

**Protokoll der Delegiertenkonferenz
der AWMF
am 13. Mai 2006
in Frankfurt am Main**

Geschäftsstelle | office: **AWMF-Büro Berlin**
Moorenstr. 5, Geb. 15.12 | Langenbeck-Virchow-Haus
(H.-Heine-Universität) | Luisenstr. 58/59
D-40225 Düsseldorf | **D-10117 Berlin**
Telefon (0211) 31 28 28 | Telefon: (030)2800-4410
TeleFAX (0211) 31 68 19 | TeleFAX: (030)2800-4419
e-mail: awmf@awmf.org

Beginn der Sitzung: 9.⁰⁰ Uhr

Prof. Encke eröffnet die Delegiertenkonferenz und tritt in die Tagesordnung ein.

TOP 1: Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird mit geringfügigen Umstellungen in der Reihenfolge der Tagesordnungspunkte genehmigt, der ursprünglich vorgesehene TOP 3 „Neuaufnahme von Fachgesellschaften“ kann ganz entfallen, da keine abstimmungsreifen Anträge vorliegen.

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Delegiertenkonferenz vom 12. November 2005

Prof. Encke berichtet, dass gegen das Protokoll bei der Geschäftsstelle der AWMF bisher keine Einwände eingegangen sind. Er befragt die Delegierten, ob Änderungswünsche am Protokoll vorliegen. Dies ist nicht der Fall, das Protokoll wird per Akklamation genehmigt.

TOP 3: Bericht des Präsidiums

Prof. Encke berichtet, dass die chirurgischen Fachgesellschaften eine Resolution verabschiedet haben, mit der sie ihre Solidarität mit den streikenden wissenschaftlichen und ärztlichen Beschäftigten der Universitätskliniken und Landeskrankenhäuser zum Ausdruck gebracht haben. Er regt an, dass die AWMF ebenfalls einen Resolutionstext verabschieden sollte, in dem auf die Situation der ärztlichen und wissenschaftlichen Mitarbeiter eingegangen werden sollte. Prof. von Wichert verliest einen Formulierungsvorschlag. Prof. Encke stellt diesen Text der Resolution zur Abstimmung. Der Text wird ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen von der Delegiertenkonferenz der AWMF einstimmig angenommen. Der Text der Resolution ist dem Protokoll als **Anlage 1** beigefügt.

Prof. Encke geht im Folgenden auf die Aktivitäten des Präsidiums im vergangenen Halbjahr ein. Die Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit gestaltet sich weiterhin konstruktiv, insbesondere im Bereich der Weiterentwicklung des Krankenhausfinanzierungssystems. Darüber hinaus pflegt die AWMF Kontakte mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss und mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das einen neuen Entwurf für ein Methodenpapier vorgelegt hat. Dieses Methodenpapier wird die Geschäftsstelle der AWMF per E-Mail an die Fachgesellschaften verschicken mit der Bitte, ggf. Kommentare dazu an die AWMF zu richten. Dabei soll insbesondere auf die Kapitel Leitlinien und die wissenschaftlichen Methoden Wert gelegt werden.

Mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung arbeitet die AWMF bei der Problematik der Förderung klinischer Studien und deren Registrierung, in verschiedenen Begutachtungsverfahren und bei der Organisation des Gesundheitsforschungstages zusammen. Die Organisation vor Ort geschieht durch den Medizinischen Fakultätentag, da an den medizinischen Fakultäten die eigentlichen Veranstaltungen stattfinden. Die Fachgesellschaften der AWMF werden jedoch bei der thematischen Auswahl eng einbezogen. Der nächste Gesundheitsforschungstag findet am 25. 2. 2007 mit dem Schwerpunktthema „Kardiovaskuläre Erkrankungen“ statt.

Die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe „Hochschulmedizin“ des Deutschen Hochschulverbandes hat zu einer Stellungnahme „Die Zukunft der Hochschulmedizin“ geführt, die insbesondere die Probleme des „Bologna-Prozess“ anspricht und in diesen Tagen publiziert wird.

Prof. Encke berichtet weiter, dass eine intensive Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer besteht, z.B. bei der Erarbeitung von Nationalen Versorgungsleitlinien, wobei über das ÄZQ auch die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung institutionalisiert ist. Zum Zweiten ist die AWMF eng in das Förderprogramm „Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer einbezogen. Dort hat das Ausschreibungsverfahren für die erste Förderungsperiode und die Auswahl der besonders förderungswürdigen Projekte aus den eingegangenen 172 Projektskizzen stattgefunden. Von besonderem Interesse für die Fachgesellschaften ist der Förderschwerpunkt „Implementierung von Leitlinien“, für den fast 100 Förderanträge eingegangen sind. Darüber hinaus arbeitet die AWMF mit der Bundesärztekammer eng in der gemeinsamen DRG-Kommission zusammen, die auch zu einer guten Zusammenarbeit mit dem Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) geführt hat. Die bisherigen Erfahrungen mit der Einführung des DRG-Systems haben in der gemeinsamen DRG-Kommission zu der politischen Forderung geführt, das DRG-System auf die Bereiche zu reduzieren, die mit diesem System gut abzubilden sind (ca. 80 %), während einzelne Bereiche, die mit diesem Pauschalensystem nicht adäquat abbildbar sind, aus dem DRG-System herausgenommen werden sollten. 10 % der Fälle verursachen 50 % der Kosten, 20 % der Fälle 65 % der Kosten. Sie verzerren damit das Fallpauschalensystem und benachteiligen alle Häuser der Maximalversorgung.

Im Bereich der Weiterbildungsordnung gibt es noch eine Reihe von Schwierigkeiten, z. B. die Anerkennung wissenschaftlicher Arbeit für die Weiterbildung, Zwischenprüfungen nach dem common trunk der operativen Fächer und Probleme bei der Abgrenzung zwischen der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin.

Prof. Encke berichtet weiterhin, dass in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Fakultätentag und dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) im Juli (13./14. 7. 2006) der II. Innovationskongress der deutschen Hochschulmedizin in Berlin veranstaltet wird, nachdem der erste Kongress im vergangenen Jahr sehr erfolgreich war. Mitglieder der AWMF zahlen einen reduzierten Tagungsbeitrag, Oberärzte haben freien Zutritt..

Positive Kontakte bestehen auch zum Wissenschaftsrat, insbesondere bei der Bewältigung der Probleme, die sich aus der Föderalismusreform ergeben (z.B. Wegfall des HBFG-Verfahrens). Der Vorstand der AWMF hat eine eigene Stellungnahme vorbereitet.

Da viele wissenschaftliche Bibliotheken über die zu erwartenden Probleme klagen, die sich aus der anstehenden Novellierung des Urheberrechtes ergeben werden, hat das Präsidium der AWMF beschlossen, die „Göttinger Erklärung“ zu unterzeichnen und auf die dringende Notwendigkeit einer problemlosen Versorgung mit wissenschaftlicher Literatur hinzuweisen.

Prof. von Wichert berichtet aus dem Präsidium, dass die Probleme, die sich aus der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes für nicht industriegesponserte Studien ergeben, immer noch nicht abschließend geklärt

sind. Die AWMF hat den Versuch unternommen, gemeinsam mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem Wissenschaftsrat und der Krebsgesellschaft zu einem gemeinsamen Konzept zu kommen, der Abstimmungsprozess darüber hat sich allerdings als sehr zäh erwiesen. Trotzdem soll weiter versucht werden, den Hochschulen und medizinischen Fakultäten ein Verfahren vorzuschlagen, das praktikabel ist. An einigen Universitäten (z. B. Heidelberg und Marburg) ist ein gangbarer Weg gefunden worden, das „Sponsoren“-Problem zu lösen.

Prof. von Troschke weist darauf hin, dass derzeit ein relatives Desinteresse der Studierenden an der Wissenschaftlichkeit des Medizinstudiums mit starker Orientierung auf Praktika und den Prüfungsstoff festzustellen ist und von einigen Landesregierungen sogar die Trennung zwischen Forschungs- und Lehruniversitäten erwogen wird. Er sieht deshalb großen Handlungsbedarf, um die Einheit von Forschung und Lehre zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Deshalb schlägt er vor, dass die AWMF eine ad hoc-Kommission einsetzt, die eine Stellungnahme zur Wissenschaftlichkeit des Medizinstudiums und zur Sicherung der Einheit von Forschung und Lehre erarbeiten soll. Interessenten für eine Mitarbeit an dieser ad hoc-Kommission sollten sich direkt bei Herrn Prof. von Troschke melden.

Weiterhin berichtet er über das Netzwerk von 26 Fachgesellschaften, das als Verein zur Durchführung der Versorgungsforschungs-Kongresse gegründet worden ist. Die Satzung dieses Netzwerkes sieht vor, dass die AWMF im Vorstand des Netzwerkes durch einen kooptierten Vertreter repräsentiert wird. Das Präsidium der AWMF hat vorgeschlagen, Herrn Prof. von Troschke dorthin zu delegieren.

Prof. Selbmann berichtet, dass die ad hoc-Kommission „Medizinische Versorgungsforschung“ der AWMF eine erste Umfrage bei ihren Mitgliedern durchgeführt hat, welche Themen und welche Kooperationen im Bereich der Versorgungsforschung an erster Stelle stehen. Von den bisher genannten 25 Themen werden die Umsetzung und Evaluation von Leitlinien und Qualitätssicherungsmaßnahmen als die wichtigsten angesehen.

Anschließend berichtet Prof. Selbmann über die Arbeit der Ständigen Kommission „Leitlinien der AWMF“ im vergangenen halben Jahr. Die Folien des Vortrags von Prof. Selbmann sind dem Protokoll als **Anlage 2** beigelegt. Der Präsident spricht Herrn Selbmann und Frau Ina. Kopp die ausdrückliche Anerkennung und den Dank der AWMF für die umfangreiche geleistete Arbeit aus.

Aus der Ständigen Kommission „Bibliometrie“ berichtet Prof. Brähler, dass diese seit 10 Jahren bestehende Kommission immer wieder darauf hinweist, dass bibliometrische Daten nur für die leistungsorientierte Mittelvergabe verwendet werden sollten, nicht jedoch für die individuelle Beurteilung von Personen bei Habilitations- oder Berufungsverfahren. Prof. Brähler berichtet, dass die Deutsche Forschungsgemeinschaft ein Institut für Forschungsinformation und Qualitätssicherung gegründet hat. Die AWMF wird sich bemühen, sich an diesem Institut zu beteiligen. Für die Bewertung der individuellen Leistungen breitet sich nach Auskunft von Prof. Brähler der neue „Hirsch-Faktor“ aus. Dieser „Hirsch-Faktor h“ errechnet sich aus h Arbeiten, die h-mal zitiert wurden.

In der Diskussion weist Prof. Bratzke darauf hin, dass in der Realität die Vorschläge der AWMF zum Impact-Faktor und dessen Berücksichtigung bei der LOM an vielen Fakultäten nicht umgesetzt werden. Prof. Brähler berichtet, dass etwa ein Drittel der Fakultäten den Regeln der AWMF folgt, ein Drittel eigene Regeln aufstellt und ein weiteres Drittel ohne formulierte Regeln verfährt. Prof. Selbmann schlägt vor, über einen „Social Impact-Faktor“ nachzudenken, bei dem auch andere wissenschaftliche Aktivitäten wie Gutachtertätigkeit, Leitlinienentwicklung und Buchpublikationen mit berücksichtigt werden.

Aus dem Arbeitskreis „Krankenhaus- und Praxishygiene“ der AWMF berichtet Dr. Rudolph, dass diesem vor 20 Jahren gegründeten Arbeitskreis derzeit 36 Mitglieder aus 31 Organisationen aus Deutschland,

Österreich und der Schweiz angehören. Der Arbeitskreis hat zwischenzeitlich 32 Empfehlungen und Leitlinien erarbeitet, bei denen besonderer Wert auf die Praxishöhe gelegt wird. Die im Jahr 2004 gedruckte dritte Auflage des Taschenbuchs ist bereits vergriffen. Aktuell beschäftigt sich der Arbeitskreis mit Empfehlungen zur aviären Influenza, zu Anforderungen an das OP-Management und zu Clostridien. Die zuletzt veröffentlichten Empfehlungen behandeln Ausbrüche von Noroviren, das Problem der Tuberkulose und die Infektionsprävention unter der Entbindung. Derzeit wird im Arbeitskreis versucht, die Organisation zu straffen und die Arbeit noch effektiver zu machen.

Aus dem Arbeitskreis „Operative Fachgesellschaften“ der AWMF berichtet Prof. Melchior, dass dieser derzeit 20 Mitgliedsgesellschaften aus der AWMF umfasst, die aus der früheren „Föderation“ hervorgegangen sind. Das Thema der Sitzung am Vortag der Delegiertenkonferenz war der „Chirurgisch technische Assistent“, der aktiv medizinische Aufgaben übernehmen soll, z. B. die Wundöffnung und den Wundverschluss bei Operationen, die Gefäßpräparation bei Bypassoperationen und ähnliches. Der Arbeitskreis empfiehlt den operativ tätigen Fachgesellschaften, Kataloge der nicht delegierbaren ärztlichen Leistungen zu definieren, um zukünftige Konflikte über die Verantwortung im Operationssaal bereits im Vorfeld auszuschließen. Beim Thema „Fachübergreifende Bereitschaftsdienste“ rät der Arbeitskreis den Chefärzten, sich von den Krankenhausverwaltungen solche Dienste nicht vorschreiben zu lassen. Weiterhin berichtet Prof. Melchior, dass von der Anästhesie eine Diskussion über den „periooperativ verantwortlichen Arzt“ angeregt worden ist, die zu erheblichen Irritationen zwischen Anästhesisten und den operativen Fächern geführt hat. Abschließend berichtet Prof. Melchior, dass die Deutsche Gesellschaft für Urologie vorgeschlagen hat, dass Prof. Jakse (Aachen) als Nachfolger von Prof. Melchior den Arbeitskreis leiten sollte. Dem hat das Präsidium der AWMF bereits zugestimmt.

Prof. Bock berichtet als Schatzmeister, dass der Hauptposten der Ausgaben der AWMF auf die Gehälter der Angestellten entfällt, davon wiederum fast 50 % als Lohnsteuer und Sozialabgaben abgeführt werden müssen. Der Kassenbericht für das Jahr 2005 ist an alle Delegierte verteilt worden. Das sich rechnerisch ergebende Defizit resultiert daraus, dass im Jahr 2005 viele Mitgliedsgesellschaften der AWMF ihren Mitgliedsbeitrag nicht rechtzeitig bezahlt haben. Prof. Bock weist darauf hin, dass nach einem „Mahnverfahren“ zu Beginn d. J. die meisten dieser ausstehenden Beiträge bezahlt worden sind.

TOP 4: Bericht der Kassenprüfer und Entlastung des Präsidiums

Prof. Ganzer und Prof. Giani, die bei der letzten Delegiertenkonferenz als Kassenprüfer gewählt worden sind, haben in Düsseldorf die Kasse der AWMF geprüft und für das Jahr 2005 keinerlei Beanstandungen gefunden. Prof. Sewing stellt den Antrag, das Präsidium zu entlasten. Der Antrag von Prof. Sewing wird ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen von der Versammlung einstimmig angenommen, damit ist das Präsidium entlastet.

TOP 5: Festsetzung des Mitgliedsbeitrags gem. § 8 Abs. 1 der Satzung

Prof. Bock berichtet, dass der große Erfolg der AWMF bei den Beratungen von Ministerien und bei der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen eine erhöhte Aktivität der Vorstandsmitglieder mit erhöhter Reisetätigkeit voraussetzt, wodurch die AWMF mehr Mittel benötigt als früher. Auch die Leitlinienarbeit und die Fortführung der elektronischen Publikationen unter „German Medical Science“ nach Ablauf der DFG-Förderung benötigen mehr Mittel als bisher. Deshalb stellt Prof. Bock den Antrag, den Mitgliedsbeitrag der AWMF von derzeit 1,75 EUR auf 2,00 EUR pro beitragszahlendem Mitglied der Fachgesellschaften zu erhöhen. Daraus würden sich rechnerisch Mehreinnahmen der AWMF aus Mitgliedsbeiträgen von rund 37.500 EUR pro Jahr ergeben. In der Diskussion weisen einige Delegierte darauf hin, dass die Budgets der Fachgesellschaften bereits kalkuliert seien. Prof. Bock betont, dass der neue festzulegende Mitgliedsbeitrag erst für das Jahr 2007 gelten wird, da eine Reihe von Mitgliedsgesellschaften ihren Beitrag für das Jahr 2006 bereits bezahlt hat. Frau Dr. Breithaupt-Grögler stellt den Geschäftsordnungsantrag auf Ende der Debatte und Abstimmung über den Antrag des Schatzmeisters.

Bei der Abstimmung werden 60 Stimmen für die Erhöhung des Mitgliedsbeitrages abgegeben bei einer Gegenstimme und 24 Enthaltungen. Damit ist die von der Satzung vorgesehene $\frac{2}{3}$ -Mehrheit für die Festlegung des Mitgliedsbeitrages erreicht. Der Mitgliedsbeitrag zur AWMF beträgt ab dem Jahr 2007 2,00 EUR pro beitragszahlendem Mitglied der Fachgesellschaften.

TOP 6: Neufassung der Satzung

Prof. Encke berichtet, dass die Änderung der Satzung bereits bei der letzten Delegiertenkonferenz angekündigt worden ist. Gemeinsam mit dem Protokoll der letzten Sitzung ist den Fachgesellschaften der Entwurf des Präsidiums für die Neufassung der Satzung zugeschickt worden mit der Bitte, Änderungswünsche bis zum 31. Januar 2006 bei der Geschäftsstelle der AWMF einzureichen. Von dieser Möglichkeit haben zwei Fachgesellschaften Gebrauch gemacht, die dort vorgeschlagenen Formulierungsänderungen sind weitestgehend übernommen worden. Der so modifizierte Antrag auf Satzungsänderung ist gemeinsam mit der Einladung zur Delegiertenkonferenz rechtzeitig an alle Fachgesellschaften verschickt worden. Aus dem Kreis der Delegierten werden keine zusätzlichen Änderungsanträge gestellt. Prof. Encke lässt über den vorliegenden Antrag auf Neufassung der AWMF-Satzung abstimmen.

Bei der Auszählung ergeben sich keine Gegenstimmen, 2 Enthaltungen und 85 Ja-Stimmen. Damit ist die Neufassung der Satzung der AWMF mit der erforderlichen $\frac{3}{4}$ -Mehrheit angenommen und tritt in Kraft.

Da nach der nun gültigen neuen Satzung ein Vorstand des eingetragenen Vereins gewählt werden muss, gibt Prof. Encke die Versammlungsleitung zur Neuwahl der Präsidiumsmitglieder an Herrn Müller von der AWMF-Geschäftsstelle ab. Er weist zuvor darauf hin, dass im Rahmen der Neufassung der Satzung auch die gesamte Mitgliederzahl des Präsidiums auf bis zu 11 erhöht wurde.

TOP 7: Neuwahl: Präsident und 2 stellvertretende Präsidenten

Herr Müller weist darauf hin, dass der Präsident und die beiden stellvertretenden Präsidenten alleinvertretungsberechtigte Vorstandsmitglieder des neuen eingetragenen Vereins im Sinne des § 26 des BGB sind. Die Satzung schreibt vor, dass alle Präsidiumsmitglieder einzeln und geheim gewählt werden. Da die bisherigen Amtsinhaber bereit sind, sich erneut für diese Positionen wählen zu lassen, schlägt Herr Müller Prof. Encke für das Amt des Präsidenten, Prof. Gaebel und Prof. von Wichert für die beiden Ämter der stellvertretenden Präsidenten vor. Aus der Versammlung werden keine weiteren Kandidaten vorgeschlagen. Damit kann in die Wahl der Präsidiumsmitglieder eingetreten werden. Herr Müller verteilt drei farblich und mit Nummern gekennzeichnete Stimmzettel für die Wahl des Präsidenten und für die Wahl der beiden stellvertretenden Präsidenten. Bei der Auszählung der abgegebenen Stimmzettel ergibt sich folgendes Ergebnis:

Prof. Encke erhält bei der Wahl des Präsidenten 86 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung. Damit ist Prof. Dr. med. Albrecht **Encke** zum Präsidenten der AWMF gewählt und erklärt, dass er die Wahl annimmt.

Bei der Wahl der stellvertretenden Präsidenten werden auf dem Stimmzettel **1** für Prof. Gaebel 83 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 2 Enthaltungen abgegeben. Damit ist Prof. Dr. med. Wolfgang **Gaebel** zum stellvertretenden Präsidenten gewählt und erklärt, dass er die Wahl annimmt.

Auf dem Stimmzettel **2** werden für Prof. v. Wichert 81 Ja-Stimmen, 6 Nein-Stimmen und 2 Enthaltungen abgegeben. Prof. Dr. med. Peter **von Wichert** ist damit zum stellvertretenden Präsidenten der AWMF gewählt und erklärt, dass er die Wahl annimmt.

TOP 8: Neuwahl: Weitere Präsidiumsmitglieder

Herr Müller weist darauf hin, dass die neue Satzung bis zu sechs weitere Präsidiumsmitglieder im Präsidium der AWMF vorsieht, die jedoch nicht im Sinne des Vereinsrechtes außenvertretungsberechtigt sind. Von Seiten des bisherigen Präsidiums werden folgende Kandidaten für die weiteren Mitglieder zum Präsidium vorgeschlagen:

Herr Prof. Brähler (auf Vorschlag der psychosozialen Fachgesellschaften),
Frau Prof. Engenhardt-Cabillic (als Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie und der Deutschen Krebsgesellschaft),
Herr Prof. Korting (auf Vorschlag der Gesellschaften für Dermatologie, Mykologie und STD),
Herr Prof. Selbmann (als Leiter der Leitlinien-Kommission der AWMF),
Herr Prof. Treede (als Vertreter der Deutschen Physiologischen Gesellschaft und damit des vorklinischen Bereichs) und
Herr Prof. Wagner (auf Vorschlag des Arbeitskreises „Operative Fachgesellschaften“).

Auch diese Präsidiumsmitglieder müssen einzeln und geheim gewählt werden. Herr Müller verteilt sechs nummerierte Stimmzettel für die sechs zu besetzenden Positionen, weitere Kandidaten werden aus dem Kreis der Delegiertenkonferenz nicht nominiert.

Die Auszählung des Stimmzettels Nr. 1 ergibt, dass Prof. Brähler 86 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung erhalten hat. Damit ist Prof. **Brähler** als Mitglied des Präsidiums gewählt; er erklärt, dass er die Wahl annimmt.

Auf dem Stimmzettel Nr. 2 werden für Frau Prof. Engenhardt-Cabillic 63 Ja-Stimmen, 13 Nein-Stimmen und 10 Enthaltungen gezählt. Damit ist Frau Prof. **Engenhardt-Cabillic** als Mitglied des Präsidiums gewählt. Da sie aus Termingründen an der Teilnahme an dieser Delegiertenkonferenz verhindert ist, hat Frau Prof. Engenhardt-Cabillic im voraus erklärt, dass sie eine Wahl annehmen werde.

Der Stimmzettel Nr. 3 ergibt 77 Ja-Stimmen für Prof. Korting, 5 Nein-Stimmen und 3 Enthaltungen. Damit ist Prof. **Korting** als Mitglied des Präsidiums gewählt; er erklärt, dass er die Wahl annimmt.

Auf dem Stimmzettel Nr. 4 werden für Prof. Selbmann 84 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung abgegeben. Damit ist Prof. **Selbmann** als Mitglied des Präsidiums gewählt; er erklärt, dass er die Wahl annimmt.

Auf dem Stimmzettel Nr. 5 werden für Prof. Treede 84 Ja-Stimmen, 3 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung abgegeben. Damit ist Prof. **Treede** als Mitglied des Präsidiums gewählt; er erklärt, dass er die Wahl annimmt.

Auf dem Stimmzettel Nr. 6 werden für Prof. Wagner 86 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 2 Enthaltungen abgegeben. Damit ist Prof. **Wagner** als Mitglied des Präsidiums gewählt; er erklärt, dass er die Wahl annimmt.

Nach Abschluss der gesamten Wahlvorgänge übergibt Herr Müller die Versammlungsleitung an den neu gewählten Präsidenten der AWMF, Prof. Encke.

TOP 9: Aktionsbündnis Patientensicherheit

Die beiden Vorträge von Prof. Rothmund und Prof. Schrappe sind dem Protokoll als **Anlagen 3 und 4** beigelegt. In der Diskussion weisen mehrere Delegierte darauf hin, dass nicht nur seit drei Jahren ein Expertenkreis bei der Bundesärztekammer sich ebenfalls mit diesem Thema beschäftigt, sondern dass

auch einzelne Fachgesellschaften, z. T. gemeinsam mit ihren schweizerischen und österreichischen Schwestergesellschaften Meldesysteme für unerwünschte Ereignisse eingerichtet haben. Insgesamt wird darauf hingewiesen, dass in der öffentlichen Diskussion der Fehler vermieden werden sollte, den Begriff „Schaden“ im juristischen Sinne zu verwenden. Es muss klar unterschieden werden zwischen Komplikationen, die natürlicherweise bei der Behandlung von Krankheiten auftreten können und Fehlern, die bei der Behandlung unterlaufen sind.

TOP 10: German Medical Science

Prof. Reinauer berichtet, dass für die interdisziplinäre Ebene von GMS relativ wenige Manuskripte eingehen, die zusammen mit der Tatsache, dass das Review-Verfahren sehr streng selektiert, dazu führen, dass nur wenige Artikel wirklich publiziert werden. Dies führt dazu, dass für die interdisziplinäre Ebene noch nicht ausreichend Artikel publiziert worden sind, um eine Aufnahme in Medline zu erreichen. Prof. Reinauer appelliert an die Fachgesellschaften, dieses qualitativ hochwertige Publikationsorgan stärker zu nutzen - wenn dort mehr Arbeiten publiziert werden könnten, wäre die Aufnahme in Medline mit großer Wahrscheinlichkeit schnell zu realisieren.

Prof. von Troschke berichtet, dass für das GMS-Journal Psycho-Social-Medicine jetzt ein offizieller Antrag bei der NLM zur Aufnahme in Medline gestellt worden ist, da in dieser Fachzeitschrift bei GMS die notwendige Anzahl von Artikeln bereits publiziert werden konnte.

Prof. Wichmann berichtet, dass die GMDS sehr zufrieden mit ihrem elektronischen Journal GMS-MIBE ist, das ebenfalls bei GMS publiziert wird, und zwar nicht nur aus Kostengründen. Allerdings müssten sich die Mitglieder doch noch umgewöhnen, um Beiträge elektronisch einzureichen.

Frau Prof. Keilmann weist darauf hin, dass es bei der Publikation der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie einige Probleme gegeben hat.

TOP 11: Anerkennung von Forschungstätigkeit in der ärztlichen Weiterbildungszeit

Prof. von Wichert weist darauf hin, dass die AWMF schon früher die Forderung aufgestellt hat, dass Forschungstätigkeiten in Kliniken und Instituten auch für die Weiterbildung anerkannt werden sollen. Die Initiative bei der Bundesärztekammer war bisher eher erfolglos, jetzt gibt es erneut Gespräche mit dem zuständigen Dezernat bei der Bundesärztekammer, in denen geklärt werden soll, ob die Umsetzung in einem Verfahrensvorschlag erfolgen kann und nicht in den Text der Weiterbildungsordnung aufgenommen werden muss. Prof. Bauer weist darauf hin, dass es bei den operativen Fächern zu Problemen kommt, wenn in der Mindestweiterbildungszeit die notwendigen Mindesteingriffszahlen erreicht werden sollen und gleichzeitig noch Forschungszeiten anerkannt werden sollten. Prof. Polonius weist darauf hin, dass dies kein spezifisch deutsches Problem ist; im internationalen Bereich liegt die Lösung meist in der Verlängerung der Weiterbildungszeit.

TOP 12: Aktueller Stand der European Working Time Directive

Prof. Polonius berichtet, dass derzeit kein genereller Ansatz dafür besteht, die gültige Arbeitszeitrichtlinie der EU zu ändern. Da aber in allen europäischen Ländern in den operativen Fächern die dort geforderte Höchstarbeitszeit in der Weiterbildungszeit nicht einzuhalten ist, wird ein Vorschlag gemacht, die Arbeitszeit auf maximal 48 Stunden klinischen Dienst und 12 Stunden für direkte Weiterbildungsmaßnahmen zu beschränken, womit die Situation deutlich entspannt werden könnte.

TOP 13: Bericht aus dem Arbeitskreis “Ärzte und Juristen”

Prof. Bock berichtet, dass sich der Arbeitskreis bei einer seiner letzten Sitzungen bereits mit dem Thema Patientensicherheit beschäftigt hat und dort die Erfahrungen aus der Schweiz diskutiert worden sind. Bei der letzten Sitzung im April 2006 in Würzburg war die Delegation ärztlicher Leistungen eines der Hauptthemen. Dort haben die Juristen darauf hingewiesen, dass die Fachgesellschaften Kataloge der nicht dele-

gierbaren Leistungen erarbeiten sollten, um Konflikte mit nichtärztlichem Personal zu vermeiden. Ein weiteres Thema der letzten Sitzung war die Verwendung von bildgebender Technik im Bereich der Hirnforschung.

Prof. Bock weist darauf hin, dass die nächste Sitzung des Arbeitskreises voraussichtlich am 08./09.12.2006 in Köln stattfinden wird. Die Themen werden noch rechtzeitig bekannt gegeben.

TOP 14: Öffentlichkeitsarbeit

Herr Müller berichtet über die Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit der AWMF-Geschäftsstelle. Die Folien seines Vortrages sind als **Anlage 5** dem Protokoll beigefügt.

TOP 15: Verschiedenes

Prof. Korf regt an, bei der nächsten Delegiertenkonferenz das Thema „Allgemeine Situation des vorklinischen Unterrichts zu besprechen.

Als **Termin der nächsten Sitzung** steht bereits seit dem vergangenen Jahr fest:

Samstag, 11. November 2006 in Frankfurt am Main

Termine für das Jahr 2007 sind voraussichtlich:

Samstag, 12. Mai 2007 und
Samstag, 10. November 2007

Ende der Sitzung: 14.00 Uhr

Protokoll:

Prof. Dr. A. Encke, Präsident


W. Müller M.A., Geschäftsstelle

Anlage 2 (Prof. Selbmann) zum Protokoll der Delegiertenkonferenz am 13. Mai 2006

**Delegiertenkonferenz der AWMF
Frankfurt, 13.5.2006**

Bericht aus der Ständigen Kommission Leitlinien

- LL-Aktivitäten der FG und der AWMF
- Anmeldeverfahren von LL-Vorhaben
- **Stellungnahmen der AWMF zu:
Methoden des IQWiG – Version 2 vom 26.4.2006**
- **Kooperationen bei Onkologischen Leitlinien:
AWMF, DKG und DKH**
- **Hauptstadtkongress: 18.5.06 „10 Jahre LL der AWMF“**
- **17. LL-Konferenz am 1.12.2006 in Frankfurt**



Folie 1


Leitlinien - Aktivitäten im letzten Jahr

16. Leitlinienkonferenz der AWMF am 09.12. 05 in Berlin

Beratungen von LL-Vorhaben:

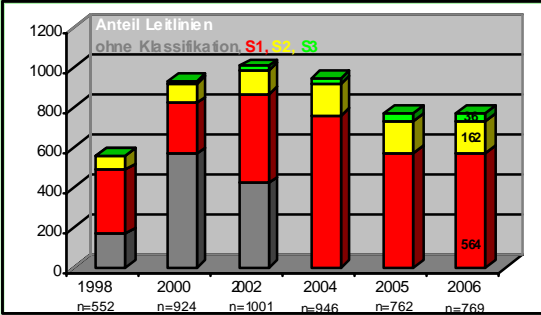
- Besuche von Leitliniengruppen der Fachgesellschaften n=21
- Moderation von Konsensusverfahren: n=25
- Vorträge zu Leitlinienthema: n=21

Aktive: PD Kopp, Prof. Selbmann, Prof. Encke



Folie 2

**Qualitätsentwicklung von Leitlinien
im System der AWMF**




Anteil Leitlinien
ohne Klassifikation, S1, S2, S3

Angemeldete Leitlinienprojekte:

S1: 12
S2: 25
S3: 58

Mai 2006

S3: systematische Evidenzbasierung und strukturierte Konsensfindung



Folie 3


Leitlinien - Aktivitäten im letzten Jahr

Arbeiten am Regelwerk der AWMF:

- Kapitel Konsensusverfahren
- Curriculum AWMF-Leitlinienberater (Winter 2006/07)

Weitere vorbereitende Aktivitäten:

- ÄZQ, BQS
- Nationale Versorgungsleitlinien DM II-Update, Depression, Herzinsuffizienz
- Leitlinienmanual von AWMF, BÄK und KBV auf der Basis von **DELBI**
- Internetseite: FAQ zu Leitlinien




Folie 4

**Delegiertenkonferenz der AWMF
Frankfurt, 13.5.2006**

Bericht aus der Ständigen Kommission Leitlinien

- LL-Aktivitäten der FG und der AWMF
- Anmeldeverfahren von LL-Vorhaben
- **Stellungnahmen der AWMF zu:
Methoden des IQWiG – Version 2 vom 26.4.2006**
- **Kooperationen bei Onkologischen Leitlinien:
AWMF, DKG und DKH**
- **Hauptstadtkongress: 18.5.06 „10 Jahre LL der AWMF“**
- **17. LL-Konferenz am 1.12.2006 in Frankfurt**




Folie 5

AWMF – DKG: Vereinbarung zur Kooperation bei LL

- Gegenseitige Information über LL-Vorhaben
- DKG verwendet AWMF-Regelwerk
- DKG koordiniert LL-Vorhaben, wenn Fachgesellschaften dies wünschen (Einvernehmen mit FG)
- 30.1.2006

AWMF – DKH: Vereinbarung zur Förderung von LL

- AWMF-Regelwerk als Grundlage
- Planungsoptimierung von LL-Vorhaben
- Mittelfristige Planungssicherheit für FG
- 2 Antragstermine pro Jahr
- Zeitziel der Vereinbarung vor der Sommerpause



Folie 6

**Delegiertenkonferenz der AWMF
Frankfurt, 13.5.2006
Bericht aus der Ständigen Kommission Leitlinien**

- LL-Aktivitäten der FG und der AWMF
- Anmeldeverfahren von LL-Vorhaben
- Stellungnahmen der AWMF zu:
Methoden des IQWiG – Version 2 vom 26.4.2006
- Kooperationen bei Onkologischen Leitlinien:
AWMF, DKG und DKH
- **Hauptstadtkongress: 18.5.06 „10 Jahre LL der AWMF“**
- **17. LL-Konferenz am 1.12.2006 in Frankfurt**



Folie 7

17. Leitlinienkonferenz der AWMF 2006

Datum:

1. Dezember 2006, Frankfurt

Themenvorschläge:

- LL und Rechtsprechung
- LL und Versorgungsforschung
- Rehabilitative Maßnahmen in LL
- Nutzenmessung und –bewertung in LL



Folie 8

Anlage 3 (Prof. Rothmund) zum Protokoll der Delegiertenkonferenz am 13. Mai 2006

Patientensicherheit

M.Rothmund, Marburg
AWMF, Frankfurt, 13.Mai 2006

Folie 1

Data from the IOM report and other sources

- 44 000 – 98 000 deaths per year
- Medical errors among the „top 10“
- More frequent than breast cancer and AIDS
- 46% of pts. are not treated according to „best evidence“
- 11% receive potentially dangerous treatment

Mc Glynn et al., NEJM 2003, 2635-45
Zhan and Miller, JAMA 2003, 290; 1868-74

Folie 2

Rates of Adverse Events

UK:

11.7 % of patients experience adverse events
(50% preventable)
Vincent, C. et al., BMJ 2001; 322: 517

Australia:

16.6 % adverse events in NSW hospitals
(50% preventable)
Wilson, R. M. et al., Med. J. Aust. 1995; 163: 458

Folie 3

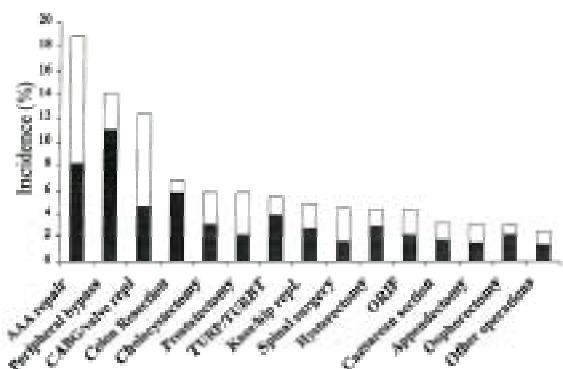


Fig. 1. 1999 Incidence of surgical adverse events in Colorado and Utah by type of operation. Bar height indicates incidence rate for any surgical adverse event for inpatients who received that type of operation. Shaded portion indicates incidence rate for preventable surgical adverse events.

Gawande, A. et al., Surgery 1999

Folie 4

Die Operationsmethodik bestimmt die Recidivhäufigkeit colorektaler Carcinome
 (The operative procedure determines the recurrence rate in colorectal cancer)

*Ch. Konhäuser, A. Altendorf-Hofmann, M. Stalte
 Chirurg (1999) 70: 1042 - 1049*

The rotten-apple-approach

“The major cause of bad care is bad physicians”

Folie 5

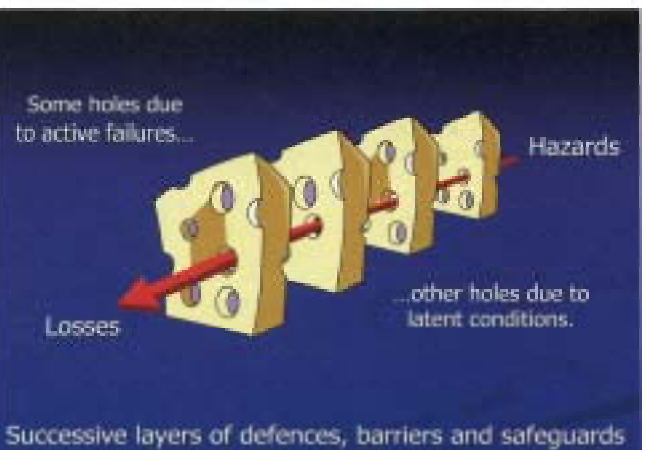
Folie 6

The „system“ approach

The real problem isn't how to stop bad doctors from harming, even killing, their patients. It's how to prevent good doctors from doing so.

Gawande, A., The New Yorker, February 1999

A SYSTEM MODEL OF ACCIDENT CAUSATION



Folie 7

Folie 8

Accident Pyramid



Folie 9

Accident Pyramid



Folie 10

5 years after the IOM - report

- Little progress
- More intensivists in ICUs
- Concentrated potassium removed from nursing shelves
- Fewer complications from warfarin
- Reduced serious nosocomial infections

Altman, D.E. et al., NEJM, 351 (2004) 2041-43
Leape, L.L., Berwick, D.M., JAMA 293 (2005) 2384-90

Folie 11

2006 National Patient Safety Goals (JCAHO-US)

- Improve accuracy of patient identification
- Improve effectiveness of communication
- Improve safety of using medications
- Reduce rate of nosocomial infections
- Accurately and completely reconcile medications across the continuum of care
- Reduce risk resulting from falls

Folie 12

Improvement in our hospitals

- M and M conferences
- „no blame“ atmosphere
- CIRS in each department
- non-punitive system
- rewards for reports of near misses and errors
- ombudsman

Folie 13

Sources for Information

- www.npsa.nhs.uk
- www.cpsa.ab.ca
- www.jcaho.org
- www.safetyandquality.org
- www.patientsafety.org
- www.jcpatientsafety.org

Folie 14

Birkmeyer, N.J.O., Birkmeyer, J.D.
Strategies for Improving Surgical Quality-
Should Payers Reward Excellence or Effort?
New Engl.J.Med. February 23, 2006

Folie 15

Steps towards a culture of safety

- We have to accept that we will make mistakes
- We must focus more on systems than on individuals
- Mistakes and errors are a product of inadequate systems

Folie 16

„Culture of safety“

- We must talk about errors and mistakes
- We must report adverse events, near misses etc.
- M + M conferences
- Critical Incidence Reporting Systems
- „No shame, no blame, no name“

Folie 17

Example

Wrong Site Surgery

Folie 18

Ensuring Correct Patient, Correct Site, Correct Procedure

Step 1: Consent forms or procedure request forms
 The consent form must include:
 • patient ID card
 • procedure site
 • reason for procedure
 • location for procedure

Step 2: Mark site of invasive procedure
 The operator should be responsible for marking the procedure site. The marking should be done in the presence of the patient or a family member.

Step 3: Patient identification
 Staff must ask the patient to state their name and date of birth.
 • name of patient
 • date of birth
 • site for or type of procedure

Step 4: "Time out"
 Immediately prior to procedure, the operating team must ensure that the patient is present and under the procedure. All team members should say "time out" prior to all other steps in the operating room. The operating team should:
 • confirm the patient's identity
 • confirm the correct site for the procedure
 • confirm the correct procedure to be performed
 • confirm the availability of equipment and personnel

Step 5: Imaging data
 Imaging data should be available for the entire procedure. All imaging data should be reviewed and confirmed by the operator.

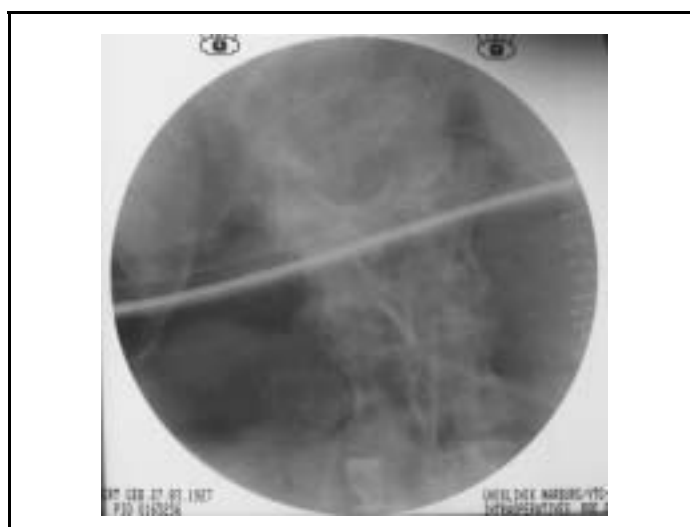
Check requirements against the marked site, ID band, consent forms and other documents

Folie 19

Example

Retention of foreign bodies

Folie 20



Folie 21

Risk Factors for Retention of a Foreign Body after Surgery

Characteristic	Risk Ratio (95% CI)	P Value
Operation performed on an emergency basis	8.8 (2.4-31.9)	<0.001
Unexpected change in operation	4.1 (1.4-12.4)	0.01
>1 Surgical team involved	3.4 (0.8-14.1)	0.10
Change in nursing staff during procedure	1.9 (0.7-5.4)	0.24
Body-mass index (per 1-unit increment)	1.1 (1.0-1.2)	0.01
Estimated volume of blood lost (per 100-ml increment)	1.0 (1.0-1.0)	0.19
Count of sponge and instruments performed	0.6 (0.03-13.9)	0.76
Female sex	0.4 (0.1-1.3)	0.13

Gawande et al, NEJM, 2003

Folie 22

Example

Reducing variation in surgical care

Folie 23

Patient safety Volume - Outcome

- Postop. Mortality of 3,2 % vs. 9,8 % for the same procedure
- If hospitals within the lowest Quintile would not perform colon resections:
 - 440 hospitals and
 - 6837 patients would be involved and
 - 142 lives would be saved
- If hospitals within the lowest Quintile would not perform pancreatic resections:
 - 45 % of hospitals and
 - 1500 patients would be involved
- AAA: - 18500/year
 - restricted to > 30/year/hospital
 - 464 lives would be saved
- 40% of US surgeons gave up high risk procedures

Brennan, MF, Brit J Surg, 2004

Folie 24

ORIGINAL ARTICLE

Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units

Christopher P. Landrigan, M.D., M.P.H., Jeffrey M. Rothchild, M.D., M.P.H.,
John W. Cronin, M.D., Rainu Kaushal, M.D., M.P.H., Elisabeth Burdick, M.S.,
Joel T. Katz, M.D., Craig M. Lilly, M.D., Peter H. Stone, M.D., Steven W. Lockley, Ph.D.,
David W. Bates, M.D., and Charles A. Cozleski, Ph.D., M.D.,
for the Harvard Work Hours, Health and Safety Group

ABSTRACT

N Engl J Med 351(2004) 1838-48

Folie 25

Improving Patient Safety — Five Years after the IOM Report

Drew E. Altman, Ph.D., Carolyn Clancy, M.D., and Robert J. Blendon, Sc.D.

A 1999 report from the Institute of Medicine (IOM) featured a now-familiar statistic: 44,000 to 98,000 people die in hospitals each year because of preventable medical errors, making hospital-based errors alone the eighth leading cause of death in the United States, ahead of breast cancer, AIDS, and motor vehicle accidents. Regardless of debate about these estimates, they remain the standard for describing the scope of the nation's problem with medical errors.

N Engl J Med 351(2004) 2041-43

Folie 26

Areas of Future Improvement

- Implementation of electronic health records
- Wide diffusion of proven and safe practices
- Spread of training on teamwork and safety
- Full disclosure to patients following injury

Leape, L.L., Berwick, D.M., JAMA, 293 (2005) 2384-90

Folie 27

Definition

Fehler:

- Ein richtiges Vorhaben wird nicht wie geplant durchgeführt (error of execution)
- Es wird ein falsches Vorgehen angewandt (error of planning)

Behandlungsfehler:

- Diagnostischer oder therapeutischer Eingriff
- der nicht indiziert war
- der nicht mit angemessener Sorgfalt durchgeführt wurde
- oder geboten war, aber unterlassen wurde

Folie 28

Definition

Beinahe-Fehler (near miss):

Fehler, der in seiner Entstehung erkannt und gerade noch vermieden wird

Latenter Fehler:

Mängel im System, die zu Fehlern führen können (falsche Installation, ungenügende Wartung, schlechte Personalausstattung)

Folie 29

Definition

Komplikation:

- nicht geplanter und / oder unerwarteter Verlauf, der Heilung erschwert, beeinträchtigt oder vereitelt, häufig Eingriffs-typisch

Unerwünschtes Ereignis (adverse event):

- unbeabsichtigtes Vorkommnis, das möglicherweise aber nicht zwangsläufig zum Schaden für Patienten führt (verlängerter Aufenthalt, Morbidität, Mortalität)

Folie 30

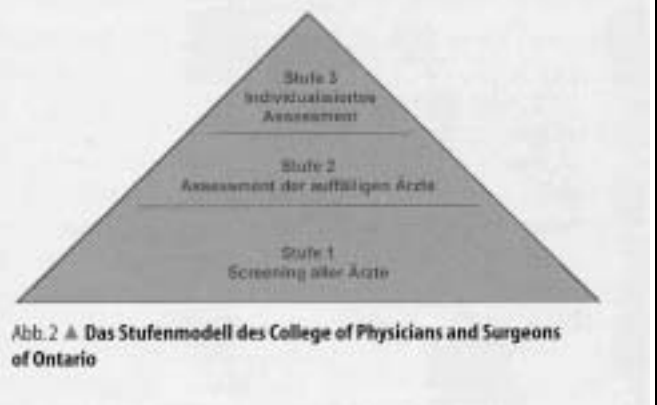
Systemveränderung

two check override

vs.

Autorität

Folie 31



Folie 32

Qualitätssichernde Massnahmen Spezialisierung

- 40 % der Chirurgen in USA haben „high riskprocedures“ aufgegeben
- 3,2 % gegenüber 9,8 % Mortalität
- Keine Colon-Resektion in unterster Quintile
 - 440 Krankenhäuser und
 - 6837 Patienten betroffen
 - 142 Leben gerettet
- Keine Pankreasresektionen in unterster Quintile:
 - 45 % der Krankenhäuser und
 - 1500 Patienten betroffen
- BAA: - 18500/Jahr
 - begrenzt auf > 30/Jahr/Hospital
 - 464 Leben gerettet

Brennan, MF, Brit J Surg, 2004

Folie 33

Systemveränderung

- Mortalitäts- und Morbiditäts – Konferenz
- CIRS: aus Fehlern lernen
- „No shame, no blame, no name“
- Verhandlungen mit Haftpflicht und Krankenkassen
- Offenheit schafft Vertrauen

Folie 34

Aufgabenbezogene Fehlerwahrscheinlichkeiten und MTBFs
Prof. Bubb TU-München

Kategorie	Fehlerwahrscheinlichkeit	MTBF
Einfache und häufig durchgeführte Aufgaben bei geringem Stress.	$1 \cdot 10^{-3}$	33 min
Komplexe, häufig durchgeführte Aufgaben in gewohnter Situationen ohne Zeitdruck.	$1 - 10^{-2}$	5 min
Komplexe Aufgaben in ungewohnter Situation bei hohem Stress und / oder wenig Zeit.	$1 - 10^{-1}$	<30 sec

Folie 35

Patient safety in surgery

- Errors in surgery better visible compared to other specialties
- Surgical procedure a defined action
- Errors and mistakes in surgery can have disastrous consequences for the patients

Folie 36

Anlage 4 (Prof. Schrappe) zum Protokoll der Delegiertenkonferenz am 13. Mai 2006

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Patientensicherheit:
Das Aktionsbündnis Patientensicherheit

Delegiertenkonferenz der AWMF
Frankfurt, 13.05.2006

www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke

Folie 1

2005: Jahr der Patientensicherheit

- 2003: Berliner Gesundheitspreis der AOK und Berl. ÄK
- 14.-16.10.2004 11. Jahrestagung der GQMIG in Marburg
- 18.3.2005 Kongress Medizintechnik und Ergonomie
- 4.4.2005 Dtsch. Ges. f. Innere Medizin Wiesbaden
- 5.4.2005 Dtsch. Ges. für Chirurgie München
- 11.4.2005 Gründung des Aktionsbündnis Patientensicherheit
- 19.-20.4.2005 1. Deutscher Kongress Patientensicherheit in der Medikamentösen Therapie
- 21.-23.5.2005 12. Jahrestagung der GQMIG
- 5.5.2005 Beschlussfassung des Deutschen Ärztetages

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke

Folie 2

Patientensicherheit: 108. Deutscher Ärztetag

108. DEUTSCHER ÄRZTETAG

TOP VII: Ärztliches Fehlermanagement/Patientensicherheit

Offenheit und Transparenz

Die Delegierten des 108. Deutschen Ärztetages haben sich für die Entwicklung von Fehlervermeidungsstrategien ausgesprochen.

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Medizinische Fakultät der Universität Witten/Herdecke

Folie 3

Aktionsbündnis Patientensicherheit

www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de

Begründung:

- Aktualität des Themas
- Notwendigkeit der Koordination
- Überschneidungsfreiheit
- Handlungsbedarf

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke

Folie 4


AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Aktionsbündnis Patientensicherheit

www.aktionsbue ndnis-patientensicherheit.de

Gründung am 11.4.2005, Düsseldorf

Partner:

- ◆ Einzelpersonen
- ◆ Vertreter der Selbstverwaltung
- ◆ Vertreter von Fachgesellschaften
- ◆ Vertreter der Patientenverbände

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Folie 5

Aktionsbündnis Patientensicherheit

www.aktionsbue ndnis-patientensicherheit.de

Gründung am 11.4.2005, Düsseldorf

Vorstand:

- Prof. Dr. M. Schrappe, Marburg (Vorsitz)
- Dr. G. Jonitz, Berlin (Stellv. Vorsitz)
- Priv.-Doz. Dr. D. Grandt, Saarbrücken (GF)

Beisitzer:

- Prof. Dr. D. Conen, Aarau
- Prof. Dr. F. Gerlach, Frankfurt
- Prof. Dr. D. Hart, Bremen
- Dr. J. Lauterberg, Bonn
- H. Loskill, Düsseldorf
- Prof. Dr. M. Rothmund, Marburg

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Folie 6

Aktionsbündnis Patientensicherheit

www.aktionsbue ndnis-patientensicherheit.de

Mission Statement:

- ▶ Kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit
- ▶ Fehlerverständnis:
 - ◆ individuelle Verantwortung
 - ◆ Fehlerkette
 - ◆ Kommunikation-Organisation-System
- ▶ Masterplan mit Agenda Patientensicherheit 2005

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Folie 7

Aktionsbündnis Patientensicherheit

www.aktionsbue ndnis-patientensicherheit.de

Masterplan:

- ▶ Agenda Patientensicherheit 2005
- ▶ Projektzu
 - ◆ Wrong Site Surgery
 - ◆ Medikationsfehler
 - ◆ Patientenidentifizierung
 - ◆ Aufbau eines Trainingszentrums
 - ◆ Konzept für nutzeradäquate Berichtssysteme
 - ◆ Curriculum und Fehlertraining
- ▶ Aufbau einer Netzstruktur mit Geschäftsstelle

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Folie 8

Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

**Prävention von
Seiten- und Eingriffsverwechslungen**

Erfolgreiche Kommunikation zwischen Arzt, Pflegenden und Patient

- ▶ Arzt und Patienten sollten sich in der Regel persönlich kennen
- ▶ Patient muß aktiv in die Eingriffserkennung eingebunden sein

4 Schritte bzw. Barrieren:

- (1) Aufklärung: Patient zeigt Eingriffsort
- (2) Markierung: Patient zeigt Eingriffsort, nicht abwischbar
- (3) Einleitungsraum: Identifizierung von Patient und Eingriff
- (4) Vor Schritt: Team Time Out

4 Fragen: richtiger Patient / Eingriff / Rö/ Implantat ?

Rothmund et al.: Handlungsempfehlungen ... Chir. Mitteilungen 1/2006, 37-39

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Folie 9

Safety - Trainingszentrum

- ▶ Analyse komplexer Prozesse im Gesundheitswesen
- ▶ Besonderheit der Prozessanalyse bei Schäden
- ▶ Patientensicherheit als Führungsaufgabe
- ▶ Analyse der Teamfaktoren
- ▶ Systemfaktoren und individuelle Verantwortung
- ▶ Analyse von Systemfaktoren bei Schäden

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Folie 10

00qm/akt/PS/kenzt.cdr

Aktionsbündnis Patientensicherheit

www.aktionsbuenndris-patientensicherheit.de

Mission Statement:

- ➔ Kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit
- ➔ Fehlerverständnis:
 - individuelle Verantwortung
 - Fehlerkette
 - Kommunikation-Organisation-System
- ➔ Masterplan mit **Agenda Patientensicherheit 2005**

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin der Universität Wien/Hirschecke

Folie 11

00qm/akt/ps/iden_AE.cdr

Häufigkeit von Adverse Events

Systematischer Review

25.771 Veröffentlichungen in PubMed und Embase

Angeschlossen: 25.663 Veröffentlichungen

Eingeschlossen: 189 Veröffentlichungen

33 Veröffentlichungen aus Recherche der Literaturreisearchive

140 Veröffentlichungen

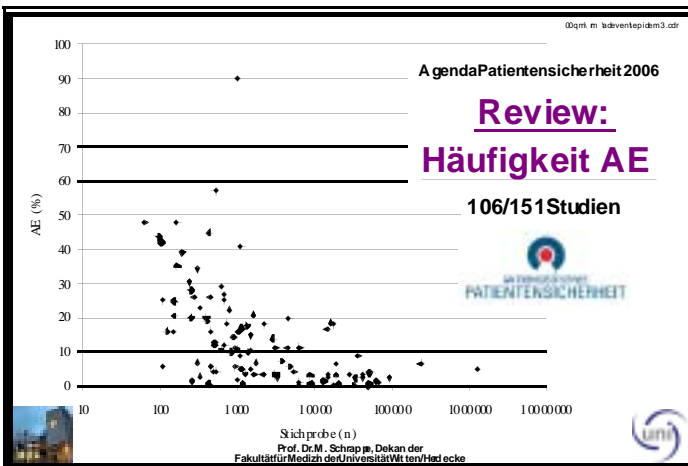
= 151 Studien*

Agenda Patientensicherheit 2006

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin der Universität Wien/Hirschecke

Folie 12



Folie 13

00qm/akt/ps/iden_AE.cdr

Forschungsbedarf

- ➔ Häufigkeit und Übertragbarkeit internationaler Daten
- ➔ Messmethodik von UE, Schäden und Beinahe-Schäden
- ➔ Validierung von CIRIS
- ➔ Patient Safety Indicators
- ➔ Nutzung administrativer Daten
- ➔ Public Disclosure
- ➔ Typische UE: Analyse und Prävention
- ➔ Teambildung und Kommunikation
- ➔ Sicherheitskultur

M. Schrappe: Patient Safety in Hospitals As Outcomes Research Issue. Bundesgesundheitsblatt 2006 (in print)

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekander
Fakultät für Medizin der Universität Wien/Hirschecke

Folie 14

Anlage 5 (Herr Müller M.A.) zum Protokoll der Delegiertenkonferenz am 13. Mai 2006

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

AWMF S

Delegiertenkonferenz 13. Mai 2006

TOP 14

Öffentlichkeitsarbeit der AWMF

1

Folie 1

Pressemitteilungen über „idw“:

Bisher
886 AWMF-Pressmitteilungen
über idw verbreitet
(Stand 9.5.2006)
www.idw-online.de

2

Folie 2

Veranstungskalender beim „idw“:

Zur Zeit
18 Veranstaltungen
im Kalender des idw eingetragen
(Stand 9.5.2006)
www.idw-online.de

Statistik Website:

Abufe seit
Oktober 1995:

AWMF online
43.141.641

Leitlinien
32.885.353



Folie 3

Folie 4

Statistik Website:

Leitlinien-
"Hitliste"
Abufe
innerhalb
der letzten
6 Monate

Rang	Titel	Einmale Seite & Mon.	Time water
1	1. Nationale Herzgesundungs-LL, Asthma	39971	+ 512
2	2. Beratung: Menstruations	34208	+ 1362
3	3. Therapie des Diabetes mellitus Typ 1	31909	+ 221
4	4. Therapie des Diabetes mellitus Typ 2	18836	+ 47
5	5. Eltern-MSZ, Akute Hypertonie	18728	- 722
6	6. Fäkalien-Ganzkörperlogie: Bauernmarken	11708	+ 81
7	7. Die endometriumabhängige Chirurgie = gynäkologische Onkologie	11487	22
8	8. Schlafapnoe: Nicht-erkrankter Schlaf	10916	+ 455
9	9. Eltern-MSZ, Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn	10820	+ 78
10	10. Psychotherapie ADHS bei Erwachsenen	10673	- 18
11	11. Fäkalien: Diagnostik und Therapie	10598	+ 788
12	12. Eltern-MSZ, Diagnostik + Therapie am Collin ab 18 J.	10143	+ 63
13	13. Endotheliale Narkose	10008	- 30
14	14. Endokrinologie: Hypothyreose und Hyperthyreose	9779	+ 21
15	15. Endokrinologie: Hypothyreose und Hyperthyreose	9779	+ 21
16	16. Endokrinologie: Hypothyreose und Hyperthyreose	9779	+ 21
17	17. Psychotherapie und Diabetes mellitus	8728	+ 21
18	18. Neurologie bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2	8689	+ 38
19	19. Endokrinologie: Hypothyreose und Hyperthyreose	8623	+ 341
20	20. Endokrinologie: Hypothyreose und Hyperthyreose	8456	100

Folie 5