



Serie Patientensicherheit

Hessisches Ärzteblatt

November 2019 bis Dezember 2025





Serie Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Übersicht über die bisher erschienenen Folgen der Serie

Teil 1: Grundlagen

HÄBL 11/2019, S. 644–646

Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure

HÄBL 01/2020, S. 34–36

Teil 3: Qualitätssicherung in der Hämostherapie: Plädoyer für eine starke Fehlerkultur

HÄBL 02/2020, S. 98–100

Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte

HÄBL 03/2020, S. 156–159

Teil 5: Dr. med. Kyra Schneider: Patientensicherheit funktioniert nur im Team

HÄBL 04/2020, S. 224–226

Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen

HÄBL 05/2020, S. 290–291

Teil 7: CIRSmedical.de – Das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft

HÄBL 06/2020, S. 360–361

Teil 8: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit – Das Second-Victim-Phänomen

HÄBL 07/08/2020, S. 444–446

Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend

HÄBL 09/2020, S. 503–505

Teil 10: Patientensicherheit: National und International

HÄBL 10/2020, S. 568–569

Teil 11: Risikomanagement: „Kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf“ – ein Gespräch mit Dr. med. Heike Kahla-Witzsch

HÄBL 11/2020, S. 622–623

Teil 12: Patientensicherheit in der Landesärztekammer Hessen – Experten berichten aus den Abteilungen

HÄBL 12/2020, S. 678–680

Teil 13: Qualitätszirkelarbeit – Der Patient und seine Sicherheit stehen immer im Mittelpunkt – Gespräch mit Monika Buchalik, LÄKH-Vizepräsidentin und Allgemeinmedizinerin

HÄBL 04/2021, S. 256–257

Teil 14: STIKO: Impfempfehlungen für Deutschland – Gespräch mit Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Stellv. Vorsitzende der STIKO / PEI: Bewertung von Impfstoffen für die Sicherheit der Geimpften – Gespräch mit Prof. Dr. Klaus Cichutek, Präsident Paul-Ehrlich-Institut

HÄBL 09/2021, S. 490–493

Teil 15: Das Marburger PJ-Curriculum

HÄBL 03/2022, S. 176–178

Teil 16: Die HKG – Patientensicherheit für die hessischen Krankenhäuser

HÄBL 05/2022, S. 306–308

Teil 17: Kassenärztliche Vereinigung Hessen: Qualitätssicherung und -management

HÄBL 07/08/2022, S. 450–452

Teil 18: Peer Review auf der Intensivstation: Alle gewinnen

HÄBL 09/2022, S. 526–528

Teil 19: Mehr Patientensicherheit für Hessen – Initiativen im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration

HÄBL 10/2022, S. 568–569

Teil 20: Interview mit Dr. Edgar Pinskiowski: Patientensicherheit ist ein besonderes Anliegen der Kammer

HÄBL 12/2022, S. 682–683

Teil 21: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – zentrales Instrument zur Förderung der Patientensicherheit

HÄBL 09/2023, S. 512–514

Teil 22: Die Ethikberatung als Hilfestellung für Behandlungsentscheidungen

HÄBL 03/2024, S. 178–180

Teil 23: Diagnosesicherheit und Fehldiagnosen

HÄBL 09/2024, S. 466–470

Teil 24: Patientensicherheit als globaler Aktionsplan

HÄBL 05/2025, S. 296–298

Teil 25: Freiwilliges Instrument der Qualitätsförderung: Das „neue“ Peer Review in der Medizin (PRIM)

HÄBL 10/2025, S. 550–551

Teil 26: „Patientensicherheit ist Teil des intrinsischen ärztlichen Handelns“ – Leit- und Richtlinienerstellung bei der Bundesärztekammer

HÄBL 12/2025, S. 639–641

Die Serie wird in loser Folge fortgesetzt.



Patientensicherheit in Hessen – Es geht immer weiter!

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen und Co-Vorsitzender im Ausschuss Patientensicherheit bei der Bundesärztekammer

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,**

ich freue mich sehr, dass wir hiermit nun bereits die vierte Gesamtausgabe unserer Artikelreihe im Hessischen Ärzteblatt „Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung“ veröffentlichen können. 2019 wollten wir mit dem Start der Reihe das in der Stabsstelle Qualitätssicherung angesiedelte Thema ganz bewusst in den Vordergrund rücken. Auch wenn Patientensicherheit schon immer ein Teil des ärztlichen Selbstverständnisses und Handelns war und sein wird, lohnt sich ein genauerer Blick: So haben wir das Thema in den vergangenen Jahren aus vielen Perspektiven betrachtet und in den verschiedensten Formaten gewürdigt: Neben der Artikelreihe findet in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung zwei Mal im Jahr die Fortbildungsreihe „Patientensicherheit und Qualitätssicherung“ als Live-Webinar mit wechselnden Schwerpunktthemen statt. In unserem Patientensicherheitspodcast „Sicher ist sicher“ bringen Expertinnen und Experten in nahbarer Weise spannende und aktuelle Aspekte der Patientensicherheit zur Sprache - Immer greifen wir mit unseren Aktivitäten Themen auf, die die Ärzteschaft bewegen oder von den Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis an uns herangetragen werden. Aber auch die Kammerarbeit bietet uns vielfältige Ansatzpunkte: Sei es die Organisation der ärztlichen Weiterbildung, die Ausübung der Berufsaufsicht oder die

Förderung der beruflichen Fortbildung und der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen - die Patientensicherheit beschäftigt uns direkt oder indirekt in fast allen Arbeitsbereichen.

Wichtige Impulse gibt uns auch das jährlich wechselnde Motto des Welttags der Patientensicherheit, das wir gerne aufgreifen. 2024 war Diagnosesicherheit unter der Überschrift „Sichere Diagnose. Richtige Behandlung“ Thema eines CME-Beitrages im Hessischen Ärzteblatt und in einem Live-Webinar unserer Fortbildungsreihe „Patientensicherheit und Qualitätssicherung“.

Beim Thema Patientensicherheit ist uns dabei immer der Teamgedanke sehr wichtig. Daher möchten wir neben unseren Ärztinnen und Ärzten auch die Hessischen Patientensicherheitsbeauftragten und weitere Interessierte im Gesundheitswesen ansprechen. Mit unseren Netzwerk- und Kooperationspartnern zu denen z.B. das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, die Hessische Krankenhausgesellschaft, das Hessische Netzwerk Patientensicherheit sowie die Universitätsmedizin Frankfurt gehören, versuchen wir das Thema Patientensicherheit und unsere Aktivitäten lebendig, praxisnah, interdisziplinär und interprofessionell umzusetzen – dass dies in Hessen gemeinsam so gut gelingt, freut mich sehr! So arbeiten wir z.B. im Landesbeirat Patientensicherheit eng mit dem Ziel zusammen, die Sicherheit der Patientenversorgung zu gewährleisten und stetig zu verbessern. Gemeinsam können wir hier wichtige

Themen wie die Umsetzung und Weiterentwicklung der Hessischen Patientensicherheitsverordnung und das Berichtswesen voranbringen. So freuen wir uns als Landesärztekammer feststellen zu können: Die gemeinsamen Bemühungen zur Förderung der Patientensicherheit ebben nicht ab! Im Gegenteil: Mit dieser Gesamtausgabe blicken wir auf zahlreiche hessische und bundesweite Projekte, Aktionen und Angebote zurück, die ihre Wirkung am besten entfalten, wenn sie von allen Beteiligten im Gesundheitswesen als Impulsgeber und Fortbildung genutzt werden. Dies bringt unser gemeinsames Ziel voran, die Patientenversorgung jeden Tag ein bisschen sicherer zu machen. Ich wünsche Ihnen eine interessante und abwechslungsreiche Lektüre und danke allen Autorinnen und Autoren sowie Interviewpartnerinnen und -partnern herzlich!

**Kollegiale Grüße
Ihr Edgar Pinkowski**





Das Hessische Netzwerk Patientensicherheit: Wegweisende Impulse für eine nachhaltige Sicherheitskultur

Isabell Porth, Projektleitung Hessisches Netzwerk Patientensicherheit, Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität, Universitätsmedizin Frankfurt

Patientensicherheit ist eine der zentralen ärztlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit. Sie verlangt mehr als nur individuelles Verantwortungsbewusstsein – sie erfordert tragfähige Strukturen, eine Kultur des Vertrauens und den offenen, kontinuierlichen Austausch zwischen allen Beteiligten. Genau hier setzt das Hessische Netzwerk Patientensicherheit an: als Plattform für praktisches Erfahrungswissen, kollegiale Vernetzung und die gemeinsame Weiterentwicklung einer nachhaltigen Sicherheitskultur.

Seit seiner Gründung durch die Universitätsmedizin Frankfurt und der Förderung durch das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege hat sich das Netzwerk als tragfähige Struktur im Gesundheitswesen etabliert. Im Zentrum stehen die Patientensicherheitsbeauftragten – engagierte Expertinnen und Experten mit vielfältigen Qualifikationen, die in ihren Einrichtungen die Weiterentwicklung der Patientensicherheit fördern. Inzwischen umfasst das Netzwerk über 100 Mitglieder.

Die inhaltlichen Schwerpunkte des Netzwerks sind vielfältig: Ob es um die Be-

gleitung nach belastenden Ereignissen („Second Victim“), Kommunikation im Schadensfall, Versorgung vulnerabler Patientengruppen oder die Etablierung einer offenen Fehlerkultur geht – immer steht die Frage im Mittelpunkt, wie Patientensicherheit konkret im klinischen Alltag gefördert werden kann. In Workshops, Netzwerktreffen und themenspezifischen Arbeitsgruppen wird an diesen Themengebieten gearbeitet. Durch das große Engagement der Mitglieder wird Wissen ausgetauscht und es werden neue Ansätze erarbeitet.

Besonderer Wert liegt auf der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie der Landesärztekammer Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V., der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder auch Patientenvertretungen wie Pro Retina Deutschland e. V.. Diese Kooperationen ermöglichen es, unterschiedliche Perspektiven zusammenzuführen und gemeinsame Lösungen zu entwickeln.

Patientensicherheit entsteht nicht zufällig. Sie ist das Ergebnis bewusster Entscheidungen, klarer Kommunikation, struktureller Verankerung und kontinuierlicher Reflexion. Das Hessische Netzwerk Patientensicherheit leistet hierzu

einen konkreten Beitrag – praxisnah, verlässlich und offen für neue Impulse.

Ich danke allen Patientensicherheitsbeauftragten, unseren Netzwerkpartnern sowie der Landesärztekammer Hessen für die kontinuierliche Unterstützung und das Vertrauen. Lassen Sie uns gemeinsam weiter daran arbeiten, Patientensicherheit als gelebte Realität in unseren Einrichtungen zu verankern – mit Professionalität, Menschlichkeit und klarem Fokus auf dem Wohl der Patientinnen und Patienten.

Isabell Porth



Foto: privat



Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement sind wesentliche Bausteine der Patientensicherheit

Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg, Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

Patientensicherheit hat viele Facetten. Durch fehlende Ressourcen oder mangelhafte Prozesse in der medizinisch-pflegerischen Versorgung kann es immer zu unzureichenden Ergebnissen kommen. John Williamson hat dies mit dem Konstrukt „achievable benefits not achieved“ - Erreichbarer Nutzen nicht erreicht – beschrieben. So sind unter den Bedingungen der Alltagsversorgung nicht immer alle notwendigen Ressourcen wie Großgeräte, Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, Medikamente usw. vorhanden, wie sie in kontrollierten Settings von Forschungsprojekten zur Verfügung stehen. Dies könnte den erreichbaren Nutzen schmälern. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [1] setzt an dieser Stellschraube an.

Ebenso sind es medizinische Limitationen, wie der Allgemeinzustand des Patienten, anatomische Besonderheiten oder fehlende Compliance, die den erreichbaren Nutzen limitieren könnten. Von diesem Anteil am theoretisch vorstellbaren Nutzen wird wiederum ein Teil nicht erreicht durch Fehler in der Ausführung oder durch Unterlassen notwendiger oder sinnvoller Maßnahmen. Dies ist der Bereich, in dem Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement ansetzen und damit zu mächtigen Instrumenten der Patientensicherheit werden.

Schauen wir uns die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen an, so haben wir es mit zahlreichen Herausforderungen zu tun: die Krankenhausreform, die Ambulantisierung, der Fachkräfte-

mangel, die überbordende Bürokratie und die mangelnde Digitalisierung – um nur einige wesentliche zu nennen. Alle diese Faktoren haben natürlich auch einen Einfluss auf die Leistungserbringung nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Sektor. Und sie beeinflussen die Patientensicherheit durch unterschiedlichste Effekte.

Diesen Herausforderungen zu begegnen und die verfügbaren Mittel möglichst effizient und effektiv im Sinne der Patientinnen und Patienten einzusetzen, ist das Ziel vom Qualitätsmanagement. Die dafür verbreitetste, zur Anwendung kommende Norm ist die DIN EN ISO 9001. So sind weltweit über 1,26 Millionen und in Deutschland über 47.000 Unternehmen aus unterschiedlichsten Branchen nach dem Standard der DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Darunter befinden sich auch zahlreiche Krankenhäuser und andere Gesundheitsorganisationen. All diese Organisationen haben erkannt, dass die Umsetzung der Anforderungen der Norm sinnvoll und hilfreich ist, obwohl es wegen der Komplexität der Norm und ihrer Anforderungen und Auswirkungen auf alle Belange einer Organisation schon lange keine konkreten Berechnungen für die Wirtschaftlichkeit der Umsetzung eines QM-Systems mehr gibt.

Die Sicherheit, die ein System gibt, in dem

- die strategische Ausrichtung gelingt, weil Mission, Vision und Unternehmenswerte definiert sind,
- die Prozesse rasch aktuellen Herausforderungen angepasst werden kön-

nen, weil die wichtigsten Prozesse und ihre Wechselwirkungen verstanden und proaktiv definiert wurden und ihre nachhaltige Umsetzung durch Kennzahlen und Audits beobachtet und unterstützt wird,

- der Umgang mit Fehlern durch ein geeignetes Instrumentarium wie CIRS-Systeme, Beschwerdemanagement, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen und Fallanalysen in eine konstruktive Fehlerkultur entwickelt wurden,

trägt zur Überlebensfähigkeit einer Gesundheitsorganisation maßgeblich bei. Dies ist vor dem Hintergrund der zahlreichen Herausforderungen, gleichzeitig knapper Ressourcen und dem Stellenwert, die die Gesundheitsversorgung für jeden einzelnen Menschen hat, von ausschlaggebender Bedeutung.

Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement sind damit wesentliche Bausteine für eine sichere Patientenbehandlung.

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg



Foto: SANA Kliniken

Literatur:

[1] <https://www.recht.bund.de/bgbI/1/2024/400/VO.html> (Zugriff 10.09.2025)

[2] International Organization for Standardization (ISO). Quality management systems - Requirements (ISO 9001:2015); German and English version EN ISO 9001:2015. Ausgabe 2015-11

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 1: Grundlagen

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

Patienten sicher zu behandeln, gehört zum Grundverständnis ärztlichen Handelns und ist wesentlich für viele Aktivitäten im deutschen Gesundheitswesen [1]. Auch in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit wird das Thema Patientensicherheit zunehmend wichtiger und das Qualitätsbewusstsein für medizinische Maßnahmen steigt [2, 3]. Trotzdem können Fehler im komplexen Medizinbetrieb nicht immer vermieden werden und ihre Folgekosten das Gesundheitssystem belasten [3–5]. Obwohl Behandlungsfehler bundesweit nicht systematisch erfasst werden, führen unter anderem die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärzteschaft (GUS) „aussagekräftige Statistiken“, die „...einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit“ leisten [2, 6, 7]. Auch auf Bestreben der ärztlichen Selbstverwaltung werden immer mehr Aktivitäten zur Fehlerprävention angestoßen [7–9].

Doch welche Initiativen gibt es? Wie weit sind sie umgesetzt und welche Aufgaben erfüllt dabei die Landesärztekammer Hessen (LÄKH)? – Eine neue Serie wird in dieser und in den nächsten Ausgaben

über die Themen Patientensicherheit und Qualitätssicherung informieren.

Primum nil (non) nocere* – Grundlage der Patientensicherheit

Der Leitgedanke aller medizinischen Interventionen und der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist, zu helfen, ohne zu schaden [4, 5, 8–10, 12–15]. Nach der Deklaration von Genf sind „...die Gesundheit und das Wohlergehen...“ der Patienten „...oberstes Anliegen...“ [15]. Beauchamp und Childress definierten schon in den 1970er-Jahren neben Autonomie (autonomy) und Gerechtigkeit (justice) sowohl die Schadensvermeidung (non-maleficence) als auch die Fürsorge (beneficence) als Prinzipien ethischen medizinischen Handelns [16–19].

Seit den 1990er-Jahren orientiert sich die Gesundheitsversorgung am Patienteninteresse, das seit 2013 auch durch das Patientenrechtegesetz gestärkt wird [20, 21]. So steht in der Behandlung zunehmend die „Partizipative Entscheidungsfindung“ (Shared Decision Making) im Vordergrund [21, 22]. Ebenfalls seit

den 1990er-Jahren gewinnen Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) zur Verbesserung der Patientensicherheit immer mehr an Bedeutung [21] und werden zunehmend in Gesetzen, Richt- und Leitlinien verankert, aber auch in freiwilligen Initiativen umgesetzt. Ein Beispiel ist das WHO-Konzept „Action on Patient Safety: High 5s“, dessen deutsche Beteiligung durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) von der Bundesregierung gefördert wurde [23–25]. Auch im ärztlichen Alltag schon angewendete Maßnahmen wie ein Critical-Incident Reporting-System (CIRS), standardisierte Handlungsempfehlungen (Standard Operating Procedure, SOP) oder OP-Checklisten sollen die Sicherheit medizinischer Behandlungen erhöhen [26–29]. Neben den Aktivitäten von Gesetzgebung, Öffentlichkeit und der Ärzteschaft fallen laut Bundesgesundheitsministerium „...Maßnahmen der Patientensicherheit...“ in hohem Maß „...in den Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltung und der Ärztekammern...“ [8]. Diese sind damit aktiv in verschiedene Prozesse und deren Entwicklung eingebunden, wie z. B. die Arbeit der GUS, QS-Maßnahmen, oder auch Seminare und Kurse zum QM und zur Patientensicherheit [13, 30–33].

Auch bei der LÄKH ist das Thema fester Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten [34, 35].

Was ist „Patientensicherheit“?

Für den Begriff „Patientensicherheit“ existieren Definitionen aus den verschiedenen Perspektiven der beteiligten Organisationen – gemeinsamer Nenner ist jedoch die Verbesserung der Patientenbehandlung. So sieht die World Health Organization (WHO) Patientensicherheit als Abwesenheit vermeidbarer „Schäden“ bzw. als Re-

„Patientensicherheit ist schon immer Dreh- und Angelpunkt ärztlichen Handelns. Sie ist auch das wesentliche Ziel aller Qualitätssicherungsmaßnahmen und Ausgangspunkt für die Entwicklung der meisten Qualitätsvorgaben. Dabei sind Qualitätssicherungsmaßnahmen zu einem wesentlichen Teil auf Initiative der Ärzteschaft entstanden bzw. durch die Kolleginnen und Kollegen weiter entwickelt worden.“

Dies möchte die Landesärztekammer Hessen in vertrauensvoller Zusammenarbeit weiter fördern. Dabei sind wir auf die Rückmeldungen und die Mitgestal-



Foto: Katarina Ivanisevic

Nina Walter, M.A.
Leiterin Stabsstelle
Qualitätssicherung,
Versorgungsmanagement und Ge-
sundheitsökono-
mie, Stv. Ärztliche
Geschäftsführerin
der Landesärztekam-
mer Hessen

*siehe [4, 9–12]



duktion des Risikos für unnötige Schäden auf ein „akzeptables Minimum“ während einer medizinischen Behandlung [36]. Wie groß dieses Risiko sein „darf“, richtet sich dabei nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, den verfügbaren Ressourcen sowie dem Gesamtzusammenhang der Behandlung [36]. Das bedeutet, dass gegen das Risiko abgewogen werden muss, eine Behandlung nicht durchzuführen oder andere Therapieoptionen zu wählen [36].

Nach Definition des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) e. V. sollen unerwünschte Ereignisse während einer Behandlung möglichst selten auftreten [37]. Diese Anforderung richtet sich an alle Beteiligten – Akteure, Organisationen und Systeme [37]. Dabei sollen „Sicherheitsverhalten“ gefördert, Risiken beherrscht, Innovationen erarbeitet und Verbesserungsoptionen umgesetzt werden [37]. Im Mittelpunkt stehen die Patientenperspektive und die Eigenschaft, „Sicherheit als erstrebenswertes Ziel“ zu erkennen [37]. Weitere Konzepte stellen nicht die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse in den Vordergrund, sondern die Gesamtheit aller Maßnahmen, die für die Patientensicherheit getroffen werden [38]. Im internationalen Kontext wird der Begriff um

die Einhaltung von Qualitätsstandards und den grundsätzlichen Zugang zum Gesundheitswesen ergänzt [39].

Patientensicherheit: Bewusst, präsent und umgesetzt?

Das Thema Patientensicherheit wird in jüngerer Zeit immer stärker in Öffentlichkeit und Politik wahrgenommen – dies zeigt auch die Einrichtung des Welttages der Patientensicherheit am 17. September 2019 [40, 41]. Verschiedene Konzepte und Institutionen wurden bereits etabliert – z. B. das ÄZQ von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) [42], das APS e. V. [43], das Institut für Patientensicherheit in Bonn (IfPS) [44], Fehlermeldesysteme wie CIRSmedical oder www.jeder-fehler-zahlt.de sowie Qualitätssicherungsverfahren bei den Landesärztekammern [13, 30, 45, 46]. 2013 wurde „Patientensicherheit“ als Nationales Gesundheitsziel definiert [21, 47]. Die Hessische Landesregierung rief 2013 das Fachreferat für Qualitätssicherung und Patientensicherheit ins Leben [48]. Auch das große Interesse an der Weiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ bei der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der

LÄKH und ihr Status als Zusatzbezeichnung zeigen den hohen Stellenwert des Themas in der Praxis [49]. 2016 veröffentlichte der Deutsche Ethikrat eine Stellungnahme zum Patientenwohl, in der neben gerechtem Zugang zu medizinischen Ressourcen und Behandlungsqualität auch die Selbstbestimmung in den Vordergrund gestellt wird [14].

Dass die GUS der Ärztekammern gleichbleibend häufig in Anspruch genommen werden, ist in diesem Kontext eher als positives Zeichen für die Auseinandersetzung mit den Themen Sicherheitskultur und Fehlern zu sehen [50–52]. 2018 wurden bei der LÄKH 899 Anträge auf vermutete Behandlungsfehler gestellt, von denen nach eingehender Überprüfung 110 als tatsächliche Behandlungsfehler anerkannt wurden [50]. Deutschlandweit lag die Zahl der gestellten Anträge 2018 bei 10.839 und ist insgesamt seit 2014 leicht rückläufig [51, 52].

Gleichwohl stellt die Jeddah Declaration on Patient Safety 2019 fest, dass trotz aller positiven Entwicklungen die Umsetzung von Maßnahmen zur Patientensicherheit noch deutlich verbessert werden muss [8]. Auch die Weltgesundheitsversammlung fordert, dem Thema eine hohe Priorität im Gesundheitswesen einzuräu-

Links im Internet: Patientensicherheit, Qualitätssicherung, Risiko- und Qualitätsmanagement in Hessen

- Qualitätssicherung bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH): www.laekh.de/aerzte/qualitaetssicherung
- Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen: www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rund-ums-recht-gutachter-und-schlichtungsstelle oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3txbjof>
- Kurse zum Qualitätsmanagement bei der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen: [www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbil](http://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung)dung/akademie/veranstaltungsangebot/fachgebiet/Qualitaetsmanagement oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3bgexg9>
- Geschäftsstelle Qualitätssicherung in Hessen (GQH): www.gqhnet.de/
- Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in Hessen (LAGQH): <http://www.lagqh.de/index.php?id=2> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5yxjunn>
- Seiten zum Thema Patientensicherheit des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration: <https://soziales.hessen.de/gesundheit/gesundheitsshyversorgung/patientensicherheit> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxo9wrfq>
- Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zum Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel: www.kvhessen.de/qualitaetsmanagement/ oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y37jpjgc>
- Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zum Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel: www.kvhessen.de/qualitaetszirkel/ oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4aj7sv2>
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.: www.aps-ev.de/



men, da unerwünschte Ereignisse weiterhin weltweit zu den führenden Ursachen für Todesfälle und Behinderungen zählen [40]. Laut der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) sind die Folgekosten unerwünschter Ereignisse zudem beträchtlich [5]. Daher sollten für die Fehlerprävention mehr finanzielle Mittel bereitgestellt und eine gute Grundlage für Maßnahmen der Patientensicherheit geschaffen werden, um die positive Arbeit im Behandlungsalltag weiter zu fördern und eine gute Fehlerkultur zu etablieren [1, 5]. Dies ist Vo-

raussetzung dafür, das gemeinsame Ziel der Gesundheitsversorgung – die stetige und kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit – dauerhaft zu erreichen [8].

Ausblick

Der nächste Artikel der Serie ergänzt die Grundlagen mit Antworten zu den Fragen: Welche Gesetze und Verpflichtungen gibt es, welche Akteure beschäftigen sich mit dem Thema Patientensicherheit und wie gehen wir heute mit Fehlern um?

**Katrin Israel-Laubinger
Silke Nahlinger, MPH
Nina Walter, M.A.**

Stabstelle Qualitätssicherung
der Landesärztekammer Hessen
E-Mail: qs@laekh.de
Fon: 069 97672-195

Die Literaturhinweise finden Sie auf
unserer Website www.laekh.de unter
der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Literatur zum Artikel:

Neue Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 1: Grundlagen

von Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

- [1] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/verbesserung-der-patientensicherheit.html> (Zugriff 06.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yy5ala9d>
- [2] Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 04/01. Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&sorce=web&cd=1&ved=2ahUKEwiOjqqGw8jjAhWI3KQKHWUrA4oQFjAAegQIA RAC&url=http%3A%2F%2Fwww.gbe-bund.de%2Fpdf%2FBehandlung.pdf&usg=AOv-Vaw3Mbn9EA_r53dfEJ8mNYg8a (Zugriff 22.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxvszc93>
- [3] Seyfarth-Metzger I et al. Neue Herausforderungen an das Qualitätsmanagement: Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit. Das Krankenhaus September 2005. 757–764
- [4] Merkle, Walter. Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2014
- [5] Slawomirski, L., Auraen A., Klazinga N. „The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level“, OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris, 2017 <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-eco-nomics-of-patient-safety_5a9858cd-en (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5p73cb6>
- [6] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html> (Zugriff 22.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3lan3kl>
- [7] <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/behandlungsfehler-statistik/> (Zugriff 28.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3jq9vfu>
- [8] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientensicherheit.html> (Zugriff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6oasbou>
- [9] Bundesärztekammer. Patientensicherheit. <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/patientensicherheit/> (Zugriff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y69jgdrb>
- [10] Hippokratischer Eid / Genfer Gelöbnis. Publikation der Landesärztekammer Hessen. <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/publikationen> (Zugriff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5gpa4av>
- [11] Gillon R. „Primum non nocere“ and the principle of non-maleficence. Philosophical Medical Ethics. British Medical Journal Volume 291, Juli 1985. 130–131
- [12] Strametz R. Grundwissen Medizin für Nichtmediziner in Studium und Praxis. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. UVK Verlagsgesellschaft mbH. Konstanz mit UVK/Lucius München. 2017
- [13] Krüger-Brand HE, Richter-Kuhlmann E. Patientensicherheit. Viel erreicht – viel zu tun. Dtsch Arztbl 2014; 111(15): A-628 / B-541 / C-521
- [14] Deutscher Ethikrat (Hrsg.) Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. 5. April 2016. ©2016 Deutscher Ethikrat, Berlin. ISBN 9783941957718 (PDF)
- [15] Weltärztekongress. „Deklaration von Genf“, verabschiedet von der 2. Generalversammlung des Weltärztekongresses, Genf, Schweiz, September 1948 und revidiert von der 22. Generalversammlung des Weltärztekongresses, Sydney, Australien, August 1968 und revidiert von der 35. Generalversammlung des Weltärztekongresses, Venedig, Italien, Oktober 1983 und revidiert von der 46. Generalversammlung des Weltärztekongresses, Stockholm, Schweden, September 1994 und sprachlich überarbeitet auf der 170. Vorstandssitzung, Divonne-les-Bains, Frankreich, Mai 2005 und auf der 173. Vorstandssitzung, Divonne-les-Bains, Frankreich, Mai 2006 und revidiert von der 68. Generalversammlung des Weltärztekongresses, Chicago, Vereinigte Staaten von Amerika, Oktober 2017. www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/weltaerztekongress-verabschiedet-neues-aerztliches-geloebnis/

- (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/yyukfw8r>
- [16] Christen M et al. How „moral“ are the principles of biomedical ethics? – a cross-domain evaluation of the common morality hypothesis. BMC Medical Ethics 2014, 15:47 <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/15/47/> (Zugriff 02.09.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y4q7z3gr>
- [17] Gerhard, Christoph: 2015 Praxiswissen Palliativmedizin DOI:
10.1055/b-0034-101649. 6 Ethik. 6.2 Mittlere Prinzipien der Ethik nach Beauchamp und Childress. <https://www.thieme-connect.de/products/ebooks/html/10.1055/b-0034-101649/> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y2x294d7>
- [18] Beauchamp TL. The „Four Principles“ Approach to Healthcare Ethics. In Principles of Health Care Ethics. Richard Edmund Ashcroft, Angus Dawson, Heather Draper, John McMillan. John Wiley & Sons, Juni 2007.
<https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=Z0Etwjosb5oC&oi=fnd&pg=PA3&ots=p1AuAuohf&sig=YFwCfjxsZ5ZP>
[HjXQ69tDKKykZ_Y&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://tinyurl.com/HjXQ69tDKKykZ_Y&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/yys6d2e5>
- [19] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition. Oxford University Press 2001.
https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=_14H7M0w1o4C&oi=fnd&pg=PR9&ots=1wXi2HBmWu&sig=1wMpeSjgougLXd20oo
[utqlF-k&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://tinyurl.com/utqlF-k&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/yxa6qxbg>
- [20] Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013. Zugriff <https://www.bundesaerztekammer.de>
- de/recht/gesetze-und-verordnungen/patientenrechtegesetz/ (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y4v7r4q2>
- [21] Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, 2015. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=VR&p_sprache=D&p_suchstring=Gesundheit%20in%20Deutschland (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y4ffxx5mn>
- [22] Bieber C et al. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-105277> Psychother Psych Med 2016; 66: 195–207 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York ISSN 0937–2032 <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-105277> (Zugriff 29.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y6cvzfzy>
- [23] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/op-checklisten.html> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y59jgd25>
- [24] <https://www.aezq.de/patientensicherheit/h5s> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/yxundkye>
- [25] WHO. High 5s: Standard operating procedures. <https://www.who.int/patientsafety/topics/high-5s/en/> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/yy3tnjec>
- [26] ÄZQ. SOP Medication Reconciliation. <https://www.aezq.de/patientensicherheit/h5s/high5s-medrec> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y6pgokgq>
- [27] WHO. Medication Reconciliation. <https://www.who.int/patientsafety/topics/high-5s/en/> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/yy3tnjec>
- [28] <https://www.cirsmedical.de/> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/yyt44uje>
- [29] WHO. Surgical Safety Checklist. <https://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y64nfqde>
- [30] <https://www.laekh.de/aerzte/qualitaetssicherung> (Zugriff 29.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y4oq688p>
- [31] <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rund-ums-recht-gutachter-und-schlichtungsstelle/kontakt-gus> (Zugriff 29.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y5k3xgl4>
- [32] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin und Expertenkreis Patientensicherheit des ÄZQ (Hrsg.). Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung. Band 25. Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“. 1. Auflage. 2009. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/kursbuecher-curricula-leitfaeden/> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y5d445u8>
- [33] Bundesärztekammer (Hrsg.). (Muster-)Kursbuch Ärztliches Qualitätsmanagement auf der Grundlage der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung. 5. Auflage Berlin, Mai 2019. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/kursbuecher-curricula-leitfaeden/> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y5d445u8>

- [34] <https://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie> (Zugriff 29.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3fx8qpo>
- [35] <https://www.laekh.de/mfa/carl-oelemann-schule/mfa-cos-aktuelle-kursangebote> (Zugriff 29.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3xcyvxm>
- [36] <https://www.who.int/patientsafety/en/> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4rhuvn>
- [37] Schrappe M, APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2018.
- [38] Sens B et al für Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (Gmds) und Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG). Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 4. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2018;14(1):Doc04. DOI: 10.3205/mibe000182 (Zugriff 30.07.2019) <http://www.egms.de/en/journals/mibe/2018-14/mibe000182.shtml> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yyl6383r>
- [39] Hoffmann B, Rohe J. Patientensicherheit und Fehlermanagement. Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch. Arztebl Int 2010; 107(6): 92–9, DOI 10.3238/ärztebl.2010.0092.
- [40] <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4z5nylt>
- [41] <https://www.tag-der-patientensicherheit.de/informationen.html#info> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3rapfnu>
- [42] <https://www.aezq.de/aezq/uber/aufgaben-und-ziele> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yx96wmhf>
- [43] <https://www.aps-ev.de/kurzportrait/> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxsgpef3>
- [44] <https://www.ifpsbonn.de/> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5z66yxy>
- [45] <https://www.cirmsmedical.de/> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yyt44uje>
- [46] <https://www.jeder-fehler-zahlt.de/> (Zugriff 16.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6x2bgmc>
- [47] http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/ patientensicherheit (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y2jfwr5y>
- [48] <https://soziales.hessen.de/gesundheit/gesundheitsshyversorgung>
- patientensicherheit (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxo9wrfq>
- [49] https://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/veranstaltung/AErztliches_Qualitaetsmanagement (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y555uxtr>
- [50] <https://www.laekh.de/presse/aktuelle-pressemitteilungen/5880-pm-2019-03-27-geringer-anstieg-aerztlicher-behandlungsfehler> (Zugriff 03.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5szojxj>
- [51] Bundesärztekammer. Präsentation: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zur Pressekonferenz der Bundesärztekammer „Fehlerhäufigkeiten und Fehlerursachen in der Medizin“ am 03.04.2019 in Berlin. <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/behandlungsfehler-statistik/2018/praesentation/> (Zugriff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yyhb5bn>
- [52] Bundesärztekammer. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018. <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/behandlungsfehler-statistik/2018/> (Zugriff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4s3mas6>



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

Das Konzept der Patientensicherheit und seine gesetzlichen Grundlagen unterliegen in neuerer Zeit einem Wandel. Damit verbunden ändert sich auch der Umgang mit Behandlungsfehlern im Medizinbetrieb. Die Begriffe Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Qualitätssicherung sind zwar eng mit der Patientensicherheit verknüpft, werden jedoch oft in unterschiedlichen Bedeutungszusammenhängen verwendet, was das Verständnis häufig erschwert. Über welche Verpflichtungen wird die Behandlungsqualität gesichert? Wie ist unser heutiges Verständnis vom Umgang mit Fehlern? Welche Institutionen sind beteiligt? Der zweite Artikel der Serie „Patientensicherheit“ schließt den Überblick über die Grundlagen des Themas ab.

Wie hat sich das Thema „Patientensicherheit“ entwickelt?

Das Konzept einer möglichst sicheren Behandlung ist von Anfang an in der Medizin verankert und wird heute sogar als „Leitgedanke in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ angesehen [1–3]. Diese positive Entwicklung wurde besonders durch die Aufarbeitung der Behandlungsfehlerprozesse in den USA in den 1970er- und 1980er-Jahren angestoßen,

durch die hohe Folgekosten entstanden und bestimmte Versicherungen nicht mehr verfügbar waren. Im Nachgang führten systematische Untersuchungen über die Häufigkeit von Fehlern bei stationären Behandlungen zu der Erkenntnis, dass die „...Gesundheitsversorgung... nicht so sicher (ist), wie sie sein könnte“ [4, 5]. Dies löste auch in Deutschland eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Patientensicherheit aus und förderte die Gründung verschiedener Institutionen und Initiativen, die sowohl von der Ärzteschaft als auch vom Gesetzgeber getragen werden. Hierzu gehörten 1995 die Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin – seit 2003 das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – sowie 2005 das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS). 2009 wurde das Institut für Patientensicherheit in Bonn (IfPS) gegründet, das sich mit Forschung und Lehre zum Thema beschäftigt. Auch das Patientenrechtegesetz von 2013 und die Ergänzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2016 waren wichtige Schritte zur Förderung der Patientensicherheit [6–11].

Als „Meilenstein“ in der Entwicklung eines modernen Konzepts von Patientensicher-

heit wird jedoch vor allem der US-amerikanische Report „To Err is Human – Building a Safer Health System“ des Institute of Medicine aus dem Jahr 2000 bezeichnet. Er zeigte auf, dass Fehler im Gesundheitswesen häufig sind und in der Folge oft zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen führen. Daher sollten im Medizinbetrieb ein neues Verständnis für Behandlungsfehler und neue Handlungsoptionen erarbeitet werden. Diese Entwicklung wurde einerseits durch die „Versicherungskrise“ in den USA, andererseits durch die Entstehung neuer Organisationsformen, den allgemeinen wissenschaftlichen Fortschritt sowie die zunehmende Aufmerksamkeit in der Bevölkerung unterstützt und damit ein „...modernes Verständnis für das Problem Patientensicherheit...“ gefördert [5, 7, 12–15].

Fehler im Medizinbetrieb und der Umgang mit ihnen

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes treten Behandlungsfehler besonders in drei Bereichen auf: in der Dokumentation, der Organisation und durch Behandlungen in ungeeigneten Einrichtungen [17]. So können potenzielle Fehlerquellen in der wachsenden Zahl diagnostischer und therapeutischer Optionen, der zunehmenden Komplexität des medizinischen Alltags, der großen Anzahl von Schnittstellen innerhalb einer Behandlung sowie im Streben nach Wirtschaftlichkeit liegen [16]. Laut der Bundesstatistik der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer (BÄK) ist die Zahl der Anträge auf vermutete Behandlungsfehler 2018 mit knapp 10.839 leicht rückläufig. Sachentscheidungen (z. B. gutachterliche Bescheide) wurden am häufigsten im stationären Bereich bzw. in der Unfallchirurgie sowie in der Orthopädie getroffen [18]. Laut einer aktuellen Metaanalyse, die mehr als 330.000 Patienten seit dem Jahr

Neue Hessische Patientensicherheitsverordnung auf dem Weg

Eine neue Rechtsverordnung soll in Hessen die Etablierung von Patientensicherheitsbeauftragten, eines Landesbeirates und entsprechender Berichtspflichten regeln. Die Patientensicherheitsbeauftragten sollen eine Qualifikation für klinisches Risikomanagement haben, die durch das Hessische Ministerium für So-

ziales und Integration unterstützt wird. Damit sollen alle Aktivitäten für Patientensicherheit in hessischen Krankenhäusern abgebildet und zukünftige Maßnahmen gefördert werden. Die Verordnung ist jedoch bislang noch nicht veröffentlicht. [34] (red)



2000 einschloss, traten bei 12 % aller Patienten Schäden während einer medizinischen Behandlung auf. Der Anteil vermeidbarer Schäden lag bei 6 %. Von diesen wurden 12 % als schwere vermeidbare Schäden eingestuft, die zu anhaltender Behinderung oder zum Tod der Patienten führten. Die häufigsten vermeidbaren Schäden waren mit medikamentöser Behandlung oder invasiven bzw. chirurgischen Behandlungen verknüpft. Die Prävalenz vermeidbarer Patientenschäden war unter chirurgischer oder intensivmedizinischer Behandlung im Vergleich zur Therapie im Allgemeinkrankenhaus höher [19]. Zwar haben sich die Akzeptanz und Bewältigung von Behandlungsfehlern, die auch durch die moderne Medizin entstehen können, bereits positiv entwickelt, doch muss die Fehlerkultur laufend verändert und verbessert werden, um die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse weiter zu verringern: Abseits einer „Culture of blame“ und des „Sündenbockprinzips“ sollten Behandlungsfehler im Alltag offen und sachlich sowie „prospektiv und qualitätssichernd“ bearbeitet werden können. Nur so kann aus diesen Fehlern gelernt und die Ableitung von wirksamen Gegenmaßnahmen ermöglicht werden – dies gilt sowohl für die einzelne Behandlungseinheit, als auch für „... (die) Gesundheits-Selbstverwaltung und ... das Leistungs-, Vertrags- und Versorgungsgeschehen“ [7, 16, 17, 20].

Unerwünschte Ereignisse sollen nicht einzelnen Personen zugeschrieben, sondern die grundlegenden systematischen Ansätze dieser Fehler müssen erkannt werden, um eine funktionierende Fehlerkultur zu etablieren und Maßnahmen der Risikoprävention zu entwickeln. Auch die Umgestaltung von Hierarchien, der Kommunikation sowie das „aktive Lernen aus kritischen Ereignissen“ können unter Einbeziehung aller Berufsgruppen die Patientensicherheit verbessern. Insgesamt bleibt jedoch besonders die „... langfristige Veränderung der Sicherheitskultur“ eine große Herausforderung im komplexen Medizinbetrieb. Um das Verständnis für unerwünschte Ereignisse und den Einfluss bestehender Maßnahmen auf ihre Bewältigung und Vermeidung besser zu verstehen, sind zudem weitere Erkenntnisse aus der Forschung notwendig [4, 16, 19, 20].

Einbettung Patientensicherheit

Patientensicherheit ist das Ziel sowohl des Risiko- als auch des Qualitätsmanagements und steht zudem an der Schnittstelle beider Systeme. Der Begriff wird mit unterschiedlichen Perspektiven und Schwerpunkten definiert. Im Mittelpunkt stehen aber immer die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse, deren Gefährdungspotenzial für den Patienten sowie mögliche Lösungsansätze. Nach der Identifizierung von Fehlerquellen können Gegenmaßnahmen entwickelt werden. In Einrichtungen der Krankenversorgung sollten Risiko- und Qualitätsmanagement (RM, QM) grundsätzlich eng verknüpft sein; die Einführung entsprechender Systeme ist seit 2005 gesetzlich verpflichtend [4, 16, 20–22]. Deren praktische Umsetzung in der Einrichtung bezieht alle Mitarbeiter und Patienten ein und liegt in der Verantwortung der Leitung. Damit soll die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich und systematisch unter Einbeziehung aller Abläufe gefördert werden, die Einfluss auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität haben. Die notwendigen Anforderungen, mit denen bestimmte Qualitätsziele erreicht werden sollen, müssen durch geplante und systematische Tätigkeiten – Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS) – erfüllt werden. Die Ergebnisse und Erkenntnisse daraus fließen wiederum in das QM-System ein. Werden die Qualitätsziele des QM nicht erreicht, liegt ein „Fehler“ vor. In der Gesundheitsversorgung sind dies „Abweichungen von der üblichen, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft für die Erreichung des Behandlungserfolges optimalen Vorgehensweise“ [11, 21, 23]. Um die Häufigkeit von Behandlungsfehlern systematisch zu verringern, veranlasse der G-BA im Jahr 2016 ausnahmslos die QM-Instrumente RM, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme in der QM-Richtlinie. Maßnahmen des RM sind somit ein fester Bestandteil des QM, um Fehler und unerwünschte Ereignisse zu vermeiden und eine Sicherheitskultur zu entwickeln. Das Vorgehen, ein Qualitätsziel festzulegen, dessen Umsetzungsgrad zu messen und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu erarbeiten, ist in QS und QM ähnlich. QS wird als „...entschei-

dende Voraussetzung für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem...“ gesehen und soll die Umsetzung und Verbesserung von Qualitätsmaßnahmen aller medizinischen Berufsgruppen abbilden [11, 24–26].

Gesetzliche Grundlagen

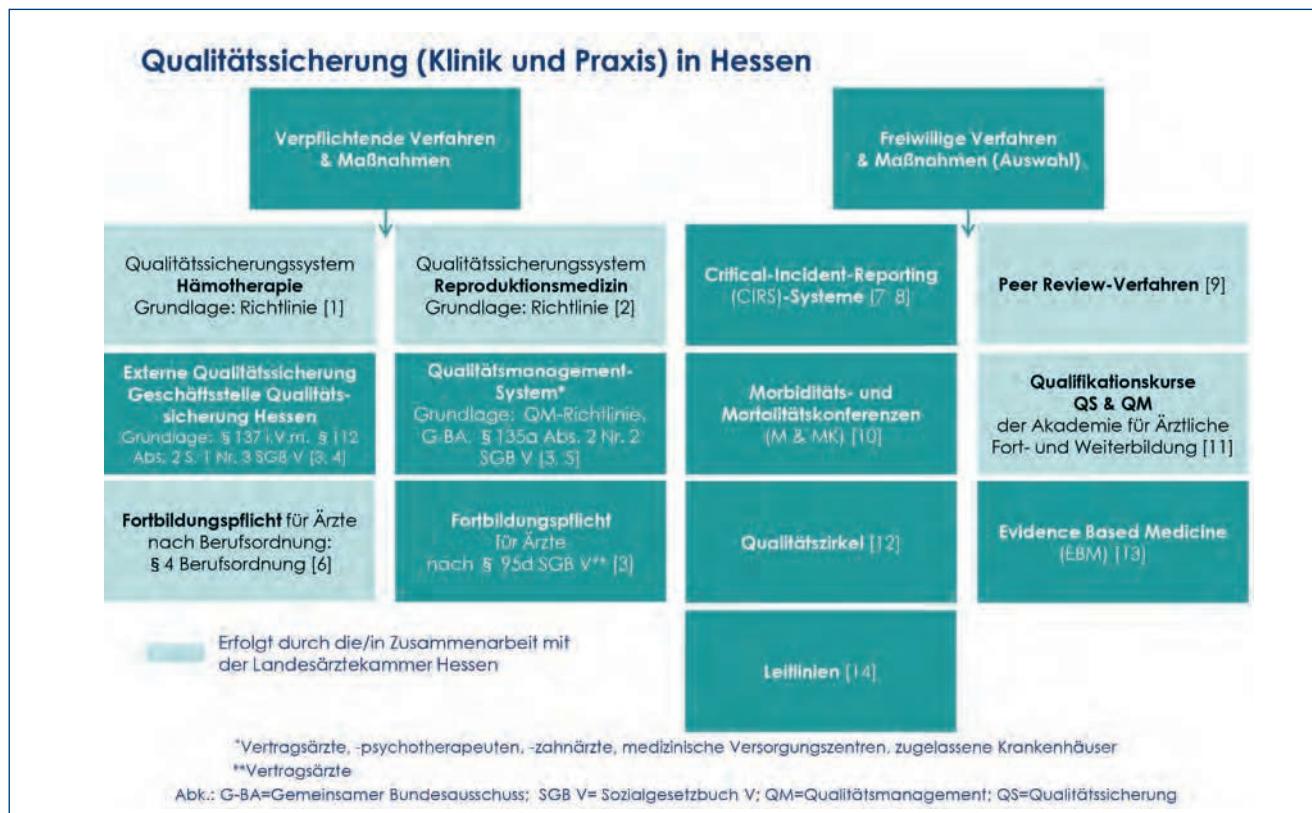
Das Sozialgesetzbuch V legt die wichtigsten Grundlagen für die Behandlungsqualität im Gesundheitswesen fest: Leistungen der Krankenversorgung sind „...in der fachlich gebotenen Qualität...“ zu erbringen. Im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) müssen Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden QS und ein internes QM-System etabliert werden (§ 135a SGB V). Der G-BA legt in seinen QM-Richtlinien auch Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit fest (§ 136a SGB V), denen in der Richtlinie eine große Bedeutung eingeräumt wird. Auch Grundzüge des RM sowie Verfahren und Elemente wie beispielsweise Fehlermeldesysteme sind dort festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen kontrollieren im ambulanten Bereich die Qualität der vertragsärztlichen Maßnahmen (§ 135b Abs. 2 SGB V).

Auch die Fortbildungsverpflichtung für Ärzte ist im SGB V geregelt (z. B. § 95d)

Akteure der QS im Gesundheitswesen

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Landesärztekammern (LÄK, ÄK)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)
- Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS)
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)

Quellen: [25, 35, 36]



Gratik: Rechte bei den Autoren

[3, 11, 25–27]. QM und QS bei Pflegeeinrichtungen sind in § 112 SGB XI festgelegt. Auch in vielen weiteren Gesetzen wie dem Arzneimittelgesetz (AMG), dem Medizinproduktegesetz (MPG) oder dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Qualitätsvorgaben verankert. Das Patientenrechtegesetz von 2013 enthält unter anderem Regelungen zur Fehlervermeidung sowie zum QM und RM. Die (verfahrensunabhängige) Verpflichtung zur QS ist im Hessischen Heilberufsgesetz sowie in der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen verankert. Neben Gesetzen und Richtlinien dienen auch die evidenzbasierte Medizin (EBM), medizinische Leitlinien, Qualitätszirkel und Konferenzen (z. B. Tumorkonferenzen), die leistungsabhängige Vergütung oder das Lernen aus Fehlern mittels Fehlermeldesystemen der Sicherung der Behandlungsqualität. In Hessen soll es zudem eine Verordnung für Patientensicherheit geben, die die Etablierung von qualifizierten Patientensicherheitsbeauftragten in hessischen Kliniken sowie einen Landesbeirat für Patientensicherheit vorsieht [3, 7, 10, 25, 28–34].

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Bereich der Landesärztekammer Hessen

Bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) werden fachbezogene QS-Maß-

nahmen in der Hämotherapie und der Reproduktionsmedizin durchgeführt [37]. Dabei werden gesetzliche Vorgaben zur Überwachung bestimmter Therapien mit dem Ziel umgesetzt, die Patientensicherheit zu verbessern. Die LÄKH ist Mitglied bundesweiter Arbeitsgruppen bei der BÄK, die eine gemeinsame Grundlage für die länderspezifischen QS-Verfahren erarbeiten. In diese Gremien fließen auch Verbesserungsvorschläge der hessischen Ärzte ein, die im kollegialen Dialog bei der praktischen Umsetzung der QS-Verfahren entstehen – dies fördert deren fortlaufende Weiterentwicklung. Außerdem unterstützt die LÄKH freiwillige ärztliche Initiativen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität wie zum Beispiel Peer-Review-Verfahren. In regelmäßigen Veranstaltungen können Ärzte, die mit QS-Funktionen betraut sind, ihre Erfahrungen austauschen und Kenntnisse auffrischen. Auch das Programm der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH zeigt die Praxisbedeutung von QS und QM. Neben Moderatorentrainings und Veranstaltungen zu Peer-Review-Verfahren wird regelmäßig ein großer Blockkurs zum ärztlichen Qualitätsmanagement angeboten, der sowohl Grundlagen als auch methodische Anwendung vermittelt [38]. Bereits 1977 wurde die unabhängig arbeitende Gutachter- und Schlichtungsstelle eingerichtet, die Anträge auf vermutete

Behandlungsfehler bearbeitet [39]. Die Überwachung der Fortbildungspflicht für Fachärzte, Zertifizierungsverfahren für medizinische Fortbildungsmaßnahmen und die Verankerung von Vorgaben in der ärztlichen Weiterbildung liegen ebenfalls bei der LÄKH, vgl. Grafik „Qualitätssicherung (Klinik und Praxis) in Hessen“.

Ausblick

Im nächsten Artikel der Serie „Patientensicherheit“ wird eine der wesentlichen Aufgaben der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen und deren Bedeutung für die Patientensicherheit vorgestellt: Die Qualitätssicherung in der Hämotherapie.

**Katrin Israel-Laubinger
Silke Nahlinger, MPH
Nina Walter, M.A.**

Stabsstelle Qualitätssicherung
der Landesärztekammer Hessen
E-Mail: qs@laekh.de
Fon: 069 97672-195

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Literatur zum Artikel:

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure

von Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger und Nina Walter

1. Quellen zum Artikel:

- [1] Hippokratischer Eid / Genfer Gelöbnis. Publikation der Landesärztekammer Hessen. Zugriff <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/publikationen> (Zugriff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5gpa4av>
- [2] Strametz R. Grundwissen Medizin für Nichtmediziner in Studium und Praxis. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. UVK Verlagsgesellschaft mbH. Konstanz mit UVK/Lucius München 2017
- [3] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientensicherheit.html> (Zugriff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6oasbou>
- [4] Hoffmann B, Rohe J. Patientensicherheit und Fehlermanagement. Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch. Arztebl. Int 2010; 107(6): 92–9, DOI 10.3238/artztebl.2010.0092
- [5] Cooper JK et al. Where is the mal-practice crisis taking us? (Commentary) West J Med 127: 262 – 266, Sept. 1977
- [6] <https://www.aezq.de/aezq/uber/aufgaben-und-ziele> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yx96wmhf>
- [7] Krüger-Brand HE, Richter-Kuhlmann E. Patientensicherheit. Viel erreicht – viel zu tun. Dtsch. Arztebl. 2014; 111(15): A-628 / B-541 / C-521
- [8] <https://www.aps-ev.de/kurzportrait/> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxsgpef3>
- [9] <https://www.ifpsbonn.de/> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5z66yxy>
- [10] Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013. <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/gesetze-und-verordnungen/patientenrechtegesetz/> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4v7r4q2>
- [11] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016 <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6cwafbf>
- [12] Institute of Medicine. 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>. <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-buil>
- [13] Linda T. Kohn et al. Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. ISBN: 0-309-51563-7, 312 pages, 6 x 9, (2000) This PDF is available from the National Academies Press at: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225184/> (Zugriff 02.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yy2kou3l>
- [14] Schrappe M, APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2018
- [15] Vogt L, Sopka S. Patientenversorgung – aber sicher. Strukturierte Übergabe. Anaesthetist 2017, 66:393–395. DOI 10.1007/s00101-017-0324-2. Online publiziert: 16. Mai 2017. © Springer Medizin Verlag GmbH 2017. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-017-0324-2> (Zugriff 02.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y39tewa4>
- [16] Merkle, Walter. Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014
- [17] Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 04/01. Medizinische Behand

- lungsfehler in Deutschland
https://www.google.com/search?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiOjqqGw8jjAhWI3KQKHWUrA4oQFjAAegQIAg&url=http%3A%2F%2Fwww.gbe-bund.de%2Fpdf%2FBehandlungsfehler.pdf&usg=AOf-Vaw3Mbn9EA_r53dfEJ8mNYg8a (Zugriff 22.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxvszc93>
- [18] Bundesärztekammer. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018 <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/behandlungsfehler-statistik/2018/> (Zugriff 29.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4s3mas6>
- [19] Panagioti M et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*: first published as 10.1136/bmj.l4185 on 17 July 2019 <http://www.bmjjournals.org> (Zugriff 19.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/5tmmng>
- [20] Seyfarth-Metzger I et al. Neue Herausforderungen an das Qualitätsmanagement: Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit. *Das Krankenhaus* 09/2005. 757 – 764
- [21] Sens B et al für Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (Gmds) und Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG). Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. 4. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2018;14(1):Doc04. DOI: 10.3205/mibe000182 <http://www.egms.de/en/journals/mibe/2018-14/mibe000182.shtml> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yyl6383r>
- [22] GQMG-Arbeitsgruppe Risikomanagement. Sicherheitskultur im Gesundheitswesen. Geschäftsstelle, Industrie-straße 154, 50996 Köln. Beschluss des GQMG-Vorstands vom 7. März 2019
- [23] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.). Kompendium Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. 3. Auflage 2009. Deutscher Ärzteverlag, Berlin
- [24] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Verpflichtendes Qualitätsmanagement in Praxen und Kliniken: Klarstellungen an neuer Richtlinie. [Online] 2016. [Zitat vom: 23. 07. 2019.] <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/640/> (Zugriff 26.09.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxsh3otw>
- [25] Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, 2015. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_lagon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=VR&p_sprache=D&p_suchstring=Gesundheit%20in%20Deutschland (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4fxx5mn>
- [26] Bundesgesundheitsministerium. Qualität im Krankenhaus. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/qualitaet-krankenhausversorgung.html> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6nz7toq>
- [27] Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sbg_5/index.html#BJNR024820988BJNE015301308 (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3xaj2hz>
- [28] Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sbg_11/index.html#BJNR101500994BJNE017103301 (Zugriff 01.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yyojejz6>
- [29] Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/ (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxw4uzop>
- [30] Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/mpg/> (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y2rtw8fk>
- [31] Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 14 b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yya2r9so>
- [32] Gesetz über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)). § 5 Absatz 1, Nummern 1, 4, 6 und § 25 Nr. 15. <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen> (Zugriff 11.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ybtww9z>

[33] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBL 10/1998, S. I – VIII), geändert am 10. Januar 2000 (HÄBL 2/2000, S. 56 – 60), am 8. Januar 2001 (HÄBL 2/2001, S. 84 – 86), am 2. Dezember 2002 (HÄBL 1/2003, S. 50 – 52), am 3. Dezember 2003 (HÄBL 1/2004, S. 51–52), am 24. Mai 2005 (HÄBL 7/2005, S. 496–498), am 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 57), am 10. April 2007 (HÄBL 5/2007, S. 325–330), am 1. Dezember 2008 (HÄBL 1/2009, S. 74), am 5. Mai 2010 (HÄBL 6/2010, S. 392), am 26. Juni 2013 (HÄBL 8/2013, S. 646), am 1. Oktober 2014 (HÄBL 11/2014, S. 662) und am 7. Oktober 2015 (HÄBL 11/2015, S. 654), zuletzt geändert am 27. November 2018 (HÄBL 2/2019, S. 137). §§ 5 und 13. <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen> (Zugriff 11.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ybtwww9z>

[34] <https://www.hessen.de/presse/pressemitteilung/welttag-der-patientensicherheit-am-17-september-2019-0> (Zugriff 09.12.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/qnn8rgr>

[35] <https://www.laekh.de/> (Zugriff 02.08.2019)

[36] <https://www.bundesaerztekammer.de/> (Zugriff 02.08.2019)

[37] <https://www.laekh.de/aerzte/qualitaetssicherung/qs-massnahmen> (Zugriff 22.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y2vzjry3>

[38] <https://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/fachgebiet/Qualitaetsmanagement> (Zugriff 19.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3bgexg9>

[39] <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rund-ums-recht-gut-achter-und-schlichtungsstelle> (Zugriff 02.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3txbjof>

2. Quellen zur Grafik „Qualitätssicherung – Klinik und Praxis – in Hessen“:

[1] Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämothe rapie). Aufgestellt gemäß § 12a und § 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichen/haemotherapie-transfusionsme dizin/richtlinie/> (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxbm6d5c>

[2] Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/assistierte-reproduktion/Deutsches-Aerzteblatt.11.05.2018.DOI:10.3238/arztbl.2018.Rili_assReproduktion_2018

[3] Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3nhdejc>

[4] Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH). <https://www.gqhnet.de/> (Zugriff 09.08.2019)

[5] Richtlinie des Gemeinsamen Bundes ausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger

(BAnz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016 <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6cwafbf>

[6] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBL 10/1998, S. I–VIII), geändert am 10. Januar 2000 (HÄBL 2/2000, S. 56–60), am 8. Januar 2001 (HÄBL 2/2001, S. 84–86), am 2. Dezember 2002 (HÄBL 1/2003, S. 50–52), am 3. Dezember 2003 (HÄBL 1/2004, S. 51–52), am 24. Mai 2005 (HÄBL 7/2005, S. 496–498), am 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 57), am 10. April 2007 (HÄBL 5/2007, S. 325–330), am 1. Dezember 2008 (HÄBL 1/2009, S. 74), am 5. Mai 2010 (HÄBL 6/2010, S. 392), am 26. Juni 2013 (HÄBL 8/2013, S. 646), am 1. Oktober 2014 (HÄBL 11/2014, S. 662) und am 7. Oktober 2015 (HÄBL 11/2015, S. 654), zuletzt geändert am 27. November 2018 (HÄBL 2/2019, S. 137) <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen> (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ybtwww9z>

[7] <https://www.cirmsmedical.de/> (Zugriff 09.08.2019)

[8] <https://www.jeder-fehler-zaeht.de/> (Zugriff 09.08.2019)

[9] Peer Review-Verfahren <https://www.laekh.de/aerzte/qualitaetssicherung/qs-massnahmen/peer-review> (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxp4avm9>

[10] Bundesärztekammer (Hrsg.) Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung. Band 32: Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK), <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/baek-veroeffentlich-leitfaden-fuer-morbiditaets-und-mortalitaetskonferenzen>

(Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y3zacfay> [12] <https://www.kvhessen.de/qualitaetszirkel/> (Zugriff 09.08.2019)

- [11] <https://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/fachgebiet/Qualitätsmanagement> (Zugriff 09.08.2019)
oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3bgexg9> [13] <http://www.ebmfrankfurt.de/>
(Zugriff 09.08.2019)
- [14] <https://www.awmf.org/leitlinien.html> (Zugriff 09.08.2019)



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 3: Qualitätssicherung in der Hämotherapie: Plädoyer für eine starke Fehlerkultur

Silke Nahlinger, Katrin Israel-Laubinger, Nina Walter

Patientensicherheit ist ein wesentlicher Aspekt beim Umgang mit Blutprodukten in der täglichen Praxis. Die Entwicklung der Qualitätssicherung (QS) in der Hämotherapie ist ein gutes Beispiel für die Etablierung einer Fehlerkultur. Durch die Ärzteschaft und den Gesetzgeber wurden hier weitreichende Maßnahmen etabliert. Welche Aufgaben und Verpflichtungen ergeben sich konkret daraus? Welche neuen Entwicklungen gibt es und wie unterstützt die Landesärztekammer Hessen die Ärzte in ihrem Kammerbereich?

Der dritte Artikel der Serie „Patientensicherheit“ zeigt anhand der Hämotherapie die konkrete Umsetzung des Themas im ärztlichen Alltag, ergänzt durch ein Kurzinterview mit Dr. med. Andreas Opitz.

Lernen aus Fehlern

Die Anfänge der standardisierten Anwendung von Blut und Blutprodukten zur Erhöhung der Sicherheit in der Hämotherapie reichen bis in die 1950er-Jahre zurück. Trotzdem führten in den 1980er-Jahren gravierende Zwischenfälle – der sogenannte „Blutskandal“ – zu einer weitreichenden Auseinandersetzung mit der Sicherheitskultur in diesem Bereich. Dies förderte die Einsicht, dass Fehlerquellen frühzeitig erkannt werden müssen, um schwerwiegende Folgen zu verhindern. Das damals noch bestehende Bundesgesundheitsamt versäumte wichtige Sicherheitsprüfungen bei nach Deutschland importiertem Blut und Medikamenten. In dieser Zeit infizierten sich mehr als 4.000

Hämophilie-Patienten durch verunreinigte Blutprodukte mit Hepatitis C, B und HIV. Diese Vorkommnisse wurden von einem Untersuchungsausschuss des Deutschen Bundestages aufgearbeitet. In der Folge trat 1998 das Transfusionsgesetz (TFG) in Kraft, das mit dem § 15 ein Qualitätssicherungssystem für alle Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, vorschreibt. Diese Maßnahme einzuführen, umzusetzen und zu überwachen wurde vom Ge-

setzgeber in die Hände der Ärzteschaft gelegt [1–3].

Gemäß § 24 TFG wurde der Arbeitskreis Blut gegründet – ein Expertengremium, das die zuständigen Behörden des Bundes und der Länder in Sicherheitsfragen bei der Gewinnung und Anwendung von Blut und Blutprodukten berät. Im Jahr 2000 wurde durch die Bundesärztekammer und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) erstmalig die „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ – die Richtlinie Hämotherapie – verabschiedet. Regelmäßige Novellen erfolgten – zuletzt 2017. Die Etablierung dieser Richtlinie war eine tief greifende Neuerung für die Anwender von Blutprodukten und ein wichtiger Meilenstein für die Patientensicherheit in der Transfusionsmedizin [4, 5].

Fehlerquellen in der modernen Hämotherapie

Heute sind der Qualitätsstandard für Blutprodukte und der Standard der damit verbundenen Prozessschritte Dank aller etablierten Maßnahmen auf einem hohen Niveau. Dennoch können Fehler passieren [6]. Während die Meldung schwerwiegender Transfusionsreaktionen und Zwischenfälle gesetzlich verankert ist (§ 16 TFG), fehlt eine Regelung zur Erfassung von Beinahe-Fehlern. Der aktuelle Hämo-vigilanzbericht des PEI fasst u. a. zusammen, dass „die Meldungen schwerwiegender Zwischenfälle weiter zugenommen haben“. 2016 und 2017 war die Ursache der meisten dieser Meldungen „der Faktor Mensch“ und bezog sich vorwiegend auf Fehltransfusionen¹. In den Jahren 2015 bis

Veranstaltungen der Landesärztekammer Hessen zur QS in der Hämotherapie:

Erfahrungsaustausch für Qualitätsbeauftragte Hämotherapie und Transfusionsverantwortliche (Termin folgt).

Kurse der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung:

Kurs „Transfusionsverantwortlicher / Transfusionsbeauftragter / Leiter Blutdepot“:

26. – 27.02.2020 in Bad Nauheim
10. – 11.09.2020 in Gießen
19. – 20.11.2020 in Darmstadt



Der QR-Code für Smartphones führt zur Website der Kurse.
www.laekh.de

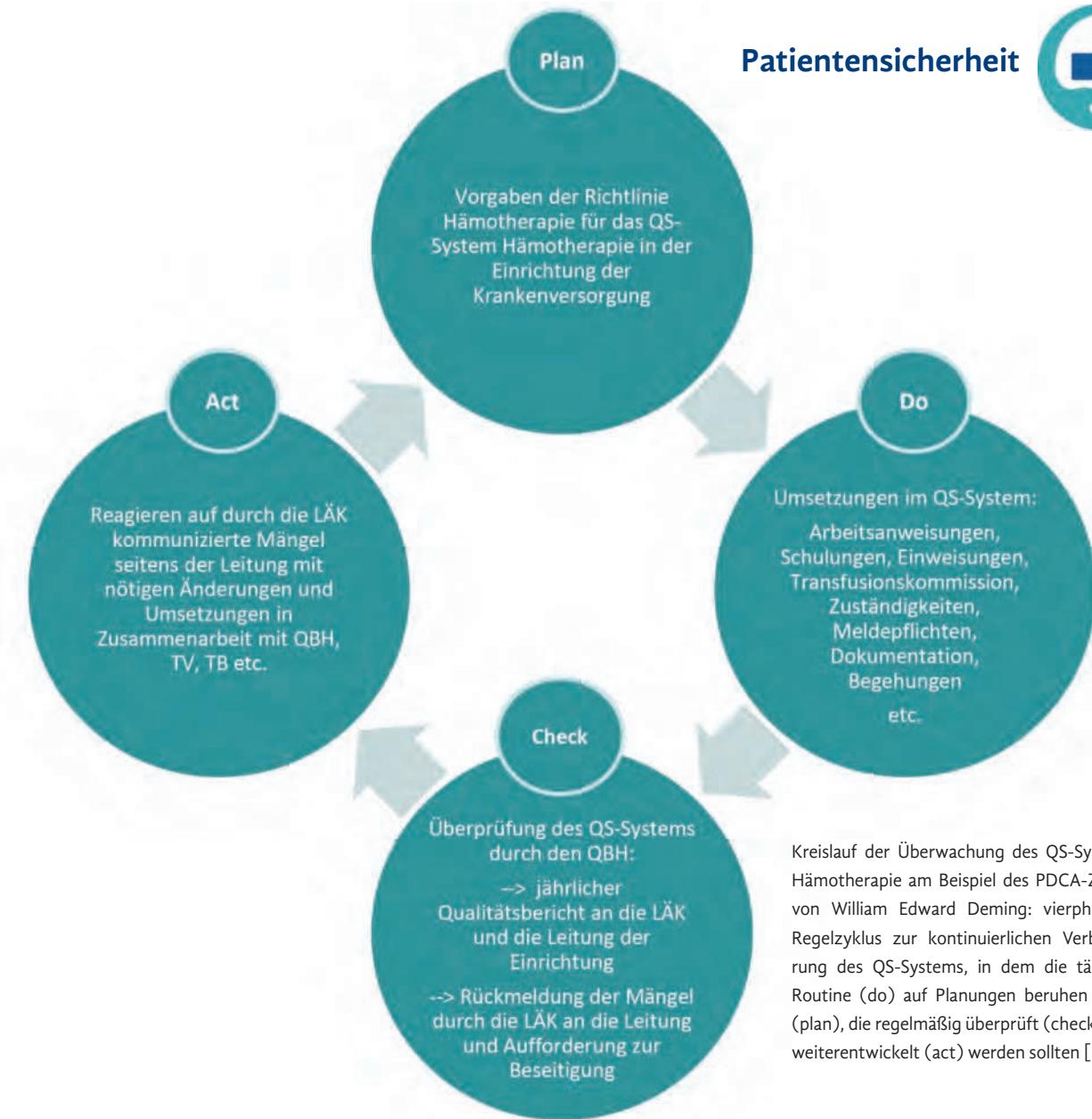
Kurs Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie:

07. – 11.09.2020 in Gießen

Ansprechpartnerin:

Heike Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

¹ „Fehltransfusionen sind Transfusionen, bei denen die zu transfundierenden Blutkomponenten dem falschen Patienten zugeordnet oder verabreicht wurden, was meist eine Transfusion von Komponenten mit nicht identischer Blutgruppe zur Folge hat. Zu den Fehltransfusionen gehören aber auch z. B. die Gabe unbestrahlter Blutkomponenten trotz entsprechender Anforderung oder die blutgruppenkompatible Transfusion bei Patienten ohne Transfusionsindikation.“ [7]



Kreislauf der Überwachung des QS-Systems Hämotherapie am Beispiel des PDCA-Zyklus von William Edward Deming: vierphasiger Regelzyklus zur kontinuierlichen Verbesserung des QS-Systems, in dem die tägliche Routine (do) auf Planungen beruhen sollte (plan), die regelmäßig überprüft (check) und weiterentwickelt (act) werden sollten [5, 8].

2017 betraf dies 209 Mal die Anwendung von Erythrozytenkonzentraten, wovon in 79 Fällen Transfusionsreaktionen auftraten und sechs davon einen tödlichen Verlauf nahmen [6, 7].

Der Beitrag der Ärzteschaft

Neben der Produktqualität und der richtigen Indikationsstellung spielt in der Hämotherapie die Prozesssicherheit eine zentrale Rolle [6]. Daher regelt die Richtlinie Hämotherapie detailliert die QS im Zusammenspiel aller beteiligten Funktionen, Einrichtungen und Institutionen – im ganzheitlichen Sinne der Patientensicherheit. Unverzichtbare Funktionen in diesem System, die ärztlich besetzt werden müssen, sind der Transfusionsverantwortliche (TV), der Transfusionsbeauftragte (TB) und der Qualitätsbeauftragte Hämothera-

pie (QBH). Auch die transfundierenden Ärzte, das pflegerische Personal, Labor- und Blutdepotleiter sind in dieses System involviert, für das die Leitung der Einrichtung die Gesamtverantwortung trägt. Eine besondere Stellung nimmt der QBH ein – ihm fällt die wichtige Aufgabe der Überprüfung des Qualitätssicherungssystems in seiner Einrichtung zu. Dabei wird er von der zuständigen Landesärztekammer (LÄK) unterstützt (siehe Abb. 1). So werden zum Beispiel nicht erfüllte Qualifikationsanforderungen, Dokumentationslücken oder fehlende Regelungen bzgl. qualitätsrelevanter Prozesse als Mängel identifiziert. Diese könnten sich zu gravierenden organisatorischen Fehlern potenzieren, die wiederum Zwischenfälle und unerwünschte Ereignisse auslösen. Der Kreislauf aus Richtlinievorgaben, ihrer Umsetzung in den Einrichtungen, deren

Überprüfung, die Kommunikation und anschließende Beseitigung der Mängel fördert wesentlich die Fehlerkultur und die Patientensicherheit in der Hämotherapie. Außer in der Richtlinie sind auch in den Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten der Bundesärztekammer (BÄK) und im TFG Maßnahmen zur QS festgeschrieben [3, 9].

Auch der Arbeitskreis Blut – ein Zusammenschluss u. a. aus Vertretern von BÄK, Bluttransfusionsdiensten und Fachgesellschaften – veröffentlicht regelmäßig Stellungnahmen. Zuletzt informierte er über die Risiken von Fehltransfusionen und empfiehlt Maßnahmen zur Verminderung von Fehlanwendungen. Zum Beispiel sollen die LÄK und die Deutsche Krankenhausgesellschaft alle Beteiligten regelmäßig auf ihre Meldepflichten hinweisen. Au-



Patientensicherheit

ßerdem befürwortet der Arbeitskreis Blut verpflichtende Meldungen für „near misses“ („Beinahe-Schäden“) an den QBH und ihre Integration in das Qualitätssicherungssystem. Weiterhin wird zur Einführung einer Sicherheits-Checkliste für Transfusionen von Erythrozytenkonzentraten geraten [6].

Gelungene Fehlerkultur?

Viele sinnvolle Vorgaben und nützliche Instrumente konnten in jüngerer Zeit im Zusammenspiel aller Beteiligten in der QS Hämotherapie umgesetzt werden. Die Unterstützung einer konstruktiven Kommunikation zwischen allen Beteilig-

ten und ein offener Umgang mit Fehlern gehören zu den zentralen Elementen einer gelingenden Fehlerkultur. Dieser Prozess wird durch Richtlinien, gesetzliche Vorgaben und schon lange etablierte Maßnahmen gestützt. Dazu gehören die Einführung des jährlichen Qualitätsberichtes, die verschiedenen QS-Funktionen in den Einrichtungen und Institutionen wie bspw. der Arbeitskreis Blut. Für die Umsetzung einer funktionierenden Fehlerkultur reichen standardisierte Vorgaben und deren Einhaltung alleine jedoch nicht aus. Hierfür müssen sich alle Beteiligten ernsthaft und offen mit Fehlerquellen auseinandersetzen, Verbesserungspotenziale erkennen und die konti-

nuerliche Weiterentwicklung des Systems „leben“.

**Silke Nahlinger, MPH
Katrin Israel-Laubinger
Nina Walter, M.A.**

Stabsstelle Qualitätssicherung
der Landesärztekammer Hessen
E-Mail: qs@laekh.de
Fon: 069 97672-195

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Patientensicherheit in der QS-Hämotherapie – Einblick in die Praxis



Dr. med. Andreas Opitz (Foto) ist seit 2014 ärztlicher Geschäftsführer des DRK Blutspendedienst Rheinland-Pfalz und Saarland gGmbH in Bad Kreuznach. Für mehrere Krankenhäuser übernimmt er die Funktion des Qualitätsbeauftragten Hämotherapie (QBH) bzw. die Leitung des immunhämatologischen Labors. In Hessen ist Dr. Opitz Kursleiter des Kurses „Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter/Leiter Blutdepot“ der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen.

Was sind für Sie die wichtigsten Meilensteine in der Entwicklung der Sicherheitskultur in der Hämotherapie?

Dr. med. Andreas Opitz: Ein Meilenstein war das Transfusionsgesetz 1998 als Reaktion auf den „Blutskandal“, mit dem wesentlichen Ziel, zukünftig für eine sichere Versorgung der Bevölkerung mit Blutprodukten zu sorgen. So wurde erstmals ein rechtlicher Rahmen gesetzt, der den Stand von Wissenschaft und Technik sowohl bei der Gewinnung als auch bei der Anwendung von Blutprodukten definierte. Seitdem wurde ein kontinuierlicher Prozess in Gang gesetzt, um durch zahlreiche Maßnahmen z. B. durch Einführung neuer Tests die Sicherheit von Blutprodukten stetig zu steigern. Dies gilt auch für die Anwendung von Blutprodukten.

Durch die Forderung einer Patienten-individualisierten Hämotherapie in der Richtlinie wurde erreicht, dass die Indikation kritisch hinterfragt sowie geprüft wird, ob eventuell ressourcenschonende Verfahren möglich sind. Dieses veränderte Bewusstsein bei der Anwendung von Blutprodukten dient letztendlich auch der Patientensicherheit.

Welche Bedeutung hat für Sie als QBH die Richtlinie Hämotherapie für die Patientensicherheit?

Opitz: Im § 15 des Transfusionsgesetzes wird für Einrichtungen der Krankenversorgung ein System der Qualitätssicherung (QS) für die Anwendung gefordert. Im Rahmen der QS werden Aufgaben und Qualifikationen festgelegt und Qualitätsstandards definiert. Die Richtlinie Hämotherapie listet die Aufgaben des QBH im Kapitel 6.4.2.2 auf, was zur Handlungssicherheit für den QBH führt. Unter anderem sind regelmäßige Begehungen gefordert, bei denen der QBH überprüft, ob ein funktionierendes QS-System etabliert ist und die Anwender von Blutprodukten qualifiziert sind. Das QS-System führt zu einer stabilen Prozessqualität und erhöht damit die Patientensicherheit.

Wo sehen Sie Verbesserungspotential in der bestehenden Qualitätssicherung Hämotherapie?

Opitz: In zahlreichen Krankenhäusern werden die finanziellen und personellen Ressourcen knapper, deshalb stellt sich die Frage, ob wir den erreichten hohen Qualitätsstandard in der Hämotherapie auf Dauer erhalten können. Bei vielen Kolleginnen und Kollegen besteht häufig Unsicherheit, welche haftungsrechtlichen Konsequenzen die Übernahme einer Funktion z. B. als TV oder TB bedeuten. Aufgrund der zunehmenden Arbeitsverdichtung wird es immer schwieriger, Ärztinnen oder Ärzte zu finden, die diese Aufgaben freiwillig übernehmen. Leider verfügen viele Krankenhäuser noch nicht über eine entsprechende digitale Infrastruktur zur Unterstützung des TV oder TB zum Beispiel bei der Dokumentation der Anwendung von Blutprodukten oder bei der Abfrage von medizinischen Kennzahlen, die die Aufgaben erleichtern könnte. Deshalb wäre es sinnvoll, mehr in die digitale Infrastruktur zu investieren und bei der Übernahme von Funktionen auch den zusätzlichen zeitlichen Aufwand zu regeln.



Literatur zum Artikel:

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 3: Qualitätssicherung in der Hämotherapie: Plädoyer für eine starke Fehlerkultur

von Silke Nahlinger, Katrin Israel-Laubinger, Nina Walter

- [1] Deutsches Ärzteblatt. HIV-Hilfegesetz: Bund will Entschädigung für Opfer des Blutskandals alleine zahlen. 31. März 2017. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73903/HIV-Hilfegesetz-Bund-will-Entschädigung-fuer-Opfer-des-Blutskandals-alleine-zahlen> (Zugriff 29.11.2019) oder via Kurzlink: https://kurzelinks.de/117zAK_Blut/ak_blood_node.html (Zugriff 05.12.2019) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/8ybl>
- [2] Deutsches Ärzteblatt. Das Interview: Transfusionsgesetz. Mehr Sicherheit bei Blut und Blutprodukten. Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30, 24. Juli 1998. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=12364> (Zugriff 29.11.2019) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/qbjv>
- [3] Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz). Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist. 1998. <https://www.gesetze-im-internet.de/tfg/> (Zugriff 24.10. 2019) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/kswm>
- [4] Robert Koch-Institut. Arbeitskreis Blut. 25. Mai 2018. <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/>
- [5] Bundesärztekammer. Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Aufgestellt gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Gesamtversion 2017. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapy_E_A_2019.pdf (Zugriff 06.11.2019) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/3vi5>
- [6] Arbeitskreis Blut des Bundesministeriums für Gesundheit. Mitteilungen des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit. Stellungnahme Fehlanwendungen von Blutkomponenten. Bundesgesundheitsbl 2019 62:1140–1143. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6285/2019_Article_StellungnahmeFehlanwendungen-Vo.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Zugriff 31.10.2019) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/pioi>
- [7] Funk MB et al. Hämovigilanz-Bericht des Paul-Ehrlich-Instituts 2016/17: Auswertung der Meldungen von Reaktionen und Zwischenfällen nach § 63i AMG. Langen. Paul-Ehrlich-Institut, 2019. https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/pflichtberichte/haemovigilanzberichte/haemovigilanzbericht-2016-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff 29.11.2019) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/pxpx8>
- [8] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Berlin. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, 2009. S.12–13
- [9] Bundesärztekammer. Querschnitts-Leitlinien (BÄK) zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten. Herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, in der jeweils gültigen Fassung. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapy_2014.pdf (Zugriff 20.12.2019) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/fayl>



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

In der Reproduktionsmedizin sind die Sicherung des Patientenwohls und der Behandlungsqualität eine selbstverständliche und etablierte Basis für das Handeln der beteiligten Ärzte. Schon seit den Anfängen des Fachgebiets in den 1970er- und 1980er-Jahren werden auf ärztliche Initiative freiwillig Daten im Rahmen eines Registers gesammelt. Dies geschieht neben den inzwischen verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die ebenfalls entscheidend durch die Reproduktionsmediziner mitgestaltet und weiterentwickelt werden. Welche Verfahren gibt es? Wie werden sie in Hessen umgesetzt und welche Rolle spielt dabei die Landesärztekammer?

Der vierte Artikel der Serie „Patientensicherheit“ stellt anhand der Reproduktionsmedizin auf Betreiben der Ärzteschaft entwickelte, erfolgreiche Qualitätsverfahren vor.

QS als ärztliche Initiative

Seit den Anfängen im Jahr 1978, als der erste durch In-vitro-Fertilisation (IVF) gezeugte Mensch auf die Welt kam, entwickelt sich die Reproduktionsmedizin rasant. Diese bedeutende Leistung, die 2010 mit dem Nobelpreis für Medizin geehrt wurde, war der Beginn eines ganz neuen Fachgebiets. In Deutschland wurde bereits 1982 das erste Kind nach einer IVF geboren. Noch im selben Jahr wurden bundesweit 742* IVF-Behandlungen registriert. Im Jahr 2018 lag die Zahl bereits bei 16.923*. In der Summe aller Methoden inklusive der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) wurden 2018

sogar mehr als 100.000 Behandlungen** durchgeführt. 2017 saß in jeder Schulklasse mindestens ein Kind, das durch Methoden der extrakorporalen Befruchtung gezeugt wurde. Dies sind 3% aller lebend geborenen Kinder in diesem Jahr – Und durch die Altersentwicklung und soziale Veränderungen in der Gesellschaft wird die Bedeutung des Fachgebiets wohl noch weiter zunehmen [1–4]. In Verbindung mit den ethischen und rechtlichen Aspekten in der Reproduktionsmedizin ist die Sicherung der Behandlungsqualität daher besonders wichtig.

Dies wurde von den beteiligten Ärzten von Anfang an erkannt: Sie begannen bereits 1982 eigeninitiativ und freiwillig im Rahmen eines Registers – des Deutschen IVF-Registers e. V. (D.I.R) – umfangreiche Daten zu ihrer Arbeit zu sammeln. Zusätzlich wurden seither verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS) durch die Ärztekammern etabliert. In der Arbeitsgemeinschaft QS ReproMed (AG QS ReproMed) wird hierfür die Entwicklung eines bundesweit einheitlichen Verfahrens angestrebt. Den Rahmen für die QS geben seit 1985 Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) vor, die 2018 auf einer veränderten gesetzlichen Grundlage (§ 16 b Transplantationsgesetz) neu gefasst wurden. Ziel war es dabei, die „...medizinisch-wissenschaftlichen Fragestellungen von den gesellschaftspolitischen Aspekten klar zu trennen“. Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) arbeitet derzeit an der Umsetzung dieser neuen Richtlinie für ihren Kammerbereich [1, 4–8].

Freiwillige und verpflichtende Qualitätssicherung Hand in Hand

Mit dem D.I.R werden von Anfang an umfangreiche Daten erhoben und wissenschaftliche Auswertungen vorgenommen. Qualitätsmerkmal der inzwischen digitalisierten Datenerhebung ist die Prospektivität. Mit der Weiterentwicklung der BÄK-Richtlinien wurde das Register Ende der 1990er Jahre sogar als verpflichtende Grundlage für die QS übernommen. Seit 2014 wird ein neues QS-Verfahren etabliert – 15 von 17 Landesärztekammern gründeten die AG QS ReproMed. Ziel war und ist die Entwicklung eines einheitlichen, datengestützten Auswertungsverfahrens, das die Qualität mit dafür eigens entwickelten Indikatoren misst. Zur Entlastung der Zentren werden diese aus einem Teil des D.I.R-Datensatzes berechnet, den die meisten Reproduktionsmediziner weiterhin zusätzlich freiwillig melden. Die Auswertestelle der AG ist bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein angesiedelt. Die Verfahrensentwicklung wurde und wird vom D.I.R unterstützt [4, 5, 12].

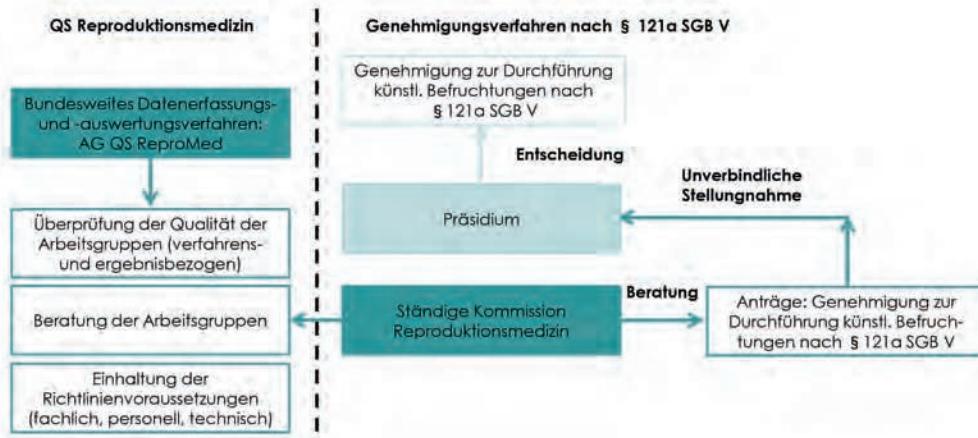
Praxisorientierte Qualitätssicherung

Bei der LÄKH steht die „Ständige Kommission Reproduktionsmedizin“ (vormals „Ständige Kommission In-vitro-Fertilisation/Embryonentransfer“) im Zentrum der QS-Maßnahmen. Sie überwacht die Qualität der reproduktionsmedizinischen Arbeitsgruppen verfahrens- und ergebnisbezogen, überprüft die Einhaltung der BÄK-Richtlinien und berät bei Fachfragen. In

* Prospektive und retrospektive Daten.

** IVF, ICSI, IVF/ICSI, Freeze all, Kryotransfer, Mischzyklen, Keine (abgebrochene Behandlungen vor durchgeföhrter Eizellbehandlung bzw. vor Kryo-Aufbau) – prospektive und retrospektive Daten. Die Gesamtwerte enthalten auch Fälle von Gamete intrafallopian transfer (GIFT), die seit 2005 keine relevanten Größen innehaben und deshalb nicht mehr separat ausgewiesen werden [3].

Aufgaben der Landesärztekammer Hessen im Bereich der Reproduktionsmedizin [5, 7, 13, 14]



Die Ständige Kommission Reproduktionsmedizin der LÄKH besteht aus mindestens sieben ehrenamtlichen Mitgliedern, die bedarfsweise durch Fachgutachter ergänzt werden. Die Berufung erfolgt vom Präsidium der LÄKH für die Dauer der Wahlperiode. Sitzungen/Beratungen finden je nach Bedarf statt. Die LÄKH nimmt am bundesweiten QS-Repro-Med-Verfahren teil.

Abkürzungen: AG= Arbeitsgemeinschaft; LÄKH= Landesärztekammer Hessen; SGB V= Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; QS= Qualitätssicherung

die Kommission wurden Reproduktionsmediziner, Gynäkologen und Juristen berufen, die bedarfsweise durch Fachgutachter aus den Bereichen Ethik und Humangenetik ergänzt werden. So können komplexe Fragestellungen fundiert beraten werden. Die Beteiligung von Vertretern der hessischen Zentren bei allgemeinen Fragestellungen gewährleistet die Nähe zur täglichen Praxis. Neben der QS wird auch die Erteilung von Genehmigungen nach § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch die Kommission abgedeckt. Alle Beschlüsse werden dem Präsidium der LÄK Hessen vorgelegt, siehe Grafik.

Grundlage der QS bei der LÄKH sind die jährlichen Auswertungen der AG QS ReproMed. Während in den anderen Kammerbereichen darüber meist ein schriftlicher Austausch mit den Zentren erfolgt, führt die LÄKH als derzeit einzige Ärztekammer einmal jährlich mit jedem Zentrum ein anlassunabhängiges Fachgespräch durch. Dabei ist der Vorsitzende der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin anwesend. Fach- und Methodenkompetenz werden durch einen unabhängigen Reproduktionsmediziner und die Stabsstelle QS der LÄKH sichergestellt. Im Gespräch werden individuelle Qualitätsziele festgelegt und Abweichungen besprochen. Als Besonderheit sind auch die leitenden Biologen der Zentren eingeladen, da ihre Arbeit maßgeblich die Qualität der reproduktionsmedizinischen Verfahren beeinflusst. Ein Ziel neben der QS und der Verbesserung der Patientensicherheit ist auch die ständige Weiterentwicklung des Verfahrens – Hinweise der Zentren werden in die Beratungen der AG QS ReproMed eingebracht. Die Gespräche selbst werden mittels eines Feedbackbogens evaluiert [13, 14].

D.I.R kann bei der Datenbewertung hilfreich sein. Weil bislang einheitliche Vorgaben des Gesetzgebers fehlen, kann das bestehende Kammerverfahren außerdem gemeinsam weiterentwickelt werden. Dabei wird der Aufbau einer vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten angestrebt. Dies ist besonders wegen der besonderen Fragestellungen in der Reproduktionsmedizin und der uneinheitlichen Gesetzeslage wichtig, um die Verfahren zu verbessern und die Patientensicherheit weiter zu fördern.

**Katrin Israel-Laubinger
Silke Nahlinger, MPH
Nina Walter, M.A.**

Stabsstelle Qualitätssicherung
der Landesärztekammer Hessen
E-Mail: qs@laekh.de
Fon: 069 97672-195

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

QS-Grundlagen in der Reproduktionsmedizin

Laut Hessischem Heilberufsgesetz hat die LÄKH die Aufgabe, die QS für ihre Mitglieder zu fördern, zu regeln und zu überwachen (§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 4, 6 und § 25 Nr. 15). In der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen ist einerseits die Verpflichtung zur QS (§ 5) und

andererseits die Anzeige- und Nachweispflicht für die assistierte Reproduktion als „besonderes medizinisches Verfahren“ verankert (§ 13). Aktuell erarbeitet die LÄKH eine eigene QS-Richtlinie, um ihre Verfahren und deren Ablauf transparent und einheitlich darzustellen. Über-

greifend gilt die aktuelle Richtlinie der BÄK zur „Entnahme und Übertragung menschlicher Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ mit ihren gesetzlichen Grundlagen, insbesondere dem Embryonenschutzgesetz [7, 9–11].



Literatur zum Artikel:

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

- [1] Richter-Kuhlmann, E. Assistierte Reproduktion: Richtlinie komplett neu. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 115, Heft 22. A1050 – 51. 1. Juni 2018. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198200/Assistierte-Reproduktion-Richtlinie-komplett-neu> (Zugriff 16.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/s23dfop>
- [2] Zylka-Mehnorn et al. "Vater" von vier Millionen Babys. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 107. Heft 40, A 1896 – 97. 8. Oktober 2010
- [3] Deutsches IVF-Register (D.I.R). Jahrbuch 2018. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Sonderheft 2019. 16. Jahrgang 2019. Modifizierter Nachdruck aus Nummer 6: 279–315 // ISSN 1810–2107. Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz, 2019. <https://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch.php> (Zugriff 21.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/u8c2xag>
- [4] Homepage des Deutschen IVF-Registers (D.I.R e.V.). <https://www.deutsches-ivf-register.de/> (Zugriff 24.01.2020)
- [5] Bundesärztekammer. Qualitätssicherung. Bundeseinheitliches Verfahren für die Reproduktionsmedizin. https://www.bundesaerztekammer.de/suche?L=0&id=6022&tx_sor%5Bq%5D=Qualit%C3%A4tssicherung+Bundeseinheitliches+Verfahren+f%C3%BCr+Reproduktionsmedizin (Zugriff 24.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/t4yrdaq>
- [6] Bundesärztekammer. Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 82, Heft 22. A 1691 – 98. Ausgabe A. 29. Mai 1985.
- [7] Bundesärztekammer. Richtlinie zur Entnahme und Übertragung menschlicher Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. Deutsches Ärzteblatt. 11.5.2018 DOI: 10.3238/arztbl.2018.Rili_assReproduktion_2018. <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/assistierte-reproduktion/> (Zugriff 22.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/w2s3o8d>
- [8] Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist. www.gesetze-im-internet.de (Zugriff 24.01.2020)
- [9] Gesetz über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz). Stand 25.05.2018. In der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)). <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen> (Zugriff 22.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ybtwww9z>
- [10] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 26. März 2019 (HÄBL 6/2019, S. 396). Stand: 01.06.2019. <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen> (Zugriff 22.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ybtwww9z>
- [11] Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2746), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. November 2011 (BGBl. I S. 2228) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html> (Zugriff 24.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ud8jgdb>
- [12] Bundesärztekammer. Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 95, Heft 49. A 3166 – 71. 4. Dezember 1998
- [13] Seiten der Stabsstelle Qualitätssicherung auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen. <https://www.laekh.de/aerzte/qualitaetssicherung/qs-massnahmen/reproduktionsmedizin> (Zugriff 22.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yx6jgfsp>
- [14] Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Zugriff 16.01.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3nhdejc>



Qualitätssicherung Reproduktionsmedizin bei der Landesärztekammer Hessen

Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg, Experte für Reproduktionsmedizin, und Nina Walter, Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, im Gespräch



Foto: KKH Nordwest

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg (Foto) ist Leiter der Sektion Endometriose am Krankenhaus Nordwest. Seit 2019 ist er Vorstandsvorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), bei der er bereits seit über zehn Jahren als Referent tätig ist. Der emeritierte Ordinarius für Frauenheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen beschäftigt sich seit 1981 mit Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Tinneberg ist langjähriges Mitglied der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin der LÄKH, deren Vorsitz er 2019 übernommen hat. Er vertritt die LÄKH als unabhängiger Experte in übergreifenden QS-Gremien und leitet die jährlichen Fachgespräche mit den hessischen reproduktionsmedizinischen Zentren.

Wie sehen Sie das QS-Verfahren der LÄKH mit der Besonderheit der jährlichen Gespräche?

Tinneberg: Die LÄKH ist meines Wissens die einzige Kammer, die das persönliche Gespräch sucht. Dadurch bietet sich die effektive Möglichkeit, Unstimmigkeiten bei der Erhebung der Daten zu besprechen und abzustellen.

Sie haben die Entwicklung des Verfahrens aktiv mitbegleitet – gab und gibt es Besonderheiten?

Tinneberg: Das Verfahren hat sich im Laufe der Jahre zu dem entwickelt, was es heute darstellt. Dabei hat es immer Rücksprachen und Evaluationen durch die beteiligten Reproduktionsmediziner und deren Embryologen gegeben.

Wie kann aus Ihrer Sicht durch die QS in der Reproduktionsmedizin die Patientensicherheit verbessert werden?

Tinneberg: Höchste Patientensicherheit ist eine sehr komplexe Angelegenheit. Durch die Maßnahmen der LÄKH unterstützen wir das Bestreben der reproduktionsmedizinischen Einrichtungen, ihren Patientenpaaren höchste Qualität anzubieten.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der QS in der Reproduktionsmedizin allgemein und für das hessische Verfahren?

Tinneberg: Bundesweit werden Maßnahmen der Reproduktionsmedizin mit großer Sensibilität wahrgenommen. Die QS-Maßnahmen benötigen dazu relevante Instrumente. Wir arbeiten daran, diese zu verfeinern, um eine den gesetzlichen Vorgaben und auch den ethisch-moralischen Ansprüchen gemäß Reproduktionsmedizin mitzugestalten.



Foto: Katarina Ivanisevic

Nina Walter, M. A. (Foto) ist Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, stellvertretende ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und Vorsitzende der Gesellschafterversammlung der AG QS ReproMed. Walter hat sowohl die Entwicklung des Verfahrens bei der AG QS ReproMed als auch die Qualitätssicherung bei der LÄKH über viele Jahre aktiv begleitet und mitgestaltet.

Warum gibt es das spezielle QS-Verfahren bei der LÄKH?

Walter: Die LÄKH hat sich bewusst für den fachlichen Dialog mit den Zentren in ihrem Kammerbereich entschieden, da die QS einerseits und die Förderung der Patientensicherheit andererseits nur in enger, vertrauensvoller Zusammenarbeit gelingen können. Gemeinsames Ziel ist dabei nicht nur, immer bessere Ergebnisse im Sinne der Patientenversorgung zu erzielen, sondern auch das Verfahren stän-

dig weiter zu entwickeln. Inzwischen können wir auf einige Berichtsjahre zurückblicken und es ist interessant zu sehen, wie sich die Zentren weiterentwickeln. Dabei ist die Datengrundlage, die durch das Verfahren der AG QS ReproMed zur Verfügung steht, eine gute Basis – Sie ermöglicht einen Vergleich der individuellen Ergebnisse mit allen teilnehmenden Zentren und somit solidere Aussagen.

Gibt es Möglichkeiten der Mitgestaltung für die Zentren?

Walter: Sowohl was die Datengrundlage anbelangt, als auch bei der praktischen Ausgestaltung sind wir im Verfahren auf das Feedback jedes einzelnen Zentrums angewiesen. Wichtig ist von Seiten der Kommission und der Stabsstelle QS das Gespräch auf Augenhöhe – deswegen unterstützt unser Experte das Verfahren. Außerdem haben wir im letzten Jahr zwei leitende Ärztinnen hiesiger Zentren in die Kommission berufen, die bei den allgemeinen Beratungsinhalten das Bindeglied zu den hessischen Reproduktionsmedizinern darstellen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der QS Reproduktionsmedizin?

Walter: Es wäre schön, wenn sich die Zusammenarbeit der Zentren mit der LÄKH aber auch untereinander intensiviert. Um dies zu fördern, planen wir eventuell noch in diesem Jahr einen Erfahrungsaustausch der Zentren mit der Kommission durchzuführen. Zudem möchten wir gerne die Umsetzung der neuen BÄK-Richtlinie abschließen – hier versuchen wir, transparente Lösungen im Sinne der ärztlichen Kollegen im Kammerbereich zu erarbeiten. Zu guter Letzt werden wir von Seiten der LÄKH weiter aktiv in der AG QS ReproMed mitarbeiten, da eine bundesweit möglichst einheitliche Datenbasis für die QS erstrebenswert ist.

Interview: Stabsstelle QS



Qualitätssicherung aus Sicht der reproduktionsmedizinischen Zentren

Zwei hessische Reproduktionsmedizinerinnen antworten mit Blick auf die Praxis: Was bedeutet für Sie das QS-Verfahren in der Reproduktionsmedizin und was wünschen Sie sich diesbezüglich für die Zukunft?



Dr. med. Annette Bachmann: „Vor allem die individuellen Qualitätssicherungs-gespräche ermöglichen uns im Dialog gemeinsam einen flächendeckend hohen Versorgungsstandard für unsere Kinderwunschpaare zu erarbeiten. Ich wünsche mir eine regelmäßige kritische Überprüfung und Anpassung der Messparameter für Qualität

an die aktuelle wissenschaftliche Evidenzlage und die Bedürfnisse unserer Patientenpaare, sowie klare Richtlinien für Handlungssicherheit.“



Dr. med. Aysen Bilgicyildirim: „Die Sicherung der Qualität spielt in der Medizin eine große Rolle, da es um die Gesundheit von Patienten geht.“

Auch wenn die Dokumentation dafür sehr aufwändig ist, ist sie erforderlich, um sichere und gute Arbeit beim Patienten zu leisten – was sich auch in den Erfolgsausichten, z. B. der Geburtenraten nach IVF- oder ICSI-Therapie, zeigt. Dieses Vorgehen wird von den reproduktionsmedizinischen Zentren in Hessen mit der LÄKH

und dem D.I.R bereits gut umgesetzt. Zukünftig sollte sich in Gesprächen der Zentren untereinander und mit der LÄKH die Qualität noch weiter erhöhen, so dass wir guten Gewissens sagen können, dass die hessischen Patienten im Bereich der Reproduktionsmedizin gut aufgehoben sind.“

Dr. med. Annette Bachmann ist Leiterin des Schwerpunkts gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt und Mitglied der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin der LÄKH. **Dr. med. Aysen Bilgicyildirim** ist Leitende Ärztin des Kinderwunschzentrums Darmstadt und Mitglied der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin der LÄKH.

**Interview:
Stabsstelle QS**

Quelle des Rubrikenlogos: © Nizwa Design – shutterstock.com



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 5: Dr. med. Kyra Schneider: Patientensicherheit funktioniert nur im Team

Welche Maßnahmen für Patientensicherheit haben sich im Alltag bewährt? Welche neuen Vorgaben gibt es? Der fünfte Artikel der Serie gibt Einblick in die Arbeit der Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität des Universitätsklinikums Frankfurt am Main – im Gespräch mit Dr. med. Kyra Schneider, DEAA*, MBA. Sie ist die Patientensicherheitsbeauftragte (PSB) und Leiterin der Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität des Universitätsklinikums Frankfurt am Main.

Sehr geehrte Frau Dr. Schneider, Sie leiten die Stabsstelle Patientensicherheit und Qualität am Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Wie lange gibt es die Stabsstelle bereits und was ist das Besondere daran?

Dr. med. Kyra Schneider, DEAA, MBA: Die Stabsstelle wurde 2001 für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QM-System) im Universitätsklinikum Frankfurt gegründet. Seit 2019 heißt sie „Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität“. Diese Themen wurden gemeinsam zugeordnet, da sie eng verknüpft sind: Das strukturierte Risikomanagement (RM) fördert die Patientensicherheit – die QM-Strukturen sind für die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen nötig. „Stabsstelle“ sind wir, um einen übergeordneten Blick zu gewährleisten und um der Bedeutung und Umsetzungskraft des Themas gerecht zu werden. Wir arbeiten eng mit

dem ärztlichen Direktor, aber auch mit allen anderen Abteilungen und Berufsgruppen im Hause zusammen.

Wie sieht Ihr konkreter Arbeitsalltag aus?

Schneider: Die Stabsstelle berät zu den unterschiedlichsten Themen und ist eng mit unseren Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) und dem Vorstand verbunden. Wir sind Mitglied in verschiedenen Kommissionen und Arbeitsgruppen, z. B. im Bereich Krankenhaushygiene, und entwickeln strategisch die Themen Patientensicherheit und das QM-System mit seinen Instrumenten weiter. Wir führen Audits, Prozessrisiko- bzw. Szenario-Analysen durch, begleiten Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M&MK) und bieten interne Schulungen an. Außerdem sichten wir unsere Meldesysteme auf kritische Themen und bearbeiten den Bereich Qualitätscontrolling.

Ende 2019 ist die Hessische Patientensicherheitsverordnung (PaSV) in Kraft getreten. Neben Ihren anderen Aufgaben sind Sie auch die Patientensicherheitsbeauftragte des Universitätsklinikums. Was ist mit dieser Funktion verbunden?**

Schneider: Ich wurde nun als Patientensicherheitsbeauftragte (PSB) benannt, das Thema war aber schon vorher in der Stabsstelle platziert. Durch die PaSV wurden die formalen Voraussetzungen und Strukturen geschaffen. Zu den Aufgaben

gehören alle unsere Tätigkeiten, aber insbesondere: patientensicherheitsrelevante Aspekte Gehör zu verschaffen, das Thema weiter zu entwickeln und Ansprechpartner in kritischen Situationen zu sein.

Was bedeutet die PaSV für die Ärzte und Kliniken?

Schneider: Damit haben wir die Chance, Hessen als Modellregion zu positionieren. Besonderheiten sind die klare Zuordnung des Themas zur Geschäftsführung und die verpflichtende Qualifikation der PSB. Zudem könnten wir über das geplante Berichtswesen die Entwicklung der Patientensicherheit in Hessen verfolgen. Eventuell lässt sich so auch die Aufmerksamkeit für Themen erhöhen, bei denen noch Handlungsbedarf besteht – wie zum Beispiel die Sepsis. Durch die PSB und ihre besondere Stellung ergibt sich außerdem in kritischen Situationen die Möglichkeit, zeitnah zu intervenieren.

Wie wird man Patientensicherheitsbeauftragte?

Schneider: Jede hessische Klinik muss dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) eine/n PSB benennen. Für die Grundqualifikation gibt es eine Übergangsfrist von drei Jahren. Das HMSI finanziert jedem hessischen Krankenhaus die Qualifizierung einer/s PSB. Diese führen wir am Universitätsklinikum Frankfurt durch. Eine besondere Herausforderung hierbei ist, Teilnehmende mit unterschiedlicher Vorerfahrung aus dem ärztlichen, pflegerischen und anderen Bereichen gemeinsam auszubilden – daher haben wir uns für das multiprofessionelle Mustercurriculum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entschieden. Außer diesen Kursen gibt es noch verschiedene Möglichkeiten, sich zum Thema klinisches Risikomanagement oder als Health Care Manager fortzubilden.

Fortbildung zum Patientensicherheitsbeauftragten

Informationen zu den vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration geförderten Qualifizierungskursen des Universitätsklinikum Frankfurt am Main erhalten Sie per E-Mail an:
melissa.merte@kgu.de oder
Fon: 069 6301-83095

Fortbildung im ärztlichen Qualitätsmanagement

Grundlagen des Risikomanagements sind integraler Bestandteil der Kurs-Weiterbildung zum Erwerb der Zusatz-Benzeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Informationen erhalten Sie im Internet unter: www.laekh.de/.



Welche Maßnahmen zur Patientensicherheit gibt es am Universitätsklinikum Frankfurt?

Schneider: Die Basis aller Maßnahmen bildet unser QM-System mit dezentralen QMB. So können Vorgaben individuell für einzelne Bereiche angepasst werden und wir haben Ansprechpartner vor Ort, die die Umsetzung unterstützen. Wir betreiben ein Critical Incident Reporting System (CIRS), führen Managementbewertungen, Risikoassessments, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) sowie interne Audits durch. Wir haben Kooperationsprojekte beispielsweise zur Medikamentensicherheit oder zu „Events-to-prevent“ mit anderen Kliniken und führen verschiedene Maßnahmen zur Prävention zum Beispiel von Sturzereignissen durch. Zwar gibt es zentrale Regelungen für Themen wie Behandlungsdokumentation und Aufklärung, grundsätzlich arbeiten wir aber eher mit Impulsen als mit hierarchischen Vorgaben. Bei der Umsetzung sind alle Berufsgruppen wichtig – die Führungsebene für strukturelle Änderungen und die Mitarbeiter zur Umsetzung der Maßnahmen, denn Patientensicherheit funktioniert nur im Team.

Gibt es Möglichkeiten für Zuweiser und Patienten des Universitätsklinikums, die Sicherheit vor und nach der stationären Behandlung zu verbessern?

Schneider: Hier spielt die Kommunikation eine zentrale Rolle. Wenn alle notwendigen Informationen inklusive des Medikationsplans vorhanden sind, fallen zielgerichtete Diagnostik und Therapie leichter



Dr. med. Kyra Schneider (Foto) leitet seit 2015 die Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität des Universitätsklinikums Frankfurt am Main. Die Anästhesiologin, Intensiv- und Notfallmedizinerin hat neben langjähriger klinischer Erfahrung diverse Qualifikationen im Qualitäts- und Risikomanagement erworben und ist seit langem leitend in diesem Bereich tätig. Zudem arbeitet Dr. Schneider als Dozentin und in verschiedenen Institutionen wie der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG e. V.), dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), der Euro Risk AG und dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands mit.

und die Patientensicherheit kann erhöht werden. Dies gilt umgekehrt im Rahmen des Entlassungsmanagements natürlich genauso. Aber auch Schulungen für Patienten, beispielsweise zu ihren Medikamenten, können sehr hilfreich sein.

Wie kann die Landesärztekammer Hessen das Thema Patientensicherheit adressieren?

Schneider: Eine gemeinsame Initiative aller Beteiligten für mehr Ressourcen und die Förderung der Sicherheitskultur in der Medizin ist wünschenswert. Patientensicherheit müsste noch stärker Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, aber auch der Ausbildung der Gesundheits-

fachberufe werden. Schulungen für Teamtraining und -kommunikation, Formate für medizinische Führungskräfte, Angebote speziell für niedergelassene Kollegen und berufsgruppenübergreifende Strukturen zum Thema „Second Victim“ könnten hilfreich sein. Weitere Vorschläge sind Angebote zur Förderung von Sprachkompetenz und auch ein hessenweiter Abkürzungskatalog.

Hat sich Ihre Sichtweise auf die Themen Patientensicherheit und Qualität im Laufe Ihrer Tätigkeit verändert?

Schneider: Tatsächlich hat sich meine Sichtweise vom rein klinischen Standpunkt über die Managementperspektive zunehmend in Richtung Organisations- bzw. Kulturentwicklung verändert. Während meiner klinischen Tätigkeit habe ich schnell gemerkt, dass Medizin alleine nicht ausreicht, um Patientensicherheit und Qualität voranzubringen. Vielmehr braucht es passende Strukturen und eine starke Betriebs-, Sicherheits- und Fehlerkultur, um die guten Instrumente umsetzen zu können, die in diesem Bereich entwickelt werden. Große Herausforderungen dabei sind die Kommunikation aller Beteiligten und eine hohe Praxisorientierung der Maßnahmen, die die begrenzten Ressourcen im Medizinbetrieb einbezieht, sowie die Sicherstellung des Feedbacks.

Patientensicherheitsverordnung (PaSV)**

Ende 2019 ist in Hessen die Patientensicherheitsverordnung (PaSV) in Kraft getreten. Danach muss jede hessische Klinik qualifizierte Patientensicherheitsbeauftragte (PSB) bestellen und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) benennen. Diese unterstehen direkt der Leitung des Krankenhauses. Für die PSB werden eine Grundqualifikation mit Übergangsfrist von drei Jahren (mind. 20 Stunden Klinisches Risikomanagement) sowie eine jährliche Qualifikation (acht Stunden Kli-

nisches Risikomanagement oder Patientensicherheit) gefordert. Zu ihren Aufgaben zählen die Weiterentwicklung einer Sicherheitskultur und der Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit sowie die Einschätzung klinischer Risiken. Das Krankenhaus berichtet dem HMSI einmal jährlich standardisiert zur Patientensicherheit. Das HMSI wird durch einen Landesbeirat unterstützt, der sich mit Fragen der Patientensicherheit, Qualitätssicherung und klinischem Risikomanagement befasst. (QS)



Patientensicherheit

Was können Verbände, Politik und Gesellschaft zur Unterstützung des Themas Patientensicherheit beitragen?

Schneider: Das Thema Patientensicherheit braucht eine kontinuierliche Aufmerksamkeit im Gesundheitssystem, und eine Weiterentwicklung kann nur gemeinsam gelingen. Hierfür braucht es Mittel

und Ressourcen – bei allem Engagement ist Sicherheit nicht gratis zu bekommen.

Interview:

Katrin Israel-Laubinger

Silke Nahlinger

Nina Walter

* DEAA = Europäische Diplomprüfung für Anästhesie und Intensivmedizin

** Patientensicherheitsverordnung (PaSV)

[https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bsh/documen](https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bsh/document/jlr-PatSiVHErahmen)t/jlr-PatSiVHErahmen Zugriff 17.02.2020



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen

Was tun, wenn es zu Konflikten im Arzt-Patienten-Verhältnis kommt oder ein Behandlungsfehler vermutet wird? Welche Möglichkeiten der Aufarbeitung gibt es und wie können sie die Patientensicherheit erhöhen? Teil 6 der Artikelserie gibt einen Einblick in die Arbeit verschiedener Anlaufstellen der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) für Patientenanliegen zu medizinischen Behandlungen.

Die Möglichkeiten Fehler zu erkennen und Verbesserungspotenziale zu erörtern, um somit die Patientensicherheit zu fördern, sind vielfältig und spielen oft auch dort eine Rolle, wo man sie am wenigsten vermutet. Bei der LÄKH können sich Patienten mit ihren Sorgen oder Beschwerden an die Ärzteschaft oder speziell dafür eingerichtete, unabhängige Stellen wenden. Dies kann zum Beispiel vermutete Verstöße gegen die Berufsordnung, Behandlungsfehler oder Konflikte im Arzt-Patienten-Verhältnis betreffen.

Je nach Art dieser Vorkommisse gibt es bei der LÄKH verschiedene Ansprechpartner, die die Anliegen überprüfen und ggf. Maßnahmen ableiten. Dabei spielen Objektivität und die Sicht aller Beteiligten eine wichtige Rolle. Unabhängig vom Ergebnis stellt jede Auseinandersetzung mit solchen Vorkommissen eine Chance dar, mögliche Konflikte im Arzt-Patienten-Verhältnis beizulegen und die Patientensicherheit zu verbessern.

Die unabhängige Gutachter- und Schlichtungsstelle

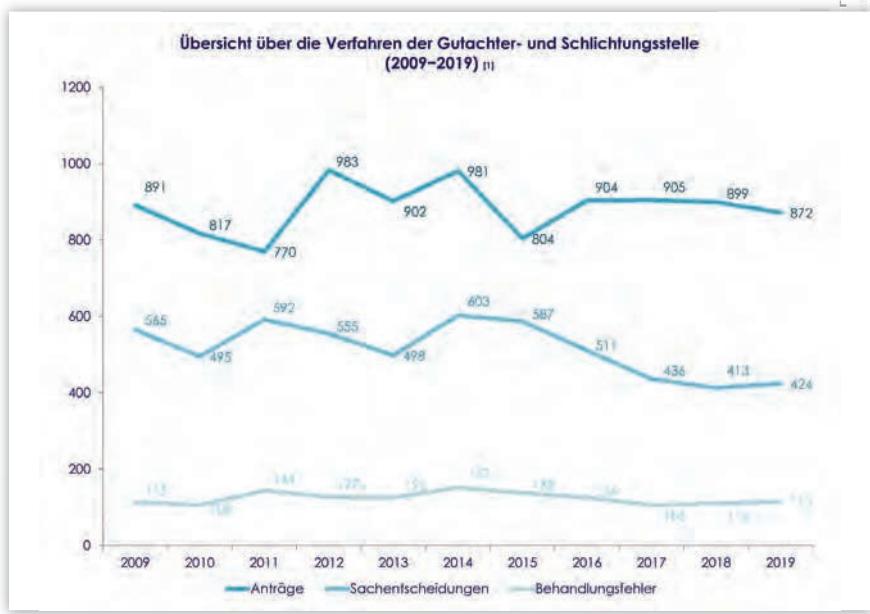
Sollten Patienten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung einen Behandlungsfehler vermuten, bieten die Gutachter- und Schlichtungsstellen (GuS), die bei den Ärztekammern angesiedelt sind, eine Überprüfung an. Bei der LÄKH wurde die GuS 1977 gegründet. Sie arbeitet unab-

hängig vom restlichen Kammerbetrieb und wird derzeit von drei Juristen (ehemals Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof, am Oberlandesgericht und am Landgericht) geleitet. In einem GuS-Verfahren wird geprüft, ob ein Behandlungsfehler in Diagnostik oder Therapie vorliegt, auf dem gesundheitliche Komplikationen eines Patienten beruhen oder nicht. Das Ziel der GuS ist es, außergerichtliche Konfliktlösungen zwischen Ärzten und Patienten zu erreichen. Außerdem soll neben der Prüfung eines möglichen Schadensausgleichs das Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten wiederhergestellt werden.

Das Verfahren ist freiwillig und für die Antragsteller kostenlos. Um ein GuS-Verfahren in Gang zu setzen, muss ein formloser Antrag gestellt werden. Sobald die notwendigen Formulare (z. B. zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht) übermittelt wurden und die Zustimmung des betroffenen Arztes sowie seiner Haftpflichtversicherung vorliegen, wird vom ärztlichen Behandler eine Stellungnahme erbeten. Liegen auch alle weiteren not-

wendigen Dokumente wie Krankenunterlagen und Befunde vor, wird ein Sachverständiger aus dem betreffenden medizinischen Fachgebiet benannt. Wenn alle Beteiligten zustimmen, erstellt dieser Sachverständige ein ärztliches Gutachten. Anschließend können sowohl der Patient als auch der Arzt einen Antrag auf Kommissionsentscheidung stellen, wenn sie sich durch das Gutachten belastet fühlen. Hierbei entscheiden mindestens zwei Sachverständige und ein Jurist, ob das Gutachten abgeändert oder bestätigt werden muss. Die meisten Streitigkeiten, die die GuS bearbeitet, können so bereits beigelegt werden. Die Möglichkeit einer Klage bei Gericht steht allerdings offen. In Hessen ist die Zahl der Anträge, die bei der GuS eingehen, in den vergangenen drei Jahren leicht rückläufig, schwankt aber im Gesamtverlauf der vergangenen zehn Jahre, vgl. Grafik.

Die am häufigsten betroffenen Fachbereiche sind die Orthopädie/Unfallchirurgie und die Allgemeinchirurgie, gefolgt von der Inneren Medizin und der Frauenheilkunde. Diese Verteilung wird auch in der





jährlichen Bundesstatistik der GuS aller Ärztekammern, die die Bundesärztekammer herausgibt, bestätigt. Am häufigsten wurden sogenannte Sachentscheidungen (z. B. gutachterliche Bescheide) im stationären Bereich und dort in der Unfallchirurgie sowie in der Orthopädie getroffen – dies gilt ebenso für die Erhebung in Hessen. Die tatsächlich festgestellten Behandlungsfehler beliefen sich seit 2009 auf ein knappes bis ein gutes Viertel aller eingegangenen Anträge, vgl. Grafik. Durch die Begutachtung der Sachverhalte durch einen neutralen Experten bietet das Verfahren die Chance, dass behandelnde Ärzte über den Einzelfall hinaus mögliche Fehlerquellen erkennen können. Auch die Möglichkeit, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzteschaft zu verbessern, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit. [1–5]

Allgemeine Patientenbeschwerden

Sollten allgemeine Beschwerden gegenüber einem Arzt, der Mitglied bei der Landesärztekammer Hessen ist, bestehen, haben Patienten die Möglichkeit, sich an die LÄKH zu wenden. Basis dafür ist die Berufsaufsicht, die die LÄKH ausübt und die sich aus der ärztlichen Selbstverwaltung ergibt. Das heißt, dass die Ärzteschaft selbst dafür Sorge tragen muss, unärztliches Handeln zu ahnden. Die rechtliche Grundlage ist die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen [6]. Um das Verfahren in Gang zu setzen, müssen die Beschwerden durch den Patienten selbst oder z. B. Angehörige schriftlich unter Schilderung des konkreten Sachverhalts und unter namentlicher Nennung des behandelnden Arztes an die LÄKH gerichtet werden. Hierfür steht ein standardisiertes Formular auf den Internetseiten der LÄKH zur Verfügung. Mögliche Inhalte solcher Beschwerden können bspw. eine fehlende oder fehlerhafte Aufklärung, Verletzung der Persönlichkeitsrechte oder der ärztlichen Schweigepflicht, fehlerhafte Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder das Aufdrängen von Behandlungen sein. Die Beschwerden werden von der Rechtsabteilung der LÄKH entgegengenommen. Nach Eingang wird zunächst geprüft, ob

ein Verstoß gegen die Berufsordnung vorliegt. Gegebenenfalls werden von allen Beteiligten Stellungnahmen eingeholt. Der Beschwerdeführer erhält eine Zusammenfassung, in der sowohl die Ansicht des Patienten als auch die des Arztes bewertet werden. Sollte zudem ein berufsrechtliches Verfahren eingeleitet werden, wird der Beschwerdeführer jedoch nicht über dessen Ausgang informiert, da solche Verfahren nicht öffentlich sind. [7, 8] Das Beschwerdeverfahren bietet die Möglichkeit, ähnlich wie bei Critical-Incident-Reporting-Systemen, über die statistische Erfassung von Vorfällen mögliche Schwachstellen zu erkennen und Maßnahmen abzuleiten. So kann die Auseinandersetzung mit Patientenbeschwerden dazu beitragen, ärztliches Handeln zu reflektieren und das Arzt-Patienten-Verhältnis zu verbessern. Fehlerpotenziale z. B. in der Organisation oder der Kommunikation können erkannt, Vermeidungsstrategien erarbeitet und damit die Patientensicherheit verbessert werden. [9, 10]

Ombudsstelle bei der LÄKH

Im Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten kann es zu Situationen kommen, in denen Grenzen überschritten werden. Für die Aufarbeitung solcher Vorkommnisse wurde im April 2013 die „Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen“ bei der LÄKH eingerichtet. Diese ermöglicht Patienten, die in einer ärztlichen Behandlung eine wie auch immer geartete Missbrauchssituation erlebt haben, eine vertrauliche, neutrale und kompetente Beratung in Anspruch zu nehmen. Dabei können sich Betroffene unbürokratisch an die Ombudsstelle wenden. Die Möglichkeiten, auf das Erlebte zu reagieren, werden gemeinsam besprochen und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die oder der Ratsuchende entscheidet selbst über das weitere Vorgehen. Betroffene haben so die Chance, das Erlebte zu reflektieren und einzurichten, bevor sie sich bspw. zur Stellung einer Strafanzeige entscheiden. [11, 12]

Gemeinsame Aufarbeitung

Auch wenn die vorgestellten Verfahren bei der LÄKH auf den ersten Blick wie sehr

Anlaufstellen der LÄKH für Patientenanliegen

Ansprechpartner bei Beschwerden zu Behandlungsfehlern:

Gutachter- und Schlichtungsstelle
E-Mail: gutachterstelle@laekh.de
Fax: 069 97672-178
<https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rund-ums-recht-gutachter-und-schlichtungsstelle>

Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen

E-Mail:
ombudsstelle-missbrauch@laekh.de
Fon: 069 97672-347
<https://www.laekh.de/buerger-patienten/ihr-gutes-recht/ombudsstelle-fuer-faelle-von-missbrauch-in-aerztlichen-behandlungen>

Schriftliche Patientenbeschwerden bei vermuteten Verstößen gegen die ärztlichen Berufspflichten in Hessen

E-Mail: rechtsabteilung@laekh.de
Fax: 069 97672-169
<https://www.laekh.de/buerger-patienten/ihr-gutes-recht/patientenbeschwerden>

formale oder rechtliche Wege zur Klärung von vermuteten Fehlern oder Zwischenfällen wirken, bieten sie doch weitere Chancen und Möglichkeiten – sie dienen der Auseinandersetzung mit dem Wie und Warum. Dabei ist das Besondere, dass die Impulse für die Entdeckung möglicher Fehlerquellen aus der Patientenperspektive entstehen und auch bisher unerkannte Sichtweisen und Aspekte liefern können. So können sowohl Arzt als auch Patient Vorfälle aufarbeiten, kontinuierlich aus Fehlern lernen und dabei gemeinsam die Sicherheit medizinischer Behandlungen erhöhen.

Silke Nahlinger
Katrin Israel-Laubinger
Nina Walter

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Literatur zum Artikel:

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen

- [1] Landesärztekammer Hessen. Gutachter- und Schlichtungsstelle. <https://www.laekh.de/aerzte/rundums-recht/rund-ums-recht-gutachter-und-schlichtungsstelle> (Zugriff 12.02.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/u076>
- [2] Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern. Vortrag: Bericht aus der norddeutschen Schlichtungsstelle. Das Schlichtungsverfahren und seine Ergebnisse. https://www.aerztekammer-saarland.de/aerzte/arzt-und-recht/saarländischermedizinrechtstag/5_SaarländischerMedizinrechtstag/ (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/3ibw>
- [3] Landesärztekammer Hessen. Wegweiser für das Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen. https://www.laekh.de/images/Aerzte/Rund_ums_Recht/GuS/GuS_Flyer.pdf (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/dzin>
- [4] Bundesärztekammer. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Pressekonferenz der Bundesärztekammer. 03. April 2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Praesentation_2018.pdf (Zugriff 12.02.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/ev37>
- [5] K. Deppert. 40 Jahre Gutachter- und Schlichtungsstelle. Bericht über die Jahre 2006 bis 2016. Hessisches Ärzteblatt 11/2017. https://www.laekh.de/images/Aerzte/Rund_ums_Recht/GuS/GuS_Artikel_HA-EBL/11_2017_40_Jahre_GuS.pdf (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/5q2p>
- [6] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 26. März 2019 (HÄBL 6/2019, S. 396). https://www.laekh.de/images/Aerzte/Rund_ums_Recht/Rechtsquellen/berufsordnung.pdf (Zugriff 23.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/o11v>
- [7] Landesärztekammer Hessen. Patientenbeschwerden. Allgemeine Beschwerden. <https://www.laekh.de/buerger-patienten/ihr-gutes-recht/patientenbeschwerden> (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/oner>
- [8] Landesärztekammer Hessen. Merkblatt und Anleitung zur Einreichung einer Patientenbeschwerde. https://www.laekh.de/images/Buerger_Patienten/Ihr_gutes_Recht/Information_zum_Einlegen_einer_Beschwerde.pdf (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/psol>
- [9] C. Thomeczek et. al. Das Glossar Patientensicherheit – Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik „Patientensicherheit“ und „Fehler in der Medizin“. Gesundheitswesen 2004; 66: 833–840
- [10] Hoffmann B, Rohe J. Patientensicherheit und Fehlermanagement. Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch. Arztebl Int 2010; 107(6): 92–9, DOI 10.3238/ärztebl.2010.0092
- [11] M. Korte. Drei Jahre Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen – ein Tätigkeitsbericht. Hessisches Ärzteblatt 5/2016. S. 290–291. https://www.laekh.de/images/Hessisches_Aerzteblatt/2016/05_2016/Aerztekammer_Ombudsstelle.pdf (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/9p9d>
- [12] Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen. <https://www.laekh.de/buerger-patienten/ihr-gutes-recht/ombudsstelle-fuer-faelle-von-missbrauch-in-aerztlichen-behandlungen> (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/psol>



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 7: CIRSmedical.de – Das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft

Was tragen CIRS-Anwendungen zur Patientensicherheit bei und welche neuen Entwicklungen gibt es? Der siebte Artikel der Serie gibt einen Einblick in Fehlerberichts- und Lernsysteme, CIRSmedical.de und die Arbeit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Berlin – im Gespräch mit dem Leiter des ÄZQ, Dr. med. Christian Thomeczek.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin ist für CIRSmedical.de zuständig. Was ist das Besondere an dieser Plattform?

Dr. med. Christian Thomeczek:

CIRSmedical.de ist das offene, anonyme, internetbasierte Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin. Es startete 2005 als gemeinsames Projekt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK). Von 2006 bis 2020 wurde CIRSmedical.de vom ÄZQ organisiert und ausgebaut. Seitdem hat es sich zum Netzwerk CIRSmedical.de entwickelt. [1, 2] (Siehe Grafik, diese ist nur in der Onlineausgabe dargestellt).

Wie laufen die Prozesse bei CIRSmedical.de ab?

Thomeczek: Das wichtigste Ziel des Netzwerks ist die Verbesserung der Patientensicherheit durch gemeinsames, einrichtungsübergreifendes Lernen aus sicherheitsrelevanten Ereignissen im Gesundheitswesen. Dies wird durch die technisch einfache Einrichtung von spezifischen Berichtsgruppen, die Bereitstellung einer Berichtsdatenbank für Recherchen, regelmäßige systematische Fallanalysen und eine enge Vernetzung unterstützt. Derzeit besteht das Netzwerk CIRSmedical.de aus 119 Berichtsgruppen für Krankenhäuser und zwölf Berichtsgruppen für Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Fachgesellschaften, Berufsverbände u. a.). Es kooperiert mit zwei weiteren Berichtssystemen. Für die Recherche nach

Fällen und Lösungsansätzen stehen in CIRSmedical.de aktuell über 11.000 Berichte zur Verfügung, im gesamten Netzwerk sind es deutlich mehr.

Regelmäßig werden „Fälle des Monats“ (aktuell 105) mit systematischen Analysen und Verbesserungsmaßnahmen veröffentlicht. Diese werden unter anderem im Internet unter www.patientensicherheit-online.de und dem Informationsdienst CIRSmedical.de-Info bereitgestellt. CIRSmedical.de übernimmt nach Wunsch des Projektpartners die technische Einrichtung der CIRS-Berichtsgruppe(-n) sowie verschiedene Aufgaben für den Betrieb wie Anonymisierung, Analyse, Fachkommentierung und Klassifikation der Berichte. Dadurch ist das CIRS-Team des ÄZQ gemeinsam mit den Projektpartnern intensiv in die CIRS-Arbeit eingebunden. Ab Juli 2020 wird das Netzwerk CIRSmedical.de organisatorisch bei der BÄK angesiedelt werden. An Ausrichtung und Durchführung wird sich durch die Reorganisation nichts ändern. [3,4]

Was ist das Ziel von CIRSmedical.de?

Thomeczek: Das Lernen aus eigenen und fremden Fehlern sowie kritischen Ereignissen. CIRSmedical.de ist frei im Internet zugänglich und fachgruppen- bzw. sektorenübergreifend. Damit soll überregionales, interdisziplinäres, interprofessionelles Lernen gefördert werden. Alle Nutzerinnen und Nutzer sollen Zugriff auf eine durchsuchbare Datenbank haben. Bei Sachverhalten, die schnelle oder tiefgreifende Reaktionen erfordern, werden „Alerts“ veröffentlicht.

Welche Vorteile hat die Netzwerkbildung?

Thomeczek: Durch die Einrichtung und Zusammenführung einzelner CIRS-Gruppen und -systeme im Netzwerk können technische und fachliche Strukturen gemeinsam genutzt werden. Dies ermöglicht auch in kleinen Krankenhäusern eine einfache und relativ kostengünstige Ein-

CIRS aktuell

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS e. V.) stellt gemeinsam mit mehreren Partnern ein Critical Incident Reporting System (CIRS) speziell zu Vorfällen rund um das neue Corona-Virus zur Verfügung. Bei „Covid-19 Special“ handelt es sich um ein kostenloses, einrichtungsübergreifendes Melde- und Informations-System (üFMS), mit dem Informationen zu Problemen und Lösungsvorschlägen in der Behandlung von Covid-19 gesammelt werden. Informationen sind im Internet abrufbar unter <https://www.aps-ev.de/coronakrisenmanagement-tipps/> bzw. <https://www.cirs-health-care.de/covid-19-cirs> oder via Kurzlinks <https://tinyurl.com/yd3gyj9x> <https://tinyurl.com/y9mqg4a6> (QS)

richtung von CIRS. So kann der Zugriff auf Kompetenzen des Fachbeirats von CIRSmedical.de ermöglicht werden, die sonst für kleine Einrichtungen nicht verfügbar wären.

Aber auch größere Institutionen können von der Beteiligung am Netzwerk profitieren: Alle Nutzer leiten Berichte weiter und ermöglichen anderen so das Lernen daraus. Bei spezifischen Fragestellungen kann ein großer Datenpool gezielt nach Fällen und Lösungen durchsucht werden. Eine große Datenbasis kann in Zukunft eventuell eine Häufung spezifischer Probleme frühzeitig aufdecken, die in kleinen Einrichtungen so nicht aufgefallen wären (z. B. Defekte von Geräten).

Wie funktionieren die Meldungen an CIRS?

Thomeczek: Mit einem Formular können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens Fehler und kritische Ereignisse berichten. Die Übersendung dieser Berichte erfolgt verschlüsselt und ohne Weiterleitung technischer Identifikati-



onsmerkmale wie z. B. IP-Adressen. Eingehende Berichte werden durch Mitarbeiter/-innen des ÄZQ gelesen, bei Bedarf anonymisiert und auf der Internetseite frei geschaltet. Dadurch haben alle Nutzer die Möglichkeit, diese Berichte zu lesen, zu kommentieren und aus ihnen zu lernen.

Wie geht es mit CIRSmedical.de weiter?

Thomeczek: Durch die organisatorische Übernahme von CIRSmedical.de durch die BÄK ab Juli 2020 sind Ausbau und inhaltliche Weiterentwicklung sichergestellt. So werden z. B. im CIRS-NRW die beiden Apothekerkammern in Nordrhein-Westfalen als zusätzliche Partner neben den beiden Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Krankenhausgesellschaft das Konsortium erweitern. Auch sind in Zusammenarbeit mit einer Universität bereits Ideen zur Verbesserung der Software sowie des Webdesigns bzgl. Vereinfachung und Erweiterung des Reportings und einer schnelleren, automatisierten „Erstantwort“ nach Berichteingabe diskutiert worden. [5]

Welchen Beitrag leistet CIRSmedical.de zur Patientensicherheit?



Dr. med. Christian Thomeczek

Dr. med. Christian Thomeczek (Foto) ist Leiter der Geschäftsstelle und der Stabsstelle Patientensicherheit des ÄZQ – einer gemeinsamen Einrichtung der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der Arzt für Allgemeinmedizin hat diverse Zusatzqualifikationen in der Flugmedizin, im Ärztlichen Qualitätsmanagement sowie als leitender Notarzt erworben. Neben organisatorischen Aufgaben ist er im ÄZQ verantwortlich für Projekte der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, der Patientensicherheit sowie für CIRSmedical.de. [12]

Thomeczek: Durch das Aufdecken unerwünschter Ereignisse und fehlerhafter Verläufe können Risikobereiche im Gesundheitswesen identifiziert werden. Dies betrifft auch überregionale Häufungen von Ereignissen. Die allgemeinen positiven Auswirkungen von CIRS auf das Gesundheitswesen sind zwar oft nicht messbar, jedoch kann vermutet werden, dass sich die Sicherheit medizinischer Behand-

lungen über die Bearbeitung der CIRS-Fälle verbessert lässt. CIRS allein bewirkt aber noch keine Patientensicherheit: Es ist ein geeignetes Instrument, um Risiken aufzudecken. Daran müssen sich jedoch Maßnahmen zur Bearbeitung dieser Risiken anschließen.

Warum leisten CIRS-Systeme einen wichtigen Beitrag zur Sicherheits- und Fehlerkultur im Gesundheitswesen?

Thomeczek: Durch die Auferarbeitung von CIRS-Fällen unter Wahrung der Anonymität können die Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen und die Entwicklung der Fehlerkultur gefördert werden. So findet in manchen Einrichtungen bereits eine offene Auseinandersetzung mit unerwünschten Ereignissen statt, die statt der Schuldfrage strukturelle Fehlerquellen in den Vordergrund stellt. Sobald dieses Vorgehen etabliert werden konnte, spielt nach unserer Erfahrung die Anonymität oft keine Rolle mehr. CIRS-Systeme werden dann als Instrumente der Qualitätssicherung gesehen.

**Interview: Katrin Israel-Laubinger,
Silke Nahlinger, Nina Walter**

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Grundlagen von Fehlermeldesystemen [6–11]

CIRS bedeutet „Critical Incident Reporting System“. Hier können Mitarbeiter im Gesundheitswesen über frei zugängliche Plattformen strukturiert kritische, unerwünschte, „sicherheitsrelevante Ereignisse“, Fehler und „Beinahebeschäden“ melden. Dies geschieht sanktionsfrei, freiwillig und anonym.

Die Berichte werden von einem Expertengremium ausgewertet und dienen dem Lernen aus Fehlern und ihrer Vermeidung. So sollen Ursachen kritischer Ereignisse erkannt und Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden. Die aufgearbeiteten Berichte werden in einer Datenbank zur Verfügung gestellt und können diskutiert und kommentiert werden. Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen in ihren Einrichtungen ein Qualitätsmanagementsystem etablieren und weiterentwickeln (§ 135a SGB V). Dazu gehören laut Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bun-

desausschusses (G-BA) ausdrücklich „...wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit...“ – verpflichtend hierbei sind die Fehlermeldesysteme.

In seinem Beschluss über eine Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme von 2016 schreibt der G-BA die Anforderungen an solche Systeme für Krankenhäuser fest (üFMS-B). Für die Teilnahme können Zuschläge vereinbart werden. Eines dieser Systeme ist CIRSmedical.de, das von der BÄK und der KBV zur Verfügung gestellt und vom ÄZQ organisiert wird. Ein System für Hausarztpraxen, das das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum Frankfurt am Main betreibt, ist „Jeder Fehler zählt!“. Weitere Fehlermeldesysteme listet die Website des ÄZQ. (QS)



Literatur und Grafik zum Artikel:

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

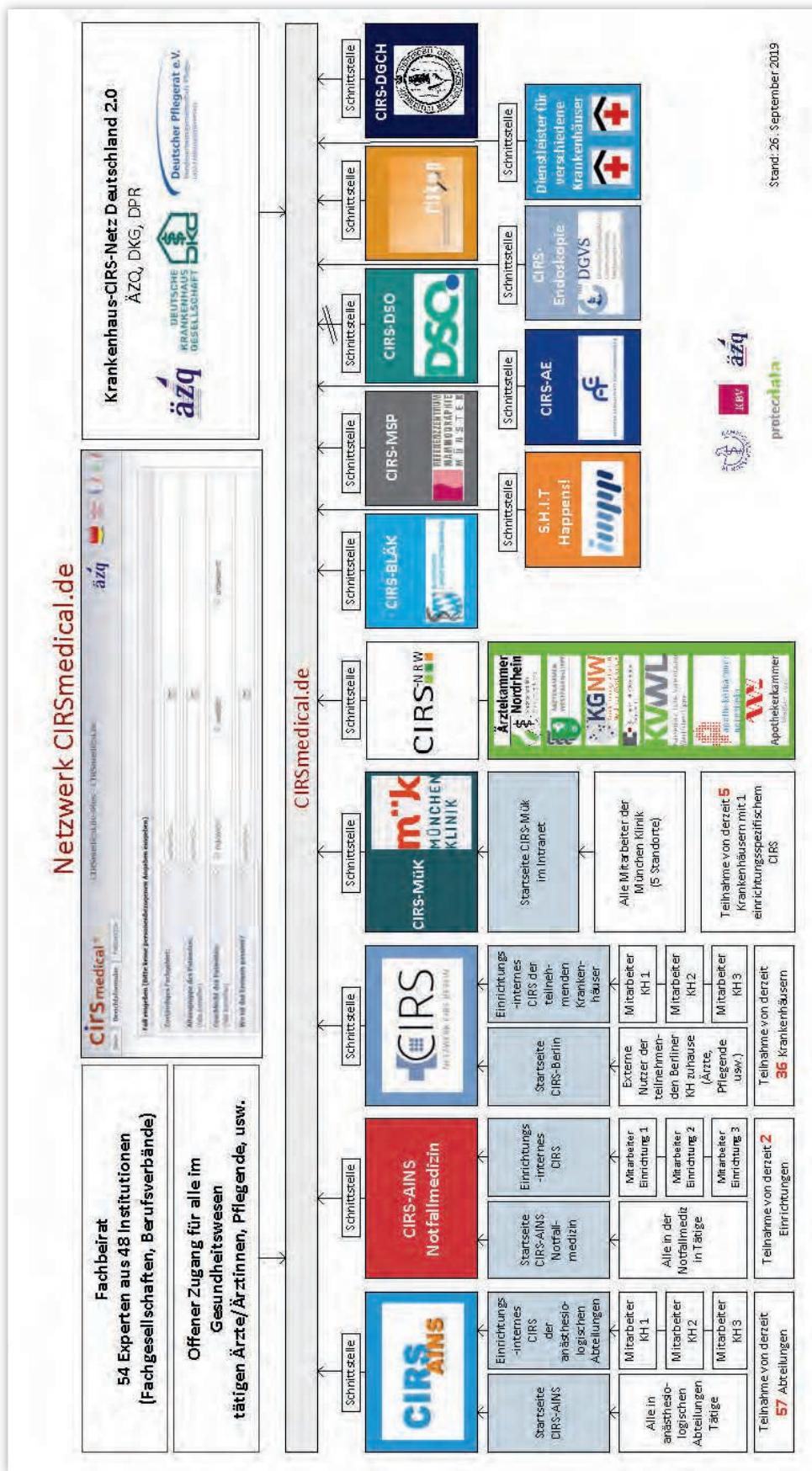
Teil 7: CIRSmedical.de – das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

- [1] CIRSmedical (Zugriff 20.04.2020) <https://www.aezq.de/patientensicherheit/cirs> (Zugriff 20.04.2020) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/y6ufs923>
- [2] Netzwerk CIRSmedical <https://www.aezq.de/patientensicherheit/cirs/netzwerk-cirsmedical.de> (Zugriff 23.04.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yb5zz7nb>
- [3] www.patientensicherheit-online.de <https://www.aezq.de/patientensicherheit/> (Zugriff 20.04.2020) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/ybobszxy>
- [4] Cirsmedical.de-info <https://www.aezq.de/aezq/service/newsletter/CIRSMedical.de-Info/infodienst/cirsmedical.de-info> (Zugriff 23.04.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yakv4p3w>
- [5] Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen, CIRS-NRW <https://www.cirsmedical.de/nrw/> (Zugriff 20.04.2020)
- [6] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermel-
- [7] desysteme vom 17. März 2016. <https://www.g-ba.de/beschluesse/2546/> oder https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2546/2016-03-17_ueFMS-B_Erstfassung_BAnz.pdf (Zugriff 05.03.2020) oder via Kurzlinks: <https://tinyurl.com/y757xxy9> oder <https://tinyurl.com/y8nqywfk>
- [8] Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html#BJNR024820988B_JNE041907119 oder https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135a.html (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlinks: <https://tinyurl.com/y7wdx8gh> oder <https://tinyurl.com/yd95zfr6>
- [9] <https://www.cirsmedical.de/> (Zugriff 04.03.2020)
- [10] <https://www.jeder-fehler-zahlt.de/> (Zugriff 04.03.2020)
- [11] <https://www.aezq.de/patientensicherheit/cirs/cirsmedical-software> (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/y8e8d6ln>
- [12] <https://www.aezq.de/aezq/uberorganisation/aezq-team/geschaeftsstellenleitung> (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/ybu5bk>



Patientensicherheit





Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 8: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit – Das Second-Victim-Phänomen

Hannah Rösner, Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

Sichere Patientenversorgung und Minimierung vermeidbarer Schäden sind, ausgedrückt durch die Grundsätze „primum nil nocere“ und „salus et voluntas aegroti suprema lex“, Kernbestandteile des Selbstverständnisses und hohen ärztlichen Anspruchs an das eigene Handeln [1]. Dennoch kommt es im Rahmen der eigenen ärztlichen Tätigkeit immer wieder zu unbeabsichtigten, vermeidbaren Fehlern, teilweise mit gravierenden Auswirkungen auf Patienten.

Wenn Patienten vermeidbar zu Schaden kommen, trifft dies sowohl die Behandelten als auch ihre Angehörigen schwer. Aber auch die Ärztinnen und Ärzte, denen dieser Fehler unterläuft, werden dadurch oft traumatisiert. Der amerikanische Internist Albert W. Wu prägte im Jahr 2000 für diese Kolleginnen und Kollegen den Begriff des Second Victims [2], also des zweiten Opfers einer Patientenschädigung, womit ein Prozess des Umdenkens begann.

Während die eigene Fehlbarkeit bei bester Absicht und gewissenhaftem Vorgehen zunehmend thematisiert werden darf, ist der Begriff des Second Victims auf andere traumatisierende Ereignisse und Berufsgruppen erweitert worden, die im Rahmen der Patientenversorgung auftreten können. So werden beispielsweise bei Großschadensereignissen vielfach auch Ärztinnen und Ärzte nachhaltig traumatisiert [3]. Second Victims sind also „medizinische Fachpersonen, die durch einen unvorhergesehenen Zwischenfall am Patienten, einen medizinischen Fehler und/oder einer Verletzung des Patienten selbst zum Opfer werden, da sie durch dieses Ereignis traumatisiert sind“ [4].

Internationale Studien zeigen, dass die Traumatisierung Behandelnder ein länderübergreifendes und flächendeckendes Phänomen darstellt und selbst innerhalb der Weiterbildungszeit schon über 50 %

befragter Kolleginnen und Kollegen betreffen kann [5, 6]. Das Second-Victim-Phänomen ist jedoch selbst innerhalb der Ärzteschaft bislang wenig bekannt: Die Hochschule RheinMain in Wiesbaden hat in Zusammenarbeit mit der Charité Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in ärztlicher Weiterbildung im Rahmen der SeViD-I-Studie befragt [7]: Während die Mehrheit der Teilnehmenden nach Erläuterung des Begriffs angab, selbst schon mindestens einmal Second Victim gewesen zu sein, hatten ca. 90 % der Antwortenden vom Begriff Second Victim vor dieser Befragung noch nie gehört.

Ablauf und Folgen einer Second-Victim-Traumatisierung

Der Ablauf einer Second-Victim-Traumatisierung ist mittlerweile gut erforscht [4]: Nach dem initialen Schock und sich anschließenden aufdrängenden Erinnerungen gilt es, die persönliche Integrität wiederherzustellen, den Schweregrad der Situation zu realisieren und den Fall aufzuarbeiten. Neben der Suche nach einer Antwort auf die Frage, warum dieses Ereignis passiert ist, wird vor allem emotionale Erste Hilfe benötigt, um die Traumatisierung zu überwinden. Je nach Schweregrad des Falles, der persönlichen Ressourcen der Betroffenen, aber auch insbesondere der Hilfe und Unterstützung durch Mitglieder des Behandlungsteams und Vorgesetzte kann die Situation auf eine von drei der hier beschriebenen Arten bewältigt werden:

1. Wachsen an der Situation unter Beibehaltung der Life-Balance und Arbeitsfähigkeit.
2. Überleben der Situation als bloßes Funktionieren mit „Narben“.
3. Verlassen des Arbeitsplatzes, der patientennahen Tätigkeit oder komplett Berufsaufgabe.

Während also Personen, die dieses Er-

eignis gut verarbeiten können, aus dieser Situation mit höherer Kompetenz und zukünftigem Engagement für Patientensicherheit hervorgehen, findet in den anderen beiden Fällen kein konstruktives Lernen aus Fehlern statt. Dies wiederum führt bei vielen Betroffenen zu dysfunktionalen Verarbeitungsmechanismen, die sich äußern können in:

- Schlafstörungen,
- dem Verlust an Glauben in eigene Fähigkeiten,
- Schuldgefühlen, Isolation, Depression,
- Wiedererleben (Flashbacks) der Situation,
- Medikamenten- und/oder Alkoholkonsum.

Die Folgen für Betroffene sind individuell dramatisch und können zur Posttraumatischen Belastungsstörung, zur Berufsaufgabe und im schlimmsten Fall zum Suizid führen [8]. Behandelnde, die aufgrund eines eigenen verschuldeten medizinischen Fehlers physisch und psychisch vorbelastet sind, haben mit einer kontinuierlichen Entmutigung im Beruf zu kämpfen, die dabei häufig schwerer wiegt als die Angst vor juristischen Konsequenzen [9]. Resultierend aus einer geringeren Aufmerksamkeit oder einer ängstlichen, defensiven Haltung der Second Victims gegenüber Patienten, besteht somit das Risiko, dass sich eine Traumatisierung darüber hinaus auch beeinträchtigend auf die Behandlung zahlreicher künftiger Patienten auswirkt [10]. Es ist daher wichtig, sich bewusst zu werden, dass Patientensicherheitsmaßnahmen in gleichem Maß dem eigenen Schutz dienen und umgekehrt: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit!

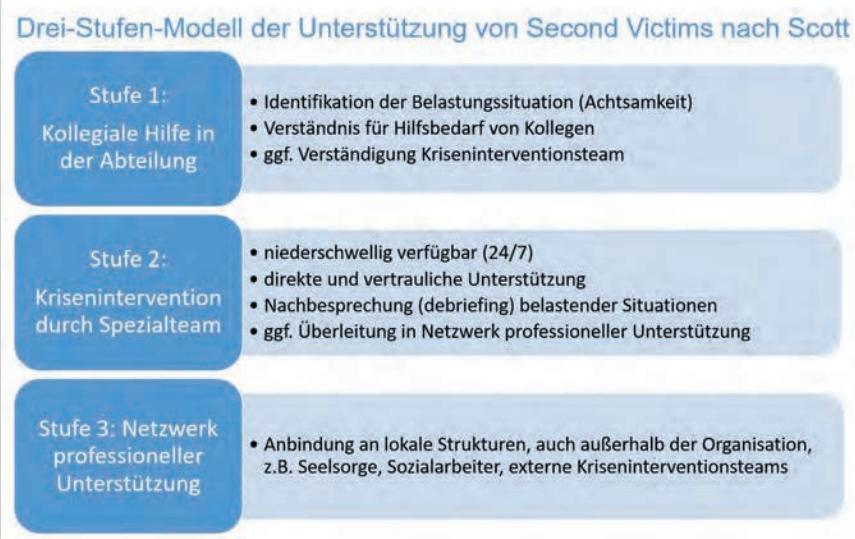
Hilfe für Second Victims

Second Victims brauchen Hilfe, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die



Berufszufriedenheit bis hin zur eigenen Lebensqualität zu erhalten. Hilfsprogramme zur Verminderung emotionaler Stressreaktionen nach einer Second-Victim-Problematik aus den USA zeigen sowohl positive medizinische Effekte [11] als auch eine Kosteneffektivität [12] durch den Vergleich mit Folgeschäden einer unzureichenden Unterstützung der Second Victims. In Deutschland gibt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Empfehlungen zur psychologischen Ersten Hilfe bei traumatischen Ereignissen [13]. Weiterhin existieren einige Projekte wie der Verein PSU-Akut e.V. in Bayern [14] oder das Projekt EMPTY der YoungDGNA sowie Initiativen einiger Kliniken als Anlaufstellen für ein Gesprächsangebot auf kollegialer Basis. Anders als beispielsweise für Nadelstichverletzungen gibt es bislang aber keine flächendeckenden Akut- und Nachsorgeprogramme für Angehörige des Gesundheitswesens [15].

Strategie aller bisherigen Hilfsprogramme ist es, eine gestufte Krisenintervention für Second Victims zu etablieren, wie das Drei-Stufen-Modell von Scott [16] zeigt (siehe Grafik). Die meisten Second Victims erhalten bereits in Stufe 1 ausrei-



chend Hilfe, es muss immer die Möglichkeit bestehen, auch Hilfsangebote höherer Bedarfsstufen zu erhalten, was insbesondere die organisatorische Einbindung von Fachleuten voraussetzt.

Zur Verminderung der Effekte von Second-Victim-Traumatisierungen können folgende Maßnahmen vor Ort helfen [16, 17]:

- Kurze Auszeit von der Tätigkeit anbieten auch bei Personalknappheit (ein

dauerhafter Ausfall wäre die schlechte Lösung).

- Aktives kollegiales Gesprächsangebot, nicht nur bei vermuteten Fehlern, sondern in regelmäßigen Abständen.
- Routinehafte kurze, aber effektive Nachbesprechung belastender Situationen.
- Einfühlende, aber eindeutige und klare Sprache.
- Grundsätzliche Bestätigung fachlicher Kompetenz.

Second Victim: Mehr Aufmerksamkeit für ein noch wenig bekanntes Phänomen

Warum ist es wichtig, besonders jetzt zum Second-Victim-Phänomen zu informieren?

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen:

Besonders in Corona-Zeiten sind die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, aber auch alle anderen medizinischen Berufsgruppen stark gefordert. Die zusätzliche Belastung, die durch die aktuellen Umstände entsteht, kann zu Überlastung und damit zu höherer Fehleranfälligkeit führen. Dies gilt es im Sinne der Patientensicherheit zu verhindern.

Natürlich gehört die Vermeidung unerwünschter Ereignisse zur Grundhaltung des ärztlichen Berufes. Wenn aber dennoch ein Fehler passiert, ist es notwendig, neben allen Maßnahmen für die Patienten und ihre Angehörigen die betroffenen Kolleginnen und Kollegen bestmöglich zu unterstützen – sie tragen entscheidend zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens bei.

Wie kann eine Unterstützung betroffener Kolleginnen und Kollegen aussehen?

Pinkowski: Wichtig ist es, jetzt, aber auch zukünftig mehr zum Second-Victim-Phänomen zu informieren. Kollegen und Vorgesetzte sollten auf der Arbeitsebene sensibilisiert, vorhandene Unterstützungsstrukturen genutzt und neue Möglichkeiten

entwickelt werden. Auch die Betroffenen selbst sollten das Phänomen kennen und sich, wenn nötig, Hilfe organisieren können. Davon unabhängig sollte vor Ort eine gute Fehlerkultur gefördert werden. So kann eine Aufarbeitung kritischer Ereignisse und Beinahefehler im Behandlungsteam stattfinden. Dies schafft eine wichtige Grundlage für die Patientensicherheit, die ein wesentlicher Bestandteil des ärztlichen Alltags ist.

Interview: Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, ist Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin und Palliativmedizin sowie der Qualifikation Leitender Notarzt. Er ist seit vielen Jahren als Anästhesist und Schmerztherapeut niedergelassen. Pinkowski setzt sich im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit, aber auch als Kammerpräsident für das Thema Patientensicherheit ein. Zudem ist er Co-Vorsitzender und aktives Mitglied des Ausschusses Patientensicherheit bei der Bundesärztekammer. [18]



- Bestärkung des Selbstwertgefühls.
- Emotionen und Ängste zulassen.
- Fachliche Unterstützung und Rückversicherung im klinischen Arbeiten anbieten.
- Bei Fehlern in der Behandlung Beteiligten eine Rolle bei der Fehleranalyse geben; über Ergebnisse informieren.
- Aufmerksame Beobachtung, um Isolierung und Rückzug frühzeitig zu erkennen.
- Vermeiden und Ächtung von Lästereien, Mobbing, Schuldzuweisung und Herabwürdigungen der Beteiligten (um Hilfe zu bitten, ist kein Zeichen von Schwäche, sondern menschlich und verantwortungsbewusst gegenüber eigenen Patienten).

Second Victims in Zeiten von Covid-19

Die Covid-19-Pandemie verschärft die Second-Victim-Problematik: Die außergewöhnliche Belastung und die berechtigte Sorge, sich selbst und Angehörige mit dem SARS-CoV-2-Virus zu infizieren, führen global zur Belastung von Ärztinnen



Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz (Foto links) ist Patientensicherheitsforscher an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Zuvor war er langjährig klinisch als Anästhesist und Notfallmediziner sowie als Ärztlicher Leiter der Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität am Universitätsklinikum Frankfurt am Main tätig. Neben zahlreichen Qualifikationen im Qualitäts- und Risikomanagement ist er im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) e. V. und als Dozent auch für die Landesärztekammer Hessen tätig.

Hannah Rösner (Foto rechts) studiert Gesundheitsökonomie an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Während ihrer Studienzeit hat sie im Forschungsprojekt SeViD-I mitgewirkt und verfasste ihre Abschlussarbeit zur Second Victim-Problematik.

und Ärzten. Mündet dies in eine Traumatisierung, schädigt es sowohl die Behandelnden als auch künftige Patientinnen und Patienten, da die eigene Leistungsfähigkeit reduziert wird und die Fehleranfälligkeit damit steigt. Wie aus Italien und New York berichtet, kann die flächendeckende psychische Überlastung der Behandelnden das Gesundheitssystem zusätzlich unter erheblichen Druck setzen. Aus diesem Grund haben Forscher aus Deutschland und Österreich unter Koordination der Hochschule RheinMain eine Handlungsempfehlung zur Unterstützung von Second Victims, aber auch zur Stärkung der Resilienz von Behandelnden in

Zeiten von Covid-19 publiziert, die auf der Website des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (www.aps-ev.de) kostenfrei abrufbar ist.

Hannah Rösner

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz
Hochschule RheinMain
E-Mail: reinhard.strametz@hs-rm.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Literatur zum Artikel:

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 8: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit – Das Second-Victim-Phänomen

von Hannah Rösner und Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

- [1] Strametz R: Grundwissen Medizin: Für Nichtmediziner in Studium und Praxis. 4th ed. Stuttgart: UTB; UVK 2020.
- [2] Wu AW: Medical error: The second victim. BMJ 2000; 320(7237): 726–7.
- [3] Tam CWC, Pang EPF, Lam LCW, Chiu HFK: Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. Psychol Med 2004; 34(7): 1197–204.
- [4] Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW: The natural history of recovery for the healthcare provider „second victim“ after adverse patient events. Qual Saf Health Care 2009; 18(5): 325–30.
- [5] Seys D, Wu AW, van Gerven E, et al.: Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. Eval Health Prof 2013; 36(2): 135–62.
- [6] Harrison R, Lawton R, Stewart K: Doctors' experiences of adverse events in secondary care: The professional and personal impact. Clin Med (Lond) 2014; 14(6): 585–90.
- [7] Rösner H: Das Second Victim Phänomen in Deutschland: Ergebnisse der SeViD-I Studie. Bachelorthesis. Wiesbaden 2019.
- [8] Grissinger M: Too many abandon the „second victims“ of medical errors. P T 2014; 39(9): 591–2.
- [9] Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al.: The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf 2007; 33(8): 467–76.
- [10] Vincent C, Amalberti R: Safer Healthcare: Strategies for the Real World. Cham (CH) 2016.
- [11] Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW: Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. BMJ Open 2016; 6(9): e011708.
- [12] Moran D, Wu AW, Connors C, et al.: Cost-Benefit Analysis of a Support Program for Nursing Staff. J Patient Saf 2017.
- [13] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (ed.): DGUV Information 206–023: Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen. Berlin: DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spaltenverband 2017.
- [14] Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krüsmann M, Schneider G, Kreitlow J: Peer-Support in der Akutmedizin. Anästh Intensivmed 2019; 60: 95–101.
- [15] Strametz R: Mitarbeitersicherheit durch Risikomanagement. In: Strametz R, Bayeff-Filloff M (eds.): Risikomanagement in der Notaufnahme, 1st ed. 2019; 75–84.
- [16] Strametz R, Raspe M, Ettl B, Huf, Wolfgang, Pitz, Andreas: Handlungsempfehlung zu Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der Covid-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.
- [17] Schwappach DL, Boluarte TA: The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. Swiss Med Wkly 2009; 139(1–2): 9–15.
- [18] <https://www.laekh.de/die-kammer/praezidium/lebenslauf-praezident>. Zugriff 25.05.2020.



Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend

Dr. med. Friedemann Woernle, Dr. med. Björn Misselwitz

Verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben, bilden eine wichtige Grundlage für die Patientensicherheit in Deutschland. Dazu gehört auch die externe Qualitätssicherung [1]. Was steckt hinter diesem Begriff? Welche Akteure, Verfahrensschritte und Handlungen sind damit verknüpft? Dr. med. Friedemann Woernle und Dr. med. Björn Misselwitz von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) erläutern in Teil 9 der Serie, wie sich diese Maßnahmen auf die Sicherheit in der Patientenversorgung auswirken.

Die Geschichte der externen vergleichenden Qualitätssicherung in Deutschland reicht mit der „Münchner Perinatalstudie“ bis in die 1970er-Jahre zurück [2]. Heute ist sie im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) verankert. Gemäß § 136 SGB V erlässt der von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildete Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die für die Qualitätssicherung erforderlichen Richtlinien für Krankenhäuser und die vertrags(zahn-)ärztliche Versorgung.

Richtlinien für die Qualitätssicherung

Zielte die erstmalig 2007 in Kraft getretene „Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern“ (QSKH-RL) [3] noch auf die Qualitätsverbesserung ausschließlich in Krankenhäusern ab, so bezieht seit 2019 die „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) [4] ausdrücklich auch die an der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Ver-

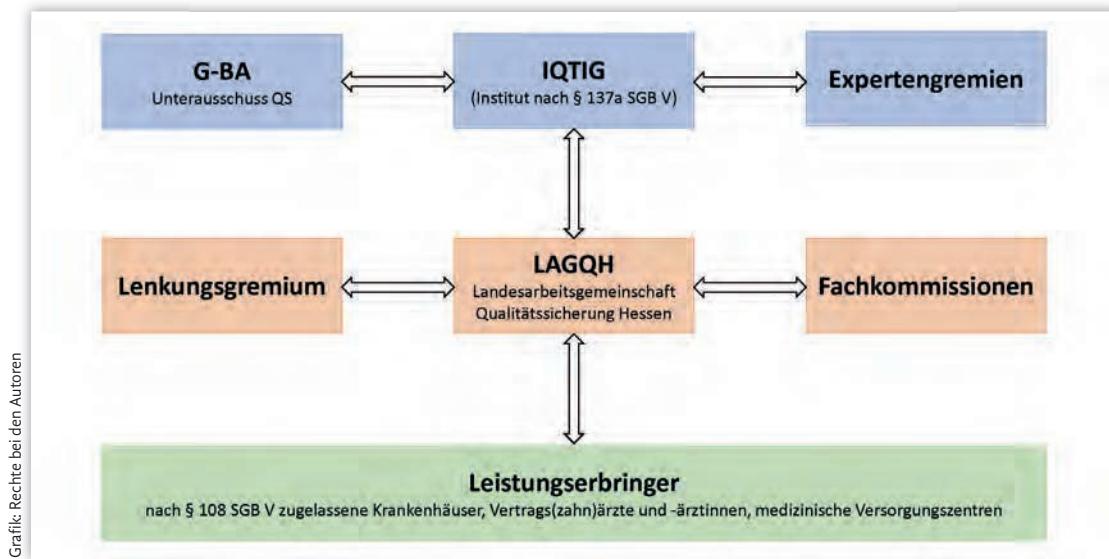
sorgung beteiligten Leistungserbringer mit ein. In diesen Richtlinien ist jeweils festgelegt, in welchen medizinischen Leistungsbereichen welche Daten erfasst werden, welche Qualitätsindikatoren daraus berechnet werden und wie mit auffälligen Ergebnissen umzugehen ist. Weitere Regelungen können in Landesvereinbarungen getroffen werden. Eine Übersicht über die bundesweit und in Hessen erfassenen Leistungsbereiche zeigt Tabelle 1.

Aufgabenverteilung in der externen Qualitätssicherung

Zur Umsetzung der Vorgaben der vom G-BA erlassenen Richtlinien sind sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene entsprechende Institutionen eingesetzt (siehe Abb. 1): Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) [5] entwickelt im Auftrag des G-BA die bundesweit anwendenden Qualitätssicherungsverfahren

Tab. 1.: Übersicht über die aktuellen externen Qualitätssicherungsverfahren

QSKH-RL	Ambulant erworbene Pneumonie
	Gynäkologische Operationen
	Herzschrittmacherversorgung
	Hüftendoprothesenversorgung
	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Implantierbare Defibrillatoren
	Karotis-Revaskularisation
	Knieendoprothesenversorgung
	Mammachirurgie
	Perinatalmedizin (Geburtshilfe, Neonatologie)
Landesverfahren in Hessen	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Multiresistente Erreger (MRE)
	Schlaganfall: Akutbehandlung
	Schlaganfall: Frührehabilitation (Phase B)
DeQS-RL	Schlaganfall: Rehabilitation (Phase C/D)
	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
	Cholezystektomie
	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen
	Transplantationsmedizin
	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen



Grafik: Rechte bei den Autoren

Abb. 1: Vereinfachte Darstellung der Organisationsstrukturen auf Bundes- und Landesebene (gem. DeQS-RL)

und insbesondere die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren erforderlichen Rechenregeln. Inhaltlich wird es dabei von Expertengremien beraten. Des Weiteren beteiligt sich das IQTIG selbst auch an der Durchführung von Qualitätssicherungsverfahren (bundesbezogene Verfahren wie Transplantationsmedizin bzw. Herzchirurgie). Auf Landesebene sind für die Durchführung der (landesbezogenen) Verfahren Landesarbeitsgemeinschaften eingesetzt. Auch diese werden durch Fachkommissionen inhaltlich beraten, insbesondere bei der Bewertung von auffälligen Indikatorergebnissen. Verantwortlich gegenüber dem G-BA für die ordnungsgemäße Umsetzung der Richtlinien auf Landesebene ist ein Lenkungsgremium. Stimmberechtigte Mitglieder im Lenkungsgremium sind Vertreter der Leistungserbringer (Landeskrankenhausgesellschaft, Kassenärztliche und Kassen-zahnärztliche Vereinigung) und der Kostenträger (gesetzliche Krankenkassen). Des Weiteren sind der Verband der Privaten Krankenversicherungen, die Landesärztekammern, die Landesorganisationen der Pflegeberufe sowie Patientenvertreter beteiligt.

Qualitätsindikatoren als Messinstrument

Der grundsätzliche Ablauf eines jeden Qualitätssicherungsverfahrens beginnt mit der Datenerfassung bei den beteiligten Leistungserbringern (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte). Dabei kann es sich um Daten handeln, welche im Rahmen der Leistungsabrechnung routinemäßig erhoben werden (ICD-, OPS- oder

EBM-Kodes), oder aber um allein zum Zweck der Qualitätssicherung separat erfasste Daten, wie beispielsweise Anamnesedaten, Untersuchungsergebnisse oder Verlauf und Ergebnis von medizinischen Leistungen. Zukünftig sollen auch Sozialdaten der Krankenkassen sowie Daten aus Patientenbefragungen verwendet werden. Aus diesen Daten werden gemäß der vom IQTIG bereitgestellten Rechenregeln Qualitätsindikatoren berechnet und die individuellen Ergebnisse den einzelnen Leistungserbringern jeweils im Vergleich zur landes- oder bundesweiten Vergleichsgruppe mitgeteilt.

Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung werden derzeit Prozess-Indikato-

ren (inklusive Indikationsstellung) und Ergebnis-Indikatoren eingesetzt. Prozess-Indikatoren können beispielsweise Maßzahlen für Leitlinien-Adhärenz sein, etwa bei der Frage, ob notwendige Maßnahmen ergriffen werden (z. B. rechtzeitige Antibiotikagabe bei ambulant erworbenen Pneumonien), ob bestimmte zeitliche Abläufe eingehalten werden (z. B. präoperative Verweildauer in der Unfallchirurgie) oder ob Eingriffe leitliniengerecht indiziert werden (z. B. Indikation und Systemwahl bei Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren). Ergebnis-Indikatoren hingegen beschreiben, wie häufig ein bestimmtes (meist unerwünschtes) Ereignis nach einer medizinischen Behandlung eingetreten ist (z. B. Komplikationsraten, Sterblichkeit). Eine Sonderform der Ergebnis-Indikatoren sind Follow-up-Indikatoren, bei welchen untersucht wird, ob im weiteren Verlauf nach einer Behandlung ein bestimmtes Ereignis auch einrichtungsüber-

Projekt der GQH: Das Peer Review „Cholezystektomie“

Seit 2014 werden in Hessen ärztliche Peer Review-Verfahren durchgeführt, um einen weiteren Beitrag zur Patientensicherheit zu liefern. Grundlage ist das Curriculum der Bundesärztekammer [6]. Teilnehmende Kliniken erhalten ein von der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) ausgestelltes Zertifikat.

Ein Peer Review ist dreigliedrig aufgebaut. Es beginnt mit einer Vorbereitungsphase, in welcher die teilnehmende Klinik einen Selbstauskunftsbo gen ausfüllt. Eigentliches Kernstück des Peer Reviews ist dann der Klinikbesuch durch ein Team ärztlicher Peers. Auf Grundlage des Selbstauskunftsbo gens wird ein

kollegiales Gespräch „auf Augenhöhe“ geführt und eine oder mehrere Operationen begleitet. Anhand eines durch das Peer Review-Team erstellten Berichtes in Form einer SWOT-Analyse – Abkürzung für Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken) – können mit der Klinik Ziele vereinbart werden, deren Erfüllung nach Ablauf eines halben Jahres abgefragt wird. In den vergangenen Jahren haben etwa 30 % der hessischen Kliniken am Peer Review Cholezystektomie teilgenommen. Rund 20 Viszeralchirurgen in leitender Position aus Kliniken der Regel- und Maximalversorgung in Hessen haben mittlerweile die Schulungen der LÄKH zum Peer durchlaufen.



greifend eintritt (z. B. Wechsel einer Endoprothese). Zur Beurteilung, wie ein Indikatorergebnis zu bewerten ist, werden Referenzbereiche definiert, welche rechnerisch auffällige von rechnerisch unauffälligen Ergebnissen differenzieren. Diese Referenzbereiche können als feste Raten definiert sein (beispielsweise orientiert an in der Literatur beschriebenen Komplikationsraten) oder jährlich neu als Perzentilen anhand der bundesweiten Verteilung der Ergebnisse berechnet werden. Der Aspekt der Patientensicherheit wird besonders deutlich bei den Sentinel Events. So werden unerwünschte Ereignisse bezeichnet, bei denen jeder aufgetretene Fall, unabhängig von der Gesamtrate, als auffällig zu bewerten ist (z. B. Sterblichkeit bei elektiven Eingriffen, kontraindizierte Eingriffe).

Datenvalidierung

Um sicherzustellen, dass die im Rahmen der Qualitätssicherung erfassten Daten korrekt sind, also nicht nur vollständig und vollzählig, sondern auch inhaltlich richtig dokumentiert werden, ist ein Datenvalidierungsverfahren vorgesehen. Hierbei wird über einen Abgleich mit den Abrechnungsdaten der Leistungserbringer ermittelt, ob alle dokumentationspflichtigen Fälle erfasst wurden (Vollzähligkeit). Ob pro Fall alle erforderlichen Daten dokumentiert wurden (Vollständigkeit), ebenso wie die Frage nach der Plausibilität der Daten, wird rechnerisch anhand von sogenannten Auffälligkeitskriterien überprüft. Sehr viel aufwendiger ist die Überprüfung der Richtigkeit der Qualitätssicherungsdaten, also ob die erfassten Daten mit der

Realität, also der tatsächlich stattgefundenen Versorgung oder den spezifischen Patientenmerkmalen übereinstimmt. Hierzu wird in einem Stichprobenverfahren durch die Landesgeschäftsstellen bzw. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein Abgleich zwischen Patientenakten und Qualitätssicherungsdaten vorgenommen.

Individuelle Bewertung von rechnerischen Auffälligkeiten

Liegt bei einem Qualitätsindikator eines Leistungserbringers ein auffälliges Ergebnis vor, heißt dies zunächst nur, dass ein gemessener Wert (Indikatorergebnis) von einem vorgegebenen Wert (Referenzbereich) abweicht. Diese rechnerische Auffälligkeit muss dann überprüft werden, um die Frage zu beantworten, ob tatsächlich auch eine verminderte medizinische Versorgungsqualität vorliegt. Hierfür ist ein Verfahren vorgesehen, in welchem zum einen dem betroffenen Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird, zum anderen aber auch Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung festgelegt werden. Diese Maßnahmen können Zielvereinbarungen sein (Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Durchführung von Audits), aber auch bis hin zur Empfehlung von Vergütungsabschlägen oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung reichen.

Benefit für die Patientensicherheit

Zusammenfassend hat sich die externe Qualitätssicherung in Deutschland ausgehend von einer geburtshilflich-kinderärzt-

lichen Einzelinitiative über die Betrachtung von zunächst rein stationär erbrachten Leistungen hinaus weiterentwickelt – zu einem Instrument mit dem Ziel, auch über die stationär-ambulante Sektorengrenze hinweg der Patientensicherheit zu dienen und die Qualität in der medizinischen Versorgung zu sichern und zu fördern.

Dr. med.

Friedemann Woernle

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, war nach langjähriger klinischer Tätigkeit von 2013 bis 2018 Bereichsleiter Medizincontrolling am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg. Seit 2019 ist er ärztlicher Mitarbeiter der GQH und seit 2020 deren Stellvertretender Leiter.



Foto: privat

Dr. med.

**Björn Misselwitz,
MPH**

hat nach seinem Medizinstudium berufsbegleitend Gesundheitswissenschaften studiert. 1997 kam er als ärztlicher Mitarbeiter zur Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH), deren Leiter er seit 2001 ist. Zusätzlich ist er seit Gründung im Jahre 2017 Leiter der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH).



Foto: privat

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Übersicht über die bisher erschienenen Folgen der Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Die Serie wird fortgesetzt.

11/2019	Teil 1: Grundlagen
01/2020	Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure
02/2020	Teil 3: Qualitätssicherung in der Hämotherapie: Plädoyer für eine starke Fehlerkultur
03/2020	Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte
04/2020	Teil 5: Dr. med. Kyra Schneider: Patientensicherheit funktioniert nur im Team
05/2020	Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen
06/2020	Teil 7: CIRSmedical.de – Das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft
07/08/2020	Teil 8: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit – Das Second-Victim-Phänomen
09/2020	Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend



Literatur zum Artikel:

Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend

von Dr. med. Björn Misselwitz, Dr. med. Friedemann Woernle

- [1] Bundesministerium für Gesundheit. Patientensicherheit in Deutschland stärken. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/verbesserung-der-patientensicherheit.html> oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/yy5ala9d> (Zugriff 08.07.2020)
- [2] Scharl, Anton; Berg, Dietrich. Perinatalerhebung: „Mutter“ der QS-Maßnahmen. Dtsch Arztbl 2017; 114(4): A-154 / B-138 / C-138. <https://www.aerzteblatt.de/tref>
- [3] Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern. <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (Zugriff 09.07.2020)
- [4] Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (Zugriff 09.07.2020)
- [5] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. <https://iqtig.org/> (Zugriff 09.07.2020)
- [6] Bundesärztekammer (Hrsg.), Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung. Band 30: Curriculum Ärztliches Peer Review. 2. Auflage 2013. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/ybfc76nm> (Zugriff 09.07.2020)



Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 10: Patientensicherheit: National und International

Für uns Ärztinnen und Ärzte ist dieses Thema so alt wie die Medizin selbst: Primum nil nocere begleitet uns jeden Tag. Mit unserem Arbeitsethos, unserer Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Unterstützung im System fühlen wir uns ausreichend sicher. Gleichwohl gibt es kaum ein inhaltliches Thema, das die Verantwortlichen und die Öffentlichkeit in den Gesundheitssystemen in jüngerer Zeit mehr beschäftigt als die Patientensicherheit.

Warum ist das Thema so aktuell?

Zwei Faktoren sind wesentlich: Einer ist erfreulich, ein anderer eher nicht: Die Patientenversorgung in Medizin und Pflege und deren Rahmenbedingungen unterliegen seit Jahren einem grundlegenden Wandel. Durch die zum Teil bahnbrechenden Erfolge der Medizin, bspw. bei der Behandlung von Tumor-, Herz- Kreislauf- und Infektionskrankheiten (HIV!) und bei Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, sind die Therapien immer öfter nicht nur invasiver, sondern vor allem komplexer und langwieriger geworden. Interdisziplinarität, Abstimmung der einzelnen Behandlungsschritte und Einbeziehung der Patienten sind von zunehmender Bedeutung.

Die bislang im klassischen, also autoritären Stil geführten Einrichtungen, sind diesen Herausforderungen immer weniger gewachsen. Dazu kommt ein beispielloser finanzieller Druck, zum Teil unter der fatalen Flagge des Wettbewerbs – ohne jede Einschränkung, um welche Art Wettbewerb es sich auch immer handeln soll, ob patienten- oder qualitätsorientiert oder finanziell. Die Industrialisierung der Patientenversorgung ist in vollem Gang, ohne ausreichende Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten oder der Gesundheitsberufe. In einer jüngeren Umfrage des Marburger Bundes stellen über 60 % aller Krankenhausärztinnen und -ärzte fest, dass ihnen für die Versorgung der Patienten zu wenig Zeit bleibt.

„Hochwertige Versorgung und humane Betreuung kranker Menschen braucht hochwertige und humane Arbeitsbedingungen“. Mit dieser Zielsetzung ist der Autor in den 1990er-Jahren politisch aktiv geworden. Wenn sich durch politische Entscheidungen, wie bspw. die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG), die Arbeitsbedingungen verschlechtern und Fehler passieren, haftet nicht der Gesetzgeber, sondern der Arzt in letzter Verantwortung. Grund genug, sich zu engagieren.

Das Thema war jahrzehntelang negativ besetzt. Um dies zu ändern – schließlich ist es für unseren Berufsstand eigentlich völlig normal, sich mit Fehlern und Komplikationen zu beschäftigen – wurde der Berliner Gesundheitspreis – der wichtigste Innovationspreis im deutschen Gesundheitswesen – zum Thema „Patientensicherheit“ im Jahre 2002 öffentlich ausgeschrieben.

Die beiden Preisträger waren das Fehlerlernsystem CIRSmedical der Schweiz von Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger und das Fehlerlernsystem in der hausärztlichen Versorgung www.jeder-fehler-zaeht.de von Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Universitätsklinikum Frankfurt. Damit war das Thema positiv besetzt, da mit Lösungen versehen. Risiken in der Versorgung sind kein hinzunehmendes Schicksal, sondern ein Faktor, gegen den man etwas tun kann.

Wie hat sich der Blick auf die Patientensicherheit gewandelt?

2005 war das „Jahr der Patientensicherheit in Deutschland“: Die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) in der Ärztekammer Nordrhein, der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit Patientensicherheit als Hauptthema und eine einstimmige Resolution des Deutschen Ärztetages zum proaktiven Umgang mit Sicherheit und Behandlungsfehlern machten den Weg frei. Seitdem ist das Thema etabliert – ärztlicherseits mit höchster Rückendeckung.

Die Arbeit des APS, mit Prof. Dr. med. Reinhard Strametz, Hochschule Rhein-Main in Wiesbaden, als neuem Generalsekretär, ist international hoch angesehen, fundiert und von hoher Praxisorientierung. Gemeinsame Verantwortung – sonst eher selten – wird hier selbstverständlich praktiziert. Es verantwortet den Paradigmenwechsel der Sicherheitskultur in Deutschland auf nationaler Ebene:

Als im Jahre 2008 das APS mit einer Broschüre „Aus Fehlern lernen“ an die Öffentlichkeit ging – mit 17 Berichten von Ärzten, Krankenschwestern und Physiotherapeuten über „ihren Fehler“ und was sie daraus gelernt hatten – war die mediale Resonanz groß. Da zu diesem Zeitpunkt bereits das Netzwerk APS geschaffen war und zahlreiche Akteure aus allen Bereichen der Patientenversorgung Empfehlungen, Handlungsanweisungen und andere Maßnahmen getroffen hatten, war klar, dass sich die Akteure auf dem richtigen Weg befanden. Die Bild-Zeitung textete folgerichtig: „Sie sind die mutigsten Ärzte Deutschlands“. Die Sicherheitskultur auf nationaler Ebene war um 180 Grad gedreht. Die verantwortungsbewusste und lösungsorientierte Befassung mit Fehlern und unerwünschten Ereignissen ist nunmehr ein angesehenes Qualitätsmerkmal. Mit der neuen Legislaturperiode hat die Bundesärztekammer einen Ausschuss Patientensicherheit unter der Leitung von Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), und des Autors eingesetzt. Das Thema war für den Deutschen Ärztetag 2020 vorgesehen, der wegen Corona ausgefallen ist. Wir bleiben dran.

Wie ist Patientensicherheit im internationalen Kontext zu sehen?

Auf der internationalen Ebene gab es zahlreiche, an Stärke zunehmende Aktivitäten. 1991 zeigte die Harvard Medical Practice Study im New England Journal of Medicine, dass man sich dem Thema systematisch nähern kann. Die Studie „to err is human“ des



Institute of Medicine (IOM) im Jahre 1999 trat eine Lawine los. Zunächst rief die World Health Organization (WHO) 2004 die World Alliance for Patient Safety aus, mit zahlreichen Initiativen, bspw. einem international anwendbaren Curriculum, wie man Patientensicherheit lernen kann.

Zwei Jahre später starteten Aktivitäten der EU-Kommission. Es wurde eine AG eingerichtet, in der alle Länder und Fachinstitutionen mitmachten und die eine sehr gute Empfehlung publizierte. In zwei Evaluationen und zwei Großprojekten, The European Network for Patient Safety (EUNeTPAS) und European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ), wuchs Europa zusammen. Mit EUNeTPAS wurde ein europäisches Netzwerk geschaffen und in PaSQ wurde anhand von weit über 500 Projekten gezeigt, dass es funktioniert.

Im Jahr der Einstellung des EU-Netzwerkes organisierten das britische und das deutsche Gesundheitsministerium den ersten von inzwischen vier Global Ministerial Summits on Patient Safety. Minister und hochrangige Beamte aus ca. 40 Ländern und Fachleute aus allen Bereichen der Patientensicherheit trafen sich über zwei Tage (2016 London, 2017 Bonn, 2018 Tokio, 2019 Dschidda) und erarbeiteten Empfehlungen (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/english-version/international/patient-safety-summit-2019.html>).



Foto: André Wagenzik

Dr. med. Günther Jonitz (Foto): Facharzt für Chirurgie; seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin und Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK); Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der BÄK; Vertreter der BÄK im Kuratorium des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie des Kuratoriums des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG); Gründungsmitglied des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin; Nationaler Fachexperte und Berater des Bundesministeriums für

safety-summit-2019.html). Bemerkenswert ist, dass u. a. die Investition in Patientensicherheit dringend empfohlen wurde. Nachdem zu Beginn noch skandalisiert und dramatisiert wurde, konnte 2017 in Bonn unter deutscher Federführung gezeigt werden, dass ein konstruktiver, gemeinsamer Umgang mit dem Thema erfolgversprechender ist. Dieser Kurs wurde später beibehalten und von der WHO übernommen. Es gibt kaum ein anderes Thema, das mit solcher Regelmäßigkeit auf höchster Ebene begleitet wird. Patientensicherheit leistet einen wichtigen Beitrag zur Zusammenarbeit aller Länder. Wir unterstützen uns gegenseitig.

Auf Vorschlag Deutschlands (APS) wurde vom World Health Assembly der WHO der 17. September als jährlicher Tag der Patientensicherheit ausgerufen. Ein guter Anlass, das Thema regelmäßig zu feiern.

Patientensicherheit: praktische Umsetzung

Wenn man das Thema konzentriert, bleiben zwei wesentliche Elemente übrig:

1. Patientensicherheit kann man lernen. Es gibt Curricula, Kurse, Fortbildungen, Fallkonferenzen und vieles andere mehr. Bitte gehen Sie hin und machen mit!
2. Entscheidend ist die Sicherheitskultur. „You must choose between fear or

Gesundheit für Fragen der Patientensicherheit in internationalen Gremien (u. a. WHO); Leiter der Arbeitsgruppe „Patientensicherheit als nationales Gesundheitsziel“ im Rahmen von Gesundheitsziele.de; Gründungsmitglied und ehemaliger Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V.; Ehrenvorsitzender des Marburger Bund, Landesverband Berlin/Brandenburg. 2016 erhielt er das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für seine Verdienste im Rahmen der Einführung von Patientensicherheit und Evidenzbasierung im Gesundheitswesen (VBHC). Im gleichen Jahr organisierte er den ersten Kongress zur werteorientierten Versorgung in Deutschland. (red)

safety“, stellte dazu Don Berwick, vorläufiger Leiter des Institute of Healthcare Improvement, beim Summit in London fest. Sicherheitskultur ist Führungsaufgabe. Führung kann man lernen, bspw. anhand des Curriculums der Bundesärztekammer. Sicherheitskultur kann man messen, bspw. mit dem Fragebogen des Instituts für Patientensicherheit der Uni Bonn (www.ifpsbonn.de). In 20 von 24 von der Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) befragten Ländern ist die Evaluation der Sicherheitskultur normal.

Mit beiden Themen befasst sich die AG 11 des bundesweiten Projektes www.gesundheitsziele.de. Empfehlungen dazu sind für 2021 zu erwarten.

Welche strategische Bedeutung hat Patientensicherheit?

Patientensicherheit ist ein höchst relevantes und von niemandem zu ignorierendes Thema. Es betrifft primär Patienten. Als sogenannte „zweite Opfer“ sind Ärzte oder Krankenpflegekräfte, denen ein Fehler unterlaufen ist, betroffen und letztlich die Organisation, in der sie tätig sind. Patientensicherheit ist bestens geeignet, Abläufe der Patientenversorgung, die Zusammenarbeit der Akteure und die Patientenorientierung des Versorgungssystems konstruktiv-kritisch unter die Lupe zu nehmen. Critical-Incident-Reporting-Systems (CIRS) sind die dafür inzwischen flächendeckende Basis. Aus Fehlern lernen ist das Leitmotiv. Durch die Verbesserung der Patientensicherheit kommt es zu einer „win-win-win-Situation“ mit Vorteilen für den Patienten, für die Gesundheitsberufe und für das Gesundheitssystem durch mehr Vertrauen, höhere Qualität und geringere Kosten. Der Umgang mit Fehlern sollte grundsätzlich positiv ausgerichtet sein. Das Thema ist zwar wenig erfreulich, aber die richtige Herangehensweise ist möglich und somit eine frohe Botschaft. Sie ist ein konkreter Ausdruck ärztlicher Haltung.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin
E-Mail: g.jonitz@aekb.de
Website: www.aerztekammer-berlin.de



Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 11: Risikomanagement: „Kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf“ – ein Gespräch mit Dr. med. Heike Kahla-Witzsch

Wozu wird ein Risikomanagementsystem benötigt? Aus welchen Komponenten besteht es? Welche Vorteile ergeben sich daraus für die Organisation? Welchen Einfluss haben aktuelle Entwicklungen? Der 11. Teil dieser Serie dreht sich im Gespräch mit Dr. med. Heike Kahla-Witzsch um den Einfluss von Risikomanagementsystemen auf die Patientensicherheit.

Welchen Nutzen hat das Risikomanagement (RM) insbesondere in Bezug auf die Patientensicherheit?

Dr. med. Heike Kahla-Witzsch, MBA: Klinisches RM regelt die Strukturen, Verantwortlichkeiten und erforderlichen Maßnahmen zu einem bewussten Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung. Es unterstützt die Führungsverantwortlichen im bestmöglichen Umgang mit Risiken und ist Teil einer guten Unternehmensführung. So können vermeidbare Schädigungen auf das geringstmögliche Maß reduziert werden – denn absolute Sicherheit kann es nicht geben.

Welche Ansätze verfolgt RM?

Kahla-Witzsch: Das primäre Ziel von RM ist die Früherkennung von Risiken und deren Bewältigung, bevor sie einen schwerwiegenden Schaden verursachen. Die zunehmende Komplexität der Patientenversorgung und die damit einhergehenden Risiken können damit natürlich nicht aufgehoben werden, jedoch kann RM einen Beitrag dazu leisten, mit dieser Komplexität besser umzugehen.

Ferner hilft RM bei der Priorisierung der wesentlichen Risiken. Hier gilt: Weniger ist mehr! Denn das Ziel ist es, aus der Fülle der Risiken diejenigen zu identifizieren, die ein hohes Schadensausmaß verbunden mit einer hohen Eintrittswahrscheinlichkeit aufweisen. So können gezielte Maßnahmen gegen diese relevanten Risiken entwickelt werden. Weiterhin fördert RM das Lernen aus Fehlern und den Aufbau einer Sicherheitskultur. Damit leistet es ei-

nen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Patienten- aber auch der Mitarbeitersicherheit – beispielsweise im Hinblick auf die Second-Victim-Problematik. (Siehe Teil 8, HÄBL 07/08 2020, S. 444).

Ist RM ausreichend gesetzlich verankert?

Die Qualitätsmanagementrichtlinie des G-BA [1] gibt klare Vorgaben zum klinischen RM. In Hessen werden diese durch die Patientensicherheitsverordnung [2] von 2019 ergänzt. Hessen fordert auch als bisher einziges Bundesland von Krankenhäusern, qualifizierte Patientensicherheitsbeauftragte zu benennen. Die gesetzlichen Grundlagen sind in jedem Falle ausreichend. Die entscheidende Frage ist jedoch, wie diese umgesetzt, überprüft und bewertet werden.

Wie beurteilen Sie den Umsetzungsstand von Risikomanagement im deutschen Gesundheitswesen?

Kahla-Witzsch: Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen betreiben Einrichtungen des Gesundheitswesens seit langem ein betriebswirtschaftliches RM. Das klinische RM erhielt einen deutlichen Schub mit dem Patientenrechtegesetz [3] aus

dem Jahr 2013, das im SGB V [4] klinisches RM und Maßnahmen zur Patientensicherheit fordert. Viele Einrichtungen haben seitdem zahlreiche Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit wie zum Beispiel OP-Checklisten oder Patientenidentifikationsarmbänder eingeführt. Häufig jedoch fehlt ein strukturiertes Vorgehen – das eigentliche RM-System. Auch ist die Sichtweise von RM eher präventiv, vorausschauend – Organisationen handeln jedoch häufig reaktiv und ergreifen Maßnahmen erst nachdem ein Ereignis eingetreten ist, um es zukünftig zu verhindern.

Warum braucht klinisches Risikomanagement eine Struktur?

Kahla-Witzsch: RM verfolgt einen ganzheitlichen, systemischen Ansatz, da Risiken in allen Bereichen auftreten können und sich häufig gegenseitig beeinflussen. Zudem sind ihre Ursachen oft komplex und erfordern ein ganzes Maßnahmenbündel unter Beteiligung verschiedener Professionen und Abteilungen. Damit RM gelingt, braucht es daher eine Struktur mit klaren Regeln und Verantwortlichkeiten zur Koordination dieser Aktivitäten sowie die erforderlichen Ressourcen.

Foto: Anne Katharina Simon



Dr. med. Heike A. Kahla-Witzsch, MBA, (Foto) ist Fachärztin für Urologie und absolvierte diverse nationale und internationale Studien und Weiterbildungen zum Qualitäts- und Risikomanagement. Sie erwarb u. a. die Bezeichnungen Master in Total Quality Management, Ärztliches Qualitätsmanagement, Master of Business Administration (MBA) und ist zertifizierte Risikomanagerin nach ONR 49003. Als Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik für Uro-

logie und Kinderurologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main arbeitete sie an der Einführung eines QM-Systems und der Zertifizierung der Klinik. Im Anschluss leitete sie bis 2005 die Stabsstelle Qualitätsmanagement des Klinikums. Aktuell ist sie als selbstständige Beraterin und Auditorin im Gesundheitswesen tätig und bildet klinische Risikomanager aus. Die Autorin von diversen Fachbüchern ist als Dozentin für die Landesärztekammer Hessen aktiv. 2001 erhielt sie den Theodor-Stern-Stiftungspreis der Theodor Stern-Stiftung zur Förderung des Universitätsklinikums Frankfurt am Main.

Warum ist RM eine Führungsaufgabe?

Kahla-Witzsch: Wie der Name schon sagt, befasst sich RM mit dem Management, also dem Umgang und der Steuerung von Risiken. Dies ist eine originäre Führungsaufgabe. Die Krankenhausleitung verantwortet das RM-System und benennt die Risikoeigner für spezifische Risiken. Das sind Führungskräfte, die die Kompetenz und Befugnis haben, bezüglich eines Risikos Entscheidungen zum Umgang damit zu treffen und Maßnahmen zu verantworten. So ist beispielsweise der Chefarzt der Risikoeigner für Patientensicherheitsrisiken in seinem Verantwortungsbereich. Eine weitere Führungsaufgabe ist die Gestaltung der Sicherheitskultur der Organisation. Ohne diese kann RM nur wenig bewirken. Führungskräfte haben auch eine besondere Vorbildfunktion im Umgang mit Risiken und sicherheitsbewusstem Arbeiten.

Wie hängen Qualitätsmanagement, RM und Patientensicherheit zusammen?

Kahla-Witzsch: RM und Qualitätsmanagement (QM) bilden zwei Seiten einer Medaille – daher empfiehlt die G-BA-Richtlinie auch Doppelstrukturen tunlichst zu vermeiden und einen integrativen Ansatz zu verfolgen. Die Aufgabe des QM besteht primär darin, Prozesse und Abläufe eines Krankenhauses so zu regeln, dass sie sicher und zuverlässig funktionieren und zum gewünschten Ergebnis führen. Dazu müssen die erforderlichen Strukturen und Ressourcen gegeben sein. Lange Zeit zielte QM auf Patientenzufriedenheit, Effizienz und Effektivität. Nun fordert die G-BA-Richtlinie Patientensicherheit als primäres Ziel und bedient sich hierzu der Instrumente des RM. Während QM eher den Normalbetrieb regelt, befasst sich RM mit den Katastrophen, den „credible worst cases“. Dabei nutzt es die Ressourcen des QM zur Risikosteuerung. RM kann bewirken, dass QM sich auf die Prozesse und Tätigkeiten mit einem hohen Gefährdungspotenzial konzentriert. Insgesamt geht es also nicht um die Frage, ob wir QM oder RM betreiben – wir benötigen beides.

Wie kann die praktische Umsetzung von Risikomanagement gelingen?

Kahla-Witzsch: Zuerst muss die Leitungsebene ein gemeinsames Verständ-

nis für die Etablierung eines RM-Systems und seiner Ziele entwickeln. Dann muss analysiert werden: Welche Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit bestehen und wie wirksam

sind sie? Wie stellen wir die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen sicher? Wie sind Verantwortlichkeiten geregelt und welche Kommunikationsstrukturen bestehen? Und: Welche Instrumente des klinischen RM sind bereits vorhanden, beispielsweise Fehlermeldesysteme, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M), Risikoaudits, und wie wirksam sind sie? Danach sollten die relevanten Risiken für die Einrichtung ermittelt werden.

Auf dieser Grundlage wird eine RM-Strategie festgelegt, die Ziele, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten, Methoden und mögliche Ressourcen regelt. Der Betrachtungshorizont erstreckt sich hierbei auf drei bis fünf Jahre – denn RM ist kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf. Die größte Herausforderung ist meines Erachtens dann die Entwicklung einer Sicherheitskultur. Natürlich wollen alle eine sichere Patientenversorgung und niemand möchte willentlich einem Patienten schaden. Doch wenn es zu Zielkonflikten, beispielsweise zwischen ökonomischen und Zielen der Patientensicherheit kommt, entscheidet man im Zweifel für die Sicherheit? Oder: Wie geht man mit Fehlern um?

Welche Rolle spielt der einzelne Arzt im Hinblick auf die Umsetzung von RM?

Kahla-Witzsch: Patientenversorgung und die dabei auftretenden Risiken sind interdisziplinär, interprofessionell und sektorenübergreifend zu betrachten. Natürlich tragen Ärzte eine besondere Verantwortung im Rahmen einer sicheren Patientenversorgung und jeder ist für sein individuelles Handeln verantwortlich. Doch ein einzelner Arzt kann bei systembedingten Risiken nur wenig ausrichten. Patientensicherheit ist damit immer Ergebnis einer Teamleistung.



Grafik: © Dr. med. Heike Kahla-Witzsch

Was sind aus Ihrer Sicht derzeit die wichtigsten Risikoaspekte im Hinblick auf Patientensicherheit in Klinik und Praxis?

Kahla-Witzsch: Es gibt keinen allgemeingültigen Katalog der Patientensicherheitsrisiken, zumal sich diese je nach Fachgebiet, Versorgungsstufe und Sektor in Art, Ursachen und Auswirkungen erheblich unterscheiden können. Doch einige Risiken können in vielen Bereichen auftreten. Dies trifft zum Beispiel auf Risiken im Medikationsprozess, auf nosokomiale Infektionen, Verwechslung von Patienten, Befunden oder Eingriffen, Fehldiagnosen oder Fehlbehandlungen zu. Besonders an Schnittstellen oder Sektorengrenzen können durch Informationsverluste oder -fehler Risiken entstehen. Weitere Risikoursachen können im Umgang mit Medizinprodukten, der Überforderung oder Überlastung des Personals oder Sprachbarrieren liegen, um nur einige zu nennen.

Welchen Einfluss hat die aktuelle Entwicklung zur Covid-19-Pandemie auf Risikomanagement-Systeme?

Kahla-Witzsch: Ich hoffe sehr, dass aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie die Erkenntnis erwächst, dass ein eingeübtes Notfall- und Krisenmanagement als Teil des klinischen RM hilfreich bei der Bewältigung außergewöhnlicher Ereignisse ist, ob dies nun eine Pandemie oder ein Ereignis anderer Art ist – ganz gemäß dem Grundsatz: Rechne mit dem Schlimmsten, bereite dich vor und hoffe auf das Beste.

**Interview: Silke Nahlinger,
Karin Israel-Laubinger, Nina Walter**

Die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Literatur zum Artikel:

Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 11: Risikomanagement: „Kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf“ – ein Gespräch mit Dr. med. Heike Kahla-Witzsch

- [1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016. <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> oder https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlinks: <https://tinyurl.com/y6cwafbf> oder <https://tinyurl.com/y7okbgfu>
- [2] Patientensicherheitsverordnung (PaSV) vom 30. Oktober 2019, Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, 12. November 2019
- [3] Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013. https://www.bgb.de/xaver/bgb/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGB&bk=Bundesanzeiger_BGB&start=/%5B@attr_id=%27bgb113s0277.pdf%27%5D%_bgb113s0277.pdf%27%5D%_1598451250800 (Zugriff 26.08.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yytajxc9>
- [4] Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBI. I S. 2477) § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135a.html (Zugriff 10.08.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yd95zfr6>



Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 12: Patientensicherheit in der Landesärztekammer Hessen – Experten berichten aus den Abteilungen

Wie setzt die Landesärztekammer Hessen das Thema Patientensicherheit in ihrem Arbeitsalltag um? Welche Planungen, Maßnahmen und Projekte gibt es in den einzelnen Abteilungen? Was bedeutet „Patientensicherheit“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH?

Der 12. Teil der Serie zeigt, an wie vielen Stellen Patientensicherheit auch außerhalb der klinischen Versorgung eine wichtige Rolle spielt.

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen



Foto: Peter Jülich

Patientensicherheit ist für die LÄKH als Berufsvertretung der hessischen Ärzteschaft sehr wichtig. Wir setzen uns für vernünftige ärztliche Qualitätssicherung ohne bürokratische Gängelung, gute Arbeitsbedingungen und die Förderung von Fort- und Weiterbildung ein. Auch einige unserer Kernaufgaben wie die Ausübung der Berufsaufsicht oder die Beratung und Information der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sind wesentlich für die Patientensicherheit. Das Thema begleitet uns auch 2021 – über die Mitgliedschaft im Landesbeirat Patientensicherheit gemäß Hessischer Patientensicherheitsverordnung, im Ausschuss Patientensicherheit der Bundesärztekammer und im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Dr. med. Alexander Marković, MBA, Ärztlicher Geschäftsführer der LÄKH



Foto: Katja Kölsch

Meine früheren Tätigkeiten in großen Blutspendediensten mit ihren differenzierten Qualitätsmanagementsystemen und die ärztliche

Verantwortung für die Hämotherapie haben mich bis heute geprägt, da sie das Wesen ärztlichen Handelns sowie der vorausschauenden, begleitenden und prüfenden Sicherung von Qualität widerspiegeln. Der gemeinsame Nenner der von mir in der LÄKH verantworteten Abteilungen ist die Qualifizierung und Prüfung von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten, außerdem die Pflege der Datenbestände von hessischen Ärztinnen und Ärzten sowie von Patienten mit bösartigen Erkrankungen. Die Patientenversorgung muss in den Händen hoch qualifizierter Ärzte, unterstützt von medizinischen Assistenzberufen, liegen. Diese müssen aus Krankheitsdaten lernen können, um die Versorgung von Menschen zu verbessern.

Manuel Maier, Justiziar der LÄKH



Foto: Katarina Ivarisevic

Berufsaufsicht ist Patientensicherheit: Eine wesentliche gesetzliche Aufgabe der LÄKH ist die Überwachung der Erfüllung der Berufspflichten von Kammerangehörigen. Die von der LÄKH beschlossene Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) enthält grundlegende rechtliche und ethische Prinzipien, die Patienten und das Patienten-Arzt-Verhältnis schützen. Die Rechtsabteilung berät Ärzte in allen Belangen der BO und wirkt damit präventiv bei der Patientensicherheit mit. Das Patienten-Arzt-Verhältnis ist auf Vertrauen gegründet. Deshalb führt die BO Pflichten für Ärzte auf, die beispielhaft von der Aufklärung der Patienten über die Behandlung (§ 8 BO), der Schweigepflicht (§ 9 BO) bis zur gewissenhaften Ausübung des Berufes (§ 2 BO) reichen. Aber auch die Dokumentation und Herausgabe von Patientenunterlagen (§ 10 BO) sowie die Wahrung der ärztli-

chen Unabhängigkeit (§ 30 BO) gehören zum Pflichtenkreis. Patienten steht die Möglichkeit offen, sich bei Problemen in der Patienten-Arzt-Beziehung mit einer schriftlichen Beschwerde an die Rechtsabteilung zu wenden. Hierfür steht ein Online-Formular nebst Schweigepflichtentbindungserklärungsformular bereit. Die Rechtsabteilung bzw. die Bezirksärztekammern bitten den Arzt um Stellungnahme und können zumeist eine Klärung des Sachverhaltes herbeiführen. Ferner gibt die Rechtsabteilung bei Fragen über die Angemessenheit von ärztlichen Honorarforderungen gutachtliche Äußerungen ab. Bei Behandlungsfehlervorwürfen von Patienten steht die Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der LÄKH zur Verfügung.

Nina Walter, Leiterin der Stabsstelle



Foto: Katarina Ivarisevic

Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie, Stellv. Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH

Für mich als Ärztin ist Patientensicherheit selbstverständlicher Teil ärztlichen Handelns. Sie ist Bestandteil und Ziel des Qualitäts- und Risikomanagements sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch bei uns in der Stabsstelle Qualitätssicherung. Zu unseren Aufgaben gehören verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen – einige davon sind auf Initiative der Ärzteschaft entstanden, z. B. die Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin. Hier tauschen wir uns eng mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen vor Ort aus. So gewinnen wir Eindrücke aus der direkten Patientenversorgung und können aktuelle Herausforderungen identifizieren, die in die Weiterentwicklung unserer Maßnahmen einfließen.



Jens Sudmann, Ärztlicher Leiter der Abteilung Weiterbildung der LÄKH



Foto: Katja Kälsch

Die Arbeit der Weiterbildungsabteilung trägt maßgeblich dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte während und nach ihrer Weiterbildung ihre Patienten kompetent versorgen und behandeln können. Die Prüfung vollständig und korrekt erworbenen Weiterbildungsinhalte und der Einhaltung von Mindestzeiten und Richtzahlen für den Kompetenzerwerb sowie praxisorientierte Facharztprüfungen sichern die Qualität der Ärztlichen Weiterbildung. Auch mit der Durchführung von Fachsprachenprüfungen und der Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen trägt unsere Abteilung zu mehr Sicherheit in der Patientenbehandlung bei.



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Rudolf Tinneberg (Foto links), Vorsitzender des Akademievorstands; Sandra Bauer, M. A. (rechts), Dr. Aline Zetsche (Mitte), Akademieleitung

In allen unseren Veranstaltungen geht es um die bestmögliche Patientenbehandlung und um die Verankerung wissenschaftlicher Erkenntnisse im ärztlichen Alltag. Dazu wendet die Akademie methodenorientiertes Lernen und Trainieren an und baut Kommunikation, Übungsszenarien, Exkursionen, Projekt- und Gruppenarbeit weiter aus. So soll bei den Teilnehmenden die effektive Nutzen-/Risiko-Bewertung bei komplexen Krankheitsbildern gestärkt werden. Beispiele sind Kurs-Weiterbildungen wie Krankenhaushygiene und Ärztliches Qualitätsmanagement sowie Fortbildungen wie Antibiotic Stewardship, die stark vom Qualitätsmanagement inspiriert sind und sich besonders intensiv mit der Patientensicherheit befassen.

Patientensicherheit jetzt mit eigener Website online

Patientensicherheit und Fehlerkultur sind der Landesärztekammer Hessen ein wichtiges Anliegen. Dies gilt nicht zuletzt für die Stabsstelle Qualitätssicherung – hier sind viele Maßnahmen und Projekte direkt vom Thema Patientensicherheit beeinflusst. Grund genug, dafür einen eigenen Websitebereich einzurichten. Unter <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/patientensicherheit> (Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3dudsd4>) können Neuigkeiten, Statements und Termine zur Patientensicherheit eingesehen wer-

den. Auch die Artikel der Serie Patientensicherheit im Hessischen Ärzteblatt seit Ausgabe 11/2019 sind hier abrufbar. Das Angebot wird um die Frage des Monats und Verlinkungen auf themenrelevante Seiten ergänzt. Aktuell befindet sich der Bereich noch im Aufbau. Weitere interessante Inhalte werden folgen.



Der QR-Code führt direkt zur Website.
**Stabsstelle
Qualitätssicherung
der LÄKH**

Roswitha Barthel, Assessorin jur., Leiterin Abt. Ausbildungsweisen: Medizinische Fachangestellte



Foto: Caroline Winkler

Wir sind in unserer Abteilung für die Beratung und die Überwachung der Berufsausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) zuständig. So tragen wir dazu bei, den MFA eine erfolgreiche Berufsausbildung zu ermöglichen und Ärztinnen und Ärzte mit qualifizierten Fachkräften zu versorgen. Beides sind wesentliche Aspekte für die Patientensicherheit in den Praxen und Kliniken. Es wird z. B. darauf geachtet, dass verantwortungsvolle praktische Aufgaben nicht verfrüht an die MFA-Auszubildenden übertragen werden oder durch Überprüfung der Sprachkompetenz eine sichere Patientenkommunikation gefördert wird. Abschließend gewährleisten wir mit den Prüfungen, dass die für die Berufsausbildung notwendige Qualifikation vorliegt.

Silvia Happel, Dipl. Med.-Päd., Schulleiterin der Carl-Oelemann-Schule (COS) der Landesärztekammer Hessen



Foto: privat

Patientensicherheit ist bei fast allen Lerninhalten der COS übergeordnetes

Handlungsziel, auch wenn das Wort wenig erwähnt oder erläutert wird. In den Qualitätszielen der COS ist das Thema als wichtiges Kriterium für die Bildungsinhalte indirekt mit dem Begriff „Patientenversorgung“ verankert. Trotzdem sollte bei den Aus- und Fortbildungsinhalten von MFA der Aspekt Patientensicherheit direkter herausgearbeitet werden. Dies schließt nicht nur den Datenschutz, sondern im Sinne des Risikomanagements alle Handlungen und Prozesse ein. Mit zunehmender Delegation ärztlicher Leistungen an MFA ist es wichtig, dass die Berufsgruppe aktiv über Maßnahmen zur Sicherstellung der Patientensicherheit mitdiskutiert.

Dr. jur. Katharina Deppert, Vorsitzende der Gutachter- und Schllichtungsstelle (GuS) der LÄKH, Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof a. D.



Foto: Manuel Maier

Es ist selbstverständlich, dass vermutete Fehler und Zwischenfälle in ärztlichen Behandlungen benannt und aufgearbeitet werden. Für die Patientensicherheit ist dies unumgänglich. Auch wenn nach Abschluss eines solchen Verfahrens festgestellt werden kann, dass kein Fehler vorlag, können doch zum Beispiel organisatorische Defizite oder Kommunikationshürden im Arzt-Patienten-Verhältnis ausgeräumt werden. Dies bie-



Patientensicherheit

tet die Chance, das Vertrauen zwischen Patient und Arzt wieder herzustellen und ist im Hinblick auf die Förderung der Patientensicherheit ein wichtiges Ziel der Gutachter- und Schlichtungsstelle der LÄK Hessen.

Dr. jur. Anja Schneider, Leiterin der Geschäftsstelle der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen



Foto: Katja Kölsch

Neben der Forschungsqualität steht die Patientensicherheit im Fokus der Arbeit der Ethik-Kommission. Beraten werden die unterschiedlichsten Forschungsvorhaben und oberste Priorität hat bei allen Entscheidungen immer das Wohl der Patienten.

Die Geschäftsstelle der Ethik-Kommission bereitet die inhaltliche Arbeit der Kommission vor und setzt deren Entscheidungen innerhalb der gesetzlichen Vorgaben um. Trotz zukünftiger Änderungen durch eine Verordnung der Europäischen Union bleibt in Deutschland die Ethik-Kommission ein fester Bestandteil bei der Überprüfung von Forschungsvorhaben. Dafür konnte sich der Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e. V. erfolgreich einsetzen – dies ist ein wichtiges Signal für die Patientensicherheit.

Dr. med. Michael Weidenfeld,



Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden – stellvertretend für alle sechs Bezirksärztekammern der LÄKH

Patientensicherheit ist ein wichtiger Pfeiler in der Arzt-Patienten-Beziehung und hat viele unterschiedliche Aspekte – sie reichen von der Beschaffenheit der Praxisräume über die Herstellung größtmöglicher Therapiesicherheit bis hin zur Sicherheit ärztlicher Kenntnisse, die über Fortbildungen aktuell gehalten werden müssen. Die Bezirksärztekammer Wiesbaden unterstützt daher viele verschiedene Aktivitäten der Ärzte vor Ort und plant und führt selbst eigene Maßnahmen durch, um die Patientensicherheit zu fördern – zum Beispiel die Unterstützung lokaler Qualitäts-, Wund- und Schmerzzirkel, Tumorboards und Fortbildungen.

Katja Möhrle, M.A., Leiterin der Stabsstelle Medien – Öffentlichkeitsarbeit und Hessisches Ärzteblatt



Regelmäßig machen Behandlungsfehler Schlagzeilen in Presse, Rundfunk und Fernsehen. Aufgabe

der Stabsstelle Medien ist es, deutlich zu machen, dass die Ärzteschaft das Problem frühzeitig erkannt und offensiv mit einer Fehlervermeidungskultur darauf reagiert hat. Jedes Jahr informieren wir mit einer Pressemitteilung über die statistischen Daten der Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen zu vermuteten und nachgewiesenen Behandlungsfehlern, die einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit leisten. Intensive Gespräche mit Journalisten, regelmäßige Veröffentlichungen auf der Webseite und im Hessischen Ärzteblatt dienen dazu, das Thema Patientensicherheit in der Öffentlichkeit transparent darzustellen. Dabei geht es nicht nur um die Vermeidung von Behandlungsfehlern, sondern um die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsmethoden durch qualitativ hochwertige ärztliche Fort- und Weiterbildung und von der Ärzteschaft mitentwickelte Zertifizierungssysteme für Krankenhäuser und Arztpraxen.

Die ausführlichen Statements werden im Monatsrhythmus unter www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/patientensicherheit bzw. <https://tinyurl.com/y3dudsd4> veröffentlicht. Auch 2021 setzen wir die Serie Patientensicherheit mit interessanten Beiträgen in loser Folge fort.

Übersicht über die bisher erschienenen Folgen der Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Die Serie wird in loser Folge fortgesetzt.

11/2019	Teil 1: Grundlagen
01/2020	Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure
02/2020	Teil 3: Qualitätssicherung in der Hämotherapie: Plädoyer für eine starke Fehlerkultur
03/2020	Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte
04/2020	Teil 5: Dr. med. Kyra Schneider: Patientensicherheit funktioniert nur im Team
05/2020	Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen
06/2020	Teil 7: CIRSmedical.de – Das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft, Interview mit Dr. med. Christian Thomeczek
7/8/2020	Teil 8: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit – Second-Victim-Phänomen, von Prof. Dr. med. R. Strametz
09/2020	Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend, Autorenteam der GQH
10/2020	Teil 10: Patientensicherheit: National und International, von Prof. h. c. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz
11/2020	Teil 11: Risikomanagement: „Kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf“, Gespräch mit Dr. med. H. Kahla-Witzsch
12/2020	Teil 12: Patientensicherheit in der Landesärztekammer Hessen – Experten berichten aus den Abteilungen



Serie Teil 13: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Qualitätszirkelarbeit – Der Patient und seine Sicherheit stehen immer im Mittelpunkt

Gespräch mit Monika Buchalik, LÄKH-Vizepräsidentin und Allgemeinmedizinerin

Qualitätszirkel sind ein bekanntes, bewährtes und gut etabliertes Qualitätssicherungsinstrument in der vertragsärztlichen Versorgung. Welchen Beitrag sie zur Verbesserung der Patientensicherheit leisten, berichtet Monika Buchalik, die seit 1999 erfolgreich Qualitätszirkel leitet. Die niedergelassene Allgemeinmedizinerin ist Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen.

Seit wann leiten Sie Qualitätszirkel?

Monika Buchalik: Meinen eigenen Qualitätszirkel (QZ) für die Maintaler Ärzteschaft (Haus- und Gebietsärzte) gründete ich vor ca. 20 Jahren, da ich schon immer Fortbildungen wichtig fand, aber keine Veranstaltungen mit Sponsoring besu-

chen wollte. Seit dieser Zeit organisiere, leite und moderiere ich die Sitzungen. Zunächst nahmen Kolleginnen und Kollegen aus Maintal teil, dann wurde der Einzugsbereich des QZ auf Hanau und dann nochmals auf den Main-Kinzig-Kreis erweitert. Zusätzlich besuche ich noch einen QZ der Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, der sich an Lehrpraxen richtet.

Welche organisatorischen Voraussetzungen gibt es für die QZ-Arbeit?

Buchalik: Diese legt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) fest. Mein eigener QZ findet viermal im Jahr statt, was den KVH-Vorgaben entspricht. Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie mussten 2020

die meisten Sitzungen jedoch abgesagt werden. Im Dezember konnte trotzdem eine Sitzung in Präsenz stattfinden – was die meisten meiner QZ-Kollegen bevorzugen. Um einen QZ leiten zu dürfen, wird zwingend die Ausbildung zum Moderator benötigt, die ich vor vielen Jahren bei der KVH absolviert habe. An unserer letzten Sitzung nahmen 20 Kollegen teil. Die KVH begrenzt die Teilnehmerzahl auf bisher maximal 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, damit ein guter, aktiver Austausch möglich ist. Ich organisiere alle Sitzungen mit einer Einladungsfrist von ca. vier Wochen selbst, drucke alle Unterlagen, wie Teilnahmeliste und -bescheinigungen aus und miete einen großen Raum möglichst mit Tischen an. Zu allen Sitzungen muss ein Protokoll erstellt und bei der KVH eingereicht werden, die die Qualität prüft. Die KVH unterstützt auch bei formalen Fragestellungen – alle Ansprechpartner dort sind freundlich und kompetent.

Wie läuft eine QZ-Sitzung bei Ihnen ab?

Buchalik: Zunächst gibt es ein Facharztreferat zu relevanten Themen für die Hausarztpraxis – z. B. Dyspnoe bei Herzinsuffizienz, Asthma und COPD (chronic obstructive pulmonary disease) oder Pharmakotherapie. Nach dem Vortrag findet ein Austausch der Kollegen miteinander und mit den Facharztkollegen zu Beispielfällen statt. Im Mittelpunkt aller Diskussionen steht aber immer der Patient, wenn z. B. darüber gesprochen wird, welche Therapieentscheidung sinnvoll ist oder wie die Lebensqualität verbessert werden kann. Statt sich also alleine auf häufig aktualisierungsbedürftige Leitlinien zu stützen, entstehen so gemeinsam oft bessere Ansätze. Die Sitzungen dauern 1,5 Stunden – nach einem anstrengenden Praxistag und bei anspruchsvollen Fachthemen erfordert die Teilnahme an den QZ eine hohe Motivation und Disziplin. Trotzdem wurde ich von



Foto: privat

Monika Buchalik, Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen (Foto), ist Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Weiterbildungsermächtigung in Maintal. Ihre Praxis ist akademische Lehrpraxis der Goethe-Universität Frankfurt am Main und der Philipps-Universität Marburg. Buchalik engagiert sich neben ihrer ärztlichen Tätigkeit für viele berufspolitische Themen. Als Obfrau war sie für den Zusammenschluss dreier Notdienste-

zentralen zur Ärztlichen Bereitschaftsdienstzentrale „Main-Kinzig-West“ verantwortlich. Sie ist Bundesdelegierte beim Deutschen Hausärzteverband, dritte Vorsitzende des Hausärzteverbandes Hessen sowie Mitglied des Deutschen Ärztinnenbundes. Der Delegiertenversammlung der LÄKH gehört Buchalik seit 2001 an, seit 2004 als Mitglied des Präsidiums. Als Mitglied der Vertreterversammlung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) engagiert sie sich seit 2002. Die Listenführerin der ÄrztINNEN Hessen ist seit 2007 Mitglied des Vorstands der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, berät zu diesem Thema auch den Vorstand der KVH. Sie ist seit 2015 Mitglied der Arbeitsgruppe „Allgemeinmedizin“ im Ausschuss „Versorgung“ der Bundesärztekammer (BÄK), Mitglied der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin der BÄK und seit 2017 stellvertretende Delegierte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. [1]



der KVH inzwischen gebeten, zwei QZ-Sitzungen nacheinander anzubieten, da die Nachfrage so groß ist.

Wie verbessern QZ die Patientensicherheit?

Buchalik: Wichtig für die Patientensicherheit ist beim Arztberuf immer der neueste Stand der medizinischen Erkenntnis und dass man sich in seinen Entscheidungen daran orientiert, aber auch, dass man engagiert und selbstkritisch bei seiner Arbeit ist. Dazu trägt die QZ-Arbeit entscheidend bei.

Welche Vorteile hat die QZ-Arbeit aus Ihrer Sicht?

Buchalik: Durch die Vorträge erfahrener Hausärzte und Gebietsärzte werden die QZ-Teilnehmer auf dem neuesten Stand fortgebildet. Es ist sehr wichtig, dass sich Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin schlau machen, da sie mit einem breiten Spektrum von Themen und Fragestellungen in der Praxis konfrontiert sind. Die QZ dienen somit immer auch dazu, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse an die breite Basis zu bringen. Gleichzeitig wird durch den gemeinsamen Austausch auch die kollegiale Zusammenarbeit der Hausärztinnen und Hausärzte untereinander und mit den Gebietsärzten gefördert. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sind meist kollegial im Umgang und gewohnt, Probleme in der Behandlung zu besprechen. So empfinde ich die Arbeit in meinem QZ als gut, denn sie läuft offen, höflich, aber kritisch ab und bringt die Teilnehmer und mich fachlich weiter. Die gemeinsame Diskussion eröffnet immer wieder neue Aspekte und erweitert so das eigene Spektrum. Alle lernen aus dem Vortrag und dem Input der Kolle-

Genderneutrale Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. (red)

Qualitätszirkelarbeit in Hessen

Qualitätszirkel (QZ) sind ein Qualitätssicherungsinstrument in der vertragsärztlichen Versorgung. Ärzte und Psychotherapeuten gründen dabei eigeninitiativ Arbeitskreise und besprechen Behandlungen unter Zuhilfenahme der Leitlinien. QZ dürfen nur von qualifizierten Moderatoren geleitet werden. Mindestens sind fünf, maximal 20, in Ausnahmefällen bis zu 30 Teilnehmer für die Sitzungen vorgesehen. Die Inhalte „sind unabhängig von kommerziellen oder werbenden Interessen Dritter“ [2].

Die QZ können zertifiziert werden und die Teilnehmer somit Fortbildungspunkte erhalten. Pro Jahr sollen mindestens vier Sitzungen stattfinden, die protokolliert werden müssen – das Protokoll wird der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) vorgelegt. Aktuell sind aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie auch

Onlinesitzungen möglich. Die KVH unterstützt die QZ-Arbeit mit verschiedenen Angeboten, zu denen zum Beispiel die Moderatorenausbildung gehört. Auch bei der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen kann die Moderatorenqualifikation für QZ erworben werden – als separates Angebot oder in der Kursweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem (Muster-)Kursbuch der Bundesärztekammer. Für neue QZ muss bei der KVH ein Anerkennungsantrag gestellt werden. Informationen und Ansprechpartner im Internet: www.kvhessen.de/qualitaetszirkel/ und im Veranstaltungskalender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung unter dem Stichwort „Qualitätsmanagement“ (Kurzlink: <https://tinyurl.com/wmhs7tu8>) [2, 3]. (QS)

genschaft. Außerdem haben selbstorganisierte Fortbildungen, die ohne ein Sponsoring stattfinden können, einen großen Wert für die Ärzteschaft.

Was konnte durch die QZ-Arbeit im Lauf der Zeit verändert werden?

Buchalik: Regional hat sich die Zusammenarbeit zwischen Praxen und Kliniken sehr verbessert. Der Austausch ist kollegialer geworden. Die Allgemeinmediziner sind inzwischen sehr viel besser untereinander und mit den Gebietsärzten (stationär wie ambulant) vernetzt. Das gegenseitige Kennenlernen hat viele Hürden in der Zusammenarbeit abgebaut. Wenn man sich aus dem QZ kennt, können z. B. Praxisvertretungen viel leichter organisiert werden. Viele Schwellenproblematiken konnten gelöst werden. Dies führt zu einem viel besseren Informationsfluss bei Patientenüber- und -einweisungen, z. B. beim Austausch von Vorbefunden. QZ führen insgesamt zu einer Stärkung des Wir-Gefüls in der Ärzteschaft. Wahrscheinlich wird es zukünftig immer mehr QZ geben, da nach meiner Erfahrung jüngere Kollegen oft froh sind zu lernen und noch stärker im Teamwork beheimatet sind.

Was raten Sie Kollegen, die einen QZ gründen wollen?

Buchalik: Zuerst sollten sie sich bei der KVH über alle Voraussetzungen informieren und dann möglichst schnell das Moderatorentraining absolvieren, da es hierfür nicht so viele Termine gibt. Eventuell sollten sie in der Zwischenzeit selbst einen QZ bei einem erfahrenen Kollegen besuchen, da die Moderation aufgrund der fachlich-inhaltlichen Themen oder bei einer höheren Teilnehmeranzahl recht anspruchsvoll sein kann. Außerdem ist ein eigener Stil wichtig bei der QZ-Arbeit. Ich selbst pflege einen persönlich-lockeren Umgang mit meinen Kollegen, um eine gute Atmosphäre herzustellen. Oft merke ich aber, dass die QZ-Teilnehmer große Freude an ihrem Beruf haben und ohnehin gerne zu den Sitzungen kommen.

Interview: Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Literatur zum Artikel:

Qualitätszirkelarbeit – Der Patient und seine Sicherheit stehen immer im Mittelpunkt

Gespräch mit Monika Buchalik, LÄKH-Vizepräsidentin und Allgemeinmedizinerin

von Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

- [1] <https://www.laekh.de/ueber-uns/praezidium/lebenslauf-vizepraesidentin> (Zugriff 07.01.2021) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3fh8wh8>
- [2] <https://www.kvhessen.de/qualitaetszirkel/> (Zugriff 08.01.2021) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4aj7sv2>
- [3] <https://www.laekh.de/ueber-uns/standort-bad-nauheim/akademie-fuer-aerztliche-fort-und-weiterbildung/veranstaltungsangebot/fachgebiet/Qualitaetsmanagement> (Zugriff 09.03.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/wmhs7tu8>



Serie Teil 14: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Impfen und Impfstoffe sind derzeit ein wichtiges Thema des öffentlichen Interesses. Der Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts Prof. Dr. rer. nat. Klaus Cichutek (ab S. 492) und die Stellv. Vorsitzende der STIKO Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker berichten, wie Institutionen und Gremien daran arbeiten, dass eine überwachte Anwendung von Impfstoffen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Daten gelingen kann.

STIKO: Impfempfehlungen für Deutschland

Gespräch mit Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Stellv. Vorsitzende der STIKO

Seit fast 50 Jahren erarbeitet die Ständige Impfkommission (STIKO) ihre Empfehlungen und seit der Verfügbarkeit der Covid-19-Impfstoffe steht die Arbeit des Expertengremiums ganz besonders im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. Welchen Beitrag die STIKO insgesamt zur Patientensicherheit leistet, berichtet Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes des Universitätsklinikums Frankfurt am Main und stellvertretende Vorsitzende der STIKO [1].

Was ist die „Ständige Impfkommission“ (STIKO)?

Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker: Die STIKO ist ein seit 1972 bestehendes unabhängiges arbeitendes Expertengremium, das dem Robert Koch-Institut (RKI) zugeordnet ist und von diesem z. B. durch systematische Literaturanalysen und mathe-

matische Modellierungen unterstützt wird. Seit Jahrzehnten werden dort die Impfempfehlungen für Deutschland entwickelt. Die Arbeit der STIKO ist sehr wichtig, da diese Empfehlungen den medizinischen Standard zu Impfungen definieren [1].

Wie sieht Ihre Arbeit für die STIKO aus?

Wicker: Ich bin seit 2011 Mitglied der Kommission und aktuell Stellvertretende Vorsitzende der STIKO. Die Arbeit erfolgt rein ehrenamtlich. Das RKI schreibt dazu auf seiner Website: „Die Mitgliedschaft in der STIKO ist ein persönliches Ehrenamt. Die Mitglieder sind bei ihrer Tätigkeit nur ihrem Gewissen verantwortlich und zu unparteiischer Erfüllung ihrer Aufgaben verpflichtet [2].“ Ich leite in der STIKO verschiedene Arbeitsgruppen, z. B. die Arbeitsgruppe medizinisches Personal und

arbeite in anderen mit – beispielsweise in der Arbeitsgruppe Covid-19 [2].

Wie wird man Mitglied der STIKO?

Wicker: Für die Mitgliedschaft in der STIKO erfolgt eine Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden für jeweils drei Jahre. Für die Mitglieder sind auch mehrere Berufungsperioden möglich. Aktuell arbeiten 18 Mitglieder für die Kommission. Sie stammen aus verschiedenen medizinischen Bereichen und Fachdisziplinen (z. B. Virologie, Mikrobiologie, Pädiatrie, Epidemiologie, Arbeitsmedizin, Allgemeinmedizin, Gynäkologie etc.) sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst [2].

Auf welcher gesetzlichen Grundlage arbeitet die Ständige Impfkommission?

Wicker: Die gesetzliche Grundlage für die Arbeit der STIKO ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG). Dort wurde die Kommission 2001 verankert. Die STIKO erarbeitet gemäß IfSG „Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ (§ 20 Abs. 2 IfSG) [3]. Umgekehrt schlagen sich auch die Empfehlungen der STIKO in verschiedenen Regelungen nieder. So bilden sie die Grundlage für die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sobald Impfempfehlungen dort aufgenommen sind, müssen sie von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernommen werden [1, 3–5].



Foto: Universitätsklinikum Frankfurt/Main

Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker (Foto), Fachärztin für Arbeitsmedizin und Notfallmedizin, ist die Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes des Universitätsklinikums Frankfurt und seit März 2020 stellvertretende Vorsitzende der Ständigen

Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI), deren Mitglied sie seit 2011 ist. Hier leitet sie die Arbeitsgruppen „Impfung medizinischen Personals“ und „Hepatitis B“ und ist Mitglied in den Arbeitsgruppen „Covid-19“, „Masern, Mumps, Röteln“ und „Influenza“. Die Arbeitsschwerpunkte von Professorin Wicker sind impfpräventable Infektionen, arbeitsbedingte Infektionen, blutübertragbare Infektionen im Gesundheitswesen und beruflich indizierte Impfungen. Die Autorin von zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen ist seit 2009 im Fach Arbeitsmedizin habilitiert und u. a. als Dozentin für die Landesärztekammer Hessen aktiv. 2006 erhielt sie den Theodor-Stern-Stiftungspreis zur Förderung des Universitätsklinikums Frankfurt am Main.

Die STIKO zur Covid-19-Impfempfehlung

Welchen Beitrag leistet die STIKO für die Patientensicherheit?

Wicker: Ein besonderes öffentliches Interesse in Bezug auf eine Impfung ist gegeben, wenn durch die Impfung Todesfälle, schwere Krankheitsverläufe und Folgeschäden vermieden werden können. Anhand der wissenschaftlichen Daten bewertet die STIKO Daten zur Effektivität und Sicherheit der Impfung in unterschiedlichen Alters- und Patientenkollektiven. Die wissenschaftlichen Empfehlungen der STIKO sind meines Erachtens auch wichtig in Hinblick auf die Impfakzeptanz in der Bevölkerung, denn nur, wenn die Bevölkerung von der Sicherheit und Effektivität einer Impfung überzeugt ist, werden sich die Menschen letztendlich für eine Impfung entscheiden.

Was ist das Besondere an den Impfempfehlungen der STIKO?

Wicker: Bei den Impfempfehlungen werden nicht nur Nutzen und Risiko für die einzelne zu impfende Person abgeschätzt, sondern auch, wie sich die Impfung auf die Gesamtbevölkerung auswirkt und wie eine Gesamtimpfstrategie für die Bundesrepublik aussehen könnte. Für Impfempfehlungen werden Daten zu Infektionen und Impfstoffen bewertet. Dabei kommen Methoden aus der evidenzbasierten Medizin (EbM) wie systematische Übersichtsarbeiten zum Einsatz. Außerdem bedient sich die STIKO für die Erstellung der Empfehlungen des Ansatzes der „Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation“ (kurz GRADE) Working Group. Weiterhin werden patientenrelevante Endpunkte bzgl. Impfstoffwirksamkeit und Sicherheit beurteilt. Auch Transparenz ist bei der Erarbeitung wichtig: So werden nicht nur die Empfehlungen an sich veröffentlicht, z. B. auf der Homepage und im Epidemiologischen Bulletin des RKI, sondern auch ausführliche Begründungen zu den Impfempfehlungen [1, 6–10].

Wie entsteht die Bewertung der Covid-19-Impfstoffe?

Wicker: Wie bei anderen Impfstoffen auch ist die systematische Literaturrecherche zu Studien bezüglich Wirksamkeit und Verträglichkeit/Sicherheit der Impfstoffe das Kernstück bei der Erarbeitung einer

Auf der Website des Robert Koch-Instituts www.rki.de werden die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Covid-19-Impfung veröffentlicht und laufend aktualisiert, siehe via <https://tinyurl.com/dudwzfve/>. Mittlerweile (Stand 16.08.2021) liegt die 8. Aktualisierung der Covid-19-Impfempfehlung vor und kann unter dem angegebenen Link abgerufen werden. Die 9. Aktua-

lisierung wird im August ebenda veröffentlicht.

Derzeit wird die Covid-19-Impfung für alle Erwachsenen ab 18 Jahren empfohlen sowie für vorerkrankte Kinder zwischen 12 und 17 Jahren mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Infektion. Am 16.08.2021 hat die STIKO ihre Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche aktualisiert und empfiehlt die Covid-19-Impfung nun

für die Altersgruppe zwischen 12 und 17 Jahren. Änderungen dieser Empfehlung sind möglich, da der Beschlussentwurf und seine wissenschaftliche Begründung noch das vorgeschriebene Stellungnahmeverfahren mit Bundesländern und Fachkreisen durchlaufen müssen. Die endgültige Empfehlung für diese Altersgruppe wird im Anschluss im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht. [14, 15]

Impfempfehlung. Ausgangspunkt ist dabei die Formulierung sogenannter PICO-Fragen:

- P (population): Für welche Bevölkerungsgruppe sollen Daten gesucht werden?
- I (intervention): Welcher Impfstoff, welches Impfschema?
- C (comparison): Wirksamkeit und Verträglichkeit im Vergleich womit (z. B. Plazebo, anderer Impfstofftyp)?
- O (outcomes): In Bezug auf welche (vorzugsweise klinischen) Endpunkte?

Im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie hat die STIKO gemeinsam mit dem Deutschen Ethikrat und der Leopoldina bereits im November 2020 ein Positionspapier zur Priorisierung des Covid-19-Impfstoffs vorgelegt. Mittlerweile (Stand 11. August 2021) gibt es die 8. Aktualisierung der Covid-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung der STIKO (www.stiko.de [6, 7, 11–13]). Die 9. Aktualisierung wird im August veröffentlicht.

Welche Besonderheiten sind bei der Bewertung der aktuellen Covid-19-Impfstoffe bei Kindern und Jugendlichen zu beachten?

Wicker: Die schnelle Verfügbarkeit von Impfstoffen auch für Kinder und Jugendliche ist prinzipiell sehr zu begrüßen. Die meisten gesunden Kinder erkranken nicht schwer nach einer SARS-CoV2-Infektion. Es muss also geklärt werden, welchen Nutzen die Kinder selbst von der Impfung haben und ob sich eine klare medizinische

Indikation ergibt. Die STIKO hat die wissenschaftlichen Daten für die Impfempfehlung sorgfältig anhand der aktuell verfügbaren Daten zur Infektionsepidemiologie und der Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe im Sinne einer Nutzen-Risiko-Analyse geprüft.

Eine Impfung der Kinder sollte jedoch nicht die Voraussetzung einer erleichterten Zulassung zur Teilnahme am Schulunterricht oder anderen Aktivitäten des sozialen Lebens der Kinder sein. Die Daten der Gesundheitsämter zeigen, dass der Schulbesuch bei konsequenter Umsetzung der Hygienemaßnahmen erfolgen kann. Dies gilt insbesondere, da mittlerweile flächendeckend für die erwachsene Bevölkerung selbst das Angebot der eigenen Impfung besteht.

Welchen Beitrag leistet die Bewertung der aktuellen Covid-19-Impfungen zur Patientensicherheit?

Wicker: Am Anfang der Covid-19-Impfkampagne standen nicht für alle impfwilligen Menschen Impfstoffe zur Verfügung. Eine Priorisierung war erforderlich, um eine gerechte Verteilung und Maximierung des Public Health-Nutzens der begrenzt verfügbaren Impfstoffe sicherzustellen. Die Daten des RKI belegen, dass die Priorisierung der Impfung von Risikopersonen zur erheblichen Verminderung schwerer Erkrankungen und Todesfälle geführt hat [13].

Interview: Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter



PEI: Bewertung von Impfstoffen für die Sicherheit der Geimpften

Gespräch mit Prof. Dr. Klaus Cichutek, Präsident Paul-Ehrlich-Institut

Seit seiner Gründung im 19. Jahrhundert haben sich die Aufgabenfelder des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) vervielfacht. Die Bewertung von Impfstoffen für die Anwendung beim Menschen spielt dabei eine wichtige Rolle und leistet einen wesentlichen Beitrag für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten, wie Prof. Dr. rer. nat. Klaus Cichutek, Präsident des PEI, berichtet.

Warum wurde das PEI gegründet?

Prof. Dr. Klaus Cichutek: Das Paul-Ehrlich-Institut, das diesen Namen seit 1947 trägt, wurde am 1. Juni 1896 als „Institut für Serumforschung und Serumprüfung“ mit Paul Ehrlich als erstem Direktor in Steglitz bei Berlin gegründet. Die Aufgaben des Instituts lagen sowohl in der Prüfung (Bewertung) von Serumpräparaten, also Antikörper enthaltenden Arzneimitteln, als auch in der Forschung. Dabei ging es u. a. darum, Prüfmethoden zu verbessern. Die Zuständigkeit für Impfstoffe

kam später dazu. Nach dem Umzug nach Frankfurt am Main in das neu errichtete Königliche Institut für experimentelle Therapie 1899 zählte die amtliche Prüfung aller der staatlichen Kontrolle unterstellten Heilsera zu den Hauptaufgaben. Es wurden aber auch hygienisch-bakteriologische Arbeiten für die öffentliche Hygiene der Stadt sowie für die Krankenhäuser und Ärzte Frankfurts durchgeführt. Auch der Ausbau der Immunitätslehre, speziell der Serumforschung, spielte eine wichtige Rolle.

Was sind die Aufgabenfelder des PEI heute?

Cichutek: Das seit 1990 im hessischen Langen angesiedelte PEI ist zuständig für Human- und Veterinär-Impfstoffe, im Bereich Human-Arzneimittel u. a. für Antikörper enthaltende Therapeutika und monoklonale Antikörper, Allergene, Blut- und Gewebezubereitungen, Zell- und Tissue-Engineering-Arzneimittel sowie Gen-

therapeutika. Wir unterstützen die Entwicklung dieser Impfstoffe und biomedizinischer Arzneimittel vor und nach der Zulassung. Dazu gehören die wissenschaftliche Beratung von akademischen und industriellen Antragstellenden, die Genehmigung klinischer Prüfungen, die Zulassung und die Arzneimittel-Bewertung bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) sowie die Chargenprüfung und -freigabe. Die Arzneimittelsicherheit wird während des gesamten Lebenszyklus der Arzneimittel überwacht, ggf. werden Maßnahmen ergriffen, angeordnet und koordiniert. Das PEI führt Inspektionen durch, sowohl federführend (Pharmakovigilanz, EMA-Inspektionen für Zulassungsverfahren) als auch mit der zuständigen Landesbehörde z. B. im Vorfeld der Erteilung der Herstellungserlaubnis. Leitlinien werden unter Mitwirkung oder Federführung des PEI bei der EMA, EDQM (European Directorate for the Quality of Medicines & Health Care) und der WHO (World Health Organization) entwickelt. Wichtige Aufgaben sind auch die Politikberatung, die Forschung auf allen Gebieten der Lebenswissenschaften sowie die Evaluation und Chargenprüfung von In-vitro-Diagnostika für Hochrisiko-Erreger.

Wie wirkt sich die Arbeit des PEI auf die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte aus?

Cichutek: Sehr positiv, denn damit leistet das PEI einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit der Menschen. Durch die Arbeit des PEI können sich Impfwillige, Patientinnen und Patienten, aber auch Ärztinnen und Ärzte darauf verlassen, dass zugelassene Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel wirksam, qualitativ hochwertig und unbedenklich, also sicher und verträglich sind. Ganz wichtig in diesem Zusammenhang ist die staatliche Chargenprüfung und -freigabe der Impfstoffe, Seren, Allergene und Blutzubereitungen durch das PEI. Diese umfasst neben einer Überprüfung der Herstellungs- und internen Prüfprotokolle auch experimentelle



Foto: T. Jansen/PEI

Prof. Dr. rer. nat. Klaus Cichutek (65) ist seit 1. Dezember 2009 der Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, mit Sitz in Langen (Hessen). Nach einem Postdoc-Aufenthalt in Berkeley, Kalifornien, startete er als Forschungsgruppenleiter in der Retrovirolo-

gie am PEI. 1994 bis 2011 war er Leiter der Abteilung Medizinische Biotechnologie. 1999 übernahm er die Funktion des ständigen Vertreters des Präsidenten bzw. Vizepräsidenten des PEI. Bis Februar 2014 war Cichutek Co-Vorsitzender der Gruppe „Benchmarking of European Medicines Agencies“ (BEMA) der Gruppe der Leiter der europäischen Arzneimittelbehörden („Heads of Medicines Agencies“, HMA). Von März 2014 bis Februar 2018 leitete er die „HMA Management Group“. Seit Juni 2012 ist er Mitglied des „WHO Expert Advisory Panel on Biological Standardization“ und seit Februar 2014 des „Product Development for Vaccines Advisory Committee (PD-VAC)“ der WHO. Cichutek ist apl. Professor für Biochemie der Goethe-Universität Frankfurt/Main und Autor von über 150 Publikationen in internationalen Wissenschaftsjournalen.



Labor-Untersuchungen auf Qualität und Biomarker für Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Stichproben jeder produzierten Charge. Das PEI ist hier eines der europäischen OMCL (Official Medicines Control Laboratories) und bringt seine Expertise auch EU-weit ein.

Ein für die Arzneimittelsicherheit in Europa sehr wichtiges Gremium mit PEI-Vertretung ist der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich Pharmakovigilanz (PRAC, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) bei der EMA. Das PEI hat hier mehrfach Überprüfungen von Arzneimitteln angeregt, für die sich aus den Verdachtsfallmeldungen Hinweise auf ein Risikosignal ergaben. Bestätigt sich ein Risikosignal, kann das einen Warnhinweis, eine Indikationseinschränkung, die Aufnahme einer neuen (dann bekannten) Nebenwirkung in die Produktinformation oder sogar das Ruhen oder den Widerruf der Zulassung zur Folge haben.

Welche konkreten Beispiele gibt es hierfür?

Cichutek: Für Ärztinnen und Ärzte sind in der SARS-CoV-2-Pandemie die periodisch erscheinenden Sicherheitsberichte über Verdachtsfallmeldungen von Impfnebenwirkungen und -komplikationen zu den zugelassenen Covid-19-Impfstoffen eine wertvolle Hilfe. Diese geben einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse zur Sicherheit der eingesetzten Impfstoffe, stellen Reaktionen dar, die ein besonderes Augenmerk erfordern, können aber auch bei der Aufklärung von Impfwilligen helfen, wenn diese Fragen zu Nebenwirkungen haben.

Das Beispiel des so genannten „Thrombose-mit-Thrombozytopenie Syndroms“ (TTS), das inzwischen für die Impfstoffe Vaxzevria von Astra-Zeneca und COVID-19-Vaccine Janssen (Johnson & Johnson) als äußerst seltene Nebenwirkung in die Produktinformationen aufgenommen wurde, zeigt, wie wichtig die EU-weite Zusammenarbeit der Arzneimittelbehörden ist. Maßnahmen umfassen Rote-Hand-Briefe mit wichtigen Informationen, Hinweise für geimpfte Personen sowie Stellungnahmen von Fachgesellschaften zu Diagnose und Behandlung auf den PEI-Internetseiten.

Welche Aspekte spielen bei der Überwachung von Impfstoffen eine Rolle?

Cichutek: Hier erfasst und bewertet das PEI Meldungen auf den Verdacht von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen mit dem Ziel, mögliche Risikosignale frühzeitig zu erkennen. Um dies gewährleisten zu können, ist es wichtig, dass auch geimpfte Personen selbst die Möglichkeit nutzen, solche Verdachtsfälle an das PEI zu melden. Für diesen Zweck gibt es die Plattform www.nebenwirkungen.bund.de. Eine andere Form der Überwachung liegt bei den Behörden der Bundesländer. Dabei geht es z. B. um die Erlaubnis zur Herstellung und den Vertrieb von Arzneimitteln, um mögliche Fälschungen bzw. ganz allgemein Verstöße gegen das Arzneimittelrecht zu erkennen und zu unterbinden. Dabei bringen wir häufig unsere fachliche Expertise z. B. in Form von Beratungen in die verschiedenen Gremien der Bundesländer ein.

Wie funktioniert das Verfahren für die Bewertung der aktuellen Coronaimpfstoffe?

Cichutek: Covid-19-Impfstoffe werden in zentralisierten Verfahren bei der EMA bewertet. Dabei benennt das CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) jeweils einen Rapporteur und einen Co-Rapporteur aus zwei Arzneimittelbehörden der EU-Mitgliedstaaten sowie einen Peer Reviewer. Deren Bewertungen durch Teams von Assessor/-innen in den beiden Arzneimittelbehörden werden im CHMP gemeinsam evaluiert und es wird eine gemeinsame Empfehlung zur Zulassung oder nicht für die EU-Kommission erstellt. Im Fall der Covid-19-Impfstoffe wurde das Rolling-Review-Verfahren etabliert, das den Antragstellern erlaubt, nach und nach einzelne Datenpakete zur Vorabbewertung einzureichen, auch wenn die Daten für den vollständigen Zulassungsantrag noch nicht vorliegen.

Das war einer der Gründe, warum die Zulassungen viel schneller als üblich erfolgen konnten, da die Bewertung bereits sukzessive vorgenommen wurde, während weitere Daten noch erhoben wurden. Zum Zeitpunkt der Antragstellung war der Großteil der Bewertung abgeschlossen. Dieses Verfahren etablierte das PEI auch bei der Genehmigung klinischer Prüfungen für Covid-19-Impfstoffe, so dass nach vorausgegangener, teils mehrfacher wissenschaftlicher Beratung die eigentliche Genehmigung innerhalb weniger Tage nach Antragstellung erfolgen konnte. So konnten wir die sorgfältige, aber beschleunigte Entwicklung der Covid-19-Impfstoffe ermöglichen.

Interview: Katrin Israel-Laubinger,
Silke Nahlinger, Nina Walter

Live-Online-Sonerveranstaltung: „Patientensicherheit: Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen“ am 17.09.2021 ab 17 Uhr



Zum Welttag der Patientensicherheit organisiert die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) eine Live-Online-Sonerveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte sowie alle interessierten Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. In spannenden, praxisrelevanten Vorträgen berichten Hon. Prof. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz, (Potsdam), Dr. med. Kyra Schneider, DEAA, MBA (Universitätsklinikum Frankfurt) und Ulrike Schmitt (Kassenärztliche Bundesvereinigung) zum aktuellen Stand der Patientensicherheit aus ethischer, stationärer und ambulanter Perspektive. Mit einem Grußwort von Dr. med. Edgar Pinkowski (LÄKH), Modera-

tion Nina Walter (LÄKH), Veranstaltungsleitung Katrin Israel-Laubinger (LÄKH).

- **Termin:** 17. September 2021 ab 17 Uhr
- **4 Fortbildungspunkte**
- **Gebühr:** 50 Euro (Akademiemitglieder kostenfrei)
- **Programm und Anmeldung** (Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung): Christina Ittner, Fon: 06032 782-223, E-Mail: christina.ittner@laekh.de
- **Website:** <https://tinyurl.com/aan9f4xw/> – der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.



Literatur zum Artikel:

STIKO: Impfempfehlungen für Deutschland

Gespräch mit Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Ständige Impfkommission

- [1] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html;jsessionid=B6CD19E6C0E560102CAE034C22E6C159.internet101 (Zugriff 02.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/56b8dpea>
- [2] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Mitgliedschaft/mitgliedschaft_node.html;jsessionid=0C741C9EFC75C0B9D11A743841EBFFE7.internet071 (Zugriff 04.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/83x8ep5>
- [3] Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG). Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Mai 2021 (BGBl. I S. 1174) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> (Zugriff 02.06.2021)
- [4] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 224 (S. 8 154) vom 30. November 2007 in Kraft getreten am 1. Juli 2007 zuletzt geändert am 21. Januar 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz) AT 30.03.2021 B5) in Kraft getreten am 1. April 2021. <https://www.g-ba.de/richtlinien/60/> (Zugriff 04.06.2021)
- [5] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Rechtl_Grundlagen/rechtl_grundlagen_node.html;jsessionid=1A6DA61887BC3396725C29DCFE
- [6] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Aufgaben_Methoden/methoden_node.html;jsessionid=B142866D5F605F341421DC8FCEB26389.internet062 (Zugriff 04.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/3f7mcz93>
- [7] Mc Master University, PICO, 4 <https://hslmcmaster.libguides.com/c.php?g=550029&p=5015883> (Zugriff 04.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/5j3xfjvw>
- [8] Meerpolh JJ et al. GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). GRADE, Volume 106, ISSUE 6, P449–456, January 01, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.06.013>
- [9] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html;jsessionid=CB8302C433CBB645796B5C7E0CA9DD1C.internet081 (Zugriff 04.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/6pf6t2v3>
- [10] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Begründung/begründung_node.html;jsessionid=7CB5920AC3EFB7E226D5F5945A5A2BA2.internet112 (Zugriff 08.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/mbhshyzb>
- [11] Robert Koch-Institut (Hrsg.) Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut Beschluss der STIKO für die Empfehlung der Covid-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung, S. 22ff, <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7579/STIKO-Komplett-17-12-2020-Zur-Veröffentlichung-NEU.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (S. 22 ff) (Zugriff 08.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/4jcncr8j>
- [12] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/27/Art_02.html (Zugriff 11.08.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/yp6uy89m>
- [13] Robert Koch-Institut (Hrsg.) Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Epidemiologisches Bulletin. COVID-19-Zielimpfquote, STIKO: 8. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung, VRE-Jahresbericht. 27/2021. 12.05.2021. (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/27_21.pdf?__blob=publicationFile Zugriff 11.08.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/5vz7pwkd>
- [14] Robert Koch-Institut (Hrsg.) <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfsung.html> (Zugriff 12.08.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/dudwzfve>
- [15] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM_2021-08-16.html (Zugriff 16.08.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/c3hm3dd6>



Serie Teil 15: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Das Marburger PJ-Curriculum

Seit 2015 ermöglicht das Marburger Universitätsklinikum Studierenden der Medizin bereits im Praktischen Jahr (PJ) eine intensive Auseinandersetzung mit den wichtigsten Aspekten der Patientensicherheit. Das zugrunde liegende Curriculum mit Pflicht- und Wahlkursen wird durch Dr. med. Egbert Opitz vom Studiendekanat des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg betreut. 2019 wurde ein großes Team um Prof. Dr. med. Stefan Bösner und Opitz für die drei Wahlkurse des PJ-Curriculums mit dem Hessischen Hochschulpreis für Exzellenz in der Lehre ausgezeichnet.

Was ist das Marburger PJ-Curriculum Patientensicherheit?

Dr. med. Egbert Opitz: Das Programm besteht zum einen aus einer PJ-Einführungswöche mit fünf Pflichtkursen zu den Themen Krankenhausinformationsystem, Management chronischer Wunden, strukturierte Übergaben, Übungen zur Krankenhausthygiene und Medizingeräteeinweisungen. Zum anderen können die Wahlkurse Clinical Reasoning und individualisierte Arzneimitteltherapie – die

jeweils sektorübergreifend angelegt sind – sowie ein 80-Stunden-Kurs zur Patientensicherheit besucht werden. Darüber hinaus werden seit Mitte Januar 2022 Einsätze auf drei interprofessionellen Ausbildungsstationen (IPSTA) im Klinikum Fulda angeboten. (Übersicht: Online-Ausgabe). Insgesamt decken wir damit sämtliche der in den klinikbezogenen internationalen Studien als besonders häufig genannten Fehlerarten ab, die vor allem die Medikation, nosokomiale Infektionen, Kommunikation, Diagnostik und Übergaben betreffen.

Warum wurde das Angebot entwickelt?

Opitz: Aufgrund des bekannten Ausmaßes an vermeidbaren Patientenschäden bei ca. 5 % aller Krankenhausaufenthalte in den westlichen Gesundheitssystemen [1, 2] haben 2015 der damalige Ärztliche Direktor des Marburger Universitätsklinikums und der damalige Studiendekan (Prof. Jochen Werner und Prof. Klaus Jochen Klose) meinen Vorschlag, ein Angebot zur Patientensicherheit für PJ-Studierende zu entwickeln, aufgegriffen. Durch Gespräche mit den Teilnehmenden der

ersten Kurse sowie durch Hospitationen bei interessanten Lehrangeboten anderer Universitäten sind die Ideen für die weiteren Kurse entstanden, die wir ab 2016/17 mit einem Team sehr engagierter Lehrkräfte umgesetzt haben.

Wie laufen die Wahlkurse ab?

Opitz: Im Kurs Clinical Reasoning werden – angelehnt an ein Kurskonzept aus Hamburg [3] – in Tandem-Lehre mit einem Hochschullehrer der Allgemeinmedizin, einem Internisten oder einem Chirurgen Fälle aus der Hausarztpraxis und aus Notaufnahmen besprochen. Dabei wird die „Think aloud-Technik“ eingesetzt. Die Studierenden können so die differentialdiagnostischen Gedankengänge erfahrener Ärztinnen und Ärzte sowie Unterschiede für den ambulanten und den stationären Sektor nachvollziehen. Im Arzneimitteltherapienkurs werden in Tandem-Lehre mit Hochschullehrern der Allgemeinmedizin, der Psychiatrie und klinischen Pharmakologen in der Hausarztpraxis häufig vorkommende Krankheitsbilder und die Medikamentenpläne davon betroffener Patienten behandelt. Die Studierenden bereiten sich anhand der FORTA (Fit fOR The Aged)-Liste [4] sowie von Fallvignetten, Medikamentenplänen und relevanten Leitlinien auf die Kursstunden vor. Sie sollen lernen, Medikamentenpläne umzustellen, Leitlinien-gestützte Therapieempfehlungen individualisiert zu betrachten und abwendbar gefährliche Verläufe zu erkennen.

Der Wahlkurs Patientensicherheit wird im zweiten PJ-Tertiäl angeboten, kann daher auf den schon vorhandenen Berufserfahrungen der Studierenden aufbauen und arbeitet wo immer möglich mit den realen, pseudonymisierten Daten der aktuell von den Kursteilnehmenden betreuten Patienten. Ein Teil der Kursstunden findet interprofessionell mit Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern statt. Zum Kursabschluss analysieren die Studierenden in einer Projektaufgabe mit Hilfe des Global Trigger Tools (GTT) [5], ob bei der Be-



foto: Adrian Sandka

PJ-Studierende sowie für die Projektierung interprofessioneller Ausbildungsstationen.

Nach dem Medizinstudium war er ab 1987 zunächst im Institut für Medizinische Informatik in Marburg tätig und nach einer Umstrukturierung ab 1997 als Leiter des Bereichs Projekte und Organisation in der Abteilung Zentrale Informationsverarbeitung des Klinikum der Philipps-Universität Marburg. Nach dessen Privatisierung wechselte er ins Dekanat des Fachbereichs Medizin, wo er bis 2020 parallel als Lehrkraft und als IT-Referent tätig war. Opitz besitzt das Zertifikat Medizinische Informatik und ist seit langem Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Dr. med. Egbert Opitz (Foto) ist im Studiendekanat des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg zuständig für die Organisation von Kursen für



handlung Schäden – im Sinne der Definition des GTT, die sich von juristischen Bewertungen klar unterscheidet – aufgetreten sind. Werden vermeidbare, i. d. R. leichte oder vorübergehende Patientenschäden identifiziert, wird im Zweiteam analysiert, wie der Vorfall entstanden ist, welche Sicherheitsmaßnahmen bereits zum Einsatz kamen und welche Verbesserungsvorschläge gemacht werden können. Die Ergebnisse ihrer Analyse erläutern die Studierenden in der Kurs-Ab schlussveranstaltung gegenüber erfahrenen Ärztinnen und Ärzten und einem Mitarbeiter der Geschäftsleitung des Universitätsklinikums. Darüber hinaus können sowohl die Studierenden als auch die

Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler einen möglichst einfach zu realisierenden Verbesserungsvorschlag unterbreiten. Nach ca. drei Monaten erhalten sie eine Rückmeldung, welcher Vorschlag bereits umgesetzt wurde oder welche Umsetzung konkret geplant ist – so sollen sich die Studierenden beruflich schon früh als selbstwirksam erleben können.

Gibt es ähnliche Initiativen an anderen deutschsprachigen Universitäten?

Opitz: Beim Aufbau und der Weiterentwicklung des Marburger PJ-Curriculums haben wir sehr von den Erfahrungen anderer Lehrveranstaltungen (u. a. aus Aachen, Freiburg, Hamburg und Zürich) profitiert

[3, 6, 7]. Wir sind überzeugt, dass für den Aufbau eines in das gesamte klinische Studium integrierten Kursangebots eine Kooperation möglichst vieler medizinischer Fakultäten sinnvoll ist. Als Ziel sollte dabei ein Kerncurriculum mit einer von train the trainer-Kursen flankierten Sammlung evidenzbasierter Lehrmodule wie z. B. beim kanadischen Patient Safety Education Program [8] angestrebt werden.

Beim Aufbau der IPSTA im Klinikum Fulda haben uns u. a. die Vorarbeiten der Robert Bosch Stiftung und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) [9, 10] sowie die Besuche von Referenzprojekten in Heidelberg, Freiburg und Nürnberg sehr geholfen.

Ist Patientensicherheit bereits im Studium relevant?

Opitz: Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die PJ-Studierenden aufgrund ihrer täglichen Arbeit einen natürlichen Zugang zum Thema Patientensicherheit haben. Idealerweise sollte es aber Eingang in alle Phasen des Medizinstudiums finden – möglichst von Anfang an [11]. Nicht trivial ist allerdings die Frage, an welcher Stelle des Curriculums die Studierenden mit welcher Art von Lehrangebot gut erreicht werden können [12, 13].

Warum gibt es einen interprofessionellen Ansatz?

Opitz: Es ist allgemeiner Konsens, dass eine hohe Patientensicherheit am besten in einem gut funktionierenden Team erreicht werden kann, worauf u. a. auch die Ergebnisse eines systematischen Reviews über die IPSTA und weitere Publikationen über Ausbildungsstationen hindeuten [14, 15].

Auf den IPSTA werden die Patienten primär von PJ-Studierenden, Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern sowie von Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe – in Fulda Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im Praktikum – versorgt, denen zur Absicherung der Behandlungsqualität natürlich immer pflegerische und ärztliche Lernbegleitende bzw. eine Apothekerin zur Seite stehen. Im Klinikum Fulda wollen wir im Rahmen von zwei Begleitstudien noch etwas näher untersuchen, welche Auswirkungen sich dabei auf die Patientensicherheit ergeben.



Foto: Picture People Bochum/privat

Viktoria Radouniki hat den Wahlkurs Patientensicherheit 2020 absolviert. Sie arbeitet seit einem Jahr als Ärztin in Weiterbildung in der Kinderchirurgie am Evangelischen Krankenhaus Hamm. Hier schildert sie ihre Erfahrungen:
„Da mir das Thema ‚Patientensicherheit‘ sehr am Herzen liegt, fällt es mir schwer, meine Erfahrungen mit dem Curriculum kurz zusammenzufassen, da dies bei weitem nicht ausreicht, um die ganze Tragweite dieses Projektes zu beschreiben. Ich habe mich für die Teilnahme am Wahlkurs Patientensicherheit entschieden, weil die Vorstellung des Curriculums durch Herrn Dr. Opitz und ehemalige Teilnehmende mein Interesse geweckt hat. Uns wurde damals die Aufgabe gestellt, darüber nachzudenken, in welchem Umfeld und mit welchem Ziel wir Medizin praktizieren wollen. Der Kurs

hat zunächst mein Bewusstsein für die Patientensicherheit geweckt und mit fortschreitender Dauer meinen Blick auf die klinische Tätigkeit verändert. Als angehende Ärztin/angehender Arzt steht man, kurz bevor man wirklich die Verantwortung für die Behandlung eines Patienten übernimmt, vor der Frage, wie Behandlungsfehler und Gefährdungen von Patienten vermieden werden können. Durch den Kurs kann man erleben, dass man dieses reale Problem nicht alleine lösen muss, sondern dass Patientensicherheit Teamarbeit ist.

Meine wichtigste Erkenntnis ist, dass die beste Patientensicherheit erreicht werden kann, wenn die Fehlerkultur und die Zielsetzung einer medizinischen Institution das ‚gemeinsame Arbeiten‘ fördern. Dabei sollten alle Beteiligten vom Pfleger bis zum Arzt integriert werden. Vor allem habe ich gelernt, dass das gemeinsame Arbeiten bei einem selbst anfängt. So gehe ich heute noch gerne mit den Pflegekräften zusammen – wie im Kurs beigebracht – die Patientenakten durch. Junge Studierende sollten sich früh die Frage stellen, wie sie mit möglichen Fehlern im Arbeitsalltag umgehen wollen und wie sie zur Teamarbeit stehen. Die Sicherheit der Patienten steht und fällt mit unserem Selbstbild und mit der Verantwortung, die wir gegenüber anderen entwickeln können. Dafür bietet das Curriculum Patientensicherheit den richtigen Rahmen.“



Patientensicherheit

Gibt es Kooperationspartner für das PJ-Curriculum Patientensicherheit?

Opitz: Die meisten Kurse des PJ-Curriculums wurden in enger Kooperation mit dem Marburger Universitätsklinikum aufgebaut, das uns weiterhin stark unterstützt. Der Fachbereich Medizin hat das IPSTA-Projekt mit einer Anschubfinanzierung gefördert. Die darüber hinaus für

den Betrieb der IPSTA erforderlichen räumlichen und personellen Ressourcen sind vom Vorstand des Klinikums Fulda in vorbildlicher Weise bereitgestellt worden. Wichtig finde ich auch, dass die dortige Pflegedirektion und Krankenpflegeschule allen Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern ermöglichen wollen, während ihrer Ausbildung mindestens einmal auf einer

IPSTA gearbeitet zu haben. Dies kann meines Erachtens als ein klares Signal zur Attraktivitätssteigerung der Ausbildung für einen so wichtigen und von Nachwuchsmangel bedrohten Beruf angesehen werden.

Wie sind Sie persönlich zum Thema Patientensicherheit gekommen?

Opitz: Darauf aufmerksam wurde ich während meiner Zeit im Marburger Institut für Medizinische Informatik durch meinen damaligen Chef, Prof. Klaus Kuhn. Er hatte aufgrund der Lektüre der Harvard Medical Practice Study Patientensicherheit schon 1996 zum Bestandteil der curricularen Lehre der Medizinischen Informatik in Marburg gemacht, die dann ab 2007 ganz von mir übernommen wurde.

Wie soll es zukünftig mit dem Projekt weitergehen?

Opitz: Da ich schon recht bald in Rente gehen werde, wünsche ich mir natürlich, rechtzeitig meine Nachfolgerin oder meinen Nachfolger in das gesamte Kursprogramm einarbeiten zu können. In Bezug auf die IPSTA hoffe ich zum einen auf lokaler Ebene, dass im Laufe dieses Jahres auch die von unserer Fachschaft Medizin beantragte psychiatrische IPSTA in Betrieb gehen kann. Auf nationaler Ebene wünsche ich mir, dass mittelfristig für alle Medizinstudierenden und Pflegeschülerinnen wie Pflegeschüler ein mehrwöchiger IPSTA-Aufenthalt ganz selbstverständlich zu ihrer Ausbildung gehören wird.

**Interview: Silke Nahlinger,
Katrin Israel-Laubinger, Nina Walter**

Eine Übersicht des Curriculums und die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe 03/2022, zu finden auf der Website www.laekh.de, Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Foto: Adrian Sandras

Georg Brand hat den Wahlkurs Patientensicherheit 2018 absolviert. Er arbeitet seit 2019 als Arzt in der Klinik für Nephrologie am Universitätsklinikum Marburg. Hier schildert er seine Erfahrungen:

„Ich habe den Wahlkurs Patientensicherheit als Teil eines Kanons an Seminaren gesehen, die im ersten und zweiten Tertiäl des Praktischen Jahrs (PJ) vom Fachbereich in Marburg angeboten werden. Mich hat das umfangreiche Angebot bereits zu Beginn des Tertiäls begeistert – so habe ich mich zu einer Teilnahme entschlossen. Neben einem eigenständig aufzuarbeitenden theoretischen Teil wurde es in der eigentlichen Veranstaltung stets praktisch, immer mit der Möglichkeit, aktuelle Erfahrungen aus

zwei PJ-Tertiälen einfließen zu lassen – praktisch das erste Mal im Studium, dass das Konzept eines inverted classrooms erfolgreich angewandt wurde.

Der Kurs hat mein Bewusstsein für das Thema verändert. Patientensicherheit ist nicht nur abhängig von Strukturen, sondern von jedem Einzelnen. Schon Studierende im PJ können zur Verbesserung beitragen – zum Beispiel, wenn wir in der Medizin Aspekte aus der Flugsicherheit übernehmen und Hierarchien soweit abbauen, dass auch die ‚Co-Piloten‘ sich trauen, ihre Bedenken zu äußern. Auf jeden Fall beeinflussen die Erkenntnisse aus dem Kurs meinen Arbeitsalltag. Leicht umzusetzende Veränderungen des eigenen Verhaltens, wie die Nutzung von Closed-loop communication (1. Sender gibt Anweisung, 2. Empfänger gibt Gehörtes wieder, 3. Sender kann Missverständnis so rasch aufklären) [16], Suchmaschinen für seltene Erkrankungen bei kniffligen Fällen oder die UpToDate-Datenbank [17] zu Wechselwirkungen von Arzneimitteln würde ich ohne den Kurs nicht kennen. Diese Unterstützungsmöglichkeiten sind auch für meine erfahreneren Kollegen oft unbekannt.“

Jungen Studierenden kann ich nur raten: Nehmt am Patientensicherheitsseminar in Marburg teil! Patientensicherheit ist zwar kein Prüfungsfach, aber Kompetenz in diesem Bereich gibt Sicherheit im Arbeitsalltag.“



Patientensicherheit

Tab.: Hauptkurse des Marburger PJ-Curriculums Patientensicherheit

Stand: 17.12.21

Thema	Kursinhalte	Umfang	Kursart
Erstes und zweites Tertial: PJ-Einführungswoche	Im zweiten Tertial nur für PJ-Studierende, die erstmals nach Marburg kommen		
Krankenhaushygiene	Praktische Übungen, gemäß Vorgaben der KH-Hygiene & Videos	8 UE	Pflicht
ORBIS-Einführung	Funktionen gemäß Empfehlung der PJ-Sprecher:innen	3 UE	Pflicht
Strukturierte Übergaben	Gemäß ISOBAR-Standard zur strukturierten Übergabe	2 UE	Pflicht
Management chronischer Wunden	Gemäß Wundmanual des Klinikums zur primären Behandlung chronischer Wunden (inkl. fallbasierter Aufgaben)	7 UE	Pflicht
Einweisung in Standard-Medizingerätetypen	Praktische Übungen mit Infusionspumpe, Perfusor, Überwachungsmonitor, Defibrillator und Blutgasanalyse-Apparat & Videos	3 UE	Pflicht
Erstes Tertial			
Clinical Reasoning	Verschiedene Clinical Reasoning-Strategien (in Tandem-Lehre, mit Think Aloud-Technik)	18 h	Wahl
Individualisierte Arzneimitteltherapie multimorbider Patient:innen	Diskussion und Anpassung realer Medikamentenpläne allgemeinmedizinischer Patient:innen (mit FORTA-Liste, in Tandem-Lehre)	18 h	Wahl
Zweites Tertial			
Patientensicherheit (z. T. mit Pflegeschüler:innen)	Einführung/E-Learning, Arzneimitteltherapiesicherheit, Übergaben, diagnostische Fehler, Kommunikation, Patientensicherheitsprobleme im ambulanten Sektor, Umgang mit belastenden Verläufen, Sicherheitstraining in der Luftfahrt, Kletterkurs, Methoden der Fallanalyse, GTT-basierte Analyse von Krankenakten, Projektarbeit: Fischgrätdiagramm zu einem fehlerhaften Vorgang, Room of Horror	Ca. 80 h	Wahl
Tertial-übergreifend	Start am 17.01.2022		
Einsatz in interprofessionellen Ausbildungsstationen“	Campus/Klinikum Fulda: Allgemeinchirurgie, Nephrologie und Kinderheilkunde (PJ-Studierende, Pflegeschüler:innen und Pharmazeut:innen im Praktikum)	4 Wochen	Wahl

Abk.: FORTA: Fit fOR The Aged; GTT: Global Trigger Tool; PJ: Praktisches Jahr;

UE: Unterrichtseinheit á 45 Minuten

Für alle Kurse, auf die sich die PJ-Studierenden vorbereiten müssen, wird ausreichend Vorbereitungszeit zur Verfügung gestellt.



Literatur zum Artikel:

Serie Teil 15: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Das Marburger PJ-Curriculum

- [1] Panagioti M, Khan K, Keers RN, et al. (2019): Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 366:l4185
- [2] Schrappe M (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- [3] Harendza S, Krenz I, Klinge A, et al. (2017): Implementierung eines Clinical-Reasoning-Kurses im PJ-Tertial Innere Medizin und dessen Wirkung auf studentische Fähigkeiten der Fallpräsentation und der Differentialdiagnostik. *GMS J Med Educ* 34(5):7–13
- [4] FORTA – Fit for the Aged. <https://www.umm.uni-heidelberg.de/klinische-pharmakologie/forschung/forta-projekt-deutsch/> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/2wmetu6y>
- [5] Herold A (2013): Das Global Trigger Tool – Ein Messinstrument der Patientensicherheit. <https://www.bdc.de/safety-clip-das-global-trigger-tool-messinstrument-der-patientensicherheit/> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/3f6sct22>
- [6] Thaeter L, Schröder H, Henze L, et al. (2018): Handover training for medical students: a controlled educational trial of a pilot curriculum in Germany. *BMJ Open* 12;8(9): e021202
- [7] Staender S, Wacker J, Kolbe M (2015): Ausbildung im Thema „Patientensicherheit“ – Fachkräfte früh für eine Sicherheitskultur sensibilisieren. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement. De Gruyter, Berlin, 1. Auflage, S. 370–76
- [8] Canadian Patient Safety Institute: PSEP – Canada Curriculum. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Pages/default.aspx> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/yckm2amz>
- [9] Nock L (2018): Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden. Gemeinsam besser werden für Patienten. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), Stuttgart
- [10] Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (2019): Leitfaden „How to IPSTA“. Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Konzept, Initiierung, Etablierung. <https://www.bvmd.de/portfolio-items/ipsta-interprofessionelle-ausbildungsstaion/?portfolio-Cats=110> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/44t9t2hk>
- [11] Charité – Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.) (2018): Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation. Multiprofessionelle Ausgabe. Charité – Universitätsmedizin Berlin
- [12] General Medical Council, Medical Schools Council (2015): First, do no harm. Enhancing patient safety teaching in undergraduate medical education. <https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/position-statements/first-do-no-harm---enhancing-patient-safety-teaching-in-undergraduate-medical-education> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/23ae25s2>
- [13] Wu AW, Busch IM (2019): Patientensicherheit: Eine neue Grundlagenwissenschaft für die berufliche Ausbildung. *GMS J Med Educ* 36(2):Doc21
- [14] Oosterom N, Floren LC, ten Cate O, Westerveld HE (2019): A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes. *Med Teach* 41(5), 547–54
- [15] Scheffer C, Valk-Draad MP, Tauschel D, et al. (2018): Students with an autonomous role in hospital care – patients perceptions. *Med Teach* 40(9):944–52
- [16] Weller J, Boyd M, Cumin D. *Postgrad Med J* 2014;90:149–154.
- [17] UpToDate https://www.uptodate.com/drug-interactions/?source=responsive_home#di-druglist (kostenpflichtiger UpToDate-Zugang erforderlich)



Serie Teil 16: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Die HKG – Patientensicherheit für die hessischen Krankenhäuser

Als Interessenvertretung der rund 135 hessischen Kliniken übernimmt die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) umfassende Aufgaben in der Gesundheitspolitik und -versorgung. Dabei spielt die Patientensicherheit stets eine sehr wichtige Rolle. Ein Gespräch mit Prof. Dr. med. Steffen Gramminger, dem geschäftsführenden Direktor der HKG und Christina Grün, der Leiterin des Geschäftsbereichs Medizin und Qualität.

Was hat die HKG mit Patientensicherheit zu tun?

Prof. Dr. med. Steffen Gramminger: Die HKG ist stark in die Mitgestaltung und Weiterentwicklung der hessischen Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung involviert, bei der die Patientensicherheit ein wesentlicher Leitgedanke ist. Daneben unterstützt die HKG die Kliniken ganz konkret bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, wie z. B. dem Patientenrechtegesetz, mit dem die Patientensicherheit weiter gestärkt wurde. Aber auch

beispielsweise durch das Arzneimittel- und Medizinprodukte- oder das Infektionsschutzgesetz wurden umfassende Regelungen für die Patientensicherheit getroffen, die es gilt, in der täglichen Behandlungsroutine umzusetzen. Weiterhin berät die HKG die Kliniken im direkten Dialog, bietet Seminare an und vertritt ihre Mitgliedskrankenhäuser in Gremien und Institutionen wie dem Landesbeirat für Patientensicherheit und mehr.

Welche Ziele hat die HKG in Bezug auf Patientensicherheit?

Christina Grün: Die Patientensicherheit hat vielfältige Aspekte und Ziele. Eines herauszugreifen würde der Wichtigkeit der verschiedenen Themen nicht gerecht. Zusammenfassend geht es um die Bündelung vielfältiger Aktivitäten, Initiativen und Projekte zur stetigen Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Dabei muss eine Kommunikationskultur geschaffen werden, die es ermöglicht, über Fehler- oder

Schadensereignisse zu sprechen, um ohne Angst vor Sanktionen daraus lernen zu können.

Seit wann ist Patientensicherheit für die HKG ein Thema?

Gramminger: Patientensicherheit ist in den hessischen Krankenhäusern und der HKG schon immer ein maßgebliches Thema. Bereits mit dem Aufbau der Geschäftsstelle Qualitätssicherung (GQH) im Jahr 1995, damals als Teil der HKG, wurde ein Meilenstein gesetzt. Weitere markante Jahreszahlen sind sicherlich 2013, in dem mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten ein Schwerpunkt auf die Patientensicherheit gelegt wurde. Und auch 2014 mit der Gründung der Initiative Patientensicherheit und Qualität in Hessen gemeinsam mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) sowie 2019 mit dem Erlass der Patientensicherheitsverordnung [1] in Hessen.

Was war das erste „Patientensicherheitsprojekt“ der HKG?

Gramminger: Patientensicherheit ist ein wesentlicher Teilbereich in der Medizin. Ziel einer jeden Behandlung ist es, den Gesundheitszustand eines Menschen zu verbessern, ohne Fehler oder Schäden zu verursachen. Dieses Bemühen zeigt sich in vielfältigen Initiativen unter Beteiligung der HKG wie z. B. in eindeutigen Patientenidentifikationen, in Maßnahmen zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit oder Verfahren wie der Tupferkontrolle. Nicht zu vergessen sind aber auch Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK), die seit vielen Jahren in den Kliniken etabliert sind. Entscheidend mitgewirkt hat die HKG insbesondere bei der Entwicklung und Umsetzung des MRE-Projektes (multiresistente Erreger) der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) [2].



Prof. Dr. med. Steffen Gramminger ist seit Februar 2020 geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft, wo er ab September 2018 als Geschäftsführer mit Schwerpunkt, Medizin, Qualität und Finanzierung tätig war. Nach seiner Assistenzarztzeit in der

Chirurgie arbeitete er ab 2000 am Ev. Krankenhaus in Bad Dürkheim als Medizincontroller, wurde 2011 zum Verwaltungsdirektor berufen und übernahm 2012 als Bereichsleiter Krankenhaus die Gesamtverantwortung für beide Krankenhäuser des Landesvereins für Innere Mission. 2014 übernahm er als Ärztlicher Geschäftsführer zusammen mit dem Kaufmännischen Geschäftsführer die Leitung des Klinikum Darmstadt. 2007 schloss er den Masterstudiengang Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen an der Technischen Universität Kaiserslautern ab, ist Gründermitglied und ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. und hat seit 2012 die Professur für Medizincontrolling an der MSH Medical School Hamburg inne.



Wie hat sich der Blickwinkel auf Patientensicherheit aus Sicht der HKG im Laufe der vergangenen Jahrzehnte verändert?

Gramminger: Patientensicherheit bedeutet für uns nicht nur das Aufdecken von Fehlern und Schäden, sondern das Fördern einer Kommunikationskultur, um künftige Schadensereignisse zu vermeiden. Das heißt aus Fehlern zu lernen und best-practice-Ansätze zu teilen. Dabei bietet die Digitalisierung eine gute Chance, hier noch ein großes Stück voranzukommen. Auch die Pandemie hat den Blick auf die Patientensicherheit nochmals geschärft und ihre Wichtigkeit herausgestellt: Kurzfristig mussten in den Kliniken alle notwendigen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen getroffen werden, um Patienten vor einer Covid-19-Ansteckung zu schützen.

Welche aktuellen Veränderungen gibt es in der HKG in Bezug auf Patientensicherheit und Qualität?

Grün: Mit Herrn Dr. med. Udo Wolffs Eintritt in den Ruhestand, der im HKG-Referat Medizin und Qualität über viele Jahre allein tätig war, hat es in der HKG eine Umstrukturierung und personelle Aufstockung gegeben. Wir erhoffen uns damit, die hessischen Kliniken bei den Themen Medizin, Medizincontrolling, Pflege und Qualität, die alle einen Bezug zur Patientensicherheit haben, noch besser unterstützen zu können. Dies geschieht auch im Hinblick auf die zunehmenden gesetzlichen Vorgaben im Bereich Qualität und die damit verbundenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Welche konkreten Patientensicherheitsbemühungen gibt es in der HKG?

Grün: Es gibt zahlreiche Initiativen, so zum Beispiel die Initiative Patientensicherheit und Qualität Hessen gemeinsam mit dem HMSI [3] oder die Teilnahme an Initiativen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V., wie z. B. die Aktion Saubere Hände [4]. Eine weitere wichtige Initiative ist die Fachtagung Patientensicherheit und Qualität, die sich seit 2014 zu einem festen Bestandteil im Jahresablauf der HKG entwickelt hat [5]. Neben allgemeingültigen Vorgaben und Regelungen stellen hier hessische Kliniken eigene Aktionen und Projekte vor und ermöglichen

so anderen Krankenhäusern Einblicke und ein Lernen voneinander. Dabei ist der Austausch ein wesentliches Element und Kern der Tagung. Die Unterstützung der Fachtagung durch das HMSI unterstreicht die Bedeutung dieser Veranstaltung.

Mit welchen Institutionen kooperiert die HKG zur Verbesserung der Patientensicherheit in Hessen?

Grün: Die HKG arbeitet mit allen Akteuren des Gesundheitswesens im Bereich der Patientensicherheit kooperativ und partnerschaftlich zusammen.

Das schließt in Hessen das HMSI, den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Sozialleistungsträger aber auch den ambulanten Sektor mit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KVG, KZVH) sowie die Landesärztekammer ein.

Wie wird Patientensicherheit in den hessischen Krankenhäusern umgesetzt?

Gramminger: Jede Klinik muss ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement vorhalten. Außerdem wird die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen forciert. Es sind außerdem jährlich Qualitätsberichte zu erstellen. Nach der hessischen Patientensicherheitsverordnung [1] ist pro Klinik mindestens ein Patientensicherheitsbeauftragter einzusetzen. Im Rahmen dieser Verordnung

wird 2022 von jedem Krankenhaus erstmals ein spezieller Bericht zur Patientensicherheit erstellt. Die Ergebnisse werden im Landesbeirat Patientensicherheit vorgestellt und diskutiert.

Dies sind nur einige Instrumente, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben in Kliniken etabliert sind. Sie werden ergänzt durch viele freiwillige Projekte und Aktionen. Darüber hinaus haben sich alle Maßnahmen bewährt, die in die Routine übergegangen sind und die dazu beitragen, Fehler und Schadensereignisse zu vermeiden. So sind Patientenbändchen, präoperatives Team-Timeout oder postoperative Zählkontrolle aus dem klinischen Alltag nicht mehr wegzudenken.

Was ist dabei die Aufgabe der HKG?

Grün: Die HKG arbeitet einerseits übergreifend und moderierend. Sie nimmt aber auch einen aktiven Part ein, z. B. bei der Weiterentwicklung der Patientensicherheit auf Landesebene, ganz konkret bei der Entwicklung von Fachkonzepten im Rahmen der Krankenhausplanung.

Welche aktuellen Entwicklungen gibt es?

Gramminger: Zuletzt wurden das Hessische Geriatriekonzept [6] überarbeitet und aktualisiert und die LAGQH völlig neu strukturiert und als selbstständige Institution aufgebaut. Im Landesbeirat Patien-



Foto: privat

Christina Grün ist seit Februar 2022 Geschäftsbereichsleiterin Medizin und Qualität bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft. Sie studierte Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Wirtschaftliches Ge-

sundheitswesen und EDV/Betriebsorganisation an der Fachhochschule Gießen-Friedberg. Nach einer fünfjährigen Tätigkeit im Controlling des Klinikums der Philipps-Universität Marburg wechselte sie als Teamleiterin in den Fachbereich Krankenhausmanagement bei der Betriebskrankenkasse (BKK) Mittelhessen und übernahm die Abteilungsleitung im Bereich Stationäre Versorgung. 2009 wechselte sie zur AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen in den Bereich Krankenhaus – Rehabilitation – Fahrkosten. Neben der Entwicklung und Etablierung neuer Versorgungsmodelle übernahm sie die Tätigkeit als Fachreferentin auf Landes- und Bundesebene. Sie ist Mitglied in den Gremien der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH).



tensicherheit wurde aktuell ein Berichtsformat für den jährlichen Patientensicherheitsbericht beraten und beschlossen – um nur einige zu nennen.

In welchen landesweiten Patientensicherheits-Projekten ist die HKG beteiligt?

Grün: In Hessen gibt es spezielle Landesprojekte im Rahmen der Qualitätssicherung, die mit Unterstützung der HKG etabliert werden konnten. Zu nennen sind

hier das Landesverfahren Schlaganfall und das MRE-Projekt (multiresistente Erreger) [7]. Das Besondere an diesen Projekten ist, dass sie nicht nur auf mögliche Qualitätsdefizite hinweisen, sondern den Kliniken z. B. durch Peer-Review-Verfahren auf Augenhöhe konkrete Hilfestellung geben. So können diese Defizite durch ein vierteljährliches Monitoring auch zeitnah behoben werden. D. h. konkrete Probleme können schnell durch Gespräche und Ziel-

vereinbarungen gelöst werden – zum Wohle der Patienten.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Patientensicherheit in Hessen und in Bezug auf die HKG?

Grün: Patientensicherheit und Qualität haben in jüngerer Zeit zunehmend eine Aufwertung erfahren. Wir wünschen uns, dass sich dieser Trend fortsetzt, die Patientensicherheit zunehmend an strategischem Wert gewinnt und dies durch die Digitalisierung und vernetzte Strukturen gestärkt wird.

Gramminger: Ganz oben auf unserem Wunschzettel steht allerdings, dass es bei Patientensicherheit und Qualität tatsächlich um unsere Patientinnen und Patienten geht und nicht um einen kalten Strukturuwandel und dass das Thema nicht zum Erreichen von ökonomischen Zielen missbraucht wird.

Interview: Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

Die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe 05/2022, zu finden auf der Website www.laekh.de, Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Instrumente von Qualitäts- und Risikomanagement in hessischen Krankenhäusern

Patientensicherheitsverordnung (PaSV)

[1]: Bundesweit einmalige Verordnung. Sie regelt die Bestellung von Patientensicherheitsbeauftragten in Kliniken und die Bildung eines Landesbeirates für Patientensicherheit, der sich mit allen Fragen rund um Patientensicherheit beschäftigt.

Patientensicherheitsbericht

Jährlicher Bericht der Kliniken an das hessische Ministerium für Soziales und Integration auf Basis der PaSV.

CIRS – Critical Incident Reporting System [8]

Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen.

MMK – Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Regelmäßige strukturierte Besprechung zur Aufarbeitung besonderer Behandlungsverläufe und Todesfälle.

Arzneimittelsicherheit

Fortwährende und systematische Überwachung der Sicherheit von Arzneimitteln.

Quelle des Rubrikenlogos: © Nizwa Design – shutterstock.com



Literatur zum Artikel:

Serie Teil 16: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Die HKG – Patientensicherheit für die hessischen Krankenhäuser

- [1] Patientensicherheitsverordnung (PaSV)*) vom 30. Oktober 2019. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen Nr. 23 vom 12.11.2019, Seite 324.
<http://starweb.hessen.de/cache/GVBL/2019/00023.pdf> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/634y>
- [2] Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH), MRE-Projekt. <https://www.lagqh.de/qsverfahren/landesverfahren/mre-projekt-hessen> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/pcah>
- [3] Initiative Patientensicherheit und Qualität Hessen. <https://soziales.hessen.de/Gesundheit/Patientensicherheit> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/srne>
- [4] Aktion Saubere Hände. <https://www.aps-ev.de/Projekte/aktion-saubere-haende/> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/d1uz>
- [5] HKG. Fachtagung Patientensicherheit und Qualität. <https://www.hkg-online.de/> (Zugriff 22.03.2022)
- [6] Hessisches Geriatriekonzept. <https://soziales.hessen.de/Presse/Neues-Geriatriekonzept-fuer-Hessen> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/051u>
- [7] Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen. Landesverfahren. <https://www.lagqh.de/qsverfahren/landesverfahren/landesverfahren> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/72o6>
- [8] <https://www.cirsmedical.de/> (Zugriff 22.03.2022)



Serie Teil 17: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Kassenärztliche Vereinigung Hessen: Qualitätssicherung und -management

In der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) spielen Qualitätssicherung (QS) und -management (QM) eine tragende Rolle und sind fachlich in den Abteilungen „Qualitätsförderung“ und „Qualitätssicherung“ verortet. Evelyn Vollmer M. Sc., Jan Martens und Sascha Cibis geben einen Einblick in die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigung und deren Initiativen für die Förderung der Patientensicherheit im ambulanten Sektor in Hessen.

Wie ist das Thema Patientensicherheit in der KVH verortet?

Evelyn Vollmer: Die KVH steht ihren Mitgliedern auf allen Ebenen der ambulanten Versorgung bei der Verbesserung der Patientensicherheit zur Seite. So gibt es zur Unterstützung und Beratung unserer Mitglieder zwei organisatorische Einheiten – die Abteilung Qualitätsförderung, in der es primär um das QM und die Nachwuchsförderung geht, und die Abteilung Qualitätssicherung, die sich vorwiegend um die genehmigungspflichtigen Leistungen kümmert. Beider Ziel ist es, die hessischen Praxen so zu unterstützen, dass sie sich bestmöglich zum Thema Patientensicherheit aufstellen können.

Warum sind QM und QS bei der KVH in zwei verschiedenen Abteilungen organisiert?

Jan Martens: Zum 1. Januar 2006 hat die KVH mit dem Inkrafttreten der QM-Richtlinie [1] entschieden, den Qualitätsthemen eine sehr hohe Bedeutung einzuräumen. Dafür wurden die entsprechenden Strukturen geschaffen und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt. Zwischen den beiden Abteilungen gibt es natürlich enge Verknüpfungen, wie beispielsweise bei Fortbildungsveranstaltungen oder der Qualitätszirkelarbeit. Ein aktuelles Ziel ist beispielsweise die flächendeckende Einführung eines einheitlichen QM-Systems für den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Hessen bis Ende 2022.

Welche Aufgabenbereiche sind in der Abteilung Qualitätsförderung verortet?

Vollmer: Zum einen der Bereich der Nachwuchsförderung, der sich grundsätzlich mit der Gewinnung und der finanziellen Förderung des ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchses für die ambulante Niederlassung beschäftigt. Andererseits umfasst die Arbeit der Abteilung das QM in den Praxen, das Veranstaltungsma-

nagement für unsere Mitglieder und die Verwaltung und Unterstützung von Qualitätszirkeln.

Martens: Diese Qualitätszirkelarbeit trägt seit mehr als 20 Jahren zur QS in der ambulanten Versorgung bei. Bei diesem kollegialen Austausch werden in vielen Sitzungen neben Fallbesprechungen auch Fehler- und Risikomanagement thematisiert oder über vorgegebene Module der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) oder KVH verschiedenste Themen bearbeitet. Außerdem muss aktuell alle zwei Jahre gemäß Vorgabe der QM-Richtlinie [1] eine Stichprobenziehung durchgeführt werden. Hier wurden zuletzt 2021 knapp 350 hessische Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, angeschrieben und gebeten, den Einführungsstand zum einrichtungsinternen QM darzulegen. Die Ergebnisse der einzelnen KV'en werden bundesweit zusammengefasst, die Veröffentlichung ist für Mitte des Jahres 2022 geplant. Aus den Ergebnisberichten zur QM-Stichprobe werden dann bspw. seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Anpassungen an der QM-Richtlinie [1] vorgenommen.

Welche Angebote gibt es für Mitglieder im Bereich des QM?

Martens: Prinzipiell möchte die KVH beim Thema QM ihre Mitglieder kompetent beraten und setzt seit 2006 erfolgreich auf Freiwilligkeit, keinesfalls auf Sanktionen! Neben fünf speziellen QM-Fortbildungsveranstaltungen (siehe Abb. 1) bieten wir weitere kostenfreie Angebote rund um das QM für die Mitglieder an (siehe Abb. 2). Außer reinen QM-Beratungen vor Ort in den Praxen gibt es die beiden Serviceangebote Patientenbefragung und Einführung des für den ambulanten Bereich entwickelten QM-Systems „Qualität & Entwicklung in Praxen“ (QEP) [2]. Die Patientenbefra-



Foto: Judith Scheer

Sascha Cibis, Rechtsanwalt, ist Leiter der Abteilung Qualitätssicherung und Mitgliederverservice Sonderverträge bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Nach seinem Studium der Rechtswissenschaften arbeitete er u. a. als Vertragsreferent beim BKK Landesverband Rheinland-Pfalz, Saarland, war Leiter der Kopfstelle Disease-Management-Programme Brustkrebs beim Verband der Ersatzkassen e. V. sowie als Referent Honorar/Bewertung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Cibis hat einen Lehrauftrag an der Hochschule Ludwigshafen im Master-Studiengang Health-Care-Management inne.



KOSTENFREIE VERANSTALTUNGEN

GRUNDLAGEN

QM leben I

Diese Veranstaltung informiert Sie über die gesetzlichen Anforderungen und Gegebenheiten sowie über Grundlagen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

QM leben II

Die Selbst- und Fremdbewertung sowie der Umgang mit Fehlern und Risiken in Ihrer Praxis bilden den Schwerpunkt dieser Veranstaltung.

AUFBNAUKURS

Erfahrungsaustausch / Best Practice

Im Kreise anderer QM-Verantwortlicher tauschen Sie sich über die besten Methoden und Umsetzungsinstrumente Ihrer individuellen QM-Systeme aus.

UMSETZUNG MIT DEM SYSTEM QEP®

QEP® Grundkurs

In diesem Kurs erlernen Sie den Aufbau von QEP® und den Umgang mit diesem System. Mit Unterstützung unserer QM-Beraterinnen und -Berater erarbeiten Sie Ihre ersten QEP®-Ziele.

QM in vier Schritten – zum „roten Faden“ mit QEP®

Sie kennen zwar den richtigen Umgang mit dem System QEP®, der Start und die Umsetzung sind aber dennoch ins Stocken geraten? In diesem Kurs erlernen Sie, wie Sie in vier nachvollziehbaren Schritten zum Ziel gelangen.

Abb. 1: Veranstaltungen der KV Hessen zu Qualitätssicherung (QS) und -management (QM). Anmeldung über die Website www.kvhessen.de.

gung beinhaltet die gesamte Bereitstellung und Auswertung der Fragebögen mit individueller Analyse sowie dem Benchmark mit vergleichbaren Einrichtungen. Für die Praxen ist dies mit wenig Aufwand verbunden. Die Einführung von QEP als Praxisprojekt erstreckt sich über einen Zeitraum von gut sechs Monaten und zielt darauf ab, dass die Praxis alle Vorteile eines etablierten QM-Systems im Alltag nutzen kann. Abgerundet werden diese Angebote durch Erfahrungsaustausche für QM-Verantwortliche. Des Weiteren sind unsere Mitglieder durch ihre Vertreterinnen und Vertreter beispielsweise in der QM-Kommission in Prozesse der Qualitätskontrolle und -weiterentwicklung einzbezogen.

Welche Veranstaltungsformate gibt es und wie hat sich das Angebot über die Jahre entwickelt?

Martens: Die KVH bietet Fortbildungsveranstaltungen, Vorträge und Workshops, die in Präsenz oder online stattfinden an. Mit dem Hautkrebscreening haben wir seit 2020 auch ein Blended Learning-Angebot. 2022 starten wir mit einem ersten eLearning zum Thema QM, dem noch

weitere folgen werden. Das gesamte Veranstaltungsmanagement der KVH umfasst inzwischen mehr als 90 unterschiedliche Themen. Von praktischen Übungen, wie bspw. Erste-Hilfe-Trainings oder Brandschutz, über Workshops zu „Patientenrechten im Alltag“ bis hin zu Qualifikationen zur Palliativmedizin. Ein großes Anliegen ist es uns dabei, das Angebot stets an den Bedarf unserer Mitglieder und die Förderung der Patientensicherheit anzupassen und gegebenenfalls immer wieder neu auszurichten.

Wie ist die Abteilung Qualitätssicherung organisiert?

Sascha Cibis: Die Teams der Qualitätssicherung sind mit Arbeitsinhalten rund um die Struktur- und Prozessqualität sowie die sektorenübergreifende QS befasst. Zur Abteilung gehört außerdem das Team Mitgliederservice Sonderverträge, das die in Hessen vertraglich geregelten Disease-Management-Programme sowie verschiedene Sonderverträge betreut. Weiterhin versorgen wir die Mitglieder mit den notwendigen Vordrucken für einen reibungslosen Praxisablauf.

Welche konkreten Aufgaben haben die Teams?

Cibis: Im Rahmen der Strukturqualität sind die Mitarbeitenden für die Antragsbearbeitung der genehmigungspflichtigen Leistungen zuständig und prüfen bei über 70 verschiedenen Themen, ob die Vorgaben der jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV) bzw. Richtlinien vom Antragstellenden erfüllt werden. Neben den fachlichen Voraussetzungen

müssen für Apparaturen und Räumlichkeiten bestimmte Anforderungen erfüllt sein, bevor die KV eine Genehmigung erteilt. So darf zum Beispiel ein Vertragsarzt Patienten erst röntgen, wenn er die entsprechende Genehmigung hierfür besitzt, also nachgewiesen hat, dass er es kann (fachliche Voraussetzung) und ein zugelassenes Gerät (apparative Voraussetzung) hierfür hat. Es gibt über 70 solcher Genehmigungen.

Für die Sicherstellung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit sind vor allem die Einhaltung der in den QSV geforderten Mindest-Untersuchungszahlen sowie regelmäßige Fortbildungen der Ärztinnen und Ärzte entscheidend. Beides prüfen wir regelmäßig. Egal ob Initial-, Stichproben-, Turnus- oder Vollüberprüfung, die Dokumentation der am Patienten erbrachten Leistungen wird unangemeldigt von der KVH beim Mitglied angefordert. Die (fach-)ärztlichen Kommissionen mit ihren weit über 180 Mitgliedern führen anhand der Dokumentation die fachliche Qualitätsprüfung durch. Daneben gibt es in manchen Bereichen Präparate- und Fallsammlungsprüfungen bei denen die Genehmigungsinhaber regelmäßig ihre Eignung nachweisen müssen. Die KVH koordiniert und organisiert die Arbeit der Kommissionen und setzt die fachlichen Prüfergebnisse im Rahmen des behördlichen Verwaltungshandels um.

Welche Kooperationen gibt es zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit?

Cibis: In Hessen setzt die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen



Foto: Judith Scherer

Jan Martens studierte Betriebswirtschaft mit einer Vertiefung der Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Er ist Teamleiter des Bereichs Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und übernimmt Referententätigkeiten für verschiedene Fortbildungsveranstaltungen – beispielsweise im Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ bei der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen.



Patientensicherheit

(LAGQH) die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) um. Sie wird getragen von: KVH, Kassenzahnärztlicher Vereinigung Hessen (KZVH), Hessischer Krankenhausgesellschaft (HKG) und Verbänden der hessischen Krankenkassen. Die Datenerhebung bei den dokumentationspflichtigen Vertragsärzten koordiniert eine Datenannahmestelle (DAS), angesiedelt bei der KVH. Die sQS verfolgt das Ziel, die Qualität im stationären und vertragsärztlichen Sektor durch einheitliche Vorgaben und Prüfkriterien vergleichbar zu machen. Die Vorgaben für die Verfahren der sQS sind ebenfalls über Richtlinien geregelt. Patienten erhalten somit bei Leistungen, die in beiden Sektoren durchgeführt werden können, eine vergleichbare, qualitätsgesicherte Behandlung.

Wie arbeiten Sie mit den Mitgliedern zusammen, um Qualität und Patientensicherheit in Hessen zu verbessern?

Cibis: Unsere Abteilung informiert die Mitglieder stets unverzüglich über neueste Erkenntnisse und anstehende Änderungen. Somit können Patienten der vertragsärztlichen Versorgung in Hessen sicher sein, dass unsere Mitglieder immer nach den aktuellen Vorgaben handeln. Im jährlich erscheinenden Fortbildungsprogramm gibt

QM Angebote im Überblick



© Abb. 1 & 2: KVH

es unter anderem einen Kurs für die Sonografie, in dem die Mitglieder die Möglichkeit haben, eigenständig an Probanden zu schallen und direkt ein Feedback der ärztlichen Kommission zu erhalten. Weiterhin gibt die KVH Hinweise zu den verwaltungsseitigen Anforderungen der QSV an die Leistungsdokumentation und die Vorgaben der Evidenzbasierten Medizin (EbM). Darüber hinaus sind wir in unterschiedlichen Gremien und Arbeitsgruppen

zu Themen der Qualitätssicherung auf Länder- und Bundesebene tätig.

Was wünschen Sie sich aus Sicht der KVH für die Zukunft der Patientensicherheit bezogen auf Hessen?

Martens: Mit den gesetzlichen Anpassungen unter anderem aus dem Patientenrechtegesetz ist die Patientensicherheit stärker in die Prozesse der Versorgung integriert worden. Besonders das Fehler- und Risikomanagement verstärken in der QM-Richtlinie [1] die Rechte der Patienten. Dies ist aus unserer Sicht eine sehr positive Entwicklung, die fortgesetzt werden sollte, da es für alle Prozessbeteiligten eine wichtige Rolle spielt. Außerdem wünschen wir uns weiterhin eine konstruktive und gute Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen, um eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit für die hessischen Praxen zu erzielen.

Interview: Silke Nahlinger,
Katrín Israel-Laubinger, Nina Walter



Evelyn Vollmer ist Leiterin der Abteilung Qualitätsförderung bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen. Nach ihrem Diplom-Studium der Wirtschaftswissenschaften war sie unter anderem als Unternehmensberaterin im Finanzdienstleistungssektor und als Prokuristin und kaufmännische Leiterin des MVZ an den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden tätig. Sie absolvierte den Studiengang Master of Science Gesundheitsmanagement.

Foto: Judith Scherer

Literatur:

- [1] Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser – QM-RL; im Internet: <https://www.g-ba.de/richtlinien/87> (Zugriff 20.05.22)
- [2] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen; im Internet: <https://www.kbv.de/html/qep.php> (Zugriff 30.05.2022)



Serie Teil 18: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Peer Review auf der Intensivstation: Alle gewinnen

Das Ärztliche Peer Review ist ein freiwilliges Qualitätssicherungsverfahren, welches z. B. auf einer Intensivstation (ITS) durchgeführt werden kann und sich wesentlich von anderen Maßnahmen wie beispielsweise Audits unterscheidet. Es basiert auf der Selbstbewertung anhand eines strukturierten Fragebogens sowie dem Besuch der Station durch ein ärztlich-pflegerisches Peer-Team. In diesem Rahmen werden Strukturen und Prozesse im kollegialen Dialog und einer Stationsbegehung evaluiert, auf Augenhöhe miteinander besprochen und Verbesserungspoten-

ziale und Maßnahmen im Rahmen eines strukturierten Berichtes festgehalten. Die Landesärztekammer Hessen ist eine der Ärztekammern, die dieses Verfahren anbietet. Das Konzept des Intensivmedizinischen Peer Reviews basiert auf den Qualitätskriterien und Unterlagen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Welche Bedeutung das Peer Review für die Qualitätssicherung (QS) auf einer Intensivstation hat und wie dies umgesetzt wird, erläutern Chefarzt PD Dr. med. Dr. habil. Haitham Mutlak, Ltd. Oberarzt

Dr. med. Daniel Gill-Schuster und Schahin Fallah Shirazi, Fachkrankenpfleger und Bereichsleiter ITS, aus der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Sana Klinikums Offenbach, die sich kürzlich durch ein Peer-Team haben besuchen lassen. Die Biografien der Interviewten lesen Sie in der Online-Ausgabe.

Wie werden Qualitätsmanagement (QM) und -sicherung (QS) sowie das Thema Patientensicherheit auf einer Intensivstation umgesetzt?

PD Dr. med. Dr. habil. Haitham Mutlak:

QM spielt gerade in der Intensivmedizin eine zentrale Rolle. In unserem Klinikum führt die Stabsstelle QM einmal jährlich ein internes Audit durch und der Qualitätszirkel tagt viermal im Jahr. Die QS erfolgt mit den Outcome-Parametern der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), wie z. B. Sterblichkeit von Patienten mit einer Beatmungsdauer von mehr als 24 h [1]. In der Praxis orientieren wir uns an der Umsetzung der zehn formulierten Qualitätsindikatoren der DIVI [2]. Multiple Maßnahmen erhöhen die Sicherheit unserer Patienten. Beispielhaft seien hier Behandlungsstandards und eine strukturierte Visite für alle Patienten sowie jede Neuaufnahme durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ genannt. Weitere Beispiele sind Sicherheitschecklisten für verschiedene Prozesse und Armbänder zur sichereren Identifizierung der Patienten.

Was sind auf einer Intensivstation die besonderen Herausforderungen bzgl. Patientensicherheit?

Schahin Fallah Shirazi:

Aufgrund komplexer organisatorischer Abläufe, akuter Notfälle und dem Schweregrad der Erkrankungen zählt die Intensivstation zu den fehleranfälligsten Bereichen der stationären Krankenversorgung. Abhängig von der Intensität der ärztlichen und pflegerischen Therapie muss das medizinische Fachpersonal ununterbrochen hochkomplexe technische Systeme bedie-

Biografisches



Foto: Georg-foto offenbach

**PD Dr. med.
Dr. med. habil.
Haitham Mutlak** ist seit Oktober 2019 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am SANA Klinikum Offenbach. Der Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Notfallmedizin war vor seiner Zeit in Offenbach u. a. zuletzt als leitender Oberarzt am Universitätsklinikum Frankfurt sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter u. a. an der Charité Berlin, der University of Colorado oder der Ludwig-Maximilian-Universität in München tätig. Daneben ist er Prüfer des zweiten und dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung beim Hessischen Landesprüfungsamt und bei den Facharztprüfungen der Landesärztekammer Hessen sowie in der Planung und Umsetzung der Peer Reviews ITS in Hessen aktiv.

arzt in der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am SANA Klinikum Offenbach. Vor seiner Tätigkeit in Offenbach absolvierte der Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Anästhesiologie und Palliativmedizin seine Facharztweiterbildung am Universitätsklinikum Frankfurt und war dort auch als Oberarzt tätig.



Foto: privat

Schahin Fallah Shirazi ist seit 2020 Bereichsleiter der Medizinischen Intensivstation, Operativen Intensivstation und Schwerbrandverletzen-

zentrums der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am SANA Klinikum Offenbach, wo er seit seinem Examen 2013 als Gesundheits- und Krankenpfleger tätig ist. Der Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie absolvierte 2022 den Bachelor of Arts mit dem Schwerpunkt Gesundheits- und Sozialmanagement. 2021 erhielt er die Auszeichnung „Nachwuchs-Pflegemanager des Jahres“ des Bundesverbandes Pflegemanagement.



Foto: privat

Dr. med. Daniel Gill-Schuster arbeitet seit 2020 als leitender Ober-



Abkürzungen: ÄK=Ärztekammer; ITS=Intensivstation; QI=Qualitätsindikator;
SWOT=Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen), Threats (Risiken)
Eigene Darstellung nach: Leitfaden Ärztliches Peer Review, Bundesärztekammer 2014

nen, bei denen kleinste Fehleinstellungen gravierende Folgen für die Patienten haben können.

Dr. med. Daniel Gill-Schuster:

Erfahrungsgemäß können Patienten auf einer Intensivstation – z. B. aufgrund eines schweren Delirs oder Sedierung – selten adäquat Auskunft zu ihrer Person, ihrer Krankheit oder zur Operation geben. Dies macht die Identifikation und Anamnese zu einer besonderen Herausforderung, da die Gefahr besteht, dass es zu Verwechslungen oder gar zu Behandlungsfehlern kommt – besonders dann, wenn unterschiedliche Fachabteilungen hinzugezogen werden müssen.

Was ist Ihnen bezüglich des Themas Patientensicherheit auf Ihrer Intensivstation besonders wichtig?

Gill-Schuster: Eine gute interprofessionelle Kommunikation ist essenziell, da der Informationsverlust in Übergaben und während des Tagesverlaufs immens sein kann. Umso wichtiger ist es, dass mehrmals am Tag fest integrierte, standardisierte Befragungen zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften stattfinden. In diesen werden Tages- und Behandlungsziele festgelegt und erledigte Tagesziele abgehakt. Dies wirkt deutlich dem Informationsverlust entgegen und fördert damit die Patientensicherheit.

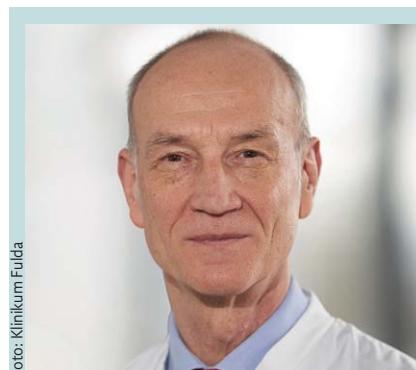
Fallah Shirazi: Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass Fehler als untrennbares Element jeglichen menschlichen Tuns keine Ausnahmen darstellen. Wir haben einen hohen Sicherheitsanspruch und sehen den Menschen als eine Fehlerquelle, die im Fehler-Monitoring miteinbezogen werden muss. Mit diesem Ansatz werden Sicherheitsprozesse einheitlich und für alle Mitarbeitenden verbindlich eingeführt. Mir persönlich ist es aber ein gro-

ßes Anliegen im Sinne der „No-Blame-Kultur“ nicht nach Schuldigen, sondern im gemeinsamen Dialog nach Lösungen zu suchen.

Was waren die Gründe, Ihre Intensivstation für ein Peer Review anzumelden?

Mutlak:

Die Intensivmedizin ist mit der Versorgung von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen ein sehr wichtiger



Prof. Dr. med. Clemens A. Greim, MBA, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin am Klinikum Fulda und hessischer Vertreter in der Steuerungsgruppe „Peer-Review in der Intensivmedizin“ der DIVI, sowie erfahrener Peer: „In der Intensivmedizin wollen wir unsere Patienten mit der best-

möglichen Lebensqualität aus der intensivmedizinischen Behandlung entlassen. Trotz Vorgaben durch Leitlinien und Empfehlungen gibt es variierende qualitative Ergebnisse, bedingt u. a. durch unterschiedliche Infrastrukturen, Prozesse und Personalkompetenz. Hierzu von außen Anregungen zu einer Verbesserung der intensivmedizinischen Kernleistung zu geben, macht das Peer Review Intensivmedizin spannend und effektiv. Mein Wunsch wäre es, dass sich Intensivstationen künftig alle drei bis vier Jahre dem Peer-Review-Verfahren der DIVI unterziehen. Dazu brauchen wir interessierte Kolleginnen und Kollegen mit Verantwortung in der Intensivmedizin, die über den eigenen Tellerrand hinausschauen wollen und sich gleichzeitig auch in die eigenen Karten blicken lassen.“



Patientensicherheit

Pfeiler in der stationären Krankenversorgung. Die Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind hoch und die Umsetzung im Team ist nicht trivial. Die tägliche Arbeit auf der Intensivstation kann zu „Betriebsblindheit“ führen wodurch Verbesserungspotenziale vergeben werden können. Die Möglichkeit, sich durch erfahrene Intensivmediziner und Intensivpflegekräfte reviewen zu lassen, bedeutet einerseits, einen Spiegel vorgehalten zu bekommen und ist andererseits extrem wichtig, um eine Standortbestimmung des eigenen Handelns zu erhalten und Potenziale und Stärken zu erfassen – so können wir uns in der Versorgungsqualität weiter verbessern und angestoßene Projekte weiter entwickeln. Wir haben uns im Team nach intensiver Diskussion einem solchen Verfahren gestellt. Dieser Aspekt ist mir besonders wichtig, weil die intrinsische Motivation, sich zu verbessern, eine Grundvoraussetzung für den Erfolg des Verfahrens ist.

Welche Vor- und Nachteile hat das Peer Review-Verfahren Ihrer Meinung nach?

Mutlak: Zwei aus meiner Sicht ganz entscheidende Vorteile sind zum einen die Freiwilligkeit der Teilnahme und zum anderen die Kompetenz der Peer-Review-Teams. Dies bewährt sich sowohl am Krankenbett als auch im kollegialen Dialog – und zwar nicht nur theoretisch, sondern vor allem in der praktischen Umsetzung

Fortsbildungskurs Ärztliches Peer Review – Intensivmedizin (gemäß des Curriculums der Bundesärztekammer)

Zielgruppe: Intensivmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte in Leitungsfunktionen

Termine: Telelernphase: 14.11.–09.12.2022
Präsenzphase: 12.12.–13.12. 2022

**Zertifizierung/
Gebühr:** 16 Fortbildungspunkte/390 €
(Akademiemitglieder 351€)

Der QR-Code für Smartphones führt direkt zur Website des Kurses der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung.

**Information und
Anmeldung:** Adiela Candeló-Römer, Fon:
06032 782-227
E-Mail:
adiela.candelo-roemer@laekh.de



von Qualitätskriterien. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen sind in den Peer-Review-Prozess mit einbezogen, so dass ein reales Bild der tatsächlich gelebten Praxis erfasst wird. Da das Review einen ganzen Tag dauert, ist auch ausreichend Zeit, alle relevanten Aspekte zu beleuchten. Einen wirklichen Nachteil kann ich an dem beschriebenen Vorgehen nicht erkennen, vielmehr ist der Austausch von Wissen, Erfahrungen und Prozessen im kollegialen Dialog ein weiterer Vorteil – beide Seiten lernen etwas dazu.

Wie haben Sie das Peer Review auf Ihrer Station empfunden?

Mutlak: Das Peer Review hat in einer sehr wertschätzenden, entspannten sowie kol-

legialen Atmosphäre auf Augenhöhe stattgefunden und die Peers waren sehr gut vorbereitet. Das hat aus meiner Sicht auch dazu beigetragen, dass offen über alle relevanten Themen gesprochen werden konnte. Natürlich möchte man in einem solchen Prozess optimal bewertet werden und geht mit einer gewissen Anspannung hinein. Wir haben schon im Rahmen der vorbereitenden Selbstbewertung anhand des strukturierten Peer-Review-Fragebogens viel gelernt und auch Aspekte gefunden, mit denen wir uns noch gar nicht intensiv beschäftigt hatten. Aber gerade das ist ja das eigentliche Ziel. Für mich als Fazit: Man braucht keine Angst zu haben – man kann nur profitieren!

Gill-Schuster: Der Besuch der Kollegen war sehr angenehm, problemorientiert und konstruktiv. Mit Hilfe der strukturierten, an die DIVI-Qualitätsindikatoren angelehnten Fragebögen konnten Probleme schnell herausgearbeitet und bewertet werden – sowohl für uns im Vorfeld als auch durch die intensivmedizinisch erfahrenen Kollegen. Grundlage war stets das interkollegiale Gespräch, so dass nie ein Gefühl einer „Prüfungssituation“ oder „Edukation“ entstand. Persönlich konnte ich etliche Eindrücke durch die eingehenden Gespräche mit den Peer-Kollegen mitnehmen. Wir haben offen über Probleme und Innovationen auch auf den anderen Intensivstationen diskutiert. Daraus resultierten neue Ideen, die ich für meine tägliche Arbeit nutzen kann.



Dr. med. Oliver Kumpf, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Charité Berlin, Sprecher der Steuerungsgruppe „Peer-Review in der Intensivmedizin“ der DIVI: „Ärztliches und interpro-

fessionelles Peer Review bedeutet, dass Besuchende und Besuchte sich auf eine Perspektive der wohlwollenden Kritik einlassen. Es geht nicht um die Kontrolle eines Minimalstandards wie z. B. bei einem Audit, sondern um die Möglichkeit, gemeinsam Entwicklungspotenziale auszuarbeiten, von der alle Seiten durch kollegialen Austausch profitieren. Peer Review soll nicht Angst vor ‚Spionage‘ erzeugen, sondern motivieren, mehr Offenheit für Veränderung zuzulassen. Dafür muss der Prozess transparent sein und gleichzeitig Daten generieren, die Vorteile gegenüber z. B. der verpflichtenden stationären Qualitätssicherung demonstrieren. Daran arbeiten wir in der DIVI-Steuerungsgruppe Peer Review.“



Fallah Shirazi: Wie erwartet, gibt es immer Verbesserungspotenzial. Im Gegensatz zu einem klassischen Audit hat man beim Peer Review durch den konstruktiven kollegialen Dialog die Möglichkeit, in einem ruhigen Setting Prozesse zu reflektieren und vom Erfahrungsschatz der Peers neuen Input für die eigene Arbeit zu gewinnen. Allerdings haben auch die Peers Ideen und Lösungsansätze unserer Intensivabteilung für gut befunden, die sie eventuell auch in ihren Häusern umsetzen möchten. Insgesamt also eine Win-win-Situation.

Kann das Peer Review-Verfahren Einfluss auf die Patientensicherheit haben?

Mutlak: Davon bin ich fest überzeugt. Wir haben nun eine Agenda im Sinne eines strukturierter Peer-Review-Berichtes, an der wir weiterarbeiten werden. Das führt dann letztendlich zu einer verbesserten Patientensicherheit.

Gill-Schuster: Weil Kollegen aus anderen Kliniken mit unterschiedlich strukturierten Intensivstationen kommen, werden eigene Verfahrensabläufe aus anderen Sichtweisen beleuchtet, und somit können wir Verfahrensabläufe optimieren und Fehler vermeiden. Daher kann das Peer-Review-Verfahren tatsächlich direkten Einfluss auf die Patientensicherheit haben.

Fallah Shirazi: Absolut! Der Blick von außen durchbricht immer die eigene „Betriebsblindheit“ und setzt neue Impulse für Prozessverbesserungen. Davon profitiert auch immer das Thema Patientensicherheit.



Foto: Klinikum Darmstadt

Robert Hammerschmidt, Fachkrankenpfleger und Atmungstherapeut in der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Darmstadt: „Im Unterschied zu anderen Auditierungen steht beim Ärztlichen Peer Review

auf der Intensivstation nicht das Erlangen eines Zertifikates als vielmehr der wertschätzende Erfahrungsaustausch im Zentrum. Besonders hervorzuheben ist aus meiner Sicht dabei der interprofessionelle, kollegiale Dialog auf Augenhöhe. Für einen gelungenen Ablauf des Peer Reviews steht für mich die Stationsbegehung im Fokus, für die ich mir mehr Zeit zum Austausch mit weiteren Kolleginnen und Kollegen auf Station wünschen würde. Die Besprechung der Peers am Nachmittag könnte dagegen etwas komprimiert werden. Ein besonderer Vorteil ist die interprofessionelle Ausrichtung des Verfahrens, so auch der Einbezug der Pflege – dies sollte sich auch im Titel des Verfahrens wiederfinden, um die tatsächliche Zielgruppe besser anzusprechen.“

Was wünschen Sie sich für die Zukunft bezogen auf Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Intensivmedizin?

Mutlak: Eine regelmäßige Begehung in diesem Umfang mit dem Schwerpunkt auf die tatsächlich gelebte klinische Praxis.

Gill-Schuster: Dass es mehr Verfahren wie das Peer-Review-Verfahren gibt. Viele QS-Maßnahmen sind sehr theoretisch. Es werden Einzelwerte definiert, die auf der Intensivstation oder nach Aktenlage abgefragt werden, teilweise nicht praktikabel sind und auch nicht dem eigentlichen Therapiestandard entsprechen. Dies spiegelt weder Qualität wider, noch trägt es zur Patientensicherheit bei. Dass

erfahrene Intensivmediziner, die täglich auf einer Intensivstation arbeiten und einheitliche Standards (z.B. DIVI-Standards) hinzuziehen, das Peer-Review-Verfahren durchführen, sichert und steigert die Qualität.

Fallah Shirazi: Wir haben sehr viele Begehungen auf der Intensivstation. Jedoch kann ein geschulter Blick von Kollegen aus demselben Fachgebiet, die mit denselben tagtäglichen Problemen zu kämpfen haben, Gefahren schneller identifizieren und praktische Lösungsvorschläge an die Hand geben.

Interview: Silke Nahlinger,
Katrín Israel-Laubinger, Nina Walter

Literatur zum Artikel:

- [1] Initiative Qualitätsmedizin.
www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/qualitaetsmessung
(Zugriff 26.07.2022)

- [2] Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e. V.
www.divi.de/empfehlungen/qualitaetssicherung-intensivmedizin/peer-review/qualitaetsindikatoren
(Zugriff 27.07.2022)

Weiterführende Informationen unter:

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/aerztliches-peer-review>

<https://www.divi.de/empfehlungen/qualitaetssicherung-intensivmedizin/peer-review>



Serie Teil 19: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Mehr Patientensicherheit für Hessen – Initiativen im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration



Foto: HMSI

Anne Janz ist seit dem 18. Januar 2019 Staatssekretärin im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration. Die Di-

plom-Sozialwirtin war von 1990 bis 2004 Geschäftsführerin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und im Anschluss bis 2019 Mitglied des hauptamtlichen Magistrats der Stadt Kassel.

In diesem Rahmen bekleidete sie das Amt der Dezernentin für Jugend, Frauen, Gesundheit und Bildung und war Mitglied im Präsidium und Ausschüssen des Deutschen und Hessischen Städttetages. Von 1993 bis 1997 war sie Mitglied der Stadtverordnetenversammlung Kassel und von 1997 bis 2001 Mitglied des ehrenamtlichen Magistrats der Stadt Kassel.

Etablierung eines eigenen Referats für Qualitätssicherung und Patientensicherheit innerhalb des HMSI wurden die Aktivitäten mit dem Ziel gebündelt, die Patientinnen und Patienten vor unnötigen Risiken und Schäden zu schützen. [1, 2]

Mit welchen Maßnahmen und Projekten wurde/wird aus Sicht des HMSI die Patientensicherheit in Hessen gefördert und verbessert?

Janz: Nach dem Start der Initiative Patientensicherheit in Hessischen Krankenhäusern im Jahr 2014, die mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) ins Leben gerufen wurde, gab es verschiedene Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit, darunter beispielsweise die Entwicklung und Implementierung eines Patientenratgebers – „Sicher im Krankenhaus“ in Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) und der Techniker Krankenkasse (TK) in Hessen, ein Qualitätssicherungsprojekt zu multiresistenten Erregern in Krankenhäusern (MRE-Projekt), die Finanzierung von Simulationstrainings für Kindernotfälle in allen hessischen Kinderkliniken sowie die alljährlich stattfindende Fachtagung gemeinsam mit der HKG. Auch die hessischen Krankenhäuser sind in unterschiedlichen Projekten zur Steigerung der Patientensicherheit aktiv, worü-

Im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) ist das Thema Patientensicherheit seit vielen Jahren präsent. Es ist in viele verschiedene hessische und überregionale Aktivitäten involviert bzw. hat sie initiiert. Wichtige Meilensteine waren die Gründung des Referates Qualitätssicherung und Patientensicherheit sowie die Hessische Patientensicherheitsverordnung (PaSV), mit der Hessen eine Vorreiterrolle einnimmt – ein Interview mit Staatssekretärin Anne Janz.

Warum ist Patientensicherheit im HMSI ein wichtiges Thema?

Staatssekretärin Anne Janz: Die Berichte des United States Institute of Medicine und des Britischen Gesundheitsministeriums, die sich mit dem Problem der unsicheren Patientenversorgung befassen, lenkten bereits zur Jahrtausendwende große öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema. Beide Berichte setzten sich mit Sicherheit und Schadensereignissen im Gesundheitswesen auseinander, zogen Parallelen zu anderen Hochrisikobranchen und lieferten erste Schätzungen über das mögliche Ausmaß an Patientenschäden. In den vergangenen Jahren gerieten auch verstärkt die wirtschaftlichen Verluste aufgrund unsicherer Versorgung in den Blick. Diese Erkenntnisse führten schließlich zu einer neuen ge-

sundheitspolitischen Prioritätensetzung sowie zur Ausgestaltung eines neuen Forschungsgebiets innerhalb des Gesundheitswesens. Durch die Corona-Pandemie hat das Thema Patientensicherheit weiter an Bedeutung gewonnen. Da der größte Teil der Patientenschäden als vermeidbar gilt, sollte dem Thema eine strategische Priorität zukommen. Die Hessische Landesregierung unterstützt die Akteure der Gesundheitsversorgung dabei und hat mit der Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes die Möglichkeit geschaffen, Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit verbindlich zu regeln. Mit der

Das hessische Fachreferat „Qualitäts sicherung und Patientensicherheit“

Ende 2013 wurde im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration das Fachreferat Qualitätssicherung und Patientensicherheit unter der Leitung von Dr. med. Cornelia Winten eingerichtet, um Patientensicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu verbessern und weiterzuentwickeln. Hierfür wurden Projekte in Zusammenarbeit mit Institutionen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung umgesetzt, wie z. B. die „Initiative

Patientensicherheit und Qualität Hessen“ und das MRE-Projekt „Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE)“. In Zusammenarbeit u. a. mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wurde die Broschüre „Sicher im Krankenhaus – Ein Ratgeber für Patienten“ erstellt. Im Herbst 2019 wurde in Hessen – einmalig bundesweit – die Patientensicherheitsverordnung (PaSV) verabschiedet, die mit der Etablierung von Patientensicherheitsbeauftragten in den Einrichtungen einhergeht [3].



ber die regelmäßig zum „Welttag der Patientensicherheit“ angebotenen Veranstaltungen einen guten Überblick geben. 2014 trat Hessen als erstes Flächenland dem APS e.V. bei und arbeitet aktiv in der AG Patientensicherheit des Kooperationsverbunds Gesundheitsziele mit. Wir haben uns außerdem dafür eingesetzt, dass die Länder einen Sitz im Ausschuss für Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten. Die Beschlüsse des G-BA haben unmittelbare Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft. Deshalb sind inzwischen sowohl im Unterausschuss Bedarfsplanung als auch in Arbeitsgruppen des G-BA Vertreterinnen und Vertreter des HMSI mitberatende Teilnehmende.

Was ist das Ziel der Hessischen PaSV?

Janz: Übergeordnetes Ziel ist die langfristige Etablierung einer Sicherheitskultur in den hessischen Kliniken. Mit dem Einsetzen von Patientensicherheitsbeauftragten, die direkt der Geschäftsleitung der Klinik berichten, soll zudem die Verortung des Themas in der oberen Führungsebene einer Klinik gefördert werden.

Welche Potentiale ergeben sich durch die PaSV?

Janz: Dadurch werden die Entwicklung und Verfestigung einer Sicherheitskultur in Hessens Krankenhäusern geregelt. Außerdem konnte dadurch der Landesbeirat Patientensicherheit etabliert werden, dessen Zusammensetzung ein frühes Einbeziehen der wichtigsten Akteure in der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Nach der PaSV sind die hessischen Krankenhäuser verpflichtet, Patientensicherheitsbeauftragte zu bestellen, was inzwischen auch überall erfolgt ist. Somit stehen dem HMSI in den Kliniken Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für das Thema zur Verfügung. Im Weiteren sind die Krankenhäuser verpflichtet, dem HMSI jährlich einen Bericht vorzulegen.

Wie erfolgt das Berichtswesen im Rahmen der Umsetzung der Hessischen PaSV?

Janz: Inhalte und Format des Berichts wurden gemeinsam mit dem Landesbeirat Patientensicherheit erarbeitet. Der Bericht soll dem Ministerium Informationen über mögliche Defizite liefern; ergänzend soll aber gerade auch über positive Entwicklungen berichtet werden. Der Blick auf die individuellen Erfolgsfaktoren kann ande-

Die Hessische Patientensicherheitsverordnung (PaSV)

Gemäß dieser 2019 in Kraft getretenen Verordnung muss jedes Krankenhaus eine Patientensicherheitsbeauftragte oder einen Patientensicherheitsbeauftragten bestellen. Sie berichten direkt an die Leitung des Krankenhauses und sind dieser gegenüber unmittelbar verantwortlich. Patientensicherheitsbeauftragte werden dem zuständigen Ministerium benannt und müssen eine Grundqualifikation von mindestens 20 Stunden in klinischem Risikomanagement sowie eine jährliche achtstündige Fortbildung in den entsprechenden Themenbereichen nachweisen. Zu ihren Aufgaben gehören Maßnahmen für die Patientensicherheit

und die Sicherheitskultur weiter zu entwickeln, Risiken für das Krankenhaus in Zusammenarbeit mit den Abteilungen zu identifizieren sowie einen schriftlichen Bericht zu erstellen. Diesen übermittelt das Krankenhaus jährlich an das zuständige Ministerium. Zu dessen Beratung und Unterstützung wurde ein Landesbeirat Patientensicherheit bestellt, der sich u. a. mit Fragestellungen aus dem Bereich Patientensicherheit, Qualitätssicherung und klinisches Risikomanagement in der stationären und sektorenübergreifenden Versorgung befasst. In diesem ist neben anderen maßgeblichen hessischen Institutionen auch die Landesärztekammer Hessen vertreten. [4]

ren Häusern wichtige Hinweise liefern, wie die Patientensicherheit verbessert werden kann – idealerweise multiprofessionell, interdisziplinär und – soweit es sinnvoll erscheint – sektorenübergreifend. Mit dem Bericht stellen die Hessischen Krankenhäuser u.a. dar, welche Instrumente und Methoden sie zur Vorbeugung, Analyse, Bearbeitung und Aufarbeitung von Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen heranziehen.

Nachdem die Berichtspflicht aufgrund der Coronapandemie für 2020 ausgesetzt wurde, werden die Kliniken nun demnächst aufgefordert, ihre Angaben für den Berichtszeitraum 2021 zu übermitteln. Dafür steht ein anwenderfreundliches Online-Erfassungstool zur Verfügung.

Welche aktuellen Initiativen für Patientensicherheit gibt es derzeit im HMSI?

Janz: Neben der Umsetzung der Berichtspflicht wird noch in diesem Jahr ein Netzwerk der hessischen Patientensicherheitsbeauftragten eingerichtet, unterstützt durch die Stabsstelle Patientensicherheit und Qualität (PaSiQ) des Universitätsklinikums Frankfurt. So werden Austausch und Kooperation zwischen den hessischen Patientensicherheitsbeauftragten in einem geschützten Raum initiiert und gefördert, um Handlungsbedarf zu identifizieren und weitere Maßnahmen abzuleiten.

Soll der Globale Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030 der World Health Organization (WHO) in Hessen um-

gesetzt werden?

Janz: Hessen nimmt hier mit seinen politischen Aktivitäten und den daraus resultierenden Projekten bundesweit eine Vorreiterrolle ein. Wir haben bereits jetzt wesentliche Maßnahmen für die Erreichung der strategischen Ziele des WHO-Aktionsplans erfolgreich umgesetzt. Durch die Kooperation mit Akteuren aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung im Landesbeirat Patientensicherheit und die Etablierung der Patientensicherheitsbeauftragten haben wir die Voraussetzungen dafür geschaffen, gemeinsam an weiteren Strategien des Aktionsplans zu arbeiten [5].

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Patientensicherheit in Hessen?

Janz: Die bisherige Zusammenarbeit im Landesbeirat Patientensicherheit hat gezeigt, wie wichtig die Expertise der Hauptakteure der Gesundheitsversorgung ist und dass das HMSI auf das hier etablierte vertrauensvolle Miteinander bauen kann. Von daher wünsche ich mir nicht nur, sondern gehe fest davon aus, dass von der Zusammenarbeit von Ministerium und Landesbeirat auch zukünftig wichtige Impulse zur stetigen Verbesserung der Patientensicherheit ausgehen werden.

Interview: Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

Die Literatur zum Interview finden Sie in der Online-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.



Literatur zum Artikel:

Serie Teil 19: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

- [1] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS [Hrsg.] (1999): To Err is Human: Building a Safer Health System, Washington (DC).
- [2] Donaldson L (2000): An organisation with a memory. Clin Med (Lond); 2:452–7.
- [3] Projekt Sicher im Krankenhaus – Ein Ratgeber für Patienten <https://www.aps-ev.de/Projekte/sicher-im-krankenhaus/> (Zugriff 25.08.2022).
- [4] Hessische Staatskanzlei (Hrsg.) Patientensicherheitsverordnung (PaSV)* vom 30. Oktober 2019. Nr. 23 – Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen – 12. November 2019. 324–325. A. Bernecker Verlag GmbH, Melsungen.
- [5] World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care. ISBN 978–92–4–003270–5 (electronic version) ISBN 978–92–4–003271–2 (print version)
- © World Health Organization 2021
Zugriff: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> 28.07.2022.



Serie Teil 20: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Interview mit Dr. Edgar Pinkowski: Patientensicherheit ist ein besonderes Anliegen der Kammer

Auch wenn die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) keine direkte Einrichtung der Patientenversorgung ist, liegt ihren Mitarbeitenden die Verbesserung der Sicherheit medizinischer Behandlungen am Herzen. Es überrascht, in wie vielen Abteilungen und Projekten am Thema Patientensicherheit gearbeitet wird. Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der LÄKH und niedergelassener Anästhesist, berichtet im Interview zu neuen, laufenden und geplanten Aktivitäten.

Wie ist das Thema Patientensicherheit in der LÄKH verortet?

Dr. med. Edgar Pinkowski: Diese Frage ist leicht zu beantworten: In nahezu allen Aspekten unseres Arbeitsalltags geht es letztendlich direkt oder indirekt um die Verbesserung der Patientensicherheit. Wir fördern gute und fundierte ärztliche Fort- und Weiterbildung, aber auch berufsgruppenübergreifende Formate sowie die Aus- und Fortbildung Medizinischer Fachangestellter (MFA). Speziell im Fortbildungsbereich sind wir immer

interessiert daran, Neues auszuprobieren, um den Nachwuchs ins Boot zu holen, aber auch erfahrene Mitarbeitende im Gesundheitswesen, und als ihre Berufsvertretung, natürlich besonders Ärztinnen und Ärzte zu begeistern.

Auch eine vornünftige ärztliche Qualitätssicherung, die mit dem medizinischen Arbeitsalltag kompatibel ist, die Aufarbeitung von Fehlern über unsere Gutachter- und Schlichtungsstelle sowie die Arbeit unserer Ethikkommission und unserer Bezirksärztekammern tragen wesentlich zur Patientensicherheit bei. Wir engagieren uns in übergeordneten Gremien und Ausschüssen und betreiben über unsere Stabsstelle Medien fundierte Öffentlichkeitsarbeit zu verschiedenen Aspekten des Themas. Somit spielt auch außerhalb besonderer Projekte, die wir zusätzlich umsetzen, Patientensicherheit eine wichtige Rolle in unserer täglichen Arbeit.

Welche Patientensicherheitsprojekte gibt es derzeit bei der LÄKH?

Pinkowski: Hier ist zum einen die Artikelserie Patientensicherheit im Hessischen Ärzteblatt zu nennen. Damit informieren wir seit 2019 über relevante Themen, Institutionen, Akteure und Projekte sowohl aus Hessen, als auch bundesweit. Da die Resonanz nach nunmehr 20 Folgen weiterhin positiv ist, möchten wir die Serie auch im kommenden Jahr fortsetzen. Da wir immer auf der Suche besonders nach hessischen Initiativen aus dem Gesundheitswesen sind, die wir vorstellen können, kann ich nur dazu auffordern, uns Themen vorzuschlagen. Die Artikel sind auch als digitale Gesamtausgabe erschienen, die wir jährlich aktualisieren – aufgrund der hohen Relevanz der Inhalte haben wir uns entschieden, daraus eine kostenfreie CME-zertifizierte Fortbildung zu machen, die frei zugänglich auf unserer Website zur Verfügung steht. Überhaupt sind Fortbildungen zum Thema Patientensicherheit ein weiteres unserer Projekte wie z. B. ein Podcast, der unter dem Titel „Sicher ist sicher“ mit bereits zwei Folgen ebenfalls kostenfrei online zur Verfügung steht. Hierfür konnten wir vier hessische Expertinnen und Experten gewinnen, die aktuelle Aspekte aus Klinik und Praxis miteinander diskutieren. Ein spieler der Präsidenten des Paul-Ehrlich-Institutes, des Bundesinstitutes für Arzneimittel, von Klinikapothekern sowie ärztlichen und pflegerischen Kollegen runden die Inhalte ab.

Immer wieder freut uns sehr, dass wir hessen- und bundesweit engagierte, kompetente und hochrangige Mitstreiter gewinnen können, die unsere Projekte unterstützen – mit Grußworten, als Berater und als Referenten. Diese Vernetzung hilft uns sehr, das Thema in der Öffentlichkeit vorwärts zu bringen, von anderen zu lernen, Dinge weiterzugeben und informiert zu bleiben.

Was hat die LÄKH in diesem Jahr zum Thema umgesetzt?



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Edgar Pinkowski

Der Landesärztekammerpräsident ist Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin

und Palliativmedizin sowie der Qualifikation Leitender Notarzt. Seit 1989 ist er als Anästhesist und Schmerztherapeut niedergelassen und seit 2013 in einer Gemeinschaftspraxis im regionalen Schmerzzentrum DGS Gießen/Pohlheim tätig. Berufspolitisch ist der Präsident der LÄKH unter anderem Stellvertretender Landesvorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) in Hessen und (Gründungs-)Mitglied der Kommission Niedergelassener Anästhesisten (KONA) des BDA, Mitglied der Delegiertenversammlung der LÄKH, der Vertreterversammlung der KV Hessen, Sprecher des Bündnisses der hessischen fachärztlichen Berufsverbände und Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer.



Pinkowski: Neben Artikelserie, Podcast und Gesamtausgabe haben wir noch die Online-Fortbildungsreihe „Patientensicherheit und Qualitätssicherung“ gestartet. Nachdem eine Pilotveranstaltung im letzten Jahr erfolgreich durchgeführt wurde, haben wir in diesem Jahr zwei Termine angeboten, die ebenfalls gut angenommen wurden. Die Veranstaltungen waren CME-zertifiziert und als Fortbildungsmaßnahme für Patientensicherheitsbeauftragte gemäß § 2 Abs.5 Patientensicherheitsverordnung (PaSV) [1] anerkannt – Auch hier würden wir uns Rückmeldungen zu möglichen Themen wünschen, die sowohl für Pflegekräfte als auch für Ärzte interessant wären, um zusammenarbeitende Teams anzusprechen – dies wäre ein gutes Ziel für die Weiterentwicklung der Reihe. Außerdem hat die LÄKH in diesem Jahr die Gründung einer Arbeitsgruppe im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. angestoßen, die MFA bei der Förderung digitaler Gesundheitskompetenz bei Patienten in den Vordergrund rückt. Ziel ist hier die Erstellung einer praxisrelevanten Handreichung wie einer Handlungsanweisung oder einer Checkliste, die den MFA im Arbeitsalltag weiterhelfen könnte.

Was plant die LÄKH in Sachen Patientensicherheit für die Zukunft?

Pinkowski: Wir möchten uns auch weiterhin gezielt dem Thema widmen. Ein besonderes Anliegen ist es uns, es noch stärker in das Bewusstsein der maßgeblichen Akteurinnen und Akteure zu rücken. Bereits laufende Projekte wie die Artikelreihe und unsere verschiedenen Fortbildungsformate möchten wir fortsetzen. Auch die Zusammenarbeit und Vernetzung mit maßgeblichen hessischen Institutionen soll natürlich weiter gehen. Darüber hinaus ergeben sich für die LÄKH aus meinem Co-Vorsitz im Ausschuss Patientensicherheit bei der Bundesärztekammer weitere Gestaltungsmöglichkeiten. Durch die PaSV wird uns weiterhin eine aktive hessenweite Beteiligung in einem breit besetzten Gremium, dem Landesbeirat, mit anderen Akteuren gemeinsam ermöglicht.

Wie sehen Sie die Hessische Patientensicherheitsverordnung?

Pinkowski: Hessen hatte bereits Ende 2013 mit Gründung des Referats „Quali-

tätssicherung und Patientensicherheit“ erkannt, wie wichtig die gezielte Befasung mit dem Thema Patientensicherheit ist. Die im Oktober 2019 verabschiedete PaSV ist ein wichtiger und guter Vorstoß, der bisher bundesweit einmalig ist. Mit der Etablierung von Patientensicherheitsbeauftragten in den Kliniken wird diesem Thema verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt, was den schon lange bestehenden Blick auf das Qualitäts- und Risikomanagement in den stationären Einrichtungen schärft. Wie bereits erwähnt, kann die LÄKH durch die Etablierung des Landesbeirats an der Verbesserung der Patientensicherheit in Hessen aktiv mitwirken.

Was ist Ihnen persönlich am Thema Patientensicherheit besonders wichtig?

Pinkowski: Patientensicherheit ist kein neues, sondern ein Kernthema der ärztlichen Tätigkeit, folgend dem Leitgedanken „Nihil nocere“. Damit verbunden ist auch die Weiterentwicklung der Fehlerkultur innerhalb des Gesundheitswesens, ein sensibles, aber umso wichtiges Thema, welches mit der Patientensicherheit unmittelbar verknüpft ist. „To Err is Human“ – Das wissen wir spätestens seit dem US-amerikanischen Report des Institute of Medicine aus dem Jahr 2000 [2]. Uns allen können Fehler passieren, es ist wichtig, darüber zu sprechen und daraus zu lernen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten noch sicherer zu machen. Eines ist mir dabei besonders wichtig, egal ob im ambulanten oder stationären Sektor: Patientensicherheit kann nur im Team erreicht werden.

Was wünschen Sie sich für die Patientensicherheit in der Zukunft?

Pinkowski: Mit unseren Projekten sind wir auf einem guten Weg, vermehrt auf das Thema aufmerksam zu machen. Dass sich so viele verschiedene Institutionen wie das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, die Hessische Krankenhausgesellschaft oder die Kassenärztliche Vereinigung Hessen – um nur einige wenige zu nennen – damit auseinandersetzen, ist ein gutes Zeichen. Die Befassung mit dem Thema Patientensicherheit sollte allerdings nicht zu abstrakt und ein fester und selbstverständlicher Teil der täglichen Arbeit sein. Ich wünsche mir, dass dies

mehr in das Bewusstsein rückt. Daran müssen wir anknüpfen, damit die Patientenversorgung um den Aspekt der Sicherheit weiterentwickelt und verbessert werden kann.

Was möchten Sie besonders Ihren jungen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zum Thema Patientensicherheit mit auf den Weg geben?

Pinkowski: Patientensicherheit und Fehlerkultur müssen von Anfang an in das Blickfeld der jungen Kolleginnen und Kollegen rücken und fest mit der ärztlichen Tätigkeit verknüpft sein. Hierbei können z. B. Fehlermeldestecksysteme wie CIRS medical helfen, das von der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellt wird und das noch viel häufiger genutzt werden sollte! [3] Dabei geht es nicht darum, Unsicherheit in Bezug auf potentielle Fehler zu schüren, sondern zum einen, die Kompetenz zu erreichen, mit ihnen umzugehen und darüber sprechen zu können und zu dürfen. Zum anderen offen dafür zu sein, wie mit Stolpersteinen in Prozessen umgegangen und dazu beigetragen werden kann, Fehler somit zu vermeiden – dies führt zu mehr Sicherheit im Arbeitsalltag. Außerdem möchte ich an alle hessischen Ärztinnen und Ärzte appellieren: Lassen Sie uns gemeinsam mit anderen Gesundheitsfachberufen die alltäglichen Herausforderungen angehen, um die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten auch weiterhin bestmöglich zu gewährleisten!

Interview: Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

Die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“

Live-Online-Veranstaltungen, Podcast, Gesamtausgabe und vieles mehr

QR-Code Website:
<https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/patientensicherheit>





Literatur zum Artikel:

Interview mit Dr. Edgar Pinkowski: Patientensicherheit ist ein besonderes Anliegen der Kammer

Dr. med. Edgar Pinkowski, Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

- [1] Hessische Staatskanzlei (Hrsg.) Patientensicherheitsverordnung (PaSV*) vom 30. Oktober 2019. Nr.23 – Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen – 12. November 2019. 324–325. A. Bernecker Verlag GmbH, Melsungen.
- [2] Institute of Medicine. 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>. <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system> und <https://www.nap.edu/read/9728/chapter/1#xi> (Zugriff 26.10.2022) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4doak8m>
- [3] <https://www.cirmsmedical.de/> (Zugriff 31.10.2022)



Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – zentrales Instrument zur Förderung der Patientensicherheit

Dr. med. Kyra Schneider, Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, Dr. med. Michael Heise,

Dr. med. Hanan El Youzouri

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK) tragen mit der berufsgruppenübergreifenden strukturierten Analyse und Aufarbeitung besonderer Fälle in der Klinik dazu bei, die Patientensicherheit nachhaltig zu verbessern. Der aktuelle Stand der Implementierung im Universitätsklinikum Frankfurt am Main wurde mittels mehrerer Befragungen evaluiert. Für eine suffiziente Durchführung von MMK ist die geschulte und sensible Moderation der Konferenzen besonders wichtig – hierzu bietet die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen eine Fortbildungsreihe an.

Über 100 Jahre nach der Einführung von MMK in der Harvard Medical School durch E. A. Codman (siehe Kasten) werden diese laut der aktuellen Krankenhausstudie KHaSiMiR 21 in den allermeisten Kliniken in Deutschland umgesetzt. [1] Dabei gibt es jedoch einiges Potenzial zur Weiterentwicklung. So sind MMK in knapp 25 % der Kliniken nicht strukturiert und nur in ca. 76 % fach- bzw. ungefähr 66 % berufsgruppenübergreifend umgesetzt.

Die Verpflichtung zur Durchführung von MMK ergibt sich für die Krankenhäuser aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Auch diverse Fachzertifizierungen fordern die Durchführung von MMK, die ggf. auch im Stellungnahmeverfahren der externen Qualitätssicherung nachzuweisen sind. Seit 2016 liegt der Methodische Leitfaden „Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen“ der Bundesärztekammer (BÄK) vor, seit 2019 der Leitfaden der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. [2, 3] Dieser hat die systemische Analyse und die Rollen im Rahmen von MMK noch weiter ausgearbeitet.

Entwicklung eines Rahmenkonzepts zur Umsetzung von MMK im Universitätsklinikum Frankfurt

MMK sind am Universitätsklinikum Frankfurt lange etabliert. 2017 wurden erstmals die ärztlichen Leitungen zur Umsetzung von MMK in ihren Einrichtungen strukturiert befragt. Auf dieser Grundlage und dem Leitfaden der BÄK wurde in einer

interdisziplinären Arbeitsgruppe unter der Leitung der Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement (QM/kRM) mit Beteiligung eines Einrichtungsleiters ein klinikumsweit geltendes Rahmenkonzept für die Durchführung von MMK erstellt. Hierfür wurden auch Vorlagen für die Vorbereitung, Präsentation und Dokumentation erstellt und in der Dokumentenlenkung hinterlegt. Basis des Dokumentationsbogens ist der des Methodischen Leitfadens MMK der BÄK.

Da nur in 54 % der Einrichtungen eine Maßnahmenverfolgung etabliert war, wurde diese Verantwortung den Qualitätsmanagementbeauftragten der jeweiligen Einrichtungen übertragen. Die von der BÄK geforderte regelmäßige Evaluation wurde jährlich mit pandemiebedingter Unterbrechung durchgeführt.

Über das bestehende Qualitätsmanagementsystem wird in einem jährlichen Risikoassessment der Einrichtungen die systematische Umsetzung von strukturierten MMK abgefragt. In den Inhouse-Schulungen der Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten (QMB/RMB) wird das Instrument der MMK detaillierter vorgestellt. Parallel dazu gibt es das Angebot der Begleitung von MMK durch die Stabsstelle QM/kRM (nun Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität). 2022 wurden erstmals die Fallanalysierenden in einem neu konzipierten Kurs geschult und eine Fortbildung für die Moderatoren von MMK entwickelt.

Die Evaluation zeigt eine positive Entwicklung der Etablierung von MMK

Die Evaluation erfolgte über zwei Ebenen, die der Einrichtungsleitungen und die der Teilnehmenden. Die Einrichtungsleitungen wurden 2017, 2019 und 2021 befragt. In

„Codman wollte ein Pionier sein, dennoch war sein Ziel ein weitaus größeres: Er wollte die Medizin und die Art und Weise, wie sie im 20. Jahrhundert praktiziert wurde, reformieren. Sein Hauptinteresse in der Medizin galt dem, was er „Endergebnis-Idee“ nannte. Eine wirklich einfache Idee, die nur aus der Vorstellung bestand, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten lange genug begleiten sollten, um dann eine Aussage darüber treffen zu können, ob die Ergebnisse ihrer Behandlungen funktionierten.“

„Codman wanted to be a pioneer, but his goal was far greater; he wished to reform medicine and how it was practiced in the 20th century. His primary interest in medicine was what he called the End Result Idea. A simple idea, really, it consisted only of the notion that doctors should follow all their patients long enough to tell if the results of their treatment worked.“

W. J. Mallon: Ernest Amory Codman: The End Result of a Life in Medicine. WB Saunders, Philadelphia 2000. Übersetzung: Katja Kölsch



dieser Zeit wurde die regelmäßige Umsetzung von MMK in 82 % der Einrichtungen auf 90 % gesteigert. Ursprünglich fanden diese in 46 % der Einrichtungen wöchentlich statt, 2021 lag die Präferenz dann mit 56 % bei einer quartalsweisen Durchführung. Die Nachhaltigkeit von MMK, die in der ersten Befragung mit durchschnittlich 7,5 (bei einer Skala von 1 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“) bewertet wurde, konnte nach den oben beschriebenen Interventionen auf 8,6 gesteigert werden, fiel allerdings im Rahmen der Pandemie auf 8,1 zurück. Der Anteil der MMK mit moderierender Leitung blieb im Verlauf der Jahre nahezu unverändert bei 45 %. Der Anteil der Oberärztinnen und Oberärzte, die die Moderation einer MMK übernommen haben, konnte von 48 % auf 68 % gesteigert werden.

Im Rahmen der Befragung wurden folgende positive Erfahrungen von MMK genannt:

- Entlastung für einzelne Personen und das gesamte Team,
- Formulierung von Lernbotschaften, die konkret umgesetzt werden können/müssen,
- Kultur der konstruktiven Selbstkritik,

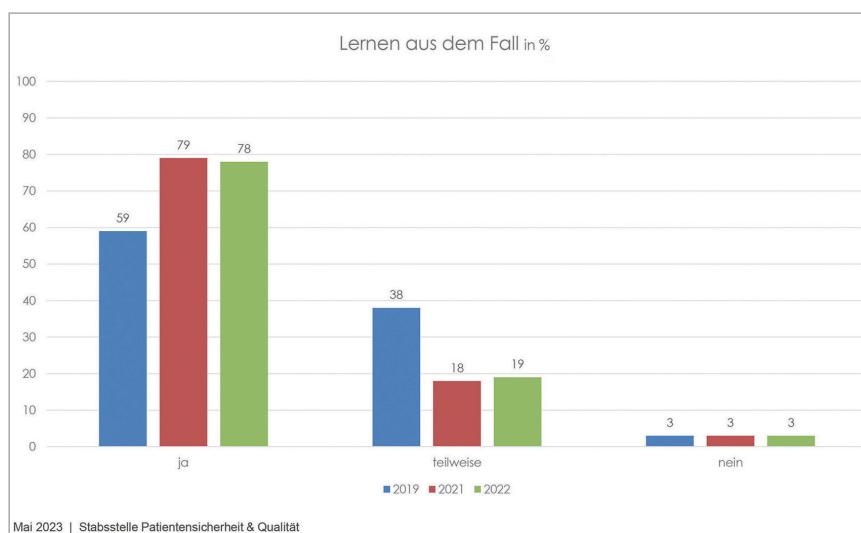


Abb. 1: Ergebnisse der Befragung der Teilnehmenden (Ausschnitt); Quelle: Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität, Universitätsklinikum Frankfurt

- Identifizierung von Schwächen in der Organisationsstruktur,
- Offene, kollegiale Kommunikation,
- Konstruktive, zielführende Diskussionen und
- Verbesserung von Strukturen und Dokumentation.

Die Befragung der Teilnehmenden wird über die zentrale Stabsstelle Patientensi-

cherheit & Qualität in Zusammenarbeit mit den QMB der Einrichtungen organisiert. Grundlage der Evaluation ist der Befragungsbogen des Leitfadens MMK der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Die Anzahl der Rückläufer liegt bei 97, 125 bzw. 120 Bögen in den Jahren 2019, 2021, 2022/2023. Die größten positiven Verbesserungen gab es bzgl. der „Klarheit

MMK am Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Konkret werden für eine MMK geeignete Fälle durch den verantwortlichen Oberarzt identifiziert. Dies können postoperative Todesfälle oder auch Fälle sein, bei denen es mit weiteren behandelnden Disziplinen zu Abstimmungsproblemen kam. Üblicherweise werden die Fälle durch eine/n Assistenzärztin bzw. Assistenzarzt in fortgeschrittenener Weiterbildung (d. h. keine Berufsanfänger) vorbereitet, indem der Fall chronologisch im klinikeigenen Template dargestellt und aufgearbeitet wird. Relevante Befunde (z. B. des Labors oder der Bildgebung) werden ebenfalls in die Präsentation aufgenommen.

Es folgt eine Prüfung, ob interne Standards eingehalten wurden. Die Literatur zu diesem Fall wird gesichtet und für die Kolleginnen und Kollegen mit wenigen Folien aufbereitet. Dieser Prozess der Fallanalyse wird oberärztlich begleitet. Die MMK finden monatlich zu einem festen Termin während der Arbeitszeit

statt. Die Patientensicherheitsbeauftragte des Universitätsklinikums nimmt ebenfalls teil. Sofern es behandlungsrelevante beteiligte Disziplinen bzw. weitere Berufsgruppen gibt, werden diese zur MMK frühzeitig mit eingeladen. In den Zentren sind diese von Beginn an interdisziplinär geplant. Nach der Begrüßung und dem Hinweis auf die Verschwiegenheitsverpflichtung durch die Einrichtungsleitung übernimmt der für die MMK verantwortliche Oberarzt die Moderation. Ggf. wird zu diesem Zeitpunkt das Kriterium für die Aufnahme des Falles in die MMK benannt. Danach erfolgt die Fallpräsentation durch die Assistenzärztin/den Assistenzarzt inklusive der Vorstellung der Literaturhinweise. Diese wird durch die Einrichtungsleitung noch in den weiteren Kontext eingeordnet. Ggf. werden noch weitere Informationen zum Fall durch die anwesenden Kolleginnen und Kollegen (Viszeralchirurgie) er-

gänzt. In der nachfolgenden gemeinsamen Reflexion werden kritische Entscheidungen diskutiert – immer unter dem Aspekt: Würden wir mit dem Wissen von heute eine Entscheidung zur Diagnostik oder Therapie anders fallen? In dieser Phase der MMK ist die Moderation zum Teil herausfordernd, um bei Schuldgefühlen zu entlasten bzw. mögliche Schuldzuweisungen zu unterbinden. Dies gelingt durch den Fokus auf die übergeordnete Aufgabe des gemeinsamen Lernens aus diesem Fall. Eine weitere Aufgabe der Moderation ist die Begleitung zur Ausarbeitung von Lernbotschaften und Präventionsmaßnahmen. Diese werden protokolliert und in die Maßnahmenverfolgung durch die Qualitätsmanagementbeauftragten mit aufgenommen. Der Abschluss und die Gesamteinordnung des Falls wiederum ist Aufgabe der Einrichtungsleitung.

Dr. med. Kyra Schneider



über Schiefgelaufenes“ (Anstieg von 59 % auf 76 %). Das „Lernen aus dem Fall“ wurde von ursprünglich 59 % nun von 78 % bejaht (vgl. Abb. 1). 81–84 % der Teilnehmenden gaben an, selbst offen zu reden. Ähnliche Rückmeldungen gab es zum offenen Reden der anderen. In 82–84 % wurden auch fehlerbegünstigende Faktoren besprochen.

Identifizierte Erfolgsfaktoren

Diverse Arbeiten konnten die Reduktion sowohl der Komplikationsrate als auch der Gesamt mortalität durch MMK nachweisen. [4–7] MMK können sich positiv auf die Sicherheitskultur auswirken, wenn sich die Teilnehmenden psychologisch sicher fühlen und ein Bloßstellen der Beteiligten unterbleibt. [8]

Damit MMK erfolgreich sein können, müssen die Rollen Leitung, Moderation und präsentierende Person klar und die Fallauswahl transparent sein. Die Moderation von MMK ist eine besondere Herausforderung, da z. B. Schuldzuweisungen kontraproduktiv auf offenes Reden über Fehler wirken. Moderatoren und Fallpräsentierende sollten spezifisch qualifiziert und auch die Leitungen von MMK sollten ge-

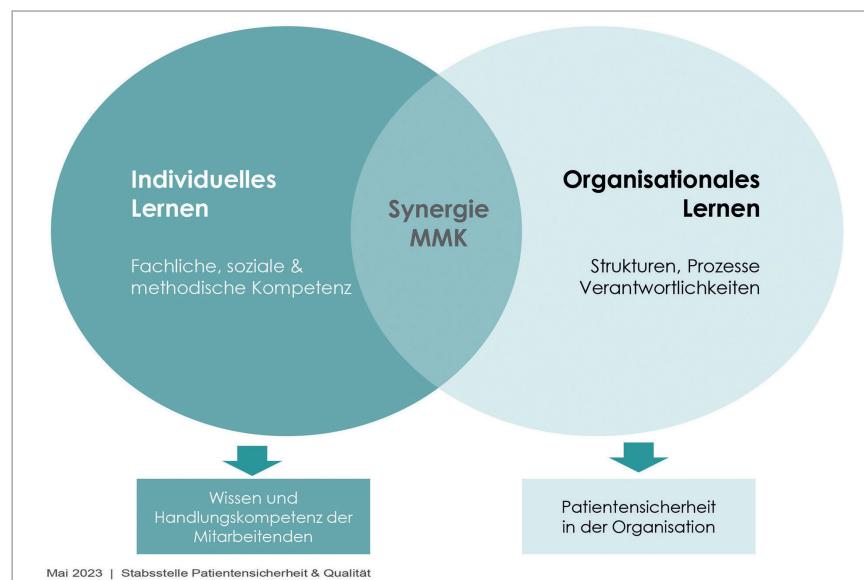


Abb. 2: MMK ist eine Synergie aus individuellen und organisationalen Lernen [9]

zielt auf die Zielsetzung, den Ablauf und die besonderen Herausforderungen für ihre Rolle vorbereitet werden. Beispielsweise werden in der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, und Transplantationschirurgie alle postoperativen Todesfälle in einer strukturierten MMK besprochen und protokolliert. Indikation, intraoperatives Vorgehen und postoperative Behandlung werden kritisch hinterfragt ohne Suche nach per-

sönlichem Versagen („no blame and shame“), sondern im Hinblick auf strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten. Hilfreich ist auch die Einordnung des Vorgangs in den aktuellen Stand des medizinischen Wissens, welches ggf. auch umfangreichere Literaturrecherche erfordert.

Gemeinsames Lernen

Die präsentierten Ergebnisse des Universitätsklinikum Frankfurt zeigen, dass es mit einem entsprechend angepassten Konzept möglich ist, die Effekte von MMK positiv weiterzuentwickeln und die Nachhaltigkeit zu steigern. Wenn es gelingt, eine offene Atmosphäre des gemeinsamen Lernens ohne Schuldzuschreibungen zu schaffen, sind MMK ein wirksames Instrument sowohl für das individuelle als auch das organisationale Lernen (vgl. Abb. 2). Klarheit der Rollen und Struktur unterstützen die erfolgreiche und gewinnbringende Umsetzung von MMK.

Dr. med. Kyra Schneider

Prof. Dr. med. Jürgen Graf

Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein

Dr. med. Michael Heise

Dr. med. Hanan El Youzouri



Foto: Universitätsklinikum Frankfurt

Dr. med. Kyra Schneider leitet seit 2015 die Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität des Universitätsklinikum Frankfurt am Main und ist dort die Patientensicherheitsbeauftragte. Die Anästhesiologin, Intensiv- und Notfallmedizinerin hat neben langjähriger klinischer Erfahrung diverse Qualifikationen im Qualitäts- und Risikomanagement erworben und ist seit langem leitend in diesem Be-

reich tätig. Zudem arbeitet Schneider als Dozentin für die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen und in verschiedenen weiteren Institutionen mit.

Weitere Autoren des Artikels sind:

- Prof. Dr. med. Jürgen Graf, (Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Frankfurt)
- Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, (Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt)
- Dr. med. Michael Heise (Oberarzt Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt)
- Dr. med. Hanan El Youzouri (Oberärztin Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt)

Fortbildungen zu MMK der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH siehe nächste Seite. Die Literaturhinweise finden sich online.



Literatur zur Serie Patientensicherheit (Teil 21)

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – zentrales Instrument zur Förderung der Patientensicherheit

von Dr. med. Kyra Schneider, Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, Dr. med. Michael Heise,
Dr. med. Hanan El Youzouri

- [1] Gambashidze N, Blum K, Rösner H, Schmiedhofer M, Strametz R, Weigl M. KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021–22 Bericht 1 Ergebnisse der Befragung zur Implementierung des klinischen Risikomanagements.
https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2023/01/KHaSiMiR_Abschlussbericht_Teil-I.pdf
Zugriff 19.05.2023
- [2] Bundesärztekammer (Hrsg.). Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 32: Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK) Band 32, 1. Auflage 2016 ISSN – Internet 2195–3694. Zugriff https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf Zugriff 15.06.2023
- [3] Stiftung Patientensicherheit Schweiz (Hrsg.) Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Stiftung Patientensicherheit Schweiz – Zürich, Mai 2019. ISBN 3–905803–27–5
<https://patientensicherheit.ch/for-schung-entwicklung/mm-konferenzen/> Zugriff 15.06.2023
- [4] Antonacci AC, Lam S, Lavarias V, Homel P, Eavey RA. A report card system using error profile analysis and concurrent morbidity and mortality review: surgical outcome analysis, part II. *J Surg Res.* 2009 May 1;153(1):95–104. doi: 10.1016/j.jss.2008.02.051. Epub 2008 Mar 31. PMID: 18511079.
- [5] Kirschenbaum L, Kurtz S, Astiz M. Improved clinical outcomes combining house staff self-assessment with an audit-based quality improvement program. *J Gen Intern Med.* 2010 Oct;25(10):1078–82. doi: 10.1007/s11606-010-1427-5. Epub 2010 Jun 17. PMID: 20556534; PMCID: PMC2955460.
- [6] Vogel PA, Vassilev G, Kruse B, Cankaja Y. PDCA – Zyklus und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz als Basis der Wundinfektionsreduktion in der Kolorektalchirurgie [PDCA cycle and morbidity and mortality conference as a basic tool for reduction of wound infection in colorectal surgery]. *Zentralbl Chir.* 2010 Aug;135(4):323–9. German. doi: 10.1055/s-0030-1247280. Epub 2010 Aug 30. PMID: 20806135.
- [7] Kashiwazaki D, Saito H, Uchino H, Akioka N, Hori E, Shibata T, Tomita T, Akai T, Kuwayama N, Kuroda S. Morbidity and Mortality Conference Can Reduce Avoidable Morbidity in Neurosurgery: Its Educational Effect on Residents and Surgical Safety Outcomes, *World Neurosurgery*, Volume 133, 2020, Pages e348-e355, ISSN 1878-8750, <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.09.018>.
- [8] Wittels K, Aaronson E, Dwyer R, Nadel E, Gallahue F, Fee C, Tubbs R, Schuur J; EM M&M Culture of Safety Research Team. Emergency Medicine Morbidity and Mortality Conference and Culture of Safety: The Resident Perspective. *AEM Educ Train.* 2017 May 4;1(3):191–199. doi: 10.1002/aet2.10033. PMID: 30051034; PMCID: PMC6001737.
- [9] Modifiziert nach: Bundesärztekammer (Hrsg.). Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 32: Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK) Band 32, 1. Auflage 2016 ISSN – Internet 2195–3694.



Serie Teil 22: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Die Ethikberatung als Hilfestellung für Behandlungsentscheidungen

Die Ethikberatung ist ein nunmehr etabliertes, oft aber noch zu wenig genutztes Instrument der Hilfestellung – etwa bei schwierigen Entscheidungen in medizinischen Behandlungen und damit zur Unterstützung der Patientensicherheit. Zwei erfahrene Ethikberater aus Frankfurter Kliniken – Dr. rer. nat. Katja Weiske und Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt – geben in diesem Interview einen praktischen Einblick in die Rolle der Ethik in der Patientenversorgung und möglicher Vorteile der Ethikberatung für Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige und Patienten.

Welche Rolle spielt die Ethik in der Medizin?

Dr. rer. nat. Katja Weiske: Die Ethik in der Medizin befördert den grundsätzlichen Diskurs in Gesellschaft und Politik – z. B. im Hinblick auf das bestmögliche Vorgehen im Fall von Ressourcenknappheit. Außerdem kann sie das konkrete, ethisch gebotene Entscheidungsverhalten im medizinischen Alltag unterstützen. Ethik kann dazu beitragen, eine patientenbezogene und empathiebasierte Medizin anzubieten, die das Patientenwohl und auch die Patientensicherheit fördert.

Prof. Dr. theol. Kurt Schmidt: Ergänzend ist zu sagen, dass die Ethik die Medizin immer schon begleitet hat und ein wesentlicher Bestandteil ärztlichen Handelns ist. Beispiele sind das Konzept der ärztlichen Schweigepflicht seit dem Hippokratischen Eid [1] oder das von Thomas Percival 1803 veröffentlichte Werk „Medical Ethics“ [2]. Weitere wichtige Schritte im Zusammenspiel von Ethik und Medizin sind die Herausforderungen gewesen, die in den 1950er Jahren durch die neu entwickelte Intensivmedizin entstanden sind.

Wie helfen Sie als Ethikberater im klinischen Alltag bei kritischen Entscheidungssituationen?

Schmidt: Im Markus Krankenhaus nehme ich z. B. regelmäßig als Ethikberater an der „normalen“ Visite der Intensivstation teil. Hierbei können ganz niederschwellig ethische Fragen besprochen werden. Dieses Modell hat sich bewährt.

Weiske: In der Universitätsklinik werden wir auf Anfrage tätig und sind niedrigschwellig per E-Mail und Telefon erreichbar. Auf der neurologischen Intensivstation haben wir einen Ethik-Jour fixe etabliert. Hier besprechen wir berufsgruppenübergreifend aktuelle „Fälle“, die ethische Fragen aufwerfen. Auch retrospektiv werden Behandlungsverläufe besprochen, wenn es noch Klärungsbedarf gibt und um daraus für künftige Situationen zu lernen.

Schmidt: Was unsere Modelle zur Einbindung der Ethik in den klinischen Alltag verbindet, ist, dass die Ethikberatung entlastend, begleitend und eine Hilfestellung für die Entscheidungsträger sein soll.

Wie laufen die Ethikfallberatungen ab?

Schmidt: Wir versuchen, in häufig komplexen Zusammenhängen das ethische Problem einzugrenzen, es von einem anderen Standpunkt aus zu betrachten und es von Fragestellungen zu trennen, die mit einer Supervision oder Konsilen durch andere Fachabteilungen gelöst werden können. Für die Anmeldung einer Ethikberatung haben auch wir eine Telefonnummer mit Anrufbeantworter, die 24 Stunden erreichbar ist.

Weiske: Wir organisieren ein Gespräch mit allen Beteiligten. Hierbei werden zuerst alle Informationen gesammelt, die für den Fall wichtig sind. Dabei bringt sich auch das mitunter interdisziplinäre Behandlungsteam gegenseitig auf den neuen Stand. Dann wird das ethische Problem herausgearbeitet: Wie ist die medizinische Situation, welche Behandlungen sind indiziert, welches Therapieziel kann noch er-

reicht werden, was möchte der Patient bzw. was sagen die Angehörigen bzw. eventuelle gesetzliche Betreuer zum (mutmaßlichen) Patientenwillen.

Gehören neben Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen noch weitere Personen zur Zielgruppe von Ethik-Fallberatungen?

Weiske: Pflegende natürlich. Theoretisch jeder und jede an der Patientenversorgung Beteiligte, der das Gefühl hat, dass es eine drängende Frage gibt. Es gibt niemanden, der da auszuschließen wäre.

Schmidt: Wichtig ist es zu klären, wer die Ethikberatung angefordert und Beratungsbedarf hat. Es kann z. B. sein, dass die Anforderung durch eine Pflegekraft erfolgt, aber von ärztlicher Seite gar kein Beratungsbedarf gesehen wird. Die Grundidee ist dabei nicht nur, die Beratung zum Wohle des Patienten durchzuführen, was natürlich im Vordergrund steht, sondern auch den Beratungsbedarf von Mitarbeitenden im Behandlungsteam zu erfüllen.

Es scheint, dass dabei vielfältige Perspektiven zu beachten sind. Welche Herausforderungen können sich in Ethik-Fallberatungen denn ergeben?

Schmidt: Manchmal befinden sich die Beteiligten in einer zwiespältigen Rolle. Beispielsweise eine Ehefrau, die sich nicht vorstellen kann, ohne den erkrankten Ehemann zu leben und möchte, dass alle medizinischen Maßnahmen ausgeschöpft werden, obwohl der Patient selbst keine lebenserhaltenden Maßnahmen mehr wünscht. Einerseits können hierbei Patientenverfügungen helfen, den Willen des Betroffenen umzusetzen – trotzdem kann dies für die Familie schwer sein, da sie sich von einem geliebten Angehörigen verabschieden muss.

Weiske: Trotz Beratung lassen sich moralische Probleme nicht immer lösen. Z.B. im



Fall einer Therapiebegrenzung für einen Patienten, die die Beendigung einer Sonnenernährung beinhaltete. Ein Mitglied des Behandlungsteams konnte dies mit den eigenen Vorstellungen von Pflege nicht vereinbaren und durfte die weitere Begleitung des Patienten an die Kollegen abgeben. Dadurch wurde der Konflikt zwar nicht aufgelöst, führte aber zur Akzeptanz der Therapiebegrenzung und Umsetzung des Patientenwillens.

Welche Qualifikationen benötigen Ethikbeauftragte?

Schmidt: 2011 wurde die Verpflichtung eines Ethikbeauftragten in das Hessische Krankenhausgesetz aufgenommen [3]. In einer daraufhin gegründeten Arbeitsgruppe haben wir uns z. B. damit auseinandergesetzt, wie ein Ethikbeauftragter qualifiziert sein sollte und mit der „Akademie für Ethik in der Medizin“ ein dreistufiges Curriculum „Ethikberatung im Gesundheitswesen“ [4] entwickelt: Damit sollen die Teilnehmenden befähigt werden, Grundfragen der Medizinethik und ethische Theorien kennenzulernen und eine Fallbesprechung zu moderieren, was aufgrund der komplexen Situationen und unterschiedlichen Erwartungen der Beteiligten sehr herausfordernd sein kann. Danach folgen die Ausbildung zum/zur „Koordinator/in für Ethikberatung und zum/zur Trainer/in für Ethikberatung. Zudem wird darauf geachtet, dass das Ethikkomitee eine repräsentative Gruppe z. B. hinsichtlich des beruflichen Hintergrundes bildet und unterschiedliche Professionen und Geschlechter einbezieht.

Weiske: In unserem Haus teilen wir uns zu dritt die Geschäftsführung des klinischen Ethikkomitees im Institut für Geschichte und Ethik der Medizin auf. Alle besitzen eine Qualifizierung über die „Akademie für Ethik in der Medizin“ und der (Haupt-) Geschäftsführer/die Geschäftsführerin ist zugleich Ethikbeauftragte/r des Universitätsklinikums. Unser Ethikkomitee hat 20 bis maximal 25 Mitglieder aus möglichst verschiedenen Klinikbereichen und Berufsgruppen, wie bspw. Pflege, ärztlicher Dienst, Sozialdienst; Klinikseelsorge sowie, was wir als sehr bereichernd empfinden, eine Psychoonkologin und einen externen Juristen.

Seit wann gibt es Ethikkomitees in Krankenhäusern?

Weiske: Anfang der 1970er-Jahre kam es bei der Patientin Karen Ann Quinlan [5] zu einem Rechtsstreit. Das Gericht empfahl damals, für solche Situationen Gremien einzusetzen, die ethisch herausfordernde Entscheidungsprozesse unterstützen.

Schmidt: Karen Ann Quinlan war dauerhaft bewusstlos und musste künstlich beatmet werden. Ihre Eltern gaben an, dass ihre Tochter nie gewollt hätte, in diesem Zustand weiterzuleben, aber sie hatte dazu vorab keine Festlegungen getroffen. Damals fehlte jegliche Erfahrung damit,

ob lebenserhaltende Maßnahmen im Sinne des Patientenwillens beendet werden dürfen. In der Folge etablierten sich in den USA Ethikkomitees, die zwar keine Entscheidungen trafen, aber berieten.

Weiske: In Deutschland war diese Entwicklung verzögert – hier empfahlen die konfessionell getragenen Krankenhäuser ab den 1990er-Jahren, Ethikkomitees zu bilden. Zu dieser Entwicklung hat 1992 maßgeblich der Fall des so genannten „Erlanger Babys“ beigetragen [6], der große Aufmerksamkeit erregte. Hier wurde bei einer Hirntoten schwangeren Patientin beschlossen, lebenserhaltende Maßnahmen



Foto: privat

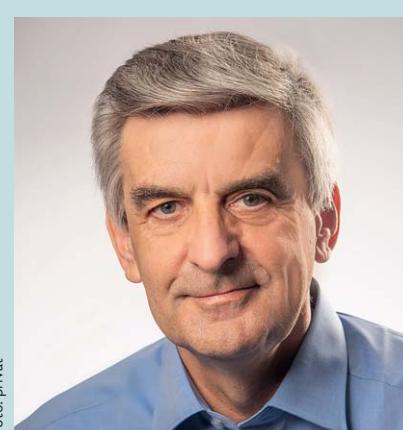


Foto: Zentrum für Ethik

Dr. rer. nat. Katja Weiske (Foto) ist Biologin und Cytogenetikerin. Nach ihrer Promotion an der Schnittstelle Humanogenetik/Medizingeschichte und -ethik qualifizierte sie sich zur Koordinatorin für Ethik im Gesundheitswesen an der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen. Seit 2011 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Dr. Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. Seitdem arbeitet sie auch in der Geschäftsführung des Klinischen Ethikkomitee am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, dessen Leitung sie von 2020 bis 2023 innehatte. Seit Juni 2023 ist sie stellvertretende Leiterin. Sie ist ständiges Mitglied der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin der Landesärztekammer Hessen und engagiert sich beim Bonner Institut „Touchdown 21“ für partizipative Forschungsarbeit von Menschen mit und ohne Down-Syndrom.

Prof. Dr. theol. Kurt Schmidt (Foto) ist evangelischer Theologe und Medizinethiker. Seit über 25 Jahren leitet er das Zentrum für Ethik in der Medizin am Agaplesion Markus Krankenhaus in Frankfurt am Main, das als Sonderstelle von der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau finanziert wird und die Infrastruktur der Klinik nutzt. Schmidt leitet dort das Expertenboard Ethik der Agaplesion gAG und ist Vorsitzender des Ethik-Komitees der Frankfurter Diakonie Kliniken. Außerdem qualifizierte er sich zum Trainer für Ethikberatung an der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen und ist Honorarprofessor am Fachbereich Rechtswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen. Nebenamtlich diskutiert er als Studienleiter an der Evangelischen Akademie Frankfurt u. a. Fragen zur gesetzlichen Neuregelung des § 217 StGB (Suizidhilfe).



durchzuführen, um die Schwangerschaft, die sich in einem frühen Stadium befand, trotz schlechter Prognose fortzuführen. Die Art der Entscheidungsfindung, z. B. ohne eine Beratung durch die Ethikkommission, die es zur Prüfung von Forschungsvorhaben damals bereits gab, wurde den behandelnden Ärzten später vorgeworfen.

Wie können niedergelassene Kollegen das Angebot einer Ethikberatung wahrnehmen?

Schmidt: Laut einem Beschluss des Deutschen Ärztetages von 2008 [7] soll auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine Ethikberatung ermöglicht werden. In der Folge wurde in Hessen durch den früheren Präsidenten der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die ein Ausbildungscurriculum entwickelte. Seitdem gibt es die ambulante Ethikberatung für die Niedergelassenen, die über die Bezirksärztekammern vermittelt werden kann. Beratungsteams existieren derzeit in den Schwerpunktregionen Marburg, Gießen und Frankfurt [8].

Weiske: Ein weiteres Beispiel ist die ambulante Ethikberatung in Einrichtungen der Altenpflege des Frankfurter Ethiknetzwerks e. V. [9]. Damit wurde ein einrichtungs- und trägerübergreifendes Ethikkomitee geschaffen. An diesen Verein können sich zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Bewohnerinnen und Bewohner oder ihre Angehörigen und auch das Personal aus den Heimen wenden.

Was kann Ethik zur Patientensicherheit beitragen?

Weiske: Eine Antwort hierauf geben z. B. die ethischen Leitsätze des Aktionsbünd-

nis Patientensicherheit e. V. [10] sowie die vier medizinethischen Prinzipien [11], die in der Bearbeitung ethischer Probleme eine große Rolle spielen. Dabei geht es um das Ausrichten des Handelns am Patientenwohl. Immer soll eine Abwägung zwischen Nutzen und Schaden erfolgen und die Autonomie der Patienten gefördert werden. Besonders das medizinethische Prinzip des Nicht-Schadens steht ganz klar für die Patientensicherheit.

Darüber hinaus gibt es Situationen, in denen jede Handlungsoption Schaden für den Patienten bedeutet. Z.B. Zwangsmedikation in der psychiatrischen Behandlung – hier muss abgewogen werden, welcher Schaden der geringere ist – Nichtbehandlung vs. eine mögliche Traumatisierung durch Zwangsbehandlung. Hier waren wir z.B. in die Entwicklung eines Leitfadens einbezogen, auf dessen Grundlage im Rahmen einer Ethik-Fallberatung erörtert wird, ob ein Antrag auf Zwangsmedikation ethisch gerechtfertigt ist. Hier kann die Ethik ganz klar die Patientensicherheit stärken.

Schmidt: Ein Schwerpunkt der Medizinethik liegt in ihrer Ausrichtung auf die Ärzteschaft, Pflegende und Mitarbeiternde im Gesundheitswesen. Interessant ist, dass die American Medical Association in ihrem ersten Code of Medical Ethics [12] sowohl die Pflichten der Ärzteschaft gegenüber den Patientinnen und Patienten anspricht als auch die Verpflichtung des Patienten gegenüber den Ärzten. Aus heutiger Sicht können wir darin eine Verbindung zu dem Motto des Welttages der Patientensicherheit 2023 erkennen: „Engaging patients for patient safety“ [13], d. h. die ethische Verpflichtung des Patienten, am Wohl mitzuwirken. Dabei muss natürlich immer bedacht werden, dass der Patient im medizinischen Bereich

in der Regel Laie ist und der Aufklärung bedarf, nicht aber Laie ist für seine eigene Wertewelt. Da ist er oder sie „Experte“. Somit ist es meines Erachtens sehr einleuchtend zu denken, dass hier zwei Experten für die Behandlung zusammenkommen: Behandelnder und Patient.

Haben Sie Wünsche für die weitere Entwicklung?

Weiske: Die Implementierung von Ethikberatung stößt an der ein oder anderen Stelle immer noch auf Vorbehalte und Hürden. Da würde ich mir zukünftig noch mehr Offenheit der Behandelnden wünschen. Gerade in einer so großen Klinik wie unserer, können wir nicht überall gleichermaßen präsent sein. Hier möchten wir als Ethikkomitee noch Verbesserungen zum Bekanntheitsgrad unserer Angebote erreichen, damit letztlich ein Ethiktransfer gelingen kann. Neben der Ethikberatung betreiben wir natürlich auch Fortbildungs- und Leitlinienentwicklung. Ethische Aspekte sollten am besten bei allen Neuerungen, Prozessen, Bauvorhaben etc. mitgedacht werden – so etwas wie die Entwicklung einer Ethikkultur, das würde ich mir wünschen.

Schmidt: Neben der individualisierten Ethik im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung gibt es die Organisationsethik, die weiterhin eine große Rolle spielen wird und die stärker beachtet werden sollte – hier ist z. B. an das Spannungsfeld Ethik – Ökonomie zu denken, das alle Mitarbeitendengruppen im Krankenhaus betrifft. Außerdem wünsche ich mir, dass das Interesse an ethischen Fragestellungen weitergeht und wächst. Das gilt für die Arbeit im Ethikkomitee für alle Seiten und besonders, dass wir mit der Ethikberatung die Arbeit der Behandelnden stärken und erleichtern können.

**Interview: Katrin Israel-Laubinger
Silke Nahlinger**



Literatur zur Serie Teil 22: Patientensicherheit

Die Ethikberatung als Hilfestellung für Behandlungsentscheidungen

- [1] Hippokratischer Eid. https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Rund_ums_Recht/Publikationen_und_Merkblaetter/Hippokratischer_Eid_Genfer_Geloebnis.pdf (Zugriff 24.01.24) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/z8i8>
- [2] Thomas Percival, Cambridge University Press (Hrsg.): Medical Ethics. 2014. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107360518>
- [3] Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011 – HKHG 2011) vom 21. Dezember 2010. <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-KHGHE2011V8P6> (Zugriff 22.01.2024) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/393q>
- [4] Akademie für Ethik in der Medizin. Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. https://aem-online.de/wp-content/uploads/2023/08/Curriculum_Ethikberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24_geaendert_am_21.12.22_-1.pdf (Zugriff 22.01.2024) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/1f6d>
- [5] Journal of medical ethics 1976 Mar; 2(1): 3–7. Focus: Current issues in medical ethics. The Karen Quinlan case: Problems and proposals. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
- [6] Deutsches Ärzteblatt1992; 89(46): A-3851. Kontroverse Positionen zum Erlanger „Fall“. Zwischen Recht auf Leben und Verletzung der Menschlichkeit. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/97253/Kontroverse-Positionen-zum-Erlanger-Fall-Zwischen-Recht-auf-Leben-und-Verletzung-der-Menschlichkeit> (Zugriff 22.01.2024) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/zmu4>
- [7] 111. Deutscher Ärztetag in Ulm 20.–23.05.2008. Beschlussantrag VI – 61. https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2008/media/application/BVI61_beschluss.pdf (Zugriff 22.01.2024) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/armf>
- [8] Ambulante Ethikberatung in Hessen e.V. <https://www.ambulante-ethikberatung-hessen.de/angebote/> (Zugriff 22.01.2024) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/gp4x>
- [9] Frankfurter Ethiknetzwerk e.V. Ethik in stationären Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen. Ethik in stationären Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen. <http://www.frankfurter-ethiknetzwerk.net/> Zugriff 24.01.2024
- [10] Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. Die ethischen Leitsätze zur Stärkung der Patientensicherheit. <https://www.aps-ev.de/die-ethischen-leitsaetze-zur-staerkung-der-patientensicherheit/> (Zugriff 26.06.2023) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/5t70>
- [11] Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. Principles of biomedical ethics. 8th Edition. Oxford University Press, USA, 2019. <https://global.oup.com/ushe/product/principles-of-biomedical-ethics-9780190640873?cc=de&lang=en&> (Zugriff 22.01.2024) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/c5an>
- [12] American Medical Association. Code of Medical Ethics. <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/chapters> (Zugriff 22.01.2024) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/1s3j>
- [13] World Health Organization. World Patient Safety Day 2023. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023-engaging-patients-for-patient-safety> (Zugriff 22.01.2024) oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/i53j>



Diagnosesicherheit und Fehldiagnosen

VNR: 2760602024270600009

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

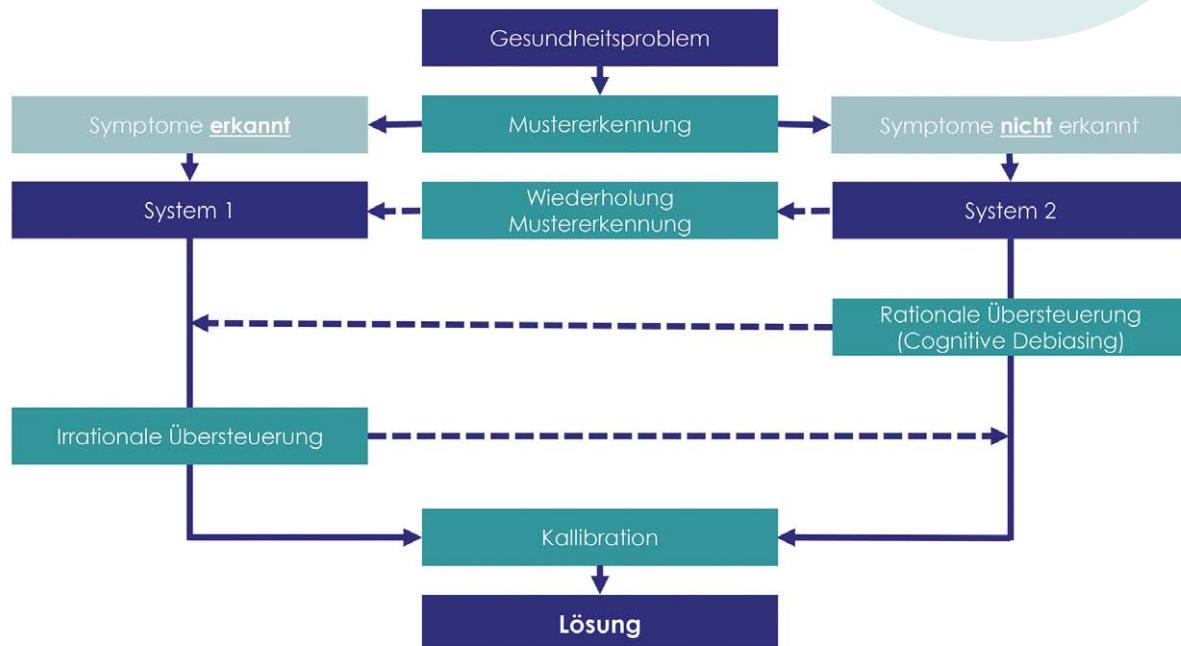


Abb. 1: Medizinische Diagnosestellung unter Verwendung von System 1 und 2

nach [9], aus: [15], S. 47

Einleitung

Diagnosesicherheit ist ein entscheidender Faktor für die Qualität der Gesundheitsversorgung. Sie bildet die Grundlage für jede weitere therapeutische Maßnahme und ist somit wesentlich für den Erfolg der gesamten Behandlung. Fehldiagnosen, also Fehler, die zu Beginn des Behandlungsprozesses auftreten, haben aufgrund der darauf folgenden fehlerhaft angeordneten Maßnahmen ein hohes Schadenspotenzial. Trotz ihrer Bedeutung ist die systematische, lösungsorientierte Auseinandersetzung mit diagnostischen Fehlern und deren Präventionsmaßnahmen in Praxis und Forschung bislang zu wenig beachtet [1–5]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat aus diesem Grund den diesjährigen Welttag der Patientensicherheit, der seit 2019 jährlich am 17. September eines Jahres begangen wird, unter das Motto „Sichere Diagnose.“ gestellt, um auf das zugrunde liegende Problem, vor allem aber auch die dafür existenten Lösungen aufmerksam zu machen [6, 7].

Richtige Behandlung.“ gestellt, um auf das zugrunde liegende Problem, vor allem aber auch die dafür existenten Lösungen aufmerksam zu machen [6, 7].

Begriffsbestimmungen und Klassifikationen

Diagnostische Fehler lassen sich in verschiedene Kategorien unterteilen. Nach Gruber [8] gibt es „schuldlose“ Fehler, kognitiv bedingte Fehler und systemisch bedingte Fehler. Während ein sogenannter „schuldloser“ Fehler beispielsweise bei symptomlosen oder vollkommen atypischen Krankheitsverläufen bzw. bewusst in der Anamnese nicht mitgeteilten Beschwerden vorliegt, kann ein systemisch bedingter Fehler beispielsweise bei einem maschinellen Defekt mit konsekutiver Fehlmessung oder anderen systemischen Defiziten vorliegen (siehe Tab. 1). Beiden

Fehlerarten ist gemein, dass sie nur schwer entdeckbar bzw. schwer vermeidbar sind, aber gegenüber kognitiven Fehlern auch seltener vorkommen. Daher widmet sich diese Fortbildung kognitiven Fehlern in diagnostischen Prozessen.

Bei kognitiven Fehlern hingegen sprechen wir von Fehlern, die aufgrund systematischer Biasformen durch die Denkprozesse des Arztes bzw. der Ärztin verursacht werden. Dazu zählen beispielsweise Fehlinterpretationen von Symptomen oder Untersuchungsergebnissen, das Übersehen relevanter Informationen oder voreilige Schlussfolgerungen [9].

Von Fehldiagnosen sind wiederum Befunderhebungsfehler abzugrenzen, die entweder bedingt sind durch das Unterlassen einer notwendigen Untersuchung oder die Durchführung unnötiger Untersuchungen [10] und an dieser Stelle ausdrücklich nicht thematisiert werden sollen.



Häufigkeit und Auswirkungen von diagnostischen Fehlern

Erhebungen zur Prävalenz diagnostischer Fehler zeigen eine große Heterogenität. In Fachdisziplinen mit hohem Grad an Standardisierung und Homogenität im diagnostischen Ablauf wie der Pathologie oder Radiologie werden Fehlerraten von 2 bis 5 % berichtet. In Fachgebieten wie der Allgemein- oder Notfallmedizin, mit hoher Heterogenität und anderen fehlerbegünstigenden Faktoren, zum Beispiel Zeitdruck, werden international diagnostische Fehler bei 10–15 % aller Fälle beschrieben [11]. Verlässliche Zahlen für Deutschland sind nicht vorhanden. Basierend auf der 2015 vom Institute of Medicine veröffentlichten Publikation „Improving Diagnosis in Healthcare“ ist für den US-amerikanischen Raum allerdings davon auszugehen, dass nahezu jede Person in den USA im Lauf ihres Lebens mindestens einmal Opfer einer medizinischen Fehldiagnose werden wird [12]. Dies zeigt in Übereinstimmung mit Erkenntnissen der Fehlerforschung im therapeutischen Bereich, dass die Rahmenbedingungen, unter denen medizinische Entscheidungen getroffen werden, einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Entscheidung haben. Fehler müssen nicht durch das Fachgebiet per se bedingt sein.

Die ökonomischen Auswirkungen von Fehldiagnosen sind ebenfalls erheblich, sowohl in Bezug auf die direkten Krank-

Fallbericht: Zu schnell im Herzkatheterlabor

Praxisbeispiel eines diagnostischen Fehlers aufgrund kognitivem Bias

Ein 53-jähriger Patient wurde mit akutem Brustschmerz durch den Rettungsdienst in die Notaufnahme eines Krankenhauses der Maximalversorgung gebracht. Anamnestisch waren bereits zwei Myokardinfarkte in der Vorgeschichte bekannt. Der Patient klagte über Brustschmerzen, die in den Arm ausstrahlten und diesmal besonders schlimm waren. In der Notaufnahme wurde keine Zeit verloren und der Patient noch auf der Trage des Rettungsdienstes ins Herzkatheterlabor verlegt, schließlich sollte die Ischämiezeit des Herzens möglichst kurzgehalten wer-

den. Auf dem Untersuchungstisch des Herzkatheterlabors kollabierte der Patient und wurde sofort reanimationspflichtig. Es zeigte sich eine ausgedehnte Aortendissektion. Wir (das Notfallteam, Anm. d. R.) wurden hinzugerufen, den Patienten an die Herz-Lungen-Maschine anzuschließen, um ihn im herzchirurgischen OP einer Notoperation zu unterziehen. Der Patient ist allerdings dabei verstorben. Insbesondere das Team in der Notaufnahme hat sich nachher große Vorwürfe gemacht, da niemand diese Diagnose „auf dem Schirm“ hatte.

Quelle: [15], S. 45/46

heitskosten als auch durch mögliche finanzielle Aufwände für Haftpflichtversicherungen [13].

Ursachen diagnostischer Fehler

Diagnostische Fehler entstehen häufig durch eine Kombination aus kognitiven und systemischen Faktoren. Der im März diesen Jahres verstorbene Psychologe und

Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften Daniel Kahnemann beschreibt in seinem Weltbestseller „Thinking, Fast and Slow“ zwei Systeme des Denkens, die eine wesentliche Rolle bei der Entscheidungsfindung spielen:

System 1 und System 2 [14].

System 1 ist das intuitive, schnelle und automatische Denken. Es basiert auf Erfahrungen und Assoziationen und ermöglicht

Tab. 1: Beispiele für systembedingte technische und organisatorische Ursachen für diagnostische Fehler

nach [8]

Fehlerdefinition	Beispiel
Clustering: Wiederholtes Auftreten der gleichen Fehlerart	Wiederholtes Auftreten von Fehlern bei Röntgenuntersuchungen in der Notaufnahme; Radiologen nicht verfügbar.
Abläufe, die bestimmte Bedingungen nicht berücksichtigen oder aktiv fehleranfällige Situationen schaffen	Wiederauftretender Dickdarmkrebs wird übersehen: keine Maßnahmen zur Gewährleistung einer regelmäßigen Nachsorge von Patienten nach einer Dickdarmkrebsoperation.
Ineffiziente Prozesse, die zu unnötigen Verzögerungen führen	Neunmonatige Verzögerung bei der Diagnose von Dickdarmkrebs, was auf zusätzliche Verzögerungen bei der Planung von Klinikbesuchen, Verfahren und Operationen zurückzuführen ist.
Versäumnis, benötigte Informationen oder Fähigkeiten weiterzugeben	Pathologischer PSA-Werte wurde nicht weitergegeben, sodass keine weiteren therapeutischen Schritte unternommen wurden.
Versäumnisse bei der Beaufsichtigung von Weiterbildungsassistenten	Verzögerte Diagnose einer Peritonitis: Wiedereinsetzen einer perkutanen Magensonde wurde nicht angemessen beaufsichtigt.
Technisches Versagen und Ausrüstungsprobleme	Falsche Glukosemesswerte bei falsch kalibrierten Blutzuckermessgerät.



es uns, blitzschnelle Entscheidungen zu treffen, ohne bewusst nachdenken zu müssen. Ein Beispiel für System-1-Denken ist die sogenannte Blickdiagnose, eine Form der diagnostischen Entscheidung, bei der ein erfahrener Arzt oder eine erfahrene Ärztin anhand des bloßen Erscheinungsbildes, der sichtbaren Symptome oder anderer auffälliger Merkmale des Patienten eine Diagnose stellt. Diese Art der Diagnose erfolgt intuitiv und sehr schnell durch Mustererkennung, basierend auf dem umfangreichen Wissen und der Erfah-

rung des Arztes. Diese Art des Denkens ist effizient, kann jedoch fehleranfällig sein, da sie auf Heuristiken und vereinfachten Entscheidungsregeln basiert [14]. System 2 ist das langsame, analytische und bewusste Denken. Es wird aktiviert, wenn wir komplexe Probleme lösen oder neue Situationen analysieren müssen, wie z. B. bei der Erstellung einer Steuererklärung. System-2-Denken ist gründlich und sorgfältig, aber auch zeitaufwändig und ressourcenintensiv. In der Diagnostik wird dieses System verwendet, wenn die initial

ablaufende Mustererkennung der vorhandenen medizinischen Informationen nicht auf dem Weg des Systems 1 zu einer Entscheidung führt und differentialdiagnostische Abwägungen getroffen werden müssen [9, 14] wie in Abbildung 1 dargestellt. Dabei kann sowohl eine System-1-Entscheidung rational als auch eine System-2-Entscheidung irrational überschrieben werden. In solchen Fällen sprechen wir von einem „Bauchgefühl“, welches die rationalen Überlegungen beeinflusst. Dies kann sowohl zur Korrektur einer falschen

Tab. 2: Auswahl an Urteilsheuristiken

(aus: [16] basierend auf [9])

Heuristiken/Biases	Bedeutung	Mögliche Szenarien
Verfügbarkeitsheuristik <i>Availability heuristic</i>	Die Diagnose wird von den im Gedächtnis verfügbaren und ähnlichen Fällen beeinflusst.	Lendenwirbelsäule-Schmerzen wurden vom Orthopäden als musculoskelettal interpretiert, allerdings war die Ursache eine Aortenaneurysma-Dissektion
Ankerheuristik <i>Anchoring effect</i>	Fehlende Fähigkeit, eine initiale Diagnose zu revidieren, trotz neuer Informationen, die eine andere Diagnose vermuten lassen.	Lendenwirbelsäulen-Schmerzen wurden auf eine Kompressionsfraktur zurückgeführt; Fieber und Agitation als Folge der Morphintherapie interpretiert; dabei wurde eine Osteomyelitis nicht diagnostiziert.
Repräsentativitätsheuristik <i>Attribution bias/ stereotyping</i>	Die Diagnose basiert auf Ähnlichkeitsprinzipien und Vernachlässigung von Basisinformationen. Bei einem bestimmten Patiententyp wird eine bestimmte Diagnose bevorzugt.	Bei einer jungen nervösen Frau mit Gewichtsverlust wurde die Diagnose Anorexia nervosa gestellt; die richtige Diagnose war hingegen Zöliakie.
Einrahmungseffekt <i>Framing effect</i>	Die Diagnose wird durch das ärztliche Verhalten und die klinische Präsentation bei gleichem Symptom unterschiedlich beeinflusst.	Patient mit Thoraxschmerzen wurde von der Pflegefachfrau der Chest-Pain-Unit als Herzinfarktpatient eingeordnet, sodass der zuständige Arzt auf eine kardiale Diagnose kanalisiert wird.
Bestätigungsfehler <i>Confirmation bias</i>	Die Diagnose entsteht durch zu starke Gewichtung einer Evidenz, die unsere Diagnose favorisiert, und ignoriert die Informationen, die das Gegenteil beweisen.	Bei einem Diabetiker wurde bei rezidivierendem Erbrechen und bei hohem HbA _{1c} die Diagnose einer diabetischen Gastroparese gestellt; eine Fundoskopie zum Ausschluss eines erhöhten Hirndrucks wurde nicht durchgeführt.
Selbstüberschätzung <i>Overconfidence</i>	Tendenz zur Überschätzung des eigenen Wissens und Handelns.	Bei einem Patienten mit unklarem abdominalem Infektfokus wurde bei Progredienz in eine Sepsis die antiinfektive Therapie unverändert fortgeführt und auf weitere Diagnostik verzichtet. Im Verlauf war eine notfallmäßige Operation bei perforierter Cholezystitis notwendig.
Diagnosis momentum	Wenn eine Diagnose gestellt ist, endet auch das Denken.	Bei einem Patienten wird eine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Die Klärung einer somatischen Ursache erfolgte erst verspätet: Es wurde ein Tumor des Frontallappens diagnostiziert.
Vorzeitige Schlussfolgerung <i>Premature closure</i>	Tendenz, vorzeitige Schlussfolgerungen zu ziehen, indem plausible, aber nicht verifizierte Diagnosen akzeptiert und andere, wichtigere Diagnosen nicht gesucht werden.	Bei einer Patientin mit Hinweisen auf ein alveoläres Häorrhagie-Syndrom bei klinischem Leitsymptom Hämoptoe wird auf eine Thromboseprophylaxe verzichtet. Die alveolare Blutung war Folge einer Lungenembolie.



Entscheidung führen als auch der fehlerhaften Überschreibung einer ursprünglich korrekten Diagnose.

Beide Entscheidungssysteme sind nach Kahnemann ständig aktiv, wobei System 1 aufgrund seiner Geschwindigkeit und Leichtigkeit bevorzugt wird und oft dominiert, während System 2 als Überwachungsinstanz fungiert. Die Herausforderung besteht allerdings darin, dass System-1-Entscheidungen wesentlich anfälliger für systematische Störeinflüsse, sogenannte kognitive Biases sind [15], siehe Abb. 1.

Kognitive Biasformen und Fehldiagnosen

Diagnostische Fehler können entstehen, wenn System-1-Denken durch Automatismen, sogenannte Heuristiken, fehlerhafte Schlussfolgerungen zieht, was auf sogenannte kognitive Biasformen zurückzuführen ist. Zum Beispiel kann die Verfüg-

barkeitsheuristik dazu führen, dass eine Diagnose gestellt wird, die auf kürzlich gesehenen oder Erinnerungen an besonders eindrückliche Fällen basiert, anstatt auf einer umfassenden Analyse aller verfügbaren Informationen. Ein weiteres Beispiel ist die Ankerheuristik, bei der an einer initialen Diagnose festgehalten wird und neue Informationen, die eine andere Diagnose nahelegen, ignoriert werden. Eine Übersicht dieser und weiterer relevanter kognitiver Biasformen ist in Tab. 2 dargestellt. Systemische Faktoren wie Arbeitsüberlastung und mangelnde Verfügbarkeit diagnostischer Tests können die Fehleranfälligkeit von System-1-Denken verstärken. Aber auch unzureichende Koordination/mangelhaftes Follow-up begünstigt die nicht rechtzeitige Diagnosestellung erheblich, wenn Konsultationen nach Untersuchungen beispielsweise verspätet erfolgen, kritische Untersuchungsergebnisse nicht zeitnah aktiv weitergeleitet oder patholo-

gische Befunde zwar erhoben, aber nicht nachverfolgt werden. Diese Form des Informationsverlusts bzw. der verzögerten Weitergabe begünstigt Fehldiagnosen innerhalb einer Organisation oder an Organisations- bzw. Sektorengrenzen in erheblichem Maße [17].

Maßnahmen zur Verbesserung der Diagnosesicherheit

Es gibt verschiedene Ansätze zur Reduktion diagnostischer Fehler. Kognitive Interventionen zielen darauf ab, das Wissen und die Erfahrung der Ärzte zu verbessern, beispielsweise durch Simulationstraining und Feedback auf diagnostisches Denken [1]. Systemische Interventionen umfassen den Einsatz von Checklisten und elektronischen Entscheidungsunterstützungssystemen, die helfen sollen, Fehler im diagnostischen Prozess zu reduzieren [18]. Eine Übersicht über Möglichkeiten zur Reduktion von Fehldiagnosen ist in Tab. 3 aufgeführt.

Speak up for Patient Safety!

Ein zentraler Aspekt zur Verbesserung der Diagnosesicherheit ist die Etablierung einer Kultur des offenen Dialogs innerhalb des Behandlungsteams. Wenn Teammitglieder die Möglichkeit haben, die Arbeitsdiagnosen ihrer Kolleginnen und Kollegen zu hinterfragen und potenzielle Fehldiagnosen anzusprechen (Speak-up), kann dieser zusätzliche Kontrollmechanismus dazu beitragen, bereits gemachte Fehler frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu korrigieren.

Dies setzt jedoch eine konstruktive und kollegiale Arbeitsatmosphäre voraus, die in vielen traditionell hierarchischen Systemen fehlt. Nur wenn es erlaubt und sogar erwünscht ist, dass im Behandlungsteam unabhängig von Hierarchiestufe oder Berufsgruppenzugehörigkeit Entscheidungen kritisch hinterfragt werden, kann die Größe des Teams zu einem Sicherheitsfaktor für die Patientenversorgung werden [15]. Ein wichtiger Ansatz ist auch die aktive Einbindung von Patienten und Angehörigen, die durch ihre Rückmeldungen auch im Sinne eines Speak-up zur Fehlervermeidung beitragen können [21].

Tab. 3: Strategien zur Reduktion kognitiver Fehler bei der Diagnosestellung

aus: [19] übersetzt nach: [20], S. 237

Klinische Expertise erweitern

- Lücken bei Spezialwissen und Fertigkeiten identifizieren und schließen
- Beteiligung an Erfahrungslernen (Fallkonferenzen, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen)
- Ausbau von systematischem Feedback in Bezug auf Diagnosen und Fehler
- Wohlüberlegtes Diagnostizieren durch Simulationen trainieren
- Wissen über diagnostisches Entscheiden erwerben und anwenden
- Kontinuierliche medizinische Fortbildung

Systemverbesserung durch Vermeidung kognitiver Prozessfehler

- Wissen über intuitives Entscheiden und seine Fallstricke erwerben
- Kasuistiken ansammeln, um Mustererkennung zu verbessern
- Kognitive Strategien zum De-Biasing ausbauen
- Meta-kognitive Techniken einsetzen, um Denkfallen und affektive Entscheidungsverzerrungen im diagnostischen Prozess zu erkennen
- Evidenzbasierte Medizin anwenden
- Gezieltes Training zur Vermeidung häufig in der Praxis beobachteter diagnostischer Fehler

Kognitive Herausforderungen durch Hilfen gezielt vermindern

- Experten hinzuziehen und von ihnen lernen
- Wo möglich, Gruppenintelligenz nutzen
- Zweitmeinungsverfahren bei fehlerbehafteten Diagnosen (Krankheitsbildern) erwägen
- Nutzung klinischer Leitlinien
- Nutzung diagnostischer Checklisten
- Nutzung von diagnostischen Entscheidungsunterstützungssystemen
- Verfügbarkeit von aktuellen Wissensbeständen am point-of-care erhöhen



Fazit

Diagnostische Fehler stellen eine erhebliche Herausforderung für die Gesundheitsversorgung dar. Sie sind häufig, haben ein hohes Schadenspotenzial und verursachen erhebliche Kosten. Durch eine Kombination aus kognitiven und systemischen Interventionen können diese Fehler reduziert und die Diagnosesicherheit verbessert werden. Bereits das Wissen um kognitive Biases sowie eine störungarme Arbeitsumgebung, die durch systemische Maßnahmen und eine Hinweiskultur fehlervermeidend wirkt, können sowohl die Häufigkeit als auch die Auswirkungen von Fehldiagnosen im Sinne der Patienten- und Mitarbeitersicherheit deutlich vermindern.

**Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm.
Reinhard Strametz**

Zum Autor:

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz hat seit 2013 die Professur für „Medizin für Ökonomien, insbesondere Patientensicherheit“ an der Hochschule RheinMain inne und ist seit 2021 Leiter des Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety (WiHELP). Zuvor war er langjährig klinisch als Anästhesist und Notfallmediziner sowie als Ärztlicher Leiter der Stabsstelle Qualitätsmanagement am Universitätsklinikum Frankfurt am Main tätig. Neben zahlreichen Qualifikationen im Qualitäts- und Risikomanagement ist er als Dozent auch für die Landesärztekammer Hessen tätig.



Foto: Fotostudio Hoffmann, Frankfurt

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Diagnosesicherheit und Fehldiagnosen“ von Prof. Dr. med. Reinhard Strametz finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitgliederportal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das Portal vom 25.08.2024 bis 24.02.2025 möglich. Die Fortbildung ist mit drei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben des Autors sind die Inhalte produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Buchtipps: Reinhard Strametz, Andreas Fidrich: Grundwissen Patientensicherheit. © 2022 Urban & Fischer in Elsevier, 19 €, 124 S. — ISBN: 9783437411731. Alle Auto-renhonorare werden dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. gespendet. [15]



Literatur zum Artikel:

Serie Teil 23: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Diagnosesicherheit und Fehldiagnosen

von Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

- [1] Gruber ML, Wachter RM, Cassel CK. Bringing diagnosis into the quality and safety equations. *JAMA* 2012; 308(12): 1211–1212
- [2] Groszkruger D. Diagnostic error: untapped potential for improving patient safety? *Journal of healthcare risk management the journal of the American Society for Healthcare Risk Management* 2014; 34(1): 38–43
- [3] Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Diagnostic errors—the next frontier for patient safety. *JAMA* 2009; 301(10): 1060–1062
- [4] Schiff GD, Leape LL. Commentary: how can we make diagnosis safer? *Academic medicine journal of the Association of American Medical Colleges* 2012; 87(2): 135–138
- [5] Wachter RM. Why diagnostic errors don't get any respect--and what can be done about them. *Health affairs (Project Hope)* 2010; 29(9): 1605–1610
- [6] WHO. Zugriff am 5.8.2024 unter <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-17-september-2024-improving-diagnosis-for-patient-safety> 5.08.2024
- [7] Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Zugriff am 5.8.2024 unter <https://www.tag-der-patientensicherheit.de/>
- [8] Gruber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Archives of internal medicine* 2005; 165(13): 1493–1499
- [9] Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Academic medicine journal of the Association of American Medical Colleges* 2009; 84(8): 1022–1028
- [10] Kniepert C. Befunderhebung oder Diagnose?: Zur Abgrenzung des Befunderhebungsfehlers vom Diagnosefehler und deren Auswirkung auf die ärztliche Praxis. 1st ed. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020
- [11] Kostopoulou O, Delaney BC, Munro CW. Diagnostic difficulty and error in primary care—a systematic review. *Family practice* 2008; 25(6): 400–413
- [12] Balogh EP, Miller BT, Ball JR, Hrsg. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington (DC); 2015
- [13] Saber Tehrani AS, Lee H, Mathews SC et al. 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986–2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. *BMJ quality & safety* 2013; 22(8): 672–680
- [14] Kahneman D. Schnelles Denken, langsames Denken. 25th ed. München: Siedler; 2019
- [15] Strametz R, Fidrich A. *Grundwissen Patientensicherheit: Aus der Praxis, für die Praxis*. 1st ed. München: Urban & Fischer in Elsevier; 2022
- [16] Christ M, Cajöri A. *Fehldiagnosen*. In: Strametz R, Bayeff-Filloff M, editors. *Risikomanagement in der Notaufnahme*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2019
- [17] Singh H, Onakpoya I, Thompson MJ et al. *Diagnostic errors*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016
- [18] Ely JW, Gruber ML, Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. *Academic medicine journal of the Association of American Medical Colleges* 2011; 86(3): 307–313
- [19] Lauterberg J, Strametz R. *Diagnostische Fehler*. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J, editors. *Patientensicherheitsmanagement*. 2nd ed. Berlin, Boston: de Gruyter; 2022
- [20] Thammasitboon S, Cutrer WB. Diagnostic decision-making and strategies to improve diagnosis. Current problems in pediatric and adolescent health care 2013; 43(9): 232–241
- [21] McDonald KM, Matesic B, Contopoulos-Ioannidis DG et al. Patient safety strategies targeted at diagnostic errors: a systematic review. *Annals of internal medicine* 2013; 158(5 Pt 2): 381–389



Serie Teil 24: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Patientensicherheit als globaler Aktionsplan

Sonja Barth, Dr. Ulrich Zorn

Patientensicherheit ist eine Gemeinschaftsaufgabe – national und international. Aber was heißt Patientensicherheit konkret und wie lässt sie sich als weltweite Aufgabe bearbeiten? Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) liefert mit ihrem „Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2023 – Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung“ mögliche Antworten [1–3].

Die WHO engagiert sich seit mehr als zwei Jahrzehnten für Patientensicherheit [4]. In den Anfangsjahren lag der Fokus darauf, den Bedarf und die Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. So hat die „World Alliance for Patient Safety“ (2004–2014) Empfehlungen zum Beispiel zur Etablierung von Fehlerberichtssystemen und zur Aus-, Weiter- und Fortbildung [5] formuliert und weltweite Kampagnen etwa zur Reduktion von behandlungsassoziierten Infektionen („Clean Care is Safer Care“) und zur Sicherheit im OP initiiert. Im Rahmen der „Save Surgery – Save Lives“ – Kampagne etwa wurde die WHO-OP-Checkliste erarbeitet, die sich international erfolgreich etabliert hat. In einer zweiten Phase (2015–2020) hat sich die WHO vor allem für die globale Vernetzung eingesetzt. Die Online-Plattform „WHO Global Patient Safety Network“ ermöglicht einen direkten Austausch zu den Aktivitäten im Bereich Patientensicherheit weltweit, der lebhaft geführt wird. Ebenso dient der im Jahr 2019 erstmalig ausgerufene WHO-Welttag Patientensicherheit

am 17. September dazu, das Wissen zum Thema und zu den jeweils Aktiven öffentlichkeitswirksam zu fördern.

Patientensicherheit als Systemansatz

Seit rund 20 Jahren wird gefordert, dass Patientensicherheit als „Systemansatz“ verstanden werden muss. Gemeint ist damit, dass Fehlerprävention in der Medizin nicht nur auf einzelne Handelnde oder ausgewählte Maßnahmen wie die Einrichtung von Fehlerberichtssystemen, Schulungen oder den Einsatz von Checklisten angewiesen ist. Vielmehr kommt es darauf an, dass die konkreten Rahmenbedingungen der Versorgung, die personelle und finanzielle Ausstattung, Schwachstellen in den Abläufen und die Führungs- und Sicherheitskultur insgesamt in den Blick genommen werden [6].

Mit dem im Jahr 2021 aufgelegten Zehnjahres-Aktionsplan [2] wird dieser Anspruch verfolgt und ein Handlungsprogramm für die Länder weltweit entworfen. Die WHO löst sich dabei von der international bislang gebräuchlichen und pragmatischen Kurzfassung von Patientensicherheit als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“ und definiert die Aufgabe umfassender:

„Patientensicherheit ist: ein Rahmen organisierter Aktivitäten, die Kulturen, Prozesse, Verfahren, Verhaltensweisen, Technologien und Umgebungen in der Gesundheitsversorgung schaffen, welche beständig und

nachhaltig Risiken senken, das Auftreten vermeidbarer Schäden reduzieren, Fehler unwahrscheinlicher machen und die Auswirkungen von eintretenden Schäden verringern.“

Was komplex klingt, ist auch so gemeint: Anhand des Globalen Aktionsplans soll Patientensicherheit multi-dimensional bearbeitet werden. Hierzu schlägt die WHO sieben Ziele vor, die jeweils mit fünf sogenannten „spezifischen Strategien“ hinterlegt werden. So ergibt sich eine „7 x 5-Matrix“, also ein aus 35 Einzelstrategien bzw. Handlungsfeldern zusammengesetzter „Aktionsrahmen“, der in den knapp 200 WHO-Mitgliedsländern zur Anwendung kommen soll.

Wer?

Die WHO wendet sich dabei nicht nur an die Regierungen der Länder, sondern adressiert die zuständigen Akteure. Aktiv werden sollen

- die jeweils politisch Verantwortlichen,
- die Beteiligten in den Einrichtungen der Patientenversorgung,
- Verbände und Vereinigungen, Forschungsinstitute, Gesundheitswirtschaft und Medien sowie
- die WHO selbst.

Alle sollen ihre Beiträge zum gemeinsamen Ziel der Prävention von vermeidbaren Schäden für Patientinnen und Patienten leisten. Damit dies auch gelingt, werden für die Handlungsfelder zusätzlich auf die Akteure bezogene Maßnahmen vorgeschlagen.

Wie?

Der Aktionsrahmen wird durch sieben „Leitprinzipien“ flankiert, die für die Umsetzung der 35 „spezifischen Strategien“ prägend sind. Dazu gehören die Etablierung einer Sicherheitskultur, die Einbindung von Patientinnen und Patienten und ihren Erfahrungen, die Erhebung und Ana-



Sonja Barth ist Referentin im Dezernat 3 – Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit der Bundesärztekammer. Ihre Schwerpunktthemen sind Patientensicherheit, Peer Review in der Medizin und ärztliche Führungskompetenz. Sonja Barth befasst sich seit vielen Jahren mit diesen Themenkomplexen, die enge Bezüge zueinander aufweisen. Sie ist Diplom-Soziologin sowie als Integraler Business Coach und Coach für Transformationsprozesse in Organisationen ausgebildet.



lyse von Daten zum Zweck des Lernens und schließlich der Transfer von Wissen und Erkenntnissen in die Versorgungspraxis, aber auch länder- und akteursübergreifend.

Zugleich erkennt die WHO an, dass zu ergreifende Maßnahmen stets an nationale und kontextspezifische Gegebenheiten angepasst werden müssen. Denn „one-size-fits-all“ ist weder in der täglichen Patientenbehandlung noch bezogen auf Maßnahmen der Patientensicherheit zielführend. Wie wichtig die Anpassung an die spezifischen Bedarfe vor Ort ist, hat beispielsweise der Erfolg der WHO-OP-Checkliste, die national, regional und lokal adaptiert zum Einsatz kommt („local tailoring“, vgl. [7]), anschaulich gezeigt.

Was?

Für ihren weltweiten Aktionsplan schlägt die WHO folgende Ziele vor, vgl. [2]:

- 1) Fehlerprävention als Grundsatz und Geisteshaltung
- 2) Aufbau von hochzuverlässigen Gesundheitssystemen und -organisationen
- 3) Gewährleistung von Sicherheit aller klinischen Prozesse
- 4) Einbindung von Patientinnen und Patienten
- 5) Ausbildung, Qualifikation und Sicherheit der Professionen/des Gesundheitspersonals
- 6) Forschung, Wissenstransfer und Information
- 7) Kooperation, Synergie und Solidarität

Diese Ziele werden anhand „spezifischer Strategien“ konkretisiert.

- So wird etwa für Ziel 1, das sich auf die **Beseitigung von vermeidbaren Schäden als Geisteshaltung und Grundsatzpolitik** konzentriert, unter anderem vorgeschlagen, dass angemessene Mittel und eine optimale Personalausstattung sichergestellt werden sollen.
- Für Ziel 2, das den **Aufbau von „Hochzuverlässigen Systemen“**, also eine proaktive Fehlerpräventionsstrategie fordert, wird die regelmäßige Befasung mit der Sicherheitskultur und ihrer Bewertung als sinnvoll erachtet.
- Ziel 3 richtet sich auf die **Gewährleistung der Sicherheit aller klinischen Prozesse**. Neben anderem wird hier

beispielsweise die Benennung von Patientensicherheitsbeauftragten als auch die „Einführung einheitlicher Übergabeverfahren in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens“ benannt.

→ Mit Ziel 6 soll für mehr **Wissen und Knowhow für die Fehlerprävention** gesorgt werden. Hierzu sollen unter anderem die Etablierung von Berichtssystemen und Patientensicherheitsindikatoren sowie die Systeme zur Überwachung der Patientensicherheit vorangetrieben werden.

Die wenigen hier ausgewählten Beispiele lassen erkennen, dass es der WHO nicht nur um die weltweite Aktivierung und Förderung von Maßnahmen zur Fehlerprävention geht, sondern auch darum, dass diese nachgewiesen werden können.

So wird einerseits der Prozess der globalen Umsetzung des Aktionsplans als ein ineinander greifen von unterschiedlichen Maßnahmen und Akteuren in einem sogenannten „Ökosystem“ veranschaulicht. Andererseits erläutert die WHO, wie sie sich die „Überwachung und Berichterstattung“ zum nationalen und internationalen Fortschritt im Bereich Patientensicherheit vorstellt.

Anhand von zehn „Basisindikatoren“ (vgl. Tab. 1) inklusive weiterer Indikatoren soll Auskunft dazu erteilt werden, wie viele Länder beispielsweise einen nationalen Aktionsplan Patientensicherheit etabliert

haben, in wie vielen Ländern Never Events – also schwerwiegende, vermeidbare unerwünschte Ereignisse – erfasst werden, welcher Prozentsatz an Ländern sich Ziele in Bezug auf die Verringerung von behandlungsassoziierten Infektionen setzt und diese auch erreicht etc.

Evaluation der WHO zu den weltweiten Aktivitäten

Geplant ist, dass die WHO ihre Mitgliedsländer im Rhythmus von zwei Jahren zur Umsetzung des Aktionsplans fragt. Ein erster Evaluationsbericht wurde jüngst vorgelegt. 108 der 194 WHO-Mitgliedsländer haben sich an dieser Evaluation beteiligt.

Der rund 350 Seiten umfassende Bericht gruppierter die Rückmeldungen entsprechend der WHO-Regionen Afrika, Gesamtamerika, Südostasien, Europa, Östlicher Mittelmeerraum und Westpazifik. Zudem wird nach Bruttonationaleinkommen (lower-, lower-middle, upper-middle- und high-income Countries) geclustert. Aus der europäischen Region haben bspw. 33 Länder an der Befragung teilgenommen, darunter auch Deutschland (Abb. 1).

Die WHO nimmt kein direktes „Länder-Ranking“ vor. Vielmehr werden einzelne nationale Aktivitäten exemplarisch genannt. So werden beispielsweise für Deutschland das Patientenrechtegesetz

Tab. 1: WHO-Basisindikatoren zur Umsetzung des Globalen Aktionsplans
Anzahl der Länder, die aktiv befasst sind mit:

- o → nationalen Aktionsplänen
- o → Never-Event-Erfassungssystemen
- o → der Verringerung von behandlungsassoziierten Infektionen
- o → der Verringerung von medikationsbedingten Schädigungen
- o → der Etablierung von Patientensicherheitsbeauftragten
- o → Patientensicherheit in den Curricula der Medizin/Gesundheitsberufen
- o → der Umsetzung der WHO Charta Health Worker Safety
- o → der Beteiligung von mindestens 60 % der nationalen Gesundheitseinrichtungen an Fehlerberichtssystemen
- o → einem jährlichen Patientensicherheitsbericht
- o → einem nationalen Patientensicherheitsnetzwerk

Vgl. Übersicht Basisindikatoren, [8] WHO Report 2024, S. 317

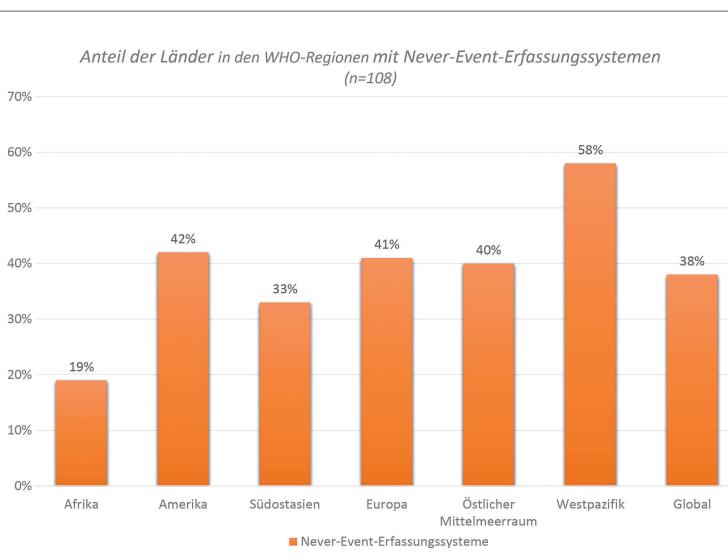


Abb. 1: Anteil der Länder in den WHO-Regionen mit Never-Event-Erfassungssystemen (n = 108)

(2013) als auch die Berücksichtigung des Themas Patientensicherheit im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) erwähnt. Der Bericht gibt damit sicherlich einen guten ersten Einblick zu den Aktivitäten weltweit. Dass das vielfältige Engagement der deutschen Ärzteschaft [9] in einer solchen Evaluation (noch) nicht angemessen abgebildet wird, ist allerdings bedauerlich. Es stellt sich insgesamt die Frage, wie aussagekräftig die Informationen de facto sein können.

E exemplarisch sei etwa auf die Thematik „Never Events“ hingewiesen. So berichtet die WHO, dass 38 % aller an der Befragung teilnehmenden Länder Never Events erfassen. Führend sei die Region Westpa-

zifik. Hier existiert in 58 % der Länder der Region ein System zur Erfassung von Never Events. Demgegenüber erfassen in der Region Europa lediglich 41 % der Länder Never Events (vgl. Abb. 1). Die Aussagekraft dieses „Rankings“ und Angabe von Prozentzahlen bezogen auf die Länder in den WHO-Regionen relativiert sich jedoch, wenn man zur Kenntnis nimmt, dass sich insgesamt 12 (von 28) Länder aus der Region Westpazifik, aber 33 (von 54) Länder aus der Region Europa an der Befragung beteiligt haben. Die – für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte gleichermaßen – eigentlich relevante Frage, ob oder inwiefern die (reine) Erfassung von Never Events zur Prävention jeweils tatsächlich beiträgt, wird damit allerdings noch gar nicht tangiert.

Fazit

Die WHO verfolgt mit ihrem globalen Aktionsplan das Ziel, das Engagement für Patientensicherheit weltweit zu fördern. Das Vorhaben ist nicht nur deshalb anspruchsvoll, weil Patientensicherheit folgerichtig

als Systemansatz verstanden und multi-strategische Maßnahmen vorgeschlagen werden, sondern vor allem auch, weil die ganze Vielfalt an Ländern weltweit mit ihren unterschiedlichen Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung adressiert wird.

Patientensicherheit ist eine (weltweite) Gemeinschaftsaufgabe, deren Operationalisierung stets in den nationalen Gesundheitssystemen zu verankern ist. Die Entscheidung, welche Prioritäten wann, warum und wie zielführend gesetzt werden und was konkret zu tun ist, kann sich deshalb nur aus dem jeweiligen nationalen Kontext heraus begründen und muss den Ländern und ihren Akteuren überlassen bleiben.

Der WHO-Katalog mit seinen Zielen, Strategien und Maßnahmenvorschlägen kann und soll hierzu entscheidende Impulse, nicht jedoch konkrete Vorgaben liefern. Initiativen, die nun technokratisch die Umsetzung der 35 „spezifischen Strategien“ der WHO auf nationaler Ebene fordern, sind insofern als wenig hilfreich einzuschätzen. Sie erkennen die Bedeutung des „local“ bzw. „national tailoring“ für die erfolgreiche Implementierung von Programmen und Maßnahmen. Auch die Frage, inwiefern ein Messen und Vergleichen auf internationaler Ebene sinnhaft, d. h. tatsächlich informativ sein kann, wäre noch zu klären.

Sonja Barth

Referentin Dezernat 3
E-Mail: sonja.barth@baek.de

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH

Leiter Dezernat 3
E-Mail: ulrich.zorn@baek.de

beide: Dezernat 3 –
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung
und Patientensicherheit
der Bundesärztekammer

Never Events

Der Begriff „Never Events“ wird für Ereignisse verwendet, die als verhinderbar und schwerwiegend im Kontext der Patientenversorgung gelten. Eine klare Definition gibt es bisher nicht. Verschiedene nationale und internationale Institutionen befassen sich jeweils mit Auflistungen solcher Ereignisse, die aber ebenfalls noch keinen einheitlichen Kri-

terien folgen. Die Akzeptanz solcher Listen ist deshalb unter den Akteuren im Gesundheitswesen heterogen. Hinzu kommt, dass die juristische Definition und Bedeutung dieses Begriffs noch ungeklärt ist [10, 11]. Siehe dazu auch eine Pressemitteilung der Landesärztekammer Hessen [12], Kurzlink: <https://tinyurl.com/mwvhkz7w> (red)



Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030: Umsetzungsbeispiele aus Hessen

In Hessen setzen sich viele Institutionen seit einigen Jahren gemeinsam dafür ein, die Sicherheit für Patientinnen und Patienten weiter zu erhöhen:

- Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
- Landesärztekammer Hessen (LÄKH)
- Hessische Krankenhausgesellschaft
- Landesarbeitsgemeinschaft Qualitäts-sicherung Hessen
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)
- Akteure der direkten Patientenversor-gung – wie z. B. das Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Im Sinne der strategischen Ziele des globalen Aktionsplans werden einerseits fest-establierte Aktivitäten weiterentwickelt, aber auch neue Projekte umgesetzt.

Insbesondere die **Hessische Patienten-sicherheitsverordnung¹** ist bundesweit bislang einmalig. Sie gewährleistet unter anderem den Einsatz von Patientensi-cherheitsbeauftragten in den hessischen Krankenhäusern und ein regelmäßiges Berichtswesen zur Erfassung und Evaluat-ion der Aktivitäten für Patientensicher-heit. Darauf aufbauend hat das Universi-tätsklinikum Frankfurt ein **Netzwerk Pa-tientensicherheit** gegründet, in dem sich die Patientensicherheitsbeauftragten austauschen und voneinander lernen.² Ziele des WHO-Aktionsplans finden sich hier wieder, wie u. a.:

- 1) Maßnahmen zur Beseitigung ver-meidbarer Schäden in der Gesund-heitsversorgung
- 2) Ausbildung, Qualifikation und Sicher-heit des Gesundheitspersonals

sowie

- 3) Synergien finden, Partnerschaft und Solidarität.

Auch konkrete Projekte, wie beispielswei-se das Berichts- und Lernsystem „CIRS im Rettungsdienst Hessen“³ sowie „Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern so-wie Maßnahmen zur Reduktion vermeid-barer Infektionen durch MRE“⁴ folgen und unterstützen die Zielsetzungen des globalen Aktionsplans.

Um auch Patientinnen und Patienten so-wie deren Angehörige in den Behand-lungs- und Versorgungsprozess besser ein-beziehen zu können – ebenfalls ein kon-kretes Ziel des Aktionsplans –, wurden In-fomaterialien veröffentlicht, wie der Rat-geberflyer „Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der ambulanten Ver-sorgung“⁵, gemeinsam entwickelt von KVH, LÄKH und dem Netzwerk Patientensicher-heit.

Silke Nahlinger

Stabsstelle Qualitätssicherung LÄKH

¹ <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshc/document/jlr-PatSiVHErahmen>

² <https://patientensicherheit-hessen.de/>

³ https://intern.cirs.bayern/external_intrafox.app?P=eF8HZTBDCQ

⁴ <https://www.lagqh.de/qsv erfahren/landesverfahren/mre-projekt-hessen>

⁵ <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/patientensicherheit#c28055>



Literatur zum Artikel:

Serie Teil 24: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Patientensicherheit als globaler Aktionsplan

von Sonja Barth, Dr. Ulrich Zorn

- [1] Förderung der Patientensicherheit ist Gemeinschaftsaufgabe. Pressemitteilung der Bundesärztekammer zum Welttag Patientensicherheit 2024, <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/foerderung-der-patientensicherheit-ist-gemeinschaftsaufgabe>
- [2] Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030 – Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung. Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2021. Deutsche Übersetzung des Bundesministeriums für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/globaler-aktionsplan-fuer-patientensicherheit-2021–2030.html>
- [3] Global Patient Safety Action Plan – Towards eliminating avoidable harm in healthcare. WHO 2021, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- [4] Barth, S./Jonitz, G. (2022): Patientensicherheit international. In: Gausmann, P. et al. (Hrsg.): Patientensicherheitsmanagement. 2. Auflage, De Gruyter, S. 12–22.
- [5] Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition. WHO 2011, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1
- [6] Barth, S.(2009): Aus Fehlern Lernen. In: Berliner Ärztel/2009, S. 14–19, <https://www.aekb.de/fileadmin/mitgliederzeitschrift/2009/b0901.pdf>
- [7] Renner, D. et al. (2012): Das Verwechslungsrisiko bei Eingriffen verringern. In: Dtsch Arztbl 2012; 109(20): A 1016–1018, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/126176/Patientensicherheit-Das-Verwechslungsrisiko-bei-Eingriffen-verringern>
- [8] Global Patient Safety Report 2024. WHO 2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>
- [9] Positionspapier Patientensicherheit der Bundesärztekammer (2023), https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Patienten/Bundesaerztekammer._Positionspapier_Patientensicherheit__20.04.2023_.pdf
- [10] <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/APS-Neuer-Event-Liste.pdf>
- [11] https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:fefed0a-55f5-4165-a750-a21bfb317255/Die_%C3%96sterreichische_Liste_der_Never_Events.pdf
- [12] <https://www.laekh.de/presse/pressemeldungen/detail/landesaerztekammer-hessen-lehnt-meldepflicht-fuer-never-events-ab>



Serie Teil 25: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Freiwilliges Instrument der Qualitätsförderung: Das „neue“ Peer Review in der Medizin (PRiM)

Neuer Peer-Qualifikationskurs an der Akademie

Am 26. und 27.11.2025 (Beginn der E-Learning-Phase am 03.11.2025) bietet die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) einen Qualifikationskurs zum Peer an. Dieser ist am komplett überarbeiteten Curriculum und Leitfaden der Bundesärztekammer (BÄK) zum Verfahren ausgerichtet. Die Aktualisierung betont die Systematik und Verbindlichkeit von Peer Reviews und schärft die Grundprinzipien. Der neue Titel „Peer Review in der Medizin“ (PRiM) drückt nun die interprofessionelle Herangehensweise des Verfahrens aus. Der Kern des Peer Reviews jedoch – der kollegiale Dialog auf Augenhöhe wurde beibehalten. Hierbei erarbeiten Peer und Behandlungsteam gemeinsam mögliche Maßnahmen, um Qualität und Patientensicherheit zu verbessern. [1]

In die Überarbeitung flossen die langjährigen Erfahrungen der Landesärztekammern zum Verfahren ein, die in einer Arbeitsgruppe bei der BÄK diskutiert wurden. Auch die LÄKH konnte

Vorschläge einbringen. Sie bietet seit vielen Jahren das Peer Review in der Intensivmedizin an. Im Bereich der Chirurgie führt die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) als Kooperationspartner das „Peer Review Galle“ durch und auch der Fachverband für Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Hessen (Fachverband SAPV e. V.) strebt die Etablierung des Verfahrens an.

Der aktualisierte Akademiekurs wird das neue BÄK-Curriculum fachübergreifend umsetzen: Grundlegende Fertigkeiten für die Durchführung eines PRiM werden in einer Präsenz- und E-Learning-Phase vermittelt; spezifische Aspekte der einzelnen Fachgebiete (Intensivmedizin, Palliativmedizin – zukünftig auch Chirurgie), fließen in den Kurs mit ein. Um die vollständige Qualifikation zum Peer gemäß Curriculum zu erhalten, ist die Teilnahme an einem Schulungs-PRiM notwendig.

Anmeldung per E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Kurzlink: <https://t1p.de/lmza0>

Der Überarbeitungsprozess – hinter den Kulissen

Dr. med. Josef Mischo (Vorsitzender der AG Peer Review der Bundesärztekammer, BÄK) und **Sonja Barth** (für die AG zuständige Referentin im Dezernat 3/BÄK) geben einen Einblick in die Hintergründe und Ausblicke der Überarbeitung des Verfahrens hin zum „PRiM“.

Warum hat das „Ärztliche Peer Review“ den neuen Namen „Peer Review in der Medizin“ – PRiM – erhalten?



Foto: privat

Mischo: Wir können unsere Patientinnen und Patienten nur erfolgreich behandeln, wenn die verschiedenen Professionen und Fachgebiete mit ihren jeweiligen Blickwinkeln eng zusammenarbeiten – dies ist auch beim Peer Review wichtig. Dies bringen wir mit der neuen Bezeichnung „PRiM“ zum Ausdruck.

Welche Bedeutung hat das „PRiM“ für die Qualitätssicherung bzw. Patientensicherheit?

Mischo: Beim PRiM geht es nicht um ein reines Messen und Bewerten, sondern darum, dass mit fachlicher Expertise und Erfahrung gemeinsam Qualitätspotenziale ausgelotet werden.

Wesentlich für das PRiM-Verfahren ist, dass auch die Qualitätskultur gefördert wird. Das bietet in dieser Weise kein anderes Qualitätssicherungsverfahren. Kolleginnen und Kollegen tauschen sich mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung fachlich und auf vertrauensvoller Basis aus und beide Seiten lernen dabei. Mit Evaluierungen wird nachgehalten, durch welche Faktoren in Organisationen die Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gefördert oder gehemmt wird.

Barth: Mit PRiM werden Eigenschaften gestärkt, die vor allem sogenannte High Reliability Organizations (HRO) auszeichnen. So werden Organisationen genannt, die besonders gut darin sind, Fehlerereignissen vorzubeugen. [2] Es kommen bei

PRiM keine hauptamtlichen Qualitätskontrolleure ins Haus, sondern Kolleginnen und Kollegen, die methodisch als Peers fortgebildet sind und sich tagtäglich ebenfalls mit den Herausforderungen befassen, die sich in der Patientenversorgung stellen.



Foto: © Kopf & Kragen Fotografie

Welchen Vorteil haben Einrichtungen, die ein „PRiM“ bei sich durchführen lassen?

Mischo: Neben Verbesserungen bei konkreten Fragestellungen, z. B. in der Intensivbehandlung, sehe ich den größten Vorteil in einer verbesserten Sicherheitskultur, d.h. in der Möglichkeit, Probleme offen anzusprechen und zielorientiert zu lösen, die Teamarbeit zu fördern und externe Erfahrungen einzubeziehen.

Barth: Zugleich ist PRiM nicht „quick and dirty“. Wenn Teams ein PRiM anfordern, dann müssen sie entsprechend Zeit in die Selbstbewertung investieren und sich mit



den eigenen Abläufen befassen. Der Besuch vor Ort mit dem kollegialen Dialog nimmt ca. einen Tag in Anspruch. Danach geht es darum zu schauen, welche Maßnahmen können wir umsetzen, was brauchen wir dafür, etc.

Mischos: Ja, und damit ist trotz aller Freiwilligkeit des Verfahrens auch eine gewissen Selbstverpflichtung an die Umsetzung dieser Maßnahmen gekoppelt, um die Qualität nachhaltig zu verbessern. Sicherlich liegt ein Mehrwert des Verfahrens auch darin, dass es lösungsorientiert ist und nicht nur auf Defizite schaut, sondern auch Dinge in den Blick nimmt, die besonders gut laufen.

Barth: Hier knüpft PRIM an den sogenannten „Safety II“-Ansatz von Erik Hollnagel [3] an. Bei der Fehlerprävention soll es nicht nur um das Lernen aus Fehlern gehen, sondern auch aus Situationen, die unerwartet schwierig waren – z. B. weil Personal sehr kurzfristig ausfiel – und die trotzdem sehr gut bewältigt werden konnten.

Mischos: Mit PRIM besetzen wir Qualitäts sicherung positiv – und dafür ist es höchste Zeit!

Das Peer Review in der Praxis: Herausforderung und Chance für die Qualität

Prof. Dr. med. Haitham Mutlak, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Sana Klinikum Offenbach, erfahrener Peer, Kursleiter für den PRIM-Kurs bei der LÄKH und Verantwortlicher einer besuchten Einrichtung, gibt einen Praxiseinblick.

Im überarbeiteten Leitfaden des „Peer Review in der Medizin (PRIM)“ spielt der Begriff „Qualitätskultur“ eine große Rolle – also eine „gelebte Qualitätssicherung“. Was bedeutet das für Sie und Ihre Tätigkeit?

Mutlak: Gelebte Qualitätssicherung bedeutet für mich, dass wir nicht nur mechanisch Indikatoren prüfen oder ausschließlich ein Aktenstudium betreiben, sondern diese Aspekte direkt am

Patientenbett sowie im kollegialen, interprofessionellen Dialog im Alltag erfassen. Papier ist geduldig – entscheidend sind die realen Abläufe und Erfahrungen in der jeweiligen Einrichtung.

Wie stehen Sie zum Titel „Peer Review in der Medizin“, der die Bezeichnung „Ärztliches Peer Review“ abgelöst hat?

Mutlak: Die Umbenennung zu „Peer Review in der Medizin“ ist eine konsequente und sinnvolle Entscheidung. Dadurch wird die Multiprofessionalität gestärkt, die Bedeutung und Anerkennung der Pflegekräfte ausdrücklich hervorgehoben und eine umfassendere Beschreibung des Verfahrens gewährleistet. Ich begrüße die Umbenennung ausdrücklich, da sie die Realität auf deutschen Intensivstationen einfach transparenter darstellt!

Ihre Intensivstation wurde bereits von einem Peer-Team besucht. Welche wichtigsten Eindrücke und Schlüsse konnten Sie daraus ziehen?

Mutlak: Der Besuch des Peer-Teams hat uns viele positive und sinnvolle Verbesserungsvorschläge gebracht. Wir konnten aus der Erfahrung der Kollegen lernen, haben den interdisziplinären Austausch auf Augenhöhe als besonders wertvoll erlebt und konnten eine Reihe Prozesse neu beleuchten und dadurch Abläufe gezielt verbessern. Aus unserer Sicht ist ein Re-Peer Review nach einer gewissen Zeit wichtig, um die Qualität sowie Patientensicherheit kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Auch als Peer haben Sie bereits Peer Reviews in anderen Einrichtungen begleitet. Wie blicken Sie aus dieser Perspektive auf dieses Verfahren?

Mutlak: Als Peer erlebe ich häufig eine gewisse Aufregung auf den Stationen, die jedoch unbegründet ist, da es um konstruktive Verbesserungen geht. Auch wir Peers profitieren vom gegenseitigen Austausch und nehmen viele Anregungen mit in unsere Kliniken. Die wertschätzende Kommunikation auf Augenhöhe ist dabei ein zentraler Grundbaustein. Rückmeldungen zeigen zudem, dass durch die Begehung und die schriftlichen Berichte Problemlösungen oftmals schneller umgesetzt werden als bei anderen Verfahren.

Ein Verfahren – Viele Fachperspektiven

Dr. med Björn

Misselwitz, Leiter der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH), gibt einen Überblick über das Peer-Review-



Foto: LAGQH

Verfahren zur Cholezystektomie (CHE): „Das Peer-Review-Verfahren CHE wurde 2014 in Hessen auf Initiative der Mitglieder des Fachausschusses CHE in Zusammenarbeit mit der GQH – heute LAGQH – und der LÄKH ins Leben gerufen. Motivation war die fragliche Wirksamkeit und Tiefe der damals eingesetzten Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Das Verfahren wurde innerhalb eines Jahres in Anlehnung an das damalige Curriculum der BÄK zum „Ärztlichen Peer-Review“ entwickelt. Für die Selbst-/Fremdbewertung werden allgemeine strukturelle sowie spezielle Fragen zur Organisation der prä- und postoperativen Behandlung und der Sicherheitskultur abgefragt. Zentraler und für das Peer-Review auch charakteristischer Bestandteil ist der Besuch im OP-Saal und die Teilnahme an einer laparoskopischen Gallenblasenentfernung. Ein weiterer Bestandteil ist das Aktenstudium zur Validierung der Dokumentation, aber auch kritischen Aufarbeitung ausgewählter Komplikationsfälle. Alle hieraus gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse münden i. d. R. in einer Zielvereinbarung mit entsprechenden Selbstverpflichtungen. Das Peer-Review-Verfahren CHE ist ein freiwilliges Angebot an die hessischen Kliniken. Auch die Tatsache, dass sich in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) [4] der Begriff „Peer Review“ im § 17 (Bewertung der Auffälligkeit und Durchführung von QS-Maßnahmen) wiederfindet, ändert dies nicht. Zwar kann Kliniken, bei denen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL ein Qualitätsdefizit festgestellt wird, die Teilnahme an einem Peer-Review vorgeschlagen werden, jedoch hat dies keinen verpflichtenden Charakter.“

Silke Nahlinger

Stabsstelle Qualitätssicherung





Literatur zum Artikel:

Serie Teil 25: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Freiwilliges Instrument der Qualitätsförderung: Das „neue“ Peer Review in der Medizin (PRiM)

[1] Bundesärztekammer. Peer Review in der Medizin. Leitfaden der Bundesärztekammer gemäß dem Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 25.05.2025. Kurzlink: <https://t1p.de/f33w0>

[2] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542883/>

[4] <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (Zugriff 11.09.2025)

[3] Muhlbradt, T./Schroder, S./Speer, T. (2024): Safety-II: Neue Wege zur Patientensicherheit. Strategien, Methoden und praktische Erfahrungen. Springer Gabler/FOM-Edition.



Serie Teil 26: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

„Patientensicherheit ist Teil des intrinsischen ärztlichen Handelns“

Leit- und Richtlinienerstellung bei der Bundesärztekammer

Leit- und Richtlinien sind mittlerweile im medizinischen Alltag nicht mehr wegzudenken. Sie geben Ärztinnen und Ärzten Handlungsempfehlungen bzw. -vorgaben und beziehen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand sowie praktische Erfahrung ein. Wie Leit- und Richtlinien bei der Bundesärztekammer (BÄK) entstehen, welche Besonderheiten es gibt und wie diese Arbeit die Patientensicherheit beeinflusst, berichtet Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH, Leiter des Dezernats 3 – Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit der BÄK.

Welche Aufgaben und Ziele hat die BÄK im Bereich Leit- und Richtlinien?
Dr. rer. nat. Ulrich Zorn: Als Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern dient die BÄK dem ständigen Erfahrungsaustausch unter den Ärztekammern und der gegenseitigen Abstimmung von Zielen und Tätigkeiten. Diese wurden in ihrer Satzung festgelegt. Die Erstellung von Leit- und Richtlinien wird hier zwar nicht als Aufgabe erwähnt – dafür aber das Ziel, die ärztlichen Berufspflichten und Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit auf allen Gebieten möglichst einheitlich zu regeln. Dazu gehört die Förderung der ärztlichen Qualitätssicherung und der ärztlichen Fortbildung. Beides lässt sich durch Leit- und Richtlinien gut abbilden. Die Verpflichtung oder Berechtigung zur Erstellung von Richtlinien für bestimmte Themen wird der BÄK jeweils per Gesetz oder Verordnung übertragen.

Welche Rolle kommt dabei dem Dezernat 3 „Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ bei der BÄK zu, welches Sie leiten?
Zorn: Das Dezernat „Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ der BÄK betreut neben anderen Themengebieten Leit- und Richtlinien im

genannten Sinne und befasst sich außerdem mit deren Methodik.

Mit welchen BÄK-Gremien arbeiten Sie insbesondere zu Leit- und Richtlinien, zusammen?

Zorn: Intern unterstehen die Themen Qualitätssicherung und Patientensicherheit den etablierten Qualitätssicherungs-Gremien der BÄK, etwa der Ständigen Konferenz Qualitätssicherung, die in diesem Bereich die Austauschplattform der Landesärztekammern ist. In die Erstellung und Pflege von Leit- und Richtlinien der BÄK sind weitere Gremien und Dezernate eingebunden, damit spezifische medizinisch-fachliche Inhalte berücksichtigt werden können, beispielsweise die Labormedizin. Hierzu existieren gesonderte Fachgremien, die die BÄK beraten. Neben Leit- und Richtlinien, die im Dezernat 3 erstellt werden, findet auch dezernatsübergreifende Zusammenarbeit statt. Themen wie z. B. die Transplantations-, Reproduktions- oder Transfusionsmedizin sind nicht im Qualitätssicherungsdezernat verankert, sondern in den fachlich zuständigen Gremien der BÄK – wie der Ständigen Kommission Organtransplantation und dem Wissenschaftlichen Beirat und den sie geschäftsführend betreuenden Dezernaten.

Gibt es auch Kooperationen mit externen Organisationen?

Zorn: Die Zusammenarbeit mit externen Organisationen bei der Erarbeitung von Leit- und Richtlinien ist teilweise abhängig vom rechtlichen Kontext. Insbesondere bei Leitlinien kooperieren wir mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Bei Richtlinien, die eine andere rechtliche Verbindlichkeit aufweisen als Leitlinien, kommen teil-

weise auch Bundesoberbehörden oder das Bundesministerium für Gesundheit hinzu. So sind z. B. bei der Richtlinie zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) [1] Vertreter der Länder, der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt oder des Robert Koch-Instituts beteiligt.

Welche Bedeutung haben Qualitätssicherung und Patientensicherheit für die Aufgaben der BÄK?

Zorn: Die Pflicht zur Qualitätssicherung ist in der ärztlichen Berufsordnung verankert und zählt somit zu den Kernaufgaben der Ärztekammern. Damit geht die Patientensicherheit einher, die keine separate Wissenschaft, sondern Teil des intrinsischen ärztlichen Selbstverständnisses und Handelns ist.

Mit welchen Maßnahmen und Aktionen unterstützen Sie als Fachabteilung die Patientensicherheit?

Das Dezernat für Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit der BÄK betreut insbesondere die Richtlinie zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK), die Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik [2] und in der Computertomographie [3] und künftig auch eine Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Pathologie.

Darüber hinaus entwickelt und pflegt das Dezernat konkrete Methoden und Instrumente, etwa Curricula und Leitfäden, wie z. B. zum medizinischen Peer-Review-Verfahren [4] und zu Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen [5]. Mit CIRSmedical.de ist zudem das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin im Dezernat verankert [6]. Außerdem beteiligt sich das Dezernat in Stellungnahmeverfahren und durch Teilnahme an Gremien an der



Patientensicherheit

Ausgestaltung der gesetzlichen Qualitäts sicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und weiterer Institutionen und bringt hier die speziell ärztliche Perspektive ein.

Was ist das Besondere an den Richtlinien, die die BÄK erlässt?

Zorn: BÄK-Richtlinien behandeln nicht nur sehr unterschiedliche medizinische Fachgebiete, sondern sind auch noch sehr heterogen rechtlich verankert. Häufig ist die Beteiligung weiterer Institutionen vorgeschrieben. Ihre rechtliche Relevanz entfalten sie insbesondere im Haftungsfall. Im Unterschied zu Leitlinien stellen Richtlinien regelmäßig generell abstrakte Handlungsanweisungen für die Anwender dar. Bei deren Beachtung wird vermutet, dass der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft eingehalten wurde. Solche Richtlinien sind Beispiele für das erfolgreiche Funktionieren der ärztlichen Selbstverwaltung, indem der Staat es den betroffenen Fachkreisen überlässt bzw. diese beauftragt, komplexe medizinische Sachverhalte im Detail selbst zu regeln.

Wie entsteht eine BÄK-Richtlinie?

Zorn: Wesentliche Grundlage einer jeden BÄK-Richtlinie sind ein rechtlicher Rahmen und ein Regelungsbedarf, der von Experten mit fachspezifischen Inhalten gefüllt wird. Die dazu benötigten Gremien werden von der BÄK organisiert und betreut. Die Implementierung und laufende Aktualisierungen erfolgen auf Beschluss des BÄK-Vorstands und sind flankiert durch unterschiedliche richtlinienspezifische Abstimmungs- und Anhörungsverfahren.

Neben Richtlinien gibt die BÄK auch Leitlinien heraus. Sind diese gleichzusetzen mit den Leitlinien von Fachgesellschaften?

Zorn: Die von der BÄK herausgegebenen Leitlinien sind von Leitlinien der Fachgesellschaften abgrenzen, denn die BÄK ist keine wissenschaftliche Einrichtung – auch wenn die Expertengremien dafür sorgen, dass der Stand von Wissenschaft und Technik in die Entscheidungen des BÄK-Vorstands einfließen. Im Bereich der

bildgebenden Verfahren hält die BÄK beispielsweise Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Computertomographie und in der Röntgendiagnostik vor. Dies sind keine Leitlinien im Sinne von Fachgesellschaften oder der AWMF, sondern überwiegend technische Handlungsanweisungen auf der Grundlage des Strahlenschutzrechts, das die Verwendung der Bezeichnung „Leitlinien“ hier ausdrücklich so vorsieht. Auch hier bildet der Expertenkonsensus unter Moderation der BÄK die methodische Grundlage, und auch hier erfolgt eine permanente Beobachtung der Auswirkungen auf die Versorgungspraxis, um regelmäßig oder ggf. auch bedarfsabhängig Anpassungen an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik vornehmen zu können.

Inwiefern trägt eine einheitliche Anwendung von medizinischen Richt- und Leitlinien dazu bei, die Patientensicherheit zu stärken?

Zorn: Leit- und Richtlinien stärken die Patientensicherheit, indem Evidenz, Expertenwissen und Patientenperspektive einen bestmöglichen Stand der Anwendung von Wissenschaft und Technik bundesweit einheitlich und unabhängig von regionalen Gegebenheiten ermöglichen – das ist heutzutage Konsens und nicht ernsthaft zu bezweifeln. Das war nicht immer so. Noch in den 1990er-Jahren wurden Leitlinien auch schon mal als „Kochbuchmedizin“ abgetan. Anfang der 2000er-Jahre sorgten dann sowohl der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz als auch die Selbstverwal-

tung, darunter BÄK, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und AWMF, mit der Initiierung des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien für Verbreitung und zunehmende Akzeptanz von Leitlinien und evidenzbasierter Medizin in der Versorgung.

Die Entstehung von Richt- und Leitlinien hört sich sehr technisch an. Wie ist eine praxisnahe Ausgestaltung gewährleistet?

Zorn: Die Regelwerke und Empfehlungen der BÄK beziehen den praktischen Sachverständ und die Erfahrungen aus der Versorgung ein. Insofern ist die Perspektive des medizinischen Alltags gewährleistet. Das schließt wiederkehrenden Anpassungsbedarf nicht aus, denn Leitschnur der Regelungen ist die jeweils aktuelle Evidenz und der immer wieder herzustellende Konsens. Auswirkungen und Wirksamkeit von BÄK-Leit- oder -Richtlinien unterliegen einem kontinuierlichen Monitoring anhand von Rückmeldungen aus der Versorgungspraxis.

Welche Anwendungsbeispiele gibt es für Leit- und Richtlinien und wie haben diese zur Patientensicherheit beigetragen?

Zorn: Anwendungsgebiete sind z. B. labormedizinische Untersuchungen oder bildgebende Verfahren. Diese tragen zur Patientensicherheit bei, indem der jeweils aktuelle Stand von Wissenschaft und Technik in diese Regelwerke einfließt und Patientinnen und Patienten bei Diagnostik und Therapie zeitnah vom medizinischen Fortschritt profitieren. Im Bereich Labormedizin sind dies z. B. laufende Verbesserungen.

Kurzbiografie

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH (Foto) leitet das Dezernat 3 – Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit – der Bundesärztekammer in Berlin. Das Dezernat befasst sich neben den genannten Schwerpunkten mit Richtlinien, Leitlinien, evidenzbasierter Medizin, Health Technology Assessment, Normung in der Medizin und Aspekten der Medizinprodukte Sicherheit und des Strahlenschutzes. Zorn ist Diplom-Biologe und Gesundheitswissenschaftler.

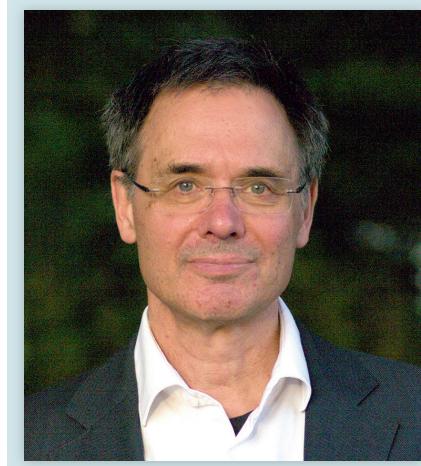


Foto: privat



rungen bei der Genauigkeit und Verfügbarkeit von Laborwerten, auf deren Basis Therapieentscheidungen getroffen werden. Im Bereich der bildgebenden Verfahren mittels Röntgen und CT geht es in den dazugehörigen Leitlinien unter anderem darum, bestmögliche Bildergebnisse unter gleichzeitig möglichst geringer Strahlenbelastung zu erzielen.

Welchen rechtlichen Charakter haben Leit- und Richtlinien?

Zorn: Bei der Einhaltung von Richtlinien wird regelmäßig davon ausgegangen, dass der entsprechende Standard bei der Behandlung eingehalten wurde. Leitlinien haben den Charakter von Empfehlungen im Sinne von Handlungskorridoren, deren Einhaltung keine gesetzliche Vermutung begründet. Dies ist besonders bei Arzthaftungsfällen relevant.

Das diesjährige Motto des Welttags der Patientensicherheit lautet „Safe care for every newborn and every child“. Inwiefern können BÄK-Leit- und -Richtlinien hier einen Beitrag leisten?

Zorn: Die BÄK hält für die Bereiche Neonatologie oder Pädiatrie keine spezifischen Leit- und Richtlinien vor. In den be-

reits erwähnten Leitlinien zur QS bei Röntgen und CT sind allerdings dezidierte zusätzliche Qualitätsanforderungen bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen verankert. Ich möchte aber auch beispielhaft auf die vom Wissenschaftlichen Beirat der BÄK erarbeitete Stellungnahme zur systematischen Erfassung von Fehlbildungen bei Neugeborenen hinweisen. Diese leistet ebenfalls einen Beitrag zur Patientensicherheit mit dem Ziel, die medizinische und psychosoziale Versorgung für die betroffenen Kinder und ihre Familien zu verbessern. Die Bemühungen und Erfolge der Ärzteschaft zählen auf diesen Gebieten zu den wegweisenden Pionierleistungen von Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Gesundheitswesen. Aus der lokalen Münchener Perinatalerhebung der 1970er-Jahre mit dem Status einer innerärztlichen Initiative entwickelte sich ein umfassendes Maßnahmenpaket in der gesetzlichen Qualitätssicherung. Kaum ein medizinischer Versorgungsbereich ist in Deutschland so gut durchleuchtet mit Qualitätsindikatoren, Strukturvorgaben, Mindestmengen etc. wie die Geburtshilfe und die Neonatologie. Auf internationaler Ebene sieht dies teilweise aber ganz anders aus,

so dass es gut ist, dass die WHO dieses Motto in den Vordergrund rückt.

Was wünschen Sie sich für die Leit- und Richtlinienarbeit der BÄK mit Blick auf die Patientensicherheit?

Zorn: Die BÄK ist den vielen ehrenamtlichen ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachexpertinnen und Fachexperten sehr dankbar, die die Leit- und Richtlinienarbeit ermöglichen und so für mehr Patientensicherheit sorgen. Wir wünschen uns sehr, dass diese Unterstützung weiter anhält. Gerade die Akzeptanz von Politik und Gesellschaft ist keine Selbstverständlichkeit, wie wir auch in den letzten Jahren immer wieder einmal erfahren mussten.

Auch das Verständnis für Wissenschaft und Evidenz unterliegt dem gesellschaftlichen Wandel. BÄK und Landesärztekammern werden sich weiterhin für die Patientensicherheit einsetzen – in der Erwartung, dass die notwendigen Rahmenbedingungen erhalten bleiben. Der aktuelle Koalitionsvertrag setzt hierzu immerhin ein hoffnungsvolles Zeichen, indem die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen des Gesundheitswesens gestärkt und von Bürokratie entlastet werden sollen. Dies ist zu begrüßen und sollte dazu beitragen, auch weiterhin aus der Ärzteschaft heraus Leit- und Richtlinien zu pflegen und zu entwickeln – als Beispiel für ein funktionierendes Zusammenwirken von Gesetzgeber und Ärzteschaft im Interesse der Patientensicherheit.

**Interview:
Antje Köckeritz,
Katrin Israel-Laubinger**

Leitlinien	Richtlinien
Beruhen auf einer konsensorientierten und evidenzbasierten Methodik und haben Empfehlungscharakter	Beruhen auf einer gesetzlichen Grundlage und sind verbindlich im Sinne einer untergesetzlichen Normgebung
Sollen die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen unterstützen	Geben abstrakte Handlungsanweisungen vor
Spiegeln den aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft wider	
Quelle: eigene Darstellung nach [8]	



Literatur zum Artikel:

Serie Teil 26: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

„Patientensicherheit ist Teil des intrinsischen ärztlichen Handelns“

Leit- und Richtlinienerstellung bei der Bundesärztekammer

- [1] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/_user_upload/BAEK/Themen/Qualitaetssicherung/_Bek_BAEK_RiLi_BAEK_ONLINE_FINAL_VERS_26_05_2023.pdf
- [2] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/_user_upload/BAEK/Themen/Qualitaetssicherung/_Bek_BAEK_Leitlinie_Roentgendiagnostik_ONLINE_KORR_Vers_25_05_2023.pdf
- [3] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/_user_upload/BAEK/Themen/Qualitaetssicherung/_Bek_BAEK_Leitlinie_Computertomographie_ONLINE_KORR_Vers_25_05_2023.pdf
- [4] <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/peer-review>
- [5] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/_user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf
- [6] <https://www.cirmsmedical.de/>
- [7] <https://www.who.int/news-room/events/detail/2025/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day--17-september-2025--patient-safety-from-the-start>
<https://www.tag-der-patientensicherheit.de/index.html>
- [8] <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-und-stellungnahmen>



Multiple-Choice-Fragen: Gesamtausgabe der Serie Patientensicherheit im HÄBL

VNR: 2760602026043430002

(eine Antwort ist richtig)

1. Wie definiert die WHO Patientensicherheit? Patientensicherheit beschäftigt sich mit...

- a. ...einem Rahmen organisierter Aktivitäten, die Kulturen, Prozesse, Verfahren, Verhaltensweisen, Technologien und Umgebungen in der Gesundheitsversorgung schaffen, welche beständig und nachhaltig Risiken senken.
- b. ...der Reduzierung vermeidbarer Schäden.
- c. ...der Absenkung der Wahrscheinlichkeit von Fehlern.
- d. ...der Verringerung von eintretenden Schäden und deren Auswirkungen.

- 1) alle Antworten sind richtig
- 2) Antwort a ist richtig
- 3) Antwort b ist richtig
- 4) Antwort c ist richtig
- 5) Antwort d ist richtig

2. Welche der genannten Aussagen ist KEIN Leitprinzip des WHO-Aktionsplans von 2021?

- 1) Einbindung von Patientinnen und Patienten
- 2) Kosteneffizienz in der Patientenversorgung
- 3) Gewährleistung von Sicherheit aller klinischen Prozesse
- 4) Ausbildung, Qualifikation und Sicherheit des Gesundheitspersonals
- 5) Fehlerprävention als Grundsatz und Geisteshaltung

3. Welche Aussage über die WHO-Basisindikatoren zur Umsetzung des Globalen Aktionsplans ist richtig?

- 1) Die Basisindikatoren fragen Mindestanforderungen zur Umsetzung des Aktionsplans ab.
- 2) Alle WHO-Länder melden Basisindikatoren.
- 3) Bei Nichtmeldung drohen negative Konsequenzen.
- 4) Die Basisindikatoren geben Auskunft, welche Länder einen nationalen Aktionsplan etabliert haben und ob unerwünschte Ereignisse erfasst werden.

- 5) Die Basisindikatoren ermutigen Länder, mehr Maßnahmen zur Patientensicherheit zu etablieren.

4. Welche Aussage zu Diagnosesicherheit ist nicht korrekt?

- 1) Selbstüberschätzung kann zu Fehldiagnosen führen.
- 2) Kognitiv bedingte Fehler können Fehldiagnosen verursachen.
- 3) Fehldiagnosen können durch schuldlose Fehler verursacht werden.
- 4) Moralisch bedingte Fehler spielen bei Fehldiagnosen eine Rolle.
- 5) Systemisch bedingte Fehler können die Diagnosesicherheit gefährden.

5. Es gibt verschiedene Maßnahmen, die Ethikberatung im Krankenhaus mit-einbeziehen. Welche wird im Artikel NICHT genannt?

- 1) Ethik-Jour Fixe
- 2) Erreichbarkeit per Telefon und E-Mail
- 3) Erstellung der Dienstpläne
- 4) Teil der täglichen Visite
- 5) Retrospektive Fallbesprechung

6. Welche Zertifikate sind Voraussetzung, um als Ethikberater bzw. Ethikberaterin tätig zu sein?

- a. „Ethikberatung im Gesundheitswesen“
- b. „Koordinator bzw. Koordinatorin Ethikberatung“
- c. „Trainer bzw. Trainerin Ethikberatung“

- 1) Antwort a ist richtig

- 2) Antwort b ist richtig

- 3) Antwort c ist richtig

- 4) Antworten b und c sind richtig

- 5) Antworten a, b und c sind richtig

7. Welches Leitprinzip der Medizinethik wird nicht genannt?

- 1) Nachhaltiger Umgang mit medizinischen Ressourcen
- 2) Ausrichtung am Patientenwohl
- 3) Abwägen des Nutzens der Behandlung
- 4) Vermeidung von Schaden
- 5) Förderung der Autonomie des Patienten

8. Welche Aussage zu Peer Review in der Medizin (PRiM) ist korrekt?

- 1) PRiM schließt nur die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten ein.
- 2) PRiM ist ein freiwilliges Verfahren zur Förderung der Versorgungsqualität.
- 3) PRiM kann von den Landesärztekammern unter bestimmten Voraussetzungen auferlegt werden.
- 4) PRiM darf nur von Landesärztekammern angeboten werden.
- 5) PRiM kann auch rein aktenbasiert durchgeführt werden.

9. Welche Aussage zum Thema Patientensicherheit ist nicht korrekt?

- 1) Patientensicherheit ist ein Teilbereich des Qualitätsmanagements.
- 2) Die Landesärztekammer ist unter anderem für die Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten zuständig.
- 3) Das IQWIG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) entwickelt im Auftrag des G-BA Qualitätssicherungsverfahren
- 4) Die Qualitätssicherung im Bereich der Reproduktionsmedizin wird von der Landesärztekammer Hessen durchgeführt.
- 5) Sowohl die Hämovigilanz als auch die Pharmakovigilanz sind Kernaufgaben des Paul-Ehrlich-Instituts.

10. Was haben Leit- und Richtlinien der Bundesärztekammer gemeinsam?

- 1) Sie beruhen auf einer gesetzlichen Grundlage.
- 2) Sie beruhen auf einer konsensorientierten und evidenzbasierten Methodik
- 3) Sie geben abstrakte Handlungsanweisung.
- 4) Sie bilden den Kenntnisstand der Wissenschaft ab.
- 5) Sie unterstützen bei der ärztlichen Entscheidungsfindung.