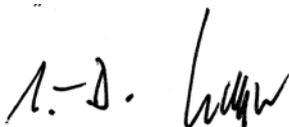


## Vorwort

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).