

PRESSEKONFERENZ

Thema:

**Mehr Patientensicherheit durch offenere Fehlerkultur:
10 Jahre Critical Incident Reporting System CIRSmedical.at**

Teilnehmer:

Präs. Dr. Artur Wechselberger

Leiter der Referate für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sowie für Leitlinien, Patientensicherheit, HTA und Guidelines International Network der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)

Präsidentin Dir.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl

Präsidentin der Plattform Patientensicherheit und Ärztliche Direktorin des KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wien

Mag. Monika Stickler

Leiterin Rettungsdienst und psychosoziale Betreuung,
Österreichisches Rotes Kreuz

Zeit:

Mittwoch, 23. Oktober 2019, 10.00 Uhr

Ort:

**Österreichische Ärztekammer
1010 Wien, Weihburggasse 10-12**

Mehr Patientensicherheit durch offenere Fehlerkultur: 10 Jahre Critical Incident Reporting System CIRSmedical.at

Unter dem Titel „To Err Is Human“ erschien im Jahr 2000 in den USA ein bis dahin beispielloser Report über Fehler und kritische Ereignisse im US-Gesundheitssystem, der den Anstoß zu einer offeneren Fehlerkultur und zur Entwicklung unterstützender Systeme gab.

Was jeder wusste, aber keiner anzusprechen wagte – weil eigentlich nicht sein kann, was nicht sein darf –, war plötzlich Gegenstand einer öffentlichen Debatte: Auch Ärzte, Sanitäter und Pflegekräfte können Fehler machen. Es dauerte ein paar Jahre, bis man sich auch in Europa dem Thema stellte und sogenannte Fehlerberichts- und Lernsysteme etablierte, die in vielen Spitälern inzwischen integraler Bestandteil des Risiko- und Qualitätsmanagements sind.

Man muss Fehler nicht selber machen, um aus ihnen zu lernen

2009 ging die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) noch einen Schritt weiter: Wenige Jahre nachdem Deutschland und die Schweiz nationale Meldeplattformen eingerichtet hatten, ging auch in Österreich eine bundesweite Fehlerberichts- und Lernplattform online. In CIRSmedical, betrieben von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED), können seither alle Beschäftigten im Gesundheitswesen absolut anonym über unerwünschte, sicherheitsrelevante Ereignisse berichten. Die Analyse von Fehlern und kritischen Vorfällen, die in den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens auftreten, ergibt ein immenses Lernpotenzial für alle Interessierten und ist damit ein unverzichtbarer Beitrag zur Patientensicherheit. Entsprechend dem Motto „Man muss Fehler nicht selber machen, um aus ihnen zu lernen“ wurde allein im vergangenen Jahr durchschnittlich 290-mal pro Tag auf CIRSmedical.at zugegriffen. Die Berichte spielen mittlerweile auch eine wichtige Rolle im Fortbildungsangebot der Österreichischen Akademie der Ärzte: Mehr als 1000 Ärztinnen und Ärzte haben seit Sommer 2018 die E-Learning-Module zu den Themen „Medikamentenfehler vermeiden“ und „Kommunikation im Gesundheitssystem“ genutzt.

Für wen ist CIRSmedical.at da?

Lesen: Lesen kann die Berichte jeder, der Zugang zum Internet hat. Auf Wunsch informieren ein monatlicher Newsletter oder Twitter-Nachrichten über neue Berichte und Kommentare.

Berichten: Einen Bericht melden kann jeder, der einen Fehler oder Beinahe-Fehler im Gesundheitssystem persönlich beobachtet hat oder daran beteiligt war: Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten oder Sanitäter ebenso wie Mitarbeiter anderer Bereiche, z.B. IT, Spitalsküche, Administration – und seit zwei Jahren auch Patienten, Begleitpersonen oder zufällige Beobachter. Sie alle können auf potenzielle Fehlerquellen hinweisen und aufzeigen, was zu tun wäre, damit ein bestimmter Fehler gar nicht erst passiert. Neben einzelnen Usern nutzen derzeit 22 Organisationen die Möglichkeit, CIRSmedical als organisationsinterne Meldegruppe einzurichten, darunter vor allem Spitäler, aber etwa auch die ÖÄK-Sektion Allgemeinmedizin oder das Österreichische Rote Kreuz. Berichte, die auch außerhalb der eigenen Einrichtungen sicherheitsrelevant sind, können von der jeweiligen Organisation in das nationale CIRS überspielt werden.

Was wird in CIRS veröffentlicht, was ist anderswo zu melden?

In CIRSmedical werden nur Berichte veröffentlicht, die für die Sicherheit im Gesundheitswesen relevant, vollständig und sachbezogen sind. Nicht geeignet für ein Berichts- und Lernsystem sind Diffamierungen oder reine Beschwerden. Die richtige Anlaufstelle für unzufriedene

Patienten sind die Ombudsstellen der Spitäler oder die Patientenanwaltschaften und Schlichtungsstellen der einzelnen Bundesländer.

Beobachtungen von Arzneimittel-Nebenwirkungen sind nicht an CIRS, sondern direkt der österreichischen Agentur für Ernährungssicherheit (Ages) zu übermitteln.

Für strafrechtlich relevante Vorfälle sind Polizei oder Staatsanwaltschaft zuständig, schließlich geht es bei einem Berichts- und Lernsystem nicht um die Fragen „Wer war's?“ oder „Wer ist schuld?“, sondern um das „Wie“: Wie konnte es zu dem kritischen Ereignis kommen, wie wurde es gemeistert und wie lässt sich Ähnliches künftig verhindern?

Was passiert vor der Veröffentlichung?

Berichte und Kommentare gelangen zuerst verschlüsselt an einen Server der Universität Basel (CH). Dort wird die IP-Adresse des Absenders entfernt, sodass dieser nicht mehr rückverfolgt werden kann. Eigens berechnete Mitarbeiter der ÖQMED prüfen, ob alle Kriterien des strengen Regelwerks erfüllt sind und führen, wenn nötig, zusätzlich eine redaktionelle Anonymisierung durch (Streichung von konkreten Namen, Orten, Zeitangaben). Jeder Bericht durchläuft mehrere Ebenen von Expertenprüfungen und wird am Ende auch an das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) weitergeleitet, das ihn nach Prüfung der Prozessabläufe freigibt. Erst danach wird er unter „Berichte lesen und kommentieren“ veröffentlicht, häufig mit einem Fachkommentar, und kann von anderen Lesern kommentiert werden. Auch diese Leserkommentare werden vor ihrer Freischaltung wenn nötig ÖQMED-intern anonymisiert und auf Sachlichkeit, Relevanz etc. kontrolliert.

Ausblick

Wünschenswert wäre die Entwicklung zu einer offenen und konstruktiven Fehlerkultur im Gesundheitswesen ohne „blame and shame“, in der die absolute Anonymität, die CIRS bietet, letztendlich nicht mehr notwendig ist. Vorerst geht es aber darum, CIRSmedical.at als Wissenspool und Quelle der Motivation und des gemeinsamen Besser-werden-Wollens noch mehr bekannt zu machen, denn: Wer über einen Fehler berichtet, womöglich über einen selbst verursachten, bekommt anhand der Expertenkommentare nicht nur selbst die Chance, Strategien zu entwickeln, um diesen Fehler künftig zu vermeiden, sondern macht es auch anderen möglich dazuzulernen und sensibilisiert sie für Schwachstellen und risikoträchtige Situationen im eigenen System.

Meilensteine 2009 bis 2019

- 2009: CIRSmedical.at geht im November online
- 2010: 100. Bericht im Oktober veröffentlicht
- 2011: Positive Evaluierung durch das BIQG
- 2013: ÖÄK-Bundessektion Allgemeinmedizin eröffnet eigene Meldegruppe
- 2017: Freischaltung für Laien (Patienten, Begleitpersonen, zufällige Beobachter)
- 2018: # Rekord! Knapp 107.000 Zugriffe = ca. 290 pro Tag (Jahresschnitt)
 - # CIRSmedical.at auf Twitter
 - # 1. E-Learning-Modul (Medikamentenfehler vermeiden, 729 Absolventen bis dato)
 - # Homepage mit neuem Design und optimierter Nutzerfreundlichkeit
 - # Newsletter mit neuem Design und neuen Services:
 - aktuelle Veröffentlichungen / Löschungen, Paper of the Month, Quick Alerts der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit
- 2019: # 2. E-Learning-Modul (Kommunikation im Gesundheitswesen, 345 Absolventen bis dato)
 - # 1. CIRSmedical-Bildungstag mit Vortragenden aus D, CH

Weil nicht sein kann, was nicht sein darf?

Statement Dr. Artur Wechselberger

Leiter der ÖÄK-Referate für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sowie für Leitlinien, Patientensicherheit, HTA und Guidelines International Network

„Fehler im Gesundheitssystem dürfen einfach nicht passieren“, lautet, frei übersetzt, einer der Kernsätze im Vorwort zum bahnbrechenden Bericht über Fehler im US-amerikanischen Gesundheitssystem „To Err Is Human“ aus dem Jahr 2000¹. Und das, obwohl Scheitern und Neu-anfangen-Dürfen, anders als in Europa, zum „amerikanischen Traum“ dazugehören.

Doch im Gesundheitsbereich gelten andere Maßstäbe – verständlicherweise. Schließlich legt ein Patient etwas Unersetzliches in die Hände von Ärzten und Pflegepersonal: seine körperliche und psychische Integrität. Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind sich ihrer immensen Verantwortung bewusst, sie sehen sich mit teils extrem hohen Erwartungen konfrontiert und sind letztlich doch auch – Menschen. Trotzdem müssen sie nicht selten auch heute noch damit leben, dass „Heilern“ und Ärzten der Mythos der Unfehlbarkeit zugeschrieben wird: Die „Macht“ (!) zu heilen beruhte quasi darauf, keine Fehler zu machen. Und falls doch, konnte es nur an Achtlosigkeit oder Inkompetenz liegen², was natürlich niemand zugeben konnte. Somit stand nach unerwünschten Ereignissen immer nur eine Frage im Mittelpunkt: die nach dem Schuldigen. Diese Frage stellt sich in einem Fehlerberichts- und Lernsystem wie CIRS nicht. Denn die Anzeige sanktionswürdiger Vorfälle ist ein gesonderter Prozess, für den es strenge gesetzliche Regeln gibt. CIRS untersucht die Fragen: Was ist geschehen? Was war das Ergebnis? Warum ist etwas geschehen? Wie könnte so etwas künftig verhindert werden?

Bei CIRS geht es darum, Fehler als Lernquelle zu nutzen, um eine Fehlerkultur ohne „blame and shame“. Egal, ob man berichtet oder einen Bericht liest: Ziel ist immer, Fehlern vorzubeugen. Ein echter Lerneffekt ist aber nur gegeben, wenn ohne Beschönigung und Einschränkung berichtet wird, wie es zu dem Fehler oder Beinahe-Fehler gekommen ist. Das wiederum setzt voraus, dass die Berichtenden absolut anonym bleiben und keine Angst vor Sanktionen haben müssen. Für Berichte über Fehler ist es auch unerheblich, ob ein Patient geschädigt wurde oder nicht. Und auch aus Beinahe-Fehlern lässt sich viel lernen, denn die Berichtenden müssen ja schildern, was unternommen wurde, um den Fehler rechtzeitig abzuwenden oder eine kritische Situation zu entschärfen. Natürlich gibt es auch dazu Kommentare und Alternativvorschläge.

Die Forschung kennt verschiedene Ursachen von Fehlern: Wird man bei Routinetätigkeiten abgelenkt oder unterbrochen, entstehen typische „Versehen“. Es kann aber auch etwas Erlerntes falsch angewendet werden, etwa eine nicht geeignete Regel, oder die richtige Regel wird falsch umgesetzt. Wenn ein neues Problem auftritt, für das noch keine fixe Lösung parat ist, kann es zu Fehlentscheidungen kommen. Manche Fehler beruhen tatsächlich auf Kenntnismängeln und unüberschaubar groß ist die Palette an Kommunikationsfehlern.

So es sich nicht um individuelle Kenntnismängel handelt, tragen systemische Faktoren meist wesentlich zum Entstehen eines Fehlers oder einer kritischen Situation bei. Allen voran der Ökonomisierungsdruck: lange Dienste, hohe Arbeitsdichte, zu wenig Zeit für Kommunikation mit Kollegen und Patienten – Stichwort Übergabe-Fehler. Aber auch Umwelteinflüsse wie Lärm – auf Spitalsarealen wird fast immer irgendetwas (um)gebaut –, Hitze sowie individuelle Probleme und Bewältigungsstrategien (Sorgen, Schlafmangel, Frustration, Angst, Medikamente) erschweren die Konzentration und erhöhen so die Fehleranfälligkeit.

In „To Err Is Human“ heißt es lapidar: Mehr Sicherheit für Mitarbeiter bedeutet mehr Sicherheit für Patienten³. Zeigt ein Bericht Systemmängel auf, die eine Organisation dann in Angriff nimmt, gewinnen beide – Mitarbeiter und Patienten. Potenzielle Gefahrenquellen, auf die die

¹... errors in the provision of health services, ..., are events that everyone agrees just shouldn't happen. ([To Err Is Human](#), S. X)

² The culture of medicine creates an expectation of perfection and attributes errors to carelessness or incompetence. ([To Err Is Human](#), S. 21f)

³ If workers are safer in their jobs, patients will be safer, too. ...Procedures for ... limiting long work hours are aimed at protecting workers but can also protect patients. ([To Err Is Human](#), S. 24)

ÖÄK jahrelang hingewiesen hat, wären z.B. die Reduktion der überlangen Dienste von Spitalsärzten oder Maßnahmen gegen den Zeitmangel in Arztpraxen – Stichwort Fünf-Minuten-Medizin. Aber auch die Pharmafirma, die einen Bericht über verwechselte Medikamente zum Anlass nimmt, die Verpackungen unterscheidbarer zu gestalten, erhöht die Patientensicherheit, schließlich räumt sie Ärzten, Pflegekräften oder Sanitätern einen Stolperstein aus dem Weg.

Daher sind nicht Berichtsrekorde das Ziel von CIRSmedical, sondern die Teilnahme von möglichst allen Bereichen des Gesundheitswesens und langfristig auch die internationale Vernetzung nationaler Fehlerberichtssysteme.

Rückfragehinweis:

Mag. Andrea Riedel

Österreichische Ärztekammer

+43 1 512 44 86-16 oder + 43 664 320 76 87

a.riedel@aerzterverlagshaus.at

CIRS – von der Fehlerkultur zur Sicherheitskultur

Statement Präsidentin Dir.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl

Ärztliche Direktorin Krankenhaus Hietzing, Leiterin d. Karl Landsteiner Institutes f. Klinisches Risikomanagement, Präsidentin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit

Das Gesundheitswesen wird immer komplexer, der Anspruch an die moderne Medizin ist in den letzten Jahren immer größer geworden, das Tempo neuer Entwicklungen steigert sich zusehends. In einem solchen Umfeld braucht es eine Kultur, die darauf ausgerichtet ist, aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen zu lernen. Zu den wesentlichen Errungenschaften der Patientensicherheitsbewegung zählt die Einführung von Berichts- und Lernsystemen als ein wichtiges Instrument des klinischen Risikomanagements.

Bereits 2005 wurde mit der Luxemburger Deklaration der Europäischen Union Patientensicherheit zu einem hochrangigen Thema innerhalb der Union erhoben. Das wichtigste Anliegen dieser Deklaration ist die Schaffung einer Kultur, in der es möglich ist, aus Fehlern zu lernen, anstatt nach Schuldigen zu suchen und Bestrafung zu fordern. Die Tatsache, dass vielen Patientinnen und Patienten unnötig Schaden zugefügt und damit gleichzeitig eine nicht unbeträchtliche Summe an Geld verschwendet wurde, wurde früher einfach verdrängt. Dabei zeigen internationale Untersuchungen eine nicht unwesentliche finanzielle Auswirkung von unerwünschten Ereignissen auf das Gesundheitssystem: Im Durchschnitt erfahren vier bis 17 Prozent aller Patientinnen und Patienten ein unerwünschtes Ereignis. Davon sind 44 bis 50 Prozent vermeidbar. Die finanzielle Last der direkten Kosten dieser Ereignisse liegt für die öffentlichen Gesundheitssysteme aller EU-Mitgliedsstaaten bei etwa 21 Mrd. Euro oder 1,5 Prozent der Gesundheitsausgaben im Jahr 2014.

Zehn Jahre CIRSmedical in Österreich sind Anlass zur Freude: Als Präsidentin der Plattform für Patientensicherheit bin ich froh, dass ein solches Tool inzwischen zur Qualitätssicherung eines Spitals dazugehört. Im Krankenhaus Hietzing arbeiten wir seit 2012 mit CIRS, das für mich als Ärztliche Leiterin unverzichtbar ist. Allerdings ist es auch mit Arbeit verbunden: Die Einführung erfordert Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gemeldeten Fälle sind konsequent zu analysieren und zu beantworten. Und es braucht immer wieder Marketing-Maßnahmen, um CIRS und dessen Nutzen für alle im Gesundheitswesen in Erinnerung zu rufen. Dennoch möchte ich betonen: Nicht die Anzahl der Fälle ist wichtig, sondern das Verhältnis von Qualität und Quantität bei der Umsetzung der Empfehlungen. Die Österreichische Plattform Patientensicherheit hat 2016 eine praxisnahe Handlungsempfehlung für die Einrichtung und den Betrieb eines Berichts- und Lernsystems präsentiert – als Ergebnis der erstmaligen Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten aus Österreich (Österreichische Plattform Patientensicherheit), Deutschland (Aktionsbündnis Patientensicherheit) und der Schweiz (Patientensicherheit Schweiz).

Fehler passieren besonders dann, wenn viele Menschen unter hohem Verantwortungs- und Zeitdruck zusammenarbeiten. Heikel sind v.a. Schnittstellen, also z.B. wenn jemand aus dem Spital in hausärztliche Betreuung entlassen wird oder die Rettung einen Notfallpatienten ins Krankenhaus bringt. Hier kommt das Besondere an CIRSmedical, seine öffentliche Zugänglichkeit, zum Tragen: Sie ermöglicht organisationsübergreifende Lernprozesse. So kann jeder Bereich des Gesundheitswesens – also etwa Spital, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Rettungsorganisationen – besser verstehen, was es an den Schnittstellen braucht, damit keine Fehler passieren.

Ein Kernthema der Plattform Patientensicherheit sind fehlende oder missglückte Kommunikation. Viele unserer Tools setzen genau hier an, z.B. OP-Checklisten, Video- und Gebärdensprachedolmetschen oder das „Patientenhandbuch“, mit dem man sich auf einen geplanten Spitalsaufenthalt optimal vorbereiten kann.

Beschäftigte im Gesundheitssystem haben sehr oft mit belastenden Ereignissen und Krisen zu kämpfen, was zu Überforderung führen und letztlich auch zu einem Sicherheitsrisiko für Patientinnen und Patienten werden kann. Unser Programm „SafetyLine“ bietet hier

umfassende Unterstützung. Aber auch Patientinnen und Patienten, Angehörige und Außenstehende machen Beobachtungen, die für die Behandlungssicherheit wichtig sind, trauen sich jedoch oft nicht, etwas zu sagen. Und auch nur eine von zehn Fachpersonen spricht beobachtete Fehler, Regelverletzungen oder inkompetentes Verhalten offen an. Wenn es die Situation erfordert, können solche Beobachtungen im Rahmen unserer Initiative „Speak Up!“ direkt angesprochen werden oder indirekt über CIRSmedical.at, das seit 2017 auch Laien zur Verfügung steht. Wichtig ist nur: CIRS ist kein Beschwerdebriefkasten, etwa über das Essen im Spital. Für Beschwerden sind Spitalsombudsleute, Patientenanwaltschaften oder die Schlichtungsstellen der Landesärztekammern zuständig.

Rückfragehinweis:

Mag. Bosko Skoko

Bosko Skoko Kommunikationsmacherei e.U.

+43 699 1 405 78 49

bosko.skoko@kommunikationsmacherei.at

Für mehr Patientensicherheit

Statement Mag. Monika Stickler

Leiterin Rettungsdienst und psychosoziale Betreuung, Österreichisches Rotes Kreuz

Stellen Sie sich vor, Sie kommen zu folgendem Einsatz: Ein 60-Jähriger sitzt am Gehsteig, er klagt über Übelkeit, Atemnot und starke Kopfschmerzen. Die Anamnese ergibt eine hypertone Krise, d.h. der Blutdruck ist so hoch, dass bereits Auswirkungen auf Organe spürbar sind. Ein Notfall, bei dem eine sofortige Behandlung eingeleitet wird. Der Notarzt wird ein blutdrucksenkendes Medikament geben, das Sie als Sanitäterin oder Sanitäter vorbereiten müssen. Jetzt stellen Sie sich vor, dass Sie in dieser Situation, wo Sie schnell das Medikament verabreichen müssen, viele Ampullen in Ihrem Notfallrucksack haben, die sehr ähnlich aussehen. Mitten im Einsatz auf der dunklen Straße ist es dann schwer zu erkennen, welche die richtige ist. Im Krankenhaus, wo alles hell beleuchtet ist, ist das kein Problem, im präklinischen Einsatz schon.

Warum erzähle ich Ihnen das? Weil dieses Beispiel zeigt, wie CIRS wirkt. Es zeigt, wie CIRS hilft, die Patientensicherheit und die Qualität von Rettungs- und Notarzteinsätzen in Österreich weiter zu verbessern. Durch die Meldung im CIRS konnte erreicht werden, dass die Etiketten von zwei Medikamenten klarer gekennzeichnet werden. Der Hersteller hat aufgrund dieser Meldung die Etiketten der beiden Medikamente mit unterschiedlichen Farben gekennzeichnet, um die Verwechslungsgefahr zu minimieren. Eine einfache Maßnahme, die im Notfall einen großen Unterschied macht.

Die Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter steht beim Roten Kreuz an oberster Stelle. Damit wir unsere Arbeit so gut wie möglich machen können, beginnt Qualitätsmanagement bereits in der Ausbildung von Rettungskräften und ist ein wichtiger Teil unserer täglichen Arbeit. Wir führen Nachbesprechungen nach Einsätzen durch und machen regelmäßig Patientenbefragungen. Die Ergebnisse sind äußerst positiv, wir haben sehr hohe Zufriedenheitswerte. Im Vorjahr hat das Rote Kreuz im Rettungsdienst fast 2,7 Millionen Patienten betreut.

Mit CIRS haben wir seit zehn Jahren ein zusätzliches wichtiges Instrument, das uns hilft, auf Dinge aufmerksam zu werden, die nicht so funktionieren, wie sie sollten. Mitarbeiter aller Rettungsorganisationen können sich über diese Plattform anonym austauschen und dadurch voneinander lernen.

Bei CIRS gehen die unterschiedlichsten Meldungen ein. Das kann einen Materialfehler in der Ausrüstung betreffen – in solchen Fällen nehmen wir Kontakt mit dem Hersteller auf. Und wir geben diese Information natürlich auch organisationsintern weiter, damit vor Ort sofort darauf reagiert werden kann. Andere Meldungen betreffen Bedienungsfehler – ein wichtiger Hinweis, dass es in dem Bereich Schulungsbedarf gibt. Der Großteil der Fälle betrifft den Bereich Kommunikation im Team. Das ist leicht nachvollziehbar. In der Praxis ist es bei Einsätzen oft laut, es sind viele Personen involviert. Klare Kommunikationsstrukturen helfen. In all diesen Fällen spielt CIRS eine wichtige Rolle. Die Plattform ermöglicht uns, aktiv einzugreifen und aus den Meldungen zu lernen. Dadurch gelingt es nicht nur zu verhindern, dass Probleme erneut auftreten. In vielen Fällen können wir so vorgreifen, dass ein Problem gar nicht erst entstehen kann.

Jeden Monat gehen etwa fünf neue Fälle ein. Wegen der positiven Erfahrungen im Rettungsdienst haben wir die CIRS-Plattform 2013 auch für den Bereich der Hauskrankenpflege geöffnet.

Die Sicherheit der Patienten muss im medizinischen Bereich an oberster Stelle stehen. Qualitätsmanagement ist daher nicht mehr wegzudenken. Fehler sind menschlich. Wir

brauchen in Österreich auch im Gesundheitsbereich eine offenere Fehlerkultur. CIRS ist ein wichtiger Schritt auf diesem Weg.

Rückfragehinweis:

Vera Mair, M.A.I.S.

Österreichisches Rotes Kreuz

Presse- und Medienservice

+43 1 589 00-153

+43 664 544 46 19

vera.mair@roteskreuz.at

Factsheet CIRSmedical – Fehlerberichts- und Lernsystem

Was wird veröffentlicht?

Berichte über

- Fehler
- Beinahe-Fehler
- entdeckte Risiken
- kritische oder unerwünschte Ereignisse

die

- sachlich
- vollständig
- für die Sicherheit im Gesundheitswesen relevant
- aus erster Hand, nicht vom Hörensagen
- keine reine Beschwerde

sind.

Was wird nicht veröffentlicht?

- Vorfälle, die nicht in Österreich stattgefunden haben
- Berichte mit ausschließlichem Beschwerdecharakter
- Beschimpfungen, Diskriminierungen
- Berichte nur „vom Hörensagen“, „aus zweiter Hand“
- Unvollständige Berichte
- **Berichte über besondere Arznei-Nebenwirkungen** sollten direkt an die Ages ergehen. Falls doch in CIRS gemeldet: ÖQMED übermittelt an Ages. Veröffentlichung von relevanten Stellungnahmen betroffener Pharmafirmen in CIRS.
- **Berichte über straf- oder zivilrechtlich relevante Ereignisse** werden wie alle anderen Berichte nur nach ihrer Relevanz beurteilt und ausnahmslos nicht zur Anzeige gebracht. Straf- oder zivilrechtlich möglicherweise relevante Ereignisse sind direkt der betroffenen Gesundheitseinrichtung oder der Anzeigenbehörde zu melden.

Berichte und Leserkommentare seit November 2009

	veröffentlicht	in Bearbeitung	gelöscht
Berichte	649	1	205
Leserkommentare	513	---	13

Wo passieren die berichteten Ereignisse?

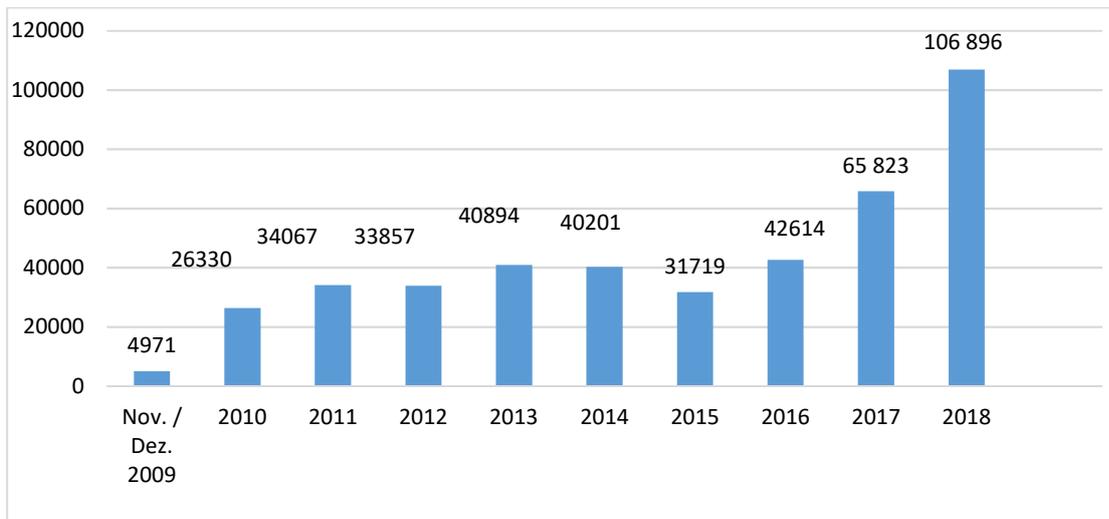
Ort	Berichte
Krankenhaus-Station	43 %
Ordination	16 %
Anderer Ort	13 %
Krankenhaus-Ambulanz	10 %
Hausbesuch/häuslicher Bereich	5 %

Wer berichtet:

Autor	Berichte
Arzt/Ärztin	54 %
Pflegepersonal	21 %
Sonstige	7 %
Medizinisch-Technische Dienste	2 %
Patientinnen/Patienten	1 %

Zugriffe

- 497.843 insgesamt seit November 2009 = 137 pro Tag (10-Jahres-Schnitt)



Eingabemaske

Fall eingeben (Bitte keine personenbezogenen Angaben eingeben)	
Altersgruppe:	<input type="text" value="wählen Sie..."/>
Geschlecht:	<input type="text" value="wählen Sie..."/>
Bereich:	<input type="text" value="wählen Sie..."/>
In welchem Kontext fand das Ereignis statt? (Ereignisart)	<input type="text" value="wählen Sie..."/>
Wo ist das Ereignis passiert?	<input type="text" value="wählen Sie..."/>
Versorgungsart:	<input type="radio"/> Routinebetrieb <input type="radio"/> Notfall
Tag des berichteten Ereignisses:	<input type="radio"/> Wochentag <input type="radio"/> Wochenende / Feiertag
Was ist passiert (Fallbeschreibung)? (Pflichtfeld)	<input type="text"/>
Was war das Ergebnis?	<input type="text"/>
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?	<input type="text"/>

Weitere Eingabefelder betreffen folgende Fragen

- Was war besonders gut?
- Was war besonders ungünstig?
- Eigener Ratschlag?
- Ungefähre Häufigkeit eines solchen Ereignisses?
- Schädigung des Patienten?
- Was trug zum Ereignis bei?
- Wer berichtet?
- Berufserfahrung des Berichtenden?
- Bemerkungen?