



Änderung der Richtlinie

„Internes Qualitätsmanagement“ – Risiko- und Fehlermanagement

Zentrales Anliegen der qualitätsorientierten 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. Die Erkenntnis, Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festzulegen, war u. a. Anlass, die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL) zu aktualisieren. Nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 17. April 2014 ist die geänderte ÄQM-RL in Kraft getreten.

Hintergrund und Details zur geänderten Richtlinie

Die im Jahr 2006 in Kraft getretene Richtlinie des G-BA regelt grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 wurde der G-BA beauftragt, wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit aufzunehmen (§ 137 Abs. 1d SGB V). Hierbei sollten insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festgelegt werden.

Die ÄQM-RL wurde nicht grundlegend geändert. Es wurden nur Ergänzungen für den Bereich Risiko- und Fehlermanagement eingefügt.

Folgende Ergänzungen wurden eingefügt:

- Eine **Sicherheitskultur** wird als Ziel des internen Qualitätsmanagements ausdrücklich genannt (§ 2)
- Der Mindeststandard „Schulung und Training“ und die Anforderungen an die Risikokommunikation wurden ergänzt (§ 3)
- Zur Förderung der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum Infektionsschutz und zur Verdeutlichung des Stellenwertes des Themas Hygiene wurde das Grundelement „Hygienemanagement (u. a. Hygiene- und Hautschutzplan)“ eingefügt (§ 3)
- Der Fachbegriff „PDCA-Zyklus“ wurde ergänzt (§ 4)
- Die Anforderungen an das Risiko- und Fehlermanagement wurden erweitert:
 - Festlegungen zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten Ereignissen (d.h. diese zu erkennen, zu bewerten, zu bewältigen, zu überwachen)
 - Implementierung von Verbesserungsprozessen
 - Für Festlegungen sollen Erkenntnisse aus Patientenbefragungen, Teambesprechungen, Beschwerden, sicherheitsrelevanten Ereignissen (z. B. Beinahe-Schäden und Fehler) sowie die Teilnahme an einem Fehlermeldesystem (Empfehlung) genutzt werden

Darüber hinaus nahm der G-BA redaktionelle Änderungen in der Richtlinie vor, da seit Inkrafttreten der Richtlinie bereits mehr als acht Jahre vergangen sind.

Fehlermeldesysteme: G-BA nennt Beispiele

Der G-BA nennt in den Tragenden Gründen zwei Beispiele für qualitativ hochwertige Fehlermeldesysteme:

- das Netzwerk CIRS des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin: www.CIRSmedical.de und
- das Projekt „Jeder Fehler zählt“ am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main: www.Jeder-Fehler-zaehlt.de.

Offene Fehlerkultur – Gemeinsam aus unerwünschten Ereignissen lernen

Voraussetzung ist das Bewusstsein des gesamten Praxisteams: Das wichtigste Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit ist das gemeinsame Lernen aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen. Im Praxisteam soll eine offene/positive Fehlerkultur herrschen. Dabei ist es ausschlaggebend, wodurch der Fehler entstanden ist (Ursache) und wie er zukünftig vermieden werden kann (Maßnahme). Sofern die Akzeptanz im Team aus Angst vor „Bestrafungen“ gering ist, sollten eigene Möglichkeiten zur anonymen Erfassung gesucht werden. So könnte bspw. ein „Kummerkasten“ errichtet werden. Für die Entwicklung des Fehlerbewusstseins ist es hilfreich, wenn der Praxisinhaber selbst (Beinahe-)Fehler und unerwünschte Ereignisse einräumt.

Tipp: Im Rahmen der Selbstbewertung können potentielle praxispezifische Risiken, Gefahren und Fehlerquellen für Mitarbeiter und Patienten identifiziert und Maßnahmen zur Verhinderung ergriffen werden.

Risikomanagement ist ein fortlaufender Prozess zur Identifikation möglicher Schwachstellen und Vorbeugung bzw. Vermeidung von Schäden.

Schritte im Risiko- und Fehlermanagement:

1. Schritt: zeitnahe Erfassung (Dokumentation) des aufgetretenen Fehlers

- Welches Ereignis ist aufgetreten?
- Wann ist der Fehler entstanden?
- Wo ist der Fehler entstanden?
- Welche Auswirkungen sind/wären beinahe aufgetreten? Ist ein Schaden entstanden?

2. Schritt: Auswertung und Ableitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

- Wie häufig tritt ein solches Ereignis auf?
- Welche Faktoren tragen zu dem Ereignis bei?
- Gründe für das entstandene Ereignis?
- Wie kann dieses Ereignis zukünftig vermieden werden?

3. Schritt: Ereignis abschließen


- Dokumentation und Unterschrift der gemeinsamen Besprechung im Team
- Information möglicher Beteiligter (z. B. Überweiser, Patienten/Angehörige)

QEP®-Musterdokumente

QEP® bietet mit dem Qualitätsziel 2.1.3 (1) Hilfestellungen zum Thema Patientensicherheit, Risiko- und Fehlermanagement. Dabei wird ein Muster zur Dokumentation der Fehler- und Ereignisdokumentation bereitgestellt: Das abgebildete Musterdokument steht im Internetauftritt unter www.kvsa.de

>> Praxis >> Vertragsärztliche Tätigkeit
>> Qualität >> Qualitätsmanagement als PDF-Dokument zum Download bereit.

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



Fehler- und Ereignisdokumentation
MUSTER

Formblatt
2.1.3 / 5.2.3

Praxisname und -logo _____

1. Dokumentation:
(Fehler, kritische und unerwünschte Ereignisse, Beinahe-Schäden, Schäden und Beschwerden)

Was war das Ereignis? Was ist wann passiert? Wer war beteiligt?

Kontext: Prävention Diagnosestellung Organisation (Schnittstellen/ Kommunikation)
 nichtinvasive Maßnahmen invasive Maßnahmen (Diag/ Therapie)

Patient (falls betroffen): _____ Alter: _____ w m

Kam der Patient zu Schaden? nicht anwendbar (kein Pat. beteiligt) nein
 minimaler Schaden/ Verunsicherung des Pat. schwer
 passagerer Schaden: leicht - mittel schwer
 Dauerschaden: leicht - mittel schwer Tod

2. Auswertung und Ableitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen:

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?
 erstmalig jährlich monatlich täglich _____

Welche Faktoren tragen zu dem Ereignis bei?
 Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten)
 Ausbildung und Training
 Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
 Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
 Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)
 Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
 Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)
 Medikation (Medikamente beteiligt?)
 Sonstiges: _____

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

3. Ereignis abgeschlossen:
 Im Team besprochen: _____ (Datum, Unterschrift) und
 Beteiligte* informiert: _____ (Datum, Unterschrift)
 (* z. B. Beschwerdeführer, Patient, Angehöriger, Zuweiser, Krankenkasse, KV)

Dateiname: 2.1.3 (1) Fehler- und Ereignisdokumentation (00-0).doc Seite: 1 von 1
 erstellt: _____ am: _____
 geprüft und freigegeben: _____ am: _____
 © Deutscher Ärzte-Verlag. Alle Rechte vorbehalten.

Quellenhinweis:
 Die Ereignisdokumentation lehnt sich an das Online-Berichtsmuster des Berufs- und Landesverbands der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin (www.kvsa.de) an. Es ist eine gemeinsame Initiative von Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenzentralen Bundesärztekongress (KBV) und wird vom Institut für Qualität in der Medizin (IQM) betreut.

QEP®-Dokument: 2.5.3 (1) Fehler- und Ereignisdokumentation