

„Sicherheit in der Medizin – top-down oder bottom-up?!?“

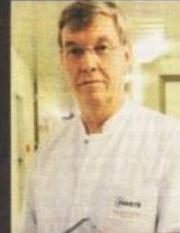
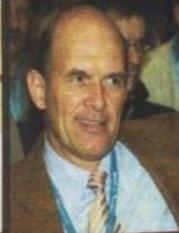
Symposium „Der medizinische Standard – eine
medico-legale Wundertüte?“

3. November 2017, UKB, Berlin

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, Chirurg

**BILD,
Donnerstag,
28. Februar 2008**

Ärzte-Fehler

					
Klemme vergessen	Keine Hilfe gerufen	Harnleiter verletzt	Knie verwechselt	Falsches Antibiotikum	Lunge angestochen
Prof. Matthias Rothmund (65), Marburg	Prof. Christel Bienstein (56), Witten/Herdecke	Prof. Joachim Dudenhausen (64), Berlin	Prof. Bertil Bouillon (50), Witten/Herdecke	Dr. Günther Jonitz (49), Berlin	Dr. Marita Eisenmann-Klein (60), Regensburg

Donnerstag, 28. Februar 2008 50/9 0,50 € 4190940000508 4 0 0 9

Erstmals sprechen Mediziner über ihr Versagen!

Sie sind die mutigsten Ärzte | hen Mediziner in einer Bro- | fehlere ein. Mit der Aktion wol- | deutschen Kliniken sorgen. Deutschlands; Erstmals geste- | schüre eigene Behandlungs- | len sie für mehr Qualität in | Ihre Geständnisse - S. 3

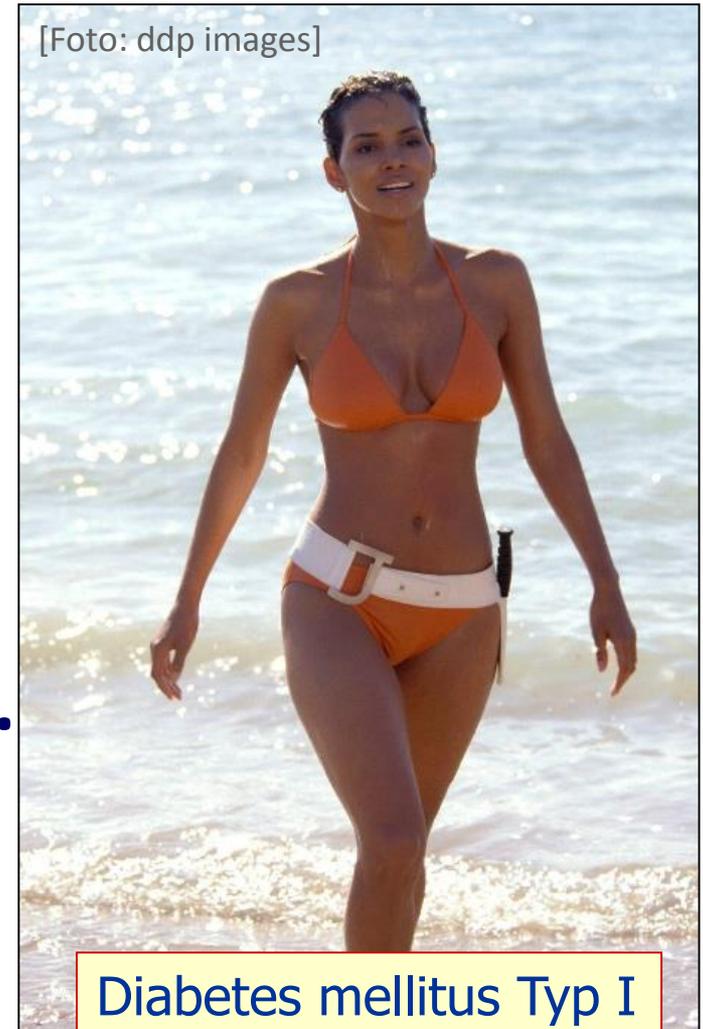
FOTOS: ULLSTEIN, ALTOFFOTO, KEK, MICHEL, GUTCHNET, LAMP, DPA, FRANK SINTILIEREN, VISUM

Handlungsbedarf:

Die Medizin wird komplexer.

**Die Patienten werden älter,
anfälliger und anspruchsvoller.**

[Foto: ddp images]



Diabetes mellitus Typ I

Handlungsbedarf:

**Die Rahmenbedingungen
für gute Medizin
werden schlechter.**

Risikofaktor Personalmangel !!

„Wenn wir auf Intensivstationen die Zahl der Intensivschwestern von **5 auf 4** reduzieren, erhöht sich die Zahl der Infektionen um **23%**.“

Prof. Dr. N. N., ÄD einer Uniklinik, März 2012

Handlungsmöglichkeiten:

Wissen im Umgang mit Fehlern nimmt zu

Organisations- und Kommunikationsmängel statt „individuelle Schuld“

„Was“ war schuld, nicht „wer“ war schuld!

Neue Verfahren zur Fehlervermeidung stehen zur Verfügung

Fehlerlernsysteme (CIRS), Fortbildungen, Schulungen, Zertifizierung, u.a.

Keine Skandalisierung, sondern Chance und Herausforderung

Politische Einsicht zur konkreten und **gemeinsamen Handlung** ist vorhanden

BÄK, KBV, AWMF, GKV, DKG, Patientenvertreter, Pflege, APS, **BMG**, WHO, EU

Dachorganisation / *Schirm!*



AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

- **Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit**
- **Bündelung von Fachkompetenzen**
- **multidisziplinäre Vernetzung**
- **von der Praxis für die Praxis**

[Quelle: www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de]

Handlungsfelder- und empfehlungen/Arbeitsgruppen im APS:

- **Eingriffsverwechslungen** (2005 – 2006)
- **Behandlungsfehlerregister** (seit 2005)
- **Arzneimitteltherapiesicherheit** (seit 2005)
- **Patientenidentifikation** (2006 – 2008)
- **CIRS im Krankenhaus** (2006 – 2008)
- **Belassene Fremdkörper im OP-Gebiet** (2008 – 2009)
- **Informieren, Beraten, Entscheiden** (seit 2008)
- **Medizinproduktassoziierte Risiken** (seit 2009)
- **Bildung und Training** (seit 2010)
- **Kommunikation im Schadensfall („Reden ist Gold“)**
- **Patientensicherheit im Alter**
- ...



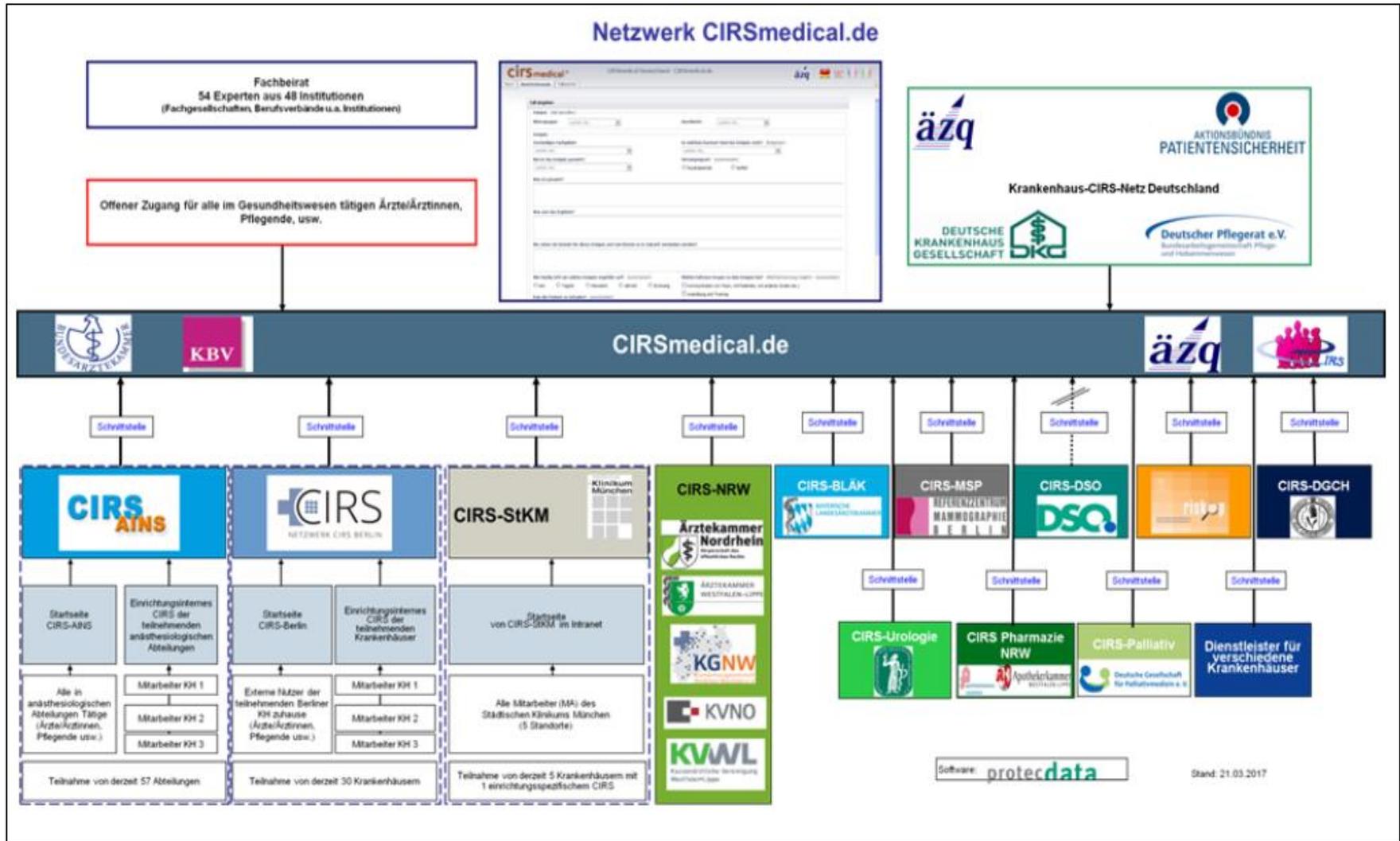
Reden ist der beste Weg



*Reden ist der beste Weg
Patientenratgeber, 14. 9. 2017*

[www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de]

Netzwerk – Fehlerlernsysteme



Patientensicherheit ist Führungsaufgabe!!!

Es geht um Verantwortung und Strategie

**„Weiche Faktoren“ bestimmen „harte
Qualität“.**

**Die Führung bestimmt die
Unternehmenskultur.**

***Je besser die Unternehmenskultur ist,
desto besser ist die Qualität des
erstellten Produktes oder der
erbrachten Dienstleistung.***

***„Und das Schönste ist: Seitdem ich Chefarzt geworden bin,
stimmen alle meine Diagnosen!“***

Leiter einer Abteilung für Pathologie, *hoffentlich ironisch gemeint*

**„Als langjähriger ehemaliger
Chefarzt der Unfallchirurgie
neige ich nicht zur Unsicherheit,...**

**...aber nach einem 4stündigen
Gespräch mit Vertretern der
Notgemeinschaft
Medizingeschädigter
wurde ich sehr nachdenklich.“**

Prof. Dr. Siebert

Ehem. Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Unfallchirurgie und Orthopädie

Ehem. stellv. Vorsitzender des APS

11. März 2009



[Foto: G. Jonitz]

Oberstes Ziel!

Änderung der „**Sicherheitskultur**“

=

Umgang mit Fehlern und Beinahe-Fehlern

Nicht „**wer** war schuld“, sondern „**was** war schuld“?



Im Mittelpunkt eines jeden Peer-Review-Verfahrens steht also der direkte Austausch von Expertenwissen – zum Beispiel von Chefarzt zu Chefarzt, Hausarzt zu Hausarzt, von einem Facharzt zu seinem niedergelassenen Kollegen oder auch von Pflegekraft zu Pflegekraft – über konkrete Qualitätsprobleme der medizinischen Versorgungspraxis. Hierin liegt das große Potenzial für die Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung, aber auch die Schwierigkeit der Umsetzung. Zum Beispiel **beherrscht nicht jeder Arzt die Kunst des kollegialen Dialogs und der Vermittlung bzw. des Annehmens konstruktiver Kritik**. Deshalb wurde von der Bundesärztekammer im Jahre 2011 ein Curriculum (Bundesärztekammer 2013) entwickelt, mit dem sich interessierte Ärztinnen und Ärzte für Qualitätsförderungsverfahren, die auf kollegialem Dialog und interdisziplinärem Austausch basieren (also z. B. auch Morbiditäts- und Mortalitäts- oder Tumorkonferenzen), qualifizieren können. Das Qualifizierungskonzept hebt nicht nur auf die Vermittlung von theoretischem Wissen über Peer-Review-Verfahren in der Medizin ab, sondern sieht insbesondere ein intensives Kommunikationstraining im Umgang mit Konflikten, Kritik und Widerstand sowie lösungsorientierter Gesprächsführung vor.

Die hervorragende Resonanz entsprechender Kurse an den Landesärztekammern bestätigt den Bedarf und das Konzept eines solchen Fortbildungsangebotes für Ärztinnen und Ärzte.

Fragebogen zur SICHERHEITSKULTUR

Deutsche Version des „Hospital Survey of Patient Safety Culture“
(ohne demographische Items)

Copyright: IfPS, Bonn)

A Ihre Abteilung/Klinik

Kreuzen Sie bitte an, inwiefern die Aussagen über Ihre Abteilung oder nicht.

- A1 Die Mitarbeitenden in dieser Abteilung unterstützen sich gegenseitig.
A2 Wir verfügen über ausreichende Arbeitspensum zu bewältigen.
A3 Wenn ein hohes Arbeitspensum vorliegt, arbeiten wir als Team zusammen, um es zu bewältigen.
A4 Die Mitarbeitenden in dieser Abteilung berücksichtigen sich gegenseitig.
A5 Das Personal in dieser Abteilung arbeitet über Stunden, als für das Patientensicherheitsmanagement erforderlich.
A6 Wir sind aktiv, um die Patientensicherheit zu verbessern.
A7 Wir setzen mehr Aushilfspersonal ein, um das Patientenwohl zu gewährleisten.
A8 Die Mitarbeitenden haben die Patientensicherheit zu Last gelegt.
A9 In dieser Abteilung/Klinik haben wir keine Veränderungen durchgeführt.

B Ihre direkte Vorgesetzte/Ihr direkter Vorgesetzter

Geben Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen über Ihre direkte Vorgesetzte/Ihren direkten Vorgesetzten zustimmen oder nicht.

stimme überhaupt nicht zu stimme nicht zu teils-teils stimme zu stimme voll zu

- B1 Meine direkte Vorgesetzte/mein direkter Vorgesetzter findet lobende Worte, wenn sie/er sieht, dass eine Aufgabe gemäß der bestehenden Richtlinien (Standards und Leitlinien) durchgeführt wurde.
- B2 Meine direkte Vorgesetzte/mein direkter Vorgesetzter nimmt Vorschläge des Personals zur Erhöhung der Patientensicherheit ernst.
- B3 Sobald Druck entsteht, verlangt meine direkte Vorgesetzte/mein direkter Vorgesetzter ein schnelleres Arbeitstempo, selbst wenn dadurch Dinge abgekürzt oder ausgelassen werden müssen.
- B4 Meine direkte Vorgesetzte/mein direkter Vorgesetzter übersieht Probleme im Bereich Patientensicherheit, die immer wieder auftreten.

C Kommunikation

Wie häufig kommen folgende Situationen in Ihrer Abteilung/Klinik vor? Kreuzen Sie bitte an.

nie selten gelegentlich meist immer

- C1 Wir erhalten Rückmeldung zu Veränderungen, die aufgrund von gemeldeten Ereignissen (z.B. Fehlern) umgesetzt wurden.
- C2 Die Mitarbeitenden äußern sich offen, wenn sie etwas bemerken, das sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken könnte.
- C3 Wir werden über Ereignisse (z.B. Fehler), die in dieser Abteilung/Klinik vorkommen, informiert.

— PatientSafe Network —

implementing effective safety solutions

Non-technical skills refer to general cognitive and social skills that allow one to, among other things, **monitor a situation**, make **decisions**, take a **leadership role**, **communicate** and **co-ordinate actions** within a **team**, in order to achieve high levels of safety and efficiency.

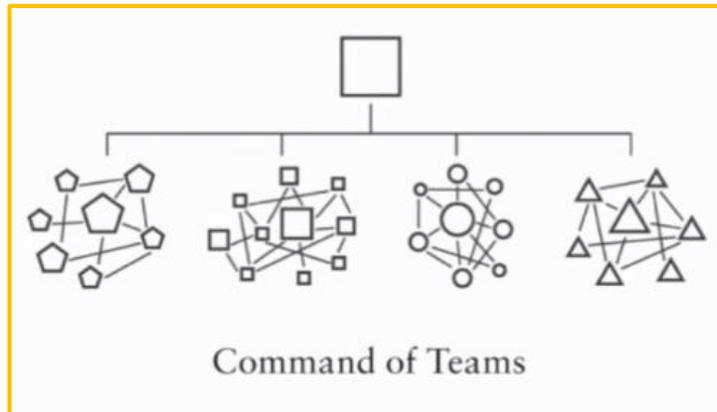
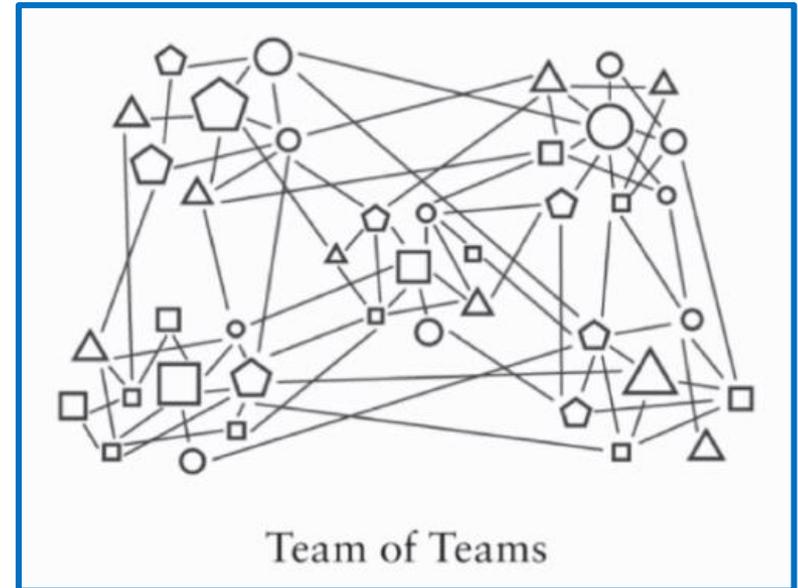
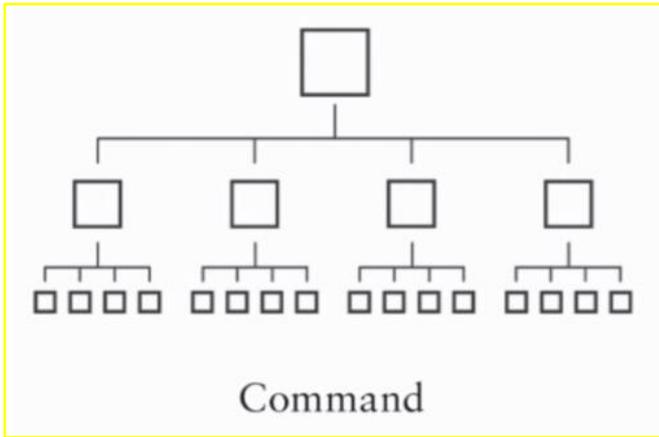
There is growing awareness that non-technical skills are essential for competent practice and improved patient outcomes.

<http://www.psnetwork.org/know-youre-human/>



PatientSafe Network

implementing effective safety solutions



<https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

Ärztliche Führung 2017

Ein praxisorientiertes
Intensivprogramm
der Ärztekammer Berlin

nach dem Curriculum der
Bundesärztekammer

04. - 06. Mai 2017

15. - 17. Juni 2017

14. - 16. September 2017

24. November 2017

THEMENSCHWERPUNKTE

Erstes Modul 04. – 06. Mai 2017

- **Führung heute – Entwicklungslinien**
Ziel: Orientierung über Grundthemen und Ansätze des Führens
- **Die Besonderheiten des Führens in Organisationen des Gesundheitswesens**
Ziel: Die Besonderheiten des Kontextes von Führung in Organisationen des Gesundheitswesens verstehen
- **Erfolgsfaktoren wirksamer Führung – Erfahrung und Evidenz**
Ziel: Klarheit gewinnen, worauf es bei gelingender Führung ankommt und mit Evidenz verbinden
- **Selbst-Assessment**
Ziel: Feedbacks zum eigenen Führungsstil erhalten

Zweites Modul 15. - 17. Juni 2017

- **Direkte Führung**
Ziel: Führungskommunikation anwenden, erproben und verbessern
- **Engaging Leadership**
Ziel: Führungskonzepte der direkten Führung vertiefen
- **Motivation und dergleichen**
Ziel: Motivation und die Möglichkeiten wie Grenzen des Führens kennenlernen

Drittes Modul 14. - 16. September 2017

- **Aktuelle Entwicklungen des deutschen Gesundheitswesens, der Medizin und ihre Bedeutungen**
- **Konsequenzen der Ökonomisierung, der Digitalisierung etc. für Führung einschätzen können**
- **Sich selbst führen**
Die wichtigen Instrumente und Konzepte kennen und anwenden können
- **Betriebswirtschaftliche Grundlagen (interaktives Planspiel)**

- **Managen und Führen**
- **Kommunikation**
- **Medizin und Ökonomie**
- „**Selbstführung**“



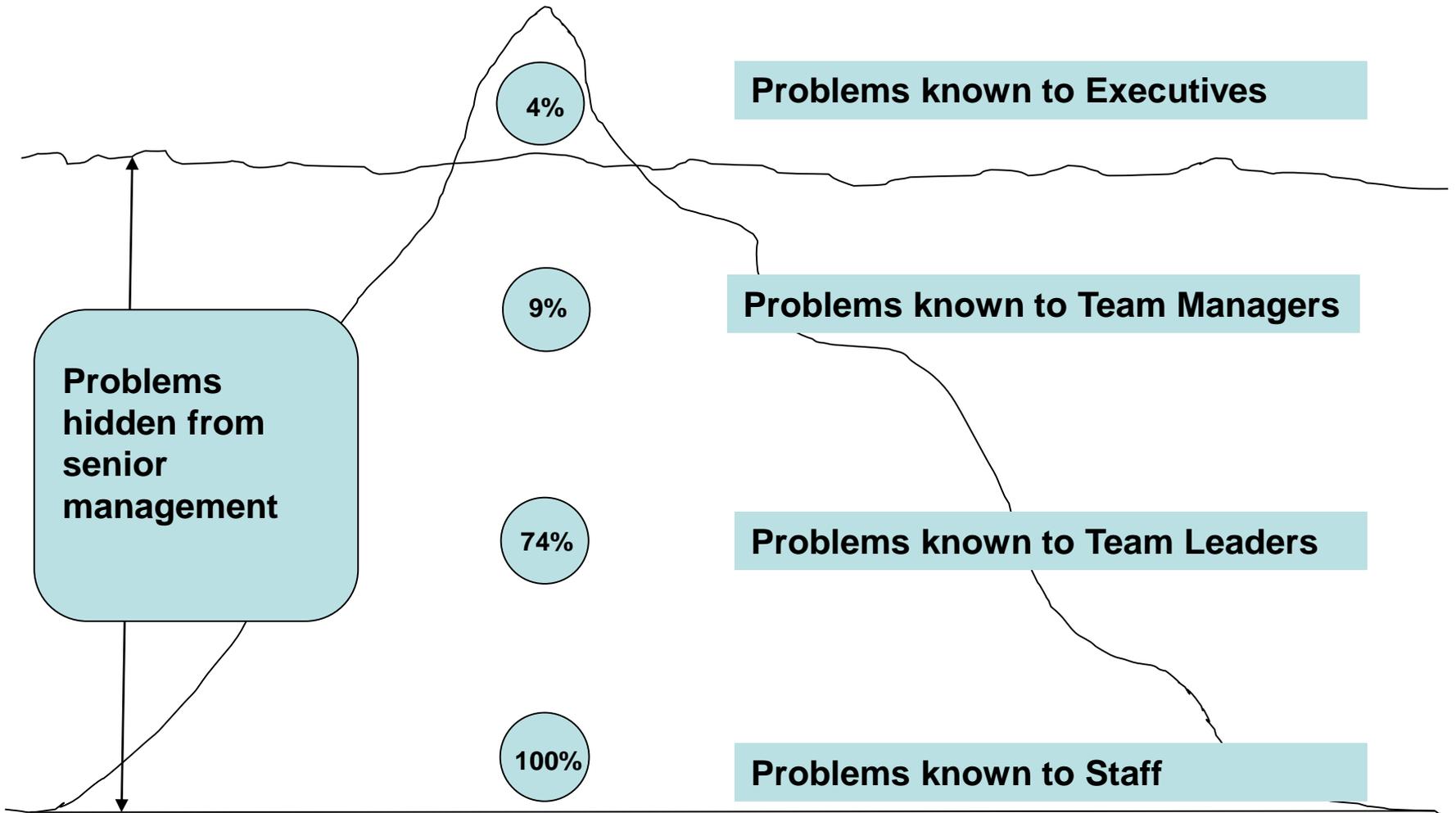
Kurs Ärztliche Führung, ÄKB 2010, Teilnehmer-Rückmeldung

*„Ich habe mich auf die Zusammenarbeit mit den Kursteilnehmern jedes Mal gefreut. Vor allem konnte **ich mich selbst reflektieren und meine Stärken aber auch Schwächen erkennen.***

*Eine wichtige Erkenntnis dabei war für mich, dass **bestimmte Dinge veränderbar sind, andere jedoch nicht.**
Dies gibt einem auch ein Stückweit **Gelassenheit.**“*

[O-Ton TN Kurs ÄKB, 2010]

Iceberg of Ignorance



Der erste Nachahmer ist der Entscheidende

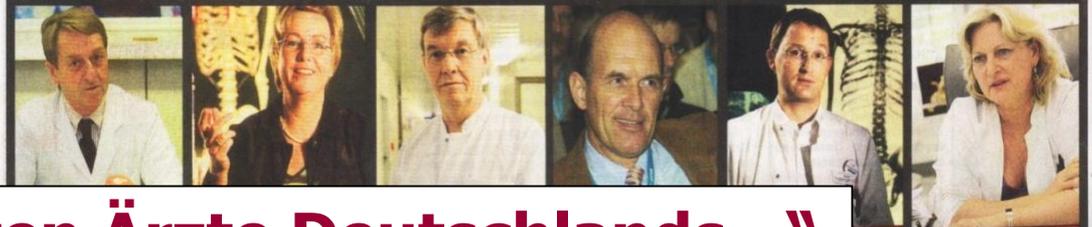
**Der Chef muss den Anfang machen
und Vorbild sein.**

**Der nächste, der ebenfalls aus dem Schatten des
Tabus tritt, löst die Nachahmer aus.**

**Motivieren sie ihre Oberärzte oder die
Meinungsführer unter ihren nachgeordneten
Ärztinnen und Ärzten zum Mitmachen**

<https://www.youtube.com/watch?v=V74AxCqOTvg&feature=youtu.be>

Ärzte-Fehler



„Sie sind die mutigsten Ärzte Deutschlands...“

Prof. Matthias Rothmund (65), Marburg Prof. Christel Bienstein (56), Witten/Herdecke Prof. Joachim Dudenhausen (64), Berlin Prof. Bertil Bouillon (50), Witten/Herdecke Dr. Günther Jonitz (49), Berlin Dr. Marita Eisenmann-Klein (60), Regensburg

Donnerstag, 28. Februar 2008 50/19 0,50 € 4190940000508 4 0 0 9

Erstmals sprechen Mediziner über ihr Versagen!

Sie sind die mutigsten Ärzte... Mediziner in einer Bro- fehler ein. Mit der Aktion wol- deutschen Kliniken sorgen Deutschlands; Erstmals geste- schü- s eigene Behandlungs- len sie für mehr Qualität in : Ihre Geständnisse - S. 3

PHOTOS: ULLSTEIN, ALTEROGOTO, KEB, MICHEL GUYONNET, LAIF, DPA, FRANK SCHRITTLER, VISUM

Paradigmenwechsel der „Sicherheitskultur“ auf nationaler Ebene

Kulturwandel !

2008: Broschüre „Aus Fehlern lernen“

→ APS und AOK-Bundesverband

➤ **17 Berichte von Ärzte, Pflegekräften etc. über Fehlerereignisse**

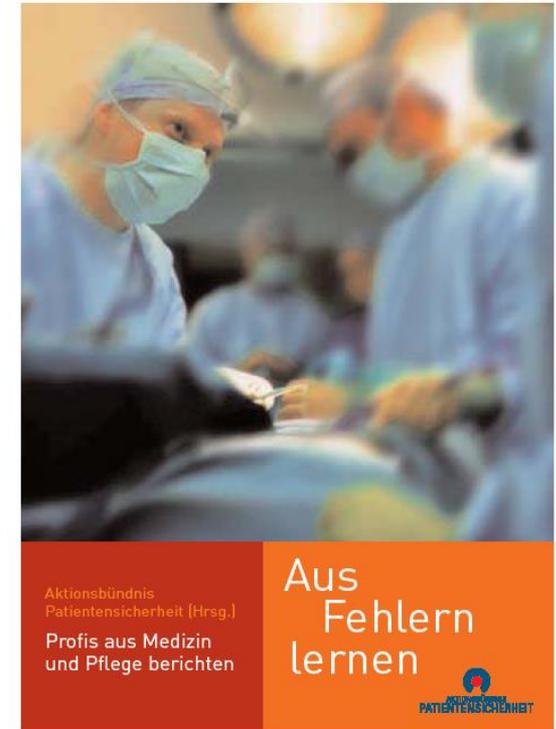
➤ **Fallanalysen**

➤ **Serviceteil**

Ziel:

Offener Umgang mit Fehlern

→ für eine **neue Sicherheitskultur**



1. Patient Safety Global Summit 9./10.11.2016 in London

Beim „Patient Safety Global Action Summit“ wurde erstmals die **höchste politische Ebene (Minister) und die Fachebene (Experten, Betroffene)** verbunden.

Die Situation in Deutschland – **Kooperation, Lösungsorientierung, gemeinsame Verantwortung** - ist international anerkannt.



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Don Berwick, Victor Dzau, Prof. Lord Darzi u. a.

Deutschland ist bei diesem neuen, höchstrangig aufgestellten Projekt zur Förderung der Patientensicherheit **in der allerersten Reihe** und macht damit international Pluspunkte!



Bundesministerium
für Gesundheit



POSTANSCHRIFT Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Herrn
Dr. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin
Ärztekammer Berlin
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Friedrichstrasse 16
10906 Berlin

Hermann Gröhe
Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1003
FAX +49 (0)228 99 441-1193
E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Bonn, 7. Mai 2017



**Jeder Unterschied zur sonst üblichen
Gesundheits- und Standespolitik wäre
höchst beabsichtigt!!**

als Gastgeber des 2. Global Ministerial Summit on Patient Safety 2017 war es mir eine besondere Freude, über 300 hochrangige Vertreter und Experten aus Politik, Medizin und Wissenschaft aus über 40 Ländern und internationalen Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Bonn willkommen heißen zu dürfen.

Ich danke Ihnen sehr herzlich für Ihren hervorragenden Beitrag und Ihre Unterstützung, die unser gemeinsames Engagement international sichtbar gemacht und unsere Veranstaltung zu einem großen Erfolg verholfen haben!

**„...die unser gemeinsames Engagement international sichtbar gemacht
und unsere Veranstaltung zu einem großen Erfolg verholfen haben!“**



**Standespolitisch ist die deutsche Ärzteschaft
mit dem Thema
„Patientensicherheit/Kunstfehler/Ärztepfusch
nicht mehr angreifbar.**

**Wir sind m. E. an „der Spitze der Bewegung“,
übernehmen Verantwortung
und sind bspw. bei cirsmedical.de
und auf Ebene der Fachgesellschaften
und z. T. der Berufsverbände national und regional aktiv.**

**Die Arbeit der Gutachterkommissionen und
Schlichtungsstellen ist vorbildlich**

Patientensicherheit ist nicht nur **ethisch**
und aus **Gründen der Professionalität** absolut geboten,
sondern auch
ein zentrales Werkzeug
für **bessere Arbeitsbedingungen**
und eine **bessere Gesundheitspolitik**

Wir müssen nur
a) bei uns anfangen und
b) damit politisch arbeiten
und **c) die Leistungsträger unterstützen.**
5. Mose 25, 4

-
- **Patientensicherheit hilft Patient **UND** Arzt!**
 - **Thema aktiv aufgreifen, CIRS aktiv fördern**
 - **M & M Konferenzen pflegen, Peer Review durchführen!**
 - **Eigene Session „*typische Fehler und Komplikationen*“ bei allen Kongressen**

 - ***Vorbild sein!***

Herzlichen Dank!
g.jonitz@aekb.de

