

MEDIZIN & QUALITÄT

8. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit 27.– 28. November 2014 in Berlin

MITTWOCH, 19. NOVEMBER 2014 / NR. 22 230

DER TAGESSPIEGEL

SEITE B1



Alles unter Kontrolle? Qualitätssicherung betrifft bis jetzt allein die eingriffsbezogene Maximalmedizin und nicht die chronischen Erkrankungen und die Koordination der Behandlung.

Foto: picture alliance / dpa

Hoher Standard zahlt sich aus

Todesfälle durch Infektionen wären vermeidbar, wenn mehr für die Qualitätssicherung im Gesundheitssystem getan würde

VON MATTHIAS SCHRAPPE

Alarm! Ebola, Schweinegrippe, SARS – immer wieder Aufregung. Doch – wo bleibt der Alarm wegen 2000 bis 5000 vermeidbarer Todesfälle, die jedes Jahr im deutschen Gesundheitswesen durch Krankenhausinfektionen verursacht werden?

Wohlgemerkt, vermeidbare und nicht schicksalhafte Todesfälle – denn sie wären etwa durch eine vernünftige Händedesinfektion des Krankenhauspersonals zu verhindern gewesen. Das Problem betrifft aber nicht nur die Infektionen, sondern genauso die medikamentenbedingten Komplikationen. Überträgt man die internationalen Studien der vergangenen 25 Jahre auf Deutschland, muss man mit jährlich knapp 20 000 vermeidbaren Todesfällen rechnen. Vermeidbar, weil Fehler gemacht wurden.

Alles nur Panikmache? Verunsicherung der Patienten, so wie die Verbands-

Jährlich 20 000 Todesfälle wären vermeidbar gewesen: Fehler wurden gemacht

funktionäre es nennen? Keine Angst, die Bevölkerung hat ein genaues Bild, das zeigen zuverlässig alle Studien und Befragungen. Jeder hat mit Fehlern und Qualitätsmängeln in der Gesundheitsversorgung seine Erfahrungen gemacht. Gerade deshalb sollte man davon reden und die Konsequenzen offen diskutieren. Denn was würden wir alles tun, wenn eine „Seuche“ mit drohenden 20 000 Todesfällen über Deutschland hereinbrechen würde? Wir würden Flughäfen und Bahnhöfe schließen, wir würden die Bewegungsfreiheit der Bevölkerung einschränken, wir würden Grundzüge unseres Lebens in Frage stellen. Aber über unser gegenwärtiges Qualitäts- und Sicherheitsproblem im Gesundheitssystem liegt ein Mantel des Schweigens. Einzelfälle führen zu einer kurzzeitigen Zunahme des Interesses und der Anteilnahme, aber dann verschwindet das Thema wieder von der Tagesordnung.

Dabei gehören Qualität und Patientensicherheit zu den geliebten Themen aller Gesundheitspolitiker. Im Koalitionsvertrag der jetzigen Großen Koalition und in der aktuellen Gesetzgebung taucht der Begriff „Qualität“ derart häufig auf, dass

man sich fast beruhigt zurücklehnen möchte; da kann ja gar nichts mehr schiefgehen. Doch dieser Eindruck täuscht. Das Primat der derzeitigen Gesundheitspolitik liegt weiterhin auf der Finanzierung und nicht auf der Qualität. Sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor möchte finanziell gut ausgestattet werden und möglichst viele Patienten behandeln: Wir bezahlen Menge statt Qualität.

Die Krankenhausfinanzierung durch die Fallpauschalen (DRG) ist ein Beispiel: Ursprünglich sinnvoll, um die stationäre Versorgung transparent und den „Liege-tag“ als Abrechnungseinheit überflüssig zu machen, überlebt sich dieses System durch seinen Mengenanreiz und seinen „sektoralen Egoismus“ von Jahr zu Jahr mehr und müsste dringend in die Finanzierung einer integrativen Gesamtversorgung überführt werden. Doch es passiert nichts. Stattdessen – man muss es leider so hart sagen – besinnt man sich der Qualitätsfrage allein als Notpflaster. Qualität soll die mangelnde Abstimmung zwischen den Sektoren wieder ins Lot bringen und den Mengenanreiz der pauschalierten Vergütung neutralisieren. Dieses defensive Qualitätsverständnis entstammt der „Qualitätssicherung der Sonderentgelte und Fallpauschalen“, die im Jahr 1993 parallel zu den ersten operativen Fallpauschalen eingeführt wurde, um befürchtete Qualitätseinbußen durch Verweildauerverkürzung zu verhindern. Bei der Einführung der DRG im Jahr 2003 hat man diese akutmedizinisch-operative Orientierung der Qualitätssicherung dann fortgeführt.

Ein solches „weiter so“ ist leider auch derzeit zu befürchten. Denn ein aktives

Qualitätsverständnis würde ein Innehalten voraussetzen, um zunächst eine adäquate Zielvorstellung für die weitere Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems zu entwickeln. Es steht außer Frage, dass sich die Aufgaben in den nächsten Jahren durch die demographische Entwicklung deutlich ändern werden. War es vormals die akutmedizinische Versorgung, die unsere Krankenhäuser als Zentren der Versorgung geprägt hat, so sind es jetzt die Anforderungen durch die Versorgung älterer Menschen, die unter mehreren chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck und Asthma gleichzeitig leiden. Diese Patienten haben vor allem das Interesse, dass der Hausarzt und die Spezialisten, die sich um ihre Krankheiten kümmern, das Krankenhaus und die Reha miteinander verlässlich und rasch kommunizieren, damit immer alle Beteiligten klar im Bilde und die Patienten gut aufgehoben sind.

Sehr viel ist in den vergangenen Jahren auf den Weg gebracht worden. Das soll nicht in Abrede gestellt werden, vor allem durch die Transparenz von Qualitätsinformationen durch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser und den jährlichen Qualitätsreport des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Darauf aufbauend gibt es zahlreiche Internetaufstellungen und Krankenkassenportale oder herausragende Angebote wie das Gesundheitsportal des Tagesspiegels. Damit sollen die Patienten bei der Wahl des Anbieters mitentscheiden können. Allerdings ist die Wirkung dieser Qualitätsinformationen hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Woran liegt das? Zum einen betrifft die Qualitätssicherung allein die eingriffsbezogene Maxi-

malmedizin und in keinem Fall die chronischen Erkrankungen und die Koordination der Behandlung: Von 30 Krankheitsbildern betreffen sieben die Transplantationsmedizin, zwölf kardiologische Eingriffe, fünf allein die Endoprothetik. Es bestehen zudem Zweifel, ob in den Qualitätsberichten überhaupt die Fragen gestellt werden, die die Patienten wirklich umtreiben. Natürlich ist für den Patienten die Wundinfektionsrate interessant, aber wo findet er Informationen zur postoperativen Schmerztherapie, zur Informationsweitergabe, zum Besuch durch eine Pflegekraft oder gar den Hausarzt in der ersten Zeit nach der Entlassung?

Und selbst wenn ihn die Wundinfektionsrate interessiert – angenommen sie liegt bei ein oder fünf Prozent – kann man auch bei einem Prozent betroffen sein. Außerdem erfährt er nicht, ob die Ursache wirklich im betreffenden Krankenhaus zu suchen ist. Wichtiger wäre es vielleicht, über den Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln informiert zu werden.

Eine zukunftssteuerte Qualitätssicherung muss neu ausgerichtet werden, sie muss dem zukünftigen Krankheitspektrums entsprechen und die Integration des in Sektoren aufgeteilten Systems fördern. Die gegenwärtigen Bestrebungen in der Qualitätssicherung schlagen jedoch einen ganz anderen Weg ein, ganz im Vordergrund steht dabei das Gebot der „Datensparsamkeit“. Ärzte in Krankenhäusern werden nervös, wenn es um den Wunsch von Öffentlichkeit und Patienten geht, über die Qualität der erbrachten Leistungen Auskunft zu geben. Sie wünschen, dass man ihnen den Aufwand der Erhebung der Qualitätsdaten erstattet – wobei wir wieder bei den Finanzen wä-

ren. Sogenannte Routine- und Sozialdaten sollen die Lösung bringen. Darunter sind Abrechnungsdaten zu verstehen, die aber nicht mit dem Ziel der Qualitätssicherung, sondern nach den Bedürfnissen des Vergütungssystems entwickelt und angepasst werden.

Das Liegegesschwür beim jungen Patienten wird zuverlässig dokumentiert, da es zusätzliche Vergütung bringt, während es bei einem älteren Patienten bereits mit mehreren solcher „Nebendiagnosen“ keine zusätzliche Vergütung erbringt und eventuell unterlassen wird. Alle Studien weisen darauf hin, dass Abrechnungsdaten etwa 50 Prozent aller Komplikationen übersehen.

Der Teufel steckt im Detail. Gerade wenn man in näherer Zukunft über die qualitätsorientierte Vergütung beraten

Qualität hat nur ein Ziel: Die Gesundheitsversorgung zu verbessern

sollte, die sogenannte „Pay for Performance“ (P4P), also die Kopplung eines Vergütungsbestandteiles an die Qualität, werden dessen Zielrichtung und zahlreiche Umsetzungsfragen nicht nur über das Gelingen, sondern über die zukünftige Bedeutung der Qualitätssicherung entscheiden. Qualitätssicherung kann nur einen Grund haben: die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Qualitätsdaten zu erheben und an die Einrichtungen zu spiegeln, die nicht zuverlässig erhoben werden können, oder die Abschnitte der Behandlung betreffen, für die die Einrichtung keine Verantwortung trägt – wie etwa die ambulante Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus –, führt nur zu Verdruss. Qualitätssicherung heißt: Lernen auf der Basis von verlässlichen Daten im eigenen Verantwortungsbereich.

Hier liegt die Aufgabe der Politik: Ein Konzept zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems vorzugeben und dabei besonders auf die Qualitätsfrage zu achten. Das Geld der Versicherten und Steuerzahler muss sinnvoll verwendet werden. Für eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung.

— Der Autor hat einen Lehrauftrag für Patientensicherheit und Risikomanagement an der Universität Köln

Sicherheit für Patienten verbessern

VON ULF FINK

Im letzten Jahr gab es in der zivilen Luftfahrt 265 Tote aufgrund schwerer Unfälle. Bei rund drei Milliarden Menschen, die 2013 mit einem Flugzeug unterwegs waren, beträgt die Wahrscheinlichkeit, in einen Unfall verwickelt zu sein, weniger als ein Hunderttausendstel Prozent. 2013 gab es im Straßenverkehr in Deutschland mit 3339 Verkehrstoten dreimal weniger Todesfälle als 1991. Die Sicherheitsstandards in diesen beiden Branchen sind beachtlich!

Und wie ist es um die Patientensicherheit bestellt? Zwei bis vier Prozent der Krankenhaus-Patienten sind mit einem vermeidbaren, auf Fehler zurückzuführenden Ereignis konfrontiert – somit sind jedes Jahr zwischen 380 000 und 760 000 Krankenhauspatienten von Schäden betroffen. Das Robert-Koch-Institut geht von jährlich zwischen 400 000 und 600 000



Infektionen im Krankenhaus aus, ein Drittel davon gilt als vermeidbar. Die Zahl der vermeidbaren Todesfälle durch Krankenhausinfektionen, dies ist gut belegt, beträgt zwischen 2000 bis 5000 pro Jahr in Deutschland.

Warum gelingt es uns nicht, Sicherheitsstandards anderer Branchen auf das Gesundheitssystem zu übertragen? Hierfür gibt es viele Gründe. Sicher ist: Es wird im Gesundheitsbereich zu wenig daran gearbeitet, erfolgreiche Prozesse aus der Industrie zu übernehmen.

Beispielsweise gibt es in der Medizin zu wenige Trainings zur Handhabung kritischer Patientensituationen. Unstrittig ist, dass die Trennung in ambulante und stationäre Versorgung viele gravierende Qualitätsprobleme aufwirft.

Der vorgebrachte Hinweis, wonach die medizinische Behandlung komplex ist, finanzielle Mittel fehlen und damit ein Vergleich mit anderen Branchen hinkt, ist nicht tragfähig. Die Luftfahrt ist hochkomplex und der Umgang mit knappen Ressourcen ist in allen Branchen üblich. Zudem führen fehlerhafte medizinische Behandlungen selbst zu neuen Ausgaben: Die Behandlungskosten im Krankenhaus aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei Patienten betragen allein rund 400 Millionen Euro pro Jahr.

Wir müssen Erfahrungen anderer Branchen in punkto Sicherheitskultur für das Gesundheitssystem nutzbar machen. Hier liegt ein Schlüssel für eine höhere Patientensicherheit.

Auch deshalb hat Gesundheitsstadt Berlin den Nationalen Qualitätskongress Gesundheit entwickelt, der am 27. und 28. November in Berlin zum achten Mal stattfindet. Aus Anlass dieses Kongresses haben wir diese Beilage erstellt. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

— Der Autor ist Senator a.D. und Vorsitzender des Vorstands von Gesundheitsstadt Berlin e.V.

INHALT

KEIME	B2
Krankenhausinfektionen stellen Kliniken vor große Aufgaben – multiresistente Erreger verschärfen das Problem.	
KONTROLLE	B3
Bei Infektionsausbrüchen im Krankenhaus gelten strenge Regeln – Risikobereiche bedürfen einer besonderen Überwachung.	
BLICK FÜRS GANZE	B4
Das Aktionsbündnis Patientensicherheit erforscht Ursachen von Kunstfehlern im Krankenhaus.	
AUF AUGENHÖHE	B5
Das neue Patientenrechtegesetz soll theoretisch Ärzte und Patienten auf Augenhöhe bringen.	
IMAGEPROBLEM	B6
Der Vorsitzende des baden-württembergischen Hausärztesverbandes Bertold Dietsch über Hausärztemangel	
ABSTIMMUNG IN DER REGION	B7
Ärztetnetze verbessern die Versorgungsqualität – und schließen Versorgungslücken auf dem Land.	
TABUBRUCH	B8
Die Behandlung von Menschen mit seelischen Erkrankungen hat große Fortschritte gemacht .	

AUSZUG AUS DEM PROGRAMM DES 8. NATIONALEN QUALITÄTSKONGRESSES GESUNDHEIT

Qualität und Patientensicherheit im Mittelpunkt

Der „8. Nationale Qualitätskongress Gesundheit“ wird am **27. und 28. November 2014** mit allen Veranstaltungen und ausgewählten Vorträgen im Steigenberger Hotel Berlin, Los-Angeles-Platz 1, abgehalten. Die **Veranstaltung ist kostenpflichtig**. Rund 140 Experten werden beim 8. Nationalen Qualitätskongress referieren.

Am 27. November um 13.15 Uhr sprechen auf dem Kongress:
Petra Gastmeier, Charité: Multiresistente Erreger – Status in Deutschland
Herwig Gerlach, Vivantes: Therapie von Infektionen in der operativen Intensivmedizin
Stefan Gronemeyer, MDS: Hilfe bei Verdacht auf Behandlungsfehler.

27. November 15.15 Uhr
Britta Siegmund, Charité: Qualitätssicherung bei chronischen Erkrankungen.
Nadine Schübler, Paracelsus: Standard für das Schmerzmanagement.
28. November 10.45 Uhr
Katja de With, Uniklinik Dresden: Vermeidung Antibiotikaresistenzen

28. November 13.15 Uhr
Tanja Manser, Uni Bonn: Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften für mehr Patientensicherheit.
Das **komplette Programm** finden Sie im Internet unter **www.qualitaetskongress-gesundheit.de**. **Anmeldungen sind vor Ort** möglich oder über das Internet.

HYGIENEMANAGEMENT Eine lebenswichtige Aufgabe

Wenn uns Keime krankmachen

Krankenhausinfektionen stellen Kliniken vor große Aufgaben – multiresistente Erreger verschärfen das Problem

VON PETRA GASTMEIER

Hygiene und Sauberkeit spielen bei der Infektionsprävention eine große Rolle, sie sind aber nur ein Teil des Problems. Die meisten Krankenhausinfektionen werden durch die körpereigene Bakterienflora des Patienten hervorgerufen. Jeder von uns hat rund zwei Kilogramm Bakterien in seinem Darm und zusätzlich große Mengen von Bakterien auf der Haut und Schleimhaut. Diese Bakterien, das sogenannte „Mikrobiom“, haben eine wichtige Funktion: Sie sind notwendig für die Verdauung, den Stoffwechsel und die Immunabwehr des Körpers.

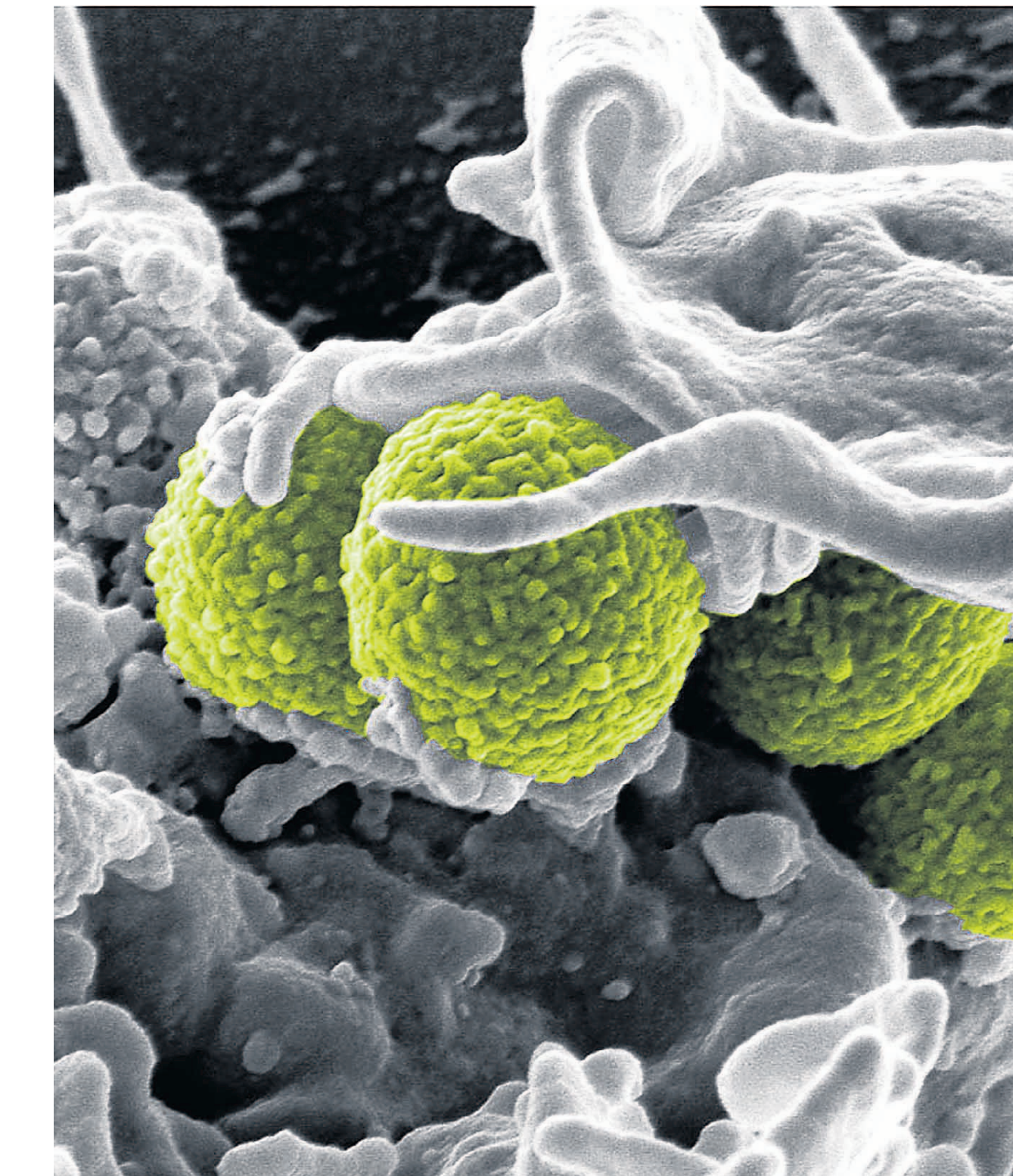
Problematisch kann es aber werden, wenn diese Bakterien während der Behandlung im Krankenhaus in Körperbereiche gelangen, die normalerweise keimfrei sind und ihr Eindringen Infektionen hervorrufen kann. Das ist zum Beispiel möglich, wenn die Erreger entlang von Gefäßkathetern in die Blutbahn eindringen oder über Harnwegkatheter in die Harnblase. Deshalb sind auch Patienten im Krankenhaus besonders gefährdet, denn solche invasiven Prozeduren wie Legen von Gefäßkathetern, Harnwegkathetern oder Beatmungstherapie finden in

Ärzte finden sich zum Teil in Situationen wie vor dem Zweiten Weltkrieg

erster Linie im Krankenhaus statt. Auch Therapien, die als Nebeneffekt das Immunsystem des Körpers schwächen, wie etwa bei Krebspatienten, werden vor allem im Krankenhaus durchgeführt und fördern ebenfalls das Eindringen von Bakterien in die normalerweise keimfreien Körperbereiche. Deshalb wird es auch nie möglich sein, alle Krankenhausinfektionen vollständig zu vermeiden.

Fast immer zu verhindern sind aber solche Infektionen, bei denen ein Erreger von einem Patienten auf den anderen übertragen wird. Deshalb hat die Händedesinfektion insbesondere vor allen Patientenkontakten, vor allen invasiven Maßnahmen am Patienten wie Spritzen geben, Infusionen anlegen sowie nach dem Patientenkontakt einen sehr hohen Stellenwert im Krankenhaus. Das gilt ebenso für gründliche Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsmaßnahmen, um eine Übertragung von Erregern aus der Patientenumgebung oder über Instrumente sicher auszuschalten.

Die Häufigkeit von Krankenhausinfektionen insgesamt hat sich in Deutschland in den letzten 20 Jahren kaum verändert, immer mehr häufiger beobachten wir aber das Auftreten von Infektionen mit multiresistenten Erregern. Das sind Bakterien, bei denen einige für die Therapie wichtige Antibiotika nicht mehr wirksam sind, so dass dann auf andere Antibiotika, sogenannte Reserveantibiotika, ausgewichen werden muss. Vor etwa zehn Jahren wurden solche Bakterien noch überwiegend bei Krankenhauspatienten gefun-



Gefahr im Krankenhaus. Im Volksmund werden „MRSA“ auch Krankenhausbakterien genannt. Im Klinikalltag mangelt es vielfach an elementaren Hygienemaßnahmen wie Händedesinfektion.

Foto: mauritius images

den, inzwischen bringen sehr viele Patienten bereits bei Aufnahme in die Klinik multiresistente Erreger mit.

Für die Charité wissen wir beispielsweise, dass etwa jeder zehnte Patient bei Krankenhausaufnahme bereits mit solchen Erregern besiedelt ist. Dabei handelt es sich weniger um die in der Bevölkerung relativ bekannten MRSA (Methicillin resistente Staphylococcus aureus), die vor allem in der Nase und auf der Haut zu finden sind, sondern um multiresistente Erreger, die sich im Darm der Patienten aufhalten. Teilweise beobachten wir bereits Erreger, bei denen alle üblicherweise eingesetzten Antibiotika nicht mehr wirksam sind, und die Ärzte in eine Situation zurückversetzt werden wie vor dem Zweiten Weltkrieg, als es noch keine Antibiotika gab.

Damit ergeben sich für die Kliniken erhebliche zusätzliche Probleme. Um die Verbreitung solcher Erreger im Krankenhaus zu verhindern, müssen sie ein extremes Augenmerk auf die Händehygiene, die Reinigung und Desinfektion legen. Je nach Art des Erregers und Umständen

des Patienten sind zusätzliche Screening- und Isolationsmaßnahmen erforderlich und soweit möglich auch Dekolonisationsmaßnahmen.

Aber die Kliniken allein können das Problem nicht lösen, gesamtgesellschaftlich muss der Einsatz von Antibiotika reduziert und optimiert werden, um die Ausbreitung von multiresistenten Bakte-

Jeder kann etwas tun – Antibiotika sollten nur im Ernstfall gegeben werden

rien zu vermeiden. Das betrifft sowohl die Landwirtschaft als auch die Humanmedizin. Hinzu kommt, dass in den meisten Ländern der Erde multiresistente Erreger weit mehr verbreitet sind als in Deutschland. Damit besteht auch ein hohes Risiko, dass man während Auslandsreisen unbemerkt solche Erreger aufnimmt und diese sich im eigenen Darm für Wochen, Monate oder Jahre ansiedeln.

Notwendig sind vor allem auch erhebliche zusätzliche Forschungsanstrengungen, um neue Antibiotika wie auch andere neue Therapien für den Einsatz bei Patienten mit multiresistenten Erregern zu entwickeln. Auch sehr schnelle, neue diagnostische Tests werden gebraucht, die es zum Beispiel dem Allgemeinmediziner in der Praxis oder dem Arzt in der Notfallaufnahme erlauben, in wenigen Minuten sicher zwischen Patienten mit und ohne bakterieller Infektion zu unterscheiden.

Nur so kann der Arzt die Anwendung von Antibiotika auf die Patienten beschränken, bei denen sie wirklich notwendig und sinnvoll sind. Bereits jetzt müssen wir mit den Antibiotika nach dem Motto „weniger ist mehr“ umgehen. Auch der Patient hat in diesem Zusammenhang eine große Verantwortung, indem er nicht einfach Antibiotika verlangt, wenn es nicht notwendig ist.

— Die Autorin ist Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Es liegt auf der Hand

Adäquate Hygiene kann die Übertragung potenzieller Infektionserreger verringern

Das Vorhandensein von Bakterien an uns und in uns ist nicht ungewöhnlich, ja sogar notwendig. Wichtig im Krankenhaus ist, dass die Bakterien, die eine Infektion hervorrufen können, nicht über die Hände des Personals zu den Patienten gelangen.

Eine adäquate Händehygiene kann die Übertragung potenzieller Infektionserreger minimieren und die Rate der im Krankenhaus erworbenen Infektionen senken. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrer Kampagne „Clean Care is Safer Care“ die Einführung von Maßnahmen zur Steigerung der Händehygiene als eines der vorrangigen Ziele ausgerufen, um die Patientensicherheit zu verbessern.

Die Grundidee einer gezielten hygienischen Händedesinfektion geht auf den österreichisch-ungarischen Arzt Ignaz Semmelweis (1818 – 1865) zurück, der 1847 das Händewaschen mit Chlorkalkwasser zur Vermeidung des Kindbettfiebers einführte. Durch diese Maßnahme konnte er die Sterblichkeit der Wöchnerinnen senken. Diesen grundlegenden Stellenwert hat die hygienische Händedesinfektion bis heute nicht verloren. Sie stellt somit die wichtigste evidenzbasierte Einzelmaßnahme zur Vermeidung von Infektionen dar.

Eine korrekt durchgeführte hygienische Händedesinfektion setzt eine ausreichende Benetzung der gesamten Hand mit Desinfektionsmittel und eine ausreichend lange Einwirkzeit sowie Trocknung voraus. Schmuck an Fingern und Unterarmen steht ebenso wie lange lackierte oder künstliche Fingernägel einer effizienten Desinfektion im Weg.

Kritisch ist der Einsatz von Einmalhandschuhen zu sehen. Diese sind aus Gründen des Arbeitsschutzes bei zu erwartender Kontamination mit potenziell infektiösen Sekreten sinnvoll und müssen getragen werden. Das Tragen von Einmalhandschuhen ersetzt aber nicht die Händedesinfektion.

Leider verleiht im Alltag das Tragen von Handschuhen, wahrgenommen als Schutzmechanismus, dazu, sich nicht die Hände zu desinfizieren, wenn es erforderlich wäre. Der unkritische Einsatz von Einmalhandschuhen ist folglich abzulehnen. Des Weiteren müssen die Handschuhe gewechselt werden, sollte eine Händedesinfektion erforderlich sein.

Die WHO hat 2009 erstmalig definiert, wann eine Indikation zu einer Händedesinfektion gegeben ist. Sie ist demnach prinzipiell vor und nach dem Patientenkontakt erforderlich.

Die Akzeptanz, also die Compliance der Händedesinfektion ist allerdings noch optimierungsfähig; die Ursachen dafür sind vielfältig. Eine Verbesserung gelingt am ehesten, wenn viele Strategien verfolgt werden: Bundesweite und internationale Kampagnen, Poster und Schulungen vermitteln Wissen und wecken Aufmerksamkeit. Um das Wissen in die Praxis umzusetzen sind weitere Maßnahmen notwendig, etwa die Begleitung von Mitarbeitern während ihrer Tätigkeiten durch einen speziell geschulten Mitarbeiter der Krankenhaushygiene. Im direkt anschließenden persönlichen Gespräch wird das Vorgehen analysiert und gegebenenfalls Schwachstellen identifiziert.

Über das Benchmarktool HAND-KISS des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen haben Kliniken die Möglichkeit, den eigenen Händedesinfektionsmittelverbrauch mit anderen zu vergleichen. Letztlich erreicht jedoch die Maximierung der durchgeführten Händedesinfektionen eine Grenze.

Das Tragen von Handschuhen ist sinnvoll, ersetzt aber nicht eine gründliche Desinfektion

Ein in der Praxis auch langfristig erfolgreiches Konzept ist der umgekehrte Ansatz: Eine Minimierung der erforderlichen hygienischen Händedesinfektion. Dies kann trotz Vorgaben der WHO gelingen, indem man Arbeitsprozesse vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der hygienischen Händedesinfektion optimiert.

Durch gut strukturierte Arbeit, Standardarbeitsanweisungen für einzelne häufige Prozesse, wie zum Beispiel die Anlage eines peripheren Venenkatheters oder ein Verbandwechsel, kann eine Optimierung des Prozesses und eine Minimierung der erforderlichen hygienischen Händedesinfektion erreicht werden.

In der Konsequenz kann so bei Durchführung derselben Anzahl an hygienischer Händedesinfektion die Compliance ohne Mehrarbeit gesteigert werden. Nebenbei ergibt sich durch standardisierte Arbeitsabläufe eine insgesamt bessere Prozessgestaltung und letztlich Qualität der Patientenversorgung.

SIMONE SCHEITHAUER

— Die Autorin ist Leiterin der Stabsstelle für Krankenhaushygiene und Infektiologie, Universitätsmedizin Göttingen



Waschen und desinfizieren. Ein absolutes Muss im Gesundheitswesen, wie hier im Klinikum Spandau. So können tödliche Infektionen vermieden werden.

Foto: Stephanie Plick/dpa

Kampf bis aufs Blut

Fachgesellschaften fordern einen Nationalen Aktionsplan gegen Sepsis

Im Jahr 2011 haben die Deutschen Krankenhäuser 175 051 Sepsisfälle, davon 50 000 sepsisbedingte Todesfälle, an das statistische Bundesamt gemeldet. Die tatsächliche Zahl ist wahrscheinlich deutlich höher. Sepsis ist damit häufiger als Brustkrebs, Darmkrebs und AIDS und ist in Deutschland die dritthäufigste Todesursache.

Doch Sepsis – im Volksmund auch Blutvergiftung genannt – ist weniger als der Hälfte aller Deutschen bekannt. Nur die wenigsten wissen, dass nahezu jede akute Infektion eine Sepsis auslösen kann. Die häufigsten Ursachen sind Lungenentzündungen, Infektionen im Bauchraum, Harnwegs- und Wundinfekte.

Nahezu 50 Prozent der Sepsisfälle entstehen gar nicht im Krankenhaus, sondern in der häuslichen Umgebung, am Arbeitsplatz und in der Freizeit. Auch Ebola- und Grippeviren können eine Sepsis auslösen.

Besonders gefährdet sind Menschen mit einer angeborenen oder erworbenen Schwäche der Infektabwehr wie etwa Frühgeborene oder Menschen ohne Milz und mit chronischen Erkrankungen der Leber, Lungen, Nieren und des Herzens, insbesondere der Herzklappen. Die Einnahme von immunsuppressiven Medikamenten oder Chemotherapien bei Krebs-

erkrankungen erhöhen ebenfalls das Sepsis-Risiko.

Die Sterblichkeit von Patienten, die an einer Sepsis erkranken, liegt zwischen 28 und 50 Prozent. Weltweit kostet Sepsis mit jährlich acht bis zehn Millionen Todesfällen mehr Menschenleben als Krebs. Und jährlich nimmt die Zahl der Todesfälle zu. In den Jahren 2000 bis 2008 haben sich die Sepsisfälle in den USA nach Angaben des Center for

Interventionen unterzogen wird, die wiederum die Infektabwehr des Körpers schwächen und die Sepsisgefahr erhöhen.

Nationale und internationale Initiativen von Fachleuten und Betroffenen haben sich zum Ziel gesetzt, die Sepsissterblichkeit bis zum Jahr 2020 um 20 Prozent zu senken. Alleine durch Grippe und Pneumokokkenimpfung, Beachtung der elementaren Hygieneregeln und Früherkennung ließe sich in Deutschland die Zahl der Sepsistoten jährlich um rund 15 000 bis 20 000 verringern. Deshalb fordern medizinische Fachgesellschaften und Experten von der Politik einen Nationalen Aktionsplan gegen Sepsis.

Leider war Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bisher weder bereit, das Memorandum persönlich entgegenzunehmen noch der Forderung nachzugeschlagen, dass sein Ministerium die Moderation für die Erarbeitung dieses dringend benötigten Planes übernimmt.

Warum dies nicht in ähnlicher Weise geschieht wie es beim 2008 initiierten Aktionsplan gegen Krebs der Fall war, ist inhaltlich nicht nachvollziehbar.

KONRAD REINHART

— Der Autor ist Chairman der Global Sepsis Alliance



www.rbs-partner.de

Stellen Sie sich den Herausforderungen der Gesundheitsbranche – mit unserem Know-how



RBS RoeverBroennerSusat zählt zu den kompetentesten Prüfern und Beratern von Leistungserbringern und Kostenträgern im deutschen Gesundheitswesen. Eine Vielzahl von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Rehakliniken, niedergelassenen Ärzten, gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen vertraut auf unsere langjährige Expertise.

Unser multidisziplinäres Health-Care-Expertenteam besteht aus Wirtschaftsprüfern, Steuerberatern, Rechtsanwälten und IT-Consultants. Wir bieten neben der gesetzlichen Jahresabschlussprüfung praxisnahe Beratungsleistungen an, die dem Management von Leistungserbringern und Kostenträgern zur Lösung der gestiegenen Anforderungen, beispielsweise in den Bereichen Corporate Governance, Compliance, Risikomanagement und Nachhaltigkeit, dienen.

Machen Sie sich fit für die Zukunft. Sprechen Sie mit uns!

Wirtschaftsprüfung
Steuerberatung
Rechtsberatung
Corporate Finance & Consulting

Ansprechpartner
WP/SIB Ingo Fehlberg
E i.fehlberg@rbs-partner.de

An independent member firm of
MOORE STEPHENS

Berlin | Hamburg | Frankfurt am Main | Köln | Leipzig
München | Nürnberg | Dresden | Potsdam | Greifswald

HYGIENEMANAGEMENT Möglichkeiten der Risikobegrenzung

Alles unter Kontrolle

Bei Infektionsausbrüchen im Krankenhaus gelten strenge Regeln – Risikobereiche bedürfen einer besonderen Überwachung

VON ULRICH FREI

Das europäische Zentrum für Krankheitsvermeidung und Kontrolle (ECDC) schätzt, dass in Europa jährlich vier Millionen Menschen an Infektionen erkranken, die mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zusammenhängen. Die Zahl der Todesfälle als direkte Konsequenz von Infektionen wird auf rund 37 000 Fälle geschätzt. Meist treten diese Infektionen einzeln auf, kommt es jedoch zu einer Häufung, dann spricht man von einem Infektionsausbruch.

Der Begriff eines Infektionsausbruchs unterliegt einer strengen Definition. Die Betroffenen müssen infiziert sein, das heißt, dass bei ihnen ein Erregernachweis im Blut oder in anderen Körperflüssigkeiten stattgefunden hat und nicht nur Keime an der Körperoberfläche ohne Entzündungszeichen nachgewiesen wurden. Von einem Ausbruch spricht man dann, wenn zwei Personen durch einen identischen Infektionserreger oder an derselben Infektion in einem räumlichen und zeitlichen Zusammenhang erkranken.

Neugeborene und Patienten mit Immunschwäche sind besonders anfällig

Wird die Infektion im Krankenhaus erworben, handelt es sich um eine nosokomiale Infektion. Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, dass das Gesundheitsamt unverzüglich über das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen informiert werden muss, wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Die Meldung erfolgt ohne Namensnennung der Patienten.

Epidemische Infektionsausbrüche treten gehäuft in Risikobereichen auf wie in der Neonatologie, der Intensivmedizin und im Bereich der Tumorbehandlung wegen der Abwehrschwäche der dort behandelten Patienten. Zur Risikominimierung werden in diesen Bereichen schon

vorbeugend Abstriche auf mögliche Infektionserreger insbesondere auf multiresistente Erreger gemacht, also auf solche, bei denen mehrere Antibiotikaklassen nicht mehr wirksam sind. Sollten solche Bakterien nachgewiesen werden, dann werden diese Patienten vorsorglich isoliert um die Übertragung auf andere Patienten zu verhindern. Treten bei Patienten Entzündungszeichen auf, so werden Bakterienkulturen aus dem Blut und Körperflüssigkeiten angelegt. Sollte sich dabei derselbe Erreger zweimal in einem Zimmer oder auf einer Station finden, dann wird nach Infektionsschutzgesetz das Gesundheitsamt informiert.

Zeitgleich werden diese Patienten isoliert und bei allen anderen Patienten in

diesem Bereich kritisch nach Infektionen gesucht. Sollte es zu weiteren Infektionen kommen und ist der Zusammenhang noch unklar, so wird ein Ausbruchsteam zusammengerufen, das aus den behandelnden Ärzten, der Krankenhaushygiene, dem Amtsarzt und der Krankenhausleitung besteht. Dieses Team koordiniert alle Maßnahmen, die eine Weiterverbreitung verhindern sollen. Dazu gehören Isolierung in Einzelzimmer oder eine sogenannte Kohorten-Isolierung gleichartig Betroffener. Auch das Personal wird wenn möglich in die Behandlung Betroffener und nichtbetroffener aufgeteilt und es nutzt Kittel und Handschuhe neben der üblichen Händehygiene, um die Weiterverbreitung zu stoppen.

Alle übrigen Patienten des betroffenen Bereichs werden regelmäßig durch Abstriche von der Haut oder aus dem Enddarm auf eine Übertragung des Keims untersucht. Auch versucht das Ausbruchsteam den Übertragungsweg zu rekonstruieren. Dies schließt Maßnahmen ein wie Abstriche von Gegenständen in der Patientenumgebung, Kulturen von Infusionslösungen, Medizingeräten und auch Abklatschuntersuchungen der Hände des Personals.

Daneben wird das Personal des betroffenen Bereichs erneut intensiv in Hygienefragen fortgebildet. Wenn erforderlich, wird für den betroffenen Bereich ein Aufenthaltstopp verfügt, um den Betreuungsschlüssel für das Personal zu verbessern



Kampf den Keimen. Hygiene spielt eine große Rolle bei hochkomplexen Operationen.

Foto: imago

Zur Qualität in der Intensivmedizin

Viele Patienten könnten besser geschützt werden

Grundsätzlich ist die Infektionsgefahr auf einer Intensivstation größer als auf einer peripheren Station. Dies liegt zum einen daran, dass die Patienten bereits mit schweren Infektionen über die Rettungsstellen auf Intensivstationen gebracht werden. Insofern kommen ständig „Infektionen von außen“. Zum anderen werden auch die besonders anfälligen Patienten routinemäßig auf Intensivstationen gebracht, um eine optimale Versorgung ihres Grundleidens zu ermöglichen. Dazu zählen sehr alte Menschen, Immungeschwächte oder Patienten nach besonders umfangreichen Operationen. In einer großen europäischen Studie wurde 2006 gezeigt, dass etwa ein Drittel aller Intensivpatienten eine Infektion beziehungsweise Sepsis erleidet, aber hierzu gehören eben auch solche, die die Infektion von außen mitgebracht haben. Letzteres ist bei jedem zweiten Sepsis-Patienten der Fall.

Die Sepsis – auch „Blutvergiftung“ genannt – ist in der Erwachsenen-Intensivmedizin die Lebensbedrohung schlechthin. Eine wesentliche Frage ist, ob diese Fälle zumindest teilweise durch Prävention vermeidbar wären.

Etwa ein Drittel der Intensivpatienten erleidet eine Sepsis

Dies ist eindeutig zu bejahen, wenn auch mit der Einschränkung, dass dies nur auf bestimmte Zielgruppen zutrifft. Einfach zu handhaben und leider in der Praxis vernachlässigt, sind spezielle Impfungen bei Patienten mit angeborener oder erworbener Immunschwäche. Das sind etwa Patienten, die nach einem Unfall die Milz entfernt bekommen haben; sie sollten einige Wochen später eine Impfung gegen verschiedene Bakterien wie etwa Pneumokokken bekommen. Ähnlich sollte man mit älteren Patienten verfahren: auch sie haben bei schweren Entzündungen nur abgeschwächte Immunfunktionen.

Doch auch im Krankenhaus selbst können erhebliche Verbesserungen erreicht werden. So ist mangelnde Hygiene ein ständiges Problem in der alltäglichen Praxis und ein zweifellos elementarer Ansatzpunkt für Qualitätsverbesserungen. Im Umkehrschluss jedoch zu vermuten, dass allein durch verbesserte Hygiene die Mehrzahl der Sepsisfälle vermieden werden könnte, ist aufgrund der vielen Infektionen von außen und der hohen Zahl an „Risikopatienten“ schlichtweg falsch.

Umso wichtiger ist es, eine Sepsis frühzeitig zu erkennen und Therapien schnellstmöglich einzuleiten. Hier zählt jede einzelne Minute. Bei Patienten, die die Sepsis im Krankenhaus entwickelt haben, macht die zunehmende Zahl von resistenten Keimen den Ärzten immer mehr Probleme. Hier müssen alsbald konzentrierte Aktionen initiiert werden, die einer breiten Unterstützung auch von Seiten der Politik bedürfen.

HERWIG GERLACH

— Der Autor ist Chefarzt der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin am Vivantes Klinikum Neukölln

Saubere Sache

Eine Veröffentlichung von Daten zur Klinikhygiene ist wünschenswert – und sie ist möglich, wie Erfahrungen aus Berlin zeigen.

Die Ängste bei den Klinikhygienikern sind offenbar groß: Auf heftige Abwehr bei vielen von ihnen stößt die Bitte, Daten zu Krankenhausinfektionen zu veröffentlichen. Diese Zahlen seien für Laien unverständlich, sie würden zu falschen Schuldzuweisungen führen und – als schlimmste Folge – eine Veröffentlichung das Meldesystem für Klinikinfektionen zum Einsturz bringen.

Die Daten selbst gibt es. Seit Jahren erhebt das Beobachtungssystem für Krankenhausinfektionen (KISS) von immer mehr Kliniken und zu immer mehr Therapieverfahren Angaben darüber, ob und wie es dabei zu Infektionen im Krankenhaus kam. Beispielsweise, ob antibiotikaresistente Keime aufgetreten sind oder Harnwegsinfektionen durch den Einsatz von Blasenkathetern. Dazu zählt auch der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln oder der Anteil der neu aufgenommenen Patienten, die auf „schlummernde“ Infektionen getestet wurden, die für andere Patienten in der Klinik zu einer Gefahr werden könnten.

Solche Werte sind für Patienten und auch für einweisende Ärzte von großem Interesse. Denn im Krankenhaus erworbene Infektionen sind ein Problem, dem man als Kranker besser aus dem Weg gehen sollte. Schwere Komplikationen und ein unmaßig verlängerter Klinikaufenthalt können die Folge sein. Eine Vergleichsmöglichkeit ist also wünschenswert, um das beste Krankenhaus finden zu können.

Gründe, diese Daten zu veröffentlichen, gäbe es also. Aber wie sieht es aus mit den Gründen, die Hygieniker gegen ein Public Reporting ins Feld führen?

Da ist zum einen die Laienverständlichkeit. In der Tat sind Angaben zur Inzidenz von Infektionen pro 1000 Patiententage oder die Aussagekraft des Verbrauchs von Händedesinfektionsmitteln in Millilitern pro Patiententag eine Herausforderung für Nichtmediziner. Nur, solche Daten können Medien in Zusammenarbeit mit Experten aufbereiten. Schließlich ist die Übersetzung von Fachwissen einer ihrer Hauptjobs.

Das Argument, dass das Krankenhaus, das alle Infektionen korrekt erfasst und viele Patienten auf Infektionen screenen, vermeintlich schlechter dasteht als ein Haus, das sehr viel lascher mit dem Thema umgeht, ist nicht von der Hand zu weisen. Es müssen also Datenerhebungsverfahren eingeführt werden, die eine Ri-

Eine massenhafte Fälschung nach der Veröffentlichung von Daten ist nicht bekannt

sikobereinigung ermöglichen. Dass so etwas machbar ist, zeigen die Indikatoren der Externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser. Hier werden Daten zu Komplikationen, Wundinfektionen oder zur Sterblichkeit gesammelt und veröffentlicht. Und immer mehr dieser Indikatoren berücksichtigen rechnerisch, dass die Krankenhäuser Patienten mit unterschiedlich schweren Erkrankungen ver-

sorgen. Diese Risikoadjustierung genannte faire Aufbereitung der Daten sollte auch bei der Hygiene machbar sein.

Und schließlich das gewichtigste Gegenargument: Die Daten wurden bisher vertraulich erhoben, das heißt, die Krankenhäuser, die sich freiwillig an KISS beteiligen, konnten sicher sein, dass ihre Zahlen nicht an die Öffentlichkeit gelangen. Sollten sie nun doch öffentlich werden, könne es sein, dass die Häuser nicht mehr ganz so ehrlich meldeten. Auch das ist ein ernstzunehmendes Argument. Und eines, das schon bei der Diskussion um eine Veröffentlichungspflicht der Daten der Externen Qualitätssicherung eine Rolle spielte. Denn auch dieses System war bis dato vertraulich. Seit Jahren müssen diese Auswertungen in den Qualitätsberichten der Kliniken veröffentlicht werden. Eine massenhafte Fälschung ist bisher nicht bekannt geworden.

Und inzwischen gibt es ja auch erste Erfahrungen mit einer vergleichenden Veröffentlichung von Klinikhygienedaten.

Im Jahr 2013 veröffentlichter der Tagesspiegel gemeinsam mit Gesundheitsstadt Berlin deutschlandweit erstmals Hygienedaten aus Krankenhäusern einer ganzen Region. Für den Klinikführer Berlin-Brandenburg 2013 stellten sich die meisten Kliniken der Region freiwillig dem Vergleich und zeigten dabei viel Mut. Von den 79 Krankenhäusern Berlins und des Brandenburger Umlandes haben 75 zumindest teilweise Daten zur Klinikhygiene zur Verfügung gestellt.

Eine solche Veröffentlichung ist keine Selbstverständlichkeit. Deshalb waren im Vorfeld der Veröffentlichung wochenlange intensive Diskussionen mit den Verantwortlichen nötig.

Dass die beteiligten Häuser, die den Mut für eine Veröffentlichung aufbrachten, dadurch Patienten verloren hätten, ist nicht bekannt geworden. INGO BACH

— Der Klinikführer Berlin-Brandenburg 2013 kostete 12,80 Euro und ist erhältlich online unter www.tagesspiegel.de/shop oder per Telefon 030/29021-520.



Werte für unsere Zeit

Krankenhäuser | Senioreneinrichtungen | Ambulante Versorgung | Hospiz

Die Paul Gerhardt Diakonie ist eines der größten konfessionellen Gesundheitsunternehmen in Berlin und im Nordosten Deutschlands. In unseren Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, ambulanten Einrichtungen und im Paul Gerhardt Diakonie Hospiz steht dabei Menschlichkeit im Mittelpunkt unseres Handelns. Ob in der Zusammenarbeit der Mitarbeiter aller Fachbereiche oder im Umgang mit Erkrankten und Pflegebedürftigen – Respekt, Vertrauen und Fürsorge gegenüber dem Mitmenschen bilden die Grundlage unserer Arbeit.

Und auch die Qualitätskennzahlen sprechen für sich: In den Kliniken der Paul Gerhardt Diakonie leisten wir modernste Spitzenmedizin. 4.800 Mitarbeiter verschiedenster Berufsgruppen versorgen jährlich rund 78.000 Patienten stationär in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Darüber hinaus werden Einrichtungen anderer Träger im Management geführt.

Ausführliche Informationen: www.pgdiakonie.de

BERLIN:

Evangelische Elisabeth Klinik
Evangelisches Charlottenheim

Evangelisches Krankenhaus Hubertus

Betreutes Wohnen Hubertus

Pflegewohnheim Hubertus

Evangelische Lungenklinik Berlin

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau

Pflegewohnhaus am Waldkrankenhaus

Martin-Luther-Krankenhaus

Paul Gerhardt Diakonie Hospiz

MECKLENBURG-VORPOMMERN:

Klinik Amsee

SACHSEN-ANHALT:

Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift

Seniorenstift Barbara

Seniorenstift Katharina

Seniorenstift Georg Schleusner



Foto: S. Stappard

PATIENTENSICHERHEIT *Bessere Informationen vor großen Eingriffen*

Mit Blick fürs Ganze

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit erforscht Ursachen von Kunstfehlern im Krankenhaus

VON HEDWIG FRANÇOIS-KETTNER

„Primum nil nocere“ – zuallererst keinen Schaden zufügen. Dieser Grundsatz medizinischer Ethik zum Wohl der Patienten bestimmt das Handeln aller im Gesundheitswesen Tätigen. Fehler machen ist menschlich, nicht aus Fehlern lernen kann jedoch tödlich sein. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass weltweit jährlich zehn Millionen Menschen schwere körperliche Schäden davontragen oder sterben, weil die Gesundheitsversorgung nicht sicher genug ist. Bei bis zu jeder zehnten Krankenhausbehandlung wird ein Patient infolge eines vermeidbaren Ereignisses geschädigt und das auch in finanziell gut ausgestatteten und modernen Gesundheitssystemen.

Da die Situation in Deutschland nicht anders eingeschätzt wird, wurde im Jahr 2005 das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) als gemeinnütziger Verein gegründet. Das APS versteht sich als unabhängiges Netzwerk aller, die an einer sicheren Patientenversorgung interessiert sind, und hat sich zur Aufgabe gemacht, Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit zu entwickeln, zu erforschen und zu verbreiten. Mittlerweile hat sich das Bündnis als wichtigste Organisation für die Förderung der Patientensicherheit in Deutschland etabliert. Mitglieder sind Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Patienten sowie Institutionen der Gesundheitspolitik, -versorgung, -forschung und -wirtschaft. Im Interesse der Patientensicherheit legt das Netzwerk großen Wert darauf, unabhän-

gig von staatlichem Einfluss und wirtschaftlichen Interessen zu sein. Ausgangspunkt des Aktionsbündnisses ist die Erkenntnis, dass individuelle Schuldzuweisung nicht das Problem der Behandlungsfehler löst. Deshalb versucht das APS das System der Versorgung als Ganzes zu analysieren, damit aus Fehlern gelernt und zukünftige Fehler vermieden werden können. Um dieses hehre Ziel zu erreichen, unterstützt das APS zahlreiche nationale und interna-

tionale Projekte der Forschung und zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Herzstück des Bündnisses sind aber die durch ehrenamtliches Engagement getragenen Arbeitsgruppen, in denen Vertreter sämtlicher Gesundheitsberufe, Patienten, Leistungserbringer, Krankenkassen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft mitarbeiten. Die interprofessionell besetzten Teams erstellen konkrete Handlungsempfehlungen für praxisrelevante Probleme der Patientensicherheit

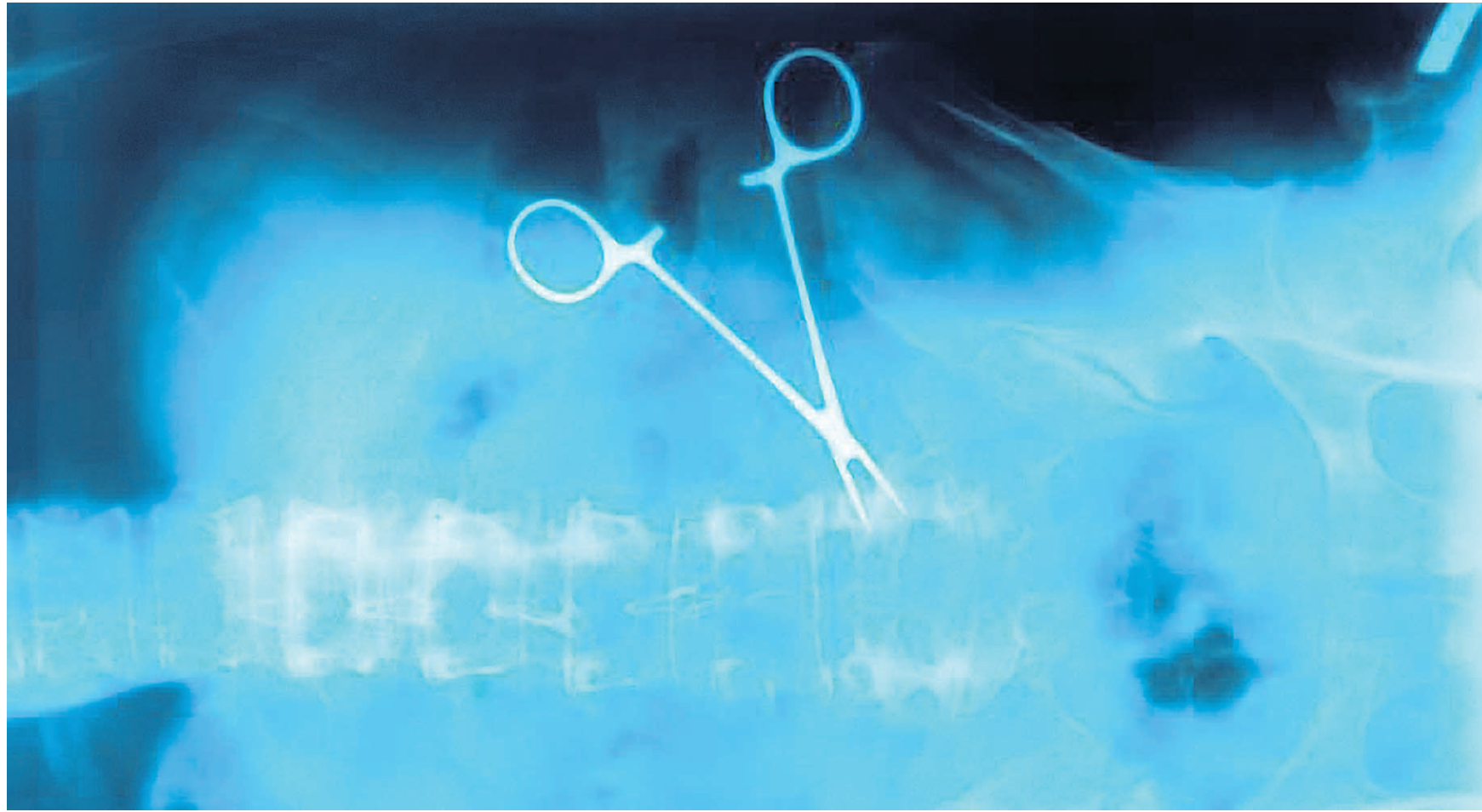
auf der Basis von internationaler Literatur und Forschungsergebnissen. Aber auch vielfältige praktische Erfahrungen fließen in die Handlungsempfehlungen hinein. So gibt es etwa Arbeitsgruppen zu den Themenbereichen Arzneimitteltherapiesicherheit, Behandlungsfehlerregister, Medizinprodukt-assoziierte Risiken oder Notfallversorgung.

Die Handlungsempfehlungen für eine sichere Versorgung der Patienten (s. Kästen) werden zunehmend von Ärzten und

Pflegekräften in die Praxis umgesetzt. Mit dem Patientenrechtegesetz und einer veränderten Wahrnehmung des Themas in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen selbst hat das Aktionsbündnis seit seinem Bestehen schon viel erreicht. Neben den konkreten Fragen und Problemen der Patientensicherheit wird es in der Zukunft verstärkt um die Bearbeitung von Querschnittsthemen gehen, wie zum Beispiel den Zusammenhang von sicherer Versorgung und Personal-

ausstattung. Weitere Herausforderungen bestehen in der Evaluation und Implementierung von Maßnahmen zum Ausbau der Patientensicherheit. Hier wird das APS zunehmend in der Gesundheitspolitik gefragt werden.

— Die Autorin ist Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.



OP-Klemme im Bauchraum. Auf diesem gestellten Röntgenbild wird demonstriert, was im Extremfall schief gehen kann im Krankenhaus.

Foto: picture-alliance / dpa

SERVICE

Was zu beachten ist

APS HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Beispiele**
- Jeder Tupfer zählt – Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet
 - Empfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie
 - Empfehlungen zur sicheren Patiententidentifikation
 - Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus
 - Checkliste Arztheilungssicherheit im Krankenhaus
- Handlungsempfehlungen bei Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln:
- Oral appliziertes Methotrexat
 - Vincristin
 - Empfehlung zur Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus

Handreichung für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen

- Checkliste für Klinikmitarbeiter
- Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit
- Handlungsempfehlung für Anwender, Betreiber u. Gesetzgeber: Patientensicherheit durch Prävention medizinprodukte-assoziierten Risiken
- Informationen für Patientinnen und Patienten
- Medikationsplan für Patienten
- Patienteninformation „Tiefer Venenthrombose vorbeugen“

Pillencocktail mit Folgen

Ein Medikations-Check hilft, Risiken bei Polypharmazie zu vermeiden

Die Anwendung von Medikamenten ist für viele Patienten eine wichtige Maßnahme zur Behandlung von Krankheiten und zur Linderung von Symptomen. Mit der Gabe von Arzneimitteln sind jedoch auch Risiken verbunden. Werden fünf oder mehr verschiedene Arzneistoffe pro Tag eingenommen, liegt eine sogenannte Polypharmazie vor. Aktuelle Daten weisen aus, dass 42 Prozent der Deutschen über 65 Jahre von Polypharmazie betroffen sind.

Das Risiko für das Auftreten von unerwünschten Ereignissen steigt mit der Anzahl der regelmäßig eingenommenen Arzneimittel deutlich an. Diese können in Form von Neben- oder Wechselwirkungen, inadäquater Dosierung und nicht korrekter Applikation auftreten.

Die gute Nachricht hierbei ist, dass viele dieser möglichen Medikationsfehler bei Einhaltung einer guten Verordnungspraxis und pharmazeutischen Betreuung vermeidbar wären. Es gilt, die patientenindividuellen Parameter, wie Organfunktionen, Grunderkrankungen, Alter, Begleitmedikation stärker zu berücksichtigen.

Mit Unterstützung der Bundesregierung haben die Heilberufe unter Einbin-



Falsche Dosis oder Einnahme von Arzneimitteln kann krank machen. Foto: imago

derung von Patientenvertretern deshalb bereits 2005 einen Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ins Leben gerufen.

Ziel des Aktionsplans ist es, die Sicherheitskultur in den Fachkreisen aber auch bei den betroffenen Patienten zu erhöhen. Es sollen vermehrt Strategien zur Risikovermeidung entwickelt und gefördert

werden. Dazu gehört eine bessere Abstimmung der verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

Der Wechsel zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist regelmäßig eine kritische Phase in der Arzneimittelversorgung. Angestrebt wird deshalb ein einheitlicher Medikationsplan, der alle eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, mit Dosierung und Einnahmehinweisen enthält.

Ein solcher Medikationsplan soll durchgängig sowohl bei einem Krankenhausaufenthalt als auch bei den niedergelassenen Ärzten sowie in den Apotheken die notwendige Transparenz schaffen und Grundlage für einen Medikations-Check sein. Dabei erhalten Mediziner und insbesondere Apotheker durch elektronische Informationssysteme die notwendige Unterstützung. Natürlich sollten diese konsequent angewendet werden.

Aber auch Patienten können und müssen mithelfen: indem sie auf eine vollständige Auflistung ihrer aktuellen Medikation achten und den Medikations-Check aktiv einfordern.

JÖRG BRÜGGMANN

— Der Autor ist Chefpapotheker am Unfallkrankenhaus

Null Fehler sind utopisch

Wie Kliniken aus Fehlern lernen

Auch bei sich stetig verdichtenden Versorgungsprozessen und zunehmendem ökonomischen Einfluss in der Medizin hat der Leitsatz, dass Ärzte den Patienten zu allererst keinen Schaden zufügen sollen, oberste Priorität. Bei immer höheren Anforderungen können aber trotz angestrebtem Perfektionismus unerwünschte Ereignisse nicht komplett vermieden werden. Eine „Null-Fehler“-Forderung in Diagnostik und Therapie ist also utopisch.

Die hierzu vorliegenden Studien zeigen, dass bei fünf bis zehn Prozent der Krankenhausbehandlungen unerwünschte Ereignisse auftreten können, die eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung selbst beruhen und wiederum auf Organisations- oder Abstimmungsdefizite zurückzuführen sind. Bei diesem Kenntnisstand steht beim Fehlermanagement in den Kliniken nicht mehr die Frage nach dem primär möglichen Verursacher, also der Personenbezug, im Vordergrund, sondern vielmehr ein systembezogener Ansatz, der vor allem die Organisationsstrukturen bei den verschiedenen Prozessabläufen systematisch erfasst und dann analysiert.

Ziel ist eine Fehlerprävention und damit direkte Steigerung der Patientensicherheit. Als Fehlermanagementinstrument steht in den meisten Kliniken mittlerweile ein computerunterstütztes CIRS (Critical Incident Reporting System) zur Verfügung, in das unerwünschte Ereignisse oder „Beinahe-Zwischenfälle“ dokumentiert werden können.

Voraussetzung zur effektiven Anwendung eines solchen Systems ist allerdings ein offener, konstruktiver und vorurteils-

Konsequente Darstellung der Ursachenanalyse von unerwünschten Ereignissen

freier Umgang mit diesen Ereignissen, nur dann kann eine Risikoinformation objektiv generiert werden. Klinikintern haben sich auch die sogenannten M&M-Konferenzen – Besprechung von Komplikationen und Sterblichkeit – als sinnvoll erwiesen, um etwaige Fehler offen zu diskutieren und abzustellen.

Zudem ist bereits im Jahr 2005 mit dem Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) eingerichtet worden, in

das sich auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie in Kooperation mit ihrer chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Qualität und Sicherheit (CAQS) frühzeitig aktiv eingebracht hat. Verschiedenste Empfehlungen wurden dabei erarbeitet und im klinischen Alltag umgesetzt; etwa die „Surgical Safety Checklist“ der Weltgesundheitsorganisation zur Vermeidung von Patienten- oder Eingriffsverwechslung mit jeweiliger Überprüfung und Dokumentation vor Beginn des operativen Eingriffs, Vorgaben zu hygienischen Maßnahmen oder die Broschüre „Aus Fehlern lernen“.

Insgesamt ist die alleinige Auflistung von etwaigen Komplikationen in der Medizin, wie von manchen Kostenträgern gern praktiziert und von verschiedensten Medien mit entsprechen Negativzeilen in den öffentlichen Fokus gestellt, wenig weiterführend. Viel sinnvoller ist eine konsequente Darstellung der Ursachenanalyse von unerwünschten Ereignissen und Fehlern, um solche zielgerichtet und effektiv auf ein realistisches Minimum senken zu können. HANS-JOACHIM MEYER

— Der Autor ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Vom Wert kritischer Situationen

Ein freiwilliges Berichtssystem bringt Klinikmitarbeitern Gefahrenquellen nahe

Die Anforderungen im klinischen Alltag werden immer schneller und komplexer. Um Risiken in der Versorgung von Patienten vermeiden, und damit eine höchstmögliche Sicherheit zu gewährleisten, ist neben standardisierten Organisationsabläufen und Handlungsempfehlungen eine transparente Fehlerkultur notwendig. In den Krankenhäusern der Paul Gerhardt Diakonie wird unter anderem als ein Instrument des Risikomanagements das „Critical Incident Reporting System“, kurz: CIRS, eingesetzt.

CIRS ist ein freiwilliges Online-Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse. Unternehmensübergreifend können Mitarbeiter sich informieren, über von ihnen beobachtete Zwischenfälle berichten oder Beiträge anderer kommentieren. Das System ist für alle Angestellten zugänglich. Neben Ärzten, Gesundheits- und Krankenpflegern, kann auch der Verwaltungsmitarbeiter ebenso wie der Physiotherapeut CIRS nutzen – stets anonym und absolut sanktionsfrei.

Nicht die Suche nach einem möglichen Verursacher steht dabei im Vordergrund, sondern das Erkennen und Abstellen möglicher Risiken und Sicherheitslücken. Nutzen Mitarbeiter CIRS, helfen sie damit auch ihren Kollegen, indem sie auf Fehlerquellen hinweisen. Wo ein (Bei-

nahe-) Fehler entstanden ist, ist dabei unerheblich. Wichtig ist, dass das Bewusstsein aller Mitarbeitenden darauf gelenkt wird, dass potenzielle Gefahrenquellen oder kritische Ereignisse in jedem Be-



Offene Fehlerkultur. Klinikmitarbeiter müssen eine offene Gesprächskultur pflegen. Teambesprechungen, wie etwa vor Operationen, können dazu beitragen, Fehler zu vermeiden. Foto: picture alliance / Klaus Rose

reich vorkommen können. Denn jeder (Beinahe-)Fehler bietet die Chance, ihn in einer ähnlichen Situation künftig vermeiden zu können.

Alle Beispiele von kritischen Situationen werden von einem zentralen CIRS-Team analysiert und mit Lösungsvorschlägen versehen. Um die Hemmschwelle zur Nutzung des CIRS-Systems niedrig zu gestalten, ist eine offene Gesprächs- und Fehlerkultur entscheidend. Um diese zu fördern, bieten sich betriebsinterne Kanäle, wie etwa das Intranet oder die Mitarbeiterzeitung an, in denen beispielsweise ein besonders kritischer „Fall des Monats“ vorgestellt wird.

Durch die Betrachtung von möglichen Fehlerquellen werden Veränderungsprozesse angestoßen. Finden darüber hinaus zusätzliche Teambesprechungen statt, wie beispielsweise das Team-Time-Out vor Operationen, in dem der bevorstehende Eingriff mit allen Beteiligten noch einmal kurz besprochen wird, oder werden Prozesse analysiert und neu definiert, wirkt sich dies in kurzer Zeit positiv auf den Arbeitsalltag aller Beteiligten aus. Und dies wiederum steigert die Patientensicherheit. LUTZ FRISCHE

— Der Autor ist Medizinischer Vorstand der Paul-Gerhardt-Diakonie



800 Jahre Leidenschaft



Die Alexianer GmbH ist ein Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, in dem mehr als 12.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind. Bundesweit betreibt sie Krankenhäuser, Heime der Senioren- und Eingliederungshilfe, ambulante Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen sowie Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsfirmen. Träger der Alexianer GmbH ist die Stiftung der Alexianerbrüder. Noch heute – mit rund 800-jähriger Tradition – sind die Werte der christlichen Nächstenliebe das Fundament unserer Arbeit. Gesundheit, Pflege, Betreuung und Förderung von Menschen stehen bei uns im Mittelpunkt.

UNSERE EINRICHTUNGEN IN BERLIN

In unseren Einrichtungen begegnen wir jedem Menschen in seiner Individualität mit Zuwendung und Achtsamkeit. Kompetent und verlässlich.

- //// Krankenhaus Hedwigshöhe Höhensteig 1 //// 12526 Berlin //// Telefon: (030) 67 41 - 0
- //// St. Hedwig-Krankenhaus Große Hamburger Straße 5–11 //// 10115 Berlin //// Telefon: (030) 23 11 - 0
- //// St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee Gartenstraße 1 //// 13088 Berlin //// Telefon: (030) 927 90 - 0
- //// Bischof-Ketteler-Haus Seniorenpflegeheim Gartenstraße 5 //// 13088 Berlin //// Telefon: (030) 927 90 - 0
- //// Seniorencentrum St. Michael Höhensteig 2 //// 12526 Berlin //// Telefon: (030) 67 41 - 41 01
- //// St. Alexius Seniorenpflegeheim Zingster Straße 74 //// 13051 Berlin //// Telefon: (030) 96 27 74 - 0

Ausführliche Informationen finden Sie im Internet unter www.alexianer.de

PATIENTENSICHERHEIT Von Verbraucherrechten und Behandlungsfehlern

„Die Hemmschwelle ist immens“

Behandlungsfehler? Besser gut beraten lassen

Frau Dr. Köster-Steinebach, wie eifrig klagen die Deutschen ihre Ärzte wegen vermeintlicher Behandlungsfehler an?

Gar nicht eifrig, die Hemmschwelle ist immens.

Woran liegt das?

Das liegt einmal daran, dass so eine Klage eine enorme psychische und zeitaufwändige Belastung ist. Viele wollen und können sich das nicht antun. Und zum anderen werden Behandlungsfehler meist gar nicht wahrgenommen. Nehmen Sie zum Beispiel eine Wundinfektion. Wie wollen Sie als Patient beurteilen, wo das eigene Schicksal aufhört und der Fehler der Klinik anfängt? Darum gehen wir von einer sehr hohen Dunkelziffer aus.

Angenommen mir kommt als Patient etwas verdächtig vor. Was raten Sie mir?

Das kommt sehr darauf an, was Sie erreichen wollen. Wenn Sie sich erst einmal orientieren wollen, sprechen Sie mit dem behandelnden Arzt oder holen Sie sich eine Art Zweitmeinung ein. Die Verbraucherzentrale und die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands UPD können



Dr. Ilona Köster-Steinebach, Referentin, Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin. Mit ihr sprach Beatrice Hamberger

Sie in jedem Fall kontaktieren. Die werden Ihnen auch sagen, wo Sie sich hinwenden können, wenn Sie etwa eine Entschädigung wollen.

Wer hilft mir in diesem Fall weiter?

Wenn es Ihnen um Schadenersatz oder eine Entschädigung geht, dann können Sie sich an die Schlichtungsstellen der Ärztekammern oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wenden. Die erstellen Ihnen auch ein Gutachten. Das können die Beratungsdienste nicht. Neuerdings sind auch die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen.

Wie gut werden denn meine Interessen von diesen Institutionen vertreten?

Leider ist das sehr unterschiedlich. Aus unserer Erfahrung nutzen ärztliche Gutachter gerne ihren Ermessensspielraum aus, was manchmal mehr den Ärzten als den Patienten nützt. Und bei den Krankenkassen kommt es auch auf den Streitwert an. Der Aufwand, so einen Fall aufzudröseln, ist nämlich beachtlich. Es ist schon schwer genug, einen Behandlungsfehler nachzuweisen. Aber Sie müssen dazu noch belegen, dass Ihr erlittener Schaden durch den Behandlungsfehler entstanden ist. Diese Beweisführung ist extrem schwierig und genau daran scheitern auch viele.

Hat das neue Patientenrechtgesetz hier nicht eine Verbesserung gebracht?

Ach was. Dieser Punkt hat sich sogar tendenziell verschlechtert. Es gab eine patientenfreundliche Entwicklung in der Rechtsprechung, die eine Beweiserleichterung auch bei einfachen Behandlungsfehlern vorsah. Das wurde vom Gesetz jetzt wieder auf grobe Behandlungsfehler zurückgedreht.

Klingt irgendwie ermühernd.

Und wenn Sie schauen, wie niedrig am Ende die Entschädigungssummen sind, lassen viele eine Klage lieber gleich bleiben. Hier müsste sich im deutschen Recht dringend etwas ändern. Ich glaube, das würde langfristig auch die medizinische Qualität verbessern.

Nach mehr als zehn Jahren Diskussion liegt seit Anfang 2013 das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ vor. Patienten-, Selbsthilfe- und Sozialverbände hatten darauf gedrungen, einen formalen Rahmen zu schaffen, der das strukturelle Ungleichgewicht zwischen Patienten einerseits sowie Leistungs-, Kosten- und Rechtsträgern im Gesundheitswesen andererseits auszugleichen hilft. Das Gesetz soll „Patienten sowie Behandelnde auf Augenhöhe bringen“, heißt es in der Begründung. Es ist gut, dass Patienten sich bei der Wahrnehmung ihrer Rechte nun auf konkrete Paragrafen beziehen können.

Die für Patienten wesentlichen Rechte sind in den Paragrafen 630a bis 630h des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Bei letzterem ist die Änderung des Paragraphs 66 „Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern“ von einer Kann- zu einer Sollbestimmung besonders erwähnenswert. Danach sollen nicht müssen! – Krankenkassen Versicherte bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen. Da die Sollbestimmung von den Krankenkassen sehr ernst genommen wird, haben viele Kassen eigene Rechtsabteilungen gegründet, die sich mit der Problematik „Behandlungsfehler“ beschäftigen.

Für den alltäglichen Umgang zwischen Patienten und Ärzten sind jedoch die Paragrafen 630a bis 630h des BGB entscheidend. Dort werden die grundlegenden Patientenrechte geregelt. Dazu gehören zum Beispiel die freie Arzt- und Krankenhauswahl, das Recht, die vollständigen Behandlungsunterlagen einsehen zu dürfen und auf eigene Kosten Kopien oder elektronische Abschriften von den Unterlagen fertigen zu lassen, oder das Recht auf Auskunft des Arztes zu einem vermuteten Behandlungsfehler, wenn der Patient danach fragt.

Aber auch das Recht auf rechtzeitige, persönliche und verständliche Aufklärung



Teilerfolg. Das neue Patientenrechtgesetz bleibt hinter den Forderungen und Vorschlägen der Verbände und sogar hinter den Eckpunkten der Regierungskoalition zu Beginn ihrer Amtszeit zurück. Foto: Imago/McPHOTO

über Art, Umfang, Durchführung, der zu erwartenden Folgen und Risiken von medizinischen Maßnahmen sowie zu alternativen Behandlungsmethoden zählt zu den grundlegenden Patientenrechten.

Insgesamt bleibt das Gesetz allerdings erheblich hinter den Forderungen und Vorschlägen der Verbände und sogar hinter den Eckpunkten der Regierungskoalition

zu Beginn ihrer Amtszeit zurück. Die Kompromisslinien, auf die sich die Koalition geeinigt haben, werden von der Fachöffentlichkeit als unzulänglich bewertet.

Betroffenenverbände sind nur deswegen froh über das Gesetz, weil damit die Basis für eine Weiterentwicklung geschaffen ist. Kritiker aus den Patientenverbän-

den bemängeln, dass das Gesetz zwar zentrale Regelungsfelder benennt, aber kaum über die bestehende Rechtsprechung hinausgeht. Es besteht die Sorge, dass die Rechtsprechung durch die Kodifizierung des Bestehenden in ihren Möglichkeiten zukünftig weniger flexibel sein kann und damit sogar eingeschränkt wird. Für wichtige Felder besteht daher dringender Nachbesserungsbedarf.

Unter Verdacht

Medizinische Gutachten klären Behandlungsfehler

War es ein Behandlungsfehler? Das fragen sich jährlich tausende Patienten insbesondere dann, wenn sich der erwartete Erfolg einer medizinischen Behandlung nicht einstellt oder eine Komplikation eingetreten ist. Nichts ist jetzt wichtiger als ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Wird dabei aber nicht deutlich, dass ein unvermeidbares Ereignis oder ein schicksalhaft beeinträchtigter Verlauf vorliegt, ist oft unabhängiger Sachverstand gefragt. Hier stehen mehrere Möglichkeiten offen. Ein wichtiger Ansprechpartner ist die eigene Krankenkasse. Sie ist gesetzlich verpflichtet, den Patienten in dieser Situation zu unterstützen und beauftragt dazu in der Regel den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Hier begutachtet ein erfahrener Facharzt auf der Basis von Krankenakten und Befunden sowie einem Gedächtnisprotokoll des Patienten den Sachverhalt. Dem Patienten entstehen keine zusätzlichen Kosten. Im Jahr 2013 wurden beim MDK beispielsweise mehr als 14 500 Vorwürfe begutachtet und dabei über 3600 Behandlungsfehler bestätigt. Die entscheidende Frage, ob der gesundheitliche Schaden auch nachweislich auf den Fehler zurückzuführen ist, wurde in etwa zwei von drei Fällen bejaht.

Zahlenmäßig stehen Operationen in Orthopädie und Unfallchirurgie im Vordergrund. Die vermeintliche Schlussfolgerung, dass diese Fachgebiete deshalb

besonders unsicher wären, trifft jedoch nicht zu. Stattdessen weist möglicherweise gerade hier - wie auch in der ebenfalls häufig betroffenen Zahnmedizin - ein unerwünschtes Behandlungsergebnis für die Patienten sichtbarer auf einen Fehler hin als bei anderen Fachrichtungen.

Einen Überblick zu Behandlungsfehlern in Deutschland zu erhalten, ist ohnehin schwierig. Zum einen gibt es vermutlich eine sehr hohe Dunkelziffer, weil eine Vielzahl der Behandlungsfehler häufig gar nicht bemerkt oder aus anderen Gründen nicht vorgeworfen wird. Zum anderen gibt es keine zentrale Erfassung, kein Register. So erstellen die Ärztekammern zum Beispiel jährlich knapp 8.000 weitere Gutachten als Grundlage für ein Schlichtungsverfahren. Dieses kann angestrebt werden, wenn sowohl der Patient als auch der Arzt einverstanden sind. Wie viele und welche Fälle vor Gericht verhandelt oder direkt zwischen Arzt, Patient und Haftpflichtversicherung abgewickelt werden, ist jedoch nicht bekannt. Ziel ist es, mit einem begutachteten Fehler auch präventiv mehr zu erreichen als „nur“ die Klärung in diesem einen Fall: Das medizinische Gutachten ist auch ein Baustein der Fehlerprävention für mehr Patientensicherheit. MAX SKORNING

— Der Autor ist Leiter Patientensicherheit beim Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes

Baby on time

Ein neues Vorsorgeprogramm hilft, Frühgeburtsrisiken zu erkennen

In Deutschland kommt fast jedes zehnte Kind zu früh zur Welt. Damit weist Deutschland im europäischen Vergleich die höchste Frühgeburtenrate auf. Zu den häufigsten Ursachen zählen Vaginalinfektionen für die Patienten sichtbarer auf einen Fehler hin als bei anderen Fachrichtungen.

Stress können Auslöser sein. Bisher gab es kein strukturiertes Vorsorgeprogramm, das diese und weitere Risiken ganzheitlich im Blick behält, um Frühgeburten zu vermeiden. Die AOK Nordost hat jetzt in Kooperation mit den Landesverbänden der Frauenärzte und Diabetologen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ein solches Programm ins Leben gerufen.

Das neue Vorsorgeprogramm „Baby on time“ reduziert mit gezielten Risikoprüfungen, zusätzlichen Früherkennungssuntersuchungen und darauf aufbauenden qualitätsgesicherten Therapien sowie einer engmaschigen Betreuung von Anfang

an die Risiken für eine Frühgeburt. Schwangeren soll „Baby on time“ vor allem mehr Sicherheit geben. Sie können ihr persönliches Risiko besser einschätzen und wissen, dass sie im Bedarfsfall von einem Experten-Netzwerk umfassend und qualitativ hochwertig betreut werden.

Mittels eines ausführlichen Fragebogens ermittelt der Frauenarzt zunächst, ob bei der werdenden Mutter Risiken für den Schwangerschaftsverlauf bestehen. Je nach Ergebnis empfiehlt er zusätzliche diagnostische Maßnahmen. So wird bei einem Risiko für Vaginalinfektionen sofort ein Vaginalabstrich gemacht.

Ein zertifiziertes Labor übernimmt die qualitätsgesicherte Befundung. Frauen ohne Risiko erhalten dieses Screening zwischen der 16. und 20. Schwangerschaftswoche. Bei auffälligem Befund wird sofort eine gezielte antibiotische Therapie eingeleitet, gefolgt von zusätzlichen Kontrolluntersuchungen.

Fünf bis zehn Prozent aller schwangeren Frauen entwickeln einen Schwangerschaftsdiabetes. Deshalb arbeiten bei „Baby on time“ der Frauenarzt und der Diabetologe eng zusammen.

Bei der Risikogruppe der Schwangeren wird sofort der Glukosestoffwechsel untersucht. Wenn dieser positiv ausfällt, wird die Patientin mit einer Diabetesschulung, zusätzlichen Ultraschalluntersuchungen und bei Bedarf mit einer Langzeitzucker-messung unterstützt.

Die teilnehmenden Frauen erhalten außerdem einen rund 200 Seiten umfassenden Ratgeber, der alle Fragen rund um die Schwangerschaft beantwortet. Schwangere, die bei der AOK versichert sind, können sich bei ihrem Frauenarzt für das neue Programm anmelden.

CHRISTIAN TRAUPE

— Unternehmensbereichsleiter Vorsorge-strategie der AOK Nordost

Altersgerecht versorgt

Krankenhäuser stellen sich auf die besonderen Bedürfnisse betagter Patienten ein

Mit den immer älter werdenden Menschen wächst auch die Zahl an Patienten, die an einer Demenz oder Verwirrheitszuständen leiden. Wenn diese wegen einer Akuterkrankung ins Krankenhaus kommen müssen, kann das alle Beteiligten vor erhebliche Probleme stellen. Es ist bekannt, dass gerade in dieser Gruppe die Pflegebedürftigkeit nach einem Krankenaufenthalt steigt. Einige Kliniken haben daher damit begonnen, ihre Versorgungsstrukturen den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen und Demenzkran-

ker anzupassen. Das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin-Lichtenberg hat 2011 in der Chirurgie spezielle pflegerische Maßnahmen für ältere Patienten eingeführt, um Verwirrheitszustände nach Operationen zu verhindern und den Behandlungsverlauf für den Patienten insgesamt günstiger zu gestalten.

Daraus wurde im Jahr 2013 ein Konzept entwickelt und auf das gesamte Krankenhaus übertragen. Die speziellen Interventionen bei der Pflege beinhalten eine frühest mögliche Mobilisation, die Verbesserung des Ernährungszustandes, eine nichtmedikamentöse Schlafverbesserung und den empathischen Umgang mit den Patienten. Derzeit werden die Betreuungskonzepte auf den Stationen etabliert und die Mitarbeiter entsprechend ge-

schult. Sturzprophylaxe gehört mittlerweile zum Standard, ebenso wie das „demenzfreundliche Essen“. Besonders hat sich bewährt, die Angehörigen oder Betreuungspersonen einzubeziehen. Neben der Möglichkeit des „Rooming-in“ bietet das KEH spezielle Schulungen und eine offene Gesprächsgruppe. Die Alzheimer Angehörigen Initiative und die AOK sind Kooperationspartner. In der Chirurgie haben all diese Maßnahmen bereits zu einer deutlichen Reduzierung von Komplikationen geführt. In Zukunft soll das Konzept mit neuen Erkenntnissen erweitert werden, um älteren Patienten im gesamten Haus höchstmögliche Behandlungssicherheit zu gewähren. UWE KROPP

— Der Autor ist Pflegedirektor am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

AOK Die Gesundheitskasse.

Gesunde Kinder gesunde Zukunft

Nachwuchs in Sicht?

Das Beste für Sie und Ihr Baby.

Mit der kostenfreien App „AOK Schwanger“ haben Sie neun Monate lang einen mobilen Ratgeber.

Gesundheit in besten Händen aok.de/nordost/familie

AMBULANTE VERSORGUNG Hausärzte verzweifelt gesucht



Die schönen Seiten des Landlebens. In Brandenburg herrscht Ärztemangel. Mediziner, die sich hier niederlassen, können nicht nur finanziell mehr erhoffen. Vor allem Allgemeinmediziner, also die klassischen Hausärzte, werden auf dem Dorf gebraucht. Foto: imago

Es gibt nicht nur mehr Geld

Wie Brandenburg Nachwuchsärzte lockt

Wälder, Äcker und Wiesen: Wir märkischen Ärzte können uns glücklich schätzen, dort zu arbeiten, wo gestresste Großstädter ihren Urlaub verbringen.

Doch die schöne Natur reicht nicht aus, um genügend Ärzte für eine Niederlassung in Brandenburg zu gewinnen. In keinem anderen Bundesland ist die Arztdichte so gering – und die vergleichsweise wenigen Ärzten behandeln zudem die ältesten Patienten, die häufig unter Mehrfacherkrankungen leiden; Ärzte müssen hier besonders viel arbeiten.

Diese Probleme sind nicht neu für uns, sie haben gewissermaßen eine „Tradition“. Deshalb haben wir als Kassennäztliche Vereinigung – kurz KV, die vom Staat die Aufgabe erhalten hat, die ambulante medizinische Versorgung der Menschen sicherzustellen – auch vielfältige Erfahrungen mit ganz unterschiedlichen Lösungsansätzen. Wir verfügen heute wohl über die am weitesten entwickelte Instrumentensammlung zur Bekämpfung des Ärztemangels.

Denn eines ist klar: Geld allein lockt heute keine jungen Kolleginnen und Kollegen mehr aufs Land. Ohne Geld geht es jedoch auch nicht. Wir arbeiten daher bereits seit vielen Jahren an Lösungen, die finanzielle Anreize mit attraktiven Arbeitsstrukturen verbinden. So haben wir im September 2003 – als erste Kassennäztliche Vereinigung überhaupt – ein Sicherstellungsstatut beschlossen. Seither gibt es hier die Möglichkeit, eine Praxisneugründung finanziell zu unterstützen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die KV von einem Arzt, der aus Altersgründen seine Praxis aufgeben will, diese als Eigeneinrichtung mit einem jungen, angestellten Arzt weiterbetreibt. So wird zum einen die Versorgung sichergestellt. Zum anderen können die jungen Mediziner in Anstellung Zutrauen in ihre eigene selbständige Zukunft als Niedergerlassene finden und die Praxis schließlich übernehmen.

Unsere wichtigste Antwort auf die speziellen Herausforderungen in Brandenburg ist das KV RegioMed Programm, das 2010 von uns konzipiert wurde und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt wird. Die Grundidee ist, dass alle Bereiche, also Kliniken, Praxen, Pflegedienste und andere Akteure der medizinischen Versorgung bedarfsgerecht im Sinne der Patienten zusammenarbeiten. Es besteht aus sechs einzelnen Bausteinen: KV RegioMed Praxis, KV RegioMed Zentrum, KV RegioMed Bereitschaftsdienst, KV RegioMed Patientenbus, RegioMed Lehrpraxis und der arztentlastenden Fallmanagerin „agnes zwei“. Die einzelnen Module können so miteinander verknüpft werden, dass insbesondere in den ländlichen Regionen die ambulante medizinische Versorgung trotz schlechter Gemeindefunktionen für die Menschen mit hoher Qualität gesichert ist.

Viele unserer Innovationen sind mit Preisen ausgezeichnet, von anderen Bundesländern übernommen oder sogar in Gesetzestexte aufgenommen worden. Das ist Ansporn, weiter intensiv an neuen, zielgerichteten und nachhaltigen Konzepten für die Menschen in Brandenburg zu arbeiten. HANS-JOACHIM HELMING

— Der Autor ist Vorsitzender der KV Brandenburg

„Wir haben ein Imageproblem“

Der Vorsitzende des baden-württembergischen Hausärztesverbandes Berthold Dietsche über den Hausärztemangel

Herr Dietsche, Sie sind Hausarzt. Gehören Sie zu einer aussterbenden Spezies?

Die Frage ist berechtigt. Wir haben in Deutschland ein massives Nachwuchssproblem. Jeder zweite Hausarzt findet heute schon keinen Nachfolger mehr und in den nächsten fünf Jahren wird es nicht besser. Rund ein Drittel der Hausärzte geht dann in den Ruhestand. Trotzdem bin ich optimistisch, dass der Hausarzt nicht aussterben wird.

Woher nehmen Sie den Optimismus?

Der Ärztemangel ist eben nicht nur demografisch bedingt, sondern zum Teil auch hausgemacht. Die Rationalisierungspolitik der letzten 20 Jahre hat alles dafür getan, Ärzte loszuwerden. Jetzt zeigt sich, welche verheerenden Auswirkungen das hat.

Meinen Sie die schlechten Rahmenbedingungen, die viele Ihrer Kollegen beklagen?

Schauen Sie sich die überbordende Bürokratie, die hohe Arbeitsbelastung und die miserable Bezahlung an. Wie wollen Sie so einem jungen Menschen den Hausarztberuf schmackhaft machen? Wir können zwar an der demografischen Schere nichts ändern, aber sehr wohl die Rahmenbedingungen verbessern. Dann werden sich auch wieder mehr angehende Mediziner für den Hausarztberuf interessieren. Davon bin ich fest überzeugt.

Weniger Arbeiten und dafür mehr Geld? Die Kostenträger werden sich freuen.

Sie werden lachen: In der hausarztzentrierten Versorgung – kurz HZV – geht es etwas. Vielleicht nicht weniger Arbeitszeit insgesamt, aber deutlich weniger Bürokratie und Stress. Die Bezahlung erfolgt in festen Eurobeträgen und liegt etwa 50 Prozent über dem, was in der Regelversorgung ausgeschüttet wird.



Dr. Berthold Dietsche, Facharzt für Allgemeinmedizin, ist seit dem Jahr 2000 Vorsitzender des Hausärztesverbandes Baden-Württemberg und vertritt die Interessen von 4.100 Hausärzten.

So was gibt es aber nur in Baden-Württemberg?

Baden-Württemberg war dank der AOK, die die Verträge massiv vorangetrieben hat, in der Tat Vorreiter. Inzwischen haben hier 90 Prozent der Hausärzte Selektivverträge abgeschlossen. Die anderen Bundesländer hinken da hinterher, werden aber in den nächsten Jahren nachziehen, denn die neue Bundesregierung hat durch Abschaffung des Absatzes 5a des Paragraphs 73 b ein wesentliches Hindernis für den Abschluss von Selektivverträgen aus dem Weg geräumt. Hoffnung macht mir

auch ein geplantes Gesetz, das hausärztliche Versorgungszentren erlauben will. Dort können dann junge Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen angestellt arbeiten, ohne gleich hohe Geldsummen in eine eigene Praxis investieren zu müssen.

Das ist ja alles schön und gut. Aber kann man mit diesen Mitteln wirklich einen jungen Mediziner in strukturschwache Regionen wie beispielsweise die Uckermark nach Brandenburg locken?

Die Problematik der strukturschwachen Regionen ist mit gesundheitspolitischen Maßnahmen allein gewiss nicht zu lösen. Aber hier wie dort gilt: Wir müssen die Rahmenbedingungen und die Bezahlung für Hausärzte verbessern, das jetzige Honorarsystem gehört abgeschafft. Insofern geht aus meiner Sicht kein Weg an der hausarztzentrierten Versorgung vorbei.

Sie haben Ihr Modell auch ausgewertet lassen. Was springt denn für die Patienten dabei heraus?

Durch eine wissenschaftliche Begleitstudie haben wir ganz klar zeigen können, dass die hausarztzentrierte Versorgung auch die Behandlungsqualität verbessert, insbesondere chronisch Kranke und ältere Menschen profitieren. Zum Beispiel haben wir rund 4500 Krankenhausaufweisungen weniger pro Jahr und die Zahl der unkoordinierten Facharztbesuche ist um mehr als 20 Prozent geringer als in der Regelversorgung.

Wie kommt das?

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist intensiver. Im Schnitt sind es pro Patient drei Hausarztkontakte mehr als in der Regelversorgung. Hinzukommt, dass die Hausärzte regelmäßig an Qualitätszirkeln teilnehmen müssen. Auch das trägt Früchte. Die Ärzte werden zum Beispiel intensiv über Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln aufgeklärt. Das hat unter anderem dazu geführt, dass im Südwesten mittlerweile rund ein Drittel weniger Medikamente verschrieben werden. Dass wir heute pro Jahr 250 Hüftgelenksfrakturen weniger haben, liegt schlicht und einfach daran, dass ältere Menschen weniger Beruhigungsmittel bekommen. Ich denke, das zeigt, dass der Kurswechsel richtig war – für die Ärzte und für die Patienten.

Dann ist ja zumindest in Baden-Württemberg alles perfekt.

Schön wäre es. Wir müssen auch das Image des Hausarztes verbessern. In Bevölkerungsumfragen genießen Hausärzte immer ein sehr hohes Ansehen. Wenn es zur Berufswahl kommt, ist aber eher das Gegenteil der Fall.

Was läuft da schief?

Das hohe Ansehen ist vor allem der engen Bindung zwischen Arzt und Patient zu verdanken. Ein junger, gesunder Mensch Anfang 20 hat aber in der Regel so eine Bindung nicht. Im Medizinstu-

dium und in der klinischen Ausbildung lernt er dann so gut wie nichts über diesen Beruf. Stattdessen sieht er, dass es immer mehr Subspezialitäten gibt, wo man sich profilieren kann. Wenn dann noch Sprüche wie „das versteht sogar ein Hausarzt“ die Runde machen, muss man sich nicht wundern, dass es viel angesagter ist, Neurochirurg zu werden.

Eigentlich ist das doch auch ein hausgemachtes Problem.

Zum Glück hat das auch die neue Bundesregierung erkannt und plant jetzt, an jeder medizinischen Fakultät einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin einzurichten. Das ist eine überfällige Maßnahme, denn als klinisches Fach ist die Allgemeinmedizin derzeit bei den Studierenden unbekannt.

Reicht das, um das Image des Hausarztes aufzupolieren?

Natürlich nicht, aber es ist ein Anfang. Unser Hausärztesverband organisiert zum Beispiel eine ganze Reihe Studentenveranstaltungen. Da laden wir regelmäßig Medizinstudenten zu einem Curriculum ein und stellen dar, was ein Hausarzt alles so macht. Die Studenten sind anschließend total beeindruckt und sagen, sie hätten nie gedacht, dass Hausarzt ein so anspruchsvoller und spannender Beruf ist.

— Das Gespräch führte Beatrice Hamburger

Unterstützung für den Landarzt

Gemeindeschwester „agnes zwei“ – die Fachkräfte sind mehr als nur Fallmanager

Mitte der 1970er war sie ein Riesenerfolg in der DDR, und die älteren Berliner und Brandenburger wissen sofort, wer gemeint ist, wenn von der Gemeindeschwester Agnes die Rede ist. In der gleichnamigen DEFA-Fernsehserie engagierte sich „Schwester Agnes“ mit viel Herz und Berliner Schnauze für ihre Patienten.

Eine gute Seele wie die Schwester Agnes reicht jedoch heute in Brandenburg nicht aus, um die märkischen Ärzte wirkungsvoll zu entlasten und gleichzeitig die Patienten bedarfsgerecht zu betreuen. Denn Brandenburg ist seit jeher mit dem Problem der wenigsten Ärzte für besonders behandlungsintensive Patienten konfrontiert. Daher benötigen die Ärzte hier eine qualitativ hochwertige Unterstützung, die sie in all dem entlastet, für das kein Medizinstudium notwendig, aber dennoch unverzichtbar für die Lösung der komplexen Patientenprobleme ist.

Die KV Brandenburg hat daher vor rund fünf Jahren das Konzept der Fallmanagerin „agnes zwei“ entwickelt. 2010 gründeten die KV und die AOK Brandenburg, die heutige AOK Nordost, die Arbeitsgemeinschaft „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (IGiB) der auch die BARMER GEK kurz darauf beitrug. Seitdem arbeiten wir gemeinsam

erfolgreich an der flächendeckenden Verfügbarkeit dieses Konzepts. Das ist einmalig in Deutschland.

Mittlerweile bemühen sich 90 „agnes zwei“-Fachkräfte in enger Abstimmung



„Schwester Agnes“ als Vorbild. Hier die Darstellerin Agnes Kraus aus dem damaligen DDR-Fernsehfilm. Foto: Ullstein

mit dem Arzt um das Fallmanagement von besonders betreuungsintensiven, chronisch kranken und älteren Patienten. Sie koordinieren zum Beispiel Behandlungstermine und die ambulante Versorgung nach Krankenhausaufenthalt, koordinieren den Pflegedienst und kümmern sich zum Beispiel auch um Reha-Anträge. Gleichzeitig knüpfen sie ein soziales Netz um die Patienten, so dass diese weitestgehend selbstständig in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Sie schauen bei den Patienten zu Hause nach dem Rechten, messen Blutdruck und nehmen Blut ab, so dass die Menschen dafür nicht extra in die Praxis müssen.

Dass die „agnes zwei“ ein echtes Brandenburger Erfolgsmodell ist, zeigt nicht nur das große Interesse der märkischen Ärzte an den speziell qualifizierten Fachkräften. Auch die neue Landesregierung will die landesweite Einführung dieser Arzt-Unterstützung.

Daneben erreichen uns viele Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet. Ich bin daher zuversichtlich, dass unser Modell bald auch bundesweit die Anerkennung findet, die es verdient. LUTZ O. FREIBERG

— Der Autor ist Geschäftsführer der IGiB (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg)

Eine Initiative aus dem **Pfizer-Patienten-Dialog**

Ich beim Arzt

Nachfragen

Wichtiges notieren

Alles sagen

Alles klar?

Die 5 wichtigsten Punkte im Gespräch mit dem Arzt

Fragen vorher notieren

Weitere Informationen unter www.ichbeimarzt.de

ÄRZTENETZE Einigkeit macht stark – und nützt den Patienten

Abstimmung in der Region

Ärzteneetze verbessern die Versorgungsqualität – und schließen drohende Versorgungslücken auf dem Land

VON VEIT WAMBACH

Ein Drittel aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland arbeiten aktuell in einem Ärztenetz. Seit der Gründung erster Netzverbände vor gut 20 Jahren haben sich mittlerweile mehr als 400 solcher Zusammenschlüsse bundesweit etabliert. Ärztenetze oder auch Praxisnetze sind ein Verbund von Haus- und Fachärzten, die mit weiteren Anbietern aus dem Gesundheitswesen zum Beispiel Kliniken, Apotheken, Pflegeheimen oder Selbsthilfegruppen sehr eng zusammenarbeiten. Im Durchschnitt besteht ein Netz aus rund 50 bis 100 Haus- und Fachärzten.

Ziel ist es durch eine verbesserte Kooperation und Kommunikation zwischen Ärzten und weiteren Leistungserbringern die Versorgungsqualität, die Effizienz der Versorgung sowie die Patientenzufriedenheit in der Region des Netzverbundes nachhaltig zu erhöhen. Dies gelingt vor allem durch eine enge persönliche, vertrauensvolle Zusammenarbeit

In Qualitätszirkeln tauschen sich die Netzärzte in Kleingruppen regelmäßig aus

der Netzmitglieder sowie durch eine zunehmende elektronische Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer. Zentraler Bestandteil vieler Praxisnetze ist die strukturierte Qualitätszirkelarbeit. Hierbei tauschen sich die Netzärzte in Kleingruppen regelmäßig über Optimierungsmöglichkeiten der Patientenversorgung aus. Abgestimmte Behandlungsleitlinien werden entwickelt, Präventionsprogramme ins Leben gerufen oder Behandlungsverfahren untereinander abgestimmt.

Die enge und verbindliche Zusammenarbeit ermöglicht einen schnelleren und umfassenderen Austausch wichtiger Gesundheits- und Behandlungsdaten. Damit können unnötige und belastende Mehrfachuntersuchungen oder gar Krankenhausweisungen vermieden sowie die Zahl unnötiger Medikamentenwech-



Versorgung gesichert. In ländlichen Regionen helfen Ärztenetze, die Versorgung zu stemmen. Foto: picture alliance / Klaus Rose

selwirkungen reduziert werden. Aber auch zusätzliche Behandlungs- und Serviceangebote wie erweiterte Gesundheitsuntersuchungen oder die Garantie schneller Facharzttermine und kurzer Wartezeiten, sind Vorteile, die Patienten oftmals in Ärztenetzen erfahren.

Ärzteneetze übernehmen zukünftig eine wichtige Vorreiterrolle bei der auf die Regionen ausgerichteten Gesundheitsversorgung. Je nach Erfordernis und Region haben sich unterschiedliche Schwerpunkte herauskristallisiert. Städtische Ärztenetze arbeiten oft daran, Pra-

xis- und Behandlungsprozesse der beteiligten Akteure optimal aufeinander abzustimmen, um den Nachweis für eine gleichzeitig effiziente wie qualitativ überdurchschnittliche Versorgungsqualität zu erbringen. Ärztenetze in ländlichen, strukturschwachen Regionen geht es vor

allem darum, die ärztliche Versorgung im Landkreis überhaupt zu sichern. Innovative Organisationsformen, beispielsweise die Einbindung von Versorgungsassistentinnen helfen dem bestehenden Ärztemangel entgegenzuwirken. Vielen Netzen gemein ist der präventive Gesundheitsansatz.

Damit helfen Ärztenetze nicht nur hohe Behandlungskosten von zu spät erkannten Krankheiten zu vermeiden. Sie tragen auch einen wesentlichen Anteil an der verbesserten Lebensqualität in der Region.

Praxisnetze müssen sich zur Kontrolle einem TÜV unterziehen

Die Innovationskraft sowie die Vorteile der Netzarbeit für die Patientenversorgung erkennen auch die politischen Entscheidungsträger zunehmend an. Ärztenetze werden heute als wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens gesehen. Dies schlägt sich auch in der aktuellen Gesetzgebung wieder. So wurde die Möglichkeit einer sogenannten Netzanerkennung und Netzförderung geschaffen. Dieses Verfahren gibt erstmalig verbindliche Versorgungsziele und Qualitätsanforderungen vor, die professionelle Praxisnetze für eine Anerkennung in Deutschland erfüllen müssen. Um diesen „Praxisnetz-TÜV“ zu bestehen, müssen bestimmte Strukturanforderungen wie etwa Netzgröße, Rechtsform erfüllt sein. Vorgegebene Netzstandards zur Patientensicherheit, zu Fortbildungsmaßnahmen, zum Qualitätsmanagement und zum Datenschutz sind ebenfalls Bestandteil dieser unabhängigen Prüfung. Dies erhöht nicht nur die Transparenz und ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit der Versorgungsstrukturen untereinander, sondern gibt den Netzpatienten Sicherheit und Vertrauen in ihr Ärztenetz und die beteiligten Leistungserbringer.

— Der Autor ist Vorstandsvorsitzender Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG

Balsam für die Seele

Ein Netz bietet Hilfe für psychisch Erkrankte

Wer an einer psychischen Erkrankung erkrankt, wünscht sich meistens kompetente und schnelle Hilfe. Nicht immer wird dieser Wunsch erfüllt: Trotz hoher Facharzt- und Psychotherapeutendichte gibt es in Berlin häufig lange Wartezeiten bis zum ersten Termin bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten. Bis dahin ist der Patient entweder auf die alleinige Behandlung bei seinem Hausarzt angewiesen oder erhält gar keine Behandlung. Im ungünstigsten Fall droht die psychische Erkrankung zu chronifizieren.

Um diese Situation zu verbessern, hat die Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg – kurz PIBB – unter dem Dach des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit ein neuartiges Versorgungsnetz in Berlin und Brandenburg aufgebaut. Es ist das erste in Berlin von der Kassenzertifikalen Vereinigung zertifizierte Netz.

Das Besondere daran ist, dass neben niedergelassenen Ärzten auch weitere an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen teilnehmen. Gemeinsam mit Psychiatern arbeiten Psychotherapeuten, psychiatrische Krankenpflegekräfte, Sozio- und Ergotherapeuten und Rehasportler zusammen und besprechen in regionalen Behandlungskonferenzen komplexe Fälle. Eine internetbasierte Kommunikations- und Dokumentationsplattform erleichtert den Austausch. Die Qualitätssicherung wird durch eine Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité am Campus Mitte gewährleistet.

Integrierte Versorgung hilft den Patienten mit schweren psychischen Störungen

Auf der Basis dieses Konzepts hat die PIBB mit den Krankenkassen DAK, AOK und BKK-VBU integrierte Versorgungsverträge vereinbart. Im Typ A Programm erhalten Menschen, die an einer längerfristigen, schweren psychischen Störung, etwa einer Schizophrenie, Depression oder einer bipolaren Störung leiden, zuhause Hilfen durch eine psychiatrische Pflegekraft oder einen Soziotherapeuten, um damit unnötige stationäre Behandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen.

Im Typ B Programm gibt es schnelle Hilfe für Menschen, die im Arbeitsleben stehen und an einer depressiven oder Angststörung erkrankt sind; dazu gehören kurzfristige Facharzttermine, bei Bedarf psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie, Sport sowie Konfliktberatung am Arbeitsplatz.

Im Typ C Programm können alle Patienten mit einer psychischen Störung behandelt werden, wobei hier die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und die Vermeidung der sogenannten Polymedikation im Fokus steht.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zeigen, dass die in der Integrierten Versorgung behandelten Patienten – insgesamt bislang über 2.500 – seltener und kürzer stationär behandelt werden müssen. Aus Patientensicht ist das ein großer Vorteil. KARIN-MARIA HOFFMANN

— Die Autorin arbeitet an der Charité und ist verantwortlich für das externe Qualitätsmanagement der IV der PIBB

Erfolg ist messbar

Das QuATRO-Projekt der AOK wertet die Versorgungsqualität in Arztnetzen aus

In den vergangenen Jahren gibt es immer mehr Anzeichen dafür, dass die Versorgung von Patienten, die in Arztnetzen betreut werden, besser und effektiver ist als außerhalb von Arztnetzen. Das liegt vor allem an der besseren Kommunikation und Zusammenarbeit von Medizinern, die in Verbänden arbeiten. Auch aus Sicht der AOK sind motivierte und engagierte Verbund-Ärzte geeignete Partner für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Die Gesundheitskasse schließt deshalb schon seit Ende der 1990er Jahre gezielt Einzelverträge mit Arztnetzen.

Um aber zu belegen, dass sich die Versorgungsqualität in Arztnetzen tatsächlich erhöht, ist Transparenz erforderlich. Sie ist Voraussetzung dafür, dass wirtschaftliche Ziele nicht zulasten der Qualität umgesetzt werden. Hier setzt das seit 2013 bestehende AOK-übergreifende Projekt QuATRO an. Die Abkürzung

steht für: „Qualität in Arztnetzen | Transparenz mit Routinedaten“. Ziel ist es, einen standardisierten Prozess zu etablieren und Qualitätsdefizite zu identifizieren. Die methodische Grundlage liefert das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ (QiSA).

Die QiSA-Indikatoren sind in mehrjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband und dem Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) entwickelt worden. Sie machen die Qualität in der Arztpraxis auf wissenschaftlich fundierter Basis messbar.

Die Analyse im Rahmen von QuATRO basiert auf Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten, so genannten Routinedaten. Das hat den Vorteil, dass kein zusätzlicher Erhebungsaufwand für Ärzte entsteht. Berücksichtigt werden Daten der ambulanten und stationären Versor-

gung sowie der Arzneimittelversorgung. Dabei fließen mehr als 30 QiSA-Indikatoren in die Analyse ein, die verschiedene Aspekte der Versorgungsqualität abbilden.

Das Set beinhaltet beispielsweise indikationsspezifische Indikatoren für die Er-

Die Ergebnisdiskussion mit Ärzten schafft die Grundlage für Verbesserungen

krankungen Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz, Asthma/COPD, Rückenschmerz und Depression sowie indikationsübergreifende Indikatoren zur Pharmakotherapie und Prävention. Darüber hinaus werden auch eine Reihe allgemeiner Indikatoren berücksichtigt. Dazu gehören un-

ter anderem die Zahl der konsultierten Hausärzte und Krankenhausweisungen sowie der Anteil der Facharztbesuche mit Überweisung. Verglichen werden die Indikatoren für die Arztnetze mit anderen Arztnetzen und mit dem jeweiligen regionalen Durchschnitt, also auch mit der Versorgung durch nicht in Verbänden organisierte Ärzte.

Am Projekt QuATRO sind die AOK Bayern, AOK Nordost und AOK Rheinland/Hamburg sowie 30 Arztnetze beteiligt. Die regionalen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit sind allerdings sehr unterschiedlich. Dementsprechend kann der Vergleich von Arztnetzen untereinander nur erste Hinweise auf Stärken und Schwächen liefern. Um die QuATRO-Ergebnisse aber besser einordnen zu können, besprechen die AOKs gemeinsam mit den Arztnetzen die Ergebnisse und Auffälligkeiten. Tatsächlich ist die gemeinsame Ergebnisdiskussion mit den

Ärzten der entscheidende Erfolgsfaktor von QuATRO.

Beispielsweise wird analysiert, ob Patienten mit Koronarer Herzkrankheit, die bereits einen Herzinfarkt erlitten haben, Betablocker verordnet bekommen haben. Das ist deshalb so wichtig, weil Betablocker nachweislich die Sterberate und die kardiovaskuläre Morbidität bei Herzinfarkt-Patienten senken.

Der gezielte Einsatz dieser Medikamente kann also einen wichtigen Beitrag zur verbesserten Versorgung dieser Patientengruppe leisten. Und ganz sicher ist QuATRO auch ein Weg, die Diskussion um bessere Qualität in der ambulanten Versorgung möglichst objektiv und vor allem miteinander zu führen. Letztlich ist es der Patient, der davon profitiert.

SONJA MILDE

— Die Autorin ist Referentin für Versorgungsmanagement der AOK

Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge
gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Ihre Gesundheit ist bei uns in guten Händen

Das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin-Lichtenberg nimmt sich des ganzen Menschen an. Neben der Grundversorgung in der Inneren Medizin, Chirurgie, Urologie oder Neurologie bietet es spezialisierte Leistungen für alle Lebensalter. Schonende Operationsverfahren und die Einbindung von Geriatrie und Gerontopsychiatrie geben älteren Patientinnen und Patienten optimale Behandlungsmöglichkeiten. Auf dem weitläufigen Gelände mit seinen historischen Gebäuden finden sie Zuwendung, modernste Therapien und die Möglichkeit seelsorgerischer oder psychologischer Begleitung für eine schnelle Genesung.

Die Gesellschafter des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Zentrale Aufnahme und Diagnostik
Notaufnahme: (030) 54 72-30 02
Aufnahmezentrum: (030) 54 72-30 20

Altersmedizin	
Geriatrie	☎ (030) 54 72-56 01
Gerontopsychiatrie	☎ (030) 54 72-48 03
Gefäßzentrum Berlin	☎ (030) 54 72-37 01
Gefäßchirurgie	☎ (030) 54 72-37 01
Chirurgie	☎ (030) 54 72-30 20
Urologie	☎ (030) 54 72-46 01
Neurologie/Schmerztherapie	☎ (030) 54 72-42 01
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg	☎ (030) 54 72-35 01

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) • Herzbergstraße 79 • 10365 Berlin • www.keh-berlin.de • Telefon: (030) 54 72 – 0

Das Deutsche Herzzentrum Berlin ist eine international renommierte Hochleistungsklinik für Herz-, Lungen- und Gefäßkrankungen. Schwerpunkte sind u.a. minimalinvasive rekonstruktive Klappeneingriffe, bildgestützte, katheterbasierte Herzklappeninterventionen, Herz- und Lungentransplantationen sowie die Implantation von mechanischen Kreislaufunterstützungssystemen bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen.

Das Deutsche Herzzentrum Berlin nimmt in verschiedenen Bereichen eine Spitzenposition in Deutschland ein. Hierzu zählt neben der Koronar- und Klappenchirurgie, die operative und interventionelle Versorgung der gesamten Aorta und die Therapie angeborener Herzfehler aller Altersstufen und die Behandlung erworbener Herzfehler des Erwachsenenalters (insbes. Herzinsuffizienz).

Für auswärtige und ausländische Patienten stehen ein klinikeigenes Hotel und eine komfortable Privatstation zur Verfügung. Ärzte und Pflegepersonal sind mehrsprachig.

Das Deutsche Herzzentrum Berlin ist Kooperationspartner der Berliner Universitäten und zahlreicher internationaler wissenschaftlicher Institutionen.

Herzmedizin von internationalem Rang

DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN
STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

Innovative Diagnose und Therapie

Das Deutsche Herzzentrum verfügt u.a. über

- 10 Operationssäle, davon 2 Hybrid-OP
- 3 Linksherzkatheterlabors

Moderne, nicht invasive kardielle Bildgebung, einschließlich Echo, MRT und CT

Deutsches Herzzentrum Berlin
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Volkmar Falk
Augustenburger Platz 1 • 13353 Berlin • Tel.: ++49 (0) 30 4593-1000
E-Mail: info@dhzb.de • Internet: www.dhzb.de

QUALITÄTSFORTSCHRITTE *Selbstkritik und Optimierung*

Psychische Krankheiten sind kein Tabu mehr

Die Behandlung von Menschen mit seelischen Erkrankungen macht große Fortschritte

VON IRIS HAUTH

Psychische Erkrankungen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dies betrifft sowohl die Häufigkeit als auch die Nachfrage nach Diagnostik und Therapie. Der Bundesgesundheitsurvey vom Robert-Koch-Institut aus dem Jahr 2010 mit dem Zusatzsurvey „psychische Störungen“ dokumentiert, dass fast die Hälfte aller Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens einmal eine psychische Erkrankung erleidet. Dabei sind Frauen mit 48,9 Prozent häufiger betroffen als Männer (36,8 Prozent).

Damit sind seelische Erkrankungen zu Volkskrankheiten geworden. Am häufigsten pro Jahr gesehen treten Angststörungen auf (12,6 Prozent), depressive Störungen (8,8 Prozent) und Alkoholabhängigkeit (6,3 Prozent). Die Gesellschaft geht spürbar offener damit um. Mehr Menschen mit psychischen Problemen entscheiden sich zur Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Behandlung.

Und das ist auch gut so. Wer heute psychisch erkrankt, hat dank eines breiten Spektrums von Therapiemöglichkeiten gute Chancen auf Heilung oder zumindest auf entscheidende Besserung. Die Erfolgsrate liegt je nach Erkrankung zwischen 70 bis 80 Prozent, was vergleichbar ist mit den Behandlungserkrankungen bei körperlichen Leiden.

Die Forschung in Bezug auf psychische Erkrankungen hat im letzten Jahrzehnt rasant Fortschritte gemacht. Genetische Forschung, funktionale Bildgebung, molekularbiologische Methoden führen zu neuen Erkenntnissen. Ziel ist es, Erkenntnisse der Grundlagenforschung in die klinische Praxis um zu setzen – damit Therapien verbessert und Präventionsstrategien für psychisch Kranke umgesetzt werden. Allen seelischen Leiden liegt ein Erklärungsmodell zugrunde, das sowohl biologische als auch psychologische sowie soziale Ursachen umfasst. Das bio-



Wie fühlt sich eine Depression an? In der Ausstellung „ROBERT gedENKEN – unser Freund und Torwart“ im Landesmuseum in Hannover können Besucher in einem Depressionsraum nachempfinden, wie die Krankheit auf einen wirkt. Foto: dpa

psychosoziale Modell ist auch Grundlage für eine evidenzbasierte Diagnostik und Therapie, die medikamentöse Behandlung, Psychotherapie und psychosoziale Interventionen integriert.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten sind nebenwirkungsarme Medikamente entwickelt worden, die sehr gezielt und

ursächlich in den Botenstoffwechsel des Gehirns, der etwa für Depressionen oder Angststörungen verantwortlich ist, eingreifen und die Balance der sogenannten Neurotransmitter wieder herstellen. Diese neu entwickelten Medikamente beeinflussen weder die Persönlichkeit noch machen sie abhängig und werden indivi-

duell nach Verträglichkeit und Wirkprofil ausgerichtet.

Bei allen dieser Erkrankungen ist die Psychotherapie eine wesentliche Säule der Behandlung. Bei Depressionen oder Angststörungen ist sie die Methode der ersten Wahl. Neben der Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierten

Psychotherapie haben sich im vergangenen Jahrzehnt störungsspezifische, Methoden entwickelt, wie die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei Depressionen oder die dialektisch behaviorale Therapie (DBT) bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen.

Zur Behandlung, aber auch zur Prävention, werden auch Entspannungstechniken und Stressbewältigungstraining angeboten. Moderne Ansätze wie Recovery- und Empowermentkonzepte befähigen Menschen in psychischen Krisen, sehr individuell ihre Selbstheilungskräfte zu aktivieren.

Ziel ist heute immer, die Patienten möglichst ambulant bei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder in Institutsambulanz oder Tageskliniken in standardisierten Psychotherapieprogrammen

Neue Medikamente wirken nicht auf die Persönlichkeit und machen nicht abhängig

umfassend zu behandeln. Dadurch konnte die stationäre Behandlungsdauer, die für viele Menschen sehr belastend ist, auf etwa drei Wochen gesenkt werden.

Für alle Störungsbilder gibt es von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) entwickelte Leitlinien. Diese Leitlinien sind allen Interessierten zugänglich, was für Menschen in seelischen Krisen Information und Transparenz über ihre Behandlung bedeutet. Um die Behandlungsqualität, die sich immer an den wissenschaftlichen Leitlinien orientieren muss, auch für die Nutzer durchschaubar zu machen, halten Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Qualitätsberichte vor.

Zurzeit werden vom gemeinsamen Bundesausschuss Qualitätsindikatoren entwickelt. Wesentliches Ziel wird es in Zukunft sein, durch Informationen und Transparenz Menschen in psychischen Krisen zuzunehmen individuelle Behandlung nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen vorzuzulassen, denn: keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit

— Die Autorin ist Ärztliche Direktorin des St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee

Mit Sicherheit operiert

Bessere Überprüfung vor chirurgischen Eingriffen

Eine anstehende Operation macht vielen Menschen Angst. Dies ist nur zu verständlich, handelt es sich doch um ein „einschneidendes“ Erlebnis. Die meisten Patienten möchten von der Umgebung im OP möglichst wenig mitbekommen. Darüber hinaus kann und darf jeder Patient eine optimale Organisation erwarten, die in erster Linie auf Sicherheit ausgerichtet ist.

Jedes Jahr steigt die Anzahl von Operationen in Deutschland. Seit 2005 von 12,1 auf 15,4 Millionen im Jahr 2011. Dabei ist die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland im selben Zeitraum von 2.139 auf 2.045 gesunken. Dies lässt vermuten, dass immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit in den Kliniken versorgt werden. Neben der gestiegenen Anzahl von Operationen und der kürzeren Verweildauer, ist die Komplexität der Operationen in den vergangenen Jahren massiv gestiegen. Über die mittlerweile etablierte „Schlüssellochchirurgie“ hinaus werden zunehmend komplexe bildgebende Verfahren wie intraoperatives Röntgen oder MRT eingesetzt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahr 2007 eine Checkliste für die Teilabstimmung im Operationsaal entworfen. Ebenfalls gibt es eindeutige Empfehlungen vom Aktionsbündnis

Die meisten Kliniken haben Checklisten als Standards

für Patientensicherheit zum Thema Patientensicherheit und Eingriffsverwechslung. Mittlerweile haben die meisten Krankenhäuser leicht abgewandelte Checklisten als Standards entwickelt. Patienten erhalten bereits bei der Aufnahme Armbänder, und vor einer Operation markiert ein Arzt die zu operierende Stelle mit einem wasserfesten Stift.

Im OP werden mehrmals eindeutige, ritualisierte Überprüfungen vorgenommen. Angefangen bei der Identifikation des Patienten in der OP-Schleuse, bei der Begrüßung durch das Pflegepersonal und unmittelbar vor der Narkose durch den Anästhesisten. So mancher Patient wundert sich, weshalb er dreimal hintereinander dieselben Fragen zum Namen, Geburtsdatum und der Operation gestellt bekommt. Viele Patienten empfinden aber gerade die sich wiederholenden Fragen als beruhigend und als ein Indiz, dass im OP die Sicherheit des Patienten an erster Stelle steht. Weitere Überprüfungen erfolgen vor dem Vor dem Hautschnitt und bevor der Patient wieder den OP verlässt. Erst die Summe vieler Maßnahmen, die durch ein Qualitätsmanagementsystem abgebildet und ständig überprüft werden, führen zu einem hohen Sicherheitsstandard. Eine offene Kommunikation im OP war vor einigen Jahren noch schwer vorstellbar. Mittlerweile ist Teamwork für den Erfolg unverzichtbar. Und wenn der Patient vor einer Operation noch Fragen, Ängste oder Zweifel hat: Fragen Sie Ihren Arzt, ihre Pflegekraft oder den OP-Manager!

— Der Autor ist Leiter des Zentralen OP-Managements der Asklepios Klinik Nord in Hamburg

Kollegialer Blick zurück

In Peer-Review-Verfahren schauen unabhängige Fachärzte auf die behandelten Fälle und sagen, was verbessert werden könnte

Es gibt Fehler in der Medizin, und diese Fehlerquote ist beeinflussbar! Das Peer-Review-Verfahren ist hierbei ein hilfreiches Werkzeug. Dabei stehen der Grundsatz des voneinander Lernens und die offene Diskussion mit Fachkollegen auf Augenhöhe im Vordergrund. Es war die Initiative Qualitätsmedizin (IQM), die dem altbewährten Qualitätssicherungsinstrument Peer-Review zu neuem Schwung verholten hat. Dabei geht es um die retrospektive Analyse konkreter Behandlungsfälle anhand von Krankenakten – und zwar durch ebenbürtige Ärzte.

Die Erfahrung zeigt, dass es mit etwa 20 Akten gelingt, sich einen guten Überblick über die Prozesse und Strukturen sowie Schnittstellen einer Abteilung zu verschaffen. Die Peers sind selbst aktiv tätige leitende Ärzte, die mit den Problemen im Klinikalltag bestens vertraut

sind. Der fachkollegiale Dialog wird somit auf Augenhöhe geführt und erhöht die Akzeptanz gegenüber den identifizierten Verbesserungspotenzialen. Die benannten Qualitätsprobleme dienen anschließend als Grundlage, um zielgenaue Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität entwickeln zu können.

Jeder Peer muss eine Ausbildung bei der Bundesärztekammer durchlaufen

Auch die Intensivmediziner haben den besonderen Stellenwert des Peer-Review-Verfahrens erkannt und ein berufsgruppenübergreifendes Konzept, unter Einbeziehung der Ärzte und der Pflege entwickelt. Sowohl den IQM-Peers als auch den Intensivmediziner

Allen gemeinsam ist eine kritische Reflexion des gesamten Behandlungsprozesses einschließlich deren Nachvollziehbar-

keit mit dem Ziel, die Behandlungsqualität der Patienten zu verbessern. Sowohl bei der Initiative Qualitätsmedizin als auch bei den Intensivmedizinern war von Beginn an die Bundesärztekammer mit im Boot, und gemeinsam wurde das Cur-

Kritische Reflexion soll die Behandlungsqualität der Patienten verbessern

riculum Ärztliches Peer Review entwickelt, sodass jeder tätige Peer eine entsprechende Ausbildung durchlaufen muss.

Im September 2011 fand im Universitätsklinikum Dresden beispielsweise ein Peer-Review-Verfahren zum Indikator

„Hirnfarkt und Tod“ statt. Bereits im Vorfeld wurden die Patientenakten sorgfältig von den verantwortlichen Ärzten der verschiedenen Fachdisziplinen auf Verbesserungspotenziale hin geprüft – und diese wurden auch gefunden. Dies betraf zum Beispiel die Aufklärung mit den Angehörigen und das Gespräch mit ihnen sowie die nachvollziehbare Dokumentation in der Patientenakte. Am Tag des Peer-Review-Verfahrens haben die Peers die Selbsteinschätzung des Dresdner Ärzteteams zu einem hohen Anteil bestätigt. Zugleich wurde auch festgestellt, dass es sich bei den Fällen um schwerstkranken Patienten handelt, deren Krankheitsverlauf schicksalhaft war. Unabhängig von dieser positiven Einschätzung wurden weitere Ansätze zur Verbesserung erkannt und Lösungen gemeinsam diskutiert.

Bundesweit zeigen erste Erfahrungen der Initiative Qualitätsmedizin positive Effekte bei den beteiligten Ärzten. Diese betreffen insbesondere die Aufgeschlossenheit gegenüber dem Peer Review Verfahren mit der selbstkritischen Analyse von Patientenverläufen und der konsequenten Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen. Diese Effekte müssen nun systematisch evaluiert werden, um den Nutzen des Verfahrens mit Zahlen, Fakten und Beispielen zu belegen. Zum einen gegenüber der Politik, aber vor allem, um die noch kritisch und zögerlich eingestellten Kollegen vom Nutzen dieses Konzepts zu überzeugen.

MARIA EBERLEIN-GONSKA
— Die Autorin leitet den Fachausschuss Peer Review der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)



ZAHLEN UND FAKTEN

Vivantes ist ...

... **Präsenz:** dicht verzweigtes Netz aus 100 Einrichtungen verschiedener Art

... **Vertrauen:** 94,6 % unserer PatientInnen würden Vivantes weiterempfehlen

... **Einsatz:** 15.000 MitarbeiterInnen geben jeden Tag ihr Bestes

... **Teamwork:** enge und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Kliniken

... **Vielseitigkeit:** 9 Kliniken, 13 Pflegeheime, 2 Seniorenwohnhäuser, 11 MVZs, 1 Hospiz und mehr

... **Qualität:** Zertifizierung mit dem DEKRA-Siegel für maximale Patientensicherheit

... **Forschung:** alle unsere Kliniken sind akademische Lehrkrankenhäuser

... **Zukunft:** Vivantes zählt zu den größten Ausbildern im Gesundheitsbereich

100 EINRICHTUNGEN, EINE AUFGABE: IHRE GESUNDHEIT

Jedes Jahr schenkt uns eine halbe Million PatientInnen ihr Vertrauen, indem sie unseren Rat suchen oder sich bei uns behandeln lässt. Etwa jedes 3. Berliner Baby wird in einer Vivantes Klinik geboren. Die Tendenz dieser Zahlen ist steigend – was uns auf unserem Weg bestärkt.

historisch gewachsen: Kein anderer Krankenhausbetreiber verfügt über ein so dichtes Netzwerk in Berlin wie Vivantes.

Vivantes hat sich als zuverlässiger Partner etabliert – für Kranke und Gesunde, für Jung und Alt, für Menschen jeder Nationalität. In einem von Respekt geprägten Dialog helfen wir dabei, die Weichen für ein gesundes Leben zu stellen. Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen. Der Weg ist garantiert nicht weit!

Ein Weg, der sich u. a. durch die Nähe auszeichnet, die unsere fast 15.000 MitarbeiterInnen den ihnen anvertrauten Menschen entgegenbringen. Die Verbundenheit ist



NAH AM MENSCHEN, NAH AM LEBEN

Ihre Gesundheit ist unser Ziel

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Arosener Allee 72-76 13407 Berlin

Tel. 030 130 11 0 www.vivantes.de

