

## Liebe Mitglieder, Freunde und Förderer des APS,

noch etwas außer Atem ..... jedoch sehr glücklich und zufrieden blicken wir auf unsere APS-Jahrestagung und Mitgliederversammlung zurück. Wir fühlen uns in unserem Entschluss bestätigt, unseren Mitgliedern, Förderern, und (Noch-) Nichtmitgliedern die Wirkweise des APS mit seinen Arbeitsgemeinschaften, Foren und Projekten in einer zwar anstrengenden, aber lebendigen Mischung aus Vorträgen, Workshops und Diskussionsrunden in einem recht großzügigen Rahmen vorgestellt zu haben.

Auch auf diesem Weg möchten wir uns bei unseren Vorstandsmitgliedern, Frau Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg und Frau Dr. Barbara Hoffmann, dem Team der Sana-Gruppe aus München und allen, die durch ihre Beiträge diesen anregenden Eindruck vermitteln konnten, herzlich bedanken!

Neben der Konsolidierung unseres Vereins, vor allem in finanzieller Hinsicht, suchen wir im Vorstand Antworten auf die Fragen:

- Wie können wir die „Zylinder unseres APS-Motors“, unsere Arbeitsgemeinschaften, bei ihrer Arbeit wirkungsvoll unterstützen ?
- Wie verankern wir nachhaltig in unserer Gesellschaft das zentrale Thema „Patientensicherheit und Umgang mit Fehlern im Gesundheitswesen“?
- Wie verstetigen wir die wissenschaftliche Basis für Lehre und Forschung zur Patientensicherheit dauerhaft?

Bei einem Treffen mit Beirat und Kuratorium haben wir vor kurzem auch diese Themen diskutiert und vor allem Einvernehmen darüber erzielen können, das Institut für Patientensicherheit mit Frau Dr. Constanze Lessing und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter der kommissarischen Leitung von Herrn Prof. Dr. A. Hoefl für weitere fünf Jahre finanziell mit einem soliden, aber deutlich geringerem Beitrag als bislang zu unterstützen. Auf diese Weise wollen wir eine sichere Zukunft für erstklassige Forschung ermöglichen ohne die finanzielle Basis für die vielfältigen Aufgaben des APS zu stark zu schwächen.

Somit werden wir nun zeitnah mit den Gremien der Universität Bonn einen neuen Vertrag zur Weiterentwicklung und Verstetigung des Institutes abzuschließen haben, um bald die Position des Institutsdirektors auszuschreiben.

Daneben werden wir die Verbesserung der Kommunikation über unsere Homepage, die projektgebundene Vernetzung mit weiteren Partnern unseres Bündnisses und – last but not least – die Suche nach weiterer ideeller und finanzieller Unterstützung, nicht zuletzt auch durch die zuständigen Ministerien und Behörden als zentrale Aufgaben der nächsten Monate fortsetzen.

Dass der Senat der Stadt Hamburg als erste Landesregierung die Mitgliedschaft im APS beantragt hat und sich bereits aktiv mit Projektvorschlägen einbringt, haben wir mit großem Dank, aber auch als Anerkennung unserer Arbeit aufgenommen

Ihnen allen, die Sie uns in den letzten Monaten verstärkt unterstützt haben, danken wir sehr herzlich und wünschen Ihnen eine anregende, und erholsame Urlaubszeit.

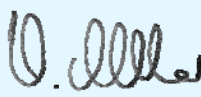
Ihr Geschäftsführender Vorstand.



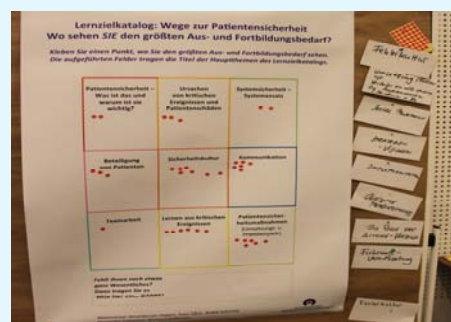
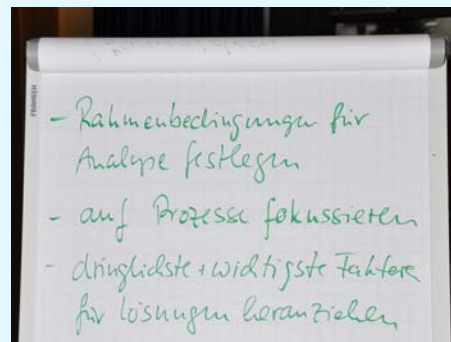
Hedwig François-Kettner



Prof. Dr. Hartmut Siebert



Hardy Müller



## 7. APS - Jahrestagung und Mitgliederversammlung 2012 „Patientensicherheit in Aktion“

26./27. April 2012, andel's Hotel, Berlin

### Eindrücke und Berichte



#### Dr. Barbara Strohbücker, Universitätsklinik Köln, Stabstelle Pflegedirektion

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit veranstaltete am 26./27. April 2012 in Berlin seine nunmehr 7. Jahrestagung (seit Gründung in 2005) mit insgesamt knapp 200 Besuchern. Das Programm bot ein breites Spektrum aktueller politischer Themen sowie einer Vielzahl lokaler und nationaler Aktivitäten, wie z. B. die „Aktion saubere Hände“, die Implementierung von CIRS, Projekte zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und die Entwicklung von Sicherheitschecklisten im OP. Als erstes Bundesland ist Hamburg dem Aktionsbündnis beigetreten und setzt damit ein klares gesundheitspolitisches Signal, sich für Patientensicherheit zu engagieren.



Jeder zweite Krankenhauspatient befürchtet, Opfer eines Fehlers zu werden. Dem kann gezielt begegnet werden, indem Patienten aktiv in die Vermeidung von Fehlern einbezogen werden. Etwa, indem Behandlungsteams sie ermutigen, jederzeit nachzufragen, wenn sie eine Unregelmäßigkeit feststellen. Vertrauen aufzubauen sei eine Voraussetzung für Fehlervermeidung, so Prof. Siebert. Flache Hierarchien und ein Klima der multiprofessionellen und interdisziplinären Kooperation könnten dies befördern. Senatorin Prüfer-Storcks betonte, dass der Asymmetrie im Arzt-Patientenverhältnis entgegengewirkt und Patienten als gleichberechtigte Partner angesehen werden müssten. Das Patientenrechtegesetz könne hierzu beitragen. Staatssekretärin Widmann-Maunz vom Bundesministerium für Gesundheit stellte in Aussicht, dass in das Ressort des Patientenbeauftragten der Bundesregierung ein Ansprechpartner für das Thema Patienteninformation berufen würde. Solveig Kristensen aus Dänemark berichtete von erfolgreichen landesweiten Initiativen mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums zur Sensibilisierung der Bevölkerung, sich aktiv an der Fehlervermeidung im Gesundheitswesen zu beteiligen.



Bei der Gestaltung des Programms überraschten die Veranstalter mit neuen Formaten: Meet-the-Experts Diskussionen, Workshops und eine Best-Practice Messe hatten den gleichen Stellenwert wie die Vorträge der Key-Note Speakers. Dies förderte angeregte Gespräche und Diskussionen zwischen Teilnehmenden und Referenten. Auch die Aussteller beteiligten sich mit wichtigem Input wie Patienteninformationen sowie technischen und logistischen Lösungen. Ein Highlight war das Speachdinner, in dem Dr. Jonitz einen Rückblick auf sieben Jahre Aktionsbündnis gab. Er hob die kollegiale und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Mitglieder hervor, die es ermöglicht habe, so ein schwieriges, tabuisiertes Thema wie die Patientensicherheit nach vorne zu bringen.



Das Aktionsbündnis ist längst über den Status einer Initiative einzelner engagierter Akteure hinausgewachsen und als nationale Institution nicht mehr wegzudenken. Es fehlt jedoch an finanziellen Mitteln für übergreifende Projekte. Ein Großteil der Arbeit wird nach wie vor ehrenamtlich geleistet. Anders ist dies z. B. in Dänemark, wo sich die Gesellschaft für Patientensicherheit unter anderem aus öffentlichen Mitteln finanziert und 20 Mitarbeiter hauptamtlich beschäftigt sind.

Bis dahin ist noch ein weiter Weg.

## Christina Maas / Christina Stockmann, IfPS

Am 26. und 27. April 2012 fand in Berlin die 7. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit statt. Im modernen und komfortablen Ambiente des andel's Hotels wurde unter dem Motto „Patientensicherheit in Aktion“ eine Veranstaltung geboten, deren Titel beim Wort zu nehmen war.

Neben „klassischen“ Workshops zu den Themen „Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit“, „Instrumente zur Risikoidentifikation“ oder „Peer Review“ und der Mitgliederversammlung bekamen die Besucher die Möglichkeit, sich aktiv in kleinen Diskussionsrunden mit Experten zu festgelegten Themen wie Teambildung, Kulturwechsel oder Patientenpartizipation auszutauschen. Das Abendessen begleitete eine Dinner Speech von Dr. Günther Jonitz, der einem bei Beelitzer Spargel und Rhabarber-Pflaumen-Kuchen die Anfänge des Aktionsbündnisses mit seinen Herausforderungen und Erfolgen näherbrachte, einen Blick in die Zukunft wagte und Appetit auf mehr machte. Nicht wenige der Kongressbesucher ließen den ersten Kongressabend gemeinsam in der Sky-Bar im 14. Stock des Hotels ausklingen.

Die Best Practice-Messe stellte ausgesuchte Projekte zu patientensicherheitsrelevanten Themen vor, die sich bereits in der Anwendung finden und Nachahmer suchen. In der Speakers-Corner hatten die Aussteller jeweils fünf Minuten Zeit, ihr Projekt vorzustellen und die Stimmen der Zuhörer und Zuschauer für die Verleihung des Posterpreises zu gewinnen.

Einen gelungenen Abschluss der Veranstaltung bildete der „Blick über den Zaun“, den Frau Solveig Kristensen den Zuhörern ermöglichte. Sie schilderte eindrucksvoll, dass in Dänemark hinsichtlich der Frage Aktion und Partizipation nicht mehr die Frage gestellt wird, ob Patienten sich am Behandlungsprozess beteiligen sollten: Sie ist bereits Realität – beispielsweise bei der Entscheidung für oder gegen eine Therapieoption. Bis Deutschland soweit ist, muss wohl noch manches Mal zur Aktion aufgerufen werden, aber wir befinden uns auf einem guten Weg!

## Doris Steinkamp, Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

### Kooperationen garantieren Patientensicherheit

Beeindruckt von der sehr sachlichen Atmosphäre, angetan von der konstruktiven Zusammenarbeit und den vielfältigen Kontakten im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS): Anders kann man es nicht beschreiben, wenn man die Jahrestagung des Aktionsbündnisses Ende April in Berlin Revue passieren lässt. Ich bin als Präsidentin des VDD erst seit kurzem Mitglied im APS, und habe zum ersten Mal an der Jahrestagung und an der Mitgliederversammlung teilgenommen.

Für mich bleibt festzuhalten: Dem Aktionsbündnis Patientensicherheit geht es auf allen Ebenen – fern allen Gerangels um bestimmte Berufe und Kompetenzen – um eine sachorientierte Arbeit einzig im Interesse der Patientensicherheit. Das Aktionsbündnis wurde vor sieben Jahren gegründet. Hier arbeiten die unterschiedlichen Professionen gleichberechtigt und sehr erfolgreich zusammen. Insofern steht das Aktionsbündnis Patientensicherheit Modell für andere erfolversprechende Kooperationen zum Wohle der Patienten. Wir freuen uns, dass wir als Diätassistenten mit unserer Mitgliedschaft jetzt auch innerhalb dieses Aktionsbündnisses einen aktiven Beitrag leisten können, die Patientensicherheit weiter zu verbessern.



Denn uns Diätassistenten ist es ein ureigenes Anliegen, im Sinne der Patienten und ihrer Sicherheit zu arbeiten. Das bezieht sich auf die Arbeit in Krankenhäusern und Praxen genauso wie auf die politische Arbeit in den verschiedenen Gremien. Immer steht für uns die Patientensicherheit oben an. Wir sehen aber auf vielen Ebenen, dass gerade die Ernährung von Kranken und Gesunden im Gesundheitswesen nicht sachgerecht gewürdigt wird. Zwei Beispiele:

- Seit Jahren wird beispielsweise die Forderung der Diätassistenten, die Diättherapie endlich als Heilmittel zu akzeptieren und in den Katalog des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufzunehmen, nicht umgesetzt. Und das, obwohl das Bundessozialgericht die Diättherapie bereits im Jahre 2000 als Heilmittel bezeichnet hat.
- Das Diätassistentengesetz und mit ihm die Berufsbezeichnung der Diätassistenten bedürfen dringend der Modernisierung.

Beides würde dazu beitragen, dass die Patienten in Fragen der Ernährungs- und Diättherapie von vorneherein erkennen könnten, wer von Gesetzes wegen die Expertise für eine Ernährungsberatung und Diättherapie besitzt. Den Patienten blieben viele Wege erspart, wenn sie gleich an der richtigen Adresse wären. Das Spezialistentum dient der Sicherheit der Patienten: Diätassistenten beispielsweise bringen diätetisches und medizinisches Wissen mit, in Ernährungsteams im Krankenhaus ist das unverzichtbar. Und nach einem Krankenhausaufenthalt müssen Patienten für eine weitere Therapie nicht von Hinz zu Kunz laufen, was sie womöglich bei selbst ernannten Ernährungs-Gurus landen lässt.

Auch lassen sich viele negative Folgen vermeiden, z. B. bei der Behandlung von Diabetes oder Adipositas, wenn frühzei-

tig und sachgerecht interveniert wird. Es ist zudem unumstritten, dass frühzeitige Behandlungen im Bereich Essen und Trinken Medikamenteneinnahmen verringern oder ganz vermeiden helfen.

Wir Diätassistenten sind davon überzeugt, dass die Gesundheitsberufe eng kooperieren müssen, und leben das beispielsweise bereits in der Zusammenarbeit mit Ernährungsmedizinern. Nur wer sich eng vernetzt und den Patienten ganzheitlich in den Blick nimmt, wird ihm gerecht und garantiert seine Sicherheit. Die Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe darf aufgrund von Scheuklappendenken nicht Hürde sein, sondern sollte mit effektiven Kooperationen die Patientenversorgung verbessern.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat mit den vielfältigen Ansätzen beispielsweise zur Aktion „Saubere Hände“ dazu beigetragen, dass Sensibilität und Aufmerksamkeit für dieses Thema größer wurden und sich in vielen Häusern standardisierte Programme zur Verbesserung der Hygiene etabliert haben. Solche Ansätze würden wir uns auch im Bereich Essen und Trinken wünschen: Mangel- und Fehlernährung der Patienten sind in den Krankenhäusern ein immer größer werdendes Problem; die verringerten Liegezeiten tun ein Übriges, dass in den Krankenhäusern die Ernährung vielfach unter „ferner liefern“ rangiert. Damit werden aber häufig medizinische Behandlungen konterkariert.

Im Sinne der Patientensicherheit sollte es deshalb auch im Bereich „Essen und Trinken“ eindeutig definierte Methoden und Abläufe geben, um Fehl- und Mangelernährung im Zusammenhang mit bestimmten Krankheiten zu vermeiden oder beheben zu können.

## Vorträge und Berichte über die APS-Jahrestagung 2012 im Internet

Die Vorträge der Jahrestagung finden Sie im Internet auf der Homepage des APS im [„Veranstaltungsarchiv“](#).

Zwei lesenswerte Artikel über unsere Jahrestagung finden Sie im Internet im [„Deutschen Ärzteblatt“](#) (Jg 109, Heft 21, 25. Mai 2012, 1070-1071) von [Heike Krüger-Brand](#) und von [Dr. Barbara Hoffman](#) in [„Berliner Ärzte“](#) (49 (6), 12-13, 2012).

## Ehrung für Dr. Christian Thomeczek

Die Mitgliederversammlung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin hat im März 2012 in Hamburg die Jahrespriese des DNEbM an Dr. Christian Thomeczek verliehen.

Mit der Jahrespriese werden Persönlichkeiten geehrt, die sich für das Netzwerk in besonderem Maße eingesetzt haben. Dr. Christian Thomeczek, Geschäftsführer im Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und Mitglied im Vorstand des APS, berät und unterstützt das Netzwerk seit vielen Jahren zu Finanzen und Bilanzen.

## APS in den Medien

Das APS ist für die Medien inzwischen ein gefragter und ernst zu nehmender Partner, wenn es um fachliche, sachliche und neutrale Informationen zum Thema Patientensicherheit und Patientenrechte geht. Artikel, in denen auf das APS Bezug genommen wird, finden Sie im geschlossenen Mitgliederbereich unter [„APS in der Presse“](#).

Falls Sie noch keinen Zugang zum Mitgliederbereich auf der Homepage haben, registrieren Sie sich doch einfach über [„Login“](#). Die Freischaltung erfolgt dann in Kürze.

## 2. Nationales Forum zu Critical Incident Reporting Systems (CIRS) im Krankenhaus Berlin, 23./24. Februar 2012

Hedwig Francois-Kettner / Dr. Barbara Hoffmann

Das Aktionsbündnisses Patientensicherheit, das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat bündeln seit dem 06.07.2010 unter [www.kh-cirs.de](http://www.kh-cirs.de) bundesweit kritische Ereignisse aus deutschen Krankenhäusern, um sie unter der Überschrift „Fall des Monats“ für Lehr- und Lernzwecke, aber vor allem zur Fehlerverminderung den Akteuren in der Praxis zur Verfügung zu stellen.

Die Kooperationspartner veranstalteten im Februar in Berlin zusammen mit der Gesellschaft für Risikoberatung im Gesundheitswesen das 2. Nationale CIRS-Forum. Damit zeigte das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland beispielhaft Wege und Ziele in der Etablierung einer lösungsorientierten Sicherheitskultur für Deutschland auf.

In vielen Kliniken Deutschlands sind Fehlerberichts- und Lernsysteme mittlerweile eingerichtet. Vermutlich gibt es sogar in keinem Land der Welt eine solche Vielzahl an CIRS Systemen innerhalb und auch außerhalb von Krankenhäusern. Und das ist gut so: CIRS ist ein hilfreiches Instrument, um die Sicherheit unserer Patienten zu verbessern. Denn: Erst wenn wir wissen, was wo und aus welchen Gründen etwas schief läuft, können wir tatsächlich die Versorgung unserer Patienten noch sicherer machen.

Bisher war die gängige Devise: Irgendjemand war schuld an Fehlern und darum wurde derjenige geschult oder sanktioniert/entlassen. Das hilft natürlich nicht gegen die vielen Fehler im System, z. B. wenn wichtige Informationen an Schnittstellen nicht weitergegeben werden oder Medikamente leicht verwechselt werden können. Es hilft auch nicht, wenn viele kleine Abweichungen in einer Kette von Fehlern zu einem Zwischenfall führen.

Hier helfen Fehlerberichtssysteme, die es uns ermöglichen, diese Systemfehler und Risiken zu entdecken und wirksam dagegen vorzugehen.

Ein CIRS-System einzurichten ist das eine – das ist leicht getan und auch nicht teuer. Aber damit zu arbeiten, ist zum Teil mühsam und zeitintensiv. Es braucht motivierte Kliniker und vor allem die kontinuierliche Unterstützung der Entscheidungsträger in den Kliniken. Es braucht das entsprechende Know How, um aus Fehlern auch wirklich lernen zu können.

Und genau an dieser Stelle hatte das Nationale CIRS-Forum

die Aufgabe, Wissen zu verbreiten und den CIRS-Anwendern zu ermöglichen, ihre mittlerweile reichhaltigen Erfahrungen mit anderen auszutauschen. Unser Ziel ist es, die Fehlerberichtssysteme in den Kliniken erfolgreicher und damit die Kliniken noch sicherer zu machen.

Am Anfang – bei der Einrichtung eines CIRS-Systems – ist die Euphorie groß und alle – insbesondere Pflegekräfte und Ärzte an der Basis – sind oft begeistert von dem Instrument. Dann aber kommen die Mühen des Alltags: Wie erreichen wir, dass unsere KollegInnen regelmäßig berichten, wie analysieren wir das Berichtete und wie setzen wir das Gelernte gegen Widerstände und das allzu menschliche Beharrungsvermögen um? Wie erreichen wir, dass Leitungen bei sich selbst und in ihren Einrichtungen einen Paradigmenwechsel herbeiführen: nicht WER sondern WAS war schuld?

In dem 2. Nationalen CIRS-Forum setzten wir mit den ca. 200 Teilnehmenden den 2009 begonnen Dialog und das gemeinsame Lernen unter CIRS-Anwendern fort. Um den Austausch unter den Nutzern von CIRS Systemen noch stärker zu fördern, standen Arbeitssessions im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hier ging es um das gemeinsame Lernen:

- Was müssen wir aus haftungsrechtlichen Gründen beachten, wenn wir ein CIRS in meiner Klinik betreiben?
- Wie werden Mitarbeiter wie Führungskräfte in der Klinik wirksam über Beinahe-Schäden und was daraus gelernt wurde informiert?
- Was haben Kliniken aus einzelnen wichtigen CIRS-Fällen gelernt und wie geht das überhaupt, aus CIRS-Fällen zu erkennen, wo es in meiner Klinik wirklich hakt?

Im aktuellen Referenten-Entwurf zum Patientenrechte-Gesetz werden Fehlerberichtssysteme als wichtiges Instrument des Risikomanagements in Krankenhäusern hervorgehoben. Möglicherweise wird deren Einrichtung und Betrieb in Zukunft gesondert vergütet. Damit wir in Zukunft noch stärker miteinander lernen können, sollte auch die Vernetzung der Berichtssysteme befördert werden. Im Moment lernt oft noch jedes Krankenhaus oder jedes Klinikunternehmen für sich allein. Ereignisse aus dem ambulanten Bereich werden nur in der Praxis, aus dem stationären Bereich nur in der Klinik wahrgenommen. Hier liegt noch eine große Aufgabe für die Zukunft vor uns, damit Wissen und Kompetenz zur Vermeidung von Fehlern die Grenzen von Sektoren und Einrichtungen überwinden kann.



## Der patientenfreundliche Beipackzettel Gemeinsam erreichen wir mehr

Melanie Lang, Patient Relations & Alliance Development, Pfizer Deutschland GmbH

Laut Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit landen 4.000 Tonnen Arzneimittel jährlich deutschlandweit im Müll. Der Gesundheitsmonitor 2/2011 hält eine bessere Patienteninformation für längst überfällig. Sie ist wichtig, um die richtige Einnahme und Therapietreue zu fördern.

Daher begrüßt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Wolfgang Zöller (MdB) die Initiative von Patienten- und Seniorenvertretern und zweier forschender Arzneimittelhersteller (Pfizer und MSD), Beipackzettel patientenfreundlicher zu gestalten. Er unterstützt die interdisziplinäre und patientenorientierte Zusammenarbeit, um damit zu konkreten Lösungen zu kommen: *„Die Verbesserung von Beipackzetteln fördert die Arzneimitteltherapiesicherheit, die Qualität der Patientenversorgung und einen verantwortungsvollen Umgang mit Arzneimitteln.“*

Schon im Jahr 2006 haben Patientenorganisationen, Seniorenverbände und der Arzneimittelhersteller Pfizer eine Arbeitsgruppe zur patientenfreundlichen Gestaltung von Gebrauchsinformationen ins Leben gerufen: *Die Arbeitsgemeinschaft (AG) Beipackzettel*. Als zweites Unternehmen schloss sich im Jahr 2009 MSD der Gruppe an. Die AG überarbeitet Beipackzettel. Die wesentlichen Erkenntnisse daraus hat sie in sieben Punkten zusammengefasst.

### 7 Punkte für einen patientenfreundlichen Beipackzettel

#### 1. Lesbare Schrift

Eine lesbare Schrift ist die Voraussetzung dafür, dass der Beipackzettel gelesen wird.

#### 2. Patientenverständliche Sprache

Der Patient versteht den Beipackzettel ohne medizinische Vorkenntnisse.

#### 3. Information über die Erkrankung und die Wirkung des Arzneimittels

Wissen fördert eine positive Einstellung zum Medikament und damit die Motivation, es einzunehmen. Es fördert auch einen verantwortungsvollen und sicheren Umgang damit.

#### 4. Strukturierte, übersichtliche Darstellung

Die Aufmerksamkeit wird erhöht und für den Patienten wichtige Informationen können schnell gefunden werden.

#### 5. Einsatz von Bildern und Piktogrammen

Die Aufmerksamkeit und Verständlichkeit wird erhöht gemäß dem Motto „Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“.

#### 6. Einsatz von Informations- und Hinweiskästen

Der Patient nimmt wichtige Passagen besser wahr.

#### 7. Nennen von weiterführenden Hilfsangeboten, z. B. Selbsthilfegruppen

Ziel ist das Herausführen aus krankheitsbedingter Isolation.



*„Der Beipackzettel ist für mich als Patientin eine ganz wichtige Informationsquelle. In der AG Beipackzettel kann ich mich für eine verständliche Sprache und gute Übersicht einsetzen.“*

Hildegard Kaltenstadler, Bundes-selbsthilfverband für Osteoporose e.V. (BfO)

Diese sieben Punkte sind die Grundlage patientenfreundlicher Beipackzettel. Die konkrete Entwicklung eines solchen Beipackzettels erfordert den Dialog zwischen Patienten-/Seniorenvertretern und Vertretern des jeweiligen Arzneimittelherstellers. Die AG Beipackzettel lädt ein, sich der Weiterentwicklung und Verbreitung patientenfreundlicher Beipackzettel anzuschließen.

#### Die AG Beipackzettel ...

- überarbeitet gemeinsam Beipackzettel,
- arbeitet indikationsübergreifend,
- steht mit nationalen und europaweiten Zulassungsstellen,
- im Kontakt und arbeitet an deren Mustervorlagen mit,
- hält Vorträge auf europaweiten Fachkonferenzen,
- führt Gespräche mit Vertretern der Politik.

#### Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAGS)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO)
- Bundesselbsthilfverband für Osteoporose e.V.
- Bund zur Förderung Sehbehinderter – BFS NRW e.V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
- Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.
- Pfizer Deutschland GmbH (Patient Relations & Regulatory Affairs)
- MSD SHARP & DOHME GMBH (Patient Relations & Regulatory Affairs)

Haben Sie Fragen, möchten Sie mehr wissen oder wollen Sie mitwirken?

**Informationen über die AG Beipackzettel erhalten Sie bei:**  
Melanie Lang, Pfizer Deutschland GmbH, Senior Manager  
Patient Relations: [Melanie.lang@pfizer.com](mailto:Melanie.lang@pfizer.com)

#### Übrigens:

Hannelore Loskill, die für die BAGS in der AG Beipackzettel mitarbeitet, gehört auch zum Vorstand des APS.

## Skandalisierung von Fehlerstatistiken schadet der Patientensicherheit

Kommentar des APS zur Berichterstattung in der BILD-Zeitung vom 16.02.2012

Am 16. Februar 2011 titelte die Bild Zeitung 1712 Tote durch Ärztepfsch. Sie bezog sich dabei auf eine vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Todesursachen-Statistik (veröffentlicht über BT-Drs 8538, Punkt 85, Anlage 1).

Die zitierte Statistik dokumentiert gemeldete Todesursachen in einer amtlichen Klassifikation (ICD 10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) in der zum Teil auch Behandlungskomplikationen und -fehler erfasst werden. Ein realistisches Abbild über die Häufigkeit der Behandlungsfehler insgesamt und deren Entwicklung in Deutschland lässt sich alleine über die gemeldeten Fälle in der Todesursachenstatistik nicht erstellen (*siehe Stellungnahme des Institutes für Patientensicherheit i.V.*)

Unzulässig und geradezu unlauter ist die Schlussfolgerung, die berichteten Todesfälle seien alle auf Fehlverhalten („Pfsch“) zurückzuführen. Dieser unqualifizierte Umgang mit Fehlerstatistiken schadet der weiteren Entwicklung der Fehlerberichte und Fehlerdokumentationen. Sie dient nicht der notwendigen Weiterentwicklung einer Sicherheitskultur in Deutschland und schadet letztlich der Patientensicherheit!

In allen Gesundheitssystemen weltweit stellen Behandlungsfehler unbestritten ein hochrangiges, ernstes Problem der gesundheitlichen Versorgung dar, dem oft nicht in der gewünschten, möglichen und erforderlichen Art und Weise begegnet wird. Weltweit laufen daher viele Anstrengungen zum Ausbau der Patientensicherheit – auch in Deutschland. Um Vorstellungen über das Ausmaß des Problems zu erhalten, wurden vorhandene wissenschaftliche Studien über die Wahrscheinlichkeit von Behandlungsfehlern systematisch ausgewertet (APS-Agenda 2007). Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Analyse legen den Schluss nahe, dass (konservativ) geschätzt, in zumindest 0,1% aller Krankenhausbehandlungen mit einem Behandlungsfehler mit Todesfolge zu rechnen ist (ebd. S. 8 / 26). Für Deutschland ist demnach von ca. 17.500 Todesfällen nach Behandlungen im Krankenhaus auszugehen. Unerwünschte vermeidbare Ereignisse im Behandlungsprozess sind sehr häufig nicht an einer Ursache fest zu machen. Fehleranalysen zeigen, dass häufig bei „menschlichem Versagen“ Stress, Unaufmerksamkeit, Defizite in der Struktur der Einrichtung, in der Organisation und dem Prozessablauf wesentliche Ursachen sind. Deshalb sind Analysen von Risiken, die Wahrnehmung und Meldungen von unerwünschten Ereignissen (ob vermeidbar oder unvermeidbar) auch in Bezug auf Medizinprodukte, Arzneimittel und deren Anwendung sowie der offene Umgang mit Fehlern von größter Wichtigkeit für eine nachhaltige Sicherheitskultur in unseren Kliniken.

Diese hochgerechnete Zahl bezieht sich alleine auf die Behandlungen im Krankenhaus - die ambulanten Behandlungen sind damit nicht erfasst. Die enorme Dimension dieses medi-

zinischen Versorgungsproblems und die entsprechenden Herausforderungen sind damit ausreichend gekennzeichnet. Es gilt: Jeder einzelne Todesfall durch einen Behandlungsfehler, ist ein Todesfall zu viel.

Unsere Anstrengungen müssen sich auf die Reduktion von Behandlungsfehlern (unerwünschte Ereignisse) und dem Ausbau der Patientensicherheit konzentrieren. Dazu dürfen Fehler nicht verschwiegen werden. Sie müssen registriert und analysiert werden damit die Chance erhöht wird, diese zukünftig zu vermeiden. Dafür haben die Träger der Einrichtungen das entsprechende Klima herzustellen. Gleichsam sind in den Ausbildungen alle Aspekte der Patientensicherheit deutlich zu steigern: Hygiene, Kommunikation sowie sachgerechte Reaktionen, wobei jeder Fehler zählt, um daraus zu lernen. Die Skandalisierung von Fehlern ist kontraproduktiv und schadet dem weiteren Ausbau der Patientensicherheit.

Der APS-Vorstand

### SimParTeam-Projekt jetzt mit eigener Homepage

Unter [www.simparteam.de](http://www.simparteam.de) können Sie sich jetzt auch im Internet über das Projekt, in dem Notfalltrainings für geburtshilfliche Teams angeboten werden, informieren.

Dank großzügiger Spenden können übrigens die ersten vier Trainings mit Geburtshilfeteams in bayerischen Krankenhäusern durchgeführt werden. Für drei weitere Trainings werden noch Spenden benötigt.

### Veranstaltungshinweis:

**Risikomanagement - aktueller Stand 2012**  
06.09.2012, Medizinische Hochschule Hannover

Der Schwerpunkt liegt auf der aktuellen Gesetzgebung, die Einfluss auf die Aufgaben im Risikomanagement hat. So wird sich die Umsetzung der ISO 80001 in vielen Bereichen des Gesundheitswesens auswirken. Dazu wird ein renommierter Experte referieren. Für den geplanten Patientengesetzentwurf wurden zwei Fachreferenten eingeladen, die das Gesetz aus verschiedenen Sichten betrachten, ethische sowie rechtliche Aspekte werden thematisiert. Weitere Themen wie Software, Projekte und Maßnahmen im Risikomanagement ergänzen das Programm..

Ihre verbindliche schriftliche Anmeldung (Name, Mail und Institution) senden Sie bitte **bis zum 24.08.2012**, per Mail an Frau Dr. M. I. Cartes

Email: [Cartes.Maria@mh-hannover.de](mailto:Cartes.Maria@mh-hannover.de)

Die Teilnahme ist kostenfrei.

## 4-Augen-Prinzip: Bitte um Hinweise

Immer wieder erreicht uns die Frage, in welcher Form das 4-Augenprinzip angewendet wird und welche Erfahrungen gemacht werden. Hier ein aktuelles Beispiel:

„Wir haben im Rahmen eines Qualitätszirkels verschiedene Varianten des 4-Augen-Prinzips beim Stellen und Verteilen von Medikamenten hier in der Klinik angedacht und leider noch keine für uns in der Praxis problemlos umsetzbare Lösung gefunden. Technische Voraussetzungen für eine Unit-Dose-Versorgung sind in unserer Klinik im Moment nicht gegeben. Welche Varianten des 4-Augen-Prinzips werden in anderen Kliniken beim Stellen und Verabreichen von Medikamenten praktiziert?“

Schreiben Sie uns Ihre Erfahrungen. In der APS-Geschäftsstelle werden wir Ihre Antworten sammeln und (natürlich anonymisiert) zusammenstellen, damit andere Kolleginnen und Kollegen daraus lernen können. Wir bedanken uns für Ihre Rückmeldungen!

Emails bitte an: [info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de)

## Termine

### 31. Juli 2012

AG Medizinprodukt-assoziierte Risiken (MPaR), Münster

### 07. September 2012

AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), Bonn

### 18. Oktober 2012

AG Bildung und Training (B+T), Neustadt am Rübenberge

### 09. November 2012

AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), Bonn

## Aktuelle Information zum E-Learning-Portal *riskolleg*

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe stellt in Kooperation mit der GRB - Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH die E-Learning-Plattform *riskolleg* für Ärztinnen, Ärzte und medizinische Fachberufe bereit. Durch die Teilnahme an zertifizierten Fortbildungen zu den Themen "Patientensicherheit, Risikomanagement und Medizinrecht" können CME-Punkte erworben werden. Mittlerweile stehen zahlreiche Beiträge zur Verfügung, die sich beispielsweise mit der "Psychologie des Fehlers", mit der "Medienarbeit im Krisenfall" oder der "Sturzprävention in Gesundheitseinrichtungen" beschäftigen.

Die Lernplattform kann auch von Fort- und Weiterbildungseinrichtungen sowie von Trägern von Gesundheitseinrichtungen für die Mitarbeiterqualifikation genutzt werden. Die Teilnahme ist kostenlos! Sie erreichen die Plattform unter [www.riskolleg.de](http://www.riskolleg.de).

Peter Gausmann, GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH

## WHO: Eine Million Tote durch Behandlungsfehler

Nach Angaben der WHO sterben rund eine Million Menschen jedes Jahr durch Behandlungsfehler. Auf der Weltgesundheitsversammlung in Genf forderte die WHO-Generaldirektorin Margaret Chan besseren Schutz für die Patienten. Ziel müsse es sein, die Zahl der ärztlichen Fehler mit Todesfolge deutlich zu senken. Falls die Ärzte die Checkliste der WHO konsequent beachteten, könnten eine halbe Million Todesfälle vermieden werden, meinte Chan.

(epd, taz, WELT KOMPAKT)

## Impressum / Kontakt

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.  
c/o Institut für Patientensicherheit der  
Universität Bonn  
Conny Wiebe-Franzen M.A.  
Stiftsplatz 12  
53111 Bonn  
Tel +49 / (0)228 / 738366  
Fax +49 / (0)228 / 738305

Email:  
[info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de) / [wiebe@aps-ev.de](mailto:wiebe@aps-ev.de)

Internet:  
[www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de)



## Studie zum Einführungsstand von klinischem RisikoManagement in deutschen Krankenhäusern

liegt nun in gedruckter Form vor und kann über die Geschäftsstelle des APS (siehe rechts) bestellt werden:

[info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de)

Auf der Homepage des APS steht die Studie auch zum Download zur Verfügung.

## APS-Infomaterial bestellen !

Denken Sie daran, rechtzeitig vor Ihren Veranstaltungen genügend APS-Flyer, APS-Infobroschüren, Handlungsempfehlungen und Patienteninformationsmaterial zu bestellen.

per Email an: [info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de)

oder per Fax an: 0228 738305