

Dr. Doris Voit, MBA

Die neuen Qualitätsziele in Dänemark

Impulse für Deutschland?

Mit einem „nationalen Qualitätsprogramm“ will das Königreich Dänemark den zunehmenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung begegnen. Als Teil eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes sollen durch diese neue Strategie neue Impulse u. a. für die Behandlungsqualität, die Nutzung von „Big Data“ oder von „personalisierter Medizin“ ermöglicht werden. Die Teilnehmer einer HOPE Study Tour in Kopenhagen erhielten im April dieses Jahres einen umfassenden Einblick in die aktuellen Reformen und Entwicklungen im dänischen Gesundheitswesen. Auch dessen Zukunft ist spannend: Dänemark will in den kommenden Jahren eine Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft vornehmen, um für die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen gerüstet zu sein. Dabei sollen eHealth und Telemedizin eine immer größere Rolle spielen. Zudem soll das Gesundheitswesen stärker vernetzt und der Fokus auf eine stärkere ambulante Einbindung gerichtet werden.

Am 10. und 11. April 2018 organisierte die European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) eine Studienreise nach Kopenhagen, um Teilnehmern aus verschiedenen europäischen Ländern die Gelegenheit zu geben, sich von dänischen Gesundheitsexperten und politischen Entscheidungsträgern die dänische Strategie zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitssystem erklären zu lassen.¹⁾ Die Organisatoren dieser HOPE Study Tour, die unter dem Motto „The Danish Way in Quality and Healthcare“ stand, hatten sich zum Ziel gesetzt, den Teilnehmern die aktuellen Entwicklungen und Visionen im dänischen Gesundheitswesen zu vermitteln und diese dann mit ihnen zu diskutieren. Zum Programm gehörten Vorträge über verschiedene Aspekte des dänischen Gesundheitswesens sowie u. a. eine „Site Visit“ im ältesten und größten Krankenhaus Dänemarks, dem „Rigshospitalet“ in Kopenhagen.²⁾ Als Teil des Kopenhagener Universitätsklinikums zählt es mit seinen 52 Funktionseinheiten und über 140 000 Operationen pro Jahr zu den führenden Krankenhäusern im Lande und ist auch Behandlungszentrum für Patienten von den Färöer Inseln und Grönland.

Das dänische Gesundheitssystem und die Reform von 2007

Dänemark steht vor ähnlichen Herausforderungen wie andere europäische Länder auch: die demografische Entwicklung der Bevölkerung, eine steigende Nachfrage nach öffentlichen Gesundheitsleistungen, eine zunehmende Anzahl von Patienten mit chronischen Krankheiten und Komorbiditäten, steigende Kosten und begrenzte finanzielle Ressourcen. All dies erfordert neue Strategien, vor allem mehr und bessere Versorgung bei gleichbleibenden Ausgaben. Seit Jahrzehnten wird der dänische öffentliche Sektor dezentral verwaltet, wobei viele Aufgaben im Bereich der Sozial- und Gesundheitsfürsorge, Bildung und Integration den Regionen und Gemeinden übertragen wurden.

Am 1. Januar 2007 wurde eine dänische Verwaltungsreform durchgeführt.³⁾ Sie bestand aus drei Hauptpfeilern: einer Neu-

aufteilung der Regionen und Gemeinden Dänemarks, eine neue Aufgabenverteilung zwischen den drei Hauptverantwortlichen Staat, Regionen und Gemeinden sowie ein neues Finanzierungs- und Ausgleichssystem. Hauptziel der Reform war es, die Erbringung öffentlicher Dienstleistungen an den technologischen Wandel und die steigende Nachfrage nach Sozialdiensten anzupassen und gleichzeitig den öffentlichen Sektor dezentralisiert zu halten. Ein Kernelement der Reform war daher die Schaffung größerer Gemeinden und Regionen mit mehr Aufgaben und mehr Verantwortung. Aus diesen Überlegungen heraus entstand sozusagen eine neue Karte von Dänemark, in der die Anzahl der Gemeinden durch Zusammenlegung von 271 auf 98 reduziert wurde, die 13 Bezirke abgeschafft und durch fünf neue Regionen ersetzt wurden. Die 5,7 Millionen Einwohner Dänemarks verteilen sich nun auf fünf Regionen mit je zwischen 0,6 und 1,6 Millionen Einwohnern: „North Denmark Region“, „Central Denmark Region“, „Region of Southern Denmark“, „Region Zealand“ und „Capital Region of Denmark“.⁴⁾ Diese haben eine eigene Verwaltung, die jederzeit bei Bedarf ad hoc Fachkomitees für bestimmte Themenbereiche einberufen und sich durch sie beraten lassen können.

Im Zuge der Neuaufteilung der Aufgaben haben die meisten Gemeinden ihre bürgernahen Aufgaben behalten. Die Regionen konzentrieren sich auf die Gesundheitsversorgung, die regionalen Entwicklungen und den Betrieb einer Reihe von sozialen Einrichtungen. Darüber hinaus sind sie für den Aufbau von Transportunternehmen und bestimmte regionale Aufgaben in Bezug auf Natur, Umwelt und physische Planung zuständig. Schließlich obliegen ihnen auch die Bereitstellung und Entwicklung von sonderpädagogischem Unterricht auf nationaler und regionaler Ebene.

Organisation des dänischen Gesundheitswesens heute

Die Zuständigkeiten im dänischen Gesundheitswesen von heute sind auf drei Akteure verteilt: nationale Ebene, Regionen und

Gemeinden. Die nationale Ebene mit dem Gesundheitsministerium ist u. a. zuständig für die Planung und Umsetzung der gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen, der Erstellung von Richtlinien und Leitlinien sowie für die Qualitätssicherung und Kontrolle. Den Regionen unterstehen alle Krankenhäuser einschließlich der Psychiatrie, die Hausarztversorgung, privat tätige Fachärzte im ambulanten Bereich, die Zahnärzte, Physiotherapeuten sowie Psychologen. Die Gemeinden sind verantwortlich für die ambulante Pflege, die Vorsorge und Prävention, die Rehabilitation außerhalb von Krankenhäusern, die Suchtbehandlung sowie die zahnärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die „Danske Regioner“ („Danish Regions“) vertreten die Interessen der dänischen Regionen. In deren Geschäftsstelle in Kopenhagen arbeiten derzeit ca. 160 Mitarbeiter. In ihren Aufgabenbereich fallen das Gesundheitswesen auf regionaler Ebene, das Bildungswesen, die regionale Entwicklung, der öffentliche Nahverkehr und Tourismus, Umwelt und Finanzierung. Im Zusammenwirken mit anderen Institutionen des öffentlichen Sektors sorgen sie für die Erhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und setzen sich als Dachorganisation für deren Interessen und Belange ein. Als Partner für die Politik vertreten sie die Krankenhäuser bei gesundheitspolitischen Entscheidungen. Auf europäischer und internationaler Ebene vertritt die „Danske Regioner“ auch die dänischen Krankenhäuser, wenn sie in europäischen Gremien aktiv an Entscheidungsprozessen teilnehmen.

Der Hausarzt als Gatekeeper

Der Hausarzt bleibt der erste Ansprechpartner für die meisten Patienten, der „gatekeeper“ im Gesundheitswesen. Da er ein breites Versorgungsspektrum anbietet, begleitet er Patienten und deren Familie oft ein Leben lang. Er führt eine umfassende elektronische Patientenakte und überweist Patienten bei Bedarf an Fachärzte oder ins Krankenhaus. Es gibt aktuell ca. 3 500 Hausärzte. Traditionell waren Hausärzte eher Einzelkämpfer im Gesundheitswesen, aber entwickeln – nicht zuletzt durch die aktuellen Veränderungen im dänischen Gesundheitswesen – Kooperationsformen auch untereinander. Patienten können sowohl den Hausarzt als auch Krankenhäuser frei auswählen. Wenn ein bestimmter Service jedoch nicht innerhalb 30 Tagen angeboten werden kann, haben sie das Recht, sich in einem privaten Krankenhaus oder im Ausland behandeln zu lassen. Dies gilt sowohl für somatische als auch psychiatrische Erkrankungen.

Das „Super Hospital Programme“

Die Krankenhauslandschaft erfährt aktuell eine drastische Veränderung. Das „Super Hospital Programme“ sieht vor, die Anzahl der Krankenhäuser von 78 im Jahr 2000 auf maximal 20 im Jahr 2020 zu verringern. Bei der Errichtung von „Superkrankenhäusern“ ist von „Projekten“ die Rede, was bedeutet, dass einige der Häuser komplett neu errichtet, andere jedoch umge-



„Danske Regioner“, Geschäftsstelle der Danish Regions in Kopenhagen. Foto: D.V.

baut oder erweitert werden. Dänemark investiert ca. 6,4 Mrd. € in die Errichtung von 16 solcher Krankenhäusern. Hinter dem Programm steckt das Ziel, Funktionseinheiten zusammenzulegen und weniger, aber dafür hochspezialisierte Zentren zu errichten. Damit soll eine gezieltere Behandlung mit verbesserter Versorgungskontinuität gewährleistet werden. Dies beinhaltet beispielsweise eine schnellere Diagnostik, gebündeltes Fachwissen und die effektivere Nutzung von verfügbaren Ressourcen. Mit der Reduzierung der Krankenhäuser geht auch die der Betten einher: von etwas über 20 000 im Jahr 2000 auf geplante

13 000 im Jahr 2020. Auch die Verweildauer wird sich drastisch verringern: Waren es noch sechs Tage im Jahre 2000 und 3,4 Tage aktuell, so werden im Jahre 2020 2,7 Tage durchschnittlicher Verweildauer erwartet. Es wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der Patienten, die an Krankenhäusern ambulant behandelt werden, von 4,4 Millionen im Jahr 2000 auf über 10 Millionen im Jahr 2020 anwächst. Finanziert wird das Programm in erster Linie von der Regierung, die etwa 60 % des Budgets finanziert, der Rest wird von den Regionen übernommen.⁵⁾

Die neuen nationalen Ziele

2016 hat Dänemark ein Nationales Qualitätsprogramm eingeführt mit dem Ziel, eine landesweite Verbesserungskultur zu etablieren. Dessen Inhalte sehen eine Verlagerung des Schwerpunkts von der Qualitätskontrolle zur Qualitätsverbesserung vor. Von der Qualitätskontrolle – Qualitätsverbesserung. Im Fokus steht dabei die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Sozialsystemen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Verzahnung der Sektoren ist eine Verbesserung des Datenflusses zwischen den Sektoren und die Generierung belastbarer Daten. Der ambulante Bereich soll gestärkt werden, indem einerseits den Hausärzten mehr Verantwortung, zum Beispiel für die Behandlung der großen chronischen Erkrankungen, übertragen wird, andererseits aber auch die Patienteneinbindung gefördert wird. Dadurch, dass immer mehr elektive Eingriffe ambulant durchgeführt werden, sollen die Hausärzte und Gemeinden zunehmend Vor- und die Nachsorge für diese Patienten übernehmen. Um die Qualität des Behandlungspfads der Patienten enghemmaschiger überwachen zu können, sind patientenbezogene Daten nötig. Wenn Ergebnisqualität aus der Patientenperspektive als Basis dienen soll, braucht es adäquate Rahmenbedingungen und Instrumente dafür, diese zu erfassen. Und um der Vision, ein „world class healthcare system“ zu erschaffen, näherzukommen, muss mit Gesundheitsdaten sicher und verantwortungsvoll umgegangen werden. Daher hat für die dänische Regierung Datensicherheit oberste Priorität, besonders wenn es um Daten aus dem Gesundheitswesen geht. Man zeigt sich in dieser Hinsicht auch gern transparent und legt gerne dar, wie und für was man die Daten nutzt.

Im Rahmen des Nationalen Qualitätsprogramms sind die neuen nationalen Ziele für die Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen dargelegt. Deren Schwerpunkte liegen auf „bessere Qualität“, „Kontinuität der Behandlung“ und „gleiche medizinische Versorgung in allen Regionen“. Die acht nationalen Ziele werden operationalisiert, indem deren Umsetzung auf regionaler und lokaler Ebene mittels 24 ausgewählter Qualitätsindikatoren, die jährlich aktualisiert werden, gemessen wird.

Die Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren erfolgt mittels eines mehrfarbigen Ampel-Systems, das eine Stufenbewertung enthält: grün für „positive Entwicklung und überdurchschnittliches Ergebnis“, gelb für „entweder positive Entwicklung und unterdurchschnittliches Ergebnis“ oder „negative

Nationale Ziele	Qualitätsindikatoren
Bessere Kontinuität der Patientenversorgung im klinischen Versorgungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> - Akute Wiederaufnahme im Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen - Wartezeit bis zur Rehabilitation - Anzahl der Tage in der stationären Versorgung nach Abschluss der somatischen Behandlung - Aktualisierter Informations- und Fortbildungsstand der Hausärzte - Mitarbeiterbindung
Stärkerer Fokus auf chronisch Kranke und ältere Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Krankenhausaufnahme von Patienten mit COPD/Diabetes - Vermeidbare Krankenhausaufnahmen von älteren Patienten - Antipsychotische Behandlung bei Demenz - Überbelegung in nicht-operativen Abteilungen
Höhere Überlebensrate und verbesserte Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> - Fünf-Jahres Überlebensrate nach Krebserkrankung - Kardiovaskuläre Sterblichkeit - Nosokomiale Infektionen - Überlebensrate nach plötzlichem Herzstillstand
Hohe Behandlungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> - Erreichen von Qualitätszielen in klinischen Datenbanken - Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Patienten auf psychiatrischen Stationen
Schnellstmögliche Untersuchung und Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Wartezeit für elektive Operationen im Krankenhaus und psychiatrische Behandlung - Erstuntersuchung von somatischen/psychiatrischen Patienten innerhalb von 30 Tagen - Vervollständigung des Versorgungspakets bei Krebserkrankungen innerhalb des vorgeschriebenen Zeitraums
Stärkere Patienteneinbindung	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenzufriedenheit - Patientenorientierung und -mitbeteiligung
Zusätzliche gesunde Lebensjahre	<ul style="list-style-type: none"> - Durchschnittliche Lebenserwartung - Anteil der täglichen Raucher in der Bevölkerung
Mehr Effizienz im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> - Durchschnittliche Verweildauer nach Krankenhausaufnahmen - jährlicher Ausstieg der Krankenhausproduktivität

Entwicklung und überdurchschnittliches Ergebnis“ und rot für „negative Entwicklung und unterdurchschnittliches Ergebnis“. Die Ergebnisse, die in Zahlen (zum Beispiel für „Tage“ oder „%“ stehen) werden dann in Tabellenform veröffentlicht, wobei die Farben anzeigen, wie sich die Regionen und Gemeinden im landesweiten Vergleich entwickelt haben und Pfeile den Trend im Zeitverlauf darstellen.

Das „National Quality Programme“ ist ein lernendes System, das zum Teil noch in der Probephase ist, zum Teil aber auch schon ganz konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung umsetzt. Eine wichtige Säule bei der Umsetzung bilden die sogenannten Expertengruppen, die konkrete Ziele und Umsetzungsmaßnahmen vorab definieren. Sie bestehen u. a. aus Fachleuten, Peers und Patientenvertretern. Zu ihren Aufgaben gehört es auch, lokale Teams vor Ort darin zu unterstützen, die Implementierung an die ortsspezifischen Gegeben-

heiten anzupassen und maßgeschneiderte Lösungen für konkrete Fragestellungen in den täglichen Arbeitsprozessen zu erarbeiten. Ausschlaggebend für den Erfolg sind die Motivation und die Einbindung der an den Prozessen beteiligten Mitarbeiter und der betroffenen Patienten. Die Methode orientiert sich an den Fragen: Was soll verbessert werden? Welche Maßnahmen führen zur Verbesserung? Woher weiß man, dass eine Veränderung auch tatsächlich eine Verbesserung ist? Zur Beantwortung dieser Fragen werden aktuelle Daten als Ausgangsbasis benötigt, eine Einbindung in lokale, regionale und nationale Netzwerke und ein Austausch mit allen am Prozess Beteiligten. Eine weitere Säule bei der Umsetzung des Programms sind sogenannte Qualitätsteams. Sie werden eingesetzt, wenn Qualitätsziele nicht eingehalten werden oder wenn die Varianz der Behandlungsqualität zwischen den Einrichtungen zu groß ist. Schließlich gehört zum Programm auch das „National Leadership Programme“, in dessen Rahmen Führungskräfte aus Krankenhäusern und in der Primärversorgung gemeinsam fortgebildet werden. Sie sollen auch darin geschult werden, Schwächen im System aufzudecken und sie als Lernpotenzial zu nutzen, um gezielt einzelne Verbesserungen herbeizuführen und eine systematische Verbesserungskultur zu etablieren.

In der dänischen Bevölkerung besteht eine hohe Akzeptanz von IT und Medizintechnologie. Der Umgang mit Telemedizin ist in den Alltag integriert. Digitalisierung ist ein zentrales Instrument in Dänemark, um ein bürgernahes, kohärentes und effizientes Gesundheitssystem zu schaffen. Zudem sind Patienten mündige Bürger und haben Zugang zu ihren eigenen Daten. Jeder Däne erhält schon bei Geburt eine persönliche Identifikationsnummer, die ihn auch durchs Gesundheitswesen begleitet. Bereits in den 1970er-Jahren wurde ein Nationales Patientenregister eingerichtet, das alle Klinikaufenthalte dokumentiert. All das erleichtert die Erfassung von Patientendaten und die Dokumentation von Verlaufspfaden. Schon seit 2003 gibt es ein offizielles Gesundheitsportal⁶⁾, zu dem alle Bürger und alle Leistungserbringer Zugang haben. Patienten bekommen darüber Zugriff auf ihre elektronische Patientenakte und ihre Medikationsakte. Die gemeinsame Medikationsakte ist seit 2014 bei Hausärzten und Krankenhäusern und seit 2015 bei allen Gemeinden in Dänemark implementiert und hat sich vor allem bei der Reduktion von Nebenwirkungen und Wechselwirkungen bewährt. Bewährt hat sich die Kommunikation mit Leistungserbringern, etwa um Termine zu buchen oder sich ein neues Rezept für Medikamente ausstellen zu lassen. Zahlreiche Serviceangebote für Patienten bieten zum Beispiel eine Organspende-Registrierung an oder geben Auskunft über Patientenrechte und Behandlungsqualität von Leistungserbringern sowie aktualisierte Informationen über Gesundheitsthemen und Krankheiten. Patienten können jederzeit einer Datenfreigabe widersprechen mit Ausnahme der Medikamenten-Datenbank. Da eben auch Leistungserbringer Zugang zu den elektronischen Patientendaten haben, können zum Beispiel die Patientenakte und die Medikationsakte zeitnah aktualisiert werden und Laborergebnisse sofort eingesehen werden. Über dieses System kön-

nen Leistungserbringer auch die Behandlung von Patienten zu Hause überwachen.

Momentan wird in Dänemark an zahlreichen innovativen eHealth-Projekten gearbeitet. Digitale und technische Lösungen eröffnen neue Möglichkeiten der Patientenversorgung, auch bei Patienten „zu Hause“. Apps und Telemedizin unterstützen die Patienten in der Behandlung, und sei es nur, um per SMS an die Einnahme von Medikamenten zu erinnern oder die Verlaufskontrolle der Diabeteseinstellung zu überwachen. Die Potenziale dieser Lösungen sind bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Auch für das Krankenhaus der Zukunft gibt es großen Bedarf an intelligenten technischen Lösungen. Die Regionen werden dafür sorgen, dass diese auch zu einer effizienteren Nutzung der Ressourcen vor Ort beitragen.⁷⁾

Ausblick

Dänemark hat sein ehemals verpflichtendes Akkreditierungssystem für Krankenhäuser aufgegeben und durch ein nationales Qualitätsprogramm ersetzt, das sich zum Ziel gesetzt hat, eine landesweite Verbesserungskultur zu etablieren. Das Land hat mit denselben Herausforderungen zu kämpfen wie die meisten anderen europäischen Länder: zunehmende Alterung der Bevölkerung, Anstieg chronischer Erkrankungen, Anstieg von Kosten etc. In diesem Kontext ist das Qualitätsprogramm nur ein Teil einer größeren Vision für die Zukunft, die mit drastischen Veränderungen im dänischen Gesundheitswesen einhergehen wird. Dies betrifft zahlreiche wichtige Bereiche, etwa das Gesundheitsmanagement der gesamten Bevölkerung, Value based healthcare, Big Data, personalisierte Medizin und eine politische Verpflichtung, nicht nur Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung zu stellen sondern für eine flächendeckende Verbesserung der Gesundheit der dänischen Bürger zu sorgen. Eine stärkere Spezialisierung an Krankenhäusern und die Bündelung des Know-hows als Folge der Zentralisierung, kombiniert mit einer verbesserten Vor- und Nachsorge der Patienten im ambulanten Bereich, sollen zu besseren Behandlungsergebnissen und reibungsloserem Versorgungsverlauf führen. Die Dänen sollen ein modernes und effizienteres Gesundheitssystem mit einer kohärenten Versorgung bekommen.

In vielen der Vorträge, die im Rahmen der Study Tour in Kopenhagen gehalten wurden, wurde versucht, Antworten auf die zentrale Frage zu geben: „Was bringt das nationale Qualitätsprogramm im Versorgungsalltag?“ Bei den Antworten geben sich die Dänen selbstbewusst. Zum Beispiel wurde die systematischere Herangehensweise und bessere Einbindung aller Beteiligten gelobt. Ähnlich werde eine bessere Dokumentation und Transparenz beobachtet, was sich auch im Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen zeige. Die stärkere Einbindung in Netzwerke und die zunehmend multidisziplinären Kooperationen würden die Datenerhebung und deren Austausch vereinfachen sowie auch die gemeinsame Reflexion darüber; allerdings sähe man es realistisch, dass die Datenerhebung weiter verbessert werden müsse. Zudem könne man erkennen, dass

der neue stärkere Fokus auf Patientenorientierung und -einbeziehung auch bei komplexen Fragestellungen zu besseren individuellen Lösungen beitragen. Das Bestreben der Dänen, Effizienz und Qualität in Kombination zu verbessern, würde zu einem breiten Spektrum an innovativen Gesundheitslösungen führen, von dem andere Länder noch lernen können.

Die Neustrukturierung der dänischen Krankenhauslandschaft und die neuen nationalen Ziele zur Verbesserung der Qualität im dänischen Gesundheitswesen sind es wert, einem breiteren deutschen Publikum vorgestellt zu werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat daher Herrn **Erik Jylling**, Executive Vice President Health Politics der „Danish Regions“, zu seiner jährlichen QS-Konferenz, eines der zentralen Foren für das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, im September nach Berlin eingeladen. Als ausgewiesener Experte des dänischen Gesundheitssystems wird er am 24. September 2018 in einem

Plenumsvortrag das neue dänische Qualitätsprogramm und die neuen nationalen Qualitätsziele vorstellen.⁸⁾

Anmerkungen

- 1) European Hospital and Healthcare Federation: <http://www.hope.be/study-tours/>
- 2) Rigshospitalet, Universitätskrankenhaus in Kopenhagen: www.rigshospitalet.dk
- 3) The local Government Reform and Evaluation: <https://www.regioner.dk/media/3029/the-local-government-reform-and-evaluation-20.pdf>
- 4) Danish Regions, Die neuen Regionen Dänemarks: <https://www.regioner.dk/services/in-english/regional-denmark>
- 5) Healthcare in Denmark – An Overview: https://www.sum.dk/English/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec-Healthcare-english-V16-dec.ashx
- 6) Dänisches Gesundheitsportal: www.sundhed.dk
- 7) Health for all – Vision for a Sustainable Healthcare, Danish Regions: <https://www.regioner.dk/media/8085/health-for-all.pdf>
- 8) Gemeinsamer Bundesausschuss: <https://www.g-ba.de/institution/service/veranstaltungen/qs-konferenzen/>

Neue Konzepte für noch mehr Patientensicherheit gesucht

Aktionsbündnis Patientensicherheit schreibt zum 6. Mal Preis aus

Für mehr Sicherheit in Kliniken, Praxen und Pflegeheimen zu sorgen – das ist ein zentrales Vorhaben des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS). Deshalb schreibt das APS gemeinsam mit der Aesculap AG, dem Ecclesia Versicherungsdienst, der MSD Sharp & Dohme GmbH und der Thieme Gruppe bereits zum sechsten Mal den Deutschen Preis für Patientensicherheit aus. Die mit insgesamt 19 500 Euro dotierte Auszeichnung richtet sich an Akteure im Gesundheitswesen, die mit zukunftsweisenden Best-Practice-Beispielen oder praxisrelevanten Forschungsarbeiten zu einer offenen Sicherheitskultur beitragen. Bewerbungen sind bis zum 4. November möglich.

„Um die Patientensicherheit in Deutschland steht es gut, aber es muss noch besser werden. Wichtig ist es uns dabei, aufzuzeigen und anzuerkennen, was bereits alles im Hinblick auf die Patientensicherheit getan wird. Das machen wir beispielsweise mit der Verleihung des Deutschen Preises Patientensicherheit“, sagt Dr. Ruth Hecker, Stellvertretende Vorsitzende des APS. Auch in diesem Jahr werden praxiserprobte Ideen und Maßnahmen gesucht, die die Patientensicherheit nachweislich fördern. Auch neue Forschungserkenntnisse zur Risikominimierung können eingereicht werden. Der Deutsche Preis für Patientensicherheit soll dazu beitragen, dass praxisrelevante Erkenntnisse zur Vermeidung von Fehlern einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt werden und so möglichst viele Nachahmer finden.

Damit sich die Sicherheitskultur in deutschen Gesundheitseinrichtungen besonders nachhaltig verbessern kann, ist es wichtig, dass schon frühzeitig ein Bewusstsein dafür entwickelt wird. „Patientensicherheit sollte deshalb in allen Gesundheitsberufen schon in der Ausbildung einen höheren Stellenwert bekommen“, so Hecker. „Zudem ist es wichtig, vermeidbare unerwünschte Ereignisse, Risiken und Fehler klar zu benennen und zu besprechen. Nur so können Akteure im Gesundheitswesen aus ihnen lernen.“ Das sei nach Ansicht des APS der richtige Weg – hin zu einer offeneren Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen.

Bei der Preisausschreibung werden zukunftsweisende Best-Practice-Beispiele oder praxisrelevante Forschungsarbeiten zum Thema Patientensicherheit und Risikomanagement gesucht. Um den Preis bewerben können sich sämtliche Akteure im Gesundheitswesen. Das APS schreibt den Preis auch in diesem Jahr gemeinsam mit der Aesculap AG, dem Ecclesia Versicherungsdienst, der MSD SHARP & DOHME GMBH und der Thieme Gruppe aus. Der erste Platz ist mit 10 000 €, der zweite mit 6 000 € und der dritte Platz mit 3 500 € dotiert. Die Verleihung findet auf der 14. APS-Jahrestagung am 9. und 10. Mai 2019 in Berlin statt. Einsendeschluss ist der 4. November 2018. Hinweise zur Bewerbung stehen unter: <http://www.aps-ev.de/ausschreibung/>.