



# CIRSmedical: Aus Fehlern lernen

CIRSmedical, das Berichts- und Lernsystem des österreichischen Gesundheitswesens, feiert heuer sein zehnjähriges Bestehen. Unter dem Motto „Aus Fehlern lernen, um immer besser zu werden“ soll eine nachhaltige Qualitäts- und Fehlerkultur im österreichischen Gesundheitswesen etabliert werden.

Kommunikation spielt dabei eine besondere Rolle.

Brigitte Ettl\*

Das Gesundheitswesen wird immer komplexer, der Anspruch an die moderne Medizin ist in den letzten Jahren immer größer geworden, das Tempo neuer Entwicklungen steigert sich zusehends. In einem solchen Umfeld braucht es eine Fehlerkultur, die darauf ausgerichtet ist, aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen zu lernen. Zu den wesentlichen Errungenschaften der Patientensicherheitsbewegung zählt die Einführung von Berichts- und Lernsystemen als ein wichtiges Instrument des klinischen Risikomanagements. Die Abkürzung „CIRS“ steht dabei für Critical Incident Reporting System und beschreibt ein anonymes Meldesystem, das das gegenseitige Lernen aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen ermöglicht.

CIRSmedical, das Berichts- und Lernsystem des österreichischen Gesundheitswesens, feiert heuer sein zehnjähriges

Bestehen. Im Sinn einer nachhaltigen Qualitäts- und Fehlerkultur im österreichischen Gesundheitswesen bietet CIRSmedical eine umfassende Lösung zur systematischen Analyse von Zwischenfällen. Der Fokus liegt auf dem Vorfall im Speziellen, nicht auf möglichen Sanktionen für den Einzelnen. Das Motto dabei lautet „Aus Fehlern lernen, um immer besser zu werden“.

Zu den wesentlichen Errungenschaften der Patientensicherheitsbewegung zählt die Einführung von Berichts- und Lernsystemen als ein wichtiges Instrument des klinischen Risikomanagements. Die Abkürzung „CIRS“ steht dabei für „Critical Incident Reporting System“ und beschreibt ein anonymes Meldesystem, das gegenseitiges Lernen aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen ermöglicht.

Alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, die im österreichischen Gesundheitswesen auftreten, können berichtet werden. Dazu zählen Fehler, Beinahe-Schäden, entdeckte Risiken, kritische Ereignisse oder auch unerwünschte Ereignisse. Alle Mitarbeiter des österreichischen Gesundheitswesens können auf CIRS-medical berichten – unabhängig davon, ob sie einen medizinischen oder nicht-medizinischen Gesundheitsberuf oder einen Beruf in der Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen ausüben. Auch Patienten haben die Möglichkeit, Beobachtungen und Erfahrungen aus medizinischen Einrichtungen zu berichten.

### Verbesserungen der Fehlerkultur

Fachleute sind sich einig: Das Erfassen von kritischen Ereignissen, Fehlern, Risiken und Beinahe-Schäden ist ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung. Die dahinter stehende Philosophie, dass der Aufbau und das Leben einer Sicherheitskultur nur dann möglich sind, wenn kritische Ereignisse berichtet, analysiert und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden, wird auch von den drei deutschsprachigen Patientensicherheits-Organisationen vertreten.

Bereits 2005 wurde mit der Luxemburger Deklaration der Europäischen Union Patientensicherheit zu einem hochrangigen Thema innerhalb der Union erhoben. Das wichtigste Anliegen dieser Deklaration ist die Schaffung einer Kultur, in der es möglich ist, aus Fehlern zu lernen, anstatt nach Schuldigen zu suchen und Bestrafung zu fordern.

Medizinische Fehler wurden in der Vergangenheit einfach nicht in entsprechender Form wahrgenommen beziehungsweise wollten nicht als solche mit einem potentiellen Schaden am Patienten verbunden werden. Sie wurden nicht einmal in Abhandlungen, geschweige denn in der medizinischen Öffentlichkeit erwähnt oder diskutiert.

### Konstruktiver Umgang mit Fehlern spart Geld

Die Tatsache, dass vielen Patienten unnötig Schaden zugefügt und damit gleichzeitig eine nicht unbeträchtliche Summe an Geld verschwendet wurde, wurde einfach verdrängt. Dabei zeigen internationale Untersuchungen eine nicht unwesentliche finanzielle Auswirkung von unerwünschten Ereignissen auf das Gesundheitssystem: Im Durchschnitt erfahren vier bis 17 Prozent aller Patienten ein unerwünschtes Ereignis. Davon sind 44 bis 50 Prozent vermeidbar. Die finanzielle Last der direkten Kosten dieser Ereignisse liegt für die öffentlichen Gesundheitssysteme aller EU-Mitgliedsstaaten bei etwa 21 Milliarden Euro oder 1,5 Prozent der Gesundheitsausgaben im Jahr 2014.

Den Forschern zum Thema Fehlerkultur geht es stets um einen konstruktiven Umgang mit Fehlern: In der Schule um das Lernen aus Fehlern, in Unternehmen und Non-Profit-Organisationen um einen produktiven Umgang mit Fehlern und um das innovative Lernen. Das Spektrum des optimalen Verhal-

#### **„Speak Up!“**

„Speak Up!“ beschreibt eine Form der Kommunikation unter Kollegen – über Berufsgruppen und Hierarchiestufen hinweg. Es geht darum, zu reagieren und sich gegenseitig anzusprechen, wenn die Sicherheit von Patienten und/oder Mitarbeitern gefährdet ist oder gefährdet scheint.

#### **10 Tipps, damit „Speak Up!“ gelingen kann:**

1. Beschreiben Sie die Situation, wie Sie sie wahrnehmen. „Es wurde das linke Knie angezeichnet, in der Krankengeschichte steht aber das rechte.“
2. Sprechen Sie den Gesprächspartner mit Namen an und stellen Sie Blickkontakt her
3. Verwenden Sie Ich-Aussagen, keine Du-Formulierungen und bringen Sie die eigene Sorge zum Ausdruck. „Ich bin mir nicht sicher, ob das stimmt.“
4. Bieten Sie einen konkreten Plan oder Lösungsvorschläge an und beziehen Sie das Gegenüber mit ein. „Ich schlage vor, dass wir das überprüfen.“
5. Fragen Sie nach, ob Ihr Einwand Gehör findet. „Haben Sie meinen Einwand gehört?“
6. Nutzen Sie im Team abgesprochene Formulierungen („Codewörter“). Welche Codewörter und Gesten, wie und wann benutzt werden, muss von allen Beteiligten verstanden werden.
7. Reagieren Sie situationsbezogen. Das direkte Reichen des Desinfektionsmittels
8. Bleiben Sie hartnäckig, sollte auf Ihren Einwand nicht eingegangen werden
9. Regen Sie eine Nachbesprechung der Situation an
10. Geben Sie als Führungskraft Ihrem Team Rückendeckung. „Speak Up!“ ist gelebte Sicherheitskultur und betrifft alle Gesundheitsberufe.

tens reicht hier von der Fehlervermeidung bis hin zur Fehlerfreundlichkeit. Folglich erlangt auch der Begriff Fehlerkultur/Patientensicherheit sowohl in Zusammenhang mit Qualitätsmanagement, Fehlermanagement, Risikomanagement und Innovationsmanagement an Bedeutung, aber auch in den Diskussionen um organisationales Lernen sowie die Lernende Organisation an sich.

Leider gibt es in Österreich noch keine lange Tradition in puncto Fehlerkultur. Zu oft ist das Eingestehen eines Fehlers noch mit der Angst vor harten Konsequenzen verbunden. Es darf uns aber nie darum gehen, einen „Schuldigen“ zu identifizieren, sondern die Fehlerquellen im System müssen entdeckt und unschädlich gemacht werden. Dabei wäre der offene Umgang mit unerwünschten Ereignissen besonders für Mitarbeiter im Gesundheitssystem eine große Erleichterung. Sie leiden ebenfalls unter Fehlern, die ihnen unterlaufen und werden nicht umsonst als „Second Victims“ bezeichnet. Die »

### Wie werden Anonymität und Datensicherheit auf CIRSmedical.at gewährleistet?

Da das System die Herkunft des Berichtes sofort automatisch und unwiderruflich löscht, erhalten die Berichtenden nach ihrer Berichts- oder Leserkommentareingabe kein persönliches Feedback. Sie erhalten ausschließlich eine Fallnummer, anhand welcher man jederzeit den aktuellen Stand des Berichts oder Leserkommentares nachverfolgen kann. Durch den verschlüsselten, nicht rekonstruierbaren Datentransfer kann es zu keinen Sanktionierungen für den Berichtenden kommen. Die Berichte selbst enthalten keine Daten wie Namen oder Ortsangaben, die Rückschlüsse auf die beteiligten Personen oder Institutionen zulassen. Damit ist 100-prozentige Anonymität gewährleistet.

Durch die Löschung der IP-Adresse durch das CIRSmedical System in Basel ist eine direkte Rückfrage oder Rückmeldung beim Berichtenden nicht möglich. Vor der Veröffentlichung werden alle Berichte von berechtigten Mitarbeitern der ÖQMED anonymisiert und im Anschluss auf [www.CIRSmedical.at](http://www.CIRSmedical.at) freigegeben. Es werden nur anonymisierte Berichte zur Bearbeitung an CIRSmedical-Experten weitergeleitet.

Die Anonymisierung und das unwiderrufliche Löschen der eingehenden Berichte erfolgt Internet-basiert auf dem Server in Basel und somit ausschließlich im CIRSmedical-System. Daher kann es zu keiner Speicherung im Backup-System der ÖQMED kommen. Das zuständige Team der ÖQMED unterliegt einer strengen Verschwiegenheitspflicht, die vertraglich geregelt ist und durch regelmäßige Schulungen vertieft wird. Die Möglichkeit zur Supervision ist gegeben.

- » Angst vor Fehlern führt zu neuen Fehlern – ein Teufelskreis, den man nur durch Offenheit unterbrechen kann. Transparenz ist das beste Mittel gegen Angst, fördert das unbelastete Arbeiten – und kommt in jedem Fall den Patienten zugute. Denn auch und vor allem mit den Patienten muss die offene Kommunikation gesucht werden, wenn ein Fehler passiert ist. Viele Klagen werden hauptsächlich aus dem Motiv der Wahrheitsfindung heraus angestrengt. Ein empathischer, ehrlicher und offener Umgang mit den Tatsachen – ob sie nun aus einem Fehler resultieren oder schicksalhaft sind – kann Patienten wie Mitarbeitern den Gang zum Gericht und vor allem viel Leid ersparen.

### CIRS-Handlungsempfehlung

Die Österreichische Plattform Patientensicherheit hat eine Handlungsempfehlung für die Einrichtung und den Betrieb eines Berichts- und Lernsystems CIRS präsentiert. Erstmals haben Experten aus Österreich (Österreichische Plattform Patientensicherheit), Deutschland (Aktionsbündnis Patientensicherheit) und der Schweiz (Patientensicherheit Schweiz)

zusammengearbeitet und eine praxisnahe Handlungsempfehlung erstellt.

Die CIRS-Handlungsempfehlung markiert einen Meilenstein in der internationalen Zusammenarbeit und im Bemühen um die Förderung der Patientensicherheit. Damit werden Synergien genutzt, die Empfehlung breiter konsentiert und stärker legitimiert sowie der Wirkungskreis der Empfehlung erhöht - allesamt Effekte, die für den Ausbau der Patientensicherheit und der Sicherheitskultur von enormem Vorteil sind.

Die anhaltende Diskussion über Richtlinien zum Qualitäts- und Risikomanagement, zum verpflichtenden Betreiben eines Berichts- und Lernsystems und über neue Bestimmungen zur Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Systemen belegt zum einen den Aufwand und die Schwierigkeiten bei der Entwicklung konsentierter Richtlinien in allen drei Ländern. Zum anderen verdeutlichen sie aber auch den Wert der Handlungsempfehlung, die auf Basis eines fachlichen Konsenses und unter breiter Beteiligung verschiedenster engagierter Akteure entstanden ist.

Die Auswertung der Meldungen an CIRSmedical zeigt, dass in den 2018 veröffentlichten Berichten der Faktor Kommunikation bei rund 40 Prozent verantwortlich für kritische Ereignisse ist. Viele dieser Ereignisse wären bei besserer Kommunikation oder gelebtem Teamwork wahrscheinlich vermeidbar gewesen. Patientensicherheit geht alle an: Auch Patienten, Angehörige und Außenstehende machen oft Beobachtungen, die für die Behandlungssicherheit wichtig sind. Deshalb sind auch sie aufgerufen, auf solche Beobachtungen hinzuweisen. Dies kann entweder direkt passieren, wenn es die Situation erfordert („Speak Up!“) oder indirekt über ein Fehlermeldesystem wie [www.CIRSmedical.at](http://www.CIRSmedical.at), das seit vergangenem Jahr auch Laien zur Verfügung steht.

Im Folgenden werden einige Beispiele aus CIRSmedical angeführt, in denen kritische Ereignisse mit fehlender oder schlechter Kommunikation beschrieben werden:

#### • Falsche Patientin betrat Untersuchungszimmer

In der Ambulanz wurde eine (mobile) Patientin aufgerufen, stattdessen stand eine andere auf und betrat das Untersuchungszimmer. Die Damen hatten dieselbe Erkrankung, deshalb fiel die Verwechslung zunächst beim Anamnesegespräch nicht auf. Erst beim Vergleich der Krankengeschichte mit der Ambulanzkurve wurde die Verwechslung festgestellt. Die Namen der Patientinnen waren nicht ähnlich, die fälschlicherweise eingetretene Patientin hatte den Namen nicht verstanden und war nur unter der Annahme eingetreten, die nächste zu sein.

#### • Kommunikation im OP-Team

Bei einer Patientin in Allgemeinanästhesie wurde vom Operateur vor einer LLETZ-Konisation ein Lokalanästhetikum mit Adrenalinzusatz eingespritzt. Dem Anästhesisten kam die vom Operateur angewiesene Zubereitung der Lösung

(Xylanest 1% 20ml + 1 mg Adrenalin) zu hoch vor, er kommunizierte das auch dem Operateur. „Er mache das immer so...“ war die Antwort. Wenige Sekunden nach der Verabreichung entwickelte die Patientin eine ventrikuläre Tachycardie mit polymorphen Extrasystolen, gefolgt von einer Sinusbradycardie mit ausgeprägten ST-Streckenhebungen. Dabei war die Patientin stark hyperten (RR 210/110 mmHg).

• **Entlassung mit falschem Arztbrief**

Ein Patient kommt per Rettungstransport von zu Hause, wurde am gleichen Tag aus dem Nachbar-Spital entlassen. Er kommt aufgrund von Schwierigkeiten mit der Selbstversorgung beziehungsweise ist eine Pflege durch Angehörige nicht möglich. Im Entlassungsbrief beigelegt war der Arztbrief einer anderen Patientin, die am Vortag von der gleichen Station dieses Spitals entlassen wurde.

• **Notarzt falsche Diagnose mitgeteilt**

Die Lebensgefährtin des Patienten verständigte die Rettung mit der Angabe „Kollaps“; die Rettung brachte den Patienten in die hausärztliche Praxis. Nach Feststellung der Diagnose „akuter Hinterwandinfarkt“ wurde über die Leitzentrale der Notarzt bestellt und die neue Diagnose „akuter Hinterwandinfarkt“ mitgeteilt. Der Notarzt erschien mit Verspätung und zeigte sich über die Diagnose „Infarkt“ verwundert, ihm war nur die ursprüngliche Diagnose „Kollaps“ mitgeteilt worden, daher auch die Verspätung. Offensichtlich wurde in der Leitzentrale versäumt, die ursprüngliche Diagnose zu aktualisieren.

• **Missverständnis zwischen Oberarzt & Famulantin**

Eine Famulantin ersetzte aufgrund von Personalknappheit eine Assistenzärztin. Der Oberarzt überschätzte die Kompetenz der Famulantin. Unkonzentriertheit der Famulantin bei sehr lange andauernder OP. Vermeidung: Für unerfahrene Mitarbeiter Pausen einplanen, Kommunikation zwischen Oberarzt und Famulantin verbessern.

„Speak Up!“

---

„Speak Up!“ beschreibt eine Form der Kommunikation unter Kollegen der Gesundheitsberufe über Berufsgruppen und Hierarchiestufen hinweg. Es geht darum, zu reagieren und sich gegenseitig anzusprechen, wenn die Sicherheit von Patienten sowie Mitarbeitern gefährdet ist oder gefährdet scheint. Auch Patienten sowie deren Angehörige sollen sensibilisiert und motiviert werden, Auffälligkeiten und Missstände anzusprechen.

Unter „Speak Up!“ versteht man, dass Fachpersonen und Patienten beim Erkennen von Sicherheitsproblemen Zweifel offen ansprechen. Nur eine von zehn Fachpersonen spricht beobachtete Fehler, Regelverletzungen oder inkompetentes Verhalten an. Besonders Patienten trauen sich oft nicht, etwas zu sagen.

Kommunikationsdefizite führen im Gesundheitswesen häufig zu Behandlungsfehlern und gefährden die Patientensicherheit. Insbesondere die Hürden, sich bei Sicherheitsbedenken zu äußern, sind für Patienten, aber auch für Fachpersonen groß. Zeitmangel, der Umgang mit ethischen Dilemmata, Emotionen und Ängsten erschweren die Kommunikation. Da Ärzte über mehr Fachwissen als ihre Patienten verfügen, ist es außerdem schwierig, eine Kommunikation auf Augenhöhe zu führen und bei vermuteten Sicherheitsproblemen, Zweifel anzusprechen. Patienten schweigen deshalb oft, obwohl sie direkt von Zwischenfällen betroffen sein können. Wenn aber alle trotz Sicherheitsbedenken schweigen, kann das lebensgefährlich sein. ☉

*Literatur bei der Verfasserin*

\*) *Dr. Brigitte Ettl; Ärztliche Direktorin des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel; Wolkersbergenstraße 1, 1130 Hietzing; Tel.: 01/80 110/0; E-Mail: brigitte.ettl@wienkav.at*