Kongress: „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung - von der Praxis zur Evidenz“ (I)

Versorgungforschung zeigt den realen Nutzen

Mit über 600 zahlenden Teilnehmern, über 220 Vorträgen und über 200 Posterpräsentationen gehört der 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung zu den erfolgreichsten überhaupt. Das lag zum Teil an der geschichtsträchtigen Location in der Aula der ehrwürdigen Bonner Universität und an der charmanten wie kompetenten Kongressleitung durch Prof. Dr. Matthias Schrappe, zum größeren Teil sicher aber an der Bedeutung des Kongressthemas an sich: Mit „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“ war der Kongress, gleichzeitig die 5. Jahrestagung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., überschrieben. Gerade hier, im Bereich der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse, zeigt die Versorgungsforschung was sie kann, weil ihre Ergebnisse, wie Prof. Hoffmann (Uni Greifswald) in seinem beachtenswerten Festvortrag „Von der Versorgungsepidemiologie zu einer transnationalen Versorgungsforschung“ forderte, par excellence in der Lage sind, schnell und effektiv Einzug in die Versorgungsrealität zu finden. Das gelingt auch durch die Arbeit des APS immer besser, aber wie auf der Kongress-Pressekonferenz beschrieben wurde, noch nicht genügend.

>> So erleiden ungefähr zwei bis vier Prozent aller Krankenhauspatienten ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis, das summiert sich bei vielen Millionen Krankenhausbehandlungen pro Jahr, alleine an Infektionen sind jährlich 500.000 Fälle zu verzeichnen. Und das trotz einer gesetzlichen Verankerung des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. „Das Engagement aller Beteiligten ist unverzichtbar, deswegen begrüße ich es, dass im APS alle verantwortlichen Partner und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens vertreten sind und die Landesregierung die Forderung unterstützt, einen offen Umgang mit Behandlungsfehlern zu führen, was einen Mentalitätswandel hin zu einer offenen Fehlerkultur erfordert“, erklärte dazu Marlis Bredehorst, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit von NRW. Das funktioniere nur in Kooperation und in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen, wie sie im APS, dessen Schirmherrschaft vor wenigen Tagen Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler übernommen hat, vertreten seien.

In ihrem Kurzvortrag, kam sie auch auf die bundesweite Krankenhausbefragung des APS zurück, bei dem immerhin oder auch nur 484 von 1.820 Krankenhäuser geantwortet haben. Bredehorst: „Hiervon haben Zweidrittel Risikomanagementsysteme wie ZIRS oder Maßnahmen zur Seiten- und Eingriffsverwechslung eingeführt.“ Das sei zwar lobenswert, aber reiche noch nicht aus. Darum verlange die Landesregierung, die zur Stärkung des Patientenschutzes derzeit plane, das Amt eines eigenen Patientenbeauftragten einzurichten, einerseits eine „flächendeckende Implementation von Risikomanagementsystemen“, und andererseits die Aufnahme der Themenfelder Risikomanagement und Umgang mit Fehlern in die ärztliche Ausbildung.

Den Faden nahm Schrappe, auf in dem der als Aufgabe des APS sowohl eine Förderung der Lehre reklamierte, als auch eine Förderung der Wissenschaft. So arbeitet das APS seit der Gründung von fünf Jahren an der Evaluation von Verbesserungsmaßnahmen und hat auch bereits eine ganze Reihe von Empfehlungen ausgearbeitet. Nun erforscht Schrappe, und hier trifft Versorgungsforschung Patientensicherheit, „ob das real was nützt“. Dazu müssen Monitorinstrumente zur Patientensicherheit und die passenden Surrogatparameter entwickelt werden wie Schrappe bereits im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung 04/10 ausgeführt hat . Ein solcher auf eine mögliche Fehlerkultur hinweisender Parameter sei beispielsweise die Menge des verbrauchen Händedesinfizierungsmittels. Schrappe: „Wenn pro Tag nur 10 mm verbraucht worden sind, dann kann wohl nicht mehr verbraucht worden sind und 10 mm reicht eben nur für zweimaliges Desinfizieren der Hände.“

Damit komme eine Krankenschwester nicht allzu weit, die im Schnitt pro Tag circa 100 Patienten zu tun habe und nach Richtlinien alleine für die Desinfizierung der Hände hochgerechnet 50 Minuten ihrer Arbeitszeit aufwenden müsste, eien zeit, die unter den Einflüssen von Zeitdruck und auch Personalknappheit geopfert wird - eben mit dem Risiko an sich vermeidbarer Infektionen.

Bei einer Podiumsdiskussion zum Thema „Fünf Jahre APS - APS in fünf Jahren“ forderte Hardy Müller (WINEG), der die Perspektive einer Krankenkasse im Bereich der Patientensicherheit beschrieb, vom APS eine Translation der Idee der Sicherheitskultur in ein Sicherheitsmanagement ein, während Dr. Rainer Hess, der über die Erwartungen und Bedeutung des APS aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses referierte, eine engere Kooperation mit dem G-BA anbot. Nicht, um die Freiwilligkeit zu beschneiden, die Dr. med. Günther Jonitz, der Präsident des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, vehement verteidigte, sondern um das, was vom APS als gut befunden wurde, unterhalb der Ebene gestzgeberischer Verfahren in ein normgebendes Verfahren zu überführen; mit dem Ziel, dass sich auch jene Dienstleistungserbringer an bestimmte Vorgaben oder Procedere halten müssen, die das bisher freiwillig eben noch nicht tun. Das habe, so Hess, noch gar nichts mit Sanktionen zu tun, sondern in erster Linie mit der Möglichkeit eines schnelleren Rollouts im Sinne einer höheren Patientensicherheit. <<

Peter Stegmaier

Erste Ergebnisse

Eine der Studien, die von der AOK finanziert und vom IfPS zusammen mit dem APS, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat durchgeführt wurde, ist eine umfassende Befragung der deutschen Krankenhäuser zum Umsetzungsgrad der klinischen Risikomanagements. 484 von 1820 befragten Krankenhäusern (27%) haben sich beteiligt. Die Ergebnisse sind durchaus ermutigend:

- **59%** der Krankenhäuser haben eine schriftlich festgelegte Strategie für das klinische Risiko-Management, 39% haben eine und 37% mehrere Personen im Risikomanagement (mind. Halbtags),
- **73%** der Krankenhäuser haben Besprechungen für kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler,.
- **48%** der Krankenhäuser haben ein eigenes CIRS (Critical Incident Reporting System) als Fehlerberichts- und Lernsystem eingeführt,
- **44%** der Krankenhäuser nutzen Checklisten zur Vermeidung von Patienten- bzw. Eingriffsverwechslungen.