

Aus Fehlern lernen: Risikomanagement mit Fehlerberichtssystemen*

von Julia Rohe¹ und Christian Thomeczek²

ABSTRACT

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

(* Der Beitrag basiert auf dem Kapitel „Incident Reporting Systeme – in jedem Zwischenfall ein Fehler?“, aus dem Buch „Medizinschadensfälle und Patientensicherheit“, herausgegeben von Burkhard Medea and Reinhard Dettmeyer, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007, Seiten 169–176)

Schlüsselwörter: Critical Incident Reporting, Patientensicherheit, Sicherheitskultur, Fehlerkultur, Risikomanagement, Fehlerberichts- und Lernsystem

Incident reporting systems in the health sector can make a specific contribution to risk management and promote systematic learning from treatment errors and safety culture. Depending on their application and goals, incident reporting and learning systems can be designed differently and thus make use of typical advantages. The article presents and illustrates the background, development and features of different reporting systems.

(* The article is based on the chapter "Incident Reporting Systeme – in jedem Zwischenfall ein Fehler?", published in the book "Medizinschadensfälle und Patientensicherheit", editors: Burkhard Medea and Reinhard Dettmeyer, Deutscher Ärzte-Verlag, Cologne 2007, pp. 169–176)

Keywords: Critical Incident Reporting, patient safety, safety culture, risk management, incident reporting and learning system

1 Hintergrund

Behandlungsschäden und Fehler in der Medizin sind kein neues Thema. Schon der Hippokrates zugeschriebene Wahlspruch „Primum non nocere“ (etwa 5. Jahrhundert v. Chr.) drückt den Wunsch aus, dem Patienten „zuerst einmal nicht zu schaden“ (Gehring und Mattli 2001). Im vergangenen Jahrhundert wurden dann unter anderem „Morbiditykonferenzen“ und Obduktionen dazu genutzt, um unerwünschte, möglicherweise fehlerhafte Verläufe von Eingriffen zu untersuchen und daraus zu lernen. Dennoch wurde erst durch Untersuchungen in den letzten 15 Jahren erkannt, dass Behandlungsschäden und Fehler in der Medi-

zin ein relativ häufiges Problem sind und auch Todesfälle verursachen.

Der im Jahr 2000 erschienene Bericht des US-amerikanischen Institute of Medicine postuliert basierend auf den Forschungsergebnissen von Brennan und Leape aus dem Jahr 1991, dass jährlich 44.000 bis 98.000 Todesfälle in US-amerikanischen Kliniken durch Fehler verursacht werden (Institute of Medicine 2000; Brennan 1991; Leape 1991). Von diesen Berechnungen und ähnlichen Ergebnissen anderer Wissenschaftler aufgerüttelt (Thomas et al. 2000; Vincent et al. 2001; Wilson et al. 1995), begann man auch in

¹ Dr. med. Julia Rohe, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Herbert-Lewin-Platz/Wegelystraße 3, 10623 Berlin, Telefon: 030 4005-2514 · Fax: 030 4005-272514 · E-Mail: rohe@azq.de

² Dr. med. Christian Thomeczek, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Herbert-Lewin-Platz/Wegelystraße 3, 10623 Berlin, Telefon: 030 4005-2505 · Fax: 030 4005-272505 · E-Mail: thomeczek@azq.de

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

2 Umgang mit Fehlern

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

(mit-)verursacht werden und es daher nur eine Frage der Zeit ist, bis einem Kollegen oder einer Kollegin ein ähnlicher Fehler aufgrund der immer noch bestehenden Sicherheitslücke passiert (Reason 2000; Leape et al. 1998).

Verschiedene Forscher postulierten daher die Notwendigkeit, eine systemorientierte Sichtweise im Gesundheitswesen – analog der in Hochrisikoindustrien üblichen – zu entwickeln und anzuwenden. Diese Perspektive geht grundsätzlich davon aus, dass Menschen fehlbar sind, und dass das System selbst (zum Beispiel ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis) in seinen Strukturen und Prozessen sicher angelegt sein muss, um Fehler und daraus resultierende Behandlungsschäden zu vermeiden. Das bedeutet, dass beispielsweise organisatorische Prozesse, Geräte und Medikamentenverpackungen derart gestaltet sein müssen, dass die Fehlermöglichkeiten gering sind und Fehler, die dennoch gemacht werden, keine dramatischen Auswirkungen für die Patienten haben (Reason 2000; Leape 1994). Diese Sichtweise findet sich in Incident-Reporting-Systemen insofern wieder, als dass sie versuchen, systematisch aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen zu lernen und bei der Analyse der Ereignisse der Schwerpunkt auf die systematische Ursachenforschung gelegt wird.

2.1 Vorbild aus der Luftfahrt

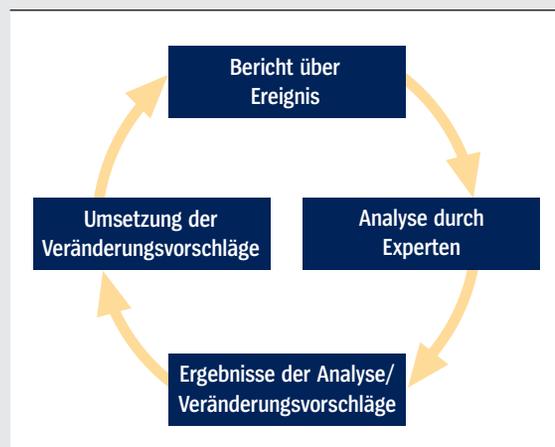
In risikoreichen Industriezweigen (kommerzielle Luft- und Seefahrt, Atomenergie) wurde schon zu einem viel früheren Zeitpunkt erkannt, dass die systematische Aufarbeitung von Fehlern und kritischen Ereignissen wertvolle Hinweise auf Sicherheitslücken in den jeweiligen Systemen liefern kann. Das bekannteste Berichtssystem ist vermutlich das „Aviation Safety Reporting System“ (ASRS) der Federal Aviation Administration in den USA¹. Seit 1975 werden alle Piloten, das gesamte Bord- und Bodenpersonal, Mechaniker und andere in der Luftfahrt beteiligte Personen aufgefordert, tatsächlich oder potenziell gefährliche Situationen per Post oder Internet an das ASRS zu berichten (tatsächliche Unfälle dürfen nicht berichtet werden). Die Berichte sind streng vertraulich, und den Berichtenden ist Immunität vor möglichen Sanktionen garantiert, wenn sie ihren Bericht binnen zehn Tagen nach dem Ereignis einreichen.

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

Zwei periodisch erscheinende Publikationen („Callback“ und „Directline“) fassen jeweils Berichte und Schlussfolge-

ABBILDUNG 1

Ablauf eines Incident-Reporting-Systems



Quelle: Rohe, Thomeczek 2007

ABBILDUNG 2

Beispiel für einen Berichtsbogen zur Meldung eines kritischen Ereignisses²

Patient (falls betroffen):	
1 Altersgruppe?	... 0–1, 2–5, 6–10, 11–15, 16–20, 21–30, 31–40, 41–50, 51–60, 61–70, 71–80, 81–90, >90, unbekannt
2 Geschlecht?	... w, m, unbekannt
Ereignis:	
3 Fachgebiet	...; Allgemeinmedizin; Anästhesiologie; Augenheilkunde; Chirurgie; Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Haut- und Geschlechtskrankheiten; HNO-Heilkunde; Innere Medizin; Kinder- und Jugendmedizin; Neurologie; Orthopädie; Psychiatrie; Psychotherapie; Urologie; anderes Fachgebiet: Freitext
4 Wo ist das Ereignis passiert?	...; Krankenhaus; Praxis; Notfalldienst/Rettungswesen; Hausbesuch; Pflege/Altenheim; anderer Ort: Freitext
5 Versorgungsart	...; Routinebetrieb; Notfall
6 In welchem Kontext fand das Ereignis statt? (Ereignisart)	... Prävention; Diagnosestellung; nichtinvasive Maßnahmen (Diagnostik/Therapie); invasive Maßnahmen (Diagnostik/Therapie); Organisation (Schnittstellen/Kommunikation); anderer Kontext: Freitext
7 Was ist passiert?	Freitext
8 Was war das Ergebnis?	Freitext
9 Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?	Freitext
10 Kam der Patient zu Schaden? (falls bereits bekannt)	... nicht anwendbar (kein Patient beteiligt); nein; minimaler Schaden/Verunsicherung des Patienten; passagerer Schaden, leicht – mittel; passagerer Schaden, schwer; Dauerschaden, leicht – mittel; Dauerschaden, schwer; Tod
11 Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr auf?	...; erstmalig; jährlich; monatlich; täglich
12 Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? (Mehrfachnennungen möglich)	...; Kommunikation (im Team, mit Patienten, im anderen Ärzten etc.); Ausbildung und Training; persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.); Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.); Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.); Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.); Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.); Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.); Medikation (Medikamente beteiligt?); Sonstiges: Freitext
Berichtersteller:	
13 Wer berichtet? (Berufsgruppe)	...; Pflege-, Praxispersonal; Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/in; Andere Berufsgruppe

TABELLE 1

Internetbasierte Incident-Reporting-Systeme in Deutschland

www.cirmsmedical.de	Critical-Incident-Reporting-System der deutschen Ärzteschaft. Organisation: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Zur Verfügung gestellt von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.
www.pasis.de	Patienten-Sicherheits-Informationen-System der Universität Tübingen. Organisation: Tübinger Patienten-Sicherheits- und Simulations-Zentrum, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen.
www.jeder-fehler-zaehlt.de	Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen. Organisation: Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit.
www.pasos-ains.de	Patienten-Sicherheits-Optimierungs-System der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbands Deutscher Anesthesisten.
www.dgss.org	Critical-Incident-Reporting-System der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.
www.cirs-notfallmedizin.de/home.html	Critical-Incident-Reporting-System und Risikomanagement in der präklinischen Notfallmedizin. Organisation: Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten.
www.dgch.de/cirs/index.html	Critical-Incident-Reporting-System der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
www.kritische-ereignisse.de.de	Aus kritischen Ereignissen lernen. Ein Fehlerberichts- und Lernsystem für die Altenpflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., Köln

Quelle: Rohe, Thomeczek, ProtecData AG 2007

rungen zu bestimmten Themen (zum Beispiel plötzliche Störungen während des Abarbeitens von Checklisten) zusammen und sind zentrale Instrumente, um die in der Luftfahrt arbeitenden Menschen zu informieren³.

3 Berichtssysteme in der Medizin

In den letzten Jahren wurden weltweit verschiedene medizinische Incident-Reporting-Systeme entwickelt. Über sie werden im Gesundheitswesen Tätige aufgefordert, über sicherheitsrelevante Ereignisse aus ihrem Umfeld zu berichten (Abbildung 1). Anschließend werden die Berichte von Experten analysiert und die Ergebnisse beziehungsweise Veränderungsvorschläge an die Nutzer des Systems zurückgegeben. Mit „Experten“ ist eine Arbeitsgruppe (fachspezifisch oder berufsgruppenübergreifend) gemeint, die ein besonderes Wissen, Können oder Training in der systematischen Analyse von sicherheitsrelevanten Ereignissen hat.

Die Nutzer der Incident-Reporting-Systeme können dann die Veränderungsvorschläge umsetzen. Trotz ihres verbind-

enden Grundgedankens – nämlich „Aus Fehlern lernen“ – sind die medizinischen Incident-Reporting-Systeme zum Teil sehr verschieden aufgebaut. Ein Beispiel zeigt Abbildung 2. Auf die relevantesten Unterschiede der verwendeten Berichtssysteme wird in den nachfolgenden Abschnitten eingegangen.

Analog zu den Vorbildern in sicherheitsorientierten Industrien und in der Medizin im Ausland (zum Beispiel England und Schweiz) wurden in den letzten Jahren auch in Deutschland Incident-Reporting-Systeme aufgebaut^{4,5}. Neben verschiedensten institutsinternen Systemen finden sich mehrere internetbasierte, institutsübergreifende und teilweise fachspezifische Systeme. Eine Übersicht über internetbasierte Systeme gibt Tabelle 1.

Eine ausführliche Anleitung (nebst Hilfsmitteln und Praxistipps) zur Einführung von Incident-Reporting-Systemen im Krankenhaus wurde von einer Arbeitsgruppe des Aktionsbündnis Patientensicherheit erarbeitet (*Aktionsbündnis Patientensicherheit 2006; Aktionsbündnis Patientensicherheit 2007*).

3.1 Intern oder extern

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

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

Interne Berichtssysteme haben den Vorteil, dass der „Kreislauf des Berichtssystems“ (siehe Abbildung 1) vollständig innerhalb der Institution abläuft. Ein internes Analyseteam kennt die spezifischen Umstände in einem Krankenhaus oder in einer Abteilung und kann diese bei der Formulierung von Verbesserungsvorschlägen berücksichtigen. Außerdem können die Mitarbeiter der Abteilung bei der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen maßgeblich mitwirken. Deren Umsetzung kann dann wiederum durch die Experten des Analyseteams unterstützt werden. Des Weiteren können die Mitarbeiter im Rahmen eines aktiv betriebenen, internen Incident-Reporting-Systems leichter ein Zugehörigkeitsgefühl entwickeln, welches sich zum Beispiel in reger Berichtstätigkeit und in konstruktiven Verbesserungsvorschlägen zeigt.

Externe Systeme können sich bei den Analysen ausschließlich auf den vorliegenden Bericht beziehen, und die Ergebnisse beziehungsweise Verbesserungsvorschläge des externen Analyseteams folglich meist nur von allgemeiner Natur sein. Die Anpassung und Umsetzung dieser Vorschläge muss dann eigenständig in der Institution erfolgen. Externe Berichtssysteme haben jedoch den Vorteil, dass sie einer größeren Zielgruppe zur Verfügung stehen, und die Berichte von sehr vielen Menschen gelesen werden können. Dies kann bei einem Bericht über ein spezifisches Problem mit einem bestimmten technischen Gerät von großer Wichtigkeit sein (zum Beispiel wenn ein Defekt oder Fehler eines Narkosegeräts unabhängig voneinander in mehreren Krankenhäusern auftritt). Auch können Institutionen voneinander

lernen. Fehlervermeidungsstrategien können in einem Krankenhaus erprobt und entwickelt werden, ein anderes Krankenhaus kann diese Strategie dann „lernen“. Ein weiterer Vorteil externer Berichtssysteme ist die Tatsache, dass die Anonymität noch größer ist und daher nicht nur über Beinahe-Schäden, sondern auch über Schäden berichtet werden kann (siehe auch Abschnitt 3.3 „Definition, was berichtet werden soll“). Berichtete Ereignisse können theoretisch überall auf der Welt passiert sein; eine Rückverfolgung der beteiligten Personen oder der Institution ist dabei unmöglich. Nicht zuletzt bieten externe Systeme dem ambulanten Sektor eine gute Möglichkeit, an einem Berichtssystem teilzunehmen, denn für eine kleine Arztpraxis würde es sich nicht lohnen, ein internes Incident-Reporting-System aufzubauen.

3.2 Freiwillig oder verpflichtend

Es existieren sowohl freiwillige als auch verpflichtende Berichtssysteme. Es ist jedoch umstritten, ob die Verpflichtung zu berichten tatsächlich höhere Berichtszahlen bewirkt oder eher abschreckt. Meist wird die Freiwilligkeit als erfolgsfördernde Eigenschaft beschrieben (*Leape 2002*). Grundsätzlich muss man davon ausgehen, dass auch nominell verpflichtende Systeme in der Praxis fast immer freiwillig sind. Dies liegt daran, dass Fehler und Beinahe-Schäden oft nur einer einzigen Person auffallen und es daher im Ermessen dieses Menschen liegt, ob das Ereignis berichtet oder „vergessen“ wird.

3.3 Definition, was berichtet werden soll

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

Andere (meist externe) Systeme können durch ihre Sicherheitsstruktur auch Ereignisse mit Schadensfolge aufnehmen. Die Fehlerhaftigkeit (Vermeidbarkeit) des Ereignisses spielt – hinsichtlich der Definition, was berichtet werden soll – meist nur eine untergeordnete Rolle. Dies ist vor allem deshalb so, weil die Vermeidbarkeit oft nicht einwandfrei festzustellen ist und auch unabhängig davon aus Ereignissen gelernt werden kann. Insofern kann nicht davon ausgegangen werden, dass in jedem Bericht tatsächlich ein Fehler

im Sinne eines vermeidbaren fehlerhaften Plans beziehungsweise einer vermeidbaren fehlerhaften Handlung, also ein vermeidbares Ereignis, steckt. Wenige Berichtssysteme fordern die Nutzer auch dazu auf, positive Ereignisse zu berichten, zum Beispiel kritische Situationen, die besonders gut gemeistert worden sind.

3.4 Anonym oder vertraulich

Die meisten Berichtssysteme arbeiten ausschließlich mit vollständig anonymen Berichten, ohne die Identität des Berichtenden zu erfassen. Wenige sind streng vertraulich. Diese haben den Vorteil, dass gegebenenfalls Rückfragen an den Berichtenden zu Details des Ereignisses möglich sind und die Analysen dadurch genauer sein können. Die Daten der Berichtenden werden niemals an Dritte weitergegeben. In diesem Zusammenhang muss auf das Problem der Anonymität in kleinen Abteilungen hingewiesen werden. Hier ist es oft – trotz vollständiger Anonymisierung des Berichts – nicht möglich, wirkliche Anonymität über die beteiligten Personen herzustellen, da das Ereignis zum Beispiel ohnehin schon bekannt ist oder aber bestimmte (nicht löschbare) Details des Berichts Rückschlüsse auf die Beteiligten zulassen. Hier ist es bei der Analyse des Berichts besonders wich-

tig, die systemorientierte Perspektive nicht zu verlassen (Fragen nach „Was ist es passiert? Warum ist es passiert?“ Und NICHT: „Wem ist es passiert? Wer hat was getan?“) und eine vertrauensvolle Fehlerkultur zu etablieren.

3.5 Freitext oder Kategorien

Die verschiedenen Berichtssysteme unterscheiden sich bezüglich des Anteils der Fragen, die mit Freitext beziehungsweise in vorgegebenen Antwortkategorien zu beantworten sind. Die Erfahrung zeigt, dass eigentlich nur der geschriebene Bericht in Freitextfeldern ein Verstehen des Ereignisses und der spezifischen Umstände zulässt, während die zusätzlichen Klassifikationen mittels Auswahlfeldern allenfalls Randinformationen liefern. Mehrere Freitextfelder mit unterschiedlichen Fragen (siehe auch Abbildung 2) können darüber hinaus zu einem detaillierten Bericht mit eigenen Analysen und Verbesserungsvorschlägen führen. Auch in der internationalen Diskussion zu Fehlerberichtssystemen wird die Wichtigkeit der Freitextfelder betont (*World Health Organization 2005*).

Eine Zusammenfassung erfolgsfördernder Eigenschaften von Incident-Reporting-Systemen zeigt Tabelle 2.

TABELLE 2

Eigenschaften von erfolgreichen Berichtssystemen

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

Quelle: modifiziert nach Rall M et al. 2006

4 Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Berichtssysteme

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

4.1 Möglichkeiten

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

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

Externe Incident-Reporting-Systeme bieten auch kleinen Institutionen des Gesundheitswesens, zum Beispiel Arztpraxen mit nur einem Arzt und ein bis zwei Mitarbeiterinnen, die Chance, sich einfach und anonym mit Kollegen über Zwischenfälle und Vermeidungsstrategien auszutauschen.

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

4.2 Grenzen

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

Die reine Bereitstellung oder Einführung von externen oder internen Berichtssystemen hat keinen Einfluss auf die

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

Incident-Reporting-Systeme eignen sich nicht dafür, um Aussagen zur Epidemiologie von sicherheitsrelevanten Ereignissen zu machen. Es werden ja lediglich jene Ereignisse betrachtet, die erstens selbst bemerkt oder beobachtet werden und zweitens dann auch berichtet werden. Man geht davon aus, dass aus einer Vielzahl von Gründen (zum Beispiel Wahrnehmung von Ereignissen; Angst, ein Ereignis zu berichten; Zeitmangel, um Bericht abzugeben) nur ein Bruchteil aller sicherheitsrelevanten Ereignisse berichtet wird (*Billings 1998*).

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

5 Fazit

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

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

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

Web-Quellen

(letzter Zugriff im Dezember 2007)

- 1 <http://asrs.arc.nasa.gov/>
- 2 www.cirsmedical.de
- 3 http://asrs.arc.nasa.gov/docs/cb/cb_320.pdf
- 4 www.npsa.nhs.uk/patientsafety/reporting/
- 5 www.cirsmedical.ch/DEMO/start/cirsstart.php

Literatur

Aktionsbündnis Patientensicherheit (2006): Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus; www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/apsside/07-07-25-CIRS-Handlungsempfehlung.pdf (07.12.07)

Aktionsbündnis Patientensicherheit (2007): Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS). Praxistipps für Krankenhäuser; www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de/apsside/07-11-27_CIRS_Brosch__re.pdf (07.12.07)

Barach P, Small SD (2000): Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*, Band 320, Heft 7237, 759–763

Billings C (1998): Incident Reporting Systems in Medicine and Experience With the Aviation Safety Reporting System. In: Cook RI, Woods

DD, Miller C. A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety. Report from a Workshop on Assembling the Scientific Basis for Progress on Patient Safety. National Health Care Safety Council of the National Patient Safety Foundation at the AMA. 52–61; www.npsf.org/rc/tts/npsf_rpt.pdf (07.12.07)

Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. (1991): Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, Band 324, Heft 6, 370–376

Gehring J, Mattli J (2001): Überlebt Hippokrates? Landquardt: Schweizerische Akademie für Ethik in der Medizin; www.medizin-ethik.ch/publik/hyppokrates.htm (07.12.07)

Institute of Medicine (2000): To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press

Leape LL (2002): Reporting of adverse events. *N Engl J Med*, Band 347, Heft 20, 1633–1638

Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ et al. (1998): Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA*, Band 280, Heft 16, 1444–1447

Leape LL (1994): Error in medicine. *JAMA*, Band 272, Heft 23, 1851–1857

Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. (1991): The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*, Band 324, Heft 6, 377–384

Rall M, Martin J, Geldner G et al. (2006): Charakteristika effektiver Incident-Reporting-Systeme zur Erhöhung der Patientensicherheit. *Anaesthesiol Intensivmed*, Band 47, 9–19

Reason J (2000): Human error: models and management. *BMJ*, Band 320, Heft 7237, 768–770

Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR et al. (2000): Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*, Band 38, Heft 3, 261–271

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M (2001): Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*, Band 322, Heft 7285, 517–519

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. (1995): The quality in Australian health care study. *Med J Australia*, Band 163, Heft 9, 458–471

World Health Organization (WHO) (2005): WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems – From Information to action; http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf (07.12.07)

DIE AUTOREN



Dr. med. Julia Rohe, MPH,
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaftlerin. Von 2004 bis 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt, dort unter anderem Konzeption und Durchführung einer Studie zur Patientensicherheit in der Hausarztpraxis und Aufbau eines



Dr. med. Christian Thomeczek,
Facharzt für Allgemeinmedizin, Flugmedizin und Notfallmedizin; Qualifikation als leitender Notarzt. Ausbildung als Verkehrsflugzeugführer. Von 1990 bis 1994 Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt in

Fehlerberichts- und Lernsystemen für Hausarztpraxen. Seit 2006 Ärztliche Referentin im Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Ressort Qualitätsmanagement und Patientensicherheit, Organisation des Berichtssystems CIRSmedical.de.

Köln und Houston (USA), zuvor klinische Tätigkeit in der Chirurgie. Seit 1994 beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), von 1998 bis 2003 stellvertretender Geschäftsführer, seit 2004 Geschäftsführer im ÄZQ.