

Bericht 2022

Jahresbericht 2022

(Art. 2, § 5 Gesetz 08/03/2017, nr. 24)

über Ereignisse in Zusammenhang mit der
Betreuungs- und

Behandlungssicherheit und den entsprechenden
Verbesserungsmaßnahmen

1. Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort.....	3
2.	Vorstellung des Südtiroler Sanitätsbetriebes (SABES).....	4
3.	Das klinische Risikomanagement im SABES	5
4.	Die Meldung von Ereignissen im SABES	5
5.	Die SABES-Daten.....	7
5.1.	Fokus Sturzereignisse	7
5.2.	Fokus Aggression	9
5.3.	Fokus Beinahe-Unfall (Near Miss)	9
5.4.	Fokus auf unerwünschte Ereignisse	10
5.5.	Focus Sentinel Events	10
6.	Das SABES-Medizinproduktvigilanz System	10
7.	Im SABES identifizierte Maßnahmen und Initiativen	11

1. Vorwort

Das **Gesetz vom 28. Dezember 2015, Nr. 208** "Verfügungen für die Aufstellung des jährlichen und mehrjährigen Staatshaushalts" (Stabilitätsgesetz 2016) enthält in den Artikeln 538 und 539 spezifische Hinweise zum Risikomanagement in Gesundheitseinrichtungen. Insbesondere wird darin festgelegt, dass:

Art. 538. Die Durchführung von Maßnahmen zur Prävention und zum Management von Gesundheitsrisiken ist ein Hauptanliegen des nationalen Gesundheitssystems, da sie einen angemesseneren Einsatz der verfügbaren Ressourcen ermöglicht und den Schutz der Patienten gewährleistet.

Art. 539. Um das in Absatz 538 genannte Ziel zu erreichen, legen die Regionen und die autonomen Provinzen Trient und Bozen zu den in Artikel 3-bis des Gesetzesdekrets Nr. 158 vom 13. September 2012, das mit Abänderungen durch das Gesetz Nr. 189 vom 8. November 2012 umgewandelt wurde, festgelegten Zwecken fest, dass alle öffentlichen und privaten Einrichtungen, die Gesundheitsdienstleistungen erbringen, eine angemessene Funktion zur Überwachung, Vorbeugung und Steuerung von Gesundheitsrisiken (**Risikomanagement**) einrichten, um die folgenden Aufgaben zu erfüllen:

- a) Aktivierung von Audit-Protokollen oder anderen Verfahren zur Untersuchung interner Prozesse und den häufigsten kritischen Situationen, mit anonymer Meldung von Beinaheunfällen und Analyse möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit der Gesundheitsversorgungspfade, Artikel 220 der Durchführungs-, Koordinierungs- und Übergangsbestimmungen der Strafprozessordnung, auf die im Gesetzesdekret Nr. 271 vom 28. Juli 1989 Bezug genommen wird, gilt für die Meldungen und Handlungen, die sich aus der Tätigkeit des klinischen Risikomanagements des Betriebes ergeben, wenn ein Zwischenfall auftritt;
- b) Erkennung des Risikos der Unangemessenheit von Diagnose- und Therapieverfahren und Vereinfachung des Auftretens von aktiver und passiver Defensivmedizin;
- c) Vorbereitung und Durchführung von Sensibilisierungs- und Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter/innen, um Gesundheitsrisiken zu vermeiden;
- d) technische Unterstützung der Rechtsabteilungen der Gesundheitseinrichtung bei Rechtsstreitigkeiten und beim Abschluss von Versicherungen oder der Verwaltung von Selbstversicherungen.

Das Gesetz Nr. 24 vom 8. März 2017 "Bestimmungen über die Sicherheit der Pflege und der betreuten Person sowie über die Berufshaftpflicht der Angehörigen der Gesundheitsberufe" sieht in Artikel 2 Absatz 5 eine Ergänzung von Artikel 1 Absatz 539 des Stabilitätsgesetzes von 2016 vor, indem folgender Buchstabe hinzugefügt wird: **d-bis**) Erstellung eines jährlichen zusammenfassenden Berichts über die in der Einrichtung aufgetretenen Zwischenfälle, über die Ursachen, die zu dem Zwischenfall geführt haben und über die daraufhin eingeleiteten Maßnahmen. Dieser Bericht wird auf der Website der Gesundheitseinrichtung veröffentlicht.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat als Umsetzung der oben genannten Vorschriften eine Organisationsstruktur innerhalb des Betriebes geschaffen, die dem Risikomanagement gewidmet ist und sich in den breiteren Rahmen der Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen einfügt, zu denen auch der wichtige Aspekt der Sicherheit der Pflege gehört.

Ziel dieses Berichts ist es, eine Zusammenfassung der unerwünschten Ereignisse, Sentinel-Events und Beinaheunfälle zu präsentieren, die 2022 in den verschiedenen Betriebsbereichen aufgetreten sind, sowie die Verbesserungsmaßnahmen darzustellen, die auf Systemebene durchgeführt wurden, um ihr Auftreten zu verringern und die Sicherheit der Dienstleistungen allgemein zu verbessern.

2. Vorstellung des Südtiroler Sanitätsbetriebes (SABES)

Der 2007 gegründete SABES erstreckt sich über eine Fläche von 7.400,43 km² und ist in vier Gesundheitsbezirke unterteilt: Bozen, Brixen, Bruneck und Meran. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb betreut sieben Krankenhäuser: Bozen, Brixen, Sterzing, Bruneck, Innichen, Meran und Schlanders. Die territoriale Betreuung wird durch die 24 Gesundheitssprengel und die 14 Informationsstellen in der gesamten Provinz gewährleistet.

Der Verwaltungssitz des SABES befindet sich in Bozen in der Thomas-Alva-Edison-Straße 10, während sich die Verwaltungen der verschiedenen Gesundheitsbezirke in Bozen, Brixen, Bruneck und Meran befinden.

- Am 31.12.2022 betrug die Einwohnerzahl 533.267
- Generaldirektor: Dr. Florian Zerzer
- Sanitätsdirektor: Dr. Josef Widmann
- Pflegedirektorin: Dr.in Marianne Siller
- Verwaltungsdirektor: Dr. Enrico Wegher

Gesundheitsbezirk	Ausdehnung (km ²)	Bevölkerung (Anzahl Einwohner)
Bozen	1.512,57	236.629
Meran	2.542,41	139.570
Brixen	1.273,79	78.544
Bruneck	2.071,66	81.031
Sanitätsbetrieb	7.400,43	535.774

Quelle: <https://astat.provinz.bz.it/de/bevoelkerung.asp>

Die folgende Tabelle zeigt die Daten für das Jahr 2022.

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Sanitätsbetrieb
Betten	621	331	269	233	1.454
Zugänge Notaufnahme	86.718	87.197	52.511	53.186	279.612
Aufnahmen ¹	27.416	17.284	14.246	11.839	70.785
Ambulante Leistungen ²	3.369.243	2.241.285	1.421.592	1.622.474	8.654.594
Chirurgische Eingriffe	14.035	11.615	8.379	8.383	42.412
Geburten	1.459	1.650	957	762	4.828

¹ Zu den Aufnahmen gehören normale Aufnahmen, Aufnahmen in Tageskliniken, Langzeitpflege, Rehabilitations- und Neuro-Rehabilitationsaufenthalte.

² Zu den ambulanten Leistungen gehören Erstuntersuchungen, Kontrolluntersuchungen, komplexe ambulante Leistungen (sog. PAC), sonstige Leistungen, radiologische Untersuchungen und Laboruntersuchungen.

3. Das klinische Risikomanagement im SABES

Im Laufe dieses Jahres wurde eine betriebliche Arbeitsgruppe von der Generaldirektion ernannt, bestehend aus den Mitarbeitern des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements, den vier Betriebsdirektoren und Mitgliedern der Arbeitsgruppe Risikomanagement des Rechtsmedizinischen Dienstes sowie dem Landes-Risikomanager, mit dem Ziel, das klinische Risikomanagement im Betrieb neu zu positionieren.

Die Arbeitsgruppe schlug vor, eine komplexe Struktur zu etablieren, die die Bereiche institutionelle Akkreditierung, Qualitätsmanagement im weitesten Sinne (Zertifizierungen und Akkreditierungen für Exzellenz), das Dokumentenmanagementsystem im Betreuungs- und Behandlungsbereich, das Prozessmanagement und das klinische Risiko/ die Patientensicherheit umfasst.

Der Vorschlag wurde von der Betriebsdirektion befürwortet, und mit Betrieblichem Beschluss 2022-A-001194 vom 08.11.2022 wurde der Direktor der Organisationseinheit für die klinische Führung bei der Generaldirektion des Südtiroler Sanitätsbetriebes zum betrieblichen Risikomanager ernannt.

Diese komplexe Struktur ist in der Generaldirektion des SABES angesiedelt. Die Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Risikomanagement der Organisationseinheit für die klinische Führung sowie in allen anderen Kompetenzbereichen werden in ständiger Abstimmung mit der Sanitäts- und Pflegedirektion konzipiert und umgesetzt.

4. Die Meldung von Ereignissen im SABES

Die Art und Weise, wie die Organisation die Bereiche mit dem größten Risiko identifiziert, ist vielfältig (Schadensersatzansprüche, Beschwerden von Patienten/Angehörigen, Pharmakovigilanz, Hämovigilanz, Analyse der Krankengeschichten, ...), aber sicherlich ist das interne Meldesystem, über das alle Mitarbeiter/innen Beinaheunfälle und unerwünschte Ereignisse melden können, das grundlegende Instrument zur Identifizierung der schwachen/kritischen Bereiche des Systems sowohl auf Krankenhaus- als auch auf territorialer Ebene und somit der Bereiche, in denen die erforderlichen Korrekturmaßnahmen durchgeführt werden müssen.

Bei der Meldung von Zwischenfällen handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren zur Meldung von Ereignissen unterschiedlicher Art, mit dem kritische Punkte im System oder in bestimmten Verfahren aufgedeckt werden sollen; die Daten können, wenn sie gut analysiert werden, beachtliche Ergebnisse bei der Vorbeugung von Zwischenfällen liefern, auch wenn von vornherein betont werden muss, dass jedes Meldesystem keine exakten epidemiologischen Daten liefern kann und die Zahl der Spontanmeldungen im Verhältnis zum erwarteten Tätigkeitsvolumen deutlich unterschätzt wird. Die Meldung bleibt jedoch ein grundlegendes Instrument, da sie der Organisation die Möglichkeit bietet, oft latente und daher unbekannt kritische Punkte des Systems oder bestimmter Verfahren zu entdecken, was der erste Schritt zu ihrer Vermeidung ist.

Wie alle Meldesysteme, die überwiegend auf freiwilliger Basis beruhen, hängt auch die Meldung von Zwischenfällen vom Grad der Zusammenarbeit und der Sensibilität der Mitarbeiter/innen für Sicherheitsthemen ab.

Die Zahl der Meldungen steht also in Zusammenhang mit der Verbreitung der Risiko-/Sicherheitskultur im Betrieb; die Zunahme der Meldungen im Laufe der Jahre muss daher unbedingt als positiver Indikator gewertet werden, als Ausdruck des Entwicklungsstands eines Systems, das in der Lage ist, seine eigenen kritischen Bereiche zu ermitteln, um die Qualität und Sicherheit der geleisteten Betreuung ständig zu verbessern.

Die folgenden Arten von Ereignissen können von allen Mitarbeitern gemeldet werden:

- **Ereignis:** Ein Vorfall, der zu einer unbeabsichtigten und/oder unnötigen Schädigung eines Patienten führte oder führen könnte.
- **Unerwünschtes Ereignis:** Ein unerwartetes Ereignis im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess, das zu einem unbeabsichtigten und unerwünschten Schaden für den Patienten führt. Unerwünschte Ereignisse können vermeidbar oder nicht vermeidbar sein. Ein unerwünschtes Ereignis, das auf einen Fehler zurückzuführen ist, ist ein "vermeidbares unerwünschtes Ereignis".
- **Beinahe-Fehler (Near Miss):** Ein Fehler, der zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte, der aber zufällig nicht auftritt, weil er abgefangen wird oder keine negativen Folgen für den Patienten hat.
- **Sentinel-Event:** Ein unerwünschtes Ereignis von besonderem Schweregrad, das möglicherweise auf eine schwerwiegende Systemstörung hindeutet, die zum Tod oder zu einer schweren Schädigung des Patienten führen kann und das Vertrauen der Öffentlichkeit in das Gesundheitswesen schwächt. Aufgrund seiner Schwere reicht es aus, wenn er nur einmal auftritt, damit die Organisation eine sofortige Analyse durchführt, um festzustellen, welche eliminierbaren oder reduzierbaren Faktoren ihn verursacht oder dazu beigetragen haben, und geeignete Abhilfemaßnahmen einleitet.

5. Die SABES-Daten

Im Jahr 2022 wurden von den vier Bezirken Bozen, Brixen, Bruneck und Meran 1478 Meldungen in das Incident Reporting System eingegeben, was einem Anstieg von 13,5 Prozent gegenüber den Meldungen des Vorjahres entspricht.

Nachfolgend finden Sie eine grafische Darstellung der gemeldeten Ereignisse, aufgeschlüsselt nach Art (Abb. 1)

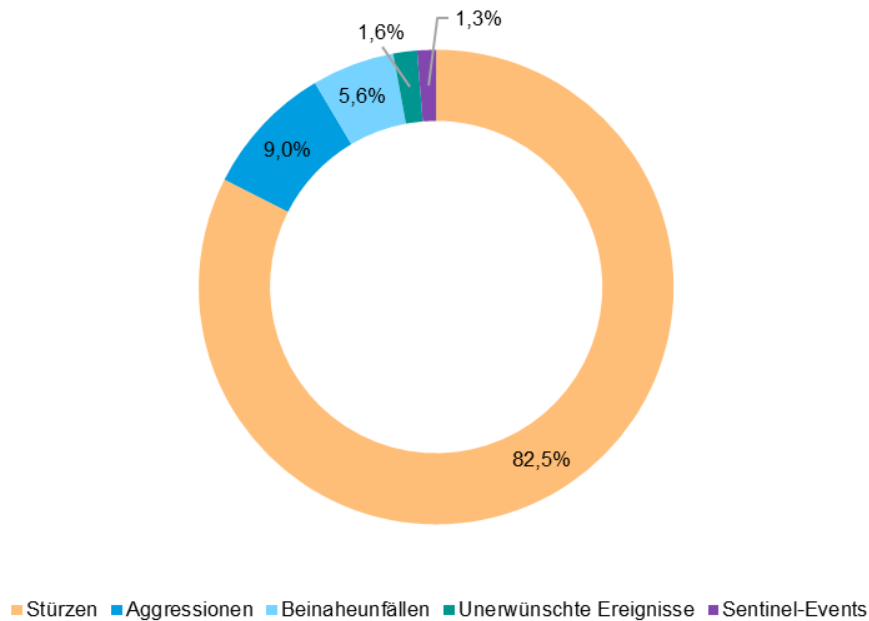


Abb. 1 – Art der gemeldeten Ereignisse (Jahr 2022)

Die Analyse, der im Jahr 2022 gemeldeten Ereignisse zeigt eine Prävalenz von Stürzen (82,5 %), gefolgt von Aggressionen (9%); Beinaheunfällen (5,6%); unerwünschte Ereignisse (1,6%) während die Sentinel-Events Meldungen sich auf 1,3% belaufen.

5.1. Fokus Sturzereignisse

Mit der Freigabe der betrieblichen Prozedur „ID 3860/22 Handhabung von Sturzmeldungen von Patientinnen und Patienten“ im Juli 2022 wird:

- das Recht der Patienten/der Patientinnen auf eine transparente und klare Kommunikation im Falle eines Sturzes und
- die korrekte Meldung von Sturzereignissen gewährleistet;
- werden die Sturzereignisse analysiert und deren Ursachen gefunden und
- Verbesserungsmaßnahmen zur Förderung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit definiert und deren Umsetzung unterstützt;
- eine Erleichterung der Dokumentation des Ereignisses "Sturz" angestrebt;

- sowie die Überwachung des Sturzereignisses und
- die Identifizierung von Rollen und Verantwortlichkeiten bei der Handhabung der Meldung ermöglicht.

Die Prozedur richtet sich in erster Linie an Fachkräfte, die sturzgefährdete Personen im gesamten Versorgungsbereich direkt klinisch versorgen, also in der Primärversorgung, in der wohnortnahen Versorgung und im Krankenhaus.

Außerdem werden 4 Arbeitsgruppen für die „*Vorbeugung und Reduktion von Stürzen*“ in den Gesundheitsbezirken ernannt, die entsprechende Maßnahmen unter Anwendung von ministeriellen und betrieblichen Empfehlungen/Prozeduren zur Prävention von Stürzen planen, indem sie:

- operative Situationen analysieren, um diejenigen mit größerer Gefährdung zu identifizieren;
- treffende Präventions- und Schutzmaßnahmen treffen;
- bei der Umsetzung der identifizierten Maßnahmen unterstützen;
- das Sturzgeschehen überwachen;
- einen Jahresbericht über die Meldungen und die durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen erstellen.

Im Laufe des Jahres wurden insgesamt 1219 Stürze gemeldet, dies stellt eine Erhöhung der Meldungen im Vergleich zum Vorjahr von 26,7% dar.

5.2. Fokus Aggression

Aggressionen werden definiert als jede Art von Gewalt gegen Mitarbeiter/innen oder Patienten, die in Gesundheitseinrichtungen ausgeübt wird.

Unter Gewalt gegen das Personal ist jede Handlung zu verstehen, die von Patienten, ihren Angehörigen oder Begleitern und Besuchern begangen wird und die auf eine mangelhafte Überwachung, eine Unterschätzung des Risikos von physischen Angriffen durch Patienten sowie auf zwischenmenschliche Probleme zwischen dem Personal und den Patienten zurückzuführen sein kann.

Gewalt gegen Patienten hingegen bezieht sich auf alle schädigenden Handlungen durch Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens, andere Patienten, Angehörige oder Besucher, die auf mangelnde Wachsamkeit, möglichen Stress und Burn-out des Personals sowie auf fehlende Informationen und Schulungen zurückzuführen sein können.

Das Gesundheitsministerium zählt solche Umstände zu den Sentinel-Events.

Im Jahr 2022 wurden 133 Aggressionen gemeldet.

5.3. Fokus Beinahe-Unfall (Near Miss)

Die Meldung von Beinaheunfällen ist ein Indikator für eine gelebte Sicherheitskultur eines Sanitätsbetriebes und drückt die Sensibilität und Fähigkeit von Fachleuten aus, Gefahren zu erkennen, noch bevor sie zu unerwünschten Ereignissen werden.

Im Jahr 2022 wurden 83 Near Miss Meldungen durchgeführt

Zur CIRS-Struktur des SABES:

Die CIRS Struktur beinhaltet mehrere Meldekreise (siehe Abb. 23).

Meldekreisverantwortliche/r sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ärztlichen Bereiches und der Gesundheitsberufe des Sanitätsbetriebes, Qualitätsreferent/-referentin. Die Meldung gelangt über das Meldeportal an die jeweiligen Meldekreisverantwortlichen. Alle eingegangenen Meldungen müssen von den Meldekreisverantwortlichen vor der Analyse anonymisiert bzw. de-identifiziert werden. Für die Analyse der Meldung und die Festlegung der Korrekturmaßnahmen können die Abteilungs- und dienstinternen CIRS-Beauftragten oder auch andere Fachleute einbezogen werden. Anschließend werden die Korrektur-/Verbesserungsmaßnahmen in der Software veröffentlicht und sind für den entsprechenden Meldekreis einsehbar.

Mit der Errichtung der komplexen Struktur „Organisationseinheit für die klinische Führung“ sieht eine Aufstockung des ärztlichen Personals vor, das im Analyseteam tätig sein wird und den betrieblichen Riskmanager unterstützen wird. Darüber hinaus ist geplant, eine neue Software zu konfigurieren, die eine leichtere Back-Office-Verwaltung eingehender Meldungen und einen benutzerfreundlichen Zugang für Mitarbeiter ermöglicht, die sowohl Meldungen erstellen als auch auf die entsprechenden Empfehlungen zugreifen möchten, die das Analyseteam angesichts der gemeldeten kritischen Situationen erarbeitet hat.

5.4. Fokus auf unerwünschte Ereignisse

Der Begriff "Ereignis" bezieht sich auf jedes Ereignis, das dem Patienten geschadet hat oder schaden könnte. Das Ereignis kann ohne Schaden sein, wenn es zwar das Potenzial hatte, einen Schaden zu verursachen, diesen aber aufgrund bestimmter Bedingungen nicht hervorgerufen hat. Es handelt sich um ein unbeabsichtigtes negatives Ergebnis, das auf die Behandlung zurückgeht und nicht der bestehenden Erkrankung geschuldet ist. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

Im Jahr 2022 gab es 24 Meldungen über unerwünschte Ereignisse.

5.5. Focus Sentinel Events

Die Aufzeichnung von Sentinel-Events ist eines der retrospektiven Instrumente für das Gesundheitsrisikomanagement und dient der Meldung und Bewältigung eines besonders schwerwiegenden, potenziell vermeidbaren Zwischenfalls, der zum Tod oder zu einer schweren Schädigung des Patienten führen kann und das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Gesundheitsdienst erschüttert. Ein einziger Fall reicht aus, um eine Untersuchung einzuleiten, um festzustellen, ob reduzierbare Faktoren zur Umsetzung geeigneter Abhilfemaßnahmen beigetragen haben.

Die Handhabung solcher Ereignisse wird durch ein spezifisches ministerielles Protokoll geregelt, das die Bearbeitung von zwei Formularen vorsieht, deren Regeln und Ausfüllzeiten in der nationalen Prozedur beschrieben sind.

Bei Auftreten eines Sentinel-Events informiert der Sanitätsbetrieb unverzüglich das Klinische Risikomanagement der Provinz (Operative Einheit Klinische Führung OEKF), um sich über das Vorgehen und die Folgen des Ereignisses zu einigen und das Verfahren für die Meldung und das Management über das ministerielle Portal SIMES einzuleiten.

Im Jahr 2022 wurden 19 Meldungen durchgeführt, was dem Vorjahr entspricht.

6. Das SABES-Medizinproduktvigilanz System

Das Medizinproduktvigilanz System umfasst eine Reihe von Tätigkeiten, die darauf abzielen, den Gesundheitsschutz und die Sicherheit von Patienten und Anwendern zu erhöhen; dies wird dadurch erreicht, dass alle Angehörigen der Gesundheitsberufe Vorkommnisse im Zusammenhang mit Medizinprodukten melden, diese anschließend bewerten und erforderlichenfalls Informationen verbreiten, um weitere Vorkommnisse der gleichen Art zu verhindern.

Die staatlichen Rechtsvorschriften über die Vigilanz von Medizinprodukten und In-vitro-Diagnostika³ sowie über die Meldung von Vorkommnissen für Medizinprodukte⁴ setzen die europäischen Richtlinien um und enthalten Angaben zu den Bedingungen und Methoden für die Übermittlung von Meldungen an das Gesundheitsministerium, wenn sich die Merkmale und die Leistung eines Produkts ändern oder die Gebrauchsanweisung unzulänglich sind, die dazu führen können, die zum Tod oder zur schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten oder eines Mitarbeiters führen kann oder verursacht hat.

³ [Il sistema di vigilanza \(salute.gov.it\)](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=26&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza)

⁴ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=26&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza

Der SABES fördert und ermutigt die Meldung durch Angehörige der Gesundheitsberufe mittels der Ausarbeitung eines speziellen Verfahrens (ID 1978/17) "Medizinprodukte und biomedizinische Geräte: Meldungen über unerwünschte Ereignisse/ Beinaheunfälle, Rückrufe und Sicherheitswarnungen", das durch die Einbeziehung zahlreicher Berufsgruppen eine strukturierte und systematische Identifizierung, Analyse und Bearbeitung aller Meldungen über Verdachtsfälle, Zwischenfälle oder Beinaheunfälle ermöglicht, die einen schweren Schaden für eine Person verursacht haben oder hätten verursachen können.

Am 16. April 2022 wurde das Ministerialdekret "Einrichtung des nationalen Netzwerkes für die Medizinprodukte-Vigilanz und des unterstützenden Informationssystems" im Amtsblatt Nr. 90 veröffentlicht.

Eine vom Assessorat koordinierte Arbeitsgruppe mit den vier lokalen Medizinproduktvigilanz-Referent: innen, Vertretern der betrieblichen Medizintechnik und der Sanitätsdirektion arbeitet an der Anpassung an die aktuellen gesetzlichen Vorgaben des derzeitigen Meldeflusses.

Die in den Gesundheitsbezirken durchgeführte Analyse der eingegangenen Meldungen hat es ermöglicht, mehrere Korrekturmaßnahmen zu definieren. Zum einen zielen diese darauf ab das Personal durch spezifische Schulungsprogramme zu sensibilisieren, zum anderen überprüfen sie die Angemessenheit der eingesetzten Medizinprodukte. Daraufhin wurde ihr Ersatz bestellt und/oder Inanspruchnahme anderer Lieferanten vorgenommen.

Im Jahr 2022 wurden 55 Meldungen gemacht.

7. Im SABES identifizierte Maßnahmen und Initiativen

Um die Risikokontrolle und die Strategien zur Risikominderung zu verbessern, ist die Analyse der dem Betrieb zur Verfügung stehenden Informationen (Ereignisberichte, Beinaheunfälle, Sentinel-Events, Unfälle usw.) von grundlegender Bedeutung, da dies die Festlegung geeigneterer Betriebsstrategien zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der klinischen und gesundheitlichen Dienstleistungen ermöglicht.

Durch die Analyse und Integration von Unternehmensinformationen verfügt der SABES über ein nützliches Instrument zum Verständnis des Risikoprofils, zur Verbesserung der Kontrollprozesse und zur Optimierung der Strategien zur Risikominderung.

Die identifizierten betrieblichen Strategien im Bereich des Gesundheitsrisikomanagements sind nachfolgend aufgeführt:

1. Projekte 2023:

- die Informatisierung der Meldung von Stürzen und Beinahe-Unfällen;
- Informatisierung des Auditmanagements (sowohl System- als auch Prozessaudits, sowie Audits im Zusammenhang mit dem klinischen Risikomanagement)
- Planung der Informatisierung des Beschwerdemanagements von Klienten/Angehörigen, mit dem Ziel patientensicherheitsrelevante Beschwerden zu filtern
- Festlegung eines Auditprogrammes zur systematischen Überwachung der Umsetzung der ministeriellen Empfehlungen;
- Einführung des Modells des klinischen Risikomanagements (MiGeRis® von der LUISS), das die Ausbildung von ca. 60 Referent:innen für das klinische Risikomanagement vorsieht
- Errichtung des Komitees für das klinische Risikomanagement nach dem MiGeRis® Modell von der LUISS

- Reorganisation des Analyseteams für das Management von anonymen Beinahe-Fehlermeldungen
- Strukturierte Ursachenanalyse von Schadensfällen, bei denen organisatorische Mängel erkannt wurde.
- Durchführung einer HFMEA vom Betreuungspfad für Frauen Opfer von Gewalt „Erika“, mit dem Ziel, kritische Punkte und Verbesserungsmaßnahmen für die korrekte Umsetzung desselben vonseiten des Gesundheitspersonals, zu erkennen
- Festlegung eines Auditprogrammes zur systematischen Überwachung der Umsetzung der WHO-Empfehlungen zur Händehygiene vonseiten des Gesundheitspersonals.

2. Geplante Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistung und zur Verringerung von kritischen Situationen, Zwischenfällen und Sentinel-Ereignissen:

- durch die Analyse unerwünschter Ereignisse unter Verwendung des Londoner Protokolls und der RCA aus Fehlern lernen;
- Konsolidierung des Einsatzes von Analysetools für das klinische Risikomanagement wie FMEA/FMECA/HFMEA/M&M Konferenzen;
- Weiterentwicklung und Verbreitung der Sicherheitskultur, des „no blame no shame“ Ansatzes und des Lernens aus Fehlern, auch durch spezifische Schulungen;
- Aktualisierung des Risikomapping für die Patientensicherheit aufgrund der bezahlten Schadensfälle;
- unverzügliche Aktualisierung der Prozeduren, Leitlinien und Protokolle auf der Grundlage der neuen nationalen Richtlinien;
- systematische Umsetzung der der ministeriellen Empfehlungen
- Einbeziehung der Patienten in Behandlungs- und Pflegeprozesse;
- Aktivierung von Verbesserungsmaßnahmen, die mit den erkannten und/oder analysierten kritischen Problemen übereinstimmen;

Definitionen/Abkürzungen/Akronyme:

HFMEA/FMEA/FMECA: Healthcare Failure Mode and Effects Analysis Criticality Analyses

LUISS: Libera Università Internazionale degli Studi Sociali Guido Carli

M&M: Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen

MiGeRis: Modello italiano Gestione Rischio in Sanità

RCA: Root Cause Analysis

SIMES: Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità

WHO: Weltgesundheitsorganisation

Datenquellen:

- Schadensersatzforderungen: Direktor des Amtes für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen.
- Unerwünschte Ereignisse und Near Miss: Qualitätsreferenten der Organisationseinheit für die klinische Führung der vier Gesundheitsbezirke
- Sturzereignisse: Mitglieder der Arbeitsgruppe „Sturzprävention“ der 4 Gesundheitsbezirke
- Sentinel Event: Operativen Einheit für klinische Führung, Amt für Gesundheitssteuerung, Ressort für Gesundheit, Breitband und Genossenschaften der Autonomen Provinz Bozen

- Aggressionen: Mitglieder der Arbeitsgruppe „Sicherer Arbeitsplatz“ der 4 Gesundheitsbezirke
- Medizinproduktvigilanz: Referenten für die Medizinproduktvigilanz der jeweiligen Gesundheitsbezirke

Betrieblicher Riskmanager:

Dr. Oliver Neeb – geschäftsführender Direktor der Organisationseinheit für die klinische Führung

Verfasst von:

Dr.in Sandra Girardi – Stabstelle Qualitätsmanagement und Patientensicherheit, Organisationseinheit für die klinische Führung in Zusammenarbeit mit dem Team der Organisationseinheit für die klinische Führung.

Mit der Beratung von:

Dr.in Alessandra Codispoti von Marsh Advisory