



AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS)

Praxistipps für Krankenhäuser

- Allgemeine Grundsätze
- Aufbau und Auswertung von CIRS-Berichten
- Praxisbeispiele
- FAQs
- Links und weiterführende Literatur
- Glossar

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeine Informationen	Seite 3
Warum CIRS im Krankenhaus?	Seite 3
Warum eine Handlungsempfehlung?	Seite 4
Was umfasst die Handlungsempfehlung?	Seite 5
Hinweise zur Verwendung und Umsetzung	Seite 6
Feedback	Seite 7

B. Tipps zur Einführung von CIRS im Krankenhaus	Seite 8
I. Allgemeine Grundsätze	Seite 8
1. Einleitung	Seite 8
2. Vom Projekt zur lernenden Organisation	Seite 9
3. Juristische und formale Randbedingungen	Seite 10
4. Grundsätze und Rahmenbedingungen	Seite 13

II. Der CIRS-Bericht	Seite 15
1. Was wird in CIRS berichtet ?	Seite 15
2. Wer darf in CIRS berichten?	Seite 15
4. Technische Lösungen	Seite 16
5. Empfehlungen für einen Minimaldatensatz	Seite 16

III. Organisation und Auswertung	Seite 18
1. Die Sammlung von CIRS-Berichten	Seite 18
2. Wer wertet CIRS-Berichte aus?	Seite 18
3. Wie werden CIRS-Berichte ausgewertet?	Seite 19
4. Umgang mit CIRS-Berichten	Seite 19
5. Evaluation von CIRS	Seite 20

C. Beispiele für Verbesserungsmaßnahmen	Seite 21
------------------------------------------------	----------

D. Häufig gestellte Fragen zur Einführung von CIRS im Krankenhaus	Seite 27
--------------------------------------------------------------------------	----------

E. Links und weiterführende Literatur	Seite 33
----------------------------------------------	----------

Glossar zur Patientensicherheit	Seite 37
----------------------------------------	----------

Impressum	Seite 38
------------------	----------

A. Allgemeine Informationen

Warum CIRS im Krankenhaus?

Jedes Krankenhaus verfügt über komplexe Strukturen, in denen viele Menschen an der Behandlung ihrer Patienten mitwirken. Für eine gute Behandlungsqualität müssen die Arbeitsabläufe dieser Menschen wirkungsvoll organisiert und koordiniert sein.

Dazu gehört, mögliche Schwachstellen im System frühzeitig zu entdecken. Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) sind freiwillige Berichtssysteme, die eigens zu diesem Zweck entwickelt wurden. Was ein Einzelner niemals leisten kann: die Eindrücke und Erlebnisse Vieler ermöglichen es, ein umfassendes Bild zu zeichnen. CIRS und das Risikomanagement sind wichtige Elemente der Sicherheitskultur im Krankenhaus; sie erhöhen die Patientensicherheit. Jede Krankenhausleitung muss deshalb großes Interesse an der Einführung von CIRS haben.

In einem CIRS werden Berichte von Mitarbeitern über ungewöhnliche Ereignisse in standardisierter Form gesammelt. So kann mit der Zeit eine hausinterne Berichtssammlung wachsen. Die besonderen Vorteile gegenüber anderen Methoden, Informationen zu sammeln, liegen dabei auf der Hand. CIRS ist für alle Mitarbeiter zu jedem Zeitpunkt verfügbar, weshalb Berichte zeitnah abgegeben werden können. Zudem haben Mitarbeiter die Möglichkeit, anonym und somit frei von Ängsten zu berichten. Aufgrund dieser Bedingungen bietet CIRS die einmalige Chance, Ereignisse zur Kenntnis zu bringen, die ansonsten auf übergeordneter Führungsebene unentdeckt blieben oder spät erkannt würden. Eine wichtige Voraussetzung ist die Gewährleistung der Sanktionsfreiheit gegenüber den Berichtenden durch die Krankenhausleitung.

Der Sammlung von Berichten folgt ihre systematische Auswertung. In dieser Phase wird CIRS zu einem Analyseinstrument des Qualitäts- und Risikomanagements. Sind kritische Situationen und Risiken erkannt, können Strategien zur Ihrer Vermeidung und Handhabung entwickelt und umgesetzt werden. Entscheidend ist, dass CIRS sich an den realen Gegebenheiten vor Ort orientiert und so ein Risikomanagement individuellen Zuschnitts entstehen kann, das den Bedürfnissen des eigenen Hauses Rechnung trägt.

Im steten Kreislauf von Bericht, Analyse und Verbesserungsmaßnahme hilft CIRS, Brücken zwischen Verantwortlichen und Beteiligten zu schlagen. Die Unternehmensführung wird im CIRS ein geeignetes Instrument finden, den Erlebnis- und Erfahrungsschatz ihrer Mitarbeiter als Ressource für den Aufbau eines hausinternen Risikomanagements zu nutzen, mit dem sich finanzielle und ideelle Schadensfolgen aus Risikokonstellationen erfolgreich vermeiden lassen. Mitarbeiter werden CIRS als Beteiligungsprogramm kennen lernen, mit dessen Hilfe sie Verbesserungen an ihrem Arbeitsplatz initiieren können. Eine zusätzliche Motivation kann darin bestehen, dass Berichtsformulare eigene Verbesserungsvorschläge vorsehen und neben negativen auch außergewöhnlich positive Ereignisse berichtet werden können.

Der Aufbau eines Risikomanagements ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die jedes Krankenhaus vor besondere Herausforderungen stellt. Mit CIRS steht ein Hilfsmittel zur Verfügung, diesen Prozess übersichtlich zu strukturieren. Dabei kann man sich die eingehenden Berichte wie Alarmsignale in einer Frühwarnanlage vorstellen. Kein anderes System ist geeignet, die tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort mit ähnlich geringem Aufwand abzubilden. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. empfiehlt Krankenhäusern deshalb, die Vorteile von CIRS zu nutzen und entsprechende Systeme im eigenen Haus zu installieren.

Warum eine Handlungsempfehlung?

Hat sich ein Krankenhaus für die Einführung von CIRS entschieden, beginnt eine Phase der Recherche, in der die Anforderungen verschiedener Systeme geprüft und verglichen werden. Dabei wird schnell klar: CIRS umfasst mehr als das Formular, in dem Berichte verfasst werden. Eine Vielzahl von Fragen kreist um Zuständigkeiten, Kommunikationswege und die Organisation von Verbesserungsmaßnahmen. Alle Faktoren wollen im Vorfeld bedacht sein, wenn sich CIRS langfristig erfolgreich entwickeln soll.

Dabei scheinen die Alternativen, aus denen sich wählen lässt, zunächst schier unbegrenzt. Auch lehrt die Forschungsliteratur, dass viele Krankenhäuser ihre CIRS an lokale Bedürfnisse angepasst haben. Die daraus resultierende Vielfalt erschwert den Entscheidungsprozess und behindert ihn möglicherweise sogar dahingehend, dass man zu der Annahme gelangt, jedes Haus müsse CIRS neu erfinden.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. hat diese Situation zum Anlass genommen, eine Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen. Zahlreiche Experten mit CIRS-Erfahrung haben ihr Wissen eingebracht. Gemeinsam haben sie die Vorzüge und Nachteile verschiedener Berichtssysteme diskutiert und zusammengetragen, worauf es bei der Einführung von CIRS vor allem ankommt.

Die Ergebnisse dieser Beratungen sind in der Handlungsempfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus zusammengefasst. Sie will interessierten Häusern Hilfestellung geben, notwendige Entscheidungen planvoll zu treffen, um aus der bestehenden Angebotsvielfalt dasjenige CIRS auszuwählen, das auf die eigenen Bedürfnisse am besten zugeschnitten ist.

Darüber hinaus hängt der Erfolg eines jeden Berichtssystems davon ab, es sinnvoll in ein umfassendes Risikomanagementkonzept einzubinden. Deshalb muss zu einem möglichst frühen Zeitpunkt festgelegt werden, wie der spätere Kreislauf aus Bericht, Analyse und Verbesserungsmaßnahme organisiert sein soll. Auf der Grundlage des in unserer Arbeitsgruppe versammelten Expertenwissens geben die Handlungsempfehlungen auch dazu Ratschläge, in welcher Phase der Planung, Implementierung und Umsetzung, entsprechende Weichen gestellt werden sollten.

Was umfasst die Handlungsempfehlung?

Die Handlungsempfehlung ist ein offizielles Dokument des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., in dem der Nutzen von CIRS für das Risikomanagement erläutert wird und konkrete Hilfestellungen zur Einführung von CIRS im Krankenhaus gegeben werden.

In zeitlicher Abfolge wird die Einführung von CIRS in sieben Schritten von der Beschlussfassung bis zur Evaluation beschrieben. Die Empfehlung kann in der Art einer Checkliste verwendet werden. Beispiele verweisen auf lokale Besonderheiten, die gegebenenfalls zu berücksichtigen sind.

Die sieben Schritte umfassen im Einzelnen

- Entscheidungsphase
- Planungsphase
- CIRS-Einführung
- Umsetzung von Evaluation und Auswertung
- Organisation von Verbesserungsmaßnahmen im Risikomanagement
- Rückmeldungen
- Evaluierung der ersten Erfahrungen mit CIRS

Zusätzlich zum offiziellen Dokument stellt das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. die vorliegende Broschüre zur Verfügung, die Ihnen die Umsetzung der Empfehlung in Ihrer Einrichtung erleichtern soll.

Alle Materialien stehen Ihnen auf der Homepage des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Die vorliegende Broschüre vertieft einzelne Fragestellungen aus der Handlungsempfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus und will Ihnen weiterführende Hintergrundinformationen vermitteln. Im Kapitel „Tipps“ lernen Sie Mindestvoraussetzungen kennen, die jedes Berichtssystem erfüllen sollte. Sie werden unter eingehender Berücksichtigung möglicher alternativer Herangehensweisen beschrieben. Das Kapitel „Häufig gestellte Fragen“ dient der schnellen Orientierung zu konkreten Problemstellungen. Ein ausführliches Literatur- und Linkverzeichnis runden die Broschüre ab.

Hinweise zur Verwendung und Umsetzung

Die Handlungsempfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus richtet sich in erster Linie an Krankenhäuser, die die Implementierung eines Berichtssystems planen, aber noch nicht verwirklicht haben. Häuser, die bereits über ein CIRS verfügen, können die Empfehlung einsetzen, um den Wirkungsgrad ihrer Ablauforganisation einer nochmaligen Prüfung zu unterziehen. Die vorliegende Broschüre, die als Ergänzung zur Empfehlung gedacht ist, mag beiden helfen, ihr Wissen über CIRS zu vervollständigen und Antworten auf drängende Fragen zu finden.

In Ihrer chronologischen Gliederung ist die Handlungsempfehlung darauf ausgelegt, als Vorlage für die Ausarbeitung eines individuellen Projektplans zur Implementierung von CIRS zu dienen. Dabei sollte bereits vor Beginn des eigentlichen Implementierungsprozesses entschieden werden, wie der spätere Kreislauf aus Bericht, Analyse und Verbesserungsmaßnahme organisiert sein wird. Um diesen realen Abläufen Rechnung zu tragen, spannt die Empfehlung einen zeitlichen Bogen, der von der ersten Entscheidung zur Einführung eines CIRS bis hin zum routinierten „Normalbetrieb“ reicht.

Bereits in den ersten Phasen des Implementierungsprozesses müssen Entscheidungen getroffen werden, die über den Erfolg oder Misserfolg eines CIRS bestimmen können. So ist es denkbar, dass ein Krankenhaus zu dem Ergebnis kommt, dass die Einführung eines hausinternen Berichtssystems vorhandene Ressourcen übersteigt. In diesem Fall ist es ratsam, über den Nutzen externer Berichtssysteme nachzudenken. Hinweise dazu finden Sie im Linkverzeichnis unserer Broschüre. Sicher sollte bei der Teilnahme an einem externen System sorgfältig geprüft werden, wer der Betreiber ist, wo die Daten gespeichert werden, wer die Datenhoheit hat und wofür ein eventueller Dienstleister die Daten in naher und ferner Zukunft noch benutzen könnte und wollte und inwieweit dieser wirklich „unabhängig“ ist.

Am Anfang jeder CIRS-Einführung sollte die eindeutige Zustimmung der jeweils Verantwortlichen aber auch der Mitarbeiter stehen, denn CIRS lebt von der Akzeptanz aller Beteiligten. Außerdem sollte der Implementierung eine umfassende Information und Schulung aller Mitarbeiter vorausgehen. Darüber hinaus empfiehlt es sich, Patienten über die Instrumente des klinischen Risikomanagement zu informieren.

Empfehlung und Broschüre stehen Krankenhäusern und den in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen als Grundlage für die Einführung von CIRS zur Verfügung. Sie sollen Unterstützung bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien geben. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten liegen in der ausschließlichen Eigenverantwortung der hier fachlich geeigneten Leistungserbringer.

Sollten Sie die vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zur Verfügung gestellten Materialien in gestalterisch ergänzter oder veränderter Form nutzen wollen, so bedarf dies der ausdrücklichen Zustimmung durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Feedback

Die Handlungsempfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus ist ein Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit. Dieser Prozess bedarf kontinuierlicher Weiterentwicklung und Anpassung. Rückmeldungen jeder Art an das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. sind deshalb ausdrücklich erwünscht. In seiner vernetzten Struktur bietet das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. auch Hilfestellungen bei der Analyse von Erfahrungsberichten und Diskussionsbeiträgen. Zudem besteht für Sie die Möglichkeit, Fragen, die in der vorliegenden Broschüre nicht behandelt werden, an das Aktionsbündnis Patientensicherheit zu richten.

Ihre Fragen, Anregungen und Rückmeldungen richten Sie bitte an:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
- Geschäftsstelle -
c/o Private Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 44
58455 Witten
kontakt@aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

B. Tipps zur Einführung von CIRS im Krankenhaus

I. Allgemeine Grundsätze

1. Einleitung

CIRS ist ein Instrument, die so genannte "Critical Incident Technique" anzuwenden. Seit den 1940er Jahren wird dieses aus der Verhaltenspsychologie stammende Verfahren eingesetzt, um Arbeitsumgebungen zu erforschen und optimieren. Das Prinzip ist das Folgende: Es werden Berichte über Verhaltensweisen gesammelt, die über Erfolg oder Misserfolg einer Handlung entscheiden. Aus der Analyse positiver und negativer Abweichungen werden dann konkrete Verbesserungsvorschläge abgeleitet.

Seit den Anfängen in den 1940er Jahren ist die „Critical Incident Technique“ in unterschiedlichen Umgebungen eingesetzt und fortentwickelt worden, z.B. in der Luftfahrt. Auch für das Krankenhaus steht heute eine Vielzahl von Berichtssystemen zur Auswahl. Trotz dieser Vielfalt sind die Grundsätze weitgehend unverändert geblieben. Im Folgenden finden Sie wichtige Regeln, die für jedes CIRS gelten und lernen Rahmenbedingungen kennen, die es zu bedenken gibt.

Grundsätze sind:

- CIRS ist ein Lerninstrument für den dauerhaften Gebrauch
- Freiwilligkeit
- Sanktionsfreiheit
- Vertraulichkeit
- Anonymität
- Unabhängigkeit
- Einfache Berichte
- Klare Definition der Berichtsinhalte
- Analyse durch Experten
- Feedback an alle
- Systemorientierung
- Klare Strukturen
- CIRS bedarf der periodischen Evaluation

2. Vom Projekt zur lernenden Organisation

Viele Krankenhäuser beginnen die Einführung von CIRS mit Pilotprojekten. Diese Herangehensweise hat den Vorteil, dass ein Berichtssystem in einer ersten Phase getestet und erprobt werden kann. Diesen Prozess beschreibt auch die Handlungsempfehlung zur „Einführung von CIRS im Krankenhaus“. Noch entscheidender jedoch ist die Zeit nach der Pilotphase: Veränderungen und Verbesserungen aus CIRS sollen dauerhaft wirken und Mitarbeiter, die CIRS nutzen, sollen erleben, dass auf Anregungen angemessen reagiert wird.

Der Erfolg eines CIRS steht und fällt deshalb mit der Glaubwürdigkeit des Systems. Die Mitarbeiter, die Berichte schreiben und ihrer Klinik beim Lernen helfen, müssen davon überzeugt sein, dass sie selbst keine Nachteile aus der Mitarbeit im CIRS haben werden (Bestehende Ängste müssen abgebaut werden). Außerdem müssen sie erfahren, dass die Zeit, die sie für einen Bericht benötigen, gut investiert ist, weil aus den Berichten sinnvolle Veränderungen im Krankenhaus, und damit für die eigene Arbeitsumgebung, abgeleitet werden. Vertrauenswürdigkeit und die Erfahrung, die Arbeitsumwelt mitzugestalten, sind die Grundlage der Berichtsbereitschaft und damit der Funktionsfähigkeit des Risikomanagements

Hierfür sind folgende Voraussetzungen besonders wichtig:

- Die Klinikleitung und die Abteilungsleitungen stehen hinter den Intentionen und der Einführung des Systems – das System wird z.B. nicht nur eingeführt, weil es „Mode“ ist oder weil ein QM-System es vorschreibt.
- Die Mitarbeiter werden umfassend über Ziele und Funktionsweise des CIRS informiert und bei der Einführung des CIRS werden die Mitarbeiter selbst bzw. ihre Vertreter (Betriebsrat usw.) mit einbezogen.
- Die Berichte werden regelmäßig analysiert und daraus abgeleitete Veränderungen werden zeitnah umgesetzt.
- Den Beteiligten ist bewusst, dass das CIRS nur ein Instrument zur Lösung von existierenden Problemen ist – es ist nicht die Lösung selbst.

Die dauerhafte, erfolgreiche Umsetzung eines CIRS im Krankenhaus geht daher weit über den Rahmen eines Projekts hinaus und bedeutet die Einführung eines völlig neuen Lerninstruments in der lernenden Organisation Krankenhaus.

3. Juristische und formale Randbedingungen

CIRS und Arbeits-/Dienstrecht

In der Handlungsempfehlung zur „Einführung von CIRS im Krankenhaus heißt es: „CIRS ist ein *Beteiligungsprogramm* – ohne das aktive Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihre Freistellung von Sanktionen wird das CIRS im Risikomanagement nicht dauerhaft funktionieren können. 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(...)“

Um diesen Grundsätzen Genüge zu tun, wird dringend empfohlen, zwischen der Krankenhausleitung und den beteiligten Personen eine schriftliche Vereinbarung über die Freiwilligkeit, Anonymität und Sanktionsfreiheit im CIRS zu treffen. Eine wichtige Voraussetzung für die Wirksamkeit dieser Vereinbarung ist die strikte Trennung zwischen CIRS und Schadensmeldesystemen. Denn eine Zusicherung von Sanktionsfreiheit bezieht sich allein auf das CIRS. Im Vorfeld der Implementierung sollten alle Mitarbeiter über die sie betreffenden juristischen Rahmenbedingungen eingehend informiert werden.

Aus juristischer Sicht schafft CIRS **keine neuen Anknüpfungen für arbeits- oder dienstrechtliche Sanktionen und für eine strafrechtliche Haftung**. Der Bericht von kritischen Ereignissen in das klinikinterne CIRS bzw. Risikomanagement ist keine Verfehlung und die Zusicherung der Freistellung von arbeits-/dienstrechtlichen Sanktionen durch die Krankenhausleitung bzw. den Krankenhausträger ist rechtlich unproblematisch.

Allerdings betrifft diese Freistellung nicht mögliche Sanktionen, die aufgrund von *Schadensmeldepflichten* durch den Dienstherrn in gravierenden Fehlerfällen ergriffen werden können. Schadensmeldesystem und CIRS sind deshalb streng getrennt zu halten. Der CIRS-Bericht ist in der Regel anonym und nicht identifizierbar, die Schadensmeldung hingegen enthält alle notwendigen persönlichen Daten. Auch deshalb ist CIRS für staatsanwaltschaftliche Ermittlungen grundsätzlich irrelevant.

Es ist empfehlenswert, den Bericht eines kritischen Ereignisses und den Bericht über einen eingetretenen Schaden auf folgende Weise auseinanderzuhalten: Der Bericht über das kritische Ereignis geht ins CIRS, der Bericht über den Schaden in das Schadensmeldesystem. Es gibt allerdings CIRS, die auch Schadensereignisse aufnehmen, andere lehnen dies ab. Beides ist sinnvoll – entscheidend ist jedoch: alle Berichte gehen in das Risikomanagement ein und werden dort ausgewertet und verarbeitet. Ein kritisches Ereignis, das noch keinen Schaden ausgelöst hat, wird in das CIRS berichtet. Ein kritisches Ereignis, das (später) einen Schaden auslöst oder ausgelöst hat, wird jedenfalls auch in das Schadensmeldesystem berichtet. In einigen Systemen werden Ereignisse, aus denen nachträglich ein Schaden bekannt wird, aus dem CIRS gelöscht. Wichtig ist in jedem Fall folgende Unterscheidung: Im Schadensmeldesystem geht es in erster Linie um Haftung und Versicherung, also auch um mögliche Sanktionen, im CIRS geht es um Fehler- und um Schadensvermeidung.

Berichten und Versicherung

Berichten im CIRS begründet keine versicherungsrechtlichen Nachteile. Nachteile können aber mit Schuldanerkenntnissen verbunden sein.

- Berichten ist nicht Schuld anerkennen!
- Schaden melden ist nicht Schuld anerkennen!
- Mit dem Patienten über ein kritisches Ereignis sprechen, ist kein Schuldanerkenntnis!
- Sein Bedauern über einen Zwischenfall aussprechen, ist kein Schuldanerkenntnis!
- CIRS gefährdet nicht den Versicherungsschutz.
- Im Gegenteil: Risikomanagement mit CIRS kann die Höhe der Versicherungsbeiträge des Krankenhauses positiv beeinflussen.

CIRS und Haftung

CIRS schützt – richtig organisiert und betrieben – vor Haftung, weil es fehler- und schadensvermindernd wirkt. Die Erkenntnis von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden durch CIRS und die Vorbeugung im Risikomanagement vermeidet Haftung, Schadensersatzansprüche und die öffentlich schädigende Auseinandersetzung um vermeidbare unerwünschte Ereignisse. Die Nutzung und positive Verarbeitung von CIRS-Informationen im Risikomanagement ist nicht nur nützlich im beschriebenen Sinne, sondern vermeidet auch möglicherweise erhebliche Folgekosten, trägt zu einer hohen Sicherheitskultur, zur Patientensicherheit und zu einem positiven Arbeitsklima bei.

Diese positiven Wirkungen werden allerdings beeinträchtigt, wenn CIRS und Risikomanagement fehlerhaft organisiert und betrieben werden, weil beide auch Gegenstand des Haftungsrechts sind. Die bestehende Verpflichtung zur Organisation eines Risikomanagements nach GKV-Recht ist ebenso wie seine Pflege Gegenstand der arzthaftungsrechtlichen **Organisationshaftung**.

Das **Arzthaftungsrecht** enthält einerseits inhaltliche Vorgaben für das Risikomanagement in der Form von Organisationsaufgaben (Voraussetzungen guter Behandlung, Aufklärung, Dokumentation und Einsichtnahme regeln) und andererseits ist es Gegenstand der Organisationshaftung. Ein eingerichtetes und ausgeübtes Risikomanagement muss dem Standard guter Organisation entsprechen.

CIRS und ein darauf basierendes Risikomanagement sind Gegenstand des Haftungsrechts = der Organisationshaftung. Es gelten deshalb folgende Organisationspflichten:

- Eingerichtetes CIRS und Risikomanagement sind zu pflegen.
- Beobachten, Analysieren und Bewerten sowie Reagieren sind die wichtigsten Organisationspflichten.
- Dienstleistungsbeobachtungs- und Reaktionspflicht sind durch den Organisationsverantwortlichen zu beachten.
- Das Angebot von Informationssystemen über Risikokonstellationen ist zu kontrollieren (organisatorische Informations- und Fortbildungspflicht).

- Ein bestehendes eigenes CIRS verlangt Analyse der und Reaktion auf Berichte insbesondere bei Häufungen oder drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Patientensicherheit.
- Das Instrument der Reaktion ist die organisatorische Maßnahme durch den Organisationsverantwortlichen.

Wer solche Pflichten verletzt und dadurch kausal Patientenschäden verursacht, unterliegt der Organisationshaftung. Das folgende Schema soll die möglichen Haftungskonstellationen bei fehlerhaftem Organisationshandeln verdeutlichen

Organisationshaftungsschema:

Wer?	der Krankenhausträger, sonstige Organisationsverantwortliche haften
Wofür?	(direkt) für <i>Organisationsfehler</i>
Was ist das?	Fehler bei der Organisation von Behandlungsprozessen und ihrem Management d.h. beispielsweise, CIRS wird eingeführt und <ul style="list-style-type: none"> • es gibt <i>gehäuft</i> kritische Berichte, aber • es wird <i>nicht</i> analysiert und • es wird <i>nicht</i> bewertet und • es wird <i>nicht</i> reagiert und • es kommt deshalb zu <i>Patientenschäden</i> <p>➡ In diesem Falle greift die Organisationshaftung!</p>

Die Organisationshaftung schließt eine mögliche individuelle Fehlerverantwortung nicht aus.

4. Grundsätze und Rahmenbedingungen

Wenn CIRS erfolgreich funktionieren soll, müssen Rahmenbedingungen und Grundsätze festgelegt werden. Hiermit wird das Fundament für CIRS gelegt, darum sollen vor der Pilotierung bzw. Umsetzung folgende Punkte sicher und gut geplant werden.

Unterstützung durch die Leitung

Die Krankenhaus- sowie die Abteilungsleitung müssen die Implementierung und Etablierung eines CIRS für alle Mitarbeiter/innen erkennbar unterstützen und wollen. Dafür müssen die Abteilungsleitungen über die Vorteile, Nachteile, Anforderungen und über die Ziele von CIRS informiert werden.

Aufbaustruktur

Die adäquate Aufbaustruktur soll die Funktionen von CIRS unterstützen. Damit soll Folgendes erreicht werden:

- Schnelle horizontale sowie vertikale Kommunikation und Information
- Überblick aller Meldungen, um Fehlermuster bzw. isoliert aufgetretene Fehlerquellen oder Risikokonstellationen zentral zusammenzuführen
- Durchführung von krankenhausesübergreifenden Auswertungen und Erstellung eines Reportes für die Krankenhausleitung
- Einleitung und Koordination von krankenhausesübergreifenden bzw. abteilungsspezifischen Maßnahmen
- Neutrale und objektive Auswertung und Bearbeitung der Meldungen
- Das Lernpotenzial dem gesamten Krankenhaus zur Verfügung stellen.

Diese Ziele zu erreichen, bestehen je nach Größe des Krankenhauses verschiedene Möglichkeiten, die Sammlung und Auswertung von CIRS-Berichten zu organisieren. Bei großen Häusern empfiehlt sich eine Satellitenstruktur mit einer zentralen Stelle mit Qualifikationen aus dem klinischen Bereich und gleichzeitig dezentralen und interprofessionellen Gruppen auf Abteilungsebene. Bei kleinen und mittleren Häusern empfiehlt sich zumindest die Einrichtung einer zentralen interprofessionellen Stelle, die z.B. auch beim Qualitätsmanagement angesiedelt sein kann. Diese Stelle soll aber nicht zu groß sein, damit die Arbeitseffektivität nicht gestört wird. In jedem Fall ist darauf zu achten, dass die für die Sammlung und Auswertung von CIRS-Berichten Verantwortlichen über entsprechende Fachkenntnisse und so genannte „Soft-skills“ verfügen, z.B. Teamfähigkeit, Empathie, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit.

Schutz der Mitarbeiter

Wie weiter oben ausgeführt müssen diejenigen, die CIRS-Berichte schreiben und die, die sie auswerten, vor Sanktionen geschützt werden. Dazu empfiehlt sich eine vorausgehende schriftliche Mitarbeiterschutzklärung der Krankenhausleitung. Damit ermöglicht die Leitung das vertrauensvolle Wachsen einer Sicherheitskultur. Diese Erklärung müssen alle Mitarbeiter erhalten.

Grundsätze für die Implementierung und Etablierung von CIRS

Für die erfolgreiche Etablierung von CIRS sollen Grundsätze definiert und schriftlich fixiert werden, um die Zusammenarbeit zu erleichtern, die für die Krankenhausleitung, für die Mitarbeiter des Krankenhaus sowie des Risikomanagements gelten müssen.

Grundsatz	Erläuterung
Sanktionsfreiheit	Mitarbeiter können und dürfen nicht für Systemfehler verantwortlich gemacht werden. Dabei sollen nicht grobe Inkompetenz, Missachtung von Verfahrensregeln, Verletzung von Vorschriften oder illegale Aktivitäten negiert oder ignoriert werden.
Anonymität und De-Identifizierung der Berichte	Es werden keinerlei personenbezogene Daten im Rahmen des Berichts abgefragt oder gespeichert. Berichte, die personenbezogene Daten enthalten, werden nachträglich anonymisiert und de-identifiziert, bevor sie bearbeitet oder weitergeleitet werden.
Vertraulichkeit	Die Identität des Berichtenden und die des Patienten wird nicht an Dritte weitergegeben (auch wenn Berichte personenbezogene Daten enthalten)
Freiwilligkeit	Berichte erfolgen ohne Zwang. Eine Verpflichtung wirkt sich negativ auf die Motivation aus.
Unabhängigkeit	Das Berichtssystem ist unabhängig von jeglicher Autorität, die den Berichtenden oder das Risikomanagement bestrafen könnte.
Analyse durch Experten	Berichte werden von benannten CIRS-Verantwortlichen analysiert, die sich vor allem mit den zugrunde liegenden Systemfehlern aber auch mit Standardabweichungen beschäftigen und die Strukturen des Krankenhaus kennen
Feedback an alle	Rückmeldungen über die Berichte, ihre Analyse und empfohlene und ergriffene Maßnahmen werden an alle Mitarbeiter weitergegeben, z.B. im Rahmen von Routine-Besprechungen, Fehlerkonferenzen, Veröffentlichungen von Fällen der Woche, des Monats usw.
Klare Aufbau- und Ablaufstrukturen	Die Aufgaben, Zuständigkeiten, Rechte sowie Strukturen des Risikomanagements, von dem CIRS ein Teil ist, sind standardisiert, für alle zugänglich und werden allen Mitarbeiter mitgeteilt.
Das Berichtsverfahren muss einfach sein	Berichte sollen einfach und möglichst zeitnah zum berichteten Ereignis abgegeben werden.
Klare Definition des Berichtsinhalts	Im CIRS werden außergewöhnliche Ereignisse (negative und positive) berichtet. Eine genaue Definition dessen, was berichtet werden soll und was nicht berichtet werden soll, muss im Vorfeld festgelegt werden. Diese Definition müssen alle Mitarbeiter kennen. Außerdem muss es eine klare Verabredung geben, wie mit Berichten verfahren wird, die die verabredete Definition nicht treffen.
Systemorientierung	Empfehlungen fokussieren Veränderungen von Systemen, Prozessen, deren Wechselwirkungen oder von Produkten.

II. Der CIRS-Bericht

1. Was wird in CIRS berichtet?

CIRS ist ein Instrument, mit dem man Risiken in klinischen Abläufen entdecken und Lösungen finden will. Deshalb sollen Mitarbeiter von außergewöhnlichen Vorkommnissen berichten, die ihnen selbst widerfahren sind oder die sie beobachtet haben. Im Mittelpunkt steht dabei zunächst nur, was beobachtet wurde, nicht die Folgen. Grundsätzlich kann deshalb alles, was der Berichtende als außergewöhnlich oder kritisch ansieht, in ein CIRS eingehen. Allerdings ist zu bedenken, dass bspw. aus einem kritischen Ereignis ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis - d.h. ein Fehler mit Schadensfolge - von haftungsrechtlicher Relevanz entstehen kann. Deshalb sollte jedes Krankenhaus im Vorfeld eine Entscheidung darüber treffen, welche Ereignisse berichten werden sollen und wie mit Berichten über Schäden verfahren wird. Die Mitarbeiter sollten über diese Entscheidung eingehend informiert werden.

Gleichzeitig muss darauf geachtet werden, dass Mitarbeiter nicht mit komplizierten Definitionen überfordert werden oder ihnen abverlangt wird, die möglicherweise erst in der Zukunft auftretenden Konsequenzen eines Ereignisses in voller Tragweite abzuschätzen. Deshalb ist es empfehlenswert, den Berichtenden einerseits selbst darüber entscheiden zu lassen, was aus seiner Sicht zukünftig vermieden werden sollte und deshalb berichtenswert ist – die endgültige Risikoklassifizierung und –bewertung andererseits aber durch das Auswertungsteam und nicht durch den Berichtenden vornehmen zu lassen.

Aus den genannten Gründen beschränken sich viele Berichtssysteme darauf, kritische Ereignisse oder Beinaheschäden zu erfassen, d.h. Berichte von Fehlern, die beim Patienten nicht zu einem Schaden geführt haben. Besonderer Erwähnung verdienen schließlich CIRS, in denen Mitarbeiter auch außergewöhnlich positive Ereignisse berichten können. Dahinter steht die Idee, dass diese Vorkommnisse Lösungsansätze für kritische Situationen enthalten.

2. Wer darf in CIRS berichten?

Grundsätzlich können Mitarbeiter aller Berufsgruppen im Krankenhaus, die direkt oder indirekt an der Patientenbehandlung beteiligt sind, das CIRS nutzen; D.h. Mitarbeiter aus dem klinischen, technischen und administrativen Bereich, aber auch Mitarbeiter der unterstützenden Prozesse wie z. B. aus dem Einkauf, der Reinigung oder Wäscherei. Dafür ist notwendig, Mitarbeiter ausreichend zu informieren und zu schulen. Alle Mitarbeiter sollten wissen, was, wie, warum und wo sie berichten können.

Meldungen von Patienten, von Angehörigen oder von Besuchern über Risikokonstellationen sollen ebenfalls erfasst werden, aber nicht im CIRS, sondern z.B. im Vorschlagwesen oder im Beschwerdemanagement. Im Gegensatz zum CIRS empfiehlt es sich, Berichte von Patienten und Angehörigen im Sinne einer Patienten- bzw. Kundenorientierung nicht anonym, sondern mit personenbezogenen Daten zu erfassen. Der Vorteil liegt darin, dass ein persönlicher Dialog möglich ist und der Patient eine zeitnahe Antwort auf seine Eingabe erhält.

3. Technische Lösungen

Berichte geben die beobachteten Ereignisse in strukturierter Form wieder. Deshalb gibt es in aller Regel ein Berichtsformular, das Mitarbeiter für ihre Berichte benutzen. Selten ist dagegen die Übermittlung und Aufnahme von Berichten am Telefon. Üblich sind Berichtsformulare auf Papier oder in elektronischer Form. Für welche Variante man sich entscheidet, sollte wesentlich davon abhängen, dass die Formulare für alle Mitarbeiter ohne weitere Hürden zugänglich sind. Ebenso ist darauf zu achten, dass die Formulare selbsterläuternd sind, d.h. es keiner besonderen Vorkenntnisse bedarf, sie auszufüllen.

Papierbögen werden entweder gesammelt, z.B. in einem dafür vorgesehenen Briefkasten oder per Post/Fax direkt an eine Sammelstelle übermittelt. Elektronische Bögen werden unmittelbar im Rechner eingegeben und von dort aus weitergeleitet.

Im Einzelnen ist jedes Krankenhaus vor die Wahl gestellt, ein eigenes System zu entwickeln oder aus einer Vielzahl auf dem Markt befindlicher Lösungen und Anbieter zu wählen. Im Mittelpunkt sollte dabei die Abwägung stehen, welches System den eigenen Bedürfnissen und Möglichkeiten am besten Rechnung trägt.

4. Empfehlung für einen Minimaldatensatz

Im Folgenden werden die Fragen/Datenfelder dargestellt, die in einem Berichtsbogen eines neu eingeführten CIRS mindestens vorhanden sein sollten. Außerdem werden drei weitere Felder erläutert, die das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. des Weiteren für wünschenswert hält. Grundsätzlich zeigt die Erfahrung, dass offene Fragen mit Freitextfeldern den Berichtenden dabei helfen, das Ereignis detailliert und umfassend darzustellen. Gerade für die Analyse und Auswertung sind diese Freitextfelder außerordentlich wichtig: die Fehleranalyse lebt vom Freitext.

Der Berichtsbogen eines neuen CIRS sollte mindestens folgende Felder umfassen:

Frage	Erläuterung	Warum
Was ist geschehen?	<i>Freitextfeld</i> Hier sollte der Berichtende eine kurze, detaillierte Beschreibung des Ablauf des Ereignisses verfassen.	Nur die detaillierte Beschreibung des Ereignisses kann den Lesern des Berichts darstellen, was passiert ist.
Was war das Ergebnis?	<i>Freitextfeld</i> Hier sollte der Berichtende den weiteren Verlauf bzw. die Folgen des Ereignisses beschreiben.	Die Beschreibung des weiteren Verlaufs bzw. der Folgen des Ereignisses hilft den Lesern des Berichts meist bei der Einschätzung des Ereignisses.
Warum ist es geschehen?	<i>Freitextfeld</i> Hier sollte der Berichtende die aus eigener Sicht vermuteten Gründe darstellen.	Die Perspektive des Berichtenden auf Gründe und Vermeidungsmöglichkeiten zeigt häufig Aspekte auf, die in den vorigen Freitext-

Wie könnte es zukünftig verhindert werden?	<i>Freitextfeld</i> Hier soll dem Berichtenden die Möglichkeit gegeben werden, selbst Verbesserungsvorschläge zur Vermeidung eines solchen Ereignisses anzugeben.	feldern noch nicht erwähnt wurden und geht auch oft über das hinaus, was eine externe Analyse erkannt hätte.
--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Folgende Felder sind je nach Kontext des CIRS **wünschenswert**. (Je nach Größe des Krankenhauses muss jedoch darauf geachtet werden, dass diese Informationen nicht die **Anonymität** des CIRS gefährden, d.h. in kleineren Krankenhäusern/ Abteilungen ggf. nicht abfragen)

Frage	Erläuterung	Warum
Wer berichtet?	<i>Vorgegebene Liste / Drop-Down-Menü</i> Der Berichtende ordnet sich selbst einer Berufsgruppe zu. Je nach Einsatzort des CIRS muss diese Liste angepasst werden. (z.B.: Ärztin/Arzt; Krankenschwester/Pfleger; Hebamme; etc.)	Je nach Anzahl der Berichte pro Berufsgruppe kann ersichtlich werden, welche Berufsgruppe noch nichts von der Möglichkeit des CIRS weiß oder welche Berufsgruppe sich nicht angesprochen fühlt. <i>Vorsicht: Bei kleinen Krankenhäusern kann diese Information die Anonymität gefährden.</i>
Wo ist es geschehen?	<i>Vorgegebene Liste / Drop-Down-Menü</i> Der Berichtende ordnet das Ereignis einem Ort zu. Je nach Einsatzort des CIRS muss diese Liste angepasst werden. (z.B.: Notaufnahme; Station 1; Station 2; OP; Röntgen; Endoskopie etc.)	Dieses Datenfeld kann für die abteilungsinterne Auswertung interessant sein. <i>Vorsicht: Bei kleinen Krankenhäusern kann diese Information die Anonymität gefährden.</i>
Wann ist es geschehen	<i>Vorgegebene Liste / Drop-Down-Menü</i> Der Berichtende gibt an wann (Wochentag / Stunde) das Ereignis stattgefunden hat.	Gelegentlich kann diese Information bei der Einschätzung der Risikokonstellation des Ereignisses hilfreich sein. <i>Vorsicht: Bei kleinen Krankenhäusern kann diese Information die Anonymität gefährden.</i>

Über die hier dargestellten Fragen/Felder hinaus, gibt es natürlich eine Fülle von weiteren Fragen, die ja nach Einsatzort des CIRS sinnvoll und/oder nötig sein können. Um solche weiteren Fragen zu finden, kann die Planungsgruppe eines neuen CIRS bereits etablierte CIRS des gleichen oder ähnlichen Kontexts analysieren und ggf. weitere Fragen auswählen. Eine Linksammlung diverser CIRS finden Sie im Kapitel „Links und weiterführende Literatur“. Beispiele für Berichtsbögen etablierter CIRS können Sie über die Geschäftsstelle des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. beziehen.

III. Organisation und Auswertung

1. Die Sammlung von CIRS-Berichten

Wie oben ausgeführt, stützen sich CIRS auf die Verwendung standardisierter Berichtsbögen. Das Formular muss selbst erklärend sein. Es gibt Varianten auf Papier und EDV-gestützte Systeme. Wie Berichte gesammelt werden, hängt auch wesentlich davon ab, welches System im Krankenhaus verwendet wird. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass jedes Modell über Vor- und Nachteile verfügt.

Die Papierform hat den Vorteil, dass die Mitarbeiter Berichte an einem Ort ihrer Wahl ausfüllen können, d.h. ohne die Angst, dabei beobachtet zu werden. Außerdem können Berichte auch ohne EDV-Kenntnisse verfasst werden. Nachteilig ist, dass bei einer großen Menge an Berichten, eine Auswertung möglicherweise schwer zu bewältigen ist und mehr Aufwand für die mit der Auswertung betrauten Mitarbeiter bedeutet. In jedem Fall muss gewährleistet sein, dass Berichte systematisch gesammelt werden. Es empfiehlt sich, so vorzugehen wie bei kontinuierlichen Befragungen. Dazu müssen gut gekennzeichnete Briefkästen oder Faxgeräte an mehreren Orten installiert werden. Die Briefkästen sollen regelmäßig durch die für CIRS Verantwortlichen geleert werden um sicherzustellen, dass CIRS-Berichte ausgewertet werden und zudem nicht entwendet und für andere Zwecke missbraucht werden können.

Eine EDV-Erfassung hat den Vorteil, dass Berichte gut lesbar sind, sicher weitergeleitet werden und schnell ausgewertet werden können. Ein Nachteil besteht darin, dass einige Mitarbeiter die Handhabung des Rechners noch als Barriere empfinden könnten. In jedem Fall sollte gewährleistet sein, dass Berichte auf jedem Rechner im Krankenhaus eingegeben werden können. Der Weg der Berichte darf nicht rückverfolgbar sein. Jede geeignete Software sollte deshalb mehr als das Berichtsformular umfassen. Sie soll die Weiterleitung und Bearbeitung von CIRS-Berichten unterstützen bzw. abbilden.

Unabhängig davon, ob CIRS-Berichte auf Papier oder mithilfe von EDV-Systemen erfasst werden: jeder Original-Bericht muss schnell gelesen und ggf. anonymisiert bzw. de-identifiziert werden. Eine Möglichkeit der Anonymisierung und De-identifizierung stellt die Übertragung in ein anders Medium und die anschließende Vernichtung der Originalberichte dar.

2. Wer wertet die CIRS-Berichte aus?

Die Frage nach den Personen, die die CIRS-Berichte auswerten, orientiert sich an der gewählten Aufbaustruktur. Bei kleinen und mittleren Häusern empfiehlt es sich, im Rahmen von möglicherweise bestehenden Qualitätszirkeln ein interprofessionelles Team einzurichten, das die Auswertungen vornimmt. Bei größeren Häusern ist es empfehlenswert, in jeder Abteilung / Klinik ein dezentrales interdisziplinäres Auswertungsteam einzurichten. Diese Teams sollten aber zum einen hinsichtlich der Auswertung von CIRS-Berichten

entsprechend geschult werden und zum anderen über entsprechende Fachkenntnisse sowie die sog. „Softskills“ verfügen.

Bei einer dezentralen Struktur von Auswertungsteams auf Abteilungs- oder Klinikebene muss übergeordnet eine zentrale Stelle eingerichtet sein, die alle Berichte des Hauses zur Kenntnis erhält. Somit kann die Koordination von krankenhausübergreifenden bzw. abteilungsspezifischen Maßnahmen vorgenommen und das Lernpotential dem gesamten Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

Diese interdisziplinären Auswertungsteams sollten möglichst nicht von Führungskräften besetzt werden, um die Unabhängigkeit hinsichtlich möglicher Sanktionen zu gewährleisten.

3. Wie werden CIRS-Berichte ausgewertet?

Die Auswertung von CIRS-Berichten soll quantitativ und qualitativ erfolgen. Eine große Zahl eingegangener Berichte zeigt einen Erfolg von CIRS an; somit kann die Berichtsfrequenz als Kennzahl dienen. Für die quantitative Auswertung können alle Felder des Berichtsformulars ausgewertet werden, aber diese Auswertung benötigt eine Interpretation, da CIRS keine repräsentative Aussage über alle Risiken treffen kann, sondern maximal einen Trend andeutet.

Für eine qualitative Auswertung bedarf es komplexerer Bewertungen. Hier spielen z.B. die Eintrittswahrscheinlichkeit, der Schweregrad und die Entdeckungswahrscheinlichkeit eine Rolle. Diese Parameter ermöglichen eine Priorisierung für die sich anschließende Ursachenanalyse, z.B. nach der Methode der so genannten „Root-cause-Analysis“ und somit für gezielte präventive Maßnahmen zur Risikoreduktion.

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 eine CIRS sinnvoll und notwendig.

4. Umgang mit CIRS-Berichten

Wie oben ausgeführt, sollten Originalberichte anonymisiert bzw. de-identifiziert werden. Es empfiehlt sich, die anonymisierten und ggf. transkribierten Daten in einer Datenbank zu speichern. Der Zugriff auf diese Datenbank muss gesichert sein und nur den Mitarbeitern des Risikomanagement bzw. den CIRS-Verantwortlichen einen Lese- und Änderungszugriff ermöglichen. Werden CIRS-Berichte im zentralen Risikomanagement eines Hauses gesammelt, so sollen sie je nach der getroffenen Verabredung auch an die dezentralen Stellen des Risikomanagement oder an die sonst zuständige Gruppe weitergeleitet werden. Zuständige

Gruppen können z.B. die Qualitätsmanager/-beauftragten, die Arbeitssicherheit oder zentrale Beauftragte sein.

Die Auswertung von CIRS-Berichten sowie die daraus resultierenden Verbesserungsmaßnahmen müssen zeitnah erfolgen, um weitere Ereignisse der gleichen Art verhindern zu können. Berichte und Verbesserungsmaßnahmen können müssen kommuniziert werden. Für dieses Feedback bieten sich Routinebesprechungen, Fehlerkonferenzen, Veröffentlichungen von Fällen der Woche oder des Monats, Rundbriefe, Informationen im Intranet usw. an.

Den Abteilungs- und Krankenhausleitungen müssen regelmäßig statistische Auswertungen zur Verfügung gestellt werden. Diese Verantwortung liegt bei den CIRS-Verantwortlichen.

Bei gravierenden Meldungen und akutem Handlungsbedarf soll ggf. in Rücksprache mit dezentralen Stellen das Gespräch mit der Abteilungsleitung gesucht werden um den konkreten Vorfall zu analysieren und möglicherweise schnell zu reagieren sowie ggf. die Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

5. Evaluation von CIRS

Eine regelmäßige Auswertung von CIRS für die Krankenhausleitung ist notwendig. Die Auswertung soll in statistischer und analytischer Form erfolgen. Eine Veröffentlichung in Qualitätsberichten ist gewünscht, aber nicht zwingend notwendig. Es empfiehlt sich eher die Veröffentlichung der Verbesserungsmaßnahmen. Hierzu ist eine Verzahnung von Risikomanagement und Qualitätsmanagement notwendig. Ferner soll in Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozess das gesamte Verfahren evaluiert werden.

C. Beispiele für Verbesserungsmaßnahmen aus CIRS ¹

Fall 1: Notfallapotheke

Bericht: Ein Kind wird mit Verdacht auf Methanol-Intoxikation auf die pädiatrische Intensivstation aufgenommen. Schon vor der endgültigen Bestätigung der Diagnose soll die Gabe des Antidots Ethanol verabreicht werden. Das Mittel kann erst nach einigem Suchen im Antidotschrank der Station gefunden werden. Es war zwar entsprechend einer neuen Sortierordnung, die vor etwa neun Monaten eingeführt worden war, korrekt nach dem Wirkstoffnamen und nicht nach dem Namen des Handelspräparats abgelegt – allerdings nicht unter E für „Ethanol“, sondern unter A für „Alkohol“. Nun stellt sich heraus, dass die Haltbarkeit des Antidots vor etwa knapp 3 Monaten abgelaufen ist. Zwar ist das Mittel bei der letzten Durchsicht vom Apotheker markiert worden; eine Aussortierung und Nachbestellung war aber noch nicht erfolgt. Die ersten Laboranalysen beim Kind können den Verdacht auf eine Methanol-Intoxikation nicht erhärten, sodass vorerst von der Gabe des Mittels abgesehen wird.

Verbesserungsmaßnahme: Die Verfügbarkeit und Vorratshaltung von Notfallmitteln wird in einer Dienstweisung geregelt; Aufgaben (Beschaffung, Bestandskontrolle, Austausch, Kontrolle), Zuständigkeiten (Station, Abteilung, Klinik) und zeitliche und sachliche Dienstbereitschaft („Erreichbarkeit“) werden klar und eindeutig festgelegt.

Fall 2: Kommunikation im OP

Bericht: Ein Kind wird zum zweiten Mal an einem Kleinhirntumor operiert. Für solche Operationen besteht zwischen der Anästhesie und der neurochirurgischen Abteilung des Hauses die allgemeine Vereinbarung, dass die Patienten nach dem Eingriff in noch intubiertem Zustand aus dem OP-Saal zur weiteren Überwachung auf die Intensivstation verlegt werden. Ca. 30 Minuten nach Ende der Operation wird der Patient vom Anästhesie-Team auf die Intensivstation gebracht, allerdings in extubiertem Zustand. Da der Frischoperierte wach ist, sein Zustand stabil und seine Atmung suffizient zu sein scheint, wird der Angelegenheit nicht weiter nachgegangen. Zwei Stunden später wird auf der postoperativen Visitenrunde berichtet, dass der Junge wach und extubiert aus dem OP auf die Station gekommen sei. Die Operateurin ist sehr erstaunt; zwar kann sie

¹ Die aufgeführten Beispiele stammen aus Krankenhäusern, die sich an der Arbeitsgruppe des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. beteiligt haben. Einige Häuser möchten auf eigenen Wunsch nicht genannt werden. Namentlich danken wir für Beiträge: den DRK Kliniken Berlin Westend, der RHÖN-Klinikum AG, dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg, dem von Kathrin Becker-Schwarze und Dieter Hart initiierten und vom AOK-Bundesverband dankenswerterweise finanzierten Projekt mit norddeutschen Kinderkliniken „Risiken verringern – Sicherheit steigern – Kinderkliniken für Patientensicherheit“, an dem folgende Kinderkliniken teilnehmen: Bremen: Professor-Hess-Kinderklinik, Klinikum Mitte; Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Klinikum Mitte; Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum Links der Weser; Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum Nord; Hamburg: Altonaer KinderKrankenhaus; Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift; Klinikum Nord – Heidberg, Abt. für Kinderheilkunde; Krankenhaus Marihilf; Klinik und Poliklinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätsklinikum Eppendorf; Zentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf; Hannover: Pädiatrische Kardiologie & Intensivmedizin, Kinderklinik Medizinische Hochschule Hannover; Kiel: Klinik für Allgemeine Pädiatrie/Onkologische/Station M1; Klinik für Neuropädiatrie/Station NP; Interdisz. Intensiv-Station der Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Klinik für Kinderkardiologie/Station KI; alle Universitätsklinikum Schleswig-Holstein; die Vivantes Kinderkliniken in Berlin sind noch nicht berücksichtigt.

sich noch an die Frage des Anästhesisten erinnern, ob der Junge wach auf Station verlegt werden solle. Und sie habe die Frage auch bejaht, aber dabei gemeint, „wach, aber intubiert“. Es lässt sich schnell aufklären, dass der besagte Anästhesist die bejahende Antwort als „wach und extubiert“ verstanden hat.

Verbesserungsmaßnahme: Auf Vorschlag des OP-Managements werden Anforderungen an die Patientenübergabe festgelegt. Sie umfassen Standards für die Abholbenachrichtigung bei Patientenabgabe, Abholkontrolle und Dokumentation, Standards für die Organisation der Patientenübergabe für einen Patientencheck.

Fall 3: Übergabe bei Schichtwechsel

Bericht: Ein Säugling liegt seit einigen Wochen auf der pädiatrischen Intensivstation. Infolge von Komplikationen bei einer Lebertransplantation war eine mehrwöchige Beatmung über einen Trachealtubus notwendig geworden. Da es durch die längerfristige Beatmung zu einer Trachealläsion gekommen war, wird die Indikation zu einer operativen Korrektur gestellt. Seit der Transplantation ist der Junge zur Immundepression unter anderem auf Ciclosporin eingestellt. Die Blutspiegel werden dreimal in der Woche kontrolliert. Am Morgen der Operation ordnet der Stationsarzt einen weiteren Ciclosporin-Spiegel außer der Reihe an. Aufgrund eines Notfalls auf der Station vergisst der Stationsarzt bei der Übergabe ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass bei dem transplantierten Säugling vor der Trachealoperation ein Spiegel außer der Reihe abgenommen wurde. Der Säugling erhält folglich seine übliche Dosis Ciclosporin, unter der die Spiegel bei vorangegangenen Messungen im angestrebten Bereich lagen. Erst am Folgetag fällt dem Stationsarzt bei der Visite auf, dass der Ciclosporin-Spiegel am Vortag erhöht war und dem Säugling dennoch das Ciclosporin in üblicher Dosis gegeben wurde.

Verbesserungsmaßnahme: Für die Organisation der Übergabe zwischen den Schichten und Teams werden „Clinical pathways“ eingeführt. Im Bereich notwendiger Teamarbeit werden die Behandlungsabläufe so festgelegt, dass aus dem Zusammenwirken mehrerer Personen dennoch eine Behandlung „aus einem Guss“ entsteht.

Fall 4: Lagerungsmittel im OP

Bericht: Bei der Lagerung eines Patienten zur Schulterarthroskopie (Beachchair-Lagerung) drohte der intubierte Patient vom OP-Tisch zu rutschen, da die für diese Lagerung nötigen Lagerungsmittel nicht vorhanden waren. Der Patient wurde mit einem Lagerungsgurt und Bandagewickeln fixiert.

Verbesserungsmaßnahme: Die fehlenden Lagerungsmittel wurden beschafft.

Fall 5: Fehlen eines mobilen Sauerstoffgerätes

Bericht: Ein akut sauerstoffpflichtiger Patient benötigte zur Abklärung des Krankheitszustandes eine Röntgenkontrolle des Thorax. Laut Hauptnachtwahe gäbe es aber im gesamten Haus kein mobiles Sauerstoffgerät für den Transport von der Station zur Radiologie. Es wurde die MTRA in der Radiologie über den Zustand benachrichtigt. Anschließend wurde der Patient vom Arzt und der Hauptnachtwahe so schnell wie möglich in die Radiologie zu Röntgen-Aufnahme gebracht und wieder zurück. Während dieser Zeit war der Patient nicht unter zusätzlicher Sauerstoffversorgung.

Verbesserungsmaßnahme: Bereitstellung eines mobilen Sauerstoffgerätes.

Fall 6: Unsaubere Milchpumpensets

Bericht: Ein verpacktes Milchpumpenset auf der Neugeborenenstation war unsauber und mit Milcheiweißresten verklebt. Es wurden die Kreißsaalmitarbeiterinnen informiert, die für die Reinigung der Milchpumpensets zuständig sind. Zwei weitere Sets mussten geöffnet werden, um ein sauberes Set nutzen zu können.

Verbesserungsmaßnahme: Die Mitarbeiterinnen wurden zur besseren Prüfung der Materialien nach der maschinellen Reinigung angewiesen.

Fall 7: Bestellzettel für Chemotherapie

Bericht: Eine Patientin erhält den 11. Zyklus einer Chemotherapie, reagiert allergisch, die Chemotherapie muss abgebrochen werden. Es wird ein Wechsel des Chemotherapeutikums vereinbart. 14 Tage später erscheint die Patientin erneut. Es wird eine andere Chemo bestellt. Versehentlich wird von der Apotheke noch das „alte“ Chemo-Schema geliefert. Der zuständige Arzt bemerkt die „falsche“ Chemo nicht sofort und die Patientin erhält erneut die „alte“ Chemo. Dies wird eher zufällig noch ganz am Anfang der Therapie bemerkt. Es kommt aber erneut zu einer allergischen Reaktion, die ohne wesentliche Folgen bleibt.

Verbesserungsmaßnahme: Die Chemotherapie-Bestellzettel werden umstrukturiert. Die Apotheke liefert zusätzlich zur Chemotherapie einen Zettel (Quittung), auf dem die gelieferte Chemotherapie und der Patient ersichtlich sind. Diese Quittung wird vom Arzt gegengezeichnet und in der Krankenakte dokumentiert.

Fall 8: Sturzprophylaxe

Bericht: Auf der Station befinden sich viele gangunsichere, sturzgefährdete Patienten. Mit Hilfe der Sturzdaten wird zwar umfassend Sturzprävention betrieben, diese kann aber aufgrund des zu glatten Bodenbelages nicht richtig greifen. Somit ist aus unserer Sicht die Patientensicherheit sehr gefährdet. Auch den Angehörigen der Patienten fällt dieser Mangel gehäuft auf. Und dies ist wiederum nicht sehr förderlich für das Image unseres Hauses. Ebenso fraglich ist der Arbeitsschutz des Personals. Lösungsvorschläge: Anrauen des Linoleumbelages, Reduktion der Polierintervalle, Verlegen von angerautem Bodenbelag, wie auf dem Wege zur Endoskopie, im Patientenzimmer und besonders in den Waschecken und Toiletten.

Verbesserungsmaßnahme: Eine Glättemessung wurde durchgeführt und die Frequenz des Bohrnens reduziert.

Fall 9: Informationen zu Notfalldiensten

Bericht: Aus mehrfach gegebenem Anlass möchten wir auf diesem Wege darum bitten, einen Bereitschaftsplan der diensthabenden Notfallapotheken für ganz Berlin zu erstellen. Wir sind der Meinung, dass es in der heutigen Zeit zum Service gehört, den vielen Besuchern der Rettungsstelle sagen zu können, welche Apotheken Bereitschaftsdienste abdecken. Wir bitten um Prüfung, ob die Möglichkeit besteht, dieses Problem zu lösen. Denn nicht zuletzt wird auch uns die Arbeit dadurch erleichtert und die Besucher verlassen dieses Haus mit dem Gefühl, gut und umfassend informiert worden zu sein.

Verbesserungsmaßnahme: Durch einen Link im Intranet ist die aktuelle Apothekenbereitschaft abrufbar.

Fall 10: Routinemäßige präoperative Blutzuckerbestimmung

Bericht: Ein Patient mit einer akuten Gallenblasenentzündung und drohendem septisch-toxischen Verlauf sollte im Laufe eines späteren Vormittags notfallmäßig cholezystektomiert werden. Als Vorerkrankung war eine terminale Niereninsuffizienz, eine kompensierte Herzinsuffizienz, eine koronare Herzerkrankung und ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus bekannt. In der Einleitung zur Narkose fiel der Patient durch eine leicht verwaschene Sprache und psychomotorische Unruhe auf. Dieses wurde zunächst auf das beginnende septisch-toxische Krankheitsbild zurückgeführt. Die Laborwerte vom Vortag zeigten insbesondere für den Blutzucker normale Werte. Hinweise auf den aktuellen Blutzucker oder die letzte Insulingabe waren aus der Patientenkurve nicht zu ersehen. Vor der Narkoseeinleitung erhielt der Patient eine arterielle Kanüle. Die bei der sofort durchgeführten Blutgasanalyse erfolgte Blutzuckerbestimmung zeigte einen durch mehrere Kontrollen bestätigten Wert von 32 mg/dl. Im weiteren Verlauf konnte der Patient erfolgreich ohne weitere Komplikationen therapiert werden. Eine Befragung des Patienten nach der Operation ergab, dass er am Morgen der Operation noch seine übliche Insulindosis erhielt, dann aber wegen der Dringlichkeit der Operation nüchtern gehalten wurde. Eine weitere Kontrolle des Blutzuckers noch auf Station war nicht mehr erfolgt.

Verbesserungsmaßnahme: Der Fall wurde in einer Leitungsrunde anonymisiert besprochen. In der Konsequenz wurde festgelegt, dass bei jedem bekannten Diabetiker ab sofort, unabhängig von anästhesiologischen Anforderungen, am Morgen eines OP-Tages routinemäßig der Blutzucker bestimmt werden soll.

Fall 11: Erschwerte Intubation

Bericht: Bei der Notfall-Sectio einer mäßig adipösen Patientin kam es im Rahmen der nicht-nüchtern Einleitung bei der erschwerten Laryngoskopie zu einem kurzfristigen Sättigungsabfall, weil der Laryngoskop-Griff bei der Einführung des Spatels in den Mund zunächst nicht an den übermäßigen Mammae der Patientin vorbeigeführt werden konnte. Die eigentliche Einstellung der Stimmritze war dann im weiteren Verlauf problemlos möglich.

Verbesserungsmaßnahme: Es wurde umgehend ein kurzer Laryngoskop-Griff bestellt.

Fall 12: Notfalltransfusion von FFP

Bericht: Ein Patient musste notfallmäßig im hämorrhagischen Schock bei einem Aneurysma spurium einer Arteria femoralis nach Koronarangiographie operiert werden. In der Frühphase der Operation waren zeitweise bis zu drei Anästhesisten und Anästhesiepflegekräfte in die Versorgung des Patienten involviert. Neben Erythrozytenkonzentraten sollte der Patient auch FFP erhalten. Da bisher keine Blutgruppe des Patienten bekannt war und ein Antikörpersuchtest und die Kreuzprobe erst noch durchgeführt werden musste, erhielt der Patient zunächst EK der Blutgruppe Null Rh. neg. Der von einem Kollegen aus dem Behandlungsteam durchgeführte Bedside-Test des Patienten hatte die Blutgruppe A ergeben. Von der Station wurden nachträglich aufgetaute FFP-Konserven der Blutgruppe Null, die ursprünglich für einen anderen Patienten bestimmt waren, über den Hol- und Bringedienst in den OP gebracht und zu dem Haufen der bereits kontrollierten EK der Blutgruppe Null gelegt. Ein ärztlicher Kollege, der sich jetzt um die Notfalltransfusion kümmerte, schöpfte zunächst keinen Verdacht. FFP der Blutgruppe Null passten scheinbar zu EK der Blutgruppe Null. Als die FFP schon am Infusionsständer hingen, kam es einem frisch hinzugekommenen Kollegen dann aber

dann doch merkwürdig vor, dass so schnell transfusionsfähige FFP bereitgestellt werden konnten. Er fragte in dieser Situation noch einmal ausdrücklich nach dem Ergebnis des Bedside-Testes. Er jetzt wurde der Irrtum erkannt.

Verbesserungsmaßnahme: Diese und andere Beinahe-Transfusionszwischenfälle führten dazu, dass alle ärztlichen Mitarbeiter in einem größer angelegten Rahmen noch einmal in transfusionsmedizinischen Prozeduren geschult wurden: Insbesondere wurde auf die Risikoträchtigkeit von Notfall- und Massivtransfusionen hingewiesen. Gerade in Situationen, wie oben beschrieben, muss ein Kollege das Team anführen und den Überblick bewahren. Auch in Notfallsituationen ist die Durchführung eines Bedside-Testes zwingend vorgeschrieben. Das Ergebnis muss allen Beteiligten des Behandlungsteams nachvollziehbar bekannt gemacht werden. Schwergewichtig: nur ein Kollege sollte sich in solchen Situationen um die Transfusion, von der Bestellung, über die Durchführung des Bedside-Testes bis hin zur Identifikation und Kontrolle der herangeführten Blutkonserven, kümmern. Spätestens immer dann, wenn ein EK nicht die Blutgruppe Null und ein FFP nicht die Blutgruppe AB hat, sollte bei jedem Mitarbeit zunächst ein ordnendes „Halt“ erfolgen, bevor weiter transfundiert wird. Frisch gelieferte Blutkonserven im Rahmen einer Massivtransfusion sollten grundsätzlich nicht direkt neben die schon vorhandenen und bereits kontrollierten Konserven gelegt werden.

Fall 13: Fehlende Gewichtskontrolle

Bericht: Patientin wurde in der Ambulanz untersucht und die Chemotherapie vorbestellt. Dabei wurde das Gewicht des ersten = letzten Chemotherapiezyklus zugrunde gelegt. Das aktuelle Gewicht der Patientin betrug jedoch 10 kg weniger (55 kg statt 65 kg). Dokumentation eines falschen Gewichts, Übernahme der Daten in den Therapieplan (Methotrexat), Berechnung mit 10 kg zuviel.

Verbesserungsmaßnahme: Eine neue Anordnung schreibt vor, dass vor jeder neuen Verordnung von Chemotherapeutika das Gewicht aktualisiert werden muss. Eine Standardarbeitsanweisung zur Verordnung von Zytostatika wird erstellt.

Fall 14: Ungenügende Information der Angehörigen

Bericht: Mutter hat Kepinol bei der 1. MTX (Methotrexat) Gabe abends verabreicht, hatte die Tabletten von zu Hause mitgebracht. Durch Zufall gesehen.

Verbesserungsmaßnahme: Erstellung eines Informationsblattes für die Eltern

Fall 15: Medikamentenverabreichung

Bericht: Die Infusion eines Medikaments sollte ab Montagmittag pausiert werden, ärztliche Anordnung vorhanden aber keine Dokumentation im Kurvenblatt. Fehlende Information an die Mutter - Mutter hat am nächsten Morgen auf die ausgestellte Infusion hingewiesen, daraufhin wurde die Infusion vom Pflegepersonal gestartet, da die Pausierung nicht übergeben worden ist. Nach 30 Minuten Aufklärung durch zuständiges Pflegepersonal vom Vortag - daraufhin erneut gestoppt.

Verbesserungsmaßnahme: Eine neue Anordnung schreibt vor, dass ärztliche Anordnungen direkt in das Kurvenblatt geschrieben werden. Es erfolgt eine tägliche Kontrolle der Dokumentation von ärztlichen Anordnungen durch die Stationsleitung. Täglich werden interdisziplinäre Teambesprechungen durchgeführt.

Fall 16: Abstimmung der Schmerztherapie

Bericht: Der kombinierte Einsatz von Durogesic-Pflastern mit Tramal verbunden mit der Gefahr der zusätzlichen Verordnung von Dipidolor drohte Atemdepressionen bei älteren Patienten zu provozieren. Die Problematik wurde analysiert und an die anästhesiologische Abteilung zur weiteren Bewertung weitergegeben. Als Grund wurde das Fehlen eines übergreifenden Konzeptes zur Schmerztherapie sowie zu enge Zeiten zur Inanspruchnahme einer Beratung durch den Schmerzdienst identifiziert.

Verbesserungsmaßnahme: Es wurde ein umfassendes Schmerztherapiekonzept für die gesamte Klinik entwickelt und kommuniziert. Gleichzeitig wurde die Beratung des Schmerzdienstes auf 24 Stunden pro Tag ausgeweitet. Die Klinik bereitet sich auf die Zertifizierung als schmerzfreies Krankenhaus vor.

Fall 17: Geräteausfall bei Reanimation

Bericht: Im Rahmen einer Reanimation auf einer Intensivstation unseres Hauses sollte eine Blutgasanalyse durchgeführt werden. Als diese an dem in der Intensivstation befindlichen Gerät durchgeführt werden sollte, wurde festgestellt, dass das Gerät kalibrierte und somit für ca. 5 Minuten nicht einsatzfähig war. Auf der Nachbarintensivstation wurde dies ebenfalls versucht, man musste feststellen, dass dort ein Gerät gleicher Bauart stand, das zur gleichen Zeit kalibrierte und ebenfalls nicht einsatzfähig war. Dies wiederholte sich auf insgesamt drei Intensivstationen. Letztlich konnte in der Notaufnahme ein älteres Blutgasanalysegerät gefunden werden, das nicht kalibrierte.

Verbesserungsmaßnahme: Als Reaktion auf diese Meldung wurde mit dem Hersteller gesprochen und die Software der Geräte so verändert, dass Geräte nun zeitversetzt kalibrieren.

Fall 18: Notfallnummer

Bericht: Eine Meldung kam von einer Krankenschwester, die im Nachtdienst über eine längere Zeit versucht hat, den diensthabenden Arzt zu erreichen. Dieser meldete sich über einen Zeitraum von 1 ½ Stunden nicht auf Funkrufe. Im Rahmen der Analyse dieser Meldung wurde festgestellt, dass nicht allen Mitarbeitern die krankenhauserne Notfallnummer bekannt war. Diese Notfallnummer führt zu einer der Intensivstationen des Krankenhauses, die Ärzte dieser Intensivstation kommen in Notfällen sofort auf die Station.

Verbesserungsmaßnahme: Als Maßnahme, die sich aus dieser Meldung ergab, wurden alle Telefone auf den Stationen mit einem Aufkleber versehen, auf dem die Notfallnummer des Krankenhauses steht.

Fall 18: Defekt an OP-Tisch

Bericht: Beim Lagern eines Patienten im OP kam es zum Absturz des an einer Armstütze fixierten Armes. Ursache hierfür war eine verrostete Schraube an der Befestigungsbacke, die an dem OP-Tisch angebracht wird. Der Mitarbeiter, der diese Befestigungsbacke angebracht hatte, musste annehmen, dass er die Schraube fest angedreht hatte, tatsächlich war es aber durch die Verrostung dazu gekommen, dass die Schraube nicht fest angedreht werden konnte.

Verbesserungsmaßnahme: Bei Durchsicht aller Befestigungsbacken unseres Zentral- OP wurden weitere 5 Schrauben identifiziert, die verrostet waren und durch neue Schrauben ersetzt wurden.

D. Häufig gestellte Fragen zur Einführung von CIRS im Krankenhaus

Was unterscheidet CIRS von anderen Berichtssystemen?

CIRS ist insbesondere geeignet, Risikokonstellationen vor Ort, zeitnah und im Vorfeld eines Ereignisses zu erkennen, und ist damit ein herausragendes Instrument des Risikomanagements, weil es das immense Wissen der Mitarbeiter auf allen Ebenen nutzt.

CIRS unterscheidet sich von anderen Berichtssystemen, z.B. dem Beschwerdemanagement oder meldepflichtigen Ereignissen durch die Grundsätze: Anonymität, Freiwilligkeit und Sanktionsfreiheit. CIRS ist immer verfügbar. Andere Unterschiede sind, dass möglicherweise keine Original-Berichte vorhanden sind, weil diese transkribiert und weiter verarbeitet werden und dass keine direkte Antwort an die Berichtenden gegeben werden kann, da eine Identifizierung unmöglich ist.

Ist CIRS ein geeignetes Instrument, die Häufigkeit bestimmter Ereignisse zu messen?

Nein. Weder wurde CIRS mit der Zielsetzung entwickelt, die Anzahl bestimmter Vorkommnisse zu zählen, noch eignet es sich für diesen Zweck. Das hat zwei Gründe. Der erste Grund ist methodischer Natur. Vorausgesetzt jeder Mitarbeiter würde jedes Ereignis berichten, an dem er beteiligt war oder das er beobachtet hat, so würde dasselbe Ereignis mehrfach ins CIRS eingehen. Allerdings spielt diese Überlegung nur in der Theorie eine Rolle. Denn, und das ist der zweite Grund, warum CIRS als epidemiologisches Erhebungsinstrument ungeeignet ist: in jedem CIRS wird nur ein Bruchteil der tatsächlich stattfindenden Ereignisse berichtet. Dieses so genannte „Under-reporting“ ist durch Studien hinreichend belegt.

Eine quantitative Auswertung von CIRS-Berichten ist daher nicht sinnvoll. Wenn überhaupt, dann sagt die Zahl der Berichte etwas darüber aus, wie oft Mitarbeiter bereit sind, zu berichten und nicht darüber, wie häufig ein Ereignis eintritt. Deshalb ist CIRS ein Instrument, Risiken zu erkennen, nicht, ihre Häufigkeit zu messen.

Ist eine Erfolgskontrolle möglich, ist z.B. mit sinkenden Häufigkeiten von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen zu rechnen?

Die Fragestellung ist zum derzeitigen Zeitpunkt aus deutscher Sicht schwer zu beantworten. CIRS sind vieler Orten gerade im Aufbau befindlich und die positiven Auswirkungen, die sich naturgemäß erst in der langen Betrachtung eines CIRS zeigen können, sind noch nicht feststellbar.

Sechs Jahre nach dem bahnbrechenden amerikanischen Bericht „To err is human“ des Institut of Medicine (IOM) über unerwünschte Ereignisse in den USA hat sich die Praxis laut eines neuen Berichtes von Leape & Berwick: „Five years after to err is human“, JAMA 2005, verändert. Beispiele für Verbesserungsmaßnahmen, die nach Beinaheschadens-Berichten umgesetzt wurden, sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Verbesserungsmaßnahme	Ergebnis
EDV-gestützte Arzneimittelverschreibung	Verordnungsfehler um 81 % reduziert
Standardisierte Insulindosierung	kritische Unterzuckerung um 63 % reduziert
Standardisierte Marcumar-Dosierung (Blutverdünnung)	kritische Fälle bei der Blutverdünnung um 60 % reduziert
Training für Geburtshelfer	unerwünschte Ergebnisse bei vorzeitiger Geburt um 50 % reduziert
Standardisierte peri-operative Antibiose-Prophylaxe	Wundinfektion um 93 % reduziert
Standards für zentrale Venenkatheter eingeführt	Katheterinfektion um 92 % reduziert

Diese internationale Studie zeigt, dass bei konsequenter Einführung und Umsetzung eines CIRS sowohl die Häufigkeiten gesenkt als auch die unerwünschten Ereignisse an sich reduziert werden können.

Darüber hinaus wurden durch eine Studie von Dooley, BJCP 2003, bei der stationären klinisch-pharmazeutischen Intervention folgende **finanzielle** Auswirkungen nachgewiesen:

- Schwere Komplikationen wurden aufgrund von Beinaheschadens-Meldungen um 25 % vermindert
- 1 % war lebensrettend
- Für jeden eingesetzten Dollar für klinisch-pharmazeutische Intervention wurden 23 Dollar Einsparungen erzielt.

Diese Entwicklung zeigt, dass durch die Einführung von CIRS nicht nur die Patientensicherheit erhöht, die Anzahl von möglichen Anspruchserhebungen reduziert, sondern auch signifikant die Behandlungskosten gesenkt werden können.

Welche Ressourcen sind für ein CIRS notwendig?

Um ein CIRS als Werkzeug der strategischen Unternehmensführung im Unternehmen dauerhaft zu platzieren, wird je nach Größe des Krankenhauses von einer halben bis zu einer ganzen Stelle für die Administration/Moderation des Systems auszugehen sein. Bei Berücksichtigung des Zeitbedarfs von CIRS-Teamsitzungen in den Abteilungen steigert sich der Personalaufwand entsprechend. Sofern schon Qualitätszirkel im Krankenhaus implementiert worden sind, können die Qualitätsbeauftragten die Aufgabe des CIRS begleiten oder sogar mit übernehmen, so dass sich dann der Personalaufwand auf eine halbe bis ganze Stelle einpendeln wird.

Wünschenswert ist, dass sich definierte, d.h. ausgewählte und beauftragte Personen mit die Auswertung der CIRS-Berichte professionell - zunächst vor Ort in der Abteilung oder Klinik und anschließend übergeordnet - durchführen und die Umsetzung und Überwachung der Verbesserungsmaßnahmen vornehmen. In der Entwicklung einer CIRS-Organisation im Krankenhaus werden am Anfang die Personalkosten über-

schaubar bleiben, aber im Zuge einer Ausweitung und starken Meldequote den Personalbedarf moderat ansteigen lassen.

Letztendlich hängt der Personalansatz davon ab, für welches Modell der CIRS-Organisation sich das Krankenhaus entscheidet.

Wie motiviere ich Mitarbeiter, Ereignisse in CIRS zu berichten?

Um Mitarbeiter zu einer Teilnahme am CIRS zu motivieren, müssen Sie vor allem eine Antwort auf die Frage erhalten, *warum* sie berichten sollen.

Mitarbeiter haben u. a. das Ziel, die Patientenbehandlung gut, sicher und fehlerlos durchzuführen. Für sie ist es wichtig, Veränderungen in Ihrem Arbeitsumfeld zu erreichen, die zu einer sicheren Patientenbehandlung und zu einer besseren Arbeitszufriedenheit führen. Mitarbeiter müssen CIRS deshalb als Instrument erleben, dass es Ihnen erleichtert, Risiken zu erkennen, vor allem aber als eines, aus dem Veränderungen, d.h. Maßnahmen zur Risikoreduktion resultieren. Deshalb ist es für die Berichts-Motivation von außerordentlicher Wichtigkeit, Rückmeldungen über konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu geben. Wer erlebt, dass sein Bericht zu einer Verbesserung führt, berichtet gern.

Was hindert Mitarbeiter, in CIRS zu berichten?

Was Mitarbeiter z.B. daran hindert, CIRS-Berichte zu verfassen, ist die fehlende Information darüber, *was, warum, wie* und *wo* berichtet werden kann. Darum sind Schulungen und Informationsveranstaltungen über CIRS sehr wichtig. Andere bekannte Faktoren sind Angst vor Sanktionen, mangelndes Feedback über die Berichte, Zeitmangel und Überlastungen bei der Arbeit, sowie kompliziert gestaltete Berichtsformulare. Diese Bedenken und Einwände müssen ernst genommen werden und sollten durch gezielte Aufklärung bzw. notwendig gewordene Anpassungen im CIRS ausgeräumt werden.

Was meint die Anonymität von Berichten?

In keinem Fall sollten Berichte personenbezogenen Angaben über die beteiligten Mitarbeiter oder Patienten enthalten. Vor der Einführung eines CIRS sollten deshalb alle Mitarbeiter über die richtige Form der Berichte eingehend informiert werden. Gehen später dennoch Berichte ein, in denen einzelne Personen identifizierbar sind, so sollten diese Angaben von den für die Sammlung und Bearbeitung der CIRS-Berichte Verantwortlichen anonymisiert werden.

Es ist empfehlenswert, die Anonymität des Berichtens einerseits zu gewährleisten, aber andererseits offen und vertrauensvoll über kritische Vorkommnisse zu reden und die Entscheidung, ob dies geschieht der einzelnen Person zu überlassen, die berichtet hat. Nach außen, also über die Abteilung oder Klinik hinaus, auch gegenüber dem Qualitätsmanagement, das die Berichte vielleicht auswertet – sollte die Anonymität die Berichts immer gewahrt bleiben.

Was ist zur Anonymität und zum Datenschutz zu beachten?

Das Gebot der Anonymität bezieht sich auf die Person, die einen CIRS-Bericht schreibt und auf den Inhalt des Berichts. Die Möglichkeit, als Berichtender anonym zu bleiben, sollte Mitarbeitern von der Krankenhausleitung schriftlich zugesagt werden.

Im CIRS-Bericht sollen Angaben zu beteiligten Personen grundsätzlich nur in anonymisierter Form gemacht werden. Deshalb sollten alle Mitarbeiter vor der Einführung von CIRS eine entsprechende Schulung über Form und Inhalt der Berichte erhalten. Wenn später Berichte in das CIRS eingehen, die dennoch personenbezogene Daten über Mitarbeiter oder Patienten enthalten, sollen diese Angaben von den CIRS-Verantwortlichen überarbeitet werden und Berichte anonymisiert werden.

Vor der Einführung von CIRS muss allen Mitarbeitern gegenüber deutlich gemacht werden, dass CIRS kein Instrument ist, um Kollegen „anzuschwärzen“. Deshalb sollte es eine eindeutige Vereinbarung geben, dass jeder Mobbingversuch im CIRS ignoriert wird.

Wie kann man Anonymität und Sanktionsfreiheit garantieren?

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 darf sie das Vertrauen der Mitarbeiter enttäuschen, indem sie gegen diese Grundsätze verstößt.

Wie kann man bei sehr kleinen Meldekreisen die Anonymität wahren?

Unbestreitbar gibt es folgende Ambivalenz. CIRS lebt bei seiner Einführung von der unbedingten Garantie der Anonymität, aber sein Ziel ist auch eine Veränderung der Fehlerkultur im Krankenhaus: offen über Fehler reden, um aus ihnen zu lernen. Insbesondere am Anfang ist es für die Akzeptanz von CIRS wichtig, peinlich auf die Anonymitätsbedingung zu achten, auch wenn das in einer kleinen Klinik schwierig sein kann. Die Leitungsebene darf in einer solchen Situation keine Identifikationsanstrengungen unternehmen – das wäre ein falsches Verständnis des Berichtssystems und würde die Entwicklung des Vertrauensverhältnisses, in dem man selbst über Fehler reden kann, behindern. Es mag sein, dass die Anonymität des Berichtens in kleinen Systemen eine Fiktion ist. Aber gerade dann sollte die Fiktion bei der Einführung des CIRS erhalten werden.

Gibt es Möglichkeiten, Rückfragen zu Berichten zu stellen?

Da Berichte im CIRS anonym sind, besteht grundsätzlich keine Möglichkeit, Nachfragen an die Person zu richten, die einen Bericht geschrieben hat. Sollte sich im Verlauf der CIRS-Einführung herausstellen, dass die Qualität der Berichte nicht ausreicht, fundierte Auswertungen vorzunehmen, sollte dies entsprechend an alle Mitarbeiter kommuniziert werden und ggf. Informationsveranstaltungen und Schulungen stattfinden.

Rückfragen zu einzelnen Berichten, können - wenn überhaupt - in Fallbesprechungen oder Kommentaren zu „dem Fall der Woche“, dem „Fall des Monats“ o.ä. angebracht werden. In jedem Fall sollte die Person, die den Bericht abgegeben hat, die Möglichkeit haben, weiterhin unerkannt zu bleiben.

Wie informiere ich Mitarbeiter über die Ergebnisse ihrer Berichte?

Da Berichte im CIRS anonym sind, gibt es keine Möglichkeit der direkten und persönlichen Rückmeldung. Den Einzelnen, der einen Bericht geschrieben hat, wird man nur sicher erreichen, wenn man alle Mitarbeiter der Abteilung, der Klinik oder des Krankenhauses über die Ergebnisse aus CIRS informiert. Ein beliebter Weg ist die Veröffentlichung von ausgewählten Fällen („Fall der Woche“, „Fall des Monats“). Eine andere Möglichkeit sind zusammenfassende Übersichten zu allen umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen. Üblich sind Veröffentlichungen im Intranet, Internet, in hauseigenen Rundbriefen, Fachzeitschriften oder anderen Publikationen. Ein zusätzlicher Nutzen des Feedbacks besteht darin, dass auch Mitarbeiter, die der Einführung von CIRS kritisch gegenüberstehen, von den Vorteilen, die ihnen aus CIRS entstehen, überzeugt werden können.

Wie geht man mit Berichten über Ereignisse um, die nicht berichtet werden sollen?

In keinem System wird man ausschließen können, dass im CIRS auch Berichte eingehen, die so nicht gewollt sind, entweder weil Mitarbeiter über die Inhalte des Systems nicht ausreichend informiert sind, oder weil einzelne Personen versuchen, das System z.B. für Mobbing zu missbrauchen. Ausschlaggebend ist, dass es klare Entscheidungen zur Form und zum Inhalt von Berichten gibt, die strikt eingehalten werden und dass diese allen Mitarbeitern bekannt gemacht werden.

Zunächst soll immer wieder betont werden, was und was nicht im CIRS berichtet werden soll: das ist der erste Schritt. Wenn z.B. Berichte über vermeidbare unerwünschte Ereignisse (Fehler mit Schadensfolge) eingehen, obwohl beschlossen wurde, diese explizit nicht im CIRS zu berichten, so muss es eine klare Vereinbarung darüber geben, wie mit diesen Berichten verfahren wird, z.B. ob sie aus dem System gelöscht werden, in ein Schadensmeldesystem eingehen und/oder ob sie mit dem eventuell betroffenen Bereich besprochen werden, um ihre Dokumentation und Bearbeitung sicherzustellen. Berichte, die auf Mobbing verweisen, müssen absolut ignoriert werden, um einen Missbrauch von CIRS kategorisch auszuschließen.

Wie geht man mit Berichten über Ereignisse um, bei denen dringender Handlungsbedarf zur Schadensabwehr besteht?

Grundsätzlich und sofern es die Mitarbeiter nicht ausdrücklich anders wünschen, gilt das Gebot der Anonymität im CIRS. Etwas anderes kann nur gelten, wenn sich aus dem Bericht, ein dringender Bedarf zur Schadensabwehr ergeben sollte. Es ist deshalb empfehlenswert, innerhalb der Abteilung oder Klinik Vertrauenspersonen aus der Pflege und Ärzteschaft zu benennen, die die Berichte einer ersten Prüfung unterziehen und gegebenenfalls die akut-notwendigen risikovermindernden oder schadensvermeidenden Maßnahmen ergreifen.

Müssen Berichte an Vorgesetzte weitergeleitet werden?

Grundsätzlich werden die Berichte, die ins CIRS eingehen, nicht an Dritte weitergegeben. Allerdings kann es notwendig sein, Abteilungsleiter, die Klinik- oder Krankenhausleitung über den Inhalt von Berichten zu informieren, die dringenden Handlungsbedarf erkennen lassen. Hier empfiehlt sich auch die Benennung von Vertrauenspersonen. Die Grundsätze der Anonymität und Vertraulichkeit bleiben unberührt.

Außerdem muss man zwischen dem originalen Bericht, der in CIRS eingeht und der Auswertung von Berichten unterscheiden. So wird es notwendig sein, die Umsetzung bestimmter Verbesserungsmaßnahmen mit Vorgesetzten und der Leitung abzustimmen. Entscheidend ist aber nicht der einzelne Bericht, sondern seine Auswertung. Dasselbe gilt für quantitative und qualitative Auswertungen, die der Leitung regelmäßig zur Verfügung gestellt werden sollten.

E. Links und weiterführende Literatur

Links

In Deutschland gibt es eine Reihe überregionaler CIRS im Internet. Krankenhäuser, die noch keine Erfahrung mit CIRS haben, lernen hier Beispiele für bereits erprobte Systeme kennen. Möglicherweise stellen sie auch eine Ergänzung oder Alternative zu lokalen Systemen dar.

- **CIRS-medical Deutschland:** www.cirsmedical.de
- **CIRS – Risikomanagement in der präklinischen Notfallmedizin:** [www.cirs-notfallmedizin](http://www.cirs-notfallmedizin.de)
- **Aus kritischen Ereignissen lernen – Ein Fehlerberichts- und Lernsystem für die Altenpflege:** www.kritische-Ereignisse.de
- **Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen:** www.jeder-fehler-zaehlt.de
- **Medikationsfehler - Bundesvereinigung Deutscher Krankenhausapotheker:** www.adka.de
- **Patienten-Sicherheits-Informations-System (PaSIS):** <http://www.pasis.de>

Einige medizinische Fachgesellschaften bieten Ihren Mitgliedern Zugang zu fachspezifischen CIRS, darunter:

- **Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin**
- **Deutsche Gesellschaft für Chirurgie**
- **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe**
- **Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes**

Weiterführende Literatur

Allgemeines

A Chang, PM Schyver, RJ Croteau: The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events, *Int J Qual Health Care* 17, 2005, S. 95-105.

JC Flanagan: The critical incident technique, *Psychol Bull* 51, 1954, S. 327-358.

LT Kohn, JM Corrigan, MS Donaldson (Hgg.): *To err is human: Building a safer health system*, Washington 1999.

J Reason, *Understanding adverse events: human factors*, *Qual Health Care* 4, 1995, S. 80-85.

A Tamuz, EJ Thomas, KE Franchois: Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems, *Qual Saf Health Care* 13, 2004, S. 13-20.

World Alliance for Patient Safety (Hg.): *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. From Information to Action*, Genf 2005.

World Alliance for Patient Safety (Hg.): *International Classification for Patient Safety Version 1.0.*, www.who-icps.org (Letzter Zugriff: 15. 11. 2007).

J Zhang, VL Patel, TR Johnson et al: A cognitive taxonomy of medical errors, *J Biom Inf* 37, 2004, S. 193-204.

Nutzen von CIRS

J Ahluwalia, L Marriott: Critical incident reporting systems. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 10, 2005, S. 31-37.

P Barach, SD Small: Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems, *BMJ* 320, 2000, S. 759-763.

A Bartolomé, J Gomez-Arnau, S García del Valle: Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes, *Rev Calidad Asistencial* 20, 2005, S. 228-34.

A Bartolomé, J Gomez-Arnau, JA Santa-Úrsula et al: Utilización de un sistema de comunicación y análisis de incidentes críticos en un servicio de anestesia, *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 53, 2006, S. 471-478.

U Beckmann, LF West, GJ Goombridge et al: The Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care 24, 1996, S. 314-319.

TA Buckley, TG Short, TG Rowbottom et al: Critical incident reporting in the intensive care unit, *Anaesthesia* 52, 1997, S. 403-409.

NM Cohen, NL Kimmel, MK Benage et al: Medication safety program reduces adverse drug events in a community hospital, *Qual Saf Health Care* 14, 2005, S. 169-174.

B Frey, V Buettiker, MI Hug et al, Does critical incident reporting contribute to medication error prevention? *Eur J Pediatr* 161, 2002, S. 594-596.

JL Gómez-Arnau, A Bartolomé, JA Santa-Úrsula et al: Sistemas de comunicación de incidentes y seguridad del paciente en anestesia, *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 53, 2006, S. 488-499.

U Haller, S Welti, D Haenggi et al: Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin, *Schweizerische Ärztezeitung* 86, 2005, S. 1665- 1679.

LL Leape, Why should we report adverse incidents? *J Eval Clin Pract* 5, 1999, S. 1-4.

LL Leape, DM Berwick: Five years after To Err is Human: What have we learned? *JAMA* 293, 2005, S. 2384-2390.

SJ Moss, ND Embleton, AC Fenton: Towards a safer neonatal transfer: the importance of critical incident review, *Arch Dis Child* 90, 2005, S. 729-732.

B Runciman, A Merry, AM Smith et al: Improving patients' safety by gathering information, *BMJ* 323, 2001, S. 298.

TG Short, A O'Regan, JP Jayasuriya et al: Improvements in anaesthetic care resulting from a critical incident reporting programme, *Anaesthesia* 51, 1996, S. 615-621.

AW Wu, P Pronovost, L Morlock: ICU incident reporting systems. *J Crit Care* 17, 2002, S. 86-94.

Evaluation von CIRS

AJ Byrne, JG Jones: Inaccurate reporting of simulated critical anaesthetic incidents, *Br Anaesth* 78, 1997, S. 637-641.

M Capuzzo, INawfal, M Campi et al: Reporting of unintended events in an intensive care unit: Comparison between staff and observer, *BMC Emergency Medicine* 5, 2005, S. 3-9.

DJ Cullen, DW Bates, SD Small et al: The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement, *Jt Comm J Qual Improv* 21, 1995, S. 541-548.

DA Kobus, D Admundson, JD Moses et al: A computerized medical incident reporting system for errors in the intensive care unit: initial evaluation of interrater agreement, *Mil Med* 166, 2001, S. 350-353.

MA Safren, A Chapains: A critical incident study of hospital medication errors I, *Hospitals* 34, 1960, S. 32-34.

MA Safren, A Chapains: A critical incident study of hospital medication errors II, *Hospitals* 34, 1960, S. 34-53.

MH Samore, RS Evans, A Lassen et al: Surveillance of medical device-related hazards and adverse events in hospitalized patients, *JAMA* 291, 2004, S. 325-334.

N Stanhope, M Crowley-Murphy, C Vincent et al: An evaluation of adverse incident reporting, *J Eval Clin Pract* 5, 1999, S. 5-12.

CIRS im deutschsprachigen Raum

M Cartes: Einführung eines anonymen Meldesystems für Beinahe-Zwischenfälle in der Krankenversorgung als Instrument des Risikomanagement, In: A Tecklenburg, R Trill (Hgg.), Das erfolgreiche Krankenhaus DIALOG 4, Neuwied 2006. S. 1-25.

R Ernst, M Ulrich: Fehler erkennen – Fehler vermeiden. Medizinische Fehlererfassungsprogramme im deutschsprachigen Raum, 2005. www.aerztekammer-berlin.de/30_Qualitaetssicherung/10_Fehlermanagement_/155_EBuchFehler/MEP.pdf (Letzter Zugriff: 10 August 2007).

P Gausmann: Risiko-Management-Umsetzungskonzepte für die klinische Praxis, Arzt und Krankenhaus 10, 2005, S. 307-310.

J Graf: Umgang mit Fehlern in der Intensiv-Medizin - Fehlerkultur. Das Konzept von Aachen, Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 4, 2005, S. 18.

J Graf, A von den Driesch, KC Koch et al: Identification and characterization of errors and incidents in a medical intensive care unit, Acta Anaesthesiol Scand 49, 2005, S. 930—939.

J Graf: Fehler und Zwischenfälle in der Intensivmedizin. Eine Begriffs- und Standortbestimmung., Intensiv-med 44, 2007, S. 119–128.

I Gurcke: Strategisches Risikomanagement im Krankenhaus, In: A Tecklenburg, R Trill (Hgg.), Das Erfolgreiche Krankenhaus DIALOG 5, Neuwied 2006, S. 1-42.

M Hansis: Fehleranalyse Risikoverringering in der klinischen Praxis, Deutsches Ärzteblatt 45, 2004, C2426.

D Hart, K Becker-Schwarze, Risiken verringern – Sicherheit steigern: Ein Critical Incident Reporting-System in norddeutschen Kinderkliniken, Gesundh ökon Qual manag 2007, 87-95:

GK Hart, I Baldwin, G Gutteridge et al: Adverse incident reporting in intensive care, Anaesth Intensive Care 22, 1994, S.556-561.

G Hofinger, H Waleczek, R Horstmann: Erwartete und unerwartete Probleme bei der Einführung eines Fehlerberichtssystems im Krankenhaus, Gruppendynamik und Organisationsentwicklung 38, S. 295-307.

C Hohenstein, T Schellenberger: CIRS – wichtiger Teil des Risikomanagements im Rettungsdienst, Rettungsdienst 6/30, 2007, S. 22- 27.

C Hohenstein, T Fleischmann: Patientensicherheit im Hochrisikobereich. Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) für die präklinische Notfallmedizin, Der Notarzt 23, 2007, S. 1-6.

R Horstmann, G Hofinger, P Gaidzik: Was bewirken Fehlermeldesysteme in der Chirurgie?, Chirurgische Praxis 67, 2007, S. 211-219.

AR Huber, R Urbinelli R: Critical Incident Reporting: Weshalb nicht von den Erfahrungen der Industrie und Luftfahrt lernen?, QualitätsManagement in Klinik und Praxis 2, 2003, S. 30-34.

M Hübler, A Mollemann, M Erberlein-Gonska et al: Anonymes Meldesystem kritischer Ereignisse in der Anästhesie. Ergebnisse nach 18 Monaten, Anaesthesist 55, 2006, S. 133-141.

M Kaufmann, S Staender, G von Below et al: Computerbasiertes Anonymes Critical Incident Reporting: Ein Beitrag zur Patientensicherheit. Schweizerische Ärztezeitung 83, 2002, S. 2554-2558.

M Klocke: Wie schlimm geht es in deutschen Krankenhäusern zu?, Arzt und Krankenhaus 12/2005, S. 1-5.

J Köbberling: Das Critical Incident Reporting System (CIRS) als Mittel zur Qualitätsverbesserung in der Medizin, Med Klin 100, 2005, S. 143-148.

L Mahlke, C Krettek: Critical Incident Reporting - Sind Chirurgen unfehlbar?, 123. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Mai 2006 (<http://www.egms.de/en/meetings/dgch2006/06dgch431.shtml>).

M Meilwes: 40.000 erfasste Schadenfälle – ein Beitrag zur Risikoanalyse. Hospital Management Forum „competence“5, 2002, S. 29-31.

M Mildenerger, K Ulsenheimer: Incident Reporting für ein produktives Riskmanagement, Das Krankenhaus 7, 2003, S. 1-5.

A Missbach-Kroll, P Nussbaumer, M Kuenz et al, Critical incident reporting system – Erste Erfahrungen in der Chirurgie, Der Chirurg 76, 2005, S. 868-875.

A Mollemann, M Eberlein-Gonska, T Koch et al: Clinical risk management. Implementation of an anonymous error registration system in the anesthesia department of a university hospital, *Anaesthesist* 54, 2005, S.377-384.

M Rall, J Martin, G Geldner et al: Charakteristika effektiver Incident Reporting System zur Erhöhung der Patientensicherheit, *A&I Anästhesie und Intensivmedizin Supplement* 2/2006, S. 9-19.

M Rall, P Dieckmann, E Stricker: Patientensichereits-Optimierungs-System (PaSOS), *A&I Anästhesie und Intensivmedizin Supplement* 2/2006, S. 20-24.

N Roeder, C Hoppenheit, B Wolter et al: Einführung eines softwareunterstützten integrierten und ganzheitlichen Risikomanagements im Universitätsklinikum Münster, *Das Krankenhaus* 5/2007, S. 429-438.

N Rose, D Germann: Resultate eines krankenhausweiten Critical Incident Reporting System (CIRS). Das St. Galler Konzept, *Gesundh ökon Qual manag* 10, 2005, S.83-89.

S Staender, J Davies, B Helmreich et al: The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database, *Int J Med Inform* 47, 1997, S. 87-90.

S Staender: Incident Reporting as a toll for error analysis in medicine, *Z Ärztl Fort Qual* 95, 2001, S. 479-484.

R Urbinelli R: Vier Jahre Erfahrung mit dem laborspezifischen Critical Incident Reporting System (CIRS-Labor), *Pipette Swiss Laboratory Medicine EMH SULM* 6, 2006, S. 6-9.

Klaus Vetter: Aus Fehlern lernen? CIRS hilft, *Frauenarzt* 47, 2006, S. 771-774.

H Waleczek, G Hofinger, P Gaidzik: Risikomanagement im Operationsbereich. Ergebnisse eines Pilotprojekts zum interdisziplinären „Incident-Reporting“, *Zentralblatt für Chirurgie* 131, 2006, S. 332-340.

Juristische Rahmenbedingungen

K Becker-Schwarze, D Hart: Die juristische Sicht: Konflikt zwischen Haftungsrecht und Incident Reporting? *Gesundh ökon Qual manag* 9, 2004, S. 286-290.

D Hart, Patientensicherheit, Risikomanagement, Arzneimittelbehandlung und Arzthaftungsrecht - zugleich ein Beitrag zur Krankenhausorganisationshaftung, *Medizinrecht* 25, 2007, 383-393.

Umgang mit Barrieren im CIRS

R Bathia, G Blackshaw, A Rogers et al: Developing a departmental culture for reporting adverse incidents, *Int J Health Care Qual Ass* 16, 2003, S. 154-156.

MR Cohen: Why error reporting systems should be voluntary, *BMJ* 320, 2000, S. 728-729.

SM Evans, JG Berry, BJ Smith et al: Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study, *Quality and Safety in Health Care* 15, 2006, S. 39-43.

SM Evans, BJ Smitz, A Esterman et al: Evaluation of an intervention aimed at improving voluntary incident reporting in hospitals, *Qual Saf Health Care* 16, 2007, S. 169-175.

J Firth-Cozens, N Redfern, F Moss: Confronting errors in patient care: experiences of doctors and nurses, *Clinical Risk* 10, 2004, S. 184-190.

MJ Kingston. SM Evans, BJ Smith et al: Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis, *Med J Aust* 181, 2004, S. 36-39.

R Lawton: Barriers to incident reporting in a healthcare system, *Qual Saf Health Care* 11, 2002, S. 15-18.

TK Nuckols, DS Bell, H Liu et al: Rates and types of events reported to establish incident reporting systems in two US hospitals, *Qual Saf Health Care* 16, 2007, S. 164-168.

C Vincent, N Stanhope, M Crowley-Murphy: Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study, *J Eval Clin Pract* 5, 1999, S. 13-21.

DS Wakefield, BJ Wakefield, T Uden-Holman et al: Perceived barriers in reporting medication administration errors, *Best Pract Benchmarking Healthc* 1, 1996, S. 191-197.

DS Wakefield BJ Wakefield, T Uden-Holman et al: Understanding why Medication Administration Errors May Not be Reported, *Am J Med Qual* 14, 1999, S. 81-88.

Glossar zur Patientensicherheit

Patientensicherheit (*engl.: patient safety*)

Wird definiert als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse.

Unerwünschtes Ereignis (*engl.: adverse event*):

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

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (*engl.: preventable adverse event*):

Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

Kritisches Ereignis (*engl.: critical incident*):

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

Fehler (*engl.: error*)

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

Beinaheschaden (*engl.: near miss*):

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

Impressum

Die Arbeitsgruppe CIRS im Krankenhaus:

Leitung: Prof. Dr. Dieter Hart, María Inés Cartes Febrero

Mitglieder der Arbeitsgruppe, die an der Handlungsempfehlung mitgewirkt haben:

Dr. Hans Alsen, Dipl. Soz. Sonja Barth, Irmgard Danne, Dr. Peter Dieckmann, PD Dr. Emilio Dominguez, Anke Follmann, Christian Gräber, Dr. Thilo Grüning, Ingo Gurcke, Doris Heinemann, Dr. Barbara Hoffmann, Dr. Claudia Kaiser, Prof. Dr. Johannes Köbberling, Dr. Kolios, Stephan Krahe, Corinna Leonhardt, Dr. Constanze Lessing, Martin Meilwes, Jörg Otte, Dr. Stephan Palm, Dr. Marcus Rall, Dr. Martin Schipplick, Hans-Joachim Standke, Dr. Christian Thomeczek, Esther van der Sloot, Amanda van Vegten, Beate Wolter.

Autoren der Broschüre:

Dr. Hans Alsen, María Inés Cartes Febrero, PD Dr. Emilio Dominguez, Ingo Gurcke, Prof. Dr. Dieter Hart, Stephan Krahe, Dr. Constanze Lessing, Dr. Julia Rohe, Dr. Christian Thomeczek.

Herausgeber:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
c/o Private Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 44
58455 Witten

Stand: November 2007

Handlungsempfehlung und Broschüre mit Praxistipps zur Umsetzung stehen Ihnen als kostenloser Download im Internet zur Verfügung:

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de