

Bundesärztekammer

Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung

Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“

Fehlerquellen erkennen
Unerwünschte Ereignisse vermeiden
Folgen korrigieren
-aus Fehlern lernen-

Herausgeber:

Bundesärztekammer

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin und

Expertenkreis Patientensicherheit des ÄZQ





BUNDESÄRZTEKAMMER

Texte und Materialien
zur Fort- und Weiterbildung

Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“

**Fehlerquellen erkennen
Unerwünschte Ereignisse vermeiden
Folgen korrigieren**

- aus Fehlern lernen -

Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“

- 2009 -

Herausgeber:

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin und
Expertenkreis Patientensicherheit des ÄZQ



**Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung**

Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Expertenkreis Patientensicherheit des ÄZQ

Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“

Mit den in diesem Werk
verwandten Personen- und
Berufsbezeichnungen sind,
auch wenn sie nur in einer
Form auftreten, gleichwertig
beide Geschlechter gemeint.

Texte und Materialien
der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung

Band 25:

Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“

Herausgeber:

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
(Gemeinsames Institut der Bundesärztekammer
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)
Wegelystraße 3, Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin

Expertenkreis Patientensicherheit des ÄZQ

Impressum

Autoren:

Prof. Dr. med. Gisela Fischer
Dr. phil. Gesine Hofinger
Dr. med. Julia Rohe MPH
Dr. med. Christian Thomeczek
Dr. med. Johann Wilhelm Weidringer

Redaktion:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin

Telefon 030 / 4005 2505
Fax 030 / 4005 2555
Email mail@azq.de
Internet: www.azq.de

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“

1. Auflage

Hrsg.: Bundesärztekammer

ISSN 0945-1951

NE:

Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung,
Band 25, 2009

Wichtiger Hinweis:

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Weiterverbreitung der namentlich nicht gekennzeichneten Beiträge des Werkes ist in inhaltlich unveränderter Form erlaubt, wenn den Herausgebern ein Belegexemplar zugestellt wird.

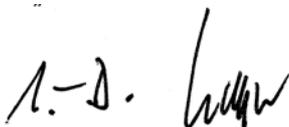
Eine weitere Verwertung der namentlich gekennzeichneten Beiträge über das Werk hinaus außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsschutzes ist ohne Zustimmung der Autoren unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Die Sicherheit der Patienten stellt ein ureigenstes ärztliches Anliegen dar. Schon sehr früh haben deshalb die Landesärztekammern die Aufklärung ärztlicher Behandlungsfehler zu ihrer eigenen Sache gemacht und bieten den Patienten über die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eine kostenlose Möglichkeit zur Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen an.

Durch die zunehmende Komplexität der modernen Medizin ist es darüber hinaus erforderlich geworden, neben der rückblickenden Einzelfallaufklärung vorausschauende Präventionsinstrumente zu entwickeln. Der Deutsche Ärztetag von 2005 hat die Einführung von sog. Critical Incident Reporting Systems (CIRS) befürwortet, die dabei helfen können, Zwischenfälle und Fehler zu erkennen, noch bevor sie zu einem Schaden für den Patienten geführt haben. Im Auftrag von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung wird ein solches Fehlerberichtssystem nunmehr seit dem 12.04.2005 durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) allen deutschen Ärzten zur Verfügung gestellt.

Mit dem „Fortbildungskonzept Patientensicherheit“ des ÄZQ wird ein weiterer Markstein auf unserem bereits beschrittenen Weg „Lernen aus Fehlern in der Medizin“ gesetzt. Fortbildungsangebote zum Thema „Ärztliches Fehler- und Risikomanagement“ erfreuen sich bereits jetzt schon reger Nachfrage. Bei dem nunmehr vorgelegten Konzept handelt es sich um ein dreistufiges Curriculum, das sowohl die Vermittlung der theoretischen Grundlagen aus der Fehlerforschung umfasst, als auch die Schulung der Kompetenzen, die zur Umsetzung der Methoden von Fehler- und Risikomanagement in dem Versorgungsalltag erforderlich sind. Ich wünsche den auf Basis des Curriculums zukünftig veranstalteten Fortbildungen zum Thema „Patientensicherheit“ viele interessierte Teilnehmer aus Klinik und Praxis!



Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer

Überall wo Menschen zusammenwirken, und dies in immer komplexer werdenden Strukturen, können potenziell Fehler oder so genannte Beinaheschäden auftreten. Ursache hierfür ist selten ein einzelnes Ereignis, in der Regel handelt es sich um eine Verkettung unterschiedlicher ungünstiger Faktoren, die letztlich zu einem Ereignis führen, das von keinem so beabsichtigt war. Ist ein Fehler dann tatsächlich eingetreten, so leiden in der Regel mindestens zwei Menschen darunter: der Patient und der Arzt, der für den Fehler verantwortlich ist oder sich dafür verantwortlich fühlt.

Um sowohl den Gedanken der Fehlervermeidung als auch der Durchsetzung eines neuen Umgangs mit eingetretenen Fehlern im Sinne einer Fehlerkultur wirkungsvoll zu unterstützen, engagiert sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf dem Feld der Patientensicherheit. Das hier nun über die gemeinsame Einrichtung von KBV und Bundesärztekammer, der ÄZQ, herausgegebene „Fortbildungskonzept Patientensicherheit“ ist europaweit einzigartig und zeigt an, mit welchem Engagement dieses Thema in der Ärzteschaft aufgegriffen wird. Ergänzt wird dies durch weitergehende Aktivitäten und Maßnahmen wie z. B. das Angebot eines anonymen Fehlerberichtssystems (CIRSmedical), das ebenfalls über das ÄZQ allen Vertragsärzten zur Verfügung steht.

Ich würde mir wünschen, dass dieses Curriculum von allen relevanten Arztgruppen aktiv aufgegriffen und umgesetzt würde. Um es gezielt weiterentwickeln zu können, sind Vorschläge und Rückmeldungen mehr als erwünscht.



Dr. Karl-Heinz Müller
Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Fortbildungskonzept Patientensicherheit	3
2.1	Ziele des Fortbildungskonzepts.....	4
2.1.1	Inhaltliche Ziele der Fortbildungsmaßnahmen	4
2.1.2	Methodische Ziele des Konzepts	5
2.2	Zielgruppen des Fortbildungskonzepts	5
2.3	Hinweise zur Gestaltung von Fortbildungsmaßnahmen.....	5
2.3.1	Teilnehmerkreis	5
2.3.2	Didaktik.....	6
2.4	Stufenaufbau des Fortbildungskonzepts	6
3.	Lerngebiete/Module des Fortbildungskonzepts	8
A	Grundlagen	8
B	Fehlerforschung/Psychologie der Sicherheit.....	10
C	Kommunikation/Teamarbeit	12
D	Instrumente/Umsetzung/Weitervermittlung	14
4.	Modulare Inhalte und Modellstundenpläne	16
4.1	Module für die dritte Stufe (Zusatzqualifikation)	17
4.2	Kommunikation und Teamarbeit	17
4.3	Human Factors.....	20
	Anhang.....	22
	Glossar Patientensicherheit	22
	Ergänzende Literatur.....	33
	Literaturverzeichnis	34

1. Einleitung

Das Thema Patientensicherheit ist in den letzten Jahren im Rahmen einer internationalen Entwicklung zunehmend ins öffentliche Bewusstsein gerückt und auch von Politik und Medien als Thema entdeckt worden [1; 2]. Bei den im Gesundheitswesen Tätigen besteht eine relativ große Unsicherheit im Umgang mit dem Thema, die sich u. a. auf Unwissen, psychologische Berührungspunkte, Haftungsfragen und wahrscheinlich auch auf die öffentliche Berichterstattung über Fehler in der Medizin zurückführen lässt.

Mit diesem Fortbildungskonzept ‚Patientensicherheit‘, soll eine strukturierte Handreichung geschaffen werden. Es schlägt Themen und Abläufe für Fortbildungen vor, um das Thema „Patientensicherheit“ an im Gesundheitswesen Tätige sowie interessierte Laien und Patienten zu vermitteln. Es soll so helfen, eine Fehler- bzw. Sicherheitskultur aufzubauen und die Patientensicherheit zu stärken.

Dabei berücksichtigt das Fortbildungskonzept die inzwischen immer komplexer gewordenen Anforderungen, die an die im Gesundheitswesen Tätigen jeden Tag gestellt werden.

Als Anhang mit eingestellt ist ein Glossar über die wichtigsten Begriffe zum Thema Patientensicherheit. Dieser Glossar verfolgt zwei Ziele:

Einerseits soll der Versuch unternommen werden mit dem Glossar einen Leitfaden für die Lehrinhalte festzulegen, andererseits soll durch die Definition der wichtigsten Begriffe aus dem Bereich Patientensicherheit, eine Grundlage für die Kommunikation untereinander – einer der wichtigsten Aspekte in einer Sicherheitskultur – erreicht werden.

Ausgangssituation des Handelns in der Patientenversorgung:

- komplexe Arbeitsumgebung
- viele Schnittstellen – Patient, andere Abteilungen/Institutionen, Technik, ...
- „fehlerträchtig“, d. h. es ist schnell etwas falsch gemacht – teils irreversible Fehler, selten Gelegenheit zum „Ausprobieren“
- Erkennen der Risikobehaftung von medizinischen Interventionen

- Reflexion der eigenen Berufswelt, Änderung der eigenen und der Ansprüche dritter an die Profession; zunehmende gesellschaftliche Sensibilisierung für Sicherheit
- Auseinandersetzung mit der internationalen Diskussion zum Thema Patientensicherheit
- Eigenständige Risikoabwägung des mündigen Patienten

dadurch

- Konzentration auf menschliche Interaktionen (Human Factors) bei Fehlervermeidungsstrategien als Interventionsmöglichkeit im Gesundheitswesen (keine Standardpatienten/kaum Automatisierungsprozesse)
- Versorgungstransparenz durch Datenzusammenführung und pseudonymisiertem Personenbezug (die neuen Möglichkeiten erlauben noch retrospektiv in großem Umfang eine Qualitäts- und Fehlererkennung).

2. Fortbildungskonzept Patientensicherheit

Vertrauen in die Gesundheitsversorgung gehört zu den wichtigsten Elementen jedes Gesundheitssystems. Mit der Aufnahme der Thematik Patientensicherheit wird im vorliegenden Fortbildungskonzept ein weiterer Baustein zum umfassenden Qualitätsmanagement vorgelegt. Dabei geht das Thema Patientensicherheit über das hinaus, was bislang von Gesundheitsberufen unter Patientensicherheit verstanden wurde, nämlich inhaltlich im Sinne einer Differentialdiagnostik die richtigen Therapien zu finden und anzuwenden.

Im Bereich Patientensicherheit geht es vielmehr darum zu akzeptieren, dass es sich bei der Arbeit am Patienten – selbst bei größtmöglicher Umsicht und Anwendung von bestem Wissen – nicht vermeiden lassen wird, dass unerwünschte Ereignisse und Zwischenfälle auftreten werden. Unter Umständen werden auch gewünschte Therapieerfolge durch Fehler nicht erreicht.

Die inhaltliche Ausgestaltung des Fortbildungskonzeptes *Patientensicherheit* lehnt sich an Ergebnisse aus dem Bereich der Hochrisikoindustrien wie Petro- und Atomindustrie sowie der Luftfahrt an, die sich seit mehreren Jahrzehnten mit dem Thema „Menschen in komplexen Arbeitswelten“ und den daraus resultierenden möglichen Fehlerquellen und deren Beseitigung beschäftigt haben. Das Fortbildungskonzept soll in einer **ersten Stufe** zunächst die Bereitschaft dafür schaffen, sich mit der Fehlerhaftigkeit menschlichen Handelns in komplexen Systemen und der daraus folgenden Gefährdung der Patientensicherheit auseinander zu setzen.

In der **zweiten Stufe** werden daraus resultierend Strategien in Umsetzung von Maßnahmen und Kommunikationsformen angeboten, um mögliche Fehlerquellen frühzeitig zu erkennen und auf deren Beseitigung adäquat hinarbeiten zu können.

Das Fortbildungskonzept ist im Bereich des ärztlichen Qualitätsmanagements angesiedelt. Da die Thematik alle Akteure im Gesundheitswesen betrifft, würden es die Autoren begrüßen, wenn andere Professionen im Gesundheitswesen sich der Inhalte des vorliegenden Curriculums insoweit annehmen würden, als dass sie ohne Scheu Ideen und Änderungswünsche an die Autoren übermitteln sowie Themenbereiche und Inhalte dieses Fortbildungskonzeptes für ihre eigenen Berufsgruppen adaptieren.

2.1 Ziele des Fortbildungskonzepts

Mit der Entwicklung des Fortbildungskonzeptes *Patientensicherheit* sollen folgende Ziele erreicht werden:

2.1.1 Inhaltliche Ziele der Fortbildungsmaßnahmen

Fehlerbewusstsein und Sicherheitskultur fördern

- Thema enttabuisieren
- Schaffen einer Informationsbasis
- Diskussion versachlichen
- Strategien entwickeln
- Bewusstsein für Änderung der Arbeitsumgebung schaffen
- Bedeutung des Themas Patientensicherheit annehmbar vermitteln

Steigerung der Sicherheit im Umgang mit dem Thema

Patientensicherheit

- Abbau von Ängsten
- Aufbau von Vertrauen
- Kommunikative Kompetenzen stärken
- Aktivitäten anderer kennen und voneinander lernen

Steigerung der Sicherheit in der Versorgung

- zunehmende Befähigung der Akteure zur Umsetzung von Patientensicherheit
- weitere Verbesserung des Arbeitsumfeldes
- gute Wahrnehmung des Themas durch Patienten

2.1.2 Methodische Ziele des Konzepts

Professionalisierung

- Informationsquellen für Interessierte aufzeigen
- Kompetenz für im Versorgungsprozess Tätige vermitteln
- Anleitung für Lehrende

Anwendbarkeit in verschiedenen Zusammenhängen

- Modularer Aufbau [auch einzeln nutzbare Bausteine]
- Nachvollziehbare, zielgruppenspezifische Breite und Tiefe des Angebots
- Implementierungsmöglichkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Qualitätsentwicklung in Institutionen der Versorgung

2.2 Zielgruppen des Fortbildungskonzepts

- Zur Information: für alle am Thema Interessierte
- Als Grundlage: für Fortbildung und Training für Ärzte
- Als Leitfaden: für alle Multiplikatoren und Verantwortungsträger
- Zur weiteren Verwendung für alle im Gesundheitswesen Tätige

2.3 Hinweise zur Gestaltung von Fortbildungsmaßnahmen

2.3.1 Teilnehmerkreis

- Durch den modularen Aufbau können Kurse/Veranstaltungen für Teilnehmer mit unterschiedlichen Kenntnissen und beruflichen Hintergründen angeboten werden.
- Fortbildungen können allgemein (themenzentriert) oder spezifisch (z. B. für Multiplikatoren, QM für Führungskräfte, für Niedergelassene, Pflegekräfte etc.) angeboten werden.

2.3.2 Didaktik

- Bei der Didaktik der Kurse ist die Wichtigkeit von Anschaulichkeit und erfahrungsbasiertem Lernen zu beachten. Daher sollten Fortbildungsangebote einen hohen Anteil von Fallstudien, praktischen Übungen und Möglichkeiten für den Erfahrungsaustausch aufweisen. „Gehört ist nicht verstanden, verstanden ist nicht gelernt, gelernt ist nicht getan ...“

2.4 Stufenaufbau des Fortbildungskonzepts

Das vorliegende Fortbildungskonzept *Patientensicherheit* stellt eine Leitlinie für die Aus-, Weiter- und Fortbildungsaktivitäten auf dem Feld der Patientensicherheit in Praxis und Klinik dar. Damit soll die Gestaltung von Lehrveranstaltungen bzw. Lehrprogrammen an möglichst vielen Stellen angelegt werden. Diese können auf der Basis der Vorgaben variabel gestaltet werden, sofern sie

- die vorgegebenen Lerngebiete, Lerninhalte und Lernziele entsprechend der angestrebten Qualifikationsstufe umfassen
- die Rahmenbedingungen für angemessene Durchführung der Seminare sicherstellen und
- die methodischen Empfehlungen des Fortbildungskonzepts angemessen berücksichtigen.

Nachfolgend werden Beispiele für eine Seminargestaltung dargestellt; die vorliegenden Muster berücksichtigen praktische Erfahrungen aus der Seminarweiterbildung in anderen Gebieten der Weiter- und Fortbildung insbesondere des Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement.

Zu den positiven Erfahrungen bei der Einführung des Qualitätsmanagements in das Gesundheitswesen gehören, dass ihre entwickelten Methoden (Gruppenarbeit, die systematische Analyse des Versorgungsprozesses, die Orientierung an Patientenbedürfnissen und das Experimentieren mit neuen Lösungen) dieser Form des Arbei-

tens den Charakter von persönlicher Herausforderung, Selbstverantwortung und kreativem Handeln verleihen.

Fortbildungen können auf den folgenden Stufen angeboten werden:

- Stufe I Basiswissen mit dem Schwerpunkt „Information“
- Stufe II Fach- (Grund-)qualifikation mit dem Schwerpunkt „Umsetzung“
- Stufe III Zusatzqualifikation für Multiplikatoren mit dem Schwerpunkt „Vermittlung von Kompetenzen“

Die Anforderungen für die einzelnen Stufen werden in der folgenden Tabelle präzisiert:

I. Basiswissen/Information	II. Grundqualifikation	III. Zusatzqualifikation/Multiplikatoren
1. Zielgruppen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinstudenten ▪ Ärzte in der Weiterbildung 	1. Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte in der Weiterbildung 	1. Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte in der Weiterbildung ▪ Fachärzte ▪ Oberärzte ▪ Chefärzte
2. Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinstudium 	2. Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ einschlägige Berufserfahrung 	2. Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichst Leitungs-/ Multiplikatorenfunktion
3. Qualifizierungsziel: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermittlung von Basiswissen ▪ Sensibilisierung von Verständnis für Patientensicherheit im Gesundheitswesen 	3. Qualifizierungsziel: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermittlung von Kenntnissen, Anwendungsbereichen und Fertigkeiten von Patientensicherheit 	3. Qualifizierungsziel: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermittlung von Kompetenz und Verantwortlichkeit für Patientensicherheit im eigenen beruflichen Wirkungsbereich
4. Dauer und Art: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ca. 4 Stunden ▪ Fortbildungsveranstaltung ▪ Kurse, Seminare 	4. Dauer und Art: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ca. 16 Stunden ▪ Kurse, Seminare ▪ Projektarbeit, Szenario 	4. Dauer und Art: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ca. 20 Stunden (40 h kumulativ) ▪ Seminare ▪ Projektarbeit
5. Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basiswissen ▪ Definition, Ziele und Umfeld von Patientensicherheit ▪ „Fehlerbewusstsein“ 	5. Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensivierung der Themen aus dem Grundkurs ▪ Patientensicherheit als integratives Element in der Patientenversorgung ▪ Basale Kommunikationstechniken 	5. Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Führungs- und Kommunikationstechniken ▪ Auditorentraining ▪ Vermittlung von Methoden ▪ Evaluation
6. Abschluss: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilnahmebescheinigung 	6. Kursabschluss: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lösung eines Szenarios/ Kolloquium ▪ Qualifizierungsnachweis (Teilnahmebescheinigung) 	6. Kursabschluss: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Präsentation eigener Projekte/ Szenario ▪ Qualifizierungsnachweis (Teilnahmebescheinigung)

3. Lerngebiete/Module des Fortbildungskonzepts

Innerhalb der Lernstufen sind Inhalte modular kombinierbar – so können Fortbildungen für unterschiedliche Zielgruppen und unterschiedliche Themen kombiniert werden. Dabei ist zu achten auf:

- Zielgruppe
- Umfang
- Inhalte
- Vertiefung von Inhalten

Im Folgenden werden für die einzelnen Themen des Bereichs „Patientensicherheit“ Zielsetzungen beschrieben und Inhalte stichpunktartig skizziert

- A Grundlagen: Begriffe und Datenlage
- B Fehlerforschung/Psychologie der Sicherheit
- C Kommunikation/Teamwork
- D Instrumente/Umsetzung/Weitervermittlung

A Grundlagen

In diesem Lerngebiet werden die allgemeinen Inhalte über die Bedeutung von Patientensicherheit sowie die Entwicklung des Themas insbesondere im internationalen Kontext mit der Veröffentlichung des Institut of Medicine Reports „To Err is Human“ [3] dargestellt. Es soll einführend auf den Hintergrund und die Bedeutung der Thematik für das Gesundheitswesen und für die professionelle Selbstgestaltung eingegangen werden, dabei werden auch die Schwierigkeiten im internationalen Vergleich aufgrund der fehlenden, systematischen Datenlage in Deutschland bzw. die Möglichkeit der Interpretation der vorhandenen internationalen Daten und Literatur dargestellt. Als erster Einstieg soll ein Überblick über die Nomenklatur insbesondere der Begriffe „unerwünschtes Ereignis“, „Fehler“, „Schaden“ sowie die daraus resultierende Bedeutung für den Umgang der Profession dargestellt werden. Ebenfalls soll ein erster Überblick über existierende Institutionen und deren Beiträge zum Thema Patientensicherheit wie zum Beispiel die ärztlichen Gutachterstellen mit ihrer Möglichkeit

zur differenzierten Auswertung von Fehlern und daraus resultierenden Fortbildungsangeboten, wie aber auch Patientenbeschwerden dargestellt werden. Insbesondere das in Deutschland etablierte „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ sowie die im deutschsprachigen Ausland etablierten Einrichtungen wie Ombudsleute in Österreich und die „Stiftung Patientensicherheit“ der Schweiz werden hier diskutiert. Schließlich soll ein erster Eindruck über die Möglichkeiten und die Ziele bei der Umsetzung von Patientensicherheit im eigenen Verantwortungsbereich aufgezeigt und diskutiert werden, wobei auch die rechtlichen Aspekte dieses Themas kurz erläutert werden.

Lerngebiet	Lerninhalt
Allgemeine Inhalte	Bedeutung von Patientensicherheit, Entwicklung des Themas; Hintergrund/Datenlage/Literatur
Fehlerarten	Einführender Überblick über Fehlerarten und -häufigkeiten, Schweregrade und Folgen z. B. Aktiver Fehler/Aktives Versagen
Fallbeispiele	Fallbeispiele im Kontext von Datenlagen und Verläufen Fehler Schaden Unerwünschter Zwischenfall
Überblick über die Umsetzung von Patientensicherheitsinitiativen	Existierende Institutionen/Instrumente (Gutachterstellen, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Beschwerdemanagement im KH, Ombudsleute, Patientenanwalt [Österreich]), Beweggründe für die Umsetzung von Patientensicherheit
Rechtliche Aspekte	Schadensersatz, Sorgfaltspflicht, Fahrlässigkeit, Verursacherprinzip

B Fehlerforschung/Psychologie der Sicherheit

Dieses Lerngebiet beschreibt umfassend die Aspekte des Umgangs mit Fehlern und die Ursache von Fehlern. Dabei wird nachhaltig auf den derzeitigen traditionellen (personenbezogenen) Ansatz in der Medizin eingegangen. Außerdem soll die Übertragung aus anderen Bereichen, die sich stark mit der Human Factors Forschung (z. B. Industrie und Luftfahrt) beschäftigt haben, dargelegt werden. Es werden Punkte der klassischen Fehlertheorie, die sowohl die personen- als auch die systembezogenen Ursachen von Fehlerquellen und unerwünschten Ereignissen nahe legen, diskutiert. Ein entsprechender Anteil ist den psychologischen Aspekten des Fehlers und den sich daraus entwickelnden Barrieren für die Beseitigung von Fehlern eingeräumt. Ferner erfolgt der Verweis auf die Entwicklung von Sicherheitskulturen in anderen Industriebereichen, die als High Reliability Organisations bekannt sind [4]. Dabei werden die Konzepte und ihre strategische Umsetzung, die in den letzten Jahren in diesen Bereichen stattgefunden haben, erläutert.

Lerngebiet	Lerninhalt
Entstehung von Unfällen/Sicherheitskonzepte	<ul style="list-style-type: none"> - Personenbezogener (traditioneller) Ansatz - Systembezogener Ansatz - Reason's Schweizer Käse Model als Model für systembezogene Ursachen von kritischen oder unerwünschten Ereignissen und daraus resultierende Schlussfolgerungen [5-7] - Sicherheit als Systemeigenschaft
Fehlertheorie	<ul style="list-style-type: none"> - Unsichere Handlungen (unsafe acts): Fehler (errors): Ausrutscher (slips) und Aussetzer (lapses) - Irrtümer (mistakes): regel-basiert (rule-based) und wissensbasiert (knowledge-based) - Zuwiderhandlungen (violations): routinemäßig (routine), optimierend (optimising), notwendig bzw. situationsbedingt (necessary or situational) - Aktives und latentes menschliches Versagen (active and latent human failure)
Psychologie des Fehlers	<ul style="list-style-type: none"> - Blame and shame - Ursachen für Fehler: Stress, Wahrnehmung, Arbeitsbelas-

Lerngebiet	Lerninhalt
	<p>tung/Ermüdung, Missverständnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grenzen austesten (pushing the limits) - Gewöhnung an gefahrgeneigte Handlungen (routine violations) - Wahrnehmung und Informationsverarbeitung - Motivation und Emotion - Entscheidungstheorien - Erkennen der eigenen Grenzen, Autismus - Umgang mit den Grenzen anderer
Sicherheit in Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> - Merkmale zuverlässiger Organisationen (nach Weick, Roberts, Reason) - Sicherheitsdenken in anderen Bereichen, Entwicklung von Sicherheit in der Industrie (Atom-, Erdöl-, Luftfahrtindustrie) - Bedeutung des Sicherheitsdenkens für alle Beteiligten - Vorbereitung für und Umgang mit unerwünschten Ereignissen - Instrumente der Sicherheitsarbeit (Training, Incident Reporting, Kulturänderungen, Qualitätszirkel etc.)
Sicherheitskultur, Barrieren und deren Überwindung	<ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung einer Sicherheitskultur - Wandel des professionellen Selbstbewusstseins - Gründe für Änderungsprozesse - „Sicherheitsdenken“ als Abwehr von Änderungsprozessen - Killerphrasen als Abwehrmechanismus - Machtverhältnisse bei Änderungsprozessen

C Kommunikation/Teamarbeit

Kommunikation als tragendes Element

Dieses Lerngebiet soll die Bedeutung von Kommunikation und Kommunikationsstrategien sowie die Förderung von Teamarbeit als integratives Element zur Entwicklung einer Sicherheitskultur vorstellen. Dabei wird auf Vor- und Nachteile von Kommunikationsstandards und auf bekannte Fehlerquellen von Kommunikation sowie auf die Bedeutung von zielgerichteter und adäquater Kommunikation hingewiesen. Ein weiterer Aspekt ist die Kommunikation mit Patienten und der Öffentlichkeit nach Eintreten von unerwünschten Ereignissen. Entsprechende Strategien in der individuellen, wie auch in der Außenkommunikation werden dargestellt und die Bedeutung des Kommunikationsprozesses für diese beiden wichtigen Bereiche diskutiert.

Ein weiterer Bereich dient der Darstellung von Teamprozessen und den Auswirkungen von Teamprozessen auf Hierarchien sowie auf das Machtgefüge, insbesondere aber auch Machtgefälle in den Teams. Dabei wird nicht außer Acht gelassen, dass die Zuteilung von Rollen in Teamprozessen mit Rechten und Pflichten einhergehen, die die einzelnen Teammitglieder übernehmen und mit denen sie sich in den Teamprozessen qualifizieren müssen. Es werden Analogien aus anderen Bereichen, insbesondere der Luftfahrt, die in den letzten Jahrzehnten ähnliche Prozesse durchlaufen musste, aufgezeigt und diskutiert. Ferner sollen Möglichkeiten und Grenzen der Standardisierung von Prozessen sowie Vergleichbarkeit der Adaption von Kernprozessen aus der Industrie auf das Gesundheitswesen diskutiert werden.

Lerngebiet	Lerninhalt
Kommunikation: Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist Kommunikation? Funktionen von Kommunikation, Formen, Medien, - Grundlagen der Kommunikationstheorie (Nachrichtentheoretische Ansätze, Schulz von Thun, Watzlawick)
Kommunikationsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> - Übermittlungsprobleme - Verständnisprobleme
Funktionale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Regeln für gelingende Kommunikation
Kommunikationsstandards	<ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachteile von Kommunikationsstandards - Anwendungsbereiche

Lerngebiet	Lerninhalt
	<ul style="list-style-type: none"> - Standards definieren und implementieren
Teamprozesse	<ul style="list-style-type: none"> - Teams: Funktionen und Anforderungen - Teamprozesse und Auswirkungen von Hierarchien, Machtgefüge und -gefälle in Teams - Rollenverhalten in Teams - Verantwortung von Teammitgliedern und Teamleadern - Probleme der Teamarbeit - Interdisziplinäre Teams
Entscheiden im Team	<ul style="list-style-type: none"> - Geteilte mentale Modelle (Shared mental models) - Teambriefings als Grundlage geteilten Handelns - Informationsverarbeitung in Teams (Confirmation bias, Status als verzerrender Faktor, ...)
Analogien zu anderen Bereichen und Übertragung in die Medizin	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation und Teamarbeit in anderen Bereichen (Industrie/Luffahrt) - Möglichkeiten der Beeinflussung von Kommunikation und Teamarbeit (Training, Crew Resource-Management (CRM), Standardisierung, Vorgaben, Gesetze) - Übertragung bzw. Adaptation von Prozessen für die Medizin, Besonderheiten im Gesundheitswesen
Kommunikation mit Patienten nach Eintritt eines unerwünschten Ereignisses	<ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzung unerwünschter Ereignisse/Fehler/Schäden - Rechtliche Randbedingungen - Richtige Kommunikation/Gesprächstechniken
Kommunikation mit der Öffentlichkeit nach Eintritt eines unerwünschten Ereignisses	<ul style="list-style-type: none"> - Verantwortliche - Vorbereitende Planungen - Umfang und Strategie der Information/Kommunikation - Bedeutung des Zwischenfalls und dessen Kommunikation für die Institution

D Instrumente/Umsetzung/Weitervermittlung

Dieses Kapitel stellt Instrumente, Strategien und Implementierung von Instrumenten zur Entwicklung einer Sicherheitskultur vor. Bei den Instrumenten wird die gesamte Spannweite von Patientenbeschwerden über Critical Incident Reporting-Systeme (Meldesysteme) wie auch Simulationen und Simulatoren erwähnt. Definierte Instrumente wie Root Cause Analysis und Significant Event Audit als klassische Instrumente zur Ursachenlokalisierung und -analyse werden beschrieben und in ihrer Bedeutung dargestellt. Weiterhin wird Wert auf die Evaluation der Einschätzung medizinischer Risiken bzgl. ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und dem Schädigungspotential sowie den daraus resultierenden Konsequenzen für Vermeidungsstrategien in allen Organisationen der Gesundheitsversorgung gelegt.

Lerngebiet	Lerninhalt
Lernen aus unerwünschten Ereignissen	<ul style="list-style-type: none"> - Befragungen (Patienten, Mitarbeiter, andere) - Strategien - Unerwünschte Ereignisse als Optimierungspotentiale erkennen - Training vorher und nachher
Patientenbeschwerden	<ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Patientenbeschwerden - Mögliche Fehlerquellen - Subjektive Optimierungspotentiale - Rechtsmittel
Incident Reporting	<ul style="list-style-type: none"> - Incident Reporting (Berichten eines Ereignisses/ Zwischenfalls) durch Mitarbeiter - Inhalt und Aufbau von Incident Reporting-Systemen (Fehler, unerwünschte Ereignisse, Schäden, kritische Ereignisse (critical incidents), Beinaheschaden (near-miss)) [8] - CIRS (Critical Incident Reporting-System) und andere Systeme - Nutzen von Incident Reporting-Systemen - Entwicklung und Bedeutung von Incident Reporting-Systemen in anderen Branchen

Lerngebiet	Lerninhalt
Instrumente zur Fehleranalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Root cause analysis (RCA) (Analyse der (aller) ursächlichen Wurzeln): - Entstehung, Ansätze in HROs (high reliability organisations/ Organisationen mit hohem Zuverlässigkeitsanspruch) - Umsetzung und Implementierung von RCA - RCA Ansätze in der Medizin (z. B. Clinical Risk Unit/University College London) und Association of Litigation and Risk Managers (ALARM) [9] - Veterans Affairs National Center for Patient Safety - Root Cause Analysis (RCA) [10] - National Patient Safety Agency - RCA Toolkit (Beschreibung und Implementierung) [11] - Significant Event Audit (SEA) (Gruppendiskussion zur Analyse und Bewertung eines für die Praxis bedeutsamen Ereignisses [12; 13])
Instrumente zur Fehlervermeidung (Assessment)	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung medizinischer Risiken (Eintrittswahrscheinlichkeit, Schädigungspotential) - Bedeutung für Organisationen in der Gesundheitsversorgung - Failure modes and effects analysis (FMEA)
Simulatorentraining	<ul style="list-style-type: none"> - „Zwischenfalltraining“ (Simulatoren) - Bedeutung und Inhalte des Simulatortrainings - Umfang und Grenzen von Simulationen - Psychologische Aspekte des Simulatortrainings - Organisationsbezogenes Lernen aus individuellen Fehlern
Human Factors Engineering	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung des Human Factors Engineering (HFE) in anderen Bereichen - Randbedingungen des HFE - Übertragung und Adaption von HFE in die Medizin - Umsetzung von Ergebnissen aus RCA - Anpassung von Arbeitsprozessen und Bedingungen - Schaffung von Randbedingungen

4. Modulare Inhalte und Modellstundenpläne

Die folgende Tabelle zeigt Inhalte und zeitliche Aufteilung einer Fortbildungsreihe „Patientensicherheit“. Weitere Fortbildungsreihen sind aus den Inhalten (vgl. Punkt 3) frei kombinierbar.

I. Basiswissen/Information (4 Stunden)	II. Grundqualifikation/Leitfaden (16 Stunden)	III. Zusatzqualifikation/Multiplikatoren (20 Stunden)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientensicherheit (Hintergrund, Bedeutung für Arzt, Patient, Politik) 45 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlagen (Vertiefung der Inhalte) 180 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Theoretische Ansätze/Konzepte 180 min ▪ Human Factors 240 min
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologie des Fehlers (Entstehung, Formen etc) 60 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Theoretische Ansätze/Konzepte 180 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation/Teamarbeit 180 min
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehlermanagement/Sicherheitsdenken in anderen Industrien (Beispiele/Konzepte) 45 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation/Teamarbeit 180 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumente/Umsetzung/Weitervermittlung 180 min
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehlermanagement als Teil des QM (Einführung) 45 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumente/Umsetzung/Weitervermittlung 180 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppen- und Projektarbeit 240 min
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskussion 45 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppen- und Projektarbeit 240 min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Team- und Kommunikationstraining 180 min (Gruppenarbeit)

Modellstundenplan Fortbildungskonzept Patientensicherheit (Allgemeinmedizin)

I. Basiswissen/Information	II. Grundqualifikation/Leitfaden	III. Zusatzqualifikation/Multiplikatoren
Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinstudenten ▪ Ärzte in der Weiterbildung 	Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte in der Weiterbildung 	Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte in der Weiterbildung ▪ Praxisinhaber
Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinstudium 	Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beginn der Weiterbildung 	Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte mit fünfjähriger Berufserfahrung oder abgeschlossener Weiterbildung
Ausbildungsziel: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermittlung von Basiswissen ▪ Sensibilisierung für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen 	Ausbildungsziel: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermittlung von Kenntnissen, Anwendungsbereichen und Fertigkeiten von Patientensicherheit 	Ausbildungsziel: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermittlung von Kompetenz und Verantwortlichkeit für Patientensicherheit im eigenen beruflichen Wirkungsbereich

4.1 Module für die dritte Stufe (Zusatzqualifikation)

Vorbemerkungen:

Da die im Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“ vorgestellten Inhalte besonders umfassende Kenntnisse in Kommunikation und Human Factors voraussetzen, sind die hierfür vorgesehenen Module im Folgenden bezüglich Themen und Inhalten weitergehend differenziert worden.

- Die hier skizzierten Module sind auf zwei Tage angelegt.
- Teilnahmevoraussetzung ist die Teilnahme an Stufe II (Grundqualifikation) oder der Nachweis vergleichbarer Kenntnisse.
- Für die Instruktoren/Dozierenden gilt, dass sie eingehende psychologische Kompetenzen besitzen oder zumindest über eine Zusatzqualifikation im Bereich Human Factors (z. B. bei Unfallgutachten) bzw. Kommunikation (z. B. Qualitätsmanagement-Ausbildung) verfügen sollten. Kenntnisse über Abläufe und Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen sind wünschenswert.
- Beide Themen, insbesondere aber „Kommunikation und Teamarbeit“ verlangen als methodische Elemente Übungen und Fallstudien, sie sind daher nicht in Vortragsform zu vermitteln.

4.2 Kommunikation und Teamarbeit

4.2.1 Ziele

- Kommunikationsprozesse verstehen
- Verschiedene Modelle der Kommunikation kennen
- Für die Patientensicherheit relevante Kommunikationsformen kennen
- Störungen der Kommunikation kennen und erkennen
- Formen gelingender Kommunikation kennen und anwenden können

4.2.2 Methoden

- Fallstudien
- Rollenspiele und andere Übungen
- Diskussionen
- Impulsreferate
- Transfergespräche

4.2.3 Inhalte

Thema	Inhalte
Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> - Nachrichtentechnische Modelle, z. B. Shannon-Weaver - Mehrebenen-Theorien, z. B. Schulz von Thun - systemtheoretische und konstruktivistische Modelle z. B. Watzlawick, Simon, Baecker, Stierlin, Schmidt - Relevanz der Kommunikationsmodelle für Patientensicherheit - Kommunikation in anderen Hochrisikobranchen
Funktionen der Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsaustausch - Interpersonelle Handlungssteuerung - Koordination - Beziehungsaufbau und -pflege
Formen der Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Verbale, nonverbale, paraverbale Kommunikation; Wichtigkeit und Probleme
Mentale Modelle	<ul style="list-style-type: none"> - Definition, Wichtigkeit für Kommunikation - Geteilte mentale Modelle – Aufbau und Sicherung durch Kommunikation - Rolle der schriftlichen Kommunikation für Patientensicherheit
Störungen der Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - „Übertragungsfehler“ - Verständnisprobleme – Informationsverarbeitung, mentale Modelle - Verständnisprobleme – soziale und emotionale Probleme

Thema	Inhalte
Spezielle Formen der Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Konfliktmanagement - Kommunikation über Hierarchiegrenzen - Geschlechts- und Kulturspezifische Kommunikationsmuster
Hilfen für gelingende Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationsregeln - Kommunikationsstandards – Funktion und Grenzen
Kommunikation nach Zwischenfällen	<ul style="list-style-type: none"> - Mit Patienten/Angehörigen über Fehler und Zwischenfälle reden - Kommunikation im Team über Zwischenfälle – Mortalitäts und Morbiditäts-Konferenzen, - Auswertung von Incident Reporting-Systemen
Grundlagen der Teamarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Rolle des Teams für Patientensicherheit - Interdisziplinäre und interprofessionelle Teams in der Medizin, Besonderheiten von Ad-Hoc-Teams - Teams in anderen Hochrisikobranchen - Teamstruktur und Teamrollen, Phasen der Teamentwicklung - Hierarchie und Macht - Teamarbeit und Organisationskultur
Führung	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionen der Führung - Formen des Führungsverhaltens, Vor- und Nachteile - Formelle und informelle Führung, Relevanz für Patientensicherheit
Probleme der Teamarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikations- und Informationsfehler - Planungs- und Koordinationsfehler - Unklare Zuständigkeit, Verantwortungsdiffusion
Arbeitstechniken für Teams	<ul style="list-style-type: none"> - Briefing/Team-Time-Out - Debriefing/Nachbesprechungen - Gestaltung von Übergaben (Schicht, Schleuse, Schnittstellen) - Feedbackregeln - Konflikte und Konfliktmanagement

4.3 Human Factors

4.3.1 Ziele

Verständnis für

- Wichtige Human Factors und ihre Bedeutung für die Patientensicherheit
- Begrifflichkeit der Human Factors-Forschung
- Grundlegende psychische und organisatorische Faktoren, die die Patientensicherheit beeinflussen, in ihrem Zusammenhang verstehen
- Fehlerquellen erkennen
- Möglichkeiten der Beeinflussung

4.3.2 Methoden

- Fallstudien, auch aus anderen Branchen
- Impulsreferate
- Erfahrungsaustausch
- Transforgespräche

4.3.3 Inhalte

Thema	Inhalte
Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherheit als Prozess - Was ist Sicherheitskultur - Sicherheit und Fehler - Wiederholung: Accident – Incident – minimale Ereignisse
Fehler	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlerklassifikation - „Denkfehler“ und „Handlungsfehler“ - Fehler und Unfälle - „Normalität“ von Fehlern - Null Unfälle - Fehlerhafte Handlungen - Strategien im Umgang mit Fehlern

Thema	Inhalte
Fehlervermeidung und -management	<ul style="list-style-type: none"> - Automatisierung und ihre Grenzen - Standardisierung und ihre Grenzen - Incident Reporting (Grundlagen)
Menschliche Stärken	<ul style="list-style-type: none"> - Was Computer nicht können
Grundlagen der Handlungspsychologie	<ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmung – Aufmerksamkeitssteuerung - Schwellen (-veränderung) - Wahrnehmung als mehrstufiger Konstruktionsprozess - Situation Awareness - Motivation – Schwerpunkte: Kompetenzmotivation und soziale Motivation, Unlustvermeidung, Sicherheitsbedürfnisse - Informationsverarbeitung – Schwerpunkte: Ökonomietendenzen, Gedächtnis, Konfirmation-Bias u. a., Verzerrungen - Grundlagen der Handlungstheorie – Schwerpunkte: Handlungsformen und Absichtsregulation - Urteilen und Entscheiden
Menschliche Grenzen (Human Limitations)	<ul style="list-style-type: none"> - Relevante Ergebnisse der Ergonomie - Müdigkeit - Circadiane Rhythmen - Alter - Einfluss von Umweltfaktoren (Lärm, Hitze etc.) – physiologische Grenzen - Arbeitsbelastung/Workload - Physiologie der Stressreaktion
Human Factors im Team	<ul style="list-style-type: none"> - Führung, Kommunikation - Hierarchie und Macht - Teamdynamik unter Stress - interdisziplinäre Teams - Situation Awareness und Shared Mental Models
Einfluss der Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Merkmale einer guten Sicherheitskultur - Merkmale der Kultur in Krankenhäusern und Praxen

Anhang

Glossar Patientensicherheit

(modifiziert nach [14])

Aktiver Fehler [Im Englischen → Error, active]	„Aktive Fehler“ treten auf der Ebene der praktisch tätigen Leistungsträger auf (etwa die Verabreichung einer falschen Arzneimitteldosis) und sind einfacher zu messen, da sie zeitlich und räumlich begrenzt sind.
Aktives Versagen	<p>Unter einem „aktiven Versagen“ versteht man unsichere Handlungen oder Unterlassungen durch Personen, deren Handlungen unmittelbar unerwünschte Folgen haben können – Piloten, Chirurgen, Krankenschwestern etc. Der Begriff umfasst im englischen Sprachgebrauch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handlungsfehler oder -versäumnisse („Ausrutscher“) wie etwa Ergreifen der falschen Spritze - kognitives Versagen („Aussetzer“) wie etwa Erinnerungsfehler und Fehler aufgrund von Unwissenheit oder infolge einer Fehleinschätzung der Situation - “Zuwiderhandlungen” – Abweichungen von sicheren Handlungsabläufen, Maßnahmen oder Standards. <p>Im Gegensatz zu Fehlern, die in erster Linie durch Probleme der Informationsspeicherung (Vergesslichkeit, Unaufmerksamkeit, etc.) entstehen, stehen Zuwiderhandlungen häufiger mit Motivationschwierigkeiten in Zusammenhang. Dazu gehören u. a. eine schlechte Arbeitsmoral, mangelnde Vorbildfunktion von Seiten des leitenden Personals und eine allgemein schlechte Geschäftsführung [15]. Siehe auch → latentes Versagen</p>
Aufklärung	Zu unterscheiden ist im Wesentlichen zwischen der → Risikoaufklärung und der → Sicherungsaufklärung.
Ausrutscher	Im englischen Sprachgebrauch „Slip“: versehentliche falsche Durchführung einer eigentlich richtigen Maßnahme [16]. Beispiel: man möchte den Verdampfer am Narkosegerät schließen, dreht ihn aber stattdessen ganz auf.
Aussetzer	Im englischen Sprachgebrauch „Lapse“: Vergessen einer einzelnen notwendigen Tätigkeit innerhalb eines Ablaufes von Maßnahmen. Beispiel: nach Anschließen einer Infusion wird vergessen, die Rollenklemme am Infusionssystem zu öffnen.
Begünstigende/verursachende Faktoren	Begünstigende oder verursachende (Co-) Faktoren (im englischen: triggering factors) für → unerwünschte Ereignisse und → Zwischenfälle
Begutachtungs-/Schlichtungsverfahren	Freiwilliges, gebührenfreies Verfahren vor einer Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle bei einer Landesärztekammer zum Zwecke der außergerichtlichen Klärung und Beilegung von Arzthaftungsstreitigkeiten. Ziel des Verfahrens ist es, durch objektive Begutachtung dem durch einen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit geschädigten Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern.
Behandlungsergebnis, medizinisches	Beschreibt wertfrei das Ergebnis einer medizinischen Intervention, unabhängig vom Umstand, ob dieses Ergebnis den Zielvorstellungen der/des Behandler/s und/oder Behandelten entspricht. Abzugrenzen sind hier die Begriffe Effektivität und Effizienz (der Behandlung)

Behandlungsfehler

Ein Behandlungsfehler liegt vor bei einem diagnostischen oder medizinischen Eingriff,

- der medizinisch nicht indiziert war,
- oder bei dem die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer acht gelassen wurde,

sowie beim Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch gebotenen Eingriffs [17].

Haftungsrechtlich ist für die Anerkennung von Bedeutung, wenn gerichtlich oder außergerichtlich nach Einholung eines medizinischen Gutachtens ein Behandlungsfehler anerkannt wird, der auf einem nachweisbaren Fehler (Sorgfaltspflichtverletzung im Vergleich zum medizinisch anerkannten Standard) beruht, der nachweislich (Kausalität) einen nachweisbaren Behandlungsschaden (Schadensnachweis) verursacht hat und dem bzw. den beklagten Leistungserbringern oder der beklagten Gesundheitseinrichtung zuzurechnen ist (Zurechenbarkeit) ([18] Tab. 11, S 288, Satz 367)

Strafrechtlich gilt ein doppelter – objektiver und subjektiver – Maßstab: Zusätzlich zu der objektiven Sorgfaltspflichtverletzung setzt strafrechtliche Schuld voraus, dass der Arzt auch subjektiv, d. h. nach seinen persönlichen Fähigkeiten und individuellen Kenntnissen imstande war, die von ihm verlangte Sorgfalt aufzubringen. Ggf. kommt aber ein Übernahmeverschulden in Betracht.

Zivilrechtlich haftet der Arzt nach dem objektiv-typisierenden Haftungsmaßstab des § 276 BGB ohne Rücksicht auf subjektives Verschulden für fahrlässiges Handeln, d. h. wenn er die im Verkehr erforderliche Sorgfalt objektiv außer acht gelassen hat. Maßgebend ist also, ob der Arzt die Sorgfalt angewandt hat, die von einem besonnenen und gewissenhaften Arzt seiner Fachrichtung im konkreten Fall allgemein zu erwarten war.

Behandlungsfehler [grober]

Ein Behandlungsfehler ist als grob zu beurteilen, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Handlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiv ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf [19] Folge (nur im Zivil- nicht im Strafrecht): Beweislastumkehr.

**Behandlungsschaden
[„Iatrogenen Schaden“]**

Oberbegriff für alle Gesundheitsschäden, die nicht durch krankheitsimmanente Komplikationen, sondern entweder durch vermeidbare Behandlungsfehler oder durch nicht-vermeidbare, sogenannte behandlungsimmanente Wirkungen entstanden sind. Diese Schadensarten voneinander abzugrenzen, kann im Einzelfall sehr schwierig sein ([18] S 287, Satz 366) .

Beispiele: Gewebeschädigung durch Bestrahlung; Schaden durch ärztlichen Behandlungs- oder Diagnosefehler, Pflegefehler oder mangelnde Hygiene. Siehe auch → Komplikation.

Beinahe-Schaden,

im Englischen: near miss. Ein Fehler bleibt ohne negative gesundheitliche Auswirkungen aufgrund glücklicher Umstände, durch rechtzeitiges, korrigierendes Eingreifen und/oder überholende Kausalität. Siehe auch → Kritisches Ereignis; → Zwischenfall

Beinahe-Fehler

Fehlübersetzung des englischen Begriffs near miss. → Beinahe-Schaden.

CIRS [Critical Incident Reporting System]	Zwischenfallerfassung (Incident reporting/monitoring) ist die Meldung von Beinahe-Schäden (→ Zwischenfall, → Beinahe Schaden) bzw. von kritischen Ereignissen. Je mehr Zwischenfälle erfasst werden, desto größer ist die Chance, Schwachstellen im System zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen zu eliminieren. Werden Beinahe-Schäden reduziert, entstehen weniger echte Schäden. [20; 21] Siehe auch → aktive Fehler; → Latentes Versagen.
Complication	In Abgrenzung zum deutschen Begriff → Komplikation: ein Ereignis, bei dem ein Patient im Rahmen einer medizinischen Intervention einen iatrogenen Schaden erlitten hat (an adverse patient event related to medical intervention). Siehe auch → Behandlungsschaden.
Einflussfaktoren	„Einflussfaktoren“ (im englischen treats) – beeinflussen nicht nur die Fehlerhäufigkeit, sondern gleichermaßen die Häufigkeit ihrer Entdeckung und den Erfolg oder Misserfolg bei der Abwehr ihrer (unerwünschten) Folgen [22]. Dazu gehören z. B. <ul style="list-style-type: none"> - Umgebungsbedingungen wie Raumbeleuchtung - Personalabhängige Faktoren wie Müdigkeit, Kommunikation, Autorität, Hierarchien - Patientenabhängige Faktoren wie anatomische Besonderheiten, nicht diagnostizierte Begleiterkrankungen.
Ex ante	Im Kontext einer Begutachtung definiert ex ante die Betrachtung bzw. Bewertung des Vorgangs aus Sicht des Behandlers zum Zeitpunkt der Behandlung ohne Kenntnis des weiteren Verlaufes.
Ex post	Im Kontext einer Begutachtung definiert ex post die Betrachtung bzw. Bewertung eines Vorgangs in Kenntnis des Verlaufes.
Fehler	Ein richtiges Vorhaben wird nicht wie geplant durchgeführt, oder dem Geschehen liegt ein falscher Plan zugrunde [5; 7; 23] Beispiele: diagnosebezogene oder arzneimittelbezogene Fehler siehe auch → Behandlungsfehler; → Irrtum; → Aussetzer; → Irrtum; → Ausrutscher.
Fehler [beinahe]	Fehlübersetzung des Begriffs near miss, siehe → Beinahe-Schaden.
Fehler [latente]	siehe → Latentes Versagen.
Fehler [vermeidbare]	siehe → Behandlungsfehler
Fehlerkultur	Beschreibt einen gewandelten Umgang mit Fehlern von einer oberflächlichen, reaktiven Kultur der Schuldzuweisung (Culture of Blame) hin zu einer systemanalytischen, proaktiven Sicherheitskultur (Safety Culture) mit vorurteilsfreiem Umgang mit Fehlern [24; 25]. „Es mag in der Natur des Menschen liegen, Fehler zu machen, aber es liegt ebenso in der Natur des Menschen Lösungen zu entwickeln, bessere Alternativen zu finden und sich den Herausforderungen der Zukunft zu stellen [3]“.
Fehlerberichtssystem	Relevante Fehler, die von Ärzten und anderen Leistungsträgern im Gesundheitswesen beobachtet oder begangen werden, können über strukturierte Datenerfassungssysteme gemeldet werden. Solche Berichtssysteme, einschließlich Umfragen unter Leistungsträgern und strukturierte Befragungen, stellen eine Möglichkeit dar, die Leistungsträger im Gesundheitswesen an Forschungs- und Qualitätsverbesserungsprojekten zu beteiligen [26; 27] Siehe auch → CIRS.

Fehlversorgung

Eine Form der durchgeführten oder unterlassenen Versorgung, die gemäß medizinischer Evidenz oder nach Maßgabe der Erfahrung häufig zu einem Behandlungsschaden (potenzieller Schaden) oder zu einem entgangenen Nutzen führt. Dabei lassen sich folgende Konstellationen unterscheiden: Die Versorgung mit Leistungen, die an sich zwar bedarfsgerecht sind, aber nicht entsprechend anerkannter Qualitätskriterien fachgerecht erbracht werden, was vermeidbare Risiken bzw. Schäden implizieren kann.

- Die Unterlassung von indizierten und an sich bedarfsgerechten Leistungen kann auch als Fehlversorgung interpretiert werden, da entgangener Nutzen als Schaden verstanden werden kann. Unterversorgung ist in diesem Sinne auch Fehlversorgung.
- Die Versorgung mit nicht bedarfsgerechten Leistungen, d. h. mit solchen, die nicht indiziert sind und/oder keinen hinreichend gesicherten Netto-Nutzen aufweisen, ist Fehlversorgung. ([14] S 286, Satz 365) siehe auch → Unterversorgung, → Überversorgung

Fehlversorgungsgrad

Die Versorgungsangebote sind nach Art und Umfang der vorgehaltenen Leistungen bzw. Einrichtungen zwar an sich bedarfsgerecht, ihre Qualität entspricht jedoch nicht dem Stand des gebotenen fachlichen Wissens und Könnens, wodurch der mögliche Nutzen nicht ausgeschöpft werden kann oder das Eintreten eines vermeidbaren Schadens wahrscheinlich ist. Ein Fehlversorgungsgrad kann mit einem Unter- oder Überversorgungsgrad einhergehen.

Gesundheitsschaden

eine vorübergehende oder dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigung, die der Patient im Zusammenhang mit der Heilbehandlung, unabhängig von einem eventuellen Verschulden des Behandlers erlitten hat, siehe auch → Fehlversorgung [28].

Informed Consent

Einverständnis des zuvor aufgeklärten Patienten mit der vorgeschlagenen Heilbehandlungsmaßnahme. Siehe auch → Risikoaufklärung; → Sicherungsaufklärung.

Irrtum

Im englischen „Mistake“, eine geplante Vorgehensweise, die nicht plangemäß vollendet wird, bzw. Anwendung einer Vorgehensweise, die zum Erreichen eines gegebenen Ziels ungeeignet ist. Anders als im Bereich der deutschen Rechtsprechung wird in Untersuchungen und Berichten aus englischsprachigen Ländern der Begriff des → Fehlers (error) nicht notwendiger Weise im engen Kontext mit Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht und Schaden gebraucht. Einem Behandlungsfehler mit vermeidbarem Schaden entspricht am ehesten der Terminus → negligence (Vernachlässigung), was i. d. R. gleichbedeutend ist mit → substandard care. Konsequenz dieser uneinheitlichen Begriffsdefinitionen sind u. a. unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schäden in der medizinischen Versorgung ([18] S. 290, Satz 368).

In den meisten Publikationen zunächst definiert als Problem in der Versorgung, meist nur ein „Ergebnisparameter“ mit dem die Untersucher definieren wollen, ob ein → unerwünschtes Ereignis als vermeidbar angesehen werden kann/konnte [29; 30]

Kausalität

Der Arzt ist für einen durch einen vorwerfbareren Behandlungsfehler verursachten Schaden rechtlich verantwortlich. Notwendig für die Annahme einer haftungsbegründenden Kausalität ist, dass der (Primär-) Schaden mit praktischer Gewissheit auf dem Fehler beruht. Diese liegt vor, wenn eine überzeugende Wahrscheinlichkeit im Sinne persönlicher Gewissheit gegeben ist, welche Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen ([31] RdNr 494 m.w.N.).

Klassifikation [eines medizinischen Fehlers]	<p>Im deutschen Gesundheitswesen umfasst die Klassifikation des medizinischen Fehlers folgende Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grober Behandlungsfehler - vermeidbarer/unvermeidbarer Behandlungsfehler. - Im Unterschied dazu werden im angelsächsischen Sprachraum weitergehende Anforderungen an die Klassifikation genannt. Die Klassifikation eines medizinischen Fehlers umfasst dort: - die Art der angebotenen Gesundheitsleistung (z. B. die Klassifikation medizinischer Fehler gemäß dem National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention). - Schwere des entstandenen Schadens [z.B. sentinel event, von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) definiert als "ein unerwartetes Auftreten eines Ereignisses welches Tod oder schwere physische oder psychische Schäden beinhaltet"] - juristische Definition (z. B. ein durch Fahrlässigkeit hervorgerufener Fehler). - Umgebung (z. B. Krankenhausambulanz, Intensivstation), betroffene Person (z. B. Arzt, Krankenschwester /Krankenpfleger, Patient).
Komplikation	<p>Nicht geplanter und/oder unerwarteter Verlauf, der die Heilung erschwert, beeinträchtigt oder vereitelt; → siehe auch unerwünschtes Ereignis. Eine Komplikation kann auch auftreten als schicksalhafter Krankheitsverlauf, etwa bei Verschlimmerung einer Erkrankung oder als Folge einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme.</p>
Kritisches Ereignis	<p>Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht. → Zwischenfall.</p>
Kunstfehler	<p>Begriff nicht mehr gebräuchlich, heute ersetzt durch → Behandlungsfehler</p>
Latente Fehler	<p>Latente Fehler sind Mängel im System wie etwa schlechtes Design, falsche Installation, ungenügende Wartung, ungünstige Einkaufsentscheidungen und unzureichende Personalausstattung. Diese sind schwierig zu beurteilen, da sie über ein breites zeitliches und räumliches Spektrum verteilt auftreten und bereits Tage, Monate oder sogar Jahre bestehen können, bevor sie zu einem offensichtlicheren, direkt mit der Patientenversorgung in Zusammenhang stehenden Fehler oder unerwünschten Ereignis führen [32].</p>
Latentes Versagen	<p>Latentes Versagen entsteht durch fehlerhafte Entscheidungen, die oftmals von Personen getroffen werden, die keinen unmittelbaren Bezug zum jeweiligen Arbeitsplatz haben. In der Medizin liegt ein latentes Versagen (oder Versäumnis) in erster Linie im Verantwortungsbereich der Führungsebene und Chefärzte zu dem Zeitpunkt, zu dem sie Entscheidungen über die Organisation ihrer Einheit treffen. Latente Versäumnisse schaffen die Voraussetzungen, unter denen unsichere Handlungen auftreten können; zu solchen Arbeitsbedingungen gehören u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - starke Arbeitsbelastung - mangelhafte Kenntnisse oder Erfahrung - unzureichende Überwachung - belastende Umgebung

- zu rasche Veränderungen innerhalb der Organisation
- unvereinbare Ziele (z. B. Konflikt zwischen Finanzierung und medizinischem Bedarf)
- unzulängliche Kommunikationssysteme
- unzulängliche Wartung von Ausrüstung und Gebäuden.

Dies alles sind Faktoren, die die Leistungen des Personals beeinflussen, Fehler herbeiführen und die Patientenergebnisse beeinträchtigen können. Siehe auch → aktives Versagen

Leitlinie(n)

Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen für Ärzte über die angemessene Vorgehensweise in Diagnostik und Therapie bei speziellen Erkrankungen zur Wahrung von Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung [33]. Sie sind keine verbindlichen Rechtsnormen, sondern Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann oder muß.

Medikationsfehler [Medication error]

Ein Medikationsfehler ist jedes vermeidbare Ereignis, das unsachgemäße Medikationsanwendung oder Schaden des Patienten verursachen kann oder dazu führt, während die Medikation unter Aufsicht des medizinischen Fachpersonals, Patienten oder Konsumenten steht. Diese Ereignisse können mit fachlicher Praxis, Gesundheitsprodukten, Arbeitsschritten und Systemen in Zusammenhang stehen. Darin beinhaltet sind Verschreibung, Kommunikation von Anordnungen, Beschriftung, Verpackung und Nomenklatur des Produkts, Zusammensetzung, Vergabe, Verteilung, Verabreichung, Schulung, Überwachung und Gebrauch des Medikaments [34]

medizinischer Fehler

Ein „medizinischer Fehler“ (medical error) ist definiert als jede geplante Vorgehensweise, die nicht plangemäß ausgeführt wurde (d. h. Ausführungsfehler) oder das Anwenden einer Vorgehensweise, die zum Erreichen eines Ziels ungeeignet ist (Planungsfehler).

Organisationsverschulden

Verstoß des Arztes und/oder des Krankenhauses gegen organisatorische Sorgfaltspflichten. Dazu gehören z.B.

- Einteilung von übermüdetem Personal nach Nachtdiensten zu Operationen
- ungenügende Vorsorge gegen Selbstschädigung von Patienten (z.B. in Psychiatrischen Abteilung)
- mangelnde Belehrung über typische Fehler und Gefahren durch Vorgesetzte (Fortbildung). Siehe auch → Übernahmeverschulden.

Patient safety

Im englischen Sprachraum versteht man unter „Patientensicherheit“ das Vermeiden, die Verhütung und Verbesserung von unerwünschten Ergebnissen oder Schäden durch Gesundheitsversorgungsmaßnahmen. Solche Ereignisse umfassen „Fehler“, „Abweichungen“ und „Unfälle.“ Sicherheit entsteht durch Wechselwirkungen zwischen Systemkomponenten; sie ruht nicht in einer Person, einem Apparat oder einer Abteilung. Die Verbesserung der Sicherheit hängt ab von der Erkenntnis, wie Sicherheit aus dem Zusammenwirken der einzelnen Komponenten des Systems entsteht. Patientensicherheit ist ein Bestandteil der Qualität des Gesundheitswesens [35]. Siehe auch → Patientensicherheit.

Patientensicherheit

Patientensicherheit ist das Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren. Siehe auch → Patient safety.

Risiko/Restrisiko	Sowohl die Durchführung wie auch das Unterlassen von Interventionen beinhalten ein Risiko, das durch den Behandler selbst bei sorgfältigster Beachtung nicht auszuschließen ist ([18] S 284, Fußnote 91). Beispiel: Hämatom bei peripherer Venenpunktion oder Fehlintubation (besonders in Notfallsituationen).
Risikoaufklärung	Bei der Risikoaufklärung (auch Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung genannt) geht es um die Frage, inwieweit der ärztliche Eingriff von einer durch Aufklärung getragenen Einwilligung des Patienten gedeckt ist ([36] § 63, [17] S 87 ff.). Fehlt es hieran, gilt der ärztliche Eingriff als rechtswidrige Körperverletzung mit der Folge, dass der Arzt für alle durch den – auch lege artis durchgeführten – Eingriff verursachten Schäden haftet. Siehe auch → informed consent; → Sicherungsaufklärung.
Risikomanagement/ Risk Management	Risk Management ist eine Prozessanalyse im Behandlungsumfeld mit dem Ziel, Risikosituationen mit möglichen medikolegalen Konsequenzen aufzudecken [37], bzw. eine Managementmethode, die das Ziel hat, in einer systematischen Form Fehler und ihre Folgen <ul style="list-style-type: none"> - zu erkennen - zu analysieren - und zu vermeiden [38; 39].
Schaden [vermeidbarer]	Eine Schädigung, die bei Einhaltung der notwendigen Sorgfaltspflicht nicht eingetreten wäre.
Schlichtungsverfahren	Siehe → Begutachtungs-/Schlichtungsverfahren.
Sicherungsaufklärung	Bei der Sicherungsaufklärung (auch therapeutische Aufklärung genannt) handelt es sich um die therapeutisch gebotene Aufklärung zur Gefahrenabwehr. Sie soll den Patienten die Kenntnisse vermitteln, die sie brauchen, um ihren Teil zum Behandlungserfolg beizutragen. Sie umfasst u. a. die Pflicht, den Patienten zu einer seinem Gesundheitszustand entsprechenden Lebensweise zu veranlassen, ihn über mögliche Folgen der Behandlung zu unterrichten und ihn aufzufordern, sie zu beobachten und rechtzeitig mitzuteilen, ihn oder seine gesetzlichen Vertreter über die Gefahren von Schutzimpfungen und die Notwendigkeit der Einhaltung von Hygienemaßnahmen zu unterrichten, für die richtige Einnahme der verordneten Medikamente zu sorgen, Wirkungsweise, Dosierung und Nebenwirkungen einer Pharmakotherapie zu erläutern oder dem Patienten durch Information über sein Leiden die Dringlichkeit einer gebotenen Behandlung klar zu machen und seine Einwilligung zu erhalten. Die Verletzung der Pflicht zur Sicherungsaufklärung ist – im Gegensatz zur unterlassenen Risikoaufklärung – ein Behandlungsfehler ([36] § 62, [17] S 72 ff.). Siehe auch → Risikoaufklärung.
Sorgfaltsmangel	Ein objektiver Verstoß gegen den Sorgfaltsmaßstab bzw. die Sorgfaltspflicht. Dieser ergibt sich, wenn der Arzt dem Patienten gegenüber nicht die berufsfachlich gebotene Sorgfalt walten lässt, also das in Kreisen gewissenhafter und aufmerksamer Ärzte oder Fachärzte vorausgesetzte Verhalten unterlässt [40].siehe auch → Behandlungsfehler; →Standard; →substandard care.
Standard	Standard in der Medizin repräsentiert den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat [41], demnach ist der Standard eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter (Qualitäts-) Anforderungen [42]. Siehe auch → substandard care.

Substandard care	Nichtbeachtung des medizinischen Standards im Sinne eines → Behandlungsfehler.
Systemfehler	In einem Arbeitssystem latent vorhandener Fehler oder fehlerhafter Prozess, der bei Zusammentreffen mehrerer Ereignisse oder Versagens mehrerer „Schutzfunktionen“ auftritt. Oft dann fokussiert auf eine Person oder Vorgang Siehe auch → latent error; → active error.
Übernahmeverschulden	Übernahme von delegierten Tätigkeiten (z.B. von Operationen), insbesondere selbstständig) obwohl objektiv kein ausreichender Wissens- und/oder Ausbildungsstand vorhanden ist und eine Gefährdung des Patienten vorauszusehen war. Siehe auch → Organisationsverschulden.
Übersversorgung	Versorgungsleistungen, die über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus und ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-) Nutzen (z. B. aus Unwissenheit, Gefälligkeit, zu Marketingzwecken oder aus Einkommensinteressen) gewährt werden, sind medizinische Übersversorgung. Siehe auch → Fehlversorgung.
unerwünschtes Ereignis	Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein. im Englischen: adverse event.
unerwünschte Wirkung	Möglicher „Nebeneffekt“ einer medizinischen Intervention, oft auch billigend in Kauf genommen oder unvermeidbar (Beispiel: Chemotherapie) ([18] S 284, Satz 363). Siehe auch → unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW).
unnötige Maßnahmen	Interventionen, die medizinisch nicht indiziert anzusehen sind. Zu unterscheiden von Interventionen, die sich im Laufe einer Behandlung aufgrund begründeter differentialdiagnostischer Erwägungen im nachhinein als nicht weiterführend herausgestellt haben. Siehe auch → Übersversorgung.
Unterversorgung	Eine Versorgung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, die verweigert wird, oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt wird, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen und einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation vorhanden sind siehe auch → Übersversorgung, Fehlversorgung [28].
unerwünschter Arzneimittelschaden	Schaden aufgrund der Anwendung/Verabreichung eines Medikamentes siehe auch → adverse drug event [43]; siehe auch → unerwünschte Arzneimittelwirkung/adverse drug reaction.
unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)	jede gesundheitsschädliche und unbeabsichtigte Wirkung eines Medikaments, die in Dosierungen auftritt, welche beim Menschen zur Prophylaxe, Diagnostik oder Therapie üblich sind [modifiziert nach [43; 44] → adverse drug reaction; siehe auch → unerwünschter Arzneimittelschaden/adverse drug event.
Ursachenanalyse	„Root Cause Analysis“, in der Fehlerforschung geht man davon aus, dass Incidents wie auch Unfälle bzw. Fehler gleiche Ursachen (Wurzeln/ Roots) haben. Somit kann man durch Incident Reporting auf die gleichen Ursachen für System-Mängel stoßen wie durch Unfallanalysen.
Vermeidbares unerwünschtes Ereignis	Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist. Im Englischen: preventable adverse event → Unerwünschtes Ereignis, → adverse event.
Vernachlässigung [Englisch → Negligence]	„Vernachlässigung, im Sinne von Nichtbeachtung“, aus dem englischen Sprachgebrauch, am ehesten vergleichbar dem → Behandlungsfehler .

Verschulden	Allgemeine Definition: Verschulden ist objektiv rechtswidriges (pflichtwidriges) und subjektiv vorwerfbares Verhalten eines Zurechnungsfähigen ([45] Randnummer 5 zu § 276).
Versicherungsfall	Versicherungsfall ist jedes Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer (Arzt) zur Folge haben könnte.
Zwischenfall	ein Ereignis (Incident) im Rahmen einer Heilbehandlung, welches zu einer unbeabsichtigten und /oder unnötigen Schädigung einer Person oder zu einem Verlust hätte führen können oder geführt hat, Siehe → kritisches Ereignis; → unerwünschtes Ereignis.
Zwischenfallerfassung	Siehe → CIRS

Glossar Patientensicherheit, wichtige englische Begriffe

Accident	Random event that is unforeseen, unfortunate and unexpected.
Active Error	Active errors occur at the level of the frontline provider (such as administration of wrong dose of a medication) and they are easier to measure because they are limited in time and space.
Adverse event (AE)	an incident in which harm resulted to a person receiving health care.
Adverse drug event (ADE)	Any noxious and unintended effect of drug that occurs at doses used in human for prophylaxis, diagnosis, or treatment.
Classification (of medical error)	Classifications of medical error include: <ul style="list-style-type: none"> - Type of health care service provided (e. g., classification of medication errors by the National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention). - Severity of the resulting injury (e. g., sentinel events, defined as "any unexpected occurrence involving death or serious physical or psychological injury" by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]). - Legal definition (e. g., errors resulting from negligence). - Type of setting (e. g., outpatient clinic, intensive care unit). - Type of individual involved (e. g., physician, nurse, patient).
Complication	an adverse patient event related to medical intervention.
Error	An error is defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Errors can include problems in practice, products, procedures, and systems.
Error Reporting System	Errors witnessed or committed by health care providers may be reported via structured data collection systems. Reporting systems, including surveys of providers and structured interviews, are a way to involve providers in research and quality improvement projects.
Failure [active]	Active failures are unsafe acts or omissions committed by those whose actions can have immediate adverse consequences – pilots, surgeons, nurses etc. The term includes: <ul style="list-style-type: none"> - Action slips or failures, such as picking up the wrong syringe - Cognitive failures, such as memory lapses and mistakes through ignorance or misreading a situation - "Violations" – deviations from safe operating practises, procedures , or standards.

	In contrast with errors, which arise primarily from informational problems (forgetting, inattention, etc), violations are more often associated with motivational problems such as low morale, poor examples from senior staff, and inadequate management generally.
Failure [latent]	<p>Latent failures stem from fallible decisions, often taken by people not directly involved in the workplace. In medicine, latent failures would be primarily the responsibility of management and of senior clinicians at those time when they take decisions on the organisation of their unit. Latent failures provide the conditions in which unsafe acts occur; these work conditions include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heavy workloads - Inadequate knowledge or experience - Inadequate supervision - A stressful environment - Rapid change within an organisation - Incompatible goals (for example, conflict between finance and clinical need) - Inadequate systems of communication - Inadequate maintenance of equipment and buildings. <p>These are the factors that influence staff performance and may precipitate errors and affect patient outcomes.</p>
Incident	an event or circumstance resulting from health care which could have, or did lead to unintended and/or unnecessary harm to a person, and/or a complaint, loss or damage.
Latent Error	Latent errors include system defects such as poor design, incorrect installation, faulty maintenance, poor purchasing decisions and inadequate staffing. These are difficult to measure because they occur over broad ranges of time and space and they may exist for days, month or even years before they lead to more apparent error or adverse event directly related to patient care.
Medical error	Medical error is defined as the failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (error of planning).
Medication error	<p>Medication error is defined as a dose administered differently than ordered on the patient medical record, they are viewed as system defects. There are several categories defined as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unauthorized drug - extra dose - wrong dose - omission - wrong route (i. e. orally instead of intramuscularly) - wrong form - wrong technique - wrong time.
Near miss	<p>a near miss is any event that could have had adverse consequences but did not and was indistinguishable from fully fledged adverse events in all but outcome.</p> <p>Near misses offer powerful reminders of system hazards and retard the process of forgetting to be afraid.</p>
Patient safety	Patient safety is the avoidance, prevention and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the processes of health care. These events include "errors", "deviations" and "accidents." Safety emerges from the interaction of the components

	<p>of the system; it does not reside in a person, device or department. Improving safety depends on learning how safety emerges from the interactions of the components. Patient safety is a subset of healthcare quality.</p>
Slip	<p>Skill-based errors are called slips, they are unconscious glitches in automatic activity. Slips are errors of action, they occur when there is a break in the routine while attention is diverted.</p>

Ergänzende Literatur

Aktionsbündnis Patientensicherheit. Handlungsempfehlungen zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie. 2006. [cited: 2007 April 18].

Available from: http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/in_dok.html

Bogner S (ed.). Human Error in Medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1994.

Dekker S. Ten Questions About Human Error. A new view of Human Factors and System Safety. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2005.

Hofinger G (ed.). Kommunikation in kritischen Situationen. Im Auftrag der Plattform „Menschen in komplexen Arbeitswelten“.

Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaften; 2005.

St.Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C. Human factors in der Akutmedizin. Berlin: Springer; 2005.

Vincent C. Patient Safety. Edinburgh: Elsevier; 2006.

Plattform - Menschen in komplexen Arbeitswelten e. V.

<http://www.plattform-ev.de/>

Literaturverzeichnis

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324(6):370-6.
2. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA* 1998;280(16):1444-7.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, (eds.). *To err is human. Building a safer health system.* Washington: National Academy Pr.; 1999.
4. Perrow C. *Normal accidents. Living with high-risk technologies.* New York: Basic Books; 1984.
5. Reason J. *Human Error.* Cambridge: Cambridge Univ. Pr.; 1990.
6. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995;4(2):80-9.
7. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320(7237):768-70.
8. Aktionsbündnis Patientensicherheit. Empfehlungen zur Einführung von CIRS im Krankenhaus. 2006 [cited: 2007 Apr 20]. Available from: <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/material/cirsempf.pdf>
9. Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technol Assess* 2005;9(19):1-158.
10. Veterans Affairs National Center for Patient Safety. Root Cause Analysis (RCA). 2005 Available from: <http://www.patientsafety.gov/rca.html>
11. National Patient Safety Agency (NPSA). RCA Training and RCA toolkit. 2005 Available from: http://81.144.177.110/health/resources/root_cause_analysis
12. Robinson LA, Stacy R, Spencer JA, Bhopal RS. Use facilitated case discussions for significant event auditing. *BMJ* 1995;311(7000):315-8.
13. Royal College of Practitioners Scotland. Revalidation toolkit. Section 3A(3)-Good clinical care (Review of clinical practice-Significant event analysis). 2003 [cited: 2006 Jul 06]. Available from: http://www.rcgp.org.uk/councils_faculties/rcgp_scotland/products_services/revalidation_materials.aspx
14. Thomeczek C, Bock W, Conen D, Ekkernkamp A, Everz D, Fischer G, Gerlach F, Gibis B, Gramsch E, Jonitz G, Klakow-Frank R, Oesingmann U, Schirmer HD, Smentkowski U, Ziegler M, Ollenschläger G. Das Glossar Patientensicherheit. Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik "Patientensicherheit" und "Fehler in der Medizin". *Gesundheitswesen* 2004;66(12):833-40.
15. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 1998;316(7138):1154-7.
16. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994;272(23):1851-7.
17. Laum HD. Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Kurzkomentar nach der Praxis der Kommission. Köln: Verl. Otto Schmidt; 2000.
18. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: 2003 [cited: 2006 Jul 06]. Available from: <http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm>

19. BGH VersR 96, 1148.; 2006.
20. Nildenberger D, Ulsenheimer K. Incident Reporting für ein produktives Riskmanagement. Krankenhaus 2003;539-43.
21. Staender S. "Incident Reporting" als Instrument zur Fehleranalyse in der Medizin. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2001;95(7):479-84.
22. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. BMJ 2000;320(7237):781-5.
23. Ollenschläger G, Thomeczek C. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Fehlerprävention und Umgang mit Fehlern in der Medizin. Med Klinik (Munich) 2002;97(9):564-70.
24. Rall M, Manser T, Guggenberger H, Gaba DM, Unertl K. Patientensicherheit und Fehler in der Medizin. Entstehung, Prävention und Analyse von Zwischenfällen. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2001;36(6):321-30.
25. Reinertsen JL. Let's talk about error. BMJ 2000;320(7237):730.
26. Brennan TA, Lee TH, O'Neil AC, Petersen LA. Integrating providers into quality improvement: a pilot project at one hospital. Qual Manag Health Care 1992;1(1):29-35.
27. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000;320(7237):745-9.
28. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn; 2001. Available from: <http://dip.bundestag.de/btd/14/068/1406871.pdf>
29. Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC). Doing what counts for patient safety. Federal actions to reduce medical errors and their impact. 2000 [cited: 2006 Jul 06]. Available from: <http://www.quic.gov/report/toc.htm>
30. Hofer TP, Kerr EA, Hayward RA. What is an error? Eff Clin Pract 2000;3(6):261-9.
31. Steffen E, Dressler WD. Arzthaftungsrecht. Neue Entwicklungslinien in der BGH-Rechtsprechung. 9th ed. Köln: RWS-Verl.; 2002.
32. Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. J Gen Intern Med 2003;18(1):61-7.
33. Field MJ, Lohr KN, Institute of Medicine, Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, (eds.). Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington: National Academy Pr.; 1990.
34. National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention. About medication errors. What is a medication error? 2006 [cited: 2006 Jul 06]. Available from: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>
35. Cooper JB, Sorensen AV, Anderson SM, Zipperer LA, Blum LN, Blim JF. Current research on patient safety in the United States. Final Report. Health Systems Research, Inc. subcontract # 290-95-2000. Chicago, Ill.: National Patient Safety Foundation; 2001.
36. Laufs A, Uhlenbruck W. Handbuch des Arztrechts. Zivilrecht, Öffentliches Recht, Vertragsrecht, Krankenhausrecht, Strafrecht. 3rd ed. München: Beck; 2002.
37. Palm S, Cardeneo M, Halber M, Schrappe M. Risk Management: Konzepte und Chancen für das Gesundheitswesen. Med Klin (Munich) 2002;97(1):46-51.
38. Nolan TW. System changes to improve patient safety. BMJ 2000;320(7237):771-3.

39. Russel S. Law series: 8. Risk management. Br J Nurs 1995;(4):607.
40. Fehn K. Der ärztliche Behandlungsfehler im Abriss. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2001;95(7):469-74.
41. Carstensen G. Leitlinien in der Chirurgie: Aus der Sicht des chirurgischen Sachverständigen. Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd 1997;114:79-82.
42. Sens B, Fischer B. GMDS-Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung": Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Inf Biom Epidem Med Biol 2003;34(1):19.
43. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA 1995;274(1):29-34.
44. World Health Organization (WHO). Safety of medicines. A guide to detecting and reporting adverse drug reactions. WHO/EDM/QSM/2002.2. 2002 [cited: 2006 Jul 06]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_QSM_2002.2.pdf
45. Palandt. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). 61st ed. München: Beck; 2002.