

„Umgang mit kritischen Ereignissen in Organisationen der Gesundheitsversorgung (Sicherheitskultur)“

Susanne Eschkötter, im Auftrag von CIRS-NRW

Curriculum

Zur kostenfreien Nutzung ausschließlich für interne Fortbildungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens und nicht für kommerzielle Zwecke.



Quelle: St. Franziskus-Hospital Münster 2014

Inhalt

Vorwort	2
1. Patientensicherheit	3
2. Definition und Theorien der Fehlerentstehung	5
3. Aktives Versagen/Latente Fehler	7
4. Systemtheorie – Personenmodell	9
5. Aus Fehlern lernen/CIRS	11
6. Erfolgsfaktoren für ein gelungenes CIRS	13
7. Ansätze zur Verbesserung der Sicherheitskultur	15
8. Was wir von High-Reliability-Organizations (HROs) in puncto Sicherheitskultur lernen können	17
9. Praxis Baustein „Fish-Bowl“	18
Literaturverzeichnis	20

Vorwort

***„Solange man nicht fliegen konnte, konnte man auch nicht abstürzen.“
(Hochreutener und Conen 2005: 22)***

Mit CIRS-NRW strebt die gemeinsame Initiative der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO) und Westfalen-Lippe (ÄKWL), der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (KVNO) und Westfalen-Lippe (KVWL) und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) das Ziel an, die Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen zu verbessern. Das Lern- und Berichtssystem CIRS-NRW trägt dazu bei, kritische Ereignisse in der Patientenversorgung sektorenübergreifend zu benennen. Es soll dazu motivieren, kritische Ereignisse offen anzusprechen und aus ihnen zu lernen. Unterstützt wird dieses durch von CIRS-NRW initiierte Workshops zur Sicherheitskultur, sowohl in Krankenhäusern als auch in Arztpraxen. Auf den Erfahrungen dieser Workshops basiert dieses Fortbildungskonzept zum Thema „Umgang mit kritischen Ereignissen in Organisationen der Gesundheitsversorgung (Sicherheitskultur)“. Es soll die Grundlage bieten, selbständig in der eigenen Einrichtung mit Groß- oder Kleingruppen für das Thema „Sicherheitskultur“ zu sensibilisieren und grundlegende Kenntnisse zu vermitteln, damit ein CIRS gelingt. Kenntnisse über Fehlerentstehung und den richtigen Umgang mit denselben sind die Voraussetzung, um aus kritischen Ereignissen zu lernen. Hierzu bietet dieses Fortbildungskonzept einen Lernzielleitfaden, der in 9 Lerneinheiten gegliedert ist. Lernboxen fassen das jeweils Wesentliche zusammen und geben weiteres Hintergrundwissen. Zum Abschluss ist zusätzlich eine interaktive Diskussionsmethode, die sogenannte „Fish-Bowl“-Technik beschrieben, die mit Arbeitsgruppen beliebiger Größe, durchgeführt werden kann. Hierüber bietet sich die Möglichkeit, das Erlernete zu reflektieren und vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen zu diskutieren, um so die Lernzielinhalte zu festigen.

1. Patientensicherheit

Lernziel

Die Teilnehmer wissen, was unter Patientensicherheit verstanden wird und warum die Brisanz des Themas zunimmt. Sie verstehen, warum die Auseinandersetzung mit Fehlern und mit der Sicherheitskultur in der eigenen Einrichtung so wichtig ist.

Dass der verstärkte Einsatz von Technik nicht einhergeht mit steigender Sicherheit, musste auch die Luftfahrt erkennen. Nachdem die anfälligen Propellermaschinen durch Düsenantrieb ersetzt worden waren, kam es trotzdem nicht zu einem entsprechenden Rückgang von Unglücksfällen. Untersuchungen der NASA zeigten, dass in erster Linie nicht das technische Versagen dafür verantwortlich war, sondern die Gründe vor allem in der mangelnden Kommunikation innerhalb des Teams zu finden waren.

Auch mit den Möglichkeiten der modernen Medizin sind Risiken und Gefahren entstanden, die es früher nicht gab. So nützlich die positiven Folgen in der Entwicklung sind, so groß ist auch das Risiko, dass bei Fehlern menschliche Schäden und finanzielle Folgen entstehen. Grund hierfür sind u. a. wachsende Ansprüche und ökonomischer Druck. Die moderne medizinische Leistungserbringung ist unter Risikogesichtspunkten vergleichbar mit anderen Hochsicherheitsbranchen. Aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen ist sie mit Risiken für den Patienten verbunden.¹ Das zeigt sich vor allem durch die Existenz von Fehlern und kritischen Ereignissen, die u. U. zu unerwünschten Folgen und damit zu Schädigungen für den Patienten führen können.² Die Abwesenheit solcher unerwünschten Ereignisse bezeichnet man als Patientensicherheit.³

Über das Auftreten solcher Fehler bzw. unerwünschter Ereignisse bei der Behandlung von Patienten wurde in Deutschland lange Zeit geschwiegen. Auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Fehlern im medizinischen Bereich, die zu einer nachhaltigen Erhöhung der Patientensicherheit führen soll, steht noch ganz am Anfang.⁴

Doch wie kam alles ins Rollen? Im Jahr 2000 veröffentlichte das Institute of Medicine (USA) unter dem Titel „To Err Is Human – Building a Safer Health System“ einen Bericht, der die Patientensicherheit im amerikanischen Gesundheitswesen kritisch unter die Lupe nahm.⁵ 2,9 bis 3,7 % aller Patienten erlitten Schädigungen, die eher auf die Behandlung als auf die Grunderkrankung zurückzuführen waren. Nach Angaben des Institutes sind in den USA beinahe 100.000 Todesfälle jährlich auf Behandlungsfehler zurückzuführen.⁶ Mit der Forderung nach mehr Patientensicherheit ging die Erforschung der Ursachen über die Landesgrenze der USA hinaus. Im Trend wurde die Analyse durch Untersuchungen in anderen Ländern bestätigt. Die Häufigkeit der durch vermeidbare unerwünschte Ereignisse bedingte Mortalität beträgt 0,1 % aller Krankenhauspatienten in den USA. Nach Schätzung des Aktionsbündnisses für Pati-

entensicherheit (APS) bedeutet dies übertragen auf Deutschland, dass von jährlich etwa 17 Millionen Krankenhaus-Patienten, 17.000 versterben.⁷

Die Zahlen der Begutachtungen von Behandlungsfehlervorwürfen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen und die Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern unterschätzen die Problemlage, da nicht jeder Behandlungsfehler aktenkundig wird.⁸

Durch verschiedene Veröffentlichungen und ein zunehmendes mediales Interesse, steigt der gesellschaftliche, politische und juristische Druck auf die Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung. Er zwingt zu kritischen Reflexionen der bisherigen Fehler negierenden Arbeitspraxis und sich aktiv mit der Fragestellung nach Patientensicherheit auseinanderzusetzen. Eine dauerhafte Erhöhung der Patientensicherheit im Krankenhauswesen kann nur mit einem grundlegenden Einstellungs- und Kulturwandel gelingen. Grundlegende Kenntnisse über sogenannte unerwünschte Ereignisse, Fehler und deren Entstehung, können dazu beitragen. Unterstützt wird das sowohl durch die patientenrechtsstützenden Aussagen des 2004 im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) neu eingeführten Patientenbeauftragten der Bundesregierung als auch durch die Forderung des G-BA zu grundsätzlichen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement und Risikomanagement.

- § 5 Abs. 1 Das KH hat wesentliche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit ein- und durchzuführen.
- § 5 Abs. 2 Ein Fehlermeldesystem muss für alle Mitarbeiter [...] zugänglich [...] sein. Die Meldungen müssen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiter erfolgen können.⁹

Lernbox

- Mit den neuen Möglichkeiten der modernen Medizin steigen Risiken und Gefahren für Patienten.
- Wachsende Ansprüche und der ökonomische Druck verstärken Risiken.
- Fehler im Gesundheitswesen werden oft verschwiegen.
- Seit der Veröffentlichung von „To Err is Human“ rückt die kritische Betrachtung des Gesundheitswesens in den Vordergrund.
- Zunehmendes Interesse und damit verbunden steigender Druck führen zu Reflexionen bisheriger Fehler, was durch Gesetze wie das GMG unterstützt wird.
- Zunehmend wird sich im Gesundheitswesen mit dem Thema Patientensicherheit beschäftigt.
- *Patientensicherheit*: Die Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen. Unerwünschte Ereignisse äußern sich durch die Existenz von Fehlern und kritischen Ereignissen, die u. U. zu unerwünschten Folgen und damit zu Schädigungen für den Patienten führen können.

2. Definition und Theorien der Fehlerentstehung

Lernziel

Nach diesem Kapitel wissen die Teilnehmer, was unter einem Fehler verstanden wird und welche Ursachen fehlerhafte Ereignisse haben können.

Bis heute wurde in der wissenschaftlichen Diskussion bezüglich einer einheitlichen akzeptierten Fehlerdefinition noch kein Konsens gefunden. Ein gemeinsamer Begriff findet sich bei Hofinger: „Ein Fehler ist eine Abweichung von einem als richtig angesehenen Verhalten oder von einem gewünschten Resultat, das der/die Handelnde eigentlich hätte ausführen können.“¹⁰

Insbesondere der englische Psychologe James Reason beschreibt in seiner anerkannten Fehlertheorie als Oberbegriff für *Fehler* „all die Ereignisse [...], bei denen eine geplante Abfolge geistiger oder körperlicher Tätigkeiten nicht zum beabsichtigten Resultat führt, [...].“¹¹

Fehler können also als ein unerwünschtes Ergebnis von Handlungen interpretiert werden, mit dem Resultat, dass sich aus dieser Handlung negative Konsequenzen ergeben haben oder hätten ergeben können. Als „*Zwischenfälle*“ werden Ereignisse beschrieben, bei denen zwar ein Fehler auftrat, aber es zu keinem oder keinem größeren Schaden kam. In der Medizin hat sich die Sichtweise durchgesetzt, dass ein Fehler ein Ereignis ist, aus dem ein Schaden hätte entstehen können.

Führt ein Ereignis zu Schäden bzw. zieht es gravierende Konsequenzen nach sich, bezeichnet man es als Unfall (accident). Oft wird er auch als Behandlungsfehler beschrieben, wenn ein Patient zu Schaden gekommen ist.

Um Fehler, Zwischenfälle oder Unfälle zu verstehen ist es wichtig, sich von der Schuldfrage zu entfernen und einen Fehler aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten.¹² Vor allem das weithin anerkannte Modell der Fehlerentstehung, von James Reason, das sogenannte „Schweizer Käse-Modell“ (Abb. 1), veranschaulicht, dass Fehler verschiedene Ursachen haben und ihr Entstehen mit verschiedenen Ereignissen und Faktoren zu tun hat.

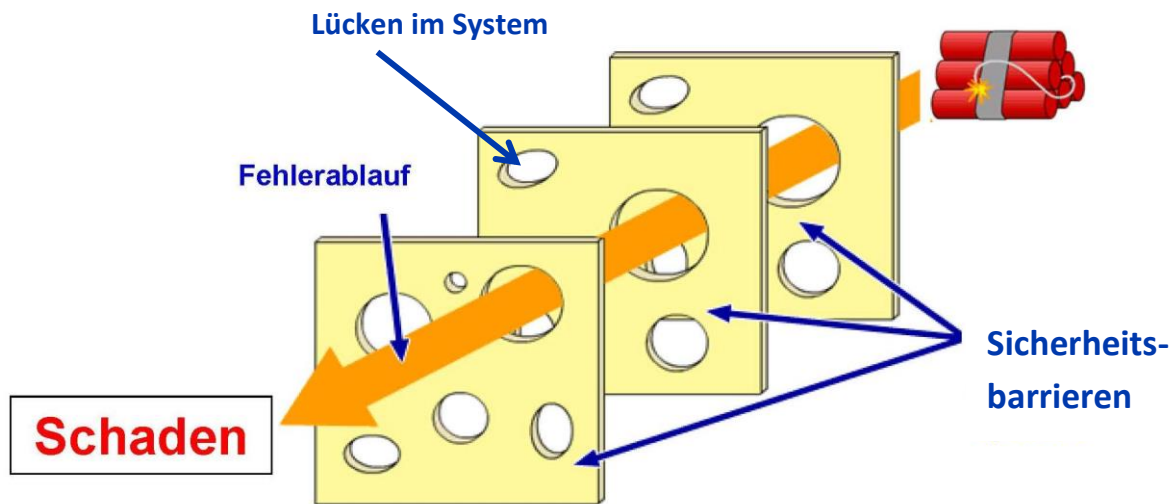


Abbildung 1: Schweizer-Käse-Modell nach Reason (1990). Human Error. Cambridge University Press, Cambridge UK.

Fehlerbegünstigende Faktoren passieren die Lücken im System wie Löcher im Schweizer Käse. Sicherheitsbarrieren sind nicht vorhanden oder versagen und so kommt es am Ende der Fehlerkette zu einem unerwünschten Ereignis oder Schaden. Letztendlich gilt es diese Sicherheitslücken zu identifizieren -die Löcher im Schweizer Käse zu finden oder zu verkleinern- und so ein System sich überlappenden Sicherheitsebenen zu schaffen, um ein unerwünschtes Ereignis zu vermeiden. Das Modell macht deutlich, dass man sich bei der Fehlerentstehung auf die Wurzel eines Fehlers konzentrieren sollte, anstatt nur seine Auswirkungen zu betrachten.¹³

Lernbox

- *Fehler*: ein unerwünschtes Ergebnis/Resultat von Handlungen oder eine geplante Abfolge geistiger oder körperlicher Tätigkeiten, die nicht zum beabsichtigten Resultat führt.
- *Zwischenfälle*: Ereignisse, bei denen zwar ein Fehler auftrat, aber es zu keinem oder keinem größeren Schaden kam.
- *Unfall (accident)*: Fehler, der zu einem Patientenschaden führt. Ein *Unfall* zieht gravierende Konsequenzen nach sich. Er wird auch oft mit dem Begriff *Behandlungsfehler* beschrieben.
- Fehler haben verschiedenen Ursachen, werden durch verschiedene Faktoren begünstigt. Dargestellt wird dies durch Reasons Schweizer-Käse-Modell.
- Neben Fehlhandlungen führen viele verschiedene Lücken im System zu unerwünschten Ereignissen.

3. Aktives Versagen/Latente Fehler

Lernziel

Die Teilnehmer kennen die Hintergründe der Fehlersicht und verschiedene Fehlerursachen, die zu einem unerwünschten Ereignis führen können.

In der technischen Phase Anfang des 20. Jahrhunderts galt technisches Versagen als wichtigste Fehlerquelle. Folgerichtig wurde in die Suche nach technischen Lösungen zur Gefahrenverminderung investiert.

Die darauffolgende Human-Error-Phase, in der der Mensch mit zunehmender Technik konfrontiert wurde, wurde als wichtigste Fehlerquelle und Hauptverursacher von Störungen und Unfällen erkannt. Der Mensch galt als Hauptverursacher von Störungen.

Es wurde in den Risikofaktor Mensch investiert, indem man versuchte, die fachliche Kompetenz durch Training oder durch das Einstellen von Fachpersonal zu verbessern.

Erst später entwickelte sich die Erkenntnis, dass Fehler und Unfälle nur auf der Grundlage komplexer Interaktion in einem organisatorischen Gefüge verstanden werden können. Es reicht nicht den einzelnen Verursacher zu suchen. Vielmehr müssen die Vorkommnisse analysiert werden, die zu einem Schaden geführt haben oder hätten führen können.¹⁴

Aktives Versagen meint Fehler oder Handlungen von einzelnen Personen. Im Krankenhaus oder der Arztpraxis sind das häufig Mitarbeiter, die direkt in der Patientenversorgung tätig sind, wie Pflegende oder Ärzte, deren Handlungen direkte Folgen für den Patienten haben können. Aktives Versagen zeigt sich oft sofort. Dadurch scheint eine Schuldzuweisung in Richtung einer Person oft naheliegend.

Die Ursache von *latentem Versagen* liegt meist im Management einer Organisation, hierzu gehören Einsparungen von Ressourcen oder ungünstige bauliche Voraussetzungen. *Latente Fehler* bleiben vielfach auf systemischer Ebene versteckt, und haben keine unmittelbaren Konsequenzen bis sie in Kombination mit lokal auslösenden Faktoren, beispielsweise aktiven Fehlern, zu einem Systemausfall führen; d.h. sie schlummern im System. Sie begünstigen das Entstehen von aktiven Fehlern.

Durch das Zusammenspiel von aktiven und latenten Fehlern, als auch weiteren fehlerbegünstigen Faktoren erklärt sich also das Entstehen eines Zwischenfalls oder Unfalls (Abb. 2). Dieses Zusammenspiel kann als Fehlerkette verstanden werden.¹⁵ Patientenbehandlung ist eine Kollektivleistung. Insbesondere Kommunikations- und Teamversagen, organisatorische Mängel und Defizite im Selbstverständnis der Organisation (Unternehmenskultur) spielen eine entscheidende Rolle bei den Fehlerursachen.

Nur wenn Wissen über Fehler und Prozessabweichungen transparent werden, können ähnliche Probleme später verhindert werden. Wir sprechen dann von einer sogenannten „Fehlerprävention“.

Eine nachsichtige Haltung gegenüber einzelnen Fehlern rächt sich, denn man weiß nie, an welcher Position einer Fehlerkette man sich bereits befindet.¹⁶

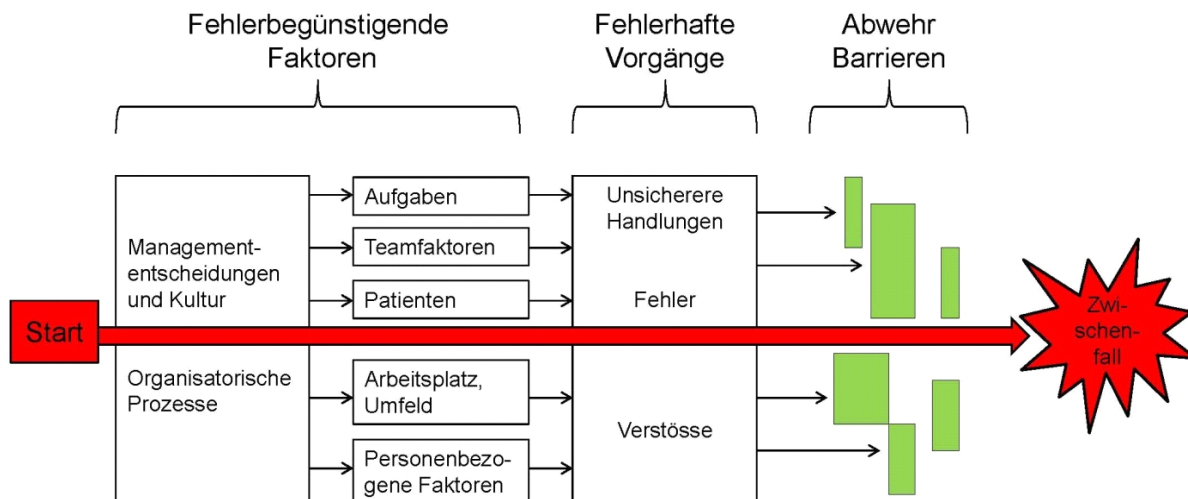


Abbildung 2: Darstellung der Entstehung eines Zwischenfalls, nach Hrsg. Stiftung Patientensicherheit (2/2017)

Lernbox 

- Nachdem zunächst technisches Versagen als Hauptfehlerquelle galt, wird nun auch der Mensch ins Augenmerk genommen.
- Fehler können nur auf der Grundlage komplexer Interaktionen verstanden werden; Vorkommnisse müssen analysiert werden.
- Aktives menschliches Versagen/Human Error: vom Menschen unmittelbar verursachte Fehler, an der Mensch-System Schnittstelle. Sie zeigen sich oft sofort.
- Latentes Versagen: zu Beginn der Fehlerkette, entsteht durch Entscheidungen, die auf den höheren Stufen einer Organisation gefällt werden. Bleiben oft versteckt, bis sie auf aktives menschliches Versagen treffen.

4. Systemtheorie – Personenmodell

Lernziel

Die Teilnehmer kennen den Unterschied zwischen Systemdenken und personenbezogener Sichtweise. Sie wissen, dass das Gesundheitswesen ein hoch komplexes System ist und Ursachen von Fehlern und kritischen Ereignissen im System zu suchen sind.

Fehler betrachten wir gern als Ausnahme – eine unerklärliche Abweichung von der natürlichen Ordnung der Dinge. In unserer Vorstellung wird ein Fehler nicht nur mit Scham und Dummheit assoziiert, sondern auch mit Unwissenheit, mangelndem Interesse oder Unaufmerksamkeit. Sie sind ein Beweis für einen erheblichen Mangel, sei es in sozialer, intellektueller oder moralischer Weise. Diese personenorientierte Sichtweise ist in der Medizin weit verbreitet. Das sogenannte *Personen-Modell* konzentriert sich auf den Ansatz, dass Menschen aus verschiedenen Gründen wie Vergesslichkeit oder Unwissenheit Fehler begehen. Im Fokus der Anklage steht eine Person, die für den Fehler oder den unerwünschten Ausgang verantwortlich gemacht wird.

Dem gegenüber steht das *System-Modell* oder die Systemtheorie. Diese berücksichtigt bei der Entstehung und Analyse von Fehlern die verschiedenen Einflussgrößen und konzentriert sich nicht nur auf die Person, die am Ende der Fehlerkette steht. Das Modell berücksichtigt, dass Fehler und Unfälle aufgrund komplexer Interaktion in einem organisatorischen Gefüge passieren. Es konzentriert sich auf die Bedingungen unter denen Personen arbeiten.¹¹

Ein *konstruktiver Umgang* mit Fehlern bedeutet, Ursachen zu suchen statt Schuldige, und diese Ursachen abzustellen.

Tabelle 1: Fehlerbegünstigende Faktoren

Beeinflussender Faktoren	Teilaspekte
Patientenfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitszustand des Patienten • Sprache/Kommunikation • Compliance • Persönlichkeit/soziale, körperliche Eigenschaften/Erfahrungen • Kultur/Herkunft
Faktoren der Tätigkeit (Art der Aufgabe)	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationsstruktur • Vorhandensein und Verwendung von Protokollen/Checklisten/Verfahrensanweisungen • Genauigkeit, Dokumentation von Unter-

	suchungsergebnissen
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen und Fähigkeiten • Kompetenz • Psychisches Befinden/ Gesundheitszustand
Teamfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation / Dokumentation • Teamstruktur (Übereinstimmung, Führung, Zusammensetzung)
Arbeitsbedingungen/Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Ausstattung und Qualifikation des Personals • Arbeitsbelastung und Dienstbelastung • Design, Vorhandensein und Wartung der Ausrüstung/Geräte • Administrative Unterstützung • Umgebungsbedingungen, Lärm etc.
Organisations- und Managementfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Ressourcen, Budgetierung • Organisationsstruktur • Regeln, Verfahren, Vorschriften und Ziele • Sicherheitskultur
Kontext der Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> • Ökonomischer gesetzlicher Kontext • Verbindungen zu externen Institutionen/Schnittstellen

Quelle: Taylor-Adams und Vincent (Stiftung für Patientensicherheit) (2007). SYSTEMANALYSE KLINISCHER ZWISCHENFÄLLE. DAS LONDON-PROTOKOLL. Stiftung für Patientensicherheit.

Lernbox

- *Personen-Modell:* Eine Person wird für den Fehler oder den unerwünschten Ausgang verantwortlich gemacht.
- *System-Modell/Systemtheorie:* berücksichtigt verschiedene Einflussgrößen bei der Entstehung und Analyse von Fehlern. Konzentriert sich auf die Bedingungen.
- *Konstruktiver Umgang* mit Fehlern: Ursachen suchen statt Schuldige.

5. CIRS: Aus Fehlern lernen

Lernziel

Die Teilnehmer wissen, was unter einem CIRS (Critical Incident Reporting System) verstanden wird und welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um aus kritischen Ereignissen zu lernen.

Im Rahmen des ganzheitlichen Risikomanagements gibt es verschiedene Instrumente, um Risiken zu erkennen und zu analysieren. Diese sind wichtig, um Ereignisse, die zu einem Schaden geführt haben oder hätten führen können, transparent zu machen und Sicherheitsbarrieren einzuführen.

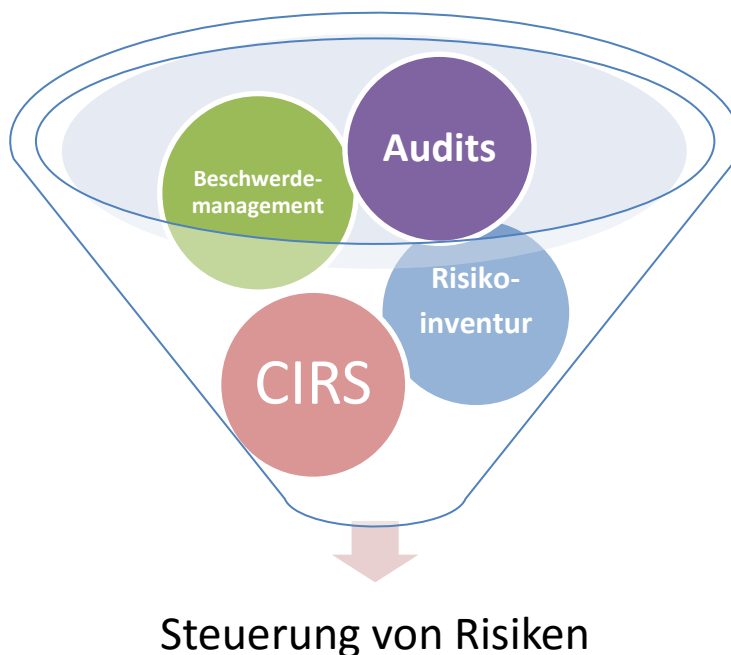


Abbildung 3: Darstellung von Möglichkeiten zur Analyse und Steuerung von Risiken, eigene Darstellung.

Um eine gute Behandlungsqualität gewährleisten zu können, gilt es, die Patientenversorgung gewissenhaft zu organisieren. Auch gehört dazu, sich stetig zu optimieren und Abläufe kontinuierlich zu verbessern.

Das Critical Incident Reporting (CIRS) als Instrument des klinischen Risikomanagements wird häufig zur Aufdeckung von Schwachstellen genutzt und dient somit der Verbesserung von Behandlungsabläufen. Dieses freiwillige Berichtssystem fasst die Schilderungen von Mitarbeitern über Zwischenfälle zusammen, wodurch Erkenntnisse über Verbesserungspotenzial gewonnen werden können. Voraussetzungen sind hier klare Richtlinien für den Umgang mit Risiken und Fehlhandlungen. So gilt für ein Fehler- und Berichtssystem: „vertraulich, freiwillig, sanktionsfrei“!

CIRS macht es den Beteiligten möglich, über Fehler und deren Ursachen zu berichten. Gemeldet werden sollen in der Regel alle im Rahmen der Patientenversorgung aufgetretenen Ereignisse, durch die es

nicht zu einem Patientenschaden gekommen ist. Ergebnisse mit Patientenschaden sind gesondert außerhalb des CIRS zu behandeln.

Tabelle 2: Verwendete Begriffe und zu meldende Ereignisse

Begriff	Definition
Unerwünschtes Ereignis (UE) („adverse event“)	Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (VUE) („preventable adverse event“)
Kritisches Ereignis („critical incident“)	Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht
Fehler („error“)	eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht ist für die Definition irrelevant
Beinaheschaden („near miss“)	Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können

Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) 2007, Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS). Praxistipps für Krankenhäuser. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Witten.

Fehlermeldesysteme bieten den Aktiven im Gesundheitswesen die Möglichkeit, anonym Fehler zu melden und damit Informationen zu Risikoaufkommen und eventuellen Hintergründen kritischer Ereignisse weiterzugeben.

Ein Critical Incident Reporting bezieht sich auf die Meldung aller kritischen Ereignisse im Alltag unterhalb der Schwelle eingetretener Schäden – also Situationen, die „gerade noch `mal gut gegangen sind“.

Im Einsatz sind gewöhnlich Papiermeldebögen oder auch bestimmte Softwareprodukte, um ein Ereignis an die entsprechende Stelle weiterzuleiten. Qualitäts- bzw. Risikomanagement oder spezielle Incident-Beauftragte kümmern sich weiter um die Bearbeitung. Als wichtigste Regel gilt die Anonymität. Richtig umgesetzt kann CIRS helfen, Schwachstellen in den Abläufen frühzeitig zu entdecken, zu erfassen und systematisch zu bearbeiten und damit auch eventuell versicherungsrelevante Schäden zu vermeiden. Letztendlich ist es ein Werkzeug, mit dem die Sicherheitskultur in den Einrichtungen weiterentwickelt werden kann.¹⁷



CIRS kann die

- Patientensicherheit erhöhen.
- einen Beitrag zu einer hohen Behandlungs-, Pflege- und Versorgungsqualität leisten.
- die Sicherheitskultur in den Einrichtungen weiterentwickeln.
- Schwachstellen in den Abläufen frühzeitig entdecken, erfassen und systematisch bearbeiten.
- versicherungsrelevante Schäden vermeiden.
- wichtigste Prinzipien von CIRS: Vertrauen, Sanktionsfreiheit, CIRS ist freiwillig.

6. Erfolgsfaktoren für ein gelungenes CIRS

Lernziel

Die Teilnehmer kennen die Grundvoraussetzungen für die Implementierung eines CIRS. Sie kennen die Faktoren, die ein CIRS am Leben halten.

Die Sensibilität für Sicherheitsaspekte sollte durch die Geschäftsführung oder Leitung einer Einrichtung unterstützt werden. Insbesondere hat diese eine Vorbildfunktion. Wenn Vorgesetzte sicheres Handeln erwarten, müssen sie auch selber entsprechend handeln. Vorsorgende Fehlerverhütung statt Fehlerbewältigung bedeutet eine präventive Fehlerkultur. Ein Klima der offenen Kommunikation kann nur gefördert werden, wenn die Akzeptanz von Fehlern offensichtlich ist.



- Präventionsgedanke: Vorsorgende Fehlerverhütung statt Fehlerbewältigung
- Selbstverständliches Melden
- Offene Kommunikation über unerwünschte Ereignisse und Verbesserungen
- Jede Meldung muss ernst genommen werden
- Interprofessionelle Kooperation
- Unterstützung der Mitarbeiter bei der Be- und Verarbeitung von Meldungen (siehe auch Broschüre: Reden ist Gold/Kommunikation nach einem Zwischenfall, zu beziehen über Aktionsbündnis Patientensicherheit)
- Akzeptanz/Wille muss da sein, sich auch der Herausforderung negativer Aspekte zustellen
- Vorbildfunktion: Vorgesetzte erwarten sicheres Handeln und handeln selbst entsprechend
- Keine zu schnelle und falsche Festlegung von Fehlerursachen durch oberflächliche (einfache oder offensichtliche) Ursachenanalyse
- Klare Transparenz des Ablaufs und Bearbeitung einer Meldung
- Analytisches und rationales Vorgehen, keine Emotionalität
- Schuldzuweisungen, Verteidigungen und die damit verbundenen Emotionen verlangsamen und stören den Arbeitsprozess und die Leistungsfähigkeit
- Sanktionsfreiheit, Anonymität
- Transparente Kommunikation über Maßnahmen und Verbesserungen, z. B.: Veröffentlichung in Mitarbeiterzeitung, Intranet, Fall des Monats
- „Darüber reden“, regelmäßige Treffen
- Teilnahme an einrichtungsübergreifenden sogenannten Meta-CIRS, z. B. CIRS-NRW
- Kontinuierliche Schulung und Information

Do's

- Anonymität
- Sanktionsfreiheit
- System-Modell
- Fehlerkultur
- Gesprächskultur auf Augenhöhe
- Fehler-Ursachenanalyse
- Zeitnahe Fallanalysen und Rückmeldungen
- Transparenz
- Respekt, Offenheit, Fairness
- Kooperation
- Zukunftsweisende Sicherheitskultur

Dont's

- „naming, shaming, blaming“
- Bestrafung
- Personenzentrierte Sichtweise
- Schuldkultur
- Starres Hierarchiedenken
- Falsche und vorschnelle Festlegung von Fehlerursachen
- Oberflächliche Ursachenanalyse
- „Vertuschen“ von Fehlern
- Denunziantentum
- Konkurrenz
- Ablehnende Sicherheitskultur

7. Ansätze zur Verbesserung der Sicherheitskultur

Lernziel

Die Teilnehmer wissen, was Sicherheitskultur für ein Unternehmen bedeutet und kennen verschiedenen Entwicklungsstufen.

Wie in einer Organisation miteinander und insbesondere mit Fehlern umgegangen wird, ist Teil ihrer Kultur. Eine positive Fehlerkultur (Non-Blaming Culture) setzt eine Unternehmenskultur voraus, die von Offenheit, Fairness und gegenseitigem Respekt geprägt ist. Sie akzeptiert, dass Fehler zum Arbeitsalltag dazugehören. Sicherheitskultur umfasst ein Grundmuster geteilter Werte, Überzeugungen und Handlungsweisen in einer Organisation. Je besser die Kultur, desto besser ist die Voraussetzung für qualitativ hochwertige Arbeit. Herrscht ein Klima von Konkurrenz oder von Kooperation, gibt es starre Hierarchien oder Gleichstellung und Anerkennung. Die Bewertung einzelner Faktoren, d. h. welche als positiv und welche als negativ angesehen werden, macht die Kultur des Unternehmens aus. Die Art und Weise, wie in einer Einrichtung mit dem Thema Patientensicherheit umgegangen wird, bezeichnet man als Patientensicherheitskultur. Die Patientensicherheit gilt als handlungsleitender Wert einer gelungenen Sicherheitskultur.

Die Sicherheitskultur kann sich über mehrere Stufen entwickeln.

1. *Ablehnende/pathologische Sicherheitskultur*: Die Patientensicherheit wird nur zögernd beachtet, bei kritischen Ereignissen werden vor allem schuldige Personen gesucht (Personen-Modell). Ein Lernen aus kritischen Ereignissen findet kaum statt. Ein Systemdenken ist nicht vorhanden.
2. *Reaktive Sicherheitskultur*: Die Organisation handelt nur beim Auftreten kritischer Ereignisse. Eine Professionalität im Umgang mit kritischen Ereignissen ist nicht vorhanden.
3. *Kalkulative Sicherheitskultur*: Sicherheit wird als wichtig erkannt. Eine gründliche Umsetzung findet jedoch noch nicht statt. Es herrscht eher eine personenbezogene Betrachtungsweise, als eine System-orientierte.
4. *Initiative/proaktive Sicherheitskultur*: Hier gibt es bereits Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit. Das Management betrachtet das gesamte System, Berichte fragen nach Gründen nicht nach dem Ereignis. Bei den Mitarbeitern entwickelt zunehmend der Einsatz für Sicherheit am Arbeitsplatz.
5. *Zukunftsweisende/generative Sicherheitskultur*: Die Patientensicherheit ist selbstverständlicher täglicher Teil der Arbeit aller Tätigen in der Organisation. Es besteht ein großer Einsatz für Sicherheit. Informationen aus Berichten werden genutzt, es wird nicht nach Schuldigen, sondern nach Schwachstellen im System geschaut.

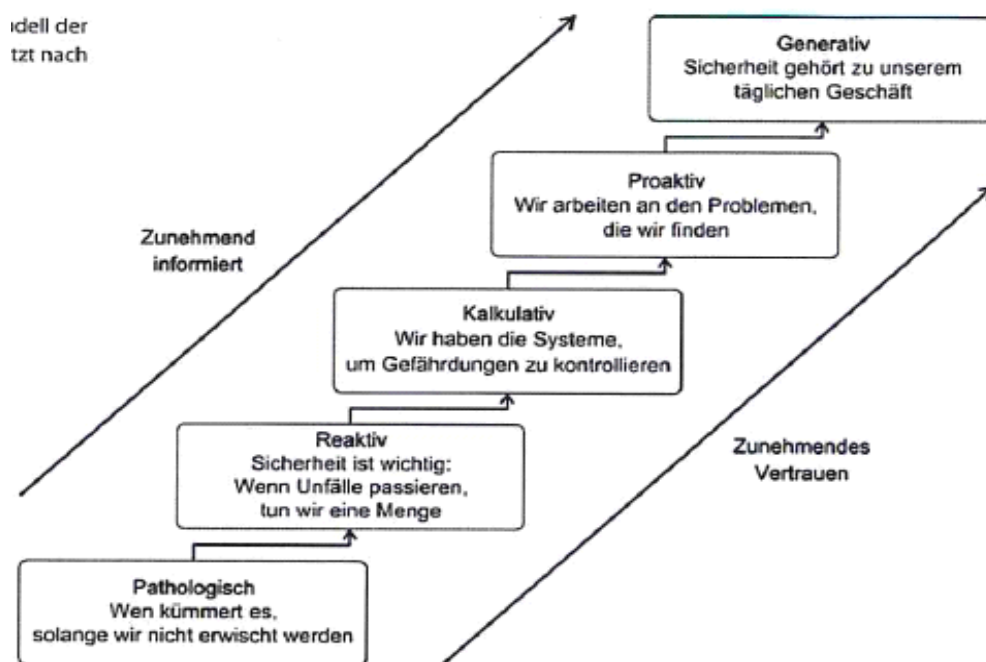


Abbildung 4: Reifegradmodell der Sicherheitskultur, nach Hudson (2007). Implementing a safety culture in major multinational. *Safety Science* 45(6). Elsevier, Amsterdam.

Wenn die Diskussion von Komplikationen und Behandlungsfehlern kein Tabuthema bleiben soll, muss die vorherrschende und propagierte „Null-Fehler-Kultur“ bzw. das organisationsinterne, personenbezogene Verurteilung von Fehlern („Culture of Blame“) einer offenen Sicherheits- bzw. Fehlerkultur weichen, die Fehler und Zwischenfälle als Problem des Gesamtsystems sieht und entsprechend entpersonalisiert.¹⁸

Lernbox

- *Non-Blaming Culture*: Unternehmenskultur, geprägt von Offenheit, Fairness, gegenseitigem Respekt, Fehlerakzeptanz.
- Sicherheitskultur: Grundmuster geteilter Werte, Überzeugungen und Handlungsweisen in einer Organisation.
- Patientensicherheitskultur: Art und Weise des Umgangs mit Patientensicherheit in einer Einrichtung; die Patientensicherheit = handlungsleitender Wert einer gelungenen Sicherheitskultur.
- Sicherheitskulturen können sich über mehrere Stufen entwickeln.

8. Was wir von High-Reliability-Organizations (HROs) in puncto Sicherheitskultur lernen können

Lernziel

Die Teilnehmer kennen die Grundlagen sogenannter HROs zum Aufbau einer Sicherheitskultur.

Hochsicherheitsbranchen oder die sogenannten High-Reliability-Organizations (HROs), wie z. B. die Luftfahrt, die Atomindustrie oder die Bundeswehr, haben auf strategischer Ebene seit langem klare Richtlinien für den Umgang mit Risiken und Fehlhandlungen etabliert. Sie befinden sich u. a. durch ihre Fehler- und Risikoprävention auf einer der höchsten Stufen der Sicherheitskultur.

Diese Organisationen mit einer hohen Zuverlässigkeitsrate sind klassische Anwender des System-Modells. Ihr Hauptaugenmerk liegt nicht auf dem einzelnen Fehler, oder darauf diesen zu verhindern, sondern gilt dem System. Sie haben akzeptiert, dass ein fehlerfreies Arbeiten nicht durchführbar ist und schaffen mit einem konstruktiven Umgang die Voraussetzungen für eine Fehlerkultur bzw. bessere Sicherheitskultur. Insbesondere, da Sie wissen, dass Menschen nicht unter konstantem Stress, bedingt durch eine Null-Fehlererwartung, arbeiten können.¹⁹

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden darauf vorbereitet, mit unerwünschten Ereignissen zu rechnen. Durch entsprechendes Training wird versucht, Fehler frühzeitig zu erkennen und durch adäquate Reaktion die negativen Folgen dieser Ereignisse zu vermeiden bzw. zu reduzieren (z. B. Simulationstrainings, Crew Resource Management Trainings CRM).

Diese positive Fehlerkultur (Non-Blaming Culture) kann als Beispiel für Einrichtungen des Gesundheitswesens gelten. Sie setzt eine Unternehmenskultur voraus, die von Offenheit, Fairness und gegenseitigem Respekt geprägt ist. An vorderster Stelle steht die Akzeptanz, dass Fehler passieren und zum Arbeitsalltag dazugehören. Wer will, dass andere Menschen Fehler offenlegen, muss Fehler enttabuisieren. Er muss zu eigenen Fehlern stehen.²⁰

Lernbox

- *High-Reliability Organizations (HROs)*= Hochsicherheitsbranchen, wie die Luftfahrt, gelten als Beispiele für den Umgang mit Fehlern.
- HROs haben seit langem Richtlinien zum Umgang mit Risiken und besitzen ein hohes Niveau der Sicherheitskultur.
- HROs sind Anwender des System-Modells (Augenmerk liegt auf dem System, nicht auf dem einzelnen Fehler).
- Es wird ein konstruktiver Umgang mit Fehlern geschaffen → Voraussetzung für eine Sicherheitskultur.
- *Konstruktiver/positiver Umgang mit Fehlern (Non-Blaming Culture)*: Akzeptanz gegenüber der Fehlerentstehung, Mitarbeiter sind darauf vorbereitet, dass unerwünschte Ereignisse passieren, durch Training sollen Fehler frühzeitig erkannt werden und adäquat reagiert werden.

9. Praxis-Baustein „Fish-Bowl“

Mit der folgend beschriebenen Diskussionsmethode „Fish-Bowl“ kann im Anschluss an die Schulungsveranstaltung zur Sicherheitskultur über eigene Erfahrungen mit kritischen Ereignissen oder den Stand der Sicherheitskultur in der eigenen Einrichtung diskutiert werden. Die aktiven Teilnehmer sitzen in einem Innenkreis und können, wie in einem Goldfischglas, von den äußeren Teilnehmern beobachtet werden. „Fish-Bowl“ ist eine aktive und kreative Gesprächsform, die die Hierarchie von Plenumsdiskussionen auflöst. So kommen auch eher zurückhaltende und nicht so durchsetzungsfähige Teilnehmer, die ungern mit einer riesigen Gruppe diskutieren, zu Wort.

- „Fishbowl“ = Anordnung der Teilnehmer wie in einem Fischglas.
- Den inneren Kreis bilden die aktiven Teilnehmer der Diskussion/Moderator.
- Den äußeren Kreis bilden die zunächst passiven Teilnehmer.
- Aktive Teilnehmer nehmen im inneren Kreis Platz, wobei ein Stuhl immer frei bleibt.
- Sobald ein passiver Teilnehmer aus der Gruppe etwas beitragen möchte, setzt er sich auf den freien Stuhl im inneren Kreis und kann sein Argument vortragen.

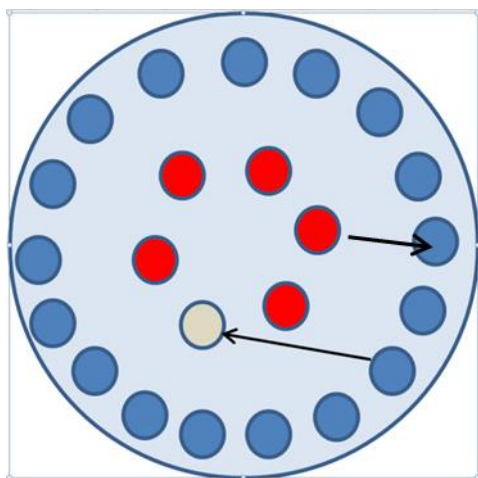


Abbildung 5: Darstellung Fish-Bowl-Methode, eigene Darstellung

Der Teilnehmer, der am längsten im inneren Kreis gesessen hat, muss in die passive Gruppe wechseln

- Die Teilnehmer können jederzeit zwischen aktiv und passiv wechseln.
- Jeder Teilnehmer kann zu jeder Zeit die Diskussionsrunde verlassen.
- Auch Teilnehmer, die nicht aktiv mitwirken, können als passive Mitglieder mitwirken.
- Es wird nur zwischen den Teilnehmern aus dem inneren Kreis diskutiert.²¹

Autorin:

Dipl.-Päd. Susanne Eschkötter, Qualitätsmanagement, Risikomanagement, EFQM-Assessorin, Netzmanagerin im Gesundheitswesen, St. Franziskus-Hospital Münster

- Seit 2010 als Qualitätsmanagerin für das St. Franziskus-Hospital Münster tätig
- 20 Jahre Berufserfahrung in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Gremientätigkeiten CIRS-NRW, u. a. Vorbereitung CIRS-Gipfel, Verfassen von „Fall des Quartals“, Erstellung von Schulungscurricula, Vorträge zur Sicherheitskultur, Präsentation CIRS-NRW
- Schulungen zur Sicherheitskultur, Schadensfallanalysen und CIRS-Implementierung
- Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge zu Themen des Risikomanagements und Patientensicherheit, 1. Preis für den „besten Lernfall Deutschlands“ auf dem 2. Nationalen Forum zu Critical-Incident-Reporting-Systemen

Weiterbildung (Auszug)

- Risikomanagement
- Fallanalysen
- TQM-Assessorin nach EFQM
- Netzwerkmanagement für neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen
- Beschwerdemanagement/social media
- Kommunikation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schweizer-Käse-Modell nach Reason 1990). Human Error. Cambridge University Press, Cambridge UK.....	6
Abbildung 2: Darstellung der Entstehung eines Zwischenfalls, eigene Darstellung nach Hrsg. Stiftung Patientensicherheit (2016).....	8
Abbildung 3: Darstellung von Möglichkeiten zur Steuerung von Risiken, eigene Darstellung.....	11
Abbildung 4: Reifegradmodell der Sicherheitskultur, nach Hudson, Patrick (2007) Implementing a safety culture in major multi-national. Safety Science 45(6). Elsevier, Amsterdam.....	16
Abbildung 5: Darstellung Fish-Bowl-Methode, eigene Darstellung	18

Literaturverzeichnis

- Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D., Hochreutener, M.-A. (2005). Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien; S. 14-25.
- Ruffel-Schmith, H.P. (1979). A Simulator Study of the Interaction of Pilot Workload with Errors, Vigilance and Decisions. NASA TM 748482. Moffett Field, CA: NASA-Ames Research Center; S. 14-21.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (ohne Datum). Glossar Patientensicherheit. Online aufrufbar unter: <http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/> [20.09.2016]
- Löber, N. (2011). Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus. Eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung. Gabler Verlag/Springer Fachmedien, Wiesbaden; S. 1-8.
- Wachter, R. (2008). Understanding Patient Safety. In: Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Koppenberg, J., Gausmann, P. und Henninger, M. (Hrsg./Übersetzung). ABW Wissenschaftsverlag; S. 1-11.
- Kohn, Linda, Corrigan, Janet, M., Donaldson, Molla, S. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press, Washington.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2007). Agenda Patientensicherheit 2007. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Witten.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2016). Jahresstatistik 2015. Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Essen.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser: Umsetzung des §137 Absatz 1d Satz 1 SGB V. Bundesanzeiger. Online abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1919/2014-01-23_KQM-RL_137-1d_BAnz.pdf. [05.09.16]
- Hofinger, G. (2008). Fehler und Unfälle. In: Badke-Schaub P. et al.: Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen. Springer, Berlin Heidelberg 2008; S. 37-55.
- Reason, J. (1990). Human Error. Cambridge University Press, Cambridge UK.
- St. Pierre, M, Hofinger, G. und Buerschaper, C. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 3. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg; S. 46-49.
- Wachter, R. (2008). Understanding Patient Safety. In: Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Koppenberg, J., Gausmann, P. und Henninger, M. (Hrsg./Übersetzung). ABW Wissenschaftsverlag; S. 11-18.
- Hagen, J.U. (2013). Fatale Fehler. Oder warum Organisationen ein Fehlermanagement brauche. Springer Gabler, Heidelberg.
- St. Pierre, M, Hofinger, G. und Buerschaper, C. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 3. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg; S. 52-61.
- Taylor-Adams, S. und Vincent, C. (Stiftung für Patientensicherheit) (2007). SYSTEMANALYSE KLINISCHER ZWISCHENFÄLLE. DAS LONDON-PROTOKOLL. Stiftung für Patientensicherheit.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2007). Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS). Praxistipps für Krankenhäuser. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Witten.
- St. Pierre, M, Hofinger, G. und Buerschaper, C. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 3. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg; S. 275-294.

- 19 Weick, K.E. und Sutcliffe K.M. (2010). DAS UNERWARTETE MANAGEN. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart; S. 1-25.
- 20 Thomeczek, E. und Ollenschläger, G. (2005). Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Risiken aus der Industrie am Beispiel Luftfahrt. In: Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D., Hochreutener, M.-A. (2005). Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien; S. 14-25.
- 21 GQMG-Arbeitsgruppe Risikomanagement/Schneider, K., Kahla-Witzsch et al.: Klinisches Risikomanagement. GQMG-Positionspapier.