

05.08.2019 [Qualitätssicherung](#)

Patientensicherheit in Deutschland: Geschichte und Gegenwart

H. Francois-Kettner, I. Köster-Steinebach



Einleitung: Geschichte der Patientensicherheit

Um zu verstehen, warum in Deutschland ein Verband wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) gegründet wurde, muss man ein amerikanisches Buch in den Blick nehmen. Im Jahr 2000 veröffentlichte das Institute of Medicine das bahnbrechende Werk *To Err is Human*. Darin wurde mit der Vorstellung aufgeräumt, dass Fehler im Medizinbetrieb, insbesondere solche mit nachfolgenden Schäden bei

den Patientinnen und Patienten, eine seltene, unvorhersehbare und damit letztlich auch unvermeidliche Ausnahme darstellen.

Selbst hoch qualifizierte und motivierte Ärzte und Pflegekräfte sind mitnichten davor gefeit, Fehler zu begehen. Wenn nicht systematisch vor und nach einer Operation alle Instrumente und Verbrauchsmaterialien gezählt werden, kann es sein, dass sie im Körper verbleiben. Wenn nicht Vorkehrungen gegen die Verwechslung von Patienten getroffen werden (z. B. durch identifizierende Armbänder), dann kann es zu Irrtümern kommen, insbesondere wenn die Patienten während eines Teils der Behandlung nicht auskunftsfähig bzw. sediert sind. Wenn vor einer Operation nicht sorgfältig das Operationsgebiet angezeichnet wird, kann es z. B. zu Seitenverwechslungen kommen. All diese Vorkommnisse bezeichnet man als sogenannte „never events“, also Fehler, die absolut vermeidbar sind und deshalb nie auftreten sollten, es aber dennoch tun.

Eine der großen Leistungen von *To Err is Human* ist, dass es gelungen ist, auf der einen Seite ungeschönt den Blick auf das Ausmaß der Problematik zu lenken, andererseits aber auch zu vermeiden, anklagend mit dem Finger auf die handelnden Personen zu zeigen. Irren ist eben menschlich, Fehler machen auch. Das ermöglichte insbesondere der Ärzteschaft, sich den Tatsachen zu stellen und aktiv zu werden. Nur wenn es gelingt, Scham oder falsch verstandenes Berufsethos zu überwinden, kann man konstruktiv nach Lösungen suchen. Nicht die Einrichtung, egal ob Krankenhaus oder Arztpraxis, die die meisten Fehler zugibt und aktiv bearbeitet, hat das größte Patientensicherheitsproblem, sondern diejenige, die die Existenz von Problemen leugnet. Tatsächlich war es in Deutschland vor allem eine Koalition von Wissenschaftlern und ärztlichen Standesvertretern, die im Jahr 2005 als Reaktion auf *To Err is Human* das Aktionsbündnis Patientensicherheit als gemeinnütziger Verein gründete. Seine Zielsetzung ist, aus der Praxis für die

Praxis Handlungsempfehlungen für Professionelle im Gesundheitswesen und Informationen für Patienten zu erarbeiten, die helfen, Fehler zu vermeiden.

Neues Verständnis der Patientensicherheit

Im Jahr 2018 veröffentlichte das APS sein Weißbuch Patientensicherheit (Schrappe 2018). Dieses neue Standardwerk zum Thema ist nicht nur eine Zusammenstellung der Geschichte der Patientensicherheit und des aktuellen Wissensstandes, es bietet auch ein einzigartiges Verständnis und eine scharfe Analyse des gesamten Themenkomplexes. Eine Abbildung aus dem Weißbuch macht besonders deutlich, wie es zu sogenannten „Unerwünschten Ereignissen“ kommt, also Situationen, in denen Patienten in der Gefahr stehen, im Rahmen der Gesundheitsversorgung Schäden zu erleiden (vgl. Abb. 1).

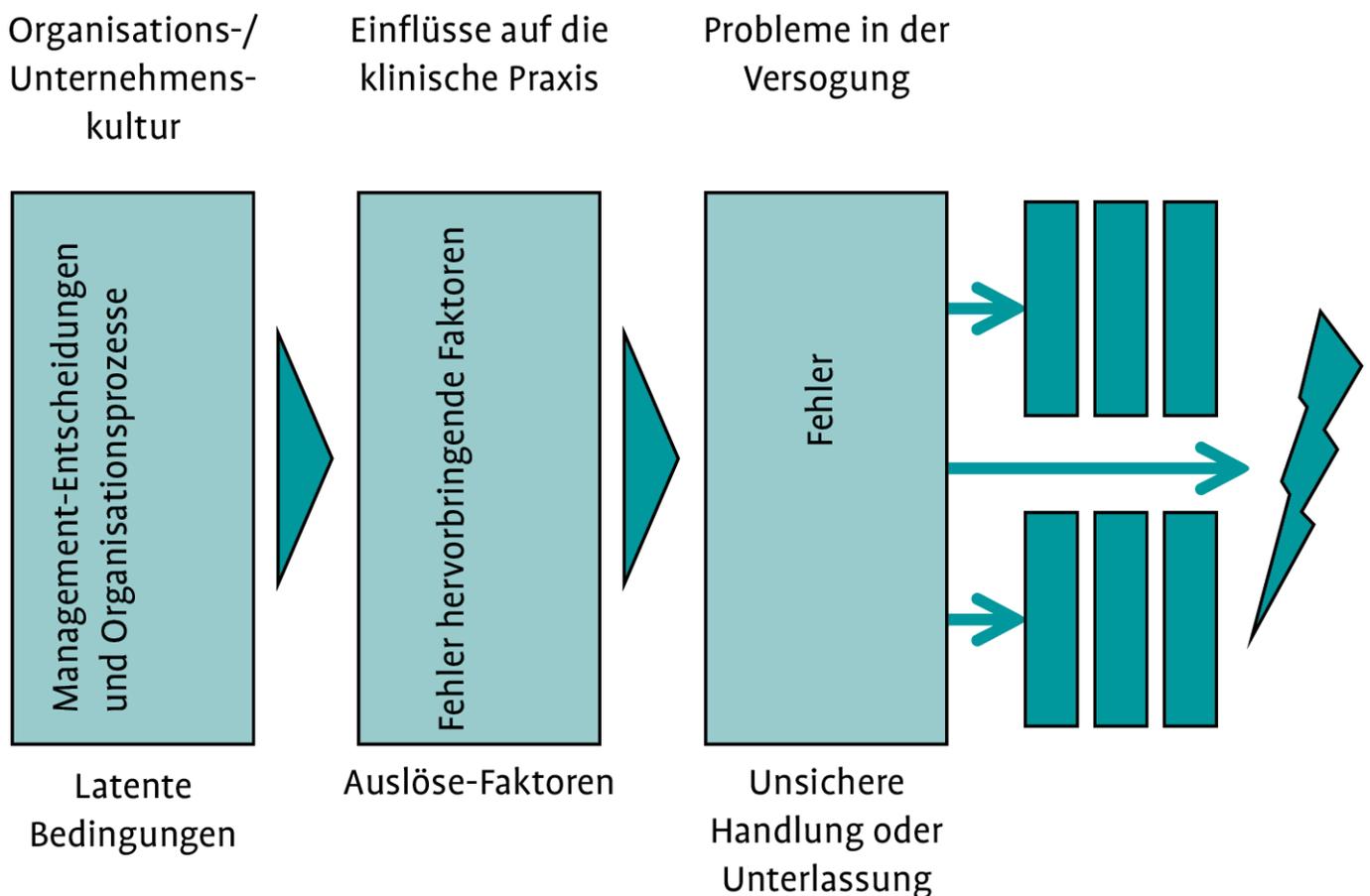


Abb. 1: Prozessmodell der Patientensicherheit (Schrappe 2018:123)

Am Beginn der Kette stehen Managemententscheidungen z. B. darüber, welche Bedeutung man der Patientensicherheit in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung einräumt. Diese führen einerseits zu einer bestimmten Organisationskultur (z. B. hinsichtlich des Ansehens, das Bemühungen um eine sichere Versorgung in der Organisation einbringen), andererseits fallen die Managemententscheidungen natürlich auch aufgrund der bereits bestehenden Organisationskultur: Beide bedingen sich also gegenseitig. Als Folge beider werden konkrete Vorgaben für die Patientenversorgung gemacht, also ob z. B. ein aktives klinisches Risikomanagement eingerichtet wird oder ob OP-Checklisten verwendet werden. Kommen nun Auslösefaktoren wie etwa Patienten mit besonders komplexem Versorgungsbedarf oder ein hoher Arbeitsanfall mit Zeitmangel zum Tragen, dann entscheiden diese konkreten Rahmenbedingungen der klinischen Praxis darüber, in welchem Ausmaß Fehler auftreten. Ob allerdings diese Fehler auch zu einem Schaden beim Patienten führen, hängt davon ab, ob die Organisation genügend Sicherheitsbarrieren

errichtet hat. Wenn beispielsweise beim Stellen der Arzneimittel Fehler auftreten, dann kann verhindert werden, dass dadurch Patienten gefährdet werden, wenn ein konsequentes Vier-Augen-Prinzip dazu führt, dass der ursprüngliche Fehler beseitigt wird, bevor er beim Patienten ankommt. Beim Bemühen um Patientensicherheit geht es also darum, diesen gesamten Prozess von der Organisationskultur bis hin zu den Sicherheitsbarrieren in den Blick zu nehmen.

Betrachtet man die Arbeitsfelder im Aktionsbündnis Patientensicherheit bisher, dann wird deutlich, dass man sich mit allen Teilaspekten dieses Prozesses der Patientensicherheit beschäftigt hat. Der möglicherweise einfachste Verbesserungsansatz sind Handlungsempfehlungen zu Sicherheitsbarrieren, beispielsweise dazu, wie man Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie vermeidet oder dass „Jeder Tupfer zählt“ oder auch zu Hochrisiko-Arzneimitteln und sicheren Luer-Verbindungen (vgl. Liste der [APS-Handlungsempfehlungen](#)). Es handelt sich also um ganz spezielle, isolierte Maßnahmen zu einzelnen Gefahren für die Patientensicherheit. Tatsächlich kann so aber nur ein kleiner Bereich von potentiellen Gefährdungen adressiert werden. Deshalb hat sich das APS auch bereits früh zur Aufgabe gemacht, sich dafür einzusetzen, dass die Einrichtungen selbst ein internes System etablieren, um Gefahrenquellen zu erkennen, auf ihre Organisation abgestimmte Sicherheitsmechanismen zu entwickeln und diese Lösungen auch nachdrücklich umzusetzen. Bekannt sind solche Mechanismen unter der Überschrift „klinische Qualitäts- oder Risikomanagementsysteme“. Auch hierzu hat das APS Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung veröffentlicht. Von außen ist meist nicht zu erkennen, welche Auslösefaktoren in einzelnen Versorgungseinrichtungen zu unerwünschten Ereignissen führen. Risikomanagementsysteme in den Einrichtungen haben deshalb die Aufgabe, Fehler bzw. Beinahe-Fehler zu sammeln, die Ursachen zu erforschen, angepasste Maßnahmen zu entwickeln, wie diese Vorkommnisse in Zukunft vermieden werden können, und diese Maßnahmen auch durchzusetzen. In diesem Kreislauf ist auch gleich die Überprüfung der Wirksamkeit der Veränderungen eingebaut, denn das Sammeln von Fehlerquellen ist in dieser Logik niemals abgeschlossen. „Jeder Fehler zählt!“ ist das Credo aller, die sich mit Patientensicherheit beschäftigen.

Denkt man den Ansatz des klinischen Risikomanagements zu Ende, dann wird nicht nur klar, dass die Aufgabe niemals abgeschlossen ist und ständig neue Anstrengungen nötig macht, sondern auch, dass es um einen permanenten Innovationsprozess geht, also um Neuerungen. Darauf aufbauend hat Schrappe (2018) im APS-Weißbuch eine neue Definition der Patientensicherheit propagiert:

„Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

einen Zustand aufweisen, in dem Unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden, über die Eigenschaft verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und in der Lage sind, ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen.“

Neue Handlungsfelder der Patientensicherheit

a. Patientensicherheit und Digitalisierung

Während in der letzten Legislaturperiode der Begriff „Qualität“ das Kapitel Gesundheit im Koalitionsvertrag dominierte, liegt der aktuelle Schwerpunkt eindeutig auf der Digitalisierung. Auch wenn bereits seit den 1980er Jahren Computer und prozessorgesteuerte Geräte in den Medizinbetrieb Einzug gehalten haben, ist doch das aktuelle

Jahrzehnt von sehr vielen und ausgesprochen weitreichenden Neuerungen geprägt. Beispiele dafür, die das APS besonders in den Blick genommen hat, sind:

Vernetzung von computerisierten Geräten (Internet of Things (IoT)) als Grundlage von Prozessautomatisierungen auch in der Gesundheitsversorgung, Robotik (OP-Technik und Pflege), mHealth Anwendungen/Gesundheits-Apps und daraus folgend der fließende Übergang von Wellness, Selbstmedikation, Fremdbestimmung und ärztlich geleiteter Therapie, Software-Lösungen, die mit großen Datenmengen Erkenntnisse generieren, Big Data als neue Qualität der medizinischen Forschung, Künstliche Intelligenz und Expertensysteme und Informationsangebote im Internet (z. B. Gesundheitsinformationsangebote zu Krankheiten oder Leistungserbringern), die auf neue Datenquellen zugreifen können bzw. könnten und Patienten eine nie dagewesene Souveränität, aber auch Beeinflussbarkeit bescheren können.

Alle diese Faktoren zeigen deutlich, dass mit dieser neuen Welle der Digitalisierung im Gesundheitswesen ebenso große Chancen wie Risiken verbunden sind, was im Folgenden am Beispiel der Apps einmal ausgeführt werden soll.

Die App-Stores der großen Anbieter quellen über mit verschiedensten Angeboten. Viele davon beziehen sich auf Lifestyle und Fitness, z. B. Programme, mit denen man die eigene körperliche Aktivität, den Schlafrhythmus oder die Kalorienaufnahme überwachen und den Verlauf auch mit anderen Nutzern im Netz teilen kann. Es ist umstritten, ob solche Programme die Motivation zu sportlichen Aktivitäten erhöhen oder nicht – auf jeden Fall werden persönliche Daten in einem Ausmaß erfasst, veröffentlicht oder zumindest für Hacker angreifbar gemacht, die über jede Kontrolle in einem klassischen Überwachungsstaat weit hinausgeht. Die psychologischen „Nebenwirkungen“ und Gefahren für die informationelle Selbstbestimmung bleiben nicht aus. Andere Programme gehen weiter. Mit ihnen kann Empfängnisverhütung vorgenommen bzw. der Kinderwunsch unterstützt werden, die Pulsfrequenz analysiert oder gar die erforderliche Gabe an Medikamenten z. B. Insulin bei Diabetes berechnet werden. Andere übermitteln die Messergebnisse der heimischen Waage hinsichtlich Wassereinlagerungen bei Herzerkrankungen an zentrale Rechner oder steuern sogar den implantierten Herzschrittmacher, Defibrillator oder die Insulinpumpe. Dass ihr fehlerfreies Funktionieren erhebliche Bedeutung für die Patientensicherheit hat, leuchtet unmittelbar ein. Trotzdem werden nur die wenigsten auch nur in dem Umfang kontrolliert, wie es für die Zulassung als Medizinprodukt im Rahmen der CE-Zertifizierung erforderlich ist (und wie die „Implant Files“ kürzlich gezeigt haben, ist selbst diese Kontrolle dürftig). Bei einem nicht geringen Anteil derartiger Apps fehlt sogar ein Impressum, d. h. im Fall von Schäden infolge der Anwendung des Produkts wissen Patienten noch nicht mal, wer überhaupt der Urheber ist und haftbar gemacht werden kann. Da dennoch die Patienten (ebenso wie die sie betreuenden Ärzte) bei der Bewertung, welcher App sie Vertrauen schenken, weitgehend allein gelassen werden, hat das APS 2018 eine Patienteninformation mit dem Titel „[Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps](#)“ herausgebracht. Damit soll keinesfalls die Verantwortung von den Herstellern auf die Nutzer verlagert werden, angesichts der unzureichenden Qualitätstransparenz sollen die Patienten aber Hilfestellungen erhalten, zu ihrer eigenen Sicherheit beizutragen.

Ebenso wie die Flut der mobilen Anwendungen für die Zielgruppe der Verbraucher bzw. Patienten sich jeder Überprüfung hinsichtlich Sicherheit oder gar Nutzen entzieht, ebenso problematisch ist auch die Lage in den Gesundheitseinrichtungen wie z. B. Krankenhäusern. Digitalisierung bietet große Chancen für die Optimierung von Prozessen und Kosteneinsparungen, besonders aber auch für die Patientensicherheit. Gleichzeitig ergeben sich aber

auch neue Risiken, beispielsweise wenn die digitalen Geräte nicht korrekt miteinander kommunizieren oder ganz ausfallen oder wenn die Einweisung in die Geräte für die Mitarbeiter nicht ausreicht, um eine sichere Beherrschung zu ermöglichen. Und für kriminelle Angriffe auf die Computernetze mit dem Ziel, Lösegelderpressungen für die verschlüsselten Daten zu erzielen, gibt es bereits Beispiele. Da die jeweiligen Systeme und damit auch die Schwachstellen unterschiedlich sind, ist es nicht möglich, von außen sinnvolle Lösungsvorschläge oder gar Patentrezepte zu geben. Das APS hat deshalb eine eigene **Handlungsempfehlung** dem Thema gewidmet, wie die Digitalisierung im Rahmen der Risikomanagementsysteme einrichtungsindividuell aufgegriffen werden kann, womit der Bedeutungsrahmen des Risikomanagements wesentlich erweitert wird.

Beide Publikationen, die Patienteninformation und die Handlungsempfehlung für Professionelle im Gesundheitswesen, wurden auf der Jahrestagung des APS im Mai 2018 vorgestellt, die insgesamt dem Thema der Digitalisierung im Zusammenhang mit der Patientensicherheit gewidmet war. Dabei wurde deutlich, dass es in diesem Themenfeld noch viel weiteren Handlungsbedarf gibt. Dem wird sich das APS auch in Zukunft stellen.

b. Patientensicherheit und Pflegepersonal

Ein anderes Themenfeld, das die Arbeit des APS auch weiterhin begleiten wird, ist die Pflegepersonalausstattung insbesondere im Krankenhaus. Wie an kaum einem anderen Beispiel lässt sich hier die Stichhaltigkeit des in Abbildung 1 dargestellten Verständnisses von Patientensicherheit verdeutlichen.

Spätestens seit der Einführung des Fallpauschalensystems im stationären Sektor steht die Pflege unter dem besonderen Druck, bei oberflächlicher Betrachtung nur Kosten für die Einrichtungen zu produzieren, ohne direkt erlösrelevant zu sein. Hinzu kommt die weit verbreitete Hierarchie zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Profession. Dass vor diesem Hintergrund nicht nur ein Abbau der Pflege am Bett – zumindest in Relation zu den ärztlichen Stellen – erfolgte, sondern auch eine Vernachlässigung der Belange der Pflegenden, ist aus Patientenberichten, eigenen Beobachtungen, Aussagen von Insidern und der Tatsache abzulesen, dass viele Führungsetagen von Krankenhäusern Kaufleute und Ärzte, aber keine Pflegekräfte enthalten. In nicht wenigen Einrichtungen ist also die Organisationskultur von mangelnder Wertschätzung gegenüber der Pflege gekennzeichnet. Damit korrespondieren Managemententscheidungen, die Pflege personell auszudünnen oder zumindest nicht in den Aufbau von pflegerischen Kompetenzen und die Ausbildung neuer Kräfte im erforderlichen Maß zu investieren. Im klinischen Alltag hat das zur Folge, dass deutsche Pflegekräfte im Vergleich mit ähnlich wohlhabenden Nationen deutlich mehr Patienten pro Schicht zu versorgen haben. Die aktuelle politische Debatte rund um die Pflegepersonaluntergrenzen machte deutlich, dass die Pflegepersonalausstattung in Deutschland – bezeichnenderweise! – eine „empirische Wüste“ ist (Zitat Wulf Leber, GKV-Spitzenverband auf dem Nationalen Qualitätskongress im Dezember 2018). Selbst grobe (und nicht mehr ganz aktuelle) Verhältniszahlen aus der RN4CAST-Studie von 2009/2010 sind eindrucksvoll. Während in Deutschland im Durchschnitt eine Pflegekraft 13 Patienten zu versorgen hatte, waren es in den USA und Norwegen wenig mehr als fünf, in den Niederlanden und Irland sieben und in den (abgesehen von Deutschland) schlechtesten Ländern Polen 10,4, Belgien 10,7 und Spanien 12,4 (vgl. <http://www.rn4cast.eu/about1.html>). Unter diesen extremen Bedingungen genügen schon geringe Auslösefaktoren bezüglich des individuellen Pflegebedarfs der Patienten, damit Fehler aufgrund der permanent erforderlichen impliziten Rationierung der Pflegekräfte unweigerlich passieren. Und da keine personellen Reserven vorhanden sind, um Sicherheitsbarrieren zu etablieren, schlagen sich diese unweigerlich bei den Patienten nieder – während und nach dem Krankenhausaufenthalt.

Tabelle 1 zeigt übersichtsartig, welche Bedeutung Pflege für die Patienten hat. Unter den Bedingungen von Pflegepersonalmangel ergeben sich aus der Vorenthaltung von Pflegeleistungen Risiken für die Patienten, und zwar

auch dann, wenn sie sich nicht unmittelbar dem Bereich der Patientensicherheit im engsten Sinne (Stufe 2) zuschreiben lassen. Hierfür einige Beispiele:

Selbständigkeit und Selbstbestimmung:

Patienten, die während ihres stationären Aufenthaltes kaum Anleitung im Umgang mit ihrer Krankheit bekommen haben, erkennen zu Hause nicht, ob sich eine kritische Verschlechterung einstellt oder machen Fehler z. B. bei der Medikamenteneinnahme. Ist die Entlassung nicht ausreichend vorbereitet, unterbleibt z. B. Anschlussversorgung in Form von häuslicher Pflege oder notwendigen Arztbesuchen oder kritische Hilfsmittel fehlen.

Rahmenbedingungen für Genesung:

Dem psychosozialen Zuspruch kommt beispielsweise bei der Vermeidung oder Verringerung von Delir im Zusammenhang mit Operationen insbesondere hochbetagter Menschen zu. Die Folgen unterbleibender Vorsorge sind oft bleibend und lebensverkürzend – von zutiefst belastend für Betroffene und Angehörige ganz abgesehen. Unzureichendes Schmerzmanagement führt zu erheblichen Verzögerungen bei der Genesung, im schlimmsten Fall sogar zum Einstieg in chronische Schmerzen.

Tab. 1: Bedeutung von Pflege aus Patientensicht (eigene Zusammenstellung, auch verwendet in Köster-Steinebach 2018: 48)

Stufe 4			Selbst. Selbst
Stufe 3		Rahmenbedingungen für Genesung:	
Stufe 2		Vermeidung unerwünschter - Ereignisse: Dekubitus Sturzprophylaxe Infektionsprävention korrekte Medikation metab. Entgleisung ungeplante Extubation etc	Schmerzmanagement Frührehabilitation/ - mobilisation Psychosozialer Zuspruch
Stufe 1	Erhaltung von - Vitalfunktionen: Atmung, Temperatur, Flüssigkeitszufuhr etc.		

Das Jahr 2018 war wegen der Verabschiedung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes von der politischen Debatte um das Thema geprägt. Das APS hat versucht, in diese Debatte drei Aspekte einzubringen:

Pflegepersonaluntergrenzen dürfen nicht auf einem Niveau von Pflege ansetzen, das gerade einmal die Vermeidung unmittelbarer und schwerwiegender Patientengefährdung ausschließt, denn auch die implizite Rationierung anderer Pflegeleistungen hat (wie die Beispiele oben zeigen) erhebliche Auswirkungen auf die Patientensicherheit. Auch wenn man in einem allerersten Schritt zunächst die schlimmsten Mangelsituationen abstellt, muss das Ziel sein, eine Pflegepersonalausstattung vorzugeben, die auch die Rahmenbedingungen für Genesung und die Unterstützung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung ermöglicht – im Interesse von Patienten und Pflegekräften gleichermaßen.

Es ist unerlässlich, Transparenz über das Verhältnis von Pflegebedarf und Pflegepersonalausstattung herzustellen, Dazu muss ein entsprechendes, pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungstool entwickelt und verpflichtend angewendet werden. Die Ansätze über Pflegepauschalen sind abzulehnen, da ansonsten die Patienten mit dem höchsten Pflegebedarf (in der Onkologie beispielsweise Menschen in palliativen Situationen) strukturell unterversorgt und für die Einrichtungen unattraktiv sind.

Der Einsatz von Leihkräften in der Pflege ist – abgesehen von außerordentlichen und seltenen Belastungsspitzen – für die Patienten mit besonderen Risiken verbunden, da sich diese Pflegekräfte nicht in den Einrichtungen auskennen und teilweise auch nicht über die erforderlichen Qualifikationen verfügen. Deshalb muss über den Einsatz von Leasing-Arbeitnehmern dringend Transparenz geschaffen und der Ausbreitung entgegengewirkt werden.

Alle drei Aspekte sind in der aktuellen Gesetzgebung nicht umgesetzt, so dass sich das APS hier weiter engagieren wird.

Ausblick auf die Zukunft: Patientensicherheit als Führungsverantwortung

So wie der Einsatz für Patientensicherheit in den Gesundheitseinrichtungen nicht enden kann, so herrscht auch kein Mangel an immer neuen Fragestellungen im Rahmen der Patientensicherheit, denen sich das APS widmen kann, soll und will. Arzneimitteltherapiesicherheit und Digitalisierung werden auch in Zukunft Dauerbrenner unter den Arbeitsgruppen des APS sein. Aktuell arbeitet das APS beispielsweise an Materialien zur Notfallversorgung, zur außerklinischen Intensivversorgung beatmeter Patienten und zur Sepsis, aber auch an der Ausbreitung der Prinzipien des klinischen Risikomanagements (einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme) auf den ambulanten Sektor. Immer wieder kommen neue Themen hinzu, etwa der Einsatz von Psychopharmaka als freiheitsentziehende Maßnahme in der Pflege. Unterstützung für die Arbeit und die Anliegen des APS ist immer willkommen.

Sowohl die Erkenntnisse im APS-Weißbuch Patientensicherheit als auch das Beispiel des Pflegepersonal Mangels haben eindringlich ins Bewusstsein gerufen, dass die konkreten Maßnahmen aber oft nicht ausreichend sind, um nachhaltige und weitreichende Verbesserungen zu erreichen. Oft ist die Verantwortung, ja die Haltung der Führungsebene in den Einrichtungen, aber auch in den Verbänden im Gesundheitswesen entscheidend dafür, ob das Bemühen um Patientensicherheit ein Feigenblatt bleibt, das hervorgeholt wird, wenn öffentlichkeitswirksame Vorfälle passieren, oder ob es tatsächlich ein Leitmotiv ist. Eine zentrale Forderung, die das APS rund um die Veröffentlichung

des Weißbuchs erhoben hat, ist deshalb, Verantwortliche für Patientensicherheit in den Chefetagen von allen Gesundheitseinrichtungen zu etablieren. Patientensicherheit ist Führungsverantwortung. Endlich muss mit dem Irrglauben aufgeräumt werden, dass Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit einander ausschließen: Nichts ist so teuer für das Gesundheitssystem, für Patienten aber letztlich auch für die Einrichtungen selbst wie qualitativ schlechte, unsichere Versorgung. Diese Botschaft, dass Sicherheitskultur auf allen Ebenen dringend erforderlich ist, hat auch die Jahrestagung des APS im Mai 2019 bestimmt, in der Hoffnung, immer mehr Akteure im Gesundheitssystem zu erreichen und einen kulturellen Wandel anzustoßen. Dieser Aufgabe bleibt das APS auch in Zukunft treu.

Literatur

[1] Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America (Hg.) (2000): To Err is Human – Building a Safer Health System, Washington: National Academy Press, verfügbar unter:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>.

[2] Köster-Steinebach, Ilona (2018): “Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Rolle der Versorgungsforschung“, in: Monitor Versorgungsforschung 01/2018, S. 46-50.

[3] Schrappe, Matthias (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf.

Autor:in des Artikels

Quelle: Köster-Steinebach, I., & Francois-Kettner, H. (2019). Patientensicherheit in Deutschland: Geschichte und Gegenwart. Onkologische Pflege, 9(1), 16-21. © Alle Rechte vorbehalten. Zuckschwerdt Verlag GmbH, München.

Liste der APS-Handlungsempfehlungen



APS-Patienteninformation „Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps“



Handlungsempfehlung der APS zum Thema Digitalisierung im Rahmen der Risikomanagementsysteme



