

# Krankenhaus-Report 2014

## „Patientensicherheit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 49-67



<b>5</b>	<b>Sicherheitskultur und Berichts- und Lernsysteme .....</b>	<b>49</b>
	<i>Barbara Hoffmann und Günther Jonitz</i>	
5.1	Einführung .....	49
5.2	Grundlagen .....	50
5.2.1	Organisations- und Sicherheitskultur .....	50
5.2.2	Hochzuverlässige Organisationen .....	52
5.2.3	Organisationsvertrauen .....	53
5.3	Umsetzung in der Praxis .....	53
5.3.1	Berichts- und Lernsysteme .....	53
5.3.2	Ziele: Lernen aus Fehlern und offene Kommunikation .....	55
5.3.3	Aufbau und Prozesse .....	56
5.3.4	Notwendige Rahmenbedingungen .....	57
5.3.5	Stärken und Schwächen von CIRS .....	58
5.3.6	Zentrale oder lokale Berichts- und Lernsysteme? .....	60
5.3.7	Netzwerk CIRS-Berlin – ein Beispiel für ein regionales einrichtungübergreifendes Berichts- und Lernsystem .....	61
5.3.8	Förderung der Berichtsbereitschaft .....	62
5.4	Fazit .....	64
	Literatur .....	65

# 5 Sicherheitskultur und Berichts- und Lernsysteme

Barbara Hoffmann und Günther Jonitz

## Abstract

Berichts- und Lernsysteme (oder CIRS) bieten Ärzten, Pflegenden und Mitarbeitern in anderen Gesundheitsberufen die Möglichkeit, auf Schwachstellen im Versorgungsprozess, Beinahe-Schäden und unerwünschte Ereignisse aktiv zu reagieren. Anstatt fehlerhafte Ereignisse allein auf der individuellen Ebene zu bewältigen, werden diese systematisch analysiert mit dem Ziel, die daraus gewonnenen Erkenntnisse direkt in Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen. Sicherheitskultur und Organisationsvertrauen einer Einrichtung haben dabei einen großen Einfluss darauf, wie Berichts- und Lernsysteme genutzt werden, wie diese auch gleichzeitig auf die Kultur der Einrichtung zurückwirken.

Incident reporting systems (IRS) in health care provide health care professionals the opportunity to respond actively to risks, adverse events and near misses. Rather than acting on individual failures only, the use of IRS allows for systematic error analyses in order to use the lessons learnt directly for improvements. A hospital's safety culture and organisational trust have a great impact on how IRS are used; at the same time, IRS also have an effect on the prevailing culture.

## 5.1 Einführung

In einer US-amerikanischen Studie der 1990er Jahren wurde auf acht Stationen von zwei akademischen Lehrkrankenhäusern untersucht, wie häufig Medikationsfehler in Abhängigkeit von bestimmten Stationsmerkmalen auftreten. Dabei wurde ein Schwerpunkt der Untersuchung auf die Beziehungen innerhalb des Pflorgeteams sowie zwischen leitender Pflegekraft und Team gelegt: Wie verhielten sich die Mitarbeiter hinsichtlich Unterstützung und gegenseitigen Respekt, wodurch war das Führungsverhalten der Leitungskräfte gekennzeichnet? Überraschenderweise traten mehr Fehler auf den Stationen auf, deren Teams sich durch gegenseitige Unterstützung und Respekt auszeichneten – innerhalb der Teams und zwischen den Teams und ihren Leitungen. Die Erklärung war jedoch einfach und das überraschende Ergebnis mit der Methode erklärbar, mit der hier die Fehlerrate gemessen wurde: Die Zahl der (freiwilligen) Berichte über Medikationsfehler war in der Gruppe von Stationen höher, auf denen flache Hierarchien und eine offene Haltung gegenüber Fehlern herrschten, und auch die Bereitschaft, offen über Fehler zu sprechen, war dort größer als auf den Stationen, auf denen die Mitarbeiter Sorge hatten, dass ihnen Fehler vorgeworfen wurden (Edmondson 1996).

Zwei entscheidende Schlussfolgerungen und zugleich zwei zentrale Aspekte von Berichts- und Lernsystemen kann man aus dieser Studie ableiten:

- Berichtsrate sind nicht eindeutig interpretierbar im Sinne der realen Häufigkeit von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden<sup>1</sup>.
- Um Berichts- und Lernsysteme erfolgreich einzurichten und zu betreiben, muss die Einrichtung dafür bereit sein und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Mitarbeiter auch tatsächlich berichten, d. h. ihr Wissen preisgeben.

In diesem Beitrag werden diese Aspekte und die vielfältigen Verknüpfungen von Sicherheitskultur mit Berichts- und Lernsystemen dargestellt.

## 5.2 Grundlagen

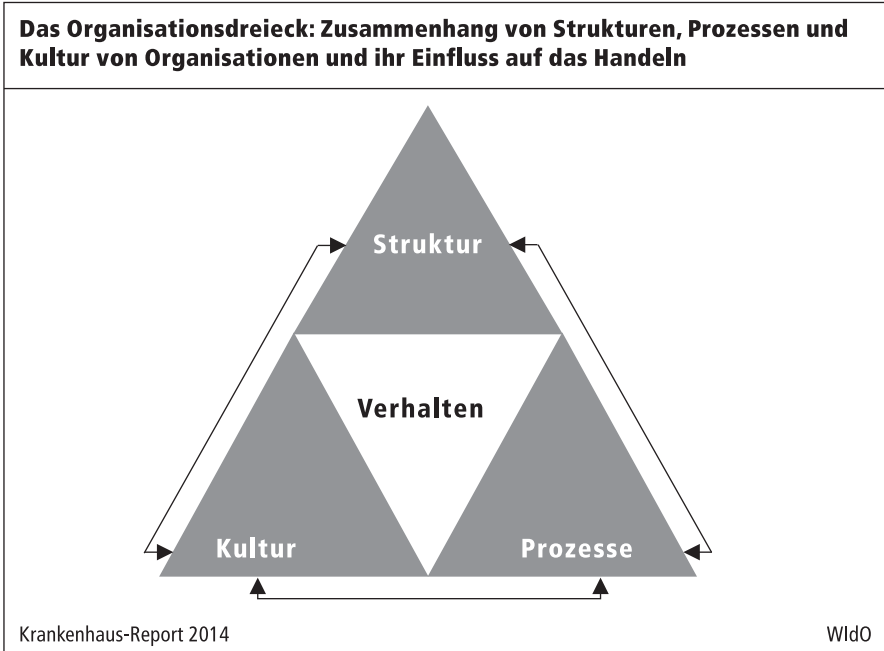
### 5.2.1 Organisations- und Sicherheitskultur

Der Begriff der Organisationskultur wurde durch den Psychologen Edgar Schein entwickelt, als er die Führung verschiedener Unternehmen und die Entwicklung ihrer Strukturen und Prozesse beobachtete. Mit Organisationskultur bezeichnet er das „Muster geteilter Grundannahmen, die von einer Gruppe gelernt wurden, als sie Probleme der Anpassung an äußere Einflüsse und der inneren Integration lösten, und die gut funktioniert haben, so dass sie als wertvoll betrachtet werden und daher an neue Mitglieder weitergegeben werden als die richtige Art und Weise diese Probleme wahrzunehmen, zu denken und zu fühlen.“ (Schein E. *Organizational culture and leadership*. Hoboken, Jon Wiley & Sons, 2006) Was und wie die Mitarbeitenden und Teams in Organisationen handeln, ist von Strukturen, Prozessen und ihrer Kultur und deren Interaktionen untereinander bestimmt (siehe Abbildung 5–1, nach Guldenmund 2010). Der Begriff der Sicherheitskultur wurde in den Jahren nach dem katastrophalen Unfall im Atomkraftwerk in Tschernobyl 1986 geprägt. Sie wird als Teil der Organisationskultur verstanden und ist allgemein wie folgt definiert: Sicherheitskultur ist das Produkt von individuellen und Gruppenwerten, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensmustern, die das Engagement einer Organisation, ihre Tüchtigkeit und ihre Art bestimmen, wie Gesundheit und Sicherheit im Betrieb gewährleistet werden (Halligan und Zecevic 2011).

Seit über zehn Jahren wird die Sicherheitskultur als wichtiger Einflussfaktor für die Sicherheit der Patientenversorgung betrachtet. Dennoch bleibt Sicherheitskultur ein eher unscharfes Konzept: Jeder spricht von „Kultur“, aber meinen auch alle dasselbe? Wodurch ist eine „gute“ Sicherheitskultur geprägt und (wie) kann man sie herstellen? Durch die Operationalisierung des Konzepts mithilfe von Fragebögen wird versucht, Kultur begreifbar, messbar und steuerbar zu machen. Folgende Di-

<sup>1</sup> Ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis ist ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht und vermeidbar ist. Ein Beinahe-Schaden ist ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können. Ein Fehler ist entweder eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt (Glossar Patientensicherheit).

Abbildung 5-1



mensionen werden Sicherheitskultur im Allgemeinen zugeschrieben (Halligan und Zecevic 2011):

- Engagement der Führungskräfte für Patientensicherheit
- Auf Vertrauen basierende offene Kommunikation
- Organisationales Lernen
- Nicht-straftendes Vorgehen bei Berichten und Analysen
- Teamarbeit
- Geteilte Überzeugung von der Wichtigkeit von Sicherheit

Der englische Sicherheitsforscher James Reason prägte als Beschreibung des erforderlichen Umgangs mit Patientensicherheit den Begriff der flexiblen, berichtenden (und damit informierten), lernenden sowie gerechten Kultur (just, reporting, learning, informed, flexible culture) (Reason 1997). Im Einzelnen ist damit folgendes gemeint:

- Berichtende Kultur: Es herrscht ein Klima, in dem die Mitarbeitenden bereit sind, ihre Fehler und sicherheitsrelevante Ereignisse zu melden (siehe Beispiel der Studie zu Beginn des Kapitels).
- Gerechte Kultur: Es herrscht ein Vertrauen, das die Menschen ermutigt und honoriert, wenn sie sicherheitsrelevante Informationen mitteilen, wenn sie sicherheitsrelevante Informationen mitteilen. Gleichzeitig ist die Grenze zwischen zulässigem und nicht-zulässigem Handeln klar.
- Informierte Kultur: Diejenigen, die eine Organisation führen und steuern, kennen die menschlichen, technischen, Organisations- und Umgebungsfaktoren, die auf das Sicherheitsniveau der Organisation Einfluss haben.

- Lernende Kultur: Die Organisation ist bereit und kompetent, die richtigen Schlussfolgerungen aus den Sicherheitsinformationen zu ziehen und größere Veränderungen zu implementieren.
- Flexible Kultur: Unter Zeitdruck oder unter Bedrohung durch größere Risiken ist die Organisation in der Lage, flexibel Entscheidungen zu treffen, d. h. vor allem von einem hierarchischen in einen weniger hierarchischen Entscheidungsmodus umschalten zu können.

Sicherheitskultur entsteht sowohl top down als auch bottom up, sie wird sowohl durch Regeln und Standards als auch durch engagierte Teams beeinflusst. In den durch Arbeitsteilung geprägten Organisationen, wie Krankenhäuser es sind, gibt es nicht *eine* Sicherheitskultur, sondern unterschiedliche Ausprägungen innerhalb der Organisation: Die Sicherheitskultur der kleineren Einheiten (Stationen, Abteilungen) hat oft einen größeren Einfluss auf die Sicherheit der Versorgung als die der Gesamtorganisation (Wachter 2012)

### 5.2.2 Hochzuverlässige Organisationen

Ein auf dem Konzept der Sicherheitskultur aufbauendes Konzept ist das Konzept der Hochzuverlässigen Organisationen (High Reliability Organizations, HRO). Sind Fehler ein unvermeidbarer Bestandteil von komplexen Systemen oder kann die Fehlerhäufigkeit positiv beeinflusst werden? HRO erreichen durch ein achtbares Organisationsdesign und Sicherheitsmanagement sichere und zuverlässige Prozesse. Eine informierte Sicherheitskultur ist dafür notwendige Voraussetzung. Folgende Merkmale prägen HROs (Pierre et al. 2011):

- Sie beschäftigen sich intensiv mit Fehlern und kleinen Zwischenfällen (kostenlose Lerngelegenheiten) und erwarten immer das Unerwartete, Schlimmste.

Gern wird im Zusammenhang mit Qualität und Patientensicherheit von einer „Fehlerkultur“ gesprochen. Damit ist die Art und Weise gemeint, wie man mit Fehlern umgeht. Es ist der reaktive Anteil der Sicherheitskultur, der sich vorrangig mit Fehlern und weniger mit Schäden oder allgemein mit der Herstellung von Sicherheit beschäftigt. „Jeder Fehler erscheint unglaublich dumm, wenn andere ihn begehen.“ Dieses Zitat von Georg Christoph Lichtenberg zeigt deutlich, welcher Umgang mit Fehlern in unserer Gesellschaft vorherrscht: Fehler werden individuell zugeordnet, keiner möchte sie aber begangen haben. Hier ist es dringend notwendig, Fehler zu Lerngelegenheiten umzudeuten und ein neues Verständnis des Lernens als individuellen, Gruppen- und Organisationsprozess zu entwickeln. Auf Sicherheit und Zuverlässigkeit ausgelegte Organisationen zeichnet aber noch mehr aus:

- Sie sind vorsichtig bei einfachen Erklärungsmustern für interne und externe Ereignisse, um vorschnelle Entscheidungen zu vermeiden.
- Sie sind sensibel für die Schwächen der betrieblichen Abläufe und untersuchen diese.
- Fachliche Entscheidungen werden auch unabhängig von der formalen Hierarchie getroffen, d. h. auch den Experten vor Ort ist es erlaubt, Entscheidungen zu treffen.
- Sie arbeiten flexibel, d. h. sie sind aufmerksam gegenüber Fehlern, um bei ihrem Auftreten durch flexible Anpassung das System am Laufen zu halten. Sie sind

resilient, d. h. sie sind in der Lage, mit Problemen, Abweichungen und Krisen fertig zu werden. So können sie nicht nur Fehler vermeiden, sondern auch mit aufgetretenen Fehlern umgehen und dennoch weiterhin gut funktionieren. Für diese Eigenschaft wird auch der Begriff der Fehlertoleranz oder Fehlerfreundlichkeit verwendet.

- Es bestehen vertrauensvolle Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Führungskräften. Die Mitarbeiter sind aufgefordert, über Ist-Zustände, Abweichungen, minimale Ereignisse und Fehler zu sprechen.

### 5.2.3 Organisationsvertrauen

HRO sind durch das Vertrauen geprägt, das zwischen Mitarbeitenden und Führungskräften herrscht. Mit Vertrauen wird dabei das Ausmaß bezeichnet, mit dem Individuen anderen gute Absichten zuschreiben und Vertrauen in die Wahrhaftigkeit ihrer Worte und Handlungen haben (Firth-Cozens 2004). Es handelt sich also um

- das Vertrauen, das Patienten den Menschen und Organisationen im Gesundheitssystem entgegenbringen,
- das gegenseitige Vertrauen der Mitarbeiter in Kliniken und Praxen sowie
- das gegenseitige Vertrauen von Führungskräften und Mitarbeitern (siehe Beispiel der Studie zu Beginn des Kapitels).

Für die Mitarbeiter ist das Vertrauen gegenüber der Leitung notwendig, damit sie ohne Angst vor negativen Folgen offen über Fehler sprechen können und fair behandelt werden, ihre Kommunikation über Fehler nicht als „Verpfeifen“ von Kollegen verstanden wird, Ereignisse sorgfältig und sensibel untersucht werden und ihren Berichten Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit folgen. Für die Führungskräfte ist das Vertrauen gegenüber den Mitarbeitern notwendig, damit sie korrekte Informationen über Fehler erhalten, um richtige Entscheidungen treffen zu können. Wichtigster Einfluss auf das Organisationsvertrauen sind die Haltungen und Handlungen der Leitungskräfte auf jeder Leitungsebene. Dieses Vertrauen ist fragil, es ist leichter zerstört als aufgebaut.

Im Folgenden soll nun dargestellt werden, welche Implikationen sich für die Praxis von Berichts- und Lernsystemen ergeben.

## 5.3 Umsetzung in der Praxis

### 5.3.1 Berichts- und Lernsysteme

Berichts- und Lernsysteme werden heute oft auch als CIRS (Critical Incident Reporting System) oder Fehlermeldesysteme bezeichnet. Mit ihnen werden Ereignisse und Risiken erfasst, die im Rahmen der Patientenversorgung auftreten und die den Patienten entweder geschädigt haben oder hätten schädigen können. Sie richten sich an die Beteiligten in Kliniken und Praxen, da diese als Experten ihres Arbeitsplatzes oft über das meiste Wissen darüber verfügen, warum es zu Störungen und Zwischenfällen kommt. Schauen wir uns den folgenden Ereignisbericht an:

In einem Krankenhaus wird nachts ein Patient unbekanntes Alters reanimationspflichtig, allerdings verzögert sich das Eingreifen von Arzt und Pflegekraft, da beide – der diensthabende Arzt und die einzige anwesende (Leasing-)Pflegekraft – den Standort der Notfall-Ausrüstung nicht genau kennen. Ob der Patient dadurch einen zusätzlichen Schaden nimmt, ist nicht bekannt. Dies berichtete eine Ärztin/ein Arzt in einem krankenhausesinternen Berichts- und Lernsystem. Nach den Gründen für das Auftreten des Ereignisses befragt, vermutet sie/er, dass die Einarbeitung der Mitarbeiter und die Kennzeichnung des Standorts der Ausrüstung unzureichend waren.

Wie durch ein Fenster erhaschen wir einen Blick auf das System (Vincent 2004) dieses Krankenhaus, allerdings können wir nicht erkennen, was jenseits von unserem Blickfeld ist. Es fehlen Informationen zu dem Ereignis, z. B. das Outcome für den Patienten, oder zum Ort des Ereignisses. Und dennoch ist dieser Bericht wertvoll, da er auf ein bestehendes Problem und auf mögliche Ursachen hinweist. Eindeutig wird ein Risiko für Patienten beschrieben. Die Informationen kommen von den direkt am Bett arbeitenden Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten, die diese in das (immer verfügbare) Berichts- und Lernsystem der Klinik eingeben. Dieser Bericht ist Anlass für das Haus, seine Strukturen und Prozesse im Rahmen der innerklinischen Notfallversorgung zu überprüfen.

Seit Beginn der weltweiten Patientensicherheitsbewegung wurde die Einrichtung von Berichts- und Lernsystemen empfohlen (Kohn et al 2000). Um Fehler zu identifizieren und aus ihnen zu lernen, sollten unerwünschte Ereignisse mit erheblichen Folgen für den Patienten (in verpflichtenden Systemen) oder Beinahe-Schäden (in freiwilligen Systemen) berichtet werden. Gerade die freiwilligen Berichtssysteme wurden als Instrumente erkannt, die in der Lage sind, Schwachstellen im System Krankenhaus zu erkennen. Als notwendige Voraussetzung wurde bereits 1999 ein Schutz der Vertraulichkeit der Berichte gefordert und erstmals 2005 (in den USA) mit dem „Patient Safety and Quality Improvement Act“ gesetzlich verankert.

Mitte der 1990er Jahre wurde im Universitätsspital in Basel ein erstes elektronisches Berichtssystem (CIRSmedical<sup>®</sup>) entwickelt (Staender et al. 1997). Berichts- und Lernsysteme standen auch im Zentrum des Berliner Gesundheitspreises 2002, einem vom AOK-Bundesverband, der AOK Berlin-Brandenburg und der Ärztekammer Berlin gemeinsam ausgeschriebenem Wettbewerb für innovative und zukunftsweisende Projekte der Gesundheitsversorgung: Für den Aufbau eines stationären (CIRSmedical<sup>®</sup>) und eines ambulanten Berichtssystems (Studie zu Fehlern in der hausärztlichen Versorgung, später [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)) wurde ein gemeinsamer erster Preis verliehen.

Inzwischen sind Berichts- und Lernsysteme weit verbreitet und bereits in vielen deutschen Krankenhäusern eingeführt worden. Nach einer Befragung aller Akutkrankenhäuser (mit mehr als 50 Betten) im Jahr 2010 nutzten 35% der teilnehmenden 484 Kliniken systematisch ein lokales Berichts- und Lernsystem, und zwar über eine mittlere Dauer von gut zwei Jahren (Lauterberg et al. 2012). Es wurde auch erhoben, in welchem Umfang weitere Instrumente verwendet werden, um Informationen über patientengefährdende Risiken zu sammeln.

## Instrumente zur Informationssammlung über Patienten gefährdende Risiken in Kliniken

- Beschwerdemanagement
- Auswertung von Patientenschadensfällen
- Krankenaktenanalysen
- Patientenbefragungen
- direkte Beobachtung klinischer Abläufe
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Externe und interne Risiko-Audits
- internetbasiertes Fehlerberichtssystem
- lokales Fehlerberichtssystem
- Mitarbeiterbefragungen
- Analyse von Abrechnungsdaten oder Daten der externen Qualitätssicherung
- Analyse von eigens erhobenen Kennzahlen
- Hinweise der Haftpflichtversicherer
- Peer Review

In mindestens der Hälfte der Kliniken wurden Beschwerdemanagement, Analyse von Abrechnungsdaten, die Daten der externen Qualitätssicherung und die Analyse von eigens erhobenen Kennzahlen systematisch genutzt. Die meisten Häuser nutzten mehrere Instrumente gleichzeitig, betrachteten also ihr System – um im Bild des „Fensters zum System“ zu bleiben – durch mehrere Fenster.

### 5.3.2 Ziele: Lernen aus Fehlern und offene Kommunikation

Über die Ziele, die mit der Hilfe von Berichts- und Lernsystemen erreicht werden sollen, herrschte eine Zeit lang Verwirrung. So sollten sie Zahlen liefern über die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden oder der Rechenschaftslegung von Krankenhäusern und Gesundheitssystemen (O’Dowd 2006) dienen, die damit ihre Bemühungen um Patientensicherheit und sinkende Fehlerraten nachweisen sollten. Doch auch verpflichtende Berichtssysteme oder Organisationen, die eine hohe Berichtsbereitschaft der Mitarbeiter aufweisen, können nicht davon ausgehen, dass sie über valide Daten zu Häufigkeit, Art und Schadensausmaß von unerwünschten Ereignissen verfügen. So erhält das National Reporting and Learning System in England pro Quartal ca. 300 000 Berichte (NRLS 2012). Dennoch ist das Berichten selektiv: Beispielsweise werden überproportional viele Patientenunfälle/-stürze gemeldet, gleichzeitig gibt es kaum Berichte aus dem gesamten ambulanten Bereich.

Berichts- und Lernsysteme dienen daher primär dazu, aus unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden zu lernen (Pham et al. 2010) und die Sicherheit und Qualität der Versorgung durch die Verwendung qualitativer Daten direkt zu verbessern (Wachter 2012). Aus diesem Grund müssen sie auch mit anderen Instrumenten des Risikomanagements ergänzt werden (siehe Übersicht oben). Andere postulieren die Veränderung der Sicherheitskultur als führende Aufgabe von Berichts- und Lernsystemen (Frankel 2004): Sie fördern eine offene Kommunikation und Transparenz und die Beteiligung aller Mitarbeiter an der Verbesserung von Qualität und Sicherheit. Dabei wird gemeinsam Wissen über die Organisation entwickelt und es



werden Werte und damit die Organisationskultur hin zu einer berichtenden und informierten Kultur verändert.

### 5.3.3 Aufbau und Prozesse

Interne Berichts- und Lernsysteme sind im Kern Instrumente, die auf Papier- oder elektronischer Basis Ereignisberichte sammeln. Diese Berichte können anonym eingestellt werden oder die Berichtenden sind nur den Administratoren des Systems bekannt (vertrauliches Berichten). Im stationären Bereich hat sich in Deutschland das Berichten von Beinahe-Schäden etabliert, allerdings wurden in 40% der Kliniken auch Ereignisse mit Schadensfolge im internen Berichtssystem zugelassen (Lauterberg et al. 2012).

Berichts- und Lernsysteme werden von einzelnen Kliniken/Abteilungen, gesamten Krankenhäusern oder auch ganzen Unternehmen genutzt. So steuerten 2010 die internen CIRS jeweils zwischen 20 und 200 Ereignisberichte pro Jahr bei (Lauterberg et al. 2012) Dabei gibt es zentrale oder dezentrale Berichtswege: Alle Mitarbeiter eines Krankenhauses berichten direkt in ein zentrales System oder zunächst in den Meldekreis einer Abteilung oder eines Zentrums, von dem aus die Meldung dann zentral weitergeleitet wird.

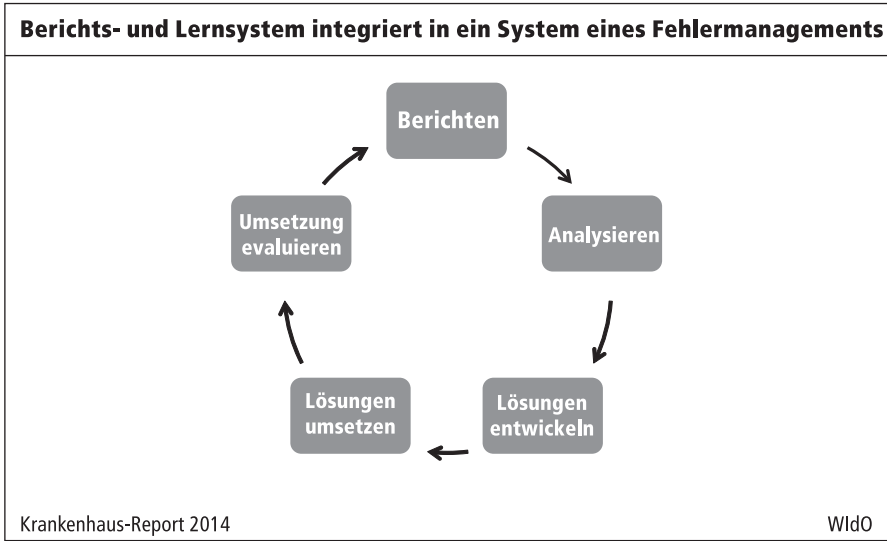
Allein das Berichten oder das Wissen über Ereignisse führt jedoch nicht automatisch zu Lernprozessen und Lernerfolgen. Folgende Schritte sind – analog zum PDCA-Zyklus (plan–do–check–act) des Qualitätsmanagements – im Zyklus des Fehler- und Risikomanagements elementar (siehe auch Abbildung 5–2):

- **Berichten:** Die Ereignisse werden in Berichts- und Lernsystemen von direkt oder indirekt in der Patientenversorgung tätigen Mitarbeitenden eingegeben.<sup>2</sup>
- **Analysieren:** Die Berichte werden von Experten (z. B. Pflegende und Ärztinnen und Ärzte vor Ort zusammen mit Mitarbeitenden des QM) analysiert.
- **Lösungen entwickeln:** Als Ergebnis der Analyse werden Maßnahmen entwickelt, die ähnliche Ereignisse verhindern bzw. erkannte Systemfehler beheben sollen. Diese Lösungen werden an die zuständigen Leitungskräfte weitergeleitet.
- **Lösungen umsetzen:** Durch die zuständigen Führungskräfte und in den internen Strukturen werden die Lösungen umgesetzt.
- **Umsetzung evaluieren:** Die Art und der Erfolg der Umsetzung werden untersucht.

Diese Prozesse werden idealerweise von einem Feedback begleitet: Berichte, Analyseergebnisse und/oder Lösungen werden an die Nutzer des System (z. B. in internen Systemen an die Mitarbeiter des Hauses) zurückgespiegelt.

<sup>2</sup> Erst in jüngster Zeit werden auch Patienten ebenfalls eingeladen, allerdings meist in separate Berichtssysteme nur für diese Zielgruppe zu melden (Pham et al. 2010). Auf diese Patientenberichtssysteme wird im Weiteren nicht eingegangen.

Abbildung 5-2



### 5.3.4 Notwendige Rahmenbedingungen

Um tatsächlich als Organisation aus Fehlern lernen zu können, müssen Berichts- und Lernsysteme von den Mitarbeitenden auch genutzt werden, um über relevante Ereignisse zu berichten. Voraussetzung für diese Nutzung sind die folgenden Rahmenbedingungen (World Alliance for Patient Safety) bzw. Schlüsselkomponenten von Berichts- und Lernsystemen (Farley et al. 2008), die die eingangs genannten Konzepte der berichtenden, lernenden, gerechten Kultur und des Organisationsvertrauens widerspiegeln:

- Sicherheit der Berichtenden vor negativen Folgen.
- Breite Beteiligung der Mitarbeitenden.
- Konstruktive und zeitnahe Antwort auf die Berichte (mindestens eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Analysen, idealerweise auch über Empfehlungen für Veränderungen innerhalb der Organisation)
- Kompetenz und menschliche und finanzielle Ressourcen bei denen, die das Berichtssystem betreuen (CIRS-Teams): Wer Berichte entgegennimmt, muss in der Lage sein, aussagekräftige Analysen durchzuführen, Informationen weiter zu verbreiten, Empfehlungen für Veränderungen und Lösungen zu entwickeln.
- Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen durch kompetente Gremien und die entscheidenden Leitungskräfte.

Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen haben die WHO (2005) und das Aktionsbündnis Patientensicherheit (2006) Empfehlungen herausgegeben, die bei der Einführung und der Pflege von Berichts- und Lernsystemen berücksichtigt werden sollten.

## **Empfehlungen zum Aufbau von Berichts- und Lernsystemen der WHO und des Aktionsbündnis Patientensicherheit**

- Was ist das Ziel, sind die Ziele des Berichtssystems? Rechenschaftslegung versus Lernen aus kritischen Ereignissen?
- Wie kann das Berichtssystem in das klinische Risikomanagement integriert werden?
- Auf welcher Ebene finden die Lernprozesse statt? Warnhinweise über neue Risiken, Analysen von Systemfehlern, Best-Practice-Empfehlungen etc.?
- Vertraulich oder anonymes Berichten? Wie wird Vertraulichkeit oder Anonymität gewährleistet?
- Berichtsprozess: Was soll berichtet werden? Wer soll berichten? Wie soll berichtet werden?
- Wie ist die Struktur des Berichtssystems aufgebaut? Berichtsformular, Berichtswege, Berichtsdatenbank, technische Infrastruktur, zentrale oder dezentrale Meldekreise?
- Wie sollen die Berichte klassifiziert werden? Ereignistypen, Risiko, beitragende Faktoren und Ursachen?
- Wie sollen die Berichte analysiert werden? Analysemethode, Analyse fallweise oder systematisch? Aufbau, Mitglieder, Kompetenzen und Ressourcen des Analyseteams?
- Wie werden Ergebnisse aus dem Berichtssystem zurückgemeldet? Ergebnisse an die Mitarbeitenden und Führungskräfte (Dank für den Bericht; Warnhinweise; komplette Berichte; systematische Auswertungen; Lernergebnisse; Empfehlungen für Prozess- oder Systemveränderungen etc.), Häufigkeit und Wege der Rückmeldungen?
- Wie werden die Mitarbeitenden über das Berichts- und Lernsystem informiert? Schulungen bei Einführung und Neu-Einstellung, wiederkehrende Schulungen, Informationen über den Zugang zum System?
- Gibt es genug Ressourcen für die oben genannten Aufgaben?

### **5.3.5 Stärken und Schwächen von CIRS**

In den USA konnte gezeigt werden, dass die Entwicklung der Strukturen und Prozesse im Berichtssystem ein langwieriger Prozess ist und derzeit nicht in allen Kliniken gewährleistet wird (Farley et al. 2011). In Deutschland ist die Situation ähnlich: Nur 40 % der teilnehmenden Kliniken bieten ihren Mitarbeitern regelmäßig Einführungen zum internen Berichtssystem. Und nicht in allen Kliniken ist das Feedback an die Meldenden über die berichteten Ereignisse oder Maßnahmen regelmäßig gewährleistet. Auch die weiteren Prozesse im Berichtssystem (Analysen, Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen) werden nicht an allen Kliniken regelmäßig durchgeführt (Lauterberg et al. 2012). Berichts- und Lernsysteme sind vielerorts eingeführt, doch gelingt die Umsetzung eines Fehlermanagements mithilfe dieses Instruments auch deshalb nur unzureichend, weil die Mitarbeitenden (die berichten sollen) und die CIRS-Teams überlastet sind. Die Stärken und Schwächen von Berichts- und Lernsystemen sind im Folgenden zusammengetragen.

**Stärken:**

- Die Mitarbeitenden werden beteiligt.
- Das immense Wissen der Mitarbeitenden wird genutzt (Informationen aus erster Hand über das, was wirklich vor Ort geschah/geschieht).
- Es können so genannte latente Fehler und zu den Ereignissen beitragende Faktoren entdeckt werden. Dies gelingt mit anderen Methoden deutlich schlechter.
- Die Methode ist einfach anzuwenden und Ergebnisse schnell zu generieren.
- Die Methode (in Form einer „passiven Surveillance“) ist kostengünstig.

**Schwächen:**

- Das Berichten selbst erfordert einen zusätzlichen Zeitaufwand für die ohnehin unter hohem Zeitdruck arbeitenden Mitarbeiter.
- Das Berichten ist selektiv, so ist z. B. von der Berufsgruppe abhängig, was individuelle Mitarbeiter melden (Hoffmann et al. 2008).
- Bestimmte Ereignisse werden häufig mithilfe von Berichtssystemen identifiziert (Probleme der Patientenidentifikation, Stürze und Medikationsfehler), andere Ereignisse wie z. B. nosokomiale Infektionen praktisch gar nicht (Levtzion-Korach 2010). Daher sollen Berichtssysteme mit anderen Methoden ergänzt werden und deren Daten zusammengeführt werden (Sun 2013; Hoffmann et al. 2008; Michel 2004).
- Viele Berichtssysteme erleben eine nachlassende Berichtstätigkeit durch die Zielgruppe.
- Berichte enthalten oft nicht ausreichend Informationen, um tatsächlich zu verstehen, was passiert ist bzw. warum es passiert ist (Thomas et al. 2011). Daher soll vor allem „gut berichtet“ werden, d. h. über „berichtenswerte Ereignisse“ (Pfeifer und Wehner 2011) und mit den relevanten Informationen zum Ereignis. Dazu bedarf es der Schulung der Mitarbeitenden.
- Die Mitarbeitenden können schnell demotiviert werden, wenn die Organisation nicht reagiert (Hoffmann et al. 2008).
- Die Organisation kann aber auch durch die Meldung irrelevanter Ereignisse und Nicht-Melden relevanter Ereignisse in ihren Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit fehlgeleitet werden (Sun 2013).

Führen Berichtssysteme auch zu einer messbaren Verbesserung der Patientensicherheit? In einem 2005 durchgeführten systematischen Review konnten keine qualitativ hochwertigen Studien zur Wirksamkeit von Berichtssystemen gefunden werden (Simon et al. 2005). Der Nachweis von niedrigeren Raten vermeidbarer unerwünschter Ereignisse wird für extrem schwierig bzw. unmöglich gehalten (Sun 2013). Wenn man jedoch auf die Verbesserung der Sicherheitskultur abzielt, zeigen neuere Studien, dass in Krankenhäusern mit höheren Berichtsrate die Mitarbeitenden einen offeneren Umgang mit Fehlern und weniger Beschuldigungen und Bestrafungen wahrnehmen (Hutchinson et al. 2009). Allerdings konnte in dieser Querschnittstudie nicht gezeigt werden, ob eine offene Sicherheitskultur dazu führt, dass häufiger Fehler berichtet werden oder andersherum. Organisationskultur wird von einer Gruppe gelernt – die wahrgenommene Sicherheitskultur und das offen berichtende Verhalten der Gruppenmitglieder beeinflussen sich dabei gegenseitig.

Leichter gelingt es, die aus den Berichten entwickelten Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit nachzuweisen. In einer Einrichtung konnten aus fast 2000 Berichten über 750 system- und prozessorientierte Maßnahmen abgeleitet werden, z. B. in Form der Verbesserung der Notfallalarmierung im stationären und OP-Bereich oder als Umbau und Umstrukturierung der zentralen Notaufnahme (Cartes 2008). Aufgrund von Berichten in einrichtungsübergreifenden CIRS über Medikamentenverwechslungen bei Injektionen und Infusionen konnten weitere Verbesserungen erreicht werden, indem die Farbkodierung und Beschriftung der Spritzen verändert wurden (DIVI 2012). Beide Beispiele für Resultate des Incident-Reporting führen uns zu der Frage, ob und wie CIRS vernetzt werden sollten.

### 5.3.6 Zentrale oder lokale Berichts- und Lernsysteme?

Im deutschsprachigen Raum bestehen eine ganze Reihe unterschiedlicher, zum Teil parallel existierender Berichts- und Lernsysteme: Neben vermutlich einigen hundert klinikinternen Berichtssystemen wurden einrichtungsübergreifende Systeme etabliert, die Berichte aus unterschiedlichen Einrichtungen zusammenführen: Das Critical Incident Reporting & Reacting NETwork® (CIRNET®) ist 2006 als anästhesiespezifisches einrichtungsübergreifendes Berichtssystem gestartet und wurde inzwischen für die Teilnahme ganzer Spitäler geöffnet (Frank et al. 2012). Nach diesem Vorbild wurden u. a. das nationale Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland ([www.kh-cirs.de](http://www.kh-cirs.de)) und das regionale Netzwerk CIRS-Berlin in der Trägerschaft von Ärztekammer Berlin und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin ([www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)) implementiert (siehe Abschnitt 5.3.7). Des Weiteren gibt es fachspezifische zentrale Berichtssysteme wie z. B. für die Anästhesiologie und Intensivmedizin CIRS-AINS ([www.cirs-ains.de](http://www.cirs-ains.de)), für die hausärztliche Versorgung oder die Altenpflege.

Vor diesem Hintergrund stellt sich für viele Kliniken die Frage, an welchem Berichtssystem sie sich beteiligen sollten: Soll lediglich ein eigenes Berichtssystem betrieben werden oder beteiligt sich die Klinik auch an einem einrichtungsübergreifenden System? Auch nach dem Patientenrechtegesetz von 20.02.2013 ist die Einführung von Fehlermeldesystemen nicht verpflichtend. Allerdings wird sie durch eine Ergänzung im § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenausfinanzierungsgesetzes (als Teil des Patientenrechtegesetzes) unterstützt. Danach sind für die Beteiligung „ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“ Zuschläge zur Vergütung vorzusehen. Diese Zuschläge werden anhand von Anforderungen vereinbart, die der Gemeinsame Bundesausschuss bis Februar 2014 festlegen soll und die „in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen“. (Bundesgesetzblatt 2013)

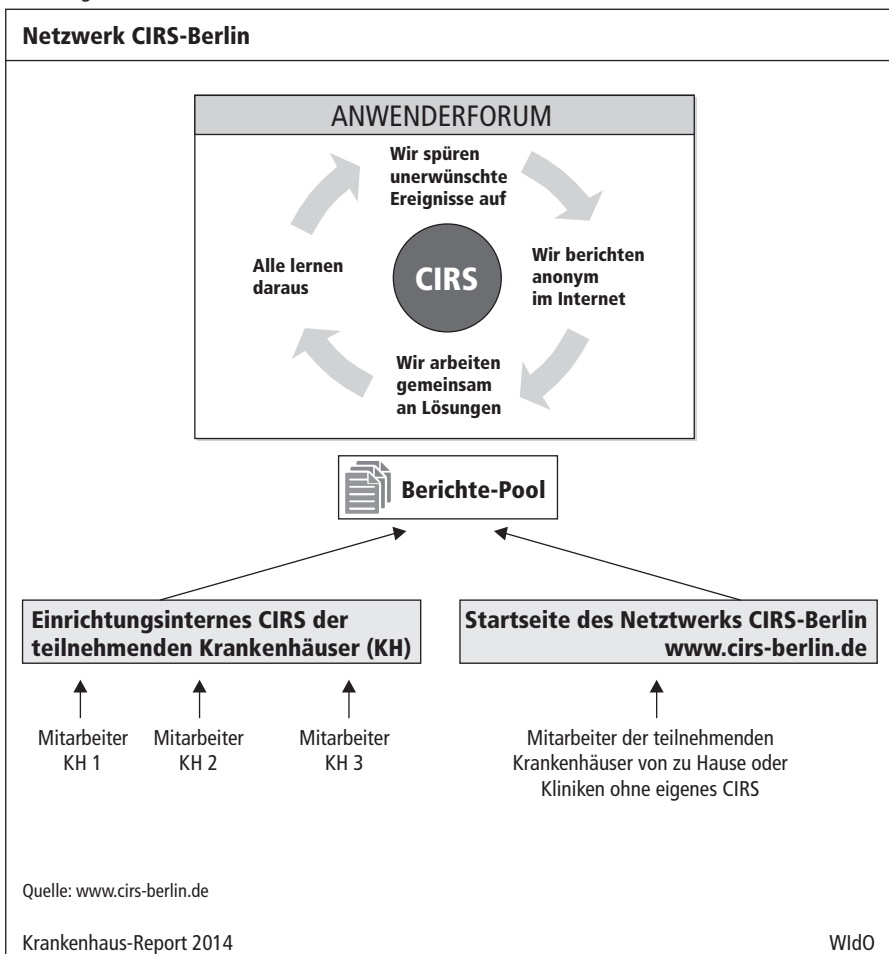
In den meisten Staaten, in denen in den letzten Jahren Berichts- und Lernsysteme in Krankenhäusern eingeführt wurden, werden einrichtungsinterne wie einrichtungsübergreifende Systeme parallel genutzt. Das Wissen aus Berichts- und Lernsystemen soll nicht an den Grenzen von Kliniken haltmachen. Auch im ambulanten Bereich bietet sich die Kombination von lokalem und zentralem Berichtssystem an. In einrichtungsinternen (lokalen) Systemen kann man mit einer höheren

Berichtsbereitschaft rechnen und Veränderungen infolge identifizierter Fehler oder Risiken können besser implementiert werden. In einem einrichtungsübergreifenden (zentralen) System dagegen kommen mehr Informationen zusammen, sodass mehr Lernmöglichkeiten resultieren (Zwart et al. 2011) In Deutschland ist dies teilweise bereits regional oder fachgruppenspezifisch umgesetzt (s. o.), allerdings existiert bislang noch keine Vernetzung aller Berichts- und Lernsysteme, die sich an die gleichen Zielgruppen – z. B. stationäre Versorgung im Allgemeinen – richten.

### 5.3.7 Netzwerk CIRS-Berlin – ein Beispiel für ein regionales einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem

Das Netzwerk CIRS-Berlin wurde 2008 als Pilotprojekt gestartet und läuft bereits in der dritten Projektphase (2013 bis 2016). Projektträger sind die Ärztekammer Berlin und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Im Sommer 2012

Abbildung 5–3



waren zehn Berliner Krankenhausträger mit insgesamt 19 Krankenhausstandorten beteiligt. Jede Klinik nimmt mit ihrem internen CIRS teil und leitet einzelne Berichte an das Netzwerk CIRS weiter (siehe Abbildung 5–3). Wesentliche Komponenten des Netzwerks sind die zweimonatlich stattfindenden Anwender-Foren, in denen die Vertreter der beteiligten Kliniken zusammenkommen, um die eingegangenen Berichte zu analysieren, Lösungen zu erarbeiten und diese an die Kliniken zurückzuspiegeln. Dazu dienen u. a. die monatliche Netzwerk-Post per Email (siehe Fallbeispiel in Abbildung 5–4) und die Internetseite des Projekts ([www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)).

Im Jahr 2012 wurde das Projekt erstmals evaluiert, einige Ergebnisse können wir an dieser Stelle bereits darstellen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 185 Berichte im Netzwerk eingestellt worden (Juni 2013: 221); von den insgesamt in den internen CIRS der beteiligten Kliniken vorhandenen ca. 1 200 Berichten war dies damit fast jeder sechste. Ärztinnen und Ärzte und Pflegende trugen zu gleichen Teilen Berichte in der zentralen Datenbank bei. Es wurden vor allem Medikationsfehler (36,7%), Ereignisse mit medizinischer Ausrüstung (10,9%) und Dokumentationsereignisse (8,6%) berichtet. Die Mehrzahl der Berichte kam aus der Chirurgie, Pädiatrie, Anästhesiologie und Inneren Medizin.

In sieben der zehn Einrichtungen analysiert ein eigenes CIRS-Team die internen Berichte, in fünf Einrichtungen erhalten die Mitarbeitenden über mehr als einen Weg Feedback über Ereignisse und Lösungen (z. B. Email, Intranet, Mitarbeiterzeitschrift). Kliniken, die ihr internes CIRS systematisch implementiert hatten, wiesen – im Gegensatz zu denen, die dies nur unsystematisch implementiert hatten – einen gleichbleibenden oder steigenden Berichtseingang auf.

Weitere Ergebnisse der Evaluation sind:


- Für einen erfolgreichen Betrieb eines internen Berichtssystems scheint die Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden aus der Praxis entscheidend zu sein.
- Als wesentliche Stärken des Netzwerks nannten die Vertreter der beteiligten Kliniken eine breitere Wissensbasis als in einem Krankenhaus allein, die Lernmöglichkeiten an konkreten Ereignissen und die Möglichkeiten des direkten Austauschs unter Fachkollegen und -kolleginnen.
- Allerdings sind zu geringe Berichtsraten in vielen beteiligten Kliniken ein Problem und tragen somit auch zu der niedrigen Zahl der Berichte im Netzwerk bei. Einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme sind davon abhängig, dass die internen CIRS gut funktionieren.
- Eine zentrale Plattform kann wiederum Kliniken beim Aufbau und Pflege ihres internen CIRS (d. h. bei der Information und Kommunikation innerhalb des Hauses, der Analyse der Ereignisse und der Entwicklung von Maßnahmen) unterstützen.

### 5.3.8 Förderung der Berichtsbereitschaft

Ein systematischer Review ging der Frage nach, wie Berichtsraten in internen CIRS erfolgreich gefördert werden können. Lediglich vier Studien konnten aufgrund eines validen Studiendesigns ausgewertet werden. Endpunkt war immer die Rate der Berichte in den internen CIRS. Allerdings hatte alle vier Studien ein sehr kurzes Untersuchungsintervall von maximal 15 Monaten, sodass deren Aussagekraft für

Abbildung 5–4

## Beispiel für das Feedback im Netzwerk CIRS-Berlin



# Netzwerk CIRS-Berlin





### Da geht einem ja die Luft aus!

**Fall 1 (36176) wird von einer/m Pflegenden berichtet:**  
 Von der Normalstation wurde ein älterer Patient als Notfall (exazerbierte COPD-/Pneumonie, jetzt respiratorische Verschlechterung) auf die ITS verlegt. Vor der Verlegung wurde festgestellt, dass die Flasche der transportablen O<sub>2</sub>-Versorgung leer war. Kein sofortiger Flaschenaustausch. Der diensthabende Arzt entschied daraufhin, den Patienten sofort und ohne O<sub>2</sub>-Versorgung auf die ITS zu transportieren. Bei Ankunft dort war die periphere O<sub>2</sub>-Sättigung deutlich erniedrigt, stabilisierte sich aber später wieder. Die transportablen O<sub>2</sub>-Versorgung war einige Stunden zuvor benutzt und der Füllstand der O<sub>2</sub>-Flasche nicht überprüft worden. Grund dafür: hohe Arbeitsbelastung durch viele Aufnahmen.

**Fall 2 (37287) wird von einer Ärztin, einem Arzt berichtet:**  
 Patientin mit 80% Sauerstoff kontrolliert, PEEP 10 mmHg, beatmet. Transport in die Radiologie. Sauerstoffflasche des mobilen Beatmungsgerätes mit 80 l Restmenge. Bei der Umlagerung in der Radiologie war der Transport-O<sub>2</sub> bereits verbraucht. Kein Wandanschluss vorhanden. Große, mobile O<sub>2</sub>-Flasche vor Ort, jedoch nur mit Anschluss für eine Maske oder Nasensonde. Anschluss des Sauerstoffs an einen Beatmungsbeutel und Rückumlagerung ins Bett. Sättigungsabfall bei PEEP-Verlust und niedriger Sauerstoffkonzentration. Sofortiger Transport in ein Zimmer mit O<sub>2</sub>-Anschluss. Nach Anschluss Stabilisierung der Patientin.

**Der Transport von beatmeten oder kritisch kranken Patienten und die Behandlung an Orten ohne die technischen und räumlichen Möglichkeiten einer Intensivstation stellen IMMER ein erhöhtes Risiko dar. Die VORbereitung für einen Transport/Notfall ist die NACHbereitung des vorherigen Einsatzes. Weitere Fragen aus diesen Ereignissen: Können alle Mitarbeiter die Flaschen austauschen? Ist geregelt, ab welchem Füllungsstand Flaschen gewechselt werden müssen? Wie berechnet man den Füllungsstand von O<sub>2</sub>-Flaschen? [Flaschenvolumen in Litern x angezeigtem Druck auf dem Manometer (in bar) = Vorrat in Litern. Beispiel: 50 l x 150 bar = 7500 l] Weiß das Team, welche Möglichkeiten am Ziel des Transports vorhanden sind?**

**Empfehlung**

**Notfallwagen, -koffer, O<sub>2</sub>-Versorgungseinheiten müssen jederzeit einsatzbereit sein.**

- Dafür ist es notwendig, die **Prüfungsintervalle** festzulegen (mindestens 1x/Tag und IMMER nach Benutzung) und **wer dafür verantwortlich** ist.
- **IMMER Sauerstoffflaschen mit maximaler Füllung** bei Transporten in Bereiche, in denen es keinen O<sub>2</sub>-Wandanschluss gibt, verwenden!
- **In Notfall-, kritischen Situationen oder in Eile sollte niemand rechnen müssen!** Hier hätte das Füllungsvolumen der O<sub>2</sub>-Flasche berechnet und dann auf die O<sub>2</sub>-Konzentration und das Atemminutenvolumen der Beatmung umgerechnet werden müssen, um zu entscheiden, ob der Füllungsstand reicht.
- Wenn vor Ort, z. B. auf Normalstation, Sauerstoff vorhanden ist, **kann es besser sein, zu bleiben und Ersatz und Hilfe** (ggf. das Rea-Team des Hauses) zu holen.
- Für die (mobile) Sauerstoffflasche vor Ort ist ein **Entnahmeventil** nötig, das die Insufflation und die 5bar-Entnahme über **DIN-Steckkupplung** (für den Anschluss des Notfallbeatmungsgerätes an die vorhandenen Sauerstoffflaschen) ermöglicht (wird von verschiedenen Lieferanten angeboten).



Mehr zum Netzwerk finden Sie unter [www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)

Netzwerk – Post 8/2013

5

Quelle: [www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)

Krankenhaus-Report 2014

WldO



nachhaltig wirksame Interventionen beschränkt ist. Drei der Untersuchungen zeigen eine Steigerung der Berichtsraten, die Interventionen bestanden aus mehreren parallel eingeführten Maßnahmen, darunter die Möglichkeit, auf verschiedenen Wegen (elektronisch, über eine Telefon-Hotline) berichten zu können, die Herstellung der Berichtssicherheit für die Berichtenden, die Schulung der Mitarbeitenden, Feedback über berichtete Ereignisse und die Beteiligung von Mitarbeitern aus der Praxis an Analyse und Umsetzung (Parmelli et al. 2012).

Die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern stehen also im Zentrum (Pfeiffer et al. 2010): Für ihre Bereitschaft, ihr Wissen über unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Schäden preiszugeben, ist entscheidend, welche individuellen Haltungen und Einstellungen sie gelernt haben und ob sie das interne Berichts- und Lernsystem als Teil einer gerechten und lernenden Organisation wahrnehmen können.

Andere Branchen wie die Luftfahrt, die Atomindustrie oder die Petrochemie zeigen, dass Sicherheit nicht einfach so entsteht, sondern gelernt werden muss und Investitionen in die Umwandlung in hochzuverlässige Einrichtungen und deren Erhaltung fordert. „Wie eine Organisation mit dem Zielkonflikt von Geld und Gesundheit umgeht, wird sich letztendlich auf die Patientensicherheit auswirken.“ (Pierre et al. 2011)

Ob die im Patientenrechtegesetz geforderte zukünftige finanzielle Unterstützung der Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystem auch indirekt die Berichtsbereitschaft erhöht, bleibt abzuwarten. Allerdings ist in Deutschland nun mehr Berichtssicherheit hergestellt worden, was zu stärker genutzten CIRS führen könnte:

Ähnlich wie in den USA und Dänemark sind mit dem neuen Gesetz Daten aus „einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen“ vor einem externen Zugriff geschützt, d. h. sie dürfen „im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden“. Der neue Absatz 3 im § 135a SGB V sieht dabei zwar die Einschränkung vor, dass dies nicht bei der „Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt,“ gilt und wenn die Strafverfolgungsbehörden auf die Daten aus dem Fehlermeldesystem angewiesen sind, d. h. wenn keine anderen aussichtsreichen Ermittlungsmöglichkeiten bestehen. Die bei einem Behandlungsfehler in der Regel in Frage kommenden Delikte (Körperverletzung und fahrlässige Tötung) gehören jedoch nicht zu dieser Gruppe von Straftaten. Die Verwendung der Daten aus den Fehlermeldesystemen ist zudem eine eher theoretische Möglichkeit. Wegen ihrer Eigenart dürften die dort hinterlegten Daten kaum geeignet sein und die Ermittlungsbehörden würden daher im Bedarfsfall eher auf die wesentlich aussagekräftigere Behandlungsdokumentation zurückgreifen (Jaklin 2013).

## 5.4 Fazit

Berichts- und Lernsysteme sind wichtige Instrumente im klinischen Risikomanagement der stationären Versorgung. Ihre Stärken liegen in der Beteiligung der Mitarbeiter in der Patientenversorgung, wobei berücksichtigt werden muss, dass in ihnen

immer nur ein Ausschnitt des Versorgungsgeschehens dargestellt wird. Daher sollten sie nie als einzige Instrumente zur Identifikation von unerwünschten Ereignissen, Beinahe-Schäden und Risiken genutzt werden. Berichts- und Lernsysteme üben einen Einfluss auf die Sicherheitskultur aus und ihre Nutzung wird gleichzeitig von der in den Krankenhäusern und vor allem in deren Abteilungen vorherrschenden Sicherheitskultur bestimmt. Eine flexible, berichtende, informierte, lernende und gerechte Kultur gilt als Basis für einen erfolgreichen Einsatz von CIRS im Fehlermanagement. Berichts- und Lernsysteme müssen systematisch implementiert werden: Alle Prozesse – vom Berichten bis zur Überprüfung, ob die infolge der Berichte eingeleiteten Maßnahmen umgesetzt wurden und erfolgreich waren – bedürfen ausreichender Ressourcen und Strukturen, die in das Risikomanagement der Klinik integriert sein sollten. Einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende CIRS stehen nicht in Konkurrenz miteinander, sondern können sich ergänzen und unterstützen.

## Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus. Witten-Herdecke 2006. <http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Handlungsempfehlungen/CIRS/07-07-25-CIRS-Handlungsempfehlung.pdf> (20. August 2013).
- Aktionsbündnis Patientensicherheit. <http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/> (20. August 2013).
- Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten Patientenrechtegesetz.pdf. Berlin 2013; (9): 277–82. [http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf](http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf) (20. August 2013).
- Cartes M. Das 3Be-System – Das Berichts-, Bearbeitungs- und Behebungssystem für Beinahe-Zwischenfälle. Hannover 2008. [https://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/ressort\\_krankenversorgung/downloads/risikomanagement/RMAktuellerStand/2008/Das\\_3Be-System\\_Cartes.pdf](https://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/ressort_krankenversorgung/downloads/risikomanagement/RMAktuellerStand/2008/Das_3Be-System_Cartes.pdf) (20. August 2013).
- DIVI. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, DIVI e. V. Empfehlung zur Kennzeichnung von Spritzen in der Intensiv- und Notfallmedizin 2012 – erste Überarbeitung des „DIVI-Standards“. [http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Spritzenetiketten/DIVI-Etiketten-Empfehlung\\_2012\\_07\\_02.pdf](http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Spritzenetiketten/DIVI-Etiketten-Empfehlung_2012_07_02.pdf) (20. August 2013).
- Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: Group and organizational influences on the detection and correction of human error. *J Appl Behav Sci* 1996; 32 (1): 5–28.
- Farley DO, Haviland A, Champagne S, Jain AK, Battles JB, Munier WB et al. Adverse-event-reporting practices by US hospitals: results of a national survey. *Quality and Safety in Health Care* 2008; 17 (6): 416–23.
- Farley DO, Haviland A, Haas A, Pham C, Munier WB, Battles JB. How event reporting by US hospitals has changed from 2005 to 2009. *BMJ Quality & Safety* 2011; 21 (1): 70–7.
- Firth-Cozens J. Organisational trust: the keystone to patient safety. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13 (1): 56–61.
- Frank O, Hochreutener AM, Wiederkehr P, Staender S. CIRNET® – Aus Fehlern lernen, eine Erfolgsgeschichte. *Therapeutische Umschau* 2012; 69 (6): 341–6.
- Frankel A. Adverse-event and potential-event reporting systems. In: Leonard MS, Frankel A, Simmonds T, Vega KB, editors. *Achieving safe and reliable healthcare: Strategies and solutions*. Chicago: Health Administration Press 2004; 139–52.
- Guldenmund FW. (Mis)understanding Safety Culture and its Relationship to Safety Management. *Risk Analysis* 2010; 30 (10): 1466–80.

- Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety* 2011; 20 (4): 338–43.
- Hoffmann B, Rohe J, Blazejewski T, Beyer M, Gerlach F. Freiwillige Fehlerberichtssysteme als Datenquelle: Stärken und Schwächen anhand des Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystems für Hausarztpraxen. In: Kurth B (Hrsg). *Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland: Konzepte, Anforderungen, Datenquellen*. 1. Auflage. Köln: Dt. Ärzte-Verlag 2008; 187–95 (Band 1).
- Hutchinson A, Young TA, Cooper KL, McIntosh A, Karnon JD, Scobie S et al. Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. *Quality and Safety in Health Care* 2009; 18 (1): 5–10.
- Jaklin M. Patientenrechte im Gesetz – Teil 4: Das Wichtigste über das Patientenrechtegesetz in einer vierteiligen Beitragsserie. *Berliner Ärzte* 2013; 50 (4): 34–6.
- Kohn LT.; Corrigan JM.; Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academies Press 2000.
- Lauterberg J, Blum K, Briner M, Lessing C. Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern. Abschlussbericht. Bonn 2012. <http://www.ifpsbonn.de/projekte-1/projekte/abschlussbericht.pdf> (20. August 2013).
- Levtzion-Korach O, Frankel A, Alcalai H, Keohane C, Orav J, Graydon-Baker E et al. Integrating incident data from five reporting systems to assess patient safety: Making sense of the elephant. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010; 36 (9): 402–10
- Michel P. Strengths and weaknesses of available methods for assessing the nature and scale of harm caused by the health system: literature review. 2004. [http://www.who.int/patientsafety/research/P\\_Michel\\_Report\\_Final\\_version.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/P_Michel_Report_Final_version.pdf) (20. August 2013).
- NHS. *NRLS Quarterly Data Workbook up to September 2011: Summary of patient safety incident data reported to the National Reporting and Learning System in the last quarter of the year*. März 2012. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=133438> (20. August 2013).
- O'Dowd A. Adverse incidents in NHS are still under-reported. *BMJ* 2006; 333: 59.1. <http://www.bmj.com/content/333/7558/59.1> (20. August 2013).
- Parmelli E, Flodgren G, Fraser SG, Williams N, Rubin G, Eccles MP. Interventions to increase clinical incident reporting in health care (review): The Cochrane Collaboration 2012.
- Pfeiffer Y, Manser T, Wehner T. Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. *Qual Saf Health Care* 2010; 19 (6).
- Pfeiffer Y, Wehner T. Incident Reporting Systeme in der Medizin: Wie kann ein (organisationales) Lerninstrument daraus werden? Konzeptionelle Überlegungen. *Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung* 2011; (2): 45–55.
- Pham JC, Gianci S, Battles J, Beard P, Clarke JR, Coates H et al. Establishing a global learning community for incident-reporting systems. *BMJ Quality & Safety* 2010; 19 (5): 446–51.
- Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*. Farnham, Surrey: Ashgate 1997.
- Schein E. *Organizational culture and leadership*. Hoboken, Jon Wiley & Sons, 2006
- Simon A, Lee R, Cooke D, Lorenzetti D. *Institutional Medical Incident Medical Reporting Systems: A Review*. AHFMR Health technology Assessment Unit 2005. <http://www.ihe.ca/documents/HTA-FR17.pdf> (20. August 2013).
- Staender S, Davies J, Helmreich B, Sexton B, Kaufmann M. The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. *Int J Med Inform* 1997; 47 (1): 87–90.
- St Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C. *Notfallmanagement: Patientensicherheit und Human Factors in der Akutmedizin*. Dordrecht: Springer 2011.
- Sun F. *Monitoring patient safety problems (NEW)*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), editor. *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices: Evidence Report/Technology Assessment Number 211*. Rockville, USA 2013; 405–23. <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/patientsftyupdate/ptsafetyIIchap36.pdf> (20. August 2013).
- Thomas JW, Schultz TJ, Hannaford N., Runciman W.B. Mapping the limits of safety reporting systems in health care – what lessons can we actually learn? *The Medical Journal of Australia* 2011; 194 (12): 635–9.

- Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13 (4): 242–3.
- Wachter RM. *Understanding patient safety*. 2nd ed. [New York]: McGraw-Hill 2012.
- WHO. World Alliance for Patient Safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. 2005. [http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf) (20. August 2013).
- Zwart DLM, van Rensen E, Kalkman CJ, Verheij TJM. Central or local incident reporting? A comparative study in Dutch GP out-of-hours services. *Br J Gen Pract* 2011 [cited 2013 Jun 12]; 61: 183–7.