

Patientensicherheit und Risikomanagement oder „Entscheidend ist die Haltung!“

Dr. med. Anouk Siggelkow

Patientensicherheit

Ärztammer Niedersachsen

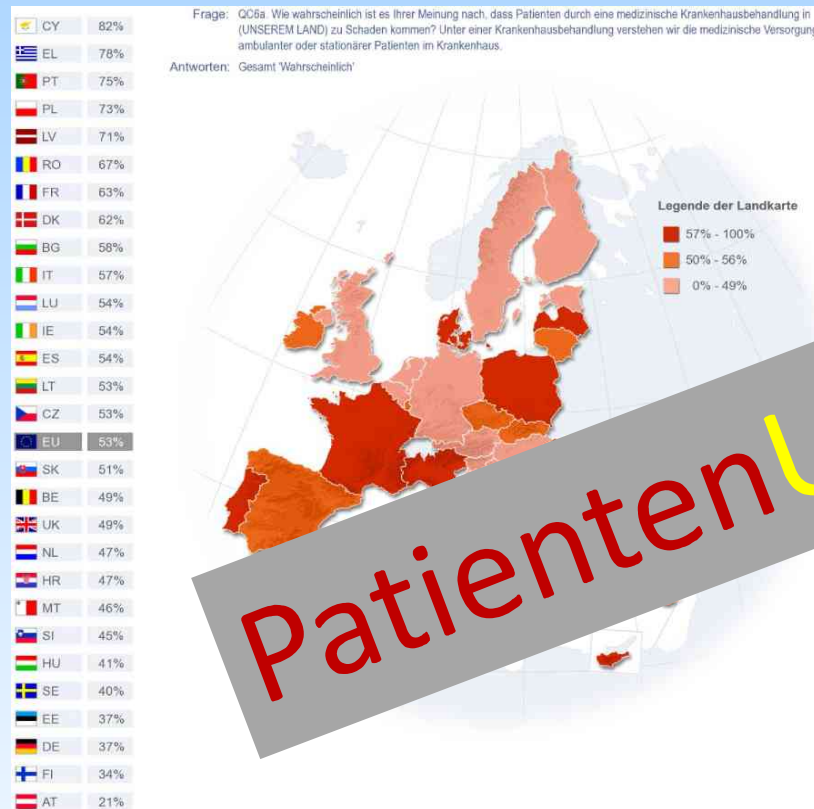
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

WETTER SCHÖN - TEMPO HOCH - KLINIK GUT!

in Zusammenarbeit mit
helvetia
Die Schweizer Versicherung.


KLINIKGUT
ST. MORITZ | CHUR | ZÜRICH | ASCONA
HOSPITAL FOR BONE AND JOINT SURGERY

Umfrage in EU-Bevölkerung 2014



37% der Patienten
haben die Wahrscheinlichkeit
sehr gering, dass eine medizinische
Versorgung innerhalb eines
Krankenhauses in Deutschland
zu Schaden zu kommen.

PatientenUNsicherheit!!

Quelle: Eurobarometer 411, <http://ec.europa.eu/publicopinion/indexen.htm>

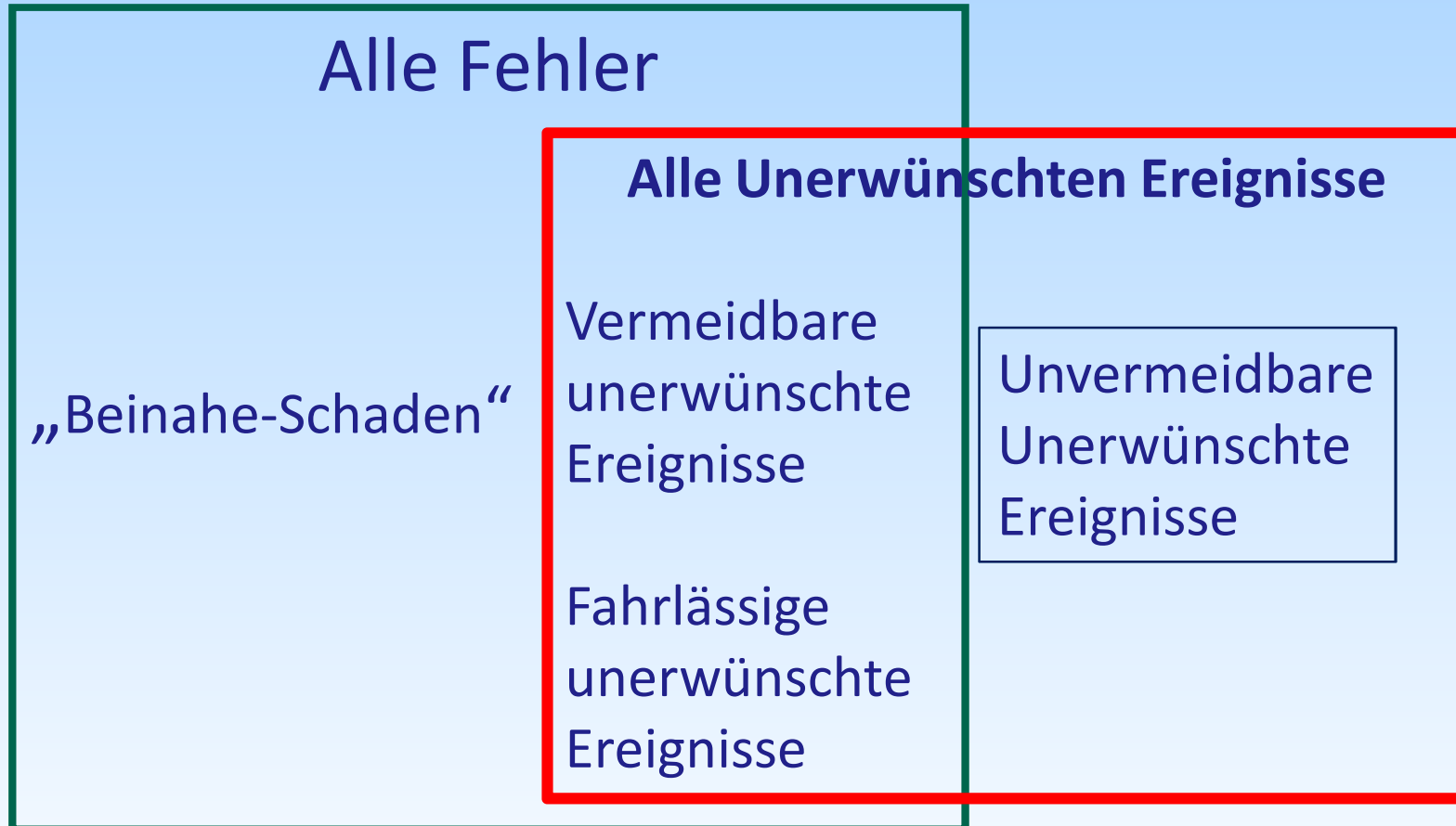
Definition Patientensicherheit:

(Glossar: Aktionsbündnis Patientensicherheit)

**Abwesenheit unerwünschter Ereignisse in der
Gesundheitsversorgung und Aktivitäten zu Ihrer
Vermeidung**

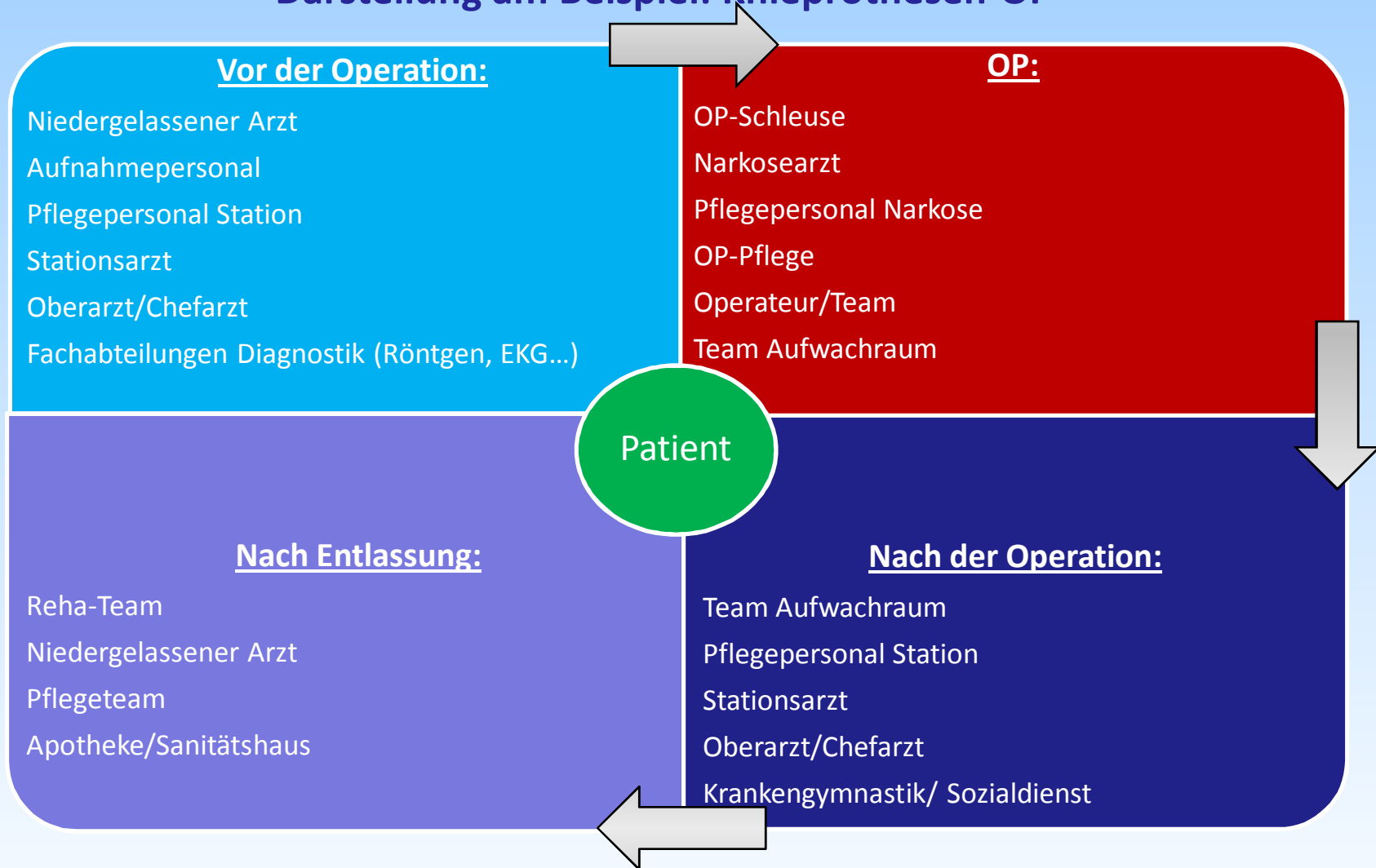


Was ist ein „Unerwünschtes Ereignis“?



Wer ist am Ablauf im Krankenhaus beteiligt?

Darstellung am Beispiel: Knieprothesen-OP



Die Jagd nach Schuldigen
ist der falsche Weg.



„Jeder Fehler erscheint
unglaublich dumm,
wenn andere ihn begehen.“

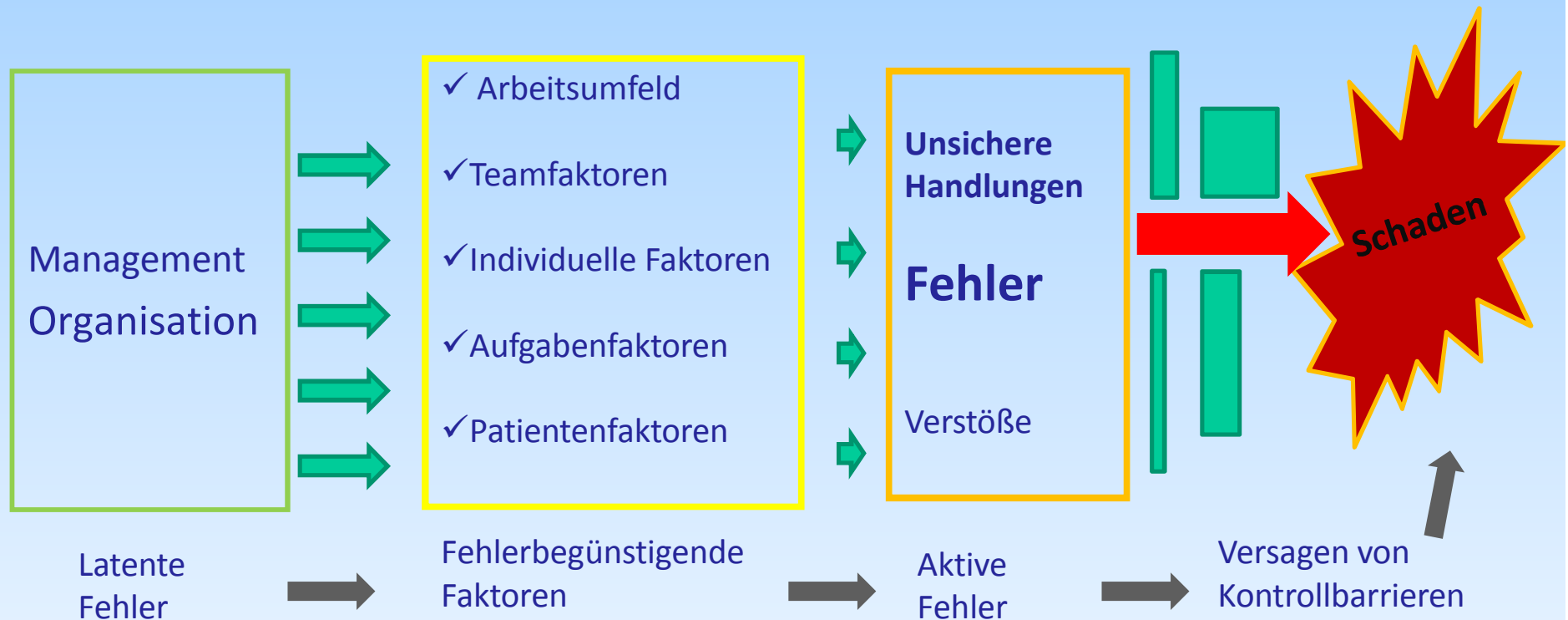
(Georg Christoph Lichtenberg, 1742–1799, deutscher Naturwissenschaftler und Philosoph)

Schadensentstehung ist ein komplexer Vorgang

und ist meistens die Folge einer Verkettung von Fehlern

„Drift into failure“

Modell der Fehlerentstehung



Fehlerbegünstigende Faktoren

- Patientenfaktoren: körperlich-geistiger Zustand, Sprech- Kommunikationsfähigkeit, Persönlichkeit
- Arbeitsumfeld: Gestaltung der Dienstpläne /Räumlichkeiten/ Ausstattung
- Aufgabenfaktoren: Eindeutigkeit/Komplexität/ Zuordnung/Ressourcen
- TEAM-Faktoren: Koordination/ Kommunikation/Arbeitsklima/Führung
- Individuelle Faktoren: Qualifikation/ Erfahrung/Verantwortungsübernahme

Fehlerbegünstigende Faktoren

- Allgemeine menschliche Faktoren:
Informationsverarbeitungskapazität, Ermüdung,
Veränderung des Denkens unter Stress
- Management der Organisation: Sicherheitskultur,
Standards, Unternehmenspolitik, Finanzen
- Umfeld der Organisation:
Schnittstellen zu anderen Organisationen,
Gesetze, Politik

Fallbeispiel 1

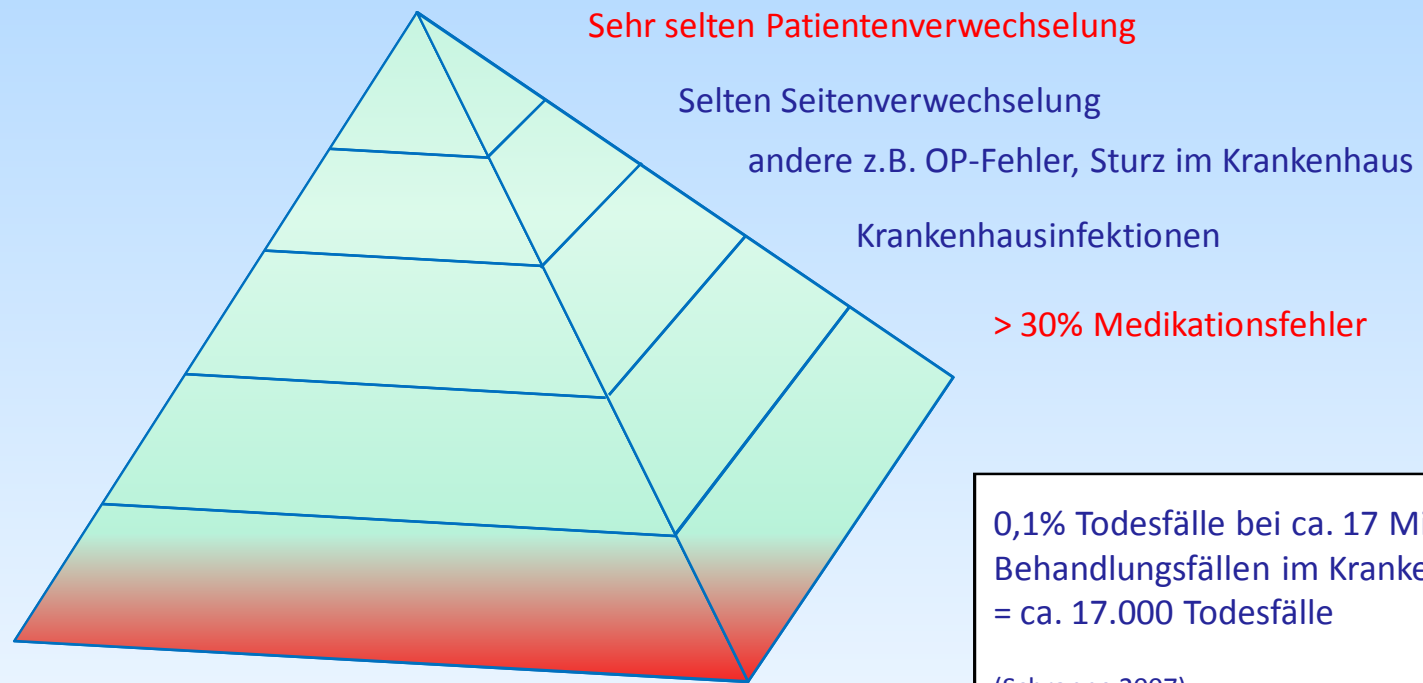
Kreissaal Team:

- Auf dem Beistelltisch liegen immer 2 Spritzen:
Syntocinon (Wehenmittel) am Rand
Lidocain (Lokalanästhetikum) mittig
- Die Spritzen sind korrekt beschriftet
- Es wurde statt Lidocain Syntocinon gespritzt

Menschliche Fehler

- 75% der kritischen Ereignisse basieren auf Human Factor assoziierten Fehlern
 - Unaufmerksamkeit 159 von 549
 - Unterlassen einer Kontrolle 119
 - Hektik 70
 - Ablenkung 53
 - Müdigkeit 40
 - Schlechte Kommunikation 39
 - Notfallmanagement 26

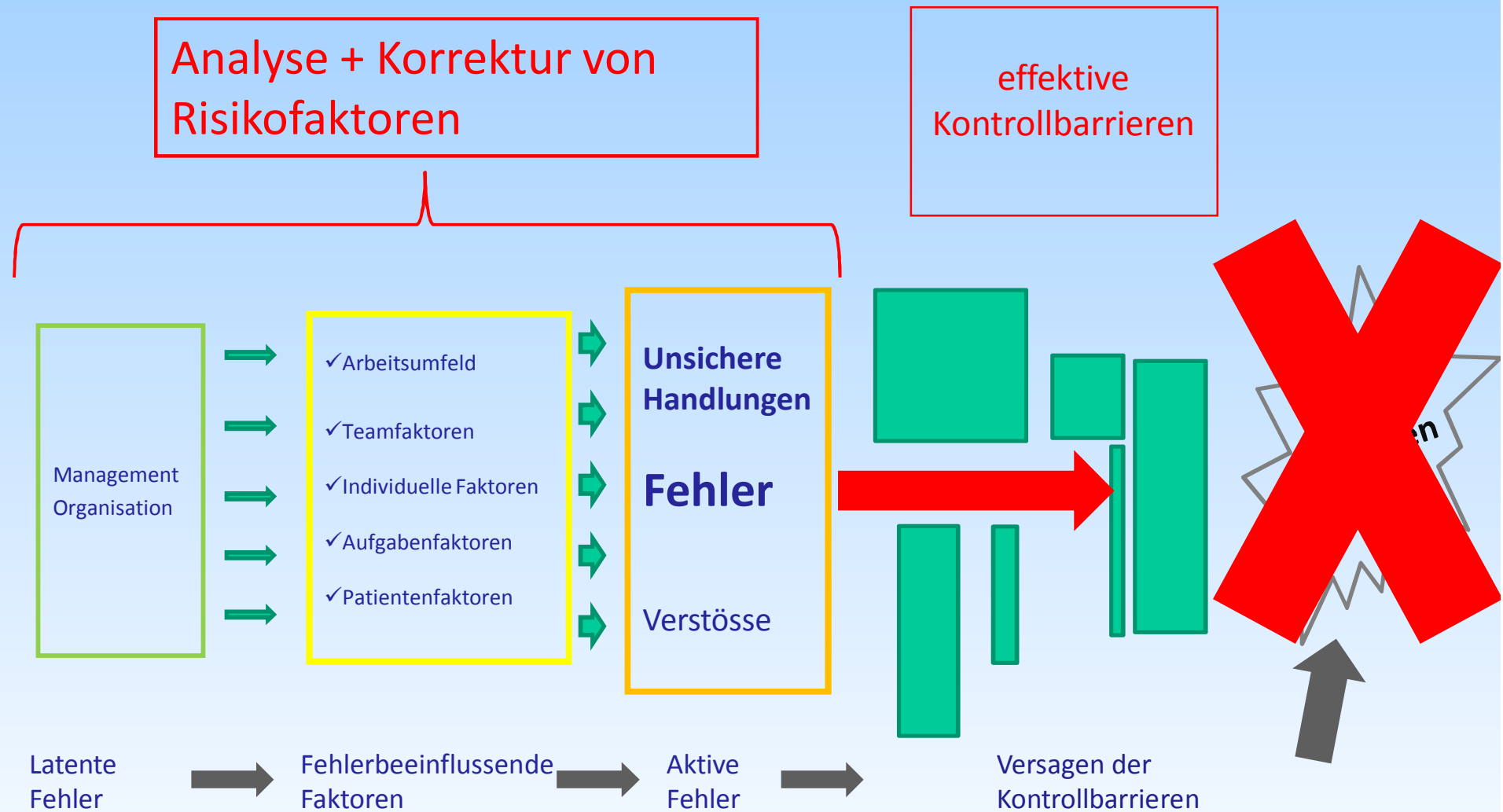
Objektive Daten



0,1% Todesfälle bei ca. 17 Millionen
Behandlungsfällen im Krankenhaus
= ca. 17.000 Todesfälle

(Schrappe 2007)

Modell des Fehlermanagements



In Anlehnung an das organisationale Unfallmodell nach James Reason

Voraussetzung:

Einsicht in die Fehlbarkeit jedes Einzelnen!!



Risikomanagement

Risikomanagement ist der **planvolle Umgang mit Risiken** von der Analyse (Identifikation, Messung, Bewertung, Gewichtung) über ein geeignetes Monitoring bis hin zur Festlegung einer Risikostrategie mit entsprechender Risikobeherrschung.

GMDS-Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in der Medizin“ (2007)

- rechtzeitige Erkennung (und Vermeidung) von Fehlern, oder Vermeidung des Wiederauftretens

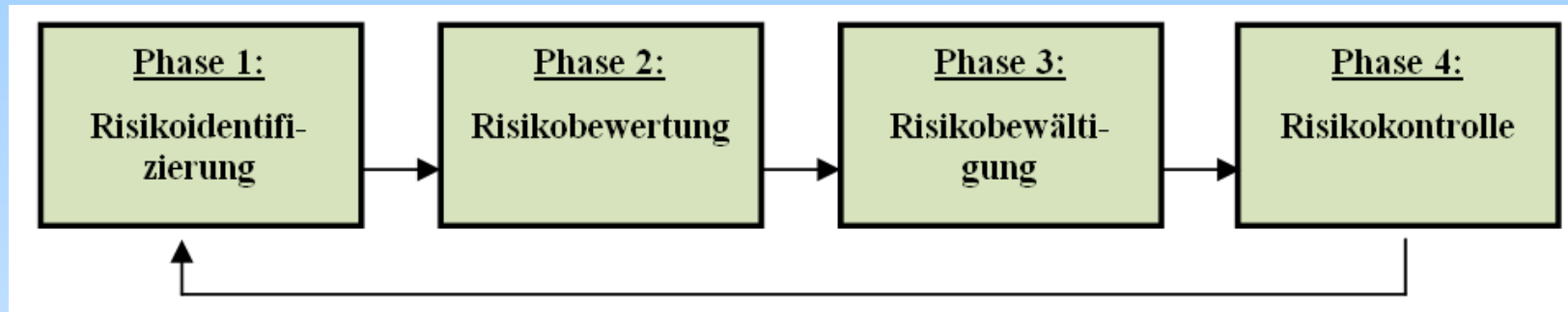
Gesetzliche Grundlage

Integration eines Risikomanagementkonzeptes in das Qualitätsmanagement

G-BA-Beschluss 2015 definiert Mindestanforderungen

- Managementsystem: Risikostrategie/-politik festlegen, klare Verantwortlichkeiten schaffen
- Systematischer Risikomanagementprozess
(Identifikation, Analyse, Bewertung, Maßnahmenableitung)
- Regelmäßige Durchführung von Fallanalysen
- Fehlermeldesysteme(CIRS): Einführung, Umsetzung, einrichtungsüberreifende Vernetzung
- Nutzung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements
- Berücksichtigung der Patientenperspektive durch Befragungen
- Umsetzung aller Maßnahmen im „PDCA-Zyklus“, Vernetzung mit QM

Risikomanagementprozess



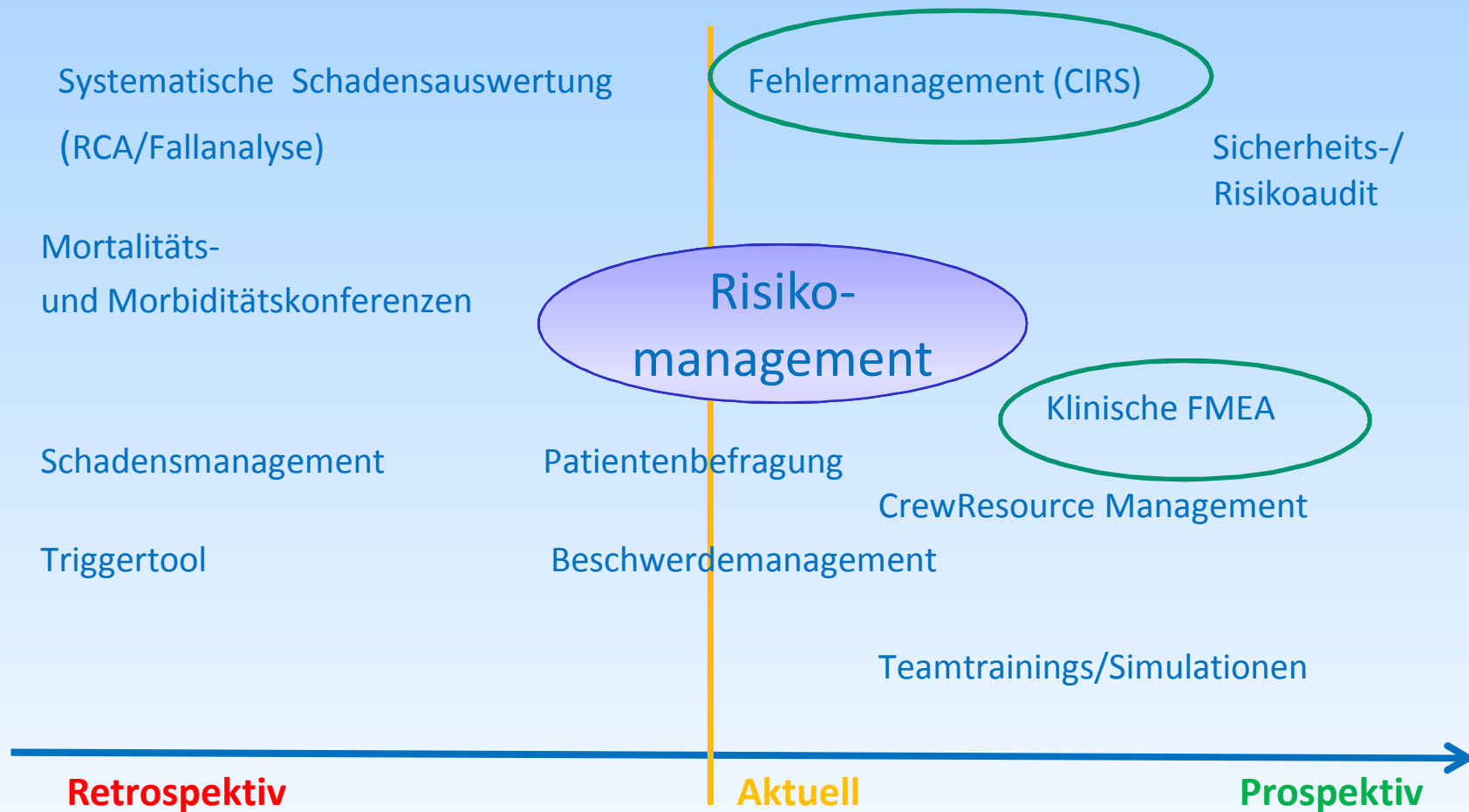
Risikoidentifizierung (Phase 1) = Basis für den Umgang mit Risiken in einem Unternehmen, Einsatz von prospektiven und retrospektiven Instrumenten möglich.

Risikobewertung (Phase 2) = um den Umgang mit identifizierten Risiken festzulegen, müssen die Risiken bewertet werden. Dies kann einerseits in Form qualitativer Methoden (z.B. Expertengespräch) oder andererseits anhand quantitativer Verfahren vorgenommen werden.

Risikobewältigung (Phase 3) = Wenn die Risikoursache erkannt ist, können Maßnahmen zur Risikobewältigung geplant und festgelegt werden. Anschließend sind Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Durchführung zu definieren.

Risikokontrolle (Phase 4) = Ziel der Risikokontrolle ist es, eine Analyse hinsichtlich Effizienz und Effektivität durchzuführen.

Instrumente des klinischen Risikomanagements



Critical Incident Reporting System (CIRS)

Was wird berichtet?

- retrospektives Instrument des Risikomanagements
- Erfassung von anonymisierten Erfahrungsberichten von „Beinahe-Zwischenfällen“:
 - Zwischenfälle ohne Schaden, die passiert sind oder hätten passieren können
 - Zwischenfälle, die zu einem (Patienten-) Schaden geführt haben sollten eher im Rahmen von M&M-Konferenzen , Root-Cause-Analysen, Fallanalysen aufgearbeitet werden

Wer berichtet?

- Mitarbeiter aller Berufsgruppen, die selbst am Zwischenfall beteiligt waren oder Beobachter waren

Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein?

- Anonymität und Sanktionsfreiheit
- Schulungen der Mitarbeiter hierzu
- Aktive Unterstützung durch die Führung
- Ableiten von Präventionsmaßnahmen

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Wie wird berichtet und bearbeitet?

1. **Erfassungsformular** im Inter- oder Intranet der Einrichtung
2. **Erstbeurteilung** der Meldung (Screening): Alert-Meldung
3. **Vergleichen/Matchen** mit bestehenden Meldungen
4. Kodierung der Meldung (Taxonomie)/ Rückfragen an den Melder
5. **Anonymisierung** der Meldung
6. Qualitätssicherung durch **fachliche Bewertung** der Meldung/Archivierung
7. **Maßnahmen ableiten**

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Was und wie wird aus CIRS-Fällen gelernt?

- Positive Lerneffekte auf verschiedenen Ebenen:
 - **Aufdecken von systematischen Problemen** und damit zur Entlastung des Einzelnen
 - **kognitive Effekte** durch wissenschaftliche und evidenzbasierte Auseinandersetzung mit den medizinischen/organisatorischen Problemen
 - **Förderung der Transparenz** und des offenen Umgangs mit Problemen der Patientensicherheit
- Ableiten von kontinuierlichen Aktivitäten:
 - Diskussion relevanter CIRS-Fälle in **regelmäßigen klinischen Sitzungen**
 - **Reviews** in Bereichen, in denen Fehler bekannt sind und Bekanntmachen von erfolgreichen Maßnahmen
 - **Verteilen von Informationen** an andere Mitarbeiter als Warnhinweise auf mögliche Fehlerquellen

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Bericht über einen patientenbezogenen (Beinahe-)Zwischenfall

1) Wer berichtet?

Arzt Psychologie Therapeut
 Ernährungsberatung MFA Sozialdienst
 Andere Berufsgruppe: _____

2) Daten zum Patienten

DRV Kasse Ortho Kardio
Geschlecht m w Alter: _____

3) Was ist passiert?

4) Einschätzung der Folgen des Vorfalles

keine Folgen geringe Folgen erhebliche Folgen

5) Einschätzung der erneuten Eintrittswahrscheinlichkeit des Vorfalles

unwahrscheinlich eher wahrscheinlich sehr wahrscheinlich

6) Wo fand der Vorfall statt?

EG OG _____
 anderer Ort Lehnküche Ergotherapie
 Umkleide Damen Ruheraum Gruppenraum
 Umkleide Herren Wartebereich Physiotherapie
 Pflegezimmer Lounge Seminarraum
 Arztzimmer Bewegungsbad Auf dem Weg EG/OG bzw. OG/EG
 WC Damen MTT
 WC Herren

7) Wobei fand der Vorfall statt?

Einzeltherapie Gruppentherapie Ärztliche Untersuchung
 Medikamentöse Therapie Kochen Verwendung des Nassbereiches
 An-/Abreise Geschoss-/Raumwechsel Entspannung
 MTT Sonstiges _____

Das ausgefüllte Bogen bitte an die Therapeubildung, Danke!

8) Wer oder was hat den Vorfall hauptsächlich ausgelöst?

Wer? Orthopädischer Arzt Kardiologischer Arzt Therapeut
 MFA Sozialdienst Ernährungsberatung
 Psychologie Patient selber anderer Patient
 Andere Personengruppe: _____

Was? Bitte weiter mit Frage 11 und 12.

9) Gibt es personenbezogene Gründe?

Ja Nein

10) Wenn ja, welche?

verminderte Aufmerksamkeit sehr hohe Arbeitsbelastung
 ungenügendes fachliches Wissen / Fertigkeiten / Kompetenz
 Andere Gründe _____

11) Gibt es strukturelle Gründe?

Ja Nein

12) Wenn ja, welche?

Mobiliar Mangelnde Verfügbarkeit von Patienteninformationen
 Personalmangel Technisches Versagen Zeitdruck
 Andere Gründe _____

13) Gibt es Gründe bezüglich der Kommunikation / Information?

Ja Nein

14) Wenn ja, welchen Grund?

Übergabe und Zusammenarbeit Unklare Zuständigkeiten
 Mangelnde Transparenz der Arbeitseinteilung und Arbeitsabläufe
 Andere Gründe _____

15) Wie wäre ein solcher Vorfall zukünftig zu vermeiden? Wie könnten Verbesserungsvorschläge aussehen?

Vielen Dank für Ihre/Deine Mitarbeit!

Das ausgefüllte Bogen bitte an die Therapeubildung, Danke!

Critical Incident Reporting System (CIRS)

KH-CIRS-Netz Deutschland

[Startseite](#) | [Alerts](#) | [Fälle des Monats](#) | [Kontakt](#)

Willkommen beim Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

Das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland (KH-CIRS-Netz-D) ist ein **Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus**, welches dem **überregionalen, interprofessionellen und interdisziplinären Lernen** dient.

Fälle Berichten & Lernen

Hier klicken, um Fälle zu berichten und zu lesen

Überregionales Lernen, aber wie?

Die Projektträger möchten mit dem KH-CIRS-Netz-D eine Plattform schaffen auf der überregional bedeutsame CIRS-Fälle analysiert, kommentiert und von allen Nutzern gelesen werden können. Die Darstellung von Risikobereichen und der Austausch von Problemlösungen sollen gemeinsames Lernen aller Berufsgruppen im Krankenhaus fördern und Hinweise für das klinische Risikomanagement geben. Das Schweizer CIRNET - Critical Incident Reporting & Reacting NETwork (<http://www.cirnet.ch/>) dient als Vorbild.

Bitte beachten! Ein Bericht an das KH-CIRS-Netz-D ersetzt keine der gesetzlich geforderten Meldepflichten wie z. B. zu Medizinprodukten (Meldungen im Rahmen von §3 der Medizinproduktesicherheitsverordnung (MPSV)) oder Arzneimitteln.

Bitte beachten Sie außerdem die Hinweise zu "Was soll berichtet werden?"

- Anmeldung für den Informationsdienst CIRSmedical, de-Info
- Flyer KH-CIRS-Netz-D



Was soll berichtet werden?

An wen richtet sich das KH-CIRS-Netz-D?

Wie kann berichtet werden?

Was muss beachtet werden?

Was passiert mit Ihren Berichten?

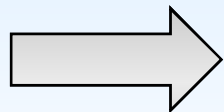
Was ist die Steuergruppe und der Fachbeirat?

Abgrenzung zu anderen CIRS-Projekten

Träger des Projekts

Beispiele für Verbesserungsmaßnahmen, die nach Beinahe-Schadensberichten umgesetzt wurden

Verbesserungsmaßnahme	Ergebnis
EDV-gestützte Arzneimittelverschreibung	Verordnungsfehler um 81% reduziert
Standardisierte Insulindosierung	Kritische Unterzuckerung um 63% reduziert
Standardisierte Marcumar-Dosierung	Kritische Fälle um 63%
Training für Geburtshelfer	50% Reduktion UE bei vorzeitiger Geburt
Standardisierte perioperative Antibiotikaprophylaxe	Wundinfektion um 95% reduziert
Einführung von Standards für zentrale Venenkatheter	Katheterinfektionen um 92% reduziert



Enormes Kosteneinsparungspotential !!!

Fehlermöglichkeits- und Einfluss Analyse

Failure Mode and Effects Analysis -> FMEA:

- Ursprung: Raumfahrt (NASA Apollo-Projekt), später Automobilindustrie
- Ziel: **prospektives Instrument zur Risikoidentifizierung**
- Zusammenstellung potentieller Fehlermöglichkeiten, potentieller Fehlerfolgen und potentieller Fehlerursachen
- Beispielhafte Fragestellungen
 - „Wo könnten Fehler passieren?“
 - „Was ist ein risikoreicher Bereich?“
- anschließend: Einsatz präventiver Maßnahmen & Minimierung von Risiken

Fehlermöglichkeits- und Einfluss Analyse

Vorgehen FMEA:

- Erarbeitung im interdisziplinären Team (4-6 Personen)
- KEINE Entscheidungen von Einzelpersonen
- bedeutsam bei der FMEA = Risikobewertung anhand der Risikoprioritätszahl (RPZ)

$$\text{RPZ} = \mathbf{A} \text{ (uftretenswahrscheinlichkeit)} * \mathbf{B} \text{ (edeutung)} * \mathbf{E} \text{ (ntdeckungswahrscheinlichkeit)}$$

- RPZ kann theoretisch einen Wert von 1-1000 haben
- Je höher der Punktwert, desto gefährdeter der Patient
- < 40 Punkte = tolerables Risiko
- 40-100 Punkte = Risiko ist unklar
- ≥ 100 Punkte = nicht tolerabel, Maßnahmen erforderlich

Fehlermöglichkeits- und Einfluss Analyse

Auftrittswahrscheinlichkeit (A)	
Punkte	Bewertung
1	unwahrscheinlich
2-3	sehr gering
4-5	gering
6-7	mäßig
8-9	hoch
10	sehr hoch
Bedeutung (B)	
Punkte	Bewertung
1	kaum wahrnehmbare Auswirkung auf den Patienten
2-3	geringe Auswirkung auf den Patienten
4-6	mäßige Auswirkung auf den Patienten
7-8	Verärgerung der Patienten und Angehörigen
9	Verlust des Patienten als Kunden
10	Schaden an Leib und Seele des Patienten
Entdeckungswahrscheinlichkeit (E)	
Punkte	Bewertung
1	hoch
2-4	mäßig
5-7	gering
8-9	sehr gering
10	unwahrscheinlich

Fehlermöglichkeits- und Einfluss Analyse

Möglicher Fehler	A	•	B	•	E = RPZ*
Aufklärung nicht dokumentiert	8		7		448
Kind verwechselt	1		10		10
Sectio zu spät (E-E-Zeit >20')	5		9		135
Kein Arzt erreichbar (10 min)	2		9		18
Sauerstoffmaske nicht angeschlossen	2		10		60
Medikamentenallergie nicht bekannt	7		8		56
Entbindungsbett nicht funktionstüchtig	1		10		100
Geburt im Entspannungsbad	2		5		90

*) ACHTUNG: Handlungsbedarf ggf. auch bei hohen Einzelbewertungen > 7

OP-Checkliste

Surgical Safety Checklist



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

Yes

Is the site marked?

Yes

Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

No

Yes

Difficult airway or aspiration risk?

No

Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

No

Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

Yes

Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

- What are the critical or non-routine steps?
- How long will the case take?
- What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

- Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

- Has sterility (including indicator results) been confirmed?
- Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

Yes

Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

The name of the procedure

Completion of instrument, sponge and needle counts

Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)

Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009



Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.



- Forschung/Entwicklung/Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit

Handlungsempfehlungen:

- Medizinproduktassoziierte Risiken
- Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit
- Vermeidung von Stürzen älterer Patienten
- Sichere Patientenidentifikation
- Checkliste Arzneimitteltherapiesicherheit



Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.



- Interaktiver Medikamentenplan
- Patienteninformationsbroschüre:
Tiefer Venenthrombose vorbeugen

Medikamentenplan

Logo Krankenhaus / Praxis

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Körpermaße: _____ Nierenfunktion: _____ Medikamentenallergie / -unverträglichkeit: _____

Größe (cm) Gewicht (kg) Datum: _____ Kreatinin (mg/dl) GFR (ml/min) Datum: _____

Präparatename	Einzelblös (Einheit)	Frequenz					Darreichungsform	Indikation	Behandlung bis	Einnahme Trennwahl	verordnet durch		Substitutionsbedarf
		morgens	mittags	abends	zur Nacht	Hausarzt					Praxis		

Einnahmehinweise: V : vor der Mahlzeit, Z : zur Mahlzeit, N : nach der Mahlzeit

Besonderheiten: _____

INFORMATION

Tiefer Venenthrombose vorbeugen
Information für Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit nach einer Operation oder Verletzung

Warum ist diese Information wichtig für Sie?

Sie sind durch eine Operation oder Verletzung in Ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt. In dieser Situation kann es zu einer tiefen Venenthrombose kommen. Mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, wie Sie einer Thrombose der tiefen Bein- und Beckenvenen vorbeugen können und wie Sie die möglichen Anzeichen einer tiefen Venenthrombose frühzeitig erkennen, damit Sie in diesem Fall schnell und richtig behandelt werden.

Was ist eine tiefe Venenthrombose und wie gefährlich ist sie?

Das Blut fließt mit einer bestimmten Geschwindigkeit durch die Blutgefäße. Wenn diese Störungsgeschwindigkeit geringer wird, können sich Blutgerinnsel bilden. Die Blutgerinnsel lösen sich an den Wänden der Bein- und Beckenvenen, die in der Tiefe verlaufen. Man spricht dann von einer tiefen Venenthrombose. Häufig geschieht dies nach Operationen oder Verletzungen. Durch den gestörten Blutrückfluss aus dem Bein kann dieses anschwellen und schmerzen.

Neben blutbildenden Gefäßschäden, die durch eine tiefe Venenthrombose verursacht werden, droht eine weitere Gefahr: Es können sich Gerinnsel bilden und mit dem Blut über das Herz in die Lunge geschwemmt werden. Die Lungenarterien verstopfen dann (Lungenembolie). Im schlimmsten Fall führt das sogar zum Tod.

Eine tiefe Venenthrombose ist ein Ereignis, das zu schweren Komplikationen führen kann. Informieren Sie umgehend Ihren Arzt, wenn Sie eine einseitige schmerzhafte Anschwellung oder ein Spannungsgefühl bemerken. Treten Atemnot und Brustschmerz auf, kann die Ursache eine Lungenembolie sein. Bei diesen Beschwerden sollten Sie oder Ihre Angehörigen sofort als selbst einen Arzt informieren!

Sind Sie besonders gefährdet?

In der Allgemeinbevölkerung ereiden jährlich 90 bis 130 von 100.000 Menschen eine tiefe Venenthrombose. Patienten, die wegen einer Operation oder Verletzung in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt sind, haben jedoch ein deutlich höheres Risiko: 14 bis 60 von 100 dieser „Risikooperierten“ können eine tiefe Venenthrombose erleiden, wenn keine vorbeugenden Maßnahmen durchgeführt werden.

Wie hoch das Risiko im Einzelfall ist, hängt ab:

- vom Ausmaß der Operation oder Verletzung, die den Patienten an der Bewegung hindert
- von angeborenen oder anderen erworbenen

Wie können Sie einer tiefen Venenthrombose vorbeugen?

Wenn nach Einschätzung des Arztes eine tiefe Venenthrombose besteht, kommen je nach dem individuellen Risiko verschiedene vorbeugende Maßnahmen in Frage.

Bewegung in einem mit dem Arzt vereinbarten Umfang ist das Wichtigste. In manchen Fällen wird die Gabe von Arzneimitteln, die die Blutgerinnung hemmen, dringend empfohlen. Ergänzend wird einigen Patienten gerinnen, medienische Thromboseprophylaxeempfehlung zu tragen. Sie sind aber nur dann sinnvoll, wenn sie einen guten Sitz haben und nicht einschnüren.

Wie lang vorbeugende Maßnahmen angeordnet sind, hängt davon ab, wie schnell Patienten nach Operationen oder Verletzungen wieder gehen können.



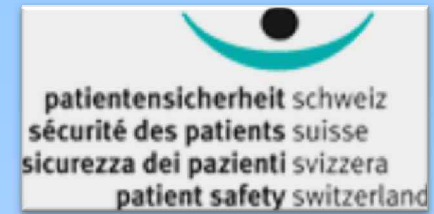
Praxis/Krankenhaus (Stempel)

Version 1.0, Juli 2010. Diese Informationsbroschüre enthält keine Seiten nach Verfallsdatum/ab dem 2010.

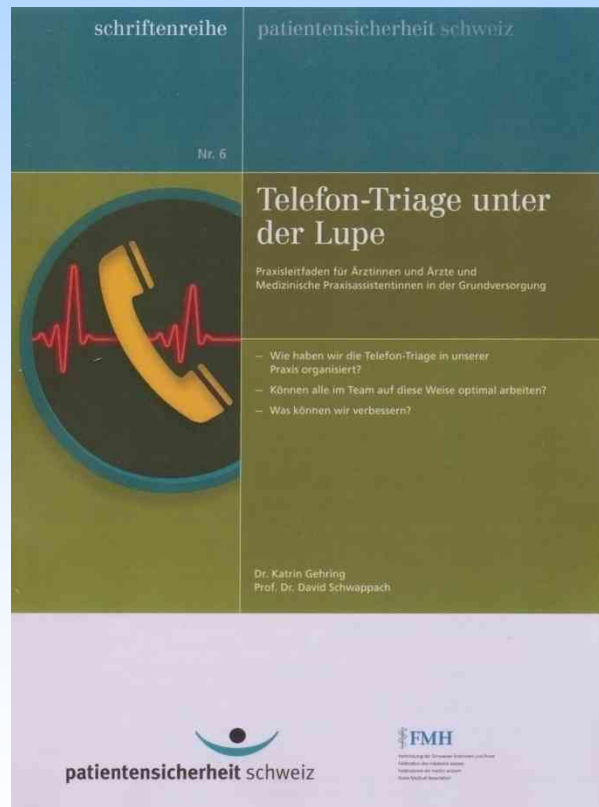
Quelle: www.aps-ev.de

äkn ärztekammer
niedersachsen

Schweizer Stiftung Patientensicherheit



Praxisleitfaden für Ärztinnen
und Ärzte der Grundversorgung



Kommunikation nach einem Zwischenfall



<http://www.patientensicherheit.ch/de/aktuell.html>

äkn ärztekammer
niedersachsen

Ärzttekammer Niedersachsen

Ausbildung/Weiterbildung berufsgruppenübergreifend:

- Patientensicherheitskompaktkurse
- Langeooger Fortbildungswoche

Seit 12 Jahren:

- Forum Patientensicherheit und Risikomanagement mit Schwerpunktthemen

Pilotveranstaltung 10/2016:

- 3. ZQ-Forum Patientensicherheit in der Arztpraxis

Peer-Review Intensivmedizin erfolgreich etabliert

Peer Review Patientensicherheit in der Arztpraxis

Simulationstraining für Praxisteams