

Gemäß Auswahlstatistik sollten die Lösungen stimmen, alle Angaben dennoch ohne Gewähr.

Auswahl der Testfragen und Auswahlstatistik				
Zeilen ▾				
Anzahl ausgewählter Fragen	Richtig beantwortet	Falsch beantwortet	Angesehen, nicht beantwortet	Noch nicht angesehen
53	53	0	0	0

Bearbeitungsstand aller verfügbaren Fragen				
Zeilen ▾				
Anzahl aller Fragen	Richtig beantwortet	Falsch beantwortet	Angesehen, nicht beantwortet	Noch nicht angesehen
53	53	0	0	0

Frage 1: Ein Patient erhält zum ersten Mal das Antibiotikum Ciprofloxacin und erleidet eine heftige allergische Reaktion. Wie stufen Sie das Ereignis ein?

- Kritisches Ereignis
- Patzer
- Fehler
- Unerwünschtes Ereignis

Frage 2: Bewerten Sie, ob die folgende Aussage richtig oder falsch ist: "Ein Fehler ist eine korrekt ausgeführte, geplante Handlung mit unerwartetem Resultat".

- Falsch
- Richtig

Frage 3: Welche Aussage zum personenbezogenen Fehlermanagement trifft zu?

- Beim personenbezogenen Ansatz werden menschliche Fehlerursachen gesucht, beim systemischen werden Fehlfunktionen an Geräten analysiert.
- Das personenbezogene Fehlermanagement kommt am schnellsten zu zufriedenstellenden Ergebnissen.
- Beim personenbezogenen Ansatz wird vor allem nach einem Schuldigen gesucht, der den Fehler begangen hat.

- Der personenbezogene Ansatz ist für die Praxis am zielführendsten: Die fehlerverursachende Person kann schnell und einfach so geschult werden, dass sich der Fehler nicht wiederholt.

Frage 4: Was ist unter einer "Sicherheitskultur" zu verstehen?

- Die Sicherheitskultur einer Organisation ist ein Produkt der individuellen Werte, Verhaltensmuster, Kompetenzen und Haltungen, welche das Commitment zu organisationalen Gesundheits- und Sicherheitsprogrammen beschreiben.
- In hochentwickelten Ländern herrscht seit langem eine Kultur der Sicherheit, während in Entwicklungsländern die Kultur insbesondere durch die politische Instabilität geprägt wird. Dies wirkt sich auch auf die Patientensicherheit aus.
- Die Tatsache, dass unser Sicherheitsempfinden stark kulturell geprägt ist.
- Sicherheitskulturen existieren dort, wo keine Fehler gemacht werden.

Frage 5: Welche Aussage bzgl. der Nullfehlerkultur in Gesundheitsorganisationen ist richtig?

- Nur mit "Nullfehlerstrategien" können sichere Gesundheitssysteme entwickelt werden.
- Die Nullfehlerkultur ist lediglich in Disziplinen umsetzbar, die nicht mit Akutpatienten konfrontiert werden (z. B. Endokrinologie, Dermatologie etc...).
- Eine "Nullfehlerkultur" ist weitgehend unrealistisch, daher tragen Nullfehlerziele nicht dauerhaft zu besseren Systemen bei.
- Das Erreichen von "Nullfehlerprozessen" ist das strategische Ziel aller Gesundheitsorganisationen.

Frage 6: Wie unterscheidet sich die Fehleranalyse nach London Protocol von einer klassischen FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)?

- Die FMEA wird ausschließlich aus einer ingenieurwissenschaftlichen Perspektive heraus durchgeführt und verfolgt das Ziel verstärkter Automatisierung.
- Bei der Analyse nach London Protocol handelt es sich um einen systemischen Ansatz, bei der FMEA wird ein personenzentrierter Ansatz gewählt.
- Für eine Analyse nach London Protocol ist keine spezifische Qualifikation, während die FMEA ein zertifiziertes Verfahren darstellt, das nur durch entsprechend zertifizierte Auditoren durchgeführt werden darf.
- Im London Protocol wird eine reaktive Fehleranalyse angewandt, bei der FMEA handelt es sich um ein proaktives Verfahren.

Frage 7: Wofür steht "PDCA" im Qualitätsmanagement?

- Please-Double-Check-Actions!: Ein Aufruf, Crosschecks in der Medizin zu verwenden, um die Qualität der Handlungen nachhaltig zu verbessern. Das Schlagwort wird auch z. B. in der WHO Surgical Checklist angewandt.
- Plan - Do - Check - Act: Es handelt sich um einen Qualitätskreislauf, der einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess beschreibt.
- Patient-Doctor-Communication-Asset: Es handelt sich um eine Qualitätskennzahl, die anhand von validierten Indikatoren die Qualität der Arzt-Patienten Kommunikation erhebt. Der Begriff "Asset" soll die enorme Bedeutung der Kennzahl für die Patientensicherheit betonen.
- Promote-Define-Cumulate-Achieve: PDCA beschreibt einen Qualitätszyklus, der Qualität vor allem durch Brainstormings (Promote-Define-Cumulate) erreichen (achieve) möchte.

Frage 8: Welchen Stellenwert haben CIRS Systeme für die Patientensicherheit?

- CIRS Systeme sind eine Möglichkeit, um die Mitarbeiter einer Organisation zu sicherem Handeln zu "zwingen": Nach der Einführung eines solchen Systems werden Sicherheitsmängel harsch sanktioniert.
- CIRS Systeme haben potentiell einen hohen Nutzen für die Patientensicherheit: Ein weitreichender Schutz vor Sanktionen fördert das freiwillige Berichten von Zwischenfällen und ermöglicht so eine stetige Verbesserung der Patientensicherheitsmaßnahmen.
- CIRS Systeme eignen sich gut für organisationales Lernen und Prozessoptimierung. Sie ermöglichen so massive Kosteneinsparungen. Die Kosteneinsparungen gehen allerdings zu Lasten der Patientensicherheit.
- CIRS Systeme haben in Ländern, in denen die CIRS Daten gesetzlich geschützt sind, positive Auswirkungen auf die Patientensicherheit. In Deutschland ist dies nicht der Fall, daher sind sie eher schädlich für die Patientensicherheit.

Frage 9: Welche Maßnahmen eignen sich, um Medikationsfehler bei sog. "look alike & sound alike" Medikamenten zu verhindern?

- Ähnlich klingende oder aussehende Medikamente sollten in unterschiedlichen Darreichungsformen verabreicht werden, um Verwechslungen zu vermeiden. So kann z. B. Tramal als Tropfen, Trapanal hingegen als Injektionslösung verabreicht werden.
- Medikamente sollten grundsätzlich beim Handelsnamen genannt werden (z. B. Aspirin statt Acetylsalicylsäure), um die Verwechslungsgefahr zu minimieren.

- Räumlich getrennte Lagerung, farbkodierte Medikamentenettiketten und das Vier-Augen-Prinzip sowie das Bewusstsein über das look alike & sound alike können helfen, Verwechslungen zu verhindern.
- Für solche Medikamente sollten organisationsinterne Abkürzungen eingeführt werden, um die Verwechslungsgefahr zu minimieren.

Frage 10: Welcher Zeitpunkt gehört nicht zu den "5 moments for hand hygiene" der WHO?

- Nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung.
- Vor aseptischen Tätigkeiten.
- Vor Patientenkontakt.
- Nach dem Toilettengang.

Frage 11: Welche Elemente gehören zum Big 5 Konzept des Teamwork nach Eduardo Salas?

- Teamführung, Performanzmonitoring, Teamorientierung, Unterstützendes Verhalten, Anpassungsfähigkeit
- Anpassungsfähigkeit, Flexibilität, Ganzheitlichkeit, Linientreue, Fachexpertise.
- Teamführung, Aufgabenteilung, Strategie, Lösungsorientierung, Flexibilität
- Top-Down Führung, hohe Führungsspanne, enge Koppelung, Back-Up Systeme, Redundanz

Frage 12: Welche Aussage zu Mentalen Modellen in Bezug auf die Teamarbeit ist korrekt?

- Insbesondere junge, unerfahrene Teammitglieder verfügen noch über eine hohe Vorstellungskraft und entsprechend präzisen und vielfältigen Mentalen Modellen.
- Das Offenlegen der Mentalen Modelle aller Teammitglieder trägt zu effizienter Teamarbeit bei.
- Mentale Modelle sollten für die Teamarbeit zunächst keine Rolle spielen. Erst in Nachbesprechungen sollten diese diskutiert werden.
- In erfolgreichen Teams werden idealtypisch divergente Mentale Modelle arbeitsteilig bearbeitet

Frage 13: Was ist mit "Closed-Loop-Communication" gemeint?

- Bei der Closed-Loop-Communication nach E. Berne wird stets versucht, eine geschlossene Kommunikationsschleife zwischen Eltern-Ich und Kind-Ich zu erreichen.
- Die Closed-Loop-Communication bezieht sich auf Fachgespräche innerhalb einer Berufsgruppe (sog. D2D- oder Doctor-to-Doctor Gespräche).
- Die Closed-Loop-Communication ist eine Kommunikationstechnik, die Missverständnisse zwischen Sender und Empfänger durch Rückmeldungen vermeiden soll.
- Bei der Closed-Loop-Communication wird eine besondere Verschlüsselung genutzt, um die Datensicherheit (und damit die Patientensicherheit) zu gewährleisten, wenn Befunde an andere Abteilungen übermittelt werden.

Frage 14: Sie auskultieren die Lungen eines Patienten, der seit Tagen über Dyspnoe klagt. Sie sind sich nicht sicher, ob es sich bei dem Geräusch um ein Giemen oder eher ein feines Knistern handelt. Welches CRM Prinzip nutzen Sie, um Gewissheit zu erlangen?

- "Reevaluiere wiederholt": Ich informiere den Patienten, dass ich ihn in 15 Minuten noch einmal auskultieren werde, um den Zweifel zu beseitigen. Vermutlich ist der Befund nach einer gewissen Zeit klarer.
- "Nutze alle verfügbaren Informationen": Ich schaue in der Geschichte des Patienten nach, ob Hinweise auf eine COPD vorliegen, die das Giemen erklären würden. Auf diese Weise kann ich meinen Verdacht erhärten.
- "Kümmere Dich um den Patienten, nicht den Monitor": Ich überlege, welche Relevanz mein nicht ganz präziser Auskultationsbefund hat und entschieße mich deshalb, den Patienten symptomatisch zu behandeln. Sein Problem ist letztlich die Dyspnoe, die ich mit einer einfachen Sauerstoffgabe vermutlich schon behandeln kann.
- "Führe Crosschecks durch": Ich bitte den anwesenden Assistenzarzt, die Auskultation noch einmal selbst durchzuführen. Da ich mir unsicher bin, behalte ich meinen Verdacht zunächst für mich, um ihn nicht unbewusst zu beeinflussen.

Frage 15: Beurteilen Sie folgende Aussage: "Erfahrene machen weniger Fehler im Situationsbewusstsein, weil sie über reichere Mentale Modelle verfügen."

- Teils Richtig: Erfahrene machen weniger Fehler im Situationsbewusstsein. Das liegt allerdings nicht an reicheren Mentalen Modellen sondern vielmehr an der höheren Handfertigkeit die mit der Übung kommt.
- Teils Richtig: Erfahrene machen weniger Verständnis- und Antizipationsfehler. Wahrnehmungsfehler hingegen nehmen mit zunehmender Spezialisierung sogar tendentiell zu.

- Falsch: Erfahrene machen mehr Wahrnehmungsfehler und mehr Verständnisfehler, weil sie durch ihre soziale Stellung im Team keine oder weniger Kontrollinstanzen über sich haben.
- Richtig: Vor allem Wahrnehmungsfehler werden durch steigende Erfahrung signifikant seltener.

Frage 16: Welcher Aussage bzgl. der Teamperformanz stimmen Sie zu?

- Die Teamperformanz ist die Summe der Einzelperformanzen im Team.
- Die Teamperformanz setzt sich zusammen aus Aufgabenerfüllung (Taskwork) und Teamarbeit (Teamwork).
- Die Teamperformanz wird mit dem TPI (Team Performance Indicator) gemessen und kann Ausprägungen zwischen -1 und +1 annehmen.
- Die Teamperformanz hängt zu etwa 70 % von der Teamführung, zu 10 - 15 % von den Umgebungsbedingungen und nur zu 15 - 20 % von den Teammitgliedern ab.

Frage 17: Wofür steht das 10-für-10 Prinzip und wozu soll es dienen?

- 10 Sekunden für 10 Minuten: Damit ist eine kurze Teamauszeit gemeint, die dazu beitragen soll, im gesamten Team einen Status transparent zu machen, oder gemeinsam eine Entscheidung zu treffen.
- 10 Spritzen für 10 Medikamente: Das System wird in der Anästhesie benutzt, um die Medikamentenverwechslung auszuschließen. Für die 10 wichtigsten Narkosemedikamente wurden 10 unterschiedliche Spritzen (Farbe & Form) entwickelt. Selbst in großen Teams wissen so alle Mitglieder, welches Medikament in welcher Spritze ist.
- 10 Aufgaben für 10 Personen: Das System soll die Überlastung einzelner Teammitglieder vermeiden, indem pro Person nur maximal eine Aufgabe zu erfüllen ist.
- 10 Mann für 10 Mann: Das Prinzip greift das Sprichwort "Alle für Einen, Einer für Alle" auf und appelliert an gute Teamarbeit.

Frage 18: Was bezeichnet die sog. "Hypothesengesteuerte Wahrnehmung"

- Einen Wahrnehmungsmodus, den Fachexperten mit zunehmender Expertise entwickeln.
- Eine eingeschränkte Wahrnehmung, bei der vor allem das wahrgenommen wird, was erwartungsgemäß eintreffen wird.
- Eine Wahrnehmung, mit der neue Hypothesen gebildet werden.

- Eine verstärkte Wahrnehmung, die besonders gut dazu geeignet ist, z. B. Differentialdiagnosen gegeneinander abzuwägen.

Frage 19: Welcher der folgenden Aussagen zum Unterschied zwischen dem Personen- und dem Systemansatz zum Fehlermanagement können Sie zustimmen?

- Wird eine Fehleranalyse gemäß dem Personenansatz durchgeführt, werden die menschlichen Fehler gesucht. Beim systemischen Ansatz liegt der Fokus auf technischen Fehlern und Fehlfunktionen.
- Beim Systemansatz wird ein standardisiertes Analyseschema verwandt (z. B. Lake-Louis-Score), während beim Personenansatz individuelle Analyseprozesse verwendet werden.
- Der Personansatz konzentriert sich darauf, eine schuldige Person zu finden, während der Systemansatz Fehler als Verkettung mehrerer Faktoren auffasst.

Frage 20: Ein Patient mit akutem Myokardinfarkt erleidet durch die Analgesie mit Morphin in der Notaufnahme einen Atemstillstand. Wie würden Sie das Ereignis einordnen?

- Vermeidbares unerwünschtes Ereignis
- Kritisches Ereignis
- Fehler
- Unerwünschtes Ereignis

Frage 21: Was unterscheidet "Fehler" von "Patzern und Schnitzern"

- "Patzern und Schnitzern" sind wissensbasierte Fehler
- Fehler gehen immer mit einer Patientenschädigung einher
- "Patzern und Schnitzern" resultieren aus beabsichtigten Handlungen
- Fehler resultieren aus beabsichtigten Handlungen

Frage 22: (Lückentext):

Während **aktive Fehler** direkt von einem Individuum oder einem aktiven (handelnden) Team begangen werden (am "**scharfen** Ende" der Organisation) und unmittelbare Konsequenzen haben, sind **latente Fehler** durch verschiedene Mitglieder des Systems irgendwann in der Vergangenheit (am "**stumpfen** Ende" der Organisation) begangen worden.

Frage 23: Bitte markieren Sie die richtige der folgenden Aussagen:

- Das Teilen Mentaler Modelle reduziert deren Inhalt und erhöht so die Fehleranfälligkeit eines Teams.
- Durch geteilte Mentale Modelle wird das Verfolgen eines gemeinsamen Ziels erheblich erleichtert.
- Durch geteilte Mentale Modelle wird die Entscheidungsfindung erheblich verzögert. Zeitdringliche Entscheidungen sollten daher nicht mit Hilfe von Mentalen Modellen getroffen werden.
- Geteilte Mentale Modelle sind nur in interprofessionellen Teams notwendig, da dort alle Professionen vom selben Gegenstand sprechen sollten.

Frage 24: Bitte markieren Sie die richtige der folgenden Aussagen:

Das 10-für-10 Prinzip ist eine Strategie, mit der **geteilte** Mentale Modelle etabliert werden können und mit dessen Hilfe die **Wissensbestände** aller Teammitglieder für die Lösung eines Problems genutzt werden. 10-für-10 steht für "**10 Sekunden für 10 Minuten**": Teams nehmen sich z. B. bei unklaren Lagen, schwierigen Problemen oder bei wichtigen Entscheidungen 10 Sekunden Zeit um die **Vorgehensweise** für die nächsten 10 Minuten zu besprechen. Die Zeitangaben dabei sind **symbolisch** zu verstehen - es soll darum gehen, sich kurz Zeit zu nehmen um wichtige Entscheidungen mit Hilfe des gesamten Teams zu treffen.

Frage 25: Was ist unter der "Speak-Up" Regel im Rahmen guter Teamarbeit zu verstehen?

- "Speak-Up" soll ausdrücken, dass sich alle Teammitglieder laut äußern sollen, wenn Sie eine andere Sicht auf Entscheidungen und Erklärungen im Team haben.
- Durch den Verzicht auf dauernde Widerworte (Speak-Up) soll die Teamführung erleichtert werden.
- Durch "Speak-Up" sollen Entscheidungen der Teamführung gelobt werden.
- Patienten sollten vom Team aufgefordert werden, laut Bescheid zu geben, wenn sie eine Anweisung oder Frage nicht verstehen.

Frage 26: Systeme, mit deren Hilfe Fehler oder Zwischenfälle anonymisiert gemeldet werden können, werden üblicherweise mit einer 4-Buchstaben-Abkürzung benannt. Geben Sie diese bitte ein.

1. CIRS

Frage 27: Bitte markieren Sie die drei grundlegenden Dimensionen des Situation Awareness Modells nach Endsley (1995).

- Wahrnehmung
- Monitoring
- Vorausschau
- Kontrolle
- Feedback
- Verständnis

Frage 28: Welche der folgenden Aussagen bzgl. der Begriffe Teamwork und Taskwork ist korrekt?

- Die Begriffe Teamwork und Teamperformanz bezeichnen dasselbe Phänomen.
- Taskwork beinhaltet jede geschlossene Interaktion zwischen genau zwei Teammitgliedern.
- Unter dem Begriff Teamwork wird das Arbeitsergebnis einer Gruppe verstanden.
- Taskwork beinhaltet das Kennen, Verstehen und Durchführen einer Aufgabe.

Frage 29: Welche der folgenden Eigenschaften sind typisch für Akutteams in der Medizin?

- Akutteams arbeiten häufig nur für kurze Zeit zusammen.
- Akutteams sind häufig AdHoc Teams, d.h. sie formieren sich situativ.
- Akutteams setzen sich idealtypisch aus nur einer Profession zusammen.
- Akutteams setzen sich meist interprofessionell und aus verschiedenen Expertengruppen zusammen.
- Akutteams haben eine definierte Maximalgröße von 6 Mitgliedern.

Frage 30 (Lückentest):

Fehlerbarrieren können ein **Risiko darstellen**: Die zunehmende **Komplexität** kann die fehlerfreie Anwendung des Systems **schwieriger** machen und so zu mehr **Fehlerpotential** beitragen.

Frage 31: Wählen Sie die beiden Hauptursachen, die die Normal Accident Theorie für die Fehlerentstehung in Systemen nennt:

- Komplexität des Systems
- Wichtigkeit des Systems
- Koppelung zwischen Systemelementen
- Qualität des eingesetzten Materials
- Anzahl der beschäftigten Personen
- Aktualität der eingesetzten Maschinen

Frage 32: Wofür steht die Abkürzung HRO im Kontext des Fehlermanagements?

- Hilfe- und Rettungsorganisation
- Human Resource Optimization
- Hochrisikoorganisation
- High Reliability Organization

Frage 33: Was ist mit einer confirmation bias gemeint?

- Die sog. "Ja-Sage-Tendenz" in der Sozialwissenschaft: Wir widersprechen ungerne und akzeptieren selbst unpräzise Aussagen eher, als das wir sie verbessern.
- Die Tendenz, selbst offensichtliche Befunde durch eine (objektiv betrachtet unnötige) spezielle Untersuchungsmethode bestätigen zu lassen um rechtlichen Konsequenzen vorzubeugen.
- Das Dilemma, dass bei zeitdringlichen Fragen entsteht: Soll z. B. ein Patient sofort behandelt werden, obwohl eine leichte Unsicherheit in der Therapie besteht, oder soll lieber die Behandlung verzögert werden, um den Therapieplan durch eine zweite Meinung bestätigen zu lassen?
- Die Neigung, Informationen so auszuwählen, dass sie unseren Erwartungen entsprechen.

Frage 34: Wann können Sie das FORDEC Akronym anwenden?

- FORDEC steht für "Fight or restrict dosage explicated complications". Ich wende ihn an, um Dosierungsfehler (insbesondere in der Pädiatrie) zu vermeiden.

- FORDEC ist ein Akronym, das eine Merkhilfe für die strukturierte Übergabe von Patienten darstellt. Ziel ist die Vermeidung von Informationsverlusten.
- FORDEC steht für "facts, organisation, recommendation, doable, experience, check" und ist ein aus der Industrie übernommenes Akronym zur Vermeidung von Organisationsverschulden. Ich würde es Anwenden, um z. B. eine Chemotherapie zu planen.
- FORDEC ist ein Akronym, das wesentliche Elemente für eine gute Entscheidungsfindung enthält. Ich würde die FORDEC also für eine saubere Entscheidungsfindung heranziehen.

Frage 35: Sie machen ein Praktikum auf der Notfallstation. In der Nacht von Freitag auf Samstag wird ein 45 jähriger Patient bewusstlos eingeliefert. Sie kennen den Herren schon, da er in den letzten 4 Wochen bereits 5 Mal bewusstlos eingeliefert wurde. Der Patient ist schwerster Alkoholiker und verlässt stets am nächsten Tag die Klinik. Wie verhalten Sie sich, um Ihr mentales Modell der Situation optimal zu nutzen?

- Ich blende meine Erfahrungen mit dem Patienten aus und untersuche ihn wie jeden anderen Patienten.
- Ich nutze meine gemachten Erfahrungen und untersuche den Patient spezifisch auf Verletzungen, die er sich aufgrund seiner Trunkenheit evtl. zugezogen hat.
- Ich behalte mögliche Folgen der Alkoholabhängigkeit im Hinterkopf, untersuche den Patienten aber dennoch systematisch und versuche insbesondere Differentialdiagnosen gründlich abzuklären.
- Ich bin mir bewusst, dass ich den Patienten nicht objektiv untersuchen kann und gebe die Versorgung an einen Kollegen ab.

Frage 36: Welche der folgenden Maßnahmen werden häufig für die Messung & Verbesserung der Patientensicherheit eingesetzt?

- DRGs
- Executive Walkrounds
- M&M Konferenzen
- Qualitätsmanagement
- Lean Management

Frage 37: Welcher Aussage bezüglich der Sicherheitsmessung innerhalb einer Organisation können Sie zustimmen?

- Rückläufige Fehlermeldungen können für verbesserte Sicherheit, aber auch für wenig sensitive Fehlerberichte sprechen.
- Erst wenn absolute Fehlerfreiheit erreicht wurde, kann die Sicherheitskultur gelockert werden.
- Werden keine Fehler mehr erkannt, wurde das Sicherheitsmaximum erreicht.
- Werden selbst kleinste Fehler und Abweichungen gemessen, wirkt sich das negativ auf die Sicherheitskultur einer Organisation aus.

Frage 38: Welcher Aussage zur Komplexitätsreduktion innerhalb einer klinischen Situation können Sie zustimmen?

- Starke Vereinfachungen komplexer Situationen erhöhen die Partizipation aller Teammitglieder am Versorgungsprozess und verbessern so die Sicherheit.
- Starke Vereinfachungen werden komplexen Situationen nicht gerecht und stellen deshalb ein potentiell Risiko dar.
- Organisationale Risiken werden durch eine Reduktion von Komplexität nicht signifikant beeinflusst.
- Möglichst umfassende Maßnahmen zur Komplexitätsreduktion erhöhen die Sensitivität und Spezifität.

Frage 39: Anpassungsfähigkeit ist ein wichtiger Faktor für gute Teamarbeit. Welche der folgenden Definitionen beschreibt die Anpassungsfähigkeit in Salas' Modell am besten?

- Als Anpassungsfähigkeit wird die Fähigkeit eines Teamführers verstanden, mit unterschiedlich qualifizierten Teammitgliedern erfolgreich zu arbeiten.
- Als Anpassungsfähigkeit wird die Fähigkeit eines Teams verstanden, Abweichungen von geplanten Prozessen zu erkennen und die Handlungen entsprechend anzupassen.
- Als Anpassungsfähigkeit wird die Fähigkeit einzelner Teammitglieder verstanden, sich auf den Führungsstil des jeweiligen Teamführers einzulassen.
- Als Anpassungsfähigkeit wird die Fähigkeit einer Organisation verstanden, aus gemachten Erfahrungen zu lernen und Fehler nicht zu wiederholen.

Frage 40: Was verstehen Sie unter dem Begriff "Teamorientierung" im Big 5 Modell nach Salas?

- Unter Teamorientierung wird das gemeinsame Ziel verstanden, auf das das Team zuarbeitet.
- Mit Teamorientierung wird die bereitwillige und/oder unaufgeforderte Unterstützung der Teammitglieder untereinander verstanden.
- Mit Teamorientierung ist das Orientierungsgespräch für alle Teammitglieder gemeint, das z. B. vor Operationen geführt wird, um die Operationsstrategie deutlich zu machen.
- Unter Teamorientierung wird die Präferenz verstanden, im Team zu arbeiten sowie die eigene Leistung zum Wohle des Teams zu stärken.

Frage 41: Ein niedergelassener Internist führt bei Fr. Müller ein Belastungs-EKG auf dem Ergometer durch. Während der Untersuchung erleidet die Patientin schwere Rhythmusstörungen bis hin zum Kammerflimmern. Da in der Arztpraxis kein Defibrillator verfügbar ist, wird die Patientin bis zum Eintreffen des Notarztes nur mit einfachen Maßnahmen (BLS) wiederbelebt. Nach Eintreffen des Notarztes kann nach erfolgter Defibrillation relativ schnell ein Spontankreislauf hergestellt werden. Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- Es handelt sich um einen latenten Fehler: In der Prozessplanung der Praxis wurde offensichtlich nicht darauf geachtet, auch entsprechende Notfallpläne zu machen und einen Defibrillator bei Ergometrien verfügbar zu haben.
- Es handelt sich um kritisches Ereignis: Die Patientin hat zwar Rhythmusstörungen entwickelt, diese wurden jedoch sofort erkannt und den Umständen adäquat therapiert.
- Es liegt ein Beinahefehler vor: Die Therapie mit dem Defibrillator war zwar nicht sofort, jedoch mit etwas Verzögerung durch den Notarzt möglich. Da die Verzögerung zu keinem Schaden geführt hat, handelt es sich um einen Beinahefehler.
- Es handelt sich um einen aktiven Fehler des Internisten: Er verstößt gegen die internationalen Reanimationsrichtlinien und nutzt keine Defibrillation, obwohl die Indikation klar gegeben wäre.

Frage 42: Sie sind sich unsicher über Ihren Auskultationsbefund. Sie bitten deswegen Ihre Kollegin Lea, den Patienten auch noch einmal auszukultieren. Wie bitten Sie Lea um einen Crosscheck?

Für jede Aussage muss entschieden werden: [richtig] oder [falsch]

richtig falsch

- Lea - könntest Du bitte kurz checken ob Du auch ein leichtes basales Rassel hören?
- ich sollte meinen Auskultationsbefund nicht nennen, um meine Kollegin Lea nicht unbewusst zu beeinflussen.
- Lea - könntest Du bitte auch nochmal auf die Lungen hören? Ich bin mir unsicher.
- Ich sollte meinen Auskultationsbefund nennen, damit meine Kollegin Lea genau weiß auf was sie achten soll.

Frage 43: Sie bereiten während eines Praktikums auf einem Notarzwagen Midazolam für eine Narkoseeinleitung vor. Sie erhalten vom Notarzt den Auftrag, die 5 ml Ampulle mit 5 mg (1 mg/ml) aufzuziehen und bestätigen den Auftrag im Sinne einer Closed-Loop-Communication. Während Sie das Medikament im Ampullarium suchen, bittet Sie der Notarzt, ihm kurz ein Desinfektionsspray aus dem Fach vor Ihnen zu reichen. Nachdem Sie das Spray weitergegeben haben, suchen Sie weiter nach der Ampulle, finden eine Midazolamampulle und ziehen letztlich die 3 ml Ampulle mit 15 mg (5 mg/ml) auf. Sie reichen die Spritze dem Notarzt - ihm fällt die Menge (3 ml) auf und er macht Sie auf das Problem aufmerksam. Um welchen Fehlertyp handelt es sich?

- Fehler
- Patzer
- Schnitzer

Frage 44: Welche fehlerbegünstigende Faktoren würden Sie in einer systemischen Fehleranalyse der Sparte "Person" zuordnen?

- Müdigkeit
- Lange Arbeitszeiten
- Starke Komplexitätsreduktion
- Ungünstige Teamführung
- Blindes Vertrauen in Technologie

Frage 45: Während Ihrer Famulatur auf der Intensivstation assistieren Sie bei der Kardioversion, die ERC-konform zur Therapie eines instabilen Patienten mit ventrikulärer Tachykardie eingesetzt wird. Der zuständige Arzt stellt den Defibrillator auf "synchronisiert" ein und gibt einen ersten Schock ab. Da dieser nicht erfolgreich war, erhöht der zuständige Arzt die Kardioversionsenergie und gibt einen zweiten Schock ab. Er hat dabei übersehen, dass der Defibrillator nach dem ersten, synchronisierten, Schock in den normalen Defibrillationsmodus gewechselt ist und der Schock unsynchronisiert abgegeben wurde. Dieser ungeplante Schock hat den Rhythmus des Patienten weiter verschlechtert. Welcher der Aussagen zu Sicherheitsüberlegungen können Sie zustimmen?

- Die Standardisierung stellt hier das Problem dar: Hätte der Arzt statt der vom Standard (ERC-Leitlinie) geforderten Kardioversion eine medikamentöse Therapie gewählt, wäre das Problem nicht entstanden
- Die Kosten/Nutzen-Optimierung (Trade-Off Problem) hat hier maßgeblich zum Fehler beigetragen: Da die unsynchronisierte Defibrillation wesentlich günstiger ist, schaltet das Gerät nach nur einer synchronisierten Kardioversion in den unsynchronisierten Modus um Geld einzusparen. Weitere synchronisierte Schocks müssen deshalb aktiv eingestellt werden.
- Der automatische Wechsel in den unsynchronisierten Modus ist sinnvoll, um im Fall eines Kammerflimmers sofort einen Schock auslösen zu können. In diesem Fall stellt die Sicherheitsbarriere jedoch auch ein Sicherheitsrisiko dar.
- Es handelt sich hier aus systemischer Perspektive um ein Problem beim Anwender: Durch einen Regelverstoß ist der Fehler entstanden.

Frage 46: Was wird in der Fehlertheorie unter "eng gekoppelten Systemen" verstanden?

- In eng gekoppelten Systemen ist eine Änderung von Komponente A nur durch gleichzeitige Änderung von Komponente B möglich.
- Eng gekoppelte Systeme zeichnen sich durch hohe Redundanz aus.
- In eng gekoppelten Systemen ist eine Differenzierung zwischen Einzelkomponenten kaum noch möglich.
- In eng gekoppelten Systemen führt eine Veränderung in Komponente A unverzüglich und direkt zur einer Veränderung der Komponente B.

Frage 47: Während einer Famulatur sollen Sie einem Patienten mit postoperativen Schmerzen eine Kurzinfusion mit 2 g Metamizol in 100 ml Kochsalz anhängen. Sie bereiten die Infusionslösung korrekt vor, vergessen aber, das Infusionssystem zu entlüften. Als Sie die Infusion anschließen, bemerken Sie, dass die Infusion nicht läuft und fragen eine Pflegekraft um Hilfe. Welches der folgenden Resultate einer Fehleranalyse würde sich in einer lernenden Kultur am ehesten ergeben?

- Der Fehler hätte jedem passieren können. Fazit: Wir sollten alle vorsichtiger sein.
- Der Fehler ist entstanden, weil die Pflegekraft Aufgaben delegiert hat, die nicht zu delegieren sind. Die Pflegekraft wird abgemahnt.
- Der Fehler ist entstanden, weil der Prozess nicht eingehalten wurde. Fazit: Prozesse sollten immer eingehalten werden.
- Der Fehler ist entstanden, weil der Famulant den Prozess nicht kannte. Fazit: Der Prozess sollte im Vorbereitungsraum aushängen, außerdem sollte die Betreuung von Famulanten verbessert werden.

Frage 48: Welche der folgenden Patientensicherheitsindikatoren sind geeignet, um die Patientensicherheit in einer psychiatrischen Universitätsklinik zu messen?

Für jede Aussage muss entschieden werden: [adäquat] oder [nicht adäquat]

adäquat nicht adäquat

- Rate iatrogener Pneumothoraxe
- Rate von Druckulzera
- Suizidrate von Patienten
- Rate unerwünschter Ereignisse im Rahmen der Pharmatherapie

Frage 49: Welche der aufgeführten Maßnahmen eignen sich, um Probleme durch sog. "look alike & sound alike" Medikamente zu reduzieren?

Für jede Aussage muss entschieden werden: [adäquat] oder [nicht adäquat]

adäquat nicht adäquat

- Tal-Man-Lettering
- Handelsnamen statt Wirkstoffnamen benutzen.
- Abteilungsinterne Farbschemata für Medikamentenetiketten entwickeln.
- Räumlich getrennte Lagerung von look alike & sound alike Medikamenten.

Frage 50: Wenden Sie das Teamperformanzkonzept an und ordnen Sie die folgenden Punkte entweder der Taskwork oder der Teamwork zu: Ein polytraumatisierter Patient, der mit dem Fahrrad von einer Straßenbahn erfasst wurde, wird im Schockraum behandelt...

Für jede Aussage muss entschieden werden: [Taskwork] oder [Teamwork]

Taskwork Teamwork

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | Der Anästhesist führt eine Laryngoskopie durch, dann führt er den von der Schwester angereicherten Endotrachealtubus ein. |
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Eine Pflegekraft erhält konträre Aufträge von zwei verschiedenen Ärzten. Sie ruft ein Team-Timeout aus, um Klärung der Strategie zu erreichen. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alle Teammitglieder drehen den Patienten gemeinsam im Logroll, um nach möglichen Verletzungen am Rücken zu suchen. |
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Eine Pflegekraft bemerkt, dass ein Assistenzarzt Schwierigkeiten mit der Abnahme einer BGA hat und bietet im an, es selbst am anderen Arm zu versuchen. |

Frage 51: Ein CRM Leitsatz lautet "Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied" - was zeichnet ein "gutes Teammitglied" aus?

- Ein gutes Teammitglied folgt den Anweisungen des Teamführers, bringt aber mögliche Einwände laut und beharrlich vor.
- Ein gutes Teammitglied folgt den Anweisungen des Teamführers und verteidigt dessen Entscheidungen.
- Ein gutes Teammitglied denkt selbstständig mit und korrigiert Fehlentscheidungen des Teamführers.
- Ein gutes Teammitglied setzt sich über Entscheidungen des Teamführers hinweg, wenn diese nicht regelkonform sind.

Frage 52: Was wird unter "kongruenter Kommunikation" verstanden?

- Findet ein Dialog zwischen zwei Parteien statt, die dieselben Ansichten vertreten, wird von kongruenter Kommunikation (übereinstimmende Kommunikation) gesprochen.
- Kongruent wird eine Kommunikation bezeichnet, wenn das Ziel der Kommunikation mit der Art der Kommunikation übereinstimmt: Aufträge sind als Auftrag zu formulieren und nicht als Frage.
- Kongruent wird eine Kommunikation bezeichnet, wenn die non-verbale Kommunikation mit der verbalen Kommunikation übereinstimmt.

- Eine deckungsgleiche Kommunikation: Bei der Closed-Loop-Kommunikation wird z. B. ein Arbeitsauftrag exakt in den selben Worten wiederholt um zu signalisieren, dass man ihn verstanden hat.

Frage 53: Auf einer internistischen Abteilung muss eine Patientin kurzzeitig mit einem Beatmungsbeutel beatmet werden, weil sie nach der Verabreichung eines korrekt dosierten Opiats eine ernste Atemdepression entwickelt. Die Beatmung gestaltet sich zunächst schwierig, weil die passende Beatmungsmaske nicht im Notfallset vorhanden ist. Offensichtlich wurde das Fehlen beim letzten Routinecheck nicht bemerkt. Nachdem die Patientin stabilisiert ist (die Beamtung gelang mit etwas Verzögerung auch mit der falschen Maske), gehen Sie als Famulant der Pflegekraft zur Hand und helfen mit, das Notfallequipment wieder einsatzfähig zu machen. Sie füllen verbrauchtes Material nach der entsprechenden Checkliste auf, die Sauerstoffflasche enthält nur noch einen kleinen Rest. Da keine Mindestfüllmenge in der Checkliste beschrieben ist, belassen Sie die Sauerstoffflasche und verplomben den Notfallrucksack wie in der Checkliste beschrieben. Ordnen Sie die verschiedenen Ereignisse dieses Szenarios den zentralen Begriffen der Patientensicherheit zu:

Kritisches Ereignis	<i>passt zu</i>	Fast leere Sauerstoffflasche
Unerwünschtes Ereignis	<i>passt zu</i>	Atemdepression nach Opiat
Vermeidbares unerwünschtes Ereignis	<i>passt zu</i>	Verlängerte Hypoxie durch fehlende Beatmungsmaske

Frage 54:

Welche drei Elemente betrachten Dieckmann & Rall als wichtige Einflussfaktoren für Patientensicherheit?

Patient, Person, Team

]Mensch, Technik, Organisation

Team, Organisation, System

System, Patient, Umwelt

Frage 55:

Wie beurteilen Dieckmann & Rall den Redundanzabbau in der Medizin?

- Der Abbau von Redundanzen vermindert die Komplexität des Systems und führt (im Sinne der Normal Accident Theory) zu sicheren Systemen.
- Durch den Abbau von Redundanzen können Kosten eingespart werden. Die frei werdenden Gelder können gewinnbringend für die Sicherheit eingesetzt werden.
- **Der Abbau von Redundanzen führt u.a. dazu, dass weniger Personal zur Verfügung steht und die Lehre auf Station darunter leidet.**

- Der Abbau von Redundanzen verringert die Systemsicherheit, weil Redundanzen immer zu besserer Sicherheit führen.

Frage 56:

Wie sind betriebliche Verzögerungen aufgrund von defekten Geräten nach Dieckmann & Rall zu werten?

Solche Verzögerungen kommen in einer sicheren Organisation aufgrund der dort bestehenden Redundanz nicht vor.

Solche Verzögerungen reduzieren die Organisationssicherheit, weil bestehende Prozesse nicht mehr planmäßig durchlaufen werden können.

Schnelle Problemlösungen machen eine sichere Organisation aus, entsprechend sollten Anreize gesetzt werden, dass keine betrieblichen Verzögerungen entstehen.

Die Sicherheit profitiert davon, wenn solche Verzögerungen akzeptiert werden.

Frage 57:

Welchen Nutzen bringt die Patientensimulation laut Dieckman & Rall für die Patientensicherheit?

Simulationstrainings steigern das Selbstvertrauen der Studierenden, dies führt dazu, dass junge Ärzte eher lebensrettende Massnahmen durchführen und so die Sicherheit verbessern.

Simulationstrainings erhöhen die Patientensicherheit, weil das Thema durch sie in die Curricula aufgenommen wird.

Simulatorsettings bieten sichere Handlungsräume für unsichere Handlungen.

Simulationstrainings vermitteln per se systematische Kompetenzen in non-technical-skills

Frage 58:

Dieckmann & Rall führen den Begriff "Resilienz" ein. Was wird im Kontext der Patientensicherheit darunter verstanden?

a) Als resilient werden Systeme verstanden, die nachweislich einer Null-Fehler-Philosophie folgen.

b) Resilienz bezeichnet in diesem Kontext die unterschiedliche Widerstandskraft der Patienten gegenüber den Auswirkungen von Fehlern.

c) Resilienz bezeichnet die Widerstandskraft eines Systems gegenüber fehlerhaften Vorgängen oder gegenüber der Auswirkungen ungünstiger Kombinationen.

d) Resilienz beschreibt das Verhalten sicherer Unternehmen im Umgang mit falschem Schweigen. "Speak

up" ist die Antwort auf Resilienz.

Frage 59:

Inwiefern können Critical Incident Reporting Systeme die Patientensicherheit erhöhen?

Der Vergleich von CIRS Meldungen verschiedener Häuser in einem Benchmark lässt eine Kategorisierung der Sicherheit der Häuser zu.

Aus den Meldungen können Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden, die die Patientensicherheit erhöhen können.

Mit Hilfe der Meldungen können Fehlerverursacher identifiziert werden, die im Verlauf belangt werden können.

Durch CIRS Systeme kann die Sicherheit einzelner Abteilungen bewiesen werden.

Frage 60:

Welches Argument spricht nach Dieckmann & Rall gegen eine Unterscheidung zwischen "menschlichem" und "technischen" Versagen?

Auch "technische" Elemente werden von "Menschen" konstruiert und gewartet. Selbst technisches Versagen hat also einen hohen menschlichen Anteil.

Die Dichotomie menschlich/technisch ist mit einer systemorientierten Fehlersicht nicht vereinbar.

Die Unterscheidung vernachlässigt andere Ursachen (z. B. patientenbedingte) vollständig.

Bei "technischem Versagen" wird die "Schuld" auf die Hersteller der Geräte übertragen.

Frage 61:

Welche der folgenden Maßnahmen werden häufig für die Messung & Verbesserung der Patientensicherheit eingesetzt?

Executive Walkrounds

Lean Management

Qualitätsmanagement

M&M Konferenzen

DRGs

Frage 62:

Welche Bedenken äußern Dieckmann & Rall gegenüber sog. "quick fixes" nach aufgetretenen Fehlern?

--> Quick fixes verhindern oft systematische Lösungen, weil sie Schwachstellen überdecken