



Risikomanagement in der Arztpraxis – Patientensicherheit stärken

Zentrales Anliegen der Patientenversorgung ist das Ziel der größtmöglichen Sicherheit für Patienten. Um eine starke Patientensicherheit zu erhalten, ist es notwendig, eine Strategie zum Erkennen, Bewerten und Nutzen von Risiken, Fehlern und sicherheitsrelevanten Ereignissen festzulegen. Diese Strategie dient der Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die das ungewollte Ergebnis einer Behandlung sind.

Festlegungen zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten Ereignissen sowie die Implementierung von Verbesserungsprozessen, wozu auch das Lernen aus Fehlern gehört, sind in der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses als ein verpflichtendes Instrument zur Qualitätsentwicklung in § 4 Buchstabe g vorgeschrieben. Das Thema Patientensicherheit ist in § 3 Nr. 1 Buchstabe b verankert.

Im Rahmen des Risikomanagements und der zu implementierenden Verbesserungsmaßnahmen sind die entstandenen Risiken und Fehler zu thematisieren. Dabei sollten die Erfahrungen des gesamten Teams mit tatsächlichen und möglichen Risiken genutzt werden. Es empfiehlt sich, Risiken und unerwünschte Ereignisse im Team zusammenzutragen und deren Umgang in einer internen Regelung zu formulieren.

Tipp: Im Rahmen einer Selbstbewertung lassen sich potentielle praxispezifische Risiken, Gefahren und Fehlerquellen für Mitarbeiter und Patienten identifizieren.



Offene Fehlerkultur – Gemeinsam aus unerwünschten Ereignissen lernen

Voraussetzung ist die Bewusstheit des gesamten Praxisteam: Das wichtigste Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit ist das gemeinsame Lernen aus (Beinahe-)Fehlern und unerwünschten Ereignissen. Im Praxisteam soll eine offene und positive Fehlerkultur herrschen. Dabei ist es ausschlaggebend, wodurch der (Beinahe-) Fehler entstanden ist und wie er zukünftig vermieden werden kann. Sofern die Akzeptanz im Team aus Angst vor „Bestrafungen“ gering ist, sollten eigene Möglichkeiten zur anonymen Erfassung gesucht werden. So könnte bspw. ein „Kummer-Kasten“ errichtet werden.

Schritte im Risiko- und Fehlermanagement

Der erste Schritt ist die Dokumentation und Erfassung des aufgetretenen unerwünschten Ereignisses bspw. in einem Fehlerprotokoll, in einem Fehler- und Beschwerdebuch oder in der Praxissoftware (z. B. durch Anlegen eines Pseudo-Patienten).

Der zweite Schritt ist die Besprechung der entstandenen Risiken oder Fehler, z. B. im Rahmen der regelmäßigen Teambesprechung. In einem festen Punkt in der Tagesordnung können neben aufgetretenen (Beinahe-)Fehlern/unerwünschten Ereignissen auch Beschwerden und Verbesserungsvorschläge thematisiert werden. Die Thematisierung im Team bewirkt, dass die Ursachen der aufgetre-

tenen Fehler analysiert und längerfristige Maßnahmen zur Vermeidung des Risikos oder Fehlers getroffen werden.

Möglichkeiten der Risiko- und Fehlerminimierung können bspw. sein:

- Auffrischung von Unterweisungen
- praktische Übungen/Refresher-Seminare
- Konkretisierung der Verantwortlichkeiten innerhalb des Praxisteam
- Überarbeitung interner Regelungen

Im dritten Schritt wird die gemeinsame Besprechung im Praxisteam durch Unterschrift dokumentiert.

Berichts- und Lernsysteme

CIRS – Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft

CIRSmedical.de ist das anonyme Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin. Es ermöglicht gegenseitiges Lernen aus Fehlern und kritischen Ereignissen. Es richtet sich an die Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Die Buchstaben „CIRS“ stehen für Critical Incident Reporting-System. Es kann über alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, wie Fehler, Beinahe-Schäden, kritische Ereignisse oder auch unerwünschte

1. Schritt:
 - zeitnahe Erfassung (**Dokumentation**) des aufgetretenen Fehlers
 - Welches Ereignis ist aufgetreten?
 - Wann ist der Fehler entstanden?
 - Wo ist der Fehler entstanden?
 - Kam ein Beteiligter zu Schaden? Welche Auswirkungen sind/wären beinahe aufgetreten?
2. Schritt:
 - Auswertung und Ableitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
 - Wie häufig tritt ein solches Ereignis auf?
 - Welche Faktoren tragen zu dem Ereignis bei?
 - Welche Gründe gibt es für das entstandene Ereignis?
 - Wie kann dieses Ereignis zukünftig vermieden werden?
3. Schritt: Ereignis abschließen
 - Dokumentation und Unterschrift der gemeinsamen Besprechung im Team
 - Information der Beteiligten

Ereignisse berichtet werden. Jedoch dürfen die Berichte keine orts- oder personenbezogenen Daten enthalten.

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen „Jeder Fehler zählt“

Das Fehlerberichtssystem „Jeder Fehler zählt“ sammelt Fehlerberichte und stellt sie anderen zur Verfügung. Dieses Fehlerberichtssystem richtet sich an alle, die in hausärztlichen Praxen tätig sind und gemeinsam aus Fehlern lernen wollen.

Weitere Informationen finden Sie hier:

- QEP®: Qualitätsziel 2.1.3 (1) Patientensicherheit, Risiko- und Fehlermanagement
- www.cirsmedical.de
- www.jeder-fehler-zaehlt.de

Sie haben weitere Fragen zum Thema? Gern können Sie sich an Christin Richter telefonisch unter 0391 627-7454 oder per Mail unter Christin.Richter@kvs.de wenden.