

APS-Weißbuch Patientensicherheit

**Sicherheit in der Gesundheitsversorgung:
neu denken, gezielt verbessern**

Matthias Schrappe

**Herausgegeben vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen e.V.
Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin**

Version 1.2 vom 30.06.2018

Es handelt sich hier um die ursprüngliche Fassung des Gutachtens einschließlich des Vorwortes des Autors, jedoch ohne die anderen Vor- und Geleitworte. Inhaltlich ist der Text mit der Buchveröffentlichung identisch.

Für meine liebe Frau,
für Basti und Bruno

Vorworte

Vorwort des Autors

Knapp 20 Jahre ist es her, dass das *Institute of Medicine* in den USA den bahnbrechenden Report *To Err Is Human* („Irrren ist menschlich“) veröffentlichte und die internationale Patientensicherheits-Diskussion Fahrt aufnahm. Nur wenig später, im Jahr 2005, wurde in Deutschland das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet. Seitdem wurde sicherlich viel erreicht, aber man kann mit dem Erreichten noch immer nicht zufrieden sein - es ist also Zeit, sich erneut über die Konzepte von Patientensicherheit und die Instrumente zu deren Verbesserung eingehend Gedanken zu machen. So entstand der Gedanke für ein „Weißbuch Patientensicherheit“, verbunden mit einer Agenda für die nächsten Schritte, die einzuschlagen wären.

Im Mittelpunkt dieses Weißbuchs stehen zu nächst die Begriffe Verwirklichung oder Bereitstellung von Patientensicherheit. Patientensicherheit ist nicht vom Ende her zu sehen, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist, sondern Sicherheit stellt einen Prozess dar, der durch die Eigenschaften der Akteure und deren Innovationsbereitschaft gestaltet wird: die Experten vor Ort, deren Teams, die Organisationen und Institutionen sowie die Verbände, genauso wie das gesamte Gesundheitssystem mit seinen Vergütungsstrukturen. Im weiteren Verlauf der Darstellung tritt dann aber die Erkenntnis in den Mittelpunkt, dass sehr viel mehr zu tun und zu erreichen wäre, wenn man sich den aktuell verfügbaren, international erprobten Methoden zur Verbesserung von Patientensicherheit bedienen würde. Dass es wirklich allen Grund gibt, dies zu tun, zeigt die in diesem Buch nochmals aktualisierte Literaturzusammenstellung zur Häufigkeit von Unerwünschten Ereignissen in der Gesundheitsversorgung.

Der Blick, den das Weißbuch auf diese Situation wirft, ist analytisch und skeptisch. Statt die bekannten (und natürlich nicht unberechtigten) Forderungen zu wiederholen, sich für mehr Sicherheit eben mehr anzustrengen, versucht das Weißbuch im ersten Teil, die Gründe herauszufinden, die sich einer Verbesserung von Patientensicherheit entgegenstellen. Aus der Verfasstheit des Gesundheitswesens und seiner Organisationen werden die Begriffe der Intrinsic Unsicherheit und des Innovationsparadoxons abgeleitet: weder wird Unsicherheit als grundlegendes Problem der Versorgung erkannt, noch werden Struktur- und Prozessinnovationen zur Behebung von Unsicherheit hoch priorisiert. Gerade im Gesundheitswesen wird Sicherheit oft mit der Kenntnis und dem Einhalten von Regeln gleichgesetzt - so lange diese befolgt werden, scheint Sicherheit

kein Problem zu sein. In der Realität ist diese „Persistenz der apersonalen Regelgebundenheit“ jedoch eines der größten Hindernisse auf dem Weg zu einer sicheren Patientenversorgung. Es ist daher falsch zu sagen, das deutsche Gesundheitssystem sei sicher, davon geben nicht nur die Zahlen Zeugnis, sondern vor allem die Analyse der Handlungs- und Innovationsbereitschaft der Beteiligten. Innovation erscheint immer dann gut, wenn es um neue Behandlungsmethoden geht, aber Innovation wird abgelehnt, wenn veränderte Strukturen, Prozesse und *rules* notwendig wären.

Diese Hindernisse sind nur zu überwinden, wenn man das Konzept von Patientensicherheit und die Instrumente zu deren Verbesserung neu denkt. Eine erste wichtige Änderung richtet sich nach innen, nach innen in die Patientensicherheits-„Szene“ hinein: so einzigartig das Thema Patientensicherheit mit seiner fast absolut anmutenden normativen Forderung *primum nil nocere* klingen mag, es bleibt ein Kontext bezogener Begriff, eine Forderung, die allein von den Professionen und den Aktiven nicht einzulösen ist, sondern Koalitionen, Kompromisse und gelingende Außenkommunikation notwendig macht. Hierzu sind darstellbare Ziele notwendig. Prioritäten-Setzungen, Rahmenkonzepte. Diesem Thema widmet sich das Weißbuch ebenfalls in seinem ersten Teil.

Aber es ist auch Kritik und Überprüfung der sicher geglaubten Grundsätze notwendig. Jeder Fehler sei ein Schatz, wird immer gesagt, ein Schatz, aus denen die Einrichtungen, die Ärzte, das System lernen können. Allein schon die ausbleibenden Erfolge sollten dazu Anlass geben, diese und ähnliche „Heiligtümer“ einmal zu überprüfen. Ist das damit transportierte Verständnis nicht viel zu Einzelfall-bezogen? Sind die Voraussetzungen für ein „Lernen“ wirklich vorhanden? So braucht man für das Lernen nicht nur eine funktionierende Rückkopplung, sondern vor allem verlässliche Zahlen - ein zweites, ganz zentrales Thema ist also das Messen von Patientensicherheit. Hier besteht ein enormer Handlungsbedarf, denn es ist nur dann richtig, tatsächlich von einem „lernenden System“ zu sprechen, wenn wir über Daten verfügen, die einen Erfolg nach innen und außen darstellbar machen.

Die dritte Thematik baut darauf auf: Setzen wir überhaupt auf die richtigen Konzepte, um Verbesserung zu erreichen? Hier ist es an der Zeit, einmal gründlich Inventur zu machen und genau nachzuschauen, ob man im Rahmen einer „Offensive Patientensicherheit“ nicht die Positionierung von neuen, in Deutschland noch viel zu wenig beachteten Interventionsmöglichkeiten in das Zentrum der Diskussion stellen sollte, insbesondere die komplexen Mehrfachinterventionen (*Complex Multicomponent Interventions*). Aber es bedarf auch neuer Anforderungen auf der Organisationsebene, insbesondere hinsichtlich der sichtbaren Verantwortung der Führungs- und Aufsichtsebenen.

In der Zusammenschau von aktualisiertem Konzept, Erhebungsmethodik und Intervention steht die Festlegung auf die Patientenperspektive für eine der Grundaussagen des gesamten Weißbuches. Auf dieser Basis lassen sich politische Forderungen und eine neue „Agenda Patientensicherheit“ selbstbewusst formulieren und bilden somit den Gegenstand der letzten beiden Kapitel.

Neukonzeption und Neustart, das waren die Begriffe in den langen Diskussionen, die diesem Weißbuch Patientensicherheit vorausgingen. Der Autor dankt dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und seinem Vorstand, insbesondere der Vorsitzenden Hedwig François-Kettner, der Stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Ruth Hecker und dem Geschäftsführer Hardy Müller für das große Vertrauen, ihn mit der Abfassung dieses Weißbuches zu beauftragen. Ich möchte hinzufügen: ein Auftrag, der aufgrund der biographischen Bindung an das APS gerne übernommen wurde.

Dank gebührt den vielen Experten und Kolleginnen, die mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben, immer ansprechbar, immer hilfsbereit. Man habe bitte Verständnis dafür, dass sie hier nicht alle namentlich aufgeführt werden. Ich danke allen Freunden und der Familie, dass sie Verständnis dafür hatten, dass ich mich so lange ins Schneckenhäus meines Schreibzimmers zurückgezogen habe, und vor allem meiner Frau Dr. med. Gabriele Schrappe, die eine sieben Monate lang dauernde geistige Dauerbeschäftigung mit diesem Buch nicht nur tolerierte, sondern mich in jeder Hinsicht darin unterstützte, das Werk in diesem doch recht kurzen Zeitraum fertigstellen zu können.

Köln, den 07. Juni 2018

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe