

PaSQ European Union Network
for Patient Safety and
Quality of Care

STEIGERUNG VON QUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT: IDEEN UND UMSETZUNG

Abschlusskonferenz **PaSQ** Deutschland
Bonn, 04. Mai 2015

Tagungsdokumentation



Funded by
the Health Programme
of the European Union

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

mit Unterstützung des



Inhalt

Vorwort	4
Eröffnung Dr. Martina Lietz, Universitätsklinikum Bonn, Institut für Patientensicherheit	5
Grußwort Bettina Godschalk, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin	6
Ziele und Ergebnisse des Projekts PaSQ Good Practices zu Patientensicherheit und Qualität aus 29 Ländern – Informations- und Austauschangebote von PaSQ Dr. Martina Lietz, Universitätsklinikum Bonn, Institut für Patientensicherheit	9
Implementierung von Patientensicherheitsmaßnahmen Lena Mehrmann, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin	12
Good Practices Patientenbeteiligung im Qualitätsmanagement – Anforderungen, Umsetzung, Auswirkungen Dr. Oliver Groene, London School of Hygiene & Tropical Medicine	18
Peer Review in der Intensivmedizin Prof. Dr. Jörg Weimann, Sankt Gertrauden-Krankenhaus, Berlin	24
World Café: „Implementierung erfolgreich?!“ – Erfahrungsaustausch unter KollegInnen und ExpertInnen	30
Podiumsdiskussion: Wie gelingt eine nachhaltige Implementierung? Dr. Oliver Groene, London School of Hygiene & Tropical Medicine Prof. Dr. Jörg Weimann, Sankt Gertrauden-Krankenhaus, Berlin Dr. Christian Thomeczek, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin Moderation: Christoph Wanko, Universitätsklinikum Köln	41
Resümee	46
Die Referentinnen und Referenten	48

Hinweis: Die Vorträge wurden durch das Institut für Patientensicherheit redaktionell bearbeitet.

Vorwort

Das Projekt „European Union Network for Patient Safety and Quality of Care“ (PaSQ) wurde als gemeinsame Aktion / Joint Action von April 2012 bis März 2015 durch die Europäische Union sowie in Deutschland zusätzlich durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert (-> www.pasq.eu). Eine kürzlich bewilligte Verlängerung ermöglicht die Fortsetzung und Intensivierung der begonnenen Vernetzung. Hierfür, wie auch für die anregende Begleitung unseres Projektes, bedanken wir uns herzlich.

Auf der Abschlusskonferenz PaSQ Deutschland, die das Institut für Patientensicherheit (IfPS) mit Unterstützung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) am 04. Mai 2015 durchgeführt hat, wurden die bisherigen Projektaktivitäten sowie ausgewählte Good Practice-Beispiele der Fachöffentlichkeit vorgestellt und

Erfahrungen mit der Implementierung von Maßnahmen zur Steigerung von Versorgungsqualität und Patientensicherheit diskutiert.

Die in dieser Dokumentation veröffentlichten Vorträge wurden durch das Institut für Patientensicherheit redaktionell bearbeitet; sie wurden in dieser Form also nicht von den Vortragenden verfasst und bilden nicht deren Wortlaut ab.

Wir bedanken uns bei allen ReferentInnen, ModeratorInnen und Teilnehmenden für ihre Beiträge, Diskussionen und Anregungen, die diese Konferenz lebendig gemacht haben sowie beim Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Unterstützung und fachliche Mitwirkung an der Konferenz. Den LeserInnen dieser Dokumentation wünschen wir viele Anregungen!

Prof. Dr. Tanja Manser und Martina Kattein
Universitätsklinikum Bonn, Institut für Patientensicherheit

Eröffnung

Dr. Martina Lietz
Universitätsklinikum Bonn, Institut für Patientensicherheit

Dr. Martina Lietz eröffnete als Tagungsleitung die Konferenz mit einem kurzen Überblick über das Projekt PaSQ: Das Projekt „European Union Network for Patient Safety and Quality of Care“ (PaSQ) befasst sich mit Patientensicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung. Angelegt als eine Joint Action, eine gemeinsame Aktion, wird das Projekt von der Europäischen Union sowie in Deutschland zusätzlich vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. PaSQ möchte die Zusammenarbeit und Vernetzung der EU-Mitgliedsstaaten in der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität ausbauen. Tatsächlich beteiligen sich in dem anfänglich auf drei Jahre angelegten Projekt alle EU-Mitgliedsstaaten plus Norwegen.

In Deutschland wirken zwei Institute an PaSQ mit: Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Berlin ist die Nationale Kontaktstelle für PaSQ in Deutschland und leitet ein Arbeitspaket. Als weitere Einrichtung in Deutschland ist das Institut für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn mit PaSQ befasst: Neben der wissenschaftlichen Mitarbeit obliegt dem IfPS auch die Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt in Deutschland.

PaSQ hat eine Vernetzung aller Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung auf internationaler Ebene zum Ziel und richtet sich somit an Kliniker, Qualitätsmanager, Risikomanager, Pflegende, niedergelassene

Ärzte und Zahnärzte, Apotheker, Krankenhausapotheker, Physiotherapeuten und andere. Durch Gründung eines nachhaltigen Netzwerkes sollen der Wissensaustausch in Bezug auf Patientensicherheit und Versorgungsqualität gefördert und insbesondere Good Practices verbreitet werden. Ein Weg des Austausches waren die sogenannten Exchange Events – an deren Aufbau orientiert sich auch die Abschlusskonferenz, indem alle Teilnehmenden aktiv eingebunden werden sollen.

Dr. Lietz erläuterte den geplanten Konferenzablauf. Nach einer näheren Vorstellung von Ergebnissen des Projekts PaSQ durch Dr. Martina Lietz und Lena Mehrmann richteten sich zwei weitere Vorträge auf ausgewählte Good Practices: Dr. Oliver Groene, London School of Hygiene & Tropical Medicine referiert über „Patientenbeteiligung im Qualitätsmanagement“, Prof. Dr. Jörg Weimann, Sankt Gertrauden-Krankenhaus, Berlin, berichtet über „Peer Review in der Intensivmedizin“ als ein Good Practice-Beispiel. In einem anschließenden „World Café“ haben die Teilnehmer Gelegenheit, sich in kleineren Runden und in wechselnden Zusammensetzungen über ihre Erfahrungen mit der Implementierung von Good Practices auszutauschen. Die Diskussionen werden in einer abschließenden Podiumsdiskussion weitergeführt.

Grußwort

Bettina Godschalk
Bundesministerium für Gesundheit, Berlin



In ihrem Grußwort für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) skizzierte Bettina Godschalk die Vorgeschichte des Projektes PaSQ, das neben einer Förderung aus dem Public Health Programm der Europäischen Kommission auch durch das BMG drei Jahre begleitet und finanziell unterstützt wurde. Die Netzwerkidee von PaSQ baut auf dem Vorgängerprojekt, dem Europäischen

Netzwerk für Patientensicherheit (EUNetPaS, 2008-2010) auf. Ebenfalls ist in der Ratsempfehlung zur Patientensicherheit der EU aus dem Jahr 2009 die Netzwerkidee enthalten. Die darauf basierenden Maßnahmen, u.a. die Joint Actions, sollen die EU-Mitgliedsstaaten bei der Koordinierung ihrer Strategien und Aktionen zur Patientensicherheit und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung unterstützen. Godschalk verwies auf die große Beteiligung von Ministerien, Organisationen, Instituten und Internationalen Stakeholdern aus allen EU-Mitgliedsstaaten sowie Norwegen, die den hohen Stellenwert des Wissensaustauschs über erfolgreiche Maßnahmen und Praktiken zur Patientensicherheit, zum klinischen Risikomanagement und zur Qualitätssicherung bei den Europäischen Akteuren im Gesundheitswesen aufzeigt.

Bei der im Jahr 2012 durchgeführten ersten Evaluation der Patientensicherheitsempfehlung durch die EU-Kommission erreichte Deutschland einen Spitzenplatz in der Umsetzung von Maßnahmen für Patientensicherheit und konnte diesen auch bei der zweiten Evaluation halten. Godschalk sah hierin keinen Anlass zum „Ausruhen“, wohl aber eine Möglichkeit, die eigenen Erfahrungen einzubringen und gleichzeitig mit dem Blick über den Gartenzaun der an-

deren Mitgliedsstaaten von- und miteinander zu lernen. Vernetzung im europäischen Kontext ist wichtig, denn:

„Wir können aus den Fehlern der anderen lernen und müssen sie nicht selbst machen.“

Ein Austausch über Good Practice-Beispiele fördert die Entwicklung einer Sicherheitskultur im eigenen Tätigkeitsbereich. Für das Engagement, das im Projekt PaSQ in den internationalen Kommunikations- und Abstimmungsprozessen erforderlich war, dankte Godschalk den Projektmitarbeiterinnen und -beteiligten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und des Instituts für Patientensicherheit (IfPS).

Unter Verweis auf die besonderen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung durch das föderale System bewertete Godschalk das bestehende Qualitätssicherungssystem als erfolgreich in der Verbesserung der Versorgungsqualität. Dies illustrierte sie an vier Entwicklungen:

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

So wurde durch das Patientenrechtegesetz, das Godschalk gemeinsam mit einer Kollegin aus dem Justizministerium federführend bearbeitet hatte, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beauftragt, in seinen Richtlinien zum einrichtungswidrigen Qualitätsmanagement wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensi-

cherheit sowie Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festzulegen.

Seit Anfang 2014 liegen diese Richtlinien vor, sie enthalten konkrete Anforderungen an ein krankenhausinternes Fehlermeldesystem mit systematischer Fehleranalyse und Fehleraufarbeitung. Zudem wird mit dem Patientenrechtegesetz ein, zumindest kleiner, finanzieller Anreiz für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen gesetzt, so dass man aus den Fehlern anderer lernen kann. Auch für diese Systeme werden Anforderungen in Richtlinien des GBA dargestellt.

Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

Das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland wird vom ÄZQ, vom Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat getragen. Die an einer Krankenhausbehandlung beteiligten Berufsgruppen berichten in diesem einrichtungsübergreifenden Netzwerk regelmäßig über Fehler oder Beinahe-Ereignisse. Im Patientenrechtegesetz ist hierfür klargestellt, dass die Meldenden keine rechtlichen Nachteile erfahren dürfen, wenn sie Risikosituationen und Fehler benennen (schwerwiegende Straftatsbestände ausgenommen). Godschalk hob hier insbesondere den Aspekt der Fehlerkultur hervor.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Ein weiteres aktuelles Vorhaben des Gesetzgebers im Bereich Patientensicherheit ist das derzeit im Aufbau befindliche Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Es soll dem GBA dauerhaft wissenschaftlich und methodisch fundierte Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern. Ergänzend sind Qualitätsvergleiche und Patientenbefragungen vorgesehen. Letztere wertete Godschalk als wichtiges Mittel zur Bestimmung von Qualitätsindikatoren. Denn in der stark sektorenorientierten Gesundheitsversorgung ist der Patient/die Patientin oft der/die einzige, der/die jeden einzelnen Schritt im Behandlungsprozess mitbekommt.

Krankenhausreform

Auch die Krankenhausreform, deren Referentenentwurf seit April 2015 vorliegt, enthält, so Godschalk, weitere Voraussetzungen zur Verbesserung der Qualität. Insbesondere betonte sie folgende Aspekte: Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder gesetzlich eingeführt, sie wird bei der Vergütung berücksichtigt, die Durchsetzungsmöglichkeit von Qualitätsvorgaben des GBA wird durch

eine gesetzliche Klarstellung verbessert, es gibt ein Kontrollverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden patientenfreundlicher und die klinischen Sektionen werden als Mittel der Qualitätssicherung durch eine Zuschlagsregelung gestärkt.

Somit sind und bleiben Qualitätssicherung und Patientensicherheit aktuelle Themen im BMG, resümierte Godschalk. Für das Projekt PaSQ wie auch für EUNetPaS wünschte sie sich, dass deren gute Ergebnisse umgesetzt und gelebt werden. Dafür sind sie an das jeweilige Gesundheitssystem und die örtlichen Gegebenheiten anzupassen. Einen weiteren Austausch auf europäischer Ebene im Sinne eines permanenten Netzwerkes hielt sie für wünschenswert. Die EU-Mitgliedsstaaten haben sich in ihren Ratsschlussfolgerungen zum zweiten Bericht zur Patientensicherheitsempfehlung darauf verständigt, dass bis 2016 eine Empfehlung für ein Rahmenwerk zur Patientensicherheit von den Mitgliedsstaaten und der EU-Kommission erarbeitet werden soll. Das Bundesministerium für Gesundheit wird sich in diesen Prozessen weiterhin engagieren.

Good Practices zu Patientensicherheit und Qualität aus 29 Ländern – Informations- und Austauschangebote von PaSQ

Dr. Martina Lietz

Universitätsklinikum Bonn, Institut für Patientensicherheit



Mit PaSQ soll die Implementierung der Empfehlungen des Europäischen Rates zur Patientensicherheit unterstützt werden. Tatsächlich hat sich der Europäische Rat im Dezember 2014 positiv zu PaSQ geäußert und insbesondere den Austausch und die Umsetzung bewährter Vorgehensweisen in den Mitgliedsstaaten begrüßt.

Ziele von PaSQ

Ziel von PaSQ ist ein internationaler Wissensaustausch. Im Einzelnen zählt zu den Zielen als erstes das Sammeln von Good Practices, die sich in den verschiedenen PaSQ-Partnerländern bewährt haben. Das Erfassen dieser Praktiken erfolgt hierbei durch die Beantwortung von Online-Fragebögen. Auf diese Weise kann jeder Kliniker, jeder niedergelassene Arzt, jede Pflegeperson und andere Good Practices melden, die sich in der eigenen Gesundheitseinrichtung bewährt haben. Hierfür ist lediglich eine Registrierung auf der PaSQ Homepage erforderlich, dann erhält man Zugang zu den Fragebögen. Um als zweites Ziel von PaSQ das so erhaltene Wissen über Good Practices aktiv mit anderen zu teilen und einen europaweiten Wissenstransfer zu ermöglichen, wurden außerdem spezielle

Dr. Martina Lietz gab zu Beginn einen Überblick über das Projekt PaSQ: Die ursprüngliche Laufzeit von April 2012 bis März 2015 wurde zwischenzeitlich bis Ende März 2016 verlängert. In der Perspektive wird ein permanentes Netzwerk angestrebt. An PaSQ beteiligen sich alle 28 EU-Mitgliedsstaaten plus Norwegen sowie europäische und internationale Stakeholder-Organisationen, insgesamt rund 60 Organisationen, Ministerien, Institute etc. Die Koordination obliegt der Haute Autorité de Santé (HAS) in Paris. Partner aus Deutschland sind das Institut für Patientensicherheit (IfPS) und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Veranstaltungen durchgeführt, die schon erwähnten Exchange Events. Als Austauschmechanismen für diese Events wurden zum Beispiel Webinare, Seminare, Study Tours, Besichtigungen von Institutionen oder Kooperationen durchgeführt. Ein weiteres Ziel von PaSQ ist die Implementierung von ausgewählten Good Practices mithilfe von Toolboxes, zu deren näherer Vorstellung Dr. Lietz auf den folgenden Vortrag von Lena Mehrmann verwies. Insgesamt zielt PaSQ darauf ab, ein nachhaltiges europaweites Netzwerk aller Akteure und Stakeholder im Gesundheitswesen zu schaffen und diese zu stärken.

Zur Verbreitung der gemeldeten Good Practices wurde außerdem eine öffentlich zugängliche Datenbank eingerichtet. Methodisch durchliefen die gesammelten Practices ein dreistufiges Review, bevor sie in die Datenbank implementiert wurden. Für den Wissensaustausch wurde geprüft, welche Austauschmechanismen (Webinar, Besichtigung etc.) sich für die jeweilig ausgewählten Themen oder Good Practices anbieten und diese entsprechend für ein Exchange Event ausgewählt. Während der Events, die auf internationaler Ebene von verschiedenen PaSQ-Partnerländern durchgeführt wurden, erfolgte dann ein aktiver Austausch zwischen den Teilnehmern zu den gewählten Themen. Die Veranstaltungen wurden im Anschluss evaluiert.

Anschließend erläuterte Dr. Lietz den Projektbeitrag des IfPS. Neben der Öffentlichkeitsarbeit für PaSQ war das Institut wissenschaftlich beteiligt an der Entwicklung der Fragebögen, am Review der gemeldeten Good Practices, an der Auswertung der gesammelten Daten sowie an der Erstellung der Ergebnis-Berichte von PaSQ.

Bei den Praktiken werden zum Einen Patient Safety Practices (PSPs) und zum Anderen Good Organisational Practices (GOPs) unterschieden.

1. Patient Safety Practices (PSPs)

Die PSPs umfassen Patientensicherheitsmaßnahmen, die auf lokaler klinischer Ebene implementiert sind, das heißt, es sind Good Practices, die in einem Krankenhaus oder in einer Praxis Anwendung finden. Zu solchen Praktiken zählen beispielsweise Maßnahmen zur Prävention von Stürzen oder zur Händedesinfektion. Während der dreijährigen Projektlaufzeit wurden insgesamt 504 PSPs gemeldet. Diese Good Practices werden wiederum eingeteilt in

- a) Clinical Practices (CPs), die mit 356 Meldungen 71 % aller Meldungen ausmachen sowie
- b) Clinical Risk Management Practices (CRMPs), die mit 148 Meldungen 29 % entsprechen.

Die Clinical Practices beziehen sich thematisch besonders häufig auf Kommunikation, Medikamente und IV-Flüssigkeiten,

Patientenidentifikation, chirurgische und invasive Verfahren, Infektionskontrolle und Prävention postoperativer (Wund-)Infektionen, Dokumentation, Händehygiene sowie Patientenbeteiligung.

Als thematische Schwerpunkte unter den Clinical Risk Management Practices erweisen sich die Implementierung von Patientensicherheitsinitiativen und -aktivitäten, die Identifikation und die Analyse von Risiken und Schäden, außerdem Patientensicherheitskultur und Patientensicherheitsklima sowie Aus- und Weiterbildung zum Thema Patientensicherheit.

2. Good Organisational Practices (GOPs)

Demgegenüber bezeichnen Good Organisational Practices Maßnahmen, die auf nationaler oder regionaler Ebene implementiert sind und die Verbesserung der Versorgungsqualität hier vor allem der Struktur- und Prozessqualität, zum Ziel haben. Ein wichtiges Kriterium für die GOPs war die Übertragbarkeit auf andere Gesundheitssysteme auf regionaler oder nationaler Ebene. Insgesamt wurden 146 GOPs gemeldet, die sich überwiegend mit den folgenden Gebieten beschäftigen: Projekte zur Qualitätsverbesserung, Akkreditierung, klinische Leitlinien und Behandlungspfade, Patientensicherheitssysteme, Vorfallsberichts- und Lernsysteme sowie klinisches Risikomanagement.

Meldung von Good Practices auf der Projektwebsite

Die Datensammlung wird, so Dr. Lietz, auch im Verlängerungsjahr fortgesetzt, somit

können weitere Meldungen vorgenommen werden. Die Meldenden werden als Experten der von ihnen beschriebenen Good Practices genannt und mit ihren Kontaktdaten in der Datenbank ausgewiesen. Im Folgenden führte Dr. Lietz die Nutzbarkeit dieser Datenbank auf der Wiki-Plattform unter der Projektwebsite www.pasq.eu vor.

In der Datenbank können die Good Practices nach Themen, Ländern, Art der Good Practice (PSP, GOP etc.) und weiteren Kategorien gefiltert und anschließend im Detail eingesehen werden. Über die Kontaktdaten am Ende der Detailansicht der einzelnen Good Practices kann bei Interesse auch direkt Kontakt mit der Person aufgenommen werden, die die Good Practice gemeldet hat, um weitere Informationen zu erhalten.

Exchange Events

Abschließend erläuterte Dr. Lietz die zum Wissensaustausch durchgeführten Exchange Events näher. In der dreijährigen Projektlaufzeit fanden insgesamt 35 solcher Events statt; darunter z.B. Diskussionsmeetings oder Besuche von Gesundheitseinrichtungen. Hieran konnten auch externe Interessierte, die nicht selbst an PaSQ beteiligt waren, kostenfrei teilnehmen. Solche Events finden, so Dr. Lietz, leider zurzeit nicht mehr statt, eine Übersicht über die Programme und die Präsentationen der erfolgten Events sind aber auf der Wiki-Plattform verfügbar.

Implementierung von Patientensicherheitsmaßnahmen

Lena Mehrmann

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin



Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) fungiert im Projekt PaSQ als Nationale Kontaktstelle für Deutschland und leitet eines der Kernarbeitspakete, das sich mit der Implementierung von Patientensicherheitsmaßnahmen befasst (Arbeitspaket 5). Lena Mehrmann erläuterte die hierzu durchgeführten Aktivitäten. So

wurden Patientensicherheitsmaßnahmen für die Implementierung gesammelt und ausgewählt, Implementierungshilfen zur Verfügung gestellt, Gesundheitseinrichtungen in europäischen Ländern rekrutiert und der Implementierungsprozess begleitet und evaluiert. Im Ergebnis liegt nun ein Bericht zu den Implementierungserfahrungen aus den beteiligten Gesundheitseinrichtungen vor.

Patientensicherheitsmaßnahmen

Methodisch wurden die Patientensicherheitsmaßnahmen für die Implementierung nach vorab festgelegten Kriterien ausgewählt. Zu diesen zählten, dass die Maßnahmen

- » eine in Studien nachgewiesene Wirksamkeit haben,
- » auf verschiedene Länder, aber auch verschiedene Sektoren und Bereiche übertragbar sind,
- » im Rahmen der dreijährigen Projektlaufzeit und der einjährigen Implementierungszeit umzusetzen sind,
- » über hierzu bereits vorliegende Implementierungshilfen verfügen und
- » die aktive Beteiligung von Patienten ermöglichen.

Ermittelt wurden die Maßnahmen über eine Literaturrecherche und eine Befragung der beteiligten europäischen Länder. Im Ergebnis wurden, so Mehrmann, vier Maßnahmen für die Implementierung ausgewählt:

1. Die Surgical Safety Checklist der WHO ist die Patientensicherheitsmaßnahme mit der wohl besten Evidenz. Ihr Ziel ist es, die prä- und perioperative Versorgung der Patienten zu verbessern. Die Checkliste bietet ein Set von Sicherheitsstandards an, das in allen Ländern und Settings angewendet werden kann.

2. Bei Medication Reconciliation handelt es sich um eine aus den USA, Kanada und Australien stammende Maßnahme, die in Europa und Deutschland noch relativ neu ist. Sie zielt darauf ab, Medikationsdiskrepanzen wie Dokumentations- und Medikationsfehler, aber auch potentielle unerwünschte Arzneimittelereignisse an Versorgungsübergängen zu verhindern und dadurch eine richtige Medikation entlang der Versorgung sicherzustellen.

3. Mit der Multimodalen Intervention zur Verbesserung der Händehygiene-Compliance sollen Krankenhausinfektionen reduziert werden. Sie knüpft an die Kampagne der WHO „Safe Lives: Clean Your Hands“ an und die hier erstellten Materialien wurden als Basis genutzt.

4. Die Maßnahme Pädiatrische Frühwarnkennzeichen stammt aus Großbritannien. Sie ist ein validiertes und einfach zu nutzendes Tool, das es ermöglicht, bei Kindern bestimmte Parameter, wie z.B. Körpertemperatur oder Sauerstoffsättigung im Blut, regelmäßig zu überwachen und damit vermeidbare Verschlechterungen zu verhindern.

Implementierungshilfen

Als Implementierungshilfe wurde zum einen zu jeder dieser Patientensicherheitsmaßnahmen eine Toolbox zusammengestellt, die über die PaSQ-Website zugänglich ist. Die Toolboxes enthalten Informationen über die Maßnahme, eine Anleitung zu ihrer Implementierung, Hinweise zu den für die Implementierung benötigten Ressourcen, Angaben zu ihrer Evidenz und die Tools, wie z.B. Checklisten, Poster oder andere Instrumente, die bei Bedarf von den sie nutzenden Gesundheitseinrichtungen angepasst werden können. Die Tools wurden gesammelt durch Literaturrecherche, Internetsuche und eine Befragung der europäischen Länder und Stakeholder-Organisationen.

Zum anderen wurde als Implementierungshilfe zu jeder Patientensicherheitsmaßnahme jeweils mindestens ein Webinar in Zusammenarbeit mit den Ländern und unter Einbeziehung von Experten organisiert. Ziel war es, Wissen und Erfahrungen auszutauschen zwischen den Koordinatoren und Beteiligten aus den Gesundheitseinrichtungen, die an der Implementierung der Patientensicherheitsmaßnahmen teilnahmen. Die Audioaufnahmen und Präsentationen dieser Webinare sind über die PaSQ-Website verfügbar.

Teilnahme an der Implementierung

Über die Ergebnisse der Implementierung berichtete Mehrmann, dass sich 18 euro-

päische Länder beteiligt haben, die für die Implementierung zwischen einer und vier Maßnahmen wählen konnten. In Deutschland wurde Medication Reconciliation ausgewählt, Spanien entschied sich als einziges Land für die Implementierung aller vier Maßnahmen.

Aus diesen 18 europäischen Ländern konnten über die Nationalen Kontaktstellen 220 Gesundheitseinrichtungen für eine Teilnahme gewonnen werden, die eine oder mehrere Maßnahmen implementierten. Sie konnten die Implementierungsphase nutzen, um entweder mit einem Implementierungsprozess zu beginnen oder aber eine bereits laufende Maßnahme in ihrer Einrichtung weiter zu vertiefen. Die meisten Gesundheitseinrichtungen wurden für die Maßnahme Medication Reconciliation gewonnen: insgesamt 106 Einrichtungen, darunter drei Krankenhäuser aus Deutschland. An der Implementierung der WHO Surgical Safety Checklist beteiligten sich 86 Einrichtungen, an der der Händehygiene-Compliance 81 und an der Implementierung der Pädiatrischen Frühwarnkennzeichen 35 Einrichtungen.

Für die Evaluation wurde ein Vorher-/Nachher-Vergleich mittels eines über die Nationalen Kontaktstellen verteilten Online-Fragebogens unternommen. Die Baseline-Befragung erfolgte im Herbst 2013 und eine Endline-Befragung im Herbst 2014.

Der Rücklauf lag bei Medication Reconciliation bei 90 %, bei der WHO Surgical Safety Checklist bei 72 %, bei der Händehygiene-Compliance bei 59 % und bei den Pädiatrischen Frühwarnkennzeichen bei 43 %.

Ergebnisse der Evaluation

Mehrmann erläuterte ausgewählte Ergebnisse der Evaluation: So zeigte sich bei der Evaluation des Implementierungsfortschritts, dass Pädiatrische Frühwarnkennzeichen und Medication Reconciliation zu Beginn der Implementierungsphase von relativ wenigen Gesundheitseinrichtungen (7 % bzw. 30 %) bereits genutzt bzw. implementiert waren und der Anstieg während der in PaSQ betrachteten Implementierungsphase relativ hoch ausfiel (auf 67 % bzw. 78 %).

Demgegenüber wurden die WHO Surgical Safety Checklist und die Händehygiene-Compliance bereits zu Beginn der Implementierungsphase von vielen Gesundheitseinrichtungen, nämlich 79 % bzw. 82 %, als Patientensicherheitsmaßnahme eingesetzt – zumal die WHO Surgical Safety Checklist in einigen Ländern verpflichtend ist. Der Implementierungsfortschritt wies hier einen geringeren Anstieg auf, aber nach einem Jahr wurden beide Maßnahmen von den beteiligten Gesundheitseinrichtungen zu 100 % bzw. 98 % genutzt.

Infolgedessen verortete Mehrmann die Aktivitäten der Gesundheitseinrichtungen für die Maßnahmen Pädiatrische Frühwarnkennzeichen und Medication Reconciliation

überwiegend im Beginn einer Implementierung, in dem die Einrichtungen z.B. ein Implementierungsteam zusammenstellten, einen Projektplan entwarfen, ihre Formulare anpassten etc., was nach PDCA-Zyklus eher den Schritten Plan und Do entspricht. Demgegenüber ordnete Mehrmann die Implementierung der Maßnahmen WHO Surgical Safety Checklist und Händehygiene-Compliance eher den Phasen Check und Act zu, in denen ein regelmäßiges Monitoring eingerichtet wurde, Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet wurden oder die ggf. in einem Bereich begonnene Implementierung auf andere Bereiche ausgeweitet wurde.

In der Evaluation der Toolboxen-Nutzung zeigte sich, dass diese insgesamt zu 68 % und mehr von den Koordinatoren in den Gesundheitseinrichtungen genutzt wurden. Die höchste Nutzungsquote wies mit 94 % die Toolbox zum Thema Händehygiene auf. Gerade hier zeigte sich, dass die meisten Tools zur Händehygiene, nämlich 11 von 14 Tools zu diesem Thema, durch die Befragung der Länder ermittelt wurden und nur drei aus der Literatur- und Internetsuche stammten. Mehrmann sah hierin die Bedeutung bestätigt, „über den Tellerrand zu schauen“, sich international zu vernetzen und von den anderen Ländern zu profitieren.

Limitationen und Ergebnis

Im Resümee ihres Vortrages nannte Mehrmann auch Limitationen der Aktivitäten zur Implementierung von Patientensicherheitsmaßnahmen in PaSQ: Da PaSQ als Netzwerkprojekt, nicht als wissenschaftli-

ches Projekt angelegt ist, sind die Fragebögen nicht wissenschaftlich fundiert. Die Ergebnisse der Evaluation beruhen auf den subjektiven Einschätzungen der Koordinatoren der Gesundheitseinrichtungen. Etwaige Missverständnisse bei der Beantwortung der englischsprachigen Fragebögen sind nicht auszuschließen. Und schließlich kann keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit die Implementierungsfortschritte durch PaSQ selbst oder durch andere nationale Initiativen, Kampagnen oder Programme begründet sind.

Als zentrales Ergebnis hob Mehrmann hervor, dass 220 Gesundheitseinrichtungen, darunter Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeheime aus 18 europäischen Ländern an der Implementierung der Patientensicherheitsmaßnahmen teilnahmen, dass Instrumente zur Unterstützung des Implementierungsprozesses zusammengetragen, angeboten und genutzt wurden und dass die Ergebnisse der Baseline- und Endline-Befragung einen positiven Implementierungsfortschritt zeigten, den es nun weiter auszubauen gilt.

Diskussion

In der nachfolgenden Diskussion, die sich auf die Vorträge von Dr. M. Lietz und L. Mehrmann bezog, gab es folgende Fragen und Anregungen aus dem Publikum:

» Beteiligte Krankenhäuser

Auf eine Nachfrage zu Name und Ausstattung der drei Krankenhäuser, die sich in Deutschland an der Implementierung der Maßnahme Medication Reconciliation beteiligt haben, erläuterte Lena Mehrmann, dass alle drei Krankenhäuser über eine eigene Krankenhausapotheke verfügen und namentlich auf der PaSQ-Website (<http://www.pasq.eu/Wiki/SCP>) ausgewiesen sind. Die Krankenhäuser liegen in Hannover, Coburg und Lüneburg.

» Spaß am Qualitätsmanagement

Ein Teilnehmer problematisierte die allgemeine Fokussierung auf Fehler in der Debatte um Qualitätsmanagement und Patientensicherheit, da sich zumeist niemand gerne mit Fehlern und Risiken auseinandersetzt. Aus einer Auseinandersetzung mit Fehlern folgt auch nicht unbedingt eine Stärke und während dieser Auseinandersetzung vernachlässigt man seine Stärken. Der Teilnehmer warb daher sehr deutlich dafür, den „Spaß am Qualitätsmanagement“ nicht zu verlieren. Für die weitere Arbeit von PaSQ regte er an, im Kontext der Datenbank, die ihn sehr beeindruckt hat, auch ein Motivationselement herauszuarbeiten, was die Lust und die Identifikation befördert, sich mit Patientensicherheit auseinanderzusetzen.

» Folgeaktivitäten von PaSQ

Eine Nachfrage richtete sich auf die geplanten Folgeaktivitäten von PaSQ während der Verlängerungsphase. Angeregt wurde die Verbreitung der vorhandenen Tools zur Händehygiene in deutschsprachiger Version. Mehrmann erläuterte als einen der nächsten Schritte von PaSQ auf internationaler Ebene, dass die für die Evaluation konzipierten Fragebögen auch auf der PaSQ-Website eingestellt werden, damit interessierte Gesundheitseinrichtungen selbständig die genannten Patientensicherheitsmaßnahmen implementieren und evaluieren können. Dr. Thomeczek verwies darauf, dass das Thema Handhygiene in Deutschland nicht als Implementierungsaktivität im Rahmen von PaSQ ausgewählt wurde, weil es hier seit mehreren Jahren bereits die sehr gut etablierte nationale Kampagne „Aktion Saubere Hände“ gibt.

» Hemmnisse für die Meldung von Good Practices

Eine Teilnehmerin brachte ihre Erfahrung ein, dass es in anderen Projekten viel Diskussion um geistiges Eigentum gibt, wenn die Projektbeteiligten ihre Erfahrungen für Toolentwicklungen zur Verfügung stellen sollen. Sie fragte nach, welche Rolle dies bei den vielen Meldungen von Good Practices in PaSQ spielt, zumal die Meldenden hierfür außer Lob und Anerkennung nichts bekommen. Dr. Lietz berichtete, dass solche Diskussionen tatsächlich bisher kein Thema in PaSQ gewesen sind. Sie vermutet, dass es ein wichtiger Anreiz für die Meldenden ist, dass sie in der Daten-

bank als Kontaktperson ausgewiesen werden und damit in der Fachöffentlichkeit als Experten erscheinen.

» Patientensicherheit als positives Thema

Eine Teilnehmerin berichtete, dass sie in der Patientensicherheit auf EU-Ebene involviert ist. Sie stimmte dem Vorredner zu, dass Patientensicherheit nicht nur Pflicht und Last sein darf, sondern auch Spaß machen soll. Auf EU-Ebene war es ein langer Weg, Patientensicherheit positiv besetzt auf den Weg zu bringen, wozu mit dem Vorläuferprojekt EUNetPaS ein Anfang gemacht wurde. Ihrem Eindruck nach gibt es inzwischen in fast allen Mitgliedsstaaten ein positives Feedback über die Arbeit von PaSQ, weil alle aktiv an dem Projekt mitgewirkt haben. Und offensichtlich hat es wohl allen Beteiligten Spaß gemacht, sich gegenseitig zu besuchen und sich auszutauschen, sie waren interessiert an den Praxiserfahrungen anderer. PaSQ setzt nach Einschätzung der Teilnehmerin einen positiven Akzent in dem insgesamt doch eher negativ besetzten Thema Patientensicherheit. Aus ihrer Sicht wird es auf EU-Ebene als nächste Aufgabe darum gehen, Patientensicherheit weiterhin als positives Thema zu lancieren. Dr. Lietz sah die positiven Erfahrungen hinsichtlich der Motivation und dem Interesse der Beteiligten am gegenseitigen Austausch auch bei vielen Exchange Events gleichermaßen bestätigt. Bettina Godschalk verwies auf diese Veranstaltung als ersten Schritt, Multiplikatoren zu zeigen, was erreicht wurde. Sie bat die Teilnehmenden, die Informationen und Diskussionen dieser Veranstaltung

in die Einrichtungen und Organisationen zu tragen, in denen sie tätig sind. Schließlich sollte genau dazu die Konferenz dienen.

» Projektsprache Englisch als Hürde

Eine letzte Frage bezog sich darauf, inwieweit Englisch als Projektsprache eine Hürde für den aktiven Austausch zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen darstellte. Dr. Lietz berichtete, dass dies bei den Exchange Events keine Hürde war, sich aber bei der Sammlung der Good Practices bemerkbar gemacht hatte. Entsprechende Rückmeldungen gab es v.a. in Deutschland. Es wurde in Diskussionsrunden u.a. bei PaSQ Workshops von Interessenten und potenziellen Meldenden mehrfach der Wunsch nach einer Übersetzung der Fragebögen ins Deutsche geäußert. Aus Spanien beispielsweise kamen sehr viele Good Practice-Meldungen, und hier waren die Fragebögen im Vorhinein ins Spanische übersetzt worden. Generell hätte nach Einschätzung von Dr. Lietz vermutlich eine Übersetzung ins Deutsche möglicherweise eine größere Zahl von Meldungen befördert. Auch Mehrmann bestätigte das Problem der Sprachbarriere, wusste zugleich aber von einem Treffen zu berichten, auf dem es gelang, sich trotz Sprachproblemen „auch mit Händen und Füßen“ auszutauschen und zu merken, dass in der Patientensicherheit alle die gleichen Probleme und Hürden zu bewältigen haben.

Patientenbeteiligung im Qualitätsmanagement – Anforderungen, Umsetzung, Auswirkungen

Dr. Oliver Groene

London School of Hygiene & Tropical Medicine



Dr. Groene illustrierte die Relevanz der Patientenbeteiligung im Kontrast zur TV-Filmfigur des Dr. House, der für fachliche Exzellenz steht, aber von dem man bei chronischen Krankheiten oder Multimorbidität nicht unbedingt behandelt werden

möchte. So befasst sich das Thema Patientenbeteiligung mit der Frage, wie man die Patienten einbinden kann, um die Versorgung nachhaltig zu verbessern und zu gestalten.

Drei Achsen der Patientenbeteiligung

Dr. Groene bildete die Patientenbeteiligung entlang dreier Achsen ab: In einer Achse von aktiv zu passiv geht es um die Verortung des Patienten zwischen den Gegenpolen eines aktiv an der Entscheidung Beteiligten oder eines passiven Empfängers von Information. Eine zweite Achse von Patient zur Öffentlichkeit bezieht sich auf die jeweilige Fokussierung auf den Patienten, sie kann den Patienten selbst, einen Patientenvertreter oder die Öffentlichkeit umfassen. Auf einer dritten Achse, der Mikro-Makro-Ebene, berührt das Thema verschiedene Handlungsebenen, von der Beteiligung des Patienten in seiner eigenen Versorgung akuter oder chronischer Erkrankungen über die Beteiligung von Patientenvertretern im Qualitätsmanagement bis hin zur Demokratisierung grundlegender Prozesse, z.B. einer Patientenbeteiligung in der Forschung.

Begriffsbestimmungen

Qualität erläuterte Dr. Groene als ein multidimensionales Konstrukt, in dem sich neben der klinischen Effektivität als Kernbestandteil in den letzten 10 - 15 Jahren

bereits die Patientensicherheitsagenda etabliert hat und nun auch die Patienten- oder Personenzentriertheit als neue Dimension hinzukommt. Entsprechend versteht der National Health Service (NHS) in Großbritannien unter Qualität eine Versorgung, die sicher, effektiv und patientenzentriert ist.

Ähnlich werden in dem Bericht des Institute of Medicine (IOM) „Crossing the quality chasm“ aus dem Jahr 2001 sechs Dimensionen von Qualität ausgewiesen, von denen drei Dimensionen am besten aus der Patientenperspektive definiert werden können: timely (zeitgerecht), equitable (bedarfsgerecht) und person-centred (personenzentriert), während die etablierten Dimensionen Sicherheit und Effektivität eher eine medizinische Domäne sind (die sechste Dimension ist „efficient“). Die Erweiterung von patienten- auf personenzentrierte Versorgung meint dabei eine Berücksichtigung auch zukünftiger Patienten.

In dem Dokument der Health Foundation „Person-centred care made simple“ aus dem Jahr 2014 wird Patientenbeteiligung definiert als eine Versorgung, die personalisiert ist, koordiniert und unterstützend und dabei den Patienten mit Würde, Mitgefühl und Achtung behandelt. Insoweit diese Dimensionen insbesondere von Patienten bewertet werden können, sollten sie daher auch bei der Entwicklung von Indikatoren, Leitfäden etc. eingebunden werden.

Patientenbeteiligung auf der Mikro-Ebene

Im Folgenden erläuterte Dr. Groene die Entwicklungen in der Patientenbeteiligung auf der Mikro-, der Makro- und der Meso-Ebene. Auf der Mikro-Ebene skizzierte er die Entwicklung seit den 1950er Jahren. Zu dieser Zeit traf der Arzt seine Entscheidungen im besten Sinne seiner Patienten, gab dann Anweisungen und die Patienten folgten diesen Anweisungen. Hierfür steht z.B. das Werk von Talcott Parson „The Social System“. In den 1990er Jahren entstanden Forschungsarbeiten darüber, was Patienten überhaupt zu ihrer Versorgung beitragen und wie sie eingebunden werden können, Dr. Groene hob hier insbesondere die Veröffentlichung „Through the Patient’s Eyes“ von Margaret Gerteis et al. hervor. Er verwies auf die Arbeiten von Angela Coulter, die das Thema der Patientenerfahrung in England und Europa etablierte und standardisierte Fragebögen entwickelte.

Schließlich schilderte er die Erfahrung von Donald Berwick, dem damaligen Präsidenten des Institute of Health Care Improvement und Professor in Medizin an der Universität Harvard, die dieser in der Gesundheitsversorgung seiner Frau erlebt und in einem Vortrag auf dem Kongress „Quality and Safety in Health Care“ 2009 berichtet hatte: Er bemerkte, dass bei der Behandlung seiner Frau im Krankenhaus etwas falsch lief, was patientensicherheitsrelevant war, aber die Ärzte wollten ihm

nicht zuhören, weil er nur ein Familienangehöriger war. Diese Erfahrung brachte ihn zu einem Umdenken, das ihm die Bedeutung einer stärkeren Patienteneinbindung verdeutlicht hat.

Einen Ansatz zur Förderung einer solchen Einbindung stellt das von Kate Lorig in Kalifornien entwickelte Expert Patients Programme aus dem Jahr 2000 dar, in dem Patienten geschult wurden, andere Patienten zu schulen. Hier wurden Patienten als Experten im Management ihrer eigenen Krankheit einbezogen, wie auch die positiven Evaluationsergebnisse belegen.

In dem von Tom Delbanco durchgeführten Projekt OpenNotes wurde Patienten die Möglichkeit gegeben, ihre Patientenakte auf mögliche Fehler, wie z.B. Medikation und Anweisungen, zu prüfen und in ihrer Akte selbst Korrekturen einzutragen. Nach anfänglich großer Resistenz entwickelte sich Begeisterung auf allen Seiten: bei den Patienten, die sich hierdurch gestärkt fühlten und bei den Ärzten, weil die Patienten Fehler gefunden hatten, wie z.B. eine falsche Indikation. An einer Internet-basierten Fortentwicklung dieses Projekts wird gearbeitet.

Als letztes Beispiel benannte Dr. Groene das Chronik Care Model, in dem der informierte, aktivierte Patient wesentlicher Be-

standteil eines effektiven Gesundheitssystems ist. Für die Mikro-Ebene resümierte er im Ergebnis:

„Der Gedanke, dass dem Patienten eine wesentliche Rolle in der eigenen Versorgung zukommt, hat sich mittlerweile in der Forschungsliteratur etabliert, auch wenn er nicht immer bereits umgesetzt wird.“

Patientenbeteiligung auf der Makro-Ebene

Für die Makro-Ebene beleuchtete Dr. Groene die Einbindung von Patienten in der Forschung, der viele Forscher mit Vorbehalt begegnen. So erwartet z.B. das National Institute of Health Research (NIHR) in England, dass in allen bei ihm eingereichten Projektanträgen in der Versorgungsforschung und teils auch in der medizinischen Forschung beschrieben ist, wie Patienten in das Projekt involviert werden. Von den fünf Peer-Reviews zu jedem Antrag werden mindestens zwei Reviews von Patientenvertretern verfasst. Wenn keine Patientenbeteiligung vorgesehen ist, muss dies gerechtfertigt werden.

Noch weitergehend fordert das Patient-Centred Outcomes Research Institute (PCORI) in den USA ein, dass hier eingereichte Projektanträge eine Patienteneinbindung in allen Forschungsphasen vorsehen, also nicht nur in der Einbeziehung eines Patientenvertreters in den Projektbeirat.

In England, den USA und auch in Australien ist die Patienteneinbindung in der Forschung inzwischen eine Voraussetzung, Forschungsgelder zu erhalten, und sie gewinnt an Bedeutung. Dies hat, so Dr. Groene, mittel- und langfristig einen großen Einfluss darauf, was und wie geforscht wird und wie die Ergebnisse kommuniziert werden, damit sie auch bei denen ankommen, die bei der Forschung am ehesten beteiligt sind.

Patientenbeteiligung auf der Meso-Ebene

Für die Meso-Ebene, die Versorgungseinrichtungen, stellte Dr. Groene sechs Beispiele vor, die überwiegend aus den USA stammen, die nicht unbedingt evidenzbasiert sind, aber Good Practice-Modelle darstellen:

1. Im Medical Center in Texas arbeitet in jedem Komitee ein Patientenvertreter (mit Stimmrechten) mit. Auch wenn sich hier die Frage nach dem Sinn für alle Komitees stellt, verwies Dr. Groene auf den möglichen Beitrag einer grundsätzlichen Patientenbeteiligung auf allen Ebenen.

2. Peer Support: In einem Krebszentrum in den USA können Krebspatienten ihre Behandlung mit anderen Patienten besprechen. Hier werden Fragen zur Bewältigung der Krankheit thematisiert, für die im medizinischen Gespräch oft keine Zeit ist.

3. (Aus-)Bildung: Patienten fungieren als Trainer in Weiterbildungen und berichten über ihre Erfahrungen.

4. Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Indikatoren oder Patientenpfaden, um z.B. zu untersuchen, wie solche Pfade am besten entwickelt und umgesetzt werden können.

5. Patienten beraten bei der räumlichen Gestaltung (Innen- und Außenarchitektur).

6. Bewertung und Interpretation von Studienergebnissen, um z.B. einen messbaren Unterschied in einem Patientenfragebogen darauf zu prüfen, ob er auch aus Patientensicht interessant ist und nicht nur aus medizinischer Sicht.

Good Practices und Innovationen werden nicht automatisch aufgegriffen und verbreitet. Als Ursache hierfür verwies Dr. Groene auf die Theorie von den Innovatoren und Early Adopters, die in einer Organisation mit Innovationen beginnen. Zu einem Bruch in der Innovationskette kommt es dann, wenn die Early Majority ihre Entscheidungen nicht an den Ergebnissen der Innovatoren orientiert, weil sie sich selbst nicht als Innovator versteht.

Evaluation von Interventionen

Wie können komplexe Interventionen evaluiert werden, um sie auch für andere Einsatzorte und -settings transferierbar zu machen? Wie können die Rahmenbedingungen, die die Wirksamkeit von Good

Practices lokal beeinflusst haben, ermittelt werden? Für die Patienteneinbindung könnte man ein simples Kausalmodell erstellen, das von a) einer Patienteneinbindung im Qualitätsmanagement, die z.B. in den sechs vorher beschriebenen Good Practice-Beispielen bestehen könnte, zu b) einer patientenzentrierten Protokollierung und einer besseren Organisationskultur führt, c) woraufhin die Versorgung patientenzentrierter wird, was d) durch den Patienten wahrgenommen wird und dann auch bessere Ergebnisse erbringt. Inwieweit die Ergebnisse tatsächlich von diesen kausalen Pfaden abhängig sind, kann modelliert werden, aber es wird dann sehr komplex. Hierfür sind u.a. ausreichende Daten über die Patienteneinbindung erforderlich, um zu prüfen, inwieweit diese tatsächlich erfolgte, mit welchen Rechten ein Patientenvertreter ausgestattet war, über welchen (Bildungs-)Background er verfügte etc.

Korrelation zwischen Wirksamkeit, Sicherheit und Patientenzentriertheit

Mit Verweis auf eine Forschungsarbeit von Cathal Doyle et al. aus dem Jahr 2012 „A Systematic Review of Evidence on the Links between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness“ schloss Dr. Groene den Bogen zu seinen Ausführungen zu Beginn seines Vortrags. Doyle et al. belegen in ihrer Überblicksarbeit, dass eine Korrelation zwischen den Dimensionen

Wirksamkeit, Sicherheit und Patientenzentriertheit besteht, d.h. dass sich die Verbesserung in einer Dimension positiv auf die anderen Dimensionen auswirkt. Dabei zeigen sich die Effekte unabhängig vom Land, vom Krankheitsbild, von Bevölkerungsgruppen etc. Insofern könnte es auch sinnvoll sein, wenn sich z.B. wegen fehlender Tools Probleme in der Weiterentwicklung der Patientensicherheit ergeben, dann auch mal auf die Patientenbeteiligung zu fokussieren, regte Dr. Groene an.

Abschließend stellte Dr. Groene folgende Punkte zur Diskussion:

» Das Konzept der Patienteneinbindung ist auf individueller Entscheidungsebene relativ etabliert (wenngleich teils defizitär in der Praxis); in der Forschung, zumindest in Großbritannien und den USA, ist Patienteneinbindung systematisch integriert und ein wichtiges Steuerungsinstrument.

» Auf der Ebene der Leistungserbringer gibt es viele interessante Beispiele zur Patienteneinbindung, hauptsächlich aus den USA, aber das Feld steckt noch in den Kinderschuhen (Innovators oder Early Adopters).

» Patient and Public Involvement kann nicht von anderen Aspekten der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung getrennt werden, es ist ein integraler Bestandteil und muss dies auch sein.

Diskussion

In der Diskussion wurden folgende Aspekte angesprochen:

» Fachspezifik als Hemmnis für Patientenbeteiligung

Ein Teilnehmer problematisierte die hohe Fachspezifik von z.B. Arzneimittelkommissionen, die Sachkunde und Kontinuität in der personellen Teilnahme erfordert. Er vertrat zudem die Auffassung, dass sich Patientenbeteiligung gut bei langdauernden, chronischen Krankheitsbildern eignet, nicht aber bei kurzfristigeren Behandlungsthemen, wie z.B. Armbruch. Dr. Groene bestätigte, dass chronische Erkrankungen für die Patientenbeteiligung im Fokus stehen und sinnvoll sind. In dem geschilderten sehr weitgehenden Beispiel des Medical Center in Texas kommt es sicherlich auch darauf an, so Dr. Groene, welche Patientenvertreter hierfür jeweils gewonnen werden können. Zugleich können auch fachspezifische, pharmakologische Diskussionen von der Patientensichtweise profitieren. Auch hier ist dann die Frage, wer als Patientenvertreter gewonnen werden kann. Dr. Groene benannte das Paradox, im Rahmen der Patientenbeteiligung alle Patienten repräsentieren zu wollen, damit die Versorgung für breite Bevölkerungsgruppen besser wird, tatsächlich aber repräsentieren die Patientenvertreter in solchen Komitees überhaupt nicht das gesamte Bevölkerungsspektrum, sondern sind häufig

Akademiker, teils selbst pensionierte Ärzte. Auch letztgenannte bringen aber jetzt ihre Sichtweise aus der Patientenperspektive ein. Zu dieser sicherlich noch defizitären Repräsentation sah Dr. Groene einen großen Diskussionsbedarf. Er plädierte jedoch auch dafür, im Hinblick auf knappe Ressourcen zu prüfen, wo die Einbindung von Patientenvertretern am ehesten Sinn macht.

» Rekrutierung von Patientenvertretern

Auf die Frage, wie der Referent selbst Patientenvertreter rekrutiert, antwortete Dr. Groene, dass diese v.a. über Patientenorganisationen gewonnen werden. Er empfahl, hierfür die Patientenorganisationen zu kontaktieren und Kooperationen mit ihnen aufzubauen. Bettina Godschalk erläuterte ergänzend, dass im Gemeinsamen Bundesausschuss und auch auf Länderebene in einigen Gremien schon Patientenbeteiligung vorgesehen ist und nach einem Verfahren bestimmte Organisationen anerkannt sind. Die Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfegruppen sind meist indikationsbezogen tätig. In der Regel gibt es hier Koordinationsstellen, die für die Gremien Patientinnen und Patienten benennen. Auf Bundesebene koordiniert dies die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, auch dort kann man nachfragen, wenn man für krankheitsbezogene Gremien Patientenvertreter sucht.

Peer Review in der Intensivmedizin

Prof. Dr. Jörg Weimann

Sankt Gertrauden-Krankenhaus, Berlin



Zu Beginn seines Vortrags verwies Prof. Weimann auf die Anforderungen der Qualitätssicherung, deren Grundlagen im Sozialgesetzbuch (SGB) V, §§ 135–137 geregelt sind und seit 1999 neben einem internen Qualitätsmanagement auch eine externe Qualitätssicherung vorsehen. Für die Intensivmedizin formulierte die European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) in

der Publikation „Recommendations on Basic Requirements for Intensive Care Units: Structural and Organizational Aspects“ im Jahr 2011 Empfehlungen für strukturelle und organisationale Mindeststandards in der Qualitätssicherung. Hier wird bereits ein „Benchmark with Peers“ genannt. Für die Qualitätssicherung sollen entsprechend dieser Empfehlungen Indikatoren erstellt werden, um die Intensivmedizin, ein hochgradig komplexes Gebilde, in den Dimensionen Prozess, Struktur und Outcome abzubilden. Im Ergebnis eines ausführlichen Entwicklungsprozesses wurden zehn Indikatoren definiert, die sich etwa zu gleichen Teilen auf die drei Dimensionen Prozess, Struktur und Outcome beziehen. Allerdings fanden diese Indikatoren keinen Eingang in die deutsche Debatte.

Die Umsetzung von Qualitätsstandards wurde von Najjar-Pellet et al. 2008 in über 40 französischen Intensivstationen untersucht. Zu diesen Standards zählten u.a. Patient Care Management, Safety and Environment, Management of Documentation, Human Resources und Risk Management of Infections. Im Ergebnis zeigte sich, dass fast alle nur 55 % der gemessenen Qualitätsstandards erreichten. Selbst die Stationen mit den besten Ergebnissen realisierten nur in einem Qualitätsstandard 100 %, in den übrigen maximal 87 %.

„Mittelmaß ist Alltag in der Intensivmedizin“, schlussfolgerte Prof. Weimann – zumindest für den damaligen Untersuchungszeitpunkt.

In Deutschland entwickelte die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) im Jahr 2013 ebenfalls Indikatoren für die Intensivmedizin, die derzeit überarbeitet werden. Diese Indikatoren beziehen sich auf die Dimensionen Struktur und Prozess. Im Unterschied zu den Indikatoren der ESICM auf der europäischen Ebene werden Outcome-Kriterien, wie z.B. Mortalitätsraten, hier zur Zeit gar nicht betrachtet, problematisierte Prof. Weimann.

Entstehung der Peer Reviews in der Intensivmedizin

Anschließend gab er einen kurzen Rückblick auf die Entstehungsgeschichte der Peer Reviews in der Intensivmedizin. Diese begann 2006 mit einem Netzwerk einiger Intensivstationen in Baden-Württemberg mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung. Es folgten 2007 Netzwerke in Hamburg und Berlin-Brandenburg. Ein wesentliches Anliegen der Netzwerke waren gegenseitige Besuche, um voneinander zu lernen, was auch ein Peer Review kennzeichnet. Seit 2008 wurden diese Initiativen durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) und den Bund deutscher Anästhesisten (BDA) unterstützt, 2009 erkannte die Bundesärztekammer Peer Reviews als Qualitätssicherungsmaßnahme an und beauftragte eine Task Force

mit der Entwicklung eines Curriculums „Medizinisches Peer Review“, das 2010 in der ersten Edition erschien. 2011 übergaben DGAI und BDA das Projekt „Peer Review in der Intensivmedizin“ an die DIVI und damit auf die interdisziplinäre Ebene sowie an die Landesärztekammern, die das Projekt mit ihren Ressourcen sehr unterstützten. 2013 veröffentlichte die Bundesärztekammer das Curriculum „Medizinisches Peer Review“ in einer zweiten, überarbeiteten Edition. Damit, so schätzte Prof. Weimann ein, gibt es gegenwärtig in Deutschland ausreichend ausgebildete Peers.

Verfahren beim Peer Review

Das Peer Review-Verfahren ist freiwillig, es ist durch einen bottom up-Prozess und einen no blame-Ansatz geprägt. Die Besuche erfolgen auf Augenhöhe und damit auf gleicher Hierarchieebene. Es gibt derzeit kein Honorar für die Peers. Die Partner sind (inter-)professionell, d.h. die Besucher setzen sich aus Ärzten und Pflegekräften zusammen und besprechen sich auf der besuchten Station mit Vertretern der jeweiligen Fachgruppe. Die eigentliche Idee beim Peer Review ist Gegenseitigkeit. So sucht Prof. Weimann in solchen Gesprächen, die er als Peer führt, auch nach Lösungen für eigene Fragestellungen, die beim Gesprächspartner möglicherweise bereits gelöst sind. Es soll ein klinischer Peer Review-Zyklus etabliert werden, der sich am

PDCA-Zyklus orientiert, nach zwei Jahren kann ein erneutes Peer Review eingeholt werden.

Die Peers sind auf Intensivmedizin spezialisierte Ärzte und Pflegekräfte, die in verschiedenen Krankenhäusern auf der gleichen Hierarchieebene ihrer Gesprächspartner tätig sind und damit professionelles Wissen und Erfahrung mitbringen, sie sind „Insider mit einem Blick von außen“. Ihre Haltung soll offen sein, interessiert, empathisch, selbst-reflektiert und offen für Veränderung. Sie sollten selbst lernen wollen. Das Feedback muss präzise sein, d.h. die Peers müssen auch klare, deutliche Kritik formulieren können. Wenn man sich nur seine Stärken bestätigt, bringt das Peer Review nichts, dann kann nichts gelernt werden und das Peer Review würde auch als Instrument zur Qualitätssicherung nicht mehr ernst genommen. Daher ist eine präzise Kommunikation auch Ausbildungsinhalt.

Ausbildung

Peers brauchen Training, so Prof. Weimann. Das Curriculum der Bundesärztekammer umfasst 32 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten, an die sich zwei supervidierte Reviews anschließen. Hierbei nimmt ein Vertreter der Ärztekammer an dem Review teil, greift

aber nur im Bedarfsfall in den Prozess ein. In der Ausbildung hat sich gezeigt, dass ein besonderer Bedarf am Erlernen von Kommunikationstechniken besteht, wie z.B. das offene Fragen, aktives Zuhören, Umgehen mit Schwierigkeiten und Konflikten sowie das Formulieren klarer, offener Kritik. Dies nimmt daher einen größeren Raum ein.

Prof. Weimann erläuterte die Phasen, in denen das Peer Review verläuft. Die Ergebnisse des Peer Reviews sollen dann in das interne Qualitätsmanagementsystem integriert werden und einen Veränderungsprozess anstoßen, jedoch ist dafür die Einheit, die das Peer Review bestellt hat, selbst verantwortlich.

Phasen eines Peer Reviews

Die erste Phase ist die der Selbstevaluation: Die Review-willige Abteilung erhält einen Fragebogen mit 52 Fragen, die von der DIVI entwickelt wurden und die bereits genannten Qualitätsindikatoren enthalten. Allein dieser Fragebogen setzt, so Prof. Weimann, schon etwas in Bewegung, weil damit deutlich wird, was Qualität auf einer Intensivstation bedeuten kann, dass hierzu z.B. auch Angehörigengespräche zählen. Der Prozess macht zudem deutlich, wer in der Abteilung überhaupt den Fragebogen bearbeitet, nämlich v.a. diejenigen, die von Dr. Groene als Innovators und Early Adopters bezeichnet wurden.

In der zweiten Phase erfolgt ein Besuch durch zwei Mediziner und eine Intensivpflegekraft. In einem strukturierten Dia-

log werden die 52 Fragen besprochen. Der Zeitrahmen hierfür ist mit ungefähr 2,5 Stunden recht knapp bemessen, dennoch werden vorhandene Probleme schnell deutlich und oft bringen auch die anfordernden Kliniken konkrete Anliegen ein, wie z.B. die Klärung des vorhandenen und benötigten Personalbestands. Zudem erfolgt eine Visite auf der Intensivstation. Nach der Visite verständigt sich das Review-Team erst untereinander und gibt abschließend ein Feedback, das in einen Peer-Dialog und eine Zusammenfassung mündet.

In der dritten Phase erstellt das Review-Team einen Bericht inkl. einer Stärken-Schwächen-Chancen-Risiko-Analyse (SWOT) sowie grafischer Gegenüberstellungen der Selbst- und Fremdevaluation zu den 52 Fragen.

Ergebnisse von Peer Reviews

Durch ein Peer Review eingeleitete Veränderungen waren z.B. eine (Neu-)Evaluation von Stellenplänen, eine Verbesserung der Kommunikation im multiprofessionellen Team, eine Etablierung von Berichtswesen, Kennzahlen, Indikatoren und Daten, z.B. über die Mortalität, in der eigenen Abteilung, eine Effizienzsteigerung infolge Personalschlüsselloptimierung, eine Etablierung von PDMS, eine Strukturoptimierung nach Geschäftsordnung, eine Optimierung des Bettenmanagements sowie der Patientenversorgung nach Reorganisation der Kernprozesse. Im Feedback zum Peer Review wurde die Kommunikation auf der

fachlichen Ebene durchweg sehr positiv bewertet, Abstriche gab es in wenigen Fällen für das zu lange Warten auf den Bericht.

Prof. Weimann resümierte das Peer Review als ein Qualitätsmanagement an der Basis, das nach vorne gerichtet ist und auf Evidence-based Medicine und akzeptierten Qualitätsindikatoren gründet. Es erfolgt bottom up, auf Augenhöhe und ist freiwillig. Im Ergebnis des Peer Review gibt es einen Bericht, kein Zertifikat. Ein Trainingsprogramm wurde etabliert. Nicht zuletzt aufgrund noch verhaltener Nachfrage erfordert das Peer Review bislang nur wenig Bürokratie und niedrige Kosten.

Zukünftige Entwicklung des Peer Reviews

In einem Ausblick auf die weitere Entwicklung des Peer Review verwies Prof. Weimann auf die Teilnehmerate von bislang ca. 20 % der Intensivstationen, für deren künftige Ausweitung er für ein sorgsames und nachhaltiges Keep-Going plädierte. Als zweiten für die Zukunft des Peer Review relevanten Aspekt benannte er den (finanziellen) Wert von Qualitätsmanagement. Derzeit arbeiten die Peers ohne Vergütung, die Einführung einer Aufwandsentschädigung kann aber nach Einschätzung von Prof. Weimann auch für den Fortbestand der Peers entscheidend sein. In einem dritten Aspekt hinterfragte Prof. Weimann die

Freiwilligkeit der Teilnahme an einem Peer Review, da sich freiwillig nur die „Guten und Exzellenten“ beteiligen. Einen Vorschlag von Dr. Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, aufgreifend, schlug Prof. Weimann vor, die Weiterbildungsberechtigung in der Intensivmedizin, die derzeit unbefristet und ohne weitere Evaluation fortbesteht, an eine alle zwei Jahre zu wiederholende Peer Review-Teilnahme zu binden. Ohne Weiterbildungsberechtigung könnten dann auch keine Assistenzärzte mehr rekrutiert werden, was sich keine Klinik leisten könnte. Umgekehrt könnte mit dieser Kopplung gewährleistet werden, dass die Ausbildung von Assistenzärzten in den Kliniken erfolgt, die eine ordentliche Qualität aufweisen, damit wären „zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen“. Als vierten Aspekt problematisierte Prof. Weimann die derzeitige Diskussion um ein modulares Zertifikat Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI), das nach seiner Auffassung keine Alternative zum Peer Review sein kann. Im Gegenteil sah er hierin eine mögliche Aushebelung des Qualitätsmanagement, weil durch eine Differenzierung in ein Basiszertifikat für die Regelversorger und ein Schwerpunkt-zertifikat für die Schwerpunktversorger, die sich beide an den OPS-Codes orientieren, die Abrechnungsfähigkeit von OPS ins Zentrum rücken könnte.

Verbesserungen behutsam implementieren
Abschließend warb Prof. Weimann für ein behutsames Implementieren von Verbesserungen unter Berücksichtigung der hohen Arbeitsbelastung von Intensivmedizinern sowie für eine andere Kritikkultur. Diese sollte statt den hier üblichen Fragen: „Was geht gut, was geht schlecht?“ eher fragen: „Was geht gut, was geht wie besser?“. Dann kann Kritik auch als Hilfe angenommen werden.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion wurden folgende Fragen erörtert:

» Veröffentlichung von Peer Reviews

Ein Teilnehmer fragte, wie öffentlich der Bericht wird und ob evtl. auch deshalb nur die „Speerspitze der Bewegung“ an einem Peer Review teilnehmen will, wenn hier auch juristisch und Karriere-relevante Sachverhalte öffentlich werden können. Prof. Weimann erläuterte hierzu das Verfahren näher. Wenn eine Intensivstation an einem Peer Review interessiert ist, klärt sie dies mit der Geschäftsführung, die ihr Einverständnis schriftlich bestätigen muss. Über die Ärztekammer werden Peers vermittelt, die zum Besuchstermin Verschwiegenheitserklärungen mitbringen und dort unterzeichnen. Der erstellte Bericht geht dann ausschließlich an die Person, die das Peer Review bestellt hat und diese Person entscheidet über die weitere Verwendung, z.B. Ablage ohne weitere Nutzung, Weiterleitung an die Geschäftsführung oder auch Aushang im Gemeinschaftsraum der Inten-

sivstation. Die Ärztekammer ist grundsätzlich an den Ergebnissen der Peer Reviews interessiert, es ist aber allein die Entscheidung der Person, die den Bericht erhalten hat, ob sie diesen in anonymisierter Form der Ärztekammer zur Verfügung stellt.

» Einsehbarkeit patientensicherheitsrelevanter Daten

Ein anderer Teilnehmer fragte nach, welche Daten im Bereich der Patientensicherheit, wie z.B. Mortalitätsstatistiken, Behandlungspfade etc., ein Patient von der Krankenhausleitung einsehen darf. Prof. Weimann antwortete, dass es keinen Anspruch auf Daten gibt, die über den publikations-

pflichtigen Qualitätsbericht hinausgehen. Er berichtete, wie er selbst mit solchen Anfragen umgeht: Demnach werden Patientenpfade auf Anfrage sofort an die Patienten weitergereicht. Anfragen zu Mortalitätsstatistiken und Ähnlichem sind sehr selten, er lädt dann den Anfragenden ein und stellt die gewünschten Informationen zur Verfügung, möchte aber auch den Hintergrund der Frage in Erfahrung bringen, zumal die Daten ohne Kontextbezug auch zu Fehlinterpretationen führen können.

„Implementierung erfolgreich?!“ – Erfahrungsaustausch unter KollegInnen und ExpertInnen



Welche Erfahrungen die Teilnehmenden mit der Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung von Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen in ihrem eigenen Tätigkeitsfeld bereits gemacht haben, wurde im Rahmen eines World Cafés diskutiert. Hierzu erfolgten drei jeweils 20-minütige Diskussionsrunden an acht Tischen, nach denen sich die Teilnehmenden jeweils in neuen Gruppen zusammenfanden.

Die TischmoderatorInnen berichteten von einem breiten Themenspektrum im Rahmen der World Café-Diskussionen. Einen Schwerpunkt bildeten die Erfahrungen von Teilnehmenden mit der Einführung konkreter Good Practice-Beispiele (s. nachfolgenden Abschnitt A.). Hieraus ließen sich sowohl hemmende als auch förderliche Faktoren sowie formulierte Anforderungen für eine erfolgreiche Implementierung herausfiltern. Einige Diskussionsstränge bezogen

Was ist ein World Café?

Das World-Café ist eine Methode, um auch bei größeren Veranstaltungen eine aktive Teilnahme für alle zu ermöglichen. Die Teilnehmenden sollen miteinander ins Gespräch kommen, sich kennenlernen, austauschen, die Dinge ansprechen, die ihnen wichtig sind. Um die Kommunikation möglichst vieler untereinander zu fördern, werden mehrere Diskussionsrunden in wechselnden Zusammensetzungen durchgeführt (→<http://www.theworldcafe.com>).

sich auf allgemeine Erfahrungen und Herausforderungen in der Patientensicherheit sowie dem Qualitäts- und Risikomanagement (s. Abschnitt B.). Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse wurden zusammengefasst und inhaltlich strukturiert.

A. Good Practice-Beispiele

Good Practice: OP-Checklisten

In mehreren Diskussionsrunden wurden OP-Checklisten thematisiert. Zu den Ergebnissen nach Einführung einer OP-Checkliste berichtete ein Teilnehmer, dass das „gegenseitige Kontrollieren“ auf Akzeptanz bei den Beteiligten stieß, Eingriffsverwechslungen weitgehend zurückgingen und kein wesentlicher zeitlicher Mehraufwand im OP-Betrieb durch die Checkliste festgestellt wurde. In den diversen Diskussionsbeiträgen zu diesem Thema wurden allerdings auch mehrere Aspekte benannt, die sich in der Implementierung von OP-Checklisten als hemmend bzw. problematisch erwiesen:

Hemmnisse

» **Entwicklung der OP-Checkliste:** Die Entwicklung einer eigenen OP-Checkliste anstelle der Nutzung eines bereits vorliegenden Instruments passt besser, erfordert aber eine lange Entwicklungsdauer.

» **Umsetzung:** In der praktischen Umsetzung wurden mehrere Probleme verortet, so z.B. ein schwer realisierbarer konsequenter Einsatz der OP-Checkliste über 24

Stunden und an allen 7 Tagen, ein häufig nur formales Abhaken sowie fehlende Kontrollen und fehlende Konsequenzen bei unzureichend ausgefüllten Checklisten.

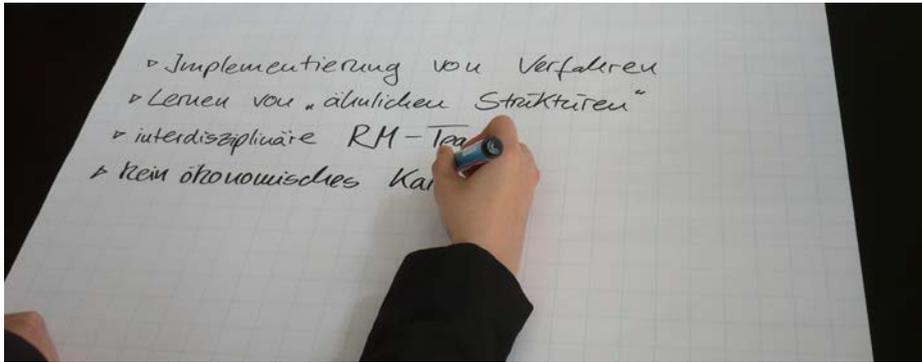
» **Akzeptanz:** Die OP-Checkliste stieß nach einigen Erfahrungen auf Akzeptanzprobleme. So berichteten Teilnehmende, dass Pflegende wegen des erhöhten Zeitaufwands OP-Checklisten ablehnten, dass ein Chefarzt der Auffassung war, in seinem Bereich auch ohne Checkliste Sicherheit garantieren zu können, und dass die Checkliste prioritär mit dem Ziel eingeführt wurde, eine Re-Zertifizierung zu erreichen.

» **Benefit:** Der Benefit einer OP-Checkliste ist nicht unmittelbar erkennbar und auch nicht immer messbar.

Demgegenüber zeigten sich in den Implementierungserfahrungen auch mehrere Faktoren als günstig für die Umsetzung:

Förderliche Faktoren

» **WHO-Checkliste:** Die Nutzung der WHO-Checkliste für das eigene Krankenhaus wurde positiv eingeschätzt, weil ein bereits fertiges Konzept nur noch an die eigenen Bedürfnisse anzupassen war, man hierdurch das „Rad nicht neu erfinden musste“ und weil diese Checkliste als schon bewährtes Instrument auf Akzeptanz beim ärztlichen und beim Pflegepersonal stieß.



» **Förderung durch die Leitung:** Um die Akzeptanz für den Einsatz von OP-Checklisten bei den Beteiligten zu erreichen, war das Engagement von Verwaltung und Pflegedienstleitung nach berichteten Erfahrungen nicht ausreichend. Entscheidend war vielmehr die Unterstützung auch der Ärzte in leitender Position.

» **Vorgehen bei unvollständigem Ausfüllen:** Bei unvollständigem Ausfüllen („fehlende Kreuze“) wurde ein Stopp in der weiteren OP-Vorbereitung eingeführt oder der verantwortliche Chirurg musste unterschreiben, dass die OP trotz fehlendem Kreuz durchgeführt werden soll. Die Rückgabe des Dokumentes wegen „fehlenden Kreuzes“ führte zu Zusatzaufwänden, um diese zu vermeiden, wurden die Checklisten dann häufiger entsprechend der Vorgaben ausgefüllt.

Weitere Möglichkeiten zur Förderung der Implementierung sahen Teilnehmende in folgenden Aspekten:

Anforderungen

» **Akzeptanz:** Um gut dokumentierte OP-Checklisten zu erreichen, bedarf es der Akzeptanz der Beteiligten („muss das in die Köpfe rein“).

» **Verpflichtung:** Zur Förderung einer breiten Einführung von OP-Checklisten wurde für eine verpflichtende Vorgabe von Checklisten plädiert, z.B. als Vorgabe von Haftpflichtversicherern, verbunden mit einer finanziellen Prämienhöhung, sollten diese nicht implementiert sein.

Good Practice: CIRS

Ein weiteres Schwerpunktthema bezog sich auf Critical Incident Reporting Systems (CIRS), die durch die Meldung von Beinahe-Schäden auf eine verbesserte Fehlererkennung und -prävention abzielen. Als besondere Probleme wurden zum einen die

bei der Einführung von CIRS verursachten hohen Kosten für das Tool und die Schulung der Beschäftigten zum anderen die Einrichtung von CIRS-ähnlichen Systemen im niedergelassenen Bereich angeführt. Als hemmend erfahrene Aspekte wurden genannt:

Hemmnisse

» **Akzeptanz:** Nach einem Bericht wurde CIRS aus formalen Gründen eingeführt, um eine Vorgabe zu erfüllen. So wurde das billigste Tool gewählt und für die Mitarbeitenden gab es weder Schulungen noch Informationen zu CIRS.

» **„Zettelwirtschaft“:** In einer Praxis wurde im Falle eines Vorkommnisses dieses auf einem Zettel notiert, dieser dann bearbeitet und im Anschluss weggeworfen. Im Nachhinein konnte demnach nicht mehr aufgezeigt werden, wie viele und welche CIRS-Fälle gemeldet und wie sie bearbeitet wurden.

Als förderlich erwiesen sich nach Erfahrungsberichten folgende Faktoren:

Förderliche Faktoren

» **Einführung im niedergelassenen Bereich:** Für die Einführung von CIRS im niedergelassenen Bereich können ein „Fehlerbuch“ oder eine einfache WORD-Tabelle einen ersten, niederschweligen Schritt darstellen, damit Vorkommnisse zu nächst einmal festgehalten werden.

» **Förderung durch die Praxisleitung:** Wichtig für CIRS in der Praxis war, dass der Arzt voll dahinter stand, um sein Team zur Mitarbeit zu motivieren.

» **Feedback:** Ein Feedback an die Beschäftigten über die erfolgten Meldungen und die daraus geschlussfolgerten Erkenntnisse und ergriffenen Maßnahmen verdeutlichte die Sinnhaftigkeit eines CIRS und wirkte sich positiv auf das weitere Meldeverhalten der Beschäftigten aus.

Als erfolgsrelevant wurde die Einhaltung folgender Anforderungen diskutiert:

Anforderungen

» **Informationsgehalt:** Die CIRS-Meldungen sollten eine detaillierte Prozessbeschreibung enthalten, um genau analysieren zu können, wie und durch welche Umstände ein Fehler aufgetreten ist.

» **Anonymität:** Die Meldungen sollten so anonym erfolgen können, dass eine Zuordnung zu einer Person nicht möglich ist (-> no blame!).

» **Konsequenzen:** Für wichtig befunden wurde, dass die in CIRS gemeldeten Fälle genutzt und richtig analysiert werden, so dass durch rechtzeitig erkannte Risiken Fehler und folglich Kosten reduziert wer-



den können. Jedes (CIRS-)System funktioniert nur, wenn die neue Maßnahme auch gelebt wird.

» **Transparenz:** Erfolg und Wirksamkeit jeder einzelnen Maßnahme sollte bei der Geschäftsleitung und den Ärzten bzw. Pflegekräften dargestellt werden.

» **Dauerhafte Dokumentation:** Nur durch dauerhafte Dokumentation eines Beinahe-Schadens kann ein dauerhafter Lerneffekt eintreten (keine „Zettelwirtschaft“).

Good Practice: Patientenarmbänder

Patientenarmbänder zielen auf die sichere Patientenidentifikation. Ein Teilnehmender berichtete jedoch davon, dass eine Umsetzung nicht zu 100 % gelingt und unklar ist, inwieweit die Armbänder in den Arbeitsabläufen tatsächlich auch genutzt werden. Für eine entsprechende Evaluation sind in

dem betreffenden Krankenhaus keine Ressourcen vorhanden.

Auftretende Hemmnisse bezogen sich auf folgende Aspekte:

Hemmnisse

» **Technik:** Die RFID-Technik (radio-frequency identification) funktionierte in unterirdischen Gängen nicht.

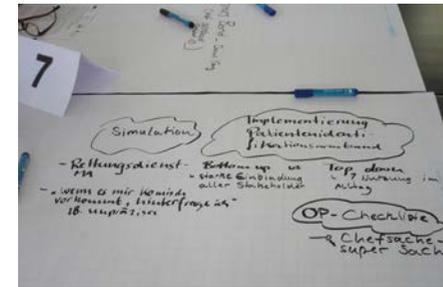
» **Akzeptanz:** Die Armbänder fanden keine Akzeptanz in psychiatrischen Stationen, weil die Patienten dort sechs Wochen bleiben und sich damit die Identifikationsproblematik anders stellt, diese wurden ausgeklammert.

Als förderliche Faktoren bzw. mögliche Lösungsideen für die genannten Probleme wurde Folgendes diskutiert:

Förderliche Faktoren

» **Bottom up-Verfahren:** In einem Schweizer Krankenhaus wurden Patientenarmbänder in einem bottom up-Vorgehen eingeführt, im Rahmen dessen drei Personen über 1,5 Jahre alle Stationen aufsuchten, zu Beachtendes erfragten, eine Erprobung evaluierten und anschließend ein einheitliches (RFID-)System einführten. Der Aufwand war somit hoch, erreicht wurde aber auch eine hohe Akzeptanz.

» **Schulungen und Reminder:** Zur Sicherung eines umfassenden Einsatzes von Patientenarmbändern wurde angeregt, dass



die MitarbeiterInnen (online-)Schulungen und Reminder im Intranet erhalten sollten. Dies könnte in solchen Fällen hilfreich sein, bei denen Patienten nicht über die Patientenaufnahme – die in der Regel die Patientenarmbänder ausgibt – an eine Station vermittelt werden, sondern von den Einweisern direkt auf die Station geschickt werden.

Good Practice: Medikamenten- und Therapiesicherheit

Zur Umsetzung von Medikamenten- und Therapiesicherheit wurde die besondere Problematik der **Interaktion zwischen Medikamenten** bei multimorbiden Patienten diskutiert. So kann z.B. ein Chirurg, der einen geriatrischen Patienten mit Hüftbruch behandelt, die Hausarztmedikation nicht einfach übernehmen. Hierfür ist das Hinzuziehen eines Internisten oder klinischen Pharmakologen erforderlich. Derzeit werden, allerdings nur in ersten Pilotprojekten, bereits Expertensysteme eingesetzt. Bei multimorbiden PatientInnen sollte aber generell ein klinischer Pharmakologe eingebunden werden.

Good Practice: Labormonovetten

Teilnehmende berichteten über ein kleines Projekt, das eine weitere Entwicklungsdynamik auslöste: Das Projekt zielte darauf, eine Kodierung der Labormonovetten zu erarbeiten. Es wurden Experten vor Ort in das Projekt eingebunden. Die Ressourcen kamen vom Team. Im Ergebnis konnten der Arbeitsaufwand reduziert und die Patientensicherheit erhöht werden. Das Qualitätsmanagement wurde an die Vor-Ort-Strukturen angepasst. Die Projektgruppe bildete anschließend einen **Stammtisch** zur Erarbeitung weiterer Verbesserungsprozesse.

Good Practice: Trainings für sichere Kommunikation

Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung beinhalten besondere Anforderungen an die Kommunikation und den erforderlichen Informationstransfer, z.B. beim Wechsel von Patienten aus dem ambulanten Umfeld in den stationären Sektor, für den ein eher schlechter Informationstransfer problematisiert wurde. Auch die Kommunikation zwischen Notärzten und Klinikpersonal stellt eine solche Schnittstelle dar. Speziell hierfür wurden von einem Rettungsdienst Simulationstrainings durchgeführt, in denen auch Fragen einer **hierarchieübergreifenden Kommunikation** bearbeitet wurden. Rückmeldungen ergaben, dass Rettungskräfte ihr Kommu-

nikationsverhalten nach solchen Trainings änderten und z.B. eher Äußerungen von Ärzten hinterfragten, wenn sie ihnen zweifelhaft oder nicht eindeutig erschienen. Diese Trainings sind in der betreffenden regionalen Zuständigkeit des Rettungsdienstes für Rettungsärzte verpflichtend, von Notärzten, die häufig aus dem ambulanten Bereich kommen, werden sie hingegen kaum genutzt. Hierfür gilt es noch, die Akzeptanz zu erhöhen, z.B. durch angebotene Fortbildungspunkte oder weitere Anreize.

B. Allgemeine Erfahrungen und Herausforderungen

Transferierbarkeit von Good Practice

Ein Diskussionsstrang bezog sich auf die Frage, wie Good Practice- (bzw. Best Practice-)Beispiele transferiert werden können: Wann kann man überhaupt von einer Good (Best) Practice sprechen? Be-



darf es hierzu jeweils einer wissenschaftlichen Begleitforschung, um die **Effektivität** einer Intervention zu belegen? Welche **Kontextfaktoren** haben eine Intervention ermöglicht, deren Kenntnis für einen erfolgreichen Transfer erforderlich ist? Für Interessierte, die eine Good (Best) Practice anwenden möchten, bleiben diese Fragen häufig offen. Daher wurde dafür plädiert, dass Good (Best) Practice-Beispiele, wenn sie zwecks Transfer veröffentlicht werden, zumindest eine detaillierte Beschreibung (im Sinne einer „Theory of change“) beinhalten sollten, warum die Intervention wahrscheinlich den angezielten Nutzen erbracht hat.

Generelle Erfahrungen bei der Implementierung von Good Practice

Bei der Implementierung von Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit gab es einige Aspekte, die sich für die Einführung von Interventionen als hemmende Faktoren oder als Anforderungen für eine erfolgreiche Implementierung verallgemeinern lassen.

Hemmnisse

» **Akzeptanz:** Mangelnde Akzeptanz gegenüber der Einführung von Patientensicherheitsmaßnahmen wurde auf mehreren Ebenen berichtet. Angehörige höherer Hierarchien – genannt wurden z.B. Chefärzte und ältere Vorgesetzte – sehen demnach

häufig keine Notwendigkeit zur Veränderung von Prozessen („Es ist ja immer noch irgendwie gut gegangen“). Auch auf Mitarbeiterbene ist Akzeptanz oft nicht gegeben.

» **Kosten:** Sicherheit kostet Geld. Problematisch ist, dass die Implementierung von Patientensicherheitsmaßnahmen zunächst nur Kosten verursacht, ohne dass unmittelbar ein klarer Nutzen zu erkennen ist (Return on Investment). Die Akzeptanz der Geschäftsführung ist aber zumeist im Kosten-Nutzen-Effekt begründet.

» **Aufwand:** Häufig erfordert die Implementierung von Patientensicherheitsmaßnahmen einen hohen Aufwand bei ihrer Einführung, der von den Beteiligten schwer zu bewältigen ist. Die Beschäftigten erleben, dass sie bei abnehmenden Personalkapazitäten mehr Patienten mit zunehmenden Multimorbiditäten versorgen müssen, weshalb die Einführung von Patientensicherheitsmaßnahmen als Zusatzaufwand wahrgenommen wird.

Anforderungen

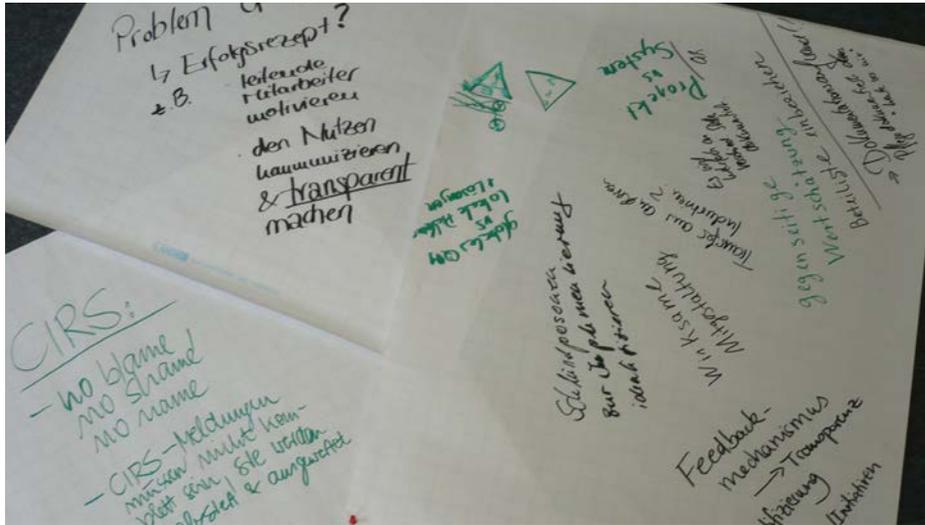
» **Förderung durch die Leitung:** Die Krankenhausführung sollte die Implementierung von Patientensicherheitsmaßnahmen im Sinne einer Vorbildfunktion vorleben und fördern. Verantwortlichkeiten und Hierarchien bei der Implementierung müssen klar geregelt sein. Im Verweigerungsfalle oder bei nicht ordentlicher Umsetzung sollten Sanktionen bzw. Konsequenzen verfügt werden, z.B. einen Stopp der OP-Vorberei-

ung bei nicht ausgefüllter OP-Checkliste. Ausreichend Ressourcen (Arbeitszeit, Finanzmittel) müssen für die Implementierung zur Verfügung gestellt werden.

» **Verpflichtung:** Das Freiwilligkeitsprinzip bei der Einführung von Patientensicherheitsmaßnahmen wurde als unzureichend eingeschätzt. Eine Verpflichtung hierzu sowie weitere positive Anreize wurden befürwortet.

» **Nutzen aufzeigen:** Vor der Implementierung im eigenen Haus sollte der Nutzen verdeutlicht werden. Dies kann z.B. über eine internationale Recherche nach Best Practice-Beispielen erfolgen oder über eine Orientierung am Beispiel anderer Kliniken mit gleicher Strukturgröße.

» **Motivation:** Die Mitarbeitenden müssen wahr- und ihre Bedenken ernstgenommen werden. Eine intrinsische Motivation ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, eine solche kann erreicht werden durch Aufklärung über die Maßnahme, z.B. in Schulungen aller MitarbeiterInnen, die die Einführung der neuen Maßnahme betrifft. Die Beschäftigten müssen positiv emotional erreicht, Erfolge gefeiert werden.



Fehlerkultur

Ein offener Umgang mit Fehlern setzt eine Fehlerkultur voraus. Eine solche funktioniert aber nur, wenn sie „von oben“ vorgelebt wird und Vertrauen da ist. Die Zufriedenheit der Beschäftigten steigt mit einer **no blame culture**. Kulturveränderung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden fängt schon in der Ausbildung an, hier kann auf Kommunikation, Führung und Teamverhalten eingegangen werden. Gute Beispiele dafür sind die Studiengänge in Mainz und Tübingen.

Qualitäts- und Risikomanagement (QM / RM)

Einen breiten Raum in den Diskussionen nahmen das Qualitäts- und das Risikomanagement ein, die von den Teilnehmenden im Hinblick auf Probleme und hemmende Faktoren sowie Anforderungen thematisiert wurden.

Hemmnisse

» **Wertschätzung:** Qualitätsmanager haben nach Einschätzung mehrerer Teilnehmender einen schlechten Leumund bzw. werden negativ erfahren. Als Qualitätsmanager muss man ein „weißer Ritter“ sein und braucht viel Stehvermögen, um andere zu motivieren. Qualitätsmanager erleben einen „QM-Burnout“.

» **Dokumentationsaufwand und Transparenz:** Mitarbeitende fühlen sich durch das QM hauptsächlich mit einem großen Dokumentationsaufwand konfrontiert, erhalten dabei aber wenig Rückmeldung zu den gesammelten Daten, was wiederum zu Frustration führt. QM-Prozesse können zum Teil nicht nachvollzogen werden. Assessmentinstrumente werden als nicht hilfreich erlebt und nicht benutzt.

» **Dokumentationsaufgaben:** Auf Direktionsebene wird wenig Verantwortung für das QM übernommen. Vielmehr werden Zertifizierung bzw. Akkreditierung auf das QM abgewälzt, wodurch sich wiederum ein erhöhter Dokumentationsaufwand ergibt, ohne dass sich bisher eine der Seiten (frontline vs. Direktion) konkret mit der Qualitätsverbesserung in der direkten Patientenversorgung beschäftigt hat.

Anforderungen

» **Zusammensetzung:** Im QM bzw. RM sollte möglichst ein Arzt mit einem Teilzeitpensum arbeiten, der im Krankenhaus sehr gut akzeptiert ist und parallel weiter klinisch tätig ist, um eine gute Verbindung zur Praxis herstellen zu können. Generell sollten RM-Teams interdisziplinär zusammengesetzt sein (alle sind beteiligt: von der Reinigungskraft bis zum Chefarzt).

» **Risiken kennen:** Wichtig für ein QM bzw. RM ist es, in einem Krankenhaus möglichst alle Risiken zu identifizieren und zu ken-

nen. Dies kann durch CIRS, Ideenwettbewerbe, Aktenanalysen, Teilnahme an Abteilungssitzungen sowie an Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen erreicht werden.

» **Datenlage:** Die vorliegenden erhobenen Daten sind unzureichend zur Qualitätssteuerung auf der Leitungsebene. Dabei gäbe es viel von den Daten zu lernen, insbesondere im zeitlichen Verlauf. Defizite der Datenerhebung sollten akzeptiert werden anstatt die fehlende Perfektion zu bemängeln.

» **Ergebnisindikatoren:** QM scheint sich derzeit auf Struktur- und Prozessvorgaben zu fokussieren. Wichtiger wäre, sich an Ergebnisindikatoren zu orientieren, die für das institutionelle QM zielführender wären.

Messbarkeit von Patientensicherheit

Für die Evaluation von Patientensicherheitsmaßnahmen wurde in mehrfacher Hinsicht das Problem angesprochen, wie Patientensicherheit überhaupt messbar ist:

» **Bundle-Intervention:** Wenn zur Verbesserung von Patientensicherheit mehrere Maßnahmen gleichzeitig als Bündel („bundle“) eingeführt werden, kann sich dieses zwar als wirksam erweisen, dadurch ist aber noch keine Quantifizierung bzw. Messung von Patientensicherheit möglich („man weiß, dass es hilft“).

» **Harte Indikatoren:** Es gibt sog. harte Indikatoren, wie z.B. die Wiederaufnahmerate nach Entlassung. Hier ergibt sich aber ein Problem, wenn zwischen der Wiederaufnahme und der vorherigen Entlassung kein Zusammenhang hergestellt wird. Als ein weiterer harter Indikator kann z.B. die Mortalitätsrate herangezogen werden. Deren Einflussfaktoren sind aber jeweils mit zu berücksichtigen, wie z.B. zunehmende Multimorbidität und Arbeitsverdichtung.

» **Ökonomische Messgrößen:** Im Hinblick auf MRSA kann zwar der Verbrauch an Tests gemessen werden. Ein gesteigerter Verbrauch an MRSA-Tests lässt jedoch keine Aussage über eine damit gestiegene Patientensicherheit zu. Ein weiteres Beispiel für eine ökonomische Messgröße ist die Rate an Sectios („Kaiserschnitt“). Es gibt jedoch unterschiedliche Gründe für die

Durchführung von Sectios: finanzielle Anreize für Krankenhäuser, Entscheidungen der Mütter etc. Viele Faktoren beeinflussen die Sectio-Rate, daher ist auch sie kein guter Indikator.

» **Nicht-ökonomische Messgrößen:** Es gibt auch nicht-ökonomische Messgrößen, wie z.B. die Gesprächsverbesserung mit Angehörigen, im Team etc. Hier tritt jedoch häufig das Problem auf, dass Sinn oder Zusatznutzen nicht erkannt werden.

Wie gelingt eine nachhaltige Implementierung?

Dr. Oliver Groene, London School of Hygiene & Tropical Medicine

Prof. Dr. Jörg Weimann, Sankt Gertrauden-Krankenhaus, Berlin

Dr. Christian Thomeczek, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin

Moderation: **Christoph Wanko**, Universitätsklinikum Köln



In seiner Anmoderation konstatierte Christoph Wanko, dass es gelungen ist, Patientensicherheit als Thema zu platzieren. Seine erste Frage an die Podiumsteilnehmer richtete sich darauf, wie diese den Prozess um eine Stärkung der Patientensicherheit aktuell einschätzen und ob sein Eindruck von den Diskussionen während des World Cafés zutrifft, dass sich möglicherweise eine gewisse Ermüdung ausbreitet.

Stand der Patientensicherheit

Prof. Weimann konnte einerseits eine Abwärtsbewegung in der Patientensicherheit, auch mit Blick auf die im Verlauf der Konferenz erlebten Diskussionen, nicht bestätigen. Andererseits sah er das Qualitätsmanagement – und dies wurde auch in den Diskussionsrunden des World-Cafés

thematisiert – einem negativen Image und einer fehlenden Wahrnehmung des Geleisteten ausgesetzt.

Auch Dr. Groene benannte unterschiedliche Entwicklungen. Er betonte eine Bedeutungszunahme der Themen Qualität und Sicherheit innerhalb der letzten 10 Jahre, die konzeptionell sowie in Evaluations- und Konferenzaktivitäten zum Ausdruck kommt. Gleichzeitig berichten im Qualitätsmanagement Tätige – auch im Rahmen des World Cafés – über große Frustrationen in ihrer Arbeit. In Deutschland, verstärkt noch in England, fluktuieren die in diesem Feld agierenden Organisationen, was zu

Verwirrungen führt, aber immerhin auch eine Vielzahl statt eines Mangels an Möglichkeiten bietet.

Dr. Thomeczek verortete das Thema Patientensicherheit „eher noch am Anfang“. Er verwies jedoch auch darauf, dass z.B. die heute operierten Patienten deutlich morbider sind und mehr Ko-Morbiditäten aufweisen als vor 10 Jahren, dies aber nicht zu einem Anstieg der Mortalität führte. Somit, so Dr. Thomeczek, muss sich die Qualität der Versorgung für die Patienten verbessert haben. Er griff eine Diskussion aus dem World Café auf, in der nach belastbaren Indikatoren für Patientensicherheit gesucht wurde, und nannte den Krankenstand der Mitarbeiter als einen möglicherweise geeigneten Indikator. Wenn z.B. durch Einführung von Patientenarmbändern die Abläufe verbessert werden, können aufgrund dessen möglicherweise die Mitarbeiter ihren Dienst häufiger pünktlich beenden und damit auch sozial belastende Umstände aus ihrem Privatleben besser regeln, was in der Regel dann auch zu weniger psychischer Belastung und damit sinkendem Krankenstand führen könne. Zugleich sind die Patienten besser versorgt, weil einerseits der richtige Patient zur richtigen Zeit am richtigen Platz sei, andererseits durch ausreichende Personalkapazität ein stressfreieres Arbeiten möglich sei. Er plädierte dafür, die erreichten positiven Entwick-

lungen auch zu würdigen. Angesichts der in Deutschland etwa zehnjährigen intensiveren Befassung mit dem Thema Patientensicherheit hielt Dr. Thomeczek zudem eine realistischere Erwartung für erforderlich, in welchem Zeithorizont ein Kulturwandel herbeigeführt werden kann. Die Luftfahrt, die in Sicherheitsaspekten immer als Positivbeispiel gilt, benötigte für einen solchen Wandel 25 Jahre.

Möglichkeiten für einen Kulturwandel

Moderator Wanko gab die Frage nach dem Kulturwandel im klinischen Bereich an Prof. Weimann weiter. Dieser sah keine grundlegenden Hemmnisse für einen Kulturwandel und verwies auf einen derzeit in allen klinischen Bereichen stattfindenden Generationenwechsel, mit dem sich zugleich auch modernere Führungsstile verbreiten. Prof. Weimann problematisierte hingegen bei den Klinikern eine Überforderung, wenn von ihnen erwartet wird, zusätzliche Aufgaben im Qualitätsmanagement ohne Personalausweitung zu übernehmen. Seitens der Verwaltung hingegen wird eine automatische Kopplung an eine höhere Personalausstattung abgelehnt. Als hintergründiges Problem vermutete Prof. Weimann indes eine unzureichende Wertschätzung für das Engagement, das Kliniker und im QM Tätige für das Qualitätsmanagement einbringen. Im Ergebnis wird dann die Verantwortung für QM auch eher auf andere geschoben.

Wertschätzung und Akzeptanz des Qualitätsmanagements

Dr. Groene beleuchtete die an ihn weitergeleitete Frage nach der Wertschätzung aus der Perspektive, wie QM innerhalb einer Organisation so gestaltet sein kann, dass sich alle tatsächlich auch daran beteiligen wollen. Er berichtete, dass die Themen Qualität und Sicherheit in den USA und in England auch seitens des Top Managements sehr intensiv bearbeitet werden. Als wesentliche Voraussetzung nannte Dr. Groene das Vorliegen von Daten, die überhaupt eine Qualitätsmessung und Vergleiche ermöglichen. Wenn solche Kennzahlen oft auch Schwächen haben und verbessert werden müssen, so können sie dennoch als ein Instrument in der Qualitätssicherung genutzt werden und einen Anreiz darstellen, dass sich alle an diesem Prozess beteiligen. Die Krankenhäuser sollten drei zentrale Themen zu ihrer Qualitätsdefinition benennen, in denen sich jeder wiederfinden kann und sich selbst fragen sollte, was er dazu beitragen kann, anstatt zu fragen, wer verantwortlich ist. Dieser Ansatz und die damit verknüpfte Datenerhebung ist, so Dr. Groene, in England sehr verbreitet, während er in Deutschland kontrovers diskutiert wird. Letztlich zählen die Ergebnisse und Dr. Groene plädierte für das Ermitteln von Daten, um Entwicklungen überhaupt erst sichtbar machen zu können.

Auf eine vertiefende Nachfrage von Christoph Wanko zur Bereitschaft, solche Daten auch zu veröffentlichen, verwies Dr. Groene auf die in England seit Jahren übliche Praxis zur Offenlegung aller Daten. Er selbst

begleitet ein von ihm zugleich auch durchaus kritisch gesehenes Projekt methodologisch, das die Ergebnisdaten einzelner Chirurgen über Fallzahlen, Mortalitätsraten, Infektionsraten und Verweildauern publiziert. Nach anfänglicher Ablehnung wird es inzwischen auch von den Chirurgen als Hilfsmittel akzeptiert. Hierbei werden die Daten erst nach erfolgter Prüfung veröffentlicht. Wenn durch statistische Verfahren Abweichungen identifiziert werden, wird geprüft, ob es sich um Datenprobleme handelt und welche Probleme dem ggf. zugrunde liegen, z.B. organisatorische Probleme oder Leistungsprobleme des Chirurgen. Erst nach Bestätigung durch die höchste Führungsebene, dem Medical Director, werden die Daten publiziert.

Von Wanko ebenfalls um eine Antwort auf die Frage nach der Wertschätzung gebeten, nannte Dr. Thomeczek als wesentliche Probleme in Deutschland die organisatorische Einbindung von Qualitäts- und Risikomanagement, die häufig als eine Stabsabteilung innerhalb der Krankenhausverwaltung angesiedelt sind, sowie deren unzureichende Ausstattung mit Ressourcen und Kompetenzen. Als Beispiel verwies er auf einen Teilnehmerbericht im World Café, wonach die Einführung von Patientenarmbändern wegen fehlender Ressourcen nicht durch Schulungen begleitet wurde. Er verglich die Funktion des Qualitätsmanagers mit der des Schiedsrichters im Fußball, beide machen sich mit ihrer Arbeit unbeliebt. Um

Wertschätzung zu erreichen, muss ein Qualitätsmanager den Mitarbeitern aufzeigen, dass sie durch seine Arbeit Verbesserungen im eigenen Arbeitsumfeld haben könnten. Der Qualitätsmanager muss in Erfahrung bringen, welche Probleme die Mitarbeiter haben, die durch das Qualitätsmanagement möglicherweise gelöst werden können, wie z.B. die banale Ermöglichung eines pünktlichen Dienstendes durch reibungslosere Abläufe nach Einführung von Patientenarmbändern.

Möglichkeiten und Probleme von Transparenz

Ein Teilnehmer thematisierte die Diskrepanz zwischen dem Ansatz des no blaming, der z.B. bei CIRS-Systemen über Anonymität, Vertraulichkeit und Fehlerkultur angestrebt wird, und der von Dr. Groene berichteten Veröffentlichung von Mortalitätsdaten einzelner Chirurgen in England, die im Falle schlechter Ergebnisse zu einem high blaming führt. Als Vertreter eines Krankenhauses der Maximalversorgung benannte er als weiteres Problem, dass hier die Mortalitätsstatistiken auch durch einen höheren Anteil an Schwerstkranken beeinflusst werden, die richtigerweise in der Maximalversorgung behandelt werden.

Dr. Groene erläuterte, dass die Datenveröffentlichung in England nicht nur das Gesundheitswesen, sondern als Transpa-

renz-Agenda alle öffentlichen Bereiche betrifft. Die von dem Teilnehmer angesprochenen unterschiedlichen Patientenstrukturen sollten durch eine Risikoadjustierung aufgefangen werden. Dies ist zwar den Bürgern nicht leicht verständlich zu machen, aber möglich, wie seine Erfahrungen aus England zeigen.

Prof. Weimann bezweifelte zudem, dass Patienten nach Gesundheitseinrichtungen mit schlechten Werten suchen, vielmehr suchen sie nach Exzellenz und gehen dorthin – was ganz im Sinne des Qualitätsmanagements ist. Allerdings hob auch er hervor, dass hierfür eine Risikoadjustierung benötigt wird, an der derzeit gearbeitet wird. Zudem gab Prof. Weimann zu bedenken, dass die Entscheidung für ein Krankenhaus auf verschiedenen Faktoren, wie z.B. auch der räumlichen Nähe beruht.

Die Vielfalt der Entscheidungsfaktoren zur Wahl eines Krankenhauses wurde von allen Podiumsteilnehmern und von B. Godschalk bestätigt. Dr. Groene argumentierte allerdings auch für den anzunehmenden Bedeutungszuwachs von Qualitätsdaten bei der Krankenhaussuche, weil die heute jungen Generationen viel selbstverständlicher bereits bei den kleinsten Symptomen im Internet nach den besten Leistungsanbietern suchen.

Prioritäre Aufgaben

In der Abschlussrunde erweiterte Wanko das Podium um eine „Sicherheitswunschee“, um die Wünsche der Podiumsteilnehmer für Qualität und Patientensicherheit in den nächsten zehn Jahren zu erfragen.

Als vordringliche Wünsche nannte Dr. Thomeczek den Kulturwandel und einen niedrigeren Krankenstand beim Krankenhauspersonal, denn dann wird bereits eine Menge geschehen und sowohl Qualität und Patientensicherheit als auch Sicherheit für das Personal verändert sein.

Dr. Groene schloss sich hier inhaltlich an und verwies auf den zunehmenden Druck auf die Beschäftigten durch steigende Anforderungen bei gleichzeitiger Personalreduzierung, der sich in Burnout und Krankenstand niederschlägt. Die Arbeit in Krankenhäusern sollte so gestaltet sein, dass sie wieder leichter fällt und am Ende der Schicht auch abgeschlossen werden kann.

Prof. Weimann hielt eine Wertediskussion über die grundlegenden Vorstellungen von Gesundheit für erforderlich, die weit über die Themen Patientensicherheit und Ökonomie hinausreicht. Die jüngeren Generationen haben deutlich andere Werte als diejenigen, die sich jetzt in den Entscheidungsfunktionen befinden. Mit Blick auf die beginnende Verrentung der „Baby-Boomer“ plädierte Prof. Weimann darüber hinaus für eine ehrliche Diskussion über den zunehmenden Fachkräftemangel. Er verwies darauf, dass bereits jetzt in Berlin regelhaft OP-Kapazitäten geschlossen werden, weil OP-Schwestern fehlen. Daher gilt es jetzt die Strukturen zu entwickeln, die die künftige Versorgung sichern.

Die Konferenz ermöglichte einen Einblick in die mannigfachen Aufgaben, die sich in Klinik und Praxis bezogen auf die Bereiche Patientensicherheit und Versorgungsqualität stellen. Sie verdeutlichte aber auch, welche vielfältigen Wege in Forschung, Entwicklung und Implementierung bereits beschritten wurden.

Innovationen können dabei auf Umsetzungshemmnisse stoßen oder Folgeprobleme hervorbringen. So widmet sich die Zeitschrift *BMJ Quality and Safety* seit Februar diesen Jahres der Frage nach den Implementierungsproblemen spezifischer Interventionen.

Dabei wird zum einen differenziert nach Problematic Improvements, also problematischen Verbesserungen. Hierzu gehören z.B. OP-Checklisten, deren Evidenz belegt ist. Obwohl die zu ihrer Umsetzung benötigten Schritte und Rahmenbedingungen bekannt sind, kommt es häufig zu Umsetzungsproblemen. Dazu zählen weiterhin

auch Maßnahmen, die für ein anderes als das konzeptionell verfolgte Ziel eingesetzt werden, oder auch Maßnahmen, deren Umsetzung viel mehr Aufwand oder Expertise erfordert als zuvor angenommen.

Zum anderen werden problematische Probleme angesprochen. Damit sind nicht einfach nur komplexe oder komplizierte Probleme gemeint, sondern Probleme, die trotz vielerlei Lösungsbemühungen nicht überwunden werden können. Ein Beispiel ist hier die Handhygiene. (Vgl. Shojania K.G., et al. *BMJ Qual Saf* 2015;24:246–249.)

Beide Arten von Problemen wurden auch auf der Konferenz thematisiert. Zudem zeigte sich in den Diskussionen sowohl zu konkreten Good Practices wie auch zu Implementierungsvorhaben allgemein die besondere Relevanz einer konsequenten Unterstützung durch die Leitungsebenen, eines entsprechenden Ressourceneinsatzes und der Herstellung von Akzeptanz bei allen Beteiligten. Diese Aspekte stellten wiederkehrende Themen dar, die Implementierungsvorhaben im positiven oder negativen Sinne beeinflussen können.

Von der Vorplanung eines Implementierungsvorhabens bis zur Evaluation wurden darüber hinaus zahlreiche Probleme angesprochen, aber auch vielerlei Ideen und Lösungsansätze eingebracht. Beide Perspektiven – Probleme und Lösungsansätze – bieten mögliche Anregungen für Innovationsinteressierte.

Im Ergebnis erscheinen für die weitere Stärkung der Patientensicherheit zwei Aktionsebenen besonders relevant: Erstens sollte die Implementierungsforschung intensiviert werden, um die den Umsetzungsproblemen zugrunde liegenden Mechanismen zu verstehen, verbesserte Interventionen zu gestalten und letztlich das zu erreichen, was originär angestrebt war.

Zweitens ist in der Praxis bereits ein immenses Potential an lokalem Erfahrungswissen vorhanden, das noch viel mehr genutzt werden sollte, um sich auszutauschen und voneinander zu lernen. Die Konferenz stellte ein solches Forum dar und setzte damit exemplarisch das Anliegen des Projektes PaSQ um. In der zwischenzeitlich bewilligten Verlängerungsphase von PaSQ werden wir uns dafür engagieren, diesen Austausch regional und international weiter zu fördern. Eine Verbreitung solcher Ansätze und Initiativen sind gefragt.

**Martina Kattein und
Prof. Dr. Tanja Manser**

Universitätsklinikum Bonn, Institut für Patientensicherheit

Die Referentinnen und Referenten



Bettina Godschalk

Ministerialrätin, Leiterin des Referates 317 „Gesundheitsrecht, Patientenrechte“ im Bundesministerium für Gesundheit. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Hannover zunächst Rechtsanwältin (Fachanwältin für Sozialrecht) in eigener Kanzlei, seit 1991 Tätigkeit im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, seit 2003 im Bundesgesundheitsministerium.



Oliver Groene, Dipl Soz, MSc, PhD

Arbeit seit 15 Jahren im Feld der Versorgungsforschung. Augenblicklich Leitung nationaler Verfahren zur Bewertung und Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit als ‚Senior Lecturer – Health Services Research‘ an der London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Zuvor ‚Director of Research & Education‘ am Avedis Donabedian Institut der Autonomen Universität Barcelona und Manager für ‚Quality of Health Systems‘ beim Regionalbüro Europe der Weltgesundheitsorganisation. Studium in Bielefeld, London und Barcelona.



Dr. med. dent. Martina Lietz, M. Sc. (Medizinökonomie)

Seit April 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln, davor – nach dem Masterabschluss in Medizinökonomie (Universität Köln) – seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Patientensicherheit (IfPS) in Bonn, hier verantwortlich für die wissenschaftliche Mitarbeit sowie für die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von PaSQ. Davor nach Studium der Zahnmedizin und Promotion (Universität Bonn) langjährige Tätigkeit als angestellte Zahnärztin in privater Praxis.



Lena Mehrmann, M.Sc.

Gesundheitswissenschaftlerin, seit 2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Bereich Patientensicherheit – Internationale Projekte und Projekt Schnittstellenmanagement, davor Masterstudium Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen und Bachelorstudium Public Health / Gesundheitswissenschaften.



Dr. med. Christian Thomeczek

Seit 2014 kommissarischer Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin, seit 1995 dort tätig; zahlreiche Veröffentlichungen im Bereich Qualitäts- und Fehlermanagement in der Medizin; Verkehrsflugzeugführer, Facharzt für Allgemein-, Flug- und Notfallmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement.



Prof. Dr. med. Jörg Weimann, D.E.A.A.

Langjährige klinische und wissenschaftliche Tätigkeit am Universitätsklinikum Heidelberg, der Charité Berlin und dem Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam. Seit 2008 Chefarzt der Abteilung Anästhesie und interdisziplinäre Intensivmedizin am Sankt Gertrauden-Krankenhaus, Berlin. Koordinator des intensivmedizinischen Peer Review Verfahrens in Berlin/ Brandenburg.

Impressum

Herausgeber:

Institut für Patientensicherheit (IfPS)
Stiftsplatz 12
53111 Bonn

Tel.: 0228 / 73-8366
Fax: 0228 / 73-8305

E-Mail: ifps@ukb.uni-bonn.de
Web: www.ifpsbonn.de

Bonner Beiträge zur Patientensicherheit
Beitrag 1
Web: www.ifpsbonn.de/publikationen/beitraege
ISSN der Printausgabe: 2365-3248
ISSN der Internetausgabe: 2365-3256

Redaktionelle Bearbeitung

Martina Kattein

Fotos

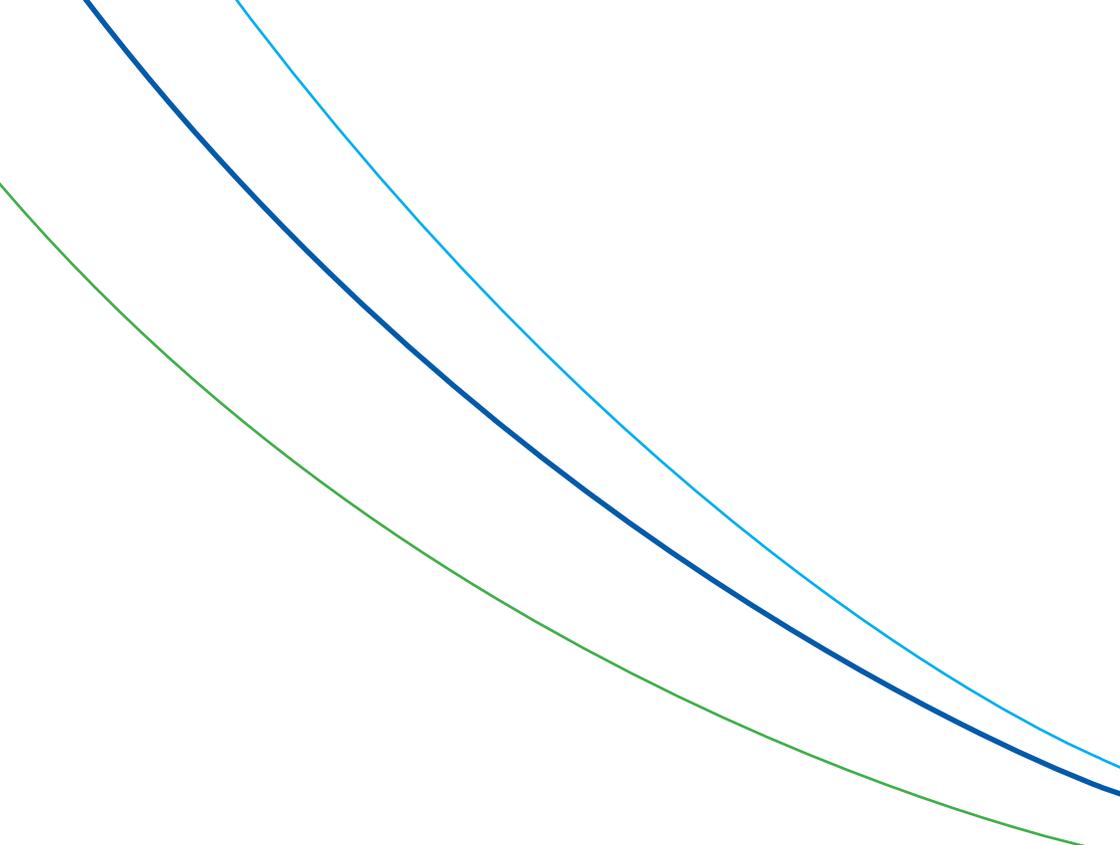
Institut für Patientensicherheit

Druck

Eigendruck

Bonn, September 2015

Alle Rechte vorbehalten.



MZ01552



Funded by
the Health Programme
of the European Union

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

mit Unterstützung des

