

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Departement Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

Implementierung eines Critical Incident Reporting System (CIRS) als Instrument des Risikomanagement für mehr Patientensicherheit in einem Krankenhaus – Eine systematische Literaturrecherche

Vorgelegt von:

Sara Haidari

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Hamburg 31.08.2020

- 1. Gutachter:** Prof. Dr. (mult.) Dr. h.c. (mult.) Walter Leal (HAW Hamburg)
- 2. Gutachter:** Prof. Dr. Dr.-Ing. habil. André Klußmann (HAW Hamburg)

Zusammenfassung

Aufgrund der hohen Anzahl von Behandlungsfehlern, die oftmals vermeidbar gewesen wären, gewinnt das Thema Patientensicherheit immer mehr an Bedeutung. Gleichzeitig wächst der Druck der Allgemeinheit, denn mit jedem Schadensfall, der an die Öffentlichkeit gelangt, wird mehr Sicherheit und Qualität in den deutschen Krankenhäusern gefordert.

Viele Krankenhäuser beschäftigen sich demzufolge zunehmend mit der Einführung eines wirksamen Fehlermeldesystems, indem die Verbesserung der Patientensicherheit gewährleistet wird.

Die vorliegende Arbeit geht der Forschungsfrage nach, inwieweit ein Critical Incident Reporting System (CIRS) als Instrument des Risikomanagement für mehr Patientensicherheit in einem Krankenhaus implementiert werden kann. Der Fokus der Arbeit liegt auf die Überprüfung der Wirksamkeit des Fehlermeldesystems mittels empirischer Daten und die Verdeutlichung des Bedarfs die Patientensicherheit zu verbessern. Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde eine systematische Literaturrecherche angewandt. Dafür wurde nach dem sensitiven Rechercheprinzip vorgegangen. Mit dieser umfassenden Recherchemethode gelang es, dass viele für die Forschungsfrage relevanten Publikationen gefunden wurden.

Die Resultate einer Studie zur Einführung eines krankenhausesweiten CIRS in zwei Krankenhäusern im Kantonsspital St. Gallen ergaben, aus einer zweijährigen Meldeperiode von kritischen Zwischenfällen unterschiedlichen Schweregrades, eine erhebliche Anzahl umgesetzter Verbesserungsmaßnahmen. Es gelang ein CIRS-Konzept erfolgreich einzuführen, dass die systematische Analyse von kritischen Zwischenfällen und die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen ermöglichte. Die steigende Anzahl von Meldungen und umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen verdeutlichen die erfolgreiche Einführung des CIRS in den beiden Krankenhäusern. Da in dem Meldesystem in der Regel aber keine Schäden, sondern nur kritische Ereignisse gemeldet werden sollen, ist die Implementierung in Deutschland teilweise umstritten.

Ferner wird ersichtlich, dass Fehlermeldesysteme erfolgreich sind und zur Verbesserung der Patientensicherheit beitragen, wenn sie als integraler Bestandteil eines wirksamen Risikomanagements gelten.

Anmerkung: In diesem Dokument wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise verzichtet. Bei Nennung der männlichen Form gilt diese immer gleichwertig für Frauen und Männer.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Methodische Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	2
2. Theoretische Grundlagen	3
2.1 Begriffsabgrenzung	3
2.1.1 Risiko	3
2.1.2 Risikoarten.....	4
2.1.3 Risikomanagement	4
2.1.4 Fehler.....	5
2.2 Gesetzliche Grundlagen.....	6
2.2.1 KonTraG	6
3. Prozessschritte des Risikomanagementsystems.....	7
3.1 Risikoidentifizierung	8
3.2 Risikoanalyse.....	9
3.3 Risikobewertung	10
3.4 Risikobewältigung	11
3.5 Risikocontrolling und Risikoüberwachung	12
4. Hauptbestandteile des Risikomanagementsystems	14
4.1 Risikokultur	14
4.2 Risikostrategie und Risikopolitik	15
4.3 Risikoorganisation.....	16
5. Die Überwachungssysteme.....	17
5.1 Frühwarnsysteme	17
5.2 Internes Kontrollsystem.....	18
6. Abgrenzung Risikomanagement und Qualitätsmanagement	20
7. Patientensicherheit im Krankenhaus	21
7.1 Aktionsbündnis Patientensicherheit.....	23
8. Risikomanagement im Krankenhaus.....	24
8.1 Formen des Risikomanagements.....	24

8.1.1	Betriebswirtschaftliches Risikomanagement	24
8.1.2	Klinisches Risikomanagement	25
9.	Critical Incident Reporting System (CIRS).....	26
9.1	CIRS-Meldung und Auswertung	26
9.2	Erfolgsvoraussetzungen.....	28
10.	Gründe für die Einführung von CIRS im Krankenhaus	29
11.	Methode.....	30
11.1	Darstellung der Ergebnisse	33
11.2	Empirische Daten zur Implementierung des CIRS	34
11.3	Darstellung der Studienergebnisse	39
12.	Diskussion	42
13.	Handlungsempfehlungen	44
14.	Fazit	47
	Literaturverzeichnis	48
	Anhang	51
	Eidesstattliche Erklärung.....	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Risikomanagementprozess (Schmola, Rapp, 2016, S.304)	7
Abbildung 2: Differenzierung eines internen Kontrollsystems (Hübner, 2009, S.276)	19
Abbildung 3: Zehn Schritte der systematischen Literaturrecherche (Nordhausen und Hirt, 2020, S.9).....	31
Abbildung 4: CIRS-Aufbauorganisation (Rose, Germann, 2005, S.84)	36
Abbildung 5: Mitarbeiterbefragung zum CIRS 2008 im Unternehmen Kantonsspital St.Gallen. Frage: Wie wirkt sich das CIRS auf Ihre direkten Arbeitskollegen oder Team aus? Antworten n=1020 (Rose, Hess, 2008, S.722)	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick der systematischen Literaturrecherche (eigene Darstellung) ...	33
Tabelle 2: Anzahl kritischer Zwischenfälle in den Jahren 2003 und 2004 (Rose, Germann, 2005, S.87)	39
Tabelle 3: Häufigkeit der verschiedenen Fehlerursachen aufgeschlüsselt nach Schweregraden der gemeldeten Ereignisse im Jahr 2004 (Rose, Germann, 2005, S.87	40
Tabelle 4: 10 Stolpersteine der Einführung und des Betriebs eines CIRS (Rose, Germann, 2005, S.88)	42

Abkürzungsverzeichnis

APS	=	Aktionsbündnis Patientensicherheit
CIRS	=	Critical Incident Reporting System
GBA	=	Gemeinsamer Bundesausschuss
HGB	=	Handelsgesetzbuch
IKS	=	Internes Kontrollsystem
IOM	=	Institute of Medicine
KonTraG	=	Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich
KRM	=	Klinisches Risikomanagement
RKI	=	Robert Koch Institut

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Risikomanagement muss ein wesentliches Element einer jeden Unternehmensführung sein. Besonders in Unternehmen mit einem hohen Gefährdungspotenzial für Menschen oder die Gesellschaft, stellt ein effektives Risikomanagement eine notwendige Voraussetzung zur Verhinderung schwerer Unfälle und Katastrophen dar (Sobottka, 2006, S.651).

Besonders Krankenhäuser gelten aufgrund ihrer immensen Bedeutung für das Wohlergehen und den Schutz der Bevölkerung zu den Kritischen Infrastrukturen der Gesellschaft, jegliche Beeinträchtigungen sorgen für nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe, erhebliche Störungen der öffentlichen Sicherheit und weiteren gravierenden Folgen (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, 2008, S.1).

In den letzten Jahren hat das Thema Risikomanagement im Krankenhaus folglich immer mehr an Bedeutung gewonnen. Die Gründe sind ein gesteigertes Patientenselbstbewusstsein und die damit verbundene Bereitschaft, Behandlungsfehler zu verhindern, sowie der Wunsch der Krankenhäuser Rechtsstreitigkeiten und einen Imageverlust zu vermeiden oder Kosten einzusparen (Herrscher, Goepfert, 2014, S.164). Neben diesen Gründen gelten gesetzliche Anforderungen und Normen, die seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 und der Festlegung von Mindeststandards für das klinische Risikomanagement (kRM) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), für eine Notwendigkeit der Einführung eines Risikomanagements in Krankenhäusern sprechen (ebd.).

Das Robert Koch Institut (RKI) bezieht sich auf Daten des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und zeigt auf, dass bei fünf bis zehn Prozent der Patientenbehandlungen unerwünschte Ereignisse auftreten. Dabei seien zwei bis vier Prozent dieser auftretenden Ereignisse vermeidbar gewesen (RKI, 2015, S.355). Weiterhin verdeutlicht das RKI die steigende Relevanz vorbeugende Maßnahmen zu entwickeln, um Fehler zu vermeiden und langfristige Patientensicherheit zu gewährleisten (ebd.).

Eines der wichtigsten Instrumente des Risikomanagements ist das Critical Incident Reporting System (CIRS), das ein Berichtssystem für kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler am Patienten ist. CIRS dient insbesondere der Verbesserung der Qualität von Organisationsstrukturen und Prozessen, um unternehmensweit Fehler bzw. kritische Ereignisse zu vermeiden (Blehle, 2014, S.104).

Die Patientensicherheit steht im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, aber dennoch lassen sich in der Patientenbehandlung trotz größter Sorgfalt Behandlungsfehler und Folgeschäden nicht vermeiden. Besonders vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes ist es im Interesse des Klinikträgers, der Haftpflichtversicherung, der Patienten sowie des Behandlungsteams verstärkt Fehlerquellen von möglichen Behandlungsfehlern frühzeitig, durch ein klinikinternes Risikomanagement, mit einem integrierten CIRS zu identifizieren (Riedel, Schmieder, 2014, S. 174). Denn Statistiken zufolge sind lediglich 30 Prozent der Schadensereignisse im Krankenhaus medizinisch bedingt und rund 70 Prozent dagegen auf eine schlechte Organisation und Fehlverhalten zurückzuführen (Angermüller, Ramke, 2007, S. 318).

Kritische Ereignisse sollten frühzeitig erkannt werden damit potenziell vorhandene Gefährdungsquellen beseitigt werden (Blehle, 2014, S.104). Durch ein strukturiertes Risikomanagement mit einem CIRS als Werkzeug zur Fehlerberichterstattung in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement kann die tatsächliche Bedrohung erfasst und bewertet werden und so ein optimiertes patientenzentriertes Prozessmanagement implementiert werden (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, 2008, S.1).

1.2 Methodische Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit verfolgt in erster Linie das Ziel zu analysieren wie ein wirksames Risikomanagementsystem mit einem integrierten CIRS in einem Krankenhaus implementiert werden kann. Dazu wird die Forschungsfrage gestellt: Inwieweit ein Critical Incident Reporting System (CIRS) als Instrument des Risikomanagement für mehr Patientensicherheit in einem Krankenhaus implementiert werden kann. Aufbauend auf der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei werden die wichtigsten Elemente des Risikomanagements im Krankenhaus verdeutlicht, die Inhalte und Aufgaben sowie rechtliche Grundlagen des Risikomanagements werden beschrieben und der Risikomanagementprozess dargestellt. Die Notwendigkeit des klinischen Risikomanagements soll herausgestellt und der Bedarf und der Nutzen von Patientensicherheit erläutert werden.

Auf das CIRS als Instrument des Risikomanagements wird vertieft eingegangen, der Fokus liegt darauf den Nutzen, Bedarf und die Effektivität des CIRS aufzuzeigen. Ferner sollen empirische Daten zur Wirksamkeit des Fehlermeldesystems aufgeführt werden. Außerdem soll eine mögliche Implementierungsstrategie des CIRS in Krankenhäuser beruhend auf einer Vorschlagsliste des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. dargestellt werden. Abschließend wird ein Fazit gezogen.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Begriffsabgrenzung

2.1.1 Risiko

In der wissenschaftlichen Literatur wird der Risikobegriff unterschiedlich definiert (Hoffmann, 2017, S.1). Im Duden wird der Begriff Risiko auf das vulgärlateinische Wort „risicare“, welches „wagen“ bedeutet, zurückgeführt. Das Etymologische Wörterbuch der deutschen Sprache hingegen leitet den Risikobegriff von dem Wort „resecum“ ab, das für „Felsklippe“ steht und bedeutet, freiwillig eine Gefahr auf sich zu nehmen (Romeike, Hager, S.77).

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird unter dem Begriff Risiko ein Wagnis oder eine Gefährdung die mit einem Nachteil, Verlust oder Schaden, verbunden sein kann, verstanden (Hoffmann, 2017, S.1).

Ein Risiko liegt immer dann vor, wenn ein Ereignis Auswirkungen hat und die Folgen ungewiss sind. Risiken werden als die aus der Unvorhersehbarkeit der Zukunft resultierenden, durch unerwartete Störungen verursachten Möglichkeiten, von geplanten Zielwerten abzuweichen beschrieben (Romeike, Hager, S.77).

Auch Romeike definiert in seinem Buch „Risikomanagement“ den Begriff Risiko als eine „Streuung um einen bestimmten Erwartungs- oder Zielwert“ (Romeike 2018, S. 9). Somit ist ein Risiko die mögliche negative Abweichung von einer Annahme, die zu einem Schaden oder auch zu einer Reduzierung eines positiven Effektes führen. Die Möglichkeit einer positiven Abweichung von einer Annahme wird als Chance bezeichnet (Hoffmann, 2017, S.1f.).

Risiken, die sich aus den möglichen Abweichungen von geplanten Zielen ergeben, können demnach sowohl negative Abweichungen wie Gefahren, als auch positive Abweichungen wie Chancen sein (Romeike, Hager, S.77). Risiken im unternehmerischen Kontext zielen auf das unternehmerische Handeln ab und beschreiben bevorstehende Entwicklungen, die einen negativen Einfluss auf Prozesse, Kunden oder Organisationen haben und das Erreichen der Unternehmensziele unvorteilhaft beeinträchtigen. Diese Risiken können schließlich ein Imageverlust, Schäden an Mitarbeitern oder Patienten sowie finanzielle Folgen nach sich ziehen (Sendlhofer, 2018, S.91).

Der Erfolg von Unternehmen wird dadurch bestimmt die „richtigen“ Risiken einzugehen, somit sollten sich alle Mitarbeiter eines Unternehmens ihrer Handlungen und Entscheidungen der dabei resultierenden Chancen bewusst sein (Romeike 2018, S. 10).

Des Weiteren wird in § 91 Abs.2 AktG auf die Definition des Risikobegriffs für Unternehmen eingegangen. In der Gesetzesbegründung wird der Begriff als „Fortbestand der Gesellschaft gefährdenden Entwicklungen“ beschrieben (Ebert, 2013, S.135).

2.1.2 Risikoarten

Unternehmensrisiken können in struktur-, prozess- und ergebnisbedingte Risiken unterteilt werden. Unter den strukturbedingten Risiken werden alle Auswirkungen auf personeller Ebene sowie auf die räumlichen, finanziellen und technischen Mittel eines Unternehmens zusammengefasst. Risiken, die sich auf die Abläufe und potenzielle Schwachstellen innerhalb des Unternehmens beziehen, werden als prozessbedingte Risiken bezeichnet. Ergebnisbedingte Risiken fokussieren sich hingegen auf Beeinträchtigungen des Behandlungsergebnisses. Zudem ist aus Unternehmenssicht die Unterscheidung in normative, strategische und operative Risiken von Relevanz (Kuntsche, Borchers, 2017, S.385ff.).

Normative Risiken resultieren aus der allgemeinen Ausrichtung des Unternehmens und betreffen die Unternehmensziele sowie vorhandenen Regeln. Strategische Risiken äußern sich über einen Rückgang bzw. einer Entwicklungshemmung des Erfolges eines Unternehmens und gefährden den Fortbestand des Unternehmens. Die operativen Risiken ergeben sich aus mangelhaften Leistungsprozessen und beeinträchtigen die Unternehmensabläufe. Die Vielzahl der möglichen Risikoarten verdeutlicht, dass derzeit die häufigsten Ursachen bei der Entstehung von Risiken in Krankenhäusern der Mensch, die Technik, das System und der Prozess sind (ebd.).

2.1.3 Risikomanagement

Anfang der 50 Jahre entstand das Risikomanagement im Unternehmen in der Versicherungswirtschaft und wurde zuerst durch die amerikanischen Unternehmen übernommen. Dabei begrenzte sich das Risikomanagement auf den Schutz der Vermögenswerte eines Unternehmens vor unerwarteten Ereignissen und damit lediglich auf eine retrospektive Behandlung von versicherbaren Risiken (Filipiuk, 2008, S.16).

Romeike und Gleißner beschreiben als Risikomanagement sämtliche Aktivitäten des Unternehmens im Umgang mit Risiken. Hierzu zählen insbesondere die Phasen Identifikation, Bewertung/Messung, Überwachung und Steuerung von Risiken. Demnach steht im Vordergrund des Risikomanagements die Risiken zu finden, ihre Eintrittswahrscheinlichkeit und

den Schadensausmaß zu bestimmen, um anschließend Maßnahmen entwickeln zu können, welche das jeweilige Risiko beeinflussen sollen (Hahn, 2020, S.15).

Risikomanagement befasst sich somit mit der systematischen Abwehr bzw. Verringerung von Risiken und besteht aus einem Bündel von Maßnahmen, mit denen die Gefahren identifiziert werden (Schmola, Rapp, 2016, S.303). Es gilt, die negativen Konsequenzen des Risikos für ein Unternehmen möglichst gering zu halten. Das Ziel des Risikomanagements ist die Vermeidung von Schäden und Nachteilen für ein Unternehmen und besteht daraus resultierend, in der Sicherung des Fortbestands des Unternehmens, seiner Wettbewerbsfähigkeit sowie in der Steigerung des Unternehmenswertes (Schmola, Rapp, 2016, S. 289f.).

Beim Risikomanagement handelt es sich um einen dynamischen und sich wiederholenden Prozess, denn die Risiken müssen ständig identifiziert, bewertet, überwacht und gesteuert werden (Hahn, 2020, S.20).

Hierzu sind auch übergeordnete Strategien, Ziele und die Politik des Unternehmens von Relevanz. Neben den Kriterien, nach denen die Risiken bewertet werden und die Methoden der Risikoermittlung, sind die Verantwortlichkeiten bei Risikoentscheidungen festzulegen. Zudem sollen die Ressourcen zur Risikoabwehr bereitgestellt werden und die Kommunikation über die identifizierten Risiken (Reporting) wie auch die Qualifizierung des Personals für das Risikomanagement bestehen (Schmola, Rapp, 2016, S.303).

Es finden sich unterschiedliche Schaubilder zum Risikomanagementprozess, wobei die Grundidee, die Phasen des Prozesses als Kreislauf ohne einen vordefinierten Anfangs- und Endpunkt darzustellen, in allen Versionen identisch ist (Hahn, 2020, S.20).

Die Analyse der vier aufgeführten Phasen des Risikomanagementprozesses erfolgt detailliert im Kapitel 3 „Prozessschritte des Risikomanagementsystems“. Die Instrumente, die in den einzelnen Phasen einsetzbar sind, werden vorgestellt und voneinander abgegrenzt.

2.1.4 Fehler

Nach der DIN EN ISO 9001 wird ein Fehler als Nichterfüllung einer Anforderung, welche erwartet, festgelegt oder verpflichtend ist, definiert (Deutsches Institut für Normung, 2015).

Fehler sind die Folge einer Handlung oder eines Unterlassens, bei dem ein Prozess nicht in der gewünschten Weise abläuft bzw. eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt und so ein vorgegebenes oder angestrebtes Ziel nicht erreicht wird. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Schaden aus dem Fehler resultiert (Bauer, 2015, S.68). Ein Fehler kann auf einem Erinnerungsdefizit oder auf einem Verständnisdefizit beruhen. Ein Erinnerungsdefizit meint, dass eine Handlung nicht wie geplant ausgeführt wird. Fehler auf

einem Verständnisdefizit beruhen auf Handlungen, die ebenfalls nicht zielgerichtet ausgeführt werden. In beiden Fällen wird dargelegt, dass die falsche Ausführung unbewusst erfolgt (Schmola, Rapp, 2016, S.298f.).

Besonders in Krankenhäusern herrscht die Meinung vor, dass Fehler zumeist die Folge von inkompetentem oder nachlässigem Handeln sind. Infolgedessen werden sie prinzipiell als negative Erscheinung angesehen (Hoffmann, 2017, S.5).

Von besonderer Relevanz im Krankenhaus sind sogenannte Beinahe-Fehler. Als Beinahe-Fehler werden Fehler bezeichnet, die rechtzeitig vor dem Eintreten unerwünschter Folgen erkannt und abgewendet wurden (Kuntsche, Borchers, 2017, S.384).

Die Begrifflichkeit Beinahe-Fehler sorgt jedoch oftmals für Verwirrung, da der Fehler bereits gemacht wurde, jedoch noch rechtzeitig entdeckt werden konnte, sodass kein Schaden entstand. Daher wird empfohlen den Begriff Beinahe-Schaden zu verwenden (Schmola, Rapp, 2016, S.298f.).

Aktive Fehler sind Fehlhandlungen die direkt durch die Mitarbeiter vor Ort begangen werden, beispielsweise durch Verabreichung eines falschen Arzneimittels. Latente Fehler hingegen werden entfernt vom Patienten ausgeübt und haben somit ihren Ursprung im Management eines Krankenhauses, z.B. durch eine unzureichende Personalausstattung. Latente Fehler ruhen lange unbemerkt im System, bevor sie zu einem Problem führen. Doch nicht immer führen latente Fehler unmittelbar zu Problemen, diese entstehen im Regelfall erst in Verbindung mit auslösenden Ereignissen oder individuellen Fehlern (ebd.).

2.2 Gesetzliche Grundlagen

2.2.1 KonTraG

Am 01. Mai 1998 wurde in Deutschland das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) verabschiedet. Beim KonTraG handelt es sich um ein Rahmengesetz, dessen Bestimmungen den Inhalt der bereits vorhandenen Gesetze verändern. Die Änderungen betreffen insbesondere das Aktiengesetz und das Handelsgesetzbuch (HGB) (Eller et al., 2010, S.149).

Das Gesetz schreibt dazu in § 91 Abs. 2 AktG vor, dass die Unternehmensleitung für ein angemessenes Risikomanagement zu sorgen hat und verlangt die Einrichtung eines Risikomanagementsystems bei allen börsennotierten Unternehmen. Zudem gilt die Einführung eines Überwachungssystems, einschließlich des Aufbaus eines Risikofrüherkennungssystems und angemessener Kommunikationsstrukturen (Ebert, 2013, S.135). Aus dem Gesetz geht somit eine Mindestzielsetzung für Risikomanagementsysteme hervor. Diese müssen

als Frühwarnsysteme geeignet sein, sodass die bestandsgefährdenden Risiken, die mit einer wesentlichen Wahrscheinlichkeit den Fortbestand des Unternehmens gefährden, erkannt werden (Romeike, Hager, S.72).

Die Bestimmungen des KonTraG beziehen sich nicht nur auf Aktiengesellschaften, ihre Wirkung erstreckt sich auch auf weitere Unternehmensformen wie der Körperschaft des öffentlichen Rechts oder öffentliche Wirtschaftsbetriebe, wie unter anderem Krankenhäuser (Land, 2011, S. 228.).

Das Gesetz verfolgt das Ziel einen organisatorischen Rahmen sicherzustellen, um Unternehmenskrisen und mögliche Zusammenbrüche rechtzeitig aufzuzeigen. Der Unternehmensleitung wird somit Zeit zur Krisenbewältigung verschafft und gleichzeitig wird die Erhaltung und Steigerung des Unternehmenswertes angestrebt. Durch bereits existierende Überwachungssysteme werden vorhandene Risiken durch eine erhöhte Transparenz frühzeitig erkannt, sodass bedrohlichen Entwicklungen rechtzeitig entgegengewirkt werden kann (Filipiuk, 2008, S.136 f.).

3. Prozessschritte des Risikomanagementsystems

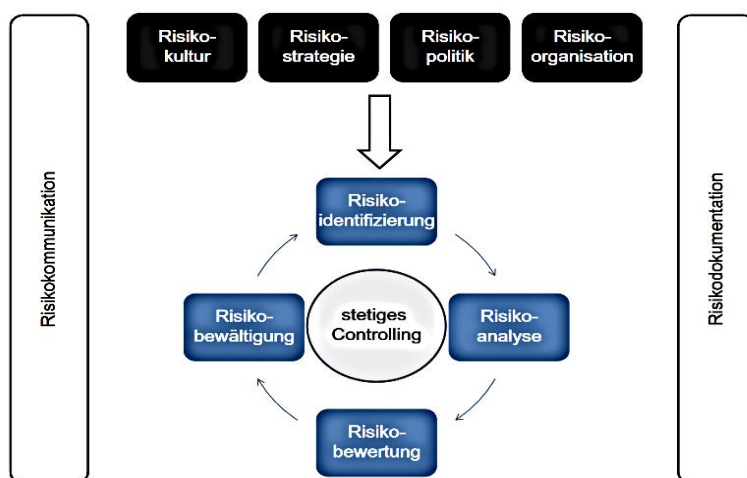


Abbildung 1: Risikomanagementprozess (Schmola, Rapp, 2016, S.304)

Der Risikomanagementprozess (Abbildung 1) lässt sich durch einen Kreislauf darstellen.

Dieser veranschaulicht die nötigen Phasen, die für die Umsetzung des Risikomanagements von Bedeutung sind. Oberhalb des entscheidenden Prozesses stehen die Risikokultur, Risikoorganisation, Risikostrategie sowie die Risikopolitik des Krankenhauses (Schmola, Rapp, 2016, S.304).

Alle Prozessschritte des Risikomanagements müssen regelmäßig und wiederkehrend durchlaufen werden und können nicht nur einmalig wahrgenommen werden. Durch den

Kreislaufcharakter unterliegt das Risikomanagement einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (Fiege, 2006, S.95). Die Einführung eines Risikomanagementsystems ist ein Prozess, der alle Ebenen der Krankenhaushierarchie betrifft und von allen Mitarbeitern getragen werden muss (Paula, 2017, S.154).

3.1 Risikoidentifizierung

Die Risikoidentifizierung ist der erste Teilabschnitt des Risikomanagementprozesses und leitet sich aus der formulierten Risikostrategie ab (Euteneier, 2015, S. 271).

Die Risikoidentifizierung meint eine strukturierte, systematische und kontinuierliche Sammlung aktueller, zukünftiger, potenzieller und theoretisch denkbarer Risiken im gesamten Unternehmen. Hierbei sollen alle auf das Unternehmen einwirkenden Störgrößen identifiziert werden (Filipiuk, 2008, S.44f.).

Das Ziel der Risikoidentifizierung ist somit die Sammlung aller Risiko- und Gefahrenpotenziale eines Krankenhauses. Die Risikoursachen müssen erkannt, aufgedeckt und dokumentiert werden. In einem ersten Schritt gilt zunächst, die übergeordneten Risikokategorien zu definieren und anschließend werden diesen Risikokategorien dann Einzelrisiken zugeordnet (Euteneier, 2015, S. 271).

Die Identifikation der Einzelrisiken bzw. auch der sog. risk owner, der für die spätere Bewältigung der jeweiligen Risiken verantwortlichen Personen, wird dabei vorgenommen (Filipiuk, 2008, S.45.). Das Ergebnis der Risikoidentifikation enthält einen Gesamtüberblick der auftretenden Risiken mit einer Kategorisierung der Einzelrisiken (Euteneier, 2015, S. 271).

Hierbei spricht man auch von einem Unterschied zwischen dem Risikokatalog, der unsystematischen Sammlung von Einzelrisiken und dem Risikoinventar, das die Risiken nach dem abgeschlossenen Systematisierungsvorgang enthält (Filipiuk, 2008, S.46).

Nach Reichmann soll die Risikoidentifikation vollständig alle unternehmerischen Aktivitäten mit ihren Wirkungszusammenhängen identifizieren und wesentliche Risiken und mögliche Gefahren beleuchten. Alle Risiken sollen möglichst frühzeitig erfasst werden (Euteneier, 2015, S. 271).

Die Risikosuche umfasst dabei die Risiken der strategischen Ebene sowie die auf der operativen Ebene. Risiken der strategischen Ebene haben Auswirkungen auf die Nichterreichung der strategischen Unternehmensziele. Die Risiken der operativen Ebene haben einen Einfluss auf die Vermögenswerte, die Haftungs- und Kostensituation und die Betriebs-

verfügbarkeit. Für die Risikoerkennung stehen viele Methoden und Instrumente zur Verfügung. Auf der operativen Ebene kommen unter anderem Besichtigungen, Beobachtungen von Schadensstatistiken, Fragebögen, Fehlermöglichkeits- und Fehlereinflussanalysen sowie Betriebsinspektionen in Betracht. Zur Risikoerkennung im strategischen Bereich werden insbesondere Früherkennungssysteme wie die Ergebnisse aus dem CIRS-Meldesystem (Critical-Incident-Reporting) eingesetzt (Filipiuk, 2008, S.44ff.).

Die Risikoidentifikation ist ein kontinuierlicher Prozess, denn mit fortschreitendem Projektverlauf verändern sich die bestehenden Risiken oder es entstehen neue. Es gibt fünf Voraussetzungen für einen erfolgreichen Prozess der Risikoidentifikation/Risikoidentifizierung. Hierzu nennt Diederichs die Aktualität der Information, den Widerstand der Organisation, die Systematik und Flexibilität, die Wesentlichkeit und Wirtschaftlichkeit sowie die Vollständigkeit aktueller und zukünftiger Risiken (Euteneier, 2015, S. 271).

Eine gelungene Risikoidentifizierung ist grundsätzlich von einer effektiven Risikoerkennung abhängig, denn nicht erkannte Risiken gelangen nicht in die nächste Stufe des Prozesses und werden damit nicht einer näheren Analyse mit dem Ziel ihrer Bewertung unterworfen (Schmola, Rapp, 2016, S.306).

3.2 Risikoanalyse

Die Risikoanalyse erfolgt im Anschluss an die Risikoidentifizierung und ist nach der DIN EN 62198 wie folgt definiert:

„Risikoanalyse umfasst die Betrachtung der Ursachen und Quellen von Risiken, ihrer positiven und negativen Auswirkungen auf Projektziele und der Wahrscheinlichkeit, dass diese Auswirkungen eintreten können. Faktoren, die die Auswirkungen und die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, sollten ermittelt werden. Bestehende Projektüberwachungen und ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sollten berücksichtigt werden“ (Hoffmann, 2017, S.31).

Nachdem die Ursachen identifiziert wurden, erfolgt die Analyse der Risiken im Hinblick auf ihre Auswirkungen, ihrer Folgen, Eintrittswahrscheinlichkeit, Schadenshöhe sowie der Wirksamkeit denkbarer Maßnahmen (ebd.).

Das Ziel der Risikoanalyse ist es, Risiken sowie ihre Ursachen und Wirkungszusammenhänge zu erkennen. Die Risikoanalyse ist die Basis für die im Anschluss folgende Risikobewertung (Schmola, Rapp, 2016, S.307). Das Risiko wird durch eine Bestimmung der potenziellen Auswirkungen analysiert (Romeike 2018, S.36).

Zur Analyse der Risiken ist der Einsatz verschiedener Analysemethoden möglich. Es lassen sich qualitative, semi-quantitative und quantitative Methoden unterscheiden. Die letztliche

Entscheidung für die Wahl der Analysemethode ist von den Bedürfnissen der Anwender und der Verfügbarkeit verlässlicher Informationen und Daten abhängig (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, 2008, S.36).

Qualitative Methoden bewerten die Folgen, Wahrscheinlichkeit und das Risikoniveau, anhand gut ausgearbeiteter Kriterien, um einen angemessenen Vergleich herzustellen. Semi-quantitative Methoden beruhen auf der Nutzwertanalyse und ermitteln Risiken auf der Basis von skalierten Risikoklassen. Komplexe Sachverhalte werden so strukturiert dargestellt und die Entscheidung komplexer Fragen vereinfacht. Die Quantitative Methode ermittelt die Risiken mathematisch, mit Hilfe der Zeitreihenanalyse und schätzt die Werte für Wahrscheinlichkeiten und Folgen mit Simulationsmodellen (ebd.).

3.3 Risikobewertung

Der dritte Schritt der Risikobeurteilung ist die Risikobewertung. Es erfolgt eine Bewertung der Risiken durch den potenziellen Schadenausmaß und den damit verknüpften Eintrittswahrscheinlichkeiten (Romeike 2018, S.36).

Die ermittelten Risiken sind unterschiedlich schwerwiegend und werden in Bezug zueinander gesetzt, um Priorisierungen zu erarbeiten und sie hinsichtlich ihrer Dringlichkeit zu beurteilen. Aus dem Bewertungsergebnis resultieren der Handlungsbedarf und die entsprechenden Maßnahmen. Um den Handlungsbedarf aufzuzeigen kann zur Visualisierung eine Risikomatrix genutzt werden, in der eine Klassifikation der Risiken nach ihrem Schweregrad möglich ist (Schmola, Rapp, 2016, S. 307).

Die Risikomatrix weist drei unterschiedliche Toleranzbereiche auf. Sie differenziert Kleinrisiken, bedingt vertretbare mittlere Risiken und nicht vertretbare große Risiken, welche eine unmittelbare Bedrohung der Existenz des Unternehmens bedeuten. Sie dient dem Setzen von Prioritäten bei der Risikobearbeitung (Georg, 2018, S.19).

Auch im Krankenhaus können sehr seltene, aber im einzelnen Fall schwerwiegende Ereignisse auftreten, welche unbedingt verhindert werden müssen. Dagegen gibt es häufig vorkommende Ereignisse, deren Auswirkungen gering sind wie beispielsweise ein kleiner Bluterguss nach der Blutentnahme. Die Risiken können hinsichtlich ihrer möglichen Auswirkungen auch von unbedeutend bis katastrophal klassifiziert werden. Ein katastrophales Risiko bezeichnet im Sinne eines betriebswirtschaftlichen Risikomanagement ein Risiko, welches bei seinem Eintreten den Fortbestand des Krankenhauses gefährdet (Schmola, Rapp, 2016, S. 307). Katastrophale Risiken liegen im klinischen Risikomanagement hingegen vor, sobald eine schwere Körperverletzung mit Dauerfolgen wie beispielsweise eine dauerhafte

Pflegebedürftigkeit, oder der Tod des Patienten droht. Angaben zum Schadensausmaß und zur Eintrittswahrscheinlichkeit des Risikos bei der Risikobewertung können durch Statistiken, Erfahrungswerten, Studien oder Branchenvergleichen oder auch durch die Einschätzung von Fachexperten hervorgehen (ebd.).

3.4 Risikobewältigung

Die Risikobewältigung oder auch Risikosteuerung genannt, basiert auf der vorherigen Phase. In dem Bereich der Risikobewältigung werden geeignete Steuerungsmaßnahmen zur Beeinflussung der analysierten Risiken aufgezeigt (Schmola, Rapp, 2016, S.309).

Es werden vier Steuerungstypen beschrieben, hierzu zählen die Risikovermeidung, die Risikoverminderung, die Risikobegrenzung und die Risikoakzeptanz. Zu der Strategie der Risikovermeidung gehört, dass ein Risiko erst gar nicht eingegangen wird (Georg, 2018, S.22).

Einerseits durch das Suchen alternativer Lösungen oder andererseits durch geeignete Schutzmaßnahmen. Die Risikovermeidung verfolgt also das Ziel, Auswirkungen und Eintrittswahrscheinlichkeit der Risiken zu beseitigen. Das Risiko wird somit vermieden, aber auch das Ergebnis der Handlung nicht mehr erzielt. Im schlimmsten Fall kann dies bedeuten, dass Unternehmen beschließen potenzielle Aufträge nach eingehender Prüfung nicht anzunehmen. Die Risikovermeidung bietet zwar die höchste Sicherheit aller möglichen Alternativen, gleichzeitig können jedoch negative Aspekte, wie der Verlust von Chancen oder Imageeinbußen hervorgehen (Hoffmann, 2017, S.44).

Ein Krankenhaus wird sich im Rahmen der Risikovermeidung dazu entscheiden Risiken zu umgehen, indem bestimmte Leistungen und Behandlungen nicht angeboten oder vorgenommen werden. Beispielsweise wenn der Ausschluss von Hochrisikopatienten erfolgt. Diese Möglichkeit kommt jedoch nur für Einzelrisiken in Frage, da das Krankenhaus, um sonst frei von Risiken zu sein, sämtliche Geschäftstätigkeiten einstellen müsste (Schmola, Rapp, 2016, S.309).

Eine weitere Maßnahme ist die Risikoverminderung, die erst bei einem Ernstfall, wenn konkrete Risiken eingetroffen sind, umgesetzt wird. Ziel ist es, die Risiken auf ein annehmbares Restrisiko zu reduzieren. Hierzu werden geeignete organisatorische, technische oder betriebliche Steuerungsmaßnahmen implementiert, um somit die Eintrittswahrscheinlichkeit oder das Schadensausmaß zu verringern. Es eignen sich unter anderem klassische Instrumente wie Mitarbeiterschulungen, Verbesserungen der Rahmenbedingungen sowie der Einsatz von Standards und Leitlinien (Hoffmann, 2017, S.45).

Die Risikoverminderung trägt zur Reduzierung und zur positiven Beeinflussung der Risiken bei, jedoch nicht zur Abschaltung dieser. Wenn sich ein Risiko nicht vermeiden oder vermindern lässt, wird versucht es zu begrenzen (Georg, 2018, S.23).

Die Risikobegrenzung meint einerseits die Risikoübertragung auf Dritte, beispielsweise auf eine Versicherungsgesellschaft, die für entstandenen Schaden bei Eintritt eines Risikos aufkommt oder andererseits auf einen Vertragspartner bei entsprechender Vertragsgestaltung (Schmola, Rapp, 2016, S.309).

Durch die Risikoabgrenzung können somit Handlungen oder Risiken und dessen finanziellen Folgen auf andere Organisationen übertragen werden. Die letzte Bewältigungsstrategie ist die Risikoakzeptanz. Hier werden die Risiken bewusst hingenommen, ohne Eingriffe oder Vorsorgemaßnahmen vorzunehmen. Wenn die vorangestellten Strategien ausgeschöpft oder nicht nutzbar sind, müssen die Risiken schließlich akzeptiert werden (Hoffmann, 2017, S.45).

Krankenhäuser müssen in dem Fall Risiken bewusst eingehen und sind bereit anfallende Kosten wie Schadenszahlungen selbst zu tragen. Die Risikovermeidung und die Risikoverminderung gelten letztlich als aktive Bewältigungsstrategien und sind darauf ausgerichtet, durch eine Verringerung der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Schadenshöhe die Risikostrukturen gezielt zu beeinflussen. Dahingegen sind die Risikobegrenzung und die Risikoakzeptanz passive Bewältigungsstrategien des Risikomanagements. Es erfolgen keine Veränderungen der Risikostrukturen und die Eintrittswahrscheinlichkeit sowie die Schadenshöhe werden nicht vermindert (Schmola, Rapp, 2016, S.309).

3.5 Risikocontrolling und Risikoüberwachung

Der Risikomanagementprozess ist einem regelmäßigen Controlling unterworfen, durch das die eingeleiteten Maßnahmen zur Risikobewältigung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit kontrolliert und bewertet werden (Schmola, Rapp, 2016, S.310).

Ziel dieses Vorgehens ist neben der Prüfung der Wirksamkeit verwendeter Prozesse, die ständige Prüfung bereits identifizierter oder neu eintretender Risiken (Hoffmann, 2017, S. 48).

Die bestehende Risikosituation eines Krankenhauses soll permanent überwacht werden. Durch ein internes Überwachungssystem können negative Entwicklungen, welche die Existenz des Krankenhauses bedrohen, rechtzeitig erkannt und Gegensteuerungsmaßnahmen eingeleitet werden, um somit den Fortbestand des Unternehmens zu sichern. Hierbei wird

auch die Einhaltung der gesetzlichen Grundlage nach § 91 Abs. 2 AktG eingerichteten Maßnahmen durch ein geeignetes Überwachungssystem gewährleistet. Mit der Risikoüberwachung startet der Risikomanagementprozess erneut und ist dabei auf eine kontinuierliche Verbesserung ausgerichtet (Schmola, Rapp, 2016, S.310).

Zur Unterstützung des kontinuierlichen Risikomanagementsystems werden Instrumente genutzt. Darunter das Beschwerdemanagement, welches über Maßnahmen zur Herstellung der Kundenzufriedenheit verfügt und Hinweise über das Auftreten möglicher Risiken aufzeigt. Außerdem das Risikomanagementhandbuch, in dem die organisatorischen Regelungen und Maßnahmen zur Errichtung des Risikomanagementsystems und die aktuelle Risikosituation des Unternehmens festgelegt sind. Daneben die Risikomanagementberichte, welche den Entwicklungsstand des Risikomanagement und Verbesserungspotentiale wiedergeben. Ferner können systematische Schadensfallanalysen sowie die Analyse von Beinahe-Schäden aus dem CIRS als interne Fehlermeldesysteme genutzt werden (Thüß, 2012, S.23).

Risikocontrolling wird nach Junginger sogar als Abschluss der Iteration des Risikomanagementprozesses beschrieben (Georg, 2018, S.26).

3.6 Risikokommunikation und Risikodokumentation

Eine wirksame Kommunikations- und Berichtsstruktur, z. B. über lokale Risikomanager und Risikobeauftragte ist eine weitere Voraussetzung für ein erfolgreiches Risikomanagementsystem. Alle wesentlichen Risikoinformationen wie die festgelegte Risikopolitik, die Risikostrategie, die identifizierten Risiken sowie die geplanten Maßnahmen werden weitergegeben (Schmola, Rapp, 2016, S.310).

Die Risikopolitik erfordert eine Kommunikation, die auf die verschiedenen Berufsgruppen der Organisation angepasst ist. Eine etablierte Kommunikations- und Berichtsstruktur ist förderlich bei der Durchführung der Risikobewältigungsmaßnahmen, wenn beispielsweise die frühzeitige Information der betroffenen Mitarbeiter erfolgt. Außerdem wirkt diese unterstützend bei der Erfassung der Effektivität der Maßnahmen, durch die Einholung eines qualifizierten und zeitnahen Feedbacks (Euteneier, 2015, S. 271). Die Information und Sensibilisierung der Mitarbeiter in Bezug auf Risiken und deren Vermeidung soll zudem erfolgen, um ein Risikobewusstsein zu wecken. Diese kann durch Schulungsmaßnahmen oder Workshops gefördert werden. Unter Berücksichtigung von möglichst vielen Mitarbeitern des Krankenhauses kann die Umsetzung von Maßnahmen besser gelingen, denn das Wissen über die Konsequenzen des Handelns führt zu einer positiven Verhaltensänderung (Schmola, Rapp, 2016, S.310). Nicht jeder unternehmerische Sachverhalt kann gegenüber

allen Mitarbeitern kommuniziert werden, demnach werden vertrauliche Informationen lediglich innerhalb der dafür vorgesehenen Kreise, wie z.B. vor der Klinikleitung offengelegt. Im Risikomanagement entstehen zahlreiche Dokumente und Aufzeichnungen, die es in einem Risikomanagementhandbuch festzuhalten gilt (ebd.). Alle definierten Regelungen und Maßnahmen zur Zielsetzung und Anwendung des Systems sollen fortlaufend dokumentiert werden. Auch in dem Gesetz zur Kontrolle und Transparenz (KonTraG) wird bezogen auf die Durchführung des Risikomanagements, als nötige/zwingende Voraussetzung die Risikodokumentation genannt. Durch die Risikodokumentation wird eine glaubhafte und nachvollziehbare Darstellung der Ergebnisse geliefert, gleichzeitig die Vertrauensbildung gefördert und Missverständnisse und Zweifel verhindert (Hoffmann, 2017, S. 49).

Neben der Prozessbeschreibung des Risikomanagements und der Risikopolitik sollten Formulare und Checklisten zur Risikoerfassung sowie Risikomeldung im Risikomanagementhandbuch enthalten sein. In dem Handbuch wird zudem darauf eingegangen was erreicht werden soll, worauf geachtet werden muss, welche Verbesserungsmöglichkeiten es gibt, die eingesetzten Methoden, wie die Durchführung sichergestellt wird und der Zuständigkeits- bzw. Verantwortungsbereich (Schmola, Rapp, 2016, S.311).

Darüber hinaus wird mit dem Risikomanagementhandbuch den Mitarbeitern das Risikomanagementsystem des Krankenhauses dargelegt. Zu den Dokumenten des Risikomanagements zählen außerdem die Risikobeurteilung inklusive der Aktivitäten zur Bewältigung der Risiken, die Resultate der Risikoüberwachung sowie der Risikoprüfung. Nach Abschluss der Dokumentation werden die Ergebnisse als Basis für den in der Regel einmal jährlich zu erstellenden Risikobericht genutzt (ebd.).

4. Hauptbestandteile des Risikomanagementsystems

4.1 Risikokultur

Bevor das Risikomanagement als kontinuierlicher Prozess eingeführt und gelebt werden kann, müssen neben den eigentlichen Prozessphasen auch die Grundlagen bezüglich der Rahmenbedingungen, unter anderem die Risikokultur definiert werden (Romeike, Hager, S.87).

Risikokultur ist ein Teil der Unternehmenskultur und meint die Sensibilität der Mitarbeiter für Risiken und deren Herangehensweise an mögliche Risiken (Hahn, 2020, S.21). Die Risiken müssen bewusst wahrgenommen werden, um Entscheidungen unter Risikogesichtspunkten zu treffen (Schmola, Rapp, 2016, S.304).

Diese Risikokultur kann nur erfolgreich sein, wenn es von den Vorgesetzten vorgelebt wird.

„Das größte Hindernis auf dem Weg zu einem angemessenen Risikomanagement ist und bleibt die Unternehmenskultur: Solange Fehler bestraft werden, werden sie vertuscht; solange über Beinahe-Fehler nicht berichtet wird, ergibt sich im Bewusstsein der Beteiligten keine Notwendigkeit das System, die Abläufe und das Verhalten zu verändern“ (Kahl-Witzsch, 2005, S. 68ff.). Im Rahmen der Unternehmenskultur muss deshalb ein Risikobewusstsein angestrebt werden, welches das Lernen aus Fehlern bzw. einen offenen Umgang mit diesen ermöglicht (ebd.).

Gefördert werden kann die Risikokultur durch Fortbildungen, Besprechungen und stetige Sensibilisierung. Eine entsprechend gelebte Risikokultur im Unternehmen ist essenziell für das Gelingen eines zielführenden Risikomanagements (Hahn, 2020, S.21).

4.2 Risikostrategie und Risikopolitik

Die Grundlage und den Rahmen des Risikomanagementsystems in Unternehmen stellt die Risikostrategie und gleichzeitig die Risikopolitik dar, denn in der Politik wird folglich die Strategie konkretisiert (Georg, 2018, S.9).

Das strategische Risikomanagement bildet somit das Umfeld des gesamten Risikomanagementprozesses, entsprechend werden von der Unternehmensleitung bzw. Krankenhausleitung Ziele und Rahmenbedingungen formuliert in Form einer Risikostrategie (Romeike 2018, S. 38).

Hier erfolgt die Beschreibung des Umgangs mit den aus der unternehmerischen Tätigkeit/ Geschäftstätigkeit resultierenden Risiken und es werden Leitlinien für den Umgang mit Risiken niedergelegt. Die Risikostrategie geht dabei auf die Art der Risiken, die Risikotoleranz bzw. den Risikoappetit, die Herkunft und den Zeithorizont der Risiken sowie die Risikotragfähigkeit ein. Während es bei der Art der Risiken darum geht, welche Risiken überhaupt eingegangen werden, beschäftigen sich die Risikotoleranz und der Risikoappetit mit der maximalen Höhe des akzeptablen Risikos (Schmola, Rapp, 2016, S.305). Bei der Herkunft der Risiken wird betrachtet, woher das Risiko stammt und ob es sich um ein internes oder externes Risiko handelt. Der Zeithorizont der Risiken legt die betroffene Zeitperiode fest und die Risikotragfähigkeit bestimmt die maximal mögliche Risikoakzeptanz und beschreibt welche Risikodeckungsmasse für eine mögliche Verlustabdeckung zur Verfügung steht (Romeike 2018, S.39).

Die Risikopolitik konkretisiert die Risikostrategie und legt darüber hinaus noch die Grundzüge zur Analyse, Bewertung und Bewältigung einzelner Risiken fest (Schmola, Rapp, 2016, S.305). Hier wird das Verhältnis bestimmt ob und in welcher Chancen-Risiko-Relation

bestimmte Risiken eingegangen werden dürfen. Darüber hinaus werden Grundsätze für die Risikoprävention und die anzuwendenden Verfahren und Maßnahmen vorgegeben (Georg, 2018, S.9).

Die Risikostrategie bzw. Risikopolitik ist in die gesamte Unternehmensstrategie einzugliedern, insofern sollte eine vollständige Übersicht der relevanten Risiken aus den strategischen Unternehmenszielen vorhanden sein. Des Weiteren bildet die Risikostrategie den ersten Baustein für den Risikomanagementprozess, nämlich die Risikoidentifikation (Romeike 2018, S.39).

4.3 Risikoorganisation

Da die eigentliche Umsetzung der Sicherheitsstrategien in großem Umfang auf der Ebene der Patientenversorgung erfolgt, ist es von Seiten der Krankenhausleitung erforderlich, hierfür die entsprechenden Bedingungen zu schaffen. Dazu gehört unter anderem auch eine geeignete Organisationsstruktur, die sowohl auf die Interessen der Führungsebene als auch denen der Mitarbeiter gestimmt ist (Paula, 2017, S. 154).

Für die Umsetzung des Risikomanagements in einem Unternehmen ist demnach die Festlegung einer robusten Risikoorganisation mit der Benennung einer Organisationleitung erforderlich. Die Rahmenbedingungen wie Organisationsziele, Risikostrategie, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sowie Verhaltensregeln werden in der Organisation festgelegt (Brauchle, 2016, S.51).

Die Übernahme der Verantwortung kann einem Risikomanager oder Risikomanagement-Beauftragten obliegen, der sich für die Gesamtkoordination des Risikomanagements verantwortlich zeigt. Denn die Aspekte Kommunikation, Information und Motivation können langfristig nur gegeben sein, wenn die geforderten Verantwortlichen mit dem Aufbau, der Pflege und der Weiterentwicklung des Systems betraut sind. Der Risikomanager hat einen entscheidenden Einfluss auf die Auswahl der Instrumente, die Festlegung der Rahmenbedingungen, die Information und Kommunikation der Mitarbeiter sowie der Leitung. Darüber hinaus werden Aufgaben, wie das Auswerten von Fehlermeldungen, kommunizieren der Ergebnisse, Schulung von Mitarbeitern und der Einleitung von Verbesserungsprojekten mit den betroffenen Mitarbeitern übernommen (Schmola, Rapp, 2016, S.305). Der festzulegende Risikomanager sollte neben kommunikativen Fähigkeiten auch über ausreichendes Wissen in den Bereichen Medizin, Pflege, Versicherungsrecht, Haftungsrecht verfügen sowie umfassende Kenntnisse zum Risikomanagement aufweisen. Des Weiteren ist neben der Ernennung eines Risikomanagers ein Risikomanagementteam von Bedeutung, das alle Maßnahmen steuert und begleitet. Das Team sollte zusammengesetzt sein mit Experten

aus den Gebieten der Medizin, Pflege, Recht, Technik und Qualitätsmanagement. Auch der Einbezug der Öffentlichkeitsabteilung sollte erfolgen, wenn im Schadensfall eine professionelle Kommunikation verlangt wird (ebd.).

Ferner ist ein Lenkungsteam für die Festlegung der Risikomanagement-Strategie und die Bereitstellung der Ressourcen sinnvoll. Im Regelfall setzt sich dieses Team aus dem Geschäftsführer, dem ärztlichen Direktor, der Pflegedienstleitung sowie dem Risikomanager zusammen (Schmola, Rapp, 2016, S.306).

Nach Klärung und Festlegung von Ziel, Grundlagen, Rahmenbedingungen und Rollen erfolgen die nächsten Prozessschritte im Rahmen einer Risikobeurteilung, welche im Folgenden genauer erläutert werden.

5. Die Überwachungssysteme

Um Risiken vorzubeugen werden Systeme eingesetzt, diese versuchen zum einen rechtzeitig bestandsgefährdende Entwicklungen zu erkennen (Frühwarnsysteme), zum anderen die Einhaltung von Regeln und Vorschriften zu überprüfen und dokumentieren (Kontrollsysteme), auf die nachfolgend näher eingegangen wird.

5.1 Frühwarnsysteme

Neben dem Risikocontrolling und dem internen Kontrollsystem ist das Frühwarnsystem ein wichtiger Bestandteil des Risikomanagementsystems. Ein einzuführendes Risikomanagementsystem bestehend aus den drei Komponenten Risikocontrolling, Frühwarnsystem und dem internen Kontrollsystem, ergibt sich zudem aus dem KonTraG und der Gesetzesbegründung zu dieser Vorschrift (Hoffmann, 2017, S. 7f.).

Frühwarnsysteme sind ein wichtiges Instrument zur Risikoidentifikation mit deren Hilfe Frühwarnindikatoren rechtzeitig Risiken signalisieren, damit das Unternehmen Maßnahmen einsetzen kann, um diesen entgegenzusteuern. Frühwarnindikatoren sind z. B. die Veränderung der Zinsen, der Beschaffungspreise oder auch interne Faktoren wie der Krankenstand. Für diese Kennzahlen werden Sollwerte und Toleranzgrenzen gebildet, werden diese entweder über- oder unterschritten wird eine Warnung ausgegeben (Romeike 2018, S.236).

Ein Risikofrüherkennungssystem hat sicherzustellen, dass diejenigen Risiken und deren Entwicklungen erfasst werden, welche die Einhaltung der Strategie gefährden können. Hierunter zählt auch die Einschätzung und isolierte Betrachtung von Einzelrisiken, welche durch ihr Zusammenwirken oder durch Anhäufung im Zeitablauf zu einem schwerwiegenden Risiko führen können (Eller et al., 2010, S.150).

Ein Frühwarnsystem muss Risiken frühzeitig erkennen, damit ausreichend Zeit für die Vorbereitung und Umsetzung von Gegenmaßnahmen bleibt und eine Krisensituation abgewendet werden kann (ebd.).

Dem Unternehmen kann somit Zeit für Reaktionen verschafft werden, um nicht nur den Risiken rechtzeitig entgegenzuwirken, sondern auch um die unternehmerischen Chancen zu erkennen und zu optimieren. Frühwarnsysteme sollte grundsätzlich Aussagefähigkeit sowie Schnelligkeit besitzen und sowohl wirtschaftlich als auch aktuell und objektiv sein (Romeike 2018, S.236).

5.2 Internes Kontrollsystem

Nachdem die Unternehmensleitung ein Frühwarnsystem eingerichtet hat, ist anschließend ein internes Kontrollsystem aufzubauen. Unter dem internen Kontrollsystem (IKS) wird laut dem IDW Prüfungsstandard IDW PS 261 („Feststellung und Beurteilung von Fehlerrisiken und Reaktionen des Abschlussprüfers auf die beurteilten Fehlerrisiken“) die vom Management im Unternehmen eingeführten Grundsätze, Verfahren und Maßnahmen verstanden, die auf die organisatorische Umsetzung der Entscheidungen der Unternehmensleitung gerichtet sind (Bungartz, 2012, S. 23).

Seine Aufgaben bestehen einerseits in der Sicherung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Geschäftstätigkeit, gleichzeitig der Schutz des Vermögens, einschließlich der Verhinderung und Aufdeckung von Vermögensschädigungen. Andererseits in der Ordnungsmäßigkeit und Verlässlichkeit der internen und externen Rechnungslegung sowie die Einhaltung der für das Unternehmen maßgeblichen rechtlichen Vorschriften (Filipiuk, 2008, S.142).

Es gilt, alle wesentlichen Geschäftsprozesse in ein IKS einzubeziehen und es nicht nur auf die Rechnungslegung zu beschränken, damit die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Geschäftstätigkeit gewährleistet werden kann (Bungartz, 2012, S. 23).

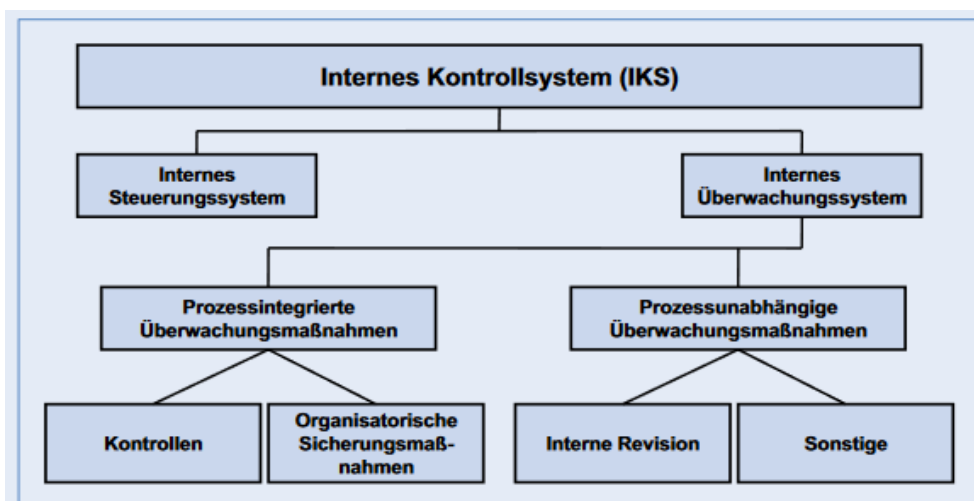


Abbildung 2: Differenzierung eines internen Kontrollsystems (Hübner, 2009, S.276)

Das IKS besteht aus Regelungen zur Steuerung der Unternehmensaktivitäten (Internes Steuerungssystem) und Regelungen zur Überwachung der Einhaltung dieser Regelungen (Internes Überwachungssystem). Das Interne Überwachungssystem beinhaltet prozessintegrierte (Kontrollen, Organisatorische Sicherungsmaßnahmen,) und prozessunabhängige Überwachungsmaßnahmen, die vor allem von der Internen Revision durchgeführt werden (Bungartz, 2012, S. 24).

Die Kontrollen stellen in dem jeweiligen Prozess integrierte Maßnahmen zur Verhinderung und Aufdeckung von Fehlern dar z. B. Überprüfung der Vollständigkeit und Richtigkeit von erhaltenen oder weitergegebenen Daten, Soll/Ist-Vergleiche und programmierte Plausibilitätsprüfungen in der Software. Die organisatorischen Sicherungsmaßnahmen hingegen umfassen laufende, automatische und manuelle Einrichtungen zur Fehlerverhinderung, die sowohl in der Aufbau- als auch in der Ablauforganisation eines Unternehmens eingegliedert sind z. B. Funktions- und Aufgabentrennung, Zugriffsbeschränkungen im IT-Bereich wie auch Zahlungsrichtlinien (Hübner, 2009, S.276).

Die Interne Revision zählt in erster Linie zu den prozessunabhängigen Überwachungsmaßnahmen, welche von prozessunabhängigen Personen des Unternehmens zur Überprüfung und Beurteilung von Aktivitäten und Strukturen durchgeführt wird. Ferner können sonstige prozessunabhängige Überwachungsmaßnahmen festgelegt sein, z. B. in Form von High-level Controls, die mit besonderem Auftrag der gesetzlichen Vertreter oder durch diese selbst vorgenommen werden (ebd.).

6. Abgrenzung Risikomanagement und Qualitätsmanagement

Das Risikomanagement ist ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements. Nach § 137 SGB V sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, ein Qualitätsmanagement zu implementieren. Mit dem Ziel die Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten durch die benötigten Mittel, unter Beachtung der wirtschaftlichen Faktoren zu gewährleisten. (Schmola, Rapp, 2016, S.293ff).

Der Fokus des Qualitätsmanagements liegt auf den Prozess der Leistungserbringung und auf die Optimierung verschiedener Abläufe. Beim Risikomanagement geht es hauptsächlich um den Umgang mit Risiken, hierbei steht die Identifikation und Bewältigung von Risikoquellen während des Prozesses im Mittelpunkt (ebd.).

Ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem beinhaltet Elemente der Qualitätsplanung, Qualitätssicherung sowie Qualitätsverbesserung und sollte sämtliche Risiken minimieren oder sogar ausschließen, die sich aus mangelnder Qualität oder aufgrund von Un-

zufriedenheiten seitens der Patienten ergeben. Das Qualitätsmanagement ist somit ein Instrument des Risikomanagements und hilft dabei Risiken zu vermindern oder zu vermeiden, die aus der Qualität der Produkte, aus Dienstleistungen, Unternehmensprozessen, aus Arbeitsbedingungen und der Interaktionen mit Patienten hervorgehen (Schmola, Rapp, 2016, S.644f.).

Das Risikomanagement zielt als Abgrenzung zum Qualitätsmanagement auf die Gesamtentwicklung des Krankenhauses im medizinischen und wirtschaftlichen Bereich ab. Das Qualitätsmanagement im Krankenhaus konzentriert sich hingegen in der Regel auf die medizinisch optimale Versorgung und Behandlung des Patienten. Damit ergeben sich Parallelen zwischen dem Risikomanagement und dem Qualitätsmanagement (Paula, 2017, S.154). Risikomanagement und Qualitätsmanagement streben gleichartige Ziele an und sind auf die gleichen Faktoren ausgerichtet. Denn im medizinischen Bereich steht beim Risikomanagement und Qualitätsmanagement die optimale Versorgung der Patienten im Vordergrund. Dafür ist es erforderlich, dass Prozesse kontinuierlich verändert werden, mit dem Ziel die Risiken zu erkennen und zu bewältigen sowie die Qualität laufend zu verbessern (Land, 2011, S. 225).

Die Einrichtung eines Beschwerdemanagement als wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements zielt darauf ab, die Kundenzufriedenheit zu erhöhen, gleichzeitig dient das Beschwerdemanagement für das Risikomanagement dazu, mögliche Schwachpunkte zu identifizieren. Denn durch die Verbesserung des Beschwerdesystems nimmt die Unzufriedenheit der Patienten ab, das Risiko des Schadensersatzes wird minimiert und die Qualität der medizinischen Versorgung wird gesteigert. Folglich steht bei beiden Managementformen der Patient im Mittelpunkt, aus diesem Grund kommt es zu Überschneidungen in den beiden Bereichen (ebd.).

7. Patientensicherheit im Krankenhaus

Die Patientensicherheit wird definiert als die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse. Patientensicherheit ist ein Prozess der stetig verbessert werden soll (Schmola, Rapp, 2016, S.299).

Vielen Publikationen aus den Bereichen der Medizin, Pflege und Gesundheitswesen wurde lange Zeit keine Beachtung geschenkt. Im Jahr 1999 löste eine besondere Arbeit aus den USA jedoch eine weltweite Schockwelle aus. Das Institute of Medicine (IOM) veröffentlichte unter dem bezeichnenden Titel „To Err Is Human – Building a Safer Health System“ einen Bericht, dass die Themen Patientensicherheit und Fehler im Gesundheitswesen stark in das öffentliche Bewusstsein rückte und bis heute anhält (Paula, 2017, S.2).

Die für Aufsehen erregende Studie kam zu dem Ergebnis, dass in den USA vermutlich mehr als 44.000 bis zu 98.000 Tote pro Jahr aufgrund von Behandlungsfehlern zu verzeichnen sind (Euteneier, 2015, S.12).

Damit lagen Behandlungsfehler noch vor Verkehrsunfällen, Brustkrebs oder AIDS an achter Stelle der Todesursachen in den USA. Diese Zahlen sind seither immer wieder Gegenstand von Kontroversen (Paula, 2017, S.2).

Im Krankenhaus steht die Patientensicherheit demzufolge an erster Stelle (Schmola, Rapp, 2016, S.299). Jeder Arzt und Mitarbeiter ist gemäß seinem Berufsethos darum bemüht dem Patienten so gut wie möglich zu helfen und nach dem Hippokratischen Eid ihm nicht zu schaden (Euteneier, 2015, S.12).

Patienten müssen somit darauf vertrauen, dass das Behandlungsteam alles unternimmt, um Schaden vom Patienten abzuwenden und um Fehler zu vermeiden. Da Krankenhäuser als Hochrisikobereich gelten, sind nicht immer alle Fehler vermeidbar. Deshalb gilt es in erster Linie vorhandene bzw. zu erwartende Risiken zu minimieren sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu entwickeln (Schmola, Rapp, 2016, S.299).

Im Rahmen einer Literaturrecherche des Aktionsbündnis für Patientensicherheit e.V. auf Basis von 241 Studien in 230 Publikationen aus 31 Ländern in den Jahren 2007/2008 kam eine Studie zu dem Ergebnis, dass mindestens 0,1 % der Todesfälle aus medizinischen Behandlungsfehlern in westlichen Krankenhäusern (Euteneier, 2015, S.12). Es können jedoch auch Behandlungsfehler dazu beitragen, dass die Patientensicherheit zunehmend verbessert wird. Dies geschieht mithilfe von Fehlerprophylaxen. Krankenhäuser in Deutschland sind dazu verpflichtet, jegliche Art von Beschwerden oder Fehlern einer Behandlung, seitens der Patienten aufzuarbeiten und dementsprechend auszuwerten. Dies soll eine gute Fehlerkultur gewährleisten und letztendlich dazu führen, dass mögliche Fehlerquellen beseitigt werden können. Die Patientensicherheit dient dazu, dass Patienten die Sicherheit haben, dass die behandelnden Ärzte, alles in ihrer Möglichkeit Stehende tun, um Fehler und Schäden zu vermeiden oder diesen durch entsprechende Maßnahmen vorzubeugen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

In Deutschland werden jährlich ca. 40.000 Behandlungsfehler-Vorwürfe erhoben, davon betreffen ca. 60% den Krankenhausbereich (Paula, 2017, S.3).

Durch die immer mehr ansteigenden Schadensfällen und Regressionsansprüchen kommt es zu einem Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämien der Krankenhäuser in Deutsch-

land. Hierbei geht es um einen Anstieg um 50–100 %, wobei die noch verbliebenden wenigen Versicherer derzeit weiterhin einen negativen Deckungssummenbeitrag beklagen. Internen Daten eines Deutschen Krankenhausversicherers zufolge sind die Eingangszahlen gemeldeter Arzneimittelschäden über den Zeitraum von 25 Jahren von 1982- 2006 um ein 16-Faches gestiegen. Am häufigsten wurden Schadensfälle in der Allgemein-, Unfall-, Herz und Thoraxchirurgie berichtet. Die höchsten Schadenssummen gehen aus der Gynäkologie und Geburtshilfe hervor. Immer häufiger wird gefordert Qualität, Patientensicherheit und Transparenz zu einem nationalen Gesundheitsanliegen zu machen (Euteneier, 2015, S.13). Leape schlussfolgerte, dass mit einer Verbesserung der Patientensicherheit mehr Schmerz gelindert, mehr Gesundheit wiederhergestellt und Leben verlängert werden können, als es jemals die Entwicklung neuer Behandlungen ermöglicht (ebd.).

Die Patientensicherheit ist nicht nur das Resultat eines sorgfältig arbeitenden Arztes, da das gesamte Versorgungssystem eines Krankenhauses die Abläufe und somit auch die Sicherheit eines Patienten beeinflusst. Dieses System setzt sich aus den beteiligten Personen (Behandlungsteam), die technischen Gegebenheiten (Arbeitsplatzgestaltung), der Organisation (Verfahrensanweisungen, Dienstzeiten) sowie den strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Finanzlage des Krankenhausträgers) zusammen (Ollenschläger, Thomeczek, 2002, S. 6).

7.1 Aktionsbündnis Patientensicherheit

Um die Patientensicherheit möglichst erfolgreich umzusetzen, werden verschiedene Umsetzungsformate aufgeführt unter anderem das „Aktionsbündnis für Patientensicherheit e.V. (APS)“. Das APS wurde im Jahre 2005 gegründet und ist ein Zusammenschluss von Organisationen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung in Deutschland, die sich hauptsächlich mit der Sicherheit für Patienten befassen (Euteneier, 2015, S.26).

Ziel ist es, durch konkrete Lösungsvorschläge, die Patientensicherheit zu steigern und zu entwickeln. Das Bündnis konzentriert sich auf einige Themenfelder, in denen das APS Arbeitsgruppen gebildet hat. In diesen Arbeitsgruppen sitzen Fachexperten aus dem Gesundheitswesen, die Leitlinien und Empfehlungen verfassen, die an Entscheidungsträger in der Politik und in Gesundheitseinrichtungen, insbesondere Krankenhausträger gerichtet sind. Diese sollen zur Unterstützung und Orientierung dienen.

Das APS vertraut darauf, dass diese Leitsätze als Maßstab genutzt werden können, um die Ziele der Patientensicherheit zu erreichen. Einer der Leitsätze ist darauf ausgerichtet, dass das Handeln primär am Patientenwohl ausgerichtet ist.

Dieser Leitsatz beruht auf die Grundlage von Patientensicherheit und meint die Vermeidung von Fehlern im Rahmen einer Behandlung (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2018).

Jährlich veröffentlicht das APS eine Agenda, in der Erfolge aus dem letzten Berichtszeitraum beschrieben werden und neue Themengebiete vorgestellt werden. Im Jahr 2007 hat das APS einige „Empfehlungen zur Einführung von CIRS im Krankenhaus“ erarbeitet. In dieser Empfehlung spricht sich eine Expertengruppe dafür aus, CIRS in Krankenhäusern einzuführen und begründet es damit, dass Patientensicherheit ein Qualitätsziel ist.

Wer Patientensicherheit stärkt, erhöht die Qualität von Behandlungen im Krankenhaus. Deshalb haben sich auch die WHO und der Europarat des Themas Patientensicherheit und Berichtssysteme angenommen und entsprechende Empfehlungen verabschiedet. Risiko- und Fehlervorsorge gelten als wichtige Mittel, um die Patientensicherheit zu verbessern. Berichtssysteme helfen, Risiken zu vermindern. Die Vorsorge ist effektiv, wenn Fehler vermieden werden. Ferner setzt die Fehlervermeidung die Erkenntnis von Risiken voraus, die zu Fehlern führen können. Patientensicherheit stellt somit die grundlegende Basis für APS dar (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2017).

8. Risikomanagement im Krankenhaus

Im Folgenden Kapitel wird speziell auf das Risikomanagement im Krankenhaus näher eingegangen. Nach einer Erläuterung der Formen des Risikomanagements im Krankenhaus, erfolgt die ausführliche Vorstellung eines Fehlermeldesystem, das CIRS, welches als Instrument des Risikomanagements gilt. Anschließend wird auf die Bedeutung des Einsatzes eines Risikomanagementsystems im Krankenhaus eingegangen.

8.1 Formen des Risikomanagements

Es wird zwischen dem betriebswirtschaftlichem und klinischem Risikomanagement unterschieden. Sämtliche ökonomische Risiken, die für Kliniken bestehen, werden unter das betriebswirtschaftliche Risikomanagement zusammengefasst. Das klinische Risikomanagement meint Risiken, die im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung der Patienten erscheinen können (Schmola, Rapp, 2016, S. 289f.).

8.1.1 Betriebswirtschaftliches Risikomanagement

Die Einführung eines Risikomanagementsystems ist verpflichtend für Unternehmen und leitet sich aus den Gesetzlichen Bestimmungen, wie von dem im Kapitel 2.2.1 beschriebenen KonTraG (Euteneier, 2015, S.7).

Das betriebswirtschaftliche Risikomanagement, wird auch als ökonomisches Risikomanagement bezeichnet und befasst sich mit allen wirtschaftlichen Risiken, die auf das Krankenhaus einwirken können. In erster Linie wird versucht alle bestandsgefährdenden Entwicklungen, die aus dem finanziellen und wirtschaftlichen Bereich hervorgehen, mit geeigneten Maßnahmen zu verhindern (Haubrock, Schär, 2009).

Die Berücksichtigung von Risikoaspekten in den Planungs-, Steuerungs- und Kontrolltätigkeiten auf den Führungsebenen gilt als der zentrale Bestandteil des betriebswirtschaftlichen Risikomanagements im Krankenhaus. Besonders im administrativen, wirtschaftlichen und Planungsbereich liegen die Risiken, welche ein Krankenhaus zu bewältigen hat, vor. Denn ineffektive oder falsche Prozesse führen zu vielfältigen Risiken. Gerade im wirtschaftlichen Bereich können Auslastungsschwankungen oder Finanzkrisen extreme Auswirkungen haben und bis hin zur Insolvenz führen. Etliche Krankenhäuser stehen vor der Zahlungsunfähigkeit. So geht aus einer Studie der FAZ hervor, dass jedes zehnte Krankenhaus als insolvenzgefährdet gilt (ebd.).

8.1.2 Klinisches Risikomanagement

Das klinische Risikomanagement hat zum Ziel die Risiken bei der Versorgung der Patienten im Krankenhaus zu reduzieren und ist auf die Erhöhung der Patientensicherheit durch Gestaltung von klinikinternen Abläufen, Strukturen und Prozessen gerichtet (Thüß, 2012, S.85).

Neben der Verbesserung der Patientensicherheit, soll langfristig eine Stärkung der Resilienz gegen fehlerhaftes Verhalten und Regelverstöße erreicht werden. Die Verantwortung für das Gelingen des klinischen Risikomanagements wird nicht nur einem Risikomanager oder einem Qualitätsmanagementbeauftragten übergeben. Vielmehr überträgt das klinische Risikomanagement die Verantwortung für die Patientensicherheit an die einzelnen Mitarbeiter der Patientenversorgung, unter anderem an Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten (Euteneier, 2015, S.5).

Die systematische Analyse klinischer Zwischenfälle, die von Schadensfällen und Komplikationen über kritische Ereignisse bis hin zu unsicheren Handlungen oder Zuständen reichen können, verdeutlicht die Pflicht zum klinischen Risikomanagement. Ferner werden die anfallenden Risiken in der medizinischen Behandlung durch unterschiedliche Risikofaktoren beeinflusst, unter anderem Medikamentenvergaben, Mindestfallzahlen und Betriebsgröße eines Krankenhauses, Personalausstattung und -qualifikation, Sterilgüter oder auch klinische Textilien (Thüß, 2012, S.85).

Klinisches Risikomanagement bietet somit die Chance, die allgemeine Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und darüber hinaus die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen durch Reduzierung von potenziell belastenden Situationen. In erster Linie werden Schadensfälle vermieden und physisches und psychisches Leiden bei Patienten und ihren Angehörigen verhindert. Auch Studien zufolge konnte durch das klinische Risikomanagement nachweislich Kosten eingespart werden. Beispielsweise durch die Reduzierung von Komplikationen und Verringerung der Schadenszahlungen bzw. durch Stabilisierung der Haftpflichtversicherungsprämien (Euteneier, 2015, S.5).

Um die Risiken zu vermeiden stehen im Rahmen des klinischen Risikomanagements verschiedene Instrumente zur Verfügung, wie im Kapitel 3.5 erläutert. Eines der wichtigsten Instrumente des klinischen Risikomanagements ist das CIRS, welches im nächsten Kapitel ausführlich erklärt wird.

9. Critical Incident Reporting System (CIRS)

CIRS stellt das wichtigste sowie in der Praxis am häufigsten vorkommende Instrument im klinischen Risikomanagement dar und wird häufig in Krankenhäusern zur Verbesserung der Patientensicherheit eingesetzt.

Es beschreibt ein Berichts- bzw. Meldesystem zur anonymen Meldung von kritischen Ereignissen (critical incident) und Beinahe-Schäden (near misses) (Romeike, Hager, S.337). Der Begriff kann sinngemäß mit „Berichtssystem über kritische Ereignisse“ übersetzt werden (Thüß, 2012, S.3).

Nach dem Aktionsbündnis Patientensicherheit wird ein kritisches Ereignis beschrieben als „Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2019).

Das CIRS soll mögliche kritische Risiken frühzeitig erfassen und wird zur Verbesserung der Patientensicherheit eingesetzt (Romeike, Hager, S.337).

Damit ist das Ziel des CIRS die Erhöhung der Behandlungssicherheit mittels einer Analyse der eingegangenen Berichte und darauf aufbauender Verbesserungsmaßnahmen (Thüß, 2012, S.3).

Die Einführung eines Systems wie CIRS wird angeraten, denn Zwischenfälle während der medizinischen Behandlung belasten Patienten, Angehörige und die professionellen Helfer mitunter gravierend. Daher kommt dem Umgang mit solchen Zwischenfällen und vor allem einer offenen, zeitgerechten und kontinuierlichen Kommunikation mit den Betroffenen eine entscheidende Bedeutung zu (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016).

9.1 CIRS-Meldung und Auswertung

Zunächst werden beim CIRS die Meldungen von Mitarbeitern über sämtliche kritische Vorkommnisse gesammelt (Schmola, Rapp, 2016, S.311). Die Meldung der Fälle kann sowohl anhand von Standardverfahren wie beispielsweise durch die Eingabe in eine EDV-Maske, oder papierbasiert erfolgen. Für Papierformulare werden dabei an mehreren Stellen im Krankenhaus Briefkästen angebracht. Einige Mitarbeiter überreichen die Meldungen auch der Vertrauensperson persönlich (Thüß, 2012, S.8).

Bei der Papiererfassung sind keine EDV-Kenntnisse notwendig und es wird ermöglicht, dass die Mitarbeiter ortsunabhängig Erfassungen vornehmen können. Diese Form der Auswertung ist jedoch deutlich aufwändiger und kann mit Komplikationen verbunden sein, welche sich durch die Unlesbarkeit der ausgefüllten Meldungen sowie durch vermeintliche Rückschlüsse auf die meldende Person über die Handschrift ergeben (Schmola, Rapp, 2016, S.311).

Die elektronische Erfassung von Berichten hat den Vorteil, dass die Berichte gut lesbar sind, sicher weitergeleitet und schnell ausgewertet werden können. Bei der Wahl der Erfassung ist wichtig, dass das Formular, egal ob papier- oder computerbasiert keiner besonderen Vorkenntnis bedarf, um eine Meldung abzugeben. Das Formular sollte zudem sowohl Freitextfelder als auch Antwortkategorien enthalten. Freitextfelder bieten dem Meldenden die Möglichkeit, den Sachverhalt umfassend und detailliert darzustellen. Besonders für die Analyse und Auswertung haben Freitextfelder eine hohe Bedeutung (ebd.).

Unabhängig von der Art der Erfassung soll es dem Berichtenden einfach gemacht werden, ein Ereignis zu melden. Ein Berichtsformular sollte nicht zu lang sein, damit jeder Bericht schnell gelesen und bearbeitet werden kann. Es muss aber lang genug sein, damit der Berichtende in die Tiefe gehen kann (Schmola, Rapp, 2016, S.311).

In der Regel enthalten die CIRS-Berichtsbögen eine Kombination aus Freitextfeldern und Antwortkategorien, um einerseits die Menge der Informationen nicht von vornherein einzuschränken, andererseits das Ausfüllen der Formulare nicht zu zeitaufwändig zu gestalten (Thüß, 2012, S.9).

Grundsätzlich sind CIRS-Bögen so konzipiert, dass das kritische Ereignis möglichst detailliert vom Beobachter beschrieben werden kann. Sie enthalten in der Regel Freitextfelder hinsichtlich folgender Fragen:

- Was ist passiert (detaillierte Beschreibung des Ereignishergangs)?
- Wie ist es zu dem Ereignis gekommen (Beschreibung des Ereignisverlaufs und seiner Folgen)?
- Warum ist es geschehen (Darstellung vermuteter Gründe)?
- Wie könnte das Ereignis in Zukunft verhindert werden (Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen)?

In diesen Freitextfeldern haben Meldende die Möglichkeit, den Vorgang anonym zu schildern, sowie Verbesserungsmaßnahmen vorzuschlagen (Thüß, 2012, S.8).

Die Auswertung sollte von interprofessionellen Teams, welche die notwendigen Fachkenntnisse besitzen und über ausreichende Sozialkompetenz verfügen, vorgenommen werden. Außerdem sollten keine Führungskräfte in den Teams vertreten sein, damit die Unabhängigkeit in Bezug auf mögliche Sanktionen garantiert wird. Die Auswertung der Berichte sollte sowohl quantitativ als auch qualitativ erfolgen. Eine große Anzahl an Berichten verweist auf eine hohe Akzeptanz des Systems.

Die quantitative Auswertung kann zu falschen Rückschlüssen führen, denn nur ein Bruchteil der stattfindenden Ereignisse wird berichtet, hierbei wird auch von einem „Under-reporting“ gesprochen. Somit sind Rückschlüsse über die Häufigkeit von bestimmten Ereignissen nur sehr eingeschränkt möglich. Aus der qualitativen Auswertung ergibt sich eine komplexere Bewertung. Hierbei werden die Faktoren wie die Eintrittswahrscheinlichkeit, der Schweregrad sowie die Entdeckungswahrscheinlichkeit berücksichtigt.

Auf Basis dieser Parameter kann eine Priorisierung für die anschließende Ursachenanalyse und daraus abzuleitende Vorsorgemaßnahmen getroffen werden (Schmola, Rapp, 2016, S.311).

Zusammengefasst werden die Berichte über die Fälle, welche Auskunft über den Erfolg oder Misserfolg einer Aktivität geben, gesammelt, nach bestimmten Kriterien wie Mortalität und Häufigkeit bewertet und analysiert. Aus der Analyse der Abweichungen vom eigentlichen Ziel werden dann konkrete Verbesserungsvorschläge abgeleitet. Damit sollen die Ursachen von Fehlern rechtzeitig erkannt werden, um eine Wiederholung und potenzielle Schäden durch präventive Maßnahmen zu verhindern (ebd.).

9.2 Erfolgsvoraussetzungen

Das CIRS sollte von allen Mitarbeitern im Krankenhaus genutzt werden können. Entscheidend dabei ist, dass die Mitarbeiter die Fähigkeit besitzen und die Bereitschaft aufweisen,

Fehler zu melden. Ohne die Bereitschaft wäre das CIRS nicht funktionsfähig (Schmola, Rapp, 2016, S.311).

Nur durch ein proaktives Engagement der Mitarbeiter kann ein CIRS langfristig erfolgreich zur Verbesserung der Patientensicherheit führen (Merkle, 2014, S.180).

Außerdem ist die Anonymität ein wirkungsvoller Aspekt des CIRS. Die Daten des CIRS werden anonym ausgewertet, um den Mitarbeitern die Angst vor Sanktionen zu nehmen, zumal das Berichten von Fehlern naturgemäß oft mit Scham- und Schuldgefühlen behaftet ist. Denn es geht insgesamt nicht darum, Schuld- oder Haftungsfragen zu klären, sondern zu erkennen, dass sich das Fehlverhalten in einer Kette komplexer Prozesse ereignet (Schmola, Rapp, 2016, S.311f.). Ein weiterer wichtiger Aspekt des CIRS sind Teambesprechungen, bei denen ein kontinuierlicher und vertrauter Austausch, z.B. innerhalb einer Abteilung oder Station erfolgt. Hier können bestimmte Vorfälle berichtet und Lösungsvorschläge, basierend auf dem Erfahrungswissen der Kollegen, ausgearbeitet werden. Eine Kommunikationskultur, welche die Fehler und Beinahe-Unfälle offen und ohne Angst vor Schuldzuweisung behandelt gilt als eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz eines Systems durch die Mitarbeiter. Die Sicherheit der Patienten kann nur dauerhaft verbessert werden, wenn ein offener und selbstverständlicher Umgang mit Fehlern herrscht. Ebenso ist eine Dokumentation empfehlenswert, damit die Mitarbeiter, die nicht an Teambesprechungen teilnehmen konnten oder neu eingearbeitet werden, auch informiert sind (ebd.).

Für die erfolgreiche Einführung des CIRS hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit im Rahmen des Risikomanagements einige Grundsätze formuliert. Hierzu zählen die Freiwilligkeit, Anonymität, Vertraulichkeit, Sanktionsfreiheit, Unabhängigkeit von Hierarchieebenen, Benutzerfreundlichkeit, klare Aufbau- und Ablaufstrukturen, klare Definition der zu berichtenden Ereignisse, Systemorientierung, Analyse durch Experten sowie die zeitnahe Umsetzung und Rückmeldung über die Berichte und Maßnahmen (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016, S.13).

Neben diesen Grundsätzen gibt es weitere Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit CIRS in einem Krankenhaus einsetzbar ist. Die Einführung und Etablierung des Systems müssen von der Klinikleitung und den Führungskräften einer Abteilung unterstützt werden. Hierzu ist es sinnvoll, eine schriftliche Erklärung zur Sanktionsfreiheit für den Meldenden auszustellen. Den Mitarbeitern muss das Ziel und die Funktionsweise von CIRS bekannt sein, damit ihnen bewusst ist, dass CIRS ein Instrument zur Lösung von existierenden Problemen ist und letztlich nicht die Lösung selbst. Nur wenn die Beschäftigten das System akzeptieren, kann daraus die Grundlage für ein erfolgreiches Risikomanagement und damit

für eine höhere Patientensicherheit entstehen (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2017, S.9).

10. Gründe für die Einführung von CIRS im Krankenhaus

Ein wichtiger Aspekt für die Einführung des CIRS stellt der Schutz vor Imageschäden dar. Berichte in den Medien über angebliche oder tatsächliche Behandlungsfehler sorgen für große Diskussionen. Dabei rückt die Patientensicherheit zunehmend in den Fokus der Medien. Auch wenn im Krankenhaus tausende Behandlungen komplikationslos verlaufen, kann ein einziger Fall für viel Aufsehen, Rufschädigung und Vertrauensverlust in der Bevölkerung sorgen. Daraus resultieren eine geringere Belegung und fatale wirtschaftliche Folgen (Paula, 2017, S.149).

Zudem kann es für das Krankenhaus zu Kündigungen von Geschäftsbeziehungen und Kooperationspartnern und somit zu fehlenden Investitionen kommen. (Heyers, 2016, S.23f.) Des Weiteren wird durch ein wirksames Frühwarnsystem eine Kostenreduzierung ermöglicht, indem Komplikationen und Fehler frühzeitig vermieden werden (Paula, 2017, S.149). Durch Behandlungsfehler kommt es nämlich nicht nur zu negativen Folgen für die Patienten, sondern auch zu psychischen Folgen für die Mitarbeiter (Heyers, 2016, S.23f.).

Dazu sind Komplikationen meist mit zusätzlichen Kosten verbunden, die sich durch beispielsweise einer verlängerten Verweildauer, Folge- bzw. Revisionseingriffen sowie medikamentösen Therapien ergeben und vermeidbar gewesen wären. Daraus ergibt sich schließlich ein enormer wirtschaftlicher Vorteil. Früher konnten die Krankenhäuser über Tagessätze verlängerte Verweildauern verbuchen, dies ist jedoch seit der Einführung der DRGs nicht mehr möglich. Mit dem neuen Abrechnungssystem wird nach Fallpauschalen abgerechnet, demzufolge sind die Krankenhäuser gezwungen ihre Gesamtprozesse und Abläufe zu optimieren, um den Aufenthalt der Patienten so kurz wie möglich zu gestalten. Hierbei können Frühwarnsysteme sehr hilfreich sein (Paula, 2017, S.149).

Außerdem wird der Schutz vor juristischen Konsequenzen gewährleistet. Im Krankenhaussektor steigt zunehmend die Zahl der Klagen und Streitwerte an. Dies hat zur Folge, dass die Patientenbehandlungen zum Teil aus der Perspektive eines eventuellen Straf- und Zivilprozesses betrachtet werden. Die Angst vor möglichen Verfahren hat somit negative Auswirkungen auf die Patientenbehandlungen. Risikomanagement mit einem integrierten CIRS kann sich hierbei in zweierlei Hinsicht positiv auswirken. Einerseits kann eine Senkung der berechtigten Klagen bewirkt werden, wenn die Prozesse und Abläufe sicher gestaltet werden und andererseits können die unberechtigten Ansprüche mit hoher Sicherheit

abgewehrt werden. Mit einem Fehlermeldesystem kann ein Krankenhaus somit viele Vorteile erzielen.

Die wesentlichen Punkte sind hierbei die Kostensenkung, juristische Sicherheit, Schutz vor Imageschäden, die Ablaufoptimierung und insbesondere die Patientensicherheit. Durch das Risikomanagement mit einem integrierten CIRS soll die Patientenorientierung in den Vordergrund rücken und die höchste Priorität haben (ebd.).

11. Methode

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde als geeignete Methode eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Bei der Literaturrecherche wurde sich an den zehn Schritten der Literaturrecherche von Nordhausen und Hirt orientiert (Abbildung 3).

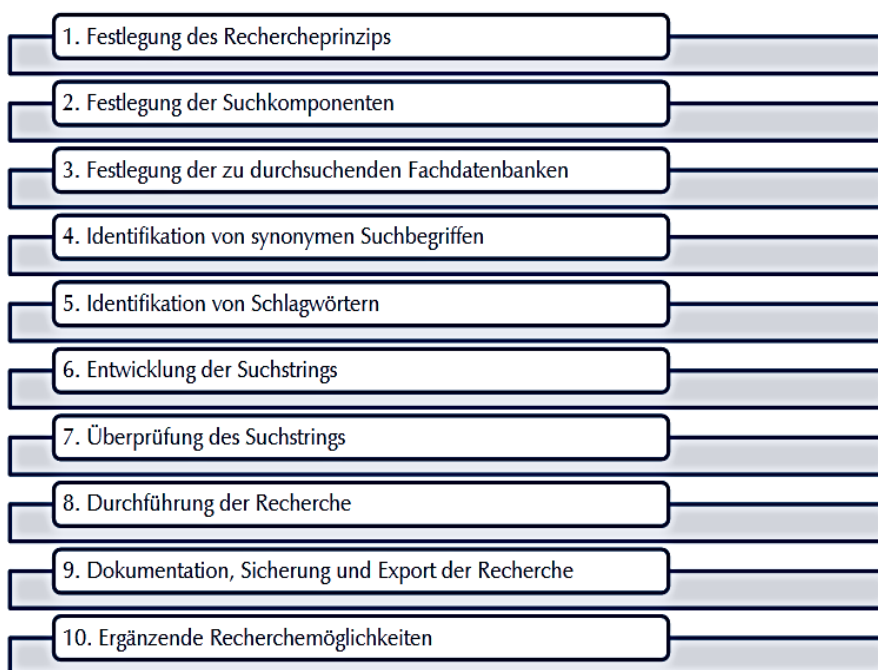


Abbildung 3: Zehn Schritte der systematischen Literaturrecherche (Nordhausen und Hirt, 2020, S.9)

Zunächst wurde ein Rechercheprinzip festgelegt, denn am Anfang jeder systematischen Literaturrecherche sollten Überlegungen hinsichtlich des geplanten Umfangs der Recherche stehen. Diese Arbeit ist nach dem sensitiven Rechercheprinzip ausgerichtet. Hierbei ist das Ziel zunächst eine umfassende Recherche durchzuführen, um möglichst alle relevanten Inhalte und Begriffe zu identifizieren. Der Titel der Arbeit beinhaltet einige wichtige Merkmale oder Schlagwörter, wie die Begrifflichkeiten CIRS, Risikomanagement und Patientensicherheit, die für die Recherche nutzbar waren. Für das sensitive Rechercheprinzip waren Fragen nach dem Ziel der Recherche sowie der Verfügbarkeit von Ressourcen ausschlaggebend.

Die Grundvoraussetzung, um geeignete Schlagwörter oder Suchbegriffe zu finden stellt die Zerlegung der Frage anhand inhaltlicher und methodischer Überlegungen in einzelne Themenbereiche sogenannte Suchkomponenten dar (Nordhausen, Hirt, 2020, S.17).

Für die Literaturrecherche zu den themenrelevanten Komponenten „Risikomanagement“, „CIRS“ und „Patientensicherheit“ wurden, um einen Überblick über vorhandene Publikationen zu erlangen, Internetquellen wie die Springer (online-) Bibliothek für wissenschaftliche Bücher und Fachzeitschriften herangezogen. Um möglichst präzise Ergebnisse zu erhalten wurde das Fachgebiet eingegrenzt. Über den Hochschulzugang (VPN Client) sind die Publikationen als Volltextversion frei zugänglich.

Anschließend wurden die thematischen Bestandteile der Forschungsfrage in die Suchmaske der jeweiligen Datenbanken eingegeben. Hierzu wurde vorerst festgelegt welche Datenbanken durchsucht werden sollen. Als nützliche Recherchemöglichkeiten um Literatur und einen Überblick über Studien zum Thema zu erhalten, galten die Suchmaschinen „Google Scholar“ und „PubMed“. Die Verwendung von „Google Scholar“ dient der allgemeinen Literaturrecherche wissenschaftlicher Dokumente. „PubMed“ ist eine fachdatenspezifische Suchmaschine und verfügt über mehr als 29 Millionen Daten aus biomedizinischer Fachliteratur, naturwissenschaftlichen Fachzeitschriften und Online Büchern (U.S. National Library of Medicine 2018).

„PubMed“ ist eine amerikanische Suchmaschine, entsprechend wurde die Keyword-Suche in Englisch durchgeführt. Dabei erfolgte die Eingabe von Begriffen, wie zum Beispiel „Critical Incident Reporting System“, „risk management“, und „patient safety“.

Nachdem die Suchkomponenten der Recherche und die Festlegung der Datenbanken erfolgt ist, wurden Synonyme für die einzelnen Komponenten, sogenannte Stichwörter bestimmt. Dafür wurden in den Datenbanken nach Synonymen für die im Titel enthaltenen Schlagwörter dieser Arbeit oder solchen, die mit der Fragestellung zusammenhängen ermittelt. Somit wurde neben den Suchbegriffen „Implementierung CIRS“ auch Begriffe wie „Einführung CIRS“ oder „Umsetzung CIRS“ verwendet.

Zudem wurden geeignete Schlagwörter abgeleitet. „Bei Schlagwörtern handelt es sich um Begriffe, die den in einer Fachdatenbank aufgeführten Einträgen anhand von bspw. thematischen und/oder methodischen Gesichtspunkten (bspw. Krankheitsbild, Studiendesign, Publikationstyp) von den Betreibern der Datenbanken in der Regel auf Volltextbasis zugeordnet wurden.“

Diese Zuordnung erfolgt meist anhand von inhaltlichen (bspw. Fachgebiet, Zielgruppe, Intervention) oder methodischen (bspw. Studiendesign, Methode der Datenerhebung/-auswertung) Überlegungen“ (Nordhausen und Hirt, 2020, S.27).

Mit der Schlagwortsuche wird eine gezielte Suche mit einem höheren Anteil an relevanten Treffern ermöglicht. Zudem sind die festgelegten Schlagwörter bzw. Suchkomponenten der Fragestellung mithilfe von booleschen Operatoren zusammengeführt worden. Boolesche Operatoren sind gesonderte Befehle, mit denen einzelne Suchbegriffe sowie ganze Suchkomponenten miteinander verknüpft werden.

Bei diesem sogenannten Suchstring entsteht eine Verknüpfung aller Suchbegriffe in einer Fachdatenbank. Die Kombination dieser unterschiedlichen Herangehensweisen erhöht die Wahrscheinlichkeit, möglichst alle relevanten Publikationen zu der Forschungsfrage zu finden. Daher sollten stets beide Rechercheansätze, also die Suche mit Stich- und Schlagwörtern, miteinander kombiniert werden (ebd.).

Des Weiteren ist eine gründliche Überprüfung der gefundenen Resultate vorzunehmen, damit lediglich Publikationen vorliegen, die inhaltlich relevant sind und zur Beantwortung der Fragestellung dienen.

Bei den Recherchen stellte sich heraus, dass es in der deutschsprachigen Literatur viele Publikationen zu der gewählten Thematik gibt, die in den theoretischen Grundlagen aufgeführt wurden. Die Auswahl der Literatur erfolgte anhand der Schlüsselwörter: „CIRS“; „Klinisches Risikomanagement“; „Patientensicherheit“; „kritische Zwischenfälle“; „Beinahefehler“, sowie „Meldesystem für kritische Zwischenfälle“.

Aktuelle Wissenschaftliche Studien, die als Grundlage und Begründung der Fragestellung dieser Arbeit dienen könnten waren jedoch nur gering vorhanden. Lediglich einige haben sich als relevant für die Beantwortung der Fragestellung herausgestellt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage konnten dennoch die wichtigsten Erkenntnisse mittels einer Studie dargelegt werden. Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse aufgeführt.

11.1 Darstellung der Ergebnisse

Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literaturrecherche dar. Hierzu werden die Schlagwörter und Anzahl der Treffer in dem Bibliothekskatalog und in den Datenbanken aufgeführt. Für die systematische Literaturrecherche wurden Datenbanken, Kataloge und das Internet durchsucht.

Schlagwörter oder Suchstring	Springer (online-) Bibliothekskatalog	Google Scholar	PubMed
CIRS	17	49.900	7,619
CIRS-Konzept	36	955	376
CIRS „AND“ Studien	58	2.120	679
CIRS „AND“ Krankenhaus	1,051	1.720	429
Risikomanagement	15	56.700	532,640
Risikomanagement „AND“ CIRS	833	1.040	82
Risikomanagementsystem	14	4.990	49,782
Patientensicherheit	52	14.800	105,988
Patientensicherheit „AND“ Krankenhaus	1,074	7.910	23,394
Patientensicherheit „AND“ CIRS	65	1.430	9
kritische Zwischenfälle	63	18.100	35,283
Meldesystem für kritische Zwischenfälle	1,877	396	6,673

Tabelle 1: Überblick der systematischen Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Aus der Tabelle 1 wird ersichtlich, dass es eine Vielzahl an Schlagwörtern oder Suchstrings in sowohl dem Bibliothekskatalog von Springer als auch den Datenbanken gibt. Die meisten Resultate wurden bei „Google Scholar“ und „PubMed“ angezeigt. Außerdem wird deutlich, dass präzise Schlagwörter eine geringere Trefferzahl bewirken. Die Kombination von Stich- und Schlagwörtern hingegen erhöhte die Wahrscheinlichkeit relevante Publikationen zu der Forschungsfrage zu finden. Bei „PubMed“ konnten nach Lesen des Abstracts viele Veröffentlichungen aufgrund von fehlender Themenrelevanz ausgeschlossen werden.

Beim Bibliothekskatalog von Springer wurde die Suche zusätzlich in das Fachgebiet Medizin und Gesundheitswesen eingegrenzt, um die Suche kontrolliert zu spezifizieren, die Trefferzahl zu reduzieren und den Anteil der darin enthaltenen relevanten Publikationen zu erhöhen.

Zudem wurde die systematische Recherche mit dem Schneeballsystem kombiniert. Das Schneeballsystem ist ein Suchverfahren, mit dem Literaturverzeichnisse oder Quellenangaben nach geeigneter Literatur durchsucht werden und so ein grober Überblick über den Inhalt verschafft wird. Über eine konkrete Quelle, die für das eigene Thema relevant ist, werden interessante Literaturhinweise zur Beantwortung der Fragestellung ersichtlich. Mit dem Schneeballsystem ist es möglich, schnell eine Vielzahl von relevanter Literatur zu finden.

11.2 Empirische Daten zur Effektivität des CIRS

Das Kantonsspital St. Gallen ist einer der Vorreiter in der Implementierung des CIRS als Werkzeug zur Fehlerberichterstattung (Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2013, S.156).

Das Meldesystem für kritische Zwischenfälle wurde im Zentrumskrankenhaus Kantonsspital St. Gallen, welches über 744 Betten verfügt und das Grundversorgungs Krankenhaus Spital Rorschach mit 84 Krankenhausbetten eingeführt. Das Ziel war ein erfolgreiches Meldesystem zu implementieren, indem die Bedürfnisse beider Krankenhäuser abgedeckt und alle Kliniken und Bereiche eines Krankenhauses berücksichtigt werden (Rose, Germann, 2005, S.84).

Während der Einführung des Meldesystems für kritische Zwischenfälle wurde ein Gesamtkonzept entwickelt, das sog. St. Galler CIRS-Konzept. Das St.Galler CIRS Konzept wurde geprägt von dem Leiter des Risikomanagement am Kantonsspital St. Gallen, Dr. med. Norbert Rose (Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2013, S.156).

Es besteht aus den Bestandteilen 1. Führung, 2. Organisation, 3. Meldeinhalt, 4. Meldekreis, 5. Meldemedium, 6. Melde- und Bearbeitungsablauf, 7. Datenpolitik, 8. CIRS-Besprechung sowie 9. Verbesserungen kontrollieren (Rose, Germann, 2005, S.84).

Die Bestandteile des St. Galler CIRS-Konzept werden im Folgenden näher erläutert.

1. Führung

Zu Beginn der Einführung eines krankenhausesweiten CIRS gilt es die Geschäftsleitung, Qualitätskommission, Chefarztkonferenz frühzeitig in die Entscheidung zum Start des Projekts einzubinden. Insbesondere damit ein Meldekreis im Krankenhaus besteht, muss sich die ärztliche und pflegerische Klinikleitung zur Einführung des CIRS bekennen und es sollte eine klare Führungsentscheidung vorliegen. Somit wird die Unterstützung und Verantwortung seitens der Führungspersonen für die CIRS Einführung garantiert (Rose, Germann, 2005, S.84).

2. Organisation

Das CIRS muss in die bestehende Führungsorganisation des Krankenhauses integriert sein. Da kritische Zwischenfälle sowohl die medizinische Leistungserbringung als auch unterstützende Prozesse sowie das Management im Krankenhaus betreffen können, sind in der CIRS-Organisation die Aufgaben der beteiligten Personen zu bestimmen. Aus der Abbildung 4 ist zu entnehmen, dass in der Spitalregion St. Gallen Rorschach eine Organisationsstruktur mit 24 Meldekreisen eingerichtet wurde, davon 21 Meldekreise im Zentrumskrankenhaus, 1 Meldekreis im Grundversorgerkrankenhaus sowie 2 weiteren Meldekreisen, die sich im Aufbau befinden. Für jeden Meldekreis werden durch die ärztliche und

pflegerische Leitung zwei CIRS-Verantwortliche bestimmt. Wenn die Ergebnisse der CIRS-Meldungen Verbesserungsmaßnahmen bedürfen, kann die Umsetzung nur in Absprache mit dem Vorgesetzten erfolgen. Der Qualitätsbeauftragte hat die Aufgabe die koordinierende Leitung für alle Meldekreise zu übernehmen/sicherstellen (Rose, Germann, 2005, S.84).

Bei Konzept oder Systemanpassungen für das gesamte Krankenhaus werden die CIRS-Verantwortlichen der jeweiligen Meldekreise informiert, dabei obliegt die Entscheidung der Krankenhausleitung. Des Weiteren wurde das CIRS-Erfahrungstreffen etabliert. Hierzu treffen sich alle CIRS-Verantwortlichen alle vier Monate, um über disziplinenübergreifende CIRS-Meldungen zu diskutieren und gegebenenfalls Lösungen zu finden. Der kontinuierliche Erfahrungsaustausch zu kritischen Zwischenfällen trägt zu einer Erweiterung des Wissens der CIRS-Verantwortlichen bei. Zudem wird das CIRS-Erfahrungstreffen als „Lernendes Gremium“ verstanden, das die interdisziplinäre und interprofessionelle Diskussion zum Thema kritische Zwischenfälle pflegt (ebd.).

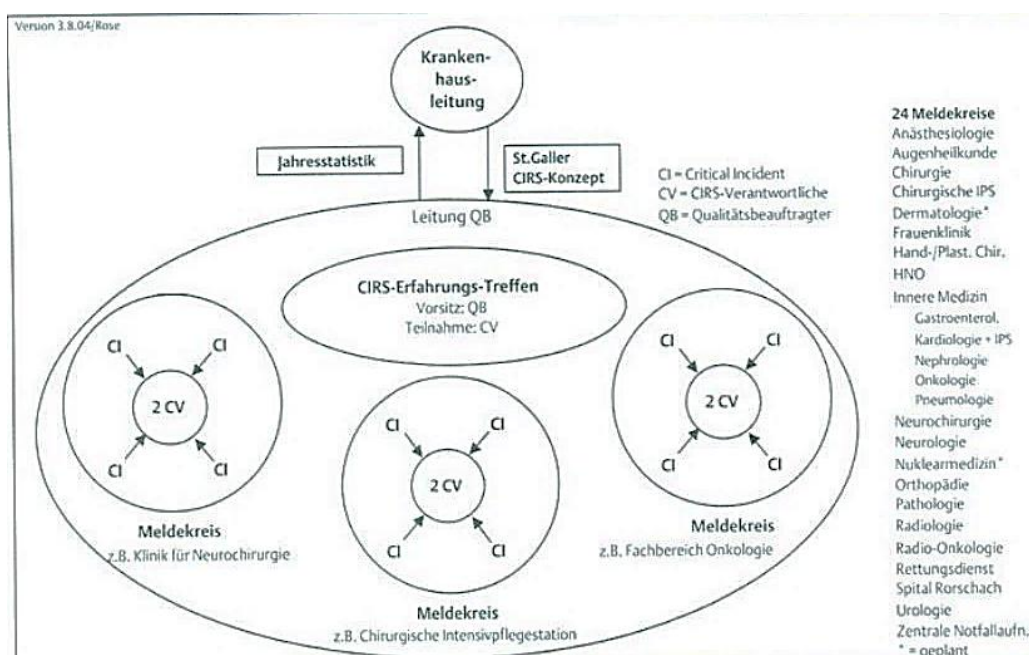


Abbildung 4: CIRS-Aufbauorganisation (Rose, Germann, 2005, S.84)

3. Meldeinhalt

Die Meldung von kritischen Zwischenfällen ist für die Mitarbeiter freiwillig und anonym.

Im Meldesystem werden nur Meldungen zugelassen, welche mit der Definition "Ein kritischer Zwischenfall ist ein ungewolltes Ereignis, welches den Patienten gefährden kann, aber nicht schädigt" vereinbar sind. Die Definition betrifft lediglich einen nicht eingetretenen Schaden, welcher jedoch eine Gefährdung für den Patienten darstellt. Die Meldungen von

kritischen Zwischenfällen werden analysiert und gelten als großer Wissensschatz zur Vermeidung zukünftiger Schäden (Rose, Germann, 2005, S.84).

Das Schweizerische Bundesgericht unterscheidet zwischen den Begrifflichkeiten Schaden und Gefährdung. Als Schaden wird nicht die Rechtsverletzung, sondern der daraus entstandene finanzielle Nachteil definiert. Wenn eine Schadensfolge mit einem gemeldeten kritischen Zwischenfall in Verbindung gebracht wird, erfolgt die Löschung der Meldung aus dem CIRS (ebd.).

4. Meldekreis

Die Struktur des St. Galler CIRS besteht aus Meldekreisen. Die Meldekreise sind nach Abhängigkeit der Größe einer klinischen Abteilung, wie z.B. der Abteilung für Augenheilkunde oder der Abteilung für Radiologie zugeordnet. Pro Meldekreis gibt es zwei benannte CIRS-Verantwortliche, die regelmäßig an den CIRS-Erfahrungstreffen teilnehmen und die eingehenden CIRS-Fälle bearbeiten.

Das Treffen wird vom Qualitätsmanagement-Beauftragten der Klinik oder einem CIRS-Beauftragten geleitet (Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2013, S.156). Die Meldekreise bestehen ungefähr aus 40-250 Mitarbeitern (Rose, Germann, 2005, S.85).

5. Meldemedium

Die Jahresstatistik der eingegangenen Meldungen wird der Krankenhausleitung übermittelt. In einem elektronischen Formular, nach dem St. Galler CIRS-Konzept, werden die Meldungen vorgenommen (Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2013, S.157).

In dem Meldeformular (siehe Anhang 1) wird mittels eines Freitextfeldes das Ereignis beschrieben und mögliche Maßnahmen zur Verhinderung von ähnlichen Zwischenfällen angegeben. Um den Schweregrad einzuschätzen stehen drei Kategorien zur Auswahl: I leicht, keine Maßnahme ist notwendig; II mittel, Notwendigkeit einer Therapie/Intervention; III schwer, schwerer oder lebensbedrohlicher Zwischenfall ist/hätte eintreten können. Zudem sind zum Schweregrad mehrere Fehlerursachen pro Meldung in fünf Hauptkategorien anzugeben. Kategorie 1. Menschliche Fehler, 2. Organisation, 3. Infrastruktur/Umgebung, 4. Technische Probleme und 5. Andere Ursachen (Rose, Germann, 2005, S.85).

6. Melde- und Bearbeitungsablauf

Die anonyme Meldung wird an die CIRS-Verantwortlichen übermittelt. Dabei ist festgelegt, dass einer der beiden die erste Anlaufstelle ist. Der erste CIRS-Verantwortliche informiert den zweiten CIRS-Verantwortlichen durch eine E-Mail über die eingegangene Meldung mit

einem möglichen Vorgehensvorschlag. Dadurch wird bereits früh eine interdisziplinäre Absprache und ein Austausch von Informationen ermöglicht. Die Bearbeitungsdauer richtet sich nach dem Schweregrad der eingegangenen Meldungen (Rose, Germann, 2005, S.85).

Die Meldungen werden von den CIRS-Verantwortlichen entweder als zeitlich mittelfristige Bearbeitung (siehe Anhang 2) oder als schnelle Critical Incident-Sofortmaßnahme (siehe Anhang 3) gehandhabt. Dabei entscheiden die CIRS-Verantwortlichen aus ihrer Berufserfahrung und den Kenntnissen der Abläufe im Krankenhaus. Meldungen mit potenziell hohem Gefährdungsrisiko gilt es zu erkennen und diese unverzüglich einer Analyse und Bearbeitung zu unterziehen (ebd.).

7. Datenpolitik

Die CIRS-Verantwortlichen überprüfen alle ein bis drei Tage den Eingang von Meldungen im Mailordner und pflegen diese als Critical-Incident-Zusammenfassungen in die Datenbank ein. Bei der Übernahme der Meldung findet eine Kontrolle seitens der CIRS-Verantwortlichen auf identifizierbare Informationen wie beispielweise Namen, Altersangaben oder Geschlechtsangaben statt, die es zu löschen gilt. Zudem werden Formulierungen der Meldung ergänzt und die Einteilung des Schweregrades überprüft und gegebenenfalls angepasst (Rose, Germann, 2005, S.85).

Meldungen, die verändert werden, werden in der Datenbank als Critical-Incident-Zusammenfassung nach der Abspeicherung übernommen und die ursprüngliche Meldung durch das System gelöscht. Nur die CIRS-Verantwortlichen erhalten den elektronischen Zugang zum Verwalten der Meldungen. Damit wird die Anonymität und das Vertrauen der Mitarbeiter ins CIRS gewährleistet. Falls Papiausdrucke von Critical-Incident-Zusammenfassungen als Diskussionsgrundlage für Besprechungen benötigt werden, ist der CIRS-Verantwortliche für den Zugang und die Vernichtung der Papiausdrucke verantwortlich (ebd.).

Wenn die Critical-Incident-Zusammenfassungen von Mitarbeitern des entsprechenden Meldekreises eingesehen werden wollen, wird der Zugang nur über die CIRS-Verantwortlichen ermöglicht.

8. CIRS-Besprechung

Die CIRS-Verantwortlichen eines Meldekreises organisieren selbstständig zu ihren Meldekreisen alle 1-2 Monate CIRS-Besprechungen zu den eingegangenen, relevanten und anonymen Meldungen (Rose, Germann, 2005, S.85).

Gemeinsam mit den Mitarbeitern werden Maßnahmenvorschläge zu den CIRS-Meldungen erarbeitet. Diese werden den Führungsverantwortlichen zur Umsetzungsentscheidung vor-

gelegt und bei jedem Treffen wird die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahme besprochen. Während der CIRS-Besprechungen gelten wichtige Kommunikationsregeln, es ist darauf zu achten die Anonymität zu wahren, Schuldzuweisungen zu unterlassen, interdisziplinär zu denken und neue Mitarbeiter einzuführen. Die Kommunikationsregeln können je nach Situation angepasst werden und sollten zu Beginn jeder CIRS-Sitzung dargelegt werden (Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2013, S.157).

9. Verbesserungen kontrollieren.

Verbesserungsmaßnahmen werden als Reaktion auf kritische Zwischenfälle eingeleitet. Die Umsetzung wird durch die CIRS-Verantwortlichen kontrolliert.

Einerseits deutet das Ausbleiben von Meldungen auf eine erfolgreiche Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen und andererseits können spezielle Maßnahmen durch eine gezielte Beobachtung, Messung oder Analyse kontrolliert werden (Rose, Germann, 2005, S.86).

Für die **Meldestatistik** werden eine Tertial- und Jahresstatistik zu allen kritischen Zwischenfällen als Reporting für die Krankenhausleitung, aber auch getrennt für alle beteiligten Meldekreise vorgenommen.

Die Verteilung der Schweregrade der Meldungen wird in drei Kategorien ausgewertet:

I leicht: Keine Maßnahmen notwendig

II Mittel: Notwendigkeit einer Therapie/Intervention

III schwer: Schwere oder lebensbedrohlicher Zustand ist/oder hätte eintreten können.

Weitere ausgewertete statistische Parameter sind die Fehlerursachen von Meldungen, in verschiedenen Kategorien wie Menschliche Fehler, Organisation, Infrastruktur/Umgebung, Technische Probleme oder andere Ursachen (Rose, Germann, 2005, S.87).

Auf den verschiedenen Auswertungsebenen dienen alle statistischen Angaben den Führungsgremien, den CIRS-Verantwortlichen und den Mitarbeitern als Rückmeldung über die Aktivitäten eines Meldekreises. Daraus können insbesondere unterstützende und insbesondere für das Thema Patientensicherheit sensibilisierende Maßnahmen wie Schulungen und Informationsveranstaltungen zur Belegung eines Meldekreises abgeleitet werden (ebd.).

11.3 Darstellung der Studienergebnisse

Im Jahr 2003 (2004) meldeten die Mitarbeiter des Zentrumskrankenhauses Kantonsspital St. Gallen und des Grundversorgungskrankenhauses Spital Rorschach 596 (874) kritische Zwi-

schenfälle. Die Verteilung der Schweregrade wurde ausgewertet, es wurden im Schweregrad I 308 (467); II 253 (353); III 35 (54), Fälle gemeldet. Unter allen gemeldeten kritischen Zwischenfällen wurden bei 26 (43) Sofortmaßnahmen ergriffen (Rose, Germann, 2005, S.87). Zudem ergaben sich aus den 596 (874) Zwischenfallmeldungen 83 (120) umgesetzte Verbesserungsmaßnahmen (vgl. Tabelle 2).

	2003	2004
Anzahl kritischer Zwischenfälle	596	874
Schweregrade der kritischen Zwischenfälle		
I ohne Maßnahme	308	467
II Notwendigkeit einer Maßnahme	253	353
III schwere/lebensbedrohliche Situation	35	54
Anzahl notwendiger Sofortmaßnahmen	26	43
umgesetzte Verbesserungsmaßnahmen	83	120

Tabelle 2: Anzahl kritischer Zwischenfälle in den Jahren 2003 und 2004 (Rose, Germann, 2005, S.87)

Die Anzahl von kritischen Zwischenfallmeldungen stiegen im Jahr 2003 von 596 auf 874 (46% Zunahme) an, dieser Anstieg ist auf die krankenhaushausweite Ausdehnung des CIRS von 15 Meldekreisen im Jahr 2003 auf 22 Meldekreisen im Jahr 2004 zurückzuführen.

Nach einer Aufteilung der Gesamtanzahl der Meldungen in die Kategorien I, II, III der Schweregrade, ist eine adäquate (zwischen 40% - 54%) Zunahme der Meldefrequenzen festzustellen (ebd).

Als leicht erhöht ist die Steigerung des Anteils von veranlassten Sofortmaßnahmen um 65% gegenüber der Zunahme an Meldungen der Kategorie III mit 54% zu betrachten. Dies kann durch die schnellere Veranlassung von Sofortmaßnahmen im Jahr 2004, seitens der neuen CIRS-Verantwortlichen von 7 Meldekreisen, begründet sein. Die Anzahl der umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen ist die wichtigste Kennzahl eines CIRS und steht an oberster Stelle. Die Kennzahl erteilt Auskunft über das primäre Ziel des CIRS, und zwar die Fähigkeit des Gesamtsystems eine Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen zu erreichen. Festzustellen ist ein Anstieg der umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen von 83 (2003) auf 120 (2004) in der Spitalregion St. Gallen Rorschach, diese Entwicklung lässt gefährdende Ereignisse und eintretende Schäden unwahrscheinlicher werden (Rose, Germann, 2005, S.88).

Als weiterer statistischer Parameter galt die Auswertung der Fehlerursachen von Meldungen in verschiedenen Kategorien. Die Anzahl der Fehlerursachen im Jahr 2004 verteilte sich bei möglichen Mehrfachnennungen pro gemeldeten kritischen Zwischenfall auf folgende Subkriterien und Schweregrade:

Menschliche Fehler 866, davon I 457, II 360, III 49. Organisation: 437 davon I 240, II 170, III 27. Infrastruktur 188 davon I 86, II 90, III 12. Technische Probleme: 109 davon I 47, II 45, III 17. Andere Ursachen: 150 davon I 71, II 62, III 17.

Insgesamt wurden 1750 Fehlerursachen in 874 Zwischenfallmeldungen im Jahr 2004 gemeldet (vgl. Tabelle 3).

	I 2004	II 2004	III 2004	2004	Anteil an allen Fehlerursachen
menschliche Fehler	457	360	49	866	49,5%
Organisation	240	170	27	437	24,9%
Infrastruktur/Umgebung	86	90	12	188	10,8%
technische Probleme	47	45	17	109	6,2%
andere Ursachen	71	62	17	150	8,6%
gesamt	901	727	122	1750	100%

Tabelle 3: Häufigkeit der verschiedenen Fehlerursachen aufgeschlüsselt nach Schweregraden der gemeldeten Ereignisse im Jahr 2004 (Rose, Germann, 2005, S.87)

In der Fehlerursachenstatistik sind die beiden Werte der Kategorien Menschliche Fehler mit 866 Zwischenfallmeldungen und Organisation mit 437 Zwischenfallmeldungen als höchste Werte erkennbar. Dies entspricht einem gemeinsamen Anteil von 74,4% an allen gemeldeten Fehlerursachen (1750). Bei der Betrachtung der Schweregrade fällt auf, dass im Schweregrad III ebenfalls Menschliche Fehler (40%) und Organisation (23%), als häufigste Fehlerursachen vorkommen (Rose, Germann, 2005, S.87).

Eine Mitarbeiterbefragung zum CIRS aus dem Jahr 2008 im Unternehmen Kantonsspital St. Gallen, auf die Frage nach der Auswirkung des CIRS (Abbildung 5) zeigt, dass immer mehr Mitarbeitende das Meldesystem als nutzenbringend und vertrauensfördernd einstufen.

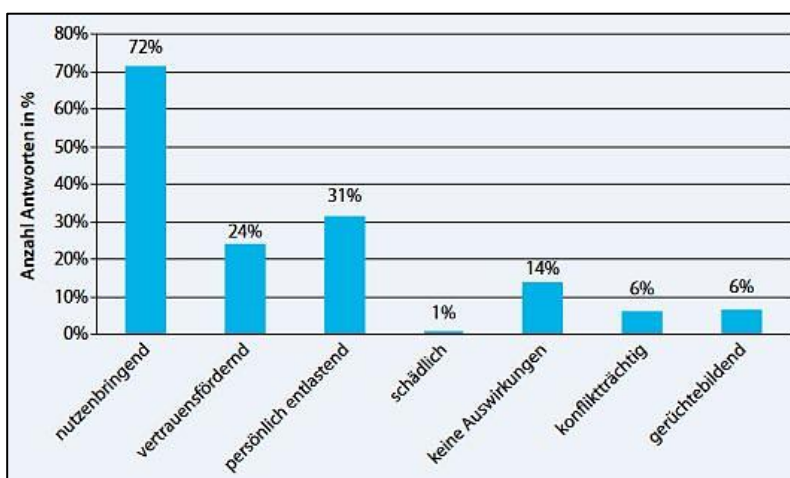


Abbildung 5: Mitarbeiterbefragung zum CIRS 2008 im Unternehmen Kantonsspital St.Gallen. Frage: Wie wirkt sich das CIRS auf Ihre direkten Arbeitskollegen oder Team aus? Antworten n=1020 (Rose, Hess, 2008, S.722)

Die Mitarbeiterbefragung wurde an den drei Krankenhausstandorten St. Gallen, Rorschach und Flawil mit einem Rücklauf von 55% bei 1856 Befragten durchgeführt (Rose, Hess, 2008, S.722).

Das Meldesystem für kritische Zwischenfälle ist so angelegt, dass die Mitarbeitenden Vertrauen ins Meldesystem fassen und eine interdisziplinäre Fehlerkultur unterstützt wird. Die steigende Anzahl von Meldungen und umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen verdeutlichen die erfolgreiche Einführung des krankenhausesweiten CIRS in den beiden Krankenhäusern. Innerhalb von zwei Jahren konnten mehr als 200 Verbesserungsmaßnahmen in beiden Spitälern umgesetzt werden. Auch wenn die Aussagekraft der Fehlerursachenstatistik durch den subjektiven Blickwinkel des Meldenden nur sehr begrenzt gegeben ist, wird das Ziel aus Zwischenfallmeldungen systematisch Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten, diese umzusetzen und damit die Patientensicherheit zu erhöhen mit der Einführung des St. Galler CIRS-Konzepts erreicht (Rose, Germann, 2005, S.88f.).

Durch Einbezug der zu erwartenden Stolpersteine (vgl. Tabelle 4), wie z.B. fehlende juristische Kenntnisse zum Meldesystem oder die Vermischung von Meldungen mit und ohne Schaden im CIRS, ist es möglich, potenzielle Hindernisse bei der Einführung und dem Betrieb eines CIRS zu umgehen (ebd.).

1. fehlende Führungsentscheidung zur Einführung eines CIRS
2. fehlende Beachtung der interdisziplinären Fehlerkultur
3. fehlende interdisziplinäre Organisation eines CIRS
4. fehlende juristische Kenntnisse zum Meldesystem
5. Meldungen mit Schaden werden im CIRS erfasst
6. zu große und unpersönliche Meldekreise werden eingeführt
7. lückenhafte Anonymität im Meldesystem für Meldende
8. unklare Zuständigkeiten in der Bearbeitung von Meldungen
9. fehlende Erfahrungen zum Verwalten von Meldungen
10. fehlende Nachkontrolle und Rückmeldung von Verbesserungsmaßnahmen

Tabelle 4: 10 Stolpersteine der Einführung und des Betriebs eines CIRS (Rose, Germann, 2005, S.88)

12. Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit war es zu analysieren, inwieweit das CIRS als ein wirksames Risikomanagementsystem für mehr Patientensicherheit in einem Krankenhaus implementiert werden kann. Dafür wurden die wichtigsten Elemente des Risikomanagements im Krankenhaus vorgestellt und die Notwendigkeit des klinischen Risikomanagements verdeutlicht. Daraufhin wurde das Thema Patientensicherheit näher beleuchtet und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Vermeidung von Fehlern in der Medizin aufgezeigt. Dazu wurde das CIRS als Instrument zur Fehlerberichterstattung im Risikomanagement beschrieben. Die Effektivität des CIRS wurde anhand einer Studie dargestellt und eine mögliche Implementierungsstrategie beschrieben.

Seit der Veröffentlichung des Berichts „To Err Is Human“ des amerikanischen Institute of Medicine im Jahr 1999 rückt das Thema Patientensicherheit immer stärker in den Fokus.

Hinzu kommt die gestiegene Erwartungshaltung der Öffentlichkeit und Patienten, die erwarten, dass alle Maßnahmen getroffen werden, damit die Sicherheit gewährleistet ist. Jeder Fehler wird in den Medien so stark beleuchtet, dass das Image eines gesamten Krankenhauses stark darunter leiden kann. Täglich ereignen sich im Krankenhaus kritische Zwischenfälle oder Patientenschäden, die auf vermeidbare, fehlerhafte Abläufe oder Entscheidungen zurückzuführen sind. Da Krankenhäuser als Hochrisikobereich gelten, sind nicht immer alle Fehler vermeidbar. Deshalb gilt es in erster Linie kritische Ereignisse schnellstmöglich zu erkennen und zu beseitigen, um die Sicherheit des Patienten auf kontinuierlich hohem Niveau gewährleisten zu können.

Aus diesem Grund wird empfohlen CIRS als eines der wichtigsten Instrumente des Risikomanagements in Krankenhäusern einzuführen. Es dient der Verbesserung der Qualität von Organisationsstrukturen und Prozessen, um unternehmensweit Fehler zu vermeiden. Bisher gibt es in Deutschland jedoch keine entsprechenden Methoden oder Instrumente, die es ermöglichen, dieses System auf seine Wirkung hin zu überprüfen. Somit besteht auf diesem Gebiet noch ein hoher Forschungsbedarf. Die Autorin entschied sich aus diesem Grund, die Ergebnisse einer europaweiten empirischen Analyse zu nutzen.

Die Forschung ergab, dass sich CIRS in einer Klinik an dem vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. empfohlenem St. Galler CIRS-Konzept orientieren sollen. Mit dem St. Galler CIRS-Konzept wurde an zwei Standorten ein Meldesystem erfolgreich eingeführt, das die systematische Analyse von kritischen Zwischenfällen und die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen ermöglicht.

Da in dem Meldesystem in der Regel aber keine Schäden, sondern nur kritische Ereignisse gemeldet werden sollen, ist die Implementierung in Deutschland teilweise umstritten.

Um das St. Galler CIRS-Konzept auf Deutschland zu übertragen, könnte es ausgeweitet werden und die Meldung von Schäden miteinbezogen werden. Insbesondere bei Ereignissen mit Schäden muss darauf geachtet werden, dass die Anonymität eingehalten wird, um Sanktionsfreiheit garantieren zu können.

Aus den Ergebnissen der Studie lässt sich schlussfolgern, dass der Faktor Mensch und Organisation von den Meldenden als häufigste Fehlerursache von kritischen Zwischenfällen angegeben wurde. Da dem Meldenden zum Zeitpunkt der Meldung jedoch nur begrenzte Informationen, hinsichtlich der Beurteilung der Fehlerursache zur Verfügung stehen, sind die Ergebnisse der Fehlerursachenstatistik nicht ganz valide.

Damit die identifizierten Verbesserungsmaßnahmen auch europäisch verwendet werden können, sollte ein systematisches Controlling der Verbesserungsmaßnahmen eingeführt werden.

Für die erfolgreiche Einführung des CIRS gibt es Grundsätze, wie unter anderem Sanktionsfreiheit, Vertraulichkeit, Anonymität sowie die Unterstützung durch die Führung, die auch in dem St. Galler CIRS-Konzept Anwendung finden. Auch im CIRS sind potenzielle Schwierigkeiten zu erwarten, die man bei Kenntnis abschwächen oder teilweise verhindern kann.

In Deutschland gibt es keine aussagekräftigen Untersuchungen bezüglich der Häufigkeit der Meldungen von sicherheitsrelevanten Ereignissen. Unter der Annahme der Autorin, dass die Mitarbeiter eher über ein Ereignis ohne Schadenfolge berichten, ist es sehr wahrscheinlich, dass die Anzahl der Berichte über Ereignisse mit Schadenfolge deutlich höher liegen müssten und die bekannten Zahlen nicht der Realität entsprechen.

Da außerdem die Etablierung eines CIRS in Deutschland für Krankenhäuser nur eine Empfehlung und keine Pflicht darstellt, wird nur ein Teil der sicherheitsrelevanten Ereignisse erkannt, somit ist die tatsächliche Fehlerrate nicht gänzlich zu erfassen.

Mit der Einführung von CIRS auf Grundlage des St. Galler CIRS-Konzepts können Stolpersteine umgangen werden und eine gemeinsamen Sicherheitskultur entstehen, welche die Sicherheit zur wichtigsten Rahmenbedingung der qualitativ hochwertigen Leistungserbringung werden lässt. Ferner sind die Handlungsempfehlungen zur Einführung von CIRS im Krankenhaus ein Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit und werden im nachfolgenden aufgeführt.

13. Handlungsempfehlungen

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit schlägt sieben Handlungsschritte zu einer erfolgreichen Einführung von CIRS in Krankenhäusern vor. Die sieben Schritte umfassen im Einzelnen die Entscheidungsphase, Planungsphase, CIRS-Einführung, Umsetzung von Evaluation und Auswertung, Organisation von Verbesserungsmaßnahmen im Risikomanagement, Rückmeldungen sowie die Evaluierung der ersten Erfahrungen mit CIRS (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2017).

Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte der Handlungsschritte aufgeführt.

In der Entscheidungsphase geht es darum, die vorhandenen Strukturen in der Einrichtung zu prüfen und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung zu schaffen. Zudem sollte überprüft werden, auf welche Bereiche des Krankenhauses CIRS angewendet werden soll. Auch müssen die Risiken und Chancen bzw. Vor- und Nachteile aufgezeigt werden, die mit der Einführung verbunden sind (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016, S.24).

CIRS müssen in ein umfassendes Risikomanagementkonzept eingebunden sein (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2017). Des Weiteren muss das Management den Auftrag zur Einführung erteilen und strategische Ziele, wie z.B. die Erhöhung der Patientensicherheit definieren. Um die Ziele zu erreichen, müssen Aufgabengebiete, Zuständigkeiten und Ressourceneinsatz geklärt werden.

Dabei muss die gesamte oberste Leitung der Einrichtung eine klare Entscheidung zur Implementierung und Etablierung des CIRS in die Organisationsstruktur des Krankenhauses treffen. Die Akzeptanz und Unterstützung durch die oberste Leitung ist eine zwingende Voraussetzung für das Gelingen des Projekts. Außerdem ist es notwendig, dass ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Denn erfahrungsgemäß sind neue Personalressourcen bzw. die Freistellung von Mitarbeitern notwendig (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016, S.23f.).

Im nächsten Schritt erfolgt die Planungsphase. Hierbei ist von Vorteil, wenn aufgrund der gegebenen Interdisziplinarität und der hohen Aufgabenbewältigung, die Herangehensweise eines systematischen Projektmanagements zum Einsatz kommt (Paula, 2007, S.103).

Die allgemeinen Rahmenbedingungen eines Projektes, wie z.B. die Beauftragung, Meilensteine und Überwachung helfen bei der Strukturierung und Umsetzung. Das Vorgehen wird anschließend in einem Konzept oder einer Prozessbeschreibung zusammengefasst.

Die Implementierung ist keine Aufgabe einzelner Personen, sondern erfordert die Bildung von Projektgruppen und die Teilnahme von Mitarbeiter aus der Praxis.

Ebenso muss beachtet werden, dass die Projektteilnehmer Qualifikationen aufweisen müssen, die den festgelegten Projektzielen entsprechen. Diesbezüglich können auch Schulungsmaßnahmen vorgenommen werden (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016, S.27).

In der Planungsphase wird geklärt, ob das System schon im gesamten Krankenhaus oder erstmal in bestimmten Abteilungen mittels der sogenannten Auswahl der Pilotabteilung/ Pilotierung implementiert werden soll. Bei einer schrittweisen Implementierung empfiehlt es sich, Abteilungen in die Pilotphase einzubeziehen, die als aufgeschlossen gegenüber dem CIRS wahrgenommen werden und in denen bereits eine proaktive Sicherheitskultur herrscht. „Eine gelungene Implementierung kann so Erfolgsargumente gegenüber anderen Bereichen oder Abteilungen schaffen“ (ebd.).

Nach der Planung erfolgt die Implementierung des CIRS in den jeweiligen Pilotbereichen oder in der gesamten Einrichtung. Der Austausch, die Beobachtung, Information sowie Kommunikation sind hierbei wesentliche Bestandteile. Ein regelmäßiger Austausch zwischen den verschiedenen Meldekreisen und mit dem zentral verantwortlichen Team sorgen dafür, den Wissenstransfer einrichtungsübergreifender Themen sowie den Erfahrungsaustausch sicherzustellen. Gleichzeitig werden die Meldekreise miteinander vernetzt (ebd.). „Regelmäßige Informationen über Risiken und Zwischenfälle tragen zudem erheblich dazu bei, dass Gefahren erkannt und vermieden werden können (Paula, 2007, S.134f.).

Regelmäßige Auswertungen geben frühzeitig einen Überblick über den Stand der Einführung und liefern erste Rückschlüsse über die Akzeptanz und die Wirksamkeit des CIRS und lassen Verbesserungspotential ableiten. Nach der erfolgten Implementierung ist das wesentliche Ziel des CIRS einen langfristigen Erfolg zu sichern und für eine Verbesserung der Patientensicherheit beizutragen. Durch eine unvoreingenommene Diskussion und der Nichtverurteilung von Mitarbeitern für Fehler wird die Fehlerkultur und Nachhaltigkeit des CIRS gefördert. Daneben stellt die Rolle der Führung einen entscheidenden Erfolgsfaktor für das erfolgreiche Betreiben eines CIRS dar. So kann unter anderem eine regelmäßige Wertschätzung oder ein Feedback bezüglich der Teilnahme am CIRS an die Mitarbeiter als motivierend und unterstützend wirken. Fehlende oder unzureichende Unterstützung durch die Führung führt hingegen zu einer Demotivation und einer Abnahme der Meldebereitschaft bei den Mitarbeitern (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016, S.28).

Um das CIRS langfristig erfolgreich zu betreiben, ist somit die Beteiligung und Information der Mitarbeiter am Gesamtprozess von Wichtigkeit. Insbesondere um eine nachhaltige Ver-

besserung der Patientensicherheit zu erzielen, erfordert es während und nach der Einführung des CIRS beständige Unterstützung, verbindliche Strukturen, zuverlässig handelnde Teams und Ressourcen in allen Bereichen der Patientenversorgung. Nach erfolgreicher Einführung des CIRS müssen identifizierte Problemfelder analysiert und die Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt werden. Hierzu ist erforderlich, dass alle eingehenden Berichte gesichtet, Einzelberichte systematisch analysiert und identifizierte Problemfelder aus den CIRS-Berichten einer systematischen Bewertung unterzogen werden. Daraus kann eine systematische Auswertung, durch einen Vergleich aktuell eingegangener und früherer Berichte erfolgen (ebd.).

Denn am besten lassen sich die Erfolge eines Projektes, durch einen direkten „Vorher-Nachher“ Vergleich darstellen (Paula, 2007, S.117).

Für die CIRS-Berichte wird empfohlen, Selektionskriterien zu entwickeln, die eine Unterteilung der Berichte in Ereignisse mit potenziell schwerem Patientenschaden und/oder Ereignisse, die als häufig auftretend beschrieben werden, ermöglichen. Damit wird erzielt, die Kriterien nach einem bestimmten Zeitraum hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.

„Die Identifikation von Problemfeldern, deren systemische Analyse, die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen und die Wissensverbreitung darüber ist unter Umständen effektiver für die Mitarbeitermotivation als allein die Veröffentlichung einzelner oder aller Berichte und der entsprechenden Rückmeldungen zu diesen Berichten“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016, S.28).

Zur Messung der konkreten Ergebnisse aus dem CIRS empfiehlt es sich, Kennzahlen zu definieren. Diese werden regelmäßig erhoben, um die Nutzung und die Wirksamkeit des Systems zu prüfen und zu belegen. Dabei stellt die Berichtsanzahl nur eine untergeordnete Kennzahl dar, vielmehr kann der eigentliche Nutzen des CIRS nur anhand der abgeleiteten und umgesetzten Maßnahmen beschrieben werden, die als elementarer Bestandteil des Kennzahlensystems gelten. Um ein systematisches Lernen zu ermöglichen werden zusätzliche Informationen, wie der Häufigkeit der Ereignisse in bestimmten Kategorien, Risikobewertung und Schweregrade benötigt (ebd.).

„Der Erfolg des Projektes, d.h. die Implementierung des CIRS, ist mit der Nachweisbarkeit der Wirksamkeit abgeschlossen“ (Paula, 2007, S.134.).

14. Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Implementierung des Critical Incident Reporting System als Instrument des klinischen Risikomanagements zur Verbesserung der Patientensicherheit beiträgt. Die Einrichtung eines Risikomanagementsystems ist in Deutschland verpflichtend, wobei die Einführung eines Systems wie CIRS, bislang nur angeraten wird. Die Relevanz ein wirksames CIRS einzuführen wächst jedoch durch den immer weiter ansteigenden Anspruch an die Behandlungsqualität medizinischer Einrichtungen und die Gewährleistung der Sicherheit von Patienten.

Risikomanagement mit einem integrierten CIRS sind wichtige Elemente der Sicherheitskultur im Krankenhaus und sorgen dafür dass Fehler vermieden, Haftpflichtschäden vermindert und die Patientensicherheit erhöht werden. Gerade wegen der hohen Zahl vermeidbarer Risiken und Beinahe-Schäden im Krankenhaus sollte jede Krankenhausleitung großes Interesse an der Einführung haben. Die erfolgreiche Einführung des krankenhausesweiten CIRS konnte anhand der steigenden Anzahl von Meldungen und umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen durch das St. Galler CIRS-Konzept festgestellt werden.

Das CIRS-Konzept muss in die Prozesse und Strukturen des Qualitäts- und Risikomanagements eingebunden sein und Aspekte wie Regelungen der Vertraulichkeit, Gewährleistung der Sanktionsfreiheit und die Sicherstellung nötiger Ressourcen beinhalten.

Die Etablierung ist nur dann erfolgreich, wenn das Mitwirken und die Unterstützung aller Mitarbeiter und Führungskräfte gegeben ist, denn die Einführung betrifft alle Ebenen der Krankenhaushierarchie. Zudem muss ein wirksames Risiko- und Qualitätsmanagement bestehen. Dazu muss das Risikomanagement als kontinuierlicher Prozess in die Unternehmensprozesse integriert sein. Neben der Verbesserung der Patientensicherheit, soll mit der Implementierung des CIRS langfristig eine Stärkung der Resilienz gegen fehlerhaftes Verhalten und Regelverstöße erreicht werden.

In Zukunft ist zu erwarten, dass Methoden zur Verbesserung von Qualität und Handlungsabläufen eher an Relevanz gewinnen werden.

Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Patientensicherheit. (2016). Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Eine Zusammenarbeit der drei deutschsprachigen Patientensicherheits-Organisationen Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, letzter Zugriff: 25.07.2020.

Aktionsbündnis Patientensicherheit. (2017). Empfehlung zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS). Praxistipps für Krankenhäuser. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/07-12-10_CIRS_Brosch__re_mit_Umschlag.pdf, letzter Zugriff: 20.07.2020.

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2018). Ethische Leitsätze zur Stärkung der Patientensicherheit. Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Aktionsbündnis Patientensicherheit. (2019). Glossar. Verfügbar unter: <https://www.aps-ev.de/glossar/>, letzter Zugriff: 25.07.2020.

Angermüller, N., Ramke, T. (2007) Krankenhäuser von den Banken-Was die Krankenhäuser von den Banken lernen können, in: f&w Fachmagazin, S. 318–321.

Bauer, H. (2015). Grundsätzliche Aspekte des klinischen Risikomanagements, in: Euten-eier, A. (Hrsg.), Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen –medizinisch, ökonomisch, juristisch, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S.59-81).

Blehle S. (2014). CIRS im Krankenhaus, in: Merkle, W. (Hrsg.), Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S.103-107.

Brauchle, T. (2016) Unternehmerische Entscheidung und Risikomanagement. Vorstandsermessen im Spannungsfeld von Organhaftung, Corporate Governance und Kapitalmarkt, Wiesbaden: Springer Gabler.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (2008). Schutz Kritischer Infrastruktur: Risikomanagement im Krankenhaus. Leitfaden zur Identifikation und Reduzierung von Ausfallrisiken in Kritischen Infrastrukturen des Gesundheitswesens. Verfügbar unter: https://www.bbk.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/KritischeInfrastrukturen/Aufgabenbereiche/Gesundheit/Risikomanagement_Krankenhaus.html, letzter Zugriff: 10.07.2020.

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). Patientensicherheit in Deutschland stärken. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientensicherheit.html>, letzter Zugriff: 20.07.2020.

Bungartz, O. (2012). Handbuch Interne Kontrollsysteme (IKS). Steuerung und Überwachung von Unternehmen, Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Deutsches Institut für Normung. (2015). Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001: 2015), Berlin: Beuth.

Ebert, C. (2013). Risikomanagement kompakt. Risiken und Unsicherheiten bewerten und beherrschen, Wiesbaden: Springer Vieweg.

- Eller, R., Heinrich, M., Perrot, R., Reif, M. (2010) *Kompaktwissen Risikomanagement. Nachschlagen, verstehen und erfolgreich umsetzen*, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S., Wagner, B. (2013). *Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 156-171.
- Euteneier, A. (Hrsg.) (2015). *Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen – medizinisch, ökonomisch, juristisch*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 255-291).
- Fiege, S. (2006). *Risikomanagement- und Überwachungssystem nach KonTraG. Prozess, Instrumente, Träger*, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Filipiuk, B. (2008). *Transparenz der Risikoberichterstattung. Anforderungen und Umsetzung in der Unternehmenspraxis*, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Georg, S. (2018). *Das Taschenbuch zum Risikomanagement*, Berlin: Epubli.
- Hahn, D. (2020). *Risiko-Management in Kommunen. Handlungsorientierter Leitfaden für die kommunale Praxis*, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Haubrock, M., Schär, W. (2009). *Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft*. Bern: Hans Huber, S.498-528.
- Herrscher, P., Goepfert, A. (2014). *Implementierung des Risikomanagements in der Klinik*, in: Merkle, W. (Hrsg.), *Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S.163-171.
- Heyers, J. (2016). *Risikomanagementsysteme im Krankenhaus, Standards und Patientenrechte*. *Medizinrecht*, Nr. 34, S.23-31.
- Hoffmann, W. (2017). *Risikomanagement*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Hübner, S. (2009). *Internes Kontrollsystem (IKS)*, in: *Controlling*, 21.Jg., Nr. 4-5, S.276.
- Kahla-Witzsch, H.A. (2005). *Praxis des klinischen Risikomanagements*, in: Hellmann, W. (Hrsg.), *Krankenhausmanagement professionell*, Landsberg: Landsberg am Lech.
- Kuntsche P., Börchers, K. (2017). *Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen. Basis- und integrierte Systeme, Managementsystemübersichten und praktische Umsetzung*. Wiesbaden: Springer Gabler; S. 381- 416).
- Land, B. (2011). *Der Controlling Berater*, in: Klein, A. (Hrsg.), *Risikomanagement und Risiko-Controlling*, Freiburg: Haufe, S. 223 – 242.
- Merkle, W. (Hrsg.) (2014). *Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus*, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 173-183.
- Nordhausen, T., Hirt, J. (2020). *Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Version 4.0*, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Hrsg.).
- Ollenschläger, G., Thomeczek, C. (2002). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Fehlerprävention und Umgang mit Fehlern in der Medizin*, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Med Klinik, München: Urban & Vogel, S. 564-570.

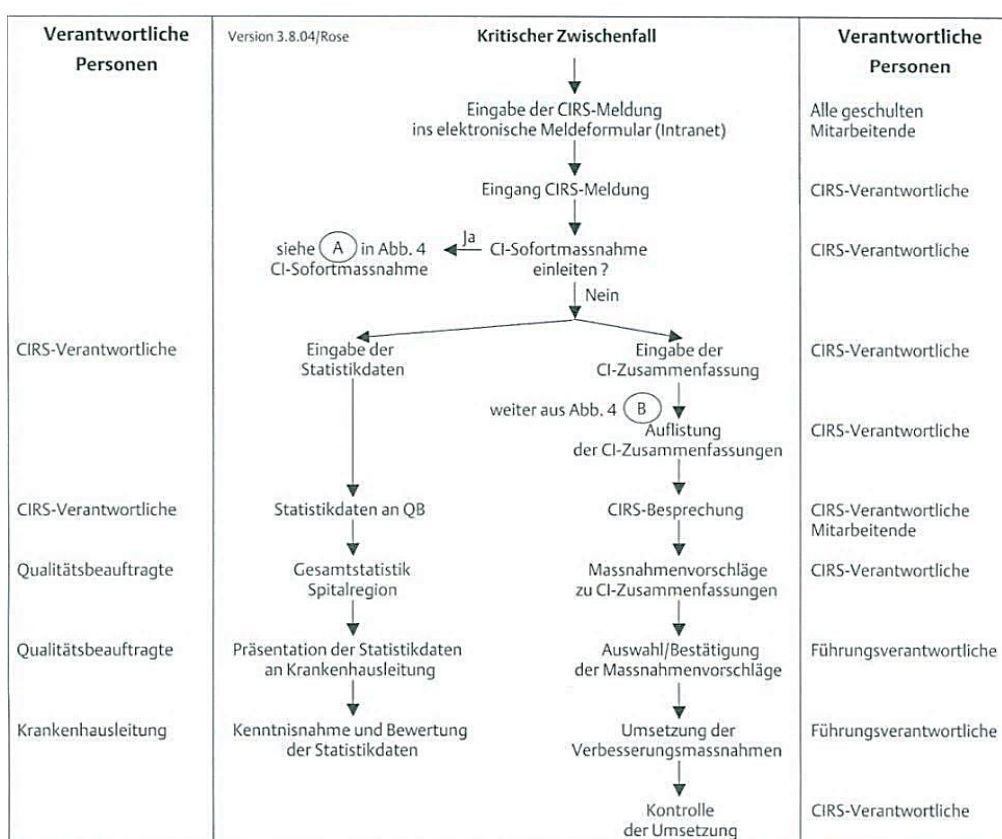
-
- Paula, H. (2007). Patientensicherheit und Risikomanagement: Im Pflege und Krankenhausalltag. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Paula, H. (2017). Patientensicherheit und Risikomanagement in der Pflege. Für Stationsleitungen und PDL, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 147-162.
- Riedel, R., Schmieder, A. (2014). Einführung von Risikomanagement und CIRS im Krankenhaus als ökonomische Aufgabe anhand eines praktischen Beispiels, in: Merkle, W. (Hrsg.), Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S.173-183.
- Robert Koch Institut (RKI) (2015). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. Gesundheit in Deutschland, Berlin: RKI, S.353-362.
- Romeike, F. (2018). Risikomanagement, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Romeike F., Hager, P. (2020). Erfolgsfaktor Risikomanagement 4.0. Methoden, Beispiele, Checklisten Praxishandbuch für Industrie und Handel, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Rose, N., Germann, D. (2005). Resultate eines krankenhausweiten Critical Incident Reporting System (CIRS), in: Conen, D., Rychlik, R., Erdmann, E., Schubert, H., Selbmann, H., Straub (Hrsg.), Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Rose, N., Hess, U. (2008). Melden von Near Misses im Krankenhaus. Klinisches Risikomanagement in der Onkologie, Heidelberg: Springer Medizin.
- Schmola, G., Rapp, B. (2016). Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus. Rechtliche Anforderungen – Praktische Umsetzung – Nachhaltige Organisation, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Sendlhofer, G. (2018). Chancen- und Risikomanagement, in: Brunner, G., Eder, H. (Hrsg.), Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen, München: Hanser, S.89-97.
- Sobottka, S. (2006). Entwicklung eines Risikomanagement-Systems für ein Krankenhaus, in: Albrecht, M., Töpfer, A. (Hrsg.), Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S.561-578.
- Thüß, J. (2012). Rechtsfragen des Critical Incident Reportings in der Medizin, Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S.3-43).

Anhang

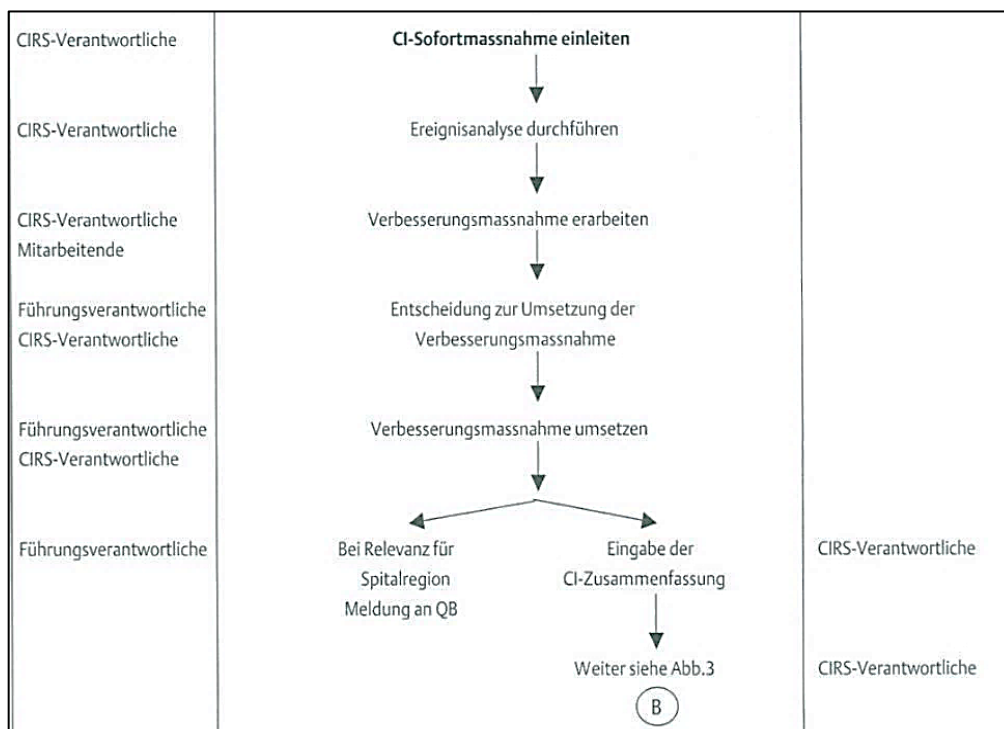
Anhang 1. CIRS Meldeformular (Rose, Germann, 2005, S.85)

<small>Spitalregion</small> St.Gallen Rorschach	
Anonyme Zwischenfallmeldung, Klinik für X CIRS: Critical Incident Reporting System (Meldesystem für kritische Zwischenfälle)	
Definition: Ein kritischer Zwischenfall ist ein ungewolltes Ereignis, welches den Patienten gefährden kann, aber nicht schädigt .	
Beschreibung des kritischen Zwischenfalls (Bitte in Stichworten beschreiben):	
Mögliche Massnahmen, um in Zukunft einen ähnlichen kritischen Zwischenfall zu verhindern (Bitte in Stichworten beschreiben):	
Einschätzung des Schweregrades (nur eine Antwort möglich):	
<input type="checkbox"/> I leicht	Keine Massnahmen notwendig
<input type="checkbox"/> II mittel	Notwendigkeit einer Therapie und/oder Massnahme
<input type="checkbox"/> III schwer	Schwerer oder lebensbedrohlicher Zwischenfall ist/oder hätte eintreten können
Ursachen des kritischen Zwischenfalls (mehrere Antworten pro Kriterium möglich):	
Menschlicher Fehler	<input type="checkbox"/> Fehleinschätzung <input type="checkbox"/> Unaufmerksamkeit <input type="checkbox"/> Verwechslung <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Mangelnde Ausbildung <input type="checkbox"/> Ungenügendes Fachwissen <input type="checkbox"/> anderer menschl. Fehler
Organisation	<input type="checkbox"/> Sprachliche/emotionale Kommunikationsprobleme <input type="checkbox"/> fehlende Supervision <input type="checkbox"/> ungünstige personelle Zusammensetzung <input type="checkbox"/> Personalknappheit <input type="checkbox"/> unklare/fehlende Verordnungen/Anweisungen
Infrastruktur /Umgebung	<input type="checkbox"/> zu wenig Platz <input type="checkbox"/> hohe Arbeitsaktivität auf der Station/im Bereich <input type="checkbox"/> Lärm <input type="checkbox"/> anderes Umgebungsproblem
Technisches Problem	<input type="checkbox"/> Monitordefekt <input type="checkbox"/> fehlende technische Kenntnisse <input type="checkbox"/> Apparate nicht verfügbar <input type="checkbox"/> anderes technisches Problem
Andere Ursachen	<input type="checkbox"/> Medikamentennebenwirkung <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> falscher Patient <input type="checkbox"/> andere Ursache
<input type="button" value="Meldung senden"/>	

Anhang 2. Melde- und Bearbeitungsablauf eines kritischen Zwischenfalls (Rose, Germann, 2005, S.85)



Anhang 3. Melde- und Bearbeitungsablauf einer Critical- Incident- Sofortmaßnahme
(Rose, Germann, 2005, S.85)



Eidesstattliche Erklärung

Ich, Sara Haidari, versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

.....

Ort, Datum, Unterschrift