

01.07.2015 **Qualitätssicherung**

10 Jahre Aktionsbündnis für Patientensicherheit (APS)

H. Siebert, H. François-Kettner



Was wir erreicht haben und was noch ansteht

Sich für die Sicherheit von Patienten einzusetzen und sie vor vermeidbarem Leid zu schützen ist eine der Kernaufgaben ALLER die Patienten betreuen, behandeln und versorgen.

Und doch waren 2005 weder die Akteure im Gesundheitswesen noch die Öffentlichkeit, hier vor allem die Medien, darauf vorbereitet, dass man offen

und öffentlich ohne Schuldzuweisung über Behandlungsfehler sprach, sich dieses Themas annahm, um Ursachen zu erkennen und Lösungen zur Vermeidung zu entwickeln: interprofessionell, interdisziplinär, unaufgeregt und unabhängig. Das APS als Netzwerk und nationale Plattform für Patientensicherheit mit all seinen Facetten wurde in diesem Geist gegründet und hat sich diesem Auftrag seit dem verschrieben.

„Das Besondere an der Gründung des APS war, dass alle mitmachten. Es war eines der wenigen wirklich „bänkeübergreifenden“ Ereignisse im deutschen Gesundheitswesen. Unter dem Strich bleiben drei Punkte, bei denen bisher ein Durchbruch erzielt werden konnte:

Erstens wurde das Unaussprechliche der Analyse zugänglich gemacht. Ein modernes Verständnis von Fehlern macht es möglich, Schadensfälle zu analysieren und präventive Instrumente zu entwickeln.

Zweitens wurden Erhebungsmethoden für Beinahe-Schäden entwickelt, die die „blinden Flecken“ im Auge haben. Paradebeispiel ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). Die gleiche Funktion erfüllen Morbidity-Mortality-Konferenzen und die Analyse von Patientenbefragungen. Diese Methoden ermöglichen ein „Lernen der Organisation“.

Und drittens wurde das Paradigma der individuellen Schuld relativiert. Die Schuldfrage wurde abgelöst durch Fragen nach der organisatorischen Struktur, der Führung, der Teamfunktion, der Arbeitsumgebung, der Sicherheitskultur“ fasst Matthias Schrappe einer

der Gründungsmitglieder, Motor und erster Vorsitzender des APS im Rückblick die „Wirkungen“ des APS in den ersten zehn Jahre zusammen.

Was sind konkret die Meilensteine, die das APS mit seinen Mitgliedern und vielen Unterstützer in den ersten zehn Jahren „gesetzt“ haben? Was sind die einzigartigen Wirkweisen des APS als Verein, der eine „unverzichtbare Arbeit auf dem Gebiet der Patientensicherheit und Qualitätssicherung“ geleistet hat, so der Schirmherr unseres Bündnisses, Bundesminister Herrmann Gröhe in seinem Grußwort bei der Jubiläumsveranstaltung im April in Berlin.

Individuelles und systemisches Fehlerverständnis

„No blame, no shame“ – Individuelle Schuld wurde relativiert, da zunehmend anerkannt wurde, dass die Ursachen und Umstände für Fehler mit und ohne Schadensfolge überwiegend multifaktoriell, wie auch im „menschlichen Versagen“ des Einzelnen begründet sind. Das „Versagen“ wird sehr oft von Rahmenbedingungen des Systems oder der Organisation begünstigt. Patientensicherheit wird als Prozess in einer hochrisikoreichen Organisation mit dem Ziel verstanden, unerwünschte Ereignisse (UE) oder gar Fehler zu vermeiden. Transparent und offen sind UE als solche zu identifizieren und in einem zweiten Schritt nach ihren Ursachen zu analysieren, um vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung zu entwickeln. Dazu waren und sind Umdenken, Diskussionen und „Tabubrüche“ notwendig, um Behandlungsfehler nicht nur als individuelles Versagen und Schuld eines einzelnen zu begreifen sondern vor allem als Chance aus diesen Fehlern zu lernen! Dies erfordert Mut, Ehrlichkeit und Standfestigkeit des Einzelnen wie der Organisation, der Politik und der meinungsbildenden Öffentlichkeit! Wirken damit nicht das wohlfeile Ranking von Ärzten und Kliniken, sowie die Praxis der Rechtsprechung mit Fokus auf den „Täter“ und weniger auf die „Tätergemeinschaft“ kontraproduktiv? Wir stehen hier erst am Anfang eines Prozesses, der auch mit dem „Second Victim“ als Betroffenen umzugehen weiß und ein Härtefall und Entschädigungsfond auch in Deutschland absehbar etabliert.

Handlungsempfehlungen (HE) als Unterstützung im klinischen Alltag

Naheliegender war es, gemeinsam mit anderen Trägern ein Fehlermelde- und Berichtswesen – Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland www.kh-cirs.de – fußend auf den bereits 2007 publizierten Empfehlungen der APS AG „Benutzerorientierte Berichtssysteme – CIRS im Krankenhaus“ mit folgenden Kernbotschaften einzurichten:

Freiwilligkeit,
allen Mitarbeitern im Krankenhaus zugänglich,
kontinuierliche aktive Unterstützung durch die Klinikleitung,
Integration in das jeweilige Risikomanagement
und dabei vor allem auch zuverlässige und zeitnahe Rückmeldungen mit sichtbaren Reaktionen nicht nur an die Berichtenden sondern auch die gesamte „Community“.

Diese HE und daraus erwachsene Erfahrungen flossen bei der Gestaltung des Patientenrechtegesetz und die Richtlinie des G-BA zu den Anforderungen an ein einrichtungsinternes und -übergreifendes Meldesystem ein.

Umgesetzt auch in den Berichten, Kursen und Publikationen wie zum z. B. „Fall des Monats“. Dennoch muss nüchtern vermerkt werden, dass sich sowohl die Einrichtung wie auch die tatsächliche Nutzung im Vergleich zu anderen präventiven Maßnahmen z. B. Patientenarmband wenig durchgesetzt hat.

Tab. 1: Handlungsempfehlungen zur Patientenorientierung und -beteiligung

tiefer Venenthrombose vorbeugen	2011
Tipps zum häuslichen Umgang mit Medikamenten	2012; 2.Auflage 2014
sicher im Krankenhaus	2013
Patienteninformation zur Vorbeugung und Vermeidung von Krankenhausinfektionen	2015

„Aus der Praxis für die Praxis“ wurden in den letzten Jahren viele weitere Handlungsempfehlungen auch für Patienten durch die interdisziplinär, interprofessionellen und offenen Arbeitsgruppen (AG) des APS entwickelt. Ausgehend von einer Datensammlung zur Epidemiologie, Prävalenz und Relevanz werden Risiken definiert, es folgen Risikoanalyse und die Entwicklung von Maßnahmen zur Vermeidung. Vor einer Publikation wird ein „Pretest“ und zusätzlich zu manchen Themen eine Anhörung von Experten und Fachgesellschaften durchgeführt bevor eine Abstimmung unter den Mitgliedern und dem Vorstand erfolgt. Die HE sind keine Leitlinien, sie sollen dem Alltag und den Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung angepasst und damit Bestandteil des einrichtungseigenen Risikomanagements sein.

Tab. 2: Handlungsempfehlungen zur Risikominimierung im Krankenhaus

Sichere Patientenidentifikation	2007
Eingriffsverwechslung	2008
Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet	2010
Checklisten perioperativ	2009
Team time out	2010
Meldewesen Medizinprodukte	2013

Beispielhaft für Projekte mit verschiedenen Projektträgern, zunächst schwerpunktmäßig aus dem BMG finanziert, ist das Projekt „Aktion saubere Hände“. 2008 gestartet und inzwischen in den meisten Kliniken in der Umsetzung umgesetzt, unterstützt die Aktion die Prävention von nosokomialen Infektionen erfolgreich, eine Tatsache, die von den Medien weiterhin kaum wahr genommen wird! In den Pflegeheimen und in den Ambulanten Einrichtungen sind die Einlassungen dazu unbedingt steigerungsfähig. Anlass, gezielt die Öffentlichkeit zu suchen, was wir mit dem Internationalen Tag der Patientensicherheit am 17. September 2015 anregen wollen. Mit der Einrichtung des Tag der Patientensicherheit erstmals in diesem Jahr mit dem Schwerpunktthema Infektionsprävention wollen wir gemeinsam mit unseren Partnern in Österreich und der Schweiz und vielen Unterstützern erreichen, dass möglichst viele Akteure wie Kliniken, Verbände und Institutionen ihren Beitrag zur Patientensicherheit der Öffentlichkeit präsentieren und damit allen Best Practise Lösungen zur Verfügung stellen: Tag der Patientensicherheit www.tag-der-patientensicherheit.de

Behandlungsfehler – oder Schadensregister; unser Beitrag für eine schrittweise Lösung

Aus der Luftfahrt kennen wir Strukturen die Fehler lückenlos aufnehmen und in einer einzigen zentralen Datenbank sammeln, um nach Analyse der Ursachen Hinweise zur Produktverbesserung und / oder zu geben. Im Gesundheitswesen dagegen verfügen verschiedene Institutionen und Organisationen entsprechend ihrer unterschiedlichen Intention Datensammlungen. Dabei werden die Daten nach unterschiedlichem Erhebungsmuster und Zielrichtung gesammelt z. B. Vorwürfe zu Behandlungsfehler der Patienten. Die Auswertung und Publikation der Daten z. B. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Ersatzkassen, der Schlichtungsstellen der Ärztekammern wird unterschiedlich gehandhabt; gesicherte Schadensfälle der Haftpflichtversicherer oder die Entscheidungen der Gerichte zu einzelnen Fällen oder die Datensammlungen einzelner Klinikunternehmen und Kliniken werden nie oder selten zu Zwecken der Prävention der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Wir sehen hier noch ein erhebliches Defizit und Handlungsbedarf! Seit Jahren bemüht sich die AG „Behandlungsfehlerregister“ des APS mit den Datenbankhaltern eine Vereinheitlichung bestimmter Kerndaten zu erreichen mit dem Ziel, bestimmte häufige Risiken zu identifizieren und deren Ursachen zu analysieren.

Exemplarisch ist dies auch umgesetzt. Aus einer dieser gemeinsamen Analysen hat die AG spezielle Ursachen von Auffälligkeiten und häufigen Risiken im Kreissaal bei der Entbindung identifiziert. Diese Ergebnisse wurden zur Entwicklung eines teamorientierten, interprofessionellen Kurskonzeptes **simparteam®** – www.simparteam.de verwendet, das als Inhouse-Kurs angeboten wird. Ein äußerst langwieriger und aufwändiger Prozess, der aber beispielhaft aufweist, dass wir dringend

einer weitest gehenden Vereinheitlichung im Sinne eines „Kerndatensatzes“ der einzelnen Datenbanken sowie einer unabhängigen Institution, die die Zusammenführung, Bewertung und zeitnahe Kommunikation von Behandlungsfehlern jeder Art auch im Zusammenhang mit Medizinprodukten zur Aufgabe hat bedürfen, um mit mehr Wissen und weniger „Ahnen“ die Prävention von Behandlungsfehlern u.a. aber auch die Allokation von Ressourcen umzusetzen.

Patientensicherheit braucht auch eine systematische und leistungsfähige wissenschaftliche Forschung

Welchen Effekt, welche Verbreitung und welche Kosten aber auch welches Maß an Sicherheit haben die Implementierungen von z.B. Handlungsempfehlungen zur Risikominimierung bewirkt? Den Gründern des APS war eine wissenschaftliche Begleitung der praxisorientierten Maßnahmen ebenso wie die Forschung zu diesem Thema und Lehre unabdingbar, sodass mit viel Überzeugungsarbeit und erheblichen finanziellen Mitteln 2009 das Institut für Patientensicherheit – www.ifpsbonn.de an der Universität zu Bonn eingerichtet wurde und seitdem vom APS unterstützt wird. Welche Indikatoren spiegeln das Maß an Sicherheit für Patienten am wirkungsvollsten wieder? Welche Voraussetzungen sind für eine wirkungsvolle Implementierung von präventiven Maßnahmen unter welchen Bedingungen geeignet? Mit solchen und weiteren Themen befasst sich das Institut im nationalen und internationalen Verbund. Dennoch wissen wir wenig darüber was von den vielen Maßnahmen effizient und effektiv ist. Kostenträger und Politik fragen weiterhin nach dem Kosten-Nutzeneffekt, bevor sie bereit sind, die notwendigen Aufwendungen dauerhaft zu finanzieren und Patientensicherheit als nationale Aufgabe wie Brandschutz, Verkehrssicherheit oder Krebsbehandlung stabil gesetzlich zu verankern und somit ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen.

Unabhängig, kommunikativ und moderierend

Das APS berät nicht den einzelnen Patienten, greift aber im Rahmen seiner Workshops mit Patientenverbänden und Organisationen „heiße“ Themen wie zuletzt die Implementierung der elektronischen Gesundheitskarte und die Diskussionen zum E-Health Gesetz auf und publiziert dazu Stellungnahmen. Es mischt sich mit Pressemitteilungen und der Teilnahme an Anhörungen im Sinne der Förderung der Patientensicherheit auch ungefragt ein (Zusammenfassung www.aps-ev.de).

In jüngster Zeit wurde mit den verschiedenen Experten und Fachgesellschaften unter Moderation des APS eine eindeutige Aussage zu dem Vorschlag der Politik, ein universelles Patienten Screening bei Klinikaufnahme einzuführen, erarbeitet und dem BMG und dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung unaufgefordert übermittelt.

Ausblick – quo vadis APS ?

Für die kommenden Jahre haben wir in unserer Agenda 2020 folgende Themenschwerpunkte formuliert:

Verstärkung der Patientenorientierung – Unterstützung zu Mitwirkung und Teilhabe, Verstärkung der zeitnahen Umsetzung vorhandener präventiver Maßnahmen sowie deren Aufwände in der leistungs- und sicherheitsorientierten Mittelvergabe abzubilden, Patientensicherheit ist als zentraler Bestandteil in allen Gesundheitsberufen in den Ausbildungsinhalten einzurichten, Patientensicherheit muss leben und lernen. Um diesen Lernprozess zu unterstützen, hat das APS einen Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit erstellt. Er ist eine Handlungsempfehlung für alle Gesundheitsberufe auch in der Ausbildung von Medizinern. Bislang sind Teile dieses Katalogs in einzelnen Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen umgesetzt worden. Wir haben die Gelegenheit zur Kommentierung des Entwurfs des medizinischen Fakultäten-Tages zur Ausbildung von Medizinstudierenden (NKLM) genutzt, um darzustellen, wie Patientensicherheit und Risikominimierung in all seine Facetten als Querschnittsthema im Studiengang abgebildet werden kann.

Wie können wir das Sicherheitsklima in allen Einrichtungen und Sektorenübergreifend verbessern? Eine aktuelle Befragung von Chirurgen an Kliniken zeigt, dass in hohem Maße wesentliche präventive Maßnahmen wie Team-Time-Out für sehr wichtig in Bezug auf die Sicherheit von Patienten empfunden und fast zu 80 % umgesetzt werden, dagegen die Umsetzung eines klinikinternen Fehlermelde- und Berichtswesens und die Durchführung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen wesentlich seltener erfolgt und deren Wert für die Patientensicherheit als weniger wichtig angesehen wurde (siehe Beitrag von Matthias Rothmund in dieser Ausgabe). Ein Indiz, dass zwar Instrumente eingerichtet und benutzt wurden, die zentrale Bedeutung des offenen Umgangs mit Fehlern bislang jedoch wenig erkannt wird.

Auch die Mobilisierung der Öffentlichkeit, weniger skandalisierend und mehr sachlich informierend mit diesem Thema umzugehen ist angebracht. Dazu soll am 17. September

auch der Tag der Patientensicherheit beitragen.

Fazit

„Der Kulturwandel hat begonnen“, „ein breites Bündnis hat eine größere Schlagkraft“, „Patientensicherheit ist ein permanenter Auftrag“ und „mehr wissenschaftlich-praktischen Impact“ sind Einträge von Gründungsmitgliedern in unsere „Geburtstagsbroschüre“ und bringen Erreichtes, Defizite aber auch den Auftrag für das APS auf den Punkt. Es gibt noch viel zu tun, packen wir es mit Unterstützung vieler an.

Aktionsbündnis Patientensicherheit	
Krankenhaus CIRS-Netz Deutschland	
Internationaler Tag der Patientensicherheit	
simparteam, Projekt zur Erhöhung der Sicherheit von Mutter und Kind bei Notfällen unter der Geburt	
Institut für Patientensicherheit	

Siebert H., François-Kettner H. 10 Jahre Aktionsbündnis für Patientensicherheit (APS) – Was wir erreicht haben und was noch ansteht. Passion Chirurgie. 2015 Juli, 5(07): Artikel 02_02.

Autoren des Artikels



Prof. Dr. Hartmut Siebert

Stellvertretender Vorsitzender des APS

[> kontaktieren](#)



Hedwig Francois-Kettner

Vorsitzende

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Am Zirkus 2

10117 Berlin

[> kontaktieren](#)