



# **Wege zur Patientensicherheit**

## **Lernzielkatalog für Kompetenzen in der**

### **Patientensicherheit**

Eine Empfehlung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. für Institutionen und Lehrende im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe,

erstellt von der Arbeitsgruppe Bildung und Training

---

<b>VORWORT .....</b>	<b>3</b>
<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>4</b>
<b>ZUR ANWENDUNG DIESES LERNZIELKATALOGS .....</b>	<b>7</b>
Zielgruppe des Lernzielkatalogs.....	7
Zielgruppe einer Basisausbildung Patientensicherheit .....	7
Integration in vorhandene Lehrprogramme und mögliche Anpassungen .....	8
Methoden der Aus-, Fort- und Weiterbildung .....	8
Zum Aufbau des Lernzielkatalogs .....	11
<b>DIE LERNZIELE .....</b>	<b>13</b>
1. Was ist Patientensicherheit und warum ist sie wichtig? .....	13
2. Ursachen von kritischen Ereignissen und Patientenschäden.....	15
3. Systemdenken.....	17
4. Beteiligung von PatientInnen.....	19
5. Sicherheitskultur .....	21
6. Teamarbeit .....	23
7. Kommunikation.....	25
8. Lernen aus kritischen Ereignissen .....	27
9. Patientensicherheitsmaßnahmen .....	29
<b>AUSBLICK.....</b>	<b>31</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>32</b>
Glossar des Aktionsbündnis Patientensicherheit <sup>26</sup> : .....	32
Verwendete Literatur.....	33
Sachregister .....	36
<b>IMPRESSUM.....</b>	<b>38</b>
<b>FEEDBACK .....</b>	<b>39</b>

## Vorwort

„Patientensicherheit ist lernbar!“ das ist die zentrale Botschaft, die das APS mit der hier vorgelegten Empfehlung aktiv aufgreift. Überall, wo Menschen arbeiten, kann es zu Fehlern kommen. Insbesondere dort, wo Organisationen komplexe Aufgaben erfüllen, ist die Auseinandersetzung mit dem Thema Sicherheit hoch relevant. Das trifft auf die Atomindustrie und die Luftfahrt genauso zu, wie auf das Gesundheitswesen. In der Luftfahrt beispielsweise wurde frühzeitig mit Simulationstrainings, Checklisten und anderen Maßnahmen für mehr Sicherheit gesorgt. Dabei ist klar: Sichere Abläufe müssen bei der Ausrüstung und Technik, der Interaktion von Mensch und Maschine, sowie beim Miteinander der beteiligten Personen und Teams ansetzen.

Im Gesundheitswesen spielt der zwischenmenschliche Faktor in zweifacher Hinsicht eine wichtige Rolle: Zum einen bestimmt der Bezug zum kranken Menschen und seinem individuellen Leiden . und eben nicht der Bezug zur Maschine oder zum standardisierten Produkt . die Arbeit und das Engagement von Ärzten, Pflegekräften und alle anderen Gesundheitsberufen.

Zum anderen nehmen mit dem medizinischen Fortschritt und den Behandlungsmöglichkeiten auch die Anforderungen an die Arbeit und die Zusammenarbeit der Beteiligten zu. An den spezialisierten und hochgradig arbeitsteilig organisierten Prozessen sind unterschiedliche Berufs- und Fachgruppen über Organisations- und Sektorengrenzen hinweg beteiligt. Demzufolge stellt der Leitsatz „Primum nil nocere“ . Zuerst einmal nicht schaden!“ heute weit höhere Ansprüche an die Leistung und Kompetenz aller Gesundheitsberufe, als noch zu Zeiten, in denen die Medizin weniger komplex organisiert war, als sie es heute ist.

Vielorts sind Patientensicherheitsmaßnahmen wie Fehlerberichtssysteme oder OP-Checklisten bereits fest etabliert. Der Grundstein für ihre erfolgreiche Umsetzung und Anwendung im Versorgungsalltag bleibt jedoch - so unsere Überzeugung . die Befähigung der Menschen für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung. Nur wenn es ein Bewusstsein für die Risiken von Arbeitsorganisation und Kommunikation, Technik, Arzneimitteln, Medizinprodukten und das eigene Handeln gibt, nur wenn die Beteiligten sowohl kompetent mit den systembedingten als auch mit den von Personen verursachten Fehlern umgehen können, nur wenn Ursachen analysiert, kommuniziert und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden, haben wir ein lernendes System, eine Lernkultur, die die Patienten bestmöglich vor vermeidbaren Fehlern schützt.

Denn im Gesundheitswesen gilt in besonderem Maße: Ohne die beteiligten Menschen . Patienten und Professionelle . geht gar nichts! Machen wir sie für Patientensicherheit stark und kompetent. Dazu möchte der hier vorgelegte Lernzielkatalog einen Beitrag leisten. Wir wünschen uns, dass der Lernzielkatalog in vielen Bereichen als Basis für Schulungs- oder Trainingsmaßnahmen dienen kann und getestet wird. Der Katalog bzw. Abschnitte daraus mögen eine breite Aufnahme in Ausbildungs-, Studien-, Fort- und Weiterbildungskursen finden. Idealerweise wird diese Empfehlung auch möglichst multiprofessionell und teamorientiert umgesetzt, z.B. in gemeinsamen Lehrveranstaltungen für Medizinstudierende und Auszubildenden in der Pflege.

Wir freuen uns sehr auf Ihre praktischen Erfahrungen mit dem Lernzielkatalog und Ihre Anregungen zur weiteren Verbesserung dieser Empfehlung!

Hedwig Francois-Kettner  
Vorsitzende des Aktionsbündnis  
Patientensicherheit e. v.

Dr. med. Günther Jonitz  
Präsident der Ärztekammer Berlin

## Einleitung

Die Arbeitsgruppe (AG) des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) **Bildung und Training** schlägt hiermit einen Lernzielkatalog vor, der für das deutsche Gesundheitswesen entwickelt wurde und der aus Sicht der AG grundlegenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten auflistet, die allen Gesundheitsberufen in Aus-, Fort- und Weiterbildung für Patientensicherheit vermittelt werden sollen. Das langfristige Ziel dieses Lernzielkataloges ist es, zur Steigerung der Sicherheit der Gesundheitsversorgung beizutragen, indem die Handlungskompetenz derjenigen gestärkt wird, die die Patienten versorgen.

Auch im 21. Jahrhundert ist die Gesundheitsversorgung nicht so sicher, wie sie sein könnte. In der stationären wie ambulanten Versorgung sind PatientInnen<sup>a</sup> u. a. durch nosokomiale Infektionen, Probleme der Arzneimitteltherapiesicherheit und Informationsverluste an den zahlreichen Schnittstellen der Versorgung gefährdet, ein unerwünschtes Ereignis zu erleben und Schaden davon zu tragen. Patientensicherheit bedeutet einerseits die Freiheit von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung auftreten können. Damit werden andererseits auch die Aktivitäten bezeichnet, die unerwünschte Ereignisse vermeiden bzw. ihre Folgen reduzieren helfen. Es ist nicht die alleinige Aufgabe z. B. der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen oder gesetzgebender Organe, durch die Herstellung der notwendigen Rahmenbedingungen die Versorgung sicherer zu machen. Auch die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und die in ihnen beschäftigten Menschen in den Gesundheitsberufen haben die Aufgabe, vor Ort und in der direkten und indirekten Patientenversorgung für deren Sicherheit zu sorgen.

Wichtig sind zum einen fachliche, also z. B. medizinische, pflegerische, pharmazeutische Kompetenzen. Diese reichen aber nicht aus. Den Mitarbeitenden wird in ihrer täglichen Arbeit eine hohe Lern- und Anpassungsfähigkeit sowie Leistungsbereitschaft abverlangt: Die Komplexität der Gesundheitsversorgung nimmt zu und damit erhöhen sich die Herausforderungen, die an das Handeln von Menschen in komplexen soziotechnischen Systemen gestellt werden. Um vor diesem Hintergrund und diesen Herausforderungen PatientInnen sicher versorgen zu können, müssen Menschen in Gesundheitsberufen Wissen, Fertigkeiten und Verhalten für Patientensicherheit erwerben. Auf der Europäischen politischen Ebene hat dies bereits Berücksichtigung gefunden: In den Jahren 2006 und 2009 haben Europarat<sup>1</sup> und der Rat der Europäischen Union<sup>2</sup> empfohlen, Patientensicherheit in den Fokus der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe zu nehmen. In 2011 wurde diese Empfehlung im so genannten Krakau-Statement der **Europäischen Expertenkonferenz zur Ausbildung in einer Qualitativen Versorgung und Patientensicherheit** nochmals aufgenommen und für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe auf allen Ebenen empfohlen. Derzeit erarbeitet auf der EU-Ebene die Patient Safety and Quality of Care Working Group (PSQCWG) eine Empfehlung zur Implementierung von Bildung und Training in Patientensicherheit, die auf einer EU-weiten Befragung zu fördernden und hinderlichen Faktoren basiert. Das Thema hat also auch hier weiterhin eine große Bedeutung.

---

<sup>a</sup> Die im gesamten Text aufgeführten Bezeichnungen meinen immer beide Geschlechter, unabhängig davon, ob eine weibliche, eine männliche oder eine neutrale Bezeichnung verwendet wurde.

Der vorliegende Lernzielkatalog reagiert auf diese Empfehlungen<sup>b</sup>. Er stellt die grundlegenden Themen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Patientensicherheit in acht Kapiteln zusammen. Ein neuntes Kapitel enthält die zentralen, heute (2014) bekannten und etablierten Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Einleitend werden der Aufbau und die Anwendung des Lernzielkatalogs erläutert. In einem Sachregister werden abschließend die wichtigsten Begriffe aufgeführt. Literaturhinweise finden Sie ebenfalls.

Inhaltlich folgt der vorliegende Lernzielkatalog den im EUNetPaS-Projekt (European Network for Patient Safety)<sup>4</sup> identifizierten Prinzipien, die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Patientensicherheit leiten sollen:

1. Die Versorgung der PatientInnen ist das zentrale Anliegen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Patientensicherheit (*patient centered*).
2. In allen Bereichen des Gesundheitswesens, in denen die Sicherheit der PatientInnen gefährdet sein kann, sollen Wissen, Fertigkeiten und Verhalten für Patientensicherheit entwickelt werden (*applicable to all settings*).
3. Jede/r einzelne in der Versorgung Tätige ist auch für Patientensicherheit verantwortlich. Daher muss jede/r in den Belangen der Patientensicherheit ausgebildet sein (*everyone's business*).
4. Teamorientierung ist essentiell für Patientensicherheit und überschreitet die Grenzen von Berufsgruppen. Dementsprechend soll die Aus-, Fort- und Weiterbildung einem multidisziplinären und multiprofessionellen Ansatz folgen (*team oriented*).
5. Die Entwicklung von Kompetenzen für Patientensicherheit umfasst Wissen, Fertigkeiten und Verhalten (*multidimensional*).
6. Patientensicherheit ist durch das direkte Arbeitsumfeld geprägt. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung soll auch die Verantwortlichkeit von Organisationen einbeziehen (*context specific*).
7. Patientensicherheit ist ein elementares Thema für die gesamte berufliche Laufbahn: Es beginnt in der Ausbildung und sollte Gegenstand einer kontinuierlichen beruflichen Entwicklung sein (*a continuous professional activity*).

In den letzten fünf bis sieben Jahren sind weltweit eine Reihe von Curricula und Trainingskonzepten entwickelt worden, die einzelne Berufsgruppen im Gesundheitswesen adressieren. Außerdem wurden auch vereinzelt Konzepte, die sich an alle Gesundheitsberufe wenden, erstellt. Der hier vorliegende Lernzielkatalog knüpft an diese internationalen Entwicklungen und die Inhalte dieser Curricula an (siehe auch unter Verwendete Literatur, Seite 33). Gegenüber älteren Konzepten nimmt er die Beteiligung und aktive Einbeziehung der Patientinnen als zentralen Aspekt der Aus-, Fort- und Weiterbildung auf.

Der vorliegende Lernzielkatalog ist explizit für die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe entwickelt worden. Er beinhaltet in knapper Form die Kompetenzen, die für die Tätigkeit der Menschen in diesen Gesundheitsfachberufen relevant sind, unabhängig davon, in welcher Position oder mit welchen zusätzlichen Qualifikationen sie tätig sind. Er

---

<sup>b</sup> Zur Entwicklung des Lernzielkatalogs: Die Arbeitsgruppe hat in 2012 die zu dieser Zeit vorliegenden nationalen und internationalen Curricula, Fortbildungskonzepte etc. gesichtet und die dort benannten Lernziele zusammengetragen (siehe Referenzen Seite 32). Diese wurden darauf geprüft, welches Wissen und welches Können für alle Gesundheitsberufe in Deutschland relevant sind. Dieses Wissen und Können wurde dann als Lernergebnisse operationalisiert. Im nächsten Schritt kommentierten die APS-Mitglieder den vorliegenden Entwurf, der nach Adaptation einem Pretest durch 18 Bildungseinrichtungen im Gesundheitsbereich unterzogen wurde. Der anhand der Ergebnisse des Pretests angepasste Lernzielkatalog liegt hier nun vor.

stellt im Gegensatz zu einigen anderen Curricula keine Lehrbuchinhalte oder detaillierte Anleitung zur Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten zur Verfügung. Er bietet Lehrenden wie Interessenten für Bildungsmaßnahmen eine Orientierung über die inhaltliche Gestaltung von Lehrveranstaltungen zum Thema.

Dieser Lernzielkatalog ist in einem Pretest in verschiedenen Kontexten (unterschiedliche Settings der Gesundheitsversorgung, in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und für unterschiedliche Gesundheitsberufe) möglichst breit getestet worden und nach den Erfahrungen der Lehrenden erstmals angepasst worden. In dieser Empfehlung finden Sie auch Hinweise dafür, wie es weiter gehen soll (siehe Ausblick Seite 31).

Im Idealfall wird auf der Basis eines breit konsentierten Lernzielkatalogs das Thema Patientensicherheit mittelfristig in den Ausbildungslehrplänen- und Curricula der Gesundheitsberufe verankert. Dafür wird sich auch weiterhin das Aktionsbündnis Patientensicherheit einsetzen.

## Zur Anwendung dieses Lernzielkatalogs

Dieser Lernzielkatalog

- beschreibt die grundlegende Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten für Patientensicherheit.
- beschreibt Kompetenzen für die Angehörigen **aller** Gesundheitsberufe.
- dient Lehrenden als Basis zur Entwicklung von Lehrveranstaltungen und Trainings. Darüber hinaus sollten die Lehrenden über Fachwissen über Patientensicherheit und andererseits Methodenkompetenz verfügen.
- kann insbesondere in der Tiefe der Vermittlung angepasst werden (v. a. an den Kontext der Versorgung oder einer Berufsgruppe).
- sollte idealerweise interprofessionell und Lehrprogramme integriert werden.

Die Abfolge der Kapitel ist ein Vorschlag für die Vermittlung der Kompetenzen: zunächst wird ein Überblick (Kapitel 1) gegeben, dann zentrale Konzepte (Kapitel 2-5) vorgestellt und anschließend konkrete Kompetenzen (Kapitel 6-9) vermittelt.

### Zielgruppe des Lernzielkatalogs

Diese Empfehlung richtet sich an all jene, die für die Gesundheitsberufe Studiengänge, Aus-, Fort- und Weiterbildungen planen und durchführen. Da die im Lernzielkatalog aufgeführten Kenntnisse und Fertigkeiten in unterschiedlichen beruflichen Kontexten vermittelt werden, wurde auf inhaltliche Detaillierung und methodische Vorgaben verzichtet. Damit bietet der Lernzielkatalog keine Inhalte wie z. B. ein Lehrbuch der Patientensicherheit darstellen oder bereits fertiges Lehrmaterial bieten kann. Das bedeutet, dass zur Erstellung einer Lerneinheit einerseits Fachwissen über Patientensicherheit und andererseits Methodenkompetenz der Lehrenden nötig ist. Hilfsmittel zur Erstellung konkreter Lerneinheiten finden sich z.B. im Patient Safety Curriculum Guide der WHO (siehe Verwendete Literatur).

### Zielgruppe einer Basisausbildung Patientensicherheit

Patientensicherheit geht alle an. Es handelt sich nicht um das Spezialwissen einer Fachdisziplin und sie liegt nicht im Verantwortungsbereich einer einzelnen Berufsgruppe oder bestimmter Einrichtungen des Gesundheitswesens. Deshalb bezieht sich die Empfehlung der aufgeführten Kompetenzen auf *alle Beschäftigten, die in ihrem Berufsalltag regelmäßig zu mehr Patientensicherheit beitragen können.*

Dies sind alle Fachberufe, die am Kernprozess der Patientenversorgung unmittelbar beteiligt sind, die diese Kernprozesse unterstützen sowie klinische und administrative Führungskräfte, die die direkte und indirekte Patientenversorgung leiten oder steuern. Dazu gehören alle Heilberufe, pflegerische, therapeutische, soziale, technische und kaufmännische Berufe in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (siehe Grafik Seite 10).

An dieser Stelle soll betont werden, dass insbesondere die Patientensicherheitskompetenz der Menschen in Führungspositionen in Gesundheitseinrichtungen entscheidend mit zur Pa-

tientensicherheit in der Gesundheitsversorgung beiträgt. Diese sind also genauso wie Studierende, Auszubildende und Mitarbeitende in Klinik, Praxis, Apotheke, Pflegeheim etc. in Aus-, Fort- und Weiterbildungen zur Patientensicherheit einzubeziehen.

Die Menschen, die in Gesundheitsberufen tätig sind, lassen sich im Deutschen schwer mit einer Bezeichnung fassen, da es keinen Begriff gibt, der z.B. dem englischen *health care professional / worker* entspricht. Für die vorliegende Empfehlung wurde deshalb der Begriff der in Gesundheitsberufen Tätigen gewählt. Wo die Zielgruppe von Aus-, Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen gemeint ist, verwenden wir den Begriff *Teilnehmende*.

## **Integration in vorhandene Lehrprogramme und mögliche Anpassungen**

Der hier vorgelegte Lernzielkatalog beinhaltet Lernziele und Lernergebnisse aus dem Themenfeld Patientensicherheit, die idealerweise in die grundständigen Ausbildungen und Studiengänge der Gesundheitsberufe integriert werden sollten. Patientensicherheit ist dabei nicht notwendigerweise ein separates *Fach* oder eine separate Lehrveranstaltung, sondern sollte immer dort, wo es möglich und passend ist, in ein Curriculum oder ein Lernprogramm integriert werden. Dabei können z. B. die allgemein für die Versorgung relevante Kompetenzen wie die der Kommunikation und der Teamarbeit anhand von Fallbeispielen aus verschiedenen anderen Themenfeldern der Ausbildung oder des Studiums vermittelt werden, ohne dass *sichere Kommunikation* ein separater Lernbereich ist.

Der Lernzielkatalog soll als Basis zur Entwicklung von Lehrveranstaltungen und Trainings dienen und auch in der Fort- und Weiterbildung eingesetzt werden. Er soll also für Lehrveranstaltungen und Trainings als Basis dienen, die Personen mit unterschiedlicher Vorbildung und Erfahrung aus vielfältigen Berufsgruppen und Fachgebieten angeboten werden. Je nach Berufsgruppen, Kontext der Versorgung und beruflichen Aufgaben der Teilnehmenden wird daher eine Anpassung der Lernziele und -ergebnisse geboten sein, wobei wir empfehlen, alle in den neun Kapitel angesprochenen Themen anzusprechen, dieser aber ggf. in ihrer Lerntiefe anzupassen. Das Kapitel 1 *„Patientensicherheit“*. Was ist das und warum ist sie wichtig? empfiehlt sich dabei als Einstieg. Die Reihenfolge der weiteren Abschnitte und die Intensität der Vermittlung kann selbstverständlich bei der Umsetzung in konkrete Lehrprogramme je nach Kontext und Berufsgruppe variiert werden. Auf Zeitangaben für die einzelnen Kompetenzbereiche oder den gesamten Katalog haben wir bewusst verzichtet, da die Tiefe der Vermittlung an die jeweiligen Gesundheitsberufe, Ausbildungsniveaus und Kontexte der Versorgung angepasst werden sollten, Somit soll es auch den Lehrenden überlassen bleiben zu entscheiden, in welcher Zeit die Kompetenzen vermittelt werden sollen.

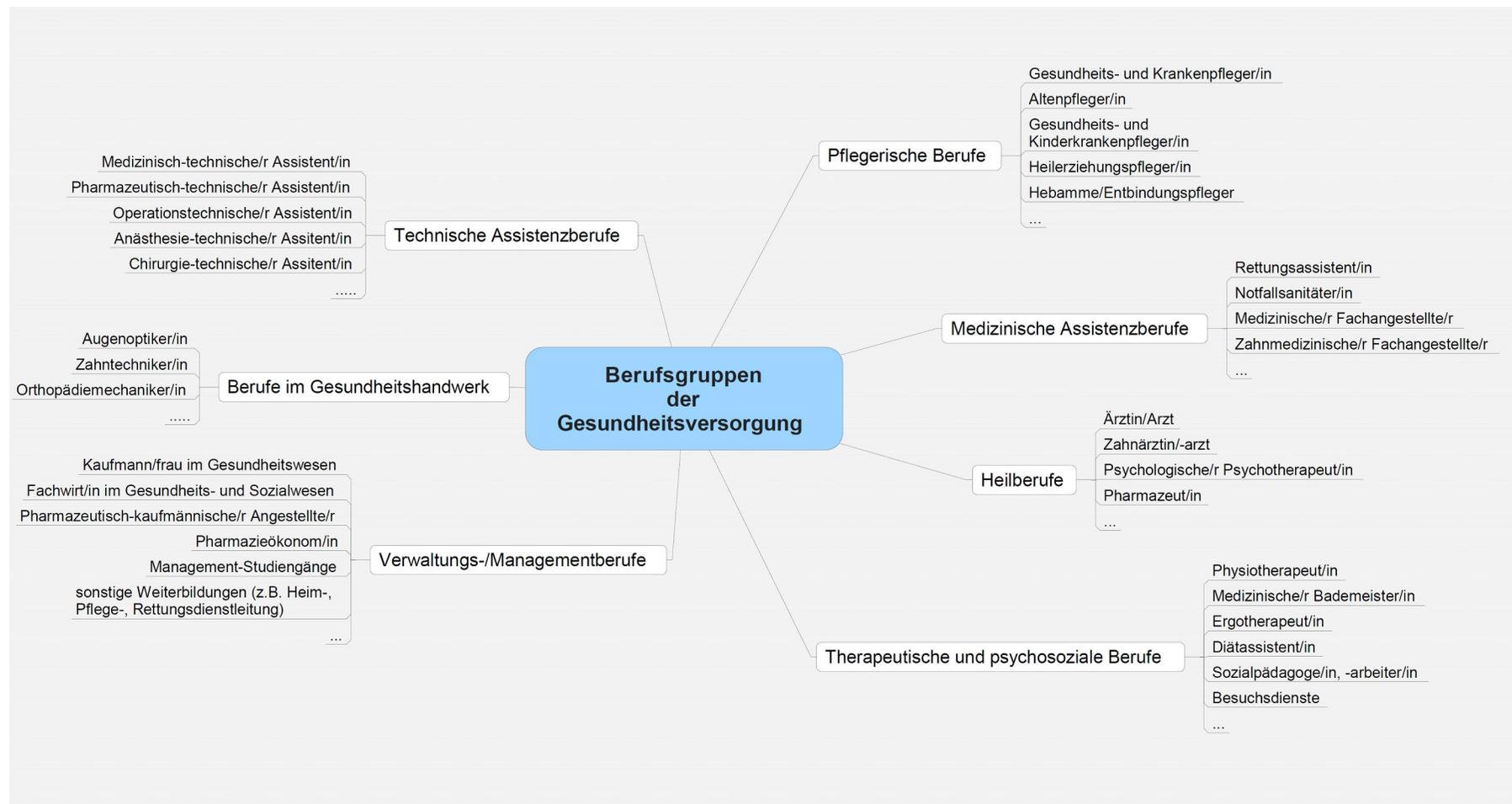
## **Methoden der Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Generell werden methodische und didaktische Kenntnisse sowie Grundlagen der Lernpsychologie bei Lehrenden vorausgesetzt und sind deshalb hier nicht Gegenstand. Angemerkt sei aber, dass grundsätzlich beteiligungsorientierte interaktive Methoden und erfahrungsbasiertes Lernen zu bevorzugen sind. Insbesondere die Lernziele, die sich auf *„Können“* beziehen, werden nicht erreicht, wenn ausschließlich in vortragender Form gelehrt wird. Aus der großen Bandbreite interaktiver und beteiligungsorientierter Lernformen muss zielgruppenspezifisch so ausgewählt werden, dass die aktive Aneignung der Kompetenzen gefördert wird. Vorträge und E-Learning-Formate eignen sich vorrangig für die Einführung ins Thema und die Vermittlung von Basiswissen. Damit Inhalte und Lernprozess am Alltag der Teilnehmenden anknüpfen und Lernergebnisse anwendbar und bedeutsam für diese werden, eig-

nen sich Formate wie Fallarbeiten, Kleingruppenarbeit, Simulation, Rollenspiele und Gruppenübungen, Projektarbeiten und andere mehr.

Zudem sind interdisziplinäre und interprofessionelle Lehrformate und -veranstaltungen zu empfehlen: Wo immer dies möglich ist, sollten auch die Berufsgruppen und Disziplinen miteinander lernen, die auch in der Praxis bei den entsprechenden Themen zusammenarbeiten und das Gelernte auch gemeinsam umsetzen sollen.

Die aufgeführten Lernziele und -ergebnisse können auch als Basis zur Formulierung von Kriterien für die Evaluation von Trainingsmaßnahmen dienen. Allerdings müssen sie dann an die jeweilige Berufsgruppe und ggf. den zu erreichenden Ausbildungsstand angepasst werden.



**Übersicht über Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung.** Hier sind die meisten Berufe aufgeführt, die (un)mittelbar an der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beteiligt sind. All diese gehören zur Zielgruppe für eine Basisausbildung Patientensicherheit mit dem vorgelegten Lernzielkatalog

## Zum Aufbau des Lernzielkatalogs

Die Reihenfolge der Kapitel folgt der Systematik, dass zunächst eine Übersicht über das Thema gegeben wird (*Patientensicherheit . Was ist das und warum ist sie wichtig?*). Danach werden die grundlegenden Bedingungen, unter denen Patientensicherheit möglich wird, vermittelt (*Ursachen von kritischen Ereignissen und Patientenschäden, Systemdenken*). Hierzu gehören auch die Einbeziehung der PatientInnen und ihre Rolle für Patientensicherheit (*Beteiligung von PatientInnen*). Danach werden wesentliche Einflussfaktoren, die relevant für sichere Organisationen sind, behandelt. Diese Themen . *Sicherheitskultur, Teamarbeit und Kommunikation* . sind untrennbar miteinander verbunden. Das Thema *Lernen aus kritischen Ereignissen* als reaktive und darauf folgend konkrete proaktive Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit schließen den Lernzielkatalog ab. Diese Reihenfolge ist zugleich ein Vorschlag zur Gestaltung von Basis-Lerneinheiten.

Alle Kapitel dieser Empfehlung folgen einem einheitlichen Aufbau, der sich im Wesentlichen am Aufbau des WHO-Curriculums orientiert:

### 1. Relevanz des Themas

Hier wird kurz beschrieben, warum dieses Thema gerade für eine Basisausbildung der in Gesundheitsberufen Tätigen wichtig ist und ggf. die Lerntiefe begründet.

### 2. Lernziel

Hier wird in allgemeiner Weise kurz als Lernziel beschrieben, was die Teilnehmenden nach Abschluss der Aus-, Fort- oder Weiterbildung wissen und können sollen.

### 3. Lernergebnisse

Hier werden im Detail die Lernergebnisse, unterschieden nach *Wissen* und *Können*, aufgeführt.

**Wissen:** Allgemein zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Lernzielkatalogs gültige Kenntnisse, die in einen eigenen Anwendungskontext gebracht werden müssen. Dabei wurde explizit nicht zwischen Wissen im Sinne von *„Kennen“* oder *„Verstehen“* unterschieden, um die Darstellung und Umsetzung so einfach wie möglich zu machen und den Lehrenden ein flexibles Vorgehen zu ermöglichen.

**Können:** Hier geht es um angewandetes Wissen, d. h. Lerninhalte können hier auch bereits in einer Übungssituation oder in der Praxis angewendet werden.

### 4. Anregungen zur Vertiefung

Hier werden sinnvoll zu ergänzende Themen aufgeführt, die sich in jedem Fall auf der nächsten Vertiefungsstufe anschließen sollen.

Der Lernzielkatalog wird ergänzt durch die Angaben zur verwendeten Literatur sowie durch ein Glossar und Sachregister im Anhang.

Zur Orientierung innerhalb des Lernzielkatalogs kann das Sachregister verwendet werden, das sich ab Seite 31 befindet. Hierüber sind auch die Themen und Stichworte aufzufinden, die von den AutorInnen zur Vermeidung unnötiger Redundanzen bestimmten Kapiteln zugeordnet werden mussten, obwohl sie für mehrere relevant sind. Dennoch werden einzelne

Aspekte im Folgenden wiederholt benannt, um die Zusammenhänge zwischen den Themenbereichen zu betonen.

Für die Verständigung der verschiedenen Berufsgruppen sind eindeutige, gemeinsame Begriffe wichtig. Diese sollten auch in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen verwendet und vermittelt werden. Es wird an dieser Stelle auf das Glossar des APS (siehe Seite 28) verwiesen.

# Die Lernziele

## 1. Was ist Patientensicherheit und warum ist sie wichtig?

### 1.1. Relevanz des Themas

Patientensicherheit als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse entsteht nicht von selbst, sondern kann und muss gelernt werden. Um Gesundheitssysteme sicherer zu machen, müssen die Menschen in Gesundheitsberufen lernen, was sie selbst und die Organisationen, in denen sie arbeiten, zu einer sicheren Versorgung beitragen können.

Als Einstieg in eine Basisausbildung Patientensicherheit ist es notwendig, zunächst einen Überblick darüber zu vermitteln, was unter Patientensicherheit, unerwünschten Ereignissen und anderen in diesem Zusammenhang wichtigen Begriffen zu verstehen ist. Um ein Fundament für die folgenden Inhalte zu schaffen, soll ein Grundverständnis für das Problem und seine Ausmaße hergestellt werden. Damit soll die Bedeutung der Patientensicherheit im Hinblick auf die Reduzierung von unerwünschten Ereignissen und die Verminderung von Patientenschäden verdeutlicht werden. Die Teilnehmenden sollen verstehen, warum Wissen und Fertigkeiten im Bereich Patientensicherheit für alle Gesundheitsberufe wichtig sind und dass Patientensicherheit eine dauerhafte Aufgabe im Alltag der Gesundheitsversorgung ist. Im Fokus von Patientensicherheit stehen die Patienten und Patientinnen. Aber auch für die Menschen in Gesundheitsberufen ist Patientensicherheit wichtig, weil sie mittelbar von negativen Auswirkungen unerwünschter Ereignisse betroffen sein können (second victims).

### 1.2. Lernziel

Die Teilnehmenden erkennen die Wichtigkeit von Patientensicherheit und ihrer Stärkung in einem komplexen Gesundheitsversorgungssystem und sind sich ihrer Rolle und persönlichen Verantwortung bei der Erhöhung der Patientensicherheit bewusst.

### 1.3. Lernergebnisse

#### Wissen

Die Teilnehmenden haben Grundkenntnisse betreffend Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement.

- Sie wissen um die besonderen Risiken der Patientenversorgung und die Vulnerabilität/Verletzlichkeit von Patienten.
- Sie kennen bedeutende Patientensicherheitsprobleme der stationären und ambulanten Versorgung und deren Häufigkeiten.
- Sie kennen die wichtigsten Begriffe der Patientensicherheit und den Unterschied zwischen vermeidbarem unerwünschtem Ereignis (VUE), Komplikation einer Behandlung und krankheitsbedingter kritischer Situation.
- Sie verstehen die Notwendigkeit einer patientenzentrierten Versorgung und der Verantwortlichkeit aller Gesundheitsberufe für die Gewährleistung der Patientensicherheit.
- Sie wissen um die Notwendigkeit eines kontinuierlichen Lernprozesses in Patientensicherheit.

- Sie kennen nationale und internationale Initiativen zur Erhöhung der Patientensicherheit.

## **Können**

Die Teilnehmenden können die Grundbegriffe anwenden und die vermittelten Patientensicherheitsprobleme im eigenen Tätigkeitsbereich erkennen.

### **1.4. Anregung zur Vertiefung**

Die Vertiefung findet in den folgenden Kapiteln statt.

## **2. Ursachen von kritischen Ereignissen und Patientenschäden**

### **2.1. Relevanz des Themas**

Das Wissen über Ursachen von kritischen Ereignissen und daraus resultierenden Schäden ist für das grundlegende Verständnis von Patientensicherheit wichtig. Nur wer die Ursachen erkennt und die Zusammenhänge versteht, kann proaktive Maßnahmen dahingehend gestalten, dass die Sicherheit der PatientInnen und der Beschäftigten kontinuierlich und nachhaltig verbessert wird.

Die Ursachen für kritische Ereignisse liegen oft in den Grenzen der menschlichen Belastbarkeit, der Wahrnehmung oder des Verhalten. Die Grenzen werden jedoch maßgeblich durch systemische Faktoren und die Organisation der Gesundheitsversorgung bestimmt. Insofern müssen auch die Faktoren, die nicht im individuellen Verhalten oder in individuellen Fertigkeiten der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen begründet sind, verstanden und erkannt werden.

### **2.2. Lernziel**

Die Teilnehmenden erkennen die wesentlichen Ursachen von kritischen Ereignissen und Patientenschäden in ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld.

### **2.3. Lernergebnisse**

#### **Wissen**

Die Teilnehmenden kennen die wesentlichen Ursachen und beitragenden Faktoren von unerwünschten Ereignissen<sup>6</sup>.

- Patientenfaktoren
- Aufgaben- und Verfahrensfaktoren
- Individuelle Faktoren der in Gesundheitsberufen Tätigen, insbesondere die Grenzen menschlicher Wahrnehmung und menschlichen Handelns (z. B. bei Übermüdung und hoher Arbeitsbelastung).
- Teamfaktoren
- Faktoren der Arbeitsumgebung
- Organisations- und Managementfaktoren
- Faktoren des institutionellen Rahmens

Die Teilnehmenden verstehen, dass das Erkennen von Ursachen kritischer Ereignisse die Basis für proaktive Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit ist.

#### **Können**

Die Teilnehmenden können die oben genannten Faktoren in ihrem eigenen Arbeitsbereich für die Entstehung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden erkennen und ihr Wissen an einem realen Beispiel anwenden.

### **2.4. Anregung zur Vertiefung**

- Methoden der Risikoanalyse (z. B. Risiko-Audit; Fehler-Möglichkeiten- und Einfluss-Analyse, FMEA)
- Vertiefungswissen Human Factors

- Methoden und Werkzeuge, potentiell kritische Situationen zu erkennen (z. B. IMSA-FE: Illness - Medication - Stress - Alcohol - Fatigue - Eating)

### 3. Systemdenken

#### 3.1. Relevanz des Themas

Die Patientenversorgung ist als ein komplexes System voneinander abhängiger Faktoren zu sehen. Dies gilt sowohl für die Patientenversorgung in großen Universitätskliniken mit ihren zum Teil hoch komplexen Strukturen wie für sehr viel kleinere Krankenhäuser, Praxen, Apotheken oder Pflegeheime. In allen diesen Einrichtungen des Gesundheitssystems können sich Fehler und kritische Ereignisse ereignen. Hinsichtlich ihrer Ursachen werden zwei grundlegende Sichtweisen voneinander unterschieden. Zum einen die personenbezogene Sichtweise, in der man versucht, eine verursachende Person zu identifizieren und sich nur mit den direkten Umständen und Beteiligten des Ereignisses beschäftigt (naming, blaming, shaming, training). Zum anderen wendet man sich auch in der Gesundheitsversorgung der systemischen Sichtweise, dem Systemdenken<sup>7</sup>, zu. Hier geht man davon aus, dass Menschen immer Fehler machen werden und von Menschen durchgeführte Prozesse fehleranfällig sind. (Versorgungs-)Systeme sind daher so zu gestalten, dass diese Fehler nicht zu einem Schaden führen (Prinzip der Resilienz) und dass aus ihnen gelernt werden kann und sollte.

Diesem Systemdenken liegt der schon im Bericht *„To err is human“* betonte Gedanke zugrunde, dass in der Regel nicht schlechte Menschen, sondern schlechte Systeme zu Fehlern führen (*„It’s not bad people, it’s bad systems“*). Grundlegend für die Patientensicherheit ist es, dass es zu diesem Perspektivenwechsel kommt und die Systemursachen von Fehlern und die zu kritischen Ereignissen beitragenden Faktoren erkannt werden. Erst dann können auch adäquate Strategien zu ihrer Vermeidung gefunden und umgesetzt werden.

#### 3.2. Lernziel

Die Teilnehmenden kennen den Ansatz des Systemdenkens. Sie verstehen den eigenen Arbeitsplatz und das eigene Handeln als eingebunden in ein komplexes vernetztes Versorgungssystem mit Einfluss auf die Patientensicherheit.

#### 3.3. Lernergebnisse

##### Wissen

Die Teilnehmenden verfügen über Grundkenntnisse zum Systemdenken und Risikomanagement.

- Sie kennen den Unterschied zwischen Systemdenken und personenbezogener Sichtweise.
- Sie kennen Unfallentstehungsmodelle (z. B. nach Rasmussen und Reason *„Schweizer-Käse-Modell“*, nach Sidney Dekker *„Drift into failure“*, nach Charles Perrow *„Normal accidents theory“*).
- Sie kennen die Begriffe System, Sicherheit, Risiko, Human Factors, Organisation.
- Sie kennen den prozessorientierter Ansatz zur Integration von Instrumenten und Maßnahmen in die Organisation und ihr Risikomanagement.
- Sie wissen, dass es Methoden und Hilfsmittel gibt, um Risiken aufzuzeigen, d.h. zur Identifizierung, Bewertung, Bewältigung und Kontrolle von Risiken als Instrumente der Systemsteuerung.

- Sie kennen Methoden und Hilfsmittel, die die Sicherheit erhöhen können (beispielsweise Fehlerberichts- und Lernsysteme, Fallanalyseverfahren, Standards, Normen für Qualitäts- oder Sicherheitsmanagementsysteme, medizinische Leitlinien, klinikinterne Behandlungspfade, Checklisten, Patientenidentifikationsarmbänder, Simulationstrainings).
- Sie kennen die relevanten juristischen, insbesondere haftungsrechtlichen Aspekte des klinischen Risikomanagements ebenso wie Aspekte der Patientenrechte und der Organisationshaftung.

## **Können**

Die Teilnehmenden erkennen sich und ihr direktes sowie erweitertes Arbeitsumfeld als sicherheitsrelevante Einflussgröße auf die Patientenversorgung.

- Sie können auch im Berufsalltag erkennen, dass alle Fehler und kritischen Ereignisse Lernchancen für die Einzelperson, aber vor allem auch die Organisation beinhalten.
- Sie können den eigenen Arbeitsplatz als Teil eines Arbeitssystems beschreiben.
- Sie können die in ihrer Einrichtung vorhandenen Ergebnisse aus dem lokalen Risikomanagement am eigenen Arbeitsplatz anwenden.

### **3.4. Anregungen zur Vertiefung**

- Systembezogene Risiko-Analyse
- Sichere und fehlerrobuste Arbeitsplatzgestaltung
- Modelle, Methoden und Eigenschaften von Organisationen mit hoher Zuverlässigkeit<sup>9</sup> (High Reliability Organizations, HRO)
- Simulation und Rollenspiele in multidisziplinären Teams

## **4. Beteiligung von PatientInnen**

### **4.1. Relevanz des Themas**

PatientInnen sind heute meist nicht mehr passive Empfänger ihrer Versorgung, sondern wollen und sollen entsprechend ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten aktiv als kompetente PartnerInnen beteiligt werden. Sie haben ein individuell unterschiedlich starkes Sicherheitsbedürfnis; viele Menschen machen sich Sorgen um ihre Sicherheit, wenn sie sich in die Obhut von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung begeben. PatientInnen sollten daher informiert werden, dass es Risiken und vermeidbare unerwünschte Ereignisse in der Gesundheitsversorgung gibt und was die sie versorgenden in Gesundheitsberufen Tätigen und Organisationen tun, um ihre größtmögliche Sicherheit zu gewährleisten. Außerdem sollten sie darüber informiert werden, wie sie selbst in ihrer individuellen Situation zu ihrer Sicherheit beitragen können.

Das Was und Wie der Einbeziehung von PatientInnen und ihres Umfelds (Angehörige, PartnerInnen etc.) muss jedoch gelernt werden. Es erfordert eine Sensibilisierung für die Patientenperspektive sowie Wissen und Fertigkeiten, die PatientInnen eine aktive Rolle ermöglichen. Gleichzeitig bedeutet es, als in einem Gesundheitsberufe tätige Person nicht die Verantwortung für die Sicherheit an PatientInnen abzugeben, sondern ihre Kompetenzen zu stärken, selbst Verantwortung zu übernehmen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, wenn ein unerwünschtes Ereignis aufgetreten ist . also mit den direkt und unmittelbar betroffenen und möglicherweise geschädigten Menschen.

### **4.2. Lernziel**

Die Teilnehmenden verstehen, dass für eine sichere Gesundheitsversorgung die aktive Einbeziehung der PatientInnen notwendig und hilfreich ist, und ermutigen diese, eine aktive Rolle einzunehmen.

### **4.3. Lernergebnisse**

#### **Wissen**

Die Teilnehmenden kennen die Rolle von PatientInnen im Versorgungsprozess im Spannungsfeld zwischen Verletzlichkeit und autonomem Handeln.

- Sie wissen um die möglichen physischen und psychischen Auswirkungen unerwünschter Ereignisse auf PatientInnen.
- Sie verstehen, dass PatientInnen Ängste hinsichtlich der Sicherheit der Versorgung haben und dass es in der Gesundheitsversorgung Gesunde (z. B. Schwangere, Gebärende) und Kranke gibt, die ein unterschiedlich ausgeprägtes Bedürfnis nach Autonomie und Sicherheit haben.
- Sie verstehen die Wichtigkeit der Einbeziehung von PatientInnen (und deren Angehörigen) und deren Kompetenz in Diagnostik, Behandlung und Prävention (partizipative Entscheidungsfindung) und die Notwendigkeit, individuelle, religiös oder kulturell bedingte Unterschiede zu berücksichtigen.
- Sie kennen Möglichkeiten der partizipativen Entscheidungsfindung und können die Vorgehensweise beschreiben.

- Sie wissen um die Möglichkeit und die Grenzen der Einbeziehung von PatientInnen in den Therapieprozess.
- Sie verstehen die Rolle von PatientInnen und deren Angehörigen bei der Erkennung und Vermeidung von unerwünschten Ereignissen.
- Sie wissen um die Wichtigkeit der Offenlegung von unerwünschten Ereignissen gegenüber Patienten.
- Bei unerwünschten Ereignissen wissen sie, wie sie unter juristischen, haftungs- und versicherungsrechtlichen Aspekten kommunizieren sollen.
- Sie kennen besonders vulnerable Patientengruppen (z. B. dementiell Erkrankte, Menschen mit anderer Muttersprache).

## **Können**

Die Teilnehmenden können PatientInnen aktiv in die Versorgung einbeziehen.

- Sie können PatientInnen ermuntern, eigene Informationen mitzuteilen und Fragen zu stellen, wenn sie etwas nicht verstanden haben.
- Sie können PatientInnen über die einzelnen Handlungen in der Versorgung informieren, so dass diese wissen, welche Schritte anstehen und welche Risiken existieren, und unterstützen diese ggf. in ihrer Entscheidung.
- Sie können partizipative Entscheidungsfindung umsetzen.
- Sie können PatientInnen aufmerksam zuhören und begegnen ihnen mit Respekt und Offenheit.
- Sie können als mögliche erste Ansprechpartner den Beschwerden von Patienten und Sorgen in Bezug auf unerwünschte Ereignisse adäquat begegnen.

## **4.4. Anregungen zur Vertiefung**

- Umgang mit PatientInnen, die ein unerwünschtes Ereignis erlebt haben, und mit deren Angehörigen (siehe APS-Broschüre *„Reden ist Gold“*)
- Unterstützungssysteme für PatientInnen (z. B. Patientenfürsprecher)

## 5. Sicherheitskultur

### 5.1. Relevanz des Themas

Die Kultur einer Organisation ist von ausschlaggebender Bedeutung für die Qualität der Arbeit, die von den Mitarbeitenden geleistet wird. Grob umschrieben bedeutet Organisationskultur die Art und Weise, wie miteinander umgegangen wird. Bei der Kultur geht es etwa um Fragen, welches Verhalten z. B. in einem Krankenhaus oder in einer Praxis positiv bewertet und anerkannt und welches sanktioniert wird. Sicherheitskultur ist ein wichtiger Teilbereich von Organisationskultur, der sich auf alle für eine Versorgungseinrichtung sicherheitsrelevanten Aspekte konzentriert. Patientensicherheit als handlungsleitender Wert steht im Zentrum einer positiven Sicherheitskultur im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang wird auch oft der Begriff Fehlerkultur verwendet. Damit soll verdeutlicht werden, dass die Beschäftigung mit Fehlern und die Art des Umgangs mit ihnen im Vordergrund steht. Wir ziehen hier den Begriff Sicherheitskultur vor, weil er über die Reaktion auf Fehler hinausgeht und das Thema Patientensicherheit in den Fokus rückt.

Die Sicherheitskultur drückt sich konkret darin aus,

- welches Wissen, z. B. in einer Praxis, zu sicherheitsrelevanten Themen zur Verfügung steht,
- welche Werte als wichtig erachtet und gepflegt werden (z.B. eher Vertrauen oder Misstrauen; eher Kooperation der Berufsgruppen oder Konkurrenz) und
- welche Haltung und Symbolik gepflegt wird, also wie sich bestimmte Regeln im Versorgungsalltag konkret ausdrücken (z.B. Ansprechbarkeit der Führungskräfte, Sitzordnungen in Besprechungen, Kommunikationsstile).

Individuelles Verhalten allein ist für Patientensicherheit nicht ausschlaggebend, die Kultur der Organisation bestimmt mit, ob Regeln und Gesetze eingehalten werden und wie sich das Individuum verhalten kann.

### 5.2. Lernziel

Die Teilnehmenden kennen das Konzept und die Bedeutung von Sicherheitskultur für die Sicherheit der Patientenversorgung. Sie können Elemente der Sicherheitskultur im eigenen Arbeitskontext erkennen.

### 5.3. Lernergebnisse

#### Wissen

Die Teilnehmenden kennen das Konzept der Sicherheitskultur.

- Sie kennen die Definition und Konzepte von Sicherheitskultur.
- Sie kennen das Konzept der lernenden Organisation und die Bedeutung des Lernens in und von Organisationen für die Patientensicherheit.<sup>11</sup>
- Sie kennen Faktoren, die wesentlich sind für eine positive Sicherheitskultur, Ressourcen, Führung, formale und informelle Strukturen etc.
- Sie kennen Sicherheitsstandards und Sicherheitsregeln in der Gesundheitsversorgung.

- Sie kennen die Wichtigkeit der Einhaltung und Umsetzung gesetzlicher Regelungen zur Erhöhung der Sicherheit.

### **Können**

Die Teilnehmenden können Elemente der Sicherheitskultur im eigenen Arbeitskontext erkennen.

- Sie können sicherheitsrelevante Regeln auf den eigenen Arbeitsbereich übertragen.
- Sie können Ansatzpunkte zur Verbesserung der Sicherheitskultur identifizieren.
- Sie können den Einfluss von Haltung und Einstellung der eigenen Person auf die Patientensicherheit reflektieren.

### **5.4. Anregung zur Vertiefung**

- Beiträge zur Beförderung einer lernenden Sicherheitskultur
- Qualitative und quantitative Verfahren zur Erfassung von Sicherheitskultur (z. B. das Manchester Patient Safety Framework, MaPSaF, oder Survey on Patient Safety Culture der US-Amerikanischen Agency für Health Care Research and Quality, AHRQ)

## 6. Teamarbeit

### 6.1. Relevanz des Themas

Der Austausch und die Abstimmung in einem Behandlungsteam sind entscheidend für eine sichere Behandlung, eine frühe Fehlererkennung und ein effektives Komplikationsmanagement zur Schadensminimierung. Für die Leistung eines Teams ist seine Führung und die Fähigkeit seiner Teammitglieder zur Kooperation entscheidend, um aktiv zu einer sicheren Versorgung beitragen zu können.

„Dream Teams are made, not born“ Teamarbeit kann und muss man lernen. Teams arbeiten im Spannungsfeld von Individuen und Organisationen, die den Individuen das Arbeiten möglich machen. Dabei sind das Wissen um gemeinsame mentale Modelle, die Prozesse des gemeinsamen Reflektierens über die Arbeit im Team wie auch das Üben bestimmter Situationen im Team wesentlich, um Patientensicherheit effektiv und nachhaltig verbessern zu können.

### 6.2. Lernziel

Die Teilnehmenden kennen die Erfolgsfaktoren von Teamarbeit und können Methoden zur Gestaltung von sicherer Teamarbeit umsetzen. Sie können Problemlösungsvorschläge für Konfliktsituationen anhand realer Fälle für ein Team erarbeiten.

### 6.3. Lernergebnisse

#### Wissen

Die Teilnehmenden kennen die Grundlagen der Teamarbeit und deren wichtige Auswirkungen auf die Patientensicherheit.

- Sie kennen Struktur, Funktionen und Arten von Teams.
- Sie verstehen die Rollen der Teamführung und der Teammitglieder.
- Sie kennen Kennzeichen von guten, effektiven Teams sowie die Faktoren, die zu Problemen in Teams führen können.
- Sie kennen förderliche Faktoren und die Barrieren guter Teamarbeit.
- Sie kennen Methoden für sichere Teamarbeit:
  - Gestaltung von Teambesprechungen
  - Konzept der gemeinsamen mentalen Modelle („shared mental models“)
  - Modelle strukturierter Entscheidungsfindung im Team (z. B. FOR-DEC aus der Luftfahrt: Facts . Options . Risks and Benefits . Decision . Execution - Check<sup>12</sup>)
  - Möglichkeiten für Team-Trainings (z. B. Simulation, Konzept des Crew Ressource Management, CRM)
  - Teamklärung/-supervision

#### Können

Die Teilnehmenden erkennen typische Probleme in ihren Teams und können Lösungsansätze identifizieren.

### 6.4. Anregung zur Vertiefung:

- Umsetzung von Methoden für sichere Teamarbeit
- Bildung und Aufrechterhaltung gemeinsamer mentaler Modelle (shared mental models)
- De-/Briefings
- Konfliktmanagement im Team
- Teamtrainings in Simulationen mit Debriefing
- Simulation und Rollenspiele in multidisziplinären Teams

## 7. Kommunikation

### 7.1. Relevanz des Themas

Gelingende Kommunikation ist für die sichere Patientenversorgung relevant, da Diagnostik und Behandlung immer Kommunikationsprozesse voraussetzt . sowohl zwischen Behandelnden und PatientInnen als auch innerhalb des Versorgungsteams.

Kommunikationsprobleme werden in Studien zu Fehlerursachen als wichtigster menschlicher Fehlerfaktor genannt. Das ist nicht verwunderlich, da Kommunikation eine Vielzahl von informationsbezogenen Prozessen und auch Beziehungsaspekte meint. Kommunikationsfertigkeiten sind deshalb als Basisfertigkeiten innerhalb des Lernzielkatalogs anzusehen. Gelingende Kommunikation bedeutet im Wesentlichen, Informationen ohne Verluste zu übermitteln und adäquat zu interpretieren und dabei vertrauensvoll und respektvoll in Beziehung zueinander zu handeln.<sup>13</sup>

Sichere Behandlung setzt gute Kommunikation voraus. Die Lernergebnisse zielen auf einfach vermittelbare, effektive Kommunikationsregeln ab, die wenig geübt werden müssen und mit geringer Emotionalität für die Beteiligten verbunden sind.

Kommunikation in Bezug auf Patientensicherheit hat neben dem proaktiven, gestaltenden auch den reaktiven Aspekt des Verhaltens und der Kommunikation als Reaktion auf Beinahe-Schäden und unerwünschte Ereignisse. Wie miteinander gesprochen werden darf hat erheblichen Einfluss darauf, ob aus kritischen Ereignissen gelernt wird oder nicht.

### 7.2. Lernziel

Die Teilnehmenden verfügen über Wissen und kommunikative Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, sowohl im Arbeitsteam als auch in der Interaktion mit den PatientInnen die Patientensicherheit zu gewährleisten.

### 7.3. Lernergebnisse

#### Wissen

Die Teilnehmenden verfügen über Grundkenntnisse von Kommunikationsprozessen und effektiven, umsetzbaren Kommunikationsregeln.

- Sie verfügen über ein grundlegendes Verständnis für Kommunikationsprozesse:
  - Sie kennen die Funktionen von Kommunikation für Sicherheit.
  - Sie verstehen Interaktions- und Informationsaspekte der Kommunikation.
  - Sie kennen Kommunikationsmodelle.
- Sie kennen einfache Kommunikationsregeln, mit denen Informationsflüsse eindeutig gestaltet werden können:
  - Innerhalb des Behandlungsteams:
    - Redundanz herstellen
    - Kommunikationsschleifen schließen/Zurücklesen von Information
    - Call-Outs
    - Adressaten benennen
    - Sprachstandards schaffen und einhalten
    - klare Sprache, Ansprechen von Unklarheiten.

- Double challenge
- Mit PatientInnen:
  - aktives, offenes Befragen, z.B. bei der Patientenidentifikation (siehe APS-Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen)<sup>14</sup>
  - Information über Behandlungsschritte und Risiken
- Sie kennen die Bedeutung gemeinsamer mentaler Modelle<sup>10</sup>
- Sie verstehen die Rolle von *Beziehungsaspekten* für eine sichere Kommunikation.
- Sie kennen die Bedeutung und die Regeln einer sicheren Dokumentation in der Patientenversorgung.

Die Teilnehmenden kennen die wichtigsten Regeln der Kommunikation nach einem Zwischenfall (z. B. *„Reden ist Gold“*<sup>10</sup>, *„Wenn etwas schief läuft“*<sup>15</sup> und *„Täter als Opfer“*<sup>16</sup>).

- Sie kennen die Situation für die Patientin, den Patienten nach einem unerwünschten Ereignis.
- Sie verstehen, dass Einrichtungen der Patientenversorgung sich auf diese Situation einstellen und dafür Prozessregeln aufstellen müssen und kennen diese für ihren Arbeitskontext.
- Sie kennen die Bedeutung und die Regeln einer adäquaten Kommunikation im Team.

## Können

Die Teilnehmenden erkennen die Grundprozesse der Kommunikation in ihrem Arbeitsumfeld und können einfache Kommunikationsregeln anwenden.

- Sie können einfache Kommunikationsregeln in konkreten Versorgungssituationen erklären und anwenden (z. B. für Übergaben).
- Sie können unklare und uneindeutige Kommunikationsprozesse erkennen und verändern.
- Sie können Bedenken und Zweifel im Team ansprechen (*„speak up“*<sup>10</sup>).
- Sie können die Regeln sicherer Kommunikation auf schriftliche Kommunikationen (z.B. Patientendokumentation) anwenden.

## 7.4. Anregung zur Vertiefung

- Methoden zur Bildung gemeinsamer mentaler Modelle<sup>17</sup> (z. B. SBAR, Situation . Background . Assessment . Recommendation<sup>17</sup>)
- offene und vertrauensvolle Teamkommunikation (mit)gestalten können (u.a. Feedback, Ansprechen von Zweifeln, Bilden gemeinsamer mentaler Modelle, wertschätzenden Kommunikation, Frage- und Beratungskultur im Team, Debriefingtechniken, Techniken der Konfliktklärung)
- Aktive Kommunikation über Fehler und Zwischenfälle
- Methoden des Konfliktmanagements
- Besonderheiten der Kommunikation über Hierarchiegrenzen hinweg und Kommunikationsstile in unterschiedlichen (Berufs-)Kulturen
- Besonderheiten der Kommunikation mit Patienten verschiedener Herkunftskulturen
- Sichere Kommunikation bei Patienten-Übergaben und -Überleitungen

## **8. Lernen aus kritischen Ereignissen**

### **8.1. Relevanz des Themas**

Erkenntnisse aus sicherheitsrelevanten Ereignissen können helfen, die einzelnen Organisationen, wie z.B. ein Krankenhaus, eine Praxis oder eine Apotheke, und auch das Gesamtsystem sicherer zu machen. Daher ist es notwendig, aus sicherheitsrelevanten Ereignissen zu lernen. Dazu gehört, dass nicht nur Individuen, sondern auch Teams und Organisationen lernen. Beispielsweise kann aus systematischen Ursachenanalysen oder aus Berichts- und Lernsystemen gelernt werden. Nur mit systematischer Erfassung und systematischen Analysen können aus den gewonnenen Erkenntnissen Handlungsweisen und Strategien abgeleitet werden, um kritische Ereignisse und Schäden zukünftig zuverlässiger zu verhindern.

### **8.2. Lernziel**

Die Teilnehmenden erkennen kritische Ereignisse als eine Chance des Lernens. Sie kennen und nutzen Möglichkeiten, aus kritischen Ereignissen systematisch zu lernen.

### **8.3. Lernergebnisse**

#### **Wissen**

Die Teilnehmenden verfügen über Grundkenntnisse der Erfassung, Analyse und Reflexion von kritischen Ereignissen.

- Sie kennen den Kreislauf des klinischen Risikomanagements bzw. den PDCA-Zyklus.
- Sie kennen Aufbau und Funktion sowie die Vor- und Nachteile von Berichts- und Lernsystemen (Critical-Incident-Reporting-Systemen, CIRS).
- Sie kennen Beispiele von Berichts- und Lernsystemen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems.
- Sie kennen weitere Methoden und Werkzeuge zur Erfassung und Analyse von kritischen Ereignissen (z. B. Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenz; Qualitätszirkel; Fehler-Möglichkeiten- und Einfluss-Analyse, FMEA; Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System, KISS).
- Sie kennen die Grundzüge der systematischen Ursachenanalyse<sup>18</sup>.

#### **Können**

Die Teilnehmenden nutzen die vorhandenen Methoden und Werkzeuge der Erfassung kritischer Ereignisse in ihrem Arbeitsumfeld.

- Sie können Teambesprechungen über kritische Ereignisse nutzen.
- Sie können Berichts- und Lernsysteme (Berichtseingabe und Feedback an die Beteiligten) nutzen und wenden die daraus gewonnenen Erkenntnisse an.

#### **8.4. Anregungen zur Vertiefung**

- Planung, Implementierung und Pflege von Fehlerberichts- und Lernsystemen
- Analyse von Berichten über Beinaheschäden und unerwünschte Ereignisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen
- Systematische Ursachenanalyse als Instrument eines systematischen Lernansatzes
- Umsetzung und Implementierung von Maßnahmen aus Ursachenanalysen

## 9. Patientensicherheitsmaßnahmen

### 9.1. Relevanz des Themas

In diesem abschließenden inhaltlichen Kapitel des Lernzielkatalogs werden nun wichtige Maßnahmen aufgelistet, die geeignet erscheinen oder nachgewiesener Maßen geeignet sind, die Gesundheitsversorgung sicherer zu machen. Das heißt sie tragen zu einer frühzeitigen Identifikation von Fehlern und unerwünschten Ereignissen und/oder zur Verminderung von Patientenschäden bei. Dabei sind einige bereits etabliert, einige zum Teil schon evaluiert. Einige Maßnahmen werden auch von der WHO als wichtige Patientensicherheits-Lösungen (patient safety solutions)<sup>19</sup> zur Verbesserung der Patientensicherheit weltweit empfohlen. Diese werden im Folgenden an der entsprechenden Stelle genannt.

Die in den vorherigen Abschnitten genannten Aspekte und Lernergebnisse sind allgemeiner Natur und in allen Bereichen des Gesundheitswesens für Patientensicherheit relevant. In diesem Abschnitt geht es nun um konkrete Maßnahmen. Sie wurden ausgewählt, weil sie in den meisten Sektoren oder Bereichen der Gesundheitsversorgung, ob ambulant oder stationär, in der Versorgung akut kranker oder chronisch kranker Menschen große Bedeutung für die Patientensicherheit haben. Sie sind zur Vermeidung von Ereignissen geeignet, die häufig sind und/oder gravierende Folgen für die Patientinnen haben können. Aus diesem Grund sind sie unverzichtbarer Bestandteil dieses grundlegenden Lernzielkatalogs - es sollte eine Auswahl dieser Maßnahmen immer vermittelt werden. Die Auflistung erhebt aus diesen Gründen keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

### 9.2. Lernziel

Die Teilnehmenden kennen wesentliche Patientensicherheitsmaßnahmen und können Anwendungsmöglichkeiten in der eigenen Arbeitsumwelt identifizieren.

### 9.3. Lernergebnisse

Die Teilnehmenden kennen Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und zur Erhöhung der Patientensicherheit, die für ihr Arbeitsumfeld relevante Bedeutung haben.

- Vermeidung nosokomialer Infektionen:
  - Handhygiene (WHO patient safety solution 9. Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections)<sup>19,20</sup>
  - Checkliste/Standards zur Anlage und Pflege von zentralvenösen Kathetern zur Vermeidung katheter-assoziiertes Infektionen<sup>21, 20</sup>
  - Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung von multiresistenten Erregern<sup>20</sup>
  - Interventionen um die Verwendung von Harnblasenkathetern zu reduzieren<sup>20</sup>
- Arzneimitteltherapiesicherheit:
  - Patientenbezogene Übersicht über verordnete und eingenommene Arzneimittel in ambulanter und stationärer Versorgung (Medikationsplan, Medikationsliste)<sup>22</sup>
  - Maßnahmen zur Vermeidung typischer Fehler bei der Verschreibung, Zubereitung und Applikation/Einnahme von Medikamenten (WHO patient safety solution 1. Look-Alike, Sound-Alike Medication Names)<sup>19</sup>

- Vermeidung mißverständlicher Abkürzungen)<sup>20</sup>
- Elektronische Verschreibung/Medikamentenanordnung mit Entscheidungsunterstützung
- Medikationsabgleich: Arzneimitteltherapiesicherheit an Schnittstellen innerhalb der stationären Versorgung und zwischen stationär und ambulant
- perioperative Versorgung:
  - Safe Surgery Checklist<sup>23</sup> bzw. Surgical Patient Safety System (SURPASS)<sup>24, 20</sup>
  - Maßnahmen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, d. h. ein Eingriff an der falschen Stelle (Körperteil, Organ, Seite), am falschen Patienten oder eine falsche Eingriffsart - wrong site surgery (WHO patient safety solution 4. Performance of Correct Procedure at Correct Body Site<sup>14,19</sup>)
  - Maßnahmen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörpern<sup>25</sup>
- Maßnahmenbündel zur Prophylaxe von beatmungsassoziierten Pneumonien (z.B. Mundpflege, Sedierungspausen, Oberkörperhochlagerung)<sup>20</sup>
- Anlage von zentralen Venenkathetern mit Unterstützung durch Ultraschall-Bildgebung<sup>20</sup>
- Prophylaxe von Thrombosen, Lungenarterienembolien<sup>20</sup>
- Prophylaxe von Dekubiti<sup>20</sup> und Stürzen<sup>26</sup>
- Vorbereitung auf Notfälle
  - Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung
  - Reanimationsschema
  - Umgang mit Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED)
- Vermeidung von unerwünschten Ereignissen beim Überschreiten von Sektorengrenzen (Entlassungsmanagement)
- Medizinprodukte-Sicherheit, Medizintechnik und Informationstechnik
  - gesetzliche Vorgaben zur Anwendung von Medizinprodukten, -technik und Informationstechnik
  - Methoden zur Meldung bei fehlerhaften Medizinprodukten oder Informationstechnik (z. B. Meldeverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM)
  - Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern mit medizinisch-technischen Geräten

## **Ausblick**

Der Stand des Papiers ist aktuell vom Mai 2014.

Die Empfehlung wurde in 2013 zunächst von insgesamt 18 Institutionen des Studiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildung pilotgetestet. Danach erfolgte die Anpassung des Lernzielkatalogs in der nun vorliegenden Version. Im nächsten Schritt sollte er im Rahmen eines Forschungsprojekts in der Praxis evaluiert werden.

Auf den Internetseiten des Aktionsbündnis Patientensicherheit ([www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)) werden wir über den weiteren Fortgang und die Ergebnisse berichten.

## Anhang

### **Glossar des Aktionsbündnis Patientensicherheit<sup>27</sup>:**

**Patientensicherheit** wird definiert als sAbwesenheit unerwünschter Ereignisse%.Für ein systematisches Verständnis sind folgende Schlüsselbegriffe grundlegend:

**Unerwünschtes Ereignis** (engl.: adverse event): Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

**Vermeidbares unerwünschtes Ereignis** (engl.: preventable adverse event): Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

**Kritisches Ereignis** (engl.: critical incident): Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

**Fehler** (engl.: error): Eine Handlung oder ein Unterlassen bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

**Beinahe-Schaden** (engl.: near miss): Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

**Auf der folgenden Internetseite finden Sie weitere Empfehlungen und andere Materialien des Aktionsbündnis Patientensicherheit:**

<http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/?q=ver%C3%B6ffentlichungen-und-downloads>

## Verwendete Literatur

### **Bereits bestehende Curricula und Konzepte für Studium und Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Grundlage für die Entwicklung des Lernzielkatalogs sind:**

Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005): National Patient Safety Education Framework. Online verfügbar unter [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf)

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (Hg.) (2010). Aus Fehlern lernen . Curriculumbausteine Patientensicherheit. Online verfügbar unter <http://www.hamburg.de/contentblob/2670294/data/aus-fehlern-lernen.pdf>

Bundesärztekammer (2009): Fortbildungskonzept "Patientensicherheit". Hg. v. Bundesärztekammer. Online verfügbar unter [http://www.forum-patientensicherheit.de/service/literatur/pdf/fbkonzept\\_patientensicherheit.pdf](http://www.forum-patientensicherheit.de/service/literatur/pdf/fbkonzept_patientensicherheit.pdf)

Canadian Patient Safety Institute (2008): The Safety Competencies. Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. Hg. v. Canadian Patient Safety Institute. Ottawa, Ontario. Online verfügbar unter <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>

European Union Network for Patient Safety (2010): A general Guide for Education and Training in Patient Safety. Hg. v. EUNetPaS. Online verfügbar unter [http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/EUNetPaS/Guidelines\\_final\\_22%2006%202010.pdf](http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/EUNetPaS/Guidelines_final_22%2006%202010.pdf)

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2007): Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» . Phase III - Aus- und Weiterbildung in Patientensicherheit und Fehlerkultur. Unter Mitarbeit von Barbara Gassmann Jacques Haller Martin Täuber de Peter M. Suter. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

WHO (2011). Patient Safety Curriculum Guide Multi-Professional Edition. World Health Organization. 2011. Online verfügbar unter [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf)

WHO (2009): Who Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Hg. v. World Health Organization. Online verfügbar unter [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598316\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598316_eng.pdf).

### **Referenzen verwendeter sonstiger Literatur:**

1 COUNCIL OF EUROPE, COMMITTEE OF MINISTERS (2006): Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Online verfügbar unter <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM>

2 Council of the European Union (2009): Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Online verfügbar unter [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf)

3 Expert Conference on Education in Quality Care and Patient Safety (2011). Krakow Statement on Education in Quality Care and Patient Safety. [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/ev\\_20111121\\_co04\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ev_20111121_co04_en.pdf)

4 European Union Network for Patient Safety (2010): A general Guide for Education and Training in Patient Safety. Hg. v. EUNetPaS. Online verfügbar unter [http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/EUNetPaS/Guidelines\\_final\\_22%2006%202010.pdf](http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/EUNetPaS/Guidelines_final_22%2006%202010.pdf)

- 5 Wu AW (2000) Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 320(7237):726-7
- 6 Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine *BMJ*;316:1154-1157
- 7 Reason J (2000) Human error: models and management. *BMJ* 320(7237):768-70
- 8 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Hg.) (1999) To err is human . Building a safer health system. Washington, DC. National Academy Press
- 9 St.Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C (2011). Notfallmanagement. Human Factors in der Akutmedizin. 2. Erweiterte und überarbeitete Auflage Heidelberg u.a. Springer.
- 10 Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011) Reden ist Gold . Kommunikation nach einem Zwischenfall. Online verfügbar unter [http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/APS\\_Reden%20ist%20Gold\\_2012-1.pdf](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/APS_Reden%20ist%20Gold_2012-1.pdf)
- 11 National Advisory Group on the Safety of Patients in England (2013). A promise to learn . a commitment to act. Improving the Safety of Patients in England. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/226703/Berwick\\_Report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf)
- 12 Hörmann H.J. (1995) FOR-DEC. A prescriptive model for aeronautical decision-making. In: Fuller R, Johnston N, McDonald N (eds) Human factors in aviation operations. Proc of the 21st Conference of the European Association for Aviation psychology (EAAP), vol 3, Avebury Aviation, Aldershot Hampshire, S. 17 23
- 13 Hofinger, G. (2012). Kommunikation. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger, K. Lauche (Hg.), Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen. Heidelberg, Springer S. 131-151.
- 14 Aktionsbündnis Patientensicherheit (2006). Empfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie. Online verfügbar unter [http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/07-07-25-EV\\_Handlungsempfehlungen\\_0.pdf](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/07-07-25-EV_Handlungsempfehlungen_0.pdf)
- 15 Patientensicherheit Schweiz (2006). Schriftenreihe Nr. 1 - Kommunikation mit Patienten und Angehörigen - Wenn etwas schief geht. Ein Konsens-Dokument der Harvard Spitäler
- 16 Patientensicherheit Schweiz (2010). Schriftenreihe Nr. 3 - Täter als Opfer - Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen. Empfehlungen für Kader, Kollegen und Betroffene
- 17 SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model. Online verfügbar unter <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx>
- 18 Vincent C, Taylor-Adams S (2007). Systemanalyse klinischer Zwischenfälle . das London-Protokoll. Stiftung für Patientensicherheit
- 19 WHO (2007) The nine Patient Safety Solutions. Online verfügbar unter [http://www.who.int/patientsafety/events/07/02\\_05\\_2007/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/index.html)
- 20 Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, Shojania K, Reston J, Berger Z, Johnsen B, Larkin JW, Lucas S, Martinez K, Motala A, Newberry SJ, Noble M, Pfoh E, Ranji SR, Rennke S, Schmidt E, Shanman R, Sullivan N, Sun F, Tipton K, Treadwell JR, Tsou A, Vainana ME, Weaver SJ, Wilson R, Winters BD. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. (Prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-

10062-I.) AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. [www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html](http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html).

21 Pronovost P, Needham D, Berenholtz S et al (2006) An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N Engl J Med 355;

22 Aktionsbündnis Patientensicherheit (2007). Medikationsplan für Patienten. Online verfügbar unter <http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/Medikamentenplan.pdf>

23 Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 360(5):491-9

24 de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, Schlack WS, van Putten MA, Gouma DJ, Dijkgraaf MG, Smorenburg SM, Boermeester MA; SURPASS Collaborative Group (2010) Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med 363(20):1928-37.

25 Aktionsbündnis Patientensicherheit (2009). Jeder Tupfer zählt - Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet. Online verfügbar unter <http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/09-11-21%20BFK%20Empfehlung%20Endf.pdf>

26 Aktionsbündnis Patientensicherheit (2013) Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus - Fakten und Erläuterungen. Online verfügbar unter [http://www.apsev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Infos\\_fuer\\_Patienten/Sturzpraevention/Fakten-Sturz\\_praevention.pdf](http://www.apsev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Infos_fuer_Patienten/Sturzpraevention/Fakten-Sturz_praevention.pdf)

27 Aktionsbündnis Patientensicherheit. Glossar. Online verfügbar unter <http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/?q=glossar>

## Sachregister

- Analyse 14, 16, 25, 26
- Angehörige 17, 18
- Arzneimittel 4, 28
- Bedenken 24
- Beinahe-Schaden 30
- beitragende Faktoren 9, 13, 15
- Berufsgruppen 7
- Checkliste 16, 27, 28
- CIRS 25
- Crew Ressource Management 21
- Critical Incident Reporting System 25
- De-/Briefing 22, 24
- erfahrungsbasiertes Lernen 8
- EUNetPaS-Projekt 5
- Fehler 4, 14, 15, 16, 19, 24, 25, 27, 28, 30
- Fehlerberichts- und Lernsysteme 16, 25, 26
- Fehlerkultur 19
- Fertigkeiten 4, 5, 11, 13, 17, 23
- FMEA 14
- Führung 20, 21
- Führungspersonen 8
- gemeinsame mentale Modelle 21, 22, 24
- Human Factors 14, 16
- juristische Aspekte 18
- Kommunikation
  - im Behandlungsteam 23, 24
  - mit PatientInnen 24
- Modelle 23
- Probleme 23
- Regeln 23, 24
- Krakau-Statement 4
- kritische Ereignisse 15, 25, 30
  - Analyse 25
  - Lernen aus 25
  - Ursache 4, 13
- Kultur 18, 19, 24
- Leitlinien 16
- Medizinprodukte 28
- Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenz 25
- nosokomiale Infektion 4, 27
- Notfall 28
- Organisation 5, 9, 11, 13, 16, 17, 19, 21, 25
  - Haftung 16
  - Organisationskultur 19
- partizipative Entscheidungsfindung 17, 18
- Patient Safety Curriculum Guide 8, 9
- Patientenperspektive 17
- Patientenschaden 11, 13, 27
- Patientensicherheit
  - Definition 4, 11, 30
- patientenzentrierte Versorgung 12
- PatientInnen 5
  - Autonomie 17
  - Kompetenz 17

Patientenrechte 16

perioperative Versorgung 28

person approach 15

personenbezogene Sichtweise 15

Prinzipien für Kurse in Patientensicherheit  
5

Qualitätszirkel 25

Regeln 19, 20

Resilienz 15

Risiko 14, 16, 17

    Risikoanalyse 14, 16

    Risiko-Audit 14

    Risikomanagement 11, 15, 16, 25

second victim 11

shared mental models 21, 22, 24

Sicherheitsbedürfnis 17

Sicherheitskultur 19, 20

Sicherheitsstandards 20

Simulation 16, 21, 22

soziotechnische Systeme 4

Standard 16, 27

system approach 15

Systemdenken 15

systemische Sichtweise 15

Teamarbeit 21

    Barrieren 21

    Besprechungen 21, 26

    Entscheidungsfindung 21

    förderliche Faktoren 21

unerwünschtes Ereignis 11, 18, 27, 30

    Offenlegung 18

    vermeidbar 4, 30

    vermeidbar (VUE) 12, 17

Verantwortung 5, 8, 11, 17

Verhalten 4

versicherungsrechtliche Aspekte 18

Versorgungsteam 23

Wissen 4, 5, 9, 11, 17, 19, 23

Zuverlässigkeit 16

# Impressum

<b>Herausgeber</b>	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
<b>Konzept und Text</b>	Stephan Achterberg, Ruppiner Kliniken GmbH, Berlin, Apotheker Sonja Barth, Ärztekammer Berlin, Soziologin Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH, Ärztekammer Berlin, Krankenschwester, Ärztin, Gesundheitswissenschaftlerin Dr. phil. Gesine Hofinger, Team HF, Remseck, Psychologin Peter W. Janakiew, Dt. Gesellschaft für Qualität, Frankfurt, Rettungsassistent, Gesundheitswissenschaftler Anja-Alexandra Meier, Notgemeinschaft Medizingeschädigter, Erlangen Dr. med. Marcus Rall, InPASS Institut für Patientensicherheit und Simulationsteamtraining, Reutlingen, Arzt, Geschäftsführer Dr. med. Julia Rohe, MPH, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, Ärztin, Gesundheitswissenschaftlerin Dr. phil. Amanda van Vegten, Van Vegten Organisation&Learning, Deventer, Arbeits- und Erziehungswissenschaftlerin und Psychologin
<b>Redaktionsleitung</b>	Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH

An der Erstellung der Empfehlung haben **weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe Bildung und Training** mitgearbeitet:

T. Dichtjahr, Prof. Dr. med. A. Schleppers (Berufsverband Deutscher Anästhesisten, BDA), Prof. Dr. Udo Weiss, André Schmidt (Hazelnut consulting), Sven Jäker (Hazelnut consulting), Dr. med. Hartwig Marung (Institut für Notfallmedizin Asklepios Kliniken Hamburg), Elke Radukic (Dipl. Berufspädagogin, FH), Cornelia Schmiegelt (Kliniken Essen-Süd), Miriam Körner (Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg), Dieter von Ow (Zentrale Notfallaufnahme Kantonsspital St.Gallen), Egbert Opitz (Uniklinikum Marburg), Fr. Leybold (Verband medizinischer Fachberufe, VMF), Sabine Ridder (VMF), Richard Lux (Institut für Patientensicherheit), Christiane Schwarz (Kliniken Region Hannover, Fälle-für-alle.de), Patricia Gruber (Fälle-für-alle.de), Martin Dutschek (MDK Niedersachsen), Anke Follmann (ÄK Westfalen-Lippe), Dr. med. Marc Lazarovici (Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement München, INM), Linda Richter, Peter Gausmann (Gesellschaft für Risiko-Beratung), Prof. Dr. Michael Henninger (Pädagogische Hochschule Weingarten), Karsten Friedel, Prof. Dr. Dr. Ernst Hanisch (Asklepiosklinik Langen), Ulrike Hey (Bergmannsheil Bochum), Michael Rosentreter (RWTH Aachen), Nikolaus Huss (Laerdal), Timo Friedrich (Klinikum Stuttgart), Susann Fries (Uniklinikum Köln), Marianne Hagemann (MDK Bayern), Walter Höltermann (St. Bonifatius-Hospital), Bert Urban (INM)

Darüber hinaus wurde dieser Lernzielkatalog **fachlich beraten durch**

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK),
- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG)
- MSD SHARP & DOHME GMBH, PR & Kommunikation, Ansprechpartnerin für Patientenbelange
- Prozess- und Qualitätsmanagement der Gesundheit Nord gGmbH Bremen,
- Qualitäts- und klinisches Risikomanagement, Kliniken der Stadt Köln gGmbH
- Verband der Diätassistenten e.V., Deutscher Bundesverband e.V.

Layout und Satz Conny Wiebe-Franzen, Bonn

Stand Mai 2014

## Feedback

### Ihre Beteiligung, Ihre Ideen und Kritik sind gefragt!

- Lehren Sie in der Ausbildung, in der Fortbildung oder im Studium von Berufsgruppen und sind daran interessiert, an der Evaluation des Lernzielkatalogs teilzunehmen?
- Haben Sie Anregungen und Verbesserungsvorschläge zum Lernzielkatalog?
- Haben Sie praktische Erfahrungen mit dem Lernzielkatalog gemacht?

Hinweise für Ihre Rückmeldung:

Bitte beschreiben Sie den Kontext der Anwendung des Lernzielkatalogs (Sektor, Berufsgruppen, Funktionen etc.?).
Bitte beschreiben Sie Ihre Anwendungserfahrungen (Lehrformate, Positives wie Negatives bei der Umsetzung).
Folgender essentieller Aspekt fehlt im Text der Empfehlung:
Folgendes halte ich im Text der Empfehlung sachlich für falsch:
Folgende Aspekte im Text der Empfehlung halte ich in der Praxis für nicht anwendbar:
Bitte nennen Sie Ihre Anregungen und Ideen zur Überarbeitung.
Bitte nennen Sie Ihre Anregungen und Ideen zur Umsetzung des Lernzielkatalogs.

Bitte nehmen Sie Kontakt auf mit

**Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH**

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Geschäftsstelle Am Zirkus 2

10117 Berlin

Tel: +49 (0)30 3642 816 0

Fax: +49 (0)30 3642 816 11

hoffmann@aps-ev.de

---

