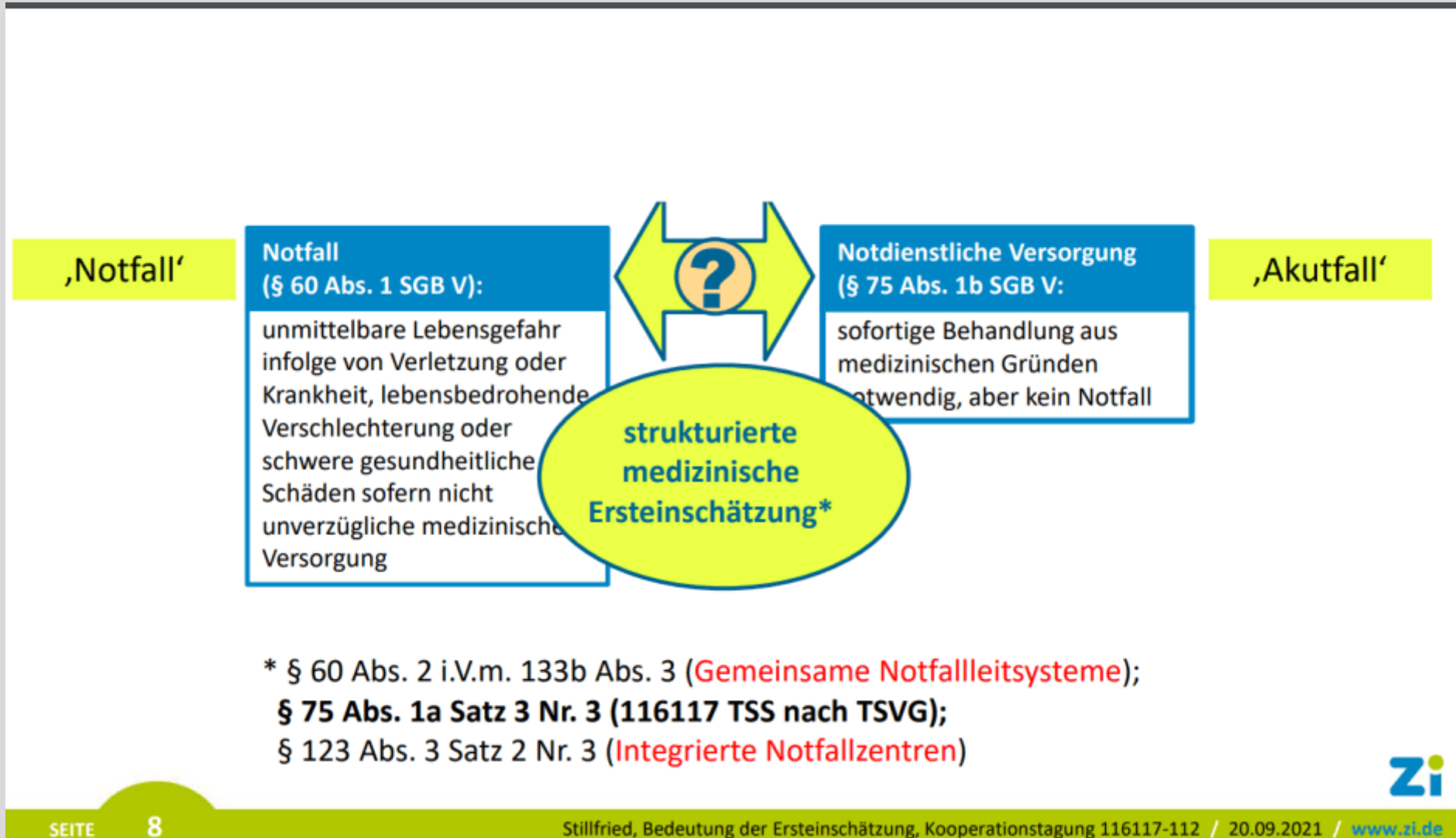


Patientensicherheit in der der Akutversorgung: AMA

Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner
Institut für Rettungsingenieurwesen
und Gefahrenabwehr
Technische Hochschule Köln

Was ist Akutversorgung ?



Besonderheiten der Ersteinschätzung

112

Notfall = erwarteter Regelfall

- möglichst standardisierte Frageroutine
- sehr kurzer Zeitraum (< 1 min.) zur Entscheidung über Einsatzart
- Problem: Zunahme von Anrufen und Einsätzen, die eher dem Akutbereich zuzurechnen sind

ca. 10 bis 11 Mio. Notfalleinsätze p.a.

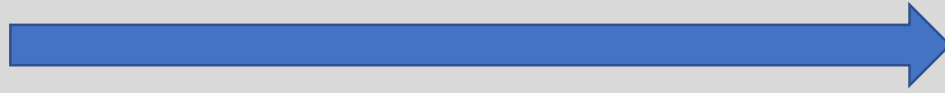
116117

Akutfall = erwarteter Regelfall

- Offenerere strukturierte Gesprächsführung, Patient muss mitgenommen werden
- Mittlere Dauer derzeit ca. 2 min.
- Probleme: teils unspezifische Beschwerden; schnelle zutreffende Identifikation eines Notfalls

ca. 9 Mio. Anrufe p.a. (ca. 30% Akutfälle)

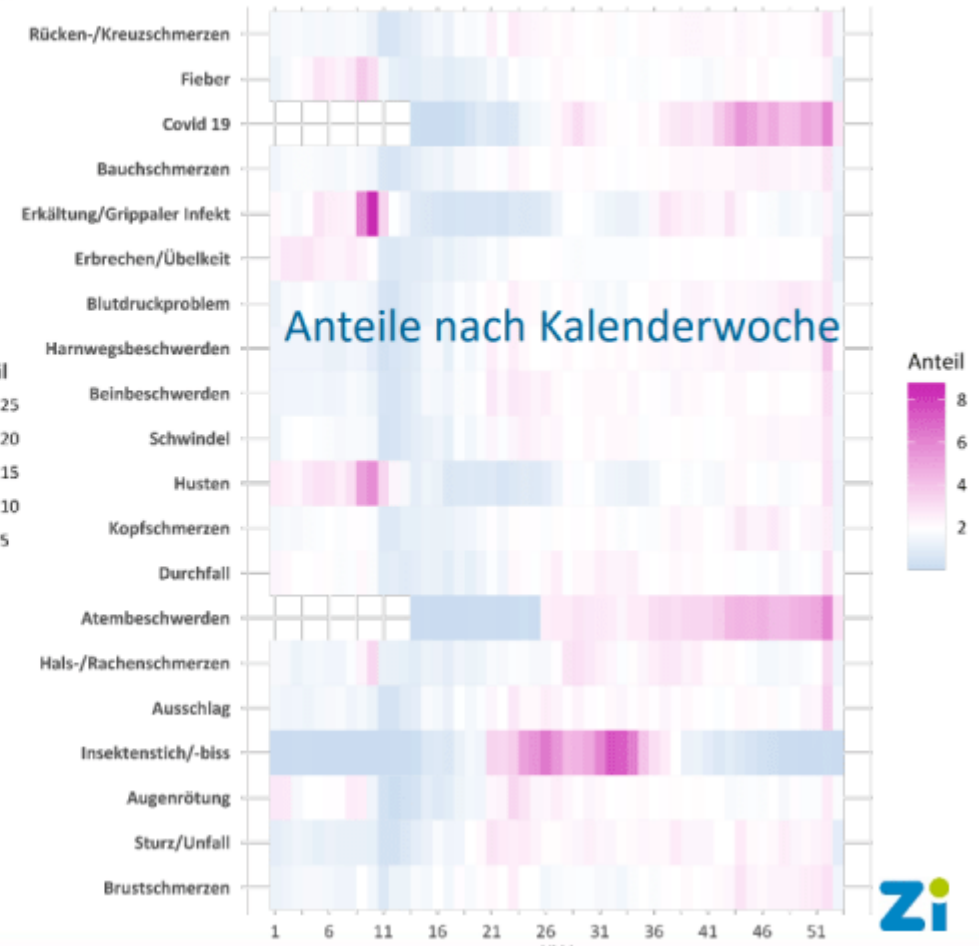
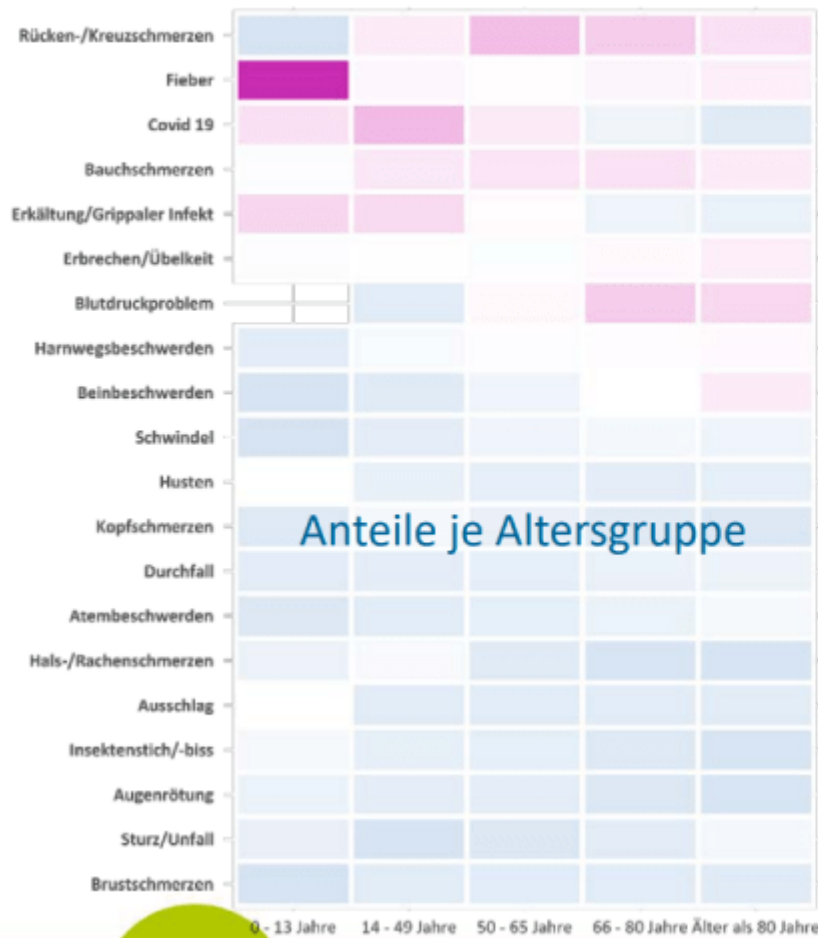




SmED – Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland

- SmED steht für „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“.
- Ersteinschätzungssoftware, die den Anwender bei der Einschätzung der Beschwerden eines Patienten unterstützen kann.
- Gezielte und strukturierte Fragen -> Empfehlung hinsichtlich der Behandlungsdringlichkeit und des angemessenen Behandlungsortes.
- SmED stellt keine Diagnose. Dies bleibt weiterhin einer ärztlichen Untersuchung vorbehalten.
- SmED -> Schweizer System der in4medicine AG
- Kann potentiell gefährliche Verläufe erkennen.

Top 20 Anlässe für eine Ersteinschätzung mit SmED in der 116117 im Jahr 2020



Informationen

Analyseteam

Meldungen

Meldeformular

Bei [AMA](#) handelt es sich um ein Critical Incident Reporting System (CIRS), also ein Berichts- und Lernsystem, für die Akutversorgung von Patienten in Deutschland. Hier können Sie anonym über kritische Ereignisse, die in der Akutversorgung von Patienten auftraten, berichten. Im Anschluss werden alle Meldungen von einem AMA-Analyseteam des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) analysiert und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit erarbeitet. Außerdem werden die Meldungen auf Anonymität geprüft, um die Identität aller beteiligten Personen zu schützen. Die Veröffentlichung der bearbeiteten Meldungen auf dieser Webseite, ermöglicht das Voneinander-Lernen.

-

Als „Kritische Ereignisse“ werden Prozessschritte verstanden, die ein Ergebnis oder eine Situation ausschlaggebend beeinflussen.



cirsmedical®

FACHBEIRAT KONFORMITÄTSERKLÄRUNG

CIRSmedical.de

CIRSmedical.de ist das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin.

Es ist anonym und sicher und ermöglicht gegenseitiges Lernen aus Fehlern und kritischen Ereignissen. Es richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Die Buchstaben "CIRS" stehen für Critical Incident Reporting-System.

Fälle
Berichten und Lernen

Was kann berichtet werden?

Alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, die in der Medizin auftreten, können von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens berichtet werden. Dies können Fehler, Beinahe-Schäden, Kritische Ereignisse oder auch Unerwünschte Ereignisse [Glossar] sein. Die Berichte dürfen **keine Daten** enthalten, die Rückschlüsse auf die beteiligten Personen oder Institutionen erlauben (Namen, Ortsangaben oder ähnliches).

Aktuelle Information

CIRSmedical.de stellt Teilnahmebestätigungen und Konformitätserklärungen aus.

[weitere Informationen](#)

CIRSmedical.de-Info

[Abonnieren](#)

Informationen

[CIRS](#)

[FAQs](#)

[Glossar](#)

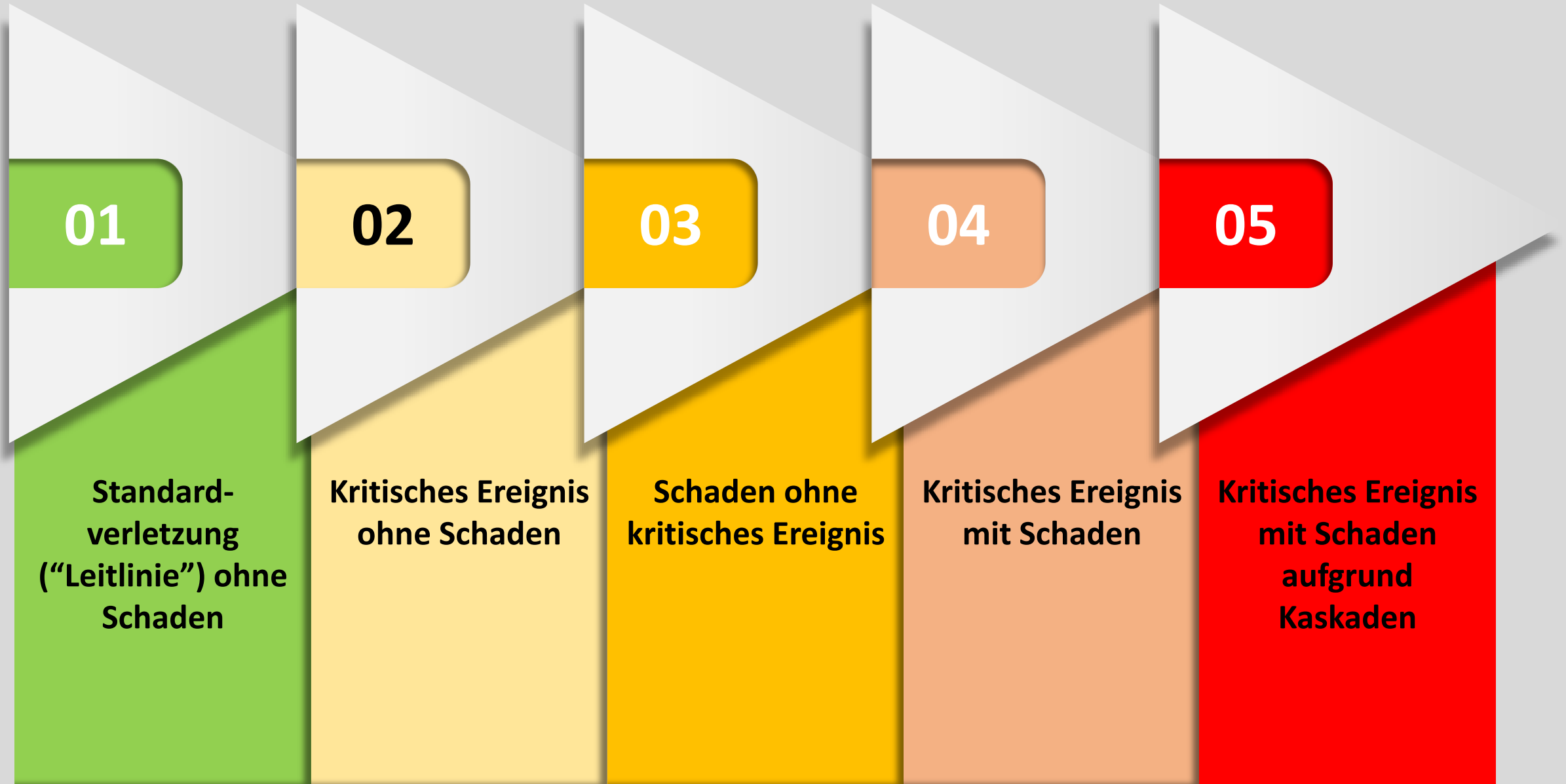
[Patientensicherheit-Online](#)

[Nachrichten](#)

In der Regel handelt es sich dabei um Prozessabläufe, die auf kritische Ereignissen basieren und einen unerwünschten Verlauf (Schaden) nehmen (können).

Berichtssysteme, deren Grundlage darin besteht aus „Fehlern zu lernen“, gibt es in der Medizin seit vielen Jahren.

AMA und CIRS Systeme sollen helfen aus erlebten unerwünschten Ereignissen zu lernen



01

**Standard-
verletzung
("Leitlinie") ohne
Schaden**

02

**Kritisches Ereignis
ohne Schaden**

03

**Schaden ohne
kritisches Ereignis**

04

**Kritisches Ereignis
mit Schaden**

05

**Kritisches Ereignis
mit Schaden
aufgrund
Kaskaden**

01

**Standard-
verletzung
("Leitlinie") ohne
Schaden**

Leitlinien sind Korridore – keine Vorschriften (80%)

Für vieles gibt es keine Leitlinie – oder aber mehrere

Angezeigte Standardverletzung basiert nur auf lokaler Praxis bzw. auf einer Erwartungshaltung

Standardverletzung kann Risiken erhöhen



Qualitätssicherung

02

**Kritisches Ereignis
ohne Schaden**

Abweichendes Verhalten folgenlos – z.B. falsches
Medikament, falsche Dosierung, nicht indizierte
Maßnahme,



Qualitätssicherung

Prozessanalyse und Klassifizierung - > Maßnahmen



Mögliche Vorwürfe / Anzeigen / Ansprüche

03

Es wird planmäßig ein Medikament bei der richtigen Indikation in der richtigen Dosierung verabreicht –unmittelbar danach
-> Kreislaufstillstand



Qualitätssicherung

Schaden ohne
kritisches Ereignis

Prozessanalyse und Klassifizierung - > Maßnahmen

04

**Kritisches Ereignis
mit Schaden**

Mit Injektionsnadel abgerutscht und in einen Nerv gestochen,
danach Taubheit

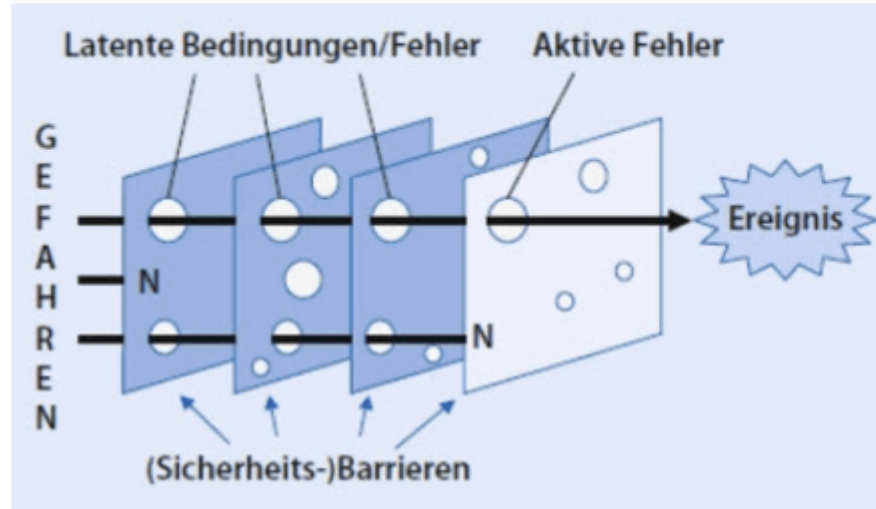
Mögliche Vorwürfe / Anzeigen / Ansprüche

Qualitätssicherung

05

**Kritisches Ereignis
mit Schaden
aufgrund von
Kaskaden
(Dominoeffekte)**

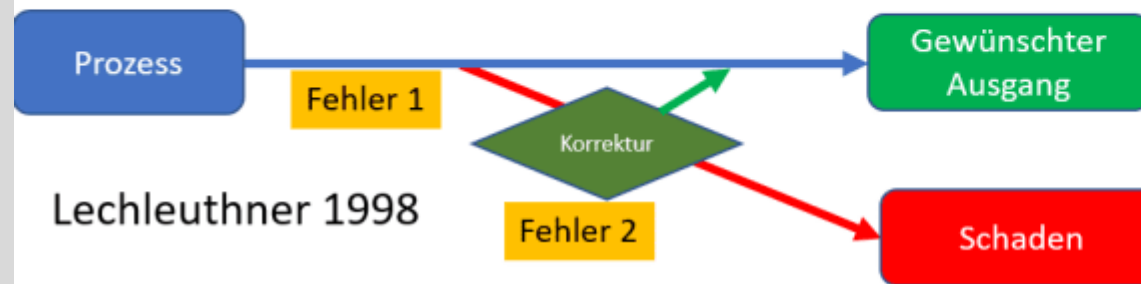
Schweizer-Käse-Modell als Schadensursache



Swiss-Cheese-Model of Accidents
nach James Reason, University of
Manchester, 1990

*Reason J: Human error: models and management:
BMJ 320:768-773 (2000)*

Doppelfehler-Modell als Schadensursache



Lechleuthner 1998

Korrekturmöglichkeiten

- Planmäßig
- improvisiert

Prozessanalyse und Klassifizierung - > Maßnahmen

Zerlegung in Prozessschritte



Identifizierung des / der kritischen Ereignisse



Zuordnung zu gefahrerhöhenden Faktoren



Modelbildung des unerwünschten Verlaufs



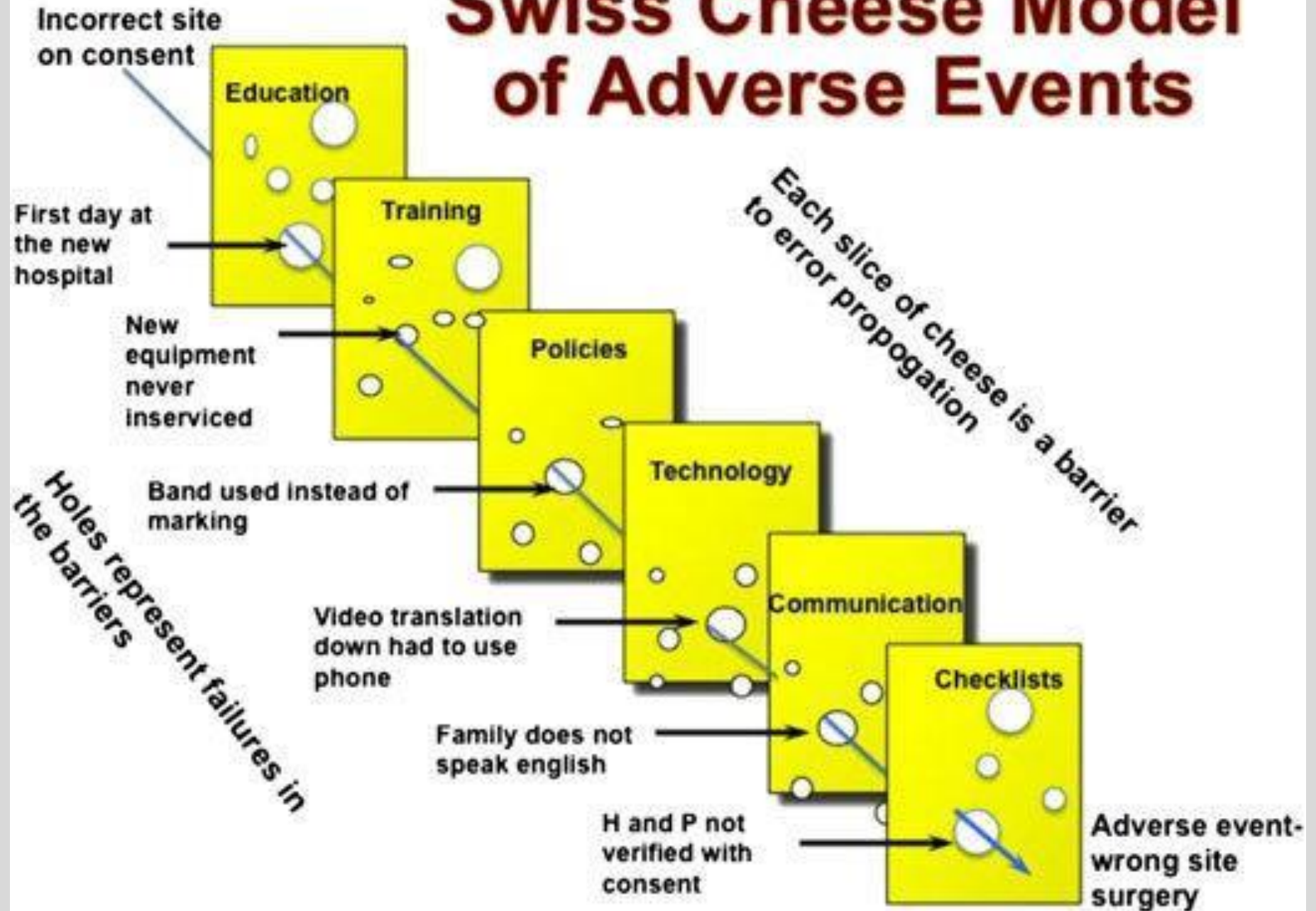
Klassifizierung



Empfehlung von Maßnahmen



Swiss Cheese Model of Adverse Events



Nach der Prozessanalyse
Verminderung der Gefahren
für unerwünschte Ereignisse



- Eingangszertifizierung zur Gewährleistung des Standards
- LNAvD zur Korrektur des Fehler 1
- Prophylaktische Entsendung zur Verhinderung des Fehler 1
- Vorgaben zur Einhaltung des Standards, zum Zwischenfallmanagement

Ausgerutscht

Prozessanalyse

Ersteinschätzung

Eintreffzeit

Anamnese

Untersuchung

Diagnose

Therapie

Maßnahmen

Klassifizierung

