

Titel **Qualitätssicherung**

Zehn Jahre Fehlermeldesysteme

Seit mehr als zehn Jahren können Krankenhausärzte unerwünschte Ereignisse auf CIRS-Plattformen anonym melden. Das System ist etabliert – doch die aktuelle Arbeitsverdichtung stellt den Erfolg zunehmend infrage. Derweil wird das System auch auf den ambulanten Bereich ausgeweitet.

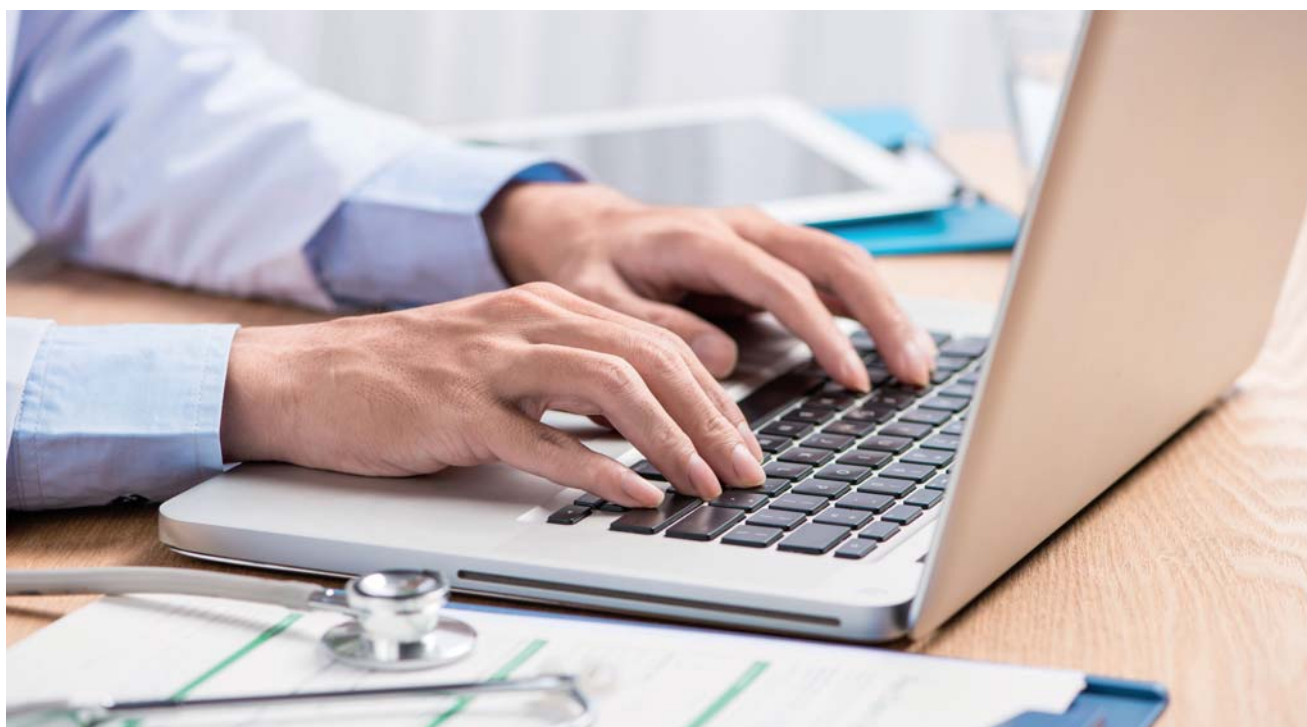


Foto: makistock stock.adobe.com

Über CIRS-Plattformen können Ärztinnen und Ärzte unerwünschte Ereignisse melden.

Vor mehr als zehn Jahren, im Februar 2008, erschien die Broschüre „Aus Fehlern lernen“. Darin gaben 17 Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten Fehler zu, die ihnen im Laufe ihres Berufslebens unterlaufen sind. Das Medienecho auf diese Broschüre war enorm. Von einem Paradigmenwechsel in der Sicherheitskultur war die Rede. Die *Bild*-Zeitung bezeichnete die Autoren in einer Titelgeschichte als „die mutigsten Ärzte Deutschlands“. Und auch die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), die sich in der Tagespolitik eher mit einer kritischen Haltung gegenüber der Ärzteschaft zu profilieren versuchte, befand, es gehöre Mut dazu, sich öffentlich zu Fehlern zu bekennen. Denn nur, wenn Fehler benannt würden, könnten sie auch behoben werden.

Genau das war der Ansatz, den die Ärzteschaft mit der Veröffentlichung der Broschüre verfolgte. Der damalige Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, sagte, er sehe in der Publikation die Chance, „die Stimmung in Deutschland zu verändern“. Früher hätte das Eingeständ-



nis von Fehlern persönliche Konsequenzen wie Reputationsverlust in der Ärzteschaft mit sich gebracht. Die Offenlegung und das Lernen aus Fehlern könnten aber zu einer „Fehlervermeidungskultur“ führen. „Nicht wer ist schuld, sondern was ist schuld“, sei die entscheidende Frage, so Hoppe.

Ist das gelungen? Kann man davon sprechen, dass sich im deutschen Gesundheitswesen eine neue Fehlerkultur etabliert hat? „Ja“, meint der Vorsitzende der Qualitätssicherungsgremien der BÄK, Dr. med. Günther Jonitz, zum *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)*. „In vielen Krankenhäusern ist es inzwischen zur Normalität geworden, unerwünschte Ereignisse zu melden, zu analysieren und entsprechende Maßnahmen zur Prävention einzuleiten.“ Jonitz, der auch Präsident der Ärztekammer Berlin ist, war einer der ersten, die die Fehlerprävention auf die Tagesordnung gebracht haben. „Ich bin sehr froh, dass es uns in Deutschland gelungen ist, das Thema Patientensicherheit lösungsorientiert zu besetzen, von Beginn an“, sagt Jonitz. Der Beginn, das war das Jahr 2002, als

die Ärztekammer Berlin zusammen mit dem AOK Bundesverband und der AOK Nordost den Berliner Gesundheitspreis zum Thema Patientensicherheit ausgeschrieben. Im Jahr 2008 wurde in Berlin dann das Critical Incident Reporting System (CIRS) ins Leben gerufen, eine elektronische Plattform, über die Krankenhausärzte anonym über unerwünschte Ereignisse berichten können, um diese in Zukunft zu vermeiden. Heute nutzen 36 Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg das System. In jedem dieser Krankenhäuser gibt es ein CIRS-Team, das sich mit den Erfahrungen aus den anderen Häusern befasst. „Hier werden Monat für Monat die in das System eingestellten Ereignisse daraufhin geprüft, ob sie auch im eigenen Haus auftreten könnten“, sagt Jonitz. „Im sogenannten Anwender-Forum nutzen die CIRS-Teams aktiv die Erfahrung anderer und bringen so Lösungen für das eigene Haus voran.“ Durch den Austausch und das Lernen voneinander würden konkrete Verbesserungen vor Ort möglich gemacht.

Bereits seit dem Jahr 2006 betreut das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) getragen wird, die Webseite CIRSmedical.de. Auch hier können Krankenhausärzte unerwünschte Ereignisse dokumentieren, die in ihrer Klinik geschehen sind. „Im Jahr 2008 wurden über CIRSmedical genau 46 Fälle gemeldet“, berichtet der Geschäftsführer des ÄZQ, Dr. med. Christian Thomeczek. „Heute sind auf der Webseite mehr als 8 000 Berichte recherchierbar.“

Die Krankenhäuser sind darüber hinaus dazu verpflichtet, eigene Fehlermeldesysteme zu implementieren. Seit 2016 können sie dafür Vergütungszuschläge erhalten, wenn sie die entsprechenden Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen.

Das ÄZQ bereitet die über CIRSmedical eingegangenen Berichte auf und veröffentlicht einmal im Monat einen Fall, den es

auch kommentiert (siehe Kasten). Zudem betreibt das ÄZQ zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland, in das es besonders relevante Fälle aus den Systemen der Krankenhäuser einstellt und kommentiert.

Jonitz betont die Rolle, die die jeweiligen Vorgesetzten in den Abteilungen für die Fehlerprävention innehaben. „Ein Führungsverständnis, das der Sicherheitskultur höchste Priorität einräumt, ist für den Erfolg der Systeme unabdingbar“, betont er. „Mitarbeiter müssen ermutigt und befähigt werden, Schwachstellen zu erkennen, offen darüber zu sprechen, sie zu analysieren und Verbesserungen umzusetzen.“

Dieser Ansicht ist auch Thomeczek. „Es kommt sehr darauf an, wie das Thema in den einzelnen Abteilungen gelebt wird“, sagt er.



Foto: ÄZQ

„Es kommt sehr darauf an, wie das Thema Fehlerprävention in den einzelnen Abteilungen gelebt wird.“

Christian Thomeczek, ÄZQ

Und es gebe durchaus Abteilungen, in denen die Ärzte ermutigt würden, unerwünschte Ereignisse zu melden. Allerdings sei der Kulturwandel im Bereich der Fehlerprävention in den Krankenhäusern noch nicht abgeschlossen.

Ein Grund dafür sind aus seiner Sicht die Rahmenbedingungen der Arbeit im Krankenhaus. „Heute werden Ärztinnen und Ärzte vielfach durch die Arbeitsverdichtung und den damit zusammenhängenden Zeitmangel davon abgehalten, unerwünschte Ereignisse zu melden“, sagt Thomeczek. „Denn selbst die fünf Minuten, die man zum Einstellen einer Meldung brauchen würde, haben viele Ärzte nicht.“

Sehr wichtig sei es zudem, ob die einzelnen Krankenhäuser die Meldungen aufnehmen. „Wenn man als Arzt ein unerwünschtes Ereignis meldet, aber der Arbeitgeber nicht darauf reagiert, wird man sich beim nächsten Mal überlegen, ob man

noch einmal eine Meldung vornimmt“, sagt Thomeczek. „Die Leute müssen sehen, dass durch ihre Meldung etwas passiert, sei es eine interne Fortbildung zu dem Thema oder die Veröffentlichung des Falls im internen Krankenhausblatt. Dann sind sie motiviert, weiterhin unerwünschte Ereignisse zu melden.“

CIRS im ambulanten Bereich

Auch Jonitz kritisiert die aktuellen Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern. „Wenn für nichts mehr Zeit ist und überall Personal fehlt, dann überlege ich es mir als Arzt oder Pflegekraft mehr als einmal, ob ich den Aufwand betreibe und eine Meldung für ein Berichtssystem formuliere“, betont er. „Wir haben mit unserem Ansatz der Lösungsorientierung und Freiwilligkeit sehr viel erreicht und auch international sehr viel Anerkennung dafür bekommen. Ich sehe aktuell jedoch mehr denn je die Gefahr, dass das System kippt.“ Denn jede noch so gut gemeinte Initiative für mehr Qualität und Sicherheit laufe ins Leere, wenn es die Menschen nicht in den Mittelpunkt stelle: die Patienten und diejenigen, die sie versorgen. „Derzeit erleben wir jedoch eine Politik, die auf blanke Kostenreduktion statt auf bessere Versorgung setzt“, kritisiert Jonitz. „Das ist ein Fehler. Wir brauchen dringender denn je einen Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik.“

Während Berichtssysteme wie CIRS im stationären Bereich seit Langem etabliert sind, werden sie erst nach und nach auch in den ambulanten Bereich übertragen. Das erste sektorenübergreifende CIRS-System gibt es seit 2012 in Nordrhein-Westfalen (NRW), wo es von den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie der Krankenhausgesellschaft getragen wird. Ende dieses Jahres sollen auch die beiden Apothekerkammern des Landes einbezogen werden. Die stellvertretende Geschäftsführerin der KV Nordrhein, Miriam Mauss, ist

mit der Entwicklung des Systems zufrieden. „CIRS-NRW hat sich zu einem äußerst wichtigen Instrument im Risiko- und Qualitätsmanagement entwickelt“, sagt sie dem *DÄ*. „Die stetig steigende Zahl an eingereichten Berichten zeigt, dass es von den Menschen, die in der Patientenversorgung tätig sind, genutzt wird.“ Bis zum November 2017 seien mehr als 1 000 Berichte eingestellt worden. Seither seien bereits weitere 570 hinzugekommen. Die Meldungen verteilen sich auf den ambulanten und den stationären Bereich etwa im Verhältnis 1:10. Im ambulanten Bereich sei also noch „Luft nach oben“, sagt Mauss, die Tendenz spreche aber für eine zunehmende Beteiligung der Niedergelassenen. Diese lasse jedoch keine Rückschlüsse auf den Stellenwert des Themas Fehlerprävention in den nordrheinischen Praxen zu, betont Mauss. Denn die mit CIRS verbundene Sicherheitskultur sei durch die Qualitätsmanagementrichtlinie schon lange bei den nordrheinischen Ärzten und Psychotherapeuten angekommen.

Mauss erklärt, dass es insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung immer wieder zu unerwünschten Ereignissen komme, zum Beispiel, wenn im ambulanten Vorgespräch einer Operation eine Nickelallergie zwar angegeben, jedoch nicht dokumentiert werde, und wegen fehlender allergenfreier Implantate die OP dann nicht wie geplant durchgeführt werden könne.

Regelungen zur Vertraulichkeit

In einem vom Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekt wird derzeit erörtert, wie Fehlermeldesysteme auch auf den ambulanten Bereich übertragen werden können. Das Projekt heißt CIRSforte und wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main geleitet.

Im Rahmen des Projekts unterstützt ein Expertenteam ambulante Arztpraxen mit praktischen Empfehlungen und hilft bei der Etablierung von Berichts- und Lernsystemen im Praxisalltag. „Konkret bedeutet dies, dass die Praxis ein



Foto: Goethe-Universität Frankfurt/Main

neues CIRS in papier- oder elektronischer Form einführt oder das bereits vorhandene Fehlermanagement teambasiert fortentwickelt“, erklärt Projektleiterin Dr. med. Beate Müller. „Das Praxisteam identifiziert, dokumentiert und diskutiert die auftretenden kritischen Ereignisse selbstständig mit dem

„Die Anonymität von CIRS-Systemen ist in der ambulanten Versorgung nur eingeschränkt realisierbar.“

Beate Müller, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Ziel, praxisindividuelle Maßnahmen zu entwickeln, die einem ähnlichen Ereignis zukünftig vorbeugen und die Praxisabläufe effizienter gestalten.“

Die Anonymität, die CIRS den Mitarbeitern im Krankenhaus ermöglicht, „ist in der ambulanten

Versorgung, insbesondere in kleinen Versorgungseinheiten, aufgrund einer meist geringen Anzahl von Mitarbeitern oder einer engen Zusammenarbeit in kleinen Teams nur eingeschränkt realisierbar“, sagt Müller. „Wir empfehlen daher zu überlegen, ob von vornherein auf Anonymität verzichtet werden kann und im Gegenzug Regelungen zur Vertraulichkeit getroffen werden können.“ Vertraulichkeit bedeute, dass die Berichte mit Diskretion behandelt und Informationen nicht an Dritte weitergegeben werden. „Aus den bisherigen Rückmeldungen, die wir von Teilnehmern der Studie erhalten haben, schließen wir, dass die Anonymität beim Berichten innerhalb der Praxis keine große Bedeutung hat und dass Mitarbeitende bereit sind, Ereignisse vertraulich zu berichten“, erklärt Müller.

Seit Beginn des Projekts im Oktober 2018 haben die teilnehmenden Praxen im Durchschnitt fünf Ereignisse in ihrem internen Berichts- und Lernsystem dokumentiert. Die Spannweite reicht dabei von null bis 90 Berichten pro Praxis. Am häufigsten geht es in den Berichten um die Medikation (in etwa 25 Prozent der Fälle), um Testergebnisse (16 Prozent) sowie um Untersuchungen und Behandlungen (14 Prozent). „Typische Beispiele sind, dass falsche Medikamente oder die falsche Dosis eines Medikaments verordnet wurden“, sagt Müller. „Oder es wurde keine oder eine verspätete Kontrolluntersuchung zur Überwachung der Medikamententherapie durchgeführt.“

Ende Oktober 2019 soll entschieden werden, wie die Ergebnisse der Studie in die Regelversorgung überführt werden könnten. „Der Fokus sollte dabei auf positiven Anreizen liegen, zum Beispiel im Rahmen von Selektivverträgen, und nicht auf Sanktionen“, sagt Müller. „Auf jeden Fall werden wir das Fehlermanagement noch mehr in die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten einbringen, um die Sicherheitskultur im Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken.“

Falk Osterloh

Beispiel: Fehlende Intensivbetten

Der Fall des Monats März 2019 wirft ein Schlaglicht auf die Probleme, die es heute in vielen Krankenhäusern in der Intensivmedizin gibt: Es sind zu wenige Betten vorhanden. Im gemeldeten Fall wurde eine Patientin im Alter von über 70 Jahren mit Atemnot in das Krankenhaus eingeliefert. Da alle Intensivbetten mit der Möglichkeit zur Beatmung belegt waren, musste die Patientin über einen Zeitraum von zwei Stunden per Hand beatmet werden. „Nur unter größter Mühe und mit Austauschmaßnahmen erhält der Patient nach mehreren Stunden, in denen er von Hand beatmet wurde, einen Platz zur Durchführung der nicht invasiven Beatmung“, heißt es in dem Bericht. Und weiter: „Die Versorgung von schwerkranken Patienten erfordert auch unvorhersehbar den Einsatz von intensivmedizinischen Ressourcen, die vorgehalten werden sollten.“ Der Kommentar zu dem Bericht enthält verschiedene Empfehlungen: „Um kritisch kranke Patienten umgehend auf einer Intensivstation aufnehmen zu können, sollten Patienten einer ITS zum Beispiel beim Schichtwechsel identifiziert werden, die gegebenenfalls verlegt werden könnten. Patienten, die auf eine Intermediate-Care- oder Normalstation verlegt werden können, sollten frühestmöglich verlegt werden.“ Weiter heißt es: „Patienten auf den Normalstationen, bei denen man mit einer kritischen Verschlechterung rechnet, sollten ebenfalls möglichst frühzeitig identifiziert werden. Hier kann auch die Einrichtung eines Medical Emergency Teams im Haus dazu führen, dass lebensbedrohliche Entwicklungen bei Patienten frühzeitig erkannt und behandelt werden.“