

Stärkung der Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung

Dr. med. Beate Müller

05.05.2017

Institut für
**Allgemein-
medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Dr. med. Beate Müller

- (Allgemein-) Ärztin
- Leitung Arbeitsbereich Patientensicherheit am Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt am Main (2017)
- Promotion: „Methoden zur Messung von Patientensicherheitskultur in der Hausarztpraxis“ (2013)
 - Doktorvater: Prof. Gerlach

Agenda

- Zahlen, Daten, Fakten
- Patientensicherheit ambulant:
Frankfurter und internationale Erfahrungen
- Patientensicherheit ambulant:
Entwicklungspotential
- Zusammenfassung und Fazit

Zahlen, Daten, Fakten

Kritische Ereignisse in der ambulanten Praxis

- Hausarztpraxis: 5-200 pro 100.000 Konsultationen¹

1: Hoffmann, Rohe (2010) Patientensicherheit und Fehlermanagement.
Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch Arztebl Int

Zahlen, Daten, Fakten

Kritische Ereignisse in der ambulanten Praxis

- Hausarztpraxis: 5-200 pro 100.000 Konsultationen¹
 - Praxis mit 100 Kontakten pro Tag:
1-2 kritische Ereignisse **in 2 Wochen**

1: Hoffmann, Rohe (2010) Patientensicherheit und Fehlermanagement.
Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch Arztebl Int

Zahlen, Daten, Fakten

Kritische Ereignisse in der ambulanten Praxis

- Hausarztpraxis: 5-200 pro 100.000 Konsultationen¹
 - Praxis mit 100 Kontakten pro Tag:
1-2 kritische Ereignisse **in 2 Wochen**
- Selbst ein Fehler, der nur **einmal in 10 Jahren in einer Praxis** auftritt, betrifft bei ca. 100.000 vertragsärztlich tätigen Praxen rund **10.000 Patienten pro Jahr.**

1: Hoffmann, Rohe (2010) Patientensicherheit und Fehlermanagement.
Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch Arztebl Int

Zahlen, Daten, Fakten

...

Zahlen, Daten, Fakten

...

...trotzdem Bestrebungen zur Stärkung von Patientensicherheit!

Patientensicherheit ambulant

Aktuelle Übersichtsarbeit: **interprofessionelle Interventionen zur Förderung der Patientensicherheit¹**

- 89 Interventionen weltweit
- **Nur 7 davon “general medicine/primary care”**

1: Reeves et al. Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: a narrative review Int. J for Q in Health Care, 2017, 1–7

Patientensicherheit ambulant

Aktuelle Übersichtsarbeit: **interprofessionelle Interventionen zur Förderung der Patientensicherheit¹**

- 89 Interventionen weltweit
- **Nur 7 davon “general medicine/primary care”**

Hoffman et al. 2014	Germany	Primary care centre	IPE, IPP	Health care assistants, medicine	Post-qualification
Hughes et al. 2014	US	Emergency department	IPE	‘Trauma team’ (not specified)	Post-qualification
Jeffs et al. 2013	Canada	Hospital wide	IPE, IPO	Dietetics, medicine, nursing, occupational therapy, physiotherapy, administrators	Post-qualification

1: Reeves et al. Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: a narrative review Int. J for Q in Health Care, 2017, 1–7

Frankfurter Patientensicherheitsmatrix (FraTrix)

- Teambasiertes Instrument zur selbstständigen **Einschätzung von Sicherheitskultur**
- Ursprung: Manchester Patient Safety Framework¹



1: Parker D 2004. Evaluating safety culture in primary care organisations. Patient Safety

Frankfurter Patientensicherheitsmatrix (FraTrix)

- Teambasiertes Instrument zur selbstständigen **Einschätzung von Sicherheitskultur**
- Ursprung: Manchester Patient Safety Framework¹

- Ziele

- Erkennen, wo die Praxis steht
- Ausgangspunkt für

1) **Entwicklung einer gemeinsamen Kultur** und

2) **gemeinsamer Maßnahmen** zur Verbesserung der Patientensicherheit



1: Parker D 2004. Evaluating safety culture in primary care organisations. Patient Safety

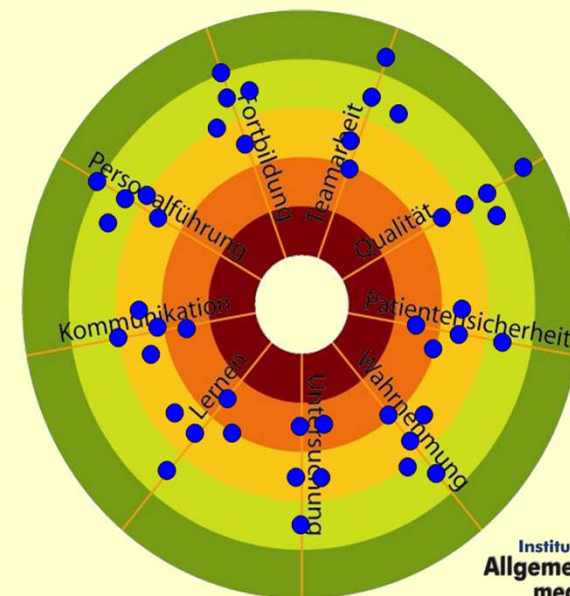
Dimension der Sicherheitskultur	A - ablehnend	B - reagierend	C - vorschriftsmäßig	D - initiativ	E - zukunftsweisend
1. Allgemeine Bereitschaft, sich für Qualität einzusetzen					
2. Stellenwert von Patientensicherheit					
3. Wahrnehmung von kritischen Ereignissen und ihren Ursachen					
4. Untersuchung von kritischen Ereignissen					
5. Lernen nach einem kritischen Ereignis					
6. Kommunikation					
7. Personalführung					
8. Aus- und Fortbildung					
9. Teamarbeit					

Frankfurter Patientensicherheitsmatrix (FraTrix)

- Beteiligung aller Teammitglieder: Ärzte und MFA
- 1. Teil: **Persönliche Einschätzung** jedes Einzelnen
 - Fragebogen vorab

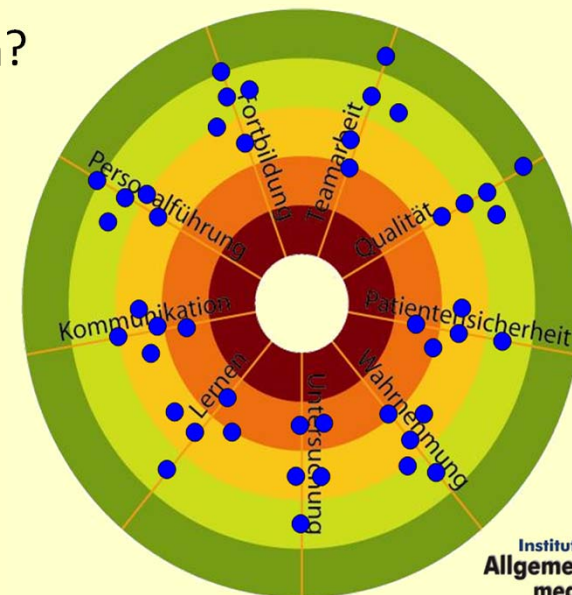
Frankfurter Patientensicherheitsmatrix (FraTrix)

- Beteiligung aller Teammitglieder: Ärzte und MFA
- 1. Teil: **Persönliche Einschätzung** jedes Einzelnen
 - Fragebogen vorab
- 2. Teil: **Moderierte Teamsitzung**



Frankfurter Patientensicherheitsmatrix (FraTrix)

- Beteiligung aller Teammitglieder: Ärzte und MFA
- 1. Teil: **Persönliche Einschätzung** jedes Einzelnen
 - Fragebogen vorab
- 2. Teil: **Moderierte Teamsitzung**
 - Diskussion von Teameinschätzung und Unterschieden
 - Wo wollen wir als Team besser werden?
 - Maßnahmen festlegen: Aktionsplan
- Dauer ca. 90 (- 120) Minuten
- Externe Moderation (IfA)



FraTrix-Studie

- Randomisiert-kontrollierte Studie (60 Hausarztpraxen)
- Messung auf mehreren Ebenen
 - Sicherheitsklima (FraSiK: Frankfurter Fragebogen zum Sicherheitsklima in Hausarztpraxen)
 - Fehlerberichte (Dokumentenauswertung)
 - 12 Sicherheitsindikatoren (Praxisbegehung)
- Intervention: 3 Teamsitzungen innerhalb von 9 Monaten
- Kontrolle: Seminar zu Fehlermanagement (fakultativ)

FraTrix-Studie

- Primäre Fragestellung:
 - Verbessert der Einsatz von FraTrix das Fehlermanagement in Hausarztpraxen?

- Sekundäre Fragestellung:
 - Verbessert der Einsatz von FraTrix das Patientensicherheitsklima und andere PS-Indikatoren?

FraTrix-Studie: Ergebnisse

- Intervention wie geplant und in > 90 % d. Sitzungen mit kompletten Praxisteam

FraTrix-Studie: Ergebnisse

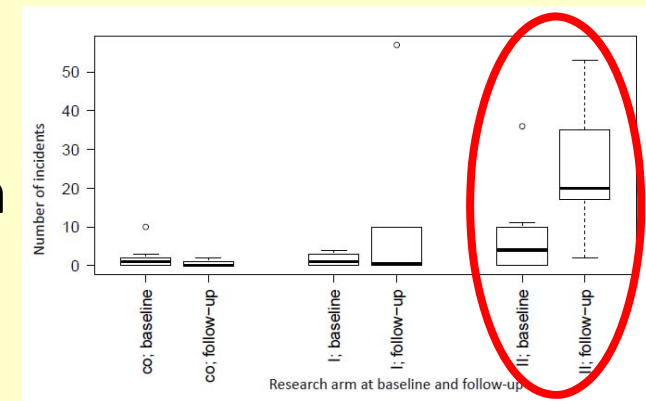
- Intervention wie geplant und in > 90 % d. Sitzungen mit kompletten Praxisteam
- Indikatoren incl. Fehlermanagement & Sicherheitsklima:
 - Keine Unterschiede zwischen Intervention und Kontrolle

FraTrix-Studie: Ergebnisse

- Intervention wie geplant und in > 90 % d. Sitzungen mit kompletten Praxisteam
- Indikatoren incl. Fehlermanagement & Sicherheitsklima:
 - Keine Unterschiede zwischen Intervention und Kontrolle
- **Fehlerberichte:**
 - Qualität und Quantität in Intervention signifikant höher
- **265 Maßnahmen** beschlossen, 97 wurden weiter verfolgt
 - Davon ca. 85 % geeignet, Patientensicherheit zu erhöhen

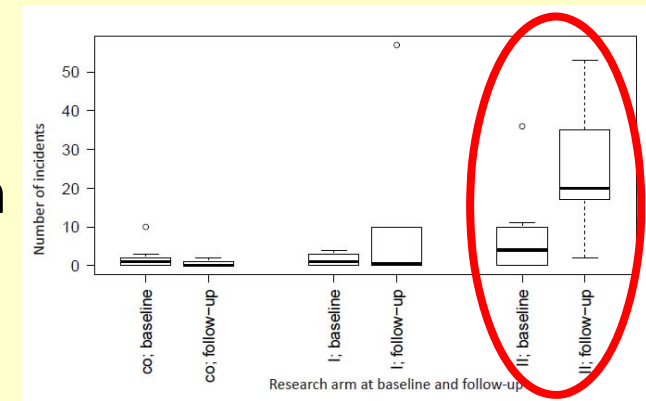
FraTrix-Nachfolger in NL

- Dreiarmlige Studie, je 10 Hausarztpraxen
 1. Kontrolle vs.
 2. Sicherheitsklima-Befragung vs.
 3. Sicherheitsklima-Befragung plus **Teamworkshop zu den Befragungsergebnissen und zu Patientensicherheit**
- Outcome: Anzahl Fehlerberichte
- Sicherheitsklima: Keine Unterschiede zwischen Gruppen



FraTrix-Nachfolger in NL

- Dreiarmlige Studie, je 10 Hausarztpraxen
 1. Kontrolle vs.
 2. Sicherheitsklima-Befragung vs.
 3. Sicherheitsklima-Befragung plus **Teamworkshop zu den Befragungsergebnissen und zu Patientensicherheit**
- Outcome: Anzahl Fehlerberichte
- Sicherheitsklima: Keine Unterschiede zwischen Gruppen
- Qualitative Interviews mit Teilnehmern:
 - **Gemeinsames Verständnis und Bewusstsein ist nur mit einem Workshop erreichbar**



Patientensicherheitsworkshops für alle Praxen?

Patientensicherheitsworkshops für alle Praxen?

Absolut wünschenswert!

2010: (Noch) nicht umsetzbar!?

Patientensicherheitsworkshops für alle Praxen?

Absolut wünschenswert!

2010: (Noch) nicht umsetzbar!?

Erkenntnis aus FraTrix:

Fehlermanagement braucht dringend Support!

Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des GBA

- Die an der [...] vertragsärztlichen [...] Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind [...] **verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.**
- Die **nachfolgenden Methoden und Instrumente** sind [...] **verpflichtend anzuwenden** [...]
 - **Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme**
 - ...

QM-RL: Dokumentation

Aufforderung der KV an 2,5 % Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

- **schriftliche Darlegung** des erreichten Umsetzungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis

QM-RL: Dokumentation

Aufforderung der KV an 2,5 % Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

- **schriftliche Darlegung** des erreichten Umsetzungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis

Falls unzureichend:

- **Anforderung weiterer Unterlagen**
- **oder** mündliche Darlegung vor der QM-Kommission der KV

QM-RL: Dokumentation

Aufforderung der KV an 2,5 % Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

- **schriftliche Darlegung** des erreichten Umsetzungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis

Falls unzureichend:

- **Anforderung weiterer Unterlagen**
- **oder** mündliche Darlegung vor der QM-Kommission der KV

Falls weiterhin unzureichend:

- Beratung des Arztes/Ärztin, **wie der erforderliche Stand in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden kann**

Fehlermanagement: ambulante Stimmen

Arzt6: „Ich würde sagen **große Fehler... finden eigentlich nicht statt.**
Also... grobe Fehler, wo man dann sagen kann, das kann man vielleicht als
"Systemfehler" oder so... das sind **nur Kleinigkeiten und nichts**
Systematisches.“

MFA4: „Oder dass ich jetzt... keine Ahnung, dass der **Patient zu Schaden**
gekommen ist... also ist **bei uns nie aufgetaucht,** Gott sei Dank.“

Problemfeld CIRS im ambulanten Sektor

APS Handlungsempfehlungen CIRS stationär

- „Unterstützung auf allen Leitungsebenen gewährleisten“
 - Management: nur in Arztnetzen und MVZ

Problemfeld CIRS im ambulanten Sektor

APS Handlungsempfehlungen CIRS stationär

- „Unterstützung auf allen Leitungsebenen gewährleisten“
 - Management: nur in Arztnetzen und MVZ
- „ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen“
 - Wahrnehmung ambulant: Keine freien Ressourcen vorhanden

Problemfeld CIRS im ambulanten Sektor

APS Handlungsempfehlungen CIRS stationär

- „Unterstützung auf allen Leitungsebenen gewährleisten“
 - Management: nur in Arztnetzen und MVZ
- „ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen“
 - Wahrnehmung ambulant: Keine freien Ressourcen vorhanden
- „Ressourcen für Verbesserungsmaßnahmen bereitstellen“
 - Praxisteam muss Verbesserungsmaßnahmen selbst initiieren

Problemfeld CIRS im ambulanten Sektor

APS Handlungsempfehlungen CIRS stationär

- „Unterstützung auf allen Leitungsebenen gewährleisten“
 - Management: nur in Arztnetzen und MVZ
- „ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen“
 - Wahrnehmung ambulant: Keine freien Ressourcen vorhanden
- „Ressourcen für Verbesserungsmaßnahmen bereitstellen“
 - Praxisteam muss Verbesserungsmaßnahmen selbst initiieren
- „systemische Analyse durch geschultes Personal“
 - Findet nicht statt

Problemfeld CIRS im ambulanten Sektor

APS Handlungsempfehlungen CIRS stationär

- „Unterstützung auf allen Leitungsebenen gewährleisten“
 - Management: nur in Arztnetzen und MVZ
- „ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen“
 - Wahrnehmung ambulant: Keine freien Ressourcen vorhanden
- „Ressourcen für Verbesserungsmaßnahmen bereitstellen“
 - Praxisteam muss Verbesserungsmaßnahmen selbst initiieren
- „systemische Analyse durch geschultes Personal“
 - Findet nicht statt
- „Ergebnisse standardisiert berichten“
 - Findet nicht statt

Daten über ambulantes Fehlermanagement?

Praxisintern

- QM-RL gibt Rahmen vor, keine regelhafte Prüfung vor Ort
- Keine Daten über praxisinterne Ereignisberichte
- Keine zentrale Auswertung

Praxisübergreifend

- Fakultativ
- Auswertung über Online-CIRS

Einrichtungsübergreifende Systeme mit Bezug zur ambulanten Versorgung:

- Jeder-fehler-zählt.de 765 Berichte
- Cirsdent-jzz.de (Passwort) 100 Berichte
- Netzwerk CIRSmedical:
 - CIRSmedical.de (inkl. Berichte von CIRS-AINS!) 243 von 4.757 Berichten
 - CIRS-AINS 27 von 4.302 Berichten
 - CIRS-AINS Ambulant 8 Berichte
 - CIRS-Pädiatrie (Passwort) ?
 - CIRS NRW 67 Berichte
 - CIRS-Palliativ 9 (Hausbesuch)
 - CIRS-BLÄK (Passwort, Kammermitglieder) ?
 - CIRS-Urologie 29 von 32 Berichten
 - CIRS MSP (Referenzz. Mammographie Berlin) 9 Berichte
 - CIRS-Pharmazie NRW 14 Berichte
- CIRS LÄK Thüringen 1 von 30 Berichten
- (Plattform Coliquio.de)

CIRStorte

Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS)
für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System



3 Jahre Laufzeit seit April 2017, Förderung: Innovationsfonds

CIRSForte

Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS)
für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System



3 Jahre Laufzeit seit April 2017, Förderung: Innovationsfonds

1. Evidenzrecherche
2. Entwicklung von Handlungsempfehlungen CIRS ambulant
 - Aktueller Aufruf des APS
3. **Praxistest** in Arztnetzen (400 Praxen) mit Evaluation

Zusammenfassung

- Patientensicherheit **stationär** ≠ Patientensicherheit **ambulant**
- **Patientensicherheitskultur** zu etablieren ist ressourcenintensiv, aber wünschenswert und möglich
- **Fehlermanagement** ist ein guter Ansatzpunkt für Interventionen

Fazit: Forderungen für die ambulante Versorgung

Aus den **Fehlerberichten** anderer Länder lässt sich nur eingeschränkt lernen – aber aus den **Erfahrungsberichten internationaler CIRS¹**!

Fazit: Forderungen für die ambulante Versorgung

Aus den **Fehlerberichten** anderer Länder lässt sich nur eingeschränkt lernen – aber aus den **Erfahrungsberichten internationaler CIRS¹**!

1. Verpflichtung für CIRS im ambulanten Bereich durchsetzen

- Sammlung und Analyse valider Daten
- Wichtigkeit von strukturiertem Fehlermanagement betonen

Fazit: Forderungen für die ambulante Versorgung

Aus den **Fehlerberichten** anderer Länder lässt sich nur eingeschränkt lernen – aber aus den **Erfahrungsberichten internationaler CIRS¹**!

1. Verpflichtung für CIRS im ambulanten Bereich durchsetzen

- Sammlung und Analyse valider Daten
- Wichtigkeit von strukturiertem Fehlermanagement betonen

2. Adäquate Rahmenbedingungen schaffen

- Nationale Auswertung der Berichte
- Maßnahmensteuerung auf lokaler, regionaler, nationaler Ebene
- Feedbackstrukturen, Nutzen erlebbar machen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!