



# Kritisches Ereignis als Chance

Regionales Meldesystem CIRSmedical-WL startet im kommenden Jahr

von Klaus Dercks, Ärztekammer Westfalen-Lippe

Mit einem Meldesystem für die Region Westfalen-Lippe lädt die Ärztekammer Westfalen-Lippe ab dem kommenden Jahr Ärzte und Pflegepersonal ein, kritische Ereignisse im Krankenhaus zu dokumentieren und so für eine Auswertung nutzbar zu machen. In Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) stellt die Kammer mit „CIRSmedical-WL“ ein anonymes Berichts- und Lernsystem zur Verfügung. CIRSmedical-WL wird ein wichtiger Baustein für die Entwicklung von Fehlervermeidungs-Strategien sein – und so ein wertvoller Beitrag zur Patientensicherheit. Der Themenschwerpunkt im Westfälischen Ärzteblatt informiert über Grundlagen von Berichtssystemen, praktische Erfahrungen in der täglichen Arbeit und schließlich die Sicht eines Haftpflichtversicherers auf dieses Instrument des Risikomanagements.

Auch abseits der oft reißerischen Medienberichte über Fehler im Krankenhaus bleibt eine Einsicht: „Fehler passieren, keine Frage. Und jeder Fehler ist einer zuviel.“ Ärztekammer-Präsident Dr. Theodor Windhorst wirbt deshalb für einen sachlichen und offenen Umgang mit kritischen Ereignissen, die beinahe oder tatsächlich zu Fehlern geführt haben. Nur so sei es möglich, Risiken frühzeitig zu erkennen, aus Fehlern Lehren zu ziehen und vor allem Fehler zu vermeiden. „Noch ist die oft geforderte neue Kultur im Umgang mit Fehlern in vielen Häusern erst ein zartes Pflänzchen. CIRSmedical-WL wird helfen, dass es weiter wächst.“

### Größerer Überblick

Die Einsicht, dass Meldesysteme für kritische Ereignisse eine sinnvolle Sache sind, hat sich zwar weitgehend durchgesetzt, doch längst beteiligen sich nicht alle Häuser. „CIRSmedical-WL ist deshalb auch die dringende Aufforderung an alle, die der Sache bislang skeptisch gegenüberstehen, zur Spitze aufzuschließen.“ Ein hausinternes CIRS sei ein guter Anfang, betont Dr. Windhorst, bei CIRSmedical-WL profitieren die Teilnehmer des Meldesystems allerdings noch mehr. „Durch eine krankenhausesübergreifende Betrachtung der gemeldeten Ereignisse weitet sich der Blick in die Region. Es wird interessant sein zu erfahren, ob es regionale Verteilungsmuster für besondere Risiken gibt und welche Beinahe-Fehler buchstäblich jedem passieren können.“ CIRSmedical-WL gebe allen Teilnehmern die Möglichkeit, von anderen CIRS-Nutzern zu lernen. „Wie oft merkt man im Arbeitsalltag, dass Kolleginnen und Kollegen ähnliche Probleme haben – schließlich muss nicht jedesmal das Rad neu erfunden werden.“

Auch wenn in einer ersten Phase zunächst einmal nur Krankenhäuser angesprochen seien, müsse ein Berichtssystem wie CIRSmedical-WL nicht auf den Klinikbereich beschränkt bleiben, so der Kammerpräsident: „Auf längere Sicht ist eine Beteiligung sicherlich auch für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen interessant.“

### Aktives Engagement für den Patientenschutz

Mit der Einrichtung von CIRSmedical-WL engagiert sich die Ärztekammer aktiv für den

Patientenschutz. Ein Meldesystem als Teil des Krankenhaus-Risikomanagements kommt nicht nur den Patienten, sondern auch dem Krankenhaus selbst zugute. Es kann sich bei der Berechnung der Haftpflichtprämie der Klinik positiv auswirken – Engagement lohnt also auch in diesem Bereich.

### Niedrige Schwelle zum Einstieg

Die Schwelle zur Teilnahme am CIRSmedical-WL ist bewusst niedrig gehalten. „Alle, die mitmachen, können darauf vertrauen, dass ihre Anonymität gewahrt bleibt“, erläutert Kammerpräsident Dr. Windhorst eine wichtige Voraussetzung des Berichtssystems. Aufbauend auf der bewährten Technik des Schweizer anonymen Berichtssystems cirsmedical.ch ist das Berichtsfomular über das Internet zu erreichen. Das Meldefomular wird dann technisch so verschlüsselt, dass eine Rückverfolgung zum Berichtenden nicht möglich ist. Neben dem zuständigen Fachgebiet erbittet CIRSmedical-WL Angaben zum Kontext und schließlich zum Ort des Ereignisses. Angaben zum Patienten sind auf Alter, Geschlecht und die Versorgungsart reduziert.

### Aufbereitung der Meldungen

Mit der Freigabe durch den Meldenden beginnt die Aufbereitung des Berichts durch das

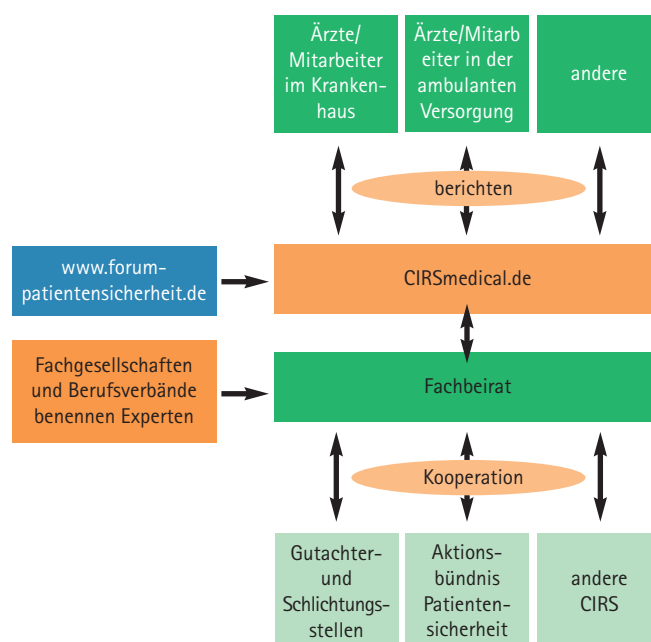
## CIRSMEDICAL-WL

Mit Beginn des kommenden Jahres nimmt „CIRSmedical-WL“, das „Critical Incident Reporting System for Medical Care Westfalen-Lippe“, seinen Betrieb auf. Es baut als gemeinsames Projekt der Ärztekammer Westfalen-Lippe und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) auf CIRSmedical.de auf, das als fachübergreifendes System vom 108. Deutschen Ärztetag ausdrücklich empfohlen wurde.

Nähere Informationen zur Einführung von CIRSmedical-WL finden Sie in den kommenden Monaten u. a. im Westfälischen Ärzteblatt.

Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin für die Berichtsdatenbank. Dort sind Berichte dann für die Nutzer von CIRSmedical-WL sichtbar. Nutzer können die Berichte kommentieren und auch Lösungsvorschläge unterbreiten, die gegebenenfalls in die Aufbereitung der Fälle durch Experten und Fachgremien des ÄZQ einfließen.

### So arbeitet CIRSmedical.de



# Risikomanagement mit Fehlerberichtssystemen

## Aus Fehlern lernen

von Dr. Julia Rohe MPH, Andrea Sanguino Heinrich MPH und Dr. Christian Thomeczek, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Incident-Reporting-Systeme im Gesundheitswesen können einen spezifischen Beitrag zum Risikomanagement leisten und das systematische Lernen aus Fehlern sowie die Sicherheitskultur fördern. Je nach Einsatzort und Zielsetzung eines Fehlerberichts- und Lernsystems kann dieses unterschiedlich ausgestaltet sein und dadurch typische Vorteile nutzen. Im folgenden Beitrag werden Hintergrund, Entwicklung und unterschiedliche Eigenschaften von Berichtssystemen dargestellt und erläutert.\*

### 1 Hintergrund

Behandlungsschäden und Fehler in der Medizin sind kein neues Thema. Schon der Hippokrates zugeschriebene Wahlspruch „Primum non nocere“ (etwa 5. Jahrhundert v. Chr.) drückt den Wunsch aus, dem Patienten „zuerst einmal nicht zu schaden“. Im vergangenen Jahrhundert wurden dann unter anderem „Morbiditykonferenzen“ 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 und auch Todesfälle verursachen.

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. Von diesen Berechnungen und ähnlichen Ergebnissen anderer Wissenschaftler aufgerüttelt 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 Incident-Reporting-Systeme (IR-Systeme; im weiteren Text auch Berichtssysteme) genannt. Der Kerngedanke dieser Systeme ist das Berichten von eigenen oder beobachteten sicherheitsrelevanten Ereignissen, sodass diese systematisch analysiert werden können und man selbst, aber auch andere daraus lernen können.

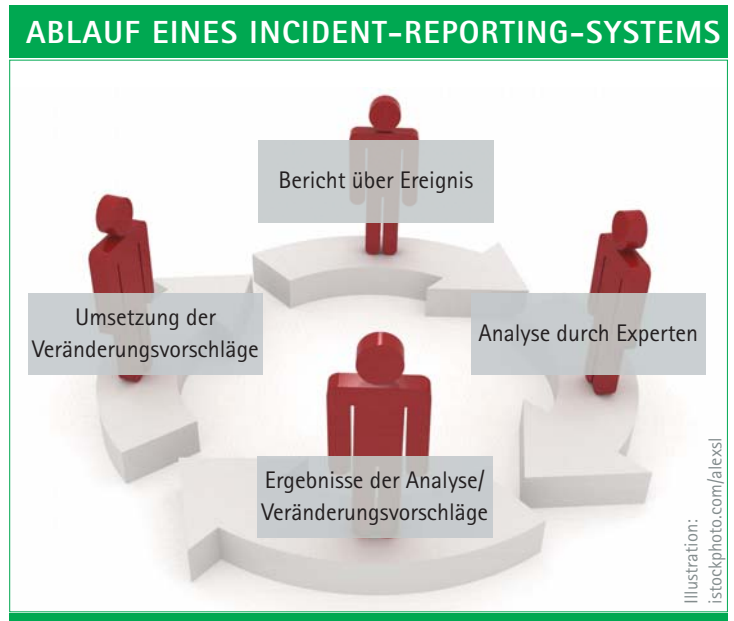
cherheit systematischer als bisher zu bearbeiten. Weltweit wurden Institutionen zur Förderung der Patientensicherheit gegründet und vielfältige Maßnahmen zur Vermeidung von Behandlungsfehlern ergriffen. Eine davon ist die Einführung von sogenannten Fehlerberichts- und Lernsystemen, auch Incident-Reporting-Systeme (IR-Systeme; im weiteren Text auch Berichtssysteme) genannt. Der Kerngedanke dieser Systeme ist das Berichten von eigenen oder beobachteten sicherheitsrelevanten Ereignissen, sodass diese systematisch analysiert werden können und man selbst, aber auch andere daraus lernen können.

### 2 Umgang mit Fehlern

Im Rahmen der Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit wurde deutlich, dass der bisherige Umgang mit Fehlern im medizinischen Alltag nicht zielführend ist. Im Gesundheitswesen ist die traditionelle, personenorientierte Perspektive bis heute weit verbreitet. Immer noch werden Ärzte und Pflegepersonal, wenn ihnen ein Fehler unterläuft, persönlich beschuldigt (Wie konnte Ihnen das passieren? Warum passen Sie nicht auf?), gelegentlich vor Kollegen oder Patienten gemäßregelt beziehungsweise bestraft oder zumindest angewiesen „besser aufzupassen“. Schulungen und Fortbildungen der „Schuldigen“ werden nur in seltenen Fällen als Verbesserungsmöglichkeit gesehen. Ein solcher Umgang mit Fehlern zielt darauf, durch Veränderungen bei dem Einzelnen die Sicherheit insgesamt zu verbessern. Es wird dabei je-

doch außer acht gelassen, dass die Fehlleistungen Einzelner häufig durch Sicherheitslücken im System (mit-)verursacht werden und es daher nur eine Frage der Zeit ist, bis einem Kollegen oder einer Kollegin ein ähnlicher Fehler aufgrund der immer noch bestehenden Sicherheitslücke passiert.

Verschiedene Forscher postulierten daher die Notwendigkeit, eine systemorientierte Sichtweise im Gesundheitswesen – analog der in Hochrisikoidustrien üblichen – zu entwickeln und anzuwenden. Diese Perspektive geht grundsätzlich davon aus, dass Menschen fehlerbar sind, und dass das System selbst (zum Beispiel ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis) in seinen Strukturen und Prozessen sicher angelegt sein muss, um Fehler und daraus resultierende Behandlungsschäden zu vermeiden. Das bedeutet, dass beispielsweise organisatorische Prozesse, Geräte und Medikamentenverpackungen derart gestaltet sein müssen, dass die Fehlermöglichkeiten gering sind und Fehler, die dennoch gemacht werden, keine dramatischen Auswirkungen für die Patienten haben. Diese Sichtweise findet sich in Incident-Reporting-Systemen insofern wieder, als dass sie versuchen, systematisch aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen



\* Der Beitrag basiert auf dem Kapitel „Incident Reporting Systeme – in jedem Zwischenfall ein Fehler?“, aus dem Buch „Medizinschadensfälle und Patientensicherheit“, herausgegeben von Burkhard Medea und Reinhard Dettmeyer, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007, Seiten 169–176 sowie der GGW 2008 Risikomanagement mit Fehlerberichtssystemen · Jg. 8, Heft 1 (Januar): 18–25

zu lernen und bei der Analyse der Ereignisse der Schwerpunkt auf die systematische Ursachenforschung gelegt wird.

## 2.1 Vorbild aus der Luftfahrt

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.

Bisher sind bei der ASRS rund 600.000 Berichte eingegangen. Die Analysen der geschilderten Ereignisse zeigen Probleme und Schwachstellen in den Flugsicherheitsystemen und Sicherheitsprozeduren auf und tragen zu deren Verbesserung bei. Außerdem dienen die Ergebnisse als Datenbasis für die Entwicklung von neuen Richtlinien oder neuer Ausrüstung in der Luftfahrt.

Zwei periodisch erscheinende Publikationen („Callback“ und „Directline“) fassen jeweils Berichte und Schlussfolgerungen zu bestimmten Themen (zum Beispiel plötzliche Störungen während des Abarbeitens von Checklisten) zusammen und sind zentrale Instrumente, um die in der Luftfahrt arbeitenden Menschen zu informieren.

## 3 Berichtssysteme in der Medizin

In den letzten Jahren wurden weltweit verschiedene medizinische Incident-Reporting-Systeme entwickelt. Über sie werden im Gesundheitswesen Tätige aufgefordert, über sicherheitsrelevante Ereignisse aus ihrem Umfeld zu berichten. Anschließend werden die Berichte von Experten analysiert und die Ergebnisse beziehungsweise Veränderungsvorschläge an die Nutzer des Systems zurückgegeben. Mit „Experten“ ist eine Arbeitsgruppe

(fachspezifisch 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. Trotz ihres verbindenden Grundgedankens – nämlich „Aus Fehlern lernen“ – sind die medizinischen Incident-Reporting-Systeme zum Teil sehr verschieden aufgebaut. Auf die relevantesten Unterschiede der verwendeten Berichtssysteme wird in den nachfolgenden Abschnitten eingegangen.

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 e. V. erarbeitet.

### 3.1 Intern oder extern

Ein Berichtssystem kann innerhalb einer Institution, zum Beispiel im Krankenhaus, intern (also lokal) betrieben werden oder auch institutsübergreifend (also extern) sein. Je nach Art des Berichtssystems sind unterschiedliche Möglichkeiten der Berichtsabgabe, des Feedbacks beziehungsweise der Verbesserungsstrategien gegeben. Grundsätzlich haben beide Arten der Berichtssysteme spezifische Vorteile, die je nach Anwendungsbereich und Zielvorgabe des Berichtssystems genutzt werden sollten.

Der Typ des Berichtssystems bestimmt häufig die Art der Berichtsabgabe. Externe Systeme greifen meist auf ein internetbasiertes Formular zurück, wodurch viele Menschen unabhängig von Ort und Zeit berichten können. Interne Systeme arbeiten häufig mit Formularen im Intranet der Institution und auch mit handschriftlichen Berichten auf vorgedruckten Formularen. Die Papier-Formulare werden dabei eher von jenen verwendet, die im Rahmen ihrer Arbeit keinen Zugang zum Computer haben (zum Beispiel Transport-

oder Reinigungspersonal). Einige Incident-Reporting-Systeme lassen beide Arten der Berichtsabgabe zu.

Interne Berichtssysteme haben den Vorteil, dass der „Kreislauf des Berichtssystems“ (siehe Abbildung auf S. 10) vollständig innerhalb der Institution abläuft. Ein internes Analyseteam kennt die spezifischen Umstände in einem Krankenhaus oder in einer Abteilung und kann diese bei der Formulierung von Verbesserungsvorschlägen berücksichtigen. Außerdem können die Mitarbeiter der Abteilung bei der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen maßgeblich mitwirken. Deren Umsetzung kann dann wiederum durch die Experten des Analyseteams unterstützt werden. Des Weiteren können die Mitarbeiter im Rahmen eines aktiv betriebenen, internen Incident-Reporting-Systems leichter ein Zugehörigkeitsgefühl entwickeln, welches sich zum Beispiel in reger Berichtstätigkeit und in konstruktiven Verbesserungsvorschlägen zeigt.

Externe Systeme können sich bei den Analysen ausschließlich auf den vorliegenden Bericht beziehen, und die Ergebnisse beziehungsweise Verbesserungsvorschläge des externen Analyseteams folglich meist nur von allgemeiner Natur sein. Die Anpassung und Umsetzung dieser Vorschläge muss dann eigenständig in der Institution erfolgen. Externe Berichtssysteme haben jedoch den Vorteil, dass sie einer größeren Zielgruppe zur Verfügung stehen, und die Berichte von sehr vielen Menschen gelesen werden können. Dies kann bei einem Bericht über ein spezifisches Problem mit einem bestimmten technischen Gerät von großer Wichtigkeit sein (zum Beispiel wenn ein Defekt oder Fehler eines Narkosegeräts unabhängig voneinander in mehreren Krankenhäusern auftritt). Auch können Institutionen voneinander lernen. Fehlervermeidungsstrategien können in einem Krankenhaus erprobt und entwickelt werden, ein anderes Krankenhaus kann diese Strategie dann „lernen“. Ein weiterer Vorteil externer Berichtssysteme ist die Tatsache, dass die Anonymität noch größer ist und daher nicht nur über Beinahe-Schäden, sondern auch über Schäden berichtet werden kann (siehe auch Abschnitt 3.3 „Definition, was berichtet werden soll“). Berichtete Ereignisse können theoretisch überall auf der Welt passiert sein; eine Rückverfolgung der beteiligten Personen oder der Institution ist dabei unmöglich. Nicht zuletzt bieten externe Systeme dem ambulanten Sektor eine gute Möglichkeit, an einem Berichtssystem teilzunehmen,

## EIGENSCHAFTEN VON ERFOLGREICHEN BERICHTSSYSTEMEN

Eigenschaft	Erklärung
sanktionsfrei	Es gibt keinerlei Sanktionen für Berichtende und Nutzer.
anonym oder streng vertraulich	Die Identität des Berichtenden, des Patienten oder der Institution ist entweder vollständig anonym oder streng vertraulich. Die vertraulichen Daten werden niemals an Dritte weitergegeben.
freiwillig	Die Abgabe eines Berichts ist freiwillig.
unabhängig	Das Berichtsprogramm ist von jeglicher Autorität, die Berichtende oder Nutzer bestrafen könnte, unabhängig.
Analyse durch Experten	Die Berichte werden von Experten analysiert, die die klinische Situation verstehen und zugrunde liegende Systemfehler erkennen können.
zeitnahe Rückmeldung und Umsetzung	Die Berichte werden schnell analysiert und die Ergebnisse beziehungsweise Empfehlungen zügig umgesetzt (bei internen Incident-Reporting-Systemen) beziehungsweise für Berichtende und Nutzer veröffentlicht.
systemorientiert	Die Empfehlungen fokussieren auf Veränderungen von Systemen, Prozessen oder Produkten.
einfach	Das Berichtsformular ist einfach und für jeden zugänglich.
Freitextfelder	Das Berichtsformular basiert vor allem auf Freitextfeldern.

denn für eine kleine Arztpraxis würde es sich nicht lohnen, ein eigenes internes Incident-Reporting-System aufzubauen.

### 3.2 Freiwillig oder verpflichtend

Es existieren sowohl freiwillige als auch verpflichtende Berichtssysteme. Es ist jedoch umstritten, ob die Verpflichtung zu berichten tatsächlich höhere Berichtszahlen bewirkt oder eher abschreckt. Meist wird die Freiwilligkeit als erfolgsfördernde Eigenschaft beschrieben. Grundsätzlich muss man davon ausgehen, dass auch nominell verpflichtende Systeme in der Praxis fast immer freiwillig sind. Dies liegt daran, dass Fehler und Beinahe-Schäden oft nur einer einzigen Person auffallen und es daher im Ermessen dieses Menschen liegt, ob das Ereignis berichtet oder „vergessen“ wird.

### 3.3 Definition, was berichtet werden soll

Einige Berichtssysteme erfassen – meist aus rechtlichen Gründen – ausschließlich Ereignisse, die keinen Schaden verursacht haben (sogenannte Near-miss-Ereignisse beziehungsweise Beinahe-Schäden). Dies ist im deutschsprachigen Raum fast immer in Krankenhäusern der Fall, da die Krankenhausleitung aus haftungsrechtlichen Gründen keine Berichte über tatsächliche Schäden in einer den Mitarbeitern und gegebenenfalls anderen zugänglichen Datenbank sammeln möchte. Wirkliche Schadensfälle müssen ja auch in Hinblick auf den Umgang mit dem Patienten und anderen Beteiligten auf anderen Wegen bearbeitet werden.

Andere (meist externe) Systeme können durch ihre Sicherheitsstruktur auch Ereignisse mit Schadensfolge aufnehmen. Die Fehlerhaftigkeit (Vermeidbarkeit) des Ereignisses spielt – hinsichtlich der Definition, was berichtet werden soll – meist nur eine untergeordnete Rolle. Dies ist vor allem deshalb so, weil die Vermeidbarkeit oft nicht einwandfrei festzustellen ist und auch unabhängig davon aus Ereignissen gelernt werden kann. Insofern kann nicht davon ausgegangen werden, dass in jedem Bericht tatsächlich ein Fehler im Sinne einer vermeidbaren fehlerhaften Handlung, also ein vermeidbares Ereignis, steckt. Wenige Berichtssysteme fordern die Nutzer auch dazu auf, positive Ereignisse zu berichten, zum Beispiel kritische Situationen, die besonders gut gemeistert worden sind.

### 3.4 Anonym oder vertraulich

Die meisten Berichtssysteme arbeiten ausschließlich mit vollständig anonymen Berichten, ohne die Identität des Berichtenden zu erfassen. Wenige sind streng vertraulich. Diese haben den Vorteil, dass gegebenenfalls Rückfragen an den Berichtenden zu Details des Ereignisses möglich sind und die Analysen dadurch genauer sein können. Die Daten der Berichtenden werden niemals an Dritte weitergegeben. In diesem Zusammenhang muss auf das Problem der Anonymität in kleinen Abteilungen hingewiesen werden. Hier ist es oft – trotz vollständiger Anonymisierung des Berichts – nicht möglich, wirkliche Anonymität über die beteiligten Personen herzustellen, da das Ereignis zum Beispiel ohnehin schon bekannt ist oder aber bestimmte (nicht löschbare) Details des Berichts Rückschlüsse auf die Beteiligten zulassen. Hier ist es bei der Analyse des Berichts besonders wichtig, die systemorientierte Perspektive nicht zu verlassen (Fragen nach „Was ist passiert? Warum ist es passiert?“ Und *nicht*: „Wem ist es passiert? Wer hat was getan?“) und eine vertrauensvolle Fehlerkultur zu etablieren.

### 3.5 Freitext oder Kategorien

Die verschiedenen Berichtssysteme unterscheiden sich bezüglich des Anteils der Fragen, die mit Freitext beziehungsweise in vorgegebenen Antwortkategorien zu beantworten sind. Die Erfahrung zeigt, dass eigentlich nur der geschriebene Bericht in Freitextfeldern ein Verstehen des Ereignisses und der spezifischen Umstände zulässt, während die

zusätzlichen Klassifikationen mittels Auswahlfeldern allenfalls Randinformationen liefern. Mehrere Freitextfelder mit unterschiedlichen Fragen können darüber hinaus zu einem detaillierten Bericht mit eigenen Analysen und Verbesserungsvorschlägen führen. Auch in der internationalen Diskussion zu Fehlerberichtssystemen wird die Wichtigkeit der Freitextfelder betont. Eine Zusammenfassung erfolgsfördernder Eigenschaften von Incident-Reporting-Systemen zeigt die Tabelle auf Seite 12.

#### 4 Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Berichtssysteme

Im Vergleich zu den Maßnahmen des letzten Jahrhunderts wie zum Beispiel „Morbiditykonferenzen“ und Obduktionen bieten Incident-Reporting-Systeme neue Möglichkeiten der Risikoanalyse. Im Rahmen eines (internen oder externen) Incident-Reporting-Systems kann über Fehler, Zwischenfälle und unerwünschte Ereignisse berichtet und aus diesen gelernt werden, ohne dass die Identität der Beteiligten offengelegt werden muss (Einschränkung bei internen Incident-Reporting-Systemen: bei schwerwiegenden oder typischen Ereignissen sind die Beteiligten häufig allgemein bekannt). Diese Anonymität erleichtert das Berichten über sicherheitsrelevante Ereignisse und ermöglicht damit das systematische Lernen aus Einzelereignissen, aber auch aus einer größeren Anzahl von Berichten.

##### 4.1 Möglichkeiten

Da die Analyse auch Berichte ohne oder mit nur geringer Schadensfolge umfasst, können chronische Schwachstellen in Abläufen oder Verfahren aufgedeckt werden, bevor schwerwiegende Schäden an genau diesen Stellen entstehen. Bei „Morbiditykonferenzen“ geht und ging es meist nur um schwerwiegende Ereignisse und Schäden.

Seltene Ereignisse, zum Beispiel ein spezifischer technischer Defekt eines medizinischen Geräts, können durch externe, institutionsübergreifende Incident-Reporting-Systeme bekannt werden und für alle beteiligten Institutionen publik gemacht werden.

Externe Incident-Reporting-Systeme bieten auch kleinen Institutionen des Gesundheitswesens, zum Beispiel Arztpraxen mit nur einem Arzt und ein bis zwei Mitarbeiterinnen,

die Chance, sich einfach und anonym mit Kollegen über Zwischenfälle und Vermeidungsstrategien auszutauschen.

Incident-Reporting-Systeme können also das Risikobewusstsein der im Gesundheitswesen Tätigen fördern und die Sicherheitskultur stärken.

##### 4.2 Grenzen

Die Grenzen von Incident-Reporting-Systemen sind vielfältig und je nach Art des Systems unterschiedlich bedeutsam. Im Folgenden soll auf die wichtigsten Beschränkungen von Incident-Reporting-Systemen eingegangen werden.

Die reine Bereitstellung oder Einführung von externen oder internen Berichtssystemen hat keinen Einfluss auf die Patientensicherheit. Nur „lebendige“ Berichtssysteme mit adäquaten Berichtszahlen, systemorientierten Analysen und sinnvollen Verbesserungsstrategien können die Sicherheitskultur stärken und die Patientensicherheit möglicherweise erhöhen. Der tatsächliche Nachweis, dass Berichtssysteme die Patientensicherheit erhöhen, konnte bisher nicht erbracht werden. Die Schwierigkeit dieses Nachweises liegt darin, dass die Messung aller sicherheitsrelevanten Ereignisse in einer bestimmten Einheit des Gesundheitswesens (zum Beispiel Abteilung eines Krankenhauses oder Arztpraxis) extrem aufwendig ist. Jede Messmethode (zum Beispiel retrospektive Aktenanalyse, Beobachtung, Berichte der Beteiligten oder Betroffenen) kann immer nur einen Teil aller Ereignisse aufdecken. Zudem ist die Kausalität zwischen Einführung eines Berichtssystems und Veränderung der Anzahl der sicherheitsrelevanten Ereignisse fast niemals eindeutig zu klären.

Incident-Reporting-Systeme eignen sich nicht dafür, um Aussagen zur Epidemiologie von sicherheitsrelevanten Ereignissen zu machen. Es werden ja lediglich jene Ereignisse betrachtet, die erstens selbst bemerkt oder beobachtet werden und zweitens dann auch berichtet werden. Man geht davon aus, dass aus einer Vielzahl von Gründen (zum Beispiel Wahrnehmung von Ereignissen; Angst, ein Ereignis zu berichten; Zeitmangel, um Bericht abzugeben) nur ein Bruchteil aller sicherheitsrelevanten Ereignisse berichtet wird.

Es darf auch nicht außer acht gelassen werden, dass die Analyse der Berichte immer vor dem Problem des „hindsight bias“ („Rückschaufehler“ beziehungsweise das Problem des „Hinterher ist man immer schlauer“) steht. Das heißt, zum Zeitpunkt der Analyse liegen Informationen zum Ablauf und Ergebnis des Ereignisses vor, die der Handelnde während des Ereignisses nicht hatte. Diese Informationen werden aber bei der Beurteilung des Ereignisses herangezogen. Dieser Effekt muss ganz besonders bei der Formulierung von zukünftigen Vermeidungsstrategien beachtet werden.

##### 5 Fazit

Incident-Reporting-Systeme können einen wichtigen Beitrag zum Risikomanagement im Gesundheitswesen leisten. Für eine erfolgreiche Einführung und Anwendung eines Berichtssystems sind vielfältige Kriterien zu beachten, wobei der Erfolg immer mit der Glaubwürdigkeit des Systems zusammenhängt. Die Mitarbeiter, die Berichte schreiben sollen, müssen davon überzeugt sein, dass sie selbst und ihre Kollegen keine Nachteile aus der Aufarbeitung der Berichte haben. Darüber hinaus müssen sie erfahren, dass die Mühe, die sie für einen Bericht aufwenden, gut investiert ist, weil aus den Berichten sinnvolle Veränderungen im Krankenhaus, und damit für die eigene Arbeit, abgeleitet werden.

Hierfür ist es essenziell, dass die Klinik- oder Abteilungsleitung hinter den Zielen und der Einführung des Berichtssystems steht und die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen fördert.

Ein Incident-Reporting-System kann letztlich nur in Verbindung mit einer aktiven und „gelebten“ Sicherheits- und Fehlerkultur die Patientensicherheit fördern. ■

# Marienhospital Steinfurt: CIRS in der Praxis

Krankenhaus nutzt Meldesystem seit 2005

von Leon Uppena, Qualitätsmanagementbeauftragter am Marienhospital Steinfurt

Mit der Entscheidung, ab dem Jahr 2004 ein QM-System im Marienhospital Steinfurt einzuführen, fiel gleichzeitig auch der Startschuss für die Entwicklung eines CIRS ab dem Jahr 2005. Von Anfang an sollten dabei alle Krankenhausbereiche einbezogen werden.

Für die Einführung des CIRS waren im Vorfeld bereits wichtige Entscheidungen zu treffen und viele Vorbereitungen nötig:

- Welche Funktionsträger sollten im Auswertungsteam vertreten sein, das die eingehenden Meldungen bearbeitet?
- Welche Personen sind dafür geeignet?
- Soll ein Rotationsverfahren für die Besetzung des Auswertungsteams eingeführt werden?
- Wo können die CIRS-Berichte abgegeben werden; wer sammelt und sortiert die Berichte (z. B. nach Dringlichkeit) vor?
- Wie werden die Mitarbeiter auf dieses Verfahren vorbereitet?
- Wann erfolgt der Start?

Schnell bestand Einigkeit darüber, welche Funktionsträger im Auswertungsteam vertreten sein sollten und auch, welche Personen dann dahinter steckten: Durch die Besetzung des Teams mit einem

- Datenschutzbeauftragten
- dem Qualitätsmanagement-Beauftragten (QMB)
- einem Vertreter der Haus-technik
- einem Vertreter aus dem Bereich der Pflege
- und einem Vertreter aus dem ärztlichen Bereich

sollte das Auswertungsteam interprofessionell so aufgestellt werden, dass die für die Patientensicherheit wesentlichen Bereiche abgedeckt waren. Für die personelle Be-

setzung wurden Mitarbeiter ausgewählt, die durch ihre langjährige Erfahrung und Integrität als besonders geeignet erschienen. Diese Besetzung sollte kontinuierlich und ohne Rotationsverfahren bestehen bleiben.

Für die Abgabe der Berichte wurde ein spezielles Postfach eingerichtet, das mehrmals in der Woche vom QMB geleert wird. Er ist auch für eine Vorsichtung der Berichte verantwortlich sowie für die anonymisierte Eingabe der Berichte in eine Datenbank. Das Team trifft sich einmal im Monat. Vom QMB als kritisch eingestufte Berichte werden sofort nach Rücksprache mit dem vom geschilderten Ereignis betroffenen Teammitglied bearbeitet.

Im März 2005 wurden die Mitarbeiter in zwei Auftaktveranstaltungen über die Einführung des neuen Meldesystems informiert. Zusätzlich fanden noch gesonderte Besprechungen vor allem im Bereich des ärztlichen Dienstes statt. Nach weiteren Informationen über Hausmitteilungen wurde das CIRS-System dann im April 2005 gestartet.


## Erfahrungen aus der Praxis

Seit der Einführung des Ereignis-Reports im Marienhospital Steinfurt wurden insgesamt 114 Meldungen abgegeben (Stand Oktober 2008), das bedeutet im Schnitt ca. 30 Meldungen pro Jahr. Die gemeldeten Fälle verteil-

ten sich dabei auf verschiedene Kategorien, mit einer Häufung in den Bereichen Technik (dabei z. B. Meldungen über gefährlich angebrachten Lampen, defekte Aufzugtüren), Medizintechnik und OP-Koordination. Die Abgabe von Meldungen erfolgt dabei nicht kontinuierlich und gleichmäßig, sondern in Wellen: Immer, wenn die Mitarbeiter z. B. durch Schulungen auf kritische Bereiche aufmerksam gemacht werden, erfährt das Auswertungsteam eine Häufung von Meldungen. Das gleiche gilt, wenn z. B. durch die Quality Street (eine jährlich einmal stattfindende Präsentation des QM-Systems für die Mitarbeiter) oder Hausmitteilungen auf die Existenz des Meldesystems aufmerksam gemacht wird.

Insgesamt kann man feststellen, dass durch die Einführung des CIRS im Marienhospital das Risikobewusstsein der Mitarbeiter gewachsen ist. Meldungen werden auch zu sensiblen Bereichen abgegeben (Arzneimittelzwischenfälle; Seitenverwechslung). In der Zwischenzeit sind aus der Aufarbeitung der gemeldeten Ereignisse eine Anzahl Verbesse-

**MARIENHOSPITAL STEINFURT**  
Ereignis-Report



Der Ereignis-Report soll für jeden Zwischenfall oder Beinahe-Zwischenfall erstellt werden, in dem Patient, Personal, Dritte und/oder technisches Material eingebunden sind. Er dient der Analyse interner Arbeitsabläufe und deren Risiken und soll als Instrument des internen Qualitätsmanagements eingesetzt werden. Dieser Bericht ersetzt nicht die Pflegedokumentation! Erfassung und Analyse werden absolut vertraulich behandelt.

Den Bericht niemals an nicht autorisierte Personen weitergeben!  
Den Bericht nicht in anderen medizinischen und pflegerischen Berichten erstatten!  
Keine Kopie von diesem Bericht erstellen!  
Vermeiden Sie, Personen namentlich zu benennen!

**Wer berichtet?**  
Berufsguppe:  Name (freiwillige Angabe!):

---

**Patient:** Alter  Notfallsituation ja  nein

**Ereignis** Zu welcher Uhrzeit (von 0 – 24):

**Wo ist das Ereignis passiert?**

**Was ist passiert? (Beschreiben Sie das Ereignis)**

**Was wurde getan? (ab Eintreten des Ereignisses)**

**Folgen (falls bereits bekannt)**

**Vermeldbarkeit** ja  nein

**Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung**  
Unwahrscheinlich  sehr gering  gering  Mäßig  hoch

**Ursachen (was hat Ihrer Einschätzung nach zum Ereignis geführt?):**  
(z.B. persönliche Faktoren, Teamfaktoren, Kommunikationsprobleme, organisatorische Faktoren, sonstige Umstände...)

**Platz für zusätzliche Anmerkungen / Lösungsansätze / Ideen / Anregungen:**  
Benutzen Sie im Bedarfsfall bitte die Rückseite des Blattes!

Mit diesem Formular können Mitarbeiter des Marienhospitals Steinfurt Ereignisse melden – eine Möglichkeit, von der rund 30 Mal im Jahr Gebrauch gemacht wird.

rungen und Veränderungen im System entstanden (z. B. eine Verfahrensanweisung zur Seitenkennzeichnung). Die Verteilung der Meldungen auf die Berufsgruppen zeigt aber auch, dass die Sensibilisierung für das Thema oder auch die Bereitschaft, (Beinahe-)Ereignisse zu melden, ungleich verteilt sind: 73,6 % der Meldungen stammen aus dem Bereich Pflege, 13,2 % von Ärzten und 13,2 % von sonstigen Berufsgruppen im Haus.

### Ausblick für die Zukunft

Auch nach vier Jahren ist die Sensibilisierung für die Themen Fehlermanagement und Risikobewusstsein noch immer die wichtigste Aufgabe bei der Etablierung und Weiterentwicklung des CIRS-Systems. Informationen über das Thema und die Schulung der Mitarbeiter sind die wesentlichen Maßnahmen, um eine steigende Akzeptanz des Systems zu erreichen. Technische Hilfsmittel wie die Um-

stellung auf eine elektronische, intranet-basierte Erfassung der Meldungen sind dabei nur eine Erleichterung in der Erfassung und Abgabe der Daten. Viel wichtiger ist jedoch das Schaffen einer neuen Fehlerkultur sowie die Sicherheit, dass durch eine Meldung keine persönlichen Konsequenzen zu befürchten sind. Daher kann man sagen: CIRS beginnt immer in den Köpfen der Mitarbeiter!

## CIRS – jetzt!

### Meldesysteme bislang zu wenig genutzt

von RA Patrick Weidinger, Leiter Arzthaftpflicht Deutsche Ärzteversicherung und DBV-Winterthur-Versicherungen

**C**ritical incident reporting systems (CIRS) finden sich in vielen lernenden Organisationen. Dieses Instrument hat sich als ein Mosaikstein des modernen Risikomanagements etabliert. Im Hinblick auf die Patientensicherheit ist CIRS sehr effektiv, wenn organisatorische, fachliche und vor allem auch persönliche Gefahrenpotentiale in einem „ewigen“ Prozess ermittelt und aufgelöst werden. Aus Sicht der Berufshaftpflichtversicherung wird CIRS vor allem im niedergelassenen Bereich noch zu wenig genutzt. Dabei kann man ganz einfach anfangen.

Das Erkennen von gefährlichen Situationen und die Beseitigung der Ursachen sind lebensnotwendig. Im häuslichen Umfeld mit vertrauten Personen ist es selbstverständlich zu sagen: „Stell' bitte Deine Tasche weg, Oma wäre beinahe darüber gestolpert.“ Idealerweise sollte man im medizinischen Bereich ebenso unbefangenen und schnell auf kritische Zwischenfälle reagieren.

Je komplexer aber die Abläufe und je strenger die Hierarchie, desto aufwändiger ist dies umzusetzen. Genau dies ist der Grund, weshalb in großen Strukturen oder zur Erfassung allgemein zugänglicher Daten anonyme Fehlermeldesysteme notwendig sind, die durch technikerunterstützte Verfahren Informationen über Schwachstellen sammeln. Die Ergebnisse solcher Verfahren zeigen Einzelfalldefizite oder statistische Häufigkeiten, welche dann Gegenstand eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden. Dann werden Maßnahmen gegen Patienten-, Seiten- und Medikamentenverwechslung getroffen, Hygienestandards vorgegeben und kontrolliert, die

interne Kommunikation und die mit dem Patienten verbessert, Situationen trainiert und vieles mehr.

Das Anliegen eines Haftpflichtversicherers ist aber nicht nur der Verbesserungsprozess in großen Organisationen wie Akutkrankenhäusern und die zentrale Sammlung von iatrogenen Beinaheschäden, sondern auch die kurzfristige Patientensicherheit im niedergelassenen Bereich. Gerade aus diesem ist aber immer wieder zu hören, dass die oftmals akademische Darstellung von CIRS („Ich kann das Swiss Cheese Model nicht mehr sehen...“), der vermutete technische und zeitliche Aufwand sowie die bezweifelte Wirksamkeit in der konkreten Behandlungssituation einer Umsetzung entgegenstehen.

Dabei kann man ganz einfach und ohne Investition mit vier Schritten anfangen.

Für den ersten Schritt ist Sozialkompetenz gefragt. Kolleginnen und Kollegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist zu vermitteln, dass ab sofort alle Abläufe auf dem Prüfstand stehen und jede mögliche Fehlerquelle bekannt werden soll, damit sich aus diesen kein Schaden für den Patienten realisiert. Niemand darf Angst haben belangt zu werden, wenn er über gefährliche Sachverhalte berichtet, für die er selbst verantwortlich ist. Im Gegenteil: Auf solche Offenheit sollte mit Respekt und Dankbarkeit reagiert werden. Aus Fehlern wird man klug!

Im zweiten Schritt sind interne Dinge zu organisieren: Für zeitnahe – auch anonyme – Informationen könnte eine Briefbox bereit

stehen. Bei einem Jour fixe könnten sich alle Beteiligten regelmäßig treffen, um Potentiale zu erörtern und um sich als eine Gemeinschaft zu begreifen.

Der dritte Schritt ist das Analysieren der Meldungen und das Generieren von Lösungen, bei Arbeitsabläufen zweckmäßigerweise im Sinne einer konstruktiven Teamentwicklung durch gemeinsames Brainstorming.

Im vierten Schritt ist die Realisierung der Lösungen zu kontrollieren. Ohne Controlling laufen Maßnahmen oft ins Leere. Die regelmäßige Überwachung ist dringend notwendig, um Verbesserungsmaßnahmen sicherzustellen.

Bei Beachtung dieser Schritte wäre es zu folgenden Zwischenfällen nicht gekommen:

- Die Arzthelferinnen amüsieren sich regelmäßig über die Schrift ihres Chefs; gesprochen wird darüber nicht, so dass es nach Fehlinterpretation zu einer Medikamentenfehlverordnung kommt.
- Mehrfach monieren Patienten die Glätte des Bodens durch Schneenässe; schließlich kommt ein Patient zu Fall und zieht sich eine Oberschenkelfraktur zu.
- Ein Assistent registriert staunend die wiederholte Marcumar-Verordnung ohne Quickwertkontrolle; ein Patient erleidet später eine Massenblutung.
- Dem Praxisvertreter fällt in Patientengesprächen auf, dass Anamnese und Be-

handlungsmaßnahmen unvollständig dokumentiert sind; der Haftpflichtversicherer muss später Schadenersatz an einen infolge Gelenkversteifung berufsunfähigen Patienten zahlen, weil die Aufklärung über das Risiko einer Entzündung durch eine intraartikuläre Injektion nicht beweisbar war.

- Ein Arzt wird siebenmal hintereinander auf Schadenersatz in Anspruch genommen. Keiner der Vorwürfe ist berechtigt. Es stellt sich heraus, dass seine Patienten sich nicht ernst genommen fühlen und es schon viele Eskalationen gab, nach denen die Patienten mit bösen Worten die Praxis verlassen hatten.

CIRS kann also unkompliziert begonnen werden. Die Ausbeute an Gefahrenpotential ist allerdings am größten, wenn Daten zusammengeführt werden und die Erkenntnisse allen Betroffenen zur Verfügung stehen. Dies ist neben den aufgezeigten internen Schritten der zweite sinnvolle Meilenstein. Von daher hat z. B. das regionale CIRS-System für Westfalen-Lippe (CIRSmedical-WL) eine äußerst wichtige Funktion, die jeder nach Möglichkeit unterstützen und nutzen sollte.

Selbstverständlich darf eine offene Fehlerkultur („Fehler kann man machen, aber nie denselben zweimal“) nicht zur Fehlertoleranz führen. Die persönliche Grundeinstellung sollte sein, dass bestimmte Fehler einfach nicht vorkommen dürfen. Es nützt dem Patienten wenig, wenn ein Arzt aus seinem Fehler lernt, nachdem er ihn mit einer verwechselten Spritze umgebracht hat. Schlichtweg unverständliche Dinge sollten schlichtweg nicht passieren (wie die Abgabe von Marcumar an einen gesunden Patienten, der das Medikament zur Förderung seiner Gehirnleistung fordert oder wie das Abschneiden der Eichel bei einer Circumcision). Aber auch nach einem Fehler ist die Schadenfolge oft noch vermeidbar, wenn das eigene Verhalten validiert wird („War das heute morgen eine Migräne mit HWS-Syndrom oder könnte bei diesem Hochdruckpatienten nicht eine SAB vorliegen?“).

Hier schließt sich der Kreis: Publierte Fehlermeldestatistiken weisen als häufigste potentielle Schadenursache noch vor fachlichen Defiziten die fehlende Aufmerksamkeit aus. Genau dies belegen auch die Schadenfälle der Haftpflichtversicherung. Zentriert sein, bei sich sein, im Hier und Jetzt behandeln, keine Routine aufkommen lassen, sich nur auf die-

sen einen Patienten konzentrieren ist die Basis einer fehlerfreien Behandlung. Wenn hierauf noch ein kontinuierlicher, CIRS-unterstützter Verbesserungsprozess aufsetzt, sind

bereits wesentliche Schritte in Richtung Patientensicherheit getan.