

Festvortrag

anlässlich der Diplomübergabe Universitätslehrgang 3

Leipzig am 07.11.2016

Patientensicherheit in Deutschland – was ist unsere Mission?

Mit der Gründung der **World Alliance for Patient Safety** als Institut der WHO wurde 2004 die Internationale Entwicklung der Patientensicherheit wesentlich begründet. Zu 13 Kernbereichen wurden relevante Handlungsfelder (sog. Action Areas) definiert, die weltweit etabliert werden sollen.

Das **Aktionsbündnis Patientensicherheit** (APS) wurde 2005 gegründet. Viele der von der **WHO definierten Action Areas** wurden und werden in Deutschland überwiegend ehrenamtlich in Arbeitsgruppen bearbeitet. Das **APS-Konzept 2020** beschreibt die Vision, dass Patientensicherheit ein gesellschaftlich akzeptierter Wert ist, der in allen Bereichen des Gesundheitswesens als integraler Bestandteil der Versorgung von Patienten nachhaltig verankert ist. Die Aktion Saubere Hände wurde 2013 als größte nationale Kampagne von der WHO ausgezeichnet.

Seit der Gründung des APS haben sich zahlreiche Menschen und Institutionen der Zielsetzung, die Patientensicherheit zu steigern angeschlossen. Inzwischen konnten viele Erfolge sichtbar verbucht werden. Wir sehen in der jüngsten **Krankenhausbefragung 2015** deutliche Veränderungen in der Gewichtung der Problemfelder, einige Maßnahmen (u. a. APS-Empfehlungen und ihre Umsetzung in die Praxis) sind offenbar sehr wirksam. So konnte der Problempunkt Hygiene und Infektionsprävention von Platz 3 (2010) auf Platz 5 reduziert werden. Verwechslungen von Patienten, Proben, Befunden konnte

von Platz 4 auf Platz 8 gemindert werden. Sturzrisiken sind von Platz 5 auf Platz 7 gewandert.

Erster Platz nehmen nach wie vor die „Schnittstellen-Risiken“ ein. Dazu gehören das Aufnahme- und Entlass-Management, aber auch die mangelhafte Kommunikation und Kooperation der beteiligten Partner. Die Arzneimitteltherapiesicherheit belegt unverändert Platz 2 (siehe ITPS 2016 mit über 200 beteiligten Institutionen, 1200 Apotheken), Diagnostik & Therapie sind von Platz 6 auf Platz 2 hochgestiegen, neu aufgenommen in die TOP-TEN-Liste sind Notfallaufnahme, Personalkompetenz und Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Medizintechnik und Geräteanwendungen belegen nun den Platz 9 (von 8 kommend). Sichtbar wurde auch, dass die Einrichtungen sich regelhaft an messbaren Daten und Fakten orientieren:

99 % der Häuser sagen, dass sie ein systematisches Beschwerde - Management eingeführt haben (2010 = 93 %). 98 % zeigen regelhafte Patientenbefragungen (2010 = 47 %). 96 % führen an, dass sie Analysen von Kennzahlen nutzen, um Maßnahmen einzuleiten (2010 = 86 %). 91 % nutzen direkte Beobachtungen/ Datenerhebungen (von 84 % kommend) und 91 % werten Schadensfällen aus (2010 = 79 %). In diesen Zahlen wird deutlich, dass Patientensicherheit auf dem „Schirm“ des TOP-Managements angekommen ist (siehe auch Ergebnis der Krankenhausstudie 2010 und 2015 unter: www.aezq.de und www.ifpsbonn.de).

Nach wie vor sind wir trotz aller Anstrengungen mit der **Patientensicherheit bei ambulanten und nachstationären Versorgungen**, aber auch in den **Akut-Kliniken** noch deutlich **ausbaufähig**.

Wenn ich soeben ausgeführt habe, dass das Thema im TOP-Management angekommen ist, so gibt es eine Reihe von Hinweisen, dass unsere heutige Vorgehensweise alleine nicht reichen wird.

Eine Analyse im APS aus 2015 zeigt, dass von 13 Gesundheitsfachberufen lediglich 2 (OTA + ATA) Aspekte der **Patientensicherheit in den Curricula** verankert haben. Bei den anderen fehlt eine systematische Behandlung im Laufe des Studiums/der Ausbildung. In dieser Frage werden wir in den kommenden Jahren einiges unternehmen, damit die Curricula angepasst werden und jede/jeder von Beginn an lernt, auf was zu achten ist. Aber auch welche Methoden geeignet sind, wenn sich Missstände zeigen und Sicherheit zu verbessern ist und was jede/jeder Einzelne (ob Profi oder Patient & Angehörige) zu Struktur- Prozess- und Ergebnissicherung beitragen kann. Es

wird nicht reichen, sich auf verpflichtende Fortbildungen zu fokussieren (siehe 10-Punkte-Plan des BMG aus 2015).

Wir haben in den vergangenen 30 Jahren mehr als **200 Gesetzesänderungen** im Gesundheitswesen erlebt. Bei gravierenden Neuerungen wie der Umstellung auf ein neues Finanzierungssystem wird deutlich, dass neben einiger erreichter Ziele (wie Kostendämpfung und Qualitätsvorgaben ...) systemisch bedingte Begleitumstände, Fehler und Probleme bisher selten oder gar nicht behoben werden. Krankenhausplanung im föderalen System hat oftmals mehr den Wählerwillen als ausschlaggebendes Moment als an Bevölkerungsgrößen und Gesundheits-/Krankheitsentwicklungen orientierte Grundlagen.

Ein anderes Beispiel: ein exorbitanter Personalabbau in der Pflege wurde trotz vieler Hinweise und Proteste sowie Problemnachweisen bei Patientensicherheit und Pflegequalität bis heute nicht wesentlich gebremst. Deutschland ist immer noch Schlusslicht bei den untersuchten Staaten aus der **RN4Cast-Studie**.

Weiter: lukrative DRGs zeigen die Problematik der **Zielkonflikte** im angelegten Grundgerüst: Fehlanreize zu Eingriffen und Behandlungen konkurrieren mit Zielen einer ethisch - orientierten Patientenversorgung, Lebensqualität und sorgfältige Indikationsstellung werden zu oft außeracht gelassen.

Wenn man sich mit Patientensicherheit, mit Ursachen von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und deren Vermeidung vertiefend auseinandersetzt, kommt man unweigerlich auch irgendwann auf das Thema **Motivation und individuelles Verhalten**. Arbeitszufriedenheit ist dabei eine wesentliche Einflussgröße (siehe auch Ausführungen von Regina Euteneier in: Euteneier (Hrsg.) Handbuch Klinisches Risikomanagement, Seite 125 – 132).

Motivationstheoretiker bewerten aus den verschiedenen Ansätzen heraus grundlegend folgende Faktoren für essentiell:

Die immense Bedeutung von Selbstbestimmung – Autonomie - Kompetenz - Eingebundenheit

- Autonomie und Kompetenz sind wesentliche Grundlagen der intrinsischen Motivation. Es ist bedeutsam, den Menschen/den Mitarbeitern Vertrauen in die eigene Arbeit zu geben und so wenig wie möglich externe Kontrolle auszuüben. Dass dazu ein entsprechender Führungsstil gehört, ein wertschätzender Umgang mit entsprechendem konstruktivem Feedback versteht sich von selbst.

- Die extrinsische Motivation zeigt sich bei einem angemessenen Gehalt, bei einem guten Betriebsklima, aber auch bei Entwicklungs- oder Karrieremöglichkeiten

Bei fehlender Selbstbestimmung zeigen sich insbesondere auf der Verhaltensebene folgende demotivierende Faktoren:

- Zunahme von Fehltagen
- Fehlende innere Anteilnahme
- Zynische Bemerkungen über Patienten oder Kollegen
- Ignorieren von fehlerhaften Prozessen
- Geringe Bereitschaft, die eigenen Kompetenzen und das Leistungsniveau zu entwickeln
- Wenig Engagement oder Begeisterung

Demotivation ist immer eine Mischung aus mehreren Faktoren, deren Wirkung zumeist über längere Zeiträume dauert. Drei Kategorien sind dabei beachtenswert: die Organisationsebene, die Führungsebene und die Individualebene.

Es empfiehlt sich, auf der **Organisationsebene** Patientensicherheit als Unternehmensziel und TOP-Thema der strategischen Leitungsebene (Aufsichtsrat, Vorstand) zu erklären und die Mitarbeiter in einer systematischen Umsetzungskaskade an der Umsetzung ZU beteiligen (siehe Heidemarie Haeske-Seeberg in:

Gausmann, Peter et al (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement Seite551-556).

Die Einbettung im Qualitätsmanagement wie auch die regelhafte Transparenz bis auf kleinste Organisationseinheiten wird im interdisziplinären und multiprofessionellen Dialog professionell und prozesshaft in die Organisation eingebettet.

Auf die **Führungsebene** kommt es dabei ganz entschieden an! (Siehe Antje Hammer & Tanja Manser in: **Gausmann, Peter et al** (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement Seite 545-550)

Eine systematische Sicherheitskultur ist in erster Linie Verantwortung der Führungspersonen. Die Leitungen in den Einrichtungen haben die Verantwortung für die Bereitstellung einer Infrastruktur, für das Risikomanagement inklusive der erfolgreichen Umsetzung und können diese nicht delegieren. Zitat von Hammer u. Manser S. 548: „Vorgesetzte, die sich gegenüber ihren Mitarbeitern vorbildlich verhalten und die sich an bestehenden Werten orientieren, tragen maßgeblich zum Aufbau einer gemeinsamen Werte- und Vertrauensbasis bei. Führungskräfte erfüllen damit

eine entscheidende Vorbildfunktion. Ihre Handlungsweisen stärken oder schwächen das Fundament von Werten und Überzeugungen innerhalb der Organisation und damit die Schaffung einer Kultur, in der die Sicherheit der Patienten eine wichtige Rolle spielt“.

Ob ein Klima des Vertrauens besteht, bei dem systematische und systemische Fehlerquellen eliminiert werden, ob Meldesysteme eingeführt und zur Bearbeitung genutzt werden oder ob kritische Meldungen ignoriert/der Meldende ggf. sogar „bestraft“ wird, als Sand im Getriebe gesehen wird, liegt in der Persönlichkeit und dem Geschick der Vorgesetzten. Kluge Vorgesetzte bauen auf Warnhinweise und greifen sie auf, zeigen durch prozesshafte Bearbeitung des angezeigten Risikos den Weg zu einem sicheren Unternehmen auf.

Natürlich gibt es auch den „schlechten Mitarbeiter“, der identifiziert, auf Defizite hingewiesen werden muss, begleitet, nachgeschult und ggf. aus dem Unternehmen entfernt werden muss (siehe Ausführungen Joachim Koppenberg in: Kultur der Patientensicherheit, **Gausmann, Peter et al** (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement Seite 556 -560).

Nicht zuletzt trägt der einzelne Mitarbeiter die Verantwortung auf der **individuellen Ebene**. Seine Fachlichkeit, seine Bereitschaft zu lernen, zu hinterfragen aber auch verantwortungsvoll auf Unerwünschtes, auf Fehler hinzuweisen liegt ausschließlich auf der individuellen Ebene. Nun ist nicht jeder per se ein Held und wird jederzeit mutig gegen „das System“ opponieren, aber es ist möglich, zu lernen und konstruktive Kritik zu üben um im Sinne des Unternehmens auf eine sichere Arbeitsumgebung hinzuwirken.

Zahlreiche Erfahrungsberichte und Studien zeigen, dass ein **unprofessioneller Umgang mit Zwischenfällen** den Patienten zur körperlichen Beeinträchtigung zusätzlich psychisch traumatisieren kann. Der Vertrauensverlust in das Behandlungsteam und in die Versorgungseinrichtung ist in jedem Fall beträchtlich und oft nachhaltig gestört. Aber auch „Second Victim“ ist oft nicht zu unterschätzen: der Person, der ein Fehler unterlaufen ist, leidet an den Folgen in mitunter dramatischem Ausmaß mit schweren Schuldkomplexen bis hin zur lebenslangen Berufsuntauglichkeit. In der Broschüre des APS „Reden ist Gold“ kann wirksam gelernt werden, wie man im Falle eines Fehlers vorgehen sollte und welche Maßnahmen wichtig sind.

Gesine Hofinger sagt im Kapitel „**Der Faktor Mensch**“ im Buch von Gausmann, Seite 29: „Human factors (menschliche Faktoren) betont die Wichtigkeit der

Systemgestaltung, die immer auch die technischen Teilsysteme mit einschließt. Systemgestaltung bedeutet, menschliche Eigenschaften und Fähigkeiten beispielsweise bei der Gestaltung der Interaktion mit Technik sowie der Materialien, Arbeitsplätze und Räume zu beachten. Dann können Ausrüstung, Arbeitsaufgaben, Arbeitsprozesse und Organisationsstrukturen so gestaltet werden, dass sie an Eigenschaften, Leistungsvermögen und Schwächen von Menschen angepasst werden können und sie bei ihrer Arbeit unterstützen.“

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft u. Gestaltung e. V. (GVG) hat mit der *Initiative gesundheitsziele.de* „Patientensicherheit“ 2014 als **Nationales Gesundheitsziel** ausgerufen. Dabei wurden von einem Steuerungskreis die Ziele einer Sektor-übergreifenden, interdisziplinären und interprofessionellen Ausgestaltung in insgesamt sechs Handlungsfeldern benannt, die sich noch in der Bearbeitungsphase befinden.

Jede Person, die sich mit Patientensicherheit vertiefend befasst, wird sich für das Thema begeistern. Im Dialog mit Patienten können wir viel erfahren und erleben, wo „der Schuh drückt“. In unserem letzten Workshop mit über 30 Patientenorganisationen konnten wir das **Patientenrechtgesetz** nach 3 Jahren im Praxistest gemeinsam auswerten. Wir konnten feststellen, dass einiges noch nachzubessern ist und werden dazu gemeinsam ein Paper herausgeben, was der Politik wie auch den Akteuren entsprechende Hinweise gibt.

Ebenso ist ein Positionspapier zur **Gestaltung der elektronischen Patientenakte** kurz vor der Vollendung, indem nach entsprechend kontroverser Meinungsaustausch mit unterschiedlichsten Partnern gemeinsam Eckpunkte definiert werden, die von Patienten gewünscht sind und die ihrer Sicherheit dienen. In Anbetracht von „BIG DATA“ werden wir uns wie viele andere in der Zukunft auch mit Apps und Patientensicherheit befassen. Die moderne Welt und die immensen Möglichkeiten, Patientensicherheit mittels digitaler Technik zu verbessern können wir nicht blockieren. Wir müssen sie nutzen und uns dabei helfen lassen, auch die technische Sicherheit in den Systemen zu perfektionieren.

Im Thema „**Infektionsprävention**“ wird in Kürze das 4. Positionspapier unter Moderation des APS, erarbeitet von 10 Fachgesellschaften und Organisationen erscheinen, welches den Schwerpunkt „verpflichtende Fortbildung“ behandelt. Bei allen Themen, die wir bearbeiten, können weitere Schritte zu mehr Patientensicherheit geschaffen werden.

Im März 2017 plant das BMG den „**Patient Safety Summit**“ in Bonn. Ziel ist es, die weltweit verantwortlichen Minister für Gesundheit und Patientensicherheit mit Erfahrungen und Hinweisen für eine systematische Bearbeitung in ihren jeweiligen Staaten zu gewinnen. Insbesondere bei der Infektionsprävention wird deutlich, dass kein Staat eine Insel ist, sondern nur mit internationalem Dialog und gemeinsamen Anstrengungen entsprechende Problemlösungen erreichen kann. Aber es ist ebenso evident, dass systemseitige Umsicht und klare Vorgaben z. B. auch in der Agrarwirtschaft neuer Regelungen bedürfen.

Bei Fehlervermeidung und Sicherheitskultur sind **Kommunikation, Transparenz und partnerschaftlicher Umgang** die wesentlichen Stellschrauben, die uns weiter bringen. Unerschrockenheit und konstruktive Kritik sind dabei Schlüssel zur Bearbeitung der vorliegenden Schwachstellen. Wir müssen gemeinsam dafür sorgen, dass es im deutschen Gesundheitswesen keiner Whistleblower bedarf.

Literatur & hilfreiche Links:

Euteneier, Alexander (Hrsg.): Handbuch des klinischen Risikomanagement; Springer, 2015

Gausmann, Peter et all (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement De Gruyter, 2015

Kunz, Carolin: Second Victim in: Letter LAUT GEDACHT 2010 - Hrsg.: NÖ Patienten- u. Pflegeanwaltschaft A 3109 St. Pölten
RN4Cast- Studie: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf

Wu, Albert: Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake, needs help too (in BMJ. 2000 March 18. (7237) 726 – 727

www.aezq.de

www.aps-ev.de

www.ifpsbonn.de