

Zum Stand der Patientensicherheit in Deutschland

AUS DEN GESELLSCHAFTEN

Vorwort

Mit dem Grundsatz medizinischer Ethik zum Wohl des Patienten – „Primum Nil Nocere“ – ist das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) als ein Netzwerk gegründet worden, in dem Interessierte aus dem Gesundheitswesen gemeinsam interdisziplinär und multiprofessionell das Ziel einer sicheren Versorgung der Patienten verfolgen. Vor mehr als 10 Jahren noch ein Tabu, erfährt das Thema Patientensicherheit zunehmend Unterstützung und Akzeptanz in allen Bereichen und allen Ebenen des Gesundheitswesens.

Mit derzeit ca. 650 Mitgliedern und Mitgliedsorganisationen versteht das APS Patientensicherheit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die es zu fördern gilt. Unser Anspruch ist, alle Akteure im Gesundheitswesen mitzunehmen und die richtige Balance zwischen sozial-ethischen Grundwerten und ökonomischen Gesichtspunkten als prioritäres Ziel herauszustellen. Sicherheit in der Behandlung muss auch bei der Allokation von Ressourcen die Leitschnur sein.

Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass weltweit jährlich 10 Millionen Menschen schwere körperliche Schäden erleiden oder sogar sterben, weil die Gesundheitsversorgung nicht sicher genug ist. Bei bis zu jeder zehnten Krankenhausbehandlung wird ein Patient in Folge eines vermeidbaren Ereignisses geschädigt, und das ist auch in gut ausgestatteten, modernen Gesundheitssystemen wie Deutschland nicht widerlegt. Nach wie vor gibt es jedoch keine einheitliche Sicht auf Daten und Verläufe im deutschen Gesundheitswesen. Die unterschiedlichen Datensysteme und -register sind häufig organbezogen bzw. krankheitsbezogen und erfassen in der Regel ausschließlich bereits recherchierte Fehlermeldungen. Das APS als unabhängiges Netzwerk ist deshalb daran interessiert, mit Experten sinnvolle, einheitliche Datenerfassungen mit Langzeitverläufen zu entwickeln. Mit dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

sind entsprechende Maßnahmen in der Diskussion.

Unabhängigkeit ist ein hohes Prinzip und wertvolles Gut im APS. Akteure im Gesundheitswesen, Patienten und Institutionen der Gesundheitspolitik, der Versorgung, der Forschung und der Wirtschaft zählen zu den Mitgliedern. Das APS versteht sich als Moderator und Mittler der verschiedenen Interessen, immer mit dem Blick auf den Patienten und dessen sichere Versorgung im Mittelpunkt. Das ehrenamtliche Engagement der Mitglieder in den multiprofessionell und interdisziplinär angelegten Gremien, Arbeitsgruppen (Tabelle 1) und Projekten (Tabelle 2) ermöglicht die Entwicklung von Handlungsempfehlungen, Stellungnahmen und Patienteninformationen aus verschiedenen Perspektiven und letztendlich einer

Sicht, die Partialinteressen überwindet.

Die neue APS-Handlungsempfehlung „Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus“

Das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken hat in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung erfahren. Aus den Erkenntnissen der Forschung auf dem Gebiet der Vermeidung kritischer Fehler wurde Risikomanagement als zentrale Aufgabe von Führungskräften etabliert, um den Fortbestand von Organisationen zu sichern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist beauftragt, Mindeststandards für klinische Risikomanagementsysteme in Krankenhäusern festzulegen. Unklar ist jedoch bisher, welche Präventionsmaßnahmen unbedingt zu den Mindestanforderungen an ein solches System gehören müssen.

Das APS hat im Februar 2015 eine AG ins Leben gerufen, um eine Handlungsempfehlung mit Mindestanforderungen an klinische Risikomanagementsysteme in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken zu definieren. Die Handlungsempfehlung soll kaufmännischen, medizinischen und pflegerischen Führungskräften, Risikomanagern und Risikoeignern/Risikoverantwortlichen die bedarfsgerechte Anpassung bereits bestehender oder im Aufbau befindlicher Risikomanagementsysteme ermöglichen.

Ausgehend von einer aufeinander abgestimmten bzw. integrierten Qualitäts- und Risikopolitik der Organisation und der daraus resultierenden Risikomanagement-Strategie werden Mindestanforderungen an die Rahmenbedingungen des klinischen Risikomanagements definiert (Abbildung 1). Im Kern des Modells stehen die in Tabelle 3 aufgeführten APS-Risikomanagement-Grundsätze.

Tabelle 1 APS Arbeitsgruppen.

- AG Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
- AG Behandlungsfehlerregister
- AG Bildung und Training (B + T)
- AG Fallanalyse
- AG Informieren – Beraten – Entscheiden (I-B-E)
- AG Medizinprodukt-assoziierte Risiken (MPaR)
- Arbeitsgruppe Mindestanforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus und deren Methoden (MkRM)
- AG Notfall

Tabelle 2 Langfristige APS Projekte.

- Aktion Saubere Hände
- Deutscher Preis für Patientensicherheit
- Infektions-Präventions-Initiative
- Internationaler Tag der Patientensicherheit
- Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland
- simparteam®

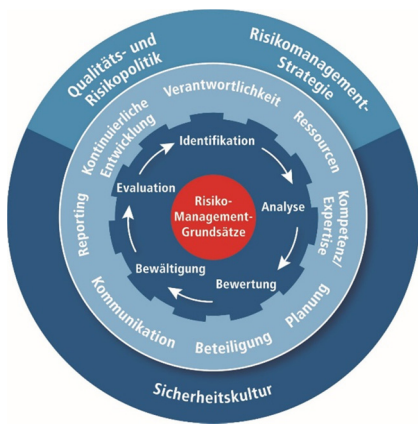


Abbildung 1 Das APS-Risikomanagement-Modell.

Tabelle 3 Die APS-Risikomanagement-Grundsätze.

Klinisches Risikomanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken:
1. verfolgt das Ziel der Erhöhung der Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation und schafft und sichert damit Werte
2. dient gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement der Weiterentwicklung der Organisation
3. ist Bestandteil der Entscheidungsfindung im Rahmen der Patientenversorgung
4. befasst sich mit klinischen Risiken im Zusammenhang mit Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege
5. ist systematisch, strukturiert, priorisiert und auf die jeweilige Organisation zugeschnitten
6. stützt sich auf die besten verfügbaren Informationen, Zahlen, Daten, Fakten, und Erkenntnisse
7. fördert die interprofessionelle und interdisziplinäre Kommunikation
8. berücksichtigt das soziale, kulturelle und individuelle Umfeld der Patienten und der an der Versorgung Beteiligten
9. stellt zielgruppenorientiert Transparenz her
10. reagiert auf Entwicklungen in Medizin und Pflege sowie auf gesundheitsökonomische und demographische Veränderungen

AG Behandlungsfehlerregister

Die AG „Behandlungsfehlerregister“ verfolgt ein zentrales Konzept der Patientensicherheit: „Aus Fehlern lernen“. Dies geschieht seit vielen Jahren über ein punktuell zusammengefasstes von Informationen aus vorgeworfenen und anerkannten Behandlungsfehler-Fällen. Daten zu solchen Fällen liegen unabhängig voneinander und überschneidend bei den Schlichtungsstellen der Ärztekammern, bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung sowie bei Krankenkassen, Krankenhausträgern und Haftpflichtversicherern bzw. Versicherungsmaklern vor.

Aufgrund der menschlich-emotional besonders großen Bedeutung und der hohen Schadenssummen wurden in der AG z.B. auch fehlerbedingte Geburtschäden analysiert, was eine Initialzündung für das interdisziplinäre Simulationsprojekt „Simparteam“ war [1]. Die letzte Auswertung, die auf der APS-Jahrestagung 2015 vorgestellt wurde, befasste sich mit Medikationsfehlern [2].

Solche Auswertungen können selbstverständlich Hinweise auf mögliche Fehler-Schwerpunkte liefern. Repräsentativ für alle vorgeworfenen und nachfolgend anerkannten Behandlungsfehler sind sie hingegen nicht. Das hat gerade über die letzten AG-Sitzungen hinweg die naheliegende und auch Jahre zuvor geführte Diskussion um die Forderung nach einem „nationalen Behandlungsfehlerregister“ entfacht. Dieses Register könnte beispielsweise eine verpflichtende Lieferung einiger wesentlicher – aber anonymer – Daten zu einem Behandlungsfehler-Fall, der durch Entschädigungszahlung an den Patienten „anerkannt“ wurde, an eine zentrale, unabhängige Stelle bedeuten. Dieser Ansatz wird in Deutschland kontrovers diskutiert. Andere europäische Länder oder die USA hingegen verfolgen konsequenter (z.B. zu „Never Events“ oder „Hospital Acquired Conditions“) das Konzept, fehlerbedingte bzw. in der Regel vermeidbare Schäden verbindlich zu erfassen und transparent zu machen [3,4].

Schon in „To Err is Human“ und auch in aktuelleren internationalen

Grundsatzpublikationen zur Patientensicherheit, z.B. dem „Berwick-Report“ in England, wurde festgehalten, dass die Erfassung und Transparenz zu Schäden eine wesentliche Rolle in der Sicherheitskultur spielen muss, nach dem Motto „nur was wir wissen, das können wir auch verhindern“ [5,6]. Allein durch repräsentative bzw. vollständige Erkenntnisse zur Art, Anzahl und zeitlichen Entwicklung der fehlerbedingten Schäden könnte eine Priorisierung der erforderlichen Präventionsmaßnahmen sinnvoll vorgenommen und zusätzlich ein gewisses Erfolgs-Monitoring betrieben werden. Um einen umfassenden Blick auf die Forderung nach einem Behandlungsfehlerregister zu gewinnen, wurde auf der APS-Jahrestagung 2016 ein heterogen besetzter Workshop gestaltet, bei dem nicht nur aus der AG, sondern zusätzlich vor allem aus der Politik (Grüne), der Versicherungswirtschaft (GDV) und einem bestehenden „Schaden-Register“ (Unfallstatistik) Erfahrungen, Forderungen und Einschätzungen beigetragen wurden. Das APS muss und möchte die Diskussion um ein Behandlungsfehlerregister weiter führen und sie konkretisieren.

simparteam® – ein Projekt zur Erhöhung der Sicherheit in der Geburtshilfe unter dem Dach des Aktionsbündnis Patientensicherheit

Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit: Diese Begriffe zieren jeden zweiten Werbeflyer einer geburtshilflichen Einrichtung in Deutschland. Sie beschreiben einen selbstverständlichen Anspruch. Sicherheit ist in der Geburtshilfe eine der zentralen Anforderungen. Und sie wird gewährleistet: Die ärztliche Gutachterstelle der bayerischen Landesärztekammer überprüfte beispielsweise für die Jahre 2000-2010 insgesamt 228 Anträge wegen ärztlicher Behandlungsfehler in der Geburtshilfe. Gleichzeitig wurden in diesem Zeitraum in Bayern 1,2 Mio. Kinder geboren. Die Geburtshilfe vereint jedoch gleichzeitig auch alle Faktoren,

die zu Katastrophen beitragen können: seltene, sich extrem schnell entwickelnde Notfallereignisse mit höchstem Schadenspotenzial, die in einem großen interdisziplinären und interprofessionellen Team bewältigt werden müssen. So ist es nicht überraschend, dass die Ursache schwerer fehlerbedingter Geburtsschäden - wie so oft - nicht in mangelndem individuellen Fachwissen zu finden sind, sondern in den sogenannten „human factors“, also Kommunikation, Koordination und Ressourcenmanagement. In einer gemeinsamen Registerauswertung verschiedenster deutscher Arzt-Haftungsstellen wurden fast 800 Fälle vorgeworfener versicherungsrelevanter geburtshilflicher Schadensfälle evaluiert. Die Schwerpunkte waren in allen Registern gleichartig. Vor allem die Kommunikationsstörungen im Team zwischen Frauenärzten, Kinderärzten, Hebammen, Anästhesisten führen zu verspätet oder nicht gestellten Indikationen mit schweren kindlichen Schadensfolgen. Gleichartige Schadensursachen fand das führende US-amerikanische Qualitätsinstitut die „Joint Commission“ bereits 2004 in ihrer Analyse mit dem Titel „preventing infant death and injury during delivery“, bei der mehr als 100 zumeist tödliche Geburtsschäden, sog. „sentinel events“, im Detail analysiert wurden. So relativ gering die Fallanzahl, so hoch sind die Schadenssummen. Sie bewegen sich in der Geburtshilfe in Millionenhöhe. Haftpflichtansprüche der Geburtshilfe betreffen zwar nur rund 3% aller medizinischen Schadensfälle. Für die Haftpflichtversicherer stellen sie jedoch fast 20% des Regulierungsaufwandes.

simparteam® - Trainingskonzept für geburtshilfliche Teams

Wer sich um Sicherheit bemüht, muss vor allen Dingen auch die Unsicherheit in den Blick bekommen. Jene Grenze menschlichen Handelns, wo es brüchig und fehleranfällig wird: Dies ist zunächst einmal grundlegend die Grenze unserer individuellen Leistungsfähigkeit. Diese Grenze ist bei geburtshilflichen Notfällen sehr schnell erreicht. Das Tückische an diesen Notfällen ist, dass sie vor dem

Hintergrund vieler normaler Verläufe stattfinden und dann extrem schnell in lebensbedrohliche Situationen für Mutter und Kind umschlagen können. Für sichere Medizin benötigen wir Verständnis für unsere Partner in der konkreten täglichen Arbeit. Erst, wenn wir in unserer arbeitsteiligen Medizin verstehen, wie die jeweils andere Fachdisziplin bzw. Profession Herausforderungen sieht und löst, arbeiten wir gemeinsam und sind nicht alleine überfordert. Unter Zeitdruck bleibt für das Entwickeln eines solchen zielgerichteten gemeinsamen Handelns keinerlei Raum, sodass hierfür im Vorfeld trainiert werden muss. Zumindest bei geburtshilflichen Notfällen ist erfahrungsgemäß nicht der schiere Mangel an akut abrufbarem Personal das Problem, sondern Kommunikation, Priorisierung und Arbeitsverteilung innerhalb des großen interdisziplinären und interprofessionellen geburtshilflichen Teams. Einige Publikationen berichten über eine Verbesserung von klinischen Ergebnissen nach einem strukturierten Simulationstraining in der Geburtshilfe [7]. Ebenso konnte in einer großen Studie mit 20.000 Geburten durch Training eine Halbierung der Fälle mit einem 5-Minuten-Apgarwert < 6 sowie eine Reduzierung der Anzahl der Fälle mit hypoxiebedingter Enzephalopathie erreicht werden [8]. In einer anderen Arbeit der gleichen Arbeitsgruppe wird von einer Reduktion der Erb'schen Lähmung bei Schulterdystokien berichtet [9]. Ein nicht unwesentlicher Aspekt eines interprofessionellen Team-Trainings ist die Motivation der Mitarbeiter. Eine dänische Studie zeigt, dass sich die Ausfallzeiten von Hebammen um mehr als 50% reduzieren ließen [10]. In Zeiten einer extrem schwierigen Rekrutierung in diesem Bereich ist dies ein nicht zu unterschätzender Faktor. Hier setzt das Team-Trainingskonzept simparteam® an. Dieses Trainingsprogramm ist derzeit das einzige evaluierte und qualitätsgesicherte Teamtraining der Geburtshilfe in Deutschland. Gemeinsam trainieren hier Hebammen, ärztliche Geburtshelfer, Anästhesie und Neonatologie mit jeweiligen Pflegekräften unter der Anleitung speziell ausgebildeter Trainer.

Die Herausforderungen im Umstellungsprozess auf die neuen Schlauchverbinder gemäß ISO 80389

Der Luer-Lock-Anschluss ist ein universelles Verbindungssystem für Schlauchsysteme in ganz unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Bereichen. Ursprünglich war der Luer-Konnektor lediglich für die Verbindung zwischen einer Kanüle und einer Spritze vorgesehen. So finden sich beispielsweise Anwendungen für Katheter, Dreiwegehähne, Infusionsschläuche oder Spinalnadeln. Luer-Anschlüsse ermöglichen technisch fast jede beliebige Verbindung hin zum und weg vom Patienten. Sie sind zwischen verschiedenen Herstellern kompatibel und international etabliert.

Genau diese Universalität birgt ein sehr hohes Risiko für die Patientensicherheit! Dieses System ist geradezu prädestiniert, unerwünschten Fehlverbindungen Vorschub zu leisten mit oftmals fatalen Auswirkungen. Besonders häufig treten diese Fehlverbindungen im Zusammenhang mit der enteralen Ernährung auf. Eine Literaturrecherche, in der Fallstudien der Jahre 1972 – 2010 untersucht wurden, fand 116 dokumentierte Fehlapplikationen von enteraler Ernährung. Von diesen 116 Fällen endeten 21 tödlich [11].

Die erste literaturbekannte Fehlkonnektion von Luer-Anschlüssen ereignete sich 1972 [12], 1979 und 1986 gab es aufgrund der steigenden Fallzahlen solcher Vorkommnisse einen ersten Ruf nach einem internationalen Enteral-Applikationssystem, welches nicht mit IV-Konnektoren kompatibel ist [13,14].

Der CEN Report CR 13825:2000 stellte fest, dass ein Risiko aus dem universellen Konnektor für unterschiedliche Anwendungsbereiche hervorgeht. Auf kardiologischen Stationen werden bis zu 40 Luer-Konnektoren an Medizinprodukten an einem einzelnen Patienten eingesetzt und somit sind Fehlkonnektionen nicht überraschend [15].

Aus diesen Gründen wurde die Normenreihe ISO 80369 (Tabelle 4) für kleinumige Schlauchverbinder entwickelt, welche vertauschungssichere

Tabelle 4 Aktueller Stand der Normenreihe 80369. (DIS - Draft International Standard; FDIS - Final Draft International Standard).

Norm/Stadium	Titel
ISO/DIS 80369-1	Small bore connectors for liquids and gases in healthcare applications - Part 1: General requirements
ISO/FDIS 80369-2	Connectors for breathing systems and driving gases applications
ISO/FDIS 80369-3	Connectors for enteral applications
IEC/DIS 80369-5	Connectors for limb cuff inflation applications
ISO/FDIS 80369-6	Connectors for neuraxial applications
ISO/DIS 80369-7	Connectors with 6% Luer taper for intravascular or hypodermic applications
ISO 80369-20:2015	Common test methods

Konnektoren für zunächst 5 Anwendungsgebiete definiert.

Bisher in Kraft getreten sind die ISO 80369-20:2015 und die ISO 80369-1:2010, wobei letztere nach Fertigstellung der in [Tabelle 1](#) genannten ISO/DIS 80369-1 durch diese ersetzt wird.

Die Normung ist fast abgeschlossen und die neuen Produkte werden in naher Zukunft sukzessive dem Markt zugeführt. Dabei ist davon auszugehen, dass die Hersteller der Medizinprodukte früher oder später die bisherigen (alten) Produkte ausphasen werden. Somit ist ein Systemwechsel unvermeidlich und unumkehrbar!

Patientensicherheit ist lernbar

In der Folge der Veröffentlichung von „To Err is Human“ erfolgten weltweit Bestrebungen, das Ziel „Patientensicherheit“ auch als

Lerninhalt in der Ausbildung der Gesundheitsberufe zu verankern [5]. Curricula wie das WHO Curriculum und daran angelehnt der Lernzielkatalog (LZK) des Aktionsbündnis Patientensicherheit „Wege zur Patientensicherheit“ versuchen, anhand eines strukturierten Lernplans Wissen und Verhalten des Lernenden so zu beeinflussen, dass sich im Resultat die Patientensicherheit verbessert [16,17]. Der LZK bietet so Lehrenden wie Interessenten für Bildungsmaßnahmen eine Orientierung über die inhaltliche Gestaltung von Lehrveranstaltungen zum Thema Patientensicherheit. Patientensicherheit und ihr Pendant – Resilienz gegen Fehler und Regelverstöße – sind weder eine einzelne Kompetenz noch das Ergebnis rein wissensbasierten Handelns, sondern vielmehr das Resultat angewandter evidenzbasierter Gesundheitsversorgung in Verbindung mit fachlicher Kunstfertigkeit und einem bewusst achtsamen sowie fürsorglichen Verhalten dem Patienten und den Kolleginnen und Kollegen gegenüber. Methoden sicherer Versorgung sowie Techniken für das Verständnis von Fehlermöglichkeiten und das Anerkennen der eigenen menschlichen Limitationen tragen maßgeblich dazu bei, sich diesem Ziel professionell und kompetent zu nähern. Dabei muss der gesamte Interaktionsraum des klinischen Risikomanagements berücksichtigt werden, „dem die entscheidenden Elemente einer Werteformulierung, Ethik und Verantwortlichkeit zugrunde liegen, die mittelfristig zur Verhaltensveränderung des Individuums und langfristig zu einer Verbesserung der Sicherheitskultur führen“ [18].

Die AG Bildung und Training des APS analysierte im Zeitraum von 2014 und 2015 den Status Quo hinsichtlich der Verankerung von Patientensicherheitsaspekten in den Ausbildungsordnungen verschiedener Gesundheitsberufe. Dabei war die Arbeitshypothese, dass Patientensicherheitslernziele bislang in den Ausbildungsordnungen weder in angemessenem Umfang noch strukturiert abgebildet werden. Zur Untersuchung dieser Annahme wurden in einem ersten Schritt die Ausbildungs- und Approbationsordnungen, die in Bezug zur Patientensicherheit besonders relevant erschienen, hinsichtlich

der Vermittlung von Lernzielen zur Patientensicherheit untersucht. Folgende Ausbildungsordnungen wurden untersucht (in alphabetischer Reihenfolge):

Altenpfleger/in, Anästhesietechnische/r Assistent/in (ATA), Apotheker/-in (Studium Pharmazie), Arzt/Ärztin (Studium Humanmedizin), Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Hebamme/Entbindungspflege, Medizinische/r Fachangestellte/r, Notfallsanitäter/-in, Operationstechnische/r Assistent/in (OTA), Physiotherapeutin, Zahnarzt/Zahnärztin (Studium Zahnmedizin)

Es wurden anhand der folgenden 4 Kategorien in den Ausbildungsordnungen vorhandene Patientensicherheitsziele identifiziert:

1. Direkt mit Patientensicherheit assoziierte Begriffe: Patientensicherheit, Fehler, Risiko, Schaden
2. Spezifische Begriffe wie CIRS, CRM, Faktor Mensch, Fehleranalyse, Fehlerkultur, Fehlermeldesystem, Human Factor, kritisches Ereignis, Vorkommnis, Patientenbeteiligung, Patientensicherheitsmaßnahme
3. Patientensicherheitsmaßnahmen und Managementsysteme: Z. B. Hygiene, Medikamentenmanagement, Notfallmaßnahmen, Reporting-Systeme, Risikomanagement, Sicherheitskultur, Simulation, Systemdenken
4. Begriffe und Themen, die nicht unmittelbar mit Patientensicherheit assoziiert werden, jedoch indirekt dazu beitragen: Gespräch, Kommunikation, lebenslanges Lernen, Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Team, Teamarbeit

Für die folgenden Ausbildungen und Studiengänge gibt es keine Vorgaben, spezifische Kompetenzen zur Patientensicherheit zu vermitteln: Zahnarzt/Zahnärztin (Zahnmedizin), Physiotherapeut/in.

In den folgenden Ausbildungen und Studiengängen werden nur sehr begrenzte Kompetenzen, die zumeist nur indirekt mit Patientensicherheit assoziiert sind

(z. B. allgemeine Fragen der Hygiene, der Kommunikation und der Arbeitsorganisation) vermittelt:

Ärztin/Arzt (Humanmedizin), Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Medizinische/r Fachangestellte/r, Hebamme/Entbindungspfleger, Apotheker/-in (Pharmazie), Notfallsanitäter/-in.

Derzeit existieren lediglich zwei technische Assistenzberufe, für die ein umfangreicher Katalog von Kompetenzen zur Verbesserung der Patientensicherheit bereits in der Ausbildung vorgesehen ist: Anästhesietechnische/r Assistent/in (ATA) und Operationstechnische/r Assistent/in (OTA), deren Ausbildungsgänge kürzlich entwickelt wurden. Bei den Curricula der beiden Berufe handelt es sich jedoch nicht um klassische Ausbildungsordnungen, sondern um Empfehlungen, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft entwickelt wurden, jedoch faktisch als Vorgabe für die Ausbildungen dienen. In den Empfehlungen werden unter anderem die Themen Patientensicherheit, Qualitätssicherung/-management, Hygiene und Handeln in Notfällen/Krisen explizit angesprochen. Des Weiteren finden sich einzig in diesen beiden Curricula rechtliche Rahmenbedingungen mit Bezug zur Patientensicherheit.

Aspekte zur Kommunikation mit Patienten/Angehörigen werden in den Ausbildungsordnungen der Altenpflege, Humanmedizin, Notfallsanitäter/in und Pharmazie genannt. Die interprofessionelle Kommunikation im Team/wird in den Ausbildungsordnungen der ATA/OTA, Notfallsanitäter/in und Pharmazie besonders betont. Der Arbeitsschutz wird explizit in der Altenpflege und bei Hebamme/Geburtshelfer angesprochen.

Insgesamt wird die Hypothese bestätigt, dass die aktuellen Ausbildungsordnungen die für die Erreichung von Patientensicherheit erforderlichen Kompetenzen nur unzureichend oder überhaupt nicht berücksichtigen. Besonders hervorzuheben ist, dass dem Thema Kommunikation in den meisten Ausbildungsordnungen nicht die gebührende Beachtung geschenkt wird, obwohl gerade Kommunikationsdefizite die größte Fehlerquelle für Sentinel Events

(schwere Patientenschäden) darstellen [19].

Eine Ausnahme von diesem Gesamtbefund bilden die Empfehlungen für die Ausbildung zur/m ATA/OTA, die bereits die aktuellen Forderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und die damit angestoßene berufsmedizinischen Diskussion aufgegriffen haben [20].

Um den Stellenwert der Patientensicherheit in den Ausbildungsordnungen deutlich zu verbessern, die Heterogenität der Ausbildungsstandards für Patientensicherheitslernziele zu harmonisieren und interprofessionelle sowie interdisziplinäre Grenzen substantiell zu überwinden, sollten die angesprochenen Ausbildungsordnungen zügig überarbeitet werden. Damit konkretisiert das APS das Motto der Jahrestagung 2016 „Patientensicherheit kann man lernen – wie kommt das Wissen in die Praxis?“. Parallel hierzu sollen Gespräche mit den Verantwortlichen in der Politik, den Verbänden und Kammern der Gesundheitsberufe stattfinden und auf die Implementierung von Patientensicherheitskompetenzen als Ausbildungsziel hinwirken. Insofern kann die Aussage „Patientensicherheit ist lernbar“ mit einem überzeugten „Fangen wir mit der Lehre an!“ unterstützt werden.

Übersicht weiterer Projekte

- APS-Finanzierung der Stiftungsprofessur am Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (IfPS, www.ifpsbonn.de).
- CIRS Netzwerk Deutschland, ein deutschlandweites, öffentlich zugängliches Fehlerberichts- und Lernsystem von APS, ÄZQ, DKG und DPR (www.kh-cirs.de).
- Seit 2008 „Aktion Saubere Hände“
- Internationaler Tag für Patientensicherheit: auch in diesem Jahr wieder am 17. September (www.tag-der-patientensicherheit.de) mit dem Themenschwerpunkt „Medikationssicherheit“.

Schlussbemerkung

Ein Paradigmenwechsel in der Patientenversorgung auf der Basis einer

neuen Sicherheitskultur hat begonnen. APS-Broschüren wie „Aus Fehlern lernen“ und „Reden ist Gold“ markieren wichtige und immer noch aktuelle Schritte in diese Richtung, aber wir sind erst am Anfang eines Weges.

Literatur

- [1] Projekt Simparteam. www.simparteam.de (zuletzt abgerufen 22.04.2016), siehe auch den nachfolgenden Bericht.
- [2] APS-Jahrestagung 2015, Workshop 10: „Durch Zahlen, Daten, Fakten zu mehr Patientensicherheit“. <http://www.aps-ev.de/aps-veranstaltungen/archiv/aps-jahrestagung-2015>. (zuletzt abgerufen 22.04.2016).
- [3] NHS England. Never Events Data. <https://www.england.nhs.uk/patientsafety/never-events/never-events/> (zuletzt abgerufen 22.04.2016).
- [4] Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Quality and Disparities Report. Patient Safety Chartbook. US Department of Health and Human Services. AHRQ Publication No. 16-0015-2-EF March 2016. www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/index.html. (zuletzt abgerufen 22.04.2016).
- [5] Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- [6] National Advisory Group on the Safety of Patients in England. A promise to learn- a commitment to act. Improving the Safety of Patients in England. August 2013. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf. (zuletzt abgerufen 22.04.2016).
- [7] Siassakos D, et al. The active components of effective training in obstetric emergencies. *BJOG* 2009;116:1028–32.
- [8] Draycott T, et al. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. *Obstet Gynaecol* 2008;112:14–20.
- [9] Draycott T, et al. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG* 2006;113:177–82.
- [10] Sorensen J, et al. The implementation and evaluation of a mandatory multi-professional obstetric skills training program. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2009;88:1107–17.
- [11] Simmons D, Symes L, Guenter Pu, Graves K. Tubing Misconnections: Normalization of Deviance.

- Nutrition in Clinical Practice 2011;26(3):S.286–93.
- [12] Guenter P, Hicks RWu, Simmons D. Enteral Feeding Misconnections: An Update. Nutrition in Clinical Practice 2009;24(3):S.325–34.
- [13] Debora Simmons u, Graves Krisanne. Tubing Misconnections - A Systems Failure with Human Factors: Lessons for Nursing Practice. Urologic Nursing 2008;28(6):S.460–4.
- [14] Peggi Guenter: Enteral Feeding Misconnections: A Consortium Position Statement. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2008;34(5):S.285–92.
- [15] Committee Draft ISO 80369-1/Ed. 2; 19.07.2013. *Small-bore connectors for liquids and gases in healthcare applications; Part 1: General requirements.*
- [16] World Health Organisation (2011). „WHO Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition.“
- [17] Barbara Hoffmann, S. A., Sonja Barth, Gesine Hofinger, Peter W. Janakiew, Anja-Alexandra Meier, Marcus Rall, Julia Rohe, Amanda van Vegten, (2013). „Wege zur Patientensicherheit - Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit.“ Eigenverlag Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
- [18] Euteneier A. Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen - medizinisch, ökonomisch, juristisch. Hrsg, Euteneier A: Springer Verlag; 2015.
- [19] Joint Commission (2013). „Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004 –2013.“ Präsentation http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event.Policy.and.Procedures/.
- [20] Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung: Umsetzung des § 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V.“ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1917/2014-01-23_AEQM-RL_Umsetzung-137-1d.BAnz.pdf.

Autoren:

Hedi François-Kettner
 Conny Wiebe-Franzen
 Reinhard Strametz
 Ulf Debacher
 Heidemarie Haeske-Seeberg
 Max Skorning
 Christoph Scholz
 Ralf Jörg Erdmann
 Thilo Künnemann
 Alexander Euteneier
 Patricia Hänel
 Christiane Schwarz
 Hartwig Marung

Korrespondenzadresse:

Hedi François-Kettner
 Aktionsbündnis Patientensicherheit
 Vorsitzende
 Am Zirkus 2, 10117 Berlin
 Fon + 49 (0) 30 36 42 81 60
 Fax + 49 (0) 30 36 42 81 611
 E-Mail: francois-kettner@aps-ev.de