive in den Mittelpunkt gerückt. Es sind lediglich Meldungen zu Vorkommnissen bzw. Beinahevorkommnissen auf Grund von technischen Defekten oder einer „Unsachgemäßheit der Kennzeichnung oder der Gebrauchsanweisung“ vorzunehmen, wobei die Compliance der Gesundheitseinrichtungen sehr verbesserungsfähig ist. Unerwünschte Ereignisse mit anderen, nichttechnischen Ursachen entgehen deshalb dem gesetzlichen Meldewesen weitgehend. Eine Meldepflicht des Anwenders ist nach den Ausführungen von Prof. Klaus Ulsenheimer am 21.3.2002 in Münster auf dem Medizintechnik-und-Ergonomie-Kongress MEK 2002 sehr kritisch zu hinterfragen, insbesondere wenn die Gefahr besteht, dass eine Selbstanklage damit verbunden sein könnte¹. Im Luftverkehr ist das Meldewesen besser geregelt. In Bezug auf die Staatsanwaltschaft genießen die Meldenden und die Meldebehörde Anonymität und eine gewisse Immunität, damit können unerwünschte Ereignisse angstfrei gemeldet und analysiert werden. Die Meldenden und die freiwilligen CIRS genießen derzeit - zumindest in Deutschland - noch nicht diesen Schutz, was der Akzeptanz der CIRS nicht zuträglich ist.

Außerdem behandelt das europäische Meldewesen – im Unterschied zum US-amerikanischen System – einen großen Teil der Informationen bis zum Abschluss des Falles durch den Hersteller vertraulich, so dass andere Hersteller erst mit größerer Zeitverzögerung aus dem Fall lernen können. Die wissenschaftliche Aufarbeitung ist in Ansätzen vorhanden. Die freiwilligen CIRS versuchen die Systemdefizite ganzheitlich zu erfassen und kommunizieren zeitnah, damit alle Stakeholder unverzüglich lernen können.

Die UAG Meldungen unter Leitung von Georges Wagener / Zitha Klinik Luxembourg wird die gesammelten Fälle in Bezug auf mögliche Schwachstellen im Meldewesen analysieren. Dabei werden vorerst die folgenden Fragen behandelt:

¹ s.a.: Ulsenheimer, K: Meldepflicht aus der Sicht der Betroffenen. mt-Medizintechnik 122 (2002), Nr. 5, S. 167

- Ist-Analyse über das Meldewesen in den Krankenhäusern, von denen ein Repräsentant in der AG ist: Wie wird das Meldewesen angenommen und gelebt? Welche Erfahrungen haben sich mit dem Meldewesen ergeben?
- Ist-Analyse: Was fordert das Gesetz?
- Analyse: Welche UE aus der Sammlung hätten verhindert werden können, wenn das Meldewesen ideal gewesen wäre?
- Wie soll das ideale Meldewesen aussehen?
- Welche Vorteile hätte das ideale Meldewesen gegenüber der gegenwärtigen Situation?
- Sollten Verordnungen / Gesetze angepasst werden?
- Wie wird das Meldewesen durch das Qualitätsmanagement unterstützt und auditiert?

UAG Schulung

Die UAG Schulung unter Leitung von Klaus Henning / Universitätsklinik Münster will an Hand ausgewählter Fälle aus der Fallsammlung analysieren, in wie weit allgemein bekannte Risiken in den Schulungen angesprochen wurden, wie Schulungsunterlagen nach neu erkannten Risiken aktualisiert werden und wie das Qualitätsmanagement der Schulungen erfolgt. Dies wird zum Beispiel am Fall einer Verbrennung der Bauchhaut durch ein Lichtleitkabel von einer Kaltlichtquelle untersucht. Dabei werden Fragen gestellt wie z.B.:

- Vermittelt der Name "Kaltlichtquelle" einen irreführenden Eindruck?
- Hat der Hersteller auf das Risiko in der Gebrauchsanweisung hingewiesen?
- Wird auf das Risiko in den Schulungsunterlagen des Herstellers hingewiesen?
- Mit welchen Schulungsunterlagen arbeitet das Krankenhaus, wie werden die erstellt?
- Wie werden die Schulungsunterlagen von Hersteller und Krankenhaus aktualisiert (Prozess)?
- Wie fließen Informationen von der BfArM und von den CIRS in diese Unterlagen ein?
- Woran kann man die Aktualität der Unterlagen erkennen?
- Die Anwender im Krankenhaus werden immer auf die Gebrauchsanweisung verwiesen, die im permanenten Zugriff sein soll. Wie wird dieses zentrale Dokument durch neue Informationen ergänzt?
- Wie kontrolliert der Betreiber die Teilnahme an und die Effektivität der Schulungen?
- Stellt der Betreiber hinreichend Ressourcen für ausreichende Schulungen zur Verfügung?
- Wie ist die Compliance mit dem Schulungsangebot?
- Wie wird der Lernerfolg kontrolliert?
- Gehört die Schulungsteilnahme zur "Sicherheitskultur"?

- Wie wird das Schulungswesen bei der Akkreditierung der Krankenhäuser auditiert, welche Fragen werden gestellt, welche Kriterien angewendet?
- Wie kommen aktuelle Informationen zu unerwünschten Ereignissen ins Krankenhaus?
- Wie werden aktuelle Informationen zu unerwünschten Ereignissen im Krankenhaus verteilt?
- Wie wird die Effizienz dieses Weges sichergestellt?

Dieser Satz von Fragen beleuchtet eine ganze Reihe der "Käsescheiben" aus der Reason'schen Allegorie.

Forschungsbedarf für mehr Patientensicherheit

Es fällt auf, dass die nationale und europäische Forschungsförderung die Erforschung und Entwicklung neuer Diagnostik- und Therapieverfahren großzügig unterstützt, das Thema der Patientensicherheit bislang weitgehend ausspart. Dies ist umso erstaunlicher, als zum Beispiel die Zahl der vermeidbaren Todesfälle im Straßenverkehr (2008: 4.467) oder durch HIV (2008: 650), für deren Vermeidung erhebliche Mittel fließen, nur einen Bruchteil der oben dargestellten Zahlen aufweisen. Zum Teil wird im benachbarten europäischen Ausland sogar argumentiert, dass Patientensicherheit und deren Forschung allein Aufgabe der Krankenhäuser sei. Aus Sicht der AG MPaR sind die Strukturen und Details der medizinischen Versorgungswirtschaft aber so komplex, dass Einzelinitiativen schwerlich die Ursachenforschung, Quervernetzung der Einzelinitiativen und der notwendigen, flächendeckenden Verbesserungen erreichen können. Dies gilt auch für den Beitrag der Medizintechnik für die Patientensicherheit.

UH, MS

III. 2. Berichte aus den Projekten

In diesem Kapitel werden alle nationalen und internationalen Projekte vorgestellt, an denen das APS federführend beteiligt ist:

- Aktion Saubere Hände
- AMTS-PSI 2008 – 2009
- CIRS-Projekte
- Kommunikation nach Zwischenfällen“
- Kooperation mit der Versorgungsforschung
- Internationale Zusammenarbeit

Aktion „Saubere Hände“

Projektdauer: Januar 2008 - Dezember 2010

Projektträger: Nationales Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen, Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Projektleiter: Prof. Dr. Petra Gastmeier, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, www.aktion-sauberehaende@charite.de

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit

Kontakt: Prof. Dr. Petra Gastmeier, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, aktion-saubere-haende@charite.de

Informationen: www.aktion-sauberehaende.de

Projektbeschreibung

Die Aktion hat sich zum Ziel gesetzt, bis zum Jahr 2010 die hygienische Händedesinfektion als einen Schwerpunkt für mehr Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung in den Krankenhäusern in Deutschland zu etablieren.

In Deutschland treten ca. 500.000 Krankenhausinfektionen im Jahr auf, ca. 30% dieser Fälle sind vermeidbar. Diese Infektionen führen zu zusätzlichem Leid der Patienten, zur Verlängerung der Krankenhausverweildauer und damit auch zu zusätzlichen Kosten. Experten sind sich darüber einig, dass die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung der Übertragung von Infektionserregern die sorgfältige Händedesinfektion ist. In vielen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass durch die Verbesserung der Händedesinfektion das Auftreten von Krankenhausinfektionen reduziert werden kann. Deshalb hat die WHO in ihrer aktuellen, weltweiten Kampagne "Clean Care is Safer Care" die Verbreitung von effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Händehygiene als eines von fünf vorrangigen Zielen zur Erhöhung der Patientensicherheit genannt. Bis Ende 2009 wurden in 38 verschiedenen Ländern umfangreiche Initiativen zur Verbesserung der Händehygiene eingeleitet. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen haben die Kampagne für deutsche Gesundheitseinrichtungen ins Leben gerufen. Sie bündelt Partner aus dem Gesundheitswesen, Politik und Gesellschaft, um die Thematik der Händedesinfektion und ihre Bedeutung in der Prävention von Krankenhausinfektionen in einem breiteren Kontext hervorzuheben. Die Kampagne hat das Ziel, die Compliance der Händedesinfektion in deutschen Krankenhäusern deutlich und nachhaltig zu erhöhen.

Meilensteine

Die Kampagne hat zwei nationale Aktionstage (2008 und 2009) initiiert. Die Website der „Aktion Saubere Hände“ mit allen wichtigen Informationen zum Stand der Aktion ist im Internet zu finden unter www.aktion-saubere-haende.de. Darüber hinaus wurde 2009 ein bundesweiter Erfahrungsaustausch an vier Standorten angeboten. Dieser wird im März und April 2010 wiederholt. Die Kampagne hat zwei weitere Pressekonferenzen durchgeführt und drei Pressemeldungen herausgegeben.

Ergebnisse

Insgesamt haben sich seit Beginn der Aktion 647 Einrichtungen zur Kampagne angemeldet (aktueller Stand siehe Website). Auf Grund der großen Nachfrage wurde die Kampagne auf Rettungsdienste, Reha-Kliniken, Alten- und Pflegeeinrichtungen, Funktionsbereiche, ambulante und stationäre Dialyseeinrichtungen erweitert. Bis Ende Dezember 2009 haben sich über 600 Krankenhäuser zur Erfassung des alkoholischen Händedesinfektionsmittelverbrauchs (HDMV) zu Hand-KISS angemeldet. Erste Ergebnisse der Häuser, welche 2007 und 2008 Daten in das Hand-KISS Modul eingetragen haben, zeigen eine Steigerung des HDMV um 13% auf Normalstationen und 12% auf Intensivstationen. Es wurden Referenzdaten für die Jahre 2007 und 2008 erstellt (Website des NRZ Berlin). 126 Krankenhäuser haben Beobachtungen zur Bestimmung der Compliance durchgeführt. Es wurden Referenzdaten für Beobachtungen VOR Indikation berechnet (Website der Aktion ab dem 01. Februar 2010). Die Kampagne ist Bestandteil des Internationalen Netzwerkes zu Händedesinfektion der WHO. Die deutsche Kampagne ist nach Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen eine der größten Kampagnen weltweit. Es nehmen auch Krankenhäuser aus Österreich und der Schweiz teil. Es wurde ein Tätigkeitsbericht für das BMG erstellt. Die Träger der Kampagne haben ca. 60 Vorträge auf verschiedenen Kongressen und Veranstaltungen zur Kampagne gehalten und über 20 Publikationen in deutschsprachigen Zeitschriften veröffentlicht. Die Aktion hat mehrere neue Materialien sowie ein E-Learning-Programm erarbeitet.

Ausblick

Im Januar 2010 soll ein Folgeantrag an das BMG gestellt werden. Die Kampagne soll im weiteren Verlauf im Pflegebereich und im ambulanten Sektor etabliert werden. Erste Ergebnisse werden auf der internationalen 5th. Decennial SHEA Conference in Atlanta im März 2010 präsentiert. Die Kampagne wird das WHO Modell zu den Indikationen der Händedesinfektion „My 5 Moments of Hand Hygiene“ stärker in Deutschland etablieren. Dazu soll ein Film erarbeitet werden.

CR

Projekt AMTS-PSI 2008-2009:

Patientensicherheitsindikatoren zur Arzneimitteltherapiesicherheit(AMTS-PSI)

Internationaler Status, Übertragung auf das deutsche Gesundheitswesen und Expertenbewertung

Projektdauer : 2008 – 2009
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit
Projektleiter: Prof. Dr. Matthias Schrappe, Dr. Günther Jonitz
Kontakt: Prof. Dr. Matthias Schrappe, Silke Kuske M.A.

Hintergrund

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Rahmen geltender Gesetze und unter Berücksichtigung unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE), welche vermeidbar gewesen wären, den „Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland“ beschlossen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin wurde mit der Durchführung des oben genannten Projektes mit folgenden Zielen beauftragt:

- Identifikation und Zusammenführung nationaler und internationaler Patientensicherheitsindikatoren zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS-PSI),
- Bewertung ihrer Eignung durch ein Expertenpanel sowie
- Beurteilung der internationalen AMTS-PSI hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen.

Methodik

Die Methodik des Projektes umfasst vier wesentliche Schritte:

1. Die systematische Recherche zur Identifizierung von AMTS-PSI in der Literatur auf nationaler und internationaler Ebene. In diesem Schritt sind insgesamt unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien 385 AMTS-PSI für die weitere Auswahl und Bewertung identifiziert worden;
2. die kriterienbasierte Auswahl der Patientensicherheitsindikatoren. Es wurde das Risiko (Häufigkeit und Schweregrad) des Patienten bezüglich eines unerwünschten Arzneimittelereignisses (UAE) bewertet und ergänzend der Präventionsgrad des Indikators bestimmt;

3. die Handsuche zur Ermittlung der weiterführenden Literatur, um die AMTS-PSI ausführlich z.B. anhand wissenschaftlicher Gütekriterien beschreiben zu können. Die Grundlage hierzu war ein kriterienbasiertes Instrument, das QUALIFY-Instrument der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung;
4. die Expertenbewertung (zweistufiges Delphi-Verfahren) zur strukturierten Beurteilung der ausgewählten AMTS-PSI. Die Grundlage war ebenfalls das QUALIFY-Instrument.

Ergebnisse

Durch die oben beschriebene Methodik sind 14 AMTS-PSI aus dem ursprünglichen Set von 385 AMTS-PSI herausgefiltert worden (siehe Tabelle nächste Seite). Anhand der Expertenbewertung wurden 14 als geeignet und auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar identifiziert. Ausschlaggebend für diese Wahl war vor allem die hohe thematische Relevanz der Indikatoren für die Patientensicherheit, d.h. die gewählten AMTS-PSI richten sich in einem besonderen Maße auf die indirekte Vorhersage besonders relevanter vermeidbarer unerwünschter Arzneimittelereignisse. Unter den 14 AMTS-PSI sind Prozessindikatoren häufig vertreten, und diagnose- und organisationsbezogene Indikatoren stehen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander. Das Set umfasst einen fachbezogenen und einen globalen Indikator. Die Hälfte der Indikatoren ist neben dem klinischen auch für den ambulanten Sektor oder im Rahmen eines übergreifenden Settings beschrieben. Ein Indikator bezieht sich auf den Bereich der Intensivbehandlung. Schließlich sind sechs Indikatoren in dem Set enthalten, die für Patienten von 65 Jahren oder älter entwickelt wurden.

Schlussfolgerung

Für die zukünftige Forschung bieten die 14 AMTS-PSI aufgrund der überwiegend erfüllten (wissenschaftlichen) Gütekriterien eine Basis für eine weitere Operationalisierung. In Zukunft ist im Rahmen des vom BMG geförderten Folgeprojektes des APS e.V. „Validierung, Anwendung und Populationsbezug von Patientensicherheitsindikatoren: Internationaler Status und Spezifizierung für das deutsche Gesundheitswesen“ eine Erweiterung und Vertiefung der bisher erarbeiteten Ergebnisse geplant. Dieses Projekt geht weit über die systematische Recherche internationaler PSI und Expertenbefragungen hinaus und bezieht zudem empirische Studien mit ein. Nicht nur PSI bezogen auf den einzelnen Leistungserbringer (Provider-Level), sondern auch sektorübergreifende PSI (Area-Level) werden eine bedeutende Rolle spielen.

SK

Tabelle: Die 14 AMTS-PSI des Projektes

AMTS PSI	Quelle	AMTS-PSI-Bezeichnung (Übersetzung)
1.	JCAHO 2008 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)	Beta-Blocker bei Entlassung
2.	JCAHO 2008	Erstselektion der Antibiotika für eine ambulant erworbene Pneumonie bei immunkompetenten Patienten (Intensivstation)
3.	RAND 2007 (Research and Development)	Medikationsliste
4.	RAND 2007	Therapeutische Überwachung der Warfarin-Therapie
5.	RAND 2007	Überwachung der Nierenfunktion und des Kaliumgehaltes bei Patienten, welche ACE-Hemmer verschrieben bekommen haben
6.	RAND 2007	Überwachung der Diuretikatherapie
7.	RAND 2007	Endokarditis Prophylaxe
8.	RAND 2007	Vorhofflimmern: Antithrombose Therapie
9.	NSW TAG & CEC 2007 (The New South Wales Therapeutic Advis. Group, Clinical Excellence Comi.)	Der Anteil Patienten, deren unerwünschte Arzneimittelreaktionen in der aktuellen Krankenakte dokumentiert sind
10.	NSW TAG & CEC 2007	Der Prozentsatz der Medikamentenverordnungen für diskontinuierliche Arzneimitteltherapie, welche sicher verordnet ist
11.	NSW TAG & CEC 2007	Der Prozentsatz an Medikationsaufbewahrungszonen außerhalb der Apotheke, in denen Kaliumampullen erhältlich sind
12.	ESQH 2007 (European Society for Quality in Healthcare)	Übergabe der Versorgung – Patienten, welche die Zielsetzung ihrer Medikamente verstehen
13.	OECD 2004 (Organization for Economic Co- operation & Development)	Medikationsfehler
14.	Batty GM 2003	Dokumentation des Allergie/Sensibilitätsstatus in der Krankenakte (100%)

CIRS-Projekte:

CIRS-Forum: Erstes nationales Forum zu Critical-Incident-Reporting-Systemen (CIRS) im Krankenhaus

Das **Erste Nationale CIRS-Forum** am 25. September 2009 in Berlin war die Auftaktveranstaltung zu einem möglichst jährlichen Gedankenaustausch zwischen CIRS-betreibenden Krankenhäusern in Deutschland. Die Idee ist der früheren CIRS-AG entsprungen und erstmals gemeinsam vom Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Gesellschaft für Risikoberatung (GRB) umgesetzt worden.

Ziel der Tagungen ist der *Erfahrungsaustausch* zur ständigen Verbesserung der *Patientensicherheit* durch ein *CIRS-gespeistes Risikomanagement*, das auch dazu beiträgt, die Arbeit eines inzwischen gegründeten *Krankenhaus-CIRS-Netztes Deutschland* effektiv und effizient werden zu lassen. Die Konferenz ist ein Instrument der *Verbreitung* von CIRS in Deutschland und des *gegenseitigen Lernens* mit und aus CIRS.

An den Tagungen sollten möglichst alle Krankenhäuser beteiligt sein, die ein CIRS, sei es flächendeckend oder abteilungsbezogen, eingeführt haben. Krankenhäuser, die ein CIRS einführen oder sich informieren wollen, waren und sind natürlich eingeladen teilzunehmen. *Adressaten* der Tagungen sind demnach CIRS-*Erfahrene* (aktive CIRS-Betreiber) und CIRS-*Lernende*.

Im Mittelpunkt der ersten Konferenz stand der Austausch über bereits vorhandene Erfahrungen. Teilnehmer und Referenten stellten Modelle und Konzepte dar und diskutierten, wie CIRS in das Qualitäts- und Risikomanagement organisatorisch einzubinden ist, welche Rolle Kommunikation und Feedback dabei spielen und wie Verbesserungsstrategien so umgesetzt werden können, dass sie die Mitarbeiter im Krankenhaus erreichen und helfen, die Patientensicherheit stetig und nachhaltig zu erhöhen. Die hohe Zahl von über 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und die Auswertung ihrer Befragung zeigte ein starkes und ausgreifendes Interesse an dem Erfahrungsaustausch über CIRS und seiner Fortsetzung.

Insgesamt erscheinen nach dieser Tagung die folgenden Themen und Erkenntnisse als wichtige Aspekte für die zukünftige Diskussion und Arbeit:

1. das gut organisierte Zusammenspiel von
 - CIRS und Risikomanagement,
 - Risikomanagement und Qualitätsmanagement,
 - Risiko-, Qualitäts- und Beschwerdemanagementnach strategischer Führungsentscheidung,

2. die Relevanz der Kommunikation intern und extern sowie
3. die gute Organisation von Kommunikation als entscheidende Aufgabe neben der Förderung der Sicherheitskultur.

Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland (KH-CIRS-Netz-D)

Die genannten Aspekte waren gleichzeitig ausschlaggebend für die Gründung eines **Krankenhaus-CIRS-Netzes-Deutschland**, dessen erste öffentliche Präsentation auf diesem Forum erfolgte. Es ist das Ziel des KH-CIRS-Netz-D, ein überregionales, interdisziplinäres und interprofessionelles Lernen aus kritischen Ereignissen durch Information, Analyse, Bewertung und Maßnahmenvorschläge (klinisches Risikomanagement) zu ermöglichen, um so die Patientensicherheit in Deutschland zu fördern. Es wird getragen vom ÄZQ, APS, DPR (Deutscher Pflegerat e.V.) und der DKG und ist in der Form einer sogenannten Untergruppe bei CIRSmedical angesiedelt. Das Projekt hat zunächst eine Laufzeit von zwei Jahren und wird Anfang 2010 seine Arbeit aufnehmen; seine Finanzierung ist gesichert.

Das überregionale Risikomanagement-Lernen wird durch eine Sammlung, Klassifikation, Analyse und Fachkommentierung von bedeutsamen Berichten (alle Berichte, die aus der Sicht von Krankenhäusern für eine interdisziplinäre, interprofessionelle und überregionale Risikokommunikation geeignet sind) ermöglicht. Die Sammlung soll in einer Datenbank, die nach spezifischen Kriterien durchsuchbar ist, allen Nutzern zur Verfügung gestellt werden. Die Fachkommentierung überregional bedeutsamer Fälle soll Anregungen für das klinische Risikomanagement im Krankenhaus geben („Fälle des Monats“). Darüber hinaus sollen Sachverhalte, die schnelle oder tiefgreifende Reaktionen erfordern, in Form von „Alerts“ an Interessierte via Email gesendet werden. Außerdem sollen weitere Publikationsmöglichkeiten genutzt werden.

KH-CIRS-Netz-D hat ein Vorbild, dem es viel verdankt: das „CIRRNET“ - Critical Incident Reporting & Reacting NETwork der Schweizerischen Stiftung für Patientensicherheit.

Frau Christiane van Emmerich, Frau Hedwig Francois-Kettner, Frau Gunhild Leppin M.A., Frau Dr. Constanze Lessing, Frau M.-L. Müller, Frau Dr. Julia Rohe, Frau Andrea Sanguino Heinrich, Prof. Dr. Dieter Conen, Dr. Thilo Grüning, Prof. Dr. Dieter Hart, Dr. Jörg Lauterberg, Dr. Bernd Metzinger und Dr. Christian Thomeczek haben das Konzept entwickelt und werden zukünftig Steuerungsaufgaben wahrnehmen.

DH

Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung

Die Patientensicherheitsbewegung in Deutschland hat in den letzten Jahren sehr viel erreichen können. Zahlreiche Empfehlungen sind erarbeitet und große Kampagnen bzw. übergreifende Projekte (z.B.: Aktion Saubere Hände, High5s, Krankenhaus-CIRS) sind erfolgreich auf den Weg gebracht worden. In der „Aktion Saubere Hände“ ist es schon vorgesehen: die Frage nach der Wirksamkeit, nach Evaluation und dem tatsächlich nachgewiesenen Nutzen für den Patienten wird kommen.

Um diese Fragen beantworten zu können, brauchen wir die Unterstützung und die Kooperation mit anderen Disziplinen, zum einen mit klinischen Fächern, um konkrete Fragestellungen bearbeiten zu können, zum anderen mit methodisch orientierten Fächern, um deren Rüstzeug kennen zu lernen. Es darf nicht aus den Augen verloren werden, dass es sich bei Interventionen zur Verbesserung der Patientensicherheit um sogenannte komplexe Interventionen handelt, die weitaus schwieriger zu evaluieren sind als zum Beispiel Arzneimittel oder definierte therapeutische Interventionen. Die Randomisierung ist zwar der Goldstandard, man muss häufig aber mit anderen vergleichenden Studiendesigns oder mit historischen Vergleichsgruppen arbeiten.

Auf dem Feld der Versorgungsforschung gibt es keine eigene Fachgesellschaft, aber ein Netzwerk von Fachgesellschaften und aktiven Einzelpersonen: das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF, weitere Informationen im Internet unter www.dnvf.de). Auch das APS ist Mitglied, ebenso die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG). Das DNVF hat bisher zwei Memoranden herausgebracht, die sich dem Begriff der Versorgungsforschung und deren Voraussetzungen widmen. Gegenwärtig wird an dem Memorandum III gearbeitet, von dem auch bereits Teile veröffentlicht worden sind (z.B. zur Lebensqualitätsforschung, zur Epidemiologie und zur Organisationsforschung). Eine Arbeitsgruppe zur Qualitäts- und Sicherheitsforschung wird demnächst auf den Weg gebracht, alle Interessenten (man muss dafür nicht Mitglied im DNVF oder APS sein) sind zur Mitarbeit aufgerufen (Infos über unsere Webseite und den Newsletter). Das DNVF richtet außerdem regelmäßig Workshops zu Themen der Versorgungsforschung aus, sowohl Anfang Mai als auch im Vorfeld der 5. Jahrestagung vom 30. September bis 02. Oktober 2010 in Bonn.

MS

Internationale Zusammenarbeit

Patient Safety and Quality of Care Working Group

Hintergrund für die Aktivitäten auf der länderübergreifenden Handlungsebene der EU-Kommission ist die sogenannte Patientenmobilität, also die Tatsache, dass Patienten in Europa nicht nur in ihrem eigenen Land, sondern ebenso in anderen Ländern der EU medizinische Behandlung in Anspruch nehmen (können)². Die Länder Europas stellen kein homogenes Gebilde dar, sie unterscheiden sich u.a. erheblich in Bezug auf die Organisation ihrer Gesundheitsversorgung und den Gesundheitszustand ihrer Bevölkerungen. Im Interesse der EU-Kommission ist es deshalb, prospektiv auf eine Angleichung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung hinzuwirken. Da das Thema Gesundheitsversorgung jeweils im nationalen 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 und unterstützenden Charakter. Auf der länderübergreifenden EU-Ebene soll jedoch darauf hingewirkt werden, dass die Mitgliedsstaaten miteinander kooperieren und ihre Erfahrungen bezogen auf Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit untereinander austauschen.

Bereits im Jahr 2005 wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die für die EU-Kommission beratend im Bereich Patientensicherheit - u.a. bei der Vorbereitung von Empfehlungen - tätig ist. Diese „Patient Safety and Quality of Care Working Group“ (PSQCWG) setzt sich aus Fachexperten aus allen 27 Mitgliedstaaten zusammen. Das APS hat durch Dr. Günther Jonitz als Fachexperten aus Deutschland, der durch das Bundesministerium für Gesundheit entsandt ist, direkten Zugang und aktive Mitwirkungsmöglichkeit in dieser Arbeitsgruppe.

Empfehlung des Rates der Europäischen Union³

Im Juni 2009 hat die EU-Kommission eine Empfehlung zur Patientensicherheit und zur Eindämmung und Prävention von behandlungsassoziierten Infektionen veröffentlicht, die in detaillierten Punkten vorschlägt, wie die Sicherheit von Patienten in den EU-Mitgliedstaaten und im EU-Kontext gesteigert werden kann. U.a.

² “It is estimated that in Member States between 8 % and 12 % of patients admitted to hospital suffer from adverse events whilst receiving healthcare*.

(3) “The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) has estimated that, on average, healthcare associated infections occur in one hospitalised patient in twenty, that is to say 4,1 million patients a year in the EU, and that 37 000 deaths are caused every year as a result of such infections.”

References:

a) <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/09/st10/st10120.en09.pdf>

b) Technical report "Improving Patient Safety in the EU" prepared for the European Commission, published 2008 by the RAND Cooperation.

³ <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/09/st10/st10120.en09.pdf>

wird die Stärkung der Bürgerinnen und Bürger, als auch die Förderung von Maßnahmen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich Patientensicherheit angesprochen. Eine Übersicht über den Stand der Umsetzung der in der Empfehlung angesprochenen Punkte in Deutschland kann beispielsweise über die Bundesärztekammer abgefragt werden (www.bundesaerztekammer.de).

EUNetPaS

Auf die Initiative der PSQCWG hin wurde ein vorläufig auf 2,5 Jahre Laufzeit befristetes und von der EU-Kommission gefördertes Projekt⁴ – „European Union Network for Patient Safety“⁵ (EUNetPaS) – auf den Weg gebracht, das sich auf die Förderung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit in den EU-Ländern konzentriert (Laufzeit Februar 2008 bis Juli 2010). Basis der Arbeit des Projektes EUNetPaS ist die Vernetzung der Akteure mit dem Ziel, den Informationstransfer zwischen den EU-Ländern zu fördern und Möglichkeiten des Länder-übergreifenden aktiven Voneinander-Lernens zu schaffen. Alle 27 EU-Mitgliedsstaaten bringen ihre Informationen und Erfahrungen mit Aktivitäten im Bereich Patientensicherheit ein und arbeiten gemeinsam an Empfehlungen und Lösungsvorschlägen zu den Themen

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

Außerdem ist es Ziel des Projektes, dass in jedem der 27 Mitgliedstaaten ein nationales Netzwerk aufgebaut wird, in dem sich die Ansprechpartner in den Ländern zusammen schließen und die Informationen so gebündelt und leichter für alle Interessierten zur Verfügung gestellt werden können.

Zwischenzeitlich sind in folgenden Ländern – neben dem APS in Deutschland als Vorreiter - nationale Netzwerke und Plattformen mit dem Fokus auf Patientensicherheit aufgebaut worden:

- Belgien,
- Dänemark,
- Finnland,
- Frankreich,
- Griechenland,
- Großbritannien,
- Irland,

⁴ EUNetPaS wird von der EAHC (European Agency for Health and consumers) gefördert. Die EAHC zeichnet nicht für die Aussagen dieses Berichtes über EUNetPaS verantwortlich.

⁵ EUNetPaS: <http://www.eunetpas.eu>

- Österreich,
- Polen,
- Schweden,
- Spanien.

Alle Informationen, die über dieses Projekt EU-weit generiert werden, sollen im Jahr 2010 über die Projekthomepage www.eunetpas.eu bereitgestellt werden.

Als zentraler Ansprechpartner für Deutschland ist das APS als sogenannter „National Contact Point“ an EUNetPaS beteiligt. Die operative Umsetzung der Projektarbeit hat die Ärztekammer Berlin als Projektpartner übernommen. Die inhaltliche Beteiligung am Projekt beschränkt sich auf das Thema Aus-, Fort- und Weiterbildung für Patientensicherheit. Als aktueller Stand (Dezember 2009) bezogen auf diesen Themenschwerpunkt lässt sich zusammenfassen, dass der langwierige Prozess der Erstellung einer Entwurfsfassung einer sogenannten „Guideline“ im Januar 2010 abgeschlossen sein wird. Die „Guideline“ erhebt den Anspruch, relevante Eckpunkte zu definieren, die praktische Hilfestellung bei der Konzeption, Durchführung, Evaluation und Auswahl von Aus-/ Fort- und Weiterbildungsangeboten geben.

Im Frühjahr 2010 wird die „Guideline“ einer auf die Projektbeteiligten bezogenen Konsultations- und Kommentierungsphase unterzogen.

Als positives Zwischenfazit von EUNetPaS lässt sich feststellen, dass sich alle EU-Mitgliedsstaaten aktiv einbringen und Strukturen für einen Wissenstransfer – wer macht was und wie in Europa? – aufgebaut werden.

GJ, SB

IV. Berichte aus dem Institut für Patientensicherheit (IfPS)

Das Institut für Patientensicherheit, das durch die Unterstützung von insgesamt 30 Förderern in der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn eingerichtet werden konnte und vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. als Stifter getragen wird, konnte am 02. 01. 2009 seine Arbeit aufnehmen und wurde am 08. 05. 2009 feierlich unter Anwesenheit der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eröffnet. Vorangegangen waren dreieinhalb Jahre an der Universität Witten/Herdecke, in denen es sich „nur“ um eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Frau Dr. Lessing handelte, die aber auch schon intensiv wissenschaftlich gearbeitet hat. Der „Systematische Review“, der in seiner zweiten Auflage in der Agenda 2008 vorgestellt worden war, wurde in „Quality and Safety in Health Care“ international zur Veröffentlichung angenommen.

Räumlichkeiten wurden vom Institut für Rechtsmedizin zur Verfügung gestellt, mitten in der Stadt am Stiftsplatz. Auch an dieser Stelle nochmals an Herrn Professor Dr. Madea als Institutsdirektor der Rechtsmedizin: Vielen Dank für diese großzügige Geste! Trotzdem, aller Anfang ist schwer: Bis die Räume renoviert waren, die Geräte angeschafft, es hat die zu diesem Zeitpunkt um Dr. Lauterberg und Frau Kuske verstärkte Instituts-Crew viele Nerven gekostet, das Institut auch tatsächlich in Gang zu bringen. Durch Akquisition des High5s-Projekts wurde das Team um Frau Kolbe erweitert, die die biometrischen und epidemiologischen Belange vertritt. Das Berufungsverfahren des Institutsdirektors hat sich dann länger hingezogen als ursprünglich gedacht, aber am 01. 12. 2009 konnte Professor Dr. Schrappe seine Arbeit aufnehmen.

Die wichtigsten, teilweise vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekte des Instituts werden im Folgenden kurz vorgestellt:

- Projekt Evaluation und Implementierung
- Projekt High5s
- Projekt Kleinräumige Epidemiologie
- Projekt Krankenhausbefragung und Sicherheitskultur
- Projekt PSI

MS

Projekt Evaluation / Implementierung:

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

Projektdauer : 2009 - 2013
Projektträger: BMG
Projektleiter: Professor Dr. Matthias Schrappe
Gefördert durch: BMG
Kontakt: Dr. Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn,
constanze.lessing@ukb.uni-bonn.de

Seit der Vereinsgründung im Jahr 2005 hat es sich das Aktionsbündnis zur Aufgabe gemacht, nach dem Prinzip „von der Praxis für die Praxis“ Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu erarbeiten und zu veröffentlichen. Ziel dieser Empfehlungen ist es, Prozesse der Patientenversorgung auf der konkreten Handlungsebene so zu strukturieren, dass ein Höchstmaß an Sicherheit gewährleistet ist, indem Fehler, die z.B. durch unregelmäßige Zuständigkeiten, unklare Aufgabenverteilungen, mangelnde Kommunikationsflüsse oder unvorhersehbare Zwischenfälle entstehen, verhindert bzw. entdeckt und korrigiert werden.

Im Aktionsbündnis liegt die Erarbeitung von Empfehlungen in der Hand von Arbeitsgruppen. Die Mitglieder sichten und prüfen bereits veröffentlichte Empfehlungen und stützen sich im Übrigen auf ihr eigenes Expertenwissen und ihre Erfahrungspraxis.

Auch wenn allgemein angenommen wird, dass Handlungsempfehlungen die Sicherheit der Patientenversorgung erhöhen, gibt es dafür - auch in anderen Ländern - bisher kaum wissenschaftliche Nachweise. Auch fehlt es an verbindlichen Kriterien und Mindeststandards für die Priorisierung von Themen sowie für die Erarbeitung, Dissemination, Implementierung und Evaluation von Empfehlungen. Ziel des Projektes ist es deshalb, die APS-Handlungsempfehlungen zu validieren und allen Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen zugänglich und nutzbar zu machen.

In dem Projektzeitraum von fünf Jahren wird ein Validierungsverfahren für die APS-Handlungsempfehlungen erarbeitet und umgesetzt. Dieses Vorhaben umfasst:

Veröffentlichung eines Leitfadens für die APS-Arbeitsgruppen

Der Leitfaden ist eine praktische Arbeitshilfe. Schritt für Schritt wird erklärt, wie die Themenauswahl für eine Handlungsempfehlung getroffen wird, wie die Gründung einer Arbeitsgruppe erfolgt, nach welchen Kriterien die Gruppe einen Empfehlungsentwurf entwickelt, wie dieser Entwurf im Rahmen eines regelhaften Konsensverfahrens beschlossen und verabschiedet wird, über welche Medien und Formate APS-Empfehlungen verbreitet werden und wie eine regelmäßige Aktualisierung zu gewährleisten ist.

Festlegung von Patientensicherheitszielen zur Bearbeitung in den APS-Arbeitsgruppen

In einem ersten Schritt werden die Aktionspläne und Handlungsprogramme ausländischer Patientensicherheitsorganisationen einer systematischen Analyse unterzogen, um daraus einen Vorschlag zum weiteren Handlungsbedarf für Deutschland abzuleiten. Eine Bewertung und Ergänzung dieses Vorschlags erfolgt durch die APS-Mitglieder und -Partner mithilfe eines standardisierten Befragungsinstrumentes. Nach den Ergebnissen der Befragung werden Patientensicherheitsziele ausgewählt, zu denen die Arbeitsgruppen im Aktionsbündnis Patientensicherheit weitere Handlungsempfehlungen ausarbeiten werden.

Die organisatorische und wissenschaftliche Begleitung der APS-Arbeitsgruppen

Im Projektzeitraum werden alle APS-Arbeitsgruppen durch die wissenschaftliche Projektmitarbeiterin Frau Dr. Lessing begleitet. Dies umfasst die Organisation von Arbeitsgruppensitzungen, die Recherche, Beschaffung und Auswertung wissenschaftlicher Literatur sowie die Textredaktion von Empfehlungsentwürfen und dazugehörigen Begleitmaterialien. Darüber hinaus koordiniert das Institut für Patientensicherheit die Veröffentlichung und Dissemination fertig gestellter APS-Empfehlungen.

Planung, Durchführung und Auswertung von Pilotstudien zur Implementierung und Evaluation von APS-Empfehlungen

Ausgewählte APS-Empfehlungen werden in jeweils fünf bis zehn teilnehmenden Einrichtungen beispielhaft implementiert und evaluiert. Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen, z.B. zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet, wird in einem Prä-Post-Design beobachtet, die Intervention über einen Zeitraum von 12 bis 18 Monaten verfolgt. Ziel der Studien ist es, Machbarkeit und Wirksamkeit der APS-Empfehlungen zu testen. Dabei sollen zum einen diejenigen Faktoren identifiziert werden, die Einfluss auf Akzeptanz und Adherence bei der Einführung und Umsetzung von Maßnahmen zur

Verbesserung der Patientensicherheit haben. Zum anderen soll die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen durch Outcome-Messungen nachgewiesen werden, z.B. durch eine deutliche Reduzierung von Fehlern, die typischer Weise infolge nicht eindeutig festgelegter Handlungsabläufe auftreten.

Ausrichtung von Fokuskonferenzen

Vom Jahr 2012 an ist geplant, jährliche Fokuskonferenzen abzuhalten, die dem Erfahrungsaustausch über die APS-Handlungsempfehlungen dienen. Hier werden die Ergebnisse der Pilotstudien präsentiert. Darüber hinaus werden alle interessierten Einrichtungen, Organisationen und Experten im Sinne eines kontinuierlichen Lernprozesses die Möglichkeit erhalten, über die weiteren Perspektiven und Verbesserungspotenziale der APS-Empfehlungen gemeinsam zu diskutieren.

Erarbeitung eines Sets zur kontinuierlichen und intermittierenden Evaluation von APS-Handlungsempfehlungen

Als Ergebnis der Pilotstudien und Fokuskonferenzen werden Studienprotokolle und Indikatorensets entwickelt, die es allen Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen ermöglichen, die Umsetzung der APS-Empfehlungen vor Ort kontinuierlich zu beobachten und zu überprüfen.

Im ersten Projektjahr 2009 konzentrierte sich die Arbeit im Forschungsprojekt zunächst auf die wissenschaftliche und organisatorische Begleitung der APS-Arbeitsgruppen sowie auf die Erarbeitung eines Leitfadens für die APS-Arbeitsgruppen. Die erste Entwurfsfassung dieses Leitfadens wird in der ersten Jahreshälfte 2010 in einem mehrstufigen Konsensverfahren verabschiedet und bis Mitte 2010 veröffentlicht werden.

Für die Festlegung von Patientensicherheitszielen wurde mit einer systematischen Recherche ausländischer Aktionspläne und Handlungsprogramme begonnen. Eine Befragung zum Handlungsbedarf in Deutschland ist für Mitte 2010 geplant. Die Verabschiedung von Patientensicherheitszielen zur weiteren Bearbeitung in den APS-Arbeitsgruppen soll bis Ende 2010 abgeschlossen sein.

Ebenfalls im Jahr 2010 werden die ersten Implementierungs- und Evaluationsstudien zu den Themen Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet und sichere Patientenidentifikation starten. Versorgungseinrichtungen, die sich für eine Teilnahme an den Pilotstudien interessieren, sind eingeladen, weitere Informationen über das Institut für Patientensicherheit zu erfragen.

CL

Projekt High5s:

Action on Patient Safety: High 5s

Projektdauer:	2009 - 2012
Projektträger:	Consortium bestehend aus Joint Commission International als Führungsorganisation und 7 nationalen Organisationen (Lead Technical Agencies); im nationalen Kontext wird über eine entsprechende Finanzierung entschieden (ÄZQ)
Projektleiter:	Dr. Christian Thomeczek, Dr. Jörg Lauterberg
Gefördert durch:	Bundesministerium für Gesundheit
Kontakt:	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), High5s_Germany@azq.de Magdalena Kolbe, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, magdalena.kolbe@ukb.uni-bonn.de
Information:	http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html

Was ist das High 5s-Projekt?

Das High 5s-Projekt wurde im Jahr 2006 von der World Health Organization (WHO) initiiert. Die Bezeichnung „High 5s“ leitet sich von der ursprünglichen Intention des Projekts ab, nämlich die Reduzierung von 5 schweren Patientensicherheitsproblemen in 5 Ländern über 5 Jahre.

Das Ziel des internationalen Projekts „Action on Patient Safety: High 5s“ ist die bedeutsame, nachhaltige und messbare Reduzierung von unerwünschten Ereignissen in der Patientenversorgung durch die Implementierung von standardisierten Handlungsempfehlungen (SOP = Standard Operating Protocols) in Krankenhäusern. Dabei werden innerhalb einer multinationalen Lerngemeinschaft die SOP entwickelt und ihre Implementierung und Wirksamkeit evaluiert.

Inzwischen arbeiten im High 5s-Projekt insgesamt neun Länder unter Koordination der WHO als Collaborating Centre for Patient Safety fungierende Joint Commission International (JCI) zusammen.

Unterstützt wird das Projekt auf internationaler Ebene durch die U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), die WHO sowie den Commonwealth Fund. Die Projektumsetzung in Deutschland wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis Ende 2012 gefördert.

Die in jedem Land das Projekt durchführenden Organisationen werden als Lead Technical Agencies (LTA) bezeichnet. Sie koordinieren, betreuen und unterstützen auf nationaler Ebene die Krankenhäuser bei der SOP-Implementierung, der Datensammlung und bei der Übermittlung von Evaluationsdaten. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bilden als „LTA Germany“ eine operationelle Einheit.

Eckpunkte des High 5s-Projekts

Hauptelemente des Projekts sind die Implementierung von problemspezifischen SOP in verschiedenen Krankenhausbereichen, die Entwicklung einer umfangreichen Evaluationsstrategie, die Sammlung und Analyse von erhobenen Daten mit vergleichender Rückspiegelung der Ergebnisse an die teilnehmenden Krankenhäuser sowie der Aufbau einer internationalen Lerngemeinschaft.

Zunächst konzentrieren sich die internationalen Projektbemühungen auf drei relevante Patientensicherheitsprobleme mit der standardisierten Implementierung und Evaluation von SOP zu den Themen:

- Vermeidung von Eingriffsverwechslungen,
- Management von konzentrierten injizierbaren Medikamenten,
- Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess (Medication Reconciliation).

Jede SOP beschreibt neben der standardisierten Handlungsempfehlung das zugrundeliegende Problem, die Evidenzgrundlage, potentielle Barrieren sowie potentielle unbeabsichtigte Folgen bei der Einführung und auch die Rolle der Patienten und deren Angehörigen.

Aktueller Stand des High 5s-Projektes

28 Krankenhäuser haben bereits ihr Interesse an dem High 5s-Projekt bekundet. Zuerst wird die SOP zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen eingeführt. Am 01. Dezember 2009 fand ein Einführungsworkshop statt, auf dem die interessierten Krankenhäuser über das Projekt informiert wurden. Ferner wurde die Einschätzung der Teilnehmer bezüglich der international zur Implementierung und Evaluation vorgeschlagenen Instrumente eingeholt, um darauf aufbauend die Projektkomponenten praxistauglich in das deutsche System integrieren zu können. Ein zweiter Einführungsworkshop hat am 21. Januar 2010 stattgefunden.

Vor der Implementierung zum Jahresbeginn 2010 ist ein Pretest geplant, zu dem sich Vertreter aus zwei Krankenhäusern bereit erklärt haben. Dem Pretest wird eine Train-The-Trainer-Veranstaltung folgen, auf der die Teilnehmer in der Anwendung der im Pretest erprobten Instrumente und Datenflüsse geschult werden.

MK

Projekt Kleinräumige Epidemiologie:

Erhebung von unerwünschten Ereignissen, vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Beinaheschäden in kleinräumigen Settings

Projektdauer : 2009 – 2013
Projekträger: Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Projektleiter: Dr. Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit
Kontakt: Dr. Constanze Lessing, constanze.lessing@ukb.uni-bonn.de

Hintergrund

Ein elementarer Bestandteil des Qualitäts- und Risikomanagements ist die Sammlung von Daten, sowohl zur Analyse und Identifizierung von Problembereichen, als auch zur Evaluation sich daraus ergebender *Patient Safety*-Maßnahmen. Obwohl international und national eine Vielzahl unterschiedlicher Bestrebungen unternommen und sicherheitsfördernde Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung eingeführt wurden, herrscht Uneinigkeit darüber, wie die Erfolge solcher Maßnahmen gemessen werden können. Zudem erschwert die Verwendung unterschiedlicher Datenerhebungsverfahren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Die beispielsweise vielerorts implementierten *Critical Incident Reporting Systems* (CIRS) sind wichtige Elemente und zugleich Ausdruck einer sich etablierenden Sicherheitskultur, indem sie Ursachenanalysen nach einem Zwischenfall ermöglichen. Die freiwillig und anonym gesammelten Ereignisberichte lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Häufigkeit der in einer Einrichtung auftretenden, sicherheitsrelevanten Ereignisse zu. Bestenfalls können anhand der gemeldeten Häufigkeiten Tendenzen hinsichtlich der Meldebereitschaft der Mitarbeiter ausgemacht werden.

Ziel

In dem Projekt „Kleinräumige Epidemiologie“ werden deshalb Methoden untersucht, mit denen die Endpunkte unerwünschte Ereignisse (UE), vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE), Fehler (F) und Beinaheschäden (BS) in kleinräumigen Settings, wie einzelnen Stationen, Abteilungen oder Versorgungsbereichen, erhoben werden können.

Methodik

Ausgangspunkt des Forschungsprojektes sind die Ergebnisse des APS-Vorprojektes in Form einer umfassenden Übersichtsarbeit zur Erfassung der vier Endpunkte sowie eine kürzlich durchgeführte ergänzende Recherche zu methodischen Studien. In weiteren Schritten sollen bereits angewendete Verfahren zur Messung von UE, VUE, F und BS in einer Übersicht dargestellt und bewertet sowie in Deutschland vorhandenes Expertenwissen in diesem Bereich zusammengeführt werden. Bereits vorhandene Verfahren sollen so modifiziert werden, dass sie im Versorgungsalltag des deutschen Gesundheitswesens anwendbar sind und ein aussagekräftiges Abbild der Häufigkeit der benannten Endpunkte geben können. Hierbei sind die Aspekte der Machbarkeit und Anwendbarkeit eines solchen Verfahrens in der Praxis ebenso zu berücksichtigen wie Messgenauigkeit und Wiederholbarkeit.

Erwartete Ergebnisse

Ziel des Projektes ist es, Empfehlungen zur Messung der vier Endpunkte, beispielsweise in Form von Studienprotokollen, anbieten zu können. Ein Beispiel für ein solches Verfahren ist das vom Institute for Healthcare Improvement (IHI) entwickelte und zur Verfügung gestellte Global Trigger Tool als eine für die Praxis modifizierte und anwendbare Form des *Chart-Review-Verfahrens* (Aktenanalyse) zur Erfassung unerwünschter Ereignisse.

Die Projektlaufzeit ist auf insgesamt fünf Jahre ausgelegt (bis 2013) und die Stelle einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin sowie Unterstützung durch studentische Hilfskräfte sind vorgesehen. Angesiedelt ist das Projekt im IfPS in der Abteilung *Evaluationsforschung* unter Leitung von Frau Dr. Lessing.

AS

Projekt Krankenhausbefragung und Sicherheitskultur:

Bundesweite Krankenhausbefragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM)

Projektdauer : 2010
Projektträger: Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Projektleiter: Dr. Jörg Lauterberg, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Gefördert durch: AOK-Bundesverband
Kontakt: Dr. Jörg Lauterberg, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, joerg.lauterberg@ukb.uni-bonn.de

Das Projekt verfolgt zwei Ziele: Zum einen soll erstmalig eine detaillierte nationale Erhebung in allen deutschen Krankenhäusern (über 50 Betten, Betriebsstättenebene, inkl. psychiatrischer Kliniken) 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 zu Häusern von ähnlicher Größe und Versorgungstyp hervorgeht.

Voraussichtlich werden neben dem Aktionsbündnis Patientensicherheit renommierte Organisationen wie die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zur Beteiligung an der Studie aufrufen, die Ende Februar 2010 in die Feldphase gehen wird und Mitte 2010 mit der Auswertung abgeschlossen sein soll. Das IfPS wird in diesem Vorhaben mit dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI) zusammenarbeiten, das als Vertrauensstelle für die befragten Krankenhäuser fungiert, Krankenhausstrukturdaten zu den Befragungsergebnissen zuspielt und eine Stichprobenkorrektur der Ergebnisse zur Erzielung repräsentativer Gesamtdaten vornimmt. Als bevorzugter Antwortweg wird neben der Rücksendung des Papierfragebogens ein internet-basiertes Online-Befragungsinstrument in Zusammenarbeit mit dem hier international führenden Unternehmen Globalpark AG genutzt.

Nach Ergebnissen des Krankenhausbarometers 2008 (DKI-Befragung) sind die deutschen Krankenhäuser bezüglich der Einführung des klinischen Risiko-Managements (kRM) überwiegend noch ganz am Anfang, d.h. entweder noch gar nicht damit beschäftigt (21 %) oder in der Planungs- und Konzeptionsphase (40%). Das in dem Projekt eingesetzte Instrument fragt in starker Anlehnung an einen Fragebogen, den die Eidgenössische Technische Hochschule 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.

Ein entsprechend entwickelter Fragebogenentwurf wurde von September bis November 2009 einem ausführlichen Pretest mit persönlichen und telefonischen Interviews unterzogen. Daran nahmen elf Krankenhäuser aller Größen und Versorgungsstufen sowie neun Experten auf dem Gebiet der Patientensicherheitsforschung und des kRM teil. Fast alle der zahlreichen Anregungen der Pretest-Teilnehmer wurden für die finale Version berücksichtigt.

Das Projekt wurde dem APS e.V. vom AOK-Bundesverband im Rahmen der Förderung des Instituts für Patientensicherheit in Auftrag gegeben und finanziert. Die Publikation der Befragungsergebnisse ist für das 3. Quartal 2010 geplant.

JL

Projekt PSI:

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

Projektdauer : 2009 - 2013
Projekträger: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und die Ärztekammer Berlin
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit
Projektleiter: Prof. Dr. Matthias Schrappe, Dr. Jörg Lauterberg
Kontakt: Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universitätsklinikum Frankfurt, matthias.schrappe@kgu.de
Silke Kuske M.A., Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., silke.kuske@aps-ev.de

Hintergrund

Im Rahmen des Konzeptes 2013 des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. wurde das Patientensicherheitsindikatorenprojekt (PSI-Projekt) beantragt und bewilligt. PSI sind Kennzahlen, die (vermeidbare) unerwünschte Ereignisse, die für die Sicherheit in der Gesundheitsversorgung relevant sind, indirekt vorhersagen.

Ziel Projektes ist die Identifizierung und Bewertung der PSI auf Leistungserbringer- und populationsbezogener Ebene, basierend auf nationaler und internationaler Literatur sowie empirischen Studien. Außerdem sind die Spezifizierung, Validierung und die Überprüfung der Anwendbarkeit für das deutsche Gesundheitswesen und die Entwicklung eines Verfahrens zur Anpassung und kontinuierlichen Fortentwicklung dieser PSI vorgesehen.

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

Nicht nur auf internationaler Ebene sind PSI bedeutend, sondern auch in Deutschland werden diese schon seit einiger Zeit entwickelt. Das Indikatorenset der ehemaligen Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung und die Maßnahmen im Rahmen des „Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit (AMTS) in Deutschland“ sind gute Beispiele für diese Zielrichtung.

Methodik

Das Projekt umfasst folgende methodische Elemente:

1. einen systematischen Review zur Identifizierung der PSI;
2. die kriterienbasierte Auswahl der PSI unter Berücksichtigung des Handlungsbedarfs für Deutschland;
3. die Bewertung der PSI mithilfe eines zweistufigen Delphi-Verfahrens;
4. die Konzepterstellung zur Risikoadjustierung, Machbarkeit und zur Identifizierung der (System-) Faktoren, die den Einsatz von PSI im deutschen Gesundheitswesen fördern oder behindern;
5. die Durchführung einer empirischen Studie zur Bewertung der Reliabilität von Routinedaten anhand selektierter PSI
6. die Durchführung einer empirischen Studie zur Bewertung des Zusammenhangs von Prozess- und Ergebnis-PSI unter dem Aspekt der Validität.

Erste Ergebnisse und Ausblick 2010

Im ersten Jahr des Projektes wurde die systematische Recherche zur Identifizierung der PSI erfolgreich abgeschlossen. Zurzeit erfolgen die Auswertungen der mehr als 3000 Literaturtreffer der Datenbank Medline und der Literaturergebnisse von mehr als 25 Organisationen weltweit.

Kriterien zur Klassifizierung der PSI z. B. nach Setting, Genderaspekten, epidemiologischen und funktionalen Gesichtspunkten wurden erstellt. Ein Modell zur Filterung der PSI wurde unter Berücksichtigung des Handlungsbedarfs in Deutschland und unter wissenschaftlichen Merkmalen weitestgehend entwickelt. Parallel wurde eine computergestützte Datenbank zur Verwaltung der PSI aufgebaut.

Im Jahr 2010 werden die PSI klassifiziert und bewertet sowie die empirischen Studien konzipiert und vorbereitet. In diesem Zuge werden die zukünftig teilnehmenden Krankenhäuser ausgewählt. Darüber hinaus werden ein Expertenpanel und ein Experten-Workshop im Rahmen der PSI-Bewertung stattfinden.

Als Ergebnis steht 2013 zum einen eine PSI-Datenbank zur Verfügung, in der ein Großteil der PSI identifiziert und klassifiziert ist und zum anderen ein Verfahren, das eine kontinuierliche Fortentwicklung der PSI ermöglicht.

Weitere Informationen können im Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn erfragt werden.

SK

V. Kongresse, Kurse, Tagungen und Veranstaltungen

Bericht von der Jahrestagung 2009

„Ein Meilenstein für mehr Patientenorientierung und Qualität in der medizinischen Versorgung“

Mit diesen Worten würdigte die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in ihrer Eröffnungsansprache die Gründung des Instituts für Patientensicherheit an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, das in einer feierlichen Veranstaltung im Rahmen der 4. Jahrestagung des APS e.V. am 08. Mai 2009 eröffnet wurde.

In ihren Grußworten betonten Professor Dr. Thomas Klockgether (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn), Dr. Günther Jonitz (Vorstand der Bundesärztekammer), Frau Hedwig Francois-Kettner (Pflegedirektorin der Charité Universitätsmedizin Berlin) und Dr. Jörg Lauterberg (Geschäftsführer des APS e.V.) die dringende Notwendigkeit eines solchen Instituts für Patientensicherheit, dem ersten dieser Art in Deutschland, in dem Forschung und Interdisziplinarität groß geschrieben werden.



Vor der Festveranstaltung wurden Fragen der Presse zum neuen Institut beantwortet.



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eröffnet die Jahrestagung.



Interessierte Zuhörer lassen sich informieren.

Mehr als 200 Gäste aus dem In- und Ausland nutzten diese Jahrestagung des APS, um sich über die aktuelle Forschung zur Patientensicherheit informieren zu lassen. In dem ersten der Festvorträge sprach Professor Dr. Dr. Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck, über die Herausforderungen, die Patientensicherheit an die Versorgungsforschung stellt. Neuere Entwicklungen im Bereich Patientensicherheit in Europa wurden von Frau Dr. Pirjo Penannen von der Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Soziales und Gesundheit aus Finnland vorgestellt. Dabei erwähnte sie die Empfehlungen des Europarates von 2006 zur Patientensicherheit und Verhinderung von Gesundheitsschäden ebenso wie die Gründung von EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety), dem von der Europäischen Kommission geförderten europaweiten Netzwerk für Patientensicherheit, in dem das Aktionsbündnis als Leading Agency für Deutschland mitarbeitet. Als kommissarischer Leiter des neuen

**4. APS-Jahrestagung
und feierliche Eröffnung des
Instituts für Patientensicherheit
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-
Universität Bonn
am 08. Mai 2009**



**Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
(APS)**

und

**Institut für Patientensicherheit der
Universität Bonn (IfPS)**

Programm

11:45 Uhr bis 12:15 Uhr Anmeldung und Begrüßungsimbiss

12:15 Uhr bis 13:15 Uhr Grußworte

- Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit
- Prof. Dr. Thomas Klockgether, Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- Dr. Günther Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer
- Marie-Luise Müller, Präsidentin des Deutschen Pflegerates e.V. (angefragt)
- Dr. Jörg Lauterberg, Geschäftsführer des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)

• Institut für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (N.N.)

13:15 Uhr bis 14:15 Uhr Festvorträge

- *Patientensicherheit: Herausforderungen an die Versorgungsforschung*
Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck
- *Entwicklungen im Bereich Patientensicherheit in Europa – Wo stehen wir?*

Dr. Pirjo Pennanen, National Authority for Medicolegal Affairs, Helsinki

14:15 Uhr bis 14:45 Uhr Pause

14:45 Uhr bis 17:00 Uhr Plenarvorträge

- *Das Institut für Patientensicherheit (IfPS): Das wissenschaftliche Programm*

N.N., Institut für Patientensicherheit, Universität Bonn

- *Patientensicherheit und Rechtsmedizin*

Prof. Dr. Burkhard Madea, Institut für Rechtsmedizin, Universität Bonn

- *Das Institut für Patientensicherheit (IfPS): Was können die Patienten erwarten?*

Hannelore Loskill, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V.,
Düsseldorf und APS-Vorstand

- *Leitlinien, evidenzbasierte Medizin und Patientensicherheit – die Entwicklung der letzten 15 Jahre*

Prof. Dr. Günter Ollenschläger, Ärztliches Zentrum für Qualität
in der Medizin, Berlin

- *Ein Krankenhaus-CIRS-Netz für Deutschland?*

Prof. Dr. Dieter Hart, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht,
Universität Bremen und APS-Vorstand

- *Praxisbezogene Themen der Patientensicherheit: Projekte und Projektarbeit*

im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)

Dr. Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit, Universität Bonn

- *Praxisbezogene Themen der Patientensicherheit: Unbeabsichtigt belassene*

Fremdkörper im OP-Gebiet

Prof. Dr. Hartmut Siebert, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.,
Schwäbisch Hall

17:15 Uhr bis 19:00 Uhr Mitgliederversammlung des Aktionsbündnis
Patientensicherheit e.V. (APS) mit Neuwahl des Vorstandes

ab 19:30 Uhr Empfang und Imbiss in den Räumen des Instituts für
Patientensicherheit, Stiftsplatz 12

Instituts für Patientensicherheit stellte Dr. Jörg Lauterberg das wissenschaftliche Forschungsprogramm für die nächsten fünf Jahre vor (vgl. Kapitel IV dieser Agenda: Berichte aus dem IfPS). Professor Dr. Burkhard Madea, der in seinen Räumen im Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn das IfPS und das APS aufgenommen hat, erläuterte den Zusammenhang von Patientensicherheit und Rechtsmedizin, indem er die Bedeutung von Obduktionen bei der Identifikation von Risikofaktoren und für die Aufklärung von Behandlungsfehlern aufzeigte. Aus der Sicht der Patienten beschäftigte sich Frau Hannelore Loskill als Vertreterin der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. mit den Erwartungen von Patienten an ein Institut für Patientensicherheit. Sie zeigte auf, dass Patientenerfahrungen zu einer höheren Arzneimitteltherapiesicherheit beitragen können. Die Beziehungen zwischen evidenzbasierter Medizin und Patientensicherheit thematisierte Dr. Christian Thomeczek vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, indem er die gemeinsamen Ziele in der Qualitätssicherung und -förderung herausarbeitete. Professor Dr. Dieter Hart, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen, stellte das geplante Krankenhaus-CIRS-Netz für Deutschland vor, das es Krankenhäusern ermöglicht, durch ein freiwilliges Berichtssystem mit einer standardisierten und kommentierten Falldokumentation aus Fehlern zu lernen. Das Herzstück der APS-Aktivitäten sind - das beschrieb Frau Dr. Constanze Lessing vom IfPS - die Arbeitsgruppen, die Empfehlungen zur Patientensicherheit erarbeiten, die wissenschaftlichen Standards entsprechen und in einem Konsensverfahren innerhalb des APS verabschiedet werden. Als ein Beispiel aus dieser sehr praxisbezogenen Arbeit stellte Professor Dr. Hartmut Siebert von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. die Handlungsempfehlung der AG „Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet“ vor, in der für eine geregelte Durchführung standardisierter Zählkontrollen in Verantwortung des gesamten OP-Teams plädiert wird.



Die Pausen wurden für intensive Gespräche genutzt



Aktiv für das Aktionsbündnis:: der Geschäftsführer, der neue und der bisherige Vorsitzende

In der anschließenden Mitgliederversammlung wurde nicht nur über das Geschehen im vergangenen Jahr berichtet, es wurde auch ein neuer APS-Vorstand gewählt. Mit Dank für die geleistete Arbeit wurde Professor Dr. Matthias Schrappe, der nicht erneut für dieses Amt kandidierte, als Vorsitzender des APS verabschiedet. Als sein Nachfolger übernahm Dr. Günther Jonitz dieses Amt. Zu seiner Stellvertreterin wurde Frau Hedwig Francois-Kettner gewählt. Ihnen zur Seite stehen die Beisitzer Professor Dr. Dieter Conen, Professor Dr.

Dieter Hart, Frau Gunhild Leppin, Frau Hannelore Loskill, Professor Dr. Matthias Schrappe und Professor Dr. Hartmut Siebert. Dr. Jörg Lauterberg wurde zum Geschäftsführer gewählt.



Ein Empfang am Abend in den frisch renovierten Räumen des IfPS ermöglichte bei Gespräch und Austausch einen angemessenen Ausklang dieser Jahrestagung 2009.

Der Jahrestagung vorausgegangen war eine Pressekonferenz, in der sich Frau Dr. Hiltrud Kastenholz vom Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Jörg Lauterberg für das IfPS, Professor Dr. Matthias Schrappe als noch amtierender Vorsitzender des APS sowie Professor Dr. Klockgether, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, den Fragen der interessierten Pressevertreter stellten. Zahlreiche Pressemeldungen im Anschluss an die Jahrestagung belegen das große Interesse der nicht nur medizinischen Öffentlichkeit an dem Thema Patientensicherheit und an der Arbeit des APS e.V. sowie des neuen Instituts für Patientensicherheit.

CWF

Trainingskurse „Patientensicherheit lernen“

Als Auftakt einer geplanten Fort- und Weiterbildungsreihe hat das Aktionsbündnis unter der Überschrift „Patientensicherheit Lernen“ erstmals im Jahr 2008 einen Kurs zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen ausgerichtet. Die Resonanz der Teilnehmer war so positiv, dass das Angebot im Jahr 2009 fortgeführt und ausgeweitet wurde.

In Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer / Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Berlin fanden von März bis Dezember 2009 insgesamt drei Trainingskurse statt. Ein Team von Medizinern, Psychologen und Juristen unter der Leitung von Diplompsychologin Dr. Gesine Hofinger arbeitete das Programm aus und führte die Seminare durch. Im Mittelpunkt der zweieinhalbtägigen Veranstaltungen steht die Vermittlung praktischer methodischer Fähigkeiten der Fallanalyse. Anhand von Fallbeispielen lernen die Kursteilnehmer, Zwischenfälle systemisch zu betrachten und daraus umsetzbare Erkenntnisse zu ziehen. Die Methode auf Basis des „Londoner Protokolls“ wird ergänzt durch Grundlagen der Patientensicherheits- und Human-Factors-Forschung sowie durch juristische Aspekte. Die Referenten kommen aus den Arbeitsfeldern Medizin, Patientensicherheit, Human-Factors-Forschung, Organisationsberatung und Medizinrecht.

Auch im Jahr 2010 wird das Aktionsbündnis Trainingskurse zur Fallanalyse in Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fortbildung Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Berlin anbieten. Das Angebot richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Aktuelle Termine sind auf der APS-Homepage www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de unter „Veranstaltungen“ zu finden.

Perspektivisch ist geplant, das Kursangebot des Aktionsbündnisses auszubauen und in einer Akademie für Patientensicherheit zu bündeln. Ziel ist es, den in der Patientenversorgung und im Gesundheitswesen Tätigen Weiterbildungsangebote zu geben, mit denen sie praktische Kompetenzen in der Patientensicherheit erwerben können (z.B. CIRS-Einführungskurse, Kommunikation nach Zwischenfällen, Umsetzung praktischer Maßnahmen im Risikomanagement).

CL, GH

Das APS auf Tagungen und Kongressen

Im Laufe des Jahres 2009 war das APS auf verschiedenen Tagungen und Kongressen vertreten bzw. an verschiedenen Tagungen und Kongressen aktiv beteiligt, hier beispielhaft eine Auswahl:

23. - 24. Januar 2009	Kongress Pflege 2009	Berlin
30. Januar 2009	14. Berliner Workshop: Infektionsprävention	Berlin
17. Februar 2009	Deutsche Herzzentren: Fortbildungsveranstaltung für OP-Schwestern und OP-Pfleger	Stuttgart
20. Februar 2009	Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie,	Berlin
05. - 07. März 2009	EBM Kongress 2009	Berlin
18. - 20. März 2009	14th International Forum on Quality and Safety in Health Care (BMJ Group and Institute for Healthcare Improvement)	Berlin
07. Mai 2009	Unabhängige Patientenberatung Deutschland	Berlin
25. Mai 2009	IQWiG: Interne Fortbildung	Köln
17. Juni 2009	11. Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz	Bonn
03. September 2009	5. Fachtagung Risikomanagement im Gesundheits- und Sozialwesen	Leipzig
17. September 2009	ÄKN-NKG-Forum Patientensicherheit	Hannover
17. - 19. September 2009	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin mit Pflegesymposium	Berlin
19. September 2009	Patientenforum Medizinethik	Tutzing
30. September 2009	IGMR/ BKK – Gesundheitsrechtliche Tagung	Bremen
01. - 03. Oktober 2009	8. Deutscher Versorgungsforschungskongress	Heidelberg
14. - 17. Oktober 2009	25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	München
02. November 2009	9. KTQ-Forum	Berlin
06. - 07. November 2009	Marburger Bund, Hauptversammlung	Berlin
09. - 10. November 2009	Führungsforum Anästhesie	Königswinter
13. - 14. November 2009	ENNA Tagung (European Network Nursing Academies)	Witten
26. - 27. November 2009	3. Nationaler Qualitätskongress	Berlin

BMJ Forum⁶

2009 fand sich das APS erstmalig auf einer großen internationalen Bühne wieder. Auf dem „International Forum on Quality and Safety in Healthcare“ im März in Berlin wurde in einem der vier Hauptvorträge vor über tausend Zuhörern der Weg der Patientensicherheit in Deutschland dargestellt. Dr. Günther Jonitz hat im Rahmen seines Vortrages **„Medical success leads to medical error: how health professionals accept responsibility for safety“** über die Entwicklung und aktuelle Arbeit des APS berichtet. Die Resonanz war sehr groß und positiv. Wertgeschätzt wurde insbesondere die Tatsache, dass die Reform der Patientenversorgung unter dem Thema der Patientensicherheit nicht von außen vorgegeben, sondern von den Betroffenen, quasi „von innen heraus“ vorgelebt und umgesetzt wird.

Zudem hatte das APS Gelegenheit im Rahmen eines Workshops die deutschen Erfahrungen zu "Education and Training" in einer Session mit ca. 30 bis 40 Teilnehmern zu diskutieren.

GJ, SB

⁶ <http://internationalforum.bmj.com/>

8. Deutscher Versorgungsforschungskongress, 01. – 03. Oktober 2009 in Heidelberg

Der diesjährige Versorgungsforschungskongress war für uns natürlich von besonderem Interesse, da das Aktionsbündnis Patientensicherheit und das IfPS ja im Jahr 2010 als nächstes an der Reihe sind, mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung zusammen den 9. Kongress unter dem Thema „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“ in Bonn auszurichten. Knapp 700 zahlende Teilnehmer und 400 eingereichte Abstracts – das müssen wir allerdings erst einmal schaffen: Gratulation an die Ausrichter in Heidelberg. Der Kongress wurde durchgeführt zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und hatte vielleicht auch deswegen so viel Interesse auf sich gezogen, weil unmittelbar vorher die Entscheidung gefallen ist, die (transsektorale) Qualitätssicherung an das AQUA-Institut zu übertragen, das vom Direktor der Heidelberger Allgemeinmedizin geschäftsführend geleitet wird. So traten Dr. Hess, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, und Prof. Szeszeny in der Eröffnungssitzung gemeinsam auf und stellten sich den Fragen aus dem Publikum. Beeindruckend war auch die aktive Einbindung der Studenten, die für unsere nächsten Kongresse eine wertvolle Anregung sein sollte. Allgemeinmedizinische Themen (Lehre in der Allgemeinmedizin, die Versorgung des älteren Patienten) und Versorgungsforschungsthemen (Epidemiologie, Lebensqualität, Organisationsforschung, Registerstudien) waren gut aufeinander abgestimmt, Qualität und Sicherheit kamen auch nicht zu kurz. Zu intensiver Diskussion führte die Vorstellung des „Zukunftskonzeptes“ des Sachverständigenrates, der den Hausärzten eine zentrale Stellung zuweist in einem Gesundheitssystem, das den demographischen Herausforderungen gerecht werden kann.

MS

9. KTQ-Forum in Berlin

Im November 2009 war das Aktionsbündnis Patientensicherheit zum zweiten Mal mit einem Stand und einem Workshop auf dem jährlich stattfindenden KTQ-Forum in Berlin vertreten (KTQ: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Das Forum richtet sich in erster Linie an Qualitäts- und Risikomanager im Krankenhaus. Es informiert über das KTQ-Zertifizierungsverfahren und fördert mit Erfahrungsberichten den bundesweiten Austausch unter den beteiligten Einrichtungen. Vortragsveranstaltungen über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen ergänzen das Informationsangebot. Seit Gründung der Kooperation für Transparenz im Gesundheitswesen im Jahr 2001 sind Themen der Patientensicherheit für das Qualitäts- und Risikomanagement zunehmend wichtig geworden. Im neuen KTQ-Manual ab 2009 nimmt die Patientensicherheit deshalb breiteren Platz ein als in allen vorangegangenen Versionen dieses Kriterien-Katalogs. Für das Aktionsbündnis Patientensicherheit ist diese Entwicklung mit Anlass, im Rahmen des KTQ-Forums für die Verantwortlichen in der Versorgungspraxis präsent zu sein und ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Während der eintägigen Veranstaltung hatten die Forumsteilnehmer die Möglichkeit, sich an einem Infostand über die Aktivitäten und Veröffentlichungen des APS zu informieren und mehr über das neue Institut für Patientensicherheit zu erfahren.

Im Mittelpunkt des APS-Workshops standen die Vorstellung der Arbeitsgruppenarbeit im Aktionsbündnis sowie Werkstattberichte zu ausgewählten Projekten. Im Anschluss an die einführenden Impulsreferate hatten die Teilnehmer Gelegenheit, ihre Fragen zu den Themen Vermeidung von belassenen Fremdkörpern im OP-Gebiet, Critical Incident Reporting Systemen (CIRS) und Kommunikation nach einem Zwischenfall an die Referenten zu stellen.

Für die kommenden Jahre ist geplant, die begonnene Workshopreihe fortzusetzen. Sie soll insbesondere Qualitäts- und Risikomanagern im Krankenhaus über die aktuellen Themen und Projekte im Aktionsbündnis informieren und den Austausch im APS mit der Versorgungspraxis weiter fördern.

CL

3. Nationaler Qualitätskongress

Der Kongress war mit 330 Teilnehmern gut besucht und bot ein weit gespanntes inhaltliches Spektrum: von Patientensicherheit (Aktionsbündnis Patientensicherheit) über Qualitätsmanagement (Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, GQMG) bis zur Infektiologie / Krankenhaushygiene (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie, Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Nationales Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen). Für die Patientensicherheit die Gelegenheit, über den Tellerrand zu schauen, z.B. zur Infektiologie (Infection Control). Nosokomiale Infektionen stellen neben den arzneimittelbedingten Ereignissen die wichtigste Gruppe von Qualitäts- und Patientensicherheits-Problemen dar, und Hygiene hat sehr früh angefangen, sich mit Messungen von unerwünschten Ereignissen, mit Verbesserungsstrategien und mit Organisationsentwicklung zu beschäftigen. Die QM-„Szene“ bringt ihre Management-Erfahrungen mit ein. Auch in den Krankenhäusern und anderen Institutionen dürfen Qualität, Sicherheit und Hygiene nicht getrennt voneinander gesehen werden (was aber häufig nicht umgesetzt wird, Konkurrenz der Stabsstellen).

Der Auftakt bot nach dem Regierungswechsel die erste Gelegenheit, grundsätzliche Fragen der Qualität und Patientensicherheit zu diskutieren. Im Eröffnungsreferat stellte Prof. Schrappe als Kongresspräsident die Frage, ob wir neben Leistungsanbieter-spezifischen Indikatoren zur Qualitätsmessung nicht nur transsektorale Indikatoren (derzeitige Arbeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und §137a-Institut) brauchen, sondern vor allem populationsbezogene Indikatoren, die unter den Bedingungen von Selektivverträgen (siehe Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates) die Qualität der Versorgung einer Versichertenpopulation beschreiben (z.B. Einweisungsrate, nächtliche Vorstellung in der Notfallaufnahme bei chronischem Asthma, Exsikkose-bedingte Krankenhausaufnahmen im Sommer etc.). Die Provider-bezogenen Indikatoren müssen also ergänzt werden um *area*-Indikatoren, außerdem durch Indikatoren zum Zugang zur Versorgung und durch Indikatoren für chronische, komplexe Erkrankungen. In den nachfolgenden Referaten verwies Dr. Hess, Vorsitzender des GBA, darauf, dass man Schritt für Schritt vorgehen müsse. Prof. Sceszeny, der Geschäftsführer des AQUA-Institutes, stellte in Aussicht, dass man populationsbezogene Aspekte mit einbeziehen wolle.

Dies führt zum zweiten Punkt: es gibt viel zu wenig Qualitätssicherung und Beschäftigung mit Patientensicherheit, die zum Krankheitsspektrum der Zukunft passt. Die Gesundheitsversorgung wird sich in Zukunft viel mehr mit Patienten mit chronisch verlaufenden Mehrfacherkrankungen beschäftigen müssen. Leitlinien gibt es immer nur für einzelne Erkrankungen, wenn diese aber bei Patienten mit chronischen Mehrfacherkrankungen alle eingehalten werden, nimmt der Patient Schaden. Daher braucht es auch Leitlinien für chronische und Mehrfacherkrankungen. Weiterhin brauchen wir überhaupt Indikatoren, die die Qualität der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen beschreiben. Hier tritt die Qualitätssicherung der einzelnen Erkrankung bzw. des einzelnen Eingriffs hinter die Qualität der Koordination zurück. Der Sachverständigenrat (SVR) hat daher in seinem diesjährigen Gutachten die Kooperation zwischen den

Generationen im Rahmen einer Verbesserung der regional organisierten Kooperation der Leistungserbringer in den Mittelpunkt gestellt. Auf dem Kongress sind (fast) alle SVR-Mitglieder aufgetreten und haben das sogenannte „Zukunftskonzept“ des SVR ausführlich dargestellt, das davon ausgeht, dass man zur Bewältigung der Aufgaben der Zukunft vor allem strukturelle Veränderungen braucht. Das Zukunftskonzept basiert auf der Einschreibung von Patienten in einen populationsbezogenen Selektivvertrag, der sich an Versicherte richtet (Capitation) und somit auch Managed Care Ansätze enthält. Die Ausgestaltung ist dabei regional unterschiedlich, insbesondere wenn man dicht und wenig besiedelte Regionen vergleicht. Die wenig besiedelten Regionen „altern“ besonders schnell, so zeigen die demographischen Daten. Es müssen hier Arbeits- und Organisationsstrukturen geschaffen werden, die es für Ärzte und Ärztinnen sinnvoll erscheinen lassen, hier zu arbeiten (Möglichkeit der Arbeitsteilung, Teilzeit, Kinderbetreuung). Die entstehenden Strukturen müssen eine 24h-Betreuung und gleichzeitig in Teilung mit benachbarten Regionen auch die sekundärfachärztliche Versorgung (z.B. Augenarzt jede Woche an einem Wochentag pro Region) anbieten. Durch die Aufhebung des Provider-Payer Splits wird Prävention initiiert. Gefahren bestehen bei der Vorenthaltung von Leistungen sowie bei andern Qualitätsverschlechterungen, daher die Notwendigkeit für area-Indikatoren.

Eine für die Thematik Patientensicherheit interessante Plenarsitzung beschäftigte sich mit der Thematik der Nationalen Kampagnen, wie wir sie derzeit als „Aktion Saubere Hände“ durchführen. Erfolgsfaktoren sind: Politik muss dahinterstehen, komplexe Interventionen für komplexe Systeme. Hilfreich sind sogenannte gebündelte Interventionen, die an mehreren Ansatzpunkten ansetzen.

Zum zweiten Mal wurde der Deutscher Qualitätspreis verliehen (Laudatio Sts. D. Bahr), dieses Jahr an Prof. Selbmann, Begründer der Perinatalstudie und Gründungspräsident der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. Die Reihe der Nationalen Qualitäts-Kongresse wird fortgesetzt, unter fortlaufender Verbreitung der einbezogenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Institutionen.

MS

VI. 5. Jahrestagung 2010

Die Jahrestagung 2010 des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. ist in zweifacher Hinsicht eine besondere Jahrestagung: erstens wird das APS fünf Jahre alt (Zeit für eine Bilanz!) und zweitens kommt die Frage der Evaluation und des wissenschaftlichen Zugangs auf die Tagesordnung. Mit Sicherheit können wir davon ausgehen, dass die Frage nach dem nachweisbaren Nutzen für die Patienten gestellt werden wird, und da sollten wir Antworten geben können. „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“ heißt daher die Jahrestagung, die zusammen mit dem Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) ausgerichtet wird und vom 30. September bis zum 02. Oktober 2010 in der Universität Bonn stattfindet. Es handelt sich um einen Kongress, der besonders auf eingereichten Abstracts basiert, es wird um eine rege Beteiligung gebeten! Die einzelnen Sitzungen beschäftigen sich mit vier Themensträngen: dem eigentlichen Kongresssthema „Patientensicherheit plus Versorgungsforschung“, dem Thema Patientensicherheit bzw. den Projekten des APS im engeren Sinne, den mehr methodisch orientierten Themen der Versorgungsforschung (z.B: Epidemiologie oder Organisationsforschung) und freien Vorträgen.

Der genannten 5-Jahresbilanz des APS kommt besondere Bedeutung zu, schwerpunktmäßig ist hierfür der 2. Kongresstag (Freitag, 01. Oktober 2010) vorgesehen, es stehen auch Tageskarten zur Verfügung. Der Kongress wird von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler und von Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Bundesärztekammerpräsident und Präsident der Ärztekammer Nordrhein, eröffnet. In der Auftaktsitzung spricht u.a. Charles Vincent über die Evaluation von Patientensicherheitsmaßnahmen. Am Abend des Eröffnungstages findet eine Festveranstaltung, am Abend des zweiten Kongresstages die Mitgliederversammlung und ein geselliges Zusammensein statt.

Eine erste Ankündigung wurde im Spätsommer verschickt, der Call for Abstracts folgt Anfang im März 2010 (Einsendeschluss Ende Mai). Die Eintrittspreise bewegen sich bei 180.-€. Weitere Informationen über www.dkvf2010.de.

MS

VII. Ausblick

Die stärkere Verknüpfung unserer praktischen Arbeit mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, das gelingende Zusammenwirken von APS und IfPS sind die zentrale Aufgabe, die wir in den kommenden Jahren erfolgreich bewältigen wollen.

Mit dem Fokus auf das Ziel einer besseren, sicheren Patientenversorgung sollte uns dies gelingen.

Gerne möchte ich für unsere zukünftige Arbeit im APS anregen, dass wir uns vergegenwärtigen, dass es in der Gesundheitsversorgung zu allererst um die „Menschen im System“ geht.

Der Einsatz von Handlungsempfehlungen, die auf die Optimierung von Prozessen und Abläufen abzielen, sind im komplexen medizinischen Handlungsgeschehen wichtige und notwendige Instrumente. Sie dienen nicht zuletzt der Entlastung von Ärzten, Pflegekräften und den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.

Gleichzeitig dürfte es zentral sein zukünftig verstärkt darauf zu achten, wie wir Patienten und Professionelle im Bereich Patientensicherheit befähigen.

Die AG Informieren-Beraten-Entscheiden etwa plant, sich u.a. am sogenannten „Patientenhandbuch“ aus Dänemark zu orientieren und ggf. ein ähnliches Instrument zur Patientenbeteiligung und –befähigung zu entwickeln. Die neu gegründete AG Bildung wird sich Fragen rund um die Aus-/ Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe widmen. Auch bei den APS Aktivitäten zu CIRS geht es u.a. auch darum, Menschen von der Sinnhaftigkeit von Fehlerberichtssystemen zu überzeugen, und das bedeutet, dass sie in ihren Einstellungen und Haltungen zum Thema erreicht werden.

So erscheint es fast, als schließe sich ein Kreis. Bereits im Gutachten des Sachverständigenrates im Jahr 2003 wurde angemahnt, dass die Sicherheitskultur defizitär sei. Hier sind wir sicherlich in den zurückliegenden Jahren ein gutes Stück voran gekommen. Gleichwohl stellt die Kultur, der Umgang der Menschen mit (potentiellen) Fehlern in der Medizin also, immer noch eine der wichtigsten Herausforderungen im Bereich der Patientensicherheit dar. Lassen sie uns weiterhin gemeinsam daran arbeiten!

GJ im Auftrag des Vorstandes

VIII. Serviceteil

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
Präsident der Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
g.jonitz@aekb.de

Stellvertretende Vorsitzende:

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

Geschäftsführer:

Dr. Jörg Lauterberg
Institut für Patientensicherheit
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
joerg.lauterberg@ukb.uni-bonn.de

Geschäftsstelle

c/o Institut für Patientensicherheit
der Universität Bonn
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
Tel: +49/02 28/73 83 66
E-Mail : info@aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

Beisitzer:

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

Prof. Dr. Dieter Hart
Geschäftsführender Direktor des Instituts für
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
Vorstandsmitglied der BAG Selbsthilfe e.V.
Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf
hloskill@web.de

Prof. Dr. Matthias Schrappe
Direktor des Instituts für Patientensicherheit
Universität Bonn
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
matthias.schrappe@ukb.uni-bonn.de

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für
Unfallchirurgie, Berlin
c/o Diakonie-Krankenhaus
74523 Schwäbisch-Hall
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

Kuratorium

Dr. Andreas Crusius
Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-
Vorpommern

Prof. Dr. Albrecht Encke
Präsident der Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften

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

Dr. Matthias Gruhl
Abteilungsleiter Gesundheit beim Senator für
Arbeit, Frauen, Jugend und Soziales Bremen

Dr. Rainer Hess
Vorsitzender des Gemeinsamen Bundes-
ausschusses (GBA)

Dr. Hanno Irlé
Deutsche Rentenversicherung

Hedwig Francois-Kettner
Pflegedirektorin der Charité
Charité Universitätsmedizin Berlin

Dr. Rudolf Kösters
Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Wolfgang Zöllner
Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Prof. Dr. Günter Ollenschläger
Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität
in der Medizin (äzq)

Stefan Richter
Geschäftsführer Schaden / Unfallversicherung
beim Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e.V.

Prof. Dr. Peter T. Sawicki
Leiter des Instituts für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Johann-Magnus von Stackelberg
Vorstand des Spitzenverbandes Bund

Dr. Carl-Heinz Müller
Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Beirat

Prof. Dr. D. Michael Albrecht
Vorstand des Verbandes der Universitätsklinika
Deutschlands

Dr. Hans Joachim Conrad
Universitätsklinikum Frankfurt

Dr. Gesine Hofinger
Universität Heidelberg

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

Prof. Dr. Norbert Klusen
Vorstand der Techniker Krankenkasse

Prof. Dr. Hartwig Bauer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie

Prof. PhD Uvo Hoelscher
Zentrum für Medizintechnik
Fachhochschule Münster

Prof. Dr. Hans-Heiner Kramer
Direktor der Kinderradiologie des
Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

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

Dr. Maria Eberlein-Gonska
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. Gabriela Soskuty
B. Braun Melsungen AG

**Institut für Patientensicherheit
Friedrich Wilhelm-Universität Bonn**

Institutsdirektor:

Prof. Dr. Matthias Schrappe

Sekretariat:

Karin Diwo

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Magdalena Kolbe

Silke Kuske M.A.

Dr. Dipl. Psych. Jörg Lauterberg

Dr. Constanze Lessing

Astrid Schmitz BScN

Studentische Hilfskräfte:

Ralf Bretz, Patrick Höchst, Christian Kloß, Carmen Peschke, Sonja Pöhlmann, Marion Schäfer, Jenny Schott

Kontakt:

Institut für Patientensicherheit

Universität Bonn

Stiftsplatz 12

53111 Bonn

Tel. +49 (0)228 738366

Fax +49 (0)228 738305

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

Mitglieder (Stand: 31. Dezember 2009):

1. ABBOTT GmbH & Co. KG, Ludwigshafen
2. Agfa HealthCare GmbH, Bonn
3. AgRuD Opferberatungsstelle, Bayreuth
4. ALK VPS Pflegemanagement i. Saarland, Sulzbach
5. Allgemeines Krankenhaus Hagen gem. GmbH, Hagen
6. Almus Deutschland GmbH, Wolfratshausen
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 Westkliniken Hamburg, Hamburg
17. Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Hamburg
18. AVG AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V., Berlin
19. awenydd diagnostics GmbH, Köln
20. Bachhuber, Christine, Vilsbiburg
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. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Köln
34. Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V., Berlin

35. Beyer, Dipl. Soz. Martin, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
36. Bienstein, Prof. Christel, Private Universität Witten/Herdecke, Witten
37. Brandl RA, Bernd, Fachanwalt für Medizinrecht, Köln
38. Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –initiativen (BAGP), Bielefeld
39. Bundesverband der Notgemeinschaft Medizingeschädigter in Deutschland – Patient im Mittelpunkt – e.V. (BNGM), Erlangen
40. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Berlin
41. Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker ADKA e.V., Bielefeld
42. Bundesverband Medizintechnologie e.V., Berlin
43. Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
44. Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Berlin
45. Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin
46. Ciper LL.M., Dr. Dirk C., RA, Düsseldorf
47. CLINOTEL Krankenhausverbund Gemeinnützige GmbH, Köln
48. Conen, Prof. Dr. Dieter, CH- Aarau
49. Crusius, Dr. Andreas, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Rostock
50. Christian Dahlmann, Universitätsklinikum Essen, Essen
51. Dahmen, Dr. Klaus, Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt an der Saale
52. Dalchow, Dr. Carsten, Park-Klinik Weissensee, Berlin
53. Damp Holding AG, Hamburg
54. De Meo, Dr. Francesco, Petersberg
55. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V., Berlin
56. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Berlin
57. Deutsche Gesellschaft für Schädelbasischirurgie, Hannover
58. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin
59. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
60. Deutsche Stiftung Organtransplantation, Frankfurt a.M.
61. Deutscher Patienten Schutzbund e.V., Dormagen
62. Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Berlin
63. Deutscher Pflegeverband (DPV), Neuwied
64. Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser e. V., Berlin
65. DGF Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V., Berlin
66. DIAM e.V., Berlin
67. Diagramm Halbach GmbH & Co. KG, Schwerte
68. Dieckmann, Dr. Peter, Institute for Medical Simulation, Herler (DN)
69. DIOcert GmbH, Mainz
70. Doms, Dr. Thomas, Celle

71. DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG, Filderstadt
72. Drösler, Prof. Dr. Saskia, Krefeld
73. Ecclesia Mildeberger Hospital GmbH, Detmold
74. Eckert, Dr. Peter, Aachen
75. Egger, Dr. Bernhard, GKV-Spitzenverband, Berlin
76. Eisai GmbH, Frankfurt
77. Elbkliniken Stade-Buxtehude, Stade
78. Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH, Hagen
79. Ev. Krankenhaus Hubertus Krankenhausbetriebs gGmbH, Berlin
80. Ev. Luth. Diakonissenanstalt Flensburg, Flensburg
81. Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH, Duisburg
82. Fachhochschule Flensburg, Flensburg
83. Felber, Dr. Andreas, Ass Tech Risk Management Service GmbH, Unterföhring
84. Fischer, Diplom-Pflegewirt (FH) Michael, Uni Marburg, Rauschenberg
85. Francois-Kettner, Hedwig, Berlin
86. Franken, Dr. Christian, DocMorris, Heerlen (NL)
87. Funk Health Care Consulting GmbH, Berlin
88. Furmaniak, Dr. Anna, Bonn
89. Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, Bonn
90. Gerlach, Prof. Dr. Ferdinand, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
91. Gero PharmCare GmbH, Köln
92. Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG), Hamburg
93. Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH (GRB), Detmold
94. Gesundheit Nord gGmbH, Klinikverbund Bremen, Bremen
95. Gibis, Dr. Bernhard, KBV, Berlin
96. Girts, Sabine, Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V., Berlin
97. Glaeske, Prof. Dr. Gerd, Köln
98. Godschalk, Bettina, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
99. Gogol, Dr. Manfred, Krankenhaus Lindenbrunn, Copenbrügge
100. Grandt, Prof. Dr. Daniel, Klinikum Saarbrücken, Saarbrücken
101. Grundgeiger, Tobias, Queensland, Australien
102. Hagen, Dipl. oec. Andreas, Darmstadt
103. Hart, Prof. Dr. Dieter, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR), Universität Bremen, Bremen
104. Haßberg-Kliniken, Haßfurt
105. Heckmayr, Dr. Marlene, Krankenhaus Grosshansdorf, Grosshansdorf
106. Heintskill RA, Ruth, Andernach

107. HELIOS Kliniken GmbH, Berlin
108. Hey, Ulrike, Alfried Krupp Krankenhaus, Essen
109. Heynemann RA, Jörg, Berlin
110. Hillejan, Prof. Dr. Dr. Stefan, Hannover
111. Hölscher, Prof. Dr. Uvo, Fachhochschule Münster, Steinfurt
112. Höltermann, PD Dr. Walter, Lingen
113. Hoffmann, Dr. Barbara, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
114. Hofinger, Dr. Gesine, Remseck
115. Hoppe, Prof. Dr. Jörg-Dietrich, Bundesärztekammer, Düren
116. Hoppe-Tichy, Dr. Torsten, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg
117. Imgart, Dr. Uwe, Krankenhaus Buchholz, Buchholz
118. Institut für medizinische Begutachtungen Mittelhessen, Wettengel
119. ITH Icoserve Technology for Healthcare GmbH, Innsbruck
120. Jaehde, Prof. Dr. Ulrich, Klinische Pharmazie, Universität Bonn
121. JANNSEN-CILAG GmbH, Neuss
122. Johnson & Johnson MEDICAL GmbH, Norderstedt
123. Jonitz, Dr. Günther, Ärztekammer Berlin, Berlin
124. Kaiser, Dr. Claudia, Universitätsklinikum Ulm, Ulm
125. Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus GmbH, Ehringshausen
126. Karschti, Dipl.-Ing. Albert, AK Patientenschutz, Oberhausen
127. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
128. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, München
129. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund
130. Kemmer, Dr. Hans-Peter, Lungenklinik Hemer, Hemer
131. Kern (MSc), Patricia, Andernach
132. Kerstiens, Dr. Bernd, Stiefenhofen
133. Khamseh RA, Andrea, Berlin
134. Kienzle, Prof. Dr. Hans-Friedrich, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln
135. Klakow-Franck, Dr. Regina, Bundesärztekammer, Berlin
136. Klinikum Coburg GmbH, Coburg
137. Klinikum Essen Süd, Evgl. Krankenhaus Essen-Werden gGmbH, Essen
138. Klinikum Essen Süd, Kathl. Krankenhaus St. Josef gGmbH, Essen
139. Klinikum Fürth, Fürth
140. Klinikum Idar-Oberstein GmbH
141. Klinikum Saarbrücken gGmbH, Saarbrücken
142. Kmietschak, Boris, Ulm

143. König, Dr. Ursel, Owen
144. Konitzer, Monika, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
145. Koob, Werner, Arnsberg
146. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. , Düsseldorf
147. Kreisklinik Wolfratshausen gGmbH, Wolfratshausen
148. Kreiskrankenhaus St. Marienberg, Helmstedt
149. Krüger, Dr. Matthias, Städtisches Klinikum Magdeburg, Magdeburg
150. KSB Klinikberatung GmbH, Sprockhövel
151. KTQ-GmbH, Siegburg
152. Kuske M.A., Silke, Heinsberg
153. Laerdal Medical GmbH, Puchheim
154. Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH, Vilshofen
155. Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz, Mainz
156. Lange, Dr. Holger, Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH, Mönchengladbach
157. Lanz, Dr. Christian J., Kreisklinikum Siegen gGmbH, Siegen
158. Lauterberg, Dr. Jörg, Institut für Patientensicherheit, UNI Bonn
159. Lechler, Dr. Beate, Dr.-Lechler-Consulting, Karlsruhe
160. Lehnen, Hans-Peter, Städtische Kliniken gem. GmbH, Klinikum Mitte und Klinikum Rosenhöhe, Bielefeld
161. Leiß, Prof. Dr. Ottmar, Wiesbaden
162. Lenarz, Prof. Dr. Thomas, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
163. Leppin M.A., Gunhild, DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Berlin
164. Lichte, Prof. Dr. Thomas, Institut für Allgemeinmedizin der Universitäten Halle und Magdeburg, Magdeburg
165. Lickweg, Dr. Andrea, Krankenhausapotheke Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
166. Lippert, Prof. Dr. H., Universitätsklinikum Magdeburg, Magdeburg
167. Loskill, Hannelore, Düsseldorf
168. Lux, Vera Elvira, Klinikum Darmstadt, Darmstadt
169. Prof. Dr. Burkhard Madea, Institut für Rechtsmedizin Universität Bonn, Bonn
170. Mallmann, Dr. Bernhard, Krankenhaus Maria-Hilf Krefeld
171. Manser, Dr. Tanja, University of Aberdeen
172. Marienkrankenhaus Schwerte gem. GmbH, Schwerte
173. Marsch, Dr. Martin, Allg. Krankenhaus Hagen, Hagen
174. Maß & Maß Rechtsanwälte, Bonn
175. MDK Bayern, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern, München
176. MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Essen
177. Mediaform Informationssysteme GmbH, Reinbek
178. medilox GmbH, Korschenbroich

179. Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
180. Medizinische Medien Information GmbH MMI, Neu-Isenburg
181. Meske, Dr. Sylvia, Bad Krozingen
182. Michel, Dr. Kai, Osnabrück
183. Mielke, Mitra Bettina, Apothekerin und MPH, LWL-Uniklinik Bochum, Psychiatrie-Psychotherapie, Köln
184. Mohr, Dr. Volker D., Düsseldorf
185. Dr. Beatrice Moreno, AOK Berlin, Berlin
186. Moritzklinik, Bad Klosterlausnitz
187. Müller, Hardy, Hamburg
188. Müller, Thomas, Gemeinsamer Bundesausschuss, Siegburg
189. MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar
190. MDK Niedersachsen, Hannover
191. MDK Nord, Hamburg
192. Mundt, Dipl. Psych. Fabian, Klinikum Dortmund, Dortmund
193. MVZ Fürth Augenheilkunde, Fürth
194. Negele, Hans-Jörg, Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH, Leiter der Apotheke
195. Neuroth RA, Bettina, Victoria Versicherung, Düsseldorf
196. Niebling, Prof. Dr. Wilhelm, Universität Freiburg, Freiburg
197. OTA-Schulträger-Verband, Essen
198. Ollenschläger, Prof. Dr. Günter, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin
199. Opitz, Dr. Egbert, Marburg
200. Ortmanns, Dr. Stephan, Medizinisches Zentrum Kreis Aachen gGmbH, Tübingen
201. Otte, Dr. Michael, Wesel
202. paderlog – Zentrum für Krankenhauslogistik und Klinische Pharmazie am Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn, Paderborn
203. Palm, Dr. Stefan, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
204. Palmer, Ulrich, Schleupen AG, Ettlingen
205. Parzeller, Dr. Markus, Obertshausen
206. Patienteninitiative e. V., Hamburg
207. Patientsafety Company (GreCom), Niederlande - Alkmaar
208. Paula, Helmut, Inselspital, Universitätsspital Bern
209. Perschmann, Dr. Michael, Johanniter-Krankenhaus Geesthacht, Geesthacht
210. Peters, Dr. Jörg, Bundeswehrzentral Krankenhaus, Koblenz
211. Pfizer Pharma GmbH, Berlin
212. Pietsch, Dr. Ger, Orthopädische Fachklinik Oberlinhaus, Potsdam
213. Pietsch, Dr. Steffen, Klinik Bavaria Kreischa, Kreischa
214. Prosystem AG CEO Healthcare, Hamburg

215. Rall, Dr. Marcus, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
216. Raphaelsklinik Münster GmbH, Münster
217. Reinert, Eva, Köln
218. Renteln-Kruse, Prof. Dr. Wolfgang von, Albertinen-Haus / Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
219. Riesberg, Annette, GKV - Spitzenverband, Berlin
220. Rodehorst RA, Melanie, Kliniken St. Antonius gGmbH, Wuppertal
221. Röthke, Dr. Helmut, Chefarzt Saaletalklinik, Bad Neustadt/Saale
222. Rohe, Dr. Julia, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin
223. Rothmund, Prof. Dr. M., Universitätsklinik Gießen und Marburg GmbH
224. RpDoc Solutions GmbH, Saarbrücken
225. Sana Kliniken AG, München
226. Schaefer, Dr. Christof, Pharmakovigilanzzentrum/Embryonaltoxikologie, Berlin
227. Scheu, Dr. Christoph, Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH, Straubing
228. Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen, Hannover
229. Schmidt, Bettina, Wuppertal
230. Schneider : Schwegler Rechtsanwälte, Düsseldorf/Köln
231. Scholten, Prof. Dr. Theo, Hagen
232. Schrappe, Prof. Dr. Matthias, Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt a.M.
233. Schreiner-Hecheltjen, Prof. Dr. Josefa, Essen
234. Seidel, Sven,mediconcept, Neubrandenburg
235. Selbsthilfe Initiative HFI e.V., Düsseldorf
236. Siebert, Prof. Dr. Hartmut, Diakonie-Klinikum, Schwäbisch Hall
237. Solidaris Unternehmensberatung-GmbH, Köln
238. Sophien-und-Hufeland-Klinikum gGmbH, Weimar
239. Ulrike Spengler, Evangelische Krankenhausgemeinschaft Herne, Herne
240. Städtisches Klinikum Dessau, Dessau-Roßlau
241. Städtisches Klinikum Gütersloh, Gütersloh
242. St. Josef und St. Elisabeth Hospital Klinikum der Ruhr Universität, Bochum
243. St. Joseph-Krankenhaus, Berlin
244. St. Vinzenz-Krankenhaus, Düsseldorf
245. Stüwe, Dr. Ursula, Schlangenbad
246. Techniker Krankenkasse, Hamburg
247. Teipel RA, Frank, Berlin
248. Thieme, Dr. Dagmar, thieme med consulting, Oldenburg
249. Thieme, Dr. Roland, thieme med consulting, Oldenburg
250. Thieme Compliance GmbH, Erlangen
251. Thomeczek, Dr. Christian, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin

252. Thomsen, PD Dr. Holger, AOK-Institut Medizinschaden, Kiel
253. Thürmann, Prof. Dr. Petra, HELIOS-Kliniken Wuppertal, Wuppertal / Private Universität Witten Herdecke, Witten
254. Trappe, Dr. Uli, Hamburg
255. Triltsch, Dr. Andreas, Berlin
256. Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD gGmbH, Berlin
257. Uniklinik Köln, Zentralbereich Medizinische Synergien, Köln
258. Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
259. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
260. Universitätsklinikum Münster, Münster
261. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel
262. Vegten, Amanda van, Universitätsspital Zürich
263. Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin
264. Verband medizinischer Fachberufe e.V., Dortmund
265. Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Berlin
266. Vogelsang, Frauke, Herzogin-Elisabeth-Hospital, Braunschweig
267. von Arnim, Prof. Dr. Thomas, Rotkreuzkrankenhaus, München
268. Vygon GmbH & Co. KG, Aachen
269. Warnecke, Dipl. oec.med. Dieter, Clinical Consulting Warnecke, Lage
270. Wawer Matos, Dr. Johannes, Karlsruhe
271. Weigeldt, Ulrich, Berlin
272. Wilke, Dr. Michael, Dr. Wilke GmbH, München
273. Zentralapotheke Marienhaus GmbH, Offenbach
274. Zentrum für Pflegeforschung und Beratung, Bremen
275. Zielke, PD Dr. Andreas, Klinikum Offenbach, Offenbach

2 Mitglieder möchten namentlich nicht genannt werden.

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 300,00 €
(mindestens 4-facher Mitgliedsbeitrag)

Firmenadresse	als Kontaktadresse	Privatadresse	als Kontaktadresse
---------------	--------------------	---------------	--------------------

.....
Firmenname

.....
Abteilung sowie Ihre Position

.....
Titel, Vorname, Name, Ansprechpartner

.....
Straße, Hausnummer

.....
Land, PLZ, Ort

.....
Titel, Vorname, Name

.....
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

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

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

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.

Impressum

Autorenkürzel:

SB	Dipl.-Soz. Sonja Barth
DH	Prof. Dr. Dieter Hart
KH	Klaus Henning
UH	Prof. Dr. Uvo Hoelscher
THT	Dr. Torsten Hoppe-Tichy
GJ	Dr. Günther Jonitz
MK	Magdalena Kolbe
SK	Silke Kuske M.A.
GL	Gunhild Leppin M.A.
JL	Dr. Dipl.-Psych. Jörg Lauterberg
CL	Dr. Constanze Lessing
CR	Dr. Christiane Reichardt
AS	Astrid Schmitz BScN
MS	Prof. Dr. Matthias Schrappe
HS	Prof. Dr. Hartmut Siebert
CWF	Conny Wiebe-Franzen M.A.

Herausgeber:

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

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: Dezember 2009

Auflage: 1.000 Stück

