



# CIRS *forte*

## Ergebnisse und Empfehlungen

Abschlussveranstaltung 20.05.2020 15 Uhr – Dr. Beate Müller

# Dr. med. Beate Müller

---

Projektleiterin CIRSforte

Leiterin Arbeitsbereich Patientensicherheit

Institut für Allgemeinmedizin

Goethe-Universität Frankfurt am Main

# Agenda

---

1. Hintergrund
2. Projektablauf
3. Ergebnisse
4. Ausblick
5. Empfehlungen

# 1. Hintergrund

---

# Warum CIRSforte?

---

- Fehler passieren auch in Arztpraxen.
- Strukturiertes Fehlermanagement beugt kritischen Ereignissen vor.
- Für das organisationale Lernen sind Fehlerberichts- und Lernsysteme (Critical Incident Reporting Systems = CIRS) essentiell.
- Es gibt einrichtungsinterne CIRS und einrichtungsübergreifende CIRS.
  - „Fehlerpatient“ in der Praxissoftware
  - [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de), [www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de), [www.cirs-nrw.de](http://www.cirs-nrw.de)
- Arztpraxen müssen CIRS seit 2016 nutzen. <sup>1, 2</sup>
- Unklar: Wie können CIRS effektiv und praktikabel eingesetzt werden?
- Darum: CIRSforte!

1: Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA. Dezember 2015.

2: Hart D. Patientensicherheit im Medizin- und Gesundheitsrecht. *Medizinrecht*. 2019;37:509–18.

# Eckdaten CIRSforte

---

**Ziel:** Entwicklung eines Konzepts zur Einführung und Nutzung von CIRS in Vertragsarztpraxen

**Förderung:** Innovationsfonds (FKZ 01VSF16021)

**Laufzeit:** April 2017 bis März 2020

Konsortialführung:



Konsortialpartner:



Kooperationspartner:



# Projektbeirat

---

- **Verband der Ersatzkassen e.V.:** Dr. M. Kluxen
- **Hessisches Ministerium für Soziales und Integration:** Dr. C. Winten
- **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe:** H. Loskill
- **Verband medizinischer Fachberufe e.V.:** B. März, S. Haiber
- **Hausärzteverband Westfalen-Lippe:** A. Richter
- **Stiftung Patientensicherheit Schweiz:** Prof. Dr. D. Schwappach
- **OptiMedis AG:** Dr. H. Hildebrandt
- **Agentur Deutscher Arztnetze:** Dr. V. Wambach, Dr. T. Koch

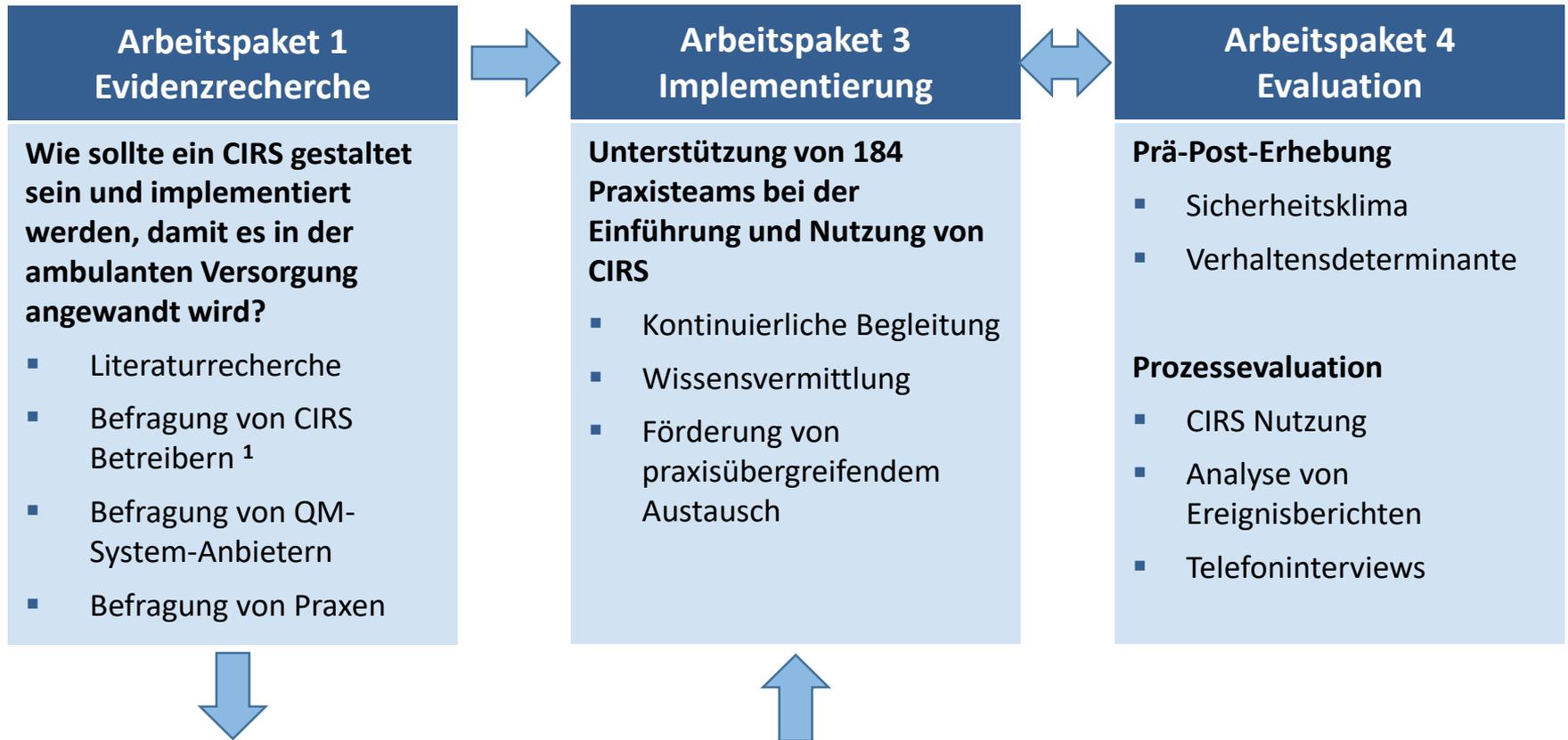
# „CIRSforte“

---

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

## 2. Projektablauf

---



**Arbeitspaket 2  
Handlungsempfehlung**

**„Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.“**

- Interdisziplinäre Arbeitsgruppe des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)



1: Höcherl A et al. (2020) **Characteristics of Critical Incident Reporting Systems in Primary Care: An International Survey.** Journal of Patient Safety.

# Limitationen

---

## 1. Machbarkeitsstudie

- Betreuungsintensive Studie mit einer kleinen Anzahl Praxen, Repräsentativität ist nicht das Ziel
- Konzeptentwicklung, nicht Testung eines etablierten Konzepts
- Schafft die Grundlage für Umsetzung in der Fläche

# Limitationen

---

## 2. Rückgriff auf **validierte Evaluationsinstrumente** soweit vorhanden

- **Sicherheitsklima:**

Hoffmann B et al. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric properties. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:797–805.

- **Psychosoziale Verhaltensdeterminanten:**

Lengerke T von, Lutze B, Krauth C, Lange K, Stahmeyer JT, Chaberny IF. Promoting Hand Hygiene Compliance. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2017;114:29–36.

- **Analyse von Ereignisberichten:**

Hibbert PD, Thomas MJW, Deakin A, Runciman WB, Braithwaite J, Lomax S, et al. Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *Int J Qual Health Care* 2018.

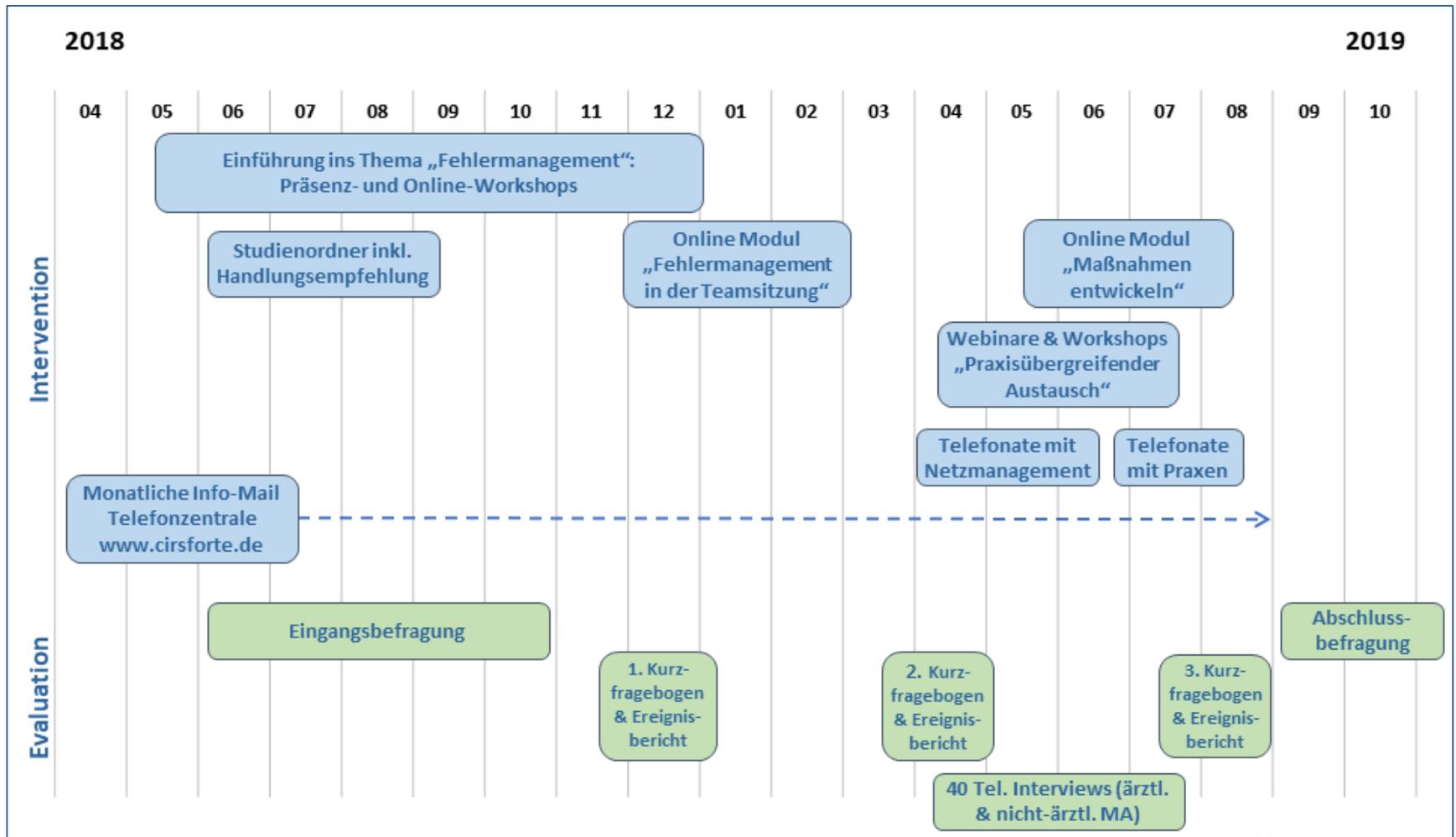
# Limitationen

---

## 3. Freiwilligkeit

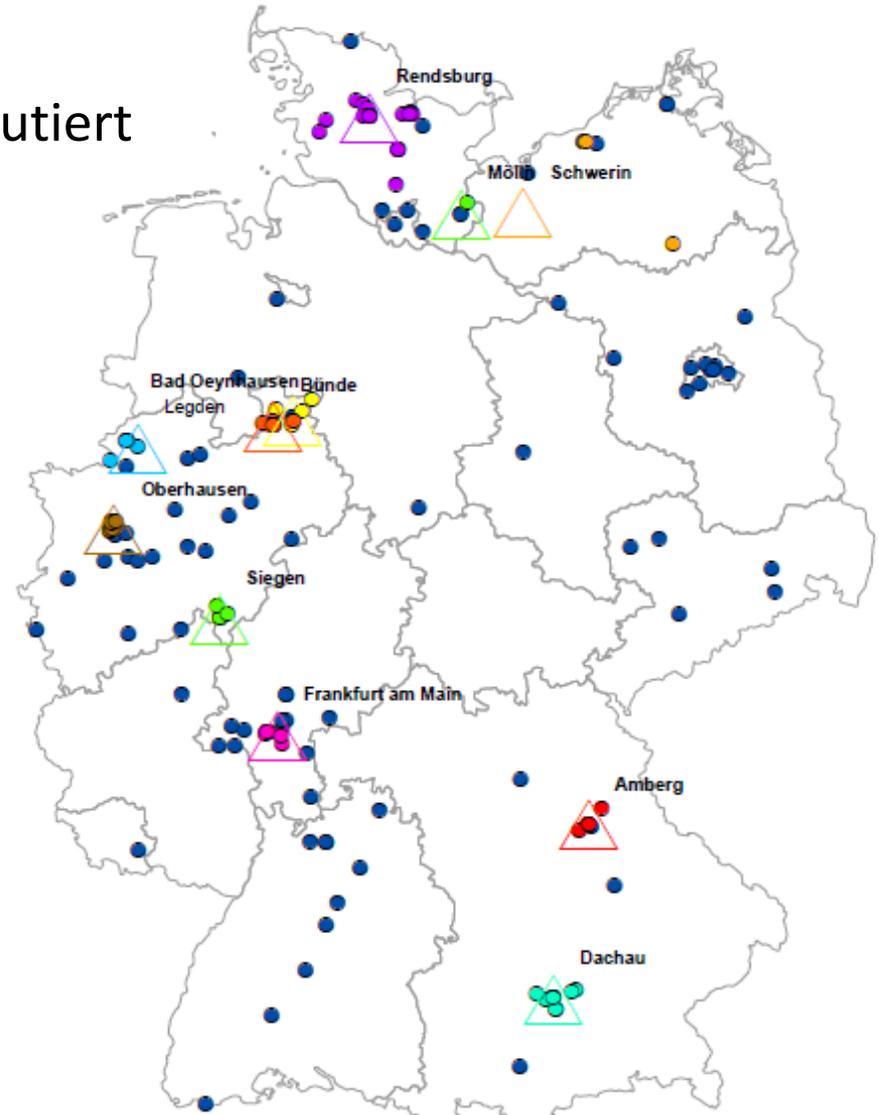
- Pflicht: Einführungsworkshop
- Kür: alles Weitere (weitere Unterstützungsmaßnahmen und Evaluation)

# Studienablauf



# Teilnehmende Praxen

- 184 Praxen deutschlandweit rekrutiert
  - 100 Praxen aus 11 Verbänden
  - 84 solitäre Praxen
- Teilnahme zurückgezogen
  - **5 Praxen (2,7%)**
- Bis zum Schluss dabei
  - **179 Praxen (97,3%)**



# 3. Ergebnisse

---

# Ergebnis 1/7

---

**Mit stetiger externer Begleitung wird in den Praxen Fehlermanagement erfolgreich umgesetzt.**

	Beginn (N = 121)	Ende (N = 114)
Fehlerberichtssystem vorhanden	45%	<b><u>91%</u></b>
Fester TOP „kritische Ereignisse“ in Teamsitzung	83%	<b><u>95%</u></b>

# Ergebnis 1/7

---

**Mit stetiger externer Begleitung wird in den Praxen Fehlermanagement erfolgreich umgesetzt.**



[www.cirsforte.de](http://www.cirsforte.de)



Telefonzentrale



Info-Mails



Handlungsempfehlung



Einführungsworkshops (vor Ort & Online)



Vertiefende e-learning-Module



Workshops zum Austausch (vor Ort & Webinare)

# Ergebnis 1/7: Von den Praxen angenommene Maßnahmen

---

**Mit stetiger externer Begleitung wird in den Praxen Fehlermanagement erfolgreich umgesetzt.**



Info-Mails <sup>1</sup>



Handlungsempfehlung <sup>1</sup>



Einführungsworkshops (vor Ort & Online) <sup>1, 2</sup>



Workshops zum Austausch als Webinare <sup>3</sup>

1: [www.cirsforte.de](http://www.cirsforte.de) / [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)

2: Weißbarth B et al. (2019) **Online-Workshop: Fehlermanagement für Praxisteam. Konzeption, Implementierung und Evaluation.** Zeitschrift für Allgemeinmedizin 95(10): 387-393

3: Müller BS et al. (2020) **Fehlermanagement per Webinar: mit innovativen Medien zu mehr Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung.** Poster. 21. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Basel, Schweiz

# Ergebnis 2/7

---

**Sich über patientensicherheitsrelevante Ereignisse über Praxisgrenzen hinweg auszutauschen, stärkt das praxisinterne Fehlermanagement.**

## **Rückmeldung zum Einführungsworkshop:**

*„Da haben wir uns auch auseinandergesetzt, wie zum Beispiel 'Was kann man da und da machen?', haben wir auch Tipps mitgenommen. War auch schon ganz gut, da zu sein und mit anderen Kolleginnen und Kollegen darüber zu sprechen, was für Vorschläge man hat und was für Lösungen, alles Mögliche.“ (M08, 68)*

# Ergebnis 2/7

---

**Sich über patientensicherheitsrelevante Ereignisse über Praxisgrenzen hinweg auszutauschen, stärkt das praxisinterne Fehlermanagement.**

**Webinare mit praxisübergreifendem Austausch über Fehler:**

85% der Teilnehmenden nahmen konkrete Tipps für die eigene Praxis mit

# Ergebnis 3/7

**Praxisteams benötigen weitere Kompetenzen im Bereich Patientensicherheit.**

	Beginn	Ende	Zunahme signifikant?
<b>Ich weiß, wie</b> ich ein kritisches Ereignis aufarbeite und Maßnahmen zur Vorbeugung ableite. (Skala 1-5)	3,83	4,17	Ja

	Beginn MW (SD)	Ende MW (SD)	N	p-Wert	Effektstärke (Partielles Eta-Quadrat)
<b>Ich weiß, wie... (s.o.)*</b>	3,83 (0,48)	4,17 (0,42)	123	0,000**	0,292**

Legende: MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

\*Antwortmöglichkeiten: 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu)

\*\*Unterschied der Mittelwerte T0/T1 ist statistisch signifikant

\*\*\*Die Effektstärke gilt als Maß für die Stärke eines Phänomens (Eta<sup>2</sup> bis 0,01: kleine Effektgröße; Eta<sup>2</sup> 0,01 bis 0,06: mittlere Effektgröße, Eta<sup>2</sup> ab 0,14: große Effektgröße).

# Ergebnis 4/7

---

**Es braucht eine verantwortliche Person innerhalb des Praxisteam.**

- 70 % der Praxen benannten eine für Fehlermanagement zuständige Person
- Häufig QM-Beauftragte/r oder Praxismanager/in
- Aus Praxissicht sehr hilfreich

# Ergebnis 5/7

**Aus Patientenschäden kann besonders gelernt werden.**

Wichtig: Lernen durch präventive Maßnahmen

Maßnahmen- stärke \ Patienten- schaden	Kein Schaden		Mild / Moderat / Schwer	
	n	%	n	%
Stark	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>3,5</b>
Mittelstark	14	12,9	7	12,3
Schwach	76	70,4	40	70,2
Keine Maßnahme	18	16,6	8	14,0
Gesamt	<b>108</b>	100,0	<b>57</b>	100,0

# Ergebnis 5/7

---

**Aus Patientenschäden kann besonders gelernt werden.**

## Ereignisse ohne Patientenschaden

- Fehlende Unterschrift auf Rezept, in der Apotheke aufgefallen
  - Nächstes Mal *besser aufpassen!*
- Urinprobe verwechselt, noch in der Praxis aufgefallen
  - Im Team wurde *besprochen*, wie Proben kontrolliert werden

# Ergebnis 5/7

---

**Aus Patientenschäden kann besonders gelernt werden.**

## Ereignisse mit tatsächlichem Patientenschaden

- Amiodaron ein Jahr zu lang verordnet, Hyperthyreose als Folge
  - *Neue Spalte im Medikationsplan* für das End-Datum einer Anordnung
- Patientin setzte sich auf einen Stuhl, der rollte weg und die Patientin fiel auf den Boden.
  - Ein *neuer Stuhl* - ohne Rollen - wurde sofort bestellt

# Ergebnis 6/7

---

**Praxisintern werden kritische Ereignisse in der Regel vertraulich statt anonym berichtet.**

*"Anfänglich haben wir das gemacht anonym. Haben gesagt okay, es muss jetzt keiner seinen Namen dahinter schreiben. Es hat sich aber so herausgestellt, dass das dann doch so, also in so einer Praxis doch so offensichtlich ist, dass es sinnvoll ist, dass jeder einfach kurz sein Kürzel schreibt und dann sagt 'Das und das ist mir aufgefallen'." (A 20, 12)*

# Ergebnis 6/7

**Praxisintern werden kritische Ereignisse in der Regel vertraulich statt anonym berichtet.**

	<b>Beginn</b>	<b>Ende</b>	<b>Zunahme signifikant?</b>
<b>Sicherheitsklima Gesamtscore</b> (Skala 1-5)	3,43	3,56	Ja

	<b>Beginn MW (SD)</b>	<b>Ende MW (SD)</b>	<b>N</b>	<b>p-Wert</b>	<b>Effektstärke (Partielles Eta-Quadrat)</b>
<b>Sicherheitsklima Gesamtscore*</b>	3,43 (0,26)	3,56 (0,30)	129	0,000**	0,193***

Legende: MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

\*Antwortmöglichkeiten: 1 bis 5, vereinfacht: je höher der Wert, umso „besser“ wird das Sicherheitsklima empfunden

\*\*Unterschied der Mittelwerte T0/T1 ist statistisch signifikant

\*\*\*Die Effektstärke gilt als Maß für die Stärke eines Phänomens (Eta<sup>2</sup> bis 0,01: kleine Effektgröße; Eta<sup>2</sup> 0,01 bis 0,06: mittlere Effektgröße, Eta<sup>2</sup> ab 0,14: große Effektgröße).

# Ergebnis 7/7

---

**Einrichtungsübergreifende CIRS werden in der ambulanten Versorgung wenig genutzt.**

*„Das ist dieser eine Klick, wo man halt reingeht. Das ist halt einfach nur, der Praxisablauf hier in der Praxis bringt es nicht dazu, dahin zu klicken.“ (M8, 96)*

*„Was ich gar nicht nutze ist dieses, dass man Fehler aus anderen Praxen sich durchliest und dann daraus schlussfolgert, also was da im Internet angeboten ist oder sowas. Das ist aber einfach eine Zeitfrage. Das ist jetzt nicht so das Thema, was ich doll finde.“ (A38)*

# Ergebnisse: CIRSforte Fazit

---

## Fehlermanagement

**stärkt das Sicherheitsklima,  
ist praxistauglich umsetzbar und  
in der Implementierung skalierbar.**

**Und:**

**Für eine Verstetigung von Berichts- und  
Lernsystemen in der ambulanten  
Versorgung braucht es Veränderungen.**

# 4. Ausblick

---

# Wie geht es weiter mit CIRSforte?

---

## ▪ Anschlussprojekt bis Ende 2020

### – Ziele

- Weiterentwicklung der Produkte, sodass sie über CIRSforte hinaus auf alle Arztpraxen übertragen werden können
- Überarbeitung der Website [www.cirsforte.de](http://www.cirsforte.de) und Veröffentlichung des Produktportfolios

### – Finanzierung

Kassenärztliche Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein, Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt, Aktionsbündnis Patientensicherheit

### – Projektleitung

- APS, Ansprechpartnerin: Dagmar Lüttel
- Unterstützung bei Anfragen zur Implementierung

# 5. Empfehlungen

---

# CIRSforte White Paper

---



**CIRSforte**

**Ergebnisse und Empfehlungen  
des Innovationsfonds-Projektes CIRSforte  
zur Stärkung der Patientensicherheit  
in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung**

Ein White Paper für Gesundheitspolitik,  
Fachöffentlichkeit und weitere interessierte Personen  
aus der Gesundheitsversorgung

# CIRSforte White Paper

Für eine Verstetigung von Fehlermanagement in der ambulanten Versorgung mithilfe von Berichts- und Lernsystemen braucht es Veränderungen.

## Ergebnis CIRSforte:

## Deshalb empfehlen wir:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | Mit stetiger externer Begleitung wird in den Praxen Fehlermanagement erfolgreich umgesetzt.  | Fehlermanagement in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kontinuierlich, flächendeckend unterstützen (Institutionelle Kontinuität).  |
| 2 | Sich über patientensicherheitsrelevante Ereignisse über Praxisgrenzen hinweg auszutauschen, stärkt das praxisinterne Fehlermanagement. | Strukturelle Bedingungen zur Förderung von einrichtungs- und sektorenübergreifenden Austausch für Praxisteams schaffen, z. B. durch explizite Förderung im Rahmen der SGB V §87b und §140a Regelungen. |
| 3 | Praxisteams benötigen weitere Kompetenzen im Bereich Patientensicherheit.  | Patientensicherheit muss prüfungsrelevant werden im Medizinstudium und in der Ausbildung medizinischer Fachberufe.   |
| 4 | Es braucht eine verantwortliche Person innerhalb des Praxisteams.  | Geschultes Personal, wie z. B. Patientensicherheitsbeauftragte, für die Umsetzung von Fehlermanagement einsetzen (Spezialwissen Patientensicherheit).  |
| 5 | Aus Patientenschäden kann besonders gelernt werden.  | Das Berichten und Aufarbeiten von Schadensfällen fördern, weil dies eine wertvolle Ressource für das Lernen darstellt.   |
| 6 | Praxisintern werden kritische Ereignisse in der Regel vertraulich statt anonym berichtet.  | Vertraulichkeit von Berichten in einrichtungsübergreifenden CIRS würdigen und fördern.   |
| 7 | Einrichtungübergreifende CIRS werden in der ambulanten Versorgung wenig genutzt.   | Einrichtungübergreifende Fehlerberichtssysteme weiterentwickeln, um alle Praxen für das regelhafte Lernen aus patientensicherheitsrelevanten Ereignissen zu gewinnen.                                  |

# CIRSforte White Paper

---

## Ergebnis CIRSforte:

## Deshalb empfehlen wir:

1

Mit stetiger externer Begleitung wird in den Praxen Fehlermanagement erfolgreich umgesetzt.

**Fehlermanagement in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kontinuierlich, flächendeckend unterstützen (Institutionelle Kontinuität).**

2

Sich über patientensicherheitsrelevante Ereignisse über Praxisgrenzen hinweg auszutauschen, stärkt das praxisinterne Fehlermanagement.

**Strukturelle Bedingungen zur Förderung von einrichtungs- und sektorenübergreifenden Austausch für Praxisteams schaffen, z. B. durch explizite Förderung im Rahmen der SGB V §87b und §140a Regelungen.**

3

Praxisteams benötigen weitere Kompetenzen im Bereich Patientensicherheit.

**Patientensicherheit muss prüfungsrelevant werden im Medizinstudium und in der Ausbildung medizinischer Fachberufe.**

# CIRSforte White Paper

---

## Ergebnis CIRSforte:

## Deshalb empfehlen wir:

4

Es braucht eine verantwortliche Person innerhalb des Praxisteam.

**Geschultes Personal, wie z. B. Patientensicherheitsbeauftragte, für die Umsetzung von Fehlermanagement einsetzen (Spezialwissen Patientensicherheit).**

5

Aus Patientenschäden kann besonders gelernt werden.

**Das Berichten und Aufarbeiten von Schadensfällen fördern, weil dies eine wertvolle Ressource für das Lernen darstellt.**

# CIRSforte White Paper

---

## Ergebnis CIRSforte:

## Deshalb empfehlen wir:

6

Praxisintern werden kritische Ereignisse in der Regel vertraulich statt anonym berichtet.

**Vertraulichkeit von Berichten in einrichtungsübergreifenden CIRS würdigen und fördern.**

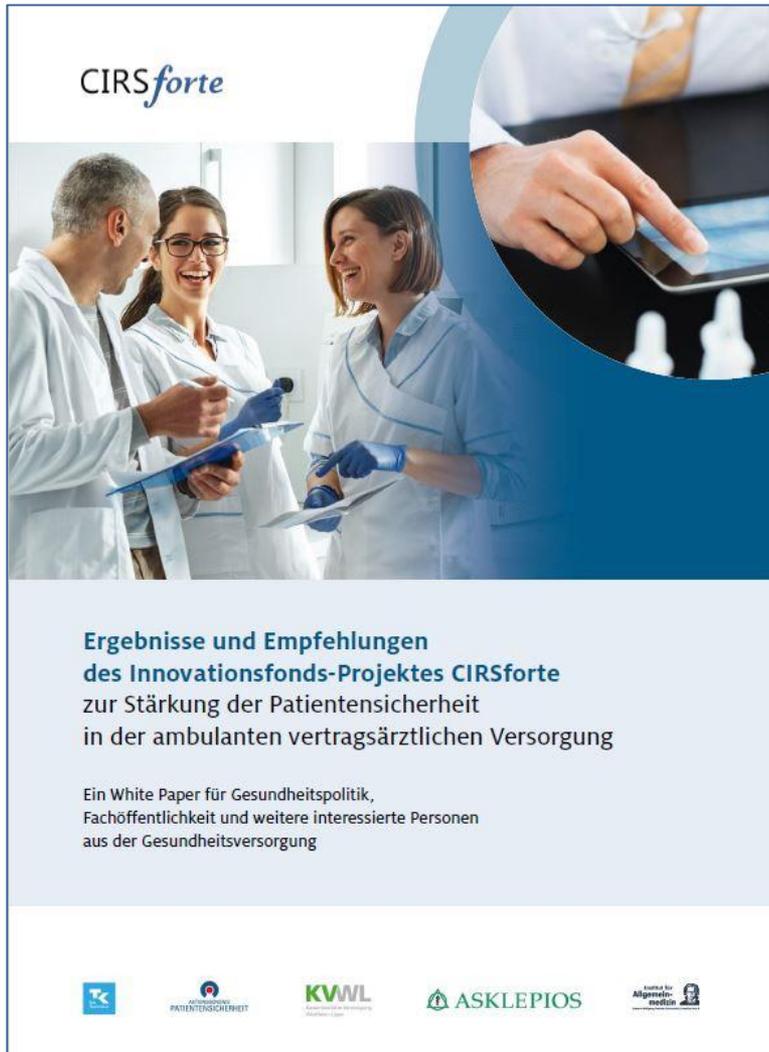
7

Einrichtungsübergreifende CIRS werden in der ambulanten Versorgung wenig genutzt.

**Einrichtungsübergreifende Fehlerberichts-systeme weiterentwickeln, um alle Praxen für das regelhafte Lernen aus patientensicherheits-relevanten Ereignissen zu gewinnen.**

# CIRSforte White Paper

---



[www.cirsforte.de](http://www.cirsforte.de)

# Vielen Dank! Fragen?

---

Dr. Beate Müller

Fon: 069-6301-7267

Mail: [b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:b.mueller@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

Projektteam:

Martin Beyer<sup>1</sup>, Tatjana Blazejewski<sup>1</sup>, Corina Güthlin<sup>1</sup>, Reiner Heuzeroth<sup>6</sup>,  
Kerstin Hofreuter-Gätgens<sup>3</sup>, Andreas Kintrup<sup>4</sup>, Dagmar Lüttel<sup>2</sup>, Hardy Müller<sup>3</sup>,  
Marina Pommee<sup>1</sup>, Katharina Rubin<sup>3</sup>, Andrea Sanguino Heinrich<sup>5</sup>,  
Romy Schadewitz<sup>5</sup>, Dania Schütze<sup>1</sup>, Christian Thomeczek<sup>5</sup>, Christina Trewendt<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Goethe Universität Frankfurt

<sup>2</sup> Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

<sup>3</sup> Techniker Krankenkasse

<sup>4</sup> Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

<sup>5</sup> Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

<sup>6</sup> Asklepios Kliniken GmbH