

Kapitel 4

Moderatorenfortbildung

4.10 Patientensicherheit

4 Moderatorenfortbildung

4.10 Patientensicherheit

Julia Rohe, Martin Beyer, Barbara Hoffmann, Ferdinand M. Gerlach

Inhaltsverzeichnis

4.10.1 Arbeitsziele	1
4.10.2 Themenhintergrund	1
4.10.3 Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung von QZ-Moderation und QZ-Arbeit	5
4.10.4 Spezielle Vorgaben für die Moderation	6
4.10.5 Moderationsmedien	11
4.10.6 Kurzversion	27
4.10.7 Literaturverzeichnis	28
Anlagen (auf CD-ROM):	
Präsentation „Patientensicherheit – QZ-Sitzung 1“	
Präsentation „Patientensicherheit_Luftfahrt – QZ-Sitzung 1“	
Präsentation „Patientensicherheit – QZ-Sitzung 2“	

4.10.1 Arbeitsziele

Für Tutoren:

Die Tutoren sind befähigt, Qualitätszirkel (QZ)-Moderatoren zum Thema Patientensicherheit aus- und fortzubilden, damit diese kritische Ereignisse in Praxen analysieren und aus den gewonnenen Erkenntnissen Handlungsoptionen entwickeln können.

Für Moderatoren:

Die QZ-Moderatoren können die Teilnehmer des QZ in das Thema Patientensicherheit einführen und mit ihnen das Thema bearbeiten. Sie sind qualifiziert, den Teilnehmern des QZ die systematische Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis so zu vermitteln, dass diese systematische Analysen in der eigenen Arztpraxis mit dem Praxisteam durchführen und Maßnahmen zur künftigen Vermeidung kritischer Ereignisse ergreifen können.

Für Qualitätszirkel-Teilnehmer:

Die Teilnehmer haben die grundlegenden Hintergründe, Begriffe und Inhalte des Themas Patientensicherheit kennengelernt. Durch Diskussion des Themas sind sie sich ihrer eigenen Einstellung dazu bewusst geworden.

Außerdem haben sie im Rahmen des QZ die Technik einer systematischen Analyse von kritischen Ereignissen erlernt und sie in Kleingruppen eingeübt. Sie sind in der Lage, diese Technik mit ihrem Praxisteam in der alltäglichen Praxisarbeit durchzuführen. Der sogenannte „Leitfaden“ unterstützt die Teilnehmer dabei.

4.10.2 Themenhintergrund

Bisherige Erfahrungen

Die Themen Patientensicherheit und Fehlermanagement sind in den letzten Jahren zunehmend ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Im gleichen Zeitraum haben die ärztlichen Körperschaften das Thema Patientensicherheit konstruktiv und offensiv als wichtigen Teil ihrer Aufgaben deklariert. Durch ein Bündel von Maßnahmen (z.B. Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Einführung von Berichts- und Lernsystemen im stationären und ambulanten Bereich, Förderung des Qualitätsmanagements, Entwicklung eines Fortbil-

dungskonzepts Patientensicherheit) soll dieses Thema belebt und umgesetzt werden.

Das Thema „Kritische Ereignisse in der ärztlichen Praxis“ wirkt auf viele Ärztinnen und Ärzte verunsichernd, weil es grundlegende professionelle Einstellungen und Haltungen betrifft und in der Aus- und Weiterbildung bisher nicht ausreichend berücksichtigt wird. Außerdem ist es in vielen medizinischen Einrichtungen verdrängt worden. Nicht nur der professionelle Grundsatz des „primum nil nocere“, sondern auch das alltägliche Bemühen um den Patienten erscheint vielen Ärzten infrage gestellt. Gerade ambulant tätige Ärzte empfinden in diesem Kontext die Isolation in der eigenen Praxis. Hierzu mag auch die Furcht vor den forensischen Konsequenzen eines kritischen Ereignisses, möglicherweise sogar eigene Erfahrungen mit Patientenklagen, beitragen. Gerade für ambulant tätige Ärzte werden QZ als eine wichtige Möglichkeit gesehen, die Teilnehmer bei der Entwicklung einer positiven Sicherheitskultur bzw. einer „lernenden Umgebung“ zu unterstützen.

Das Thema Patientensicherheit verursacht häufig Verunsicherung und Ablehnung. Diesem Punkt muss in der ersten QZ-Sitzung Rechnung getragen werden. Erst wenn die Teilnehmer „da abgeholt worden sind, wo sie stehen“ bzw. „wo sie ihre eigenen Probleme sehen“ und sie sich gemeinsam entschlossen haben, das Thema zu vertiefen, kann im Weiteren das Thema „Patientensicherheit – systematische Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis“ bearbeitet werden.

In dieser zweiten Zirkelsitzung soll eine spezifische Technik zur systematischen Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis erlernt werden. Die Teilnehmer sollen in die Lage versetzt werden, diese in ihrer eigenen Praxis durchführen zu können. Im QZ kann die Technik erläutert und geübt werden, die Übertragung (Transfer) in die Praxis muss jedoch jeder Teilnehmer selbst übernehmen. Zur Unterstützung der Übernahme in die eigene Praxis ist unter anderem die dritte Qualitätszirkel-Sitzung „Patientensicherheit – Erfahrungen beim Einsatz der systematischen Analysetechnik in der Arztpraxis“ in dieser Reihe gedacht. Hier sollen der Umgang mit dieser Technik in der alltäglichen Praxis und die dabei auftretenden Probleme und Chancen thematisiert werden.

In Zirkeln hat sich wiederholt gezeigt, dass die Arbeit mit Beispiel-Ereignissen (siehe Leitfaden) zunächst einfacher und „niedrigschwelliger“ für die Teilnehmer ist. Es kann so gezeigt werden, dass auch Ereignisse ohne oder mit nur geringem Schaden analysiert werden können und auch daraus gelernt werden kann. Dies erscheint wichtig, um die Barriere für den Einstieg in der eigenen Praxis nicht zu hoch zu hängen. Sind die Teilnehmer erst einmal mit der Technik und im Umgang mit Fehlern vertraut, können auch schwerwiegendere kritische Ereignisse analysiert werden. Die Beispiele führen meist auch zu

einem gewissen Wiedererkennungseffekt im Sinne von „Stimmt, das ist mir auch schon passiert.“ und entspannen die Situation. Besonders förderlich zeigte sich in Qualitätszirkel-Sitzungen zum Thema die Anwesenheit eines Teilnehmers, der offen zugibt, Fehler zu machen und frei darüber berichtet. Dies führt häufig zu einer entspannteren Atmosphäre und dazu, dass andere Teilnehmer über eigene kritische Ereignisse berichten.

Bisherige Erfahrungen bei der Vermittlung der „systematischen Analysetechnik“ zeigten, dass der Transfer in die alltägliche Arbeit der Praxen nicht immer problemlos ist. Das erworbene Wissen muss den Mitarbeitern (ärztliche Kollegen und ArzhelferInnen) vermittelt werden. Es muss die Bereitschaft zur Teilnahme an einer systematischen Analyse geweckt und die nötigen Maßnahmen (z.B. Identifikation von kritischen Ereignissen, Teamsitzung) müssen umgesetzt werden. Hier können dem QZ-Teilnehmer verschiedene Widerstände begegnen (z.B. Ängste und Sorgen der Mitarbeiter, wenn der Chef plötzlich Fehler thematisiert, Desinteresse etc.). Diese Widerstände sollen im Rahmen der QZ-Sitzung thematisiert werden. Mögliche Lösungsansätze können mit Kollegen besprochen werden.

Bisherige Erfahrungen zeigen aber auch die Chancen des vorgeschlagenen Verfahrens: Eine systematische Analyse kann oft einen neuen Blick auf die Abläufe in der eigenen Praxis vermitteln und das Teamgefühl und den Einsatz für die Praxis verstärken.

Im Rahmen der Arbeit mit dem Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen (www.jeder-fehler-zaehlt.de) und auch in Diskussionen mit Hausärzten und Fachspezialisten zeigte sich, dass das Motto: „Aus Fehlern lernen.“ nicht immer einfach ist. Insbesondere bei komplexeren kritischen Ereignissen wird die Ursachenanalyse oft zu oberflächlich abgeschlossen. Deshalb wurde die hier vorgestellte Technik zur systematischen Analyse von kritischen Ereignissen vom Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt entwickelt. Sie soll es Arztpraxen ermöglichen, möglichst viel aus kritischen Ereignissen zu lernen. Die systematische Vorgehensweise soll dabei helfen, eine umfassende Ursachensuche durchzuführen. Die klare Struktur fördert außerdem die Konzentration auf das „Was ist warum passiert?“, weg vom „Wer ist schuld?“.

Geschichte/Entwicklung

Vor gut 10 Jahren ist das Thema Patientensicherheit in den Fokus der breiteren wissenschaftlichen Forschung und der Öffentlichkeit gerückt. Ausschlaggebend war der Report „To err is human“ des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) [1]. Darin wird, basierend auf den Studien von Brennan, Leape et al. [2, 3] berechnet, dass jährlich 44 000 bis 98 000 Todesfälle in US-amerikanischen Kliniken durch vermeidbare unerwünschte Er-

eignisse verursacht werden. Die Zahl der Behandlungsschäden ohne Todesfolge ist sogar noch um ein Vielfaches höher. Ein weiterer Bericht des IOM [4] geht auf Grund verschiedener Studien von durchschnittlich einem Medikationsfehler pro Patient pro Tag im Krankenhaus aus und berechnet so 1,5 Millionen vermeidbare unerwünschte Ereignisse – nur im Zusammenhang mit der Medikation.

Diese Zahlen wurden heiß diskutiert [5, 6], sind jedoch wahrscheinlich korrekt, da Studien in anderen Ländern mit einer vergleichbaren Methodik sie bestätigten [7] bzw. sogar noch höhere Zahlen feststellten [8]. Die besorgniserregenden Ergebnisse dieser Studien haben weltweit vielfältige Forschungsprojekte und Institutionen angestoßen. Für Deutschland werden aus den US-amerikanischen Studien 16 000 bis 40 000 Todesfälle jährlich durch vermeidbare unerwünschte Ereignisse in Krankenhäusern extrapoliert [9, 10].

Die Verbesserung der Patientensicherheit hat die Reduktion der durch vermeidbare unerwünschte Ereignisse entstehenden Morbidität und Mortalität zum Ziel.

Wichtige Begriffe

Patientensicherheit wird definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“.

Für ein systematisches Verständnis sind folgende Schlüsselbegriffe grundlegend:

Unerwünschtes Ereignis (*engl.: adverse event*): Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (*engl.: preventable adverse event*): Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

Kritisches Ereignis (*engl.: critical incident*): Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

Fehler (*engl.: error*): Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei der/dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

Beinahe-Schaden (*engl.: near miss*): Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

Glossar des Aktionsbündnisses Patientensicherheit unter <http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/?q=glossar>

Was ist Patientensicherheit und Sicherheitskultur? Unter Patientensicherheit versteht man, dass Patienten im Gesundheitssystem keine vermeidbaren Schäden durch Diagnostik, Behandlung, Aufenthalt etc. erleiden. Eine hundertprozentige Patientensicherheit kann jedoch nicht erreicht werden. Das Ziel ist die stete Verbesserung der Patientensicherheit, und dafür ist eine positive und starke Sicherheitskultur notwendig.

Unter Sicherheitskultur in der Medizin versteht man, dass eine Organisation (z.B. Arztpraxis, Krankenhaus) dauerhaft und auf allen Ebenen (Leitungsebene bis Mitarbeiterebene) danach strebt, dass Patienten (**aber auch die Mitarbeiter**) keine Schäden durch die Gesundheitsversorgung davontragen [11].

Institutionen in Deutschland

Berichts- und Lernsysteme in Deutschland. Berichts- und Lernsysteme haben grundsätzlich das Ziel, den Nutzern das Lernen aus den Fehlern anderer zu ermöglichen. Diese Grundidee wird seit 1975 bereits in der Luftfahrt in den USA angewandt. Das Aviation Safety Reporting System (ASRS) [12] sammelt und analysiert Berichte von Piloten, Fluglotsen sowie dem gesamten Bord-, Boden- und Wartungspersonal über tatsächlich oder potenziell gefährliche Situationen im Flugverkehr (keine tatsächlichen Unfälle und Schäden). Die Ergebnisse der Analysen sollen dabei helfen, Schwachstellen in der Flugsicherheit zu erkennen, und sie beeinflussen neue Richtlinien und technische Geräte.

Hier werden zwei Berichtssysteme in Deutschland beispielhaft vorgestellt:

- ▲ CIRSmedical Deutschland
Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin (www.cirsmedical.de)
- ▲ Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen, „Jeder Fehler zählt“
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt (www.jeder-fehler-zaehlt.de)

Eine Aufstellung weiterer Berichts- und Lernsysteme findet sich unter: <http://www.arztbibliothek.de/themen/schwerpunkt/patientensicherheit/>

Aktionsbündnis Patientensicherheit. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) wurde 2005 gegründet, um durch vielfältige Aktivitäten die Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen zu verbessern. Die Mitglieder des APS kommen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Vertretungen ambulant tätiger Ärzte, Patientenvertretungen, Verbände der Pflegenden, Ärztekörperschaften, Krankenversicherungen etc.).

Patientensicherheit-Online.de. Patientensicherheit-Online.de wurde von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung gegründet und findet sich unter www.patientensicherheit-online.de

Die Ziele dieses Internetforums sind:

1. Hintergrundinformationen zum Thema Patientensicherheit
2. Informationen über nationale und internationale Initiativen und Projekte
3. Serviceleistungen des „Informationsdienst CIRSmedical.de-Info“, Literaturübersichten, Veranstaltungshinweise u.a.

Hintergrundwissen zu systematischer Analyse von kritischen Ereignissen

In diesem Abschnitt findet sich Hintergrundwissen für die Tutoren und Moderatoren. Die wichtigsten Inhalte der nachfolgenden Absätze finden sich auch in der Präsentation auf der CD-ROM.

Kritische Ereignisse (Fehler, unerwünschte Ereignisse oder Beinahe-Schäden) können Hinweise auf Lücken der Patientensicherheit in der Arztpraxis geben. Um diese Ereignisse sinnvoll nutzen zu können, muss eine starke Sicherheitskultur etabliert werden. Das bedeutet, dass alle Mitarbeiter der Praxis Fehler und andere kritische Ereignisse berichten können, ohne dass sie persönliche Konsequenzen fürchten müssen. Die Etablierung einer starken Sicherheitskultur in der Arztpraxis hängt maßgeblich von der Praxisleitung und vom Umgang zwischen den Mitarbeitern ab. Sie kann durch Vertrauen und gegenseitige Wertschätzung gefördert, nicht jedoch „von oben befohlen“ werden.

Andererseits sollten kritische Ereignisse in der Arztpraxis systematisch vom ganzen Praxisteam analysiert werden, um durch Verbesserungen (z.B. der Organisation von Arbeitsabläufen) das kritische Ereignis in Zukunft zu verhindern. Wie eine solche systematische Analyse im Rahmen einer Teambesprechung aussehen kann, soll dieser QZ und der zugehörige „Leitfaden“ (siehe unter „Moderationsmedien“) vermitteln.

Die hier dargestellte Technik der systematischen Analyse von kritischen Ereignissen gründet sich auf verschiedene Analysetechniken (meist Root Cause Analysis (RCA) genannt¹) aus dem medizinischen Bereich sowie das in englischen Hausarztpraxen angewandte Significant Event Audit (SEA; Analyse und Bewertung eines wichtigen Ereignisses).

Fehlertheorie nach Reason (Swiss Cheese-Modell). Ein bekannter Vertreter der Fehlerforschung in der Medizin ist der englische Psychologe James Reason [13] der seine Theorien ursprünglich in den 90er Jahren für sicherheitsorientierte Industrien entwickelte. Großen Bekanntheitsgrad erlangte „Reason's Swiss Cheese Model

of Defences“. Es stellt die zentralen Aussagen der Fehlertheorie modellhaft dar. Aus einer Gefahr kann nur dann ein unerwünschtes Ereignis oder ein Unfall entstehen, wenn die normalerweise dazwischenliegenden Sicherheitsbarrieren (dies können Menschen, aber auch technische Einrichtungen, wie z.B. Alarmer sein) versagen (also „Löcher“ aufweisen). Nur wenn alle Sicherheitsbarrieren zur gleichen Zeit und an derselben Stelle Löcher aufweisen, kann das unerwünschte Ereignis geschehen. Die Ursachen des Versagens der Sicherheitsbarrieren sind unterschiedlich und liegen auf unterschiedlichen Ebenen. Maßgeblich sind aktives und latentes Versagen daran beteiligt.

Aktives und latentes menschliches Versagen (*active and latent human failures*) [14]. „Aktives Versagen sind unsichere Handlungen (Fehler und Verstöße), die von den am ‚scharfen Ende‘ des Systems Tätigen begangen werden (z.B. Chirurgen, Anästhesisten, Krankenschwestern, Ärzte etc.). Es sind die Menschen an der Schnittstelle Mensch-System, deren Handlungen unmittelbare Auswirkungen haben können bzw. haben.“

„Latentes Versagen entsteht durch Entscheidungen, die auf den höheren Stufen einer Organisation gefällt werden. Ihre schädigenden Auswirkungen zeigen sich möglicherweise lange nicht, und sie werden erst dann offensichtlich, wenn sie mit lokalen auslösenden Faktoren (...) zusammentreffen und die Sicherheitsbarrieren des Systems durchbrechen.“

Latentes Versagen (z.B. falsche Entscheidungen des Managements) kann aktives Versagen auslösen bzw. dazu beitragen. Aber auch *psychologische Vorläufer* (z.B. persönliche Probleme des Mitarbeiters, die zu mangelnder Konzentration führen), *lokale Auslöser* und *untypische Bedingungen* (z.B. Erkältungswelle verursacht volles Wartezimmer) können aktives Versagen mitverursachen.

Als Fazit der Fehlertheorie kann festgehalten werden, dass das Entstehen eines unerwünschten Ereignisses oder Unfalls (fast) immer viele Ursachen auf verschiedenen Ebenen der Organisation hat, die zusätzlich durch Faktoren außerhalb der Organisation beeinflusst werden. Nicht nur in Großorganisationen wie Kliniken, auch in der einzelnen Arztpraxis lohnt es sich, latente Sicherheitsprobleme, das Funktionieren von Barrieren und die mittelbar zum Auftreten eines Fehlers beitragenden Umstände zu analysieren, um die Sicherheit zu erhöhen.

¹ Der Begriff „Root Cause Analysis“ wird in der Fachliteratur zum Teil kontrovers diskutiert. Es wird kritisiert, dass er den Anschein erwecke, dass es nur EINE Root Cause zu finden gäbe, während doch fast immer mehrere oder viele Ursachen eines kritischen Ereignisses bestünden.

² Reason bezeichnet mit „sharp end“ eine Schnittstelle zwischen einem Menschen und dem Gesamtsystem. Dies kann z.B. eine Mensch-Mensch- oder eine Mensch-Maschine-Schnittstelle sein.

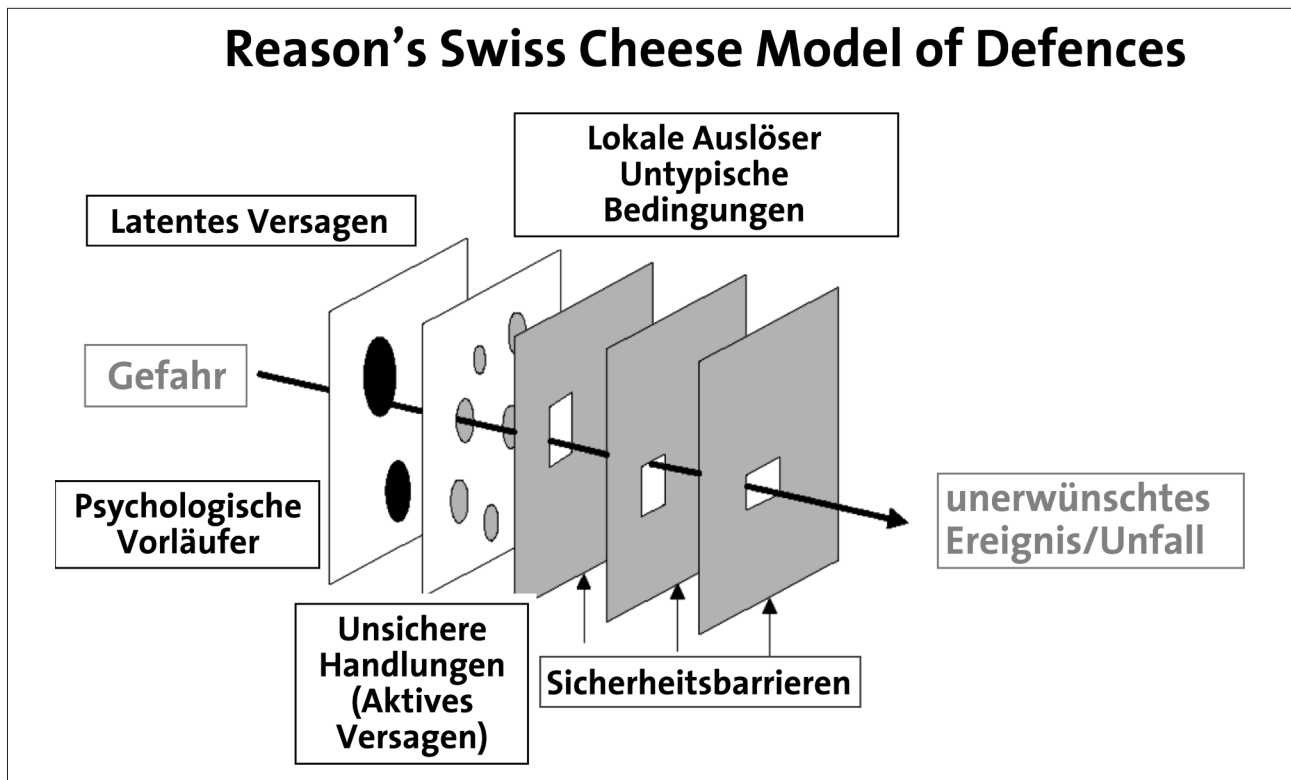


Abbildung 1: Reason's Swiss Cheese Model of Defences [15]

Umgang mit Fehlern. Ebenfalls in den Bereich der Fehlertheorie fällt der Umgang mit Fehlern. Beim Auftreten eines Fehlers umfasst die (wenig hilfreiche) personenorientierte Sichtweise (oft auch „traditioneller“ Umgang mit Fehlern genannt) das Suchen des Verursachers (eventuell auch mehrerer) und eine „Maßnahme“ gegenüber dieser Person, um künftige Fehler zu vermeiden. Das Fokussieren auf Einzelne begründet sich auf die Vorstellung, dass der Fehler durch die individuellen Eigenschaften dieser Person (zum Beispiel: Unaufmerksamkeit, Unwissen, Vergesslichkeit, geringe Motivation, Sorglosigkeit oder Nachlässigkeit) verursacht wurde und der- oder diejenige deshalb auch „schuld“ ist. Gegenmaßnahmen beinhalten konsequenterweise Schulungen, Aufforderungen zu mehr Aufmerksamkeit, Androhung disziplinarischer Maßnahmen, Bestrafung der Involvierten oder dergleichen mehr. Im Rahmen der personenorientierten Sichtweise erhofft man, durch diese Maßnahmen die Sicherheit des Gesamtsystems zu erhöhen [16, 17].

Demgegenüber sind die Grundlagen der systemorientierten Perspektive das Wissen um die Fehlbarkeit des Menschen und die Erwartung, dass Fehler deshalb unvermeidbar passieren werden. Fehler werden als Konsequenzen von latenten Systemproblemen (latentes Versagen), zum Beispiel von Überlastung, Übermüdung, unübersichtlichen Maschinen oder Steuerungspulten, unklaren Verfahren und anderem gesehen. Die Gegenmaßnahmen sind nicht auf die Veränderung des einzel-

nen Menschen, sondern auf die Veränderung der System- und Arbeitsbedingungen gerichtet. Es sollen Systeme und Sicherheitsvorkehrungen entwickelt werden, die die Entstehung von Fehlern reduzieren und die Auswirkungen von dennoch entstandenen Fehlern verhindern [18, 19].

4.10.3 Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung von QZ-Moderation und QZ-Arbeit

Daten- und Informationsbeschaffung

Im Anschluss an die Sitzung 1 kann der Moderator die Teilnehmer bitten, bis zur nächsten QZ-Sitzung (Sitzung 2) zu überlegen, welches kritische Ereignis aus der eigenen Praxis vorgestellt werden kann. Die Teilnehmer können auch im Archiv eines Berichts- und Lernsystems (z.B. www.CIRSmedical.de, www.jeder-fehler-zaehlt.de, www.CIRS-ains.de) ein geeignetes kritisches Ereignis heraussuchen.

In der Sitzung 2 sollte möglichst am Ende geklärt werden (spätestens 4–6 Wochen vor der dritten QZ-Sitzung), wer in dieser eine systematische Analyse eines eigenen (evtl. auch eines fremden) kritischen Ereignisses vorstellt und ggf. darstellt, welche sicherheitsrelevanten Veränderungen vom Team beschlossen und umgesetzt wurden.

Setting

- ▲ **Verschwiegenheit**
Beim Thema Patientensicherheit ist es besonders wichtig, die Vertraulichkeit aller im QZ diskutierten Inhalte zu betonen. Die absolute Verschwiegenheit des Moderators und der Teilnehmer ist Voraussetzung. Wenn von den Teilnehmern gewünscht, kann eine schriftliche Verschwiegenheitsvereinbarung getroffen werden. Als Vorsichtsmaßnahme sollten aus rechtlichen Gründen bei Ereignissen mit Schadensfolge keine persönlichen Daten des Patienten bzw. der beteiligten Personen notiert werden.
- ▲ **Qualitätszirkeltyp**
Es handelt sich um eine Mischung aus Wissensvermittlung (Grundlagen der Fehlertheorie), Intervisionssitzung und gemeinsamem Einüben der systematischen Analyse von kritischen Ereignissen
- ▲ **Gruppengröße**
Die Gruppengröße sollte zwischen acht und 15 Teilnehmern liegen.
- ▲ **Offene/geschlossene Gruppe**
Das Thema Patientensicherheit kann bei manchen Teilnehmern Unsicherheiten hervorrufen. Vertrauen in die Gruppe ist daher förderlich und eine geschlossene Gruppenstruktur von Vorteil. Für die Sitzung 2 und 3 dieser Reihe sollte die gleiche Gruppe zusammentreffen.
- ▲ **Vertraulichkeit**
Das Thema „Patientensicherheit“ kann zu Spannungen und evtl. zu psychologischer Belastung der Teilnehmer führen. Hier ist es besonders wichtig, die Vertraulichkeit aller im QZ diskutierten Inhalte zu betonen und kollegiale Wertschätzung zu zeigen. Die absolute Verschwiegenheit des Moderators und der Teilnehmer ist Voraussetzung. Grundsätze des Datenschutzes, insbesondere des Schutzes personenbezogener Daten, müssen im Zirkel berücksichtigt werden.

Wesentliche Aspekte der Moderationshaltung des Moderators

Verschiedene Probleme im Umgang mit der Thematik wurden in obigen Abschnitten schon besprochen. Hier sollen die am häufigsten zu erwartenden Widerstände nur kurz erwähnt werden:

- ▲ Den QZ-Teilnehmern fehlt die Offenheit, überhaupt über Fehler und kritische Ereignisse zu sprechen. Dies sollte schon in Sitzung 1 zum Thema gemacht und geklärt werden. Da die Behandlung des Themas „Kritische Ereignisse in der eigenen ärztlichen Praxis“ besondere Anforderungen an die professionellen Einstellungen und Erwartungen sich selbst gegenüber stellt, sollte sich der Moderator schon bei der Vorbereitung der Sitzung(-sfolge) überlegen, mit

welcher eigenen Einstellung zu Fehlern er das Thema überzeugend darstellen kann.

- ▲ Die Diskussion über verursachende Faktoren fokussiert ausschließlich auf praxisexterne Faktoren wie z.B. Budgetierung oder Dokumentationsanforderungen und behindert die Entwicklung interner Verbesserungsvorschläge.
- ▲ Die QZ-Teilnehmer erwarten „Patent-Lösungen“ für Probleme in ihrer Praxis. Verbesserungsstrategien müssen jedoch stets auf die jeweilige Praxis abgestimmt sein. Es können aber die anderen Teilnehmer nach Lösungen aus ihren Praxen befragt werden.
- ▲ Ein spezifisches Problem für die hier skizzierte Strategie des Fehlermanagements kann sich ergeben, wenn die noch nicht selten gewordene Überzeugung geäußert wird, dass kritische Ereignisse nur „vom Personal“ in der Praxis verursacht werden. An dieser Stelle muss verdeutlicht werden, dass eine Verantwortung für die Sicherheit der Abläufe in einer Arztpraxis nur vom Team gemeinsam gewährleistet werden kann.

4.10.4 Spezielle Vorgaben für die Moderation

Das Thema Patientensicherheit ist in drei QZ-Sitzungen gegliedert. Sitzung 1 und 2 können unabhängig voneinander einzeln eingesetzt werden, Sitzung 3 baut direkt auf Sitzung 2 auf.

QZ-Sitzung 1: Patientensicherheit – Einführung

QZ-Sitzung 2: Systematische Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis

QZ-Sitzung 3: Patientensicherheit – Erfahrungen beim Einsatz der systematischen Analysetechnik in der Arztpraxis

QZ-Sitzung 1: Einführung

Zeitbedarf: 120–135 Minuten

Schritte	Hinweis Moderationsplakat (MP) Dokumente/Instrumente
<p>1 Nachdem Sie die Teilnehmer begrüßt haben, erläutern Sie die Zielstellung der QZ-Sitzung. Anschließend folgt ein Vortrag zu Studien und Definitionen.</p> <p>Methodische Hinweise: Während des Vortrags sollen Fragen zugelassen und beantwortet, längere Diskussionen aber in die Diskussionsphase verschoben werden. Es sei hier nochmals betont, dass jeder Moderator natürlich seine eigene Herangehensweise zum Thema finden muss und der bereitgestellte Vortrag nur eine der Möglichkeiten darstellt. Im Rahmen der Diskussion sollte es dem Moderator gelingen, das Eis zu brechen. Es hat sich als günstig erwiesen, wenn der Moderator selbst von einem Fehler aus seiner Praxis berichten kann oder wenn einer der Teilnehmer von einem Fehler berichtet. Für die Einstimmung in die Thematik kann auch die Präsentation zum Beispiel Luftfahrt genutzt werden.</p>	Präsentation
<p>2 Teilnehmerkommentare im Sinne einer Abfrage und ausführliche Diskussion</p> <p>Methodische Hinweise: Hier geht es ganz grundsätzlich um vermeidbare Ereignisse, die dem Patienten schaden können. Es geht nicht unbedingt um die „großen seltenen Katastrophen“ (z.B. falsches Bein amputiert), sondern um die kritischen Ereignisse, die im Alltag häufig passieren (z.B. Patient nimmt wegen Missverständnis falsche Dosis Marcumar).</p>	MP 1: Diskussion des Themas
<p>3 Vortrag zu Berichts- und Lernsystemen (CIRS)</p> <p>Methodische Hinweise: Ziel ist es, den Teilnehmern Berichts- und Lernsysteme vorzustellen, um sie zur Beschäftigung mit einem der Systeme zu motivieren. Es soll ihnen ermöglicht werden, das Lernpotenzial (aus den Fehlern anderer lernen) zu nutzen.</p>	Präsentation
<p>4 Kleingruppenarbeit zur Nutzung von Berichts- und Lernsystemen</p> <p>Methodische Hinweise: Die Teilnehmer sollen sich in Kleingruppen von 3–4 Personen aufteilen und dort gemeinsam überlegen, wie man Berichts- und Lernsysteme in der täglichen Praxis nutzen kann. Anschließend werden die Vorschläge der Kleingruppen gesammelt und auf dem Moderationsplakat 2 notiert.</p>	Präsentation MP 2: Ergebnisse der Kleingruppenarbeit
<p>5 Überblick über weitere Institutionen in Deutschland und das Thema Sicherheitskultur</p> <p>Methodische Hinweise: Je nach zeitlichen Möglichkeiten können hier ein oder mehrere Themen präsentiert werden.</p>	Präsentation
<p>6 Fazit und Diskussion über weiteres Vorgehen Besprechen Sie mit den Teilnehmern, ob sie sich in weiteren QZ-Sitzungen mit der Thematik befassen wollen.</p> <p>Methodische Hinweise: Die Bereitschaft, sich in weiteren QZ-Sitzungen mit dem Thema zu beschäftigen, sollte deutlich sein. In diesem Fall kann der Moderator die Teilnehmer bitten, bis zur nächsten QZ-Sitzung zu überlegen, welches kritische Ereignis aus der eigenen Praxis vorgestellt werden könnte. Die Teilnehmer können auch im Archiv eines Berichts- und Lernsystems (z.B. www.CIRSmedical.de, www.jeder-fehlerzaehlt.de, www.pasis.de, www.CIRS-ains.de) ein geeignetes kritisches Ereignis heraussuchen.</p>	

Übergreifende Hinweise zu Sitzung 1:

– keine –

Ziele der Sitzung 1

1. Die Teilnehmer sind in das Thema eingeführt.
2. Wichtige Begrifflichkeiten, Definitionen und zuständige Institutionen sind den Teilnehmern bekannt.
3. Die Teilnehmer haben das weitere Vorgehen beschlossen.

QZ-Sitzung 2: Systematische Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis

Zeitbedarf: 120–135 Minuten

Schritte	Hinweis Moderationsplakat (MP) Dokumente/Instrumente
<p>1 Einführung in die Thematik Fehlertheorie und Umgang mit Fehlern durch den Moderator, alternativ kann die Einführung im Rahmen einer Lesearbeit erfolgen. Inhalte der Einführung sollten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begriff kritisches Ereignis (kurze Wiederholung aus Sitzung 1) • Theorie zur Entstehung von kritischen Ereignissen (aktives und latentes menschliches Versagen), Reason's Swiss Cheese Model of Defences • Umgang mit kritischen Ereignissen – Vergangenheit und Zukunft (personen- und systemorientierte Perspektive) • Reason's Swiss Cheese Model of Defences an einem Beispiel • Fazit <p>Methodische Hinweise: Grundsätzlich ist es im Rahmen des Vortrags besonders wichtig, das Verständnis zu vermitteln, dass jedes kritische Ereignis immer mehrere Ursachen hat. Es hilft nicht weiter, Einzelpersonen zu sanktionieren, da dies die Patientensicherheit nicht maßgeblich verbessern kann. Auch muss klar werden, dass es nicht zielführend ist, Menschen zu sagen „sie sollen besser aufpassen“, da Fehler normalerweise ja nicht absichtlich gemacht werden. Man kann sie daher auch nicht willentlich verhindern.</p>	<p>Präsentation</p>
<p>2 Beantwortung von Fragen zum Vortrag und Diskussion</p> <p>Methodische Hinweise: Erfahrungsgemäß führen der Begriff „kritisches Ereignis“ und die Theorie zur Entstehung von kritischen Ereignissen häufig zu Diskussionen und Nachfragen. Hier sollte klar werden, dass die systematische Analyse nicht nur auf ganz bestimmte Ereignisse angewendet werden kann, sondern sowohl für Fehler, unerwünschte Ereignisse (Behandlungsschäden) als auch Beinahe(Behandlungs-)Schäden verwendet werden kann.</p>	
<p>3 Darstellung der Methode zur systematischen Analyse unter Verwendung des Arbeitsblattes 2 Systematische Analyse – (leeres Raster) und der Checkliste (Moderationsplakat 3) anhand eines Beispielfehlers (Arbeitsblatt 4). Erklären Sie zunächst die nötigen Schritte, die in der Arztpraxis durchlaufen werden müssen. Anschließend können Sie die Fragen-Checkliste mit Hilfe des Moderationsplakates 3 (zum „Abhaken“) und das Arbeitsblatt 2 anhand des Beispiel-Ereignisses 1 erläutern (siehe „Leitfaden“). Folgende Punkte sollten dabei beachtet werden: Welche Ereignisse können/sollen im Rahmen einer systematischen Analyse diskutiert werden? Ereignisse mit oder ohne Schadensfolge, bei denen das Team erwartet, dass aus der Analyse besonders viel für die Patientensicherheit in der Praxis gelernt werden kann, zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • weil mehr als eine Fehlerursache zu vermuten ist • weil mehrere Personen in und außerhalb der Praxis daran beteiligt waren • Ereignisse mit manifester Schadensfolge • Ereignisse, die das Praxisteam besonders (im Guten oder Schlechten) beeinflusst haben • Ereignisse, bei denen (z.B. im Rahmen einer Notfallbehandlung) es besonders gut gelaufen ist (Analyse v.a. der Faktoren, warum es gut gelaufen ist) <p>Methodische Hinweise: Verteilen Sie den Leitfaden an die Teilnehmer.</p>	<p>Präsentation MP 3: Checkliste Leitfaden AB 2: Systematische Analyse (leeres Raster) AB 4: Beispiele kritischer Ereignisse</p>

4	<p>Arbeit in Kleingruppen Kleingruppen-Arbeitsphase 1: Systematische Analyse eines eigenen bzw. eines Beispiel-Ereignisses In den Kleingruppen sollen folgende Punkte bearbeitet und mit Hilfe der Fragen-Checkliste in das Arbeitsblatt 2 eingetragen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronologie des Ereignisses darstellen • unsichere Handlungen identifizieren • beitragende Faktoren identifizieren <p><i>Hierbei sollten die bereits ausgefüllten Arbeitsblätter zu den Beispiel-Ereignissen im „Leitfaden“ selbstverständlich nicht angesehen werden.</i> Ergebnisvorstellung der Kleingruppen (Moderationsplakat 4, linke Spalte) Kleingruppen-Arbeitsphase 2: Entwicklung von Vermeidungsstrategien zum kritischen Ereignis Zusammenfassung der Vermeidungsstrategien (Moderationsplakat 4, rechte Spalte) Die Teilnehmer sollten darauf achten, auch die Perspektive einer Arzthelferin (oder anderer beteiligter Personen), die ja später an der systematischen Analyse in der Arztpraxis teilnimmt, einzunehmen. <i>Fehlende Hintergrundinformationen der Beispiel-Ereignisse können und sollen in den Kleingruppen hinzugedacht bzw. „erfunden“ werden.</i></p>	<p>Präsentation MP 3: Checkliste MP 4: Beitragende Faktoren/ Vermeidungsstrategien Leitfaden AB 2: Systematische Analyse (leeres Raster)</p>
<p>Methodische Hinweise: Arbeitsphase 1 Die Teilnehmer sollen sich in Kleingruppen von circa 4–5 Personen zusammenfinden und ein kritisches Ereignis eines der Teilnehmer³ (oder das Beispiel-Ereignis 2 oder 3 [nicht alle Kleingruppen das gleiche Beispiel-Ereignis]) analysieren. Der Lerneffekt bei eigenen Fällen ist größer, auch können mehr Details nachgefragt bzw. eruiert werden. Ergebnisvorstellung der Arbeitsphase 1 Ein Vertreter jeder Kleingruppe stellt anschließend den bearbeiteten Fall kurz der Gruppe vor und stellt dann die wichtigsten Punkte (Chronologie, unsichere Handlungen, beitragende Faktoren) dar. Die beitragenden Faktoren sollten auf dem Moderationsplakat 4 notiert werden. Arbeitsphase 2 Die Teilnehmer verteilen sich wieder in die gleichen Kleingruppen und versuchen, gemeinsam Vermeidungsstrategien für die entsprechenden kritischen Ereignisse zu erarbeiten. Hierbei ist es wichtig, bereits vorhandene Sicherheitsbarrieren zu erkennen und diese ggf. zu stärken. Typen und Beispiele für Sicherheitsbarrieren finden sich im Leitfaden. Anweisungen wie „Ich muss besser aufpassen.“ oder „Die Arzthelferin muss sorgfältiger arbeiten.“ sollten vermieden werden. Die Vermeidungsstrategien sollten v.a. auf Systemursachen (z.B. Verantwortlichkeiten, Routinen) fokussieren. Ergebnisvorstellung der Arbeitsphase 2 Ein Teilnehmer jeder Kleingruppe stellt wiederum die gefundenen Vermeidungsstrategien dar. Sie werden auf dem Moderationsplakat 4 neben dem jeweiligen beitragenden Faktor eingetragen.</p>		
5	<p>Abschlussdiskussion Die Abschlussdiskussion soll dazu dienen, im Verlauf des QZ aufgetretene Fragen zu klären bzw. Anmerkungen dazu aufzunehmen. Fragen zum Modell der systematischen Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis sollten geklärt werden. Die Teilnehmer sollten ermutigt werden, eine Teamsitzung in der eigenen Praxis zur systematischen Analyse eines kritischen Ereignisses zu nutzen und dabei das Arbeitsblatt und die Fragen-Checkliste zu verwenden. Dabei auftretende Erfahrungen, Schwierigkeiten und Probleme sollen dann in der dritten QZ-Sitzung zum Thema diskutiert und reflektiert werden.</p>	
<p>Ziele der Sitzung 2</p>		
1.	Die Teilnehmer haben Wissen zur systematischen Analyse von kritischen Ereignissen erworben.	
2.	Die Teilnehmer sind mit Hilfe des Leitfadens zur systematischen Analyse in der Lage, Sitzungen zu diesem Thema mit ihrem Praxisteam durchzuführen.	

³ Der Teilnehmer, der einen eigenen Fall „einbringt“, sollte optimalerweise bereits vor der QZ-Sitzung die Details des kritischen Ereignisses rekonstruiert und sich auf die Präsentation des Ereignisses vorbereitet haben. (Arbeitsaufgabe für QZ-Sitzung 1 des Moduls)

Die Teilnehmer des QZ sollen im Anschluss an die Sitzung 2 versuchen, eine systematische Analyse eines kritischen Ereignisses in ihrer Praxis durchzuführen. Als Hilfestellung für den Inhalt und Ablauf der Sitzung dient der Leitfaden (s. Moderationsmedien).

QZ-Sitzung 3: Erfahrungen zur „Systematischen Analysetechnik“ in der Praxis (fakultativ)

Zeitbedarf: 120–135 Minuten

Schritte	Hinweis Moderationsplakat (MP) Dokumente/Instrumente
<p>1 Erfahrungsberichte der Teilnehmer zur Anwendung der systematischen Analyse in der eigenen Praxis In dieser Moderationsphase sollen alle Teilnehmer die Möglichkeit haben, ihre eigenen Erfahrungen bei der Einführung der systematischen Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis darzustellen. Folgende Fragen sollen dabei schwerpunktmäßig beantwortet werden. (Unterstützung durch Moderationsplakat 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer hat eine systematische Analyse durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> – Wenn nicht, warum nicht? – Wenn ja, wie ist es gelaufen? • Gab es Probleme? Welche? <ul style="list-style-type: none"> – Verständlichkeit des Leitfadens – Finden geeigneter kritischer Ereignisse – Anwenden der Fragen-Checkliste bzw. des Arbeitsblatts 2 aus dem Leitfaden • Wie waren die Einstellungen der Praxismitarbeiter? • Wurden positive Effekte durch die systematische Analyse und die erarbeiteten Verbesserungen bemerkt? 	<p>MP 5: Leitfragen „Systematische Analyse“</p>
<p>Methodische Hinweise: Diese Phase kann in Form einer informellen Abfrage stattfinden.</p>	
<p>2 Darstellung eigener systematischer Analysen (ca. 4–6 Teilnehmer) und Diskussion Folgende Punkte sollen dabei dargestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronologie des Ereignisses • identifizierte unsichere Handlungen • beitragende Faktoren in den verschiedenen Bereichen • evtl. vorhandene Sicherheitsbarrieren • Vermeidungsstrategien, die vom Praxisteam erarbeitet wurden • Umsetzung der Vermeidungsstrategien und deren Praktikabilität <p>Anschließend an jede Darstellung soll die systematische Analyse (nicht das kritische Ereignis selbst) von den anderen Teilnehmern diskutiert werden. Hierbei können weitere beitragende Faktoren erfragt bzw. entdeckt werden. Außerdem können die anderen Teilnehmer weitere Vorschläge für Verbesserungsstrategien machen.</p>	<p>AB 2: Systematische Analyse - (leeres Raster)</p>
<p>Methodische Hinweise: In dieser Moderationsphase sollten mehrere (circa 4–6) Teilnehmer nacheinander das Ergebnis einer systematischen Analyse im Praxisteam vorstellen. Um den Lerneffekt für die anderen Teilnehmer zu optimieren, ist es hierbei sinnvoll, dass der Teilnehmer das kritische Ereignis mit Hilfe des Arbeitsblatts 2 vorstellt. Im Rahmen dieser Diskussion ist die kollegiale Wertschätzung der Teilnehmer untereinander besonders wichtig. Sollten sich nicht ausreichend Teilnehmer finden, die bereit sind, ein kritisches Ereignis aus ihrer eigenen Praxis vorzustellen, so kann hilfsweise vom Moderator ein weiteres Beispiel-Ereignis aus dem Fehlerarchiv unter www.jeder-fehler-zaehlt.de oder unter www.cirsmedical.de ausgewählt und eine gemeinsame systematische Analyse durchgeführt werden. Hierbei wird es ggf. notwendig sein, Details des Ereignisses zu „erfinden“, da die Berichte meist nicht detailliert genug sind.</p>	
<p>3 Diskussion und Erarbeitung von Lösungsansätzen Nachdem mehrere Teilnehmer ihre systematische Analyse eines kritischen Ereignisses vorgestellt haben, soll nun eine offene, allgemeine Diskussion der gefundenen Probleme und Chancen geführt werden. Die Kollegen sollen einander helfen, die in der Praxis aufgetretenen Probleme zu lösen. Hierbei können Vorschläge zur verbesserten Implementierung der systematischen Analyse gemacht werden. Andererseits können auch konkrete Vermeidungsstrategien für kritische Ereignisse entwickelt werden. Diese können im Arbeitsblatt 3 festgehalten werden.</p>	<p>AB 3: Liste für geplante Veränderungen</p>
<p>Methodische Hinweise: – keine –</p> <p>Übergreifende Hinweise zu Sitzung 3: Hier geht es vor allem darum, den QZ-Teilnehmern Zeit und Raum zu geben, von ihren Erfahrungen zu berichten und sie zu reflektieren. Außerdem sollen ihre Probleme und Fragen im Umgang mit der systematischen Analysetechnik in der Gruppe besprochen und (soweit möglich) gelöst werden. Die Sitzung 3 des Themas Patientensicherheit sollte circa 2–4 Monate nach der zweiten Sitzung stattfinden.</p>	
<p>Ziele der Sitzung 3</p>	
1.	Die Teilnehmer haben ihre Erfahrungen mit der systematischen Analysetechnik dargestellt und evaluiert.
2.	Die Teilnehmer sind darin bestärkt, die systematische Analysetechnik weiterhin in ihrem Alltag anzuwenden.
3.	Eine Liste für geplante Veränderungen ist erstellt.

Umgang mit kritischen Moderationssituationen

Im Rahmen der Darstellung eigener kritischer Ereignisse kann es zu schwierigen Moderationssituationen kommen. Eventuell diskutieren die QZ-Teilnehmer das kritische Ereignis aus medizinisch-fachlicher Perspektive und nicht so sehr die systematische Analyse selbst. Der Moderator sollte dies möglichst unterbinden, da es hier nicht darum geht, die fachlichen Fähigkeiten des präsentierenden Teilnehmers zu besprechen.

Falls ein oder mehrere Teilnehmer die Überzeugung äußern, dass sie in ihrer Praxis keine (analysierbaren) Fehler gefunden hätten, ist möglicherweise entweder die Methode falsch angewandt worden (z.B. zu hohe Ansprüche) oder die Praxis hat noch kein praktikables Mittel gefunden, aufgefallene Fehler für eine spätere Besprechung zu dokumentieren. Im letzteren Fall sollte auf praxisinterne Berichtsmöglichkeiten (Fehlerbuch, Verbesserungsliste) eingegangen werden.

Auch bei der Diskussion der Definitionen und Begriffe kann es passieren, dass die Teilnehmer die genauen, wörtlichen Definitionen haarklein diskutieren, aber dabei die grundsätzlichen Ziele „Verbesserung der Patientensicherheit“ und „Minimierung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen“ aus den Augen verlieren. Es sollte jedoch klar werden, dass alle kritischen Ereignisse (Fehler, unerwünschte Ereignisse etc.) relevant sind, weil man aus ihnen lernen kann.

Eine weitere kritische Situation kann sich ergeben, wenn sich die Teilnehmer/-innen mit allzu einfachen Erklärungen aus der Thematik „Patientensicherheit“ verabschieden wollen. Z.B.: „Die Patienten machen sowieso, was sie wollen.“ „Das Gesundheitssystem als Ganzes (insb. der Gesundheitsminister/die Gesundheitsministerin) ist schuld.“ „Es gibt nicht ausreichend Zeit/Geld.“ etc. Hier wäre es wünschenswert, wenn der Moderator die Teilnehmer dazu bringen könnte, wirklich über ihre eigene Praxis und ihr eigenes Sicherheits- und Risikoverhalten nachzudenken.

Neben den bereits oben erwähnten Widerständen und Problemen der Thematik „Patientensicherheit“ werden hier beispielhaft weitere kritische Moderationssituationen vermerkt:

- ▲ Bei der Behandlung von eigenen kritischen Ereignissen kommt es zu kritischen Bemerkungen anderer Teilnehmer im Sinne von: „Wie konnte das in Ihrer Praxis passieren?“ Hierbei kann der Moderator darauf hinweisen, dass es nicht darum geht, Ereignisse in einzelnen Arztpraxen pauschal zu kritisieren, sondern die Berichte der QZ-Teilnehmer (die über ihre eigenen kritischen Ereignisse berichten) systematisch und objektiv zu analysieren. Z.B.: Wo genau liegen die Probleme, was kann getan werden, um diese zu beseitigen?

- ▲ Unter einigen oder allen Teilnehmern herrscht die Übereinkunft, dass durch äußere Zwänge (z.B. Budgetierung) und Zeitmangel ein sicheres Arbeiten sowieso nicht mehr möglich ist. Bei dieser Einstellung kann der Moderator z.B. darauf hinweisen, dass Maßnahmen, die die Sicherheit erhöhen, auch Zeit sparen können (z.B. es muss nicht mehr nach möglichen Allergien in der Kartei gesucht werden, wenn sie zuverlässig immer am gleichen Ort dokumentiert werden).
- ▲ Den Patienten wird die Schuld für ein kritisches Ereignis zugeschoben, im Sinne von: „Der versteht das einfach nicht.“, „Die Patienten machen sowieso, was sie wollen.“ Hier kann der Moderator darauf hinweisen, dass diese Haltung nicht zielführend sein kann, da man ja gerade das System dergestalt ändern will, damit es auch und gerade für unverständige und damit besonders gefährdete Patienten sicherer wird.

4.10.5 Moderationsmedien

Die Moderationsplakate können Sie als DIN A0-Ausdrucke in jedem Copyshop mit Hilfe eines Großdruckers erstellen lassen. Von einem kleineren Ausdruck ist abzuraten, da dann nicht mehr sinnvoll in den Plakaten geschrieben werden kann. Sie können natürlich auch die Plakate mittels Beamer direkt projizieren und in ihnen dokumentieren. Der Nachteil der Dokumentation besteht dann darin, dass Sie immer nur ein Plakat bearbeiten können, was den Ablauf der Moderation unübersichtlich macht.

Übersicht der Moderationsmedien

QZ-Sitzung 1:

- ▲ MP 1: Diskussion des Themas
- ▲ MP 2: Ergebnisse der Kleingruppenarbeit

QZ-Sitzung 2:

- ▲ MP 3: Checkliste
- ▲ MP 4: Beitragende Faktoren/Vermeidungsstrategien
- ▲ Leitfaden mit den Arbeitsblättern:
 - AB 1: Checkliste beitragende Faktoren
 - AB 2: Systematische Analyse – chronologischer Ablauf und beitragende Faktoren (leeres Raster)
 - AB 3: Liste für geplante Veränderungen
 - AB 4: Beispiele kritischer Ereignisse
 - AB 5: Beispiel-Ereignis 1
 - AB 6: Beispiel-Ereignis 2
 - AB 7: Beispiel-Ereignis 3

QZ-Sitzung 3:

- ▲ MP 5: Leitfragen „Systematische Analyse“

Diskussion des Themas

Was halten Sie von den Ergebnissen der Studien?

Sind kritische Ereignisse eine Bedrohung in der Praxis?

Passieren überhaupt kritische Ereignisse?

Was würden Sie unter einer „Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten“ verstehen?

Wo liegt unser „Benefit“ bei der Beschäftigung mit dem Thema?
(Was sind unsere Interessen? Was haben wir davon?)

Ergebnisse der Kleingruppenarbeit

Sehen Sie einen möglichen Nutzen in einem Berichts- und Lernsystem und wie könnte dieser optimiert werden?

Wie könnte man das System nutzen? Als Einzelperson?
Als Praxisteam?

Checkliste zu beitragenden Faktoren			
	Teilaspekt	Beispielfragen	✓
Patienten-faktoren	Krankheitszustand des Patienten	Komplexität und Schwere der Erkrankung	
	Sprache/Kommunikation	Spricht der Patient Deutsch?	
	Persönlichkeit/soziale Faktoren	Soziales Umfeld? Abhängigkeiten?	
	Mitarbeiter-Patient-Beziehung	Handelt es sich um einen sog. „schwierigen Patienten“?	
Faktoren der Tätigkeit (Art der Aufgabe)	Design des Arbeitsschrittes/ Klarheit der Struktur	Ist der Aufbau der Praxis-Software sinnvoll? Übersichtliche Listen?	
	Vorhandensein und Genauigkeit von Untersuchungsergebnissen	Sind Laborwerte/KH-Entlassungsbriefe sofort auffindbar/einsehbar?	
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters	Wissen, Fähigkeiten und Ausbildung	Sind die Fortbildungsnotwendigkeiten der Mitarbeiter klar? Wird die Weiterbildung (Ausbildung, Fortbildung) überprüft/ gefördert?	
	Motivation/Stress/Gesundheit	Krankheit des Mitarbeiters? Soziale Probleme des Mitarbeiters?	
Team-faktoren	Verbale Kommunikation	War die Kommunikation akkurat, vollständig, ohne Jargon und unmissverständlich? Gab es Mechanismen zu überprüfen, ob die Kommunikation adäquat war? Z.B.: „read back“, Bestätigung von Nachrichten	
	Geschriebene Kommunikation	Sind die Patientenakten übersichtlich, lesbar und vollständig? Sind Unterschriften lesbar?	
	Supervision und „Hilfesuchen“	Ist es in der Arztpraxis üblich, bei Fragen oder Unsicherheiten jemand anderen zu fragen/sich Hilfe zu holen?	
	Teamstruktur (Übereinstimmung, Führung, Zusammensetzung)	Sind Verantwortungen und Arbeitsbereiche klar definiert? Werden Mitarbeiter nach kritischen Ereignissen/Fehlern ausreichend unterstützt? Gibt es persönliche Konflikte zwischen den Mitarbeitern?	
Arbeits- bedingun - gen	Personalausstattung, Arbeitsbelastung und Qualifikation des Personals	Sind es genug Mitarbeiter? Sind die Mitarbeiter für ihre Tätigkeiten qualifiziert? Sind sie eingearbeitet? Waren ausreichend Arbeitspausen möglich?	
	Design, Vorhandensein und Wartung der Ausrüstung/Geräte	Arbeitete die Ausrüstung fehlerfrei? Gab es einen Plan, um die Ausrüstung zu warten? Waren die Mitarbeiter ausgebildet, die Ausrüstung zu verwenden?	
	Umgebungsbedingungen, Lärm etc.	War die Umgebung frei von Ablenkungen? War die Umgebung für die Handlung/die Funktion geeignet?	
Organisa - tions- und Manage - ment - faktoren	Finanzielle Ressourcen, Budgetierung, Zuzahlungen	Ist die Praxis durch Budgetierung an best. Handlungsweisen gebunden?	
	Organisationsstruktur	War die Praxis für die Versorgung des Patienten geeignet?	
	Regeln, Verfahren, Vorschriften und Ziele	Gab es welche? Waren diese bekannt? Waren diese verständlich? Wurden sie tatsächlich genutzt? Wenn nicht, warum? Gab es Verfahren zur Risikominimierung?	
	Sicherheitskultur und Prioritäten	Einstellung der Mitarbeiter zur Sicherheit Ermutigt die „Kultur der Praxis“ Anmerkungen, Beobachtungen oder „frühe Warnungen“ der Mitarbeiter über risikoreiche Situationen?	
Kontext der Praxis	Ökonomischer und gesetzlicher Kontext	Unter welchen ökonomischen Bedingungen arbeitet die Praxis?	
	Haftpflichtversicherungen	Gibt es Vorgaben der Versicherer im Umgang mit KE?	

MP 3: Checkliste (Bereiche der beitragenden Faktoren und Beispielfragen, nach Woloshynowych [20], überarbeitet von Rohe, Beyer, Gotsmich)

Leitfaden zur systematischen Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis

Autoren: Rohe J¹, Beyer M², Gerlach FM²

Vorbemerkung: Dieser „Leitfaden“ soll dazu dienen, das Praxisteam bei der Durchführung einer systematischen Analyse von kritischen Ereignissen zu unterstützen. Er beschreibt die einzelnen Schritte und enthält eine Fragen-Checkliste, Arbeitsblätter sowie Beispiel-Ereignisse und deren Analyse. Er ist als Ergänzung zur Qualitätszirkel-Sitzung „Patientensicherheit – Systematische Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis“ gedacht. Im Anhang finden sich weiterführende Literaturhinweise und Internetadressen.

Unter dem Überbegriff „kritisches Ereignis“ sind die Begriffe Fehler, unerwünschtes Ereignis und Beinahe-(Behandlungs-)Schaden zusammengefasst. „Kritisches Ereignis“ wird im Folgenden mit „KE“ abgekürzt.

Als Vorsichtsmaßnahme sollten aus rechtlichen Gründen bei manifestem Schaden eines Patienten auf allen Unterlagen der systematischen Analyse keine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adresse etc.) notiert werden.

Das im Rahmen dieses „Leitfadens“ vorgestellte Modell zur „Systematischen Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis“ gründet sich auf verschiedene Analysemodelle in Krankenhäusern und englischen Hausarztpraxen. Diese bestehenden Modelle wurden untersucht, Elemente daraus zusammengeführt und an die Bedingungen in deutschen Arztpraxen angepasst.

Das **Ziel** einer systematischen Analyse von kritischen Ereignissen ist es, aus einem Ereignis zu lernen und Maßnahmen zu ergreifen, um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieses Ereignisses in Zukunft zu reduzieren. **Inhalt** einer systematischen Analyse ist die systematische Suche nach *allen ursächlichen Faktoren* des Ereignisses. Um alle ursächlichen Faktoren finden zu können, sollten alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Praxis an der systematischen Suche und Analyse beteiligt werden.

Auswahl eines Ereignisses. Einige Wochen vor der ersten Teamsitzung zu kritischen Ereignissen sollte von allen Mitarbeitern der Praxis begonnen werden, alle KE, die in der täglichen Arbeit auffallen oder in der Vergangenheit problematisch waren, kurz zu dokumentieren (neben KE könnten dies auch Beschwerden von Patienten oder notfallmäßige KH-Einweisungen sein). Dies kann in Form einer Liste auf Papier (an zentralem Ort für alle zugänglich) oder in Form einer fiktiven Patientenkartei in der Praxis-Software (d.h. ein fiktiver Patient wird ange-

legt, z.B. mit dem Namen „kritische Ereignisse“, in dessen Kartei von allen PC-Arbeitsplätzen dann KE und evtl. auch „positive Ereignisse“ eingetragen werden können) stattfinden. Zunächst sollten über einige Wochen diese Ereignisse gesammelt werden. Dann sollte das Team ein Ereignis für die nächste Besprechung auswählen. Bei anderen wichtigen Ereignissen auf der Liste kann festgelegt werden, mit welcher Priorität sie besprochen werden sollen.

Die Auswahl des ersten Ereignisses kann nach einem oder mehreren der folgenden Gesichtspunkte erfolgen:

- ▲ Ereignisse, bei denen das Team erwartet, dass aus der Analyse besonders viel für die Patientensicherheit in der Praxis gelernt werden kann, zum Beispiel
 - weil mehr als eine Fehlerursache zu vermuten ist
 - weil mehrere Personen in und außerhalb der Praxis daran beteiligt waren
- ▲ Ereignisse mit manifester Schadensfolge
- ▲ Ereignisse, die das Praxisteam besonders (im Guten oder Schlechten) beeinflusst haben
- ▲ Ereignisse, bei denen (z.B. im Rahmen einer Notfallbehandlung) es besonders gut gelaufen ist (Analyse v.a. auf die Faktoren, warum es gut gelaufen ist)

Nach der Auswahl des Ereignisses sollte eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter die notwendigen Unterlagen (z.B. Patientenakten, Befunde o.Ä.) zusammenstellen.

Ablauf der Teamsitzung. Die gesamte Teamsitzung sollte auf Basis folgender Grundsätze erfolgen:

- ▲ freiwillig
- ▲ ohne Vorwürfe (blame-free)
- ▲ streng vertraulich (aus rechtlichen Gründen sollten bei manifestem Schaden eines Patienten auf allen Unterlagen der Analyse KEINE Patientennamen oder andere personenbezogene Daten notiert werden)
- ▲ berufsgruppen- und ggf. fachgebietsübergreifend
- ▲ reflektierend
- ▲ lehrreich

Chronologie des Ereignisses. Zunächst sollte die genaue Chronologie des Ereignisses bzw. der Ablauf notiert werden (siehe die beiden ersten Zeilen im Arbeitsblatt 2). Dies soll dazu beitragen, dass alle Mitarbeiter den Ablauf des Ereignisses kennen und Details des Ereignisses nicht übersehen werden.

Identifikation „unsicherer Handlungen“. Als nächster Schritt sollten die „unsicheren Handlungen“ des Ereignisses identifiziert und ebenfalls in das Arbeitsblatt 2 eingetragen werden.

¹ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin

² Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt

Definition „unsichere Handlungen“ (→ eine Handlung, durch die Unsicherheit entsteht):

Unsichere Handlungen sind Aktionen oder Unterlassungen in der Patientenversorgung durch die Mitarbeiter. Es müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- ▲ Die Versorgung weicht dadurch vom üblichen „Sicherheitskorridor“ ab.
- ▲ Diese Abweichung hatte direkten oder indirekten Effekt auf das evtl. Ergebnis für den Patienten.

Beispiele für „unsichere Handlungen“ können sein:

- ▲ das Versäumnis, etwas zu überwachen oder zu handeln
- ▲ eine (im Rückblick) falsche Entscheidung
- ▲ keine Hilfe zu suchen, wenn es nötig wäre
- ▲ die falsche Ampulle aus dem Schrank zu nehmen.

Identifikation der beitragenden Faktoren. Nachdem der chronologische Ablauf und die unsicheren Handlungen bestimmt worden sind, geht es darum, mit dem Team beitragende Faktoren für jede unsichere Handlung und alle wichtigen Schritte des Ereignisses zu finden. Zu jedem Punkt sollte sich das Team fragen, warum dieser Punkt so eingetreten ist und ob eine oder mehrere der Kategorien/der Fragen zutreffend sein könnten. Als Hilfestellung dient die Fragen-Checkliste (AB 1). Selbstverständlich sind nicht immer alle Kategorien zu jedem Ereignis zutreffend oder anwendbar, aber die Fragen sollen den Blickwinkel aller Beteiligten auf das „ganze System“ und alle beitragenden Faktoren lenken. In dieser Phase ist es besonders wichtig, von der Verantwortlichkeit des Einzelnen Abstand zu nehmen und die Perspektive auf das Gesamtsystem „Arztpraxis“ zu richten.

Damit wirklich alle Mitarbeiter der Praxis sich trauen, ihre Meinung zu äußern, ist ein hohes Maß an Vertrauen erforderlich. Die oben genannten Grundsätze der Sitzung sollten dabei unbedingt eingehalten werden.

Die gefundenen beitragenden Faktoren sollten für alle Teammitglieder sichtbar notiert werden, z.B. auf einem Flipchart, oder es kann das „Arbeitsblatt für systematische Analyse“ in einem Copyshop auf DIN A2-/DIN A1-Papier gedruckt werden.

Beurteilung evtl. bestehender Sicherheitsbarrieren. Im Anschluss an die Identifikation der beitragenden Faktoren sollte überlegt werden, welche existierenden Sicherheitsbarrieren bei diesem bestimmten Ereignis durchbrochen wurden oder ob Sicherheitsbarrieren den Ausgang des Ereignisses möglicherweise positiv beeinflusst haben. Diese Überlegungen können Anhaltspunkte dafür geben, wo Sicherheitsbarrieren verbessert und ge-

stärkt werden müssen. Sicherheitsbarrieren können z.B. eine Verfahrensanweisung oder eine Checkliste sein.

Folgende Fragen können hierbei hilfreich sein:

- ▲ Gab es Sicherheitsbarrieren in diesem Fall?
- ▲ Waren diese Barrieren auf Zuverlässigkeit getestet worden?
- ▲ Kannten alle Mitarbeiter die vorhandenen Sicherheitsbarrieren?
- ▲ Hätten die Sicherheitsbarrieren das Ereignis verhindern können?

Erarbeitung von Vermeidungsstrategien. Zuletzt sollte im Team überlegt werden, wo Verbesserungsstrategien ansetzen könnten und welche Themen besonders wichtig erscheinen. Wahrscheinlich wird es verschiedene beitragende Faktoren geben und es muss geklärt werden, welche von ihnen als Erstes verändert werden sollten. Wichtig sind dabei Faktoren, die auf grundlegende Probleme in der Praxis hinweisen, z.B. grundsätzliche Schwierigkeiten im Rahmen der Kommunikation im Team. Auch sollte es vermieden werden, zu viel Energie auf die Diskussion von Faktoren zu legen, die kurz- und mittelfristig nicht beeinflusst werden können (z.B. die Vergütungsregelung bzw. die Finanzierung des Gesundheitssystems). Bei allen Veränderungen muss jedoch auch darauf geachtet werden, welche Auswirkungen diese Änderungen haben werden.

Sicherheitsbarrieren können unterschiedlich wirken:

- ▲ **Physisch** (*physical*), z.B. Anschlussstück eines Beutels mit enteraler Nahrung kann nicht an i.v.-Kanüle angeschlossen werden, Türschloss
- ▲ **Natürlich** (*natural [Time-Distance-Placement]*), z.B. ähnlich aussehende Medikamente in unterschiedliche Schränke, Isolation von Patienten mit MRSA
- ▲ **Information** (*information*), z.B. Warnhinweise, besondere Etiketten, Übergabebogen
- ▲ **Aktion** eines Menschen (*human action*), z.B. Kontrolle der Wassertemperatur vor einer Ohrspülung
- ▲ **Wissen** (*knowledge*), z.B. Checklisten, wichtige Informationen an zentralen Punkten ankleben, Ausbildung
- ▲ **Administrativ** (*administrative*), z.B. Protokolle, Prozeduren, Supervision

Sind Vermeidungsstrategien diskutiert und im Team abgestimmt worden, so sollte eine Person bestimmt werden, die sich um die Umsetzung der vereinbarten Veränderungen kümmert. Außerdem sollte festgelegt werden, bis wann was verändert werden soll. Die geplanten Veränderungen können auf der „Liste für Veränderungen“ (AB 3) notiert werden.

Überprüfung der umgesetzten Veränderungen. Nach entsprechender Zeit sollte ebenfalls im Rahmen einer Teamsitzung überlegt werden, ob die Veränderungen

praktikabel und sinnvoll waren, und ob sie die Sicherheit in der Praxis erhöhen.

Besprechung von positiven Ereignissen. Grundsätzlich können und sollten in Teambesprechungen auch Ereignisse besprochen werden, bei denen etwas oder alles besonders gut gelaufen ist (z.B. der reibungslose Ablauf bei einem Notfall). Hierbei kann analysiert werden, welche Faktoren (evtl. vorhandene Checklisten, kürzliche Fortbildung der Mitarbeiter, vorhandene Sicherheitsbarrieren etc.) zum guten Ablauf beigetragen haben, und es sollte dann überlegt werden, bei welchen Situationen diese „Stärken der Praxis“ ebenfalls eingesetzt werden können. Den Fokus von Teamsitzungen auch auf positive Ereignisse auszudehnen, kann die Motivation der Mitarbeiter fördern.

Checkliste zu beitragenden Faktoren			
	Teilaspekt	Beispielfragen	✓
Patienten-faktoren	Krankheitszustand des Patienten	Komplexität und Schwere der Erkrankung	
	Sprache/Kommunikation	Spricht der Patient Deutsch?	
	Persönlichkeit/soziale Faktoren	Soziales Umfeld? Abhängigkeiten?	
	Mitarbeiter-Patient-Beziehung	Handelt es sich um einen sog. „schwierigen Patienten“?	
Faktoren der Tätigkeit (Art der Aufgabe)	Design des Arbeitsschrittes/ Klarheit der Struktur	Ist der Aufbau der Praxis-Software sinnvoll? Übersichtliche Listen?	
	Vorhandensein und Genauigkeit von Untersuchungsergebnissen	Sind Laborwerte/KH-Entlassungsbriefe sofort auffindbar/einsehbar?	
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters	Wissen, Fähigkeiten und Ausbildung	Sind die Fortbildungsnotwendigkeiten der Mitarbeiter klar? Wird die Weiterbildung (Ausbildung, Fortbildung) überprüft/ gefördert?	
	Motivation/Stress/Gesundheit	Krankheit des Mitarbeiters? Soziale Probleme des Mitarbeiters?	
Team -faktoren	Verbale Kommunikation	War die Kommunikation akkurat, vollständig, ohne Jargon und unmissverständlich? Gab es Mechanismen zu überprüfen, ob die Kommunikation adäquat war? Z.B.: „read back“, Bestätigung von Nachrichten	
	Geschriebene Kommunikation	Sind die Patientenakten übersichtlich, lesbar und vollständig? Sind Unterschriften lesbar?	
	Supervision und „Hilfesuchen“	Ist es in der Arztpraxis üblich, bei Fragen oder Unsicherheiten jemand anderen zu fragen/sich Hilfe zu holen?	
	Teamstruktur (Übereinstimmung, Führung, Zusammensetzung)	Sind Verantwortungen und Arbeitsbereiche klar definiert? Werden Mitarbeiter nach kritischen Ereignissen/Fehlern ausreichend unterstützt? Gibt es persönliche Konflikte zwischen den Mitarbeitern?	
Arbeitsbedingungen	Personalausstattung, Arbeitsbelastung und Qualifikation des Personals	Sind es genug Mitarbeiter? Sind die Mitarbeiter für ihre Tätigkeiten qualifiziert? Sind sie eingearbeitet? Waren ausreichend Arbeitspausen möglich?	
	Design, Vorhandensein und Wartung der Ausrüstung/Geräte	Arbeitete die Ausrüstung fehlerfrei? Gab es einen Plan, um die Ausrüstung zu warten? Waren die Mitarbeiter ausgebildet, die Ausrüstung zu verwenden?	
	Umgebungsbedingungen, Lärm etc.	War die Umgebung frei von Ablenkungen? War die Umgebung für die Handlung/die Funktion geeignet?	
Organisations- und Management -faktoren	Finanzielle Ressourcen, Budgetierung, Zuzahlungen	Ist die Praxis durch Budgetierung an best. Handlungsweisen gebunden?	
	Organisationsstruktur	War die Praxis für die Versorgung des Patienten geeignet?	
	Regeln, Verfahren, Vorschriften und Ziele	Gab es welche? Waren diese bekannt? Waren diese verständlich? Wurden sie tatsächlich genutzt? Wenn nicht, warum? Gab es Verfahren zur Risikominimierung?	
	Sicherheitskultur und Prioritäten	Einstellung der Mitarbeiter zur Sicherheit Ermutigt die „Kultur der Praxis“ Anmerkungen, Beobachtungen oder „frühe Warnungen“ der Mitarbeiter über risikoreiche Situationen?	
Kontext der Praxis	Ökonomischer und gesetzlicher Kontext	Unter welchen ökonomischen Bedingungen arbeitet die Praxis?	
	Haftpflichtversicherungen	Gibt es Vorgaben der Versicherer im Umgang mit KE?	

AB 1: Checkliste beitragende Faktoren (Bereiche der beitragenden Faktoren und Beispielfragen, nach Woloshynowych [20], überarbeitet von Rohe, Beyer, Gotsmich)

Systematische Analyse – chronologischer Ablauf und beitragende Faktoren (leeres Raster)							
Ablauf der Ereignisse	→	→	→	→	→	→	
Zeitpunkt/ggf. Tag, Uhrzeit							
unsichere Handlungen							
beeinflussende Faktoren							
Patient							
Tätigkeit							
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters							
Teamfaktoren							
Arbeitsbedingungen							
Organisation und Management							
Kontext der Institution							
evt. vorhandene Sicherheitsbarrieren							
Empfehlungen des Teams							

AB 2: Systematische Analyse – chronologischer Ablauf und beitragende Faktoren (leeres Raster) (ggf. sind mehr Spalten notwendig)

Liste für geplante Veränderungen					
Probleme	Veränderungen	Wer?	Bis wann?	notwendige Hilfsmittel	Evaluation/erledigt?

AB 3: Liste für geplante Veränderungen

Beispiele für „kritische Ereignisse“ (1–4)

Die hier genannten Beispiel-Ereignisse beruhen auf Berichten aus dem Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen „www.jeder-fehler-zaehlt.de“. Im Fehlerarchiv unter www.jeder-fehler-zaehlt.de oder unter www.CIRSmedical.de finden Sie weitere Beispiele.

Beispiel-Ereignis 1

Ein Patient erhält einen Beta-Blocker, die Dosierung muss wg. Bradykardie halbiert werden. Mit der neuen Dosierung fühlt sich der Patient wohl und die Hypertonie ist gut eingestellt (Dez 2004). Im April 2005 ruft der Patient morgens in der Praxis an, um ein Wiederholungsrezept anzufordern. Er möchte dieses bis spätestens mittags abholen, da er am nächsten Tag in den Urlaub fährt. In der Praxis ist an diesem Tag viel los, da eine der Arzthelferinnen krank ist. Das Rezept wird ausgestellt, aus der Dokumentation im PC ist jedoch nicht klar ersichtlich, welches die letzte aktuelle Wirkstärke des Medikaments ist. Ein Rezept mit doppelter Wirkstärke wird ausgedruckt und vom Arzt unterschrieben. Der Patient nimmt die Tabletten mit der doppelten Wirkstärke des Beta-Blockers ein und wird bradykard.

Beispiel-Ereignis 2

Patientin mit Myelitis transversa wurde im KH auf Kortison Prednisolon 60mg eingestellt und danach wieder in ihr Pflegeheim entlassen. Sie erhielt einen Kalender zum Ausschleichen des Medikamentes. Patientin war privat versichert und wünschte keinen Hausbesuch.

Der Hausarzt (Arzt 1) besprach mit der betreuenden Schwester im Pflegeheim telefonisch, wie weiter vorgegangen wird.

In der EDV-Akte der Arztpraxis erfolgte ein Verweis auf die neu festgestellte Erkrankung und im Übergabetext an den Kollegen (Arzt 2) in der Gemeinschaftspraxis stand eine kurze Notiz über die Patientin, das Ausschleichen des Prednisolons wurde jedoch nicht erwähnt. Der Arzt 1, der mit der Schwester im Pflegeheim gesprochen hatte, ging dann in Urlaub.

Das Ausschleichen des Medikamentes wurde vergessen. Es wurde vom Arzt 2 nicht bemerkt. Die Patientin erhielt weiterhin über 3 Wochen 60 mg Prednisolon.

Beispiel-Ereignis 3

Was ist passiert? Patient hatte sich eilig zu einer Impfung vor Fernreise bei der Arzthelferin angemeldet, die Impfberatung sei bereits erfolgt und er brauche nur noch die Impfungen selber, die aber schnell. Die Arzthelferin füllte die im Impfpass als geplant eingetragenen Impfungen in Rezepte aus und gab sie in die Apotheke. Der Arzt unterzeichnete die Rezepte nach Kontrolle der Eintragungen im Impfbuch, ohne die Vorgeschichte mit der dringenden Reise und die genauen Umstände der Reise (wohin?) zu kennen.

Der Patient besorgte die Impfstoffe und wurde anschließend vom Arzt geimpft. Danach fand sich in der Patientenakte die Fernreise-Impfempfehlung (die der Arzt beim Abzeichnen der Rezepte übersehen hatte). Sie enthielt auch die Empfehlung einer IPV-Impfung, denn die Reise sollte nach Indien gehen. Der Patient hatte sich die Beratung vor knapp zwei Jahren (!) bei uns geben lassen und seither nichts unternommen. Wir mussten also noch die IPV-Impfung gesondert nachholen, die wir sonst als Kombinationsimpfung hätten verabreichen können.

Was war das Ergebnis? Unnötige dritte Impfung in unüblichen Injektionsort (Oberschenkel), da beide Arme mit Td (links) und Hepatitis AB (rechts) „verbraucht“ waren. Erhöhte Kosten mit getrennter IPV-Injektion; Ärger und Erläuterungsnotstand gegenüber dem Patienten (der erstaunlicherweise nicht sonderlich beunruhigt war!).

Mögliche Gründe? (vom eingebenden Arzt so angegeben)

- Zeitdruck und ungenügende Überprüfung des Sachverhaltes und der Akten (hätte von mir früher entdeckt werden müssen!). Kein Studium der Kartei vor Impfstoffverordnung.
- Ungenügender Informationsfluss von Arzthelferin zu Arzt (Sie wusste um die Fernreise, weil es der Patient am Telefon erwähnt hatte. Als der Patient dann aber kam, war ihr dieser Umstand vor lauter Stress nicht mehr gegenwärtig!).
- Nachlässigkeit/Gedankenlosigkeit auf Seiten des Patienten.

Beispiel-Ereignis 4

Was ist passiert? Aufnahme einer neuen Patientin (maligner Hirn-Tumor; Finalpflege) im Altenpflegeheim. Übernahme der Krankenhausmedikation, u.a. Phenhydan® (Phenytoin) 2x1; die korrekte Medikationsanordnung liegt in der Pflege-Doku. Rezeptanforderungen über Dauermedikamente werden per Fax an unsere Praxis geschickt. Fälschliche Rezeptierung von Phenpro-ratiopharm® (Phenprocoumon = Marcumar®) statt Phenhydan. Unterschreiben des Rezeptstapels ohne Nachprüfung der einzelnen Verordnungen. Schwestern im Pflegeheim halten Phenpro für ein Generikum des Phenhydans und verabreichen ohne weitere Nachfrage 2x1 Phenpro pro Tag.

Was war das Ergebnis? Nach 4 Wochen Anforderung eines Hausbesuchs wegen Teerstuhls. Krankenseinweisung: Dort wird ein Quickwert von 1% festgestellt. Erst jetzt wird der Fehler bemerkt. Patientin erhält Gerinnungsfaktoren und Bluttransfusionen und überlebt dieses kritische Ereignis.

AB 4: Beispiele kritischer Ereignisse

Arbeitsblatt zu Beispiel-Ereignis 1						
Ablauf der Ereignisse	Dosierung des Antihypertoni - kums wird wg. Bradykardie halbiert →	Patient ruft an und bittet um Wiederholungsrezept →	AH schaut kurz in Akte und wählt aus Versehen alte Wirkstärke aus und druckt Rezept →	Arzt unterschreibt „im Vorbeigehen“ →	Patient holt Rezept →	Patient wird bradykard, fühlt sich unwohl, kommt in Praxis, Verwechslung fällt auf
Zeitpunkt/ggf. Tag, Uhrzeit	Dezember 2004	10.04.05, 9:45	10.04.05, 10:00	10.04.05, 11:30	10.04.05, 11:35	13.04.05
unsichere Handlungen			Auswahl der falschen Wirkstärke	Unterschrift ohne Kontrolle		
beeinflussende Faktoren						
Patient	multimorbider Patient	Patient in Eile, will Rezept bis mittags haben				Patient kennt seine Medikamente und Dosierungen nicht
Tätigkeit			im PC ist nicht deutlich, welches die LETZTE Wirkstärke war	unterschreibt am Tresen ohne Möglichkeit, die Krankenakte einzusehen		
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters			im Stress, da Kollegin krank	unkonzentriert, da Kopfschmerzen		
Teamfaktoren						
Arbeits - bedingungen			Kollegin krank, Ausstellen von WR zwischendurch am Tresen, hohe Ablenkung	Ablenkung durch Telefongeklingel, Gespräche am Tresen		
Organisation und Management		keine Routine für Wiederholungsrezepte		es ist keine Zeit für das Unterschreiben von Wiederholungsrezepten eingeplant		Probleme bei Wiederholungsrezepten wurden von der Praxis bislang nicht als wichtig oder relevant eingestuft.
Kontext der Institution				Zeitknappheit durch finanzielle Lage der Praxis durch z.B. Budgetierung		
evt. vorhandene Sicherheits - barrieren						
Empfehlungen des Teams			Ausstellung der WR in Ruhe an ruhigem Arbeitsplatz	Unterschreiben von WR mit Zugang zur Patientenakte und in Ruhe		Patienten bekommen Medikamentenpass, damit sie wissen, was sie einnehmen

AB 5: Beispiel-Ereignis 1 (Abkürzungen: WR = Wiederholungsrezept, AH = Arzthelferin, P = Patient)

Arbeitsblatt zu Beispiel-Ereignis 2							
Ablauf der Ereignisse	Patientin mit Myelitis transversa und Diabetes mellitus im KH auf Prednisolon 60mg eingestellt →	Bei Entlassung ins Pflegeheim erhält Patientin Plan zum Ausschleichen →	Telefonat zwischen Schwester und Arztpraxis, wie vorgegangen werden soll →	Notiz in EDV-Akte in Praxis für Kollegen (Urlaubsübergabe), Ausschleichen wird nicht erwähnt →	Information wird auch in Altenheim nicht weitergegeben →	Patientin erhält über 3 Wochen 60 mg Prednisolon →	BZ dementsprechend schlecht eingestellt
Zeitpunkt/ggf. Tag, Uhrzeit	August 2004	20.08.04	20.08.04	20.08.04	20.08.04	12.09.04	
unsichere Handlungen				Unvollständige Dokumentation in Akte, unvollständige Übergabe	Unvollständige Kommunikation und Doku. im Pflegeheim		
beeinflussende Faktoren							
Patient	Patientin ist Privat-Patientin und wünscht KEINEN HB. Daher Telefonat mit Schwester					Patientin selbst kann Reduktion der Med. nicht durchführen	
Tätigkeit							
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters				Arzt in Eile, kurz vor Urlaub			
Teamfaktoren			Kommunikation	Kommunikation zwischen Ärzten			
Arbeitsbedingungen							
Organisation und Management				Urlaubsübergaben nicht klar geregelt			
Kontext der Institution	Kosten für Pat. bei Hausbesuch						
evt. vorhandene Sicherheitsbarrieren				Übergabe erfolgt			
Empfehlungen des Teams				Dokumentation verbessern, Übergaben zwischen Ärzten mit Zeit und am besten verbal	Rückmeldung aus Altenheim erbitten, ob Reduktion der Dosis klappt		

AB 6: Beispiel-Ereignis 2 (Abkürzungen: HB = Hausbesuch, BZ = Blutzucker)

Arbeitsblatt zu Beispiel-Ereignis 3							
Ablauf der Ereignisse	Eilige Anmeldung des Patienten bei Arzthelferin →	Rezepte werden von AH nach Impfpass ausgestellt →	Arzt unterschreibt im „Vorbeigehen“ →	Rezepte werden an Apotheke geschickt →	Patient wird geimpft →	Bei Eintrag ins Impfbuch fällt auf, dass IPV fehlt →	Patient muss an untypischer Stelle extra geimpft werden
Zeitpunkt/ggf. Tag, Uhrzeit	6. Juni, morgens	6. Juni, vormittags	6. Juni, mittags	6. Juni, nachmittags	7. Juni, morgens	7. Juni, morgens	7. Juni, morgens
unsichere Handlungen			Unterschrift ohne Kontrolle		Impfung ohne Klärung der Indikation		
beeinflussende Faktoren							
Patient	P in Eile				P sagt nicht, dass er Impfempfehlung hat		
Tätigkeit							
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters					AH und A im Stress		
Teamfaktoren			Kommunikation zw. AH und A unvollständig, A weiß nichts von Fernreise		Kommunikation zwischen A und AH, Kommunikation zwischen A und P		
Arbeitsbedingungen			Arzt in Eile		Zeitmangel		
Organisation und Management					Arzt fragt nicht nach Reise/Fernreise		
Kontext der Institution							
evt. vorhandene Sicherheitsbarrieren							
Empfehlungen des Teams							

AB 7: Beispiel-Ereignis 3 (Abkürzungen: AH = Arzthelferin, P = Patient, A = Arzt)

Leitfragen „Systematische Analyse“

Wer hat eine systematische Analyse durchgeführt?

Wenn nicht, warum nicht?

Wenn ja, wie ist es gelaufen?

Gab es Probleme? Welche?

Verständlichkeit der „Gebrauchsanleitung“

Finden geeigneter kritischer Ereignisse

Anwenden der Fragen-Checkliste bzw. des Arbeitsblatts aus der „Gebrauchsanleitung“

Wie waren die Einstellungen der Praxismitarbeiter?

Wurden positive Effekte durch die systematische Analyse und erarbeitete Verbesserungen bemerkt?

4.10.6 Kurzversion

Patientensicherheit		
Phase	Wichtige Arbeitsschritte	Zeitbedarf
QZ-Sitzung 1: Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung/Zielstellung • Vortrag zu Studien und Definitionen • Vortrag zu Berichts- und Lernsystemen (CIRS) • Kleingruppenarbeit zur Nutzung von Berichts- und Lernsystemen • Überblick zu relevanten Institutionen • Fazit und Abstimmung des weiteren Vorgehens im QZ 	120–135 Min.
QZ-Sitzung 2: Systematische Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlertheorie, Umgang mit kritischen Ereignissen und Fehlerkultur • Lesearbeit • Diskussion • Methode der systematischen Analyse • Kleingruppenarbeit • Abschlussdiskussion 	120–135 Min.
Fakultativ: QZ-Sitzung 3: Erfahrungen, Analyse- technik i.d. Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsberichte der Teilnehmer zur Anwendung der Methode • Teilnehmer-Präsentationen zu systematischen Analysen in der eigenen Praxis • Diskussion und Beratung von Lösungsstrategien 	120–135 Min.

4.10.7 Literaturverzeichnis

- [1] Institute of Medicine, To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press, Washington, DC. 2000
- [2] Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH, Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370–376
- [3] Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H, The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324:377–384
- [4] Institute of Medicine, Preventing Medication Errors. Report Brief. 2006. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series/medicationerrorsnew.pdf> (22.11.12)
- [5] McDonald CJ, Weiner M, Hui SL, Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine Report. *JAMA* 2000; 284:93–95
- [6] Leape LL, Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated. *JAMA* 2000; 284(1):95–7
- [7] Vincent C, Neale G, Woloshynowych M, Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *Br Med J* 2001; 322:517–519
- [8] Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby BT, Hamilton JD, The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163(9):458–471
- [9] Rall M, Manser T, Guggenberger H, Gaba DM, Unertl K, Patientensicherheit und Fehler in der Medizin. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2001; 36(6):321–330
- [10] Schrappe M, Lessing C, Albers B, Conen D, Gerlach F, Grandt D, Hart D, Jonitz G, Lauterberg J, Loskill H, Rothmund M, Aktionsbündnis Patientensicherheit. *Agenda Patientensicherheit* 2007
- [11] Definition nach Agency for Healthcare Research and Quality: Pizzi LT, Goldfarb NI, Promoting a Culture of Safety. Chapter 40 in: Nash DB. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment: Number 43. AHRQ Publication No. 01-E058, July 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm>(29.01.08/14.11.12)
- [12] <http://asrs.arc.nasa.gov>(29.01.08/14.11.12)
- [13] Reason J, Human error: models and management. *Br Med J* 2000; 320: 768-770
- [14] Reason J, Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995; 4: 80–89
- [15] Reason J, 1990. p. 208. s.o.
- [16] Reason J, 1990. s.o.
- [17] Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD, Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA* 1998; 280: 1444–1447
- [18] Reason J, 1990. s.o.
- [19] Leape LL, Error in medicine. *JAMA* 1994; 272: 1851–1857
- [20] Woloshynowych 2005. S. 69. s.o.

Weiterführende Literatur

- Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/> (29.01.08/14.11.12)
- Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD, Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA* 1998; 280: 1444–1447
- Leape LL, Error in medicine. *JAMA* 1994; 272: 1851–1857
- National Patient Safety Agency (UK) (Internet-basiertes Lernmodul) <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/improvingpatientsafety/7steps/>(29.01.08/14.11.12)
- Reason J, Human error: models and management. *Br Med J* 2000; 320: 768–770
- Taylor-Adams S, Vincent CA, Systems Analysis of Clinical Incidents. The London Protocol. Clinical Safety Research Unit. Imperial College London. 2nd Edition. 2004.
- Adams S, Vincent CA. London Protocol. Deutsche Übersetzung der Stiftung für Patientensicherheit, Schweiz. <http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Aus Fehlern-lernen-Meldesysteme/ERA.html> (20.11.12)
- Veterans Affairs National Center for Patient Safety – Root Cause Analysis <http://www.patientsafety.gov/rca.html> (29.01.08/14.11.12)
- Vincent CA, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P et al., How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management Protocol. *Br Med J* 2000; 320: 777–81
- Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C, The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technol Assess* 2005; 9(19): 1–158