

1

Sicherheitskultur als Kernelement einer nachhaltigen Patientenversorgung: ein Überblick und eine Einordnung

Ruth Hecker und Ilona Köster-Steinebach

1.1 Einleitung: Warum ist Sicherheitskultur so wichtig?

Ein Flugzeug startet nicht, bevor die Pilot:innen die Checkliste vor dem Start in allen Punkten abgearbeitet haben. Es startet nicht, wenn Zweifel an der technischen Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der Maschine bestehen. Es startet nicht, wenn die Pilot:innen nicht in vielen Simulationsflügen bewiesen haben, dass sie auch mit den ungewöhnlichsten Extremsituationen umgehen können und eine effektive, lösungsorientierte Kommunikation im Team beherrschen. Und es startet nicht, wenn nicht genügend Flugbegleitungen an Bord sind. Der Grund dafür ist immer der Gleiche: Alle diese Faktoren sind sicherheitsrelevant. Es hängen Menschenleben (und die Tragfähigkeit des Geschäftsmodells der Airlines) von diesen Sicherheitsvorkehrungen ab. Das Ergebnis all dieser Anstrengungen und Vorgaben ist beeindruckend: Das Flugzeug zählt zu den sichersten Verkehrsmitteln, gleich hinter dem Schiff und noch weit vor dem Zug.

Wie steht es mit den Sicherheitsvorkehrungen im Gesundheitswesen?

Und in der Gesundheitsversorgung? Niemand kann bestreiten, dass auch im Gesundheitswesen jeden Tag Leben auf dem Spiel stehen oder lebenslange Gesundheitsbeeinträchtigungen aufgrund von Fehlern. Wie steht es mit den Sicherheitsvorkehrungen im Gesundheitswesen? Zu allen für die Luftfahrt genannten Maßnahmen gibt es Äquivalente in der Medizin:

- **Personalausstattung:** Greift man nur einmal die Ausstattung mit Pflegepersonal heraus, dann zeigten internationale Studien das enorme Gefälle von Ländern mit einer guten Relation von Pflegepersonal zu Patient:innen (*nurse-to-patient-ratio*)

zu Deutschland, das schon lange vor der Corona-Pandemie Schlusslicht unter zahlreichen OECD-Staaten war. Diese Studien belegten auch eindrucksvoll, dass die schlechte Pflegepersonalausstattung erhebliche Risiken für die Patient:innen mit sich bringt (vgl. Zander et al. 2017).

- **Simulationstrainings:** In der Geburtshilfe hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) mithilfe einiger engagierter Förderer im Rahmen des Projekts Simparteam versucht, teambasierte, hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Simulationstrainings in der Versorgung zu etablieren. Hier wurde die Erfahrung gemacht, dass die Bereitschaft der Einrichtungen, die Arbeitszeit ihres Personals in mehrtägige Fortbildungen zu investieren, aufgrund von Re-finanzierungsproblemen, Ressourcenmangel und mangelndem Verständnis der Notwendigkeit sehr beschränkt ist.
- **Medizinproduktesicherheit:** Zwar gibt es mit der europäischen Verordnung zur Zulassung von Medizinprodukten Vorgaben, die dafür sorgen sollen, dass nur Produkte und Medizintechnik zum Einsatz kommen, die prinzipiell sicher sind, aber nicht umsonst hat das APS zahlreiche Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit rund um Medizinprodukte veröffentlicht. Z. B. hat die Corona-Pandemie gezeigt, dass es ein erhebliches Patientensicherheitsproblem darstellt, wenn in einer Einrichtung aus Kostengründen die unterschiedlichsten Beatmungsgeräte nebeneinander im Einsatz sind – um nur ein Beispiel zu nennen.
- **Checklisten:** An kaum einem Beispiel lässt sich besser die Bedeutung von Sicherheitskultur verdeutlichen wie an den OP-Checklisten. Schon 2007 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter dem Titel „Lösungskonzepte zur Patientensicherheit“ für den konsequenten Einsatz von Checklisten vor der Durchführung operativer Eingriffe geworben. Ein Blick in die Praxis zeigt die Bandbreite der Nutzung dieses Instruments auf: Während Checklisten in einigen Häusern unverzichtbarer Bestandteil der täglichen Bemühungen um sichere Patientenversorgung sind, werden sie in anderen Einrichtungen als lästige Zeitverschwendung empfunden bis zu dem Punkt, an dem sie bereits fertig ausgefüllt in den OP mitgebracht werden, anstatt dort der Vorbereitung des Eingriffs zu dienen.

Gerade das Beispiel der OP-Checklisten zeigt: In welchem Umfang Patientensicherheit in einer Einrichtung etabliert ist, hängt nicht von einzelnen Instrumenten oder der Existenz formaler Positionen und Stellenbeschreibungen ab, sondern von der gelebten Sicherheitskultur einer Einrichtung. Deshalb ist es an der Zeit, dem zentralen Faktor der Sicherheitskultur die Aufmerksamkeit zu widmen, die ihm gebührt. Im vorliegenden Sammelband kommen deshalb zahlreiche Autorinnen und Autoren mit ihren speziellen Perspektiven auf das Thema Sicherheitskultur vornehmlich im Gesundheitswesen zu Wort. Dieses Kapitel dient der Einführung und Einordnung des Themas.

1.2 Komplexität und Risiko im Gesundheitswesen

Wer einmal den Begriff „Risikowahrnehmung“ googelt, bekommt schnell einen Eindruck davon, dass Menschen Risiken zumeist nicht rational einschätzen, sondern

1 Sicherheitskultur als Kernelement einer nachhaltigen Patientenversorgung: ein Überblick und eine Einordnung

zahlreichen Verzerrungen unterliegen. Beispielsweise haben wesentlich mehr Menschen Flugangst als Angst davor, mit dem Auto zu fahren, obwohl das Flugzeug das bei weitem sicherere Verkehrsmittel ist. Medial aufgegriffene Großereignisse wirken wesentlich bedrohlicher als der Alltag, auch wenn dieser deutlich gefährlicher ist, weil Gewöhnung und Kontrollillusion den Blick auf das Gefahrenpotenzial verstellen.

Ein Bereich, in dem die Risikowahrnehmung besonders starken Verzerrungen unterliegt, ist das Gesundheitswesen. Beispielsweise werden einzelne Gefahrenpotenziale wie etwa multiresistente Erreger oder Impf-Nebenwirkungen aufgrund seriöser (oder verzerrender) medialer Berichterstattung als besonders bedrohlich wahrgenommen, während andere Gefahren generell unterschätzt oder sogar weitgehend ignoriert werden. Beispiele für Letzteres sind etwa die mindestens 250.000 vermeidbaren Krankenhauseinweisungen pro Jahr in Deutschland aufgrund von Medikationsfehlern (vgl. Deutscher Bundestag 2018), die in der öffentlichen Wahrnehmung kaum aufgegriffen werden. Oder die Sepsis, die jährlich mindestens 75.000 Todesfälle fordert, von denen etwa jeder vierte vermeidbar wäre (Hintergrundinformationen zum Thema Sepsis auf www.deutschland-erkennt-sepsis.de).

Dass das Gesundheitswesen insgesamt und insbesondere Krankenhäuser Hochrisikoorganisationen sind, ist bei näherem Hinsehen unmittelbar einleuchtend. Unterschiedlichste gesundheitliche Beeinträchtigungen und Bedarfe werden in einem hochgradig arbeitsteiligen, stark fragmentierten und unter Ressourcenmangel leidenden Geflecht von Institutionen, Abteilungen und Personen auf der Grundlage unvollständigen Wissens über den Einzelfall und sich rasant weiterentwickelnden Fachwissens versorgt. Ganz im Gegensatz zu der in der Medizin (früher) üblichen Haltung ist das Vorhandensein von Risiken unter diesen Bedingungen nicht Ausnahme, sondern allgegenwärtige, unvermeidliche Realität. Auch wenn verständlich ist, dass es psychologisch entlastender ist, diese permanente Handlungsunsicherheit entweder auszublenden oder einfach als gegeben zu akzeptieren, ist es doch für die Angehörigen aller Gesundheitsberufe, insbesondere für die Ärztinnen und Ärzte, an der Zeit, den Mut und die Ehrlichkeit aufzubringen, sich der Wahrheit zu stellen: Es gibt zahlreiche Risiken für die Patient:innen, und Vermeidbare Unerwünschte Ereignisse (VUE) passieren jeden Tag und jedem Behandelnden!

Die Bedeutung der Komplexität im Gesundheitswesen allgemein, aber auch in jeder einzelnen Organisation, die sich der Behandlung von Patient:innen widmet, ist kaum zu unterschätzen. Komplexität bedeutet vor allem, dass das Zusammenwirken der einzelnen Akteure und ihrer Handlungen nicht mehr vollständig verstanden und damit vorausgesagt werden kann. Damit besteht immer die Möglichkeit, dass eigentlich gut gemeinte Handlungen, die bisher immer „gut gegangen“ sind, aufgrund der unbemerkten und an sich harmlosen Änderung von Rahmenbedingungen zu negativen Ergebnissen führen. Für das Qualitäts- und Risikomanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens folgt daraus, dass einzelne Maßnahmen (z.B. die oben erwähnten Checklisten) niemals ausreichend sein können, um Patientensicherheit zu gewährleisten. Im besten Fall sind sie funktional, um bestimmte bereits identifizierte und weitgehend standardisierte Gefahrenquellen auszuschließen. Sie müssen aber einerseits fortlaufend auf ihre Angemessenheit für die aktuellen Umstände überprüft werden und andererseits muss jederzeit nach weiteren Risiken Ausschau gehalten werden, denn die Anwendung von OP-Checklisten allein macht eben noch kein sicheres Krankenhaus.

Der Schritt von einem mechanischen Verständnis der Patientensicherheit zur Erkenntnis, dass es sich hier um komplexe und deshalb unvermeidlich risikobehaftete soziale Systeme handelt, lässt sich gut an der Veränderung der Definition des Begriffs festmachen. Während zu Beginn der Debatte um die Patientensicherheit rund um die Jahrtausendwende diese noch als „Abwesenheit vermeidbarer unerwünschter Ereignisse“ verstanden wurde, etabliert das APS-Weißbuch Patientensicherheit (Schrappe 2018) ein ganz neues Verständnis:

„Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der 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. in der Lage sind, ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen.“ (Schrappe 2018:11)*

Fasst man diese Definition mit einem einzigen Begriff zusammen, dann ist das der der Sicherheitskultur. Angesichts der unvermeidlichen und allgegenwärtigen Risiken im Gesundheitswesen kommt es auf die Sicherheitskultur an. Also darauf, jeden Tag systematisch neu nach Risiken Ausschau zu halten und sich nach Kräften dafür einzusetzen, diese so zu beherrschen, dass sie sich nicht als Schaden bei den Patient:innen manifestieren. Entsprechend müssen auch alle Maßnahmen, die die Patientensicherheit verbessern sollen, als „komplexe Mehrfachinterventionen“ (Schrappe 2018) ausgestaltet sein, die vor allem die Fähigkeit der Handelnden steigern, Risiken zu erkennen und durch Maßnahmen zu beherrschen.

1.3 Verwirklichung von Sicherheitskultur

Wie kann man nun zu einer solchen Sicherheitskultur gelangen? In der Geschichte der Patientensicherheitsbewegung herrschte lange Zeit die Überzeugung, dass es dafür einen Königsweg gebe, ein Instrument, das in der Lage ist, das Risikobewusstsein und Sicherheitsverhalten umfassend zu fördern. Gemeint sind Fehlerberichts- und Lernsysteme (engl.: *critical incident reporting system* [CIRS]). Wenn nur ein solches Meldesystem für kritische Ereignisse existiere, dann werde sich automatisch die Patientensicherheit verbessern – so lautet bzw. lautete die Annahme: Indem den Verantwortlichen und den Mitarbeitenden durch die Meldungen Fehlerursachen und -folgen vor Augen geführt werden, entwickle sich quasi automatisch eine tragfähige Sicherheitskultur. Diese Annahme liegt implizit auch § 135a Abs. 2 Nr. 2 des Sozialgesetzbuchs V sowie der darauf aufbauenden Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zugrunde.

Mittlerweile darf diese Überzeugung getrost als überholt angesehen werden. Ja, CIRS ist ein wichtiges, sogar unverzichtbares Instrument zur Verwirklichung von Patientensicherheit – im Übrigen gilt das nicht nur im Krankenhaus, sondern auf jeder Ebene des Gesundheitssystems. Aber am Ende des Tages sind CIR-Systeme, genauso wie die OP-Checklisten, nicht mehr und nicht weniger als ein Instrument. Ob CIR-

1 Sicherheitskultur als Kernelement einer nachhaltigen Patientenversorgung: ein Überblick und eine Einordnung

Systeme maßgeblichen Einfluss auf die Prozesse z. B. in einem Krankenhaus nehmen, ob sie also „gelebt“ werden, hängt von der Sicherheitskultur ab. Sie können vortrefflich genutzt werden, um die bereits vorhandene Sicherheitskultur auszugestalten und zu vertiefen, aber ohne die grundsätzliche Entscheidung in einer Organisation, „Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen“ (Schrappe 2018:11) bewirkt die obrigkeitliche Verordnung eines CIRS wenig bis nichts.

Für diejenigen, die sich mit dem Funktionieren von Organisationen oder dem Aufstieg und Fall von Unternehmen beschäftigen, ist es keine Überraschung, dass auch die Sicherheitskultur ganz wesentlich von den maßgeblichen Führungspersonen abhängt. Sicherheitskultur – und damit die Frage, ob sich eine Einrichtung substanziell für Patientensicherheit einsetzt – hängt von der Führung ab! Natürlich können auch engagierte Mitarbeitende die Überzeugung in eine Organisation bringen, dass Patientensicherheit ein wichtiger Wert ist und vermehrt umgesetzt werden muss. Sie können subversiv oder überzeugend vorgehen, um in ihrem Umfeld etwas für Patientensicherheit zu tun. Zu einrichtungsweiten Veränderungen kommt es aber nur dann, wenn es gelingt, die Führungsebene zu überzeugen. Somit ist festzuhalten: Patientensicherheit ist eine Kulturfrage und Führungsaufgabe!

***Patientensicherheit ist eine Kulturfrage
und Führungsaufgabe!***

Deshalb hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit in seinen „Sieben Anliegen für die nächste Legislaturperiode 2021–2025“ auch gefordert, die Verantwortung für Patientensicherheit verpflichtend auf der obersten Führungsebene aller Organisationen im Gesundheitswesen zu verankern. Gemeint ist damit nicht nur eine weitere Beauftragung, wie die Hygiene- oder Transfusionsbeauftragten, sondern die Verpflichtung, einem Mitglied der obersten Führungsebene die Aufgabe zuzuweisen, regelmäßig die Anstrengungen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu erheben, zu berichten und gegenüber den anderen Leitungspersonen und vor allen Dingen dem Aufsichtsgremium zu verantworten bzw. zu vertreten. Das steht nicht in Konkurrenz zu den Beauftragten für das Qualitätsmanagement oder das klinische Risikomanagement, sondern fasst die Ergebnisse der Methoden dieser beiden zusammen. Die negativen sowie positiven Ergebnisse dienen direkt als Grundlage für weitere Führungsentscheidungen.

Wenn nun einmal dieser zentrale Schritt gemacht wurde, dass eine Führungsperson oder -gruppe Patientensicherheit als zentralen erstrebenswerten Wert erkennt und aktiv werden will, dann stellt sich als nächstes die Frage nach dem Wie: Was können, was sollten Führungskräfte tun, um die Sicherheitskultur in ihren Einrichtungen zu fördern?

Zunächst einmal kommt es auf das Vorbild der eigenen Haltung an. Neben dem prominenten öffentlichen Bekenntnis zur Patientensicherheit gegenüber externen und internen Stakeholdern müssen die eigenen Entscheidungen unter dem Maßstab der Patientensicherheit getroffen werden. Wenn also beispielsweise die Entscheidung ansteht, ob ein weiterer Herzkatheter-Messplatz eingerichtet werden soll, obwohl die Region schon übertversorgt ist, oder die Gelder in die Anstellung einer spezialisierten Kraft zur frühen Erkennung und besseren Behandlung von Sepsis oder in Antibiotic Stewardship investiert wird, dann gehen wirkungsvolle Veränderungsimpulse davon aus, sich für die Optionen im Interesse der Patientensicherheit zu entscheiden.

Der zweite wichtige Ansatz ist der Umgang mit den Mitarbeitenden. Man kann Fehlerlosigkeit nicht anordnen. Schon bei einfachen, mechanischen Tätigkeiten führt Druck von Seiten der Führungskräfte nur dazu, dass der psychologische Stress erhöht wird, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Fehler auftreten und möglichst vertuscht werden, was wiederum die Chance eliminiert, aus ihnen zu lernen. Die Analyse einiger tragischer Unfälle in der Luftfahrt hat ergeben, dass hierarchiebetonte Kommunikation ursächlich oder wesentlich für die fatale Verkettung von Ereignissen war. Auch im Gesundheitswesen trägt unzureichende Kommunikation zu einem Großteil der VUE wesentlich bei. Der Einfluss von Führungskräften auf die Art der Kommunikation beschränkt sich in diesem Zusammenhang nicht nur darauf, ihren Mitarbeitenden Kommunikations- und Simulationstrainings zu ermöglichen. Ihre Aufgabe ist vielmehr, mit ihrem Verhalten, ihrem Vorbild und ihren Entscheidungen in ihren Organisationen eine sog. „just culture“ auf allen Ebenen und unter den Angehörigen aller Berufsgruppen zu etablieren. Die Übersetzung „Gerechtigkeitskultur“ wird diesem Konzept nicht gerecht. Einen guten Einblick gab Suzette Woodward in ihrer Keynote zur APS-Jahrestagung 2021 (Woodward 2021):

What you can do to help build a just culture

1. Be clear that error is normal – even the best people make mistakes
2. Don't use blame as the solution, it fixes nothing
3. Make sure your key goal is to learn and improve
4. Understand the context and conditions people are working in
5. Respond and act with kindness, fairness and respect

1.4 Fazit: Patientensicherheit messen und zur Grundlage aller Entscheidungen machen

In diesem Kapitel haben wir gezeigt, dass Patientensicherheit nicht nur in einer komplexen Umgebung angesiedelt ist, sondern auch in sich ausgesprochen multifaktoriell ist. Daraus folgt: Es gibt keine endliche Anzahl von Faktoren, deren Vorhandensein (im Falle von Strukturen wie dem CIRS) oder Nichtauftreten (Abwesenheit [bestimmter] VUE) eine einfache quantitative Erfassung von Patientensicherheit ermöglichen. Risiken, die heute relevant sind, können morgen gut beherrschbar oder irrelevant sein, während vollkommen neue auftreten. Man muss gar nicht auf die Ausnahmesituation einer Pandemie blicken, um zu wissen, dass derartige mechanistische Ansätze nur bedingt geeignet sind, um Patientensicherheit erfassbar zu machen, das Stichwort Digitalisierung reicht aus. Unzweifelhaft ist aber die Messung von Patientensicherheit Grundvoraussetzung für eine *accountability*, also eine Transparenz- und Rechenschaftspflicht. Ohne Messung der Patientensicherheit greift auch die Verankerung auf der obersten Leitungsebene zu kurz.

Im APS gibt es eine lange Debatte rund um die verpflichtende Erfassung von Behandlungsfehlern. Einmal abgesehen davon, dass die Anknüpfung am juristischen Sachverhalt des Behandlungsfehlers nicht sachgerecht für die medizinischen und organisatorischen Fragestellungen rund um die Vermeidung von VUE ist, kann eine solche Erfassung leicht in die Kultur der Anprangerung von Fehlern zurückführen, die kontraproduktiv ist. Etwas ganz anderes ist die verpflichtende, vollständige Erfas-

1 Sicherheitskultur als Kernelement einer nachhaltigen Patientenversorgung: ein Überblick und eine Einordnung

sung spezieller schwerwiegender Vorkommnisse, die durch zumutbare organisatorische Maßnahmen abwendbar sind. Entsprechend hat das APS eine Liste von 22 ausgewählten „Schwerwiegenden Ereignissen, die wir sicher VERhindern wollen“ (SEVER-Liste) veröffentlicht. Auch die WHO plädiert in ihrem „Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030“ dafür, dass vergleichbare Ereignisse von ihren Mitgliedsstaaten vollständig erfasst werden sollten. Selbstredend gibt es unendlich viel mehr Risiken für Patient:innen während der Gesundheitsversorgung, sodass das Nichtauftreten von SEVer in einer Einrichtung mitnichten bedeutet, dass dort keine vermeidbaren Patientenschäden auftreten. Vielmehr liegt diesem Vorgehen ein *pars pro toto*-Ansatz zugrunde, also die Annahme, dass Einrichtungen, in denen relativ wenige oder keine SEVer auftreten, über eine gute Sicherheitskultur verfügen. Auch kann man an der Entwicklung der Gesamtzahl von SEVer (oder vergleichbaren Ereignissen) ablesen, wie weit sich die Anstrengungen zur Verbesserung der Patientensicherheit über die Einrichtungen des Gesundheitswesens ausgebreitete haben. Das allein ist aber nicht ausreichend. Bemerkenswert ist, dass die WHO ergänzend auch die regelmäßige Erhebung der Sicherheitskultur in allen Einrichtungen fordert (Bundesgesundheitsministerium 2021:77). Das ist nur folgerichtig, wenn man die obigen Beispiele der OP-Checklisten und des CIRS betrachtet bzw. die vorgestellte Definition der Patientensicherheit verinnerlicht hat. Erst in der Kombination der Erhebung von Strukturmerkmalen, Ergebnissen und der gelebten Sicherheitskultur kann man ein realistisches Bild davon erhalten, wie es um den Umgang mit Risiken in einem Gesundheitswesen und damit die Patientensicherheit gestellt ist. Dafür setzt sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit ein.

Egal, auf welcher Ebene, ob im persönlichen Handeln, den Ergebnissen des Teams in der eigenen Praxis oder auf Station, in stationären Einheiten wie Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder Einrichtungen der Langzeitpflege, in übergeordneten Organisationen wie Krankenkassen oder auch im gesamten Gesundheitswesen, gilt das gleiche Prinzip: Wir müssen den Mut und die Ehrlichkeit entwickeln, dem Vorhandensein von Risiken in der Patientenversorgung faktenbasiert auf der Grundlage unterschiedlichster Erhebungsmittel ins Auge zu sehen und Patientensicherheit als eines der wichtigsten Ziele in der Gesundheitsversorgung zu akzeptieren.

! Wir brauchen den rationalen Umgang mit Risiken – denn nur so können wir die Sicherheitskultur entwickeln, um die Risiken bestmöglich zu beherrschen.

Davon hängt nicht weniger als die Humanität und die ökonomische wie soziale Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung ab.

Literatur

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (2021) Handlungsempfehlung – Schützt vor Schaden: Die APS-SEVer-Liste. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/09/SEVer-Liste_APS.pdf (abgerufen am 10.12.2021)

Bundesgesundheitsministerium (2021) Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030: Auf der Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung (deutsche Übersetzung). URL:

- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf (abgerufen am 10.12.2021)
- Deutscher Bundestag (2018) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Wieland Schinnenburg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/639 – Medikationsplan gemäß § 31a SGB V – Erfahrungen und Fortentwicklung. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/008/1900849.pdf> (abgerufen am 10.12.2021)
- Schrappé M (2018) APS-Weißbuch Patientensicherheit. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hrsg.) Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Woodward S (2021) Video-Keynote Suzette Woodward bei der APS-Jahrestagung 2021. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=3eUayPckn60> (abgerufen am 10.12.2021)
- WHO (World Health Organization) et.al. (2007) Lösungskonzepte zur Patientensicherheit. URL: <https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/publikationen/PatientSolutionsGERMAN.pdf> (abgerufen am 10.12.2021)
- Zander B; Köppen J, Busse R (2017) Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: Klauber J, Geraedts M; Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2017: Zukunft gestalten. S. 61–78. Schattauer Stuttgart URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Krankenhausreport/2017/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2017_kap05.pdf (abgerufen am 10.12.2021)



Dr. med. Ruth Hecker

Ruth Hecker studierte Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum. Ihre Facharztausbildung Anästhesiologie absolvierte sie an den Universitätskliniken Marienhospital Herne und am Katholischen Klinikum Bochum. Neben ihrer Tätigkeit bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe studierte sie Gesundheitswissenschaften in Bielefeld. Sie erwarb die Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement und war jahrelang DIN EN ISO Auditorin. Seit 2011 leitet sie das Qualitäts- und klin. Risikomanagement an der Universitätsmedizin Essen und wurde dort zum Chief Patient Safety Officer ernannt. Seit 2019 ist sie Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit.



Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Ilona Köster-Steinebach studierte Japanologie (M.A.) und Volkswirtschaftslehre (Promotion) in Marburg. Ab 2004 war sie Fachreferentin, Senior-Projekt- sowie Teamleiterin in strategischen Stabsstellen der KV Bayerns, München. 2010 wurde sie Referentin im Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin, und wirkte in der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mit. Von Juni 2018 bis 31.03.2022 war sie Geschäftsführerin im Aktionsbündnis Patientensicherheit.