



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



PATIENTENSICHERHEIT IM GESUNDHEITSWESEN

SPEZIAL

# Risiken senken, Sicherheit erhöhen

+++ Projekte, Potenziale, Positionen

<b>STARTSCHUSS</b> <b>Transparenz ist Trumpf</b> von Karl-Josef Laumann .....	3	<b>BEST PRACTICE</b> <b>Schwächen erkennen und abstellen</b> von Annegret Himrich .....	14
<b>ÜBERBLICK</b> <b>Mehr Sicherheit für Patienten</b> von Günther Jonitz .....	4	<b>WISSENSCHAFT</b> <b>»Es gibt keine unwichtigen Fehler«</b> Interview mit Ferdinand Gerlach .....	15
<b>STATIONÄRE VERSORGUNG</b> <b>»Die Voraussetzungen müssen stimmen«</b> Interview mit Uwe Deh .....	7	<b>DATENANALYSE</b> <b>Alle Register ziehen</b> von Jürgen Malzahn .....	16
<b>BEST PRACTICE</b> <b>Training für den Notfall</b> von Hartmut Siebert .....	8	<b>BEST PRACTICE</b> <b>Das richtige Mittel</b> von Petra Thürmann .....	18
<b>BEST PRACTICE</b> <b>Prozesse kritisch hinterfragen</b> von Sabine Ridder .....	9	<b>BEST PRACTICE</b> <b>Kampf den Keimen</b> von Petra Gastmeier .....	19
<b>INTERNATIONAL</b> <b>Blick über den Tellerrand</b> .....	10	<b>WISSENSCHAFT</b> <b>»Wir müssen eigene Akzente setzen«</b> Interview mit Tanja Manser .....	20
<b>KOOPERATION</b> <b>Alle an einem Strang</b> von Hedwig-François-Kettner .....	12		

## Literatur

- *AOK-Bundesverband (Hrsg.)*  
**Fehler als Chance. Profis aus Pflege und Praxis berichten.**  
*KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin 2014*
- *Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hrsg.)*  
**Aus Fehlern lernen. Profis aus Medizin und Pflege berichten.**  
*KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn 2008*
- *AOK-Bundesverband*  
**Patientenrechtgesetz – Eine Mogelpackung?**  
*G+G-Spezial, 2/2013*
- *AOK-Bundesverband*  
**Medizinprodukte: Mehr Sicherheit für Patienten**  
*G+G-Spezial, 11/2012*

## Internet

- **www.aok-bv.de**  
Website des AOK-Bundesverbandes. Unter → *Politik* → *Patientensicherheit* gibt es verschiedene Infomaterialien zu Patientensicherheitsprojekten mit

Beteiligung der AOK sowie die Broschüre „Fehler als Chance“ zum Download.

- **www.aok.de/gesundheitsnavi**  
Der Gesundheitsnavigator der AOK unterstützt Versicherte bei der Suche nach einem geeigneten Arzt, Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung. Bei der Suche können auch verschiedene Qualitätsparameter eingesetzt werden.

- **www.patientenbeauftragter.de**  
Das Internetportal des Patientenbeauftragten informiert über den Beauftragten Karl-Josef Laumann und stellt die Broschüre „Ratgeber Patientenrechte“ als Download zur Verfügung.

- **www.aktion-sauberehaende.de**  
Website der „Aktion Saubere Hände“. Hier finden Sie alle Förderer der Kampagne sowie Inhalte und Materialien zum Download. Unter → *Veranstaltungen* finden Sie Termine für Einführungskurse oder zu Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch.

- **www.faktencheck-gesundheit.de**  
Gesundheitsportal der Bertelsmann-Stiftung. Unter → *Unsere Themenportale*

→ *Faktencheck Knieoperation* bietet die Stiftung detaillierte Informationen zu endoprothetischen Eingriffen am Knie.

- **www.aktionsbuenndis-patientensicherheit.de**  
Website des Netzwerks für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland mit zahlreichen Handlungsempfehlungen für mehr Patientensicherheit.

- **www.jeder-fehler-zaehlt.de**  
Fehlerberichtssystem für Hausarztpraxen vom Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

- **www.aok-gesundheitspartner.de**  
Informationen der AOK für Vertragspartner, unter anderem mit Downloadmöglichkeit der Broschüre „Fehler als Chance“ und Hintergrundinfos zur Priscus-Liste für Ärzte.

- **www.priscus.net**  
Website des Verbundprojekts „priscus“. Hier finden Sie unter → *priscus\_Liste* alle 83 Wirkstoffe, die für die Pharmakotherapie bei älteren Menschen als inadäquat eingestuft wurden.

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

Impressum: *Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. G+G erscheint im KomPart-Verlag (www.kompart.de).*

Redaktion: *Otmar Müller, Annegret Himrich, Bettina Nellen (verantwortlich) | Art Direction: Anja Stamer | Grafik: Anna Magnus*

Herausgeber: *Stab Vorstandsangelegenheiten des AOK-Bundesverbandes | Stand: Juli 2014*

# Transparenz ist Trumpf

Mit dem Patientenrechtegesetz hat sich die Bundesregierung im vergangenen Jahr für mehr Transparenz im gesamten Gesundheitswesen eingesetzt. Mit einer Qualitätsoffensive soll nun gezielt die Patientensicherheit in den Krankenhäusern verbessert werden. Von **Karl-Josef Laumann**



**S**icherheit entsteht aus Vertrauen. Und Vertrauen wiederum kann es nur geben, wenn Transparenz vorhanden ist und sich Menschen partnerschaftlich und auf Augenhöhe begegnen. Das gilt in der Politik. Das gilt im privaten Umfeld. Und das gilt natürlich auch im Verhältnis von Patient und Arzt.

Aus diesem Grund sind vergangenes Jahr mit dem Patientenrechtegesetz die Rechte der Patienten erheblich gestärkt worden. Patienten müssen insbesondere einen einfachen und allgemeinverständlichen Zugang zu Informationen bekommen: über die Erkrankung selbst, über Behandlungsmöglichkeiten, über die Qualität der angebotenen Leistungen und über die Rechte und Pflichten aller Beteiligten. Denn nur wer die entsprechenden Informationen hat, kann anschließend zusammen mit dem behandelnden Arzt eigenverantwortliche und abgewogene Entscheidungen treffen. Das Patientenrechtegesetz ist hierfür eine ganz wichtige Grundlage.

Im Sinne der Patientensicherheit sollten wir uns künftig vor allem um die Etablierung einer vernünftigen Fehlerkultur in Deutschland kümmern. Behandlungsfehler dürfen weder vertuscht noch skandalisiert werden. Wer Fehler macht, muss dafür auch einstehen. Und er muss daraus lernen. Hier wünsche ich mir eine ehrliche Debatte. Ein effektives und

konsequent umgesetztes Risikomanagement wäre ein echter Fortschritt. Checklisten und Standards sollten auch im Gesundheitswesen Alltag sein.

Darüber hinaus will die Bundesregierung mittels einer Qualitätsoffensive die Qualität der stationären Versorgung in unseren Krankenhäusern weiter erhöhen. Dazu wird unter anderem ein neues Qualitätsinstitut gegründet. Dieses soll die nötigen Daten und Fakten sammeln, auswerten sowie einrichtungsbezogen und für jedermann verständlich veröffentlichen. Damit sich jeder darauf verlassen kann, dass nur Operationen vorgenommen werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind, sollen Patienten zudem regelhaft die Möglichkeit erhalten, eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einzuholen.

Das alles zeigt: Patientensicherheit hängt von vielen Faktoren ab. Einige besonders gelungene Praxisbeispiele hierfür finden sich in diesem Heft.

**Karl-Josef Laumann**

*Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Pflege-Bevollmächtigter*

# Mehr Sicherheit für Patienten

In den vergangenen zwölf Jahren hat sich beim Thema Patientensicherheit in Deutschland einiges getan. **Günther Jonitz** und **Sonja Barth** erklären, was die Medizin in puncto Sicherheit von der Luftfahrt gelent hat und warum Deutschland heute EU-weit ein Vorbild ist.

**D**ie Sicherheit von Patienten zu wahren – „primum nil nocere“ –, ist seit jeher das oberste Gebot ärztlichen Handelns. In jüngster Zeit hat das Thema Patientensicherheit jedoch auch über den ärztlichen Bereich hinaus stark an Bedeutung gewonnen – nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Warum? Hat die Zahl der Schädigungen von Patienten zugenommen? Ist die Patientenbehandlung „gefährlicher“ geworden? Oder was genau hat sich verändert?

Ärzte haben heute deutlich umfassendere Behandlungsmöglichkeiten, als dies noch vor wenigen Jahren der Fall war. Durch den medizinischen Fortschritt können sie von der Geburt an bis ins hohe Patientenalter hinein Leben retten und Schmerzen lindern, gerade auch in Fällen, in denen sie früher nur tatenlos zusehen konnten. Diese immensen Möglichkeiten bergen aber auch mehr Risiken. Hochtechnisierte und auf das Ineinandergreifen von unterschiedlichen Fachdisziplinen und spezialisierten Berufsgruppen angewiesene Interventionen sind fehleranfälliger als weniger komplexe medizinische Eingriffe und Behandlungsmethoden, die an die Qualifikation des Personals und die Gestaltung der Prozesse geringere Anforderungen stellen. Und auch ökonomische Zwänge wirken sich aus: Immer mehr Patienten müssen in immer kürzerer Zeit behandelt werden, die personelle Ausstattung in den Kliniken ist oft knapp bemessen, Zeit für die Ausbildung des Nachwuchses ist rar und Ärzte sowie Pflegepersonal arbeiten an der Leistungsgrenze.

**Lösungsorientierter Blick.** Im Rückblick betrachtet hat der im Jahr 1999 publizierte US-amerikanische Bericht „To Err Is Human“ die zentrale Wendung in der öffentlichen und innermedizinischen Diskussion um Fehler in der Medizin gebracht. Der nicht hoch genug einzuschätzende Verdienst dieses Berichtes liegt darin, dass die Autoren erstmalig in dieser Deutlichkeit und Breitenwirksamkeit einen ursachenbezogenen und damit lösungsorientierten Blick auf unerwünschte Ereignisse in der Patientenbehandlung werfen. Die Erkenntnis, dass fehlerhaftes Handeln nicht allein auf das Versagen oder die Nachlässigkeit („Ärztepfusch“) Einzelner zurückzuführen ist, sondern dass im wahrsten Sinne des Wortes „irren menschlich ist“, wurde eindrücklich dargelegt. Menschen machen Fehler, auch wenn sie sich noch so viel Mühe geben, achtsam sind, hoch qualifiziert

und motiviert. Der Bericht verdeutlicht, dass der Erfolg medizinischer Behandlung sowohl von der Leistungsfähigkeit des Einzelnen als auch von der Qualität der Arbeitsorganisation abhängt. Es kommt also darauf an, Schwachstellen im System zu erkennen und so umfassend wie möglich dafür zu sorgen, dass Verwechslungen von Patienten und Medikamenten nicht vorkommen, bei Übergaben nichts vergessen wird, relevante Informationen nicht übersehen werden und es so zu keinen Missverständnissen kommt. Bis zur Jahrtausendwende wurde der hohe Stellenwert von in der Organisation selbst verankerten sicherheitsrelevanten Vorkehrungen in der Medizin verkannt. Für Erfolge und Misserfolge wurden traditionell Einzelne verantwortlich gemacht – erst die „Patient-Safety-Bewegung“ betrachtete das Problem aus einer systemorientierten, breiteren Perspektive und läutete damit einen Paradigmenwechsel ein. In Deutschland haben AOK und Ärzte bereits im Jahr 2002 den

## Preisgekrönte Projekte

**Im April 2014 hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit erstmals den Deutschen Preis für Patientensicherheit vergeben.**

Den mit 10.000 Euro dotierten **ersten Preis** hat die Diakonie Düsseldorf mit dem Projekt „ReduPharm KREATIV“ gewonnen. Ein interdisziplinäres Team analysiert hier regelmäßig die Medikamentenverordnungen jedes Heimbewohners. Unerwünschte Wechsel- und Nebenwirkungen wie beispielsweise Verwirrung oder Benommenheit haben bei den Patienten deutlich abgenommen.

Der **zweite Preis** (6.000 Euro) ging an das „Critical Incident Reporting System Nordrhein-Westfalen“ (CIRS NRW), welches die nordrhein-westfälischen Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und die dortige Krankenhausgesellschaft gemeinsam betreiben. Das internetbasierte anonymisierte Berichtssystem ist allen 385 Krankenhäusern in NRW zugänglich.

Mit dem **dritten Platz** (3.500 Euro) wurde ein neues Lehrcurriculum für Patientensicherheit im Medizinstudium an der Universität Zürich ausgezeichnet. Das fachübergreifende Unterrichtsmodul hat zu messbaren Verbesserungen im Sicherheitsbewusstsein des medizinischen Nachwuchses geführt.

*Quelle: APS*

*Flieger als Vorbild:  
Die Medizin kann von  
der Sicherheitskultur  
in der Luftfahrt lernen.*



Berliner Gesundheitspreis dem Thema Fehlerprävention gewidmet. Das war ein wichtiges Signal, um zu zeigen, dass wir ganz offensiv und lösungsorientiert mit Fragen zur Patientensicherheit umgehen müssen. Weitere Meilensteine waren der Kongress der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) 2004 und die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2005, die ihren Fokus ebenfalls auf das Thema Patientensicherheit gelegt haben. Schließlich hat sich der Deutsche Ärztetag im Jahr 2005 intensiv mit dem Thema befasst und sich einstimmig für ein Bündnis aller Akteure im Gesundheitswesen „pro Patientensicherheit“ ausgesprochen. Mit diesem eindeutigen Votum hatte das Netzwerk Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) den nötigen Rückenwind. Mit heute rund 500 Mitgliedern aus allen Bereichen des Gesundheitswesens konnte sich ein breites Netzwerk etablieren, das sich um konkrete Lösungen für praktische Probleme kümmert.

**Human-Factor-Forschung.** Gelernt hat die Medizin zwischenzeitlich unter anderem von der Luftfahrt. Im Flugverkehr werden bereits seit Jahrzehnten sicherheitsrelevante Methoden angewendet, die der Prävention von Risiken höchste Priorität einräumen und das gesamte Handeln prägen. Diese Methoden fußen unter anderem auf Erkenntnissen der sogenannten „Human-Factor-Forschung“. Diese Wissenschaft setzt sich damit auseinander, wie Arbeitsumgebungen gestaltet werden können, damit sich Menschen mit ihren Fähigkeiten möglichst

## » Die Patient-Safety-Bewegung hat in Deutschland zu einem Paradigmenwechsel geführt. «

optimal in die Arbeitsabläufe einbringen können und damit die Gefahr von Verwechslungen oder anderen Fehlern sinkt. So lässt sich die menschliche Aufmerksamkeit beispielsweise durch eine unterschiedliche Gestaltung von Oberflächen oder Formen der Bedienungselemente unterstützen. Auch farbliche Kennzeichnungen oder eine eindeutige Differenzierung von Warntönen helfen dabei, dass sich sowohl haptisch, optisch als auch akustisch Unterschiede in der Wahrnehmung ergeben. Dies erleichtert sicheres Handeln.

Auch in der Medizin werden heute diese Erkenntnisse genutzt. Verwechslungen kann vorgebeugt werden, wenn auf Medika-

mente mit ähnlich klingenden Namen („sound alike“) oder sich ähnelnden Verpackungen („look alike“) bei unterschiedlich wirkenden Arzneimitteln hingewiesen wird. Ebenso verfügen laut einer Befragung des Instituts für Patientensicherheit in Bonn rund ein Drittel der deutschen Krankenhäuser über Fehlermeldesysteme. Diese in der Luftfahrt längst etablierten Critical Incident Reporting Systems (CIRS) dienen nicht etwa dazu, Fehlerereignisse quantitativ zu erfassen oder Fehlerverursacher zu identifizieren. Vielmehr lassen sich CIRS dazu nutzen, Schwachstellen aufzuspüren, diese zu analysieren und Hinweise zur Verbesserung von Abläufen zu generieren. Die Bedeutung solcher Fehlerberichtssysteme für die Prävention von Fehlern hat auch der Gesetzgeber mit dem Patientenrechtegesetz erkannt: Der G-BA schreibt nun in der Richtlinie zum internen Qualitätsmanagement das Vorhalten von CIRS in Krankenhäusern vor.

**Evidenzbasierte Medizin.** Doch nicht alle Sicherheitsprozeduren aus der Luftfahrt lassen sich auf die Medizin übertragen. Das Besondere an der Medizin ist der Patient! Er lässt sich nicht auf Messwerte und objektivierbare Daten reduzieren, er reagiert nicht standardisiert, sondern individuell und subjektiv. Was dem einen Patienten nutzt, kann für einen anderen mit der gleichen Erkrankung schädlich sein. Gute evidenzbasierte Medizin wendet deshalb nicht nur beste, wissenschaftliche Erkenntnisse an, sondern basiert ebenso auf der individuellen klinischen Erfahrung des Arztes und bezieht die Verfassung und die Präferenzen des Patienten ein. Eine der besonderen Herausforderungen in Bezug auf die Steigerung der Patientensicherheit ist es, das auf den individuellen Patienten bezogene Leitmotiv ärztlichen Handelns adäquat mit standardisierten, auf die Organisation bezogenen Verfahren zu verknüpfen. Dabei kann es sich um den routinemäßigen Einsatz von OP-Checklisten handeln, die breite Etablierung von CIRS oder Maßnahmen zur Steigerung

der Händehygiene, um Infektionsraten zu senken. Hinzu kommen sogenannte SOPs (Standard Operating Procedures), die beispielsweise den Abgleich von Medikamentenverordnungen bei Übergängen von ambulanter in die stationäre Versorgung sicherstellen. Es kommt also darauf an, negative Abweichungen im Behandlungsprozess zu identifizieren und Ursachenanalysen zu betreiben. Wichtig ist das Entdecken von Schwachstellen und die Initiierung von Verbesserungsmaßnahmen in der Praxis – und zwar sowohl für das individuelle Handeln als auch für die organisatorischen Abläufe und die Zusammenarbeit.

**Vorbild auf EU-Ebene.** Genau darauf bezieht sich der Paradigmenwechsel in der Medizin, der noch vor zehn Jahren in weiter Ferne war, heute aber in Deutschland weitestgehend vollzogen zu sein scheint. Beispielhaft seien hier nur die vielfältigen Aktivitäten des APS genannt. Deutschland ist in der Art und Weise, wie hier das Thema Patientensicherheit auf den Weg gebracht wurde – kooperativ und lösungsorientiert –, Vorbild auf EU-Ebene. So hatte das European Union Network for Patient Safety (EUNetPaS 2008-2010) unter anderem zum Ziel, in möglichst vielen EU-Mitgliedsländern Netzwerke, ähnlich dem APS, zu etablieren. Unter anderem Österreich verweist auf das APS als Orientierungspunkt bei der Gründung seiner Plattform für Patientensicherheit (ANetPaS). Das APS strahlt mit seiner Wirkung sogar bis Japan aus. Auch dort wurde unter Berufung auf das APS im vergangenen Jahr ein Netzwerk für Patientensicherheit gegründet. Betrachtet man das Engagement für Patientensicherheit auf EU-Ebene, belegt Deutschland einen der

Spitzenplätze. So zumindest zeigt es eine EU-weite Evaluation der EU-Kommission aus 2012. Dabei ging es nicht um ein Benchmarking der Länder in Bezug auf die Qualität der Versorgung oder die nachweisbare Zahl an vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, sondern um den Grad des Engagements in unterschiedlichen Themenfeldern, wie dem Aufbau von Fehlermeldesystemen oder der Beschäftigung mit Fragen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Patientensicherheit.

Die Bedeutung des Themas Patientensicherheit ist heute national und international unbestritten. Zahlreiche Maßnahmen, Initiativen und Projekte sind zwischenzeitlich auf den Weg gebracht und zeigen vor allen Dingen eines: Aus Fehlern zu lernen, ist nicht nur für den einzelnen Arzt oder die einzelne Pflegekraft wichtig. Aus Fehlern zu lernen und dafür zu sorgen, dass eine auf die Arbeitsorganisation bezogene Fehlerprävention aktiv betrieben werden kann, ist eine Führungsaufgabe und integraler Bestandteil von Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. Im Herbst 2013 hat die Initiative „gesundheitsziele.de“ das Thema Patientensicherheit als nationales Gesundheitsziel definiert. Dies macht deutlich, wie wichtig das Thema in Deutschland ist und dass alle Akteure gemeinsam an wirksamen Lösungen arbeiten und ihr Wissen dazu – Zahlen, Daten, Fakten – permanent erweitern. Wir sind auf einem guten Weg! ■

**Dr. med. Günther Jonitz** ist Präsident der Ärztekammer Berlin und war von 2009 bis 2011 Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS). **Sonja Barth**, Dipl.-Soz., ist Referentin von Dr. Jonitz und Vereinsmitglied im APS.

## Glossar

### Patientensicherheit (englisch: patient safety)

Patientensicherheit wird definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“.

### Unerwünschtes Ereignis (adverse event)

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

### Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (preventable adverse event)

Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

### Kritisches Ereignis (critical incident)

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

### Fehler (error)

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

### Beinahe-Schaden (near miss)

Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

### Fehlerberichtssystem (critical incident reporting system – CIRS)

Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen („critical incident“) und Beinahe-Schäden („near miss“) in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Quelle: APS

Uwe Deh ist  
Geschäftsführender Vorstand  
des AOK-Bundesverbandes.



## »Die Voraussetzungen müssen stimmen«

Patienten haben das Recht auf eine sichere medizinische Versorgung. **Uwe Deh** fordert deshalb strukturelle Reformen und einen gesetzlich geregelten Qualitätswettbewerb für die Krankenhäuser.

### Wie hat sich das Thema Patientensicherheit in Deutschland entwickelt?

Dank des großen und vor allen Dingen auch persönlichen Engagements vieler Menschen in den Gesundheitsberufen hat sich in den vergangenen Jahren beim Thema Patientensicherheit eine ganze Menge getan. Dieses Engagement unterstützt die AOK schon seit Jahren – vor allem über Projekte im Rahmen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Hier arbeiten Ärzte, Patientenvertreter, Krankenkassen und andere Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam daran, die Sicherheitskultur weiter zu verbessern. Doch manchmal liegt das Problem auch in den Rahmenbedingungen, also in den Voraussetzungen für gute Behandlungsqualität. Das persönliche Engagement von Ärzten und Pflegern, ihre Patienten gut und sicher zu behandeln, darf durch solche strukturellen Defizite nicht konterkariert werden.

### Vor allem die Patientensicherheit in den Kliniken ist ja aktuell in der Diskussion. Müssen sich Krankenhauspatienten Sorgen um ihre Sicherheit machen?

Nein, die Versorgung in deutschen Krankenhäusern ist nach wie vor – auch im weltweiten Vergleich – auf einem sehr hohen Niveau. Trotzdem gibt es strukturelle Fehlentwicklungen, die die Sicherheit der Patienten gefährden können. Ein Beispiel ist die hohe Zahl von Operationen, die sich durch medizinische Gründe allein nicht erklären lässt. Manche Kliniken setzen offensichtlich auf besonders lukrative Operationen wie etwa den Einsatz künstlicher Gelenke oder Wirbelsäulen-OPs, um damit die Investitionskosten zu

erwirtschaften, die ihnen fehlen, weil die Länder ihren Aufgaben nicht nachkommen. Um solche Fehlanreize in den Griff zu bekommen, braucht es eine Strukturreform.

### Wo sind in Deutschland zurzeit die größten Lücken im Bereich der Patientensicherheit?

Es gibt nach wie vor Kliniken, die bestimmte Operationen nur selten durchführen. Es ist aber bekannt, dass mit steigender Menge der Operationen auch die Qualität dieser Eingriffe messbar steigt. Umgekehrt führt fehlende Routine zu

### » Wir brauchen für Hochrisiko-Medizinprodukte eine zentrale staatliche Zulassung. «

schlechteren Ergebnissen. So ist zum Beispiel bei planbaren Hüftgelenk-OPs das Risiko für eine Nachoperation bei dem Fünftel der Kliniken mit den niedrigsten Fallzahlen um 37 Prozent höher als bei dem Fünftel der Kliniken mit den meisten Behandlungen. Daher ist es sinnvoll, dass sich Kliniken auf die Eingriffe spezialisieren, die sie besonders gut beherrschen. Viel zu tun gibt es außerdem beim Thema Medizinprodukte: Gerade Hochrisikoprodukte sind oft unzureichend getestet. Dadurch kommt es immer wieder zu Schadensfällen bei Patienten oder sogar zu ganzen Schadensserien – wie beispielsweise bei den fehlerhaften und mit Industrielatex gefüllten Brustimplantaten.

### Die EU plant eine Medizinprodukteverordnung. Sind damit Skandale wie bei den Brustimplantaten passé?

Wir hatten zwischenzeitlich große Hoffnung, dass die EU hier tatsächlich Verbesserungen der Patientensicherheit für Hochrisiko-Medizinprodukte durchsetzen würde. Aber viele gute Ansätze wurden schon im EU-Parlament auf Druck der Industrie wieder zurückgenommen. Aus unserer Sicht sollten nur solche Produkte zugelassen werden, deren Nutzen und Risiko ausreichend in Studien überprüft wurde. Der Aufwand hierfür ist überschaubar, denn Hochrisikoprodukte machen weniger als zwei Prozent aller Medizinprodukte aus.

### Was müsste die Politik noch tun, um für mehr Patientensicherheit zu sorgen?

Vor allem bei der Qualität der Versorgung besteht ein dringender Regelungsbedarf. Mit dem bevorstehenden Qualitätsweiterentwicklungsgesetz und der Gründung eines Instituts für Qualitätssicherung verfolgt die Politik auf jeden Fall den richtigen Ansatz. Weitere strukturelle Änderungen müssen aber folgen. Es ist ja beispielsweise nach wie vor so, dass Krankenkassen eine stationäre Leistung bezahlen müssen, ganz egal wie gut oder schlecht ihre Qualität war. Da fehlt den Kliniken ganz einfach der finanzielle Anreiz, mehr für die Qualität zu tun. Die Kassen sollten die Möglichkeit bekommen, bei planbaren Leistungen wie beispielsweise Hüftoperationen mit besonders geeigneten Kliniken Qualitätsverträge abzuschließen. Das wäre dann ein wirklich wesentlicher Beitrag zu mehr Patientensicherheit. ■

# Training für den Notfall

Mit Hightech-Simulationspuppen können geburtshilfliche Teams typische Notfallszenarien unter realistischen Bedingungen trainieren. **Hartmut Siebert** erklärt, wie sich mit dem Programm „simporteam“ die Sicherheit für Mutter und Kind im Kreißaal erhöhen lässt.

**B**ehandlungsfehler sind menschlich und passieren immer wieder. Damit sich aber die gleichen Fehler nicht ständig wiederholen, muss man den Grund für den Fehler kennen und abstellen. Daher hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) 2009 eine Arbeitsgruppe „Fehlerregister“ aufgebaut, in der anerkannte Schadensfälle systematisch analysiert werden. Da Behandlungsfehler während der Geburt zumeist besonders dramatische Folgen haben, widmete sich diese Arbeitsgruppe auch den Schadensfällen im Kreißaal. Krankenkassen, Medizinische Dienste, Schlichtungsstellen der Ärztekammern und Haftpflichtversicherer stellten hierfür die anonymisierten Daten von rund 800 Behandlungsfehlern bei einer Geburt zur Verfügung.



**Kommunikation gestört.** Bei der Datenanalyse zeigte sich, dass neben Fehlinterpretationen des Wehenschreibers (CTG) vor allem Kommunikationsstörungen im Team häufig zu einem Fehler führen. Oft fehlen beispielsweise klare Regeln, in welchen Situationen wichtige Beteiligte wie Gynäkologen oder Pädiater hinzuzuziehen sind. Die Fehlerursache liegt also in der Mehrzahl der Fälle nicht am mangelnden medizinischen Wissen oder Können der einzelnen Beteiligten. Es sind viel mehr die sogenannten „human factors“, also Kommunikation, Koordination und Ressourcenmanagement sowie fehlerhafte Abläufe, in deren Folge Patientenschäden auftreten.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat deshalb mit einigen wichtigen Partnern das Projekt „simporteam“ ins Leben

gerufen. Um die Sicherheit für Mutter und Kind bei Notfallsituationen während der Geburt zu erhöhen, wurde ein standardisiertes Trainingsprogramm für geburtshilfliche Teams (Gynäkologen, Hebammen, Anästhesisten, Pflegefachkräfte, Pädiater) entwickelt. Dabei übertrugen die Initiatoren von simporteam erstmalig in Deutschland ein in anderen Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt seit Jahrzehnten bewährtes Teamtrainingskonzept (Crisis Resource Management – CRM) auf die Geburtshilfe.

In typischen Notfallszenarien kann das Kreißaal-Team mit einer Simulationspuppe Probleme bei der Geburt trainieren, bei denen es auf eine optimale Abstimmung aller Beteiligten ankommt. Nach dem Training im Kreißaal unter realistischen Bedingungen erfolgt eine videogestützte Nachbesprechung der Fälle, bei der in konstruktiv-freundlicher Atmosphäre neben den medizinisch-fachlichen Fragen besonderer Wert auf die nicht technischen, wie zum Beispiel kommunikativen Fähigkeiten der Teammitglieder gelegt wird. Ferner gibt es eine fallbezogene Schulung zur Auswertung des Herztonwehenschreibers (CTG) sowie die Anleitung zur Erarbeitung von klinikeigenen Behandlungsvorgaben für den Kreißaal.

**Bundesweites Angebot.** Bislang wurde das Notfalltraining im Rahmen eines Pilotprojektes in sieben bayrischen Geburtskliniken angeboten und durch das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement der Universität München evaluiert. Die Auswertung der Daten ergab bei den Kursteilnehmern unter anderem mittelgroße bis große Verbesserungen in den selbst eingeschätzten technischen Fähigkeiten und für das selbst eingeschätzte Notfallmanagement. Aufgrund des großen Erfolges in der Pilotregion und angesichts des großen Interesses von vielen Kliniken soll das Training nun auch bundesweit angeboten werden. Um den damit verbundenen Organisationsaufwand zu bewältigen, hat das APS für das Trainingsprogramm kürzlich eine eigene Geschäftsstelle eingerichtet. Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Trainings erfolgen weiterhin durch die APS-Kommission „simporteam“. ■

**Professor Dr. med. Hartmut Siebert** ist stellvertretender Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS).



# Prozesse kritisch hinterfragen

Schon in der Ausbildung sollten Medizinische Fachangestellte lernen, wie sie mit Fehlern richtig umgehen, findet **Sabine Ridder**. Die Broschüre „Fehler als Chance“ des AOK-Bundesverbandes leistet dazu einen Beitrag.

**E**ine Verwechslung der Blutproben, eine doppelte Impfung oder eine falsch aufgezugene Injektion – Zwischenfälle dieser Art passieren in einer Arztpraxis zum Glück selten, denn sie können die Patienten in große Gefahr bringen. Vollkommen ausschließen lassen sich solche und andere Fehler jedoch nie. Aber es ist möglich, aus ihnen zu lernen und ihre Ursachen auszuschalten. Dafür ist es unverzichtbar, dass der richtige Umgang mit Fehlern schon in der Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten thematisiert und erlernt wird. Die Begriffe Fehlermanagement und Patientensicherheit kommen zwar nicht direkt in der schulischen Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten vor. Dennoch kann dazu in allen Fächern Wissen vermittelt werden.

**Berichte aus der Praxis.** Ein hilfreicher Baustein ist dabei die Broschüre „Fehler als Chance“, die der AOK-Bundesverband in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem Verband medizinischer Fachberufe, dem Deutschen Pflegerat und dem Bundesverband Pflege-management herausgegeben hat und die demnächst auch an Berufsschulen verteilt wird. Darin berichten 14 Männer und Frauen von Fehlern, die ihnen in ihrer Zeit als Pflegekraft, Medizinische Fachangestellte oder Physiotherapeutin passiert sind, welche Folgen diese Fehler für die Patienten hatten und wie die Gesundheits- und Pflegeprofis damit umgegangen sind.

So unterschiedlich diese Erlebnisse im Einzelnen sind, zeigen sie doch alle: Schuld an einem Fehler sind nie Personen,

sondern fehlerhafte oder fehleranfällige Abläufe und Strukturen. Doch der richtige Umgang mit Fehlern ist im Praxisalltag oft nicht leicht. Einerseits werden Fehler häufig immer noch mit persönlichem Versagen assoziiert und die Angst vor Sanktionen sitzt nach wie vor tief. Andererseits gibt es in vielen Praxen noch keine gelebte Fehlerkultur. Die „Schuld“ wird schnell Einzelnen und auch gerne einmal den Auszubildenden zugeschoben.

**Die Kunst der Kommunikation.** Meist sind es informationsbezogene Prozesse und Beziehungsaspekte, die beim Zustandekommen eines Fehlers eine Rolle spielen. Verschiedene Studien belegen, dass Probleme bei der Kommunikation im Team zu den häufigsten Fehlerquellen

gehören. Informationen ohne inhaltliche Verluste zu übermitteln, sie richtig zu interpretieren und dabei respektvoll miteinander umzugehen, ist für jedes Praxisteam eine Herausforderung. Sie lässt sich nur meistern, wenn Auszubildende gleichberechtigte Teammitglieder sind, die Fragen stellen dürfen, denen Dinge erklärt werden und die dabei auch ihre Grenzen erkennen können. Die Erlebnisse aus der Broschüre „Fehler als Chance“ ermutigen Auszubildende genauso wie gestandene Profis, offen mit Fehlern umzugehen und alltägliche Arbeitsabläufe und -strukturen immer wieder kritisch zu hinterfragen. ■

*Sabine Ridder ist Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. und Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit.*

## »Hinschauen, statt Schuldige zu suchen«



Wer in der Pflege arbeitet, tut Tag für Tag sein Bestes, um die Patienten optimal zu versorgen. Trotzdem passieren Fehler, manchmal mit erheblichen Folgen. Diese Tatsache hinzunehmen und zu hoffen, dass Fehler nicht bemerkt werden, ist aber der falsche Weg. Entscheidend ist, wie man mit Fehlern umgeht und ob man die Chance nutzt, die in jedem Fehler auch steckt. Tatsächlich werden Fehler aber oft verschwiegen oder verheimlicht – aus Tabu-Gründen oder aus Angst vor beruflichen und persönlichen Konsequenzen. Beides darf nicht sein. Deshalb fordert der Deutsche Pflegerat eine Kultur, die hinschaut, statt Schuldige sucht. Eine Kultur, in der man offen mit Fehlern umgeht und gemeinsam Lösungen sucht, statt Einzelne an den Pranger zu stellen. Denn der Rahmen, in dem Fehler aufgearbeitet werden müssen, ist immer das ganze Unternehmen oder das jeweilige Team. Die Chance, andere Patienten vor der Wiederholung eines Fehlers zu schützen, muss genutzt werden. Denn Fehler kann man zwar nie hundertprozentig vermeiden – aber man kann aus ihnen lernen. ■

*Andreas Westerfellhaus ist Präsident des Deutschen Pflegerates.*

# Blick über den Tellerrand

Vielversprechende Pilotprojekte, nationale Kampagnen oder ein Handbuch für Patienten – ein Blick über die Grenzzäune der europäischen Nachbarn lohnt sich. Hier finden sich viele vorbildliche Ansätze für mehr Patientensicherheit, die zur Nachahmung anregen.



Das im Mai 2012 von der EU-Kommission gestartete Projekt „European Union Network for Patient Safety and Quality of Care“ (PaSQ) baut ein europäisches Netzwerk auf dem Gebiet der Patientensicherheit auf. Das Projekt dient dem Austausch von Erfahrungen und dem gemeinsamen Lernen aus national erfolgreichen „Best-Practice-Ansätzen“. Alle EU-Mitgliedsländer können erfolgreiche Projekte melden – diese sind dann in einer gemeinsamen Datenbank für alle zugänglich. Hier können die Beteiligten auch die nötigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung eines Projektes diskutieren. Neben dem Erfahrungsaustausch erhalten alle Mitgliedstaaten im Rahmen des Projektes Unterstützung dabei, diejenigen Maßnahmen für mehr Patientensicherheit national umzusetzen, die die EU bereits 2009 in ihrer „Empfehlung zur Patientensicherheit“ erarbeitet hat. Die Gesamtkoordination des Projekts, das bis April 2015 läuft, hat Frankreich übernommen (Haute Autorité de Santé).



## Großbritannien

Großbritannien richtete bereits 2001 die National Patient Safety Agency (NPSA) als eigene staatliche Behörde des National Health System (NHS) ein, um sich an zentraler Stelle mit Patientensicherheitsfragen zu befassen. Das seit 2003 etablierte nationale Fehlermeldesystem NRLS (National Reporting and Learning System) stellt eines der umfassendsten Datenquellen mit rund 9,8 Millionen Zwischenfallmeldungen dar. Die Meldungen werden analysiert und Erkenntnisse für die Fehlerprävention unter anderem über sogenannte „patient safety alerts“ bereitgestellt. 2012 wurde die NPSA aufgelöst und die Aufgaben wurden wieder vom NHS übernommen.



## Niederlande

Die Niederlande haben von 2008 bis 2012 eine Nationale Kampagne zur Steigerung der Patientensicherheit durchgeführt. Dabei wurden für die unterschiedlichen Bereiche der stationären Behandlung diverse Qualitätsindikatoren spezifiziert. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Kampagne in den Niederlanden die Zahl der vermeidbaren Todesfälle um rund 50 Prozent senken konnte.



## Frankreich

Frankreich hat 2013 eine umfassend konzipierte Strategie zur Steigerung der Patientensicherheit gestartet: Das nationale Programm PNSP (Programme National pour la Sécurité des Patients) soll insgesamt 90 Maßnahmen auf den Weg bringen, von denen bislang rund zehn Prozent umgesetzt wurden. Im Fokus aller Maßnahmen steht eine enge Verzahnung von nationaler und regionaler Ebene.



## Schweden

Schweden misst und veröffentlicht die Qualität von Ärzten und Kliniken seit neun Jahren. Die Daten diverser Operationen, Krankheitsbilder und stationärer Behandlungen werden jährlich veröffentlicht. Jeder Bürger kann über das Internet auf diese Daten zugreifen und sich informieren, wie hoch etwa die Sterblichkeitsrate nach einer Brustkrebsoperation in den verschiedenen Krankenhäusern ist. Die Veröffentlichung schafft in den Kliniken einen wichtigen Anreiz für eine leitliniengerechte Behandlung. Die Konsequenz: Die Qualität der Behandlung – und damit auch die Sicherheit der Patienten – nimmt seit Beginn der Veröffentlichungen kontinuierlich zu.



## Dänemark

Bereits im Jahr 2001 hat sich in Dänemark das freiwillige Netzwerk „Danish Society for Patient Safety“ gegründet. Das 2007 vom Netzwerk entwickelte Patientenhandbuch hat das Ziel, Patienten zum Thema „Sicherheit im Krankenhaus“ zu informieren. Hier finden Patienten „Tipps“, wie sie selbst für mehr Sicherheit in der Klinik sorgen können, beispielsweise durch bestimmte Fragen im Arztgespräch.



## Österreich

2013 hat die österreichische Regierung die nationale Patientensicherheitsstrategie vorgelegt. Diese enthält Ziele und Maßnahmen für fünf Interventionsfelder: auf der Ebene der Politik, der Organisation, des Personals, der Patienten und des Monitorings. Letzteres soll gewährleisten, dass die Ziele auch erreicht werden. Die Patientensicherheitsstrategie beinhaltet beispielsweise die Etablierung eines klinischen Risikomanagements (inklusive Fehlermanagements) in allen Gesundheitseinrichtungen sowie den Einsatz von Fehlermelde- und Lernsystemen. Die verstärkte Nutzung von IT-Systemen soll künftig die Sicherheit in der Arzneimitteltherapie verbessern.



## Schweiz

In der Schweiz hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2011 eine „Qualitätsstrategie im schweizerischen Gesundheitswesen“ entwickelt. Unter dem Namen „progress“ wurden 2012 zwei große Pilotprojekte gestartet. Im ersten Projekt „Sichere Chirurgie“ sollen Checklisten die Operationen sicherer machen. Das zweite Projekt „Sichere Medikation an Schnittstellen“ soll die Risiken einer Fehlmedikation bei der Entlassung aus der Klinik verringern. Ein drittes Projekt zur Minimierung von Krankenhausinfektionen ist in Vorbereitung.

# Alle an einem Strang

Das Versorgungssystem analysieren, Probleme bei der Patientensicherheit erkennen und Lösungsvorschläge entwickeln – dieses gemeinsame Ziel haben die rund 500 Mitglieder des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Von **H. François-Kettner, B. Hoffmann und C. Wiebe-Franzen**

Zuallererst nicht schaden. Dieser ethische Grundsatz zum Wohl der Patienten bestimmt das Handeln aller, die im Gesundheitswesen tätig sind. Fehler zu machen, ist dabei menschlich, nicht aus ihnen zu lernen, kann im pflegerisch-medizinischen Bereich aber tödlich sein. Zehn Millionen Menschen tragen laut Weltgesundheitsorganisation weltweit jedes Jahr schwere körperliche Schäden davon oder sterben, weil die Gesundheitsversorgung nicht sicher genug ist. Bei bis zu jeder zehnten Krankenhausbehandlung wird ein Patient durch ein vermeidbares Ereignis geschädigt – auch in gut ausgestatteten, modernen Gesundheitssystemen.

**Ein unabhängiges Netzwerk.** Da die Situation in Deutschland nicht anders eingeschätzt wird, wurde im Jahr 2005 das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) gegründet. Der gemein-

nützige Verein mit seinen über 500 Mitgliedern soll Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit entwickeln, erforschen und verbreiten. Dabei versteht sich das APS als unabhängiges Netzwerk aller, die an einer sicheren Patientenversorgung interessiert sind. Mittlerweile hat es sich als wichtigste Organisation für die Förderung der Patientensicherheit in Deutschland etabliert. Die Mitglieder kommen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens: Patienten, Krankenkassen sowie Institutionen und Verbände der Gesundheitsversorgung, -forschung und -wirtschaft.

Neutralität ist dabei das oberste Prinzip und macht das APS unabhängig von staatlichem Einfluss und wirtschaftlichen Interessen. Deshalb ist das APS ein zentraler Partner für alle Akteure im Gesundheitswesen geworden. Ausgangspunkt ist dabei die Erkenntnis, dass individuelle Schuldzuweisungen nicht das

## »Wir bringen die Theorie in die Praxis«

**Dr. med. Bernd Metzinger**  
ist Geschäftsführer der  
Deutschen Krankenhaus-  
gesellschaft e. V. (DKG).



### Warum engagiert sich die DKG im Aktionsbündnis Patientensicherheit?

Als Gründungsmitglied des APS war es unser Ziel, das Thema Patientensicherheit in Kooperation mit weiteren Partnern noch stärker voranzutreiben. Wir haben es dabei als unsere originäre Aufgabe gesehen, das im Aktionsbündnis permanent gesammelte Wissen konsequent in die Kliniken hineinzutragen und so dabei

zu helfen, dass die Theorie auch erfolgreich in die Praxis umgesetzt wird.

### Welche Projekte sind aus dieser Kooperation erwachsen?

Ein großer Erfolg war sicherlich das Projekt zur Patientenidentifikation. Immer mehr Kliniken haben in der Vergangenheit das Patientenarmband eingeführt und sorgen so für mehr Sicherheit, weil eine Verwechslung des Patienten zum Beispiel im Operationssaal damit ausgeschlossen wird. Mit der „Aktion saubere Hände“ konnten wir uns erfolgreich dafür einsetzen, dass die Hygienerichtlinien in den Krankenhäusern konsequenter durchgesetzt werden. Und auch das von uns mit aufgebaute Fehlerberichtssystem CIRS-Netz-Deutschland ist ein Meilenstein für

mehr Patientensicherheit. Wir begrüßen in diesem Zusammenhang ausdrücklich die gesetzliche Verpflichtung der Kliniken, interne Fehlerberichtssysteme aufzubauen, sowie die finanziellen Anreize für die Teilnahme an externen Berichtssystemen.

### Wo besteht noch Handlungsbedarf?

Die Politik hat die Kassen im vergangenen Jahr gesetzlich verpflichtet, die Kosten für Neueinstellungen von Hygieneärzten in den Kliniken zu finanzieren. Leider kommen wir bei dem Thema nur sehr zögerlich voran. Die Krankenhäuser streiten zurzeit mit einigen Kassen über die korrekte Interpretation dieses gesetzlichen Auftrags. Ich fürchte, hier ist die Politik gefragt, zeitnah durch eine Präzisierung für eine klare Regelung zu sorgen. ■



Problem der Behandlungsfehler lösen. Vielmehr gilt es, das Versorgungssystem zu analysieren, um aus Fehlern zu lernen und künftige Fehler zu vermeiden.

**Empfehlungen für die Praxis.** Die ehrenamtlichen APS-Arbeitsgruppen erstellen interdisziplinäre und interprofessionelle Empfehlungen für Probleme der Patientensicherheit. Sie erarbeiten Handlungsempfehlungen für die Praxis (*siehe Kasten rechts*), die auf internationaler Forschung und auf praktischen Erfahrungen basieren. Mit zwei wichtigen Publikationen wirbt das APS darüber hinaus für eine neue Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen:

- In der Broschüre „Aus Fehlern lernen“ berichten Ärzte und Pflegende über eigene Fehler bei der Behandlung von Patienten.
- Die Publikation „Reden ist Gold“ empfiehlt nach einem Zwischenfall eine aktive und transparente Kommunikation mit allen Beteiligten.

**Internationale und nationale Kooperationen.** Das APS unterstützt als Kooperationspartner nationale und internationale Forschungsprojekte zur Verbesserung der Patientensicherheit. Zudem ist es in der „Patient Safety and Quality of Care Working Group“ der EU-Kommission vertreten und dabei an mehreren internationalen Projekten beteiligt. Seit 2010 betreiben das APS, das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat ein bundesweites, öffentlich zugängliches Berichts- und Lernsystem für Kliniken, das Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland (CIRS = Critical Incident Reporting System). Unter [www.kh-cirs.de](http://www.kh-cirs.de) können die Nutzer anonym über kritische Ereignisse, Beinaheschäden und Fehler berichten. Anschließend können andere Nutzer diese analysieren und kommentieren. So ermöglicht das Internetportal gemeinsames Lernen über die Grenzen von Berufsgruppen und Krankenhäusern hinweg.

Die „Aktion Saubere Hände“ ist ein weiteres Projekt, an dem das APS beteiligt ist. Es fördert nicht nur die hygienische Händedesinfektion in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Praxen, sondern will die beteiligten Einrichtungen ganz allgemein für das Thema Hygiene und insbesondere Krankenhausinfektionen sensibilisieren.

Die besondere Aufmerksamkeit des APS gilt der Patientensicherheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Für den Einsatz in den Bildungsinstitutionen des Gesundheitswesens beschreibt der Lernzielkatalog „Wege zur Patientensicherheit“, welches Wissen und welche Fertigkeiten Ärzte, Pflegende, Apotheker, Medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten haben sollten, um die Versorgung der Patienten sicherer zu machen.

## Arbeitsgruppen im APS

- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Behandlungsfehlerregister
- Bildung und Training
- Informieren – Beraten – Entscheiden
- Medizinprodukt-assoziierte Risiken
- Älterer Patient im Krankenhaus

## Informationsbroschüren des APS

### Handlungsempfehlungen für Mitarbeiter

- zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet: „Jeder Tupfer zählt“
- zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie
- zur sicheren Patientenidentifikation
- zur Einführung von CIRS im Krankenhaus
- zum Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln
- Checkliste Arzneitherapiesicherheit im Krankenhaus
- Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog

### Informationen für Patientinnen und Patienten

- zur Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus
- Medikationsplan
- „Tiefer Venenthrombose vorbeugen“
- „Sicher im Krankenhaus“

Ausgehend von den Erkenntnissen aus Behandlungsfehlern, die sich in der Geburtshilfe ereigneten, hat das APS mit mehreren Partnern das Projekt „simparteam“ entwickelt, ein Simulationstraining von Notfallsituationen im Kreißsaal für Geburtshilfe-Teams (*siehe Beitrag „Training für den Notfall“ auf Seite 8*).

**Finanzierung sichern.** Das Thema Patientensicherheit wird in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen immer stärker wahrgenommen, APS-Handlungsempfehlungen werden zunehmend umgesetzt. Die weitere Erfolgsgeschichte des APS hängt nun davon ab, wie sich seine Arbeitsstrukturen entwickeln, wie es künftig im Gesundheitssystem verankert sein wird – und nicht zuletzt auch von einer nachhaltigen Finanzierung.

Neben konkreten Fragen und Problemen der Patientensicherheit wird es für das APS in Zukunft verstärkt um Querschnittsthemen gehen, zum Beispiel den Zusammenhang zwischen einer sicheren Versorgung und genügend Personal in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Weitere Herausforderungen sind die Überprüfung und Einführung zusätzlicher Maßnahmen für mehr Patientensicherheit. Dabei wird das APS auch für die Gesundheitspolitik ein wichtiger Ansprechpartner sein. ■

---

**Hedwig François-Kettner** ist Vorsitzende des APS,  
**Dr. Barbara Hoffmann (MPH)** ist Beisitzerin im Vorstand des APS,  
**Conny Wiebe-Franzen** ist Mitarbeiterin der Geschäftsstelle.

# Schwächen erkennen und abstellen

Am Anfang stand die Teilnahme an einem Projekt zum Risikomanagement – danach haben vier Bremer Kinderkliniken und das Altonaer Kinderkrankenhaus in Hamburg ihre Fehlerberichtssysteme selber fortgeführt und weiterentwickelt. Von **Annegret Himrich**

**Z**wölf Kinderkliniken beteiligten sich von 2005 bis 2007 an einem Verbundprojekt zum Thema Risikomanagement. Über ein Fehlerberichtssystem (CIRS) meldeten sie Fehler und kritische Ereignisse dem Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Uni Bremen, das so rund 1.300 Berichte sammelte und auswertete. Die Mitarbeiter der Kliniken wurden über die Ergebnisse informiert und machten Vorschläge zur Fehlervermeidung. Vier Bremer Kinderkliniken und das Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK) in Hamburg führten das ursprünglich vom AOK-Bundesverband geförderte Projekt anschließend in Eigenregie fort.

In den vier Kinderstationen des Klinikverbundes Gesundheit Nord gehört es heute zum Alltag, Risiken zu erkennen, Beinahe-Zwischenfälle zu melden. „Die Fehlerkultur hat sich geändert. Über Fehler wird offen gesprochen und darauf reagiert“, sind sich Dr. Martin Claßen, Chefarzt der Kinderklinik im Klinikum Links der Weser, und Dr. Wolfgang Marg, Sprecher des Eltern-Kind-Zentrums der Gesundheit Nord, einig. Das berührt Abläufe in den verschiedensten Bereichen. Kommunikation, Pflege oder die Anschaffung sicherer Materialien sind nur einige Beispiele. Dabei ist das Bewusstsein dafür, wie risikoträchtig manche Tätigkeiten sind, schärfer geworden. Die positiven Erfahrungen mit dem Projekt hatten zur Folge, dass sowohl das CIRS als auch die damit verbundenen Diskussionen um Arzneimittel- und Gerätesicherheit, Prüfprozesse im Operationssaal und die sichere Identifikation von Patienten weitergeführt wurden. Inzwischen haben neben den vier Kinderkliniken die Kliniken Bremen-Mitte, Bremen-Nord, Bremen-Ost und Links der Weser ein flächendeckendes CIRS etabliert.

**Voneinander lernen.** Die anonymisierten Meldungen werden regelmäßig besprochen, um Risiken zu erkennen und zu minimieren. Ein CIRS-Jahresbericht stellt einrichtungsübergreifend ausgewählte erfolgreiche Beispiele vor und enthält Vorschläge für Verbesserungsempfehlungen und Warnhinweise. Über eine Kommunikationsplattform können sich die CIRS-Beauftragten austauschen und voneinander lernen. Darüber hinaus haben die Bremer Kinderkliniken weitere Prozesse für mehr Patientensicherheit etabliert, etwa die Einführung und Umsetzung einer OP-Sicherheitscheckliste oder eine Zählkontrolle am Ende einer

Operation, damit Tupfer und andere Materialien nicht im Körper des Patienten vergessen werden.

**Mitarbeiter sind aktiv dabei.** Auch das AKK hat das Fehlermeldesystem fortgeführt. „Das CIRS ist bei uns ein fester Bestandteil des Qualitätsmanagements geworden“, sagt Hans Olshausen, der in seiner Zeit als Stationsleiter des Altonaer Kinderkrankenhauses das Pilotprojekt begleitet hat. „Wir wollten die Mitarbeiter ermutigen, Fehler zu melden. Anfangs mussten wir ihnen immer wieder klarmachen, wie wichtig so ein Risikomanagement

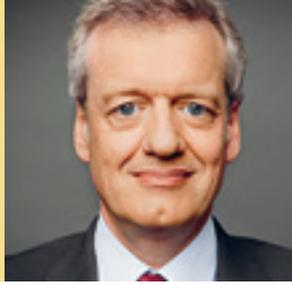


*Mehr Sicherheit in der Kinderklinik: Mit einem internen Fehlerberichtssystem lassen sich Risiken frühzeitig erkennen und Schäden verhindern.*

ist.“ Heute erfolgen die Meldungen aus eigener Initiative und die Mitarbeiter erwarten, dass sich etwas ändert.

Viele Abläufe wurden inzwischen so angepasst, dass sie weniger Risiken bergen – etwa die Verabreichung von Arzneimitteln oder die Weitergabe von Informationen. Gelingen können solche Veränderungen laut Olshausen aber nur, wenn die Führungskräfte die praktische Umsetzung zur Chefsache machen und sie durch alle Ebenen steuern und kontrollieren. Die Etablierung eines Fehlermeldesystems habe dazu beigetragen, Fehler oder Beinahe-Fehler als Chance für Verbesserungen zu begreifen. Olshausen: „Wenn bereits kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler gemeldet werden, verbessert das die Patientensicherheit und verhindert echte Schäden bei den Kindern und Jugendlichen, die wir behandeln.“ ■

Annegret Himrich ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.



# »Es gibt keine unwichtigen Fehler«

Seit fast zehn Jahren gibt es das Fehlerberichtssystem „Jeder-Fehler-zahlt.de“. Das Angebot richtet sich explizit an Hausarztpraxen, erläutert **Ferdinand Gerlach**. Ärzte berichten hier online über ihre Fehler und diskutieren miteinander, wie diese sich künftig vermeiden lassen.

## Lässt sich mit einem Fehlerbericht im Internet wirklich die Patientensicherheit verbessern?

Ein Fehlerberichtssystem alleine reicht sicher nicht aus, aber es kann ein wichtiger Baustein sein. Berichte über kritische Ereignisse können bei den Nutzern das Gefühl für fehlergeneigte Situationen schärfen und sie dafür sensibilisieren, wie sich Fehler ohne großen Aufwand verhindern lassen. „Jeder-Fehler-zahlt.de“ ist ein kleiner Beitrag zu einer offeneren Fehlerkultur in Deutschland. Denn nur, wenn man über seine Fehler berichtet und mit anderen darüber diskutiert, lässt sich daraus lernen, wie bestimmte Fehler künftig unwahrscheinlicher werden.

## Sind auch Bagatellfehler interessant und berichtenswert?

Wir wissen aus der Fehlerforschung, dass es in der Regel nicht den einen grandiosen Fehler gibt, der für einen entstandenen Schaden verantwortlich zu machen ist. Vielmehr ist in den meisten Fällen eine ganze Kette von kleinen Fehlern die Ursache. Es gibt Missverständnisse, Verwechslungen oder Kommunikationsprobleme, die erst in der Verkettung eine gefährliche Dynamik bekommen können. Wenn man die Sicherheit der Patienten verbessern will, muss man also diese Fehlerketten durchbrechen. Insofern gibt es keine unwichtigen Fehler.

## An wen richtet sich „Jeder-Fehler-zahlt.de“?

Das Angebot richtet sich explizit an Hausarztpraxen. Dabei können sowohl die Ärzte selbst als auch ihre Mitarbeiterinnen die Fehler melden. Zielgruppe ist also das ge-

samte hausärztliche Praxisteam. Wir haben uns bei der Definition des Begriffes Fehler bewusst für eine sehr breite Definition entschieden. Für uns ist ein Fehler, was die

## » In unserer Datenbank kann das gesamte Praxisteam Vorfälle anonym melden.«

Berichtenden als Fehler empfinden, also jeder Vorfall, von dem Arzt oder Medizinische Fachangestellte sagen: „Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert.“

## Wie wird ein gemeldeter Fehler von Ihnen aufbereitet?

Bevor der Bericht online gestellt wird, prüfen wir, ob anhand der Falldarstellung eine Identifizierung des Berichtenden möglich ist. Eventuell verändern wir Kleinigkeiten wie den Namen einer Stadt, um die Anonymität sicherzustellen. Anschließend können die Nutzer des Systems den Fehler kommentieren und diskutieren. In der Rubrik „Fallanalysen“ arbeiten wir einzelne Fehlerberichte ausführlicher aus, beispielsweise mit einer Grafik zur individuellen Fehlerkette. Bei einigen relevanten Fehlern liefern uns Experten in sogenannten Gastkommentaren eine ausführliche Fallanalyse. Aus der Fülle der immer wieder berichteten Fehler haben wir zudem eine Sammlung von Tipps zur Fehlervermeidung zusammengestellt, beispielswei-

se zu Fehlern beim Impfen, bei der Medikation oder beim Hausbesuch. Zudem kürten wir besonders interessante oder relevante kritische Ereignisse zum „Fehler des Monats“ und stimulieren hier eine detaillierte und breite Diskussion.

## Es handelt sich um ein offenes Berichtssystem, Patienten und Medien können also mitlesen. Ist das nicht problematisch?

Wir feiern in Kürze unser 10-jähriges Jubiläum und mit dieser Erfahrung im Rücken können wir ganz klar sagen, dass sich solche anfangs geäußerten Sorgen nicht bewahrheitet haben. Wir haben uns für den offenen Zugang entschieden, weil dies den Ärzten ohne Identitätsprüfung einen extrem leichten Zugang zum Berichtssystem verschafft. Nur so können wir den Berichtenden eine hundertprozentige Anonymität gewährleisten. Zudem wollen wir mit dem offensiven Umgang mit kritischen Ereignissen auch um das Verständnis der Öffentlichkeit werben – das funktioniert tatsächlich sehr gut, unsere Arbeit wurde bislang wertschätzend aufgenommen.

## Was sind die häufigsten Fehler, über die berichtet wird?

Bei 74,2 Prozent handelt es sich um Prozessfehler, bei denen in der Praxis durch fehlerhafte Abläufe etwas schiefgelaufen ist. Nur bei einem Viertel der Fälle spielte tatsächlich mangelndes Wissen oder eine mangelnde Fertigkeit des Arztes oder des Praxisteams eine Rolle. Unter den Prozessfehlern passieren mit knapp 50 Prozent die meisten kritischen Ereignisse im Bereich der Arzneitherapie. ■

# Alle Register ziehen

Das Endoprothesenregister Deutschland sorgt für mehr Qualitätstransparenz bei Eingriffen an Hüft- und Kniegelenk. Nun muss der Gesetzgeber das neue Wissen konsequent nutzen, um die stationäre Versorgung zu verbessern. Von **Jürgen Malzahn**

**D**ie Hüft- und Knieendoprothetik ist ein medizinischer Leistungsbereich, der von vielfältigen Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet wird. Fallzahlen, Komplikationen oder der Austausch einer fehlerhaften Prothese werden seit Jahren erfasst. Und diese Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Analysen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zeigen, dass hierzulande die Zahl der endoprothetischen Eingriffe im internationalen Vergleich hoch ist. Ebenso belegen internationale Vergleiche, dass die Anzahl der Prothesen, die vorzeitig ausgetauscht werden müssen (Revisionsrate), in Deutschland sehr hoch ist. In Schweden sind solche Wechseloperationen beispielsweise nur knapp halb so oft nötig. Prinzipiell kommen dabei für den notwendigen Austausch einer Prothese verschiedene Ursachen infrage, beispielsweise das individuelle (Fehl-)Verhalten der Patienten, die mangelnde Qualität der jeweiligen ärztlichen Behandlung oder die Güte des implantierten Medizinproduktes.

**Ergebnisqualität messen.** Zur Messung der Qualität von stationären Leistungen gibt es bislang drei wesentliche Ansätze. In der gesetzlichen Qualitätssicherung wird die Ergebnisqualität der endoprothetischen Eingriffe allein im operierenden Krankenhaus betrachtet und das auch nur für die Dauer des Klinikaufenthaltes. Dabei werden unter anderem Revisionsoperationen und Infektionen während dieser Zeit ermittelt. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) verfolgt den zweiten Ansatz: Es misst mit dem QSR-Verfahren bereits seit Jahren die Ergebnisqualität der Endoprothetik über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus und betrachtet Komplikationen oder die Revisionsrate über den Zeitraum eines ganzen Jahres nach der Operation, selbst wenn die betroffenen Patienten im Verlauf dieses Jahres in einem ganz anderen Krankenhaus behandelt werden – diese deutlich genauere Qualitätsmessung soll künftig Eingang in die gesetzliche Qualitätssicherung finden. Beim Messen der Ergebnisqualität zeigt sich übrigens in beiden Verfahren ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Menge

an Operationen in einem Haus und der Qualität der Behandlung (Volume/Outcome-Effekt). Unabhängig davon belegen verschiedene Studien auch, dass eine gewisse Mindestanzahl von Operationen eindeutig mit einer höheren Ergebnisqualität einhergeht.

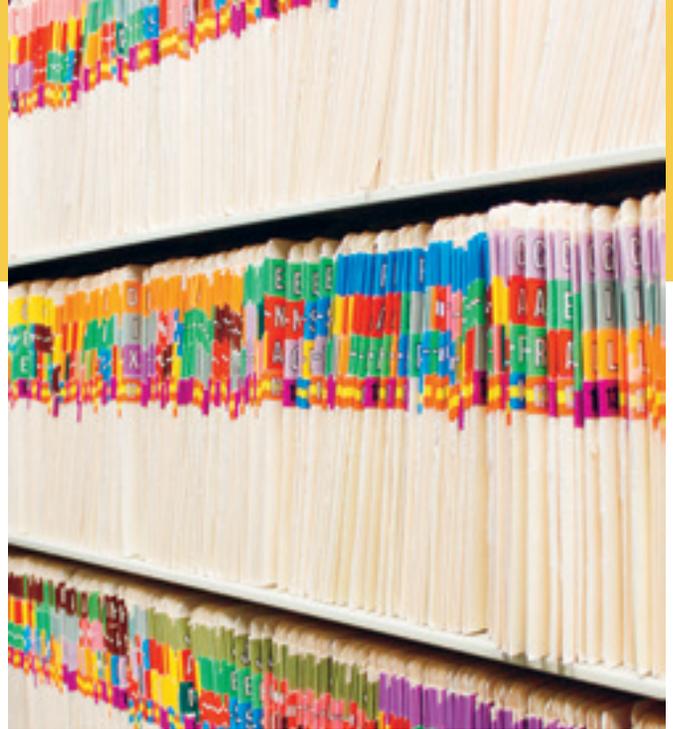
**Zusätzliche Details zur Qualität.** Um längerfristige Auskünfte über die Qualität von endoprothetischen Eingriffen zu erhalten, betreibt die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) mit Unterstützung der Hersteller von Implantaten, dem Verband der Ersatzkassen und dem AOK-Bundesverband das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Im Rahmen dieses dritten Ansatzes zur Messung der Ergebnisqualität werden in den nächsten Jahren von freiwillig teilnehmenden Kliniken alle relevanten Operationsdaten gesammelt

und ausgewertet. Das Register wird mittelfristig neben zusätzlichen Details zu den Krankenhäusern auch neue Erkenntnisse über die Qualität und Langlebigkeit der Implantate selbst generieren. So können Patienten ihre Krankenhauswahl auf Basis solider Informationen treffen. In Schweden und Dänemark wurde die Revisionsrate für Endoprothesen insbesondere durch die Einführung der Register entscheidend gesenkt. So zeigt sich in den skandinavischen Ländern, die teilweise bereits in den 70er-Jahren Endoprothesenregister eingeführt haben, welchen großen Einfluss für die Patientensicherheit ein zuverlässiges Register haben kann.

Neben der Messung der Ergebnisqualität spielt für die Patientensicherheit auch die Indikationsqualität eine große Rolle. Zentrale Frage bei der Indikationsstellung ist es, welche Therapie bei einer Erkrankung die besten Ergebnisse verspricht, beispielsweise eine Operation oder eine konservative Therapie. Dieser Themenbereich – nämlich klar nachvollziehbare Indikationsstellungshinweise – ist in Deutschland noch unterentwickelt. Dies hat auch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) erkannt und wird den wissenschaftlichen Sachstand zu dieser Frage bewerten.

» Die unabhängige, qualifizierte Beratung der Patienten wird immer wichtiger. «

*Datenbank statt Aktenschrank: Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) sammelt alle wichtigen Daten von endoprothetischen Eingriffen. So macht das EPRD die Qualität der Kliniken und der verwendeten Endoprothesen transparenter.*



Ein weiterer wichtiger Baustein für mehr Patientensicherheit ist die Qualitätssicherung mit EndoCert. In diesem freiwilligen, federführend durch die DGOOC entwickelten Zertifizierungsverfahren müssen die Krankenhäuser ihre Struktur- und Prozessqualität gegenüber externen Prüfern nachweisen. Neben der Fixierung von Behandlungsschritten sind unter anderem Mindestoperationszahlen von Operateuren eine Voraussetzung für das Zertifikat. Darüber hinaus verpflichten sich an EndoCert teilnehmende Kliniken dazu, am Endoprothesenregister Deutschland teilzunehmen.

**Fakten zur Knieoperation.** Um Patienten die wichtigsten Fakten zur Endoprothetik möglichst einfach zugänglich zu machen, hat die Bertelsmann-Stiftung den aktuellen Wissensstand zu diesem Thema im Internet (*siehe Webtipps auf Seite 2*) veröffentlicht. Aus der Lektüre wird allerdings schnell klar, dass Informationen zur Endoprothetik leider nicht ganz so einfach zu interpretieren sind wie Vergleiche zwischen Kochtöpfen oder Fernsehgeräten bei der Stiftung Warentest. Daher wird die

qualifizierte Beratung der Patienten durch vertrauenswürdige Institutionen immer wichtiger. Die Gesundheitskasse jedenfalls lässt ihre Versicherten bei solchen Fragen nicht allein.

Insgesamt ist die Endoprothetik ein Leistungsbereich, über den aufgrund gesetzlicher und freiwilliger Qualitätssicherungsmaßnahmen eine fast beispiellose Flut an Informationen vorliegt. Was fehlt, ist die stringente Umsetzung der Erkenntnisse, weil der Patientenschutz mit dem „ärztlichen Recht auf freie Berufsausübung“ rechtlich betrachtet in Konkurrenz steht. Die aktuellen rechtlichen Bestimmungen, beispielsweise bei der Festlegung von Mindestmengen für Leistungen, reichen nicht aus, damit rechtssicher und mit vertretbarem bürokratischen Aufwand Konsequenzen aus dem Zusammenhang von Menge und Qualität einer Behandlung gezogen werden. Würden wir in allen Bereichen der Normgebung mit einem Maßstab agieren, der die absolute Einzelfallgerechtigkeit zur Grundlage hätte, wäre es unmöglich, neue Erkenntnisse in die Praxis zu bringen.

## »Nur bewährte Prothesen verwenden«



Die Hüftgelenkendoprothetik gehört mit rund 200.000 Eingriffen pro Jahr allein in Deutschland zu den sichersten Prozeduren der Medizingeschichte. Diese Erfolgsgeschichte wurde später auf dem Gebiet der Knie-, Schulter- und Sprunggelenkendoprothesen nachvollzogen. Die verantwortungsvolle ärztliche

Indikationsstellung zur OP und die sorgfältige Wahl des geeigneten Implantates bleibt aber entscheidend. Ich verwende daher streng nur solche Prothesenmodelle, die sich in Langzeitstudien bewährt haben. Das jüngst eingerichtete Endoprothesenregister Deutschland bietet wie das skandinavische Register eine entsprechende Datenlage. So kann die Komplikationsrate reduziert und die Patientensicherheit erhöht werden. Besonderes Augenmerk ist in jüngerer Zeit auf das Thema der minimalinvasiven Endoprothetik zu richten. Hier haben sich vielversprechende Techniken etabliert. Hingegen müssen Kurzschaffmodelle oder Oberflächenprothesen im Hüftgelenks- und Schultergelenksbereich erst ihre Qualität in Langzeitergebnissen unter Beweis stellen. ■

**Dr. med. Robert Kipping** ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Wolfartklinik München-Gräfelfing.

**Erkenntnisse nutzen.** Die Politik hat in der Koalitionsvereinbarung nicht ohne Grund das Thema Qualität im Krankenhaus in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Vorgaben gestellt. Dies wird oft als eine Art Freibrief für die Vertragsärzteschaft fehlinterpretiert; es ist aber Ausdruck dessen, dass wir im Krankenhausbereich viele qualitätsrelevante Erkenntnisse haben. Unser zweifelsohne gutes Gesundheitssystem könnte deutlich besser werden, wenn die vorliegenden Erkenntnisse auch zu klaren Konsequenzen führen würden. Im Fall der Endoprothetik bedeutet dies, die Versorgung in nachweislich qualitativ hochwertigen EndoCert-Kliniken zu konzentrieren, die eine gute Ergebnisqualität aufweisen. Die Komplexität des Geschehens erfordert allerdings Dreierlei: eine schnelle, mutige gesetzliche Flankierung und Umsetzung durch Bund und Länder, einen Qualitätswettbewerb durch direkte Verträge zwischen Kassen und Kliniken sowie durch Transparenz und optimale Beratung bestens informierte Patienten. ■

**Jürgen Malzahn** leitet die Abteilung „Stationäre Versorgung, Rehabilitation“ beim AOK-Bundesverband.



# Das richtige Mittel

Seit 2010 warnt die Priscus-Liste vor Medikamenten, die bei Senioren nicht oder nur mit besonderer Vorsicht zum Einsatz kommen sollten. Auf der Liste finden sich für alle 83 problematischen Arzneimittel entsprechende Therapiealternativen. Von **Petra Thürmann**

## »Ein gutes Hilfsangebot«



**Dr. med. Arnd Jaskulla**  
ist Facharzt für Innere  
Medizin in einer Gütersloher  
Hausarztpraxis.

### Wie beurteilen Sie die Priscus-Liste?

Für mich ist das ein gutes Hilfsangebot, das mich bei älteren Patienten dabei unterstützt, eine sinnvolle und sichere Arzneimitteltherapie auszuarbeiten. Ich sehe das, wie übrigens auch die meisten meiner Kollegen, mit denen ich zu tun habe, nicht als Eingriff in meine ärztliche Freiheit.

### Ist der Einsatz der Liste bei allen älteren Patienten im Praxisalltag nicht zu aufwendig?

Nein, wenn man die Liste eine Weile lang benutzt hat, dann weiß man recht schnell, welche Medikamentengruppen bei älteren Menschen besser nicht zum Einsatz kommen sollten. Das betrifft in meiner Praxis vor allem Antidepressiva, Beruhigungsmittel oder Antipsychotika. Wir Ärzte sind in der Pflicht, uns für unsere Patienten bestmöglich zu informieren, und die Priscus-Liste ist dabei sehr hilfreich.

### Gab es in Ihrer Praxis Fälle, bei denen Patienten sichtbar von einer Umstellung profitierten?

Das kommt hier quasi jeden Monat vor. Eine Patientin klagte kürzlich nach dem Klinikaufenthalt über ständige Benommenheit. Nach der Anpassung der Medikation ging es ihr wieder besser. Werden Patienten aus der Klinik entlassen, überprüfe ich routinemäßig die vorgeschlagene Medikation und stelle sie bei Bedarf auch um. ■

Mit steigendem Alter nimmt das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten zu. Damit einhergehend steigt in der Regel auch der Bedarf an Medikamenten. Nach einer Analyse bundesweiter Ordnungsdaten der AOK erhalten in der Altersgruppe ab 65 Jahren rund 42 Prozent aller Patienten, die Arzneimittel verschrieben bekommen, fünf oder mehr Wirkstoffe (Poly-medikation). Das Problem: Mit der Anzahl der Medikamente steigt das grundsätzliche Wechselwirkungsrisiko von miteinander unverträglichen Wirkstoffen. Zudem nimmt im Alter die Funktionsfähigkeit von Leber und Niere ab, sodass die Wirkstoffe langsamer abgebaut werden. Ältere Patienten benötigen bei den meisten Medikamenten also eine deutlich geringere Dosierung.

**Für Senioren ungeeignet.** Um Ärzten dabei zu unterstützen, die Therapiesicherheit für ihre multimorbiden älteren Patienten zu erhöhen, hat 2010 eine Deutsche Forschergruppe über 120 verdächtige Arzneimittel untersucht. Ziel war es, besonders häufig verordnete Wirkstoffe zu identifizieren, die für Menschen ab 65 Jahren als potenziell ungeeignet einzustufen sind. Das Ergebnis ist die Priscus-Liste mit 83 Wirkstoffen, die bei älteren Menschen nicht oder nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden sollten.

Untersuchungen zeigen, dass etwa 20 Prozent der ambulant behandelten Senioren und bis zu 40 Prozent deutscher Altenheimbewohner regelmäßig ein Medikament der Priscus-Liste verschrie-

ben bekommen. Mehr als die Hälfte der Priscus-Arzneimittel wirken auf das Nervensystem. So können beispielsweise Antidepressiva, Schlafmittel oder Mittel gegen Allergien das Sturzrisiko erhöhen. Unter den derzeit gängigen Wirkstoffen zur Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden immerhin 17 Substanzen als potenziell inadäquat zum Einsatz bei älteren Patienten eingestuft.

**Hinweis auf Alternativen.** Die Priscus-Liste beschränkt sich jedoch nicht nur auf eine Aufzählung der problematischen Wirkstoffe. Sie enthält auch Hinweise auf Begleiterkrankungen, die die Gefahr beim Einsatz eines Wirkstoffs besonders erhöhen. Zu jeder der aufgeführten Substanzen werden darüber hinaus Therapiealternativen genannt, wobei auch nicht medikamentöse Optionen berücksichtigt werden. Schließlich benennt sie Maßnahmen, die es dem Arzt ermöglichen, das Risiko zu begrenzen, wenn sich die Anwendung eines Arzneimittels im konkreten Einzelfall doch einmal nicht vermeiden lassen sollte. Hierzu gehören beispielsweise regelmäßige Kontrollen der Leber- oder der Nierenfunktion (Monitoring) oder Beschränkungen der Dosierung oder der Therapiedauer. Mehrere Studien untersuchen nun, inwieweit in der ärztlichen Praxis auf die Priscus-Medikamente verzichtet wird und inwieweit der Verzicht oder die Umstellung auf ein Alternativpräparat die Komplikationsrate vermindert. ■

**Professorin Dr. med. Petra Thürmann**  
lehrt klinische Pharmakologie an der  
Universität Witten/Herdecke.

# Kampf den Keimen

Jährlich gibt es etwa 500.000 Fälle von Krankenhausinfektionen. Mithilfe der „Aktion Saubere Hände“ ist es gelungen, das Personal in Kliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen noch stärker für die Bedeutung der Händehygiene zu sensibilisieren. Von **Petra Gastmeier**

Die „Aktion Saubere Hände“ (ASH) ist mit über 1.500 teilnehmenden Einrichtungen weltweit eine der größten Kampagnen und wurde 2013 durch die WHO als „Global Hand Hygiene Excellence Center“ ausgezeichnet. Nachdem sich die ASH in den ersten drei Jahren ihrer Laufzeit ausschließlich an Krankenhäuser gerichtet hat, wurden seit 2011 alle Inhalte und Interventionen auch an ambulante Einrichtungen sowie Alten- und Pflegeheime angepasst. Mithilfe der ASH ist es gelungen, die Bedeutung der hygienischen Händedesinfektion im Rahmen der Patientenversorgung bundesweit wieder stärker in den Fokus zu rücken. Die Kampagne basiert auf einem sogenannten multimodalen Interventionskonzept. Neben Infomaterialien und regelmäßigen Hygienefortbildungen für die Mitarbeiter gehören dazu vor allem die optimale Ausstattung mit Desinfektionsmittelspendern auf den Stationen sowie eine konstante Erfolgsüberwachung.

**Ein Spender pro Bett.** Die unmittelbare Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmitteln ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass sich alle Beteiligten vor und nach einem Patientenkontakt ausreichend desinfizieren (Compliance). Die ASH hat deshalb erstmalig eine Mindestausstattung an Desinfektionsmittelspendern definiert. Demnach muss auf Intensivstationen und Dialyseeinrichtungen mindestens ein Spender pro Patientenbett und auf Normalstationen ein Spender für zwei Patientenbetten zur Verfügung stehen. Die Verfügbarkeit kann mittels Wand- und Pumpspender sowie Kitteltaschenflaschen erreicht werden. Die durchschnittliche Spenderausstattung auf Intensivstationen liegt, bezogen auf die Mindestausstattung, mittlerweile bei 119 Prozent, auf Normalstationen bei 96 Prozent. Ob die Spender auch wirklich genutzt werden, lässt sich unter



*Die korrekt durchgeführte Handdesinfektion spielt im Krankenhaus eine zentrale Rolle bei der Vermeidung von Klinikinfektionen.*

anderem am Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln ermitteln – dieser stieg in den teilnehmenden Krankenhäusern zwischen 2007 und 2012 um 64 Prozent. Neben der Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs ist die regelmäßige Beobachtung auf den Stationen ein weiteres wichtiges Instrument zur kritischen Evaluation und eventuellen Anpassung von Arbeitsprozessen. Im Schnitt zeigt sich, dass die korrekte Desinfektion bei den Mitarbeitern auf Intensivstationen von 62 auf 74 Prozent und auf den Normalstationen von 64 auf 74 Prozent gestiegen ist.

Um die erreichten Ergebnisse besser sichtbar zu machen, hat die ASH 2011 ein Zertifikat für Krankenhäuser entwickelt. Je nach Ergebnis wird es in den Kategorien Bronze, Silber und Gold vergeben. 2014 wurden die Kriterien überarbeitet, um die hygienische Händedesinfektion nachhaltig als festen Qualitätsparameter zu etablieren.

## Deutliche Verbesserung.

Der Erfolg der ASH kann sich sehen lassen: Die Kampagne blickt auf sechs Jahre breite Akzeptanz und einen hohen Wiedererkennungswert in deutschen Gesundheitseinrichtungen zurück. In allen

erhobenen Parametern (Händedesinfektionsmittelverbrauch, Compliance, Spenderausstattung) ist eine deutliche Verbesserung zu verzeichnen. Die Kampagne sensibilisiert für die Thematik und verdeutlicht, dass die Händedesinfektion eine der wichtigsten und effektivsten Methoden zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen ist. Die Einhaltung dieser einfachen Maßnahme trägt darüber hinaus einen wesentlichen Teil zur Verbesserung der Patientensicherheit bei. ■

**Professorin Dr. med. Petra Gastmeier** ist Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin an der Charité Berlin.



Professorin Dr. med. Tanja Manser  
ist Direktorin des  
Instituts für Patientensicherheit  
an der Universität Bonn.

## »Wir müssen eigene Akzente setzen«

Die Patientensicherheitsforschung steckt in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Forschungsinstitute sollten sich deshalb zu Kompetenzzentren zusammenschließen und eine nationale Strategie für mehr Patientensicherheit entwickeln, meint **Tanja Manser**.

### Patientensicherheit lässt sich doch nur in der Praxis erreichen. Wofür braucht man ein Forschungsinstitut für Patientensicherheit?

Zunächst mal ist es die Aufgabe der Patientensicherheitsforschung, theoretische Grundlagen für die praktische Arbeit zu schaffen. Es muss also untersucht werden, welche praktischen Maßnahmen den größten Zuwachs an Patientensicherheit versprechen. Anschließend überprüfen wir, ob die konkrete Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen in der Praxis funktioniert. Wir untersuchen dabei verschiedene Einflussfaktoren, die miteinander interagieren und den Erfolg einer Maßnahme stark beeinflussen.

### Wie hat sich die Patientensicherheitsforschung in Deutschland entwickelt?

Das Institut für Patientensicherheit gibt es seit 2009. Es wird finanziell vom Aktionsbündnis Patientensicherheit unterstützt und ist bis heute im gesamten deutschsprachigen Raum das einzige universitäre Institut, das sich ganz explizit und ausschließlich der Patientensicherheitsforschung widmet. Im internationalen Vergleich ist die Grundlagenforschung bei uns also noch sehr wenig ausgeprägt. In der Vergangenheit gab es eine sehr starke Orientierung an den Ergebnissen anderer Länder. Was fehlt, sind eigene Akzente, eine klare strategische Zielsetzung. Wir brauchen deshalb Kompetenzzentren für Patientensicherheit, die sich stärker darauf konzentrieren, welche spezifischen Themenbereiche der Patientensicherheit für uns hier in Deutschland unter den gegebenen Rahmenbedingungen unseres Gesundheitswesens relevant

sind. Nur zu gucken, ob die Ergebnisse aus anderen Ländern bei uns auch funktionieren, finde ich zu wenig.

### Wo sehen Sie den größten Forschungsbedarf in der näheren Zukunft?

Die Patientensicherheitsforschung zu organisationalen oder teambezogenen Faktoren muss in Deutschland ausgebaut werden. Bei den organisationsbezogenen Faktoren geht es beispielsweise um Fragen zur Sicherheitskultur. Wie sehr ist das Thema Patientensicherheit in einem Krankenhaus verankert? Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit von ärztlichen

### » Patientensicherheit muss in der klinischen Ausbildung eine größere Rolle spielen.«

und pflegerischen Berufsgruppen? Ist die Patientensicherheit ein Thema, das auf allen Ebenen gleichermaßen mitgetragen wird und auch eine ernstzunehmende Unterstützung auf der Führungsebene erhält? Oder werden einfach nur Maßnahmenkataloge von oben vorgegeben und sollen dann abgearbeitet werden? Bei den teambezogenen Faktoren geht es hingegen um Aspekte wie Kommunikation im Team, gegenseitige interprofessionelle Unterstützung oder die Entscheidungsfindung im Team. Gerade die teambezogenen Faktoren sind immens wichtig, da es hier nicht nur Auswirkungen auf die Patientensicherheit gibt, sondern auch auf die Gesundheit der Mitarbeiter selbst.

### Sollte das Thema Patientensicherheit in der universitären Lehre ausgebaut werden?

In den klinischen Fächern gibt es durchaus auch Angebote im Bereich der Patientensicherheit. Das reicht aber nicht aus. Es gibt zurzeit in der Medizin und in anderen Gesundheitsberufen Bestrebungen, das Thema stärker in die Ausbildung zu integrieren. Patientensicherheit als eigenes Fach ins Curriculum aufzunehmen, wäre meiner Meinung nach allerdings der falsche Weg. Zielführender wäre es, das Thema stärker als bisher in die klinische Ausbildung zu integrieren. So wird bereits in der Ausbildung klar, dass dieses Thema nicht separat zu betrachten ist, sondern in allen Bereichen der Versorgung eine wichtige Rolle spielt. Dieses Lehrangebot dürfte allerdings kein Wahlfach sein, sondern fester Bestandteil beispielsweise der verpflichtenden klinischen Blockseminare.

### Reicht eine gute individuelle Ausbildung denn aus? Behandlungsfehler sind doch meist das Ergebnis falscher Abläufe im Team.

Richtig, in der individuellen Ausbildung kann man nur die Grundlagen schaffen. Grundsätzlich sollte man möglichst immer in den Konstellationen ausbilden, in denen später auch gearbeitet wird. Die isolierte Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften macht zumindest im Bereich der Patientensicherheit wenig Sinn. Man kann nicht einen Einzelkämpfer ausbilden und später erwarten, dass er im Team gut zusammenarbeitet. Ausbildungsinhalte wie Reanimation, Übergabekommunikation oder Medikationssicherheit sollten Ärzten und Pflegepersonal deshalb gemeinsam vermittelt werden. ■