

# Critical Incident Reporting System im Krankenhaus

Florence-Nightingale-Krankenhaus, Düsseldorf, 5.4.2006

Johannes Köbberling, Wuppertal

kobberling@klinikberatung.de und kobberling@antonius.de



Kliniken St. Antonius, Wuppertal  
Risk- und Qualitätsmanagement



**KSB**

Klinikberatung GmbH  
Sprockhövel

Florence-Nightingale-Krkhs.  
Düsseldorf, 5.4.2006

Nur armselige eitle Toren und Schwächlinge scheuen sich, begangene Fehler einzugestehen.

Wer die Kraft in sich fühlt, es besser zu machen, wird vor dem Bekenntnis eines Irrtums nicht zurückschrecken.

*Theodor Billroth, 1886*



# Themenspektrum

1. Hintergrund und allgemeine Grundlagen von CIRIS
2. Praktische Durchführung, Erfolgsfaktoren
3. Erläuterung durch Beispiele
4. Angebote zur Hilfe durch KSB-Klinikberatung



# 1. Hintergrund von CIRS und allgemeine Grundlagen

(Haftpflchtprobleme, Risikomanagement, „Schaden“, „Incident“, Heinrich's Law, Fehlerkultur, Wichtiges und Empfehlenswertes)

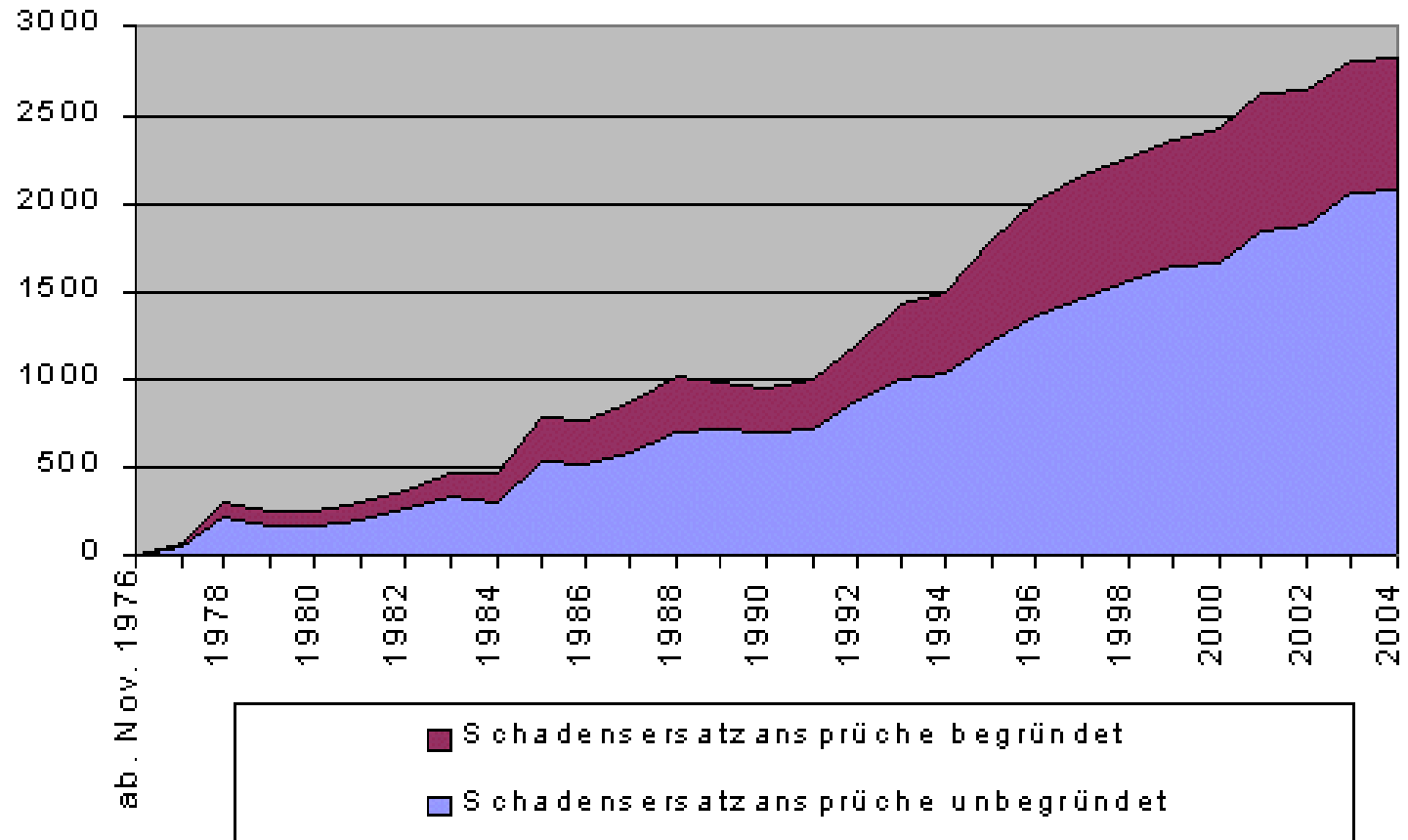


# Anstieg von Haftpflichtfällen

- Steigende Erwartungshaltung bei Patienten
- Irrtümer über das medizinisch Machbare
- Fehleinschätzung medizinischer Standards
- Fehldeutung: Misserfolge=Behandlungsfehler
- Gestiegene Erwartungen an Schadensersatz
- Verminderte Hemmschwelle für Klagen
- Fehlendes Prozesskostenrisiko



## Norddeutsche Schlichtungsstelle Schadensersatzansprüche (+/-)



## Folge:

- Steigende Haftpflichtprämien
- Druck der Versicherer oder der Versicherungsmakler, ein strukturiertes Risikomanagement einzuführen (in vielen Ländern längst selbstverständlich)



# Vorgehensweise eines Risiko-Managements

1. Befassung mit den eingetretenen „Schäden“, Schadensbegrenzung
2. Erkennung schadensträchtiger Strukturen (Überlappung zum Qualitätsmanagement)
3. Erfassung von Beinahe-Schäden (CIRS)



# Was ist ein „Schaden“?

Fälle, bei denen es im Rahmen einer medizinischen oder pflegerischen Maßnahme zu einem Ereignis gekommen ist, das

- eine strafrechtliche oder zivilrechtliche Auseinandersetzung (Versicherungsfall)
- oder eine öffentlichkeitswirksame „Anklage“ (Imageschaden) nach sich zieht oder bei denen eine solche Folge droht.



# Zum Begriff „Incident“

Begriffe wie „Fehler“, oder „Beinahe-Fehler“, „Zwischenfall“ oder „Beinahe-Zwischenfall“, „unerwünschtes Ereignis“ treffen den Sachverhalt nicht vollständig.

„Incident“ wird deshalb nicht übersetzt

Dieser Begriff ist zwar schwer zu definieren, er ist aber inhaltlich zu vereinbaren.



# Komplikationen

Medizinische Komplikationen oder Nebenwirkungen, die trotz sachgerechter Behandlung und ordnungsgemäßer Aufklärung aufgetreten sind, werden nicht im CIRIS erfasst.

CIRIS ist nicht mit einer Komplikationsstatistik zu verwechseln.



# Die Grundidee von CIRS

Aus Ablaufstörungen oder Beinahe-Zwischenfällen (Inzidenzen“), die nicht mit „Schäden“ verbunden sind, lässt sich für die Fehlervermeidung das Gleiche lernen, wie aus eingetretenen Schäden.



# „Heinrich's law“

Zwischen harmlosen Ablaufstörungen, leichten Zwischenfällen, ernsthaften Komplikationen und schweren Schäden besteht ein zahlenmäßig gleichbleibender Zusammenhang.

Mit der Reduktion von Beinahe-Zwischenfällen lässt sich in gleichem Verhältnis auch die Zahl der Schäden vermeiden.



# Beispiel aus der Klinik

Bei 10 % aller Patienten eine Medikamentenverwechslung, meist als harmlos betrachtet.

Bei 10 % davon unerwünschte Reaktionen

Bei 10 % davon ernsthafte Probleme,  
Überwachung auf Intensivstation

Bei 5 % davon Tod trotz angemessener  
Behandlung



Das heißt:

In einer Klinik mit 20.000 Fällen pro Jahr ist jährlich einmal mit einer tödlich endenden Medikamentenverwechslung zu rechnen



# Vermeidungsstrategie

Eine isolierte Vermeidung fataler Medikamentenverwechslungen ist nicht möglich.

Falsche Strategie: Entwicklung besserer Antidots oder Optimierung der intensivmedizinischen Therapie.

Richtige Strategie: grundsätzliche Vermeidung von Medikamentenverwechslungen.



Die meisten der als „trivial“ wahrgenommen unerwünschten Ereignissen im Klinikalltag bergen in sich das Risiko von schweren Komplikationen oder Todesfällen.

In keinem Falle sollte die einzige Reaktion in „noch mal gut gegangen“ oder „Glück gehabt“ bestehen.



# Beispiele für „Trivialereignisse“

- unzureichende Flüssigkeitsaufnahme (Eksikose, akutes Nierenversagen),
- Stürze (intracerebrale Blutungen),
- zu lange liegende Venenverweilkatheter (lokale Entzündungen, Phlegmone, Sepsis),
- übersehene Laborwertentgleisungen
- Pflege- und Überwachungsmängel (Dekubitus mit all seinen möglichen Folgen)



# Falsche Fehlerkultur (Typ A):

- Für jeden Fehler gibt es eine persönliche Verantwortung.
- Fehler sind zu sanktionieren.

Konsequenz: Neigung zur Vertuschung

Die Suche nach „Schuldigen“ ist aber meist wenig zielführend.



# Richtige Fehlerkultur (Typ B):

- Fehler entstehen ganz überwiegend an „Schnittstellen“.
- Persönliche Schuld und drohende Sanktionen spielen keine Rolle.
- Fehler kommen bei jedem und überall vor.
- Sie sind unter dem Aspekt der Vermeidungsstrategien ein „Kapital“ für alle.



## Wichtig:

Volle Identifizierung der Klinikleitung mit dem Gedanken von CIRIS

Mündliche und schriftliche Verpflichtung zum Verzicht auf Sanktionen

Verankerung von Patientensicherheit und allen damit zusammenhängenden Fragen im Wertesystem der Klinik, Teil der Unternehmenskultur.



## Empfehlenswert:

Vermeidung von Begriffen mit negativen Assoziationen wie „Schaden“, „Blamage“, „Abmahnung“ oder „Kunstfehler“

Unterstützung positiver Assoziationen wie „Patientensicherheit“, „Qualitätsverbesserung“, „Innovation“ oder „Zukunftssicherung“



# Lohnt sich CIRS? (1)

Ganz unabhängig vom Inhalt der Meldungen führt allein schon die gemeinsame Beschäftigung mit CIRS und die damit veränderte Fehlerkultur zu einer Verbesserung des Miteinanders in den Kliniken.

Dies wäre bereits ein hinreichender Grund, sich mit CIRS zu befassen.



# 2. Praktische Durchführung, und Erfolgsfaktoren

(Personalfreisetzung, Interdisziplinarität, Incentives, Anonymität, Eingabebögen, Datenbank, Bewertungen, Berichte, Analysen)



# Personalfreistellung für CIRS

CIRS lässt sich nicht „nebenbei“ bewältigen.  
Entweder: Offizielle Freistellung eines Mitarbeiters für definierte Stundenkontingente  
Oder: Sonderpersonal (z.B. 400 € Kraft)  
Unterstützung dieser Kraft durch eine nebenamtlich tätige CIRS-Gruppe.



# Interdisziplinarität

In der aktiv an CIRS arbeitenden Gruppe müssen mindestens Pflegekräfte und Ärzte zusammenarbeiten, ggf. unter Hinzuziehung von Vertretern weiterer Dienstbereiche.

Die Beteiligung von „Basiskräften“ ist unverzichtbar.



# Strukturierte Sitzungen

Die Arbeitsweise der CIRS-Beauftragten und der CIRS-Gruppe ist genau zu definieren.

Eine strukturierte Arbeit erfordert strukturierte Sitzungen in festen Zeitabständen, z.B. wöchentlich.



# „Incentives“ für Mitarbeit bei CIRS

Mögliche „Belohnungen“ für CIRS-Mitarbeit:

- Imagegewinn innerhalb der Klinik
- Freistellung von anderen Aufgaben
- Beteiligung an „Innovationen“ (Vorträge, Publikationen)
- Zusatzvergütungen (regelmäßig oder fallbezogen)



# Anonymität

Meldungen müssen grundsätzlich anonym erfolgen können.

Die strikte Einhaltung der Anonymität muss dargelegt werden.

Die Anonymität darf nicht überbetont werden (widerspricht gesunder Fehlerkultur).

Eigene Erfahrung: nur ca. 30% anonyme Meldungen.



# Einfache Eingabebögen

Gut strukturierter Fragebogen mit vorgegebenen Antwortfeldern und Textfeldern.

Die Art der Abfragen darf nicht die Anonymität auflösen.

Der Fragebogen darf nicht überladen sein.

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit sollte unter 5 Minuten liegen.



# Eingabe in die Datenbank

Der Inhalt der Fragebögen muss leicht in eine EDV-gestützte Datenbank zu übertragen sein.

Auch nicht anonyme Meldungen werden hierbei sicher anonymisiert.

Die Datenbank muss für spätere Auswertungen flexibel sein.



# „Bewertungen“ bei der Eingabe

Schon bei der Dateneingabe sind „Bewertungen“ vorzunehmen, die für spätere Auswertungen dienen können, z.b.

- Klassifizierungen diverser Art
- Abschätzung der Risikopotentiale
- Folgen (z.B. Patientenunzufriedenheit)
- Vorschläge für zukünftige Vermeidung



# Motivation durch regelmäßige Berichte

Auch motivierte Mitarbeiter benötigen für  
freiwillige Zusatzarbeit regelmäßige  
Motivationsschübe.

Eigene Lösung: regelmäßige Berichte aus  
der CIRS-Gruppe an alle Mitarbeiter mit  
kurzen Schilderungen ausgesuchter Fälle.



# Analyse von Fehlermustern

Allein die Erkennung von Fehlerquellen führt häufig ohne weitere „Maßnahmen“ schon zu Fehlervermeidungen.

Nach Vorliegen einer ausreichenden Zahl von Meldungen lassen sich Muster häufiger Fehlerquellen erkennen.



# Beschränkung auf Fehlererkennung

Durch die CIRS-Arbeit werden nicht selten auch strukturelle Mängel aufgedeckt.

Die CIRS-Gruppe sollte dies nicht selbst bearbeiten (kein exekutiver Auftrag).

Die Mängellisten müssen (unter Wahrung der Anonymität) ggf. den zuständigen Gremien, z.B. dem Qualitätsmanagement (QM), zur Bearbeitung übergeben werden.



# 3. Erläuterung durch Beispiele

(Beispiele aus CIRS-Berichten, Einschaltung des Qualitätsmanagements, Beispiele für Incidenzen)



# Aus einem Originalbericht

Vorfall (P23): Bei der sonntäglichen Visite hat der Chefarzt mehrere Medikamente (u.a. Cortison) abgesetzt, ohne dieses schriftlich zu fixieren, und den Patienten vorübergehend entlassen. Bei der Wiederaufnahme nach zwei Tagen wurden die Medikamente zunächst nach der vorhandenen Kurve weiter verabreicht, bis der Irrtum bemerkt wurde.

Was ist daraus zu lernen? Alle Anordnungen sind ausnahmslos schriftlich festzuhalten und gegenzuzeichnen. Dies gilt auch für Chefärzte.



# Ausgesuchte Meldungen aus dem Bereich der Pharmakotherapie

(unter ca. 200 CIRS-Meldungen aus 18 Monaten)

- Kommunikationsproblem 2
- Dokumentationsproblem, allgemein 4
- Schlechte Schrift 2
- Unaufmerksamkeit der handelnden Person 4
- Persönliche Fehler, Pflegebereich 3
- Persönliche Fehler, ärztlicher Bereich 2
- Allgemeine Organisationsproblem 6



# Kommunikationsprobleme

- Unklarheit darüber, dass die Verordnung von Innohep nur durch „Ankreuzen“ geschieht, keine gesonderte schriftliche Anordnung, - Therapie wurde versäumt.
- Keine schriftliche Information über angeordnete Gentamycin-Spiegelbestimmung. Befund nicht zur Kenntnis genommen, - nicht indizierte Zweitgabe am Abend.



# Dokumentationsprobleme (I)

- Verabreichung von Cefurexim, weil eine entsprechende Allergie nicht ordnungsgemäß dokumentiert war, - juckendes Exanthem
- Keine Dokumentation über Verabreichung von Haldol und Rivotril bei Alkoholentzug. Wegen Schläfrigkeit des Patienten Rückfrage – Aufklärung der Situation.



# Dokumentationsprobleme (II)

- Bei der Amiodaron-Therapie war aus der Dokumentation der Übergang von der Auf-sättigungsdosis zur Erhaltungsdosis nicht erkennbar, - Überdosierung.
- Unübersichtliche Medikamentenliste auf der Kurve. Durch Übertragungsfehler bei Kurvenwechsel wurde Aldactone übersehen.



# Schlechte Handschrift

- Bei der Anordnung 3/4 Tablette Marcumar war das “/4“ schwer zu erkennen, Patient hat daher versehentlich 3 Tabletten erhalten.
- Die “3“ bei der Anordnung 3 mal 1 Tablette Palladon war nicht eindeutig zu entziffern, wurde vom Pfleger als „5“ gelesen.



# Unaufmerksamkeiten der handelnden Person

- „Verrutschte“ Zeile in der Kurve, Dosiserhöhung von Heparin statt Decortin.
- Statt der angeordneten Calcium-Brause wurde Kalinor-Brause verabreicht.
- Statt der verordneten Glukose 5%ig für Perfusor wurde Glucose 40%ig gereicht.  
(in einem weiteren Fall G20% statt G10%)



# Persönliche Fehler, Pflegebereich

- Innohep zur prophylaktischen Gabe aus falscher Ampulle aufgezogen, - Überdosierung
- Statt der verordneten 30mg MST oral 30mg Morphium als i.v. Kurzinfusion verabreicht, - Überdosierung.
- Statt des verordneten Vitamin B Komplexes Vitamin B1 verabreicht.



# Persönliche Fehler, ärztlicher Bereich

- Bei Sonntagvisite Opiat verordnet, Interaktion mit bestehender Tramadol-Medikation nicht beachtet.
- Blinde Fortsetzung der hausärztlichen Medikation, dadurch Weiterverordnung eines nicht indizierten Medikamentes.



# Allgemeine Organisationsprobleme (I)

- Zufällige Feststellung bei einer Notfallbehandlung, dass im Notfallkoffer wichtige Medikamente abgelaufen waren.
- Vertauschung von Medikamentenschälchen, da Zuordnung nur nach der Reihenfolge der Kurven, fehlende positive Identifikation.



# Allgemeine Organisationsprobleme (II)

- Anreicherung 10%iger NaCl-Lösung zur Spülung eines Port. Die nicht für die in vivo Anwendung geplante Substanz wurde fälschlich im „Medikamentenschrank“ verwahrt.
- Heparin Natrium 250.000 I.E. wurde neben Heparin Natrium 25.000 I.E. verwahrt. Patient erhielt 10 fach zu hohe Dosierung.



# Allgemeine Organisationsprobleme (III)

- Wegen fehlender positiver Patientenidentifikation erhielt ein dementer älterer Patient nicht für ihn vorgesehene Medikamente.
- Die mit EDV erstellten Medikamentenanordnungen auf der Intensivstation enthalten auf der Folgeseite nicht den Patientennamen. Zettelvertauschung, - falsche Medikamentengabe



# Beispiel für eine Einschaltung des Qualitätsmanagements

Problem: Mehrfach beobachtete Dosierungsfehler bei Medikamentengabe über Infusionspumpen

Lösung: Klinikeinheitliche Listen mit Verdünnungsstufen und Infusionsgeschwindigkeiten für alle im Haus verwandten Präparate



# Mögliche Inzidenzen, Ärztlicher Bereich

Arzneimittel: Nicht-Beachtung von Interaktionen oder Kontraindikationen  
Falsche Dosierungen, bes. bei Niereninsuffizienz  
versäumte Spiegelbestimmungen  
Übertragungsfehler von Therapievorschlügen im Arztbrief

Infektionsrisiken: Missachtung von Hygieneregeln verschiedener Art  
versäumte Antibiotika-Prophylaxe (z.B. bei Vitien)  
zu späte oder ungezielte Gabe von Antibiotika

Versäumte Zurkenntnisnahme von Laborwerten oder sonstigen Befunden  
Unzureichende Befunderhebung  
Falsche Risikoeinschätzungen z.B. Blutungsgefahren  
Kontrastmittelgabe, Nicht-Beachtung von Überempfindlichkeiten  
Versäumte Informationsbeschaffung (Fremdbefunde, alte Arztbriefe, Akten)  
Anordnung überflüssiger Wiederholungsuntersuchungen  
Verwechslungen von Kreuzproben oder Blutprodukten  
Fehlende oder unzureichende Aufklärung



# Mögliche Inzidenzen, Pflegerischer Bereich

Dekubitus durch mangelhafte Lagerung  
Verwechslungen oder Versäumnisse bei der Zuordnung von Medikamenten  
Schlechte Dokumentation  
Übertragungsfehler bei Kurvenwechsel  
Fehlerhafte Befundzuordnung  
Phlebitis durch schlecht angelegte Kanülenverbände  
Unnötig lange liegende Verweilkanülen  
Unerreichbarkeit der Klingel nach Patientenmobilisation  
Vergessene Schutzgitter nach Bettung des Patienten  
Zu langsame oder zu schnelle Tropfgeschwindigkeit  
Falsche Prioritätensetzung in der Aufnahme  
Falsche Zuordnung der Patienten zu Fachbereichen



# Mögliche Inzidenzen, Sonstige Bereiche

Versäumte Benachrichtigung bei kritischen Laborwerten  
Versäumte Benachrichtigung bei kritischen Röntgenbefunden  
Ungeregelte Patiententransporte,  
Mangelnde Beaufsichtigung wartender Patienten  
Patientenverwechslung oder falsche Zielanfahrten bei Transporten  
Zustellung von Fluchtwegen  
Wasserpfützen auf Fluren



# 4. Angebote zur Hilfe durch KSB-Klinikberatung

(Information, Vorbereitung,  
Umsetzung, Analyse,  
Konsequenzen)



Kliniken St. Antonius, Wuppertal  
Risk- und Qualitätsmanagement



Klinikberatung GmbH  
Sprockhövel

Florence-Nightingale-Krkhs.  
Düsseldorf, 5.4.2006

# Information der Klinikmitarbeiter

- Durchführen von Informationsveranstaltung  
Erläuterung von Ziel und Vorgehen
- Erstellung von Informationsmaterial  
Mitarbeiterzeitschrift  
Aushänge  
Intranet

## Zusammenstellung des CIRIS-Teams

- Besondere Berücksichtigung der Interdisziplinarität
- Terminorganisation



# Moderation eines Einführungs-Workshop

Entwicklung von Strukturen zur Umsetzung von CIRS:

- Entwicklung und Anpassung eines Meldebogens
- Ausgabe des Meldebogens
- Rücklauf des Meldebogens
- Häufigkeit der Teambesprechungen
- Erfassung und Auswertung der Meldungen
- Umsetzung der Maßnahmen auf Station
- Vorgehensweise beim Ergebnisreporting



# Externe Leistungen

## Ausgabe und Rücklauf des Meldebogens

- Bereitstellung des Meldebogens über ein Online-Tool
- Rücklauf des Meldebogens in Abhängigkeit vom Ausgabemodus
  - Per Post/Fax
  - Mail
  - Online - “Briefkasten“



# Externe Leistungen

## Datenerfassung

- Erstellen einer Datenbank
- Eingabe der eingegangenen Meldungen

## Datenauswertung

- Priorisierung der Meldungen, Aufteilung nach Dringlichkeit
- Zusammenstellen der Daten nach definierten Kategorien
- Aufarbeitung anhand von Beispielen
- Reporting für die Besprechungen der CIRS-Gruppe
- Aufzeigen von Fehlermustern



## Umsetzung der Maßnahmen

- Begleitung beim kontinuierlichen Verbesserungsprozess
- Weitergabe der Mängelliste an zugehörige Stellen, z.B. QM
- Ergebniskontrolle

## Ergebnisreporting

- Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter  
via Mitarbeiterzeitschrift, Intranet, Aushänge
- Rückmeldung der Ergebnisse an die Geschäftsführung
- Bescheinigung der CIRS-Aktivitäten für Kostenträger  
und/oder Versicherungsträger



# Lohnt sich CIRS? (2)

Ja, für die Klinik entstehen langfristige folgende Vorteile

- Imagegewinn (Wettbewerbsvorteil)
- Weniger Haftpflichtfälle, Reduzierung von Versicherungsprämien
- Besser motivierte Mitarbeiter, dadurch besseres Betriebsklima
- Hilfe auch bei Budgetverhandlungen (?)



**Wir wünschen Ihrer Klinik  
viel Freude und guten Erfolg  
bei der Einführung von CIRIS**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Kliniken St. Antonius, Wuppertal  
Risk- und Qualitätsmanagement



Klinikberatung GmbH  
Sprockhövel

Florence-Nightingale-Krkhs.  
Düsseldorf, 5.4.2006