

## Pressekonferenz

# des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) anlässlich des GEMEINSAMEN KONGRESSES FÜR PATIENTENSICHERHEIT

Termin: Donnerstag, 3. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Raum: 310/311, Gebäude N55

Anschrift: Martinistraße 52, 20246 Hamburg

## Programm und Referenten:

## Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten – Möglichkeiten durch Patientenrechtegesetz und Härtefallfonds

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg und Schirmherrin des Kongresses

## Heißt sicherer immer auch teurer? Strategien für Patientensicherheit trotz ökonomischer Zwänge

Hedwig François-Kettner

Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. Pflegedirektorin a. D. der Charité – Universitätsmedizin, Berlin

# Wie profitieren Ärzte, Pfleger und Patienten von Schadens- und Fehlerregistern im Gesundheitssystem?

Professor Dr. med. Hartmut Siebert, stellvertretender Vorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Berlin

## Risikomeldungen und Warnhinweise in Klinik und Praxis – ein Schritt zu mehr Patientensicherheit

Hardy Müller

Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Hamburg

## 1. Deutscher Preis für Patientensicherheit mit Vorstellung des ersten Preisträger

Professor Dr. med. Hartmut Siebert stellvertretender Vorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Berlin

#### Moderation:

Anna Julia Voormann, Thieme PR-Agentur

## **Pressestelle**

Dr. Adelheid Liebendörfer und Janina Wetzstein Postfach 30 11 20 • 70451 Stuttgart Telefon: 0711 8931-173; Telefax: 0711 8931-167 wetzstein@medizinkommunikation.org

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de



## Pressekonferenz

# des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) anlässlich des GEMEINSAMEN KONGRESSES FÜR PATIENTENSICHERHEIT

**Termin:** Donnerstag, 3. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Raum: 310/311, Campus Lehre N55

Anschrift: Martinistraße 52, 20246 Hamburg

**Inhalt:** 

Pressemeldungen Aktionsbündnis Patientensicherheit fordert:

Teure Fehlanreize in der Medizin streichen

Deutscher Preis für Patientensicherheit erstmals vergeben: Aktionsbündnis Patientensicherheit zeichnet drei Projekte aus über 70 Bewerbungen

aus

**Redemanuskripte:** Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Hedwig François-Kettner

Professor Dr. med. Hartmut Siebert

Hardy Müller

Professor Dr. med. Hartmut Siebert

Informationen zum APS Hardy Müller

Flyer zum APS

**Curricula Vitae der Referenten** 

**Bestellformular für Fotos** 

Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: wetzstein@medizinkommunikation.org.

## **Pressestelle**



## **Pressemitteilung**

## Aktionsbündnis Patientensicherheit fordert:

## Teure Fehlanreize in der Medizin streichen

Berlin, 3. April 2014 – Diagnostik und Therapie in der Medizin werden immer komplexer und damit kostenaufwändiger. Gleichzeitig zwingt ökonomischer Druck Kliniken zum sparen. Krankenhausstationen sind deshalb oft nicht ausreichend mit Pflegekräften und Ärzten besetzt – gleichzeitig aber stark beansprucht. Überlastung kann zu Behandlungsfehlern führen. Wie sich wirtschaftliche Zwänge und Patientensicherheit im Klinikalltag vereinbaren lassen, diskutieren Akteure des Gesundheitswesens auf der heutigen Pressekonferenz des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) in Anwesenheit der Hamburger Senatorin für Gesundheits- und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfer-Storcks, in Hamburg.

Stürze, Druckgeschwüre durch Wundliegen, Infektionen bis hin zu Sepsis, Diagnose- oder Befunderhebungsfehler sind Beispiele für unerwünschte Ereignisse im Krankenhaus, wie sie täglich vorkommen. "Kliniken sind Hochrisikoeinrichtungen", sagt Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS. "Um die Risiken beherrschbar zu machen, bedarf es der Zusammenarbeit aller Akteure über die einzelnen Abteilungen und Sektoren hinaus." Doch hier seien viele Potentiale noch nicht gehoben: "Gerade beim Zusammenspiel aller Kräfte rund um den Patienten liegt noch viel Potential zur Prozessoptimierung brach", so die ehemalige Pflegedirektorin der Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Mit Handlungsanweisungen, den sogenannten Standard Operating Procedures (SOPs), könnten verbindlich gültige Ablaufpläne rund um den Umgang mit Patienten erarbeitet werden. Damit ließen sich nicht nur Einsparpotentiale



nutzen, etwa durch vermeidbare Doppelarbeit, sondern auch bereits bekannte Fehlerquellen von vornherein systematisch ausschließen. "Zudem könnte man auf teure, aber unnötige Maßnahmen verzichten, die in erster Linie der Gewinnerzielung dienen", so François-Kettner. Denn ein Teil der erbrachten Leistungen sei nicht notwendig. Doch SOPs lassen sich nicht nebenbei erarbeiten. Hierfür müssten wiederum die nötigen Ressourcen an Zeit und Personal bereitgestellt werden, fordert sie. Dieser Aufwand sei sehr gut investiert, indem er langfristig entlaste, anstatt die Arbeit zusätzlich zu verdichten.

Studien haben einen direkten Zusammenhang zwischen der Zahl der Pflegekräfte, ihrer Qualifikation und der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse aufgezeigt. "Je weniger Pflegekräfte im Einsatz pro Patient sind, desto mehr Fehler passieren durch Überlastung", erläutert Professor Dr. med. Hartmut Siebert, stellvertretender Vorsitzender des APS. "60 bis 70 Prozent der unerwünschten Ereignisse und Beinahefehler sind durch menschliches Versagen verursacht", sagt er. Grund genug, die Zahl der Pflegekräfte aufzustocken. Dass dies aus Kostengründen derzeit nicht möglich sei, hält er für eine Folge der Fehlanreize des Abrechnungssystems über Fallpauschalen, den DRGs. "Das System prämiert Leistungen, die sich kurzfristig ökonomisch lohnen, wie Hüft- oder Knie-OPs." Langfristige Investitionen, etwa für mehr Patientensicherheit seien darin nicht enthalten, kritisiert der Vertreter des APS.

Doch jedes unerwünschte Ereignis führt nicht nur zu menschlichem Leid, sondern durch Zweiteingriffe oder Nachbehandlungen auch zu erhöhten Kosten für das Gesundheitssystem. Wir wissen, so Professor Siebert, dass sich Investitionen in mehr Personal für eine Klinik nach mehreren Jahren auch auszahlen. "Deshalb brauchen wir eine Änderung des DRG-Systems von der Leistungs- zu mehr qualitätsorientierter Vergütung." Und das bedeutet: mehr Patientensicherheit.



## **Pressemitteilung**

Deutscher Preis für Patientensicherheit erstmals vergeben Aktionsbündnis Patientensicherheit zeichnet drei Projekte aus über 70 Bewerbungen aus

Hamburg, April 2014 – Gedächtnisschwund, Schwindel und Stürze in Pflegeeinrichtungen lassen sich durch verringerte Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten bei älteren Bewohnern vermeiden. Dies zeigt ein Projekt, das heute mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit ausgezeichnet wird. Zwei weitere herausragende Projekte für mehr Sicherheit im Pflegeheim, im Krankenhaus, in der Arztpraxis sowie im Rahmen der Ausbildung von Medizinstudenten würdigt das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) ebenfalls mit Preisen. Die Verleihung findet auf dem Gemeinsamen Kongress für Patientensicherheit in Hamburg statt. Die Preise sind mit insgesamt 19 500 Euro dotiert.

"Wenn Bewohner in Pflegeheimen unvermittelt zu Demenz, Schwindel oder Stürzen neigen, führen Beobachter dies oft auf ihr hohes Alter zurück. Diese Symptome können jedoch auch Folge von Medikamentenwechselwirkungen und Überdosierung sein", klärt Hedwig François-Kettner, 1. Vorsitzende des APS auf: "Senioren verstoffwechseln Wirkstoffe oft anders als in jüngeren Jahren. Die bisherigen Dosierungen sind dann möglicherweise plötzlich zu hoch". Doch die notwendige Anpassung der Medikamentendosierung bei Älteren finden oft nicht statt. Zudem fehlt häufig eine übergeordnete Abstimmung der Medikamentengabe, wenn Patienten sich von verschiedenen Ärzten behandeln lassen. Kommen beim Heimaufenthalt dann weitere Arzneimittel hinzu oder werden durch andere ersetzt, so kann dies zu gefährlichen Wechsel- und Nebenwirkungen führen. Das Projekt ReduPharm KREATIV der Diakonie











Düsseldorf nimmt sich dessen an und sorgt so für mehr Patientensicherheit im Pflegeheim: Ein interdisziplinäres Team aus Pflegekräften, Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes und Apothekern analysiert regelmäßig die Medikamentenverordnungen jedes Heimbewohners. Dies verringert nicht nur die Medikamentengaben insgesamt, auch unerwünschte Ereignisse wie Verwirrung oder Stürze durch Fehldosierungen und Wechselwirkungen nahmen deutlich ab.

Das APS hat die Diakonie Düsseldorf für ihr wegweisendes Projekt "ReduPharm KREATIV" mit dem mit 10 000 Euro dotierten ersten Platz des Deutschen Preises für Patientensicherheit 2014 ausgezeichnet.

Der mit 6000 Euro ausgestattete zweite Preis ging an das gemeinsame Projekt "Critical Incident Reporting System Nordrhein-Westfalen" (CIRS-NRW) der Ärztekammern Nordrhein, Westfalen Lippe, der Kassenärztlichen Vereinigung NR und WL und der Krankenhausgesellschaft NRW. Das internetbasierte anonymisierte Berichts- und Lernsystem ist allen 385 Krankenhäusern in NRW zugänglich und damit 250 000 Mitarbeitern und 38 000 niedergelassenen Ärzten und ihren Praxisteams. Die Projektpartner dokumentieren und analysieren darin Fehlermeldungen im Klinik- und Praxisbetrieb und stellen die Ergebnisse zeitnah allen Kliniken und Praxen zur Verfügung. Dadurch werden Risiken transparent und Kliniken wie Praxen können entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung entwickeln. Fortbildungsveranstaltungen und ein jährlicher CIRS-NRW-Gipfel runden das Projekt ab.

Der dritte Platz, verbunden mit 3500 Euro Preisgeld, geht an ein neues Lehrcurriculum zum Thema Patientensicherheit im Medizinstudium an der Universität Zürich. Das seit drei Semestern angebotene fachübergreifende Unterrichts-Modul hat zu messbaren Verbesserungen im Sicherheitsbewusstsein des medizinischen Nachwuchs geführt.

Eine Jury mit Vertretern aus Pflege, Ärzteschaft, Apotheken, Selbsthilfe, Forschung, Industrie und Kostenträgern hat aus 70 Einsendungen die Preisträger ausgewählt. Kriterien für die Preisvergabe waren zukunftsweisende Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit in allen Bereichen des Gesundheitswesens. "Wir möchten Best-Practice-Beispiele zur Beförderung der Patientensicherheit











sichtbar machen und dadurch Nachahmer gewinnen", so die ehemalige Pflegedirektorin der Charité-Universitätsmedizin, Berlin, Hedwig François-Kettner, bei der Preisverleihung. Stifter des Preisgeldes sind die Aesculap Akademie, der Ecclesia Versicherungsdienst, das Gesundheitsunternehmen MSD SHARP & DOHME GMBH und der medizinische Fachverlag Thieme. Der Deutsche Preis für Patientensicherheit soll auch im Jahr 2015 wieder verliehen werden.

- Bei Abdruck Beleg erbeten. -

### Über das Aktionsbündnis Patientensicherheit:

Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände, von Patientenorganisationen, Kostenträger und weitere Kooperationspartner aus der Industrie/Wirtschaft haben sich im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. zusammengeschlossen, um eine gemeinsame Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen. Zusammen entscheiden und tragen sie die Projekte und Initiativen des Vereins. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wurde im April 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet. Es setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung dazu geeigneter Methoden. Mehr Informationen finden Sie unter: http://www.aps-ev.de/index.php.

Pressekontakt für Rückfragen Dr. Adelheid Liebendörfer und Janina Wetzstein Postfach 30 11 20 • 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173; Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de









## Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten – Möglichkeiten durch Patientenrechtegesetz und Härtefallfonds

Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg und Schirmherrin des Kongresses

Trotz aller Sorgfalt und trotz modernster Methoden passieren in der Medizin Fehler. Schon kleine Missverständnisse und Verwechslungen können dabei für betroffene Patientinnen und Patienten schwere Folgen haben, im schlimmsten Fall zum Tod führen. Patientensicherheit bedeutet auch, diese Fehler möglichst zu vermeiden – und falls sie dennoch passieren, aus ihnen zu lernen.

Der offene Umgang mit Fehlern ist ein Kern der Patientensicherheit, Intransparenz ihr größter Feind. Diese neue Fehlerkultur in der Praxis zu verankern, ist oft schwierig. Zu häufig ist die erste Frage immer noch "Wer hat schuld?" statt "Wie kann das zukünftig verhindert werden?". Deshalb sind anonyme Fehlermeldesysteme in Krankenhäusern und Arztpraxen notwendig. Es sind auch die Strukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Fehler begünstigen oder Intransparenz fördern. Dabei gilt es aus Fehlern zu lernen, damit die Qualität zu steigern und qualitativ gute Behandlungen adäguat zu finanzieren.

Im Koalitionsvertrag der großen Koalition wurde auch deshalb eine Qualitätsoffensive vereinbart: Qualität soll in Zukunft im stationären Bereich das zentrale Steuerungsinstrument werden – beispielsweise bei der Frage der Krankenhausplanung. Hamburg hat als GMK-Vorsitzland die schnelle Einrichtung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gefordert. Mit dem Gesetz-entwurf zur "Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung" bringt die Bundesregierung dieses Vorhaben jetzt auf den Weg.

Krankenhauspatientinnen und -patienten müssen sicher sein, dass sie qualitativ hochwertig und nach neustem medizinischem Standard behandelt werden. Sie müssen sich auch darauf verlassen können, dass nur Operationen durchgeführt werden, die auch medizinisch notwendig sind. Ein Rechtsanspruch der Patientinnen und Patienten auf eine Zweitmeinung vor bestimmten Behandlungen ist dafür ein wirksames Instrument.

Dennoch können Fehler bei Behandlungen auch in Zukunft passieren. Aber die Entschädigung von Patientinnen und Patienten nach Behandlungsfehlern ist nach wie vor lückenhaft – mit vielfach harten Folgen für die Betroffenen. Sie müssen nicht nur eventuell schwerwiegende gesundheitliche Folgen von Behandlungsfehlern tragen, sondern immer wieder jahrelang und manchmal vergeblich auf juristischem Wege für

eine Entschädigung kämpfen. Oftmals gelingt es nicht mit ausreichender Sicherheit nachzuweisen, dass ein Behandlungsfehler ursächlich für einen Gesundheitsschaden ist.

Diese Lücke hat auch das in der letzten Legislaturperiode verabschiedete Patientenrechtegesetz nicht schließen können. Um Opfern von medizinischen Behandlungsfehlern in Zukunft besser und unbürokratischer helfen zu können, hat Hamburg die Einführung eines Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds (PatEHF) vorgeschlagen und einen entsprechenden Gesetzesentwurf zur Diskussion gestellt. Der Entwurf sieht vor, eine bundesmittelbare Stiftung öffentlichen Rechts zu gründen, die über eine Entschädigungskommission und eine Härtefallkommission den Betroffenen helfen kann.

Dabei ist vorgesehen, dass der Fonds hilft, wenn überwiegend wahrscheinlich Behandlungs- und Organisationsfehler oder unbekannte Komplikationen bei einem Eingriff zu einem erheblichen Schaden geführt haben. Hier soll auch die Belastung der Lebensführung der Betroffenen eine Rolle spielen. Der Entschädigungsfonds würde nur dann einspringen, wenn dem Betroffenen über herkömmliche haftungsrechtliche Ansprüche nicht geholfen werden kann, weil der Behandlungsfehler und/oder der Zusammenhang mit dem erheblichen gesundheitlichen Schaden nicht mit der dafür ausreichenden, weit überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte. Vorgeschlagen wird, die Entschädigungssumme in der Regel auf 100 000 Euro, im Ausnahmefall auf maximal 200 000 Euro zu begrenzen. Der Fonds würde auf Antrag der Betroffenen aktiv. Damit sie nicht zu lange auf eine Entscheidung warten müssen, ist eine vorgegebene Entscheidungsfrist geplant.

Gegenüber bestehenden Verfahren könnte ein solcher Fonds schnell und effektiv für eine Entschädigung und gegebenenfalls einen Härtefallausgleich bei Schäden durch medizinische Behandlungen im Krankenhaus sorgen. Das im vergangenen Jahr verabschiedete Patientenrechtegesetz ist in der jetzigen Form gerade in diesem Punkt nicht ausreichend.

(Es gilt das gesprochene Wort!) Hamburg, April 2014

## Heißt sicherer immer auch teurer? Strategien für Patientensicherheit trotz ökonomischer Zwänge

Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.

Mit zunehmender Transparenz und hohem Problembewusstsein bei allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind singuläre Interessen der einzelnen Akteure zwar verständlich, allerdings aus Sicht des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. nicht mehr zeitgemäß. Sichere Patientenversorgung benötigt immer zunächst die Optimierung des eigenen Fachbezugs, im zweiten Schritt jedoch mehr denn je die zu optimierenden Prozesse im Zusammenspiel der Kräfte rund um den Patienten und über alle Sektorengrenzen hinweg.

Mit gemeinsamen Verständigungen z.B. bei Standard Operating Procedures (SOPs) auch über Sektoren hinweg können wir auch in Deutschland noch mehr Sicherheit bei weniger Ausgaben erreichen. Das Motto "Auf Lebensqualität achten" würde dabei helfen, aufgrund falscher Anreize unnötige Maßnahmen aus ökonomischen Gründen zu vermeiden und den Patienten deutlich intensiver in Entscheidungen um seine Gesundheit und Krankheit einzubeziehen. Das APS plädiert dafür, durch berufsgruppenspezifische und berufsgruppenübergreifende Ausbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zum Thema Patientensicherheit von Beginn an den interkollegialen Dialog zu führen und gemeinsame Handlungsfelder systematisch und gleichberechtigt zu bearbeiten.

Immer noch wird (z. T. ohne ausreichende Eigenreflexion) sehr schnell mit dem Finger auf andere gezeigt wenn es um fehlende Ressourcen, um unnütze Ausgaben, um falsche Zahlen oder um vermeintliche "Schuldige" bei systembedingten Schwächen oder zu hohen Infektionsraten geht. Schuldzuweisungen helfen aber überhaupt nicht weiter, tragen nicht zu mehr Sicherheit bei und reduzieren nicht die Zahlen der Behandlungsfehler. Die Diskussionen um richtige oder falsche Zahlen vernebeln den Handlungsbedarf für jede Institution und führen nicht aus dem Dilemma. In dem vom APS unterstützten, vom BMG finanzierten umfangreichen Systematischen Review \*1 aus dem Jahr 2008 (siehe auch Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen) wurden auf der Basis von 45 000 internationalen Studien insgesamt 241 Studien ausgewertet, die zuverlässige epidemiologische Aussagen zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen, vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und vermeidbaren Todesfällen international und in Deutschland erlauben. Neuere Studien kommen im Übrigen zu weitaus höheren Zahlenangaben. Zahlen von Schiedsstellen und aus den Statistiken von Haftpflichtversicherungen ergeben dagegen wegen der sogenannten "Haftungslücke" um den Faktor 30 niedrigere Zahlen.

Auch nach aktuellen international publizierten Studien kann es, so ist die Einschätzung des APS, noch keine Entwarnung geben. Zum Beispiel konnten in 22 internationalen Studien der Zusammenhang zwischen adäquater Personalausstattung und niedrigen Infektionsraten und Auftreten von Dekubitalulcera nachgewiesen werden.

Das Deutsche Krankenhaus-Infektions-Surveilleane-System (KISS) belegte in 2012 die Zunahme der Infektionsrate bei längerer Liegezeit und hoher Belegung \*2

Aus Anlass des Sepsis Summits in Berlin 2013 wurde mit allen Akteuren ein Memorandum verabschiedet, in dem ein Nationaler Aktionsplan zur Senkung der Sepsishäufigkeit und Sepsissterblichkeit sowie eine Verbesserung der Lebensqualität nach überlebter Sepsis erklärtes Ziel ist. \*3 Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, dem nun viele Taten folgen müssen!

Gegenseitige Vorwürfe der Akteure werden die Schwachstellen in der Versorgung der Patienten nicht heilen. Auch wenn wir schon viel erreicht haben – wir brauchen die Mitwirkung und Zusammenarbeit aller Partner im Gesundheitswesen, um gute Lösungen für mehr Patientensicherheit und zu ökonomisch sinnvollen Bedingungen zu erarbeiten. Wir brauchen auch eine gebündelte, einheitliche und systemische Betrachtung der Verläufe, um jährliche Auswertungen aufzeigen zu können und die uns zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind!

## Literatur:

- \*1 Schrappe M, Lessing C, Conen D, Hart D, Hoppe-Tichy T, Jonitz G, Lauterberg J, Leppin G, Lichte T, Loskill H: Agenda Patientensicherheit 2008, Witten, 2008, s. <a href="http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Agenda">http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Agenda</a> Patientensicherheit/Agenda 2008.pdf
- \*2 KISS Ergebnisse: Schwab et al: Understaffing- Overcrowding, Inappropriate nurse-ventilated Patient Ratio: which parameter ist he best reflection of deficits? In: J Hosp Infect 2012; 80: 133-139
- \*3: "Sepsis ist eine generalisierte, den ganzen Körper und seine Organe schädigende Entzündungsreaktion, die sich aus fast jeder lokal begrenzten Infektion entwickeln kann....In Deutschland erkranken jährlich 180.000 Menschen an einer Sepsis, ca. 60.000 Menschen versterben." Nationaler Aktionsplan gegen Sepsis (Sepsis Summits "Stop sepsis save lives" in Berlin 2013; Reinhart, K. Jena et al)

(Es gilt das gesprochene Wort!) Hamburg, April 2014

## Wie profitieren Ärzte, Pfleger und Patienten von Schadens- und Fehlerregistern im Gesundheitssystem?

Professor Dr. med. Hartmut Siebert, stellvertretender Vorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

## "Aus Schaden wird man klug - Aus Fehlern anderer lernen"

Bereits seit Jahren weist das APS auf typische Risiken in den Kliniken hin, die zu Behandlungsfehlern mit Schadensfolge führen. Über 60 Prozent dieser sind multikausal. Um allen Akteuren im Gesundheitswesen die Chance zu geben, daraus zu lernen, Schulungen und andere Maßnahmen zur proaktiven Vermeidung zu entwickeln, bedarf es einer strukturierten Erhebung, Beurteilung und regelhaften Information. Die der Öffentlichkeit jährlich präsentierten Daten des MDK und der ärztlichen Gutachter- und Schlichtungsstellen geben Auskunft über Häufigkeiten, die medizinische Disziplin und die jeweiligen Bereiche, aber erlauben nur partiell die gewünschte Ursachenanalyse, um daraus Vermeidungskonzepte konkret zu entwickeln. Eine Abstimmung der Datensätze erfolgt nicht. Es handelt sich eher um "Stichproben" ,als um eine umfassende Erfassung. Das Bundesamt führt eine Verkehrsunfallstatistik, das Luftfahrtbundesamt führt nicht nur eine Schadenshäufigkeits-Statistik, sondern auch eine Ursachenanalyse durch. Obwohl die Todeszahlen in Kliniken – Hoch-Risikoeinrichtungen – höher liegen als in den genannten Bereichen, gibt es bis heute keine entsprechende gesetzlich vorgesehene umfassende Dokumentation und Auswertung von Behandlungsfehlern (juristische Definition).

## Glossar:

Begrifflichkeiten: "Fehler", "unerwünschtes Ereignis", "Behandlungsfehler"

Im Zusammenhang mit der juristischen Betrachtung eines Behandlungsfehlers ist unter anderem eine Schädigung des Patienten, hervorgerufen durch eine unsachgemäße Behandlung Voraussetzung der Haftung – konkret: Die Behandlung erfolge "unterhalb des Facharztstandards" oder "Pflegestandards" oder "Leitlinien-Standards". Dies kann die Pflegekraft, den Arzt oder den Betreiber/Krankenhausträger betreffen.

Im Bereich der Patientensicherheit wird zwischen einem "Fehler als einer Handlung oder eines Unterlassens, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt, unabhängig davon ob ein Schaden für den Patienten entstanden ist", und einem "unerwünschten Ereignis" = schädliches Vorkommnis, "das eher auf der Behandlung, denn auf der Erkrankung beruht", unterschieden. Weiter wird differenziert zwischen einem "vermeidbaren" und "unvermeidbaren unerwünschtem Ereignis".

Beispiel für einen "Fehler" ist das Unterlassen einer Zählkontrolle von Instrumenten und Materialien vor Wundverschluss bei einer Operation. Ein Schaden ist nicht entstanden, jedoch wurde eine Regel verletzt.

Beispiel für ein unerwünschtes vermeidbares Ereignis: wie oben, aber der Patient erleidet nach drei Wochen eine Infektion in der OP-Wunde, bei der Revision wird eine Kompresse als "Herd" für die Infektion festgestellt.

Beispiel: Im folgenden Fall liegt ebenfalls ein unerwünschtes Ereignis vor: Sechs Monaten nach Implantation einer Hüftendoprothese erleidet der Patient ohne Fremdeinwirken einen Schaftbruch der Prothese. Dies ist ein erheblicher Schaden für den Patienten – ob dieses unerwünschte Ereignis vermeidbar oder unvermeidbar war, muss geklärt werden, unter anderem muss ein Produktschaden ausgeschlossen werden.

Unerwünschte vermeidbare Ereignisse treten meistens als Folge mehrerer unterschiedlicher Umstände ein, wie Unachtsamkeit der handelnden Person(en) ("Human Factors"), Organisationsmängel im Prozessablauf, ode fehlende oder mangelhafte Schulungen.

Folgende Institutionen sammeln, bewerten und publizieren hierzu

- der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zusammen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) auf Grund der Überprüfung von Behandlungsabläufen
- die Schlichtungs- und Gutachtenstellen der Ärztekammern auf Grund von Behandlungsfehlervorwürfe von Patienten
- das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte(BfArM) publiziert die Vorkommnisse im Bereich der Arzneimittel und Medizinprodukte
- die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer über Vorkommnisse
- Prävalenzstudien des Robert-Koch-Instituts zur Situation der nosokomialen Infektionen und Antibiotikagabe in Kliniken

Haftpflichtversicherer sowie die vielen mit Haftungsfällen befassten Richter verfügen ebenfalls über Daten zu Behandlungsfehlern, deren Ursachen und Umstände. Somit liegen unterschiedlich erfasste und bruchstückhafte Daten zu Fehlern und Schadensereignissen und nur teilweise in publizierter Form vor. Damit kann nur partiell ein Nutzen zur Risikominimierung erzielt werden.

Die AG Behandlungsfehlerregister des APS – Mitglieder sind unter anderem Vertreter des MDS, MDK, Gutachterstellen der LÄK, Haftpflichtversicherer – befasst sich seit Jahren mit dieser Problematik und hat konkrete erste Lösungsvorschläge erarbeitet.

Beispielhaft wurden mit Unterstützung der oben genannten Institutionen in Form eines "Kerndatensatzes" relevante Daten zusammengetragen, analysiert, bewertet und publiziert (diagnostische Probleme und Fehler bei der Versorgung von Frakturen; Thromboseprophylaxe; Behandlungsfehler in der Hüftendoprothetik sowie geburtsassoziierte Schäden). Auf Grund der Analyse und Bewertung der geburtsassoziierten Schäden hat das APS in einem weiteren Schritt zusammen mit ihren

Partnern Konsequenzen gezogen und ein interprofessionelles und interdisziplinäres Simulationstraining für das Kreißsaalteam entwickelt (Kurs Simparteam®), das nach einem Testlauf an sechs Kliniken in Bayern nun flächendeckend von der Kommission Simparteam des APS geburtshilflichen Einrichtungen angeboten wird, (die Ergebnisse der Schadens-Analyse zeigten Mangel in der pränatalen Diagnostik, mangelnde Aufklärung, fehlerhafte Dokumentation und Probleme der Kommunikation zwischen den Beteiligten im Kreißsaal unter Stressbedingungen).

Aufgrund dieser Erfahrungen wäre vorstellbar, dass den Betreibern von derartigen "Schadensregistern" ein Kerndatensatz zur Datenerfassung und eine kategorisierte Auswertung vorgeschlagen wird, damit abgestimmt Aussagen zur Häufigkeit, Relevanz und Ursachen publiziert und die Entwicklung von spezifischen Vermeidungskonzepten vorangetrieben werden kann.

(Es gilt das gesprochene Wort!) Hamburg, April 2014

## Risikomeldungen und Warnhinweise in Klinik und Praxis – ein Schritt zu mehr Patientensicherheit

Hardy Müller, Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

## Patientensicherheit muss gelehrt, gelernt und finanziert werden

Diagnostik und Therapie in Medizin und Pflege werden immer komplexer. Medizin muss Risiken eingehen, Patienten werden anspruchsvoller. Der Patientensicherheit kommt dadurch eine wachsende und bedeutende Rolle zu. Je spezialisierter das Spektrum der Behandlungen ist, desto größer und höher die Zahl an Risiken. Systematisches Risikomanagement unterstützt durch ein zielführendes Fehlermeldesystem sowie ein Beobachtungs- und Meldesystem (sogenannte Vigilanzsysteme) im Bereich der Medizinprodukte und Arzneimitteltherapie ermöglichen, zielgerichtete Fehlervermeidungsstrategien einzuführen.

Das Patientenrechtegesetz 2013 schreibt ambulanten wie stationären Einrichtungen vor, ein einrichtungsübergreifendes Fehler- und Berichtsmeldesystem sowie Risikomanagement einzurichten. Zur Umsetzung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, eine entsprechende Richtlinie bis Anfang 2014 fertig zu stellen. Diese Richtlinie liegt dem Bundesministerium zur Prüfung vor.

Patientensicherheit kann und muss gelernt werden. Deshalb begrüßt das APS, dass in den neuen Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses zu Mindeststandards von Risikomanagement und Fehlermeldesystemen auch Schulungen der Mitarbeitenden ausdrücklich vorgesehen sind. Mit dieser neuen Richtlinie sind Krankenhäuser zukünftig verpflichtet, erstmals systematisches Risikomanagement als ein Gesamtkonzept im Rahmen des Qualitätsmanagements zu betreiben. Durch Fehlermeldesysteme und andere Maßnahmen lassen sich so kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler hinsichtlich begünstigender Faktoren analysieren. Auf dieser Basis können dann gezielt Verbesserungen eingeleitet werden.

Dabei kann man inzwischen auf dokumentierte Erfahrungen zurückgreifen. Bereits 2007 hat das APS zusammen mit weiteren Organisationen das Krankenhaus CIRS Netz Deutschland gegründet und beteiligt sich aktiv an dessen Weiterentwicklung. So werden beispielhafte "Fälle des Monats" publiziert und damit die Akteure im Gesundheitswesen aufgefordert nachzuprüfen, ob auch an ihrer Einrichtung ähnliche Fehlerursachen existieren und ob präventive Maßnahmen erforderlich sind. Weitere derartige Fehlermelde- und Berichtssysteme, die auf verschiedenen, teilweise fachspezifischen Ebenen zusammengefasst werden, werden in unterschiedlichen Ausprägungen genutzt.

Diese Initiative und die in 2010 durchgeführte bundesweite Befragung zum klinischen Risikomanagement des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn sind weitere konkrete Maßnahmen des APS zur Schaffung einer transparenter Sicherheitskultur. Wichtig ist, dass der Mehrwert dieser Maßnahmen bei den Beteiligten und Akteuren im Gesundheitswesen zeitnah ankommt; daraus entwickelt sich die notwendige Bereitschaft, sich aktiv und dauerhaft einzubringen.

Doch geht die Richtlinie nicht weit genug! Um auch aus Fehlern anderer zu lernen, müssten die in den einzelnen Einrichtungen gesammelten Berichte bundeseinheitlich erfasst, ausgewertet und zeitnah allen Akteuren im Gesundheitswesen wieder zur Verfügung gestellt werden.

Es ist zu prüfen, ob Organisation und Umsetzung einer solchen zugegebenermaßen aufwändigen Struktur nicht dem von der Bundesregierung geplanten Institut für Qualität und Transparenz übertragen werden kann. Auf der Grundlage dieser zusammengeführten und zentral verfügbaren Informationen können Schulungsmaßnahmen und Strategien zur Fehler- und Schadensvermeidung in den Einrichtungen bedarfsgerecht geplant, umgesetzt und evaluiert werden.

Positive Erfahrungen mit einer flächendeckenden Anwendung dieser Fehlermelde -/ Berichtsysteme liegen aus den Niederlanden, den skandinavischen Ländern und der Schweiz vor. Das APS hat aufgrund seiner Erfahrungen konkrete Vorschläge zur stufenweisen Umsetzung und Weiterentwicklung gemacht und bietet hierzu seine Mitwirkung an.

Die weiteren regelhaften Schulungen und Qualifizierungen des Personals gibt es nicht zum Nulltarif. Deshalb muss die Einführung weiterer Maßnahmen in diesem Bereich durch entsprechende Bereitstellung von mehr Ressourcen initiiert und flankiert werden.

Das APS nimmt sich dieser und anderer großer Herausforderungen wie der Diskussion um einen Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds an. Die Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, Frau Cornelia Prüfer-Storcks, hat mögliche Eckpunkte eines notwendigen PatEHF in Ihrem Statement skizziert. Das dazu im August 2013 präsentierte Rechts-Gutachten der Professoren Hart und Francke zur Einführung und Erprobung eines PatEHF muss intensiver öffentlich behandelt werden.

Patientensicherheit ist eine öffentliche Aufgabe und geht alle an. Eine nicht zu unterschätzende Aufgabe liegt in der weiteren Entwicklung und Pflege einer Sicherheitskultur. Diese erfordert eine strukturierte Plattform die allen Akteuren der Gesundheitsversorgung offen steht. Das APS bietet diese Plattform. Wir fordern eine Diskussion zur Basisfinanzierung von Anliegen der Patientensicherheit im Rahmen einer nationalen Patientensicherheitsstrategie. Patientensicherheit verdient mehr Aufmerksamkeit und unser weiteres Engagement.

Weitere aktuelle Informationen zum APS finden Sie in den ausliegenden Unterlagen.

(Es gilt das gesprochene Wort!) Hamburg, April 2014

**Deutscher Preis für Patientensicherheit 2014: Vorstellung der Preisträger** Professor Dr. med. Hartmut Siebert, stellvertretender Vorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

# Erstmalige Vergabe Deutscher Preis für Patientensicherheit – unerwartet großes Echo

Aus über 70 Bewerbungen, die innerhalb der kurz anberaumten Bewerbungsfrist eingegangen sind, hat die hochkarätig besetzte Jury unter dem Vorsitz von Frau François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), in einem zweistufigen Auswahlverfahren die Preisträger ermittelt.

In Anwesenheit der Vertreter von unterstützenden Unternehmen– Aesculap Akademie, Ecclesia Versicherungsdienst, MSD Sharp & Dohme, Thieme Verlag - überreichte die 1. Vorsitzende des APS und gleichzeitig Jury-Vorsitzende, Frau François-Kettner, die Urkunden und Schecks für die drei ersten Preise.

- 1. Preis 10 000 Euro: Herrn Klaus Patzelt von Diakonie Düsseldorf e.V., für die Arbeit Patientensicherheit im Pflegeheim Das Projekt ReduPharm KREATIV
- 2. Preis 6 000 Euro: Dr. Michael Schwarzenau, Ärztekammer Westfalen Lippe, für die Arbeit zum CIRS NRW Implementierung eines interdisziplinären und transsektoralen Fehlermelde- und Berichtssystems
- 3.Preis 3 500 Euro: PD Dr. Sven Staender, med.Fakultät Zürich, für die Arbeit Patientensicherheit im Medizinstudium an der Universität Zürich

Die eingereichten Arbeiten fokussierten Projekte und Studienergebnisse überwiegend aus den Bereichen

- internes Fehler- und Risikomanagement
- Pharmakotherapie wie Medikamentenvisiten
- Praktische Notfallsimulationstrainings

Als Vertreter der Verleihungskommission begründete Herr Prof.Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Berlin, die knappe Entscheidung der Jury. Viele der eingereichten Arbeiten zeigten ein sehr hohes Niveau, die dargestellten Projekte entsprachen voll den Zielvorstellung der Ausschreibung, weshalb die Entscheidung deshalb der zehnköpfigen Jury sehr schwer fiel. Der Deutsche Preis für Patientensicherheit soll vor allem zukunftsweisende Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit und Bildung in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens auszeichnen, und Beispiele (best practise) von gelebter

Patientensicherheit inklusive praxisrelevanter Forschungsergebnisse mit Evaluationen sichtbar machen, um damit Nachahmer zu gewinnen. Dieses Ziel wird auch dadurch unterstützt, dass den Autoren die Möglichkeit geboten wird, eine Kurzfassung ihrer Arbeit auf der Website des APS einer breiten Öffentlichkeit zu präsentieren. Die Autoren der 8 bestplatzierten Arbeiten werden außerdem im Rahmen der Preisträgersitzung auf dem Kongress ihre Arbeiten zur Diskussion stellen.

Der Erfolg der Ausschreibung beweist, dass auch in Deutschland das Thema Patientensicherheit nicht nur in Kliniken, sondern auch in Arztpraxen, Apotheken und wissenschaftlichen Institutionen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden breit aufgestellt ist und mit viel Engagement Fehleranalysen und Lösungswege von der Praxis für die Praxis erarbeitet werden. Aufgrund des großen Zuspruchs wird der Deutsche Preis für Patientensicherheit auch für das Jahr 2015 im Herbst dieses Jahres ausgeschrieben. Für ihre große finanzielle und ideelle Unterstützung dankt das APS den Kooperationspartner sehr herzlich!

Herr Klaus Patzelt wird die Ergebnisse seiner Arbeit kurz vorstellen.

(Es gilt das gesprochene Wort!) Hamburg, April 2014

## Zusammenfassung der drei bestplatzierten Arbeiten (M. Voss, H. Siebert)

# 1. Platz: Patientensicherheit im Pflegeheim – Das Projekt ReduPharm KREATIV (Autor: Klaus Patzelt, Diakonie Düsseldorf e.V.)

Bewohner eines Pflegeheims stellen hinsichtlich ihrer Patientensicherheit eine besonders vulnerable Gruppe dar. Sie sind aufgrund ihres hohen Alters und der damit einhergehenden Multimorbidität nur sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr dazu in der Lage, ihre Rechte als Patienten wahrzunehmen. Angehörige sind teilweise überfordert, gesetzliche Vertreter sind nur selten vor Ort. Die Kommunikation mit Ärzten und Apotheken wird daher zum größten Teil von den Pflegefachkräften im Heim übernommen. Viele Bewohner werden neben ihrem Hausarzt auch noch von mehreren Fachärzten behandelt, die ihnen Medikamente verordnen. Dabei fehlt oft die detaillierte Abstimmung über die Medikation, insbesondere über die Interaktionen zwischen den einzelnen Wirkstoffen. Auch nach einem Krankenhausaufenthalt, während dem die Medikation geändert wurde, kann es zu Abstimmungsproblemen kommen. Die PRISCUS-Liste wird noch nicht von allen Ärzten bei ihren Verordnungen berücksichtigt, ebenso die besonderen Anforderungen an die Anpassung der Medikamentendosierung bei zunehmendem Alter.

Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) werden bei Bewohnern – wie auch bei Senioren im allgemeinen – oft nicht als solche identifiziert, da sie meist für "normale Alterserscheinungen" gehalten werden (z.B. Schwindel, Inkontinenz, Sturzneigung, Demenz). All diese Faktoren führen dazu, dass Bewohner einem besonderen Risiko ausgesetzt sind, ungeeignete Medikamente, zu hohe Dosierungen oder miteinander in unerwünschter Weise interagierende Wirkstoffe einzunehmen.

Die Diakonie Düsseldorf hat sich das Ziel gesetzt, die Patientensicherheit seiner Bewohner zu steigern, indem ein besonderes Augenmerk auf die Medikamentenverordnungen gelegt wird. Mit diesem Vorsatz wurde im Wichern-Haus das Projekt ReduPharm KREATIV initiiert; die Medikation der Bewohner sollte durchleuchtet und – wo möglich – sinnvoll reduziert werden nach dem Grundsatz "So viel wie nötig, so wenig wie möglich". Ein Team zur Sicherung der Arzneimitteltherapiesicherheit wurde gegründet (AMTS-Team), zu dem Pflegefachkräfte, Mitarbeitende des Sozialen Dienstes und ein Apotheker gehören. In den 14-tägigen Sitzungen des AMTS-Teams werden die Medikamentenverordnungen jedes einzelnen Bewohners analysiert, dabei werden sowohl die Diagnosen als auch die detaillierte Therapiebeobachtung berücksichtigt. Fallen Unstimmigkeiten in der Medikation auf oder werden UAE angenommen (z.B. Erhöhung

der Sturzrate, kognitive und psychiatrische Auffälligkeiten, plötzliche Zunahme der Pflegebedürftigkeit), werden gemeinsam Änderungsvorschläge erarbeitet, die dem verordnenden Arzt unterbreitet werden. Der Arzt entscheidet dann in Abstimmung mit der Bezugspflegefachkraft über Möglichkeiten zur Anpassung der Medikation. Um die medikamentöse Therapie zu ergänzen oder (zumindest teilweise) zu ersetzen, kommen auch alternative Ansätze zum Einsatz, z.B. basale Stimulation, integrative Validation und Gesprächsführung. Um alle Mitarbeitenden des Wichern-Hauses zu einem sichereren Umgang mit Medikamenten zu befähigen, fanden umfangreiche Schulungen statt. In der Auswertung des Projektes ReduPharm KREATIV zeigt sich, dass die Maßnahmen zu einer deutlichen Steigerung der Patientensicherheit der Bewohner führten. So wurde bei vielen Bewohnern die Medikation reduziert – dieses Ergebnis zeigt sich sowohl in Hinblick auf die Anzahl der verordneten Medikamente als auch auf die Dosierung der einzelnen Präparate. Die Anzahl von beobachtbaren UAE nahm deutlich ab. Die von den Bewohnern eingenommenen Medikamente erfüllen nun ihren vorgesehenen Zweck – Menschen gesund zu machen und nicht, ihren Zustand noch weiter zu schwächen.

Die Mitarbeitenden erlangten eine größere Sicherheit im Prozess der Medikamentenversorgung. Sie konnten ihre fachliche Kompetenz in Bezug auf Medikamente und deren erwünschte und unerwünschte Wirkungen erheblich steigern und sind nun in der Lage, Interventionsbedarf noch schneller zu erkennen, entsprechend zu handeln und den hohen Standard auch weiterhin zu halten. Durch die konsequente Umsetzung des Projektes konnte vielen Bewohnern ein großes Stück Lebensqualität zurückgeschenkt werden.

# 2. Platz: CIRS NRW (Autor: Dr. phil. Michael Schwarzenau, Ärztekammer Westfalen-Lippe)

Die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und die Krankenhausgesellschaft in Nordrhein-Westfalen sind der Überzeugung, dass die Weiterentwicklung von Risikomanagement und einer gelebten Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung nur sektoren- und berufsgruppenübergreifend wirksam und erfolgreich sein kann und haben als ein Werkzeug für die Praxis das CIRS-NRW initiiert.

"Patientensicherheit gemeinsam fördern" wurde als Hauptziel für CIRS-NRW von den Partnern formuliert. Die Partner sehen dies auch als eine ihrer gesundheitspolitischen Aufgaben und möchten mit CIRS-NRW konkret zur Vorbeugung von vermeidbaren, unerwünschten Ereignissen und Fehlern beitragen. Es geht ihnen vor allem um die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung der am Versorgungsprozess Beteiligten und um

die Förderung einer gelebten Sicherheitskultur. Durch die Bereitstellung eines offenen, anonymen, internetgestützten regionalen sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Berichts- und Lernsystems, tragen die Partner zur qualitativen Erfassung von unerwünschten Ereignissen bei.

CIRS-NRW erreicht alle 385 Krankenhäuser mit 250 000 Mitarbeitern und alle 38 000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und deren Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter in NRW. Es hat sich bereits gezeigt, dass Bekanntheitsgrad, Nähe und Vertrauen in die Träger von CIRS-NRW sich positiv auf die Akzeptanz und die Meldebereitschaft der angesprochenen Personen auswirken. Die fachliche Analyse und Kommentierung der Meldungen, die durch die Partner breit sektoren- und berufsgruppenübergreifend in NRW publiziert werden, fördert das gemeinsame Lernen. CIRS-NRW unterstützt diesen Lernprozess zudem durch weitere konkrete Angebote wie beispielsweise gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen vor Ort und den jährlichen CIRS-NRW-Gipfel. Lokal und regional ist kein Widerspruch, sondern stellt in diesem Projekt eine sinnvolle Ergänzung dar. Der regionale Ansatz ermöglicht einen Erfahrungsaustausch auf breiter Basis. So können eine Vielzahl von Ereignissen, die lokal in vielen Fällen nicht als relevant erkannt worden wären, in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt werden.

# 3. Platz: Patientensicherheit im Medizinstudium an der Universität Zürich (Autor: PD Dr. med Sven Staender, Medizinische Fakultät der Universität Zürich)

Die Patientensicherheit ist in vielen Bereichen im Gesundheitswesen tangiert. Entsprechend gibt es viele Konzepte, die Patientensicherheit zu beeinflussen. Einig sind sich die meisten Experten dabei in der Tatsache, dass das Thema Patientensicherheit nicht zuletzt auch eine Frage der Grundeinstellung der Akteurinnen und Akteure in unseren Praxen, Apotheken, Heimen, Spitälern etc. ist. Diese Grundeinstellung hat etwas mit dem weiten Begriff der "Sicherheitskultur" zu tun. Wir sind nun der festen Uberzeugung, dass die Entwicklung hin zu dieser Sicherheitskultur bereits in der medizinischen Ausbildung beginnen muss. Mit dieser Meinung sind wir nicht alleine: Das Ministerkomitee des Europarates hat im Frühjahr 2006 Empfehlungen zum Thema Patientensicherheit verabschiedet. Darin ist dem Thema «Patient-safety education» ein eigenes Kapitel gewidmet. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat dann im Jahr 2007 eine Empfehlung zur Aus- und Weiterbildung in Patientensicherheit publiziert. Im Jahr 2010 haben wir daraufhin begonnen, ein Curriculum zum Thema Patientensicherheit im Medizinstudium auszuarbeiten. Dieses Curriculum wurde sowohl interprofessionell (also mit den Partnerinnen und Partnern der Pflegeberufe) als auch interdisziplinär (Einbezug von verschiedenen Fachdisziplinen wie Chirurgie, Anästhesie, Intensivmedizin, Pharmazie, Infektiologie und Hygiene etc.)

erarbeitet. Seit nunmehr drei Semestern wird dieses Curriculum im Studium der Humanund Zahnmedizin an der Universität Zürich als Modul mit jeweils 20 Studentinnen und Studenten angeboten. Dabei werden pro Semester 28 Kontaktstunden zu den diversen Themen der Patientensicherheit von einer multiprofessionellen Gruppe von Dozentinnen und Dozenten unterrichtet.

Den Erfolg dieses Curriculums haben wir mittels verschiedener Evaluationen verfolgt und dokumentiert. Zum einen wurden Vorher/Nachher-Befragungen bei den Studentinnen und Studenten durchgeführt. Zum anderen haben wir im Sinne einer Längsschnitt-Evaluation die Studentinnen und Studenten nach jeder Stunde befragt. Dieser Patientensicherheits-Kurs für Medizinstudenten war mit einem deutlichen Lernerfolg betreffend verschieden sicherheitsrelevanter Fähigkeiten und umschriebener Wissensinhalte bezüglich Patientensicherheit verbunden. Insbesondere konnte die "Vorher/Nachher"- Befragung des ersten Semesterkurses signifikante Verbesserungen hinsichtlich des "Systemdenkens", der Selbsteinschätzung der Befragten, Gelerntes auch anwenden zu können, sowie des Wissen über "latente Fehler" dokumentieren. Die qualitative Längsschnittevaluation mittels "Überschriften-Sampling" eruierte tiefe thematische Reflexionen der Studierenden. Diese Ergebnisse wurde auch zu Verbesserungen des Kurses verwendet, und nach deren Implementierung ließ sich in einem Folgekurs eine verbesserte Zufriedenheit mit dem Kurs dokumentieren. Neben den Vorteilen der Studienmethode (homogene Studienpopulation, vollständige Datenerhebung, multimodaler quantitativer und qualitativer Beurteilungsansatz) bestehen Limitierungen aufgrund der spezifischen Ausbildungsumgebung und des Designs einer Beobachtungsstudie. Die Ergebnisse sind daher nicht ohne weiteres auf andere Curricula übertragbar. Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich zuverlässiger Skalen zur Beurteilung von Sicherheitswissen, "Speaking Up" -Verhalten und Einstellungen zu Patientensicherheit.

## **UNSERE ZIELE**

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat sich zum Ziel gesetzt, die Patientensicherheit in Deutschland kontinuierlich, nachhaltig und nachweisbar zu fördern. Dieses Ziel soll vor allem dadurch erreicht werden, dass Patientensicherheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen und die Sicherheitskultur in der Patientenversorgung gestärkt wird.

Auf diese Weise trägt das APS mit dazu bei, ein lernendes Gesundheitssystem zu schaffen, in dem Patienten sicher versorgt werden können

#### Was ist Patientensicherheit?

Patientensicherheit bedeutet, dass Patienten nicht im Behandlungs- und Versorgungsprozess geschädigt werden. Solche Schäden können auch infolge von Fehlern in der Behandlung und in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung auftreten.

Das Erkennen, die Analyse und die Vermeidung dieser Fehler sind Kennzeichen der Patientensicherheit.

Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
Interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
Bündelung von Fachkompetenzen
Von der Praxis für die Praxis

## **DER VEREIN**

### Geschäftsstelle

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Am Zirkus 2, 10117 Berlin Tel. +49 (0)30 36 42 81 60 Fax +49 (0)30 36 42 81 611 info@aps-ev.de www.aps-ev.de

#### Geschäftsführender Vorstand



Vorsitzende Hedwig François-Kettner



Stellv. Vorsitzender Prof. Dr. Hartmut Siebert



Geschäftsführer
Hardy Müller
Referent im WINEG (Wissenschaftliches
Institut der TK für Nutzen und Effizienz
im Gesundheitswesen)

## Mitglieder

Personen, Institutionen und Unternehmen, die im Bereich der Patientensicherheit und des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung tätig sind sowie persönlich interessierte. Alle Informationen und Unterlagen zur Mitgliedschaft erhalten Sie auf www.aps-ev.de.

Jede Spende zählt und ist herzlich willkommen! Sparkasse Köln Bonn

IBAN: DE95370501981902397528, BIC: COLSDE33XXX Sie erhalten eine Spendenbescheinigung.

## **GEMEINSAM IN AKTION**

Das APS ist das Netzwerk für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland und wird durch das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt. Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände und der Patientenorganisationen haben sich zusammengeschlossen, um eine gemeinsame Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen. Kooperationen auf nationaler und internationaler Ebene dienen dem fachlichen Austausch sowie der Vorbereitung und Durchführung von Aktionen und Kampagnen.

- Aktion "Saubere Hände"
  Nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance
  der Händedesinfektion
- Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland
   Nationales Berichts- u. Lernsystem f
   ür Krankenhäuser
- High 5s
   Internationales WHO-Projekt zur Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Erhöhung der Patientensicherheit im Krankenhaus
- Projekt simparteam®
   Interdisziplinäres Simulationstraining für geburtshilfliche
   Teams
- PaSQ Joint Action on Patient Safety and Quality of Health Care
   Europäische "Good Practices"-Datenbank

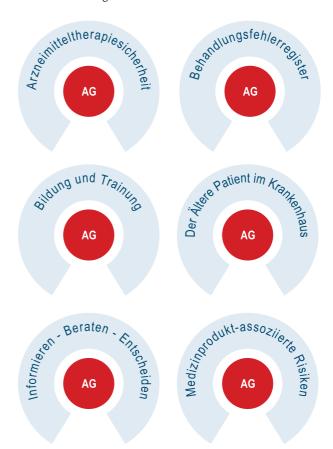
#### Institut für Patientensicherheit (IfPS)

Das Institut für Patientensicherheit der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn wurde 2009 gegründet und als Stiftungsprofessur des APS finanziell unterstützt. Forschungsschwerpunkte sind die Epidemiologie sicherheitsrelevanter Ereignisse in der Gesundheitsversorgung, die Implementierung und Evaluation von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit – Versorgungsforschung – sowie die Entwicklung und Validierung von Patientensicherheitsindikatoren.

## **ARBEITSGRUPPEN**

Unsere Arbeitsgruppen übernehmen zur Erreichung unserer Ziele eine wesentliche Rolle. Sie setzen "Aktion" und "Bündnis" in die Tat um nach dem Prinzip "Aus der Praxis für die Praxis". Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens und Patienten beraten über Lösungen zu konkreten Problemstellungen und entwickeln Handlungsempfehlungen, die allen Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen und Patienten kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Interessierte Fachleute und Patienten sind willkommen und zur Mitarbeit eingeladen.



## **Beilage zur Pressemappe**

## **Information zum APS**

# Ehrenamtliches Engagement zur Patientensicherheit verdient Anerkennung und vermehrt Unterstützung: APS fordert Basisfinanzierung von Anliegen der Patientensicherheit

Hardy Müller, Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, alle Personen die an der Versorgung von Patienten beteiligt sind, wollen zu allererst nicht schaden (primum nil nocere). Nach dem APS-Konzept 2020 "Für mehr Patientensicherheit in Deutschland" ist Patientensicherheit 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 (APS Konzept 2020, Vision).

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit wurde 2005 als eingetragener Verein gegründet. Seine satzungsgemäßer Ziele bestehen in der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit sowie im Aufbau des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung (§2 APS-Satzung).

Heute zählt das APS 469 Mitglieder, circa die Hälfte davon Einzelpersonen. Die andere Hälfte setzt sich zusammen aus allen relevanten Organisationen des Gesundheitswesens. Apotheker- und Ärztekammern, Krankenhäuser und Klinikverbünde, Pflegeverbände, Krankenkassen, Patientenvertretungen u.a. finden sich auf einer Plattform zur gemeinsamen Arbeit an mehr Patientensicherheit. Die Entwicklung der dringend benötigten Sicherheits-Kultur im Gesundheitswesen erfordert einen Rahmen; Das APS bietet diesen Rahmen.

Der Vorstand, die Organe des APS und die Mitglieder in den Arbeitsgruppen engagieren sich alle ehrenamtlich. Finanziert wird der Verein durch Mitgliedsbeiträge, Spenden und eine öffentliche Projektförderung. Im Jahr 2013 standen so 160 000 Euro an Mitgliedsbeiträgen und Spenden sowie 350 000 Euro an Projektförderung zur Verfügung.

Das APS betreibt eine Geschäftsstelle mit 1,5 Mitarbeitern in Berlin. Weiter werden Mittel zum Betrieb des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn eingesetzt. Ein erster Fünf-Jahres-Vertrag endete 2013. Der Vertrag für diese Stiftungsprofessur des

APS wurde 2014 für weitere fünf Jahre verlängert. Die Neu-Berufung des Lehrstuhles steht kurz vor dem Abschluss.

Die Arbeitsgruppen des APS erstellen Handlungsempfehlungen zum Ausbau der Patientensicherheit. Wir rufen alle Interessierten zur Mitarbeit auf. Folgende Arbeitsgruppen existieren:

## **Arzneimitteltherapiesicherheit**

**Ziel:** Handlungsempfehlungen für mehr Sicherheit in der Arzneimitteltherapie

## Behandlungsfehlerregister

Ziel: Identifikation von Risiken durch koordinierte Registerauswertung

## **Bildung und Training**

**Ziel:** Entwicklung von Ausbildungs- und Trainingsinhalten und -methoden

## Informieren - Beraten - Entscheiden

**Ziel:** Handlungsempfehlungen für Patienten und Angehörige zur Stärkung der Patientensouveränität

## Medizinprodukt-assoziierte Risiken

**Ziel:** Handlungsempfehlung zur Verbesserung des gesetzlichen Meldeverfahrens

## Patientensicherheit im Alter - Sturzprävention

**Ziel:** Handlungsempfehlungen zur Prävention (Patienten) und Risikominimierung (Ärzte, Pflegende) von Stürzen im Krankenhaus

Jüngst fertig gestellt wurde die Empfehlung "Sicher im Krankenhaus" (Anlage). Die Handlungsempfehlungen stellt das APS kostenlos zur Verfügung.

Das APS ist zudem als sachkundige Organisation in Stellungnahme-Verfahren zu Gesetzgebungsverfahren oder Kommentierungen von patientensicherheitsrelevanten Verfahren gefragt und gefordert.

Wir danken unseren Mitgliedern und den Sponsoren für ihr Engagement. Ohne diese Unterstützung wäre die Arbeit des APS nicht möglich. Unser ausdrücklicher Dank gilt dem Bundesministerium für Gesundheit für maßgebliche ideelle und wichtige praktische Unterstützung. Durch die Übernahme der Schirmherrschaft über das APS durch den Bundesminister für Gesundheit, Herrn Herrmann Gröhe sowie durch Projektförderungen wurde der Bestand des APS gesichert.

Die anstehenden Aufgaben zum Ausbau der Patientensicherheit bergen weitere große Herausforderungen für das APS. Die Diskussion um einen Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds im Nachgang zum Patientenrechtegesetz wird geführt werden müssen. Die

Frage nach der Häufigkeit von Behandlungsfehlern und unerwünschten Ereignissen in den Kliniken und Praxen ist weiter zu fundieren und erfordert mehr Transparenz und vermutlich auch Forschung. Der Stand des klinischen Risikomanagements in den Kliniken muss aktualisiert werden. Damit sind nur einige wenige Aufgaben genannt. Diese Aufgaben müssen erledigt werden, meint man es ernst mit der Patientensicherheit im Gesundheitssystem.

All diese Aufgaben erfordern eine tragfähige und nicht nur prekär finanzierte Organisation. Patientensicherheit ist eine öffentliche Aufgabe und geht alle an. Das APS fordert daher eine Diskussion zur Basisfinanzierung von Anliegen der Patientensicherheit im Rahmen einer nationalen Patientensicherheitsstrategie.

Patientensicherheit verdient mehr Aufmerksamkeit und unser weiteres Engagement.

Hamburg, April 2014

## **Curriculum Vitae**

Cornelia Prüfer-Storcks Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg und Schirmherrin des Kongresses



## **Beruflicher Werdegang:**

1975	Abitur
1976-1988	Volontariat; Redakteurin bei der Tageszeitung "Ruhr-Nachrichten"
1988-1990	Pressereferentin der Parlamentarischen Staatssekretärin für die
	Gleichstellung von Mann und Frau in der Staatskanzlei des Landes
	Nordrhein-Westfalen
1990-1995	Pressesprecherin und Leitung der Öffentlichkeitsarbeit des neu
	gegründeten Ministeriums für die Gleichstellung von Frau und Mann
	des Landes Nordrhein-Westfalen
1995-1998	Leiterin der Abteilung Frauenpolitik im Ministerium für die
	Gleichstellung von Frau und Mann/Nordrhein-Westfalen
1998-1999	Stellvertreterin des Staatssekretärs im Ministerium für Frauen,
	Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen
1999-2005	Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen
	und Familie in Nordrhein-Westfalen
2007-2011	Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg
Seit 23.03.2011	Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

## **Curriculum Vitae**

Hedwig François-Kettner Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. Pflegedirektorin a. D. der Charité – Universitätsmedizin, Berlin



## **Beruflicher Werdegang:**

1965–1968	Pflegevorschule Köln-Nippes
1969-1972	Krankenpflegeschule Clemens-August Krankenhaus Bitburg
1975	Stationsleitungslehrgang
1980	Managementlehrgang für Leitungen in Einrichtungen des
	Gesundheitswesens
1990-1992	Studium Pflegedienstleitung im Krankenhaus, Fachbereich Wirtschaft,
	Fachhochschule Osnabrück

Leistungsprofil:		
	30 Jahre Pflegedirektorin	
1992-2013	Mitbegründerin & Mitglied im Lenkungsausschuss des Deutschen	
	Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, DNQP	
1997	Mitbegründerin und Mitglied im Verband der Pflegedirektorinnen und	
	Pflegedirektoren der deutschen Universitätskliniken, VPU, Mitglied des	
	Vorstands in zwei Wahlperioden	
2004-2009	Mitglied im Präsidium des Deutschen Pflegerats, DPR	
2004-02/2014	Pflegedirektorin der Charité – Universitätsmedizin Berlin	
Seit 05/2009	$\label{thm:mitglied} \mbox{Mitglied und stellvertretende Vorsitzende, seit 05/2011 Vorsitzende im}$	
	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.	

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Hartmut Siebert stellvertretender Vorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

\* 1943



## **Beruflicher Werdegang:**

1964-1970	Studium der Humanmedizin in Berlin und Freiburg mit Promotion	
1979	Facharzt für Chirurgie ,Tübingen , Frankfurt	
1981	Facharzt Unfallchirurgie und Handchirurgie ,Uni Klinik FFM	
	Habilitation für das Fach Chirurgie med. Fakultät J.W.v. Goethe	
	Universität Frankfurt/M	
1984	Reisestipendium der AO International USA	
1985-2008	Leiter der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	
	am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall	
1991-2006	Mitglied verschiedener Fakultäten AO International mit Kursen in	
	verschiedenen europäischen und außereuropäischen Ländern	
1998-2003	Mitglied der Zukunftskommission Orthopädie und Unfallchirurgie,	
	Entwicklung des Weiterbildungscurriculums zum Facharzt	
	Orthopädie und Unfallchirurgie	
1999-2004	Member of the Board of Trustees der AO Foundation	
2001-2004	Mitglied des Vorstandes Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	
	( DGU )	
2003	Präsident DGU	
2006-2013	Generalsekretär der DGU	
2006 und 2012	Co-Autor und -Herausgeber "Weißbuch Schwerverletzten-	
	Versorgung" der DGU	
2006-2013	Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	
Seit 2007	Mitglied des Arbeitskreises "Umsetzung TraumaNetzwerk" und	
	seiner Lenkungsgruppe	
2008-2013	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und	
	Unfallchirurgie (im Wechsel mit Professor Dr. F. Niethard)	
Seit 2007	Mitglied im APS; Leiter AG Unbeabsichtigte Fremdkörper in OP-	
	Wunde ; Vertreter des Vorstands in: AG Medizinprodukte-	
	assoziierte Risiken, AG älterer Patienten im Krankenhaus	
	- Sturzprävention- Kommission simparteam®	

Seit 2010 Mitglied im Vorstand APS e.V.

Seit 2011 stellvertretender Vorsitzender des APS e.V.

### **Curriculum Vitae**

Hardy Müller M.A Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

\* 1965



## **Beruflicher Werdegang:**

Studium der Anthropologie, Soziologie und Psychologie in Tübingen und Mainz. Seit 1993 bei gesetzlichen Krankenkassen tätig. Arbeitsschwerpunkte sind Datenanalysen im Gesundheitswesen, Evaluation medizinischer Leistungen, Versorgungsmanagement, Patienteninformation, Patientensicherheit. Arbeitet seit 2002 bei der TK Techniker Krankenkasse in Hamburg. Zunächst im Stabsbereich Unternehmensentwicklung, 2003-2005 Leiter des Referates Versorgungsmanagement/ Projekte. 2006-2008 Stabsstelle strategisches Vertrags- und Versorgungsmanagement.

Seit 2009 WINEG, Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen. 2009-2011 Sprecher der Fachbereichs Patienteninformation und - beteiligung im Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin e.V. Mitglied der Fakultät des Summer Institute on Informed Patient Choice; The Dartmouth Institute for Health Policy& Clinical Practice, Dartmouth College, Hanover, NH; USA, 2010. Seit 2011 ehrenamtlicher Geschäftsführer im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.



## **Bestellformular Fotos:**

# Pressekonferenz des des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) anlässlich des GEMEINSAMEN KONGRESSES FÜR PATIENTENSICHERHEIT

**Termin:** Donnerstag, 3. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Raum: 310/311, Gebäude N55

Anschrift: Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- o Cornelia Prüfer-Storcks
- o Hedwig François-Kettner
- o Professor Dr. med. Hartmut Siebert
- o Hardy Müller

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

## Pressestelle