

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
Förderkennzeichen:	01VSF16021
Akronym:	CIRSForte
Projekttitlel:	Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System
Autoren:	Dr. Beate Müller, Dania Schütze, Tatjana Blazejewski, Marina Pommée, Katharina Rubin, Romy Schadewitz, Martin Beyer, Dagmar Lüttel, Hardy Müller, Andreas Kintrup, Dr. Christian Thomeczek, Reiner Heuzeroth
Förderzeitraum:	1. April 2017 – 31. März 2020

1. Zusammenfassung	2
2. Beteiligte Projektpartner	3
3. Einleitung	4
4. Projektdurchführung	6
5. Methodik	11
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen	21
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung	33
8. Erfolgte und geplante Veröffentlichungen	35
9. Anlagen	38
10. Literatur	39

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Der aktiven Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (Critical Incident Reporting Systems = CIRS) kommt eine hohe Bedeutung für ein angemessenes klinisches Risikomanagement zu. In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum Qualitätsmanagement ist die Nutzung von CIRS (auch in der ambulanten Versorgung) verpflichtend vorgesehen. Dafür kommen einrichtungsinterne CIRS ebenso in Frage wie öffentlich zugängliche, einrichtungsübergreifende CIRS. Über die Nutzung von einrichtungsinternen CIRS in der ambulanten Versorgung lagen vor CIRSforte keine validen Daten vor. Die geringen Beteiligungsraten an einrichtungsübergreifenden Fehlerberichts- und Lernsystemen lassen den Schluss zu, dass diese im Fehlermanagement der vertragsärztlichen Praxen in Deutschland aktuell keine große Rolle spielen. Die Implementierung und Nutzung eines praxisinternen CIRS ist Voraussetzung für eine aktive und rege Teilnahme an öffentlich zugänglichen CIRS. Das Projekt CIRSforte setzte daher bereits bei der Einführung praxisinterner CIRS im Rahmen des systematischen Fehlermanagements an. CIRSforte hatte zum Ziel, zu identifizieren, mit welchen Maßnahmen Praxisteams bei der Einführung oder Fortentwicklung eines Berichts- und Lernsystem unterstützt werden können.

Methodik: Wir führten eine Machbarkeitsstudie mit prospektivem Ein-Gruppen Prätest-Posttest-Design über siebzehn Monate in 184 vertragsärztlichen Praxen durch. Die Praxen wurden mit verschiedenen Maßnahmen (u. a. Einführungsworkshops, Handlungsempfehlung, Webinaren, Info-Mails, 400 € Aufwandspauschale) unterstützt, ein Fehlermanagement mithilfe von Berichts- und Lernsystemen umzusetzen. Primäre Endpunkte: Nutzung eines Berichts- und Lernsystems in der Praxis sowie Austausch über Patientensicherheitsprobleme über die Praxisgrenze hinweg. Sekundäre Endpunkte: Sicherheitsklima, Psychologische Verhaltensdeterminanten für die Umsetzung von Fehlermanagement, Identifikation von Barrieren und förderlichen Faktoren für die Implementierung eines Fehlerberichts- und Lernsystems, Qualität der Ereignisberichte. Die Evaluation umfasste Prä-Post-Fragebögen (Sicherheitsklima und psychosoziale Determinanten für Fehlermanagement) sowie eine Prozessevaluation mit leitfadengestützten Interviews, Kurzfragebögen und einer Analyse von Ereignisberichten der teilnehmenden Praxen.

Ergebnisse: Zu Beginn der Studie verwendeten 45 % der Praxen ein praxisinternes CIRS, am Ende waren es 91,3 %. Auch das Sicherheitsklima in den Praxen verbesserte sich signifikant ($p < 0,001$). Im Laufe des Projekts hat sich das Wissen der Teilnehmenden über die Aufarbeitung von Fehlern mit dem Ableiten präventiver Maßnahmen signifikant erhöht ($p < 0,001$). Digitale Maßnahmen wie E-Learning und webbasierte Seminare wurden besser angenommen als erwartet.

Diskussion: Fehlermanagement stärkt das Sicherheitsklima, ist praxistauglich umsetzbar und in der Implementierung skalierbar. CIRSforte konnte zeigen, welche flankierenden Maßnahmen zur Umsetzung von CIRS von Praxisteams akzeptiert und für hilfreich befunden werden. In einem direkten Anschlussprojekt werden die Produkte aus CIRSforte so aufbereitet, dass die im Projekt eingesetzten Materialien auf alle Arztpraxen übertragbar sind. Die gewonnenen Erkenntnisse bieten eine wichtige und unverzichtbare Grundlage für die Weiterentwicklung der QM-Richtlinie des G-BA. Auch bei der Weiterentwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bieten die Erkenntnisse von CIRSforte konkrete Anregungen zur Ausgestaltung des gesetzlich geforderten Fehlermanagements. In einem White Paper sind sieben Empfehlungen aus CIRSforte zur Förderung von Fehlermanagement im ambulanten Bereich formuliert.

2. Beteiligte Projektpartner

Einrichtung/Institut	Projektleitung	Rolle
Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin (IfA)	Dr. med. Beate Müller	Konsortialführung, Gesamtprojektleitung und Projektkoordination. Verantwortlich für die Gesamtmethodik
Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)	Dagmar Lüttel	Konsortialpartner
Techniker Krankenkasse / WINEG	Hardy Müller	Konsortialpartner
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	Dr. med. Christian Thomeczek	Konsortialpartner
Asklepios Kliniken GmbH	Reiner Heuzeroth	Kooperationspartner
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe	Andreas Kintrup	Kooperationspartner

Fachliche Ansprechpartnerinnen für Rückfragen nach Projektende:

Dr. Beate Müller
Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Telefon: +49 (0)69 63 01 72 67
E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Dagmar Lüttel
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Alte Jakobstr. 81, 10179 Berlin
Telefon: +49 (0)30 3 64 28 16 26
E-Mail cirsforte@aps-ev.de

3. Einleitung

Ausgangslage und Aufgabenstellung des Projekts

Der aktiven Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (Critical Incident Reporting Systems = CIRS) kommt eine hohe Bedeutung für ein angemessenes klinisches Risikomanagement zu. [1] In den Richtlinien des G-BA zum Qualitätsmanagement ist die Nutzung von CIRS (auch in der ambulanten Versorgung) verpflichtend vorgesehen. [2, 3] Dafür kommen einrichtungsinterne CIRS (z.B. ein „Fehlerpatient“ im Praxisverwaltungssystem oder ein papierbasiertes „Fehlerbuch“) ebenso in Frage wie öffentlich zugängliche, einrichtungsübergreifende CIRS (z.B. www.jeder-fehler-zaehlt.de, www.CIRS-NRW.de, www.cirsmedical.de). Über die Nutzung von einrichtungsinternen CIRS in der ambulanten Versorgung lagen vor CIRSforte keine validen Daten vor. Die geringen Beteiligungsdaten an einrichtungsübergreifenden Fehlerberichts- und Lernsystemen und Erkenntnisse vorangegangener Projekte lassen den Schluss zu, dass diese im Fehlermanagement der vertragsärztlichen Praxen in Deutschland aktuell keine große Rolle spielen. [4–6] Die Implementierung und Nutzung eines praxisinternen CIRS ist nach unseren Erkenntnissen Voraussetzung für eine aktive und rege Teilnahme (nicht nur Rezeption) an öffentlich zugänglichen CIRS (inkl. der Lernchancen, z.B. durch Kommentierung von Berichten). [5, 6] Mittels eines praxisinternen CIRS können Praxisteams zunächst Vorgehensweisen entwickeln, die individuell an die Praxisabläufe angepasst sind und so ein systematisches Fehlermanagement implementieren. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse über Fehlerquellen und präventive Maßnahmen können darauf aufbauend mit anderen Praxen in einrichtungsübergreifenden Systemen geteilt werden. Das Projekt CIRSforte setzte daher bereits bei der Einführung praxisinterner CIRS im Rahmen des systematischen Fehlermanagements an.

Ziele und Fragestellungen des Projekts

Das übergreifende Ziel von CIRSforte war die Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System. Dabei waren folgende Forschungsfragen von Relevanz für dieses Projekt:

- Wie können Praxisteams davon überzeugt werden, ein CIRS in ihren Einrichtungen zu implementieren und regelhaft zu nutzen? Welche spezifischen Angebote sind zu machen, damit vertragsärztliche Praxen einen entsprechenden Nutzen für ihr Risikomanagement erfahren?
- Welche Barrieren und Hindernisse müssen dafür überwunden werden?
- Wie können speziell an Schnittstellen die Leistungen eines CIRS positioniert werden?

Im Rahmen von CIRSforte war vorgesehen, ein optimiertes Konzept zur Förderung der Nutzung von CIRS (einrichtungsintern und/oder einrichtungsübergreifend) in Vertragsarztpraxen zu entwickeln. Die Angebote sollten im Rahmen einer Implementierung in Praxen erprobt und evaluiert werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Nutzerbedürfnisse, die Anbindung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und den Austausch zwischen den einzelnen Einrichtungen gelegt werden. Eine hohe Bedeutung bekam das „facilitating“ [7, 8], d.h. eine zugehende, auf die Nutzerperspektive ausgerichtete Unterstützung bei der Umsetzung. Ziel war es, in diesem als Machbarkeitsstudie angelegten Projekt Methoden und Instrumente zu entwickeln, die bei einer Implementierung in die Regelversorgung einsetzbar sind.

Projektstruktur

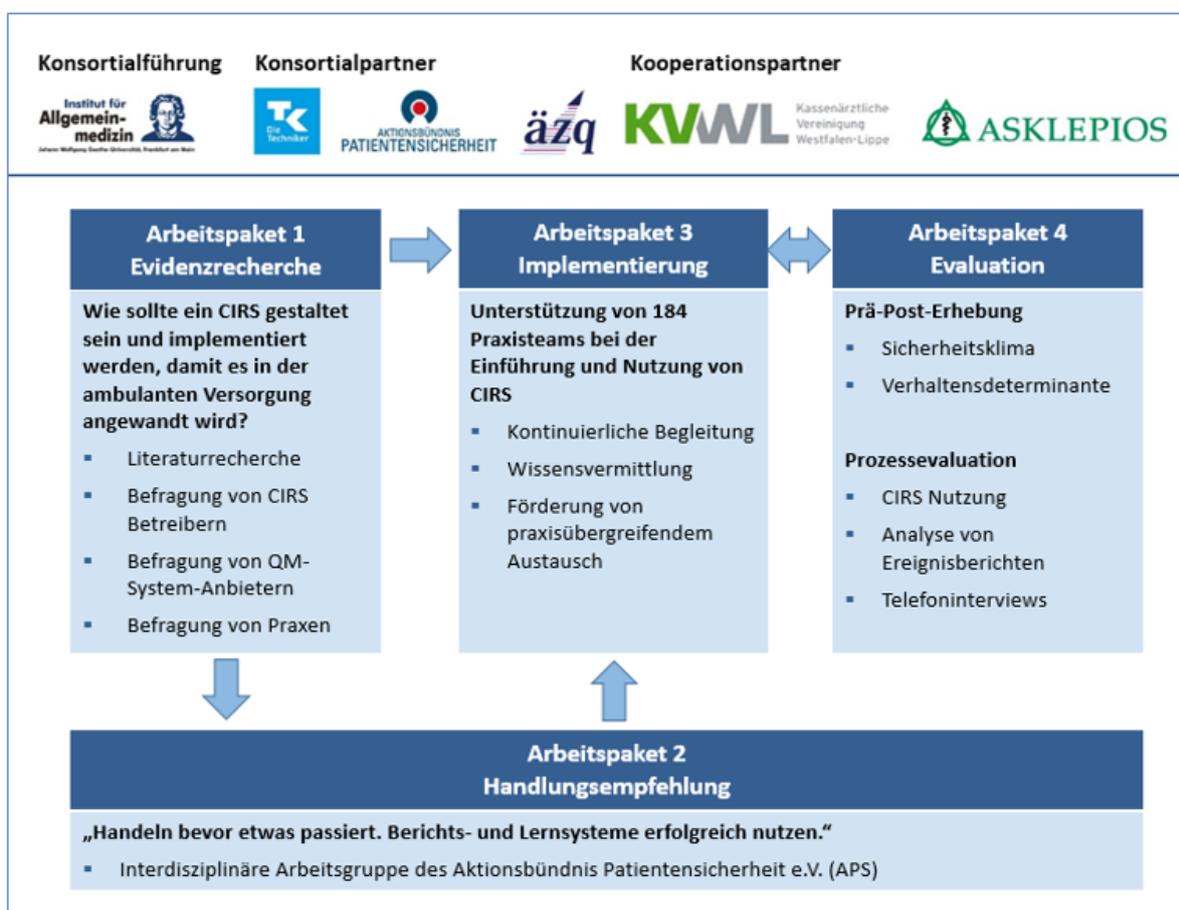


Abbildung 1: Projektaufbau CIRStorte

Das CIRStorte-Projektteam setzte sich aus der Konsortialführung, drei Konsortialpartnern und zwei Kooperationspartnern zusammen. Zudem konnten neben den Projektpartnern folgende Organisationen für den wissenschaftlichen Beirat gewonnen werden:

OptiMedis AG, Verband der Ersatzkassen e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, Verband medizinischer Fachberufe e.V., Hausärzterverband Westfalen-Lippe, Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Agentur Deutscher Arztnetze, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Top Gun Leaders

Zusammenarbeit mit Konsortialpartnern und Kooperationspartnern

Das Projektteam strukturierte sich in eine Arbeits- und einer Strategieebene. Über die gesamte Projektlaufzeit hinweg fanden auf Arbeitsebene regelhaft wöchentliche Telefon- oder Videokonferenzen statt. Mit dem gesamten Konsortium fanden regelhaft monatliche Besprechungen statt. Die Besprechungen mit allen Partnern dienten der Definition, Diskussion und Auswertung von zentralen Themen und komplexen Zusammenhängen. Auch wurden Ziele und Aufgaben abgestimmt sowie Beschlüsse zu Arbeits- und Finanzplan relevanten Aspekten getroffen und formal kontrolliert. Darüber hinaus gab es verbindliche Abstimmungen per E-Mail, sodass jedes als final definierte Dokument die Zustimmung aller Projektpartner erhielt.

Das Auftakttreffen sowie neun weitere Projekttreffen fanden als persönliche Arbeitstreffen statt. Einen Austausch mit dem Projektbeirat fand in vier persönlichen Arbeitstreffen sowie zusätzlich telefonisch und per E-Mail statt.

Zur öffentlichen Diskussion des Projekts trugen alle Partner bei, indem sie das Thema durch Vorträge und Poster auf Konferenzen, Kongressen und Fachtagungen und anderen interessierten Parteien präsentierten.

4. Projektdurchführung

Um Praxisteams erfolgreich bei der Einführung oder Weiterentwicklung ihrer Fehlerberichts- und Lernsysteme zu unterstützen, wurden die folgenden Arbeiten durchgeführt.

Erstellung einer Nutzungs- und Barrierenanalyse beim Betrieb von CIRS

Mit einer viergliedrigen Evidenzrecherche wurden die theoretischen Grundlagen für die Handlungsempfehlung (AP2) und ein Implementierungskonzept (AP3/4) gelegt, da hier intensiv ermittelt wurde, wie Nutzungsbarrieren überwunden und Praxisteams in der ambulanten Versorgung für die aktive Teilnahme an Berichts- und Lernsystemen gewonnen werden können. Die Evidenzrecherche erfolgte durch:

1. Internationale Literaturrecherche zu Interventionen zur Förderung von bestehenden CIRS oder Implementierung von neuen CIRS: Durch diese Recherche sind erprobte Instrumente und Maßnahmen zur Verbesserung struktureller, prozessualer und normativer Rahmenbedingungen in die Implementierung eingeflossen.
2. Schriftlich-postalische Befragung von Praxen zu ihrem Umgang mit kritischen Ereignissen: Durch die Fragebogenerhebung in 779 Vertragsarztpraxen in Westfalen-Lippe konnten anhand des psychologischen Modells „Health Action Process Approach (HAPA)“, [9] Barrieren für die Umsetzung von strukturiertem Fehlermanagement identifiziert werden, um zielgerichtete Interventionen für die Einrichtung eines strukturierten Fehlermanagements entwickeln zu können. Dazu wurde der Prozess der Ereignisaufarbeitung bis zum Ableiten von vorbeugenden Maßnahmen systematisch operationalisiert.
3. Schriftliche Befragung von Betreibern bereits bestehender CIRS in Deutschland, Österreich und England: Die Informationen und Erfahrungen der insgesamt sieben befragten Betreiber wurden zusammengeführt und miteinander verglichen. Dabei standen vorrangig die Fragen im Vordergrund, wie die Nutzer bei der Einführung unterstützt und motiviert werden, welche Ansätze die Betreiber für das Erfassen und Auswerten der Daten gewählt haben und wie sich die jeweiligen Erfolgsfaktoren, Barrieren und Hindernisse der Systeme darstellen. Die Ergebnisse flossen in die Handlungsempfehlung (AP 2) und in die Implementierung und Evaluation (AP 3/4) ein.
4. Schriftliche Befragung von QM-System-Anbietern: Vier deutsche Anbieter für Qualitätsmanagement-Systeme (QEP, KPQM, EPA, DIN ISO) wurden per E-Mail kontaktiert, um zu prüfen, welche Anknüpfungspunkte die bestehenden Systeme für Fehlermanagement in ambulanten Praxen bieten. Da die Systeme sehr heterogen sind und keine einheitlichen Ansätze verfolgen, gestalteten wir Unterlagen und Empfehlungen für die Praxen im weiteren Projektverlauf unabhängig von den QM-Systemen, sodass sie einen Mehrwert für alle teilnehmenden Praxen bieten.

Erarbeitung und Konsentierung einer Handlungsempfehlung

Die Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen“ sowie zugehörige Arbeitsmaterialien wurden in einer beim APS angesiedelten, interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe mit mehr als 30 Experten aus unterschiedlichen Organisationen des ambulanten Gesundheitswesens (Patientenvertretung; Körperschaften, wie Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen; Gesundheitsindustrie; Gesundheitswirtschaft; Arztpraxen u. a.) erarbeitet und konsentiert. Die Erarbeitung der Handlungsempfehlung folgte den sechs Phasen des APS-Leitfadens für Arbeitsgruppen (https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2019/04/190331_APS-Leitfaden_HE_PI.pdf). Die Handlungsempfehlung wurde im April 2018 fertiggestellt und veröffentlicht (Anlage 1). Die an CIRSforte teilnehmenden Praxen erhielten gedruckte Exemplare zusammen mit einem Studienordner (Anlage 17). Ebenfalls wurden die Unterlagen auf der CIRSforte Internetpräsenz <https://www.cirsforte.de> veröffentlicht.

Zur Unterstützung und Einführung in das Thema wurden außerdem zwei Video-Clips von der MedServation GmbH erstellt. In den Videos, die unter <https://www.cirsforte.de/die-studie.html> und https://www.youtube.com/watch?v=jwd_8P7Z350 zur Verfügung stehen, erklärt der Influencer und Arzt Dr. Johannes Wimmer die Bedeutung von Berichts- und Lernsystemen.

Intervention/Implementierung

Die Intervention (Intervention und Implementierung werden hier synonym genutzt) bestand aus mehreren Elementen: Zunächst wurde ein Konzept erarbeitet, dann wurden die vertragsärztlichen Praxen auf verschiedenen Wegen und mit gemeinsamen intensiven Bemühungen des Projektteams rekrutiert. Während der 17 Monate andauernden Implementierung wurden die teilnehmenden Praxisteams durch verschiedene Maßnahmen bei der Einführung oder Fortentwicklung ihres Fehlerberichts- und Lernsystems unterstützt. Zunächst wurden sie dabei mittels verschiedener Formate in der Theorie der Fehlerentstehung und der Praxis der Fehlerdokumentation und -analyse geschult. Des Weiteren wurde der Austausch zwischen den teilnehmenden Praxen ermöglicht. Problemlösungen für Fehler wurden redaktionell durch das Projektteam aufbereitet und über eine monatliche Info-Mail zurückgespielt, sodass Praxen von den Fehlern anderer Praxen lernen konnten. Mit diesen Maßnahmen konnte eine kontinuierliche Begleitung sichergestellt werden.

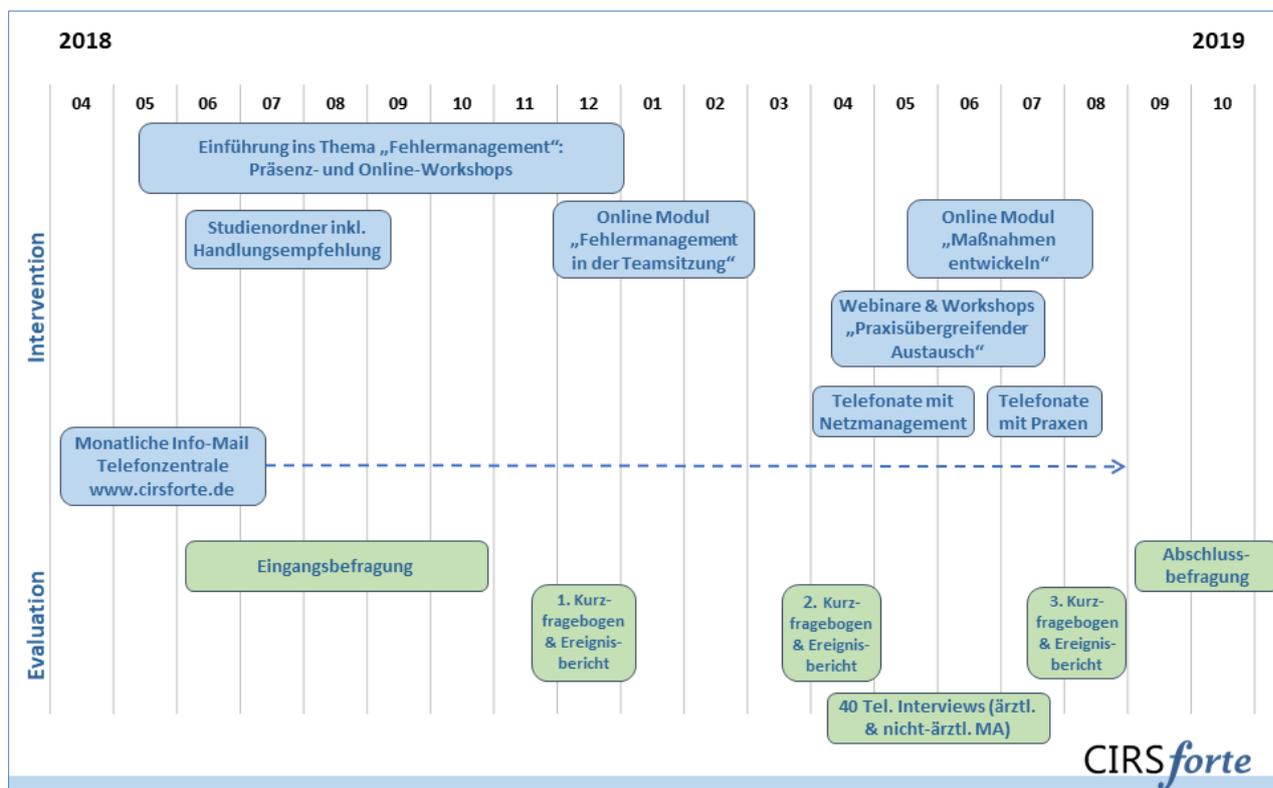


Abbildung 2: Implementierungsmaßnahmen und Evaluation

Im Detail wurden den Praxen folgende Maßnahmen angeboten (siehe auch Abbildung 2):

- **Telefonzentrale:** Ab dem 1. April 2017 wurde die CIRSforte Zentrale eingerichtet. Eine Ansprechpartnerin stand allen teilnehmenden Praxen und Netzen zur Verfügung und konnte per E-Mail und telefonisch erreicht werden.
- **Studienordner:** Allen teilnehmenden Praxen wurden zu Beginn der Implementierung Arbeits- und Informationsmaterialien in Form eines Studienordners zugeschickt (Anlage 17). Darin enthalten waren u. a. der Zeitplan zum Studienablauf, die o. g. Handlungsempfehlung inkl. Arbeitsmaterialien, eine Checkliste für Aufgaben während der Implementierung, eine Teilnahmebescheinigung zum Aushang in der Praxis und Anregungen zum Fehlermanagement (Artikel aus der Zeitschrift Der Hausarzt).
- **Einführungsworkshops:** Es wurden 16 Präsenztermine angeboten. Um Praxen, die keinen der angebotenen Präsenz-Termine wahrnehmen konnten, ebenfalls die Teilnahme am Projekt zu ermöglichen, wurde parallel ein Online-Workshop zum Selbststudium erarbeitet. Dieser Online-Workshop umfasste drei aufeinander aufbauende Kapitel, die Lerninhalte wurden durch Lernvideos und Begleittexte vermittelt (<https://lernbar.uni-frankfurt.de/TatjanaB/fm2>). In beiden Formaten wurden den Teilnehmenden theoretische Grundlagen für den weiteren Studienverlauf vermittelt wurden. Diese umfassten die Themen
 - Grundlagen Fehlertheorie: Fehlerarten, Fehlerentstehung
 - Fehlerquellen und Risiken in einer Arztpraxis
 - Sicherheitskultur und konstruktiver Umgang mit kritischen Ereignissen
 - Erste Schritte zur Einführung von Fehlermanagement und CIRS in der Praxis
 - Gemeinsames Aufarbeiten von praxisnahen Fehlerbeispielen

Beide Workshop-Formate richteten sich vorwiegend an ärztliche Leitungspersonen der CIRSforte-Praxen. Weitere interessierte Personen der Praxis konnten ebenfalls teilnehmen. Die Teilnahme mindestens einer Person der Praxis an einem der beiden Workshop-Formate war eine Voraussetzung für die weitere Projektteilnahme.

Für beide Veranstaltungsformate wurden Fortbildungspunkte der zuständigen Ärztekammern vergeben.

An den 16 Präsenzworkshops zur Einführung ins Fehlermanagement nahmen 172 Personen aus 80 Praxen teil. Am Online-Workshop „Fehlermanagement – Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen“ nahmen weitere 122 Personen aus 89 Praxen teil. Die Teilnahme am Online-Workshop wurde durch eine Lernkontrolle überprüft. Beide Workshop-Formate wurden durch das IfA evaluiert und die Ergebnisse bereits publiziert. [10]

- Online-Module: Zur Vertiefung weiterer Themenschwerpunkte wurden die beiden Module „Fehlermanagement in der Teamsitzung“ (<https://lernbar.uni-frankfurt.de/TatjanaB/team2>) und „Maßnahmen gemeinsam entwickeln“ (<https://lernbar.uni-frankfurt.de/TatjanaB/Massnahme2>) konzipiert und erstellt.

„Fehlermanagement in der Teamsitzung“: Da Teamsitzungen eine ideale Plattform sind, um kritische Ereignisse und passende Verbesserungsmaßnahmen im Praxisteam regelmäßig zu diskutieren und damit ein wichtiger Bestandteil des gelebten Fehlermanagements in der ambulanten Versorgung sind, konzipierte und erstellte das Projektteam das 15-minütige Online-Modul „Fehlermanagement in der Teamsitzung“. In drei Kapiteln wurden die Fragen: „Worauf Sie in der Vorbereitung achten sollten, wie Sie die Auseinandersetzung mit Fehlern effektiv und produktiv einbringen können, und welche Punkte für ein nachhaltiges Fehlermanagement zu beachten sind“, behandelt.

„Maßnahmen gemeinsam entwickeln“: Darüber hinaus wurde in einem zweiten Online-Modul „Maßnahmen gemeinsam entwickeln“ gezeigt, wie Ansatzpunkte für wirkungsvolle Maßnahmen zur Fehlerprävention identifiziert werden, worauf bei der Entwicklung von Maßnahmen geachtet werden sollte und wie diese in der Praxis umgesetzt werden können. Die Bearbeitung dieses Online-Moduls dauerte ebenfalls ca. 15 Minuten.

Um das Angebot niedrigschwellig zugänglich zu machen, mussten sich die Nutzer nicht anmelden und es wurden keine Nutzerdaten erfasst.

- Info-Mails: Monatlich wurden die teilnehmenden Praxen über relevante Neuigkeiten aus dem Projekt CIRSforte informiert und bekamen praxisnahe Tipps zum Fehlermanagement in ihrer Praxis. Auch diente der regelmäßige, eng getaktete Versand der Mails dem Zweck, in den Praxen an das Thema Fehlermanagement zu erinnern und es so immer wieder ins Bewusstsein der Teilnehmer zu rücken (siehe Anlage 2).
- Projekteigene Internetpräsenz: Die Website www.cirsforte.de diente zum einen als Unterstützung bei der Rekrutierung und zum anderen wurden den Studienteilnehmenden aktuelle Informationen zum Projekt sowie Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt. Auch Anmeldungen zu Webinaren, Workshops und den Projekt-Symposien 2018 und 2019 waren über die Website möglich.

- Praxisübergreifender Austausch: Von zentraler Bedeutung bei Fehlermanagement ist der praxisübergreifende Austausch, um auch aus den Fehlern anderer zu lernen. Die Erfahrung zeigt, dass Praxisteams den direkten Austausch bei Präsenzveranstaltungen schätzen, Wege aber zeit- und kostenaufwendig sind.

Für den praxisübergreifenden Austausch wurden den Praxen deshalb im weiteren Verlauf der Praxisphase Workshops und Webinare angeboten. Am 09. Mai 2019 fand im Rahmen der APS Jahrestagung ein Workshop mit integriertem Webinar erfolgreich statt. Am 22. Mai 2019 fand ein Workshop für ein Ärztenetz in Rendsburg statt. Die weiteren angebotenen Termine für Präsenzworkshops entfielen mangels Nachfrage (2 von 6 angebotenen Termine fanden letztlich statt). Die Webinare fanden alle statt (5 von 5 angebotenen Terminen), die Nachfrage nach dem Online-Angebot Webinar war deutlich höher war als jene nach den Vor-Ort Terminen. Das inhaltliche Konzept war bei beiden Formaten gleich: Die Moderation bzw. Workshop-Leiterin stellte 2-3 Fehlerberichte vor und moderierte anschließend die Diskussion mit den Teilnehmenden über diese und eigene Fehler. Dabei tauschten sich die Praxen über Risikobereiche und präventive Maßnahmen aus, um konkrete Ideen für die eigene Praxis zu identifizieren. Die Ergebnisse der Evaluation wurden bereits auf der 21. Jahrestagung des EbM-Netzwerks im Februar 2020 präsentiert. [11]

Außerdem hatten Praxen die Möglichkeit, sich auf dem Symposium am 30. Oktober 2019 in Berlin mit anderen Praxen auszutauschen. Dort wurden die vorläufigen Ergebnisse des Projektes vorgestellt und mit Teilnehmenden diskutiert.

- CIRS an den Schnittstellen: Leider gelang es dem Projektteam nicht, sektorenübergreifend Einrichtungen für eine Projektteilnahme zu rekrutieren. Gemeinsam mit der Apothekerkammer Hessen wurden aber mehrere Fehlerberichte analysiert, kommentiert und den CIRSforte Praxen über die Homepage www.jeder-fehler-zaehlt.de im Rahmen eines „Gastkommentars“ zur Verfügung gestellt. Die Zusammenarbeit wurde zudem auf der 14. Jahrestagung des Aktionsbündnis Patientensicherheit im Mai 2019 vorgestellt. Außerdem fand ein „Praxis- und schnittstellenübergreifender Workshop mit interaktivem Webinar“ auf der APS Jahrestagung 2019 statt, bei dem sowohl CIRSforte Praxen, als auch andere Einrichtungen des Gesundheitswesens vertreten und an der Diskussion über Fehlerquellen beteiligt waren.
- CIRSforte-Symposien: Im Laufe des Projekts fanden zwei Symposien in Berlin statt. Das Ziel der Veranstaltungen war es, den Projektverlauf und den jeweiligen Stand der Ergebnisse zu präsentieren. Beim ersten Symposium stand zudem die Rekrutierung von Praxen, beim zweiten Symposium die Verstetigung des Projekts nach Abschluss der Projektförderung im Vordergrund.
- Evaluation: Die Implementierung wurde durch eine systemische Evaluation begleitet (siehe Kapitel „Methodik“). Die Ergebnisse der Prozessevaluation flossen in die Optimierung der Maßnahmen ein (z.B. Inhalte im Einführungsworkshop, vertiefende Online-Module, Webinare) oder wurden den teilnehmenden Praxen z.B. mittels der Info-Mails oder der Projektwebseite zurückgespielt.

Die Praxen erhielten die Möglichkeit, im Projektverlauf Ereignisberichte aus ihrem CIRS einzusenden. Feedback zu diesen Ereignisberichten erhielten die Praxen in unterschiedlichen Formen. Zum einen wurden die häufigsten berichteten Fehlerquellen und entsprechende präventive Maßnahmen in den monatlichen Info-Mails (<https://www.cirsforte.de/news-25.html>) aufgearbeitet, siehe z.B.

- Info-Mail Ausgabe 7, März 2019: Schwerpunktthema „sichere Patientenidentifikation“. Häufige Gründe einer Patienten-Verwechslung und Empfehlungen für die sichere Patientenidentifikation.
- Info-Mail Ausgabe 12, August 2019: Empfehlungen für nachhaltige Ereignisberichte und CIRSforte Website – in dieser Ausgabe ging es insbesondere um die Verbesserung der Berichtsqualität/ Dokumentation.

Zum anderen wurden in den Webinaren Ereignisberichte und Maßnahmen vorgestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert. Darüber hinaus wurde allen Praxen angeboten, sich bei der Analyse eines Ereignisses vom Projektteam unterstützen zu lassen und dieses Angebot wurde von drei Praxen angenommen.

5. Methodik

Studiendesign

Im Rahmen von CIRSforte führten wir eine Machbarkeitsstudie (feasibility study) mit prospektivem Ein-Gruppen Prätest-Posttest-Design in vertragsärztlichen Praxen in Deutschland durch.

Ein- und Ausschlusskriterien

An der Studie konnten vertragsärztliche Praxen aller Facharztgruppen teilnehmen. Die Teilnahmebestätigung musste durch einen Arzt oder eine Ärztin der Praxis unterschrieben werden.

Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Die Rekrutierung erfolgte deutschlandweit über diverse Kanäle: Newsletter der Projektpartner, Pressemeldungen, Aufrufe in Fachzeitschriften und KV-Mitgliedermagazinen, die Ärzteplattform „DocCheck“ sowie per direkter Ansprache von Praxen im Rahmen von Vorträgen, per Telefon oder E-Mail. Zudem wurden Praxisverbände wie Arztnetze und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) kontaktiert, die die Studieninformationen an ihre Mitgliederpraxen weitergaben. Insbesondere die Praxisverbände wurden auch zum CIRSforte-Symposium I eingeladen, um im persönlichen Kontakt weitere Teilnehmende zu gewinnen.

Die Intervention wurde in allen teilnehmenden Praxen durchgeführt, eine Randomisierung und Verblindung war nicht vorgesehen.

Fallzahlberechnung und erreichte Fallzahl

Für die ambulante Versorgung existierten bei Antragstellung keine Daten, auf die sich eine Fallzahlkalkulation sicher hätte stützen können, daher wurde die Fallzahl von 400 Praxen bei Antragstellung aufgrund von Vorerfahrungen der Antragstellenden geschätzt.

Im Verlauf der Rekrutierung erwies sich die Annahme einer hohen Zahl von teilnehmenden Praxen eines Praxisnetzes, die dem Antrag zugrunde lag, als nicht haltbar. Im Projektantrag war noch von einer Teilnahmebestätigung auf Netzebene, d.h. durch das Netzmanagement, ausgegangen worden. Um die Verbindlichkeit der Teilnahme für die einzelne Praxis zu erhöhen und um der Datenschutzgrundverordnung zu entsprechen, entschied sich das Konsortium im Verlauf zu einer Teilnahmebestätigung auf Praxisebene. Dadurch, dass nun also jede Praxis für sich in die Teilnahme einwilligen musste und nicht - wie ursprünglich angenommen - das Netzmanagement für alle Praxen eines Netzes eine Einwilligungserklärung abgab, konnten weniger Praxen pro Netz für das Projekt gewonnen werden. Außerdem sprachen einige Netze bei der Kontaktaufnahme generelles Interesse aus; es fand sich aber keine Praxis, die zur Studienteilnahme bereit war. In der Folge wurde eine Anpassung des Rekrutierungsziels beantragt und die Fallzahl von ursprünglich 400 auf 170 Praxen reduziert.

Das angepasste Rekrutierungsziel wurde erreicht, 184 Praxen konnten für das Projekt gewonnen werden. Von diesen 184 Praxen gehörten 100 Praxen einem von insgesamt 11 Verbänden (Netz, MVZ o.ä.) an, 84 Praxen waren nicht weiter organisiert (siehe Abbildung 3, dort als „Einzelpraxen“ bezeichnet). Trotz intensiver Bemühungen und Gesprächen mit Apotheken und Pflegeheimen gelang es nicht, schnittstellenübergreifend Einrichtungen zu rekrutieren. Allerdings wurde die Apothekerkammer Hessen für eine schnittstellenübergreifende Kooperation im Sinne einer gemeinsamen Analyse von Fehlerberichten gewonnen.

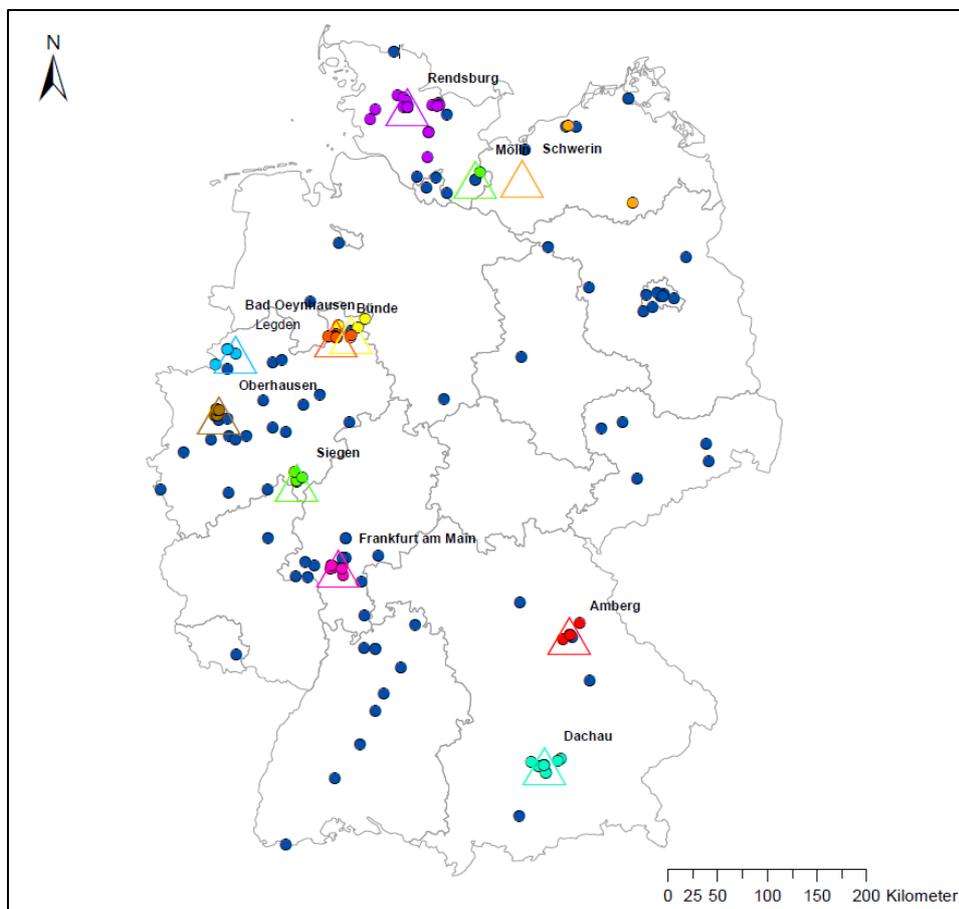


Abbildung 3: Teilnehmende Praxisnetze (Δ) und Einzelpraxen (\bullet).

Zielgrößen

Primäre Endpunkte

- 1a) Nutzung eines Berichts- und Lernsystems in der Praxis
- 1b) Austausch über Patientensicherheitsprobleme über die Praxisgrenze hinweg

Sekundäre Endpunkte

- 2a) Sicherheitsklima
- 2b) Psychologische Verhaltensdeterminanten für die Umsetzung von Fehlermanagement
- 2c) Identifikation von Barrieren und förderlichen Faktoren für die Implementierung eines Fehlerberichts- und Lernsystems
- 2d) Qualität der Ereignisberichte

Änderungen gegenüber Projektantrag:

1a) Änderung von „effektive Nutzung“ in „Nutzung“. Bei der Beantragung waren wir von einem elektronischen, durch das Projektteam administrierten CIRS ausgegangen, bei dem ein (effektives) Nutzungsverhalten besser evaluierbar gewesen wäre. Im Projektverlauf wurde klar, dass ein zentrales CIRS den Bedürfnissen der Praxen nicht entsprach, so dass wir die Wahl der Umsetzung eines digitalen/papierbasierten CIRS den Praxen überließen und lediglich die „Nutzung“ erfragten.

1b) Änderung von „Intensität des Austausches“ in „Austausch“. Bei der Beantragung waren wir von einem elektronischen, durch das Projektteam administrierten CIRS mit Diskussionsforum ausgegangen, bei dem die „Intensität des Austausches“ besser evaluierbar gewesen wäre. Im Projektverlauf wurden stattdessen Webinare und Workshops angeboten, bei denen diese Zielgröße nicht sinnvoll erhebbar war. Stattdessen erfragten wir, ob generell ein Austausch stattfand.

2b) Wir erfragten psychologische Verhaltensdeterminanten für die Umsetzung von Fehlermanagement, statt nach „Vertrautheit und Kontrollüberzeugungen“ zu fragen, wie im ursprünglichen Antrag formuliert. Erläuterung dazu siehe unten „Prä-Post-Erhebung / Psychologische Verhaltensdeterminanten“.

Datenerhebung und die dafür eingesetzten Instrumente

Systemischer Evaluationsansatz

In Abgrenzung zu Evaluationen, die sich auf einzelne Merkmale einer Maßnahme – vor allem Ergebnismerkmale der Effektivität und Effizienz – konzentrieren, wird beim systemischen Ansatz eine Maßnahme ganzheitlich betrachtet. Der systemische Ansatz untersucht den Evaluationsgegenstand nicht nur hinsichtlich seiner Wirkungen, sondern auch im Hinblick auf Prozesse seiner Konzeption, Umsetzung und Nutzung sowie im Hinblick auf die Bedingungen des Umfeldes. [12] Dieser Ansatz war deshalb in besonderem Maße für einen Machbarkeitsnachweis geeignet, der sich nicht allein auf Ergebnismerkmale beschränken kann. Ergebnisse der systemischen Evaluation gaben umfassenden Aufschluss über die Praxistauglichkeit des Evaluationsgegenstandes und in der Folge konnten praxisorientierte Empfehlungen generiert werden.

Akronym: CIRSforte

Förderkennzeichen: 01VSF16021

Die Evaluation setzte sich zusammen aus einer Prä-Post-Erhebung und einer zweiteiligen Prozessevaluation. Die Details der Analysen sind in den nachfolgenden Tabellen ausführlicher erläutert..

Tabelle 1: Prä-/Post-Erhebung: Zielgrößen, Messinstrumente und Datenerhebung

Datenerhebung	Zielgröße	Instrument	Auswertung	Validität/Reliabilität
Prä-/Post-Erhebung: Erhebung von einem Fragebogen pro Person pro Praxisteam vor und nach der Implementierung	2a) Sicherheitsklima	Teile des Frankfurter Fragebogens zum Sicherheitsklima in Hausarztpraxen (FraSiK)	Die Auswertung wurde mit IBM SPSS Statistics 22 durchgeführt und umfasste die deskriptive Darstellung aller Items, aggregiert auf Praxisebene zu zwei Zeitpunkten. Zudem wurden Veränderungen über die Zeit mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung getestet. Die Stärke des Sicherheitsklimas auf Praxisebene (rwg, reliability within groups) wurde mit Hilfe eines Excel-Tools [17] ermittelt.	Zu Grunde liegender Fragebogen ist validiert [16]
	2b) Psychologische Verhaltensdeterminanten für die Umsetzung von Fehlermanagement	Fragebogen zum Umgang mit kritischen Ereignissen in der Praxis	Die Auswertung wurde mit IBM SPSS Statistics 22 durchgeführt und umfasste die deskriptive Darstellung aller Items, aggregiert auf Praxisebene zu zwei Zeitpunkten. Zudem wurden Veränderungen über die Zeit mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung getestet.	Zu Grunde liegender Fragebogen ist validiert [18], dieser Fragebogen wurde in AP1 pilotiert

Tabelle 2: Prozessevaluation: Zielgrößen, Messinstrumente und Datenerhebung

Datenerhebung	Zielgröße	Instrument	Auswertung	Validität/Reliabilität
Prozessevaluation Teil I: Erhebung von einem Fragebogen pro Praxis zu drei Zeitpunkten während der Implementierung	1a) Nutzung eines Berichts- und Lernsystems in der Praxis	Projektintern neu konzipierter Fragebogen mit mehreren Items	Die Auswertung wurde mit IBM SPSS Statistics 22 durchgeführt und umfasste die deskriptive Darstellung aller Items auf Praxisebene zu drei Zeitpunkten.	Nicht getestet
	1b) Austausch über Patientensicherheitsprobleme über die Praxisgrenze hinweg			
	2d) Qualität der Ereignisberichte	Ereignisberichte aus teilnehmenden Praxen	Die Auswertung wurde mit MS Excel 2016 durchgeführt und umfasste die deskriptive Darstellung aller Items auf Praxisebene.	Zu Grunde liegendes Auswertungsschema wurde in Großbritannien entwickelt [20] und an Ereignisberichte aus deutschen Hausarztpraxen angepasst [20]. Zudem wurde ein etabliertes Verfahren zur Bewertung der Maßnahmen eingesetzt. [21]
Prozessevaluation Teil II: Telefonische Interviews mit 20 ärztlichen und 20 nicht-ärztlichen Praxismitarbeitenden während der Implementierung	2c) Identifikation von Barrieren und förderlichen Faktoren für die Implementierung eines Fehlerberichts- und Lernsystems	Leitfadengestützte, teilstrukturierte Interviews	Auswertung mit Hilfe der Software MAXQDA mit thematischer Analyse [19] nach wörtlicher Transkription.	Gütekriterien der quantitativen Forschung sind bei qualitativen Datenerhebungen nicht sinnvoll anwendbar

Prä-Post-Erhebung

Die Prä-Post-Erhebung fand fragebogenbasiert statt. Alle ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden der Praxen erhielten zu Beginn (T0) und Ende (T1) der Implementierung einen Fragebogen. Die Items dieses Fragebogens setzten sich aus zwei Instrumenten zusammen (siehe Tabelle 1).

Sicherheitsklima

Zielgröße: 2a) Sicherheitsklima

Der Zusammenhang zwischen höherem Sicherheitsklima und qualitativ besseren Prozessen und Outcomes ist international nachgewiesen. [20, 21] Wir wählten daher im ersten Teil des Fragebogens ebenfalls das Sicherheitsklima als Surrogatparameter für Patientensicherheit in den teilnehmenden Praxen. Zur Messung des Sicherheitsklimas wurden 13 Items des validierten „FraSiK – Frankfurter Fragebogens zum Sicherheitsklima in Hausarztpraxen“ [14] eingesetzt. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote bei erhaltener Aussagekraft zu erreichen, entschieden wir uns dafür, lediglich die Items des FraSiK zu nutzen, die zu den für CIRSforte thematisch elementar wichtigen Subskalen „Fehlermanagement“ und „Wahrnehmung der Ursachen von kritischen Ereignissen“ zählten. Um die Validität und Reliabilität der beiden Subskalen (Faktoren) zu gewährleisten, achteten wir bei der Erstellung des Fragebogens darauf, die Reihenfolge aus dem FraSiK beizubehalten. Für jede Frage gab es jeweils fünf Antwortmöglichkeiten (Likert-Skala 1-5 mit 5 als „bestem“ Wert). Die Antworten wurden zunächst auf Personenebene aggregiert, anschließend wurde auf Praxisebene und schließlich über alle Praxen hinweg ein Mittelwert gebildet.

Psychologische Verhaltensdeterminanten

Zielgröße: 2b) Psychologische Verhaltensdeterminanten für die Umsetzung von Fehlermanagement

Im zweiten Teil des Fragebogens wurden psychologische Verhaltensdeterminanten (Faktoren, die auf ein Verhalten einwirken) für strukturiertes Fehlermanagement abgebildet. Ziel der Erhebung der psychologischen Verhaltensdeterminanten war es, Barrieren für die Umsetzung von strukturiertem Fehlermanagement zu identifizieren und diese bei der T0-Erhebung identifizierten Barrieren im Rahmen der Intervention zu adressieren. Als zentrale Handlung des Fehlermanagements wurde die Aufarbeitung von kritischen Ereignissen und die Ableitung von Maßnahmen definiert. Zum Zeitpunkt der Beantragung von CIRSforte beabsichtigten wir, hier Fragen basierend auf der „Theory of planned behavior“ einzusetzen, die u.a. Vertrautheit und Kontrollüberzeugungen sowie Handlungsintentionen für ein bestimmtes Verhalten erfassen. [22] Einen entsprechenden Fragebogen hatten wir bereits in einem anderen Projekt mit Hausarztpraxen entwickelt. [23] In der Erhebung zeigten sich aber Schwachstellen der „Theory of planned behavior“, da Menschen oft nicht ihrer Intention entsprechend handeln. Daher nutzten wir bei CIRSforte das Modell des „Health Action Process Approach (HAPA)“, ein sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns [9]. Das HAPA-Modell beschreibt die Entwicklung und den Übersetzungsprozess einer Intention in eine tatsächliche Handlung und dient so als heuristisches Konzept, das es ermöglicht, die verschiedenen Faktoren, die auf das Verhalten einwirken, strukturiert zu erheben. Somit bietet es auch die Möglichkeit, aufzuzeigen, an welchem Punkt des Prozesses die Realisierung eines Vorhabens scheitert, bzw. wo Interventionen die Bildung von Verhaltensintentionen und konkreten Handlungen unterstützen können. Die Operationalisierung des Modells fand in Anlehnung an

Akronym: CIRSforte

Förderkennzeichen: 01VSF16021

die Studie „PSYGIENE“ [15] statt, welche mithilfe des HAPA-Modells die Compliance zur hygienischen Händedesinfektion in Intensiv- und Knochenmarktransplantationsstationen untersuchte. Dieser zweite Teil des Fragebogens umfasste 20 Fragen, ebenfalls mit fünf Antwortmöglichkeiten (Likert-Skala) und wurde im Rahmen von AP 1 mit einer zufälligen Stichprobe von 283 ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden aus Arztpraxen vorab getestet. Soziodemografische Daten wurden ebenfalls erfragt.

Prozessevaluation

Das Ziel der Prozessevaluation war es, zu erfassen, wie sich strukturiertes Fehlermanagement als Handlung tatsächlich in den Praxen entwickelte. Die Prozessevaluation gliederte sich in zwei Teile.

Teil I

Kurzfragebögen

Zielgrößen: 1a) Nutzung eines Berichts- und Lernsystems in der Praxis sowie 1b) Austausch über Patientensicherheitsprobleme über die Praxisgrenze hinweg

Alle teilnehmenden Praxen bekamen zu drei Zeitpunkten in Abständen von fünf bis sechs Monaten während der Implementierung einen freiwillig auszufüllenden Kurzfragebogen zugesandt. Dieser Fragebogen diente als Teil der Prozessevaluation dazu, die Entwicklung der Praxen im laufenden Projekt abzuschätzen, um ggf. die Implementierungsstrategie nachjustieren zu können. Daher wurden drei Befragungen durchgeführt und nicht ein Vorher-Nachher-Vergleich. Der Kurzfragebogen bestand jeweils aus 11 bzw. 13 Fragen (zwei Fragen wurden nur bei der ersten Erhebung gestellt), die den Umgang mit Fehlermanagement und speziell Berichts- und Lernsystemen in der Praxis thematisierten. Inhaltlich orientierten sich die Fragen an den Themen der Handlungsempfehlung [24] und wurden durch das Projektteam konzipiert. Der Kurzfragebogen wurde mit zwei Ärztinnen pilotiert. Für die Zielgrößen waren insbesondere die folgenden beiden Fragen relevant:

„Hat sich das Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie geändert?“

„Hat sich seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie jemand aus Ihrer Praxis außerhalb der Praxis über Fehlermanagement ausgetauscht (außer im Einführungsworkshop von CIRSforte)?“

Ereignisberichte

Zielgröße: 2d) Qualität der Ereignisberichte

Zu den selben drei Zeitpunkten wurden ebenfalls insgesamt drei Ereignisberichte aus dem in der Praxis genutzten Berichts- und Lernsystem eingeholt, um auch hier die Entwicklung der Praxen während der Projektlaufzeit abschätzen zu können. Die Berichte wurden nach zuvor festgelegten Qualitätskriterien (u.a. Vollständigkeit, Wirksamkeit der Maßnahmen – siehe Kriterienkatalog in Anlage 3) beurteilt. Sie wurden direkt nach dem Eingang anonymisiert und anschließend von zwei Projektmitarbeiterinnen analysiert. Das zugrundeliegende Bewertungsschema für die Berichtsqualität und für die Qualität der in den Berichten aufgeführten präventiven Maßnahmen basierte auf international getesteten Instrumenten. [17, 19]

Teil II

Leitfadengestützte Interviews

Zielgröße: 2c) Identifikation von Barrieren und förderlichen Faktoren für die Implementierung eines Fehlerberichts- und Lernsystems

Die Erhebung mittels leitfadengestützten Interviews hatte zum Ziel, einen Einblick in den aktuellen Entwicklungsstand des praxisinternen Fehlermanagements der teilnehmenden Praxen zu bekommen. Zudem sollten Schwierigkeiten und förderliche Faktoren bei der Implementierung eines Berichts- und Lernsystems identifiziert werden und herausgearbeitete werden, welche der durch das Projekt bereitgestellten Unterstützungsmaßnahmen von den Praxen genutzt und als hilfreich empfunden wurden.

Im Zeitraum von Februar bis April 2019 wurden alle CIRSforte-Praxen schriftlich eingeladen, an einem telefonischen Interview teilzunehmen. 61 Personen aus 61 Praxen meldeten daraufhin ihr Interesse, von welchen 40 Personen aus 40 verschiedenen Praxen interviewt wurden. Die Interviews wurden im Zeitraum von März bis Mai 2019 zu gleichen Teilen von zwei Interviewerinnen telefonisch durchgeführt. Die Interviewführung orientierte sich an einem innerhalb des Projekts konzipierten Leitfaden (siehe Anlage 4), der Fragen zum Umgang mit kritischen Ereignissen in den Praxen sowie zur Nutzung der angebotenen Unterstützungsmaßnahmen enthielt. Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert und mit Hilfe der Software MAXQDA durch drei Projektmitarbeiterinnen ausgewertet. Es erfolgte eine thematische Analyse [16]. Die laut Projektantrag geplanten 20 Vor-Ort-Interviews konnten aufgrund der weiten Verteilung der Praxen über ganz Deutschland nicht geleistet werden. Die telefonische Befragung stellte jedoch eine angemessene Erhebungsmethode da, da durch sie die Fragestellung adäquat bearbeitet werden konnte und die Erhebung im vorgesehenen Zeitraum durchführbar war. Von den 61 Interessenten wurden 40 Personen aus 40 verschiedenen Praxen interviewt. Die Fälle wurden dabei so ausgewählt, dass ein zwischen den Berufsgruppen ausgewogenes Sample entstand. Es wurden 20 Ärztinnen und Ärzte sowie 20 MFA interviewt. Da sich nach den 40 Interviews eine theoretische Sättigung zeigte, wurden keine weiteren Teilnehmerinnen und Teilnehmer interviewt. Identifizierte Themen: Bei den Interviews erlangten wir Erkenntnisse zum Status Quo des Fehlermanagements in den Praxen, insbesondere zum Risikobewusstsein und der Haltung gegenüber Fehlern und der Umsetzung von Fehlermanagement mittels eines internen Berichts- und Lernsystems. Zudem wurden die Haltung und Einstellung gegenüber Fehlern, der Stellenwert von Fehlermanagement im Praxisalltag, klare Verantwortlichkeiten und feste Strukturen sowie der Austausch und das Lernen von anderen als Einflussfaktoren auf die Implementierung von Berichts- und Lernsystemen identifiziert. Darüber hinaus konnte eine Einschätzung zur Bewertung der CIRSforte-Unterstützungsmaßnahmen vorgenommen werden.

Drop-Out-Analysen

184 Praxen willigten in die Teilnahme ein, 179 Praxen nahmen bis zum Studienabschluss teil. Fünf Praxen zogen im Projektverlauf ihre Einwilligung zurück (Drop-out-Rate = 2,7%). Vier Praxen davon sagten innerhalb der ersten Wochen ab (zwei Praxen schätzten den zeitlichen Aufwand der Teilnahme für sich für zu hoch ein, eine Praxis gab an, sie hätten versehentlich zugestimmt und eine weitere Praxis führte als Grund an, dass der Chef nicht wolle, „dass etwas zu Fehlern aus dem Haus geht“). Die fünfte Praxis beendete die Teilnahme kurz vor Studienende (Zeitmangel bei Todesfall eines nahen Angehörigen).

In Tabelle 3 sind zudem sieben weitere Praxen als „inaktive Praxen“ separat aufgeführt, die zwar in die Studienteilnahme einwilligten, dann aber nicht am Einführungsworkshop oder weiteren Interventionsmaßnahmen teilnahmen („inaktive“ Praxen = 3,8%).

Tabelle 3: Charakteristika der aktiven und inaktiven sowie der Drop-Out-Praxen

	Aktive Praxen	Inaktive Praxen	Drop-Out Praxen
Anzahl Praxen Gesamt	172 = 93,5 %	7 = 3,8 %	5 = 2,7 %
Anzahl Praxen, die einem Netz/Verbund angehörten	95 von 172 = 51,6 %	4 von 7 = 57,1 %	3 von 5 = 60,0 %
Teamgröße (alle Mitarbeitenden außer Reinigungspersonal)	<i>Gesamt</i> Mittelwert = 8,9 Median = 6 <i>Ärztliche Mitarbeitende</i> Mittelwert = 3,3 Median = 3	<i>Gesamt</i> Mittelwert = 4,57 Median = 4 <i>Ärztliche Mitarbeitende</i> Mittelwert = 2,1 Median = 2	<i>Gesamt</i> Mittelwert = 20 Median = 10 <i>Ärztliche Mitarbeitende</i> Mittelwert = 5,8 Median = 5

Ethische Aspekte

Dem Projekt wurde am 27.04.2017 von der zuständigen Ethikkommission des Fachbereichs Humanmedizin der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main ein positives Ethikvotum erteilt (185/17). Die Teilnahme an der Studie war für die Praxen freiwillig und konnte jederzeit ohne negative Folgen zurückgezogen werden.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

Die nachfolgenden Kapitel zeigen zunächst die Ergebnisse der Evidenzrecherche (AP 1), dann die Ergebnisse der durchgeführten Erhebungen der formativen und summativen Evaluation (AP 3 und AP 4), und abschließend wird auf die Forschungsfragen eingegangen, deren Beantwortung in Empfehlungen mündet.

Ergebnisse der Evidenzrecherche (AP1)

Ergebnisse der internationalen Literaturrecherche

Das Ziel der internationalen Literaturrecherche war, Faktoren zu identifizieren, die die Nutzung von Berichts- und Lernsystemen (CIRS) in der Primärversorgung beeinflussen.

Es wurden 37 Artikel eingeschlossen, die sich entweder mit förderlichen Maßnahmen zum Betrieb eines CIRS oder der Implementierung eines Berichtssystems befassten.

- Setting: Die Mehrzahl der Studien fand in der stationären Versorgung statt (28 Artikel). Neun Artikel beschrieben die Anwendung von Maßnahmen in der ambulanten Versorgung.
- Zielgruppe der Intervention: Der überwiegende Anteil (25 Artikel) der untersuchten Studien und Projekt-Berichte nahmen das ganze Team in einer medizinischen Einrichtung in den Fokus, während in zehn Artikeln nur die Ärzte und in zwei Artikeln nur die Pflege angesprochen wurden.
- Region: Die meisten unserer analysierten Studien fanden in den USA statt (17 Artikeln), gefolgt von Europa (16 Artikel).
- Untersuchte Fehlerarten: Die Mehrzahl der Artikel befasste sich mit CIRS, die alle Fehlerarten in ihre Analyse einbezogen (33 Artikel). Weitere vier Artikel beschrieben Berichtssysteme nur für Medikationsfehler.

Die Einordnung der durchgeführten Interventionen erfolgte anhand des Behaviour Change Wheels [26], um einen strukturierten Überblick über die internationalen Erfahrungen im Zuge der Einführung und des Betriebs von CIRS zu erhalten. Eine Beurteilung der Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen war aufgrund der Heterogenität der Studien und insbesondere der Evaluationen nicht möglich. Vielmehr wurden Best Practice-Beispiele selektiert und dargestellt, da sie die für das Projekt zentralen Erkenntnisse der Recherche darstellen. Die Auswahl dieser Interventionen erfolgte mit dem Anspruch, innovative sowie realisierbare Maßnahmen für das spezifische Setting von CIRSforte, der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung, herauszuarbeiten.

Am häufigsten wurden in den recherchierten Publikationen Maßnahmen angewandt, die auf die Veränderung der technischen, administrativen oder organisatorischen Rahmenbedingungen abzielten. Dazu gehörten u.a. die Einführung von institutionalisierten Review- und Lern-Verfahren und dementsprechend veränderten Organisationsprozessen, die Einführung überwiegend EDV-gestützter Berichtssysteme und die Verankerung von Feedback-Systemen.

Ebenfalls häufig wurden Bildungsmaßnahmen flankierend im Zuge der Implementierung eines CIRS eingesetzt. Wöchentliche oder quartalsweise Informationsveranstaltungen, einmalige Veranstaltungen zur Einführung eines CIRS oder auch Patientensicherheits-Workshops zählten zu den am häufigsten angewandten Instrumenten. Trainingsangebote wurden bei einer Vielzahl von Teams in Form von regelmäßigen Schulungen und der Bereitstellung von Informationsmaterial (bspw. laminierte Info-Karten zum Thema) in den Arbeitsalltag integriert.

Um die Motivation zur Nutzung eines CIRS zu fördern, wurden in vielen Projekten Mitarbeiter für ihr Engagement öffentlich ausgezeichnet, wodurch sie eine Vorbildfunktion einnahmen. Anderenorts wurden nach der Aufarbeitung eines kritischen Ereignisses abgeleitete Maßnahmen als Best Practice-Beispiele veröffentlicht, um auf die positive Wirkung eines CIRS-Berichts hinzuweisen

Die Evaluationen, die im Rahmen der von uns untersuchten Studien durchgeführt wurden, waren (wenn überhaupt vorhanden) sehr heterogen, mit vielfältigen erfassten Zielparametern. In der Regel wurden die Anzahl Berichte während der Studiendauer erfasst, teilweise allerdings ohne Darstellung der vorangegangenen Berichtszahlen. In wenigen Studien wurden

weitere Instrumente zur Evaluation eingesetzt (Fragebögen an Teilnehmende, qualitative Interviews, Nachverfolgung wie viele Maßnahmen umgesetzt wurden).

Mehrere dieser Erkenntnisse wurden als Ergänzung in die im AP 2 erstellte Handlungsempfehlung übernommen, so zum Beispiel, dass die routinemäßige Einbettung von Fehlerberichts- und Lernsystemen in die Teamsitzungen eine Implementierung fördert. Zum anderen flossen die internationalen Erfahrungen in die Konzeptionierung der Implementierung und Evaluation (AP 3/4) ein. Insgesamt ist festzuhalten, dass durch die Literaturrecherche innovative Maßnahmen herausgearbeitet wurden, die auch auf den ambulanten Bereich übertragen werden konnten. (Vollständiger Ergebnisbericht siehe Anlage 9)

Postalischen Befragung von Praxen zu ihrem Umgang mit kritischen Ereignissen

Die Rücklaufquote betrug 10,5%. Die Ergebnisse der Befragung zeigen u. a. eine differenzierte Risikowahrnehmung. Ein kritisches Ereignis ohne Patientenschaden hielten die Befragten für wahrscheinlich, mit Patientenschaden für eher unwahrscheinlich. Das jeweilige Risiko wurde dabei von Ärztinnen und Ärzten tendenziell höher eingeschätzt als von MFA. Insgesamt hielten die Befragten Patientenschäden in ihrer Praxis für eher nicht schwerwiegend. Die Teilnehmenden waren sich überwiegend einig, dass es zur Verbesserung der Patientensicherheit sowie insbesondere fehleranfälliger Abläufe beiträgt, kritische Ereignisse aufzuarbeiten und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten. Auch die tatsächliche Absicht, kritische Ereignisse aufzuarbeiten und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten, war bei den Befragten stark ausgeprägt. Jedoch lagen konkrete Pläne zur Umsetzung deutlich weniger häufig vor. Weder ärztliche noch nicht-ärztliche Mitarbeitende gingen davon aus, dass ihnen Sanktionen drohen oder sie für unfähig oder unkollegial gehalten werden, wenn sie kritische Ereignisse ansprechen. Allerdings trauten sich MFA das Aufarbeiten eines kritischen Ereignisses weniger zu, wenn die Unterstützung von Vorgesetzten fehlte. (Vollständiger Ergebnisbericht siehe Anlage 10)

Befragung von CIRS-Betreibern

Ziel der Befragung war es, zu ermitteln, welche Erfahrungen CIRS-Betreiber bei der Einführung und dem Betrieb von einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen (üFMS, übergreifende Fehlermeldesysteme) gemacht haben und wie sie sich eine Weiterentwicklung vorstellen könnten. Mittels eines Fragenkatalogs wurden Erkenntnisse über sechs verschiedene Systeme gewonnen: CIRSmedical, Krankenhaus-CIRS Netz Deutschland, CIRS-NRW, Jeder Fehler zählt, CIRS Asklepios und das National Reporting and Learning System (NRLS) in England. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden bei der Entwicklung der APS Handlungsempfehlung (AP2) berücksichtigt.

Die Befragung zeigte, dass Betreiber unterschiedliche Begriffe und Definitionen für das verwenden, was berichtet werden soll: kritische oder unerwünschte oder sicherheitsrelevante Ereignisse, Risiken, Fehler und Beinahefehler.

In den meisten Systemen werden derzeit alle eingegangenen Berichte, sofern sie den Kriterien entsprechen, veröffentlicht. Dieser Ansatz mag sich ändern, wenn die Anzahl der Berichte ansteigt und sich die Art der berichteten Ereignisse wiederholt. Der Vorteil von einrichtungsübergreifenden Systemen liegt darin, dass es bei einer Vielzahl von Berichten möglich ist, ähnliche Ereignisse geclustert zu analysieren; so können verschiedene Blickwinkel und Lösungswege für die Vermeidung von Ereignissen aufgezeigt werden, die Mitarbeiter einer einzelnen Einrichtung nicht hätten identifizieren können. Fallbeispiele sind für Nutzer

interessant, allerdings kann die Suche nach relevanten Informationen auch zeitaufwändig sein. Ein Zusammenfassen ähnlicher Ereignisse und die Empfehlung von umsetzbaren Sicherheitsmaßnahmen sind für Nutzer hilfreich und sollten zu den Angeboten eines übergreifenden Berichts- und Lernsystems gehören.

Die Kommentarfunktion wird von einigen Betreibern als elementar angesehen; andere gaben an, dass diese Funktion von den Nutzern zu wenig verwendet wird. Die Kommentarfunktion hat das Potential, dass Nutzer sich austauschen und ihre Erfahrungen miteinander teilen können. Auf lange Sicht scheint es jedoch fraglich, ob Nutzerkommentare für die Berichtenden tatsächlich wertvoll sind und dazu beitragen können, wertvolle Hinweise zur Stärkung der Patientensicherheit zu liefern.

Zum erfolgreichen Betrieb eines einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystems gehören diverse Aufgaben wie Berichte zu lesen, zu anonymisieren und zu analysieren, Expertengruppen zu betreuen und das System kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern. Damit diese Aufgaben ausgeführt werden können, ist es wichtig, dass genügend Ressourcen und Expertise zur Verfügung stehen.

In den Ereignisberichten fehlen oft wichtige Informationen, ohne die es nicht möglich ist, aus den Vorfällen zu lernen und Maßnahmen zu empfehlen. Von daher sollte ein übergreifendes System die Möglichkeit bieten, in einem vertraulichen Rahmen Rückfragen stellen zu können.

In England werden ca. 2 Millionen Berichte im Jahr an das nationale Berichtssystem weitergegeben; ein offensichtlicher Grund für die Vielzahl von Berichten ist die Vernetzung von lokalen Einrichtungen mit dem NRLS. Ohne zeitlichen Mehraufwand für die Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen kann so eine große Anzahl von Ereignissen auf nationale Ebene ausgewertet werden. Einrichtungsübergreifende Systeme sollten einfache Schnittstellen zu einrichtungsinternen Systemen bieten, damit ein reibungsloser Datenaustausch stattfinden kann. (Vollständiger Ergebnisbericht siehe Anlage 11)

Ergebnisse der formativen und summativen Evaluation (AP 3 und AP 4)

Analyse von förderlichen und hinderlichen Faktoren beim Betrieb von CIRS (Zielgröße 2c)

Die Erhebung durch die leitfadengestützten, qualitativen Interviews während der Implementierung generierte Antworten auf die leitende Fragestellung, welche Schwierigkeiten sich bei der Implementierung eines Berichts- und Lernsystems ergeben haben und welche Faktoren förderlich waren, also, welche der Unterstützungsmaßnahmen von CIRSforte von den Praxen genutzt und als hilfreich empfunden wurden. Von den 40 Interviewten (aus 40 Praxen) waren 19 Ärztinnen oder Ärzte (A), 2 Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten (PT), 14 Medizinische Fachangestellte (M) und 5 Praxismanagerinnen (P). 16 der Befragten waren in Einzelpraxen tätig, 20 in Gemeinschaftspraxen und vier in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Im Durchschnitt dauerten die Interviews 26 Minuten (Min.: 7 min, Max.: 52 min).

Die Ergebnisse zeigen, dass in den meisten der teilnehmenden Praxen zwar noch kein vollends strukturiertes Fehlermanagement etabliert ist, sie aber im Laufe der Projektteilnahme Veränderungen in ihrem Praxisalltag vollzogen haben, die den Beginn eines Umdenkens bedeuten. So erfuhr durch einen offeneren Umgang und das Erkennen der Sinnhaftigkeit von Fehlermanagement das Niveau der Sicherheitskultur eine Steigerung. Dies führte zum Teil zu konkreten Änderungen in patientensicherheitsrelevanten Arbeitsprozessen und Strukturen. Praxen führten neue Prozesse, wie Fehlerbesprechung als festen Tagesordnungspunkt in

Teamsitzungen oder die Nutzung von Formularen oder elektronischen Testpatienten zur strukturierten Fehlerdokumentation ein.

Aus den Ergebnissen der Interviews lässt sich ein Drei-Stufen-Modell ableiten, wie sich Fehlermanagement in den Praxen entwickelt:

Stufe 1 – Bewusstsein: Sinnhaftigkeit von Fehlermanagement erkennen und Risikobewusstsein entwickeln

Stufe 2 – Vertrauen: Offen über Fehler in der Praxis sprechen; vertrauensvoller und transparenter Umgang im Team; sich mit Berichts- und Lernsystemen vertraut machen

Stufe 3 – Handeln: Strukturierte Umsetzung von Fehlermanagement mithilfe von Berichts- und Lernsystemen

Als Einflussfaktoren auf die Implementierung eines strukturierten Berichts- und Lernsystems sind die Schaffung einer nachhaltigen Sicherheitskultur und die Etablierung von transparenten, verbindlichen Routinen und festen Zuständigkeiten zu nennen. Wurde die Sinnhaftigkeit von Fehlermanagement und die bestehenden Risiken im Versorgungsalltag als solche erkannt, war die erste Hürde für ein effektives Fehlermanagement genommen. Der persönliche Austausch mit anderen Praxen erwies sich ebenfalls als gewinnbringend. Er wurde von den Teilnehmenden vor allem dann als einträglich empfunden, wenn er im direkten Dialog stattfand. Das Lernen von anderen durch Berichte aus praxisübergreifenden CIRS wurde hingegen wenig praktiziert.

Von den angebotenen Unterstützungsmaßnahmen wurden insbesondere jene von der Mehrheit der Interviewees als hilfreich beschrieben, die diese förderlichen Faktoren adressierten. So konnten Einführungsworkshops eine Wissensgrundlage für Verhaltensänderungen schaffen, Materialien wie Berichtsformulare oder Anleitungen zur Gestaltung einer Teamsitzung wurden als Vorlage für neue Prozesse und Vorgehensweisen genutzt. Info-Mails unterstützten den Entwicklungsprozess mit Anregungen und praxisnahen Tipps und sorgten dafür, dass das Thema in den Praxen präsent bleibt. Materialien des Studienordners hingegen, die keine konkreten Handlungshilfen liefern, blieben unberücksichtigt. Auch die Telefonzentrale, die Anlaufstelle für die Teilnehmenden sein sollte, stieß in der angebotenen Form auf wenig Interesse. (Vollständiger Bericht siehe Anlage 12)

Entwicklung des Sicherheitsklimas und der Verhaltensdeterminanten in den Praxen (Zielgrößen 2a und 2b)

Zu Beginn und nach Abschluss der Implementierungsstudie führten wir eine freiwillige Fragebogenerhebung mit allen beteiligten Praxen durch. Alle Mitarbeitenden in den Praxen wurden eingeladen, den Fragebogen auszufüllen. Der Eingangs- und Abschlussfragebogen war an beiden Zeitpunkten identisch und bestand aus zwei Teilen. Zum einen wurde das Sicherheitsklima in den Praxen erfragt, zum anderen wurden psychologische Verhaltensdeterminanten (Faktoren, die auf ein Verhalten einwirken) für strukturiertes Fehlermanagement abgebildet.

Den Eingangsfragebogen füllten 1325 ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeitende aus 153 Praxen (83 % aller Praxen) aus. Beim Abschlussfragebogen waren es 1035 Mitarbeitende aus 137 Praxen (77 % aller Praxen). Für den Prä-Post-Vergleich der Antworten wurden jeweils nur die Daten der Praxen in die Auswertung einbezogen, die an beiden Erhebungen teilnahmen (129 Praxen, Rücklaufquote 72 % aller Praxen).

Es zeigte sich, dass sich das Sicherheitsklima in den Praxen während der 17 Monate Interventionsphase mit hoher Effektstärke signifikant verbesserte (siehe Tabelle 4, weitere deskriptive Auswertung siehe Anlage 15). Die Effektstärke gilt hierbei als Maß für die Stärke eines Phänomens (Einteilung: η^2 bis 0,01: kleine Effektgröße; η^2 0,01 bis 0,06: mittlere Effektgröße, η^2 ab 0,14: große Effektgröße). [25]

Tabelle 4: Sicherheitsklima Gesamtscore zu T0 und T1

	T0 MW (SD)	T1 MW (SD)	N	p-Wert	Effektstärke (Partielles Eta-Quadrat)
Sicherheitsklima Gesamtscore	3,43 (0,26)	3,56 (0,30)	129	<0,001**	0,193

Legende:

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

**Unterschied der Mittelwerte T0/T1 ist statistisch signifikant ($p < 0,05$)

Bezüglich der psychosozialen Verhaltensdeterminanten zeigte die Eingangserhebung T0 vor allem drei Bereiche auf, in denen die Teilnehmenden weniger positiv antworteten und die wir somit als Ansatzpunkte für Interventionen identifizierten. Dies waren 1. die Handlungs-Bewältigungs-Pläne, 2. das Wissen darüber, wie kritische Ereignisse aufgearbeitet werden (Handlungskontrolle) und 3. die Integration von Fehlermanagement in die Teambesprechungen (organisationale Barrieren). Bei der Abschlusserhebung T1 zeigten sich signifikant positive Verbesserungen der Angaben der Praxisteam in den genannten Bereichen (siehe Tabelle 5, Auszug aus der Gesamttabelle siehe Anlage 7). In die Gesamtauswertung der Unterschiede dieser Fragen von T0 zu T1 gingen aufgrund von einzelnen Missing values letztendlich die Daten aus 123 Praxen ein. Die Größe der Praxis zeigte in unseren Analysen keinen Einfluss. Auf eine Berücksichtigung der Fachrichtung haben wir bei den Analysen verzichtet, da die Gruppen sehr unterschiedlich waren (z.B. allgemeinärztliche und internistische Praxen sehr oft, radiologische und anästhesistische Praxen sehr wenig vertreten).

Tabelle 5: Psychosoziale Determinanten T0 / T1.

Psychosoziale Determinante	Zeitpunkt	MW (SD)	N	p-Wert	Effektstärke (Partielles Eta-Quadrat)
Handlungs-Bewältigungs-Pläne					
Ich habe in letzter Zeit konkret geplant, wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und daraus vorbeugende Maßnahmen ableite.*	T0	3,29 (0,60)	123	0,020**	0,043
	T1	3,44 (0,53)	123		
Ich habe in letzter Zeit konkret geplant, wie ich mit Hindernissen umgehe, die mir die Aufarbeitung kritischer Ereignisse erschweren.*	T0	3,25 (0,63)	123	0,004**	0,065
	T1	3,44 (0,55)	123		
Ich habe in letzter Zeit konkret geplant, wie ich mich verhalte, wenn ich feststelle, dass wir in unserer Praxis vergessen haben, ein kritisches Ereignis zu analysieren und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten.*	T0	3,15 (0,64)	123	<0,001**	0,103
	T1	3,38 (0,54)	123		
Handlungskontrolle					
Ich weiß, wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und Maßnahmen zur Vorbeugung ableite.*	T0	3,83 (0,48)	123	<0,001**	0,292
	T1	4,17 (0,42)	123		
Organisationale Barrieren					
In unseren Teamsitzungen nehmen wir uns ausreichend Zeit, um über kritische Ereignisse und vorbeugende Maßnahmen zu sprechen.*	T0	4,01 (0,71)	123	0,008**	0,057
	T1	4,17 (0,70)	123		

Legende: MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

*Antwortmöglichkeiten: 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu)

**Unterschiede der Werte von T1 gegenüber T0 sind statistisch signifikant ($p < 0,05$)

Zusammenfassend lässt sich aus der Eingangs- und Abschlussbefragung festhalten, dass sich sowohl das Sicherheitsklima in den Praxen als auch die Verhaltensdeterminanten für strukturiertes Fehlermanagement wie Handlungspläne, Handlungskontrolle und organisationale Barrieren verbesserten.

Entwicklung von CIRS-Nutzung in den Praxen, Austausch zwischen den Praxen und Qualität der Ereignisberichte (Zielgrößen 1a, 1b, 2d)

Bei der ersten von drei Befragungswellen mittels Kurzfragebögen antworteten 121 Praxen (66,5 %), bei der zweiten Befragung antworteten 123 Praxen (68,3 %) und bei der dritten Befragung antworteten 114 Praxen (63,7 %). Insgesamt sendeten 151 Praxen (83,0 %) mindestens einen der Kurzfragebögen zurück.

Die Auswertung der Kurzfragebögen über den Implementierungszeitraum zeigte deutliche, positive Veränderungen im Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen. So stieg der Anteil der Praxen, die mithilfe eines festen Tagesordnungspunkts über Fehler oder kritische Ereignisse in ihren Teamsitzungen sprachen, im Verlauf der Interventionsphase von 82,9 % auf 95,4 % der antwortenden Praxen. Die Nutzung von praxisübergreifenden öffentlich zugänglichen Berichts- und Lernsystemen stieg während der 17 Monate ebenfalls an, von zunächst 33,6 % auf 39,6 %.

Auch der Austausch über Fehlermanagement außerhalb der eigenen Praxis wurde im Laufe der Implementierung deutlich häufiger praktiziert. Dies ist insbesondere wichtig, um aus Fehlern und kritischen Ereignissen anderer Praxen zu lernen. Während zu Beginn 23,9 % der Praxen angaben, sich außerhalb der eigenen Praxis über Fehlermanagement auszutauschen, waren es zum dritten Erhebungszeitpunkt 46,3 %.

Über alle drei Erhebungszeiträume gewertet (eine Antwort pro Praxis, 149 Antworten, 2 Missings) zeigte sich zudem, dass 46,3 % der antwortenden Praxen in der Implementierung ein praxisinternes Berichts- und Lernsystem neu einführten (siehe Abbildung 4). Unsere Daten lassen ebenfalls den Schluss zu, dass lediglich 45 % der Praxen zu Beginn überhaupt ein Berichts- und Lernsystem nutzten (die, die ihr System beibehielten oder modifizierten), am Ende der Implementierung waren dies 91,3 %.

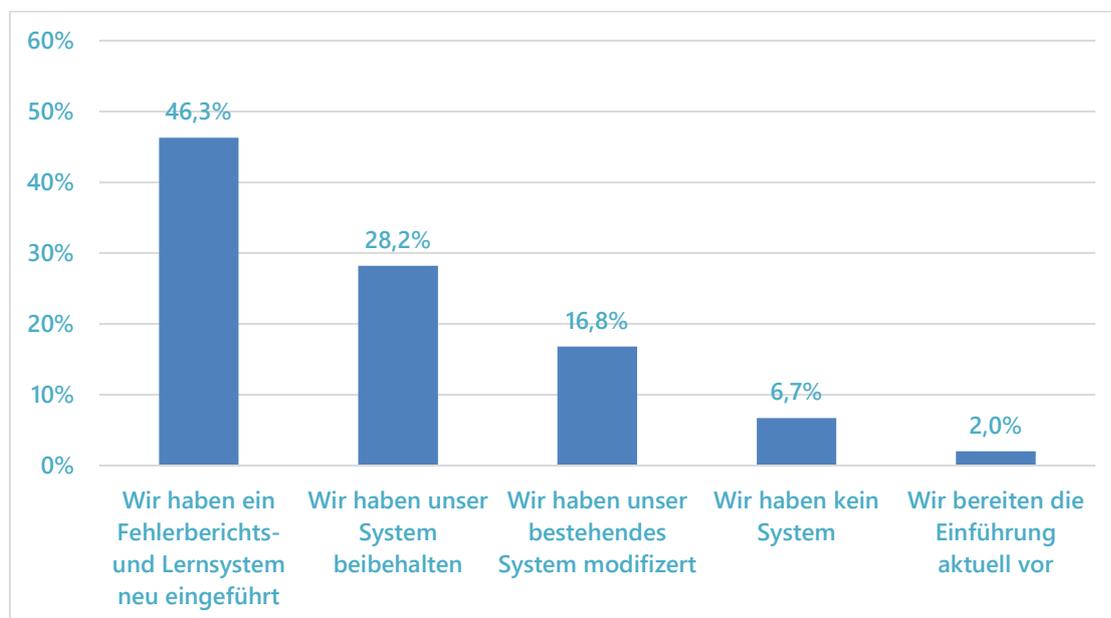


Abbildung 4: Prozentuale Antworten von 149 Praxen auf die Frage „Hat sich das Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis seit dem Zeitpunkt der Studienteilnahme geändert?“

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse der Kurzfragebögen, dass die teilnehmenden Praxen Fehlermanagement konkret umsetzten, indem sie ein Berichtssystem einführten oder ihr bestehendes System modifizierten und häufiger über kritische Ereignisse in Teamsitzungen

sprachen. Gleichzeitig tauschten sie sich auch über die Praxisgrenzen hinweg häufiger über Fehlermanagement aus.

Neben den Kurzfragebögen baten wir zu denselben drei Zeitpunkten um einen anonymisierten Ereignisbericht aus dem internen Berichts- und Lernsystem. Das Einsenden von Ereignisberichten war ebenfalls freiwillig. Umso beachtenswerter ist die Gesamtzahl der eingegangenen Berichte (280 Berichte aus 110 Praxen). Bei der ersten Aufforderung erreichten uns 89 Berichte aus 72 Praxen, bei der zweiten Aufforderung 109 Berichte aus 73 Praxen und bei der dritten Aufforderung 82 Berichte aus 63 Praxen. Von den insgesamt eingegangenen 280 Berichten konnten vier nicht ausgewertet werden, da es sich nicht um Ereignisberichte handelte. Weitere 31 Berichte wurden ausgeschlossen, weil kein patientensicherheitsrelevantes Ereignis beschrieben wurde. Somit standen 245 Berichte für die vollständige Analyse zur Verfügung. Die Inhalte der Berichte lieferten wichtige und neue Erkenntnisse über Fehler und präventive Maßnahmen im ambulanten Bereich. Die am häufigsten berichteten Ereignisse bezogen sich auf Medikation (30 %), Testergebnisse und Labor (16 %) und Patientenidentifikation (13 %). In knapp der Hälfte der Berichte wurden keine Angaben zum Patientenschaden gemacht (46 %). In 91 Berichten (37 %) wurde beschrieben, dass kein Patientenschaden entstanden ist. In 26 Berichten (11 %) wurde ein milder, in 9 Berichten (4 %) ein moderater und in 5 Berichten (2 %) ein schwerwiegender Schaden beschrieben.

Die bereitgestellte CIRStorte-Berichtsvorlage wurde bei insgesamt 44 % der Berichte genutzt. Im Verlauf wechselten mehrere Praxen zu individualisierten Formularen mit Passagen aus der CIRStorte-Berichtsvorlage. Dies sehen wir als Indiz dafür, dass die Praxen im Verlauf der Implementierung ihr eigenes Berichtssystem (weiter)entwickelten und sich damit identifizierten.

Verbessert haben sich im Laufe der Zeit die Lesbarkeit der Berichte (von 79 % auf 95 % der Berichte je Zeitpunkt) und die Fülle an Informationen (Zunahme des Anteils an Berichten mit ausreichend Informationen von 85 % auf 98 %). Dies deutet darauf hin, dass sich Praxen intensiver mit dem Ereignis auseinandergesetzt haben und die Bedeutung des Dokumentierens erkannt haben. Insgesamt ist es ein bemerkenswertes Ergebnis, dass in 72 % aller Berichte Ursachen für das Ereignis genannt wurden. Aus einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen ist bekannt, dass in Berichten oft nur das Ereignis beschrieben, aber keine Angaben zu dessen Entstehung gemacht werden.

Die systematische Analyse war wahrscheinlich für viele Praxen eine neue Methode, die außerdem nicht für jedes berichtete Ereignis zwingend notwendig scheint. Auf dieser Grundlage ist es als positiv zu bewerten, dass in über 25 % der Berichte systembedingte beitragende Faktoren genannt wurden. Ebenfalls positiv hervorzuheben ist, dass in zwei Drittel der Berichte präventive Maßnahmen genannt wurden. In 104 Berichten (42 %) wurde mindestens eine Maßnahme und in 61 Berichten (25 %) wurden sogar mehrere Maßnahmen genannt. Allerdings wurde nur in einem Viertel der Berichte auf eine Nachverfolgung dieser Maßnahmen Bezug genommen. (Ausführlicher Bericht siehe Anlagen 13 und 14)

Fazit: Während die Ergebnisse der Eingangs- und Abschlussbefragung eine Steigerung von Sicherheitsklima und psychosozialen Verhaltensdeterminanten zeigten, bestätigten die Ergebnisse der Kurzfragebögen und der Ereignisberichte, dass strukturiertes Fehlermanagement im Praxisalltag tatsächlich umgesetzt und gelebt wurde.

Hypothese und Beantwortung der Forschungsfragen

Hypothese war, dass mit einer Optimierung der Angebotsstrukturen die Teilnahme und Nutzung von CIRS ausgebaut und damit die Versorgung verbessert wird, wenn auf spezifische Hindernisse gezielt zugegangen wird.

Wie in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich dargestellt, haben wir in CIRSforte spezifische Hindernisse zur Teilnahme und Nutzung an CIRS identifiziert, sind diese mit unseren optimierten Angebotsstrukturen angegangen und konnten so erreichen, dass die Teilnahme und Nutzung eines CIRS im Rahmen des Projektes deutlich zunahm. Zudem verbesserte sich das Sicherheitsklima in den Praxen als Surrogatparameter für die Qualität der Versorgung signifikant.

Folgende Forschungsfragen waren von Relevanz für dieses Projekt:

- Wie können Praxisteams davon überzeugt werden, ein CIRS in ihren Einrichtungen zu implementieren und regelhaft zu nutzen? Welche spezifischen Angebote sind zu machen, damit vertragsärztliche Praxen einen entsprechenden Nutzen für ihr Risikomanagement erfahren?
- Welche Barrieren und Hindernisse müssen dafür überwunden werden?
- Wie können speziell an Schnittstellen die Leistungen eines CIRS positioniert werden?

Die letzte Frage konnten wir in CIRSforte leider nicht beantworten. Trotz intensiver Bemühungen und Gesprächen mit Apotheken und Pflegeheimen gelang es nicht, schnittstellenübergreifend Einrichtungen zu rekrutieren. Die anderen Fragen beantworten wir im folgenden Kapitel, als praxisnahe Empfehlungen formuliert.

Empfehlungen zur Einrichtung und zum Betrieb von CIRS im ambulanten Sektor

Die Implementierung von CIRSforte hat gezeigt, dass Fehlermanagement in der ambulanten Versorgung erfolgreich gefördert werden kann, die Machbarkeit ist durch unsere Ergebnisse nachgewiesen. Um die weitere Umsetzung von Fehlermanagement laut QM-Richtlinie des G-BA in der Regelversorgung zu ermöglichen, formulieren wir nachfolgend Empfehlungen zur Einrichtung und zum Betrieb von CIRS im ambulanten Sektor.

Für eine flächendeckende Umsetzung von strukturiertem Fehlermanagement mit Berichts- und Lernsystemen ist eine Unterstützung der Praxisteams, wie in CIRSforte erfolgt, nötig. Diese Unterstützung kann von verschiedenen Institutionen ausgeführt werden, beispielsweise von Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern, wissenschaftlichen Einrichtungen oder auch innerhalb eines Praxisnetzes vom Netzmanagement. Es braucht eine zentrale, koordinierende Kontaktperson auf Seiten der unterstützenden Organisation, die die Praxisteams über mindestens 12 bis 18 Monate an die (digitale) Hand nimmt.

Unserer Erkenntnis nach folgt die Umsetzung von strukturiertem Fehlermanagement in Arztpraxen einem Drei-Stufen-Modell. Je nachdem, wie weit eine Praxis fortgeschritten ist, profitiert sie von anderen Unterstützungsmaßnahmen. Daher empfehlen wir an den individuellen Entwicklungsstand der Praxis angepasste Interventionen.

Stufe 1: Bewusstsein

Um die Notwendigkeit für die Etablierung eines Fehlermanagements zu erkennen, muss ein Bewusstsein für Fehlerquellen und Risiken im eigenen Handlungsfeld vorhanden sein. Wird zudem die Sinnhaftigkeit der Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen anhand von Beispielen erlebt und als wirksam wahrgenommen, steigt der Motivationsgrad für die Umsetzung von strukturiertem Fehlermanagement.

Wichtigste Erkenntnisse aus CIRSforte für die Praxis:

- Fehlermanagement ist keine bürokratische Bürde, sondern ein Gewinn für das Team.
- Das Ziel von Fehlermanagement ist es nicht, möglichst viel zu dokumentieren, sondern durch präventive Maßnahmen die Abläufe der Praxis so zu verbessern, dass ein Fehler nicht noch einmal auftritt.
- Fehlermanagement stärkt das Sicherheitsklima¹ der Praxis.

Unsere empfohlenen Interventionen:

- Einführungsworkshop als Präsenz- oder Online-Workshop mit den Schwerpunkten:
 - Grundlagen Fehlertheorie: Fehlerarten, Fehlerentstehung
 - Fehlerquellen und Risiken in einer Arztpraxis
 - Sicherheitskultur und konstruktiver Umgang mit kritischen Ereignissen
 - Erste Schritte zur Einführung von Fehlermanagement und CIRS in der Praxis
 - Gemeinsames Aufarbeiten von praxisnahen Fehlerbeispielen
- Regelmäßige Info-Mails mit Grundlagenwissen über Fehlerentstehung, Risiken im Praxisalltag etc.

Stufe 2: Vertrauen

Der Grad der Sicherheitskultur einer Praxis ist entscheidend für die Implementierung von Fehlerberichts- und Lernsystemen.

Wichtigste Erkenntnisse aus CIRSforte für die Praxis:

- Die Haltung der Praxisleitung entscheidet häufig, wie offen der Umgang mit Fehlern ist und ob Fehlermanagement gelebt werden kann.
- Fast alle CIRSforte-Praxen (>95 %) haben in ihre Teamsitzungen einen festen Tagesordnungspunkt „Fehler/kritische Ereignisse“ aufgenommen. So ist das Sprechen über Fehler zur Normalität geworden.
- Der Fokus wurde in vielen Praxen zunehmend auf die Analyse von Prozessen gelegt, es wurde weniger nach Schuldigen gesucht.
- Für die teilnehmenden Praxen war es ausreichend, wenn Fehlerberichte praxisintern vertraulich behandelt wurden, es musste nicht zwingend Anonymität gewährleistet sein.

Unsere empfohlenen Interventionen:

- Strukturierte Anleitungen bereitstellen: Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.“ [24] u.a. mit praxisindividuell anpassbaren Berichtsformularen und einer Anleitung zur Gestaltung einer Teamsitzung
- Vertiefende Online-Schulungen zu einzelnen Themen z.B. „Fehlermanagement in der Teamsitzung“, „Nachhaltige präventive Maßnahmen entwickeln“
- Regelmäßige Info-Mails mit Beispielen für Integration von Fehlermanagement in die Praxisabläufe

¹ Das Sicherheitsklima ist mit dem von uns eingesetzten Fragebogen erfassbar und ein Teil der gesamten Sicherheitskultur eines Teams (nach Edgar Schein).

Stufe 3: Handeln

Wird die Relevanz des Themas erkannt und ein offener, wertschätzender Umgang miteinander gepflegt, können darauf aufbauend konkrete Strukturen und Abläufe etabliert werden.

Wichtigste Erkenntnisse aus CIRSforte für die Praxis:

- 70 % der teilnehmenden Praxen haben eine Person aus dem Team benannt, die für Fehlermanagement zuständig war. Dies haben die Praxen als sehr hilfreich empfunden.
- Die CIRSforte-Praxen haben ganz unterschiedliche Ereignisse in ihrem Berichts- und Lernsystem dokumentiert: Fehler in Prozessabläufen, diagnostische Fehler, Ereignisse mit und ohne Patientenschäden.
- Die praxisinternen Berichts- und Lernsysteme wurden insbesondere dann vom ganzen Team erfolgreich und gewinnbringend genutzt, wenn sie in die bisherigen Abläufe integriert wurden, z.B. als Fehlerpatient in der Praxis-EDV.

Unsere empfohlenen Interventionen:

- Strukturierte Anleitungen bereitstellen: Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.“ [24] u.a. mit Formularen für die Fehleranalyse sowie für die Dokumentation und Nachverfolgung von präventiven Maßnahmen
- Regelmäßige Info-Mails mit Aufarbeitung einzelner kritischer Ereignisse.
- Praxisübergreifender kollegialer Austausch über den Umgang mit Fehlern und kritische Ereignissen, als Präsenzveranstaltungen und als Web-basierte Seminare (Webinare) anbieten und fördern.

Limitationen

Einige Faktoren sind bei der Interpretation unserer Ergebnisse zu berücksichtigen.

Die in CIRSforte durchgeführte Studie war als Machbarkeitsstudie (feasibility study) konzipiert. Sie wurde mit einer kleinen Anzahl Praxen durchgeführt, die Ergebnisse sind somit vermutlich nicht ohne weiteres übertragbar auf alle Arztpraxen. Repräsentativität ist allerdings auch nicht das Ziel einer Machbarkeitsstudie. Vielmehr war die Entwicklung eines Konzepts zur Einführung und Fortentwicklung von CIRS in Arztpraxen das (erreichte) Ziel, um eine Grundlage für die anschließende Umsetzung in der Fläche zu schaffen.

Zudem haben wir soweit möglich auf vorhandene, validierte Evaluationsinstrumente zurückgegriffen. Da deren Anzahl aber limitiert war, entwickelten wir für die weitere Evaluation eigene Instrumente, die nun frei zur Verfügung gestellt werden (siehe Anhänge 5 und 6). Die Berücksichtigung von sowohl Praktikabilität (Rücklaufquote) als auch einem hohen Anspruch an Gütekriterien eines Evaluationsinstruments ist eine Gratwanderung. Die Erhebung der Verhaltensdeterminanten für strukturiertes Fehlermanagement hatte für uns Priorität, da wir uns davon wichtige Erkenntnisse für die Fortentwicklung von CIRS in der ambulanten Versorgung versprochen. Um die Eingangs- und Abschlusserhebung nicht zu überfrachten, entschieden wir uns daher, nur Teile des FraSiK zu nutzen und ansonsten analog zur gängigen Auswertungsmethodik zu verfahren. [14, 26] Dies mag Validität und Reliabilität des (Teil-)Instruments beeinträchtigt haben.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zudem zu beachten, dass die Partizipation an den Unterstützungsmaßnahmen und an der Evaluation überwiegend auf Freiwilligkeit beruhte. Pflicht war lediglich die Teilnahme am Einführungsworkshop, alles Weitere war für die Praxen

optional. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere die Rücklaufquoten der Befragungen beachtlich. Ebenso ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass eher engagierte Praxen an dem Projekt und an den freiwilligen Evaluationen teilnahmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass jene Praxen, die sich zu einer Teilnahme an CIRSforte meldeten eine eher positive Einstellung zum Thema Fehlermanagement mitbrachten. Dies ist bei der Bewertung der Ergebnisse entsprechend zu berücksichtigen. Gleichzeitig zeigt die Verbesserung dieser engagierten Praxen jedoch auch das Potential, das insgesamt für deutsche Praxen beim Thema Fehlermanagement vorhanden ist.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

In CIRSforte wurden verschiedene Materialien zur Unterstützung und Begleitung der teilnehmenden Praxen entwickelt und evaluiert. Um diese Materialien flächendeckend nutzen zu können, wird in einem direkt anschließenden Projekt das CIRSforte-Produktportfolio so aufbereitet, dass die bereits entwickelten Unterstützungsmaterialien über CIRSforte hinaus auf alle ambulanten Arztpraxen übertragen werden können. Dabei sind insbesondere die innovativen digitalen Ansätze (digitale Schulungen und web-basierter Austausch) im Hinblick auf eine flächendeckende Verstetigung gut skalierbar. Bei der Überarbeitung werden die Materialien so abgeändert, dass sie alle Praxen ansprechen und nicht nur an CIRSforte teilnehmende Praxen. Es bleibt weiterhin erkennbar, dass die Materialien im Rahmen des Projektes CIRSforte entstanden sind. Es wird zudem ein Implementierungshandbuch entwickelt, das beispielsweise Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen oder einem Netzmanagement dazu dienen kann, den Ansatz von CIRSforte nachzuvollziehen und mit anderen Praxen selbstständig umzusetzen. Da die Finanzierung dieser Weiterentwicklung nicht als kostenneutrale Laufzeitverlängerung von CIRSforte möglich war, wurde die Finanzierung durch die Projektpartner eingeworben und ist für neun Monate (April bis Dezember 2020) gesichert. Die Ergebnisse werden als so wichtig angesehen, dass die KVWL zu einem großen Anteil die Finanzierung des Folgeprojekts übernimmt. Als weiteren Projektpartner und Geldgeber konnte die KVWL die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein gewinnen. Auch das IfA beteiligt sich personell an dem Anschlussprojekt, das APS ist wesentlich bei der Ausführung einbezogen. Die überarbeiteten Materialien und das Implementierungshandbuch werden auf www.cirsforte.de zur Verfügung gestellt. Sie stehen dort allen Interessierten kostenlos weiterhin zur Verfügung.

Im Rahmen von CIRSforte wurde zudem die Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.“ von relevanten Akteuren erarbeitet und verantwortet. Nachdem im Projekt die darin enthaltenen Empfehlungen in der Praxis implementiert und evaluiert wurden, bietet sie eine wichtige und unverzichtbare Grundlage für die Weiterentwicklung der QM-Richtlinie des G-BA. Auch bei der Weiterentwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung z.B. im Rahmen von selektivvertraglichen Lösungen bietet diese Handlungsempfehlung konkrete Empfehlungen zur Ausgestaltung des gesetzlich geforderten Fehlermanagements.

Weiteren Forschungsbedarf sehen wir im Bereich der diagnostischen Fehler. Die in CIRSforte analysierten Fehlerberichte zeigen, dass diagnostische Fehler selten in CIRS dokumentiert werden. Hier braucht es Studien zur Erschließung weiterer Daten im ambulanten Bereich, um abschätzen zu können, wie häufig diagnostische Fehler auftreten und wie diesen vorgebeugt werden kann.

CIRSforte hat gezeigt, dass Fehlermanagement das Sicherheitsklima stärkt, praxistauglich und in der Implementierung skalierbar ist. Eine Implementierung aus intrinsischen Motiven mit Bordmitteln ist allerdings die Ausnahme und kann keinesfalls als Modell für die flächendeckende Implementierung gelten. Die Vorstellung, die neuen Verfahren können als einfaches "add-on" verordnet werden, widerspricht Erfahrungen im Projekt. Es bedarf zukünftig konkreter Unterstützungen und Ressourcen für den weiteren Ausbau der Patientensicherheit.

Es werden daher, basierend auf den Ergebnissen von CIRSforte die folgenden sieben Punkte empfohlen (siehe Anlage 8 und www.cirsforte.de):

1. Fehlermanagement in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kontinuierlich, flächendeckend unterstützen (Institutionelle Kontinuität).
2. Strukturelle Bedingungen zur Förderung von einrichtungs- und sektorenübergreifenden Austausch für Praxisteamen schaffen, z. B. durch explizite Förderung im Rahmen der SGB V §87b und §140a Regelungen.
3. Patientensicherheit muss prüfungsrelevant werden im Medizinstudium und in der Ausbildung medizinischer Fachberufe.
4. Geschultes Personal, wie z. B. Patientensicherheitsbeauftragte, für die Umsetzung von Fehlermanagement einsetzen (Spezialwissen Patientensicherheit).
5. Das Berichten und Aufarbeiten von Schadensfällen fördern, weil dies eine wertvolle Ressource für das Lernen darstellt.
6. Vertraulichkeit von Berichten in einrichtungsübergreifenden CIRS würdigen und fördern.
7. Einrichtungsübergreifende Fehlerberichtssysteme weiterentwickeln, um alle Praxen für das regelhafte Lernen aus patientensicherheitsrelevanten Ereignissen zu gewinnen.

8. Erfolgte und geplante Veröffentlichungen

Artikel in (internationalen) Fachzeitschriften

2019

Weißbarth B, Blazejewski T, Gruber D, Güthlin C, Lüttel D, Pommée M, Müller H, Rubin K, Heuzeroth R, Beyer M, Schadewitz R, Thomeczek C, Gerlach FM, Müller BS (2019) Online-Workshop: Fehlermanagement für Praxisteam. Konzeption, Implementierung und Evaluation. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 95(10): 387-393 (Open Access) (Anlage 16)

Müller B (2019) Gut sortiert ist halb gefunden. Der Hausarzt 13/19: 30-31

Müller B (2019) Gesagt, geplant, getan! Der Hausarzt 16/19: 33-34

2020

Höcherl A, Lüttel D, Schütze D, Blazejewski T, González-González AI, Gerlach FM, Müller BS (2020) Characteristics of Critical Incident Reporting Systems in Primary Care: An International Survey. Journal of Patient Safety. Doi:10.1097/PTS.0000000000000708. Epub ahead of print.

Geplant

Müller BS, Rubin K, Trewendt C, Beyer M, Müller H [...]. Narrativer Review, Literaturrecherche zum Thema Methoden zur Implementierung/ Förderung von CIRS. Journal of Patient Safety

Lüttel D, Müller B [...]. Konzeption & Anwendung der Maßnahmenbewertung anhand von Ereignisberichten aus der Primärversorgung. International Journal for Quality in Health Care

Schütze D, Pommée M, Rubin K, Schadewitz, R, Müller BS [...]. Die Umsetzung von Fehlermanagement in ambulanten Praxen. Ergebnisse qualitativer Interviews. Journal of Patient Safety/BMC Health Services Research (Open Access)

Müller BS, Blazejewski T, Schütze D, Güthlin C, Lüttel D, Pommée M, Müller H, Rubin K, Heuzeroth R, Beyer M, Schadewitz R, Thomeczek C, [...], Gerlach FM. Hauptergebnisse des Projekts CIRSforte. Journal of Patient Safety/BMJ Quality and Safety/Deutsches Ärzteblatt

Kongressbeiträge

2017

Müller BS, Buchmann M, Lüttel D (2017) Fehlerberichts- und Lernsysteme in der ambulanten Versorgung – vom Papiertiger zum wertvollen Werkzeug. Workshop. 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Düsseldorf, 21.-23.09.2017

Müller H, Lüttel D, Thomeczek C, Buchmann M, Heuzeroth R, Müller BS (2017) CIRSforte – Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System. Poster. 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin

2018

Güthlin C, Beyer M, Müller H, Hofreuter-Gaetgens K, Lüttel D, Thomeczek C, Buchmann M, Heuzeroth R, Müller BS (2018) CIRSforte – Implementierung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen (CIRS) in der ambulanten Praxis. Poster. 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin

Lüttel D, Hofreuter-Gätgens K, Müller H, Thomeczek C, Buchmann M, Heuzeroth R, Beyer M, Müller B (2018) Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System. Poster. GBA-Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds – Impulsgeber für eine bessere Versorgung“. Berlin, 24.-25.09.2018

Höcherl A, Lüttel D, Gerlach FM, Müller BS (2018) Berichts- und Lernsysteme in der Primärversorgung weltweit - Was können wir von bereits bestehenden Systemen lernen? Poster. 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Innsbruck

Müller BS, Blazejewski T, Buchmann M, Lüttel D, Rubin K (2018) CIRS in der ambulanten Versorgung: Das Projekt CIRSforte. Workshop. 13. APS-Jahrestagung. Berlin, 03.-04.05.2018

Müller H, Rubin K, Lüttel D, Thomeczek C, Trewendt C, Buchmann M, Kintrup A, Heuzeroth R, Beyer M, Müller BS (2018) Ausbau der Qualität in der Primärversorgung durch Einsatz von Berichts- und Lernsystemen. Vortrag. Jahreskongress Bundesverband Managed Care. Vortrag. Berlin, 24.01.2018

2019

Pommée M, Müller H, Lüttel D, Blazejewski T, Gruber D, Rubin K, Beyer M, Thomeczek C, Heuzeroth R, Güthlin C, Müller BS (2019) Förderliche Maßnahmen für die Implementierung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen in der ambulanten Versorgung. Poster. 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin

Lüttel D, Müller H, Gruber D, Blazejewski T, Pommée M, Rubin K, Thomeczek C, Heuzeroth R, Kintrup A, Müller BS (2019) CIRSforte - Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System. Poster. KBV-Sicherstellungskongress. Berlin, 20.-21.05.2019

Müller BS, Lüttel D, Blazejewski T, Gruber D, Müller H, Rubin K, Pommée M, Beyer M, Thomeczek C, Heuzeroth R, Beyer M (2019) Fehlerprävention in der ambulanten Versorgung: Entwicklung von effektiven Maßnahmen für die Praxis. Vortrag. 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Erlangen

Weißbarth B, Blazejewski T, Gruber D, Güthlin C, Lüttel D, Buchmann M, Müller H, Heuzeroth R, Beyer M, Schadowitz R, Thomeczek C, Müller BS (2019) Online-Workshop „Fehlermanagement“ für ambulante Praxisteams: Konzeption und Evaluation. Vortrag. 14. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin

Müller BS, Rubin K, Blazejewski T, Gruber D, Buchmann M (2019) CIRSforte - Fehlermanagement für ambulante Praxisteams. Ein praxis- und schnittstellenübergreifender Workshop mit interaktivem Webinar. Workshop. 14. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin

Reißner P, Hauser J, Blazejewski T, Müller B (2019) Interdisziplinär Lernen aus Fehlern - Gemeinsam Fehlerkultur stärken bei Apothekern und Ärzten. Poster. 14. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin

2020

Müller BS, Schütze D, Blazejewski T, Pommée M, Lüttel D, Müller H, Rubin K, Kintrup A, Thomeczek C, Heuzeroth R, Beyer M (2020) Fehlermanagement per Webinar: mit innovativen Medien zu mehr Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung. Poster. 21. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Basel, Schweiz

Geplant

The International Forum on Quality and Safety in Healthcare am 28.-30.04.2020 in Kopenhagen (Poster angenommen, Kongress verschoben)

15. APS-Jahrestagung. Berlin, 14.-15.05.2020 (Workshop angenommen, Kongress abgesagt)

53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Berlin, 24.-27.06.2020 (Vortrag angenommen, Kongress verschoben)

19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Berlin, 30.09.-02.10.2020 (Vortrag angenommen)

Weitere Veröffentlichungen

2018

APS-Handlungsempfehlung. Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Hrsg. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Berlin online verfügbar unter: <https://www.aps-ev.de/hempfehlungen/%E2%80%A2handeln-bevor-etwas-passiert-berichts-und-lernsysteme-erfolgreich-nutzen/>

2020

CIRSforte White Paper „Ergebnisse und Empfehlungen des Innovationsfonds-Projekts CIRSforte zur Stärkung der Patientensicherheit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Ein White Paper für Gesundheitspolitik, Fachöffentlichkeit und weitere Interessierte aus der Gesundheitsversorgung“ online verfügbar unter www.cirsforte.de

9. Anlagen

Anlage 1: Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen“

Anlage 2: 16 Ausgaben Info-Mail „CIRSforte Aktuell“

Anlage 3: Kriterien zur Auswertung der Ereignisberichte

Anlage 4: Interviewleitfaden

Anlage 5: Fragebögen T0 und T1

Anlage 6: Kurzfragebögen 1-3

Anlage 7: Ergebnisse Gesamttabelle Psychosoziale Determinanten

Anlage 8: CIRSforte White Paper

Anlage 9: Ausführlicher Bericht Literaturrecherche

Anlage 10: Ausführlicher Bericht Praxisbefragung

Anlage 11: Ausführlicher Bericht Auswertung CIRS-Betreiber-Befragung

Anlage 12: Ausführlicher Bericht Auswertung Interviews mit Praxen

Anlage 13: Ausführlicher Bericht Auswertung Ereignisberichte

Anlage 14: Deskription Kurzfragebögen

Anlage 15: T0-T1 Sicherheitsklima

Anlage 16: Publikation Weißbarth B, Blazejewski T, Gruber D, GÜthlin C, Lüttel D, Pommée M, Müller H, Rubin K, Heuzeroth R, Beyer M, Schadewitz R, Thomeczek C, Gerlach FM, Müller BS (2019) Online-Workshop: Fehlermanagement für Praxisteam. Konzeption, Implementierung und Evaluation. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 95(10): 387-393

Anlage 17: Studienordner

10. Literatur

1. World Health Organization. World alliance for patient safety. Geneva; 2004.
2. Hart D. Patientensicherheit im Medizin- und Gesundheitsrecht. MedR. 2019;37:509–18. doi:10.1007/s00350-019-5267-y.
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser: Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL; 17. Dezember 2015.
4. Beyer M, Blazejewski T, Güthlin C, Klemp K, Wunder A, Hoffmann B, et al. Das hausärztliche Fehlerberichts- und Lernsystem 'jeder-fehler-zaehlt.de' - Berichtsbestand und Nutzungsperspektiven: jeder-fehler-zaehlt.de - Content of and prospective benefits from a critical incident reporting and learning system (CIRS) for primary care. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2015;109:62–8. doi:10.1016/j.zefq.2014.06.013.
5. Gruber D, Blazejewski T, Beyer M, Müller H, Gerlach FM, Müller BS. Fehlermanagement in der ambulanten Praxis. Fokusgruppen mit Ärztinnen, Ärzten und Medizinischen Fachangestellten: Error Management in Outpatient Settings. Focus Groups Involving Physicians and Medical Assistants. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2018;94:110–5. doi:10.3238/zfa.2018.0110–0115.
6. Müller BS, Beyer M, Blazejewski T, Gruber D, Müller H, Gerlach FM. Improving critical incident reporting in primary care through education and involvement. BMJ Open Qual. 2019;8:e000556. doi:10.1136/bmjopen-2018-000556.
7. Dogherty EJ, Harrison MB, Baker C, Graham ID. Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation. Implementation Science. 2012;7:9. doi:10.1186/1748-5908-7-9.
8. Lessard S, Bareil C, Lalonde L, Duhamel F, Hudon E, Goudreau J, Lévesque L. External facilitators and interprofessional facilitation teams: a qualitative study of their roles in supporting practice change. Implementation Science. 2016;11:97. doi:10.1186/s13012-016-0458-7.
9. Schwarzer R. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. Applied Psychology. 2008;57:1–29. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.
10. Weißbarth B, Blazejewski T, Gruber D, Güthlin C, Lüttel D, Pommée M, et al. Online-Workshop: Fehlermanagement für Praxisteam: Konzeption, Implementierung und Evaluation. Z Allg Med. 2019;95:387–93.
11. Müller BS, Gruber D, Blazejewski T, Pommée M, Lüttel D, Müller H, et al. Fehlermanagement per Webinar: mit innovativen Medien zu mehr Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung: German Medical Science GMS Publishing House; 2020.
12. Döring N. Evaluationsforschung. In: Baur N, Blasius J, editors. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014. p. 167–181. doi:10.1007/978-3-531-18939-0_9.

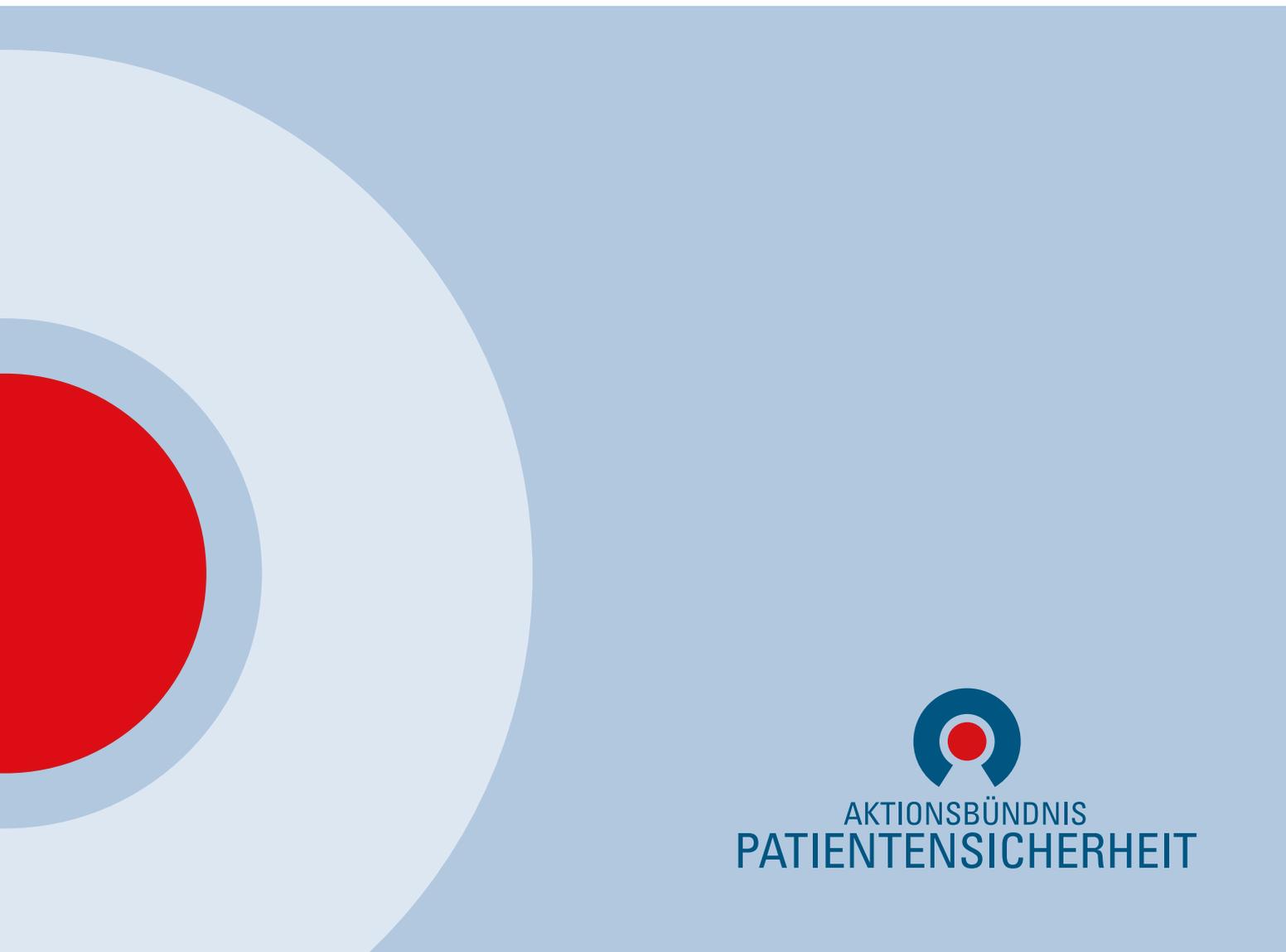
13. Biemann T, Cole MS, Voelpel S. Within-group agreement: On the use (and misuse) of rWG and rWG(J) in leadership research and some best practice guidelines. *The Leadership Quarterly*. 2012;23:66–80. doi:10.1016/j.leaqua.2011.11.006.
14. Hoffmann B, Domanska OM, Albay Z, Mueller V, Güthlin C, Thomas EJ, Gerlach FM. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric properties. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:797–805. doi:10.1136/bmjqs.2010.049411.
15. Lengerke T von, Lutze B, Krauth C, Lange K, Stahmeyer JT, Chaberny IF. Promoting Hand Hygiene Compliance. *DEUTSCHES ARZTEBLATT INTERNATIONAL*. 2017;114:29–36. doi:10.3238/arztebl.2017.0029.
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3:77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.
17. McKay J, Murphy DJ, Bowie P, Schmuck M-L, Lough M, Eva KW. Development and testing of an assessment instrument for the formative peer review of significant event analyses. *Quality and Safety in Health Care*. 2007;16:150–3. doi:10.1136/qshc.2006.020750.
18. Hoffmann B, Müller V, Rochon J, Gondan M, Müller BS, Albay Z, et al. Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:35–46.
19. Hibbert PD, Thomas MJW, Deakin A, Runciman WB, Braithwaite J, Lomax S, et al. Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *Int J Qual Health Care* 2018. doi:10.1093/intqhc/mzx181.
20. Kalteh HO, Mortazavi SB, Mohammadi E, Salesi M. The relationship between safety culture and safety climate and safety performance: a systematic review. *Int J Occup Saf Ergon*. 2019:1–11. doi:10.1080/10803548.2018.1556976.
21. McFadden KL, Stock GN, Gowen CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Manage Rev*. 2015;40:24–34. doi:10.1097/HMR.0000000000000006.
22. Ajzen I. *The theory of planned behavior: Habit, perceived control, and reasoned action*. Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung; 2000.
23. Bauer A, Beyer M, Paulitsch M, Müller H, Gerlach FM, Müller BS. Steigerung der Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen: eine Fragebogenstudie: Increased Utilization of Incident Reporting Systems – a Questionnaire Survey. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2018;94:70–5. doi:10.3238/zfa.2018.0070-0075.
24. APS e.V. Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.: Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen. Berlin; 2018.
25. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
26. Hoffmann B, Miessner C, Albay Z, Schröber J, Wepler K, Gerlach FM, Güthlin C. Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices. *Ann Fam Med*. 2013;11:355–62. doi:10.1370/afm.1500.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG



**Handeln bevor etwas passiert.
Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.**

**Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen
im Gesundheitswesen**



**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

INHALT

VORWORT	3
ZIELGRUPPE UND ZIELSETZUNG DIESER EMPFEHLUNG	4
HINWEISE	5
1 EINFÜHRENDE INFORMATIONEN	5
	4
2 SINN UND ZWECK EINES BERICHTS- UND LERNSYSTEMS	6
2.1 Begriffsdefinitionen	6
2.2 Nutzen und Grenzen	7
2.3 Anreize und Verpflichtungen zum Risikomanagement	8
3 EIN INTERNES BERICHTS- UND LERNSYSTEM ERFOLGREICH EINRICHTEN	9
3.1 Voraussetzungen für den Erfolg	9
Mit Fehlern offen umgehen	9
Grundsätze beachten	10
Mit gutem Beispiel vorangehen	11
3.2 Entscheidungen treffen	11
3.3 In den Arbeitsalltag integrieren	15
3.4 Mitarbeitende motivieren	16
4 EIN BERICHTS- UND LERNSYSTEM EFFEKTIV BETREIBEN	17
4.1 Ereignis identifizieren und berichten	18
4.2 Ereignis bewerten	18
4.3 Ereignis analysieren und diskutieren	19
4.4 Verbessern (Maßnahmen ableiten und umsetzen)	22
4.5 Überprüfen, Erkenntnisse teilen und Erfolge feiern	24
5 DURCH EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE BERICHTS- UND LERNSYSTEME LERNEN	24
5.1 Definition und Erläuterung	24
5.2 Merkmale effektiver einrichtungübergreifender Berichts- und Lernsysteme	26
5.3 Beispiele	27
6 ANHÄNGE	28
6.1 Glossar - Die wichtigsten Begriffe	28
6.2 Video zur Information	29
6.3 Vorlagenmuster	30
Schriftliche Zusicherung der Sanktionsfreiheit und Vertraulichkeit	30
Berichtsformular (siehe Kapitel 4.1)	31
Risikomatrix (siehe Kapitel 4.2)	32
Beitragende Faktoren (siehe Kapitel 4.2)	33
Analyseformular (siehe Kapitel 4.3)	34
Maßnahmenformular (siehe Kapitel 4.4)	35
6.4 Literatur	36
6.5 Impressum	38

VORWORT

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

bekanntlich ist irren menschlich. Um eine sichere Behandlung zu gewährleisten und die *Patientensicherheit* auszubauen, sind zunächst genaue Kenntnisse erforderlich, wo wir uns möglicherweise irren. Erst mit diesen Kenntnissen darüber wird es möglich, zielgenau zu intervenieren und erfolgreich die Kultur der *Patientensicherheit* zu stärken. Doch wie entdecken wir diese unbekanntenen Handlungsfelder?

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) engagiert sich seit langem für die Implementierung und Weiterentwicklung von Berichts- und Lernsystemen (CIRS - critical incident reporting system). Bereits im Jahre 2007 wurde eine Handlungsempfehlung veröffentlicht, in der der Nutzen von Berichts- und Lernsystemen erläutert und konkrete Hilfestellungen zur Einführung in stationären Einrichtungen gegeben wurden. Diese Empfehlung wurde 2016 aktualisiert und inzwischen haben sich in fast allen Krankenhäusern und auch auf der Gesetzgebungsebene Berichts- und Lernsysteme als wichtige Instrumente des klinischen *Risikomanagements* etabliert.

Wir begrüßen, dass die Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA (2015) sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement beschreibt, denn Berichts- und Lernsysteme sind auch im ambulanten Bereich von großer Bedeutung: Hunderttausende Patientinnen und Patienten werden jeden Tag ambulant versorgt. Diverse Akteure in unterschiedlichen Einrichtungen sind daran beteiligt. Die Überwachung von Therapie und Gesundheitszustand ist schwieriger als in der Klinik. Der medizinisch-technische Fortschritt führt zu einem immer größeren Angebot an Leistungen in der ambulanten Versorgung. Die Leistungsanforderungen und Arbeitsbelastungen sind hoch. Dennoch kommen Berichts- und Lernsysteme im ambulanten Bereich noch nicht flächendeckend zur Anwendung. Als Gründe hierfür werden manchmal Zeitmangel und Arbeitsverdichtung genannt, dabei wird jedoch übersehen, dass ein wirksames Berichts- und Lernsystem auch dazu führen kann, den Arbeitsablauf zu verbessern und dadurch mehr Zeit für Patienten gewonnen werden kann.

Die vorliegende Handlungsempfehlung wurde im Rahmen des Projektes CIRSforte erstellt. Das Projekt wird vom Innovationsfonds des G-BA gefördert (Förderkennzeichen 01VSF16021) und will Berichts- und Lernsysteme so weiterentwickeln, dass in Zukunft auch die ambulante Versorgung davon profitiert. Nach der bewährten APS-Methode zur Erstellung von Handlungsempfehlungen ist auch diese Empfehlung entstanden. Zudem wurden weitere unterstützende Materialien entwickelt, die Sie im Anhang und auf unserer Website www.cirsforte.de finden.

Wir freuen uns besonders darüber, dass die Empfehlung innerhalb des Projektes CIRSforte von mehreren hundert Praxen eingeführt und wissenschaftlich evaluiert wird.

Dieses Ergebnis wäre nicht möglich ohne das ehrenamtliche und hochqualifizierte Engagement unserer Mitglieder in der APS-Arbeitsgruppe. Binnen eines Jahres wurden diese Materialien erstellt und konsentiert.



Allen Arbeitsgruppenmitgliedern danken wir sehr herzlich für Ihren Einsatz. Stellvertretend gilt unser besonderer Dank den Leiterinnen der Arbeitsgruppe Frau Marina Buchmann und Frau Dr. Anouk Siggelkow. Nicht zuletzt danken wir der APS-Kollegin Dagmar Lüttel, ohne deren Mitarbeit das Projekt so nicht möglich wäre.

Mit der vorliegenden Handlungsempfehlung möchten wir Sie alle ermutigen, Berichts- und Lernsysteme als eine Chance zu sehen, *Fehler* und *unerwünschte Ereignisse* neu zu betrachten. Wir möchten Sie auffordern, Fragen zu stellen und Neues zu erfahren. Seien Sie neugierig! Oft ist es faszinierend zu erkennen, welche Ursachen zu einem *unerwünschten Ereignis* geführt haben. Sie werden möglicherweise unbekannte oder verborgene Fehlerquellen aufdecken, an die Sie vorher nie gedacht haben. Entdecken Sie, wo Verbesserungen möglich sind. Wir sind sicher, dass wir Ihnen mit dieser Handlungsempfehlung einen praktischen Leitfaden an die Hand geben, der Sie auf dem Weg zur Verbesserung der *Patientensicherheit* unterstützt.

Für den APS Vorstand

Hedwig François-Kettner
Vorsitzende

Dr. Ruth Hecker
Stellv. Vorsitzende

Hardy Müller
Geschäftsführer

ZIELGRUPPE UND ZIELSETZUNG DIESER EMPFEHLUNG

Diese Empfehlung richtet sich an Leitungskräfte und Interessierte in ambulanten Einrichtungen¹, die die *Patientensicherheit* stärken wollen. Sie soll dabei unterstützen, ein internes Berichts- und Lernsystem einzuführen und zu betreiben sowie rechtliche Vorgaben und Pflichten als Arbeitgeber zu erfüllen. Darüber hinaus werden Merkmale von einrichtungsübergreifenden Systemen beschrieben, da sie interne Systeme sinnvoll ergänzen können. Die Empfehlung soll auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den Gesetzgebenden als Grundlage für Richtlinien und Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können.

HINWEISE

Alle kursiv gedruckten Begriffe sind im Glossar im Anhang 6.1 aufgeführt.

Unter www.cirsforte.de stehen Videoclips und Arbeitsmaterialien zu dieser Handlungsempfehlung zur Verfügung, um Teams in ambulanten Einrichtungen dabei zu unterstützen, Berichts- und Lernsysteme erfolgreich zu nutzen. Sie sind ein Auszug aus den konsentierten Inhalten dieser Handlungsempfehlung und enthalten eine Kurzversion, einen Vorschlag zur Gestaltung einer Teambesprechung, ein Arbeitsblatt und eine Übersicht über Berichten und Lernen für mehr *Patientensicherheit*.

¹ Ambulante Einrichtungen erbringen Behandlungsleistungen außerhalb von Krankenhäusern; dazu zählen z. B. Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), aber auch Praxisnetze oder andere Verbünde von Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten; Ambulante Pflegedienste; Apotheken und Praxen von Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.

1 EINFÜHRENDE INFORMATIONEN

Jeden Tag werden hunderttausende Patientinnen und Patienten in Deutschland ambulant behandelt, beraten und gepflegt. Die Versorgung ist oft komplex und meist sind zahlreiche Personen über diverse Schnittstellen hinweg beteiligt. In der Regel verläuft die Versorgung nach Plan. Dennoch passieren manchmal Dinge, die nicht hätten passieren sollen und die unter anderen Umständen hätten vermieden werden können. Solche Ereignisse kommen z. B. im Umgang mit der Dokumentation, Medikamenten, Medizinprodukten, bei der Kommunikation oder der Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen vor.

Die Folgen sind in den meisten Fällen harmlos. Manchmal kommt aber auch jemand zu *Schaden*, und dann können die Konsequenzen dramatisch sein: Beeinträchtigt werden Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen, aber auch die an der Behandlung Beteiligten, die oft unter Schuldgefühlen und Versagensängsten leiden [1]. Möglicherweise werden sie beschuldigt, einen *Fehler* begangen zu haben. Eventuell werden sie aufgefordert, beim nächsten Mal „besser aufzupassen“ oder sogar bestraft. Dabei wird jedoch übersehen, dass in den allermeisten Fällen nicht eine einzelne Person, sondern die Verkettung unglücklicher Umstände und das Versagen von bestehenden Sicherheitsbarrieren ursächlich sind [2]. Wenn sich am Ablauf nichts ändert, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich das Ereignis in gleicher oder ähnlicher Weise wiederholt. Deshalb ist es wichtig, solche Ereignisse zu erkennen und ihre Ursachen zu analysieren. Wenn die Ursachen bekannt sind, können gezielte Maßnahmen abgeleitet werden, die die Wahrscheinlichkeit verringern, dass das gleiche Ereignis in Zukunft noch einmal eintritt.

Genau hier setzen Berichts- und Lernsysteme an. Mit Hilfe von Mitarbeiterberichten zielen sie darauf ab, Risiken, *Fehler* und *kritische Ereignisse* und deren Ursachen zu erkennen und gemeinschaftlich daraus zu lernen. Solche Systeme sind – auch international – bewährt und als integrativer Bestandteil des Qualitäts- und *Risikomanagements* in Einrichtungen des Gesundheitswesens anerkannt [3].

2 SINN UND ZWECK EINES BERICHTS- UND LERNSYSTEMS

2.1 Begriffsdefinitionen

Mithilfe eines **Berichts- und Lernsystems** können bestimmte **Ereignisse** erfasst und bearbeitet werden. Für ein gemeinsames Verständnis werden diese beiden zentralen Begriffe zunächst definiert und erläutert.

Definition Berichts- und Lernsystem:

Ein Berichts- und Lernsystem ist ein Instrument des *Risikomanagements*. Ziel ist die Prävention von *Fehlern* und Schäden durch das Lernen aus *kritischen Ereignissen*, damit diese künftig von einem selbst und von anderen vermieden werden können. Die Berichte werden systematisch aufgearbeitet, Maßnahmen zur Prävention abgeleitet, umgesetzt und deren Wirksamkeit im Rahmen des *Risikomanagements* evaluiert.

Nach: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) [4]

Berichts- und Lernsysteme sind auch unter anderen Bezeichnungen bekannt, z. B. als CIRS (Critical Incident Reporting Systems) oder als Fehlermeldesysteme.

Die Systeme unterstützen das Sammeln und Aufarbeiten von *kritischen Ereignissen*, sodass Leitungskräfte, die berichtende Person selbst, alle Kolleginnen und Kollegen, im Idealfall aber auch andere Einrichtungen, daraus lernen können.

Berichts- und Lernsysteme können papierbasiert oder elektronisch aufgebaut sein. Größere Organisationen, wie z. B. an Krankenhäuser angebundene Medizinische Versorgungszentren (MVZ), nutzen auch EDV-gestützte Systeme im Intranet oder Internet. Berichts- und Lernsysteme können innerhalb einer einzelnen Einrichtung genutzt werden (einrichtungsintern) oder gemeinsam von mehreren Einrichtungen (einrichtungsübergreifend). Einrichtungsübergreifende Systeme können öffentlich zugänglich und einsehbar (offen) sein oder nur registrierten Nutzern zur Verfügung stehen (geschlossen).

Definition der zu berichtenden Ereignisse:

Als zu berichtende Ereignisse gelten alle Ereignisse, die die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährden.

Gemeint sind damit Ereignisse, die nicht beabsichtigt waren, die nicht erwartet wurden und die nicht wieder passieren sollen. Es können Zwischenfälle berichtet werden, die man selbst erlebt hat, die man beobachtet hat oder die einem berichtet wurden. Es stehen nicht ausschließlich *Fehler* im Vordergrund, sondern diejenigen Ereignisse, die bei der Patientenversorgung als Risiken erkannt werden. Um ein Ereignis zu berichten, muss kein Patientenschaden entstanden sein; kein Ereignis ist zu unwichtig oder zu schwerwiegend, um sich nicht damit zu befassen. In der Literatur werden je nach Fallkonstellation verschiedene Begriffe verwandt, wie z. B. *kritisches*, *unerwünschtes* oder *vermeidbares* Ereignis (siehe Glossar Anhang 6.1).

Beispiele für zu berichtende Ereignisse:

- Unvollständige Dokumentation bei Überweisungen und Entlassungsbriefen
- Inkorrekte Verordnung, Ausgabe oder Verabreichung von Medikamenten
- Probleme bei der Anwendung von medizinischen Geräten
- Fehlende Hilfsmittel
- Verzögerte Behandlungen
- Falsche Diagnosen

2.2 Nutzen und Grenzen

Das Ziel von Berichts- und Lernsystemen ist es, aus Fehlern und Ereignissen zu lernen, diese zukünftig zu reduzieren und dadurch die Patientensicherheit zu verbessern.

Berichts- und Lernsysteme tragen dazu bei, Ursachen des berichteten Ereignisses zu bestimmen. Wenn die Erkenntnisse genutzt und die abgeleiteten Maßnahmen in die täglichen Arbeitsabläufe integriert werden, kann die *Patientensicherheit* verbessert werden. Werden die Erkenntnisse dann einrichtungsübergreifend geteilt, können auch andere aus den Ereignissen lernen und zwar bevor ihnen selbst etwas Ähnliches passiert („Frühwarnsystem“).

Ein wirksames Berichts- und Lernsystem kann die Fähigkeit erhöhen, rasch und flexibel auf ein Ereignis zu reagieren. So kann die Widerstandsfähigkeit des Teams und der Organisation gegenüber derartigen Störfaktoren (*Resilienz*) verbessert werden [5].

Weitere Ziele eines Berichts- und Lernsystems:

- Bewusstsein für Risiken schärfen.
- Sicherheitskultur in der Einrichtung weiterentwickeln.
- Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeitenden durch die aktive Beteiligung bei der Vermeidung von *unerwünschten Ereignissen* positiv beeinflussen.
- Stärkung eines sachlichen Umgangs mit vermeintlich individuellen *Fehlern* von Mitarbeitenden.

Bei der Nutzung sind auch die Grenzen eines Berichts- und Lernsystems zu bedenken:

- Berichts- und Lernsysteme haben für sich allein keinen Einfluss auf die *Patientensicherheit*. Nur wenn Berichte eingehen, die eine Basis für systemorientierte Verbesserungen ergeben, kann die *Patientensicherheit* erhöht werden.
- Ein Berichts- und Lernsystem ist **ein** Instrument im Qualitäts- und Risikomanagement, zu dem auch z. B. *Audits*, *Beschwerdemanagement* und *Peer-Review-Verfahren* gehören.
- Ein Berichts- und Lernsystem liefert keine repräsentativen Daten. Es lassen sich keine Rückschlüsse ziehen, wie viele *unerwünschte Ereignisse* in einer Einrichtung tatsächlich aufgetreten sind.
- Ein Berichts- und Lernsystem ersetzt keine verpflichtenden Meldewege, wie z. B.
 - o bei Schadensfällen an den Haftpflichtversicherer
 - o bei Vorkommnissen mit Medizinprodukten an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/mpAkt/Meldeformular_Herst-Bevollm_Neu.html
 - o bei *unerwünschten Arzneimittelwirkungen* (UAW) an die
 - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/> oder an
 - die Arzneimittelkommission der deutschen Apothekerschaft <https://www.abda.de/themen/arzneimittelsicherheit/amk/amk-berichtsboegen/>

2.3 Anreize und Verpflichtungen zum Risikomanagement

Rechtliche Vorgaben

Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie Vertragszahnärzte sind nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die genauen Anforderungen dazu sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA festgelegt [4]. Danach müssen alle Einrichtungen ein Fehlermanagement als Teil des *Risikomanagements* umsetzen. Fehlermeldesysteme werden als ein Instrument des Fehlermanagements benannt.

Apothekerinnen und Apotheker sind nach § 2a der Apothekenbetriebsordnung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der Apotheke verpflichtet.

Für ambulante Pflegedienste ist Qualitätssicherung im SGB XI ab § 112 festgelegt.

Für Pflegedienste, Apotheken, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten liegen bisher keine konkreten normativen Vorgaben zur Umsetzung des Fehlermanagements vor. Auch wenn es für diese Anbieter keine konkreten Vorgaben gibt, empfiehlt das APS mit dieser Handlungsempfehlung dringend, Berichts- und Lernsysteme zu nutzen, da diese einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der *Patientensicherheit* leisten können.

Unternehmerische Verpflichtungen

Über die genannten Regelungen hinaus gelten für Organisationen je nach Organisationsform auch allgemeine unternehmerische Vorgaben, die z. B. die Haftpflicht, den Arbeitsschutz, das Arbeitsrecht, Baurecht und Datenschutzrecht sowie die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung bzw. Ablauf des Geschäftsprozesses betreffen können [6]. Die Einrichtung und der Betrieb eines Berichts- und Lernsystems dokumentieren einen Beitrag zur Einhaltung dieser Vorgaben.

3 EIN INTERNES BERICHTS- UND LERNSYSTEM ERFOLGREICH EINRICHTEN

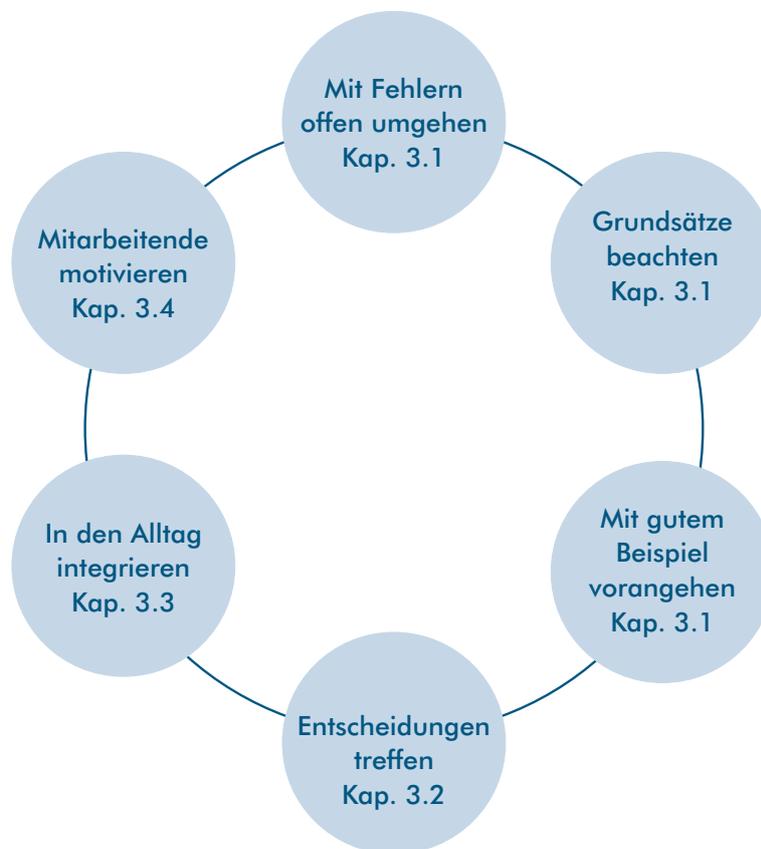


Abbildung 1: Erfolgsfaktoren für die Einrichtung und den Betrieb eines internen Berichts- und Lernsystems

3.1 Voraussetzungen für den Erfolg

Mit Fehlern offen umgehen

Der offene Umgang mit *Fehlern* ist nicht immer einfach, aber eine wichtige Voraussetzung, damit ein Berichts- und Lernsystem erfolgreich genutzt werden kann. Eine lernende Sicherheitskultur zeichnet sich u. a. durch folgende Eigenschaften aus:

- Die Leitung engagiert sich proaktiv für einen offenen Umgang mit *Fehlern*.
- Alle sind sich bewusst, dass die gesundheitliche Versorgung ein risikoreiches Arbeitsfeld ist.
- Alle teilen die Überzeugung, dass Sicherheit wichtig und notwendig ist.
- Innerhalb des Teams liegen eine auf Vertrauen basierende offene Kommunikation und ein sachlicher Umgang mit sämtlichen Ereignissen vor.
- Weder Berichtende noch an den Ereignissen Beteiligte müssen arbeitsrechtliche Konsequenzen fürchten.
- Alle Beteiligten arbeiten hierarchieübergreifend und interdisziplinär bei der Suche nach Verbesserungsmaßnahmen zusammen.
- Niemand sucht nach dem Schuldigen, sondern nur nach den Ursachen des Ereignisses (Nicht „Wer ist schuld?“, sondern „Warum ist es passiert?“).
- Aus Ereignissen wird gelernt und aus den Berichten resultieren erkennbare Veränderungen.
- Entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen werden investiert.

Eine Sicherheitskultur spiegelt wider, wie sich eine Organisation in Wirklichkeit für sicherheitskritische Probleme engagiert („die Art und Weise, wie wir die Dinge hier machen“). Sie wird auch definiert als „das Produkt von individuellen und Gruppenwerten, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensmustern, die das Engagement einer Organisation, ihre Tüchtigkeit und ihre Art bestimmen, wie Gesundheit und Sicherheit im Betrieb gewährleistet werden [7].“

Grundsätze beachten

Eine hohe Berichtsbereitschaft der Mitarbeitenden ist die Basis zum Erfolg (siehe Kapitel 3. 4). Damit ein Berichts- und Lernsystem regelmäßig genutzt wird, sollten folgende Grundsätze beachtet werden:

GRUNDSATZ	ERLÄUTERUNG
Freiwilligkeit	Mitarbeitende berichten freiwillig.
Anonymität	Alle aus dem Team können anonym berichten. Dieser Grundsatz kann jedoch je nach Einrichtung schwierig umsetzbar sein (siehe Kapitel 3.2, Frage 5).
Vertraulichkeit	Alle Informationen im Bericht (z. B. Namen von Patienten oder Teammitgliedern) werden bei der Bearbeitung vertraulich behandelt: Personenbezogene Daten werden niemals an Dritte weitergegeben.
Sanktionsfreiheit	Niemand erfährt Nachteile durch das Berichten von Ereignissen.
Unabhängigkeit	Das Berichtssystem ist weitgehend unabhängig von jeglicher Autorität, die die berichtende Person bestrafen könnte (z. B. disziplinarische Sanktionen).
Klare Aufbau- und Ablaufstrukturen	Die Aufgaben, Zuständigkeiten und Strukturen des Berichts- und Lernsystems sind definiert.
Klare Definition der zu berichtenden Ereignisse	Es ist eindeutig definiert, was berichtet werden soll. Die Definition ist allen im Team bekannt.
Einfaches Berichten	Das Berichts- und Lernsystem ist einfach zugänglich und das Berichten erfordert wenig Zeit.
Unmittelbarkeit	Die Berichte werden umgehend bewertet, um bei akuten Gefahren für die <i>Patientensicherheit</i> sofort tätig zu werden (siehe Kapitel 4.2).
Systematische Analyse	Ereignisse werden nach einer strukturierten Methode untersucht.
Systemorientierung	Die Analyse und die abgeleiteten Maßnahmen richten sich auf Veränderungen im System, von Prozessen oder Produkten (nicht auf Personen).
Umsetzung von Maßnahmen	Die abgeleiteten Maßnahmen werden zeitnah umgesetzt.
Rückmeldung an Mitarbeitende	Die Mitarbeitenden erhalten regelmäßig Rückmeldungen über Berichte und Maßnahmen.

Tabelle 1: Grundsätze eines Berichts- und Lernsystems. Zusammengestellt unter Verwendung von [3] und [8].

Mit gutem Beispiel vorangehen

Die Leitung der Einrichtung, z. B. Inhaberinnen und Inhaber von Praxen, Apotheken oder Pflegediensten, ist nicht nur verantwortlich für die Einführung des internen Berichts- und Lernsystems. Vielmehr ist die Leitung als Vorbild und Unterstützerin des Systems gefordert. Den ersten Schritt zur erfolgreichen Einrichtung eines internen Berichts- und Lernsystems stellt das eigene klare Bekenntnis zur Implementierung und Umsetzung dieses Instruments dar.

Wichtig ist außerdem, dass die Leitung

- sich dafür einsetzt, die Sicherheitskultur weiterzuentwickeln und dieses vorlebt,
- die Strukturen für die Schaffung eines Berichts- und Lernsystems gemeinsam mit der oder dem Verantwortlichen festlegt,
- das Berichts- und Lernsystem dem gesamten Team vorstellt und es im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeitende fest verankert ist,
- die erforderlichen Ressourcen bereitstellt,
- ein aktives und sichtbares Engagement zeigt,
- Veränderungen unterstützt, die sich aus der Analyse der Ereignisse ergeben und
- den Nutzen von Verbesserungsprozessen kennt und sich zu den Themen *Risikomanagement*, *Fallanalyse*, *Sicherheitskultur* sowie Berichts- und Lernsysteme fortbildet.

3.2 Entscheidungen treffen

In der Regel wird die Leitung einer Einrichtung ein eigenes Berichts- und Lernsystem gestalten. Dieses ist abhängig von der Art und den Strukturen der jeweiligen Einrichtung. Deshalb sollten vorab Entscheidungen getroffen werden, wie das Vorhaben konkretisiert wird. Es wird empfohlen, in dieser Phase interessierte Mitarbeitende einzubinden und die folgenden zehn Fragen zu beantworten.

FRAGEN, DIE IN JEDER EINRICHTUNG BEANTWORTET WERDEN MÜSSEN:

(auf den nächsten Seiten werden diese ausführlich erläutert)

1. Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen haben wir?
2. Wer soll berichten können?
3. Was soll berichtet werden?
4. Wie soll berichtet werden?
5. Wie gehen wir mit Anonymität und Vertraulichkeit um?
6. Wer ist zuständig für was?
7. Wie werden Mitarbeitende eingebunden und informiert?
8. Wie lernen wir aus Ereignissen?
9. Wie sollen Ereignisse mit betroffenen Patienten/Angehörigen kommuniziert werden?
10. Wie soll mit Schadensberichten umgegangen werden?

Im Folgenden werden die zehn Fragen erläutert.

1. Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen haben wir?

Um Berichts- und Lernsysteme erfolgreich einrichten zu können, müssen zunächst die vorhandenen Strukturen analysiert werden, um förderliche Faktoren und mögliche Barrieren zu bestimmen. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein:

- Wie sind wir organisiert (Anzahl der ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden, Vollzeit-/ Teilzeitkräfte usw.)?
- Welchen Führungsstil haben wir? Wie treffen wir Entscheidungen (autoritär, demokratisch)? Wie kommunizieren wir Veränderungen?
- Wie sind unsere personellen und zeitlichen Ressourcen?
- Wie ist das Arbeitsklima? Haben wir einen vertrauensvollen Umgang miteinander? Gibt es (unausgesprochene) Konflikte?
- Wie sind die Mitarbeitenden qualifiziert? Gibt/gab es Schulungen zu Qualitäts- oder Risikomanagement? Wenn ja, wer hat teilgenommen?
- Welche technischen Voraussetzungen haben wir? Gibt es PCs, Internetzugang, Intranet usw.?
- Wie ist die Haltung der Leitung und der Mitarbeitenden gegenüber Neuerungen (Interesse, Motivation, Skepsis, Widerstand gegenüber Veränderungen)?
- Gibt es eine Teambesprechung, die für Schulungen und gemeinschaftliche Analysen von Ereignissen genutzt werden kann?
- Welche Voraussetzungen bietet unser Qualitätsmanagementsystem und wie wollen wir das Berichts- und Lernsystem darin einbetten?

2. Wer soll berichten können?

Jeder Hinweis von jedem ist wichtig, deshalb sollten alle Mitarbeitenden einbezogen werden – von der Reinigungskraft über die Auszubildenden bis zur Leitung.

3. Was soll berichtet werden?

In jeder Einrichtung muss überlegt werden, welche Ereignisse im Berichts- und Lernsystem aufgenommen werden sollen. Danach sollte allen klar sein, was berichtet werden soll. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zu berichten. Unterstützung bei der Formulierung bietet die Definition von „zu berichtenden Ereignissen“ in Kapitel 2.1. Es kann sein, dass Berichte eingegeben werden, für die es verpflichtende Meldesysteme gibt, z. B. Medikationsfehler, Medizinprodukte-Vorkommnisse und Schadensmeldungen (siehe Kapitel 2.2). Es kann auch sein, dass Ereignisse berichtet werden, die die Sicherheit von Angehörigen und Besuchern, Mitarbeitenden oder Kooperationspartnern betreffen. Für den Umgang mit solchen Berichten sollten klar definierte Regeln erstellt, eingehalten und transparent kommuniziert werden. Mitarbeitende einer Einrichtung könnten sich darauf einigen, auch diese Inhalte in das interne System aufzunehmen, um die darin liegenden Verbesserungspotenziale zu berücksichtigen und um zu prüfen, ob Maßnahmen getroffen werden müssen. Prinzipiell gibt es keine „falschen Berichte“. Es ist aber wichtig, dass die Definition der Ereignisse, die berichtet werden sollen, allen bekannt ist.

4. Wie soll berichtet werden?

Die Einrichtung muss entscheiden, ob sie für das Berichts- und Lernsystem ein papiergestütztes oder elektronisches Format wählt. Eine papiergestützte Form erfordert ein geringes Investitionsvolumen und könnte am Anfang für Einrichtungen mit wenig Personal die geeignete Form sein. Eine elektronische Lösung hat die Vorteile, dass sie einen leichten Zugriff auf vergangene Ereignisse und Maßnahmen (wie in einer durchsuchbaren Datenbank) bietet und verschiedene Auswertungen der Informationen ermöglicht. Möglich ist auch eine Mischung aus beidem: Es wird ein papiergestützter Berichtsbogen verwendet, die nachträgliche Bearbeitung erfolgt elektronisch.

TABELLE 2: BEISPIELE FÜR BERICHTS- UND LERNSYSTEME

Papierbasiert	Ein Fehlerbuch liegt an einem zentralen und vor dem Zugriff Dritter geschützten Platz aus. Berichtsformulare werden in einem Ordner an einem zentralen und vor dem Zugriff Dritter geschützten Platz aufbewahrt. Ausgefüllte Berichtsformulare können in einen dafür vorgesehenen Briefkasten geworfen werden.
Elektronisch	Ein elektronisches Berichtsformular (z. B. in Form einer Tabelle) steht allen in der Einrichtung zur Verfügung und kann von allen Rechnern aufgerufen werden. Im Patientenverwaltungssystem ist ein fiktiver Patient angelegt, der von jedem PC aufrufbar ist. In diesem Dummy-Patienten werden Auffälligkeiten dokumentiert. In der Einrichtung ist eine CIRS-Software eingerichtet (z. B. im Intranet).

In jedem Fall sollte der Berichtsbogen anwenderfreundlich und für jeden leicht zugänglich sein. Ein einheitliches Format erleichtert den Export von Berichten an einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme (siehe Kapitel 5). Datenfelder sollten genügend Platz bieten, um mit eigenen Worten beschreiben zu können, was passiert ist (siehe Beispiel von einem Berichtsformular im Anhang).

5. Wie gehen wir mit Anonymität und Vertraulichkeit um?

Anonymität bedeutet, dass eine Person oder eine Einrichtung nicht identifiziert werden kann. In anonymen Berichten werden keine Namen von Mitarbeitenden, Patienten oder Einrichtungen genannt, auch werden indirekte Hinweise vermieden, die eine Zuordnung zu Personen erlauben würden (z. B. detaillierte Beschreibungen von Personen oder seltenen Ereignissen) [9]. Auch wenn die Anonymität formal sichergestellt ist, kann es schwierig sein, diese praktisch im ambulanten Versorgungsalltag zu gewährleisten. Insbesondere in kleineren Versorgungseinheiten ist die Anonymität aufgrund einer meist geringen Anzahl von Mitarbeitenden oder einer engen Zusammenarbeit in kleinen Teams nur eingeschränkt realisierbar. Hier sollte überlegt werden, ob nicht von vornherein auf Anonymität verzichtet werden kann und Regelungen zur Vertraulichkeit getroffen werden können.

Vertraulichkeit bedeutet, dass die Berichte mit Diskretion behandelt und Informationen nicht an Dritte weitergegeben werden. Es bedeutet auch, dass die Informationen vor dem Zugriff Dritter geschützt sind (siehe „Schriftliche Zusicherung der Sanktionsfreiheit und Vertraulichkeit“ im Anhang). Dies kann von Vorteil sein, da Fragen zum Ereignis mit der berichtenden Person geklärt werden können. In einer lernenden Sicherheitskultur gehen alle Beteiligten offen mit Ereignissen um und sehen jedes Ereignis als Chance, Arbeitsabläufe noch sicherer zu gestalten. Wenn jemand Angst hat zu berichten oder sich vor Anschuldigungen und Sanktionen fürchtet, ist das ein Zeichen dafür, dass mehr für die Sicherheitskultur in der Einrichtung getan werden muss. Je mehr Fälle vertraulich berichtet werden, desto reifer und konstruktiver ist die Sicherheitskultur [10].

6. Wer ist zuständig für was?

Zuständige für die Betreuung des Berichts- und Lernsystems werden festgelegt. Diese müssen nicht in Führungspositionen sein. Es sollen Personen sein, die vom gesamten Team als Vertrauensperson anerkannt sind und die ein gutes Fachwissen aufweisen. Teams können ebenso von rotierenden Zuständigkeiten profitieren, indem unterschiedliche Personen abwechselnd die entstandenen Sicherheitsprobleme vorstellen und Feedback geben [11]. Mitarbeitende sollten für die ihnen übertragenen Zuständigkeiten ausreichend qualifiziert werden. Zu den Zuständigkeiten gehören:

- regelmäßig den Berichtseingang sichten
- bewerten, ob akuter Handlungsbedarf (=Sofortmaßnahme) besteht

- Berichtsinhalte anonymisieren
- regelmäßige (z. B. monatliche) Besprechungen organisieren
- Ursachen und Begleitumstände von Ereignissen zusammentragen (siehe Kap. 4.3)
- Maßnahmen initiieren und nachhaltig umsetzen (siehe Kap. 4.4)
- über den Stand der Umsetzung der Maßnahmen berichten und die Wirksamkeit von Maßnahmen überprüfen (Kap. 4.5)
- ggf. den Bericht in ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem einstellen

7. Wie werden Mitarbeitende eingebunden und informiert?

Für die meisten Mitarbeitenden ist ein Berichts- und Lernsystem ein neues Instrument. Damit alle dafür ein gleiches Verständnis entwickeln und sich eingebunden fühlen, ist ein geplantes Vorgehen notwendig.

Die Leitung ist verantwortlich dafür, dass das Berichts- und Lernsystem allen Mitarbeitenden vorgestellt wird, z. B. im Rahmen einer Teambesprechung. Dabei sollten zunächst die Ziele und Grundsätze vermittelt werden, gefolgt von den internen Umsetzungsplänen. Es ist sinnvoll, sich auch auf Widerstände („Wieso? Es läuft doch alles gut!“) vorzubereiten. Hier kann eine schrittweise Sensibilisierung anhand von Beispielen aus einem einrichtungsübergreifendem System hilfreich sein (siehe Kapitel 5). Bei der Einführung sollte auch auf die Freiwilligkeit und die Wahrung der Anonymität bzw. Vertraulichkeit eingegangen werden. Es ist sinnvoll, dies schriftlich zu vereinbaren, um die Ernsthaftigkeit der Absicht zu verdeutlichen (siehe Beispiel dazu im Anhang). Eine einmalige Einweisung reicht nicht aus, um die Nutzung des Berichts- und Lernsystems zu vermitteln. Mitarbeitende sollten Raum und Zeit haben, sich mit dem System vertraut zu machen.

Mit gutem Beispiel voran

Um den Mitarbeitenden Angst oder Scham zu nehmen, sollte die Chefin oder der Chef mit guten Beispielen vorangehen und in einer Teamsitzung von einem Ereignis berichten, an dem sie oder er selbst beteiligt war. Es wird sachlich berichtet, wie es zu dem Ereignis kommen konnte und was unternommen wurde. Danach stellt die Chefin oder der Chef vor, was zu berichtende Ereignisse sind und wieso sie berichtet werden sollen. Ggf. wird das Berichtsformular vorgestellt und besprochen. Bedenken und Verbesserungen zum praxisindividuellen Umgang werden besprochen.

8. Wie lernen wir aus Ereignissen?

Das Wesentliche ist, dass aus den berichteten Ereignissen gelernt wird. Die Auseinandersetzung mit den Ursachen trägt zwar dazu bei, sich potenziellen Risiken bewusst zu werden und ihnen im Alltag mit größerer Aufmerksamkeit zu begegnen (Risikosensibilisierung), reicht allein aber nicht aus. Methoden zur Analyse von Ereignissen und das Ableiten von Maßnahmen werden in Kapitel 4.3 erläutert.

9. Wie sollen Ereignisse mit betroffenen Patientinnen und Patienten oder Angehörigen kommuniziert werden?

Viele Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind unsicher, was sie nach einem *unerwünschten Ereignis* sagen dürfen. Viele befürchten, dass eine Mitleidsbekundung oder eine Entschuldigung den Verlust des Versicherungsschutzes bedeutet. Diese Befürchtungen sind rechtlich unbegründet. Ausdruck von Bedauern, wahrheitsgemäße Erklärungen über Tatsachen und Erläuterungen medizinischer Sachverhalte sind kein Anerkenntnis und führen nicht zum Verlust des Haftpflichtversicherungsschutzes. Eine offene, zeitgerechte und kontinuierliche Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist wichtig. Hilfestellung bietet die APS-Broschüre „Reden ist Gold“ [12] und der APS-Patientenratgeber „Reden ist der beste Weg“ [13].

Wenn bei dem Ereignis einer Patientin oder einem Patienten ein *Schaden* zugefügt wurde, sollte dieser darüber informiert werden und eine Entschuldigung erfolgen. Es kann darauf hingewiesen werden, dass das Team den Ursachen auf den Grund gehen wird, um ein Wiederholen zu verhindern und aus dem Vorfall zu lernen. Wenn keine Transparenz über das Geschehene durch ein Gespräch geschaffen wird, reagieren viele Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige nach *unerwünschten Ereignissen* oft mit starken Gefühlen wie Wut und Verbitterung. Es ist wichtig, das Gespräch mit ihnen zu suchen, damit sie sich ernst genommen und nicht allein gelassen oder gar betrogen fühlen. Wichtiger als der Wunsch nach materiellem Schadensersatz ist Betroffenen gewöhnlich, dass aus dem Vorfall gelernt wird und anderen nicht das Gleiche passiert.

10. Wie soll mit Schadensberichten umgegangen werden?

Wie bereits in Kapitel 2.2. genannt, müssen Schadensfälle an den Haftpflichtversicherer gemeldet werden. Für das Lernen aus *Fehlern* ist es allerdings unerheblich, ob bei einem berichteten Ereignis ein *Schaden* entstanden ist. Für die weitere Bearbeitung ist das zugrunde liegende *Risiko* bzw. der *Fehler* ausschlaggebend, nicht der möglicherweise resultierende *Schaden*. Daher kann es sinnvoll sein, in einem Berichts- und Lernsystem Regelungen zu treffen, wie Ereignisse dauerhaft dokumentiert werden, in denen ein *Schaden* für den Patienten entstanden ist. Für manche Ereignisse kann es angebracht sein, den *Schaden* nicht zu dokumentieren, z. B. weil dies im Rahmen der Anonymisierung geboten erscheint [14].

3.3 In den Arbeitsalltag integrieren

Fehlermanagement sowie Kommunikation über Ereignisse und Verbesserungsmaßnahmen sollten in der täglichen Arbeit einer Einrichtung fester Bestandteil sein. Bereits funktionierende Strukturen und Prozesse werden als solche erkannt, benannt und nur dann verändert, wenn es erforderlich ist. Je selbstverständlicher dies in die Praxisabläufe eingebunden ist, desto leichter können Ängste über unnötige zusätzliche Bürokratie genommen werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Einbettung in die Teamroutinen (z. B. fester Tagesordnungspunkt in den wöchentlichen Teamsitzungen) sehr Erfolg versprechend ist [15].

Damit das Berichts- und Lernsystem auf lange Sicht effektiv betrieben werden kann, sollte dieses in regelmäßigen Abständen auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden.

Folgende Fragen können hierbei hilfreich sein

- Wie viele Ereignisse sind berichtet worden?
- Welche Themen wurden berichtet?
- Wurden Verbesserungsvorschläge realisiert?
- Verbessern die Maßnahmen die Sicherheit von Patienten im Alltag?
- Aus welchen Gründen wurden Verbesserungsvorschläge nicht umgesetzt?
- Stimmt die Struktur? Stimmt die Häufigkeit der Treffen?
- Brauchen wir andere Personen/Ressourcen, um Ereignisse zu analysieren und Maßnahmen umzusetzen?



3.4 Mitarbeitende motivieren

Berichts- und Lernsysteme leben von der Bereitschaft aller, über Ereignisse berichten zu wollen. Mitarbeitende werden das Berichts- und Lernsystem nutzen, wenn sie spüren,

- dass kritische Anmerkungen und Berichte gewünscht sind und wertschätzend angenommen werden,
- dass mit Berichten sensibel umgegangen wird,
- dass sie selbst keine Nachteile aus der Mitarbeit erfahren,
- dass sie ihre Arbeitsumwelt mitgestalten können und
- dass aus den Berichten erkennbare Veränderungen für mehr Sicherheit der Patienten und für sie selbst resultieren.

Die Sicherheit, sanktionsfrei und vertraulich berichten zu können, erhöht die Berichtsbereitschaft. Ein zentrales Element für die Glaubwürdigkeit des Systems und für das Vertrauen der Mitarbeitenden ist, dass sie wissen,

- was berichtet werden soll,
- wie, von wem und wann die Berichte bearbeitet werden und
- wie Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt werden.

Über Vorgänge und Verbesserungsprojekte sollten die Mitarbeitenden regelmäßig informiert werden (z. B. als fester Bestandteil der Teambesprechung).

4 EIN BERICHTS- UND LERNSYSTEM EFFEKTIV BETREIBEN

Berichten und Lernen für mehr Patientensicherheit

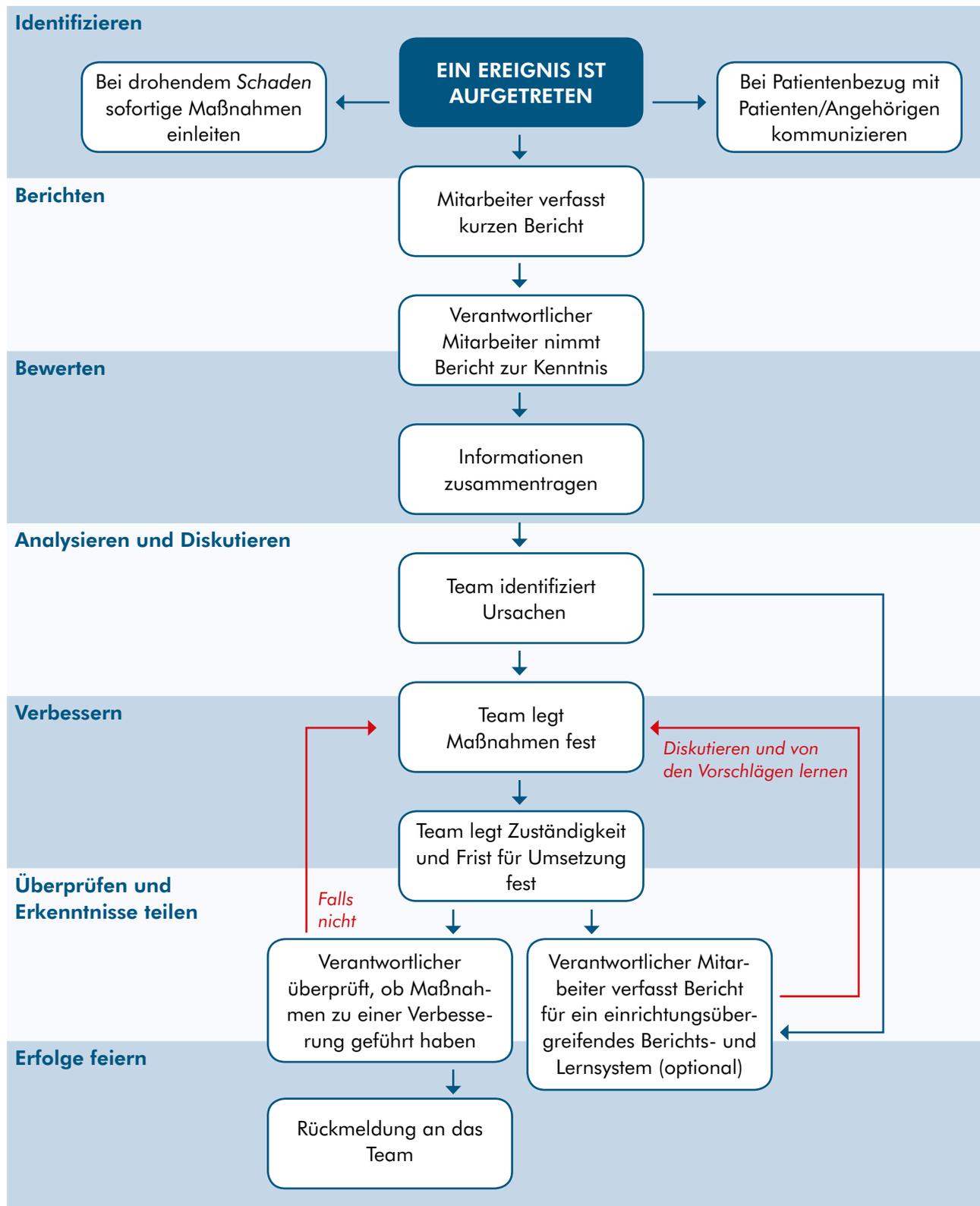


Abbildung 2: Berichten und Lernen für mehr Patientensicherheit. Modifiziert nach [16].

4.1 Ereignis identifizieren und berichten

Der erste Schritt ist, zu erkennen, dass es sich um ein berichtenswertes Ereignis handelt (siehe Kapitel 3.2: Was soll berichtet werden?). In einem Bericht soll so klar wie möglich dargestellt werden, was passiert ist (idealerweise in einem zeitlichen Ablauf) und was das Ergebnis war. Zusätzlich sollten Überlegungen, wie es zu dem Ereignis kommen konnte, und Verbesserungsvorschläge geäußert werden. Wichtig ist vor allem, dass keine Schuldzuweisungen geäußert werden.

Zunächst kann es ausreichen, mit einem kurzen Bericht einen Hinweis zu dokumentieren, damit das Geschehene in der Hektik des Versorgungsalltages nicht vergessen wird. Der Bericht kann dann später in Ruhe vervollständigt werden. Ein Beispiel für ein Berichtsformular ist im Anhang aufgeführt.

BEISPIEL A: Patientenverwechslung in einer radiologischen Praxis

Patient X wurde im Wartezimmer mit Namen aufgerufen. Er wurde im CT untersucht. Beim anschließenden Gespräch mit dem Arzt stellte sich heraus, dass es gar nicht der aufgerufene Patient war, sondern ein anderer mit ähnlichem Namen.

Quelle: Berichtsdatenbank www.jeder-fehler-zählt.de, Fall 849 (adaptiert)

Jedes Ereignis sollte vor dem Berichten daraufhin eingeschätzt werden, ob im weiteren Verlauf für den Patienten ein Schaden entstehen könnte. Im nächsten Beispiel besteht akuter Handlungsbedarf und sofortige Maßnahmen müssen eingeleitet werden.

BEISPIEL B: Fehlerhaftes Rezept in einer hausärztlichen Praxis ausgehändigt

Ein Patient X erhält ein Rezept mit der fälschlicherweise doppelten Dosierung seines Blutdruckmedikaments. Dies fällt der Medizinischen Fachangestellten (MFA) 10 Minuten nachdem der Patient die Praxis verlassen hat, auf.

In einem solchen Fall ist es notwendig, sofort den Patienten und ggf. Angehörige zu informieren, um die Einnahme der falschen Medikation zu verhindern.

4.2 Ereignis bewerten

Nach der Berichterstellung sollte eingeschätzt werden, wie wahrscheinlich es ist, dass das Ereignis wieder auftritt und wie groß der zu erwartende Schaden im schlimmsten Fall wäre, der dabei auftreten könnte. Um die Dringlichkeit des Handelns einzuschätzen, bietet eine zweidimensionale Matrix praktikable Hilfestellung (siehe Risikomatrix im Anhang).

Je größer das Risiko, umso zeitnäher sollte die Analyse des Ereignisses erfolgen.

4.3 Ereignis analysieren und diskutieren

Das Ziel der Analyse ist es, die Ursachen und beitragenden Faktoren für ein Ereignis zu identifizieren.

Was sind beitragende Faktoren?

Die Forschung zur Fehlerentstehung hat gezeigt, dass neben aktiven Fehlhandlungen von Personen fast immer auch latente Rahmenbedingungen zur Entstehung eines Ereignisses beitragen. Durch diese Rahmenbedingungen (z. B. Personalmangel, inadäquate Software, unvorteilhafte räumliche Bedingungen) und aktive Fehlhandlungen (z. B. Danebengreifen, Verwechseln) können bestehende Sicherheitsbarrieren versagen und es kann zu einem *unerwünschten Ereignis* kommen. Dies wird in dem „Schweizer-Käse-Modell“ illustriert (vgl. Abbildung 3).

„Swiss Cheese-Model“ nach JT. Reason, Human Error, 1990

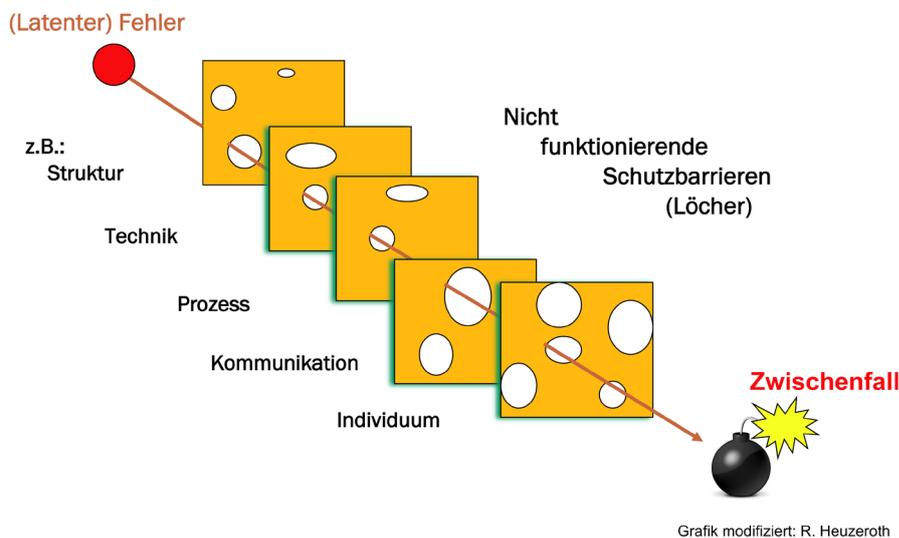


Abbildung 3: Schweizer Käsemodell nach Reason [2] modifiziert: Heuzeroth

Durch eine systematische Suche nach latenten Rahmenbedingungen („Warum konnte das geschehen?“) können Schwachstellen im System (die „Löcher im Käse“) identifiziert werden (z. B. Medikamente mit ähnlicher Bezeichnung und ähnlichem Verpackungsdesign sind nebeneinander gelagert). Bestimmte Maßnahmen können dann dazu beitragen – als Sicherheitsbarriere – das Wiederauftreten dieses Ereignisses zu verhindern (z. B. Beleuchtung, Ruhe bei der Rezeptausgabe oder der Medikationsvorbereitung) [8].

Zahlreiche Faktoren können dazu beitragen, dass ein *unerwünschtes Ereignis* auftritt [17]:

- Zu den **Patientenfaktoren** gehört z. B., dass die Patientin oder der Patient viele verschiedene Erkrankungen hatte, die die Übersicht über die Therapie erschwert haben.
- Zu den **Aufgabenfaktoren** gehört z. B. das Fehlen von Richtlinien und Anweisungen oder eine unzureichende Klärung von Zuständigkeiten.
- Zu den **individuellen Faktoren** gehören z. B. unzureichende (Fach)Kenntnisse oder Erfahrung von bestimmten Mitarbeitenden.
- Zu den **Teamfaktoren** gehört z. B. mangelhafte Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden.
- Zu den **Faktoren der Arbeitsbedingungen** gehört z. B. eine ungewöhnlich hohe Arbeitsbelastung, unzureichender Personalbestand oder eine mangelhafte Ausstattung des Arbeitsumfeldes.

Weitere Beispiele für beitragende Faktoren sind im Anhang zusammengestellt.

Wie können beitragende Faktoren erkannt werden?

Um die Faktoren bestimmen zu können, kann es sinnvoll sein, weitere Informationen zusammenzutragen, die in einem knapp gefassten Bericht nicht berücksichtigt wurden, aber für die detaillierte Aufklärung des Hergangs wichtig sind, z. B. durch Gespräche mit Beteiligten, Sichtung der Patientenakten und Betrachtung der örtlichen Begebenheiten.

Die Ursachen eines *unerwünschten Ereignisses* liegen oft nur scheinbar auf der Hand und die „mal schnell“ abgeleiteten Maßnahmen können in die falsche Richtung zielen. **Ein strukturiertes Vorgehen bei der Analyse ist eine wichtige Voraussetzung, um nichts zu übersehen.** Strukturiert bedeutet, alle Informationen zusammenzutragen und anschließend, z. B. anhand einer Checkliste, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die zu dem Ereignis beigetragen haben (siehe Analyseformular im Anhang).

In kleinen Einrichtungen, etwa in einer Hausarztpraxis oder einer Apotheke, kann sich das gesamte Team an der Analyse beteiligen. In größeren Einrichtungen kann es von Vorteil sein, wenn jemand bestimmt wird, der die Analyse durchführt und die Informationen zusammenträgt. Einrichtungen können sich auch für die Analyse zusammenschließen, um von den unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen zu profitieren.

Die Vorteile einer Analyse im Team liegen nicht nur in der Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven. Es kann sich auch ein gemeinsames Verständnis von Risiken bzw. Sicherheit entwickeln, sodass abgeleitete Maßnahmen erfolgreicher umgesetzt werden können.

Bezogen auf **Beispiel A: Patientenverwechslung in einer radiologischen Praxis** ergeben sich folgende Einschätzungen zu den beitragenden Faktoren:

Die Patientinnen und Patienten werden über einen Lautsprecher im Wartezimmer aufgerufen. Abhängig von den Umgebungsgeräuschen ist die Durchsage nicht immer gut zu verstehen (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen**). Außerdem handelte es sich bei dem aufgerufenen Patienten um einen älteren Herrn, der kaum Deutsch versteht (beitragender Faktor: **Patient**). Es wurde die falsche CT-Untersuchung durchgeführt (**unerwünschtes Ereignis**). Der *Schaden* besteht in der Notwendigkeit der Durchführung einer weiteren Untersuchung mit den Risiken der Strahlenexposition und Kontrastmittelgabe (**geringer Schaden**). Die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens dieses Ereignisses (siehe Anhang Risikomatrix) wird in der radiologischen Praxis als **möglich** (ca. 1x im Quartal) bewertet.

Ein weiteres Beispiel verdeutlicht, weshalb eine Analyse mit dem Team sinnvoll ist:

BEISPIEL C: Medikamentenverwechslung – Bericht eines Weiterbildungsassistenten

Medikamentenverwechslung: Depo-Clinovir (Kontrazeption – 3-Monatsspritze) anstatt Depot-Medron (Kortisonpräparat) i.m. injiziert. Sehr viel zu tun an dem Tag. Normalerweise geht die Patientin erst zur MFA, diesmal kam sie aber direkt zu mir. Bisher habe ich selber noch nie ein Depotpräparat injiziert, habe es aber schon sehr häufig gesehen. Ich fühlte mich kompetent dazu. Im Medikamentenschrank stehen Präparate mit ähnlichen Namen nebeneinander, ich habe aus Versehen das falsche gegriffen, habe mich vergewissert, dass es noch nicht abgelaufen war. Später fiel mein *Fehler* auf, der Chef und die leitende MFA wurden informiert. Ich habe die Patientin angerufen und mich entschuldigt, Nebenwirkungen erläutert und besprochen, dass sie sich meldet, wenn welche auftreten.

Der Fall wurde eine Woche später in der Teambesprechung diskutiert, um weitere Perspektiven miteinzubeziehen. Bei der Diskussion hat die Person, die für die Analyse zuständig ist, darauf geachtet, dass alle potenziell beitragenden Faktoren entsprechend der Checkliste angesprochen und geprüft wurden.

Bezogen auf **Beispiel C: Medikamentenverwechslung – Bericht eines Weiterbildungsassistenten** ergeben sich folgende Einschätzungen zu den beitragenden Faktoren:

- Alle Mitarbeitenden (Ärzte, MFA und Praxissekretärin) hatten an dem Tag schwierige Arbeitsbedingungen. Laut Tagesliste hatten alle Ärztinnen und Ärzte zu dem Zeitpunkt bereits 30-40 Minuten Wartezeit. Da ein Arzt krankheitsbedingt ausgefallen war, wurden dessen Patientinnen und Patienten auf die Verbliebenen verteilt (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Der Assistent ist in der eigenständigen Durchführung von Injektionen unerfahren (beitragender Faktor: **Individuum**).
- Der Praxissekretärin war unklar, für welche Tätigkeiten der Assistent eingesetzt werden durfte (beitragender Faktor: **Aufgabe**).
- Es war keine MFA für Nachfragen der Sekretärin greifbar (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Im Verlauf der Analyse stellte sich heraus, dass einige Ärztinnen und Ärzte sowie MFA ebenfalls schon nach dem falschen Medikament gegriffen hatten, u. a. weil die oberen Schrankfächer für einige zu hoch sind. Die Packungen können nur gegriffen werden, wenn man sich auf die Zehenspitzen stellt (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Außerdem sehen die beiden Packungen ähnlich aus (look alike/sound alike Problematik) (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Bei der Injektion fehlt eine Supervision für den Weiterbildungsassistenten und ein Standard wie die Anwendung des 4-Augen-Prinzips (beitragender Faktor: **Teamfaktoren/Organisation**).

Zur Veranschaulichung der beitragenden Faktoren eignet sich die Darstellung im Fischgräten-Diagramm (siehe Abbildung 4).

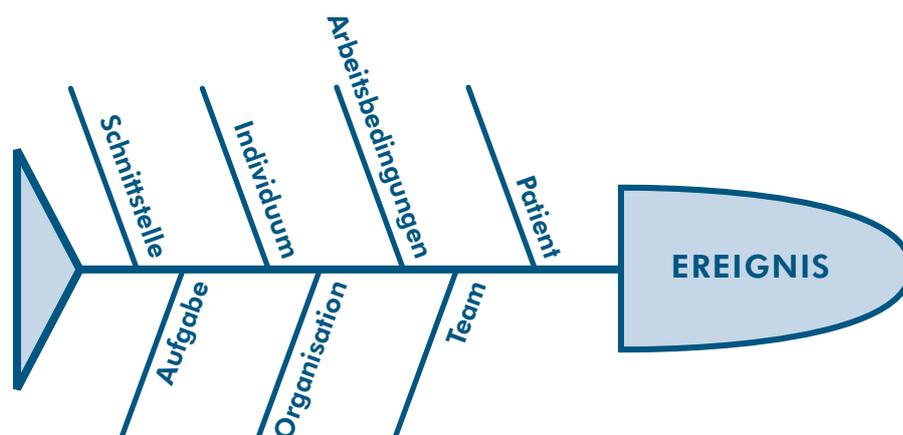


Abbildung 4: Fischgräten-Diagramm

Das Diagramm kann auf einem Blatt Papier oder einem Whiteboard für alle sichtbar aufgezeichnet werden. Bei der Bearbeitung wird das Ereignis in den Kopf des Fisches geschrieben. Die Ergebnisse der Ursachenanalyse werden an den dazugehörigen Gräten (beitragenden Faktoren) aufgelistet.

Für die Anwendung in der ambulanten Versorgung wurde zur ursprünglichen Version [17] die **Schnittstelle** als ein beitragender Faktor eingefügt, da die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ein Problem-
schwerpunkt ist. Ein Beispiel hierfür ist ein fehlerhafter Entlassungsbericht oder eine fehlerhafte Verordnung.

Der zeitliche Ablauf eines *unerwünschten Ereignisses* kann auch entlang eines Zeitstrahls dargestellt werden. Die Anwendung solcher Methoden erleichtert ein strukturiertes Vorgehen bei der Analyse.

Am Beispiel C (Medikamentenverwechslung) wird deutlich: Eine **berufsgruppenübergreifende Diskussion** und Analyse führt dazu, dass z. B. in einer Arztpraxis die risikoanfälligen Abläufe vor und hinter der „geschlossenen Sprechzimmertür“ für alle transparent werden. Bei Ereignissen, bei denen Mitbehandelnde externer Einrichtungen beteiligt waren – z. B. unvollständige Arztbriefe, falsche Lieferung aus der Apotheke – sollten diese zumindest darüber informiert, wenn nicht sogar in die Analyse mit einbezogen werden. Da der Patient mit dem Behandlungsvertrag seine Einwilligung zum Datenaustausch zwischen Behandlern gegeben hat, ergibt sich hier datenschutzrechtlich im Sinne einer Schweigepflichtsverletzung kein Problem. Nur so erhalten diese Einrichtungen die Möglichkeit, ebenfalls aus dem Geschehenen zu lernen.

Für Ereignisse, an denen mehrere Personen in unterschiedlichen Verantwortungsebenen beteiligt waren, oder wenn der betroffene Patient einen komplexen sozialen oder medizinischen Hintergrund hat, kann das Herausarbeiten der beitragenden Faktoren aufwendig sein. Hilfe bietet das Qualitätszirkel-Modul *Patientensicherheit* der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Moderatoren [18] oder die Teilnahme an einer Schulung für Fallanalysemethoden.

4.4 Verbessern (Maßnahmen ableiten und umsetzen)

Entscheidend für den Erfolg von Berichts- und Lernsystemen ist, dass auf Basis der Analyseergebnisse konkrete Maßnahmen abgeleitet werden, die dabei helfen,

- die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass das Ereignis so oder ähnlich noch einmal geschieht,
- gleiche oder ähnliche Ereignisse früher zu erkennen und/oder
- drohende Schäden bei Wiederholung zu minimieren.

Maßnahmen können das Verhalten und Lernen des Einzelnen betreffen, z. B. durch Weisungen, Regelungen, Fort- und Weiterbildungen. Allerdings können solche Maßnahmen auf Individuumsebene durch viele Faktoren beeinflusst werden (z. B. Aufmerksamkeit, Ermüdung, widersprüchliche Prioritäten) und gelten deswegen als „**schwache Maßnahmen**“. Solche, die strukturelle Veränderungen bewirken, wie z.B. die Anpassung von IT-Systemen oder bauliche Änderungen, sind dagegen bei einer Implementierung nachhaltig und effektiv ohne sich dabei auf das „richtige“ Verhalten von Individuen zu verlassen und werden deswegen als „**starke Maßnahmen**“ angesehen [19].

Für jede Maßnahme ist eine zuständige Person und ein realistischer Überprüfungszeitpunkt zu benennen und zu dokumentieren. Der Umfang der Maßnahmen richtet sich auch nach dem Ergebnis der Risikobewertung (siehe Kapitel 4.2.). Bei der Beschreibung bzw. Formulierung der Maßnahmen sind folgende Punkte zu beachten:

- Jede Maßnahme so konkret wie möglich beschreiben: In welchem Prozess wird zu welchem Zeitpunkt von wem (Bereich, Berufsgruppe, Position) was genau wie umgesetzt? Keine Absichtserklärungen, Appelle oder Fragen (... sollte/müsste mal getan werden...).
- Die Maßnahmenbeschreibung sollte auch für Dritte verständlich sein.

Für **Beispiel C (Medikamentenverwechslung)** hat die Praxis für jeden erarbeiteten beitragenden Faktor folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Abläufe erarbeitet:

Arbeitsbedingung: Änderung der Medikamentensortierung nach Wirkstoffgruppen (nicht mehr alphabetisch) und Umbau des Schanks, damit alle Mitarbeitenden jedes Medikament sehen und erreichen können. Für die Umsortierung der Medikamente ist die MFA verantwortlich, die sich um die Apothekenbestellungen kümmert. Die Maßnahme soll innerhalb von 14 Tagen erledigt sein. Die Qualitätsmanagement-Beauftragte (QM-B) der Praxis begleitet die Umsetzung. Das Ereignis wird auf der Meldeplattform der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gemeldet, um auf die Verwechslbarkeit der Packungen aufmerksam zu machen.

Aufgaben: Sekretariatskräfte müssen Rücksprache mit der Leitung halten, wenn unklar ist, welche Aufgaben von Assistenten übernommen werden dürfen. Falls keine Rücksprache möglich ist, soll Patienten ein neuer Termin angeboten werden.

Team: Auszubildende Personen werden sich wöchentlich mit den Assistentinnen und Assistenten besprechen, um sicherzustellen, dass eine Aufgabenzuordnung anhand einer Kompetenzeinschätzung erfolgt. Alle anderen Tätigkeiten sollen unter Supervision durchgeführt werden. Für die wöchentlichen Gespräche zwischen Auszubildenden und Auszubildenden wird ein konkreter Termin vereinbart (Mittwoch 14 Uhr) und im Praxiskalender eingetragen. Diese Maßnahme wird sofort umgesetzt. Alle Ärztinnen und Ärzte ermöglichen den Assistentinnen und Assistenten, jeden Behandlungsfall rückzusprechen.

Organisation: Für den Fall, dass Schlüsselpersonen im Behandlungsprozess ausfallen, wird ein bestimmtes Kontingent an zusätzlichen Patientinnen und Patienten für die restlichen Ärztinnen und Ärzte nicht überschritten. Für die Situation, dass Schlüsselpersonen kurzfristig ausfallen, wird eine Verfahrensanweisung erstellt. Hierfür ist die Leitung verantwortlich. Die Umsetzung wird durch die QM-B kontrolliert. Für die Durchführung von Injektionen wird das Vier-Augen-Prinzip als Standard festgelegt.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass dem Weiterbildungsassistenten ohne Schuldzuweisungen gegenübergetreten wird. Das Team zeigt verschiedene Möglichkeiten auf, den Assistenten zu unterstützen. Als Fazit sind sich alle einig, dass die Diskussion in der Teambesprechung wesentliche Verbesserungsvorschläge hervorgebracht hat.

4.5 Überprüfen, Erkenntnisse teilen und Erfolge feiern

Es sollte regelmäßig überprüft werden, ob die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt wurden und ob sie zu einer tatsächlichen Verbesserung geführt haben. Bezogen auf das **Beispiel C (Medikamentenverwechslung)** kann überprüft werden, ob die Anweisungen tatsächlich vorhanden sind. Es kann beobachtet werden, ob das Kontingent freier Termine ausreicht und die im Schrank neu geordneten Medikamente zu weiteren Missgriffen geführt haben. Eine Vorlage für das Dokumentieren und Überprüfen von Maßnahmen findet sich im Anhang.

Parallel sollen die Erkenntnisse, die aus der Analyse der Ursachen oder auch aus der Wirksamkeit der Maßnahmen gewonnen wurden, an ein einrichtungsübergreifendes System berichtet werden, damit auch andere Einrichtungen aus diesen Erkenntnissen lernen können (siehe Kapitel 5). Ein wesentliches Kriterium für das nachhaltige Lernen mithilfe eines Berichts- und Lernsystems ist die positive Rückmeldung an alle Beteiligten. Wenn Mitarbeitende selbst merken und ihnen rückgespiegelt wird, dass sie mit ihrem Engagement Verbesserungen erreichen können, sind die Chancen auf Erfolg gegeben (siehe auch Kap. 3.3 und 3.4).

5 DURCH EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE BERICHTS- UND LERNSYSTEME LERNEN

Für die wirksame Verbesserung der *Patientensicherheit* sind die Maßnahmen vor Ort entscheidend. Die alleinige Nutzung eines einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystems ohne ein internes Fehlermanagement ist wenig sinnvoll. Welchen Nutzen **einrichtungsübergreifende Systeme** haben, wird in diesem Kapitel erläutert.

5.1 Definition und Erläuterung

Ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem ist eine Plattform für sicherheitsrelevante Ereignisse und Risiken im Gesundheitswesen, an dem mehrere Einrichtungen teilnehmen [4]. In einer Datenbank werden Berichte über Ereignisse und Lösungsstrategien zu deren Verhinderung gesammelt, damit andere aus diesen Informationen lernen können.

Oberstes Ziel ist der Austausch von Wissen und das voneinander Lernen.

Prinzip „Geben“ (wie können andere von mir lernen?)

Ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem kann nur leben, wenn möglichst viele und möglichst **lehrreiche Berichte** eingehen. Deswegen wird empfohlen, Berichte aus der eigenen Einrichtung an ein einrichtungsübergreifendes System weiterzuleiten. Auch die (kollegiale) Kommentierung von veröffentlichten Berichten aus der praktischen Perspektive im Sinne des Teilens guter Lösungen ist ein Aspekt des Gebens.

... und „Nehmen“ (wie kann ich von anderen lernen?)

Jede Einrichtung kann bereits handeln, bevor ein *Fehler* oder *unerwünschtes Ereignis* passiert. Die von einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen veröffentlichten Fallbeispiele und Verbesserungsvorschläge können z. B. regelmäßiger Bestandteil von Teamsitzungen werden. Hierbei wird geprüft, ob ein solches Ereignis auch in der eigenen Einrichtung vorkommen und wie man es verhindern könnte. Verbesserungsvorschläge werden dahingehend überprüft, ob sie auch in der eigenen Einrichtung anzuwenden sind. So können Mitarbeitende in verschiedenen Einrichtungen über die eigenen Grenzen hinweg voneinander lernen.

Lehrreiche Berichte

- bieten Anhaltspunkte, an denen Verbesserungsprozesse ansetzen können.
- benennen beitragende Faktoren (siehe Anhang).
- bieten Anhaltspunkte, wie potentielle Schadensereignisse frühzeitig entdeckt und damit Schäden vermindert bzw. verhindert werden können.
- weisen auf präventive Maßnahmen hin, die bereits in der Praxis eingesetzt wurden und sich als praktikabel, umsetzbar und erfolgreich erwiesen haben [3].

Was soll berichtet werden?

Prinzipiell sind alle Ereignisse, die in einer Einrichtung berichtet und analysiert wurden, auch für andere interessant. Idealerweise sollten die Berichte detaillierte Angaben zu dem Ereignis und der Verbesserungsmaßnahme enthalten. Aber auch Ereignisse, für die bisher noch keine Maßnahmen abgeleitet wurden, können berichtet werden.

Was passiert mit den Berichten?

Die Berichte werden geprüft und wenn nötig anonymisiert. Anschließend werden sie – idealerweise von einer interdisziplinären Expertengruppe aus dem Gesundheitswesen – analysiert. Expertinnen und Experten verfügen über besondere Kenntnisse und Erfahrungen bei der systemischen Analyse von sicherheitsrelevanten Ereignissen. Sie verstehen die klinische Situation und können zu Grunde liegende Systemfehler erkennen. Die Expertinnen und Experten können verschiedene Blickwinkel und ggf. sogar neue Lösungswege für die Vermeidung von Ereignissen aufzeigen, die Mitarbeitenden einer einzelnen Einrichtung nicht in den Sinn kommen.

Weitere Potenziale von einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen sind:

- Sie eröffnen die Möglichkeit, sich über Ereignisse und zugehörige Vermeidungsstrategien mit anderen auszutauschen (z. B. mittels einer Kommentarfunktion).
- Sie können als Anlass genommen werden, das Thema *Patientensicherheit* im Team zu diskutieren. Besonders am Anfang kann es einfacher sein, über Ereignisse aus anderen Einrichtungen als über die eigenen zu sprechen.
- Die größere Datenbasis kann dabei helfen, häufig auftretende Fälle oder bestimmte Muster der Fehlerentstehung zu erkennen.
- Wenn die betreffenden Ereignisse selten auftreten, können auf regionaler oder nationaler Ebene Ursachenmuster erkannt werden, die auf lokaler Ebene nicht zu identifizieren sind. Seltene Ereignisse können dann in allen relevanten Einrichtungen bekannt gemacht werden.
- Es können insbesondere Schnittstellen(-themen) berücksichtigt und Ereignisse sektoren- und berufsgruppenübergreifend analysiert werden (z. B. Apotheke-Hausarzt, Krankenhaus-Praxis-Pflegeeinrichtung).

5.2 Merkmale effektiver einrichtungsübergreifender Berichts- und Lernsysteme

Der G-BA hat Anforderungen an einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme benannt. Darüber hinaus werden Merkmale empfohlen, die wichtig sind, damit ein einrichtungsübergreifendes System auf lange Sicht erfolgreich betrieben werden kann.

Auszug aus den G-BA Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme² (üFMS) [4]

- Das üFMS ist für alle Einrichtungen offen und über das Internet frei zugänglich.
- Ein üFMS nimmt Meldungen zu *kritischen* und *unerwünschten Ereignissen* sowie *Fehlern*, *Beinahe-Schäden* und sonstigen Risiken möglichst mit schon abgeleiteten Empfehlungen zu deren Vermeidung entgegen.
- Nicht zulässig ist die Übermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten. Es ist eine vertrauliche Bearbeitung aller Daten sowie eine sichere Übertragung und Speicherung der Daten zu gewährleisten. Jegliche Möglichkeit zur Rückverfolgung der meldenden Einrichtungen von veröffentlichten Fällen ist auszuschließen.
- Zur Eingabe von Meldungen existiert ein strukturiertes Meldeformular.
- Für einen reibungslosen Datenaustausch zwischen den einrichtungsinternen Fehlermeldesystemen der meldenden Einrichtungen und dem üFMS bestehen Schnittstellen (Import-, Exportfunktion).
- Eingehende Berichte werden themenbezogen kategorisiert und nach Relevanz klassifiziert.
- Die Analyse der eingegangenen Meldungen erfolgt durch Expertinnen und Experten.
- Die bearbeiteten Meldungen werden als Fallberichte zeitnah in eine öffentlich zugängliche Falldatenbank eingestellt und können dort ggf. zusammen mit einem Fachkommentar frei zugänglich gelesen werden. Die Falldatenbank verfügt über eine systematische Suchfunktion und ermöglicht eine sekundäre Datennutzung für Evaluations- und Forschungszwecke.

Weitere Empfehlungen zu effektiven einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen:

- Berichte mit ähnlichen Ereignissen werden geclustert analysiert, um gemeinsame bzw. unterschiedliche Ursachen benennen und Sicherheitsmaßnahmen empfehlen zu können. Die Analyse erfolgt durch eine interdisziplinäre Expertengruppe.
- Feedback (z. B. in Form von Fallbeispielen, Empfehlungen für die Vermeidung von Ereignissen, neu entdeckte Risiken) wird regelmäßig veröffentlicht. Informationen sind für alle verständlich und nach Möglichkeit unmittelbar umsetzbar.
- Das übergreifende System bietet die Möglichkeit, in einem vertraulichen Rahmen Rückfragen an die Berichtenden stellen zu können, z. B. wenn Informationen fehlen, ohne die es nicht möglich ist, aus den Vorfällen zu lernen und Maßnahmen zu empfehlen.
- Damit alle genannten Aufgaben ausgeführt werden können, ist es wichtig, dass kontinuierlich adäquate Ressourcen und Expertise für den Betrieb des einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystems zur Verfügung stehen. Ansprechpartner, die in Fragen der *Patientensicherheit* Expertise ausweisen, sind telefonisch (Hotline) oder elektronisch (Chat oder E-Mail) erreichbar.
- Die Vernetzung der ambulanten Einrichtungen wird durch eine interaktive Plattform gestärkt, die die aktive Beteiligung der Nutzer fördert (z. B. durch social media-Funktionen, ein moderiertes Diskussionsforum, Chats).

² Diesen Begriff und die besonderen Anforderungen an üFMS hat der G-BA für den stationären Bereich beschrieben, da sie die Voraussetzung für eine Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz bilden. Jedoch sind die beschriebenen Merkmale ebenso relevant für effektive einrichtungsübergreifender Berichts- und Lernsysteme im ambulanten Bereich.

5.3 Beispiele

Es stehen verschiedene einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme zur Verfügung, die es ermöglichen, nicht nur aus den eigenen, sondern auch aus Ereignissen in anderen Einrichtungen zu lernen. In der nachfolgenden Tabelle sind einige dieser Systeme dargestellt, die öffentlich und ohne Registrierung im Internet zugänglich sind

WEBSITE	BESCHREIBUNG	BETREIBER
www.jeder-fehler-zaehlt.de	Berichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen	Institut für Allgemeinmedizin der Goethe - Universität Frankfurt
www.cirsmedical.de	Deutschlandweites Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft	ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Zur Verfügung gestellt von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung
www.cirs-nrw.de	Sektorenübergreifendes, regionales Berichts- und Lernsystem	Ärztékammern Nordrhein (ÄKNO) und Westfalen-Lippe (ÄKWL), Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein (KVNO) und Westfalen-Lippe (KWVL) und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ
www.cirs-health-care.de	Klinikübergreifendes Critical Incident Reporting System. Neben Krankenhäusern berichten auch MVZ's, Rettungsdienste und größere Praxen	Inworks GmbH in Kooperation mit Marcus Rall Institut für Patientensicherheit und Simulations-Teamtraining GmbH
www.cirs-ains.de	Sektorenübergreifendes Berichts- und Lernsystem für Anästhesisten in Klinik und Praxis	Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und ÄZQ
www.cirs-pharmazie.de	Einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem für Apotheken zur anonymen Meldung von Medikationsfehlern oder <i>Beinahe-Schäden</i>	Gemeinsame Initiative der Apothekerkammern Nordrhein (AKNR) und Westfalen-Lippe (AKWL). Bereitstellung: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Organisation: ÄZQ
www.cirs-urologie.de	Berichts- und Lernsystem der deutschen Urologen für kritische Ereignisse in Klinik und Praxis	Berufsverband der deutschen Urologen e. V. in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ

6 ANHÄNGE

6.1 Glossar - Die wichtigsten Begriffe

Audit	Eine Untersuchung, ob Prozesse, Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen. Audits sind ein unverzichtbarer Bestandteil des Qualitätsmanagements.
Beinahe-Schaden	Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können [20].
Beschwerdemanagement	Das Beschwerdemanagement umfasst Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die ein Unternehmen im Zusammenhang mit Beschwerden ergreift [21].
Fehler	Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant [20]. Ein Fehler liegt z. B. vor, wenn bei der Verschreibung nicht in die Patientenakte geschaut wird (Unterlassung).
Kritisches Ereignis	Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht [20], z. B. wenn ein Medikament trotz einer bekannten Allergie gegeben wird.
Patientensicherheit	Die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse [20].
Peer Review	Das Peer Review ist eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion eigener Leistungen und Erfahrungen zwischen Expertinnen und Experten in der Patientenversorgung. Durch den offenen und direkten Informationsaustausch zwischen Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen auf Augenhöhe über Aspekte guter Patientenversorgung wird das Lernen voneinander gefördert mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung [23].
Resilienz	Resilienz bedeutet, zu akzeptieren, dass Unfälle oder Krisen vorkommen, man sie aber bewältigen kann [5]. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung bedeutet es, dass man davon ausgeht, dass Menschen immer Fehler machen werden. (Versorgungs-)Systeme sind daher so zu gestalten, dass diese Fehler nicht zu einem Schaden führen und dass aus ihnen gelernt werden kann und sollte [24].
Risiko	Risiko im Kontext des Klinischen Risikomanagements ist eine Unsicherheit in der Versorgung von Patienten, die mit einer geschätzten Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung Patienten, die an der Versorgung Beteiligten und/oder die Organisation schädigt [23].
Risikomanagement	Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patienten, an deren Versorgung Beteiligter und der Organisation zu erhöhen [23].

Schaden

Gesundheitsschaden: Unerwünschtes körperliches, psychisches oder mentales Ereignis mit gesundheitsbeeinträchtigender oder tödlicher Folge. Bedingt durch

a) einen ungünstigen Krankheitsverlauf oder durch

b) nicht vermeidbare schädigende Wirkungen oder durch vermeidbare, fehlerbedingte Behandlungen [22].

Unerwünschtes Ereignis

Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein [20].

Vermeidbar ist z. B. ein allergisches Exanthem nach Penicillingabe trotz bekannter Penicillinallergie. **Nicht vermeidbar** ist z. B. eine Medikamentenallergie, wenn die Allergie erstmalig auftritt und im Vorfeld nicht bekannt war.

Zwischenfall

Ein Ereignis im Rahmen einer Heilbehandlung, welches zu einer unbeabsichtigten und/oder unnötigen Schädigung einer Person hätte führen können oder geführt hat.

6.2 Videos zur Information



„Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“. Nach diesem Motto haben wir Videoclips produziert, die erklären, warum und wieso Berichts- und Lernsysteme sinnvoll sind.

Der bekannte „Online-Arzt“ Dr. Johannes Wimmer erklärt kurz und anschaulich, warum sich Arztpraxen beteiligen sollten. Die Filme eignen sich für Sie und Ihr Praxisteam zur Einführung in das Thema.

Wir danken für die freundliche Unterstützung durch die MedServation GmbH.

Die Videos finden Sie auf: www.cirsforte.de

6.3 Vorlagenmuster

SCHRIFTLICHE ZUSICHERUNG DER SANKTIONSFREIHEIT UND VERTRAULICHKEIT³

Information an alle Mitarbeitenden

1) Keine Nachteile durch Berichte an das interne Berichts- und Lernsystem

(Die Einrichtung) möchte zur Optimierung der *Patientensicherheit* ein Berichts- und Lernsystem aufbauen und damit zur Fehlererkennung und -vermeidung sowie zur Weiterentwicklung der Sicherheitskultur beitragen. Durch eine möglichst zahlreiche und offene Darstellung von *Fehlern* und *kritischen Ereignissen* soll die *Patientensicherheit* systematisch erhöht werden. Der Sinn ist es nicht, Schuldige zu finden, sondern die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Die Geschäftsführung sichert hiermit allen Teilnehmenden zu,

- dass auch bei Kenntnis eines Berichtenden oder aus den Informationen des Fallberichts keine negativen Konsequenzen für die Beteiligten gezogen werden.
- dass die Informationen nicht dazu genutzt werden, einzelne Beteiligte verantwortlich zu machen, sondern systemische Ursachen für die aufgetretenen *Fehler/kritischen Ereignisse* zu erkennen und diese als Grundlage für Verbesserungen zu nutzen.
- dass das Verfassen eines Berichtes für das interne Berichts- und Lernsystem als besonders motiviertes, verantwortungsvolles Verhalten gewertet wird.
- dass die Informationen nicht an Dritte weitergegeben werden und die Vertraulichkeit zu jedem Zeitpunkt gewahrt ist.

2) Hinweis auf den Wahrheitsgrundsatz bei Berichten

Unabhängig von obiger Zusage bittet (die Leitung der Einrichtung) darum, bei allen Berichten den Wahrheitsgrundsatz einzuhalten und alle Berichte nach bestem Wissen zu verfassen, um die Nutzbarkeit des Berichts- und Lernsystems so effektiv wie möglich zu gestalten.

Ort, Datum

Unterschrift (Leitung/Geschäftsführung)

³ Quelle: Modifiziert nach Berufsverband Deutscher Anästhesisten/Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin/Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): CIRSmedical Anästhesiologie. Critical-Incident-Reporting-System für Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin und Schmerztherapie. Startpaket (Version 11-2012). Informationen zur Teilnahme am Incident Reporting System CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ. Online:<https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/publikationen/677-cirs-ains-startpaket-im-pdf-format/file.html> (Zugriff 21.03.18)

RISIKOMATRIX

Mittels einer Risikomatrix (nach ONR 49002:2014) wird die Wahrscheinlichkeit des Wieder-Auftretens eines Ereignisses gegenüber dessen Auswirkung tabellarisch ins Verhältnis gesetzt.

Aufretenswahrscheinlichkeit	häufig	5					
	möglich	4					
	selten	3					
	sehr selten	2					
	unwahrscheinlich	1					
			1	2	3	4	5
			unbedeutend	gering	spürbar	kritisch	katastrophal
	Schwere der Folgen						

WAHRSCHEINLICHKEIT DES WIEDER-AUFTRETENS EINES EREIGNISSES

STUFE	HÄUFIGKEIT
häufig	einmal pro Monat oder häufiger
möglich	einmal pro Quartal
selten	einmal pro Jahr
sehr selten	einmal in 3 Jahren
unwahrscheinlich	weniger als einmal in 3 Jahren

AUSWIRKUNGEN FÜR DEN PATIENTEN

STUFE	ERLÄUTERUNGEN BEZOGEN AUF PATIENT
unbedeutend	Ereignis ohne Folgen (<i>Beinahe-Schaden</i>)
gering	leichter Gesundheitsschaden mit vorübergehenden Beschwerden/Schmerzen
spürbar	schwerer Gesundheitsschaden ohne Dauerfolgen
kritisch	schwerer Gesundheitsschaden mit Dauerfolgen ohne dauerhafte Pflegebedürftigkeit jedoch mit Berufseinschränkung
katastrophal	schwerer Gesundheitsschaden mit Dauerfolgen und dauerhafter Pflegebedürftigkeit, Tod von Patientin/Patient oder Mitarbeitenden

EREIGNIS	DRINGLICHKEIT
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: green; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; margin-right: 5px; margin-left: 10px;"></div> </div> Grüner oder gelber Bereich = geringes oder mittleres <i>Risiko</i>	Besprechung in der nächsten routinemäßigen Teambesprechung
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; margin-right: 5px;"></div> </div> Roter Bereich = hohes <i>Risiko</i>	Sofortiger Handlungsbedarf

BEITRAGENDE FAKTOREN

Patientin/Patient	<ul style="list-style-type: none">• Krankheitszustand (Komplexität/Schweregrad), Alter• Sprech-, Hör-, Lese- und Kommunikationsfähigkeit• Persönlichkeit, familiäres Umfeld• Beziehung zum Behandelnden/Mitarbeitenden
Individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• Wissen, Fähigkeit, Fertigkeit (Qualifikation)• Motivation, Befindlichkeit, persönliche Wahrnehmung• Persönlichkeit, Gesundheit, soziales Umfeld
Team	<ul style="list-style-type: none">• Führung (Supervision, Kontrolle, ...)• Verbale und schriftliche Verständigung• Teamstruktur, -beständigkeit• Koordination/Kooperation• Stimmung
Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none">• Personalausstattung, Qualifikationsmix• Arbeitsbelastung• Physische Umgebung (Lärm/Licht)• Ausstattung der Arbeitsplätze
Organisation und Management	<ul style="list-style-type: none">• Standards und Ziele, Notfallmanagement, Untersuchungen• Trainings und Schulungen• Sicherheits- und Fehlerkultur• Finanzielle Ressourcen
Schnittstellen	<ul style="list-style-type: none">• Mündliche und schriftliche Verständigung mit den Kooperationspartnern (Kliniken, Praxen, Gesundheitsamt usw.)• Gesetzliche Regelungen
Aufgabe	<ul style="list-style-type: none">• Eindeutigkeit der Definition• Passgerechte Zuordnung, Ressourcen• Komplexität• Verfügbarkeit von Richtlinien, Funktionsbeschreibungen, Entscheidungshilfen

Angelehnt an „Checkliste beitragende Faktoren“ KBV-Moderator Modul Patientensicherheit (s. Kap. 4.3) nach [18].

ANALYSEFORMULAR

EREIGNIS ID: _____

In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verwaltung/Organisation | <input type="checkbox"/> Medizinische Geräte, Ausstattung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung/Therapie | <input type="checkbox"/> Dokumentation |
| <input type="checkbox"/> Hygiene/Aufbereitung | <input type="checkbox"/> Personaleinsatz/Qualifikation |
| <input type="checkbox"/> Medikation/Verordnung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

RISIKOEINSCHÄTZUNG		

BEITRAGENDE FAKTOREN	
Patient	
Individuelle Faktoren	
Team	
Arbeitsbedingungen	
Organisation/Management	
Schnittstellen	
Aufgabe	

ZUSAMMENFASSUNG ANALYSE/WEITERE INFORMATIONEN

Ereignis vorgestellt am: _____
Datum

Unterschrift

MASSNAHMENFORMULAR

Um unerwünschten Ereignissen zukünftig vorzubeugen, ergreifen wir folgende Maßnahmen:

EREIGNIS ID	Maßnahmen- beschreibung	Wer? (zuständige Person)	Bis wann? (Datum)	Anpassung eines Prozesses im QM-System notwendig?	Überprüfungs- zeitpunkt (Zeitpunkt der Kontrolle der Wirksamkeit der Maßnahme)	Anpassung erfolgreich? Wenn nein, warum nicht?	Notwendige Hilfsmittel/ Bemerkungen

Anregungen zu Maßnahmen finden Sie auch auf den Internetseiten der einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsysteme (siehe Beispiele in Kapitel 5.3). Dort können Sie auch Ihre Ereignisse und die abgeleiteten Maßnahmen berichten, damit andere daraus lernen können.

6.4 Literatur

[1]	J. Protschka, „Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld,“ 2012. [Online]. Available: https://www.aerzteblatt.de/archiv/133809/Behandlungsfehler-Die-Angst-vor-der-Schuld . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[2]	J. Reason, Menschliches Versagen: Psychologische Risikofaktoren und moderne Technologien, Spektrum Akademischer Verlag, 1994.
[3]	Aktionsbündnis Patientensicherheit, „Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen.“ 2016. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[4]	Gemeinsamer Bundesausschuss, „Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.“ 2015. [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[5]	H. Pierre, Human factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin, Kap 15.4.4 Resilienz in der Akutmedizin, ISBN 978-3-642-55419-3, 3 Hrsg., Springer.
[6]	A. Pauli, Risikomanagement und CIRS als Gegenstand der Krankenhaushaftung, Nomos, 2013, p. 302.
[7]	„Krankenhaus Report. Schwerpunkt Patientensicherheit,“ Schattauer, 2014.
[8]	ÄZQ Schriftenreihe Band 42, „CIRS - Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme,“ 2015. [Online]. Available: http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe42.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[9]	M. Rall, „Die sichere Anonymisierung und De-Identifikation von CIRS-Fallberichten,“ 2014. [Online]. Available: http://www.inpass.de/fileadmin/Bilder/Die_sichere_Anonymisierung_und_De-Identifikation_Rall_et_al_InPASS_4_2014.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[10]	Löber, „Effektivität von Meldesystemen und Kennzahlen zur Evaluation.“, Qualitas, Nr. 4, 2016.
[11]	Dunbar, „An Improvement Approach to Integrate Teaching Teams in the Reporting of Safety Events,“ Pediatrics, p. 139(2), 2017.
[12]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall.“ 2017. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/APS_Reden_ist_Gold_2017.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[13]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Reden ist der beste Weg. Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler.“ 2017. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/09/Reden-ist-der-beste-Weg.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[14]	G-BA, „Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme,“ 2016. [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3718/2016-03-17_ueFMS-B_Erstfassung_TrG.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[15]	Arabi, „Learning from defects using a comprehensive management system for incident reports in critical care.“, Anaesth Intensive Care,, pp. 44(2): p. 210-20., 2016.
[16]	Carson-Stevens und Donaldson, „Reporting and learning from patient safety incidents in general practice - a practical guide.“, Royal College of General Practitioners (RCGP), London, 2017.
[17]	Taylor-Adams, Vincent, Das London-Protokoll. Systemanalyse klinischer Zwischenfälle., H. d. d. Ü. P. Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Hrsg., 2007.
[18]	Rohe J, Beyer M, Gerlach FM,, „Leitfaden zur systematischen Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis,“ in KBV Handbuch Qualitätszirkel, 2013, pp. S.16 -26.
[19]	P. Hibbert, „Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study,“ International Journal for Quality in Health Care, Bd. 30 , Nr. 2, pp. 124-131, 2018.

[20]	APS, „Glossar,“ [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/glossar/ . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[21]	J. S. Hansen, „Beschwerdemanagement. Die Karriere einer kundenorientierten Unternehmensstrategie im Konsumgütersektor,“ Marketing-ZFP, pp. 77-88, 1995.
[22]	„Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,“ [Online]. Available: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[23]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus,“ 2016. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf . [Zugriff am 20 März 2018].
[24]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit,“ [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/hempfehlungen/wege-zur-patientensicherheit-lernzielkatalog-fuer-kompetenzen-in-der-patientensicherheit/ . [Zugriff am 20 März 2018].

Weiterführende Literatur

SS. Panesar et al., „How safe is primary care? A systematic review“, *BMJ Qual Saf*, 25: 544-553, 2016.

B. Hoffmann und J. Rohe, „Patientensicherheit und Fehlermanagement Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung“.

Dtsch Arztebl Int 2010; 107(6): 92–9. DOI:10.3238/arztebl.2010.0092

Hubertus J, Piehlmeier W, Heinrich M, „Communicating the Improvements Developed from Critical Incident Reports is an Essential Part of CIRS“, *Klin Padiatr*. 2016; 228(5): 270-4.

6.5 Impressum

Herausgeber:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Arbeitsgruppe CIRS ambulant

Leitung: Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Stellvertretung: Dr. med. Anouk Siggelkow, Ärztekammer Niedersachsen

Vorstandsvertreter: Hardy Müller, Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Wissenschaftliche Mitarbeit: Dagmar Lüttel, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Mitglieder der AG

Martin Beyer (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main)

Marina Buchmann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Anke Follmann (Ärztekammer Westfalen-Lippe)

Bettina Grundmann-Horst (ABZ Ambulantes Betreuungszentrum GmbH)

Johanna Hauser (Landesapothekerkammer Hessen)

Reiner Heuzeroth (Asklepios Kliniken)

Dr. med. Barbara Hoffmann (Ärztekammer Berlin)

Jan Dirk Jensen (Wallmeyer GmbH)

Dr. Pamela Kantelhardt (Landesapothekerkammer Hessen)

Andreas Kintrop (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Katja Lehmann (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern)

Dr. phil. Constanze Lessing (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Hannelore Loskill (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V.)

Dagmar Lüttel (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Sibylle Malinke (Verband der Ersatzkassen e.V.)

Brigitte März (Verband medizinischer Fachberufe e.V.)

Miriam Mauss (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)

Hardy Müller (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Dr. med. Beate Müller (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main)

Dr. med. Ulrich Paschen (IQ Institut für Qualität-Systeme in Medizin und Wissenschaft GmbH)

Katharina Rubin (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen)

Andrea Sanguino Heinrich (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)

Michael Sarbandi (Qualitätspraxisverbund Humanitus)

Nicole Schwaebe (Trainingsakademie LAT)

Dr. Oliver Schwalbe (Apothekerkammer Westfalen-Lippe)

Dr. med. Anouk Siggelkow (Ärztekammer Niedersachsen)

Lena Strodtmann (Ärztekammer Niedersachsen)

Markus Tannheimer (Inworks GmbH)

Christina Trewendt (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)

Conny Wiebe-Franzen (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Felix Winter (InPASS Institut für Patientensicherheit & Teamtraining GmbH)

René Zäske (Mediaform Informationssysteme GmbH)

Gloria Zörner (AGAPLESION)

Redaktionsteam:

Marina Buchmann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)
Dagmar Lüttel (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)
Hardy Müller (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)
Dr. med. Anouk Siggelkow (Ärztchammer Niedersachsen)

Wir danken Dr. Roland Uphoff, M.Mel. Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht für die juristische Prüfung einzelner Textpassagen.

Lektorat

Andreas Daniel (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Layout und Grafik

Alice Golbach (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Fotonachweis

contrastwerkstatt/Fotolia
MedServation GmbH

DOI: 10.21960/201802.1:L

1. Auflage: April 2018

Urheber- und Nutzungsrechte

Diese Handlungsempfehlung finden Sie zum kostenlosen Download im Internet unter www.aps-ev.de. Die Broschüre ist urheberrechtlich geschützt und darf in keiner Weise, weder in der Gestaltung noch im Text, verändert werden. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

Zitation

APS e.V. (2018): Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen, Berlin.

Aufforderung zum Feedback

Die APS-Handlungsempfehlungen sind Instrumente zur Verbesserung der *Patientensicherheit* und bedürfen der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Anpassung. Rückmeldungen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge, Ihre Ideen und Kritik sind deshalb ausdrücklich gefragt. Diese richten Sie bitte an:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Am Zirkus 2
10117 Berlin
E-Mail: info@aps-ev.de
www.aps-ev.de



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Herzlich Willkommen!

Wir freuen uns, dass Sie sich entschlossen haben, an der Studie zur Einführung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen teilzunehmen. Wir werden Sie in den kommenden Monaten mit CIRSForte Aktuell auf dem Laufenden halten und Ihnen in regelmäßigen Abständen aktuelle Information zum Projekt schicken. Bereits sechs Ärztenetze und ein Medizinisches Versorgungszentrum haben sich für eine Mitarbeit an der Studie entschieden. Wenn sie noch weitere Interessenten kennen, können Sie uns diese gern mitteilen oder an uns verweisen. Bis Mitte Oktober ist es noch möglich, in die Studie einzusteigen.

Weitere Information zum Projekt finden Sie unter: www.cirs-ambulant.de

Die Studie ist Teil des Projektes CIRSForte und wird seit dem 1. April 2017 vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für drei Jahre gefördert (Förderkennzeichen: O1VSF16021).

Am 28. Mai fand in Berlin ein Kongress vom G-BA statt, um über den Stand der Dinge zu berichten. Auch CIRSForte war mit einem Poster auf der Veranstaltung vertreten und wir konnten die Gelegenheit nutzen, mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn über unser Projekt zu sprechen.



Was sind die nächsten Schritte?

Nachdem wir Ihre Einwilligungserklärung erhalten haben, bekommen Sie von uns

- einen **Studienordner**, der wesentliche Dokumente enthält, z.B. ein Druckexemplar der Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen“, Arbeitsmaterialien und Kopien von interessanten Artikeln.
- einen **Fragebogen**, der dem Studienordner beigelegt ist. Bitte füllen Sie diesen aus und schicken ihn zeitnah an uns zurück.

Sie nehmen an einem **Einführungs-Workshop** teil, in dem Sie die Grundlagen zum Fehlermanagement kennenlernen.

Wahrscheinlich haben Sie mit uns bereits einen Termin vereinbart, falls nicht, wenden Sie sich bitte an die CIRSForte Zentrale.

CIRSForte Team

Projekt-Leitung

Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt:

Dr. Beate Müller, Dr. Corina Güthlin, Tatjana Blazejewski, Dania Gruber

Projekt-Partner

Techniker Krankenkasse: Hardy Müller, Dr. Kerstin Hofreuter-Gätgens

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.: Dagmar Lüttel, Hardy Müller

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe: Marina Buchmann, Andreas Kintrup

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Dr. Christian Thomeczek, Romy Schadewitz

Asklepios-Kliniken: Reiner Heuzeroth

APS-Handlungsempfehlung veröffentlicht

Im April wurde vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ein praktischer Leitfaden veröffentlicht, der Sie dabei unterstützt, ein Berichts- und Lernsystem (CIRS) einzurichten und zu betreiben.

Handeln bevor etwas passiert.

Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen



www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen

+++++

Videoclips zum Thema

Zur Unterstützung der Handlungsempfehlung erklärt der bekannte „Online-Arzt“ **Dr. Johannes Wimmer** kurz und anschaulich, warum Berichts- und Lernsysteme sinnvoll sind.

Die Filme eignen sich auch für Ihr Praxisteam zur Einführung in das Thema.

Erklärfilm (3,5 Min):

<https://youtu.be/VTEae0x85Q>

Kurzfilm (1 Min):

<https://youtu.be/jwd8P7Z350>



Dr. Wimmer Videoclip

CIRSForte Zentrale

Sie haben Fragen zur Studie?

Kommentare zur Handlungsempfehlung?

Ideen für den Newsletter?

Dann wenden Sie sich an uns!

CIRSForte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mi. - Fr., 9 - 17 Uhr)

E-Mail: cirsforte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe unseres CIRStorte-Newsletters!

Jeden Monat stellen wir Ihnen einen Tipp vor, mit dem Sie das Qualitätsmanagement in Ihrer Praxis verbessern können. Thema unserer vorliegenden Ausgabe:

Wie lässt sich hierarchieübergreifend eine gute Fehlerkultur etablieren?

Nie mehr betretenes Schweigen:

In der Allgemeinpraxis von Dr. Armin Wunder sprechen alle Mitarbeiter Fehler offen an. Wie der Frankfurter Hausarzt es geschafft hat, vor allem auch junge Auszubildende dazu zu ermutigen, Kollegen und Vorgesetzte auf Fehler offen anzusprechen, schildert er in unserem Interview.



Wie führen Sie Ihre Auszubildenden an die Fehlerkultur Ihrer Praxis heran?

„Wenn eine Auszubildende MFA nach etwa ein bis zwei Monaten gut in unserem Team angekommen ist, teile ich ihr mit, dass ich in naher Zukunft einen schweren Fehler machen werde. Ihre Aufgabe ist es dann, mich darauf aufmerksam zu machen. Bei passender Gelegenheit informiere ich zunächst einen Patienten, bei dem ich eine Blutentnahme durchführen möchte über mein Vorhaben. Ich erkläre ihm, dass ich die Auszubildende unter einem Vorwand bitte, mir bei der Blutentnahme behilflich zu sein, indem sie mir die Röhrchen anreicht. Vor dem Einstechen fällt mir scheinbar versehentlich die Nadel zu Boden. Ich hebe die Nadel auf und simuliere einen zweiten Versuch mit derselben Nadel.“

Und wie reagieren die Auszubildenden?

„Das ist sehr spannend, die Reaktionen der Auszubildenden zu sehen. In den letzten Jahren gab es keine Situation mehr, in der betretenes Schweigen herrschte. Vielmehr hörte ich zu meiner großen Freude Reaktionen wie beispielsweise: „Kleinen Moment, Herr Doktor, ich hole Ihnen eine frische Nadel...“. Diese Reaktionen zeigen mir, dass die jungen Mitarbeiter keine Angst haben, mich auf diesen vermeintlichen Fehler aufmerksam zu machen. Bemerkenswert finde ich auch, dass sie das in einer Art tun, die mich nicht vor den Patienten kompromittiert. Möglicherweise trägt der offene Umgang mit Fehlern in unserer Praxis zu diesem professionellen Verhalten bei.“

Wie Sie hierarchieübergreifend eine gute Fehlerkultur etablieren können:

- Lassen Sie neue Mitarbeitende grundsätzlich erst einmal in der Praxis ankommen.
- Ermutigen Sie als Führungskraft alle Mitarbeitende, vor allem auch junge Auszubildende, Fehler gegenüber allen anderen im Team offen anzusprechen.
- Üben Sie die Fehlerkultur gezielt ein, beispielsweise durch simulierte Fehler. Wichtig: Die betreffenden Mitarbeiter sollten über diese Vorgehensweise informiert sein.



Internationaler Tag der Patientensicherheit – 17. September 2018

Mit dem Internationalen Tag der Patientensicherheit bietet das APS eine Plattform für das gemeinsame Engagement aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Er steht in diesem Jahr im Zeichen der Digitalisierung und ruft alle Gesundheitseinrichtungen auf, sich mit den Chancen zu beschäftigen.

Es werden bundesweit Informationsveranstaltungen von vielen Akteuren aus allen Bereichen des Gesundheitswesens durchgeführt.

Veranstaltungen: www.tag-der-patientensicherheit.de/veranstaltungen.html

Datenschutz-Grundverordnung



Zur Erfüllung der nach DSGVO geforderten Informationspflicht bei Erhebung von persönlichen Daten, benötigen wir von jeder teilnehmenden Praxis eine unterschriebene Datenschutzerklärung. Falls Sie noch keine unterschrieben haben, können Sie uns die, dieser E-Mail beigelegte, Datenschutzerklärung per Post, Fax oder Mail senden.

Dania Gruber
Institut für Allgemeinmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Fax: 069/6301-6014

gruber@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

CIRStorte Zentrale

Sie haben Fragen zur Studie?
Dann wenden Sie sich an uns!

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mi. - Fr., 9 - 17 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Jeden Monat stellen wir Ihnen einen Tipp vor, mit dem Sie das Fehlermanagement in Ihrer Praxis verbessern können. Thema der vorliegenden Ausgabe:

Online Einführungsworkshop: Fehlermanagement. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.

Wir freuen uns, Ihnen neben einem Präsenz-Workshop, zur Einführung in das Thema Fehlermanagement in Ihrer Praxis und in das Projekt CIRStorte, jetzt auch einen **Online-Workshop** <http://lernbar.uni-frankfurt.de/bwei/cirstorte1> anbieten zu können.

Der Online-Workshop richtet sich an Praxisleitungen, die nicht am Präsenz-Workshop teilnehmen konnten. Darüber hinaus ist das gesamte Praxisteam aller Praxen herzlich eingeladen teilzunehmen, um mehr über Fehlermanagement zu erfahren.

Der Online-Workshop ist in drei aufeinander aufbauende Kapitel gegliedert und dauert ungefähr 1,5 Stunden. Die Kapitel können auch einzeln bearbeitet werden.



Nur wer weiß, wo Risiken und Fehlerquellen liegen, kann sich aktiv dagegen wappnen und verhindern, dass daraus Fehler entstehen.

In der Lerneinheit „**Fehlerquellen erkennen**“ werden Sie für Risikobereiche im Praxisalltag sensibilisiert und erfahren, warum die Ausei-

nersetzung mit Risiken und Fehlerquellen wichtig ist.

Was Fehler sind und wie sie entstehen, warum es uns oft so schwerfällt, über Fehler zu sprechen und wie man das Sprechen über Fehler leichter machen kann, sehen Sie im Kapitel „**Fehler berichten**“.

Wenn man „**aus Fehlern lernen**“ möchte, sollte man nicht fragen „Wer war schuld?“, sondern „Warum konnte es passieren?“. Wie Sie strukturiert einen Fehler aufarbeiten und welche Rolle Berichts- und Lernsysteme dabei spielen, erfahren Sie daher im dritten Kapitel.

Sofern Sie an dem Online-Workshop anstelle des Präsenz-Workshops teilnehmen, ist die Bearbeitung der zwei Aufgaben in dem Online-Workshop als **Teilnahmenachweis** (gemäß der „Einwilligungserklärung für Praxen“) erforderlich.

Ansonsten müssen Sie nicht, aber können das Aufgabenblatt an uns senden und erhalten ebenfalls eine Teilnahmebestätigung. Um den Workshop verbessern zu können, freuen wir uns über Ihre Rückmeldung auf dem Evaluationsbogen.

WIE
GEHTS
WEITER



Wir möchten Sie schon jetzt auf die nächste Aufgabe die auf Sie zukommen wird, aufmerksam machen.

Für den wissenschaftlichen Teil der Studie erfassen wir den Verlauf der Einführung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen. Dieser Teil der Evaluation besteht aus einem **Kurzfragebogen**, in dem wir erfahren möchten, ob und wie Sie Ereignisse in Ihrer Praxis dokumentieren und aufarbeiten sowie einem anonymisierten Ereignisbericht. Für den Ereignisbericht müssen Sie kein besonderes Formular oder Format verwenden, sondern können uns einen Bericht, so wie Sie ihn in Ihrer Praxis dokumentieren, senden.

Beginn der Aufgabe ist der 01.11.2018. Wir werden Sie in dem nächsten CIRStorte Aktuell über den genauen Ablauf informieren.



CIRStorte Zentrale

Sie haben Fragen zur Studie, zum Umgang mit Fehlern oder zur Nutzung eines Berichts- und Lernsystems in Ihrer Praxis? Dann wenden Sie sich an uns!

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mi. - Fr., 9 - 17 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Jeden Monat stellen wir Ihnen Ideen vor, mit denen Sie das Fehlermanagement in Ihrer Praxis verbessern können. Thema der vorliegenden Ausgabe:

Entscheidungen treffen!

Ein Berichts- und Lernsystem kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle im Team mitmachen. Aber nur wer weiß, was und wie berichtet werden soll, wird sich aktiv einbringen. Daher empfehlen wir, anhand des beigefügten Arbeitsblattes Ziele, Absprachen, Definitionen, Voraussetzungen und Zuständigkeiten gemeinsam zu klären. Indem Sie die Ergebnisse schriftlich festhalten, können Sie zusätzliche Verbindlichkeit schaffen.

- Klare Strukturen schaffen Vertrauen.*
- Klare Definitionen schaffen Sicherheit.*
- Vertrauen und Sicherheit erhöhen die Nutzung.*

Was soll berichtet werden?

„Das ist doch gar kein richtiger Fehler.“ oder „Es ist doch nichts passiert.“ sind oft genannte Gründe, warum Ereignisse einfach hingegenommen werden. Aber auch diese vermeintlichen Lappalien stören Abläufe, kosten Aufmerksamkeit und in ihrer Summe viel Zeit. Auch wenn kein Patient unmittelbar betroffen oder zu Schaden gekommen ist, kann ein Ereignis berichtenswert sein und Verbesserungspotential beinhalten. Besprechen Sie im Team, welche Ereignisse in Ihrem Berichtssystem aufgenommen werden sollen.

- Fehler sind das, was eigentlich nicht passieren sollte.*

Wie soll berichtet werden?

Gibt es einen elektronischen „Fehlerpatienten“ oder soll ein papiergestütztes Berichtsformular genutzt werden? Wo finde ich das Formular und was trage ich dort ein? sind ebenfalls Fragen, die vorab beantwortet werden sollten.

Wie werden Mitarbeitende motiviert, sich an dem System zu beteiligen?

Zeigen Sie Ihrem Team, dass ein offener Umgang mit Fehlern gewünscht ist und dass das Berichten eines Ereignisses wertgeschätzt wird. Erfolgreich umgesetzte Verbesserungsvorschläge, steigern die Bereitschaft sich einzubringen.

Wer ist zuständig für was?

Die Praxisleitung muss nicht alles allein machen. Verteilen Sie Aufgaben, legen Sie Zuständigkeiten fest.

Was ist sonst noch wichtig?

In der Handlungsempfehlung (Kapitel 3.2) und auf dem angehängten Arbeitsblatt finden Sie diese und weitere Fragen, die Sie mit Ihrem Team besprechen sollten.



WIE
GEHTS
WEITER



Sie erhalten in Kürze Post von uns!

Wir als Projektteam möchten wissen, wie sich der Umgang mit Berichts- und Lernsystemen in Ihrer Praxis entwickelt. Dazu schicken wir Ihnen eine kurze Befragung, die jeweils aus einem **Kurzfragebogen** und einem **Ereignisbericht** pro Praxis besteht.

Diesmal ist nicht das ganze Team gefragt, es reicht, wenn der Projektansprechpartner antwortet.

Reservieren Sie dafür ab dem 19. November 15 Minuten in Ihrem Kalender.

Kennen Sie schon unsere Projektseite www.cirsforte.de?



Auf dieser Seite finden Sie Informationen zum Projekt und hilfreiche Dokumente unter „Downloads“.

CIRStorte Zentrale

Sie haben Fragen zur Studie, zum Umgang mit Fehlern oder zur Nutzung eines Berichts- und Lernsystems in Ihrer Praxis? Dann wenden Sie sich an uns!

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626
(Mi. - Fr., 9 - 17 Uhr)
E-Mail: cirsforte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Jeden Monat stellen wir Ihnen Ideen vor, mit denen Sie das Fehlermanagement in Ihrer Praxis verbessern können. Dieses Mal geht es darum, wie Sie die Besprechung von kritischen Ereignissen in Ihre Teamsitzung integrieren.

Warum sollte in einer Teamsitzung auch über Fehler gesprochen werden?

„Was läuft gut im Praxisalltag? Was kann besser laufen?“ Diese Fragen haben Sie sich sicher auch schon gestellt. Die Teamsitzung ist eine ideale Plattform, um diese Fragen anzusprechen, dort können Sie gemeinsam kritische Ereignisse und passende Verbesserungsmaßnahmen diskutieren.

Wenn sie vorab einige Dinge klären, erspart Ihnen das viel Zeit in der eigentlichen Sitzung. Wählen Sie beispielsweise bereits vorher einen Ereignisbericht aus, der besprochen wird. Bringen Sie Materialien wie vertauschte Impfstoffe direkt mit in die Sitzung. Eine gute Vorbereitung verhindert Missverständnisse und sorgt für mehr Produktivität.

Haben Sie Maßnahmen beschlossen, ist wichtig, dass sie auch zeitnah umgesetzt werden. Legen Sie fest, wer die Umsetzung im Auge behält. Besprechen Sie in der folgenden Teamsitzung, ob die Maßnahmen ihr Ziel erreicht haben oder angepasst werden müssen. Wenn alle sehen, dass der Austausch über Fehler tatsächlich etwas bewirkt, steigt die Motivation, mit offenen Augen durch die Praxis zu gehen und Ereignisse zu berichten.

Empfehlungen und Tipps, wie Ihre nächste Teamsitzung aussehen könnte, finden Sie in unserem neuen Online-Modul (Dauer 15 Minuten):

Fehlermanagement in der Teamsitzung

(<http://lernbar.uni-frankfurt.de/TatjanaB/team>)

CIRStorte: aktuelle Zahlen

123
45

Mittlerweile machen **181 Praxen aus ganz Deutschland** bei CIRStorte mit! Es sind über **50 verschiedene Fachrichtungen** vertreten, die Praxisgröße reicht von **drei bis zu über 70 Mitarbeitenden**.

Wir freuen uns über diese Vielfalt. Es kann dadurch aber auch sein, dass unsere Tipps nicht immer für jede Praxis genau passen. Wenn Sie sich daher weitere Unterstützung wünschen, kontaktieren Sie uns gerne.

Sie erreichen die CIRStorte Zentrale Montag bis Freitag von 9 bis 14 Uhr unter Tel. 030 / 36 42 81 626 oder per E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

WIE
GEHTS
WEITER



Das nächste CIRStorte Aktuell Thema:

Wir geben Ihnen eine **Rückmeldung auf die eingesendeten Ereignisberichte**.

Außerdem wird uns in der nächsten Zeit folgende Frage beschäftigen:

Wie können Sie sich **mit anderen Praxen über Ihr Fehlermanagement austauschen?**

„**Fehlerkultur braucht Führungskompetenzen – die Luftfahrt macht vor, wie es geht**“ meint der Pilot Ralph Eckhardt. Sein Testimonial können Sie auf www.cirstorte.de lesen.

Frohe Weihnachten!

Wir bedanken uns für Ihr Engagement und die Zusammenarbeit mit uns im Jahr 2018 und wünschen Ihnen und Ihrem Praxisteam ein frohes Weihnachtsfest sowie ein erfolgreiches neues Jahr.

Mit weihnachtlichen Grüßen
Ihr CIRStorte Projektteam



CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626
(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)
E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Herzlichen Dank für die vielen Berichte über kritische Ereignisse, die Sie uns aus Ihren Praxen zugesendet haben! Für uns sind die Berichte sehr wichtig, damit wir wissen, wo Sie mit Ihrem Fehlermanagement stehen. So können wir Sie gut bei der weiteren Umsetzung unterstützen.

Heute möchten wir Ihnen schon einmal eine kurze Rückmeldung zu den Ereignisberichten geben. Weitere Informationen zu den Inhalten der Berichte werden folgen.

Erste Ergebnisse Ereignisberichte

Was läuft gut? Die allermeisten Ereignisse waren ausreichend beschrieben, die Berichte waren fast immer leserlich und vollständig anonymisiert. Patientennamen waren nie aufgeführt, selten waren Patientennummern vorhanden. Übrigens: damit Ihre Berichte noch leserlicher werden, stellen wir Ihnen das Berichtsformular aus dem Studienordner digital zum Ausfüllen am PC zur Verfügung (siehe Anhang und auf www.cirstorte.de).

Was kann besser laufen? „Der/Die Mitarbeiter/in muss beim nächsten Mal besser aufpassen“ – eine Maßnahme, die so oder so ähnlich immer wieder in den

Nicht nach Schuldigen, sondern nach Ursachen suchen.

Berichten genannt wurde. Wenn ein Fehler passiert, ist der Mensch aber nur das letzte Glied der Kette. Vorher passieren viele Prozesse, die bereits zur Entstehung beitragen. Sichere Maßnahme zielen daher nicht auf den

Einzelnen ab, sondern z.B. auf den Personaleinsatz (eine Maßnahme könnte sein, nur examinierte Fachkräfte und Auszubildende nicht alleine in einem risikoreichen Bereich einzusetzen).

Eher selten wurde festgehalten, bis wann eine Maßnahme umgesetzt sein soll und wer die Umsetzung überprüft. So fallen beschlossene Maßnahmen schnell unter den Tisch. Wenn Ihnen eine Maßnahme sinnvoll und wichtig erscheint, schreiben Sie sich eine Erinnerung in den Praxiskalender, wann Sie überprüfen wollen, ob die Maßnahme gegriffen hat.

In der Online-Schulung „Fehlermanagement in der Teamsitzung“ finden Sie u.a. praktische Tipps zu Maßnahmenentwicklung und dem Monitoring. Selbstverständlich ist das ganze Praxisteam herzlich eingeladen, sich die Online-Schulungen anzusehen.

Online-Schulungen

Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen

Einführung in das Thema Fehlermanagement in Ihrer Praxis und in das Projekt:
<http://lernbar.uni-frankfurt.de/bwei/cirstorte1>

Fehlermanagement in der Teamsitzung

Empfehlungen und Tipps, wie Ihre nächste Teamsitzung aussehen könnte:
<http://lernbar.uni-frankfurt.de/TatjanaB/team>

WIE
GEHTS
WEITER



Achtung es kommt wichtige Post!

In den nächsten Tagen erhalten Sie von uns per Post eine Rechnungsvorlage, mit der Sie die Aufwandspauschale abrufen können. Bitte füllen Sie alle Felder aus, sonst können wir die Rechnung nicht bearbeiten.

Ihre Meinung zählt!

Im Februar bitten wir einige Praxen um ihre Teilnahme an einem Telefon-Interview, in welchem wir Ihr Feedback zur Unterstützung des Projekts erfragen. So möchten wir unsere Angebote praxisnah und alltagstauglich gestalten. Wir hoffen auf Ihre rege Teilnahme!

APS-Jahrestagung 09.-10. Mai 2019, Berlin



Patientensicherheit als Fähigkeit, immer neu Verbesserungspotentiale zu erkennen und zu nutzen, bedarf des täglichen kontinuierlichen Engagements aller. Genau darum geht es auf der 14. Jahrestagung des APS. Zusammen mit den APS-Mitgliedern und allen interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern sollen Beispiele und Ansätze für die konkrete Umsetzung der Sicherheitskultur gesammelt werden. <https://www.aps-ev.de/aps-jahrestagung2019/>

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626
(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)
E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Für diesen Newsletter haben wir den Schwerpunkt „sichere Patientenidentifikation“ gewählt. Viele CIRStorte-Praxen haben sich bereits mit dem Thema beschäftigt und uns Ereignisberichte geschickt, in denen eine Patienten-Verwechslung beschrieben wurde.

Was ist geschehen?

In sechs der eingesandten Ereignisberichte wurde versehentlich ein falscher Name im Terminkalender, auf der AU, der Einweisung oder einem Rezept notiert. In zwei Berichten wurden falsche Dokumente ausgehändigt oder eingescannt und in einem Fall wurde einem Patienten irrtümlich Blut abgenommen.

Wie ist es zu den Verwechslungen gekommen?

Folgende Gründe wurden genannt:

- Patienten mit gleichem Vor- und Nachnamen
- Eheleute, beide Patienten der Praxis, waren gleichzeitig im Sprechzimmer
- Patient wurde mit seinem Bruder verwechselt
- Beim Drucken der Bescheinigung war ein anderer Patient im PC aufgerufen
- Kommunikation (undeutliche Sprache, mangelnde Deutsch-Kenntnisse)

Was können Sie für eine sichere Patientenidentifikation tun?

1. Fragen Sie aktiv, so dass der Patient mit Namen und Geburtsdatum antworten muss: „Wie heißen Sie und wann sind Sie geboren?“ statt „Sind Sie Frau/Herr ...?“. Insbesondere vor jeder Untersuchung oder Behandlung.
2. Informieren und beziehen Sie Ihre Patienten ein, damit diese selbst aufmerksam sind. Das ist insbesondere bei Patientengruppen mit einem hohen Verwechslungsrisiko wichtig:
 - Patienten mit häufigen Nachnamen
 - Patienten mit ungewöhnlichen oder ausländischen Namen
 - Behandlung von Geschwisterkindern oder mehreren Familienangehörigen
 - Patienten mit kognitiven Einschränkungen
 - Patienten mit einer anderen Muttersprache
3. Wenn möglich: Ordnen Sie jedem Patienten eine eindeutige Nummer zu, die zwischen Praxissoftware und Papierakte übereinstimmt. Diese Nummer dient ebenfalls der eindeutigen Identifikation.

Wo finde ich weitere Informationen?

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2013): Handlungsempfehlung - Sichere Patientenidentifikation in der ambulanten ärztlichen Versorgung.
www.kvwl.de/arzt/qsqm/patientensicherheit/handl_empf/handl_empf_patientenidentifikation.pdf

WIE
GEHTS
WEITER



Austausch „Fehlermanagement in der Praxis“

Teilen Sie Ihre eigenen Erfahrungen im Umgang mit kritischen Ereignissen und lernen Sie von anderen CIRStorte-Praxen.

Folgende kostenlose Workshops und Webinare stehen Ihnen dafür zur Verfügung:

Workshops (Dauer ca. 2h)

24. April 15 Uhr, Frankfurt

10. Mai 11 Uhr, Berlin
APS Jahrestagung

15. Mai 15 Uhr, Bielefeld

22. Mai 15 Uhr, Rendsburg

29. Mai 15 Uhr, Münster

05. Juni 15 Uhr, Dortmund

Webinare (Dauer ca. 1h)

10. April 16 Uhr

17. Mai 15 Uhr

26. Juni 16 Uhr

Weitere Informationen und ein Anmeldeformular senden wir Ihnen in der kommenden Woche per mail zu.

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Qualitätszirkel sind ein fester Bestandteil des fachlichen Austausches vieler Ärztinnen und Ärzte, aber auch vermehrt des nicht-ärztlichen Personals. Der interkollegiale Erfahrungsaustausch, die konkreten Anregungen und Tipps, die dort diskutiert werden, machen den Mehrwert des Formats aus.

Diesen Austausch möchten wir auch unseren CIRStorte-Praxen unkompliziert ermöglichen. Wir haben uns daher umgeschaut: Videokonferenzen, wie sie sich im stationären Sektor für Fallkonferenzen bereits etabliert haben, sind eine standortunabhängige und ressourcenschonende Alternative für den praxisübergreifenden Austausch.

CIRStorte bietet daher nun auch Webinare an! Wie läuft ein Webinar ab?



Die Moderatorinnen des Projektteams stellen mehrere anonymisierte Ereignisberichte vor, die uns aus CIRStorte-Praxen erreichen. Anschließend diskutieren die Teilnehmenden, wie die verschiedenen Praxen mit solchen Situationen und Problemen umgehen. Gemeinsam erarbeiten wir Lösungsstrategien und konkrete nächste Schritte.

Für das Webinar benötigen Sie einen PC, ein Tablet oder ein Smartphone mit Internetzugang sowie Lautsprecher und Mikrofon oder ein Headset. Eine Kamera ist nicht unbedingt notwendig.

Stimmen aus dem ersten Webinar zum Thema „Medikationsfehler“:

„Diese Art von Austausch und Lösungsmöglichkeiten haben wir schon lange gesucht“

„Die kleine Gruppe ist ideal für Diskussionen und Rückfragen“

„Wir werden unser System der Rezeptausstellung noch einmal überdenken“

„Ich werde die Lösungsvorschläge gleich morgen mit meinem Team besprechen“

„Kann ich am nächsten Webinar auch wieder teilnehmen?“

Sie möchten auch teilnehmen?

Aufgrund der positiven Resonanz ändern wir den Workshop am 24. April von Präsenzveranstaltung zu Webinar.

Zur Anmeldung schreiben Sie einfach eine E-Mail an cirstorte@aps-ev.de dann erhalten Sie alle weiteren Infos!

Teilen auch Sie Ihre eigenen Erfahrungen im Umgang mit kritischen Ereignissen und lernen Sie von anderen CIRStorte-Praxen!

WIE
GEHTS
WEITER



Austausch „Fehlermanagement in der Praxis“

Kostenlose Veranstaltungen für alle ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden:

Workshops (Dauer ca. 2h)

- 10. Mai 11 Uhr, Berlin
APS Jahrestagung
- 15. Mai 15 Uhr, Bielefeld
- 22. Mai 15 Uhr, Rendsburg
- 29. Mai 15 Uhr, Münster
- 05. Juni 15 Uhr, Dortmund

Webinare (Dauer ca. 1h)

- 24. April 15 Uhr
- 10. Mai 11 Uhr, APS Jahrestagung
- 17. Mai 15 Uhr
- 26. Juni 16 Uhr

Sie haben Post von uns erhalten!

Wir haben Ihnen zum zweiten Mal eine kurze Befragung zugesendet, die jeweils aus einem Kurzfragebogen und einem Ereignisbericht pro Praxis besteht.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung!

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de



Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Wie können wir Abläufe in der Praxis optimieren? Welche Risiken können wir mit einfachen Mitteln beseitigen? In bisher drei Webinaren wurden diese Fragen von teilnehmenden CIRStorte-Praxen diskutiert (Webinare sind **web**-basierte Seminare, bei denen durch die Moderatorin Ereignisberichte präsentiert werden mit anschließender Diskussion). Dabei hat sich jedes Mal gezeigt: Die Experten sind Sie! Die besten Tipps kommen aus der Praxis für die Praxis. In dieser Ausgabe von CIRStorte Aktuell stellen wir Ihnen die Ergebnisse des zweiten Webinars vor:

Tipps aus CIRStorte-Praxen, damit pathologische Testergebnisse zuverlässig auffallen

1. Gerade die Sichtung von Testergebnissen nach der Sprechstunde ist fehleranfällig. Wenn man am Ende eines langen Praxistages zuverlässig alle pathologischen Werte aussortieren möchte, ist eine Vier-Augen-Kontrolle sinnvoll. Die Ärztin oder der Arzt sind dabei die finale Kontrollinstanz. Im Tagesverlauf kann aber gut eine oder ein MFA (vielleicht sogar der oder die Azubi?) auffällige Werte markieren. Legen Sie für Ihre Praxis fest, welche pathologischen Ergebnisse den Ärztinnen und Ärzten auch tagsüber direkt gemeldet werden müssen.
2. Holen Sie alle Beteiligten an einen Tisch. Stimmen Sie z. B. mit Ihrem Labor ab, ab welchen Grenzwerten Sie informiert werden – und legen Sie gemeinsam fest, wie die Information erfolgen soll, z. B. per Anruf oder Fax. Prüfen Sie, ob die dort für Ihre Praxis hinterlegte Notfallnummer noch aktuell ist. Die Zusammenarbeit wird umso erfolgreicher, je mehr Sie die Abläufe des jeweils anderen kennen. Auch individuelle Lösungen sind so möglich.
3. Ihre Patientinnen und Patienten können Sie ebenfalls einbeziehen. Bei auffälligen Werten kontaktiert die Praxis die Betroffenen selbstverständlich unmittelbar, in aller Regel telefonisch. Ermutigen Sie Ihre Patientinnen und Patienten zusätzlich, sich aktiv nach den Laborwerten zu erkundigen, eben genau für den Fall, dass Ihnen ein pathologischer Wert „durch die Lappen geht“. Am besten klären Sie vorher im Praxisteam, wie Sie dieses Vorhaben umsetzen, denn dabei gibt es einiges zu beachten:
 - a. Werden Befunde am Telefon durchgegeben? Wenn ja, durch wen (ärztliche/nicht-ärztliche Mitarbeitende) und an wen (Patientinnen und Patienten, Angehörige)?
 - b. Gibt es ein unterschiedliches Verfahren für pathologische und nicht-pathologische Werte?
 - c. Werden Befunde per Post an Patientinnen und Patienten verschickt? Wer kommt gegebenenfalls für das Porto auf?

WIE
GEHTS
WEITER



Austausch „Fehlermanagement in der Praxis“

Kostenlose Veranstaltungen für alle ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden:

Workshops (Dauer ca. 2h)

22. Mai 15 Uhr, Rendsburg
29. Mai 15 Uhr, Münster
05. Juni 15 Uhr, Dortmund

Webinare (Dauer ca. 1h)

17. Mai 15 Uhr
26. Juni 16 Uhr

Deutsches Ärzteblatt 15/2019

Vehler vermeiden: CIRStorte im Ärzteblatt

Projektleiterin Dr. Beate Müller berichtet, was CIRStorte beinhaltet und stellt erste Zwischenergebnisse vor.

Vollständiger Artikel
[\[PDF\]](#)



Sie möchten auch an einem Webinar teilnehmen?



Melden Sie sich unkompliziert über unsere Website an: www.cirstorte.de/termine.html oder schreiben Sie eine E-Mail an cirstorte@aps-ev.de dann erhalten Sie alle weiteren Infos!



CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626
(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)
E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Keine langen Anfahrtswege, jederzeit verfügbar, individuelle Zeiteinteilung, für das ganze Praxisteam frei zugänglich sowie eine anschauliche Wissensvermittlung sind nur einige Vorteile, die Sie im Zusammenhang mit unseren bisherigen Online-Angeboten nannten. Gute Gründe, Ihnen einen weiteren Baustein für ein praxisorientiertes Fehlermanagement zur Verfügung zu stellen.

In dem **Online-Modul** geht es um das **gemeinsame Entwickeln von präventiven Maßnahmen zur Fehlervermeidung**. Wir zeigen Ihnen, wie Sie Ansatzpunkte für wirkungsvolle Maßnahmen identifizieren, worauf Sie bei der Entwicklung von Maß-

Geeignete Maßnahmen sorgen dafür, dass das Ereignis nicht noch einmal passiert.

nahmen achten sollten und wie Sie diese in Ihrer Praxis umsetzen können.

Die Bearbeitung dauert ca. 15 Minuten.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Ansehen und viele neue Anregungen!



[Online-Modul „Maßnahmen gemeinsam entwickeln!“](#)

CIRStorte Workshop auf der APS-Jahrestagung 2019 in Berlin

Heute möchten wir von einem speziellen Workshop berichten. Anfang Mai 2019 haben wir auf der Jahrestagung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) in Berlin eine Kombination aus Webinar und Workshop durchgeführt: Um 11:00 Uhr versammelten sich etwa 25 Fachteilnehmer aus dem ambulanten und stationären Bereich im Seminarraum. Ihnen wurde zunächst der aktuelle Sachstand des CIRStorte-Projektes präsentiert und die Entwicklung vom Präsenz- über den Online-Workshop zum Webinar vorgestellt. Anschließend starteten wir das Webinar, das in den Seminarraum übertragen wurde. Acht Praxen hatten sich aus Hamburg, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Oberbayern zugeschaltet.



Das Interessante daran war, dass sich, neben den acht am Webinar teilnehmenden Praxen, auch die Seminarteilnehmer in Berlin live einbringen konnten!

Die CIRStorte-Projektleiterin stellte den Teilnehmern kritische Ereignisse aus dem Praxisalltag vor und lud sie anschließend zum praxisübergreifenden Austausch ein. Die Teilnehmer besprachen jeden Fall, diskutierten ihre Erfahrungen und entwickelten gemeinsam Ideen zur Fehlerprävention – so konnten wir mehr als 30 Personen erreichen, unabhängig vom Ort an dem sie sich gerade befanden.

Die Rückmeldungen zum Workshop waren sehr positiv. Viele waren überrascht, wie unkompliziert und effektiv in einem Webinar diskutiert werden kann. Wenn Sie schauen möchten, wie ein Webinar abläuft, denn sehen Sie sich unter www.cirsforte.de/termine.html unser fünfminütiges Demo-Webinar mit der Projektleiterin Dr. Beate Müller an.

WIE
GEHTS
WEITER



Webinar: 26. Juni, 16-17 Uhr

„Fehlermanagement in der Praxis“

In unserem kostenlosen Webinar für alle ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden haben Sie die Möglichkeit im direkten Austausch zu erfahren, wie andere Praxen mit ihren Fehlern umgehen und können gemeinsam praxisnahe Lösungsstrategien und konkrete nächste Schritte erarbeiten.

Sie möchten am Webinar teilnehmen?

Sie benötigen nur einen PC, ein Tablet oder ein Smartphone mit Internetzugang sowie Lautsprecher und Mikrofon oder ein Headset. Eine Kamera ist nicht unbedingt notwendig.

Melden Sie sich unkompliziert über unsere Website an: www.cirsforte.de/termine.html oder schreiben Sie eine E-Mail an cirsforte@aps-ev.de

Telefoninterview

Vielen Dank für Ihr große Bereitschaft, an den CIRStorte Telefoninterviews teilzunehmen.

Da wir in kurzer Zeit eine Vielzahl von Zusagen erhalten haben, können wir leider nicht mit allen Interessenten ein Interview führen. Wir bedanken uns dennoch sehr für Ihr Engagement.

Sollten Sie uns unabhängig von einem Interview etwas zum Fehlermanagement in Ihrer Praxis mitteilen möchten, wenden Sie sich gerne an unsere CIRStorte-Zentrale.

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirsforte@aps-ev.de



Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Sieben CIRStorte-Praxen haben sich im letzten Webinar intensiv über Fallstricke in Praxisabläufen ausgetauscht. Die Empfehlungen, die dabei von den Teilnehmern kamen, möchten wir heute mit Ihnen teilen.

Zettelchaos? Notizen, Erinnerungen und To-Do-Listen im Praxisalltag

Digitale To-Do-Listen

Einige Praxisverwaltungssysteme (PVS) bieten digitale To-Do-Listen an. Der Vorteil liegt darin, dass von jedem Arbeitsplatz darauf zugegriffen werden kann. Wenn die Ärztin im Sprechzimmer möchte, dass ein Befund nachgefordert wird, kann sie dies direkt in die To-Do-Liste im PVS eintragen. Zeitgleich kann die Liste von einem anderen Arbeitsplatz eingesehen und bearbeitet werden. Häufig ist es auch möglich, direkt im PC einzelne Mitarbeitende den Aufgaben zuzuordnen.

*Synchronisieren,
organisieren,
delegieren*

In manchen PVS können „Wartelisten“ pro Zimmer, aber auch pro Person (Arzt, Ärztin, Mitarbeitende) angelegt werden. In solchen Wartelisten können ebenfalls Aufgaben aufgeführt werden – mit dem Vorteil, dass die Patientendatei zur Dokumentation direkt verknüpft ist.

Papierbasierte To-Do-Listen

Viele Praxen nutzen nach wie vor papierbasierte To-Do-Listen. Damit nichts verloren geht, können die Notizen z.B. in einem Zettelkasten in Fächern nach Dringlichkeit („sofort erledigen“, „in KW 12 erledigen“, „am Quartalsende erledigen“), Art der Aufgabe („Rückrufe“, „Labor“, „Abrechnung“) oder nach Personen/Zuständigkeiten sortiert werden.

*Zettelkasten für
einen besseren
Überblick*

Wichtig ist, dass in der Praxis festgelegt wird, wer die Aufgaben zu welchem Zeitpunkt erledigt. Für häufig anfallende Tätigkeiten wie Rückrufe können vorgefertigte oder praxisindividuelle Vordrucke die Dokumentation zusätzlich erleichtern. Diese Vordrucke finden Sie ganz einfach, wenn Sie im Internet nach „Gesprächsnotiz“ suchen. Zur Abwechslung gibt es die Blöcke übrigens auch im regionalen Dialekt als „Babbelnotiz“ oder „Badischer B'richt“ ;-)



Der Austausch über kritische Ereignisse geht weiter

Wir sind von der positiven Resonanz auf die Webinare begeistert und haben uns entschieden, Ihrem vielfachen Wunsch nachzukommen – wir werden das Format auch über die Praxisphase von CIRStorte hinaus anbieten. Merken Sie sich die Termine schon einmal vor:



Mittwoch, 9. Oktober 15-16 Uhr

Mittwoch, 20. November 15-16 Uhr

Mittwoch, 15. Januar 15-16 Uhr

WIE
GEHTS
WEITER



CIRStorte setzt zum Endspurt an!

Im **August** bitten wir Sie ein drittes und damit letztes Mal um einen Ereignisbericht und einen ausgefüllten Kurzfragebogen.

Danach folgt im **September** die Abschlussbefragung als letzter Baustein der wissenschaftlichen Evaluation.

Im **Oktober** laden wir Sie herzlich zum **CIRStorte Symposium II** ein.

Dort stellen wir Ihnen vor, welche Maßnahmen bei der Einführung eines Berichts- und Lernsystems besonders wertvoll waren und was sich in den CIRStorte-Praxen verändert hat. Wie der flächendeckende Transfer unserer Ergebnisse in die ambulante Versorgung erfolgreich gelingen kann, würden wir dort gern mit Ihnen diskutieren.

Weitere Infos und Anmeldung unter: www.cirstorte.de/symposium.html

Über den **Winter** werden wir alle Daten und Berichte detailliert auswerten und Ihnen im **Frühjahr** in einem Abschlussbericht zur Verfügung stellen.

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Wir als Projektteam möchten erneut wissen, wie sich das Fehlermanagement in Ihrer Praxis entwickelt hat. Dazu schicken wir Ihnen zum dritten und letzten Mal in den kommenden Tagen einen Kurzfragebogen und bitten Sie noch einmal, uns einen Ereignisbericht aus Ihrer Praxis zuzusenden.

1
2
3
4
5

In der ersten Erhebung haben wir von Ihnen 89 Ereignisberichte erhalten, in der zweiten Erfassung waren es bereits 91 Berichte. Dabei hat uns ganz besonders gefreut, dass die aktive Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen in Ihren Praxen intensiver geworden ist.

Patientensicherheit wird aktiv gelebt!

Es werden mehr Ereignisse berichtet, Fehlerberichte werden häufiger in den Teambesprechungen diskutiert und es werden mehr präventive Maßnahmen abgeleitet.

Damit dieser Trend so weitergeht, haben wir die wichtigsten Punkte rund um nachhaltige Ereignisberichte für Sie zusammengefasst:

Sieben Empfehlungen für Ereignisberichte

1. Nutzen Sie eine strukturierte Vorlage, wenn Sie Ereignisse berichten und aufarbeiten.
2. Schreiben Sie leserlich.
3. Achten Sie darauf, dass die Berichte anonymisiert sind. Keine Namen oder Patienten-Identifikationsnummern.
4. Beschreiben Sie das Ereignis so konkret wie möglich. Was ist, wann, wie und wo passiert und was waren die Folgen?
5. Untersuchen Sie das Ereignis. Benennen Sie Ursachen und beitragende Faktoren.
6. Ganz wichtig: Beschreiben Sie die Maßnahmen, die Sie einführen, um zu verhindern, dass das Ereignis so oder in ähnlicher Weise wieder auftritt. Denken Sie dabei daran, dass „Besser aufpassen“ oder „konzentrierter arbeiten“ nicht hilft!
7. Dokumentieren Sie, wann und wie Sie überprüfen, ob die beschlossenen Maßnahmen wirksam sind.

Haben Sie eine Ausgabe „CIRStorte Aktuell“ verpasst oder suchen Sie den Link zu einem Online-Modul?

Dann schauen Sie doch einmal auf den Seiten von www.cirstorte.de nach.

Unter **News** stehen Ihnen alle bisherigen Ausgaben von CIRStorte Aktuell zur Verfügung.

Praxiserprobte Empfehlungen und die Links zu den drei Online-Modulen finden Sie unter **Tipps**.

Die Handlungsempfehlung, Vorlagen und Formulare können Sie unter **Arbeitsmaterialien** herunterladen

und ein Anmeldeformular für das **Symposium** ist auch auf den Seiten hinterlegt.



WIE
GEHTS
WEITER



Der Austausch über kritische Ereignisse geht weiter!

Wir sind von der positiven Resonanz auf die **Webinare** begeistert und haben uns entschieden, Ihrem vielfachen Wunsch nachzukommen – wir werden das Format auch über die Praxisphase von CIRStorte hinaus anbieten.



Webinar-Termine:

Mittwoch, 09. Oktober 15-16 Uhr

Mittwoch, 20. November 15-16 Uhr

Mittwoch, 15. Januar 15-16 Uhr

Internationaler Tag der Patientensicherheit



Patientensicherheit geschieht nicht von allein, sondern bedarf des täglichen kontinuierlichen Engagements.

Schwerpunktthema 2019:
Sicherheitskultur auf allen Ebenen.

Rund um den **17. September** finden bundesweit zahlreiche Veranstaltungen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens statt.

www.tag-der-patientensicherheit.de

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

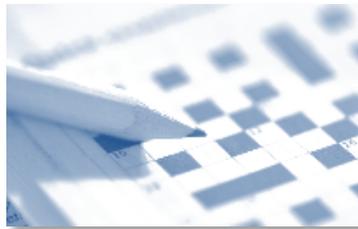
Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Dank Ihrem Engagement als CIRStorte-Praxis können wir wichtige Erkenntnisse für die weitere Entwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen im niedergelassenen Bereich gewinnen. Wir bedanken uns schon jetzt ganz herzlich fürs Mitmachen und möchten Ihren Einsatz auf besondere Weise anerkennen:

Gewinnen Sie eine Reise nach Berlin!

Aus fünf Praxen hat jeweils eine Person die Möglichkeit, eine zweitägige Reise nach Berlin zu gewinnen, um am **CIRStorte-Symposium** am 30. Oktober 2019 teilzunehmen!

Für die Gewinner übernehmen wir die Reisekosten nach Berlin sowie eine Übernachtung am Tagungsort im Hotel Aquino.



Was müssen Sie dafür tun?

Lösen Sie das Rätsel, das dieser E-Mail anhängt, und senden Sie das Lösungswort an:

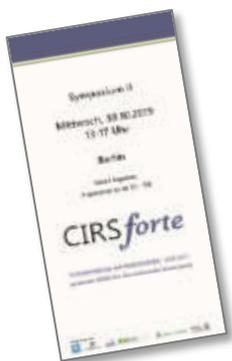
cirsforte@aps-ev.de

Einsendeschluss ist der 20. September 2019.

Die Gewinner werden am 24.09.2019 per E-Mail benachrichtigt!

Sie müssen dann nur noch entscheiden, wer aus Ihrer Praxis die Reise antritt. Beachten Sie bitte auch die Teilnahmebedingungen auf Seite 2 des Rätsel-Dokumentes.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Rätseln!



CIRStorte Symposium

Sie möchten – unabhängig vom Gewinnspiel – am CIRStorte-Symposium teilnehmen, erste Ergebnisse erfahren und darüber diskutieren, wie der flächendeckende Transfer der Ergebnisse in die ambulante Versorgung erfolgreich gelingen kann?

Das Programm und Informationen zur Anmeldung finden Sie unter www.cirsforte.de/symposium.html

Endspurt bei Ereignisberichten und Fragebogen

Alle diejenigen, die uns den **dritten Kurzfragebogen und Ereignisbericht** noch nicht zugesandt haben, möchten wir dazu nochmals ermuntern. Ihre Rückmeldungen sind uns wichtig und ein wertvoller Bestandteil des Projektes. Die Beantwortung dauert wenige Minuten.

WIE
GEHTS
WEITER



Internationaler Tag der Patientensicherheit



Patientensicherheit geschieht nicht von allein, sondern bedarf des täglichen kontinuierlichen Engagements.

Schwerpunktthema 2019: Sicherheitskultur auf allen Ebenen.

Rund um den **17. September** finden bundesweit zahlreiche Veranstaltungen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens statt.

Zum Beispiel am **18.09.2019 in Dortmund** bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Dort könnten Sie weiterhin ganz praktisch – und vor allem praxisnah – den Umgang mit kritischen Ereignissen üben, sich mit Kolleginnen und Kollegen austauschen und nebenbei das Gesicht der CIRStorte-Zentrale, Dagmar Lüttel, persönlich kennenlernen.

Weitere Informationen und die Anmeldung finden Sie hier:

[Welttag der Patientensicherheit in Westfalen-Lippe](#)

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirsforte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Viele CIRStorte-Praxen haben uns in den vergangenen Monaten Ereignisberichte geschickt. Einen Fall möchten wir hier mit Ihnen teilen:

Ein Patient sollte neu mit Marcumar eingestellt werden. Aufgrund von Niereninsuffizienz und Alter wurde langsam mit 1 Tablette täglich begonnen.

An Tag 1 war der INR 1,0; Tag 3: 1,1; Tag 5: 1,3; Tag 10: 1,5 laut der Messung vor Ort mit dem mobilen Messgerät. Der Patient wurde gebeten weiterhin 1 Tab. tägl. einzunehmen.

Am Tag 10 wurde auch noch Blut des Patienten ins Labor geschickt. Hier war jedoch der INR bereits 2,1 und somit im Zielbereich.

Da vor Ort jedoch als Entscheidungsgrundlage der INR 1,5 war, wurde dem Patienten eine zu große Dosierung an Marcumar gegeben, sodass es zur INR-Entgleisung kommen konnte (Tag 15: INR von 7,3).

Problem: *Woher kommt die große Diskrepanz von mobilem Messgerät und Labor-Messung? Von den Hausbesuchsfahrern wurde schon häufiger beobachtet, dass INR-Werte abhängig von den Geräten seien.*

Haben Sie in Ihrer Praxis auch schon ähnliches beobachtet? Sehen Sie solche Probleme bei bestimmten Messgeräten häufiger als bei anderen? Wir möchten wissen, ob dies ein Einzelfall war oder ob hier evtl. ein Medizinprodukt generell fehleranfällig ist.

Das würden wir gerne am kommenden Mittwoch, den **09. Oktober** mit Ihnen im nächsten **CIRStorte-Webinar** diskutieren. Anmelden können Sie sich hier: www.cirstorte.de/webinare.html

Übrigens: wir stellen zwei bis drei Berichte in den Webinaren vor. Wenn Sie einen Wunsch für ein Thema haben oder selbst ein Ereignis aus Ihrer Praxis im kollegialen Kreis diskutieren möchten, melden Sie sich gerne bei Dr. Beate Müller: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Auflösung Rätsel

Vielen Dank für die Teilnahme an unserem Gewinnspiel. Wir freuen uns über die vielen richtigen Lösungen des Rätsels. Das Lösungswort war "Aus Fehlern lernen."

Wir heißen die Gewinner beim Symposium in Berlin herzlich Willkommen.

CIRStorte Symposium

Sie möchten – unabhängig vom Gewinnspiel – am CIRStorte-Symposium teilnehmen, erste Ergebnisse erfahren und darüber diskutieren, wie der flächendeckende Transfer der Ergebnisse in die ambulante Versorgung erfolgreich gelingen kann?

Das Programm und Informationen zur Anmeldung finden Sie unter www.cirstorte.de/symposium.html



WIE
GEHTS
WEITER



Der Austausch über kritische Ereignisse geht weiter!

Wir sind von der positiven Resonanz auf die Webinare begeistert und haben uns entschieden, Ihrem vielfachen Wunsch nachzukommen und das Format weiterhin anzubieten.

Webinar-Termine:

Mittwoch, 09. Oktober 15-16 Uhr

Mittwoch, 20. November 15-16 Uhr

Mittwoch, 15. Januar 15-16 Uhr



Sie haben Post von uns erhalten!

Wir haben Ihnen im September den **abschließenden Fragebogen** zugesendet. Dieser wird mit der Erhebung zu Beginn der Studie verglichen, um zu sehen, wie sich in den Praxen das Fehlermanagement entwickelt hat. Die Antworten sind ein wichtiger Bestandteil der wissenschaftlichen Auswertung.

Wir freuen uns daher auf möglichst zahlreiche Rückmeldungen des gesamten Praxisteams – bis zum 15. Oktober!

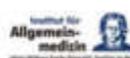
CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de



Herzlich willkommen zur neuen Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Die CIRStorte-Praxen sind Trendsetter!

Auf dem CIRStorte Symposium Ende Oktober in Berlin trafen Spitzenvertreter der Gesundheitspolitik (G-BA, BMG, KBV) auf CIRStorte-Teilnehmer aus der Praxis. Noch einmal mehr zeigte dies, wie wichtig das Zusammenspiel aller Einrichtungen ist. Nachdem Prof. Elisabeth Pott betonte, wie wichtig Patienten-



sicherheit sei und die Politik dort Nachholbedarf habe, zeigte Dr. Gregor Engelke eindrücklich aus seinem Alltag eines operierenden Gynäkologen, dass Fehler in der Medizin unvermeidbar sind (und er glaubt keinem, der sagt er mache keine Fehler).

Entscheidend ist, wie man damit umgeht: Die CIRStorte-Praxen haben in der Projektphase gelernt, ihre kritischen Ereignisse und Fehler zu erfassen, mit ihnen konstruktiv umzugehen und daraus zu lernen - das zeigen die Ergebnisse des Projektes, die von der Projektleitung Dr. Beate Müller vorgestellt wurden.

Anschließend wurde gemeinsam mit allen Teilnehmern drei Fragen diskutiert: Wie können auch andere Praxen davon überzeugt werden,



dass ihre Fehler es wert sind, aufgearbeitet zu werden? Wie kann der Austausch zwischen Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung intensiviert werden? Und wie kann der Patient beim Thema Fehlermanagement einbezogen werden? In intensivem Diskurs wurden zukunftsweisende Ideen ausgetauscht, wie Fehlermanagement weiter befördert werden kann.

CIRStorte Gewinnspiel

Im September haben sich etliche Praxen am CIRStorte Gewinnspiel beteiligt und hatten dadurch die Chance, eine Reise zum CIRStorte Symposium nach Berlin zu gewinnen. Gewonnen haben: [Namen entfernt]

Wir gratulieren nachträglich allen Gewinnerinnen!

Rückblick

CIRStorte Symposium 2019

Einen visuellen Rückblick zum CIRStorte Symposium mit spannenden Statements aus den Praxen, der Politik und dem Projektteam haben wir für Sie in dem Event-Film „[Fehlermanagement in der Arztpraxis: Aus Fehlern lernen dank CIRStorte](#)“ zusammengefasst.

Als PDF Präsentationen können Sie sich die Zusammenfassung der ersten [Ergebnisse](#) aus dem Projekt (Dr. Müller) sowie den anschaulichen [Erfahrungsbericht](#) aus einer Projektpraxis (Dr. Engelke) ansehen.

Alle Informationen zum Symposium finden Sie auch auf der Projektseite CIRStorte: <https://www.cirstorte.de/symposium.html>



Presseecho

Auf die Bedeutung von Impulsen von außen für das Fehlermanagement in Arztpraxen [[Ärzteblatt](#)] und wie Arztpraxen aus Fehlern lernen können [[Die Ärztezeitung](#)] wurde anschließend auch in der Presse ausführlich berichtet. (Für die Ärztezeitung ist eine Registrierung notwendig, um den Beitrag lesen zu können.)

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Herzlich willkommen zur letzten Ausgabe „CIRStorte Aktuell“

Mit dem Ende des Jahres endet auch die Praxisphase von CIRStorte. In den vergangenen Studien-Monaten haben Sie Unterstützung erhalten, ein aktives, strukturiertes Fehlermanagement in Ihrer Praxis aufzubauen. Was das Thema Fehlermanagement betrifft, sind Sie für das Jahr 2020 bestens gewappnet (und falls nicht – siehe weitere Links auf der nächsten Seite).



CIRStorte in Zahlen

184 Arztpraxen aus ganz Deutschland haben im Jahr 2018 zu gesagt, bei CIRStorte mitzumachen. Fast alle (179 Praxen) sind bis zum Schluss dageblieben!

Wir haben 16 Workshops und 5 Webinare durchgeführt mit insgesamt über 350 ärztlichen und nicht-ärztlichen Teilnehmenden. Bei der Eingangsbefragung haben uns 153 Praxen 1317 Fragebögen geschickt, bei der aktuell noch laufenden Abschlussbefragung gingen bisher 940 Fragebögen aus 129 Praxen ein. **(Falls Ihre Praxis noch keinen Bogen geschickt hat, können Sie das sehr gerne noch nachholen)** Über 200 Ereignisberichte haben wir von Ihnen zugesendet bekommen und mit 40 Praxen spannende Interviews geführt.

Für Ihre Teilnahme am Projekt, Ihr Engagement bei den Workshops, Fragebögen, Interviews und Ereignisberichten möchten wir uns herzlich bedanken. Uns hat es viel Spaß gemacht, Sie in den vergangenen Monaten zu begleiten.



Weitere Newsletter

Dies ist die 16. und letzte Ausgabe von CIRStorte Aktuell. Wenn Sie sich weiterhin rund um das Thema Fehlermanagement und Patientensicherheit auf dem Laufenden halten möchten, finden Sie auf der nächsten Seite weitere Newsletter, die wir Ihnen empfehlen. Viel Freude bei der Lektüre!

Wir wünschen Ihnen eine schöne Weihnachtszeit
und kommen Sie gut in das neue Jahr!

Ihr CIRStorte Projektteam



WIE
GEHTS
WEITER



CIRStorte 2020

Das CIRStorte Projektteam hat im kommenden Frühjahr noch viel zu tun: Abschlussbefragung auswerten, Projektbericht schreiben und die Ergebnisse des Projekts veröffentlichen.

Außerdem erhalten Sie noch einmal Post von uns: Sie bekommen einen kurzen Abschlussbericht und einige ausgewählte Artikel, die aus dem Projekt heraus entstanden sind.



Die Seite www.cirstorte.de bleibt online. Dort finden Sie alle bisherigen Ausgaben von CIRStorte Aktuell, praxerprobte Empfehlungen und die Links zu den drei Online-Modulen. Auch die Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen“, Vorlagen und Formulare können Sie weiterhin herunterladen.

CIRStorte Zentrale

CIRStorte Zentrale

Tel.: 030 364281-626

(Mo - Fr: 09 - 14 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Weitere Newsletter

Informationsdienst "CIRSmedical.de-Info" des ÄZQ

Seit 2011 gibt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) den monatlichen Informationsdienst "CIRSmedical.de-Info" heraus, der regelmäßig über zum Beispiel aktuelle Fallberichte aus dem Netzwerk CIRS Berlin, Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0, CIRS-NRW und anderen CIR-Systemen informiert. Veranstaltungshinweise und weitere Informationen zum Thema Patientensicherheit und CIRS runden das Angebot ab. Im Dezember 2019 erscheint bereits die 100. Ausgabe des Informationsdienstes "CIRSmedical.de-Info"!

Abonnieren: www.aezq.de/aezq/service/newsletter

Newsletter „jeder-fehler-zaehlt.de“ mit Fehler des Monats

Als Abonnent/in des Newsletters erhalten Sie regelmäßig den aktuellen "Fehler des Monats" per E-mail zugesandt. Interessante Informationen zum Thema (z. B. zur Fehlerprävention) oder über Tätigkeiten im Bereich Patientensicherheit und Qualitätsförderung ergänzen den Newsletter.

Abonnieren: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/newsletter/newsletter.jsp>

Arbeitsgruppe CIRS ambulant

Eine Arbeitsgruppe aus niedergelassenen Berliner Kolleginnen und Kollegen sichtet und kommentiert regelmäßig Berichte, die in den Berichts- und Lernsystemen (CIRS) www.jeder-fehler-zaehlt.de (hausärztliche Versorgung) und www.cirsmedical.de eingestellt werden.

Wenn Sie den Aktuellen Fall als E-Mail-Newsletter erhalten möchten, schicken Sie einfach eine kurze E-Mail an: CIRSambulant@aekb.de

Patientensicherheit Schweiz

Newsletter mit Quick-Alert® und Paper of the Month

Mit dem Newsletter der Stiftung Patientensicherheit Schweiz erfahren Sie monatlich Neues zu Publikationen, Forschung, Tagungen und Kursen, Aktionswoche, Quick-Alerts® und Papers of the Month. Er kann jederzeit abbestellt werden.

Das «**Paper of the Month**» informiert kurz und bündig über neue wissenschaftliche Erkenntnisse von Relevanz rund um die Themen Sicherheitskultur und Patientensicherheit. Die Zusammenfassungen mit Fazit stammen aus der Feder von Prof. Dr. David Schwappach, wissenschaftlicher Leiter bei Patientensicherheit Schweiz und Dozent am Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern.

Quick-Alerts sind knapp gefasste Verbesserungsempfehlungen und Warnhinweise aufgrund einzelner, relevanter, brisanter und gut eingrenzbarer Probleme in der Patientensicherheit. Diese überregional relevanten Problemfelder werden aus der CIRNET-Datenbank identifiziert. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachexperten werden Empfehlungen entwickelt und allen interessierten Gesundheitsfachleuten zur Verfügung gestellt.

Abonnieren: <https://www.patientsicherheit.ch/publikationen/newsletter-abonnieren/>

Anlage 3: Kriterien zur Auswertung der Ereignisberichte

Auswertung von Ereignisberichten

Durchführung

Zu drei festgelegten Zeitpunkten (E1, E2, E3) werden die Praxen aufgefordert, einen Ereignisbericht einzusenden. Die eingesendeten Berichte werden pseudonymisiert, digitalisiert und nach u.a. Schema ausgewertet. Schickt eine Praxis zu einem Zeitpunkt mehr als einen Bericht ein, werden zunächst alle Berichte bewertet. Für jeden Zeitpunkt E1, E2, E3 findet eine deskriptive Auswertung und Darstellung aller zu diesem Zeitpunkt eingegangenen Berichte statt. In die finale Auswertung über alle drei Zeitpunkte hinweg fließt allerdings pro Zeitpunkt jeweils nur ein Bericht pro Praxis ein. Dazu wird zu E1, E2 und E3 jeweils der Bericht mit der ausführlichsten Beschreibung (siehe Tabelle 1) berücksichtigt.

Die Auswertung wird ohne Kenntnis der Praxis vorgenommen und von zwei Projektmitarbeiterinnen unabhängig voneinander durchgeführt. Kommt es zu unterschiedlichen Einschätzungen, schließt sich eine Konsensfindung an.

Die Daten werden deskriptiv anhand von Häufigkeitsverteilungen (absolute und relative Häufigkeiten etc.) sowie Lage- und Verteilungsparametern (Mittelwert, Median etc.) dargestellt, zum einen auf Fehlerberichtsebene, zum anderen im Verlauf auf Praxisebene. Zudem wird analysiert, ob sich die Berichtsqualität und die Qualität der Maßnahmen über die Zeit verändert.

Für Beurteilung und Auswertung werden Microsoft Excel 2016 und SPSS 25 genutzt.

1. Kategorisierung der Berichte

Art des Ereignisses (Mehrfachnennung möglich)

- Medikation (z.B. inkorrekte Verordnung, Ausgabe oder Verabreichung von Medikamenten)
- Impfung
- Medizinische Geräte (z.B. Probleme bei der Anwendung von medizinischen Geräten, fehlende oder nicht funktionierende Geräte)
- Medizinprodukte
- Untersuchungen, Behandlungen und Operationen
- Patientenidentifikation
- Diagnose (falsche oder verspätete Diagnose)
- Labor
- Testergebnisse
- Dokumentation (Rezepte, Patientenakten, IT-System, Arztbrief, Befunde)
- Praxisadministration (Termine, Informationsweitergabe, Patientenfluss)
- Finanzierung, Abrechnung, Krankenversicherung)
- Ausrüstung (nicht-medizinische Geräte, räumliche Umgebung)
- Kommunikation (mit Patienten, mit anderen Behandlern, im Team)
- Abläufe, Prozesse, Zuständigkeiten
- Hygiene (Händedesinfektion, Hygienemängel bei Behandlung/Injektion/Infusion)
- Personaleinsatz, Arbeitsaufteilung
- unbekannt oder kann man nicht zuordnen

Patientenschaden (Patient harm)²

- None – patient outcome is not symptomatic or no symptoms detected and no treatment is required.
- Mild – patient outcome is symptomatic, symptoms are mild, loss of function or harm is minimal or intermediate but short term, and no or minimal intervention (e.g., extra observation, investigation, review or minor treatment) is required.
- Moderate – patient outcome is symptomatic, requiring intervention (e.g., additional operative procedure; additional therapeutic treatment), an increased length of stay, or causing permanent or long term harm or loss of function.
- Severe – patient outcome is symptomatic, requiring life-saving intervention or major surgical/medical intervention, shortening life expectancy or causing major permanent or long term harm or loss of function
- Death – on balance of probabilities, death was caused or brought forward in the short term by the incident.

Verwendetes Berichtsformular

- Kein erkennbares Berichtsformular
- Praxiseigenes/Sonstiges Berichtsformular
- CIRSforte-Berichtsformular (aus Handlungsempfehlung³)

2. Beschreibung der Berichtsqualität

Die Beschreibung der CIRSforte Ereignisberichte erfolgt adaptiert nach Kriterien, die in Großbritannien für die Beurteilung von Fehlermanagement in Hausarztpraxen entwickelt⁴ und auch in einer am Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt durchgeführten Studie zur Sicherheitskultur in Hausarztpraxen^{5, 6} genutzt wurden.

Dabei wird der Bericht zunächst dahingehend analysiert, was wie im Bericht beschrieben wird (siehe folgende Tabelle).

Tabelle 1: Beschreibung von Gründen, Folgen, Maßnahmen, Feedback

Qualitätskriterium	
Ist die Schrift leserlich?	Ja/Nein
Ist der Bericht vollständig anonymisiert?	Ja/Nein
Wird ein Patientensicherheits-relevantes Ereignis beschrieben?	Ja/Nein
Wird das Ereignis ausreichend ausführlich beschrieben?	Ja/Nein
Werden Ursachen für das Auftreten des Ereignisses genannt?	Ja/Nein
Werden systembedingte beitragende Faktoren benannt?	Ja/Nein
Werden Folgen des Ereignisses für Patient, Praxis oder Team beschrieben (Folgen, die explizit im Bericht genannt werden; NICHT Folgen, deren Eintreten wahrscheinlich ist)?	Ja/Nein
Werden Sofortmaßnahmen genannt (z.B. Patient angerufen)?	Ja/Nein
Werden Maßnahmen genannt, die aufgrund des Ereignisses beschlossen wurden (NICHT Maßnahmen, die angedacht sind oder sinnvoll wären)?	Ja/Nein
Wird eine Nachverfolgung der Maßnahme(n)/Feedback beschrieben (ob Maßnahme(n) erfolgreich war(en) bzw. wie der Erfolg überprüft werden soll)?	Ja/Nein

3. Bewertung der beschriebenen Maßnahmen

Die beschriebenen Maßnahmen werden unterteilt in schwache bis starke Maßnahmen (rein deskriptiv). Bewertungsschema übersetzt und für die ambulante Praxis adaptiert aus: "U.S. Department of Veterans Affairs", National Center for Patient Safety. Root Cause Analysis Tools. REV.02.26.2015" sowie^{7,8}

Tabelle 2: Kategorien und Beispiele für starke, mittelstarke und schwache Maßnahmen

	Maßnahmenkategorie	Beispiel
Starke Maßnahmen (durch diese Maßnahmen ist es seltener notwendig, dass eine Einzelperson daran denken muss, eine Aufgabe korrekt auszuführen)	Architektonische / Bauliche Veränderungen / physische Barrieren	Automatische Türöffner installieren statt manueller Türen um Stürze durch Patienten zu vermeiden
	Neue Anschaffungen vor dem Kauf auf Benutzerfreundlichkeit testen	Blutzucker-Sticks und Messgeräte durch Praxispersonal mehrfach testen lassen
	Technische Kontrollen und Sperren, Komponenten die nur für die vorgesehene Anwendung verwendet werden können	Universaladapter tauschen gegen spezifische Systeme
	Prozesse vereinfachen, überflüssige Schritte eliminieren	
	Standardisierung von Ausrüstung, Prozessen oder Behandlungspfaden	Schränke und Notfallkoffer einheitlich einrichten/ ausrüsten
	Leitungsebene / Praxisleitung bringt sich spürbar ein im Sinne der Patientensicherheit	Fehlermanagement priorisieren und Mitarbeiter einbeziehen, finanzielle Ressourcen für notwendige Ausrüstung bereitstellen, für Ausgeglichenheit zwischen Personal und Arbeitsbelastung sorgen
Mittelstarke Maßnahmen	Sicherungssysteme / Back-up Systeme	Zwei Mitarbeiter berechnen unabhängig voneinander Dosierungen für Hochrisiko-Medikation, Ergebnis wird verglichen
	Personal erhöhen / Arbeitspensum reduzieren	"Springer" für Zeiten/Tage mit hohem Arbeitspensum bereitstellen
	Software verbessern / modifizieren	PC zeigt Interaktionswarnungen an bei Verschreibungen
	Ablenkungen reduzieren / eliminieren	Ruhiger Raum für Vorbereitung von Laborkarten
	Simulationstraining mit Auffrischkursen und Evaluationen	
	Checkliste / Gedächtnisstütze	Aushang "Richtige Händedesinfektion" mit anschaulichen Fotos neben jedem Waschbecken
	Look-alikes und sound-alikes beseitigen	Ähnlich aussehende Infusionen austauschen
	Verbesserte Dokumentation / Kommunikation	Ärztin gibt Anweisung für Infusion, MFA wiederholt, Ärztin bestätigt.

Schwache Maßnahmen (durch diese Maßnahmen ist es vermehrt notwendig, dass eine Einzelperson daran denken muss, eine Aufgabe korrekt auszuführen)	Doppelchecks / 4-Augen-Prinzip	Eine Mitarbeiterin stellt Rezepte aus, zweite Mitarbeiterin überprüft Rezepte
	Warnungen und Beschriftungen	“Achtung Penicillinallergie!” auf Patientenakte
	Neues Vorgehen / Notizen / Richtlinien	Aufforderung an Mitarbeitende: „Vor jeder Grippeimpfung den Patienten fragen, ob er die Impfung in dieser Saison bereits erhalten hat“
	Schulung / Training	Mitarbeiter zu häufigen Medikamentenallergien schulen
	Zusätzliche Studie / Analyse	

REFERENCES

- 1 Klemp K, Dovey S, Valderas JM, et al. Developing a patient safety incident classification system for primary care. A literature review and Delphi-survey by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *The European journal of general practice* 2015;21 Suppl:35–38.
- 2 World Health Organisation. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Version 1.1. Geneva, Switzerland 2009.
- 3 APS e.V. Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.: Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen. Berlin 2018.
- 4 McKay J, Murphy DJ, Bowie P, et al. Development and testing of an assessment instrument for the formative peer review of significant event analyses. *Quality and Safety in Health Care* 2007;16(2):150–53.
- 5 Hoffmann B, Müller V, Rochon J, et al. Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial. *BMJ quality & safety* 2014;23(1):35–46.
- 6 Müller BS. Methoden zur Messung von Patientensicherheitskultur in der Hausarztpraxis - Auswertung der Basisdaten einer randomisiert-kontrollierten Studie über die Effekte der Frankfurter Patientensicherheitsmatrix. Frankfurt am Main: Univ.-Bibliothek Frankfurt am Main 2013.
- 7 Bagian JP, King BJ, Mills PD, et al. Improving RCA performance: The Cornerstone Award and the power of positive reinforcement. *BMJ quality & safety* 2011;20(11):974–82.
- 8 Hibbert PD, Thomas MJW, Deakin A, et al. Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *International journal for quality in health care journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* 2018.

Begleitende Evaluation (AP 4): Qualitative Interviews

Interviewleitfaden

Stand: 1. Februar 2019

Leitende Fragestellung: Welche Schwierigkeiten haben sich bei der Implementierung eines Berichts- und Lernsystems ergeben? Welche Faktoren waren förderlich?

Erzählaufforderung	Themenkomplex	Unterfragen	Notizen
I. Allgemein			
Einleitung & Warm-up	<p>Vorstellung & Dank-sagung</p> <p>Hinweis zur Audio-aufnahme und Anonymisierung,</p>	<p>Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und so das Projekt unterstützen. Kurz zu mir: Ich gehöre dem Projekt-Team CIRStorte als wissenschaftliche Mitarbeiterin an. In dieser Phase des Projekts führe ich mit einer anderen Kollegin zusammen diese Interviews durch.</p> <p>Sind Sie damit einverstanden, dass ich jetzt beginne unser Gespräch aufzuzeichnen? Diese Aufnahme wird später anonymisiert ausgewertet. Ihr Name wird nirgends später auftauchen. Die besprochenen Inhalte werden außerdem von mir selbstverständlich vertraulich behandelt.</p>	

	<p>Erläuterungen zum Projekt</p>	<p>Möchten Sie, dass ich noch kurz etwas zu dem Projekt sage? - Das dreijährige Projekt untersucht, wie ambulante Praxen bei der Bearbeitung von Fehlern oder kritischen Ereignissen im Alltag unterstützt werden können und wie dadurch die Sicherheitskultur in den Praxen gestärkt werden kann.</p>	
	<p>Beitrag der Praxis für das Projekt</p>	<p>Das Projekt gibt verschiedenste Hilfestellungen, die im Laufe der Studienphase (bis Ende August) überprüft und angepasst werden. Das bedeutet, dass wir diese Angebote (wie bspw. den Einführungsworkshop oder die regelmäßigen Infomails) an Ihren Bedarfen ausrichten wollen. So möchten wir von Ihnen konkret hören, was sie bisher im Projekt (und auch darüber hinaus) für die Befassung mit Fehlern als hilfreich bzw. hinderlich wahrnehmen. Ihre Aussagen sind für den Verlauf des Projektes und die grundlegenden Erkenntnisse sehr wertvoll.</p>	
	<p>Länge des Gesprächs</p>	<p>Das Interview ist mit ca. 30 Minuten geplant. Wenn wir länger sprechen sollten und ist das von meiner Seite natürlich auch in Ordnung. Sind Sie damit einverstanden?</p> <p>Vielleicht könnten Sie uns zunächst kurz etwas über sich und Ihre Praxis erzählen, also</p>	

	Infos zur Praxis	ob Sie in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis arbeiten, wie viele Mitarbeiter Sie beschäftigen und wie lang Sie schon niedergelassen sind.	
1. Was hat Sie bewogen, am Projekt teilzunehmen?		Nur fragen, wenn Praxisleitung: Welche Rolle spielte die Zahlung von 400€ für die Projekt-Teilnahme?	
II. Entwicklungsgrad / Barrieren			
2. Nehmen Sie Veränderungen seit der Teilnahme am Projekt wahr? Wenn ja, welche genau?	Teilnahme an CIRSforte allgemein	Bitte schildern Sie, wie Sie sich mit Fehlern in Ihrer Praxis befassen? <ul style="list-style-type: none"> - Berichtssystem: Wie? Wer? Wie lange? Analyse? - Zuständigkeit - Teamsitzungen - Haben Sie festgelegt, welche Ereignisse berichtet werden und welche nicht? - <u>MFA</u>: Rolle der Praxisleitung? 	<i>Niveau der Sicherheitskultur; handelt es sich um eine engagierte oder zurückhaltende Praxis?</i>
3. Was ist für Sie hinderlich im Umgang mit der Fehlerbearbeitung in Ihrer Praxis?		<ul style="list-style-type: none"> - Welche Art der Unterstützung würde Ihnen helfen? - Wie schätzen Sie die (fehlende) Anbindung der Praxis an ein Netz in diesem Zusammenhang ein? 	
4. Was hilft Ihnen in der Bearbeitung von Fehlern?		<ul style="list-style-type: none"> - Was empfinden Sie als förderlich? 	

<p>III. Unterstützungsmaßnahmen</p>			
<p>Das Projekt hat die teilnehmenden Praxen bisher mit bspw. dem Studienordner, einem telefonischen Ansprechpartner, regelmäßigen Infomails und dem Einführungsworkshop versucht zu unterstützen.</p> <p>5. Was davon wurde bisher in Ihrer Praxis genutzt?</p>	<p>Einleitende Frage zum Gebrauch und Nutzen der Unterstützungsmaßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hilft es Ihnen, wenn ich alle Maßnahmen aufzähle? - Zusammenfassung der genutzten Maßnahmen 	
<p>6. Welche genutzten Maßnahmen empfanden Sie bisher als besonders hilfreich?</p>	<p>Überleitungsfrage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Durchgehen aller Angebote und Einholen der Einschätzung des Interviewten gemäß der folgenden Fragen - Können Sie sagen, warum die anderen Maßnahmen nicht genutzt wurden? 	
<p>Nun möchte ich die übrigen von Ihnen bzw. Ihrer Praxis genutzten Unterstützungsangebote einzeln durchgehen und ihre Einschätzung dazu erfahren.</p> <p>Der Praxis wurde zu Beginn der Studienphase der Studienordner mit einer Broschüre, der "Handlungsempfehlung (...)" zur Verfügung gestellt.</p> <p>7. Wie hilfreich waren die Materialien?</p>	<p>Studienordner inkl. Handlungsempfehlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wer? - Zugänglich für alle? - Nutzen? - Was gefällt Ihnen gut? - Was würden Sie sich anders wünschen? - Berichtsformular: Füllen Sie das Formular nur für das Projekt aus oder nutzen Sie es in der Praxis? 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Nutzen Sie da Infoblatt zu den beitragenden Faktoren? Ist das relevant für die Analyse? 	
8. Was hat Sie aus dem Präsenz-Workshop (für die Befassung mit Fehlern Ihrer Praxis) am meisten weitergebracht?	Präsenz-Workshops	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie oder hat ein Mitarbeiter an der Schulung teilgenommen? - Was konnten Sie aus dem WS in den Praxisalltag mitnehmen? - Verbesserungsvorschläge? 	
9. Was hat Sie aus dem Online-Einführungsworkshop (für die Befassung mit Fehlern Ihrer Praxis) am meisten weitergebracht?	Online-Workshop	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie oder hat ein Mitarbeiter an der Schulung teilgenommen? - Was konnten Sie aus dem WS in den Praxisalltag mitnehmen? - Verbesserungsvorschläge? 	
10. Es gab dann noch eine Online-Schulung zum Thema „Fehlermanagement in der Teamsitzung“. Was hat Sie aus dieser Schulung (für die Befassung mit Fehlern Ihrer Praxis) am meisten weitergebracht?	Vertiefendes Online-Modul	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie oder hat ein Mitarbeiter an der Schulung teilgenommen? - Was konnten Sie aus dem WS in den Praxisalltag mitnehmen? - Verbesserungsvorschläge? 	
Falls an Präsenz- <u>und</u> Online-Einführungs-WS teilgenommen: 11. Welche Schulungsmethoden haben Ihnen am meisten geholfen - Präsenz- oder Online?		<ul style="list-style-type: none"> - Warum? - Wie oft wünschen Sie sich Schulungen? 	

<p>12. Wie hilfreich war bisher die CIRSforte-Zentrale für Sie?</p>	<p>Cirsforte-Zentrale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie die Zentrale kontaktiert? - Welcher Anlass? - Warum nicht? - Brauchen Sie einen (telefonischen) Ansprechpartner? 	<p>Eventuell streichen</p>
<p>13. Wie hilfreich waren bisher für Sie die regelmäßigen In-fomails?</p>	<p>CIRSforteAktuell</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wer? - Wer hat noch Zugriff? - Werden Inhalte besprochen? - Verbesserungsbedarf? 	
<p>14. Wie hilfreich war bisher die Homepage?</p>	<p>Homepage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßig? - Warum? - Was müsste angeboten werden, damit Sie die Seite regelmäßig nutzen? 	
<p>15. Was halten Sie von im Internet öffentlich zugänglichen Berichten?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Was ist daran spannend? - Warum nicht? 	
<p>16. Würden Sie sich einen Austausch mit anderen Praxen zu diesem Thema wünschen?</p>	<p>Praxisübergreifender Austausch</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In welcher Form? - Können Sie sich vorstellen, an einem Online-Webinar teilzunehmen und so mit anderen Praxen in den Austausch zu kommen? 	
<p>IV. Abschluss</p>			
<p>17. Gibt es etwas, worüber wir nicht gesprochen haben?</p>			

Möchten Sie noch etwas anmerken?			
----------------------------------	--	--	--

--	--	--

Fragebogen zum Umgang mit kritischen Ereignissen in Ihrer Praxis

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Praxis nimmt an der **Studie zur Einführung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen** in niedergelassenen Praxen teil. Dieser Fragebogen ist ein Teil der wissenschaftlichen Begleitung. Wir möchten mit dem Fragebogen erfahren, wie Sie mit kritischen Ereignissen im Arbeitsalltag umgehen.

Damit die Ergebnisse aussagekräftig sind, ist es sehr wichtig, dass **möglichst alle aus Ihrer Praxis einen eigenen Fragebogen beantworten; also jede Ärztin und jeder Arzt sowie jede MFA und alle anderen im Praxisteam** (Reinigungskräfte ausgenommen). Falls wir Ihnen nicht ausreichend Exemplare zugesendet haben, kopieren Sie bitte einen unausgefüllten Fragebogen. Die Beantwortung dauert etwa **15 Minuten**.

Jede/r Mitarbeiter/in, der/die den Fragebogen ausfüllt, kann **zur Rücksendung einen eigenen vorfrankierten Rückumschläge benutzen**. So erhält niemand in der Praxis Kenntnis von der Sichtweise eines/r Mitarbeiters/in.

Bitte füllen Sie den Fragebogen **bis zum** ____ . ____ . **2018** aus und senden Sie ihn an uns zurück. Nutzen Sie gerne die beiliegenden vorfrankierten Rückumschläge.

Jeder Fragebogen hat eine eigene Identifikationsnummer. Damit können wir erkennen, aus welcher Praxis welcher Fragebogen kommt. Eine Zuordnung zu konkreten Personen ist nicht möglich. Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Bevor Sie nun den Fragebogen ausfüllen, hier einige Hinweise:

Kritische Ereignisse sind alle unerwünschten medizinischen oder organisatorischen Ereignisse in der Praxis, auch solche, die keinen Patienten geschädigt haben, aber ihn hätten schädigen können. (Beispiele: Ein Patient erhält ein Rezept mit einer falschen Dosierung. Ein Allergiehinweis wird übersehen. Eine Akte wird nicht korrekt sortiert. Eine Untersuchung wird doppelt durchgeführt)

Entscheiden Sie sich bei den Fragen bitte in jedem Fall für eine Antwort. Es gibt kein Richtig oder Falsch. Im Zweifelsfall kreuzen Sie bitte das an, was am Ehesten auf Sie zutrifft. **Kreuzen Sie bitte immer nur ein einzelnes Kästchen an**. Wichtig ist, dass Sie die Kästchen deutlich ankreuzen (☒). Wenn Sie Ihre Auswahl korrigieren möchten, füllen Sie bitte das falsche Kästchen ganz aus (■) und kreuzen Ihre Auswahl erneut an.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen!

Ihr Projektteam

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Corina Güthlin:
E-Mail: guethlin@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de Tel: 069 / 6301 83882

Projektpartner:



Als erstes möchten wir wissen, für wie risikoträchtig Sie die Arbeit in Ihrer Praxis generell halten.

1. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass in Ihrer Praxis ein kritisches Ereignis ohne Patientenschaden auftritt? sehr unwahrscheinlich sehr wahrscheinlich
2. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass in Ihrer Praxis ein kritisches Ereignis mit Patientenschaden auftritt? sehr unwahrscheinlich sehr wahrscheinlich
3. Wie schwerwiegend sind Patientenschäden durch kritische Ereignisse in Ihrer Praxis? nicht schwerwiegend (vernachlässigbar) sehr schwerwiegend (lebensbedrohlich)
-

Als nächstes möchten wir wissen, wie Sie den Umgang mit kritischen Ereignissen in Ihrer Praxis sehen.

4. Wenn ich kritische Ereignisse aufarbeite und vorbeugende Maßnahmen ableite ...

- ... dann trage ich zur Verbesserung fehleranfälliger Abläufe in unserer Praxis bei. stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
- ... dann trage ich zur Verbesserung der Patientensicherheit in unserer Praxis bei. stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
- ... dann verstärkt sich der Zeitdruck, unter dem ich arbeite. stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
- ... dann erhalte ich Anerkennung von meinem/meinen Vorgesetzten. Ich habe keine Vorgesetzten
stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
- ... dann bin ich ein Vorbild für meine Kollegen. stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
- ... dann bin ich ein Vorbild für meine Angestellten. Ich habe keine Angestellten
stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
-

5. Wenn ich kritische Ereignisse in unserer Praxis anspreche ...

- ... dann droht mir Ärger. stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
- ... dann halten mich meine Kollegen für unfähig. stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
- ... dann halten mich meine Kollegen für unkollegial. stimme überhaupt nicht zu stimme voll zu
-

6. Ich traue mir zu, dass ich ein kritisches Ereignis auch dann aufarbeite und vorbeugende Maßnahmen ableite, wenn ...

- ... dies mein Vorgesetzter nicht tut / meine Vorgesetzten nicht tun. Ich habe keinen Vorgesetzten
trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... dies meine Kollegen nicht tun. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... dies etwas Zeit in Anspruch nimmt. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... dies mein Vorgesetzter nicht unterstützt / meine Vorgesetzten nicht unterstützen. Ich habe keinen Vorgesetzten
trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... kein Schaden für den Patienten entstanden ist. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-

Im Folgenden fragen wir Sie nach Ihren Absichten und Plänen für die Aufarbeitung von Ereignissen.

- 7. Inwieweit haben Sie die Absicht, kritische Ereignisse aufzuarbeiten?** Diese Absicht habe ich überhaupt nicht Diese Absicht habe ich ganz stark
-
- 8. Inwieweit haben Sie die Absicht, aus kritischen Ereignissen vorbeugende Maßnahmen abzuleiten?** Diese Absicht habe ich überhaupt nicht Diese Absicht habe ich ganz stark
-
- 9. Ich habe in letzter Zeit konkret geplant ...**
- ... wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und daraus vorbeugende Maßnahmen ableite. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... wie ich mit Hindernissen umgehe, die mir die Aufarbeitung kritischer Ereignisse erschweren. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... wie ich mich verhalte, wenn ich feststelle, dass wir **in unserer Praxis vergessen haben**, ein kritisches Ereignis zu analysieren und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- 10. Ich weiß, wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und Maßnahmen zur Vorbeugung ableite.** trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- 11. Ich Sorge dafür, dass jedes kritische Ereignis, das ich für wichtig halte, aufgearbeitet wird.** trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- 12. Ich muss mich selbst überwinden, dass jedes kritische Ereignis, das ich für wichtig halte, aufgearbeitet wird.** trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-

Nun möchten wir etwas über die zeitlichen und personellen Ressourcen Ihrer Praxis erfahren und über die Art der Zusammenarbeit.

13. Die Anzahl Ärzte in unserer Praxis ist angemessen. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
14. Die Anzahl nicht-ärztlicher Mitarbeiter in unserer Praxis ist angemessen. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
15. In unserer Praxis gibt es wegen Abwesenheiten (Urlaub, Krankheit, Teilzeit) immer wieder Probleme. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
16. In unserer Praxis finden regelmäßig gemeinsame Teamsitzungen (ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter) statt. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
17. Wie häufig finden diese Teamsitzungen in der Regel statt und wie lange dauern sie ungefähr? Häufigkeit: _____
- Dauer: _____
-
18. In unseren Teamsitzungen nehmen wir uns ausreichend Zeit, um über kritische Ereignisse und vorbeugende Maßnahmen zu sprechen. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
19. In unseren Teamsitzungen gibt es einen festen Punkt auf der Tagesordnung, bei dem über kritische Ereignisse gesprochen wird. ja nein weiß ich nicht
-
20. In unserer Praxis ...
- ... funktioniert die Zusammenarbeit **unter den Ärzten** sehr gut. Einzelpraxis
trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... funktioniert die Zusammenarbeit **unter den nicht-ärztlichen Mitarbeitern** sehr gut. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... funktioniert die Zusammenarbeit **zwischen den ärztlichen und den nicht-ärztlichen Mitarbeitern** sehr gut. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

Nun folgen noch einige Fragen, die den Umgang mit kritischen Ereignissen in ihrer Praxis betreffen.

21. In unserer Praxis wird man dazu ermuntert, über kritische Ereignisse in der Patientenversorgung zu sprechen. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
22. Kritische Ereignisse, die in unserer Praxis auftreten, werden im gesamten Team besprochen. nie immer
-
23. Wenn kritische Ereignisse in unserer Praxis auftreten, werden diese untersucht. nie immer
-
24. Über die Ergebnisse der Untersuchung von kritischen Ereignissen werden alle in unserer Praxis informiert. nie immer
-
25. Kritische Ereignisse, die in unserer Praxis auftreten, werden dokumentiert (Fehlerbuch, im PC etc). nie immer
-
26. Wenn ein kritisches Ereignis in unserer Praxis aufgetreten ist, werden anschließend Maßnahmen zur Vermeidung ähnlicher Ereignisse umgesetzt. nie immer
-
27. In unserer Praxis ist es wichtig, was zu kritischen Ereignissen führt, und nicht, wer das Ereignis verursacht hat. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
28. Wenn kritische Ereignisse in unserer Praxis auftreten, liegt das daran, dass Informationen nicht weitergegeben werden. nie immer
-
29. Wenn kritische Ereignisse in unserer Praxis auftreten, liegt das an mangelnder Sorgfalt. nie immer
-
30. Wenn kritische Ereignisse in unserer Praxis auftreten, liegt das an der Organisation. nie immer
-
31. Wenn ich aufgrund persönlicher Probleme belastet bin, ist die Qualität meiner Arbeit beeinträchtigt. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
32. In einer angespannten Situation oder in einer feindseligen Umgebung verursache ich eher kritische Ereignisse. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
33. Wenn ich müde bin oder mit Arbeit überlastet, bin ich während der Arbeit weniger leistungsfähig. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-

Angaben zu Ihrer Person

P1. Wie alt sind Sie? bis 20 Jahre 21-30 J. 31-40 J. 41-50 J. 51-60 J. >60 J.

P2 Sind Sie...? Weiblich Männlich
 Anderes: _____

Für nicht-ärztliche Mitarbeitende (Ärztinnen und Ärzte bitte weiter bei Frage A1)

M1. Welche Funktion haben Sie in der Praxis? (Mehrfachantworten möglich) Medizinische/r Fachangestellte
 Auszubildende/r zur/zum _____
 Praxismanager/in
(mit Qualifizierung und auch „ernannte“ Praxismanager/in)
 Qualitätsmanagementbeauftragte/r
 VERAH/EVA/NäPa o.ä.
 Andere Funktion _____

M2. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie in Praxen inkl. Ausbildungszeiten? _____ Jahre

Für Ärztinnen/Ärzte

A1. Welche Funktion haben Sie in der Praxis bzw. wie ist Ihr Beschäftigungsstatus? Praxisinhaber/in
 Angestellte/r (Fach)Ärztin/Arzt
 Angestellte/r Ärztin/Arzt in Weiterbildung
 Andere Funktion: _____

A2. Bitte nennen Sie Ihre Gebietsbezeichnung:

- Fachärztin/-arzt für _____
- Ärztin/Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin/-arzt für _____
- Andere Bezeichnung _____

A3. Bitte nennen Sie die Dauer Ihrer Berufstätigkeit als Ärztin/Arzt insgesamt _____ Jahre, davon in einer Praxis _____ Jahre

Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Weitere Informationen zu dem Projekt finden Sie unter: www.cirsforte.de

--	--	--	--	--	--

Fragebogen zum Umgang mit kritischen Ereignissen in Ihrer Praxis

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Praxis nimmt an der **Studie CIRSforte zur Einführung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen** in niedergelassenen Praxen teil. Dieser abschließende Fragebogen ist der letzte Teil der wissenschaftlichen Begleitung. Wir stellen Ihnen dabei **dieselben Fragen wie zu Beginn** der Studie und möchten erneut erfahren, wie Sie mit kritischen Ereignissen im Arbeitsalltag umgehen.

Damit die Ergebnisse aussagekräftig sind, ist es sehr wichtig, dass **möglichst alle aus Ihrer Praxis einen eigenen Fragebogen beantworten; also jede Ärztin und jeder Arzt sowie jede MFA und alle anderen im Praxisteam** (Reinigungskräfte ausgenommen). Falls wir Ihnen nicht ausreichend Exemplare zugesendet haben, kopieren Sie bitte einen unausgefüllten Fragebogen. Die Beantwortung dauert etwa **15 Minuten**.

Jede Person aus Ihrer Praxis kann **zur Rücksendung einen eigenen vorfrankierten Rückumschlag benutzen**.

Bitte füllen Sie den Fragebogen **bis zum 15. Oktober 2019** aus und senden Sie ihn an uns zurück.

Jeder Fragebogen hat eine eigene Identifikationsnummer. Damit können wir erkennen, aus welcher Praxis die Fragebögen kommen. Eine Zuordnung zu konkreten Personen ist nicht möglich. Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Bevor Sie nun den Fragebogen ausfüllen, hier einige Hinweise:

Kritische Ereignisse sind alle unerwünschten medizinischen oder organisatorischen Ereignisse in der Praxis, auch solche, die keinen Patienten geschädigt haben, aber ihn hätten schädigen können.

(Beispiele: Ein Patient erhält ein Rezept mit einer falschen Dosierung. Ein Allergiehinweis wird übersehen. Eine Akte wird nicht korrekt sortiert. Eine Untersuchung wird doppelt durchgeführt)

Entscheiden Sie sich bei den Fragen bitte in jedem Fall für eine Antwort. Es gibt kein Richtig oder Falsch. Im Zweifelsfall kreuzen Sie bitte das an, was am Ehesten auf Sie zutrifft. **Kreuzen Sie bitte immer nur ein einzelnes Kästchen an**. Wichtig ist, dass Sie die Kästchen deutlich ankreuzen (☒). Wenn Sie Ihre Auswahl korrigieren möchten, füllen Sie bitte das falsche Kästchen ganz aus (■) und kreuzen Ihre Auswahl erneut an.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen!

Ihr Projektteam

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Beate Müller:

E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de Tel: 069 / 6301 7267

Projektpartner:



Als erstes möchten wir wissen, für wie risikoträchtig Sie die Arbeit in Ihrer Praxis generell halten.

- | | |
|--|--|
| 1. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass in Ihrer Praxis ein kritisches Ereignis <u>ohne</u> Patientenschaden auftritt? | sehr unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich |
| 2. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass in Ihrer Praxis ein kritisches Ereignis <u>mit</u> Patientenschaden auftritt? | sehr unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich |
| 3. Wie schwerwiegend sind Patientenschäden durch kritische Ereignisse in Ihrer Praxis? | nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr schwerwiegend
(vernachlässigbar) (lebensbedrohlich) |

Als nächstes möchten wir wissen, wie Sie den Umgang mit kritischen Ereignissen in Ihrer Praxis sehen.

4. Wenn ich kritische Ereignisse aufarbeite und vorbeugende Maßnahmen ableite ...

- | | |
|---|---|
| ... dann trage ich zur Verbesserung fehleranfälliger Abläufe in unserer Praxis bei. | stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |
| ... dann trage ich zur Verbesserung der Patientensicherheit in unserer Praxis bei. | stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |
| ... dann verstärkt sich der Zeitdruck, unter dem ich arbeite. | stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |
| ... dann erhalte ich Anerkennung von meinem/meinen Vorgesetzten. | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Vorgesetzten
stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |
| ... dann bin ich ein Vorbild für meine Kollegen. | stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |
| ... dann bin ich ein Vorbild für meine Angestellten. | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Angestellten
stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |

5. Wenn ich kritische Ereignisse in unserer Praxis anspreche ...

- | | |
|--|---|
| ... dann droht mir Ärger. | stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |
| ... dann halten mich meine Kollegen für unfähig. | stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |
| ... dann halten mich meine Kollegen für unkollegial. | stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme voll zu |
-

6. Ich traue mir zu, dass ich ein kritisches Ereignis auch dann aufarbeite und vorbeugende Maßnahmen ableite, wenn ...

... dies mein Vorgesetzter nicht tut / meine Vorgesetzten nicht tun. Ich habe keinen Vorgesetzten
trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

... dies meine Kollegen nicht tun. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

... dies etwas Zeit in Anspruch nimmt. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

... dies mein Vorgesetzter nicht unterstützt / meine Vorgesetzten nicht unterstützen. Ich habe keinen Vorgesetzten
trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

... kein Schaden für den Patienten entstanden ist. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

Im Folgenden fragen wir Sie nach Ihren Absichten und Plänen für die Aufarbeitung von Ereignissen.

7. Inwieweit haben Sie die Absicht, kritische Ereignisse aufzuarbeiten? Diese Absicht habe Diese Absicht habe ich überhaupt nicht
ich ganz stark

8. Inwieweit haben Sie die Absicht, aus kritischen Ereignissen vorbeugende Maßnahmen abzuleiten? Diese Absicht habe Diese Absicht habe ich überhaupt nicht
ich ganz stark

9. Ich habe in letzter Zeit konkret geplant ...

... wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und daraus vorbeugende Maßnahmen ableite. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

... wie ich mit Hindernissen umgehe, die mir die Aufarbeitung kritischer Ereignisse erschweren. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

... wie ich mich verhalte, wenn ich feststelle, dass wir **in unserer Praxis vergessen haben**, ein kritisches Ereignis zu analysieren und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

10. Ich weiß, wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und Maßnahmen zur Vorbeugung ableite. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

11. Ich Sorge dafür, dass jedes kritische Ereignis, das ich für wichtig halte, aufgearbeitet wird. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

12. Ich muss mich selbst überwinden, dass jedes kritische Ereignis, das ich für wichtig halte, aufgearbeitet wird. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

Nun möchten wir etwas über die zeitlichen und personellen Ressourcen Ihrer Praxis erfahren und über die Art der Zusammenarbeit.

13. Die Anzahl Ärzte in unserer Praxis ist angemessen. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
14. Die Anzahl nicht-ärztlicher Mitarbeiter in unserer Praxis ist angemessen. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
15. In unserer Praxis gibt es wegen Abwesenheiten (Urlaub, Krankheit, Teilzeit) immer wieder Probleme. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
16. In unserer Praxis finden regelmäßig gemeinsame Teamsitzungen (ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter) statt. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
17. Wie häufig finden diese Teamsitzungen in der Regel statt und wie lange dauern sie ungefähr?
- Häufigkeit: _____
- Dauer: _____
-
18. In unseren Teamsitzungen nehmen wir uns ausreichend Zeit, um über kritische Ereignisse und vorbeugende Maßnahmen zu sprechen. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
19. In unseren Teamsitzungen gibt es einen festen Punkt auf der Tagesordnung, bei dem über kritische Ereignisse gesprochen wird. ja nein weiß ich nicht
-
20. In unserer Praxis ...
- ... funktioniert die Zusammenarbeit **unter den Ärzten** sehr gut. Einzelpraxis
trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... funktioniert die Zusammenarbeit **unter den nicht-ärztlichen Mitarbeitern** sehr gut. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
- ... funktioniert die Zusammenarbeit **zwischen den ärztlichen und den nicht-ärztlichen Mitarbeitern** sehr gut. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu

Nun folgen noch einige Fragen, die den Umgang mit kritischen Ereignissen in ihrer Praxis betreffen.

21. In unserer Praxis wird man dazu ermuntert, über kritische Ereignisse in der Patientenversorgung zu sprechen. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
22. Kritische Ereignisse, die in unserer Praxis auftreten, werden im gesamten Team besprochen. nie immer
-
23. Wenn kritische Ereignisse in unserer Praxis auftreten, werden diese untersucht. nie immer
-
24. Über die Ergebnisse der Untersuchung von kritischen Ereignissen werden alle in unserer Praxis informiert. nie immer
-
25. Kritische Ereignisse, die in unserer Praxis auftreten, werden dokumentiert (Fehlerbuch, im PC o. ä.). nie immer
-
26. Wenn ein kritisches Ereignis in unserer Praxis aufgetreten ist, werden anschließend Maßnahmen zur Vermeidung ähnlicher Ereignisse umgesetzt. nie immer
-
27. In unserer Praxis ist es wichtig, was zu kritischen Ereignissen führt, und nicht, wer das Ereignis verursacht hat. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
28. Wenn kritische Ereignisse in unserer Praxis auftreten, liegt das daran, dass Informationen nicht weitergegeben werden. nie immer
-
29. Wenn kritische Ereignisse in unserer Praxis auftreten, liegt das an mangelnder Sorgfalt. nie immer
-
30. Wenn kritische Ereignisse in unserer Praxis auftreten, liegt das an der Organisation. nie immer
-
31. Wenn ich aufgrund persönlicher Probleme belastet bin, ist die Qualität meiner Arbeit beeinträchtigt. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
32. In einer angespannten Situation oder in einer feindseligen Umgebung verursache ich eher kritische Ereignisse. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-
33. Wenn ich müde bin oder mit Arbeit überlastet, bin ich während der Arbeit weniger leistungsfähig. trifft überhaupt nicht zu trifft voll und ganz zu
-

Angaben zu Ihrer Person

P1. Wie alt sind Sie? bis 20 Jahre 21-30 J. 31-40 J. 41-50 J. 51-60 J.
 >60 J.

P2 Sind Sie...? Weiblich Männlich
 Anderes: _____

Für nicht-ärztliche Mitarbeitende (Ärztinnen und Ärzte bitte weiter bei Frage A1)

M1. Welche Funktion haben Sie in der Praxis? (Mehrfachantworten möglich) Medizinische/r Fachangestellte
 Auszubildende/r zur/zum _____
 Praxismanager/in
(mit Qualifizierung und auch „ernannte“ Praxismanager/in)
 Qualitätsmanagementbeauftragte/r
 VERAH/EVA/NäPa o.ä.
 Andere Funktion _____

M2. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie in Praxen inkl. Ausbildungszeiten? _____ Jahre

Für Ärztinnen/Ärzte

A1. Welche Funktion haben Sie in der Praxis bzw. wie ist Ihr Beschäftigungsstatus? Praxisinhaber/in
 Angestellte/r (Fach)Ärztin/Arzt
 Angestellte/r Ärztin/Arzt in Weiterbildung
 Andere Funktion:

A2. Bitte nennen Sie Ihre Gebietsbezeichnung:
 Fachärztin/-arzt für _____
 Ärztin/Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin/-arzt für _____
 Andere Bezeichnung _____

A3. Bitte nennen Sie die Dauer Ihrer Berufstätigkeit als Ärztin/Arzt insgesamt _____ Jahre, davon in einer Praxis _____ Jahre

Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Weitere Informationen zu dem Projekt finden Sie unter: www.cirsforte.de

Kurzfragebogen und Ereignisbericht

Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer,

wir möchten erfahren, wie sich der Umgang mit Berichts- und Lernsystemen in den teilnehmenden Praxen entwickelt. Die Befragung besteht jeweils aus einem **Kurzfragebogen** und einem **Ereignisbericht** pro Praxis. Die Beantwortung dauert in etwa 15 Minuten.

Kurzfragebogen

Der Kurzfragebogen enthält Fragen zur Dokumentation und Aufarbeitung von Ereignissen.

Ereignisbericht

Bitte legen bei der Rücksendung des ausgefüllten Kurzfragebogens einen Bericht aus Ihrem Berichts- und Lernsystem bei. Genauere Hinweise finden Sie am Ende des Kurzfragebogens.

Hinweis

Beide Dokumente haben eine eigene Identifikationsnummer, ein sogenanntes Pseudonym. Diese Pseudonymisierung dient der Zuordnung aus administrativen Gründen. Alle Kurzfragebögen und Ereignisberichte werden ohne Zuordnung zu Ihren Praxisdaten ausgewertet.

Bitte schicken Sie uns den Kurzfragebogen und den Ereignisbericht zusammen bis zum **09.12.2018**. Nutzen Sie gerne den beiliegenden vorfrankierten Rückumschlag.

In unserer Info-Mail **CIRSforte aktuell** werden wir Sie anschließend über die Ergebnisse der Befragung informieren.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen!

Ihr Projektteam

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an **Dr. Beate Müller**:

E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Tel: 069 / 6301 7267 Fax: 069 / 6301 6428

Post: Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Haus 10c, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Kurzfragebogen

Entscheiden Sie sich bitte in jedem Fall für eine Antwort. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“. Im Zweifelsfall kreuzen Sie bitte das an, was am ehesten auf Sie zutrifft. Wichtig ist, dass Sie die Kästchen deutlich ankreuzen (☒). Wenn Sie Ihre Auswahl korrigieren möchten, füllen Sie bitte das falsche Kästchen ganz aus (■) und kreuzen Ihre Auswahl erneut an.

1. Wie dokumentieren Sie Ereignisse in Ihrer Praxis? (Mehrfachnennung möglich)

- Wir dokumentieren Ereignisse bisher nicht
- In einem papierbasierten Berichts- und Lernsystem (Fehlerbuch, Zettelsammlung, o.Ä.)
- In einem elektronischen Berichts- und Lernsystem (Fehlerpatienten, Word-Datei, o.Ä.)
- Elektronisch in einem praxisübergreifenden Berichts- und Lernsystem
- Sonstiges (bitte beschreiben Sie Ihr System):

2. Was schätzen Sie, wie oft wird Ihr Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis genutzt?

- Wir nutzen kein Berichts- und Lernsystem
- seltener als einmal im Jahr
- einmal im Jahr
- einmal in sechs Monaten
- einmal in drei Monaten
- häufiger als einmal in drei Monaten

3. Was für Ereignisse sollen in Ihrem Berichts- und Lernsystem berichtet werden?

4. Hat sich das Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie geändert?

- Ja, wir haben das in Frage 1 genannte Berichts- und Lernsystem neu eingeführt
 - Ja, wir haben von einem papierbasierten auf ein elektronisches System umgestellt
 - Ja wir haben von einem elektronischen auf ein papierbasiertes System umgestellt
 - Nein, wir haben unser System beibehalten
 - Wir haben kein Berichts- und Lernsystem
 - Sonstiges:
-

5. Wie viele Ereignisse hat Ihre Praxis seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie dokumentiert?

Anzahl:

6. Haben Sie in Ihrer Praxis feste Zuständigkeiten für die Dokumentation und Aufarbeitung von Ereignissen?

- Ja
- Nein
- Wir dokumentieren keine Ereignisse

7. Haben Sie seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie den Tagesordnungspunkt „Fehler“, „kritische Ereignisse“, o.ä. in Ihren Teamsitzungen besprochen?

- Ja, häufig
- Ja, hin und wieder
- Nein (weiter mit Frage 9)
- Nein, wir hatten keine Teamsitzungen (weiter mit Frage 9)
- Es gab den Tagesordnungspunkt, aber nie etwas dazu zu besprechen (weiter mit Frage 9)

8. Welche Ereignisse haben Sie besprochen? (Mehrfachnennung möglich)

- Ereignisse aus der eigenen Praxis
- Ereignisse aus übergreifenden Berichtssystemen

9. Nutzen Sie ein strukturiertes Schema zur Analyse von Ereignissen? (Mehrfachnennung möglich)

- Wir nutzen kein festes Analyseschema
 - Schweizer-Käse-Modell
 - Fischgrätendiagramm
 - Analyseformular aus der Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen
 - Sonstiges:
-

10. Haben Sie aus mindestens einem der Ereignisse Maßnahmen abgeleitet? (Diesem Kurzfragebogen ist ein Ereignisbericht anzufügen. Falls vorhanden, wählen Sie einen Bericht aus, bei dem Sie Maßnahmen abgeleitet haben.)

- Ja
- Nein

11. Hat sich seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie jemand aus Ihrer Praxis außerhalb der Praxis über Fehlermanagement ausgetauscht (außer im Einführungsworkshop von CIRSforte)? (Mehrfachnennung möglich)

- Nein
 - Ja, in Qualitätszirkeln für Ärztinnen
 - Ja, in Qualitätszirkeln für MFA
 - Ja, in:
-
-

12. Welches Qualitätsmanagement-System nutzen Sie in Ihrer Praxis?

- QEP
 - EPA
 - KPQM
 - Ein DIN ISO zertifiziertes System, und zwar: _____
 - Sonstiges:
-

13. Nutzen Sie in Ihrer Praxis ein praxisübergreifendes online Berichts- und Lernsystem?

- Nein
- Ja, **jeder-fehler-zählt.de**
- Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen
- Ja, **Cirsmedical.de**
- Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen
- Ja, **Cirs-nrw.de**
- Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen
- Ja, **Cirs-health-care.de**
- Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen
- Ja, **Cirs-ains.de**
- Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen
- Ja, **Cirs-pharmazie.de**
- Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen
- Ja, **Cirs-urologie.de**
- Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen
- Sonstiges: _____
- Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen

Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

Ereignisbericht

Bitte schicken Sie uns in beiliegendem **Rückumschlag** den **Kurzfragebogen UND einen Ereignisbericht** aus dem in Ihrer Praxis genutzten Berichts- und Lernsystem (siehe Frage 1).

Wie wählen Sie einen Ereignisbericht aus?

Wählen Sie bitte einen Bericht, der aus den **letzten sechs Monaten** stammt. Falls vorhanden, wählen Sie einen Bericht aus, bei dem Sie **Maßnahmen abgeleitet** haben. Sie können gerne eine direkte Kopie Ihres genutzten Berichts- und Lernsystems machen (z.B. Kopie einer Seite des Fehlerbuches, Screenshot, etc.)

Bitte **datieren** Sie den Bericht (Datum, wann der Bericht verfasst wurde) und achten Sie darauf, dass **Namen von Patienten oder Mitarbeitenden** nicht genannt werden oder geschwärzt wurden.

Sie können uns keinen Bericht schicken?

- Wir nutzen kein Berichts- und Lernsystem
- Wir haben keinen Bericht in den letzten sechs Monaten dokumentiert
- Sonstige Gründe _____

Rückmeldung zu Ihrem Bericht

Das Studienteam wertet alle Berichte anonymisiert aus und erstellt allgemeine Hinweise zu zentralen Themen wie Dokumentation, Aufarbeitung von Ereignissen oder vorbeugende Maßnahmen.

Dieses Feedback zu den Ereignisberichten finden Sie in unserer Info-Mail *CIRSforte Aktuell*.

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Beate Müller:

E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Tel: 069 / 6301 7267 Fax: 069 / 6301 6428

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Kurzfragebogen und Ereignisbericht

Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer,

wir möchten erfahren, wie sich der Umgang mit Berichts- und Lernsystemen in den teilnehmenden Praxen entwickelt. Die Befragung besteht jeweils aus einem **Kurzfragebogen** mit Fragen zur Dokumentation und Aufarbeitung von Ereignissen und einem **Ereignisbericht** aus Ihrer Praxis. Die Beantwortung des Kurzfragebogens dauert in etwa 15 Minuten. Genauere Hinweise zum Ereignisbericht finden Sie am Ende des Kurzfragebogens.

Bitte schicken Sie uns den Kurzfragebogen und den Ereignisbericht zusammen bis zum **30.04.2019**. Nutzen Sie gerne den beiliegenden vorfrankierten Rückumschlag.

Beide Dokumente haben eine eigene Identifikationsnummer, ein sogenanntes Pseudonym. Diese Pseudonymisierung dient der Zuordnung aus administrativen Gründen. Alle Kurzfragebögen und Ereignisberichte werden ohne Zuordnung zu Ihren Praxisdaten wissenschaftlich ausgewertet. In unserer Info-Mail *CIRSforte Aktuell* werden wir Sie anschließend über die Ergebnisse informieren.

Wichtige Info, bitte auswählen:

Wir bieten als Projektteam an, gemeinsam mit Ihnen Fragen zur Umsetzung von Fehlermanagement in Ihrer Praxis zu klären und bei Bedarf ein kritisches Ereignis zu analysieren. Wenn Sie daran Interesse haben, melden wir uns innerhalb von drei Wochen nach Einsendung des Fragebogens bei Ihnen.

Ja, ich habe Interesse an einer Beratung und/oder Fallanalyse.

Wir würden zudem gerne einzelne Ereignisberichte anonymisiert als Beispiele in Präsentationen oder Workshops sowie Publikationen verwenden.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein Ereignisbericht anonymisiert für Präsentationen, Workshops oder Publikationen verwendet wird.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen!

Ihr Projektteam

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an **Dr. Beate Müller**:

E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Tel: 069 / 6301 7267 Fax: 069 / 6301 6428

Post: Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Haus 10C, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Kurzfragebogen

Entscheiden Sie sich bitte in jedem Fall für eine Antwort. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“. Im Zweifelsfall kreuzen Sie bitte das an, was am ehesten auf Sie zutrifft. Wichtig ist, dass Sie die Kästchen deutlich ankreuzen (☒). Wenn Sie Ihre Auswahl korrigieren möchten, füllen Sie bitte das falsche Kästchen ganz aus (■) und kreuzen Ihre Auswahl erneut an.

1. Wie dokumentieren Sie Ereignisse in Ihrer Praxis? (Mehrfachnennung möglich)

- Wir dokumentieren Ereignisse bisher nicht
- In einem papierbasierten Berichts- und Lernsystem (Fehlerbuch, Zettelsammlung, o.Ä.)
- In einem elektronischen Berichts- und Lernsystem (Fehlerpatienten, Word-Datei, o.Ä.)
- Elektronisch in einem praxisübergreifenden Berichts- und Lernsystem
- Sonstiges (bitte beschreiben Sie Ihr System):

2. Was schätzen Sie, wie oft wird Ihr Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis genutzt?

- Wir nutzen kein Berichts- und Lernsystem
- seltener als einmal im Jahr
- einmal im Jahr
- einmal in sechs Monaten
- einmal in drei Monaten
- häufiger als einmal in drei Monaten

3. Was für Ereignisse sollen in Ihrem Berichts- und Lernsystem berichtet werden?

4. Hat sich das Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie geändert?

- Ja, wir haben das in Frage 1 genannte Berichts- und Lernsystem neu eingeführt
 - Ja, wir haben von einem papierbasierten auf ein elektronisches System umgestellt
 - Ja wir haben von einem elektronischen auf ein papierbasiertes System umgestellt
 - Nein, wir haben unser System beibehalten
 - Wir haben kein Berichts- und Lernsystem
 - Sonstiges:
-

5. Wie viele Ereignisse hat Ihre Praxis seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie dokumentiert?

Anzahl:

6. Haben Sie in Ihrer Praxis feste Zuständigkeiten für die Dokumentation und Aufarbeitung von Ereignissen?

- Ja
- Nein
- Wir dokumentieren keine Ereignisse

7. Haben Sie seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie den Tagesordnungspunkt „Fehler“, „kritische Ereignisse“, o.ä. in Ihren Teamsitzungen besprochen?

- Ja, häufig
- Ja, hin und wieder
- Nein (weiter mit Frage 9)
- Nein, wir hatten keine Teamsitzungen (weiter mit Frage 9)
- Es gab den Tagesordnungspunkt, aber nie etwas dazu zu besprechen (weiter mit Frage 9)

8. Welche Ereignisse haben Sie besprochen? (Mehrfachnennung möglich)

- Ereignisse aus der eigenen Praxis
- Ereignisse aus übergreifenden Berichtssystemen

9. Nutzen Sie ein strukturiertes Schema zur Analyse von Ereignissen? (Mehrfachnennung möglich)

- Wir nutzen kein festes Analyseschema
 - Fischgrätendiagramm
 - Analyseformular aus der Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen
 - Sonstiges:
-

10. Haben Sie aus mindestens einem der Ereignisse Maßnahmen abgeleitet? (Diesem Kurzfragebogen ist ein Ereignisbericht anzufügen. Falls vorhanden, wählen Sie einen Bericht aus, bei dem Sie Maßnahmen abgeleitet haben.)

- Ja
- Nein

11. Hat sich seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie jemand aus Ihrer Praxis außerhalb der Praxis über Fehlermanagement ausgetauscht (außer im Einführungsworkshop von CIRSforte)? (Mehrfachnennung möglich)

- Nein
 - Ja, in Qualitätszirkeln für Ärztinnen
 - Ja, in Qualitätszirkeln für MFA
 - Ja, in:
-
-

12. Welches Qualitätsmanagement-System nutzen Sie in Ihrer Praxis?

- QEP
 - EPA
 - KPQM
 - Ein DIN ISO zertifiziertes System, und zwar: _____
 - Sonstiges:
-

13. Nutzen Sie in Ihrer Praxis ein praxisübergreifendes online Berichts- und Lernsystem? NeinJa, **jeder-fehler-zählt.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirsmedical.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-nrw.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-health-care.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-ains.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-pharmazie.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-urologie.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen

Sonstiges: _____, und zwar...

 Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen**Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Ereignisbericht

Bitte schicken Sie uns den **Kurzfragebogen zusammen mit einem Ereignisbericht** aus Ihrer Praxis (siehe Frage 1). Sie können dafür gern den beigefügten Rückumschlag verwenden.

Wie wählen Sie einen Ereignisbericht aus?

Wählen Sie bitte einen Bericht, der aus den **letzten drei Monaten** stammt und den Sie uns bisher noch nicht geschickt haben. Falls vorhanden, wählen Sie einen Bericht aus, bei dem Sie **Maßnahmen abgeleitet** haben. Sie können uns gerne eine direkte Kopie Ihres Fehlerbuches oder Ausdruck aus Ihrem Fehlerpatienten etc. zusenden.

Bitte **datieren** Sie den Bericht (Datum, wann der Bericht verfasst wurde) und achten Sie darauf, dass **Namen von Patienten oder Mitarbeitenden** nicht genannt werden oder geschwärzt wurden.

Sie können uns keinen Bericht schicken?

Wir haben keinen Bericht in den letzten drei Monaten dokumentiert

Sonstige Gründe _____

Rückmeldung zu Ihrem Bericht

Sie haben sicherlich gelesen, dass wir in unserer Info-Mail *CIRSforte Aktuell* bereits erste Ergebnisse aus der Auswertung der Ereignisberichte vorgestellt haben. Auch diesmal möchten wir Sie anschließend in *CIRSforte Aktuell* über die Ergebnisse informieren.

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Beate Müller:

E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Tel: 069 / 6301 7267 Fax: 069 / 6301 6428

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Kurzfragebogen und Ereignisbericht

Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer,

wir möchten erfahren, wie sich der Umgang mit Berichts- und Lernsystemen in den teilnehmenden Praxen entwickelt. Die Befragung besteht wieder aus einem **Kurzfragebogen** und einem **Ereignisbericht** aus Ihrer Praxis.

Die Beantwortung des Kurzfragebogens dauert etwa 15 Minuten. Für die wissenschaftliche Bewertung der Studie ist es wichtig, dass wir Ihre heutigen Angaben mit den letzten Fragebögen vergleichen können.

Achten Sie daher bitte besonders darauf, auf welche Zeiträume sich die Fragen beziehen.

Genauere Hinweise zum Ereignisbericht finden Sie am Ende des Kurzfragebogens.

Bitte schicken Sie uns den Kurzfragebogen und den Ereignisbericht zusammen bis zum **31.08.2019**.

Nutzen Sie gerne den beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag.

Beide Dokumente haben eine eigene Identifikationsnummer, ein sogenanntes Pseudonym. Diese Pseudonymisierung dient der Zuordnung aus administrativen Gründen. Alle Kurzfragebögen und Ereignisberichte werden ohne Zuordnung zu Ihren Praxisdaten wissenschaftlich ausgewertet. In unserer Info-Mail *CIRSforte Aktuell* werden wir Sie anschließend über die Ergebnisse informieren.

Wir bieten als Projektteam auch dieses Mal an, gemeinsam mit Ihnen Fragen zur Umsetzung von Fehlermanagement in Ihrer Praxis zu klären und bei Bedarf ein kritisches Ereignis zu analysieren. Wenn Sie daran Interesse haben, melden wir uns innerhalb von drei Wochen nach Einsendung des Fragebogens bei Ihnen.

Ja, ich habe Interesse an einer Beratung und/oder Fallanalyse.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen!

Ihr Projektteam

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an **Dr. Beate Müller**:

E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Tel: 069 / 6301 7267 Fax: 069 / 6301 6428

Post: Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Haus 10C, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Kurzfragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen komplett aus und entscheiden sich in jedem Fall für eine Antwort. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“. Im Zweifelsfall kreuzen Sie bitte das an, was am ehesten auf Sie zutrifft. Wichtig ist, dass Sie die Kästchen deutlich ankreuzen (☒). Wenn Sie Ihre Auswahl korrigieren möchten, füllen Sie bitte das falsche Kästchen ganz aus (■) und kreuzen Ihre Auswahl erneut an.

1. Wie dokumentieren Sie Ereignisse in Ihrer Praxis? (Mehrfachnennung möglich)

- Wir dokumentieren Ereignisse bisher nicht
 - In einem papierbasierten Berichts- und Lernsystem (Fehlerbuch, Zettelsammlung, o.Ä.)
 - In einem elektronischen Berichts- und Lernsystem (Fehlerpatienten, Word-Datei, o.Ä.)
 - Elektronisch in einem praxisübergreifenden Berichts- und Lernsystem
 - Sonstiges (bitte beschreiben Sie Ihr System):
-

2. Was schätzen Sie, wie oft wird Ihr Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis genutzt?

- Wir nutzen kein Berichts- und Lernsystem
- seltener als einmal im Jahr
- einmal im Jahr
- einmal in sechs Monaten
- einmal in drei Monaten
- häufiger als einmal in drei Monaten

3. Hat sich das Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie (je nach Praxis Sommer/Herbst 2018) geändert?

- Ja, wir haben das in Frage 1 genannte Berichts- und Lernsystem neu eingeführt
 - Ja, wir haben von einem papierbasierten auf ein elektronisches System umgestellt
 - Ja wir haben von einem elektronischen auf ein papierbasiertes System umgestellt
 - Nein, wir haben unser System (von vor Teilnahme an CIRSforte) beibehalten
 - Wir haben kein Berichts- und Lernsystem
 - Sonstiges:
-

4. Wie viele Ereignisse hat Ihre Praxis seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie (je nach Praxis Sommer/Herbst 2018) dokumentiert?

Anzahl:

5. Haben Sie in Ihrer Praxis feste Zuständigkeiten für die Dokumentation und Aufarbeitung von Ereignissen?

- Ja
- Nein
- Wir dokumentieren keine Ereignisse

6. Haben Sie seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie den Tagesordnungspunkt „Fehler“, „kritische Ereignisse“, o.ä. in Ihren Teamsitzungen besprochen?

- Ja, häufig
- Ja, hin und wieder
- Nein (weiter mit Frage 9)
- Nein, wir hatten keine Teamsitzungen (weiter mit Frage 9)
- Es gab den Tagesordnungspunkt, aber nie etwas dazu zu besprechen (weiter mit Frage 9)

7. Welche Ereignisse haben Sie besprochen? (Mehrfachnennung möglich)

- Ereignisse aus der eigenen Praxis
- Ereignisse aus übergreifenden Berichtssystemen

8. Nutzen Sie ein strukturiertes Schema zur Analyse von Ereignissen? (Mehrfachnennung möglich)

- Wir nutzen kein festes Analyseschema
- Fischgrätendiagramm
- Analyseformular aus der Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen
- Sonstiges:

9. Haben Sie aus mindestens einem der Ereignisse Maßnahmen abgeleitet? *(Diesem Kurzfragebogen ist ein Ereignisbericht anzufügen. Falls vorhanden, wählen Sie einen Bericht aus, bei dem Sie Maßnahmen abgeleitet haben.)*

- Ja
- Nein

10. Hat sich seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie jemand aus Ihrer Praxis außerhalb der Praxis über Fehlermanagement ausgetauscht (außer im Einführungsworkshop von CIRSforte)?
(Mehrfachnennung möglich)

- Nein
- Ja, in CIRSforte-Webinaren
- Ja, in Qualitätszirkeln für Ärztinnen
- Ja, in Qualitätszirkeln für MFA
- Ja, in:

11. Nutzen Sie in Ihrer Praxis ein praxisübergreifendes online Berichts- und Lernsystem? NeinJa, **jeder-fehler-zaehlt.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirsmedical.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-nrw.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-health-care.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-ains.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-pharmazie.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechenJa, **Cirs-urologie.de**, und zwar... Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen

Sonstiges: _____, und zwar...

 Bericht/e lesen Bericht/e verfassen Bericht/e daraus im Team besprechen**Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Ereignisbericht

Bitte schicken Sie uns den **Kurzfragebogen zusammen mit einem Ereignisbericht** aus Ihrer Praxis (siehe Frage 1). Sie können dafür gern den beigefügten Rückumschlag verwenden.

Wie wählen Sie einen Ereignisbericht aus?

Wählen Sie bitte einen Bericht, der aus den **letzten drei Monaten** stammt und den Sie uns bisher noch nicht geschickt haben. Falls vorhanden, wählen Sie einen Bericht aus, bei dem Sie **Maßnahmen abgeleitet** haben. Sie können uns gerne eine direkte Kopie Ihres Fehlerbuches oder Ausdruck aus Ihrem Fehlerpatienten etc. zusenden.

Bitte **datieren** Sie den Bericht (Datum, wann der Bericht verfasst wurde) und achten Sie darauf, dass **Namen von Patienten oder Mitarbeitenden** nicht genannt werden oder geschwärzt wurden.

Sie können uns keinen Bericht schicken?

Wir haben keinen Bericht in den letzten drei Monaten dokumentiert

Sonstige Gründe _____

Rückmeldung zu Ihrem Bericht

Sie haben sicherlich gelesen, dass wir in unserer Info-Mail *CIRSforte Aktuell* bereits erste Ergebnisse aus der Auswertung der Ereignisberichte vorgestellt haben. Auch diesmal möchten wir Sie anschließend in *CIRSforte Aktuell* über die Ergebnisse informieren.

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Beate Müller:

E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Tel: 069 / 6301 7267 Fax: 069 / 6301 6428

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Fragebogen zum Umgang mit kritischen Ereignissen in der Praxis

Psychosoziale Determinante		MW	SD	N	Sig.	Part. Eta-Quadrat
Risikowahrnehmung						
1. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass in Ihrer Praxis ein kritisches Ereignis <u>ohne</u> Patientenschaden auftritt?	T0	3,00	0,63	123	0,196	0,014
	T1	3,10	0,67	123		
2. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass in Ihrer Praxis ein kritisches Ereignis <u>mit</u> Patientenschaden auftritt?	T0	1,97	0,48	123	0,386	0,006
	T1	1,93	0,53	123		
3. Wie schwerwiegend sind Patientenschäden durch kritische Ereignisse in Ihrer Praxis?	T0	2,14	0,74	123	0,055	0,030
	T1	2,02	0,75	123		
Handlungs-Ergebnis-Erwartungen						
4. Wenn ich kritische Ereignisse aufarbeite und vorbeugende Maßnahmen ableite ...						
... dann trage ich zur Verbesserung fehleranfälliger Abläufe in unserer Praxis bei.	T0	4,64	0,29	123	0,227	0,012
	T1	4,59	0,38	123		
... dann trage ich zur Verbesserung der Patientensicherheit in unserer Praxis bei.	T0	4,71	0,23	123	0,050	0,031
	T1	4,65*	0,34	123		
... dann verstärkt sich der Zeitdruck, unter dem ich arbeite.	T0	2,69	0,58	123	0,786	0,001
	T1	2,67	0,73	123		
... dann erhalte ich Anerkennung von meinem/meinen Vorgesetzten.	T0	3,43	0,70	123	0,839	0,000
	T1	3,44	0,80	123		
... dann bin ich ein Vorbild für meine Kollegen.	T0	3,65	0,58	123	0,308	0,009
	T1	3,71	0,61	123		
5. Wenn ich kritische Ereignisse in unserer Praxis anspreche ...						
... dann droht mir Ärger.	T0	1,47	0,40	123	0,764	0,001
	T1	1,48	0,51	123		
... dann halten mich meine Kollegen für unfähig.	T0	1,40	0,38	123	0,769	0,001
	T1	1,39	0,39	123		
... dann halten mich meine Kollegen für unkollegial.	T0	1,54	0,47	123	0,883	0,000
	T1	1,54	0,49	123		

*Unterschiede der Werte von T1 gegenüber T0 sind statistisch signifikant ($p < 0,005$)

Psychosoziale Determinante		MW	SD	N	Sig.	Part. Eta-Quadrat
Selbstwirksamkeitserwartungen						
6. Ich traue mir zu, dass ich ein kritisches Ereignis auch dann aufarbeite und vorbeugende Maßnahmen ableite, wenn ...						
... dies mein Vorgesetzter nicht tut / meine Vorgesetzten nicht tun.	T0	3,82	0,52	123	0,157	0,016
	T1	3,91	0,61	123		
... dies meine Kollegen nicht tun.	T0	4,21	0,39	123	0,103	0,022
	T1	4,29	0,45	123		
... dies etwas Zeit in Anspruch nimmt.	T0	4,07	0,47	123	0,246	0,011
	T1	4,13	0,51	123		
... dies mein Vorgesetzter nicht unterstützt / meine Vorgesetzten nicht unterstützen.	T0	3,28	0,66	123	0,005	0,062
	T1	3,51*	0,75	123		
... kein Schaden für den Patienten entstanden ist.	T0	4,17	0,43	123	0,260	0,010
	T1	4,23	0,49	123		
Zielintentionen						
7. Inwieweit haben Sie die Absicht, kritische Ereignisse aufzuarbeiten?	T0	4,43	0,33	123	0,880	0,000
	T1	4,42	0,39	123		
8. Inwieweit haben Sie die Absicht, aus kritischen Ereignissen vorbeugende Maßnahmen abzuleiten?	T0	4,49	0,34	123	0,922	0,000
	T1	4,49	0,36	123		
Handlungs-Bewältigungs-Pläne						
9. Ich habe in letzter Zeit konkret geplant ...						
... wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und daraus vorbeugende Maßnahmen ableite.	T0	3,29	0,60	123	0,020	0,043
	T1	3,44*	0,53	123		
... wie ich mit Hindernissen umgehe, die mir die Aufarbeitung kritischer Ereignisse erschweren.	T0	3,25	0,63	123	0,004	0,065
	T1	3,44*	0,55	123		
... wie ich mich verhalte, wenn ich feststelle, dass wir in unserer Praxis vergessen haben , ein kritisches Ereignis zu analysieren und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten.	T0	3,15	0,64	123	0,000	0,103
	T1	3,38*	0,54	123		

*Unterschiede der Werte von T1 gegenüber T0 sind statistisch signifikant ($p < 0,005$)

Psychosoziale Determinante		MW	SD	N	Sig.	Part. Eta-Quadrat
Handlungskontrolle						
10. Ich weiß, wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und Maßnahmen zur Vorbeugung ableite.	T0	3,83	0,48	123	0,000	0,292
	T1	4,17*	0,42	123		
11. Ich Sorge dafür, dass jedes kritische Ereignis, das ich für wichtig halte, aufgearbeitet wird.	T0	4,07	0,46	123	0,002	0,074
	T1	4,22*	0,49	123		
12. Ich muss mich selbst überwinden, dass jedes kritische Ereignis, das ich für wichtig halte, aufgearbeitet wird.	T0	2,41	0,62	123	0,844	0,000
	T1	2,39	0,60	123		
Personelle Ressourcen						
13. Die Anzahl Ärzte in unserer Praxis ist angemessen.	T0	4,29	0,64	123	0,011	0,052
	T1	4,15*	0,77	123		
14. Die Anzahl nicht-ärztlicher Mitarbeiter in unserer Praxis ist angemessen.	T0	3,76	0,81	123	0,520	0,003
	T1	3,71	0,96	123		
15. In unserer Praxis gibt es wegen Abwesenheiten (Urlaub, Krankheit, Teilzeit) immer wieder Probleme.	T0	2,89	0,86	123	0,530	0,003
	T1	2,94	0,97	123		
Teamsitzungen und Zusammenarbeit in der Praxis						
16. In unserer Praxis finden regelmäßig gemeinsame Teamsitzungen (ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter) statt.	T0	4,34	0,82	123	0,212	0,013
	T1	4,41	0,85	123		
18. In unseren Teamsitzungen nehmen wir uns ausreichend Zeit, um über kritische Ereignisse und vorbeugende Maßnahmen zu sprechen.	T0	4,01	0,71	123	0,008	0,057
	T1	4,17*	0,70	123		
20. In unserer Praxis ...						
... funktioniert die Zusammenarbeit unter den nicht-ärztlichen Mitarbeitern sehr gut.	T0	4,17	0,57	123	0,810	0,000
	T1	4,18	0,60	123		
... funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen und den nicht-ärztlichen Mitarbeitern sehr gut.	T0	4,23	0,50	123	0,435	0,005
	T1	4,19	0,53	123		

*Unterschiede der Werte von T1 gegenüber T0 sind statistisch signifikant ($p < 0,005$)



Ergebnisse und Empfehlungen des Innovationsfonds-Projektes CIRSforte zur Stärkung der Patientensicherheit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Ein White Paper für Gesundheitspolitik,
Fachöffentlichkeit und weitere interessierte Personen
aus der Gesundheitsversorgung

Fehlermanagement

stärkt das Sicherheitsklima,
ist praxistauglich umsetzbar und
in der Implementierung skalierbar.

CIRSForte ist ein Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System.
Förderkennzeichen CIRSForte: 01VSF16021.

Weitere Informationen unter www.cirsforte.de



Was ist die Herausforderung?

In Praxen der vertragsärztlichen Versorgung bestehen Optimierungspotenziale bei der Umsetzung von Fehlermanagement und der Nutzung von Critical Incident Reporting Systems (CIRS)¹. Zu Beginn der Studie wurde durch Befragungen festgestellt, dass Praxisteams häufig nicht wissen, wie sie kritische Ereignisse aufarbeiten können. Fehlermanagement wird in vielen Praxen bislang nicht strukturiert durchgeführt und ist oft nicht in den Praxisablauf integriert.



Was hat CIRSForte gemacht?

Im vom Innovationsfonds geförderten Projekt CIRSForte wurden bundesweit 184 Praxen dabei unterstützt, ein Fehlermanagement mithilfe von Berichts- und Lernsystemen einzuführen. Den Praxisteams wurden verschiedene Maßnahmen angeboten, wie z.B. Einführungsworkshops, vertiefende e-Learning-Module, eine Handlungsempfehlung inklusive Vorlagen für Berichts- und Analyseformulare, Webinare für den kollegialen Austausch, eine Telefonzentrale, monatliche Info-Mails, die Projekthomepage www.cirsforte.de und 400 € Aufwandspauschale.



Was hat sich in den Praxen verändert?

Signifikant verbesserte sich im Laufe des Projektes das Wissen darüber, wie einem kritischen Ereignis vorgebeugt wird. Die Aufarbeitung von Ereignissen verlief strukturierter und die Berichtsqualität nahm zu. Ebenfalls hat sich das Sicherheitsklima verbessert. CIRSForte konnte zeigen, welche Unterstützungsangebote zur Umsetzung von Fehlermanagement von vertragsärztlichen Praxen angenommen werden.

¹ Synonym dazu sind auch Fehlermeldesysteme und (Fehler)Berichts- und Lernsysteme gemeint.

Für eine Verstärkung von Fehlermanagement in der ambulanten Versorgung mithilfe von Berichts- und Lernsystemen braucht es Veränderungen.

Ergebnis CIRSforte:

Deshalb empfehlen wir:

- 1 Mit stetiger externer Begleitung wird in den Praxen Fehlermanagement erfolgreich umgesetzt.

Fehlermanagement in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kontinuierlich, flächendeckend unterstützen (Institutionelle Kontinuität).
- 2 Sich über patientensicherheitsrelevante Ereignisse über Praxisgrenzen hinweg auszutauschen, stärkt das praxisinterne Fehlermanagement.

Strukturelle Bedingungen zur Förderung von einrichtungs- und sektorenübergreifenden Austausch für Praxisteams schaffen, z. B. durch explizite Förderung im Rahmen der SGB V §87b und §140a Regelungen.
- 3 Praxisteams benötigen weitere Kompetenzen im Bereich Patientensicherheit.

Patientensicherheit muss prüfungsrelevant werden im Medizinstudium und in der Ausbildung medizinischer Fachberufe.
- 4 Es braucht eine verantwortliche Person innerhalb des Praxisteams.

Geschultes Personal, wie z. B. Patientensicherheitsbeauftragte, für die Umsetzung von Fehlermanagement einsetzen (Spezialwissen Patientensicherheit).
- 5 Aus Patientenschäden kann besonders gelernt werden.

Das Berichten und Aufarbeiten von Schadensfällen fördern, weil dies eine wertvolle Ressource für das Lernen darstellt.
- 6 Praxisintern werden kritische Ereignisse in der Regel vertraulich statt anonym berichtet.

Vertraulichkeit von Berichten in einrichtungsübergreifenden CIRS würdigen und fördern.
- 7 Einrichtungsübergreifende CIRS werden in der ambulanten Versorgung wenig genutzt.

Einrichtungsübergreifende Fehlerberichtssysteme weiterentwickeln, um alle Praxen für das regelhafte Lernen aus patientensicherheitsrelevanten Ereignissen zu gewinnen.

Kontakt

→ **Dagmar Lüttel**
Aktionsbündnis
Patientensicherheit e.V.

Alte Jakobstr. 81, 10179 Berlin
Telefon: +49 (0)30 3 64 28 16 26
E-Mail cirsforte@aps-ev.de

→ **Dr. Beate Müller**
Institut für Allgemeinmedizin der
Goethe-Universität Frankfurt

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Telefon: +49 (0)69 63 01 72 67
E-Mail: b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Das Projekt CIRStorte wurde von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet und unterstützt. Der Beirat setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der folgenden Organisationen:

- Agentur Deutscher Arztnetze
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
- Hausärzteverband Westfalen-Lippe
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
- OptiMedis AG
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- Verband der Ersatzkassen e.V.
- Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Konsortialführer von CIRStorte war das Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Konsortialpartner waren das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und die Techniker Krankenkasse (TK).

Kooperationspartner waren die Asklepios Kliniken GmbH und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL).

www.cirsforte.de

Stand: April 2020

Interventionen zu Implementierung oder Förderung der Nutzung von CIRS im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche

Autoren: Katharina Rubin, Beate Müller, Dania Gruber, Martin Beyer, Hardy Müller

Vorgelegt am: 28.12.2017

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	2
1.1	Das Projekt CIRSforte	2
1.2	Ziel der Literaturrecherche.....	2
2	Methoden.....	3
2.1	Art der Recherche.....	3
2.2	Ein- und Ausschlusskriterien	3
2.3	Suchstrategie.....	3
2.4	Screeningprozess.....	4
2.5	Analyse der Volltexte	4
3	Ergebnisse	6
3.1	Studiendetails.....	6
3.2	Durchgeführte Interventionen	6
3.3	Weitere wichtige Aspekte	11
4	Schlussfolgerung und Ausblick	13
4.1	Was ziehen wir daraus für CIRSforte?	13
4.2	Danksagung	13
5	Literaturverzeichnis.....	14
6	Anhang	17
6.1	Pubmed Suche.....	17
6.2	Embase Suche.....	18
6.3	Cochrane Library Suche.....	19

1 Hintergrund

Die aktive Teilnahme an einem Fehlerberichts- und Lernsystem (CIRS) hat eine hohe Bedeutung für ein angemessenes klinisches Risikomanagement und die Verbesserung der Patientensicherheit. Die bloße Bereitstellung und Administration eines CIRS reicht jedoch nicht aus. Geringe Beteiligungsquoten deuten darauf hin, dass nur wenige Praxen die bestehenden (einrichtungsübergreifenden) Systeme nutzen. International gibt es bisher noch kaum beispielhafte Systeme in der ambulanten Versorgung. Es muss daher dringend untersucht werden, wie Fehlerberichtssysteme die Bedürfnisse der Nutzer im ambulanten Gesundheitswesen erfüllen können.

1.1 Das Projekt CIRStorte

Im Projekt CIRStorte werden dazu auf Basis praxisnaher Analysen Empfehlungen, wie Nutzungsbarrieren überwunden und Praxisteam in der ambulanten Versorgung für die Teilnahme an CIRS gewonnen werden können, entwickelt, erprobt und implementiert.

Um zunächst nationale und internationale Erfahrungen mit der Einführung und Nutzung von CIRS zu erfassen, wurde im Arbeitspaket (AP) 1 des Projekts eine umfangreiche internationale Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurden Publikationen zu Interventionen hinsichtlich der Implementierung von CIRS zusammengetragen und strukturiert ausgewertet.

1.2 Ziel der Literaturrecherche

Das Ziel der internationalen Literaturrecherche war, Faktoren zu identifizieren, die die Nutzung von Fehlermanagement-Systemen (CIRS) in der Primärversorgung beeinflussen. Konkret galt es, einen Überblick über bereits durchgeführte internationale Interventionen zu erlangen, um durch einen Erkenntnisgewinn bezüglich Art und Gestaltung der Interventionen eine Basis für die weitere Planung des Projektes zu schaffen. Erprobte Instrumente und Maßnahmen zur Verbesserung struktureller, prozessualer und normativer Rahmenbedingungen sollen in die Praxisphase des Projekts einfließen und so zum Erfolg der Einführung von CIRS in der AVV beitragen.

Neben den erfolgreichen Interventionen sollten ebenso die in der Literatur beschriebenen Barrieren und Hindernisse im Umgang mit Fehler- und Berichtssystemen dargestellt werden, um durch die Adressierung spezifischer Hindernisse die Nutzung von CIRS zu fördern.

Die der Recherche zugrundeliegende, leitende Fragestellung lautete "Wie soll ein Fehlerberichts- und Lernsystem (CIRS) gestaltet sein und implementiert werden, damit es in der ambulanten Versorgung angewandt wird?"

2 Methoden

2.1 Art der Recherche

Aufgrund der anzunehmenden Heterogenität der Studien zu diesem Thema hinsichtlich Design, Reichweite und insbesondere Evaluationsmethoden wurde kein systematischer Literaturreview durchgeführt. Diese Annahme bestätigt ein einzelner bisher durchgeführter systematischer Review zu Interventionen zur Erhöhung der CIRS-Berichtsrate im Gesundheitswesen [1]: aufgrund methodischer Mängel der Studien konnten hier lediglich vier Artikel eingeschlossen werden, aus deren Analyse letztlich keine Empfehlungen resultieren.

Wir entschieden uns daher, die recherchierte Literatur im Rahmen eines narrativen Reviews zu strukturieren, zusammenzufassen und darzustellen.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

2.2.1 Studiendesign

Es wurden Artikel mit Studien aller Forschungsmethoden (randomisiert kontrollierte Studien, Fallstudien, Literaturreviews etc.) eingeschlossen. Auch "Letters" oder "Opinion papers" wurden berücksichtigt, wenn sie intervenierende Maßnahmen beschrieben. Konferenzbeiträge ("proceedings") ohne ausführliche Details zur durchgeführten Studie wurden nicht eingeschlossen.

2.2.2 Sprachen und Zeitraum

Als grundsätzliche Sucheinschränkungen wurden lediglich die Sprachen Deutsch und Englisch sowie in der initialen Suche der Zeitrahmen von zehn Jahren, 2007 bis Mai 2017 (Zeitpunkt der Recherche), vorgenommen.

2.2.3 Zielgruppen und Setting

Hinsichtlich der einzuschließenden Professionen und des Settings (ambulante oder stationäre Einrichtungen) wurden keine Einschränkungen in der Suche vorgenommen. In die Analyse wurden u.a. Studien mit Managern, Ärzten verschiedenster Fachrichtungen, Pflegepersonal, Medizinischen Fachangestellten, Therapeuten, Apothekern sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung und Angestellten in Pflegeeinrichtungen einbezogen.

2.3 Suchstrategie

Die leitende Fragestellung für die Literaturrecherche lautete wie folgt: "Wie soll ein Fehlerberichts- und Lernsystem (CIRS) gestaltet sein und implementiert werden, damit es in der Ambulanten Vertragsärztlichen Versorgung (AVV) angewandt wird?"

So wurde für den Zeitraum von zehn Jahren (von 2007 bis Mai 2017) in den Datenbanken Pubmed (inkl. Medline), Embase und Cochrane beispielsweise mit den Suchbegriffen "incident report",

“reporting and learning system”, “implementation”, “method”, “concept”, “procedure”, “strategy” und ihren entsprechenden Synonymen gesucht. Die Suchterminologie wurde im Einzelnen an die Suchoptionen und die verwendete Terminologie der jeweiligen Datenbank angepasst (zur genauen Suchstrategie siehe Anhang).

Ergänzend dazu fand eine händische Suche in den Datenarchiven von Genios (Datenbank für Magazine, Zeitschriften und Zeitungen u.a. des Gesundheitsmarktes), der Deutschen Nationalbibliothek und in den Datenbanken, eigenen Publikationen und Literaturbeständen der einzelnen Projektpartner (ÄZQ, APS, IfA) für den genannten Zeitraum statt.

Aufgrund der bereits sehr hohen Trefferzahlen der Suchen in den Datenbanken Pubmed mit 3709 Treffern und in Embase mit 3688 Treffern, entschied das Projektteam aufgrund begrenzter personeller Ressourcen, die in den anschließenden Screeningprozess aufzunehmenden Treffer anhand des Zeitrahmens zu begrenzen. Der Zeitrahmen wurde von vormals 10 Jahren (2007- Mai 2017) auf einen Zeitraum von sechs Jahren (2012 bis Mai 2017) angepasst. So lagen nach der Entfernung der doppelt vorliegenden Treffer aus der Pubmed-Suche 2049 Abstracts, aus der Embase-Suche 2428 und aus der Cochrane-Suche 141 Abstracts (vor der Kürzung des Zeitrahmens 177 Treffer) vor. Hinzu kamen 17 Treffer aus den Archiven der Deutschen Nationalbibliothek (vor der Kürzung des Zeitrahmens 36 Treffer). Die händische Recherche ergab einen weiteren eingeschlossenen Artikel.

2.4 Screeningprozess

Drei Reviewer (Projektmitarbeiter BM, HM, KR) waren in den Screeningprozess einbezogen. Die 4635 Abstracts wurden vor dem Hintergrund der leitenden Fragestellung einer ersten Selektion unterzogen. Hierbei wurde durch ein Kontroll-Screening gewährleistet, dass jeder Abstract letztlich von zwei der drei Reviewern selektiert wurde.

Es wurden Artikel als zutreffend deklariert, die sich mit dem Fokus auf strukturelle, prozessuale und sozialpsychologische Abläufe hinsichtlich der Implementierbarkeit und dem Betrieb von CIRS in der nationalen und internationalen ambulanten und stationären Versorgung befassten. Zusätzlich wurden Artikel als geeignet eingestuft, die sich mit der Darstellung der theoretischen Grundlagen des Lernens in CIRS befassten. Artikel, die sich im Rahmen von CIRS lediglich mit der quantitativen Auswertung, Kategorisierung und Bewertung von Berichten auseinandersetzen, wurden als nicht relevant bewertet.

Durch den Screening-Prozess und die händische Suche wurden insgesamt 206 Treffer für die Volltext-Analyse selektiert.

2.5 Analyse der Volltexte

Für das Projekt relevant und somit im Fokus der Auswertung standen Studien und Projekt-Berichte, welche sich mit im praktischen Alltag umgesetzten Maßnahmen bzw. Interventionen befassten, mit dem Ziel, ein CIRS einzuführen oder den Betrieb eines bestehenden CIRS zu fördern.

Die Volltexte wurden erneut von jeweils zwei der drei Projektmitarbeiterinnen (KR, BM, DG) nach den folgenden Gesichtspunkten ausgewertet:

- Setting (stationär / ambulant),
- Zielgruppe der Intervention (ärztlich / nicht-ärztlich),

- Art der Intervention,
- Details zu Barrierenanalyse,
- Details zu Evaluation,
- Land und
- Art der untersuchten Ereignisse (alle unerwünschten Ereignisse / nur Medikationsfehler).

Einen weiteren wichtigen inhaltlichen Aspekt, der einen Schwerpunkt in der Auswertung einnimmt, stellten die in den Artikeln enthaltenen diagnostizierten Barrieren und Hindernisse während der Einführung und des Betriebs von Fehlermanagement-Systemen dar. Hierbei wurden Art, Umfang und Inhalt dieser vorliegenden Barriere-Analysen dokumentiert und ausgewertet.

2.5.1 Einordnung der Interventionen: das Behavior Change Wheel

Die verschiedenen Interventionen wurden in die Systematik des Behavior Change Wheel nach Susan Michie et al. Eingeordnet (siehe folgende Abbildung). Das Behavior Change Wheel stellt einen Ansatz zur strukturierten Analyse und Entwicklung von Strategien und Maßnahmen für die Veränderung von Verhaltensprozessen dar. Interventionen zur Verhaltensänderung sind hierbei definiert als eine festgelegte Reihe von Aktivitäten zur Modifikation von Verhaltensmustern [2]. Die Anwendung des Behaviour Change Wheels im Zuge der Literaturlauswertung für das Projekt erfolgte mit dem Ziel, die Bandbreite der zur Verfügung stehenden Interventionen zur Einführung und Förderung von CIRS in der Praxis systematisch zu erfassen und zu gruppieren.

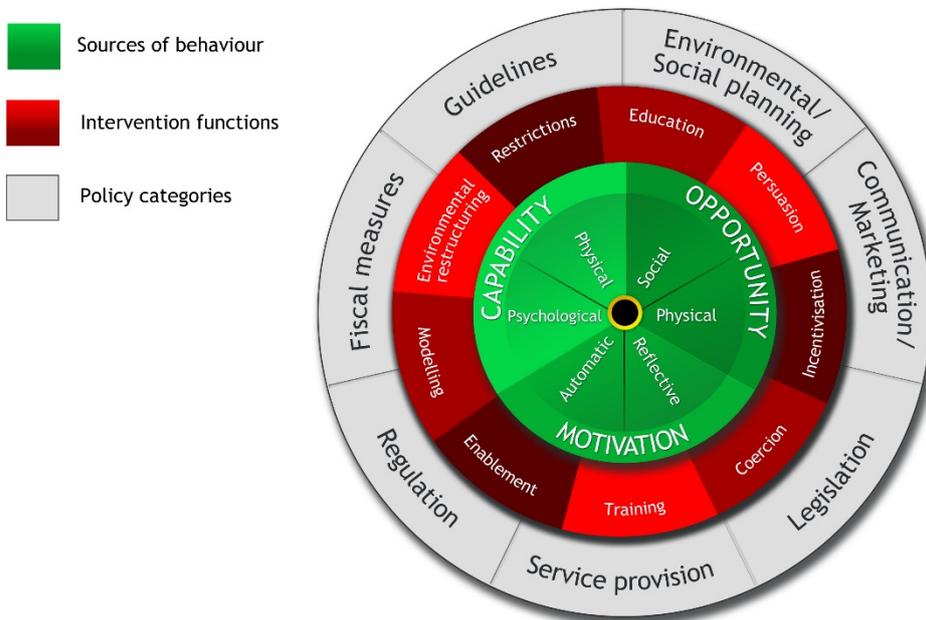


Abbildung 1: Behaviour Change Wheel nach Susan Michie

3 Ergebnisse

3.1 Studiendetails

In die Auswertung anhand des Behaviour Change Wheels flossen insgesamt 37 Artikel ein, die sich entweder mit förderlichen Maßnahmen zum Betrieb eines CIRS oder der Implementierung eines Berichtssystems befassten.

- Setting: Die Mehrzahl der Studien fand in der stationären Versorgung statt (28 Artikel). Neun Artikel beschrieben die Anwendung von Maßnahmen in der ambulanten Versorgung.
- Zielgruppe der Intervention: Der überwiegende Anteil (25 Artikel) der untersuchten Studien und Projekt-Berichte nahmen das ganze Team in einer medizinischen Einrichtung in den Fokus, während in zehn Artikeln nur die Ärzte und in zwei Artikeln nur die Pflege angesprochen wurden.
- Region: Die meisten unserer analysierten Studien fanden in den USA statt (17 Artikel), gefolgt von Europa (16 Artikel). Weitere Artikel beschrieben Maßnahmen in Taiwan, Ägypten, Australien und Saudi-Arabien (jeweils ein Artikel).
- Untersuchte Fehlerarten: Die Mehrzahl der Artikel befasste sich mit CIRS, die alle Fehlerarten in ihre Analyse einbezogen (33 Artikel). Weitere vier Artikel beschrieben Berichtssysteme nur für Medikationsfehler.

3.2 Durchgeführte Interventionen

Die Einordnung der durchgeführten Interventionen erfolgte anhand des Behaviour Change Wheels, um einen strukturierten Überblick über die internationalen Erfahrungen im Zuge der Einführung und des Betriebs von CIRS zu erhalten. Eine Beurteilung der Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen war aufgrund der Heterogenität der Studien und insbesondere der Evaluationen nicht möglich.

Vielmehr wurden Best Practice-Beispiele selektiert und dargestellt, da sie die für das Projekt zentralen Erkenntnisse der Recherche darstellen. Die Auswahl dieser Interventionen erfolgte mit dem Anspruch, innovative sowie realisierbare Maßnahmen für das spezifische Setting von CIRStorte, der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung, herauszuarbeiten.

Die untersuchten Interventionen sind im Hinblick auf Häufigkeiten und Vielfalt in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 1: Durchgeführte Interventionen nach Behavior Change Wheel-Kategorien

Oberkategorie	Konkrete Intervention	Anzahl Artikel, die Intervention beschreiben
Bildung (Education)	Einmalige Schulung zur Einführung eines CIRS	8 Artikel[3-10]
	Wöchentliche/quartalsweise Sitzungen (als Informationsveranstaltung)	6 Artikel[11-16]
	Newsletter (E-Mail, SMS, Flyer, Intranet-Publikation, Info-Materialien...)	5 Artikel[17-21]
	Workshop	4 Artikel[20, 22-24]
	E-Learning zu Patientensicherheits-Themen und CIRS	4 Artikel[21, 25-27]
	Erklär-Videos (z.B. für Umgang mit Patientensicherheits-Themen)	2 Artikel[18, 28]
	Regelmäßig versandtes Email-basiertes Curriculum	1 Artikel[28]
	Befragung zur Patientensicherheit und Info über Ergebnisse an das Team	1 Artikel[24]
Schulungen (Training)	Regelmäßige Sitzungen (mit Schwerpunkt Training im Umgang mit Fehlern, bspw. in Form von Peer-Review-Verfahren)	15 Artikel[3, 4, 6, 10, 11, 15-17, 20, 21, 27, 29-32]
	Karten (laminiert) mit Anleitung für Fehler-Berichten	1 Artikel[6, 9, 27]
	Online zugängliche Präsentationen von "Good Catches" (verbunden mit Übungsaufgaben als Training-Element)	1 Artikel[33]
Umfeldveränderungen (Environmental Restructuring, technische / administrative / organisatorische Voraussetzungen)	EDV-gestütztes Berichtssystem	12 Artikel[3, 5, 14, 19, 21, 27, 29, 31, 34-37]
	Feedback-System	10 Artikel[4, 11, 16, 17, 19, 28, 30, 32, 34, 36]
	Institutionalisierte Review- und Lern- Verfahren/Prozesse (Verantwortlichkeiten liegen bei Teams/Personen)	9 Artikel[3, 11, 14, 17, 19, 28, 32, 34, 36]
	Vereinfachtes Berichtsformular	4 Artikel[8, 10, 18, 34]
	Einheitliche Definition "kritisches Ereignis" / Fehler	2 Artikel[4, 36]
	Engagement und Überzeugung von Vorgesetzten und Management	2 Artikel[15, 17]
	Integration des Berichts-Formulars in die elektr. Krankenakte	2 Artikel[12, 38]
	Papier-basiertes Berichtssystem	1 Artikel[39]
	Regelmäßige Arbeitstreffen beinhalten feste Tagesordnungspunkte zu Patientensicherheits-Themen	1 Artikel[12]
	Persönliches Berichts-Booklet in Taschenbuch-Format (enthält 50 Berichts-Formulare und Infos) und Einrichtung einer Melde-Box	1 Artikel[13]

	Vorliegen oder Nicht-Vorliegen eines unerwünschten Ereignisses als Pflichteingabe in Patientenakte	1 Artikel[38]
Überzeugung durch Kommunikation (Persuasion)	Poster, online-Werbung, Erinnerungs-E-mails, SMS, Safety-Call, Online-Forum, Flyer, Video-Clips, persönliche Anschreiben, Publikation in Mitarbeiter-Zeitschrift	10 Artikel[3, 8-10, 12, 26, 28, 31, 34, 37]
	Persönliche Ansprache (des CIRS-Verantwortlichen, Vorgesetzten...)	3 Artikel[4, 9, 34]
Befähigung (bspw. Unterstützung / Ermöglichung eines kollegialen Austauschs)	Rotierende Zuständigkeiten für Veröffentlichung und Diskussion von PS-Themen (Reporting und Feedback)	3 Artikel[10, 15, 28]
	Peer Review-Verfahren für Austausch	1 Artikel[7]
	Einladung des Berichtenden in das Review-/Analyse-Team	1 Artikel[33]
Service (Unterstützung durch zusätzliche Ressourcen)	Aktive Unterstützung durch Arbeitgeber beim Berichten und Feedback	2 Artikel[12, 37]
	Gewährleistung von Austausch unter CIRS-Betreibern	1 Artikel[7]
Incentivierung (Anreiz)	Auszeichnungen (und Vermerk in Personalakte für besonders relevanten Bericht; "Good Catch")	4 Artikel[18, 26, 33, 36]
	Finanzielle Zuwendung	1 Artikel[3, 7]
	Fortbildungspunkte pro Bericht	1 Artikel[31]
Schaffen von Vorbildern (Modelling)	Mitarbeiter erfüllen Vorbild-Funktion für das Thema Patientensicherheit	4 Artikel[8, 15, 18, 29]
	Öffentliche Auszeichnung für Engagement (Good Catch-Award bspw.)	2 Artikel[26, 33]
	Veröffentlichung von Best Practice-Beispielen	2 Artikel[7, 16]
Zwang / Einschränkung	Test am Ende einer Lerneinheit (bspw. Multiple-Choice)	1 Artikel[25]
Richtlinien (Guidelines)	Regelwerk für Fehlermanagement	3 Artikel[9, 11, 20]
Gesetzlicher Rahmen (Legislation)	Rechtlich-verbindliches Fehler-Berichten	1 Artikel [37]

3.2.1 Rahmenbedingungen

Am häufigsten wurden in den recherchierten Publikationen Maßnahmen angewandt, die auf die Veränderung der technischen, administrativen oder organisatorischen Rahmenbedingungen abzielten (45 Artikel). Dazu gehörten u.a. die Einführung von institutionalisierten Review- und Lern-Verfahren und dementsprechend veränderten Organisationsprozessen, die Einführung überwiegend EDV-gestützter Berichtssysteme und die Verankerung von Feedback-Systemen.

Best Practice-Beispiele

Als Best Practice-Beispiel ist hier die Arbeit von Arabi et al. (2016) zu nennen, in dessen Zentrum erstmalig die Institutionalisierung eines multiprofessionellen Teams für den Review- und Analyse-Prozess in einem saudischen Krankenhaus stand [11]. Die Integration von allen in eine Behandlung involvierten Professionen in die Fallanalyse sticht hier heraus und kann als Vorbild für die Einführung von CIRS dienen.

In einer weiteren Studie wurde den Berichtenden die Angabe ihrer persönlichen E-Mail-Adresse für zielgerichtetes und effektives Feedback ermöglicht. Dieser Übergang vom anonymen zum vertraulichen Berichten wurde von den Autoren der Studie als Qualitätsmerkmal angesehen [34].

Als weitere wichtige Rahmenbedingung benannten mehrere Artikel, dass sich eine Einrichtung auf gemeinsame Begriffe und ein gemeinsames Fehlermanagement-System einigt und dies transparent kommuniziert wird [4] [36].

3.2.2 Bildungs- und Trainingsmaßnahmen

Bildungsmaßnahmen wurden häufig flankierend im Zuge der Implementierung eines CIRS eingesetzt (31 Artikel). Wöchentliche oder quartalsweise Informationsveranstaltungen, einmalige Veranstaltungen zur Einführung eines CIRS oder auch Patientensicherheits-Workshops zählten zu den am häufigsten angewandten Instrumenten. Trainingsangebote (19 Artikeln) wurden bei einer Vielzahl von Teams in Form von regelmäßigen Schulungen und der Bereitstellung von Informationsmaterial (bspw. laminierte Info-Karten zum Thema) in den Arbeitsalltag integriert.

Best Practice-Beispiele

Ein elaboriertes E-Learning bzw. Online-Lern-Programm zum Thema Patientensicherheit und Fehlerberichten wurde in der stationären Versorgung in Irland mit großem Erfolg angeboten [25]. Kurze Video-Clips zum Erlernen von Patientensicherheits-relevanten Maßnahmen für den medizinischen Arbeitsalltag wurden zudem als Trainingseinheit in der ambulanten Versorgung einer amerikanischen Provinz zur Förderung eines sich bereits in Betrieb befindenden CIRS erstellt [18].

Außerdem zeigen Erfahrungen, dass im Umgang mit Fehlern insbesondere die Einbettung in die Team-Routine (bspw. als fester Tagesordnungspunkt in wöchentliche Teamsitzungen) erfolgversprechend ist [11].

3.2.3 Kommunikative Instrumente (Überzeugung durch Kommunikation)

Das Ziel der Kommunikations-Maßnahmen (in 13 Artikeln beschrieben) war es, von der Bedeutung des Fehlerberichtens zu überzeugen und zur regen Beteiligung zu motivieren. Die Bandbreite der Maßnahmen stellte sich sehr heterogen und innovativ dar. Neben klassischen Werbemaßnahmen als Print- und Online-Angebote (10 Artikel) haben in drei beschriebenen Projekten die CIRS-Verantwortlichen und Vorgesetzten das direkte Gespräch mit den Mitarbeitern gesucht.

Best Practice-Beispiele

Kommunikative Online- und Print-Maßnahmen zum Thema Fehlerberichten wurden in Form von Postern, Online-Werbung, Erinnerungs-Emails, SMS, Betrieb von Online-Foren, Flyer, Video-Clips, persönliche Anschreiben und Publikationen in Mitarbeiter-Zeitschriften durch die Projektteams eingesetzt.

So entschlossen sich bspw. in einer amerikanischen stationären Einrichtung der leitende Chefarzt und der CIRS-Programm-Leiter die Mitarbeiter direkt in den Visiten anzusprechen [9].

3.2.4 Schaffen von Vorbildern

Um die Motivation zu fördern, wurden in vielen Projekten Mitarbeiter für ihr Engagement öffentlich ausgezeichnet, wodurch sie eine Vorbildfunktion einnahmen. Anderenorts wurden nach der Aufarbeitung eines kritischen Ereignisses abgeleitete Maßnahmen als Best Practice-Beispiele veröffentlicht, um auf die positive Wirkung eines CIRS-Berichts hinzuweisen (8 Artikel).

Best Practice-Beispiele

Während einer Implementierung eines CIRS in einem kanadischen Krankenhaus veröffentlichte das Projektteam eine Posterkampagne mit führenden Mitarbeitern und stellte deren Rolle innerhalb der Maßnahmen rund um Patientensicherheit im Haus vor [26].

3.2.5 Befähigung, Service und Anreizschaffung

Des Weiteren setzten einige Projekte auf ein Arbeitsumfeld, in dem die Befassung mit den Themen Patientensicherheit und im Speziellen Fehlermanagement finanziell und organisatorisch unterstützt wurde. So wurden für Mitarbeiter durch zusätzliche Ressourcen Gelegenheiten des Austauschs, der Weiterbildung und des Engagements geschaffen (15 Artikel).

Best Practice-Beispiele

Die Einrichtung einer rotierenden Verantwortlichkeit für Patientensicherheits-Themen stellte sich in einem der Projekte als wirksame Methode heraus, das Interesse und die Beteiligungsbereitschaft der Mitarbeiter zu wecken [28].

Die Initiative Patientensicherheit Steiermark förderte gezielt zum Zwecke der Vernetzung und des Lernens den kollegialen Austausch (Peer-Review) unter den teilnehmenden Krankenhäusern [7]. Eine weitere Möglichkeit, unter den Mitarbeitern Anreize für die Befassung mit Patientensicherheits-Themen zu schaffen, war die Vergabe von "Good Catch-Awards", welche die Berichtenden für ihr Engagement auszeichneten [18] [40].

In einer der wenigen, dokumentierten Studien aus der ambulanten Versorgung wurde in einem amerikanischen Projekt die Implementierung eines CIRS mit Hilfe von monetärer Incentivierung vorangetrieben. So wurden \$5000 an die einzelnen Praxisteams für Ihre Teilnahme am Projekt vergeben. Eine weitere Zahlung in Höhe von \$1500 erfolgte, sobald pro Monat mindestens zehn Beinahe-Fehler gemeldet wurden. Nach dem Projekt- und entsprechenden Zahlungsende der Provision blieb die Berichtsrate stabil [3].

3.2.6 Regeln und Richtlinien

Indes wurde die Einführung verbindlicher Richtlinien und gesetzlicher Regelungen selten als motivierende Rahmenbedingung für das Arbeiten mit CIRS eingesetzt (4 Artikel).

3.3 Weitere wichtige Aspekte

Verschiedene Nutzungsbarrieren für CIRS waren bereits aus der Literatur hinlänglich bekannt und fanden sich auch in den durch uns analysierten Artikeln wieder. Relevante neue Barrieren für den ambulanten Bereich ergaben sich nicht aus dieser Recherche. Wir fokussierten uns daher bei der Auswertung auf Maßnahmen, die die Reduktion der bekannten Barrieren zum Ziel hatten. Einzelne innovative Beispiele werden im Folgenden stichpunktartig aufgeführt.

3.3.1 Ereignisberichte, Formulare etc.

- Einen Fehlerbericht zu erstellen sollte nicht länger als fünf Minuten in Anspruch nehmen, vorzugsweise 2 Minuten [41].
- Krankenhäuser brauchen eine Trigger Liste, so dass die Mitarbeiter wissen, was sie berichten sollen [41].
- Mitarbeitern sollte durch offene Fragen im Formular die Möglichkeit gegeben werden, ihre eigene Version der Ereignisse zu berichten [41].
- Idealerweise sollte eine Strategie, aus Berichten zu lernen und das Gelernte zu verbreiten, gleichzeitig mit dem Berichtssystem entwickelt werden [41].
- Mit einer Risikoanalyse durch ein interdisziplinäres Team können potenzielle Schwachstellen in einer Institution identifiziert werden. Die Mitarbeiter können dann aufgefordert werden, aktiv Ereignisse rund um diese Schwachstellen zu berichten. Werden diese wieder an das interdisziplinäre Team zurückgemeldet, kann es sich an der Lösung der aufgedeckten Probleme beteiligen [42].
- Ereignisse zu berichten sollte als Arbeitszeit gesehen werden. Wenn Mitarbeiter außerhalb der Arbeitszeit Berichten müssen, werden sie sich weniger wahrscheinlich beteiligen [43].
- Ereignisse zu berichten sollte vertraulich erfolgen, mit der Möglichkeit auch anonym zu berichten [44].

3.3.2 Feedback

- Drei Arten von Feedback werden benötigt:
An den individuellen Berichtenden, um seinen Aufwand zu honorieren (“Vielen Dank für Ihren Bericht” und Details über den weiteren Prozess)

Feedback an eine Zielgruppe (z.B. ÄrztInnen oder Laborpersonal) mit dem Ziel, von diesem Feedback zu lernen. Inhalte sollten dabei Details der Analyse sein sowie resultierende Lösungen.

Generelles Feedback an die Gemeinschaft, um einen Kulturwandel zu unterstützen und Berichten und Lernen weiter zu bewerben [44].

3.3.3 Schulungen und Trainings zu CIRS

- Trainings sollten klare Antworten auf die folgenden beiden Fragen liefern: Was ist ein kritisches Ereignis? Wann sollte es berichtet werden [43]?
- In Trainings sollten reale Fallbeispiele zur Schulung genutzt werden [43].
- Trainings sollten an ältere Mitarbeiter angepasst sein [43].

3.3.4 Evaluation von CIRS

Die Evaluationen, die im Rahmen der von uns untersuchten Studien durchgeführt wurden, waren (wenn überhaupt vorhanden) sehr heterogen, mit vielfältigen erfassten Zielparametern. In der Regel wurden die Anzahl Berichte während der Studiendauer erfasst, teilweise allerdings ohne Darstellung der vorangegangenen Berichtszahlen. In wenigen Studien wurden weitere Instrumente zur Evaluation eingesetzt (Fragebögen an Teilnehmende, qualitative Interviews, Nachverfolgung wie viele Maßnahmen umgesetzt wurden). Wir halten folgende Empfehlungen daher für sehr relevant für zukünftige Studien und insbesondere für CIRStorte:

- Anyone introducing a system into practice should give careful consideration to conducting an evaluation using a robust design. An appropriate range of outcome measures should be reported including views of users (feedback and user friendliness) and appropriate measures of resource use (to allow robust economic analyses). The point of increasing incident reporting is to make healthcare safer (that is for reports to identify harm or potential harm that can be avoided), but none of the included studies directly explored this dimension [1].

Ein weiterer Artikel beschrieb verschiedene Parameter, die in der Evaluation eines Fehlerberichtssystems eingesetzt werden können [45]:

- Evidenz-Controlling: Wie gut gelingt es dem Fehlermeldesystem, relevante Risikobereiche im Haus aufzudecken, und wie präsent, wie verankert ist ein solches Meldesystem innerhalb der Belegschaft und wie wird es genutzt (anzahlbezogene Kenngrößen, bspw. mitarbeiterbezogene Berichtsquote, Schulungsquote von neuen Mitarbeitern, patientenbezogene Berichtsquote) [45].
- Aufgabencontrolling: Wie effektiv und effizient werden die definierten Aufgaben, Prozesse und Standards für die Meldungsbearbeitung eingehalten und wie zufrieden sind die Mitarbeitenden mit den Outcomes der Meldungen (prozessbezogene Kennzahlen, bspw. Dauer von Berichtseingang bis Erstfeedback, Anonymitätsquote über die Zeit [“Je weniger anonyme Fälle im CIRS eingehen, desto reifer und konstruktiver ist die Sicherheitskultur im Haus“], Mitarbeiterzufriedenheit mit System) [45]?
- Kosten-Nutzen-Controlling: Wie hoch ist der „Return on CIRS“, wie hoch sind die „Kosten“ des Betriebs und welche konkreten, patientensicherheitsrelevanten Verbesserungen können dem

Meldesystem zugerechnet werden (bspw. Anschubkosten, Betriebsfixkosten, Anzahl initiiertes und abgeschlossener Verbesserungsmaßnahmen, qualitativer Beitrag des Systems zur Sicherheitskulturentwicklung) [45]?

4 Schlussfolgerung und Ausblick

4.1 Was ziehen wir daraus für CIRStorte?

Im Projekt CIRStorte sollen praxisnahe Empfehlungen für die Einführung und den Betrieb von CIRS formuliert, erprobt und implementiert werden. Im Zentrum dieser Aktivitäten stehen zum einen die Überwindung von Barrieren zur Nutzung von CIRS, sowie die Frage, wie Praxisteams in der ambulanten Versorgung für die Teilnahme an CIRS gewonnen werden können.

Die narrative Literaturrecherche leistet zur Beantwortung dieser Fragestellung einen wesentlichen Beitrag, indem Erfahrungen der internationalen Forschung auf ihren Erkenntnisgewinn für das Projekt hin ausgewertet wurden. Hierbei lag der Fokus auf der strukturierten Selektion von praktikablen, innovativen, für den ambulanten Versorgungsbereich adaptierbaren Maßnahmen im Rahmen der Einführung und des Betriebes von CIRS. Diese Erkenntnisse sind zum einen als Bereicherung bzw. Ergänzung für die aktuell im Arbeitspaket 2 entstehende Handlungsempfehlung vorgesehen. Zum anderen fließen diese Erkenntnisse in die Konzeptionierung der Praxisphase (AP 3) des Projektes ein, in der Praxisnetze und Praxisteams bei Einführung und Betrieb von CIRS begleitet und unterstützt werden.

Insgesamt kann bereits zum jetzigen Zeitpunkt festgehalten werden, dass durch die Literaturrecherche vielzählige innovative Maßnahmen herausgearbeitet wurden, die auch auf den ambulanten Bereich übertragen werden können.

4.2 Danksagung

Wir danken den Bibliothekarinnen der Techniker Krankenkasse herzlich für ihre Unterstützung bei der Suchstrategie und der Recherche.

5 Literaturverzeichnis

1. Parmelli, E., et al. *Interventions to increase clinical incident reporting in health care*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD005609.pub2.
2. Michie, S., M.M. van Stralen, and R. West, *The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions*. Implementation Science : IS, 2011. 6: p. 42-42.
3. Crane, S.S., P. D.; Elder, N.; Cohen, L.; Laughtenschlaeger, N.; Walsh, K.; Zimmerman, S., *Reporting and Using Near-miss Events to Improve Patient Safety in Diverse Primary Care Practices: A Collaborative Approach to Learning from Our Mistakes*. J Am Board Fam Med, 2015. 28(4): p. 452-60.
4. Donnelly, P., *Improving reporting of critical incidents through education and involvement*. BMJ Qual Improv Rep, 2015. 4(1).
5. Gabriel, P.E.V., E.; Bergendahl, H. W.; Burke, S. V.; Solberg, T. D.; Maity, A.; Hahn, S. M., *Incident learning in pursuit of high reliability: implementing a comprehensive, low-threshold reporting program in a large, multisite radiation oncology department*. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2015. 41(4): p. 160-8.
6. Krouss, M., et al., *Improving Incident Reporting Among Physician Trainees*. J Patient Saf, 2016.
7. Koining, J.S., L, *Die Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS) - ein Netzwerk entsteht*. Qualitas, 2014(2).
8. Müller-Hermann, M., Herzog, C., *Das war knapp - aber wir haben daraus gelernt!* KU Gesundheitsmanagement, 2015(1).
9. Stewart, D.A., et al., *House Staff Participation in Patient Safety Reporting: Identification of Predominant Barriers and Implementation of a Pilot Program*. South Med J, 2016. 109(7): p. 395-400.
10. Welsch, M., *Offener Umgang mit Fehlern - Gelebte Sicherheitskultur im klinischen Alltag*. KU Gesundheitsmanagement, 2012(10).
11. Arabi, Y.M.A.O., S. M.; Al-Attas, K.; Alamry, A.; AlZahrani, K.; Baig, B.; White, D.; Deeb, A. M.; Al-Dozri, H. D.; Haddad, S.; Tamim, H. M.; Taher, S., *Learning from defects using a comprehensive management system for incident reports in critical care*. Anaesth Intensive Care, 2016. 44(2): p. 210-20.
12. Fox, M.D.B., G. M.; Butler, G. A.; Chen, L. W.; Buchert, A. R., *Making Residents Part of the Safety Culture: Improving Error Reporting and Reducing Harms*. J Patient Saf, 2017.
13. Kung, K., et al., *Medication errors in a swiss cardiovascular surgery department: a cross-sectional study based on a novel medication error report method*. Nurs Res Pract, 2013. 2013: p. 671820.
14. Okafor, N.G., et al., *Voluntary Medical Incident Reporting Tool to Improve Physician Reporting of Medical Errors in an Emergency Department*. West J Emerg Med, 2015. 16(7): p. 1073-8.
15. Smith, A., J. Hatoun, and J. Moses, *Increasing Trainee Reporting of Adverse Events With Monthly Trainee-Directed Review of Adverse Events*. Acad Pediatr, 2017.
16. Macht, R., et al., *A Multifaceted Intervention to Increase Surgery Resident Engagement in Reporting Adverse Events*. J Surg Educ, 2015. 72(6): p. e117-22.
17. Dowell, L., *Implementing a Patient Safety Team to reduce serious incidents*. BMJ Qual Improv Rep, 2013. 2(1).
18. Mansfield, J.G., et al., *Using a quantitative risk register to promote learning from a patient safety reporting system*. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2015. 41(2): p. 76-86.

19. McKaig, D., C. Collins, and K.A. Elsaid, *Impact of a reengineered electronic error-reporting system on medication event reporting and care process improvements at an urban medical center*. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2014. 40(9): p. 398-407.
20. Sendlhofer, G., et al., *[The evolution of the Critical Incident Reporting System in an Austrian university hospital]*. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes, 2016. 114: p. 48-57.
21. Vallejo-Gutierrez, P., et al., *Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP*. Rev Calid Asist, 2014. 29(2): p. 69-77.
22. Alraie, N.A.S., A. A.; Sabry, N. A.; Farid, S. F., *Adverse drug reactions reporting: a questionnaire-based study on Egyptian pharmacists' attitudes following an awareness workshop*. J Eval Clin Pract, 2016. 22(3): p. 349-55.
23. Hoffmann, B., et al., *Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial*. BMJ Qual Saf, 2014. 23(1): p. 35-46.
24. Verbakel, N.J., et al., *Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial*. Br J Gen Pract, 2015. 65(634): p. e319-29.
25. McCarthy, S.E., et al., *Online patient safety education programme for junior doctors: is it worthwhile?* Ir J Med Sci, 2016. 185(1): p. 51-8.
26. Jeffs, L., et al., *The effect of an organizational network for patient safety on safety event reporting*. Eval Health Prof, 2014. 37(3): p. 366-78.
27. Mandavia, R., et al., *Completing the audit cycle: the impact of an electronic reporting system on the feedback loop in surgical specialties*. J Healthc Qual, 2013. 35(6): p. 16-23.
28. Dunbar, A.E., 3rd; Cupit, M.; Vath, R. J.; Pontiff, K.; Evans, N.; Roy, M.; Bolton, M., *An Improvement Approach to Integrate Teaching Teams in the Reporting of Safety Events*. Pediatrics, 2017. 139(2).
29. Louis, M.Y., et al., *Improving Patient Safety Event Reporting Among Residents and Teaching Faculty*. Ochsner J, 2016. 16(1): p. 73-80.
30. Reznek, M.A. and B.A. Barton, *Improved incident reporting following the implementation of a standardized emergency department peer review process*. Int J Qual Health Care, 2014. 26(3): p. 278-86.
31. Schultz, T.J., et al., *Piloting an online incident reporting system in Australasian emergency medicine*. Emerg Med Australas, 2014. 26(5): p. 461-7.
32. Wang, S.C., Y.C. Li, and H.C. Huang, *The effect of a workflow-based response system on hospital-wide voluntary incident reporting rates*. Int J Qual Health Care, 2013. 25(1): p. 35-42.
33. Herzer, K.R., et al., *Patient safety reporting systems: sustained quality improvement using a multidisciplinary team and "good catch" awards*. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2012. 38(8): p. 339-47.
34. Carr, S.M., T.; Montgomery, A.; Durbridge, M.; Tarrant, C., *Developing the 'gripes' tool for junior doctors to report concerns: a pilot study*. Pilot Feasibility Stud, 2016. 2: p. 60.
35. Elliott, P.M., D.; Neville, D., *Electronic clinical safety reporting system: a benefits evaluation*. JMIR Med Inform, 2014. 2(1): p. e12.
36. Kusano, A.S., et al., *Measurable improvement in patient safety culture: A departmental experience with incident learning*. Practical Radiation Oncology, 2014.
37. Norden-Hagg, A., et al., *Experiences of a nationwide web-based system: reporting dispensing errors in Swedish pharmacies*. Int J Pharm Pract, 2012. 20(1): p. 25-32.
38. Montobbio, G., et al., *Provisional unicentric experience with an electronic incident reporting form in pediatric anaesthesia*. Paediatr Anaesth, 2012. 22(11): p. 1080-6.
39. Höhl, R., *Eine Praxis zeigt, worauf es ankommt*. Ärzte Zeitung, 2014(21.02.2014): p. <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=855522&pid=864293>.

40. Kusano, A.S., et al., *Measurable improvement in patient safety culture: A departmental experience with incident learning*. *Pract Radiat Oncol*, 2015. 5(3): p. e229-37.
41. *Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis*. *Ont Health Technol Assess Ser*, 2017. 17(3): p. 1-23.
42. Mitchell, I., et al., *Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'*. *BMJ Qual Saf*, 2016. 25(2): p. 92-9.
43. Lederman, R., et al., *Electronic error-reporting systems: a case study into the impact on nurse reporting of medical errors*. *Nurs Outlook*, 2013. 61(6): p. 417-426.e5.
44. Klemp, K., et al., *A safety incident reporting system for primary care. A systematic literature review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care*. *Eur J Gen Pract*, 2015. 21 Suppl: p. 39-44.
45. Löber, N., *Effektivität von Meldesystemen und Kennzahlen zur Evaluatin*. *Qualitas*, 2016. 2016(4).

6 Anhang

6.1 Pubmed Suche

Datenbank: Pubmed unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Enthält MEDLINE

Recherche-Zeitpunkt: 8.5.2017

Suchstrategie: Umsetzung des Suchbegriffe Incident Reporting in MeSH-Begriffe:

Incident Reporting ist als Synonym zu Risk Management gesetzt.

Search	Query	Items found
#28	Search (((((((((((incident report*) OR safety report*) OR event report*) OR error report*) OR ((reporting and learning system*))) OR error management*) OR (("Safety Management"[Mesh:NoExp] AND report*)) OR (("Risk Management"[Mesh:NoExp] AND report*)) OR reporting system*)) AND (((((((implement*) OR method*[title]) OR concept*) OR barrier*) OR facilitat*) OR procedure*) OR strateg*)) AND ((german[Language] OR english[Language])) AND ("2007"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])	3.709
#27	Search ("2007"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])	9.630.987
#26	Search (german[Language] OR english[Language])	23.418.488
#25	Search (((((((((((incident report*) OR safety report*) OR event report*) OR error report*) OR ((reporting and learning system*))) OR error management*) OR (("Safety Management"[Mesh:NoExp] AND report*)) OR (("Risk Management"[Mesh:NoExp] AND report*)) OR reporting system*)) AND (((((((implement*) OR method*[title]) OR concept*) OR barrier*) OR facilitat*) OR procedure*) OR strateg*))	6.052
#24	Search (((((((implement*) OR method*[title]) OR concept*) OR barrier*) OR facilitat*) OR procedure*) OR strateg*)	3.465.166
#23	Search strateg*	809.992
#22	Search procedure*	1.225.812
#21	Search facilitat*	409.177
#20	Search barrier*	233.565
#18	Search concept*	449.376
#17	Search method*[title]	416.475
#16	Search implement*	354.248
#15	Search (((((((((((incident report*) OR safety report*) OR event report*) OR error report*) OR ((reporting and learning system*))) OR error management*) OR (("Safety Management"[Mesh:NoExp] AND report*)) OR (("Risk Management"[Mesh:NoExp] AND report*)) OR reporting system*))	19.503

#14	Search reporting system*	12.080
#13	Search ("Risk Management"[Mesh:NoExp]) AND report*	3.427
#12	Search ("Safety Management"[Mesh:NoExp]) AND report*	2.978
#11	Search report*	4.401.183
#10	Search "Risk Management"[Mesh:NoExp]	16.469
#8	Search "Safety Management"[Mesh:NoExp]	18.205
#6	Search error management*	186
#5	Search (reporting and learning system*)	11
#4	Search error report*	635
#3	Search event report*	1.974
#2	Search safety report*	570
#1	Search incident report*	1.758

6.2 Embase Suche

Databank: Embase unter <https://www.embase.com>

Recherchezeitpunkt: 11.5.2017

Datenbankstand: 11.5.2017 10:20:15 GMT

Anpassung der Suchstrategie:

Incident Report ist ein eigenständiger Emtree-Term und wird durch die Freitextsuche abgedeckt.

Außerdem wurden alle Treffer ausgeschlossen, die als MEDLINE-Treffer gekennzeichnet waren.

No.	Query	Results
#22	('incident report*' OR 'safety report*' OR 'event report*' OR 'error report*' OR 'reporting and learning system*' OR 'error management*' OR ('safety'/de AND reporting*) OR 'reporting system*') AND (implement* OR method*:ti OR concept* OR barrier* OR facilitat* OR procedure* OR strateg*) AND ([english]/lim OR [german]/lim) AND [2007-2017]/py NOT [medline]/lim	3688
#21	('incident report*' OR 'safety report*' OR 'event report*' OR 'error report*' OR 'reporting and learning system*' OR 'error management*' OR ('safety'/de AND reporting*) OR 'reporting system*') AND (implement* OR method*:ti OR concept* OR barrier* OR facilitat* OR procedure* OR strateg*) AND ([english]/lim OR [german]/lim) AND [2007-2017]/py	5944
#20	implement* OR method*:ti OR concept* OR barrier* OR facilitat* OR procedure* OR strateg*	4716902
#19	strateg*	1018754
#18	procedure*	2078435
#17	facilitat*	486524
#16	barrier*	286124

#15	concept*	572940
#14	method*:ti	488208
#13	implement*	439976
#12	'incident report*' OR 'safety report*' OR 'event report*' OR 'error report*' OR 'reporting and learning system*' OR 'error management*' OR ('safety'/de AND reporting*) OR 'reporting system*'	20330
#11	'reporting system*'	9542
#10	'safety'/de AND reporting*	6105
#9	reporting*	178920
#8	'safety'/de	238555
#7	'error management*'	250
#6	'reporting and learning system*'	134
#5	'error report*'	1117
#4	'event report*'	3446
#3	'safety report*'	1124
#2	'incident report*'	3032
#1	'incident report*' OR 'safety report*' OR 'event report*' OR 'error report*' OR 'reporting and learning system*' OR 'error management*' OR ('safety'/de AND reporting*) OR 'reporting system*' AND (implement* OR method*:ti OR concept* OR barrier* OR facilitat* OR procedure* OR strateg*) AND ([english]/lim OR [german]/lim) AND [2007-2017]/py NOT [medline]/lim	3688

6.3 Cochrane Library Suche

Recherchetool: Cochrane Library, Wiley Online Library

Recherchezeitpunkt: 11.5.2017

Datenbankstand: 2017, Issue 5

Suchstrategie: Die Freitextsuche der Cochrane Library durchsucht auch die Volltexte der enthaltenen Dokumente. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurde die Freitextsuche auf Titel, Abstract und Schlagwörter beschränkt.

Einschränkung auf Reviews und Protokolle.

ID	Search	Hits
#1	incident next report*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	1
#2	safety next Report*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	25
#3	Event next Report*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	189
#4	error next Report*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	11
#5	reporting and learning Systems:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	0
#6	reporting and learning System:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	0
#7	error next Management*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	0
#8	reporting next System*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	51
#9	MeSH descriptor: [Safety Management] this term only	227
#10	MeSH descriptor: [Risk Management] this term only	142
#11	report*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	4924

#12	#9 and #11	3
#13	#10 and #11	2
#14	[2-#8, #12-#13]	256
#15	implement*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	283
#16	method*:ti in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	83
#17	concept*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	377
#18	barrier*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	120
#19	facilitat*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	230
#20	procedure*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	1300
#21	strateg*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	4465
#22	{or #15-#21}	5214
#23	#14 and #22	190
#24	#23 Publication Year from 2007 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols)	177

Psychologische Determinanten für Fehlermanagement in der primärärztlichen Versorgung

Eine Fragebogenerhebung bei ÄrztInnen und Medizinischen Fachangestellten in Westfalen-Lippe

Autoren des Ergebnisberichts: Müller, B.S., Gruber, D., Beyer, M., Buchmann, M

1 Hintergrund

1.1 Einleitung

Im Arbeitspakets 1 (AP1) des Projekts CIRStorte fand im Rahmen einer Evidenzrecherche eine schriftliche Fragebogenerhebung in 779 ambulanten vertragsärztlichen Praxen zum Thema Fehlermanagement statt.

Bisherige Untersuchungen haben gezeigt, dass in vielen Praxen noch kein systematisches Fehlermanagement etabliert ist. Der Umgang mit Fehlern findet zum Teil nur sporadisch statt, selten werden Ereignisse strukturiert aufgearbeitet und Maßnahmen daraus abgeleitet [1, 2]. In einer vorangegangenen qualitativen Untersuchung des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt mit hausärztlich tätigen ÄrztInnen und MFA (Publikation in Arbeit) zeigte sich hier eine zum Teil geringe Risikowahrnehmung, wodurch die Befragten ein systematisches Fehlermanagement nicht als prioritär erachteten. Andere Teilnehmende waren sich potentieller Gefahrenquellen bewusst, scheiterten aber trotzdem bei der Umsetzung eines strukturierten Fehlermanagements. Insgesamt sind die Barrieren für die Einführung von Fehlermanagement in der ambulanten Praxis noch nicht ausreichend erforscht.

Ziel der vorliegenden fragebogenbasierten Untersuchung war es daher, auf der Basis eines psychologischen Modells Barrieren für die Umsetzung von strukturiertem Fehlermanagement zu identifizieren. Als zentrale Handlung des Fehlermanagements wurde die Aufarbeitung von kritischen Ereignissen und Ableitung von Maßnahmen definiert. Da dies eine Handlung darstellt, der ein Planungsprozess zu Grunde liegt, wurde das Modell des „Health Action Process Approach (HAPA)“, ein sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns [3], zur Konstruktion eines Fragebogens herangezogen.

Andere Modelle ziehen die Handlungsintentionen von Individuen als Indikator für eine Verhaltensänderung heran [3, 4]. Oft genug kommt es jedoch vor, dass Menschen nicht ihrer Intention entsprechend handeln. Das HAPA-Modell beschreibt den Übersetzungsprozess einer Intention in eine tatsächliche Handlung und dient so als heuristisches Konzept, das es ermöglicht, die verschiedenen Faktoren, die auf das Verhalten einwirken, strukturiert zu erheben. Somit bietet es auch die

Möglichkeit, aufzuzeigen, an welchem Punkt des Prozesses die Realisierung eines Vorhabens scheitert [3].

1.2 Der Health action process approach

Laut HAPA bestimmen Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungs-Ergebnis-Erwartungen die Entstehung einer Zielintention (siehe Abb. 1). Die Risikowahrnehmung entspricht der subjektiven Einschätzung der Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines negativen Ereignisses sowie dessen Schweregrad. Diese allein ist als Handlungsmotivation jedoch noch nicht ausreichend [3]. Positive Handlungs-Ergebnis-Erwartungen (z.B. „Wenn ich kritische Ereignisse aufarbeite, verbessere ich die Patientensicherheit in unserer Praxis“) sowie die Überzeugung, selbst fähig zu sein, eine gewünschte Verhaltensweisen mittels eigener Ressourcen ausführen zu können (Selbstwirksamkeitserwartungen), wirken gemeinsam auf die Herausbildung einer Intention. Die entstandene Verhaltensabsicht entspricht einem Vorsatz, beinhaltet jedoch noch keinen konkreten Plan zu dessen Umsetzung. Diese konkreten Handlungs- und Bewältigungspläne werden im nächsten Schritt, unter dem weiteren Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartungen, entworfen. Die Umsetzung dieser Pläne wird durch die Handlungskontrolle begleitet. Sie beinhaltet das Bewusstsein über geltende Verhaltensstandards, das eigene Verhalten gegenüber diesen Vorgaben und den Selbstregulationsaufwand, der nötig ist, um sich der Norm anzupassen [5]. Von außen wirken zudem permanent Barrieren im negativen, sowie Ressourcen im positiven Sinne auf das Verhalten [3].

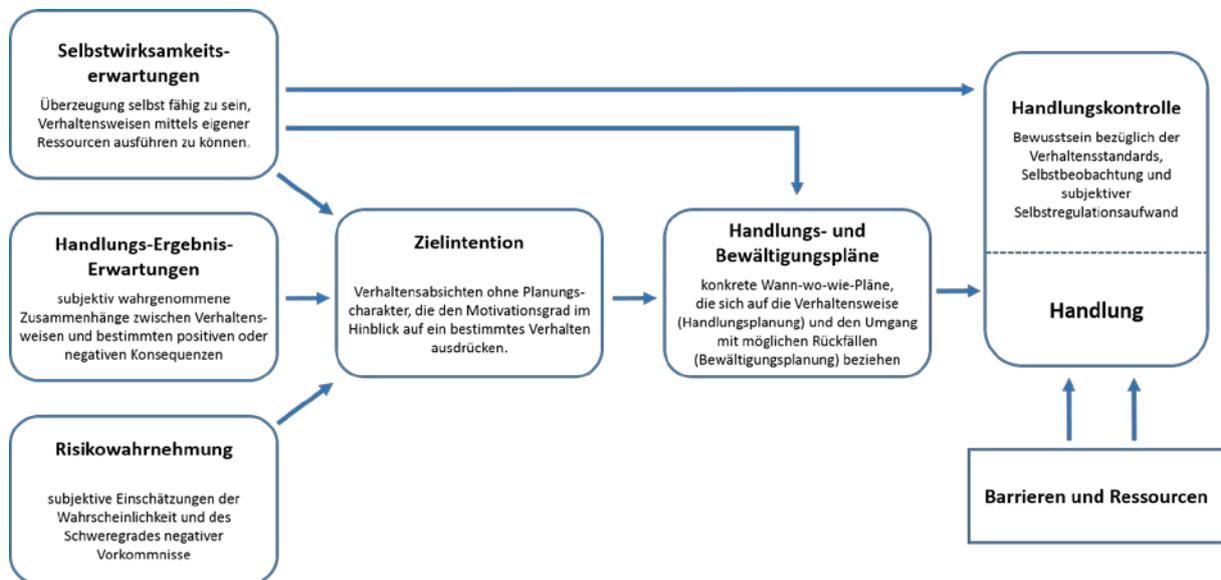


Abbildung 1: Diagramm des Health action process approach (eigene Darstellung in Anlehnung an von Lengerke 2017 & Schwarzer 2008)

Die Operationalisierung des Modells fand in Anlehnung an die Studie „PSYGIENE“ [5] statt, welche mithilfe des HAPA-Modells die Compliance zur hygienischen Händedesinfektion in Intensiv- und Knochenmarktransplantationsstationen untersuchte.

2 Methoden

2.1 Ziel der Studie

Um im weiteren Projektverlauf Interventionen für die Einrichtung eines strukturierten Fehlermanagements entwickeln zu können, sollte zunächst exploriert werden, in welchen Bereichen diese sinnvollerweise ansetzen. Dazu war es nötig, den Prozess von Ereignisaufarbeitung und Ableiten von vorbeugenden Maßnahmen systematisch zu operationalisieren. Durch die Erhebung der Komponenten des HAPA-Modells sollten Informationen darüber gewonnen werden, auf welche der Prozessschritte sich Interventionen beziehen sollten.

2.2 Studiendesign

Diese Untersuchung war als fragebogenbasierte Querschnittstudie konzipiert und fand von Mai bis Juli 2017 statt.

2.3 Entwicklung des Fragebogens

Basierend auf der Literatur zum Thema [5, 6] übertrugen wir das HAPA-Modell auf den Bereich Fehlermanagement in der ambulanten Praxis (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: HAPA-Determinanten in Bezug auf die Aufarbeitung kritischer Ereignisse und das Ableiten von Maßnahmen

HAPA-Determinante	Bedeutung im vorliegenden Kontext
Risikowahrnehmung	Wenn die Wahrscheinlichkeit für kritische Ereignisse in der ambulanten Praxis gleich null wäre und auch so wahrgenommen würde, wäre es unnötig, sich um Präventionsmaßnahmen zu kümmern. Ähnliches würde gelten, wenn kritische Ereignisse in der Praxis nur sehr geringe oder keine Folgen für Patienten hätten. Eine Grundvoraussetzung für Fehlermanagement-Compliance ist psychologisch demzufolge die Risikowahrnehmung, die sich aus der subjektiven Einschätzung der Wahrscheinlichkeit und dem Schweregrad des negativen Ereignisses zusammensetzt.
Handlungs-Ergebnis-Erwartungen	Im Falle eines gegebenen Risikos suchen Menschen in der Regel präventive Maßnahmen, wobei im vorliegenden Zusammenhang für die Prävention kritischer Ereignisse die Beseitigung von Fehlerquellen durch die Optimierung von Arbeitsabläufen zur Verfügung steht. Besteht die subjektive Überzeugung, dass kritische Ereignisse durch Aufarbeitung vorangegangener Ereignisse vermieden werden können, indem vorbeugende Maßnahmen abgeleitet und Abläufe optimiert werden, spricht man psychologisch von präventiven Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. Die Aufarbeitung kritischer Ereignisse kann allerdings auch mit anderen Konsequenzen verbunden werden. Mitarbeitende können überzeugt sein, dass sie als Vorbild wahrgenommen werden oder Anerkennung erfahren, jedoch auch, dass sie Zeitprobleme bekommen, ihnen Sanktionen drohen oder sie für unfähig oder unkollegial gehalten

	<p>werden. Somit bringt die Aufarbeitung eines Ereignisses sowohl Nutzen- als auch Kostenaspekte mit sich.</p>
Selbstwirksamkeitserwartungen	<p>Selbst wenn eine Person von der präventiven Relevanz der Fehleraufarbeitung überzeugt ist und ihr auch insgesamt mehr Vor- als Nachteile zuspricht, wird sie motivational umso weniger investieren, desto weniger sie sie sich zutraut. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung ist, desto eher ist die Person davon überzeugt, ihre Ziele durch eigene Ressourcen auch angesichts eventueller Barrieren erreichen zu können.</p>
Zielintentionen	<p>Sieht eine Praxismitarbeiterin oder ein -mitarbeiter die Notwendigkeit für die Optimierung von fehleranfälligen Prozessen, ist von der Wirksamkeit der Aufarbeitung kritischer Ereignisse überzeugt und traut sich zu, dies durch eigenes Handeln umzusetzen, bildet sie oder er eine entsprechende Handlungsmotivation. Da Menschen in der Regel jederzeit diverse Ziele erreichen wollen, ist es umso wichtiger, dass die Absicht, kritische Ereignisse aufzuarbeiten und Maßnahmen abzuleiten, stark ausgeprägt ist. Die Handlungsentention beinhaltet jedoch noch keinen konkreten Plan der Umsetzung und kann daher mit einem Silvestervorsatz verglichen werden.</p>
Handlungs-Bewältigungs-Pläne	<p>Um die Zielintention der Aufarbeitung kritischer Ereignisse in eine Handlung umzusetzen, müssen Pläne entworfen werden, wie das Vorhaben konkret in den Praxisalltag integriert werden kann. Dabei müssen auch für das Überwinden möglicher Barrieren Strategien entwickelt werden.</p>
Handlungskontrolle	<p>Im Rahmen des Wissens über die Anforderungen an die Aufarbeitung kritischer Ereignisse, der Beobachtung des eigenen Verhaltens und der selbstregulativen Anstrengung, die Anforderungen möglichst optimal umzusetzen, muss das Handeln aufrechterhalten werden. Techniken wie Schulungen zu Analysemethoden und praktische Übungen, die durch unmittelbare Verfügbarkeit mentale Ressourcen schonen, können die Handlungskontrolle zu fördern.</p>
Personelle Ressourcen	<p>Eine Aufarbeitung kritischer Ereignisse kann nur dann zufriedenstellend stattfinden, wenn ausreichend Zeit dafür vorhanden ist. Ist eine Praxis durch Personalmangel bereits mit der täglichen Arbeit überlastet, sind zusätzliche Anstrengungen im Bereich des Fehlermanagements nicht realistisch umzusetzen.</p>
Organisationale Barrieren	<p>Stehen einer Praxis ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung, muss ein Rahmen geschaffen werden, in dem diese Ressourcen genutzt werden. Werden beispielsweise keine regelmäßigen Teambesprechungen organisiert, wird die Umsetzung des Fehlermanagements blockiert.</p>
Zusammenarbeit in der Praxis	<p>Funktioniert die Zusammenarbeit im Team gut, dient sie als Ressource, ist sie problembehaftet, wirkt sie als maßgebliche Barriere.</p>

Auf dieser Grundlage wurde ein Fragebogen entwickelt, der die einzelnen Determinanten anhand mehrerer Items erfragte (siehe Fragebogen im Anhang). Ergänzend wurden Daten zu Alter, Beschäftigung und Praxischarakteristika erhoben. Der Fragebogen wurde mittels kognitiver Interviews mit sechs ÄrztInnen und drei Medizinischen Fachangestellten pilotiert, wodurch sich wenige redaktionelle Änderungen ergaben.

2.4 Datenerhebung

Als Einschlusskriterium galt die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit in Westfalen-Lippe. Praxen, die zu einem ähnlichen Zeitraum für die Rekrutierung in anderen Projekten der KVWL angeschrieben wurden, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Nach Anwendung dieser Kriterien ergab sich eine Gesamtzahl an eligiblen Praxen von 4907 Praxen (3.257 Einzelpraxen und 1.650 Mehrbehandlerpraxen).

Das Ziel war ein Rücklauf von mindestens 250-300 Fragebögen. Es wurde mit einer Rücklaufquote von 10% gerechnet, daher sollten 2700 Fragebögen versendet werden. Um die Verteilung zwischen Einzel- und Mehrbehandlerpraxen (ca. 2:1) zu berücksichtigen, wurden doppelt so viele Bögen für Einzelpraxen wie Gruppenpraxen eingeplant (1800 Bögen an Einzelpraxen und 900 Bögen an Gruppenpraxen). Anhand der Anzahl an Fragebögen je Einzel- oder Gemeinschaftspraxis (drei Bögen vs. fünf Bögen) ergab sich damit eine geplante Stichprobe aus 600 Einzelpraxen und 180 Mehrbehandlerpraxen. Aus den insgesamt 4907 geeigneten Praxen zogen wir entsprechend eine zufällige Stichprobe von 780 Praxen (16%), unter Berücksichtigung der Verteilung von Einzel- und Gemeinschaftspraxen.

Letztlich erfolgte der Versand von 2697 Fragebögen an 599 Einzelpraxen (ein Behandler verstarb kurzfristig und konnte nicht ersetzt werden) und 180 Gruppenpraxen.

Um die Rücklaufquote zu erhöhen wurde zwei Wochen nach dem Versand ein erneuter Aufruf zur Beteiligung in der monatlich erscheinenden Mitgliederzeitschrift der KVWL veröffentlicht.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Alle erhobenen Daten wurden anonymisiert erfasst, sodass kein Rückschluss auf Person oder Praxis möglich war.

2.5 Datenauswertung und -analyse

Die Datenauswertung umfasste die deskriptive Darstellung der einzelnen Items. Die Analysen fanden mithilfe der Statistik-Software SPSS (IBM SPSS Statistics 22) statt.

3 Ergebnisse

3.1 Teilnehmende

Von den 779 Postsendungen (2697 Fragebögen) waren vier Briefe mit insgesamt 14 Fragebögen nicht zustellbar. Von den übrigen 2683 Bögen wurden 283 (10,5%) ausgefüllt an uns zurückgesandt.

63% der Teilnehmenden kamen aus Einzelpraxen, 33% aus Gemeinschaftspraxen, was die tatsächliche Verteilung innerhalb der eligiblen Population (66% Einzelpraxen, 34% Mehrbehandlerpraxen) widerspiegelt.

Tabelle 2: Demographische Variablen der Teilnehmenden. n=Anzahl, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Berufsgruppe		n	%
	Arzt/Ärztin	115	40,6
	Medizinische/r Fachangestellte/r (inkl. medizinisch-technische/r Angestellte/r)	165	58,3
	keine Angabe	3	1,1
Fachrichtung		n	%
	Allgemeinmedizin	26	22,6
	Gynäkologie und Geburtshilfe	25	21,7
	Innere Medizin (inkl. Rheumatologie, Hämatologie, Onkologie, Pulmologie)	19	16,5
	Chirurgie (inkl. Gefäß-, Unfallchirurgie)	10	8,7
	Dermatologie (inkl. Allergologie, Venerologie)	6	5,2
	Neurologie und Psychiatrie	4	3,5
	Orthopädie	4	3,5
	Pädiatrie	4	3,5
	Anästhesie	3	2,6
	Augenheilkunde	3	2,6
	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	3	2,6
	Urologie	2	1,7
	Psychotherapie	2	1,7
	Nuklearmedizin	1	0,9
	Oralchirurgie	1	0,9
	praktischer Arzt	1	0,9
	Radiologie	1	0,9
Art der Praxis		n	%
	Einzelpraxis	179	63,3
	Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft	89	31,4
	MVZ	4	1,4
	keine Angabe	11	3,9

Berufserfahrung (Jahre)		MW	SD
	Arzt/Ärztin	26,6	8,8
	Medizinische/r Fachangestellte/r	17,7	11,4
Mitarbeitende pro Praxis		MW	SD
	Arzt/Ärztin	2,1	1,9
	Medizinische/r Fachangestellte/r	6,4	5,1

3.2 Risikowahrnehmung

In unserer Stichprobe fiel die Risikowahrnehmung differenziert aus (siehe folgende Tabelle). Ein kritisches Ereignis ohne Patientenschaden hielten die Befragten für wahrscheinlich, mit Patientenschaden für eher unwahrscheinlich. Das jeweilige Risiko wurde dabei von Ärztinnen und Ärzten tendenziell höher eingeschätzt als von MFA. Insgesamt hielten sie Patientenschäden in ihrer Praxis für eher nicht schwerwiegend.

Tabelle 3: Risikowahrnehmungen von Ärzten und MFA. MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SW=Spannweite

	Antwortkategorie	Ärztinnen/Ärzte			MFA		
		N	MW (SD)	SW	N	MW (SD)	SW
Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass in Ihrer Praxis ein kritisches Ereignis ohne Patientenschaden auftritt?	1: sehr unwahrscheinlich 7: sehr wahrscheinlich	114	4,27 (1,87)	1-7	164	4,13 (1,97)	1-7
Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass in Ihrer Praxis ein kritisches Ereignis mit Patientenschaden auftritt?	1: sehr unwahrscheinlich 7: sehr wahrscheinlich	114	2,43 (1,42)	1-7	165	2,05 (1,25)	1-7
Wie schwerwiegend sind Patientenschäden durch kritische Ereignisse in Ihrer Praxis?	1: nicht schwerwiegend (vernachlässigbar) 7: sehr schwerwiegend (lebensbedrohlich)	114	2,47 (1,65)	1-7	163	2,28 (1,63)	1-7

3.3 Handlungs-Ergebnis-Erwartungen

Die Teilnehmenden waren sich überwiegend einig, dass es zur Verbesserung der Patientensicherheit sowie insbesondere fehleranfälliger Abläufe beiträgt, kritische Ereignisse aufzuarbeiten und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten. Die MFA erwarteten dadurch eher einen verstärkten Zeitdruck als die Ärztinnen und Ärzte.

Die Ärztinnen und Ärzte stimmten eher nicht zu, von Vorgesetzten Anerkennung für die Analyse kritischer Ereignisse zu erhalten. Dieses Item wurde lediglich von 17 Personen beantwortet, alle anderen sagten aus, keinen Vorgesetzten zu haben. Eine ähnliche Problematik gab es bei dem Item „Vorbild für meine Angestellten“ aus MFA-Sicht, auch hier antworteten nur 16 Personen. Diese beiden Items sind daher in ihrer Aussagekraft eingeschränkt.

Erfreulicherweise gingen weder ärztliche noch nicht-ärztliche Mitarbeitende davon aus, dass ihnen Sanktionen drohen oder sie für unfähig oder unkollegial gehalten werden, wenn sie kritische Ereignisse ansprechen.

Tabelle 4: Handlungs-Ergebnis-Erwartungen von Ärzten und MFA. MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SW=Spannweite

Item	Antwortkategorie	Ärztinnen/Ärzte			MFA		
		N	MW (SD)	SW	N	MW (SD)	SW
Wenn ich kritische Ereignisse aufarbeite und vorbeugende Maßnahmen ableite...							
...dann trage ich zur Verbesserung fehleranfälliger Abläufe in unserer Praxis bei.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu	114	1,24 (0,78)	1-6	163	1,44 (0,84)	1-6
...dann trage ich zur Verbesserung der Patientensicherheit in unserer Praxis bei.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu	114	1,14 (0,42)	1-3	165	1,36 (0,75)	1-6
...dann verstärkt sich der Zeitdruck, unter dem ich arbeite.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu	114	4,90 (2,01)	1-7	163	4,23 (1,89)	1-7
...dann erhalte ich Anerkennung von meinem/meinen Vorgesetzten.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu				164	2,84 (1,61)	1-7
...dann bin ich ein Vorbild für meine Kollegen.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu	106	2,24 (1,59)	1-7	165	2,71 (1,70)	1-7
...dann bin ich ein Vorbild für meine Angestellten.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu	107	1,64 (1,10)	1-6			
Wenn ich kritische Ereignisse in unserer Praxis anspreche ...							
...dann droht mir Ärger.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu	114	6,40 (1,33)	1-7	165	6,38 (1,34)	1-7
...dann halten mich meine Kollegen für unfähig.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu	111	6,53 (1,08)	1-7	165	6,55 (1,01)	1-7
...dann halten mich meine Kollegen für unkollegial.	1: stimme voll zu 7: stimme überhaupt nicht zu	111	6,47 (1,22)	1-7	165	6,40 (1,05)	2-7

3.4 Selbstwirksamkeitserwartungen

Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sahen sich in der Lage, unabhängig vom Engagement von Vorgesetzten oder Kolleginnen und Kollegen ein kritisches Ereignis aufzuarbeiten. Die MFA waren hier kritischer – gerade wenn die Unterstützung von Vorgesetzten fehlte, trauten sie sich das Aufarbeiten eines kritischen Ereignisses weniger zu. Der Faktor Zeit hingegen stellte für keine der Berufsgruppen eine Barriere dar.

Tabelle 5: Selbstwirksamkeitserwartungen von Ärzten und MFA. MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SW=Spannweite

Item	Antwortkategorie	Ärztinnen/Ärzte			MFA		
		N	MW (SD)	SW	N	MW (SD)	SW
Ich traue mir zu, ein kritisches Ereignis auch dann aufzuarbeiten, wenn...							

...dies mein Vorgesetzter nicht tut/meine Vorgesetzten nicht tun.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	15	6,00 (1,36)	3-7	165	5,38 (1,59)	1-7
...dies meine Kollegen nicht tun	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	108	6,00 (1,67)	1-7	164	5,63 (1,61)	1-7
...dies etwas Zeit in Anspruch nimmt.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	112	5,93 (1,74)	1-7	165	5,85 (1,48)	1-7
...dies mein Vorgesetzter nicht unterstützt/meine Vorgesetzten nicht unterstützen.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu				161	4,43 (1,93)	1-7
...kein Schaden für den Patienten entstanden ist.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	108	6,20 (1,55)	1-7	158	5,80 (1,48)	1-7

3.5 Zielintentionen

Die Absicht, kritische Ereignisse aufzuarbeiten und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten, war bei den Befragten stark ausgeprägt. Die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte erzielte diesbezüglich noch höhere Werte als die Gruppe der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden.

Tabelle 6: Zielintentionen von Ärzten und MFA. MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SW=Spannweite

Item	Antwortkategorie	Ärztinnen/Ärzte			MFA		
		N	MW (SD)	SW	N	MW (SD)	SW
Inwieweit haben Sie die Absicht, kritische Ereignisse aufzuarbeiten?	1: Diese Absicht habe ich überhaupt nicht 7: Diese Absicht habe ich ganz stark	115	6,72 (0,72)	1-7	164	6,16 (1,05)	1-7
Inwieweit haben Sie die Absicht, aus kritischen Ereignissen vorbeugende Maßnahmen abzuleiten?	1: Diese Absicht habe ich überhaupt nicht 7: Diese Absicht habe ich ganz stark	115	6,73 (0,72)	1-7	164	6,20 (1,06)	3-7

3.6 Handlungs-Bewältigungs-Pläne

Die Befragten hatten zwar die Absicht, kritische Ereignisse aufzuarbeiten und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten – konkrete Pläne dazu lagen aber offensichtlich deutlich weniger häufig vor. Die Items der Handlungs-Bewältigungs-Pläne (oder Implementationsintentionen) wurden überwiegend positiv (>3,5 von 7) beantwortet, allerdings nicht so deutlich wie die Items der Zielintentionen. Die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden gaben dabei tendenziell nochmals weniger Implementationsintentionen an als die Ärztinnen und Ärzte.

Tabelle 7: Handlungs-Bewältigungs-Pläne von Ärzten und MFA. MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SW=Spannweite

Item	Antwortkategorien	Ärztinnen/Ärzte			MFA		
		N	MW (SD)	SW	N	MW (SD)	SW
Ich habe in letzter Zeit konkret geplant...							
...wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und daraus vorbeugende Maßnahmen ableite.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	115	5,12 (1,97)	1-7	165	4,45 (1,70)	1-7

...wie ich mit Hindernissen umgehe, die mir die Aufarbeitung erschweren.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	115	4,97 (1,94)	1-7	164	4,52 (1,73)	1-7
...wie ich mich verhalte, wenn ich feststelle, dass wir in unserer Praxis vergessen haben, ein kritisches Ereignis zu analysieren und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	114	4,84 (2,10)	1-7	164	4,50 (1,94)	1-7

3.7 Handlungskontrolle

Offensichtlich war zwar der Mehrheit, aber längst nicht allen Befragten, bewusst, wie kritische Ereignisse aufgearbeitet und Maßnahmen zur Vorbeugung abgeleitet werden. Auch hier erzielte die Gruppe der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden weniger hohe Werte als die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte. Analog gaben auch weniger MFA als Ärztinnen und Ärzte an, dafür zu sorgen, dass jedes kritische Ereignis aufgearbeitet wird.

Tabelle 8: Handlungskontrolle von Ärzten und MFA. MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SW=Spannweite

Item	Antwortkategorie	Ärztinnen/Ärzte			MFA		
		N	MW (SD)	SW	N	MW (SD)	SW
Ich weiß, wie ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und Maßnahmen zur Vorbeugung ableite.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	115	5,70 (1,40)	1-7	165	5,58 (1,36)	1-7
Ich Sorge dafür, dass jedes kritische Ereignis, das ich für wichtig halte, aufgearbeitet wird.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	113	6,43 (1,02)	1-7	162	5,88 (1,47)	1-7
Ich muss mich überwinden, dass jedes kritische Ereignis, das ich für wichtig halte, aufgearbeitet wird.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	113	2,90 (2,10)	1-7	162	2,67 (1,86)	1-7

3.8 Personelle Ressourcen

Mit der Anzahl Ärztinnen und Ärzte in der Praxis waren die Befragten zufrieden. Die Ärztinnen und Ärzte hielten allerdings die Anzahl nicht-ärztlicher Mitarbeitender in der Praxis für angemessener als die Gruppe der MFA. Probleme aufgrund von Abwesenheiten (Urlaub, Krankheit, Teilzeit) wurden eher nicht gesehen.

Tabelle 9: Einschätzung der personellen Ressourcen. MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SW=Spannweite

Item	Antwortkategorie	Ärztinnen/Ärzte			MFA		
		N	MW (SD)	SW	N	MW (SD)	SW
Die Anzahl Ärzte in unserer Praxis ist angemessen	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	108	6,17 (1,73)	1-7	162	6,06 (1,50)	1-7
Die Anzahl nicht-ärztlicher Mitarbeiter in unserer Praxis ist angemessen	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	110	6,27 (1,29)	1-7	162	5,24 (1,97)	1-7

In unserer Praxis gibt es wegen Abwesenheiten (Urlaub, Krankheit, Teilzeit) immer wieder Probleme.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	112	1,92 (2,01)	1-7	161	2,13 (1,99)	1-7
--	--	-----	----------------	-----	-----	----------------	-----

3.9 Teamsitzungen und Zusammenarbeit in der Praxis

Die praxisinterne Zusammenarbeit beurteilten die Befragten überwiegend positiv.

Tabelle 10: Einschätzung der Zusammenarbeit in der Praxis. MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SW=Spannweite

Item	Antwortkategorie	Ärztinnen/Ärzte			MFA		
		N	MW (SD)	SW	N	MW (SD)	SW
In unserer Praxis finden regelmäßig Teamsitzungen (mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern) statt.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	113	5,94 (1,52)	1-7	160	5,96 (1,70)	1-7
In unseren Teamsitzungen nehmen wir uns ausreichend Zeit, um über kritische Ereignisse und vorbeugende Maßnahmen zu sprechen.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	110	5,76 (1,52)	1-7	158	5,91 (1,42)	1-7
In unserer Praxis...							
...funktioniert die Zusammenarbeit unter den Ärzten sehr gut.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	43	6,30 (0,83)	4-7	79	6,0 (1,34)	1-7
...funktioniert die Zusammenarbeit unter den nicht-ärztlichen Mitarbeitern sehr gut.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	112	6,08 (1,05)	3-7	161	6,15 (1,14)	2-7
...funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen und den nicht-ärztlichen Mitarbeitern sehr gut.	1: trifft überhaupt nicht zu 7: trifft voll und ganz zu	112	6,17 (1,06)	1-7	161	6,17 (1,02)	2-7

4 Fazit

4.1 Stärken und Schwächen

Die Rücklaufquote der Studie war mit 10,5% zwar gering, jedoch vergleichbar mit ähnlichen Praxisbefragungen in der Primärversorgung [7, 8]. Die große Anzahl der Teilnehmenden reichte trotzdem aus, um Tendenzen in den Ergebnissen erkennen zu lassen. Wahrscheinlich lag bei unseren Ergebnissen ein Antwortbias vor: Ärztinnen und Ärzte sowie MFA ohne Interesse am Thema waren vermutlich in unserer Stichprobe unterrepräsentiert. Nichtsdestotrotz halten wir diese Studie für

wichtig, um unser Verständnis für die Prozesse rund um Fehlermanagement in der ambulanten Versorgung zu erweitern.

4.2 Implikationen für den weiteren Projektverlauf

Unsere Ergebnisse zeigen drei Bereiche auf, in denen im Projektverlauf Interventionen ansetzen können und sollten. Vorrangig sind dies die Risikowahrnehmung und die Handlungs-Bewältigungs-Pläne, gefolgt von der Integration von Fehlermanagement in die Teambesprechungen.

Welche Maßnahmen hier konkret zur Anwendung kommen können, wurde in der ebenfalls im Rahmen von AP1 durchgeführten Literaturrecherche herausgearbeitet (siehe Ergebnisbericht Literaturrecherche).

5 References

1. Rea D, Griffiths S: Patient safety in primary care: Incident reporting and significant event reviews in British general practice. *Health Soc Care Community* 2016; 24(4): 411–9.
2. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main: Pilotprojekt für mehr Patientensicherheit in der Arztpraxis zeigt: Der Mix macht's 2017.
3. Schwarzer R: Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology* 2008; 57(1): 1–29.
4. Ajzen I: The theory of planned behavior: Habit, perceived control, and reasoned action. Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung 2000.
5. Lengerke T von, Lutze B, Krauth C, Lange K, Stahmeyer JT, Chaberny IF: Promoting Hand Hygiene Compliance. *DEUTSCHES ARZTEBLATT INTERNATIONAL* 2017; 114(3): 29–36.
6. Lengerke T von, Schulz-Stübner S, Chaberny I, Lutze B: Psychologie der Händehygiene-Compliance: Von der Motivation zum Verhalten. *Krankenh hyg. up2date* 2016; 11(02): 135–50.
7. Crouch S, Robinson P, Pitts M: A comparison of general practitioner response rates to electronic and postal surveys in the setting of the National STI Prevention Program. *Aust N Z J Public Health* 2011; 35(2): 187–9.
8. Cockburn J, Campbell E, Gordon JJ, Sanson-Fisher RW: Response bias in a study of general practice. *Fam Pract* 1988; 5(1): 18–23.



CIRS*forte*

**Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS)
für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System**

Innovationsfonds-Versorgungsforschungs-Projekt

Förderkennzeichen 01VSF16021

Implementierung und Betrieb von einrichtungübergreifenden Berichts- und Lernsystemen (CIRS) im Gesundheitswesen Eine Befragung nationaler Experten

Autoren: Dagmar Lüttel, Tatjana Blazejewski, Dania Gruber

Inhalt

1	Einleitung.....	3
2	Entwicklung des Fragenkatalogs	4
3	Darstellung der Ergebnisse.....	4
3.1	Allgemeines zu den Systemen.....	4
3.2	Ziele, Unterstützung und Motivation.....	7
3.3	Ereignisse berichten	8
3.4	Berichte bearbeiten.....	10
3.5	Aus Fehlern lernen	12
3.6	Evaluation	13
3.7	Einschätzungen der Befragten	13
4	Hinweise zur Entwicklung der APS Handlungsempfehlung „Berichts- und Lernsysteme für ambulante Einrichtungen“	16
5	Anhang.....	18

1 Einleitung

„**CIRStorte** – das Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System“ wird seit dem 1. April 2017 vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. In dem Projekt soll ermittelt werden, wie Nutzungsbarrieren überwunden und Praxisteams in der ambulanten Versorgung für die aktive Teilnahme an Berichts- und Lernsystemen gewonnen werden können. Dabei wird zunächst durch Auswertung von Literatur und Befragungen ermittelt, was Praxisteams sowohl daran hindert als auch motiviert, Berichts- und Lernsysteme zu nutzen. Aus den Ergebnissen werden Handlungsempfehlungen entwickelt, die anschließend von Ärztenetzen und anderen regionalen Verbänden getestet und evaluiert werden. Konsortialführer des Projektes ist das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main; die Konsortialpartner sind das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse (WINEG) und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); weitere Projektpartner sind die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und die Asklepios-Kliniken GmbH.

Eine Aufgabe, die sich die Projektpartner gestellt haben, ist der Vergleich von bestehenden einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen. In der ersten Phase wurden mittels eines Fragenkatalogs Erkenntnisse über sechs verschiedene Systeme gewonnen: CIRSMedical, Krankenhaus-CIRS Netz Deutschland, CIRS-NRW, Jeder Fehler zählt, CIRS Asklepios und das National Reporting and Learning System (NRLS) in England. Diese Systeme wurden ausgewählt, weil Mitglieder des Projektes selbst Erfahrungen mit diesen Systemen haben. Zusätzlich konnten Erkenntnisse aus Österreich mittels eines gekürzten Fragenkataloges gewonnen werden. Die Informationen und Erfahrungen mit diesen sieben Systemen sind in diesem Bericht dargestellt und werden in die oben genannte Handlungsempfehlung einfließen.

Im folgenden Kapitel wird erläutert, wie der Fragenkatalog entwickelt wurde. In Kapitel 3 werden die Ergebnisse ausführlich dargestellt, dabei werden zu Beginn die einzelnen Systeme kurz beschrieben. Schließlich werden die Aspekte hervorgehoben, die für die Entwicklung der Handlungsempfehlung wichtig sind.

2 Entwicklung des Fragenkatalogs

Ziel der Befragung war es, zu ermitteln, welche Erfahrungen Betreiber bei der Einführung und dem Betrieb von einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen gemacht haben. Dabei standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie wurden die Nutzer bei der Einführung unterstützt und motiviert?
- Welche Ansätze haben Betreiber für das Erfassen und Auswerten von Daten gewählt?
- Was sind die Erfolgsfaktoren, Barrieren und Hindernisse der Systeme?

Für die Entwicklung des Fragenkatalogs wurden einige der in der Literatur beschriebenen Erfolgsfaktoren von Bericht- und Lernsystemen zugrunde gelegt¹². Daraus wurden dann Fragen abgeleitet und nach Themen gegliedert. Die Entwicklung des Fragenkatalogs ist im Anhang 1 dargestellt; insgesamt enthält der angewandte Fragenkatalog 57 Fragen, plus sechs spezielle Fragen für das NRLS.

3 Darstellung der Ergebnisse

3.1 Allgemeines zu den Systemen

In diesem Kapitel werden sieben einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme vorgestellt. Dabei wird angeführt, wer die jeweilige Zielgruppe des Systems ist, wann das System eingeführt wurde, wie viele Berichte bis heute eingegangen sind, wer das System betreibt, wie es finanziert wird und welche Ressourcen für den Betrieb zur Verfügung stehen.

¹ Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2016) *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen.*

² Gunkel C, Rohe J, Sanguino Heinrich A, Hahnenkamp C, Thomeczek C. *CIRS – Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme.* In: Herbig N, Poppelreuter S, Thomann H, (eds.). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.* 31. Aktualisierung. Köln: TÜV Media; 2013. p. 1-46, Anhang. Berlin: ÄZQ; 2013. (äzq Schriftenreihe; 42)

CIRSmedical www.cirsmedical.de

CIRSmedical.de ist das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin und richtet sich an alle MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens. (u.a. Pflege-, Praxispersonal, Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheker). Das System wurde 2005 eingeführt und enthält derzeit etwa 5400 Berichte. Das System wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betrieben und durch die Gesellschafter des ÄZQ (Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung) finanziert.

KH-CIRS-Netz-D www.kh-cirs.de

Das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland ist ein Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus und richtet sich an alle Krankenhausmitarbeiter. Das System wurde 2010 eingeführt und enthält derzeit etwa 600 CIRS-Berichte, die öffentlich recherchierbar sind.

Das System wurde von vier Trägern initiiert: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS), Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG), Deutscher Pflegerat (DPR) und ÄZQ. Es wird vom ÄZQ operationell umgesetzt und durch die DKG und das ÄZQ finanziert.

CIRS-NRW www.cirs-nrw.de

CIRS-NRW steht für "Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen". Es richtet sich sektorenübergreifend an alle Einrichtungen der Patientenversorgung: Praxen, Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeheime, Rettungsdienste usw. Das System wurde 2012 eingeführt und enthält 1.000 Berichte (Stand 06.11.2017). CIRS-NRW ist eine gemeinsame Initiative von den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Die Gesamtkosten werden zu gleichen Anteilen durch alle fünf Partner geteilt. CIRS-NRW nutzt die Software von CIRSmedical.de und wird organisatorisch durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) unterstützt; dies inkludiert die technische Abwicklung sowie die Analyse und Kommentierung der eingestellten Meldungen. 2014 wurde CIRS-NRW mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit ausgezeichnet (2. Platz).

Jeder Fehler zählt www.jeder-fehler-zaehlt.de

„Jeder Fehler zählt“ (JFZ) ist ein Fehlerberichts- und Lernsystem, das sich primär an diejenigen richtet, die in hausärztlichen Praxen tätig sind; grundsätzlich steht es aber allen offen. Das System wurde 2004 eingeführt und enthält ca. 750 Berichte. Es wird vom Institut für Allgemeinmedizin (IfA), Goethe-Universität Frankfurt am Main betrieben und finanziert. Für den Regelbetrieb (Administration, Regelcodierung, public relations) steht eine 0.33 Stelle zur Verfügung.

Asklepios CIRS Netz

Die Asklepios Kliniken haben 2010 mit der Einführung von CIRS begonnen, bis heute ist das einheitliche CIRS-Konzept bundesweit in 43 Kliniken eingeführt. In jeder Klinik sind geschulte CIRS-Verantwortliche eingesetzt, die sich um das Thema und die Bearbeitung der Fälle kümmern. Ärzte und Pflegepersonal melden nahezu gleichverteilt, bis heute sind über 10.000 Meldungen eingegangen; ca. 6.700 Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse wurden umgesetzt. . Klinikübergreifend relevante Fälle werden im einrichtungsübergreifenden „Asklepios CIRS-Netz“ eingestellt und stehen damit anonymisiert allen ca. 45.000 Mitarbeitern zur Verfügung. Die konzernweite Umsetzung und Weiterentwicklung wird zentral im Konzernbereich Qualität evaluiert und gesteuert. CIRS Asklepios wird von der Asklepios Kliniken GmbH intern finanziert. 2015 wurde das Gesamt-Konzept mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit ausgezeichnet (3. Platz).

National Reporting and Learning System (NRLS) in England (und Wales)

Das nationale Berichts- und Lernsystem wurde Ende 2003 etabliert; seit 2005 sind alle NHS Krankenhäuser so mit dem System vernetzt, dass lokale Berichte direkt an das NRLS weitergeleitet werden können. Im NRLS werden Informationen von allen NHS Einrichtungen und Fachgebieten gesammelt, bisher sind etwa 16 Millionen Berichte eingegangen. Eingeführt wurde das NRLS von der National Patient Safety Agency (NPSA), die jedoch vor einigen Jahren aufgelöst wurde. Inzwischen liegt die Verantwortung und der Betrieb bei *NHS Improvement*. Das NRLS ist Teil vom NHS und wird aus öffentlichen Mitteln/Steuereinnahmen finanziert. Es gibt ein Team von etwa 30 Mitarbeitern, die für die technische Bereitstellung, Bearbeitung der Berichte (Anonymisierung, Codierung, Analysen, Entwicklung von Sicherheitsmaßnahmen), Evaluierung und Weiterentwicklung des Systems zuständig sind.

CIRSmedical Österreich www.cirsmedical.at

CIRSmedical ist ein Berichts- und Lernsystem für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des österreichischen Gesundheitssystems. Es wurde Ende 2009 eingeführt und bisher sind über 600 Berichte eingegangen (504 Berichte wurden veröffentlicht). Das System wird von der Österreichischen Ärztekammer sowie den Betriebskosten der Meldegruppen (derzeit 14 aktive Meldegruppen) finanziert. Ressourcen für die technische Bereitstellung werden durch die Schweizer Firma ProtecData extern zur Verfügung gestellt. Intern stehen insgesamt 20 Stunden pro Woche für das Projekt CIRSmedical zur Verfügung.

3.2 Ziele, Unterstützung und Motivation

Alle Berichts- und Lernsysteme haben das Ziel, aus Ereignissen zu lernen um dadurch die Patientensicherheit zu verbessern. Von den Befragten wurden darüber hinaus folgende Ziele genannt:

- Fehlerwahrnehmung schärfen (JFZ)
- Über kritische Ereignisse offen sprechen (CIRS-NRW)
- Berichtskultur (NRLS) und Sicherheitskultur (CIRS-NRW) verbessern
- Strategien zur Vermeidung von Fehlern entwickeln (JFZ, CIRS-NRW, NRLS)
- eine große Datenbank für die Recherche nach CIRS-Berichten bereitstellen (CIRSmedical.de);
- Möglichkeit geben, über Risiken und Fehler zu berichten, Expertenkommentare zu erhalten und aus Berichten anderer über Lösungen (Best practice) zu lernen (CIRSmedical.at)
- eine Plattform bereitstellen, auf der überregional bedeutsame CIRS-Fälle analysiert, kommentiert und von allen Nutzern gelesen werden können (KH-CIRS-Netz-D)
- Trends und Ursachen von vermeidbaren Ereignissen identifizieren; neue Risiken und Probleme identifizieren; Mitarbeiter im NHS auf Risiken aufmerksam machen/vor Risiken warnen und Lösungen empfehlen/vorschreiben (NRLS).

Vor der Einführung der Berichts- und Lernsysteme wurden Nutzer durch Informationsveranstaltungen (Asklepios Kliniken) und durch z.B. gezielte Anschreiben (CIRS-NRW), Informationsflyer (CIRSmedical, CIRS-NRW und KH-CIRS Netz D) und Presseartikel (Jeder Fehler Zählt) informiert. Im NHS fanden Schulungen für einzelne Mitarbeiter in allen NHS Einrichtungen statt (Root Cause Analysis) und 32 regionale Patient Safety Managers unterstützten jede NHS Einrichtung bei der NRLS Einführung. Die Betreiber der Systeme bieten den Nutzern zahlreiche Möglichkeiten, zu lernen, wie Ereignisse berichtet und analysiert werden sollen. Es gibt Veröffentlichungen zu diesen Themen, Schulungen, Tagungen und Themenwochen. Die konkreten Beispiele, die genannt wurden, sind im Anhang 2 aufgeführt.

Gründe dafür, warum Ereignisse nicht intern, also in der eigenen Einrichtung, berichtet werden, sind die bekannten Barrieren, wie Ängste vor dem Nichteinhalten des Datenschutzes, keine Zeit, Sinnhaftigkeit wird infrage gestellt, Angst vor Sanktionen, keine ausreichende Fehler-/Sicherheitskultur, zu wenig Unterstützung der Führung, kein ausreichendes Feedback zu den Ergebnissen. Weitere Gründe sind z. B., dass kein internes CIRS zur Verfügung steht und auch, dass Mitarbeiter sich nicht bewusst sind, dass ein unerwünschtes Ereignis geschehen ist.

Gründe dafür, warum Ereignisse nicht an übergreifende Berichts- und Lernsysteme berichtet oder weitergeleitet werden, sind z.B.

- Keine einrichtungsinternen CIRS-Berichte mit Relevanz für andere Einrichtungen vorhanden (da wenig einrichtungsinterne CIRS-Berichte vorhanden oder Inhalte ausschließlich lokale Strukturen betreffen)
- Noch keine einrichtungsinternen Strukturen für die Weitergabe von CIRS-Berichten etabliert (interne Aufarbeitung von CIRS-Berichten erfolgt; Kopie in einrichtungsübergreifende CIRS wird nicht besprochen und erfolgt nicht)
- Unzureichendes Wissen über einrichtungsübergreifende Systeme
- Das System ist in Vergessenheit geraten

Alle Befragten gaben an, dass Rückmeldungen und Feedback wichtig sind, um die Nutzer zum Berichten zu motivieren. In den Asklepios Kliniken gibt es eine konkrete Rückmeldung aus der Führungsebene bei guter Umsetzung von Verbesserungen, mittlerweile ist CIRS Bestandteil der QM-Zielplanung und Zielvereinbarungen. Bei CIRS-NRW gaben die Befragten an: *„Am besten werden Nutzer motiviert, indem sie selbst vom Sinn dieses Instrumentes überzeugt werden. Motivation dadurch, dass Nutzer eine Analyse zu ihrem gemeldeten Fall erhalten und die Möglichkeit haben, zu kommentieren“*. Ähnlich gesehen wurde dies auch bei CIRSmedical und KH-CIRS Netz D; für beide Systeme wird die Möglichkeit, eine Analyse zu dem eingegebenen CIRS-Bericht und von anderen Nutzern Hinweise zur Verbesserung zu erhalten, als wichtig eingestuft. Auch bei Jeder Fehler zählt und CIRSmedical.at können Nutzer Berichte online einsehen und sich mit anderen Nutzern mittels der Kommentarfunktion austauschen. Aufgrund der Anonymität können Nutzer aber nicht direkt angesprochen werden und daher kein direktes Feedback erhalten.

Im NRLS gibt es keine Veröffentlichung und Kommentierung von Einzelfällen, sondern es werden fallübergreifende Analysen und Sicherheitsmaßnahmen veröffentlicht. Motivation zum Berichten findet nicht auf individueller, sondern eher auf Organisationsebene statt; dazu werden Benchmark-Reports veröffentlicht und die Berichtskultur ähnlicher Einrichtungen (z.B. Universitätskliniken, Krankenhäuser mit einer geringen Bettenzahl) miteinander verglichen.

3.3 Ereignisse berichten

Die Befragten benutzten unterschiedliche Begriffe und Definitionen, für das, was berichtet werden soll. Unterschiede gibt es auch bei den Ereignissen, die nicht berichtet werden sollen; einige Systeme sammeln keine Berichte über straf-, zivil- oder arbeitsrechtlich relevante Schadensfälle; im NRLS sind keine Ereignisse enthalten, die Mitarbeiter betreffen; in CIRSmedical.at sollen keine allgemeinen Systemkritiken, Beschwerden oder Berichte ohne Lernpotenzial eingegeben werden.

	CIRS-NRW	Asklepios	CIRSmedical	KH-CIRS Netz D	JFZ	NRLS	CIRSmedical.at
Begriff	Kritische Ereignisse	Fehler und unerwünschte Ereignisse	Sicherheitsrelevante/kritische Ereignisse	Sicherheitsrelevante Ereignisse	Fehler	Patient Safety Incident	Risiken, Beinahefehler und Fehler
Definition		Ereignisse, die die Patientensicherheit gefährden könnten oder gefährdet haben.	Ereignisse, die in der Medizin auftreten. Fehler, Beinaheschäden, Kritische Ereignisse oder auch Unerwünschte Ereignisse	Kritische Ereignisse, Beinaheschäden und Fehler, die für überregionales, interdisziplinäres oder interprofessionelles Lernen relevant erscheinen.	Ein Fehler ist das, was Sie als potentiell berichtende Person als Fehler empfinden. Das ist jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können: Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert.	Any unintended or unexpected incidents which could have, or did, lead to harm for one or more patients receiving NHS-funded healthcare.	<i>Nicht erfragt</i>
Schadensfälle	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	

CIRS Asklepios ist ein Berichtssystem für alle Einrichtungen des Konzerns und hat somit einen definierten Nutzerkreis. Die sechs anderen Systeme haben webbasierte Berichtsformulare ohne Zugangsbeschränkung (offen für alle). Damit können auch Patienten diese sechs Systeme nutzen. Im NRLS gibt es ein spezielles Formular für Patienten; in Österreich wurde in diesem Jahr die explizite Öffnung für Patientenberichte implementiert und Patienten werden nun direkt adressiert, ihre Erfahrungen zu berichten (dieser Projektschritt ist derzeit nicht abgeschlossen). In den anderen Systemen wird die Teilnahme von Patienten nicht explizit beworben.

Alle sieben Systeme haben standardisierte Berichtsformulare mit mindestens einem Freitext-Feld, in dem das Ereignis beschrieben werden kann. Zusätzlich werden Informationen durch weitere Freitext-Felder (z.B. Wie konnte es zu dem Ereignis kommen? Wie kann es zukünftig vermieden werden?) oder durch Auswahl-Menüs (z.B. Fachgebiet, Altersgruppe und Geschlecht des Patienten) gesammelt. Zusätzlich zu den standardisierten Berichtsformularen gibt es weitere spezifische Formulare, z.B. für Anästhesisten (CIRSmedical, KH CIRS Netz D, NRLS), Hausärzte (NRLS) und Patienten (NRLS).

Unterschiede gibt es auch darin, ob Berichte direkt an das System berichtet oder von anderen Berichtssystemen weitergeleitet werden können:

	Direkte Eingabe eines Berichtes in das System möglich	Weiterleiten eines Berichtes aus anderen Systemen möglich
CIRSmedical	Ja	
CIRS-NRW	Ja	Ja
KH CIRS N D	Ja	
CIRS Asklepios	Ja (Erfolgt zentral)	Ja (Erfolgt zentral)
Jeder Fehler Zählt	Ja	Nein
NRLS	Ja	Ja

3.4 Berichte bearbeiten

Die CIRS-Berichte aus CIRSmedical und KH-CIRS Netz D werden von dafür geschulten Mitarbeitern des ÄZQ gelesen, ggf. anonymisiert sowie analysiert und kommentiert. CIRSmedical analysiert und kommentiert auch die Berichte in CIRS-NRW. Bei CIRS Asklepios übernehmen diese Aufgabe geschulte Anonymisierer und CIRS-Verantwortliche in der jeweiligen Klinik; bei JFZ wissenschaftliche Angestellte/Mitarbeiter und niedergelassene Allgemeinmediziner. Im NRLS werden Berichte automatisch und durch zwei geschulte Mitarbeiter anonymisiert; die Berichte werden von drei hauptamtlichen *Clinical reviewern* gelesen und bearbeitet.

In vier Systemen (CIRS-NRW, CIRSmedical, KH CIRS N D und JFZ) werden alle eingegangenen Berichte, sofern sie den Kriterien entsprechen, nach zusätzlicher Anonymisierung und Freigabe durch die Administratoren veröffentlicht. Im Fehlerberichts- und Lernsystem CIRSmedical.at wurde der Prozess dahingehend abgestimmt, dass die Berichte von Administratoren ggf. anonymisiert und abstrahiert werden; über eine Veröffentlichung gemäß des vereinbarten Regelwerk entscheidet das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen. Erst nach dieser Freigabe erfolgt die Veröffentlichung eines Beitrages unter www.cirsmedical.at.

Veröffentlichte Berichte lassen sich nach bestimmten Suchkriterien filtern, z.B. nach

- Fachgebieten
- Ereignis-Typen/Fallklassifikation
- Hervorgehobene Fälle (z.B. Fall des Monats)
- Suche nach Angaben im Fallbericht/ Freitext
- beitragende Faktoren

Externe Experten

Zudem stehen bei einigen Systemen Expertenteams für spezielle Fragen und für die Kommentierung der Fälle zur Verfügung, z.B.

CIRSmedical.de: Ein Fachbeirat (bestehend aus 51 Vertretern aus 46 Fachgesellschaften, Berufsverbänden und weiteren Institutionen) unterstützt die Steuergruppe bei der Erstellung der Fachkommentare.

KH-CIRS-Netzes-D: Die Steuergruppe (bestehend aus Vertretern der Trägerorganisationen) trifft sich circa alle 6 Monate, entscheidet über die Klassifikation der Berichte und über die Vergabe der Fachkommentierung an Experten. Einige CIRS-Berichte werden durch die Steuergruppenmitglieder selbst bearbeitet, d. h. das Verfassen einer Kurzanalyse zum CIRS-Bericht.

NRLS: National Patient Safety Response Advisory Panel (bestehend aus Mitarbeitern im Gesundheitswesen, Patienten, Sicherheitsexperten, Fachgesellschaften und Berufsverbänden) unterstützt das Team bei der Entwicklung von Alerts.

CIRSmedical.at: Expertenpool aus über 150 Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens.

JFZ: In einer informellen Kooperation können 10 bis 20 Experten der ambulanten Versorgung bei der Kommentierung ausgewählter Fälle unterstützen.

Bei der Auswahl der Berichte für die Analyse und das Ableiten von Präventionsmaßnahmen werden folgende Prioritäten festgelegt:

- Bei CIRS Asklepios erfolgt eine Risikobewertung über die Software (Eintrittswahrscheinlichkeit und Fehlerschwere/Ausmaß), das Ergebnis wird in Risikoprioritätszahl (RPZ) Stufen 1-3 übertragen.
- Bei der Analyse der Berichte in CIRSmedical.de ist die Priorität nach chronologischer Reihenfolge des Eingangs gegeben.
- Im KH-CIRS Netz D erhalten Berichte mit aktuellen Themen, neuen Risikokonstellationen und einem hohen Schadenspotential einen Fachkommentar.
- Bei JFZ werden die Entscheidungen im Projektteam getroffen und Anregungen aus Publikationen verwendet.
- Im NRLS gibt es nicht genügend Ressourcen, um alle eingegangenen Berichte zu lesen (ca. 2 Million Berichte im Jahr). Alle Fälle, die zu permanenten Schaden und zum Tode des Patienten geführt haben, werden priorisiert (etwa 400 Berichte pro Woche). Andere Ereignisse mit geringem oder keinem Patientenschaden werden für thematische Reviews genutzt. Ein Alert wird dann veröffentlicht, wenn das Ereignis zu permanenten Schaden oder zum Tode des Patienten geführt hat oder hätte führen können, wenn das Risiko neu oder unbekannt ist, und wenn es konkrete Maßnahmen gibt, die das Ereignis zukünftig verhindern können.

3.5 Aus Fehlern lernen

Bei mehreren Systemen werden einzelne Fälle aufgearbeitet und dann als Fehler des Monats (JFZ), Fälle des Monats (CIRSmedical.de, CIRSmedical.at), Bericht des Quartals (CIRS-NRW) oder Interessanter/Typischer Fall (CIRSmedical.at) veröffentlicht. Diese Systeme haben auch eine Kommentarfunktion, mittels derer Nutzerkommentare, Fachkommentare und Kurzanalysen im Zusammenhang mit einzelnen Fällen veröffentlicht werden.

- Im KH-CIRS Netz D enthalten etwa 60% der Berichte einen Fachkommentar.
- In CIRSmedical.at wurden zu den 504 veröffentlichten Berichten 401 Leserkommentare veröffentlicht und 571 Expertisen erstellt.

Spezielle Verbesserungsmaßnahmen

- Bei den Asklepios Kliniken wird dabei nach einem definierten konzernweit einheitlichen CIRS-Konzept und einer Prozessbeschreibung vorgegangen; aus jedem verwertbaren CIRS-Fall werden Präventionsmaßnahmen abgeleitet. Das Ziel ist eine maximale Umsetzungsquote (min. 85%). Klinikübergreifend relevante Fälle werden im einrichtungsübergreifenden „Asklepios CIRS-Netz“ eingestellt und stehen damit anonymisiert allen ca. 45.000 Mitarbeitern zur Verfügung. Besonders wichtige Fälle werden zu Alert-Meldungen („Safety first“) aufgearbeitet und per Mail versendet.
- Bei CIRSmedical werden unter Verwendung von Methoden des Qualitäts- und Risikomanagements (z. B. in Anlehnung an London Protocol) Verbesserungsvorschläge und Handlungsempfehlungen entwickelt; es ist unklar, wie oft dies geschieht.
- Bei JFZ entwickelt das Projektteam Verbesserungsvorschläge und Handlungsempfehlungen teilweise im Kontext von Aktionen, Praxistipps oder Veröffentlichungen.
- Das NRLS Team produziert etwa acht bis zehn Alerts pro Jahr, die über das elektronische Central Alerting System (CAS) versendet werden und von allen relevanten Einrichtungen implementiert werden müssen.

Zudem werden Informationen aus dem Berichtssystem veröffentlicht, z.B. als elektronische Newsletter (JFZ, CIRSmedical.at) und Publikationen auf der Website und in Fachzeitschriften.

Bei den Asklepios Kliniken, in CIRSmedical.at und im NRLS werden Daten auch regelmäßig statistisch ausgewertet:

- Standardisierte Klinikreports und Konzernreports zu definierten Kennzahlen; darüber hinaus Analyse der Prozesse und der Inhalte hinsichtlich Häufungen und übergreifender Relevanz (Asklepios)

- Statistiken/quantitative Analyse aller eingegangenen Berichte (alle 6 Monate) und Never Events (jeden Monat) (NRLS)
- Statistiken zu den Berichten (CIRSmedical.at)

In CIRS-NRW werden Statistiken in halbjährlichen Zwischenberichten aufgeführt, die allerdings nicht für die Öffentlichkeit bestimmt sind, sondern lediglich internen Analysen dienen.

3.6 Evaluation

Die Systeme werden auf unterschiedliche Weisen evaluiert:

- Kontinuierlicher QM-Prozess; Checklisten zu Struktur und Ergebnisqualität; Internes Controlling und Berichtswesen (Asklepios)
- Prüfung interner Kennzahlen CIRSmedical.de und KH-CIRS Netz D
- Systematische Nutzerbefragungen und Fokusgruppen (JFZ)
- Im NRLS wurden bisher einzelne Alerts auf ihre Wirksamkeit überprüft; es gibt zurzeit ein mehrjähriges Projekt, das das ganze System evaluiert.
- Das Pilotprojekt CIRSmedical.at wurde im Jahr 2011 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit evaluiert. Der Evaluierungsbericht ist unter www.cirsmedical.at veröffentlicht.

3.7 Einschätzungen der Befragten

Die Experten wurden auch gefragt, was die Stärken und Schwachpunkte des Systems sind.

Dabei wurden folgende Stärken genannt:

Berichten

- Es wird sektorenübergreifend berichtet (CIRS-NRW)
- Große Zielgruppe (CIRSmedical.at)
- Das System ist niederschwellig und einfach zu nutzen (CIRS-NRW, CIRSmedical; JFZ)
- Anonymität und Sanktionsfreiheit wird gewährleistet (CIRS-NRW; JFZ; CIRSmedical.at)
- Das Berichtsformular ist standardisiert (CIRS medical) und intuitiv (JFZ)
- Zusätzliche Berichtsformulare für das Fachgebiet Anästhesiologie (CIRSmedical)
- Die Stärke an den Berichten ist der Freitext, wenig Nutzen von kategorischen Daten fürs Lernen (NRLS)
- Durch die Möglichkeit, lokale Berichte ans NRLS weiterzuleiten, steht eine sehr hohe Anzahl von Berichten zur Verfügung stehen, ohne dass Mitarbeiter einen extra Aufwand betreiben müssen.

Lernen

- Möglichkeit der Kommentierung durch Nutzer (CIRS-NRW)
- Schneller, unkomplizierter und kostenloser Zugang zu möglichen Gefahrenquellen und Expertenkommentaren (CIRSmedical.at)
- Gute Filtermöglichkeiten (CIRS-NRW)
- Verbindliche und einheitliche Prozesse (Asklepios)
- Review and Response Prozess (NRLS)

Nutzer und Betreiber

- Software (Asklepios: einfache Bearbeitung möglich; Software CIRSmedical®)
- Vertrauen in das System (Asklepios); Vertrauen in die Betreiber (CIRS-NRW);
- die Ansiedelung bei Institutionen der verfassten Ärzteschaft (ÄZQ, BÄK, KBV) und die dahinterstehenden Betreiber und die Organisation (langjährige Erfahrung zu Themen der Patientensicherheit): die Besonderheit, dass sich die vier Organisationen der Patientensicherheit (APS, DKG, DPR und ÄZQ) in einer Projektträgerschaft zusammenfinden, ist auch ein „politisches Zeichen“
- Beteiligungssystem für Mitarbeiter (Asklepios)
- Laufende Verbesserungen des Systems, z.B. Vernetzung mit anderen Systemen, Layoutverbesserungen und Anpassungen in der Eingabemaske (CIRSmedical.at)
- Die Vernetzung im Netzwerk CIRSmedical.de
- Meldegruppen für hausinterne Organisationen mit elektronischer Schnittstelle: Die Betreiberin von CIRSmedical.at stellt Organisationen zu Selbstkosten Meldegruppen zur Verfügung, die sich auf Gesundheitseinrichtungen oder Berufsgruppen beschränken können. Diese Meldegruppen werden teils offen (über das Internet), teils als geschlossene (über das hausinterne Intranet) Systeme geführt. Dazu gehören bisher einzelne Krankenanstalten, Träger von Krankenanstalten, einzelne Berufsgruppen (Radiologen, Allgemeinmediziner) und regional tätige und bundesweite Gesundheitsorganisationen (wie das Tiroler und Österreichische Rote Kreuz). Mit den Meldegruppen gibt es Vereinbarungen, dass diese freiwillig von ihnen gewählte Berichte anonym in das bundesweite CIRSmedical anhand einer elektronischen Schnittstelle im System berichten.

Die folgenden Schwächen wurden von den Befragten angegeben:

- Aufgrund der Anonymität ist keine Rückmeldung möglich, z. B. wenn Berichte nicht veröffentlicht werden, weil sie nicht den Vorgaben entsprechen (CIRS-NRW; CIRSmedical.at).

- Eine Analyse der Fälle ist mit Informationen aus dem Berichtsformular häufig nicht durchführbar, da Hintergrundinformationen fehlen (JFZ). Daher sind keine praxis-individuellen Verbesserungsvorschläge oder Handlungsempfehlungen möglich und der direkte Nutzen häufig nicht offensichtlich (JFZ).
- Kommentarfunktion wird von den Nutzern zu wenig verwendet, z.B. für den Austausch von und die Diskussion über Risikokonstellationen und Verbesserungsmaßnahmen (CIRS-NRW; CIRSmedical.de)
- Expertenmotivation (CIRSmedical.at)
- Zu viele Berichtssysteme - in Deutschland, Österreich und England; in England gibt es z.B. neben dem nationalen Berichtssystem noch Systeme für z.B. Medikamente und Medizinprodukte (MHRA), serious incidents (STEIS), Chirurgie (CORESS) und health and safety (HSE).
- Zu wenig Personal (CIRS NRW); wenn es mehr Personal gäbe, könnten z. B. mehr Maßnahmen zielgerichteter abgeleitet und veröffentlicht (z.B. Berichte des Monats – statt des Quartals) und mehr Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden.

4 Hinweise zur Entwicklung der APS Handlungsempfehlung „Berichts- und Lernsysteme für ambulante Einrichtungen“

Die Erkenntnisse aus den Befragungen liefern wertvolle Hinweise für die Entwicklung der APS Handlungsempfehlung. Insbesondere:

In der Empfehlung sollen **Beispiele** für einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme genannt werden. Es wurden Erkenntnisse von sieben Systemen ausgewertet; drei von diesen Systemen kommen für die im ambulanten Bereich Tätigen in Deutschland in Frage: CIRS-NRW, CIRSmedical und Jeder Fehler zählt.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Betreiber unterschiedliche **Begriffe und Definitionen** für das verwenden, was berichtet werden soll: kritische oder unerwünschte oder sicherheitsrelevante Ereignisse, Risiken, Fehler und Beinahefehler. Für die Entwicklung der Handlungsempfehlung muss überlegt werden, welche von diesen Begriffen für den ambulanten Bereich am geeignetsten sind.

In etlichen Systemen werden derzeit alle eingegangenen Berichte, sofern sie den Kriterien entsprechen, veröffentlicht. Dieser Ansatz mag sich ändern, wenn die Anzahl der Berichte ansteigt und sich die Art der berichteten Ereignisse wiederholt. Der Vorteil von einrichtungsübergreifenden Systemen liegt darin, dass es bei einer Vielzahl von Berichten möglich ist, **ähnliche Ereignisse geclustert zu analysieren**; so können verschiedene Blickwinkel und Lösungswege für die Vermeidung von Ereignissen aufgezeigt werden, die Mitarbeiter einer einzelnen Einrichtung nicht hätten identifizieren können. Fallbeispiele sind für Nutzer interessant, allerdings kann die Suche nach relevanten Informationen auch zeitaufwändig sein. Ein Clustern ähnlicher Ereignisse und die Empfehlung von umsetzbaren Sicherheitsmaßnahmen sind für Nutzer hilfreich und sollten zu den Angeboten eines übergreifenden Berichts- und Lernsystems gehören.

Die **Kommentarfunktion** wird von einigen Betreibern als elementar angesehen; andere gaben an, dass diese Funktion von den Nutzern zu wenig verwendet wird. Die Kommentarfunktion hat das Potential, dass Nutzer sich austauschen und ihre Erfahrungen miteinander teilen können. Auf lange Sicht scheint es jedoch fraglich, ob Nutzerkommentare für die Berichtenden tatsächlich wertvoll sind und dazu beitragen können, wertvolle Hinweise zur Stärkung der Patientensicherheit zu liefern.

Zum erfolgreichen Betrieb eines einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystems gehören etliche Aufgaben, insbesondere

- Berichte anonymisieren
- Berichte lesen
- Berichte analysieren
- Expertengruppen betreuen
- Umsetzbare Maßnahmen empfehlen
- Regelmäßig Feedback geben („damit das System nicht in Vergessenheit gerät“)
- Das System kontinuierlich weiterentwickeln und verbessern

Damit diese Aufgaben ausgeführt werden können, ist es wichtig, dass genügend **Ressourcen und Expertise** zur Verfügung stehen.

In den Ereignisberichten fehlen oft wichtige Informationen, ohne die es nicht möglich ist, aus den Vorfällen zu lernen und Maßnahmen zu empfehlen. Von daher sollte ein übergreifendes System die Möglichkeit bieten, in einem vertraulichen Rahmen **Rückfragen** stellen zu können.

In England werden ca. 2 Millionen Berichte im Jahr an das nationale Berichtssystem weitergegeben; ein offensichtlicher Grund für die Vielzahl von Berichten ist die Vernetzung von lokalen Einrichtungen mit dem NRLS. Ohne zeitlichen Mehraufwand für die Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen kann so eine große Anzahl von Ereignissen auf nationale Ebene ausgewertet werden.

Einrichtungsübergreifende Systeme sollten einfache Schnittstellen zu einrichtungsinternen Systemen bieten, damit ein **reibungsloser Datenaustausch** stattfinden kann.

Die Autoren bedanken sich bei den Betreibern der einrichtungsübergreifenden Systeme, die den Fragenkatalog ausgefüllt und uns damit wertvolle Erkenntnisse geliefert haben.

5 Anhang

ANHANG 1: Entwicklung des Fragebogens (zur Veranschaulichung - nicht vollständig)

1. Vorbereitung und Fehlerkultur	
Erfolgsfaktoren	Fragestellungen
Klares Verständnis darüber, was das Ziel vom Berichten ist und was berichtet werden soll	Was ist das Ziel Ihres Berichtsystems? Welche Ereignisse sollen und sollen nicht berichtet werden?
Personelle und finanzielle Ressourcen für das CIRS- Team sicherstellen (inklusive Ressourcen für Verbesserungsmaßnahmen)	Welche Ressourcen haben Sie <ul style="list-style-type: none">• für die technische Bereitstellung des CIRS• um Ereignisse zu anonymisieren, analysieren und um Empfehlungen zur Verbesserung zu geben?
Positive Kultur zum Umgang mit Fehlern (offene und wertschätzende Kommunikation, Berichte nicht negativ bewerten oder sanktionieren,	Welche Unterstützung haben Sie als Betreiber des Systems den Nutzern gegeben, um <ul style="list-style-type: none">• eine positive Fehlerkultur zu entwickeln,• bekannte Barrieren (z.B. keine Zeit, macht keinen Sinn, Angst vor Sanktionen) zu überwinden?
Schulung der CIRS Teams und Mitarbeiter	Wie wurden die Nutzer vor der Einführung des Systems informiert und geschult?
Freiwillig vs. verpflichtend	Wie werden Nutzer zum Berichten motiviert? Woran liegt es Ihrer Erfahrung nach, wenn das System nicht genutzt wird?
Unabhängigkeit	Wer ist der Betreiber Ihres Systems?

	Wie finanziert sich Ihr System? Gibt es kostenpflichtige Module?
Patienten und Angehörige sind involviert	Können Patienten und Angehörige Ereignisse an Ihr System berichten?

2. Ereignisse berichten	
Erfolgsfaktoren	Fragestellungen
Einfaches Meldeverfahren, Klare Informationen darüber, wer, was, wie und wo berichtet werden kann	Wie können Ereignisse berichtet werden? Wer kann berichten?
Klassifizierung und Beschreibungen von Ereignissen	Welche Daten werden gesammelt? Wie werden Ereignisse klassifiziert?
Technische Voraussetzungen, die das Berichten, Sammeln von Daten und Analysieren unterstützen	Welche Funktionen bietet Ihr System, um Daten zu veranschaulichen, um Ereignisse zu finden, und um das Lernen aus Fehlern zu identifizieren?
Das System kontinuierlich verbessern, auch die Qualität der Daten	Wie wird sichergestellt, dass das System kontinuierlich verbessert wird? Wie verbessern Sie die Qualität der Daten?
Klare Regeln, die Anonymität und Vertraulichkeit des Berichtenden und der Berichte gewährleisten	Wie gewährleisten Sie die Anonymität und Vertraulichkeit des Berichtenden und der Berichte?
Lokaler Gebrauch und Vernetzung mit anderen Systemen (um doppelt berichten zu vermeiden)	Ist Ihr System mit anderen Systemen vernetzt, um doppeltes Berichten zu vermeiden?

3. Ereignisse analysieren	
Erfolgsfaktoren	Fragestellungen

Ablauf der Fallbearbeitung festlegen, Berichte lesen, systematische Analyse durch geschultes Personal sicherstellen	Vom wem werden die Berichte gelesen und bearbeitet?
Prioritäten festlegen	Wie werden Prioritäten festgelegt?
Zwischen lokaler und zentraler Analyse unterscheiden: individual case review - aggregate data analysis (Trendanalyse, Benchmarking)	Auf welche Weise werden die Berichte analysiert?

4. Aus Fehlern lernen	
Erfolgsfaktoren	Fragestellungen
Maßnahmen aus CIRS ableiten und umsetzen Mitarbeiter an Verbesserungs-Maßnahmen beteiligen/ einbinden	Wie entwickeln Sie Verbesserungsvorschläge und Handlungsempfehlungen?
Mitarbeiter über Ereignisse, Veränderungsvorschläge informieren – so zeitnah wie möglich. Feedback in verschiedenen Variationen: z.B. Sicherheitswarnungen/Alert-Meldungen, SMS-Nachrichten, qualitative und quantitative Berichte, einzelne Fehlerberichte, Newsletter, Fortbildungen	Wie informieren Sie Mitarbeiter über Ereignisse und Veränderungsvorschläge?
Lernen auf Ebene des Individuums, der Gruppe und der Organisation; Das Lernen mit anderen teilen (andere Abteilungen und Einrichtungen an Ereignissen und Lösungen teilhaben lassen)	Inwieweit teilen Sie das Lernen mit anderen Organisationen/ Einrichtungen?

5. Evaluation	
Erfolgsfaktoren	Fragestellungen
CIRS Prozesse und seine Ergebnisse regelmäßig auswerten	Auf welche Weisen evaluieren Sie das System?

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Kennzahlen definieren	
---	--

ANHANG 2: Veröffentlichungen, Schulungen, Tagungen und andere Aktionen

Veröffentlichungen	<ul style="list-style-type: none"> - Eigenes Curriculum Patientensicherheit (CIRS-NRW) - Anleitung zum richtigen Berichten im Kitteltaschenformat (CIRS-NRW) - Glossar Patientensicherheit (ÄZQ) - Publikationen über Implementierung und Betrieb von CIRS mit praktischen Arbeitshilfen (ÄZQ) - Handlungsempfehlung „Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS)“ für den stationären Sektor (APS) - Handlungsempfehlung „Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit“ (APS) - Materialien der Patientensicherheit Schweiz und Stiftung für Patientensicherheit - NPSA: Seven steps to patient safety (2004); Seven steps to patient safety for primary care (2009); Root Cause Analysis package; Being open toolkit; Incident Decision Tree; Safety culture survey; Manchester Patient Safety Assessment Tool (MaPSaT) - Publikationen von JFZ - Bericht des Quartals (CIRS-NRW) - Fehler des Monats und Tipps zur Fehlervermeidung (JFZ) - Zu JFz erscheint ein regelmäßiger elektron. Newsletter mit etwa 1100 Abonnenten
Schulungen	<ul style="list-style-type: none"> - Mehrere Schulungen in Kliniken und für Praxismitarbeiter (CIRS-NRW) - Schulungsmaßnahmen und Workshops zum Umgang mit Fehlern (Asklepios)

	<ul style="list-style-type: none"> - Root cause analysis, Being open training, Patient safety e-learning program (NRLS)
Tagungen und Vorträge	<ul style="list-style-type: none"> - Seit dem Jahr 2013 findet jährlich der CIRS-NRW-Gipfel statt (Vorträge und Workshops von und für Praktiker aus Praxis und Klinik) - Kurzvorträge (30 bis 60 Minuten) in Arztnetzen, bei Berufsverbänden, auf Tagungen, in Qualitätszirkeln (CIRS-NRW) - Kongressbeiträgen und Poster (ÄZQ) - Präsentationen und Vorträge bei unterschiedlichsten Fortbildungsanbietern im medizinischen Bereich (CIRSmedical.at)
Andere Aktionen	<ul style="list-style-type: none"> - Themenwochen (JFZ) - 32 Patient Safety Managers, um Mitarbeiter in einer Region bei der Einführung des NRLS zu beraten und unterstützen - Patient safety induction Video

Einflussfaktoren auf die Implementierung von Berichts- und Lernsystemen in der Arztpraxis: Interviews mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Praxismitarbeitenden

Autorinnen: Dania Schütze, Marina Pommée, Katharina Rubin

Inhalt

1	Hintergrund und leitende Fragestellung	2
2	Methodik	2
3	Entwicklungsstand der Praxen	3
3.1	Risikobewusstsein und Haltung gegenüber Fehlern	3
3.2	Umsetzung von Fehlermanagement	4
3.2.1	Form des Berichts- und Lernsystems	4
3.2.2	Strukturierung	5
3.2.3	Berichtsaktivität.....	6
4	Einflussfaktoren auf die Implementierung von Berichts- und Lernsystemen.....	7
4.1	Haltung und Einstellung gegenüber Fehlern	7
4.2	Stellenwert von Fehlermanagement in der Arztpraxis	8
4.3	Klare Verantwortlichkeiten und feste Strukturen.....	9
4.4	Austausch und Lernen von anderen.....	11
5	Bewertung der CIRSforte-Unterstützungsmaßnahmen	13
5.1	Homepage	13
5.2	Einführungsworkshop	13
5.3	Online-Module	15
5.4	Studienordner	15
5.5	CIRSforte-Zentrale	16
5.6	Info-Mails.....	16
6	Fazit	17
7	Literaturverzeichnis.....	18
	Anhang – Interviewleitfaden.....	19

1 Hintergrund und leitende Fragestellung

In Arbeitspaket 4 des Projekts CIRStorte wurde mittels verschiedener Evaluationen der Umgang mit kritischen Ereignissen in den teilnehmenden Praxen erhoben. In einer Erhebung durch leitfadengestützte Interview wurde die Fragestellung bearbeitet: Welche Schwierigkeiten haben sich bei der Implementierung eines Berichts- und Lernsystems ergeben? Welche Faktoren waren förderlich? Die Erhebung hatte damit zum Ziel:

1. einen Einblick in den aktuellen Entwicklungsstand des praxisinternen Fehlermanagements zu bekommen.
2. Schwierigkeiten und förderliche Faktoren für die Implementierung eines Berichts- und Lernsystems zu identifizieren.
3. zu erfahren, welche der, durch das Projekt bereitgestellten, Unterstützungsmaßnahmen (Homepage, Präsenzworkshop, Online-Workshop, Studienordner, Handlungsempfehlung, CIRStorte-Zentrale, Info-Mails) von den Praxen genutzt und als hilfreich empfunden wurden.

2 Methodik

Im Zeitraum von Februar bis April 2019 wurden alle 179 CIRStorte-Praxen schriftlich eingeladen, an einem telefonischen Interview teilzunehmen. 61 Personen aus 61 Praxen meldeten daraufhin Interesse an einer Teilnahme an, von welchen 40 Personen aus 40 verschiedenen Praxen interviewt wurden. 19 der Interviewten waren Ärztinnen/Ärzte (A), 2 Psychotherapeuteninnen/Psychotherapeuten (PT), 14 Medizinische Fachangestellte (M) und 5 Praxismanagerinnen (P). 16 der Befragten waren in Einzelpraxen tätig, 20 in Gemeinschaftspraxen und vier in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die Interviews wurden im Zeitraum von März bis Mai 2019 zu gleichen Teilen von zwei Interviewerinnen (KR, RS) telefonisch durchgeführt. Die Interviewführung orientierte sich an einem Leitfaden (siehe Anhang), der Fragen zum Umgang mit kritischen Ereignissen in den Praxen sowie zur Nutzung der angebotenen Unterstützungsmaßnahmen enthielt. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 26 Minuten (Min.: 7 min, Max.: 52 min).

Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert und mit Hilfe der Software MAXQDA durch drei Projektmitarbeiterinnen (DG, MP, KR) ausgewertet. Es erfolgte eine thematische Analyse [1] hinsichtlich der leitenden Fragestellung. Zunächst wurden anhand des Erkenntnisinteresses und einer ersten Materialsichtung deduktiv Themen erarbeitet. Im Anschluss daran wurden drei Interviews ausgewählt, die alle drei Auswertenden codierten. Jede passte dabei die bestehenden Kategorien an und ergänzte sie durch induktiv gebildete Codes, woraufhin die Codierungen in einer gemeinsamen Sitzung diskutiert und zu einem Code-Baum konsentiert wurden. Im Anschluss daran wurden alle Interviews aufgeteilt und von je einer Mitarbeiterin codiert. Schließlich wurden die codierten Textstellen analysiert, zentrale Konzepte identifiziert und Kategorien, wenn nötig, neu strukturiert.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Interviews mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Praxismitarbeitenden dargestellt.

3 Entwicklungsstand der Praxen

3.1 Risikobewusstsein und Haltung gegenüber Fehlern

Die Praxen, die offen für das Thema *Fehlermanagement mit Berichts- und Lernsystemen* sind und bewusst eine Fehlerkultur leben wollen, entwickelten im Laufe des Projektes ihre Haltung zu Fehlern und die Einstellung zum Fehlermanagement weiter: Der Umgang mit Fehlern wurde offener, transparenter und wohlwollender. Das oft zitierte *blaming* und *shaming* nahm ab, sodass „eine neue Kultur des Miteinanders“ (A20, 14) entsteht.

„Ich habe für mich mitgenommen, noch viel weniger irgendwie Schuld zu suchen, sondern wirklich einfach Abläufe zu analysieren und nachzugucken [...] Dass man aus diesem Kreis, dass man immer denkt, man muss irgendwie jemanden finden, der was falsch gemacht hat, rauskommt, aus diesem Kreis. Und das war für mich eine wirkliche Erleuchtung und hat mir sehr weitergeholfen.“ (A21, 57)

Wenn die Sinnhaftigkeit von Fehlermanagement erkannt ist, ist auch ein Bewusstsein für Fehlerquellen und Risiken vorhanden. Die Interviewten sprechen dann nicht von Allgemeinplätzen, sondern beziehen sich konkret auf die eigene Praxis und was sie verändern wollen bzw. was sich verändert hat.

„Und wir wollten das jetzt wiederaufleben lassen, weil wir denken, dass es sehr wichtig ist, dass man ja, aus Fehlern eben auch lernen kann. Es müssen ja nicht immer Fehler sein, die irgendeine Katastrophe mit sich führen, aber meistens ist es ja so, dass mehrere Fehler aneinandergereicht dann mal zu einer Katastrophe führen könnten“ (M11, 12)

„Aber es war halt auch sichtbar, dass, wenn die Fehler einfach nur mündlich erläutert wurden, dass sich da nicht unbedingt viel getan hat. Es wurde nicht so viel drüber nachgedacht, wie es eigentlich wünschenswert gewesen wäre. Aber seit wir diese Fehlerberichte halt mit drin haben, ist es doch, da tut sich einfach mehr im Anschluss“ (M02, 19)

Praxen, die sich zwar mit dem Thema Fehler befassen, dies jedoch eher oberflächlich tun, verzeichnen weniger gravierende Handlungsänderungen. Es gibt meistens keinen Raum, um die Folgen eines Fehlers einzuschätzen bzw. sich eingehend dem Thema zu widmen. So werden bspw. organisatorische Probleme oder falsch herausgegebene Rezepte als Bagatellfälle beschrieben und nicht als „richtige“ Fehler angesehen. Fehlermanagement wird eher unstrukturiert umgesetzt, so wie es der Praxisalltag und das Miteinander zulassen. Es wird über Fehler gesprochen, diese werden aber nicht systematisch analysiert.

„Zu viel Analyse klingt jetzt blöd, aber manches muss man ja nicht so ins Detail machen. Und manchmal reicht es ja auch, reicht eine Feststellung zu irgendeiner Tatsache. 'Da und darauf müssen wir aufpassen' – und gut“ (A17, 64)

„[...] ich sehe es jetzt nicht so als wichtig, die Fehler von den anderen zu lesen, weil es ist ja wichtig, dass wir keine Fehler begehen.“ (M30, 89)

Wenn Fehlermanagement keine Priorität hat, wird es eher als zeitaufwändige Zusatzaufgabe angesehen, sodass schnelle Lösungen gesucht werden. Das Risikobewusstsein ist auch in diesen Praxen nicht besonders hoch ausgebildet:

„Puh – ehem. Ja, also bei uns ist das so, wenn wirklich jemandem ein Fehler passiert, dann – gut, kann sein, dass wir das dann in der Teamsitzung besprechen. Aber das machen wir dann wirklich meistens mündlich, dass wir das eben schnell abhaken sozusagen, wie können wir es besser machen?“ (M18, 60)

Ungereimtheiten im Praxisalltag werden nicht als Risiko erkannt, deshalb entsteht der Eindruck, selbst „kaum Fehler [zu] haben [und] ist es nicht so, dass man da jetzt so viel steuern muss. Also da muss schon etwas – ja, sagen wir mal Aufregendes passieren.“ (P40, 156)

Der Begriff *Fehler* ist oftmals eine Hürde. Insbesondere von Ärztinnen und Ärzten wird er ungern verwendet, vermutlich, weil er negativ konnotiert ist und bei dem Begriff automatisch Assoziationen zum Behandlungsfehler und den damit einhergehenden negativen Konsequenzen geweckt werden.

„Fehler ist auch ein bisschen so hochgegriffen, das sind kleine Ablaufschwierigkeiten, Verzögerungen in der Übergabe von bestimmten Informationen, wenn verschiedene Kollegen, Teams sozusagen, zusammenarbeiten. Es sind mehr bei uns Kommunikationsprobleme, als dass jetzt wirklich hier CIRS-relevante Probleme auftauchen.“ (A27, 18)

„Fehler ist schon ein ziemlich stark behafteter Begriff.“ (P09, 10)

Ein Bewusstsein für Risiken und Fehler ist mit der Haltung und Einstellung der jeweiligen Personen verbunden. Um eine Haltungsänderung herbeizuführen, bedarf es in den Praxen Information, Geduld, Ansprache und Zeit.

„Die Helferinnen, die eher schon gehobeneren Semesters sind, die sind da sehr, sehr misstrauisch, weil Fehlerkultur in Hausarztpraxen jetzt nicht wirklich existiert. Das macht denen eher Angst, nach wie vor. Schwierig, die dazu zu bewegen, irgendwas aufzuschreiben, weil die sagen immer 'Ja, aber das hat doch funktioniert'. Sag ich 'Ja, darum geht es ja, was alles funktioniert, warum und warum beinahe nicht' und so. Aber diese Beinahe-Fehler-Geschichte ist auch ganz was Schwieriges, menschlich. (A19, 12)

3.2 Umsetzung von Fehlermanagement

3.2.1 Form des Berichts- und Lernsystems

Die Art des Berichtens kann papierbasiert sein, die Mehrzahl der Praxen jedoch legte hierfür einen Dummy-Patienten in ihrer Praxissoftware an. Diese Dokumentationssysteme erhielten Bezeichnungen u.a. wie *Fehlerbuch* (A38, 22), *Max Praxis* (M30, 11), *Patient Sicherheit* (A32, 26) und *Fehler Felix* (A34, 11-12).

Um ihren Dummy-Patienten einzurichten und/oder anzupassen, orientieren sich viele Praxen an dem im Projekt entwickelten Berichtsformular. Dieses war relativ einfach strukturiert und mit der Frage „Was ist passiert? (wann, wo, wie und warum?)“.

Darüber hinaus zeigte sich, dass in Praxen nicht immer anonym berichtet wird, sondern Mitarbeiter unter Nennung des Namens oder ihres Kürzels melden. Insbesondere in kleineren Praxen ist die Anonymität kaum aufrechtzuerhalten. Ein Berichten ist dennoch möglich und wird praktiziert, wenn die Vertraulichkeit im Team gewahrt bleibt.

"Anfänglich haben wir das gemacht anonym. Haben gesagt okay, es muss jetzt keiner seinen Namen dahinter schreiben. Es hat sich aber so herausgestellt, dass das dann doch so, also in so einer Praxis doch so offensichtlich ist, dass es sinnvoll ist, dass jeder einfach kurz sein Kürzel schreibt und dann sagt 'Das und das ist mir aufgefallen'." (A 20, 12)

3.2.2 Strukturierung

Unabhängig davon, ob die Praxen bereits vor Beginn des Projektes ein Berichtssystem implementiert hatten, stellen u.a. die Empfehlungen für eine strukturierte Dokumentation des Ereignisses für viele Praxen einen Mehrwert dar.

"Was ist passiert? Warum ist es passiert? Wer soll sich darum kümmern? Welches Problem? An wen ist es zur Bearbeitung weitergeleitet? Was war die Lösung? Das finde ich gut, dass es jetzt strukturiert ist. Vorher war es halt nur dieser Patient 'Fehler', ne? Und einer hat etwas eingetragen, man wusste oft manchmal nicht so, was dazu geführt hat oder so." (M39, 38-29).

„Und jetzt machen wir das schriftlich, also dass wir dann auch wirklich diese in Anführungsstrichen kleineren Fehler – jetzt vielleicht ein Rezept falsch herausgegeben haben – dass wir da diese Fehler aufarbeiten. Wir haben vorher nur diese größeren Sachen festgehalten." (M14, 42)

Deutlich wird, dass bei Einführung eines Berichts- und Lernsystems (digital oder papierbasiert) ein regelhafter Austausch stattfindet. So berichtete ein Großteil der Praxen, die Befassung mit Fehlern als festen Tagesordnungspunkt während ihrer regelmäßig stattfindenden Teambesprechung aufgenommen zu haben.

„Und was wir neu machen, seitdem wir an dieser Studie teilnehmen, das ist ein Tipp auch, daraus hervorgehend, dass wir bei jeder Dienstbesprechung einen Tagesordnungspunkt haben, an dem wir diese Fehler durchschauen." (M11, 18)

"Also wenn Fehler auftauchen, wird das in einen Bogen eingetragen und wird dann auch im Internet eingetragen. Und ganz wichtig ist, dass wir in unseren regelmäßigen Teambesprechungen natürlich diese Fehler auch besprechen, um sie in Zukunft zu vermeiden." (M5, 10)

In den Teamsitzungen stellen die für das Thema Qualitäts- bzw. Fehlermanagement zuständigen Mitarbeitenden gemeldete Fälle vor und moderieren die anschließende Analyse. Diese feste Zuständigkeit liegt in einigen Praxen bei den ärztlichen, in anderen Praxen bei den nichtärztlichen Mitarbeitenden.

Im Fehlermanagement fortgeschrittene Praxen verbinden Fehlermanagement und QM, sodass erfolgreich aufgearbeitete Fehler längerfristige Prozessanpassungen mit sich bringen.

„Wenn uns Fehler aufgefallen sind, haben wir das aufgeschrieben und haben das in der Teambesprechung besprochen, zeitnah. Und ja, dann gab es darauffolgend Anweisungen, die mit in unser Qualitätshandbuch übernommen wurden, wenn das nötig war.“ (A21, 16)

„Wir haben eine KVP-Liste [Anm. d. Autorinnen: KVP = Kontinuierlicher Verbesserungsprozess], ich nenne die auf gut Fränkisch 'Kannst verbessern'. Die wird gefüttert aus diesem Sicherheitspatienten auch noch mal. Das ist aber mehr so eine QM-interne Übersichtsliste, die mich dann auch ab und zu

stupst beziehungsweise meinen Kollegen, dass wir noch mal in einzelne Abläufe reingehen, nachkontrollieren, ob das jetzt wirklich verbessert wurde und ob diese oder jene Aktion was gebracht hat.“

(A32, 66)

Wenn das Thema Fehlermanagement ernst genommen wird und die Praxen bereit für Veränderungen sind, können diese Veränderungen spürbar positiv sein. Praxisinterne Abläufe werden an die individuellen Bedarfe der Praxen angepasst und neue Prozesse an das Qualitätsmanagement (QM) angebunden.

"Das ist für mich eine große Erleichterung. Es hat bei mir das Fehlermanagement in der Praxis eingeführt. (...) Und das machen wir weiter und das ist ein Teil unseres Qualitätsmanagements." (A25, 110)

3.2.3 Berichtsaktivität

Neben den sich veränderten Abläufen in der Fehlerdokumentation und -analyse schilderten die Praxis-Vertreter, dass durch die Teilnahme am Projekt reger berichtet wird und somit das CIRS eine intensivere Nutzung erfährt. Einige der Interviewten führten das explizit auf das gestärkte Risikobewusstsein zurück, da sie dadurch die Definition der zu berichtenden Ereignisse weiter fassten sodass „alles, was schief läuft“ (A24, 18), berichtet wird.

„Was wir machen, ist Fehlerlisten zu führen. Das haben wir auch schon vorher gemacht. Das war jetzt aber noch mal ein bisschen-, also das war auch ein Stück eingeschlafen oder wurde nicht ganz so sorgfältig mehr betrieben. Das ist jetzt glaube ich noch mal mehr irgendwie wieder in den Vordergrund gerückt.“ (PT24, 20)

„Wir sind noch ein bisschen aufmerksamer geworden, was Fehler angeht, ne? Wir schreiben vielleicht auch mehr so kleinere Sachen, die im Alltag passieren, die aber jetzt nicht ganz wichtig für den Patienten sind, sondern so Ablauffehler, (...) da haben wir ein bisschen mehr Aufmerksamkeit jetzt drauf.“ (A21, 18)

Die Praxen, die keine substantielle Veränderung durch die Teilnahme am Projekt erfahren haben, waren entweder laut eigener Aussage bereits vorher gut aufgestellt oder setzten sich nicht aktiv mit dem Thema Fehlermanagement auseinander.

"Also ehrlich gesagt hat sich bisher nichts verändert, weil wir uns auch vorher auch schon damit auseinandergesetzt haben." (A10, 28)

"Für meine Arbeit (...) hat das jetzt nicht irgendwie eine Veränderung gebracht, die hier irgendwo spürbar wäre. Sondern wir nehmen es zur Kenntnis wie wir vieles andere zur Kenntnis nehmen und wenn man sich an irgendwas gewöhnt hat, dann ist es ja schon wieder anders." (A27, 100)

4 Einflussfaktoren auf die Implementierung von Berichts- und Lernsystemen

4.1 Haltung und Einstellung gegenüber Fehlern

Es wird deutlich, dass sich die Umsetzung von Fehlermanagement in den Praxen in verschiedenen Stufen entwickelt. Die folgenden Punkte geben einen ersten Überblick über die einzelnen Schritte:

1. Sinnhaftigkeit von Fehlermanagement erkennen und Risikobewusstsein entwickeln (beides bedingt sich gegenseitig)
2. Offen über Fehler in der Praxis sprechen, vertrauensvoller und transparenter Umgang mit Kollegen (Aufwand ist abhängig von bestehender Praxiskultur); sich mit Berichts- und Lernsystemen vertraut machen
3. Strukturierte Umsetzung von Fehlermanagement mithilfe von Berichts- und Lernsystemen (ausprobieren, testen, reflektieren)

Die Entwicklungsstufen der teilnehmenden Praxen sind sehr heterogen; es gibt Praxen, die sich am Scheideweg befinden, ob sie mit Fehlermanagement weitermachen oder nicht. Wenn die Umsetzung von Fehlermanagement scheitert, dann meist in der ersten Stufe. Die Praxen in den Stufen 2 und 3 haben die größte Hürde bereits gemeistert.

Einen großen Einfluss hat die Atmosphäre in der Praxis. Wenn der Chef oder die Chefin mit gutem Beispiel vorangeht, eine offene Kultur verinnerlicht hat und vorlebt, überträgt sich diese Einstellung auf die Mitarbeitenden, sodass „keiner [...] irgendwie das Gefühl hat: Ich darf das jetzt hier nicht sagen.“ (A36, 50) Denn auch „das miteinander Sprechen und zusammen Lösen“ (M05, 20) ist eine unabdingbare Voraussetzung, auf die nicht deutlich genug hingewiesen werden kann. Regelmäßige Aufklärung und gemeinsame Besprechungen sind elementar für den weiteren Verlauf, „da wurde auch noch mal gesagt, dass eben es keine – ja, dass das nicht sanktioniert wird. Das hat der Chef dann auch noch mal betont“ (M11, 74)

Es braucht jedoch Zeit und Ausdauer, um ein ganzes Team zu „sozialisieren“ (P40, 46), eine neue Kultur zu schaffen und zu verdeutlichen, dass es nicht darum geht, einen Schuldigen zu finden.

„Und Mitarbeiter sind sehr verschieden und manchmal hat man eben auch Mitarbeiter, die sich, wenn es um Fehler geht, immer angegriffen fühlen. Was ich sehr schade finde. Weil es gar nicht, um keine persönlichen Aspekte geht, sondern wirklich um 'Was können wir denn zusammen ändern'? Und nicht um einen einzelnen“ (A17, 24)

„Also praktisch die Leute dafür zu sensibilisieren, dass bei einem Fehler keinem hier der Kopf abgerissen wird, sondern einfach ehrlicher, transparenter Umgang miteinander und gleich das ansprechen und sagen 'Hier, da ist was schiefgegangen. Woran liegt es?'. Und einfach das auch als Team abarbeiten und nicht so zu sagen 'Hier, du hast hier den Fehler gemacht, mach das mal schön weg'. Sondern einfach sagen 'Wir haben den Fehler gemacht und das kann jedem passieren. Wie können wir das verbessern? Und diese Sensibilisierung, diese Schulung, also quasi so eine Sozialisation der Kollegen bezüglich einer Fehlersensibilität und eines Verhaltens hinterher, das sollte sozusagen das Ziel

sein. Und ich glaube, da sind natürlich Gespräche und Teammeetings, also Zeit miteinander eigentlich verbringen und auch das so zu besprechen“ (P40, 46)

„'Du hast aber gemacht'. Ja? 'Du machst das aber immer so', und 'Du machst immer diesen Fehler' oder-, alle diese Ebenen hat es jetzt auch gegeben. Das hat ein bisschen gedauert, aber wir sind in der Kommunikation, um gerade von dieser Ebene wegzukommen, ja?“ (A20, 96)

Wird im Team allen signalisiert, dass sie eine wichtige Rolle für das Fehlermanagement spielen, kann dies das Engagement der Mitarbeitenden steigern.

„Ich hatte mehr gedacht, das ist dann doch eher so eine einseitige Sache, der Chef muss dann oder die Chefs müssen dann doch sagen 'So und so läuft es' oder das. Und das war es überhaupt nicht, sondern es wurde eine dynamische Sache, in der ganz, ganz viele gute Vorschläge auch kamen, von den Mitarbeiterinnen.“ (A20, 60)

„Besprochen wird alles auf der Teamsitzung, die wir alle vier Wochen haben. Und was wir immer wieder betonen ist: Bitte seid ehrlich zu uns allen und zu euch selbst. Das ist keine Kritik hier, sondern einfach nur, wir wollen lernen, Fehler zu vermeiden. Wir verkaufen keine Brötchen, sondern wir "handeln" (in Anführungszeichen) mit Patienten, ja? Und das ist total toll, es sieht wirklich keiner als Kritik an, sondern alle stehen geschlossen dahinter und sagen 'Super!'“ (P33, 25)

Wenn ein offener Umgang gelebt wird, ist die Grundlage für eine strukturierte, wertschätzende Auseinandersetzung mit Fehlern geschaffen. Positive Erfahrungen bei der Aufarbeitung von Fehler wirken sich wiederum positiv auf die Praxiskultur aus.

„Eigentlich weiß dann jeder, wem das passiert ist, aber trotzdem auch davon wegzukommen, dass irgendwer mit irgendwas beschuldigt wird oder was weiß ich, sich da niedergemacht fühlt. Das ist eigentlich jetzt ganz gut angenommen worden, das war lange ein Problem. Also eigentlich, seit ich angefangen hab. Die dachten dann immer, sie sollen sich gegenseitig anschwärzen, und das ist aber ja mitnichten so, ne? Und ich habe halt auch in den Besprechungen dann immer die Ergebnisse präsentiert. Das hat, glaube ich, auch gut geholfen, dass wir halt gute Lösungen gefunden haben für Probleme“ (P03, 33)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Risikobewusstsein und eine offene, wertschätzende Haltung in der Aufarbeitung von Fehlern nicht qua Tätigkeit in einem medizinischen Bereich vorhanden sind, sondern entwickelt werden müssen und können.

4.2 Stellenwert von Fehlermanagement in der Arztpraxis

Zeit ist ein wesentlicher Aspekt in der Arztpraxis. Viele Praxisinhaber, Praxisinhaberinnen und MFA sind durch ein hohes Arbeitsaufkommen bereits komplett ausgelastet. Fehlermanagement wird daher oftmals als isoliertes, zusätzliches Thema betrachtet, für das im Praxisalltag die Zeit fehlt. *„Das ist wahrscheinlich das größte Hindernis für alle, diese Arbeitsbelastung“ (P03, 19).*

„Also ganz einfach: Es ist einfach so, dass die Zeit für vieles einfach fehlt, ja? Ich weiß nicht, wie die anderen Kollegen das sehen, aber wir haben ja nicht nur die Sprechstunde, sondern man hat das andere Qualitätsmanagement, man hat die Abrechnungssachen. Man muss hier was nachlesen, man geht auf die Fortbildungen“ (A13, 79)

„Das ist manchmal ganz klar der Zeitfaktor. Da man mit so einer hohen Geschwindigkeit arbeiten muss, was natürlich schwierig ist. Gerade wenn es um Fehleranalyse oder Fehlerbearbeitung geht.“ (A17, 24)

Diese negativ-Spirale - „...gerade auch in Zeiten mit höherem Patientenaufkommen, wo dann auch noch mehr Fehler passieren, haben wir eigentlich weniger Zeit für die Fehleranalyse.“ (M02, 43) zu erkennen und zu durchbrechen, ist jedoch ein elementarer Schritt auf dem Weg zum strukturierten Fehlermanagement. Solche Erkenntnisse sind wichtig, um die Sinnhaftigkeit zu begreifen. Je mehr das Risikobewusstsein gestärkt ist, desto mehr Sensibilität herrscht gegenüber möglichen Fehlerquellen und desto weniger wird das Argument der fehlenden Zeit angeführt.

Allerdings zeigen die Interviews auch Paradoxien. Praxen führen fehlende Zeit an, beschreiben sich aber gleichzeitig als gut strukturiert. Oder Fehlermanagement wird als so trivial angesehen, dass die Motivation für die Teilnahme an der Studie unklar ist.

„Aber ich denke, da fehlt mir halt die Zeit dann irgendwie. Ich habe immer so das Gefühl, dass wir so eigentlich relativ gut schon strukturiert sind.“ (M39, 58)

„Aber von der Priorität ist das Fehlermanagement so weit hinten, dass ich nicht auf die Idee kommen würde, mich da abends hinzusetzen und mir das noch mal anzugucken.“ (A38, 72)

Auffällig ist, dass Arztpraxen oft eher kurzfristig agieren und keine nachhaltigen Strukturen schaffen. Dies zeigt sich daran, dass Situationen wie Krankheit, Urlaub oder Umstrukturierungen oftmals als Erklärungen genannt werden, warum Fehlermanagement nicht umgesetzt wird. In diesen Fällen wurden also keine Strukturen geschaffen, die langfristig, auch unter den oben genannten Gegebenheiten, funktionieren.

„Aber es ist im Sommer ein bisschen besser. Im Winter ist es mitunter einfach furchtbar, weil da ist in einer Hausarztpraxis definitiv keine Zeit für sowas.“ (A26, 58)

Andere Praxen hingegen machten die Erfahrung, dass die Investition von Zeit und Priorität sich letztendlich positiv auswirkt. Wird Zeit investiert und dem Thema immer wieder Beachtung geschenkt, können Praxen Fehlermanagement etablieren und auch insofern Erfolge verbuchen, als dass eben keine zusätzlichen Arbeitsaufwände anfallen.

„Immer wieder erwähnen, immer wieder darüber sprechen. Nicht müde werden. Ja, das sind halt- Das ist bei den Besprechungen wahrscheinlich immer ganz gut, da haben halt alle mal eine Stunde Zeit, und hören auch zu. Und so zwischen Tür und Angel, das bringt halt wenig.“ (P03, 67)

„Vom Ablauf her selber: Es ist dadurch nicht langsamer geworden. Das war so eine Befürchtung: Wenn wir mehr darauf achten, wird alles langsamer. Nein. Es ist eher so, dass es ich sag mal offener geworden ist. Ja? 'Also mir ist da ein Fehler passiert' oder 'Mir ist das und das passiert' oder – ja?“ (A20, 28).

4.3 Klare Verantwortlichkeiten und feste Strukturen

Um das Risikobewusstsein zu steigern und somit auch „kleine Ablaufschwierigkeiten, Verzögerungen in der Übergabe“ (A27, 18) als Risiko zu erkennen, ist es hilfreich, immer wieder ins Team zu kommunizieren, warum das Thema wichtig ist, was das Ziel ist und dies an Beispielen aus der Praxis konkret

zu zeigen. Dies ist umso einfacher, wenn a) schon ein offener Umgang im Team vorhanden ist und b) es eine Person in der Praxis gibt, die mit diesem Thema betraut ist und es voranbringen möchte. Dieser sogenannte „Kümmerer“ kann je nach Praxisstruktur die Chefin oder der Chef sein, oder aber das Thema wird delegiert, z. B. an die/den Beauftragte/-n für Qualitätsmanagement (QMB) oder an die/den Praxismanager/-in. Gerade in größeren Einheiten ist letzteres oft der Fall.

Die Teambesprechung als institutionalisierte Form des Austauschs über berichtete Ereignisse oder Risiken wird eindeutig als wichtiger Schritt zur Verankerung eines Berichts- und Lernsystems wahrgenommen. So gewährleisten die Praxisteams mit einem festen Tagesordnungspunkt, dass das Thema Fehlermanagement kontinuierlich auf der Agenda bleibt.

„Und was wir neu machen, seitdem wir an dieser Studie teilnehmen, das ist ein Tipp auch, daraus hervorgehend, dass wir bei jeder Dienstbesprechung einen Tagesordnungspunkt haben, an dem wir diese Fehler durchschauen. Und das hat sich jetzt etabliert“ (M11, 18)

Außerdem beschreiben die Praxen die Festlegung von Verantwortlichkeiten, Zeitrahmen und Aufgaben für die Aufarbeitung der Berichte, die Analyse im Team, die Protokollierung und die daraus resultierende Aufgabenverteilung (zur Umsetzung der abgeleiteten Maßnahme) als gleichsam hilfreich und notwendig.

„Ja, dass man irgendwo einen Rahmen hat. Dass man halt weiß, es gibt ja diese Protokolle, was man halt da wie einträgt? Dass man sagt okay, bis wann soll das erledigt sein? Wer macht dann welche Aufgaben? Worauf muss man dann selber noch mal achten? Dass man einfach einen Rahmen in Anführungsstrichen drum herum hat, an den man sich halten kann. Wie eine Leitlinie. Das finde ich an und für sich hilfreich.“ (A16, 24)

Grundlegend und effektiv ist die schriftliche Dokumentation von Schwachstellen und Risiken. Als erster, aber wichtiger Schritt erhält das Ereignis selbst einen höheren Stellenwert und kann dann formal bearbeitet werden.

„Die Idee an sich zu sagen: Erfassen. Ich kann es einfach nicht anders sagen. Die Tatsache, dass man sagt 'Fehler sind es wert, aufgeschrieben zu werden.'“ (A19, 4)

Dabei sollte das Berichten (wie auch die nachgelagerten Schritte "Analyse" und "Umsetzung" der Maßnahme) Bestandteil der Arbeitsroutine sein und entsprechend priorisiert werden. Fehlermanagement als zusätzliche Aufgabe zu begreifen, führt in der Regel dazu, es als Mehraufwand und damit als Belastung wahrzunehmen. Der Stiefkind-Status bleibt so erhalten und eine Integration in die natürlichen Abläufe der Praxis wird erschwert.

„Es fällt einem ein Fehler auf, aber man hat in dem Moment gar nicht die Zeit oder denkt nicht daran, es für sich selber zu notieren. Und wenn man es dann später aufarbeiten will 'Was war das jetzt noch mal?', ne? Wenn es kleinere Fehler waren oder so. Dass – ne?, man sie dann doch nicht bearbeitet, einfach darüber hinweggeht. Das ist eine Hürde.“ (A10, 44)

Dabei schafft die Integration in bestehende Arbeitsprozesse zum einen eine höhere Identifikation mit dem Thema und zum anderen entlastet es die Mitarbeiter: Viele Praxen griffen den Tipp auf, das Berichtssystem elektronisch aufzusetzen und in ihre Praxissoftware zu integrieren.

„(...) was sich als guter Schachzug war dieser Zug, dass mit diesem KIS-System, also mit unserem KIS-System zusammen zu machen. Und da drin einen Ordner zu haben. Und es wird darin abgelegt und jeden Tag in der Tagesliste erscheint der. (...) Wenn man morgens aufmacht – das habe ich natürlich angeordnet, das gebe ich zu. Der Ordner 'Fehlermann' musste jeden Morgen da sein. (...) Aber das ist jetzt so, das ist wie eingeschliffen.“ (A20, 54)

Des Weiteren empfanden viele der Befragten die empfohlene [2] strukturierte Vorgehensweise zur gemeinsamen Dokumentation und Analyse der Ereignisse als Zugewinn für die Aufarbeitung von Zwischenfällen.

„Also wir haben uns praktisch an die Vorschläge und an die Anregungen von CIRSforte oder CIRS überhaupt gehalten. Früher haben wir das relativ unstrukturiert gemacht, haben wir dann, wenn ein Fehler aufgetreten, sich eine kleine Notiz gemacht und anschließend darüber gesprochen. Aber nicht dokumentiert. Und jetzt machen wir das so, wir haben eben den Testpatienten, wo wir die Sachen ad hoc im Praxisinformationssystem anlegen können.“ (A15, 8)

Auch ist die Befassung mit QM und dessen Umsetzung in der eigenen Praxis ein Vehikel für die Etablierung eines Berichtssystems. Praxen, die QM-zertifiziert sind, taten sich insofern einfacher in der Umsetzung von Fehlermanagement, da sie dank der „QM-Routine“ an strukturierte Prozesse gewohnt sind. In den gängigen QM-Systemen, wie ISO, KPQM, QEP ist Fehlermanagement enthalten, sodass sich zertifizierte Praxen für ihre anstehenden Audits und (Re-)Zertifizierungen zwangsläufig mit dem Thema beschäftigen.

„Ja, also bei uns steht ja dieses Jahr wieder die Zertifizierung an, also wir lassen uns über QEP zertifizieren beziehungsweise rezertifizieren. Und wir wollten uns da dieses Mal besonders auf das Thema Fehlermanagement konzentrieren, unter anderem.“ (M12, 10)

„Und einige unserer Mitglieder sind auch zertifiziert. Das Thema Fehlermanagement ist sowieso schon längere Zeit thematisiert und auch bei uns versucht, lebendiger Alltag zu sein. Aber wir wollten natürlich so ein bisschen die verschiedenen Möglichkeiten, auch das zu optimieren, zu benutzen, vielleicht auch an andere Erfahrungen und andere Quellen zu kommen, um uns einfach bezüglich Fehlermanagement besser zu stellen.“ (A01, 16).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass verbindliche Routinen und feste Zuständigkeiten elementar sind, um Berichts- und Lernsysteme einzuführen. Je detaillierter, transparenter und verbindlicher diese Prozesse gestaltet sind, desto leichter fällt die nachhaltige Implementierung in den Praxisalltag.

4.4 Austausch und Lernen von anderen

Der praxisübergreifende Austausch in Form von Workshops und Webinaren wurde während der Studienphase aktiv und zielgerichtet gefördert. Das Lernen von anderen stand hier im Fokus: Einem Fehler, der transparent gemacht wird, kann man in der eigenen Arbeit vorbeugen. Gleiches gilt für die Nutzung von frei zugänglichen CIRS. Bei CIRSforte lag der Schwerpunkt auf der Implementierung eines praxisinternen Berichts- und Lernsystems. Die teilnehmenden Praxen wurden jedoch auch mehrfach über praxisübergreifende Systeme informiert. Oftmals ist zwar das theoretische Wissen darüber vorhanden und auch Potenziale werden erkannt, aber aktiv genutzt werden die Systeme selten bis gar nicht.

Grundsätzlich gilt für den praxisübergreifenden Austausch: Während einige Praxen keinen Bedarf sehen, stehen viele einer intensiveren Vernetzung mit anderen Kollegen grundsätzlich positiv gegenüber, sehen aber Schwierigkeiten, dies in ihren Praxisalltag zu integrieren.

Die Interviews machen deutlich, dass, sofern genutzt, praxisübergreifender Austausch einen positiven Beitrag zum praxisinternen Fehlermanagement leisten kann.

„Da kann man einfach immer mal wieder sehen, wo es hapert, und mal überlegen, ob sowas bei uns dann auch schon passiert ist oder so, ne?“ (A13, 85)

„Na ja, und dann gab es ja diese Möglichkeit, im Internet auch von anderen Fehlern zu lernen. Und da habe ich – nicht immer, aber in regelmäßigen Abständen – dass man Beispiele halt da rausnimmt und die dann auch in der Teambesprechung halt anspricht und anreißt“ (A16, 28)

„Und natürlich profitiert man da gegenseitig von, dass man sagt 'Okay, bei uns ist jetzt dieser und jener Fehler aufgetreten' oder 'Wie macht ihr das denn so grundsätzlich?', um da halt Verbesserungsvorschläge mal zu erörtern.“ (A16, 72)

Auch die Sicherheitskultur als Basis für ein effektives Fehlermanagement kann profitieren, indem das Risikobewusstsein und damit die Sensibilität für das Thema gestärkt werden. So erfährt das Thema „Fehler“ mehr Akzeptanz im Team.

„Hinderlich ist sicherlich die Scheu der Mitarbeiter, Fehler einzugestehen. (...) Kann man das abbauen? Ja, in dem vielleicht. (...) wenn sie Fehlerberichte lesen. (...) Und sowas gibt es ja bei Ärzten auch schon, und sowas einfach zu beschreiben: Ich hab das falsch gemacht, das hatte die Konsequenzen und wir haben das korrigiert. Sowas ist sicherlich hilfreich auch für Helferinnen, dass die ihre Scheu ablegen.“ (A25, 40)

Hinsichtlich des Bedarfs an Austausch ist das Stimmungsbild recht uneinheitlich. Während einige keinen Austausch anstreben, wünschen sich andere eine bessere Vernetzung mit Praxen in ihrer Region oder einen fachspezifischen Austausch. Manche bevorzugen den persönlichen Kontakt, andere können sich grundsätzlich die Teilnahme an orts- und zeitunabhängigen Online-Angeboten (wie Webinaren) vorstellen. Auffällig ist, dass Interviewte weniger Bedarf nach einem zusätzlichen Austausch mit anderen Praxen sehen, wenn die eigene Praxis in einem Ärztenetz organisiert ist. Ein Austausch, bspw. in regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln, ist dann bereits gewährleistet, wenn auch nicht explizit zum Thema Fehlermanagement.

"Ja gut, haben wir ja schon sowas. (...) Ich habe gesagt, wir sind ein Ärzte-Netz in [Ort]. Wir sind ungefähr zurzeit 50 Ärzte, und wir tauschen aus viele Sachen in vielen Bereichen, die wieder auftauchen in allen Bereichen. (...) Aber es gibt jetzt kein Podium, wo man dann sagt 'Okay, jetzt wir besprechen wir mal, welche Fehler aufgetreten sind'. Also so ganz konkret, das gibt's natürlich nicht, ne?" (A01, 146)

„(...) wir haben noch einen Qualitätszirkel, wo vorwiegend die Hausärzte dann sind. Und da werden dann solche Sachen auch eher innerhalb dieser Gruppe besprochen. Ich brauch da eigentlich glaub ich nicht zusätzlich noch mal online irgendwas.“ (A13, 87)

5 Bewertung der CIRSforte-Unterstützungsmaßnahmen

5.1 Homepage

Einige der Interviewten gaben an, sich die CIRSforte-Homepage zu Beginn des Projektes angesehen, sie dann aber nicht mehr besucht zu haben. Insgesamt wurde die Seite von den Teilnehmenden überwiegend nicht genutzt.

„Also da war ich ehrlich gesagt noch nie drauf.“ (M11, 102)

Zur Qualität der Inhalte der Seite konnten viele der Interviewees daher keine Aussage machen und schlugen aktuelle Informationen, Lernmodule und Formulare als Inhalte vor, die jedoch bereits Bestandteil der Homepage sind.

„Vielleicht so diese ganzen-, so ein Berichtsprotokoll und sowas, wenn ich jetzt nicht wüsste, wie ich das hier mache und mir das nicht ausreichen würde, würde ich schon mir mal so ein Formular runterladen, so ein Berichtsformular zum Beispiel oder sowas.“ (A38, 138).

Jene Praxen, die die Homepage aktiv nutzen, benennen vor allem den Downloadbereich als hilfreich für den Praxisalltag.

„Da war ich. Da war ich und finde ich gut. Ist auch klar strukturiert, da findet man entsprechende Berichte und Dateien halt zum Downloaden mit dabei.“ (A16, 68)

Insbesondere die vorgeschlagenen Inhalte deuten darauf hin, dass Inhalt und Strukturierung der Homepage nicht das Problem sind. Das Medium „Homepage“ scheint für viele Praxen nicht alltagstauglich zu sein.

„Das ist einfach nur der Gedanke. Das ist dieser eine Klick, wo man halt reingeht. Das ist halt einfach nur, der Praxisablauf hier in der Praxis bringt es nicht dazu, dahin zu klicken.“ (M8, 96)

5.2 Einführungsworkshop

Die Teilnahme am Einführungsworkshop war verpflichtend für alle teilnehmenden Praxen. Er wurde sowohl als Präsenzveranstaltung als auch in einer online-Variante angeboten. Beide Versionen des Einführungsworkshops wurden von den Befragten überwiegend positiv bewertet.

Präsenzworkshop

Die Teilnehmer der Präsenzworkshops beschrieben einen Wissenszuwachs, bspw. durch eine grundsätzliche Einführung in das Thema oder die Erläuterung von Arbeitsmaterialien.

„Den fand ich gut, weil ich hab dieses Analyseformular hatte ich mir wohl dann schon mal vorher angeguckt. Hab das aber nicht so ganz verstanden, und sie hatte das ja dann noch mal mit uns durchgeführt und dann ist das halt etwas verständlicher geworden.“ (M18, 48)

Viele schätzten vor allem den Austausch mit anderen Praxen, aus dem häufig Tipps, Anregungen und Lösungsvorschläge hervorgingen.

„Die haben wir uns auch auseinandergesetzt, wie zum Beispiel 'Was kann man da und da machen?', haben wir auch Tipps mitgenommen. War auch schon ganz gut, da zu sein und mit anderen Kolleginnen und Kollegen darüber zu sprechen, was für Vorschläge man hat und was für Lösungen, alles Mögliche.“ (M08, 68)

„Am hilfreichsten fand ich diesen Workshop [...] Da haben wir uns über alles Mögliche noch mal unterhalten, und da habe ich viel mitgenommen. Weil da auch Kollegen waren, die so ein bisschen berichtet haben, wie sie das so machen. Das fand ich sehr schön, das war im direkten Gespräch.“ (A38, 72)

Einige der Interviewten betonten außerdem den offenen Umgang mit Fehlern im Workshop.

„Und dann wurde ja auch wirklich offen drüber gesprochen. [...] Beziehungsweise jeder hat eben seine Fehler auch zugestanden, und das ist ja auch das, was man will. Also da steht keiner mit erhobenem Finger oder so und man braucht sich da nicht zu verstecken, dass man einen Fehler gemacht hat.“ (M37, 72)

Nach Aussage einiger Befragten, war der Workshop eher für Praxen geeignet, die sich bisher noch nicht mit Fehlermanagement beschäftigt haben und eine erste Einführung in das Thema bekommen möchten. Ebenso gab es Praxen, die in dem Workshop keinen Mehrwert für ihren Arbeitsalltag sahen.

„Es ist mir nichts jetzt Negatives in Erinnerung geblieben, aber auch nichts Positives. Also ich kann jetzt nicht sagen, dass das einer war, der mich jetzt hier vom Hocker gerissen hat, sondern den haben wir absolviert und ja, dann gehen die Gedanken ihren eigenen Weg.“ (A27, 64)

Online-Workshop

Der Online-Einführungsworkshop wurde insgesamt sehr positiv bewertet. Viele der Befragten gaben an, sich den Workshop in einer Teamsitzung gemeinsam mit dem ganzen Praxisteam angesehen und besprochen zu haben. Die Inhalte wurden als guter Einstieg in das Thema bewertet und die Länge als angemessen empfunden.

„Also erstmal um eine Basis zu finden, fand ich ehrlich gesagt am Informativsten, das war tatsächlich dieser Internet-Workshop. [...] dass man da im Rahmen dieses Workshops erstmal eine Basis finden konnte und darauf aufbauend halt Schritt für Schritt, das dann halt in die Praxis halt mitgenommen hat.“ (A16, 30)

Die dargestellten Beispiele wurden als hilfreich hervorgehoben und die Befragten betonten, dass die Videos einprägsam waren und das Thema gut veranschaulichten.

Den großen Vorteil der Online-Version sahen die Teilnehmenden in der zeitlichen und örtlichen Flexibilität sowie in der Möglichkeit, den Workshop auch an Kolleginnen und Kollegen weitergeben zu können.

„Also ich finde diese Online-Variante schon gar nicht verkehrt, muss ich wirklich sagen. Weil dann auch in dem Sinne kann ich auch meinen Kollegen sagen, wenn die was auf den Herzen haben 'So, da und da könnt ihr jetzt auch noch mal ran, könnt ihr euch das angucken'.“ (M14, 166)

„Gut. Also hm – also bin ja für solche Online-Sachen immer sehr offen, da es einfach unabhängig von irgendwelchen Fahrten und irgendwelchen auswärtigen Fortbildungen zu machen ist.“ (A28, 58)

Online vs. Präsenz

Grundsätzlich sahen die Interviewten sowohl in der Präsenz- als auch in der Online-Variante des Workshops Vorteile. Viele schätzen den persönlichen Austausch unter Kolleginnen und Kollegen und empfinden diesen als verbindlicher. Präsenzveranstaltungen bieten außerdem die Möglichkeit Fragen zu stellen, ein direktes Feedback zu erhalten und den Verlauf des Workshops aktiv mitzugestalten. Vorteile des Online-Workshops sind die zeitliche und örtliche Unabhängigkeit sowie die Möglichkeit, den Workshop in seinem eigenen Tempo durchzuführen. Die Entscheidung darüber, welche der beiden Workshop-Varianten die bessere ist, hängt nicht zuletzt von persönlichen Vorlieben der einzelnen Personen ab.

„[...] online ist für mich jetzt immer so fremd. Also ich würde mich gerne dann halt mit den Kollegen zusammensetzen und nach Lösungen finden. Das ist mir lieber.“ (8M, 106)

„Also online find ich besser, das ist zeitgemäßer, ne? (M31, 72)

5.3 Online-Module

Die weiterführenden Online-Module waren den Interviewten größtenteils nicht bekannt. Möglicherweise wurden die Module nicht ausreichend beworben.

5.4 Studienordner

Der Studienordner wurde jeder Praxis zu Beginn der Praxisphase zugesandt. Er enthielt allgemeine Angaben zum Projekt, die Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen“ mit den entsprechenden Arbeitsmaterialien, Kopiervorlagen der Berichts-, Analyse- und Maßnahmenformulare (entnommen aus der Handlungsempfehlung), sowie weitere begleitende Materialien wie Zeitschriftenartikel.

Ein Teil der Befragten, die sich mit den Inhalten des Ordners auseinandergesetzt haben, nutzten ihn als Nachschlagewerk oder Arbeitsheft. Es war sich jedoch nicht jeder Interviewee des Ordners bewusst, was dafür spricht, dass der Ordner in einigen Praxen nicht als geeignetes Hilfsmittel angesehen und geteilt wurde.

Jene Praxen, die den Ordner nutzten, sahen vor allem das Berichtsformular als hilfreich an. Es wurde als Vorlage für die praxisinterne Ereignisdokumentation genutzt, an die eigenen Bedürfnisse angepasst, oder diente als Anregung für einen „Fehlerpatienten“ in der Praxis-Software.

„Weil da steht ja drin, wie man auch so einen Bericht verfassen sollte und wie man das angehen soll. Ich denke, das hat uns dann eigentlich da am meisten geholfen“ (M07, 40).

Die Formulare waren außerdem Bestandteil der Handlungsempfehlung.

Handlungsempfehlung

In Bezug auf die Handlungsempfehlung wurden neben dem Berichtsformular insbesondere die Arbeitsmaterialien mit den Leitfragen für die Teamsitzung als hilfreich wahrgenommen.

„Also auf jeden Fall war ja da quasi so ein Formular dabei mit diesen Leitfragen, die man sich stellen sollte. Das hat uns gut geholfen [...] was ich besonders gut fand war diese Handlungsempfehlung. Die war wirklich sehr, sehr übersichtlich gestaltet. Ja, also das fand ich sehr gut. Da kann man sich auch wunderbar an diesem Arbeitsblatt langhangeln.“ (M02, 101)

Andere wiederum empfanden die Handlungsempfehlung als zu umfangreich.

„Ich will jetzt nicht sagen, das erschlägt einen, aber da sind wir wieder bei dem Zeitfaktor. Man braucht irgendwas, wirklich, was kurz und knackig ist.“ (A17, 58)

5.5 CIRStorte-Zentrale

Die CIRStorte-Zentrale, ein wochentags verfügbarer telefonischer Service, wurde von einer Mitarbeiterin besetzt und insbesondere zu Beginn des Projektes wurde auf diese Zentrale verwiesen. Die Kontaktdaten der CIRStorte-Zentrale wurden auf der Homepage veröffentlicht und in den monatlich erscheinenden Info-Mails genannt. Die Zentrale stand den Teilnehmern für organisatorische und inhaltliche Fragen zur Verfügung, wurde jedoch von den allermeisten Praxen nicht genutzt. Einige der Interviewten sagten, dass sie sich des Angebots nicht bewusst waren. Insgesamt scheinen die Praxen jedoch keinen Bedarf an einer Telefonzentrale zu haben.

„Also angerufen oder so hab ich bisher noch nicht, aber hatte ich bisher auch noch nicht die Notwendigkeit“ (A16, 28)

„Also ich glaube, manche bräuchten es vielleicht. Für uns kann ich es mir jetzt irgendwie gar nicht vorstellen“ (P33, 147)

„Das heißt, da brauch ich nicht unbedingt noch jemanden, der mir Händchen hält.“ (A32, 136)

5.6 Info-Mails

Die Info-Mail *CIRStorte Aktuell* wurde monatlich an die Praxen versendet. Das einseitige PDF-Dokument enthielt z. B. aktuelle Informationen zum Projekt (Terminhinweise zu Webinaren, Fragebogenaktionen, Symposien usw.) und zur Umsetzung für das praxiseigene CIRS (Ergebnisse aus eingereichten Ereignisberichten oder Webinaren, Empfehlungen zum Verfassen von Berichten, Beispiele zur Fehlervermeidung usw.). Bei den meisten Praxen kam dieses Format mit seinen Anregungen und praktischen Beispielen gut an.

„Und ich lese sehr gerne das CIRS aktuell, weil ich da immer noch mal bei gewissen Dingen denke 'Oh, okay, das könntest du auch so und so machen.“ (P33, 77)

„Ja, also das finde ich gut. Deswegen, also das sind so Geschichten, wo ich mir sage: Ach ja stimmt, ich muss mich wieder um CIRS kümmern, ne? So. Deswegen, das ist eine sinnvolle Sache.“ (A26, 100)

„Die sind kurz, präzise, das passt.“ (A32, 144)

Da die Info-Mails an einen Ansprechpartner aus der Praxis verschickt wurden, oblag es diesem die Inhalte mit dem Praxisteam zu teilen. Dies wurde in den Praxen verschieden gehandhabt. Während einige eine Vorauswahl der Inhalte trafen, leiteten andere die komplette Info-Mail weiter.

„Die kommen immer zu mir persönlich. Die lese ich durch und nehme das, was ich für gut finde, mit in die Teambesprechung rein. Also das ist immer ein bisschen ausgewählt und unterschiedlich.“ (A25, 86)

„Die Inhalte werden besprochen, es hat jeder Zugriff drauf, und jeder liest sie auch.“ (M08, 90)

Ebenso gab es Praxen, in denen die Informationen beim Empfänger der Mail verblieben, oder auch von diesem nicht gelesen wurden.

„Aber dass ich das dann, diese E-Mails jetzt in einer Teambesprechung dann bespreche, das eher nicht. Das lese ich eher selber durch.“ (A16, 64)

Als Hinderungsgrund wurden hier oftmals Zeitmangel und eine hohe Arbeitsbelastung genannt.

„Und meist ist man ja wirklich von den Patienten her schon so ausgelastet, dass dann auch einfach für eine Arzthelferin wenig Zeit bleibt, sich noch-, also innerhalb der Arbeitszeit auf keinen Fall damit zu beschäftigen.“ (A34, 102)

6 Fazit

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass in den meisten der teilnehmenden Praxen zwar noch kein vollends strukturiertes Fehlermanagement etabliert ist, sie aber im Laufe der Projektteilnahme Veränderungen in ihrem Praxisalltag vollzogen haben, die den Beginn eines Umdenkens bedeuten. Während einige Praxen das Thema Fehlermanagement weiterhin niedrig priorisieren und den Aufwand für Neuerungen nicht aufbringen, zeigen sich bei anderen Teilnehmenden deutliche Veränderungen in der Haltung gegenüber Fehlern und der Einstellung gegenüber Fehlermanagement. So nahm durch einen offeneren Umgang und das Erkennen der Sinnhaftigkeit von Fehlermanagement das „blaming and shaming“ häufig ab und das Risikobewusstsein wurde gesteigert. Dies führte zum Teil zu konkreten Änderungen im Arbeitsablauf. Praxen führten neue Prozesse, wie Fehlerbesprechung als festen Tagesordnungspunkt in Teamsitzungen oder die Nutzung von Formularen oder elektronischen Testpatienten zur strukturierten Fehlerdokumentation ein.

Einflussfaktor auf die Implementierung eines strukturierten Berichts- und Lernsystems sind zunächst die Haltung und Einstellung gegenüber Fehlern. Hier identifizierten wir drei Abstufungen auf dem Weg zum strukturierten Fehlermanagement. Wird die Relevanz des Themas erkannt und ein offener, wertschätzender Umgang untereinander gepflegt, können darauf aufbauend konkrete Strukturen und Abläufe etabliert werden. Diese müssen allerdings gut in den Praxisalltag integriert sein, um nachhaltig zu wirken. Als förderlich erwiesen sich z. B. strukturierte Anleitungen zur Fehlerdokumentation, die Aufnahme eines festen Tagesordnungspunktes zur Besprechung von Ereignissen sowie das Festlegen von konkreten Aufgaben, Zuständigkeiten und „Kümmerern“. Der persönliche Austausch mit anderen Praxen scheint ebenfalls förderlich zu sein, während der Zeit- und Reiseaufwand, der bei Präsenzveranstaltungen entsteht, für einige eher hinderlich wirkt. Der Austausch erweist sich vor allem dann als förderlich, wenn er im direkten Dialog stattfindet. Das Lernen von anderen durch Berichte aus praxisübergreifenden CIRS wird hingegen wenig praktiziert.

Von den angebotenen Unterstützungsmaßnahmen wurden insbesondere jene von der Mehrheit der Interviewees als hilfreich beschrieben, die diese förderlichen Faktoren adressierten. So konnten Einführungsworkshops eine Wissensgrundlage für Verhaltensänderungen schaffen, Materialien wie Berichtsformulare oder Anleitungen zur Gestaltung einer Teamsitzung wurden als Vorlage für neue Prozesse und Vorgehensweisen genutzt. Erinnerungen in Form von Info-Mails sorgten für neue Tipps und dafür, dass das Thema in den Praxen präsent bleibt. Materialien des Studienorders hingegen, die keine konkreten Handlungshilfen liefern, blieben unberücksichtigt. Auch die Telefonzentrale, die Ansprechpartner für die Teilnehmer sein sollte, stieß auf wenig Interesse.

Um den Austausch zwischen den Praxen möglichst attraktiv und zugleich effektiv zu gestalten, haben wir im weiteren Projektverlauf das Format „Webinar“ angeboten, das die Vorteile des persönlichen Austauschs mit jenen von Online-Angeboten verbindet. Die Teilnehmenden müssen keine Reise auf sich nehmen, können sich dennoch mit anderen austauschen, Fragen stellen und bekommen ein direktes Feedback.

7 Literaturverzeichnis

1. Braun V, Clarke V: Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2): 77–101.
2. APS e.V.: Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen. Berlin 2018.

Anhang – Interviewleitfaden

Leitende Fragestellung: Welche Schwierigkeiten haben sich bei der Implementierung eines Berichts- und Lernsystems ergeben? Welche Faktoren waren förderlich?

Erzählaufforderung	Themenkomplex	Unterfragen	Notizen
I. Allgemein			
Einleitung & Warm-up	<p>Vorstellung & Danksagung</p> <p>Hinweis zur Audioaufnahme und Anonymisierung,</p> <p>Erläuterungen zum Projekt</p>	<p>Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und so das Projekt unterstützen.</p> <p>Kurz zu mir: Ich gehöre dem Projekt-Team CIRStorte als wissenschaftliche Mitarbeiterin an. In dieser Phase des Projekts führe ich mit einer anderen Kollegin zusammen diese Interviews durch.</p> <p>Sind Sie damit einverstanden, dass ich jetzt beginne unser Gespräch aufzuzeichnen? Diese Aufnahme wird später anonymisiert ausgewertet. Ihr Name wird nirgends später auftauchen. Die besprochenen Inhalte werden außerdem von mir selbstverständlich vertraulich behandelt.</p> <p>Möchten Sie, dass ich noch kurz etwas zu dem Projekt sage? - Das dreijährige Projekt untersucht, wie ambulante Praxen bei der Bearbeitung von Fehlern oder kritischen Ereignissen im Alltag unterstützt werden können und wie dadurch die Sicherheitskultur in den</p>	

<p>II. Entwicklungsgrad / Barrieren</p>			
<p>2. Nehmen Sie Veränderungen seit der Teilnahme am Projekt wahr? Wenn ja, welche genau?</p>	<p>Teilnahme an CIRSforte allgemein</p>	<p>Bitte schildern Sie, wie Sie sich mit Fehlern in Ihrer Praxis befassen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berichtssystem: Wie? Wer? Wie lange? Analyse? - Zuständigkeit - Teamsitzungen - Haben Sie festgelegt, welche Ereignisse berichtet werden und welche nicht? - <u>MFA</u>: Rolle der Praxisleitung? 	<p><i>Niveau der Sicherheitskultur; handelt es sich um eine engagierte oder zurückhaltende Praxis?</i></p>
<p>3. Was ist für Sie hinderlich im Umgang mit der Fehlerbearbeitung in Ihrer Praxis?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Welche Art der Unterstützung würde Ihnen helfen? - Wie schätzen Sie die (fehlende) Anbindung der Praxis an ein Netz in diesem Zusammenhang ein? 	
<p>4. Was hilft Ihnen in der Bearbeitung von Fehlern?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Was empfinden Sie als förderlich? 	
<p>III. Unterstützungsmaßnahmen</p>			
<p>Das Projekt hat die teilnehmenden Praxen bisher mit bspw. dem Studienordner, einem telefonischen Ansprechpartner, regelmäßigen Infomails und dem</p>	<p>Einleitende Frage zum Gebrauch und Nutzen der Unterstützungsmaßnahmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hilft es Ihnen, wenn ich alle Maßnahmen aufzähle? - Zusammenfassung der genutzten Maßnahmen 	

<p>Einführungsworkshop versucht zu unterstützen.</p> <p>5. Was davon wurde bisher in Ihrer Praxis genutzt?</p>			
<p>6. Welche genutzten Maßnahmen empfanden Sie bisher als besonders hilfreich?</p>	<p>Überleitungsfrage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Durchgehen aller Angebote und Einholen der Einschätzung des Interviewten gemäß den folgenden Fragen - Können Sie sagen, warum die anderen Maßnahmen nicht genutzt wurden? 	
<p>Nun möchte ich die übrigen von Ihnen bzw. Ihrer Praxis genutzten Unterstützungsangebote einzeln durchgehen und ihre Einschätzung dazu erfahren.</p> <p>Der Praxis wurde zu Beginn der Studienphase der Studienordner mit einer Broschüre, der "Handlungsempfehlung (...)" zur Verfügung gestellt.</p> <p>7. Wie hilfreich waren die Materialien?</p>	<p>Studienordner inkl. Handlungsempfehlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wer? - Zugänglich für alle? - Nutzen? - Was gefällt Ihnen gut? - Was würden Sie sich anders wünschen? - Berichtsformular: Füllen Sie das Formular nur für das Projekt aus oder nutzen Sie es in der Praxis? - Nutzen Sie da Infoblatt zu den beitragenden Faktoren? Ist das relevant für die Analyse? 	
<p>8. Was hat Sie aus dem Präsenz-Workshop (für die Befassung mit Fehlern Ihrer Praxis) am meisten weitergebracht?</p>	<p>Präsenz-Workshops</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie oder hat ein Mitarbeiter an der Schulung teilgenommen? - Was konnten Sie aus dem WS in den Praxisalltag mitnehmen? - Verbesserungsvorschläge? 	

<p>9. Was hat Sie aus dem Online-Einführungsworkshop (für die Befassung mit Fehlern Ihrer Praxis) am meisten weitergebracht?</p>	<p>Online-Workshop</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie oder hat ein Mitarbeiter an der Schulung teilgenommen? - Was konnten Sie aus dem WS in den Praxisalltag mitnehmen? - Verbesserungsvorschläge? 	
<p>10. Es gab dann noch eine Online-Schulung zum Thema „Fehlermanagement in der Teamsitzung“. Was hat Sie aus dieser Schulung (für die Befassung mit Fehlern Ihrer Praxis) am meisten weitergebracht?</p>	<p>Vertiefendes Online-Modul</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie oder hat ein Mitarbeiter an der Schulung teilgenommen? - Was konnten Sie aus dem WS in den Praxisalltag mitnehmen? - Verbesserungsvorschläge? 	
<p>Falls an Präsenz- <u>und</u> Online-Einführungs-WS teilgenommen:</p> <p>11. Welche Schulungsmethoden haben Ihnen am meisten geholfen - Präsenz- oder Online?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Warum? - Wie oft wünschen Sie sich Schulungen? 	
<p>12. Wie hilfreich war bisher die CIRSforte-Zentrale für Sie?</p>	<p>Cirsforte-Zentrale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie die Zentrale kontaktiert? - Welcher Anlass? - Warum nicht? - Brauchen Sie einen (telefonischen) Ansprechpartner? 	<p>Eventuell streichen</p>
<p>13. Wie hilfreich waren bisher für Sie die regelmäßigen Infomails?</p>	<p>CIRSforteAktuell</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wer? - Wer hat noch Zugriff? - Werden Inhalte besprochen? - Verbesserungsbedarf? 	

<p>14. Wie hilfreich war bisher die Homepage?</p>	<p>Homepage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßig? - Warum? - Was müsste angeboten werden, damit Sie die Seite regelmäßig nutzen? 	
<p>15. Was halten Sie von im Internet öffentlich zugänglichen Berichten?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Was ist daran spannend? - Warum nicht? 	
<p>16. Würden Sie sich einen Austausch mit anderen Praxen zu diesem Thema wünschen?</p>	<p>Praxisübergreifender Austausch</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In welcher Form? - Können Sie sich vorstellen, an einem Online-Webinar teilzunehmen und so mit anderen Praxen in den Austausch zu kommen? 	
<p>IV. Abschluss</p>			
<p>17. Gibt es etwas, worüber wir nicht gesprochen haben? Möchten Sie noch etwas anmerken?</p>			



Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen für die ambulante Versorgung
Innovationsfonds, Förderkennzeichen: 01VSF16021

Bewertung und Analyse von Ereignisberichten

CIRSforte: Bewertung und Analyse von Ereignisberichten

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Methodisches Vorgehen.....	4
3	Qualität der Ereignisberichte	5
3.1	Verwendetes Berichtsformular	5
3.2	Lesbarkeit.....	6
3.3	Anonymisierung.....	6
3.4	Patientensicherheitsrelevantes Ereignis.....	7
3.5	Fülle an Informationen	8
3.6	Nennung von Ursachen	9
3.7	Systembedingte beitragende Faktoren.....	10
3.8	Folgen des Ereignisses	10
3.9	Sofortmaßnahmen.....	11
3.10	Maßnahmen.....	12
3.11	Nachverfolgung.....	13
3.12	Bewertung der beschriebenen Maßnahmen.....	14
3.13	Allgemeine Beurteilung des dokumentierten Fehlermanagements.....	15
4	Inhaltliche Analyse der Berichte	16
4.1	Art des Ereignisses	16
4.2	Patientenschaden	17
4.3	Medikation.....	18
4.4	Testergebnisse und Labor.....	20
4.5	Sichere Patientenidentifikation	21
	Anhang 1: Bewertung- und Analyseschema	23

1 Einleitung

Bedeutend für ein klinisches Risikomanagement ist die Nutzung von internen und einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen (CIRS). Im ambulanten Bereich deuten geringe Beteiligungsdaten darauf hin, dass nur wenige Praxen CIRS im Sinne eines systematischen Fehlermanagements nutzen. Im Rahmen der CIRSforte Implementierungsstudie werden bundesweit 180 Praxen bei der Einrichtung und Nutzung eines CIRS unterstützt (durch z.B. Workshops, Online-Module, CIRSforte Zentrale, Arbeitsmaterialien). Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wird mittels Fragebögen und Interviews geprüft. Außerdem werden Praxen gebeten, Ereignisberichte an das Studienteam zu senden, um unter anderem festzustellen, ob sich die Qualität der Berichte im Laufe der Studie verbessert. Das Studienteam wertet die Berichte aus und erstellt allgemeine Hinweise zu Themen wie Dokumentation, Aufarbeitung von Ereignissen oder vorbeugenden Maßnahmen.

CIRSforte ist ein Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System. Das Projekt wird vom Innovationsfonds für drei Jahre gefördert (April 2017 bis März 2020). Förderkennzeichen: 01VSF16021. Konsortialführung hat das Institut für Allgemeinmedizin (IfA) an der Goethe-Universität Frankfurt; Konsortialpartner sind das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), die Techniker Krankenkasse und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); weitere Kooperationspartner sind die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die Asklepios Kliniken GmbH.

Die Ziele des Projektes:

- **Erstellung einer Nutzungs- und Barrierenanalyse beim Betrieb von CIRS** - Durch eine Evidenzrecherche (Literaturrecherche, Befragung in Praxen, Erfahrungen von CIRS im In- und Ausland) konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden.
- **Erarbeitung von Empfehlungen zur Einrichtung und zum Betrieb von CIRS im ambulanten Sektor** - Die Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen“ wurde im April 2018 vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. veröffentlicht, siehe <http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>
- **Implementierung und Evaluierung der neuen Empfehlungen** - Von April 2018 bis November 2019 werden 180 Praxen bei der Einrichtung und Nutzung eines CIRS unterstützt (durch z.B. Workshops, Online-Module, CIRSforte Zentrale, Arbeitsmaterialien). Fragebögen, Interviews und Ereignisberichte zählen zu den Evaluationsmaßnahmen.

Die Implementierungsstudie wird einen Machbarkeitsnachweis erzeugen, um durch spezifische Empfehlungen eine Umsetzung der G-BA Richtlinien in der Regelversorgung zu ermöglichen. Weitere Informationen zum Projekt unter www.cirsforte.de

2 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Implementierungsstudie werden alle 184 teilnehmenden Praxen dreimal aufgefordert, einen Bericht aus ihrem Berichts- und Lernsystem an das Projektteam zu senden. Der Bericht soll datiert und anonymisiert sein und nach Möglichkeit abgeleitete Maßnahmen enthalten.

- Die erste Aufforderung erfolgte Ende 2018 und **89 Berichte** (von 72 Praxen) sind eingegangen.
- Die zweite Aufforderung erfolgte im April 2019 und **109 Berichte** (von 73 Praxen) sind eingegangen.
- Die dritte Aufforderung erfolgte im August 2019 und **82 Berichte** sind eingegangen (von 63 Praxen)

Alle Berichte (**n=280**) wurden digitalisiert und in eine Excel-Tabelle eingetragen. Eine Projektmitarbeiterin betrachtete die Berichte, um festzustellen, welches Berichtsformular verwendet wurde, ob die Schrift leserlich ist und ob der Bericht vollständig anonymisiert war. Dann analysierten zwei Projektmitglieder die Berichte unabhängig voneinander nach einem vorher abgestimmten Schema (siehe Anhang 1), um die Qualität und Inhalte der Berichte zu beurteilen. Die Ergebnisse wurden miteinander verglichen. Wenn unterschiedliche Bewertungen vorlagen, einigten sich die beiden *Reviewer* im Gespräch auf eine Antwortmöglichkeit. Abschließend wurden etwa 50 Berichte, die die am häufigsten genannten Ereignistypen beschreiben, von einer Projektmitarbeiterin inhaltlich analysiert.

3 Qualität der Ereignisberichte

In der ersten Bewertungsrunde wurden drei Berichte ausgeschlossen, da es sich nicht um Ereignisberichte, sondern um Protokolle einer Teamsitzung (ohne Beschreibung eines Ereignisses) und einen Notfallbericht handelte. Somit standen **86 Berichte** für die Analyse der Kriterien 1-3 zur Verfügung. In der zweiten Bewertungsrunde wurde ein Bericht ausgeschlossen (ein Notfallbericht) und damit standen **108 Berichte** für die Analyse zur Verfügung. In der dritten Runde konnten alle **82 Berichte** analysiert werden.

3.1 Verwendetes Berichtsformular

Die Praxen konnten frei wählen, wie sie das Ereignis dokumentieren und ob sie dafür ein Formular benutzen. Einige haben das Formular aus der APS Handlungsempfehlung genutzt, andere erstellten ein praxiseigenes Formular. Es gab auch Ereignisberichte, die ohne eine strukturierte Vorlage dokumentiert wurden.

Verwendetes Berichtsformular	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
Praxiseigenes Formular	37	43	47	44	38	46	122 (44%)
Formular aus der APS Handlungsempfehlung	35	41	35	32	16	20	86 (31%)
Kein erkennbares Berichtsformular	14	16	26	24	28 (incl. 4 Sonstige)	34	68 (25%)
Gesamt	86	100	108	100	82	100	276

- Die Nutzung des Formulars aus der Handlungsempfehlung ist deutlich gesunken (von 41% auf 32% und 20%). Praxen haben zunehmend ein eigenes Formular verwendet (*was gut ist*). Allerdings haben auch die Berichte zugenommen, die ohne eine strukturierte Vorlage verfasst wurden.
- Insgesamt wurden fast die Hälfte der Berichte auf eigenen Formularen verfasst (44%), etwa ein Drittel auf dem Formular der HE (31%) und nur für ein Viertel der Berichte wurde keine strukturierte Vorlage verwendet (25%).

3.2 Lesbarkeit

Damit die Ereignisse, nachdem sie dokumentiert worden sind, auch ausgewertet werden können, ist es wichtig, dass sie auch für andere Mitarbeitende lesbar sind. In einigen Fällen wurden die Berichte in digitaler Form verfasst.

	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
Ist die Schrift leserlich?	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	68	79	103 (<i>51 digital, 41 Hand</i>)	95	82	100	253 (92%)
nein	18	21	5 (<i>2 schlecht lesbar</i>)	5	0	0	23 (8%)
Gesamt	86	100	108	100	100	100	276

- **Verbesserung:** Die Lesbarkeit der Berichte hat deutlich zugenommen (von 79% auf 95%). In der dritten Runde konnten sogar alle Berichte als lesbar bewertet werden. Insgesamt konnten 253 Berichte (92%) als lesbar bewertet werden.

3.3 Anonymisierung

Viele Berichte waren vollständig anonymisiert, aber es lagen auch Berichte vor, in denen Mitarbeiter oder Patienten identifiziert werden konnten.

	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
Ist der Bericht vollständig anonymisiert?	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	75	87	63	58	66	80	204 (74%)
nein	11	13	45	42	16	20	72 (26%)
Gesamt	86	100	108	100	82	100	276

- Während in der ersten Runde 87% der Berichte vollständig anonymisiert waren, waren es in der 2. Runde nur 58% und in der 3. Runde 80%.
- Insgesamt waren 204 Berichte (74%) vollständig anonymisiert.

3.4 Patientensicherheitsrelevantes Ereignis

Die Berichte wurden dahingehend bewertet, ob es sich bei dem berichteten Ereignis um ein „patientensicherheitsrelevantes Ereignis“ handelt, d.h. die Sicherheit von Patienten wurde gefährdet. In einigen Berichten wurden Probleme des Praxisablaufs beschrieben (z.B. Abrechnung von Leistungen, Fehler bei der Bestellung von Verbandsmaterial) . Da diese Ereignisse nicht die Patientensicherheit gefährden, wurden sie von der weiteren Bewertung ausgeschlossen.

Wird ein PS-relevantes Ereignis beschrieben?	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	80	93	85	79	80	98	245 (89%)
nein	6	7	23	21	2	2	30 (11%)
Gesamt	86	100	108	100	82	100	275

- Der Anteil an Berichten, in denen ein patientensicherheitsrelevantes Ereignis beschrieben wurde, lag in der 3. Runde bei 98%.
- Insgesamt wurden in 245 Berichten (89%) patientensicherheitsrelevante Ereignisse beschrieben.

Beispiele für Themen, die als nicht patientensicherheitsrelevant bewertet wurden, sind:

- Finanzen und Abrechnung (keine Begleichung der Rechnung, Unstimmigkeiten über Eigenanteile, Krankenversichertenkarte nicht eingeleesen)
- Praxisadministration (Speichern von Daten, Fehlerprotokoll nicht auffindbar, keine direkte Durchwahl in die Praxis möglich, Vorräte nicht aufgefüllt, Anrufbeantworter nicht besprochen, Beschwerde über mangelnde Freundlichkeit einer Mitarbeiterin)

3.5 Fülle an Informationen

Bei der Dokumentation von Ereignisberichten ist es wichtig, dass das Ereignis so konkret wie möglich beschrieben wird. Idealweise wird in einem zeitlichen Ablauf beschrieben, was genau, wann, wie und wo passiert ist. Auch wenn die Berichte nur für interne Zwecke genutzt werden, ist es ratsam, ausreichend Informationen zu dokumentieren, damit es möglich ist, aus dem Ereignis zu lernen und auch zu einem späteren Zeitpunkt noch nachvollziehen zu können, worum es in dem Bericht konkret ging. In den meisten Berichten waren ausreichend Informationen angegeben, so dass die Projektmitarbeiterinnen den Fall verstehen konnten. In manchen Berichten wurden die Informationen als nicht ausreichend bewertet. Dies waren Berichte mit sehr spärlichen Information (z.B. nur ein Satz) oder mit einer stichpunktartigen oder unklaren Beschreibung des Ereignisses.

Wird ausreichend beschrieben, was passiert ist?	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	68	85	80	94	78	98	226 (92%)
nein	12	15	5	6	2	2	19 (8%)
Gesamt	80	100	85	100	80	100	245

- **Verbesserung:** Der Anteil an Berichten mit ausreichend Informationen hat zugenommen (von 85% auf 94% und in der dritten Runde sogar 98%).
- Insgesamt gab es in 226 Berichten (92%) ausreichend Informationen.

3.6 Nennung von Ursachen

Das Ziel von Berichts- und Lernsystemen ist es, aus Fehlern und Ereignissen zu lernen. Dafür ist es notwendig, die Ursachen des Ereignisses zu bestimmen. Erst wenn die Ursachen bekannt sind, können Maßnahmen abgeleitet werden, die dazu beitragen, dass das Ereignis nicht nochmal passiert.

Werden Ursachen für das Auftreten des Ereignisses genannt?	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	53	66	70	82	54	68	177 (72%)
nein	27	34	15	18	26	32	68 (28%)
Gesamt	80	100	85	100	80	100	245

- Der Anteil an Berichten, in denen Ursachen genannt werden, hat zunächst zugenommen (von 66% auf 82%). In der 3. Runde wurden in 68% der Berichte Ursachen genannt.
- Insgesamt wurden in 177 Berichten (72%) Ursachen genannt.

3.7 Systembedingte beitragende Faktoren

Ein strukturiertes Vorgehen bei der Analyse ist wichtig, damit nicht nur die offensichtlichen Ursachen, sondern auch die latenten Rahmenbedingungen identifiziert werden können.

Werden systembedingte beitragende Faktoren benannt?	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	21	26	25	29	19	24	65 (27%)
nein	59	74	60	71	61	76	180 (73%)
Gesamt	80	100	85	100	80	100	245

- Der Anteil an Berichten, in denen beitragende Faktoren genannt werden, hat zunächst leicht zugenommen (von 26% auf 29%). In der 3. Runde wurde in 24% der Berichte beitragende Faktoren genannt.
- Insgesamt wurden in 65 Berichten (27%) beitragende Faktoren genannt.

3.8 Folgen des Ereignisses

In einem vollständigen Bericht wird dokumentiert, was die Folgen des Ereignisses für den Patienten, das Team oder die Praxis waren.

Werden Folgen des Ereignisses beschrieben?	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	34	43	56	66	50	63	140 (57%)
nein	46	57	29	34	30	37	105 (43%)
Gesamt	80	100	85	100	80	100	245

- **Verbesserung:** Der Anteil an Berichten, in denen Folgen genannt werden, hat zugenommen (von 43% auf 66%/ 63%).
- Insgesamt wurden in 140 Berichten (57%) Folgen des Ereignisses beschrieben.

3.9 Sofortmaßnahmen

In einigen Fällen ist es nötig, Sofortmaßnahmen durchzuführen, um die Folgen des Ereignisses zu beeinflussen oder um einen Schaden zu minimieren. In einem Viertel der Berichte wurden Sofortmaßnahmen genannt, z.B. der Patient hatte die Praxis schon verlassen und wurde angerufen, oder es wurde eine erneute Blutentnahme durchgeführt. In etwa 2/3 der Berichte wurden keine Sofortmaßnahmen genannt und bei einigen berichteten Ereignissen waren nach Auffassung der *Reviewer* keine Sofortmaßnahmen nötig.

Werden Sofortmaßnahmen genannt?	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	21	26	23	27	19	24	63 (26%)
nein	52	65	62	73	61	76	175
Keine Sofortmaßnahmen nötig	7	9					7
Gesamt	80	100	85	100	100	100	245

- **Gleichbleibend:** Der Anteil der Berichte, in denen Sofortmaßnahmen genannt werden, ist relativ gleichbleibend.
- Insgesamt wurden in 63 Berichten (26%) Sofortmaßnahmen genannt.

3.10 Maßnahmen

Falls vorhanden, sollte ein Bericht gewählt werden, bei dem Maßnahmen abgeleitet wurden.

	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
Wie viele Maßnahmen werden genannt, die aufgrund des Ereignisses beschlossen wurden (NICHT Maßnahmen, die angedacht sind/ sinnvoll wären)?							
Keine	19	24	26	31	35	44	80 (33%)
Eine	46	58	27	32	31	39	104
Zwei	9	11	21	25	7	9	37
Drei	5	6	8	9	4	5	17
Vier oder mehr	1	1	3	3	3	4	7
Gesamt	80	100	85	100	80	100	245

- **Verschlechterung:** Der Anteil an Berichten, in denen keine Maßnahmen genannt werden, hat zugenommen (von 24% auf 31% und 44%).
- Insgesamt wurden in 2/3 der Berichte Maßnahmen genannt: In 104 Berichten (42%) wurde mindestens eine Maßnahme und in 61 Berichten (25%) wurden sogar mehrere Maßnahmen genannt.

3.11 Nachverfolgung

Wenn Maßnahmen festgelegt werden, ist es auch wichtig, einen Zeitpunkt zu bestimmen, an dem überprüft wird, ob die geplanten Maßnahmen erfolgreich waren. In den meisten Berichten wurde jedoch auf die Überprüfung kein Bezug genommen. Lediglich in 13 Berichten wurde dokumentiert, wann oder wie die neue Maßnahmen bewertet werden.

	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
Keine Maßnahme beschrieben	19		26		35		80
Wird eine Nachverfolgung der Maßnahme(n)/Feedback beschrieben?	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
ja	13	21	17	29	9	20	39 (24%)
nein	48	79	42	71	36	80	126 (76%)
Gesamt	61	100	59	100	45	100	165

- Der Anteil an Berichten, in denen eine Nachverfolgung der Maßnahmen beschrieben wird, hat zunächst leicht zugenommen (von 21% auf 29%), lag aber in der 3. Runde bei 20%.
- Insgesamt wurde in 39 Berichten (24%) eine Nachverfolgung beschrieben.

3.12 Bewertung der beschriebenen Maßnahmen

	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
Keine Maßnahme beschrieben	19		26		35		
Bewertung der beschriebenen Maßnahmen	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
stark	2	3	4	7	2	5	8 (5%)
mittel stark	14	23	16	27	6	13	36 (22%)
schwach	45	74	39	66	37	82	121 (73%)
Gesamt	61	100	59	100	45	100	165

- Insgesamt gab es 8 Berichte (5%) mit starken Maßnahmen, 36 Berichte (22%) mit mittelstarken Maßnahmen und 121 Berichte (73%) mit schwachen Maßnahmen.

3.13 Allgemeine Beurteilung des dokumentierten Fehlermanagements

Es wurde eine Beurteilung des dokumentierten Fehlermanagements durchgeführt. Durch die Zusendung des Berichtes folgerten wir, dass eine Art von Fehlermanagement in der Praxis durchgeführt wird. Allerdings hat die Beurteilung des Berichtes und die Qualität der abgeleiteten Maßnahmen ergeben, dass in vielen Praxen das Vorgehen bisher unbefriedigend ist. Aus den Berichten schlossen wir, dass keine der teilnehmenden Praxen bisher ein ausgezeichnetes Fehlermanagement durchführt.

	1. Runde		2. Runde		3. Runde		Gesamt
	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	Anzahl der Berichte	%	
Kein Fehlermanagement vorhanden	-	-	-	-	-	-	
Unbefriedigendes Fehlermanagement	35	44	27	32	29	36	91 (37%)
Ausreichendes Fehlermanagement	27	34	45	53	43	54	115 (47%)
Gutes Fehlermanagement	18	22	13	15	8	10	39 (16%)
Ausgezeichnetes Fehlermanagement	-	-	-	-	-	-	
Gesamt	80	100	85	100	80	100	245

- Obwohl sich der Anteil der Praxen, die ein gutes Fehlermanagement zu betreiben scheinen, von 22% auf 15%/10% reduziert hat, ist eine allgemeine Verbesserung zu erkennen: weniger Praxen scheinen ein unbefriedigendes FM durchzuführen (von 44% auf 32%/36%) und mehr Praxen scheinen ein ausreichendes FM durchzuführen (von 34% auf 53%/54%).
- Insgesamt deuteten 39 Berichte (16%) auf ein gutes Fehlermanagement und 115 Berichte (47%) auf ein ausreichendes FM.

4 Inhaltliche Analyse der Berichte

4.1 Art des Ereignisses

Art des Ereignisses	1. Runde		2. Runde		3. Runde		GESAMT	
	Anzahl der Berichte	%						
Medikation	22	28	31	36	21	26	74	30
Testergebnisse und Labor	15	19	16	19	8	10	39	16
Untersuchungen, Behandlungen und Operationen	12	15	7	8	6	8	25	10
Patientenidentifikation	11	14	10	12	12	15	33	13
Praxisadministration	6	8	8	9	10	12	24	10
Diagnose	3	4	1	1	3	4	7	3
Dokumentation	3	4	1	1	6	7	10	4
Ausrüstung	2	2	1	1			3	1
Impfung	1	1	4	5	3	4	8	3
Kommunikation	1	1	2	2	1	1	4	2
Medizinische Geräte/ Produkte	1	1	3	4	5	6	9	4
Personaleinsatz, Arbeitsaufteilung, Abläufe, Prozesse, Zuständigkeiten	1	1			5	6	6	3
Hygiene	0	-	1	1	-		1	0
<i>Unbekannt oder kann nicht zugeordnet werden</i>	2	2			-		2	1
Gesamt	80	100	85	100	80	100	245	100

➤ **Gleichbleibend:** Die am häufigsten berichteten Ereignisse beziehen sich wieder auf Medikation, Testergebnisse/ Labor und Patientenidentifikation.

4.2 Patientenschaden

	1. Runde		2. Runde		3. Runde	
Patientenschaden	Anzahl der Berichte					
Nicht beschrieben	28	28		36		50
None	17	33		39		19
Nicht beschrieben (none)	16					
Mild	9	13		7		6
Nicht Beschrieben (mild)	4					
Moderate	4	5		1		3
Nicht beschrieben (moderate)	1					
Severe	1	1		2		2
Death	0			0		0
Gesamt	80	80		85		80

Patientenschaden: In allen drei Wellen wurde sehr oft kein Patientenschaden beschrieben (W1: 28%, W2: 36%, W3: 58%). Weitere 40, 44 bzw. 29% der Berichte beschreiben, dass kein Patientenschaden entstand. Der Anteil von Berichten die Patientenschäden beschreiben sank zuerst von der ersten zur zweiten Erhebungswelle von 21 auf 12% blieb dann in der dritten Welle mit 13% etwa gleich. Patientenschaden der als *Severe* eingestuft wurde kam nur in sehr geringen Anteilen vor. (1%,2%,0%). Unter leichten Abweichungen bleibt somit das Bild in allen drei Erfassungswellen sehr ähnlich.

4.3 Medikation

Insgesamt ging es in 22 Berichten um das Thema Medikation. Dabei wurde in den meisten Fällen von Problemen bei der **Verordnung** eines Medikamentes berichtet (n=15):

	Beispiele
Das Medikament wurde in der <i>falschen Dosierung</i> verordnet	Statt 1 Tablette Ramipril 10 mg statt 20 mg Xarelto 50 mg statt 75 mg L-Thyroxin
Das <i>falsche Medikament</i> wurde verordnet	Marcumar verordnet, obwohl der Patient pausieren sollte Gerinnungshemmer statt einem Wunddesinfektionsmittel verordnet
Das Medikament wurde für einen <i>falschen Zeitraum</i> verordnet	Clopidogrel wurde 16 statt 12 Monate verordnet Colchicum (zur Therapie eines akuten Gichtanfalls) über Wochen gegeben, die Einnahmehöchstmengen sind aber 24 Tabletten
Die <i>falsche Menge</i> oder falsche Packungsgröße verordnet	Die <i>falsche Menge</i> (10 Flaschen statt 1 Flasche) Falsche Packungsgröße (N1 statt N3)
Das Rezept wurde dem Patienten <i>ohne Unterschrift</i> ausgehändigt	

Bei den Ursachen wurde häufig auf den Zeitdruck hingewiesen, unter dem Rezepte ausgefüllt und unterschrieben werden. Dabei wurde mehrmals nur auf die Person geachtet, die den Fehler gemacht hat und weniger nach systemischen Ursachen gesucht:

der Arzt hat „im Vorbeigehen“ unterschrieben, Konzentrationsfehler, fehlende Gewissenhaftigkeit bei Arzthelferin + Arzt bei voller Sprechstunde, MFA war unachtsam, hat schnell gehandelt, die Mitarbeiterin war wohl unkonzentriert

Als Folge wurden Maßnahmen dokumentiert, die nur an bestimmte Mitarbeiter gerichtet waren, wie z.B. die Anweisung, sich mehr zu konzentrieren, oder beim nächsten Mal etwas nicht zu vergessen. Solche Maßnahmen werden in der Regel nicht dazu beitragen, einen Fehler bei einer Verordnung eines Medikamentes zu vermeiden.

In anderen Berichten wurden als Ursachen angegeben:

- der betreuende Arzt war nicht anwesend und Medikamente wurden von einem anderen Arzt verordnet
- es gab Unstimmigkeiten im Medikationsplan
- es fehlten Informationen im Entlassungsbrief
- es wurde sich in der Praxissoftware „verclickt“
- die Patienteninformation wurde nicht beachtet
- kein direkter Zugang zur Patientendokumentation
- die Packung eines Medikamentes enthält mehr Tabletten als die Einnahmehöchstdosis

Als Maßnahmen wurden Veränderungen des Praxisablaufs vorgenommen. Zum Beispiel:

Dagmar Lüttel, Dr. Beate Müller, Tatjana Blazjewski

27. November 2019

Seite 18 von 25

- ALLE Rezepte werden nach der Sprechstunde von den Ärzten kontrolliert und dann erst unterschrieben.
- Nach stationären Behandlungen werden Medikamente nur während eines Termins/ persönlichen Gespräches (und nicht am Tresen) durch den Arzt geändert. Der Arzt hat dann Zugang zum PC und allen Unterlagen.
- Nach stationären Behandlungen wird der Medikationsplan von Arzt und MFA gemeinsam kontrolliert.
- Wichtige Informationen werden auf dem Rezept/ dem Dosierungszettel vermerkt.
- Bei Rezeptanforderungen wird immer der Medikationsdosisplan kontrolliert.
- Bei Unstimmigkeiten wird der Medikationsdosisplan dem Arzt vorgelegt.
- Ärzte lesen die Entlassungsbriefe "ihrer" Heimpatienten selbst noch einmal.

Neben Problemen mit Verordnungen wurden auch genannt:

- Injektion wäre beinahe einer falschen Person (der Angehörigen) gegeben worden
- Packung mit benutzen Heparin-Spritzen wurde an eine Patientin ausgegeben
- Geänderte Medikamentendosis wurde von der pflegenden Angehörigen nicht verabreicht
- Marcumar-Patient war vier Monate nicht bei Laborkontrolle
- Auswirkungen eines Antibiotikums auf den Quick-Wert wurden nicht bedacht
- Im Praxisprogramm fehlten Informationen zu Medikamenten
- Vor Einnahme der ersten Pille wurde kein Schwangerschaftstest durchgeführt

Was waren die genannten Ursachen für diese Ereignisse?

- Kommunikationsschwierigkeiten/ Fremdsprache
- Aufgaben wurden vergessen (z.B. Folgetermin vereinbaren, Medikamentenpackungen vor der Ausgaben an Patienten kontrollieren)
- Informationen übersehen
- Verschiedene Leute sind zu verschiedenen Zeitpunkten mit dem Problem befasst
- Stressige Arbeitsbedingungen
- Änderungen der Medikamente nach stationärer Behandlung

Welche Maßnahmen wurden eingeführt?

In einer Praxis wurde für Marcumarpatienten ein neuer Prozess eingeführt, damit auffällt, wenn bei Patienten versehentlich keine Kontrolle durchgeführt worden ist:

- 1) Ab sofort zusätzlich monatlich aktualisierte Liste (alphabetisch geordnet) aller Marcumarpatienten erstellen und ausdrucken.
- 2) Stattgefunden Patiententermine werden mit Datum handschriftlich eingetragen.
- 3) Am Monatsende werden Patienten mit fehlendem Kontakt zur Kontrolle einbestellt.

4.4 Testergebnisse und Labor

In 15 Berichten ging es um das Thema Testergebnisse und Labor. Genannt werden vor allem Blutuntersuchungen, wie Blutzuckermessungen, NG Screening, OGGT, Quick-Wert und HbA1c. Andere genannte Test sind EKG, MRSA Abstrich, Stuhl/Urinprobe. Dabei kam es zu unterschiedlichen Problemen:

- **Tests waren geplant, aber wurden nicht durchgeführt** (z.B. Laborüberweisung wurde ohne Anforderung ans Labor geschickt; ein bestimmter Wert wurde nicht angefordert, Probe ist nicht im Labor eingegangen)
- **Probleme mit Teströhrchen** (z.B. die falschen/ zu wenig Röhrchen wurden eingeschickt, Probe wurde nicht mit Patientennamen beschriftet)
- **Dokumentation** (z.B. die Ergebnisse wurden falsch dokumentiert, der Test wurde nicht dokumentiert)
- **Verspätete Nachverfolgung von auffälligen Werten**

Als Ursachen wurden genannt:

- Zeitfaktor (z.B. es war viel los, es war hektisch)
- Kein strukturierter Umgang
- Keine klaren Zuständigkeiten
- Labor-Systemumstellung war nicht allen bekannt
- Mangelndes Wissen
- Menschliches Versagen!
- Missverständnis

Welche Maßnahmen wurden eingeführt, um diese unerwünschten Ereignisse zu verhindern?

- Eingabe der Werte am PC mit Ausdrucken der Aufkleber und erst anschließend Blutentnahme – damit der Patient auf Änderungswünsche/vergessene Werte aufmerksam machen kann und **anhand der Anzahl der Aufkleber ein vergessenes Röhrchen sofort auffällt.**
- Doppelte Überwachung
 - Anlagen des Laborauftrags durch 1. Schwester, Auslösen durch 2. Schwester
 - Die Mitarbeiterin, die im Labor ist, verrichtet das Blut und gibt die Kartei (+Überweisungsschein) an eine andere Mitarbeiterin weiter die dann noch mal einen Blick darauf wirft und gegebenenfalls fehlende Werte ergänzt.
- Übertragung der Ergebnisse per Software (und nicht handschriftlich)
- Checkliste
- Freitags keine (Quick-) Kontrollen
- Schulung

4.5 Sichere Patientenidentifikation

Insgesamt gab es 11 Berichte zum Thema Patientenidentifikation. In sechs der eingesandten Ereignisberichte wurde versehentlich ein falscher Name im Terminkalender, auf der AU, der Einweisung oder einem Rezept notiert. In zwei Berichten wurden falsche Dokumente ausgehändigt/ eingescannt und in einem Fall wurde einem Patienten irrtümlich Blut abgenommen.

Wie ist es zu den Verwechslungen gekommen?

- Zwei Patienten haben den gleichem Vor- und Nachnamen
- Eheleute, beide Patienten der Praxis, waren gleichzeitig im Sprechzimmer
- Ein Patient wurde mit seinem Bruder verwechselt
- Der Name des Patienten wurde am Telefon falsch verstanden
- Beim Drucken der Bescheinigung war ein anderer Patient im PC aufgerufen

Welche beitragen Faktoren wurden genannt?

- Es wurde nur der Name, nicht aber das Geburtsdatum beachtet
- Es fand kein Nachfragen oder Abgleichen der persönlichen Daten statt
- Stress und hohes Patientenaufkommen
- Unterlassen bestehender Verfahrensanweisungen
- Kommunikation (undeutliche Sprache, mangelnde Deutsch-Kenntnisse)

Was können wir tun, um Verwechslungen zu vermeiden?

- *Patienten nach ihrem Nachnamen, Vornamen und Geburtsdatum fragen.* Fragen Sie aktiv, so dass der Patient mit Namen und Geburtsdatum antworten muss: „Wie heißen Sie und wann sind Sie geboren?“ statt „Sind Sie Frau/Herr ...?“. Insbesondere vor jeder Untersuchung oder Behandlung.
- *Patienten über die Maßnahmen zur sicheren Patientenidentifikation informieren und sie aktiv einbeziehen,* damit sie selbst aufmerksam sind (z.B. sie bitten, die Angaben, wenn nötig auch mehrmals, zu wiederholen; sie ermutigen, sich zu melden, wenn sie das Gefühl haben, mit einem anderen Patienten verwechselt zu werden)
- *Ein Verfahren beschließen für Patienten, bei denen das Verwechslungsrisiko hoch ist*
 - Patienten mit häufigen Nachnamen
 - Patienten mit ungewöhnlichen oder ausländischen Namen
 - Behandlung von Geschwisterkindern oder mehreren Familienangehörigen
 - Patienten mit kognitiven Einschränkungen
 - Patienten mit einer anderen Muttersprache
- Wenn möglich: *Ordnen Sie jedem Patienten eine eindeutige Nummer zu,* die zwischen Praxissoftware und Papierakte übereinstimmt.
- *Sie können in Ihrer Praxis prüfen*
 - ob allen Mitarbeitern bewusst ist, was sichere Patientenidentifikation bedeutet

- ob es Situationen oder bestimmte Patienten/gruppen in Ihrer Praxis gibt, bei denen das Verwechslungsrisiko hoch ist und
- ob die oben genannten oder andere Maßnahmen in Ihren Praxisalltag integriert werden sollten.

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2013): Handlungsempfehlung - **Sichere Patientenidentifikation in der ambulanten ärztlichen Versorgung**. (2012). Online:

https://www.kvwl.de/arzt/qsqm/patientensicherheit/handl_empf/handl_empf_patientenidentifikation.pdf.

Anhang 1: Bewertung- und Analyseschema

Kriterium	Fragestellung	Antwortmöglichkeiten
1	Welches Berichtsformular wurde verwendet?	<ul style="list-style-type: none"> Kein erkennbares Berichtsformular Praxiseigenes/Sonstiges Berichtsformular CIRSForte-Berichtsformular (aus Handlungsempfehlung)
2	Ist die Schrift leserlich?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
3	Ist der Bericht vollständig anonymisiert?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
4	Wird ein Patientensicherheits-relevantes Ereignis beschrieben?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
5	Wird ausreichend beschrieben, was passiert ist?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
6	Werden plausible Ursachen für das Auftreten des Ereignisses genannt?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
7	Werden systembedingte beitragende Faktoren benannt?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
8	Werden Folgen des Ereignisses für Patient, Praxis oder Team beschrieben (Folgen, die explizit im Bericht genannt werden; NICHT Folgen, deren Eintreten wahrscheinlich ist)?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
9	Werden Sofortmaßnahmen genannt (z.B. Patient angerufen)?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
10	Werden Maßnahmen genannt, die aufgrund des Ereignisses beschlossen wurden (NICHT Maßnahmen, die angedacht sind oder sinnvoll wären)?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
11	Wird eine Nachverfolgung der Maßnahme(n)/Feedback beschrieben (ob Maßnahme(n) erfolgreich war(en) bzw. wie der Erfolg überprüft werden soll)?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
12	Ist mindestens eine Maßnahme geeignet, um ein Wiederauftreten des Ereignisses zu vermeiden?	<ul style="list-style-type: none"> Ja Nein
13	Bewertung der beschriebenen Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> stark mittel stark schwach Es wurden keine Maßnahmen genannt

	Allgemeine Beurteilung des dokumentierten Fehlermanagements	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Fehlermanagement vorhanden • Unbefriedigendes Fehlermanagement • Ausreichendes Fehlermanagement • Gutes Fehlermanagement • Ausgezeichnetes Fehlermanagement
	Art des Ereignisses	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrüstung (nicht-medizinische Geräte, räumliche Umgebung) • Diagnose (falsche oder verspätete Diagnose) • Dokumentation (Patientenakten, IT-System, Arztbrief, Befunde) • Hygiene (Händedesinfektion, Hygienemängel bei Behandlung/Injektion/Infusion) • Impfung • Kommunikation (mit Patienten, mit anderen Behandlern, im Team) • Medikation (z.B. inkorrekte Verordnung, Ausgabe oder Verabreichung von Medikamenten) • Medizinische Geräte/ Produkte (z.B. Probleme bei der Anwendung von medizinischen Geräten, fehlende oder nicht funktionierende Geräte) • Patientenidentifikation • Personaleinsatz, Arbeitsaufteilung, Abläufe, Prozesse, Zuständigkeiten • Praxisadministration (Termine, Informationsweitergabe, Patientenfluss) • Testergebnisse und Labor • Unbekannt oder kann man nicht zuordnen • Untersuchungen, Behandlungen und Operationen
	Patientenschaden	<ul style="list-style-type: none"> • <i>None</i> – patient outcome is not symptomatic or no symptoms detected and no treatment is required. • <i>Mild</i> – patient outcome is symptomatic, symptoms are mild, loss of function or harm is minimal or intermediate but short term, and no or minimal intervention (e.g., extra observation, investigation, review or minor treatment) is required. • <i>Moderate</i> – patient outcome is symptomatic, requiring intervention (e.g.,

		<p>additional operative procedure; additional therapeutic treatment), an increased length of stay, or causing permanent or long term harm or loss of function.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Severe</i> – patient outcome is symptomatic, requiring life-saving intervention or major surgical/medical intervention, shortening life expectancy or causing major permanent or long term harm or loss of function • <i>Death</i> – on balance of probabilities, death was caused or brought forward in the short term by the incident. • Nicht beschrieben
--	--	--

Anlage 14: Deskription Kurzfragebögen

Kurzfragebögen: deskriptive Ergebnisse über alle drei Befragungswellen

Kurzfragebogen 1 = 121 Praxen

Kurzfragebogen 2 = 123 Praxen

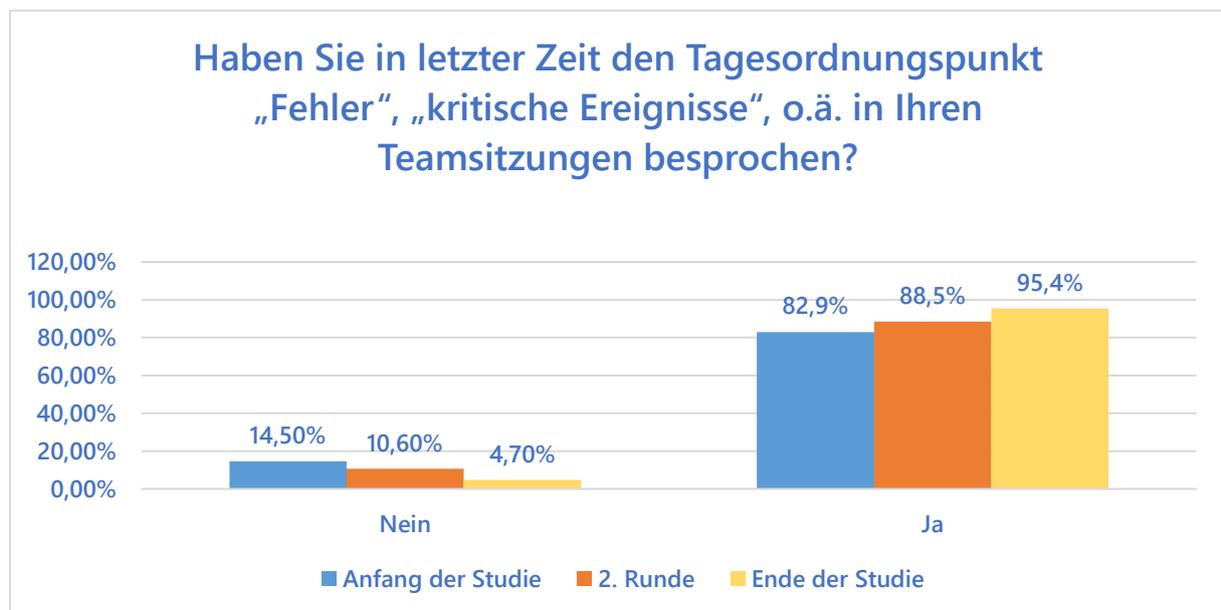
Kurzfragebogen 3 = 114 Praxen

Insgesamt 151 Praxen haben mindestens einmal an der Kurzfragebögen-Erhebung teilgenommen.

Durchschnittlich nahmen 119 Praxen an den Befragungen teil

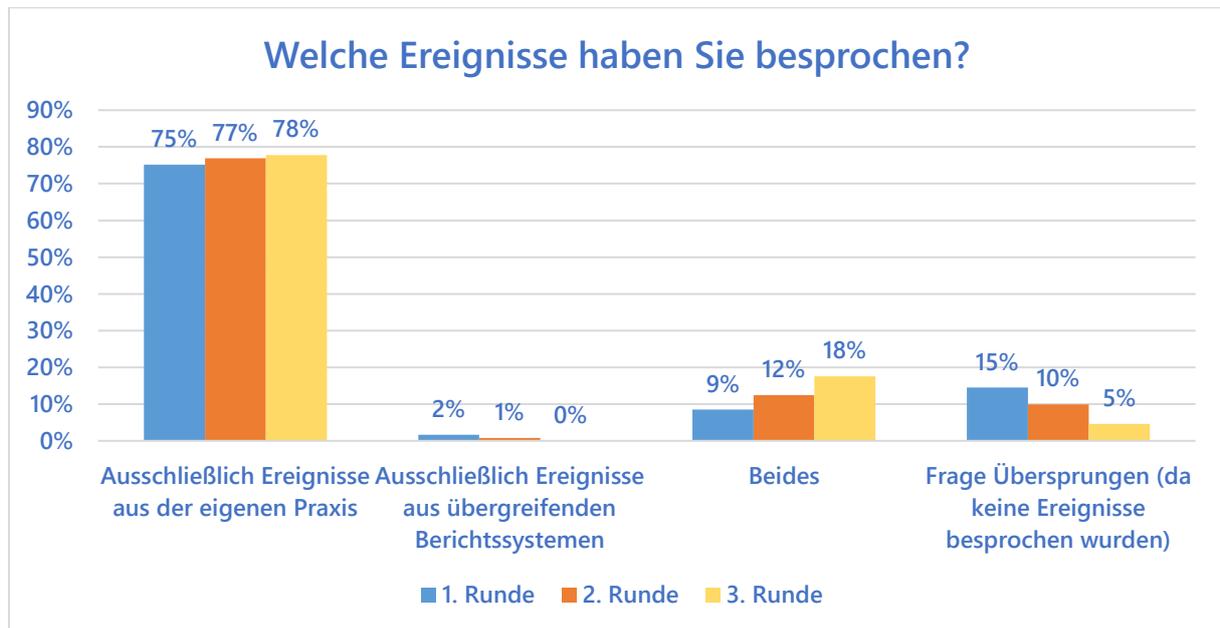
Thematisierung von Ereignissen in Teamsitzungen (Frage 7)

Frage: Haben Sie seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie den Tagesordnungspunkt „Fehler“, „kritische Ereignisse“, o.ä. in Ihren Teamsitzungen besprochen?



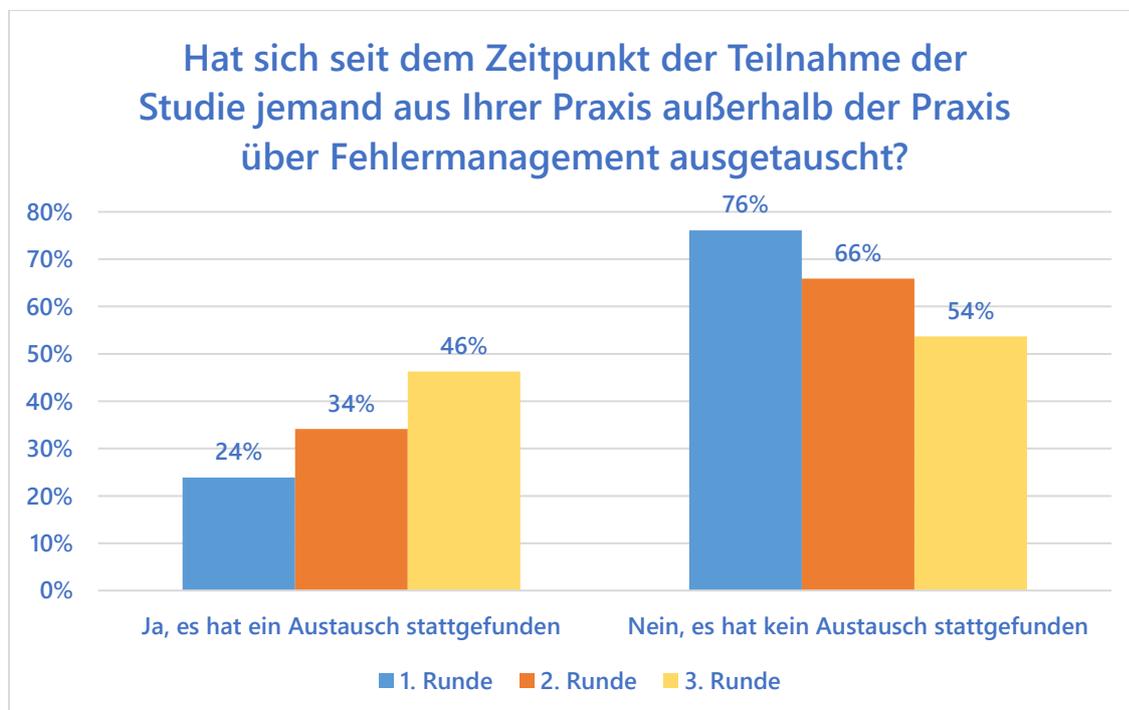
Welche Ereignisse werden besprochen? (Frage 8)

Frage: Welche Ereignisse haben Sie besprochen? (Mehrfachnennung möglich)



Austausch über Fehlermanagement außerhalb der Praxis (Frage 11)

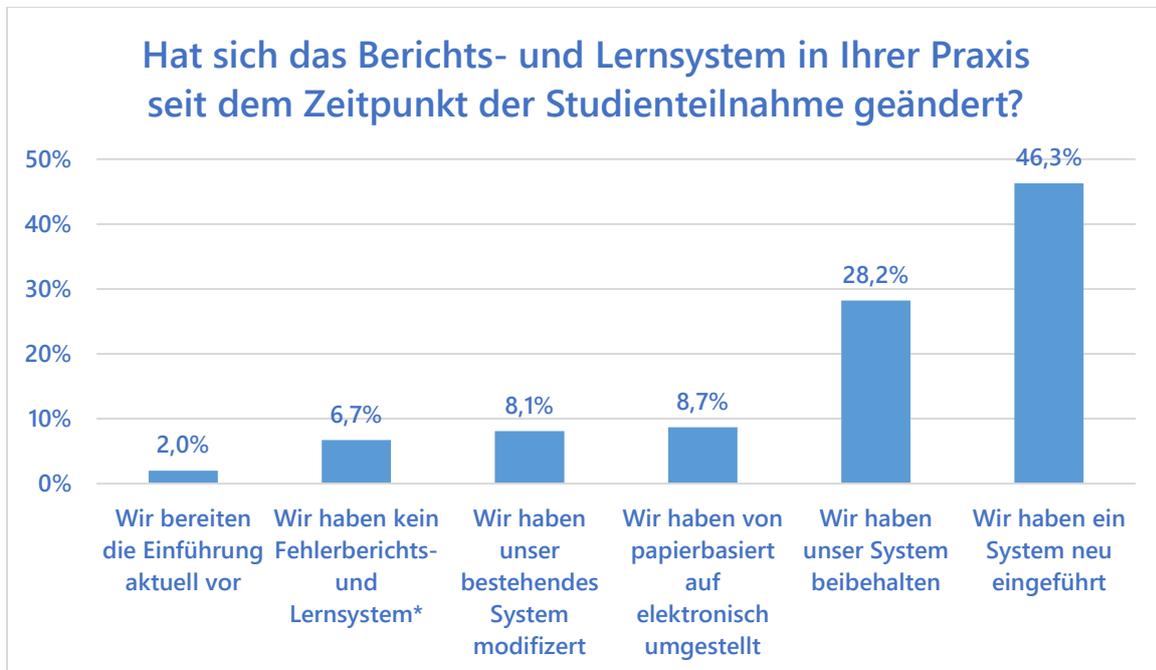
Frage: Hat sich seit dem Zeitpunkt der Teilnahme der Studie jemand aus Ihrer Praxis außerhalb der Praxis über Fehlermanagement ausgetauscht (außer im Einführungsworkshop von CIRSforte)? (Mehrfachnennung möglich)



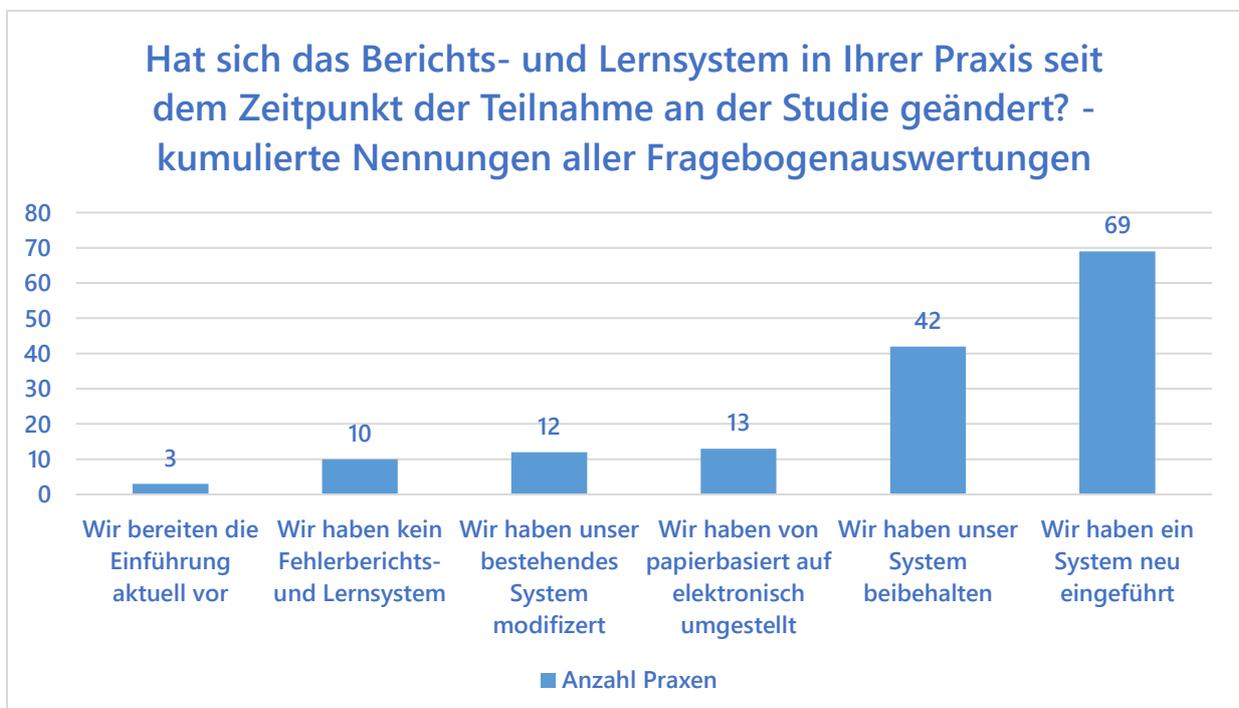
Änderung des Berichts- und Lernsystems im Rahmen der Studie (Frage 4)

Frage: Hat sich das Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis seit dem Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie geändert?

(in % aller 149 Praxen, eine Antwort pro Praxis)

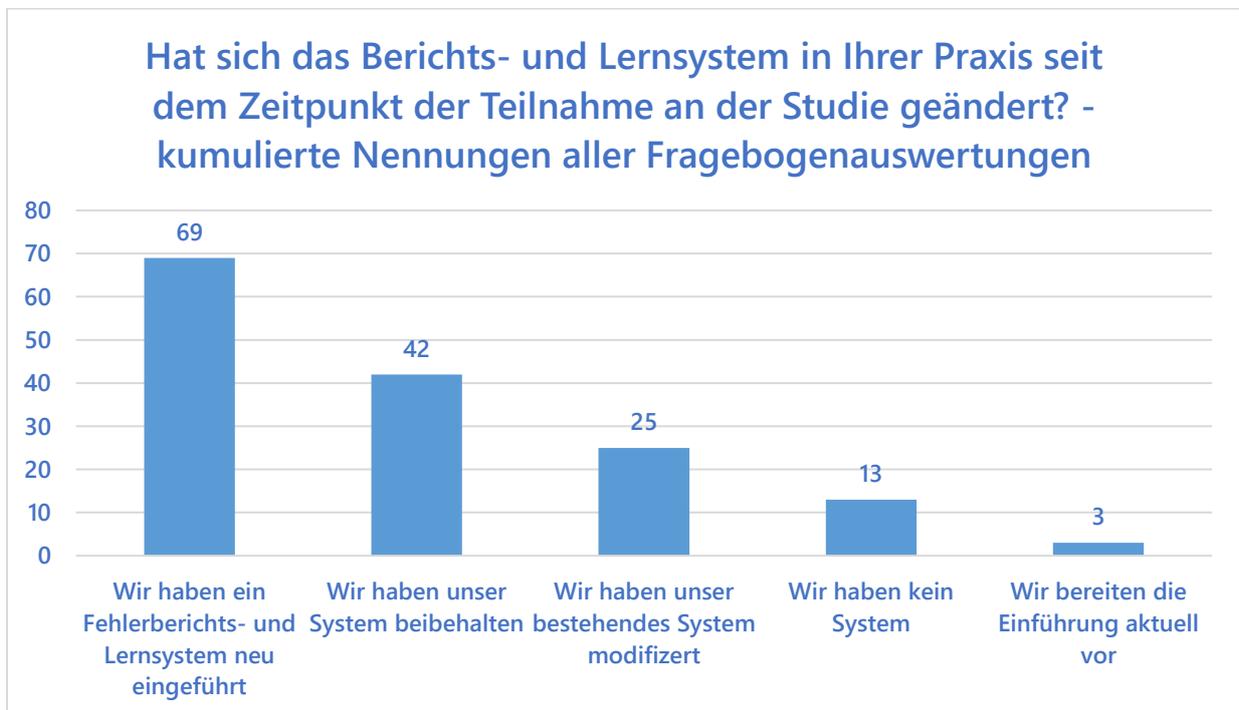
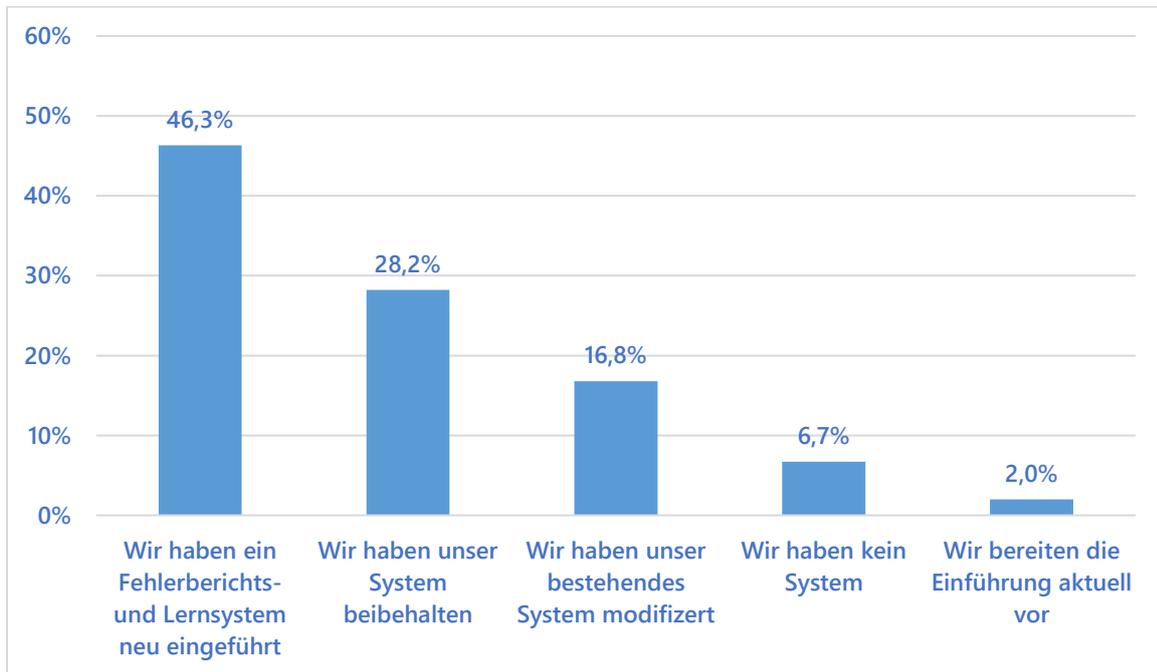


*n=10, davon 1x „MFA möchten keine Dokumentation“



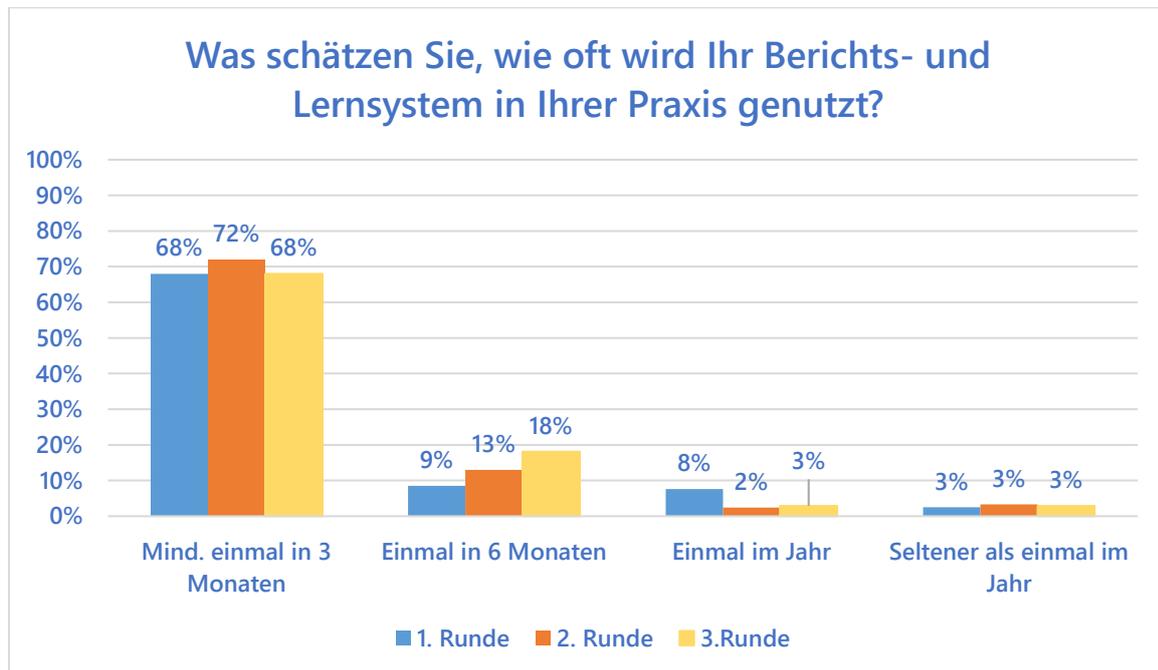
Frage 4, zusammengefasst

Hat sich das Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis seit dem Zeitpunkt der Studienteilnahme geändert?



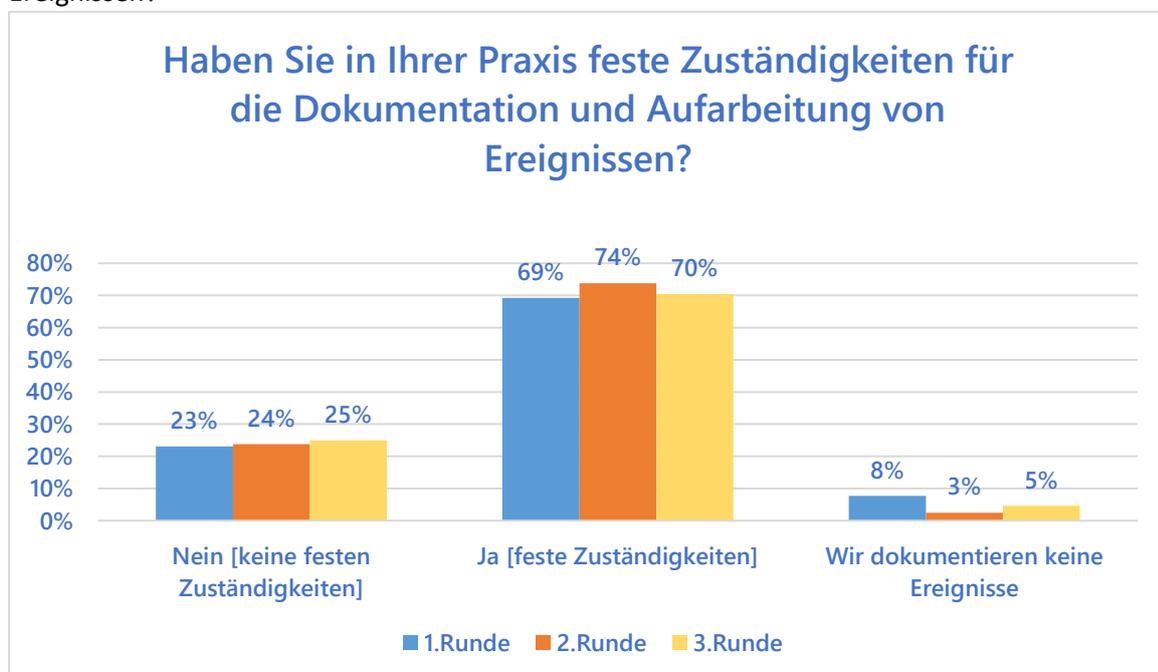
Nutzung des Berichts- und Lernsystems (Frage 2)

Frage: Was schätzen Sie, wie oft wird Ihr Berichts- und Lernsystem in Ihrer Praxis genutzt?



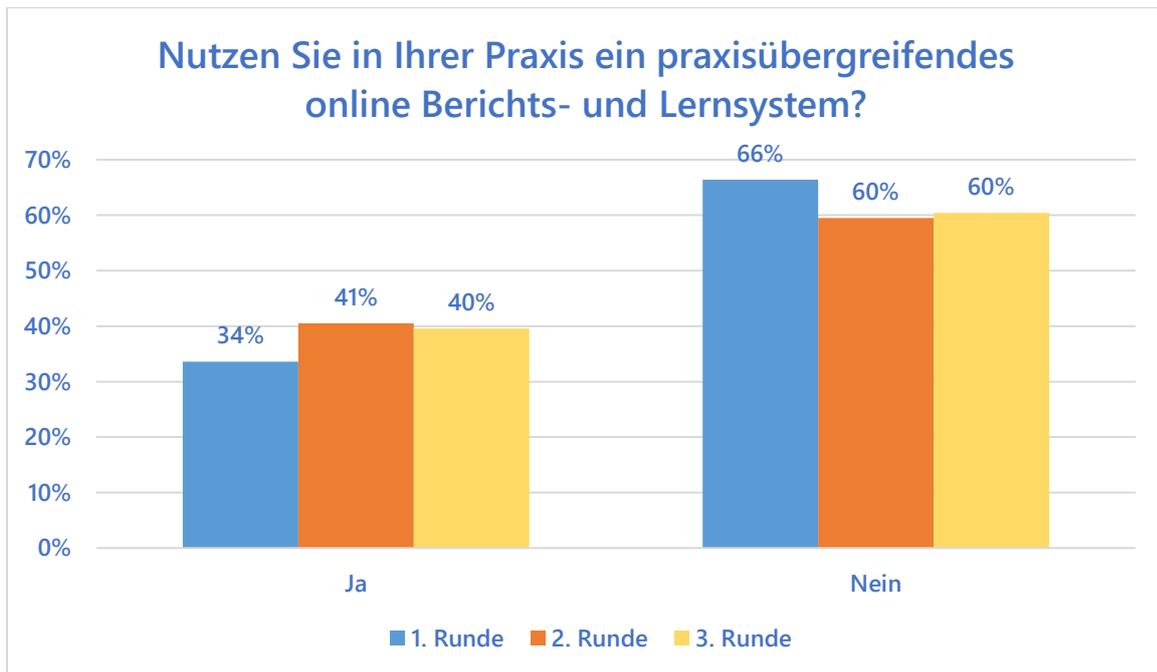
Zuständigkeiten für die Dokumentation und Aufarbeitung von Ereignissen (Frage 6)

Frage: Haben Sie in Ihrer Praxis feste Zuständigkeiten für die Dokumentation und Aufarbeitung von Ereignissen?



Nutzung praxisübergreifender Berichts- und Lernsysteme (Frage 13)

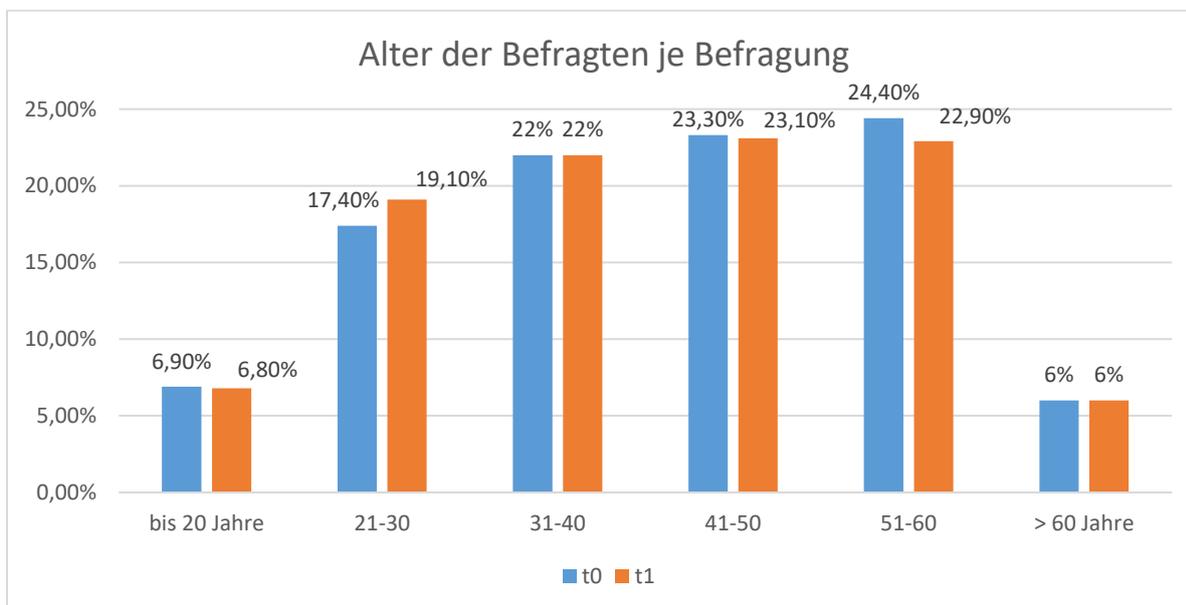
Frage: Nutzen Sie in Ihrer Praxis ein praxisübergreifendes online Berichts- und Lernsystem?



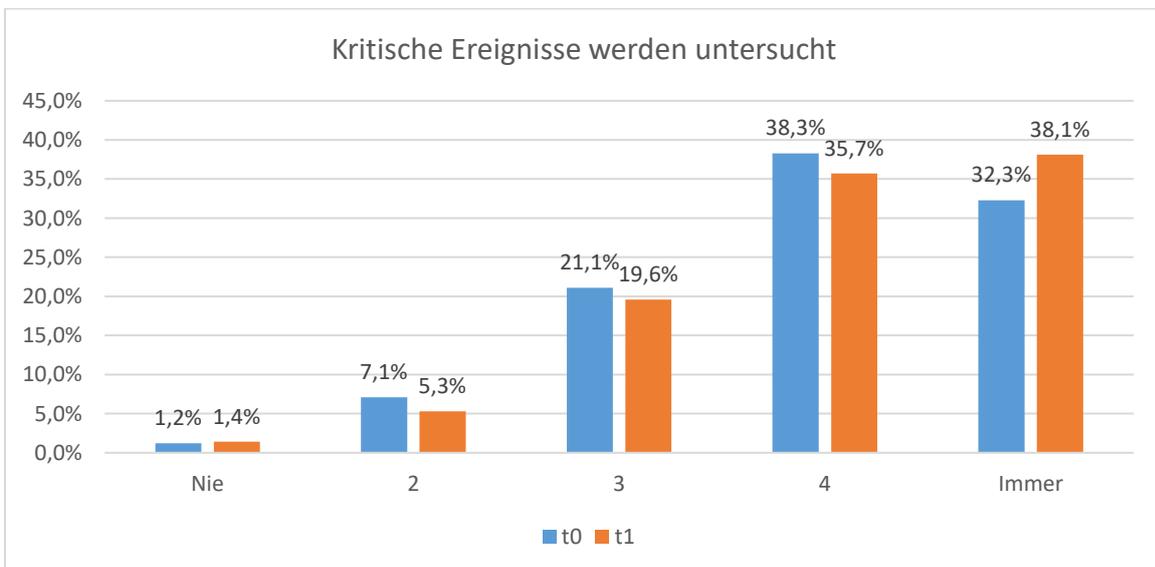
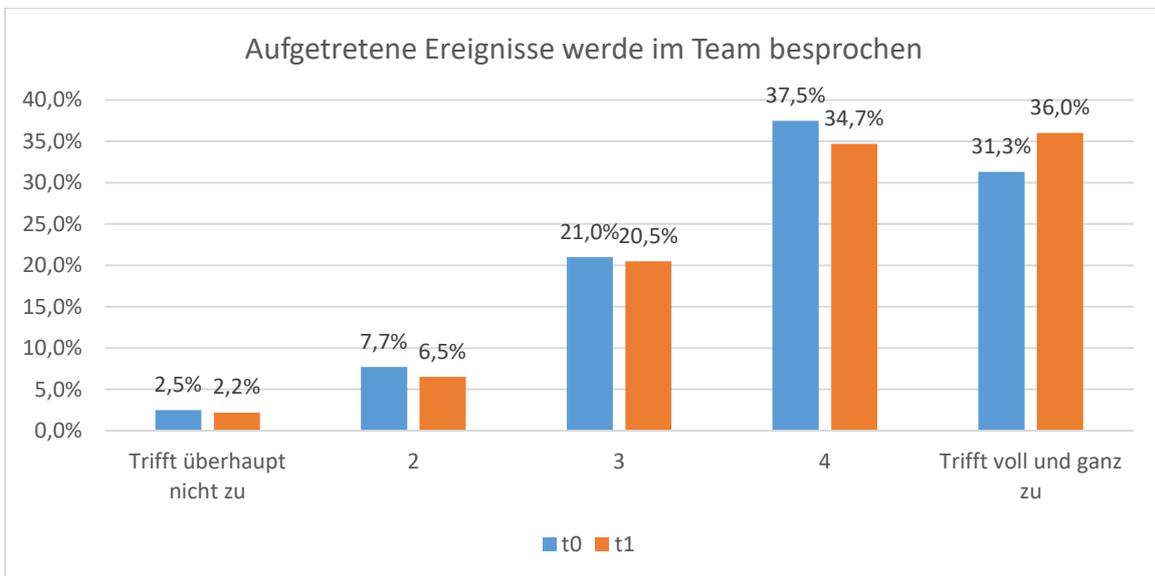
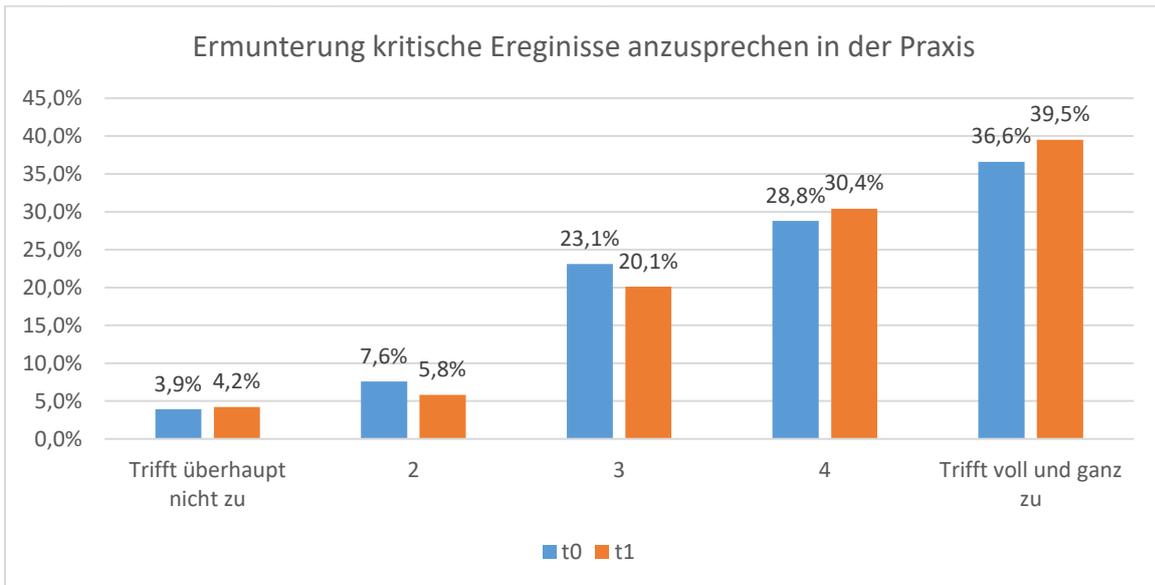
Deskriptive Auswertung der Eingangs- und Abschlussfragebögen (Teil Sicherheitsklima)

Von insgesamt 2360 beantworteten Fragebögen wurden 1325 Bögen in Erhebung t0 und 1035 im zweiten Erhebungszeitraum t1 eingereicht. An der Eingangsbefragung beteiligten sich 153 Praxen, an der Abschlussbefragung 137 Praxen. 38,7% der teilnehmenden Praxen hatten nicht mehr als 10 Mitarbeiter. Im Durchschnitt arbeiten 12 Mitarbeiter in jeder Praxis, das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte lag zwischen 51 und 60 Jahren, das der nichtärztlichen Mitarbeiter zwischen 31 und 40 Jahren.

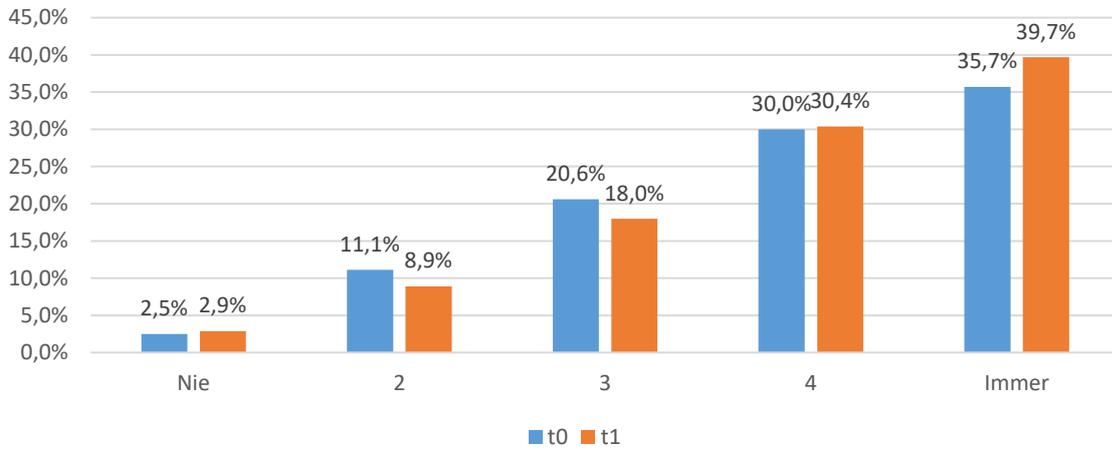
	t0	t1
Anzahl der an der Befragung teilnehmenden Praxen	153	137
Ärztlicher / nicht-ärztlicher Mitarbeiter	26,4% / 73,6% 350 / 975	23,9% / 73,4% 247 / 760
Geschlecht	Weibl. 83,5% (1106) Männl. 14,7% (195) Anderes 0,1% (1)	Weibl. 86,6% (873) Männl. 13,3% (134) Anderes 0,1% (1)
Praxis ist in einem Verbund	Ja: 48,3% (640) Nein: 51,7% (685)	Ja: 47,7% (487) Nein: 52,3% (534)



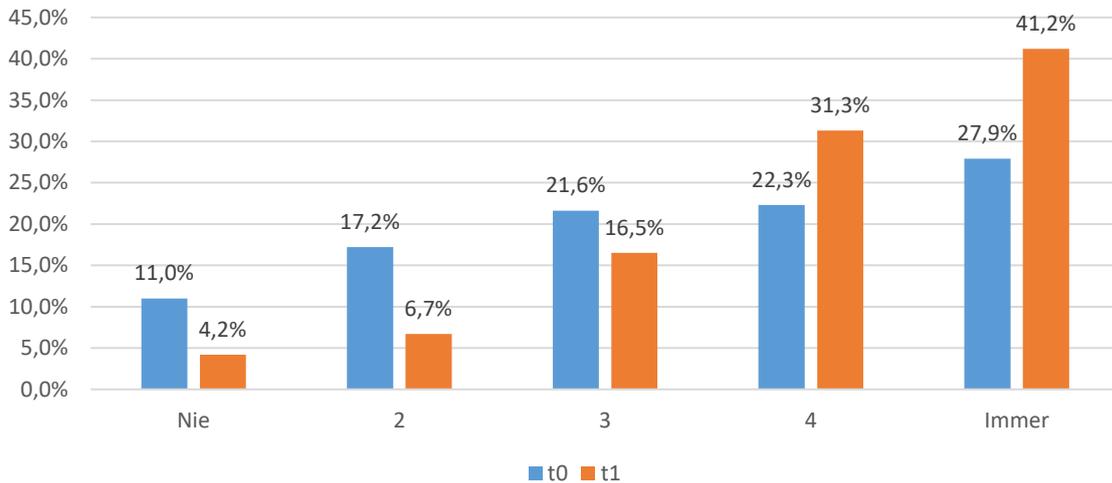
Fragen 21 – 33 Umgang mit kritischen Ereignissen in der Praxis



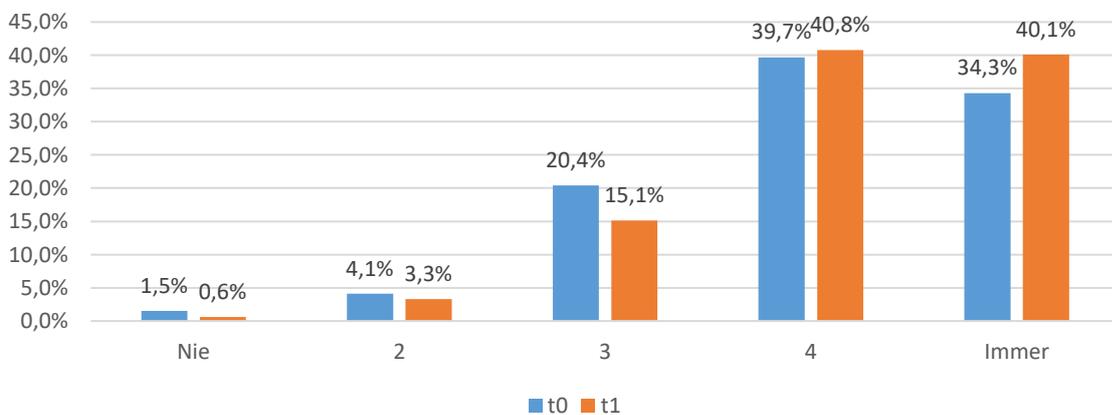
Über die Ergebnisse der Untersuchung werden alle in der Praxis informiert



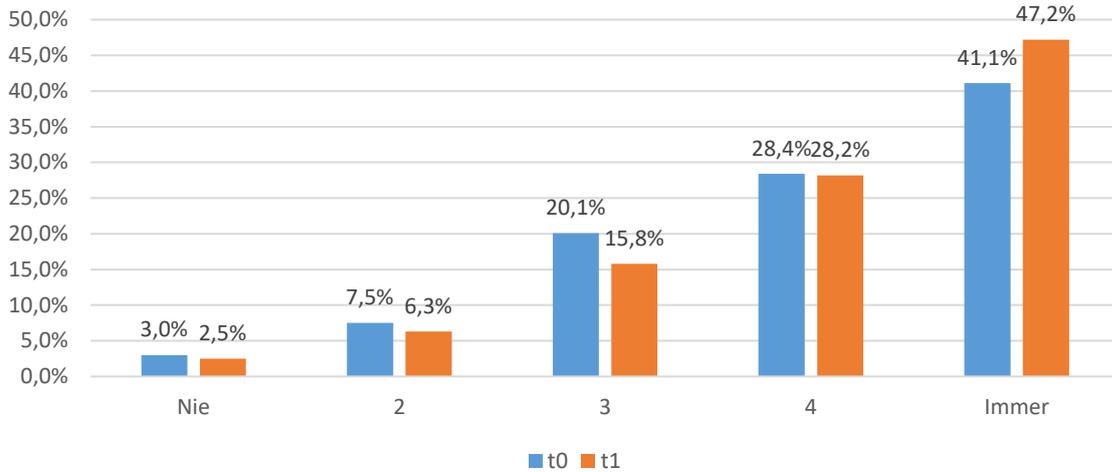
Kritische Ereignisse werden dokumentiert



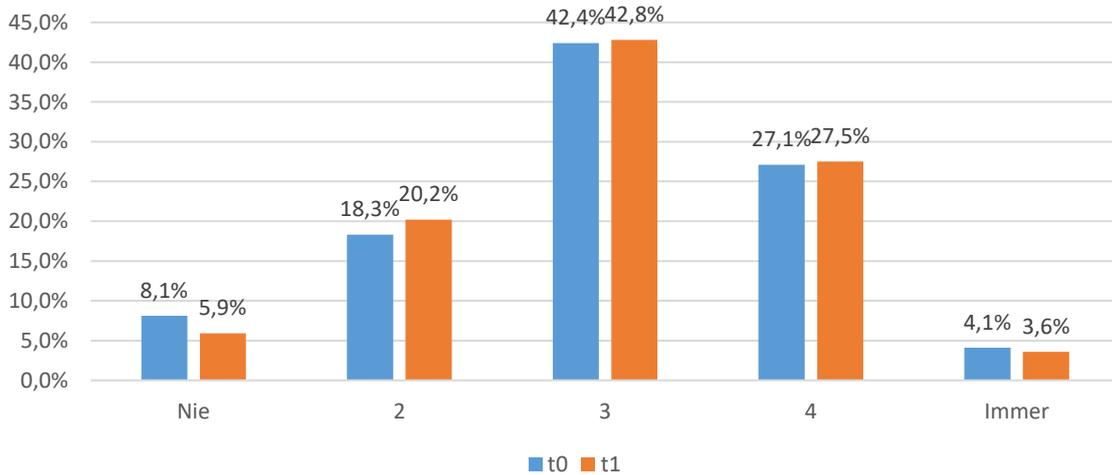
Kritische Ereignisse führen zu Maßnahmen, um diese künftig zu verhindern



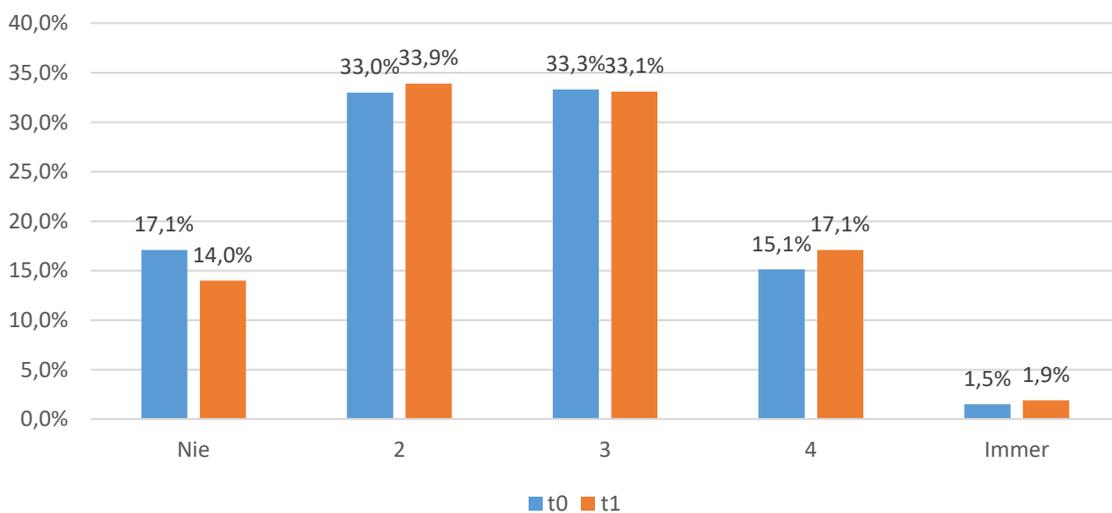
In der Praxis ist die Ursache eine krit. Ereignisses wichtig nicht der Verursacher

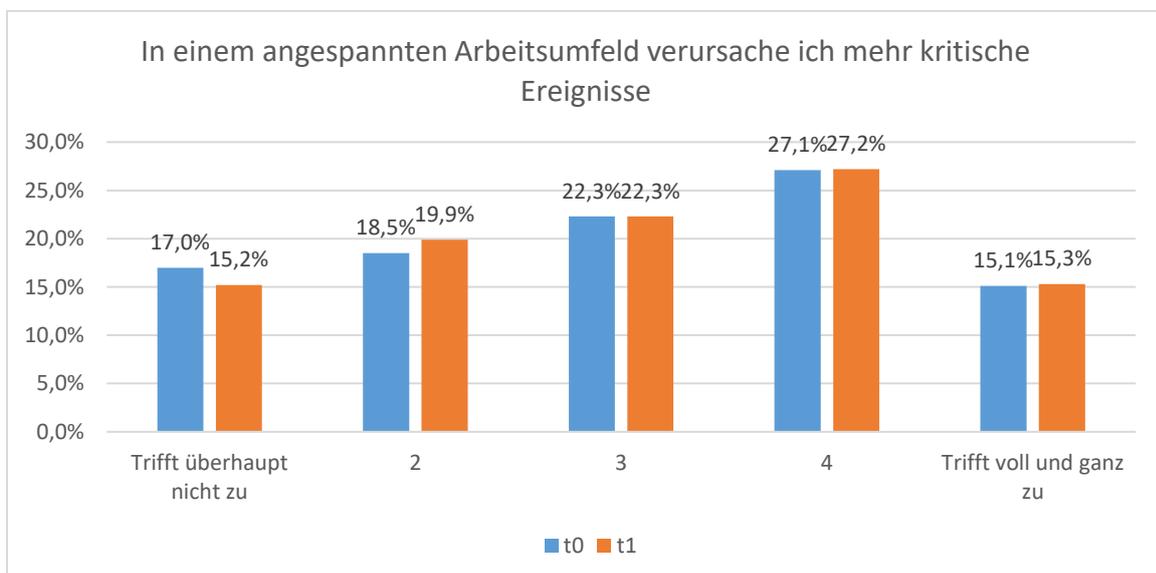
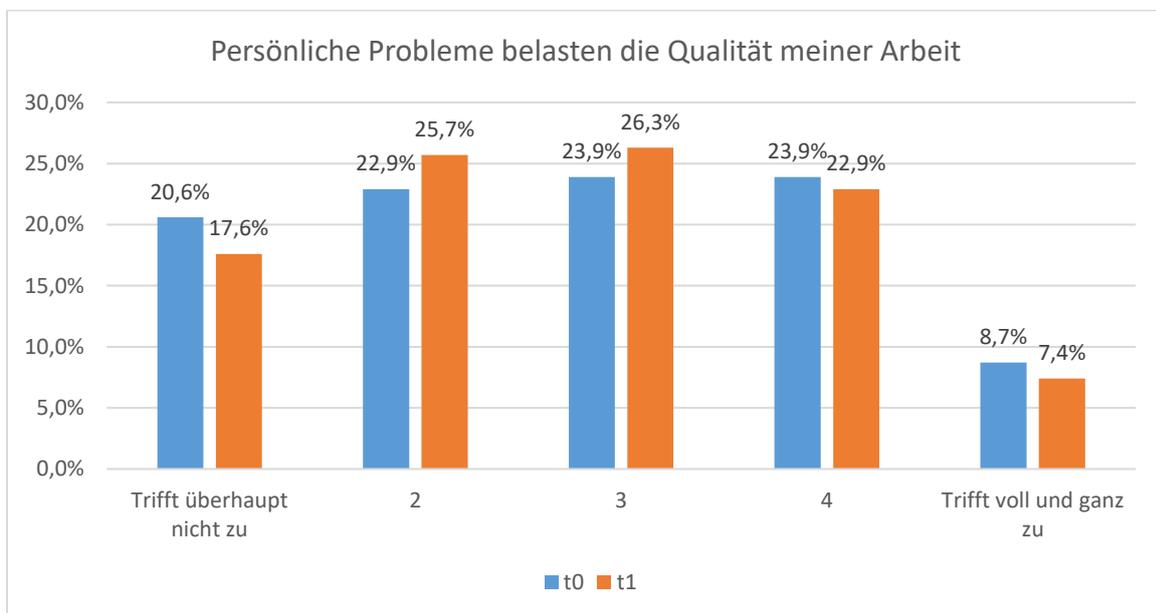
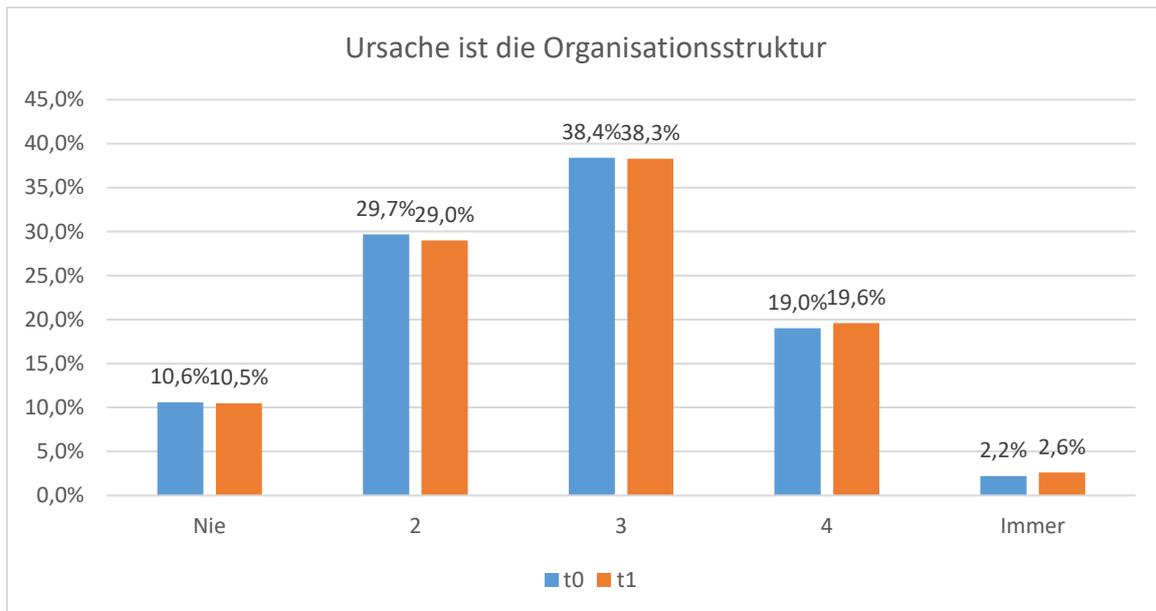


Ursache ist eine mangelnde Informationsweitergabe

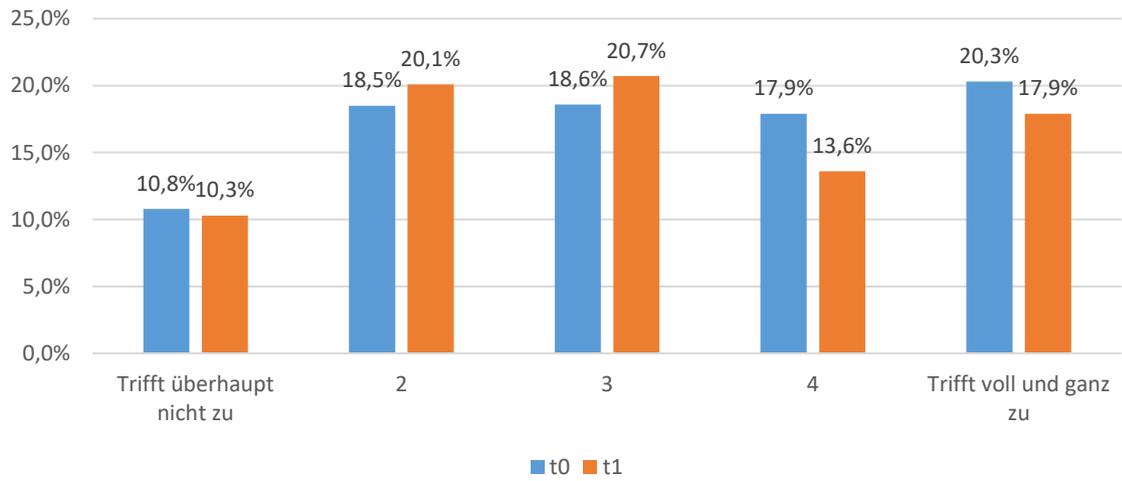


Ursache ist eine mangelnde Sorgfalt





Müdigkeit oder Überlastung beeinträchtigen meine Leistungsfähigkeit



Online-Workshop: Fehlermanagement für Praxisteams

Konzeption, Implementierung und Evaluation

Online Workshop on Error Management for Practice Teams Design, Implementation and Evaluation

Britta Weißbarth¹, Tatjana Blazejewski¹, Dania Gruber¹, Corina Güthlin¹, Dagmar Lüttel², Marina Pommée³, Hardy Müller^{2,4}, Katharina Rubin⁴, Reiner Heuzeroth⁵, Martin Beyer¹, Romy Schadewitz⁶, Christian Thomeczek⁶, Ferdinand M. Gerlach¹, Beate S. Müller¹

Hintergrund

Strukturiertes Fehlermanagement mit Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) findet in Arztpraxen in Deutschland keine flächendeckende Anwendung. Im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts CIRSforte wurde ein frei zugänglicher Online-Workshop zu dem Thema erstellt. Ziel war es, die teilnehmenden Praxen über die Aspekte von Fehlermanagement zu informieren und sie bei der Einführung und Nutzung eines CIRS zu unterstützen.

Methoden

Es wurde ein Online-Selbstlernkurs konzipiert und pilotiert. Ab Okt. 2018 wurden alle 184 an CIRSforte teilnehmenden Praxen zur Durchführung des Kurses eingeladen. Der Workshop umfasste drei aufeinander aufbauende Kapitel, die Lerninhalte wurden durch Lernvideos und Begleittexte vermittelt. Der Workshop konnte abschließend mittels Fragebogen evaluiert werden.

Ergebnisse

Der Online-Workshop wurde von Okt. 2018–Feb. 2019 von 112 Teilnehmenden aus 86 Praxen bearbeitet und von 64 Teilnehmenden evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Zufriedenheit mit Form und Inhalten. Verglichen mit einem ebenfalls angebotenen Präsenzworkshop antworteten die Teilnehmenden des Online-Workshops signifikant häufiger, die angesprochenen Themen seien für sie relevant gewesen. Die Teilnehmenden des Präsenzworkshops antworteten signifikant häufiger, der Workshop habe sie motiviert, sich mit Risiken und Fehlern auseinanderzusetzen.

Schlussfolgerungen

Ein Online-Workshop ist eine geeignete Möglichkeit, Praxisteams zum Thema Fehlermanagement zu schulen. Das Onlineformat bietet den Teilnehmenden Flexibilität. Als frei zugängliche Informationsquelle kann es zur Verbreitung der angesprochenen Themen beitragen. Affektive Lerninhalte sind möglicherweise besser im persönlichen Austausch vermittelbar. Deshalb werden im Rahmen von CIRSforte nun auch Webinare angeboten, die die Vorteile von Online- und Präsenzformat vereinen.

Schlüsselwörter

Patientensicherheit; Fehler; Berichts- und Lernsystem; CIRS; e-learning

Background

Medical practices in Germany do not make widespread use of structured error management and critical incident reporting systems (CIRS). The project CIRSforte has set up a freely accessible online course on error management. The aim was to provide participating practice teams with information on various aspects of error management and to help them introduce and use a CIRS.

Methods

An online course for medical practices was designed and piloted. From October 2018, all 184 practices participating in CIRSforte were invited to complete the course. It included a series of three chapters and the content was taught using educational videos and accompanying texts. At the end of the course users were asked to fill in an evaluation form.

Results

From October 2018 to February 2019, 112 participants from 86 practices completed the online course, and 64 participants filled in the evaluation form. The results of the evaluation showed that participants were satisfied with the design and content of the workshop. Compared to a class-based course on the same subjects, participants of the online workshop said significantly more often that they considered the covered topics to be relevant. Participants in the class-based workshop said significantly more often that the workshop motivated them to actively explore the subject of risks and errors.

Conclusions

Online courses are a suitable means for teaching practice teams about error management. The online format gives the participants flexibility. As the online module is freely accessible, it can also be disseminated beyond CIRSforte. Affective learning outcomes may be easier to achieve in a personal exchange. CIRSforte will therefore also use webinars, as these combine the advantages of online and class-based formats.

Keywords

Patient safety [MeSH]; medical error [MeSH]; risk management [MeSH]; CIRS; e-learning

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main; ² Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Am Zirkus 2, 10117 Berlin

³ Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe; ⁴ Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 138, 22305 Hamburg

⁵ Asklepios Kliniken GmbH, Rübekamp 226, 22307 Hamburg; ⁶ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin

Peer-reviewed article eingereicht: 10.06.2019, akzeptiert: 19.07.2019

DOI 10.3238/zfa.2019.0387-0393

Hintergrund

Fehlerberichts- und Lernsysteme (*critical incident reporting systems*, CIRS) sind im Klinik- und Praxisalltag eine wichtige Säule zur Verbesserung der Patientensicherheit [1, 2]. Durch die strukturierte Analyse kritischer Ereignisse können CIRS dabei helfen, Fehler- und Gefahrenquellen zu identifizieren und präventive Maßnahmen zu entwickeln. Im stationären Sektor sind Fehlerberichts- und Lernsysteme bereits seit mehreren Jahren etabliert [3]. Diese Entwicklung wurde unter anderem durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert, demzufolge der Betrieb eines CIRS seit 2014 verpflichtender Bestandteil des Risikomanagements von stationären Einrichtungen ist [4].

Auch Vertragsarztpraxen sind verpflichtet, ein Fehlermanagement umzusetzen. Wie häufig dies tatsächlich geschieht und wie die Durchführung konkret aussieht, ist bisher kaum erforscht [5]. Eine aktuelle qualitative Studie mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden vertragsärztlicher Praxen zeigte, dass nur wenige der Befragten in ihrer Praxis ein strukturiertes Fehlermanagement umsetzen. Die Sinnhaftigkeit der Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen und Fehlern wurde oftmals nicht gesehen [5]. Es ist daher davon auszugehen, dass Berichts- und Lernsysteme in der ambulanten Versorgung nicht flächendeckend angewendet werden [5, 6].

Eine Erklärung dafür ist, dass in der Medizin (noch) keine ausreichende Sicherheitskultur etabliert ist, die die menschliche Fehlbarkeit anerkennt und davon ausgehend versucht, das umgebende System so sicher wie möglich zu machen [7, 8]. Stattdessen herrscht vielfach ein Unfehlbarkeitsanspruch des Gesundheitspersonals an sich selbst und andere, der Angst vor Versagen erzeugt und so das Thematisieren von Fehlern von vornherein erschwert [9].

Um diese Hürden abzubauen und die aktive Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen in der ambulanten Medizin zu fördern, wurde das Innovationsfonds-Projekt CIRSforte (zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen

[CIRS] für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System) ins Leben gerufen. CIRSforte richtete sich an ambulante Praxen aller Fachrichtungen, die mithilfe verschiedener Maßnahmen dabei begleitet wurden, ein CIRS zu implementieren. Als erste zentrale Maßnahme absolvierten die Praxen einen einführenden Workshop zum Thema Fehlermanagement. Um allen der über ganz Deutschland verteilten Praxen die Gelegenheit zur Teilnahme zu geben, wurde der Workshop in zwei verschiedenen Formaten geplant: einerseits als Präsenzveranstaltung an verschiedenen Orten und andererseits als Online-Workshop zum Selbststudium.

Ziel dieses Artikels ist es, den Prozess der Konzeption und Erstellung des Online-Workshops zu beschreiben sowie die Evaluationsergebnisse im Vergleich zu den Evaluationsergebnissen der Präsenzworkshops vorzustellen.

Methoden

Rekrutierung

Die Rekrutierung der an CIRSforte teilnehmenden Praxen erfolgte von März bis November 2018 über diverse Kanäle. So wurden beispielsweise bundesweit Praxisnetze aktiv angesprochen, zudem erfolgten Aufrufe über Beiträge in Newslettern, Fachzeitschriften und in Tageszeitungen. Insgesamt konnten 184 Praxen zur Teilnahme an CIRSforte gewonnen werden. Mit den teilnehmenden Praxisnetzen und mit jeweils regional zusammenliegenden Praxen ohne Verbundstruktur wurden Präsenztermine zur Durchführung des Einführungsworkshops vereinbart. Da abzusehen war, dass nicht jede Praxis einen der angebotenen Termine in der Nähe wahrnehmen konnte, und zudem auch Praxen aus abgelegenen Regionen an CIRSforte teilnahmen, wurde parallel zum Start der Präsenzworkshops mit der Konzeption des Online-Workshops begonnen. Da wir dem praxisübergreifenden Austausch im Präsenzworkshop einen hohen Stellenwert beimaßen, wurden die Praxen erst dann über die Möglichkeit der onlinebasierten Durchführung des Einführungsworkshops in-

formiert, wenn ersichtlich war, dass keine Möglichkeit zur Teilnahme am Präsenzworkshop bestand. Zusätzlich wurden alle Praxen, die bereits am Präsenzworkshop teilgenommen hatten, auf das Onlineangebot hingewiesen. So konnten sich auch Mitarbeitende, die den Präsenztermin nicht wahrnehmen konnten, nachträglich in die Thematik einarbeiten.

Beide Workshopformate richteten sich vorwiegend an ärztliche Leitungspersonen der CIRSforte-Praxen. Weitere interessierte Praxismitarbeitende konnten ebenfalls teilnehmen. Die Teilnahme mindestens einer Person der Praxis an einem der beiden Workshopformate war eine Bedingung für den Erhalt der Aufwandspauschale für die Projektteilnahme.

Konzeption und Erstellung des Online-Workshops

Die Konzeption und Erstellung des Online-Workshops Fehlermanagement erfolgte von Mai bis September 2018. Er lehnte sich inhaltlich an den Präsenzworkshop an, der wiederum auf die in einer ersten Arbeitsphase von CIRSforte erstellte Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen“ [10] aufbaute. In der ersten Lerneinheit „Fehler(quellen) erkennen“ sollten die Teilnehmenden für ihre Tätigkeit in einem Risikobereich sensibilisiert werden. In der zweiten Lerneinheit „Fehler berichten“ wurde zunächst der Begriff „Fehler“ definiert und es wurden verschiedene Fehlerarten erläutert. Dann wurde dargestellt, warum die Kommunikation über Fehler schwerfällt und welche Rolle dabei die im Umfeld herrschende Fehlerkultur spielt. In diesem Kontext wurde den Teilnehmenden der systemorientierte Ansatz zum Umgang mit Fehlern nach James Reason [11, 12] vorgestellt (betrachtet menschliche Fehler im Gesamtkontext einer Situation mit allen äußeren Einflussfaktoren und begreift sie als „Symptom“ für zugrundeliegende strukturelle Schwächen). In der dritten Lerneinheit „Aus Fehlern lernen“ wurden die Schritte einer strukturierten Fehleranalyse erläutert und es wurde dargestellt, wie sich CIRS für das praxis-

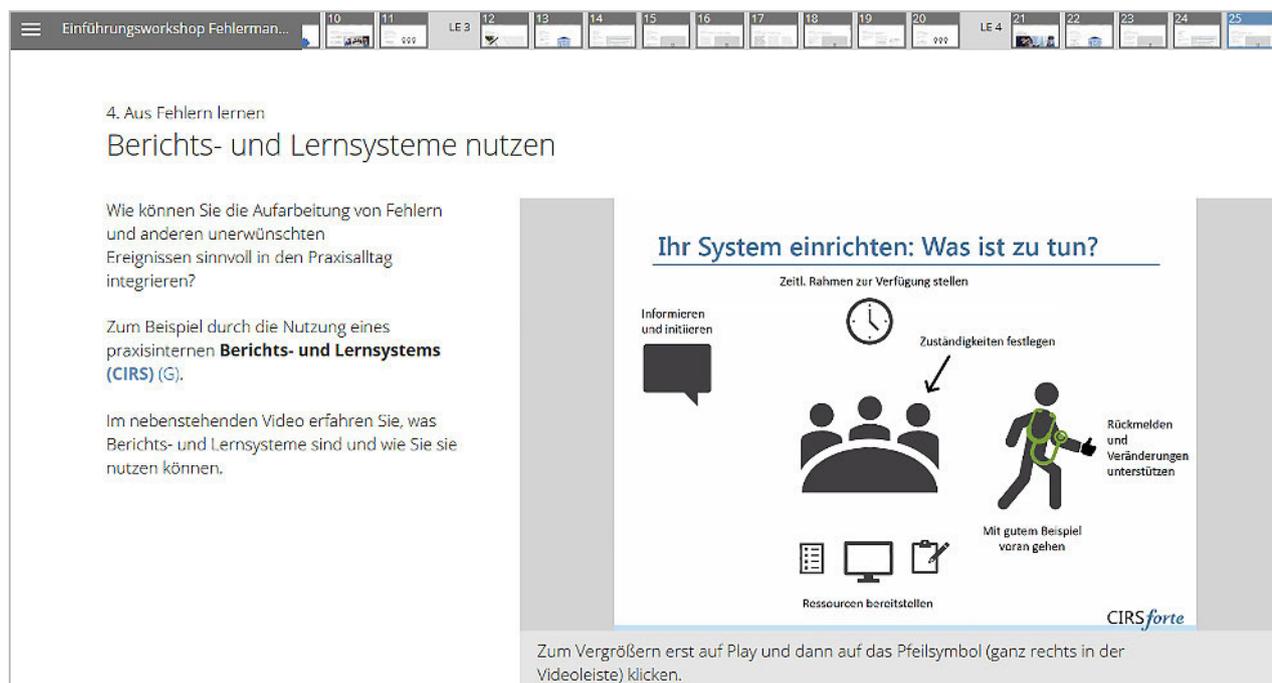


Abbildung 1 Steuerungsübersicht des Online-Workshops

interne und praxisübergreifende Fehlermanagement nutzen lässt.

Bei der Konzeption des Online-Workshops wurden die o.g. Erkenntnisse zu Nutzungsbarrieren ambulant tätiger Ärzte im Hinblick auf Berichts- und Lernsysteme berücksichtigt [5]. Wie in internationaler Literatur zum Thema gefordert [13], wurde Wert auf Praxisnähe und Relevanz der Informationen für die Zielgruppe gelegt. Es wurden konkrete Hilfestellungen für die praktische Umsetzung der Lerninhalte verankert und die Nutzer wurden durch zu bearbeitende Aufgaben aktiv eingebunden.

Als Medium zur Vermittlung der meisten Lerninhalte wurden kurze animierte und vertonte PowerPoint-Präsentationen erstellt, die als Videos abgespielt werden konnten. Dieses Format war in der Erstellung zwar deutlich aufwendiger als eine einfache Präsentation, erlaubte aber, auch komplexere Sachverhalte anschaulich und kurzweilig darzustellen. Zur Erstellung des Online-Workshops wurde das Autorensystem „LernBar“ von studiumdigitale, der zentralen E-learning-Einrichtung der Goethe-Universität Frankfurt [14], genutzt (Abb. 1 und 2).

Der Workshop wurde durch vier Ärztinnen und Ärzte pilotiert. Auf-

grund des überwiegend positiven Feedbacks der Pilotierenden wurden im Anschluss keine Änderungen an Struktur und Inhalten des Workshops vorgenommen. Im Oktober 2018 wurde der Online-Workshop Fehlermanagement im LernBar-Portal der Goethe-Universität Frankfurt veröffentlicht [15]. Der Workshop war in 1,5–2 Stunden zu absolvieren. Alle an CIRSforte teilnehmenden Praxen erhielten den Link zum Online-Workshop im Oktober 2018 über die monatliche Info-Mail „CIRSforte aktuell“.

Datenerhebung und -auswertung

Zur Evaluation von sowohl Präsenz- als auch Online-Workshop wurden zwei annähernd identische Fragebögen erstellt (Tab. 1). Die Evaluation erfolgte nach Abschluss des jeweiligen Workshops. Der Evaluationsbogen des Präsenzworkshops wurde den Teilnehmenden direkt im Anschluss an den Workshop ausgeteilt und nach dem Ausfüllen wieder eingesammelt. Der Evaluationsbogen des Online-Workshops wurde auf der letzten Seite des Workshops hinterlegt und konnte per E-Mail, Post oder Fax an das Studienteam geschickt werden.

Die acht Items beider Fragebögen beinhalteten sowohl Fragen zur Konzeption als auch zu den Inhalten des Kurses und wurden auf einer vierstufigen Likert-Skala bewertet. In Freitextantworten konnten die Teilnehmenden Kommentare und Änderungsvorschläge äußern. Mittels Chi-Quadrat-Test wurde untersucht, ob zwischen den Evaluationsergebnissen der beiden Workshopformate Unterschiede vorlagen. Bei dieser explorativen Datenanalyse wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 10\%$ angenommen. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 25.

Ethikvotum

Das Projekt CIRSforte wurde der zuständigen Ethikkommission vorgestellt und positiv beschieden (Geschäfts-Nr. 185/17).

Ergebnisse

Zusammensetzung der Stichprobe

Bis Februar 2019 nahmen von den insgesamt 184 in CIRSforte eingeschlossenen Praxen 112 ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeitende aus 86 Praxen am Online-Workshop teil. Die Evaluation des Online-Workshops wurde von 64 Teilnehmenden durch-

4. Aus Fehlern lernen
 Einen Fehler aufarbeiten

In diesem Workshop wurde schon viel davon gesprochen, dass man aus Fehlern lernen kann.

Aber wie geht das ganz konkret? Wie kann man einen Fehler so aufarbeiten, dass man aus ihm lernen und ihn in Zukunft vermeiden kann?

Einen Überblick über die Fehleraufarbeitung bekommen Sie im nebenstehenden Video.

Das im Video erwähnte Glossar finden Sie in der Seitenleiste (klicken Sie auf die drei horizontalen Striche links oben). Dort finden Sie u.a. Definitionen **zu berichtender Ereignisse** (G).

Maßnahmen festlegen

Personenorientiert:
 Veränderung der Person
 (z.B. Schulungen, Ermahnungen, Warnhinweise...)

Systemorientiert:
 Veränderung des Umfelds
 (z.B. Software, Geräte, Arbeitsabläufe...)

Schwache Maßnahmen **Starke Maßnahmen**

5:50 / 6:33 CIR1x

Zum Vergrößern erst auf Play und dann auf das Pfeilsymbol (ganz rechts in der Videoleiste) klicken.

Abbildung 2 Screenshot aus dem Online-Workshop

geführt (57 % der teilnehmenden Personen). Am Präsenzworkshop nahmen 206 ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeitende aus 80 Praxen teil, von denen 172 Personen evaluierten (84 % der teilnehmenden Personen).

Evaluationsergebnisse

Beide Workshopformate erzielten überwiegend positive Evaluationsergebnisse (Tab. 1). Besonders große Zustimmung erhielt in beiden Formaten u.a. das Item „Die Bedeutung der Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen in meiner Praxis ist mir deutlich geworden“. Auch den zeitlichen Umfang beider Workshops hielten die meisten Teilnehmenden für angemessen. Jeweils weniger als die Hälfte stimmten der Aussage „Ich fühle mich ausreichend informiert, um eine strukturierte Fehleranalyse in meiner Praxis durchführen zu können“ zu. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Workshopformaten fanden sich bei zwei Items. Die Teilnehmenden des Online-Workshops antworteten signifikant häufiger, dass die angesprochenen Themen für sie relevant gewesen seien ($\chi^2 = 6,129$, $p = 0,047$). Umgekehrt äußerten die Teilnehmenden des Präsenzworkshops signifikant häufiger, dass sie

der Workshop motiviert habe, sich aktiv mit Risiken und Fehlern auseinanderzusetzen ($\chi^2 = 9,320$; $p = 0,025$). Darüber hinaus empfanden 94,6 % der Teilnehmenden eines Präsenzworkshops den kollegialen Austausch während des Workshops als hilfreich. Das Format des Online-Selbstlernkurses erzielte ebenfalls eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmenden. 64,4 % gaben nach Bearbeitung des Online-Workshops an, das Onlineformat einer Präsenzveranstaltung vorzuziehen.

In vier Freitextantworten konnten die Teilnehmenden zudem die für sie besonders wichtigen Inhalte nennen und den Workshop kommentieren. Am häufigsten hielten

Alle Leserinnen und Leser der ZFA sind herzlich eingeladen, den Online-Workshop „Fehlermanagement in der Praxis“ (für das gesamte Praxisteam) zu absolvieren. Der Kurs ist kurzweilig und interaktiv gestaltet mit vielen Fallbeispielen, dauert ca. 90 Minuten und ist unter www.cirforte.de/tipps.html (unter „Online-Module“) erreichbar. Bei Einsendung des Arbeitsblatts werden 2 CME-Punkte bescheinigt.

die Teilnehmenden den systemorientierten Ansatz zur Fehlerentstehung und Fehleraufarbeitung für besonders wichtig. Am zweithäufigsten wurde der Themenkomplex Fehlerkultur und Fehlerkommunikation genannt. Änderungsvorschläge gab es kaum, die meisten davon bezogen sich auf technische Aspekte. Einige wünschten sich mehr Fallbeispiele aus der Praxis, um die Aufarbeitung eines Fehlers noch konkreter zu machen. Vereinzelt fühlten sich Teilnehmende auf zu niedrigem Niveau angesprochen. Insgesamt erhielt der Online-Workshop in den Freitextantworten viel positives Feedback („Finde ihn gut so“, „Hat Spaß gemacht, ich habe den Link an meine Mitarbeiterinnen weitergegeben“, „Super Sache!“).

Diskussion

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass unser Online-Workshop zum Thema Fehlermanagement bei den teilnehmenden Praxismitarbeitenden auf hohe Akzeptanz in Form und Inhalt stößt. Die Bewertungen sind überwiegend vergleichbar mit denen der zum gleichen Thema angebotenen Präsenzveranstaltung. Lediglich die Motivation der Teilnehmenden zur aktiven Auseinandersetzung

		Trifft zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft nicht zu		Chi-Quadrat-Wert	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
		Anzahl	% von O-WS oder P-WS	Anzahl	% von O-WS oder P-WS	Anzahl	% von O-WS oder P-WS	Anzahl	% von O-WS oder P-WS		
Der zeitliche Aufwand für den Workshop war angemessen.	O-WS	47	75,8 %	11	17,7 %	3	4,8 %	1	1,6 %	1,579	0,664
	P-WS	126	77,3 %	31	19,0 %	3	1,8 %	3	1,8 %		
Die heute angesprochenen Themen waren für mich relevant.	O-WS	53	84,1 %	9	14,3 %	1	1,6 %	0	0,0 %	6,129	0,047*
	P-WS	116	67,8 %	48	28,1 %	7	4,1 %	0	0,0 %		
Die Bedeutung der Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen in meiner Praxis ist mir deutlich geworden.	O-WS	50	78,1 %	11	17,2 %	3	4,7 %	0	0,0 %	1,914	0,384
	P-WS	117	69,2 %	43	25,4 %	9	5,3 %	0	0,0 %		
Ich könnte meinen Kollegen/-innen erklären, wie Fehler entstehen.	O-WS	36	56,3 %	27	42,2 %	1	1,6 %	0	0,0 %	0,223	0,895
	P-WS	101	59,4 %	66	38,8 %	3	1,8 %	0	0,0 %		
Ich fühle mich ausreichend informiert, um eine strukturierte Fehleranalyse in meiner Praxis durchführen zu können.	O-WS	28	45,9 %	28	45,9 %	5	8,2 %	0	0,0 %	0,764	0,858
	P-WS	85	49,7 %	74	43,3 %	11	6,4 %	1	0,6 %		
Durch den Workshop habe ich eine neue Perspektive auf „Fehler“ gewonnen.	O-WS	30	46,9 %	26	40,6 %	6	9,4 %	2	3,1 %	4,103	0,251
	P-WS	100	58,5 %	48	28,1 %	20	11,7 %	3	1,8 %		
Der Workshop hat mich motiviert, mich in meiner Praxis aktiv mit kritischen Ereignissen auseinanderzusetzen.	O-WS	37	57,8 %	27	42,2 %	0	0,0 %	0	0,0 %	9,320	0,025*
	P-WS	123	71,9 %	41	24,0 %	6	3,5 %	1	0,6 %		
Ich hätte diesen Workshop lieber als Präsenzveranstaltung gemeinsam mit Kollegen absolviert.	Item nur im O-WS	12	19,0 %	11	17,5 %	18	28,6 %	22	34,9 %	n/a	n/a
Der Austausch mit anderen Teilnehmenden war für mich hilfreich.	Item nur im P-WS	105	62,9 %	53	31,7 %	9	5,4 %	0	0,0 %	n/a	n/a

Tabelle 1 Evaluationsergebnisse Online- und Präsenzworkshop. O-WS: Online-Workshop, P-WS: Präsenzworkshop, n/a: nicht anwendbar. *: Der Unterschied ist auf dem 0,05-Niveau signifikant. n(Präsenz) = 172 TN (Teilnehmer). n(Online) = 64 TN

zung mit kritischen Ereignissen wurde im Präsenzworkshop mehr gestärkt. In den Freitextantworten wurden das Thema Fehlerkultur und der systemorientierte Ansatz sehr häufig als besonders wichtig hervorgehoben. Unsicherheiten scheinen nach Absolvieren von Online- und Präsenzworkshop noch in der konkreten Durchführung einer Fallanalyse zu bestehen. Insgesamt sprechen die Evaluationsergebnisse und die Kommentare der Teilnehmenden dafür, dass der Online-Workshop einen soliden Grundstein für die Sensibilisierung der Teilnehmenden für das Thema legen und sie von der Sinnhaftigkeit eines strukturierten Fehlermanagements überzeugen konnte.

Vergleich mit anderen Arbeiten

Es existieren bereits vielfältige Publikationen zu Interventionen zur Verbesserung der Patientensicherheit in der internationalen Literatur [16]. Worsham et al. entwickelten ein Simulationstraining für Medizinstudierende zur Förderung des Berichtens und strukturierten Aufarbeitens kritischer Ereignisse [17]. Auch innovative Konzepte wie die Nutzung von Comics für Trainings im Bereich Patientensicherheit zeigen Erfolg [18]. Publikationen speziell zu onlinebasierten Programmen zur Verbesserung der Patientensicherheit sind bislang selten, zeigen aber ebenfalls vielversprechende Erkenntnisse. So erstellten Gaupp et al. einen Onlinekurs für Medizinstudierende, in dem es unter anderem gelang, den systemorientierten Ansatz erfolgreich zu vermitteln [19]. McCarthy et al. entwickelten einen fallbasierten E-Learning-Kurs für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, der signifikant Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten der Teilnehmenden zum Thema Patientensicherheit verbesserte [20].

Auch wenn die Arbeiten methodisch und bezogen auf die Zielgruppe nicht mit unserer vergleichbar sind, zeigen sich dennoch Parallelen im Hinblick auf Akzeptanz und Wirksamkeit von E-learning-Kursen zu Themen der Patientensicherheit.

Limitationen

Wir entschieden uns bei der Erstellung des Online-Workshops für das Format eines Selbstlernkurses. Der Vorteil für die Teilnehmenden lag darin, den Kurs zeitlich und örtlich flexibel und im eigenen Lerntempo bearbeiten zu können. Unseres Wissens nach existiert im deutschsprachigen Raum bisher kein vergleichbares online frei verfügbares Fortbildungsangebot, das sich mit diesen Inhalten speziell an vertragsärztliche Praxisteams wendet. Allerdings erlaubte das gewählte Kursformat keine synchrone Interaktion mit weiteren Lernenden oder einer Lehrperson. Das könnte erklären, warum der Präsenz-



Britta Weißbarth ...

... geb. 1989 in Bad Honnef, studierte Humanmedizin in Marburg und Frankfurt. Derzeit arbeitet sie als Assistenzärztin in der Kardiologie. Im Rahmen ihrer Promotion am Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin unter der Leitung von Prof. Ferdinand M. Gerlach beschäftigt sie sich mit Fehlermanagement in der ambulanten Versorgung.

workshop im Item „Motivation“ im differenzierten Vergleich deutlich positiver bewertet wurde als der Online-Workshop: Lerninhalte mit affektiver Komponente wie das Herausbilden einer Motivation lassen sich möglicherweise besser in persönlicher Interaktion in einer Gruppe von Gleichgesinnten erfahren [21]. Dies wird auch dadurch untermauert, dass fast alle Teilnehmenden des Präsenzworkshops den Austausch mit Kollegen als hilfreich empfanden. Weiterhin ließ das Format des Selbstlernkurses kein Eingehen auf individuelles Vorwissen bei den Teilnehmenden oder das Setzen von variablen inhaltlichen Schwerpunkten zu, wie es in einem Präsenzsetting möglich ist.

Ferner ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass keine randomisierte Zuteilung der Teilnehmenden auf Online- und Präsenzgruppe erfolgte. So unterschieden sich die beiden Gruppen eventuell hinsichtlich Praxischarakteristika wie Größe, Fachrichtung und Lage. Diese Parameter wurden bei der Evaluation nicht erfasst, sodass darüber keine Aussagen möglich sind. Zukünftige Untersuchungen sollten diese Aspekte berücksichtigen. Weiterhin war der Anteil der Non-Responder in der Onlinegruppe höher als in der Präsenzgruppe. In Anbetracht der fehlenden „sozialen Kontrolle“ und der gegebenen Anonymität beim Bearbeiten des Online-Workshops war das Studienteam mit einer Rücklaufquote der Evaluationsbögen von fast 60 % durchaus zufrieden.

Es muss zudem berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse dieser Studie nicht repräsentativ sind. Die Studienpopulation bestand aus Teilnehmenden des Projektes CIRSforte, was für ein von vornherein ausgeprägtes Interesse an den Themen Patientensicherheit und Fehlermanagement spricht.

Schlussfolgerungen

Der Online-Workshop lieferte niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Praxismitarbeitenden neue Denkanstöße zum Thema Fehlermanagement. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden schätzte die Inhalte des Online-Workshops als relevant ein. Das Onlineformat wurde gut angenommen und kann zur weiteren erwünschten Verbreitung des Themas auch über das Projekt CIRSforte hinaus beitragen. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass nicht alle Arten von Inhalten in einem Online-Selbstlernkurs optimal vermittelt werden können. Aus diesem Grund werden im Rahmen von CIRSforte nun auch Webinare zum Thema Fehlermanagement für die Teilnehmenden angeboten. Diese büßen zwar gegenüber reinen Selbstlernkursen an zeitlicher Flexibilität ein und stellen nochmals andere technische Anforderungen, können aber als virtuelle Kleingruppenseminare zahlreiche Vorteile von Online- und Präsenzformat vereinen.

Zusatzangaben: Das Projekt CIRSforte wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (Förderkennzeichen 01VVF 16021). Das Projekt wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M. geleitet, Konsortialpartner sind das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Techniker Krankenkasse und das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin. Weitere Projektpartner sind die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die Asklepios Kliniken GmbH.

Danksagung: Wir danken den an CIRSforte teilnehmenden Praxen für ihr Engagement. Weiterhin bedanken wir uns bei den Mitarbeitern von studiumdigitale für die Unterstützung bei der technischen Umsetzung.

Interessenkonflikte:

Das Projekt CIRSforte wurde vom Innovationsfonds finanziert. Hardy Müller und Katharina Rubin sind Mitarbeitende der Techniker Krankenkasse. Hardy Müller ist ehrenamtlicher Generalsekretär des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Literatur

- World Alliance for Patient Safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva: World Health Organization, 2005. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797> (letzter Zugriff am 10.07.2019)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit, Stiftung Patientensicherheit. Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung fr stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen. Berlin, 2016. www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf (letzter Zugriff am 10.07.2019)
- Manser T, Frings J, Heuser G, McDermott F. The German clinical risk management survey for hospitals: implementation levels and areas for improvement in 2015. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016; 114: 28–38
- www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/516/ (letzter Zugriff am 01.02.2019)
- Gruber D, Blazejewski T, Beyer M, Müller H, Gerlach FM, Müller BS. Fehlermanagement in der ambulanten Praxis. Fokusgruppen mit Ärztinnen, Ärzten und Medizinischen Fachangestellten. *Z Allg Med* 2018; 94: 110–115
- www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/11/04-Buchmann.pdf (letzter Zugriff am 02.02.2019)
- Macrae C. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf* 2016; 25: 71–75
- Bauer H. Cockpit und OP-Saal: Checklisten verbessern Sicherheit. *Berl Med* 2010; 01: 8–12
- Protschka J. Die Angst vor der Schuld. *Dtsch Ärztebl* 2012; 109: A2574–8
- Aktionsbündnis Patientensicherheit. Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen. Berlin; 2018. www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/04/APS_HE_CIRSambulant_web.pdf (letzter Zugriff am 10.07.2019)
- Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995; 4: 80–89
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768–770
- Walsh K. Reflections of health care professionals on e-learning resources for patient safety. *Proc Bayl Univ Med Cent* 2018; 31: 35–36
- www.studiumdigitale.uni-frankfurt.de/59593095/LernBar-Autorensystem (letzter Zugriff am 29.01.2019)
- <http://lernbar.uni-frankfurt.de/bwei/cirsforte1> (letzter Zugriff am 29.01.2019)
- Johnston BE, Lou-Meda R, Mendez S, et al. Teaching patient safety in global health: lessons from the Duke Global Health Patient Safety Fellowship. *BMJ Glob Health* 2019; 4: e001220
- Worsham C, Swamy L, Gilad A, Abbott J. Quality improvement virtual practicum: The QI simulator. *MedEdPORTAL* 2018; 14: 10670
- Maatman TC, Prigmore H, Williams JS, Fletcher KE. Patient safety superheroes in training: using a comic book to teach patient safety to residents. *BMJ Qual Saf*; 14 June 2019 [epub ahead of print]
- Gaupp R, Körner M, Fabry G. Effects of a case-based interactive e-learning course on knowledge and attitudes about patient safety: a quasi-experimental study with third-year medical students. *BMC Med Educ* 2016; 16: 172–179
- McCarthy SE, O’Boyle CA, O’Shaughnessy A, Walsh G. Online patient safety education programme for junior doctors: is it worthwhile? *Ir J Med Sci* 2016; 185: 51–58
- www.e-teaching.org/didaktik/konzeption/zielgruppe/motivation (letzter Zugriff am 07.02.2019)

Korrespondenzadresse

Britta Weißbarth
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
britta.weissbarth@posteo.de

Inhaltsverzeichnis Studienordner

1. Wichtige Informationen

- Ansprechpartner
- Informationen für Praxen
- Zeitplan zum Studienablauf
- Sammlung wichtiger links und Adressen

2. Studienmaterialien

- Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen
- Schulungsfolien des Einführungsworkshops
- Teilnahmebescheinigung zum Aushang in der Praxis

3. Kopiervorlagen

Hier finden Sie Formulare, die Sie im Praxisalltag für Ihr Fehlermanagement nutzen können als Kopiervorlage:

- Berichtsformular
- Analyseformular
- Maßnahmenformular

4. Zum Abheften

Hier können Sie alle Unterlagen, die Sie im Laufe der Studie erhalten oder selbst erstellen abheften, sodass alle Mitarbeiter Zugriff darauf haben.

Sammeln Sie hier zum Beispiel:

- Ihre erarbeiteten Ereignisberichte
- Infomails
- Ihre Einwilligungserklärung
- Anregungen zum Fehlermanagement (z.B. Artikel aus der Zeitschrift *Der Hausarzt*)
- ...

Ansprechpartner für Fragen

CIRStorte Zentrale

Die **CIRStorte Zentrale** ist die Kontaktstelle für alle, die an der Praxisphase teilnehmen. Sie können sich an uns wenden, wenn Sie Informationen zu den Workshops benötigen oder Fragen zur Handlungsempfehlung und Berichts- und Lernsystemen haben. Melden Sie sich gerne, wenn Probleme während der Praxisphase auftreten.

Wenn etwas in Ihrer Praxis gut gelaufen ist, dann würden wir ebenfalls gerne von Ihnen hören, damit wir Ihre Erfolge mit anderen teilen können.

CIRStorte Zentrale

Dagmar Lüttel

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Tatjana Blazejewski/Dania Gruber (im Vertretungsfall)

Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt am Main

Tel.: 030-3642 816 26 (Mi. – Fr., 9 – 17 Uhr)

E-Mail: cirstorte@aps-ev.de

Studie zur Einführung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen in niedergelassenen Praxen

Informationen für Praxen

Wir freuen uns über Ihr Interesse, an der oben genannten Studie im Rahmen des Projektes CIRStorte teilzunehmen. Wir haben für Sie den Studienablauf zusammengefasst und stellen Ihnen vor, was Sie von einer Teilnahme erwarten dürfen.

1 Was ist CIRStorte?

CIRStorte ist ein Projekt zur **Fortentwicklung** von Fehlerberichts- und Lernsystemen (**CIRS**) für die ambulante Versorgung. Das Projekt wird durch das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main geleitet. Weitere Partner sind das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse (WINEG), das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und die Asklepios-Kliniken GmbH. Das Projekt finanziert sich durch Mittel aus dem Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung (Förderkennzeichen 01VSF16021).

Innerhalb des Projekts CIRStorte wird eine Studie zur Einführung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen in niedergelassenen Praxen durchgeführt. **Dabei wird nicht ein weiteres CIRS (Berichtssystem) entwickelt, sondern das Studienteam will ambulante Praxen bei der Nutzung der vorhandenen Systeme unterstützen und die Sicherheitskultur in den Praxen stärken.** Innerhalb der Studie sind vielfältige Hilfestellungen und Prozesse vorgesehen, die Praxisteams bei der Wahrnehmung, Besprechung und Vermeidung von möglichen kritischen Ereignissen unterstützen.

Durch die Teilnahme an der Studie können Sie demonstrieren, dass in Ihrer Praxis Fehlermanagement auf dem aktuellen Stand stattfindet.

2 Was sind Berichts- und Lernsysteme oder CIRS (critical incident reporting system)?

Berichts- und Lernsysteme werden genutzt, um die Sammlung und die Aufarbeitung von sogenannten kritischen Ereignissen zu unterstützen. Die Ableitung von vorbeugenden Maßnahmen ist dabei essentiell, so dass Leitungskräfte, die berichtende Person selbst, alle Kolleginnen und Kollegen daraus lernen können.

Berichts- und Lernsysteme können papierbasiert (z. B. ein Fehlerbuch) oder elektronisch aufgebaut sein (z. B. Dummy-Patienten im Praxisverwaltungssystem). Größere Organisationen, z. B. Medizinische Versorgungszentren (MVZ), nutzen auch EDV-gestützte Systeme im Intranet oder Internet. Oft sind (z.B. basierend auf dem QM-System) solche Systeme bereits in den Praxen vorhanden, ohne dass sie aber regelmäßig genutzt werden und ihr Potenzial zur Vermeidung von kritischen Ereignissen ausgeschöpft wird.

3 Was haben Sie von der Teilnahme an dieser Studie?

- Entwicklung eines State-of-the-Art-Umgangs mit Fehlermanagement in Ihrer Praxis
- Das Studienteam bietet ein Servicepaket u.a. mit der neu konzipierten „Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen: Berichts- und Lernsysteme einrichten und erfolgreich betreiben“, Workshops, Unterstützung bei der Aufarbeitung von kritischen Ereignissen, Förderung des praxisübergreifenden Austauschs und einer persönlichen Ansprechperson für Fragen.
- Für Veranstaltungen wie Workshops werden Fortbildungspunkte beantragt.
- Sie erhalten ein Teilnahmezertifikat zum Aushang in Ihrer Praxis.
- Sie erfüllen mit der Teilnahme Anforderungen aus der QM-Richtlinie für vertragsärztliche Praxen.
- Das Projektteam wird sich für eine umfangreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit starkmachen.

4 Welche Unterstützung erhält Ihre Praxis vom Studienteam?

- Zu Studienbeginn erhalten Sie die neu konzipierte „Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen: Berichts- und Lernsysteme einrichten und erfolgreich betreiben“. Sie enthält Empfehlungen für Berichts- und Lernsysteme inkl. Berichtsformularen, Fallanalyseschemata etc. und dient Ihrem Praxisteam als Anleitung und Nachschlagewerk für die Studienzeit und darüber hinaus.
- Begleitend bringen wir Ihnen in Workshops das Themenfeld der Sicherheitskultur und den konstruktiven Umgang mit kritischen Ereignissen in Ihrer Praxis näher.
- Das Studienteam arbeitet besonders interessante Fallberichte aus den teilnehmenden Praxen auf und gibt sie anonym an alle teilnehmenden Praxis weiter (z.B. als Fall des Monats inkl. Tipps zur Fehlervermeidung)
- Ihre Good-Practice-Beispiele, die sich bei der Umsetzung von Fehlermanagement bewährt haben, werden gesammelt und allen teilnehmenden Praxen zugänglich gemacht, um das praxisübergreifende Lernen zu fördern. Dies können Strategien sein, wie Sie die Analyse von kritischen Ereignissen in die Praxisabläufe integrieren, oder aber Maßnahmen, mit denen Sie möglichen Ereignissen in Zukunft vorbeugen.
- Das Studienteam wird einen Schwerpunkt auf den praxisübergreifenden Austausch über kritische Ereignisse und Vermeidungsstrategien legen, z.B. per Qualitätszirkel.
- Regelmäßige Newsletter halten Sie über den aktuellen Stand der Studie und des Gesamtprojekts auf dem Laufenden, beispielsweise wann Workshops stattfinden, welche Zwischenergebnisse erreicht wurden oder welche nächsten Schritte geplant sind.
- Das Studienteam steht Ihnen telefonisch und per E-Mail zur Verfügung (Kontaktdaten siehe unten).

5 Welche Aufgaben kommen auf Sie zu?

Zeitlicher Rahmen

Die Studie beginnt im April 2018 und ist auf 20 Monate angelegt.

Teilnahme an Schulungen

- Mindestens die Praxisleitung, gerne aber auch weitere Personen Ihrer Praxis, nimmt bzw. nehmen an einem Einführungsworkshop zum Thema „Fehlermanagement in der Praxis“ teil. Es wird in jeder Region im Zeitraum Mai bis August 2018 ein Workshop stattfinden zu dem wir Sie einladen werden. Dauer: 2-3 Stunden
- Wir laden Sie darüber hinaus ein, ab Herbst 2018 an vertiefenden online Modulen teilzunehmen. Umfang je 15-20 Minuten.

Einführung und Nutzung eines Berichts- und Lernsystems

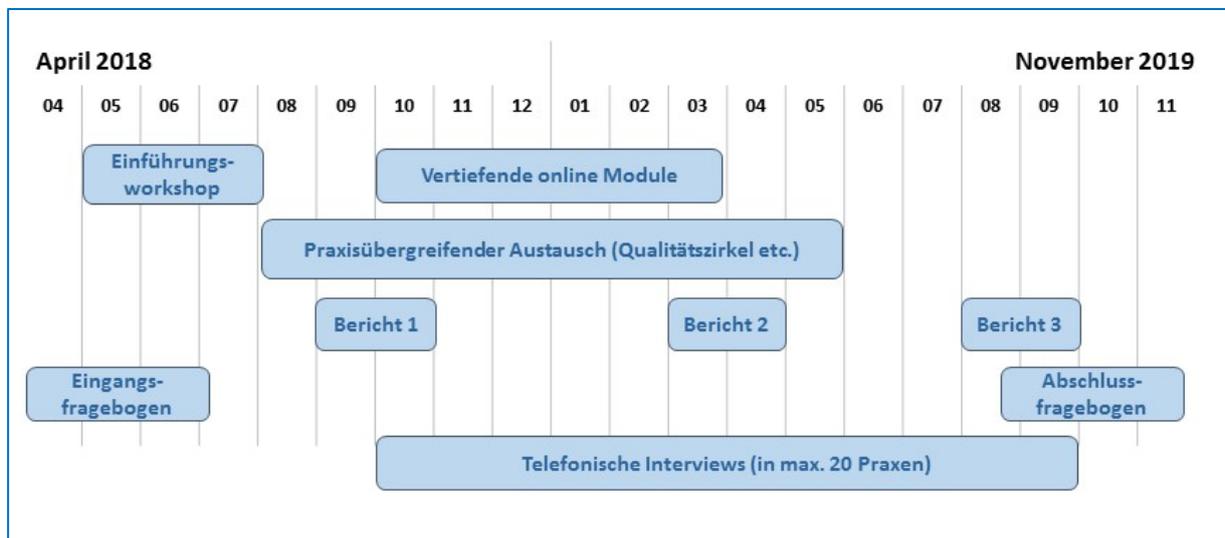
- Sie entscheiden für sich, in welcher Form Sie in Ihrer Praxis ein Berichts- und Lernsystem nutzen möchten, z. B. EDV- oder papierbasiert oder ein bestehendes externes System.
- In Ihren Teambesprechungen nehmen Sie regelmäßig einen festen Tagesordnungspunkt auf, bei dem Sie sich mit kritischen Ereignissen beschäftigen.

Wie Sie bei diesen Punkten am besten vorgehen, vermitteln wir Ihnen in den Workshops und finden Sie in der „Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen: Berichts- und Lernsysteme einrichten und erfolgreich betreiben“. Diese erhalten Sie bei Studienbeginn.

Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation

- Ihrer Praxis sendet uns ausgefüllte Fragebögen zu Beginn und Ende der Studienlaufzeit zu. Dauer pro Person: 20-30 Minuten
- Sie informieren das Studienteam dreimal im Abstand von jeweils fünf bis sechs Monaten in einem kurzen Formular über die Fortschritte in Ihrer Praxis („Bericht“ im Projektplan). Dauer: 20 Minuten
- Sie senden dem Studienteam dreimal im Abstand von jeweils fünf bis sechs Monaten einen anonymisierten Ereignisbericht aus dem in Ihrer Praxis genutzten Berichts- und Lernsystem zu („Bericht“ im Projektplan). Es wird gewährleistet, dass nach Eingangsprüfung die Berichte Ihrer Praxis nicht mehr zugeordnet werden können. Dauer: 10 Minuten
- Wir laden Sie ein, uns im Projektverlauf in Telefoninterviews Rückmeldung zu bestimmten Fragen zu geben. Dauer pro Interview: 15-20 Minuten

6 Projektplan



7 Welche Voraussetzungen bringt Ihre Praxis mit, um an dieser Studie teilnehmen zu können?

- Es können Praxen jeder Größe und Facharzttrichtung (Allgemeinmedizin, Kardiologie, Labormedizin etc.) und auch Praxen psychologischer PsychotherapeutInnen teilnehmen.
- Ihre Praxis nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Teilnahme für reine Privatpraxen ist leider nicht möglich.
- Ihre Praxis wird voraussichtlich bis Ende 2019 bestehen.
- Ihre Praxis benennt einen Ansprechpartner oder eine Ansprechpartnerin (ärztlich oder nicht-ärztlich). Diese Person ist für die Kommunikation mit dem Projektteam zuständig.
- Der Ansprechpartner oder die Ansprechpartnerin benötigt eine aktuelle E-Mail-Adresse und einen Internetzugang in der Praxis, da die Kommunikation überwiegend per E-Mail erfolgt.
- Der Praxisinhaber oder die Praxisinhaberin willigt möglichst mit Einverständnis des Praxisteam schriftlich in die Teilnahme am Projekt ein. (siehe Einwilligungserklärung)

8 Ansprechpartnerin für Fragen

Studienmitarbeiterin

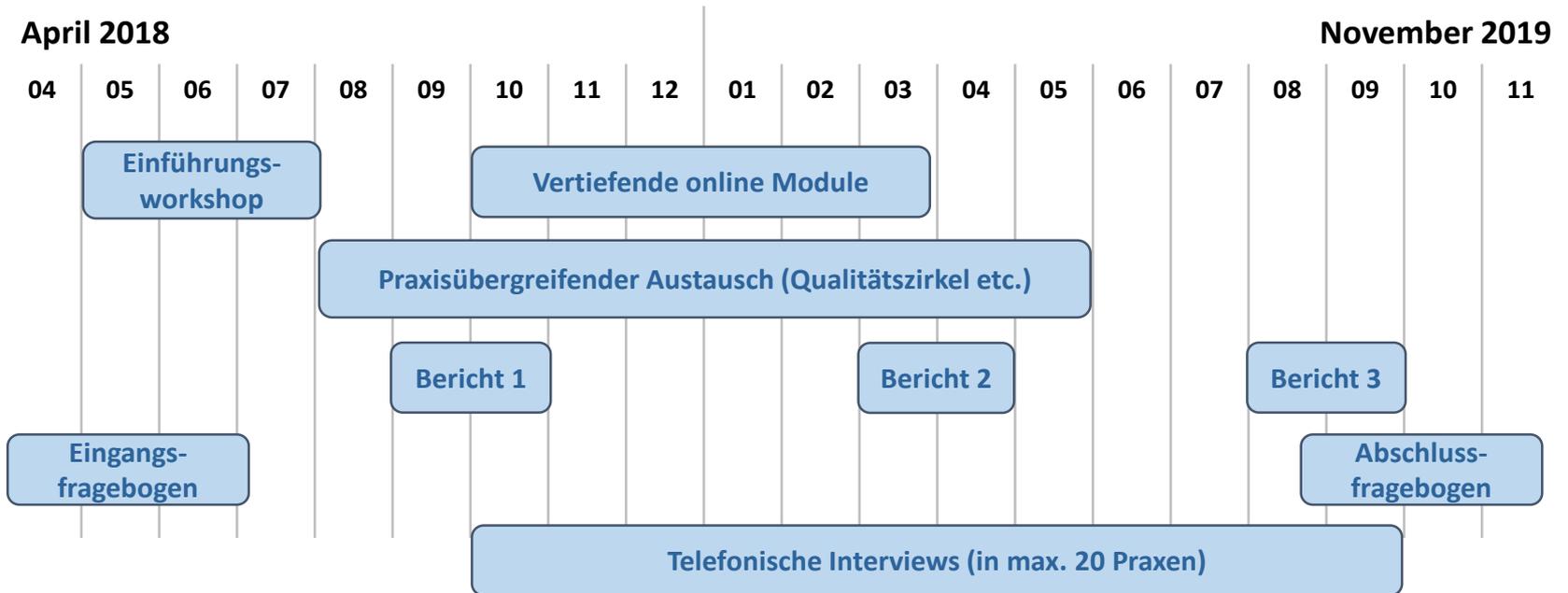
Dagmar Lüttel

E-Mail: cirsforte@aps-ev.de

Tel: +49 (0)30 3642 816 26

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Zeitplan



Links und Adressen

1 Homepages der Projektpartner

Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt

<http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de>

WINEG - Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen

<https://www.tk.de/tk/wineg/118306>

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)

<http://www.aps-ev.de>

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

<https://www.aezq.de>

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)

<https://www.kvwl.de>

Asklepios Kliniken GmbH

<https://www.asklepios.com/konzern>

2 Übergreifende Berichts- und Lernsysteme

www.jeder-fehler-zaehlt.de

www.cirsmedical.de

www.cirs-nrw.de

www.cirs-health-care.de

www.cirs-ains.de

www.cirs-pharmazie.de

www.cirs-urologie.de

HANDLUNGSEMPFEHLUNG



**Handeln bevor etwas passiert.
Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.**

**Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen
im Gesundheitswesen**



**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

INHALT

VORWORT	3
ZIELGRUPPE UND ZIELSETZUNG DIESER EMPFEHLUNG	4
HINWEISE	5
1 EINFÜHRENDE INFORMATIONEN	5
	4
2 SINN UND ZWECK EINES BERICHTS- UND LERNSYSTEMS	6
2.1 Begriffsdefinitionen	6
2.2 Nutzen und Grenzen	7
2.3 Anreize und Verpflichtungen zum Risikomanagement	8
3 EIN INTERNES BERICHTS- UND LERNSYSTEM ERFOLGREICH EINRICHTEN	9
3.1 Voraussetzungen für den Erfolg	9
Mit Fehlern offen umgehen	9
Grundsätze beachten	10
Mit gutem Beispiel vorangehen	11
3.2 Entscheidungen treffen	11
3.3 In den Arbeitsalltag integrieren	15
3.4 Mitarbeitende motivieren	16
4 EIN BERICHTS- UND LERNSYSTEM EFFEKTIV BETREIBEN	17
4.1 Ereignis identifizieren und berichten	18
4.2 Ereignis bewerten	18
4.3 Ereignis analysieren und diskutieren	19
4.4 Verbessern (Maßnahmen ableiten und umsetzen)	22
4.5 Überprüfen, Erkenntnisse teilen und Erfolge feiern	24
5 DURCH EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE BERICHTS- UND LERNSYSTEME LERNEN	24
5.1 Definition und Erläuterung	24
5.2 Merkmale effektiver einrichtungübergreifender Berichts- und Lernsysteme	26
5.3 Beispiele	27
6 ANHÄNGE	28
6.1 Glossar - Die wichtigsten Begriffe	28
6.2 Video zur Information	29
6.3 Vorlagenmuster	30
Schriftliche Zusicherung der Sanktionsfreiheit und Vertraulichkeit	30
Berichtsformular (siehe Kapitel 4.1)	31
Risikomatrix (siehe Kapitel 4.2)	32
Beitragende Faktoren (siehe Kapitel 4.2)	33
Analyseformular (siehe Kapitel 4.3)	34
Maßnahmenformular (siehe Kapitel 4.4)	35
6.4 Literatur	36
6.5 Impressum	38

VORWORT

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

bekanntlich ist irren menschlich. Um eine sichere Behandlung zu gewährleisten und die *Patientensicherheit* auszubauen, sind zunächst genaue Kenntnisse erforderlich, wo wir uns möglicherweise irren. Erst mit diesen Kenntnissen darüber wird es möglich, zielgenau zu intervenieren und erfolgreich die Kultur der *Patientensicherheit* zu stärken. Doch wie entdecken wir diese unbekanntenen Handlungsfelder?

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) engagiert sich seit langem für die Implementierung und Weiterentwicklung von Berichts- und Lernsystemen (CIRS - critical incident reporting system). Bereits im Jahre 2007 wurde eine Handlungsempfehlung veröffentlicht, in der der Nutzen von Berichts- und Lernsystemen erläutert und konkrete Hilfestellungen zur Einführung in stationären Einrichtungen gegeben wurden. Diese Empfehlung wurde 2016 aktualisiert und inzwischen haben sich in fast allen Krankenhäusern und auch auf der Gesetzgebungsebene Berichts- und Lernsysteme als wichtige Instrumente des klinischen *Risikomanagements* etabliert.

Wir begrüßen, dass die Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA (2015) sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement beschreibt, denn Berichts- und Lernsysteme sind auch im ambulanten Bereich von großer Bedeutung: Hunderttausende Patientinnen und Patienten werden jeden Tag ambulant versorgt. Diverse Akteure in unterschiedlichen Einrichtungen sind daran beteiligt. Die Überwachung von Therapie und Gesundheitszustand ist schwieriger als in der Klinik. Der medizinisch-technische Fortschritt führt zu einem immer größeren Angebot an Leistungen in der ambulanten Versorgung. Die Leistungsanforderungen und Arbeitsbelastungen sind hoch. Dennoch kommen Berichts- und Lernsysteme im ambulanten Bereich noch nicht flächendeckend zur Anwendung. Als Gründe hierfür werden manchmal Zeitmangel und Arbeitsverdichtung genannt, dabei wird jedoch übersehen, dass ein wirksames Berichts- und Lernsystem auch dazu führen kann, den Arbeitsablauf zu verbessern und dadurch mehr Zeit für Patienten gewonnen werden kann.

Die vorliegende Handlungsempfehlung wurde im Rahmen des Projektes CIRSforte erstellt. Das Projekt wird vom Innovationsfonds des G-BA gefördert (Förderkennzeichen O1VSF16021) und will Berichts- und Lernsysteme so weiterentwickeln, dass in Zukunft auch die ambulante Versorgung davon profitiert. Nach der bewährten APS-Methode zur Erstellung von Handlungsempfehlungen ist auch diese Empfehlung entstanden. Zudem wurden weitere unterstützende Materialien entwickelt, die Sie im Anhang und auf unserer Website <http://www.aps-ev.de/Projekte/cirsforte/> finden. Wir freuen uns besonders darüber, dass die Empfehlung innerhalb des Projektes CIRSforte von mehreren hundert Praxen eingeführt und wissenschaftlich evaluiert wird.

Dieses Ergebnis wäre nicht möglich ohne das ehrenamtliche und hochqualifizierte Engagement unserer Mitglieder in der APS-Arbeitsgruppe. Binnen eines Jahres wurden diese Materialien erstellt und konsentiert.



Allen Arbeitsgruppenmitgliedern danken wir sehr herzlich für Ihren Einsatz. Stellvertretend gilt unser besonderer Dank den Leiterinnen der Arbeitsgruppe Frau Marina Buchmann und Frau Dr. Anouk Siggelkow. Nicht zuletzt danken wir der APS-Kollegin Dagmar Lüttel, ohne deren Mitarbeit das Projekt so nicht möglich wäre.

Mit der vorliegenden Handlungsempfehlung möchten wir Sie alle ermutigen, Berichts- und Lernsysteme als eine Chance zu sehen, *Fehler* und *unerwünschte Ereignisse* neu zu betrachten. Wir möchten Sie auffordern, Fragen zu stellen und Neues zu erfahren. Seien Sie neugierig! Oft ist es faszinierend zu erkennen, welche Ursachen zu einem *unerwünschten Ereignis* geführt haben. Sie werden möglicherweise unbekannte oder verborgene Fehlerquellen aufdecken, an die Sie vorher nie gedacht haben. Entdecken Sie, wo Verbesserungen möglich sind. Wir sind sicher, dass wir Ihnen mit dieser Handlungsempfehlung einen praktischen Leitfaden an die Hand geben, der Sie auf dem Weg zur Verbesserung der *Patientensicherheit* unterstützt.

Für den APS Vorstand

Hedwig François-Kettner
Vorsitzende

Dr. Ruth Hecker
Stellv. Vorsitzende

Hardy Müller
Geschäftsführer

ZIELGRUPPE UND ZIELSETZUNG DIESER EMPFEHLUNG

Diese Empfehlung richtet sich an Leitungskräfte und Interessierte in ambulanten Einrichtungen¹, die die *Patientensicherheit* stärken wollen. Sie soll dabei unterstützen, ein internes Berichts- und Lernsystem einzuführen und zu betreiben sowie rechtliche Vorgaben und Pflichten als Arbeitgeber zu erfüllen. Darüber hinaus werden Merkmale von einrichtungsübergreifenden Systemen beschrieben, da sie interne Systeme sinnvoll ergänzen können. Die Empfehlung soll auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den Gesetzgebenden als Grundlage für Richtlinien und Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können.

HINWEISE

Alle kursiv gedruckten Begriffe sind im Glossar im Anhang 6.1 aufgeführt.

Unter <http://www.aps-ev.de/Projekte/cirsforte/> stehen Videoclips und Arbeitsmaterialien zu dieser Handlungsempfehlung zur Verfügung, um Teams in ambulanten Einrichtungen dabei zu unterstützen, Berichts- und Lernsysteme erfolgreich zu nutzen. Sie sind ein Auszug aus den konsentierten Inhalten dieser Handlungsempfehlung und enthalten eine Kurzversion, einen Vorschlag zur Gestaltung einer Teambesprechung, ein Arbeitsblatt und eine Übersicht über Berichten und Lernen für mehr *Patientensicherheit*.

¹ Ambulante Einrichtungen erbringen Behandlungsleistungen außerhalb von Krankenhäusern; dazu zählen z. B. Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), aber auch Praxisnetze oder andere Verbünde von Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten; Ambulante Pflegedienste; Apotheken und Praxen von Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.

1 EINFÜHRENDE INFORMATIONEN

Jeden Tag werden hunderttausende Patientinnen und Patienten in Deutschland ambulant behandelt, beraten und gepflegt. Die Versorgung ist oft komplex und meist sind zahlreiche Personen über diverse Schnittstellen hinweg beteiligt. In der Regel verläuft die Versorgung nach Plan. Dennoch passieren manchmal Dinge, die nicht hätten passieren sollen und die unter anderen Umständen hätten vermieden werden können. Solche Ereignisse kommen z. B. im Umgang mit der Dokumentation, Medikamenten, Medizinprodukten, bei der Kommunikation oder der Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen vor.

Die Folgen sind in den meisten Fällen harmlos. Manchmal kommt aber auch jemand zu *Schaden*, und dann können die Konsequenzen dramatisch sein: Beeinträchtigt werden Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen, aber auch die an der Behandlung Beteiligten, die oft unter Schuldgefühlen und Versagensängsten leiden [1]. Möglicherweise werden sie beschuldigt, einen *Fehler* begangen zu haben. Eventuell werden sie aufgefordert, beim nächsten Mal „besser aufzupassen“ oder sogar bestraft. Dabei wird jedoch übersehen, dass in den allermeisten Fällen nicht eine einzelne Person, sondern die Verkettung unglücklicher Umstände und das Versagen von bestehenden Sicherheitsbarrieren ursächlich sind [2]. Wenn sich am Ablauf nichts ändert, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich das Ereignis in gleicher oder ähnlicher Weise wiederholt. Deshalb ist es wichtig, solche Ereignisse zu erkennen und ihre Ursachen zu analysieren. Wenn die Ursachen bekannt sind, können gezielte Maßnahmen abgeleitet werden, die die Wahrscheinlichkeit verringern, dass das gleiche Ereignis in Zukunft noch einmal eintritt.

Genau hier setzen Berichts- und Lernsysteme an. Mit Hilfe von Mitarbeiterberichten zielen sie darauf ab, Risiken, *Fehler* und *kritische Ereignisse* und deren Ursachen zu erkennen und gemeinschaftlich daraus zu lernen. Solche Systeme sind – auch international – bewährt und als integrativer Bestandteil des Qualitäts- und *Risikomanagements* in Einrichtungen des Gesundheitswesens anerkannt [3].

2 SINN UND ZWECK EINES BERICHTS- UND LERNSYSTEMS

2.1 Begriffsdefinitionen

Mithilfe eines **Berichts- und Lernsystems** können bestimmte **Ereignisse** erfasst und bearbeitet werden. Für ein gemeinsames Verständnis werden diese beiden zentralen Begriffe zunächst definiert und erläutert.

Definition Berichts- und Lernsystem:

Ein Berichts- und Lernsystem ist ein Instrument des *Risikomanagements*. Ziel ist die Prävention von *Fehlern* und Schäden durch das Lernen aus *kritischen Ereignissen*, damit diese künftig von einem selbst und von anderen vermieden werden können. Die Berichte werden systematisch aufgearbeitet, Maßnahmen zur Prävention abgeleitet, umgesetzt und deren Wirksamkeit im Rahmen des *Risikomanagements* evaluiert.

Nach: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) [4]

Berichts- und Lernsysteme sind auch unter anderen Bezeichnungen bekannt, z. B. als CIRS (Critical Incident Reporting Systems) oder als Fehlermeldesysteme.

Die Systeme unterstützen das Sammeln und Aufarbeiten von *kritischen Ereignissen*, sodass Leitungskräfte, die berichtende Person selbst, alle Kolleginnen und Kollegen, im Idealfall aber auch andere Einrichtungen, daraus lernen können.

Berichts- und Lernsysteme können papierbasiert oder elektronisch aufgebaut sein. Größere Organisationen, wie z. B. an Krankenhäuser angebundene Medizinische Versorgungszentren (MVZ), nutzen auch EDV-gestützte Systeme im Intranet oder Internet. Berichts- und Lernsysteme können innerhalb einer einzelnen Einrichtung genutzt werden (einrichtungsintern) oder gemeinsam von mehreren Einrichtungen (einrichtungsübergreifend). Einrichtungsübergreifende Systeme können öffentlich zugänglich und einsehbar (offen) sein oder nur registrierten Nutzern zur Verfügung stehen (geschlossen).

Definition der zu berichtenden Ereignisse:

Als zu berichtende Ereignisse gelten alle Ereignisse, die die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährden.

Gemeint sind damit Ereignisse, die nicht beabsichtigt waren, die nicht erwartet wurden und die nicht wieder passieren sollen. Es können Zwischenfälle berichtet werden, die man selbst erlebt hat, die man beobachtet hat oder die einem berichtet wurden. Es stehen nicht ausschließlich *Fehler* im Vordergrund, sondern diejenigen Ereignisse, die bei der Patientenversorgung als Risiken erkannt werden. Um ein Ereignis zu berichten, muss kein Patientenschaden entstanden sein; kein Ereignis ist zu unwichtig oder zu schwerwiegend, um sich nicht damit zu befassen. In der Literatur werden je nach Fallkonstellation verschiedene Begriffe verwandt, wie z. B. *kritisches*, *unerwünschtes* oder *vermeidbares* Ereignis (siehe Glossar Anhang 6.1).

Beispiele für zu berichtende Ereignisse:

- Unvollständige Dokumentation bei Überweisungen und Entlassungsbriefen
- Inkorrekte Verordnung, Ausgabe oder Verabreichung von Medikamenten
- Probleme bei der Anwendung von medizinischen Geräten
- Fehlende Hilfsmittel
- Verzögerte Behandlungen
- Falsche Diagnosen

2.2 Nutzen und Grenzen

Das Ziel von Berichts- und Lernsystemen ist es, aus Fehlern und Ereignissen zu lernen, diese zukünftig zu reduzieren und dadurch die Patientensicherheit zu verbessern.

Berichts- und Lernsysteme tragen dazu bei, Ursachen des berichteten Ereignisses zu bestimmen. Wenn die Erkenntnisse genutzt und die abgeleiteten Maßnahmen in die täglichen Arbeitsabläufe integriert werden, kann die *Patientensicherheit* verbessert werden. Werden die Erkenntnisse dann einrichtungsübergreifend geteilt, können auch andere aus den Ereignissen lernen und zwar bevor ihnen selbst etwas Ähnliches passiert („Frühwarnsystem“).

Ein wirksames Berichts- und Lernsystem kann die Fähigkeit erhöhen, rasch und flexibel auf ein Ereignis zu reagieren. So kann die Widerstandsfähigkeit des Teams und der Organisation gegenüber derartigen Störfaktoren (*Resilienz*) verbessert werden [5].

Weitere Ziele eines Berichts- und Lernsystems:

- Bewusstsein für Risiken schärfen.
- Sicherheitskultur in der Einrichtung weiterentwickeln.
- Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeitenden durch die aktive Beteiligung bei der Vermeidung von *unerwünschten Ereignissen* positiv beeinflussen.
- Stärkung eines sachlichen Umgangs mit vermeintlich individuellen *Fehlern* von Mitarbeitenden.

Bei der Nutzung sind auch die Grenzen eines Berichts- und Lernsystems zu bedenken:

- Berichts- und Lernsysteme haben für sich allein keinen Einfluss auf die *Patientensicherheit*. Nur wenn Berichte eingehen, die eine Basis für systemorientierte Verbesserungen ergeben, kann die *Patientensicherheit* erhöht werden.
- Ein Berichts- und Lernsystem ist **ein** Instrument im Qualitäts- und Risikomanagement, zu dem auch z. B. *Audits*, *Beschwerdemanagement* und *Peer-Review-Verfahren* gehören.
- Ein Berichts- und Lernsystem liefert keine repräsentativen Daten. Es lassen sich keine Rückschlüsse ziehen, wie viele *unerwünschte Ereignisse* in einer Einrichtung tatsächlich aufgetreten sind.
- Ein Berichts- und Lernsystem ersetzt keine verpflichtenden Meldewege, wie z. B.
 - o bei Schadensfällen an den Haftpflichtversicherer
 - o bei Vorkommnissen mit Medizinprodukten an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/mpAkt/Meldeformular_Herst-Bevollm_Neu.html
 - o bei *unerwünschten Arzneimittelwirkungen* (UAW) an die
 - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/> oder an
 - die Arzneimittelkommission der deutschen Apothekerschaft <https://www.abda.de/themen/arzneimittelsicherheit/amk/amk-berichtsboegen/>

2.3 Anreize und Verpflichtungen zum Risikomanagement

Rechtliche Vorgaben

Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie Vertragszahnärzte sind nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die genauen Anforderungen dazu sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA festgelegt [4]. Danach müssen alle Einrichtungen ein Fehlermanagement als Teil des *Risikomanagements* umsetzen. Fehlermeldesysteme werden als ein Instrument des Fehlermanagements benannt.

Apothekerinnen und Apotheker sind nach § 2a der Apothekenbetriebsordnung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der Apotheke verpflichtet.

Für ambulante Pflegedienste ist Qualitätssicherung im SGB XI ab § 112 festgelegt.

Für Pflegedienste, Apotheken, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten liegen bisher keine konkreten normativen Vorgaben zur Umsetzung des Fehlermanagements vor. Auch wenn es für diese Anbieter keine konkreten Vorgaben gibt, empfiehlt das APS mit dieser Handlungsempfehlung dringend, Berichts- und Lernsysteme zu nutzen, da diese einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der *Patientensicherheit* leisten können.

Unternehmerische Verpflichtungen

Über die genannten Regelungen hinaus gelten für Organisationen je nach Organisationsform auch allgemeine unternehmerische Vorgaben, die z. B. die Haftpflicht, den Arbeitsschutz, das Arbeitsrecht, Baurecht und Datenschutzrecht sowie die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung bzw. Ablauf des Geschäftsprozesses betreffen können [6]. Die Einrichtung und der Betrieb eines Berichts- und Lernsystems dokumentieren einen Beitrag zur Einhaltung dieser Vorgaben.

3 EIN INTERNES BERICHTS- UND LERNSYSTEM ERFOLGREICH EINRICHTEN

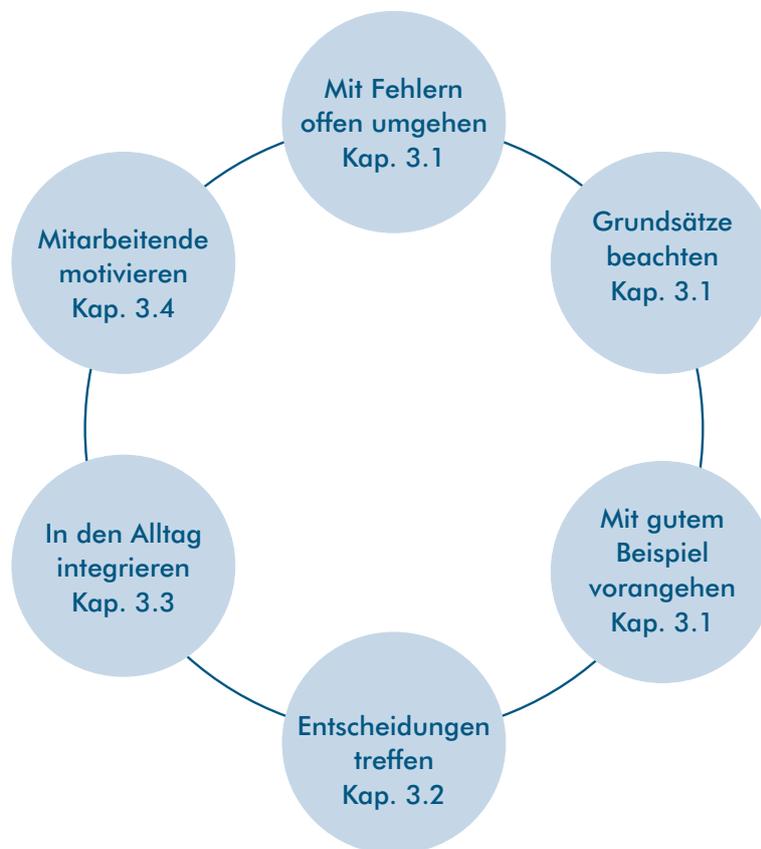


Abbildung 1: Erfolgsfaktoren für die Einrichtung und den Betrieb eines internen Berichts- und Lernsystems

3.1 Voraussetzungen für den Erfolg

Mit Fehlern offen umgehen

Der offene Umgang mit *Fehlern* ist nicht immer einfach, aber eine wichtige Voraussetzung, damit ein Berichts- und Lernsystem erfolgreich genutzt werden kann. Eine lernende Sicherheitskultur zeichnet sich u. a. durch folgende Eigenschaften aus:

- Die Leitung engagiert sich proaktiv für einen offenen Umgang mit *Fehlern*.
- Alle sind sich bewusst, dass die gesundheitliche Versorgung ein risikoreiches Arbeitsfeld ist.
- Alle teilen die Überzeugung, dass Sicherheit wichtig und notwendig ist.
- Innerhalb des Teams liegen eine auf Vertrauen basierende offene Kommunikation und ein sachlicher Umgang mit sämtlichen Ereignissen vor.
- Weder Berichtende noch an den Ereignissen Beteiligte müssen arbeitsrechtliche Konsequenzen fürchten.
- Alle Beteiligten arbeiten hierarchieübergreifend und interdisziplinär bei der Suche nach Verbesserungsmaßnahmen zusammen.
- Niemand sucht nach dem Schuldigen, sondern nur nach den Ursachen des Ereignisses (Nicht „Wer ist schuld?“, sondern „Warum ist es passiert?“).
- Aus Ereignissen wird gelernt und aus den Berichten resultieren erkennbare Veränderungen.
- Entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen werden investiert.

Eine Sicherheitskultur spiegelt wider, wie sich eine Organisation in Wirklichkeit für sicherheitskritische Probleme engagiert („die Art und Weise, wie wir die Dinge hier machen“). Sie wird auch definiert als „das Produkt von individuellen und Gruppenwerten, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensmustern, die das Engagement einer Organisation, ihre Tüchtigkeit und ihre Art bestimmen, wie Gesundheit und Sicherheit im Betrieb gewährleistet werden [7].“

Grundsätze beachten

Eine hohe Berichtsbereitschaft der Mitarbeitenden ist die Basis zum Erfolg (siehe Kapitel 3. 4). Damit ein Berichts- und Lernsystem regelmäßig genutzt wird, sollten folgende Grundsätze beachtet werden:

GRUNDSATZ	ERLÄUTERUNG
Freiwilligkeit	Mitarbeitende berichten freiwillig.
Anonymität	Alle aus dem Team können anonym berichten. Dieser Grundsatz kann jedoch je nach Einrichtung schwierig umsetzbar sein (siehe Kapitel 3.2, Frage 5).
Vertraulichkeit	Alle Informationen im Bericht (z. B. Namen von Patienten oder Teammitgliedern) werden bei der Bearbeitung vertraulich behandelt: Personenbezogene Daten werden niemals an Dritte weitergegeben.
Sanktionsfreiheit	Niemand erfährt Nachteile durch das Berichten von Ereignissen.
Unabhängigkeit	Das Berichtssystem ist weitgehend unabhängig von jeglicher Autorität, die die berichtende Person bestrafen könnte (z. B. disziplinarische Sanktionen).
Klare Aufbau- und Ablaufstrukturen	Die Aufgaben, Zuständigkeiten und Strukturen des Berichts- und Lernsystems sind definiert.
Klare Definition der zu berichtenden Ereignisse	Es ist eindeutig definiert, was berichtet werden soll. Die Definition ist allen im Team bekannt.
Einfaches Berichten	Das Berichts- und Lernsystem ist einfach zugänglich und das Berichten erfordert wenig Zeit.
Unmittelbarkeit	Die Berichte werden umgehend bewertet, um bei akuten Gefahren für die <i>Patientensicherheit</i> sofort tätig zu werden (siehe Kapitel 4.2).
Systematische Analyse	Ereignisse werden nach einer strukturierten Methode untersucht.
Systemorientierung	Die Analyse und die abgeleiteten Maßnahmen richten sich auf Veränderungen im System, von Prozessen oder Produkten (nicht auf Personen).
Umsetzung von Maßnahmen	Die abgeleiteten Maßnahmen werden zeitnah umgesetzt.
Rückmeldung an Mitarbeitende	Die Mitarbeitenden erhalten regelmäßig Rückmeldungen über Berichte und Maßnahmen.

Tabelle 1: Grundsätze eines Berichts- und Lernsystems. Zusammengestellt unter Verwendung von [3] und [8].

Mit gutem Beispiel vorangehen

Die Leitung der Einrichtung, z. B. Inhaberinnen und Inhaber von Praxen, Apotheken oder Pflegediensten, ist nicht nur verantwortlich für die Einführung des internen Berichts- und Lernsystems. Vielmehr ist die Leitung als Vorbild und Unterstützerin des Systems gefordert. Den ersten Schritt zur erfolgreichen Einrichtung eines internen Berichts- und Lernsystems stellt das eigene klare Bekenntnis zur Implementierung und Umsetzung dieses Instruments dar.

Wichtig ist außerdem, dass die Leitung

- sich dafür einsetzt, die Sicherheitskultur weiterzuentwickeln und dieses vorlebt,
- die Strukturen für die Schaffung eines Berichts- und Lernsystems gemeinsam mit der oder dem Verantwortlichen festlegt,
- das Berichts- und Lernsystem dem gesamten Team vorstellt und es im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeitende fest verankert ist,
- die erforderlichen Ressourcen bereitstellt,
- ein aktives und sichtbares Engagement zeigt,
- Veränderungen unterstützt, die sich aus der Analyse der Ereignisse ergeben und
- den Nutzen von Verbesserungsprozessen kennt und sich zu den Themen *Risikomanagement*, *Fallanalyse*, *Sicherheitskultur* sowie Berichts- und Lernsysteme fortbildet.

3.2 Entscheidungen treffen

In der Regel wird die Leitung einer Einrichtung ein eigenes Berichts- und Lernsystem gestalten. Dieses ist abhängig von der Art und den Strukturen der jeweiligen Einrichtung. Deshalb sollten vorab Entscheidungen getroffen werden, wie das Vorhaben konkretisiert wird. Es wird empfohlen, in dieser Phase interessierte Mitarbeitende einzubinden und die folgenden zehn Fragen zu beantworten.

FRAGEN, DIE IN JEDER EINRICHTUNG BEANTWORTET WERDEN MÜSSEN:

(auf den nächsten Seiten werden diese ausführlich erläutert)

1. Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen haben wir?
2. Wer soll berichten können?
3. Was soll berichtet werden?
4. Wie soll berichtet werden?
5. Wie gehen wir mit Anonymität und Vertraulichkeit um?
6. Wer ist zuständig für was?
7. Wie werden Mitarbeitende eingebunden und informiert?
8. Wie lernen wir aus Ereignissen?
9. Wie sollen Ereignisse mit betroffenen Patienten/Angehörigen kommuniziert werden?
10. Wie soll mit Schadensberichten umgegangen werden?

Im Folgenden werden die zehn Fragen erläutert.

1. Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen haben wir?

Um Berichts- und Lernsysteme erfolgreich einrichten zu können, müssen zunächst die vorhandenen Strukturen analysiert werden, um förderliche Faktoren und mögliche Barrieren zu bestimmen. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein:

- Wie sind wir organisiert (Anzahl der ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden, Vollzeit-/ Teilzeitkräfte usw.)?
- Welchen Führungsstil haben wir? Wie treffen wir Entscheidungen (autoritär, demokratisch)? Wie kommunizieren wir Veränderungen?
- Wie sind unsere personellen und zeitlichen Ressourcen?
- Wie ist das Arbeitsklima? Haben wir einen vertrauensvollen Umgang miteinander? Gibt es (unausgesprochene) Konflikte?
- Wie sind die Mitarbeitenden qualifiziert? Gibt/gab es Schulungen zu Qualitäts- oder Risikomanagement? Wenn ja, wer hat teilgenommen?
- Welche technischen Voraussetzungen haben wir? Gibt es PCs, Internetzugang, Intranet usw.?
- Wie ist die Haltung der Leitung und der Mitarbeitenden gegenüber Neuerungen (Interesse, Motivation, Skepsis, Widerstand gegenüber Veränderungen)?
- Gibt es eine Teambesprechung, die für Schulungen und gemeinschaftliche Analysen von Ereignissen genutzt werden kann?
- Welche Voraussetzungen bietet unser Qualitätsmanagementsystem und wie wollen wir das Berichts- und Lernsystem darin einbetten?

2. Wer soll berichten können?

Jeder Hinweis von jedem ist wichtig, deshalb sollten alle Mitarbeitenden einbezogen werden – von der Reinigungskraft über die Auszubildenden bis zur Leitung.

3. Was soll berichtet werden?

In jeder Einrichtung muss überlegt werden, welche Ereignisse im Berichts- und Lernsystem aufgenommen werden sollen. Danach sollte allen klar sein, was berichtet werden soll. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zu berichten. Unterstützung bei der Formulierung bietet die Definition von „zu berichtenden Ereignissen“ in Kapitel 2.1. Es kann sein, dass Berichte eingegeben werden, für die es verpflichtende Meldesysteme gibt, z. B. Medikationsfehler, Medizinprodukte-Vorkommnisse und Schadensmeldungen (siehe Kapitel 2.2). Es kann auch sein, dass Ereignisse berichtet werden, die die Sicherheit von Angehörigen und Besuchern, Mitarbeitenden oder Kooperationspartnern betreffen. Für den Umgang mit solchen Berichten sollten klar definierte Regeln erstellt, eingehalten und transparent kommuniziert werden. Mitarbeitende einer Einrichtung könnten sich darauf einigen, auch diese Inhalte in das interne System aufzunehmen, um die darin liegenden Verbesserungspotenziale zu berücksichtigen und um zu prüfen, ob Maßnahmen getroffen werden müssen. Prinzipiell gibt es keine „falschen Berichte“. Es ist aber wichtig, dass die Definition der Ereignisse, die berichtet werden sollen, allen bekannt ist.

4. Wie soll berichtet werden?

Die Einrichtung muss entscheiden, ob sie für das Berichts- und Lernsystem ein papiergestütztes oder elektronisches Format wählt. Eine papiergestützte Form erfordert ein geringes Investitionsvolumen und könnte am Anfang für Einrichtungen mit wenig Personal die geeignete Form sein. Eine elektronische Lösung hat die Vorteile, dass sie einen leichten Zugriff auf vergangene Ereignisse und Maßnahmen (wie in einer durchsuchbaren Datenbank) bietet und verschiedene Auswertungen der Informationen ermöglicht. Möglich ist auch eine Mischung aus beidem: Es wird ein papiergestützter Berichtsbogen verwendet, die nachträgliche Bearbeitung erfolgt elektronisch.

TABELLE 2: BEISPIELE FÜR BERICHTS- UND LERNSYSTEME

Papierbasiert	Ein Fehlerbuch liegt an einem zentralen und vor dem Zugriff Dritter geschützten Platz aus. Berichtsformulare werden in einem Ordner an einem zentralen und vor dem Zugriff Dritter geschützten Platz aufbewahrt. Ausgefüllte Berichtsformulare können in einen dafür vorgesehenen Briefkasten geworfen werden.
Elektronisch	Ein elektronisches Berichtsformular (z. B. in Form einer Tabelle) steht allen in der Einrichtung zur Verfügung und kann von allen Rechnern aufgerufen werden. Im Patientenverwaltungssystem ist ein fiktiver Patient angelegt, der von jedem PC aufrufbar ist. In diesem Dummy-Patienten werden Auffälligkeiten dokumentiert. In der Einrichtung ist eine CIRS-Software eingerichtet (z. B. im Intranet).

In jedem Fall sollte der Berichtsbogen anwenderfreundlich und für jeden leicht zugänglich sein. Ein einheitliches Format erleichtert den Export von Berichten an einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme (siehe Kapitel 5). Datenfelder sollten genügend Platz bieten, um mit eigenen Worten beschreiben zu können, was passiert ist (siehe Beispiel von einem Berichtsformular im Anhang).

5. Wie gehen wir mit Anonymität und Vertraulichkeit um?

Anonymität bedeutet, dass eine Person oder eine Einrichtung nicht identifiziert werden kann. In anonymen Berichten werden keine Namen von Mitarbeitenden, Patienten oder Einrichtungen genannt, auch werden indirekte Hinweise vermieden, die eine Zuordnung zu Personen erlauben würden (z. B. detaillierte Beschreibungen von Personen oder seltenen Ereignissen) [9]. Auch wenn die Anonymität formal sichergestellt ist, kann es schwierig sein, diese praktisch im ambulanten Versorgungsalltag zu gewährleisten. Insbesondere in kleineren Versorgungseinheiten ist die Anonymität aufgrund einer meist geringen Anzahl von Mitarbeitenden oder einer engen Zusammenarbeit in kleinen Teams nur eingeschränkt realisierbar. Hier sollte überlegt werden, ob nicht von vornherein auf Anonymität verzichtet werden kann und Regelungen zur Vertraulichkeit getroffen werden können.

Vertraulichkeit bedeutet, dass die Berichte mit Diskretion behandelt und Informationen nicht an Dritte weitergegeben werden. Es bedeutet auch, dass die Informationen vor dem Zugriff Dritter geschützt sind (siehe „Schriftliche Zusicherung der Sanktionsfreiheit und Vertraulichkeit“ im Anhang). Dies kann von Vorteil sein, da Fragen zum Ereignis mit der berichtenden Person geklärt werden können. In einer lernenden Sicherheitskultur gehen alle Beteiligten offen mit Ereignissen um und sehen jedes Ereignis als Chance, Arbeitsabläufe noch sicherer zu gestalten. Wenn jemand Angst hat zu berichten oder sich vor Anschuldigungen und Sanktionen fürchtet, ist das ein Zeichen dafür, dass mehr für die Sicherheitskultur in der Einrichtung getan werden muss. Je mehr Fälle vertraulich berichtet werden, desto reifer und konstruktiver ist die Sicherheitskultur [10].

6. Wer ist zuständig für was?

Zuständige für die Betreuung des Berichts- und Lernsystems werden festgelegt. Diese müssen nicht in Führungspositionen sein. Es sollen Personen sein, die vom gesamten Team als Vertrauensperson anerkannt sind und die ein gutes Fachwissen aufweisen. Teams können ebenso von rotierenden Zuständigkeiten profitieren, indem unterschiedliche Personen abwechselnd die entstandenen Sicherheitsprobleme vorstellen und Feedback geben [11]. Mitarbeitende sollten für die ihnen übertragenen Zuständigkeiten ausreichend qualifiziert werden. Zu den Zuständigkeiten gehören:

- regelmäßig den Berichtseingang sichten
- bewerten, ob akuter Handlungsbedarf (=Sofortmaßnahme) besteht

- Berichtsinhalte anonymisieren
- regelmäßige (z. B. monatliche) Besprechungen organisieren
- Ursachen und Begleitumstände von Ereignissen zusammentragen (siehe Kap. 4.3)
- Maßnahmen initiieren und nachhaltig umsetzen (siehe Kap. 4.4)
- über den Stand der Umsetzung der Maßnahmen berichten und die Wirksamkeit von Maßnahmen überprüfen (Kap. 4.5)
- ggf. den Bericht in ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem einstellen

7. Wie werden Mitarbeitende eingebunden und informiert?

Für die meisten Mitarbeitenden ist ein Berichts- und Lernsystem ein neues Instrument. Damit alle dafür ein gleiches Verständnis entwickeln und sich eingebunden fühlen, ist ein geplantes Vorgehen notwendig.

Die Leitung ist verantwortlich dafür, dass das Berichts- und Lernsystem allen Mitarbeitenden vorgestellt wird, z. B. im Rahmen einer Teambesprechung. Dabei sollten zunächst die Ziele und Grundsätze vermittelt werden, gefolgt von den internen Umsetzungsplänen. Es ist sinnvoll, sich auch auf Widerstände („Wieso? Es läuft doch alles gut!“) vorzubereiten. Hier kann eine schrittweise Sensibilisierung anhand von Beispielen aus einem einrichtungsübergreifendem System hilfreich sein (siehe Kapitel 5). Bei der Einführung sollte auch auf die Freiwilligkeit und die Wahrung der Anonymität bzw. Vertraulichkeit eingegangen werden. Es ist sinnvoll, dies schriftlich zu vereinbaren, um die Ernsthaftigkeit der Absicht zu verdeutlichen (siehe Beispiel dazu im Anhang). Eine einmalige Einweisung reicht nicht aus, um die Nutzung des Berichts- und Lernsystems zu vermitteln. Mitarbeitende sollten Raum und Zeit haben, sich mit dem System vertraut zu machen.

Mit gutem Beispiel voran

Um den Mitarbeitenden Angst oder Scham zu nehmen, sollte die Chefin oder der Chef mit guten Beispielen vorangehen und in einer Teamsitzung von einem Ereignis berichten, an dem sie oder er selbst beteiligt war. Es wird sachlich berichtet, wie es zu dem Ereignis kommen konnte und was unternommen wurde. Danach stellt die Chefin oder der Chef vor, was zu berichtende Ereignisse sind und wieso sie berichtet werden sollen. Ggf. wird das Berichtsformular vorgestellt und besprochen. Bedenken und Verbesserungen zum praxisindividuellen Umgang werden besprochen.

8. Wie lernen wir aus Ereignissen?

Das Wesentliche ist, dass aus den berichteten Ereignissen gelernt wird. Die Auseinandersetzung mit den Ursachen trägt zwar dazu bei, sich potenziellen Risiken bewusst zu werden und ihnen im Alltag mit größerer Aufmerksamkeit zu begegnen (Risikosensibilisierung), reicht allein aber nicht aus. Methoden zur Analyse von Ereignissen und das Ableiten von Maßnahmen werden in Kapitel 4.3 erläutert.

9. Wie sollen Ereignisse mit betroffenen Patientinnen und Patienten oder Angehörigen kommuniziert werden?

Viele Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind unsicher, was sie nach einem *unerwünschten Ereignis* sagen dürfen. Viele befürchten, dass eine Mitleidsbekundung oder eine Entschuldigung den Verlust des Versicherungsschutzes bedeutet. Diese Befürchtungen sind rechtlich unbegründet. Ausdruck von Bedauern, wahrheitsgemäße Erklärungen über Tatsachen und Erläuterungen medizinischer Sachverhalte sind kein Anerkenntnis und führen nicht zum Verlust des Haftpflichtversicherungsschutzes. Eine offene, zeitgerechte und kontinuierliche Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist wichtig. Hilfestellung bietet die APS-Broschüre „Reden ist Gold“ [12] und der APS-Patientenratgeber „Reden ist der beste Weg“ [13].

Wenn bei dem Ereignis einer Patientin oder einem Patienten ein *Schaden* zugefügt wurde, sollte dieser darüber informiert werden und eine Entschuldigung erfolgen. Es kann darauf hingewiesen werden, dass das Team den Ursachen auf den Grund gehen wird, um ein Wiederholen zu verhindern und aus dem Vorfall zu lernen. Wenn keine Transparenz über das Geschehene durch ein Gespräch geschaffen wird, reagieren viele Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige nach *unerwünschten Ereignissen* oft mit starken Gefühlen wie Wut und Verbitterung. Es ist wichtig, das Gespräch mit ihnen zu suchen, damit sie sich ernst genommen und nicht allein gelassen oder gar betrogen fühlen. Wichtiger als der Wunsch nach materiellem Schadensersatz ist Betroffenen gewöhnlich, dass aus dem Vorfall gelernt wird und anderen nicht das Gleiche passiert.

10. Wie soll mit Schadensberichten umgegangen werden?

Wie bereits in Kapitel 2.2. genannt, müssen Schadensfälle an den Haftpflichtversicherer gemeldet werden. Für das Lernen aus *Fehlern* ist es allerdings unerheblich, ob bei einem berichteten Ereignis ein *Schaden* entstanden ist. Für die weitere Bearbeitung ist das zugrunde liegende *Risiko* bzw. der *Fehler* ausschlaggebend, nicht der möglicherweise resultierende *Schaden*. Daher kann es sinnvoll sein, in einem Berichts- und Lernsystem Regelungen zu treffen, wie Ereignisse dauerhaft dokumentiert werden, in denen ein *Schaden* für den Patienten entstanden ist. Für manche Ereignisse kann es angebracht sein, den *Schaden* nicht zu dokumentieren, z. B. weil dies im Rahmen der Anonymisierung geboten erscheint [14].

3.3 In den Arbeitsalltag integrieren

Fehlermanagement sowie Kommunikation über Ereignisse und Verbesserungsmaßnahmen sollten in der täglichen Arbeit einer Einrichtung fester Bestandteil sein. Bereits funktionierende Strukturen und Prozesse werden als solche erkannt, benannt und nur dann verändert, wenn es erforderlich ist. Je selbstverständlicher dies in die Praxisabläufe eingebunden ist, desto leichter können Ängste über unnötige zusätzliche Bürokratie genommen werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Einbettung in die Teamroutinen (z. B. fester Tagesordnungspunkt in den wöchentlichen Teamsitzungen) sehr Erfolg versprechend ist [15].

Damit das Berichts- und Lernsystem auf lange Sicht effektiv betrieben werden kann, sollte dieses in regelmäßigen Abständen auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden.

Folgende Fragen können hierbei hilfreich sein

- Wie viele Ereignisse sind berichtet worden?
- Welche Themen wurden berichtet?
- Wurden Verbesserungsvorschläge realisiert?
- Verbessern die Maßnahmen die Sicherheit von Patienten im Alltag?
- Aus welchen Gründen wurden Verbesserungsvorschläge nicht umgesetzt?
- Stimmt die Struktur? Stimmt die Häufigkeit der Treffen?
- Brauchen wir andere Personen/Ressourcen, um Ereignisse zu analysieren und Maßnahmen umzusetzen?

3.4 Mitarbeitende motivieren

Berichts- und Lernsysteme leben von der Bereitschaft aller, über Ereignisse berichten zu wollen. Mitarbeitende werden das Berichts- und Lernsystem nutzen, wenn sie spüren,

- dass kritische Anmerkungen und Berichte gewünscht sind und wertschätzend angenommen werden,
- dass mit Berichten sensibel umgegangen wird,
- dass sie selbst keine Nachteile aus der Mitarbeit erfahren,
- dass sie ihre Arbeitsumwelt mitgestalten können und
- dass aus den Berichten erkennbare Veränderungen für mehr Sicherheit der Patienten und für sie selbst resultieren.

Die Sicherheit, sanktionsfrei und vertraulich berichten zu können, erhöht die Berichtsbereitschaft. Ein zentrales Element für die Glaubwürdigkeit des Systems und für das Vertrauen der Mitarbeitenden ist, dass sie wissen,

- was berichtet werden soll,
- wie, von wem und wann die Berichte bearbeitet werden und
- wie Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt werden.

Über Vorgänge und Verbesserungsprojekte sollten die Mitarbeitenden regelmäßig informiert werden (z. B. als fester Bestandteil der Teambesprechung).

4 EIN BERICHTS- UND LERNSYSTEM EFFEKTIV BETREIBEN

Berichten und Lernen für mehr Patientensicherheit

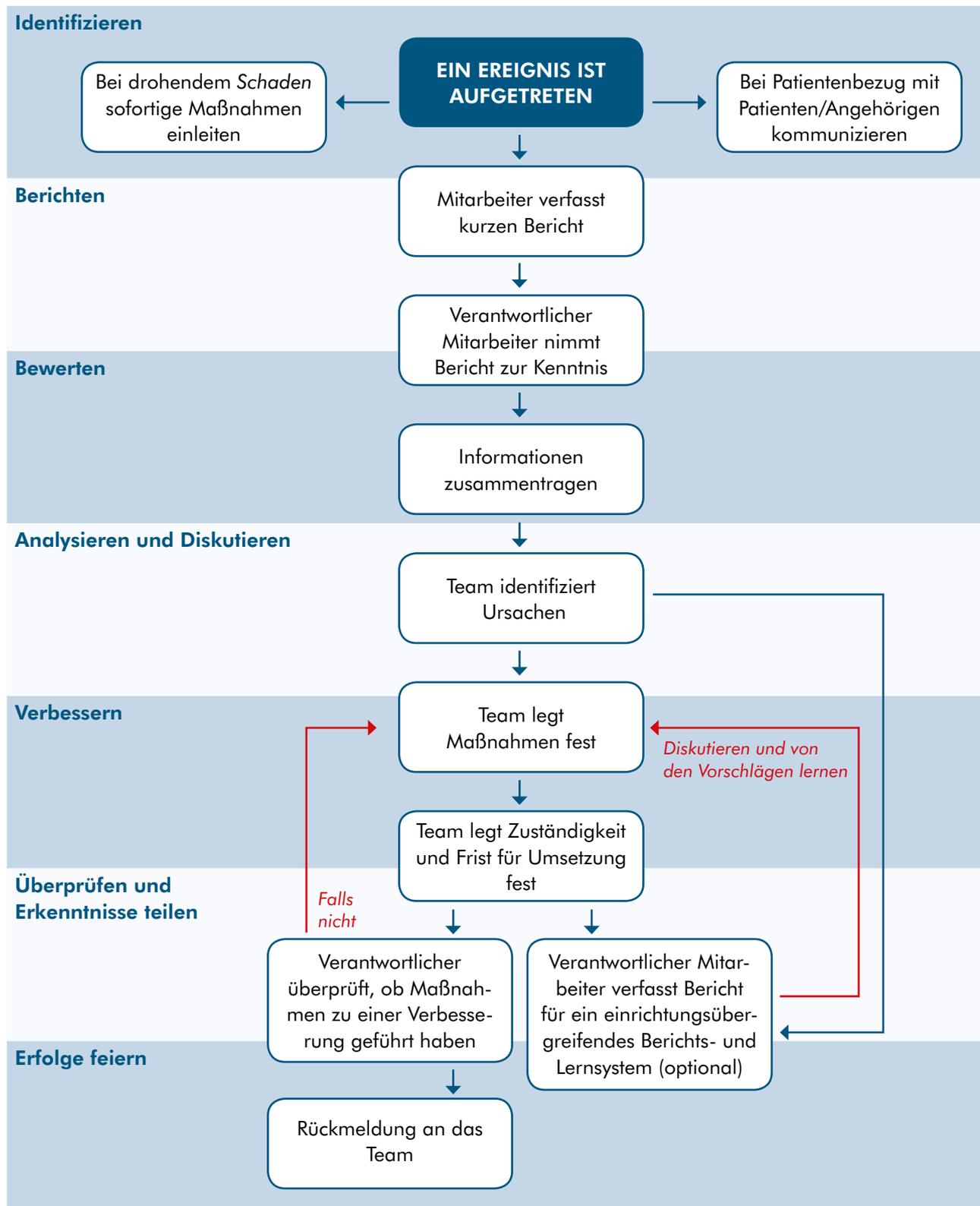


Abbildung 2: Berichten und Lernen für mehr Patientensicherheit. Modifiziert nach [16].

4.1 Ereignis identifizieren und berichten

Der erste Schritt ist, zu erkennen, dass es sich um ein berichtenswertes Ereignis handelt (siehe Kapitel 3.2: Was soll berichtet werden?). In einem Bericht soll so klar wie möglich dargestellt werden, was passiert ist (idealerweise in einem zeitlichen Ablauf) und was das Ergebnis war. Zusätzlich sollten Überlegungen, wie es zu dem Ereignis kommen konnte, und Verbesserungsvorschläge geäußert werden. Wichtig ist vor allem, dass keine Schuldzuweisungen geäußert werden.

Zunächst kann es ausreichen, mit einem kurzen Bericht einen Hinweis zu dokumentieren, damit das Geschehene in der Hektik des Versorgungsalltages nicht vergessen wird. Der Bericht kann dann später in Ruhe vervollständigt werden. Ein Beispiel für ein Berichtsformular ist im Anhang aufgeführt.

BEISPIEL A: Patientenverwechslung in einer radiologischen Praxis

Patient X wurde im Wartezimmer mit Namen aufgerufen. Er wurde im CT untersucht. Beim anschließenden Gespräch mit dem Arzt stellte sich heraus, dass es gar nicht der aufgerufene Patient war, sondern ein anderer mit ähnlichem Namen.

Quelle: Berichtsdatenbank www.jeder-fehler-zählt.de, Fall 849 (adaptiert)

Jedes Ereignis sollte vor dem Berichten daraufhin eingeschätzt werden, ob im weiteren Verlauf für den Patienten ein Schaden entstehen könnte. Im nächsten Beispiel besteht akuter Handlungsbedarf und sofortige Maßnahmen müssen eingeleitet werden.

BEISPIEL B: Fehlerhaftes Rezept in einer hausärztlichen Praxis ausgehändigt

Ein Patient X erhält ein Rezept mit der fälschlicherweise doppelten Dosierung seines Blutdruckmedikaments. Dies fällt der Medizinischen Fachangestellten (MFA) 10 Minuten nachdem der Patient die Praxis verlassen hat, auf.

In einem solchen Fall ist es notwendig, sofort den Patienten und ggf. Angehörige zu informieren, um die Einnahme der falschen Medikation zu verhindern.

4.2 Ereignis bewerten

Nach der Berichterstellung sollte eingeschätzt werden, wie wahrscheinlich es ist, dass das Ereignis wieder auftritt und wie groß der zu erwartende Schaden im schlimmsten Fall wäre, der dabei auftreten könnte. Um die Dringlichkeit des Handelns einzuschätzen, bietet eine zweidimensionale Matrix praktikable Hilfestellung (siehe Risikomatrix im Anhang).

Je größer das Risiko, umso zeitnäher sollte die Analyse des Ereignisses erfolgen.

4.3 Ereignis analysieren und diskutieren

Das Ziel der Analyse ist es, die Ursachen und beitragenden Faktoren für ein Ereignis zu identifizieren.

Was sind beitragende Faktoren?

Die Forschung zur Fehlerentstehung hat gezeigt, dass neben aktiven Fehlhandlungen von Personen fast immer auch latente Rahmenbedingungen zur Entstehung eines Ereignisses beitragen. Durch diese Rahmenbedingungen (z. B. Personalmangel, inadäquate Software, unvorteilhafte räumliche Bedingungen) und aktive Fehlhandlungen (z. B. Danebengreifen, Verwechsell) können bestehende Sicherheitsbarrieren versagen und es kann zu einem *unerwünschten Ereignis* kommen. Dies wird in dem „Schweizer-Käse-Modell“ illustriert (vgl. Abbildung 3).

„Swiss Cheese-Model“ nach JT. Reason, Human Error, 1990

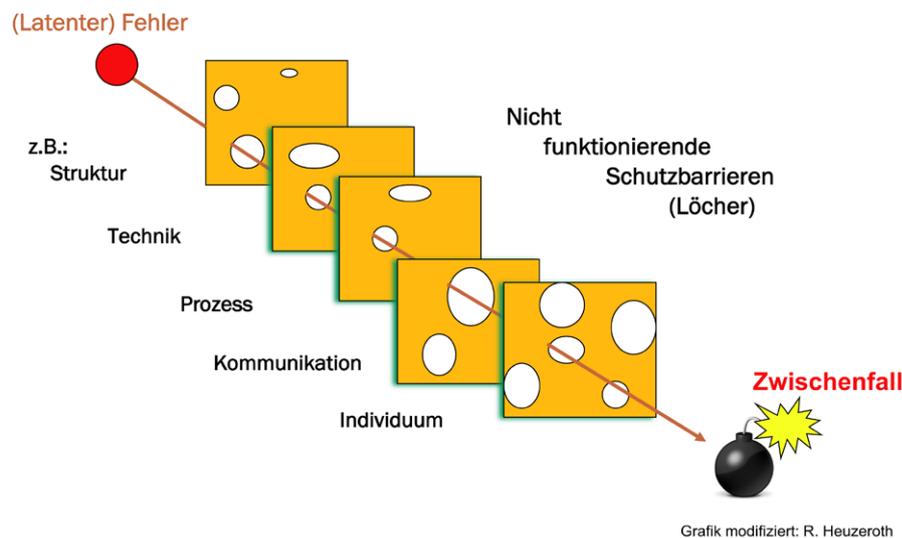


Abbildung 3: Schweizer Käsemodell nach Reason [2] modifiziert: Heuzeroth

Durch eine systematische Suche nach latenten Rahmenbedingungen („Warum konnte das geschehen?“) können Schwachstellen im System (die „Löcher im Käse“) identifiziert werden (z. B. Medikamente mit ähnlicher Bezeichnung und ähnlichem Verpackungsdesign sind nebeneinander gelagert). Bestimmte Maßnahmen können dann dazu beitragen – als Sicherheitsbarriere – das Wiederauftreten dieses Ereignisses zu verhindern (z. B. Beleuchtung, Ruhe bei der Rezeptausgabe oder der Medikationsvorbereitung) [8].

Zahlreiche Faktoren können dazu beitragen, dass ein *unerwünschtes Ereignis* auftritt [17]:

- Zu den **Patientenfaktoren** gehört z. B., dass die Patientin oder der Patient viele verschiedene Erkrankungen hatte, die die Übersicht über die Therapie erschwert haben.
- Zu den **Aufgabenfaktoren** gehört z. B. das Fehlen von Richtlinien und Anweisungen oder eine unzureichende Klärung von Zuständigkeiten.
- Zu den **individuellen Faktoren** gehören z. B. unzureichende (Fach)Kenntnisse oder Erfahrung von bestimmten Mitarbeitenden.
- Zu den **Teamfaktoren** gehört z. B. mangelhafte Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden.
- Zu den **Faktoren der Arbeitsbedingungen** gehört z. B. eine ungewöhnlich hohe Arbeitsbelastung, unzureichender Personalbestand oder eine mangelhafte Ausstattung des Arbeitsumfeldes.

Weitere Beispiele für beitragende Faktoren sind im Anhang zusammengestellt.

Wie können beitragende Faktoren erkannt werden?

Um die Faktoren bestimmen zu können, kann es sinnvoll sein, weitere Informationen zusammenzutragen, die in einem knapp gefassten Bericht nicht berücksichtigt wurden, aber für die detaillierte Aufklärung des Hergangs wichtig sind, z. B. durch Gespräche mit Beteiligten, Sichtung der Patientenakten und Betrachtung der örtlichen Begebenheiten.

Die Ursachen eines *unerwünschten Ereignisses* liegen oft nur scheinbar auf der Hand und die „mal schnell“ abgeleiteten Maßnahmen können in die falsche Richtung zielen. **Ein strukturiertes Vorgehen bei der Analyse ist eine wichtige Voraussetzung, um nichts zu übersehen.** Strukturiert bedeutet, alle Informationen zusammenzutragen und anschließend, z. B. anhand einer Checkliste, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die zu dem Ereignis beigetragen haben (siehe Analyseformular im Anhang).

In kleinen Einrichtungen, etwa in einer Hausarztpraxis oder einer Apotheke, kann sich das gesamte Team an der Analyse beteiligen. In größeren Einrichtungen kann es von Vorteil sein, wenn jemand bestimmt wird, der die Analyse durchführt und die Informationen zusammenträgt. Einrichtungen können sich auch für die Analyse zusammenschließen, um von den unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen zu profitieren.

Die Vorteile einer Analyse im Team liegen nicht nur in der Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven. Es kann sich auch ein gemeinsames Verständnis von Risiken bzw. Sicherheit entwickeln, sodass abgeleitete Maßnahmen erfolgreicher umgesetzt werden können.

Bezogen auf **Beispiel A: Patientenverwechslung in einer radiologischen Praxis** ergeben sich folgende Einschätzungen zu den beitragenden Faktoren:

Die Patientinnen und Patienten werden über einen Lautsprecher im Wartezimmer aufgerufen. Abhängig von den Umgebungsgläuschen ist die Durchsage nicht immer gut zu verstehen (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen**). Außerdem handelte es sich bei dem aufgerufenen Patienten um einen älteren Herrn, der kaum Deutsch versteht (beitragender Faktor: **Patient**). Es wurde die falsche CT-Untersuchung durchgeführt (**unerwünschtes Ereignis**). Der Schaden besteht in der Notwendigkeit der Durchführung einer weiteren Untersuchung mit den Risiken der Strahlenexposition und Kontrastmittelgabe (**geringer Schaden**). Die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens dieses Ereignisses (siehe Anhang Risikomatrix) wird in der radiologischen Praxis als **möglich** (ca. 1x im Quartal) bewertet.

Ein weiteres Beispiel verdeutlicht, weshalb eine Analyse mit dem Team sinnvoll ist:

BEISPIEL C: Medikamentenverwechslung – Bericht eines Weiterbildungsassistenten

Medikamentenverwechslung: Depo-Clinovir (Kontrazeption – 3-Monatsspritze) anstatt Depot-Medron (Kortisonpräparat) i.m. injiziert. Sehr viel zu tun an dem Tag. Normalerweise geht die Patientin erst zur MFA, diesmal kam sie aber direkt zu mir. Bisher habe ich selber noch nie ein Depotpräparat injiziert, habe es aber schon sehr häufig gesehen. Ich fühlte mich kompetent dazu. Im Medikamentenschrank stehen Präparate mit ähnlichen Namen nebeneinander, ich habe aus Versehen das falsche gegriffen, habe mich vergewissert, dass es noch nicht abgelaufen war. Später fiel mein Fehler auf, der Chef und die leitende MFA wurden informiert. Ich habe die Patientin angerufen und mich entschuldigt, Nebenwirkungen erläutert und besprochen, dass sie sich meldet, wenn welche auftreten.

Der Fall wurde eine Woche später in der Teambesprechung diskutiert, um weitere Perspektiven miteinzubeziehen. Bei der Diskussion hat die Person, die für die Analyse zuständig ist, darauf geachtet, dass alle potenziell beitragenden Faktoren entsprechend der Checkliste angesprochen und geprüft wurden.

Bezogen auf **Beispiel C: Medikamentenverwechslung – Bericht eines Weiterbildungsassistenten** ergeben sich folgende Einschätzungen zu den beitragenden Faktoren:

- Alle Mitarbeitenden (Ärzte, MFA und Praxissekretärin) hatten an dem Tag schwierige Arbeitsbedingungen. Laut Tagesliste hatten alle Ärztinnen und Ärzte zu dem Zeitpunkt bereits 30-40 Minuten Wartezeit. Da ein Arzt krankheitsbedingt ausgefallen war, wurden dessen Patientinnen und Patienten auf die Verbliebenen verteilt (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Der Assistent ist in der eigenständigen Durchführung von Injektionen unerfahren (beitragender Faktor: **Individuum**).
- Der Praxissekretärin war unklar, für welche Tätigkeiten der Assistent eingesetzt werden durfte (beitragender Faktor: **Aufgabe**).
- Es war keine MFA für Nachfragen der Sekretärin greifbar (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Im Verlauf der Analyse stellte sich heraus, dass einige Ärztinnen und Ärzte sowie MFA ebenfalls schon nach dem falschen Medikament gegriffen hatten, u. a. weil die oberen Schrankfächer für einige zu hoch sind. Die Packungen können nur gegriffen werden, wenn man sich auf die Zehenspitzen stellt (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Außerdem sehen die beiden Packungen ähnlich aus (look alike/sound alike Problematik) (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Bei der Injektion fehlt eine Supervision für den Weiterbildungsassistenten und ein Standard wie die Anwendung des 4-Augen-Prinzips (beitragender Faktor: **Teamfaktoren/Organisation**).

Zur Veranschaulichung der beitragenden Faktoren eignet sich die Darstellung im Fischgräten-Diagramm (siehe Abbildung 4).

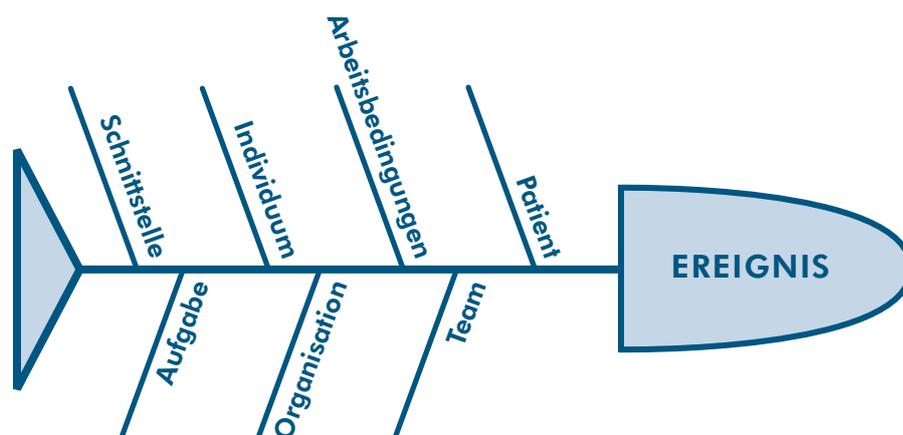


Abbildung 4: Fischgräten-Diagramm

Das Diagramm kann auf einem Blatt Papier oder einem Whiteboard für alle sichtbar aufgezeichnet werden. Bei der Bearbeitung wird das Ereignis in den Kopf des Fisches geschrieben. Die Ergebnisse der Ursachenanalyse werden an den dazugehörigen Gräten (beitragenden Faktoren) aufgelistet.

Für die Anwendung in der ambulanten Versorgung wurde zur ursprünglichen Version [17] die **Schnittstelle** als ein beitragender Faktor eingefügt, da die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ein Problem-
schwerpunkt ist. Ein Beispiel hierfür ist ein fehlerhafter Entlassungsbericht oder eine fehlerhafte Verordnung.

Der zeitliche Ablauf eines *unerwünschten Ereignisses* kann auch entlang eines Zeitstrahls dargestellt werden. Die Anwendung solcher Methoden erleichtert ein strukturiertes Vorgehen bei der Analyse.

Am Beispiel C (Medikamentenverwechslung) wird deutlich: Eine **berufsgruppenübergreifende Diskussion** und Analyse führt dazu, dass z. B. in einer Arztpraxis die risikoanfälligen Abläufe vor und hinter der „geschlossenen Sprechzimmertür“ für alle transparent werden. Bei Ereignissen, bei denen Mitbehandelnde externer Einrichtungen beteiligt waren – z. B. unvollständige Arztbriefe, falsche Lieferung aus der Apotheke – sollten diese zumindest darüber informiert, wenn nicht sogar in die Analyse mit einbezogen werden. Da der Patient mit dem Behandlungsvertrag seine Einwilligung zum Datenaustausch zwischen Behandlern gegeben hat, ergibt sich hier datenschutzrechtlich im Sinne einer Schweigepflichtsverletzung kein Problem. Nur so erhalten diese Einrichtungen die Möglichkeit, ebenfalls aus dem Geschehenen zu lernen.

Für Ereignisse, an denen mehrere Personen in unterschiedlichen Verantwortungsebenen beteiligt waren, oder wenn der betroffene Patient einen komplexen sozialen oder medizinischen Hintergrund hat, kann das Herausarbeiten der beitragenden Faktoren aufwendig sein. Hilfe bietet das Qualitätszirkel-Modul *Patientensicherheit* der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Moderatoren [18] oder die Teilnahme an einer Schulung für Fallanalysemethoden.

4.4 Verbessern (Maßnahmen ableiten und umsetzen)

Entscheidend für den Erfolg von Berichts- und Lernsystemen ist, dass auf Basis der Analyseergebnisse konkrete Maßnahmen abgeleitet werden, die dabei helfen,

- die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass das Ereignis so oder ähnlich noch einmal geschieht,
- gleiche oder ähnliche Ereignisse früher zu erkennen und/oder
- drohende Schäden bei Wiederholung zu minimieren.

Maßnahmen können das Verhalten und Lernen des Einzelnen betreffen, z. B. durch Weisungen, Regelungen, Fort- und Weiterbildungen. Allerdings können solche Maßnahmen auf Individuumsebene durch viele Faktoren beeinflusst werden (z. B. Aufmerksamkeit, Ermüdung, widersprüchliche Prioritäten) und gelten deswegen als „**schwache Maßnahmen**“. Solche, die strukturelle Veränderungen bewirken, wie z.B. die Anpassung von IT-Systemen oder bauliche Änderungen, sind dagegen bei einer Implementierung nachhaltig und effektiv ohne sich dabei auf das „richtige“ Verhalten von Individuen zu verlassen und werden deswegen als „**starke Maßnahmen**“ angesehen [19].

Für jede Maßnahme ist eine zuständige Person und ein realistischer Überprüfungszeitpunkt zu benennen und zu dokumentieren. Der Umfang der Maßnahmen richtet sich auch nach dem Ergebnis der Risikobewertung (siehe Kapitel 4.2.). Bei der Beschreibung bzw. Formulierung der Maßnahmen sind folgende Punkte zu beachten:

- Jede Maßnahme so konkret wie möglich beschreiben: In welchem Prozess wird zu welchem Zeitpunkt von wem (Bereich, Berufsgruppe, Position) was genau wie umgesetzt? Keine Absichtserklärungen, Appelle oder Fragen (... sollte/müsste mal getan werden...).
- Die Maßnahmenbeschreibung sollte auch für Dritte verständlich sein.

Für **Beispiel C (Medikamentenverwechslung)** hat die Praxis für jeden erarbeiteten beitragenden Faktor folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Abläufe erarbeitet:

Arbeitsbedingung: Änderung der Medikamentensortierung nach Wirkstoffgruppen (nicht mehr alphabetisch) und Umbau des Schanks, damit alle Mitarbeitenden jedes Medikament sehen und erreichen können. Für die Umsortierung der Medikamente ist die MFA verantwortlich, die sich um die Apothekenbestellungen kümmert. Die Maßnahme soll innerhalb von 14 Tagen erledigt sein. Die Qualitätsmanagement-Beauftragte (QM-B) der Praxis begleitet die Umsetzung. Das Ereignis wird auf der Meldeplattform der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gemeldet, um auf die Verwechslbarkeit der Packungen aufmerksam zu machen.

Aufgaben: Sekretariatskräfte müssen Rücksprache mit der Leitung halten, wenn unklar ist, welche Aufgaben von Assistenten übernommen werden dürfen. Falls keine Rücksprache möglich ist, soll Patienten ein neuer Termin angeboten werden.

Team: Auszubildende Personen werden sich wöchentlich mit den Assistentinnen und Assistenten besprechen, um sicherzustellen, dass eine Aufgabenzuordnung anhand einer Kompetenzeinschätzung erfolgt. Alle anderen Tätigkeiten sollen unter Supervision durchgeführt werden. Für die wöchentlichen Gespräche zwischen Auszubildenden und Auszubildenden wird ein konkreter Termin vereinbart (Mittwoch 14 Uhr) und im Praxiskalender eingetragen. Diese Maßnahme wird sofort umgesetzt. Alle Ärztinnen und Ärzte ermöglichen den Assistentinnen und Assistenten, jeden Behandlungsfall rückzusprechen.

Organisation: Für den Fall, dass Schlüsselpersonen im Behandlungsprozess ausfallen, wird ein bestimmtes Kontingent an zusätzlichen Patientinnen und Patienten für die restlichen Ärztinnen und Ärzte nicht überschritten. Für die Situation, dass Schlüsselpersonen kurzfristig ausfallen, wird eine Verfahrensanweisung erstellt. Hierfür ist die Leitung verantwortlich. Die Umsetzung wird durch die QM-B kontrolliert. Für die Durchführung von Injektionen wird das Vier-Augen-Prinzip als Standard festgelegt.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass dem Weiterbildungsassistenten ohne Schuldzuweisungen gegenübergetreten wird. Das Team zeigt verschiedene Möglichkeiten auf, den Assistenten zu unterstützen. Als Fazit sind sich alle einig, dass die Diskussion in der Teambesprechung wesentliche Verbesserungsvorschläge hervorgebracht hat.

4.5 Überprüfen, Erkenntnisse teilen und Erfolge feiern

Es sollte regelmäßig überprüft werden, ob die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt wurden und ob sie zu einer tatsächlichen Verbesserung geführt haben. Bezogen auf das **Beispiel C (Medikamentenverwechslung)** kann überprüft werden, ob die Anweisungen tatsächlich vorhanden sind. Es kann beobachtet werden, ob das Kontingent freier Termine ausreicht und die im Schrank neu geordneten Medikamente zu weiteren Missgriffen geführt haben. Eine Vorlage für das Dokumentieren und Überprüfen von Maßnahmen findet sich im Anhang.

Parallel sollen die Erkenntnisse, die aus der Analyse der Ursachen oder auch aus der Wirksamkeit der Maßnahmen gewonnen wurden, an ein einrichtungsübergreifendes System berichtet werden, damit auch andere Einrichtungen aus diesen Erkenntnissen lernen können (siehe Kapitel 5). Ein wesentliches Kriterium für das nachhaltige Lernen mithilfe eines Berichts- und Lernsystems ist die positive Rückmeldung an alle Beteiligten. Wenn Mitarbeitende selbst merken und ihnen rückgespiegelt wird, dass sie mit ihrem Engagement Verbesserungen erreichen können, sind die Chancen auf Erfolg gegeben (siehe auch Kap. 3.3 und 3.4).

5 DURCH EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE BERICHTS- UND LERNSYSTEME LERNEN

Für die wirksame Verbesserung der *Patientensicherheit* sind die Maßnahmen vor Ort entscheidend. Die alleinige Nutzung eines einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystems ohne ein internes Fehlermanagement ist wenig sinnvoll. Welchen Nutzen **einrichtungsübergreifende Systeme** haben, wird in diesem Kapitel erläutert.

5.1 Definition und Erläuterung

Ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem ist eine Plattform für sicherheitsrelevante Ereignisse und Risiken im Gesundheitswesen, an dem mehrere Einrichtungen teilnehmen [4]. In einer Datenbank werden Berichte über Ereignisse und Lösungsstrategien zu deren Verhinderung gesammelt, damit andere aus diesen Informationen lernen können.

Oberstes Ziel ist der Austausch von Wissen und das voneinander Lernen.

Prinzip „Geben“ (wie können andere von mir lernen?)

Ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem kann nur leben, wenn möglichst viele und möglichst **lehrreiche Berichte** eingehen. Deswegen wird empfohlen, Berichte aus der eigenen Einrichtung an ein einrichtungsübergreifendes System weiterzuleiten. Auch die (kollegiale) Kommentierung von veröffentlichten Berichten aus der praktischen Perspektive im Sinne des Teilens guter Lösungen ist ein Aspekt des Gebens.

... und „Nehmen“ (wie kann ich von anderen lernen?)

Jede Einrichtung kann bereits handeln, bevor ein *Fehler* oder *unerwünschtes Ereignis* passiert. Die von einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen veröffentlichten Fallbeispiele und Verbesserungsvorschläge können z. B. regelmäßiger Bestandteil von Teamsitzungen werden. Hierbei wird geprüft, ob ein solches Ereignis auch in der eigenen Einrichtung vorkommen und wie man es verhindern könnte. Verbesserungsvorschläge werden dahingehend überprüft, ob sie auch in der eigenen Einrichtung anzuwenden sind. So können Mitarbeitende in verschiedenen Einrichtungen über die eigenen Grenzen hinweg voneinander lernen.

Lehrreiche Berichte

- bieten Anhaltspunkte, an denen Verbesserungsprozesse ansetzen können.
- benennen beitragende Faktoren (siehe Anhang).
- bieten Anhaltspunkte, wie potentielle Schadensereignisse frühzeitig entdeckt und damit Schäden vermindert bzw. verhindert werden können.
- weisen auf präventive Maßnahmen hin, die bereits in der Praxis eingesetzt wurden und sich als praktikabel, umsetzbar und erfolgreich erwiesen haben [3].

Was soll berichtet werden?

Prinzipiell sind alle Ereignisse, die in einer Einrichtung berichtet und analysiert wurden, auch für andere interessant. Idealerweise sollten die Berichte detaillierte Angaben zu dem Ereignis und der Verbesserungsmaßnahme enthalten. Aber auch Ereignisse, für die bisher noch keine Maßnahmen abgeleitet wurden, können berichtet werden.

Was passiert mit den Berichten?

Die Berichte werden geprüft und wenn nötig anonymisiert. Anschließend werden sie – idealerweise von einer interdisziplinären Expertengruppe aus dem Gesundheitswesen – analysiert. Expertinnen und Experten verfügen über besondere Kenntnisse und Erfahrungen bei der systemischen Analyse von sicherheitsrelevanten Ereignissen. Sie verstehen die klinische Situation und können zu Grunde liegende Systemfehler erkennen. Die Expertinnen und Experten können verschiedene Blickwinkel und ggf. sogar neue Lösungswege für die Vermeidung von Ereignissen aufzeigen, die Mitarbeitenden einer einzelnen Einrichtung nicht in den Sinn kommen.

Weitere Potenziale von einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen sind:

- Sie eröffnen die Möglichkeit, sich über Ereignisse und zugehörige Vermeidungsstrategien mit anderen auszutauschen (z. B. mittels einer Kommentarfunktion).
- Sie können als Anlass genommen werden, das Thema *Patientensicherheit* im Team zu diskutieren. Besonders am Anfang kann es einfacher sein, über Ereignisse aus anderen Einrichtungen als über die eigenen zu sprechen.
- Die größere Datenbasis kann dabei helfen, häufig auftretende Fälle oder bestimmte Muster der Fehlerentstehung zu erkennen.
- Wenn die betreffenden Ereignisse selten auftreten, können auf regionaler oder nationaler Ebene Ursachenmuster erkannt werden, die auf lokaler Ebene nicht zu identifizieren sind. Seltene Ereignisse können dann in allen relevanten Einrichtungen bekannt gemacht werden.
- Es können insbesondere Schnittstellen(-themen) berücksichtigt und Ereignisse sektoren- und berufsgruppenübergreifend analysiert werden (z. B. Apotheke-Hausarzt, Krankenhaus-Praxis-Pflegeeinrichtung).

5.2 Merkmale effektiver einrichtungsübergreifender Berichts- und Lernsysteme

Der G-BA hat Anforderungen an einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme benannt. Darüber hinaus werden Merkmale empfohlen, die wichtig sind, damit ein einrichtungsübergreifendes System auf lange Sicht erfolgreich betrieben werden kann.

Auszug aus den G-BA Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme² (üFMS) [4]

- Das üFMS ist für alle Einrichtungen offen und über das Internet frei zugänglich.
- Ein üFMS nimmt Meldungen zu *kritischen* und *unerwünschten Ereignissen* sowie *Fehlern*, *Beinahe-Schäden* und sonstigen Risiken möglichst mit schon abgeleiteten Empfehlungen zu deren Vermeidung entgegen.
- Nicht zulässig ist die Übermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten. Es ist eine vertrauliche Bearbeitung aller Daten sowie eine sichere Übertragung und Speicherung der Daten zu gewährleisten. Jegliche Möglichkeit zur Rückverfolgung der meldenden Einrichtungen von veröffentlichten Fällen ist auszuschließen.
- Zur Eingabe von Meldungen existiert ein strukturiertes Meldeformular.
- Für einen reibungslosen Datenaustausch zwischen den einrichtungsinternen Fehlermeldesystemen der meldenden Einrichtungen und dem üFMS bestehen Schnittstellen (Import-, Exportfunktion).
- Eingehende Berichte werden themenbezogen kategorisiert und nach Relevanz klassifiziert.
- Die Analyse der eingegangenen Meldungen erfolgt durch Expertinnen und Experten.
- Die bearbeiteten Meldungen werden als Fallberichte zeitnah in eine öffentlich zugängliche Falldatenbank eingestellt und können dort ggf. zusammen mit einem Fachkommentar frei zugänglich gelesen werden. Die Falldatenbank verfügt über eine systematische Suchfunktion und ermöglicht eine sekundäre Datennutzung für Evaluations- und Forschungszwecke.

Weitere Empfehlungen zu effektiven einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen:

- Berichte mit ähnlichen Ereignissen werden geclustert analysiert, um gemeinsame bzw. unterschiedliche Ursachen benennen und Sicherheitsmaßnahmen empfehlen zu können. Die Analyse erfolgt durch eine interdisziplinäre Expertengruppe.
- Feedback (z. B. in Form von Fallbeispielen, Empfehlungen für die Vermeidung von Ereignissen, neu entdeckte Risiken) wird regelmäßig veröffentlicht. Informationen sind für alle verständlich und nach Möglichkeit unmittelbar umsetzbar.
- Das übergreifende System bietet die Möglichkeit, in einem vertraulichen Rahmen Rückfragen an die Berichtenden stellen zu können, z. B. wenn Informationen fehlen, ohne die es nicht möglich ist, aus den Vorfällen zu lernen und Maßnahmen zu empfehlen.
- Damit alle genannten Aufgaben ausgeführt werden können, ist es wichtig, dass kontinuierlich adäquate Ressourcen und Expertise für den Betrieb des einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystems zur Verfügung stehen. Ansprechpartner, die in Fragen der *Patientensicherheit* Expertise ausweisen, sind telefonisch (Hotline) oder elektronisch (Chat oder E-Mail) erreichbar.
- Die Vernetzung der ambulanten Einrichtungen wird durch eine interaktive Plattform gestärkt, die die aktive Beteiligung der Nutzer fördert (z. B. durch social media-Funktionen, ein moderiertes Diskussionsforum, Chats).

² Diesen Begriff und die besonderen Anforderungen an üFMS hat der G-BA für den stationären Bereich beschrieben, da sie die Voraussetzung für eine Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz bilden. Jedoch sind die beschriebenen Merkmale ebenso relevant für effektive einrichtungsübergreifender Berichts- und Lernsysteme im ambulanten Bereich.

5.3 Beispiele

Es stehen verschiedene einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme zur Verfügung, die es ermöglichen, nicht nur aus den eigenen, sondern auch aus Ereignissen in anderen Einrichtungen zu lernen. In der nachfolgenden Tabelle sind einige dieser Systeme dargestellt, die öffentlich und ohne Registrierung im Internet zugänglich sind

WEBSITE	BESCHREIBUNG	BETREIBER
www.jeder-fehler-zaehlt.de	Berichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen	Institut für Allgemeinmedizin der Goethe - Universität Frankfurt
www.cirsmedical.de	Deutschlandweites Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft	ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Zur Verfügung gestellt von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung
www.cirs-nrw.de	Sektorenübergreifendes, regionales Berichts- und Lernsystem	Ärztékammern Nordrhein (ÄKNO) und Westfalen-Lippe (ÄKWL), Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein (KVNO) und Westfalen-Lippe (KWVL) und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ
www.cirs-health-care.de	Klinikübergreifendes Critical Incident Reporting System. Neben Krankenhäusern berichten auch MVZ's, Rettungsdienste und größere Praxen	Inworks GmbH in Kooperation mit Marcus Rall Institut für Patientensicherheit und Simulations-Teamtraining GmbH
www.cirs-ains.de	Sektorenübergreifendes Berichts- und Lernsystem für Anästhesisten und Klinik und Praxis	Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und ÄZQ
www.cirs-pharmazie.de	Einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem für Apotheken zur anonymen Meldung von Medikationsfehlern oder <i>Beinahe-Schäden</i>	Gemeinsame Initiative der Apothekerkammern Nordrhein (AKNR) und Westfalen-Lippe (AKWL). Bereitstellung: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Organisation: ÄZQ
www.cirs-urologie.de	Berichts- und Lernsystem der deutschen Urologen für kritische Ereignisse in Klinik und Praxis	Berufsverband der deutschen Urologen e. V. in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ

6 ANHÄNGE

6.1 Glossar - Die wichtigsten Begriffe

Audit	Eine Untersuchung, ob Prozesse, Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen. Audits sind ein unverzichtbarer Bestandteil des Qualitätsmanagements.
Beinahe-Schaden	Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können [20].
Beschwerdemanagement	Das Beschwerdemanagement umfasst Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die ein Unternehmen im Zusammenhang mit Beschwerden ergreift [21].
Fehler	Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant [20]. Ein Fehler liegt z. B. vor, wenn bei der Verschreibung nicht in die Patientenakte geschaut wird (Unterlassung).
Kritisches Ereignis	Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht [20], z. B. wenn ein Medikament trotz einer bekannten Allergie gegeben wird.
Patientensicherheit	Die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse [20].
Peer Review	Das Peer Review ist eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion eigener Leistungen und Erfahrungen zwischen Expertinnen und Experten in der Patientenversorgung. Durch den offenen und direkten Informationsaustausch zwischen Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen auf Augenhöhe über Aspekte guter Patientenversorgung wird das Lernen voneinander gefördert mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung [23].
Resilienz	Resilienz bedeutet, zu akzeptieren, dass Unfälle oder Krisen vorkommen, man sie aber bewältigen kann [5]. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung bedeutet es, dass man davon ausgeht, dass Menschen immer Fehler machen werden. (Versorgungs-)Systeme sind daher so zu gestalten, dass diese Fehler nicht zu einem Schaden führen und dass aus ihnen gelernt werden kann und sollte [24].
Risiko	Risiko im Kontext des Klinischen Risikomanagements ist eine Unsicherheit in der Versorgung von Patienten, die mit einer geschätzten Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung Patienten, die an der Versorgung Beteiligten und/oder die Organisation schädigt [23].
Risikomanagement	Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patienten, an deren Versorgung Beteiligter und der Organisation zu erhöhen [23].

Schaden

Gesundheitsschaden: Unerwünschtes körperliches, psychisches oder mentales Ereignis mit gesundheitsbeeinträchtigender oder tödlicher Folge. Bedingt durch

a) einen ungünstigen Krankheitsverlauf oder durch

b) nicht vermeidbare schädigende Wirkungen oder durch vermeidbare, fehlerbedingte Behandlungen [22].

Unerwünschtes Ereignis

Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein [20].

Vermeidbar ist z. B. ein allergisches Exanthem nach Penicillingabe trotz bekannter Penicillinallergie. **Nicht vermeidbar** ist z. B. eine Medikamentenallergie, wenn die Allergie erstmalig auftritt und im Vorfeld nicht bekannt war.

Zwischenfall

Ein Ereignis im Rahmen einer Heilbehandlung, welches zu einer unbeabsichtigten und/oder unnötigen Schädigung einer Person hätte führen können oder geführt hat.

6.2 Videos zur Information



„Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“. Nach diesem Motto haben wir Videoclips produziert, die erklären, warum und wieso Berichts- und Lernsysteme sinnvoll sind.

Der bekannte „Online-Arzt“ Dr. Johannes Wimmer erklärt kurz und anschaulich, warum sich Arztpraxen beteiligen sollten. Die Filme eignen sich für Sie und Ihr Praxisteam zur Einführung in das Thema.

Wir danken für die freundliche Unterstützung durch die MedServation GmbH.

Die Videos finden Sie auf <http://www.aps-ev.de/Projekte/cirsforte/>.

6.3 Vorlagenmuster

SCHRIFTLICHE ZUSICHERUNG DER SANKTIONSFREIHEIT UND VERTRAULICHKEIT³

Information an alle Mitarbeitenden

1) Keine Nachteile durch Berichte an das interne Berichts- und Lernsystem

(Die Einrichtung) möchte zur Optimierung der *Patientensicherheit* ein Berichts- und Lernsystem aufbauen und damit zur Fehlererkennung und -vermeidung sowie zur Weiterentwicklung der Sicherheitskultur beitragen. Durch eine möglichst zahlreiche und offene Darstellung von *Fehlern* und *kritischen Ereignissen* soll die *Patientensicherheit* systematisch erhöht werden. Der Sinn ist es nicht, Schuldige zu finden, sondern die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Die Geschäftsführung sichert hiermit allen Teilnehmenden zu,

- dass auch bei Kenntnis eines Berichtenden oder aus den Informationen des Fallberichts keine negativen Konsequenzen für die Beteiligten gezogen werden.
- dass die Informationen nicht dazu genutzt werden, einzelne Beteiligte verantwortlich zu machen, sondern systemische Ursachen für die aufgetretenen *Fehler/kritischen Ereignisse* zu erkennen und diese als Grundlage für Verbesserungen zu nutzen.
- dass das Verfassen eines Berichtes für das interne Berichts- und Lernsystem als besonders motiviertes, verantwortungsvolles Verhalten gewertet wird.
- dass die Informationen nicht an Dritte weitergegeben werden und die Vertraulichkeit zu jedem Zeitpunkt gewahrt ist.

2) Hinweis auf den Wahrheitsgrundsatz bei Berichten

Unabhängig von obiger Zusage bittet (die Leitung der Einrichtung) darum, bei allen Berichten den Wahrheitsgrundsatz einzuhalten und alle Berichte nach bestem Wissen zu verfassen, um die Nutzbarkeit des Berichts- und Lernsystems so effektiv wie möglich zu gestalten.

Ort, Datum

Unterschrift (Leitung/Geschäftsführung)

³ Quelle: Modifiziert nach Berufsverband Deutscher Anästhesisten/Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin/Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): CIRSmedical Anästhesiologie. Critical-Incident-Reporting-System für Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin und Schmerztherapie. Startpaket (Version 11-2012). Informationen zur Teilnahme am Incident Reporting System CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ. Online:<https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/publikationen/677-cirs-ains-startpaket-im-pdf-format/file.html> (Zugriff 21.03.18)

RISIKOMATRIX

Mittels einer Risikomatrix (nach ONR 49002:2014) wird die Wahrscheinlichkeit des Wieder-Auftretens eines Ereignisses gegenüber dessen Auswirkung tabellarisch ins Verhältnis gesetzt.

Aufretenswahrscheinlichkeit	häufig	5					
	möglich	4					
	selten	3					
	sehr selten	2					
	unwahrscheinlich	1					
			1	2	3	4	5
			unbedeutend	gering	spürbar	kritisch	katastrophal
	Schwere der Folgen						

WAHRSCHEINLICHKEIT DES WIEDER-AUFTRETENS EINES EREIGNISSES

STUFE	HÄUFIGKEIT
häufig	einmal pro Monat oder häufiger
möglich	einmal pro Quartal
selten	einmal pro Jahr
sehr selten	einmal in 3 Jahren
unwahrscheinlich	weniger als einmal in 3 Jahren

AUSWIRKUNGEN FÜR DEN PATIENTEN

STUFE	ERLÄUTERUNGEN BEZOGEN AUF PATIENT
unbedeutend	Ereignis ohne Folgen (<i>Beinahe-Schaden</i>)
gering	leichter Gesundheitsschaden mit vorübergehenden Beschwerden/Schmerzen
spürbar	schwerer Gesundheitsschaden ohne Dauerfolgen
kritisch	schwerer Gesundheitsschaden mit Dauerfolgen ohne dauerhafte Pflegebedürftigkeit jedoch mit Berufseinschränkung
katastrophal	schwerer Gesundheitsschaden mit Dauerfolgen und dauerhafter Pflegebedürftigkeit, Tod von Patientin/Patient oder Mitarbeitenden

EREIGNIS	DRINGLICHKEIT
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: green; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; margin-right: 5px; margin-left: 10px;"></div> </div> Grüner oder gelber Bereich = geringes oder mittleres <i>Risiko</i>	Besprechung in der nächsten routinemäßigen Teambesprechung
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; margin-right: 5px;"></div> </div> Roter Bereich = hohes <i>Risiko</i>	Sofortiger Handlungsbedarf

BEITRAGENDE FAKTOREN

Patientin/Patient	<ul style="list-style-type: none">• Krankheitszustand (Komplexität/Schweregrad), Alter• Sprech-, Hör-, Lese- und Kommunikationsfähigkeit• Persönlichkeit, familiäres Umfeld• Beziehung zum Behandelnden/Mitarbeitenden
Individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• Wissen, Fähigkeit, Fertigkeit (Qualifikation)• Motivation, Befindlichkeit, persönliche Wahrnehmung• Persönlichkeit, Gesundheit, soziales Umfeld
Team	<ul style="list-style-type: none">• Führung (Supervision, Kontrolle, ...)• Verbale und schriftliche Verständigung• Teamstruktur, -beständigkeit• Koordination/Kooperation• Stimmung
Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none">• Personalausstattung, Qualifikationsmix• Arbeitsbelastung• Physische Umgebung (Lärm/Licht)• Ausstattung der Arbeitsplätze
Organisation und Management	<ul style="list-style-type: none">• Standards und Ziele, Notfallmanagement, Untersuchungen• Trainings und Schulungen• Sicherheits- und Fehlerkultur• Finanzielle Ressourcen
Schnittstellen	<ul style="list-style-type: none">• Mündliche und schriftliche Verständigung mit den Kooperationspartnern (Kliniken, Praxen, Gesundheitsamt usw.)• Gesetzliche Regelungen
Aufgabe	<ul style="list-style-type: none">• Eindeutigkeit der Definition• Passgerechte Zuordnung, Ressourcen• Komplexität• Verfügbarkeit von Richtlinien, Funktionsbeschreibungen, Entscheidungshilfen

Angelehnt an „Checkliste beitragende Faktoren“ KBV-Moderator Modul Patientensicherheit (s. Kap. 4.3) nach [18].

ANALYSEFORMULAR

EREIGNIS ID: _____

In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verwaltung/Organisation | <input type="checkbox"/> Medizinische Geräte, Ausstattung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung/Therapie | <input type="checkbox"/> Dokumentation |
| <input type="checkbox"/> Hygiene/Aufbereitung | <input type="checkbox"/> Personaleinsatz/Qualifikation |
| <input type="checkbox"/> Medikation/Verordnung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

RISIKOEINSCHÄTZUNG		

BEITRAGENDE FAKTOREN	
Patient	
Individuelle Faktoren	
Team	
Arbeitsbedingungen	
Organisation/Management	
Schnittstellen	
Aufgabe	

ZUSAMMENFASSUNG ANALYSE/WEITERE INFORMATIONEN

Ereignis vorgestellt am: _____
Datum

Unterschrift

ANALYSEFORMULAR

Um unerwünschten Ereignissen zukünftig vorzubeugen, ergreifen wir folgende Maßnahmen:

EREIGNIS ID	Maßnahmen- beschreibung	Wer? (zuständige Person)	Bis wann? (Datum)	Anpassung eines Prozesses im QM-System notwendig?	Überprüfungs- zeitpunkt (Zeitpunkt der Kontrolle der Wirksamkeit der Maßnahme)	Anpassung erfolgreich? Wenn nein, warum nicht?	Notwendige Hilfsmittel/ Bemerkungen

Anregungen zu Maßnahmen finden Sie auch auf den Internetseiten der einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsysteme (siehe Beispiele in Kapitel 5.3). Dort können Sie auch Ihre Ereignisse und die abgeleiteten Maßnahmen berichten, damit andere daraus lernen können.

6.4 Literatur

[1]	J. Protschka, „Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld,“ 2012. [Online]. Available: https://www.aerzteblatt.de/archiv/133809/Behandlungsfehler-Die-Angst-vor-der-Schuld . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[2]	J. Reason, Menschliches Versagen: Psychologische Risikofaktoren und moderne Technologien, Spektrum Akademischer Verlag, 1994.
[3]	Aktionsbündnis Patientensicherheit, „Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen.“ 2016. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[4]	Gemeinsamer Bundesausschuss, „Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.“ 2015. [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[5]	H. Pierre, Human factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin, Kap 15.4.4 Resilienz in der Akutmedizin, ISBN 978-3-642-55419-3, 3 Hrsg., Springer.
[6]	A. Pauli, Risikomanagement und CIRS als Gegenstand der Krankenhaushaftung, Nomos, 2013, p. 302.
[7]	„Krankenhaus Report. Schwerpunkt Patientensicherheit,“ Schattauer, 2014.
[8]	ÄZQ Schriftenreihe Band 42, „CIRS - Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme,“ 2015. [Online]. Available: http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe42.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[9]	M. Rall, „Die sichere Anonymisierung und De-Identifikation von CIRS-Fallberichten,“ 2014. [Online]. Available: http://www.inpass.de/fileadmin/Bilder/Die_sichere_Anonymisierung_und_De-Identifikation_Rall_et_al_InPASS_4_2014.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[10]	Löber, „Effektivität von Meldesystemen und Kennzahlen zur Evaluation.“, Qualitas, Nr. 4, 2016.
[11]	Dunbar, „An Improvement Approach to Integrate Teaching Teams in the Reporting of Safety Events,“ Pediatrics, p. 139(2), 2017.
[12]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall.“ 2017. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/APS_Reden_ist_Gold_2017.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[13]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Reden ist der beste Weg. Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler.“ 2017. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/09/Reden-ist-der-beste-Weg.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[14]	G-BA, „Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme,“ 2016. [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3718/2016-03-17_ueFMS-B_Erstfassung_TrG.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[15]	Arabi, „Learning from defects using a comprehensive management system for incident reports in critical care.“, Anaesth Intensive Care,, pp. 44(2): p. 210-20., 2016.
[16]	Carson-Stevens und Donaldson, „Reporting and learning from patient safety incidents in general practice - a practical guide.“, Royal College of General Practitioners (RCGP), London, 2017.
[17]	Taylor-Adams, Vincent, Das London-Protokoll. Systemanalyse klinischer Zwischenfälle., H. d. d. Ü. P. Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Hrsg., 2007.
[18]	Rohe J, Beyer M, Gerlach FM,, „Leitfaden zur systematischen Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis,“ in KBV Handbuch Qualitätszirkel, 2013, pp. S.16 -26.
[19]	P. Hibbert, „Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study,“ International Journal for Quality in Health Care, Bd. 30 , Nr. 2, pp. 124-131, 2018.

[20]	APS, „Glossar,“ [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/glossar/ . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[21]	J. S. Hansen, „Beschwerdemanagement. Die Karriere einer kundenorientierten Unternehmensstrategie im Konsumgütersektor,“ Marketing-ZFP, pp. 77-88, 1995.
[22]	„Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,“ [Online]. Available: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[23]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus,“ 2016. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf . [Zugriff am 20 März 2018].
[24]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit,“ [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/hempfehlungen/wege-zur-patientensicherheit-lernzielkatalog-fuer-kompetenzen-in-der-patientensicherheit/ . [Zugriff am 20 März 2018].

Weiterführende Literatur

SS. Panesar et al., „How safe is primary care? A systematic review“, *BMJ Qual Saf*, 25: 544-553, 2016.

B. Hoffmann und J. Rohe, „Patientensicherheit und Fehlermanagement Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung“.

Dtsch Arztebl Int 2010; 107(6): 92–9. DOI:10.3238/arztebl.2010.0092

Hubertus J, Piehlmeier W, Heinrich M, „Communicating the Improvements Developed from Critical Incident Reports is an Essential Part of CIRS“, *Klin Padiatr*. 2016; 228(5): 270-4.

6.5 Impressum

Herausgeber:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Arbeitsgruppe CIRS ambulant

Leitung: Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Stellvertretung: Dr. med. Anouk Siggelkow, Ärztekammer Niedersachsen

Vorstandsvertreter: Hardy Müller, Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Wissenschaftliche Mitarbeit: Dagmar Lüttel, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Mitglieder der AG

Martin Beyer (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main)

Marina Buchmann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Anke Follmann (Ärztekammer Westfalen-Lippe)

Bettina Grundmann-Horst (ABZ Ambulantes Betreuungszentrum GmbH)

Johanna Hauser (Landesapothekerkammer Hessen)

Reiner Heuzeroth (Asklepios Kliniken)

Dr. med. Barbara Hoffmann (Ärztekammer Berlin)

Jan Dirk Jensen (Wallmeyer GmbH)

Dr. Pamela Kantelhardt (Landesapothekerkammer Hessen)

Andreas Kintrop (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Katja Lehmann (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern)

Dr. phil. Constanze Lessing (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Hannelore Loskill (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V.)

Dagmar Lüttel (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Sibylle Malinke (Verband der Ersatzkassen e.V.)

Brigitte März (Verband medizinischer Fachberufe e.V.)

Miriam Mauss (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)

Hardy Müller (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Dr. med. Beate Müller (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main)

Dr. med. Ulrich Paschen (IQ Institut für Qualität-Systeme in Medizin und Wissenschaft GmbH)

Katharina Rubin (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen)

Andrea Sanguino Heinrich (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)

Michael Sarbandi (Qualitätspraxisverbund Humanitus)

Nicole Schwaebe (Trainingsakademie LAT)

Dr. Oliver Schwalbe (Apothekerkammer Westfalen-Lippe)

Dr. med. Anouk Siggelkow (Ärztekammer Niedersachsen)

Lena Strodtmann (Ärztekammer Niedersachsen)

Markus Tannheimer (Inworks GmbH)

Christina Trewendt (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)

Conny Wiebe-Franzen (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Felix Winter (InPASS Institut für Patientensicherheit & Teamtraining GmbH)

René Zäske (Mediaform Informationssysteme GmbH)

Gloria Zörner (AGAPLESION)

Redaktionsteam:

Marina Buchmann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)
Dagmar Lüttel (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)
Hardy Müller (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)
Dr. med. Anouk Siggelkow (Ärztchammer Niedersachsen)

Wir danken Dr. Roland Uphoff, M.Mel. Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht für die juristische Prüfung einzelner Textpassagen.

Lektorat

Andreas Daniel (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Layout und Grafik

Alice Golbach (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Fotonachweis

contrastwerkstatt/Fotolia
MedServation GmbH

DOI: 10.21960/201802.1:L

1. Auflage: April 2018

Urheber- und Nutzungsrechte

Diese Handlungsempfehlung finden Sie zum kostenlosen Download im Internet unter www.aps-ev.de. Die Broschüre ist urheberrechtlich geschützt und darf in keiner Weise, weder in der Gestaltung noch im Text, verändert werden. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

Zitation

APS e.V. (2018): Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen, Berlin.

Aufforderung zum Feedback

Die APS-Handlungsempfehlungen sind Instrumente zur Verbesserung der *Patientensicherheit* und bedürfen der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Anpassung. Rückmeldungen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge, Ihre Ideen und Kritik sind deshalb ausdrücklich gefragt. Diese richten Sie bitte an:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Am Zirkus 2
10117 Berlin
E-Mail: info@aps-ev.de
www.aps-ev.de



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

CIRS *forte*

Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung

Diese Praxis

nimmt von April 2018 bis November 2019 an einer Studie zum
Risikomanagement in der ambulanten Praxis teil.

In dieser Studie geht es um Patientensicherheit:
Die teilnehmenden Praxen beschäftigen sich verstärkt mit dem Erkennen und
Untersuchen von kritischen Ereignissen, der Entwicklung von Maßnahmen zu
deren Vermeidung und zur Erhöhung der Patientensicherheit.

Frankfurt am Main, 03.05.2018



Dr. Beate Müller, Projektleiterin

ANALYSEFORMULAR

EREIGNIS ID: _____

In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verwaltung/Organisation | <input type="checkbox"/> Medizinische Geräte, Ausstattung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung/Therapie | <input type="checkbox"/> Dokumentation |
| <input type="checkbox"/> Hygiene/Aufbereitung | <input type="checkbox"/> Personaleinsatz/Qualifikation |
| <input type="checkbox"/> Medikation/Verordnung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

RISIKOEINSCHÄTZUNG		

BEITRAGENDE FAKTOREN	
Patient	
Individuelle Faktoren	
Team	
Arbeitsbedingungen	
Organisation/Management	
Schnittstellen	
Aufgabe	

ZUSAMMENFASSUNG ANALYSE/WEITERE INFORMATIONEN

Ereignis vorgestellt am: _____
Datum

Unterschrift

ANALYSEFORMULAR

Um unerwünschten Ereignissen zukünftig vorzubeugen, ergreifen wir folgende Maßnahmen:

EREIGNIS ID	Maßnahmen- beschreibung	Wer? (zuständige Person)	Bis wann? (Datum)	Anpassung eines Prozesses im QM-System notwendig?	Überprüfungs- zeitpunkt (Zeitpunkt der Kontrolle der Wirksamkeit der Maßnahme)	Anpassung erfolgreich? Wenn nein, warum nicht?	Notwendige Hilfsmittel/ Bemerkungen

Anregungen zu Maßnahmen finden Sie auch auf den Internetseiten der einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsysteme (siehe Beispiele in Kapitel 5.3). Dort können Sie auch Ihre Ereignisse und die abgeleiteten Maßnahmen berichten, damit andere daraus lernen können.



Die Angst davor, zum Sündenbock zu werden, ist eine der größten Hürden, **Fehlerberichts- und Lernsysteme** zu nutzen. Zudem erschwert es, die Ursache der Fehler zu suchen und gemeinsam zu beheben. Eine Studie gibt Einblick, wo Schuldzuweisungen besonders häufig vorkommen.

Schuldzuweisung verschleiert Fehlerursache



Dipl. Soz. Martin Beyer
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität
Frankfurt
Beyer@allgemein-
medizin.uni-
frankfurt.de

Es liegt stets nahe, unerwünschte Ereignisse als Ausnahme von den regelhaft guten Abläufen und der Versorgungsqualität aufzufassen, und demgemäß auch die ‚Schuld daran‘ zu personalisieren. Häufig hat man ein Gegenüber, das an dem Ereignis beteiligt ist. Und indem man diesem die Schuld zuweist, hat man gleichzeitig noch bestätigt, dass ‚die Ordnung‘ als solche ja in Ordnung und fehlerfrei ist. Vor allem in großen Organisationen wie Kliniken oder an Sektorengrenzen, wo sich Klinikärzte und Niedergelassene gegenüberstehen, kann dies sehr bedeutend werden. Daneben gibt es auch den Fall, dass der Berichtende selbst die ‚Schuld‘ auf sich nimmt – möglicherweise fälschlich, aber mit sehr negativen Folgen für sein Selbstbewusstsein und mit der Angst vor Sanktionen. Aus der Wissenschaft des Fehlermanagements wissen wir, dass all dies ein wenig zielführender Weg ist (‚blame and shame-

free culture‘). Schuldzuweisungen an andere verstellen in der Regel die Erkenntnis kritischer Situationen, lassen systembedingte Mängel und entsprechende Lösungswege nicht erkennen.

Dem möchten wir hier etwas weiter nachgehen, weil zumindest die Angst vor Schuldzuweisungen und Sanktionierung tatsächlich eine wesentliche Barriere der Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen zu sein scheint.

Wann kommt es häufig zu Schuldzuweisungen?

In einer jüngst erschienen Arbeit von Cooper et al. 2017 [1] wurde in der weltweit größten (allerdings nicht frei zugänglichen) Fehlerdatenbank aus der ambulanten Versorgung, der des britischen National Reporting and Learning Systems, dieser Frage

Fehlerbericht #842

Was ist passiert?

Meine Kollegin hatte ein Telefonat von einer Frau angenommen, die berichtete, ihre Mutter (über 80 Jahre, vask. Grunderkrankung) hätte am Vortag Sprachschwierigkeiten gehabt, welche sich dann jedoch wieder zurückgebildet hätten. Da die Probleme am Tag des Telefonats erneut kurz aufgetreten waren, wollte sie nun einen Termin in der Sprechstunde für ihre Mutter vereinbaren. In Gedanken an einen Apoplex hatte sich die Tochter am Vortag wohl schon an den für ihre Mutter zuständigen Pflegedienst gewandt, welcher ihr aber anscheinend versicherte, dass die Wahrscheinlichkeit dafür sehr gering wäre.

Das Telefonat fand vormittags statt und die Patientin und ihre Tochter wurden von meiner Kollegin für den späten Nachmittag in die Sprechstunde einbestellt.

Was war das Ergebnis?

Die Patientin wurde erst mehrere Stunden nach dem Telefonat einbestellt und dann nach kurzer Zeit in der Praxis mit V.a. Apoplex ins Krankenhaus eingewiesen.

Als wenige Tage später der Entlassungsbrief kam, stellte sich heraus, dass die Patientin tatsächlich einen Schlaganfall hatte.

Die Zeitverzögerung war ein unmittlbares Risiko für die Patientin.

Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben können?

Bei der Schilderung von solch spe-



zifischen Beschwerden, ist es normalerweise Usus, den Anrufer direkt mit einem der Ärzte zu verbinden und den Patienten ggf. direkt von Zuhause aus per RTW ins Krankenhaus zu schicken.

Diese Vorgehensweise ist in der Regel allen in der Praxis bekannt. Ich kann mir höchstens vorstellen, dass meine Kollegin mit dem Thema nicht so vertraut ist, da sie ihre Ausbildung in einer HNO-Praxis absolviert hat, allerdings führen wir regelmäßige Notfallschulungen durch und jene Symptome, die auf eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung hindeuten, sollte meiner Meinung nach jede/r kennen.

Welche Maßnahmen wurden aufgrund dieses Ereignisses getroffen oder planen Sie zu ergreifen?

Rücksprache mit der zuständigen Kollegin, Gespräch zwischen der Kollegin und einem der Ärzte über den potenziell tödlichen Ausgang der Geschichte.

nachgegangen. In diesem Berichtssystem werden aus der ambulanten Versorgung ziemlich wenige (man vermutet unter ein Prozent) der kritischen Ereignisse berichtet, aber dies summiert sich auf mehr als 42.000 in der Berichtsperiode, von denen 2.148 auswertbar waren.

Die Autoren fanden, dass in 42 Prozent der Berichte Schuldzuweisungen an andere stattfanden oder berichtet wurden (und nur in zwei Prozent die eigene Schuld eine Rolle spielte). Besonders häufig war dies, wenn es um Entlassungsplanung, Kommunikation, Überweisungen oder Diagnostik ging, also Probleme, bei denen mehrere kooperieren. Ebenfalls häufig waren diese Schuldzuweisungen, wenn bei den kritischen Ereignissen Teamfaktoren oder Organisationsbedingungen als beitragende Faktoren genannt wurden. Gerade dies deutet darauf hin, dass man dort von einer blame-free Fehlerkultur doch noch ein Stück entfernt ist.

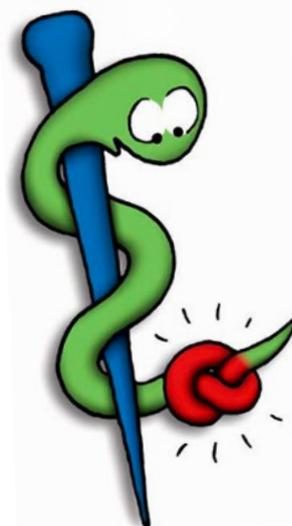
Diese Befunde geben Anlass, sich die Problematik von Fehlerberichten und Schuldzuweisungen genauer vor Augen zu führen. Nicht immer ist es so, dass hier einfach ein Sündenbock gesucht wird, die Problematik

reicht tiefer in Risikomanagement und Fehlerkultur hinein.

Ablenkung von Fehlerursachen

Im Fehlermanagement wird allgemein kritisiert, dass Schuldzuweisungen von möglichen systematischen Fehlerursachen (‘Systemversagen’) ablenken. Da sich jeder Handelnde darüber klar sein muss, dass Menschen Fehler machen, müssen diese systematischen Fehlerursachen identifiziert werden, um zu verhindern, dass Fehler sich ausbreiten und zu Schäden führen können und sich wiederholen.

Persönliche Verantwortlichkeiten müssen in Kooperationssystemen geklärt sein – durch Schuldzuweisungen werden diese aber oft isoliert und personalisiert. Die wirklichen Ursachen werden verschleiert – nämlich ob diese Verantwortlichkeiten wirklich tragfähig für einen fehlerfreien (oder –toleranten) Ablauf sind. Oft reproduzieren sich in den kritischen Ereignissen falsche Praktiken, unzureichende Zuständigkeiten etc. ‚Das nächste Mal besser aufzupassen‘ reicht dort nicht als Lösung.



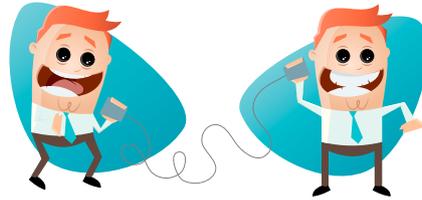
Wie gehen Sie im Team mit diesem Problem um? Haben Sie schon selbst die Erfahrung gemacht, dass Schuldzuweisungen eine Lösung verhindert haben? Berichten Sie gerne auf www.jederfehler-zaeHLT.de!

Praxis Wissen

Hinzu kommt: Arbeitet ein Team gemeinsam ein kritisches Ereignis auf, führen Schuldzuweisungen zu einer Entsolidarisierung, was eine gemeinsame Suche nach einer Lösung oder Bewältigung erschwert. Im Extremfall, bei einer schlechten Fehlerkultur, ‚entschulden‘ sich alle auf Kosten eines Einzelnen, der das Pech hatte, nicht nur eine Sache falsch gemacht zu haben, sondern auch die Schuld dafür zugewiesen zu bekommen. Lösungen im Team wie eine bessere Unterstützung, intensivierte Training und Supervision usw. kommen dann gar nicht in den Blick.

Fehlverhalten benennen

Dessen ungeachtet muss natürlich gravierendes persönliches Fehlverhalten als solches benannt und ggf. auch sank-



tioniert werden – auch das beinhaltet eine blame-free Fehlerkultur. Besonders an Schnittstellen wird durch personalisierte Schuldzuweisungen („Der Assistenzarzt auf Station hat ...“) der Konflikt zwischen unterschiedlichen Organisationsbedingungen und Sichtweisen verschleiert. Gerade hier käme es aber darauf an, im gemeinsamen Gespräch nach optimierten Lösungen zu suchen. In unserem Beispielbericht steht die Schuldzuweisung nicht im Vordergrund, dennoch wird das Problem, hier einen Notfall übersehen zu haben, auf eine Kollegin konzentriert. Es scheint

aber, dass im Gespräch doch eine Lösung oder eine verbesserte Aufmerksamkeit für zerebrovaskuläre Notfälle gefunden wurde. Allerdings sieht auch die Berichtende erst zu spät, dass der ‚Usus‘ in der Praxis in diesem Fall eben nicht tragfähig war. Das Vorgehen bei der Telefontriage (s. *Der Hausarzt 14*) muss regelmäßig gemeinsam besprochen werden, um Kollegen mit wenig Erfahrung auf diesem Gebiet mitzunehmen.

Übrigens sind Berichte mit Schuldzuweisungen in unserer Berichtsdatenbank viel seltener als in der britischen Studie – das spricht für das hohe Niveau unserer Teilnehmer.

Quelle: 1. Cooper et al. *Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports. Ann Fam Med 2017; 15: 455-461*; Link: <https://doi.org/10.1370/afm.2123> – frei zugänglich

ANZEIGE

Fehler

Triage am Telefon: Wie gewinnen Sie Sicherheit?

Notfälle sind gerade bei Patienten in der Hausarztpraxis oft schwer zu erkennen, weil sich meist keine besondere Symptomatik zeigt. Noch schwieriger ist es, wenn die Patienten nur anrufen. Ein **Leitfaden** hilft, das ganze Praxisteam sicherer zu machen.



Dipl. Soz. Martin Beyer
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemein-
medizin
Goethe-Universität
Frankfurt
Beyer@allgemeinme-
dizin.uni-
frankfurt.de

Patienten rufen oft in der Hausarztpraxis an, wie sie mit einem Problem oder Symptom umgehen sollen: Ist es ernst? Ist der Rettungsdienst oder ein dringlicher Hausbesuch nötig? Kann man zuwarten oder die Praxis aufsuchen? Erster Ansprechpartner ist die Mitarbeiter/in am Telefon, meist die MFA. Gut ist es – und so wird es meist auch geregelt – wenn sie im Zweifel mit dem Arzt Rücksprache halten kann. Aber auch für den Arzt ist die Entscheidung, ob ein ernstes Problem vorliegt (‘Triage’) aufgrund einer telefonischen Aussage nicht immer leicht.

Stress am Arbeitsplatz erschwert die Aufgabe. Noch schwieriger ist es aber, wenn eine wenig erfahrene MFA oder gar eine Auszubildende das Telefon besetzen muss und zudem keine Rücksprache nehmen kann.

In der Berichtsdatenbank von www.jederfehlerzaehlt.de haben wir mindestens 15 Fälle, in denen diese Telefontriage oder die anschließende Vorbereitung eines Hausbesuchs nicht richtig geklappt hat: aus der letzten Zeit zum Beispiel die Fälle 889, 877, 842, 719, 583, die Sie alle einsehen können. Es handelt sich also um ein häufiges Sicherheitsproblem, um das man sich im Team systematisch kümmern sollte. Deswegen möchten wir zugleich fragen, wie ein Praxisteam systematisch vorgehen kann, um ein solches Problem zu lösen. Nach unserer Einschätzung ist dies derzeit meist das größte Problem, Ereignisse und deren Lösungsansätze aus anderen Praxen in die eigenen Situati-

on zu übertragen. Gehen wir zunächst vom **Fallbericht** aus, der leider einen tragischen Ausgang beschreibt.

Eine ältere Patientin ohne Vorgeschichte meldet sich mit Brustschmerz in der Praxis. Die MFA erkennt in der Beschwerdeschilderung offenbar keinen vitalen Notfall und bittet die Patientin, in die Praxis zu kommen. Offenbar hat sie die Patientin aber noch ‚auf dem Schirm‘, als sie sich über deren Ausbleiben wundert und nach Rücksprache mit dem Arzt sogar noch den Rettungsdienst verständigt. Leider kann die Patientin schon zu diesem Zeitpunkt nicht mehr gerettet werden. Brustschmerz/kardiale Notfälle und Lungenembolien, Schlaganfälle, Bauchschmerz bei Kindern und vielleicht schwere Wirbelsäulenprobleme scheinen nach unserer (unrepräsentativen) Einschätzung die Problem-schwerpunkte zu sein, bei denen eine korrekte ‚Triage‘ notwendig ist.

Jeweils ist es aber das Problem, dass, wie wir nicht müde werden zu betonen, die schweren Verläufe unter Patienten einer Hausarztpraxis eher selten sind und sich nicht durch eine besondere Symptomatik hervorheben. Diese Krankheitsbilder sollte man ggf. in der Praxis häufiger durchsprechen, um vorzubeugen, dass untypische Beschwerdeschilderungen am Telefon ausgesiebt werden. Der Fallbericht 889 passt dazu: Es sollte erwähnt werden, dass gerade bei älteren Frauen ein Infarkt sich eher symptomatisch blande darstellt [1].

Fußnote:

1. Einen wichtigen Schatz an inhaltlicher Information können wir für Sie leider nicht heben: In den Niederlanden, bei denen im Bereitschaftsdienst die zentralen Notdienste eine wichtige Rolle spielen, gibt es einen ‚NHG-TriageWijzer‘ der die dortigen hausärztlichen Leitlinien für mehr als sechzig Krankheitsbilder genau nach Dringlichkeit etc. abbildet. Leider nur auf Niederländisch und nur für Mitglieder der Nederlands Huisartsen Genootschap. Es wäre dringend wünschenswert, dass man ihn auch auf Deutsch hätte.



Fehlerbericht #889

Was ist passiert?

Eine 80-jährige Patientin ruft in der Praxis an und gibt telefonisch gegenüber der MFA neu aufgetretene Brustschmerzen an. Eine kardiale Vorgeschichte ist nicht bekannt. Die MFA bittet die in der Nähe wohnende, mobile Patientin, die Praxis unmittelbar aufzusuchen.

1,25h später ist die Patientin in der Praxis nicht eingetroffen und telefonisch mehrfach nicht erreichbar. Der Arzt wird informiert. Da weder Angehörige noch die Patientin kontaktiert werden können, wird ein Notruf über die Rettungsleitstelle veranlasst. Dabei stellt sich heraus, dass der Rettungsdienst bereits vor

Ort ist. Die Patientin war ca. 15 Minuten nach dem telefonischen Kontakt mit der Praxis vor dem Wohngebäude zusammengebrochen und nicht mehr ansprechbar gewesen. Der durch eine Passantin gerufene Rettungsdienst führte eine erfolglose Reanimation bei Kammerflimmern durch.

Was war das Ergebnis?

Die Patientin verstirbt am Einsatzort.

Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben können?

Unzureichende Schulung, Ausbildung und Sensibilisierung der MFA für Red flags, Triage von Patientenanliegen und abwendbar gefährliche Verläufe.



Zeitdruck, hohes Patientenaufkommen an der Anmeldung, Doppelbelastung aus Telefonanrufen und persönlichen Kontakten an der Anmeldung mit resultierender Überforderung und ungenauem Arbeiten. Ängste, den Arzt in der laufenden

Sprechstunde mit zusätzlichen Problemen zu belästigen.

Welche Maßnahmen wurden aufgrund dieses Ereignisses getroffen oder planen Sie zu ergreifen?

Aufarbeitung in Praxisbesprechung, regelmäßig wiederkehrende Schulungsmaßnahmen für Patienten-Triage und Red flags, regelmäßige Sensibilisierung für abwendbar gefährliche Verläufe, Abbau von Hemmschwellen, in Zweifelsfällen den Arzt mit einzubinden. Optimierung der Besetzung an der Anmeldung, mobiles Telefon an der Anmeldung, um sich ggf. auch für Gespräche zurückziehen zu können.

Die weiteren Überlegungen im Fall sind beispielhaft: Berichtender und Praxisteam haben sich wichtige Gedanken gemacht, was erstens die wunden Stellen (,mögliche Gründe') in der Telefontriage sind, und was zweitens verbessert werden kann. Es sind genau die Punkte, die ein Praxisteam aufgreifen sollte, und die auch ein Schweizer Ratgeber zu diesem Problem in den Vordergrund stellt. Diesen Praxisleitfaden der Stiftung Patientensicherheit können Sie im Netz auf www.patientensicherheit.ch (direkt zum Leitfaden: <https://hausarzt.link/li6Cl>) gratis herunterladen.

Er beschreibt ein Vorgehen in sieben Teamsitzungen, um alle Facetten des Problems in den Griff zu bekommen – und die Fragen und Mittel, die Sie dazu brauchen. Sieben Sitzungen können für eine deutsche Hausarztpraxis etwas

viel erscheinen, aber vielleicht können Sie das auch schneller durchlaufen? Die einzelnen Themen sind auf jeden Fall wichtig (s. Tab 1). Wenn Sie diese Fragen im Team befriedigend bearbeitet haben, haben Sie wahrscheinlich nicht nur für

die telefonische Erreichbarkeit / Responsivität der Praxis und eine Telefontriage viel erreicht. Sondern das Team hat darüber hinaus über Kommunikation im Team, Verantwortlichkeiten und Vertrauen in der Praxis gelernt.

Tab. 1: Sieben Themen für Teamsitzungen zur Telefon-Triage

SITZUNG	THEMA	INHALT / ANMERKUNG
1	Triage	Erwartungen im Praxisteam? Am Anfang sollte der Status quo und die Erfahrungen und Erwartungen im Team stehen (natürlich gerade derer, die an der Front stehen!).
2	Triage	Rückfrage beim Arzt. Hier geht es nicht nur um die Verfügbarkeit, sondern auch um die ‚Störbarkeit‘ und letztlich auch um das gegenseitige Vertrauen.
3	Feedback für die MFA	Neben den fachlichen Erfahrungen geht es auch um die Wertschätzung für die MFA!
4	Austausch und Kommunikation im Team	Ein ganz entscheidender Punkt, da heute meist nicht nur eine MFA alles managen muss.
5	Fallbesprechungen / Fehlerberichte	die zentrale Lernchance
6	Situation der Auszubildenden	Wie sieht es mit Lernchancen im Team, mit Back-Up, und auch begrenzter Kompetenz aber unbegrenzter Einsatzbereitschaft aus?
7	Arbeitsplatzgestaltung	Auch der berichtende Arzt hat hervorgehoben, dass die Beeinträchtigungen am Tresen durch konkurrierende Aufgaben eine wichtige Rolle spielen, und Möglichkeiten zu unbeeinträchtigter Telefonbereitschaft ein wichtiger Punkt sind.



Leitfaden der Stiftung Patientensicherheit zur Telefontriage: <https://hausarzt.link/li6Cl>

Fehler

Wenn Patienten der Routine zum Opfer fallen



Dipl. Soz.
Martin Beyer
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität
Frankfurt
Beyer@allgemein-
medizin.uni-
frankfurt.de

Es ist ein extremer Fall: Mit einem leicht erhöhten Troponin-Wert fängt es an – und endet mit dem Tod der Patientin. Noch bedenklicher ist, dass der Troponintest eigentlich nicht nötig war. Was kann man daraus lernen? **Übersorgung fördert Fehler!**

Medizinische Übersorgung ist in vieler Munde, wenn sich auch viele nicht darüber einig sind, wann und wo sie eigentlich vorliegt. Relativ unstrittig ist, dass bei Übersorgung das medizinische Angebot am Bedarf und am Patientenutzen vorbeigeht, und die Patienten vermeidbaren Belastungen und auch Risiken durch Überdiagnostik oder Übertherapie aussetzt. Inzwischen fokussiert die internationale Diskussion aber auch darauf, dass überflüssige Diagnostik oder Therapie auch direkt Fehlerketten in Gang setzen kann, die schwerwiegende Folgen ha-

Überflüssige Diagnostik kann Fehlerketten in Gang setzen.

ben können. Darauf möchten wir Ihren Blick lenken.

Ausnahmsweise gehen wir dabei von einem amerikanischen Fehlerbericht aus (s. Kasten), da wir in www.jeder-fehler-zaehlt.de einen

so klaren Verlauf bisher nicht gefunden haben. Eine ältere Frau mit fortgeschrittener Demenz wird mit unspezifischen Symptomen in die Notaufnahme gebracht, zunächst auf einen Harn-

wegsinfekt und dann auf einen Zufallsbefund (erhöhter Troponin I-Wert) hin antikoagulativ sehr aggressiv behandelt, was sie mit den Zeichen einer ausgedehnten Hirnblutung nicht überlebt.

Die einzelnen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen müssen natürlich detailliert im Sinne einer Ursachenanalyse aufgearbeitet werden. Dabei sollte aber nicht vergessen werden, dass es neben Fehlentscheidungen an den einzelnen Knotenpunkten auch um den Eindruck geht, dass die Patientin Opfer von Routinen geworden ist, gegen die man gezielt andenken muss. Die Kommentatoren des Falles D.J. Morgan und A. Foy führen im Einzelnen auf:

- Beschwerden, die zu einem Harnwegsinfekt passen würden, werden nicht erwähnt, wobei allerdings unklar ist, ob sie in ihrem





Fallbericht #401

aus dem Patient Safety Network der AHRQ WebM&M. Ein Bericht aus einer Notaufnahme:

Was ist passiert?

Eine Patientin, 76 Jahre, mit Bluthochdruck, Diabetes und fortgeschrittener Demenzerkrankung wird mit den Zeichen von Verwirrung und allgemeiner Schwäche in die Notaufnahme gebracht.

Nach kurzer körperlicher Untersuchung wird auf einen Harnwegsinfekt entschieden und sie mit einem Antibiotikum versorgt. Parallel wird ein Labor gemacht, dabei fällt ein leicht erhöhter Troponin I-Wert (0.10 µg/mL) auf. Das EKG ist unauffällig (ohne Ischämiezeichen). Sie klagt weder über Atemnot noch Brustschmerz.

Der aufnehmende Arzt kontaktiert den Kardiologen, der (offenbar ohne die Patientin gesehen zu haben) eine Tripeltherapie mit ASS, Clopidogrel und

Heparin empfiehlt, was auch durchgeführt wird. Am Folgetag bleibt die Patientin verwirrt, das Troponin steigt noch etwas an (0.12-0.13 µg/mL), das EKG bleibt unauffällig und der Kardiologe empfiehlt die Fortsetzung der Therapie. Am Abend nimmt die Verwirrtheit zu, und als dann ein Schädel-CT angefordert wird, zeigt sich eine ausgedehnte Hirnblutung mit Mittellinienverschiebung. Sie wird beatmungspflichtig. Jetzt wird die Tripeltherapie abgebrochen. Dennoch verschlechtert sich der Zustand weiter, sie wird komatös. In Absprache mit der Familie wird die Intensivpflege beendet und die Frau stirbt kurze Zeit später.

Übersetzt und gekürzt nach <https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/401/consequences-of-medical-overuse>

Zustand diese hätte äußern können. Eine unsymptomatische Bakteriurie wird sie als Heimbewohnerin mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit gehabt haben, ohne dass diese sinnvoll zu ‚kurieren‘ wäre.

- Andere Ursachen für Verwirrung und Schwäche: Auswirkungen von Multimedikation, Infektionen oder einfach eine Verschlechterung der Demenz, wären nur aufwendiger zu eruieren gewesen.

Einen gewissen Knotenpunkt in diesem Bericht stellt in jedem Fall der Troponintest dar. Warum er erfolgte, erschließt sich aus dem Fallbericht nicht: Es gab keine Beschwerden und das EKG war unauffällig. Vermutlich war er routinemäßiger Bestandteil eines Notfallprotokolls, einer „Laborlatte“. Hierzu geben die Kommentatoren zwei wichtige Zusatzinformationen:

- **Testcharakteristika:** Der Troponintest (auch neuere ‚hochspezifische‘) ist fehleranfällig (Laborfehler, andere Ursachen als Myokardinfarkt). Wenn dann die Vortestwahrscheinlichkeit gering ist, summieren sich nahezu alle falsch-positiven Testresultate zu unrichtigen Diagnosen. Hinzu kommt, dass sich viele Ärzte schwer tun, die statistische Aussagekraft der von ihnen eingesetzten Tests einzuschätzen.
- **Verbreitung:** Es werden Studien aus den USA zitiert (aus Deutschland sind uns entsprechende Daten nicht bekannt), nach denen bei 17 Prozent aller Notfallpatienten ein Troponintest gemacht wird. Unter den danach aufgenommenen Patienten hatte ein Drittel (35 Prozent) keine Indikation (Infarktsymptomatik) für den Test.

Erst beide Informationen zusammen ergeben die brisante Mischung: Der Test ist (unspezifisch) verbreitet und ergibt zahlreiche falsch-positive Resultate. Denkt man dann noch den dritten Aspekt dazu: die ärztliche Motivierung (man möchte nichts übersehen, auf der sicheren Seite sein...), zeichnen sich Triebkräfte von Überversorgung ab.

Eine wichtige Folgerung ist, dass der Test *unter diesen Umständen nicht hätte gemacht werden sollen.*

Von diesem Punkt an geht der weitere Verlauf eigentlich ‚downstream‘ – es ereignen

Gibt es aus Ihrer Erfahrung ein Beispiel von Überdiagnostik oder Übertherapie, das Sie nicht lässt und Sie berichten können – und welche Folgerungen Sie gezogen haben?



Teilen Sie es mit Ihren Kollegen unter: <https://jeder-fehler-zaehlt.de>

sich Folgen, die zu erwarten sind. Ein kritischer Punkt ist dabei natürlich, dass ein Kardiologe quasi per Ferndiagnose und -behandlung eine Tripeltherapie einleitet. Es ist nicht berichtet, dass er die Patientin je gesehen hat. Aber auch in dem Fall und auch wenn er von der These eines wie auch immer verborgenen Koronarsyndroms ausgegangen wäre, hätte er das erhebliche Komplikationsrisiko seiner Therapie bei dieser Patientengruppe abwägen müssen.

Für unsere Fallbetrachtung soll es darauf aber weniger ankommen. Wir haben den Fall deswegen ausgewählt, um auf **typische Konsequenzen** von Maßnahmen der Überversorgung hinzuweisen.

- Nicht indizierte Diagnostik (ganz gleich ob aus defensiven oder routinebasierten Gründen) erhöht den Anteil falsch-positiver Befunde und damit diagnostischer Fehleinschätzungen.
- Nicht-indizierte Diagnostik führt zu weiterer (nicht besser begründeter) Diagnostik und Übertherapie.
- In allen diesen Fällen sind weitere Fehler zumindest erleichtert.

Der vorliegende Fall stammt aus der stationären Versorgung (wenn auch direkt an der Schnittstelle zur Hausarztpraxis gelegen) – wir würden uns freuen, wenn Sie auf diesen Anstoß hin auch analoge Probleme von Überversorgung oder Überdiagnostik aus der hausärztlichen Versorgung unter www.jeder-fehler-zaehlt.de berichten!

Mehr Literatur

Unter Patient Safety Network der AHRQ WebM&M (Morbidity and Mortality Rounds on the Web; <https://psnet.ahrq.gov/webmm/>) finden Sie eine große Zahl von Fallberichten (englischsprachig, meist aus dem klinischen Bereich) mit jeweils sehr gründlichen Kommentierungen. Speziell zum Thema Überversorgung („Less is More“) finden Sie im Fachorgan JAMA Internal Medicine eine Serie ‚Teachable Moment‘ mit einer inzwischen großen Zahl ähnlicher Fallberichte, z.B. <https://hausarzt.link/eQatT> (Zugang nicht frei).

Mit Überversorgung beschäftigen sich die (spezialistischen) deutschen Medizinischen Fachgesellschaften unter <https://hausarzt.link/FqCL4>. Zur Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ ist zuletzt eine Serie im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht worden.

Die DEGAM erarbeitet derzeit eine Leitlinie zur Überversorgung, die voraussichtlich im Herbst veröffentlicht wird.

FAZIT

Diagnostische Tests erhöhen nur die Sicherheit, wenn Hausärzte die Aussagekraft richtig einzuordnen wissen. Hier besteht aber bei vielen Unsicherheit, wie Studien zeigen. Ein kritischer Umgang mit Tests ist gerade für Hausärzte wichtig, sind sie doch mit einem unausgelesenen Patientengut konfrontiert. Viele Tests können zwar ein geringes Maß an mehr Sicherheit bringen, man nimmt dafür aber meist deutlich mehr Unsicherheit aufgrund falsch-positiver Befunde in Kauf. Um Patienten gut zu beraten, ist es also wichtig, sich mit evidenzbasierter Medizin zu befassen.

Führen ‚unangenehme Patienten‘ zu mehr Fehlern?



Dipl. Soz. Martin Beyer
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität
Frankfurt
Beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Ein Patient kommt immer wieder wegen Bagatellerkrankungen, nimmt seine Medikamente nicht oder die Kommunikation ist mühsam. Beeinflusst das **Verhalten von Patienten** die Diagnostik und führt zu mehr Fehlern? Zwei Studien geben darauf eine Antwort.

Die im Fall 382 aus www.jeder-fehler-zaehlt.de geschilderte Situation kennen Sie vermutlich oder fühlen sich seltsam vertraut damit. Ein Patient tritt störend, aggressiv, fordernd, emotional belastend oder hilflos auf und Sie haben im Nachhinein das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben.

Wir bleiben wie in „Der Hausarzt“ 20/2016 bei diagnostischen Fehleinschätzungen, aber mit einem anderen Blickwinkel: den *patientenbezogenen* Fehlerursachen, die Sie bei keiner systematischen Analyse unberücksichtigt lassen sollten. Ob hier tatsächlich ein Fehler vorliegt, sei einmal dahingestellt – es kommt hier nur darauf an, dass situationsbezogene Merkmale oder Signale, die vom Patienten ausgehen, möglicherweise zu Fehlern beitragen können. Ob dies tatsächlich so ist, versuchen zwei Studien zu klären.

Patienten können Ärger oder Ihre Verärgerung auf unterschiedliche Weise und Intensität auslösen. Das beginnt mit denjenigen, die sich nicht an Praxisroutinen halten, zur unpassenden Zeit ihr Anliegen präsentieren oder in Konsumentenhaltung bedient werden möchten. Ärgerlich sind natürlich auch Patienten mit ubiquitär-multiformen Beschwerden oder erheblichen Kommunikationsbarrieren. Schließlich Patienten, die Sie in einen emotionalen Dauerclinch verwickeln, aus dem Sie sich nur mithilfe von Kollegen oder einer Balint-Gruppe befreien können. Jeweils ist die natürliche Reaktion damit verbunden, die Kommunikation zu redu-

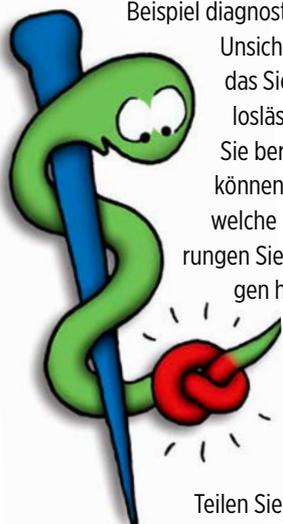
zieren und Signale möglicherweise nicht zu empfangen.

Im Fall 382 ist die Problemlage noch relativ überschaubar – Tiefenpsychologie braucht der Hausarzt hier nicht, aber einen Schuss Reflektion, den er in der Analyse auch demonstriert, im Sprechstundenalltag allerdings nicht immer.

In den beiden Studien [1], die dargestellt werden, war die Versuchsanordnung relativ einfach, aber reale Situationen kann man unter Studienbedingungen schlecht abbilden. Die Forscher aus Rotterdam arbeiteten mit Fallschilderungen (paper cases), die ein diagnostisches Problem abbildeten und sich nur in einem Satz unterschieden, der die Eingangssituation oder Patientencharakteristika darstellte. Die eine Version schilderte einen Patienten, der etwa hocherregt über die zu lange Wartezeit erschien. In der anderen Version bedankte er sich sanftmütig („neutral“), noch drangekommen zu sein.

Experten schätzten dann die Diagnosen, die Ärzte in Weiterbildung gestellt hatten, als ganz richtig (=1), halbrichtig (=0,5) oder falsch/abwegig (=0) ein. Die durchschnittliche diagnostische Präzision war in der Gruppe der ‚unkomplizierten Patientenfälle‘ 0,64 - die richtige Diagnose war also nicht einfach zu finden. In der Gruppe der ‚schwierigen Patienten‘ betrug sie 0,54 - also erheblich schlechter, obwohl man nur einen einzigen stimmungsbildenden Satz ausgetauscht hatte. Der zweite Studienteil war ähnlich ange-

Gibt es aus Ihrer Erfahrung ein Beispiel diagnostischer Unsicherheit, das Sie nicht loslässt und Sie berichten können – und welche Folgen Sie gezogen haben?



Teilen Sie es mit Ihren Kollegen unter: <https://jeder-fehler-zaehlt.de>



Fallbericht #382

legt, versuchte aber (u.a. durch Messung der Zeit bis zur Entscheidung und die nachträgliche Befragung nach den klinischen Details), den Mechanismus der ‚Störung‘ zu ermitteln. Die Hypothesen über den kognitiven Prozess sind interessant: Demnach können ‚störende Patienten‘

- den diagnostischen Prozess vorzeitig abbrechen lassen (wie im Fallbericht: ‚hat eh immer dasselbe‘ / ‚premature closure‘).
- durch emotionale Beeinflussung wichtige Alternativdiagnosen ausschließen (‚intrusion‘).
- durch kognitiv-emotionale Überlastung nicht genug Zeit für die diagnostische Überlegung lassen.

Die Autoren meinen, Belege für die dritte Hypothese gefunden zu haben. Wir glauben aber, dass alle drei Fehlerquellen bekannt sein sollten.

Beide Studien stehen auf einem methodisch recht schmalen Fundament – sie können aber zeigen, dass patientenseitige Faktoren offenbar die Diagnostik beeinflussen und geben Raum für praktisch relevante Überlegungen. Selbstverständlich gibt es auch komplexere emotionale Beeinflussungen und Gegenbeeinflussungen (Übertragung und Gegenübertragung) die in diesem Modell nicht vorkommen. Hausärzte müssen gerade nicht ‚post-

Was ist passiert?

Eine Patientin Mitte 70 hat Beschwerden am Bewegungsapparat. Sie braucht einen Gelenkersatz. Seit Monaten rede ich mit ihr darüber. Sie kommt fast täglich in die Praxis. Die Gesprächsinhalte wiederholen sich schier endlos. Sie ist schwerhörig, das Sprechen mit ihr anstrengend. Das ganze Praxisteam ist mittlerweile genervt. Ich habe eine Woche Urlaub und beginne die Arbeit mit einem Notdienst. Meine Motivation hält sich in Grenzen, der Urlaub war eigentlich zu kurz. Die Pat. erscheint in Begleitung des Schwagers in der Notfallsprechstunde. Es gehe ihr seit Tagen schlecht, daher habe man erstmal die Medikamente (Antihypertensiva, Analgetika) nicht mehr eingenommen. Sie habe starke Kopf- und Gelenkschmerzen. Ich untersuche die Pat. und finde einen mäßig erhöhten Blutdruck (180/110); keine neurologischen Auffälligkeiten. Ich sage, dass sie erstmal ihre Medikamente einnehmen und sich ggf. später noch einmal melden soll.

faktisch, sondern kontra-faktisch ihr Gespür einsetzen, wann eine Patientenbeziehung nicht wie erwünscht läuft, und dies als mögliche Fehlerquelle kennen. Das dürfte ein wesentliches Stück des ‚Bauchgefühls‘ ausmachen. Dann hilft ihnen diese Einschätzung, die gerade genannten Fehlerquellen vorzeitige Schließung, unbewusste Beeinflussung durch den Patienten oder Über-

Was war das Ergebnis?

Die Pat. wurde später am gleichen Tag mit dem Notarzt in die Klinik gebracht. Sie hatte eine intrazerebrale Blutung.

Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben könnten?

Ich war nicht gut in Form und habe mich über das Verhalten der Pat. (Medikamente nicht eingenommen) geärgert. Ich war nicht offen für die Beschwerden und habe die Pat. gedanklich in eine Schublade getan („...hat eh immer dasselbe“).

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Antennen aufstellen. Auch wer immer wieder mit Bagatellen kommt, kann eine gravierende Erkrankung haben. Auch wer ein Dutzend Mal wegen Krankheit A kommt, kann beim nächsten Mal Krankheit B haben!

lastung/Ablenkung einzuschätzen. Ungefähr das ist es, was den nachdenklichen Hausarzt, den ‚reflective practitioner‘, ausmacht.

Literatur : 1. Schmidt HG, et al. Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment BMJ Qual Saf 2017;26:19-23. doi:10.1136/bmjqs-2015-004109

und: Mamede S, et al. Why patients' disruptive behaviours impair diagnostic reasoning: a randomised experiment BMJ Qual Saf 2017;26:13-18. doi:10.1136/bmjqs-2015-005065

Schnittstelle

Schnittstelle Klinik/Arztpraxis: Zwei Welten prallen aufeinander

Die Überwindung von „Schnittstellen“ in unserem fragmentierten Gesundheitssystem ist fast schon zum Tagesthema geworden. Schnittstellen sind immer auch Lücken im Hinblick auf die Patientensicherheit.



„Schnittstelle“

Mitmachen!
Eine Berichtsaktion
des hausärztlichen
Fehlerberichts- und
Lernsystems [www.
jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)
Aktionszeitraum:
02. April – 31. Mai 2014

Die Schnittstelle Arztpraxis/Krankenhaus ist alles andere als spannungsfrei. Es findet nicht nur Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern statt, sondern es prallen auch unterschiedliche Arbeitsstile, Wahrnehmungen, Routinen und Umgangsformen mit den Patienten aufeinander. Selten können die Beteiligten vollständig verstehen, wie der jeweils andere (re-) agiert, und insbesondere wenn etwas schiefgeht, entlädt sich der Frust in gegenseitigen Schuldzuweisungen. Versorgungsqualität kann sich jedoch nur realisieren, wenn die „Beziehungsqualität“ – Qualität des Informationsaustauschs und der Kooperation zwischen den Beteiligten – stimmt. Von diesem Zustand sind wir in Deutschland aber noch weit entfernt, obwohl vom rechtlichen Rahmen im SGB V her alles stimmen sollte.

www.jeder-fehler-zaehlt.de ist primär ein hausärztliches Fehlerberichts- und Lernsystem, an dem sich aber auch andere Berufsgruppen (Apotheker, Rettungsdienst etc.) beteiligen.

In dieser Berichtsaktion möchten wir im Sinne einer positiven Fehlerkultur über die Schnittstelle hinweg schauen und laden daher gezielt auch Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte aus dem stationären Bereich ein,

über Ereignisse „von der anderen Seite der Schnittstelle“ zu berichten und sich mit Kommentaren an der Diskussion zu beteiligen. Gemeinsam sollen Ursachen und Vermeidungsstrategien ermittelt werden. Auf der Seite www.jeder-fehler-zaehlt.de werden Sie während des Aktionszeitraums Gastkommentare,

Feedback sowie alle drei Wochen vertiefende Informationen finden. Dabei wird jeweils eine weitere Facette der Problematik in den Mittelpunkt gerückt werden. Geplant sind:

- Aufnahmesituation
- Entlassungssituation
- Medikationswechsel/Entlassmedikation.

Fehlerberichts- und Lernsystem

Auf der Basis Ihrer Berichte, Ihrer Analysen und Kommentare werden wir im Anschluss Tipps für die Vermeidung von Ereignissen zusammenfassen und diese ebenfalls auf unserer Homepage veröffentlichen.

Eine ähnliche Aktion hatten wir mit guter Resonanz vor einiger Zeit zusammen mit den öffentlichen Apotheken durchgeführt.

Die Aktion findet in der Zeit vom **02. April bis 31. Mai 2014** statt und ist auf den Seiten des Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystems erreichbar: www.jeder-fehler-zaehlt.de

*Gemeinsam Ursachen
und Vermeidungsstra-
tegien ermitteln.*

Zwei Fallbeispiele mögen kritische Ereignisse oder Fehler im Bereich einer Schnittstelle veranschaulichen.

Fallbeispiel 1 – Kein schriftlicher Medikationsplan: Bei der Krankenhauseinweisung wurden der Patientin ihre eigenen Medikamente mitgegeben. Der Stationsarzt konnte nicht glauben, dass es nur so wenige sind und forderte den Ehemann auf, alle Medikamente mitzubringen. Dieser brachte seine! Schmerzmedikamente mit. Der Patientin wurde daraufhin sein Medikament mit seiner Dosierung verabreicht.

Mögliche Gründe: Häusliche Medikation nicht schriftlich auf Einweisung festgehalten, sondern nur Packungen mitgegeben. Werden Patienten zu ihren Medikamenten befragt, konnten bei bis zu 40% Abweichungen zu den Angaben in den hausärztlichen Krankenakten festgestellt werden.

Fallbeispiel 2 – Unklare Anweisung im Entlassungsbrief: Nach einer Knie-OP stand im Entlassungsbrief, dass die Antikoagulation fortgeführt werden soll, die Patientin sei an Unterarm-Gehstützen gut mobilisiert und voll belastbar. Die Patientin wurde seitens des Krankenhauses nicht über eine Fortführung der Thromboseprophylaxe aufgeklärt und bekam keine Spritzen zur Überbrückung bis zur hausärztlichen Vorstellung mit. Alle anderen verordneten Medikamente waren der Patientin in ausreichender Menge (bis einschließlich Dauer der geplanten Rehabilitationsmaßnahme) mitgegeben worden. Auf die Frage vom Hausarzt, ob sie noch etwas verschrieben brauche, antwortete sie mit nein. Dieser setzte aufgrund dessen keine Thromboseprophylaxe an.

Mögliche Gründe (aus Sicht des berichtenden Hausarztes): Diskrepanz zwischen Entlassungsbrief und Entlassungsmanagement der Klinik wurde vom Hausarzt nicht hinterfragt.

Ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus wird mehrheitlich durchgeführt. Dennoch erhielten 13% der für den Bertelsmann-Gesundheitsmonitor befragten Patienten keine Aufklärung im Krankenhaus über den weiteren Behandlungsverlauf, 10% erfuhren nichts über die verordneten Medikamente. 65% meinen mangelnde Abstimmung

oder Vernetzung an den Schnittstellen führten häufig zu ineffizienten Behandlungswegen.

Was ist ein Fehler bzw. ein Ereignis, über das berichtet werden soll?

Ein Fehler ist das, was Sie als kritisches Ereignis empfinden, also jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können: „Dies war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert.“ Es muss kein Patientenschaden entstanden sein, um ein kritisches Ereignis zu berichten. Kein kritisches Ereignis ist zu unwichtig oder zu schwerwiegend, um nicht hier gemeldet werden zu können. Wir sind gespannt, welche neuen Aspekte zu Problemen an der Schnittstelle durch die Berichte noch aufgezeigt werden.

Machen Sie mit!



Erkennen – Berichten – Vermeiden!

- Berichten Sie hauptsächlich über Ereignisse, die in Ihrem eigenen Arbeitsbereich bzw. innerhalb Ihres Tätigkeitsfeldes passiert sind.
- Oft liegen typische Situationen, die zu Fehlern führen können, zugrunde. Legen Sie daher das Hauptaugenmerk nicht auf persönliche Versäumnisse, sondern auf Ablauf- und Systemfehler. Beziehen Sie alle möglichen verursachenden Faktoren mit ein.
- Vermutungen und Anschuldigungen tragen hingegen nicht zur Klärung des Ereignisses bei und helfen nicht, zukünftige Fehler zu vermeiden. Es wird nicht nach Schuldigen, sondern nach den Ursachen gesucht.
- Das System arbeitet vollständig anonym.
- Wir wissen nicht, wer uns berichtet und können dies auch nicht nachvollziehen. Es werden keine nutzerspezifischen Daten gespeichert!
- Erkennen Sie Fehlerquellen bei Ihrer Arbeit, berichten Sie von Ereignissen aus Ihrer Praxis.
- Lassen Sie damit Ihre Kolleginnen und Kollegen aus Ihren Berichten lernen, um Fehler zu vermeiden.



Dipl. Soz. Martin Beyer,
Dipl. Dok. Tatjana Blazjewski
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität
Frankfurt
Blazjewski@
allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de