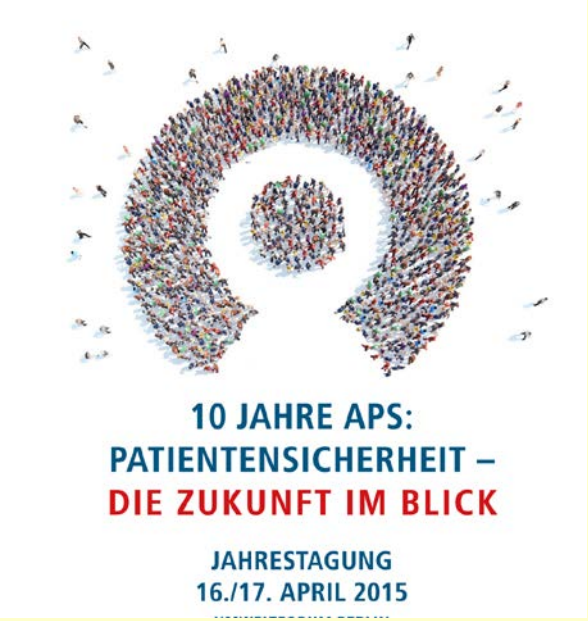
Intensivierte Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen im Rahmen von ärztlichen Qualitätsnetzen

Martin Beyer
Veit Wambach
Tatjana Blazejewski
Armin Wunder
Frank Verheyen
Hardy Müller



Techniker Krankenkasse

WINEG

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

Kooperationspartner

- Hausärztliches Fehlerberichts- und Lernsystem Jeder Fehler zählt (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt)
- WINEG / Techniker Krankenkasse
- Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG, Nürnberg
- GKS Gesundheitsnetz Köln Süd e.V.

Hintergrund

Patientensicherheit ist und bleibt ein wichtiges Kriterium der gesundheitlichen Versorgung.

Vermeidung von unerwünschten Ereignissen
in der medizinischen Behandlung ist

- **Gesundheitswissenschaftlich**
  (spätestens seit Anfang 2000),
- **Gesundheitspolitisch**
  (EU-Empfehlungen 2009, Patientenrechte-Gesetz 2013, Richtlinie G-BA) und aus
- **Sicht der Versicherten und PatientInnen**

ein hochrangiges Thema.

Fehlerberichts- und Lernsysteme

- haben sich in der Luftfahrt und anderen Hochrisiko-Industrien bewährt
- sind im Gesundheitswesen bereits breit eingeführt
- hohe Erwartungen u.a. der Gesundheitspolitik
- werden im ambulanten Versorgungsbereich allerdings zu wenig bzw. sporadisch genutzt
- obwohl offener und oft niedrigschwelliger Zugang via Internet
- Mangel v.a.: Wenig Einbindung in praxisinternes und praxisübergreifendes Qualitäts- und Risikomanagement

Normativer Rahmen

- Empfehlungen des Einsatzes im Gesundheitswesen (WHO 2005, Eur. Rat 2009)
- Aufnahme in Deutschland in Patientenrechtegesetz 2013 und G-BA-Richtlinie 2014

Richtlinie des G-BA

- Das Patientenrechte-Gesetz und v.a. die Richtlinie des G-BA zum Qualitätsmanagement geben neue Rahmenbedingungen vor:
- Fehlermelde/-berichtssysteme explizit als Alternative benannt

Mindeststandards *(Ziele: Patientensicherheit, Sicherheitskultur)*

Risikomanagement	*Fehlermeldesysteme*
Risikostrategie festlegen und darlegen	
Risiken identifizieren und analysieren (auf Grundlage sektorenspezifischer Quellen)	*Anonymität / Vertraulichkeit / Sanktionsfreiheit / Freiwilligkeit / Unabhängigkeit / niedrigschwelliger Zugang*
Einbeziehung Aller, auch der Patienten-perspektive	*Einbeziehung Aller*
Risiken bewerten	*Fehleranalyse und Bearbeitung*
Risiken bewältigen und steuern	*Ableiten von möglichen Maßnahmen*
Risiken überwachen	
Verantwortlichkeiten festlegen	*Verantwortlichkeiten festlegen*
Führungsaufgabe	
Schulung	*Schulung*
Risikokommunikation	*Zeitnahe Ergebniskommunikation, externe Kommunikation ermöglichen*
Implementierung, Evaluation und ggf. Anpassung der Maßnahmen	
Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen	

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung: Umsetzung des § 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V

Gemeinsamer Bundesausschuss

Umsetzung innerhalb eines Berichts- und Lern-Systems

- **Risikoidentifizierung** durch sanktionsfreien, niedrigschwelligen Zugang zu einer Berichtsmöglichkeit über unerwünschte Ereignisse
- **Risikoanalyse /-bewertung** u.a. durch Lernen mittels Analysemöglichkeiten
- **Risikobewältigung**: Kommunikation über Ereignisse, gemeinsame Ableitung von Präventionsmaßnahmen
- **Risikokommunikation** v.a. auch zwischen Einrichtungen
- Im Bereich der ‚Mikrosysteme' ambulanter Praxen kommt dem **praxisübergreifenden Austausch** von Berichten und Lösungsmöglichkeiten besondere Bedeutung zu.
  Das System ermöglicht diesen Austausch

➡ **Stärkung der Sicherheitskultur**

Fehlerberichtssysteme ...

… können auf manifeste Sicherheitsprobleme aufmerksam machen

… neue Probleme werden erkannt

… bieten den Rahmen (Fallberichte), sich diese vor Augen zu führen

… führen Lösungsansätze zusammen (Diskussionsfunktion)

… können die praxisinterne Diskussion anleiten (z.B. Fehleranalyse, Fehlertipps)

… dabei können auch Tools verbreitet werden

Notwendig ist ...

… niedrigschwellige Möglichkeit, auffällige Ereignisse zu berichten (für das gesamte Praxisteam)

… ein in den Praxisalltag eingebetteter, regelmäßiger Zugang zum System

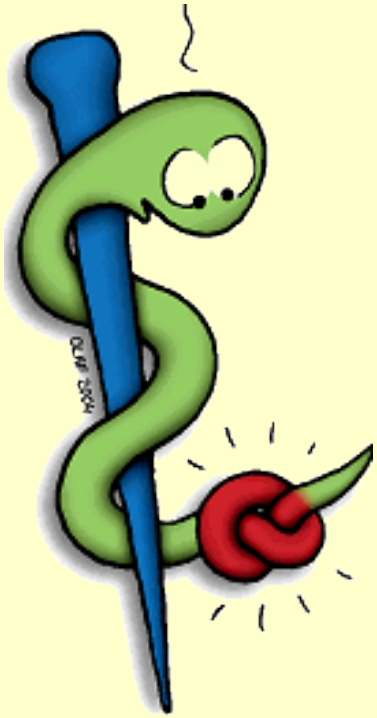
… eine Anbindung an das praxisinterne Qualitätsmanagement

… ein 'Raum', Patientensicherheitsprobleme regelmäßig im Team zu besprechen

… Ergebnisse und Maßnahmen, ähnlich wie im Hygienebereich, auch regulär zu dokumentieren

www.jeder-fehler-zaehlt.de

- **Freiwilliges, anonymes** Fehlerberichts- und Lernsystem im Internet
- **Offener Zugang**
- Zielgruppe: **Teams in Hausarztpraxen**
- **Unabhängig**: Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt



- Ununterbrochener Betrieb seit **September 2004**
- **10.000 – 12.000 Nutzer pro Monat**
- **600 Fehlerberichte online**
- **2.800 Kommentare**
- **1000 Abonnenten** des Newsletters

Bisherige Limitierungen

- Trotz breiter Akzteptanz und Aufmerksamkeit bisher zu geringe Nutzung
- Sporadische Berichtsaktivität, trotz fokussierter Aktionen (gegenwärtig: ‚Aktion Schnittstelle‘)
- Verbindung mit praxisbasiertem Qualitäts- und Risikomanagement bisher kaum gelungen

Aktion Schnittstelle

Schnittstelle Klinik/Arztpraxis: Zwei Welten prallen aufeinander

Die Überwindung von „Schnittstellen" in unserem fragmentierten Gesundheitssystem ist fast schon zum Tagesthema geworden. Schnittstellen sind immer auch Lücken im Hinblick auf die Patientensicherheit.

Die Schnittstelle Arztpraxis/Krankenhaus ist alles andere als spannungsfrei. Es findet nicht nur Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern statt, sondern es prallen auch unterschiedliche Arbeitsstile, Wahrnehmungen, Routinen und Umgangsformen mit den Patienten aufeinander. Selten können die Beteiligten vollständig verstehen, wie der jeweils andere (re-) agiert, und insbesondere wenn etwas schiefgeht, entlädt sich der Frust in gegenseitigen Schuldzuweisungen. Versorgungsqualität kann sich jedoch nur realisieren, wenn die „Beziehungsqualität" – Qualität des Informationsaustauschs und der Kooperation zwischen den Beteiligten – stimmt. Von diesem Zustand sind wir in Deutschland aber noch weit entfernt, obwohl vom rechtlichen Rahmen im SGB V her alles stimmen sollte.

Gemeinsam Ursachen und Vermeidungsstrategien ermitteln.

www.jeder-fehler-zaehlt.de ist primär ein hausärztliches Fehlerberichts- und Lernsystem, an dem sich aber auch andere Berufsgruppen (Apotheker, Rettungsdienst etc.) beteiligen.

In dieser Berichtsaktion möchten wir im Sinne einer positiven Fehlerkultur über die Schnittstelle hinweg schauen und laden daher gezielt auch Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte aus dem stationären Bereich ein, über Ereignisse „von der anderen Seite der Schnittstelle" zu berichten und sich mit Kommentaren an der Diskussion zu beteiligen. Gemeinsam sollen Ursachen und Vermeidungsstrategien ermittelt werden. Auf der Seite www.jeder-fehler-zaehlt.de werden Sie während des Aktionszeitraums Gastkommentare, Feedback sowie alle drei Wochen vertiefende Informationen finden. Dabei wird jeweils eine weitere Facette der Problematik in den Mittelpunkt gerückt werden. Geplant sind:

- Aufnahmesituation
- Entlassungssituation
- Medikationswechsel/Entlassmedikation.

Fehlerberichts- und Lernsystem

Auf der Basis Ihrer Berichte, Ihrer Analysen und Kommentare werden wir im Anschluss Tipps für die Vermeidung von Ereignissen zusammenfassen und diese ebenfalls auf unserer Homepage veröffentlichen.

Eine ähnliche Aktion hatten wir mit guter Resonanz vor einiger Zeit zusammen mit den öffentlichen Apotheken durchgeführt.

Die Aktion findet in der Zeit vom **02. April bis 31. Mai 2014** statt und ist auf den Seiten des Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem erreichbar: www.jeder-fehler-zaehlt.de

Illustration: Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität

Zwei Fallbeispiele mögen kritische Ereignisse oder Fehler im Bereich einer Schnittstelle veranschaulichen.

Fallbeispiel 1 – Kein schriftlicher Medikationsplan: Bei der Krankenhauseinweisung wurden der Patientin ihre eigenen Medikamente mitgegeben. Der Stationsarzt konnte nicht glauben, dass es nur so wenige sind und forderte den Ehemann auf, alle Medikamente mitzubringen. Dieser brachte seine Schmerzmedikamente mit. Der Patientin wurde daraufhin sein Medikament mit seiner Dosierung verabreicht.

Mögliche Gründe: Häusliche Medikation nicht schriftlich auf Einweisung festgehalten, sondern nur Packungen mitgegeben. Werden Patienten zu ihren Medikamenten befragt, konnten bei bis zu 40% Abweichungen zu den Angaben in den hausärztlichen Krankenakten festgestellt werden.

Fallbeispiel 2 – Unklare Anweisung im Entlassungsbrief: Nach einer Knie-OP stand im Entlassungsbrief, dass die Antikoagulation fortgeführt werden soll, die Patientin sei an Unterarm-Gehstützen gut mobilisiert und voll belastbar.
Die Patientin wurde seitens des Krankenhauses nicht über eine Fortführung der Thromboseprophylaxe aufgeklärt und bekam keine Spritzen zur Überbrückung bis zur hausärztlichen Vorstellung mit. Alle anderen verordneten Medikamente waren der Patientin in ausreichender Menge (bis einschließlich Dauer der geplanten Rehabilitationsmaßnahme) mitgegeben worden.
Auf die Frage vom Hausarzt, ob sie noch etwas verschrieben brauche, antwortete sie mit nein. Dieser setzte aufgrund dessen keine Thromboseprophylaxe an.

Mögliche Gründe (aus Sicht des berichtenden Hausarztes): Diskrepanz zwischen Entlassungsbrief und Entlassungsmanagement der Klinik wurde vom Hausarzt nicht hinterfragt.
Ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus wird mehrheitlich durchgeführt.
Dennoch erhielten 13% der für den Bertelsmann-Gesundheitsmonitor befragten Patienten keine Aufklärung im Krankenhaus über den weiteren Behandlungsverlauf, 10% erfuhren nichts über die verordneten Medikamente. 65% meinen mangelnde Abstimmung oder Vernetzung an den Schnittstellen führten häufig zu ineffizienten Behandlungswegen.

Was ist ein Fehler bzw. ein Ereignis, über das berichtet werden soll?

Ein Fehler ist das, was Sie als kritisches Ereignis empfinden, also jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können: „Dies war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert." Es muss kein Patientenschaden entstanden sein, um ein kritisches Ereignis zu berichten. Kein kritisches Ereignis ist zu unwichtig oder zu schwerwiegend, um nicht hier gemeldet werden zu können. Wir sind gespannt, welche neuen Aspekte zu Problemen an der Schnittstelle durch die Berichte noch aufgezeigt werden.
Machen Sie mit!

Dipl.Soz. Martin Beyer,
Dipl. Dok. Tatjana Blazejewski
Arbeitsbereich Patientensicherheit
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt
Blazejewski@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Erkennen – Berichten – Vermeiden!

- Berichten Sie hauptsächlich über Ereignisse, die in Ihrem eigenen Arbeitsbereich bzw. innerhalb Ihres Tätigkeitsfeldes passiert sind.
- Oft liegen typische Situationen, die zu Fehlern führen können, zugrunde. Legen Sie daher das Hauptaugenmerk nicht auf persönliche Versäumnisse, sondern auf Ablauf- und Systemfehler. Beziehen Sie alle möglichen verursachenden Faktoren mit ein.
- Vermutungen und Anschuldigungen tragen hingegen nicht zur Klärung des Ereignisses bei und helfen nicht, zukünftige Fehler zu vermeiden. Es wird nicht nach Schuldigen, sondern nach den Ursachen gesucht.
- Das System arbeitet vollständig anonym.
- Wir wissen nicht, wer uns berichtet und können dies auch nicht nachvollziehen. Es werden keine nutzerspezifischen Daten gespeichert!
- Erkennen Sie Fehlerquellen bei Ihrer Arbeit, berichten Sie von Ereignissen aus Ihrer Praxis.
- Lassen Sie damit Ihre Kolleginnen und Kollegen aus Ihren Berichten lernen, um Fehler zu vermeiden.

Foto: fotolia

Quelle: Der Hausarzt Ausgabe 6 /2014

Der Hausarzt 06/2014

Neuer Ansatz: Implementierung in Praxisnetz

- Qualitätskultur in (fortgeschrittenen) Gesundheitsnetzen
- Verbindliche(re) und auf Dauer angelegte Zusammenarbeit im Netz
- Bedürfnis nach Darlegung der Sicherheitskultur
  - auch im Hinblick auf G-BA Richtlinie sowie Anerkennungsbedingungen für Ärztenetze der KBV

QuE
Gesundheitsnetz
Qualität & Effizienz eG
Nürnbergs Gesundheit in besten Händen
QuE-Patientensicherheit
Herzlich Willkommen beim
Patientensicherheits- und Risikomanagementsystem
QuE Home
QuE Informationen zum Berichtssystem
Bericht erstellen
Berichtsdatenbank
QuE Aktionen
QuE Fehler des Monats
QuE Diskussionsforum
QuE Fallanalyse
QuE Tipps zur Fehlervermeidung
QuE Newsletter
QuE Impressum / Kontakt
Aktuelles
Wir wollen besser werden! - Online Umfrage
Alle Meldungen im Überblick
In Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) und dem wissenschaftlichen Institut der TK (WINEG)
Jeder Fehler zählt wird unterstützt von:
Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.
WINEG

Design

- Anonymes Berichten in JFz, Zugang zur öffentlichen Datenbank
- Geschlossene Nutzergruppe

  Passwortgeschützter Zugang (für Ärzte und Praxismitarbeiterinnen zu

  - Eigener Domain
  - eigenem Diskussionsforum
  - Darstellung nicht freigegebener Berichte über kritische Ereignisse (gelbe Markierung)
  - eigene Informationsquellen (Newsletter)

Menüleiste – Gesundheitsnetz Köln-Süd

GKS - geschlossen

link zu JFZ - offen

GKS - geschlossen

Berichtsformular – Gesundheitsnetz Köln-Süd

Bericht eingeben

Seite 1 Seite 2 Seite 3 Seite 4 Seite 5 Seite 6

12) Bitte machen sie Angaben zu Ihrer Berufsgruppe. Hilfe

Berufsgruppe

Bitte wählen

Zurück Vorgang abbrechen

GRÜN

○ Bericht darf im **öffentlichen Bereich eingestellt** und **diskutiert** werden.

GELB

○ Bericht wird nur im **geschlossenen Bereich veröffentlicht** und **diskutiert**.

○ **ROT**

Bericht darf nur für **wissenschaftliche Zwecke** verwendet werden.

Bericht abschicken!

Diskussionsforum – Gesundheitsnetz Köln-Süd

Patientensicherheits- und Fehlermanagementsystem

- Home
- Informationen zum Fehlerberichtssystem
- Bericht erstellen
- Berichtsdatenbank
- Aktion Schnittstelle
- **Diskussionsforum**
- Aktuelle Kommentare
- Der Gastkommentar
- Fallanalyse
- Tipps zur Fehlervermeidung
- Presse / Literatur
- Newsletter
- Impressum / Kontakt

Diskussionsforum - GKS

Allgemeines

Allgemein
Raum für allgemeine Fragen (öffentlich)
Moderator FFI Admin

Berichte

Bericht 23 - „Falsches Etikett geklebt"
Workshops und Angebote (Anmeldung) Anmeldungen hier sind bindend (Intern)
Moderator FFI Admin

Bericht 47 - Kühlschrank zu warm"
Vorschläge für Fototouren Pro Tour ein Vorschlag - dann Diskussion / Interesse bekunden (öffentlich)
Moderator FFI Admin

Bericht 08 - „Wer hat angerufen"
Hier könnt Ihr Eure Adressen / Telefonnummern austauschen (intern)
Moderator FFI Admin

Netzthemen

Aktion „Impfung"
Kameras und Bodys (intern)
Moderator FFI Admin

Neues Formular - Fax
Suche / Biete Objektive (intern)
Moderator FFI Admin

Neue Praxen stellen sich vor
Software für Kameras und Bildbearbeitung (intern)
Moderator FFI Admin

Suchen / Bieten
Alles was man zum Fotografieren braucht (intern)
Moderator FFI Admin

Administratoren

- Aufgaben IfA-Administratoren
  - Berichtseingang, ggf. Anonymisierung
  - Freischaltung für öffentliche Seiten („Grüne“ Berichte)
  - „Blick“ auf Kommentare öffentliche Seite („Grüne“ Berichte)
  - Klassifizierung der Berichte
  - Anpassung, Erweiterung Internetseiten
  - „Gelbe“ Berichte händisch in Diskussionsforum übertragen

- Aufgaben GKS Administratoren (Moderatoren)
  - Berichtseingang, ggf. Anonymisierung
  - Titel und Kommentierung der Berichte
  - „Gelbe“ Berichte händisch in Diskussionsforum übertragen
  - Moderation Diskussionsforum

Vorteile für das Praxisnetz

Unterstützung bei Einführung eines CIRS

- Während Implementierung werden ggf. spezifische Wünsche des Netzes erhoben und nach Möglichkeit berücksichtigt
- Gezielte Aktionen im Zusammenspiel mit Qualitätszielen des Netzes (z.B. Impfen, Überweisungen)

Unterstützung bei der Analyse der Meldungen

- Kommunikation über Meldungen und Erarbeitung von darauf basierenden Verbesserungsmöglichkeiten wird unterstützt

Dokumentation der Aktivitäten

- Projektdokumentation kann für Nachweis der Netzaktiviäten genutzt werden

Vorteile für das Praxisnetz

Evaluation der Aktivitäten

- Evaluation nach zweijährigen Betriebsphase

Vernetzung der Netzaktivitäten mit nationalen Programmen

- Aktivitäten werden vom Aktionsbündnis Patientensicherheit geprüft (APS). Angestrebt wird eine Projekt-Kooperation mit dem APS

Öffentlichkeitsarbeit

- Die Techniker Krankenkasse wird über die Projektaktivitäten berichten.

Die nächsten Schritte

- Pilottestung des Systems / der neuen Module in Netz Nürnberg im Mai 2015
- Start im Netz Nürnberg im Juni 2015, im Netz Köln-Süd etwas später
- Teilnehmerschulungen etc. bis Ende 2015
- Laufzeit (und Evaluationszeitraum) zunächst bis Mitte 2017

Danke !