



Agenda Patientensicherheit 2012

Jahresbericht des
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Wir bedanken uns bei den Förderern des APS und IfPS:



Editorial

**Liebe Mitglieder im Aktionsbündnis Patientensicherheit,
liebe Freunde und Förderer,
liebe Interessenten,**

drei Viertel der Wahlperiode des amtierenden Vorstands sind vorbei – eine für das APS ereignisreiche Zeit voller Aktivitäten. Eines der wichtigsten Ziele des Vorstands und gleichzeitig das Versprechen, mit dem der neue Vorstand sein Amt angetreten hat, konnte erreicht werden: Das Weiterbestehen des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) ist gesichert. Mit der Universität Bonn wurde ein neuer Vertrag geschlossen, in dem das APS die Finanzierung der Stiftungsprofessur für weitere fünf Jahre zusagt. Die Ausschreibung der W3-Professur ist erfolgt, Bewerbungen sind eingegangen und die Berufskommission arbeitet. Wir gehen davon aus, dass wir Ihnen auf der nächsten Mitgliederversammlung die neue Direktorin / den neuen Direktor des IfPS vorstellen können.

Dieses Ziel zu erreichen und die Basis der Finanzierung für das APS und IfPS zu schaffen, hat eine Zeit intensiver Überlegungen, Gespräche und Beziehungsarbeit benötigt. Darauf hat sich die Arbeit des Vorstands, insbesondere des geschäftsführenden Vorstands im Jahr 2012 konzentriert – ein zeitlich intensives Unterfangen für ehrenamtlich Tätige, die „daneben“ ihren beruflichen Verpflichtungen nachkommen wollen und müssen. Ende des Jahres konnten wir dank großzügiger Unterstützung seitens des BMG beginnen, die Arbeitsmöglichkeiten der Geschäftsstelle zu optimieren und unserer Kommunikationsplattform, der Internetseite, ein neues Gesicht mit verbesserten Funktionen geben.

Zwei herausragende Ereignisse kennzeichnen das Jahr 2012. Da gab es – wie immer im Frühjahr – die Jahrestagung für unsere Mitglieder und alle am Thema Interessierten, diesmal in einer neuen Form mit interessanten neuen Angeboten und Methoden. Patientensicherheit in Aktion war wörtlich zu nehmen, auf der Best Practice Messe, in der Speakers Corner oder an den Round Tables mit den Experten Meetings. Lesen Sie mehr dazu in unserem Jahresrückblick.

Das zweite Ereignis hat im Herbst stattgefunden – der Salonabend mit unserem Schirmherrn, Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Eingeladen waren die Förderer des APS, mit deren großzügiger finanzieller Unterstützung die großen Projekte des APS, wesentlich das IfPS, möglich sind. Lesen Sie auch dazu mehr auf den folgenden Seiten und lassen Sie sich von der Atmosphäre, die auf den Fotos zu spüren ist, einfangen.

Die „Alltagsarbeit“ des APS – das Werben für eine neue Sicherheitskultur im Gesundheitswesen, die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für eine neue Sicherheitskultur und deren Umsetzung – findet nach wie vor in den Arbeitsgruppen statt. Manchmal, so haben wir den Eindruck, kommt die inhaltliche Arbeit hier zu kurz, weil die finanzielle Sicherung und Stabilisierung der Arbeit 2012 zu sehr im Vordergrund stehen mussten. Trotzdem gab es einige inhaltliche Weiterentwicklungen.

Die Ziele des APS wurden im Konzept 2020 erarbeitet und werden den Rahmen der Aktivitäten gebündelt.

Der Lernzielkatalog der AG Bildung und Training, „Wege zur Patientensicherheit“, wurde fertig gestellt und geht nun in eine erste Phase der Erprobung. Unsere Vorstellung ist es, dass dieser Basiskatalog mit Wissen über Patientensicherheit interdisziplinär und interprofessionell Eingang in alle Ausbildungsberufe und Studienangebote im Gesundheitswesen findet. In allen Arbeitsgruppen wurden Bilanz gezogen, die Ziele für Patientensicherheit geschärft und zu erarbeitende Empfehlungen mit dem Vorstand konsentiert.

Mit internationalen Netzwerken wurden Kontakte gepflegt, der begonnene Dialog fortgesetzt.

Das APS lebt und entwickelt sich, es wird immer mehr als **die** kompetente Organisation für Patientensicherheit in Deutschland wahrgenommen, sowohl von den Medien als auch von der Politik.

Sie haben mit Ihren Beiträgen, mit Ihrem Engagement, mit Ihren Ideen und mit Ihrem Wissen zu dieser Entwicklung beigetragen. Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre aktive Beteiligung in unserem Netzwerk.

Mit herzlichen Grüßen im Namen des APS-Vorstands

Hedwig François-Kettner
Vorsitzende

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Stellv. Vorsitzender

Hardy Müller
Geschäftsführer

Berlin, April 2013

Agenda 2012

Inhaltsverzeichnis

I.	Bericht über das APS im Jahr 2012	S. 6
	Das Konzept 2020 – Für mehr Patientensicherheit in Deutschland	S. 13
	Überblick: das APS in der Öffentlichkeit	S. 15
II.	Berichte aus den Arbeitsgruppen	
	AG Arzneimitteltherapiesicherheit	S. 18
	AG Behandlungsfehlerregister	S. 20
	AG Bildung und Training (Dr. Barbara Hoffmann)	S. 22
	AG Informieren – Beraten – Entscheiden	S. 24
	AG Medizinprodukt-assoziierte Risiken	S. 26
	AG Der ältere Patient im Krankenhaus – Sturzprophylaxe	S. 28
III.	Berichte aus Projekten und Kooperationen	
	Aktion Saubere Hände	S. 30
	Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland (Dr. Barbara Hoffmann)	S. 34
	Projekt Simparteam (Dr. Ingeborg Singer)	S. 36
	Koordinierungsgruppe Aktionsplan AMTS (Prof. Dr. Ulrich Jaehde)	S. 39
IV.	Internationale Zusammenarbeit (Dr. Günther Jonitz / Sonja Barth)	S. 41
V.	Bericht aus dem Institut für Patientensicherheit, Bonn (Prof. Dr. Andreas Hoefft / Dr. Constanze Lessing)	S. 44
VI.	Ausblick	S. 47
VII.	Der Verein	S. 48
	Impressum	S. 50

I. Bericht über das Jahr 2012

Gespräche und Kontakte

Die Arbeit des Vorstands und insbesondere des geschäftsführenden Vorstands war im Jahr 2012 vor allem der Stabilisierung und Strukturbildung des APS und des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn gewidmet. Dazu wurden zahlreiche Gespräche geführt, Verbindungen aufgenommen und Networking betrieben. In mehr als 120 Begegnungen mit Vertretern aus Industrie und Politik, (Berufs-)Verbänden, Versicherungen, Kammern, Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen und -instituten wurde für die Unterstützung der Patientensicherheit geworben – mit Erfolg, denn das Spektrum der Mitglieder, der Unterstützer und Förderer des APS konnte deutlich erweitert werden.

Vorstandsarbeit

Turnusgemäß finden vier Vorstandssitzungen im Jahr statt. In 2012 wurden diese erweitert um zwei Strategieklausuren, in denen die zukünftige Ausrichtung des APS, seine zukünftigen Aufgaben und seine Rolle im Gesundheitswesen mitunter kontrovers, aber immer intensiv diskutiert wurden.

Als Ergebnis gibt es nun das „APS-Konzept 2020 – Für mehr Patientensicherheit in Deutschland“ (siehe S. 13), in dem der Vorstand die Eckpunkte und Ziele für die nächsten Jahre entwickelt hat. Dieses ambitionierte Programm nun umzusetzen, auf die Handlungsebene herunter zu brechen und konkrete Aktionen und Aktivitäten folgen zu lassen, wird die Vorstandsarbeit in der nächsten Zeit bestimmen.

In monatlichen Treffen überwiegend in Berlin oder in Telefonkonferenzen befasst sich der geschäftsführende Vorstand mit den anstehenden Aufgaben, die dann mit Unterstützung von Frau Wiebe-Franzen umgesetzt werden.

Vertrag mit der Universität Bonn zur Neubesetzung der W3-Professur

Einer der Hauptaufträge des in 2011 gewählten Vorstands war die Sicherstellung und Fortführung des Instituts für Patientensicherheit. In mehreren Verhandlungsrunden wurde ein neuer Vertrag mit der Universität Bonn erarbeitet, der die Zukunft des IfPS sichert, indem die Direktorenstelle in Form einer W3-Stiftungsprofessur neu besetzt werden wird. Dabei war es für den Vorstand von besonderem Wert, nach ausführlicher und sehr offener Diskussion die zustimmende Unterstützung durch die Mitglieder des Beirates und Kuratoriums für die Einrichtung einer Stiftungsprofessur durch das APS erhalten zu haben.

Das APS verpflichtet sich damit über 2013 hinaus für weitere fünf Jahre zur finanziellen Unterstützung dieses jungen und in Deutschland einmaligen Instituts.

Jahrestagung und Mitgliederversammlung

Die erfolgreiche Jahrestagung 2012 wurde mit großem Engagement von Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg mit neuen Formen der Kommunikation geplant und mit vielen Unterstützerinnen und Unterstützern durchgeführt. Das Thema „Patientensicherheit in Aktion“ war gleichzeitig Inhalt und Programm.

In vier Pre-Conference-Workshops wurden aktuelle Themen aufgegriffen und praxisnah bearbeitet:

1. CIRS: wie lerne ich daraus?
2. Arzneimitteltherapiesicherheit: wie umsetzen?
3. Basiswissen Patientensicherheit
4. Risikoaudits selbst gemacht und dann?

Die eigentliche Jahrestagung begann dann mit einem Trigespräch des geschäftsführenden Vorstands zur Strategie der Patientensicherheit in Deutschland auf der Grundlage des zu Jahresbeginn im Vorstand in mehreren Strategieklausuren erarbeiteten „Konzepts 2020 – für mehr Patientensicherheit in Deutschland“ (siehe S. 13). Herausragend bewertet waren die moderierten Diskussionen, bei denen die Teilnehmer an verschiedenen Tischen die Gelegenheit hatten mit Experten verschiedene Fragestellungen zur Patientensicherheit zu diskutieren.

Dass nicht nur im Rahmen des APS Patientensicherheit aktiv umgesetzt wird, wie die Projektberichte zeigten, sondern dass in vielen Initiativen in Kliniken und Krankenhäusern und überall dort, wo Patientensicherheit eine Rolle spielt, viele Ideen zur Patientensicherheit entwickelt und realisiert werden, wurde eindrucksvoll auf „Aktionsinseln“ und durch Berichte in der „Speakers Corner“ gezeigt. Hier präsentierte sich ein breites Spektrum an Möglichkeiten für mehr Patientensicherheit.

Dass Praxis und Wissenschaft zwei Seiten einer Medaille sind, dass beide zur Etablierung der Patientensicherheit im Gesundheitswesen zusammenarbeiten und sich gegenseitig befruchten zeigte der Dialog von Vertretern beider Seiten in mehreren Workshops. Und der Blick über den Zaun nach Dänemark eröffnete noch weitere Perspektiven zum Thema.

Alles in allem eine mehr als gelungene Jahrestagung, die neue Standards für das APS setzte und an der sich künftige Veranstaltungen messen lassen müssen.

In der Mitgliederversammlung, die zwischen diesen vielen interessanten Angeboten stattfand, wurden die notwendigen Jahres- und Finanzberichte vorgestellt. Dabei wurde deutlich: das APS hat sich weiterentwickelt. Mit den zunehmenden Aufgaben und Anforderungen lässt sich die Arbeit nicht mehr – wie

bisher – überwiegend ehrenamtlich und im Kontext des IfPS erledigen. Angestrebt wird deshalb eine eigenständige Geschäftsstelle mit eigenen Räumen und ausgestattet mit entsprechendem Personal.

2. Nationales CIRS-Forum

Zum zweiten Mal ist im Februar 2012 ein Nationales CIRS-Forum veranstaltet worden, wie schon beim ersten Mal als gemeinsame Veranstaltung von ÄZQ, GRB, DKG, DPR und APS. Mit ca. 200 Teilnehmern war es eine gut besuchte Veranstaltung.

Ziel war es, das Wissen über CIRS zu verbreitern und durch Erfahrungsaustausch Fehlerberichtssysteme in den Kliniken erfolgreicher und noch sicherer zu machen. Dabei ging es um die Fragen, wie erreicht werden kann, dass die Kolleginnen und Kollegen regelmäßig berichten, wie das Berichtete analysiert und wie das Gelernte gegen Widerstände und das allzu menschliche Beharrungsvermögen umgesetzt werden kann. In den Arbeitssessions wurde das gemeinsame Lernen einer lösungsorientierten Sicherheitskultur thematisiert, in der die Klinikleitungen bei sich selbst und in ihren Einrichtungen einen Paradigmenwechsel herbeiführen: nicht WER sondern WAS war schuld?

Öffentlichkeitsarbeit

Das Jahr 2012 begann für das APS mit einer bisher nicht gekannten Mediennachfrage. Nach der BILD-Schlagzeile „1712 Tote durch Ärztepfeusch“ auf der Titelseite am 16.02.2012 waren Stellungnahmen des APS sehr gefragt: der geschäftsführende Vorstand musste sich an dem Tag 45 Interviews von Journalisten der Printmedien, Hörfunk und Fernsehen stellen. Die Äußerungen von Hedi François-Kettner („Die Dunkelziffer liegt noch höher“, AFP) und Hardy Müller („Es ist nur die Spitze eines Eisbergs“, dpa) wurden in fast allen bundesdeutschen Zeitungen zitiert.

Seitdem ist das APS für Journalisten ein zentraler Ansprechpartner geworden, der immer wieder um Stellungnahmen und Meinungsäußerungen gefragt wird, auch zu Themen wie Patientenrechtegesetz, Krankenhaushygiene u. a. Dank der Unterstützung des Deutschen Ärzteverlags gibt es ein Presseclipping für 2012: Mehr als 1.500 Mal wurde das APS in bundesdeutschen Print- und Onlinemedien erwähnt – eine beachtliche Zahl. Seitdem kann das APS von sich behaupten ein sehr ernst zu nehmender Gesprächspartner für die Presse zu sein, wenn es um das weite Feld der Patientensicherheit geht.

Salonabend mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr

Ein Highlight für das APS war der Salonabend mit Bundesgesundheitsminister und APS-Schirmherr Daniel Bahr, lange geplant und dann am 26. Oktober 2012 in der Hörsaalruine der Charité realisiert. Mehr als 30 Gäste aus dem Kreis der Förderer und der Unterstützer waren der Einladung gefolgt und konnten in dem historischen Ambiente des alten Hörsaals in dem von Rudolf Virchow gegründeten medizinhistorischen



Museum miteinander und mit dem Minister ins Gespräch kommen und Patientensicherheit aus ihren jeweils unterschiedlichen Perspektiven diskutieren.

Eindrucksvoll konnte bei dieser Veranstaltung demonstriert werden, dass Patientensicherheit das Thema ist, dem sich alle Aktiven und Akteure im Gesundheitswesen verpflichtet fühlen, angefangen von der Industrie, den Versicherungen, den Berufsverbänden und Fachgesellschaften bis hin zur Politik und zur Wissenschaft.

An dieser Stelle sei Minister Bahr noch einmal herzlich für die finanzielle Unterstützung zur Durchführung des Salonabends gedankt. Der Dank gilt allerdings auch der Charité, die die wunderbaren Räumlichkeiten kostenlos zur Verfügung stellte.

Kontakt zur Politik

Nicht nur zu Minister Bahr gibt es seitens des APS Kontakt. Auf verschiedenen Ebenen gibt es (Arbeits-) Beziehungen, die von positiver Resonanz und Wohlwollen gegenüber dem APS gekennzeichnet sind.

Als G-BA-Vorsitzender hat Dr. Rainer Hess jahrelang das APS aktiv unterstützt und auch im Kuratorium mitgewirkt. Auch nach seinem Ausscheiden aus dem Amt wird Dr. Hess das APS weiterhin aktiv unterstützen.

Erste Gespräche haben inzwischen mit seinem Nachfolger, Herrn Hecken, stattgefunden. Auch er hat dem APS Unterstützung zugesagt.

Auch die Gesprächstradition mit Herrn Zöller, dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung, ist im Jahr 2012 fortgesetzt worden.

AG-Arbeit

Zurzeit wird in sechs Arbeitsgruppen gearbeitet. Hier findet weiterhin die wesentliche inhaltliche Arbeit des APS statt. Ausführliche Berichte finden sich ab S. 18.

Schon ein klein wenig Tradition geworden ist der jährliche AG-Leiter-Workshop, der im November stattgefunden hat. Nicht nur, dass hier die Möglichkeit zu gegenseitiger Information über die AG-Arbeit gegeben wird, die AG-Leiter und der Vorstand beraten gemeinsam über die Fortschritte der Arbeit, über Ziele und Methoden. Dies führt zur Stärkung der Verbindungen untereinander und zur gemeinsamen Verwirklichung der Ziele im APS.

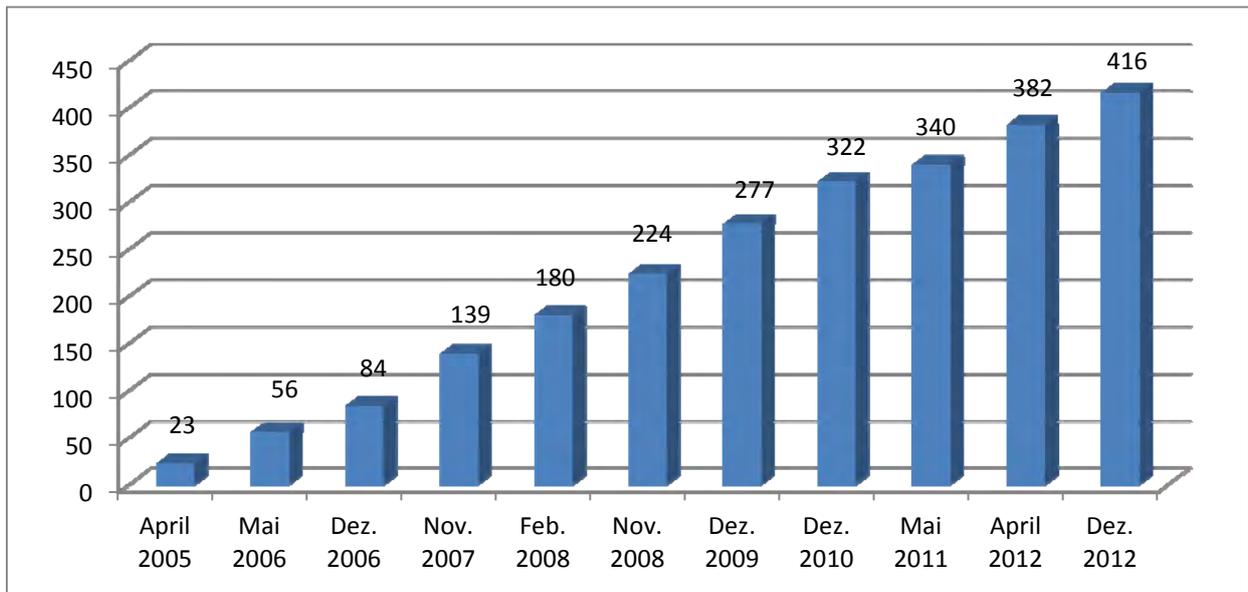
Kontakt zu Partnerorganisationen in der Schweiz und in Österreich

Gegenseitige Einladungen zu den Veranstaltungen führen zu einer Intensivierung der Kontakte zur Schweizer Stiftung für Patientensicherheit und nach Österreich.

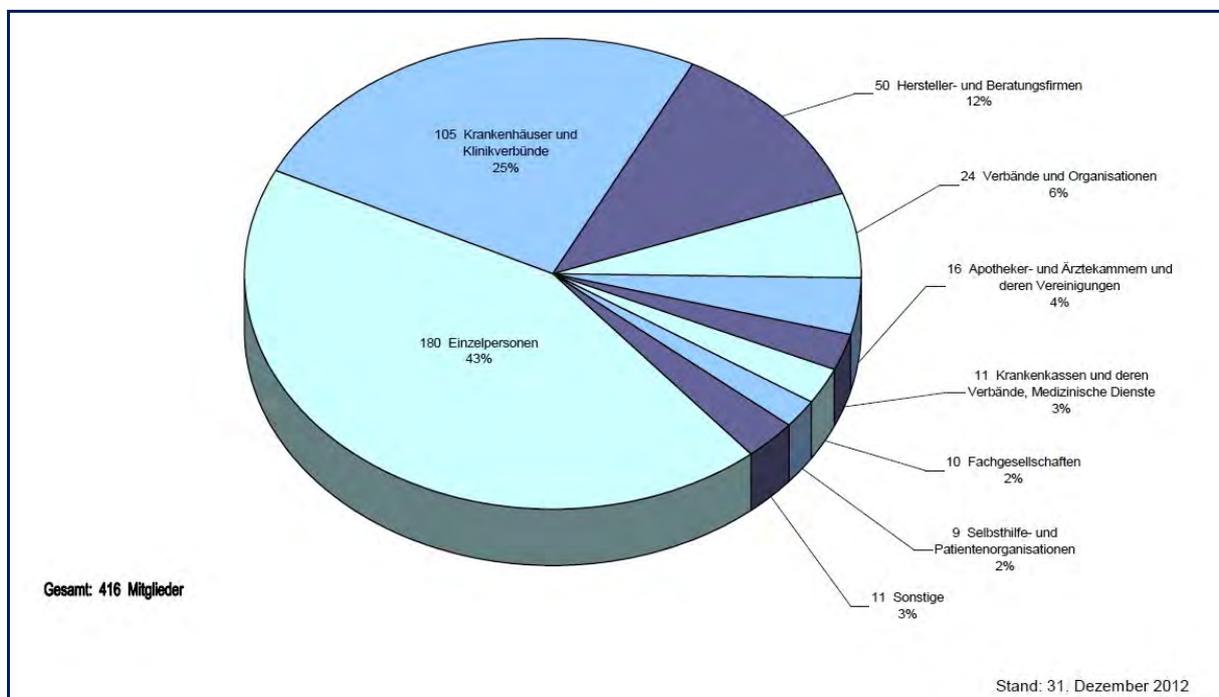
In gemeinsamen Gesprächen wurde deutlich, dass die Organisationen in allen Ländern zum Teil vor ähnlichen Herausforderungen stehen, z.B. zum Umgang mit kritischen und brisanten Themen. Es wurde vereinbart, einzelne Fragestellungen zukünftig ggf. in gemeinsamen Workshops zu bearbeiten.

Mitgliederentwicklung

Die Zahl der Mitglieder steigt langsam, aber kontinuierlich. Mitte des Jahres 2012 konnte die 400-Linie überschritten werden. Wenn jedes Mitglied noch ein Mitglied wirbt – wie schnell würden wir dann wirklich groß werden.



Die Verteilung der Mitglieder nach Kategorien (siehe Grafik unten) war über die ersten Jahre hinweg relativ gleich geblieben. Nun beginnt sich ein Wechsel abzuzeichnen. Im Verhältnis zur Gesamt-Mitgliederzahl wird die Anteil der Einzelmitglieder prozentual weniger, denn erfreulicherweise steigt die Anteil der Krankenhäuser, die Mitglieder werden. Aber auch aus dem Bereich der Industrie – Pharmazeutische Industrie und zunehmend auch Medizinprodukte-Hersteller – kommen immer mehr Mitglieder.



Das Besondere der institutionellen Mitglieder (juristische Personen) liegt in ihrer Bereitschaft, das APS mit einem freiwillig höheren Mitgliedsbeitrag zu unterstützen. Viele zahlen 1.200 € im Jahr, einige sogar noch mehr: bis zu 10.000 €. Ganz herzlichen Dank an dieser Stelle für das finanzielle Engagement, das wesentlich dazu beiträgt, dass der Vorstand über die bisherigen Grenzen für das APS hinausdenken und neue Projekte in Angriff nehmen kann.

Finanzielle Situation des APS

Wie oben dargestellt, hat die steigende Zahl der Mitglieder sowie deren zum Teil außergewöhnliches finanzielles Engagement die finanzielle Situation des APS gestärkt. Musste in den vergangenen Jahren bei der Budgetplanung von einer Gesamtsumme Mitgliedsbeiträge von ca. 60.000 – 65.000 € ausgegangen werden, so können wir nun mit einer Summe von über 110.000 € allein durch Mitgliedsbeiträge planen.

Dazu kommt die Bereitschaft von Mitgliedern und Förderern, sich finanziell für einzelne Projekte zu engagieren und diese mit nicht unerheblichen Summen zu finanzieren. Auch dies zeigt, dass das Interesse an Patientensicherheit immer weitere Kreise zieht.

Erstmals wurde direkt für das APS ein Projektantrag beim BMG gestellt. Mit den in diesem Rahmen vom BMG zur Verfügung gestellten Mitteln ist es möglich, eine gewisse Basis für eine eigene APS-Geschäftsstelle aufzubauen.

Ein arbeits- und ereignisreiches Jahr liegt hinter uns. Der Vorstand stellte sich den Herausforderungen und Aufgaben mit viel Engagement und hofft auf Ihre weitere Unterstützung, die Basis für eine erfolversprechende Entwicklung des APS auszubauen.



Für mehr Patientensicherheit in Deutschland Das APS-Konzept 2020

Verbindend. Wegweisend. Sicher.

Vision

Patientensicherheit ist ein gesellschaftlich akzeptierter Wert und in allen Bereichen des Gesundheitswesens als integraler Bestandteil der Versorgung von Patienten nachhaltig verankert. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist das anerkannte interdisziplinäre und interprofessionelle Kompetenz- und Koordinationszentrum für Patientensicherheit in Deutschland. Als Mittler von der Praxis für die Praxis definiert es Kriterien und Normen und ist wichtigster und verlässlicher Ansprechpartner für Politik, Wissenschaft und Forschung.

Mission

Als neutrales und unabhängiges Netzwerk aller an Patientensicherheit Interessierten Akteure im Gesundheitswesen fördert das APS die Patientensicherheit durch die Weiterentwicklung der Instrumente des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements. Sachlich und faktenbasiert fördert es Entwicklung, Umsetzung, Wissenstransfer und Evaluation in diesen Bereichen, um Fehler in der Versorgung von Patienten zu vermeiden, Ursachen für unerwünschte Ereignisse aufzuzeigen und Präventionsmaßnahmen zu etablieren.

Proaktiv führt es unterschiedliche Perspektiven und Expertisen zusammen und leistet einen nachhaltigen, lösungsorientierten Beitrag zur Verfestigung einer lernenden Sicherheitskultur. Im Interesse der Patienten trägt es innovativ und kreativ das Thema Patientensicherheit in die öffentliche Diskussion.

Perspektiven

Wissenschaft und Forschung

Das APS benennt geeignete Themenfelder der Patientensicherheit für Wissenschaft und Forschung. Es stützt sich dabei vor Allem auf Methoden der evidenzbasierten Medizin, klinischer Studien und der Versorgungsforschung. Zentrales Ziel ist der Nutznachweis für ausgewählte Präventionsmaßnahmen.

Bildung und Ausbildung

Um allen an der Versorgung von Patienten unmittelbar und mittelbar Beteiligten Wissen und praktische Fertigkeiten zu vermitteln, setzt sich das APS für eine strukturelle Verankerung von Patientensicherheit in Studium, Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe ein.

Praxis- und Anwendungsorientierung

Für die Verbesserung der Patientensicherheit entwickelt und vermittelt das APS gemeinsam mit seinen Partnern im Netzwerk Lösungen für die Praxis und stellt diese der Allgemeinheit zur Verfügung.

Ökonomische Aspekte

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Patientensicherheits-Maßnahmen berücksichtigt das APS gesundheitsökonomische Folgen und fördert Aktivitäten zur Kosten–Nutzen-Bewertung.

Patientenorientierung und Patientenbeteiligung

Das APS versteht sich als Mittler des Interesses der Patienten. Als kompetente Partner und Ratgeber in eigener Sache bezieht das APS Patienten, ihre Angehörigen und andere Betroffene in seine Arbeit ein.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Das APS setzt sich für ausreichende strukturelle und institutionelle Voraussetzungen einer sicheren Gesundheitsversorgung ein.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Das APS zeigt die Rahmenbedingungen auf, die für eine stabile Finanzierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit unabdingbar sind. Dazu strebt das APS eine Regelung an, die eine Finanzierung der Maßnahmen zur Entwicklung, Einführung und Evaluation von Patientensicherheit institutionalisiert und auf Dauer sichert.

Berlin, 20. September 2012

Für den Vorstand:

Hedwig François-Kettner
Vorsitzende

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Stellvertr. Vorsitzender

Hardy Müller
Geschäftsführer

Veranstaltungen mit APS-Vertretung im Jahr 2012

25.01.12	Berlin	KBV Kooperationstagung Arzneimitteltherapiesicherheit	Loskill
04.02.12	Hamburg	Asklepios Klinik Barmbek: Aktionstag Patientensicherheit	
23./24.02.12	Berlin	2. Nationales CIRS Forum	Hoffmann, Hart, HFK
06.03.12	Berlin	6. Plattform Gesundheit des IKK e.V.	HFK
15.-17.03.2012	Meschede	28. Frühjahrskolloquium des BBDK (Berufsbildungswerk Deutscher Krankenhäuser e.V.)	Liekweg
18./19.04.2012	Berlin	APS-Jahrestagung	VS
3.-5.05.12	Hamburg	10. Deutscher Seniorentag (Congress Center)	HFK
10.05.12	München	TK Hintergrundgespräch: Patientensicherheit	HM
01.06.12	Wien	6. Europäischer Medizinrechtstag	
01./02.06.12	Kassel	55. Kasseler Symposium: Stellenwert von Skills-Training und Simulation in der Perioperativen Medizin	
19./20.6.12	Saarbrücken	Ministerium für Gesundheit Saarbrücken: Überleitungsmanagement und Care und Case Management im Gesundheitswesen	Vera Lux
20.06.12	Berlin	Berliner Krankenhausseminar	HM, Jonitz
25.06.12	Berlin	Hamburger Impulse: „Patientenrechte in Deutschland“	HFK
04.07.12	Bochum	KGW: 6. Krankenhaus-Qualitätstag NRW	HM
05.09.12	Wiedenbrück	Valeo-Kongress	HHS
12.09.12	Detmold	Lippischer Pflorgetag	cwf
27.09.12	Berlin	GBA: QS-Konferenz	Hoffmann
10.10.12	München	MSD Forum Gesundheitspartner	HS
Okt. 2012	München	3. Bayerisches Forum für Patientensicherheit	HS
1.11.12	Bremen	Unabhängige Patientenberatung Bremen: Veranstaltung zu „Behandlungsfehler“	HM
02.11.12	Osnabrück	Tag der Patientensicherheit	Loskill
07.11.12	Bonn	2. Rheinische Klinikmesse	cwf

09.11.12	Wien		HFK
14./15.11.12	Homburg	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden	HM
19./20.11.12	Berlin	Bundesfachkonferenz für Personalmanagement und Organisationsentwicklung im Krankenhaus: Zukunft Krankenhaus – Strategie, Führung und praktische Schritte	HFK
22.11.12	Österreich	Netzwerk Risikomanagement Österreich	HM
22./23.11.12	Jena	19. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie (GAA) e.V.	Stockmann
23.11.12	Konstanz	3-Länder-Konferenz Fachverband nephrologischer Berufsgruppen	HS
29./30.11.12	Berlin	Nationaler Qualitätskongress	HFK

Pressemitteilungen und Veröffentlichungen 2012

2/2012	Zeitschriften- artikel	Müller	Chancen und Risiken der „individualisierten Medizin“ für das Gesundheitssystem	in: Welt der Krankenkassen
18.02.2012	PM	APS	Skandalisierung von Fehlerstatistiken schadet der Patientensicherheit	
09.03.2012	Stellungnahme	APS	Stellungnahme zum Entwurf des Patientenrechtegesetzes von BMG und BMJ vom 16.01.2012	
05.06.2012	PM	APS	Patientenrechtegesetz – vom Bittsteller zum Partner	
05.09.2012	PM	APS	Behandlungsfehler zählen – und zukünftig reduzieren	
15.10.2012	Stellungnahme	APS	Stellungnahme zum Patientenrechtegesetz für die Anhörung am 22.10.2012 im Ausschuss für Gesundheit und Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages	
22.11.2012	PM	APS	APS wirkt an Entschließung des Landes NRW zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit mit	

APS 2012 in Presse, Rundfunk und Fernsehen

16.01.12	ARD	Patientenrechtegesetz	Interview	HFK
16.01.12	Internetradio	Patientenrechtegesetz	Interview	HFK
16.01.12	dpa	Patientenrechtegesetz	Interview	HM
16.02.12	ARD Tagesschau	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HM
16.02.12	BR Fernsehen	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HM
16.02.12	hit radio dresden	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HM
16.02.12	Kabel 1 Fernsehen	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HFK
16.02.12	MDR Radio	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HFK
16.02.12	MDR Radio	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HM
16.02.12	N 24	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HFK
16.02.12	NDR Fernsehen	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HM
16.02.12	NDR Radio	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HM
16.02.12	Radio Emscher Lippe	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HFK
16.02.12	SAT 1	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HFK
16.02.12	SWR 1 Radio	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HM
16.02.12	SWR 4 Radio	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HM
16.02.12	WDR Fernsehen	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HFK
16.02.12	ZDF	Stellungnahme zu BILD-Artikel	Interview	HFK
20.02.12	rbb Kulturradio	Gefahr in deutschen Krankenhäusern	Interview	HFK
07.03.12	WDR 5 Radio	Sicherheit im Krankenhaus	Interview	HFK
07.04.12	ARD Tagesthemen	Patientenrechtegesetz	Interview	HM
16.05.12	BR Fernsehen	Sendung Kontrovers: Patientenrechtegesetz	Interview	HFK
19.06.12	WDR 5 Radio	Behandlungsfehlerstatistik	Interview	HM
25.06.12	HR Fernsehen		Interview	HFK

II. APS-Arbeitsgruppen

1. AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Leiter:	Dr. Oliver Schwalbe, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Abteilung Aus- und Fortbildung, Münster o.schwalbe@akwl.de
Vertreter des Vorstands:	Prof. Dr. Ulrich Jaehde, Pharmazeutisches Institut der Universität Bonn, Bereich Klinische Pharmazie, Bonn u.jaehde@uni-bonn.de
Beginn der AG:	2005
Sitzungen im Jahr 2012:	03. Februar 2012 01. Juni 2012 07. September 2012 09. November 2012 eine Sitzung, eine Telefon- und eine Webkonferenz der Redaktionsgruppe

Ziele der AG „Arzneimitteltherapiesicherheit“

Die AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) setzt sich für eine Bewusstmachung von Risiken für die Sicherheit der Patienten bei der Arzneimitteltherapie ein.

Zum einen entwickelt die AG Handlungsempfehlungen für die Praxis zum Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln zur Gewährleistung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs dieser Arzneimittel. Dabei wird eine optimale Organisation des Medikationsprozesses angestrebt, um unerwünschte Arzneimittelereignisse insbesondere Medikationsfehler zu vermeiden. Zum Anderen analysiert die AG in Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, den Stellenwert der AMTS in der gegenwärtigen ärztlichen und pharmazeutischen Ausbildung. Entsprechend der sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen sollen gemeinsam praxisnahe Unterrichtsmodule zur AMTS mit dem Ziel erarbeitet werden, die Aufmerksamkeit für die AMTS bei Ärzten und Apothekern bereits während der Ausbildung zu schärfen.

Beide genannten Schwerpunkte der Arbeit der AG bilden Maßnahmen des Aktionsplans 2010 – 2012 zur Verbesserung der AMTS in Deutschland, deren Umsetzung mit dem neuen Aktionsplan fortgesetzt wird und in diesem Rahmen in Kooperation mit der Koordinierungsgruppe zur Umsetzung und Fortschreibung des Aktionsplans erfolgt.

Ergebnisse:

Es wurde die erste Handlungsempfehlung „Oral appliziertes Methotrexat“ der neuen Veröffentlichungsreihe „Handlungsempfehlungen bei Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln“ fertiggestellt und der Öffentlichkeit anlässlich der 19. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie e.V. im Rahmen eines Kurzvortrages vorgestellt. Das Dokument richtet sich an alle, die Methotrexat (MTX) verschreiben, abgeben und verabreichen: an Ärzte, Apotheker, Apothekenmitarbeiter und Pflegenden, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Im Mittelpunkt dieser Handlungsempfehlung steht nicht die höher dosierte Gabe von MTX in der onkologischen Therapie. Vielmehr wird die orale, einmal wöchentliche Gabe von niedrig dosiertem MTX bei rheumatologischen und dermatologischen Erkrankungen sowie Strategien zur Vermeidung von Überdosierungen mit MTX durch die versehentliche oder irrtümliche tägliche statt der vorgesehenen wöchentlichen Gabe beleuchtet.

Neben der oben benannten Handlungsempfehlung wurde an einer weiteren Handlungsempfehlung zum Umgang mit dem Hochrisikoarzneimittel Vincristin gearbeitet. Es wurden Strategien zur Vermeidung der versehentlich intrathekalen Gabe von Vincristin recherchiert und entwickelt und in einem ersten Entwurf der Handlungsempfehlung zu diesem Thema zusammengefasst.

Des Weiteren wurde die Erstellung des Fragebogens durch das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt zur Erhebung des Wissensstandes zur AMTS von Medizin- und Pharmaziestudenten durch die AG AMTS maßgeblich mit unterstützt. Die kognitive Testung des entwickelten Fragebogens ist für Januar 2013 angesetzt.

Ausblick

Im Jahr 2013 wird die Handlungsempfehlung „Oral appliziertes Methotrexat“ veröffentlicht werden und die Handlungsempfehlung zur Vermeidung der versehentlichen intrathekalen Gabe von Vincristin redaktionell bearbeitet und finalisiert werden. Außerdem wird an der Erstellung weiterer Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln, wie beispielsweise mit Opioiden, Benzodiazepinen oder den sogenannten Z-Substanzen, im Rahmen des neuen Aktionsplans in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) weiter gearbeitet werden.

Die Befragung der Medizin- und Pharmaziestudenten zur Erhebung ihres Wissensstandes zur AMTS ist für Februar/März 2013 geplant. Die ersten Ergebnisse dieser Befragung sollen im Juni 2013 präsentiert werden.

2. AG Behandlungsfehlerregister

Leiter: RA Johannes Jaklin, Ecclesia Versicherungsdienst, Detmold
jjaklin@ecclesia.de

Vertreter des Vorstands: Dr. Christian Thomeczek, ÄZO, Berlin
thomeczek@azq.de

Beginn der AG: 2005

Sitzungen im Jahr 2012: 26. April 2012, Berlin

Ziele der AG „Behandlungsfehlerregister“

Die AG Behandlungsfehlerregister beabsichtigt mit ihrer Tätigkeit die Nutzbarmachung von Behandlungsfehlerregisterdaten zu Zwecken der koordinierten und themenbezogenen Registerdatenanalyse mit dem Ziel, die gewonnenen Erkenntnisse aus der Analyse von Behandlungsfehlern für die Fehlerprävention, nach dem Prinzip: Aus Fehlern lernen!, nutzbar zu machen. In koordinierten Fallanalysen sollen die Ursachen für die Entstehung von Behandlungsfehlern identifiziert und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung entwickelt werden.

Dazu braucht es zunächst einen einheitlichen Kerndatensatz, der ein Zusammenführen von Fallbeispielen aus den verschiedenen Behandlungsfehlerregistern überhaupt erst ermöglicht, sowie auch einen kontinuierlichen und registerübergreifenden Austausch der unterschiedlichen Institutionen, die sich mit der Registrierung und Bearbeitung von Behandlungsfehlervorwürfen in jeweils eigener Zuständigkeit befassen.

Ergebnisse:

Die AG Behandlungsfehlerregister hat bereits 2007 einen Kerndatensatz verabschiedet, der u.a. auch in den Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS) des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. verwendet wird und es der AG ermöglicht, dezentrale Daten verschiedener Registerhalter zu gezielten Themen gemeinsam auszuwerten.

Die koordinierte und themenbezogene Registerdatenanalyse ist in der Zwischenzeit das Kernstück der Tätigkeit der Arbeitsgruppe geworden. Zu den folgenden Themen wurden in der Vergangenheit bereits Analysen durchgeführt:

- Diagnostische Probleme und Fehler bei der Versorgung von Frakturen
- Thromboseprophylaxe – Fehler und Risiken
- Geburtsassozierte Schäden
- Vermutete Behandlungsfehler in der Hüftendoprothetik.

Die letztgenannte Analyse „Vermutete Behandlungsfehler in der Hüftendoprothetik“ war Schwerpunkt der Tätigkeit der AG in 2012. Aus der koordinierten Registerdatenauswertung zum Thema „Geburtsassoziierte Schäden“ und der Analyse der Ursachen für schwere kindliche Geburtsschäden ist 2011 das SIMPARTEAM-Projekt – mehr als Notfalltraining für geburtshilfliche Teams – unter der Leitung von Frau Dr. Singer (MDK Bayern) erwachsen.

Ausblick

Für das Jahr 2013 ist die Veröffentlichung der Ergebnisse der letzten koordinierten Registerdatenauswertung „Vermutete Behandlungsfehler in der Hüftendoprothetik“ und die Identifikation eines neuen, sicherheitsrelevanten Themas, inklusive der Durchführung der nächsten, einmal jährlichen Behandlungsfehlerdatenanalyse dazu, geplant.

Des Weiteren wird sich die AG mit der Frage: Brauchen wir ein nationales zentrales Behandlungsfehlerregister? auseinandersetzen und zu dieser Fragestellung Pro- und Contra-Argumente erarbeiten. Außerdem ist die Einbindung von Kasuistiken aus der AG in die Schulungs- und Bildungsinitiativen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. angedacht.

3. AG Bildung und Training

Leiterin (kommissarisch): Dr. Barbara Hoffmann, MPH, Ärztekammer Berlin, Abteilung
Fortbildung/Qualitätssicherung
b.hoffmann@aps-ev.de

Vertreterin des Vorstands: Dr. Barbara Hoffmann, MPH, Ärztekammer Berlin, Abteilung
Fortbildung/Qualitätssicherung
b.hoffmann@aps-ev.de

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Redaktionsgruppe für die Empfehlung:
Barbara Hoffmann, Gesine Hofinger, Amanda van Vegten, Marcus Rall, Julia Rohe,
Sonja Barth, Stephan Achterberg, Peter Janakiew, Anja Meier

Beginn der AG: 2010

Sitzungen im Jahr 2012: zwei Sitzungen der AG
eine Sitzung und mehrere Telefonkonferenzen der Redaktionsgruppe

Ziele der AG „Bildung & Training“

Patientensicherheit ist lernbar! Die Basis einer erfolgreichen Umsetzung und Anwendung von Patientensicherheitsmaßnahmen im Versorgungsalltag sind die Kompetenzen der Menschen in den Gesundheitsberufen. Dazu bedarf es nicht nur des Bewusstseins für die Risiken von Arbeitsorganisation und Kommunikation, Technik, Arzneimitteln, Medizinprodukten und des eigenen Handelns. Es braucht auch die technischen und nicht-technischen Fertigkeiten, kompetent mit den systembedingten, als auch mit den von Personen verursachten Fehlern umzugehen, Ursachen zu analysieren, adäquat zu kommunizieren und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, um- und einzusetzen. Nur so gelangen wir zu einem lernenden System und einer Lernkultur, die die Patienten bestmöglich vor vermeidbaren Fehlern schützt. Die bisherigen Ausbildungskonzepte für die Berufe im Gesundheitswesen berücksichtigen Wissen und Fertigkeiten in Bezug auf Themen der Patientensicherheit nur unzureichend.

Der Schwerpunkt der AG Bildung und Training (AG B&T) ist die Optimierung der Patientensicherheit durch die Entwicklung adäquater Ausbildungs- und Trainingsinhalte. Aufgabe der AG B&T sind die Sichtung von bestehenden guten Konzepten und die davon abgeleitete Entwicklung neuer Ausbildungskonzepte sowie die Empfehlung an entsprechende Entscheidungsträger (z. B. Aus-, Fort- und Weiterbildungsbeauftragte, Hochschulen). Im Jahr 2012 wurde die Empfehlung (Lernzielkatalog) zu Inhalten von Bildung und Training in Patientensicherheit für alle im Gesundheitswesen fertiggestellt (s.u.).

Ergebnisse: Empfehlung „Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit“

Es wurde ein Lernzielkatalog für alle im Gesundheitswesen Tätigen erarbeitet. Dieser Lernzielkatalog „Wege zur Patientensicherheit - Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit“ soll Lehrenden als Leitfaden dienen, welche Inhalte vermittelt und welche Lernergebnisse erreicht werden sollten. Diese Lernziele wurden für alle Fachberufe beschrieben, die am Kernprozess der Patientenversorgung unmittelbar beteiligt sind, die diese Kernprozesse unterstützen sowie klinische und administrative Führungskräfte, die die direkte und indirekte Patientenversorgung leiten oder steuern.

Zur Erstellung einer Lerneinheit auf der Basis des Lernzielkatalogs ist einerseits Fachwissen über Patientensicherheit und andererseits Methodenkompetenz der Lehrenden nötig. Die AG B&T betont dabei, dass grundsätzlich beteiligungsorientierte interaktive Methoden und erfahrungsbasiertes Lernen bei der Umsetzung empfohlen werden. Insbesondere die Lernziele, die sich auf Fertigkeiten beziehen, werden nicht erreicht, wenn ausschließlich in vortragender Form gelehrt wird. Zudem empfiehlt die AG interdisziplinäre und interprofessionelle Lehrformate und –veranstaltungen. Die Berufsgruppen und Disziplinen sollten miteinander lernen, die auch in der Praxis zusammenarbeiten und das Gelernte auch gemeinsam umsetzen sollen.

Marcus Rall gab die Leitung der AG B&T im Laufe des Jahres 2012 ab, die AG wird nun von Barbara Hoffmann kommissarisch geleitet, solange die AG lediglich den geplanten Prätest bearbeitet.

Ausblick

Im Jahr 2013 wird der Lernzielkatalog einem Prätest unterzogen. Dabei werden Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen verschiedener Gesundheitsberufe im Sinne einer Machbarkeitsevaluation gebeten werden, den Lernzielkatalogs auf Vollständigkeit und Umsetzbarkeit zu prüfen und welche Kompetenzen und Rahmenbedingungen sie für eine Umsetzung benötigen.

Dr. Barbara Hoffmann

4. AG Informieren – Beraten – Entscheiden

Leiterin:	Dr. Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit, Universität Bonn constanze.lessing@ukb.uni-bonn.de
Stellvertreterin:	Marcel Weigand, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh marcel.weigand@bertelsmann-stiftung.de
Vertreter des Vorstands:	Hannelore Loskill, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V., Düsseldorf hloskill@web.de Hedwig François-Kettner, Charité Pflegedirektorin, Berlin francois-kettner@charite.de
Beginn der AG:	2008
Unter-AGs:	AG Sicher im Krankenhaus: Tipps für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen AG Vorsorge mit Verstand AG Checkliste Patientenhandbuch
Sitzungen im Jahr 2012:	03. September 2012

Ziele der AG I-B-E

In der Arbeitsgruppe werden Handlungsempfehlungen für Patienten und deren Angehörige erarbeitet mit dem Ziel, die Patientensouveränität zu stärken und Patienten und ihre Angehörige zu ermutigen, sich aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen. Dies setzt einerseits Information der Patienten und Angehörigen voraus und andererseits ein Klima der Sicherheitskultur, die Kommunikation zwischen allen an der Behandlung Beteiligten und dem Patienten ermöglicht.

Projekte im Jahr 2012

Im Jahr 2012 konnten zwei Projekte der AG konsentiert und abgeschlossen werden.

„Sicher im Krankenhaus. Tipps für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen“

Die Broschüre soll Patientinnen und Patienten bei Aufnahme zu einer stationären Behandlung ausgehändigt werden mit dem Ziel, ihnen Hinweise zu geben, wie sie selbst aktiv zu ihrer Sicherheit beitragen können.

Zu drei Themenbereichen werden Fragen und Hinweise formuliert:

- „Sagen Sie uns, wenn ...“
- „Vergewissern Sie sich, dass ...“
- „Beachten Sie vor der Entlassung, dass ...“

Handreichung zur Erstellung von Patientenhandbüchern

Patientenhandbücher sind Sammelordner, in denen Patienten ihre Krankenunterlagen systematisch und nach Themengebieten geordnet archivieren können. Die geplante Handreichung richtet sich an die Hersteller und Vertrieber solcher Sammelordner und ist als zusammenfassende Übersicht gedacht.

In Form von tabellarischen Übersichten und Checklisten werden Hinweise gegeben, welche für Patientensicherheit relevanten Informationen ein Patientenhandbuch enthalten sollte. Es werden Empfehlungen gegeben zu

- persönlichen Aufzeichnungen (aktiver Teil),
- persönlichen Unterlagen (Sammelteil),
- weiterführende Informationen (Serviceteil).

Perspektiven

Im Jahr 2013 sollen weitere Themen bearbeitet werden mit dem Ziel, Entscheidungshilfen für Patienten zu entwickeln.

5. AG Medizinprodukt-assoziierte Risiken

Leiter:	Professor Dr. Uvo Hölscher, Fachhochschule Münster, Münster, hoelscher@fh-muenster.de
Stellvertreter:	Klaus Henning, Universitätsklinikum Münster, Münster klaus.henning@ukmuenster.de
Vertreter des Vorstands:	Professor Dr. Hartmut Siebert, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin hsiebert@office-sha.de
Redaktionsgruppe für die Empfehlung:	Uvo Hölscher, Sabine Bohnet-Joschko, Klaus Henning, Monika Rimbach-Schurig, Iris Juditzki, Georges Wagener, Hartmut Siebert
Beginn der AG:	2009
Sitzungen im Jahr 2012:	07. März 2012 26. März 2012 31. Juli 2012 13. November 2012

Ziele der AG „Medizinprodukt-assoziierte Risiken“

Die AG Medizinprodukt-assoziierte Risiken (MPaR) hat zum Ziel das Bewusstsein für MPaRs, insbesondere bei den Herstellern und Anwendern von Medizinprodukten, zu schärfen, MPaRs zu untersuchen und die durch optimierte Prozesse beeinflussbaren Risiken mit Hilfe der Umsetzung eigens entwickelter Handlungsempfehlungen zu verringern und somit die Patienten- als auch die Anwendersicherheit zu erhöhen.

Da das Nichtbeachten und Nichteinhalten der Meldepflicht von Vorkommnissen und Unerwünschten Ereignissen (UE) im Zusammenhang mit Medizinprodukten eine Schwachstelle im Gesundheitswesen ist und diese Schwachstelle das Auftreten ähnlicher UEs in den klinischen Versorgungsprozessen begünstigt, widmet sich die AG MPaR in ihrer ersten Handlungsempfehlung dem Thema Meldewesen und beschränkt sich dabei zunächst auf aktive Medizinprodukte, zum Beispiel auf medizintechnische Geräte mit Stromquellen, im Klinikeinsatz.

Ergebnisse: Empfehlung „Patientensicherheit durch Prävention Medizinprodukt-assoziiierter Risiken – Meldewesen“

Die AG MPaR hat den ersten Teil der Handlungsempfehlung „Patientensicherheit durch Prävention Medizinprodukt-assoziiierter Risiken – Meldewesen“ sowohl in der Vollversion als auch in der Kurzfassung fertiggestellt.

Die genannte Empfehlung geht auf das gesetzliche Vigilanzsystem wie auch auf die freiwilligen Meldesysteme ein, zeigt deren derzeitigen Grenzen und Potentiale auf und beschreibt, wie durch Optimierung des Meldewesens und seiner Randbedingungen die Patientensicherheit verbessert werden kann.

Aus dem Grundsatz „Aus Fehlern lernen und die Erkenntnisse barrierefrei zur Verfügung stellen“ wurden für die Betreiber und Anwender aktiver Medizinprodukte im Wesentlichen die folgenden Empfehlungen abgeleitet:

- Verantwortliche für Medizinprodukte zu benennen
- Meldepflichten zur Aufsichtsbehörde zu organisieren
- Medizintechniker in allen Gremien des klinischen Risikomanagements systematisch zu beteiligen und
- Einweisungen ernst zu nehmen
- Funktionsprüfungen sorgfältig durchzuführen
- Fehler und Probleme immer zu melden.

Ausblick

Nach der Stellungnahme der Mitglieder des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und der angedachten Anhörung von interessierten Mitgliedern und Vertretern aus den Verbänden der Betreiber und Anwender von Medizinprodukten soll der erste Teil der Empfehlung „Patientensicherheit durch Prävention Medizinprodukt-assoziierter Risiken – Meldewesen“ im Jahr 2013 publiziert werden.

In weiteren Schritten soll die Handlungsempfehlung auch um die Gesamtheit der Medizinprodukte inklusive der Implantate und In-vitro-Diagnostika sowie um weitere Anwendungsbereiche erweitert werden.

Der Schwerpunkt der Tätigkeit der AG MPaR wird in 2013 allerdings die Entwicklung von Schulungen zum Umgang mit Medizinprodukten sein, wobei die Erarbeitung einheitlicher Qualitätsmaßstäbe für die Schulungen zu Medizinprodukten, zu der es eine gesetzliche Verpflichtung gibt, im Fokus des Interesses der AG stehen.

6. AG Patientensicherheit im Alter– Sturzprävention im Krankenhaus

Leiterin:	Gunhild Leppin M.A., MBA, Berlin, gunhild.leppin@arcor.de
Vertreter des Vorstands:	Professor Dr. Hartmut Siebert, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin hsiebert@office-sha.de
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Lenkungsgruppe:	Dr. Holger Lange, Gunhild Leppin M.A., Dr. Constanze Lessing, Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse, Prof. Dr. Hartmut Siebert
Beginn der AG:	2011 (Lenkungsgruppe seit 2010)
Sitzungen im Jahr 2012:	8. Februar 2012: Anhörung von Fachgesellschaften und Berufsverbänden mehrere Telefonkonferenzen / Abstimmungen per eMail

Ziele der AG „Der ältere Patient im Krankenhaus“

Die im Jahr 2011 gegründete AG „Der ältere Patient im Krankenhaus“ (AG ÄPiK) befasst sich mit dem Thema Patientensicherheit im Alter in der speziellen Umgebung des Krankenhauses und im ersten Schritt mit dem Teilaspekt der Sturzprävention.

Die AG ÄPiK hat sich die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus zur Aufgabe gestellt und zielt mit der Implementierung dieser Handlungsempfehlungen in das Risiko- und Qualitätsmanagement von Krankenhäusern auf die Reduktion von Stürzen bei Älteren in diesen Einrichtungen ab.

In Ergänzung zu vorhandenen Empfehlungen und Standards zur Sturzprävention im Krankenhaus wurde vor allem der Aspekt der Sturzprävention im Dialog zwischen Patienten / Angehörigen / Besuchern und den Mitarbeitern im Krankenhaus als Zielsetzung formuliert.

Ergebnisse:

Im Rahmen der Tätigkeit der AG ÄPiK konnten in 2012 die Broschüre für Patienten, Angehörige und Besucher „Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus“ und die Handlungsempfehlung „Sturzvermeidung“ für Klinik-mitarbeiter entwickelt werden.

Die benannte Handlungsempfehlung verfolgt dabei insbesondere das Ziel, die Klinikmitarbeiter, die Patientenkontakt haben, für die häufigsten Gefahrenquellen im Zusammenhang mit Stürzen zu

sensibilisieren. Die Broschüre für Patienten, Angehörige und Besucher möchte diese vor allem zu Präventionsmaßnahmen ihrerseits aktivieren und dazu auffordern, Klinikmitarbeiter bei Problemen aktiv anzusprechen. Von besonderer Bedeutung für die Sturzprävention im Dialog ist, dass die Broschüre persönlich und im Gespräch mit patientenbezogenen Hinweisen vom medizinischen Personal an die Patienten und/oder ihre Angehörigen ausgehändigt wird.

Neben der Abstimmung der Broschüre und der Handlungsempfehlung innerhalb der AG erfolgte im Februar 2012 in Form einer Anhörung auch eine Abstimmung mit zahlreichen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden und von Mai bis Oktober 2012 ein Praxistest in 10 Krankenhäusern. Dabei wurde die Broschüre als auch die Handlungsempfehlung auf Verständlichkeit und Lesbarkeit getestet und der Test der Handlungsempfehlung um die Punkte Brauchbarkeit und Nutzen ergänzt. Die Ergebnisse aus der Anhörung und dem Praxistest haben in der Finalisierung der Broschüre und der Handlungsempfehlung entsprechende Berücksichtigung gefunden.

Ergänzend zu der Broschüre „Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus“ und der Handlungsempfehlung „Sturzvermeidung“ wurde außerdem das Dokument „Fakten und Erläuterungen“ erarbeitet, welches weiterführende und vertiefende Erläuterungen, Hintergrundinformationen und aktuelle, gesicherte Ergebnisdaten zu Wirksamkeitsstudien beinhaltet und somit die Umsetzung der in der Handlungsempfehlung und der Broschüre dargestellten Maßnahmen mit unterstützen soll.

Ausblick

Im ersten Quartal 2013 soll das Dokument „Fakten und Erläuterungen“ finalisiert werden, so dass die in der AG ÄPiK erarbeiteten Dokumente, die Broschüre, die Handlungsempfehlung und die Fakten und Erläuterungen dazu, durch die Mitglieder des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. kommentiert und dem Vorstand im Sommer 2013 zur Freigabe vorgelegt werden können. Die Publikation der Dokumente ist für September 2013 geplant. Des Weiteren ist die Einbindung der Empfehlungen in die Schulungs- und Bildungsinitiativen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. angedacht.

III. Berichte aus Projekten und Kooperationen

III.1. Aktion Saubere Hände

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

Die „AKTION Saubere Hände“ (nachfolgend ASH genannt) ist die Umsetzung der WHO Kampagne „Clean Care is Safer Care“ in Deutschland. Ziel ist es, die Compliance der hygienischen Händedesinfektion als evidenzbasierte Maßnahme zur Vermeidung von Gesundheitswesen assoziierten Infektionen in deutschen Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Nachdem sich die ASH in der ersten Projektphase von 2008 bis 2010 auf bettenführende Krankenhäuser konzentriert hat, wurde die Kampagne ab 2011 auch auf ambulante Einrichtungen sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen erweitert.

Zur nachhaltigen Verbesserung des Händehygieneverhaltens hat die ASH ein multimodales Modell mit folgenden Interventionen erarbeitet:

1. aktive Unterstützung durch die Geschäftsführung
2. Etablierung des WHO Indikationsmodells („Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“)
3. jährliche Messung des stationsbasierten Händedesinfektionsmittelverbrauchs im Rahmen des HAND-KISS. Auf freiwilliger Basis Beobachtung der Händedesinfektions-Compliance.
4. Verbesserung der Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern in den teilnehmenden Einrichtungen.

5. jährliche Fortbildungen zum Thema Händedesinfektion und Infektionsprävention sowie Teilnahme an den Aktionstagen.
6. Teilnahme am Einführungskurs und Erfahrungsaustausch.

Außerdem gibt es eine Fülle von Fortbildungsmaterialien, die Teilnehmer kostenlos nutzen können: mehrere Vorträge, ein E-Learning Programm, ein Videotutorial sowie 15 verschiedene Kasuistiken (www.aktion-sauberehaende.de). An dem jährlichen Erfahrungsaustausch nahmen 2012 über 600 Teilnehmer teil.

Ergebnisse

Insgesamt nehmen 881 bettenführende Einrichtungen, darunter 34 Universitätskliniken, 242 Alten- und Pflegeheime und 183 ambulante Einrichtungen an der Kampagne teil. Seit dem 01.06.2011 gibt es ein Zertifikat für das Modul bettenführende Einrichtungen. Bisher haben 127 Häuser ein Zertifikat in Bronze, 112 in Silber und 23 in Gold erhalten.

Die ASH schreibt eine Mindestausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern von einem Spender pro Patientenbett auf Intensivstationen und Dialysebetten sowie einen Spender auf zwei Patientenbetten auf Nicht-Intensivstationen vor. Die Teilnehmer müssen die Ausstattung zu Beginn der Umsetzung in ihrer Einrichtung und dann nach einem Jahr bestimmen. Die Ausstattung wurde nach den Vorgaben der ASH auf Intensivstationen von 87% auf über 100% und auf Nicht-Intensivstationen von 64% auf 91% erhöht.

Eine Analyse von 166 Krankenhäusern, die seit 2007 regelmäßig Daten in das HAND-KISS Modul des KISS-Systems eingeben, zeigt eine signifikante Steigerung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs um 47,5%.

Tabelle 1: Händedesinfektionsmittelverbrauch (HDMV) in 166 Krankenhäusern im Jahr 2007 in Vergleich zum Jahr 2011

Jahr	n	HDMV* in Liter	Patiententage	HDMV in ml/PT** (median)	Differenz in ml/PT (median)	Differenz in % (median)
2007	166	317090	15257425	17,98		
2011	166	501354	16807393	26,85	8,49	47,49

*HDMV= Händedesinfektionsmittelverbrauch, **PT=Patiententage

Nach Umfragen bei dem Erfahrungsaustausch 2012 haben über 50% der Einrichtungen die Verbrauchsbestimmung als langfristigen Qualitätsparameter in ihrer Einrichtung etabliert und zum Teil in den Qualitätsbericht aufgenommen.

Die ASH hat ein Beobachtungsinstrument zur Händedesinfektions-Compliance sowie Schulungsmaterialien für Beobachter entwickelt. Eine Analyse der Daten von 189 Stationen aus 62 Krankenhäusern (75.391 beobachtete Indikationen zur Händedesinfektion) ergab eine signifikante Steigerung der Complianceraten in allen 5 Indikationen.

Tabelle 2: Complianceraten VOR und NACH Intervention in 189 Stationen aus 62 Krankenhäusern nach Indikation.

Indikation	Compliance in % VOR Intervention	Compliance in % NACH Intervention	Anstieg im Median in %	p-Wert
VOR Patientenkontakt	51	63	8	<0.001
VOR aseptische Tätigkeiten	59	74	15	<0.001
NACH infektiösem Material	73	86	13	<0.001
NACH Patientenkontakt	68	80	12	<0.001
NACH Kontakt mit der Patientenumgebung	50	63	13	<0.001

Tabelle 3: Complianceraten VOR und NACH Intervention in 189 Stationen aus 62 Krankenhäusern nach Berufsgruppe.

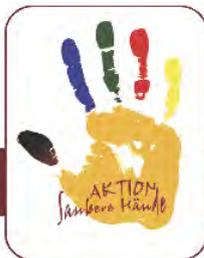
Berufsgruppe	Compliance in % VOR Intervention	Compliance in % NACH Intervention	Anstieg im Median in %	p-Wert
Andere n=7911	47	57	10	<0.001
Ärzte n=16823	49	63	14	<0.001
Medizinstudenten n=988	66	64	-2	0.662
Pflegekräfte n=43573	63	77	14	<0.001
Pflegeschüler n=5932	65	80	15	<0.001

Für das Jahr 2012 kann festgestellt werden, dass die Voraussetzungen für eine gute Händehygiene in den teilnehmenden Einrichtungen weiterhin verbessert werden.

1. Das WHO Indikationsmodell „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ wurde in ca. 75 Prozent der Einrichtungen etabliert.
2. Ein Nationales Surveillancesystem für die Langzeiterfassung des Verbrauchs an Händedesinfektionsmittel wurde etabliert (HAND-KISS).
3. Die Compliancebeobachtung als Evaluierungsinstrument wird gegenwärtig von mehr als 250 Einrichtungen regelmäßig verwendet. Dabei wurde eine durchschnittliche Steigerung der Compliance um 13 Prozent erreicht.
4. Die Ausstattung mit Desinfektionsmittelspendern hat sich deutlich verbessert. Nach den Kriterien der ASH hat sich die Verfügbarkeit auf über 90 Prozent auf Normalstationen und über 100 Prozent auf Intensivstationen verbessert.

Eine große Herausforderung angesichts der finanziellen Ressourcen ist es, die gesteigerte Compliance dauerhaft auf einem hohen Niveau zu halten.

nach Informationen von Dr. Christiane Reichardt



AKTION Saubere Hände

"Keine Chance den Krankenhausinfektionen"

III.2. Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland

Projektträger:	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Projektleitung:	Dr. Julia Rohe, MPH, Leiterin Bereich Patientensicherheit im ÄZQ
Projektmitarbeiterinnen:	Andrea Sanguino Heinrich, MPH, Ärztin, Mag. pharm. Christine Hahnenkamp, MSc., Apothekerin Christina Gunkel, Diplom-Pflegewirtin (FH) Mitarbeiterinnen im Bereich Patientensicherheit im ÄZQ
Steuerungsgruppe:	Vertreterinnen und Vertreter der Projektträger Dr. Barbara Hoffmann, MPH (APS) Dr. Christian Thomeczek (ÄZQ) Christiane von Emmerich (DKG) Manuela Bruns (DPR) Prof. Dr. Dieter Conen (APS, Stiftung für Patientensicherheit Schweiz)
Projektförderer:	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
Projektlaufzeit:	März 2010 bis vorläufig 30. Juni 2014
Kontakt und Information:	Dr. Barbara Hoffmann, MPH (APS) Email: hoffmann@aps-ev.de Dr. med. Julia Rohe, MPH Email: KH-CIRS@azq.de
Internet:	www.kh-cirs.de

Ziele

Die Projektträger möchten mit dem KH-CIRS-Netz-D eine Plattform schaffen, auf der überregional bedeutsame CIRS-Fälle analysiert, kommentiert und von allen Nutzern gelesen werden können. Die Darstellung von Risikobereichen und der Austausch von Problemlösungen sollen das gemeinsame Lernen aller Berufsgruppen im Krankenhaus fördern und praktische Hilfestellungen für das klinische Risikomanagement geben.

Ergebnisse in 2012

Seit dem Start des Berichtssystems bis Ende 2012 sind 115 Berichte eingegangen, von denen 111 veröffentlicht werden konnten. In 2012 sind somit 46 Berichte hinzugekommen, die den beständigen

Berichtseingang demonstrieren. Berichte, aus denen man besonderes viel lernen kann, werden von Experten kommentiert. Diese Fachkommentare werden neben dem Fallbericht online veröffentlicht und können von allen Nutzern gelesen werden. Aus diesen Fällen wird außerdem der „Fall des Monats“ ausgewählt und auf der Internetseite www.kh-cirs.de publiziert. Dies waren bis Ende 2012 17 Fälle des Monats, hinzu kam die Veröffentlichung eines Alerts (Warnhinweis zu Risiken, die überregional relevant sind und zu Patientenschäden führen können, und der möglichst schnell verbreitet werden soll, da sonst Gefahr in Verzug besteht). Alle Fälle des Monats und Alerts wurden auch über das APS (per Email an alle Mitglieder) und die anderen am Projekt beteiligten Organisationen verbreitet. Zudem werden die Fälle des Monats seit 2012 regelmäßig in „Das Krankenhaus“ veröffentlicht, dem offiziellen Organ der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Ausblick für 2013

Das KH-CIRS-D soll in 2013 noch weiter bekannt gemacht werden, u. a. wird die Öffentlichkeitsarbeit durch die Verbreitung eines Flyers verstärkt (mit Unterstützung durch ProtecData). Zudem wird es in „Die Schwester Der Pfleger“, dem offiziellen Organ des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK e. V), einen Übersichtsartikel zum Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland geben.

Veröffentlichungen

Fälle des Monats (<http://www.kh-cirs.de/faelle/index.html>):

- 01/2012: Techniker testet - Patient wird unnötig geröntgt
- 02/2012: Problematik: Medikamente via Magensonde
- 04/2012: Vorgehen bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen
- 05/2012: Überdosierung Heparin
- 06/2012: Lagerung von Sauerstoffflaschen
- 08/2012: Wohin läuft das Notfallteam?
- 09/2012: Umgang mit Patienten mit Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung
- 10/2012: Patientin trug falsches Patientenarmband
- 11/2012: Mangelhafte Identifikation von Patientinnen: Wo ist "ganz vorne"?

Meyenburg-Altweig I. Fallbeispiel aus dem Krankenhaus-CIRS-Netz-D. Nitrospray für die Mundpflege?

Das Krankenhaus. 4/2012, 378-379

Kantelhardt P. Fallbeispiel aus dem Krankenhaus-CIRS-Netz-D. Medikamente via Magensonde. Das Krankenhaus. 7/2012, 724-726

Stenzel C, Hoffmann B. Fallbeispiel aus dem Krankenhaus-CIRS-Netz-D. Vorgehen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Das Krankenhaus. 10/2012, 1060-1061

Dr. Barbara Hoffmann

III.3. Das Projekt SimParTeam – mehr als Notfalltrainings für geburtshilffliche Teams



Hintergrund

Die Arbeitsgruppe Behandlungsfehlerregister des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. hat im Jahre 2010 eine koordinierte Auswertung geburtsassoziierter kindlicher Schäden vorgenommen. Sie konnte dabei auf Behandlungsfehler- bzw. Schadensregister von AOK Rheinland-Hamburg mit AOK BV, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Ecclesia-Versicherungsdienst, Helios Kliniken, MDK Bayern und Schlichtungsstelle für Arzthaftungsfragen der Norddeutschen Ärztekammern zurückgreifen. Insgesamt wurden über 800 Fälle ausgewertet.

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung bestand in der Erkenntnis, dass die Mehrzahl fehlerbedingt entstandener schwerer kindlicher Geburtsschäden auf wenige Ursachenkomplexe zurückgeführt werden kann:

- Verzögerte Sektioindikation
- CTG-Versäumnisse und -Fehlinterpretationen
- Unklare Verfahrensregelungen im Kreißsaalteam bei Notfallsituationen
- Kommunikationsstörungen im Team

Projektidee

Aus diesen Erkenntnissen entstand die Projektidee, ein im Schwerpunkt auf der Simulation geburtshilfflicher Notfälle basierendes Kreißsaalteamtraining aller daran beteiligten Professionen zu entwickeln, zu pilotieren und zu evaluieren. Der erwartete Nutzen des Projektes wurde in einer Erhöhung der Sicherheit für Mutter und Kind bei Notfallsituationen unter der Geburt gesehen.

Der Grundgedanke, dass Training generell Leistung verbessert und Fehler minimiert hat bereits 1756 in Frankreich eine Hebamme namens Madame du Coudray mit einem Geburtssimulator durch die Lande ziehen lassen. An zwei Stoffpuppen (mütterlicher Torso und Neugeborenes) wurden verschiedene Geburtslagen und Kindsentwicklungen geübt.

Heute findet die Simulation medizinisch praktischer Prozesse in entsprechend neuzeitlich apparativer Umgebung statt. Auch die Patientensimulatoren sind hochtechnisierte Nachbildungen, welche eine lebensnahe Notfallsituation sozusagen auf Knopfdruck produzieren können. Erst im Jahre 2011 hat die Firma

Laerdal die hochmoderne sogenannte Sim Mom entwickelt, die mit ihrem Neugeborenen bzw. zu gebärenden Baby der Projektgruppe zur Verfügung gestellt wurde.

Konzept

Nachdem diese wesentliche technische Voraussetzung geschaffen war, wurde ein Konzept geschmiedet, das sich qualitativ auf drei wesentliche Grundpfeiler stützte:

- **Hoher fachlicher Input und Qualitätssicherung durch**
 - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
 - Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
 - Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
 - Deutscher Hebammenverband

- **Anerkannte praktische Expertise durch**
 - Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum
 - Institut für Notfallmedizin München mit Simulationskreißsaal

- **Fundiertes Know-How der Schadenskonstellationen durch**
 - Versicherungskammer Bayern
 - Aktionsbündnis Patientensicherheit
 - MDK Bayern, AOK Bayern und AOK BV

Vertreter der oben genannten Institute und Organisationen schlossen sich zu einem Projektteam unter der Projektleitung des MDK Bayern und der Schirmherrschaft des APS zusammen.

Als definierte Projektinhalte wurden Entwicklung eines Trainingsprogramms, Pilotierung desselben an 7 bayerischen Krankenhäusern und Evaluierung qualitativ durch Teilnehmerbefragung und quantitativ durch Daten aus der Perinatalerhebung festgelegt.

Programm

Das neu konzipierte Trainingsprogramm umfasst insgesamt folgende 6 Punkte:

- Grundlagenvortrag (geburtshilfliche Notfälle, CRM)
- CTG-Schulung für Hebammen und Geburtshelfer
- Skills-Training Neugeborenen-Erstversorgung für Neonatologen und Anästhesisten
- CRM-Training mit Simulatoren, Videoaufzeichnung und Debriefing
- Anleitung zur Nutzung von Fehlermeldesystemen
- Anleitung zur Erarbeitung lokaler Kreißsaalleitlinien oder Checklisten

Durchführung

Dieses Programm wurde in den Kliniken vor Ort in der gewohnten Umgebung des Teams angeboten. Der Schwerpunkt lag auf dem CRM-Training, an dem alle in Frage kommenden Berufsgruppen interdisziplinär als Kreißsaalteam beteiligt wurden (Neonatology, Anästhesisten, Geburtshelfer, Hebammen, Pflegefachkräfte, Pädiater).

„Die Fähigkeit, das Wissen, was getan werden muss, auch unter den ungünstigsten und unübersichtlichsten Bedingungen der Realität eines medizinischen Notfalls in effektive Maßnahmen im Team umzusetzen“ (David Gaba, Stanford) wurde intensiv in Kleingruppen trainiert. Im Debriefing kamen sämtliche typischen Problemkonstellationen von Teamarbeit zur Sprache, seien es Fixierungsfehler, ineffektive Kommunikation, ungleiche Verteilung der Arbeitsbelastung, zu spätes Holen von Hilfe, unzureichende Planung und Antizipation von Geschehnissen oder andere typische Hindernisse in der Zusammenarbeit. Maßgeblich unterstützt wurde das Debriefing durch die wertvollen Videoaufnahmen, die jeden Abschnitt des Trainings in Bild und Wort wiederholbar machten.

Die ersten Reaktionen der trainierten Teams waren durchwegs positiv. Die Simulation der geburtshilflichen Notfälle wurde als sehr realitätsnah, das Debriefing als außerordentlich hilfreich und anregend beschrieben. Besonders das wiederholte Training von Kommunikation im notfallmäßig zusammengerufenen Team fand großen Anklang und wurde als nachhaltig wirksam empfunden.

Die Pilotphase von simparteam wurde im Dezember 2012 mit dem 7. Krankenhaus abgeschlossen. Die bis dahin angefallenen Projektkosten beliefen sich auf ca. 320.000 €. Sämtliche Personalkosten, die in der Planungsphase anfielen, wurden dabei von den Beteiligten selbst übernommen. 70 % der Trainingskosten wurden über Sponsoren abfinanziert, mit den restlichen 30 % beteiligten sich die teilnehmenden Krankenhäuser.

Ausblick

Die Evaluation des Projekterfolges wird sich noch bis Anfang 2014 hinziehen. Die Teilnehmerbefragung wird bereits im Herbst 2013 abgeschlossen sein. Für diesen Zeitpunkt ist eine Pressekonferenz geplant, bei der die Daten veröffentlicht werden sollen.

Die ursprünglichen Kooperationspartner haben sich alle für eine Verstärkung des Projektes ausgesprochen. Das APS ist bereit, sich bei der Organisation und Koordinierung (Geschäftstellenfunktion) einzubringen, um zeitnah den Kurs bundesweit anbieten zu können.

Weitere Informationen zu simparteam finden Sie unter www.simparteam.de

Dr. Ingeborg Singer

III.4.

Koordinierungsgruppe Aktionsplan AMTS

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat einen Sitz in der Koordinierungsgruppe AMTS, die bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) angesiedelt ist. Prof. Jaehde vertritt das APS in diesem Gremium und stellt damit eine Verbindung zwischen dem APS-Vorstand, der AG AMTS im APS und der Koordinierungsgruppe her.

Das APS hat im Rahmen des Aktionsplans 2010-2012 zur Verbesserung der AMTS in Deutschland eine Reihe von Aufgaben übernommen und arbeitet zur Umsetzung dieser Maßnahmen eng mit der Koordinierungsgruppe zusammen.

Im Jahr 2012 standen folgende Maßnahmen im Vordergrund:

1. Maßnahme 10

„Erhebung des Wissensstandes von Medizin- und Pharmaziestudentinnen und -studenten sowie Erarbeitung von praxisnahen Unterrichtsmodulen zur AMTS, auch zur gemeinsamen Nutzung durch Ärzteschaft und Apothekerschaft“

Das APS und das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt haben beim BMG einen Antrag auf Finanzierung einer Online-Erhebung gestellt, der bewilligt wurde. Die AG AMTS des APS hat mit Unterstützung von Mitgliedern der Koordinierungsgruppe einen geeigneten Fragenkatalog erstellt. Die Erhebung soll im Frühjahr 2013 unter Leitung von Dipl.-Soz. Beyer, Universität Frankfurt, durchgeführt werden.

2. Maßnahme 33

„Vorlage von Handlungsempfehlungen für den Einsatz von oralen Antikoagulantien, Methotrexat und Opioiden sowie für die farbliche Kennzeichnung von Anästhetika bei deren Einsatz auf Intensivstationen und in Notfallambulanzen“

Das APS hat gemeinsam mit der Koordinierungsgruppe und einigen Fachgesellschaften „Handlungsempfehlungen für den Einsatz von oral appliziertem Methotrexat“ erarbeitet, die im Frühjahr 2013 veröffentlicht werden sollen. Zudem werden die Handlungsempfehlungen auf Anregung der Koordinierungsgruppe in einer Kurzfassung erscheinen.

Darüber hinaus war das APS unter Federführung der Koordinierungsgruppe an der Erarbeitung eines einheitlichen Medikationsplans, den Vorbereitungen zum 4. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei

medikamentöser Therapie am 13./14.06.2013 in Berlin und der inhaltlichen Gestaltung des Aktionsplans 2013-15 beteiligt.

Wie in den Vorjahren kann die Zusammenarbeit des APS mit der Koordinierungsgruppe als außerordentlich konstruktiv und produktiv bewertet werden.

Prof. Dr. Ulrich Jaehde

IV. Internationale Zusammenarbeit

Auf der internationalen Ebene bringt das APS seine Erfahrungen aus Deutschland in unterschiedlichen Projekten und Initiativen ein.

EU-Arbeitsgruppe „Patient Safety and Quality of Care Working Group“ (PSQCWG)

Im Jahr 2006 wurde diese Arbeitsgruppe auf EU-Ebene etabliert. Zielsetzung war es von Beginn an die Arbeit der EU-Kommission zum Thema Patientensicherheit beratend zu begleiten. Alle EU-Mitgliedsländer sind durch nationale Experten für die Themen Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung in dieser Arbeitsgruppe vertreten. Als Fachexperte und Vertreter aus Deutschland für diese AG hat das Bundesministerium für Gesundheit Herrn Dr. Günther Jonitz, Gründungsmitglied und ehemaliger Vorsitzender des APS, benannt.

Die PSQCWG hat unter anderem aktiv dazu beigetragen, dass die EU-Projekte EUNetPaS (2008-2010) und das Nachfolgeprojekt PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, 2012-2015) auf den Weg gebracht werden konnten. An beiden Projekten war bzw. ist auch das APS beteiligt.

Außerdem hat die PSQCWG bei der Erarbeitung der im Jahr 2009 veröffentlichten EU-*„Empfehlung zur Patientensicherheit und zur Eindämmung und Prävention von behandlungsassoziierten Infektionen“* maßgeblich mitgewirkt. Diese Empfehlung formuliert in einem ersten Teil Vorschläge zur Verbesserung der Patientensicherheit (allgemein) und geht in einem zweiten Teil auf das Thema behandlungsassoziierte Infektionen ein.

Zur Überprüfung, inwiefern die Empfehlung in den EU-Mitgliedsländern umgesetzt wurde und zu Maßnahmen auf nationaler Ebene geführt hat, wurde eine Evaluation durchgeführt, deren Ergebnisse im November 2012 veröffentlicht wurden.

Aus Deutschland hat unter anderem auch das APS über seine Aktivitäten berichtet.

Insgesamt adressiert die Evaluation 13 Handlungsbereiche. So sollen die EU-Mitgliedsländer bspw.

- für die Patientensicherheit zuständige Behörden oder Einrichtungen benennen,
- Patientensicherheit als vorrangiges Thema in ihre nationalen gesundheitspolitischen Strategien und Programme einbeziehen,
- die Entwicklung sichererer Systeme, Prozesse und Instrumente unter Einschluss von Informations- und Kommunikationstechnologien vorantreiben,

- die Handlungskompetenzen der Bürger und Patienten stärken und Patienteninformationen ausbauen,
- Fehlerlernsysteme etablieren und
- den Bereich Patientensicherheit in der Aus-/ Weiter-/ und Fortbildung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen aktiv verstärken.

Insgesamt kommt die Evaluation zu folgendem Resümee:

Positiv:

- 🕒 In allen Ländern wurde Patientensicherheit als prioritäres Thema in der Gesundheitspolitik behandelt.
- 🕒 In 25 Ländern wurde eine zuständige nationale Stelle/ Institution für Patientensicherheit benannt.
- 🕒 In 24 Ländern wurden Trainings-Maßnahmen in Healthcare Settings ausgebaut.

Verbesserungswürdig:

- 🕒 Nur in drei Ländern wurde Patientensicherheit in der Aus-Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsberufen durchgängig etabliert.
- 🕒 Fünf Länder geben an, dass Patienten sich umfassend zum Thema Patientensicherheit informieren können.
- 🕒 In 11 Ländern werden Kernkompetenzen von Health Professionals im Bereich Patientensicherheit gestärkt.
- 🕒 In 12 Länder wird an der Entwicklung von Kernkompetenzen im Bereich Patientensicherheit für Patienten gearbeitet.

Das Evaluationsergebnis zeigt für Deutschland ein insgesamt positives Ergebnis: Deutschland befindet sich in der Spitzengruppe der Länder, die in 10 bis 12 Handlungsbereichen bereits aktiv geworden sind.

Countries having implemented all 13 actions	0 countries
Countries having implemented between 10 and 12 actions	9 countries: CZ, DE, DK, ES, FR, IE, IT, NL, UK
Countries having implemented between 6 and 9 actions	14 countries: AT, BE, BG, EE, FI, LT, LU, MT, NO, PL, PT, SE, SI, SK
Countries having implemented between 4 and 6 actions	3 countries: CY, HU, LV
Countries having implemented between 1 and 3 actions	2 countries: EL, RO

[Quelle: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf]

Auf EU-Ebene wird insbesondere für folgende Themen in den EU-Mitgliedsländern Handlungsbedarf gesehen:

- Patientinnen und Patienten sollen verstärkt über Maßnahmen der Patientensicherheit informiert und stärker in Patientensicherheitsstrategien einbezogen werden.
- Eine Weiterentwicklung von CIRS-Systemen unter Beachtung des Schutzes der Meldenden vor Sanktionen (ist in Deutschland im Patientenrechtegesetz umgesetzt!) ist anzuraten.
- Die Aktivitäten sollen auf den ambulanten Sektor ausgeweitet werden.
- Auch der Bereich der Forschung sollte stärker adressiert werden.

Detaillierte Informationen sind dem Bericht zur Evaluation zu entnehmen:

- http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf
- http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_sw_d_en.pdf

Nächste Schritte

Die EU-Kommission plant, eine weitere Evaluation in ein bis zwei Jahren durchzuführen. In 2013 soll sich die Arbeitsgruppe PSQCWG insbesondere den Themen Fehlerberichtssysteme und Aus-/ Fort-/ Weiterbildung widmen und dazu Vorschläge für EU-Empfehlungen formulieren.

Dr. Günther Jonitz, Sonja Barth

V. Institut für Patientensicherheit (IfPS)

Im Jahr 2012 haben die Universität Bonn und das APS gemeinsam wichtige Grundlagen für eine Neubesetzung des Lehrstuhls Patientensicherheit und für das Fortbestehen des IfPS bis zum Jahr 2018 gelegt. So schreibt der zwischen beiden Partnern neu geschlossene Kooperationsvertrag die Finanzierung eines Lehrstuhls durch das APS für weitere fünf Jahre fest und legt die Verantwortung zur Finanzierung weiterer Mitarbeiterstellen aus Drittmittelprojekten ganz in die Hände des IfPS und seiner Mitarbeiter.

Um den neu definierten Rahmenbedingungen gerecht zu werden, bedurfte es einer umfassenden Neustrukturierung des internen Institutsbetriebs. Der kommissarischen Institutsleitung - federführend verantwortlich für die Kooperationsverhandlungen zwischen Universität und APS und für die Vertretung des Instituts innerhalb der medizinischen Fakultät und der Universität Bonn - wurde vorübergehend eine Geschäftsführerin zur Seite gestellt und mit der Planung, Akquise und Steuerung von Drittmittelprojekten betraut. Die operative Durchführung der Projekte liegt bei den wissenschaftlichen Mitarbeitern, die nun die Umsetzungsverantwortung für ihre Projekte tragen. Als freiwillige Unterstützungsmaßnahme und um Engpässe in der aktuellen Phase des Übergangs zu kompensieren, ist seit November 2012 zudem ein ärztlicher Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin für das IfPS freigestellt. Grundlegend erneuert wurde auch das Berichtswesen des IfPS. Seit 2012 werden für den Gesamthaushalt des Instituts Finanzberichte und Haushaltspläne aufgestellt und ein ausführlicher Tätigkeitsbericht veröffentlicht. Den aktuellen Tätigkeitsbericht für das Jahr 2012 finden Sie im Internet unter www.ifpsbonn.de.

Mit der beschriebenen Neustrukturierung hoffen wir, die Grundlagen für eine gute Zukunft des IfPS gelegt zu haben. Manche Herausforderung bleibt, vor der das Institut in diesem und in den kommenden Jahren stehen wird. Bis Ende des Jahres 2013 wird mit Neubesetzung des Lehrstuhls eine neue Institutsleitung ihr Amt antreten. Ihre Aufgabe wird es sein, die Existenz des IfPS als drittmittelfinanziertes Institut weiter zu sichern und eine Verstetigung seiner Strukturen zu bewirken. Die Erfahrungen der ersten vier Jahre zeigen, dass gesicherte Rahmenbedingungen die wichtigste Voraussetzung sind, das IfPS als bundesweit erstes Institut für Patientensicherheit in der universitären Landschaft zu verankern und zu etablieren.

Neuer Kooperationsvertrag

Nach umfassenden Verhandlungen haben die Universität Bonn und das APS im September 2012 einen neuen Kooperationsvertrag geschlossen. In ihm verpflichtet sich das APS zur Finanzierung eines Lehrstuhls für Patientensicherheit am IfPS bis Ende 2017. Das APS verlängert seine Förderung damit um weitere vier Jahre und reduziert sie dem Umfang nach auf zwei Vollzeitstellen. Das IfPS seinerseits verpflichtet sich zur

Einwerbung von Drittmitteln, aus denen alle weiteren Mitarbeiter zu finanzieren sind – neu ist die Beteiligung des Instituts an der leistungsorientierten Mittelvergabe der medizinischen Fakultät Bonn.

Zwischenzeitlich wurde eine Berufungskommission eingerichtet und die Professur öffentlich ausgeschrieben. Das Berufungsverfahren wird bis voraussichtlich Herbst dieses Jahres abgeschlossen sein.

Mit der Neubesetzung des Lehrstuhls für Patientensicherheit streben beide Vertragspartner – APS und Universität Bonn – auch die Verstetigung des IfPS und seiner Professur über das Jahr 2017 hinaus an. Gespräche mit den politischen Entscheidungsträgern sind geplant und werden gemeinsam mit der neuen Lehrstuhlinhaberin oder dem neuen Lehrstuhlinhaber ab dem kommenden Jahr geführt werden.

Erfolgreiche Einwerbung von Drittmitteln

Seit dem Jahr 2011 verfolgt das IfPS die Einwerbung von Drittmitteln, die Weiterentwicklung eines planvollen Verfahrens wurde im Jahr 2012 mit der Erstellung eines „Konzepts 2017“ und eines regelmäßigen Screenings aktueller Ausschreibungen verfolgt. Für die Umsetzung von Forschungsprojekten zu den Themen Evaluation von Handlungsempfehlungen, Patientensicherheitsindikatoren, Prävention von nosokomialen Infektionen in Altenpflegeheimen und dem European Union Network for Patient Safety and Quality of Care standen dem Institut 2012 rund 370.000 Euro zur Verfügung, im Jahr 2013 werden es über 420.000 Euro sein.

Mit der Beantragung neuer Projekte verfolgt das IfPS auch die Erschließung neuer Themen und Forschungsfelder. Schwerpunkte der Jahre 2012 und 2013 liegen dabei im Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit, der Anästhesiologie und der Sozialmedizin. Wir hoffen, mit der Neubeantragung von Projekten nicht allein das Fortbestehen des IfPS zu sichern, sondern auch die Kooperation mit anderen Forschungsinstitutionen zu befördern und auszubauen.

Start neuer Projekte

Im Jahr 2012 neu begonnen wurden die Projekte „Sektorübergreifende Versorgung alter Menschen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen in Altenpflegeheimen“ (PränosinAA) und „Joint Action - European Network for Patient Safety and Quality of Care“ (PASQJA).

Das Modellvorhaben „PränosinAA“ ist ein gemeinschaftliches Projekt, welches das IfPS mit dem Institut für Hygiene und Public Health und dem Institut für Hausarztmedizin - beide in Bonn - durchführt. Ziel des Projekts ist es, zu überprüfen, ob wöchentliche Infektionsvisiten, welche durch hausärztliche Koordinatoren durchgeführt werden, zu einer Reduktion von nosokomialen Infektionen und zu einer qualitativen Verbesserung der Antibiotikatherapie bei Pflegeheimbewohner führen. Im Rahmen der Projektevaluation führt das IfPS Befragungen der Bewohner, der betreuenden Hausärzte und hausärztlichen Koordinatoren sowie der Mitarbeiter in den Altenpflegeheimen durch.

„PASQ JA“ ist ein europäisches Projekt, an welchem sich 44 Organisationen aus 25 Ländern beteiligen. Der Aufbau eines gemeinsamen Netzwerks dient dem fachlichen Austausch über Qualitätsmanagement-Systeme und über Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Für Deutschland beteiligen sich das IfPS im Auftrag des APS und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin - letzteres mit der Funktion einer nationalen Kontaktstelle. Ziel des Projekts ist es, bestehende Projekte und Aktivitäten europaweit bekannt zu machen und durch entsprechende Lern- und Informationsangebote für interessierte Personenkreise zu öffnen. Darüber hinaus sollen ausgesuchte Maßnahmen beispielhaft implementiert und evaluiert werden. Das IfPS ist an der Bearbeitung der Themen „patient safety good clinical practices“ und „quality healthcare systems collaboration“ beteiligt und informiert über das Projekt im Rahmen von Veröffentlichungen, Vorträgen und Workshops.

Erkenntnisgewinn zur Patientensicherheit

Die Realisierung empirischer Studien zur Versorgungsforschung war auch im Jahr 2012 ein wichtiger Schwerpunkt im IfPS. Im Rahmen des Projekts „Entwicklung, Implementierung und Evaluation von APS-Handlungsempfehlungen“ konnte die in 2011 begonnene Studie zur sicheren Patientenidentifikation abgeschlossen werden. Durch die Schulung von Ärzten und Pflegenden in vier Krankenhäusern verbesserte sich die Dokumentationsqualität identifizierungsrelevanter Parameter um rund 30%.

Im Mittelpunkt des High 5s Projekt stand die Evaluation von Checklisten zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Bis Ende 2012 konnten insgesamt 112.000 Checklisten aus 16 Projektkrankenhäusern ausgewertet werden. Erste Analysen ergaben, dass für knapp drei Viertel aller Eingriffe Checklisten geführt wurden, die durchschnittliche Ausfüllvollständigkeit lag bei 86%. Checklisten, mit deren systematischer Einführung erst vor wenigen Jahren begonnen wurde, stellen heute ein gebräuchliches Werkzeug dar, die Qualität und Sicherheit chirurgischer Eingriffe zu steuern und überprüfen.

Blick zurück und nach vorn

Mit der Erneuerung der Kooperation zwischen APS und Universität Bonn sieht das IfPS im Jahr 2013 den kommenden fünf Jahren seines Bestehens entgegen. Gleichzeitig wird mit Beendigung der Projekte „Entwicklung, Implementierung und Evaluation von APS-Handlungsempfehlungen“ und „Patientensicherheitsindikatoren“ das Gründungskapitel des IfPS – dessen Grundlage für fünf Jahre das „Konzept 2014“ war – abgeschlossen. Allen jetzigen und ehemaligen Mitarbeitern, die daran mitgewirkt haben, sei an dieser Stelle ein herzlicher Dank ausgesprochen.

Wir hoffen, die Kontinuität des Instituts durch neu geworbene Projekte ausreichend sichergestellt und den Weg für die künftige oder den künftigen Lehrstuhlinhaber gut gebahnt zu haben. An ihr oder ihm wird es sein, das IfPS mit neuen Konzepten und neuem Leben zu füllen.

Prof. Dr. Andreas Hoeft, Kommissarischer Direktor / Dr. Constanze Lessing, Geschäftsführerin

VI. Ausblick

Viel ist im Jahr 2012 im APS geschehen, erledigt und weiterentwickelt worden. Einige Meilensteine wurden gesetzt. Weitere Aufgaben und Herausforderungen liegen vor uns. Unser Handeln in den kommenden Jahren wird sich an der Umsetzung unseres „Konzepts 2020“ orientieren und messen lassen.

Ein wichtiger Meilenstein in diese Richtung ist die Einrichtung einer eigenständigen und professionell funktionierenden Geschäftsstelle für das APS. Erste Schritte sind unternommen, nun gilt es die Pläne zu realisieren, damit die an das APS gestellten Anforderungen und Erwartungen erfüllt werden können.

Zwei erfolgreiche Projekte sind in 2012 durchgeführt worden, die Aktion Saubere Hände (siehe S. 30) und das Simparteam-Projekt (siehe S. 36). Um die Idee einer neuen Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen weiter zu verbreiten, ist es notwendig beide Projekte über das Ende ihrer geförderten Laufzeit hinaus weiterzuführen. Dazu sind Gespräche mit Kooperationspartnern und finanziellen Unterstützern notwendig neben organisatorischen Überlegungen, welche strukturellen Voraussetzung das APS für die Durchführung oder Begleitung solcher Projekte bieten muss.

Schon von Anfang an wird im APS über eine „Akademie für Patientensicherheit“ nachgedacht. Das Ziel, Patientensicherheit als Thema in alle Ausbildungsberufe und Studiengänge zu integrieren, der Lernzielkatalog mit der Forderung einer interdisziplinären und multiprofessionellen Ausbildung sind Schritte in diese Richtung.

Die Diskussionen um das Patientenrechtegesetz und die Reaktionen auf die Stellungnahmen des APS dazu fordern uns auf, aktiv auch politische Themen des Gesundheitswesens zu behandeln.

All diese Pläne sind nur zu realisieren, wenn wir unser Netzwerk weiter ausbauen, wenn es uns gelingt, aktive und engagierte Menschen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens und auch Patientinnen und Patienten von der Idee der Patientensicherheit zu überzeugen und zur Mitarbeit zu gewinnen. Am 06. September 2013 findet die nächste Mitgliederversammlung statt. Auf der Tagesordnung wird auch die Wahl des Vorstands stehen. Haben Sie Interesse mitzuarbeiten? Oder kennen Sie Mitglieder, die Sie gern im Vorstand sehen würden?

Bringen Sie sich ein, machen Sie mit. Ihre Erfahrungen und Ihr Wissen bereichern das APS und tragen dazu bei, Patientensicherheit zu einem nationalen Gesundheitsziel zu machen.

VII.

Der Verein

Vorstand

Vorsitzende

Hedwig François-Kettner
Charité Universitätsmedizin
Pflegedirektion
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
francois-kettner@charite.de

Stellvertretender Vorsitzender

Prof. Dr. Hartmut Siebert
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Luisenstraße 58, 10117 Berlin
hsiebert@office-sha.de

Geschäftsführer

Hardy Müller
TK, WINEG
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg
hardy.mueller@wineg.de

Geschäftsstelle

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

Beisitzer

Prof. Dr. Petra Gastmeier
Charité Universitätsmedizin
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin
petra.gastmeier@charite.de

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Sana-Kliniken AG
Bereichsleitung Sana QualitätsMedizin
Oskar-Messter-Straße 24, 85737 Ismaring
heidemarie.haeske-seeberg@sana.de

Dr. Barbara Hoffmann
Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
b.hoffmann@aekb.de

Prof. Dr. Ulrich Jaehde
Pharmazeutisches Institut
Universität Bonn
An der Immenburg 4, 53121 Bonn
u.jaehde@uni-bonn.de

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

Dr. Christian Thomeczek
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(ÄZQ)
Straße des 17. Juni 106-108 (Tiergarten Tower)
10623 Berlin
thomeczek@azq.de

Kuratorium

Dr. Andreas Crusius
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

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

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

Dr. Matthias Gruhl
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Hamburg

Dr. Rainer Hess
Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)
(bis Mitte 2012)

Dr. Hanno Irlé
Deutsche Rentenversicherung Bund

Ulrike Döring)
Deutscher Pflegerat e.V.

Dr. Bernd Metzinger
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

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

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

Johann-Magnus von Stackelberg
Spitzenverband Bund

Reinhard Nieper
Klinikverbund der Gesetzlichen Unfallversicherung

Karin Stötzner
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Dr. Julia Rohe
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Wolfgang Zöllner
Patientenbeauftragter der Bundesregierung
(bis Mitte des Jahres)

Beirat

Prof. Dr. Hartwig Bauer
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Dr. Hans Joachim Conrad
Universitätsklinikum Frankfurt

Dr. Stefan Etgeton
Verbraucherberatung Bundesverband e.V.

Dr. Christof Veit
BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

Prof. Dr. Norbert Klusen
Techniker Krankenkasse

Prof. Dr. Dieter Conen
Schweizer Stiftung für Patientensicherheit

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

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

Prof. Dr. Claudia Spies
Charité Berlin

Dr. Brigitte Sens
GQMG

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

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

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Sparkasse Köln Bonn, BLZ 370 501 98, Kontonummer 190 239 7528

IBAN: DE95 3705 0198 1902 3975 28, BIC: COLSDE33XXX

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

Impressum

Herausgeber

Hedwig François-Kettner, Prof. Dr. Hartmut Siebert, Hardy Müller, Prof. Dr. Petra Gastmeier,
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Dr. Barbara Hoffmann, Prof. Dr. Ulrich Jaehde, Hannelore Loskill,
Dr. Christian Thomeczek, Conny Wiebe-Franzen M.A.

Texte und Redaktion

Hedwig François-Kettner, Prof. Dr. Hartmut Siebert, Christina Stockmann, Conny Wiebe-Franzen M.A.
Weitere Autoren sind namentlich unter ihrem Artikel erwähnt.

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
E-Mail: info@aps-ev.de, Internet: www.aps-ev.de

Stand: 31. Dezember 2012