

Der Blick durchs Fenster auf das System

Auf dem diesjährigen CIRS-Gipfel in Dortmund wurden die Grenzen des Berichts- und Lernsystems CIRS benannt und Möglichkeiten aufgezeigt, wie man die Beteiligten zu mehr Mitarbeit bewegen könnte.

von Jürgen Brenn

Das Verfahren ist mittlerweile unter mehr Ärzten in Kliniken und in immer mehr Praxen etabliert. Das Berichts-System zur Meldung von Fehlern und kritischen Ereignissen Critical Incident Reporting System (kurz: CIRS) zählt in Nordrhein-Westfalen zu den gängigen Verfahren, um Ärzten, Pflegekräften, Medizinischen Fachangestellten oder auch Apothekern die Möglichkeit zu geben, auf Fehler in der Behandlungskette aufmerksam zu machen. Da die Berichte öffentlich im Internet abrufbar sind (www.cirs-nrw.de) haben alle die Chance, aus den Fallstricken, über die andere beinahe oder tatsächlich gestolpert sind, für ihren eigenen Klinik- oder Praxisalltag zu lernen und Konsequenzen zu ziehen. Jedes Quartal veröffentlicht CIRS NRW einen besonderen Fall als Quartalsbericht (siehe auch *Kasten auf der nächsten Seite*).

Das Lernen sollte im Mittelpunkt stehen

Auf dem diesjährigen CIRS NRW-Gipfel in Dortmund trafen sich rund 250 interessierte Ärztinnen und Ärzte, um ihre Erfahrungen mit dem Risikomanagement-System auszutauschen. Der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dr. Wolfgang-Axel Dryden, stellte klar, dass es bei CIRS nicht um die Fehler gehe, die passiert sind, sondern um die Möglichkeit, voneinander zu lernen. Denn Fehler könnten überall passieren und jedem unterlaufen. Sie dürfen nur nicht ein zweites Mal passieren, so Dryden.

„CIRS ist kein Fehlermesssystem“, sagte Professor Dr. Dieter Conen, Präsident der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Es sei wichtig, die Grenzen des Meldesystems zu kennen, um nicht mehr davon zu

erwarten, als es liefern kann. Es müsse klar sein, so Conen, dass CIRS nicht zur Messung der Sicherheit in einer Klinik verwendet werden könne, da das System keine Zufallsstichprobe zur Grundlage habe. Auch würden die Berichtssysteme oft an dem Phänomen des „Underreporting“ leiden. Schätzungen zufolge werden lediglich sieben Prozent unerwünschter Ereignisse gemeldet. Häufige Begründungen

management analysiert die Meldungen, führt Veränderungen herbei und kontrolliert, ob diese zu einer Verbesserung der Versorgungssicherheit und -qualität geführt haben, so Conen. Die Personen, die mit der Auswertung der Meldungen beauftragt sind, sollten idealerweise einen „Blick durchs Fenster“ auf das System haben, erläuterte der Schweizer. Sie müssten die hausinternen Abläufe kennen und



Professor Dr. Dieter Conen aus der Schweiz: „CIRS ist kein Messinstrument für die Verbesserung der Sicherheit im Krankenhaus.“



Professor Dr. Tanja Manser aus Bonn stellte fest, dass die Ausgestaltung von CIRS große Auswirkungen auf die Motivation zur Teilnahme hat. Fotos: bre

dafür benannte Professor Dr. Tanja Manser, Direktorin des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn: Das Meldeformular war nicht zu finden, oder es war keine Zeit. Die Melder waren unsicher, was berichtet werden sollte, hatten besonders beim klinikinternen CIRS Zweifel an der Vertraulichkeit des Systems, fürchteten Sanktionen für eine Meldung oder erhielten nach der letzten Meldung kein Feedback. Dies seien Faktoren, die sich hemmend auf die Motivation der Mitarbeiter, die in CIRS melden sollen, auswirkten und zu weniger Meldungen führen könnten, so Manser.

Auch sind verschiedene Professionen im Versorgungswesen unterschiedlich aktiv, was die Meldungen betrifft, stellte Conen fest. Das gleiche gelte für die Art der kritischen Vorkommnisse, die gemeldet werden. Häufig würden Stürze der Patienten und deren Ursachen beschrieben, aber selten Medikationsfehler.

Die Beobachtungen zeigten, dass CIRS keine validen, repräsentativen Zahlen liefere, um Verbesserungen im System messen zu können, sei es an einer Klinik oder überregional. CIRS zählt zwar die Ereignisse, aber erst das klinikinterne Risiko-

Kausalzusammenhänge ausmachen können. Gleichzeitig sollten sie als Risikomanager nicht direkt am Versorgungsgeschehen beteiligt sein, um eine gewisse Distanz zu wahren und unabhängige Verbesserungsvorschläge machen zu können.

Ein weiteres Problem sei, dass trotz Underreporting zu viele Meldungen in CIRS eingespeist werden. Es erfordere Ressourcen, um alles zu lesen und daraus für sein Krankenhaus die richtigen Schlüsse zu ziehen, sagte Conen. Auch viele unbedeutende Ereignisse würden beschrieben und verstopften so die Plattformen. Conen zieht daraus den Schluss, dass es einer sorgfältigen Schulung bedarf, um den potenziellen Meldern zu verdeutlichen, was und wie man berichten sollte, damit der Bericht von Nutzen ist. Er schlägt vor, dass die Meldungen von den Meldern über eine Einteilung vorsortiert werden sollten. Beispielsweise könnte der Schweregrad des Fehlers auf einer Skala eingestuft, die Wahrscheinlichkeit, dass der Fehler nochmals auftritt, und der Grad der Patientengefährdung durch das kritische Ereignis eingeschätzt werden. So ließen sich Meldungen einordnen und eine Flut an unwichtigen Meldungen vermeiden.

Klinikleitung muss dahinter stehen

Das A und O für ein funktionierendes CIRS sei die Unterstützung der Klinikleitung, so Conen. Sie müsse mit ihrem Verhalten zeigen, dass sie die Meldungen ernst nehme und darauf reagiere. Als Negativbeispiel nannte er den aktuellen Hygiene-Skandal am Uniklinikum Mannheim. Dort hätten Mitarbeiter auf Hygienemängel hingewiesen, aber die Klinikleitung habe nicht reagiert. Auch Manser sieht in einem adäquaten Feedback auf eine Meldung in CIRS einen hohen Motivator, um weiter in dem System zu melden. Dabei hätten Studien gezeigt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegepersonals sich durchaus mit einem direkten Feedback, das durch das System erzeugt werde, fürs Erste zufrieden geben. Ärztinnen und Ärzte erwarteten dagegen eine „Form von Effektivität und Veränderung“, so die Bonner Professorin.

Auch das unterschiedliche Rollenverständnis innerhalb eines Krankenhauses wirke sich auf die Motivation von Pflegen-

den und Ärzten verschieden aus. Pflegepersonal sieht es als einen Teil seiner Arbeit an, kritische Vorkommnisse in CIRS zu melden. Ärzte argumentieren mit Zeitmangel oder dem fehlenden Feedback gegen eine häufige CIRS-Teilnahme. Auch hier sei entscheidend, wie klar CIRS und dessen Funktion im Haus kommuniziert wurden, wie in dem Krankenhaus mit abweichenden Meinungen umgegangen wird und wie es um die Fehlerkultur steht. Allgemein lasse sich feststellen, so Manser, dass die Bereitschaft, ein Ereignis zu melden, zunimmt, wenn Patienten dadurch beeinflusst wurden oder worden wären. Die Professorin regte an, dass sich nicht allein das Klinikpersonal an CIRS beteiligen sollte: „Auch Patienten gehören mit ins Boot. Sie wollen helfen, dass kritische Ereignisse, die sie erlebt haben, zukünftig nicht mehr passieren.“ Diese altruistische Motivation und die andere Perspektive auf das Klinikgeschehen könnten hilfreich sein.

Um die Motivation der Mitarbeiter zu steigern, an einem lokalen oder überregionalen CIRS teilzunehmen und Meldungen

zu verfassen, empfiehlt Manser, das Verfahren so transparent wie möglich zu gestalten und darüber zu informieren, was mit den Meldungen geschieht. „Denn je abstrakter der Weg ist, desto schwerer fällt es den Menschen, sich vorzustellen, dass Veränderungen eintreten“, sagte die Professorin. Die Unabhängigkeit des Systems und die Anonymität der Melder müssten garantiert sein. Neue Mitarbeiter müssten an dem System geschult werden, um relevante und aussagefähige Meldungen zu erhalten.

Aus der Ölkatastrophe im Golf von Mexiko mit der Plattform Deepwater Horizon, wo die gleichen Qualitätsmängel zur Katastrophe führten, die bereits bei vorhergehenden Unglücken entdeckt und abgestellt wurden, leitete Manser eine weitere Forderung ab: Verbessertes Verhalten, das sich aufgrund von CIRS-Meldungen etabliert hat, könne im Laufe der Zeit auch wieder aus einem System „diffundieren“. Deshalb müssten von Zeit zu Zeit die Maßnahmen und deren Umsetzung kritisch hinterfragt werden.

CIRS NRW

Der CIRS NRW-Bericht des 4. Quartals 2014

Wenn das Denken nicht die Richtung wechselt

Der Fall ist so klar: Wer den Arm verbunden hat, ist krank am Arm. Aber wie leicht lassen wir uns durch das Offensichtliche blenden und übersehen das Dahinterliegende? Ein klassisches Erlebnis dieser Art wurde unter der Fallnummer 107202 im CIRS NRW berichtet: Ein Patient in der zentralen Aufnahmestation wurde anhand seines offensichtlichen Problems weitergeleitet. Die verbundene Hand führte ihn in die Unfallchirurgie. Der Chirurg nahm prompt den Ball auf, untersuchte die entzündete Hand, stellte die OP-Indikation, setzte kurzfristig eine Operation an. Der Anästhesist untersuchte wohl ebenfalls mit Fokus auf die entzündete Hand, versorgte den Patienten mit einer regionalen Anästhesie. Kurz darauf konnte die Entzündung operativ angegangen werden. Operation gelungen, Patient krank – Stunden später eskalierte das Grundproblem, das den Patienten ins Krankenhaus geführt hatte. In der Nacht litt er unter starker Dyspnoe, die schließlich den HNO-Arzt auf den Plan rief. Diesem war die Vorgeschichte längst bekannt, denn: Der Patient war für ihn bestimmt. Die Internisten aus einer anderen Klinik hatten den Verdacht auf eine Verlegung der Atemwege geäußert und den Patienten in der HNO angekündigt. Der vital bedrohliche Larynxprozess war der Hauptschau-

platz, die entzündete Hand nur eine Nebendiagnose.

Der Bericht lässt Fragen zu dem komplexen Ablauf offen. Es gab sehr viele Beteiligte – die verlegende Klinik, den HNO-Diensthabenden, Pflegende in der zentralen Aufnahme, den Chirurgen, den Anästhesisten. Und natürlich einen Patienten, der offensichtlich nicht in der Lage war, sein Hauptproblem mitzuteilen, der manches mit sich geschehen ließ.

Aber an verschiedenen Stellen hätte der falsch laufende Prozess gestoppt werden können:

- Es bleibt unklar, ob ein Verlegungsbericht aus der erstuntersuchenden Klinik vorlag, der den Weg in Richtung HNO hätte bahnen können.
- Der HNO-Diensthabende hätte sich in der Ambulanz über den Verbleib des angekündigten („vital bedrohten“) Patienten erkundigen können.
- Die Pflegenden in der Aufnahmestation hätten – im Idealfall in einer systematischen Triage – die Probleme des Patienten umfassend erfragen können.
- Der Chirurg hätte das allzu Offensichtliche kritisch hinterfragen und weitere Erkrankungen in Betracht ziehen können.

- Dem Anästhesisten hätte bei der Anamnese und einer gründlichen kardiopulmonalen Untersuchung das Problem auffallen können.

Die Beteiligten sind alle gemeinsam in die Falle des Confirmation bias, des Bestätigungsfehlers, getappt: Alles, was zu einer Entzündung der Hand als führender Erkrankung passte, wurde wohlwollend registriert. Abweichende Signale, die der Patient möglicherweise gegeben hat, die sich vielleicht bei der Untersuchung ergeben haben, wurden offenbar ignoriert oder passend interpretiert. Die verbundene Hand passte ins Schema, eine Dyspnoe, die den Patienten in die HNO hätte führen sollen, nicht. Die Beschreibung fordert dazu auf, das Offensichtliche nicht wie selbstverständlich hinzunehmen. Kreative Fehler werden nur von ebensolchen Mitarbeitern verhindert. So wie es schon der französische Aphoristiker Francis Picabia empfohlen hat: Unser Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann.

Für die CIRS-NRW Gruppe:
Dr. Markus Holtel, Christophorus-Kliniken
Coesfeld-Dülmen-Nottuln
Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital
Münster