

Ärztliches Zentrum
für Qualität in
der Medizin



Gemeinsame Einrichtung
von Bundesärztekammer
und Kassenärztlicher
Bundesvereinigung

CIRS-Berichte analysieren - aber richtig

C. Thomeczek

CIRS NRW

Patientensicherheit
gemeinsam
fördern

www.cirs-nrw.de

CIRS NRW

Gipfel

30. September 2015

Düsseldorf, 30. September 2015



CIRS-Berichte analysieren - aber richtig (in 30 min ?)



Saskia
Wissel
Volker
Hospil

Rich

Der Ni
muss
wendi
Übung
es dal
werde
erhalt
lung c

Moderation: Dr. med. Susanne Macher-Heidrich und Ju
Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf



Ulrike Schmit
nigung, Berlin

Dr. Markus Holtel, Ärztlicher Direktor Paracelsus
Jerzy Wielowiejski, niedergelassener Chirurg und

Richtig umsetzen: So wirkt CIRS!

Fehlermeldesysteme fördern den offenen Umgang
ein geeignetes Instrument, die Sicherheitskultur
toren notwendig, um in Gesundheitseinrichtunge
umzusetzen. In diesem Workshop lernen die Teil
CIRS-Fällen umgehen und z. B. Maßnahmen ableit
Routine übertragen.

Moderation: Marina Buchmann, Kassenärztliche
Dortmund

Größtmöglich
Patientenvers
ist in der Prax
und (Beinahe-)
benutzen umgehen. Wie kann mit Folgendem eine offene
und positive Fehlerkultur Einzug halten und wie können Verbesserungsstrat
egien in den unterschiedlichen Risikobereichen implementiert werden? Hilfr
reich sind dabei auch die bewährten Instrumente des Qualitätsmanagements
wie beispielsweise Erkenntnisse aus Patientenbefragungen, Teambespre
chungen, Beschwerden und die Teilnahme an einem Fehlerberichts- und
Lernsystem oder dem Online-Tool „Mein PraxisCheck“.

Moderation: Miriam Mauss,
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf



WORKSHOP II

r. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz, Hochschule RheinMain/Wiesbaden
ss School; Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster

ig analysieren: Diese Methoden gibt es!

: Analyse, Bewertung und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus
rierte Verfahren, an
gewählt. In diesem
-Bericht mit unter
-m konkreten Fall
weisen zu erkennen.



WORKSHOP IV

für Patientensi-
gement und Organi-
theim, Liebenburg

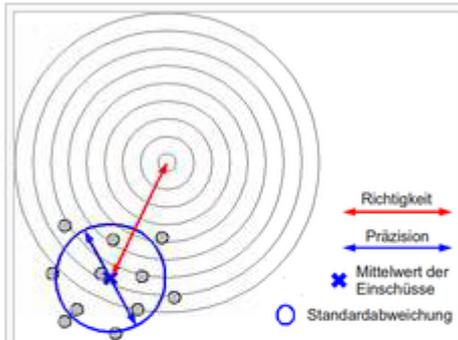
g!

mmunizieren immer
fflichen Alltag. Ein
munikation, die so-
professionen berück-

rstellen, dass Inhalte von allen Beteiligten ver-
Fallstricke umgehen und Lösungsmöglichkeiten
en Kommunikationsmodelle mit ihren Stärken und
teilt.

, Oberärztin, Katholische Kliniken
nkirchen
immer Westfalen-Lippe, Münster

Was ist eigentlich richtig?



Richtigkeit und Präzision beim Schießen auf eine Zielscheibe:
Je kürzer der rote Pfeil, desto höher die Richtigkeit; je kürzer der blaue Pfeil, desto höher die Präzision



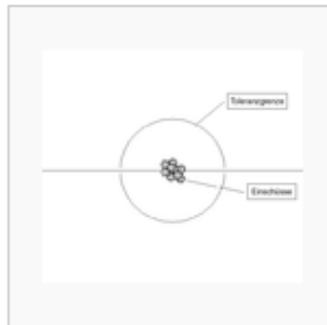
Richtig

(Weitergeleitet von [Richtig](#))

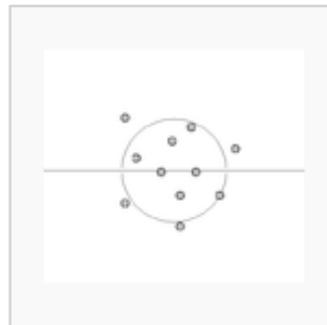
Richtigkeit und Präzision am Beispiel mehrerer Schüsse aus verschiedenen Gewehren

Richtigkeit

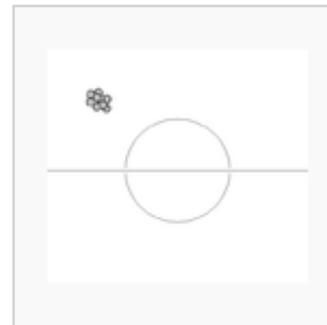
Die Frage ist



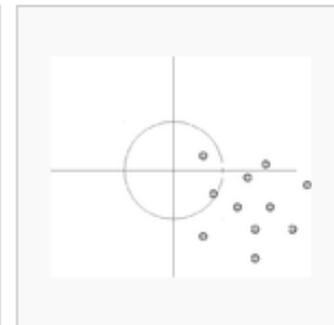
Richtigkeit und Präzision gut (gute Genauigkeit)



Richtigkeit gut, aber schlechte Präzision (schlechte Genauigkeit)



Präzision gut, aber schlechte Richtigkeit (schlechte Genauigkeit)



Präzision und Richtigkeit schlecht, die Genauigkeit natürlich auch

Richtigkeit.

Kuchen backen – aber richtig!



Zutaten - aber richtig!



Infrastruktur und Plan - aber richtig!



☆ Backmischung Cranberry Cookies ☆

110 g Mehl
1 TL Backpulver
1 Prise Salz
75 g brauner Zucker
75 g weißer Zucker
65 g Haferflocken
100 g getrocknete Cranberries
100 g Schokostreusel

60 g Zucker
3 EL Stärkemehl
abgeriebene Schale 1 unbehandelten Zitrus
einige Tropfen Vanillearoma
600 g Magerquark
2 EL Rosinen

1. Eier trennen, Eigelb mit Zucker ca. 10 Minuten schaumig schlagen. Stärkemehl, Zitronenschale und Vanillearoma unterrühren. Quark gut abtropfen lassen und mit den Rosinen unter die Eigelbmasse ziehen. Eiweiß steif schlagen und vorsichtig unter die Quarkcreme heben.
2. Eine kleine Springform (Ø 24 cm) mit Backfolie auslegen. Quarkmasse einfüllen und im vorgeheizten Backofen bei 160 Grad (Gas: Stufe 1) auf mittlerer Schiene ca. 50 Minuten backen.

Zutaten

- 130g weiche Butter
- 90g Zucker
- 1 Vanilleschote
- 2 Eier
- 160g Mehl
- 1 TL Backpulver
- 80g Vollmilchjoghurt
- Saft & Abrieb von einer Zitrone

Was ist offensichtlich?



Sicherheit immer garantiert ?



Im nachfolgenden Prozess wurde deutlich, dass der Schwebebahnabsturz nicht durch einen technischen Defekt oder einen Systemfehler, sondern **allein** aufgrund **nachlässiger** Abbauarbeiten zum Ende der Bauarbeiten jener Nacht und **mangelnder Kontrolle** dieser Arbeiten geschehen war.



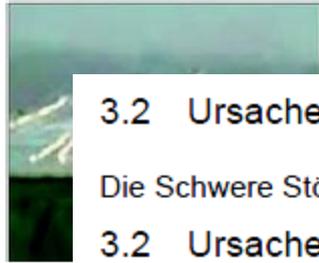
Foto: AP

Zoom

Ein Fernwärmerohr rettete am 12. April 1999 vielen Fahrgästen der Wuppertaler-Schwebebahn das Leben: Es verhinderte, dass die Bahn tiefer unter Wasser sank. Trotzdem gab es insgesamt fünf Tote und 47 Verletzte.

SHIT
HAPPENS!

Risikoanalyse in der Luftfahrt - aber richtig!



3.2 Ursachen

Die Schwere Störung bei der Landung des Flugzeuges bei signifikantem Seitenwind ist auf folgende

3.2 Ursachen

Die Schwere Störung bei der Landung des Flugzeuges bei signifikantem Seitenwind ist auf folgende unmittelbare Ursachen zurückzuführen.

- Durch eine von der Besatzung unerwartete abrupte Querlage kam es beim Aufsetzen des Flugzeuges zu einer Berührung der Tragfläche mit dem Boden.
- Bei einer im Endanflug vom Tower gemeldeten Windangabe mit Böen bis 47 kt wurde der Anflug fortgesetzt. Bei Berücksichtigung der Angabe *maximum crosswind demonstrated for landing* wäre ein Durchstarten angemessen gewesen.

Folgende systemischen Ursachen haben zu der Schwere Störung geführt:

- Die Angabe *maximum crosswind demonstrated for landing* war im Operating Manual (OM) und im Flight Crew Operating Manual (FCOM), Vol. 3, nicht definiert und missverständlich beschrieben.
- Die Landetechnik für Landungen bei Seitenwind war in der Standarddokumentation für das Flugzeug nicht eindeutig beschrieben.
- Die eingeschränkte Wirksamkeit der Quersteuerung war nicht bekannt.

Der Bc

Gutach
bus

Der Film
Da sch
Seitens
parallel
springt
Es rollt
melt zu
erst ge
hat die
den Be
fentlich
Zunächt
Verant
tän krit
Vorfall
siert de
heiten |
Fahrwe
modus
Steuerl
giert h
Flügels
werker
rück. A
Bordco
Flugzei

Quelle:
Nr.53, |

veröffentlicht.

Weitere Konsequenzen aus Untersuchung?

Betroffen:

ca. 6.670 Maschinen

ca. 66.700 Piloten

(5 Crews / Maschine)

Konsequenzen:

Änderung Dokumentation

Änderung Ausbildung

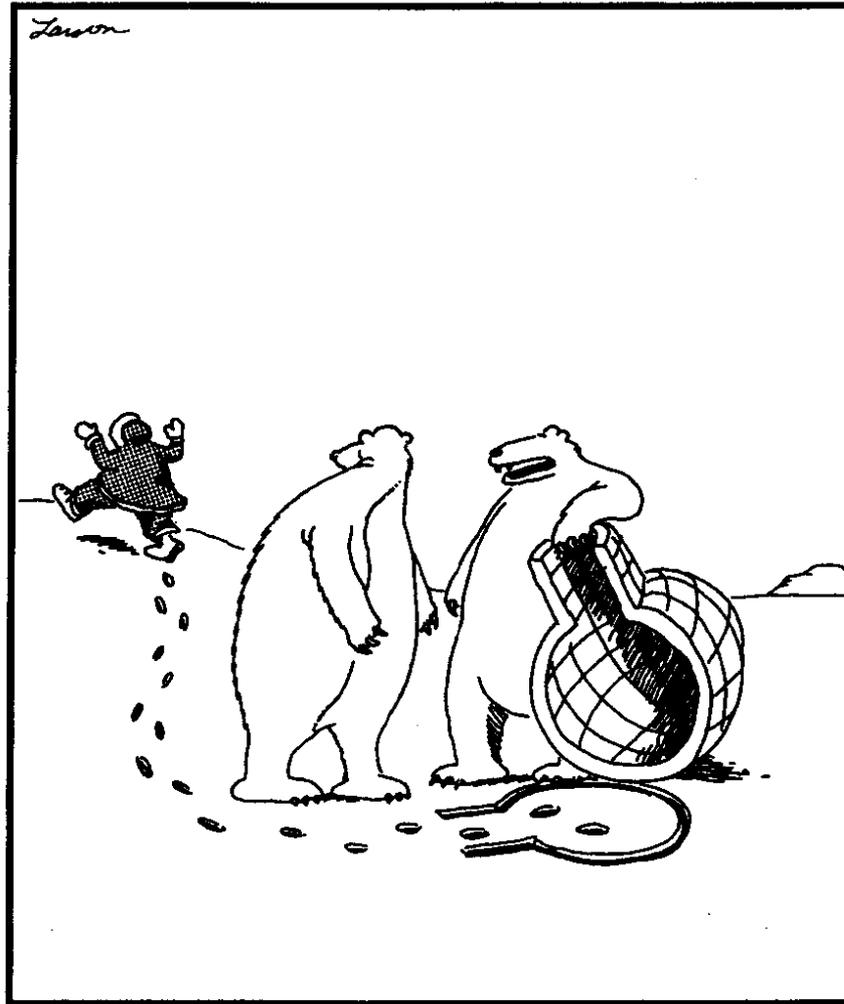
Airbus-A320-Familie



Ein Airbus A320-200 in Airbus-Werkslackierung

Typ:	Zweistrahlige Standardrumpfflugzeuge
Entwurfsland:	<ul style="list-style-type: none">•  Deutschland•  Frankreich•  Spanien•  Vereinigtes Königreich
Hersteller:	Airbus
Erstflug:	22. Februar 1987
Indienststellung:	März 1988
Produktionszeit:	Seit 1987 in Serienproduktion
Stückzahl:	6243 (Stand: 30. September 2014) ^[1]

Konzepte weiterentwickeln / adaptieren



“I lift, you grab. ... Was that concept just a little too complex, Carl?”

Warum CIRS? *Aber richtig?*

beschlossen am 26. Februar 2013

Drucksache 7/13

11.01.13

Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patienten

C. Alternativen

Keine.

besserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergü-

7. Nach § 137 Absatz 1c wird folgender Absatz 1d eingefügt:

„(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum ... [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten nach Artikel

es] wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütung nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame

Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.“

Beschluss



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Qualitätsmanagement-
Richtlinie vertragsärztliche Versorgung:
Umsetzung des § 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V**

↑ SGB V

➤ Pressemitteilung

Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zur Verbesserung der Patientensicherheit in Klinik und Praxis

Berlin, 23. Januar 2014 – In vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Praxen sowie in Krankenhäusern gelten künftig neue Vorgaben zum Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Donnerstag in Berlin beschlossen und erfüllt damit fristgerecht einen Auftrag aus dem im Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz. Dieses sieht unter anderem vor, dass der G-BA Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme in der medizinischen Versorgung GKV-Versicherter festlegt.

What is a good Risk Management System (RMS)?

A Report on the

Special Medical Seminar

Lessons for Health Care:

Applied Human Factors Research

22 November 2000

www.azq.de

Prepared for the Australian Council for Safety and Quality
in Health Care & NSW Ministerial Council for Quality in
Health Care

January 2001

Warum CIRS-Berichte analysieren?

Aber richtig!!

Wie organisiert man Risikomanagement im Krankenhaus?



M. Hansis
21.03.2012



30 % der Risiken im Krankenhaus sind durch CIRS erkennbar!

Unternehmensführung Krankenhaus

- Ziele:
 - Patienten gut behandeln
 - Mitarbeiter gut behandeln
 - Ausgeglichenes operatives Ergebnis
- Denk- und Lenkprinzip z. B.
 - Risiken erkennen und minimieren
- Werkzeuge
 - Risiko erkennen
 - Verfahren beschreiben
 - Kommunizieren
 - Messen / Bewerten



Risikoarmut ist organisierbar



**Prof. Dr. med.
Martin Hansis
Geschäftsführer
Städt. Klinikum
Karlsruhe gGmbH**

Was zeichnet Top-Arbeitgeber aus?

*„Great Place to Work“-Gewinner
Katholisches Klinikum Marienhof in Koblenz*

Fünf Grundwerte für eine erfolgreiche Unternehmenskultur

Gelebte Transparenz

Unter gelebter Transparenz versteht man die Implementierung moderner

Führungskultur

Eine der zentralen Aufgaben eines Top-Arbeitgebers ist die Entwicklung einer Führungskultur, die Hierarchie zulässt und Mitarbeiter formt. Hierzu

Fehlerkultur

Überall dort, wo Menschen zusammenarbeiten, passieren auch Fehler. Den Mut, über Fehler zu sprechen, diese abzustellen, zu korrigieren und als Chance zu sehen, muss die Unternehmensführung im Haus fördern. Motivierte Mitarbeiter werden sehr schnell aus Fehlern lernen, diese abstellen und somit mehr Sicherheit auch für die Patienten schaffen.



Alfred Ruppel*,
kaufmännischer Direktor des
Katholischen Klinikums Marienhof
in Koblenz

„Begeisterte Mitarbeiter
müssen nicht mehr
motiviert werden.“

Was ist eigentlich unser Risiko?



The New Yorker, May
16, 2011

..... *„O.K., I admit it, we're lost, but the important thing is to remain focused on whose fault it is.“*

Richtige CIRS-Berichte – Schulung! *Aber richtig!*

In CIRS berichten – Worauf

- Achten Sie auf die **Definition** und Sie berichten möchten ein CIRS-Beschwerde, etc.? Der Bericht ist verpflichtend, z. B. zu Arzneimitteln und
- Versuchen Sie die **Prozesssicht** (vorhergehende Prozessschritte) und mit der Ereignisentstehung in Verbindung
- Denken Sie in alle Richtungen und **Ereignisentstehung relevant** gebrachte Faktoren können sein

Beispiel: CIRS-Berichte – Darauf kommt es an!

cirsmedical®		CIRSmedical.de-Plus
Fiktiver CIRS-Bericht		Fall-Nr: 105793
Bericht		
Titel:	Beinahe-Verwechslung von Blutröhrchen	
Zuständiges Fachgebiet:	Innere Medizin	
Altersgruppe des Patienten:	71-80	
Geschlecht des Patienten:	männlich	
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus	
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb	
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Diagnosestellung	
Was ist passiert?	Bei der routinemäßigen Blutentnahme auf Station wurden die Blutröhrchen von zwei benachbarten Patienten beinahe vertauscht . Es liegen Patienten mit sehr ähnlichen Namen in einem Zimmer. Der eine Patient wurde vor der Blutentnahme nach seinem Namen befragt, jedoch ist dieser zeitweise desorientiert und konnte sich nicht richtig äußern.	
Beitragende Faktoren I	Ein Kollege schilderte eine ähnliche Situation mit namensähnlichen Patienten auf einer anderen Station und gab den Hinweis, dass die Patientenidentifikation gerade auch bei den pramedizierten Patienten häufig schwierig ist.	
Hinweis von Kollegen	Bei der Identifikation des anderen Patienten ist die Verwechslung der Blutröhrchen aufgefallen und die Etiketten wurden neu geklebt.	
Was war das Ergebnis?	Gründe: Patienten mit ähnlichen Namen und Alter liegen in einem Zimmer . Bei desorientierten Patienten ist keine sichere Identifikation möglich (Standard zur sicheren Patientenidentifikation?).	
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?	Vermeidung: Bei Aufnahme darauf achten, dass Patienten mit ähnlichen Namen nicht in einem Zimmer liegen, da ein erhöhtes Verwechslungsrisiko besteht. Einführung eines Patientenidentifikationsarmbands.	
Beitragende Faktoren II	nein	
Prozesssicht: Fehlerhafter Vorgang	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.) 	
Kam der Patient zu Schaden?	nein	
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.) 	
Beitragende Faktoren III	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.) 	
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	monatlich	
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in	

Gemäß CIRS-Definition: Beinahe-Schaden

Checkpunkte für gute CIRS-Analyse-Berichte

- ✓ Sind die Ursachen systematisch abgeklärt?
- ✓ Ist die jeweilige Ursache-Folgen-Beziehung deutlich?
(z.B. Nicht: Der AA war müde. Besser: Die Übermüdung des AA erhöhte die Wahrscheinlichkeit, dass die Instruktionen des dienstlichen zu einer **„Probleme können nicht mit den gleichen Denkweisen gelöst werden, die sie erzeugt haben.“**
- ✓ Fehle (stärkste Barriere)?
- ✓ Was ist die (stärkste Barriere)?
- ✓ Ist die Maßnahme sinnvoll, pragmatisch und kosteneffektiv?
- ✓ Gibt es noch eine **Sicherheitsbarriere**, die verstärkt oder eingesetzt werden kann?

Amalbertis Prinzipien

- Um eine konkrete Empfehlung oder Maßnahme auf deren Erfolgsaussichten hinsichtlich der Patientensicherheit zu überprüfen.
- Denken Sie an eine geplante Maßnahme und beantworten Sie die folgenden Statements mit
 - **Ja, stimmt!**
oder
 - **Nein, stimmt nicht!**

Quelle: Amalberti R, Haraden C. What is new in safety thinking and its implications for health care. International Forum on Quality and Safety in Health Care, 2008, Paris. Adaptiert von van Vegten/ Rohe

Amalbertis Prinzipien

1. Vergleichbare Incidents, wie der/die hier genannten, kommen eher **unregelmäßig** oder bisher gar nicht vor, und/ oder die Folgen wären **nicht schwerwiegend**.
2. Das **Einhalten** von vereinbarten Normen / **Regeln** wird nicht besonders streng / **nicht konsequent** gehandhabt.
3. Es ist **viel Zeit nötig**, um die Maßnahmen umzusetzen und/oder es hat einen besonders negativen Einfluss auf den Patientenstrom (Einnahmen).
4. Es ist **viel Geld** nötig, um die Maßnahmen umzusetzen und/oder es hat einen besonders negativen Einfluss auf den Patientenstrom (Einnahmen).
5. Es besteht die Möglichkeit, dass die Maßnahmen **anders als beschrieben** umgesetzt werden, da dies für die betroffenen Personen einfacher ist.
6. Die Maßnahmen stehen **im Widerspruch** zu bereits existierenden Richtlinien.

Quelle: Amalberti R, Haraden C. What is new in safety thinking and its implications for health care. International Forum on Quality and Safety in Health Care, 2008, Paris. Adaptiert von van Vegten/ Rohe

Auswertung zu Amalbertis Prinzipien

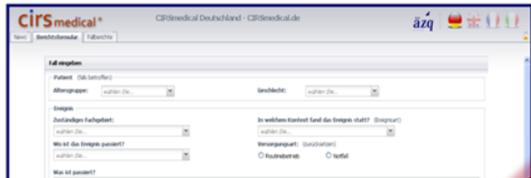
Auswertung: Je häufiger Sie bezüglich der geplanten Maßnahme **„Ja, stimmt“** sagen, desto schlechter ist die Maßnahme.

- Keinmal **„Ja“**: Tolle Maßnahme
- **1** mal **„Ja“**: Maßnahme gut, aber betroffenes Prinzip beachten
- **2-3** mal **„Ja“**: Maßnahme anpassen
- **4** mal **„Ja“**: Maßnahme wird evt. nichts verbessern
- **5-6** mal **„Ja“**: Evt. neue Gefährdungen durch Maßnahme

Quelle: Amalberti R, Haraden C. What is new in safety thinking and its implications for health care. International Forum on Quality and Safety in Health Care, 2008, Paris. Adaptiert von van Vegten/ Rohe

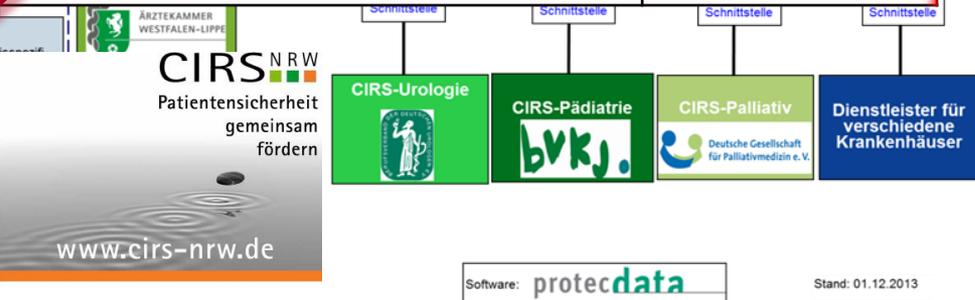
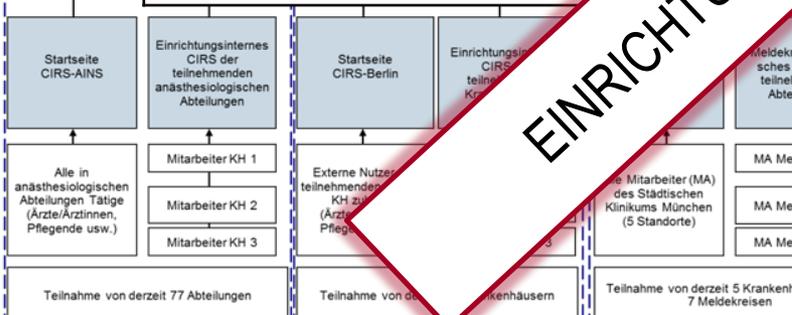


Fachbeirat
52 Experten aus 47 Institutionen
(Fachgesellschaften, Berufsverbände u.a. Institutionen)



Übersicht	
Berichtsgruppen für Krankenhäuser	123
Berichtsgruppen für Institutionen Gesundheitswesens (Fachgesellschaften, Berufsverbände, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, u.a.)	11
Andere Kooperationen (D... B)	2
Öffentliche Berichte Netzwerk CIRSmedical.de	ca. 5200

EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDES LERNEN



Nutzung des Netzwerk CIRSmedical.de

Aber richtig!

Fälle des Monats + Alerts

Wissenstransfer

Stellungnahme
Hersteller (z.B.
Pharmafirmen)

Publikationen u.
Poster, in Koop.
mit
Fachexperten

Ziel der Nutzung von CIRS:
**The ability of organisations to
deal with risks and hazards as
to avoid damage or losses and
yet still achieve their goals**

Internet
(Datenbank)

Feedback
an den
Berichtenden

Kongresse,
Referenten-
tätigkeit

Wandel: Wichtig - Bewußtseinsänderung

BERLINER ÄRZTE 9/2015

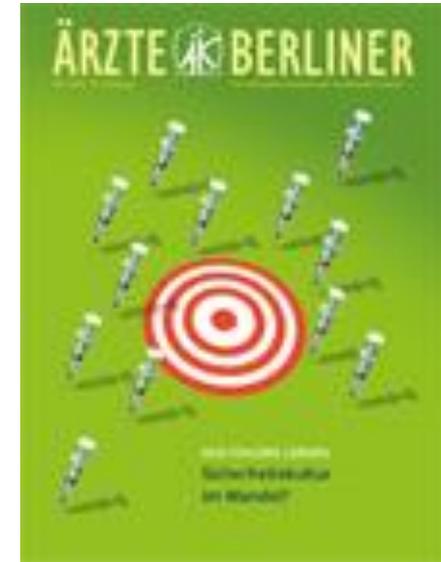
Nationaler
Kompetenzbasierter
Lernzielkatalog Medizin

Sicherheitskultur
im V

Patientensicher
Ärztekammer B

Beispielkompetenzen aus dem NKLM mit Bezug zur Patientensicherheit

- (8) Die Ärztin und der Arzt als Mitglied eines Teams
 - (8.1) ...reflektieren die Zusammenarbeit im Team und gestalten diese in konstruktiver Weise im Hinblick auf eine hohe Qualität der Patientenversorgung und Teamarbeit.
 - (8.1.2) Sie evaluieren mit den anderen Teammitgliedern die Qualität der gemeinsamen Arbeit und vereinbaren ggf. Maßnahmen zur Verbesserung. Sie können...
 - (8.1.2.1) eigenes und fremdes Verhalten reflektieren, Fehler erkennen und diese in angemessener Weise ansprechen.
- (10) Die Ärztin und der Arzt als Verantwortungsträger/in und Manager/in
 - (10.6) Die Absolventin und der Absolvent beachten die Patientensicherheit und sind sich ihrer unmittelbaren persönlichen Verantwortung bewusst.
 - (10.6.1) Sie thematisieren wesentliche Aspekte im Umgang mit Fehlern und nutzen Strategien zur Umsetzung von Patientensicherheit. Sie können ...
 - (10.6.1.4) Strategien zur Fehlervermeidung anwenden.
 - (10.6.3) Sie demonstrieren einen angemessenen Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern. Sie können ...
 - (10.6.3.2) Fehler adäquat gegenüber Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen kommunizieren.



Notwendig: Bewußtseinsänderung

FAZJOB.NET

LEBENSWEGE

SCHULE



FAZ.NET

F.A.Z.-E-PAPER

F.A.S.-E-PAPER

KOHLER

„Achtung und Respekt“, „Kommunikation und Beziehung“, „Ressourcen und Zeit“ werden deshalb am häufigsten genannt, wenn Verbände junger Mediziner wie MuM (Medizin und Menschlichkeit), EinHerz und Medizin mit Herz und Hand Workshops oder Seminare zum Selbstbild junger Ärzte veranstalten.



Home

Anzeige

A unbezahlte Überstunden machen musste. Dass dies die Betroffenen gleichzeitig wegen Übermüdung immer wieder in Konfliktsituationen brachte, wurde geflissentlich übersehen. Familienv:

z Einjal

c sich S.

fi Und je wie Schmidt behauptet, sondern zur Deformation von Menschen, und zwar auf

h Kinder eine Weise, die viele von ihnen krank macht. Wer aber selbst unter krank

De Sucht, machenden Umständen arbeiten muss, kann keine anderen heilen. Das haben „sinnv die Angehörigen der kommenden Ärztegeneration glücklicherweise erkannt.

Die I Schmiat bedauert wird.

Deutschland verändern - und die Patienten können davon nur profitieren.

12.06.2012, von GUSTAV J. DOBOS

Fazit: **nicht nur** CIRS-Berichte analysieren

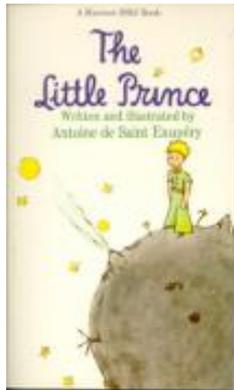
- **aber richtig** sondern

- **Leadership!** / Top down Entscheidung: Geschäftsführung und Chefärzte müssen dafür sein! Priorisieren, Einbinden, Kommunizieren, Umsetzung überwachen, Evaluation usw.
- **Generationenfrage?**
- Patientensicherheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- **Herausforderungen**
 - Umsetzung erfolgt vor Ort
 - Veränderung der **Sicherheitskultur** braucht Geduld und Zeit
 - Implementierung von Strategien im Alltag braucht Aufmerksamkeit
- Steter Tropfen...



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

*Im Leben gibt es keine Lösungen
es gibt nur Kräfte, die in Bewegung sind
man muss sie erzeugen
und die Lösungen werden folgen*
ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY



Kontakt

Fr. Sanguino Heinrich, MPH

Dr. med. C. Thomeczek

CIRS@azq.de

SICHERHEIT

schreiben wir groß

Unser Krankenhaus nimmt am Modellprojekt der Ärztekammer Berlin und des ÄZQ zur Steigerung der Patientensicherheit teil.

Mit freundlicher Genehmigung der Ampelmann GmbH

CIRS ist ein Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Medizin (Critical Incident Reporting System). | Stand August 2009

ARZTEKAMMER BERLIN
ÄZQ
Dominikus Krankenhaus - Berlin
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
JÜDISCHES KRANKENHAUS BERLIN
St. Gertrauden - Krankenhaus
ST. JOSEPH KRANKENHAUS
Unfallkrankenhaus Berlin
Vivantes
Krankenhaus Waldfriede



Richtig Melden: Darauf kommt es an!

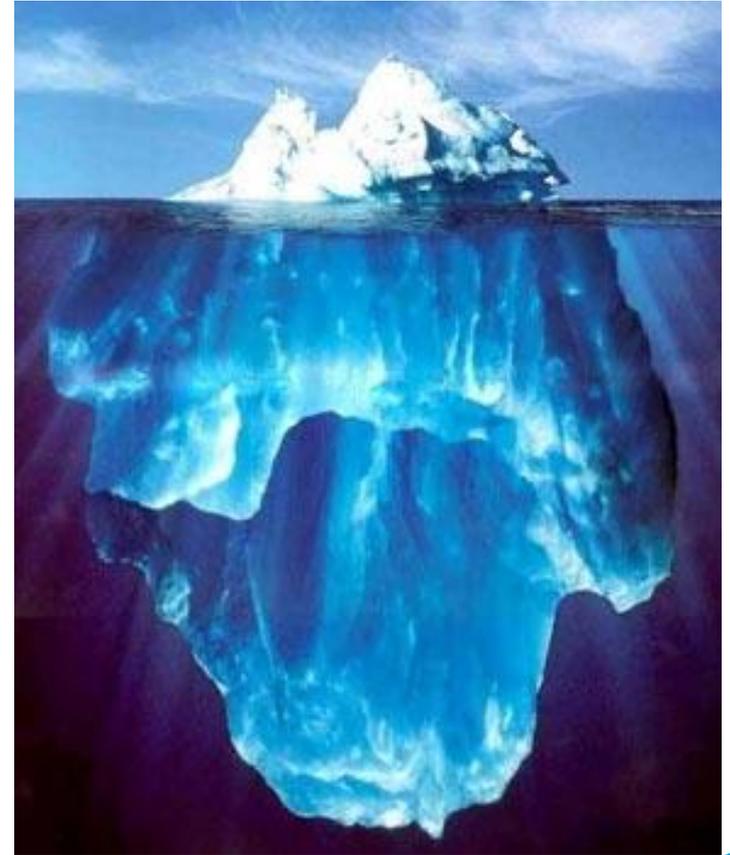
Saskia Huckels-Baumgart
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Patientensicherheit

Agenda

- » Fallbeispiel (S. Huckels-Baumgart & V. Knie)
- » Theoretischer Hintergrund CIRS (S. Huckels-Baumgart)
- » Richtig melden (S. Huckels-Baumgart)
- » Weitere praktische Beispiele (V. Knie)
- » Fazit (S. Huckels-Baumgart & V. Knie)

Ziele des CIRIS

- » Erfassen auch von Beinahe-Zwischenfällen, um frühzeitig „latente Fehler“ (Schwachstellen) zu erkennen
- » Veränderte Sicherheitskultur: Organisationales und individuelles Lernen angestrebt
- » Sicherheitsrelevante Wahrnehmungen und Einstellungen der Mitarbeiter, wie z. B.
 - Einstellung zu Teamarbeit
 - Kooperation
 - Umgang mit Fehlern in der Organisation



Vorstellung des Fallbeispiels

Fallbeispiel

- » Was ist Ihnen aufgefallen?
- » Ist dies für Sie ein CIRS-Fall?
- » Bitte melden Sie den CIRS-Fall (5 Minuten)

Diskussion in 5er Gruppen (10 Minuten)

Fallbeispiel

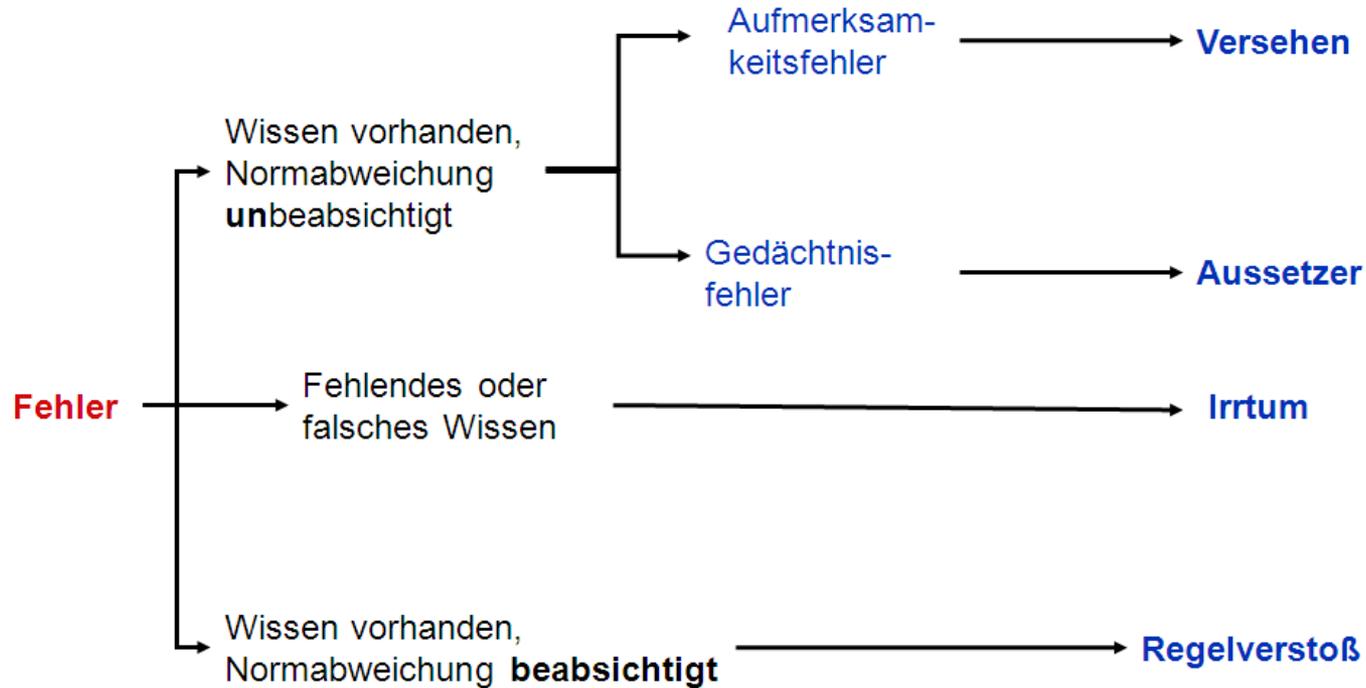
- » Was ist gemeldet worden?
 - » Ist die Meldung vollständig? Was ist gut? Was fehlt evtl.?
 - » Wo sehen Sie Unterschiede im Meldeverhalten bzw. in der Wahrnehmung innerhalb Ihrer Arbeitsgruppe?
- Bitte Stichworte jeweils auf Moderationskarten festhalten

Was ist ein CIRS-Fall?

- » Die Definition kann je nach Krankenhaus bzw. Organisation variieren
- » Grundsätzlich basiert die Idee von CIRS jedoch darauf, aus kritischen, vermeidbaren oder ungewollten Ereignissen zu lernen, die den Patienten gefährdet, aber nicht geschädigt haben
- » Im Zweifelsfall sollte trotzdem gemeldet werden

Hintergrund

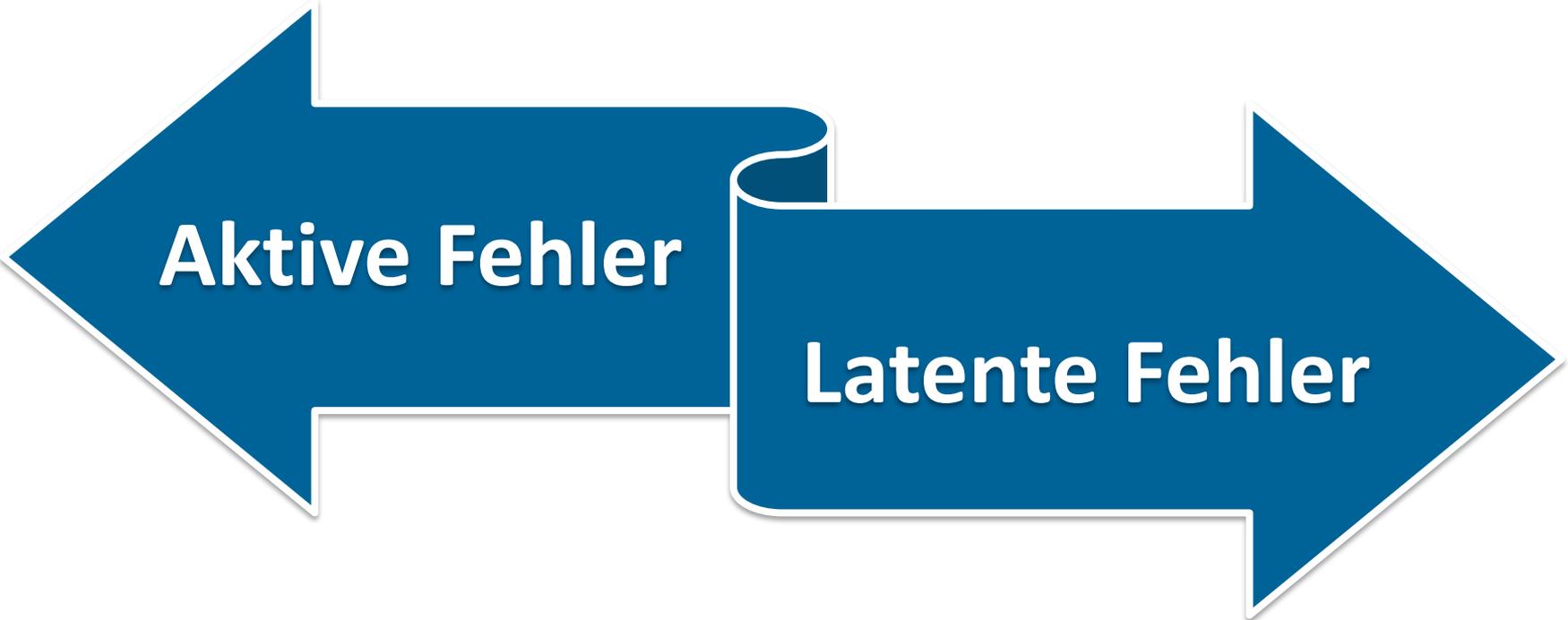
Fehlersystematik



(modif. n. Reason, 1997)

Hintergrund

Fehlerarten



Aktive Fehler

Latente Fehler

Aktive Fehler

- » Auswirkungen meist unmittelbar spürbar
- » Gehen i.d.R. mit den Leistungen des Klinikpersonals „an vorderster Front“ einher
- » Sind oft Resultat einer spezifischen Konstellation mehrerer notwendiger, aber nicht hinreichender Faktoren
- » Fehlerbekämpfung i.d.R. reaktiv
- » Wahrscheinlichkeit, dass genau dieselbe Konstellation wieder auftritt, ist eher gering

Latente Fehler

- » Haben Konsequenzen, die lange Zeit im System verborgen bleiben können
- » Werden erst sichtbar, wenn sie zusammen mit anderen Faktoren die Systemabwehr durchdringen
- » Werden meist von Personen erzeugt, die nicht direkt mit Schnittstellen des Systems zu tun haben
- » Identifikation kann einen größeren Beitrag zur Systemsicherheit liefern
- » Können proaktiv (präventiv) identifiziert werden

(Reason, 1994)

Hintergrund

Wer meldet einen CIRS-Fall?

Die Person, die den Zwischenfall feststellt!



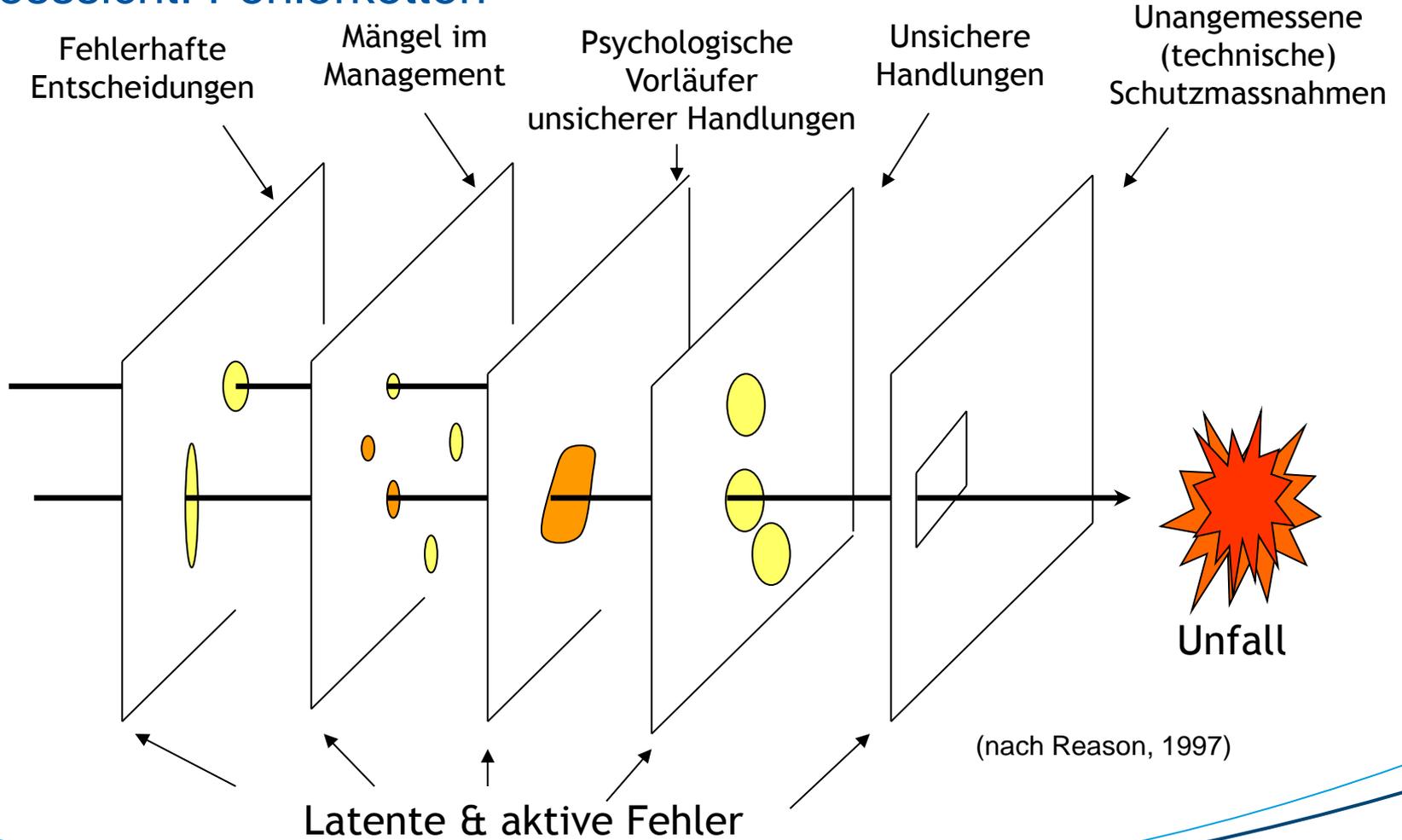
ANONYM!

Grundvoraussetzungen für das Melden von Fehlern:

- » Fehler- bzw. Sicherheitskultur
 - » Vorgesetzte und Team = Vorbildfunktion
 - » Auftreten von Fehlern akzeptieren «Fehler als Chance sehen»
 - » Klare Definition, was gemeldet werden soll
 - » Einfacher und leicht zugänglicher Meldeweg
 - » Klare Abgrenzung zwischen Schadens-, Reparatur-, Beschwerdemeldung usw.
 - » Anonymität oder strenge Vertraulichkeit wahren
 - » Freiwilligkeit
 - » Feedback geben
 - » Sanktionsfreiheit
- i.d.R. Verkettung von Umständen!

Richtig melden

Prozesssicht: Fehlerketten



Prozesssicht: Beispiel Fehlerkette Medikationsprozess

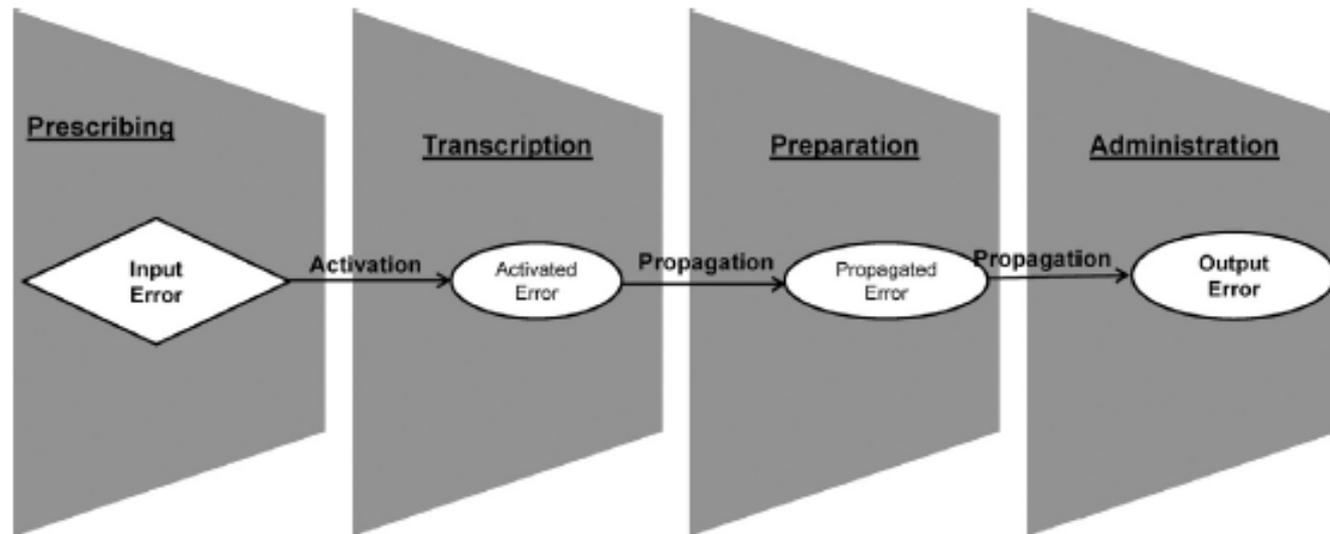


Figure 1. Simplified illustration the concept of error chains spanning across the stages of the hospital medication use process.

Quelle: Huckels-Baumgart, S. & Manser, T. (2014). Identifying medication error chains from critical incident reports - a new analytic approach. *Journal of Clinical Pharmacology*, 54(10), 1188-1197.

Prozesssicht: Beispiel Fehlerkette Medikationsprozess

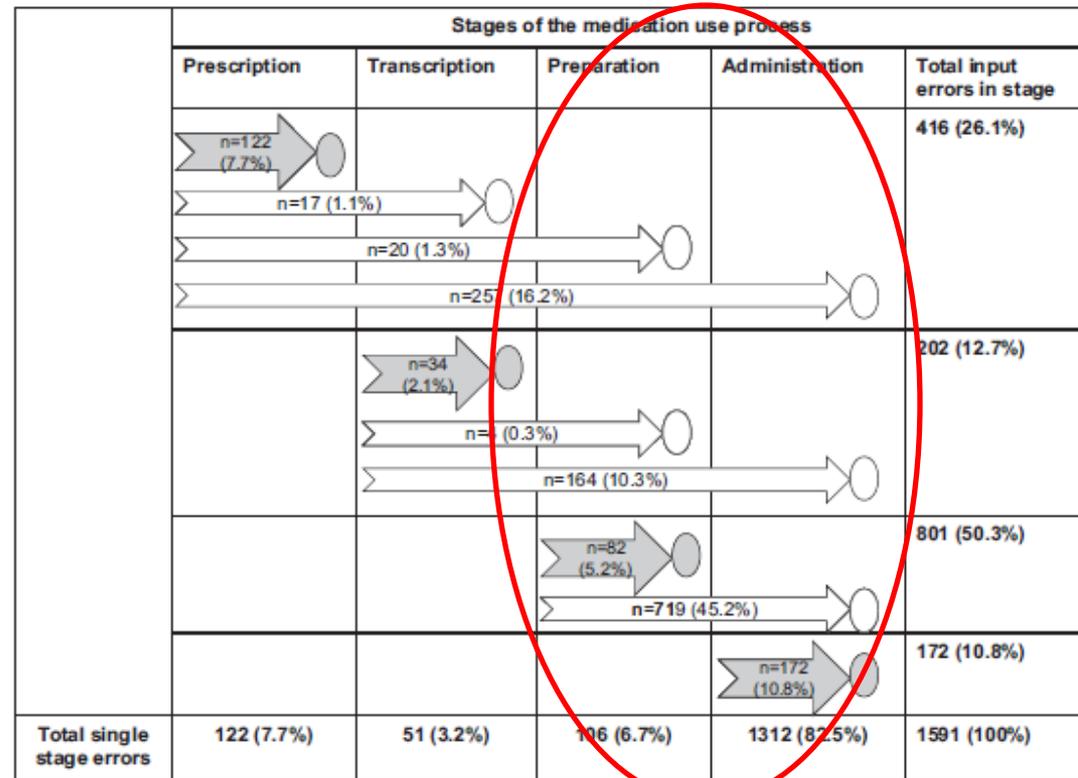


Figure 2. Medication error chains and input and output errors across stages of the medication use process.

Quelle: Huckels-Baumgart, S. & Manser, T. (2014). Identifying medication error chains from critical incident reports - a new analytic approach. *Journal of Clinical Pharmacology*, 54(10), 1188-1197.

Wichtige Schritte beim Melden:

1. Akzeptieren, dass Alle Fehler machen „*Irren ist menschlich*“
2. Ist das Ereignis ein kritischer Zwischenfall? Im Zweifelsfall trotzdem melden!
3. Anonymität wahren
4. Prozesssicht einnehmen
5. Sachlich mit den wichtigsten Aspekten melden
6. Fehlerhafte Vorgänge und Handlungen beschreiben
7. Fehlerursachen bzw. begünstigende Faktoren beschreiben
8. Maßnahmen zur zukünftigen Fehlervermeidung vorschlagen
9. CIRS-Fall möglichst unmittelbar nach Bemerkten melden

Welche Informationen sollte die Meldung mindestens enthalten?

- » Was ist passiert?
- » Warum ist das passiert?
- » Welche Prozessschritte und Sicherheitslücken stehen mit dem Fehler in Verbindung?
- » Welche Ursachen bzw. begünstigenden Faktoren haben dazu geführt?
- » Wie kann der Fehler zukünftig verhindert werden?

Mögliche Meldewege:

- » Elektronisches Meldeformular
- » Papierbasiertes Meldeformular
- » Per Telefon
- » Per E-Mail
- » Per interner Hauspost

Vorstellung weiterer praktischer Beispiele durch Volker Knie

- » Anzahl und Typen von Meldungen muss nichts Negatives über Abteilung/Krankenhaus aussagen.
- » „Counting incidents is a waste of time.“ (Billings, 1998)
- » Meldeverhalten (welche Art von Incidents werden gemeldet) vs. tatsächliche Problemfelder der Organisation
- » Reges Meldeverhalten kann auf erhöhte Aufmerksamkeit zurückgehen. (Edmondson, 1996)
- » Analyse einzelner Incidents liefern gehaltvolle Einblicke in Schwierigkeiten und Abläufe in einer Organisation.

Fazit

- » Jede Meldung bzw. jeder Fehler zählt!
- » Besser mehr, als weniger melden.
- » Klar definieren, was gemeldet werden soll.
- » Das Meldeformular klar, kurz und knapp gestalten.
- » Feedback geben!

Weiterführende Quellen



universität**bonn**



universitäts
klinikum**bonn**
Institut für Patientensicherheit



Empfehlungen zur
Einführung von Critical Incident
Reporting Systemen (CIRS)

Praxistipps für Krankenhäuser

- Allgemeine Grundsätze
- Aufbau und Auswertung von CIRS-Berichten
- Praxisbeispiele
- FAQs
- Links und weiterführende Literatur
- Glossar

In CIRS berichten – Worauf kommt es an?

C. Gunkel, J. Rohe, A. Sanguino Heinrich, C. Thomeczek

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin



Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Germanische Einrichtung der Bundesärztekammer
und der Hausärztlichen Bundesvereinigungen
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Tel. +49 30 4005 2500
Fax +49 30 4005 2555
Email: mal@azq.de, URL: www.azq.de

Hintergrund und Ziele

CIRS ist ein Instrument der Risikoidentifikation und lebt von den eingehenden CIRS-Berichten. Die CIRS-Berichte stellen eine Grundlage dar, um mögliche Ursachen für die Entstehung von Ereignissen zu identifizieren sowie Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Bei der Bearbeitung von CIRS-Berichten kommt es regelmäßig zu zwei Problemen:

- CIRS-Berichte entsprechen nicht der Definition und Zielbeschreibung der CIRS-Systeme und müssen gelöscht werden.
- CIRS-Berichte sind zu kurz, weshalb die Ereignisursachen fehlen oder oftmals nur spekulativ angenommen sowie Verbesserungsmaßnahmen nicht gezielt abgeleitet werden können.

Ziel dieses Beitrags ist es, den berichtenden Personen Empfehlungen zu geben, worauf es beim Schreiben eines CIRS-Berichts ankommt. Die Empfehlungen sollen dazu beitragen, dass mehr Berichte mit Ansatzpunkten für die Analyse/Bearbeitung in das CIRS-System eingehen und demnach die Ableitung von gezielten Verbesserungsmaßnahmen möglich ist.

Beispiele – so bitte nicht

Ziel verfehlt:
Der CIRS-Bericht (Abb. 1) schildert einen Defekt. Für die Behebung sind weitere Angaben erforderlich.
Ereignisursachen fehlen:
Der CIRS-Bericht (Abb. 2) best. offen: Warum wurde die dokumentierte Allergie übersehen?



Abbildung 1: Ziel verfehlt



Abbildung 2: Ereignisursachen fehlen

Methode/Strategie

In die internen und einrichtungsübergreifenden CIRS-Systeme des Netzwerks CIRSmedical.de werden regelmäßig CIRS-Berichte anhand eines standardisierten Berichtsmusters eingegeben. Aktuell sind ca. 4500 Berichte in den verschiedenen CIRS-Systemen des Netzwerks CIRSmedical.de einsehbar. Die Berichte im Netzwerk werden anteilig durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin analysiert und kommentiert. Anhand der gesicherten CIRS-Berichte im Rahmen der täglichen CIRS-Arbeit im Netzwerk CIRSmedical.de werden Empfehlungen für die berichtenden Personen abgeleitet.

Erkenntnisse

Für das Erstellen von CIRS-Berichten können folgende Empfehlungen an die berichtenden Personen gegeben werden (Abb. 3):

In CIRS berichten – Worauf kommt es an?

- Achten Sie auf die Definition und Zielbeschreibung Ihres CIRS, ist die Ereignis was Sie berichten inwieweit ein CIRS-Bericht oder eine Schadenmeldung, Reparaturmeldung, Beschwerde, etc.? Der Bericht in einem CIRS muss nicht die gesetzlich geforderte Mardpflicht, z. B. zu Arbeitswelt und Medizinprodukten.
- Versuchen Sie die Prozessschritte abzurufen, Welche fehlerhaften Vorgänge (z. B. vorgegebene Prozessschritte) und Handlungen (z. B. Vorgehen, Abänderung) können mit der Ereignisentwicklung in Verbindung stehen?
- Danken Sie in alle Richtungen und schildern Sie Hintergrundfaktoren, die für die Ereignisentwicklung relevant gewesen sein könnten. Hintergrundfaktoren können sein:
 - Was steckt dahinter? Beispiel:

Belegende Faktoren	Was steckt dahinter? Beispiel:
Patienten/Ärztinnen	Gewissen, Einschätzungen des Patienten, welche die Ereignisentwicklung beeinflusst haben (z. B. Symptome, medizinischer Zustand, Patientenaktivität, soziale Faktoren)?
Anforderungen & Strukturen	• Sind Anforderungen an Leistungen/Prozessschritte/Standards nicht eindeutig geregelt oder ist das Verfahren unklar/unvollständig? • Gibt es Standards/Verfahrensvorgänge? • Sind die feststehenden Standards/Verfahrensvorgänge strikt einzuhalten?
Individuelle Faktoren von Mitarbeitern	Sind Kenntnisse/Fähigkeiten für die konkrete Aufgabenbearbeitung vorhanden? Bessere Fachkompetenz? Bessere als Einordnung von Mitarbeitern (z. B. Krankheit, Stress, Müdigkeit, die zur Ereignisentwicklung beitrugen)?
Teamfaktoren	• Haben verbale oder schriftliche Kommunikationsfehler zur Ereignisentwicklung beigetragen (z. B. unvollständige, unverständliche verbale Kommunikation, unleserliche Schrift)? • Wurde eine Hierarchie bei Entscheidungen beibehalten oder um 180° zu brechen? • Welche Teamrollen/Verantwortlichkeiten waren vorhanden?
Arbeitsumgebung	Mitarbeiter: Sind genug Mitarbeiter eingesetzt, um das Arbeitsaufkommen zu bewältigen? Bestenfalls die Qualifikation? Material/Ordnung: Sind genug Materialien vorhanden? Sind die Arbeitsbedingungen (z. B. Licht, Geräuschpegel) für korrektes Arbeiten geeignet, oder wird dies durch störende Umgebungsbedingungen (Lärm etc.) gestört?
Organisation & Management	Sind die organisatorischen, Einrichtungs- oder unternehmenseigenen Ressourcen? Sind die unternehmenseigenen Regelungen oder Prioritätensetzung die Ereignisentwicklung beeinflusst?
Beurteilungsregeln der Institution	• Über welchen geschäftswirtschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen wird gearbeitet?

Abbildung 3: Empfehlungen für berichtende Personen

Die Empfehlungen für das Erstellen von CIRS-Berichten können an die berichtenden Personen verteilt werden. Sie haben einen Leitendencharakter und können z. B. im Rahmen der Implementierung eines CIRS als Information für die Mitarbeiter dienen und auf CIRS-Startseiten oder im Intranet verlinkt werden.

Beispiel: CIRS-Berichte – Darauf kommt es an?

CIRSmedical.de (Datum: 16/10/20)

Gericht

Defekt/Anforderung von Standard
Zusätzliche Faktoren
Anforderung
Individuelle Faktoren
Teamfaktoren
Arbeitsumgebung
Organisation & Management
Beurteilungsregeln der Institution

Belegende Faktoren I

Belegende Faktoren II

Prozessschritte

Fehlerhafter Vorgang

Personen

Belegende Faktoren III

Literatur

ÄZQ

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Germanische Einrichtung der Bundesärztekammer
und der Hausärztlichen Bundesvereinigungen
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Tel. +49 30 4005 2500
Fax +49 30 4005 2555
Email: mal@azq.de, URL: www.azq.de

Abbildung 3: Empfehlungen für berichtende Personen

Die Empfehlungen für das Erstellen von CIRS-Berichten können an die berichtenden Personen verteilt werden. Sie haben einen Leitendencharakter und können z. B. im Rahmen der Implementierung eines CIRS als Information für die Mitarbeiter dienen und auf CIRS-Startseiten oder im Intranet verlinkt werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



WORKSHOP I

Richtig melden: Darauf kommt es an!

Der Nutzen eines CIRS-Systems steht und fällt mit der richtigen Meldung: Was muss eine Meldung enthalten? Welche Informationen sind für die Analyse notwendig? Dieser Workshop bietet Ihnen die Möglichkeit, anhand praktischer Übungen einen CIRS-Fall zu melden und in Kleingruppen zu erarbeiten, worauf es dabei ankommt. Unterschiedliche Wahrnehmungen und mögliche Fallstricke werden berücksichtigt sowie „echte“ Beispiele aus der Praxis diskutiert. Sie erhalten einen Leitfaden für die „Richtige Meldung“, den Sie auch für die Schulung der Mitarbeiter in Ihren Einrichtungen nutzen können.

Saskia Huckels-Baumgart, Institut für Patientensicherheit, Bonn

Volker Knie, Katholische Hospitalgesellschaft Südwestfalen gGmbH

Moderation:

Dr. med. Susanne Macher-Heidrich und **Judith Singer**, Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf

WORKSHOP I Richtig melden: Darauf kommt es an!

über lebhaftes
Diskussionen....



Vom praktischen
Fallbeispiel.....

WORKSHOP I Richtig melden: Darauf kommt es an!

und differenzierte Betrachtung konkreter Meldungen zum Meldeverhalten.....

- Trichtergröße – will ich das wissen?
- Abgrenzung Schadensfall
- Informationen fehlen für die Analyse – Rückfragen möglich?
- „Anschwärz-Meldungen“
- „Meldung als Hilfeschrei“
- Schnittstellen
- Häufung von Themen: Personal, Medikamente, Kommunikation – Clustern hilfreich
- Reportingwochen

cirsmedical®

CIRSmEdical.de-Plus
Fall-Nr: 108102

Bericht	
Titel:	Fehler beim Medikamentenstellen durch ständige Störungen
Zuständiges Fachgebiet:	Psychiatrie
Altersgruppe des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...?	andere Kontext: Medikamente stellen
Was ist passiert?	Fehler beim Stellen durch ständige Störungen durch Patienten, Ärzte und andere Personen, die den Stellenden ansprechen und auch eine Reaktion erwarten. Medikamente werden nicht korrekt gestellt. Es fehlen Medikamente oder werden in der Dosierung verändert oder ähnlich klingende Medikamente gestellt
Was war das Ergebnis?	Ständige Störungen führen zu diesen Nachträgliche Kontrolle der gestellten Zeitaufwendig und führt bei weiteren : Das Stellen der Medikamente muss im Raum zum Stellen notwendig. Wende Medikamente.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...?	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation (im Team, mit Patient • Ausbildung und Training • Persönliche Faktoren des Mitarbeit Motivation etc.) • Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vi • Organisation (zu wenig Personal, S • Abläufe etc.) • Medikation (Medikamente beteiligt?)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...?	täglich

cirsmedical®

CIRSmEdical.de-Plus
Fall-Nr: 105875

Bericht	
Titel:	Binahe-Verwechslung beim Stellen von Medikamenten
Zuständiges Fachgebiet:	Chirurgie
Altersgruppe des Patienten:	1800
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...?	Nichtinvasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Beim Stellen der Medikamente wurden 2 Patienten vertauscht.
Was war das Ergebnis?	Ich habe es früh genug gemerkt und Fehler behoben.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...?	Müdigkeit in der Nacht, ständige Störung durch schellende Patienten; kein kontinuierliches Stellen der Medikamente möglich.
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...?	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) • Medikation (Medikamente beteiligt?)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...?	erstmalig

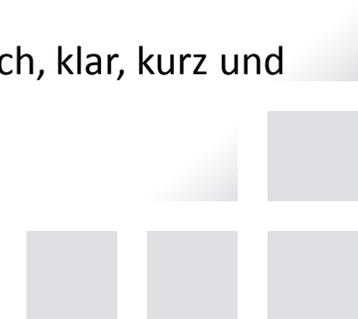
cirsmedical®

Bericht	
Titel:	Binahe-Patientenverwechslung beim Stellen von Medikamenten
Zuständiges Fachgebiet:	Chirurgie
Altersgruppe des Patienten:	61-70
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...?	Nichtinvasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Beim Stellen von Medikamenten nachts, wurden ausversehen 2 Patienten vertauscht (fast identische Patientennamen).
Was war das Ergebnis?	Fehler schnell erkannt und korrigiert.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...?	<ul style="list-style-type: none"> - Keine stellen von Medikamenten in der Nacht - Müdigkeit - Störungen beim Medikamentenstellen durch andauerndes "Klingeln" von Patienten -> Ruhiges stellen von Medikamenten in einem ungestörten Raum • Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) • Medikation (Medikamente beteiligt?)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...?	jährlich

WORKSHOP I Richtig melden: Darauf kommt es an!

zum Fazit.....

- Auftreten von Fehlern akzeptieren «Fehler als Chance sehen» - Fehler- bzw. Sicherheitskultur
- Vorgesetzte und Team = Vorbildfunktion
- Jede Meldung bzw. jeder Fehler zählt!
- Anzahl und Typen von Meldungen muss nichts Negatives über Einrichtung aussagen.
- Meldeverhalten (welche Art von Incidents werden gemeldet) vs. tatsächliche Problemfelder der Organisation
- Reges Meldeverhalten kann auf erhöhte Aufmerksamkeit zurückgehen. (Edmondson, 1996)
- Analyse einzelner Incidents liefern gehaltvolle Einblicke in Schwierigkeiten und Abläufe in einer Organisation.
- Besser mehr, als weniger melden.
- Klären, was im CIRS gemeldet werden soll.
- Das Meldeformular leicht zugänglich, klar, kurz und knapp gestalten.
- Sanktionsfreiheit
- Feedback geben!



WORKSHOP I Richtig melden: Darauf kommt es an!

und zur Taschenkarte zum
Mitnehmen!

Richtig melden!



Akzeptieren, dass kritische Ereignisse passieren - „*Irren ist menschlich*“: Aus Fehlern Lernen ist das Ziel, damit der gleiche Fehler nicht ein zweites Mal gemacht wird.

CIRS-Fall möglichst unmittelbar nach Bemerken melden:

1. Was ist passiert?

Kritische Vorgänge und Handlungen beschreiben
- sachlich, präzise, prägnant

2. Warum ist das passiert?

Fehlerursachen bzw. begünstigende Faktoren
beschreiben

3. Wo ist das passiert?

Klinik, Abteilung oder Bereich angeben

4. In welcher Situation ist das passiert?

Routine, Notfall oder Bereitschaftsdienst

5. Welche Abläufe sind noch betroffen?

Aufzeigen von Sicherheitslücken

6. Wie kann das kritische Ereignis zukünftig verhindert werden?

Maßnahmen zur Fehlervermeidung vorschlagen

CIRS nicht als Jammerkasten oder Anklageforum verwenden!



Akzeptieren, dass kritische Ereignisse passieren - „*Irren ist menschlich*“: Aus Fehlern Lernen ist das Ziel, damit der gleiche Fehler nicht ein zweites Mal gemacht wird.

CIRS-Fall möglichst unmittelbar nach Bemerkten melden:

1. Was ist passiert?

Kritische Vorgänge und Handlungen beschreiben
- sachlich, präzise, prägnant

2. Warum ist das passiert?

Fehlerursachen bzw. begünstigende Faktoren beschreiben

3. Wo ist das passiert?

Klinik, Abteilung oder Bereich angeben

4. In welcher Situation ist das passiert?

Routine, Notfall oder Bereitschaftsdienst

5. Welche Abläufe sind noch betroffen?

Aufzeigen von Sicherheitslücken

6. Wie kann das kritische Ereignis zukünftig verhindert werden?

Maßnahmen zur Fehlervermeidung vorschlagen

CIRS nicht als Jammerkasten oder Anklageforum verwenden!

Patientensicherheit
gemeinsam
fördern

www.cirs-nrw.de

CIRS NRW
Gipfel

30. September 2015

CIRS – Aber richtig!

Workshop II

Richtig analysieren



WORKSHOP II

Richtig analysieren: Diese Methoden gibt es!

Für die Analyse, Bewertung und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus gemeldeten CIRS-Fällen gibt es einerseits sehr durchstrukturierte Verfahren, andererseits wird aber häufig eine intuitive Herangehensweise gewählt. In diesem Workshop soll in Unterarbeitsgruppen ein ausgewählter CIRS-Bericht mit unterschiedlichen Methoden bearbeitet werden. Ziel ist es dabei, am konkreten Fall die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Herangehensweisen zu erkennen.

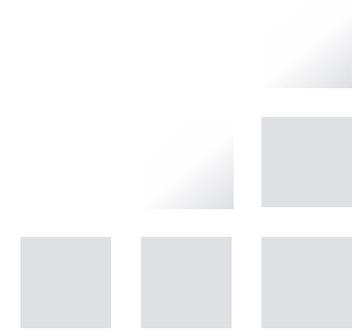
Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz, Hochschule RheinMain/Wiesbaden Business School
Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster

Moderation: **Robert Färber**, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.



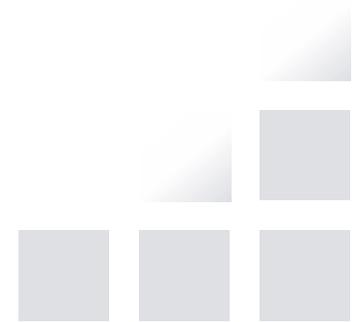
WORKSHOP II Richtig analysieren: Diese Methoden gibt es!

- 14.30-14.45 Begrüßung, Einführung
- 14.45-14.50 Gruppeneinteilung
- 14.50-15.00 Vorstellung Vorgehen und Fall
- 15.00-15.40 Fallanalyse
- 15.40-16.00 Ergebnispräsentation
- 16.00 Reflexion der Vorgehensweisen
(Pro & Contra, Was wann verwenden)
- 16.20 Zusammenfassung der Kernaussagen
Verabschiedung (Ende 16.30)
- 16.30-17.00 Anpassung Abschlusspräsentation



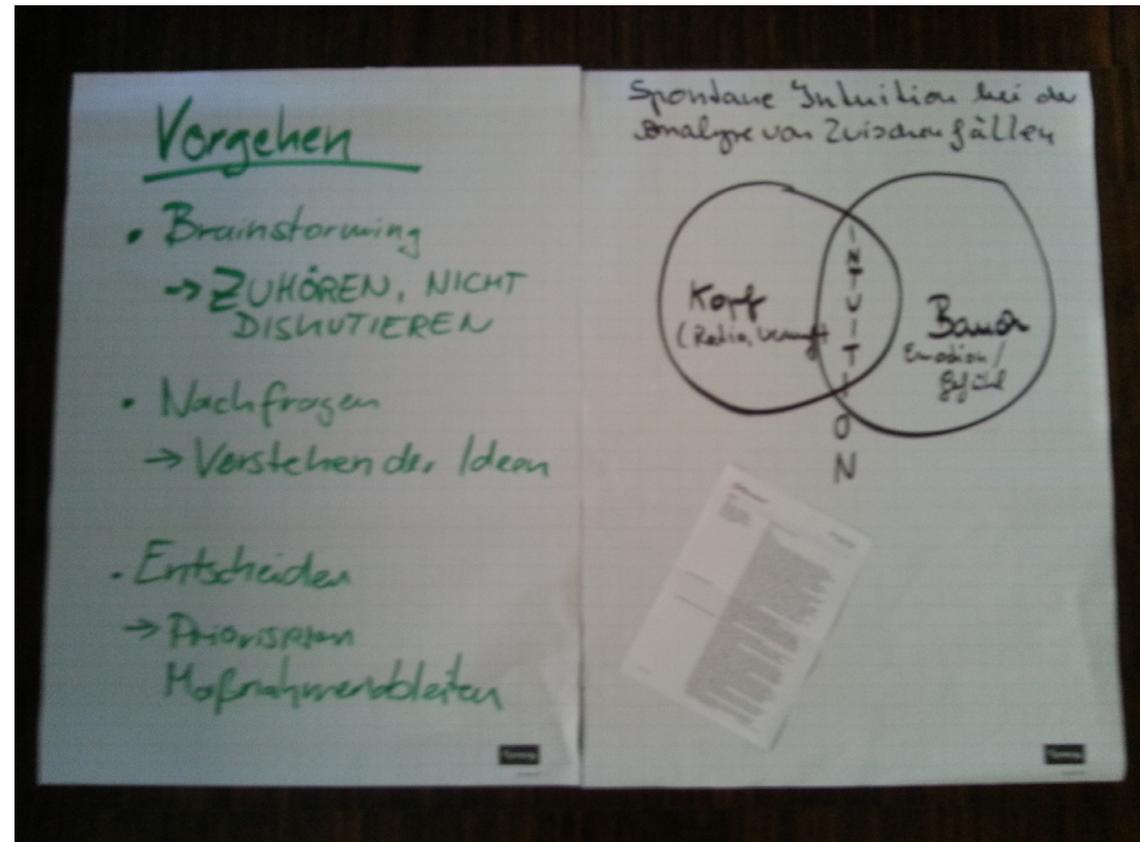
WORKSHOP II Richtig analysieren: Reflexion

- Was hat gut funktioniert?
- Wo gab es Probleme?
- Wo sehen Sie die Vorteile der Methode?
- Wie praktikabel wäre das Vorgehen in Ihrem Setting?



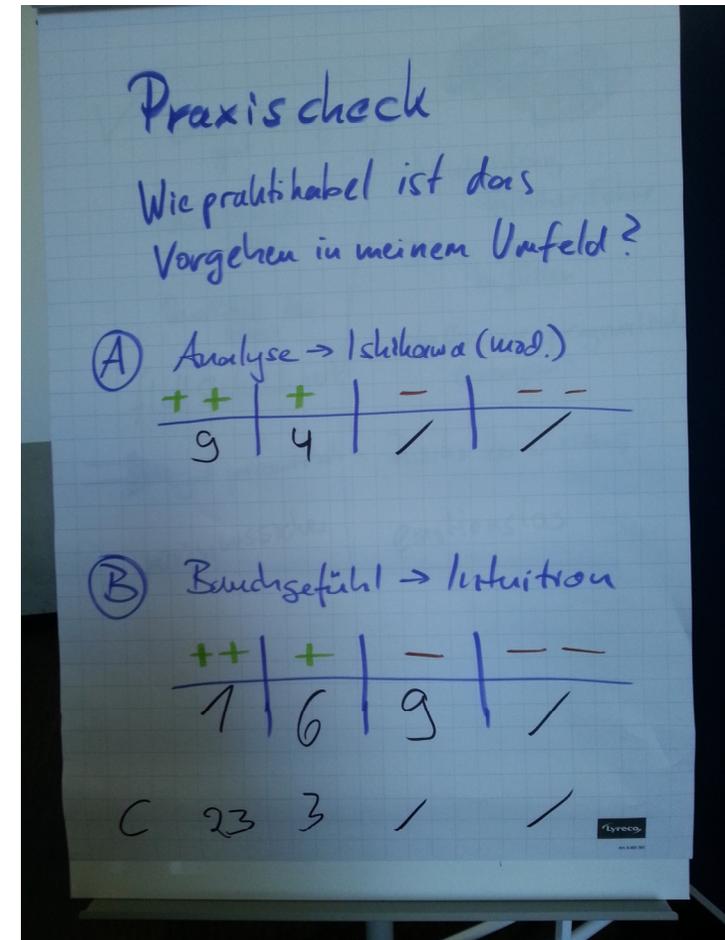
WORKSHOP II Richtig analysieren: Was wir gemacht haben!

- Ü-Ei Randomisation
- Intuitive Vorgehensweise vs. modifiziertes Ishikawa-diagramm
- 40 min Fallanalyse
- Ergebnispräsentation und Reflexion über beide Methoden



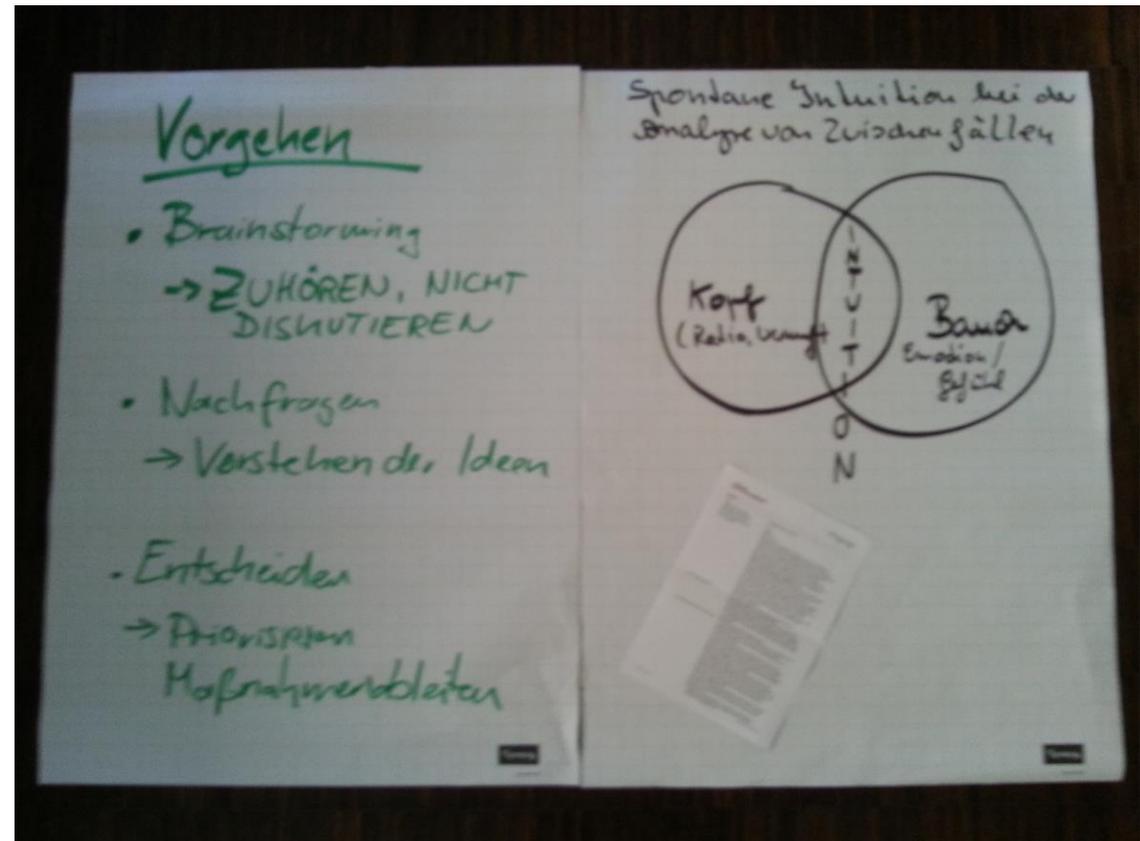
WORKSHOP II Richtig analysieren: Erkenntnisse!

- beide Methoden generieren schnell viele Ideen und entfernen sich schnell von der Schuldfrage
- Pro Intuition:
 - + Berücksichtigung von Emotionen (second victim)
 - + Umfassende Auseinandersetzung mit dem Thema
- Pro Analyse:
 - + bei Grundkonsens hoch effizient
 - + maßnahmenorientiert
- Gem. Fazit:
 - Beide Methoden situationsgerecht anwenden
 - Beide Vorgehensweisen erfordern methodische Kompetenz!



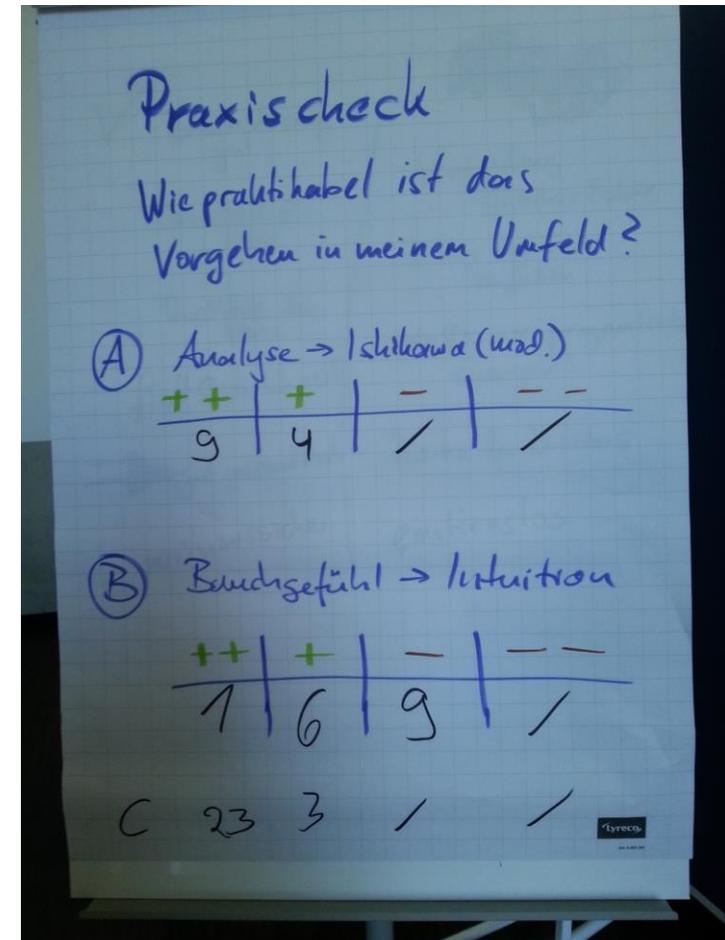
WORKSHOP II Richtig analysieren: Was wir gemacht haben!

- Ü-Ei Randomisation
- Intuitive Vorgehensweise vs. modifiziertes Ishikawa-diagramm
- 40 min Fallanalyse
- Ergebnispräsentation und Reflexion über beide Methoden



WORKSHOP II Richtig analysieren: Erkenntnisse!

- beide Methoden generieren schnell viele Ideen und entfernen sich schnell von der Schuldfrage
- Pro Intuition:
 - + Berücksichtigung von Emotionen (second victim)
 - + Umfassende Auseinandersetzung mit dem Thema
- Pro Analyse:
 - + bei Grundkonsens hoch effizient
 - + maßnahmenorientiert
- Gem. Fazit:
 - Beide Methoden situationsgerecht anwenden
 - Beide Vorgehensweisen erfordern methodische Kompetenz!





CIRS – Aber richtig!
Workshop 3

Richtig umsetzen: So wirkt CIRS!





Statistik des APS

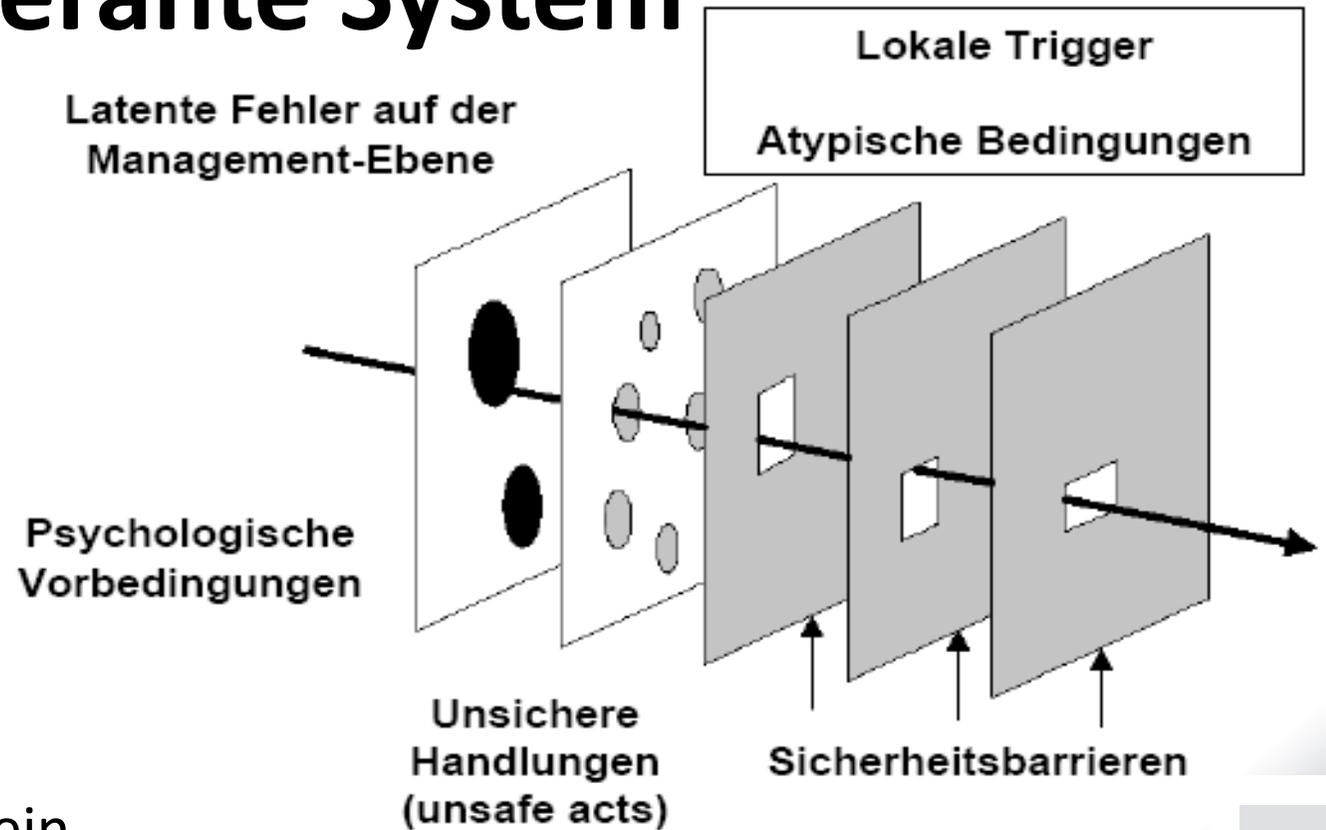
Vermeidbare Todesfälle	0,1%
Schäden	2%-4%
Unerwünschte Ereignisse	5%-10%
Behandlungsfälle	100%



17,5 Mio

24.500

Das fehlertolerante System



... rechnet mit Fehlern

... schaltet Sicherungen ein

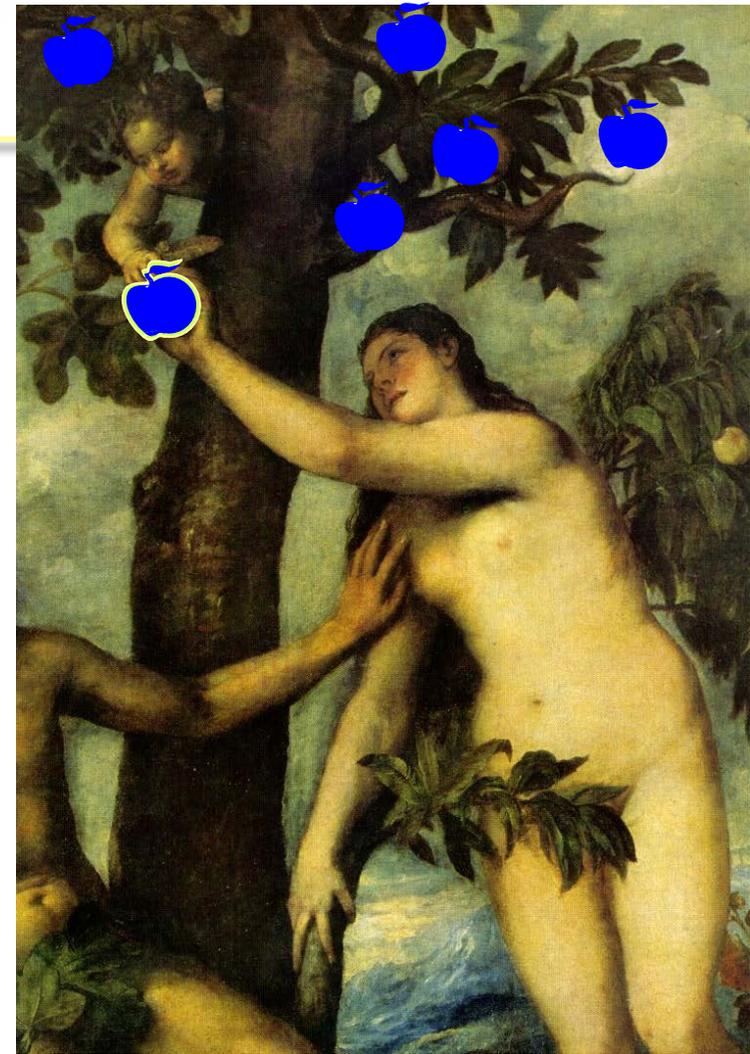
... eliminiert die fehlerhafte Struktur, nicht den Mitarbeiter

CIRS – Aber richtig!
Richtig umsetzen: So wirkt CIRS!

C
I
R
S

Critical Incident Reporting System

- Anonym und sanktionsfrei
- Bietet Mitarbeitern Gelegenheit, Fehler unbefangen zu melden, auch die peinlichen!
- Den Fehler meldet derjenige, der die Umstände am besten kennt!
- Gibt Gelegenheit, schon **vor** dem GAU zu lernen
- Wird vielleicht irgendwann überflüssig, wenn die Fehlerkultur gereift ist.



CIRS im Krankenhaus

- Christophorus-CIRS, hausinternes CIRS der Trägergesellschaft CTC (Christophorus-Kliniken + Altenheime)
- Zugang über Intranet (oder Formblatt)
- ca. 60-70 Eingaben/a
- ca. 7 CIRS-Team-Sitzungen/a
- Ausschlusskriterien für hausinterne Veröffentlichung:
pauschale Klagen, Mobbing, Schadensfälle
- Im Übrigen: **Jede Eingabe wird veröffentlicht und kommentiert!** Wann immer möglich, werden Maßnahmen abgeleitet.
- Fehler des Monats, glossierend aufgemacht, als Erinnerung und Anreiz

The screenshot shows the header of the CIRSmedical website with logos for 'CIRSmedical', 'Klinik am Schlossgarten', 'Christophorus Trägergesellschaft', and 'äzq'. Below the header is a navigation bar with a 'Berichten & Lernen' button. The main content area is titled 'Fehlermeldesystem der Christophorus-Kliniken, der Klinik am Schlossgarten und der Altenheime der Christophorus Trägergesellschaft'. It explains that 'CIRS' stands for Critical Incident Reporting System and that users can report errors anonymously. A 'Bitte...' section lists instructions: report only non-actionable errors, provide as much detail as possible, and report recurring errors. Below this is a list of the CIRS team members with their photos and names: Dr. med. Markus Hottel (CIRS-Koordinator), Martin Splittgerber (Oberarzt Klinik am Schlossgarten), Dr. med. Michael Gösling (Oberarzt Geriatrie), Michael Paschert (Pflegerischer Abteilungsleiter Neurologie), Sandra Skapski (Pflegefachkraft St.-Elisabeth-Stift), Uwe Hessel (Mitarbeiter Medizincontrolling), and Thomas Stallmeyer (Bereichsleiter Betriebstechnik). At the bottom, there is a footer with contact information and links for 'Impressum / Datenschutz'.

CIRS in der Arztpraxis

- kleiner Betrieb, wenig eigene Ereignisse
- „Anonymität und Sanktionsfreiheit“ kaum umsetzbar
- Anregung an die Mitarbeiterinnen, sich an öffentlichen CIRS zu beteiligen
- Sichtung von öffentlichen CIRS-Eingaben
- Umsetzung von Konsequenzen im eigenen Bereich



Workshop = Werkstatt

- Ihre Beteiligung ist gefragt, Mutige vor!



Workshop beim CIRS-Gipfel 2014 mit Prof. Manser, IfP Bonn

- Sie sind das CIRS-Team
- Sie erhalten eine neue Eingabe
- Sie überlegen, wie Sie damit umgehen

CIRS-Eingabe #1

Was ist passiert?

- Wg. anhaltendem Personalmangel ist die Versorgung der Intensivpatienten nicht mehr gewährleistet. Pflegekräfte können ihre Aufgaben nicht mehr vollständig ausführen. Unzufriedenheit steigt.

Was war das Ergebnis?

- Hygienefehler, z.B. nicht ausreichende Händedesinfektion! Nebenarbeiten wie Apothekenbestellung und Wischdesinfektion nicht mehr möglich. Basale Stimulation nicht mehr möglich. Mitarbeiter werden nicht ausreichend angeleitet (gefährliche Pflege)

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

- Mehr Personal muss geplant werden, Fachpersonal nachfordern.

CIRS-Eingabe #2

Was ist passiert?

- MFA in einer Praxis: "Mir ist aufgefallen, dass einige der Kolleginnen beim Verbandswechsel zwar die blauen Handschuhe anziehen und damit den alten (infizierten) Verband abmachen. Dann aber, nachdem sie den Verband entsorgt haben, fassen sie mit den gleichen Handschuhen neues Verbandsmaterial an, was automatisch eine Kontamination bedeutet.

Was war das Ergebnis?

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

- Sollte man die Handschuhe nicht vor jedem weiteren Verbandsschritt wechseln?

CIRS-Eingabe #3

Was ist passiert?

- Ein Pat. auf der Bauchstation erhält hochdosiert Morphin. Schülerin Bettina weist Sr. Elke auf Obstipationsgefahr hin. Reaktion: Eine Schülerin habe sich nicht in die Therapie einzumischen.

Was war das Ergebnis?

- Zwei Tage später klagt der Pat. über zunehmende Bauchschmerzen. Als Dr. Hasenclever vier Tage danach die Medikation sieht, fragt er verärgert, warum niemand auf die fehlenden Laxantien hingewiesen habe.

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

- Zu steile Hierarchie, zu striktes "Nicht mein Job"-Denken. Kompetenz der Schülerin abgesprochen. Der Arzt wollte Verantwortung abschieben.

CIRS-Eingabe #4

Was ist passiert?

- Praxismeldung: " bei einem Patienten, der bei uns als Antikoagulations-spritze Arixtra regelmäßig bekommt, hat mir unsere neue Kollegin mitgeteilt, der Chef habe bei ihm Arcoxia verordnet. Die Kollegin arbeitete früher bei einem Orthopäden und habe sehr viel mit Arcoxia zu tun gehabt.

Was war das Ergebnis?

- Gefahr einer Magenblutung infolge von Arcoxia-Verordnung bei einem Antikoagulierten.

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

CIRS-Eingabe #5

Was ist passiert?

- Eine Patientin wurde Tage mit Antibiose i.v. behandelt nach Antibio-gramm (Uricult). Kittelpflege/Isolationsmaßnahmen. Nach mehreren Tagen stellte sich heraus, dass der ´Mikrobiologische Befundbericht vom ...´ die Ergebnisse eines 5 Jahre alten Untersuchungsauftrags wiedergab.

Was war das Ergebnis?

- Kein Schaden für die Patientin, teure Maßnahmen ohne Indikation.

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

- Auf dem Befundbericht prangte groß der Hinweis ´Befundbericht vom...´ mit dem DRUCKdatum. Das Auftragsdatum von 2005 erschien unscheinbar weiter unten. Verwechslung.

CIRS-Eingabe #6

Was ist passiert?

- Der Chirurg hat mich heute wegen Varizen operiert. Einige Stunden nach dem Transport nach Hause habe ich Blut im Leistenverband gemerkt. Der Arzt hat mich zwar aufgeklärt, dass so etwas passieren kann, aber ich wollte mit ihm alles noch einmal besprechen. Er hat mir seine Telefonnummer gegeben, war aber leider nicht zu erreichen

Was war das Ergebnis?

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

CIRS-Eingabe #7.1

Was ist passiert?

- Die Dialysepraxis wünscht neuerdings Blockung von Vorhofkathetern mit reinem Heparin. Im OP wurde für Platzierung des Katheters nicht mehr - wie früher - stark verdünntes , sondern reines Heparin vorbereitet. In Un-kenntnis dieser Tatsache spülte der Operateur den Katheters mehrmals mit der Lösung. Letztendlich wurden ca. 50.000 i.E. Heparin verabreicht.

Was war das Ergebnis?

- Postoperativ unerklärliche, nicht stillbare Blutung im OP-Gebiet. Thora- kotomie zur Blutstillung wurde überlegt, bevor der Zusammenhang aufgeklärt wurde. Lebensgefährliche Situation, aber letztendlich außer Gabe von Blutbestandteilen kein Schaden.

CIRS-Eingabe #7.2

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

- Unkenntnis über die andere als zuvor übliche Heparindarreichung im OP. Vermeidungsstrategie: Verbesserung der Kommunikation bei Änderungen im OP-Ablauf. Die Blockung des Vorhofkatheters wird aktuell wieder durch die Dialysepraxis auf der peripheren Station oder nach der ersten Dialyse vorgenommen. Im OP wird seitdem wieder die verdünnte Heparinlösung (5.000 i.E./100 ml NaCl) verwandt.



CIRS-Eingabe #8

Was ist passiert?

- Bei meinem Hausarzt habe ich neulich Penicillin in Tablettenform zum ersten Mal bekommen. Ich sollte noch in der Praxis eine Tablette schlucken und dann durfte ich nach Hause gehen.

Was war das Ergebnis?

- Er hat mich nicht mehr gesehen, obwohl er wusste, dass mein Zwillingbruder schon mal eine Medikamenten-Allergie hatte.

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?



Fazit

- Eingaben im hausinternen CIRS müssen zuverlässig anonymisiert werden. Nur dann wird das System akzeptiert.
- Nicht jeder Eintrag im CIRS ist ein „geeigneter“ Fehler. Ein effektives internes CIRS ist ein Kummerkasten, darf sich aber nicht für alles instrumentalisieren lassen.
- Manchmal bietet die Eingabe im CIRS dem meldenden Mitarbeiter einen starken Hebel und systematische Veränderungsmöglichkeiten, manche Einträge lassen sich nur zur Schulung der Leser nutzen.
- Gefühlte 80% der Ursachen liegen in der Kommunikation. Fast jede Eingabe enthält aber weitere Aspekte und weitere Ursachen.
- In einer kleinen Einrichtung (z.B. Arztpraxis) lohnt v.a. die Beschäftigung mit öffentlichen CIRS und den „Fehlern der anderen“.



WORKSHOP III

Richtig umsetzen: So wirkt CIRS!

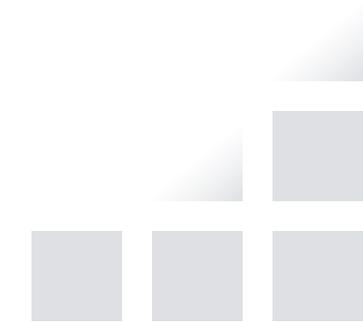
Fehlermeldesysteme fördern den offenen Umgang mit Fehlern und sind damit ein geeignetes Instrument, die Sicherheitskultur zu erhöhen. Es sind einige Faktoren notwendig, um in Gesundheitseinrichtungen CIRS erfolgreich ein- und umzusetzen. In diesem Workshop lernen die Teilnehmenden, wie sie mit gemeldeten CIRS-Fällen umgehen und z. B. Maßnahmen ableiten, kommunizieren und in die Routine übertragen.

Dr. Markus Holtel, Paracelsus-Klinik Bad Ems

Jerzy Wielowiejski, niedergelassener Chirurg, Lünen

Moderation:

Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund



WORKSHOP III Richtig umsetzen: So wirkt CIRS!

- **Eingaben im hausinternen CIRS müssen zuverlässig anonymisiert werden. Nur dann wird das System akzeptiert.**
- **Nicht jeder Eintrag im CIRS ist ein „geeigneter“ Fehler. Ein effektives internes CIRS wird gerne als Kummerkasten genutzt, darf sich aber nicht für alle Probleme und für allgemeine Stimmungsäußerungen instrumentalisieren lassen.**
- **Manchmal bietet die Eingabe im CIRS dem meldenden Mitarbeiter einen starken Hebel und systematische Veränderungsmöglichkeiten, manche Einträge lassen sich nur zur Schulung der Leser nutzen.**
- **Gefühlte 80% der Ursachen liegen in der Kommunikation. Fast jede Eingabe enthält aber weitere Aspekte und weitere Ursachen, die es zu bearbeiten oder zu kommentieren lohnt.**
- **In einer kleinen Einrichtung (z.B. Arztpraxis) lohnt v.a. die Beschäftigung mit öffentlichen CIRS und den „Fehlern der anderen“.**





CIRS als Kommunikationsherausforderung

Fiona Mc Dermott

Agenda

- » **Patientensicherheit in den Medien**
- » **Fehlerkette / Systemischer Sicherheitsansatz**
- » **Fehlermeldesysteme**
- » **Risikomanagement**
- » **Positive Entwicklungen von CIRS und Optimierungspotenzial**
- » **Nutzungssteigernde Faktoren**
- » **Fazit**

Patientensicherheit in den Medien



Neuer AOK-Krankenhaus-Report vorgelegt

19.000 Tote durch Klinik-Fehler

Tagesschau:21.01.2014

So schlimm ist der Pfusch im Spital

1000 Patienten sterben jedes Jahr, weil in Spitälern geschlampt wird. Hauptursachen: Arbeitsüberlastung und Selbstüberschätzung der Halbgötter in Weiss.

blick: 27.10.2007

The New York Times Magazine
JUNE 11, 2007 / SECTION 8



The prognosis was good for tiny Jose Eric Martinez.
A small dose of Digoxin would control his heart-failure symptoms.
The appropriate prescription was
.09 milligrams.
The order was placed for
0.9 milligrams.
The attending doctor missed the error.
No doctor, no nurse, no pharmacist, no technician corrected it.
The drug was administered.
Soon after, Jose Eric Martinez died.

**Who's to Blame?
It's the Wrong Question.**
By Lisa Belkin

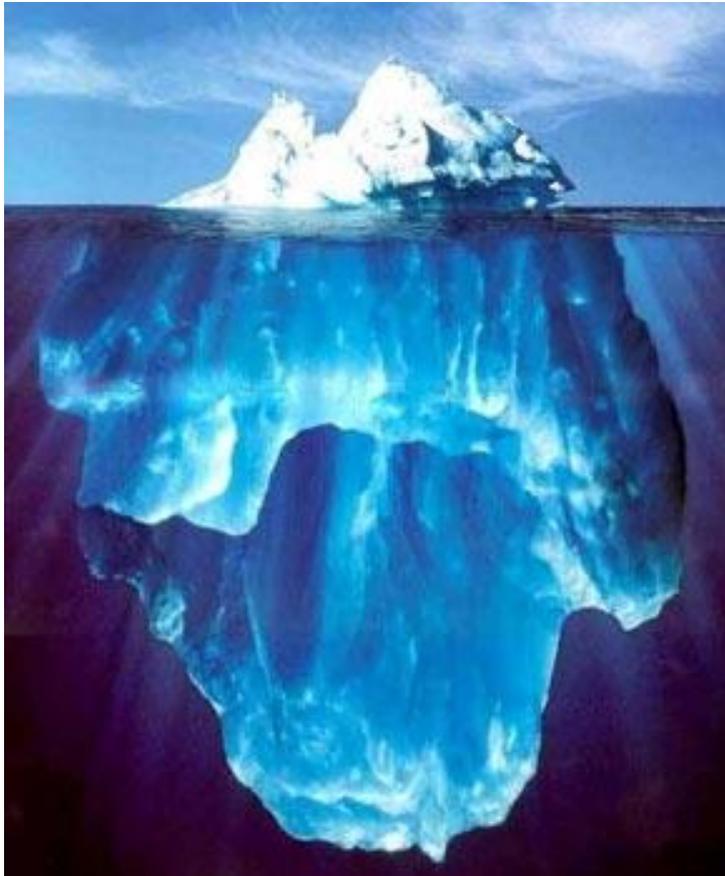
Patientensicherheit

- » befasst sich primär mit der Vermeidung, Prävention und Bewältigung von unerwünschten Ereignissen oder Schädigungen im Zuge der Gesundheitsversorgung.
- » ist mehr als nur die Abwesenheit schädigender Ereignisse.
- » ist nicht die Eigenschaft einer Person, eines Geräts oder einer Abteilung.

Die Erhöhung der Patientensicherheit beruht auf dem Verständnis, wie Sicherheit aus der Interaktion dieser Komponenten erwächst.

(nach Vincent, 2006, S.14)

Eisbergmodell

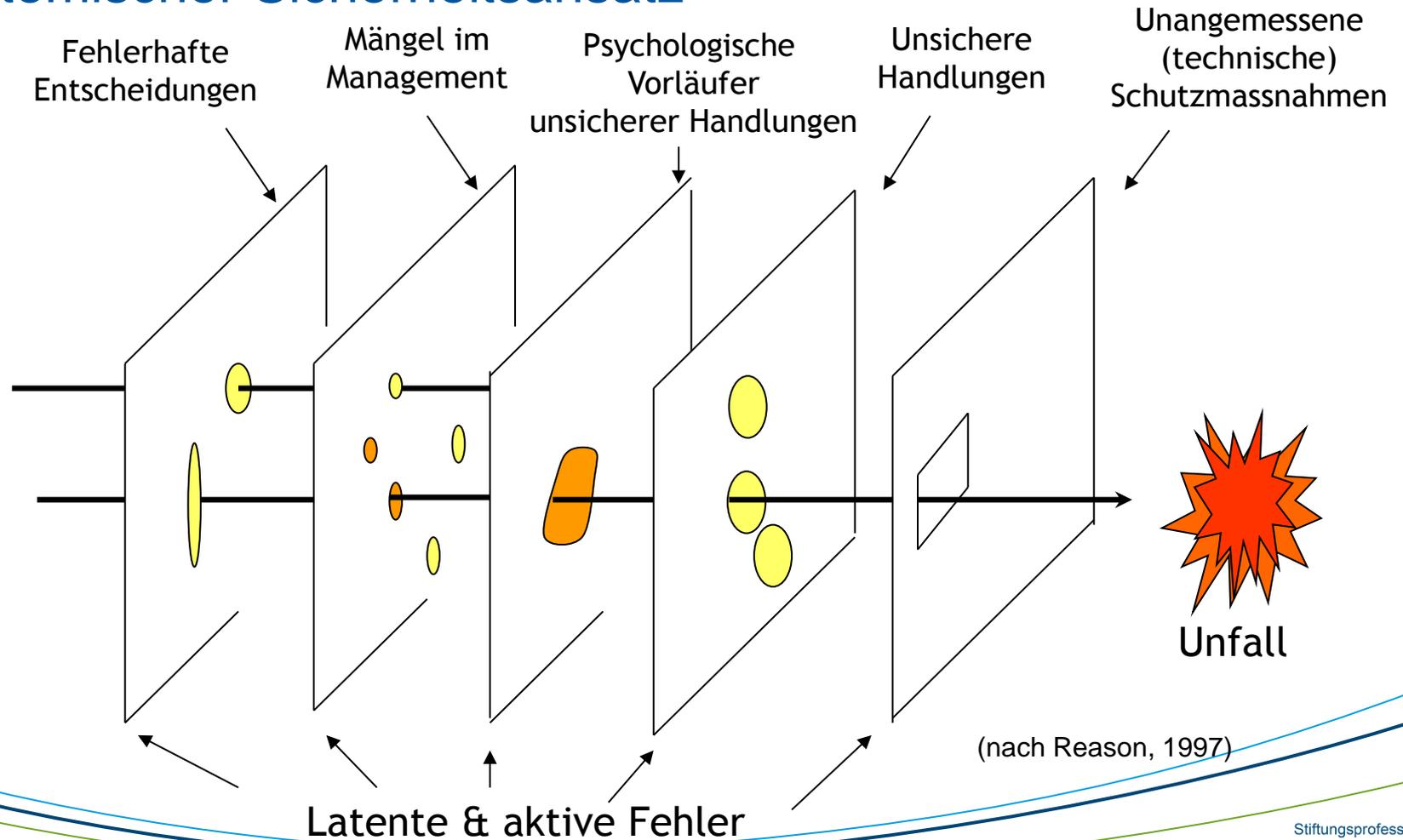


1 schwerer Unfall
10 Unfälle
30 Beinahe Unfälle

600 unsichere
Handlungen ohne
schwerwiegende
Konsequenzen

Grundlage: «accident ratio study» (Bird,1966)

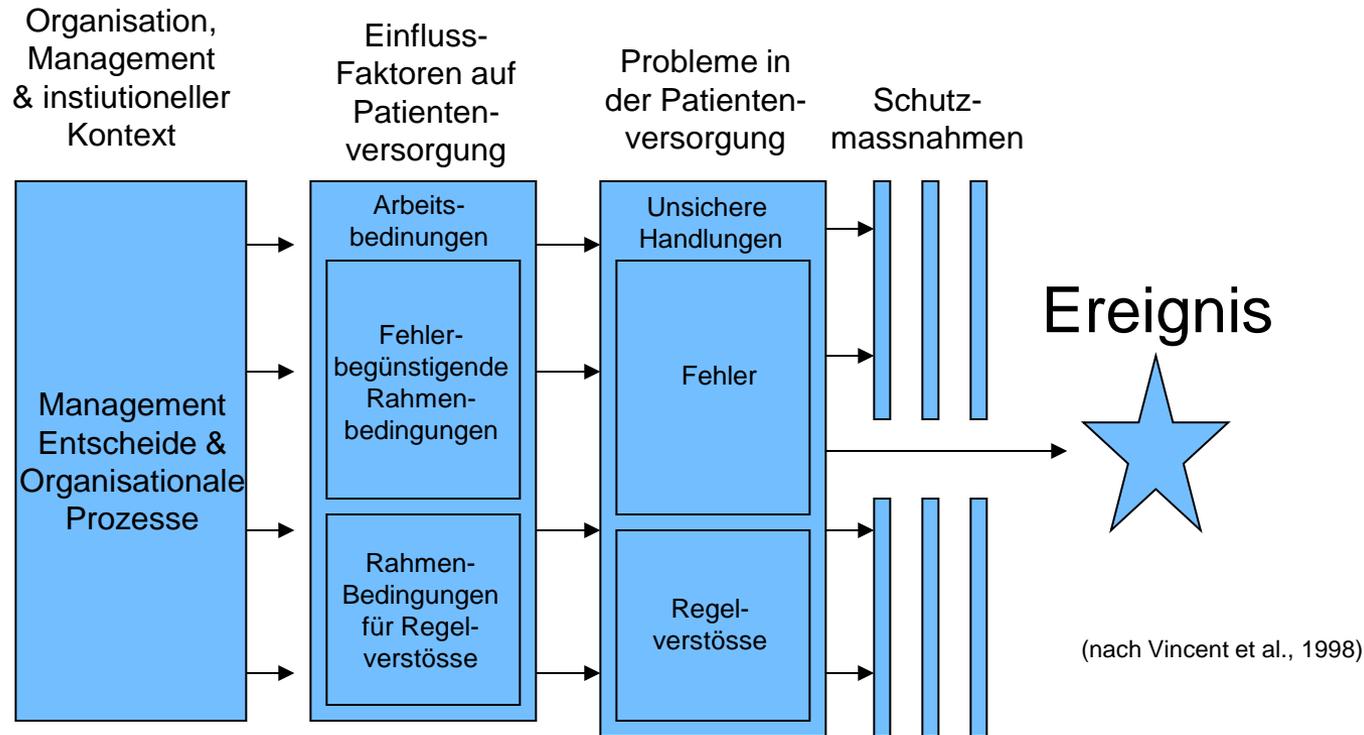
Systemischer Sicherheitsansatz



Ziele von Fehlermeldesystemen

- » Erfassen auch von Fehlern/Ereignissen, um frühzeitig Schwachstellen zu erkennen
- » organisationales und individuelles Lernen
- » oft angestrebt: **veränderte Sicherheitskultur**
 - » sicherheitsrelevante Wahrnehmungen und Einstellungen der Mitarbeiter (z.B. Einstellung zu Teamarbeit, Kooperation, Umgang mit Fehlern in der Organisation in Bezug auf Sicherheit)
- » **themenbezogen oder organisationsbezogen möglich**

Systematische Ereignis Analyse als Grundlage des Lernens



Fehlermeldesysteme: Erfolgscharakteristika

- » **Freiwilligkeit**
- » **Anonymität / Vertraulichkeit**
- » **Keine negativen Konsequenzen für Berichtende**
- » **Unabhängigkeit des Berichtssystems**
- » **Analytischer Rahmen**
- » **Feedback**

Sicherheits-/Organisationsdiagnose mittels Fehlermeldung?

- » **Anzahl und Typen von Vorfällen muss nichts Negatives über Abteilung/Krankenhaus aussagen**
 - » „Counting incidents is a waste of time“ (Billings, 1998)
 - » Meldeverhalten (welche Art von Vorfällen werden gemeldet) vs. tatsächliche Problemfelder der Organisation
 - » reges Meldeverhalten kann auf erhöhte Aufmerksamkeit zurückgehen (pos. Sicherheitskultur) (Edmondson, 1996)
- » **Analyse einzelner Vorfälle liefern gehaltvolle Einblicke in Schwierigkeiten und Abläufe in einer Organisation**

Fehlermeldung als Alleinheilmittel?

- » **Mitarbeiter melden Ereignisse**
- » **Patientenperspektive**
- » **Risiken von außen**
 - » Veränderung bei den Patienten (Demenz, Sprache etc.)
 - » Lieferanten, Produkte
 - » Etc.
- » **3-5% aller Ereignisse werden gemeldet** (Leape et al., 1995)

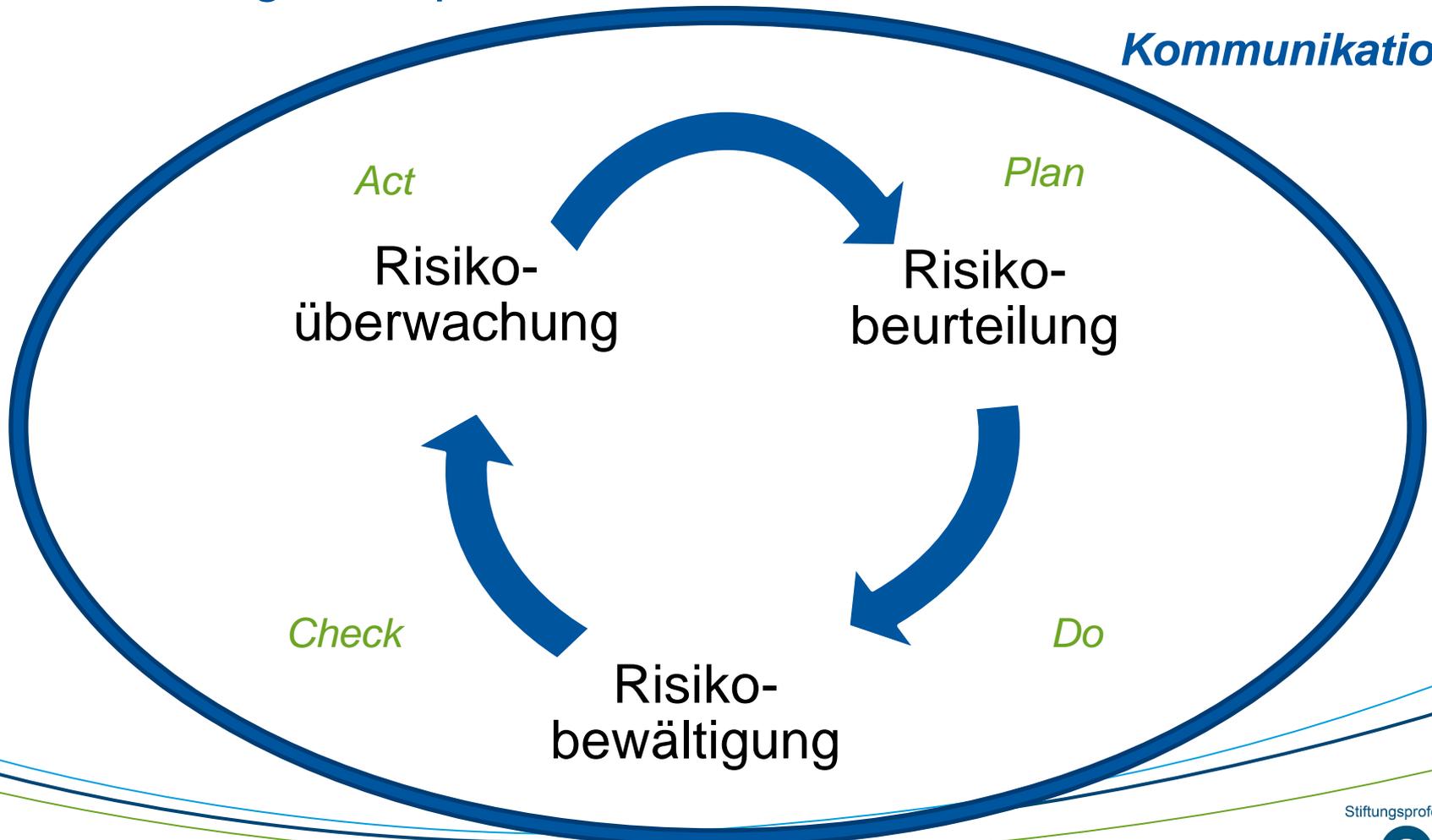
Gibt es weitere Möglichkeiten um Risiken zu identifizieren?

Risikoidentifikation

- » Krankenaktenanalysen
- » Beschwerde-Management
- » Auswertung von Behandlungsschäden und/oder Anspruchserhebungen
- » Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung
- » Interne/externe Risiko-Audits
- » Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung
- » Analyse von Daten zur Abrechnung
- » Analyse eigener Kennzahlen
- » Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen
- » (Schriftliche) Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur
- » Hinweise der Haftpflichtversicherer oder deren Vermittler
- » Gesetzliche Meldesysteme

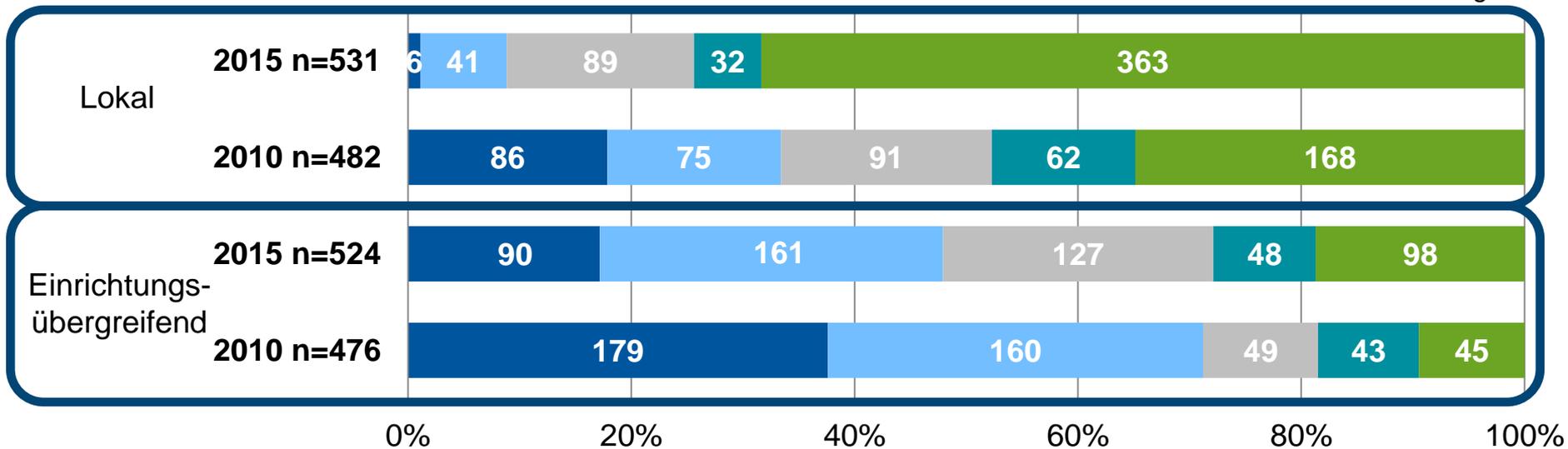
Risikomanagementprozess

Kommunikation



Schwerpunktthema: Critical Incident Reporting

Quelle: IfPS, Befragung
zum klinischen
Risikomanagement

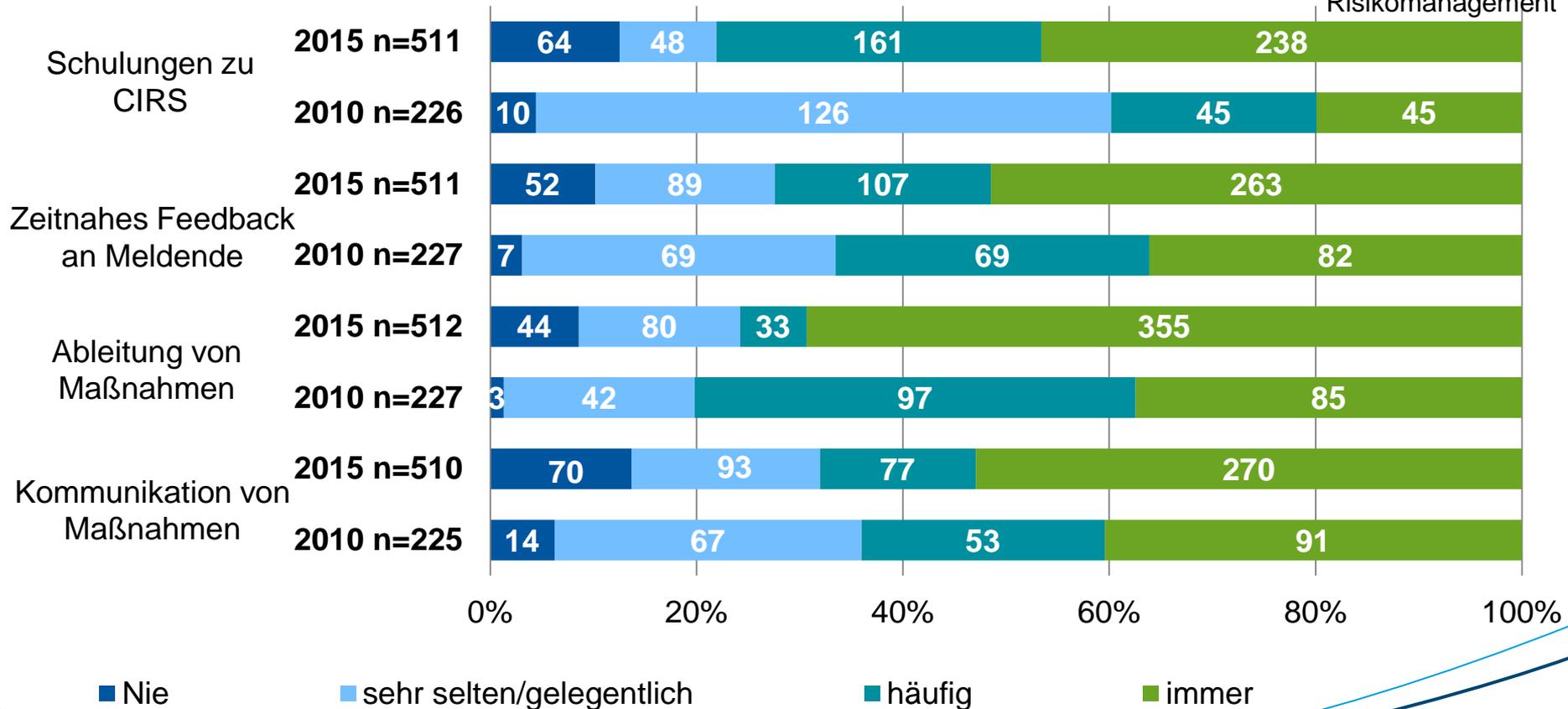


- noch nicht damit befasst
- diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant
- unsystematisch umgesetzt
- systematisch umgesetzt

» Ausgestaltung des CIRS (2015 ca. 515 Häuser; 2010 ca. 230 Häuser)

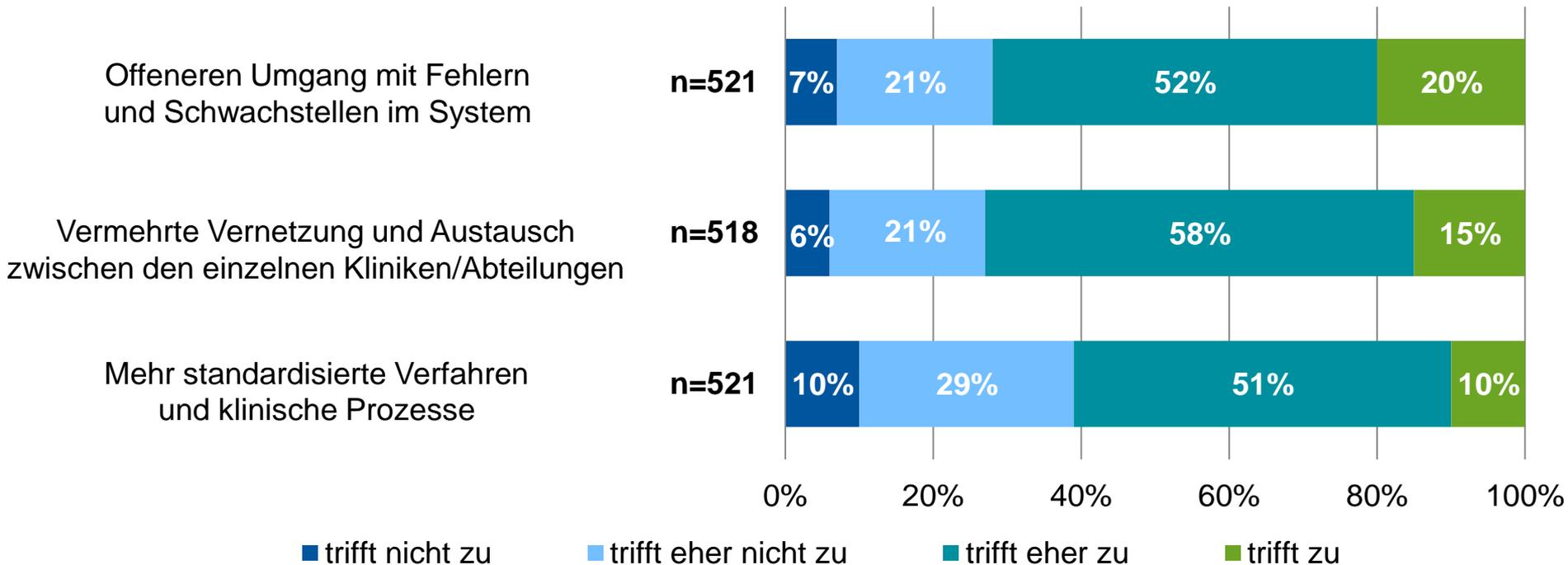
CIRS: Positive Entwicklungen

Quelle: IfPS, Befragung
zum klinischen
Risikomanagement

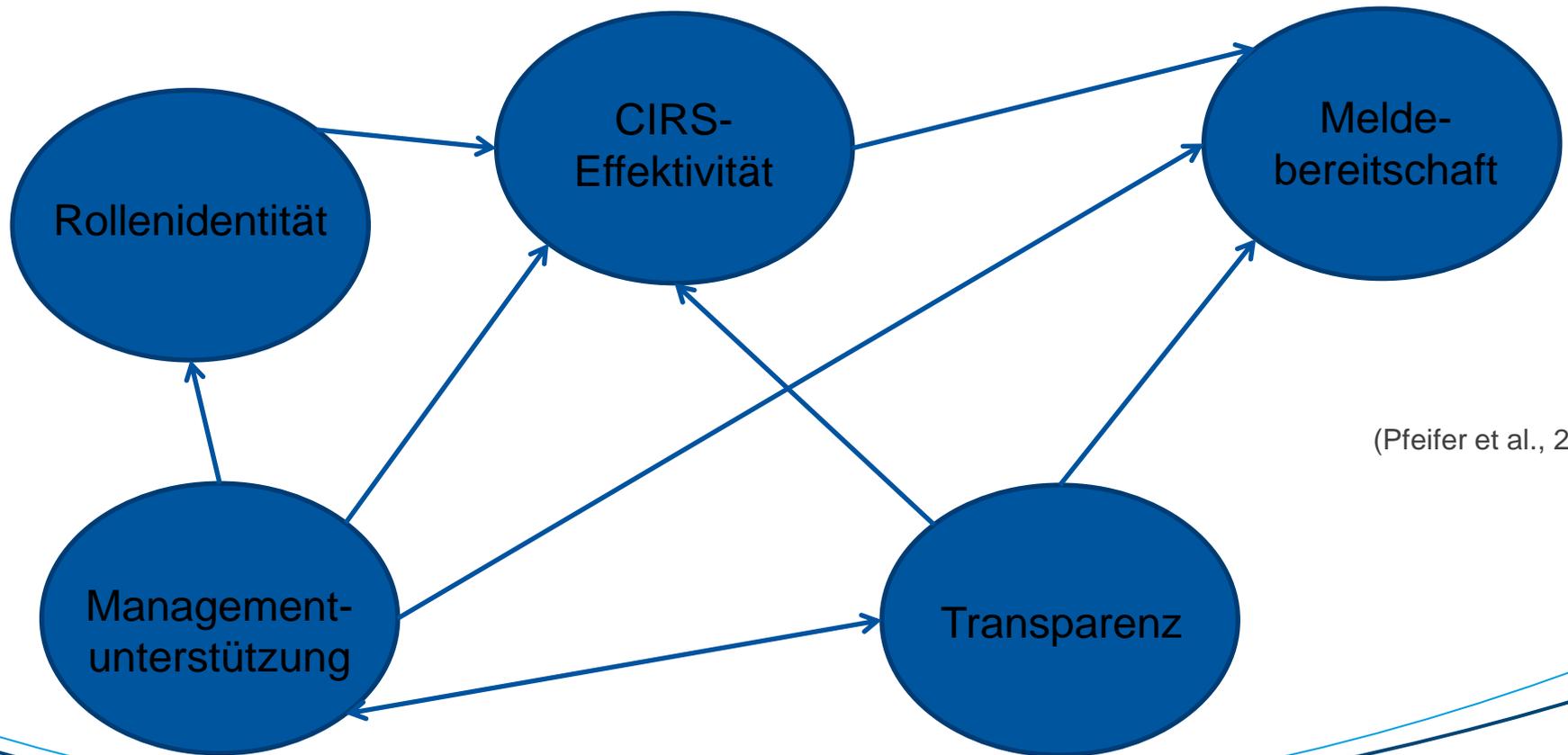


Optimierungspotenzial in 2015

Quelle: IfPS, Befragung
zum klinischen
Risikomanagement



Motivatoren für Bereitschaft zu Berichten



(Pfeifer et al., 2013)

Nutzungssteigernde Faktoren

- » Design-Charakteristika
- » Objektive Benutzerfreundlichkeit
- » Anonymität
- » **Transparenz**
- » **Marketingaktivitäten**
- » **Trainings**
- » Management-Unterstützung
- » Anpassung-Anreize
- » Ergebnisqualität
- » Tätigkeitsrelevanz
- » Integration in die Unternehmenskultur

Aufbauend auf dem
Technology Acceptance Modell
von Davis, 1986.

(Frings, 2015)

Handlungsempfehlung Transparenz

- » Aufklärung über Definition und Funktionsweise des CIRS
- » Regelmäßige Bereitstellung von Neuigkeiten über CIRS (CIRS-App)
- » Austausch unter den Mitarbeitern (Teambesprechungen und Austausch zwischen verschiedenen Abteilungen/Schichten)
- » Zeitnahes Feedback
- » **Regelmäßige Publikationen**

(Frings, 2015)

Handlungsempfehlung Training

- » Entwicklung eines Schulungskonzepts
- » Regelmäßige Schulungen
- » Pflichtschulung für Mitarbeiter

(Frings, 2015)

Handlungsempfehlung Marketingaktivitäten

- » Informationsveranstaltung zu CIRS einmal jährlich
- » „Fall des Monats“
- » Veröffentlichung in der Mitarbeiterzeitung
- » Newsletter
- » Poster, Flyer, Informationsbroschüren
- » Reporting Wochen

(Frings, 2015)

FAZIT

- » **„Jeder Fehler zählt“**
- » **Fehlermeldung alleine reicht nicht aus**
- » **Transparenz**
- » **Sensibilisierung der Mitarbeiter**
- » **Unterstützung durch Unternehmensführung**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Fragen und Anregungen?

Fiona Mc Dermott, Dipl.-Ges.oec.
Fiona.mc_dermott@ukb.uni-bonn.de
<http://www.ifpsbonn.de/>

Institut für Patientensicherheit
Stiftsplatz 12
53111 Bonn



Literatur

- » Billings, C. (1998). Incident reporting systems in medicine and experience with the Aviation Safety Reporting System. In: Cook, R.I., Woods, D.D., Miller, C. (Hrsg.) A tale of two stories: Contrasting views of patient safety, Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
- » Bird, F.E. (1966). Damage Control, Insurance Company of North America, Philadelphia.
- » Davis, F. D. (1986). A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: Theory and results (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology).
- » Edmondson, A.C. (1996). Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error, *Journal of Applied Behavioral Science*, 32, 5-28.
- » Frings, J.(2015): Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Steigerung der Nutzung des Critical Incident Reporting Systems am Beispiel eines Krankenhauses. Bachelorarbeit, 2015 (bisher unveröffentlicht).
- » Leape L.L., Bates D.W., Cullen D.J. et al. (1995)Systems Analysis of Adverse Drug Events. *JAMA*. 1995;274(1):35-43.
- » Pfeifer et al. (2013) Motivational antecedents of incident reporting: evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13881.
- » Reason, J.T. (1997). *Managing the Risks of Organisational Accidents*, Aldershot: Ashgate.
- » Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. (1998) Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal* 1998; 316(7138):1154-1157.
- » Vincent, C.A. (2006). *Patient Safety*, 2nd edition, London: BMJ Books.



WORKSHOP IV

Richtig kommunizieren: CIRS als Kommunikationsherausforderung!

Wir machen alle die Erfahrung, dass Kommunikation und kommunizieren immer wieder Fallstricke bereit hält - im privaten wie auch im beruflichen Alltag. Ein funktionierendes CIRS benötigt eine funktionierende Kommunikation, die sowohl unterschiedliche Ebenen als auch die verschiedenen Professionen berücksichtigt. Wie können wir sicherstellen, dass Inhalte von allen Beteiligten verstanden werden und wir Fallstricke umgehen und Lösungsmöglichkeiten erkennen? Im Workshop werden Kommunikationsmodelle mit ihren Stärken und möglichen Schwächen vorgestellt.

Fiona Mc Dermott, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Institut für Patientensicherheit, Bonn
Dr. med. Stefan Pilz, Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg

Moderation:

Martina Wilbers, Katholische Kliniken Emscher-Lippe GmbH
Anke Follmann, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster

WORKSHOP IV

Richtig kommunizieren: CIRS als Kommunikationsherausforderung!

- Funktionierende Kommunikation braucht Vertrauen – Vertrauen spart Energie
- Alle Beteiligten (Berufsgruppen) müssen dabei sein
- Je mehr direkte Kommunikation über kritische Ereignisse möglich, desto besser.
- Gelingende Kommunikation: Nur mit Unterstützung der Unternehmensführung
 - „Der Fisch stinkt vom Kopf“!
- Kommunikationsstrategien an Zielgruppen anpassen
- Analyse muss nicht immer hochtechnisch sein - 5 W-Fragen, SBAR
- Risikomanagement in Kooperation mit Qualitätsmanagement (Synergien nutzen)
- Fälle nutzen für Simulationstrainings
- Meldemöglichkeit an BfArM nutzen (SALA-Meldungen)



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

CIRS-Gipfel NRW

30. September 2015

Workshop V:

Richtig Risiken managen: Das kann die Arztpraxis tun!

Moderation: Miriam Mauss, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Ulrike Schmitt, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Sektorenübergreifende Qualitätsförderung, Versorgungskonzepte, Qualitätsmanagement, Patientensicherheit

Agenda

- Gesetzlicher Rahmen für Vertragsärzte
 - Qualitätssicherung
 - Fortbildung
 - Qualitätsmanagement
- Zusammenspiel von Qualitätsmanagement und Risikomanagement
- Fallbeispiele (Gruppenarbeit)
- Tipps und Tools zum Umgang mit Risiken und Fehlern

Qualitätssicherung für Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung

- Sozialgesetzbuch V (SGB V)
- Bundesmantelverträge (BMV)
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Richtlinien der KBV und der KVen
- Vertragliche Vereinbarungen auf regionaler Ebene
- Berufsrechtliche Regelungen
- Weiteren Gesetzen und Normen
(Röntgenverordnung, Medizinproduktegesetz...)
- ...



Regelungen vertragsärztliche Qualitätssicherung

§ 135 Abs. 2 SGB V

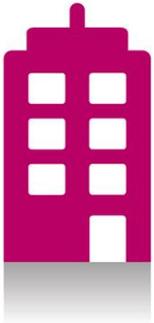
Akupunktur	Koloskopie
Ambulantes Operieren	Kurative Mammographie
Arthroskopie	Labor
Balneophototherapie	Langzeit-EKG
Blutreinigungsverfahren	MR-Angiographie
Herzschrittmacher-Kontrolle	Molekulargenetik
Histopathologie Hautkrebs-Screening	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
HIV/Aids	Phototherapeutische Keratektomie
Hörgeräteversorgung	Schlafbezogene Atmungsstörungen
Hörgeräteversorgung Kinder	Schmerztherapie
Interventionelle Radiologie	Strahlendiagnostik und -therapie
Intravitreale operative Medikamenteneingabe	Ultraschalldiagnostik
Invasive Kardiologie	Vakuumbiopsie der Brust
Kapselendoskopie	Verordnung von Rehabilitation
Kernspintomographie	Zervix-Zytologie

Übersicht vertragsärztliche Qualitätssicherung



Ca. 163.000
an der vertragsärztlichen
Versorgung teilnehmende
Ärzte und
Psychotherapeuten

500 QS-Fachkräfte in den KVen
3.600 Ärzte als QS-Kommissionsmitglieder der KVen



296.000 Genehmigungen zu verschiedenen Bereichen
46.000 Neu- oder Änderungsanträge p.a.

50 % der GOP unter Genehmigungsvorbehalt
(**28 %** ohne Labor, AOP)



15.000 Einzelprüfungen der ärztlichen Dokumentationen p.a.
(über **150.000** Patientenfälle)

32.000 Geräteabnahmeprüfungen p.a.

1.000 Genehmigungswiderrufe wegen Qualitätsmängeln p.a.

Fortbildungsverpflichtung

- § 4 (Muster-)Berufsordnung
- § 95d SGB V
- KBV-Regelung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten

Zeitpunkt der Nachweispflicht	Erfüllungsgrad in %
30.06.2009 1. Nachweiszeitraum	>99
01.07.-31.12.2009	94,3
01.01.-31.12.2010	96,3
01.01.-31.12.2011	96,2
01.01.-31.12.2012	96,5
01.01.-31.12.2013	96,0
30.06.2014 2. Nachweiszeitraum	96,4 (aktuell >98)

Qualitätsmanagement

§ 135a Absatz 2 Satz 2 SGB V

seit 2004

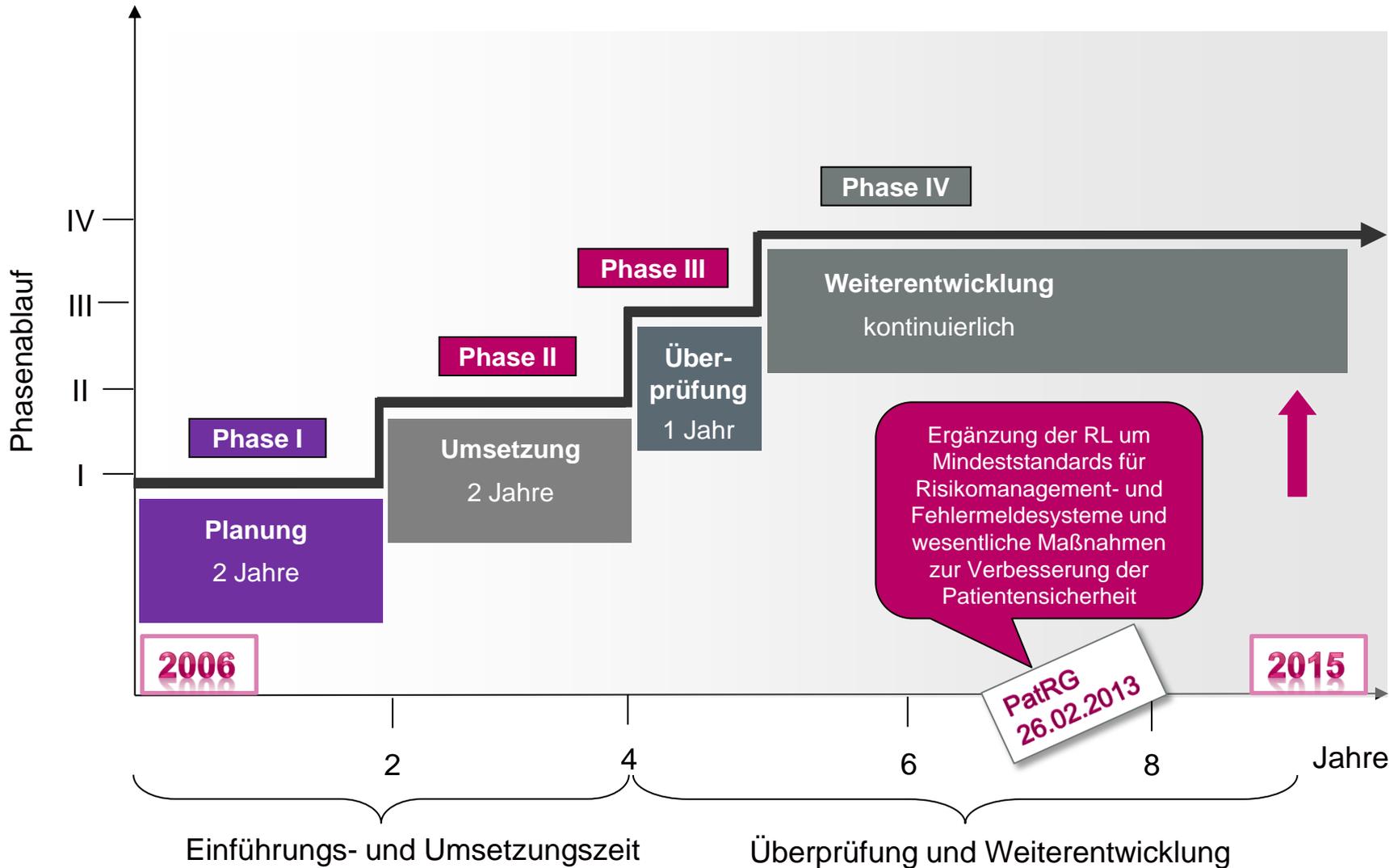
Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser... sind verpflichtet,... einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL)

seit 2006

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses beschreibt die grundsätzlichen Anforderungen an das QM.

Umsetzung der ÄQM-RL: Zeitrahmen



Änderung der ÄQM-RL 2014

Umsetzung Patientenrechtegesetz

Mit dem am 26.02.2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten hat der G-BA die Aufgabe erhalten, binnen Jahresfrist, in seinen QM-Richtlinien wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit aufzunehmen und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festzulegen (§ 137 Abs. 1d SGB V)

23. Januar 2014: G-BA-Beschluss zu Änderungen/Ergänzungen der QM-Richtlinie(n)

- analoge RL für Zahnärzte und Krankenhäuser
- http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1917/2014-01-23_AEQM-RL_Umsetzung-137-1d.pdf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Mindeststandards zu Risiko- und Fehlermanagement

(Auszüge ÄQM-RL, aktuell)

- Festlegungen zum Umgang mit **Risiken und sicherheitsrelevanten Ereignissen** (d. h. diese zu erkennen, zu bewerten, zu bewältigen, zu überwachen) und Implementierung von **Verbesserungsprozessen**. Dafür können z. B. Erkenntnisse aus Patientenbefragungen, Teambesprechungen, Beschwerden, sicherheitsrelevanten Ereignissen (z. B. Beinahe-Schäden und Fehler) sowie die Teilnahme an einem **Fehlermeldesystem** genutzt werden.
(§ 4 Instrumente)
- **Schulung und Training** [der Mitarbeiter] (§ 3 Grundelemente)
- Gestaltung von **Kommunikationsprozessen** [...] inklusive Risikokommunikation
(§ 3 Grundelemente)
- Dokumentation und Nachvollziehbarkeit [...] der **ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen** (§ 4 Instrumente)

Agenda

- Gesetzlicher Rahmen für Vertragsärzte
 - Qualitätssicherung
 - Fortbildung
 - Qualitätsmanagement
- **Zusammenspiel von Qualitätsmanagement und Risikomanagement**
- Fallbeispiele (Gruppenarbeit)
- Tipps und Tools zum Umgang mit Risiken und Fehlern

Fehler – ex post

Ein richtiges Vorhaben wird nicht wie geplant ausgeführt, oder dem Geschehen liegt ein falscher Plan zugrunde.

- Aktiver Fehler, Ausrutscher, Aussetzer, Behandlungsfehler, Beinahe-Schaden, Beinahe-Fehler, Irrtum, Kritisches Ereignis, Latenter Fehler, Medikationsfehler, Medizinischer Fehler, Systemfehler, Unerwünschtes Ereignis, Unerwünschte Wirkung, Zwischenfall
- Quelle:  Patientensicherheit-Online.de

Risiko – ex ante

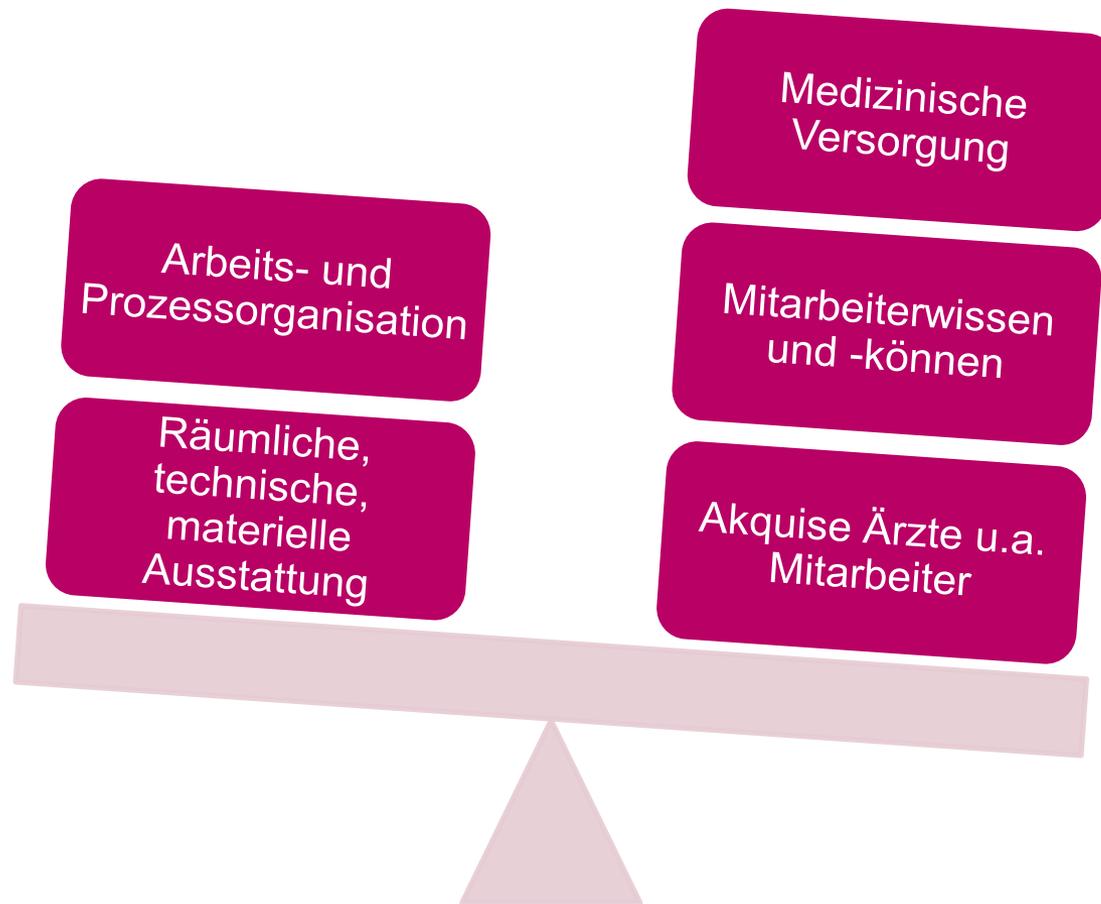
Sowohl die Durchführung wie auch das Unterlassen von Interventionen beinhalten ein Risiko, das durch den Behandelnden selbst bei sorgfältigster Beachtung nicht auszuschließen ist.

Quelle: Glossar zur Patientensicherheit, www.aezq.de

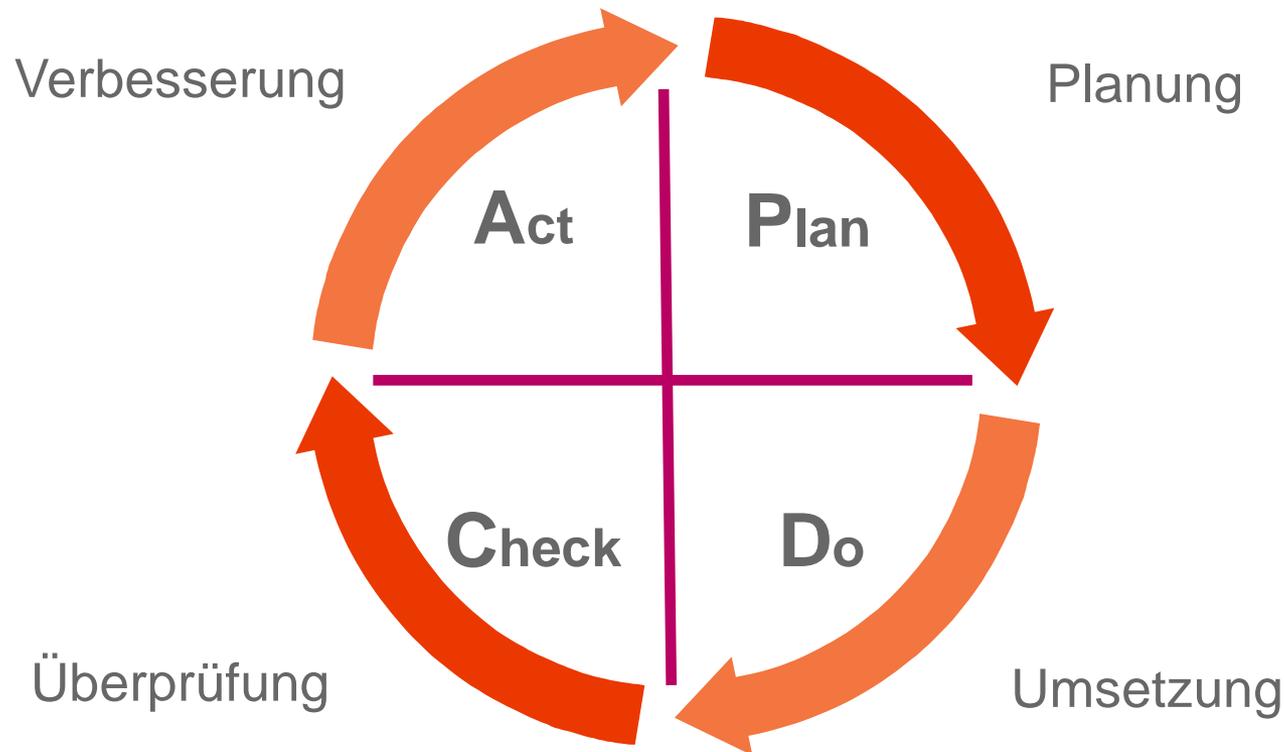
- **möglicher negativer Ausgang** bei einer Unternehmung, mit dem Nachteile, Verlust, Schäden verbunden sind (Duden)
- mit einem Vorhaben, Unternehmen o. Ä. **verbundenes Wagnis** (Duden)



Bereiche mit potentiellen Risiken in der Praxis/ im MVZ



QM: Planen – Umsetzen – Überprüfen – Veränderung
RM: Erkennen – Bewerten – Steuern – Überwachen



(Management-Zyklus nach W. Edwards Deming)

Zusammenspiel von QM und RM

nach Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Universität Witten-Herdecke

Qualitätsmanagement

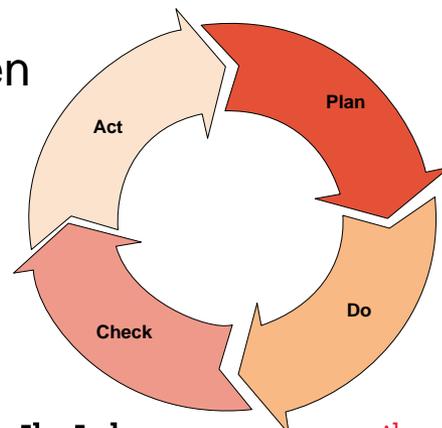
Optimierung der Wertschöpfung

Koordiniert Bekanntes

Folgt Regelkreislauf PDCA

Systematische Erfassung

Senkt Risiken



Risikomanagement

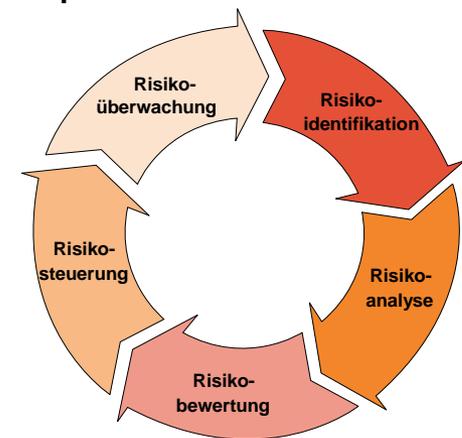
Absicherung der Wertschöpfung

Sucht Unbekanntes

Folgt Regelkreislauf, andere Gewichtung

Systematische und punktuelle Erfassung

Steigert Qualität



Agenda

- Gesetzlicher Rahmen für Vertragsärzte
 - Qualitätssicherung
 - Fortbildung
 - Qualitätsmanagement
- Zusammenspiel von Qualitätsmanagement und Risikomanagement
- **Fallbeispiele (Gruppenarbeit)**
- Tipps und Tools zum Umgang mit Risiken und Fehlern

Gruppenarbeit I

Fall-Nr: 115973

Drucken | Kommentieren | Zurück

Fall

Titel: Patient hat mündliche und schriftliche Anleitung nicht richtig verstanden

Fall-Nr: 116355

Drucken | Kommentieren | Zurück

Fall

Titel: Impfstoff dessen Mindesthaltbarkeitsdatum abgelaufen war verimpft

Fall-Nr: 88504

Drucken | Kommentieren | Zurück

Fall

Titel: Verwechslung zweier Patientinnen mit gleichem Nachnamen

Zuständiges Fachgebiet: Augenheilkunde

Altersgruppe des Patienten: 31-40

Geschlecht des Patienten: weiblich

Wo ist das Ereignis passiert? Praxis

Was ist passiert? Zwei Patientinnen mit ähnlichem Alter und gleichem Nachnamen befinden sich zeitgleich in der Praxis.

Die MFA hat eine Patientin bereits in ein Untersuchungszimmer gesetzt. Die zweite Patientin sitzt vor dem anderen Untersuchungszimmer und kommt herein als der Name aufgerufen wird. Sie wird unter Berücksichtigung der Krankenakte der anderen Patientin untersucht. Erst nach der Frage nach den Kindern stellt sich die Verwechslung heraus. Es ist kein Schaden eingetreten, da die Verwechslung frühzeitig aufgefallen ist.

Was war das Ergebnis? Unangenehme Situation wenn Verwechslung auftritt.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können? Sind namensgleiche Patienten zeitgleich in der Praxis muss die MFA sofort bei

Gruppenarbeit II

- individuelle Fehler-/Risikosituation aus der Praxis
- Aufbau Fehlermanagementsystem in der Praxis
- Sammlung Risikofaktoren/Risikobarrieren in der Praxis



Kassennärztliche Bundesvereinigung – Dezernat 7

Arbeitsblatt Gruppenarbeit 1 A:
Tipps und Empfehlung zum Aufbau eines Fehlermanagementsystems in der Praxis.
Erstellung einer Checkliste für Praxen/ MVZ.

Liebe Teilnehmer der Arbeitsgruppe 1A,

Ausgangssituation:

Eine Praxis wendet sich an Sie mit der Frage:
Wie geht das mit dem Fehlermanagement?
Was müssen wir da eigentlich genau machen?
Welche Inhalte gehören zum Fehlermanagement?

Bitte überlegen Sie in Ihrer Gruppe, welche Punkte wichtig sind und vorgehen sollte. Ergänzen Sie ggf. Ihre Empfehlungen mit Hinweisen zu Dokumenten, z.B. aus dem QEP-Manual oder anderen von Ihnen sinnvollen Dokumenten (bitte möglichst Quelle angeben).

Sie haben 45 Minuten Zeit. Gutes Gelingen!

Checkliste Fehlermanagement

Einführung des Fehlermanagements in der Praxis
 Womit fange ich an?

» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.«

Risikoidentifikation Methoden

35



Dr. Raidl Beratung

- Gefahrenliste
- Brainstorming
- Erfahrungen der Unternehmensleitung
- Eintretene Risiken, Fehler und Beinahe-Fehler
 - Ergebnisse aus dem Fehlermanagement
 - Ergebnisse aus dem CIRS
 - Beschwerden von Patienten und interessierten Parteien

Kassennärztliche Bundesvereinigung – Dezernat 7



Risikofaktoren ¹	Welche Sicherheitsbarrieren/ Sicherheitsfaktoren verringern dieses Risiko?	QEP-Qualitätsziel-Katalog [®]
4. Fehlerhafte oder lückenhafte Dokumentation der Patientendaten	Fragestellung: Wie stellen Sie sicher, dass die Dokumentation der Patientendaten korrekt erfolgt? <ul style="list-style-type: none"> • Zeitnahe Dokumentation der erhobenen Befunde • Überprüfung, dass die Befunde in der richtigen Patientenakte eingetragen werden • Klare Festlegung, wer welche Ergebnisse einträgt. Diese nachverfolgbar dokumentieren (Namenskürzel oder durch EDV-System mit individuellem Passwort) • Tägliche Prüfung am Ende der Sprechstunde (Fehlerprotokoll, Abrechnungsziffern und Diagnosen eingetragen) • Dokumentieren im Beisein des Patienten (wenn möglich) • Aufmerksam gegenüber neuen Kollegen oder Azubis sein 	2.2.1 (1), (2)
5. Arzneimitteltherapie unklar für Patient (Unsicherheit)	Fragestellung: Wie stellen Sie sicher, dass der Patient genau weiß, wie er seine Medikamente einnehmen soll und ob es Wechselwirkungen gibt? <ul style="list-style-type: none"> • Eindeutige Erläuterung vom Arzt zum Medikament und zur Einnahme • Hinweis auf die wichtigsten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen • Schriftlicher Medikamenteneinnahmeplan mit den aktuellen Medikamenten, dem Wirkstoffname und der Dosierung (Nicht handschriftlich, Schriftgröße groß genug und mit Datum versehen) • Hausarztpraxen: Erfassung aller Medikamente auch OTC, Homöopathie, etc • Bei jedem Besuch den Medikamentenplan überprüfen und evtl. aktualisieren • Patient und Angehörige darauf hinweisen, dass bei Unklarheiten immer nachgefragt werden kann; auch telefonisch 	1.3.2 (1) - (4)
6. Abgabe eines abgelaufenen	Fragestellung: Wie stellen Sie sicher, dass in der Praxis keine abgelaufenen Medikamente ausgegeben	4.2.3 (1) - (3)

Sicherheitskultur in der Praxis (1)

Auch Selbstverständliches und bereits Etabliertes...

- Vorbildfunktion Führungskräfte
- Eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Umsichtigkeit bei Be- und Überlastung der Mitarbeiter/innen
- Regelmäßig Wissen auffrischen, Kompetenzen üben
- Sorgfältiger Umgang mit technischen, materiellen und räumlichen Ressourcen
- Beschwerden ernst nehmen
- Hygiene, Medizinproduktesicherheit, Arbeitssicherheit
- Informationssicherheit (Datenschutz und Datensicherheit)
- ...

Sicherheitskultur in der Praxis (2)

... muss immer wieder geübt, aufgefrischt und belohnt werden

- Offene Kommunikation, Vertrauen
- Gemeinsames Lernen aus Fehlern
- Teamarbeit fördern
- Patientensicherheit als regelmäßiger Bestandteil von Teambesprechungen
- Anregungen und Verbesserungsvorschläge abfragen
- Interne Audits/Peer Review
- Checklisten für komplexe, sicherheitsrelevante Prozesse, z. B. Krankenhauseinweisung, OPs, Versorgung multimorbider Patienten
- Training von sicherheitsrelevanten Ereignissen, z. B. Notfälle
- ...

Agenda

- Gesetzlicher Rahmen für Vertragsärzte
 - Qualitätssicherung
 - Fortbildung
 - Qualitätsmanagement
- Zusammenspiel von Qualitätsmanagement und Risikomanagement
- Fallbeispiele (Gruppenarbeit)
- **Tipps und Tools zum Umgang mit Risiken und Fehlern**

TIPP: Mein PraxisCheck

www.kbv.de/praxischeck

Information und Sensibilisierung der Praxen

- ➔ Unterstützung bei der Umsetzung rechtlicher und normativer Vorgaben
- ➔ Vermeidung von Restriktionen und Haftungsrisiken
- ➔ Umsetzung von Qualitätsmanagement

1



2

Wie stellen Sie sicher, dass alle Teammitglieder die Maßnahmen der Handhygiene kennen und umsetzen können? Wie werden alle Teammitglieder motiviert, die Anforderungen an die Handhygiene und den Hautschutz einzuhalten?

Alle Teammitglieder kennen die Maßnahmen der Handhygiene und können sie demonstrieren.

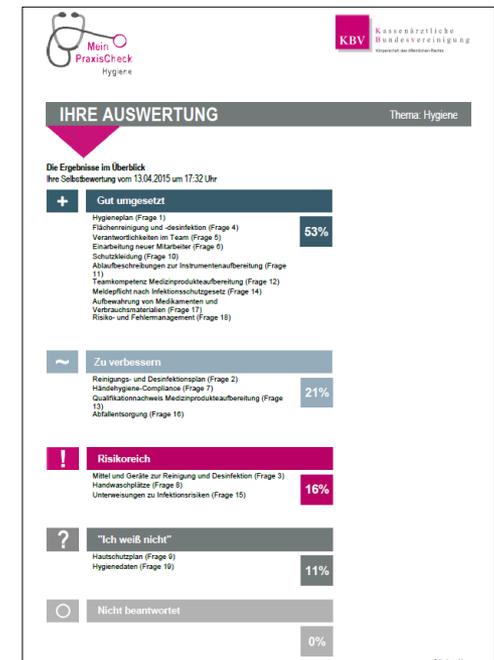
Wir haben alle im Rahmen unserer Ausbildung das richtige Vorgehen gelernt.

Wir versuchen, je nach Arbeitsaufkommen und Zeit die Handhygiene im täglichen Ablauf nicht zu vergessen.

Ich weiß nicht.

Sehr gut! Nutzen Sie die jährliche Hygieneunterweisung zur Auffrischung des Wissens und zur Demonstration des richtigen Vorgehens. Die Praxisleitung sollte mit gutem Beispiel als Vorbild wirken!

3



» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

TIPP: PraxisWissen Qualitätsmanagement

PraxisWissen
EIN SERVICE DER KASSENÄRZTLICHEN
BUNDESVEREINIGUNG

KBV

**QUALITÄTSMANAGEMENT
IN DER PRAXIS** **MIT QEP**

➔ **INFORMATIONEN,
CHECKLISTEN & TIPPS**

**Qualitätsmanagement:
Darum geht es**

Was erst einmal kompliziert klingt, ist eigentlich ganz einfach: Beim Qualitätsmanagement geht es um die Gestaltung der fachlichen und organisatorischen Abläufe. Instrumente wenden Ärzte und Psychotherapeuten oder unbewusst – dabei schon immer an. Dies systematisch und kontinuierlich zu tun, erleichtert die Arbeit und trägt zur Qualität der Versorgung in einer Praxis oder eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) bei.

EIN INSTRUMENT DER UNTERNEHMENSFÜHRUNG

Ob gute Praxisqualität und damit ein hohes Maß an Kundenzufriedenheit, Verlässlichkeit und Risikoprävention zu erreichen ist, hängt von der Qualität der Führung ab. Ziel ist es, alle Tätigkeiten konsequent an fachlichen, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen auszurichten – und sich dabei möglichst rasch an den Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitern zu orientieren. So kann für alle eine größtmögliche Sicherheit und Zufriedenheit erreicht werden. Konkret bedeutet das: das eigene Handeln beobachten, gegebenenfalls dokumentieren, und, wo Verbesserungen möglich und sinnvoll sind, verändern.

OHNE QM GEHT'S NICHT

Ob gute Praxisqualität und damit ein hohes Maß an Kundenzufriedenheit, Verlässlichkeit und Risikoprävention zu erreichen ist, hängt von der Qualität der Führung ab. Ziel ist es, alle Tätigkeiten konsequent an fachlichen, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen auszurichten – und sich dabei möglichst rasch an den Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitern zu orientieren. So kann für alle eine größtmögliche Sicherheit und Zufriedenheit erreicht werden. Konkret bedeutet das: das eigene Handeln beobachten, gegebenenfalls dokumentieren, und, wo Verbesserungen möglich und sinnvoll sind, verändern.

STICHPROBERGEBNISSE ZUR QM-RICHTLINIE

Die Stichprobe zur QM-Richtlinie im Jahr 2014 zeigt, dass etwa 80% der Ärzte und Psychotherapeuten die Anforderungen der Richtlinie in vielen Punkten schon erfüllt haben. Etwa 20 Prozent müssen die in der Richtlinie geforderten Instrumente noch systematisch und gegebenenfalls auch zeitnah umsetzen.

**Qualitätsmanagement:
So funktioniert es**

Nach einer Selbstbewertung der Praxis können Ärzte und Psychotherapeuten direkt mit der Umsetzung loslegen und konkrete Ziele und Aufgaben festlegen. Welche Abläufe und Beispiele sollten wie optimiert werden, welche Schwachstellen in der Praxisorganisation wie behoben werden? Was daher nicht fehlen darf, ist ein Zeit- und Maßnahmenplan. Es sollte im Team klar festgelegt werden, wer welche dieser Aufgaben bis wann übernimmt. Anschließend geht es an die Umsetzung. Das Erreichte wird dann anhand der selbst gesetzten Ziele regelmäßig überprüft und kontinuierlich weiterentwickelt.

SO GEHT'S: PLAN-DO-CHECK-ACT

PLAN: Auf Basis der Selbstbewertung konkrete Ziele und Maßnahmen und Verantwortlichkeiten festlegen und dokumentieren

DO: Umsetzen: Beschlossene Aufgaben umsetzen

CHECK: Überprüfen: Systematisch prüfen, ob die Ziele mittels der umgesetzten Maßnahmen und Aufgaben erreicht werden

ACT: Anpassen: Verbesserung: Gegebenenfalls die Maßnahmen und/oder Ziele anpassen

QM-VERFAHREN HELFEN BEI DER UMSETZUNG

Beim Aufbau eines internen QM-Systems helfen sogenannte Qualitätsmanagement-Verfahren wie QEP®, KTQ® oder EPA. Auch verschiedene regionale Einstiegsangebote unterstützen beim Start mit QM: KPQM, qm.no, QISA®. Die Normen der ISO (Internationale Organisation für Normung), in denen auch Anforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme festgelegt sind, zum Beispiel DIN EN ISO 9001, gehen branchenübergreifend. Etwa ein Drittel der Praxen nutzen QEP – Qualität und Entwicklung in Praxis®. Für die Einführung von Qualitätsmanagement ist jedoch kein bestimmtes System gesetzlich vorgeschrieben. Eine Übersicht über verschiedene Qualitätsmanagement-Verfahren finden Sie unter www.kbv.de, Suchbegriff „QM-Verfahren“

QEP – AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

QEP steht für Qualität und Entwicklung in Praxis. Das Qualitätsmanagement-Verfahren wurde von der KBV und den Kassennetzlichen Vereinigungen als Serviceangebot eigens für die Niederlassenen entwickelt, um sie bei der Einführung eines internen Qualitätsmanagements zu unterstützen. QEP bietet für alle praxisrelevanten Themen Qualitätsziele und konkrete Vorschläge zur Umsetzung an. QEP ist spezifisch auf die Abläufe und Bedingungen in der Praxis zugeschnitten und kann individuell an die jeweilige Fachrichtung, Praxisgröße und Organisationsform angepasst werden. Es besteht aus verschiedenen Bausteinen, die aufeinander abgestimmt, kombinierbar und schrittweise umsetzbar sind. Ein Team aus Ärzten, Psychotherapeuten, Praxismitarbeitern und QM-Experten war an der Entwicklung beteiligt.

QEP Qualitätsziel-Katalog
QEP Manual
Qualität und Entwicklung in Praxis®

6 KBV PraxisWissen / Qualitätsmanagement in der Praxis

TIPP: Aktionsbündnis Patientensicherheit



Sicher in der Arztpraxis

Empfehlungen für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Ihre Sicherheit liegt uns am Herzen. Damit dies gemeinsam mit allen Beteiligten gelingt, haben wir folgende Tipps für Sie zusammengestellt.

Ihre Sicherheit ist uns wichtig!



Tipps des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zum häuslichen Umgang mit Arzneimitteln

In nahezu jedem deutschen Haushalt gibt es eine „Hausapotheke“. Die Hausapotheke besteht aus den Arzneimitteln, die regelmäßig von den Familienmitgliedern angewendet werden und Arzneimitteln, die nur bei Bedarf, z.B. bei Erkältungen oder Magen-Darm-Infekten angewendet werden.

Arzneimittel werden häufig über einen längeren Zeitraum gelagert, da sie nur sporadisch zum Einsatz kommen – die richtigen Lagerbedingungen sind daher für ihre Wirksamkeit entscheidend.

Die folgenden 8 Punkte zeigen wichtige, allgemein gültige Aspekte zur Lagerung Ihrer Arzneimittel auf. Wenn Sie sich unsicher sind, oder konkrete Fragen zu einem spezifischen Arzneimittel haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Apotheker oder Arzt.

- Bewahren Sie Ihre Arzneimittel möglichst alle zusammen auf – üblicherweise an einem trockenen, normaltemperierten (optimalerweise unter 25°C Celsius), kindersicheren Ort. Vermeiden Sie dabei feuchte Räume (z.B. Bad), aber auch direkte Wärme- (z.B. Heizung) oder Sonneneinstrahlung (z.B. Fensterbank). Beachten Sie Ausnahmen, z.B. Arzneimittel, die speziell gekühlt werden müssen. Ob solche Ausnahmen für Ihr Arzneimittel zutreffen, kann Ihnen Ihr Apotheker sagen.
- Bewahren Sie den Beipackzettel zu jedem Arzneimittel in der jeweiligen Packung auf.
- Bestimmte Arzneimittel, wie beispielsweise Augentropfen, Lösungen und Saft, sind nach dem Öffnen nur noch begrenzt verwendbar. Informieren Sie sich über solche verkürzten Aufbewahrungsfristen in der Packungsbeilage oder bei Ihrem Apotheker und notieren Sie sich beim Anbruch eines solchen Arzneimittels das Aufbrauchsdatum auf der Packung.
- Leben in Ihrem Haushalt mehr als eine Person, Mittel einzeln nehmen, so notieren Sie auf jeder Packung zusätzlich, für wen das Arzneimittel bestimmt ist.
- Nehmen Sie nur Arzneimittel, die für Sie bestimmt sind, an. Geben Sie im Umkehrschluss auch Ihre Arzneimittel an andere Personen weiter.
- Wenn beim Tablettrennen halbe Tabletten entstehen, werfen Sie diese und verwenden Sie die anderen.
- Entsorgen Sie abgelaufene Arzneimittel oder die Sie nicht mehr verwenden, sachgerecht. Informieren Sie sich über den Hausmüll (siehe <http://www.bmg.bund.de/br/aktionsbuehnen/mittelversorgung/entsorgung-von-arzneimitteln>).
- Stellen Sie sicher, dass Sie für Arzneimittel, die Sie regelmäßig anwenden, einen aktuellen Einnahmeplan haben.



1. INTERNATIONALER TAG DER PATIENTENSICHERHEIT

17. September 2015

Machen Sie mit! Informationen zum Aktionstag:
www.tag-der-patientensicherheit.de

TIPP: Patientenbefragung ZAP

<http://www.kbv.de/html/6332.php>

Valider Fragebogen für Patienten

Einen kostenlosen Fragebogen (ZAP), ein Excel-Auswertungstool, Informationen für Patienten und Praxisteams zur Durchführung der Befragung finden Sie hier:

ZAP-Fragebogen
PDF, 50 KB

Anleitung zur Durchführung
PDF, 16 KB

Muster
Word, 7 KB

ZAP-Auswertungstool
Excel, 13 MB

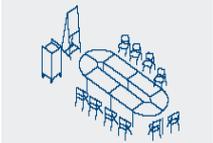
neu:
Arabisch, Englisch,
Französisch, Russisch,
Spanisch, Türkisch

TIPP: QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®

www.kbv.de/qm

QM-Verfahren speziell für Praxen, Kooperationen, MVZ

- ➔ modular, indikatorenbasiert, leicht verständlich und umsetzbar, praxisbezogen, Patientenversorgung im Mittelpunkt, zertifizierungsfähig
- ➔ Unterstützungs- und Serviceangebot der KVen und der KBV mit Materialien, Schulungen, Beratung

Baustein 1	Baustein 2	Baustein 3	Baustein 4	Baustein 5
<p>Qualitätsziel-Katalog</p> 	<p>Einführungseminar</p> <p>Schulungscurricula Dienstleistungskonzept der KVen</p> 	<p>QEP-Manual</p> 	<p>Zertifizierung</p> 	<p>Unterstützungsangebote</p>  

»Ich lerne
ständig Neues.
Damit für Sie
alles beim Alten
bleibt.«

Heinz Ebbotshaus
Dr. Heinz Ebbotshaus
HAUSARZT

Wir niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten garantieren ambulante Versorgung auf höchstem Niveau. Um gut zu bleiben, müssen wir täglich besser werden. Erfahren Sie mehr zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung unter www.ihre-aerzte.de

Die Haus- und
Fachärzte

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.



WORKSHOP V

Risiken richtig managen: Das kann die Arztpraxis tun!

Größtmögliche Sicherheit für die Patienten ist das zentrale Anliegen in der Patientenversorgung im ambulanten sowie im stationären Bereich. Doch wie ist in der Praxis mit kritischen und unerwünschten Ereignissen sowie Fehlern und (Beinahe-) Schäden umzugehen? Wie kann im Praxisteam eine offene und positive Fehlerkultur Einzug halten und wie können Verbesserungsstrategien in den unterschiedlichen Risikobereichen implementiert werden? Hilfreich sind dabei auch die bewährten Instrumente des Qualitätsmanagements wie beispielsweise Erkenntnisse aus Patientenbefragungen, Teambesprechungen, Beschwerden und die Teilnahme an einem Fehlerberichts- und Lernsystem oder dem Online-Tool „Mein PraxisCheck“..

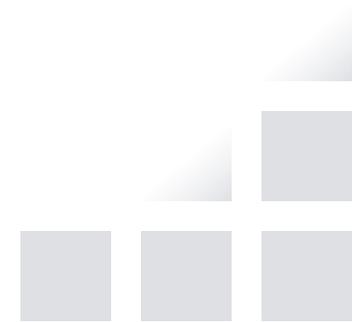
Ulrike Schmitt, Referat Qualitätsmanagement, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Moderation:

Miriam Mauss, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf

WORKSHOP V Risiken richtig managen: Das kann die Arztpraxis tun!

- Instrumente und Methoden des QM/RM/FM müssen spürbaren Benefit im Praxisalltag für Mitarbeiter und Patienten geben
- Passgenaue, individuelle Lösungen/Wege suchen: kleine Praxen „kleines“ Risikomanagement, große Praxis „großes“ Risikomanagement
- Nutzen Sie Beratungen, Schulungen und praktische Hilfen wie z. B. Online-Tool „Mein PraxisCheck“ und andere Serviceangebote der KVen für das interne QM



Patientensicherheit
gemeinsam
fördern



CIRS NRW
Gipfel

30. September 2015

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit