

HANDLUNGSEMPFEHLUNG



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

**Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen
im Gesundheitswesen**



**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

INHALT

VORWORT	3
ZIELGRUPPE UND ZIELSETZUNG DIESER EMPFEHLUNG	4
HINWEISE	5
1 EINFÜHRENDE INFORMATIONEN	5
	4
2 SINN UND ZWECK EINES BERICHTS- UND LERNSYSTEMS	6
2.1 Begriffsdefinitionen	6
2.2 Nutzen und Grenzen	7
2.3 Anreize und Verpflichtungen zum Risikomanagement	8
3 EIN INTERNES BERICHTS- UND LERNSYSTEM ERFOLGREICH EINRICHTEN	9
3.1 Voraussetzungen für den Erfolg	9
Mit Fehlern offen umgehen	9
Grundsätze beachten	10
Mit gutem Beispiel vorangehen	11
3.2 Entscheidungen treffen	11
3.3 In den Arbeitsalltag integrieren	15
3.4 Mitarbeitende motivieren	16
4 EIN BERICHTS- UND LERNSYSTEM EFFEKTIV BETREIBEN	17
4.1 Ereignis identifizieren und berichten	18
4.2 Ereignis bewerten	18
4.3 Ereignis analysieren und diskutieren	19
4.4 Verbessern (Maßnahmen ableiten und umsetzen)	22
4.5 Überprüfen, Erkenntnisse teilen und Erfolge feiern	24
5 DURCH EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE BERICHTS- UND LERNSYSTEME LERNEN	24
5.1 Definition und Erläuterung	24
5.2 Merkmale effektiver einrichtungübergreifender Berichts- und Lernsysteme	26
5.3 Beispiele	27
6 ANHÄNGE	28
6.1 Glossar - Die wichtigsten Begriffe	28
6.2 Video zur Information	29
6.3 Vorlagenmuster	30
Schriftliche Zusicherung der Sanktionsfreiheit und Vertraulichkeit	30
Berichtsformular (siehe Kapitel 4.1)	31
Risikomatrix (siehe Kapitel 4.2)	32
Beitragende Faktoren (siehe Kapitel 4.2)	33
Analyseformular (siehe Kapitel 4.3)	34
Maßnahmenformular (siehe Kapitel 4.4)	35
6.4 Literatur	36
6.5 Impressum	38

VORWORT

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

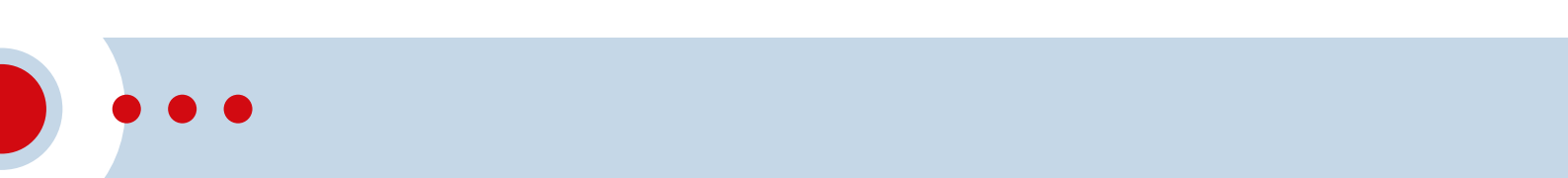
bekanntlich ist irren menschlich. Um eine sichere Behandlung zu gewährleisten und die *Patientensicherheit* auszubauen, sind zunächst genaue Kenntnisse erforderlich, wo wir uns möglicherweise irren. Erst mit diesen Kenntnissen darüber wird es möglich, zielgenau zu intervenieren und erfolgreich die Kultur der *Patientensicherheit* zu stärken. Doch wie entdecken wir diese unbekanntenen Handlungsfelder?

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) engagiert sich seit langem für die Implementierung und Weiterentwicklung von Berichts- und Lernsystemen (CIRS - critical incident reporting system). Bereits im Jahre 2007 wurde eine Handlungsempfehlung veröffentlicht, in der der Nutzen von Berichts- und Lernsystemen erläutert und konkrete Hilfestellungen zur Einführung in stationären Einrichtungen gegeben wurden. Diese Empfehlung wurde 2016 aktualisiert und inzwischen haben sich in fast allen Krankenhäusern und auch auf der Gesetzgebungsebene Berichts- und Lernsysteme als wichtige Instrumente des klinischen *Risikomanagements* etabliert.

Wir begrüßen, dass die Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA (2015) sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement beschreibt, denn Berichts- und Lernsysteme sind auch im ambulanten Bereich von großer Bedeutung: Hunderttausende Patientinnen und Patienten werden jeden Tag ambulant versorgt. Diverse Akteure in unterschiedlichen Einrichtungen sind daran beteiligt. Die Überwachung von Therapie und Gesundheitszustand ist schwieriger als in der Klinik. Der medizinisch-technische Fortschritt führt zu einem immer größeren Angebot an Leistungen in der ambulanten Versorgung. Die Leistungsanforderungen und Arbeitsbelastungen sind hoch. Dennoch kommen Berichts- und Lernsysteme im ambulanten Bereich noch nicht flächendeckend zur Anwendung. Als Gründe hierfür werden manchmal Zeitmangel und Arbeitsverdichtung genannt, dabei wird jedoch übersehen, dass ein wirksames Berichts- und Lernsystem auch dazu führen kann, den Arbeitsablauf zu verbessern und dadurch mehr Zeit für Patienten gewonnen werden kann.

Die vorliegende Handlungsempfehlung wurde im Rahmen des Projektes CIRSforte erstellt. Das Projekt wird vom Innovationsfonds des G-BA gefördert (Förderkennzeichen 01VSF16021) und will Berichts- und Lernsysteme so weiterentwickeln, dass in Zukunft auch die ambulante Versorgung davon profitiert. Nach der bewährten APS-Methode zur Erstellung von Handlungsempfehlungen ist auch diese Empfehlung entstanden. Zudem wurden weitere unterstützende Materialien entwickelt, die Sie im Anhang und auf unserer Website <http://www.aps-ev.de/Projekte/cirsforte/> finden. Wir freuen uns besonders darüber, dass die Empfehlung innerhalb des Projektes CIRSforte von mehreren hundert Praxen eingeführt und wissenschaftlich evaluiert wird.

Dieses Ergebnis wäre nicht möglich ohne das ehrenamtliche und hochqualifizierte Engagement unserer Mitglieder in der APS-Arbeitsgruppe. Binnen eines Jahres wurden diese Materialien erstellt und konsentiert.



Allen Arbeitsgruppenmitgliedern danken wir sehr herzlich für Ihren Einsatz. Stellvertretend gilt unser besonderer Dank den Leiterinnen der Arbeitsgruppe Frau Marina Buchmann und Frau Dr. Anouk Siggelkow. Nicht zuletzt danken wir der APS-Kollegin Dagmar Lüttel, ohne deren Mitarbeit das Projekt so nicht möglich wäre.

Mit der vorliegenden Handlungsempfehlung möchten wir Sie alle ermutigen, Berichts- und Lernsysteme als eine Chance zu sehen, *Fehler* und *unerwünschte Ereignisse* neu zu betrachten. Wir möchten Sie auffordern, Fragen zu stellen und Neues zu erfahren. Seien Sie neugierig! Oft ist es faszinierend zu erkennen, welche Ursachen zu einem *unerwünschten Ereignis* geführt haben. Sie werden möglicherweise unbekannte oder verborgene Fehlerquellen aufdecken, an die Sie vorher nie gedacht haben. Entdecken Sie, wo Verbesserungen möglich sind. Wir sind sicher, dass wir Ihnen mit dieser Handlungsempfehlung einen praktischen Leitfaden an die Hand geben, der Sie auf dem Weg zur Verbesserung der *Patientensicherheit* unterstützt.

Für den APS Vorstand

Hedwig François-Kettner
Vorsitzende

Dr. Ruth Hecker
Stellv. Vorsitzende

Hardy Müller
Geschäftsführer

ZIELGRUPPE UND ZIELSETZUNG DIESER EMPFEHLUNG

Diese Empfehlung richtet sich an Leitungskräfte und Interessierte in ambulanten Einrichtungen¹, die die *Patientensicherheit* stärken wollen. Sie soll dabei unterstützen, ein internes Berichts- und Lernsystem einzuführen und zu betreiben sowie rechtliche Vorgaben und Pflichten als Arbeitgeber zu erfüllen. Darüber hinaus werden Merkmale von einrichtungsübergreifenden Systemen beschrieben, da sie interne Systeme sinnvoll ergänzen können. Die Empfehlung soll auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den Gesetzgebenden als Grundlage für Richtlinien und Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können.

HINWEISE

Alle kursiv gedruckten Begriffe sind im Glossar im Anhang 6.1 aufgeführt.

Unter <http://www.aps-ev.de/Projekte/cirsforte/> stehen Videoclips und Arbeitsmaterialien zu dieser Handlungsempfehlung zur Verfügung, um Teams in ambulanten Einrichtungen dabei zu unterstützen, Berichts- und Lernsysteme erfolgreich zu nutzen. Sie sind ein Auszug aus den konsentierten Inhalten dieser Handlungsempfehlung und enthalten eine Kurzversion, einen Vorschlag zur Gestaltung einer Teambesprechung, ein Arbeitsblatt und eine Übersicht über Berichten und Lernen für mehr *Patientensicherheit*.

¹ Ambulante Einrichtungen erbringen Behandlungsleistungen außerhalb von Krankenhäusern; dazu zählen z. B. Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), aber auch Praxisnetze oder andere Verbünde von Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten; Ambulante Pflegedienste; Apotheken und Praxen von Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.

1 EINFÜHRENDE INFORMATIONEN

Jeden Tag werden hunderttausende Patientinnen und Patienten in Deutschland ambulant behandelt, beraten und gepflegt. Die Versorgung ist oft komplex und meist sind zahlreiche Personen über diverse Schnittstellen hinweg beteiligt. In der Regel verläuft die Versorgung nach Plan. Dennoch passieren manchmal Dinge, die nicht hätten passieren sollen und die unter anderen Umständen hätten vermieden werden können. Solche Ereignisse kommen z. B. im Umgang mit der Dokumentation, Medikamenten, Medizinprodukten, bei der Kommunikation oder der Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen vor.

Die Folgen sind in den meisten Fällen harmlos. Manchmal kommt aber auch jemand zu *Schaden*, und dann können die Konsequenzen dramatisch sein: Beeinträchtigt werden Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen, aber auch die an der Behandlung Beteiligten, die oft unter Schuldgefühlen und Versagensängsten leiden [1]. Möglicherweise werden sie beschuldigt, einen *Fehler* begangen zu haben. Eventuell werden sie aufgefordert, beim nächsten Mal „besser aufzupassen“ oder sogar bestraft. Dabei wird jedoch übersehen, dass in den allermeisten Fällen nicht eine einzelne Person, sondern die Verkettung unglücklicher Umstände und das Versagen von bestehenden Sicherheitsbarrieren ursächlich sind [2]. Wenn sich am Ablauf nichts ändert, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich das Ereignis in gleicher oder ähnlicher Weise wiederholt. Deshalb ist es wichtig, solche Ereignisse zu erkennen und ihre Ursachen zu analysieren. Wenn die Ursachen bekannt sind, können gezielte Maßnahmen abgeleitet werden, die die Wahrscheinlichkeit verringern, dass das gleiche Ereignis in Zukunft noch einmal eintritt.

Genau hier setzen Berichts- und Lernsysteme an. Mit Hilfe von Mitarbeiterberichten zielen sie darauf ab, Risiken, *Fehler* und *kritische Ereignisse* und deren Ursachen zu erkennen und gemeinschaftlich daraus zu lernen. Solche Systeme sind – auch international – bewährt und als integrativer Bestandteil des Qualitäts- und *Risikomanagements* in Einrichtungen des Gesundheitswesens anerkannt [3].

2 SINN UND ZWECK EINES BERICHTS- UND LERNSYSTEMS

2.1 Begriffsdefinitionen

Mithilfe eines **Berichts- und Lernsystems** können bestimmte **Ereignisse** erfasst und bearbeitet werden. Für ein gemeinsames Verständnis werden diese beiden zentralen Begriffe zunächst definiert und erläutert.

Definition Berichts- und Lernsystem:

Ein Berichts- und Lernsystem ist ein Instrument des *Risikomanagements*. Ziel ist die Prävention von *Fehlern* und Schäden durch das Lernen aus *kritischen Ereignissen*, damit diese künftig von einem selbst und von anderen vermieden werden können. Die Berichte werden systematisch aufgearbeitet, Maßnahmen zur Prävention abgeleitet, umgesetzt und deren Wirksamkeit im Rahmen des *Risikomanagements* evaluiert.

Nach: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) [4]

Berichts- und Lernsysteme sind auch unter anderen Bezeichnungen bekannt, z. B. als CIRS (Critical Incident Reporting Systems) oder als Fehlermeldesysteme.

Die Systeme unterstützen das Sammeln und Aufarbeiten von *kritischen Ereignissen*, sodass Leitungskräfte, die berichtende Person selbst, alle Kolleginnen und Kollegen, im Idealfall aber auch andere Einrichtungen, daraus lernen können.

Berichts- und Lernsysteme können papierbasiert oder elektronisch aufgebaut sein. Größere Organisationen, wie z. B. an Krankenhäuser angebundene Medizinische Versorgungszentren (MVZ), nutzen auch EDV-gestützte Systeme im Intranet oder Internet. Berichts- und Lernsysteme können innerhalb einer einzelnen Einrichtung genutzt werden (einrichtungsintern) oder gemeinsam von mehreren Einrichtungen (einrichtungsübergreifend). Einrichtungsübergreifende Systeme können öffentlich zugänglich und einsehbar (offen) sein oder nur registrierten Nutzern zur Verfügung stehen (geschlossen).

Definition der zu berichtenden Ereignisse:

Als zu berichtende Ereignisse gelten alle Ereignisse, die die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährden.

Gemeint sind damit Ereignisse, die nicht beabsichtigt waren, die nicht erwartet wurden und die nicht wieder passieren sollen. Es können Zwischenfälle berichtet werden, die man selbst erlebt hat, die man beobachtet hat oder die einem berichtet wurden. Es stehen nicht ausschließlich *Fehler* im Vordergrund, sondern diejenigen Ereignisse, die bei der Patientenversorgung als Risiken erkannt werden. Um ein Ereignis zu berichten, muss kein Patientenschaden entstanden sein; kein Ereignis ist zu unwichtig oder zu schwerwiegend, um sich nicht damit zu befassen. In der Literatur werden je nach Fallkonstellation verschiedene Begriffe verwandt, wie z. B. *kritisches*, *unerwünschtes* oder *vermeidbares* Ereignis (siehe Glossar Anhang 6.1).

Beispiele für zu berichtende Ereignisse:

- Unvollständige Dokumentation bei Überweisungen und Entlassungsbriefen
- Inkorrekte Verordnung, Ausgabe oder Verabreichung von Medikamenten
- Probleme bei der Anwendung von medizinischen Geräten
- Fehlende Hilfsmittel
- Verzögerte Behandlungen
- Falsche Diagnosen

2.2 Nutzen und Grenzen

Das Ziel von Berichts- und Lernsystemen ist es, aus Fehlern und Ereignissen zu lernen, diese zukünftig zu reduzieren und dadurch die Patientensicherheit zu verbessern.

Berichts- und Lernsysteme tragen dazu bei, Ursachen des berichteten Ereignisses zu bestimmen. Wenn die Erkenntnisse genutzt und die abgeleiteten Maßnahmen in die täglichen Arbeitsabläufe integriert werden, kann die *Patientensicherheit* verbessert werden. Werden die Erkenntnisse dann einrichtungsübergreifend geteilt, können auch andere aus den Ereignissen lernen und zwar bevor ihnen selbst etwas Ähnliches passiert („Frühwarnsystem“).

Ein wirksames Berichts- und Lernsystem kann die Fähigkeit erhöhen, rasch und flexibel auf ein Ereignis zu reagieren. So kann die Widerstandsfähigkeit des Teams und der Organisation gegenüber derartigen Störfaktoren (*Resilienz*) verbessert werden [5].

Weitere Ziele eines Berichts- und Lernsystems:

- Bewusstsein für Risiken schärfen.
- Sicherheitskultur in der Einrichtung weiterentwickeln.
- Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeitenden durch die aktive Beteiligung bei der Vermeidung von *unerwünschten Ereignissen* positiv beeinflussen.
- Stärkung eines sachlichen Umgangs mit vermeintlich individuellen *Fehlern* von Mitarbeitenden.

Bei der Nutzung sind auch die Grenzen eines Berichts- und Lernsystems zu bedenken:

- Berichts- und Lernsysteme haben für sich allein keinen Einfluss auf die *Patientensicherheit*. Nur wenn Berichte eingehen, die eine Basis für systemorientierte Verbesserungen ergeben, kann die *Patientensicherheit* erhöht werden.
- Ein Berichts- und Lernsystem ist ein Instrument im Qualitäts- und Risikomanagement, zu dem auch z. B. *Audits*, *Beschwerdemanagement* und *Peer-Review-Verfahren* gehören.
- Ein Berichts- und Lernsystem liefert keine repräsentativen Daten. Es lassen sich keine Rückschlüsse ziehen, wie viele *unerwünschte Ereignisse* in einer Einrichtung tatsächlich aufgetreten sind.
- Ein Berichts- und Lernsystem ersetzt keine verpflichtenden Meldewege, wie z. B.
 - o bei Schadensfällen an den Haftpflichtversicherer
 - o bei Vorkommnissen mit Medizinprodukten an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/mpAkt/Meldeformular_Herst-Bevollm_Neu.html
 - o bei *unerwünschten Arzneimittelwirkungen* (UAW) an die
 - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/> oder an
 - die Arzneimittelkommission der deutschen Apothekerschaft <https://www.abda.de/themen/arzneimittelsicherheit/amk/amk-berichtsboegen/>

2.3 Anreize und Verpflichtungen zum Risikomanagement

Rechtliche Vorgaben

Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie Vertragszahnärzte sind nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die genauen Anforderungen dazu sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA festgelegt [4]. Danach müssen alle Einrichtungen ein Fehlermanagement als Teil des *Risikomanagements* umsetzen. Fehlermeldesysteme werden als ein Instrument des Fehlermanagements benannt.

Apothekerinnen und Apotheker sind nach § 2a der Apothekenbetriebsordnung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der Apotheke verpflichtet.

Für ambulante Pflegedienste ist Qualitätssicherung im SGB XI ab § 112 festgelegt.

Für Pflegedienste, Apotheken, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten liegen bisher keine konkreten normativen Vorgaben zur Umsetzung des Fehlermanagements vor. Auch wenn es für diese Anbieter keine konkreten Vorgaben gibt, empfiehlt das APS mit dieser Handlungsempfehlung dringend, Berichts- und Lernsysteme zu nutzen, da diese einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der *Patientensicherheit* leisten können.

Unternehmerische Verpflichtungen

Über die genannten Regelungen hinaus gelten für Organisationen je nach Organisationsform auch allgemeine unternehmerische Vorgaben, die z. B. die Haftpflicht, den Arbeitsschutz, das Arbeitsrecht, Baurecht und Datenschutzrecht sowie die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung bzw. Ablauf des Geschäftsprozesses betreffen können [6]. Die Einrichtung und der Betrieb eines Berichts- und Lernsystems dokumentieren einen Beitrag zur Einhaltung dieser Vorgaben.

3 EIN INTERNES BERICHTS- UND LERNSYSTEM ERFOLGREICH EINRICHTEN

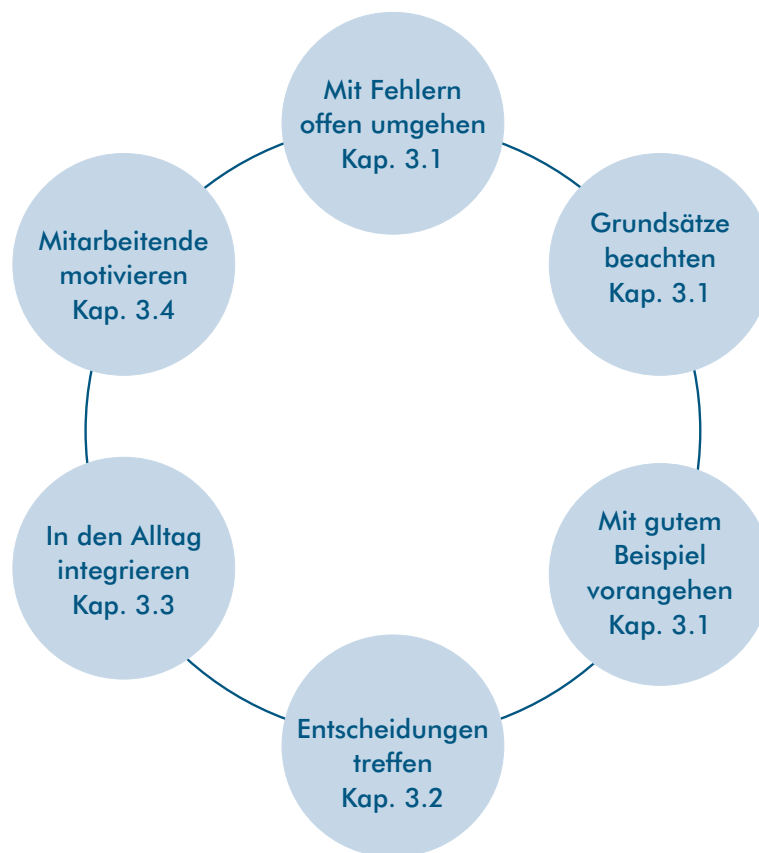


Abbildung 1: Erfolgsfaktoren für die Einrichtung und den Betrieb eines internen Berichts- und Lernsystems

3.1 Voraussetzungen für den Erfolg

Mit Fehlern offen umgehen

Der offene Umgang mit *Fehlern* ist nicht immer einfach, aber eine wichtige Voraussetzung, damit ein Berichts- und Lernsystem erfolgreich genutzt werden kann. Eine lernende Sicherheitskultur zeichnet sich u. a. durch folgende Eigenschaften aus:

- Die Leitung engagiert sich proaktiv für einen offenen Umgang mit *Fehlern*.
- Alle sind sich bewusst, dass die gesundheitliche Versorgung ein risikoreiches Arbeitsfeld ist.
- Alle teilen die Überzeugung, dass Sicherheit wichtig und notwendig ist.
- Innerhalb des Teams liegen eine auf Vertrauen basierende offene Kommunikation und ein sachlicher Umgang mit sämtlichen Ereignissen vor.
- Weder Berichtende noch an den Ereignissen Beteiligte müssen arbeitsrechtliche Konsequenzen fürchten.
- Alle Beteiligten arbeiten hierarchieübergreifend und interdisziplinär bei der Suche nach Verbesserungsmaßnahmen zusammen.
- Niemand sucht nach dem Schuldigen, sondern nur nach den Ursachen des Ereignisses (Nicht „Wer ist schuld?“, sondern „Warum ist es passiert?“).
- Aus Ereignissen wird gelernt und aus den Berichten resultieren erkennbare Veränderungen.
- Entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen werden investiert.

Eine Sicherheitskultur spiegelt wider, wie sich eine Organisation in Wirklichkeit für sicherheitskritische Probleme engagiert („die Art und Weise, wie wir die Dinge hier machen“). Sie wird auch definiert als „das Produkt von individuellen und Gruppenwerten, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensmustern, die das Engagement einer Organisation, ihre Tüchtigkeit und ihre Art bestimmen, wie Gesundheit und Sicherheit im Betrieb gewährleistet werden [7].“

Grundsätze beachten

Eine hohe Berichtsbereitschaft der Mitarbeitenden ist die Basis zum Erfolg (siehe Kapitel 3. 4). Damit ein Berichts- und Lernsystem regelmäßig genutzt wird, sollten folgende Grundsätze beachtet werden:

GRUNDSATZ	ERLÄUTERUNG
Freiwilligkeit	Mitarbeitende berichten freiwillig.
Anonymität	Alle aus dem Team können anonym berichten. Dieser Grundsatz kann jedoch je nach Einrichtung schwierig umsetzbar sein (siehe Kapitel 3.2, Frage 5).
Vertraulichkeit	Alle Informationen im Bericht (z. B. Namen von Patienten oder Teammitgliedern) werden bei der Bearbeitung vertraulich behandelt: Personenbezogene Daten werden niemals an Dritte weitergegeben.
Sanktionsfreiheit	Niemand erfährt Nachteile durch das Berichten von Ereignissen.
Unabhängigkeit	Das Berichtssystem ist weitgehend unabhängig von jeglicher Autorität, die die berichtende Person bestrafen könnte (z. B. disziplinarische Sanktionen).
Klare Aufbau- und Ablaufstrukturen	Die Aufgaben, Zuständigkeiten und Strukturen des Berichts- und Lernsystems sind definiert.
Klare Definition der zu berichtenden Ereignisse	Es ist eindeutig definiert, was berichtet werden soll. Die Definition ist allen im Team bekannt.
Einfaches Berichten	Das Berichts- und Lernsystem ist einfach zugänglich und das Berichten erfordert wenig Zeit.
Unmittelbarkeit	Die Berichte werden umgehend bewertet, um bei akuten Gefahren für die <i>Patientensicherheit</i> sofort tätig zu werden (siehe Kapitel 4.2).
Systematische Analyse	Ereignisse werden nach einer strukturierten Methode untersucht.
Systemorientierung	Die Analyse und die abgeleiteten Maßnahmen richten sich auf Veränderungen im System, von Prozessen oder Produkten (nicht auf Personen).
Umsetzung von Maßnahmen	Die abgeleiteten Maßnahmen werden zeitnah umgesetzt.
Rückmeldung an Mitarbeitende	Die Mitarbeitenden erhalten regelmäßig Rückmeldungen über Berichte und Maßnahmen.

Tabelle 1: Grundsätze eines Berichts- und Lernsystems. Zusammengestellt unter Verwendung von [3] und [8].

Mit gutem Beispiel vorangehen

Die Leitung der Einrichtung, z. B. Inhaberinnen und Inhaber von Praxen, Apotheken oder Pflegediensten, ist nicht nur verantwortlich für die Einführung des internen Berichts- und Lernsystems. Vielmehr ist die Leitung als Vorbild und Unterstützerin des Systems gefordert. Den ersten Schritt zur erfolgreichen Einrichtung eines internen Berichts- und Lernsystems stellt das eigene klare Bekenntnis zur Implementierung und Umsetzung dieses Instruments dar.

Wichtig ist außerdem, dass die Leitung

- sich dafür einsetzt, die Sicherheitskultur weiterzuentwickeln und dieses vorlebt,
- die Strukturen für die Schaffung eines Berichts- und Lernsystems gemeinsam mit der oder dem Verantwortlichen festlegt,
- das Berichts- und Lernsystem dem gesamten Team vorstellt und es im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeitende fest verankert ist,
- die erforderlichen Ressourcen bereitstellt,
- ein aktives und sichtbares Engagement zeigt,
- Veränderungen unterstützt, die sich aus der Analyse der Ereignisse ergeben und
- den Nutzen von Verbesserungsprozessen kennt und sich zu den Themen *Risikomanagement*, *Fallanalyse*, *Sicherheitskultur* sowie *Berichts- und Lernsysteme* fortbildet.

3.2 Entscheidungen treffen

In der Regel wird die Leitung einer Einrichtung ein eigenes Berichts- und Lernsystem gestalten. Dieses ist abhängig von der Art und den Strukturen der jeweiligen Einrichtung. Deshalb sollten vorab Entscheidungen getroffen werden, wie das Vorhaben konkretisiert wird. Es wird empfohlen, in dieser Phase interessierte Mitarbeitende einzubinden und die folgenden zehn Fragen zu beantworten.

FRAGEN, DIE IN JEDER EINRICHTUNG BEANTWORTET WERDEN MÜSSEN:

(auf den nächsten Seiten werden diese ausführlich erläutert)

1. Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen haben wir?
2. Wer soll berichten können?
3. Was soll berichtet werden?
4. Wie soll berichtet werden?
5. Wie gehen wir mit Anonymität und Vertraulichkeit um?
6. Wer ist zuständig für was?
7. Wie werden Mitarbeitende eingebunden und informiert?
8. Wie lernen wir aus Ereignissen?
9. Wie sollen Ereignisse mit betroffenen Patienten/Angehörigen kommuniziert werden?
10. Wie soll mit Schadensberichten umgegangen werden?

Im Folgenden werden die zehn Fragen erläutert.

1. Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen haben wir?

Um Berichts- und Lernsysteme erfolgreich einrichten zu können, müssen zunächst die vorhandenen Strukturen analysiert werden, um förderliche Faktoren und mögliche Barrieren zu bestimmen. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein:

- Wie sind wir organisiert (Anzahl der ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden, Vollzeit-/ Teilzeitkräfte usw.)?
- Welchen Führungsstil haben wir? Wie treffen wir Entscheidungen (autoritär, demokratisch)? Wie kommunizieren wir Veränderungen?
- Wie sind unsere personellen und zeitlichen Ressourcen?
- Wie ist das Arbeitsklima? Haben wir einen vertrauensvollen Umgang miteinander? Gibt es (unausgesprochene) Konflikte?
- Wie sind die Mitarbeitenden qualifiziert? Gibt/gab es Schulungen zu Qualitäts- oder Risikomanagement? Wenn ja, wer hat teilgenommen?
- Welche technischen Voraussetzungen haben wir? Gibt es PCs, Internetzugang, Intranet usw.?
- Wie ist die Haltung der Leitung und der Mitarbeitenden gegenüber Neuerungen (Interesse, Motivation, Skepsis, Widerstand gegenüber Veränderungen)?
- Gibt es eine Teambesprechung, die für Schulungen und gemeinschaftliche Analysen von Ereignissen genutzt werden kann?
- Welche Voraussetzungen bietet unser Qualitätsmanagementsystem und wie wollen wir das Berichts- und Lernsystem darin einbetten?

2. Wer soll berichten können?

Jeder Hinweis von jedem ist wichtig, deshalb sollten alle Mitarbeitenden einbezogen werden – von der Reinigungskraft über die Auszubildenden bis zur Leitung.

3. Was soll berichtet werden?

In jeder Einrichtung muss überlegt werden, welche Ereignisse im Berichts- und Lernsystem aufgenommen werden sollen. Danach sollte allen klar sein, was berichtet werden soll. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zu berichten. Unterstützung bei der Formulierung bietet die Definition von „zu berichtenden Ereignissen“ in Kapitel 2.1. Es kann sein, dass Berichte eingegeben werden, für die es verpflichtende Meldesysteme gibt, z. B. Medikationsfehler, Medizinprodukte-Vorkommnisse und Schadensmeldungen (siehe Kapitel 2.2). Es kann auch sein, dass Ereignisse berichtet werden, die die Sicherheit von Angehörigen und Besuchern, Mitarbeitenden oder Kooperationspartnern betreffen. Für den Umgang mit solchen Berichten sollten klar definierte Regeln erstellt, eingehalten und transparent kommuniziert werden. Mitarbeitende einer Einrichtung könnten sich darauf einigen, auch diese Inhalte in das interne System aufzunehmen, um die darin liegenden Verbesserungspotenziale zu berücksichtigen und um zu prüfen, ob Maßnahmen getroffen werden müssen. Prinzipiell gibt es keine „falschen Berichte“. Es ist aber wichtig, dass die Definition der Ereignisse, die berichtet werden sollen, allen bekannt ist.

4. Wie soll berichtet werden?

Die Einrichtung muss entscheiden, ob sie für das Berichts- und Lernsystem ein papiergestütztes oder elektronisches Format wählt. Eine papiergestützte Form erfordert ein geringes Investitionsvolumen und könnte am Anfang für Einrichtungen mit wenig Personal die geeignete Form sein. Eine elektronische Lösung hat die Vorteile, dass sie einen leichten Zugriff auf vergangene Ereignisse und Maßnahmen (wie in einer durchsuchbaren Datenbank) bietet und verschiedene Auswertungen der Informationen ermöglicht. Möglich ist auch eine Mischung aus beidem: Es wird ein papiergestützter Berichtsbogen verwendet, die nachträgliche Bearbeitung erfolgt elektronisch.

TABELLE 2: BEISPIELE FÜR BERICHTS- UND LERNSYSTEME

Papierbasiert	Ein Fehlerbuch liegt an einem zentralen und vor dem Zugriff Dritter geschützten Platz aus. Berichtsformulare werden in einem Ordner an einem zentralen und vor dem Zugriff Dritter geschützten Platz aufbewahrt. Ausgefüllte Berichtsformulare können in einen dafür vorgesehenen Briefkasten geworfen werden.
Elektronisch	Ein elektronisches Berichtsformular (z. B. in Form einer Tabelle) steht allen in der Einrichtung zur Verfügung und kann von allen Rechnern aufgerufen werden. Im Patientenverwaltungssystem ist ein fiktiver Patient angelegt, der von jedem PC aufrufbar ist. In diesem Dummy-Patienten werden Auffälligkeiten dokumentiert. In der Einrichtung ist eine CIRS-Software eingerichtet (z. B. im Intranet).

In jedem Fall sollte der Berichtsbogen anwenderfreundlich und für jeden leicht zugänglich sein. Ein einheitliches Format erleichtert den Export von Berichten an einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme (siehe Kapitel 5). Datenfelder sollten genügend Platz bieten, um mit eigenen Worten beschreiben zu können, was passiert ist (siehe Beispiel von einem Berichtsformular im Anhang).

5. Wie gehen wir mit Anonymität und Vertraulichkeit um?

Anonymität bedeutet, dass eine Person oder eine Einrichtung nicht identifiziert werden kann. In anonymen Berichten werden keine Namen von Mitarbeitenden, Patienten oder Einrichtungen genannt, auch werden indirekte Hinweise vermieden, die eine Zuordnung zu Personen erlauben würden (z. B. detaillierte Beschreibungen von Personen oder seltenen Ereignissen) [9]. Auch wenn die Anonymität formal sichergestellt ist, kann es schwierig sein, diese praktisch im ambulanten Versorgungsalltag zu gewährleisten. Insbesondere in kleineren Versorgungseinheiten ist die Anonymität aufgrund einer meist geringen Anzahl von Mitarbeitenden oder einer engen Zusammenarbeit in kleinen Teams nur eingeschränkt realisierbar. Hier sollte überlegt werden, ob nicht von vornherein auf Anonymität verzichtet werden kann und Regelungen zur Vertraulichkeit getroffen werden können.

Vertraulichkeit bedeutet, dass die Berichte mit Diskretion behandelt und Informationen nicht an Dritte weitergegeben werden. Es bedeutet auch, dass die Informationen vor dem Zugriff Dritter geschützt sind (siehe „Schriftliche Zusicherung der Sanktionsfreiheit und Vertraulichkeit“ im Anhang). Dies kann von Vorteil sein, da Fragen zum Ereignis mit der berichtenden Person geklärt werden können. In einer lernenden Sicherheitskultur gehen alle Beteiligten offen mit Ereignissen um und sehen jedes Ereignis als Chance, Arbeitsabläufe noch sicherer zu gestalten. Wenn jemand Angst hat zu berichten oder sich vor Anschuldigungen und Sanktionen fürchtet, ist das ein Zeichen dafür, dass mehr für die Sicherheitskultur in der Einrichtung getan werden muss. Je mehr Fälle vertraulich berichtet werden, desto reifer und konstruktiver ist die Sicherheitskultur [10].

6. Wer ist zuständig für was?

Zuständige für die Betreuung des Berichts- und Lernsystems werden festgelegt. Diese müssen nicht in Führungspositionen sein. Es sollen Personen sein, die vom gesamten Team als Vertrauensperson anerkannt sind und die ein gutes Fachwissen aufweisen. Teams können ebenso von rotierenden Zuständigkeiten profitieren, indem unterschiedliche Personen abwechselnd die entstandenen Sicherheitsprobleme vorstellen und Feedback geben [11]. Mitarbeitende sollten für die ihnen übertragenen Zuständigkeiten ausreichend qualifiziert werden. Zu den Zuständigkeiten gehören:

- regelmäßig den Berichtseingang sichten
- bewerten, ob akuter Handlungsbedarf (=Sofortmaßnahme) besteht

- Berichtsinhalte anonymisieren
- regelmäßige (z. B. monatliche) Besprechungen organisieren
- Ursachen und Begleitumstände von Ereignissen zusammentragen (siehe Kap. 4.3)
- Maßnahmen initiieren und nachhaltig umsetzen (siehe Kap. 4.4)
- über den Stand der Umsetzung der Maßnahmen berichten und die Wirksamkeit von Maßnahmen überprüfen (Kap. 4.5)
- ggf. den Bericht in ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem einstellen

7. Wie werden Mitarbeitende eingebunden und informiert?

Für die meisten Mitarbeitenden ist ein Berichts- und Lernsystem ein neues Instrument. Damit alle dafür ein gleiches Verständnis entwickeln und sich eingebunden fühlen, ist ein geplantes Vorgehen notwendig.

Die Leitung ist verantwortlich dafür, dass das Berichts- und Lernsystem allen Mitarbeitenden vorgestellt wird, z. B. im Rahmen einer Teambesprechung. Dabei sollten zunächst die Ziele und Grundsätze vermittelt werden, gefolgt von den internen Umsetzungsplänen. Es ist sinnvoll, sich auch auf Widerstände („Wieso? Es läuft doch alles gut!“) vorzubereiten. Hier kann eine schrittweise Sensibilisierung anhand von Beispielen aus einem einrichtungsübergreifendem System hilfreich sein (siehe Kapitel 5). Bei der Einführung sollte auch auf die Freiwilligkeit und die Wahrung der Anonymität bzw. Vertraulichkeit eingegangen werden. Es ist sinnvoll, dies schriftlich zu vereinbaren, um die Ernsthaftigkeit der Absicht zu verdeutlichen (siehe Beispiel dazu im Anhang). Eine einmalige Einweisung reicht nicht aus, um die Nutzung des Berichts- und Lernsystems zu vermitteln. Mitarbeitende sollten Raum und Zeit haben, sich mit dem System vertraut zu machen.

Mit gutem Beispiel voran

Um den Mitarbeitenden Angst oder Scham zu nehmen, sollte die Chefin oder der Chef mit guten Beispielen vorangehen und in einer Teamsitzung von einem Ereignis berichten, an dem sie oder er selbst beteiligt war. Es wird sachlich berichtet, wie es zu dem Ereignis kommen konnte und was unternommen wurde. Danach stellt die Chefin oder der Chef vor, was zu berichtende Ereignisse sind und wieso sie berichtet werden sollen. Ggf. wird das Berichtsformular vorgestellt und besprochen. Bedenken und Verbesserungen zum praxisindividuellen Umgang werden besprochen.

8. Wie lernen wir aus Ereignissen?

Das Wesentliche ist, dass aus den berichteten Ereignissen gelernt wird. Die Auseinandersetzung mit den Ursachen trägt zwar dazu bei, sich potenziellen Risiken bewusst zu werden und ihnen im Alltag mit größerer Aufmerksamkeit zu begegnen (Risikosensibilisierung), reicht allein aber nicht aus. Methoden zur Analyse von Ereignissen und das Ableiten von Maßnahmen werden in Kapitel 4.3 erläutert.

9. Wie sollen Ereignisse mit betroffenen Patientinnen und Patienten oder Angehörigen kommuniziert werden?

Viele Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind unsicher, was sie nach einem *unerwünschten Ereignis* sagen dürfen. Viele befürchten, dass eine Mitleidsbekundung oder eine Entschuldigung den Verlust des Versicherungsschutzes bedeutet. Diese Befürchtungen sind rechtlich unbegründet. Ausdruck von Bedauern, wahrheitsgemäße Erklärungen über Tatsachen und Erläuterungen medizinischer Sachverhalte sind kein Anerkenntnis und führen nicht zum Verlust des Haftpflichtversicherungsschutzes. Eine offene, zeitgerechte und kontinuierliche Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist wichtig. Hilfestellung bietet die APS-Broschüre „Reden ist Gold“ [12] und der APS-Patientenratgeber „Reden ist der beste Weg“ [13].

Wenn bei dem Ereignis einer Patientin oder einem Patienten ein *Schaden* zugefügt wurde, sollte dieser darüber informiert werden und eine Entschuldigung erfolgen. Es kann darauf hingewiesen werden, dass das Team den Ursachen auf den Grund gehen wird, um ein Wiederholen zu verhindern und aus dem Vorfall zu lernen. Wenn keine Transparenz über das Geschehene durch ein Gespräch geschaffen wird, reagieren viele Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige nach *unerwünschten Ereignissen* oft mit starken Gefühlen wie Wut und Verbitterung. Es ist wichtig, das Gespräch mit ihnen zu suchen, damit sie sich ernst genommen und nicht allein gelassen oder gar betrogen fühlen. Wichtiger als der Wunsch nach materiellem Schadensersatz ist Betroffenen gewöhnlich, dass aus dem Vorfall gelernt wird und anderen nicht das Gleiche passiert.

10. Wie soll mit Schadensberichten umgegangen werden?

Wie bereits in Kapitel 2.2. genannt, müssen Schadensfälle an den Haftpflichtversicherer gemeldet werden. Für das Lernen aus *Fehlern* ist es allerdings unerheblich, ob bei einem berichteten Ereignis ein *Schaden* entstanden ist. Für die weitere Bearbeitung ist das zugrunde liegende *Risiko* bzw. der *Fehler* ausschlaggebend, nicht der möglicherweise resultierende *Schaden*. Daher kann es sinnvoll sein, in einem Berichts- und Lernsystem Regelungen zu treffen, wie Ereignisse dauerhaft dokumentiert werden, in denen ein *Schaden* für den Patienten entstanden ist. Für manche Ereignisse kann es angebracht sein, den *Schaden* nicht zu dokumentieren, z. B. weil dies im Rahmen der Anonymisierung geboten erscheint [14].

3.3 In den Arbeitsalltag integrieren

Fehlermanagement sowie Kommunikation über Ereignisse und Verbesserungsmaßnahmen sollten in der täglichen Arbeit einer Einrichtung fester Bestandteil sein. Bereits funktionierende Strukturen und Prozesse werden als solche erkannt, benannt und nur dann verändert, wenn es erforderlich ist. Je selbstverständlicher dies in die Praxisabläufe eingebunden ist, desto leichter können Ängste über unnötige zusätzliche Bürokratie genommen werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Einbettung in die Teamroutinen (z. B. fester Tagesordnungspunkt in den wöchentlichen Teamsitzungen) sehr Erfolg versprechend ist [15].

Damit das Berichts- und Lernsystem auf lange Sicht effektiv betrieben werden kann, sollte dieses in regelmäßigen Abständen auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden.

Folgende Fragen können hierbei hilfreich sein

- Wie viele Ereignisse sind berichtet worden?
- Welche Themen wurden berichtet?
- Wurden Verbesserungsvorschläge realisiert?
- Verbessern die Maßnahmen die Sicherheit von Patienten im Alltag?
- Aus welchen Gründen wurden Verbesserungsvorschläge nicht umgesetzt?
- Stimmt die Struktur? Stimmt die Häufigkeit der Treffen?
- Brauchen wir andere Personen/Ressourcen, um Ereignisse zu analysieren und Maßnahmen umzusetzen?

3.4 Mitarbeitende motivieren

Berichts- und Lernsysteme leben von der Bereitschaft aller, über Ereignisse berichten zu wollen. Mitarbeitende werden das Berichts- und Lernsystem nutzen, wenn sie spüren,

- dass kritische Anmerkungen und Berichte gewünscht sind und wertschätzend angenommen werden,
- dass mit Berichten sensibel umgegangen wird,
- dass sie selbst keine Nachteile aus der Mitarbeit erfahren,
- dass sie ihre Arbeitsumwelt mitgestalten können und
- dass aus den Berichten erkennbare Veränderungen für mehr Sicherheit der Patienten und für sie selbst resultieren.

Die Sicherheit, sanktionsfrei und vertraulich berichten zu können, erhöht die Berichtsbereitschaft. Ein zentrales Element für die Glaubwürdigkeit des Systems und für das Vertrauen der Mitarbeitenden ist, dass sie wissen,

- was berichtet werden soll,
- wie, von wem und wann die Berichte bearbeitet werden und
- wie Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt werden.

Über Vorgänge und Verbesserungsprojekte sollten die Mitarbeitenden regelmäßig informiert werden (z. B. als fester Bestandteil der Teambesprechung).

4 EIN BERICHTS- UND LERNSYSTEM EFFEKTIV BETREIBEN

Berichten und Lernen für mehr Patientensicherheit

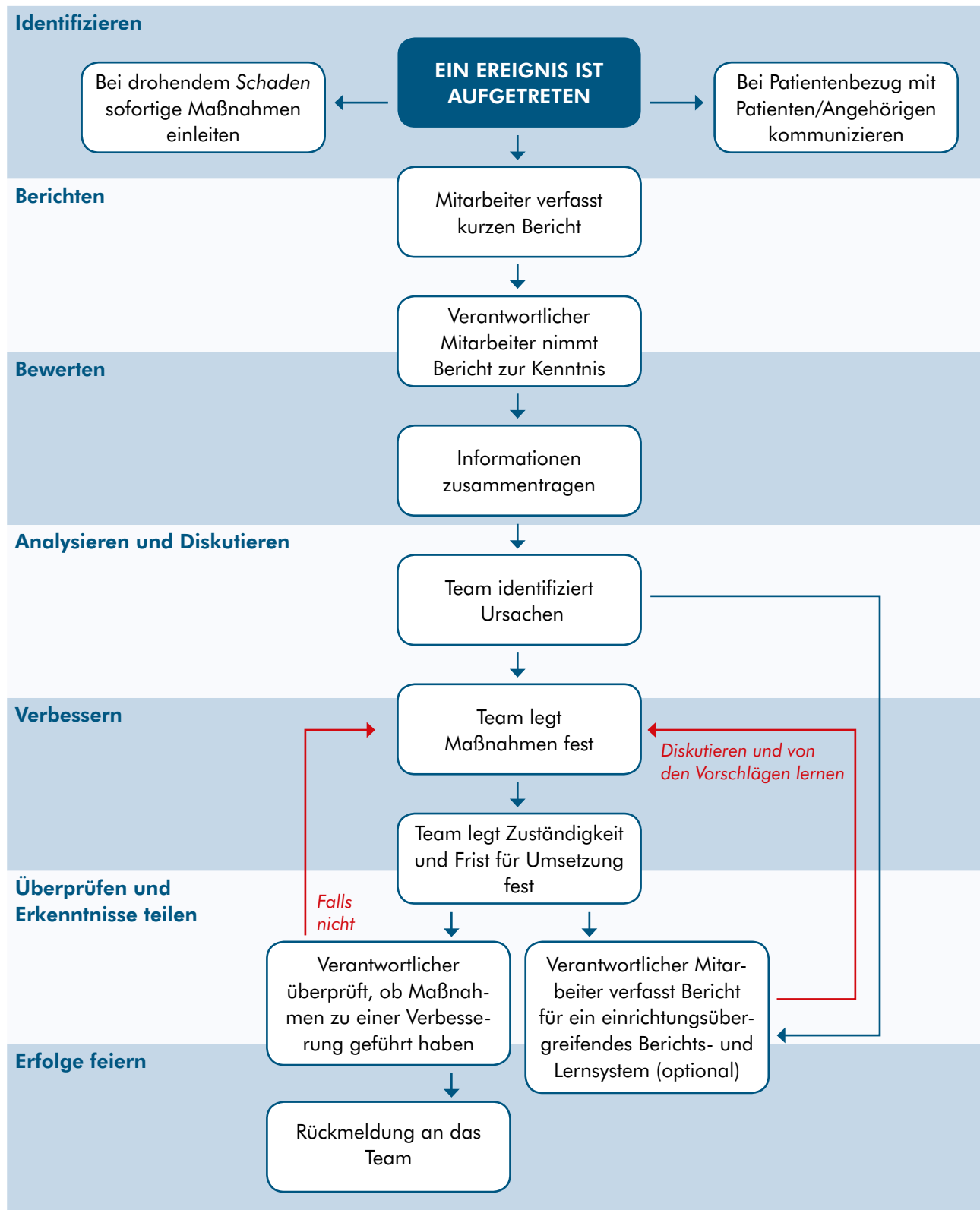


Abbildung 2: Berichten und Lernen für mehr Patientensicherheit. Modifiziert nach [16].

4.1 Ereignis identifizieren und berichten

Der erste Schritt ist, zu erkennen, dass es sich um ein berichtenswertes Ereignis handelt (siehe Kapitel 3.2: Was soll berichtet werden?). In einem Bericht soll so klar wie möglich dargestellt werden, was passiert ist (idealerweise in einem zeitlichen Ablauf) und was das Ergebnis war. Zusätzlich sollten Überlegungen, wie es zu dem Ereignis kommen konnte, und Verbesserungsvorschläge geäußert werden. Wichtig ist vor allem, dass keine Schuldzuweisungen geäußert werden.

Zunächst kann es ausreichen, mit einem kurzen Bericht einen Hinweis zu dokumentieren, damit das Geschehene in der Hektik des Versorgungsalltages nicht vergessen wird. Der Bericht kann dann später in Ruhe vervollständigt werden. Ein Beispiel für ein Berichtsformular ist im Anhang aufgeführt.

BEISPIEL A: Patientenverwechslung in einer radiologischen Praxis

Patient X wurde im Wartezimmer mit Namen aufgerufen. Er wurde im CT untersucht. Beim anschließenden Gespräch mit dem Arzt stellte sich heraus, dass es gar nicht der aufgerufene Patient war, sondern ein anderer mit ähnlichem Namen.

Quelle: Berichtsdatenbank www.jeder-fehler-zählt.de, Fall 849 (adaptiert)

Jedes Ereignis sollte vor dem Berichten daraufhin eingeschätzt werden, ob im weiteren Verlauf für den Patienten ein Schaden entstehen könnte. Im nächsten Beispiel besteht akuter Handlungsbedarf und sofortige Maßnahmen müssen eingeleitet werden.

BEISPIEL B: Fehlerhaftes Rezept in einer hausärztlichen Praxis ausgehändigt

Ein Patient X erhält ein Rezept mit der fälschlicherweise doppelten Dosierung seines Blutdruckmedikaments. Dies fällt der Medizinischen Fachangestellten (MFA) 10 Minuten nachdem der Patient die Praxis verlassen hat, auf.

In einem solchen Fall ist es notwendig, sofort den Patienten und ggf. Angehörige zu informieren, um die Einnahme der falschen Medikation zu verhindern.

4.2 Ereignis bewerten

Nach der Berichterstellung sollte eingeschätzt werden, wie wahrscheinlich es ist, dass das Ereignis wieder auftritt und wie groß der zu erwartende Schaden im schlimmsten Fall wäre, der dabei auftreten könnte. Um die Dringlichkeit des Handelns einzuschätzen, bietet eine zweidimensionale Matrix praktikable Hilfestellung (siehe Risikomatrix im Anhang).

Je größer das Risiko, umso zeitnäher sollte die Analyse des Ereignisses erfolgen.

4.3 Ereignis analysieren und diskutieren

Das Ziel der Analyse ist es, die Ursachen und beitragenden Faktoren für ein Ereignis zu identifizieren.

Was sind beitragende Faktoren?

Die Forschung zur Fehlerentstehung hat gezeigt, dass neben aktiven Fehlhandlungen von Personen fast immer auch latente Rahmenbedingungen zur Entstehung eines Ereignisses beitragen. Durch diese Rahmenbedingungen (z. B. Personalmangel, inadäquate Software, unvorteilhafte räumliche Bedingungen) und aktive Fehlhandlungen (z. B. Danebengreifen, Verwechseln) können bestehende Sicherheitsbarrieren versagen und es kann zu einem *unerwünschten Ereignis* kommen. Dies wird in dem „Schweizer-Käse-Modell“ illustriert (vgl. Abbildung 3).

„Swiss Cheese-Model“ nach JT. Reason, Human Error, 1990

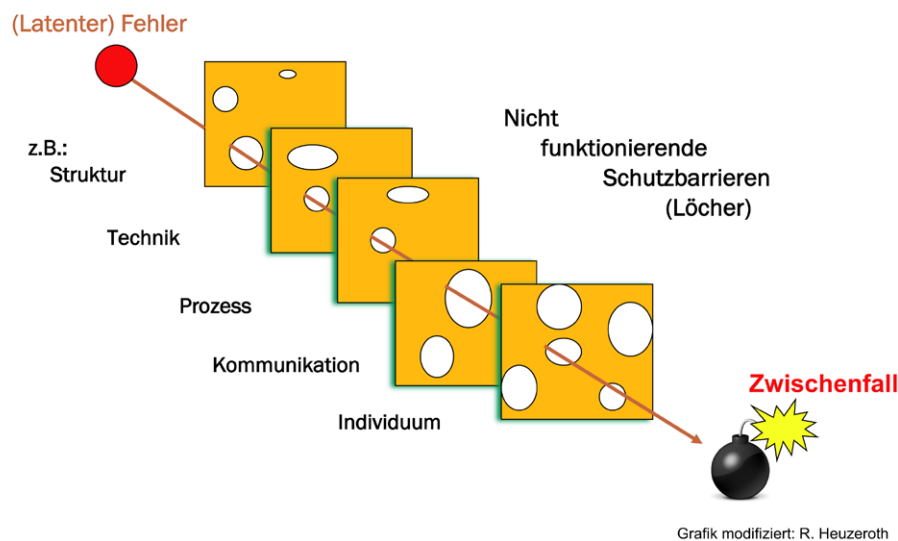


Abbildung 3: Schweizer Käsemodell nach Reason [2] modifiziert: Heuzeroth

Durch eine systematische Suche nach latenten Rahmenbedingungen („Warum konnte das geschehen?“) können Schwachstellen im System (die „Löcher im Käse“) identifiziert werden (z. B. Medikamente mit ähnlicher Bezeichnung und ähnlichem Verpackungsdesign sind nebeneinander gelagert). Bestimmte Maßnahmen können dann dazu beitragen – als Sicherheitsbarriere – das Wiederauftreten dieses Ereignisses zu verhindern (z. B. Beleuchtung, Ruhe bei der Rezeptausgabe oder der Medikationsvorbereitung) [8].

Zahlreiche Faktoren können dazu beitragen, dass ein *unerwünschtes Ereignis* auftritt [17]:

- Zu den **Patientenfaktoren** gehört z. B., dass die Patientin oder der Patient viele verschiedene Erkrankungen hatte, die die Übersicht über die Therapie erschwert haben.
- Zu den **Aufgabenfaktoren** gehört z. B. das Fehlen von Richtlinien und Anweisungen oder eine unzureichende Klärung von Zuständigkeiten.
- Zu den **individuellen Faktoren** gehören z. B. unzureichende (Fach)Kenntnisse oder Erfahrung von bestimmten Mitarbeitenden.
- Zu den **Teamfaktoren** gehört z. B. mangelhafte Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden.
- Zu den **Faktoren der Arbeitsbedingungen** gehört z. B. eine ungewöhnlich hohe Arbeitsbelastung, unzureichender Personalbestand oder eine mangelhafte Ausstattung des Arbeitsumfeldes.

Weitere Beispiele für beitragende Faktoren sind im Anhang zusammengestellt.

Wie können beitragende Faktoren erkannt werden?

Um die Faktoren bestimmen zu können, kann es sinnvoll sein, weitere Informationen zusammenzutragen, die in einem knapp gefassten Bericht nicht berücksichtigt wurden, aber für die detaillierte Aufklärung des Hergangs wichtig sind, z. B. durch Gespräche mit Beteiligten, Sichtung der Patientenakten und Betrachtung der örtlichen Begebenheiten.

Die Ursachen eines *unerwünschten Ereignisses* liegen oft nur scheinbar auf der Hand und die „mal schnell“ abgeleiteten Maßnahmen können in die falsche Richtung zielen. **Ein strukturiertes Vorgehen bei der Analyse ist eine wichtige Voraussetzung, um nichts zu übersehen.** Strukturiert bedeutet, alle Informationen zusammenzutragen und anschließend, z. B. anhand einer Checkliste, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die zu dem Ereignis beigetragen haben (siehe Analyseformular im Anhang).

In kleinen Einrichtungen, etwa in einer Hausarztpraxis oder einer Apotheke, kann sich das gesamte Team an der Analyse beteiligen. In größeren Einrichtungen kann es von Vorteil sein, wenn jemand bestimmt wird, der die Analyse durchführt und die Informationen zusammenträgt. Einrichtungen können sich auch für die Analyse zusammenschließen, um von den unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen zu profitieren.

Die Vorteile einer Analyse im Team liegen nicht nur in der Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven. Es kann sich auch ein gemeinsames Verständnis von Risiken bzw. Sicherheit entwickeln, sodass abgeleitete Maßnahmen erfolgreicher umgesetzt werden können.

Bezogen auf **Beispiel A: Patientenverwechslung in einer radiologischen Praxis** ergeben sich folgende Einschätzungen zu den beitragenden Faktoren:

Die Patientinnen und Patienten werden über einen Lautsprecher im Wartezimmer aufgerufen. Abhängig von den Umgebungsgläuschen ist die Durchsage nicht immer gut zu verstehen (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen**). Außerdem handelte es sich bei dem aufgerufenen Patienten um einen älteren Herrn, der kaum Deutsch versteht (beitragender Faktor: **Patient**). Es wurde die falsche CT-Untersuchung durchgeführt (**unerwünschtes Ereignis**). Der Schaden besteht in der Notwendigkeit der Durchführung einer weiteren Untersuchung mit den Risiken der Strahlenexposition und Kontrastmittelgabe (**geringer Schaden**). Die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens dieses Ereignisses (siehe Anhang Risikomatrix) wird in der radiologischen Praxis als **möglich** (ca. 1x im Quartal) bewertet.

Ein weiteres Beispiel verdeutlicht, weshalb eine Analyse mit dem Team sinnvoll ist:

BEISPIEL C: Medikamentenverwechslung – Bericht eines Weiterbildungsassistenten

Medikamentenverwechslung: Depo-Clinovir (Kontrazeption – 3-Monatsspritze) anstatt Depot-Medron (Kortisonpräparat) i.m. injiziert. Sehr viel zu tun an dem Tag. Normalerweise geht die Patientin erst zur MFA, diesmal kam sie aber direkt zu mir. Bisher habe ich selber noch nie ein Depotpräparat injiziert, habe es aber schon sehr häufig gesehen. Ich fühlte mich kompetent dazu. Im Medikamentenschrank stehen Präparate mit ähnlichen Namen nebeneinander, ich habe aus Versehen das falsche gegriffen, habe mich vergewissert, dass es noch nicht abgelaufen war. Später fiel mein Fehler auf, der Chef und die leitende MFA wurden informiert. Ich habe die Patientin angerufen und mich entschuldigt, Nebenwirkungen erläutert und besprochen, dass sie sich meldet, wenn welche auftreten.

Der Fall wurde eine Woche später in der Teambesprechung diskutiert, um weitere Perspektiven miteinzubeziehen. Bei der Diskussion hat die Person, die für die Analyse zuständig ist, darauf geachtet, dass alle potenziell beitragenden Faktoren entsprechend der Checkliste angesprochen und geprüft wurden.

Bezogen auf **Beispiel C: Medikamentenverwechslung – Bericht eines Weiterbildungsassistenten** ergeben sich folgende Einschätzungen zu den beitragenden Faktoren:

- Alle Mitarbeitenden (Ärzte, MFA und Praxissekretärin) hatten an dem Tag schwierige Arbeitsbedingungen. Laut Tagesliste hatten alle Ärztinnen und Ärzte zu dem Zeitpunkt bereits 30-40 Minuten Wartezeit. Da ein Arzt krankheitsbedingt ausgefallen war, wurden dessen Patientinnen und Patienten auf die Verbliebenen verteilt (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Der Assistent ist in der eigenständigen Durchführung von Injektionen unerfahren (beitragender Faktor: **Individuum**).
- Der Praxissekretärin war unklar, für welche Tätigkeiten der Assistent eingesetzt werden durfte (beitragender Faktor: **Aufgabe**).
- Es war keine MFA für Nachfragen der Sekretärin greifbar (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Im Verlauf der Analyse stellte sich heraus, dass einige Ärztinnen und Ärzte sowie MFA ebenfalls schon nach dem falschen Medikament gegriffen hatten, u. a. weil die oberen Schrankfächer für einige zu hoch sind. Die Packungen können nur gegriffen werden, wenn man sich auf die Zehenspitzen stellt (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Außerdem sehen die beiden Packungen ähnlich aus (look alike/sound alike Problematik) (beitragender Faktor: **Arbeitsbedingungen/Organisation**).
- Bei der Injektion fehlt eine Supervision für den Weiterbildungsassistenten und ein Standard wie die Anwendung des 4-Augen-Prinzips (beitragender Faktor: **Teamfaktoren/Organisation**).

Zur Veranschaulichung der beitragenden Faktoren eignet sich die Darstellung im Fischgräten-Diagramm (siehe Abbildung 4).

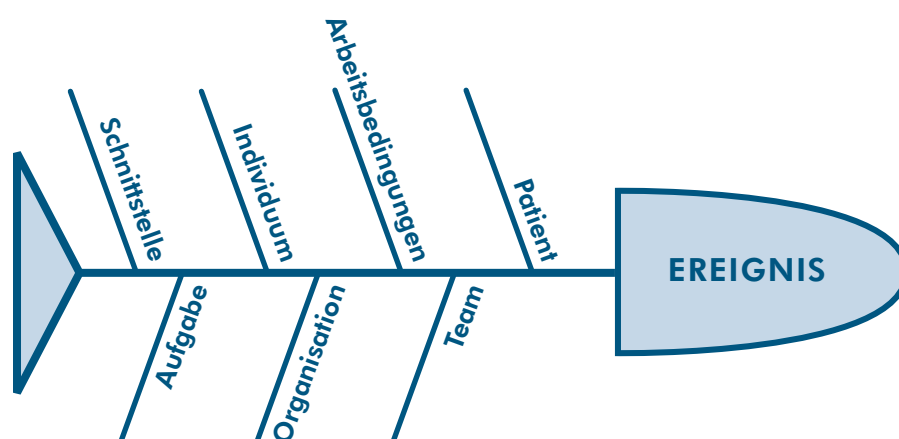


Abbildung 4: Fischgräten-Diagramm

Das Diagramm kann auf einem Blatt Papier oder einem Whiteboard für alle sichtbar aufgezeichnet werden. Bei der Bearbeitung wird das Ereignis in den Kopf des Fisches geschrieben. Die Ergebnisse der Ursachenanalyse werden an den dazugehörigen Gräten (beitragenden Faktoren) aufgelistet.

Für die Anwendung in der ambulanten Versorgung wurde zur ursprünglichen Version [17] die **Schnittstelle** als ein beitragender Faktor eingefügt, da die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ein Problem-
schwerpunkt ist. Ein Beispiel hierfür ist ein fehlerhafter Entlassungsbericht oder eine fehlerhafte Verordnung.

Der zeitliche Ablauf eines *unerwünschten Ereignisses* kann auch entlang eines Zeitstrahls dargestellt werden. Die Anwendung solcher Methoden erleichtert ein strukturiertes Vorgehen bei der Analyse.

Am Beispiel C (Medikamentenverwechslung) wird deutlich: Eine **berufsgruppenübergreifende Diskussion** und Analyse führt dazu, dass z. B. in einer Arztpraxis die risikoanfälligen Abläufe vor und hinter der „geschlossenen Sprechzimmertür“ für alle transparent werden. Bei Ereignissen, bei denen Mitbehandelnde externer Einrichtungen beteiligt waren – z. B. unvollständige Arztbriefe, falsche Lieferung aus der Apotheke – sollten diese zumindest darüber informiert, wenn nicht sogar in die Analyse mit einbezogen werden. Da der Patient mit dem Behandlungsvertrag seine Einwilligung zum Datenaustausch zwischen Behandlern gegeben hat, ergibt sich hier datenschutzrechtlich im Sinne einer Schweigepflichtsverletzung kein Problem. Nur so erhalten diese Einrichtungen die Möglichkeit, ebenfalls aus dem Geschehenen zu lernen.

Für Ereignisse, an denen mehrere Personen in unterschiedlichen Verantwortungsebenen beteiligt waren, oder wenn der betroffene Patient einen komplexen sozialen oder medizinischen Hintergrund hat, kann das Herausarbeiten der beitragenden Faktoren aufwendig sein. Hilfe bietet das Qualitätszirkel-Modul *Patientensicherheit* der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Moderatoren [18] oder die Teilnahme an einer Schulung für Fallanalysemethoden.

4.4 Verbessern (Maßnahmen ableiten und umsetzen)

Entscheidend für den Erfolg von Berichts- und Lernsystemen ist, dass auf Basis der Analyseergebnisse konkrete Maßnahmen abgeleitet werden, die dabei helfen,

- die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass das Ereignis so oder ähnlich noch einmal geschieht,
- gleiche oder ähnliche Ereignisse früher zu erkennen und/oder
- drohende Schäden bei Wiederholung zu minimieren.

Maßnahmen können das Verhalten und Lernen des Einzelnen betreffen, z. B. durch Weisungen, Regelungen, Fort- und Weiterbildungen. Allerdings können solche Maßnahmen auf Individuumsebene durch viele Faktoren beeinflusst werden (z. B. Aufmerksamkeit, Ermüdung, widersprüchliche Prioritäten) und gelten deswegen als „**schwache Maßnahmen**“. Solche, die strukturelle Veränderungen bewirken, wie z.B. die Anpassung von IT-Systemen oder bauliche Änderungen, sind dagegen bei einer Implementierung nachhaltig und effektiv ohne sich dabei auf das „richtige“ Verhalten von Individuen zu verlassen und werden deswegen als „**starke Maßnahmen**“ angesehen [19].

Für jede Maßnahme ist eine zuständige Person und ein realistischer Überprüfungszeitpunkt zu benennen und zu dokumentieren. Der Umfang der Maßnahmen richtet sich auch nach dem Ergebnis der Risikobewertung (siehe Kapitel 4.2.). Bei der Beschreibung bzw. Formulierung der Maßnahmen sind folgende Punkte zu beachten:

- Jede Maßnahme so konkret wie möglich beschreiben: In welchem Prozess wird zu welchem Zeitpunkt von wem (Bereich, Berufsgruppe, Position) was genau wie umgesetzt? Keine Absichtserklärungen, Appelle oder Fragen (... sollte/müsste mal getan werden...).
- Die Maßnahmenbeschreibung sollte auch für Dritte verständlich sein.

Für **Beispiel C (Medikamentenverwechslung)** hat die Praxis für jeden erarbeiteten beitragenden Faktor folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Abläufe erarbeitet:

Arbeitsbedingung: Änderung der Medikamentensortierung nach Wirkstoffgruppen (nicht mehr alphabetisch) und Umbau des Schanks, damit alle Mitarbeitenden jedes Medikament sehen und erreichen können. Für die Umsortierung der Medikamente ist die MFA verantwortlich, die sich um die Apothekenbestellungen kümmert. Die Maßnahme soll innerhalb von 14 Tagen erledigt sein. Die Qualitätsmanagement-Beauftragte (QM-B) der Praxis begleitet die Umsetzung. Das Ereignis wird auf der Meldeplattform der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gemeldet, um auf die Verwechslbarkeit der Packungen aufmerksam zu machen.

Aufgaben: Sekretariatskräfte müssen Rücksprache mit der Leitung halten, wenn unklar ist, welche Aufgaben von Assistenten übernommen werden dürfen. Falls keine Rücksprache möglich ist, soll Patienten ein neuer Termin angeboten werden.

Team: Auszubildende Personen werden sich wöchentlich mit den Assistentinnen und Assistenten besprechen, um sicherzustellen, dass eine Aufgabenzuordnung anhand einer Kompetenzeinschätzung erfolgt. Alle anderen Tätigkeiten sollen unter Supervision durchgeführt werden. Für die wöchentlichen Gespräche zwischen Auszubildenden und Auszubildenden wird ein konkreter Termin vereinbart (Mittwoch 14 Uhr) und im Praxiskalender eingetragen. Diese Maßnahme wird sofort umgesetzt. Alle Ärztinnen und Ärzte ermöglichen den Assistentinnen und Assistenten, jeden Behandlungsfall rückzusprechen.

Organisation: Für den Fall, dass Schlüsselpersonen im Behandlungsprozess ausfallen, wird ein bestimmtes Kontingent an zusätzlichen Patientinnen und Patienten für die restlichen Ärztinnen und Ärzte nicht überschritten. Für die Situation, dass Schlüsselpersonen kurzfristig ausfallen, wird eine Verfahrensanweisung erstellt. Hierfür ist die Leitung verantwortlich. Die Umsetzung wird durch die QM-B kontrolliert. Für die Durchführung von Injektionen wird das Vier-Augen-Prinzip als Standard festgelegt.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass dem Weiterbildungsassistenten ohne Schuldzuweisungen gegenübergetreten wird. Das Team zeigt verschiedene Möglichkeiten auf, den Assistenten zu unterstützen. Als Fazit sind sich alle einig, dass die Diskussion in der Teambesprechung wesentliche Verbesserungsvorschläge hervorgebracht hat.

4.5 Überprüfen, Erkenntnisse teilen und Erfolge feiern

Es sollte regelmäßig überprüft werden, ob die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt wurden und ob sie zu einer tatsächlichen Verbesserung geführt haben. Bezogen auf das **Beispiel C (Medikamentenverwechslung)** kann überprüft werden, ob die Anweisungen tatsächlich vorhanden sind. Es kann beobachtet werden, ob das Kontingent freier Termine ausreicht und die im Schrank neu geordneten Medikamente zu weiteren Missgriffen geführt haben. Eine Vorlage für das Dokumentieren und Überprüfen von Maßnahmen findet sich im Anhang.

Parallel sollen die Erkenntnisse, die aus der Analyse der Ursachen oder auch aus der Wirksamkeit der Maßnahmen gewonnen wurden, an ein einrichtungsübergreifendes System berichtet werden, damit auch andere Einrichtungen aus diesen Erkenntnissen lernen können (siehe Kapitel 5). Ein wesentliches Kriterium für das nachhaltige Lernen mithilfe eines Berichts- und Lernsystems ist die positive Rückmeldung an alle Beteiligten. Wenn Mitarbeitende selbst merken und ihnen rückgespiegelt wird, dass sie mit ihrem Engagement Verbesserungen erreichen können, sind die Chancen auf Erfolg gegeben (siehe auch Kap. 3.3 und 3.4).

5 DURCH EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE BERICHTS- UND LERNSYSTEME LERNEN

Für die wirksame Verbesserung der *Patientensicherheit* sind die Maßnahmen vor Ort entscheidend. Die alleinige Nutzung eines einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystems ohne ein internes Fehlermanagement ist wenig sinnvoll. Welchen Nutzen **einrichtungsübergreifende Systeme** haben, wird in diesem Kapitel erläutert.

5.1 Definition und Erläuterung

Ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem ist eine Plattform für sicherheitsrelevante Ereignisse und Risiken im Gesundheitswesen, an dem mehrere Einrichtungen teilnehmen [4]. In einer Datenbank werden Berichte über Ereignisse und Lösungsstrategien zu deren Verhinderung gesammelt, damit andere aus diesen Informationen lernen können.

Oberstes Ziel ist der Austausch von Wissen und das voneinander Lernen.

Prinzip „Geben“ (wie können andere von mir lernen?)

Ein einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem kann nur leben, wenn möglichst viele und möglichst **lehrreiche Berichte** eingehen. Deswegen wird empfohlen, Berichte aus der eigenen Einrichtung an ein einrichtungsübergreifendes System weiterzuleiten. Auch die (kollegiale) Kommentierung von veröffentlichten Berichten aus der praktischen Perspektive im Sinne des Teilens guter Lösungen ist ein Aspekt des Gebens.

... und „Nehmen“ (wie kann ich von anderen lernen?)

Jede Einrichtung kann bereits handeln, bevor ein *Fehler* oder *unerwünschtes Ereignis* passiert. Die von einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen veröffentlichten Fallbeispiele und Verbesserungsvorschläge können z. B. regelmäßiger Bestandteil von Teamsitzungen werden. Hierbei wird geprüft, ob ein solches Ereignis auch in der eigenen Einrichtung vorkommen und wie man es verhindern könnte. Verbesserungsvorschläge werden dahingehend überprüft, ob sie auch in der eigenen Einrichtung anzuwenden sind. So können Mitarbeitende in verschiedenen Einrichtungen über die eigenen Grenzen hinweg voneinander lernen.

Lehrreiche Berichte

- bieten Anhaltspunkte, an denen Verbesserungsprozesse ansetzen können.
- benennen beitragende Faktoren (siehe Anhang).
- bieten Anhaltspunkte, wie potentielle Schadensereignisse frühzeitig entdeckt und damit Schäden vermindert bzw. verhindert werden können.
- weisen auf präventive Maßnahmen hin, die bereits in der Praxis eingesetzt wurden und sich als praktikabel, umsetzbar und erfolgreich erwiesen haben [3].

Was soll berichtet werden?

Prinzipiell sind alle Ereignisse, die in einer Einrichtung berichtet und analysiert wurden, auch für andere interessant. Idealerweise sollten die Berichte detaillierte Angaben zu dem Ereignis und der Verbesserungsmaßnahme enthalten. Aber auch Ereignisse, für die bisher noch keine Maßnahmen abgeleitet wurden, können berichtet werden.

Was passiert mit den Berichten?

Die Berichte werden geprüft und wenn nötig anonymisiert. Anschließend werden sie – idealerweise von einer interdisziplinären Expertengruppe aus dem Gesundheitswesen – analysiert. Expertinnen und Experten verfügen über besondere Kenntnisse und Erfahrungen bei der systemischen Analyse von sicherheitsrelevanten Ereignissen. Sie verstehen die klinische Situation und können zu Grunde liegende Systemfehler erkennen. Die Expertinnen und Experten können verschiedene Blickwinkel und ggf. sogar neue Lösungswege für die Vermeidung von Ereignissen aufzeigen, die Mitarbeitenden einer einzelnen Einrichtung nicht in den Sinn kommen.

Weitere Potenziale von einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen sind:

- Sie eröffnen die Möglichkeit, sich über Ereignisse und zugehörige Vermeidungsstrategien mit anderen auszutauschen (z. B. mittels einer Kommentarfunktion).
- Sie können als Anlass genommen werden, das Thema *Patientensicherheit* im Team zu diskutieren. Besonders am Anfang kann es einfacher sein, über Ereignisse aus anderen Einrichtungen als über die eigenen zu sprechen.
- Die größere Datenbasis kann dabei helfen, häufig auftretende Fälle oder bestimmte Muster der Fehlerentstehung zu erkennen.
- Wenn die betreffenden Ereignisse selten auftreten, können auf regionaler oder nationaler Ebene Ursachenmuster erkannt werden, die auf lokaler Ebene nicht zu identifizieren sind. Seltene Ereignisse können dann in allen relevanten Einrichtungen bekannt gemacht werden.
- Es können insbesondere Schnittstellen(-themen) berücksichtigt und Ereignisse sektoren- und berufsgruppenübergreifend analysiert werden (z. B. Apotheke-Hausarzt, Krankenhaus-Praxis-Pflegeeinrichtung).

5.2 Merkmale effektiver einrichtungsübergreifender Berichts- und Lernsysteme

Der G-BA hat Anforderungen an einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme benannt. Darüber hinaus werden Merkmale empfohlen, die wichtig sind, damit ein einrichtungsübergreifendes System auf lange Sicht erfolgreich betrieben werden kann.

Auszug aus den G-BA Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme² (üFMS) [4]

- Das üFMS ist für alle Einrichtungen offen und über das Internet frei zugänglich.
- Ein üFMS nimmt Meldungen zu *kritischen* und *unerwünschten Ereignissen* sowie *Fehlern*, *Beinahe-Schäden* und sonstigen Risiken möglichst mit schon abgeleiteten Empfehlungen zu deren Vermeidung entgegen.
- Nicht zulässig ist die Übermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten. Es ist eine vertrauliche Bearbeitung aller Daten sowie eine sichere Übertragung und Speicherung der Daten zu gewährleisten. Jegliche Möglichkeit zur Rückverfolgung der meldenden Einrichtungen von veröffentlichten Fällen ist auszuschließen.
- Zur Eingabe von Meldungen existiert ein strukturiertes Meldeformular.
- Für einen reibungslosen Datenaustausch zwischen den einrichtungsinternen Fehlermeldesystemen der meldenden Einrichtungen und dem üFMS bestehen Schnittstellen (Import-, Exportfunktion).
- Eingehende Berichte werden themenbezogen kategorisiert und nach Relevanz klassifiziert.
- Die Analyse der eingegangenen Meldungen erfolgt durch Expertinnen und Experten.
- Die bearbeiteten Meldungen werden als Fallberichte zeitnah in eine öffentlich zugängliche Falldatenbank eingestellt und können dort ggf. zusammen mit einem Fachkommentar frei zugänglich gelesen werden. Die Falldatenbank verfügt über eine systematische Suchfunktion und ermöglicht eine sekundäre Datennutzung für Evaluations- und Forschungszwecke.

Weitere Empfehlungen zu effektiven einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen:

- Berichte mit ähnlichen Ereignissen werden geclustert analysiert, um gemeinsame bzw. unterschiedliche Ursachen benennen und Sicherheitsmaßnahmen empfehlen zu können. Die Analyse erfolgt durch eine interdisziplinäre Expertengruppe.
- Feedback (z. B. in Form von Fallbeispielen, Empfehlungen für die Vermeidung von Ereignissen, neu entdeckte Risiken) wird regelmäßig veröffentlicht. Informationen sind für alle verständlich und nach Möglichkeit unmittelbar umsetzbar.
- Das übergreifende System bietet die Möglichkeit, in einem vertraulichen Rahmen Rückfragen an die Berichtenden stellen zu können, z. B. wenn Informationen fehlen, ohne die es nicht möglich ist, aus den Vorfällen zu lernen und Maßnahmen zu empfehlen.
- Damit alle genannten Aufgaben ausgeführt werden können, ist es wichtig, dass kontinuierlich adäquate Ressourcen und Expertise für den Betrieb des einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystems zur Verfügung stehen. Ansprechpartner, die in Fragen der *Patientensicherheit* Expertise ausweisen, sind telefonisch (Hotline) oder elektronisch (Chat oder E-Mail) erreichbar.
- Die Vernetzung der ambulanten Einrichtungen wird durch eine interaktive Plattform gestärkt, die die aktive Beteiligung der Nutzer fördert (z. B. durch social media-Funktionen, ein moderiertes Diskussionsforum, Chats).

² Diesen Begriff und die besonderen Anforderungen an üFMS hat der G-BA für den stationären Bereich beschrieben, da sie die Voraussetzung für eine Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz bilden. Jedoch sind die beschriebenen Merkmale ebenso relevant für effektive einrichtungsübergreifender Berichts- und Lernsysteme im ambulanten Bereich.

5.3 Beispiele

Es stehen verschiedene einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme zur Verfügung, die es ermöglichen, nicht nur aus den eigenen, sondern auch aus Ereignissen in anderen Einrichtungen zu lernen. In der nachfolgenden Tabelle sind einige dieser Systeme dargestellt, die öffentlich und ohne Registrierung im Internet zugänglich sind

WEBSITE	BESCHREIBUNG	BETREIBER
www.jeder-fehler-zaehlt.de	Berichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen	Institut für Allgemeinmedizin der Goethe - Universität Frankfurt
www.cirsmedical.de	Deutschlandweites Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft	ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Zur Verfügung gestellt von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung
www.cirs-nrw.de	Sektorenübergreifendes, regionales Berichts- und Lernsystem	Ärztékammern Nordrhein (ÄKNO) und Westfalen-Lippe (ÄKWL), Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein (KVNO) und Westfalen-Lippe (KWVL) und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ
www.cirs-health-care.de	Klinikübergreifendes Critical Incident Reporting System. Neben Krankenhäusern berichten auch MVZ's, Rettungsdienste und größere Praxen	Inworks GmbH in Kooperation mit Marcus Rall Institut für Patientensicherheit und Simulations-Teamtraining GmbH
www.cirs-ains.de	Sektorenübergreifendes Berichts- und Lernsystem für Anästhesisten und Klinik und Praxis	Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und ÄZQ
www.cirs-pharmazie.de	Einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem für Apotheken zur anonymen Meldung von Medikationsfehlern oder <i>Beinahe-Schäden</i>	Gemeinsame Initiative der Apothekerkammern Nordrhein (AKNR) und Westfalen-Lippe (AKWL). Bereitstellung: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Organisation: ÄZQ
www.cirs-urologie.de	Berichts- und Lernsystem der deutschen Urologen für kritische Ereignisse in Klinik und Praxis	Berufsverband der deutschen Urologen e. V. in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ

6 ANHÄNGE

6.1 Glossar - Die wichtigsten Begriffe

Audit	Eine Untersuchung, ob Prozesse, Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen. Audits sind ein unverzichtbarer Bestandteil des Qualitätsmanagements.
Beinahe-Schaden	Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können [20].
Beschwerdemanagement	Das Beschwerdemanagement umfasst Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die ein Unternehmen im Zusammenhang mit Beschwerden ergreift [21].
Fehler	Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant [20]. Ein Fehler liegt z. B. vor, wenn bei der Verschreibung nicht in die Patientenakte geschaut wird (Unterlassung).
Kritisches Ereignis	Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht [20], z. B. wenn ein Medikament trotz einer bekannten Allergie gegeben wird.
Patientensicherheit	Die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse [20].
Peer Review	Das Peer Review ist eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion eigener Leistungen und Erfahrungen zwischen Expertinnen und Experten in der Patientenversorgung. Durch den offenen und direkten Informationsaustausch zwischen Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen auf Augenhöhe über Aspekte guter Patientenversorgung wird das Lernen voneinander gefördert mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung [23].
Resilienz	Resilienz bedeutet, zu akzeptieren, dass Unfälle oder Krisen vorkommen, man sie aber bewältigen kann [5]. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung bedeutet es, dass man davon ausgeht, dass Menschen immer Fehler machen werden. (Versorgungs-)Systeme sind daher so zu gestalten, dass diese Fehler nicht zu einem Schaden führen und dass aus ihnen gelernt werden kann und sollte [24].
Risiko	Risiko im Kontext des Klinischen Risikomanagements ist eine Unsicherheit in der Versorgung von Patienten, die mit einer geschätzten Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung Patienten, die an der Versorgung Beteiligten und/oder die Organisation schädigt [23].
Risikomanagement	Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patienten, an deren Versorgung Beteiligter und der Organisation zu erhöhen [23].

Schaden

Gesundheitsschaden: Unerwünschtes körperliches, psychisches oder mentales Ereignis mit gesundheitsbeeinträchtigender oder tödlicher Folge. Bedingt durch

a) einen ungünstigen Krankheitsverlauf oder durch

b) nicht vermeidbare schädigende Wirkungen oder durch vermeidbare, fehlerbedingte Behandlungen [22].

Unerwünschtes Ereignis

Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein [20].

Vermeidbar ist z. B. ein allergisches Exanthem nach Penicillingabe trotz bekannter Penicillinallergie. **Nicht vermeidbar** ist z. B. eine Medikamentenallergie, wenn die Allergie erstmalig auftritt und im Vorfeld nicht bekannt war.

Zwischenfall

Ein Ereignis im Rahmen einer Heilbehandlung, welches zu einer unbeabsichtigten und/oder unnötigen Schädigung einer Person hätte führen können oder geführt hat.

6.2 Videos zur Information



„Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“. Nach diesem Motto haben wir Videoclips produziert, die erklären, warum und wieso Berichts- und Lernsysteme sinnvoll sind.

Der bekannte „Online-Arzt“ Dr. Johannes Wimmer erklärt kurz und anschaulich, warum sich Arztpraxen beteiligen sollten. Die Filme eignen sich für Sie und Ihr Praxisteam zur Einführung in das Thema.

Wir danken für die freundliche Unterstützung durch die MedServation GmbH.

Die Videos finden Sie auf <http://www.aps-ev.de/Projekte/cirsforte/>.

6.3 Vorlagenmuster

SCHRIFTLICHE ZUSICHERUNG DER SANKTIONSFREIHEIT UND VERTRAULICHKEIT³

Information an alle Mitarbeitenden

1) Keine Nachteile durch Berichte an das interne Berichts- und Lernsystem

(Die Einrichtung) möchte zur Optimierung der *Patientensicherheit* ein Berichts- und Lernsystem aufbauen und damit zur Fehlererkennung und -vermeidung sowie zur Weiterentwicklung der Sicherheitskultur beitragen. Durch eine möglichst zahlreiche und offene Darstellung von *Fehlern* und *kritischen Ereignissen* soll die *Patientensicherheit* systematisch erhöht werden. Der Sinn ist es nicht, Schuldige zu finden, sondern die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Die Geschäftsführung sichert hiermit allen Teilnehmenden zu,

- dass auch bei Kenntnis eines Berichtenden oder aus den Informationen des Fallberichts keine negativen Konsequenzen für die Beteiligten gezogen werden.
- dass die Informationen nicht dazu genutzt werden, einzelne Beteiligte verantwortlich zu machen, sondern systemische Ursachen für die aufgetretenen *Fehler/kritischen Ereignisse* zu erkennen und diese als Grundlage für Verbesserungen zu nutzen.
- dass das Verfassen eines Berichtes für das interne Berichts- und Lernsystem als besonders motiviertes, verantwortungsvolles Verhalten gewertet wird.
- dass die Informationen nicht an Dritte weitergegeben werden und die Vertraulichkeit zu jedem Zeitpunkt gewahrt ist.

2) Hinweis auf den Wahrheitsgrundsatz bei Berichten

Unabhängig von obiger Zusage bittet (*die Leitung der Einrichtung*) darum, bei allen Berichten den Wahrheitsgrundsatz einzuhalten und alle Berichte nach bestem Wissen zu verfassen, um die Nutzbarkeit des Berichts- und Lernsystems so effektiv wie möglich zu gestalten.

Ort, Datum

Unterschrift (Leitung/Geschäftsführung)

³ Quelle: Modifiziert nach Berufsverband Deutscher Anästhesisten/Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin/Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): CIRSmedical Anästhesiologie. Critical-Incident-Reporting-System für Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin und Schmerztherapie. Startpaket (Version 11-2012). Informationen zur Teilnahme am Incident Reporting System CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ. Online:<https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/publikationen/677-cirs-ains-startpaket-im-pdf-format/file.html> (Zugriff 21.03.18)

BERICHTSFORMULAR

Ereignis ID: _____

Damit wir das Ereignis analysieren können, beschreiben wir es so **konkret** wie möglich (idealerweise in einem zeitlichen Ablauf). Wir achten dabei auf **anonyme Angaben**, damit keine Rückschlüsse auf Personen möglich sind.

Was ist passiert? (Wann, wo, wie und warum?)

Datum _____

RISIKOMATRIX

Mittels einer Risikomatrix (nach ONR 49002:2014) wird die Wahrscheinlichkeit des Wieder-Auftretens eines Ereignisses gegenüber dessen Auswirkung tabellarisch ins Verhältnis gesetzt.

Aufretenswahrscheinlichkeit	häufig	5					
	möglich	4					
	selten	3					
	sehr selten	2					
	unwahrscheinlich	1					
			1	2	3	4	5
			unbedeutend	gering	spürbar	kritisch	katastrophal
Schwere der Folgen							

WAHRSCHEINLICHKEIT DES WIEDER-AUFTRETENS EINES EREIGNISSES

STUFE	HÄUFIGKEIT
häufig	einmal pro Monat oder häufiger
möglich	einmal pro Quartal
selten	einmal pro Jahr
sehr selten	einmal in 3 Jahren
unwahrscheinlich	weniger als einmal in 3 Jahren

AUSWIRKUNGEN FÜR DEN PATIENTEN

STUFE	ERLÄUTERUNGEN BEZOGEN AUF PATIENT
unbedeutend	Ereignis ohne Folgen (<i>Beinahe-Schaden</i>)
gering	leichter Gesundheitsschaden mit vorübergehenden Beschwerden/Schmerzen
spürbar	schwerer Gesundheitsschaden ohne Dauerfolgen
kritisch	schwerer Gesundheitsschaden mit Dauerfolgen ohne dauerhafte Pflegebedürftigkeit jedoch mit Berufseinschränkung
katastrophal	schwerer Gesundheitsschaden mit Dauerfolgen und dauerhafter Pflegebedürftigkeit, Tod von Patientin/Patient oder Mitarbeitenden

EREIGNIS	DRINGLICHKEIT
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: green; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; margin-right: 5px; margin-left: 10px;"></div> </div> Grüner oder gelber Bereich = geringes oder mittleres <i>Risiko</i>	Besprechung in der nächsten routinemäßigen Teambesprechung
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; margin-right: 5px;"></div> </div> Roter Bereich = hohes <i>Risiko</i>	Sofortiger Handlungsbedarf

BEITRAGENDE FAKTOREN

Patientin/Patient	<ul style="list-style-type: none">• Krankheitszustand (Komplexität/Schweregrad), Alter• Sprech-, Hör-, Lese- und Kommunikationsfähigkeit• Persönlichkeit, familiäres Umfeld• Beziehung zum Behandelnden/Mitarbeitenden
Individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• Wissen, Fähigkeit, Fertigkeit (Qualifikation)• Motivation, Befindlichkeit, persönliche Wahrnehmung• Persönlichkeit, Gesundheit, soziales Umfeld
Team	<ul style="list-style-type: none">• Führung (Supervision, Kontrolle, ...)• Verbale und schriftliche Verständigung• Teamstruktur, -beständigkeit• Koordination/Kooperation• Stimmung
Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none">• Personalausstattung, Qualifikationsmix• Arbeitsbelastung• Physische Umgebung (Lärm/Licht)• Ausstattung der Arbeitsplätze
Organisation und Management	<ul style="list-style-type: none">• Standards und Ziele, Notfallmanagement, Untersuchungen• Trainings und Schulungen• Sicherheits- und Fehlerkultur• Finanzielle Ressourcen
Schnittstellen	<ul style="list-style-type: none">• Mündliche und schriftliche Verständigung mit den Kooperationspartnern (Kliniken, Praxen, Gesundheitsamt usw.)• Gesetzliche Regelungen
Aufgabe	<ul style="list-style-type: none">• Eindeutigkeit der Definition• Passgerechte Zuordnung, Ressourcen• Komplexität• Verfügbarkeit von Richtlinien, Funktionsbeschreibungen, Entscheidungshilfen

Angelehnt an „Checkliste beitragende Faktoren“ KBV-Moderator Modul Patientensicherheit (s. Kap. 4.3) nach [18].

ANALYSEFORMULAR

EREIGNIS ID: _____

In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verwaltung/Organisation | <input type="checkbox"/> Medizinische Geräte, Ausstattung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung/Therapie | <input type="checkbox"/> Dokumentation |
| <input type="checkbox"/> Hygiene/Aufbereitung | <input type="checkbox"/> Personaleinsatz/Qualifikation |
| <input type="checkbox"/> Medikation/Verordnung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

RISIKOEINSCHÄTZUNG		

BEITRAGENDE FAKTOREN	
Patient	
Individuelle Faktoren	
Team	
Arbeitsbedingungen	
Organisation/Management	
Schnittstellen	
Aufgabe	

ZUSAMMENFASSUNG ANALYSE/WEITERE INFORMATIONEN

Ereignis vorgestellt am: _____
Datum

Unterschrift

ANALYSEFORMULAR

Um unerwünschten Ereignissen zukünftig vorzubeugen, ergreifen wir folgende Maßnahmen:

EREIGNIS ID	Maßnahmen- beschreibung	Wer? (zuständige Person)	Bis wann? (Datum)	Anpassung eines Prozesses im QM-System notwendig?	Überprüfungs- zeitpunkt (Zeitpunkt der Kontrolle der Wirksamkeit der Maßnahme)	Anpassung erfolgreich? Wenn nein, warum nicht?	Notwendige Hilfsmittel/ Bemerkungen

Anregungen zu Maßnahmen finden Sie auch auf den Internetseiten der einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsysteme (siehe Beispiele in Kapitel 5.3). Dort können Sie auch Ihre Ereignisse und die abgeleiteten Maßnahmen berichten, damit andere daraus lernen können.

6.4 Literatur

[1]	J. Protschka, „Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld,“ 2012. [Online]. Available: https://www.aerzteblatt.de/archiv/133809/Behandlungsfehler-Die-Angst-vor-der-Schuld . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[2]	J. Reason, Menschliches Versagen: Psychologische Risikofaktoren und moderne Technologien, Spektrum Akademischer Verlag, 1994.
[3]	Aktionsbündnis Patientensicherheit, „Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen.“ 2016. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[4]	Gemeinsamer Bundesausschuss, „Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.“ 2015. [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[5]	H. Pierre, Human factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin, Kap 15.4.4 Resilienz in der Akutmedizin, ISBN 978-3-642-55419-3, 3 Hrsg., Springer.
[6]	A. Pauli, Risikomanagement und CIRS als Gegenstand der Krankenhaushaftung, Nomos, 2013, p. 302.
[7]	„Krankenhaus Report. Schwerpunkt Patientensicherheit,“ Schattauer, 2014.
[8]	ÄZQ Schriftenreihe Band 42, „CIRS - Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme,“ 2015. [Online]. Available: http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe42.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[9]	M. Rall, „Die sichere Anonymisierung und De-Identifikation von CIRS-Fallberichten,“ 2014. [Online]. Available: http://www.inpass.de/fileadmin/Bilder/Die_sichere_Anonymisierung_und_De-Identifikation_Rall_et_al_InPASS_4_2014.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[10]	Löber, „Effektivität von Meldesystemen und Kennzahlen zur Evaluation.“, Qualitas, Nr. 4, 2016.
[11]	Dunbar, „An Improvement Approach to Integrate Teaching Teams in the Reporting of Safety Events,“ Pediatrics, p. 139(2), 2017.
[12]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall.“ 2017. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/APS_Reden_ist_Gold_2017.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[13]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Reden ist der beste Weg. Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler.“ 2017. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/09/Reden-ist-der-beste-Weg.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[14]	G-BA, „Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme,“ 2016. [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3718/2016-03-17_ueFMS-B_Erstfassung_TrG.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[15]	Arabi, „Learning from defects using a comprehensive management system for incident reports in critical care.“, Anaesth Intensive Care,, pp. 44(2): p. 210-20., 2016.
[16]	Carson-Stevens und Donaldson, „Reporting and learning from patient safety incidents in general practice - a practical guide.“, Royal College of General Practitioners (RCGP), London, 2017.
[17]	Taylor-Adams, Vincent, Das London-Protokoll. Systemanalyse klinischer Zwischenfälle., H. d. d. Ü. P. Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Hrsg., 2007.
[18]	Rohe J, Beyer M, Gerlach FM,, „Leitfaden zur systematischen Analyse von kritischen Ereignissen in der Arztpraxis,“ in KBV Handbuch Qualitätszirkel, 2013, pp. S.16 -26.
[19]	P. Hibbert, „Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study,“ International Journal for Quality in Health Care, Bd. 30 , Nr. 2, pp. 124-131, 2018.

[20]	APS, „Glossar,“ [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/glossar/ . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[21]	J. S. Hansen, „Beschwerdemanagement. Die Karriere einer kundenorientierten Unternehmensstrategie im Konsumgütersektor,“ Marketing-ZFP, pp. 77-88, 1995.
[22]	„Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,“ [Online]. Available: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf . [Zugriff am 8 Februar 2018].
[23]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus,“ 2016. [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf . [Zugriff am 20 März 2018].
[24]	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., „Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit,“ [Online]. Available: http://www.aps-ev.de/hempfehlungen/wege-zur-patientensicherheit-lernzielkatalog-fuer-kompetenzen-in-der-patientensicherheit/ . [Zugriff am 20 März 2018].

Weiterführende Literatur

SS. Panesar et al., „How safe is primary care? A systematic review“, *BMJ Qual Saf*, 25: 544-553, 2016.

B. Hoffmann und J. Rohe, „Patientensicherheit und Fehlermanagement Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung“.

Dtsch Arztebl Int 2010; 107(6): 92–9. DOI:10.3238/arztebl.2010.0092

Hubertus J, Piehlmeier W, Heinrich M, „Communicating the Improvements Developed from Critical Incident Reports is an Essential Part of CIRS“, *Klin Padiatr*. 2016; 228(5): 270-4.

6.5 Impressum

Herausgeber:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Arbeitsgruppe CIRS ambulant

Leitung: Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Stellvertretung: Dr. med. Anouk Siggelkow, Ärztekammer Niedersachsen

Vorstandsvertreter: Hardy Müller, Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Wissenschaftliche Mitarbeit: Dagmar Lüttel, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Mitglieder der AG

Martin Beyer (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main)

Marina Buchmann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Anke Follmann (Ärztekammer Westfalen-Lippe)

Bettina Grundmann-Horst (ABZ Ambulantes Betreuungszentrum GmbH)

Johanna Hauser (Landesapothekerkammer Hessen)

Reiner Heuzeroth (Asklepios Kliniken)

Dr. med. Barbara Hoffmann (Ärztekammer Berlin)

Jan Dirk Jensen (Wallmeyer GmbH)

Dr. Pamela Kantelhardt (Landesapothekerkammer Hessen)

Andreas Kintrup (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Katja Lehmann (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern)

Dr. phil. Constanze Lessing (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Hannelore Loskill (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V.)

Dagmar Lüttel (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Sibylle Malinke (Verband der Ersatzkassen e.V.)

Brigitte März (Verband medizinischer Fachberufe e.V.)

Miriam Mauss (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)

Hardy Müller (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Dr. med. Beate Müller (Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt/Main)

Dr. med. Ulrich Paschen (IQ Institut für Qualität-Systeme in Medizin und Wissenschaft GmbH)

Katharina Rubin (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen)

Andrea Sanguino Heinrich (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)

Michael Sarbandi (Qualitätspraxisverbund Humanitus)

Nicole Schwaebe (Trainingsakademie LAT)

Dr. Oliver Schwalbe (Apothekerkammer Westfalen-Lippe)

Dr. med. Anouk Siggelkow (Ärztekammer Niedersachsen)

Lena Strodtmann (Ärztekammer Niedersachsen)

Markus Tannheimer (Inworks GmbH)

Christina Trewendt (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)

Conny Wiebe-Franzen (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Felix Winter (InPASS Institut für Patientensicherheit & Teamtraining GmbH)

René Zäske (Mediaform Informationssysteme GmbH)

Gloria Zörner (AGAPLESION)

Redaktionsteam:

Marina Buchmann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)
Dagmar Lüttel (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)
Hardy Müller (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen und Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)
Dr. med. Anouk Siggelkow (Ärztchammer Niedersachsen)

Wir danken Dr. Roland Uphoff, M.Mel. Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht für die juristische Prüfung einzelner Textpassagen.

Lektorat

Andreas Daniel (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Layout und Grafik

Alice Golbach (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Fotonachweis

contrastwerkstatt/Fotolia
MedServation GmbH

DOI: 10.21960/201802.1:L

1. Auflage: April 2018

Urheber- und Nutzungsrechte

Diese Handlungsempfehlung finden Sie zum kostenlosen Download im Internet unter www.aps-ev.de. Die Broschüre ist urheberrechtlich geschützt und darf in keiner Weise, weder in der Gestaltung noch im Text, verändert werden. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

Zitation

APS e.V. (2018): Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen, Berlin.

Aufforderung zum Feedback

Die APS-Handlungsempfehlungen sind Instrumente zur Verbesserung der *Patientensicherheit* und bedürfen der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Anpassung. Rückmeldungen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge, Ihre Ideen und Kritik sind deshalb ausdrücklich gefragt. Diese richten Sie bitte an:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Am Zirkus 2
10117 Berlin
E-Mail: info@aps-ev.de
www.aps-ev.de



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT