



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Für eine sichere Gesundheitsversorgung

- **Wer wir sind**
- **Was wir wollen**
- **Wie wir unsere Ziele erreichen**

Impressum

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
c/o Prof. Dr. Matthias Schrappe
Dekan der Fakultät für Medizin, Universität Witten-Herdecke
Alfred Herrhausen Str. 50
58448 Witten
Tel. 02302 926-793
www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

Diese Broschüre wurde mit freundlicher Unterstützung
des AOK-Bundesverbandes produziert.

Stand: September 2005

Ein neues Fehlerverständnis entwickeln

Im April 2005 gründeten eine große Zahl von Vertretern der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände und der Patientenorganisationen das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Wir wollen mit diesem Bündnis die Patientensicherheit verbessern. Dafür brauchen wir ein Fehlerverständnis, das neben der individuellen Verantwortung die Kommunikations-, Team- und Systemfaktoren in den Vordergrund stellt. Fehler sollen nicht länger einem Tabu unterworfen sein. Sie gehören zum medizinischen Alltag, müssen aber genau analysiert werden, damit sie sich nicht wiederholen. Sanktion tritt zurück hinter das Bestreben, aus Fehlern zu lernen.

Nach internationalen Daten sind zum Beispiel im Krankenhaus unerwünschte Ereignisse bei zwischen fünf und zehn Prozent der Patienten zu erwarten. Es ist die Aufgabe des Aktionsbündnisses und der wissenschaftlichen Arbeit der Geschäftsstelle, die Übertragbarkeit der internationalen Daten auf das deutsche Gesundheitssystem zu prüfen. Das Aktionsbündnis ermittelt einen Status quo zur Frage der Patientensicherheit und entwickelt eine „Agenda Patientensicherheit 2005“. Wir erarbeiten aber auch konkrete Empfehlungen beispielsweise zur Vermeidung von Operations- und Medikationsfehlern sowie zu Fehlerberichts- und Patientenidentifikationsystemen.

Wir bedanken uns bei Personen und Institutionen, die geholfen haben, den Boden für ein Engagement in der Patientensicherheit zu bereiten. Dazu gehören die Berliner Ärztekammer und die AOK, die den Berliner Gesundheitspreis 2002 für beispielhafte Projekte zur Fehlervermeidung vergeben haben, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, die ihre 11. Jahrestagung der Patientensicherheit gewidmet hat, die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Bundesärztekammer. Die 122. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der 108. Deutsche Ärztetag haben sich positiv zur Thematik bekannt. Ohne diese Vorarbeit wäre es nicht möglich gewesen, das Aktionsbündnis Patientensicherheit zu gründen und erfolgreich zu etablieren. Last not least gebührt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Dank für die Zusage einer Anschubfinanzierung.



Professor Dr. Matthias Schrappe
Vorsitzender des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Unser Anliegen: Risiken verringern – Sicherheit steigern

Innovationen auf dem Gebiet der diagnostischen und therapeutischen Methoden in der Gesundheitsversorgung haben zu einer Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten zahlreicher Erkrankungen geführt, nicht zuletzt auch bei Patienten mit Mehrfacherkrankungen oder im hohen Alter. Die immer komplexer werdenden Untersuchungs- und Behandlungsabläufe erfordern ein hohes Maß an Kommunikation, vorausschauender Planung und professioneller Beherrschung von Schnittstellenproblematiken, um die Sicherheit der Patienten gewährleisten zu können. Die Zwischenfallraten sind hoch: Nach jüngsten, im Ausland durchgeführten Studien, erleiden fünf bis zehn Prozent der Patienten im Krankenhaus unerwünschte Ereignisse. Zwischen 30 und 50 Prozent dieser Ereignisse müssen als vermeidbar eingeschätzt werden. Aufbauend auf die bislang in die Vergangenheit gerichtete Behandlungsfehleranalyse, kann die Entwicklung von prospektiven Fehlervermeidungsstrategien einen wertvollen Beitrag zur Steigerung der Patientensicherheit leisten.

Daten sammeln

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit setzt sich für eine kontinuierliche Verbesserung der Sicherheit der Patienten in Deutschland ein. Repräsentative Daten zur Häufigkeit von Zwischenfällen, Fehlern und daraus resultierenden Schäden müssen erarbeitet werden. Es besteht Handlungs- und Umsetzungsbedarf hinsichtlich einer effektiven und effizienten Risikoprävention, die ein individuelles und kollektives Lernen aus den Zwischenfällen fördert. Es ist ein Verständnis von Fehlern und Schäden zugrunde zu legen, das einerseits an der individuellen Verantwortlichkeit festhält. Andererseits beruht dieses neue Fehlerverständnis auf dem Konzept der Fehlerkette, berücksichtigt die organisations- und kommunikationsbedingten Ursachen und unterstützt die Organisationen beim Aufbau und der Unterhaltung von Meldesystemen durch Gewährung eines sanktionsfreien Raumes.

Ein Netzwerk bilden

Alle verfügbaren Informationsquellen sind zu nutzen. Zur Förderung einer Sicherheitskultur und zur Verbesserung der Fehlerprävention sowie der daraus resultierenden Minimierung von Fehlerfolgen sind die Erkenntnisse heranzuziehen, die zum Beispiel im Zusammenhang mit der Leitlinienimplementierung und dem Qualitätsmanagement in den letzten Jahren gewonnen wurden. Die bestehenden Initiativen müssen koordiniert werden. Die Bildung einer Informationsplattform im Sinne eines Netzwerkes auf freiwilliger Basis, das einen Austausch des existenten Wissens für alle Nutzer gewährleistet, ist voranzutreiben. Die unterschiedlichen Perspektiven der Patienten, der Berufs- und Fachgruppen im Gesundheitswesen, der Politik, der Kostenträger, der Wissenschaften, der Organisationen, der Mitarbeiter, der Öffentlichkeit und Medien, der Rechtsprechung und der Versicherungen sind einzubeziehen.

Die Fachdiskussion vorbereiten

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit verbindet Ansätze aus der Wissenschaft, der Fehleranalyse, der Kommunikationsforschung und der Technik, um einen Masterplan Patientensicherheit aufzustellen, in dem das kurz- und mittelfristige Arbeitsprogramm niedergelegt ist. In einem zweiten Dokument, der Agenda Patientensicherheit 2005, wird der Status quo beschrieben und daraus der Handlungsbedarf abgeleitet, sodass sich die öffentliche und fachliche Diskussion auch in Deutschland auf eine transparente und umfassende Stellungnahme beziehen kann.

Interessierte Personen und Organisationen sind eingeladen, dem Aktionsbündnis beizutreten, die Arbeit am Thema Patientensicherheit zu unterstützen und aktiv zur Verbesserung der Patientensicherheit beizutragen (*Beitrittsformular in diesem Heft auf Seite 15*).

Masterplan Patientensicherheit

Der Masterplan Patientensicherheit umfasst das kurz- und mittelfristige Arbeitsprogramm des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

1 Feststellung des Status quo und Beschreibung des Handlungsbedarfs in Deutschland: Die Agenda Patientensicherheit 2005

- 1.1 Internationaler Status quo
- 1.2 Nationaler Ist-Zustand: Bestehende Initiativen/Projekte
- 1.3 Definition der Arbeitsfelder
- 1.4 Vorliegende Informationen zur Häufigkeit von Zwischenfällen, Fehlern und Schäden in Deutschland
- 1.5 Beinaheschäden und Fehlerursachen
- 1.6 Fach- und berufsgruppenspezifische sowie sektorale Probleme und Lösungsansätze
- 1.7 Wissenstransfer aus anderen Bereichen
- 1.8 Die Ebene der Organisationen
- 1.9 Handlungsabläufe, Schnittstellenproblematik, Kommunikation und Lernen in komplexen Organisationen
- 1.10 Rechtliche Bedingungen der Risikoprävention in Organisationen
- 1.11 Prävention von Fehlern und Schäden: internationaler Kontext
- 1.12 Beteiligte Organisationen und deren Aktionen in Deutschland
- 1.13 Handlungsbedarf in Deutschland

2 Start des Aktionsbündnisses: konkrete Projekte

- Projekt 1: Medikationsfehler und -sicherheit
- Projekt 2: Wrong Site Surgery
- Projekt 3: Patientenidentifikation
- Projekt 4: Aufbau von Trainingszentren
- Projekt 5: Entwicklung und Etablierung nutzeradäquater Berichtssysteme
- Projekt 6: Curriculum kommunikative Elemente/Fehlertraining

3 Sicherung der Arbeitsstruktur: Organisation und Finanzierung

- Gründung, Räumlichkeiten und Personal, Finanzierung,
- Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit,
- jährliche Durchführung von Veranstaltungen und Kongressen

Projekt 1: Medikationsfehler und -sicherheit

Hintergrund und internationale Erfahrungen

Medikationsfehler gehören zu den wichtigsten Gefahrenquellen für die Patientensicherheit. In der Harvard Medical Practice Study (Leape et al. 1991) traten 17,7 Prozent aller vermeidbaren unerwünschten Ereignisse im Medikationsbereich auf. In weiteren amerikanischen und australischen Studien konnten ein bis zwei Prozent aller stationären Aufnahmen ebenfalls auf Medikationsfehler zurückgeführt werden. Im Rahmen der internationalen PCISME-Studie (Primary Care International Study on Medical Errors) stellten sie mit 35 Prozent die größte Gruppe der berichteten Fehlerereignisse im hausärztlichen Bereich dar. Im deutschen Teil dieser Studie betrug ihr Anteil 30,4 Prozent.

International sind Anstrengungen zur Prävention von Medikationsfehlern prioritär. Die britische National Patient Safety Agency setzt derzeit eine konkrete Strategie zur Verbesserung der Medikamentensicherheit (Improving Medication Safety 2004) um und benennt jährlich spezifische Zielmedikationen, ebenso wie auch US-amerikanische oder australische Institutionen. In Deutschland finden sich bisher nur vereinzelt Studien zur Medikationssicherheit – insgesamt ist die Datenlage unzureichend.

Ziele, Methoden und Ausblick

In den nächsten Jahren sollte die Medikationssicherheit in Deutschland effektiv verbessert werden. Dazu ist eine wissenschaftliche Aufarbeitung von Medikationsfehlern zur Bestimmung des Ist-Zustandes erforderlich. In Studien müssen insbesondere spezifische fehlerverursachende Bedingungen in Klinik und Praxis erforscht werden. Außerdem sollten Strategien zur Vermeidung von Medikationsfehlern auf nationaler Ebene für den ambulanten und stationären Bereich formuliert werden. Fehlerberichts- und Lernsysteme, Qualitätsmanagement-Systeme, Leitlinien zur Medikationssicherheit und Patienteninformationen können hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit will die verschiedenen Anstrengungen zum Thema Medikationssicherheit auf nationaler Ebene bündeln, insbesondere durch Unterstützung von Forschungsprojekten. Austausch und Kooperationen zwischen Fachdisziplinen, Berufsverbänden, Patientenorganisationen und der Politik sollen gefördert und die Öffentlichkeit darüber informiert werden.

Projekt 2: Wrong Site Surgery – Patient, Seite oder Verfahren verwechselt

Hintergrund und internationale Erfahrungen

Studien und Projekte zur „Wrong Site Surgery“ befassen sich nicht nur mit Seitenverwechslungen bei Operationen, sondern mit allen Ereignissen bei denen eine falsche Prozedur, ein falscher Patient oder auch an der falschen Stelle oder Seite operiert wird (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, JCAHO). Verwechslungen in der Medizin sind zwar in der Regel eindeutig charakterisierbar. Dennoch ist die Datenlage äußerst lückenhaft. Verwechslungen werden derzeit vornehmlich in operativen Disziplinen erfasst. Die American Society of Hand Surgeons (ASSH) teilte 2003 mit, dass 21 Prozent der Handchirurgen persönliche Erfahrung mit Verwechslungen hatten. Die Wahrscheinlichkeit einer registrierten Verwechslung betrug eins zu 27.000 (Meinberg et al. JB&JS 2003;2:193). Operativ tätige Augenärzte hatten in zehn Prozent gleichlautende Erfahrungen (Loft et al Ophthalmic Surg 2004;35:182). Allerdings wurden bei der JCAHO zwischen 1995 und 2002 „nur“ 197 Fälle registriert (Scheidt RC AORN J 2002;76:770). Bei einem großen Ärzteversicherer wurden zwischen 1985 und 1995 hingegen bereits 331 Fälle bearbeitet (Claims Data, Rockville, MD, Physicians Insurers Association of America, PIAA 1996).

Bedarf und Ausblick

Obleich Wrong Site Surgery vor dem Hintergrund häufigerer Gefahrenquellen und Fehlermöglichkeiten in der medizinischen Leistungserbringung eher selten ist, darf ihre Bedeutung keinesfalls unterschätzt werden. Die Folgen von Wrong Site Surgery sind ausnahmslos Mayor-Komplikationen mit stets massiven Auswirkungen im Innen- und Außenverhältnis eines Krankenhauses oder einer Praxis. Während im angloamerikanischen Sprachraum nationale Organisationen und Berufsverbände Fehlerberichtssysteme und Leitlinien für die Vermeidung von Verwechslungen im Behandlungsprozess entwickelt und eingerichtet haben (*siehe im Internet unter www.jcaho.org, www.aorn.org, www.patientsafety.org*), existieren in Deutschland keine vergleichbaren Strukturen. Das Problem der Wrong Site Surgery verdeutlicht den außerordentlichen Stellenwert, den Bemühungen um Optimierung von Abläufen und Prozessen, Verbesserung der Kommunikation und Anwendung von erprobten Techniken der Prävention haben.

Ziele und Methoden

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit will dazu beitragen, das Ausmaß des Problems zu ermitteln, indem eine solide Wissensbasis in Bezug auf Verwechslungen in der Medizin, speziell Wrong Site Surgery für Deutschland generiert wird. Hierzu müssen fehlerbezogene Datenquellen (Schlichtungsstellen, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Versicherungen) herangezogen werden und verbindliche Meldesysteme aufgebaut werden. Es ist unstrittig, dass behandlungsassoziierte medizinische Fehler ihre Ursache häufiger auf der Systemebene, das heißt in Defiziten der Organisation der Leistungserbringung, und weniger auf der Ebene eines individuellen Versagens haben. Das Aktionsbündnis begreift es deshalb als seine Aufgabe, zur Verbreitung von Strategien der Fehlererkennung und Fehleranalyse (unter anderem Root-analysis, Human-Factors Engineering-(HFE)-analysis) sowie von Fehlerpräventionsstrategien, die auf der Systemebene ansetzen, beizutragen.

In Workshops sollen deshalb speziell die Themen Ablauforganisation, Team-Faktoren, Techniken der Fehleranalyse und Techniken der Prävention erarbeitet werden. Diese Instrumente sollen in die Lage versetzen, Fehlerquellen zu identifizieren, zu analysieren und Strategien zu entwickeln, um die Fehlerhäufigkeit zu reduzieren.

Projekt 3: Patientenidentifikation – die richtige Therapie für den richtigen Patienten

Hintergrund und internationale Erfahrungen

Dass jeder Patient die ihm zugeordnete Therapie erhält, ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Verwechslung von Medikamenten, aber auch Verwechslung von Patienten ist entgegen dieser Annahme ein täglich wiederkehrendes Ereignis. Die daraus resultierenden Gefährdungen und Schädigungen von Patienten sind nach Expertenschätzung dramatisch. Am 25. Februar 2004 hat die amerikanische Arzneimittel-Zulassungsbehörde (FDA) daher eine Barcode-Kennzeichnung aller Medikamente vorgeschrieben. Im Krankenhaus sollen auch Patienten durch ein Barcode-Armband identifiziert werden können, sodass zum Beispiel Fehler bei der Verteilung von Medikamenten vermieden werden. Die FDA schätzt das Einsparpotenzial durch den Einsatz patientenidentifizierender Technologie auf 93 Milliarden Dollar innerhalb der nächsten 20 Jahre. Mehr als 500.000 unerwünschte Arzneimittelwirkungen sollen sich damit innerhalb dieser Zeit verhindern lassen, so die FDA. Der Einsatz patientenidentifizierender Technologie ist in den USA also beschlossen, aber noch lange nicht flächendeckend umgesetzt. In Deutschland gibt es erst wenige Kliniken, die sich mit dieser Technologie beschäftigen oder sie im Regelbetrieb einsetzen.

Konzept und Umsetzung

Der Einsatz von Patientenidentifikationssystemen wie Barcoding oder der technologisch moderneren Variante Radiofrequency Identification (RFID) hat nicht nur technologische Aspekte. Der Datenschutz, die Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität und die Abläufe sowie die damit verbundenen Kosten sind ebenfalls zu bedenken. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit will ein Forum für die an diesem Thema Interessierten sein, Erfahrungsaustausch bieten und Implementierungshilfen entwickeln. Im ersten Schritt wird das Aktionsbündnis dazu die datenschutzrechtlichen Aspekte beim Einsatz von Patientenidentifikationssystemen beleuchten. Im zweiten Schritt soll eine Bestandsaufnahme der praktischen Erfahrungen mit Patientenidentifikationssystemen in Deutschland gemacht werden. Danach im dritten Schritt ist vorgesehen, eine Kosten-Nutzen-Analyse durchzuführen und Anforderungen an die Patientenidentifikationssysteme aus Sicht von Patient und Arzt zu formulieren.

Projekt 4: Aufbau von Trainingszentren

Hintergrund und internationale Erfahrungen

„It is time to stop counting and to start acting“, es ist Zeit, mit dem Zählen aufzuhören und etwas zu tun, so sagt es Beth Lilja, Präsidentin der Dänischen Initiative für Patientensicherheit. Das wirft eine Reihe von Fragen auf:

- Welches sind die ersten Schritte auf dem Weg zu mehr Patientensicherheit?
- Was wird auf welche Weise und an welche Mitarbeiter vermittelt?
- Welche Konzepte sind praxistauglich und welche Fehler können vermieden werden?

Training heißt, Handlungskompetenz unter und für reale Rahmenbedingungen zu erwerben und von den Erfahrungen anderer zu lernen. Ohne die Möglichkeit, Fehlervermeidung zu erlernen und einzuüben, können Bemühungen um die Verbesserung der Patientensicherheit nicht erfolgreich sein. In England ist deshalb seit April 2005 das Erlernen von Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit obligater Bestandteil der ärztlichen Ausbildung.

Konzept und Umsetzung

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit möchte Lernhilfen und Trainingsmöglichkeiten für das Erlangen von Handlungskompetenz bereitstellen. Es sollen Analyseinstrumente gesammelt, diskutiert und weiterentwickelt werden, um den niedergelassenen Ärzten wie dem stationären Bereich praxistaugliche Instrumente zur Selbstbeurteilung zur Verfügung zu stellen. Das Aktionsbündnis will Materialien entwickeln, die zum Beispiel an Fallstudien verdeutlichen und vermitteln, wo Patientensicherheit suboptimal ist und wie sie verbessert werden kann. Es sollen Trainingszentren aufgebaut werden, in denen Interessierte im Rahmen von Hospitationen praktische Fertigkeiten zur Verbesserung der Patientensicherheit erlernen und einüben können.

Projekt 5: Entwicklung und Etablierung nutzeradäquater Berichtssysteme

Hintergrund und internationale Erfahrungen

Fehlerberichtssysteme sind seit vielen Jahren in sicherheitsorientierten Industrien (zum Beispiel Luftfahrt, *siehe <http://asrs.arc.nasa.gov>*) etabliert. Sie leisten durch die konstruktive Nutzung von Fehlerberichten einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung der Sicherheit. In Ländern wie Großbritannien und der Schweiz wurden bereits medizinische Fehlerberichtssysteme für den ambulanten und stationären Sektor eingerichtet. In Deutschland existieren in Krankenhäusern bisher nur sehr vereinzelt interne Fehlerberichtssysteme. Im ambulanten Bereich stehen zwei internet-basierte Berichtssysteme zur Verfügung, zum einen unter *www.jeder-fehler-zaehlt.de* für Hausärzte und zum anderen unter *www.cirsmmedical.ch/kbv* das Berichtssystem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Ziele und Methoden

Einerseits sollen durch die Analyse von Fehlerberichten im Gesundheitswesen häufige beziehungsweise wichtige Fehlerbereiche (zum Beispiel in Krankenhäusern, Abteilungen oder Arztpraxen) festgestellt und deren Ursachen analysiert und beseitigt werden. Andererseits sollen Fehlerberichtssysteme das individuelle Lernen aus Fehlern anderer ermöglichen. Grundsätzlich sollten sie vertraulich, sanktionsfrei, freiwillig und unabhängig sein. Außerdem sollten eine systemorientierte Analyse des Ereignisses, konstruktive Verbesserungen beziehungsweise Empfehlungen und eine zeitnahe Rückmeldung an den Meldenden erfolgen.

In Deutschland sollten im stationären Sektor sowohl Krankenhaus-interne als auch Krankenhaus-übergreifende Fehlerberichtssysteme flächendeckend etabliert und genutzt werden. Im ambulanten Sektor ist die Einrichtung von Fachgruppen-spezifischen Fehlerberichtssystemen wünschenswert. In allen Bereichen müssen darüber hinaus Strategien zur Analyse von gemeldeten Fehlern weiterentwickelt und im deutschen Kontext erprobt und angewandt werden.

Projekt 6: Curriculum kommunikative Elemente/Fehlertraining

Hintergrund

Seit mehreren Jahren beschreibt das Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement die Randbedingungen der medizinischen Qualitätssicherung und definiert in einem strukturierten Lernzielkatalog die Lehr- und Lerninhalte, die notwendig sind, um die Grundlagen des Qualitätsmanagements für die ärztliche Berufsausübung zu erlangen. In den letzten Jahren sind zunehmend die Begriffe Fehlermanagement beziehungsweise Risikomanagement im medizinischen Umfeld eingeführt worden. Dabei wird mit Verweis auf die Industrie, insbesondere die Luftfahrt und Hochrisikoindustrie, zunehmend der Vergleich mit dem Gesundheitswesen angestellt. Hier wird jedoch ziemlich unkritisch mit den verwendeten Begriffen sowie mit der Übertragung der Konzepte, insbesondere der Kommunikationskonzepte, die in diesen Bereichen in den letzten Jahren entwickelt worden sind, umgegangen. Erste Ansätze zur Erläuterung beziehungsweise Definition sind im Leitfaden Patientensicherheit des Ärztlichen Zentrums für Qualität sowie im Glossar Patientensicherheit beschrieben worden.

Ziele und Methoden

Im Curriculum kommunikative Elemente/Fehlertraining sollen in Analogie zum Curriculum Qualitätssicherung die Lernzielinhalte beziehungsweise die Kommunikationsstrukturen geschaffen werden, die notwendig sind, um die Thematik vorurteilsfrei und objektiv diskutieren zu können. Insbesondere sollen dabei auch die wissenschaftlichen Hintergründe und Theorien zu Fehlerarten und Fehler- beziehungsweise Sicherheitskultur, die Entwicklung in anderen Organisationsstrukturen sowie die Möglichkeiten der Übertragbarkeit ins Gesundheitswesen eingegangen werden. Es soll der Anstoß zur stufenweisen Implementierung in Aus-, Fort-, und Weiterbildung sowie einer möglichen Einbindung in das Curriculum Qualitätssicherung gegeben werden.

Die Gründungspartner des Aktionsbündnis Patientensicherheit

Vertreter nahezu aller Berufsgruppen des deutschen Gesundheitswesens und eine große Zahl von Personen, die sich für mehr Patientensicherheit engagieren wollen, waren an der Vorbereitung und der Gründung des Aktionsbündnis Patientensicherheit beteiligt. Zu den Mitgliedern des Aktionsbündnisses gehörten Mitte Juli 2005:

- AOK-Bundesverband
- Ärztekammer Berlin
- Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft e.V.
- Deutscher Pflegerat e.V.
- Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.
- Kooperation für Transparenz und Qualität GmbH
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- Vivantes Netzwerk für Gesundheit

Der geschäftsführende Vorstand

- Vorsitzender: Prof. Dr. Matthias Schrappe, Witten
- Stellvertretender Vorsitzender: Dr. Günther Jonitz, Berlin
- Geschäftsführer: Priv.-Doz. Dr. Daniel Grandt, Saarbrücken

Die Beisitzer:

- Prof. Dr. Dieter Conen, Aarau
- Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Frankfurt
- Prof. Dr. Dieter Hart, Bremen
- Dr. Jörg Lauterberg, Bonn
- Hannelore Loskill, Düsseldorf
- Prof. Dr. Matthias Rothmund, Marburg

Aktuelle Informationen zum Aktionsbündnis im Internet unter **www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de** (u. a. mit Protokollen der Arbeitsgruppen und Informationen über Tagungen, für Mitglieder existiert ein Passwort-geschützter Bereich)

Antrag auf Mitgliedschaft im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches förderndes Mitglied
in das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. Ich bin darüber informiert, dass über den Aufnahmeantrag der
Vorstand zeitnah entscheidet.

Als Mitgliedsbeitrag bezahle ich pro Jahr: als ordentliches Mitglied 75,00 €
 als förderndes Mitglied 300,00 €
(mindestens 4-facher Mitgliedsbeitrag)

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Firmenadresse als Kontaktadresse

Privatadresse als Kontaktadresse

.....
Firmenname

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Abteilung sowie Ihre Position

.....
Straße, Hausnummer

.....
Titel, Vorname, Name, Ansprechpartner

.....
Land, PLZ, Ort

.....
Straße, Hausnummer

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Herrn Priv.-Doz. Dr. D. Grandt
Chefarzt der Med. Klinik I
Klinikum Saarbrücken
Auf dem Winterberg 1
66119 Saarbrücken

Fax: +49 (0)681 963-2514

.....
Land, PLZ, Ort

.....
Ausbildung, ausgeübte Tätigkeit

.....
Telefon

Fax

E-Mail

.....
Datum

.....
Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass für die Erstellung einer Mitgliederliste (jährlicher Versand) meine Adresse weitergegeben
werden darf. ja nein

Einzugsermächtigung (nur in Deutschland möglich)

Hiermit ermächtige ich das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. zur Einziehung meines Mitgliedsbeitrages.

.....
Kontoinhaber (Privatperson oder Institution) bitte unbedingt ausfüllen!

.....
Geldinstitut

.....
Kontonummer

.....
Bankleitzahl

.....
Datum

.....
Unterschrift



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de