

# „Die sichere Anonymisierung und De-Identifikation von CIRS-Fallberichten“

Ein Beitrag zur Erhöhung der Sicherheit von Mitarbeitern und Organisationen beim Betrieb von Critical Incident Reporting Systemen

## Die Bedeutung der sicheren Anonymisierung für CIRS

Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) sind unverzichtbarer Bestandteil aller Hochsicherheitsorganisationen [1, 2]. Erst seit dem Inkrafttreten des neuen Patientenrechtegesetzes aus dem Jahr 2013 sind CIRS für medizinische Einrichtungen gesetzlich vorgeschrieben. CIRS haben nachgewiesenermaßen das Potential die Patientensicherheit signifikant zu erhöhen [4]. Sowohl von der WHO [5], als auch vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) [3], gibt es seit einigen Jahren Empfehlungen zur Implementierung von CIRS. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der zuverlässigen und sicheren Anonymisierung der eingehenden Fallberichte zu (s. Infobox 1). Schon in der *Handlungsempfehlung des APS* von 2006 steht dazu [6]: „Die Möglichkeit zur Anonymität für den Berichtenden ist eine notwendige Voraussetzung für ein funktionierendes CIRS. Während die Entwicklung einer Atmosphäre des Vertrauens angestrebt werden soll, muss für die berichtende Person oder Abteilung oder das berichtende Krankenhaus jederzeit die Möglichkeit bestehen, garantiert anonym zu bleiben.“ (s. Infobox 3).

So schreibt auch das APS [3]:

»Insbesondere am Anfang ist es für die Akzeptanz von CIRS wichtig, peinlich auf die Anonymitätsbedingung zu achten.«

Den Autoren ist bis dato keine Publikation bekannt, die sich im Detail mit der Methodik der sicheren Anonymisierung von CIRS-Berichten beschäftigt hat.

Mit der hier vorliegenden Arbeit möchte das Autorenteam seine langjährige Erfahrung mit der Implementierung und dem

Betreiben von CIRS in vielen Organisationen als auch mit der Betreuung der externen Anonymisierung von tausenden von Fallberichten weitergeben um damit zum weiteren Erfolg von CIRS sowie der Erhöhung der Patientensicherheit beizutragen.

①

### APS-Empfehlung zur Anonymität bei CIRS [5]!

„Eine solide Vertrauensbasis ist das Fundament jedes CIRS. Die Zusicherung von Anonymität und Sanktionsfreiheit sind deshalb ein wichtiges Signal für die Mitarbeiter. Um eine verlässliche Grundlage zu schaffen, sollte jede Krankenhausleitung ihren Mitarbeitern Anonymität und Sanktionsfreiheit im CIRS schriftlich garantieren. In keinem Fall darf sie das Vertrauen der Mitarbeiter enttäuschen, indem sie gegen diese Grundsätze verstößt.“

## Schwierigkeiten der sicheren Anonymisierung

Die sichere Anonymisierung und De-Identifikation (s. Infobox 2) von CIRS-Berichten stellt eine große Herausforderung für die Verantwortlichen dar. Die Bewertung zahlreicher CIRS-Systeme im Rahmen unserer Beratungen ergab regelmäßig, dass sich viele eigentlich bereits anonymisierten Fallberichte einer konkreten Person, einem Patienten oder einer Institution zuordnen ließen.

Eine zuverlässige Anonymisierung und De-Identifikation ist äußerst komplex, vielschichtig und kann nur von gut geschulten Personen erwartet werden. Die

unterschiedlichen Kriterien in der Tabelle „Checkliste und Handlungsempfehlung zur Anonymisierung“ genannten Kriterien sollen dabei helfen.

» Schon ein unzureichend anonymisierter Fallbericht kann das ganze CIRS nachhaltig lähmen! «

## Folgen unzureichender Anonymisierung und De-Identifikation

Ein etwaiger Anonymitätsverlust bei einem kritischen CIRS-Bericht kann vielfältige Nachteile innerhalb einer Organisation haben:

- Erkennung von Mitarbeitern oder Teammitgliedern
- nur schwer wieder gut zu machender Vertrauensverlust bei allen Mitarbeitern
- Erkennbarkeit von Abteilungen und Institutionen (vor allem problematisch beim Austausch von Fallberichten in vom Gesetzgeber geforderten „institutionenübergreifenden CIRS“)
- Nachteile bei Rechtsstreitigkeiten und Gerichtsverfahren, weil CIRS-Berichte mit dem zu verhandelnden Bericht zur Übereinstimmung gebracht werden können (s. Infobox 5)
- Abnahme gehaltvoller, wirklich kritischer Fälle (bei mangelndem Vertrauen kommt es zur Abnahme der „heißen“ Fälle und damit verliert das CIRS an Potential und Relevanz!)
- Anschuldigungen, Vorwürfe und andere negative Fallberichte mit schlechter Wirkung auf das CIRS

## Ziel der sicheren Anonymisierung und De-Identifikation

Eine sichere Anonymisierung und De-Identifikation bietet nach dem Eingang

eines CIRS-Berichts sowohl Schutz für die beteiligten Personengruppen als auch die Organisation. Im Detail handelt es sich um **Schutz für...**

- Verfasser des Fallberichtes
- Teammitglieder (über die berichtet wird oder nicht)
- Andere direkt oder indirekt Beteiligte (vor und nach dem eigentlichen Fallbericht)
- Patienten und Angehörige
- Eigene Fachabteilung und andere Disziplinen
- Eigene Institution
- Medizinisches Fachgebiet
- andere beteiligte Organisationen

### Was und wie soll anonymisiert und de-identifiziert werden?

Die Tabelle auf Seite 3/4 zeigt unsere Checkliste, welche zur systematischen Anonymisierung und De-Identifikation von Fallberichten verwendet werden kann. In jedem Fall sind zur Anonymisierung und De-Identifikation medizinische Fachkenntnisse erforderlich.

Was häufig nicht ausreichend beachtet wird, ist die Tatsache, dass manche Informationen in einem Fallbericht für sich betrachtet „unschädlich“ im Sinne der Anonymisierung erscheinen. Die Kombination von mehreren solcher „unschädlichen“ Einzelinformationen allerdings oft für die Mitarbeiter der Institution eine zweifelsfrei zuordenbare Aussage zu bestimmten Personen ergibt.

Abbildung 1: Methodischer Ablauf der professionellen Anonymisierung und De-Identifikation nach dem 4-Augen-Prinzip am Beispiel von InPASS

② **Entfernen von Namen ist nicht ausreichend: De-Identifikation ist mehr als Anonymisierung!**

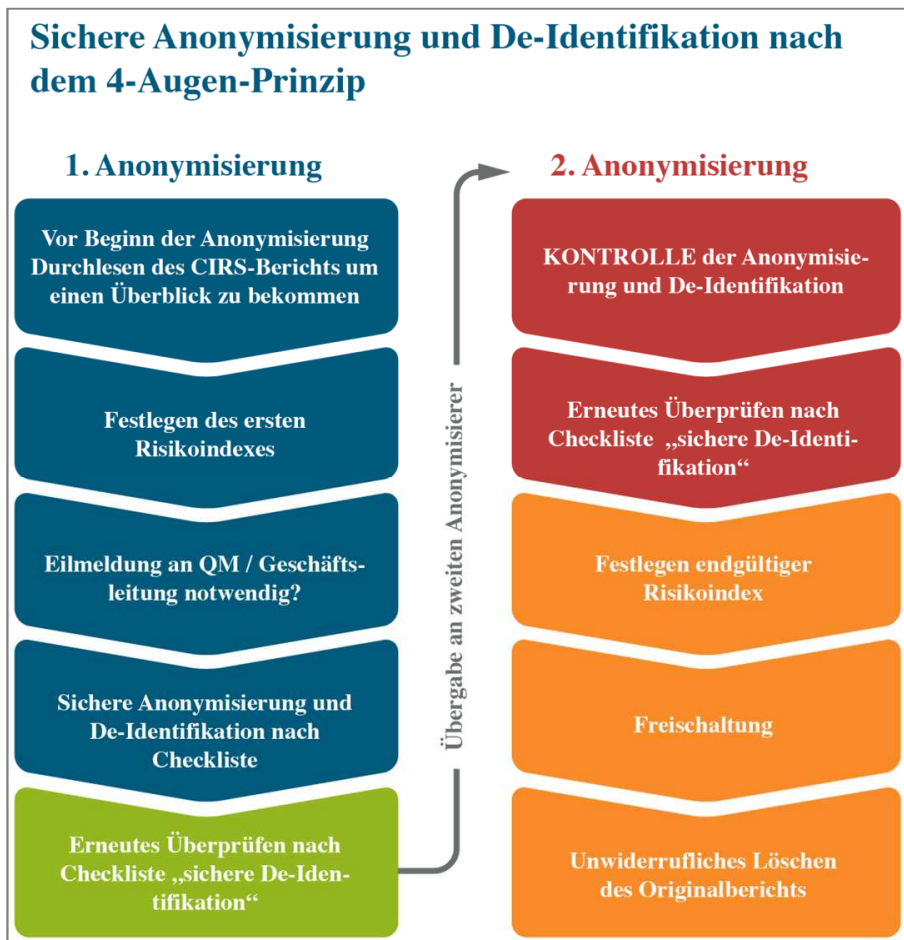
Eine reine Anonymisierung der Fallberichte im Sinne von „Namen entfernen“ ist viel zu wenig! Die Erfahrung zeigt, dass Fallberichte häufig und leicht durch indirekte Hinweise und Informationen, einzelnen Personen oder Institutionen zugeordnet werden können. Damit ist kein wirksamer Schutz gegeben. Aus diesem Grund wird von uns seit längerer Zeit die Terminologie „Anonymisierung und De-Identifikation“ vorgeschlagen.

**Beispiel für misslungene De-Identifikation:** Der Fallbericht enthält folgende Angaben: „Wir (der Rettungsdienst) haben das Kind mit der Harnwegsblutung der aufnehmenden urologischen Oberärztin übergeben. Dabei wurde vergessen...“. Im Haus ist bekannt, dass es nur eine urologische Oberärztin gibt. Ebenso ist bekannt, dass in dieser Stadt nur ein Krankenhaus eine urologische

Ambulanz betreibt. Kinder mit blutenden Harnwegen sind eher selten. Damit ist in Kürze klar, in welcher Institution, wer, was gemacht hat. Auch die Oberärztin dürfte sich an den Fall erinnern und weiß so, welcher Rettungsassistent den Fall berichtet hat. Der Fall ist damit indirekt nach mehreren Seiten nicht de-identifiziert - mit allen damit verbundenen Risiken für Personen oder Institutionen (s. Infobox 3).

③ **Es gilt: De-Identifikation vor Information!**

Bei der De-Identifikation von Fallberichten ist die Priorität klar: Im Zweifel mehr anonymisieren! Denn schon ein Vertrauensverlust kann das ganze CIRS für lange Zeit schädigen. Andererseits ist ein CIRS nicht auf jeden Fallbericht angewiesen - ein CIRS braucht nur genügend Fallberichte um Schritt für Schritt die Systemsicherheit in einer Organisation zu erhöhen.



## Checkliste und Handlungsempfehlung für die sichere Anonymisierung und De-Identifikation von CIRS-Fallberichten (nach InPASS [7])

### 1) Namen ✓

Namen von Patienten, Behandelnden und allen im Fall genannten Personen bzw. Berufsgruppen müssen gelöscht werden. Ebenso Bezeichnungen von Einrichtungen und Organisationen. Auch *indirekte* Angaben sind zu beachten!

### 2) Geschlecht ✓

Das Geschlecht der im Fallbericht genannten Personen und Patienten sollte *randomisiert* geändert werden (Neutralisierung des Geschlechtes). So kann z.B. gegenüber Anwälten und Richtern bestätigt werden: Das im Fallbericht genannte Geschlecht wird regelmäßig, allerdings variabel durch unsere Anonymisierung geändert. Dadurch ist die Geschlechtsangabe (und somit die eindeutige Identifikation einer Person) im Fallbericht klar „unzuverlässig“ und damit in Rechtsverfahren sicher nicht anwendbar. Bei manchen Fallberichten sind dieser Methode allerdings Grenzen gesetzt (z.B. Geburt), was dann besondere Sorgfalt erfordert.

### 3) Alter ✓

Keine Nennung des Alters oder des Geburtsdatums. Einteilung zum Beispiel in Säugling, Kleinkind, Kind, Jugendlicher, Erwachsener. Erwachsene können z.B. mit „älterer/jüngerer Patient“ weiter klassifiziert werden.

### 4) Ort und Zeit ✓

Die Angabe von Orten und Zeiten, kann vor allem in der Kombination zu gut zuordenbaren Informationen führen.  
 Bsp.: „Nachts um 3:30 waren im Schädel-CT...“ → es ist sehr wahrscheinlich, dass einige Mitarbeiter wissen, wann „nachts um 3:30 im Schädel-CT“ ein Ereignis war.  
 Bsp.: „Außerhalb der Dienstzeiten kam es in einer diagnostischen Einrichtung zu...“

### 5) Berufsgruppen ✓

Die Angabe zu bestimmten Berufsgruppen kann im Kontext der Organisation zu identifizierenden Informationen beitragen. Hier muss die Beschreibung evtl. deutlich weiter und allgemeiner gefasst werden  
 „der Praktikant, Hospitant, der Gastarzt, ...“  
 „Ein Mitarbeiter hat...“  
 Manche Berufsbezeichnung kann auch übergreifend benannt werden, z.B. „nicht-medizinisches Personal“ o.ä.

### 6) „personenbeschreibende Angaben“ ✓

Vor allem wegen der Identifikation innerhalb des Arbeiterteams sind auf indirekte Personenbeschreibungen und im Team einzigartige Funktionsbeschreibungen zu achten.  
: „Die junge Oberärztin hat...“ oder „der polnische Facharzt wollte...“ oder „...hat der Leiter der Apotheke ...“

### 7) Abteilungen/Bereichsangaben ✓

Sie sind für das Verständnis des Falles oft entbehrlich und werden z.B. umschrieben mit „andere Abteilung/zuweisende Abteilung“. Solche Informationen sind oft erst in Kombination mit anderen, an und für sich „harmlosen“ Informationen vor Ort wieder „identifizierend“!  
 Rufschädigende Aussagen über die eigene oder andere Abteilungen müssen zuverlässig eliminiert werden  
 „...aber hier würde sich ja von uns sowieso keiner operieren lassen!“ oder „...die hygienischen Zustände an unserem Haus sind ja sowieso katastrophal!“

### 8) Diagnosen/Vorerkrankungen/Therapien ✓

Wie weiter unten bei Laborwerten angegeben, können auch in diesem Bereich vor allem Kombinationen mehrerer Information plötzlich „identifizierend“ wirken. Diagnosen deshalb „entschärfen“, überbegrifflich benennen oder - falls nicht relevant für den Fall - weglassen.  
 → Problem: relevante Info für den Sinn/Grund des Fallberichts sollte möglichst erhalten bleiben!

### 9) Laborwerte, Befunde und Vitalparameter ✓

Besondere Beachtung verdienen Untersuchungsergebnisse, insbesondere Laborwerte, bei der De-Identifikation. Oft ist durch Kombination mehrerer Angaben mit Hilfe elektronischer Programme (Laborcomputer „Rückwärtssuche“) die Zuordnung zu einem Patienten sehr einfach. Auch Auftrags- und Einsatznummern, die versehentlich angegeben wurden, sollten entfernt werden.  
 „Labor: Hb 7,6; Ery 9,5; K 3,25; BZ 137 ...“  
 Wie viele Patienten haben diese Werte? Wahrscheinlich seit 10 Jahren nur einer! Damit hat man Person, Patient und Behandlungsteam mit Namen!  
: „Patient hatte erniedrigtes Hb, bei sonst unauffälligem Labor.“  
 Um den Zustand eines Patienten für die Einschätzung der Situation im Rahmen der Fallanalyse zu erhalten, sollten die Werte qualitativ (z.B. erhöht/normal/erniedrigt) oder in Bereichen (knapp über/unter...) angegeben werden.

### 10) Seltene Dinge ✓

Ob seltene Diagnosen, ungewöhnliche Kombinationen, oder spezielle Therapieformen; innerhalb einer Organisation können solche Angaben schnell eine Zuordnung zu Personen erlauben. Jedoch auch bei einem institutionsübergreifenden Austausch von Fallberichten können solche Informationen zur Identifikation einer Institution führen, weil man beispielsweise weiß, dass der „Eingriff X“ nur in dieser Klinik (und evtl. nur von Fachmann Y) durchgeführt wird. Internet-Suchmaschinen erschweren hier die De-Identifikation!

### 11) Patientenoutcome ✓

CIRS-Fälle können durchaus Patientenschäden enthalten. Viele CIRS-Fallberichte enthalten schwere Patientenschädigungen. Grundsätzlich soll aus CIRS gelernt werden. Damit ist das Outcome des berichteten Falles für die weitere Analyse und Ableitung von Maßnahmen eigentlich unwesentlich - es reicht der Hinweis auf das mögliche Outcome (Infobox 6). Trotzdem kann es für die Relevanz von CIRS sinnvoll sein, das Outcome – und damit den real stattgefundenen Effekt auf den Patienten darzustellen.  
 In jedem Fall sollte das Outcome so neutralisiert werden, dass keine Zuordnung zu einem Patienten (bekannt im Haus) möglich ist (s. juristische Aspekte).

### 12) Handels-/Herstellerangaben bei Geräten und Medikamenten ✓

Geschützte Namen und Produkte/Hersteller sollten nicht grundlos in anonymisierten Fallberichten genannt werden. Allerdings kann es wichtig sein, auf ein Problem mit einem speziellen Gerät hinzuweisen, damit genau dafür Maßnahmen ergriffen werden können. Manchmal ist sogar die Seriennummer nützlich oder notwendig. Falls die Fallberichte auch außerhalb der Institution lesbar werden (institutionsübergreifende CIRS), muss gewährleistet werden, dass Hersteller nicht unrichtig oder unnötig genannt werden. Im Zweifel ist eine Güterabwägung vorzunehmen und der Hersteller (Surveillance-Abteilung) oder das BfArM zu kontaktieren.

- „...dann fiel der Perfusor aus!“  
→  Spritzenpumpe
- „Der Patient hätte nicht soviel Beloc bekommen sollen“  
→  Betablocker oder Metoprolol

### 13) Unsachliche Vorwürfe, Beschuldigungen, Schimpfwörter und Kraftausdrücke, Nonsens-Berichte ✓

**Prävention:** Wenn die Mitarbeiter bei der Einführung von CIRS wissen, dass solche Angaben regelmäßig „im Filter der professionellen Anonymisierung hängen bleiben“ und die Anonymisierung dies auch sorgfältig sicherstellt, kommt es kaum zu derartigen Berichten [7].

Falls es dazu doch in CIRS-Berichten kommt:

- *Umformulieren* in sachliche Kritik oder Verallgemeinerung.
- *Umwandeln* von nicht akzeptabler Sprache in „saubere Worte“.
- *Löschen* (Hinweis darauf in nächster Mitarbeiterinfo).
- oder Fallbericht *ohne Inhalt mit entsprechendem Hinweis* lesbar machen.

### 14) Unterstellungen und Annahmen ✓

Teammitglieder/Vertreter einer Berufsgruppe können sehr aufgebracht werden, wenn ihnen in einem Fallbericht „Dinge untergeschoben“ werden.

: „Der Arzt *hatte keine Lust* zu kommen und ordnete das Medikament telefonisch an.“ → Ob der Arzt „keine Lust“ hatte, oder es andere Gründe gab, ist nicht klar und ist zweifelhaft.

„Der Arzt kam nicht vorbei und ordnete das Medikament nur telefonisch an“

### 15) Vorwürfe, Emotionsatzzeichen u.ä. ✓

Die Fallberichte sollten keine Vorwürfe enthalten, sondern Kritik neutral und nüchtern schildern. Auch mehrfach verwendete Satzzeichen können eine vorwurfsvolle Emotionalität in einen CIRS-Fallbericht bringen:

: „Er hat nicht zugehört!!!!“ oder „...hat er nichts dazu gesagt. Hallo ??????“ oder „Geht’s noch?!!?“

Hier gilt es im Sinne des Berichtes das Wesentliche zu erhalten.

Normale menschliche Reaktionen können in Berichten jedoch durchaus enthalten bleiben:

- „...in diesem Moment überrascht...“ oder „...ich bin erschrocken, als ich sah, dass ...“

### 16) Wörtliche Rede, coole Sprüche und andere sprachlichen Identifizierungen ✓

▪ Wörtliche Redewendungen und (typische) *Sprüche* lassen sich innerhalb einer Organisation oft einer Person zuordnen (Ah, das sagt doch immer unser OA Müller...) → Inhalt erhalten, glätten, sinngemäß ausdrücken.

▪ Keine saloppen oder abfälligen Äußerungen des Klinikjargons übernehmen!

„Dann ging die Niere in die Knie... und der Blutdruck ist abgeschmiert...“

„Wir mussten den Patient 5 mal grillen, bis er in einen Sinusrhythmus konvertierte“

→  „... 5-mal defibrillieren, bis...“

▪ Abkürzungen sinnvoll verwenden oder Ausschreiben: Das verbessert die Lesbarkeit und das Verständnis für den Fallbericht. Fälle sind dadurch für alle Mitarbeiter interessant, auch für Berufsgruppen, die im jeweiligen Fachbereich fremd sind. z.B. HWI = Harnwegsinfekt oder Hinterwandinfarkt?

▪ Berichte von Mitarbeitern mit sprachlichen Schwierigkeiten können zu der Identifikation des Berichtenden führen! Das können z.B. Schwierigkeiten im Schriftdeutschen sein. Berichte sollten in neutrales Deutsch gerändert werden inkl. grammatikalischer Korrekturen.

→ Allerdings dürfen CIRS-Berichte gerne „*schnell mal geschrieben*“ wirken: man muss nicht immer Groß-Kleinschreibung korrigieren oder fehlende Worte ergänzen. Telegrammstil in CIRS ist in Ordnung und sollte ggf. belassen werden:

„Patient wurde bewusstlos. Notruf abgesetzt – Rea-Team kam relativ lange nicht. Patient dann schon blau.“

### 17) Juristisch verwertbare Informationen ✓

Nach jeder De-Identifikation sollte noch einmal sorgfältig überprüft werden, ob alle für ein juristisches Verfahren identifizierenden relevanten Informationen entfernt, bzw. hinreichend verallgemeinert worden sind (s. Infobox 5 CIRS und Gericht).

## Methodischer Ablauf einer professionellen Anonymisierung und De-Identifikation

Ein eingangener Fallbericht sollte zeitnah von zwei unabhängigen CIRS-Bearbeitern nacheinander anonymisiert und de-identifiziert werden (**4-Augen-Prinzip**). Abbildung 1 zeigt den Ablauf einer vollständigen Anonymisierung/De-Identifikation. Nach Abschluss der Anonymisierung und De-Identifikation muss der Originaltext des Berichts ohne die Möglichkeit der Wiederherstellung gelöscht werden. Erst die unwiderrufliche Vernichtung des Originalfalls schützt alle Beteiligten.

## Die externe, professionelle Anonymisierung und De-Identifikation: schneller, besser, sicherer?

Aus der Checkliste wird ersichtlich, dass die sichere, nach allen Seiten zuverlässige, Anonymisierung und De-Identifikation von CIRS-Fallberichten äußerst komplex und vielschichtig ist. Sie ist sicher nicht trivial und kann „*mal so nebenher*“ gemacht werden. Durch Fehler bei der Anonymisierung kann es leicht zu einer Gefährdung aller Beteiligten, des gesamten CIRS oder sogar der Institution selbst kommen.

Auch das APS schreibt in seinen **Empfehlungen zur Auswertung von CIRS-Berichten** [3]:

»Die Auswertung von CIRS-Berichten kann intern und/oder extern erfolgen; intern soll sie zentral bzw. von einer geschulten Gruppe durchgeführt werden, um die qualitative Auswertung objektivierbar zu machen. Sehr wichtig ist die Fachkompetenz dieser Gruppe. Deshalb soll bei Bedarf auch externes Expertenwissen in Anspruch genommen werden. Erfahrungsgemäß ist dies besonders in der Anfangsphase eines CIRS sinnvoll und notwendig.«

Externe, professionelle Anonymisierung und De-Identifikation ist eher noch die Ausnahme, obwohl sie heutzutage mit Hilfe entsprechender Software leicht und sicher eingerichtet werden kann (InPASS, PaSIS, CIRS-Medical). Technische Voraussetzungen erlauben datenschutzrechtlich sichere Umsetzungen (z.B. via SSL, VPN u.ä.). Neben zahlreichen Vorteilen, die eine externe Anonymisierung und De-Identifikation für eine Institution mit sich bringt (siehe Infobox 4), genießen externe Anonymisierer durch das Presserecht gemäß § 53 Abs. 1 Nr. 5 StPO - im Gegensatz zu internen Anonymisierern - auch den Vorteil des Aussageverweigerungsrechts zu bearbeiteten Originalberichten.

### Herausforderungen der Anonymitätswahrung: Grenzfälle der Anonymisierbarkeit

Empfehlungen zur Anonymisierung und De-Identifikation von Fallberichten können nur bedingt allgemein gültig formuliert werden. Im Detail ist die De-Identifikation von Fallberichten sehr komplex und erfordert neben guter medizinischer Fachkenntnis in vielen Bereichen auch sehr differenzierte Vorgehensweisen und Techniken (Vgl. nachfolgende Beispiele A-C). In Einzelfällen sitzen selbst die Autoren noch über eine Stunde an der De-Identifikation eines kniffligen, komplexen Fallberichts.

Es gibt Situationen, die nur schlecht oder nicht anonymisierbar sind. Aus diesem Grund sollte die Problematik der Anonymitätswahrung für alle berichtenden Mitarbeiter bereits im Vorfeld bei der Einführung von CIRS angesprochen werden – z.B. im Rahmen einer Mitarbeiter-Einführungsveranstaltung zu CIRS.

**»Eine sichere Anonymisierung und De-Identifikation ist immer auch von der organisationalen Einbettung eines CIRS in einer Institution abhängig.«**

④

#### Vorteile einer professionellen, externen Anonymisierung:

(am Beispiel der InPASS-Vorgehensweise)

- Schnelle Fallbearbeitung innerhalb 48 h
- Hohe Qualität der Anonymisierung durch erfahrene CIRS-Experten
- Sichere Anonymisierung durch Anwendung umfangreicher Checklisten (s. Checkliste auf Seite 3/4) und des 4-Augen-Prinzips (alle Fallberichte werden unabhängig voneinander von mindestens 2 Experten anonymisiert).
- Gesteigerte Akzeptanz und Vertrauen für CIRS bei Mitarbeitern
- Erhöhung der Anzahl sicherheitsrelevanter und kritischer Fallberichte („Heiße Fälle“)
- Verringerung der Gefahr eines Fehlstarts bei der Implementierung von CIRS
- Adäquate Risikopriorisierung der eingehenden Fälle durch in Systemsicherheit geschulte Experten
- schnelle Sensibilisierung aller Mitarbeiter und ggf. Verfassen von Eilmeldungen bei risikoreichen Berichten
- Wahrung der Neutralität gegenüber Berichtenden ist als externer Anonymisierer sichergestellt
- Anonymisierung der eingehenden Fallberichte unabhängig von Dienstplan, Krankenstand, Urlaubszeit und Arbeitsauslastung
- Unwiderrufliche Vernichtung der Originalfälle
- Größtmöglicher Schutz der Daten: Datenschutz bei Rechtsverfahren durch Aussageverweigerungsrecht externer Bearbeiter

#### A) CIRS-Berichte in kleinen Institutionen oder Abteilungen

Besteht eine Institutionen oder Abteilung aus verhältnismäßig wenigen Mitarbeitern, ist es oft schwer, Fallberichte innerhalb des Teams erfolgreich zu anonymisieren. Aus diesem Grund bergen kleine Meldekreise für CIRS eine größere Gefahr, die Anonymität von Berichtenden nicht wahren zu können, als dies bei großen Meldekreisen der Fall ist. Werden die Meldekreise einer Institution jedoch zu groß gestaltet, ist es oft schwierig, gezielte und damit effektive Verbesserungsmaßnahmen durchzuführen. Daher sollte die Größe der Meldekreise bei der Einführung von CIRS vorab entsprechend geklärt werden. Es sollte allen Beteiligten klar sein: Wenn ein Mitarbeiter Bedenken hat, dass er nach dem Einstellen eines Fallberichts „erkannt“ wird - und ihm das Schanden würde - so soll er diesen Fall nicht melden („CIRS braucht nicht alle Fälle, nur genügend!“).

Andererseits gibt es auch in kleinen Teams Ereignisse, vor allem echte „Beinahe-Ereignisse“, die nie jemandem explizit zugeordnet werden können: „Ich hatte Atropin aus der Schublade nehmen wollen, hatte dann aber beim Aufbrechen

der Ampulle gemerkt, dass es Adrenalin war“. Außerdem sind viele Berichte in CIRS Hinweise auf kritische Prozesse, die von jedem Teammitglied kritisiert worden sein könnten.

#### B) CIRS-Berichte zu internen, „allen bekannten Fällen“

Manche Fälle sind in einer Institution schneller bekannt, als man denkt. Wie „Lauffeuer“ breiten sich manche Begebenheiten aus. Solche Fälle „kennt schnell jeder“ und alle wissen wer dabei war: „Patientin wurde mit „akutem Abdomen“ aufgenommen ... später auf dem CT-Tisch wurde ein Kind geboren...“ Wird dann zu einem solchen Fall, bei dem intern schon lange alle Beteiligten namentlich bekannt sind, auch im CIRS berichtet, lässt er sich im Hinblick auf intern bekannte Personen **nicht** sicher anonymisieren. Aus diesem Grund sollten Fallberichte zu in der Institution allgemein bekannten Fällen entweder für die Mitarbeiter nicht lesbar geschaltet werden oder müssen soweit entkernt werden, dass lediglich die daraus hervorgehenden Problembereiche angesprochen werden, eine inhaltliche Zuordnung zum bekannten Fall oder kritischen Details jedoch nicht mehr

möglich sind. Alternativ kann in Rücksprache mit dem Berichtenden geklärt werden, ob er einer Veröffentlichung des Falls trotz Verlust der Anonymität zustimmt. In Institutionen, in denen die Sicherheitskultur bereits sehr ausgeprägt ist, stellt diese Vorgehensweise oft eine Option dar.

**Hinweis: Gute externe Anonymisierungssysteme erlauben die anonyme Kontaktierung des Melders durch das externe Team, um offene Fragen und Details zu klären.**

⑤

**CIRS-Fallberichte sind in Deutschland leider nicht vor dem Zugriff bei Gerichtsverfahren geschützt!**

CIRS-Fälle sollen „vor Gericht“ wertlos sein. Sorgfältige De-Identifikation ist zur Zeit der einzige wirksame Schutz. Für einen Richter muss der CIRS-Bericht „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ dem verhandelnden Fall zugeordnet werden können. Professionelle Anonymisierung garantiert, dass dies in keinem Fall möglich sein wird.

**C) CIRS-Berichte zu detaillierter Teamperformance, die nur Teammitglieder kennen können**

Problematisch im Rahmen der Anonymitätswahrung sind auch CIRS-Berichte, bei denen ein einzelnes Teammitglied ohne die Kenntnis der anderen Teammitglieder von einem kritischen Ereignis oder einem (Beinahe-)Schaden berichtet. In einem solchen Fall muss bei der sicheren Anonymisierung besonders sorgsam mit der Falldarstellung und etwaiger Kritik am Verhalten des Teams umgegangen werden. Die anderen Teammitglieder dürfen aus dem lesbar geschalteten Fallbericht nicht schlussfolgern können, von wem der Bericht verfasst wurde und welches Team betroffen war.

⑥

**Umgang mit Fallberichten zu Patientenschäden bei der Anonymisierung/De-Identifikation**

Einige CIRS-Betreiber fordern, ausschließlich Fälle zu berichten, aus denen keine Patientenschädigung resultierte. Aus Sicht der Autoren ist eine Differenzierung von Schaden und Beinahe-Schaden für die Praxis kaum realistisch. In vielen von den Autoren gesichteten CIRS-Fallsammlungen, die behaupteten, keine Schadensmeldungen zu haben, fanden sich zahlreiche Fälle mit realisierten Schäden. Daher sollten aus Sicht der Autoren alle Ereignisse auch im CIRS gemeldet werden können. Klar ist, dass Schadensfälle in jedem Fall offiziell bearbeitet werden müssen, mit dem Patient gesprochen wird und entsprechende gesetzlich vorgeschriebene Meldewege eingehalten werden (Meldung an BfArM etc.). Besonders Schadensfälle im CIRS müssen ohne weitere Nachverfolgung anonymisiert und de-identifiziert werden - so als ob kein Schaden eingetreten wäre. Die in CIRS gemeldeten Fallinformationen dürfen nicht anderweitig verwendet werden, sonst wird für den Informationsgewinn in einem einzigen Fall das Vertrauen in das gesamte CIRS geschädigt. Hierzu wird auch vom APS Stellung bezogen und der Vertrauensverlust in das ganze CIRS-System angemahnt [3]: „...Die Leitungsebene darf in einer solchen Situation keine Identifikationsanstrengungen unternehmen...“

Mit freundlicher Empfehlung



**Fazit**

**Die sichere Anonymisierung und De-Identifikation von eingehenden Fallberichten in CIRS ist nicht trivial und sollte von geschultem Personal durchgeführt werden. Nur dann ist ein ausreichender Schutz für Berichtende, Mitarbeiter, Patienten und die Organisation gewährleistet. Der vorgestellte Best-Practice Ansatz zur Anonymisierung kann geschultem Personal als Leitfaden dienen, eine zuverlässige Anonymisierung und De-Identifikation durchzuführen.**

**Impressum und Korrespondenzadresse  
ISBN 978-3-944715-00-1 4/2014**

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:  
Dr. med. Marcus Rall  
InPASS Institut für Patientensicherheit und Teamtraining GmbH, Friedrich-Naumann-Str. 13,  
72762 Reutlingen. [www.inpass.de](http://www.inpass.de)  
[institut@inpass.de](mailto:institut@inpass.de)

Grafik & Layout: Inworks GmbH, Ulm

**Literaturverzeichnis**

1. M. Rall, S. Oberfrank: „Critical incident reporting systems“: Erhöhung der Patientensicherheit. *Herz-Thorax- und Gefäßchirurgie* 2013(3).
2. M. Rall, S. Oberfrank: **Critical Incident Reporting Systeme (CIRS): Erfolgreiche Tools zur Erhöhung der Patientensicherheit im Krankenhaus.** *KU Gesundheitsmanagement* 2013, 6:56-58.
3. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.: **Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS) - Praxistipps für Krankenhäuser.** 2007. abgerufen März 2014. unter [http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Handlungsempfehlungen/CIRS/07-12-10\\_CIRS\\_Brosch\\_re\\_mit\\_Umschlag.pdf](http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Handlungsempfehlungen/CIRS/07-12-10_CIRS_Brosch_re_mit_Umschlag.pdf)
4. A. Valentin, Capuzzo M., Guidet B., Moreno R., Metnitz B., Bauer P., Metnitz P.: **Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study.** *BMJ* 2009, 338:b814.
5. WHO: **WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems - From Information to Action.** In: WHO World Alliance for Patient Safety; 2005: 1-72.
6. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.: **Empfehlungen zur Einführung von CIRS im Krankenhaus - 7 Schritte zur Einführung von CIRS.** 2006. abgerufen März 2014. unter <http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Handlungsempfehlungen/CIRS/07-07-25-CIRS-Handlungsempfehlung.pdf>
7. M. Rall, S. Oberfrank, F. Op Hey, A. Gaubatz: **Die sichere Anonymisierung und De-Identifikation von CIRS-Fallberichten. Ein Beitrag zur Erhöhung der Sicherheit von Mitarbeitern und Organisationen beim Betrieb von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS);** 2014 978-3-944715-00-1.