



# Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit



# Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit

Kooperationsverbund gesundheitsziele.de  
[www.gvg.org](http://www.gvg.org)



Sehr geehrte Damen und Herren,

es freut mich, dass ich das Gesundheitsziel Patientensicherheit mit einem Grußwort begleiten und aus meiner Sicht darlegen kann, warum dieses Ziel nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern auch für alle die in der gesundheitlichen Versorgung arbeiten wertvoll und wichtig ist.

Das gemeinsame Ziel aller ist es, die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu bieten. Das bedeutet immer, dass diese Versorgung auch sicher sein muss: dass Patientinnen und Patienten, die sich durch das Gesundheitswesen bewegen, eine fundierte und schadensfreie medizinische Versorgung durch medizinisches Fachpersonal erhalten.

Für dieses Ziel gibt es Gelingensfaktoren aber auch Hindernisse. Die wichtigste Basis für eine sichere gesundheitliche Versorgung ist die Patientensicherheitskultur. Sie ist das Fundament für die Wachsamkeit, unerwünschte Ereignisse zu vermeiden oder ihnen bestmöglich zu begegnen. Sie führt aber auch dazu, sich mit den Risiken unserer hochtechnisierten und arbeitsteiligen gesundheitlichen Versorgung auseinanderzusetzen und sich bewusst zu sein: „Irren ist menschlich“. Wichtig ist, die richtigen Konsequenzen aus unerwünschten Ereignissen zu ziehen, aus Fehlern zu lernen. Denn auch für die Behandelnden, sei es in der Pflege, der Medizin oder den anderen Fachdisziplinen gilt: nichts ist schlimmer als mit einem selbstverursachten Fehler, der einen gesundheitlichen Schaden angerichtet hat, leben zu müssen. Ich begrüße es daher, dass die Arbeitsgruppe, die das Gesundheitsziel Patientensicherheit erarbeitet hat, die Patientensicherheitskultur an die erste Stelle setzt.

Der zweite Gelingensfaktor ist die Patientensicherheitskompetenz. Patientensicherheit, Risikomanagement, der Umgang mit Stress und unübersichtlichen Situationen sind erlernbar. Es gibt Instrumente und Methoden unerwünschten Ereignissen vorzubeugen und Sicherheitschecks durchzuführen. Es freut mich, dass das Gesundheitsziel auch die Kompetenz der Patientinnen und Patienten adressiert. Sie sind das einzige Kontinuum, welches den gesamten Prozess der gesundheitlichen Versorgung durchläuft, seine Schnittstellen, die unterschiedlichen Beteiligten und die Kommunikationsschwierigkeiten erlebt. Zudem wissen wir, dass Chroniker nur ein Prozent ihrer Zeit im Gesundheitssystem verbringen, die übrige Zeit leben sie außerhalb des Gesundheitssystems mit ihrer Erkrankung – auch sie benötigen Kompetenzen, damit sie sicher mit ihrer Erkrankung im Alltag umgehen können. Das bedeutet natürlich nicht eine Verschiebung der Verantwortlichkeiten für die sichere Gesundheitsversorgung, es zeigt aber das Potenzial, wenn Patientinnen und Patienten zielgerichtet in die Lage versetzt werden, ihre Kompetenzen für ihre eigene Sicherheit zu nutzen.



---

Im Rahmen meines Amtes werde ich regelmäßig mit Fragen der Patientensicherheit konfrontiert. Es sind zumeist die Engagierten in diesem Bereich oder Patientinnen oder Patienten, die einen Behandlungsfehler bei sich vermuten. Ich freue mich, alle auf das gelungene Gesundheitsziel Patientensicherheit aufmerksam machen zu können und danke den Beteiligten an der Erstellung recht herzlich für ihr Engagement.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stf Schwartze'.

Stefan Schwartze, MdB

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten

Liebe Leserinnen und Leser,

ich freue mich sehr, Ihnen das nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit zu präsentieren. Es ist das zehnte nationale Gesundheitsziel. Die GVG und der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de blicken auf eine lange gemeinsame Geschichte zurück. Vor 22 Jahren entstand in der GVG das „Forum gesundheitsziele.de“. Mit Rücken- deckung und Förderung durch den Bund und die Länder verfolgen wir bis heute gemeinsam das Ziel, nationale Gesundheitsziele zu entwickeln, deren Umsetzung voranzu- treiben und zu begleiten. Das Forum entwickelte sich im Jahr 2007 zu einem langfristig angelegten Kooperations- verbund, der seit vielen Jahren eine wichtige Rolle in der Public Health Landschaft der Bundesrepublik spielt. Mit der Aufnahme der bis dahin bestehenden Gesundheitsziele in das fünfte Sozialgesetzbuch – im Rahmen des Präventions- gesetzes – erhielt die Arbeit von gesundheitsziele.de eine besondere Anerkennung.



Bei den Gesundheitszielen handelt es sich um ein wichtiges Steuerungsinstrument für die Entwick- lung von Prioritäten und Perspektiven im deutschen Gesundheitssystem. Auf breiter Basis werden sektorübergreifende Handlungsfelder erarbeitet und konsentiert. Im Kooperationsverbund erarbeiten über 140 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens, der Wissenschaft und der Gesellschaft zusammen nationale Gesundheitsziele. Gemeinsam machen Sie sich für den „Health in All Policies“ Ansatz stark.

Das Gesundheitsziel Patientensicherheit veröffentlichen wir anlässlich des Welttags der Patientensicherheit im Jahr 2022. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der Veröffentlichung ihres globalen Aktionsplans zur Patientensicherheit im Jahr 2021 international die Bedeutung dieser zentralen Thematik vorangetrieben. Nun sind die Mitgliedsländer der WHO aufgerufen, nationale Pläne zur Förderung der Sicherheit Patientinnen und Patienten zu erstellen. Hierzu möchte der Kooperationsverbund mit dem vorliegenden Gesundheitsziel seinen Beitrag leisten.

Um wesentliche Fortschritte im Bereich der Patientensicherheit zu erzielen, sind alle Akteure gefragt. Die vorliegende Publikation zeigt konkrete Maßnahmen auf, wie eine entsprechende Sicherheits- kultur und die benötigten Kompetenzen aufgebaut und gestärkt werden können. Wenngleich nur Patientinnen und Patienten explizit im Begriff Patientensicherheit benannt werden, hat das Gesund- heitsziel eine weiterreichende Bedeutung: Das Gesundheitsziel richtet sich an alle Akteure des Gesundheitswesens und an die Angehörigen der Menschen, die auf das Gesundheitswesen angewie- sen sind. Wenn alle ihr Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten ausrichten, können wir in den kommenden Jahren noch viel erreichen und hierdurch auch die Arbeit für die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen verbessern.

---

Ich danke den Mitgliedern der AG Patientensicherheit für ihr unermüdliches Engagement. Ihnen haben wir das vorliegende Gesundheitsziel zu verdanken. Wir laden Sie ein, liebe Leserinnen und Leser, sich in Ihrem Wirkungsbereich dafür einzusetzen, eine Patientensicherheitskultur zu etablieren und die Patientensicherheitskompetenz in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu stärken.



Niels Reith

Geschäftsführer der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG)  
Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de)



Liebe Leserinnen und Leser,

Patientinnen und Patienten und alle, die in der Patientenversorgung arbeiten, haben die gleiche Erwartung: Eine gute und sichere Versorgung. Gleichwohl ist auch die Patientenversorgung nicht frei von Fehlern, Irrtümern und unerwünschten Ereignissen. „Irren ist menschlich“ gilt auch in Medizin und Pflege. Die Ursachen sind vielfältig: Die Medizin ist außerordentlich leistungsfähig geworden, aber auch komplex. Gleichzeitig können Patientengruppen behandelt werden, die wenig belastbar sind, wie Schwerstkranke, Frühgeborene oder Hochbetagte. Dazu kommen externe Zwänge und Vorgaben, die das Leben als Ärztin, Arzt oder Pflegekraft nicht leichter machen. Dies trug zum heute bestehenden Fachkräftemangel bei.



Die Herausforderungen der nächsten Jahre sind groß. Es gilt zu vermeiden, dass sich die Bedingungen in unserem Gesundheitssystem zulasten der Patientensicherheit verschlechtern. Jedwede Maßnahme zur Steigerung oder zur Erhaltung der Patientensicherheit gilt es heute prioritär und proaktiv anzugehen. Patientenversorgung und Zufriedenheit im Gesundheitsberuf werden im Idealfall durch ein systematisches Patientensicherheitsmanagement sogar verbessert.

Es ist äußerst erfreulich, dass auf internationaler sowie nationaler Ebene das Thema „Patientensicherheit“ erkannt worden ist und aktiv angegangen wird. Dieses Papier schließt sich an den „Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030“ der WHO an, ergänzt aber auch die Arbeit nationaler Bestrebungen, wie die des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V.

Im Rahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses sollen die hier entwickelten Maßnahmenempfehlungen von den zahlreichen Akteuren des Kooperationsverbundes eigenverantwortlich umgesetzt werden.

Patientensicherheit bedeutet, aus unerwünschten Ereignissen und Fehlern zu lernen und daraufhin Maßnahmen zur nachhaltigen Vorbeugung eben solcher Ereignisse zu entwickeln. Die Grundvoraussetzung ist ein offener, positiver und proaktiver Umgang mit Fehlern und unerwünschten Ereignissen. Die Sicherheitskultur muss auf die Agenda genommen, vorgelebt und praktiziert werden. Die Evaluation der Sicherheitskultur ist oft der Türöffner für alle weiteren Maßnahmen.

Patientensicherheit ist lernbar. Die entsprechenden Curricula liegen vor. Der Aufwand ist überschaubar. Kommunikations-, Team- und Simulationstrainings fördern Zusammenarbeit und Offenheit und dadurch Qualität, Sicherheit, Effizienz und Arbeitszufriedenheit in den Gesundheitsberufen. Wir betreten kein Neuland. Beide Grundvoraussetzungen möchten wir Ihnen mit diesem Papier näherbringen.

---

Das nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit ist durch das Engagement der Mitglieder der Arbeitsgruppe Patientensicherheit des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de pünktlich zum Weltpatiententag 2022 fertiggestellt worden. Bei meinen Kolleginnen und Kollegen der Arbeitsgruppe Patientensicherheit des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de möchte ich mich für die konstruktive, gemeinsame Arbeit sehr bedanken.

Liebe Leserinnen und Leser, wir hoffen Ihnen durch das nationale Gesundheitsziel einige neue Impulse für Ihre Organisationen liefern zu können. Es lohnt sich für alle Beteiligten.



Hon.-Prof. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz

Vorsitzender der Arbeitsgruppe Patientensicherheit  
im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de

# Inhalt

Präambel: Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de .....	10
Hintergrund: Patientensicherheit .....	11
Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit .....	19
Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert. ....	20
Ziel 1: Maßnahmentabellen zur Patientensicherheitskultur .....	34
Ziel 2: Die Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut. ....	44
Ziel 2: Maßnahmentabellen zur Patientensicherheitskompetenz .....	56
Ansatz für eine Evaluation des Gesundheitsziels Patientensicherheit .....	64
Glossar .....	66
Literaturverzeichnis .....	75
Abkürzungsverzeichnis .....	80
Mitglieder der Arbeitsgruppe .....	82

# Präambel: Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*

Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* ist die gemeinsame Plattform zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Unter Beteiligung von Bund, Ländern und der Selbstverwaltung sowie anderen zentralen Akteuren des Gesundheitswesens entwickelt der Kooperationsverbund seit mehr als 20 Jahren im Konsens nationale Gesundheitsziele und empfiehlt Maßnahmen zur Zielerreichung. Die praktische Umsetzung der Maßnahmen ist dabei eigenverantwortliche Aufgabe der mehr als 140 einzelnen Akteure des Netzwerkes. *gesundheitsziele.de* basiert auf einem partizipativen Ansatz und schafft so die Voraussetzung für eine breite Akzeptanz der Arbeitsergebnisse. Die Kooperation von Bund, Ländern, Leistungsträgern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Wirtschaft gewährleistet die Integration verschiedener Perspektiven in die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele.

Das Gesundheitsziel Patientensicherheit, stellt das zehnte bisher vom Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* erarbeitete und der Politik und Fachöffentlichkeit vorgelegte nationale Gesundheitsziel dar<sup>1</sup>. Es wurde von einer Arbeitsgruppe des Kooperationsverbundes erarbeitet, in der Vertreterinnen und Vertreter

aus dem Kreis der Trägerschaft und der Partner des Kooperationsverbundes mitgewirkt haben (s. Mitglieder der Arbeitsgruppe S. 82).

In dem vorliegenden Gesundheitsziel, welches im Konsens verabschiedet wurde, werden auf Basis einer Analyse der Ausgangssituation zwei gemeinsame Ziele und insgesamt 12 Teilziele definiert sowie Empfehlungen für Umsetzungsmaßnahmen ausgesprochen. Die beiden Ziele setzen auf die aktive Förderung und Ausübung der Maßnahmenempfehlungen auf allen Ebenen durch alle Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen. Das Gesundheitsziel Patientensicherheit baut insbesondere mit seinem zweiten Ziel auf dem 2003 publizierten Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ auf.

Das Gesundheitsziel Patientensicherheit macht deutlich, dass es gilt, eine Patientensicherheitskultur sowie Patientensicherheitskompetenz auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv zu fördern und auszubauen. Eng verwoben hiermit ist die Thematik der digitalen Kompetenz. Das vorliegende nationale Gesundheitsziel rückt die Patientensicherheitskompetenz an sich in den Fokus.

<sup>1</sup> Die neun anderen bisher definierten nationalen Gesundheitsziele sind:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
- Tabakkonsum reduzieren,
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken,
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
- Gesund älter werden,
- Alkoholkonsum reduzieren,
- Gesundheit rund um die Geburt

# Hintergrund: Patientensicherheit

Patientensicherheit befasst sich mit der Frage, auf welche Weise die Prozesse im Gesundheitswesen so organisiert werden können, dass Fehler sowie kritische und unerwünschte Ereignisse vermieden werden. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten bestmöglich vor vermeidbaren, gesundheitlichen Schäden zu schützen, also Schäden vorzubeugen, die nicht Folge einer Erkrankung sind, sondern erst durch die gesundheitliche Versorgung selbst verursacht werden.

Eine prägnante und häufig zitierte Definition lautet „Patientensicherheit ist die Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen“ [Kohn 1999]. Der Bezugspunkt „Abwesenheit“ betont jedoch eher Passivität, anstatt zu aktivem Handeln aufzufordern. Auch fehlt dieser Definition die präventive Ausrichtung. Sich für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu engagieren, bedeutet nicht nur aus Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen zu lernen, sondern aktiv Maßnahmen zu ergreifen, die diese unwahrscheinlich machen und ihnen vorbeugen. Patientensicherheit ist nach einer weiteren Definition „das Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren“ [ÄZQ 2005].

Im Sinne des nationalen Gesundheitsziels Patientensicherheit ist diese Definition zu erweitern und nicht nur auf Kliniken und Praxen, sondern auf das Gesundheitswesen und die Versorgungsprozesse insgesamt, also auf Diagnostik, Therapie, Pflege, Rehabilitation, Prävention etc. zu beziehen.

Aktivitäten für Patientensicherheit sollten alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung umfassen und – soweit ein sektorbezogenes Vorgehen nicht zielführender erscheint – sektorenübergreifend, multiprofessionell und interdisziplinär aufgesetzt werden. Sie sollten sich auf die Vorbeugung, Analyse, Bearbeitung und Aufarbeitung von Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen beziehen. Hilfreich ist es zudem, wenn der Blick nicht nur auf Faktoren gerichtet wird, die Fehler sowie kritische und unerwünschte Ereignisse verursachen oder begünstigen. Ergänzend sollten gerade auch die Versorgungssituationen analysiert werden, die (besonders) gut bewältigt wurden. Denn der Blick auf die Erfolgsfaktoren bei der Bewältigung – insbesondere schwieriger Versorgungssituationen – kann wichtige Hinweise dazu liefern, wie Patientensicherheit zukünftig gewährleistet werden kann. Dieser Ansatz wird als sogenannter Safety-II-Ansatz bezeichnet [Hollnagel 2014].

Die im APS-Weißbuch Patientensicherheit vorgenommene, umfassende Definition von Patientensicherheit knüpft hieran an und nimmt zusätzlich die Patientenperspektive ein:

„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.“ [Schrappé 2018, S. 524].

Um sich dieser anspruchsvollen Definition nähern zu können, ist zunächst ein Blick auf die Entwicklung im Bereich Patientensicherheit hilfreich.

Der Bericht „To Err is Human“ des US-amerikanischen Institute of Medicine machte bereits im Jahr 1999 darauf aufmerksam, dass es für die Gesundheitssysteme weltweit relevant ist, sich mit dem Thema Patientensicherheit auseinanderzusetzen [Kohn 1999]. Der Bericht legte u. a. eindrücklich dar, dass

- Fehler auch in der Patientenversorgung auftreten,
- unerwünschte Ereignisse häufiger sind als angenommen wurde und
- die Ursachen weniger im individuellen Fehlverhalten von Einzelnen zu suchen sind, als vielmehr aus Defiziten im komplexen Zusammenspiel ganz unterschiedlicher Faktoren im Versorgungsprozess resultieren [Kohn 1999].

Basierend auf der vorliegenden Evidenz schätzten Kohn und Kollegen, dass jährlich in der stationären Versorgung in den USA 48.000–96.000 Patientinnen und Patienten aufgrund vermeidbarer Fehler versterben [Kohn 1999]. Diese Schätzung wurde von Makary und Daniel im Jahr 2016 basierend auf aktualisierten Daten und einer noch höheren Sensibilität in der Erfassung entsprechender Vorfälle auf bis zu 251.000 Menschen pro Jahr korrigiert, womit „medical error“ die TOP 3 Todesursache in den USA darstellt [Makary/Daniel 2016].

In retrospektiven Untersuchungen von Krankenakten der stationären Akutversorgung in den USA zeigte sich das vergleichsweise homogene Bild, dass bei einer Fehlerrate im einstelligen Prozentbereich aller stationären Fälle in etwa die Hälfte dieser Fehler als vermeidbar anzusehen ist [Hoffmann/Rohe 2010]. Die Publikation „To Err is Human“ führte zu zahlreichen weiteren Schätzungen bezüglich der Inzidenz unerwünschter Ereignisse [Klauber 2014, Endel 2004] und wurde seit Anbeginn dieser Folgebetrachtungen kontrovers diskutiert [Hayward/Hofer 2001]. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit schätzte im Jahr 2007 die Mortalitätsrate durch unerwünschte Ereignisse auf 0,1 % aller stationären Behandlungsfälle ein, was zum damaligen Zeitpunkt einer Zahl von 17.000 vermeidbaren Todesfällen bei 17 Mio. stationären Fällen entsprach [APS 2007].

Die Weltgesundheitsorganisation geht in aktuellen Publikationen davon aus, dass in Ländern mit hohem Einkommen wie Deutschland in einem von 10 Behandlungsfällen ein unerwünschtes Ereignis auftritt [WHO 2021].

Wissenschaftlich belegte Erkenntnisse zum Vorkommen von kritischen Ereignissen, speziell auch zu Fehlern, in der Pflege liegen kaum vor. Die wissenschaftliche Literatur weist aber darauf hin, dass nahezu alle pflegerischen Bereiche Risiken für solche Ereignisse bergen, so zum Beispiel Medikation, Hygiene, Wundversorgung, Dekubitusprophylaxe,

Sturzprophylaxe, Ernährung, Dokumentation und Kommunikation [Büscher 2021, Görres 2018].

Ausgelöst durch den US-amerikanischen Bericht und andere Publikationen [Wilson 1995, Vincent 2001, Baker 2004] wurde deutlich, dass international dringender Handlungsbedarf und insbesondere Nachholbedarf im Bereich Risikomanagement und im Umgang mit Fehlern besteht und das Gesundheitswesen weltweit von Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt oder der Atomindustrie und den Organisationswissenschaften lernen sollte [Donaldson 2000, Wachter 2012]. Studien aus unterschiedlichen Ländern konnten zeigen, dass sich organisationsbedingte Schwachstellen wie etwa in der Zusammenarbeit im Team, der Kommunikation, Dokumentation etc. fehlerförderlich auswirken [de Vries 2008]. Um kritischen und unerwünschten Ereignissen sowie Fehlern im Gesundheitswesen gezielt vorzubeugen, sind ganz unterschiedliche Maßnahmen zur Prävention, Reduktion und Bewältigung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen notwendig, die systematisch und proaktiv umgesetzt werden müssen. Sowohl ambulante als auch stationäre Versorgungsbereiche und der Übergang zwischen diesen sind dabei in den Blick zu nehmen. Zudem ist es wichtig, dass das Handeln und die Verantwortung des Einzelnen, die Strukturen, materielle und personelle Ausstattung, verwendete Medizinprodukte etc. sowie die Zusammenarbeit, Prozesse und Abläufe untersucht werden.

Gespeist von diesen Erkenntnissen wurde und wird seit rund 20 Jahren international eine Vielzahl an unterschiedlichen Initiativen auf den Weg gebracht. So misst die Weltgesundheitsorganisation bereits seit 2002 der Bearbeitung des Themas Patientensicherheit eine zentrale Bedeutung bei und gründete im Jahr 2004 die World Alliance for Patient Safety [WHO 2002, WHO 2004]. Zur nachhaltigen Umsetzung von Patientensicherheit weltweit wurde am 4. August 2021 der Globale Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 veröffentlicht, der 35 konkrete Ziele benennt und mittels definierter Indikatoren alle WHO-Mitgliedsstaaten zu regelmäßiger Berichterstattung über den Stand



der Patientensicherheit auffordert [WHO 2021]. Dort ist folgende Definition für Patientensicherheit hinterlegt:

„Patientensicherheit ist: Ein Rahmen organisierter Aktivitäten, die Kulturen, Prozesse, Verfahren, Verhaltensweisen, Technologien und Umgebungen in der Gesundheitsversorgung schaffen, welche beständig und nachhaltig Risiken senken, das Auftreten vermeidbarer Schäden reduzieren, Fehler unwahrscheinlicher machen und die Auswirkungen von eintretenden Schäden verringern“. Das hier vorgelegte nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit knüpft direkt an den „Globalen Aktionsplan 2021–2030“ der WHO an. Mit dem Fokus auf die Sicherheitskultur und die Handlungskompetenz der Akteure als Grundvoraussetzungen für die Steigerung der Patientensicherheit im Gesundheitswesen, entspricht das nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit den Leitprinzipien des WHO-Aktionsplanes. Zudem werden Maßnahmen aus allen sieben Zielbereichen des WHO-Aktionsplanes adressiert, wobei der Schwerpunkt des nationalen Gesundheitsziels Patientensicherheit auf den WHO-Zielen 2 – Schaffung Hochzuverlässiger Systeme, 4 – Einbeziehung von Patienten, 5 – Aus-/Weiter-/Fortbildung und 6 – Information und Risikomanagement liegt. Die Europäische Union forderte im Jahr 2009 die Mitgliedsstaaten auf, Patientensicherheit als vorrangiges Ziel in ihre gesundheitspolitischen Strategien aufzunehmen. Hintergrund war die Erkenntnis, dass Mortalität und Morbidität durch Behandlungs- und Pflegefehler mit den Dimensionen der wesentlichen Volkserkrankungen vergleichbar sind [Rat der Europäischen Union 2009].

Bei den „Global Ministerial Summits on Patient Safety“, die von 2016 bis 2019 jährlich Entscheidungsträger aus der Politik, sowie Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft und Versorgungspraxis zusammenbrachten, wurden Empfehlungen zur Steigerung der Patientensicherheit für die Gesundheitssysteme weltweit konsentiert [Gausmann/Strametz 2021].

Auszüge aus den politischen Botschaften und Deklarationen der Patient Safety Summits in Bonn 2017, Tokio 2018 und Dschidda 2019:

- Patientensicherheit erfordert das Wahrnehmen von Führungsverantwortung auf allen Ebenen, damit sich der notwendige kulturelle Wandel verwirklicht (Bonn 2017, Tokio 2018)
- In Wissen, Sicherheit und angemessene Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals als dem maßgeblichen Träger der Patientensicherheit investieren (Tokio 2018, Dschidda 2019)
- Kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit ist nur möglich, wenn Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und weitere Pflegepersonen systematisch und partnerschaftlich eingebunden werden (Bonn 2017, Tokio 2018, Dschidda 2019)
- Digitalisierung im Gesundheitswesen zur Unterstützung der Patientensicherheit weltweit nutzen (Dschidda 2019)

Die anlässlich des 2nd Global Ministerial Summit on Patient Safety im März 2017 in Bonn vorgestellte OECD-Studie „The Economics of Patient Safety“ zeigte zudem exemplarisch, dass rund 15 % der Aktivitäten und Ausgaben in Krankenhäusern für die Kompensation der direkten Folgen von Patientenschäden genutzt werden müssen. Sie belegen demnach Platz 14 der Ursachen für die weltweite Krankheitslast [Slawomirski 2017]. Die häufigsten Schädigungen im ambulanten und stationären Sektor stehen mit nur wenigen unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang. Dies sind HAI (health-care-associated infections), venöse Thromboembolien (VTE), Druckläsionen, Medikationsfehler sowie falsche oder verspätete Diagnosen. Auch mit dem ambulanten



Sektor [Auraaen 2018] und der Langzeitpflege [de Bienassis 2020] befasste sich die OECD und konstatierte ebenfalls deutlichen Handlungsbedarf.

Basierend auf der von Deutschland ausgehenden Initiative des Internationalen Tages der Patientensicherheit, rief die WHO erstmals im Jahr 2019 den Welttag der Patientensicherheit aus, der als einer von nur 12 globalen jährlichen Aktionstagen seitdem jeweils am 17. September weltweit begangen wird [WHO 2021].

Aspekte der Patienten- und Mitarbeitersicherheit wurden, auch unter dem Aspekt der COVID-19-Pandemie, im Rahmen der italienischen Ratspräsidentschaft des G20-Gipfels erstmals in die gemeinsame Erklärung der G20-Gesundheitsminister aufgenommen [G20 2021].

Anknüpfend an die internationalen Entwicklungen [BÄK o. D., WHO 2021] verfolgt das hier vorgelegte nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit eine gesellschaftspolitisch-strategische Perspektive. Das Handlungsfeld des Gesundheitsziels Patientensicher-

heit erfasst alle Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen. Verbesserungen der Patientensicherheit werden nicht nur aus Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen abgeleitet, sondern auch aus Erfolgsfaktoren bei der Bewältigung insbesondere schwieriger Versorgungssituationen. Patientensicherheit nimmt dabei sowohl die Strukturen und Prozesse der gesundheitlichen Versorgung als auch die individuellen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten der im Gesundheitswesen Tätigen sowie die Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten oder Pflegebedürftigen als Expertinnen und Experten in eigener Sache in den Blick. Patientensicherheit adressiert dementsprechend die Akteure im Gesundheitswesen inklusive Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Das Gesundheitsziel ergänzt damit die in Deutschland bereits existierenden Aktivitäten, wie beispielsweise die auf konkrete Fragestellungen bezogenen Handlungsempfehlungen „von der Praxis für die Praxis“, die das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) erarbeitet und über das Internet frei zugänglich macht.





Das nationale Gesundheitsziel konzentriert sich auf zwei zentrale, grundsätzliche Aspekte von Patientensicherheit, für die Handlungsbedarf konstatiert wird:

1. Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.
2. Die Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.

Im Fokus stehen nicht einzelne, konkrete Schwerpunktthemen wie etwa Prävention von nosokomialen Infektionen, Sturzprophylaxe, Vermeidung von Patientenverwechslungen oder die Arzneimitteltherapiesicherheit etc. Das Gesundheitsziel Patientensicherheit setzt vielmehr bei zwei wesentlichen Grundvorausset-

zungen für die Verbesserungen von Patientensicherheit an: bei der Frage der Handlungskompetenz der Beteiligten im Gesundheitswesen und der Patientensicherheitskultur als Motor für Lernprozesse in Organisationen. Nur wenn beides gegeben ist und ermöglicht wird, können konkrete Maßnahmen auch aktiv in der Praxis umgesetzt und am (lokalen) Bedarf orientiert weiterentwickelt werden.

Vor dem Hintergrund der Zwischenbilanz, die im APS-Weißbuch Patientensicherheit nach rund 20 Jahren „Patientensicherheitsbewegung“ gezogen wird, erscheint der hier gewählte Ansatz umso vielversprechender: Demnach handelt es sich beim Thema Patientensicherheit um ein komplexes Unterfangen, dem entsprechend vielschichtig begegnet werden

muss. Weniger punktuell ansetzende Einzelmaßnahmen, als vielmehr „komplexe Mehrfachinterventionen“ [Schrappe 2018] seien geeignet, um nachweisbare Verbesserungen im Bereich Patientensicherheit herbeizuführen. Maßnahmenbündel, die Schwachstellen aus unterschiedlichen Perspektiven bearbeiten, seien zielführend. Erfolgversprechend ist es, diese miteinander korrespondierenden Maßnahmen („Bündel“) in den Versorgungsalltag einzuführen und umzusetzen.

Eine wichtige Bedeutung für eine sicherere gesundheitliche Versorgung kommt auch der Digitalisierung zu. Insbesondere im Hinblick auf die spezifischen Chancen und Risiken für die Patientensicherheit – zu nennen sind hier auch Fragen des Persönlichkeitsrechts, Datenschutzes und der Datensicherheit – ist diese Entwicklung kritisch und zugleich konstruktiv zu begleiten.

Gleichzeitig sind valide Daten ein weiteres wichtiges Element für ein lernendes Gesundheitssystem, in dem Patientensicherheit verbessert wird. Eine Vernetzung der Akteure bietet die Chance, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, Patientinnen und Patienten Informationen zur Verfügung zu stellen und die Entscheidungsgrundlage für medizinisches und therapeutisches Handeln zu erweitern.

Entscheidende Grundlage für eine sichere Patientenversorgung ist die Vorhaltung von ausreichend viel und qualifiziertem Personal. Ohne eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung über alle Berufsgruppen kann eine sichere Patientenversorgung nicht gewährleistet werden.

Patientensicherheit ist als gemeinschaftliche Aufgabe aller Akteure und Einrichtungen in der Gesundheitsversorgung und als Prozess zu sehen, der das kontinuierliche Lernen auf der individuellen und auf der Organisationsebene erfordert. Grundlegend ist hierfür eine entsprechende Handlungskompetenz der beteiligten Personen. Zudem müssen die Rahmenbedingungen der

Versorgung (u. a. adäquate Ressourcen bezogen auf Ausstattung, Zeit, Personal) sicheres Handeln auch ermöglichen. Flankierend dazu sind zu verankernde Grundüberzeugungen, die der Sicherheit und Fehlerprävention einen zentralen Stellenwert einräumen, notwendig.

Der Anspruch auf eine sichere Gesundheitsversorgung ergibt sich aus dem Grundgesetz, dem Zivilrecht, dem Strafrecht und den Pflichten von Leistungserbringern u. a. gem. SGB V (Krankenversicherung) und SGB XI (Pflegeversicherung). Der Gesetzgeber hat von einer allgemeinen gesetzlichen Definition – wie bei vielen unbestimmten Rechtsbegriffen – abgesehen. Konstitutionelle oder organisatorische Pflichten zur Bereitstellung einer möglichst weitreichenden Fehlerfreiheit in der gesundheitlichen Versorgung lassen sich aus der grundgesetzlichen Werteordnung, die sich hinsichtlich der Patientensicherheit insbesondere in der Garantie der Menschenwürde (Art. 1 GG) und dem Anspruch auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) ausdrückt, ableiten und sind ausdrücklich als Recht auf Patientensicherheit von der Rechtsprechung anerkannt. Sie bestehen aber nicht als im Grundgesetz ausformuliertes soziales Grundrecht. Patientensicherheit ist als Hauptleistungspflicht, zumindest als vertragliche Nebenpflicht, des Behandlungsvertrages (§ 630a BGB) Bestandteil einer Behandlung nach den im Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards (vgl. § 630a Abs. 2 BGB). Genauso haben die Qualität und Wirksamkeit der im dritten Kapitel des SGB V genannten Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen (insoweit analog zu den Verbraucherschutzregelungen im BGB) und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 SGB V). Diese Anforderungen schließen nach ständiger Rechtsprechung die Patientensicherheit mit ein, zu deren Einhaltung eine Vielzahl von Vorschriften dienen. Insbesondere die gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung (§ 135a ff. SGB V) und die diesbezüglichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses adressieren

Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit inkl. der Berichterstattung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (§ 136b Abs. 6 SGB V). Im siebzehnten Abschnitt des StGB sind als Schutz vor Körperverletzungen die Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit normiert. Der Schutz vor körperlicher Misshandlung oder vor Schädigung der Gesundheit (§ 223 StGB) im Behandlungskontext dient der Patientensicherheit.

Der Deutsche Ethikrat forderte am 05.04.2016, das Patientenwohl als ethischen Maßstab für das Krankenhaus zu verankern. Danach bestimmen drei Kriterien das Patientenwohl: eine die Selbstbestimmung ermöglichende Sorge für den Patienten, die gute

Behandlungsqualität sowie die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit. Vorgeschlagen wird: Zur Vermeidung unnötiger Eingriffe und Prozeduren sollten Vergütungsmodelle entwickelt und geprüft werden, in denen auch begründete Unterlassungen etwaiger Maßnahmen ihren Niederschlag finden. Zudem sollten qualitätssichernde Strukturen ausgebaut werden, indem Programme zur Errichtung multidisziplinärer Zentren gefördert werden, die sich an bestimmten Krankheitsbildern orientieren [Deutscher Ethikrat, 2016, S. 132 f.]. Diese Überlegungen tragen dem Schutzgedanken der Patientensicherheit Rechnung und können so – soweit sektorbezogen geeignet – für alle Gesundheits- und Versorgungsbereiche gelten.



# Nationales Gesundheitsziel

## Patientensicherheit

### Ziele, Teilziele und Maßnahmen zur Zielerreichung

Das nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit konzentriert sich auf die beiden Ziele Patientensicherheitskultur und Patientensicherheitskompetenz.

#### Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.

<b>Teilziel 1.1</b>	Patientensicherheitskultur ist das Fundament für eine sichere Patientenversorgung. Patientensicherheitskultur wird von den Beschäftigten und Einrichtungen im Gesundheitswesen gelebt.
<b>Teilziel 1.2</b>	Patientensicherheitskultur ist in das Gesundheitssystem sowie in das gesellschaftliche System eingebettet. Die Rahmenbedingungen für Patientensicherheitskultur werden kontinuierlich verbessert.
<b>Teilziel 1.3</b>	Patientensicherheitskultur wird kontinuierlich weiterentwickelt und evaluiert. Instrumente zur Stärkung der Patientensicherheitskultur werden in allen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt. Die Erkenntnisse der Evaluation werden für die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheitskultur genutzt.
<b>Teilziel 1.4</b>	Lern- und Feedbackkultur ist im Gesundheitswesen verankert. Das Prinzip der lernenden Organisation wird im Gesundheitswesen gelebt.
<b>Teilziel 1.5</b>	Patientinnen und Patienten tragen aktiv zur Patientensicherheit bei. Sie und ihre Angehörigen sind informiert und werden ermutigt, sich aktiv einzubringen und nachzufragen.
<b>Teilziel 1.6</b>	Kooperation ist ein integraler Baustein von Patientensicherheitskultur. Dazu gehört auch, dass sich die Kommunikation und Informationsübermittlung in den Einrichtungen im Gesundheitswesen sowohl intern als auch extern und ggf. sektorenübergreifend, zuallererst an der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und an der Prävention von fehlerhaften Prozessen ausrichtet.

#### Ziel 2: Die Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.

<b>Teilziel 2.1</b>	Eine gute Gesundheitskompetenz, einschließlich Patientensicherheitskompetenz, ist in der Bevölkerung verbreitet. Wissen über Patientenrechte und gute Gesundheitsinformationen (einschließlich Patientensicherheit) ist einfach zugänglich.
<b>Teilziel 2.2</b>	Alle Bevölkerungsgruppen werden in geeigneter Form angesprochen. Vulnerable Patientengruppen werden besonders berücksichtigt. Spezielle Risiken verschiedener Bevölkerungsgruppen sind bekannt.
<b>Teilziel 2.3</b>	Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen beteiligen sich aktiv an der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheitskompetenz. Notwendige Unterstützung ist vorhanden.
<b>Teilziel 2.4</b>	Der Erwerb der Patientensicherheitskompetenz wird in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Beschäftigten im Gesundheitswesen gewährleistet. Die Gesundheitseinrichtungen fördern die Vermittlung von Patientensicherheitskompetenz.
<b>Teilziel 2.5</b>	Patientinnen und Patienten kennen die Möglichkeiten, um Anregungen, Rückmeldungen und Beschwerden zu äußern. Diese Meldungen sind einfach und barrierefrei möglich und werden von den Beschäftigten im Gesundheitswesen unterstützt.
<b>Teilziel 2.6</b>	Kritische Ereignisse werden ernst genommen und ausgewertet. Aus Fehlern wird gelernt. Erkenntnisse werden für Verbesserungen der Patientensicherheit im Gesundheitswesen genutzt.

# Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.

Sicherheitskultur bezeichnet die Art und Weise, wie ein Team, eine Abteilung, eine Organisation oder ein System mit sicherheitsrelevanten Fragen umgeht. Ganz allgemein formuliert bedeutet „Kultur“ das gemeinsame Grundverständnis einer Gruppe darüber, welches Verhalten erwünscht, als positiv und als zielführend erachtet wird [Pfaff 2009]. In diesem Sinne beschreibt Sicherheitskultur in der Patientenversorgung „die Art und Weise, wie Sicherheit im Rahmen der Patientenversorgung organisiert wird, und spiegelt damit die Einstellungen, Überzeugungen, Wahrnehmungen, Werte und Verhaltensweisen der Führungskräfte und Mitarbeitenden in Bezug auf die Sicherheit von Patienten, Mitarbeitenden und der Organisation wider“ [APS 2016].

Kennzeichnend für Sicherheitskultur ist die Systemperspektive: Sowohl personenbezogene als auch struktur- und prozessbezogene Faktoren werden unter sicherheitsrelevanten Gesichtspunkten betrachtet. Eine am Wohl der Patientinnen und Patienten orientierte, entsprechend berufs- und fachgruppen-, hierarchiestufen-, abteilungs-, einrichtungs- und soweit erforderlich sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist essenziell für die Patientensicherheit und die Patientensicherheitskultur.

Für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten, etwa die Minimierung unerwünschter Ereignisse, ist es von grundlegender Bedeutung, dass alle Beteiligten in der Patientenversorgung eine durch die Führungskräfte klar vermittelte Patientensicherheitskultur leben und praktizieren. Die Entwicklung und Stärkung von Patientensicherheitskultur unterliegen einem komplexen Lernprozess, über den sich im Zeitverlauf gemeinsame Grundhaltungen und entsprechende Verhaltensmuster herausbilden können.

Konkret geht es bei der Patientensicherheitskultur um Einstellungen und Handlungen, die sich auf die nachhaltige Prävention von Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen fokussieren. Zentrale Voraussetzung hierfür ist eine ganzheitliche, auf Ursachenanalyse und das Lernen aus Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen geprägte, Herangehensweise. Der Blick richtet sich dabei auf

- Schwachstellen in der Organisation der Patientenversorgung,
- Ursachen von Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen und
- auf die Verbesserung der Prozesse und Abläufe.

Dafür ist es wichtig, die Perspektiven aller Beteiligten einzubeziehen, die direkt und indirekt mit der gesundheitlichen Versorgung befasst sind. Der gesamte Prozess der Zusammenarbeit aller Beteiligten wird über unterschiedliche Versorgungssettings und Schnittstellen hinweg betrachtet.

Die Betonung der Ursachenanalyse zielt darauf ab, dass Faktoren, die zu Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen geführt haben, identifiziert werden. Ursachenanalyse kann aber auch bedeuten, dass Abläufe, die – trotz Risikobehaftung – besonders gut bewältigt wurden, auf ihre Erfolgsfaktoren hin analysiert und auch diese Erkenntnisse aktiv für Verbesserungs- und Lernprozesse genutzt werden. In diesem Sinne ist Patientensicherheitskultur geprägt von einer offenen Auseinandersetzung mit Schwachstellen und Fehlern sowie kritischen und unerwünschten

ten Ereignissen, aber auch mit Praktiken, die sich als besonders gut erwiesen haben („good practice“).

Patientensicherheitskultur ist eng verknüpft mit einer Führungskultur, die die Verbesserung der Patientenversorgung in den Mittelpunkt stellt und das Lernen aus positiven und negativen Ereignissen als klares Ziel für alle Mitarbeitende benennt und wertschätzt. Patientensicherheitskultur ist Lernkultur.

Aus der Patientensicherheitsforschung ist bekannt, dass ein Großteil der kritischen und unerwünschten Ereignisse auf fehlerhafte Prozesse und Abläufe zurückzuführen ist und nicht auf das (schuldhaft) Versagen von Einzelnen [Reason 1991]. Es reicht also nicht aus, wenn Lernprozesse auf individueller Ebene stattfinden (Aus-, Fort-, Weiterbildung), vielmehr müssen sich auch die Einrichtungen im Gesundheitswesen als „lernende Organisationen“ begreifen.

Eine lernende Organisation ist in der Lage, bei Bedarf gängige Denkmuster zu durchbrechen und sich von geübten Routinen mit dem Ziel der Verbesserung von Prozessen zu lösen. Das Selbstverständnis als „lernende Organisation“ adressiert die Aspekte:

- eine Kultur der Veränderungsbereitschaft,
- eine Führung, die die Kultur der Veränderungsbereitschaft vorlebt und Verbesserungen vorantreibt,

- Anreize, die Veränderungen unterstützen,
- kontinuierliche Lernimpulse sowie
- wertschätzendes Feedback für die an den Prozessen Beteiligten.

Patientensicherheitskultur bzw. Lernkultur bedeutet, dass Prozesse des Lernens auf der individuellen, der organisationalen und der Systemebene – Mikro-, Meso- und Makroebene – stattfinden und miteinander korrespondieren.

Der zentrale Einfluss der Patientensicherheitskultur in der Patientenversorgung, einschließlich der Pflege, ist in zahlreichen Studien untersucht [Di Cuccio 2015]: So zeigt eine Studie von Braithwaite und Kollegen, die 62 relevante Studien einschloss, eine konsistente Assoziation zwischen positiver Kultur am Arbeitsplatz und positiven patientenrelevanten Outcomes [Braithwaite 2017]. Welp und Kollegen konnten in einer longitudinalen Befragung an 2100 Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten von 55 Intensivstationen über einen Zeitraum von 3 Monaten einen Zusammenhang zwischen der Qualität des Teamworks und des aus Sicht der Befragten vorherrschenden Sicherheitsniveaus darlegen [Welp 2016].

## Teilziel 1.1

### Patientensicherheitskultur ist das Fundament für eine sichere Patientenversorgung. Patientensicherheitskultur wird von den Beschäftigten und Einrichtungen im Gesundheitswesen gelebt.

Die Förderung der Patientensicherheitskultur ist eine Führungsaufgabe. Ob und wie sich eine solche Kultur in Einrichtungen entwickelt, hängt maßgeblich davon ab, wie Führungsverantwortliche mit Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen umgehen. Sie wird gestärkt, wenn Verhaltensweisen, die zur Fehlerbewältigung, -reduktion und -prävention führen, vorgelebt, ausdrücklich erwünscht und anerkannt werden. Dadurch entsteht eine Sensibilisierung für sicherheitsrelevante Aspekte und für Risikoprävention in der Patientenversorgung. Patientensicherheitskultur als wichtiger Teil der Organisationskultur in Gesundheitseinrichtungen sollte sichtbar gemacht werden, um zu einer proaktiven Beteiligung an einer sicheren Versorgung zu motivieren. Zentraler Bestandteil von Patientensicherheitskultur ist zum einen eine sanktionsfreie Kommunikation über Sicherheitsrisiken und Fehlerpotenziale über Berufsgruppen, Fachdisziplinen und Hierarchiestufen hinweg. Zum anderen ist die Bereitschaft aus Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen zu lernen, um sie zukünftig zu vermeiden (Lernkultur) ebenfalls elementar für die Patientensicherheitskultur.

#### Handlungsempfehlungen und Maßnahmen:

##### Patientensicherheitskultur als Führungsaufgabe wahrnehmen

- Führungskräfte nehmen ihre Vorbildfunktion aktiv wahr.
- Patientensicherheit wird als zentraler Wert in den Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens etabliert.
- Die Patientensicherheitskultur wird in einem partizipativen Prozess entwickelt.
- Die erforderlichen Ressourcen für die Gewährleistung und Förderung der Patientensicherheit werden bereitgestellt.

- Ein offener, sanktionsfreier Austausch über sicherheitsrelevante Aspekte (Risiken und Chancen) in der Versorgung wird gefördert und kann eingefordert werden. Die Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit wird vorangetrieben.
- Im Falle eines unerwünschten Ereignisses werden sowohl Fürsorgepflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten („first victim“) als auch die Verantwortung gegenüber den Mitarbeitenden wahrgenommen („second victim“).
- Ein einrichtungsspezifischer Umgang mit potenziellen Risiken und unerwünschten Ereignissen ist als Bestandteil des Risiko- und Fehlermanagements festgelegt. Die Patientensicherheitskultur wird regelmäßig evaluiert, jeweils bezogen auf die eigene Einrichtung entsprechend weiterentwickelt sowie der Umgang mit potenziellen Risiken und unerwünschten Ereignissen bei Bedarf angepasst.

##### Lernkultur stärken

- Vorausschauendes, fehlerpräventives Handeln wird gefördert, die Grundhaltung „Jeder Fehler ist ein Schatz“ wird vorgelebt und vermittelt.
- Kompetenz im Bereich Patientensicherheit erfährt Wertschätzung und wird ausgebaut (beispielsweise durch Erfahrungsaustausch, Mentoring oder Fortbildung).
- Wissen über Patientensicherheit wird in der Organisation so verankert, dass es aktiv genutzt und umgesetzt werden kann.
- Ursachenanalysen werden unter Berücksichtigung der Perspektive aller Beteiligten, multiprofessionell und unter Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durchgeführt.



- Die Möglichkeit zur Teilnahme an Berichts- und Lernsystemen wird sichergestellt. Deren Auswertung wird systematisch betrieben und in das Risikomanagement eingespeist.

**Kommunikation über Risiken und Chancen für die Patientensicherheit aktiv fördern (Feedbackkultur)**

- Die Bedeutung von sanktionsfreier Kommunikation über Fehler sowie kritische und unerwünschte Ereignisse für die Fehlerprävention wird herausgestellt und umgesetzt.
- Die Kommunikationskompetenz aller Beteiligten wird gestärkt (durch Schulungen, Trainings etc.).
- Strukturen und Routinen für eine offene, lösungsorientierte und sanktionsfreie Kommunikation sind etabliert (über Hierarchiestufen, Berufsgruppen und Fachdisziplinen hinweg). Der Austausch z. B. in Teambesprechungen, Supervision oder „Peer to Peer“ wird gestärkt.



## Teilziel 1.2

### Patientensicherheitskultur ist in das Gesundheitssystem sowie in das gesellschaftliche System eingebettet. Die Rahmenbedingungen für Patientensicherheitskultur werden kontinuierlich verbessert.

Patientensicherheit und damit auch die Patientensicherheitskultur, wird auf allen Ebenen – im individuellen Versorgungsverhältnis, in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, im Gesundheitssystem und gesamtgesellschaftlich – von politischen, rechtlichen, strukturellen, psychologischen und sozialen Rahmenbedingungen geprägt.

Ausschlaggebend sind dabei unter anderem

- die Arbeitsstrukturen und -bedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen,
- das System der Kooperation und Einbeziehung der Perspektiven aller Beteiligten im Versorgungsprozess,
- der Stand der Forschung und Erkenntnisse zur Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sowie
- die Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen und das korrespondierende Selbstverständnis der Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Der Leitsatz „primum nihil nocere – zuerst einmal nicht schaden“ gilt seit jeher als oberstes Gebot ärztlichen Handelns und entspricht dem Selbstverständnis aller Gesundheitsberufe. So gibt u. a. die ärztliche Berufsordnung vor, dass Ärztinnen und Ärzte ihr Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten haben [vgl. § 2 Abs. 2 der MBO-Ä]. Die Qualität und die Sicherheit der Patientenversorgung stehen im Zentrum der ärztlichen Berufsausübung [Bundesärzteordnung 2019], der Ethikkodex für Pflegende verpflichtet zur Wahrung der Menschenrechte und damit auch zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten [ICN 2021].

#### Auswirkungen von Förder- und Anreizsystemen

Förder- und Anreizsysteme im Gesundheitswesen haben Auswirkungen auf den Zugang, den Umfang und die Qualität der Patientenversorgung und somit auch auf die Patientensicherheit. Sie können Patientensicherheit gefährden, aber auch begünstigen. Da, wo sie falsche Anreize setzen und damit die Patientensicherheit gefährden, müssen sie kritisch hinterfragt und ggf. verändert werden.

#### Arbeitsstrukturen und -bedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen

Unter Arbeitsstruktur wird das jeweilige Gefüge arbeitsteiliger Tätigkeiten verstanden, unter Arbeitsbedingungen die tatsächlichen Umstände und die konkrete Arbeitsorganisation am jeweiligen Arbeitsplatz. Internationale Studien zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen zunehmender Arbeitsverdichtung, vermehrter beruflicher Belastung von Beschäftigten und mangelhafter Kommunikation sowie ineffektiver Zusammenarbeit und sicherheitsrelevanten Outcomes der gesundheitlichen Versorgung [Aiken 2011, Welp 2016, Arimura 2010, Van Bogaert 2014].



### **System der Kooperation und Einbeziehung der Perspektiven aller Beteiligten im Versorgungsprozess**

Dieser Aspekt umfasst zwei Komponenten:

Zunächst einmal findet die Patientenversorgung nicht allein in einer bestimmten Einrichtung des Gesundheitswesens statt, sondern ist häufig gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Schnittstellen. Dies betrifft nicht nur multimorbide Patientinnen und Patienten. An der gesundheitlichen Versorgung einer Person sind nicht selten unterschiedliche Akteure und Einrichtungen beteiligt. Dazu gehören u. a. Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, professionell Pflegende, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Apothekerinnen und Apotheker, Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter etc. In dieser Versorgungskette bedarf es einer gelungenen Abstimmung zwischen den Beteiligten, die insbesondere die Sicherheit der Patientinnen und Patienten im Blick hat.

Der zweite Aspekt betrifft die Einbeziehung der Perspektiven aller Beteiligten im Versorgungsprozess, inklusive der Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Dies spiegelt sich auch in der internationalen Diskussion unter den Stichworten PROMs („patient reported outcome measures“ = von Patienten berichtete Ergebnisse) und PREMs („patient reported experience measures“ = von Patienten berichtete Erfahrungen) wider [Weldring 2013].

### **Forschung und Entwicklung**

National wie international liegen zunehmend wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Einflussfaktoren und Mechanismen einer sicheren Patientenversorgung vor. Diese Erkenntnisse liefern die Grundlage für effektive Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und zur Stärkung der Patientensicherheitskultur. Gleiches gilt für gezielte Forschungsarbeiten zu Implementierungsgrundsätzen („implementation science“)[Reason 1991, Berwick 2010, Weick/Sutcliffe 2007, Stetler 2011].

### **Handlungsempfehlungen und Maßnahmen: Politischer, gesellschaftlicher und rechtlicher Rahmen**

- Die für die Gesundheitspolitik und -versorgung Verantwortlichen sowohl auf nationaler und regionaler als auch auf internationaler Ebene berücksichtigen das Thema Patientensicherheit bei ihren strategischen Entscheidungen und Maßnahmen (Patientensicherheit als Teil von „Health in All Policies“).
- Die Beteiligung und Mitsprache von Patientinnen und Patienten, unterstützt durch die Patientenvertretungen, werden als elementarer Beitrag zur Stärkung der Patientensicherheit verstanden.
- Patientensicherheit wird Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe.

### **Förder- und Anreizsysteme im Gesundheitssystem**

- Die Steuerung und die Finanzierung der Versorgung müssen auf ihre Wirkung auf die Patientensicherheit analysiert werden und so ausgerichtet sein, dass Patientensicherheit gefördert wird.

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Struktur- und Kapazitätsplanung in der Versorgung werden den Anforderungen an eine sichere Patientenversorgung entsprechend angepasst.
- Monetäre Anreize und ökonomische Wirkungen, die sich nicht am Patientenwohl orientieren oder die Patientensicherheit gefährden, sind zu korrigieren.

#### **Arbeitsstrukturen und -bedingungen**

- Arbeitsabläufe der gesundheitlichen Versorgung werden am Patientenwohl und an der Patientensicherheit ausgerichtet.
- Kooperative Führungsstrukturen tragen zur Förderung der Patientensicherheit bei.
- Die Expertise aller Beschäftigten im Gesundheitswesen wird als Ressource für Patientensicherheit wertgeschätzt und aktiv genutzt.
- Die Belastungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen werden erkannt. Überlastungen werden behoben.
- Der Ressourceneinsatz wird so geplant und realisiert, dass sicheres Handeln und Engagement für Patientensicherheit möglich sind. Dies betrifft insbesondere den Einsatz patienten- und aufgabengerechter personeller Ressourcen, die eine sichere Patientenversorgung überhaupt erst ermöglichen.
- Sicherheitsförderliche Arbeitsbedingungen werden geschaffen, indem Arbeitsprozesse, Arbeitsplatzgestaltung sowie Kommunikationsprozesse (z. B. Teambesprechungen, Supervision, „Peer to Peer“ oder Debriefing) an „Human Factors“-Prinzipien orientiert, ermöglicht und gestaltet werden.

#### **System der Kooperation und Einbindung von Patientinnen und Patienten**

- Risiken an Schnittstellen im Versorgungsprozess (Übergaben, Sektorengrenzen etc.) werden analysiert und von allen am Prozess der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Krankenkassen etc.) bewältigt.
- Die Zusammenarbeit der Berufs- und Fachgruppen und die Möglichkeiten und die Bereitschaft zur patientenzentrierten Teamarbeit werden gefördert.
- Die Patientenperspektive wird bei QM-Maßnahmen (z. B. Beschwerdemanagement, Patientenbefragungen, etc.) eingebunden.
- Patientinnen und Patienten werden im Kontext ihrer gesundheitlichen Versorgung ermuntert, sicherheitsrelevante Bedenken zu äußern („patient empowerment“).
- Sicherheitsrelevantes Feedback von Patientenseite wird von den Beschäftigten im Gesundheitswesen aktiv eingefordert.

#### **Forschung und Entwicklung**

- Forschung zu Patientensicherheitskultur und zur Patientensicherheitskulturentwicklung sowie Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheitskultur werden vorangetrieben.
- Die Implementierung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit wird an wissenschaftlichen Grundsätzen ausgerichtet und kritisch reflektiert.

### Teilziel 1.3

#### **Patientensicherheitskultur wird kontinuierlich weiterentwickelt und evaluiert. Instrumente zur Stärkung der Patientensicherheitskultur werden in allen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt. Die Erkenntnisse der Evaluation werden für die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheitskultur genutzt.**

Die Evaluation von Patientensicherheitskultur ist kein Selbstzweck. Studien belegen zunehmend den Zusammenhang zwischen Patientensicherheitskultur und relevanten Outcomes der Patientenversorgung [Braithwaite 2017, Welp 2016]. Weitere Forschung, insbesondere hinsichtlich wirksamer Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheitskultur, kann maßgeblich zur evidenzbasierten Kulturentwicklung beitragen.

Die Evaluation der Patientensicherheitskultur ist ein Schlüsselfaktor für die Weiterentwicklung und Stärkung der Patientensicherheitskultur in ambulanten und stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Zum Einsatz kommen sollten möglichst validierte Messinstrumente (Befragungen) [vgl. ACSQHC 2021, Manser 2016] und qualitative Erhebungsverfahren. Die systematische Messung von Patientensicherheitskultur ist in anderen Ländern bereits umgesetzt [ACSQHC 2017], während sie in Deutschland noch wenig verbreitet ist.

Weiterhin gilt, dass die Messung von Patientensicherheitskultur an sich zwar keine gezielten Entwicklungsimpulse setzt, aber zu einer Sensibilisierung der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Führungskräfte in Bezug auf relevante Aspekte der Patientensicherheit beitragen kann. Gleiches gilt für die Rückkopplung der Ergebnisse an die Beschäftigten im Gesundheitswesen: Sie schafft Transparenz, einen Abgleich von Perspektiven und damit einen Einstieg in die für eine Weiterentwicklung der Patientensicherheitskultur erforderlichen Reflexionsprozesse.

#### **Handlungsempfehlungen und Maßnahmen: Monitoring und Patientensicherheitskultur**

- Alle Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen sind für die Bedeutung von Patientensicherheitskultur sensibilisiert.
- Für unterschiedliche Settings werden möglichst validierte Befragungsinstrumente regelmäßig genutzt und (weiter-) entwickelt.
- Die Patientenperspektive wird bei der Evaluation der Patientensicherheitskultur explizit einbezogen.
- Es wird Transparenz über die Ergebnisse geschaffen. Die Ergebnisse werden im Diskurs mit Beteiligten (auch mit Patientinnen und Patienten) bewertet.
- Abgeleitet aus den Ergebnissen dieses Prozesses werden im jeweiligen Kontext adäquate Maßnahmen entworfen und umgesetzt.
- Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zur Kulturentwicklung sowie deren Zusammenhang mit einer Förderung der Patientensicherheit wird durch Forschungsergebnisse belegt bzw. untermauert.

## Teilziel 1.4

### Lern- und Feedbackkultur ist im Gesundheitswesen verankert.

### Das Prinzip der lernenden Organisation wird im Gesundheitswesen gelebt.

Lernende Organisationen sind in der Lage, sich von Ansichten, geübten Prozessen und Arbeitsabläufen zu lösen und traditionelle Hierarchien aufzubrechen. Zudem verfügen die Beschäftigten über die Fähigkeit, gängige Denkmuster herauszufordern, zugunsten einer besseren (Patienten-) Versorgung.

Lernprozesse finden nicht nur im individuellen Versorgungsprozess des Gesundheitswesens statt, sondern auch auf der Organisations- und Systemebene. Aus der Patientensicherheitsforschung wissen wir, dass ein Großteil der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse auf fehleranfällige Prozesse und Abläufe zurückzuführen ist, und nicht auf das Versagen von Einzelnen [Reason 1991]. Das individuelle Lernen muss mit Lernmechanismen auf der organisationalen und Systemebene verknüpft werden, um Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit wirksam zu etablieren.

In einer lernenden Organisation führen das Hinterfragen von Abläufen oder Handlungen innerhalb des Versorgungsprozesses, das Äußern von Sicherheitsbedenken und das Melden von Fehlern sowie kritischen oder unerwünschten Ereignissen oder Risiken nicht zu Sanktionen. Im Gegenteil: Eine Haltung, die sich aufmerksam auf Prävention von Fehlern sowie kritische oder unerwünschte Ereignisse oder Risiken richtet, wird als Chance angesehen, zum einen die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern und Schaden von ihnen abzuwenden, und zum anderen auch Aufwände und Schaden bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen und den Organisationen zu vermeiden und so auch die Kosten der Gesundheitsversorgung zu senken. Gelebte Patientensicherheitskultur ist somit eine Win-Win-Win-Situation.

#### Handlungsempfehlungen und Maßnahmen:

##### Lernkultur verankern und stärken

- In den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird eine Kultur der Veränderungsbereitschaft, mit dem Ziel, die Patientenversorgung kontinuierlich sicherer zu gestalten, aktiv gefördert.
- Die Entwicklung und Stärkung der Patientensicherheitskultur wird partizipativ gestaltet und bezieht alle am Versorgungsprozess Beteiligten mit ein.
- In den Einrichtungen des Gesundheitswesens werden Risiken und Fehler nicht tabuisiert.
- Risiken und Fehler sowie kritische und unerwünschte Ereignisse, werden lösungsorientiert thematisiert und aufgearbeitet, Präventionsstrategien entwickelt und entsprechende Maßnahmen umgesetzt. Ziel ist, aus ihnen zu lernen und sie in Zukunft zu vermeiden oder zumindest zu minimieren.
- Berichts- und Lernsysteme werden genutzt und als Chance verstanden.
- Vorausschauendes Handeln wird gefördert. Sowohl retrospektive als auch prospektive systematische Untersuchungen von Schwachstellen und deren Analyse werden als Potenziale zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.
- Abläufe, die trotz hoher immanenter Risiken gut bewältigt wurden, werden auf ihre Erfolgsfaktoren hin untersucht und die daraus gewonnenen Erkenntnisse für weitere Verbesserungsprozesse genutzt.

- Eingeführte Fehlerpräventionsmaßnahmen werden auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert und anhand der gewonnenen Erkenntnisse fortentwickelt.
- Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten werden wertgeschätzt und aktiv eingefordert.
- Erkenntnisse werden mit Blick auf ihr Lernpotenzial für andere (über den eigenen Arbeitsbereich und die eigene Organisation hinaus) zur Verfügung gestellt.
- Rückmeldungen, etwa zu Sicherheitsbedenken und kritischen Ereignissen werden als Lernimpulse genutzt und gefördert. Sie werden nicht sanktioniert.
- Wissen und Handlungsmöglichkeiten über Patientensicherheit werden nachhaltig verankert.
- Berichts- und Lernsysteme werden zur Verfügung gestellt und ihre Anwendung wird positiv bestärkt.

#### **Förderung der Lernkultur als Führungsaufgabe**

- Die Führung lebt als Vorbild die Kultur der Veränderungsbereitschaft vor und fördert die kontinuierliche Verbesserung auf allen Ebenen.
- Schulungen für alle Beteiligten – speziell für Führungskräfte – werden ermöglicht und gefördert.



## Teilziel 1.5

### Patientinnen und Patienten tragen aktiv zur Patientensicherheit bei. Sie und ihre Angehörigen sind informiert und werden ermutigt, sich aktiv einzubringen und nachzufragen.

Erfahrungen von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen aktiv einzufordern, ihnen offen und wertschätzend gegenüberzutreten, sind Handlungsfragen, die Bestandteil von Patientensicherheitskultur sind. Dabei ist die Einbindung von Betroffenen in Fragen ihrer eigenen Sicherheit nicht nur ethisch-moralisch geboten, sondern auch im Sinne der Patientensicherheit zielführend und sinnvoll. Die Beobachtungen von Patientinnen und Patienten sind wertvolle Informationsquellen, wenn es darum geht, Verbesserungspotenziale im Prozess der gesundheitlichen Versorgung zu identifizieren. Denn Patientinnen und Patienten berichten von Ereignissen, die sich auf sicherheitsrelevante kommunikative und interaktive Aspekte der gesundheitlichen Versorgung beziehen [WHO 2021]. Es lässt sich also sagen: Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen können einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit leisten, weil sie diejenigen sind, die den gesamten Prozess der gesundheitlichen Versorgung durchlaufen.

#### Handlungsempfehlungen und Maßnahmen:

##### Patientensicherheitskultur stärken – Rückmeldungen sinnvoll nutzen

- Die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen als Potenzial zur Fehlervermeidung wird gefördert, z. B. auch durch institutionelle Beteiligung.

- Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten zur Verbesserung der Patientensicherheit werden als Bestandteil der Patientensicherheitskultur verstanden und genutzt. Sie werden als erwünscht angesehen und in den Arbeitsalltag integriert.
- Patientinnen und Patienten erhalten, soweit möglich, ein Feedback zu den Ergebnissen ihrer Rückmeldungen und Anregungen.

#### Ermutigung und Empowerment

- Patientinnen und Patienten werden informiert und sensibilisiert, auf sicherheitsrelevante Aspekte der Versorgung zu achten. Es werden ihnen Möglichkeiten an die Hand gegeben, ihre Wahrnehmung entsprechend zu kommunizieren.
- Informationsangebote (einrichtungsbezogene Wegweiser), die zur Partizipation ermutigen und befähigen („Sagen Sie uns, wenn Ihnen etwas auffällt, fragen Sie uns“) werden ausgebaut.
- Es bestehen Angebote an Informationen für unterschiedliche vulnerable Patientengruppen.
- Mit Rückmeldungen wird wertschätzend umgegangen. Sie werden ausdrücklich begrüßt.



## Teilziel 1.6

**Kooperation ist ein integraler Baustein von Patientensicherheitskultur. Dazu gehört auch, dass sich die Kommunikation und Informationsübermittlung in den Einrichtungen im Gesundheitswesen sowohl intern als auch extern und ggf. sektorenübergreifend, zuallererst an der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und an der Prävention von fehlerhaften Prozessen ausrichtet.**

Patientensicherheitskultur zeigt sich unter anderem in der Zusammenarbeit der Beteiligten und geht über Sektoren-, Einrichtungs- oder Fach-, Berufsgruppen- und Hierarchiegrenzen hinaus. Im Gesundheitswesen ist die Schaffung von explizit am Patientenwohl orientierten Kooperations- und Kommunikationsroutinen essenziell. Kommunikationsdefizite und Übermittlungsfehler sind eine häufige Ursache für unerwünschte Ereignisse [Hannawa/Jonitz 2012]. Eine starke Patientensicherheitskultur basiert auf der Bereitschaft aller Beteiligten – Patientinnen, Patienten und Angehörige eingeschlossen – aufmerksam zu sein und sich aktiv einzubringen. Dazu ist ein wertschätzender und angstfreier Austausch über risikobehaftete Situationen oder Handlungen, über Unsicherheiten, Beinahe-Schäden, aber auch über gelungene Arbeitsabläufe zentral für die sichere Gestaltung der Patientenversorgung.

### Handlungsempfehlungen und Maßnahmen:

#### Zusammenarbeit allgemein

- Die Zusammenarbeit der Berufs- und Fachgruppen und unterschiedlicher Hierarchieebenen wird gestärkt (z. B. regelmäßige Teambesprechungen etc.). Barrieren, die die Zusammenarbeit erschweren, werden abgebaut und die Möglichkeiten zur patientenzentrierten Teamarbeit durch geeignete Maßnahmen gefördert.
  - Transparente und klare Information bzgl. Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilung werden als zentrale Aspekte für Handlungs- und Patientensicherheit erachtet.
  - Standards für technische Wege und Lösungen zur Informationsübermittlung und Kommunikation sind definiert und werden angewendet. Digitalisierung bietet Chancen und Risiken. Beim Einsatz digitaler Medien gilt es, die Risiken, den Nutzen sowie die Patientenpräferenzen zu bewerten. Darüber hinaus bieten Digitalisierungsprozesse die Chance, Abläufe zu hinterfragen und nutzenorientierter zu gestalten.
- Patientensicherheit steht im Zentrum bei der Kooperation, Informationsweitergabe und Kommunikation. Der entsprechende Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten sowie der weiteren an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten in Bezug auf die Patientensicherheit wird reflektiert und in das eigene Handeln einbezogen (z. B. bei Übergabe im Krankenhaus, Sektorenwechsel, Arzneimittelversorgung, Nachsorge, Angehörigengesprächen in Krisensituationen etc.).
  - Verbindliche Prozess- und Ablaufbeschreibungen sowie Checklisten werden einrichtungsintern erarbeitet. Es wird sichergestellt, dass diese für alle im Versorgungsprozess Verantwortlichen transparent und zugänglich sind.
  - Der Prozess der gesundheitlichen Versorgung wird schnittstellenübergreifend zeitlich, in seiner Abfolge und mit Verantwortlichkeiten definiert und umgesetzt.
  - Die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für eine zeitgerechte Übermittlung von Daten und weiteren Informationen werden ausgebaut, z. B. im Entlassmanagement.
  - Regelungen zur Zusammenarbeit (z. B. im Schnittstellenmanagement) werden ausgebaut und stehen zur aktiven Nutzung zur Verfügung.

#### Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens

- Routinen für Informationsweitergabe und -austausch werden etabliert (z. B. gemeinsame Visiten, inhaltlich strukturierte Übergeben).
- Der zentrale Stellenwert von Kommunikation ist erkannt, entsprechende Zeitfenster für Besprechungen/Kommunikation sind verbindlich eingeplant (z. B. regelmäßige Teambesprechungen, Fallbesprechungen, falls erforderlich Teamsupervision).
- Eine zielgerichtete, positive Feedbackkultur wird gefördert.

#### Zusammenarbeit an den Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung

- Das Versorgungs-, Aufnahme- und Entlassmanagement wird hinsichtlich patientensicherheitsrelevanter Aspekte konkretisiert.
- Die Kommunikationsinfrastruktur zwischen den Sektoren wird verbessert.
- Routinen für Informationsweitergabe und -austausch zwischen den an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (z. B. Angehörige, Patientinnen und Patienten und Beschäftigte im Gesundheitswesen) werden erarbeitet und bekannt gemacht.





# Ziel 1: Maßnahmentabellen zur Patientensicherheitskultur

**Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.**

Teilziel 1.1: Patientensicherheitskultur ist das Fundament für eine sichere Patientenversorgung. Patientensicherheitskultur wird von den Beschäftigten und Einrichtungen im Gesundheitswesen gelebt.

Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<b>Patientensicherheitskultur als Führungsaufgabe wahrnehmen (Leadership)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Führungskräfte nehmen ihre Vorbildfunktion aktiv wahr.</li> <li>• Patientensicherheit ist als zentraler Wert in den Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens etabliert.</li> <li>• Die Patientensicherheitskultur wird in einem partizipativen Prozess entwickelt.</li> <li>• Die erforderlichen Ressourcen für die Gewährleistung und Förderung der Patientensicherheit werden bereitgestellt.</li> <li>• Ein offener, sanktionsfreier Austausch über sicherheitsrelevante Aspekte (Risiken und Chancen) in der Versorgung wird gefördert und kann eingefordert werden. Die Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit wird vorangetrieben.</li> <li>• Im Falle eines unerwünschten Ereignisses werden sowohl Fürsorgepflichten gegenüber der Patientin und gegenüber dem Patienten („first victim“) als auch die Verantwortung gegenüber den Mitarbeitenden wahrgenommen („second victim“).</li> <li>• Ein einrichtungsspezifischer Umgang mit potenziellen Risiken und unerwünschten Ereignissen ist als Bestandteil des Risiko- und Fehlermanagements festgelegt. Die Patientensicherheitskultur wird regelmäßig evaluiert, jeweils bezogen auf die eigene Einrichtung entsprechend weiterentwickelt sowie der Umgang mit potenziellen Risiken und unerwünschten Ereignissen bei Bedarf angepasst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufsichtsbehörden mit Zuständigkeiten für Gesundheitseinrichtungen</li> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• Führungsgremien und Führungskräfte aller Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Institutionen der Mitbestimmung</li> <li>• Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe</li> <li>• Leitung der Einrichtungen der Leistungsträger</li> <li>• Leitung der Einrichtungen der Leistungserbringer</li> <li>• Leitung, Präsidium und Vorstand der Institutionen der Selbstverwaltung</li> <li>• Träger der Einrichtungen</li> </ul>

Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.		
Teilziel 1.1: Patientensicherheitskultur ist das Fundament für eine sichere Patientenversorgung. Patientensicherheitskultur wird von den Beschäftigten und Einrichtungen im Gesundheitswesen gelebt.		
Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<b>Lernkultur stärken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorausschauendes, fehlerpräventives Handeln wird gefördert, die Grundhaltung „Jeder Fehler ist ein Schatz“ wird vorgelebt und vermittelt.</li> <li>• Kompetenz im Bereich Patientensicherheit erfährt Wertschätzung und wird ausgebaut (beispielsweise durch Erfahrungsaustausch, Mentoring oder Fortbildung).</li> <li>• Wissen über Patientensicherheit wird in der Organisation so verankert, dass es aktiv genutzt und umgesetzt werden kann.</li> <li>• Ursachenanalysen werden unter Berücksichtigung der Perspektive aller Beteiligten multiprofessionell und unter Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durchgeführt.</li> <li>• Die Möglichkeit zur Teilnahme an Berichts- und Lernsystemen wird sichergestellt. Deren Auswertung wird systematisch betrieben und in das Risikomanagement eingespeist.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Beschwerdemanagement</li> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• GKV/PKV</li> <li>• Patientenbeauftragte</li> <li>• Patientenführsprecher</li> <li>• Patientensicherheitsbeauftragte</li> <li>• QM-Beauftragte</li> <li>• UPD Patientenberatung Deutschland</li> </ul>
<b>Kommunikation über Risiken und Chancen für die Patientensicherheit aktiv fördern (Feedbackkultur)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Bedeutung von sanktionsfreier Kommunikation über Fehler sowie kritische und unerwünschte Ereignisse für die Fehlerprävention wird herausgestellt und umgesetzt.</li> <li>• Die Kommunikationskompetenz aller Beteiligten wird gestärkt (Schulungen, Trainings etc.).</li> <li>• Strukturen und Routinen für eine offene, lösungsorientierte und sanktionsfreie Kommunikation sind etabliert (über Hierarchiestufen, Berufsgruppen und Fachdisziplinen hinweg). Der Austausch z. B. in Teambesprechungen, Supervision, „Peer to Peer“ wird gestärkt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BZgA</li> <li>• Führungsgremien und Führungskräfte aller Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens (GW) Träger der Einrichtungen</li> <li>• Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe</li> <li>• RKI</li> </ul>

Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.		
Teilziel 1.2: Patientensicherheitskultur ist in das Gesundheitssystem sowie in das gesellschaftliche System eingebettet. Die Rahmenbedingungen für Patientensicherheitskultur werden kontinuierlich verbessert.		
Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<b>Politischer, gesellschaftlicher und rechtlicher Rahmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die für Gesundheitspolitik und -versorgung Verantwortlichen sowohl auf nationaler und regionaler als auch auf internationaler Ebene berücksichtigen das Thema Patientensicherheit bei ihren strategischen Entscheidungen und Maßnahmen (Patientensicherheit als Teil von „Health in All Policies“).</li> <li>Die Beteiligung und Mitsprache von Patientinnen und Patienten, unterstützt durch die Patientenvertretungen, werden als elementarer Beitrag zur Stärkung der Patientensicherheit verstanden.</li> <li>Patientensicherheit wird Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akteure der Gesundheitsberichterstattung</li> <li>Bundes- und Landespolitik</li> <li>BZgA</li> <li>EU</li> <li>Institutionen der Selbstverwaltung und der Ständeververtretungen</li> <li>Landesvereinigungen bzw. Landeszentren für Gesundheit</li> <li>RKI</li> <li>WHO</li> </ul>
<b>Förder- und Anreizsysteme im Gesundheitssystem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Steuerung und die Finanzierung der Versorgung müssen auf ihre Wirkung auf die Patientensicherheit analysiert werden und so ausgerichtet sein, dass Patientensicherheit gefördert wird.</li> <li>Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Struktur- und Kapazitätsplanung in der Versorgung werden den Anforderungen an eine sichere Patientenversorgung angepasst.</li> <li>Monetäre Anreize und ökonomische Wirkungen, die sich nicht am Patientenwohl orientieren oder die Patientensicherheit gefährden, sind zu korrigieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bundes- und Landespolitik</li> <li>Institutionen der Selbstverwaltung mit Budget-Zuständigkeit</li> </ul>
<b>Arbeitsstrukturen und -bedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeitsabläufe der gesundheitlichen Versorgung werden am Patientenwohl und an der Patientensicherheit ausgerichtet.</li> <li>Kooperative Führungsstrukturen tragen zur Förderung der Patientensicherheit bei.</li> <li>Die Expertise aller Beschäftigten im Gesundheitswesen wird als Ressource für Patientensicherheit wertgeschätzt und aktiv genutzt.</li> <li>Die Belastungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen werden erkannt. Überlastungen werden behoben.</li> <li>Der Ressourceneinsatz wird so geplant, dass sicheres Handeln und Engagement für Patientensicherheit möglich sind. Dies betrifft insbesondere den Einsatz patienten- und aufgabengerechter personeller Ressourcen, die eine sichere Patientenversorgung überhaupt erst ermöglichen.</li> <li>Sicherheitsförderliche Arbeitsbedingungen werden geschaffen, indem Arbeitsprozesse, Arbeitsplatzgestaltung, Kommunikationsprozesse (Teambesprechungen, Supervision, Peer to Peer oder Debriefing) an „Human Factors“-Prinzipien orientiert, ermöglicht und gestaltet werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Führungspositionen auf allen Ebenen</li> <li>Aufsichtsbehörden mit Zuständigkeiten für Gesundheitseinrichtungen</li> <li>Berufsgenossenschaften (z. B. BGW) &amp; Betriebsärztinnen und -ärzte</li> <li>Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>Einrichtungen des GW, insbesondere KH, Pflegeheime, -dienste</li> <li>Führungsgremien und Führungskräfte aller Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>Institutionen der Mitbestimmung</li> <li>Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe</li> <li>Leitung der Einrichtungen der Leistungsträger</li> <li>Leitung der Institutionen der Selbstverwaltung</li> <li>Träger der Einrichtungen</li> </ul>

Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.		
Teilziel 1.2: Patientensicherheitskultur ist in das Gesundheitssystem sowie in das gesellschaftliche System eingebettet. Die Rahmenbedingungen für Patientensicherheitskultur werden kontinuierlich verbessert.		
Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<b>System der Kooperation und Einbindung von Patientinnen und Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risiken an Schnittstellen im Versorgungsprozess (Übergaben, Sektorengrenzen etc.) werden analysiert und von allen am Prozess der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Krankenkassen etc.) bewältigt.</li> <li>• Die Zusammenarbeit der Berufs- und Fachgruppen und die Möglichkeiten und die Bereitschaft zur patientenzentrierten Teamarbeit werden gefördert.</li> <li>• Die Patientenperspektive wird bei QM-Maßnahmen (z. B. Beschwerdemanagement, Befragungen von Patientinnen und Patienten etc.) eingebunden. Patientinnen und Patienten werden ermuntert, sicherheitsrelevante Bedenken zu äußern („patient empowerment“).</li> <li>• Sicherheitsrelevantes Feedback von Patientenseite wird von den Beschäftigten im Gesundheitswesen aktiv eingefordert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• Bundesverband der Patientensicherheitsbeauftragten Deutschlands</li> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• GKV (wenn Entlassmanagement gesteuert wird)</li> <li>• Leistungserbringer, insbesondere KH, Ärztinnen und Ärzte</li> <li>• Patientenbeauftragte</li> <li>• Patientenfürsprecher</li> <li>• Patienten- und Selbsthilfeorganisationen</li> <li>• Patientensicherheitsbeauftragte</li> <li>• Patientinnen und Patienten</li> <li>• Politik</li> <li>• QM-Beauftragten</li> <li>• UPD Patientenberatung Deutschland</li> </ul>
<b>Forschung und Entwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forschung zu Patientensicherheitskultur und zu Patientensicherheitskulturentwicklung sowie Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheitskultur werden vorangetrieben.</li> <li>• Die Implementierung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit wird an wissenschaftlichen Grundsätzen ausgerichtet und kritisch reflektiert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• IQTiG</li> <li>• IQWiG</li> <li>• Wissenschaftliche Institutionen/ Forschungseinrichtungen im Gesundheitswesen</li> </ul>

**Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.**

Teilziel 1.3: Patientensicherheitskultur wird kontinuierlich weiterentwickelt und evaluiert. Instrumente zur Stärkung der Patientensicherheitskultur werden in allen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt. Die Erkenntnisse der Evaluation werden für die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheitskultur genutzt.

Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<b>Monitoring der Patientensicherheitskultur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen sind für die Bedeutung von Patientensicherheitskultur sensibilisiert.</li> <li>• Für unterschiedliche Settings werden möglichst validierte Befragungsinstrumente regelmäßig genutzt und (weiter-) entwickelt.</li> <li>• Die Patientenperspektive wird bei der Evaluation der Patientensicherheitskultur explizit einbezogen.</li> <li>• Es wird Transparenz über die Ergebnisse geschaffen. Die Ergebnisse werden im Diskurs mit Beteiligten (ggf. auch Patientinnen und Patienten) bewertet.</li> <li>• Abgeleitet aus den Ergebnissen dieses Prozesses werden im jeweiligen Kontext adäquate Maßnahmen entworfen und umgesetzt.</li> <li>• Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Kulturentwicklung sowie deren Zusammenhang mit einer Förderung der Patientensicherheit wird durch Forschungsergebnisse belegt bzw. untermauert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe</li> <li>• Politik</li> <li>• Träger der Einrichtungen</li> <li>• Wissenschaftliche Institutionen/ Forschungseinrichtungen im Gesundheitswesen</li> </ul>





**Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.**

Teilziel 1.4: Lern- und Feedbackkultur ist im Gesundheitswesen verankert. Das Prinzip der lernenden Organisation wird im Gesundheitswesen gelebt.

Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<p><b>Lernkultur verankern und stärken</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird eine Kultur der Veränderungsbereitschaft, mit dem Ziel, die Patientenversorgung kontinuierlich sicherer zu gestalten, aktiv gefördert.</li> <li>• Die Entwicklung und Stärkung der Patientensicherheitskultur wird partizipativ gestaltet und bezieht alle am Versorgungsprozess Beteiligten mit ein.</li> <li>• In den Einrichtungen des Gesundheitswesens werden Risiken und Fehler nicht tabuisiert.</li> <li>• Risiken und Fehler sowie kritische und unerwünschte Ereignisse werden lösungsorientiert thematisiert und aufgearbeitet, Präventionsstrategien entwickelt und entsprechende Maßnahmen umgesetzt. Ziel ist, aus ihnen zu lernen und sie in Zukunft zu vermeiden oder zumindest zu minimieren.</li> <li>• Berichts- und Lernsysteme werden genutzt und als Chance verstanden.</li> <li>• Vorausschauendes Handeln wird gefördert. Sowohl retrospektive als auch prospektive systematische Untersuchungen von Schwachstellen und deren Analyse werden als Potenziale zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.</li> <li>• Abläufe, die trotz hoher immanenter Risiken gut bewältigt wurden, werden auf ihre Erfolgsfaktoren hin untersucht und die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden für weitere Verbesserungsprozesse genutzt.</li> <li>• Eingeführte Fehlerpräventionsmaßnahmen werden auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert und anhand der gewonnenen Erkenntnisse fortentwickelt.</li> <li>• Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten werden wertgeschätzt und aktiv eingefordert.</li> <li>• Erkenntnisse werden mit Blick auf ihr Lernpotenzial für andere (über den eigenen Arbeitsbereich/ die eigene Organisation etc. hinaus) zur Verfügung gestellt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtungen der Leistungsträger</li> <li>• Einrichtungen der Leistungserbringer</li> <li>• Einrichtungen der Selbstverwaltung</li> </ul>
<p><b>Förderung der Lernkultur als Führungsaufgabe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Führung lebt die Kultur der Veränderungsbereitschaft vor und fördert die kontinuierliche Verbesserung auf allen Ebenen.</li> <li>• Rückmeldungen, etwa zu Sicherheitsbedenken und kritischen Ereignissen werden als Lernimpulse genutzt und gefördert. Sie werden nicht sanktioniert.</li> <li>• Wissen und Handlungsmöglichkeiten über Patientensicherheit werden nachhaltig verankert.</li> <li>• Berichts- und Lernsysteme werden zur Verfügung gestellt und ihre Anwendung wird positiv bestärkt.</li> <li>• Schulungen für alle Beteiligten – speziell für Führungskräfte – werden ermöglicht und gefördert.</li> </ul>	<p>Führungspositionen auf allen Ebenen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufsichtsbehörden mit Zuständigkeiten für Gesundheitseinrichtungen</li> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• Führungsgremien und Führungskräfte aller Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Institutionen der Mitbestimmung</li> <li>• Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe</li> <li>• Leitung der Einrichtungen der Leistungsträger</li> <li>• Träger der Einrichtungen</li> </ul>

**Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.**

Teilziel 1.5: Patientinnen und Patienten tragen aktiv zur Patientensicherheit bei. Sie und ihre Angehörigen sind informiert und werden ermutigt, sich aktiv einzubringen und nachzufragen.

Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<p><b>Patientensicherheitskultur stärken – Rückmeldungen sinnvoll nutzen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Mitwirkung von Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen als Potenzial zur Fehlervermeidung wird gefördert, z. B. auch durch institutionelle Beteiligung.</li> <li>• Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten zur Verbesserung der Patientensicherheit werden als Bestandteil der Patientensicherheitskultur verstanden und genutzt. Sie werden als erwünscht angesehen und in den Arbeitsalltag integriert.</li> <li>• Patientinnen und Patienten erhalten, soweit möglich, ein Feedback zu den Ergebnissen ihrer Rückmeldungen und Anregungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen der Leistungserbringer</li> <li>• Beschwerdemanagement der Krankenkassen</li> <li>• Leitung und QM der Einrichtungen der Leistungserbringer</li> <li>• Patientenbeauftragte</li> <li>• Patientensicherheitsbeauftragte</li> <li>• Pflegebevollmächtigte bzw. Pflegebevollmächtigter und Patientenbeauftragte bzw. Patientenbeauftragter der Bundesregierung</li> <li>• Träger der Einrichtungen</li> </ul>
<p><b>Ermütigung und Empowerment</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientinnen und Patienten werden informiert und sensibilisiert, auf sicherheitsrelevante Aspekte der Versorgung zu achten. Es werden Ihnen Möglichkeiten an die Hand gegeben, ihre Wahrnehmung entsprechend zu kommunizieren.</li> <li>• Informationsangebote (einrichtungsbezogene Wegweiser), die zur Partizipation ermutigen und befähigen („Sagen Sie uns, wenn Ihnen etwas auffällt, fragen Sie uns“) werden ausgebaut.</li> <li>• Es bestehen Angebote an Informationen für unterschiedliche vulnerable Patientengruppen.</li> <li>• Mit Rückmeldungen wird wertschätzend umgegangen. Sie werden ausdrücklich begrüßt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen der Leistungserbringer</li> <li>• Leitung der Einrichtungen der Leistungserbringer</li> </ul>



**Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.**

Teilziel 1.6: Kooperation ist ein integraler Baustein von Patientensicherheitskultur. Dazu gehört auch, dass sich die Kommunikation und Informationsübermittlung in den Einrichtungen im Gesundheitswesen sowohl intern als auch extern und ggf. sektorenübergreifend, zuallererst an der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und an der Prävention von fehlerhaften Prozessen ausrichtet.

Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<p><b>Zusammenarbeit allgemein</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Zusammenarbeit der Berufs- und Fachgruppen und unterschiedlicher Hierarchieebenen wird gestärkt (z. B. regelmäßige Teambesprechungen etc.). Barrieren, die die Zusammenarbeit erschweren, werden abgebaut und die Möglichkeiten zur patientenzentrierten Teamarbeit durch geeignete Maßnahmen gefördert.</li> <li>• Transparente und klare Information bzgl. Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilung werden als zentrale Aspekte für Handlungs- und Patientensicherheit erachtet.</li> <li>• Standards für technische Wege und Lösungen für Informationsübermittlung und Kommunikation sind definiert und werden angewendet. Digitalisierung bietet Chancen und Risiken. Beim Einsatz digitaler Medien gilt es, die Risiken, den Nutzen sowie die Patientenpräferenzen zu bewerten. Darüber hinaus bieten Digitalisierungsprozesse die Chance, Abläufe zu hinterfragen und nutzenorientierter zu gestalten.</li> <li>• Die Patientensicherheit steht im Zentrum bei der Kooperation, Informationsweitergabe und Kommunikation. Der entsprechende Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten sowie der weiteren an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten in Bezug auf die Patientensicherheit wird reflektiert und in das eigene Handeln einbezogen (z. B. bei Übergabe im Krankenhaus, Sektorenwechsel, Arzneimittelversorgung, Nachsorge, Angehörigengesprächen in Krisensituationen etc.).</li> <li>• Verbindliche Prozess- und Ablaufbeschreibungen sowie Checklisten werden einrichtungsintern erarbeitet. Es wird sichergestellt, dass diese für alle im Versorgungsprozess Verantwortlichen transparent und zugänglich sind.</li> <li>• Der Prozess der gesundheitlichen Versorgung wird schnittstellenübergreifend zeitlich, in seiner Abfolge und mit Verantwortlichkeiten definiert und umgesetzt.</li> <li>• Die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für eine zeitgerechte Übermittlung von Daten und weiteren Informationen werden ausgebaut, (z. B. im Entlassmanagement).</li> <li>• Regelungen zur Zusammenarbeit (z. B. im Schnittstellenmanagement) werden ausgebaut und stehen zur aktiven Nutzung zur Verfügung.</li> </ul>	<p>Alle Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufsichtsbehörden mit Zuständigkeiten für Gesundheitseinrichtungen</li> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• G-BA</li> <li>• Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe</li> <li>• Leistungsträger</li> <li>• Leitung der Institutionen der Selbstverwaltung</li> </ul>
<p><b>Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Routinen für Informationsweitergabe und -austausch werden etabliert (z. B. gemeinsame Visiten, inhaltlich strukturierte Übergaben).</li> <li>• Der zentrale Stellenwert von Kommunikation ist erkannt, entsprechende Zeitfenster für Besprechungen/Kommunikation sind verbindlich eingeplant (z. B. regelmäßige Teambesprechungen, Fallbesprechungen, falls erforderlich Teamsupervision).</li> <li>• Eine zielgerichtete, positive Feedbackkultur wird gefördert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Führungsgremien und Führungskräfte aller Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Institutionen der Mitbestimmung</li> <li>• Leitung der Einrichtungen der Leistungserbringer</li> <li>• Leitung der Leistungsträger</li> <li>• Träger der Einrichtungen</li> </ul>

Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.		
Teilziel 1.6: Kooperation ist ein integraler Baustein von Patientensicherheitskultur. Dazu gehört auch, dass sich die Kommunikation und Informationsübermittlung in den Einrichtungen im Gesundheitswesen sowohl intern als auch extern und ggf. sektorenübergreifend, zuallererst an der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und an der Prävention von fehlerhaften Prozessen ausrichtet.		
Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
Zusammenarbeit an den Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Versorgungs-, Aufnahme- und Entlassmanagement wird hinsichtlich patientensicherheitsrelevanter Aspekte konkretisiert.</li> <li>• Die Kommunikationsinfrastruktur zwischen den Sektoren wird verbessert.</li> <li>• Routinen für Informationsweitergabe und -austausch zwischen den an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (z. B. Angehörige, Patientinnen und Patienten und Beschäftigte im Gesundheitswesen) werden erarbeitet und bekannt gemacht.</li> </ul>	<p>Alle Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufsichtsbehörden mit Zuständigkeiten für Gesundheitseinrichtungen</li> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• Führungsgremien und Führungskräfte aller Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• G-BA</li> <li>• Institutionen der Mitbestimmung</li> <li>• Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe</li> <li>• Leistungsträger</li> <li>• Leitung der Einrichtungen der Leistungserbringer</li> <li>• Leitung der Institutionen der Selbstverwaltung</li> <li>• Leitung der Leistungsträger</li> <li>• Träger der Einrichtungen</li> </ul>

Patientensicherheitskultur ist geprägt von einer Zusammenarbeit der Beteiligten, die nicht an Sektoren-, Einrichtungs- oder Fach- und Berufsgruppengrenzen Halt macht. Im hocharbeitsteilig organisierten Gesundheitswesen ist die Schaffung von explizit am Patientenwohl orientierten Kooperations- und Kommunikationsroutinen essenziell. Kommunikationsdefizite und Übermittlungsfehler sind eine häufige Ursache für

unerwünschte Ereignisse [Hannawa/Jonitz 2012]. Deshalb sind schon aus diesem Grund eine gelingende Zusammenarbeit und geübte Kommunikationsroutinen unverzichtbar. Dazu fördert der sanktionsfreie Austausch über Unsicherheiten, Beinahe-Schäden und gelungene Arbeitsprozesse die Arbeitszufriedenheit und stellt eine Chance dar, die gesundheitliche Versorgung sicherer zu gestalten.



# Ziel 2: Die Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.

Das Ziel **Patientensicherheitskompetenz** befasst sich mit dem Handeln entsprechend erlernter, reflektierter Fähigkeiten und Fertigkeiten aller an der gesundheitlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten Beteiligten. Es fokussiert sich auf die Steigerung des Wissens, die Ausbildung praktischer Fertigkeiten und die Einstellungen und das Bewusstsein in Bezug auf Patientensicherheit.

Eine zentrale Voraussetzung für die Realisierung von patientensicherheitsrelevanten Maßnahmen ist es, insbesondere ein Bewusstsein bei allen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen) zu schaffen, für das Vorhandensein von Risiken, die sich aus arbeitsteiligen Prozessen, Kommunikation, Technik, Medizinprodukten, Arzneimitteln und subjektivem Handeln ergeben können.

Im Folgenden werden die Patientensicherheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientensicherheitskompetenz der Beschäftigten im Gesundheitswesen getrennt betrachtet.

**Patientensicherheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen** ist das Wissen über sicherheitsrelevante Aspekte in der gesundheitlichen Versorgung und die Fähigkeit und Fertigkeit, diese (positiv) zu beeinflussen.

Patientensicherheitskompetenz bedeutet, bei Fragen und Problemen, die die Sicherheit professioneller gesundheitsbezogener Maßnahmen und Prozesse betreffen, möglichst informiert zu entscheiden und zu

handeln sowie zur Vermeidung von Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen beizutragen. Aus Patientensicht sind es die Einrichtungen im Gesundheitswesen und deren Beschäftigte, die vorrangig und professionell Patientensicherheit mit hoher Kompetenz zu gewährleisten haben. Patientinnen und Patienten sind die Betroffenen und Leidtragenden, wenn diese Sicherheit fehlt bzw. nicht ausreichend ist. Deshalb liegt es im Interesse der Patientinnen und Patienten, selbst aktiv an der Patientensicherheit mitzuwirken, u. a. durch die Entwicklung eigener Gesundheitskompetenz, die auch das Zurechtfinden im Gesundheitswesen umfasst. Hierfür bedarf es leicht zugänglicher und qualitätsgesicherter Informationen sowie kompetenzfördernder Angebote. Dies gilt auch für den Umgang mit gesundheitsbezogenen digitalen Anwendungen, die im Behandlungs- und Versorgungsprozess ergänzend eingesetzt werden können. Entsprechend der zunehmenden Bedeutung der digitalen Gesundheitskompetenz, ist die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V seit dem Digitale-Versorgung-Gesetz eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Gesundheits-Apps, die elektronische Patientenakte oder allgemein die Telemedizin werfen jedoch auch neue Sicherheitsfragen auf und erfordern eine zusätzliche digitale Kompetenz – sowohl von den Beschäftigten im Gesundheitswesen als auch von den Patientinnen und Patienten. Hier bedarf es ebenfalls geeigneter und qualitätsgesicherter Informationen und entsprechender Unterstützung. Dennoch müssen die Angebote der Gesundheitsversorgung auch ohne die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten bzw.

ihrer Vertreterinnen und Vertreter funktionieren. Denn auch inaktive oder vulnerable Patientengruppen, die ihre Interessen und Wünsche nicht wirksam einbringen können, müssen sich auf eine sichere Versorgung verlassen können.

Patientinnen und Patienten sollten darüber hinaus aufgeklärt werden, dass trotz des Engagements der Beschäftigten im Gesundheitswesen, eine größtmögliche Sicherheit zu gewährleisten, Risiken sowie kritische und unerwünschte Ereignisse in der gesundheitlichen Versorgung auftreten können. Zugleich benötigen sie Informationen darüber, wie sie selbst in ihrer jeweiligen Situation zu ihrer Sicherheit beitragen können. Dies sollten die Beschäftigten im Gesundheitswesen den Patientinnen und Patienten für die jeweilige Risikosituation vermitteln.

Dabei ist nicht nur die unmittelbare Patientenrolle in den Blick zu nehmen, sondern auch das soziale Umfeld, das an der gesundheitlichen Versorgung beteiligt sein kann. Es ist zu berücksichtigen, dass oftmals eingeschränkte Verständigungsmöglichkeiten und kulturbedingte Unterschiede in der Auffassung von Gesundheit und Krankheit sowie im Umgang mit dem Gesundheitswesen bestehen. Deshalb ist auch die Chancengleichheit aller Patientinnen und Patienten bei der Aneignung und Anwendung von Patientensicherheitskompetenz zu beachten.

Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden an verschiedenen Stellen und in unterschiedlichen Situationen mit der Frage nach ausreichender Kompetenz in Gesundheitsfragen konfrontiert.

Patientensicherheit und Patientensicherheitskompetenz sind also verbunden mit der jeweiligen Lebenssituation und mit der Person, die diese Sicherheit benötigt oder einfordert. Bei der wie im APS-Weißbuch ausgeführten zentralen Rolle von Patientinnen und Patienten ist deshalb zu berücksichtigen, dass kulturell geprägte und andere lebens- und situationsbedingte Unterschiede des Patientenverhaltens ein aktives oder passives Handeln im Gesundheitswesen beeinflussen.

Da Patientensicherheitskompetenz eng mit der **Gesundheitskompetenz** verbunden ist, sollte sie bei der Stärkung und Vermittlung von Gesundheitskompetenz nach Möglichkeit miteinbezogen werden. Dabei ist festzustellen, dass die Gesundheitskompetenz bzw. health literacy in Deutschland noch gering entwickelt ist. Aktuelle Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat – auch damit, diese im Alltag für erforderliche Entscheidungen zur Gesundheitserhaltung oder Krankheitsbewältigung zu nutzen [HLS-EU Consortium 2012, Schaeffer 2017, Schaeffer 2021]. Internationale Studien belegen, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz negative Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten sowie auf Nutzung und Kosten der Gesundheitsversorgung hat [Eichler 2009, Slawomirski 2017]. Zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Deutschland werden ein Maßnahmenbündel und eine Gesamtstrategie benötigt. Deshalb wurde eine Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet und ein Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz erstellt, der Impulse für Politik und Verbände sowie für Forschung und Interventionsentwicklung setzt. [NAP Gesundheits-

kompetenz o. D.]. Bei der Gesundheitskompetenz gilt es, wie bei der Patientenkompetenz auch die organisationale Ebene in den Blick zu nehmen. Hierzu wurde beispielsweise der „Düsseldorfer Kompass“ entwickelt [Naczinsky/Preising 2021]. Entscheidend ist außerdem, dass gute, verständliche, nutzerfreundliche, zielgruppenorientierte und valide Gesundheitsinformationen einfach und zentral zugänglich sind.

**Patientensicherheitskompetenz der Beschäftigten im Gesundheitswesen** umfasst neben dem Wissen über sicherheitsrelevante Aspekte in der gesundheitlichen Versorgung auch die Fertigkeit, diese in der konkreten Versorgung von Patientinnen und Patienten einzusetzen, sowie eine Haltung, die die Patientensicherheit als ethisch geboten begreift und die den diesbezüglichen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten offen und wertschätzend gegenübertritt.

Von zentraler Bedeutung für die Sicherheit ist in diesem Zusammenhang die Einbeziehung aller an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten in die Entwicklung und Umsetzung von Sicherheitsprozessen. Mit dem Patientenrechtegesetz (2013) wurden die im ärztlichen Berufsrecht vorgesehenen und von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Einwilligung und Aufklärung gesetzlich verankert. Patientinnen und Patienten haben einen gesetzlichen Anspruch auf Information und Aufklärung über sämtliche wesentliche Umstände der Behandlung und somit auch über deren Risiken und sicherheitsrelevante Aspekte. Vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme müssen Patientinnen und Patienten aufgeklärt werden. Auch mit einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten muss kommuniziert und – entsprechend deren Möglichkeiten, den Sachverhalt zu verstehen und nachzuvollziehen – die bevorstehende Maßnahme verständlich erläutert werden. Nicht nur im Rahmen der medizinischen Behandlung, auch bei der professionellen pflegerischen Versorgung besteht ein Anspruch auf Einbeziehung, Information und Aufklärung [BMFSFJ, o. D.].

Die verbesserte Einbeziehung der Patientinnen und Patienten zur Sicherheit ihrer Versorgung darf nicht die Verantwortlichkeiten für die Patientensicherheit verschieben. Den Gesundheitsprofessionen obliegt (weiterhin) die Pflicht, für eine bestmögliche Patientensicherheit zu sorgen. Dazu gehören aus Patientensicht auch Aspekte wie Vertrauen, das „Sich sicher fühlen“, Transparenz sowie Sicherheit vor Übergriffen und Ausnutzung. Verlässliche und gute Informationen, die Einhaltung von Patientenrechten und ethischen Grundsätzen sind ebenso wichtig, wie die eigene Kompetenz im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung zu einem Ergebnis zu gelangen. Zugleich ist eine faire und offene Kommunikation bei kritischen oder unerwünschten Ereignissen unabdingbarer Bestandteil der Sicherheit aus Patientensicht.

Das Thema Patientensicherheitskompetenz und das aktive Handeln sind zunächst Aufgabe der Beschäftigten im Gesundheitswesen – sie sollen die Sicherheit im Gesundheitswesen gewährleisten. Hierfür müssen sie qualifiziert und zeitlich in der Lage sein. Darüber hinaus kann Patientensicherheitskompetenz dazu beitragen, dass sowohl im Einzelfall als auch ganz grundsätzlich das Thema Patientensicherheit eine größere Bedeutung und Beachtung im Versorgungsalltag erfährt. Um dieses ausgeprägte (Handlungs-)Bewusstsein zu befördern, sind verstärkte Anstrengungen erforderlich. In diesem Zusammenhang hat die umfassende Definition von Patientensicherheit [Schrappé 2018] eine unterstützende und richtungsweisende Bedeutung – insbesondere hinsichtlich der Festlegung auf die Patientenperspektive.

Die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten ist eine zentrale Aufgabe aller im Gesundheitswesen professionell tätigen Personen und Institutionen mit spezifischer Handlungskompetenz (Patientensicherheitskompetenz).

Die **Verankerung** der Thematik Patientensicherheit in Aus-, Fort- und Weiterbildung der jeweiligen Berufs-



gruppen ist unterschiedlich ausgeprägt. Festzustellen ist jedoch, dass Patientensicherheitskompetenz erlernbar ist und es einer systematischen Vermittlung bedarf, wie aus Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen gelernt werden kann, welche Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen, wie diese umzusetzen sind und wie die Bewältigung von (vermeidbaren) unerwünschten Ereignissen erfolgen kann. Hierbei geht es sowohl um technische Unterstützungssysteme als auch um kognitive Angebote zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Technische und digitale Assistenz erfordern in der Anwendung eine neue Handlungskompetenz, die auch die Risiken und Sicherheitsprobleme (insbesondere in Bezug auf persönliche gesundheitsbezogene Daten) in den Blick nimmt, um Patientensicherheit optimal zu gewährleisten [APS 2018].

In unterschiedlichen internationalen Konzepten und Curricula [WHO 2018, APS 2014] werden übereinstimmend folgende **Schwerpunkte** als Grundlage für die Patientensicherheitskompetenz angesehen:

- **Systemdenken und eine systembasierte Herangehensweise**, z. B. Kenntnisse und kritische Reflexion der Strukturen und Komplexität von Versorgungssystemen und der sich daraus ergebenden Schnittstellen und möglichen Medien- und Informationsbrüchen.
- **Theoretisches Grundlagenwissen**, z. B. zur Häufigkeit, zur Entstehung und zu den Folgen von Risiken, Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen; zur Fehlertheorie und zu Sicherheitskonzepten sowie zu Modellen der Patientensicherheitskultur.
- **Beherrschen von Analysetechniken und -werkzeugen**, z. B. das Erkennen von und das Lernen aus kritischen Ereignissen; Ursachenanalyse von kritischen Ereignissen und Patientenschäden, Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen.
- **Bewusstsein für und bewusstes Umgehen mit Risiken und kritischen Ereignissen**, z. B. durch frühzeitiges Erkennen, regelmäßiges Kontrollieren und Einleiten korrigierender Maßnahmen zur Vermeidung oder Bewältigung unerwünschter Ereignisse.
- **Anwendung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit**, bei denen positive Effekte nachgewiesen wurden z. B. in den Bereichen Medikation, Hygiene, Sturzprävention, Dekubitusprophylaxe, OP-Vorbereitung, Notfallmanagement und Entlassmanagement.
- **Fähigkeit zur Kommunikation, zur Teamarbeit und zur Kooperation**, z. B. Übermittlung von Informationen, Beachtung von Kommunikationsmodellen und Kommunikationsregeln; Kommunikation nach Zwischenfällen, gemeinsames Reflektieren, Teamübungen, kooperative Strukturen und klare Verantwortlichkeiten.
- **Patientenbeteiligung stärken**, z. B. Sensibilisierung für die Patientenperspektive mit Berücksichtigung patientenindividueller Bedürfnisse, kommunikative Kompetenz und Übermittlung von Informationen, Ermutigung von Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen zu einer aktiven Rolle bei der Patientensicherheit.
- **Beitragen zu einer Patientensicherheitskultur**, z. B. Verständnis von institutionellen Rahmenbedingungen, kritische Reflexion über Wissen, Fähigkeiten, Qualifikationen, Werte, Haltungen und Verhalten sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene und Verbreitung von Best Practice Beispielen.

## Teilziel 2.1

### **Eine gute Gesundheitskompetenz, einschließlich Patientensicherheitskompetenz, ist in der Bevölkerung verbreitet. Wissen über Patientenrechte und gute Gesundheitsinformationen (einschließlich Patientensicherheit) ist einfach zugänglich.**

Viele Patientinnen und Patienten können sich Patientensicherheitskompetenz selbst aneignen durch gute (qualitätsgesicherte) Informationen und möglichst evidenzbasierte Entscheidungshilfen. Dazu dienen auch die Konzepte zur informierten Entscheidungsfindung, zur Einschätzung von Gesundheitsinformationen und der partizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“). Diese Arten der Entscheidungsfindung finden in aller Regel im Arzt-Patienten-Kontakt statt, weshalb der ärztlichen Konsultation und der gegenseitigen Kommunikation auch über sicherheitsrelevante Aspekte besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte. Auch das Wissen Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger über pflegerelevante gesundheitliche Risiken sowie ihre Motivation und Kompetenz, diese durch das eigene Verhalten zu minimieren, haben erheblichen Einfluss auf die Patientensicherheit. Beispiele sind die Einhaltung von Hygieneregeln, der richtige Umgang mit Medikamenten, Sturzprophylaxe oder eine gesundheitsfördernde Ernährung. Beruflich Pflegenden kommt diesbezüglich eine wichtige Rolle zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu – etwa im Rahmen pflegerischer Beratung, Schulung und Anleitung [ZQP 2018].

#### **Handlungsempfehlungen und Maßnahmen: Erwerb von Gesundheits- bzw. Patientensicherheitskompetenz**

- Gesundheits- bzw. Patientensicherheitskompetenz wird im Sinne des lebenslangen Lernens über alle Altersphasen hinweg vermittelt, etwa in Kindertagesstätten, Schulen, in der Ausbildung, im Beruf, in Vereinen und im Rahmen anderer Freizeitangebote.
- Angebote für Patientenschulungen (z. B. Patientenuniversitäten) werden entwickelt. Flächendeckend werden Patienteninformationen verbreitet.

#### **Informationsgrundlagen verbessern und stärken – Transparenz erhöhen**

- Gesundheitsinformationen, Informationen über Patientenrechte, Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems und Informationen über sicherheitsrelevante Aspekte werden verstärkt erstellt und bereitgestellt (nach Maßgabe der „Gute Praxis Gesundheitsinformation“).
- Sektoren und ggf. einrichtungsspezifische Patienteninformationen (zur stationären oder ambulanten Versorgung, zur Rehabilitation etc.) werden entwickelt und bereitgestellt. Dabei erhalten Patientinnen und Patienten auch Informationen dazu, was sie selbst zu ihrer (eigenen) Patientensicherheit beitragen können.
- Der Zugang zu und die Auffindbarkeit von qualitätsgesicherten und unabhängigen Informationen werden verbessert. Dabei sind auch neue Medien anzuwenden und die Barrierefreiheit und der allgemeine Persönlichkeitsschutz zu beachten. Digital literacy wird als ein Teil von health literacy entwickelt.
- Die Transparenz der Bewertbarkeit und Qualität von Gesundheitsinformationen wird verbessert.
- Die Bekanntheit von qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen wird erhöht.
- Qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen sind von Werbung erkennbar zu unterscheiden und abzugrenzen.
- Rechtsgrundlagen für Einwilligungen, Bevollmächtigungen und Betreuungsverfügungen sind bekannt und werden beachtet.
- Produktinformationen und Beipackzettel zu Arzneimitteln sind in allgemein verständlicher, einfacher Sprache zu verfassen.

#### Handlungskompetenz stärken – Umsetzung des Wissens

- Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen sind befähigt, ihre Rechte im Versorgungsprozess einzufordern und ihr Wissen einzubringen.
- Die Rahmenbedingungen der Patientensicherheitskultur in der gesundheitlichen Versorgung fördern das Empowerment sowohl der Beschäftigten im Gesundheitswesen als auch der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen.
- Patientinnen und Patienten und ihre Angehörige werden zur Partizipation ermutigt.
- Patientinnen und Patienten kennen Möglichkeiten, ihre sicherheitsrelevanten Erfahrungen im Gesundheitswesen zu melden (Beschwerdewege bzw. -management, Berichtssysteme für Patientinnen und Patienten, Beratungsstellen etc.).



## Teilziel 2.2

### Alle Bevölkerungsgruppen werden in geeigneter Form angesprochen. Vulnerable Patientengruppen werden besonders berücksichtigt. Spezielle Risiken verschiedener Bevölkerungsgruppen sind bekannt.

Einige Bevölkerungsgruppen sind weniger in der Lage, selbst ausreichend Patientensicherheitskompetenz zu entwickeln oder diese zu stärken und benötigen dazu weitgehende Unterstützung, z. B. durch Beratung im jeweiligen Einzelfall oder durch systematisches Empowerment. Hierfür können Patienten-, Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen bei Bedarf unterstützen, da sie mit den Themen und Problemen vertraut sind und unabhängig und kompetent informieren und beraten können. Vermittlungsinstanzen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Klinik können Patientenförsprecherinnen und -försprecher sein. Die von kompetenten Patientinnen und Patienten mitentwickelte Patientensicherheit fördert die Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen oder inaktiven Personen und Bevölkerungsgruppen.

#### Handlungsempfehlungen und Maßnahmen:

- Forschungs- und Wissensgrundlagen werden erweitert unter Einbeziehung eines kulturspezifischen Verständnisses von Gesundheit bzw. Krankheit und von sicherheitsrelevanten Genderaspekten der gesundheitlichen Versorgung.
- Das Wissen über die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z. B. hochbetagte Menschen oder Menschen mit Behinderungen) ist den Akteuren des Gesundheitswesens bekannt.
- Maßnahmen werden zielgruppengerecht umgesetzt, z. B. werden Gesundheitsthemen in Sprachkursen eingebunden und grundlegende Kenntnisse über das Gesundheitssystem sind Bestandteil von Integrationskursen.

- Sprachbarrieren und Verständnisprobleme werden sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten als auch auf Seiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen erkannt. Entsprechende Maßnahmen zu deren Überwindung werden ergriffen.



### Teilziel 2.3

## Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen beteiligen sich aktiv an der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheitskompetenz. Notwendige Unterstützung ist vorhanden.

Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sind an verschiedenen Stellen und in unterschiedlichen Situationen mit der Frage nach ausreichender Kompetenz in Gesundheitsfragen konfrontiert. So können z. B. chronisch Erkrankte und ihre Angehörigen in gesundheitlichen Belangen besonders auf Hilfe angewiesen sein. Sie können vor der Frage stehen, ob Selbsthilfe ausreicht oder professionelle Unterstützung nötig ist. Dabei spielen auch Aspekte der Patientensicherheit eine große Rolle. Die Beteiligung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen an der Entwicklung und Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen, d. h. der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, wird von einem Großteil der Patientinnen und Patienten als wichtig empfunden [Schwappach 2010]. Auch die Ergebnisse der europäischen Vergleichsstudie „The Future Patient“ verdeutlichen den Wandel der Patientenerwartungen und Beteiligungswünsche [Coulter/Magee 2003].

#### Handlungsempfehlungen und Maßnahmen:

- Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen werden an der Entwicklung von Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheits- und Patientensicherheitskompetenz beteiligt.
- Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen werden über sicherheitsrelevante Aspekte ihrer Gesundheitsversorgung informiert. Dies schließt den Schutz ihrer Daten ein.
- Vor- und Nachteile der Digitalisierung in der gesundheitlichen Versorgung werden transparent dargestellt. Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen haben leichten Zugang zu diesen Informationen und werden soweit wie möglich befähigt, mit der Digitalisierung der gesundheitlichen Versorgung und insbesondere ihren gesundheitsbezogenen Daten sicherheitssensibel umzugehen.



## Teilziel 2.4

### Der Erwerb der Patientensicherheitskompetenz wird in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Beschäftigten im Gesundheitswesen gewährleistet. Die Gesundheitseinrichtungen fördern die Vermittlung von Patientensicherheitskompetenz.

Die Patientensicherheitskompetenz von Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung ist von zentraler Bedeutung für die Patientensicherheit. Sie müssen über Grundlagenwissen, praktische Fertigkeiten, ein Bewusstsein und eine Grundhaltung verfügen, die auf die nachhaltige Prävention von Fehlern sowie kritischen und unerwünschten Ereignissen, aber auch auf den angemessenen Umgang damit abzielen.

Dabei sind die drei Kompetenzbereiche Wissen, Fertigkeiten und Haltung unterschiedlich stark ausgeprägt; je nachdem, ob die Tätigkeiten nah an den Patientinnen und Patienten oder eher patientenfern, wie beispielsweise in der Verwaltung, Geschäftsführung etc., angesiedelt sind. Allen Beschäftigten im Gesundheitswesen ist jedoch gemeinsam, dass Patientensicherheitskompetenz unabdingbar zu ihrer Berufsausübung dazugehört.

#### Handlungsempfehlungen und Maßnahmen:

- Patientensicherheit ist ein relevanter Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Diese sind hinsichtlich patientensicherheitsrelevanter Aspekte der gesundheitlichen Versorgung zu sensibilisieren.
- Die Kommunikationskompetenz der Beschäftigten im Gesundheitswesen wird durch geeignete Maßnahmen erhöht.
- Beschäftigte im Gesundheitswesen haben die Kompetenz, alle Betroffenen in sicherheitsrelevante Handlungen in geeigneter Weise mit einzubeziehen (interdisziplinär, innerhalb der Berufsgruppen und bezogen auf Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen).

- Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dient der Organisationsentwicklung sowie kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sollte auch das Ziel der Patientensicherheit explizit verfolgen. Hierbei gilt es, sowohl die Perspektive von Patientinnen und Patienten als auch von den Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.
- Alle Beschäftigten im Gesundheitswesen nehmen regelmäßig an sicherheitsrelevanten Schulungsmaßnahmen teil.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Gesundheitswesen orientiert sich an den berufsgruppenspezifischen Vorgaben sowie – soweit erforderlich – an geeigneten Curricula (z. B. Multiprofessionelles Curriculum Patientensicherheit der WHO, den Empfehlungen des Rates der EU zur Sicherheit der Patienten, den entsprechenden Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit „Wege zur Patientensicherheit“, dem Fortbildungskonzept des ÄZQ oder vergleichbaren Empfehlungen [WHO 2018, EU Network for Patient Safety 2010, APS 2014, BÄK 2009]).

## Teilziel 2.5

### **Patientinnen und Patienten kennen die Möglichkeiten, um Anregungen, Rückmeldungen und Beschwerden zu äußern. Diese Meldungen sind einfach und barrierefrei möglich und werden von den Beschäftigten im Gesundheitswesen unterstützt.**

Eine verlässliche Vorgehensweise für Beschwerden oder positive Anregungen in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist als Bestandteil des Risikomanagements geboten.

#### **Handlungsempfehlung und Maßnahmen:**

##### **Einbringen von Rückmeldungen**

- Die Einrichtungen betreiben ein niedrighschwelliges, patientenorientiertes Beschwerdemanagement.
- Die Einrichtungen benennen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für das Beschwerdemanagement.
- Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen werden bereits bei der Aufnahme ermutigt, positives und negatives Feedback zu äußern. Die entsprechenden Möglichkeiten werden erläutert.
- Möglichkeiten der Einführung von Berichts- und Lernsystemen für Patientinnen und Patienten („Patienten-Critical Incident Reporting System

(Patienten-CIRS)“) oder ähnlichen bzw. adäquaten Möglichkeiten der Rückmeldung von Patientinnen und Patienten sind zu prüfen.

##### **Lernen aus Rückmeldungen**

- Anregungen, Rückmeldungen und Beschwerden werden systematisch und regelmäßig ausgewertet.
- Beschäftigte im Gesundheitswesen werden regelmäßig in geeigneter Weise (Teambesprechungen, Intranet, Betriebszeitschrift etc.) über Beschwerden, Anregungen ebenso wie über positives Feedback von Patientinnen und Patienten informiert.
- Die Konsequenzen und Maßnahmen, die aus Meldungen abgeleitet wurden, werden zurückgespiegelt.



## Teilziel 2.6

### Kritische Ereignisse werden ernst genommen und ausgewertet. Aus Fehlern wird gelernt. Erkenntnisse werden für Verbesserungen der Patientensicherheit im Gesundheitswesen genutzt.

Berichts- und Lernsysteme (CIRS) sollten von Beschäftigten im Gesundheitswesen angewendet werden, um einen Nutzen für die Patientensicherheit zu erzielen. Dieser kann darin bestehen, dass systematische Risiken rechtzeitig erkannt und Fehler, kritische sowie unerwünschte Ereignisse und Patientenschäden dadurch vermieden werden. Das Lernen aus kritischen Ereignissen und Fehlern muss in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens etablierter Bestandteil des Risikomanagements sein.

#### Handlungsempfehlungen und Maßnahmen: Einbringen/Erfassen von Rückmeldungen und Ereignissen

- Die Einrichtungen des Gesundheitswesens verfügen über einfach zugängliche Berichts- und Lernsysteme.
- Die Einrichtungen stellen ein Rückmeldeverfahren zu Problemen, unerwünschten Ereignissen und Risiken sicher.
- Es werden Möglichkeiten geschaffen, auch aus positiv bewältigten Risikosituationen zu lernen.
- Die Gesundheitseinrichtungen nutzen Berichts- und Lernsysteme. Diese sind fach- und berufsübergreifend niederschwellig zugänglich. Die Meldungen erfolgen freiwillig, anonym und sanktionsfrei.
- Die Teilnahme/Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen wird von den Einrichtungen des Gesundheitswesens aktiv gelebt im Sinne des „gemeinsamen Lernens“.

#### Auswerten und Ableiten

- Die Berichts- und Lernsysteme werden zeitnah, systematisch und regelmäßig ausgewertet.
- Aus den Meldungen werden Erkenntnisse über zugrundeliegende Risiken und Fehler gewonnen.

- Notwendige Veränderungen sowie beizubehaltende und weiter erforderliche Maßnahmen werden abgeleitet.
- Einrichtungsübergreifende CIRS: Die Informationen werden in einem lernenden System zur fortwährenden Verbesserung genutzt und einrichtungsübergreifend bundesweit zur Verfügung gestellt.

#### Lernen

- Aus Erfahrungen anderer wird gelernt. Lernen bedeutet in diesem Zusammenhang: Maßnahmen zur Patientensicherheit ableiten, anwenden, überprüfen und fortentwickeln. Die Sichtbarkeit des Nutzens trägt zur Akzeptanz von Patientensicherheitsmaßnahmen bei, die im Sinne einer lernenden Organisation umgesetzt werden.
- Beschäftigte im Gesundheitswesen werden regelmäßig in geeigneter Weise (z. B. Intranet, Betriebszeitschrift, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen, Teambesprechungen) über die Auswertungen und den Erfolg umgesetzter Maßnahmen zur Patientensicherheit informiert.
- Erkenntnisse und Maßnahmen zur Fehlervermeidung werden in geeigneter Weise transparent gemacht, wodurch alle von allen lernen können (einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme).
- Alle Einrichtungen, die Patientinnen und Patienten versorgen, haben Regeln für eine transparente Kommunikation im Rahmen des Fehlermanagements festgelegt und handeln entsprechend.





# Ziel 2: Maßnahmentabellen zur Patientensicherheitskompetenz

## Ziel 2: Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.

Teilziel 2.1: Eine gute Gesundheitskompetenz, einschließlich Patientensicherheitskompetenz, ist in der Bevölkerung verbreitet. Wissen über Patientenrechte und gute Gesundheitsinformationen (einschließlich Patientensicherheit) ist einfach zugänglich.

Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<b>Erwerb von Gesundheits- bzw. Patientensicherheitskompetenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- bzw. Patientensicherheitskompetenz wird im Sinne des lebenslangen Lernens über alle Altersphasen hinweg vermittelt, etwa in Kindertagesstätten, Schulen, in der Ausbildung, im Beruf, in Vereinen und im Rahmen anderer Freizeitangebote.</li> <li>• Angebote für Patientenschulungen (z. B. Patientenuniversitäten) werden entwickelt. Flächendeckend werden Patienteninformationen verbreitet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allianz Gesundheitskompetenz</li> <li>• Bildungsorganisationen</li> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• Institutionen der Selbstverwaltung</li> <li>• Patientenorganisationen</li> <li>• Seniorenorganisationen/ Seniorenvertretungen</li> <li>• Träger von Kindertagesstätten</li> </ul>
<b>Informationsgrundlagen verbessern und stärken – Transparenz erhöhen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsinformationen, Informationen über Patientenrechte, Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems und Informationen über sicherheitsrelevante Aspekte werden verstärkt erstellt und bereitgestellt (nach Maßgabe der „Gute Praxis Gesundheitsinformation“).</li> <li>• Sektoren- und ggf. einrichtungsspezifische Patienteninformationen (zur stationären oder ambulanten Versorgung, zur Rehabilitation etc.) werden entwickelt und bereitgestellt. Dabei erhalten Patientinnen und Patienten auch Informationen dazu, was sie selbst zu ihrer (eigenen) Patientensicherheit beitragen können.</li> <li>• Der Zugang zu und die Auffindbarkeit von gesicherten und unabhängigen Informationen werden verbessert. Dabei sind auch neue Medien anzuwenden und die Barrierefreiheit und der allgemeine Persönlichkeitsschutz zu beachten. Digital literacy wird als ein Teil von health literacy entwickelt.</li> <li>• Die Transparenz der Bewertbarkeit und Qualität von Gesundheitsinformationen wird verbessert.</li> <li>• Die Bekanntheit von qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen wird erhöht. Qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen sind von Werbung erkennbar zu unterscheiden und abzugrenzen.</li> <li>• Rechtsgrundlagen für Einwilligungen, Bevollmächtigungen und Betreuungsverfügungen sind bekannt.</li> <li>• Produktinformationen und Beipackzettel zu Arzneimitteln sind in allgemein verständlicher, einfacher Sprache zu verfassen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BfArM</li> <li>• BMG</li> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• BZgA</li> <li>• DRV</li> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Institute (BIS, TÜV)</li> <li>• Institutionen der Selbstverwaltung</li> <li>• IQTiG</li> <li>• IQWiG</li> <li>• Leistungsträger</li> <li>• Medien (Presse, online Portale)</li> <li>• Patientenorganisationen</li> <li>• Pharmazeutische Interessenvertretungen (vfa/BPI etc.)</li> <li>• Wissenschaftliche Institutionen/Forschungseinrichtungen im Gesundheitswesen</li> </ul>

**Ziel 2: Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.**

Teilziel 2.1: Eine gute Gesundheitskompetenz, einschließlich Patientensicherheitskompetenz, ist in der Bevölkerung verbreitet. Wissen über Patientenrechte und gute Gesundheitsinformationen (einschließlich Patientensicherheit) ist einfach zugänglich.

Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<p><b>Handlungskompetenz stärken – Umsetzung des Wissens</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen sind befähigt, ihre Rechte im Versorgungsprozess einzufordern und ihr Wissen einzubringen.</li> <li>• Die Rahmenbedingungen der Patientensicherheitskultur in der gesundheitlichen Versorgung fördern das Empowerment sowohl der Beschäftigten im Gesundheitswesen als auch der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen.</li> <li>• Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden zur Partizipation ermutigt.</li> <li>• Patientinnen und Patienten kennen Möglichkeiten, ihre sicherheitsrelevanten Erfahrungen im Gesundheitssystem zu melden (z. B. Beschwerdewege bzw. -management, Berichtssysteme für Patientinnen und Patienten, Beratungsstellen etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufsgruppen/Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich</li> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Institutionen der Selbstverwaltung</li> <li>• Patientenorganisationen</li> <li>• Patientenberatungsstellen</li> <li>• Selbsthilfeorganisationen</li> </ul>

**Ziel 2: Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.**

Teilziel 2.2: Alle Bevölkerungsgruppen werden in geeigneter Form angesprochen. Vulnerable Patientengruppen werden besonders berücksichtigt. Spezielle Risiken verschiedener Bevölkerungsgruppen sind bekannt.

**Beispielhaft geeignete Maßnahmen**

**Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen  
(alphabetisch sortiert)**

- Forschungs- und Wissensgrundlagen werden erweitert unter Einbeziehung eines kulturspezifischen Verständnisses von Gesundheit bzw. Krankheit und von sicherheitsrelevanten Genderaspekten der gesundheitlichen Versorgung.
  - Das Wissen über die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z. B. hochbetagte Menschen oder Menschen mit Behinderungen) ist den Akteuren des Gesundheitswesens bekannt.
  - Die Maßnahmen werden zielgruppengerecht umgesetzt, z. B. werden Gesundheitsthemen in Sprachkursen eingebunden und grundlegende Kenntnisse über das Gesundheitssystem sind Bestandteil von Integrationskursen.
  - Sprachbarrieren und Verständnisprobleme werden sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten als auch auf Seiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen erkannt. Entsprechende Maßnahmen zu deren Überwindung werden ergriffen.
- Anbieter von Integrationskursen, z. B. VHS
  - Behindertenverbände
  - Institutionen der Selbstverwaltung
  - Migrantenorganisationen
  - Hochschulen/Ausbildung
  - Wissenschaftliche Institutionen/ Forschungseinrichtungen im Gesundheitswesen



**Ziel 2: Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.**

Teilziel 2.3: Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen beteiligen sich aktiv an der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheitskompetenz. Notwendige Unterstützung ist vorhanden.

**Beispielhaft geeignete Maßnahmen**

**Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen  
(alphabetisch sortiert)**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen werden an der Entwicklung von Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheits- und Patientensicherheitskompetenz beteiligt.</li><li>• Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen werden über sicherheitsrelevante Aspekte ihrer Gesundheitsversorgung informiert. Dies schließt den Schutz ihrer Daten ein.</li><li>• Vor- und Nachteile der Digitalisierung in der gesundheitlichen Versorgung werden transparent dargestellt. Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen haben leichten Zugang zu diesen Informationen und werden soweit möglich befähigt, mit der Digitalisierung der gesundheitlichen Versorgung und insbesondere ihren gesundheitsbezogenen Daten sicherheitssensibel umgehen.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• BMG</li><li>• BMJ</li><li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li><li>• Institutionen der Selbstverwaltung</li><li>• Kultusministerkonferenz (KMK)</li><li>• Patientenorganisationen</li><li>• Produkthersteller</li><li>• Qualitäts- und Sicherheitsbeauftragte</li><li>• Schule/Ausbildung</li></ul> |
|--|---|



**Ziel 2: Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.**

Teilziel 2.4: Der Erwerb der Patientensicherheitskompetenz wird in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Beschäftigten im Gesundheitswesen gewährleistet. Die Gesundheitseinrichtungen fördern die Vermittlung von Patientensicherheitskompetenz.

**Beispielhaft geeignete Maßnahmen**

**Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen  
(alphabetisch sortiert)**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientensicherheit ist ein relevanter Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Diese sind hinsichtlich patientensicherheitsrelevanter Aspekte der gesundheitlichen Versorgung zu sensibilisieren.</li> <li>• Die Kommunikationskompetenz der Beschäftigten im Gesundheitswesen wird durch geeignete Maßnahmen erhöht.</li> <li>• Beschäftigte im Gesundheitswesen haben die Kompetenz, alle Betroffenen in sicherheitsrelevante Handlungen in geeigneter Weise mit einzubeziehen (interdisziplinär, innerhalb der Berufsgruppen und bezogen auf Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen)</li> <li>• Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dient der Organisationsentwicklung sowie kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sollte auch das Ziel der Patientensicherheit explizit verfolgen. Hierbei gilt es, sowohl die Perspektive von Patientinnen und Patienten als auch von den Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.</li> <li>• Alle Beschäftigten im Gesundheitswesen nehmen regelmäßig an sicherheitsrelevanten Schulungsmaßnahmen teil.</li> <li>• Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Gesundheitswesen orientiert sich an den berufsgruppenspezifischen Vorgaben sowie – soweit erforderlich – an geeigneten Curricula (z. B. Multiprofessionelles Curriculum Patientensicherheit der WHO, den Empfehlungen des Rates der EU zur Sicherheit der Patienten, den entsprechenden Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit „Wege zur Patientensicherheit“, dem Fortbildungskonzept des ÄZQ oder vergleichbaren Empfehlungen).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• APS</li> <li>• Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitswesen</li> <li>• Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)</li> <li>• Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe</li> <li>• Leistungserbringer ambulanter und stationärer Versorgung</li> <li>• Medizinische Fakultäten</li> <li>• Träger der beruflichen Aus- und Weiterbildung in allen Bereichen der Leistungserbringer</li> <li>• WHO Hauptsekretariat Patientensicherheit</li> </ul> |
|---|---|

**Ziel 2: Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.**

Teilziel 2.5: Patientinnen und Patienten kennen die Möglichkeiten, um Anregungen, Rückmeldungen und Beschwerden zu äußern. Diese Meldungen sind einfach und barrierefrei möglich und werden von den Beschäftigten im Gesundheitswesen unterstützt.

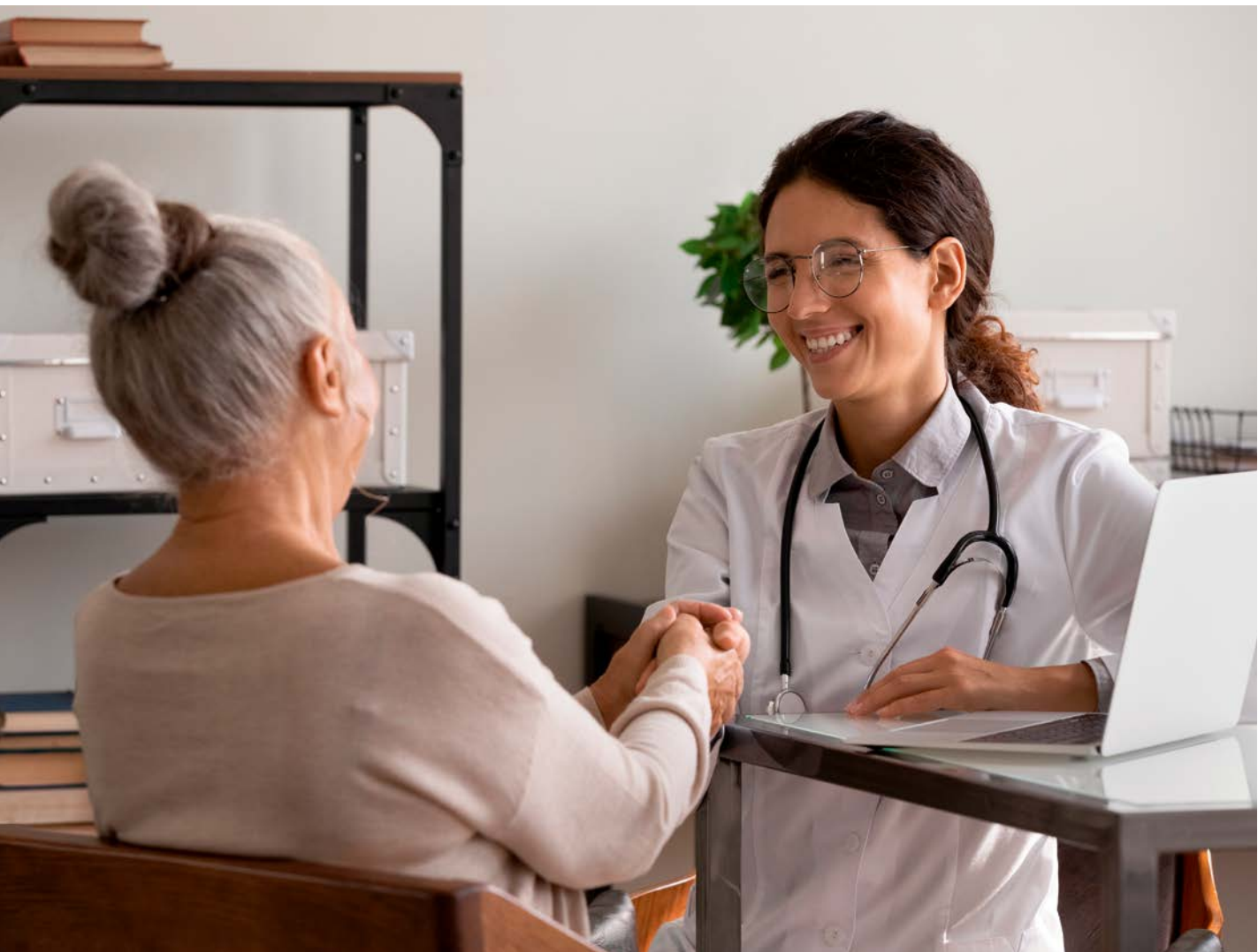
Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<b>Einbringen von Rückmeldungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Einrichtungen betreiben ein niederschwelliges, patientenorientiertes Beschwerdemanagement.</li> <li>• Die Einrichtungen benennen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für das Beschwerdemanagement.</li> <li>• Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen werden bereits bei der Aufnahme ermutigt, positives und negatives Feedback zu äußern. Die entsprechenden Möglichkeiten werden erläutert.</li> <li>• Möglichkeiten der Einführung von Berichts- und Lernsystemen für Patientinnen und Patienten („Patienten-CIRS“) oder ähnlichen bzw. adäquaten Möglichkeiten der Rückmeldung von Patientinnen und Patienten sind zu prüfen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik</li> <li>• Bundesverbände medizinischer Heilberufe</li> <li>• DKG</li> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Institutionen der Selbstverwaltung</li> <li>• Patientenfürsprecher/-obleute</li> <li>• QM-Beauftragte</li> </ul>
<b>Lernen aus Rückmeldungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anregungen, Rückmeldungen und Beschwerden werden systematisch und regelmäßig ausgewertet.</li> <li>• Beschäftigte im Gesundheitswesen werden regelmäßig in geeigneter Weise (Teambesprechungen, Intranet, Betriebszeitschrift etc.) über Beschwerden, Anregungen ebenso wie über positives Feedback von Patientinnen und Patienten informiert.</li> <li>• Die Konsequenzen und Maßnahmen, die aus Meldungen abgeleitet wurden, werden zurückgespiegelt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufsverbände medizinischer Heilberufe</li> <li>• DKG</li> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• KV</li> <li>• Patienten-/Pflege-/Wohnberatung</li> <li>• QM-Beauftragte</li> </ul>

Ziel 2: Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut.		
Teilziel 2.6: Kritische Ereignisse werden ernst genommen und ausgewertet. Aus Fehlern wird gelernt. Erkenntnisse werden für Verbesserungen der Patientensicherheit im Gesundheitswesen genutzt.		
Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen (alphabetisch sortiert)
<b>Einbringen/ Erfassen von Rückmel- dungen und Ereignissen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Einrichtungen des Gesundheitswesens verfügen über einfach zugängliche Berichts- und Lernsysteme.</li> <li>• Die Einrichtungen stellen ein Rückmeldeverfahren zu Problemen, unerwünschten Ereignissen und Risiken sicher.</li> <li>• Es werden Möglichkeiten geschaffen, auch aus positiv bewältigten Risikosituationen zu lernen.</li> <li>• Die Gesundheitseinrichtungen nutzen Berichts- und Lernsysteme. Diese sind fach- und berufsübergreifend niederschwellig zugänglich. Die Meldungen erfolgen freiwillig, anonym und sanktionsfrei.</li> <li>• Die Teilnahme/Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen wird von den Einrichtungen des Gesundheitswesens aktiv gelebt im Sinne des „gemeinsamen Lernens“.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Institutionen der Selbstverwaltung</li> </ul>
<b>Auswerten und Ableiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Berichts- und Lernsysteme werden zeitnah, systematisch und regelmäßig ausgewertet.</li> <li>• Aus den Meldungen werden Erkenntnisse über zugrundeliegende Risiken und Fehler gewonnen.</li> <li>• Notwendige Veränderungen sowie beizubehaltende und weiter erforderliche Maßnahmen werden abgeleitet.</li> <li>• Einrichtungsübergreifende CIRS: Die Informationen werden in einem lernenden System zur fortwährenden Verbesserung genutzt und einrichtungsübergreifend bundesweit zur Verfügung gestellt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• QM-Beauftragte</li> </ul>
<b>Lernen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aus Erfahrungen anderer wird gelernt. Lernen bedeutet in diesem Zusammenhang: Maßnahmen zur Patientensicherheit ableiten, anwenden, überprüfen und fortentwickeln. Die Sichtbarkeit des Nutzens trägt zur Akzeptanz von Patientensicherheitsmaßnahmen bei, die im Sinne einer lernenden Organisation umgesetzt werden.</li> <li>• Beschäftigte im Gesundheitswesen werden regelmäßig in geeigneter Weise (z. B. Intranet, Betriebszeitschrift, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen, Teambesprechungen) über die Auswertungen und den Erfolg umgesetzter Maßnahmen zur Patientensicherheit informiert.</li> <li>• Erkenntnisse und Maßnahmen zur Fehlervermeidung werden in geeigneter Weise transparent gemacht, wodurch alle von allen lernen können (einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme).</li> <li>• Alle Einrichtungen, die Patientinnen und Patienten versorgen, haben Regeln für eine transparente Kommunikation im Rahmen des Fehlermanagements festgelegt und handeln entsprechend.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APS</li> <li>• Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung</li> <li>• Institutionen der Selbstverwaltung</li> <li>• Patientenorganisationen</li> <li>• Selbsthilfeorganisationen</li> </ul>



Das Thema Patientensicherheitskompetenz und das aktive Handeln ist bisher oftmals ausschließlich den Angehörigen der Gesundheitsberufe überlassen worden, sie allein sollen die Sicherheit im Gesundheitswesen gewährleisten. Dies ist eine wichtige Aufgabe, für die sie qualifiziert und zeitlich in der Lage sein müssen. Darüber hinaus ist aber auch die aktive Einbindung und Mitwirkung von Patientinnen und Patienten von essenzieller Bedeutung. Eine parallele Patientenkompetenz kann dafür sorgen, dass sowohl

im Einzelfall als auch allgemein die Sicherheit der Patientinnen und Patienten eine größere Bedeutung und Beachtung im Alltag erfährt. Deshalb sind neue Wege und verstärkte Anstrengungen erforderlich, um diese Entwicklung voranzubringen und individuelle und kollektive Patientenkompetenz zu fördern. Dabei ist besonders die Chancengleichheit aller Patientinnen und Patienten bei der Aneignung und Anwendung der Patientensicherheitskompetenz zu berücksichtigen.



# Ansatz für eine Evaluation des Gesundheitsziels Patientensicherheit

Das nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit verfolgt mit seinen zwei wesentlichen Zielbereichen eine gesellschaftspolitische und strategische Ausrichtung, die eine Vielzahl miteinander korrespondierender Maßnahmen notwendig macht (komplexe Mehrfachinterventionen). Ebenso wie bei allen anderen definierten Gesundheitszielen des Kooperationsverbundes [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) wird auch für das Ziel Patientensicherheit angestrebt, die Wirkungen und den Erfolg der Teilziele und der damit verbundenen Maßnahmen zu evaluieren. Gesundheitsziele sollen ergebnisorientiert sein und einen nachweisbaren Beitrag zum Erhalt und zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung leisten. Zugleich soll der Prozess den Aufbau nachhaltiger Strukturen in der Gesundheitspolitik beziehungsweise im Gesundheitswesen anregen und Grundlagen für gemeinsames Handeln schaffen [Maschewsky-Schneider 2005].

Dieses Anliegen wird in den beiden Zielbereichen Patientensicherheitskultur und Patientensicherheitskompetenz aufgegriffen. Dabei kann bereits jetzt festgestellt werden, dass es Informationslücken gibt und dass die Heterogenität der vorliegenden Informationen nur eine eingeschränkte Erfassung und Evaluation des Gesundheitszieles Patientensicherheit ermöglicht. Sie machen zugleich offene methodische und theoretische Fragen der Versorgungsforschung deutlich.

Die Herausforderung bei der Evaluation besteht darin, solide und belastbare Daten für die Problemwahrnehmung, die Umsetzungsbeurteilung und den sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu eruieren.

Dabei gilt es in den Blick zu nehmen:

- die Messung/Bewertung des Status Quo sowie der Umsetzung der Teilziele durch verschiedene Maßnahmen und
- die Bewertung von Patientensicherheit durch Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte in Einrichtungen oder als summative Evaluation auf Bevölkerungsebene. Zusätzlich können dabei offene methodische und theoretische Fragen für die weitere Erforschung der Thematik aufgezeigt werden.

Zusätzlich zu einer Bewertung der Umsetzung der jeweiligen Maßnahmen für die Ziele 1 und 2 könnte ein übergreifender Evaluationsschwerpunkt darin bestehen, eine Evaluation auf Bevölkerungs-/Patientenebene durchzuführen, um die Wirkung der Ziele auf die Nutzerinnen und Nutzer abzubilden.

Für diese Evaluation werden Indikatoren benötigt, die im Sinne eines Monitorings periodische Veränderungen abbilden können. Derartige Indikatoren finden sich ansatzweise in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Dabei könnte auf die beiden Studien

- a. Gesundheitskompetenz und souveränes Handeln im Gesundheitswesen (GEDA 2009)
- b. Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS 2019)

zurückgegriffen werden.

Die Ergebnisse könnten beispielsweise auch im Kontext der Resultate der beiden europäischen Studien des Eurobarometers „Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung“ 2010 und 2014 sowie auch im Zusammenhang mit den Daten des Health Care Quality Indicators (HCQI) Projektes „Patient Experiences“ der OECD diskutiert werden [OECD 2017].



# Glossar

Die im Glossar aufgeführten Begriffsdefinitionen greifen zum großen Teil auf das bestehende Begriffsverzeichnis von *gesundheitsziele.de* zurück. Wird weitere aktuelle Forschungsliteratur hinzugezogen, ist diese am Ort nachgewiesen; die vollständigen bibliographischen Angaben befinden sich im Literaturverzeichnis.

## Akteure (im Gesundheitswesen)

Akteure im Gesundheitswesen sind Personen und Institutionen, die Teil des Gesundheitswesens sind, z. B.: Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen, Gesundheitspersonal, Kliniken, Praxen, Pflegeeinrichtungen und -dienste, öffentlicher Gesundheitsdienst, Schulen des Gesundheitswesens, Anbieter von Gesundheitsstudiengängen, Krankenkassen und -versicherungen, Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Politik und Verbände, Landes- und Bundesministerien, wissenschaftliche Institutionen etc.

## Angehörige

Personen, die im engen familiären oder persönlichen Verhältnis zueinander stehen. Sie haben ein besonderes rechtliches und soziales Verhältnis. Hierzu gehören auch benannte Bevollmächtigte und Bezugspersonen.

## Anreizsystem

Summe aller bewusst gestalteten Arbeitsbedingungen, um direkt oder indirekt auf die Leistungsbereitschaft der Mitarbeitenden einzuwirken, bzw. gewünschte Verhaltensweisen zu verstärken. Unterschieden wird zwischen Anreizobjekt (materiell, immateriell), Anreizempfänger (Individualanreize, Gruppenanreize, organisationsweite Anreize) und Anreizquellen (extrinsisch, intrinsisch) [Gabler Wirtschaftslexikon 2017].

## Aufklärung

Aufklärung im Sinne der ärztlichen Aufklärungspflicht meint die rechtliche Verpflichtung des Behandlenden, die Patientin bzw. den Patienten, über sämtliche wesentliche Umstände und Risiken im Vorfeld und im Verlauf der Behandlung zu informieren. Eine fehlende oder fehlerhafte Aufklärung führt zu der Ungültigkeit der Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten, wenn diese/-r bei Kenntnis der aufzuklärenden Umstände in den Eingriff nicht eingewilligt hätte (hypothetische Einwilligung). Der ärztliche Eingriff gilt dann gegebenenfalls als rechtswidrige Körperverletzung, mit der Folge, dass die behandelnde Person auch für Schäden durch lege artis durchgeführte Eingriffe haften kann.

## 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.

*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 Behandlungsschaden (Schadensnachweis) verursacht hat und dem bzw. den beklagten Leistungserbringern oder der beklagten Gesundheitseinrichtung zuzurechnen ist (Zurechenbarkeit).

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

*Zivilrechtlich* haftet die Ärztin oder der Arzt nach dem objektiv-typisierenden Haftungsmaßstab des § 276 BGB ohne Rücksicht auf subjektives Verschulden für fahrlässiges Handeln, d. h. wenn sie oder er die im Verkehr erforderliche Sorgfalt objektiv außer Acht gelassen hat. Maßgebend ist also, ob die Ärztin oder der Arzt die Sorgfalt angewandt hat, die von einer/-m besonnenen und gewissenhaften Ärztin oder Arzt ihrer/ seiner Fachrichtung im konkreten Fall allgemein zu erwarten war [ÄZQ 2005].

## Beinahe-Fehler

(engl.: near-miss) Fehlübersetzung des englischen Begriffs near miss, siehe Beinahe-Schaden [ÄZQ 2005].

## Beinahe-Schaden

Ein Fehler bleibt ohne negative gesundheitliche Auswirkungen aufgrund glücklicher Umstände, durch rechtzeitiges, korrigierendes Eingreifen und/oder überholende Kausalität. Im Englischen: near-miss [ÄZQ 2005].

## Berichts- und Lernsystem (CIRS)

(engl.: Critical Incident Reporting System) Berichts- und Lernsystem über kritische Vorkommnisse – ist ein Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden. [ÄZQ 2005] Andere Begriffe hierfür sind auch Fehlermeldesystem und Fehlerberichtssystem.

## Beschäftigte im Gesundheitswesen

Beschäftigte im Gesundheitswesen sind alle im Sektor Gesundheitswesen tätigen Personen, unabhängig davon, welchen Beruf sie ausüben. Dazu zählen z. B. Beschäftigte in der unmittelbaren Versorgung, Gesundheitstechnik, im Gesundheitshandwerk, in Hauswirtschaft, Reinigung und Verwaltung. Das Gesundheitswesen ist die Gesamtheit der öffentlichen Einrichtungen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit, zur Bekämpfung von Krankheiten oder Seuchen etc.

## Debriefing

Als Debriefing – abgeleitet von briefing: Einsatzbesprechung vor einem Ereignis – bezeichnet man das Nachbereiten und die gemeinsame Analyse einer wichtigen Situation, einem Ereignis oder einem Projekt, etwa zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten oder auch zwischen Kolleginnen und Kollegen [Stangl 2020].

## Digital Literacy

Digital Literacy ermöglicht es dem Individuum, Wissen durch Information und Kommunikation über digitale Medien zu erwerben und zu teilen. Digital Literacy stellt somit eine Grundlage der erfolgreichen Teilhabe in einer Gesellschaft dar, die zunehmend durch digitale Medien, Techniken und Prozesse durchdrungen wird. Gemeint ist auch Kompetenz in der Verwendung von digitalen Medien [Kilian 2019].

## Einrichtungen des Gesundheitswesens

Einrichtungen bzw. Organisationen im Gesundheitswesen sind Institutionen in denen Gesundheitspersonal Leistungen erbringt, z. B. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen/-dienste, Arztpraxen und andere Praxen der Heilberufe, Ambulanzen, Rettungsdienste etc.

## Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit ist ein rechtlicher Begriff. Er bezeichnet das erforderliche Mindestniveau an Entscheidungsfähigkeit, damit eine Einwilligung als rechtswirksam gilt. Als Voraussetzungen für die Einwilligungsfähigkeit gilt, dass die Person auf der Grundlage der ärztlichen Aufklärung die Bedeutung, Tragweite und die Risiken der Maßnahme erkennen und verstehen kann und darüber ein eigenes Urteil bilden und nach dieser Einsicht handeln kann.

## Empowerment

Befähigung von Personen oder Gruppen, eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu handeln. Bezogen auf den Gesundheitsbereich heißt dies, dass Gesundheitspersonal durch seine Arbeit dazu beitragen soll, dass die Menschen die Möglichkeit haben, eigenverantwortlich und selbstbestimmt in Bezug auf ihre Gesundheit zu handeln [Brandes & Stark 2016, Herriger 2006, Lenz 2011].

## Entlassmanagement

Entlassmanagement ist ein systematischer bzw. standardisierter Prozess zur bestmöglich gelingenden Überleitung von Patientinnen und Patienten von der Krankenhausversorgung in die Anschlussversorgung, z. B. ärztliche Weiterbehandlung, Reha, häusliche oder stationäre Pflege. Krankenhäuser sind nach § 39 Absatz 1a SGB V verpflichtet, ein effektives Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten.

## Evidenzbasierte Entscheidungshilfen

Patientinnen und Patienten wollen zunehmend in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Entscheidungshilfen sollen das Abwägen persönlicher Entscheidungsmöglichkeiten unterstützen. Entscheidungshilfen adressieren vielfältige präventive, diagnostische und therapeutische Anwendungsbereiche. Sie werden als Broschüren, Entscheidungstabellen, Videos oder Computerprogramme angeboten. Charakteristischerweise enthalten sie Informationen zu Vor- und Nachteilen verfügbarer Optionen sowie Anleitungen zur individualisierten Entscheidungsfindung. Entscheidungshilfen werden einzeln oder als Komponenten strukturierter Beratung oder Schulung eingesetzt. Mindestqualitätsstandards sind Evidenzbasierung, Vollständigkeit, Unverzerrtheit und Verständlichkeit [Lenz 2012].

## Fehler

(engl.: error): Eine Handlung oder ein Unterlassen bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant [ÄZQ 2005].

## Fehlerprävention

Methoden bzw. Maßnahmen, die darauf abzielen, die Entstehung zu verhindern oder dessen Auswirkung zu minimieren.

## First victim

(Erstes Opfer) – Die Patientin oder der Patient und deren Angehörige sind die ersten Opfer eines Behandlungsfehlers [Wu 2000].

## Führung

Eine leitende oder führende (Spitzen-)Person oder Personengruppe, welche in einem Unternehmen, einer Institution, einer Partei, einem Verein oder Ähnlichem, Führungsaufgaben ausführen darf.

## Gesetzliche Maßnahmen

Gemeint sind nicht nur Gesetze und Verordnungen des Bundes und der Länder, sondern auch Richtlinien, Verwaltungsvorschriften etc., zum Beispiel des G-BA.

## Gesundheitsinformationen

Informationen, die sich insbesondere auf Gesundheit, Prävention, Gesundheitsförderung und Erkrankungen sowie pflegerische Versorgung und damit im Zusammenhang stehende Entscheidungen beziehen.

## Gesundheitskompetenz

(engl.: health literacy) Umfasst Wissen, Motivation und Handlungskompetenz und ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um Entscheidungen zu treffen. Gesundheitskompetenz gilt als individuelle, erwerbende Eigenschaft, die auf den persönlichen Kompetenzen, Fähigkeiten und Erfahrungen einer Person beruht. Sie ist jedoch ebenso von den Anforderungen und der Komplexität des Gesundheitssystems und den individuellen Lebensumwelten abhängig (Schaeffer 2017, Bitzer & Sørensen 2018).

## Gesundheitssystem

Oft synonym mit Gesundheitswesen verwendet; der Begriff Gesundheitssystem dient der Beschreibung der äußerst komplexen organisatorischen Strukturen zur Krankenversorgung, Versorgung der Pflegebedürftigen und Gesunderhaltung.

## Gesundheitswesen

Gemeint sind alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie deren Sicherung durch Prävention und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen sowie Versorgung bei Pflegebedürftigkeit ist.

## Gute Praxis Gesundheitsinformation

Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. ([www.ebm-netzwerk.de](http://www.ebm-netzwerk.de)).

## Health in All Policies

(Gesundheit in allen Politikbereichen) ist ein Konzept, das auf die Bedeutung der politischen Entscheidungsfindung in den verschiedenen Sektoren, die die Gesundheit beeinflussen, wie zum Beispiel Transport, Landwirtschaft, Landnutzung, Wohnen, öffentliche Sicherheit und Bildung, hinweist.

## Health Literacy

siehe Gesundheitskompetenz

## Heilberufe

Zu den Heilberufen zählen diejenigen Berufe, deren Tätigkeit die Heilung von Krankheiten und die medizinisch-helfende Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten erfasst. Durch Bundesgesetze geregelte Heilberufe sind (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG):

- Anästhesietechnische/r Assistent/in
- Altenpfleger/in
- Apotheker/in
- Arzt/Ärztin
- Diätassistent/in
- Ergotherapeut/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Pflegefachfrau/mann
- Hebamme/Entbindungspfleger
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
- Logopäde/Logopädin
- Masseur/in und medizinischer Bademeister/in
- medizinisch-technischer Assistent/in für Funktionsdiagnostik
- medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent/in

- medizinisch-technischer Radiologieassistent/in
- Notfallsanitäter/in
- Operationstechnische/r Assistent/in
- Orthoptist/in
- Pflegefachfrau / Pflegefachmann
- pharmazeutisch-technische/r Assistent/in
- Physiotherapeut/in
- Podologe/Podologin
- Psychologische/r Psychotherapeut/in
- Psychotherapeut/in
- Rettungsassistent/in
- Tierarzt/Tierärztin
- veterinärmedizinisch-technischer Assistent/in
- Zahnarzt/Zahnärztin

## Human Factor

(Menschlicher Faktor) Sammelbegriff für psychische, kognitive und soziale Einflussfaktoren in sozio-technischen Systemen und Mensch-Maschine-Systemen. Sie spielen eine wesentliche Rolle bei Ereignissen, bei denen Patientinnen und Patienten geschädigt werden, und sind ein zentraler Schlüssel für Patientensicherheit [Badke-Schaub 2012].

## Informationelle Selbstbestimmung

Das Recht des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten zu bestimmen (BVerfG, 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1).

## Informed Consent

Einverständnis der zuvor aufgeklärten Patientinnen und Patienten mit der vorgeschlagenen Heilbehandlungsmaßnahme. Siehe auch Risikoaufklärung, Sicherungsaufklärung [ÄZQ 2005].



## Informierte Entscheidung

Das Konzept der informierten gemeinsamen Entscheidungsfindung sieht vor, dass das Behandlungsteam den Patientinnen und Patienten evidenzbasierte Entscheidungshilfen über die Erkrankung, deren Verlauf ohne Behandlung und die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt. Hierzu zählen auch Angaben über die Wahrscheinlichkeiten des Nutzens der jeweiligen Behandlung, zu erwartende Nebenwirkungen und langfristige Schäden. Die Patientinnen und Patienten werden im Anschluss gefragt, wie sie diese Informationen für sich bewerten und was ihnen persönlich bei der Behandlungsentscheidung wichtig ist. Unter Berücksichtigung dieser Präferenzen treffen die Betroffenen und das Behandlungsteam eine gemeinsame Behandlungsentscheidung. Patientinnen und Patienten erhalten das Recht, diejenige Behandlungsmöglichkeit auszuwählen, die ihren Wünschen am ehesten entspricht. Das kann auch bedeuten, dass sie sich gegen eine Behandlung entscheiden [Berger-Höger & Steckelberg 2019].

## Krankheitsbewältigung

Beschreibt den Prozess nach einer (meist schwerwiegenden) Diagnose:

Patientinnen und Patienten müssen sich neu orientieren, sie müssen Möglichkeiten finden, mit den veränderten Bedingungen zurechtzukommen (auch „Coping“) [Krebsinformationsdienst 2016].

## Kritisches Ereignis

Ein kritisches Ereignis (critical incident) ist ein Vorfall, der das Risiko für das Eintreten eines schwerwiegenden unerwünschten Ereignisses erhöht oder tatsächlich in ein schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis mündet. Ein unerwünschtes Ereignis ist dabei ein unbeabsichtigtes negatives Ergebnis, das auf die Behandlung/Versorgung zurückgeht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein [APS o. D.].

## Lernende Organisation

Eine lernende Organisation durchbricht gängige Denkmuster und löst sich von geübten Routinen.

## Medikationsplan

Der Medikationsplan soll in einheitlich standardisierter Form umfassend, übersichtlich und patientenverständlich die aktuellen Medikamentenverordnungen des Versicherten abbilden (§ 31a SGB V).

## Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Siehe Gesundheitskompetenz ([www.nap-gesundheitskompetenz.de](http://www.nap-gesundheitskompetenz.de)).

## Nosokomiale Infektion

Eine Infektion, die während eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung auftritt [Feichter 2019].

## Organisationskultur

System gemeinsam geteilter Muster des Denkens, Fühlens und Handelns sowie der sie vermittelnden Normen, Werte und Symbole innerhalb einer Organisation [Gabler Wirtschaftslexikon 2018].

## Patient Empowerment

(Patientenermächtigung) Verbesserung der Stellung der Patientin oder des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung (siehe auch Empowerment).

## Patienten – CIRS

Ein Patienten-CIRS erfasst gesondert die Beobachtungen der Patientinnen und Patienten von Beinaheschäden und kritischen Ereignissen, die bisher nur selten in CIRS gemeldet werden.

## Patientenkompetenz

Definition aus Patientensicht: eigenständiger Beitrag von Patientinnen und Patienten zur Genesung als notwendige Ergänzung zu den Leistungen der Medizin. Kompetente Patientinnen und Patienten fragen sich, was sie selbst zur Krankheitsbewältigung und Genesung beitragen können [Bopp 2005].

## Patientenorganisationen

Organisationen, die auf Bundes- bzw. Landesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und Menschen mit Behinderungen in Deutschland vertreten (G-BA).

Folgende Patienten- und Selbsthilfeorganisationen erfüllen die Anforderungen des § 140 f SGB V i. V. m. der Patientenbeteiligungsverordnung und sind daher als maßgebliche Organisationen auf Bundesebene und Länderebene gemäß GMG zur Wahrnehmung der Beteiligungsrechte benannt:

- Deutscher Behindertenrat (DBR)
- BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

(<https://patientenvertretung.g-ba.de/>)  
(Patientenbeteiligungs-VO)(Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG)  
(Stand: März 2022)

## Patientenrechtegesetz

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten wurde u. a. der Behandlungsvertrag eigenständig geregelt (§§ 630a bis 630h BGB)  
(BGBl 2013 I Nr. 9 S. 277).

## Patientensicherheit

Definition APS:

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

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

Definition WHO:

Patientensicherheit ist ein Rahmen organisierter Aktivitäten, die Kulturen, Prozesse, Verfahren, Verhaltensweisen, Technologien und Umgebungen in der Gesundheitsversorgung schaffen, welche beständig und nachhaltig Risiken senken, das Auftreten vermeidbarer Schäden reduzieren, Fehler unwahrscheinlicher machen und die Auswirkungen von eintretenden Schäden verringern [WHO 2021].

## Patientensicherheitskompetenz

Von Patientinnen und Patienten: das Wissen über sicherheitsrelevante Aspekte in der gesundheitlichen Versorgung und die Fähigkeit und Fertigkeit, diese (positiv) zu beeinflussen.

Auf Seiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen: umfasst neben dem Wissen über sicherheitsrelevante Aspekte in der gesundheitlichen Versorgung auch die Fertigkeit, diese in der konkreten Behandlung von Patientinnen und Patienten einzusetzen, sowie eine Haltung, die die Patientensicherheit als ethisch geboten begreift und die den diesbezüglichen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten offen und wertschätzend gegenübertritt (Eigendefinition).

## Peer to peer

Der Begriff der *Peergroup* ist in pädagogischen, psychologischen und soziologischen Kontexten gebräuchlich. Peer to peer beschreibt somit einen Austausch von Gleichgestellten.

## Qualitätsmanagement-Maßnahmen

Aufeinander abgestimmte Maßnahmen einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu sichern und zu verbessern.

## Risiko/Restrisiko

Sowohl die Durchführung wie auch das Unterlassen von Interventionen beinhalten ein Risiko, das durch die Behandelnden selbst bei sorgfältigster Beachtung nicht auszuschließen ist [ÄZQ 2005].

## Risikomanagement

Prozessanalyse im Behandlungsumfeld mit dem Ziel, Risikosituationen mit möglichen rechtlichen Konsequenzen aufzudecken, beziehungsweise eine Managementmethode, die das Ziel hat, in einer systematischen Form Fehler und ihre Folgen zu erkennen, zu analysieren und zu vermeiden [ÄZQ 2005].

## Schaden

Schaden ist jeder gesundheitliche Nachteil, den eine Person durch ein Ereignis erleidet. Der Begriff ist damit generell sowohl ein wirtschaftlicher als auch ein juristischer. Er kann sowohl für die teilweise Zerstörung beziehungsweise den Defekt von Sachen (Sachschaden) wie auch für die körperliche oder gesundheitliche Beeinträchtigung von Personen (Personenschaden) stehen [Duden 2022, ÄZQ 2005].

## Schwachstelle

Stelle, an der etwas für Störungen anfällig ist [Duden 2012].

## Second victim

(Zweites Opfer) – Die Beschäftigten im Gesundheitswesen, welche den Fehler begangen haben oder daran beteiligt waren und stark darunter leiden, sind die zweiten Opfer des Fehlers (Der Begriff wurde von Prof. Albert Wu, Johns Hopkins Universität, Baltimore geprägt: „Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too“ [Wu 2000]).

## Setting

Setting (englisch für „Anordnung“, „Schauplatz“) bezeichnet das Umfeld (z. B. Klinik, Pflegeheim, Praxis, häusliche Umgebung etc.).

## Shared Decision Making

(Partizipative Entscheidungsfindung) – Form der Interaktion bzw. Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patientin oder Patient, welche auf geteilter Information und gleichberechtigter Entscheidungsfindung bezüglich Diagnose und Therapie basiert ([www.pflegewiki.de/wiki/Shared\\_decision\\_making](http://www.pflegewiki.de/wiki/Shared_decision_making)).

## Sicherheitskultur

Ein Verhaltensmerkmal einer Gruppe oder Organisation, wie mit Fragen zur Sicherheit umgegangen wird. Es unterliegt einem komplexen Lernprozess, in dem sich gemeinsame Ziele, Interessen, Normen, Werte und Verhaltensmuster herausbilden [Schein 1997, Cox & Cox 1991].

## Sicherheitsprozesse

Um ein gewünschtes Sicherheitsniveau durchzusetzen und aufrechtzuerhalten, bedarf es einem geplanten und organisierten Vorgehen aller Beteiligten. Diese systematische Vorgehensweise wird als Sicherheitsprozess beschrieben.

## Systemdenken

Im Gegensatz zum linearen Denken, welches Ursache und Wirkung hinterfragt, will das Systemdenken das Gesamtsystem verstehen, um auch für komplexe Problemstellungen Lösungsansätze finden zu können [Sherwood 2011, S. 36].

## Telemedizin

Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Arzt, Therapeut, Apotheker und Patienten oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärzten mittels Telekommunikation. [Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2022].

## Unerwünschtes Ereignis

(engl.: adverse event): Ein unbeabsichtigtes negatives Ergebnis, das auf die Behandlung/Versorgung zurückgeht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein [APS o. D.].

## Vermeidbarer Schaden

Eine Schädigung, die bei Einhaltung der notwendigen Sorgfaltspflicht nicht eingetreten wäre [ÄZQ 2005].

## Vermeidbares unerwünschtes Ereignis

(engl.: preventable adverse event): Ein unerwünschtes Vorkommnis, das vermeidbar ist [ÄZQ 2005].

## Versorgung

Gemeint ist die gesundheitliche Versorgung von Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen.

## Vulnerable Personen

Personen, die aufgrund ihrer körperlichen oder psychischen Konstitution (z. B. schwere Erkrankung, Behinderung, psychische Störung, Gebrechlichkeit) oder aufgrund ihrer sozialen Situation (z. B. in Armut lebende und bildungsferne Personen, Menschen mit Migrationshintergrund) oder einer Kombination dieser Merkmale verletzlich (vulnerabel) sind.

## 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 [ÄZQ 2005].

# Literaturverzeichnis

Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF (2011): Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*; 49:1047–53

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)(2007): Agenda Patientensicherheit, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/Agenda\\_2007\\_mit\\_Titelblatt.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf)

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)(2014): Wege zur Patientensicherheit Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/EmpfehlungAGBuT\\_Lernzielkatalog\\_Wege\\_2014\\_05\\_14\\_neu.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/EmpfehlungAGBuT_Lernzielkatalog_Wege_2014_05_14_neu.pdf)

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)(2016): Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus, Berlin, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE\\_Risikomanagement-1.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf)

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e. V., Plattform Patientensicherheit Österreich, Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2018) [Hrsg.]: Handlungsempfehlung Digitalisierung und Risikomanagement, 1. Auflage, Berlin, DOI: 10.21960/201803

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e. V. (o. D.): Glossar Patientensicherheit, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.aps-ev.de/glossar/>

Arimura M, Imai M, Okawa M, Fujimura T, Yamada N (2010): Sleep, mental health status, and medical errors among hospital nurses in Japan. *Ind Health*; 48:811–7.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2005): Glossar Patientensicherheit. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.aeqz.de/patientensicherheit/service-ps-online/glossar-patientensicherheit>

Auraaen A, Slawomirski L, Klazinga N (2018): The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind, OECD Health Working Papers, No. 106, OECD Publishing: Paris

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)(2017): Safety Culture Assessment in Health Care: A review of the literature on safety culture assessment modes TRIM: D17-35475

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)(2021): Measures of Patient Safety Culture, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture/measures-patient-safety-culture>

Badke-Schaub P, Hofinger G, Lauche K (2012): Human factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen. Springer: Berlin und Heidelberg

Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. (2004): The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*; 170:1678–86

- Berger-Höger B, Steckelberg A (2019): Gemeinsam informiert entscheiden, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-kolumne-07\\_19.pdf](https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-kolumne-07_19.pdf)
- Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J (2010): *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement* Jossey-Bass: Oxford und San Francisco
- Bitzer EM, Sørensen K (2018): Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Gesundheitswesen*; 80:754–766. DOI:10.1055/a-0664-0395
- Bonn (2017): Final Report – 2nd Global Ministerial Summit on Patient Safety 2017, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Patientensicherheit/Patient\\_Safety\\_Summit\\_2017\\_Final\\_Report.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/Patient_Safety_Summit_2017_Final_Report.pdf)
- Bopp A, Nagel D, Nagel G (2005): Was kann ich selbst für mich tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin. Rüffer & Rub: Zürich
- Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G (2017): Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*; 7:e017708
- Brandes S, Stark W (2016): Empowerment/Befähigung. Leitbegriffe der BZgA. DOI:10.17623/BZGA:224-i010-1.0
- Büscher, A (2021). (Patienten-)Sicherheit im Langzeitpflegebereich. In M. H. P. Gausmann, J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (2. Ausgabe, S. 673–683). De Gruyter: Berlin
- Bundesärztekammer (BÄK) (o. D.): Themenseite Patientensicherheit, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/patientensicherheit/>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin und Expertenkreis Patientensicherheit des ÄZQ [Hrsg.] (2009): Fortbildungskonzept "Patientensicherheit", abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/literatur/fbkonzept-ps.pdf>
- Bundesärztekammer (BÄK) (2019): Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/208054/Hinweise-und-Empfehlungen-der-Bundesaerztekammer-zum-Umgang-mit-Zweifeln-an-der-Einwilligungsfahigkeit-bei-erwachsenen-Patienten>
- Bundesärzteordnung (2019): Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (o. D.): Die Pflege-Charta, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.pflege-charta.de>
- Bundesverfassungsgericht. (1983): Urteil des Ersten Senats vom 15. Dezember 1983, 1 BvR 209/83 u. a. – Volkszählung –, BVerfGE 65, 1, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/1983/12/rs19831215\\_1bvr020983.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/1983/12/rs19831215_1bvr020983.html)
- Coulter A, Magee H (2003): *The European Patient of the Future*. State of Health. Open University Press: Berkshire
- Cox S, Cox T (1991): The structure of employee attitudes to safety: A European example, *Work & Stress*, 5:2, 93–106, DOI, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://doi.org/10.1080/02678379108257007>
- Di Cuccio, M. H. (2015): The Relationship between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 11, 135–142, DOI:10.1097/PTS.0000000000000058
- de Bienassis K, Llana-Nozal A, Klazinga N (2020): The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul, *OECD Health Working Papers*, No. 121, OECD Publishing: Paris
- de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA (2008): The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*; 17:216–23
- Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums. (2016): Krankheitsbewältigung, abgerufen am 26.08.2022 von: <http://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/bewaeltigung.php>

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx\\_wwt3shop\\_detail%5Bproduct%5D=6&tx\\_wwt3shop\\_detail%5Baction%5D=index&tx\\_wwt3shop\\_detail%5Bcontroller%5D=Products&cHash=d34d49f366c897c16cf62b44ded2860](https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=6&tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&cHash=d34d49f366c897c16cf62b44ded2860)

Donaldson L (2000): An organisation with a memory. *Clin Med (Lond)*; 2:452-7

Dschidda (2019): Jeddah Declaration on Patient Safety – 4th Global Ministerial Summit on Patient Safety 2019, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.spsc.gov.sa/English/Summit/Documents/%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%88%D9%82%D8%B9.pdf>

Duden (2012): Schwachstelle, die, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://archiv.duden.de/node/740143/revisions/740148/view>

Duden (2022) Schaden, der, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Schaden>

Eichler K, Wieser S, Brügger U (2009): The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*; 54:313-24

Endel G (2004): Patientensicherheit und Medizinische Fehler, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.717449&version=1443611415>

European Union (EU) Network for Patient Safety (2010): A General Guide for Education and Training in Patient Safety

Feichter M (2019): Krankenhausinfektionen (Nosokomiale Infektionen). München: NetDoktor.de GmbH, abgerufen am 28.05.2020 von: <https://www.netdoktor.de/krankenhaus/krankenhausinfektionen-nosoko-11201.html>

G20 (2020): G20 Health Ministers' Declaration. G20, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://ezcollab.who.int/file2.axd/7wbpfqm6.kg7pslj3/G20%20Health%20Ministers%20Declaration\\_EN\\_%2020201119.pdf](https://ezcollab.who.int/file2.axd/7wbpfqm6.kg7pslj3/G20%20Health%20Ministers%20Declaration_EN_%2020201119.pdf)

Gabler Wirtschaftslexikon (2017): Anreizsystem, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/anreizsystem-30143/version-202405>

Gabler Wirtschaftslexikon (2018): Organisationskultur, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/organisationskultur-46204/version-269490>

Gausmann P, Strametz R (2021): Patientensicherheit – Globale Herausforderungen; f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus; 38:708-710

Görres, S., Warfelmann, C., P., M., & Riemann, M. (2018). Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das ZQP. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Abschlussbericht.pdf>

Hannawa AF, Jonitz G (2017): Neue Wege für die Patientensicherheit – Sichere Kommunikation; de Gruyter: Berlin und Boston

Hayward RA, Hofer TP (2001): Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA*; 286:415-20

Herriger N (2006): Empowerment. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge [Hrsg.]: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Auflage, Berlin

HLS-Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU, abgerufen am 26.08.2022 von: [http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative\\_report\\_on\\_health\\_literacy\\_in\\_eight\\_EU\\_member\\_states.pdf](http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf)

Hoffmann B, Rohe J (2010): Patientensicherheit und Fehlermanagement Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(6): 92-9

Hollnagel E (2014): Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management. Routledge

- International Council of Nurses ICN (2021): ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Genf, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICN\\_Code-of-Ethics\\_DE\\_WEB\\_clean.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB_clean.pdf)
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2022): IT-Beratung. Glossar, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/beratung/it-beratung/flyer\\_beratung\\_glossar.pdf](https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/beratung/it-beratung/flyer_beratung_glossar.pdf)
- Kilian L. (2019): „Digital Literacy“ – Versuch einer Begriffsbestimmung, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://wb-web.de/aktuelles/digital-literacy-versuch-einer-begriffsbestimmung.html>
- Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. [Hrsg.] (2014): Krankenhaus-Report 2014; Schwerpunkt: Patientensicherheit. Schattauer: Stuttgart
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS [Hrsg.] (1999): To Err is Human: Building a Safer Health System, Washington (DC)
- Lenz A (2011): Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis, dgvt-Verlag: Tübingen
- Lenz M, Buhse S, Kasper J, Kupfer R, Richter T, Mühlhauser I (2012): Decision aids for patients. Dtsch Arztebl Int; 109:401–8. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0401
- Makary MA, Daniel M (2016): Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ 353: i2139
- Manser T, Brösterhaus M, Hammer A. (2016): You can't improve what you don't measure: Safety climate measures available in the German-speaking countries to support safety culture development in healthcare. ZEFQ; 114:58–71
- Maschewsky-Schneider U (2005): Programm-, Ziel- und Maßnahmenevaluation bei gesundheitsziele.de. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) [Hrsg.] gesundheitsziele.de. Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Schriftenreihe der GVG, Band 49:215–225
- Naczinsky A, Preising A (2021): Gesundheitskompetenz im System. Gesundheit + Gesellschaft, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.gg-digital.de/2021/10/gesundheitskompetenz-im-system/index.html>
- NAP Gesundheitskompetenz (o. D.), abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de>
- OECD (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing: Paris, DOI: 10.1787/health\_glance-2017-en
- Pfaff H, Hammer A, Ernstmann N, Kowalski C, Ommen O (2009): Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung. ZEFQ; 103:493–7
- Protschka J (2012): Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/133809/Behandlungsfehler-Die-Angst-vor-der-Schuld>
- Rat der Europäischen Union (2009): Empfehlung des Rates vom 9. Juni 2009 zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen. Amtsblatt der Europäischen Union (2009/C151/01)
- Reason J (1991): Human Error, Cambridge University Press
- Schaeffer D, Berens EM, Vogt D (2017): Health literacy in the German population – results of a representative survey Dtsch Arztebl Int 2017;114:53–60
- Schaeffer D, Berens EM, Vogt D, Gille S, Griesel L, Klinger J, Hurrelmann K (2021): Gesundheitskompetenz in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Folgebefragung. Deutsches Ärzteblatt 118:723–29
- Schein, EH (1997): Organizational Culture & Leadership. 2. Auflage. Jossey-Bass Publishers: San Francisco
- Schrapppe, M (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit, MWV: Berlin
- Schwappach D (2010): Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review, Med Care Rev:67:119–148
- Sherwood D (2011): Einfacher Managen: Mit Systemischem Denken Zum Erfolg. Wiley VCH: Weinheim



- Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N (2017): The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing: Paris
- Stangl W (2020): Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik, Debriefing, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://lexikon.stangl.eu/8997/debriefing/>
- Stetler CB, Damschroder LJ, Helfrich CD, Hagedorn HJ. (2011): A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. *Implement Sci*; 6:99
- Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)(o. D.): Gesundheitsinformationen, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.iqwig.de/de/methoden/ergebnisse/gesundheitsinformationen.3017.html>
- Tokio (2018): Tokyo Declaration on Patient Safety – 3rd Global Ministerial Summit on Patient Safety 2018, abgerufen am 26.08.2022 von: [https://www.google.de/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf&ved=2ahUKEwj2i\\_2zlpP5AhU8RmwGHa6rAmwQFnoECCcQAQ&usg=A0vVaw1L\\_NQIStNbRo6B2j1J4gNA](https://www.google.de/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf&ved=2ahUKEwj2i_2zlpP5AhU8RmwGHa6rAmwQFnoECCcQAQ&usg=A0vVaw1L_NQIStNbRo6B2j1J4gNA)
- Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM, van Heusden D, Wouters K, Franck E (2014): Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events – a crosssectional survey. *Int J Nurs Stud*; 51:1123–34.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M (2001): Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*; 322:517–9
- Wachter RM (2012): *Understanding Patient Safety*, 2. Auflage, McGraw-Hill Professional: New York
- Weick KE, Sutcliffe K (2007): *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty*, 2. Auflage, Jossey-Bass: Oxford und San Francisco
- Weldring T, Smith SM (2013): Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv Insights*; 6:61–8
- Welp A, Meier LL, Manser T (2016): The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Crit Care*; 20:110
- Weltgesundheitsorganisation (WHO)(2002): Resolution WHA55.18. Quality of care: patient safety. In: Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13–18 May 2002. Volume 1: Resolutions and decisions. Geneva: World Health Organization; 2002. WHO document WHA55/2002/REC/1
- Weltgesundheitsorganisation (WHO)(2004): World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva
- Weltgesundheitsorganisation (WHO)(2018): *Mustercurriculum Patientensicherheit: Multiprofessionelle Ausgabe, deutsche Übersetzung von Weltgesundheitsorganisation (2011): WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*
- Weltgesundheitsorganisation (WHO)(2020): Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Genf: Weltgesundheitsorganisation, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO)(2021): *Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030: Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung*. Genf: Weltgesundheitsorganisation
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD (1995): The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*. 163:458–71.
- Wu AW (2000): The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320:726–7
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2018): *ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018 Patientensicherheit in der ambulanten Pflege*, abgerufen am 26.08.2022 von: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf>

# Abkürzungsverzeichnis

<b>AG</b>	Arbeitsgruppe
<b>APS</b>	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
<b>ÄZO</b>	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
<b>BÄK</b>	Bundesärztekammer
<b>BGB</b>	Bürgerliches Gesetzbuch
<b>BIS</b>	Berliner Institut für Sozialforschung GmbH
<b>BfArM</b>	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
<b>BGBI</b>	Bundesgesetzblatt
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>BMJ</b>	Bundesministerium der Justiz
<b>BPI</b>	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.
<b>BPtK</b>	Bundespsychotherapeutenkammer
<b>BVerfG</b>	Bundesverfassungsgericht
<b>BZÄK</b>	Bundeszahnärztekammer
<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>CIRS</b>	Critical Incident Reporting System
<b>DKG</b>	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
<b>DRV</b>	Deutsche Rentenversicherung
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<b>GG</b>	Grundgesetz
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>GVG</b>	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.
<b>HAI</b>	Healthcare-associated infections
<b>HCQI</b>	Health Care Quality Indicators
<b>IQTIG</b>	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
<b>IQWiG</b>	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

<b>KBV</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung
<b>KMK</b>	Kultusministerkonferenz
<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>KZBV</b>	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
<b>KZV</b>	Kassenzahnärztliche Vereinigung
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>PKV</b>	Private Krankenversicherung
<b>PREMs</b>	Patient reported experience measures
<b>PROMs</b>	Patient reported outcome measures
<b>QM</b>	Qualitätsmanagement
<b>SGB V</b>	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch
<b>SGB XI</b>	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch
<b>StGB</b>	Strafgesetzbuch
<b>TÜV</b>	Technischer Überwachungsverein
<b>UAG</b>	Unterarbeitsgruppe
<b>vfa</b>	Verband Forschender Arzneimittelhersteller
<b>VHS</b>	Volkshochschulen
<b>VTE</b>	Venöse Thromboembolie
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation
<b>ZPO</b>	Zivilprozessordnung
<b>ZQP</b>	Zentrum für Qualität in der Pflege

# Mitglieder der Arbeitsgruppe

## **Vorsitzender der Arbeitsgruppe Ehemals Ärztekammer Berlin**

Hon.-Prof. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz

## **Redaktion und Organisation der AG Kooperationsverbund [gesundheitsziele.de/](https://gesundheitsziele.de/) Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung e. V. (GVG)**

Verena Holtz

---

## **Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.**

Hardy Müller\*

## **BAG SELBSTHILFE e. V.**

Hannelore Loskill

## **BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen**

Günter Hölling

## **Bundesärztekammer**

Sonja Barth

## **Bundespsychotherapeutenkammer**

Dr. Johannes Klein-Heßling

## **Bundeszahnärztekammer**

Dr. Regine Chenot, Dr. Constanze Lessing

## **Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.**

Dr. Doris Voit (bis Mai 2020)

## **Deutsche Rentenversicherung Bund**

Jörg Gehrke, Maike Rabura

## **Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.**

Andrea Rädlein

## **Geschäftsstelle des Patientenbeauftragten der Bundesregierung**

Bettina Godschalk, Rainer Sbrzesny

## **GBR Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH**

Prof. h. c. Dr. Peter Gausmann

## **Hessisches Ministerium für Soziales und Integration**

Claudia Teodoridis, Dr. Cornelia Winten

## **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung**

Petra Corvin, Dr. Beate Locher

---

\* zugleich Mitarbeiter der Techniker Krankenkasse

**Kooperationsverbund gesundheitsziele.de/  
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft  
und -gestaltung e. V. (GVG)**

Tobias Backhaus (bis April 2021), Hanna Buse,  
Verena Holtz, Julia Junk, Annika Strunk

**Medizinischer Dienst Bund**

Dr. Joan Panke

**MSD Sharp & Dohme**

Dr. med. Silvia Petak-Opel (bis Februar 2022),  
Xenia von Maltzan

**Robert Koch-Institut**

Dr. Kerstina Horch

**Verband der Ersatzkassen e. V.**

Sibylle Malinke

**Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.**

Bettina Benz, Josefin Jantz (bis September 2021)

**Zentrum für Qualität in der Pflege**

Daniela Sulmann

# Impressum

**Herausgeber:**

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG)  
Reinhardtstraße 34  
10117 Berlin

**Redaktion:** Verena Holtz/ Hon.-Prof. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz/ Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

**Gestaltung:** www.zweiband.de, Berlin

**Druck:** PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

**Bildnachweis:** **Stefan Schwartz** © Jan Pauls; **Niels Reith** © GVG / Kruppa; **Günther Jonitz** © Kathleen Friedrich;  
**Titelbild** © sturti/Getty Images; **S. 13** © Andrey\_Popov/Shutterstock; **S. 15** © Monster Ztudio/Shutterstock;  
**S. 16** © Lighthunter/Shutterstock; **S. 18** © sheff/Shutterstock; **S. 23** © Jacob Lund/Shutterstock;  
**S. 24** © dusanpetkovic/Getty Images; **S. 29** © izusek/Getty Images; **S. 32** © vm/Getty Images; **S. 33** © andresr/  
Getty Images; **S. 38** © Robert Kneschke/Shutterstock; **S. 40** © Kzenon/Shutterstock; **S. 43** © Allchonok/  
Shutterstock; **S. 49** © Kzenon/Shutterstock; **S. 50** © Photographee.eu/Shutterstock; **S. 51** © Rido/Shutterstock;  
**S. 53** © fizkes/Shutterstock; **S. 55** © Halfpoint/Getty Images; **S. 58-59** © Photographee.eu/Shutterstock;  
**S. 63** © fizkes/Shutterstock; **S. 65** © Dragana Gordic/Shutterstock

**Stand:** September 2022, 1. Auflage



*gesundheitsziele.de* ist eine gemeinsame Plattform von relevanten Akteuren des deutschen Gesundheitswesens, der Wissenschaft und der Gesellschaft, die gemeinsam an der Erarbeitung von Gesundheitszielen arbeiten und hierbei den „Health in All Policies“ Ansatz verfolgen. Mehr als 140 Organisationen engagieren sich im Verbund und setzen sich für die Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses im Sinne eines Public Health Action Cycle ein. Im Konsens werden Gesundheitsziele formuliert, Maßnahmen zur Zielerreichung empfohlen und Selbstverpflichtungen der verantwortlichen Akteure angestoßen.

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* ist bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. angesiedelt. *gesundheitsziele.de* wird finanziell unterstützt durch Trägerorganisationen und durch folgende Bundesländer:

#### Bundesländer

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Brandenburg
- Bremen
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen-Anhalt
- Thüringen



Baden-Württemberg



Mecklenburg-Vorpommern





**Niedersachsen.**  
Klar.

Das Land  
Nordrhein-Westfalen



Rheinland-Pfalz

**SAARLAND**

Großes entsteht immer im Kleinen.



**SACHSEN-ANHALT**

**#moderndenken**

Freistaat  
**Thüringen**



### Trägerorganisationen

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- DAK-Gesundheit
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutscher Olympischer Sportbund e. V.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- Techniker Krankenkasse
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)



Gesundheitspartner:





Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages