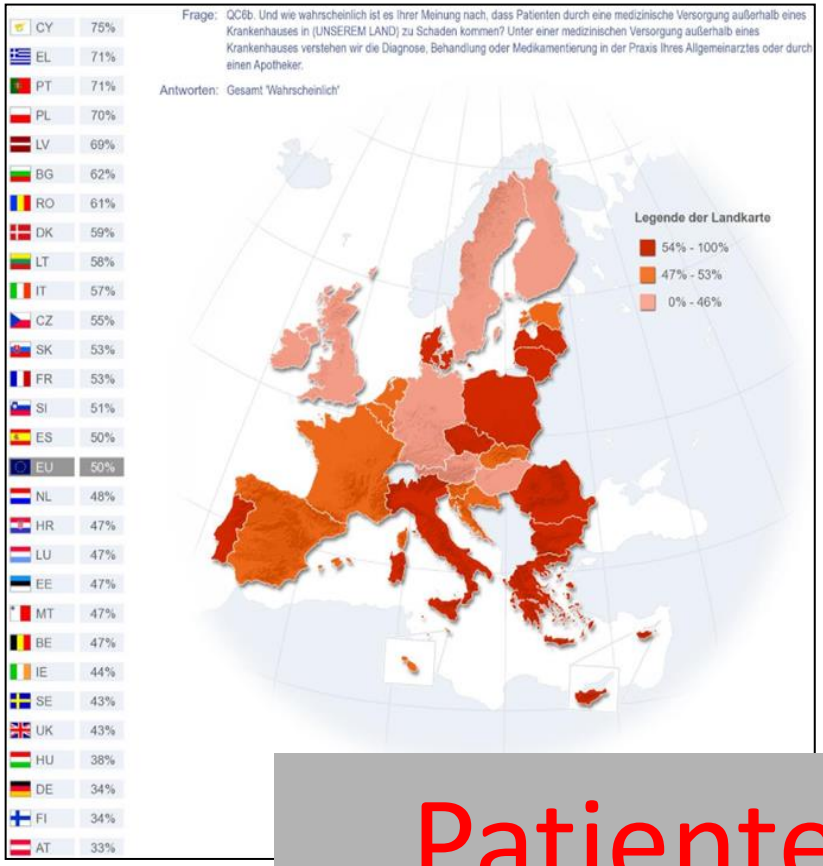
Aus Fehlern lernen – Irren ist menschlich

Umfrage in EU-Bevölkerung 2014



34% der Bevölkerung halten es für wahrscheinlich durch die medizinische Versorgung außerhalb eines Krankenhauses in Deutschland zu Schaden zu kommen.

PatientenUNsicherheit!!

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

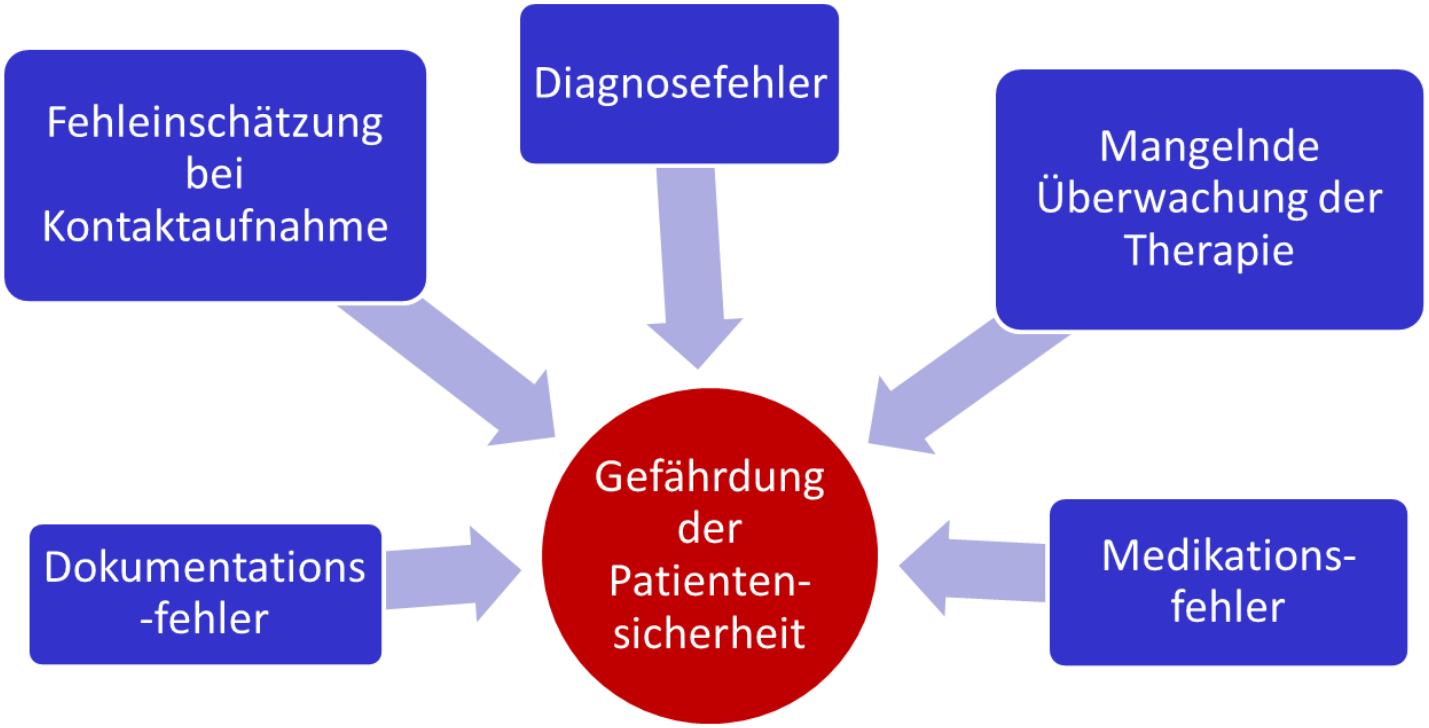
Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung

Aktuelle Zahlen:

- im Median treten bei 2-3 % der Konsulationen UEs auf
- Spannbreite lag zwischen <1 - 24%
- davon gehen ca. 4% mit einem schweren Schaden einher (bis hin zum Tod des Patienten)
- am häufigsten in den Bereichen Medikation und Diagnosestellung

Quelle: Panesar et al. (2016): How safe is primary care? A systematic review. In: BMJ Qual Saf, 25: 544-553
DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004178

Fehler in der Praxis



Aus: Gehring K, Schwappach D, Patientensicherheit in der Hausarztpraxis, ZEFQ (2014) 108, 25 - 31

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

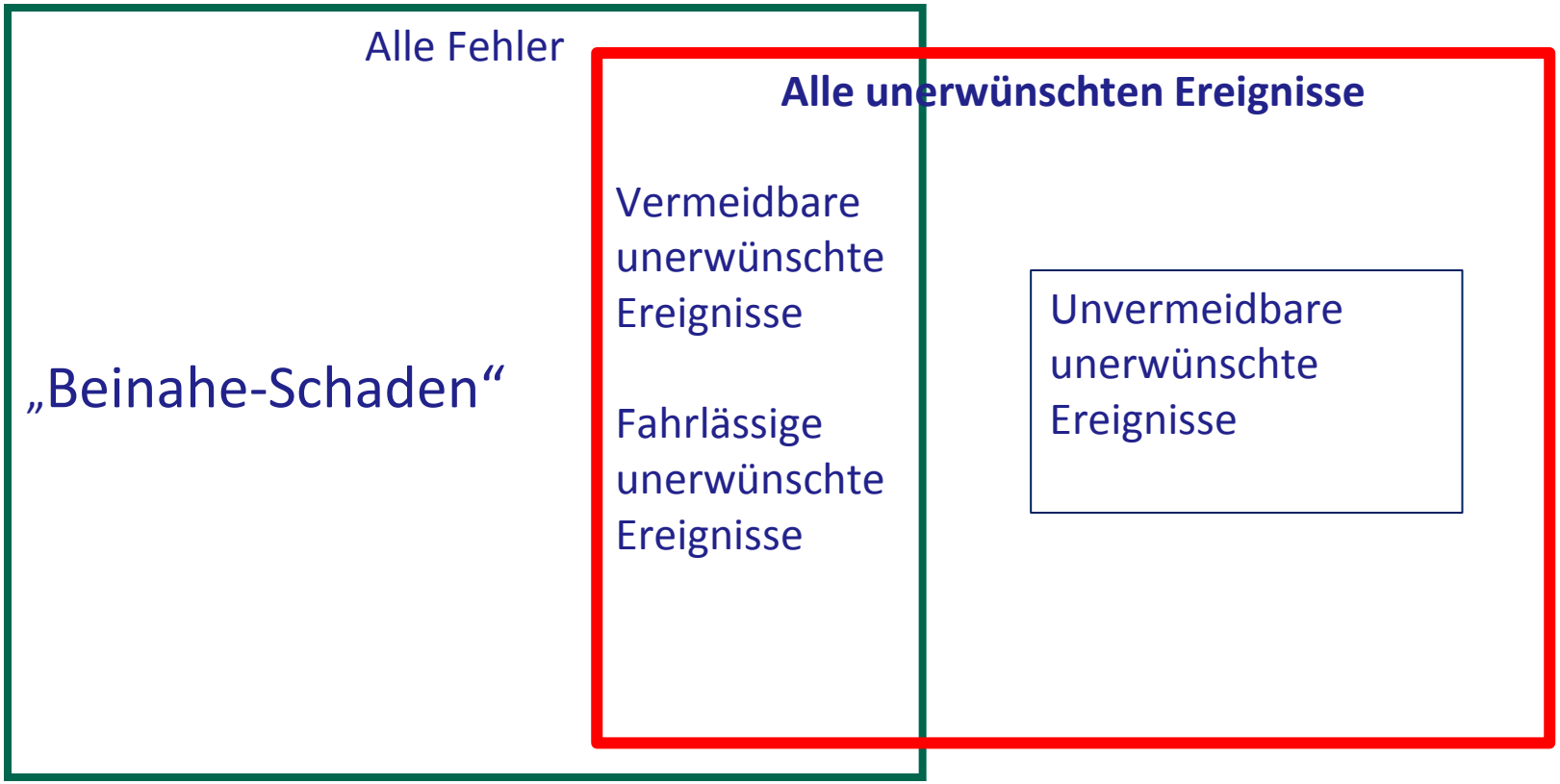
Patientensicherheit-Definition:

(Glossar: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

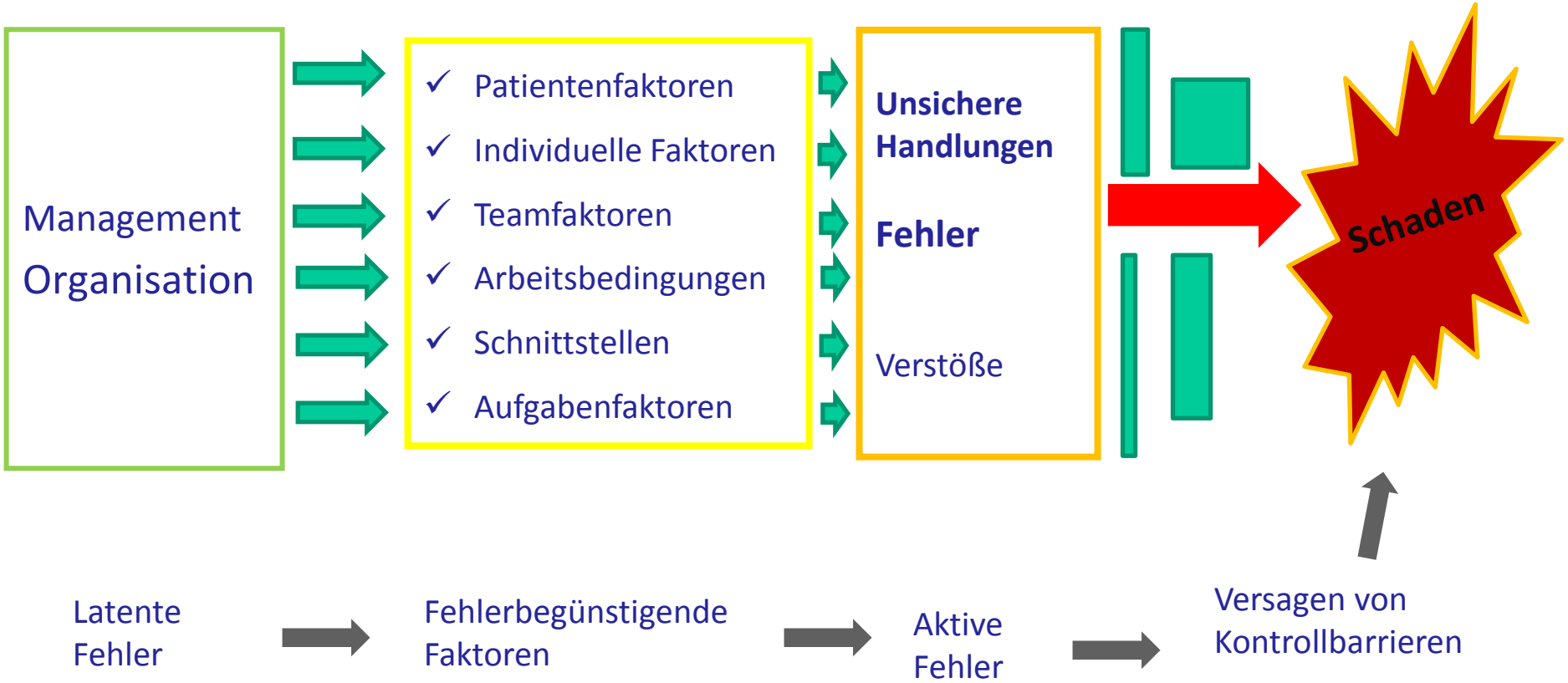
Abwesenheit unerwünschter Ereignisse

in der Gesundheitsversorgung

Was ist ein „unerwünschtes Ereignis“?



Modell der Fehlerentstehung



In Anlehnung an das organisationale Unfallmodell nach Charles Vincent & James Reason und dem KV-Moderator Modul Patientensicherheit

Fehlerbegünstigende Faktoren

Faktorart	Beispiele
Patientenfaktoren	Zustand (Komplexität/Schweregrad) Sprech-/Kommunikationsfähigkeit Persönlichkeit Familiäres Umfeld
Individuelle Faktoren	Wissen, Fähigkeit, Fertigkeit Gedächtnisleistung/ Wahrnehmung Emotionale/motivationale Faktoren Gesundheit Persönlichkeit
Teamfaktoren	Führung (Supervision, Kontrolle…) Kommunikation (mündlich, schriftlich) Koordination/Kooperation Struktur und Beständigkeit des Teams

Fehlerbegünstigende Faktoren

Faktorart	Beispiele
Arbeitsbedingungen	Personalbestand, Qualifikationsmix Arbeitsbelastung Physische Umgebung (Lärm, Licht) Ausrüstung des Arbeitsplatzes
Aufgabenfaktoren	Eindeutigkeit, Ressourcen Komplexität, Verfügbarkeit von Richtlinien/ Funktionsbeschreibungen/ Entscheidungshilfen

Fehlerbegünstigende Faktoren

Faktorart	Beispiele
Schnittstellen	Mündliche und schriftliche Verständigung mit Kooperationspartnern Kontext: Gesetzliche Regelungen Politik
Management/ Organisation	Standards und Ziele Unternehmenspolitik/Sicherheitskultur Finanzielle Ressourcen

Fehler beim Problemlösen

Kognitive Bias

systematische, meist unbewusste Tendenzen oder Neigungen beim Wahrnehmen, Erinnern, Denken und Urteilen

Fehler beim Problemlösen

Diagnostische (kognitive) Bias

Verfügbarkeitsheuristik

Vorschnelles Urteil:
„ Ich wende an, was ich kann “

Framingeffekt

Dominante Präsentation :
„Mein Bauch tut weh“

Vorzeitiges Festlegen

Welche Diagnose will ich auf keinen Fall übersehen

Ankereffekt

Erster Eindruck:
„Das sehe ich doch auf den ersten Blick“

Blinder Gehorsam

Kritiklosigkeit

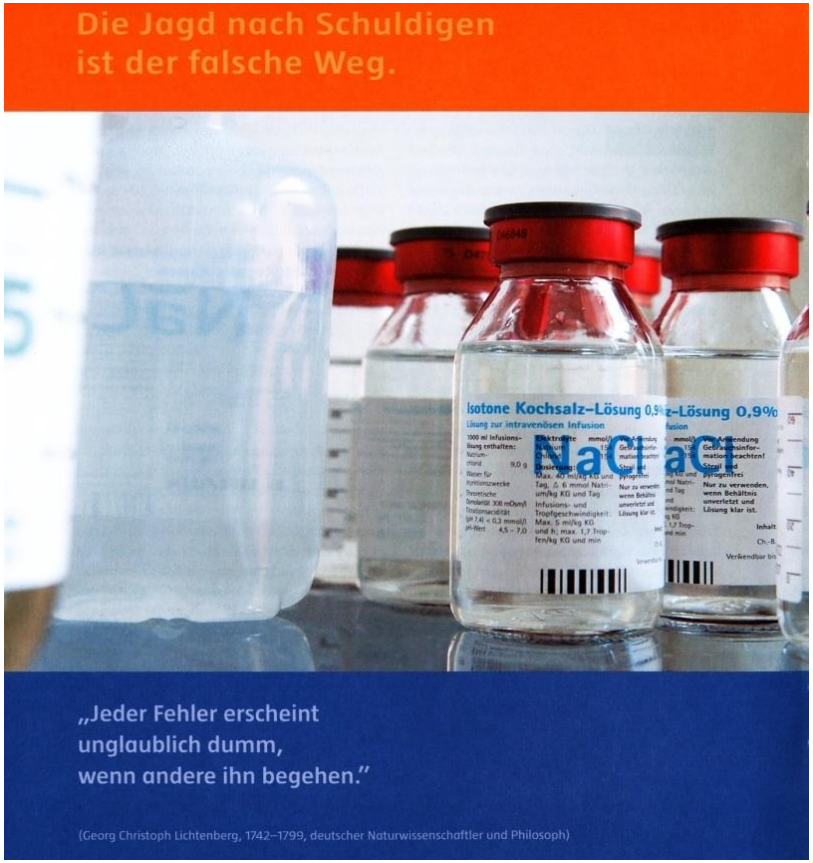
Fehler beim Problemlösen

Heuristik

(altgr. εὑρίσκω *heurísko*, ich finde, zu *heuriskein*, (auf)finden, entdecken)

bezeichnet die Kunst, mit begrenztem Wissen und wenig Zeit zu guten Lösungen zu kommen.

= Gedankliche Abkürzungen



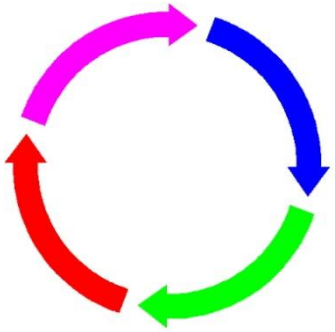
Schadensentstehung ist ein komplexer Vorgang!

Gemeinsamer Bundesausschuss

Qualitätsmanagement-Richtlinie

Welche Instrumente sind zu nutzen?

- Nachvollziehbare Festlegung Ziel, Umsetzungsmaßnahmen, Überprüfung (PDCA-Zyklus)
- Teambesprechungen
- Prozess-, Ablaufbeschreibungen
- Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement
- Checklisten
- Risiko- , Fehlermanagement
- Notfallmanagement
- Dokumentation von Behandlungsverläufen



www.jeder-fehler-zaehlt.de

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Report-nr.	Titel	Kommen-tare
876	Sonovorbereitung mit Unterzuckerung ...	1
875	"Unnötige Impfung"	0
874	"Aderlass" statt Routineblutentnahme	0
872	Doppelte Medikation im Medikamentenplan übersehen	1
871	Schrittmacher // MR	1
870	Hepatitis C Serologie	0
868	Fraktur als Folge einer antihypertensiven Therapie?	1
867	Keine stationäre Aufnahme	1
865	Namenszwilling M	3
864	MTX Intoxikation	3
863	Labordaten fehlerhaft	1
862	Vakuumflasche defekt	2
861	Ausgabefehler in Apotheke	6
854	Nicht hetzen lassen M	1
853	Fehler im Programm oder Medikamentenplan?	1
851	Urin zu früh entsorgt	1
850	EDTA-Röhrchen mit falscher Patientenummer beklebt	1
849	CT-Untersuchung für den falschen Patienten	2
846	Schnittstelle - Mehrere Blutverdünner	0
845	Verzögerte Diagnosefindung: Erstmanifestation Diabetes mellitus M	0

https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/databaseNewest.jsp Auszug vom 17.10..2016

Philipps Universität Marburg
allgemeinmedizin

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

BEFRAGUNG ZU DIAGNOSTISCHEN FEHLERN

Auswahl eines Falls

Die Befragung bezieht sich auf einen konkreten, von Ihnen erlebten Patienten-Fall.

In Frage kommt ein(e) Patient(in) bzw. eine Situation, in der Sie eine diagnostische Entscheidung getroffen haben, sich später jedoch gezeigt hat, dass ein anderes Problem (Erkrankung) vorlag, als von Ihnen vermutet. Es kann sich um zu wenig, zu viel oder unangemessene Diagnostik gehandelt haben. In der Konsequenz ist zumindest die Behandlung verzögert worden, vielleicht hat die/der Patient(in) sogar einen Schaden erlitten.

Wenn Sie über mehr als eine Situation wie oben beschrieben berichten können, wählen Sie bitte die zuletzt geschehene.

Folgende Situationen sind für diese Befragung nicht von Interesse (Ausschlusskriterien):

- Die diagnostische Entscheidung wurde nicht von Ihnen getroffen, sondern von einer/m anderen Ärztin/Arzt.
- Sie haben zwar eine nicht optimale Entscheidung getroffen, es hat sich jedoch keinerlei Nachteil für die/den Patientin/en ergeben (Definition von Nachteil: mindestens eine Verzögerung von weiterer relevanter Diagnostik oder Behandlung, ggf. auch körperlicher Schaden).
- Das Ereignis liegt mehr als 5 Jahre zurück.

Können Sie sich an einen konkreten eigenen Fall erinnern, der die oben genannten Einschlusskriterien für diese Befragung erfüllt?

- ○ Ja
- ○ Nein

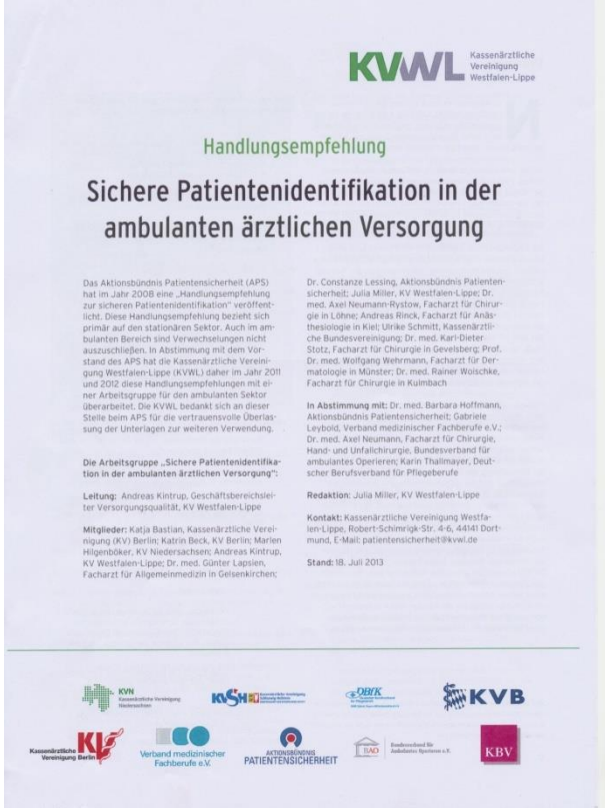
Tipps zur Fehlervermeidung

1. Fehler bei Impfungen [mehr]
2. Telefonische Anfragen [mehr]
3. Labor I - Auswahl, Anforderung, Durchführung [mehr]
4. Labor II - während oder nach dem Eintreffen des Befundes [mehr]
5. Medikationsfehler I - Fehlende Übersicht über die Arzneitherapie [mehr]
6. Medikationsfehler II - Wiederholungsrezepte [mehr]
7. Medikationsfehler III - Orale Antikoagulantien - z. B. Marcumar© [mehr]
8. Medikationsfehler IV - Abkürzungen und Dosierungsangaben [mehr]
9. Medikationsfehler V - Medikamente aus der "Praxisapotheke" [mehr]
10. Patientenidentifikation [mehr]
11. Hausbesuch [mehr]
12. Rezepte [mehr]

https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/prevention/prevention.jsp Auszug vom 03.05.2016

Material für Niedergelassene

- Handlungsempfehlung: Sichere Patientenidentifikation in der ambulanten ärztlichen Versorgung (KV WL)



KVWL Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Handlungsempfehlung

Sichere Patientenidentifikation in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hat im Jahr 2008 eine „Handlungsempfehlung zur sicheren Patientenidentifikation" veröffentlicht. Diese Handlungsempfehlung bezieht sich primär auf den stationären Sektor. Auch im ambulanten Bereich sind Verwechselungen nicht auszuschließen. In Abstimmung mit dem Vorstand des APS hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) daher im Jahr 2011 und 2012 diese Handlungsempfehlungen mit einer Arbeitsgruppe für den ambulanten Sektor überarbeitet. Die KVWL bedankt sich an dieser Stelle beim APS für die vertrauensvolle Überlassung der Unterlagen zur weiteren Verwendung.

Die Arbeitsgruppe „Sichere Patientenidentifikation in der ambulanten ärztlichen Versorgung":

Leitung: Andreas Kintrup, Geschäftsbereichsleiter Versorgungsqualität, KV Westfalen-Lippe

Mitglieder: Katja Bastian, Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin; Katrin Beck, KV Berlin; Marlen Hilgenböker, KV Niedersachsen; Andreas Kintrup, KV Westfalen-Lippe; Dr. med. Günter Lapsien, Facharzt für Allgemeinmedizin in Gelsenkirchen; Dr. Constanze Lessing, Aktionsbündnis Patientensicherheit; Julia Miller, KV Westfalen-Lippe; Dr. med. Axel Neumann-Rystow, Facharzt für Chirurgie in Löhne; Andreas Rinck, Facharzt für Anästhesiologie in Kiel; Ulrike Schmitt, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Dr. med. Karl-Dieter Stotz, Facharzt für Chirurgie in Gevelsberg; Prof. Dr. med. Wolfgang Wehrmann, Facharzt für Dermatologie in Münster; Dr. med. Rainer Woischke, Facharzt für Chirurgie in Kulmbach

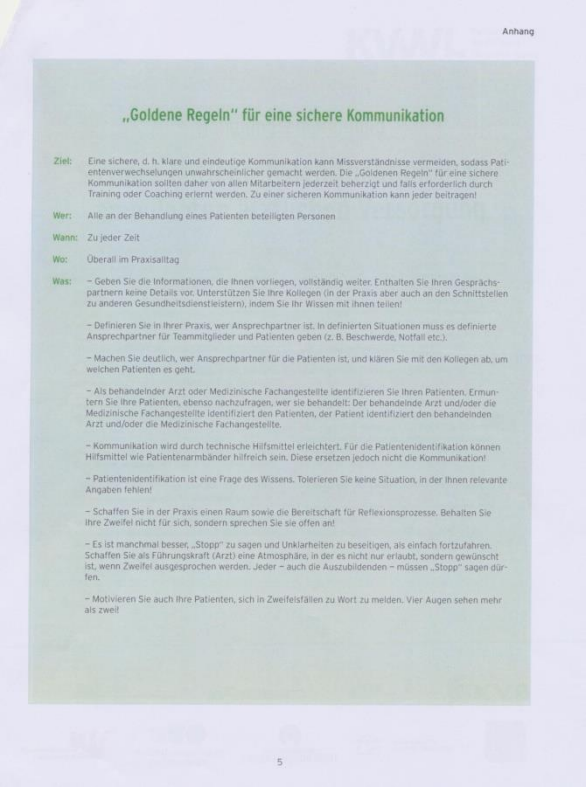
In Abstimmung mit: Dr. med. Barbara Hoffmann, Aktionsbündnis Patientensicherheit; Gabriele Leybold, Verband medizinischer Fachberufe e.V.; Dr. med. Axel Neumann, Facharzt für Chirurgie, Hand- und Unfallchirurgie, Bundesverband für ambulantes Operieren; Karin Thalmayer, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Redaktion: Julia Miller, KV Westfalen-Lippe

Kontakt: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6, 44141 Dortmund, E-Mail: patientensicherheit@kvwl.de

Stand: 18. Juli 2013

KVN Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen · KV SH · OBIK · KVB · Kassenärztliche Vereinigung Berlin · Verband medizinischer Fachberufe e.V. · Aktionsbündnis Patientensicherheit · BAO · KBV



Anhang

„Goldene Regeln" für eine sichere Kommunikation

Ziel: Eine sichere, d. h. klare und eindeutige Kommunikation kann Missverständnisse vermeiden, sodass Patientenverwechselungen unwahrscheinlicher gemacht werden. Die „Goldenen Regeln" für eine sichere Kommunikation sollten daher von allen Mitarbeitern jederzeit beherzigt und falls erforderlich durch Training oder Coaching erlernt werden. Zu einer sicheren Kommunikation kann jeder beitragen!

Wer: Alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Personen

Wann: Zu jeder Zeit

Wo: Überall im Praxisalltag

Was:

– Geben Sie die Informationen, die Ihnen vorliegen, vollständig weiter. Enthalten Sie Ihren Gesprächspartnern keine Details vor. Unterstützen Sie Ihre Kollegen (in der Praxis aber auch an den Schnittstellen zu anderen Gesundheitsdienstleistern), indem Sie Ihr Wissen mit ihnen teilen!

– Definieren Sie in Ihrer Praxis, wer Ansprechpartner ist. In definierten Situationen muss es definierte Ansprechpartner für Teammitglieder und Patienten geben (z. B. Beschwerde, Notfall etc.).

– Machen Sie deutlich, wer Ansprechpartner für die Patienten ist, und klären Sie mit den Kollegen ab, um welchen Patienten es geht.

– Als behandelnder Arzt oder Medizinische Fachangestellte identifizieren Sie Ihren Patienten. Ermuntern Sie Ihre Patienten, ebenso nachzufragen, wer sie behandelt: Der behandelnde Arzt und/oder die Medizinische Fachangestellte identifiziert den Patienten, der Patient identifiziert den behandelnden Arzt und/oder die Medizinische Fachangestellte.

– Kommunikation wird durch technische Hilfsmittel erleichtert. Für die Patientenidentifikation können Hilfsmittel wie Patientenarmbänder hilfreich sein. Diese ersetzen jedoch nicht die Kommunikation!

– Patientenidentifikation ist eine Frage des Wissens. Tolerieren Sie keine Situation, in der Ihnen relevante Angaben fehlen!

– Schaffen Sie in der Praxis einen Raum sowie die Bereitschaft für Reflexionsprozesse. Behalten Sie Ihre Zweifel nicht für sich, sondern sprechen Sie sie offen an!

– Es ist manchmal besser, „Stopp" zu sagen und Unklarheiten zu beseitigen, als einfach fortzufahren. Schaffen Sie als Führungskraft (Arzt) eine Atmosphäre, in der es nicht nur erlaubt, sondern gewünscht ist, wenn Zweifel ausgesprochen werden. Jeder – auch die Auszubildenden – müssen „Stopp" sagen dürfen.

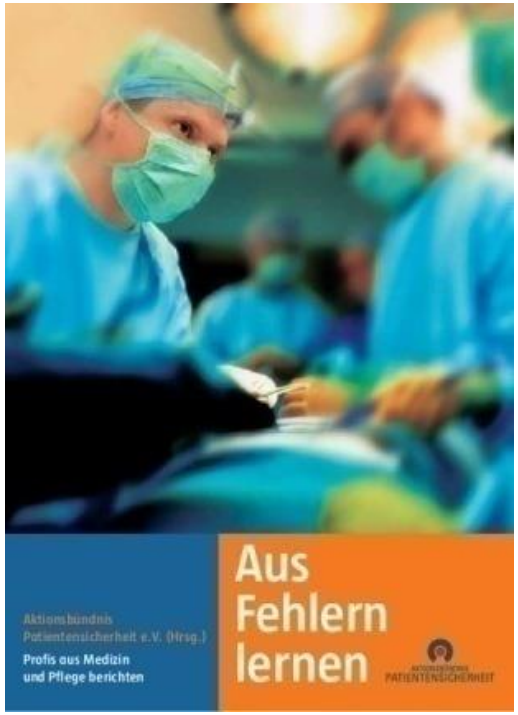
– Motivieren Sie auch Ihre Patienten, sich in Zweifelsfällen zu Wort zu melden. Vier Augen sehen mehr als zwei!

5

Quelle: www.aps-ev.de

Material für Niedergelassene

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT



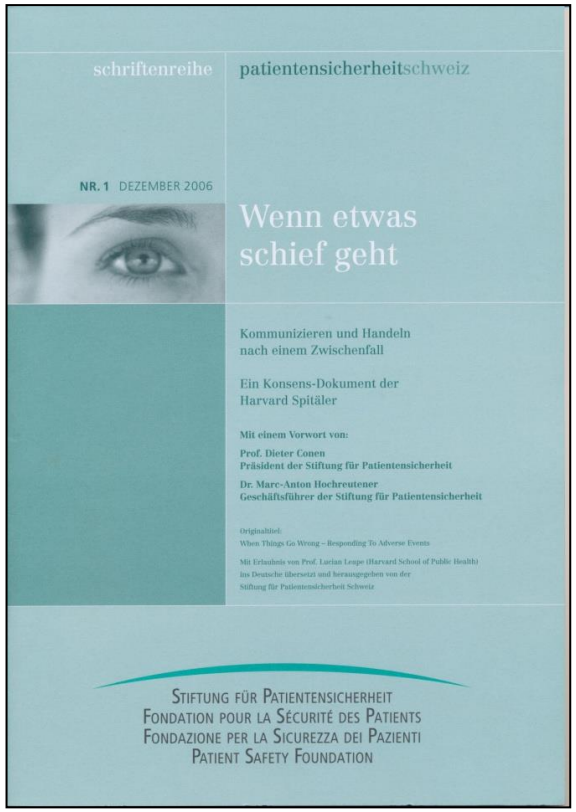
Quelle: www.aps-ev.de

patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland

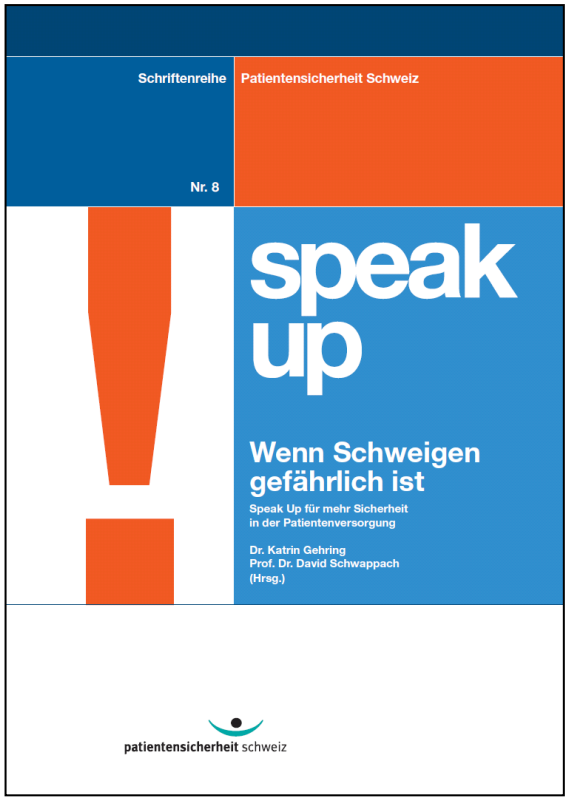
Material für Niedergelassene

Praxisleitfaden für Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung

Kommunikation nach einem Zwischenfall



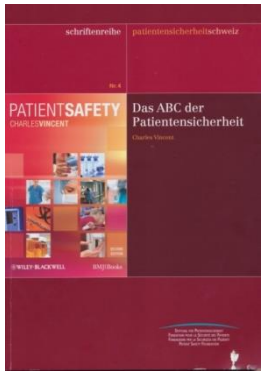
Probleme oder Bedenken ansprechen



Quelle: http://www.patientensicherheit.ch/de/aktuell.html

Weiterführende Literatur zum Thema Patientensicherheit

- Robert M. Wachter: „Fokus Patientensicherheit – Fehler vermeiden, Risiken managen“, Herausgeber der deutschsprachigen Auflage: Joachim Koppenberg, Peter Gausmann, Michael Henninger, ABW-Wissenschaftsverlag, ISBN 978-3-94061505-3, Preis 29,95 €

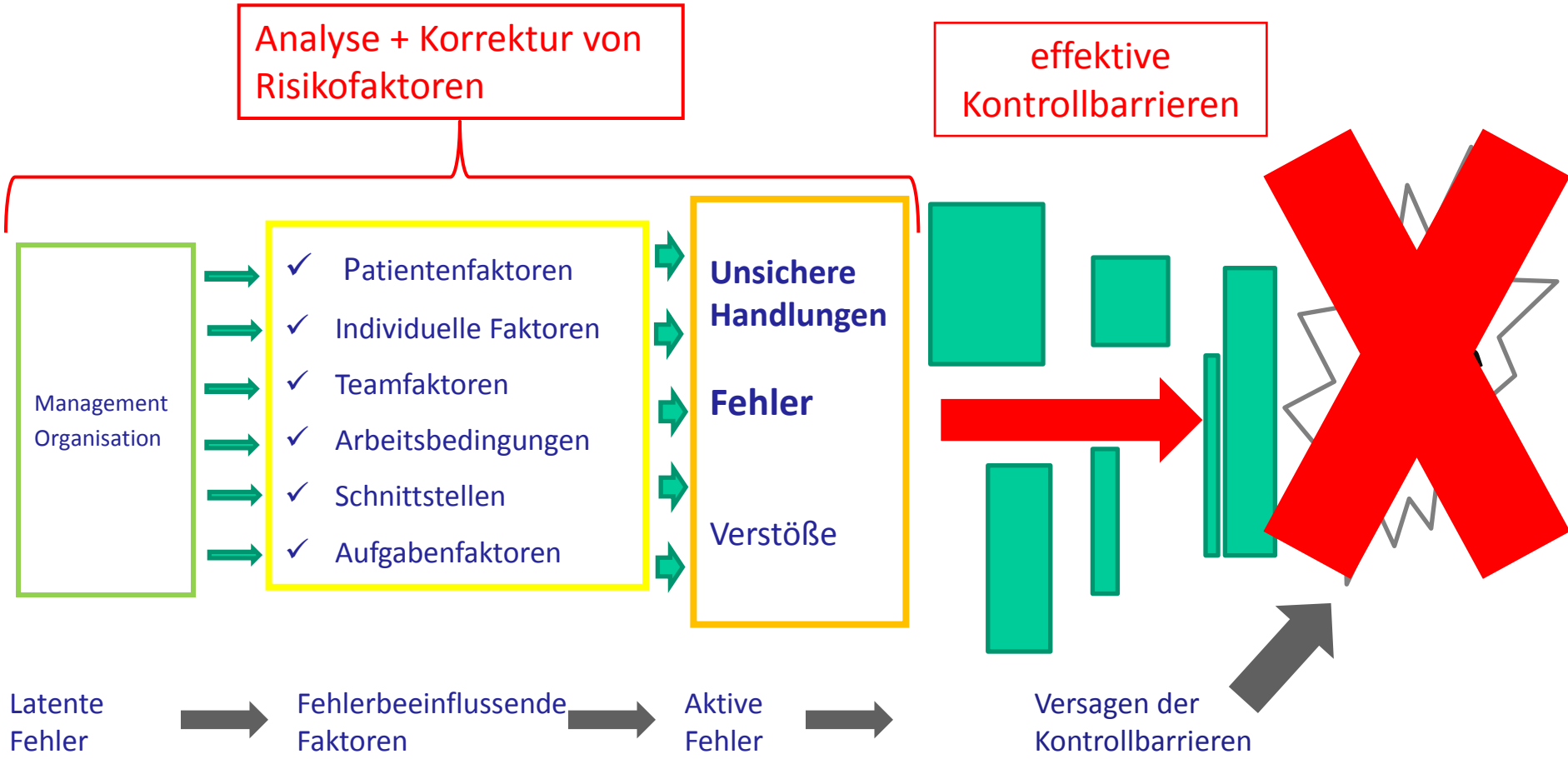


- Robert M. Wachter: „Understanding patient safety“, McGrawHill Lange Textbooks, ISBN: 0071765786 / 9780071765787, Preis 41 $

- Charles Vincent: „Das ABC der Patientensicherheit“ [[Englisch: Essentials of patient safety]]. Zürich; 2012. (Stiftung Patientensicherheit, Schriftenreihe; vol 4)

- Charles Vincent, Rene Amalberti: „Safer Healthcare-Strategies for the real world“- SpringerOpen

Modell des Fehlermanagements



In Anlehnung an das organisationale Unfallmodell nach Charles Vincent & James Reason und dem KV-Moderator Modul Patientensicherheit

Systematische Analyse - chronologischer Ablauf und beitragende Faktoren

Ablauf der Ereignisse	→	→	→	→	→	→	
Zeitpunkt/ggf. Tag, Uhrzeit							
unsichere Handlungen (Fehler)							
beitragende Faktoren							
Patient							
Individuelle Faktoren							
Team							
Arbeitsbedingungen							
Organisation / Management							
Schnittstellen							
Aufgabe							
evtl. vorhandene Sicherheitsbarrieren							
Empfehlungen des Teams							

In Anlehnung an Systematische Analyse - chronologischer Ablauf und beitragende Faktoren (Handbuch Qualitätszirkel, KBV) 05/2016 überarbeitet Her/Sk

Systematische Analyse - chronologischer Ablauf und beitragende Faktoren

Ablauf der Ereignisse	Vorgespräch → Vorsorge koloskopie	Labor → BB, INR,PTT INR 1,0	ÜW Herzecho → AICD -.VHF Frage OAK?	Termin Colo → Blutung EW Krhs	→	→	
Zeitpunkt/ggf. Tag, Uhrzeit	8.9.2015	9.9.2015	17.9.2015	26.10.2015			
unsichere Handlungen (Fehler)	RR und P nicht gemessen		Empfehlung OAK	Marcumar Quick 24%			
beitragende Faktoren							
Patient			„schwierig“				
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters			VG Colo nicht gesehen				
Teamfaktoren							
Arbeitsbedingungen	Zeitdruck		Zeitdruck				
Organisation und Management							
Schnittstellen			wusste HA Bescheid?				
Aufgabe							
evtl. vorhandene Sicherheitsbarrieren	RR und P		PC Eintrag	Anruf Betreuer „blutiger Stuhl“			
Empfehlungen des Teams	Vorgespräch zeitnah!		Dran denken Prioritäten!	Zwischenanamnese erstellen			

In Anlehnung an Systematische Analyse - chronologischer Ablauf und beitragende Faktoren (Handbuch Qualitätszirkel, KBV) 05/2016 überarbeitet Her/Sk