

ONKO-CIRS

Berichten, Lernen
und Kommentierung
der Ereignisberichte

Kurzanleitung



**Ärztliches Zentrum für
Qualität in der Medizin**

Gemeinsame Einrichtung
von BÄK und KBV

März 2009

Inhaltsverzeichnis

1. Angaben zum ÄZQ	3
2. Angaben Projektpartner	3
3. Einführung	4
4. Bisherige Arbeiten des ÄZQ	5
4.1 Aktionsprogramm „Patientensicherheit“	5
4.2 CIRSmedical.de	6
4.2.1 Ziele und Struktur	6
4.2.2 Software	8
5. CIRS-Beirat	8
6. ONKO-CIRS	9
6.1 Berichtseingabe im ONKO-CIRS	10
6.2 Berichtssicherheit	14
7. Literatur	15
8. Glossar (nach APS und ÄZQ)	17

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf eines Incident Reporting-Systems	5
Abbildung 2: Integration von CIRSmedical.de mit anderen Modellprojekten und Kooperationen	7
Abbildung 3: Organisationsstruktur CIRSmedical.de	7
Abbildung 4: Startseite des ONKO-CIRS	10
Abbildung 5: Berichtsformular	11
Abbildung 6: Aktuelle Fälle am Beispiel CIRSmedical.de	12
Abbildung 7: Vollständiger Ereignisbericht in „Aktuelle Fälle“ am Beispiel CIRSmedical.de	12
Abbildung 8: Ereignisbericht mit öffentlichen Nutzerkommentaren am Beispiel CIRSmedical.de	13
Abbildung 9: Suchmaske ONKO-CIRS	13
Abbildung 10: Deskriptive Statistik am Beispiel CIRSmedical.de	14
Abbildung 11: Die „Big Five“ der Patientensicherheit *	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmende Fachgesellschaften und Berufsverbände im Beirat von CIRSmedical.de	9
--	---

1. Angaben zum ÄZQ

Institution: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Anschrift: Wegelystraße 3 / Herbert-Lewin-Platz, 10623 Berlin
Telefon: 030 – 4005 2500
Fax: 030 – 4005 2555

Name: Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger
 Leiter des ÄZQ
E-Mail: ollenschlaeger(at)azq.de

Name: Dr. Christian Thomeczek
 Geschäftsführer im ÄZQ
E-Mail: thomeczek(at)azq.de

Ansprechpartnerin/Projektverantwortliche:

Namen: Andrea Sanguino, MPH
 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Patientensicherheit
Telefon: 030 – 4005 2504
E-Mail: CIRS(at)azq.de

2. Angaben Projektpartner

Institution: Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen -
 WINHO - GmbH
Anschrift: Vor den Siebenburgen 2, 50676 Köln
Telefon: 02 21 - 9 98 79 80
Fax: 02 21 - 99 87 98 22

Name: Dr. Walter Baumann

Ansprechpartnerin/Projektverantwortliche:

Name: Sandra Osburg
 Projektmanagerin
Telefon: 02 21 - 3 79 85 80
E-Mail: info(at)winho.de

3. Einführung

Behandlungsschäden und Fehler in der Medizin sind kein neues Thema. Bereits der in der hippokratischen Tradition stehende Wahlspruch von Scribonius Largus (um das Jahr 50) „Primum non nocere“ drückt den Wunsch aus, dem Patienten „zuerst einmal nicht zu schaden“.

Im vergangenen Jahrhundert wurden dann unter anderem Morbiditätskonferenzen und Obduktionen dazu genutzt, um unerwünschte, möglicherweise fehlerhafte Verläufe von Eingriffen zu untersuchen und daraus zu lernen. Dennoch wurde erst durch Untersuchungen in den letzten 15 Jahren erkannt, dass Behandlungsschäden und Fehler in der Medizin ein relativ häufiges Problem sind.

Der im Jahr 2000 erschienene Bericht des US-amerikanischen Institute of Medicine postuliert, basierend auf den Forschungsergebnissen von Brennan und Leape aus dem Jahr 1991, dass jährlich 44.000 bis 98.000 Todesfälle in US-amerikanischen Kliniken durch Fehler verursacht werden [1-3]. Von diesen Berechnungen und ähnlichen Ergebnissen anderer Wissenschaftler aufgerüttelt [4-6], begann man auch in Deutschland das Thema Patientensicherheit systematischer als bisher zu bearbeiten. Weltweit wurden Institutionen zur Förderung der Patientensicherheit gegründet und vielfältige Maßnahmen zur Vermeidung von Behandlungsfehlern ergriffen.

Eine davon ist die Einführung von sogenannten Fehlerberichts- und Lernsystemen, auch (Critical) Incident Reporting-Systeme (CIRS) genannt. Der Kerngedanke dieser Systeme ist das Berichten von eigenen oder beobachteten sicherheitsrelevanten Ereignissen, so dass diese systematisch analysiert werden können und man selbst, aber auch andere daraus lernen können.

In risikoreichen Industriezweigen (kommerzielle Luft- und Seefahrt, Atomenergie) wurde schon zu einem viel früheren Zeitpunkt erkannt, dass die systematische Aufarbeitung von Fehlern und kritischen Ereignissen wertvolle Hinweise auf Sicherheitslücken in den jeweiligen Systemen liefern kann.

Das bekannteste Berichtssystem ist vermutlich das „Aviation Safety Reporting System“ (ASRS) der Federal Aviation Administration in den USA. Seit 1975 werden alle Piloten, das gesamte Bord- und Bodenpersonal, Mechaniker und andere in der Luftfahrt beteiligte Personen aufgefordert, tatsächlich oder potenziell gefährliche Situationen per Post oder Internet an das ASRS zu berichten (tatsächliche Unfälle dürfen nicht berichtet werden). Die Berichte sind streng vertraulich, und den Berichtenden ist Immunität vor möglichen Sanktionen garantiert, wenn sie ihren Bericht binnen zehn Tagen nach dem Ereignis einreichen.

In den letzten Jahren wurden weltweit verschiedene medizinische Incident Reporting-Systeme entwickelt. In diesen werden im Gesundheitswesen Tätige aufgefordert, über sicherheitsrelevante Ereignisse aus ihrem Umfeld zu berichten (Abbildung 1). Anschließend werden die Berichte von Experten analysiert und die Ergebnisse beziehungsweise Veränderungsvorschläge an die Nutzer des Systems zurückgegeben.

Mit Experten ist eine Arbeitsgruppe (fachspezifisch und/oder berufsgruppenübergreifend) gemeint, die ein besonderes Wissen, Können oder Training in der systematischen Analyse von sicherheitsrelevanten Ereignissen hat.

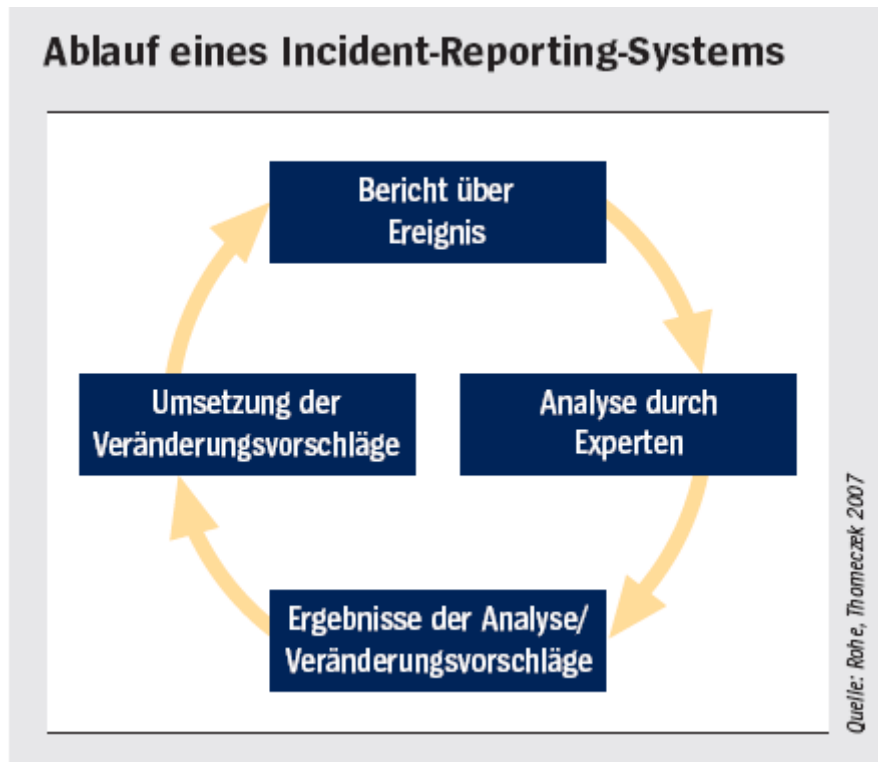
Die Nutzer der Incident Reporting-Systeme können dann die Veränderungsvorschläge umsetzen.

Analog zu den Vorbildern in sicherheitsorientierten Industrien und in der Medizin im Ausland (zum Beispiel England und Schweiz) wurden in den letzten Jahren auch in Deutschland Incident Reporting-Systeme aufgebaut.

Neben verschiedensten institutsinternen Systemen finden sich mehrere internetbasierte, institutsübergreifende und teilweise fachspezifische Systeme.

Eine ausführliche Anleitung (nebst Hilfsmitteln und Praxistipps) zur Einführung von Incident Reporting-Systemen im Krankenhaus wurde von einer Arbeitsgruppe des Aktionsbündnis Patientensicherheit erarbeitet [7; 8].

Abbildung 1: Ablauf eines Incident Reporting-Systems



Quelle: [9]

4. Bisherige Arbeiten des ÄZQ

4.1 Aktionsprogramm „Patientensicherheit“

Eine Reihe von Initiativen zur Verbesserung der Patientensicherheit wurde bereits 2002 im Expertenkreis Patientensicherheit des ÄZQ aufgegriffen und in einem Aktionsprogramm explizit benannt. Eine der angestrebten Maßnahmen war:

Schaffung von Grundlagen für die Untersuchung von fehlerbedingten Ereignissen oder „Beinahe-Ereignissen“ und für eine zeitnahe Berichterstattung der Untersuchungsergebnisse (CIRS)

In diesem Sinne hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im April 2005 ein internetbasiertes CIR-System zur freiwilligen Teilnahme für alle Ärzte kostenlos zur Verfügung gestellt. Es findet sich unter der Internetadresse CIRSmedical.de und wird seit 2006 auch von der BÄK unterstützt. Seit 2006 wird dieses CIRS vom ÄZQ betreut und weiterentwickelt.

4.2 CIRSmedical.de

CIRSmedical.de - das anonyme Bericht- und Lernsystem für Kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin ist Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen von BÄK und KBV. Der 108. Deutsche Ärztetag hat die Nutzung eines solchen fachdisziplinübergreifenden Systems ausdrücklich empfohlen [10]; Verwaltungsrat und Planungsgruppe des ÄZQ haben in ihrer Sitzung am 7. Juni 2005 beschlossen, die Thematik „Patientensicherheit“ für BÄK und KBV beim ÄZQ als Kompetenzzentrum der Ärzteschaft weiter voranzutreiben.

4.2.1 Ziele und Struktur

CIRSmedical.de verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Möglichkeit des Berichtens von kritischen Ereignissen für stationär oder ambulant tätige Ärzte;
- Möglichkeit des Berichtens von kritischen Ereignissen für Fachgruppen / Berufsverbände ohne eigenes CIRS;
- Möglichkeit des Berichtens von kritischen Ereignissen für organisatorische Einheiten wie Krankenhäuser etc.;
- Möglichkeit der Einrichtung von regionalen CIRS, die z.B. einer Ärztekammer angehören;
- Möglichkeit der Einrichtung von regionalen CIRS-Netzwerken in denen Krankenhäuser interne Berichtssysteme betreiben, jedoch gleichzeitig die Vorteile aggregierter, regionaler Daten nutzen können.

Primäres Ziel ist es dabei nicht, ausschließlich ein auf Bundesebene etabliertes CIRS zu schaffen, sondern interessierten Gruppen die Möglichkeit zu geben, an einem strukturierten CIR-System teilzunehmen.

Des Weiteren wird ein Forum bereitgestellt, um eine auf hohem Niveau basierende, fachliche Wertung und Hilfestellung zu erfolgten kritischen Ereignissen zu geben.

Im Weiteren ist **CIRSmedical.de** bereits mehrere Modellprojekte mit Ärztekammern bis auf die Ebene von teilnehmenden Krankenhäusern sowie Berufsverbänden eingegangen (siehe Abbildung 2).

Die Projektpartner von z. Z mehreren Modellprojekten auf regionaler Ebene als auch von Berufsverbandsspezifischen-CIRS, die mit dem ÄZQ kooperieren, verfügen über die Datenhoheit der in ihr CIRS eingehenden Berichte und können diese zu CIRSmedical.de weiterleiten. Hierdurch entsteht sowohl ein Netz zwischen CIRSmedical.de und den CIRS der Modellprojekte, als auch eine bundesweite gemeinsame Berichtsdatenbank für alle Nutzer und Beteiligten.

Ferner wurde ein Fachbeirat gebildet, in den die Fachgesellschaften und Berufsverbände qualifizierte Mitglieder entsendet bzw. benannt haben (siehe Abbildung 3).

Abbildung 2: Integration von CIRSmmedical.de mit anderen Modellprojekten und Kooperationen

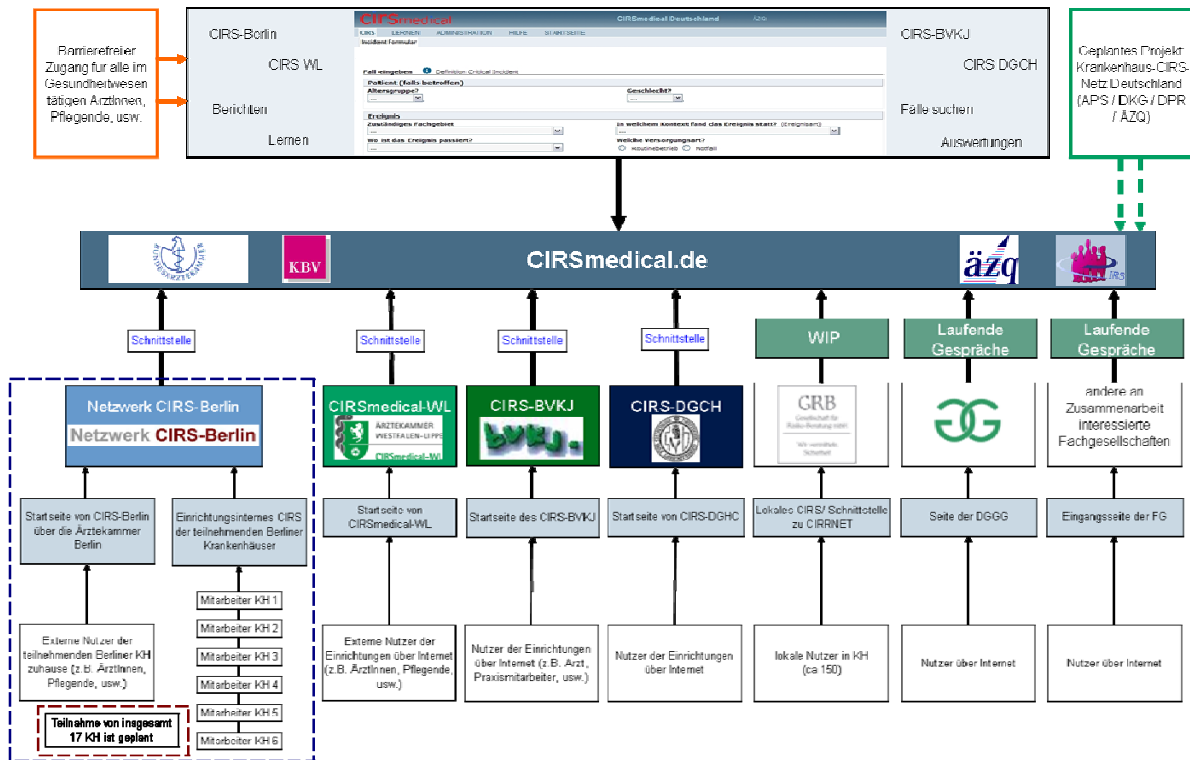
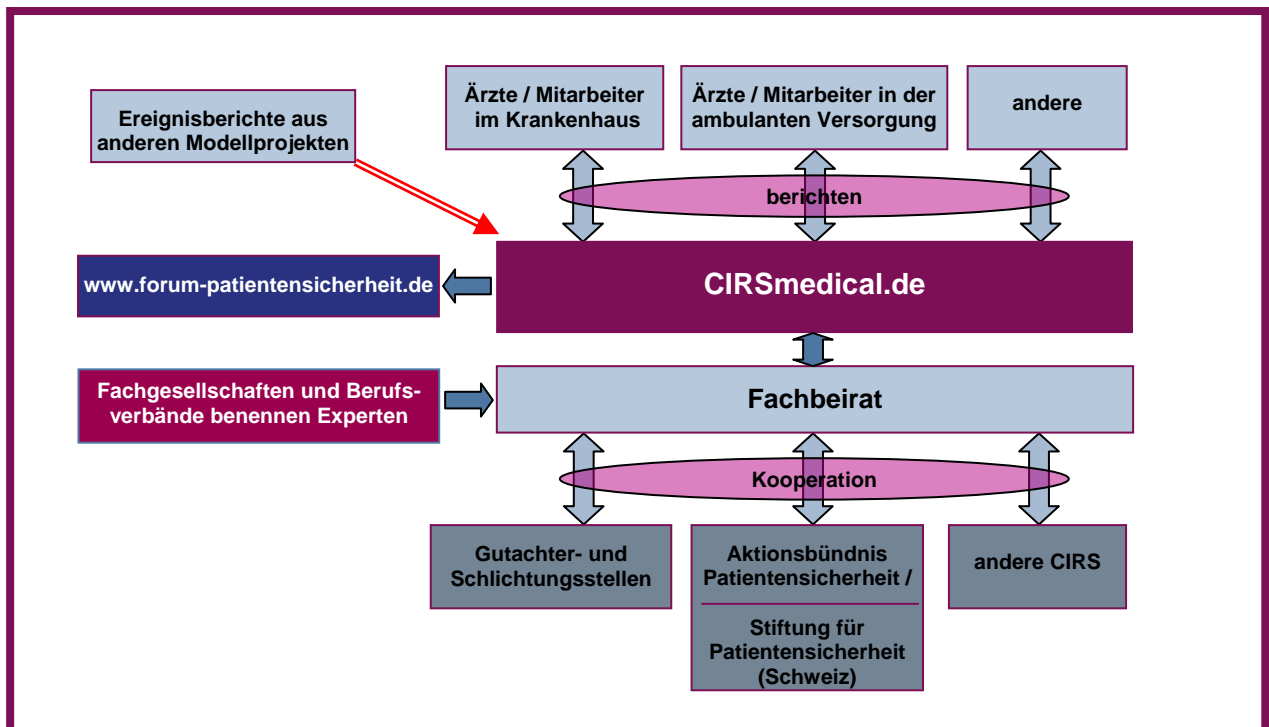


Abbildung 3: Organisationsstruktur CIRSmmedical.de



4.2.2 Software

Das Fehlerberichts- und Lernsystem CIRSmedical.de stützt sich auf die Software der Schweizer Firma Protecdata, welche ursprünglich unter der Federführung von Prof. D. Scheidegger und Prof. M. Kaufmann aus Basel entwickelt wurde.

Im Jahr 2007 wurde die Software in einem Konsensprozess der Unikliniken Basel, Zürich und dem ÄZQ überarbeitet. Es steht nun ein bündiges aber umfassendes Berichtsformular (Abbildung 5) für alle Fachgebiete und Sektoren zur Verfügung, dessen Kernstück die Freitexteingabe ist. Dieses Berichtsformular kann ggf. unter eingeschränkten Rahmenbedingungen (Software) den Bedürfnissen der Nutzer angepasst werden.

Des Weiteren gibt es einen „Lernbereich“ (Abbildung 6) mit den aktuellen, freigegebenen Berichten, einer Suchmaske (Abbildung 9) sowie deskriptiven Statistiken (Abbildung 10).

Eine Rating Process-Datenmaske ermöglicht strukturiertes Feedback durch die Administratoren, die Expertengruppe und den Fachbeirat, als auch das Hochladen von Bildern. Durch die Bildung von Untergruppen innerhalb der Software, können spezifische Nutzungen für geschlossene Nutzergruppen eingerichtet werden.

5. CIRS-Beirat

In den CIRS-Fachbeirat haben Fachgesellschaften und Berufsverbände qualifizierte Mitglieder entsandt bzw. benannt (siehe Abbildung 2); dieser Fachbeirat besteht z. Z. aus 39 Institutionen mit über 50 Einzelexperten.

Aufgabe des Fachbeirates ist es, in CIRSmedical.de eingegangene Berichte nach Sichtung (ggf. Anonymisierung) und Zuweisung durch die Administratoren zu analysieren und fachlich qualifizierte Kommentare bzw. Hilfestellung zu geben.

Auf diese Art und Weise wird in CIRSmedical.de einerseits ein Datenpool zu Ereignisberichten auf Bundesebene aufgebaut, andererseits wird es vor Ort Tätigen möglich sein, auf Fachkompetenzen zurück zu greifen, die in kleineren Strukturen wie Krankenhäusern oder Arztpraxen nicht verfügbar sind. Regelmäßig stattfindende Fallkonferenzen ergänzen die Arbeit des Fachbeirates von CIRSmedical.de. Dabei besteht eine enge Vernetzung mit den ärztlichen Gutachter- und Schlichtungsstellen.

In der Tabelle 1 werden alle bisher an CIRSmedical.de teilnehmenden Fachgesellschaften und Verbände aufgelistet.

Tabelle 1: Teilnehmende Fachgesellschaften und Berufsverbände im Beirat von CIRSmedical.de

Deutscher Hausärzteverband	Berufsverband Deutscher Anästhesisten ▲
Berufsverband der Augenärzte Deutschlands	Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft
Berufsverband der Deutschen Chirurgen	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ▲
Berufsverband der Deutschen Dermatologen	Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin ▲	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ▲	Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	Berufsverband Deutscher Laborärzte
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	Berufsverband Deutscher Radiologen
Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin	Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
Berufsverband Deutscher Neurologen	Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Berufsverband Deutscher Psychiater	Berufsverband Deutscher Pathologen
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
	Deutsche Gesellschaft für Radiologie
Deutsche Gesellschaft für Urologie	Berufsverband der Deutschen Urologen
Berufsverbandes Niedergelassener Kardiologen	Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.
Verband Medizinischer Fachberufe (ehe. BdA)	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.	Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern
Deutsche Röntgengesellschaft	Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH
Stiftung für Patientensicherheit (Schweiz) ▲	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Weitere Experten und Kooperationen aus folgenden Bereichen: www.Jeder-fehler-zählt.de ▲ , Arbeitspsychologie, Zentrum für Medizintechnik und Ergonomie der Fachhochschule Münster (Ergonomie), Tübinger Patienten-Sicherheits- und Simulations- Zentrum (TÜPASS) ▲ , Universitätsspital Zürich	

(Stand 25.02.2009)

▲= Teilnahme trotz eigenem CIR-System

6. ONKO-CIRS

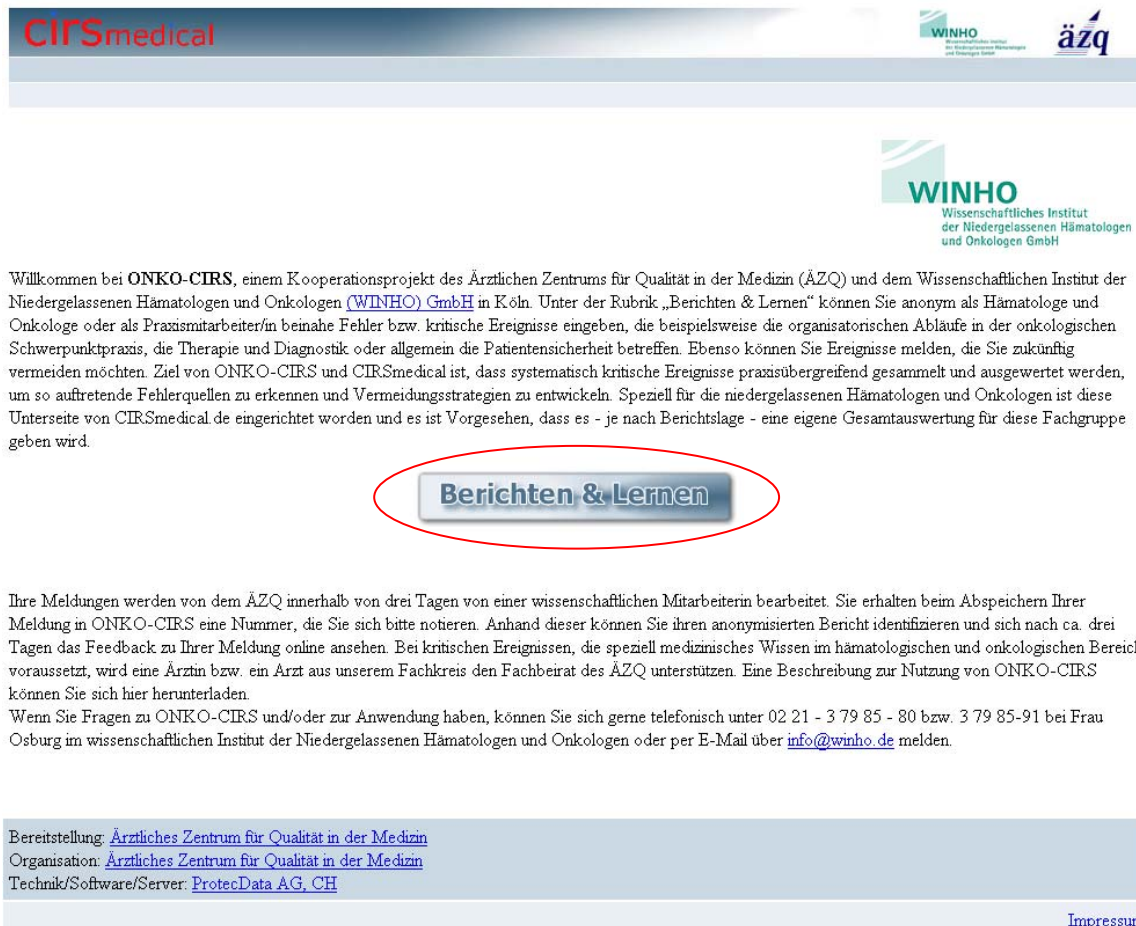
Grundsätzlich ist ONKO-CIRS in zwei Bereiche gegliedert. Der offene Bereich steht jedem Internetnutzer zur Verfügung. Der Zugang zum geschlossenen Bereich erfolgt über die Administratoren im ÄZQ. Zur CIRS-Analysegruppe gehören die Mitarbeiter (MA) des ÄZQ (darunter Fachärzte der Fachbereiche Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie u. a.). Die Experten des Fachbeirats werden zur Unterstützung hinzugezogen.

Im Folgenden wird ein Überblick in den offenen Bereich von ONKO-CIRS gegeben. Einige Abbildungen (Screenshots) wurden beispielhaft aus dem CIRSmedical.de entnommen.

6.1 Berichtseingabe im ONKO-CIRS

Alle Nutzer gelangen über www.onko-cirs.cirsmedical.de auf die Startseite des ONKO-CIRS. Diese Startseite umfasst Erläuterungen zum ONKO-CIRS (Wer kann berichten? Was soll berichtet werden? Was geschieht mit den Ereignisberichten nach dem Absenden?) (Abbildung 4).

Abbildung 4: Startseite des ONKO-CIRS



CIRSmedical

WINHO
Wissenschaftliches Institut
der Niedergelassenen Hämatologen
und Onkologen GmbH

äßq

WINHO
Wissenschaftliches Institut
der Niedergelassenen Hämatologen
und Onkologen GmbH

Willkommen bei ONKO-CIRS, einem Kooperationsprojekt des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen ([WINHO GmbH](http://www.winho.de)) in Köln. Unter der Rubrik „Berichten & Lernen“ können Sie anonym als Hämatologe und Onkologe oder als Praxismitarbeiter/in beinahe Fehler bzw. kritische Ereignisse eingeben, die beispielsweise die organisatorischen Abläufe in der onkologischen Schwerpunktpraxis, die Therapie und Diagnostik oder allgemein die Patientensicherheit betreffen. Ebenso können Sie Ereignisse melden, die Sie zukünftig vermeiden möchten. Ziel von ONKO-CIRS und CIRSmedical ist, dass systematisch kritische Ereignisse praxisübergreifend gesammelt und ausgewertet werden, um so auftretende Fehlerquellen zu erkennen und Vermeidungsstrategien zu entwickeln. Speziell für die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen ist diese Unterseite von CIRSmedical.de eingerichtet worden und es ist vorgesehen, dass es - je nach Berichtslage - eine eigene Gesamtauswertung für diese Fachgruppe geben wird.

Berichten & Lernen

Ihre Meldungen werden von dem ÄZQ innerhalb von drei Tagen von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin bearbeitet. Sie erhalten beim Abspeichern Ihrer Meldung in ONKO-CIRS eine Nummer, die Sie sich bitte notieren. Anhand dieser können Sie ihren anonymisierten Bericht identifizieren und sich nach ca. drei Tagen das Feedback zu Ihrer Meldung online ansehen. Bei kritischen Ereignissen, die speziell medizinisches Wissen im hämatologischen und onkologischen Bereich voraussetzt, wird eine Ärztin bzw. ein Arzt aus unserem Fachkreis den Fachbeirat des ÄZQ unterstützen. Eine Beschreibung zur Nutzung von ONKO-CIRS können Sie sich hier herunterladen.

Wenn Sie Fragen zu ONKO-CIRS und/oder zur Anwendung haben, können Sie sich gerne telefonisch unter 02 21 - 3 79 85 - 80 bzw. 3 79 85-91 bei Frau Osburg im wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen oder per E-Mail über info@winho.de melden.

Bereitstellung: [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin](http://www.aezq.de)
Organisation: [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin](http://www.aezq.de)
Technik/Software/Server: [ProtecData AG, CH](http://www.protectdata.de)

[Impressum](#)

Durch das Anklicken auf den Link „Berichten und Lernen“ gelangt man in den offenen, für alle Nutzer zugänglichen Bereich des ONKO-CIRS. Hier können Sie über das Ereignis informieren indem Sie ihren Fall in ein Formular eingeben, das sowohl aus Freitextfeldern, als auch aus vorgegebenen Listen (Drop-Down-Menü) besteht (Abbildung 5).

Abbildung 5: Berichtsformular

The screenshot shows the 'Incident Formular' interface. At the top, there is a navigation bar with 'CIRSmEdical', 'CIRSmEdical Deutschland', and 'ONKO-CIRS'. Below this are links for 'CIRS', 'LERNEN', 'ADMINISTRATION', 'HILFE', and 'STARTSEITE'. The main form is titled 'Incident Formular' and contains several sections:

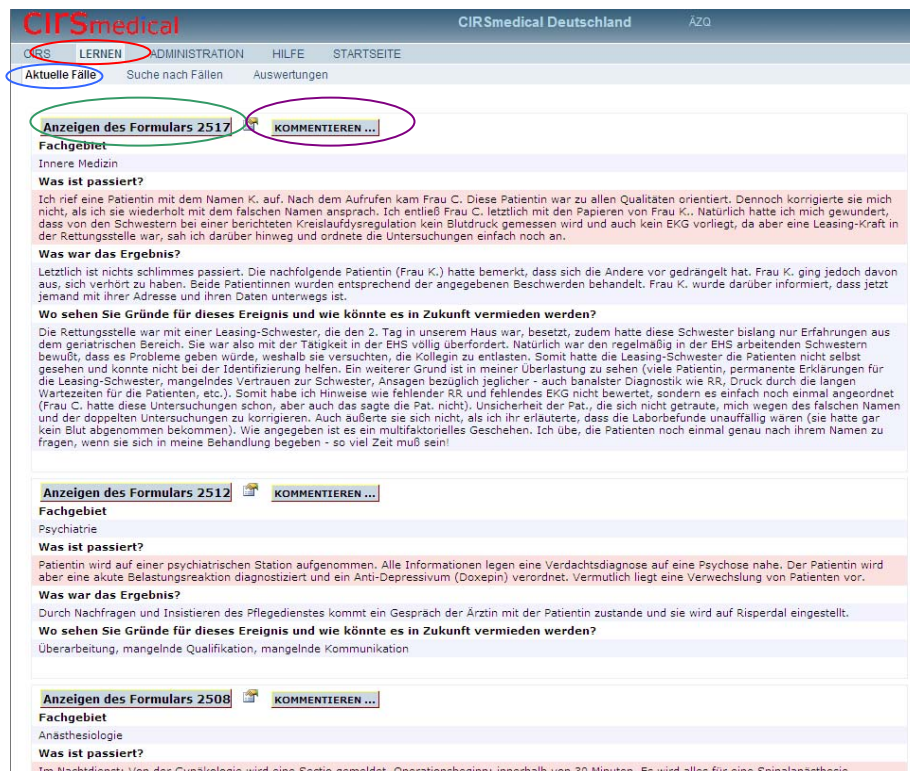
- Fall eingeben** (with a help icon and 'Definition Critical Incident')
 - Patient (falls betroffen)**
 - Altersgruppe? (dropdown)
 - Geschlecht? (dropdown)
 - Ereignis**
 - Zuständiges Fachgebiet (dropdown)
 - In welchem Kontext fand das Ereignis statt? (Ereignisart) (dropdown)
 - Wo ist das Ereignis passiert? (dropdown)
 - Welche Versorgungsart? (radio buttons: Routinebetrieb, Notfall)
 - Was ist passiert? (text area)
 - Was war das Ergebnis? (text area)
 - Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden? (text area)
 - Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?** (slider and radio buttons: n.a., täglich, monatlich, jährlich, erstmalig)
 - Kam der Patient zu Schaden?** (falls bereits bekannt) (radio buttons: nicht anwendbar, nein, Minimaler Schaden, Passagerer Schaden leicht/mittel/schwer, Dauerschaden leicht/mittel/schwer, Tod)
 - Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?** (Mehrfachnennung möglich) (checkboxes: Kommunikation, Ausbildung, Persönliche Faktoren, Teamfaktoren, Organisation, Patientenfaktoren, Technische Geräte, Kontext der Institution, Medikation, Sonstiges)
 - Berichterstatter**
 - Wer berichtet? (Berufsgruppe) (dropdown)
 - Bemerkungen zum Eingabeformular: (text area)

At the bottom, there is a message: 'Sind die Angaben korrekt, klicken Sie bitte auf Fall eingeben'. The 'Fall eingeben' button is circled in red.

Über die Schaltfläche „Fall eingeben“ wird der Bericht gespeichert und abgeschickt. Anschließend erscheint eine Seite auf der Sie die Identifikationsnummer des eingegebenen Berichts sehen können, um diesen, nach seiner Anonymisierung und Freigabe, zu identifizieren. Der Ereignisbericht gelangt per sicherem SSL-Protokoll auf den Server der Uniklinik Basel (die Firma Protecdata hat dort ein Nutzungsrecht) in der Schweiz. Die neuen Ereignisberichte können vorerst nur von den Administratoren des ÄZQ gesehen werden, die den Bericht lesen, anonymisieren und ihn anschließend für alle öffentlichen Nutzer freigeben. Erst dann erscheint er auf der Seite „Aktuelle Fälle“ und kann sowohl von den Berichtenden selbst, als auch von allen anderen Nutzern gelesen werden.

Über einen Klick auf den Link „Lernen“ kommen alle öffentlichen Nutzer auf die Seite, auf der die freigegebenen Ereignisberichte angezeigt werden („Aktuelle Fälle“ (Abbildung 6)). Hier befindet sich ein Überblick über die eingegebenen Berichte, die sowohl von den Berichtenden selbst, als auch von allen anderen Nutzern gelesen werden können. Ebenso erscheinen hier die freigegebenen Kommentare der Nutzer oder der CIRS-Analysegruppe.

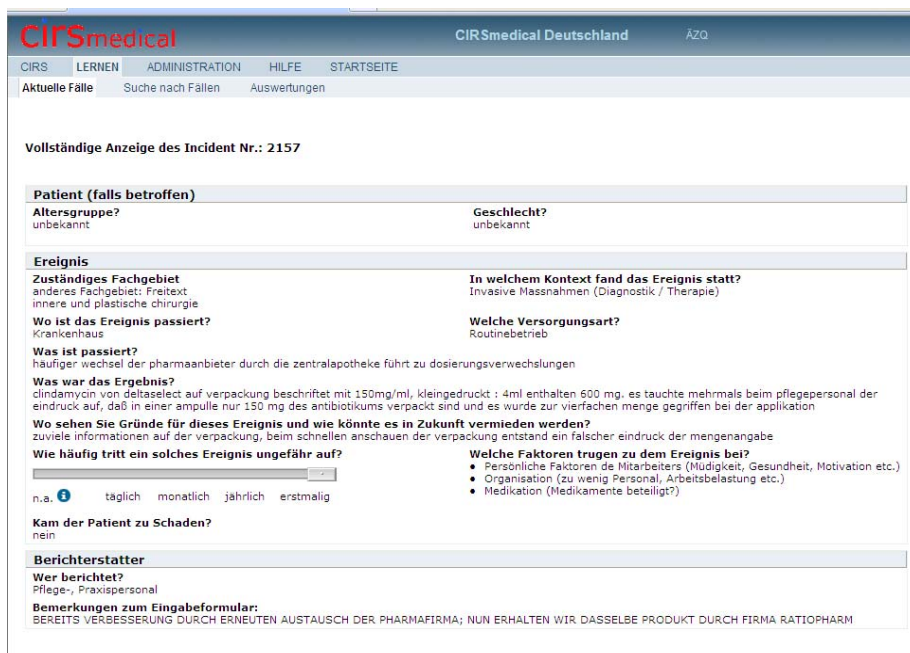
Abbildung 6: Aktuelle Fälle am Beispiel CIRSmmedical.de



Über jedem Bericht befinden sich zwei öffentlich zugängliche Schaltflächen (Buttons): „Anzeigen des Formulars“ und „Kommentieren“. Die dritte Schaltfläche gehört zu dem geschlossenen Bereich (Rating Process-Datenmaske), ein Tool, dem der CIRS-Analysegruppe zur Verfügung steht, um den Nutzern das Feedback zu Ihren Berichten zu geben.

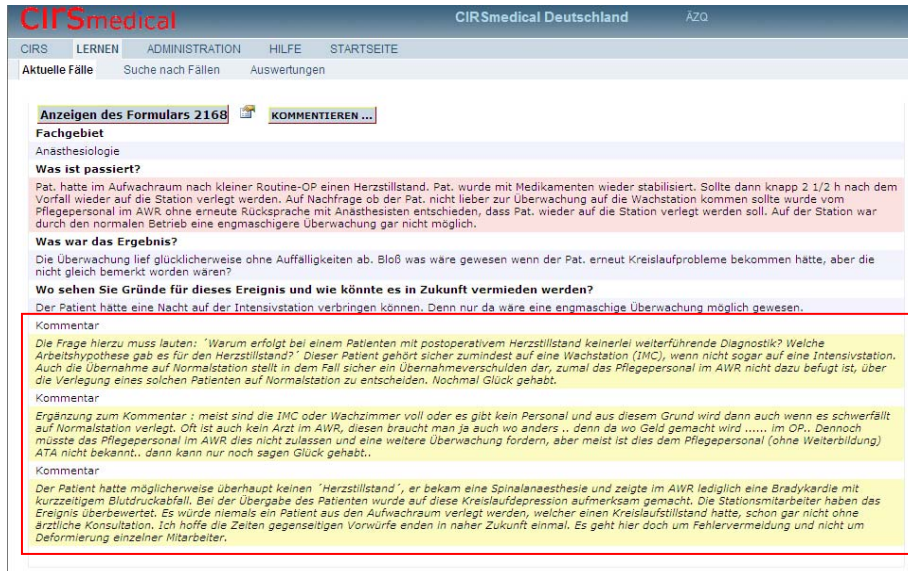
Beim Klicken auf „Anzeigen des Formulars“ öffnet sich eine neue Seite, auf der dann der vollständige freigegebene Bericht zu sehen ist (Abbildung 7).

Abbildung 7: Vollständiger Ereignisbericht in „Aktuelle Fälle“ am Beispiel CIRSmmedical.de



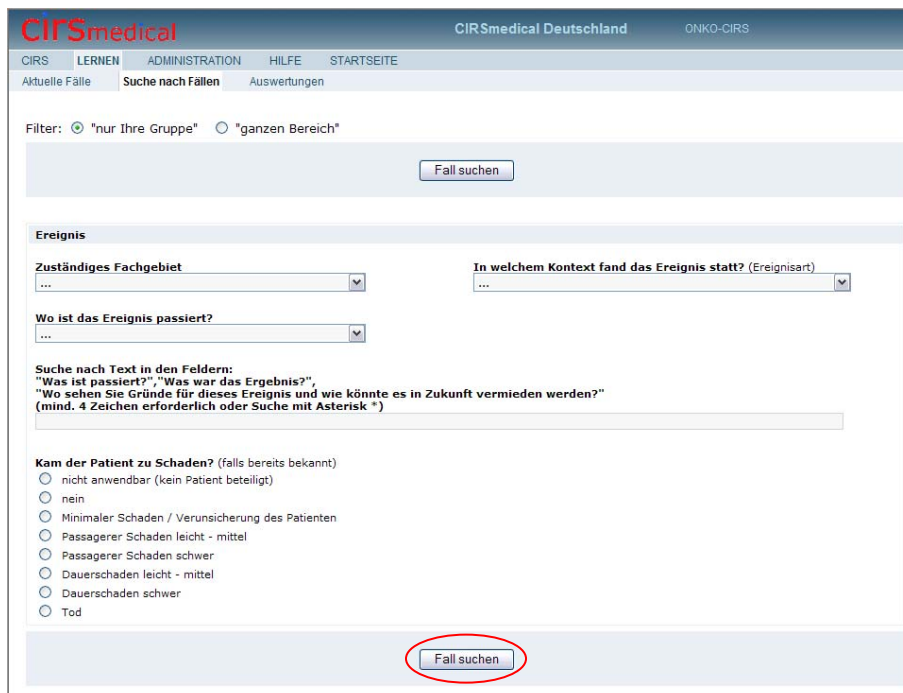
Beim Klicken auf die Schaltfläche „Kommentieren“ öffnet sich ebenfalls ein Fenster, in dem öffentliche Nutzer Kommentare abgeben können, die dann von den Administratoren ebenfalls anonymisiert und freigegeben werden. Diese erscheinen dann unter dem Ereignisbericht in einem gelben Kasten (Abbildung 8).

Abbildung 8: Ereignisbericht mit öffentlichen Nutzerkommentaren am Beispiel CIRSmedical.de



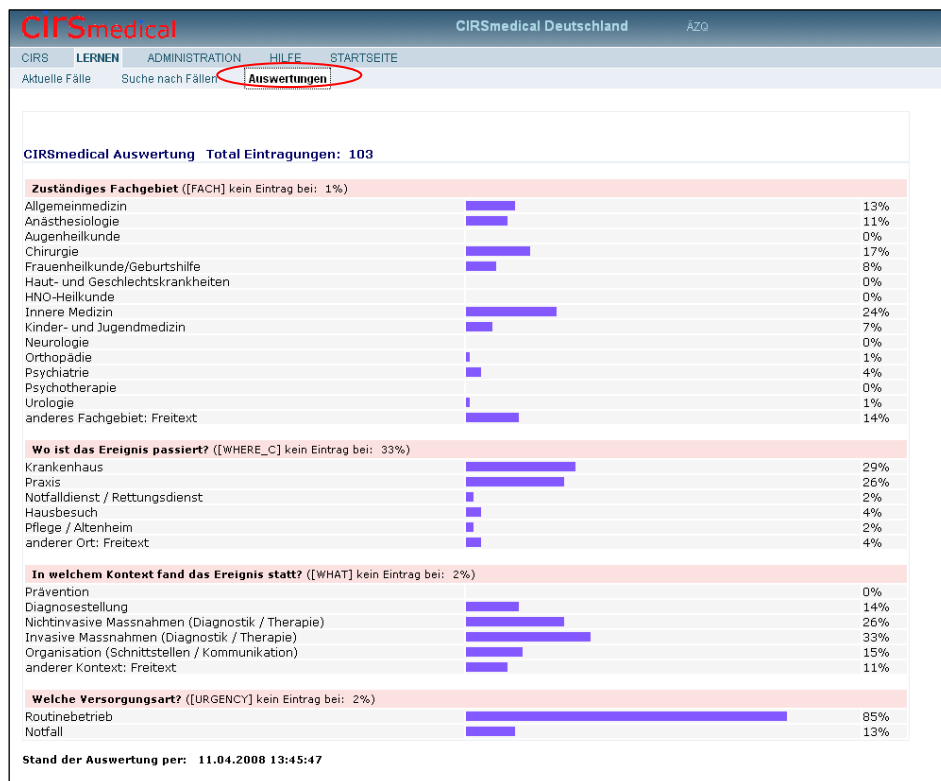
Dem öffentlichen Bereich gehören außerdem zwei weitere Reiter zu. Der erste „Suche nach Fällen“ beinhaltet eine Suchmaske mit Hilfe derer Nutzer, unter verschiedenen Kriterienangaben, bestimmte Fälle finden können (z.B. nach dem zuständigen Fachgebiet, Kontext des Ereignisses, etc.) (Abbildung 9).

Abbildung 9: Suchmaske ONKO-CIRS



Der letzte Reiter „Auswertungen“ ermöglicht es deskriptive Statistiken zu erstellen (Abbildung 10).

Abbildung 10: Deskriptive Statistik am Beispiel CIRSmedical.de



6.2 Berichtssicherheit

1. Bericht wird von Nutzer in Formular des ONKO-CIRS eingegeben und gespeichert
2. Nach dem Speichern wird der Bericht per SSL-Protokoll auf den Server in die Schweiz abgeschickt und verbleibt dort
3. IP-Header wird automatisch gelöscht, keine Rückverfolgung möglich aus welcher Einrichtung oder PC der Bericht stammt
4. Ereignisbericht kann jetzt nur von den Administratoren des ÄZQ gesehen werden
5. Bericht wird vom ÄZQ anonymisiert
6. Nach der Anonymisierung wird der Ereignisbericht vom ÄZQ freigegeben
7. Anonymisierter Bericht erscheint im ONKO-CIRS

7. Literatur

Zitierte [1-10] bzw. weiterführende Literatur [11-22]

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, (eds.), Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Pr.; 2000. Available from: Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324(6):370-6.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324(6):377-84.
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38(3):261-71.
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322(7285):517-9.
6. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163(9):458-71.
7. Aktionsbündnis Patientensicherheit. Empfehlungen zur Einführung von CIRS im Krankenhaus. 2006 [cited: 2007 Apr 20]. Available from: <http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/material/cirsempf.pdf>
8. Aktionsbündnis Patientensicherheit, Cartes Febrero MI, Dominguez E, Gurcke I, Krahe S, Lessing C, Rohe J, Thomeczek C. Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS). Praxistipps für Krankenhäuser. 2007 [cited: 2007 Dec 21]. Available from: http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/07-12-10_CIRS_Brosch__re_mit_Umschlag.pdf
9. Rohe J, Thomeczek C. Aus Fehlern lernen: Risikomanagement mit Fehlerberichtssystemen. *GGW* 2008;8(1):18-25.
10. Bundesärztekammer (BÄK). 108. Deutscher Ärztetag. Stenographischer Wortbericht. 108. Deutscher Ärztetag in Berlin, 3. bis 6. Mai 2005. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2005.
11. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000;320(7237):759-63.
12. Conen D, Hauke E, Hochreuthener MA, Madea B, Nellen R, Rohe J, Woschitz-Merkac M, Thomeczek C. Patientensicherheit - eine Aufgabe der Health Professionals im Auftrag der Gesellschaft. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2007;101(10):673-4.
13. Bundesärztekammer (BÄK). 108. Deutscher Ärztetag. Stenographischer Wortbericht. 108. Deutscher Ärztetag in Berlin, 3. bis 6. Mai 2005. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2005.
14. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA* 1998;280(16):1444-7.
15. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994;272(23):1851-7.
16. Rall M, Martin J, Geldner G, Schleppers A, Gabriel H, Dieckmann P, Krier C, Volk T, Schreiner-Hecheltjen J, Möllemann A. Charakteristika effektiver Incident-Reporting-Systeme zur Erhöhung der Patientensicherheit. Grundlage für den Aufbau eines bundesweiten Registers für sicherheitsrelevante Ereignisse durch DGA / BDA. *Anaesthesiol Intensivmed* 2006;47:S9-S19.
17. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320(7237):768-70.
18. Thomeczek C, Rohe J, Ollenschläger G. Incident Reporting Systeme. In jedem Zwischenfall ein Fehler? In: Madea B, Dettmeyer R, editors. *Medizinschadensfälle und*

- Patientensicherheit. Häufigkeit-Begutachtung-Prophylaxe. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2007. p. 169-76.
19. Thomeczek C, Rohe J. CIRS: Definitionen, Inhalte und Ziele. MedReport 2007;31(19):10-2.
 20. Holzer E, Thomeczek C, Hauke E, Conen D, Hochreuthener MA. Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Facultas; 2005.
 21. World Alliance for Patient Safety. World alliance for patient safety. Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From Information to action. Geneva: WHO; 2005
 22. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7of the Committee of Ministers to member stateson management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 2006 [cited: 2008 Apr 14]. Available from: [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(2006\)7&Sector=secCM&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(2006)7&Sector=secCM&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75)

8. Glossar (nach APS und ÄZQ)

Unerwünschtes Ereignis (*adverse event*):

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

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (*preventable adverse event*):

Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

Kritisches Ereignis (*critical incident*):

Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

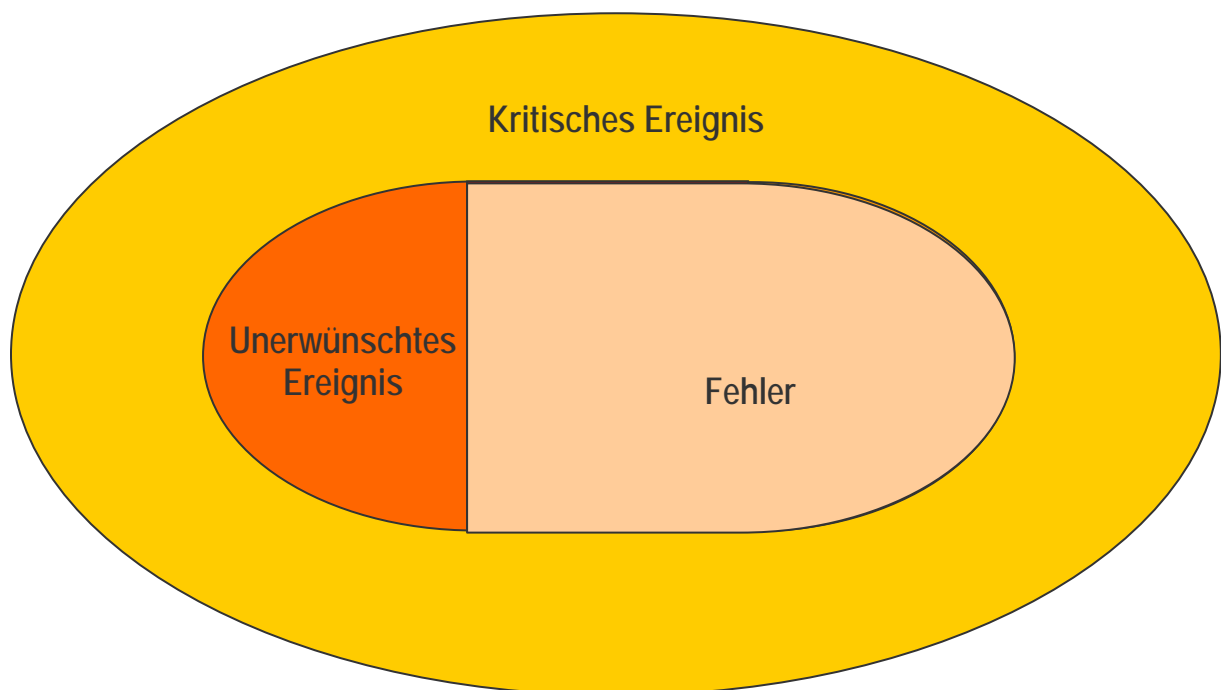
Fehler (*error*):

Eine Handlung oder ein Unterlassen bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

Beinahe-Schaden (*near miss*):

Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

Abbildung 11: Die „Big Five“ der Patientensicherheit *



* Abb. nicht maßstabsgerecht