



## Zur Person

**Prof. Dr. Tanja Manser** hat in Freiburg Psychologie studiert. Nach dem Diplom 1998 promovierte und habilitierte sie in Zürich zu arbeitspsychologischen Themen mit dem Schwerpunkt Patientensicherheit. Bis zur Berufung zur Direktorin des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn im Juni 2014 hatte die 42-Jährige eine Förderprofessur des Schweizerischen Nationalfonds an der Universität Fribourg inne. Forschungsaufenthalte führten sie an die University of Aberdeen (Schottland) und an die Stanford University (USA). Die Einrichtung ihres Lehrstuhls für Patientensicherheit wurde durch eine Stiftungsprofessur des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) möglich. Ab 2017 übernimmt die Universität Bonn die Finanzierung. Das Institut für Patientensicherheit gibt es bereits seit 2009. Die vom APS geförderte Einrichtung ist das deutschlandweit einzige Forschungsinstitut zu diesem Thema. Tanja Manser leitet dort ein interdisziplinäres Team von acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

# „Bei der Patientensicherheit sind wir keinesfalls spitze“

Mehr Teamarbeit, bessere Ausbildung, praxisnahe Forschung – im G+G-Interview erklärt **Tanja Manser** vom Institut für Patientensicherheit der Uni Bonn, was auf dem Weg zu einer neuen Sicherheitskultur im Gesundheitswesen noch fehlt.

**Frau Professor Manser, Sie sind von Haus aus Arbeitspsychologin. Wie kommen Sie zum Thema Patientensicherheit?**

**Tanja Manser:** Nach dem Studium bin ich mit einem Projekt zu Fehlern im Operationsaal in Berührung gekommen. Das Thema hat mich fasziniert und nicht mehr losgelassen. Als Arbeitspsychologin möchte ich Arbeitsbedingungen so gestalten, dass es Menschen leichter fällt, einen guten Job zu machen, und sie lange und gesund im Beruf bleiben können. Ein gutes Arbeitsklima ist dafür eine wesentliche Voraussetzung. Das gilt besonders im Gesundheitswesen, dem zunehmend Fachkräfte fehlen. Gutes Arbeiten im Team motiviert nicht nur Mitarbeiter, sondern nützt auch den Patienten. Hier müssen wir Synergien nutzen.

**Vor zehn Jahren wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet. Seitdem hat sich doch beim Thema Fehler in der Medizin und der Pflege viel getan. Oder täuscht dieser Eindruck?**

**Manser:** Auf gesundheitspolitischer Ebene sind wir relativ weit. Wenn ich dagegen in die Klinik gehe und auf einer Station mit Pflegekräften rede, ist von einer neuen Fehlerkultur leider noch wenig zu spüren. Deshalb halte ich es für riskant, dass im Moment sowohl in Teilen der Politik als auch bei einigen Ärzten, Kliniken und Krankenkassen der Eindruck vorherrscht, das Thema Patientensicherheit sei abgehakt. Das ist ein absoluter Trugschluss. Die neuere Forschung zeigt, dass im Gesundheits-

wesen ein nachhaltiges Umsetzen einer neuen Sicherheitskultur sehr schwierig ist. Nehmen Sie als Beispiel die „Checkliste Sichere Chirurgie“. Das ist ja keine Software, die man einfach herunterlädt und dann läuft das. Da geht es um soziale Innovation: Arbeitsprozesse müssen verändert, Hierarchien abgeflacht und neue Kommunikationswege gefunden werden. Es geht um einen echten Kulturwandel. Dabei helfen uns natürlich öffentlichkeitswirksame Aktionen wie der 1. Internationale Tag der Patientensicherheit mit Veranstaltungen in ganz Deutschland.

**Wo steht Deutschland denn in Sachen Patientensicherheit im internationalen Vergleich?**

**Manser:** Ich halte wenig von Benchmarking, da man sich dabei immer am Mittelwert ausrichtet. In der Qualität der Messung sind wir sicher vorne dabei. Bei der Umsetzung dagegen sind wir keinesfalls spitze. Deutschland ist wie auf zwei Zeitschienen unterwegs: Die Politik glaubt, sehr weit zu sein. Sie hat ja auch viele Vorstöße gemacht, wie zum Beispiel das Patientenrechtsgesetz. Die Praxis ist dagegen in Vielem hintendran.

**Das heißt: Auf der formalen Ebene läuft es, aber im Kopf hat es noch nicht „klick“ gemacht?**

**Manser:** Ich vergleiche das gerne mit der Einführung des Sicherheitsgurtes im Auto. Der Gurt wurde vor mehr als 30 Jahren

Pflicht. Aber es hat sehr lange gedauert, bis das Anlegen völlig selbstverständlich wurde. Der Aspekt der Patientensicherheit muss deshalb von Anfang an Bestandteil in der Ausbildung der Gesundheitsberufe sein. Die Ausbildung muss zugleich viel stärker interprofessionell ausgerichtet werden. Ich halte keine Vorlesung zur Patientensicherheit. Ich möchte vielmehr gemeinsam mit den Chirurgen und Anästhesisten, mit den Palliativmedizinern und Hausärzten genau das unterrichten, was für die Praxis relevant ist.

**Wo liegen aus Ihrer Sicht die größten Baustellen beim Thema Patientensicherheit?**



jenige, der die Arbeit macht, ist der Experte. Es zählt nicht, wie ein Prozess im Handbuch beschrieben ist, sondern wie er wirklich läuft – am Wochenende oder frühmorgens um vier Uhr. Das ist die Messlatte.

**Mit der geplanten Krankenhausreform rückt die Bundesregierung die Qualität der Behandlung in den Fokus. Ist das auch eine Chance für mehr Patientensicherheit?**

**Manser:** Natürlich überlappen sich die Themen Qualität und Sicherheit. Aber im Qualitätsmanagement geht es vor allem um Standardisierung und darauf aufbauend um Dokumentation von Aufgaben. In Sachen Patientensicherheit kommen wir damit



**Manser:** Wenn ich das Ganze betrachte, sind das in erster Linie die Schnittstellen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung. Wir müssen aufpassen, dass Patientensicherheit kein separates Thema der klinischen Versorgung wird. Probleme entstehen aber auch durch die immer komplexer werdenden Versorgungsprozesse mit einer zunehmenden Spezialisierung im ärztlichen Bereich. Hier gilt es, Konzepte zu entwickeln, die das Ganze und nicht den Teilausschnitt im Blick haben. Wichtig ist es vor allem, die Klinikärzte einzubeziehen. Beim Aufbau des Qualitätsmanagements ist viel daran gescheitert, dass man sie nicht ausreichend beteiligt hat. Wer nicht einbezogen wird, wird die Veränderung nicht mittragen.

**Sie setzen sich für eine bessere Grundlagenforschung ein. So wie Sie es schildern, fehlt es aber eher an der praktischen Umsetzung der Erkenntnisse.**

**Manser:** Das ist kein Gegensatz. Mir geht es um bessere Implementationsforschung: Wie schaffen wir es, Forschungsergebnisse in die Praxis zu bringen? So helfen zum Beispiel Checklisten wenig, wenn die Einführung nicht mit einer Schulung verbunden ist und Prozesse sich nicht ändern. Wir müssen verstehen, was wirklich in der Klinik oder in der Praxis passiert. Da hat es sich die Forschung bisher ein bisschen zu einfach gemacht. Mein Ansatz: Wir müssen dahingehen, wo die Arbeit passiert. Der-

nur bedingt weiter. Ein wesentlicher Teil der Medizin ist das Unerwartete. Wir reden von Behandlungsfehlern, wenn nicht nach den anerkannten Standards gearbeitet wurde. Für manche Situationen gibt es aber keinen Standard. Deshalb wird im Moment unter Patientensicherheitsexperten viel über Resilienz diskutiert – also die Fähigkeit, mit Unerwartetem, mit Überraschungen flexibel umgehen zu können und einen sicheren Weg zu finden. Es spricht viel dafür, dem Bauchgefühl wieder mehr Wert beizumessen. Wir brauchen eine Balance zwischen Standardisierung und der ärztlichen Fähigkeit, Unerwartetes zu bewältigen. Da, wo es intensiv auf gute Zusammenarbeit ankommt und wo es wahnsinnig schnell gehen muss, wenn etwas passiert – Intensivstation, Geburtshilfe oder der pädiatrische Bereich – da verschwinden auch die Grenzen zwischen den Professionen schneller. Das zeigen insbesondere die sehr erfolgreichen Teamtraining-Projekte „SimparTeam“ für die Geburtshilfe und „PAEDSIM“ für die Kindernotfallhilfe.

**Krankenhauskeime sind einer der größten Unsicherheitsfaktoren für Patienten. Die Krankenkassen zahlen den Kliniken bis 2020 rund 365 Millionen Euro zusätzlich für ein Hygiene-Sonderprogramm. Trotzdem scheint sich wenig zu verbessern.**

**Manser:** Nimmt man die Infektionsraten, kann man diesen Eindruck bekommen, dass es mit der Hygiene eher schlechter



geworden ist. Aber wir können heute auch viel genauer messen als noch vor zehn Jahren. Zudem schauen wir genauer hin. Zugleich nimmt die Komplexität der Behandlungen zu, mit denen mehr Fehler einhergehen können. Dass sich einige Qualitätsindikatoren in den vergangenen zehn Jahren eher verschlechtert als verbessert haben, ist also auch auf veränderte Messmethoden und die wachsende Komplexität der Medizin zurückzuführen. Hinzu kommt: Gute Projekte kommen ohne lokale Anpassung bei Personal und Patienten nicht an. Es wird gespart, wo es richtig teuer werden kann: bei kontinuierlichen Schulungen und Baumaßnahmen, die eine sichere Behandlung fördern, zum Beispiel separate Räume zur Vorbereitung der Medikation.

natürlich immer noch Situationen, wo sich Patienten nicht trauen, Ärzten und Pflegekräften zu sagen „Können Sie sich bitte die Hände desinfizieren“. Für solche Selbstverständlichkeiten sollte man eigentlich als Patient nicht all seinen Mut aufbringen müssen.

**In puncto Patientensicherheit geht es fast immer nur ums Krankenhaus. Welche Rolle spielt das Thema im ambulanten Bereich?**

**Manser:** Wir haben gerade ein Projekt zum ambulanten Operieren beendet: Patientenidentifikation und Markieren des Eingriffsortes. Es geht darum, das für den Krankenhausbereich entwickelte in den ambulanten Bereich zu übertragen. Hier ist der



„Checklisten helfen wenig, wenn es keine Schulung für Ärzte und Pflegekräfte gibt.“

### Fehlt der Handlungsdruck?

**Manser:** Leider tut es den Krankenhäusern bei uns noch nicht ausreichend weh, wenn sie sich nicht engagieren. International sind diejenigen Länder sehr weit, in denen es für ein Haus das Aus bedeuten kann, wenn es als Organisation für eine Patientenschädigung mit belangt werden kann. Das heißt aber nicht, dass ich mir eine klagefreundlichere Gesellschaft wünsche. Aber man muss schon überlegen, ob es nicht Konsequenzen haben sollte, wenn machbare Dinge bewusst unterlassen werden. Ich habe den Eindruck, dass in Deutschland viele darauf setzen, dass das Thema Patientensicherheit wieder verschwindet. Aber es bleibt, so lange es Patienten gibt. Wir müssen uns aber auch als Gesellschaft überlegen, wie viel uns Sicherheit wert ist. Eine Klinik, die möglichst wenige Schadensfälle haben will, könnte alle riskanten Bereiche schließen. Das geht aber nicht, weil wir eine möglichst flächendeckende Versorgung wollen.

### Im Gesundheitswesen wird viel über die Patienten geredet. Sprechen Sie auch mit den Patienten?

**Manser:** Unser Institut bezieht die Patientenperspektive mit ein. Zum Beispiel, indem wir Patienten befragen, wie sie die Sicherheitskultur erlebt haben. Diese Aussagen fließen dann in das interne Feedback für die Krankenhäuser ein. Patienten informieren sich heute mehr, sie organisieren sich mehr. Aber es gibt

Umgang mit dem Thema Patientensicherheit noch mehr als im Krankenhaus auf die Initiative Einzelner angewiesen. In der Breite ist es noch nicht angekommen. Aber es gibt immer mehr niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die in ihrem Qualitätszirkel Sicherheitsfragen ansprechen oder über Fehler diskutieren.

**Das Thema Datenschutz spielt im Gesundheitswesen eine große Rolle. Viele Versorgungsforscher fühlen sich ausgebremst. Behindern die strengen Auflagen auch die Anstrengungen für mehr Patientensicherheit?**

**Manser:** Tatsächlich werden wir mit der nachträglichen Analyse von Patientenakten ein Problem bekommen. Hier macht ein streng ausgelegter Datenschutz eine aussagekräftige Forschung unmöglich. Denn wir dürfen nur Patienten einbeziehen, die in der Lage sind, ihr Einverständnis zu geben. Vorgaben auf europäischer Ebene untersagen es zudem, Patientenakten zu analysieren, wenn man nicht direkt an der Versorgung beteiligt ist. Ausnahmen gibt es hier nur für die Qualitätssicherung. Die Datenschutzbeauftragten der Bundesländer werden klären müssen, ob es auch Ausnahmen für die Versorgungsforschung geben sollte. Ich kann das nur dringend empfehlen. ■

Die Fragen stellte **Thomas Rottschäfer**, freier Journalist mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik. **Kontakt: info@satzerstand.de**