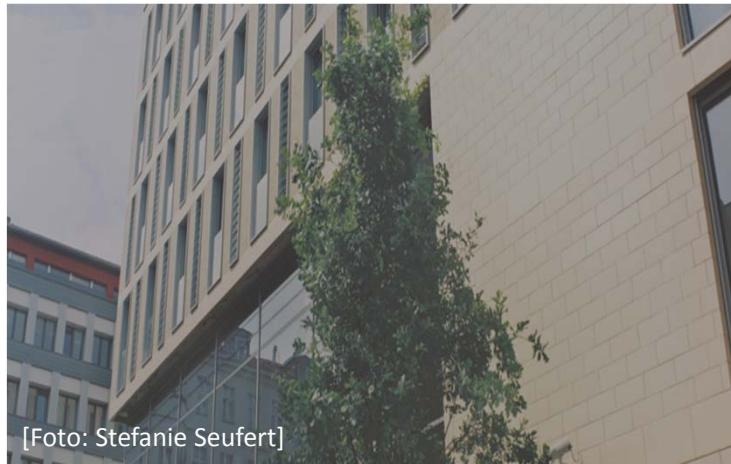


ÄRZTEKAMMER BERLIN



[Foto: Stefanie Seufert]

Sicherheitskultur

Symposium Vivantes Klinikum am Friedrichshain,
30. Juni 2018, Berlin

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, Chirurg



BILD,
Donnerstag,
28. Februar 2008

Ärzte-Fehler

 Klemme vergessen Prof. Matthias Rothmund (65), Marburg	 Keine Hilfe gerufen Prof. Christel Bienstein (56), Witten/Herdecke	 Harnleiter verletzt Prof. Joachim Dudenhausen (64), Berlin	 Knie verwechselt Prof. Bertil Bouillon (50), Witten/Herdecke	 Falsches Antibiotikum Dr. Günther Jonitz (49), Berlin	 Lunge angestochen Dr. Marita Eisenmann-Klein (60), Regensburg
---	--	---	---	--	--

Donnerstag, 28. Februar 2008 50/9 0,50 € 4 1979420100508 4 0 0 0 0

Erstmals sprechen Mediziner über ihr Versagen!

Sie sind die mutigsten Ärzte in einer Branche, die sich für ihre eigenen Fehler nicht verantworten will. Mit der Aktion wollen wir deutschen Kliniken zeigen, dass es möglich ist, sich für eigene Behandlungsfehler zu entschuldigen und sie für mehr Qualität in Ihren Einrichtungen zu sorgen. - S. 3

FOTO: ULSTEIN, ALBROFOTO, KEK, MICHEL, GUTDORFF, LARF, SPA, FRANK SEITLBERG, VISUM



Handlungsbedarf:

Die Medizin wird komplexer.

Die Patienten werden älter,
anfälliger und anspruchsvoller.



Handlungsbedarf:

Die Rahmenbedingungen
für gute Medizin
werden schlechter.



Risikofaktor Personalmangel !!

„Wenn wir auf Intensivstationen die Zahl der Intensivschwestern von 5 auf 4 reduzieren, erhöht sich die Zahl der Infektionen um 23%.“

Prof. Dr. N. N., ÄD einer Uniklinik, März 2012



Handlungsmöglichkeiten:

Wissen im Umgang mit Fehlern nimmt zu

Organisations- und Kommunikationsmängel statt „individuelle Schuld“

→ „Was“ war schuld, nicht „wer“ war schuld!

Neue Verfahren zur Fehlervermeidung stehen zur Verfügung

Fehlerlernsysteme (CIRS), Fortbildungen, Schulungen, Zertifizierung, u.a.

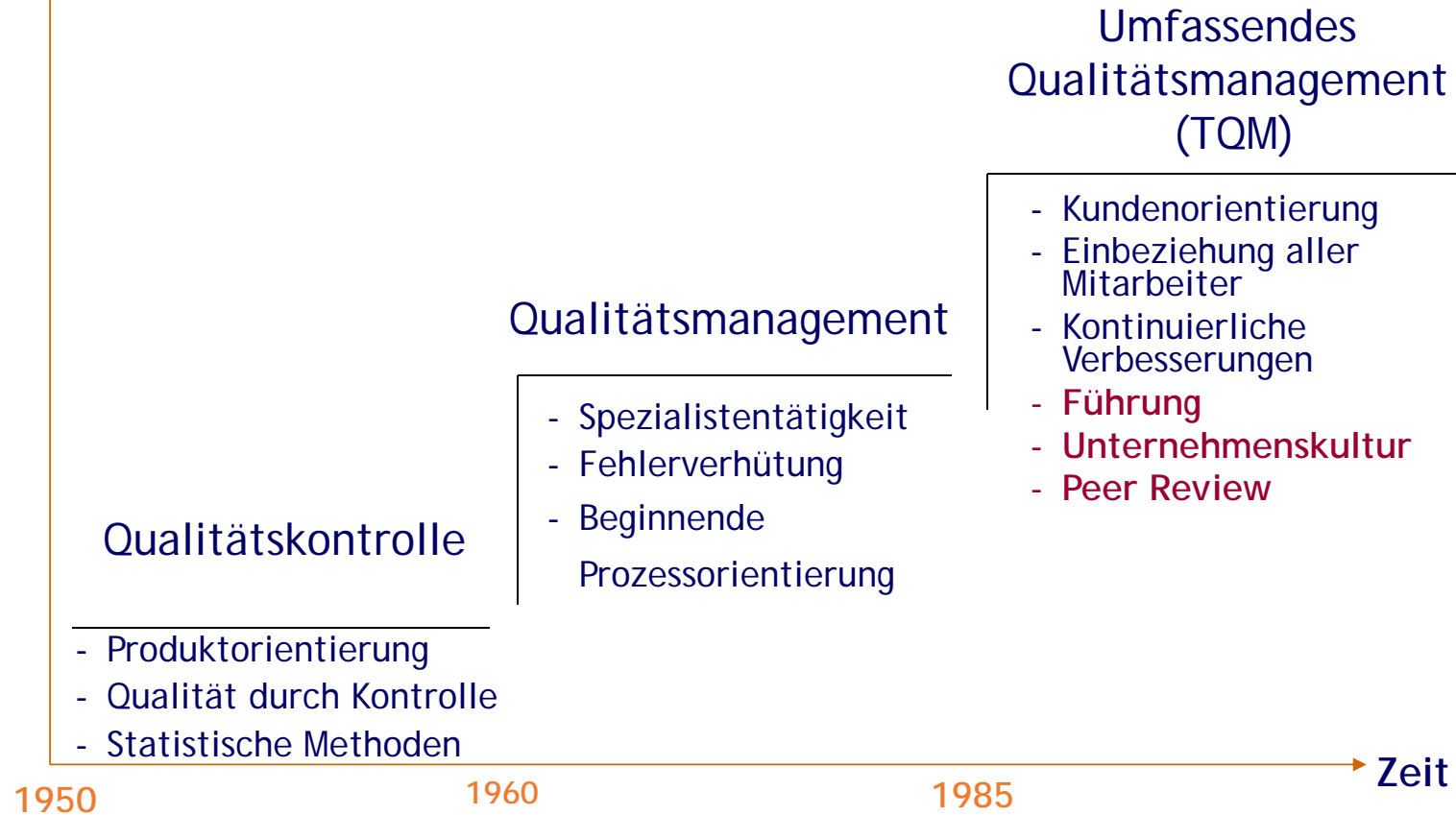
Politische Einsicht zur konkreten und **gemeinsamen Handlung** ist vorhanden

BÄK, **KBV**, AWMF, GKV, DKG, Patientenvertreter, Pflege, APS, **BMG**, WHO, EU



Qualität

Entwicklung der Qualitätskonzepte in Industrie und Wirtschaft



„Weiche Faktoren“

bestimmen „harte Qualität“ .

Die **Führung** bestimmt die
Unternehmenskultur.

*Je besser die Unternehmenskultur ist,
desto besser ist die Qualität des erstellten
Produktes oder der erbrachten
Dienstleistung.*



„TQM ist eine Führungsmethode, die auf der Mitwirkung aller Mitglieder einer Organisation basiert.

Die Führung wird so ausgerichtet, daß alle Mitarbeiter tatsächlich die Möglichkeit haben, mitzuwirken.

Qualität wird letztlich durch die Menschen des Unternehmens erzeugt;

nur wenn das Umfeld stimmt, können sie ihre volle physische und psychische Energie in den Dienst des Kunden stellen“ .

Hummel, Malorny, TQM, Hanser Verlag 1997



...“alte Denke“!

„Früher hatten wir auf eine Stelle
fünf Bewerber.
Wem es nicht passte,
der konnte gehen“

*Prof. Dr. S.
Generalsekretär einer großen deutschen Fachgesellschaft,
~Jahr 2000*



Zitat:

**„Meine Assistenten arbeiten
14 Stunden am Tag
und was sie in ihrer Freizeit machen
geht mich nichts an.“**

Ordinarius für Unfallchirurgie einer Universität in Süddeutschland,
Ende der 90er Jahre



Der ärztliche Heldentyp:

Ferdinand Sauerbruch

*„...das ist der ganze Forßmann,
schwankend und unentschlossen, jeder Zoll
ein Internist! Für einen richtigen Chirurgen
gibt es nur eins:
Operieren, operieren, operieren!“*

Aus „Selbstversuch“ von Werner Forßmann, Düsseldorf 1972



**„Der arische Arzt herrscht über die Krankheit,
der jüdische Arzt dient dem kranken
Menschen“ .**

aus: „Nicht mißhandeln“ ,
Krankenhaus Moabit 1933-1945



Zitat:

„Der Gipfel ist aber die abschätzigste Aussage zur Kündigung der opt-out-Regelung durch die Assistenten der Chirurgie. Es handele sich um "B-Kräfte", die sowieso überflüssig wären und man könne auch Neger einstellen um die Stationsarbeit zu leisten.

Außerdem sei klar, dass "die" nicht mehr in den OP kommen.

Ich möchte zu einem Klinikchef und besonders zum ärztlichen Direktor aufschauen können und von ihm lernen, in diesem Fall bin ich aber zunehmend entsetzt und desillusioniert“.

Ärztlicher Kollege in einer viszeralchirurgischen Abteilung eines kommunalen Krankenhauses in
Berlin 2014



*„Dabei steht fest,
daß hierarchisch geführte Diskussionen
(Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt)
wenig dazu beitragen können,
das Verhalten ärztlicher Mitarbeiter
positiv zu beeinflussen.*

*Autoritäres Verhalten,
verbunden mit negativen Anreizen,
wird immer dazu führen,
aufgetretene Probleme nicht auszuweisen.“*

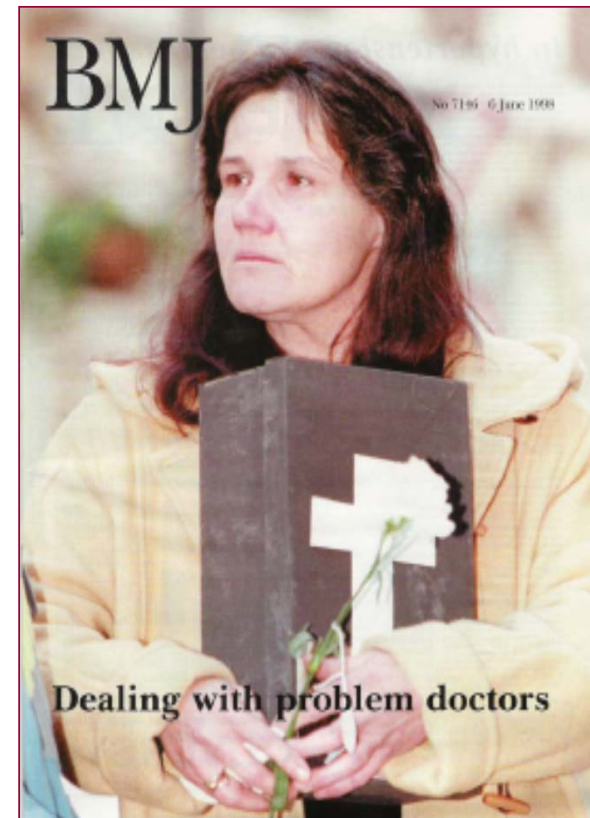
Prof. Dr. Eichhorn, DKI, Mitteilungen des BDC 8/1992



„Dealing with Problem Doctors: The Bristol Case“

Zwei Kinderherzchirurgen mit jahrelang
zehnfach höherer Mortalitätsrate
in der englischen Stadt Bristol
1984 - 1995

- „Mangelnde Führung und Teamwork“
- „Keine systematische Orientierung an der Qualität der Behandlung“
- „Eine ‚club culture‘ ergab ein Machtungleichgewicht; zu viel Macht in der Hand von sehr wenigen.“
- „Das Wohl der Kinder stand nicht an erster Stelle.“
- „Schlechte Organisation!“



http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090811143822/http://www.bristol-inquiry.org.uk/final_report/the_report.pdf



Führung!



Patientensicherheit ist Führungsaufgabe!!!

Es geht um Verantwortung und Strategie



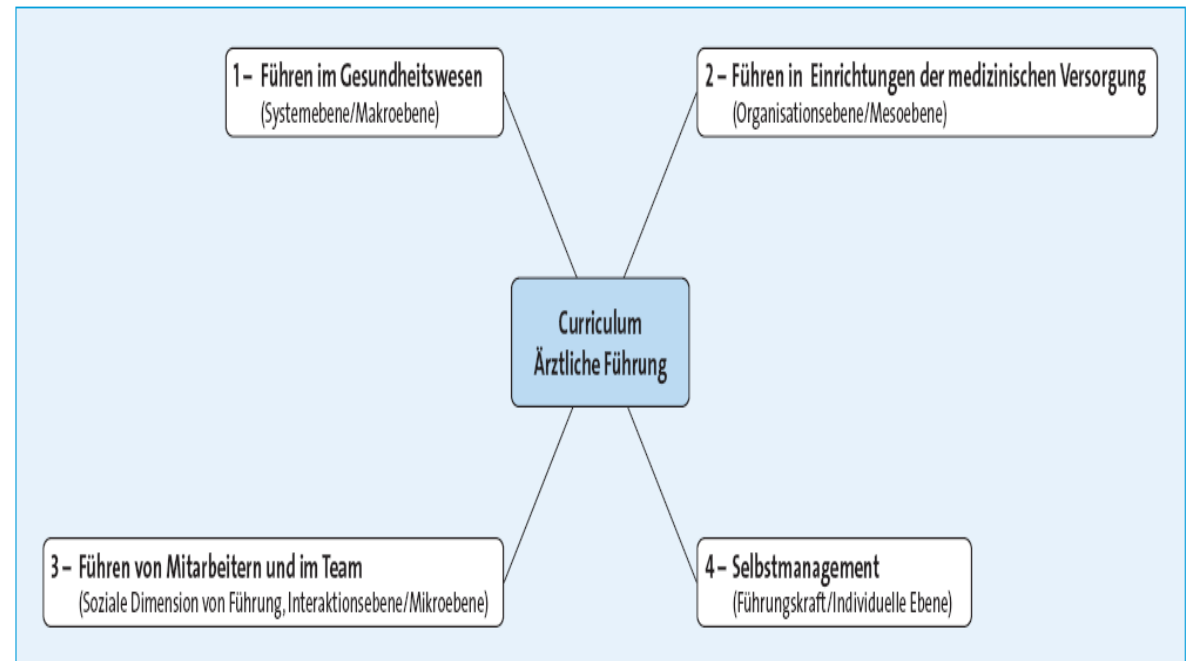
Führung und Risiko - gutes Teamverhalten

Nach Adjustierung von Patientenrisiken zeigte sich,
dass das **Risiko einer Komplikation inkl. Tod für Patienten**
etwa **fünfmal höher** ist, wenn sie von einem Team operiert werden,
das in allen Domänen und während aller Phasen **selten oder nie „gutes Teamverhalten“**
aufweist gegenüber solchen Teams,
die dies während aller Phasen und in allen Domänen immer oder häufig praktizieren.

Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT et al.
Surgical team behaviors and patient outcomes.
American journal of surgery. 2009 May;197(5):



Führung lernen!



Weiterbildungsordnung Ärztekammer Berlin
Richtlinie zur Beurteilung der
persönlichen Eignung eines Arztes/einer Ärztin
zur Leitung der Weiterbildung

Präambel

... Sein Persönlichkeitsprofil weist daher neben überdurchschnittlichem Fachwissen und Berufserfahrung im Sinne der methodischen Kompetenz insbesondere eine **erhöhte soziale Kompetenz** auf.

Hierzu gehören Eigenschaften einer guten Führungskraft wie **Kommunikationsfähigkeit, Moderationsfähigkeit, Kreativität, Beharrlichkeit, Entscheidungskompetenz und Einfühlungsvermögen.**

Erst diese Eigenschaften befähigen ihn, den Weiterzubildenden zu motivieren, durch entsprechende selbstverantwortliche Eigenleistungen den persönlichen Weiterbildungserfolg zu sichern.

Die Richtlinie wurde von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 15.05.02 erlassen.



Sicherheitskultur!



„You must choose
between
fear or safety“

Don Berwick

1st Ministerial Summit on Patient Safety

March 2016, London



[Foto: G. Jonitz]



1999: ‚Irren ist menschlich!‘

November 1999

INSTITUTE OF MEDICINE
Shaping the Future for Health

**TO ERR IS HUMAN:
BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM**

Health care in the United States is not as safe as it should be—and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies. Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

Medical errors can be defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Among the problems that commonly occur during the course of providing health care are adverse drug events and improper transfusions, surgical injuries and wrong-site surgery, suicides, restraint-related injuries or death, falls, burns, pressure ulcers, and mistaken patient identities. High error rates with serious consequences are most likely to occur in intensive care units, operating rooms, and emergency departments.

Beyond their cost in human lives, preventable medical errors exact other significant tolls. They have been estimated to result in total costs (including the expense of additional care necessitated by the errors, lost income and household productivity, and disability) of between \$17 billion and \$29 billion per year in hospitals nationwide. Errors also are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals. Patients who experience a long hospital stay or disability as a result of errors pay with physical and psychological discomfort. Health professionals pay with loss of morale and frustration at not being able to provide the best care possible. Society bears the cost of errors as well, in terms of lost worker productivity, reduced school attendance by children, and lower levels of population health status.

A variety of factors have contributed to the nation's epidemic of medical errors. One oft-cited problem arises from the decentralized and fragmented nature of the health care delivery system—or "nonsystem," to some observers. When patients see multiple providers in different settings, none of whom has access to complete information, it becomes easier for things to go

Errors...are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals.



- Der Erfolg medizinischer Behandlung ist von der Leistungsfähigkeit des Einzelnen UND von der **Qualität der Arbeitsorganisation** abhängig!
- Systemblick, statt Blick auf das Versagen von einzelnen!
- Schwachstellen in der Organisation und fehleranfällige Prozesse identifizieren und verbessern!
- Abläufe so gestalten, dass es den Beteiligten **leicht fällt, fehlerfrei zu handeln!**



Quelle: <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>

PatientSafe Network

implementing effective safety solutions

Non-technical skills refer to general **cognitive and social skills** that allow one to, among other things, monitor a situation, make decisions, **take a leadership role, communicate and co-ordinate actions within a team**, in order to achieve high levels of safety and efficiency.

There is growing awareness that non-technical skills are essential for competent practice and improved patient outcomes.

<http://www.psnetwork.org/know-youre-human/>



Oberstes Ziel!

Änderung der „**Sicherheitskultur**“

=

Umgang mit Fehlern und Beinahe-Fehlern

Nicht „**wer** war schuld“, sondern „**was** war schuld“?



Sicherheitskultur?

'it's what you do when nobody's looking'

~Sicherheitskultur zeigt sich daran, wie gehandelt wird, wenn keiner hinschaut.~

Selbstverständnis/Grundhaltung, die sich in täglicher Praxis widerspiegelt:

- Offenes Besprechen von Problemen oder "vertuschen"?
- Vertrauen oder Angst?
- Lösungsorientierung oder Sanktionen
- ...



Safety culture: What is it and how do we monitor and measure it?

A summary of learning from a Health Foundation roundtable

Event report
March 2013



Fragebogen zur **SICHERHEITSKULTUR**

Deutsche Version des „Hospital Survey of Patient Safety Culture“
(ohne demographische Items)

Der in den USA, für eine Befragung von Mitarbeitern konzipierte Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPS) ist im Rahmen einer Schweizer Studie durch die Eidgenössische Technische Hochschule (ETH) Zürich für den deutschsprachigen Raum adaptiert worden. Die deutschsprachige Mitarbeiter-Version des HSOPS wurde im Institut für Patientensicherheit (IfPS) des Uniklinikums Bonn an den Sprachgebrauch in Deutschland angepasst.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Tanja Manser
Dr. Antje Hammer, Dipl. Soziologin

Institut für Patientensicherheit (IfPS)

Stiftsplatz 12
53111 Bonn

Tel.: +49/ (0)2 28 / 73 83 43

E-Mail: antje.hammer@ukb.uni-bonn.de

Web: <http://www.ifpsbonn.de>

Copyright: IfPS, Bonn)



A Ihre Abteilung/Klinik

Kreuzen Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen über Ihre Abteilung/Klinik zustimmen oder nicht.

stimme überhaupt nicht zu stimme nicht zu teils-teils stimme zu stimme voll zu

A1	Die Mitarbeitenden in dieser Abteilung/Klinik unterstützen einander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Wir verfügen über ausreichend Personal, um das Arbeitspensum zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Wenn ein hohes Arbeitspensum erfüllt werden muss, arbeiten wir als Team zusammen, um alles erledigen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Die Mitarbeitenden in dieser Abteilung/Klinik nehmen Rücksicht aufeinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Das Personal in dieser Abteilung/Klinik macht mehr Überstunden, als für das Patientenwohl gut ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Wir sind aktiv, um die Patientensicherheit zu erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Wir setzen mehr Aushilfspersonal/Zeitarbeiter ein, als im Sinne des Patientenwohls vertretbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Die Mitarbeitenden haben das Gefühl, dass ihnen ihre Fehler zur Last gelegt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A9	In dieser Abteilung/Klinik haben Fehler zu positiven Veränderungen geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Kreuzen Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen über Ihre Abteilung/Klink zustimmen oder nicht.	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils-teils	stimme zu	stimme voll zu
A10	Es ist pures Glück, dass in dieser Abteilung/Klink keine schwerwiegenden Fehler passieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A11	Wenn ein Bereich in dieser Abteilung/Klink überlastet ist, helfen andere aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A12	Wenn ein Ereignis (z.B. ein Fehler) gemeldet wird, entsteht der Eindruck, dass die betreffende Person kritisiert wird, während das Problem ungeachtet bleibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A13	Wenn wir Veränderungen zur Erhöhung der Patientensicherheit umgesetzt haben, überprüfen wir deren Wirksamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ A14	Wir arbeiten „am Limit“ und versuchen, zu viel in zu kurzer Zeit zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A15	Die Patientensicherheit wird niemals vernachlässigt, um mehr Arbeit erledigen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A16	Die Mitarbeitenden sind besorgt, dass von ihnen gemachte Fehler in ihrer Personalakte vermerkt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A17	Wir haben in dieser Abteilung/Klink Probleme mit der Patientensicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A18	Unsere Abläufe und Strukturen eignen sich gut zur Vermeidung von Fehlern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>









B Ihre direkte Vorgesetzte/Ihr direkter Vorgesetzter						
Geben Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen über Ihre direkte Vorgesetzte/Ihren direkten Vorgesetzten zustimmen oder nicht.		stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils-teils	stimme zu	stimme voll zu
B1	Meine direkte Vorgesetzte/mein direkter Vorgesetzter findet lobende Worte, wenn sie/er sieht, dass eine Aufgabe gemäß der bestehenden Richtlinien (Standards und Leitlinien) durchgeführt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Meine direkte Vorgesetzte/mein direkter Vorgesetzter nimmt Vorschläge des Personals zur Erhöhung der Patientensicherheit ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Sobald Druck entsteht, verlangt meine direkte Vorgesetzte/mein direkter Vorgesetzter ein schnelleres Arbeitstempo, selbst wenn dadurch Dinge abgekürzt oder ausgelassen werden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Meine direkte Vorgesetzte/mein direkter Vorgesetzter übersieht Probleme im Bereich Patientensicherheit, die immer wieder auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C Kommunikation

Wie häufig kommen folgende Situationen in Ihrer Abteilung/Klinik vor? Kreuzen Sie bitte an.		nie	selten	gelegentlich	meist	immer
C1	Wir erhalten Rückmeldung zu Veränderungen, die aufgrund von gemeldeten Ereignissen (z.B. Fehlern) umgesetzt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C2 Die Mitarbeitenden äußern sich offen, wenn sie etwas bemerken, das sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Wir werden über Ereignisse (z.B. Fehler), die in dieser Abteilung/Klinik vorkommen, informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C4 Die Mitarbeitenden hinterfragen offen Entscheidungen oder Handlungen von vorgesetzten Personen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C5 In dieser Abteilung/Klinik diskutieren wir, wie das erneute Auftreten eines Ereignisses (z.B. eines Fehlers) vermieden werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C6 Die Mitarbeitenden trauen sich nicht, Fragen zu stellen, wenn sie den Eindruck haben, dass etwas nicht stimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



F Ihr Krankenhaus		stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils- teils	stimme zu	stimme voll zu
	F1 Die Krankenhausleitung schafft ein Arbeitsklima, das die Patientensicherheit fördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F2 Die verschiedenen Abteilungen/Kliniken im Krankenhaus stimmen sich nicht gut miteinander ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F3 Bei Patientenverlegungen von einer Abteilung/Klinik in eine andere gehen Informationen verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F4 Es besteht eine gute Kooperation zwischen den Abteilungen/Kliniken, die zusammenarbeiten müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F5 Während des Schichtwechsels gehen oft wichtige Patienteninformationen verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F6 Oft ist es unangenehm, mit Personal aus anderen Abteilungen/Kliniken zusammenzuarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F7 Beim Austausch von Informationen zwischen verschiedenen Abteilungen/Kliniken entstehen häufig Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F8 Die Handlungen der Krankenhausleitung zeigen, dass Patientensicherheit höchste Priorität hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F9 Die Krankenhausleitung scheint sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für den Patienten stattgefunden hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F10 Die verschiedenen Abteilungen/Kliniken im Krankenhaus arbeiten gut zusammen, um die Patienten bestmöglich zu versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F11 Schichtwechsel sind für die Patienten in dieser Abteilung/Klinik problematisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



G Nutzung von Berichtssystemen						
G0 Gibt es in Ihrer Abteilung/Klinik ein Berichtssystem (z.B. Fehlermeldesystem, Incident Reporting System, CIRS)?						
ja	nein	für mich nicht beantwortbar				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
G1 Wie viele Ereignisberichte haben Sie in den vergangenen 12 Monaten ausgefüllt und abgegeben?						
keine Ereignisberichte	1-2 Ereignisberichte	3-5 Ereignisberichte	6-10 Ereignisberichte	11-20 Ereignisberichte	21 oder mehr Ereignisberichte	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



BMJ Open Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review

Jeffrey Braithwaite, Jessica Herkes, Kristiana Ludlow, Luke Testa, Gina Lamprell

Results The search strategy identified 2049 relevant articles. A review of abstracts using the inclusion criteria yielded 204 articles eligible for full-text review. Sixty-two

Kultur ist relevant!!

Conclusions Synthesised, although there was no level 1 evidence, our review found a consistently positive association held between culture and outcomes across multiple studies, settings and countries. This supports the argument in favour of activities that promote positive cultures in order to enhance outcomes in healthcare organisations.



Sicherheitskultur

kann man messen



Patientensicherheit als nationales Gesundheitsziel!



<http://gesundheitsziele.de/>

Fokus der AG:

- Sicherheitskultur fördern!
- Patientensicherheits-Kompetenz steigern!



Kommunikation!





Reden rettet Leben

**Aus Schaden wird man klug -
das gilt auch in der Medizin**

VON ANKE NOLTE

Noch vor wenigen Jahren undenkbar: Ärzte und Pflegende berichten offen über Fehler. Doch nur aus Fehlern, die man als solche erkennt, kann man lernen - und sie in Zukunft vermeiden. Heute setzen sich immer mehr Ärzte und Pfleger dafür ein, dass über Irrtümer gesprochen wird - zum Wohle der Patienten. Dafür sind sie auch bereit, über eigene Fehler zu sprechen. So wie diese drei mutigen Vertreter ihrer Zunft:

FOTO: © TIM PANNELL/CORBIS

67

66

Readers Digest 10/11!!



Kommunikation!



REDEN IST GOLD

Kommunikation nach einem Zwischenfall


AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Grundsätzliches

1. Schriftliche Handlungsanweisung für die Vorgehensweisen nach Zwischenfall?
2. Mitarbeiter für die Kommunikation nach Zwischenfall geschult?

Checkliste für gravierende Zwischenfälle

1. Akute Folgenbegrenzung für den Patienten und evtl. Schadensabwehr für weitere Patienten eingeleitet?
2. Gespräch mit dem Patienten/Angehörigen
 - a. Gesprächsvorbereitung?
 - b. Wer, wann, wo?
 - c. Gesprächsdokumentation?
 - d. Ansprechpartner benannt, Folgegespräche terminiert?
 - e. Hinweis auf Beistand und externe Stellen erfolgt?
3. Evtl. Folgebehandlung organisiert?
4. Dokumentation und Analyse des Zwischenfalls
 - a. Wer und wie?
 - b. Sicherung von beteiligten Geräten/Produkten?
5. Einbezug/Information wichtiger Beteiligter:
Leitung, relevante Mitarbeiter, Versicherer, Rechtsbeistand, zuständige Behörden, Kostenträger, evtl. weitere?
6. Adäquater Umgang mit beteiligten Mitarbeitern
 - a. Beteiligung an der Zwischenfallanalyse?
 - b. Entlastung/psychologische Unterstützung?
7. Information der Öffentlichkeit
 - a. Erforderlich?
 - b. Wer, was, wann, wie, externe Unterstützung?

Checkliste!



*„Als langjähriger ehemaliger
Chefarzt der Unfallchirurgie
neige ich nicht zur Unsicherheit,...*

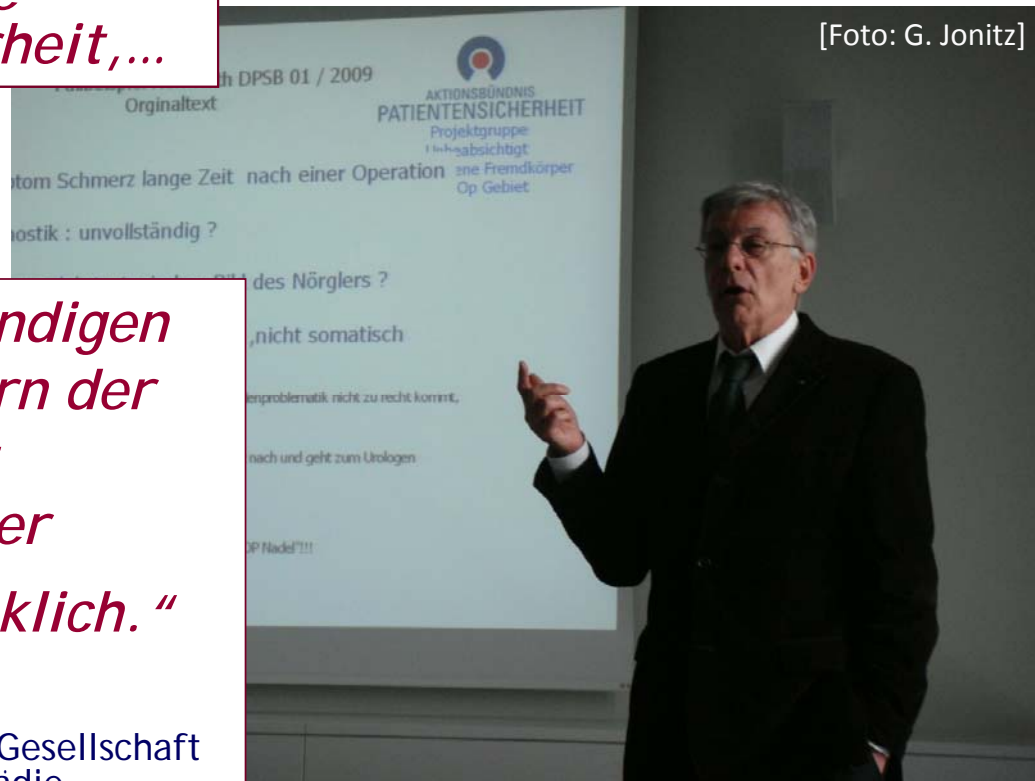
*...aber nach einem 4stündigen
Gespräch mit Vertretern der
Notgemeinschaft
Medizingeschädigter
wurde ich sehr nachdenklich.“*

Prof. Dr. Siebert

Ehem. Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft
für Unfallchirurgie und Orthopädie

Ehem. stellv. Vorsitzender des APS

11. März 2009



Versorgungspraxis??

20.09.2010

Assistenz bei eiligen Kaiserschnitten

Liebe Kollegen,

ich danke für Ihre und die Bereitschaft Ihrer Mitarbeiter, uns bei Notfällen, eiligen Kaiserschnitten, zu unterstützen. Da zur Zeit nur noch ein diensthabender Gynäkologe im Hause ist, muss auch vor Eintreffen des Oberarztes mit einem eiligen Kaiserschnitt begonnen und das Kind zügig entwickelt werden. Die EE-Zeit, Zeit von der Entscheidung zur Eiligen Sectio bis zur Entwicklung des Kindes, darf nicht mehr als 20 Minuten betragen. Hierzu benötigen wir Unterstützung von einem operativen Kollegen.

Ich darf Ihren Mitarbeitern nochmals anbieten, bei einem Kaiserschnitt oder mehreren geplanten Kaiserschnitten zu assistieren, um den Ablauf der OP zu sehen. Sicher ist es für Ihre Mitarbeiter auch interessant. Glücklicherweise müssen sie sich nicht

seiten in Anspruch nehmen müssen; wenn dies je nach Bedarf sein sollte.
Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie Ihre Mitarbeiter

Ich verbleibe mit freundlichem Gruß und bestem
Gedanken an Sie,
[Redacted Signature]

Chefarzt

Betreff: Assistenz bei eiligen Kaiserschnitten im [Redacted]

Sehr geehrter Prof. [Redacted],
mit Kopie in alle Arztfächer wurden die orthopädischen Ärzte am 27.9.2010 davon in Kenntnis gesetzt, dass es eine Absprache der Chefarzte gegeben habe. Im Falle einer eiligen Sectio den inzwischen einzigen diensthabenden Gynäkologen bis zum Eintreffen des Oberarztes operativ zu unterstützen. Mit Schreiben vom 20.9.2010 bedankt sich Herr PD Dr. [Redacted] bei den angesprochenen Mitarbeitern der Chirurgie, Orthopädie und Urologie für deren Bereitschaft zur Unterstützung.

Bei einer so tiefgreifenden Neuerung der Organisation bedarf es doch etwas mehr, als der sehr oberflächliche Information aus dem "Dankschreiben" von Dr. [Redacted]. Es geht daraus nicht hervor, ob Tagdienst oder Bereitschaftsdienst gemeint ist. Oder ob dies alles nur für die Wochenendtage gilt. Das Angebot, einmal bei einem geplanten Kaiserschnitt zu assistieren, löst die organisatorischen Probleme im seltenen Notfall keinesfalls.
Insbesondere vor dem Hintergrund des bereits eingetretenen CIRS-Falles, bei dem der zur Hilfe gerufene Urologe den Weg in den Kreissaal nicht gefunden hat, ist eine genaue Verfahrensanweisung bei solchen eiligen Sectiones bei denen ja "jede Minute zählt" unabdingbar. Es muß festgelegt werden, wer ruft wann, wann über welches Telefon wohin zur Hilfe. Das bisherige Procedere erscheint unprofessionell und haftungsrechtlich bzgl. des Eintretens eines Schadensfalls bei Mutter oder Neugeborenem höchst problematisch.

Eine reguläre Dienstweisung der beteiligten Chefarzte an ihre Assistenten mit exakter Verfahrensanweisung ist nötig!

Ich bitte dringend, dies intern zu diskutieren und vor dem nächsten Notfallsectio-Ereignis zu installieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. [Redacted]






Vorwort

Nach den Curricula für „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Ärztliche Führung“ sowie dem Curriculum und dem Leitfaden zum „Ärztlichen Peer Review“ stellt die Bundesärztekammer mit dem „Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen“ einen weiteren Baustein zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung bereit.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) sind ein Instrument des Risiko- und Qualitätsmanagements von Gesundheitseinrichtungen, mit dem besondere Behandlungsverläufe, unerwünschte Ereignisse, Todesfälle u.ä. systematisch aufgearbeitet werden können. Das Ziel ist dabei, gemeinsam Schwachstellen – vor allem in klinischen Prozessen – zu identifizieren und Verbesserungsmaßnahmen daraus abzuleiten und umzusetzen.

M&MK haben im Rahmen der Weiterbildung von Ärzten, vor allem im englischsprachigen Raum, eine lange Tradition. In Deutschland wird das aus den klinischen Fallkonferenzen in Krankenhäusern hervorgegangene Instrument seit einigen Jahren „wiederentdeckt“. Diesen Trend gilt es zu befördern, insbesondere unter den Vorzeichen sich immer weiter zuspitzender Arbeitsbedingungen des klinischen Alltags, der von Personalknappheit und Arbeitsverdichtung geprägt ist. Gleichzeitig wächst in Politik und Gesellschaft auch weiterhin der Anspruch an eine immer leistungsfähigere und perfektere Medizin. Ebenso sind Forderungen nach mehr Transparenz, Partizipation, Qualitätsorientierung und effektivem Risikomanagement allgegenwärtig. Das notwendige Bewusstsein für eine patientenorientierte Sicherheitskultur kann weder angeordnet noch von heute auf morgen flächendeckend implementiert werden. Ein Kulturwandel erfolgt schrittweise. Der vorliegende Leitfaden „Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen“ soll zu dieser Schrittfolge einen Beitrag leisten.

Wir wünschen diesem Leitfaden in diesem Sinne eine wirkungsvolle Verbreitung und seinen Anwendern nicht nur viel Erfolg, sondern auch Freude und Inspiration, welche mit der Erprobung neuer oder der Verbesserung bewährter Instrumente stets verbunden sein sollte.


Dr. med. Günther Jonitz


Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Das System

*„We have good people
in bad systems
and good people
in bad systems
will fail“*

Don Berwick

Ehem. Dir. des Institutes for Healthcare Improvement, USA

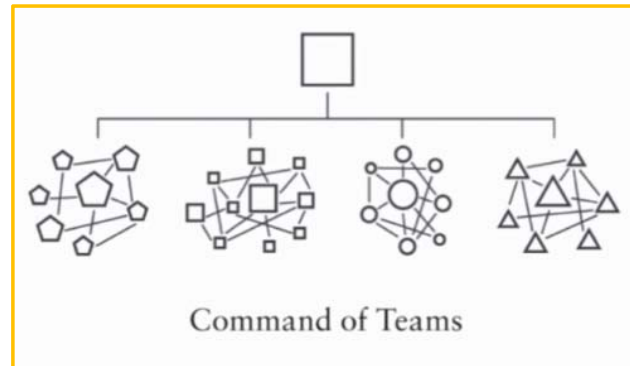
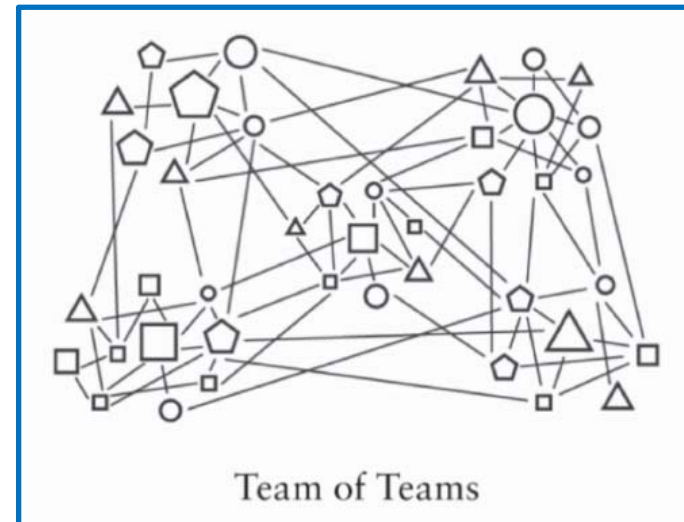
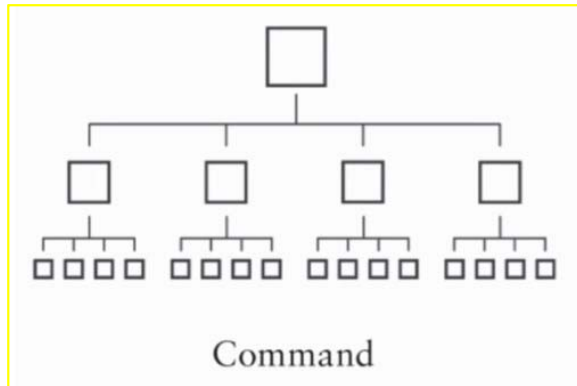


Foto: privat,
Ministerial Summit London, März 2016



PatientSafe Network

implementing effective safety solutions



<https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>



Patient Safety II - be positive!

„Learning from Excellence“

Birmingham Children's Hospital



*“Safety in healthcare has traditionally focused on avoiding harm by learning from error. This approach may miss opportunities **to learn from excellent practice**. Excellence in healthcare is highly prevalent, but there is no formal system to capture it. We tend to regard excellence as something to gratefully accept, rather than something to study and understand.*

Our preoccupation with avoiding error and harm in healthcare has resulted in the rise of rules and rigidity, which in turn has cultivated a culture of fear and stifled innovation. It is time to redress the balance.”

<http://learningfromexcellence.com/>

Birmingham Children's Hospital, Warwick Business School et al

Thanks to Adrian Plunkett MD



Der erste Nachahmer ist der Entscheidende

**Der Chef muss den Anfang machen
und Vorbild sein.**

Der nächste, der ebenfalls aus dem Schatten des Tabus tritt,
löst die Nachahmer aus.

Seien Sie Vorbild und Anführer!

Ihre Ärztekammer unterstützt Sie gerne!!

<https://www.youtube.com/watch?v=V74AxCqOTvg&feature=youtu.be>





„Sie sind die mutigsten Ärzte Deutschlands...“

Herzlichen Dank!

g.jonitz@aekb.de

Paradigmenwechsel der „Sicherheitskultur“ auf nationaler Ebene

