

Gesperrt bis zum Beginn -

Es gilt das gesprochene Wort!

**Rede von Bettina Godschalk
Ministerialrätin im
Bundesministerium für Gesundheit**

**Action on Patient Safety: High 5`s
SOP Medication Reconciliation**

anlässlich der Abschlussveranstaltung des Projektes
1. und 2. Juni 2015 in der Bundesärztekammer

Redezeit: 10 Minuten

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Projektbeteiligte,
sehr geehrte Gäste,
herzlichen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, hier ein Grußwort zu sprechen.

Zunächst bitte ich diejenigen unter Ihnen, die schon gestern anwesend waren, um Verständnis, falls es zu einigen Doppelungen mit dem Grußwort von gestern kommt.

Lassen Sie mich zunächst einige Worte zum Thema **Patientensicherheit** sagen:

Patientensicherheit ist auf eine Grundhaltung des kontinuierlichen Lernens und bereitwilligen Verbesserns der im Gesundheitswesen Tätigen angewiesen. Führung, Zusammenarbeit sowie eine Sicherheitskultur, in der nicht nach Schuldigen gesucht wird, sondern Fehlerursache und Fehlervermeidung sowie die Verbesserung von Qualität in den Mittelpunkt stehen, sind hierfür wesentlich.

In diesem Sinne ist Patientensicherheit ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung und steht auch im Fokus der Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Neben Regelungen im SGB V stehen spezielle, auch international als dringlich angesehene Handlungsfelder der Patientensicherheit im besonderen Blickpunkt des deutschen Gesundheitswesens und des BMG.

Das BMG fördert mittlerweile den dritten Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland. Vorgänger waren der Aktionsplans 2008/2009 und 2010–2012. Der vierte AMTS-Plan ist bereits in Vorbereitung.

Denn zur Patientensicherheit gehört auch die Vermeidung unerwünschter Arzneimittelereignisse. Diese können auch bei bestimmungsgemäßen Gebrauch auftreten und dadurch z.B. eine Ursache für die Einweisung ins Krankenhaus sein. Fehler können bei der Verordnung, bei der Abgabe oder bei der Einnahme von Arzneimitteln auftreten.

Als kritisch sind vor allem die Übergänge (Schnittstellen) von ambulanter zur stationären Behandlung anzusehen. Aber auch bei der Verlegung innerhalb eines Krankenhauses kann es zu Risiken und Unsicherheiten bei der Medikamentengabe kommen. Besonders kritisch sind Krankenhausaufnahmen, wenn es um ältere, häufig multimorbide Patientinnen und Patienten geht. Auch hier muss eine lückenlose Fortsetzung der Arzneimitteltherapie unter Einbeziehung

von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, aber auch des medizinischen Personals sichergestellt werden.

Aufgrund meiner Zuständigkeit für Patientenrechte liegt mir die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten besonders am Herzen. Deshalb betone ich hier: Ein aufgeklärter Patient ist gegenüber möglichen Risiken sensibilisiert und kann mithelfen, diese zu vermeiden.

Krankenhausapothekerinnen und -apotheker werden von den Patientinnen und Patienten im Klinikalltag wenig wahrgenommen. Sie treten seltener in direkten Kontakt mit ihnen und sind eher im Hintergrund als Unterstützung von Ärzten und Pflegepersonal tätig. Dabei sind sie wichtige Partner bei der Verbesserung der Patientensicherheit. Durch eine systematische Erfassung und Weiterleitung der arzneimittelbezogenen Informationen an den verschiedenen Übergängen kann und wird die Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherer werden.

Es gibt schon vielfältige Initiativen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit:

- Der **Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker** e.V. hat schon 2004 eine Online-Datenbank zur Dokumentation von Medikationsfehlern und Vermeidungsstrategien und 2008 eine zweite zur Interventions- und Fehlerdokumentation eingerichtet. Zwischenzeitlich wurden diese Datenbanken zusammengeführt.
- Das **Krankenhaus CIRS Netz Deutschland** ist Ihnen sicher bekannt. Es wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, vom Aktionsbündnis Patientensicherheit, von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und vom Deutschen Pflegerat getragen. Von den an der Krankenhausbehandlung beteiligten Berufsgruppen wird in einem einrichtungsübergreifenden Netzwerk regelmäßig über Fehler oder Beinaheschäden berichtet und diese werden in standardisierter Form aufgearbeitet. Die Meldenden selbst müssen keine rechtlichen Nachteile durch ihre Bereitschaft, Risikosituationen und Fehler zu benennen, befürchten. Dies haben wir im Patientenrechtegesetz geregelt
- Darüber hinaus sorgt das **Aktionsbündnis Patientensicherheit**, das vom Bundesministerium sowohl ideell durch Übernahme der Schirmherrschaft als auch finanziell unterstützt wird, auf vielen verschiedenen Aktionsfeldern der Patientensicherheit. Es ist ein Zusammenschluss zahlreicher am Medizinbetrieb beteiligter Akteure einschließlich der Patientenvertreter. Dem Aktionsbündnis ist es gelungen, in Deutschland eine Sicherheitskultur zu etablieren, die weiter gefördert werden muss.

Nun zum Projekt. Das BMG hat das „Action on Patient Safety: High 5`s“ -Projekt der WHO von Anfang an begleitet und gefördert. Im Projekt wurde auf **internationaler Ebene** Wissen über erfolgreiche Maßnahmen und Praktiken zur Patientensicherheit, klinischem Risikomanagement und Qualitätssicherung ausgetauscht.

Auf der **nationalen Ebene** haben das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und das Institut für Patientensicherheit (IfPS) der Universität Bonn, das vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V. beauftragt wurde, das Projekt durchgeführt; dabei leisteten der Projektträger im DLR und das Bundesverwaltungsamt wertvolle Unterstützung.

Ziel des Projektes ist die bedeutsame, nachhaltige und messbare Reduzierung von unerwünschten Ereignissen in der Patientenversorgung durch die Implementierung von standardisierten Handlungsempfehlungen (SOP's = Standard Operating Protocols).

Das SOP "Medication Reconciliation" zur Arzneimitteltherapiesicherheit an Übergängen im Behandlungsprozess (Med Rec) soll dazu beitragen, unerwünschte Arzneimittelereignisse zu verhindern. Es wird von 13 Krankenhäusern implementiert.

Die Erfahrungen zeigen, dass die Umsetzung von MedRec in Deutschland möglich ist. MedRec kann zu einem Rückgang der Diskrepanzen im Verordnungsprozess führen und damit die Versorgung sicherer machen.

Im Zusammenhang mit dem High 5's-Projekt konnte das BMG in den jährlichen **Beiratssitzungen** verfolgen, mit welchem Engagement die Beteiligten in den teilnehmenden Krankenhäusern, aber auch die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates sich für das Thema Medication Reconciliation begeistern. Es ist nicht einfach, in einer hierarchischen Organisation Veränderungsprozesse anzustoßen und diese auch während des laufenden Dienstbetriebes beharrlich und kompetent zu implementieren. Vor allem, weil die internationalen Prozessanforderungen der WHO zur Medication Reconciliation im Wesentlichen auf dem Vorhandensein von Krankenhausapotheken beruhen.

Da Deutschland jedoch über kein Stammapotheken-system verfügt, musste intensiv an Modifikationen gearbeitet werden. Dabei waren bei allen Beteiligten große Flexibilität, neue Strukturen in der Kommunikation sowie Zeit- und Personalressourcen erforderlich.

Deutschland gehört dennoch (oder gerade deswegen?) zu den maßgeblichen Akteuren des Projektes und konnte im Projektverlauf mit einer Reihe von Anregungen zu einer deutlichen Verbesserung beitragen.

Ich möchte mich daher an dieser Stelle sehr herzlich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken, die in den beteiligten Pilotkrankenhäusern erfolgreich waren. Mein Dank gilt auch dem Projektträger im DLR und den Beiratsmitgliedern.

Das ÄZQ und das IfPS schließlich haben hervorragende Arbeit geleistet. Auch Ihnen ein großes und herzliches Danke schön!

Es bleibt zu hoffen, dass sich die Kenntnisse und Erfahrung aus diesem Projekt national verstreuen lassen. Sie können und sollten in Deutschland, aber auch auf europäischer Ebene einen Beitrag zur Patientensicherheit und zur Qualitätsverbesserung in der Pflege leisten.

Nun wünsche ich uns allen eine erkenntnisreiche Veranstaltung!