

# Reporting & Learning

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH



**BIQG**

Bundesinstitut für Qualität  
im Gesundheitswesen



# Reporting & Learning

Bericht und Leitfaden

Ulrike Holzer  
Wolfgang Geißler  
Christine Knauer  
Kornelia Kozyga

Projektassistenz:  
Bettina Engel

Wien, im Juni 2010  
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Zl. III/45544

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlofrei gebleichtem Papier  
ohne optische Aufheller hergestellt.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Begriffsdefinitionen .....	3
3	Leitfaden .....	5
3.1	Grundsätze für Reporting-&-Learning-Systeme .....	5
3.2	Ziele (Orientierung an den oben genannten Grundsätzen).....	6
3.3	Arbeitspakete und Fragestellungen bei der Implementierung eines Reporting-&-Learning-Systems .....	6
3.3.1	Ist-Analyse.....	7
3.3.2	Weitere Fragestellungen .....	8
3.3.3	Planung.....	9
3.3.4	Umsetzung.....	13
	3.3.4.1 Bearbeitungsprozess von Meldungen .....	13
	3.3.4.2 Meldekategorien .....	13
	3.3.4.3 Weiterverarbeitung.....	13
	3.3.4.4 Evaluierung .....	14
	3.3.4.5 Kommunikation der Ergebnisse.....	14
3.4	Ergänzende Überlegungen .....	15
3.4.1	Fördernde Faktoren für die Einführung von Reporting-&-Learning-Systemen .....	15
3.4.2	Hemmende Faktoren für die Einführung von Reporting-&-Learning-Systemen .....	15
3.5	Überregionale Reporting-&-Learning-Systeme .....	16
	Literaturverzeichnis.....	17

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1:	Beispielhafter Aufbau eines Organigramms für die Einrichtung eines dezentralen Reporting-&-Learning-Systems .....	11
Abbildung 3.2:	Beispielhafter Aufbau eines Organigramms für die Einrichtung eines zentralen Reporting-&-Learning-Systems.....	12

# Abkürzungsverzeichnis

AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
CIRPS	Critical Incident Reporting & Prevention System
CIRNET	Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK
CIRS	Critical Incident Reporting System
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EUNetPas	European Union Network for Patient Safety
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH
KH	Krankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
RM	Risikomanagement
RQM	Risiko- und Qualitätsmanagement
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
UKH	Unfallkrankenhaus

# 1 Einleitung

Das Gesundheitsqualitätsgesetz führt in § 1 (1) an, dass »die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientensicherheit« zu gewährleisten ist. Im aktuellen Regierungsprogramm wird das Thema „Patientensicherheit“ ebenfalls aufgegriffen, hier wird konkret gefordert, „Systeme der Qualitätskontrolle und Fehlervermeidung (Fehlerberichtssysteme) einzurichten“.

Der Rat der Europäischen Union empfiehlt Mitgliedsländern „umfassende Berichterstattungs- und Lernsysteme einzurichten, aufrecht zu erhalten oder zu verbessern, so dass Umfang und Ursachen von Zwischenfällen im Hinblick auf die Entwicklung effizienter Lösungen und Maßnahmen erfasst werden können“ (2009).

## Projektziel

Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG wurde daher Anfang 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Erstellung eines Leitfadens bzw. einer Implementierungshilfe für die Einführung von Reporting-&-Learning-Systemen in Gesundheitseinrichtungen beauftragt.

Der Begriff „Reporting & Learning“ ist international gebräuchlich und wird in weiterer Folge für die verschiedenen Arten und Bezeichnungen von Systemen (Fehlermeldesysteme, Fehlerberichtssysteme, CIRS, CIRPS, Beinahe-Fehlermeldesysteme, Near-Miss-Meldesysteme etc.) verwendet.

Nach einer umfassenden Literaturrecherche versendete die GÖG/BIQG Fragebögen an ausgewählte Krankenhäuser und Träger. Ziel dieser Erhebung war es einerseits, einen Überblick über die verschiedenen Fehlermeldesysteme zu bekommen, und andererseits Informationen für die Entwicklung eines Leitfadengrundgerüsts zu sammeln („das Rad nicht neu erfinden“). Auf Basis dieser Befragungsergebnisse wurde mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis in Workshops der vorliegende Leitfaden erarbeitet.

Folgende Organisationen waren an diesem Projekt beteiligt:

- » Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)
  - » Generaldirektion – Geschäftsbereich Qualitätsarbeit
  - » Orthopädische Abteilung des Otto-Wagner-Spitals
- » Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
- » Unfallkrankenhaus (UKH) Graz der AUVA
- » Krankenhaus (KH) der Barmherzigen Schwestern Ried, Vinzenzgruppe
- » Landeskrankenhaus (LKH) Villach
- » Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH (KAGes)
- » LKH Deutschlandsberg
- » LKH Stolzalpe
- » Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK)
- » LKH Feldkirch

Zusätzlich wurde die GÖG/BIQG bei der Erarbeitung des Leitfadens unterstützt von

- » der Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)
- » der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)
- » der Plattform Patientensicherheit und
- » der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft.

Zeitgleich mit Projektbeginn zur Leitfadenentwicklung starteten die ÖÄK und die ÖQMed gemeinsam mit dem BMG die Vorbereitungen zu CIRSmedical.at, einem österreichweiten Reporting-&-Learning-System nach deutschem und schweizerischem Vorbild. Die Expertengremien wurden zum Informationsaustausch und zur Vernetzung beider Projekte genutzt.



## 2 Begriffsdefinitionen

Im deutschsprachigen und internationalen Raum werden viele verschiedene Definitionen im Zusammenhang mit Reporting-&-Learning-Systemen im Gesundheitswesen verwendet. Sowohl von der World Health Organisation (WHO) als auch vom European Union Network for Patient Safety (EUNetPas) existieren Bestrebungen zur internationalen Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten. Da die Diskussionen auf europäischer Ebene bislang noch nicht abgeschlossen sind, werden für diesen Leitfaden die Begriffsdefinitionen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) aus Deutschland verwendet.

### **Risikomanagement:**

Risikomanagement ist eine Prozessanalyse im Behandlungsumfeld mit dem Ziel, Risikosituationen mit möglichen Konsequenzen aufzudecken bzw. eine Managementmethode, die das Ziel hat, in einer systematischen Form Fehler und ihre Folgen zu erkennen, zu analysieren und zu vermeiden.

### **Patientensicherheit:**

Patientensicherheit ist das Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, Patientinnen und Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren.

### **Risiko:**

Sowohl die Durchführung wie auch das Unterlassen von Interventionen beinhalten ein Risiko, das durch die Behandlerin / den Behandler selbst bei sorgfältigster Beachtung nicht auszuschließen ist.

### **Fehler:**

Ein richtiges Vorhaben wird nicht wie geplant durchgeführt, oder dem Geschehen liegt ein falscher Plan zugrunde.

### **Aktiver Fehler:**

Aktive Fehler treten auf der Ebene der praktisch tätigen Leistungsträger auf und sind einfacher zu messen, da sie zeitlich und räumlich begrenzt sind.

**Behandlungsfehler:**

Ein Behandlungsfehler liegt vor bei einem diagnostischen oder medizinischen Eingriff, der medizinisch nicht indiziert war, oder bei dem die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer Acht gelassen wurde, sowie beim Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch gebotenen Eingriffs.

**Schaden:**

Eine vorübergehende oder dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigung, die der Patient im Zusammenhang mit der Heilbehandlung unabhängig von einem eventuellen Verschulden der Behandlerin / des Behandlers erlitten hat.

**Beinahefehler:**

Im Englischen: near miss, ein Fehler, wobei das Abweichverhalten rechtzeitig erkannt wird und so ein tatsächlicher Fehler vermieden wird. Als Beinahe-Fehler gilt jedes Vorkommnis, das unerwünschte Folgen hätte haben können, es im konkreten Fall jedoch nicht hatte und abgesehen vom Ergebnis (Outcome) von einem richtigen unerwünschten Ereignis nicht zu unterscheiden war.

**Unerwünschtes Ereignis:**

Vorkommnisse bzw. Ereignisse, die möglicherweise, aber nicht zwangsläufig, zu einem konsekutiven Schaden für die Patientin / den Patienten führen.

**Vermeidbares unerwünschtes Ereignis:**

Vorkommnisse, die möglicherweise, aber nicht zwangsläufig, zu einem konsekutiven Schaden für die Patientin / den Patienten führen. Als vermeidbar sind unerwünschte Ereignisse dann einzustufen, wenn sie durch Einhaltung der zum Zeitpunkt des Auftretens geltenden Sorgfaltsregeln zu verhindern gewesen wären.

**Kritisches Ereignis:**

Ein Ereignis, das mit einem Schädigungspotenzial einhergeht, das eintreten wird, wenn nicht gegengesteuert wird.

## 3 Leitfaden

Die Inhalte dieses Leitfadens wurden mit Expertinnen und Experten aus der Praxis erarbeitet und abgestimmt. Der vorliegende Leitfaden dient als Implementierungshilfe für ein internes Reporting-&-Learning-System in einer Gesundheitseinrichtung. Die checklistenartige Darstellung wurde bewusst gewählt, um einen möglichst raschen Überblick über die Materie zu bieten. Daraus ergibt sich aber auch, dass der Leitfaden keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellen kann. Eine weiterführende Literaturrecherche ist in jedem Fall sinnvoll und empfehlenswert. Es wird darauf hingewiesen, dass ein Reporting-&-Learning-System nur ein Instrument des Risikomanagements ist und die umfassende Qualitätssicherung nicht ersetzt.

### 3.1 Grundsätze für Reporting-&-Learning-Systeme

Ein Reporting-&-Learning-System ist ein Lerninstrument für den dauerhaften Gebrauch – es unterstützt und verbessert die Patientensicherheit. Folgende Grundsätze sind zu berücksichtigen<sup>1</sup>

- » Freiwilligkeit
- » Sanktionsfreiheit
- » Vertraulichkeit/Anonymität
- » Unabhängigkeit von jeglicher Autorität
- » Einfache Berichte
- » Klare Definition der Berichtsinhalte
- » Analyse durch Expertinnen und Experten
- » Feedback an alle
- » Systemorientierung
- » Klare Strukturen
- » Periodische Evaluation

---

<sup>1</sup> Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hg.) (2007): Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS). Praxistipps für Krankenhäuser. Witten; [http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/apsside/07-12-10\\_CIRS\\_Brosch\\_\\_re\\_mit\\_Umschlag.pdf](http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/apsside/07-12-10_CIRS_Brosch__re_mit_Umschlag.pdf)

## 3.2 Ziele (Orientierung an den oben genannten Grundsätzen)

Die Ziele von Reporting-&-Learning-Systemen sollen im Leitbild der jeweiligen Organisation bzw. in vorhandenen Risikomanagementstrukturen abgebildet werden.

### Übergeordnete Ziele:

- » Patientensicherheit erhöhen
- » Mitarbeitersicherheit erhöhen
- » Unternehmenssicherheit erhöhen
- » Mit kritischen Ereignissen offen umgehen: Von der Fehler- zur Sicherheitskultur (no blame no shame); Von „Wer hat etwas getan“, zu „Was ist warum geschehen“ – Paradigmenwechsel

### Weitere Ziele der Organisation:

Neben den übergeordneten, allgemeinen Zielsetzungen können weitere Ziele der jeweiligen Organisation formuliert werden, die später in der Planung berücksichtigt werden:

- » Problembewusstsein steigern
- » Risiken identifizieren
- » Kritische Ereignisse dokumentieren und strukturiert bearbeiten
- » Kritische Ereignisse statistisch auswerten
- » Präventions- und Verbesserungsmaßnahmen implementieren
- » Sicherheitslücken schließen und dadurch die Anzahl kritischer Ereignisse verringern

## 3.3 Arbeitspakete und Fragestellungen bei der Implementierung eines Reporting-&-Learning-Systems

Das Expertengremium einigte sie auf folgende Arbeitspakete, die als roter Faden zu verstehen sind, entlang dessen man bei der Implementierung eines Reporting-&-Learning-Systems vorgehen kann. Manche Arbeitsschritte werden parallel ablaufen und sind nicht genau voneinander abgrenzbar. Fragen zur Organisation und Umsetzung von Reporting-&-Learning-Systemen wurden gemeinsam mit dem Expertengremium festgelegt. Es wurde versucht, möglichst alle Schritte im Rahmen der Reporting-&-Learning-System-Implementierung zu überlegen, individuell können jedoch zusätzliche Fragen zu klären sein. Es besteht daher kein Anspruch auf Vollständigkeit. Leitbildentwicklung sowie Integration ins Risiko-Management und Zieldefinition sind notwendige Voraussetzungen.

- » Ist-Analyse – Entscheidung dafür
- » Planung – Indikatorenentwicklung – Zeitplanerstellung
- » Umsetzung
- » Evaluierung

### 3.3.1 Ist-Analyse

Bevor die eigentliche Planungsphase eines zu implementierenden Reporting- & Learning-Systems beginnt, wird empfohlen, die bestehende Organisationskultur zu analysieren.

#### Der derzeitige Umgang mit kritischen Ereignissen:

- » Werden kritische Ereignisse bereits jetzt schon gemeldet und kommuniziert?
- » Findet bereits eine Aufzeichnung von kritischen Ereignissen im Haus statt?
- » Wie werden Erkenntnisse und Maßnahmen aus den Auswertungen kritischer Ereignisse derzeit an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rückgemeldet?
- » Warum wird über manche kritische Ereignisse nicht offen gesprochen?

#### Organisatorische Fragen:

- » Wer sind die Risikoeigner? (= Person mit Entscheidungskompetenz und Verantwortung hinsichtlich eines Risikos zu handeln – z. B.: Krankenhausleitung, Abteilungsvorstand)
- » Wer trifft laut Organigramm die Entscheidungen für das zu implementierende Reporting- & Learning-System?
- » Steht die Leitung der Gesundheitseinrichtung (intern und auf Ebene des Trägers) hinter der Entscheidung, ein Reporting- & Learning-System aufzubauen?
- » Wer hat eine thematisch passende Ausbildung innerhalb der Organisation (Qualitätsmanagement und/oder Risikomanagement-Ausbildung)?
- » Soll eine Test-/Pilotphase durchgeführt werden? (Z. B. ein Krankenhaus eines Trägers bzw. eine Abteilung eines Krankenhauses; Probetrieb als Pilotprojekt, dann Ausweitung)
- » Ist eine externe Betreuung während der Implementierungsphase erwünscht?
- » Sind die Verantwortlichkeiten für die Erarbeitung von Lösungen, die Umsetzung und deren Evaluierung definiert?
- » Wird ein Organigramm erstellt? (Vgl. Abbildung 3.1)
- » Gibt es Interessentinnen/Interessenten für die Funktion der Vertrauenspersonen/ –teams/Reviewteams für die Bearbeitung der gemeldeten Fälle? (Die Voraussetzungen sind von jeder Organisation festzulegen,

z. B.: keine oder leitende Funktion, keine Betriebsratstätigkeit,  
Bestellung durch die Krankenhausleitung, Vorstellung der Personen  
vor allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,  
hohes Ausmaß an Anerkennung der Kollegenschaft,  
multidisziplinäre Zusammensetzung.)

#### Meldesystem:

- » Welche Meldesysteme sind für kritische Ereignisse am Markt verfügbar?
- » Welche sind für die eigene Organisation geeignet?

#### Vorhandene Qualitätssicherung

- » Welche Strukturen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Risikomanagement sind im Haus in Verwendung?
- » Gab es bisher Risk Audits (intern und/oder extern)?

#### Einstellung und Bereitschaft der Mitarbeiter/innen

- » Wie ist die Einstellung der Mitarbeiter/innen zu diesem Thema?  
Bestehen Interesse bzw. Skepsis?
- » Gibt es die Bereitschaft einer Abteilung innerhalb der Gesundheitseinrichtung an einer Pilotphase teilzunehmen?
- » Gibt es Erkenntnisse aus einem Patienten- und Mitarbeiterfeedbacksystem?

#### Technisches

- » Sind die technischen Voraussetzungen für ein Reporting-&-Learning-System gegeben?

### 3.3.2 Weitere Fragestellungen

Wenn nach Erstellen der Ist-Analyse und Klären der grundsätzlichen Fragen eine Entscheidung für die Einführung eines Reporting-&-Learning-System gefallen ist, sind folgende Punkte zu klären:

- » Welches Meldesystem wird gewählt? Zentral/dezentral  
(Abteilung, Gesundheitseinrichtung, Träger)
- » Wer soll in das System mit eingebunden werden bzw. wie soll ein Meldekreis zusammengesetzt sein? Ein Meldekreis umfasst alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beispielsweise einer bzw. mehrerer Abteilungen mit verschiedenen Berufsgruppen.

- » Werden alle Führungskräfte in die Entscheidungsfindung eingebunden?  
Top-Down-Ansatz wird stark empfohlen – alle Führungsebenen müssen hinter der Einführung stehen.
- » Welche Abteilung hat besonderes Interesse als Pilotabteilung zu fungieren?  
Z. B. Beginnen in High-Risk-Bereichen (z. B. Intensivstation, OP)
- » Wird der Bedarf an zeitlichen, personellen und materiellen Ressourcen aufgezeigt und budgetär berücksichtigt?
- » Gibt es vorhandene Ressourcen, die genutzt werden können?  
(Z. B.: Adaptieren vorhandener Meldesysteme oder Nutzen von Technik/Infrastruktur anderer Bereiche für ein Reporting- & Learning-System)
- » Ist die Unterstützung des Trägers gesichert? – Gibt es ein klares, dokumentiertes Bekenntnis zu Risikopolitik und Risikomanagement durch den Krankenhausträger?
- » Werden die rechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten?  
(Z. B. Datenschutzrecht, Urheberrecht, Arbeitsrecht, Berufsrecht)
- » Werden interne organisatorische Rahmenbedingungen festgelegt?  
(Z. B. Arbeitszeitregelung, § 15 Datenschutzgesetz – Geheimniswahrungspflicht)
- » Ist die Personalvertretung informiert?

### 3.3.3 Planung

Steht der Entschluss fest, ein Reporting- & -Learning-System zu implementieren, kann mit der konkreten Planung begonnen werden:

#### Personelles

- » Risikomanagement-Verantwortliche/n bzw. Risiko- und Qualitätsmanagement-Beauftragte/n inkl. Stellenbeschreibung verankern (zeitliche und finanzielle Ressourcen planen).
- » Kernteam (Planungsteam) mittels einstimmiger Beschlussfassung einrichten.
- » Einen oder mehrere Meldekreise festlegen (abteilungs- oder berufsgruppenspezifisch). Aufgaben und Zuständigkeiten der Meldekreise klären.
- » Vertrauensteams/Reviewteams für den/die Meldekreis/e nominieren (Vertreterinnen und Vertreter möglichst aller beteiligten Berufsgruppen – erwägen „neutrale“ Personen mit einzubeziehen; mindestens eine/n ausgebildete/n Risikomanager/in einbinden).

### Organisatorisches

- » Zeit- und Ablaufplan erstellen.
- » Ist externe Betreuung während der Implementierungsphase erwünscht?
- » Handbuch erarbeiten, Test-/Pilotphase überlegen  
(z. B. ein Krankenhaus eines Trägers bzw. eine Abteilung eines Krankenhauses im Probetrieb als Pilotprojekt, dann Ausweitung).
- » Spielregeln für den Meldeinhalt definieren  
(z. B.: kein Fremdreporting – nur Selfreporting – wenn die meldende Person selbst in die Ereigniskette involviert war – kein Anschwärzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern).
- » Sollen Meldungen anonym oder nicht anonym an das Vertrauenssteam/Reviewteam weitergeleitet werden? (Dieses anonymisiert die Meldungen).
- » Verantwortlichkeit für das Erarbeiten von Lösungen, das Umsetzen und deren Evaluierung definieren.
- » Organigramm erstellen (vgl. Abbildung 3.1).
- » Gesundheitseinrichtungen innerhalb einer Organisation / eines Trägers zwecks Informationsaustausch zentral vernetzen.

### Technisches

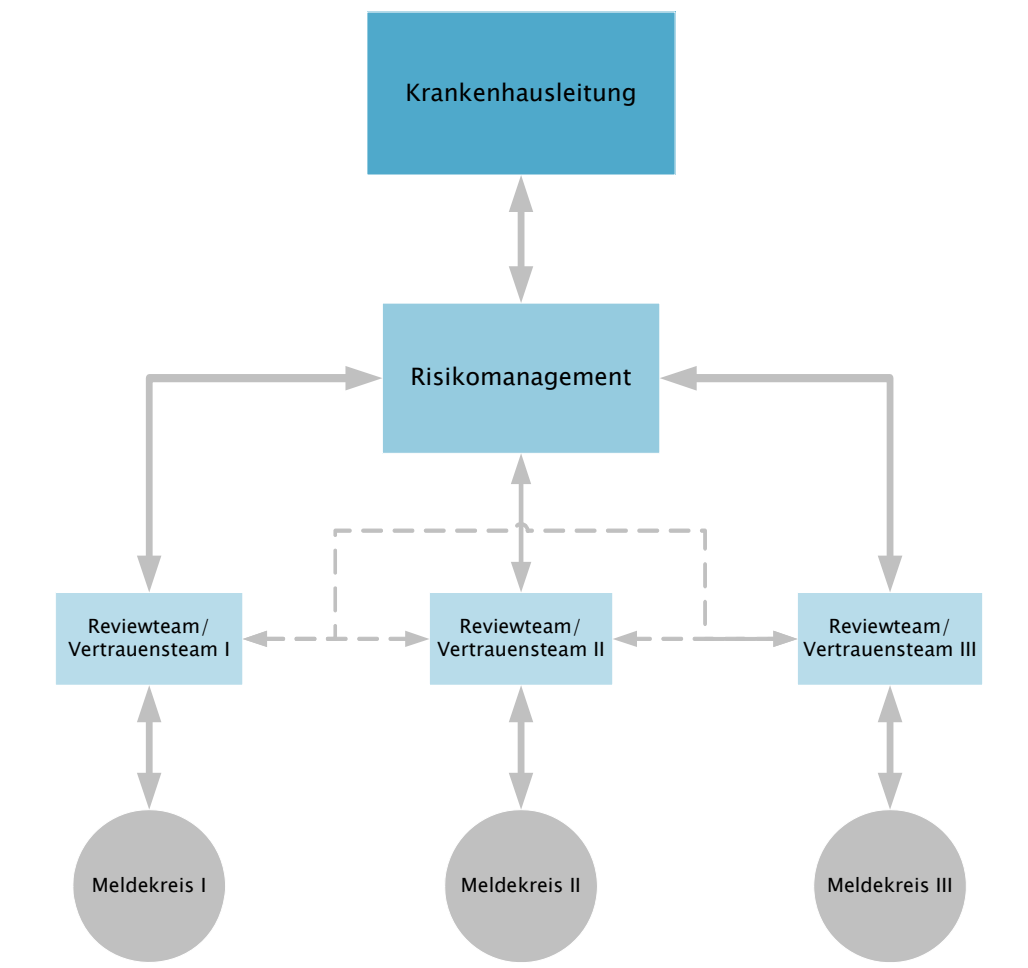
- » Hausinterne EDV-Abteilung, EDV-Verantwortliche mit einbeziehen.
- » Welches intern bestehende System könnte in der eigenen Organisation übernommen werden?
- » Entscheidung, ob eine selbstprogrammierte Software oder eine kommerzielle Software eingesetzt werden soll.
- » EDV-Vorarbeiten für die Implementierung durchführen.
- » Datenschutz von Anfang an berücksichtigen (Zugriff einschränken, Datensicherheit gewährleisten – keine Nachverfolgungsmöglichkeit der Meldung, Speicherung der Daten durch das Vertrauenssteam/Reviewteam etc.).
- » Datensatz für das Meldeformular definieren (Pflichtfelder z. B.: Ereignis, was ist passiert – und optionale Felder z. B.: Uhrzeit, Wochentag, Abteilung).
- » Wie erfolgt die Aufzeichnung der Meldung – am Papier, elektronisch oder beides? (Kostenfaktor berücksichtigen, weitere Berufsgruppen ohne Zugang zum PC mit einbeziehen, Auswertungsmöglichkeiten und EDV-Infrastruktur festlegen).

### Finanzielles

- » Sind die notwendigen Budgets für Personal, Technik, externe Betreuung etc. gesichert?

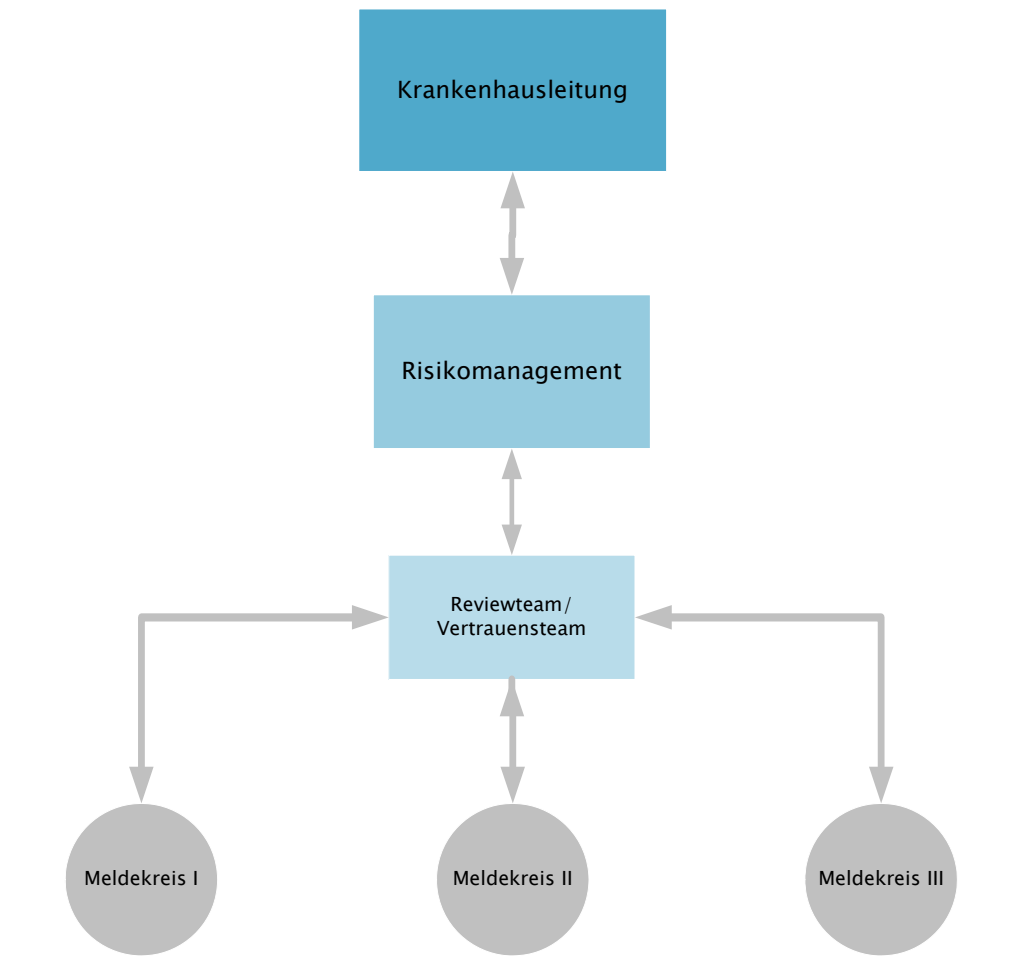


Abbildung 3.1:  
Beispielhafter Aufbau eines Organigramms für die Einrichtung eines dezentralen Reporting-&-Learning-Systems



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Abbildung 3.2:  
Beispielhafter Aufbau eines Organigramms für die Einrichtung eines zentralen Reporting-&-Learning-Systems



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

## 3.3.4 Umsetzung

Die Qualitätssicherung hinsichtlich der Prozessabläufe kann auch durch externe Betreuung erfolgen.

### 3.3.4.1 Bearbeitungsprozess von Meldungen

Die strukturierte Analyse der Meldungen kritischer Ereignisse und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen erfolgen im/in den definierten Meldekreis/en – anonym oder nicht anonym (Risiko-Identifizierung, Analyse, Risikoeinschätzung, Verbesserungsmaßnahmen, Evaluierung, PDCA-Zyklus).

### 3.3.4.2 Meldekategorien

Folgende Fragen sollen überlegt werden:

- » Sind Meldekategorien relevant? Eventuell können sie die statistische Auswertung erleichtern (mögliche Kategorien wären z. B. Arbeitsprozesse, Teams, Organisation, Management, Patientin/Patient, menschlicher Irrtum, Arbeitsumgebung, Medikamente, Kommunikation, Ausbildung, Training etc.).
- » Was kann gemeldet werden? (Z. B. Fehler, kritische Ereignisse, Beinahe-Fehler, Verbesserungsvorschläge, Produktschäden – der oder die Melder/in muss persönlich in den Prozess involviert sein). Eine Meldung in einem Reporting-&-Learning-System ersetzt nicht eine eventuell andere gesetzliche Meldeverpflichtung.
- » Was soll nicht gemeldet werden bzw. was wird nicht bearbeitet? (Z. B. Personenschäden und Haftpflichtfälle – fallen unter einen eigenen Bearbeitungsprozess; Fremdreportings: „Ich habe gehört/gesehen, dass...“)

### 3.3.4.3 Weiterverarbeitung

Folgende Fragen sollen überlegt werden:

- » Wie wird Anonymität sichergestellt?
- » Wie verläuft die weitere Anonymisierung? (Bei Bedarf, wenn Rückverfolgung möglich wäre.)

- » Wer hat Einsicht in die Meldungen von kritischen Ereignissen?  
(Vertrauensteam/Reviewteam)
- » Können Melder/innen im Zuge der Meldung Lösungsvorschläge einbringen?
- » Sind die Verantwortlichkeiten für Lösungsmaßnahmen durch den Risikoeigner festgelegt? (Bearbeitung der Meldung, Umsetzung der Maßnahmen)
- » Wie wird die Nachvollziehbarkeit des aktuellen Bearbeitungsstandes für die meldende Person gewährleistet?
- » Wie werden Rückmeldungen an alle Mitarbeiter/innen der Organisation oder eventuell nur an jene des Meldekreises kommuniziert?
- » Gibt es fixe Besprechungen zu den gemeldeten Ereignissen?

### 3.3.4.4 Evaluierung

Folgende Fragen sollen überlegt werden:

- » Wie werden Meldungen analysiert und evaluiert? (Extern oder auf Abteilungsebene)
- » Wann und wie oft wird evaluiert? (Quartalsweise, halbjährlich etc.)
- » Welche Indikatoren können zur Erfolgsmessung verwendet werden?  
Bitte beachten Sie die Indikatorenauswahl, z. B. „Anzahl an Meldungen“:  
Eine sinkende Meldefrequenz kann eine Verbesserung bedeuten (es passieren weniger kritische Ereignisse) oder aber auch eine Verschlechterung (es wird weniger gemeldet „Meldemüdigkeit“).
- » Wurden die festgelegten Ziele erreicht?
- » Sind Änderungen der Zielsetzung nötig?
- » Kam es zu einer Kulturänderung?
- » Wie wird die Mitarbeiter/innen-Akzeptanz erhoben?  
(Z. B. regelmäßige Umfragen)

### 3.3.4.5 Kommunikation der Ergebnisse

Folgende Fragen sollen überlegt werden:

- » Wie werden die Ergebnisse kommuniziert?  
(Abteilungsintern vs. alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mittels E-Mails, schriftlicher Aussendungen, Reporting-&-Learning-Nachrichten, Meetings, „Erfahrungsdrehscheiben“ etc.)

## 3.4 Ergänzende Überlegungen

### 3.4.1 Fördernde Faktoren für die Einführung von Reporting-&-Learning-Systemen

- » Mitarbeiter/innen umfassend informieren (z. B. zum Thema Patientensicherheit, laufende Veränderungen darstellen, interne PR-Maßnahmen treffen, Kick-off-Veranstaltung organisieren)
- » Zur freiwilligen Mitarbeit in einer Pilotphase einladen
- » Trainings und Schulungen, Workshops (Risikomanagement, Qualitätsmanagement, Moderation), Visitationen im Ausland veranlassen
- » Schulungen zur Software initiieren
- » Regelmäßige Teambesprechungen abhalten (Reporting-&-Learning-System als fixer Tagesordnungspunkt)
- » Schriftliche Vereinbarung zwischen allen Führungsebenen, Personalvertretung, Projektleitung und Abteilungsleitung (Rechte und Pflichten aller Beteiligten) festhalten
- » Ängste und negative Erwartungshaltungen ernst nehmen
- » Kulturwandel vorantreiben (kritische Ereignisse sollen wie ein Schatz betrachtet werden, um echte Schäden zu vermeiden)
- » Feedbacksystem installieren (zwischen Vertrauensteam/Reviewteam, Führung, Melderinnen und Meldern etc.)
- » Nur Konsensentscheidungen treffen
- » Moderator/in bei schwierigen Diskussionen einsetzen
- » Betriebsrat informieren

### 3.4.2 Hemmende Faktoren für die Einführung von Reporting-&-Learning-Systemen

- » Zeitmangel und Stress aller Beteiligten
- » Negative Erfahrungen im Umgang mit dem Aufzeigen von kritischen Ereignissen in der Vergangenheit
- » Vorgesetzte in den Analyse-Teams bzw. zentrale Einsicht derselben in die Meldungen von kritischen Ereignissen
- » Uninformiertes Personal
- » Negativer Umgang mit kritischen Ereignissen

- » Schuldzuweisungen
- » Angst vor Abkehr vom Teamgedanken
- » Mangelnde Betreuung des Systems und der involvierten Personen durch das Risikomanagement
- » Unzureichende und unzuverlässige EDV-Systeme
- » Nicht Ausräumen von Ressentiments
- » „Zwangsbeglückung“ („Überstülpen“, ohne entsprechende Rahmenbedingungen)

### 3.5 Überregionale Reporting-&-Learning-Systeme

Im Rahmen der Implementierung von Reporting-&-Learning-Systemen sollen CIRSmedical.at oder andere überregionale und internationale Plattformen zwecks Erfahrungsaustausch genutzt werden.

# Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hg.) (2008).: Agenda Patientensicherheit 2008. C/o Private Universität Witten/Herdecke. Deutschland

Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hg.) (2007): Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS), Praxistipps für Krankenhäuser. C/o Private Universität Witten/Herdecke, Deutschland

Aktionsbündnis Patientensicherheit Patientensicherheit – Glossar.  
<http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/?q=glossar>. Download August 2009, Bonn

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hg.) (2005): Glossar Patientensicherheit – Definitionen und Begriffsbestimmungen. Deutschland

Council of Europe, Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Expert group on Safe Medication Practices (2005): Glossary of terms related to patient and medication safety. HHg.: Council of Europe France

Czypionka Thomas et al. (2008): Health System Watch – Patientensicherheit: Neue Initiativen auf supranationaler Ebene. Institut für Höhere Studien. Wien

Diekmann Andreas (2006): Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Berlin

Ernst Roland (2005): Fehler erkennen – Fehler vermeiden – Medizinische Fehlererfassungsprogramme im deutschsprachigen Raum. Deutschland

European Network for Patient Safety (2009): Patient Safety Indicators Questionnaire (Draft). Hg.: European Network for Patient Safety. Netherlands

Flick Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Hamburg

Hofinger Gesine (2009): Organisatorische Einbettung von CIRS. Erstes nationales Forum „Critical Incident Reporting Systeme im Krankenhaus“. Berlin

Kohn Linda et al. (2000): To Err is Human – Building a Safer Health System. Washington

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (Hg.) (2008): Skriptum Risikomanagement. Wien

Rainer Schnell, Paul Bernhard Hill, Elke Esser (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. München

Rat der Europäischen Union, Empfehlungen des Rates zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen zum Thema Patientensicherheit, 2009  
<http://register.consilium.europa.eu/pdf/de/09/st10/st10120.de09.pdf> (19.05.2010)

Stiftung für Patientensicherheit (Hg.) (2009): CIRNET – Abschlussbericht zur Pilotphase. C/o Schweizer Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation. Schweiz

World Alliance for Patient Safety (2005): WHO Draft Guidelines for a Adverse Event Reporting and Learning Systems – From information to Action. (Hg.): World Health Organization. Switzerland

World Health Organization (Hg.) (2007): Project to develop the International Classification for Patient Safety: Report on the Results of the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification of Patient Safety. Switzerland



Gesundheit Österreich  
GmbH ● ● ●