

# Critical Incident Reporting System (CIRS) in der ambulanten Grundversorgung

Bearbeiten von Situationen oder Umständen mit Potential zur Patientenschädigung im Qualitätszirkel

Interessengemeinschaft Forum für Qualitätszirkel / Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) / EQUAM Stiftung / Stiftung Patientensicherheit

## **IMPRESSUM**

Dieses Skript ist im Mai 2022 in elektronischer Form publiziert worden.

### **Autorinnen und Autoren**

Dr. phil. Adrian Rohrbasser, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Dr. phil. Katrin Gehring, Stiftung für Patientensicherheit

Simone Lanz -Ryf, Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen

Joël Lehmann, M.A., EQUAM Stiftung

Andrea Petrig, ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS

Dr. med. Olivier Ryser, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Maria Stettler-Niesel, physioswiss - Schweizer Physiotherapie Verband

Prof. Dr. med. et phil. Maria Wertli, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

### **Herausgeber**

Interessengemeinschaft Forum für Qualitätszirkel

c/o Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Monbijoustrasse 43, Postfach

3001 Bern

Tel. 031 370 40 01

[quality@sgaim.ch](mailto:quality@sgaim.ch)

<https://www.sgaim.ch/de/qualitaet/qualitaet-in-der-praxis/qualitaetszirkel/forum-fuer-qualitaetszirkel.html>

### **Copyright**

Alle Inhalte dieses Skripts sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nicht ohne Zustimmung des Herausgebers genutzt werden.

### **Gestaltung und Layout**

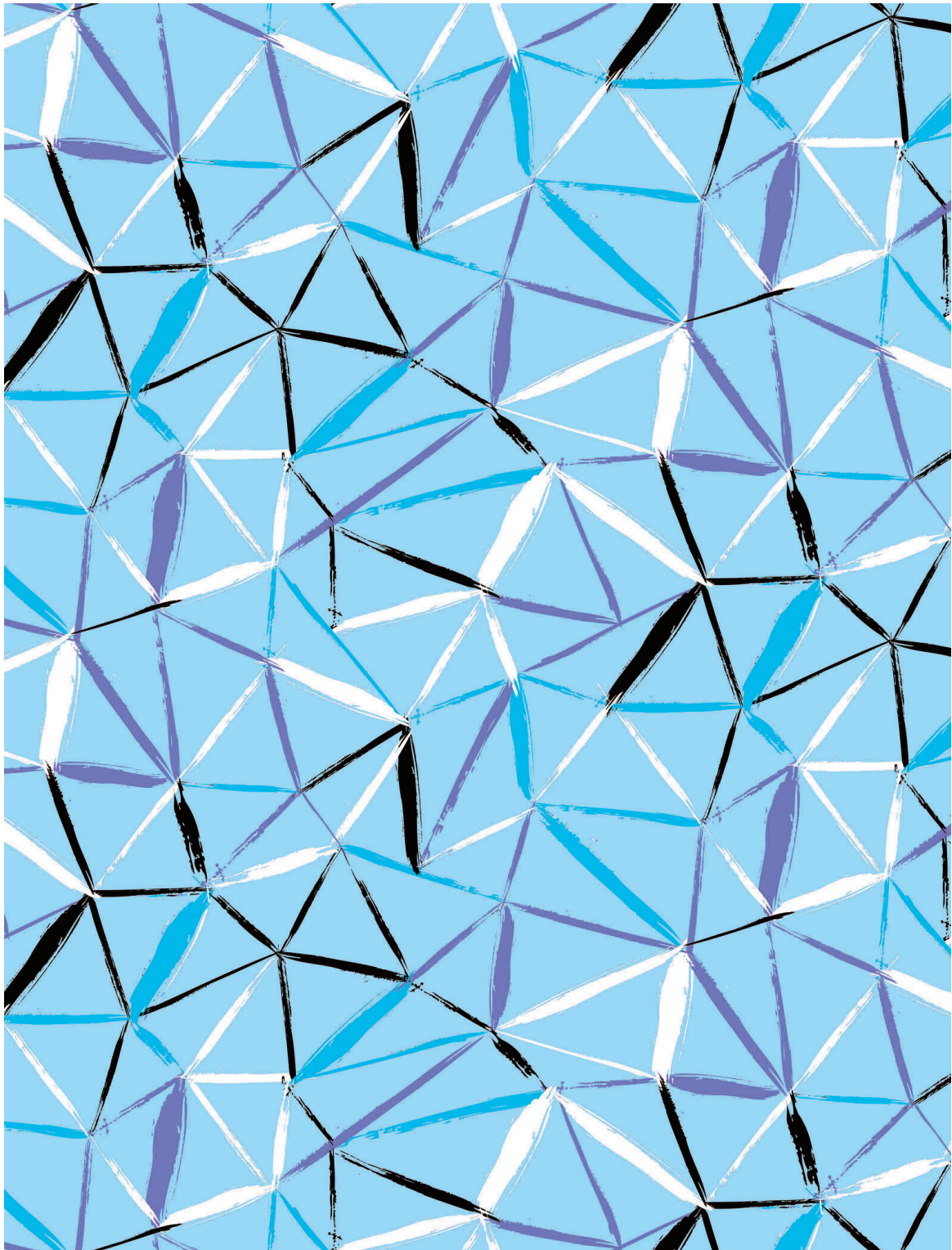
Roger Leuenberger, Bern und SGAIM

### **Danksagungen**

Die Realisierung dieses Skriptes wurde finanziell unterstützt durch die Interessengemeinschaft Forum für Qualitätszirkel, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), Qualitätszirkelverein QualiWil und Medbase. Wir danken Helmut Paula, CIRNET, Stiftung Patientensicherheit Schweiz, für die wertvollen Beiträge bezüglich juristischer Situation und Kategorisierung von Ereignissen, die auftreten können im Rahmen einer klinischen Behandlung. Dr. med. Markus Gnädinger und Dr. med. Dominique Gut, den Verfassern des Konzeptpapiers für die Praxis «CIRS: aus Fehlern lernen», danken wir für die Kommentare zur Schlussversion des Skriptes.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung</b>	<b>4</b>
1.1 Hintergrund und Ziele des Moduls	5
1.2 Begriffserklärung	5
1.3 Juristische Situation	6
1.4 Zielgruppen	8
<b>2. Grundlagen für ein Critical Incident Reporting System</b>	<b>9</b>
2.1 CIRS in der Organisation/Praxis und im Qualitätszirkel	10
2.2 Risikobewusstsein	10
2.3 Wenn doch etwas passiert ist	11
<b>3. CIRS Sammlung in der Organisation/Praxis</b>	<b>12</b>
3.1 Es braucht eine verantwortliche Person innerhalb des Teams	13
3.2 Erfassen von CIRS-Fällen	13
3.3 Positive Fehlerkultur	13
<b>4. Besprechung von CIRS-Fällen im Qualitätszirkel</b>	<b>15</b>
4.1 Unterschiedliche Settings in Qualitätszirkeln	16
4.2 Vorbereitung des QZ	16
4.3 Moderation	16
4.4 Unterschiedliche Möglichkeiten für einen Einstieg ins Thema	17
4.5 Bearbeitung von CIRS-Fällen im QZ	17
<b>5. Lernen aus CIRS für die Organisation/Praxis</b>	<b>22</b>
5.1 Lernen mit CIRS-Systemen	23
5.2 Lernen über Zeit und Raum hinweg	24
<b>Literatur</b>	<b>25</b>
<b>Anhänge</b>	<b>28</b>
• Anhang 1: Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems (CIRS)	29
• Anhang 2: Gedanke von Safety I und Safety II	32
• Anhang 3: Mögliche, nicht-ärztliche, berufsspezifische Problemfelder	33
• Anhang 4: Kognitive Verzerrungen	35



# Einführung



# 1. Einführung

## 1.1 Hintergrund und Ziele des Moduls

Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit. Anhand der Analyse der berichteten Ereignisse und Situationen sollen Problemfelder interprofessionell diskutiert und Optimierungsmassnahmen definiert werden. Mit Hilfe eines CIRS können Fehlerquellen systematisch identifiziert und Faktoren erkannt werden, die das Auftreten von Ereignissen begünstigen. Dies bietet die Möglichkeit, Risiken proaktiv zu eliminieren.

Die Diskussionen von CIRS-Meldungen unterstützen eine aktive und positive Fehlerkultur, die das Auftreten von weiteren Fehlern reduzieren kann. Voraussetzung für ein aktives Fehlermanagement ist eine vertrauensvolle Lernumgebung.

Mit diesem Modul sollen Grundlagen für Moderatorinnen und Moderatoren bereitgestellt werden um CIRS-Fälle in Qualitätszirkeln diskutieren und analysieren sowie Massnahmen formulieren zu können.

## 1.2 Begriffsklärung

### « Fehler, unerwünschtes Ereignis, vermeidbares unerwünschtes Ereignis »

Die Patientensicherheitsliteratur unterscheidet üblicherweise zwischen den Begriffen Fehler, unerwünschtes Ereignis und vermeidbares unerwünschtes Ereignis. Wichtig zu wissen: Behandlungsfehler im juristischen Sinne sind damit nicht gemeint. Die nachfolgenden Begriffsklärungen basieren auf Schwappach (2021) [1]:

*Unerwünschtes Ereignis:* Darunter versteht man die mögliche oder tatsächliche Schädigung von Patientinnen und Patienten, die auf das Management der Erkrankung, nicht auf die Erkrankung selbst zurückgeht. Die Schädigung kann leicht oder schwer, vorübergehend oder anhaltend sein. Ein unerwünschtes Ereignis muss nicht auf einem Fehler basieren. Beispiel: Eine allergische Reaktion auf ein Arzneimittel (z.B. Penicillin).

*Fehler:* Damit ist eine Handlung (oder deren Unterlassung) gemeint, die nicht entsprechend eines vorhandenen Plans durchgeführt worden ist oder für die kein oder ein falscher Plan vorlag. Fehler können, müssen aber nicht zu einer Schädigung bei Patientinnen und Patienten führen. Häufig werden Fehler rechtzeitig abgefangen und bleiben folgenlos («Beinahe-Ereignisse»). Beispiel: Die Verordnung eines Medikaments trotz bekannter und dokumentierter Allergie. Bei der Abgabe des Medikaments erkennt jemand den Fehler und die Verordnung wird angepasst.

*Vermeidbares unerwünschtes Ereignis:* Darunter werden unerwünschte Ereignisse zusammengefasst, die auf einem Fehler basieren. Beispiel: Trotz bekannter Allergie wird Penicillin verordnet und abgegeben. Es kommt zu einer allergischen Reaktion bei betroffenen Patientinnen und Patienten.

Beispiele für verschiedene Fehler:

*Ausführungsfehler:* d.h. eine Handlung wird anders ausgeführt, als geplant: z.B. eine Verwechslung findet statt; ein geplanter Schritt wird ausgelassen; die zeitliche Abfolge

wird nicht beachtet; die ursprüngliche Absicht wird vergessen. Beispiel: Verwechslung von zwei ähnlich aussehenden Medikamenten.

*Fehler bei der Planung einer Handlung:* z.B. Wissen fehlt oder wird im falschen Kontext angewendet; eine falsche Regel kommt zur Anwendung; das richtige Vorgehen erfolgt zur falschen Zeit. Beispiel: Es ist nicht bekannt, dass ein Medikament nicht in Kombination mit einem bestimmten Nahrungsmittel verabreicht werden darf.

Davon zu unterscheiden sind sog. Verstöße, d.h. bewusste Regelverletzungen, die ebenfalls zu Schädigungen führen können. Hierzu zählen zum Beispiel Verstöße gegen etablierte Sicherheitsroutinen, Abweichen vom Behandlungsprotokoll, aber auch Sabotage [1].

### CIRS-Fälle

Unter einem Critical Incident Reporting System (CIRS) versteht man ein Berichts- und Lernsystem. Die Meldung von «CIRS-Fällen» kann in Form eines übergeordneten digitalen und anonymisierten Systems erfolgen, ebenso wie in einer papierbasierten Sammlung von Ereignissen in der Praxis.

*CIRS-Fälle:* Unter CIRS-Fällen werden Situationen oder Umstände mit Potential zur Patientenschädigung, Fehler, Risiken, Beinahe-Fehler und «Fast-Ereignisse» in der Versorgung von Patientinnen und Patienten zusammengefasst. Berichtet werden sollen Ereignisse und Umstände, die Patientinnen und Patienten, deren Angehörige oder Mitarbeitende gefährden können oder gefährdet haben. Damit sind Ereignisse gemeint, die nicht zu einem Schaden im juristischen Sinn (siehe Kapitel 1.3) bei Patientinnen und Patienten geführt haben, soweit dies zum Zeitpunkt der Meldung erkennbar war.

Einfache Definition für «CIRS-Fälle» in der Praxis: Unter CIRS-Fällen werden Situationen oder Umstände umfasst, die Patientinnen und Patienten, deren Angehörige oder Mitarbeitende gefährdet haben oder gefährden können – ‘Störungen im System’. Im Folgenden bezieht sich der Begriff «CIRS-Fälle» auf diese Definition.

## 1.3 Juristische Situation

Es ist allgemein akzeptiert, dass Lernsysteme in der ambulanten Versorgung zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen oder unerwünschten Situationen juristisch geschützt werden sollten. Nach Annahme einer entsprechenden Motion [2] ist nun der Bundesrat gefordert, eine entsprechende Gesetzesgrundlage zu schaffen. Allerdings ist davon auszugehen, dass diese nicht kurzfristig zur Verfügung stehen wird.

Unter den aktuellen Umständen ist folgendes Vorgehen zu empfehlen [3]: CIRS-Meldungen sollen anonymisiert erfasst werden. Anonym bedeutet, dass alle Informationen vollständig entfernt werden, die Patientinnen respektive Patienten oder die Meldenden identifizieren könnten. Berichte werden bei Bedarf durch die CIRS-Verantwortlichen weiter anonymisiert, bevor sie bearbeitet oder weitergeleitet werden. Darüber hinaus ist folgendes zu beachten [4]:

- Es werden keine Querverweise zwischen CIRS-Meldungen und der Krankenakte/ Patientendokumentation und anderen medizinischen Dokumenten gemacht.
- Fälle mit Patientenschädigungen, die in das CIRS-System eingegeben wurden, werden gelöscht.

Patientenschäden werden der Haftpflichtversicherung gemeldet. Schäden bei Gesundheitsfachleuten werden der entsprechenden Unfallversicherung gemeldet.

- Meldungen im CIRS werden von der oder dem CIRS-Verantwortlichen in der Praxis gesichert und separat aufbewahrt.

Patientensicherheit Schweiz betreibt CIRNET, das Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK, das den angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen eine Vernetzung auf Organisations- und Fachebene für ein überregionales Lernen aus Fehlern ermöglicht. CIRNET empfiehlt für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems die gemeldeten Ereignisse oder Situationen zu kategorisieren (siehe Anhang 1). Die Kategorien A bis D werden gemäss empfohlenem Vorgehen anonymisiert und in das praxisinterne CIRS aufgenommen. Diese Meldungen können im Qualitätszirkel (QZ) behandelt werden. Kategorien G bis I sind schwere Ereignisse und gehören aus den oben genannten Gründen nicht ins CIRS, sondern müssen allenfalls der Swissmedic gemeldet werden (Pharmakovigilanz, Transfusionszwischenfälle oder Materiovigilanz). In der jetzigen juristischen Situation sind Meldungen der Kategorie E und F problematisch, auch wenn sie geeignet wären für das Lernsystem. Ereignisse, die zu einer vorübergehenden Schädigung geführt oder beigetragen haben, bei denen jedoch keine wesentliche Intervention nötig wurde im Sinne des Anhangs 1, sind wahrscheinlich nicht selten in der ambulanten Grundversorgung. Deren Betrachtung soll unter medizinischen Fachleuten anonymisiert weiterhin mündlich und ohne Protokoll geschehen ohne dass diese Fälle systematisch erfasst oder gemeldet werden, bis die juristischen Voraussetzungen geklärt sind [5].

### **Beispiele für bestehende Meldesystem**

#### *Beispiel Pharmakovigilanz*

Folgende Fälle müssen der Swissmedic innert 15 Tagen gemeldet werden: Auftreten von schwerwiegenden oder bisher nicht bekannten unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder kritische Ereignisse mit schwerwiegenden Schäden. Schwerwiegend bedeutet in beiden Fällen, dass ein tödlicher Verlauf, eine Lebensbedrohung, eine Hospitalisation oder deren Verlängerung oder schwere oder bleibende Schäden vorliegen (<https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/pharmacovigilance.html>).

#### *Beispiel Transfusionszwischenfälle*

Transfusionsreaktionen sind unerwünschte oder unerwartete Ereignisse, die in Zusammenhang mit der Verabreichung labiler Blutprodukte stehen können. Die Ereignisse müssen mit allen relevanten und verfügbaren Informationen der Swissmedic gemeldet werden.

#### *Beispiel Materiovigilanz*

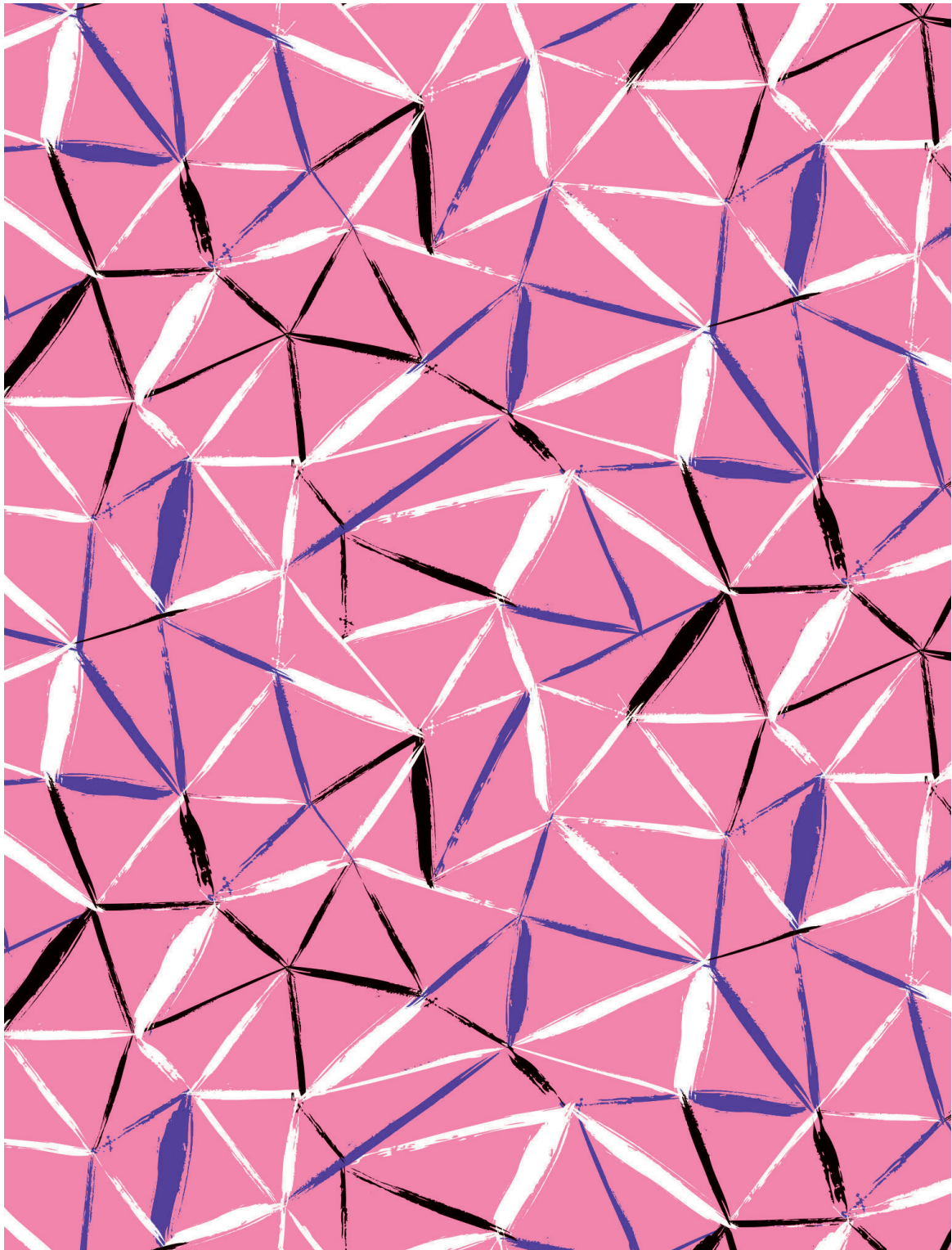
Das Heilmittelgesetz sieht vor, dass berufsmässige Anwenderinnen und Anwender schwerwiegende Vorkommnisse mit Heilmitteln an Swissmedic melden müssen. Wer als Fachperson bei der Anwendung von Produkten ein schwerwiegendes Vorkommnis feststellt, muss dieses nach Artikel 66 Absatz 4 Medizinalprodukteverordnung MepV dem Lieferanten und Swissmedic innerhalb von 2-15 Tagen (je nach Risiko) melden (<https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/medizinprodukte/wiederaufbereitung---instandhaltung/vigilance-mep.html>).

## 1.4 Zielgruppen

Alle Berufsgruppen, die in die Behandlung von Patientinnen und Patienten involviert sind, können von einem Meldesystem profitieren. In der ambulanten Grundversorgung gehört ein CIRS zu den Qualitätsmassnahmen. Die Analysen von Ereignissen können sich je nach Berufsgruppe unterscheiden. Das gemeinsame Ziel ist jedoch immer eine Verbesserung der Behandlungsqualität und Stärkung der Patientensicherheit.

Je nach Berufsgruppe wird von Patientinnen und Patienten, Betroffenen, Klientinnen und Klienten die Rede sein. Zur Vereinfachung wird im Text lediglich der Begriff Patientinnen und Patienten benutzt.





# Grundlagen für ein Critical Incident Reporting System

## 2. Grundlagen für ein Critical Incident Reporting System

### 2.1 CIRS in der Organisation/Praxis und im Qualitätszirkel

Patientensicherheit und die Sicherheit der Mitarbeitenden im Gesundheitssystem ist ein weltweites Anliegen in der Gesundheitsversorgung. Sie kann durch Berichts- und Lernsysteme von CIRS-Fällen verbessert werden. Spezifische Literatur zur Umsetzung von CIRS-Systemen in der ambulanten Praxis ist rar [6]. Das deutsche Projekt CIRSforte, ein Projekt zur Fortentwicklung von CIRS für die ambulante Versorgung (CIRSforte - Aktionsbündnis Patientensicherheit [7]), bildet hier eine Ausnahme. Es hatte zum Ziel, ambulante Praxen bei der Einführung und Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen zu unterstützen.

Voraussetzung für die Diskussion von CIRS-Fällen in Qualitätszirkeln (QZ) ist die Etablierung von Berichts- und Lernsystemen in den einzelnen Praxen oder Organisationen, aus denen die Fälle stammen, die dann im QZ analysiert werden können. Ein Verständnis für grundlegende Konzepte und Themen der Patientensicherheit ist hierbei von Bedeutung [8]. Zudem ist das gegenseitige Vertrauen in der Gruppe eine wichtige Voraussetzung, dass dieser Prozess stattfinden kann.

### 2.2 Risikobewusstsein

Das Arbeitsumfeld in der Gesundheitsversorgung ist sehr komplex. Nicht alle Faktoren, die die Tätigkeit beeinflussen, können kontrolliert werden. Ein unerwünschtes Ereignis oder eine risikobehaftete Situation kann die Gesundheit oder sogar das Leben von Menschen, Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden im Gesundheitswesen gefährden. Das Gesundheitswesen ist wegen der komplexen Interaktion und immer wieder neuen Situationen ein Hochrisikobereich.

Der Begriff „Risiko“ bezeichnet die Kombination aus einer zu Schaden führenden Gefahr und deren Auftretenswahrscheinlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person durch eine medizinische Untersuchung oder Behandlung in Gefahr gerät, beziehungsweise zu Schaden kommt, ist (fast) niemals null. Wichtig ist deshalb das Bewusstsein für Risiken und Gefahren im Arbeitsalltag zu schärfen und sich vergegenwärtigen, in welchen Bereichen sie auftreten können. Hierzu kann ein Berichts- und Lernsystem einen wichtigen Beitrag leisten.

Mögliche Bereiche in der täglichen Arbeit, bei denen Risiken entstehen: *Dokumentation; Verordnung; Diagnose; Labor; Medikamentenmanagement; Kommunikation; Schnittstellen mit anderen Behndlern/Versorgern [9]; Hygiene.*

## 2.3 Wenn doch etwas passiert ist

Ist es zu einem Ereignis in der Patientenversorgung gekommen, steht zunächst das Abwenden eines weiteren Schadens und die unmittelbare Unterstützung für die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten im Zentrum. Wichtig sind darüber hinaus die Kommunikation nach einem Ereignis, sowie der Umgang mit den beteiligten Fachpersonen [10-12].

### Kommunikation

Patientinnen und Patienten erwarten, dass sie umgehend informiert werden, wenn sie durch medizinische Behandlungen respektive Arbeit der Gesundheitsfachleute potentiell oder tatsächlich geschädigt werden, insbesondere wenn etwas schiefgelaufen ist. Zu den Inhalten, die mitgeteilt werden müssen, gehören Fakten über das Ereignis und allenfalls vorliegende Erklärungen zum Ereignis, falls bekannt. Gesundheitsfachleute sollten ihr Bedauern über unerwartete Ereignisse ausdrücken [11, 13-15].

### Zweites Opfer

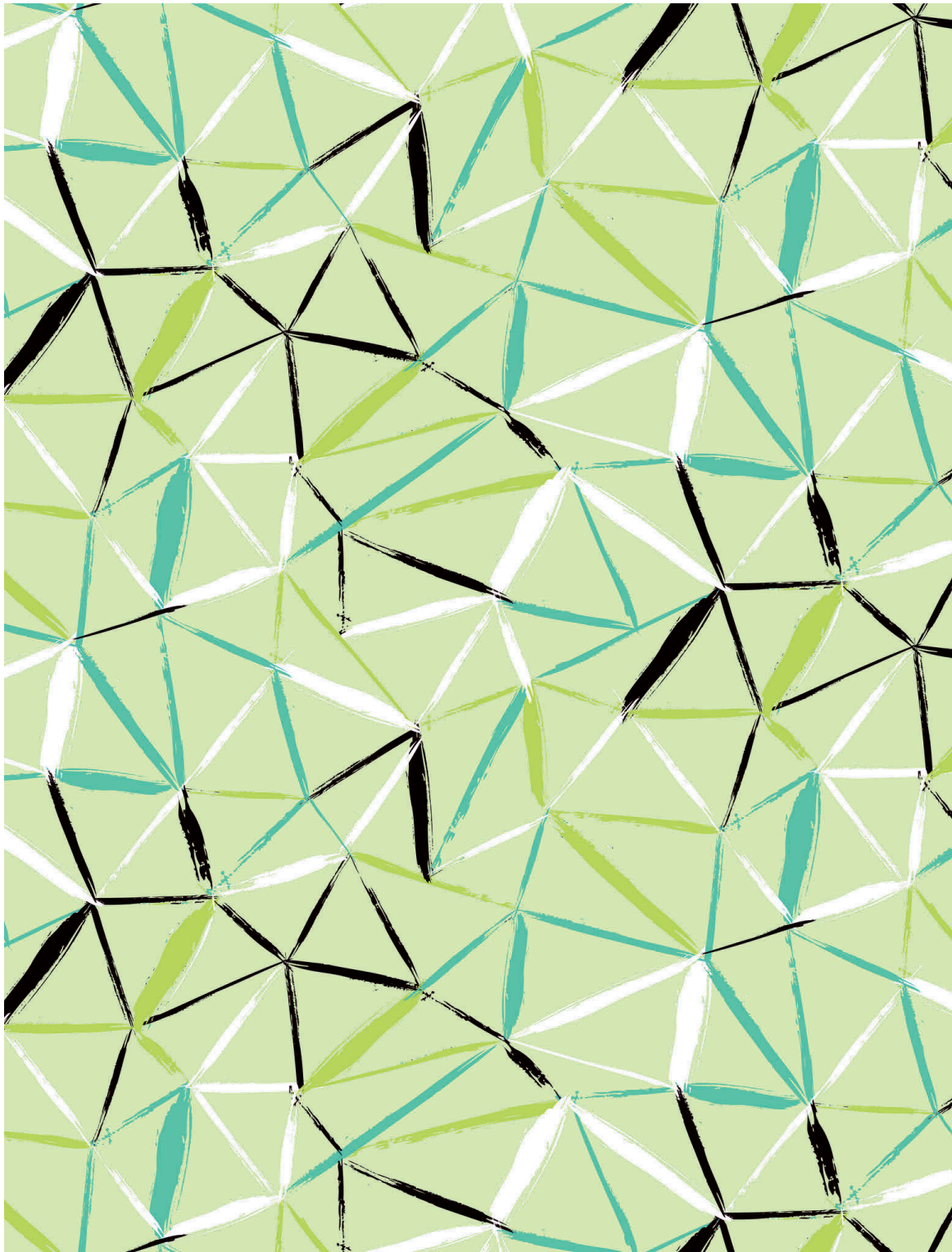
Wenn Ereignisse mit Patientenschaden oder Beinahe-Schäden auftreten, kann dies einen Dominoeffekt verursachen, der vier Gruppen einschliesst: die Patientinnen und Patienten und deren Familie (erstes Opfer), die Gesundheitsfachperson (zweites Opfer), den Ruf der Praxis oder des Spitals oder der Klinik (drittes Opfer) und deren Patientinnen und Patienten, die anschliessend geschädigt werden (viertes Opfer).

Das zweite Opfer ist definiert als die Gesundheitsfachperson, die bei einem Ereignis verantwortlich oder massgeblich beteiligt ist, was sich in psychologischen, kognitiven und/oder körperlichen Reaktionen manifestieren kann, mit persönlichen negativen Auswirkungen auf das private und berufliche Leben. Betroffene Fachpersonen können Scham- und Schuldgefühle, Angst, Trauer und depressive Symptome entwickeln, die ihre Urteilsfähigkeit einschränken oder sogar die weiteren Tätigkeiten im Beruf verunmöglichen. Patientinnen oder Patienten gefährdet oder geschädigt zu haben kann bei den beteiligten Fachpersonen zu starken Reaktionen führen [16].

Fachpersonen, die an einem Ereignis beteiligt waren, haben in der Regel ein sehr grosses Bedürfnis nach Austausch mit Kolleginnen und Kollegen. Von zentraler Bedeutung sind hierbei fachlicher Austausch, Empathie und Verständnis. Eine erfahrene und wenn möglich ausgebildete Kollegin oder Kollege (aus dem unmittelbaren Umfeld mit ähnlichem Berufsprofil) sollte an einem ruhigen Ort mit dem zweiten Opfer sprechen. Diese Kollegin oder dieser Kollege sollte in der Lage sein, dem zweiten Opfer zu helfen, zuzuhören, Empathie und Verständnis entgegenzubringen und es bei der Bewältigung der Situation emotional zu unterstützen. Wichtig ist, dass Schuldzuweisungen vermieden werden und der Fokus auf der Unterstützung der Gesundheitsfachperson liegt. Diskussionen oder Untersuchungen von Details der geleisteten Behandlung sind in dieser Situation nicht hilfreich und sollten zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen [11].

Den Ärztinnen und Ärzten bietet das Unterstützungsnetzwerks ReMed der FMH in solch kritischen Momenten Hilfe an. Die Beratenden kennen die Belastungen, welche der Arztalltag mit sich bringt, und bieten gezielte Begleitung – mit einem Angebot, das speziell auf die Bedürfnisse der Ärzteschaft ausgerichtet ist. Sämtliche Beratungsgespräche finden auf Augenhöhe von Ärztin oder Arzt zu Kollegin oder Kollegen statt [17, 18]. Wünschenswert wäre es, wenn auch die übrigen Berufsgruppen neben ihren Peers und Mitarbeitenden Zugang zu professioneller Hilfe hätten.





## **CIRS Sammlung in der Organisation/Praxis**



## 3. CIRS Sammlung in der Organisation/Praxis

### 3.1 Es braucht eine verantwortliche Person innerhalb des Teams

Das Melden von Fällen vor Ort ist eine Voraussetzung für die Besprechung von CIRS-Fällen im Qualitätszirkel. Der Prozess in der Praxis wird leichter, wenn eine Person verantwortlich ist für das interne Melden sowie die «Pflege und Bewirtschaftung» des CIRS. In grossen Praxen kann das auch ein kleines Team sein, z. B. eine Ärztin oder ein Arzt zusammen mit einer MPA.

Idealerweise melden die Gesundheitsfachleute relevante CIRS-Fälle auch nationalen, den Fachgesellschaften angegliederten Meldestellen (zum Beispiel Forum für Hausarztmedizin), vgl. Kapitel 5.2 [19].

### 3.2 Erfassen von CIRS-Fällen

#### Erfassung durch das Team

Alle Teammitglieder sollen sich aktiv an der Auseinandersetzung mit CIRS-Fällen in der Praxis beteiligen und diese melden. Innerhalb der Praxis hat sich die Anwendung eines Meldeblattes bewährt, dessen Inhalt den lokalen Ansprüchen entsprechen soll. Auf dem Meldeblatt kann eine Unterscheidung, ob unmittelbarer Handlungsbedarf besteht oder erst nach der nächsten Besprechung etwas gemacht werden sollte, nützlich sein. Alternativ kann auch ein CIRS-Journal geführt werden. **Wichtig ist die Klärung, was im CIRS der jeweiligen Praxis gemeldet werden soll. Diese Definition sollte allen Mitarbeitenden bekannt sein.**

#### Andere Quellen

Beschwerden von Patientinnen und Patienten enthalten oft Informationen über mögliche CIRS-Fälle. Sie wurden in Untersuchungen als Frühwarnsignale identifiziert. Sie können «Fast-Ereignisse» aufdecken und Aufschluss über blinde Flecken geben [20]. Auch Beschwerden von externen Stellen (Spitäler, Spezialist/-innen, Therapeut/-innen, usw.) sind wertvolle Rückmeldungen von Seiten der Peers und haben somit einen hohen Stellenwert.

Weiter können Anzahl der Kontakte einer Patientin oder eines Patienten in einem Zeitbereich Aufschluss geben über mögliche CIRS-Fälle. Mehr als drei Kontakte mit der Praxis oder anderen Institutionen innert einer Woche könnten auf einen CIRS-Fall hindeuten. Solche Kontakte umfassen Telefonanrufe, Konsultationen in Ambulatorien oder bei der Hausärztin oder dem Hausarzt. Die wiederholte Abgabe von Medikamenten ohne Rücksprache oder Konsultation mit der Ärztin oder dem Arzt kann ebenfalls auf einen CIRS-Fall hindeuten [21, 22].

### 3.3 Positive Fehlerkultur

Der Begriff Fehlerkultur bezeichnet die Art und Weise, wie Gesellschaften, Kulturen und soziale Systeme mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgehen. Mit Fehlern produktiv umzugehen beinhaltet, sensibilisiert zu sein darauf, dass Fehler passieren können (Qualitäts- und Risikomanagement sowie interne Kontrollsysteme) und

die Praxis, aus Fehlern möglichst systematisch zu lernen (Root-Cause-Analyse: «Die Fehler haben systembedingte und somit korrigierbare Ursachen»), statt nur diese nur als zufällige Ereignisse wahrzunehmen [23, 24].

### **Charakteristika einer positiven Fehlerkultur**

Eine Organisation mit einer produktiven Fehlerkultur zeichnet sich durch eine Haltung gegenüber Fehlern aus, die es Mitarbeitenden ermöglicht offen und frei von Angst vor Sanktionen oder Diskreditierung darüber zu sprechen. Im Zentrum steht dabei die Suche nach Ursachen, nicht die Klärung der Schuldfrage.

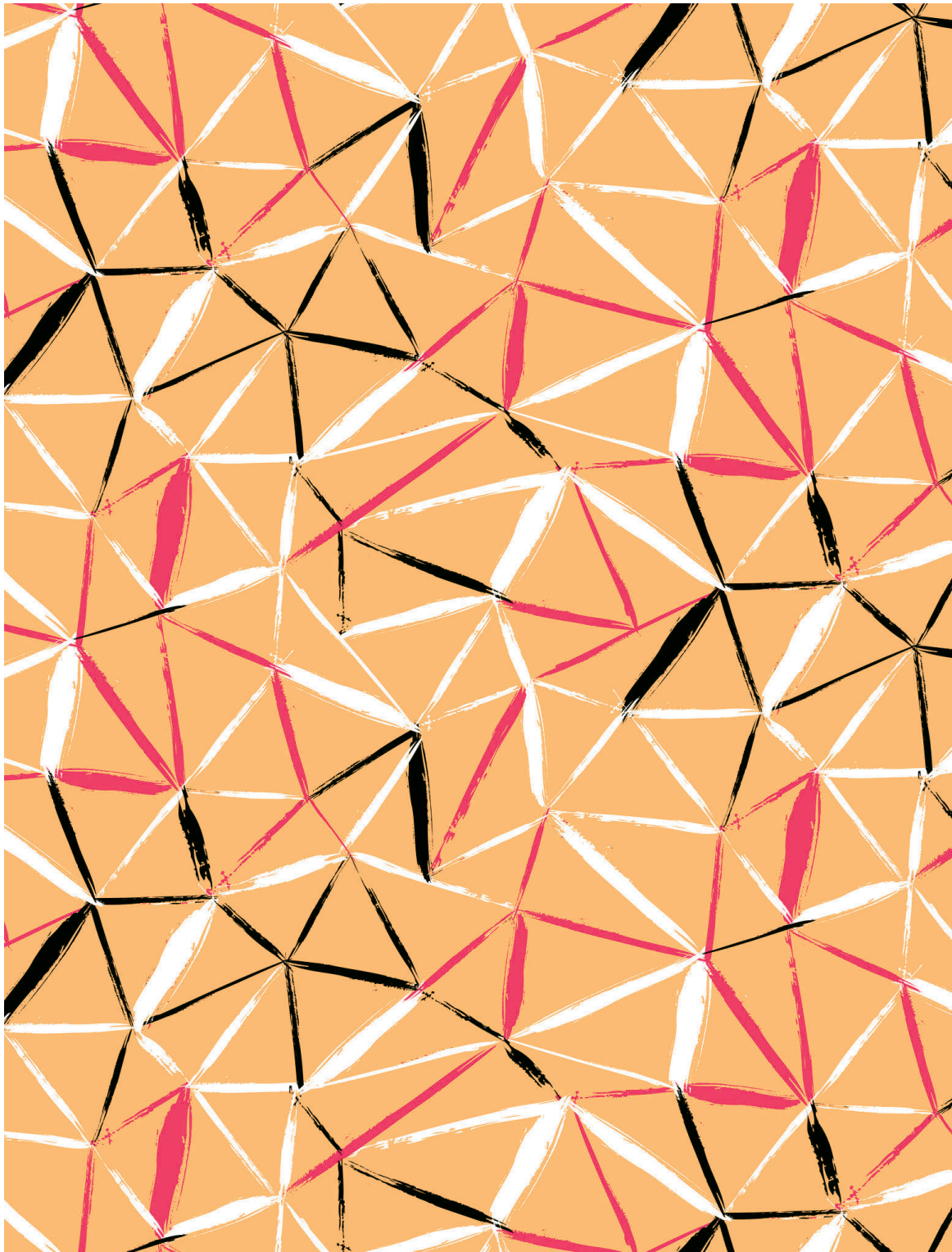
Für eine offene und konstruktive Fehlerkultur sollten klare Strukturen im Umgang mit CIRS-Fällen geschaffen werden. Alle beteiligen sich, es ist ein Geben und Nehmen aller. Die Beteiligten müssen keine negativen Konsequenzen fürchten und Schuldzuweisungen werden strikte vermieden. Wenn für Patientinnen und Patienten Unannehmlichkeiten oder gar Schaden entstanden sind, wird ihnen empathisch Bedauern vermittelt. Die gemeldeten CIRS-Fälle werden in ein lernendes System gespiesen mit zeitgerechten Rückmeldungen an alle Beteiligten. Die Daten und der Prozess werden intern strikt vertraulich behandelt und die Mitarbeitenden in diesem Prozess von der Praxisleitung unterstützt.

### **Kommunikation in einer positiven Fehlerkultur**

Die Wortwahl im Umgang mit Fehlern spielt eine grosse Rolle. Fehler ist mit Schuld und persönlichem Versagen verbunden, weshalb es sinnvoller erscheint, über Situationen oder Umstände mit Potenzial für Schäden bei Patientinnen, Patienten, deren Angehörige oder Mitarbeitende, oder eben **CIRS-Fälle**, zu sprechen anstatt über Fehler. Die Kommunikation in einer positiven Fehlerkultur sollte mittels Ich-Botschaften geschehen und authentisch sein. Die Beteiligten verdienen Anerkennung für ihren Einsatz, einen respektvollen Umgang und empathische Rückmeldungen. Gleichzeitig muss Sanktionsfreiheit gelten. Die Praxis- oder Organisationsleitung sollten eine selbstkritische Haltung bewahren, vor allem wenn Arbeitsplatzprobleme zur Diskussion stehen.

### **System-orientierte Grundauffassung einer positiven Fehlerkultur**

Die personenzentrierte Grundauffassung (wer einen Fehler macht, hat sich nicht genug angestrengt und muss einfach besser aufpassen) wird zugunsten einer systemorientierten Perspektive verlassen. Die systemorientierte Perspektive setzt voraus, dass kein Mensch perfekt ist und somit alle, Patientinnen und Patienten, deren Angehörige oder Gesundheitsfachleute, aber auch die Organisation, ja sogar die soziale Gesellschaft, zu einem CIRS-Fall beitragen können. Die Gesundheitsfachperson befindet sich in ihrer täglichen Arbeit im Kontext verschiedener Faktoren, die Einfluss auf die Arbeitsprozesse und -ergebnisse haben können. Bei der Suche nach Ursachen von CIRS-Fällen muss das ganze System betrachtet werden, in dem sich die Mitarbeitenden bewegen. Wie bei einem Eisberg sollte man in die Tiefe schauen und die darunterliegenden Kräfte beachten: Das SEIPS-Modell (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) ist nützlich, um einen Blick auf das gesamte System zu erhalten, anstatt sich nur auf einen Aspekt zu beschränken. Es werden dabei die relevanten externen Einflüsse (wie politische Entscheidungen oder Regulierungen), aber auch technologische, organisatorische, berufliche und personelle Faktoren berücksichtigt [25] (Anhang 2).



## Besprechung von CIRS-Fällen im Qualitätszirkel

## 4. Besprechung von CIRS-Fällen im Qualitätszirkel

### 4.1 Unterschiedliche Settings in Qualitätszirkeln

Das Setting eines Qualitätszirkels sowie der Grad der Vertrautheit mit dem Thema «CIRS» kann sehr unterschiedlich sein. Innerhalb der Ärztenetzwerke und HMO-Praxen besteht eine klare Verbindlichkeit zur QZ-Arbeit, Teilnahme an QZ und Führung eines CIRS. Andere Qualitätszirkel bestehen aus Teilnehmenden einzelner Praxen, welche die Frequenz/Stunden der Treffen und Themen völlig autonom wählen. Qualitätszirkel können mono- oder interprofessionell zusammengesetzt sein. Die Teilnehmenden können aus dem stationären oder ambulanten Setting zusammenkommen.

Nachfolgend wird ein Ablauf beschrieben, wie CIRS-Fälle in Qualitätszirkeln, in welcher Art auch immer diese stattfinden, besprochen werden können. Es werden unterschiedliche Einstiege ins Thema angeboten mit anschließenden Bearbeitungsphasen analog einer klinischen Fallbesprechung (Narrativ, Reflexion, Analyse, Lösungen, Massnahmen).

### 4.2 Vorbereitung des QZ

Wenn möglich lohnt es sich, den bevorstehenden QZ, in dem ein CIRS-Fall besprochen werden soll, sorgfältig vorzubereiten und die Mitarbeitenden mit einzubeziehen, die in den Fall involviert waren [10, 11].

Nicht alle Ereignisse können oder müssen in der Gruppe diskutiert werden. Fragen über die Häufigkeit oder Vermeidbarkeit können helfen, CIRS-Fälle zu priorisieren.

Nicht alle Ereignisse sind für den QZ geeignet. Folgende Kriterien können bei der Auswahl geeigneter Fälle hilfreich sein:

- Ist der Fall geeignet um in unserem QZ diskutiert zu werden?
- Erwarten wir ein hohes Lernpotential?
- Könnte sich der CIRS-Fall leicht wiederholen?
- Können alle relevanten Berufsgruppen oder Personen, die für das Verständnis und die Analyse des Falls erforderlich sind, anwesend sein?
- Bestehen wichtige Schnittstellenprobleme, die das Auftreten begünstigen und können diese optimiert oder behoben werden?

### 4.3 Moderation

Im Qualitätszirkel soll die Person moderieren, die auch sonst moderiert. Falls es sich um einen praxis- bzw. organisationsinternen QZ handelt, ist es wichtig, dass Personen mit Führungsfunktion NICHT gleichzeitig Moderationsverantwortung einnehmen. Es braucht eine Abkopplung der Moderation von den hierarchischen Strukturen. Die Moderatorin oder der Moderator sollte eine hohe Akzeptanz bei den Beteiligten genießen und als «neutral» erlebt werden [26].



## 4.4 Unterschiedliche Möglichkeiten für einen Einstieg ins Thema

### Über das Befinden der QZ-Teilnehmenden

Wie entsteht bei jedem einzelnen von uns am Ende eines Arbeitstages das Gefühl von «heute habe ich richtig gut gearbeitet» oder eben «heute war nicht mein Tag, ich bin mit meiner Arbeit nicht zufrieden»? Auf Grund welcher Ereignisse, Merkmale oder Kriterien entsteht unser Befinden, positiv wie negativ?

### Über Brainstorming mit Mitarbeitenden

Brainstorming der QZ-Teilnehmenden mittels folgender initialen Fragen [7]:

- Bei welchen Abläufen/Tätigkeiten in eurer Praxis sieht das Team Risiken?
- Wo habt ihr oder eure Teammitglieder schon häufiger gedacht „das hätte auch schiefgehen können“?
- In welchen Bereichen wünschen sich die Teammitglieder mehr Sicherheit?

### Über Berichte von CIRS-Fällen

Mitarbeitende von Praxen oder Organisationen erstellen Berichte, d.h. erfassen CIRS-Fälle. Beispiele hierzu können Fehlhandlungen oder Unterlassungen in verschiedenen Bereichen sein, bei der Interpretation eines Befundes (Diagnostik), bei der Dosierung eines Medikamentes (Therapie), in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, wenn Missverständnisse bei Anweisungen an Teammitarbeitende geschehen (unklare Aufgabenverteilung), wenn Blutproben im Labor (Organisation) vertauscht werden, etc. Die Berichte werden von der CIRS-Verantwortlichen / dem CIRS-Verantwortlichen / dem CIRS-Team gesammelt, gesichtet und typisiert. Je nachdem, ob es sich um einen praxisinternen oder praxisübergreifenden QZ handelt, werden anhand interner oder praxisübergreifender Kriterien, allenfalls auch auf Wunsch der QZ Teilnehmenden, einzelne Fälle oder Situationen zur Diskussion gewählt [11, 26].

### Über Zusammenfassung von CIRS-Fällen in der Praxis/Organisation

In Gruppen- oder Netzwerkpraxen sammeln die Mitarbeitenden routinemässig CIRS-Fälle. Das verantwortliche Praxis-/Organisationsteam erstellt eine Zusammenfassung, die bezüglich des Inhaltes zum Beispiel in diagnostische, therapeutische, kommunikative oder organisatorisch bedingte CIRS-Fälle eingeteilt werden können. Je nach Verteilung und Häufigkeit können dann ein Themenbereich und Beispielfälle für den praxisinternen QZ gewählt werden.

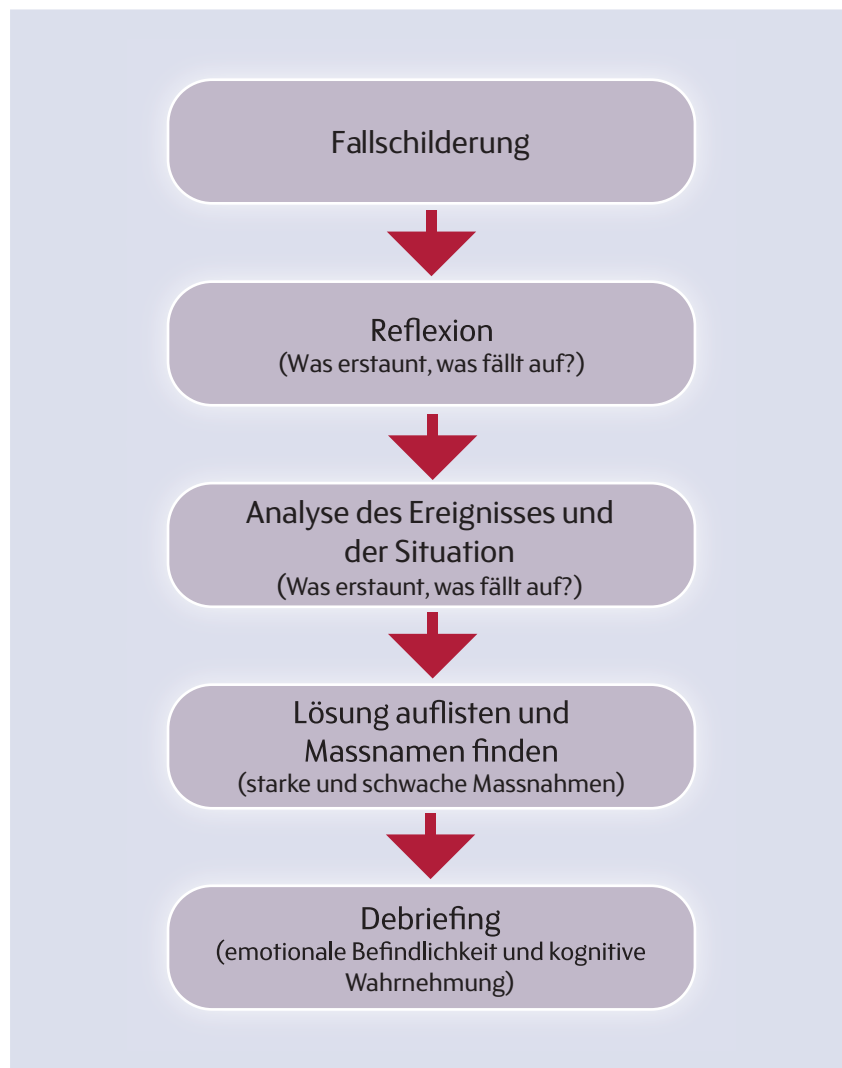
## 4.5 Bearbeitung von CIRS-Fällen im QZ

Die nächsten Abschnitte orientieren sich am SGAIM-Skript «Ausbildungskurs für zukünftige Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln»: Ereignisse erzählen oder über Situationen berichten.

Die Person, die den jeweiligen Fall dem QZ zur Verfügung stellt, soll die Möglichkeit haben den Fall selber zu erzählen oder dies an andere, ebenso am Fall oder an der Situation Beteiligte, zu delegieren. Die Teilnehmenden sollen aktiv und empathisch zuhören und keine wertenden Kommentare machen, sondern nur Sachlagen klären (QZ-Kultur).

Mit Hilfe der Moderatorin oder dem Moderator beschreibt die Erzählerin oder der Erzähler die Entstehung und den Ablauf des Ereignisses und die Umstände der Situation, allenfalls auch den Hintergrund der Patientin oder des Patienten. Beschreibungen des verbalen wie nicht-verbalen Verhaltens der Patientin oder des Patienten und anderen involvierten Personen sollen den Zuhörenden ein Bild geben über die Geschehnisse (zum Beispiel: «Der Angehörige baute sich drohend vor mir auf und wurde laut»). Es ist wichtig, dass dabei die persönlichen Gefühle der Erzählenden Raum erhalten (Beispiel: «Das hat mich total verängstigt und aus dem Konzept gebracht»). Die detaillierte Erzählung kann eine entlastende Wirkung für die Erzählenden haben und helfen den aktiv Zuhörenden das Geschehene besser zu verstehen. Die Moderatorin oder der Moderator kann die Gruppenmitglieder auffordern zu berichten, was sie fühlen und wie sie die Situation gehandhabt hätten. Je nach Situation kommen die Erzählenden dadurch zu sehr in den Fokus der Gruppe («wieso hast du nicht...?»). Wichtige Aufgabe der Moderierenden ist es dann, die Situation wieder auf die Sachbeziehungsebene Gefühlsebene ganz allgemein zu bringen (Ich-Botschaften). Denn das Ziel ist es zu verstehen, was genau passiert ist, nicht zu beurteilen. Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die Schritte der Besprechung von CIRS-Fällen im QZ.

**Abbildung 1:** Übersicht über die Schritte der Besprechung von CIRS-Fällen im QZ



### Ereignisse und Situationen reflektieren

CIRS-Fälle können wichtige Lernanlässe geben. Sie tragen dazu bei, vorhandenes Wissen zu verfeinern und zu modifizieren. Die Betonung liegt dabei auf dem Erlebten zu lernen. Reflexion entsteht, wenn die eigenen Ansichten mit anderen, widersprechenden aufeinandertreffen und so in Frage gestellt werden. In der vertrauten Gruppe können sich die QZ-Teilnehmenden mit widersprechenden Ansichten auseinandersetzen und verschiedene Möglichkeiten von Verhalten testen und mögliche Rahmenbedingungen vergleichen. Das sogenannte Erfahrungslernen fördert lernpsychologisch gesehen auch die Kompetenz im Umgang mit neuen, unerwarteten Situationen. Es erweitert somit den persönlichen Handlungsspielraum und bewahrt vor Erstarrung [27]. Die Reflexion über den CIRS-Fall und dessen mögliche Konsequenzen für künftiges Handeln erfordert Zeit.

Die Moderationstechnik besteht darin, die Gruppe zu fragen, was in der geschilderten Erzählung erstaunt und welche Punkte näherer Reflexion bedürfen. Die offene Diskussion hilft die verschiedenen Ansichten einzuholen, wobei Pausen zur Reflexion gegeben und geduldet werden sollen. Reflexion erfordert Zeit! Es ist wichtig, die Gruppe auf den CIRS-Fall fokussiert zu halten und nicht in andere abzuschweifen.

### Ereignisse und Situationen analysieren

In diesem Schritt identifizieren die QZ-Teilnehmenden mögliche Ursachen, die dazu beigetragen haben, dass sich der beschriebene Fall in dieser Weise zugetragen hat, und diskutieren diese. Die Diskussion erfolgt in vertrauensvoller, offener Kommunikation und in sachlichem, wertschätzendem Umgang. Alle kommen zu Wort und lassen jeden ausreden, der das Wort ergreift (QZ-Kultur).

Ein falscher Plan oder eine unzureichende Ausführung können zu Situationen oder Umständen mit Potenzial für Patientenschädigung führen, tun dies jedoch bei weitem nicht immer. Oft kann ein glücklicher Umstand oder eine aufmerksame Person deren Entstehung noch verhindern. CIRS-Fälle geschehen, wenn sich bestimmte Umstände unglücklich verketteten. Die Entstehung eines CIRS-Falles ist oft ein komplexer Prozess mit vielen Variablen [7, 26].

### Systemorientiert denken

Bei der Analyse des CIRS-Falles geht es darum, die Geschehnisse zu verstehen und im Kontext zu diskutieren und nicht darum, Schuldige zu finden. Für die Diskussion der Faktoren, die einen Beitrag zur Entstehung des Ereignisses geleistet haben, ist es hilfreich, systematisch verschiedene Bereiche zu prüfen. Ziel der gemeinsamen Diskussion ist ein vertieftes Verständnis davon, weshalb sich das Ereignis in der beschriebenen Weise zugetragen hat. Nachfolgende Faktoren auf Basis des SEIPS-Modells (siehe Anhang 2) sollten in Betracht gezogen werden [25]:

- **Externe Einflüsse** (z.B. politische Entscheidungen, Regulierung, Richtlinien etc.)
- **Organisation/Institution** (z.B. Teamwork, Koordination, Kommunikation, Sicherheitskultur, Führungsstil, etc.)
- **Arbeitsmittel und Technik** (z.B. IT-Systeme, elektronische Krankenakte, Medizinische Geräte etc.)
- **Aufgabe und Arbeitsauftrag** (z.B. Prozessvorgaben, Standards und Regeln, Zeitdruck, kognitive Anforderungen, Unterbrechungen etc.)
- **Internes Umfeld** (z.B. Infrastruktur, Arbeitsplatzgestaltung wie Lärm, Beleuchtung etc.)
- **Personen**

- **Mitarbeitende** (z.B. Aufmerksamkeit, Wissen, Qualifikation, physisches und psychisches Befinden etc.)
- **Patient/-innen** (z.B. Komplexität Krankheitsbild, Vorerkrankungen, Kommunikationsfähigkeit etc.) und deren Angehörige
- Andere im Gesundheitssystem tätige Personen

Um die verschiedenen relevanten Faktoren zu identifizieren, werden vertiefende Fragen zum Ereignis gestellt, bis die Frage «Warum hat sich das Ereignis zugetragen?» zufriedenstellend geklärt ist.

Hilfreiche Einstiegs- und Nachfragen können sein:

- Was zeichnete diese Situation aus?
- Was war typisch, was war besonders an diesem Tag/in diesem Moment, was nicht?
- Handelt es sich um ein eher allgemeines Phänomen oder eine «Ausreisser-Situation»?
- Was ist im Umfeld abgelaufen?
- Welche Sicherheitsbarriere hat gut funktioniert, welche nicht?

Mögliche berufsspezifische Problemfelder finden sich im Anhang 3.

### **Kognitive Verzerrungen oder Voreingenommenheit**

Kognitive Verzerrungen sind unbemerkt auftretende Denkfehler, die darauf beruhen, dass ein grosser Teil unserer Denkarbeit sich nach automatisiertem Muster abspielt. Sie können uns daran hindern, wichtige Schlüsse aus Ereignissen zu ziehen oder Probleme zu erkennen. Daher ist es wichtig, dass diese im Prozess berücksichtigt werden [26, 28].

Bei kognitiven Verzerrungen sind wir uns unserer Voreingenommenheit bezüglich unseres Wahrnehmens, Denkens und Urteilens, aber auch bezüglich unseres Erinnerungsvermögens nicht bewusst. Kognitive Verzerrungen sind somit systematische Denkfehler, die sich unbewusst auf die eigenen Entscheidungen und Urteile auswirken. Wir machen regelmässig Abkürzungen in unserem Denken, sogenannte kognitive Heuristiken, um rasch zum Ziel zu kommen. In vielen Situationen sind sie gut genug um sich in einfachen Situationen zurechtzufinden. In komplexeren Entscheidungssituationen können sie uns aber zu Schlussfolgerungen und Entscheidungen führen, die weit davon entfernt sind, vernünftig und begründet zu sein. In solchen Situationen haben Heuristiken also einen verzerrenden Effekt auf unsere Entscheidungsfindung, weswegen sie als kognitive Verzerrungen bezeichnet werden.

Im QZ kann die Moderatorin oder der Moderator fragen, ob kognitive Verzerrungen als mögliche Ursache zum problematischen Ereignis oder Situation beigetragen haben könnten: Dachte man nur in eine Richtung? War man zu wenig selbstkritisch? Hat man auch unwahrscheinliche und seltene Dinge in Betracht gezogen? (Anhang 4).

### **Massnahmen finden**

Ziel der Diskussion von Massnahmen ist es Wiederholungen ähnlicher oder gleicher Situationen zu verhindern, ähnliche Ereignisse früh zu erkennen oder drohende Schäden durch diese Ereignisse zu minimieren. Bei der Diskussion von Massnahmen sollte die Moderatorin oder der Moderator der Gruppe helfen schwache von starken Massnahmen zu unterscheiden. Personenorientierte Massnahmen wie Schulungen, Regeln und Richtlinien, Markierungen und Warnungen oder Ermahnungen sind sogenannte schwache Massnahmen. Sie fokussieren auf individuelles Handeln und die Aufmerksamkeit der Person.

Massnahmen wie beispielsweise Checklisten, kognitive Hilfen, Vereinfachungen, Standardisierungen sind mittelstarke Massnahmen. Systemorientierte Massnahmen dagegen sind starke Massnahmen (vgl. Systemorientierte Perspektive), weil sie langfristig und personenunabhängig funktionieren: Fehlertolerante Arbeitsmethodik bedeutet: «Das System muss dafür sorgen, dass es sehr schwer ist, das falsche zu tun» [29]. Beispiele hierzu sind bauliche oder technische Massnahmen, technische Kontrollen oder Sperren, intuitive Software, etc. Es sind also Lösungen, die zwangsmässig zur richtigen Handlung führen, keine falschen Optionen ermöglichen, möglichst unabhängig von menschlichen Faktoren, intuitiv und selbsterklärend sind. **Falsches Handeln soll schwieriger werden als richtiges Handeln.** Im Alltag kann es schwierig oder auch nicht möglich sein, echte starke Massnahmen zu ergreifen, da diese häufig kosten- und zeitintensiv ausfallen. Gewisse systemische Massnahmen können ohne Wechsel oder zumindest Upgrade der Ärztesoftware nicht verwirklicht werden. Bei der Umsetzung von Massnahmen, sollte jedoch immer auch geprüft werden, ob nicht eine stärkere Massnahme möglich ist.

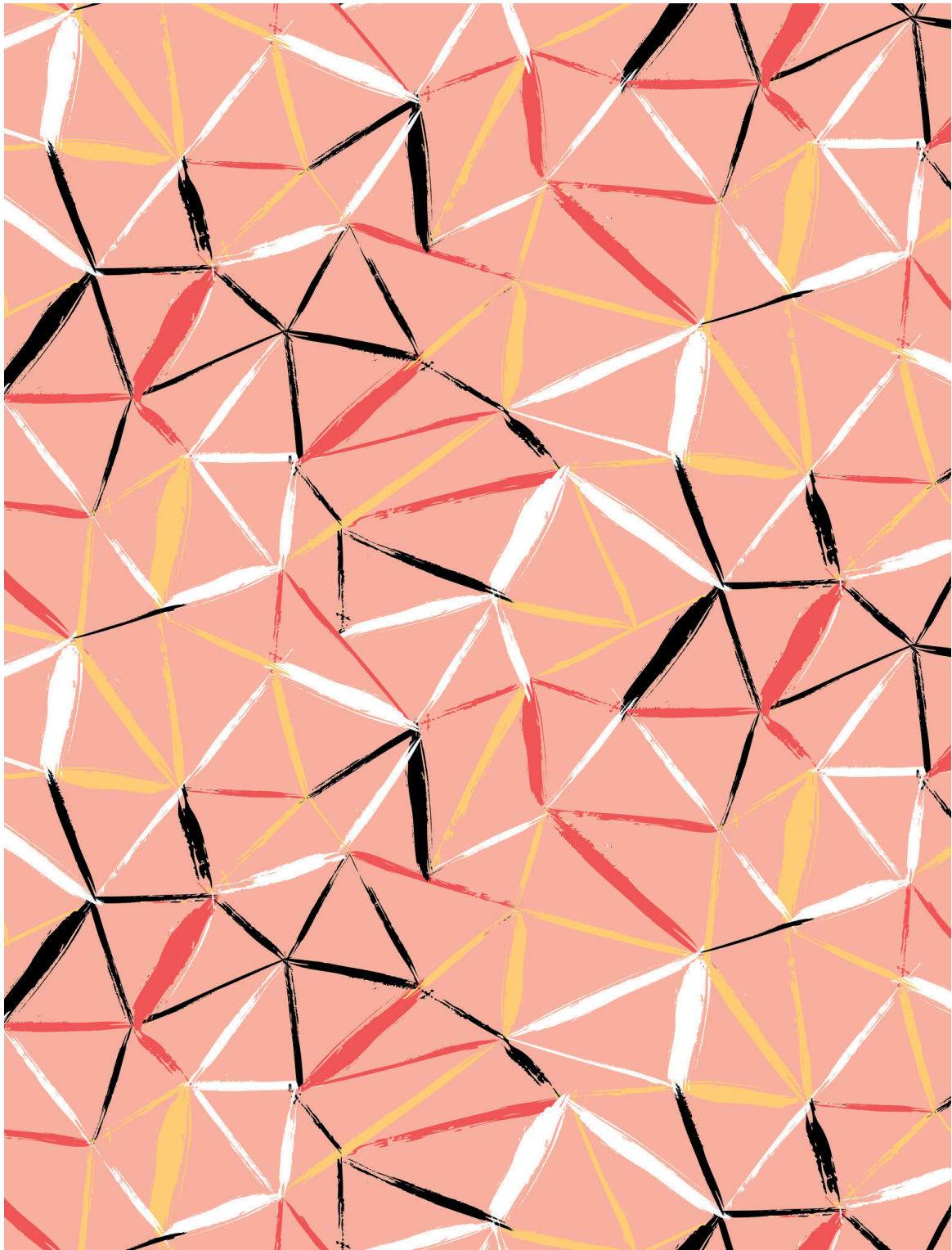
Nicht selten muss wiederholt nach Massnahmen gesucht werden für dieselben oder ähnliche CIRS-Fälle. Es ist also wichtig, weiter zu berichten, auch wenn es «immer wieder dasselbe ist». Meist kommen nach wiederholten Ansätzen und Diskussionen geniale Tricks hervor, an die vorher niemand gedacht hatte.

### **Abholen des Befindens der Erzählenden (Debriefing)**

Dieser Teil der Sitzung dient der emotionalen und psychologischen Unterstützung der Erzählerinnen oder Erzähler. Ziel dieses Teils ist es, den Erzählenden zu ermöglichen ihre emotionalen Reaktionen zu schildern, die im Zusammenhang mit dem Erlebnis eines CIRS-Falles möglicherweise entstanden sind. Es gibt ihnen auch die Möglichkeit, sich über den gerade erlebten Prozess im QZ zu äussern und ihre Ansicht, sowie eventuelle Lernpunkte für sich zusammenzufassen.

Der Moderator oder die Moderatorin bittet dabei die Erzählenden zu beschreiben, wie sie den eben durchlaufenen Prozess erlebt haben. Einerseits können sich die Erzählenden dabei zu kognitiven Wahrnehmungen äussern, wie der erlebte Prozess ihre Denkweise oder die Art den CIRS-Fall zu betrachten beeinflusst hat. Andererseits haben sie die Möglichkeit, über ihr emotionales Befinden zu berichten, insbesondere Nervosität, Wut oder Gereiztheit, Gleichgültigkeit, Traurigkeit oder gar Niedergeschlagenheit. Die Moderierenden sollen die Intensität der Erfahrung anerkennen, gleichzeitig aber betonen, dass wahrgenommenes Versagen bei Gesundheitsfachpersonen etwas ist, das bei CIRS-Fällen zu erwarten ist. Weiter sollen sie die Voten, die in dieser Phase emotional unterstützend aus der Gruppe kommen, würdigen indem sie ihnen Raum und Zeit geben.





**Lernen aus CIRS für die  
Organisation/Praxis**

# 5. Lernen aus CIRS für die Organisation/Praxis

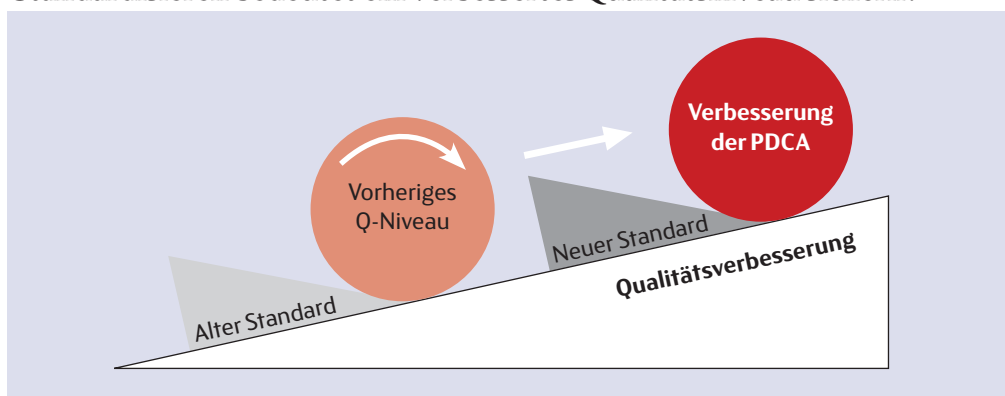
## 5.1 Lernen mit CIRS-Systemen

In den Arztpraxen CIRS-Meldungen zu sammeln ist nicht ein Zweck in sich selbst. Es geht letztlich darum, zu Lernen und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess anzustossen. Die vertiefte und systematische Auseinandersetzung mit besonders relevanten Fällen oder solchen mit hohem Lernpotential, wie wir sie im vorhergehenden Kapitel gesehen haben, löst bereits einem Lernprozess bei den aktiven Teilnehmern aus. Dies kann im Praxisteam geschehen oder im organisations-übergreifenden Qualitätszirkel.

Ein Kernresultat des CIRS-Prozesses sind danach Verbesserungsmaßnahmen, welche innerhalb der eigenen Organisation umgesetzt werden. Wird ein Ereignis in einem praxisübergreifenden QZ besprochen, so kann die Ableitung von Massnahmen letztendlich immer nur in der jeweiligen Praxis und unter Einbezug der dort tätigen Personen erfolgen. Die Diskussion im QZ kann hierfür wichtige Impulse liefern. Während der Umsetzung braucht es situationsbezogene Anpassungen. Zuerst müssen die Massnahmen präzise definiert und dokumentiert werden, so dass sie auch von Personen verstanden werden, die nicht an der CIRS Diskussion und Analyse beteiligt waren. Für Massnahmen, welche auf einer Verhaltensänderung beruhen ('schwache Massnahmen' – siehe oben) muss möglicherweise eine Person praxisintern die Verantwortung für eine Überprüfung übernehmen. Diese Person kann die Umsetzung in definierten Zeitintervallen überprüfen und den Mitarbeitenden darüber berichten. Falls es nicht direkt offensichtlich ist, ob eine Massnahme ihren Zweck erfüllt, muss auch dies nach der Umsetzung evaluiert werden: Tritt das unerwünschte Ereignis tatsächlich nicht mehr ein? Eine Massnahme, welche nicht wie geplant umgesetzt wird oder die ihren Zweck nicht erfüllt, muss angepasst oder ersetzt werden. In praxisübergreifenden QZs sollten die präzise formulierten Verbesserungsmaßnahmen rapportiert werden um den Lerneffekt noch weiter zu verbreiten. Zudem erhöht das Berichten im QZ die Wahrscheinlichkeit, dass die Massnahmen umgesetzt werden - die Teilnehmenden wollen über deren Erfolg oder Misserfolg informiert bleiben.

Der iterative Prozess der Umsetzung, Überprüfung und Verbesserung wird im Fachjargon der Qualitätsförderung als «Plan-Do-Check-Act»-(PDCA)-Zyklus bezeichnet, wobei es sich eigentlich nicht um einen Kreis, sondern um eine Verbesserungs-Spirale handelt: Abbildung

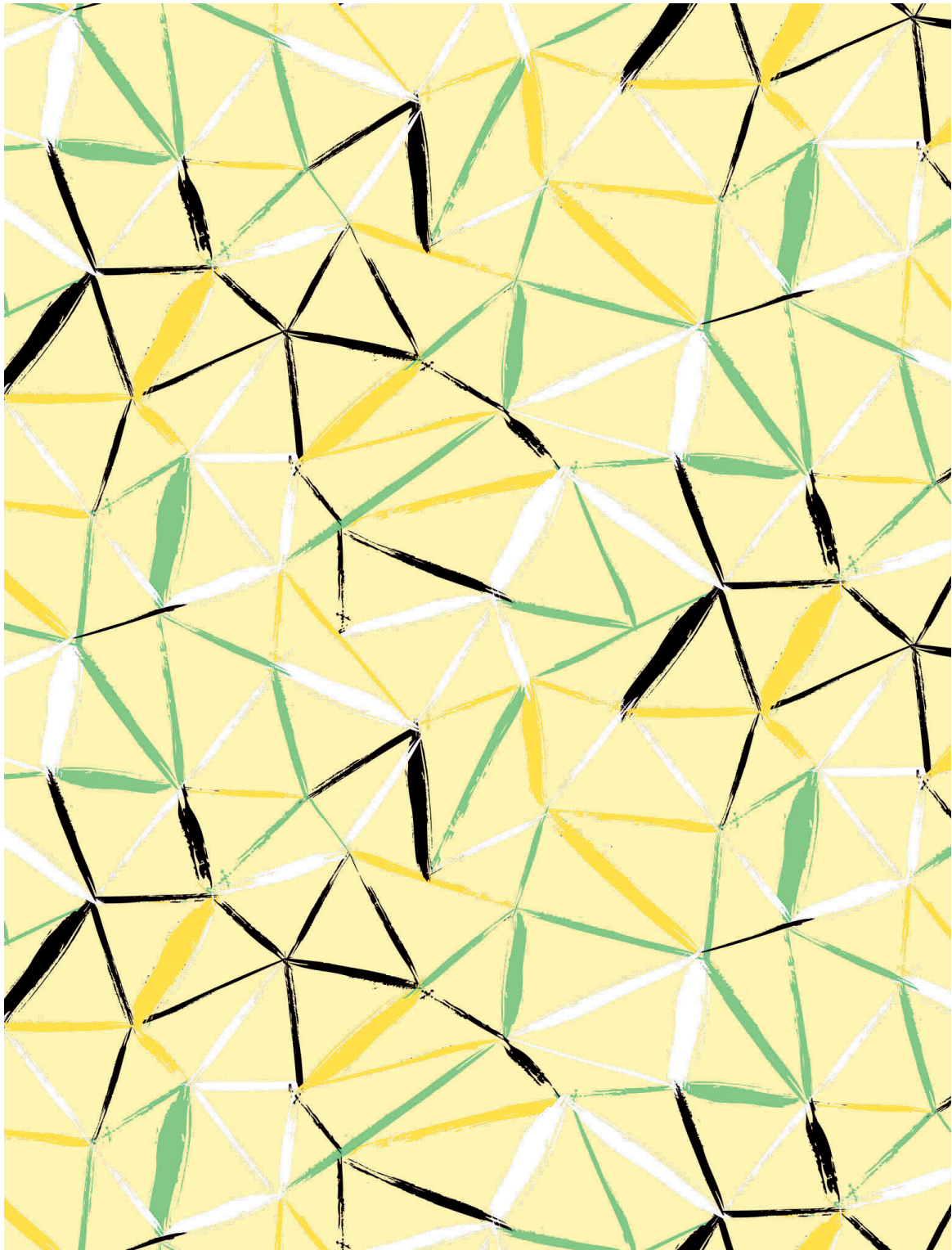
**Abbildung 2:** Verbesserungs-Spirale  
**Standardisieren bedeutet ein verbessertes Qualitätsniveau sichern!**



## 5.2 Lernen über Zeit und Raum hinweg

Über die Betrachtung von Einzelfällen hinaus ermöglicht die gesamthafte Betrachtung von CIRS-Meldungen die Identifikation von Mustern und wiederkehrenden Themenfeldern. Bei Organisations-internen CIR-Systemen hilft eine längerfristige Betrachtung von aggregierten Meldungen, den allfälligen Bedarf für eine gezielte Analyse und allenfalls Anpassung spezifischer Prozesse in der Praxis oder der Organisation zu erkennen. Auch im positiven Sinne kann aus der erweiterten Betrachtung innerhalb der Organisation gelernt werden: Ereignisse, die in CIRS-Systemen gesammelt werden, sind mit keinem Schaden für die Patientinnen und Patienten verbunden. In diesen Situationen haben Sicherheitsressourcen häufig gut funktioniert und Schlimmeres verhindert. Diese Meldungen ermöglichen deshalb auch ein Lernen aus dem, was gut gelaufen ist und liefern wichtige Hinweise, die das Lernen aus Fehlern ergänzen können (vgl. Anhang 2: Abbildung zu Safety I und II).

Es gibt auch organisationsübergreifende CIRS-Systeme, wie etwa das anonyme Meldesystem, welches auf der Plattform des Forums für Hausarztmedizin ([www.forum-hausarztmedizin.ch](http://www.forum-hausarztmedizin.ch)) allen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten zur Verfügung steht (Meldungen Kategorie A bis E möglich, Anhang 1), oder das CIRNet der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz ([www.patientensicherheit.ch/cirnet/](http://www.patientensicherheit.ch/cirnet/)). Solche anonymen, übergreifende Systeme oder auch manuelles Zusammentragen einer grösseren Anzahl anonymisierter Meldungen aus mehreren Organisationen können helfen Probleme zu erkennen, die mehrere Organisationen oder sogar ein ganzes Gesundheitssystem betreffen. Um ein solches «Lernendes Gesundheitssystem» mit Hilfe von CIRS-Meldungen zu ermöglichen, braucht es eine Organisation, welche sich der qualitativen Analyse der Meldungen annimmt. Die Meldungen müssen anhand ihrer allgemeinen Relevanz und anhand von Gemeinsamkeiten kategorisiert und interpretiert werden. Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen können dadurch nicht nur den Teilnehmenden gewinnbringend zurückgespielt werden, sondern sie können auch systemweise Sofortmassnahmen anregen und wichtige Evidenz liefern für eine sinnvolle (selbst-) Regulierung innerhalb des Gesundheitssystems, beispielsweise in einem Ärztenetz.



**Literatur**

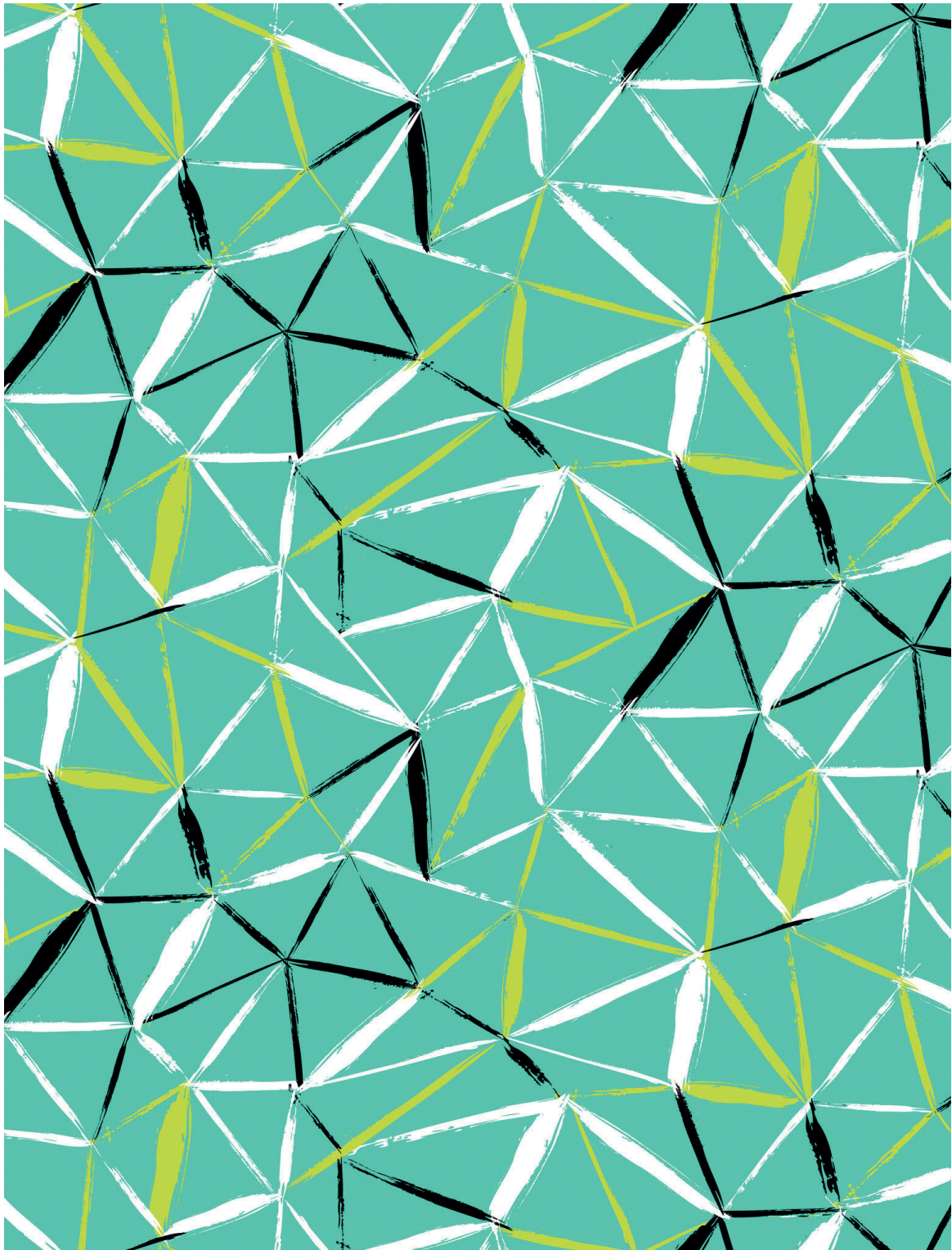


# Literatur

## Literaturverzeichnis

1. Schwappach, D., Patientensicherheit, in Public Health kompakt, M. Egger, O. Razum, and A. Rieder, Editors. 2021, De Gruyter: Berlin/Munich/Boston. p. 161-164.
2. Humble, R., Lernsysteme in Spitälern zur Vermeidung von Fehlern müssen geschützt werden, Natinalrat, Editor. 2018.
3. Kettner, H., Francois, B. Ettl, and D. Conen, Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen, Zürich. 2016: Zürich.
4. Patientensicherheit\_Schweiz, Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems (CIRS). 2021, Stiftung Patientensicherheit: Zürich.
5. Patientensicherheit\_Schweiz. CIRNET. 2021 [cited 2021 30/11].
6. Gruber, D., T. Blazejewski, and M. Beyer, Fehlermanagement in Der ambulanten praxis. Fokusgruppen MIT Ärztinnen, Ärzten und Medizinischen Fachangestellten: error management in outpatient settings. Focus Groups Involving Physicians and Medical Assistants. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2018. 94: p. 110-5.
7. Lüttel, D. CIRSforte. 2018 [cited 2021 19.02]; CIRS]. Available from: [www.cirsforte.de](http://www.cirsforte.de).
8. Müller, B.S., et al., Improving critical incident reporting in primary care through education and involvement. BMJ Open Qual, 2019. 8(3): p. e000556.
9. Gnädinger, M. and D. Gut, Schnittstellenprobleme und kritische Zwischenfälle in der Praxis. Primary and Hospital Care - Médecine Interne Générale, 2021. 21(21): p. 412-413.
10. Mira, J.J., et al., Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. BMC Health Serv Res, 2015. 15: p. 341.
11. Mira, J.J., et al., Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. International Journal for Quality in Health Care, 2017. 29(4): p. 450-460.
12. Helveticorum, F.M., Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin, in Empfehlung bei medizinischen Zwischenfällen, FMH, Editor.: Bern.
13. Vincent, C., M. Young, and A. Phillips, Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet, 1994. 343(8913): p. 1609-13.
14. Mazor, K.M., et al., Health Plan Members' Views about Disclosure of Medical Errors. Annals of Internal Medicine, 2004. 140(6): p. 409-418.
15. Gallagher, T.H., D. Studdert, and W. Levinson, Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. New England Journal of Medicine, 2007. 356(26): p. 2713-2719.
16. Schwappach, D., et al., Täter als Opfer-Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen. Vol. 3. 2011: Stiftung für Patientensicherheit.
17. ReMed, L., ReMed: rapport annuel 2018. Bulletin des médecins suisses, 2019. 100(13): p. 458-459.
18. FMH. Remed. 2021 [cited 2021 01/12]; Available from: [https://remed.fmh.ch/ueber\\_remed.html](https://remed.fmh.ch/ueber_remed.html).
19. mfe. Forum für Hausarztmedizin. 2021 [cited 2021 01/12]; Available from: [www.forum-hausarztmedizin.ch/cc/app.php/help/faq?sid=6d9f6f0720bfbcd-fa2d6637399a25bf5](http://www.forum-hausarztmedizin.ch/cc/app.php/help/faq?sid=6d9f6f0720bfbcd-fa2d6637399a25bf5).

20. Gillespie, A. and T.W. Reader, Patient-Centered Insights: Using Health Care Complaints to Reveal Hot Spots and Blind Spots in Quality and Safety. *Milbank Q*, 2018. 96(3): p. 530-567.
21. Bowie, P., et al., Searching primary care records for predefined triggers may expose latent risks and adverse events. *Clinical Risk*, 2012. 18(1): p. 13-18.
22. McKay, J., et al., Applying the trigger review method after a brief educational intervention: potential for teaching and improving safety in GP specialty training? *BMC Medical Education*, 2013. 13(1): p. 117.
23. Ricklin, M.E., F. Hess, and W.E. Hautz, Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland - a survey study. *GMS J Med Educ*, 2019. 36(2): p. Doc14.
24. Vasconcelos, P.F., et al., Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. *Public Health*, 2018. 156: p. 147-151.
25. Carayon, P., et al., Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality & safety in health care*, 2006. 15 Suppl 1(Suppl 1): p. i50-i58.
26. Schwappach, D.L., et al., Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in Niedersachsen: Status quo und Weiterentwicklungsbedarf. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2018. 135: p. 34-40.
27. Kolb, D.A., R.E. Boyatzis, and C. Mainemelis, Experiential learning theory: Previous research and new directions. *Perspectives on thinking, learning, and cognitive styles*, 001. 1: p. 227-247.
28. Jger, L. and S. Markun, Systematische Denkfehler im klinischen Alltag. *Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin*, 2021.
29. Pateisky, N., Klinisches Risiko und Fehlermanagement, in *Die Geburtshilfe*, H. Schneider, P. Husslein, and K.-T.M. Schneider, Editors. 2006, Springer. p. 1027-1036.



**Anhänge**

# Anhang 1

## Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems (CIRS)

### Stiftung für Patientensicherheit März 2021

1. Die Leitung jeder Gesundheitseinrichtung definiert eindeutig, was im lokalen Bericht- und Lernsystem berichtet werden soll. Die Definition ist allen Mitarbeitenden bekannt. Fälle, bei denen Patientinnen/Patienten zu Schaden gekommen sind<sup>1</sup> und/oder absehbar zu straf- oder zivilrechtlichen Verfahren führen können, sollen nicht in Bericht- und Lernsystemen gemeldet werden. Melde- und Analysetechniken werden gelehrt und trainiert.
2. Jedes CIRS sollte grundsätzlich ein anonymes Berichten ermöglichen. Bei freiwilliger Nennung der Identität des Berichtenden dürfen diese Angaben nicht an Dritte weitergegeben werden. Sie können jedoch (zumindest initial) dem Team des Berichtssystems bekannt sein und so z. B. Rückfragen ermöglichen. Es wird jedoch empfohlen, nach Abschluss der Fallbearbeitung sämtliche Namen aus der Meldung zu löschen.
3. Textpassagen in Meldungen, die konkrete Rückschlüsse auf andere Beteiligte, insbesondere betroffene Patientinnen/Patienten ermöglichen, sind zu löschen, bzw. sicher zu anonymisieren.
4. Es dürfen in der Patientendokumentation oder anderen medizinischen Dokumenten keine Querverweise zu Bericht- und Lernsystemen existieren.
5. Alle in einem Bericht- und Lernsystem gemeldeten Ereignisse und Personen werden einer konsequenten Anonymisierung und De-Identifizierung unterzogen. Es werden keine personenbezogenen Daten im Rahmen eines CIRS-Berichts abgefragt oder gespeichert. Die Berichte werden ggf. weiter anonymisiert und de-identifiziert, bevor sie bearbeitet, weitergeleitet oder veröffentlicht werden.
6. Bereits eingegebene Fälle, bei denen Patientinnen/Patienten zu Schaden gekommen sind (s. o.) werden im CIRS gelöscht und allenfalls in einem entsprechenden separaten System für Schadensfälle gemeldet und dokumentiert. Hinweis: CIRS-Meldungen mit einem erkennbaren Bezug auf bereits angelaufene straf- oder zivilrechtliche Verfahren können zwar ebenfalls aus der Datenbank gelöscht werden, sollten jedoch separat (nicht in der Krankenakte!) aufbewahrt werden.
7. Mitarbeitende dürfen für Ereignisse, über die sie berichten, keine Nachteile erfahren. Insbesondere dürfen sie nicht für Systemfehler verantwortlich gemacht werden.
8. Muss eine Gesundheitseinrichtung der Editionsspflicht durch eine Justizbehörde nachkommen, sollte nach sorgfältiger Abwägung eine Siegelung verlangt werden.

---

<sup>1</sup> Entsprechend den Kategorien E bis I der im Anhang aufgeführten Einteilung. Es wird empfohlen, CIRS-Meldungen auf die Ereigniskategorien A bis D zu beschränken.



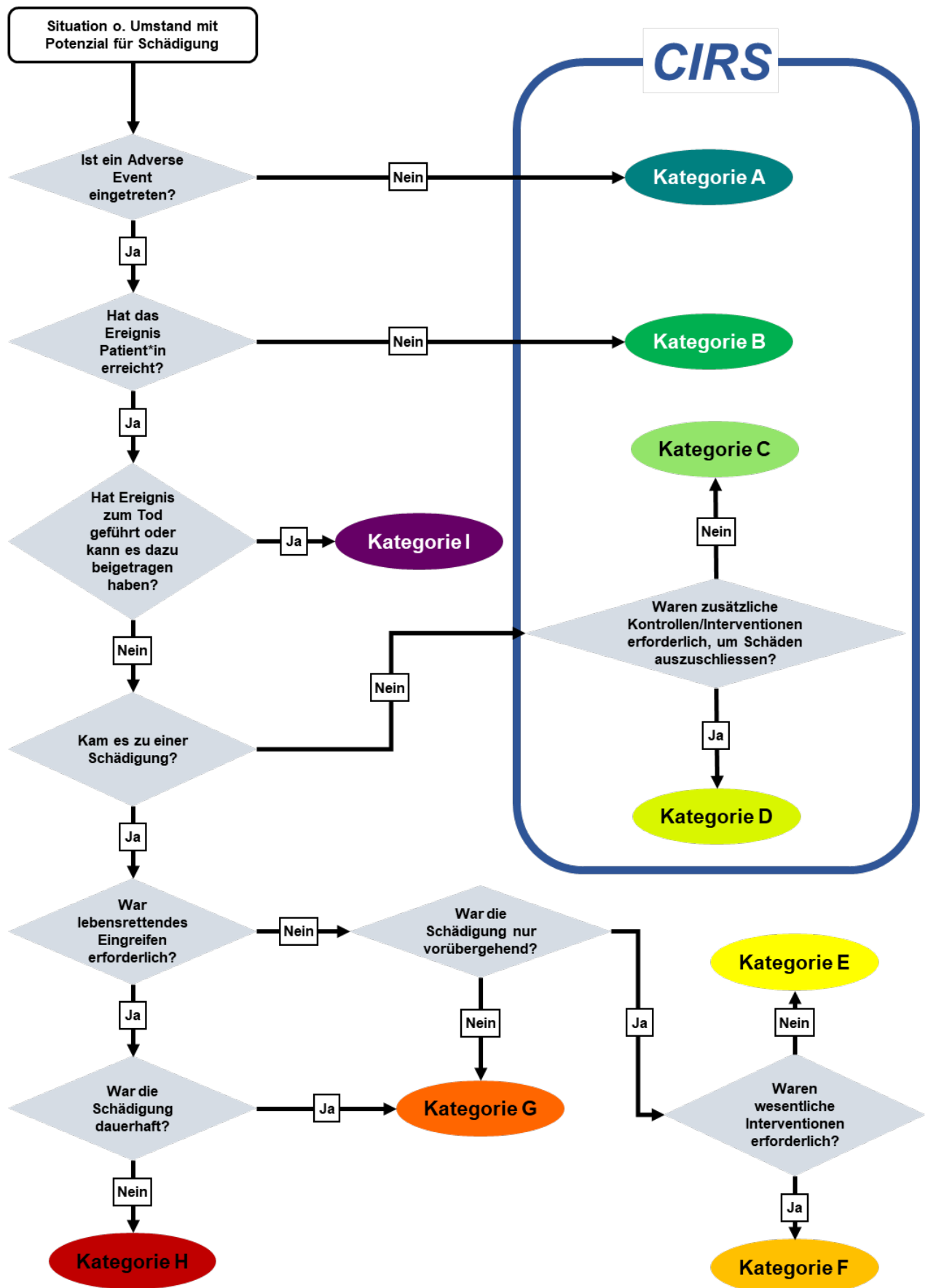
## Kategorisierung von Ereignissen im Rahmen einer klinischen Behandlung

Modifiziert n. «NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors.»  
2001 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

<b>I</b> Ereignis, das zum Tod des Patienten/der Patientin geführt hat oder beigetragen haben kann.	<b>H</b> Ereignis, das lebensrettendes Eingreifen erforderte. Eingriffe, die zur Erhaltung des Lebens erforderlich sind, umfassen «kardiovaskuläre und/oder respiratorische Unterstützung (z. B. CPR, Defibrillation, Intubation)».	Schwerwiegender Schaden oder Todesfolge
<b>G</b> Ereignis, das zu einer dauerhaften Schädigung geführt hat oder beigetragen haben kann. Permanenter Schaden ist definiert als «Schaden, der länger als 6 Monate andauert oder bei dem das endgültige Outcome noch nicht bekannt ist (follow up)».	<b>F</b> Ereignis, das zu einer vorübergehenden Schädigung geführt hat oder beigetragen haben kann und eine wesentliche Intervention notwendig gemacht hat. Eine wesentliche Intervention ist definiert als «eine Intervention zur Linderung von Symptomen, die lebensbedrohlich sein können, wenn sie nicht behandelt werden».	Schwerwiegender Schaden oder Todesfolge
<b>E</b> Ereignis, das zu einer vorübergehenden Schädigung geführt hat oder beigetragen haben kann, bei dem jedoch keine wesentliche Intervention erforderlich war. Eine wesentliche Intervention ist definiert als «eine Intervention zur Linderung von Symptomen, die lebensbedrohlich sein können, wenn sie nicht behandelt werden».		Leichter Schaden
<b>D</b> Ereignis, das Kontrollen und/oder Interventionen erforderte, um Schaden auszuschliessen. Kontrolle ist definiert als «Beobachtung oder Aufzeichnung physiologischer oder psychologischer Zeichen». Intervention ist definiert als «Änderung der Therapie oder aktive medizinische/chirurgische Behandlung».		Leichter Schaden
<b>C</b> Ereignis, das Patienten/Patientin erreichte, aber keinen Schaden verursachte. Schaden ist definiert als «jede Verletzung oder Gesundheitsschädigung einer Person, die zusätzliche medizinische Versorgung benötigt, einschließlich vorübergehender und dauerhafter Verletzungen».		Ereignis ohne Schaden
<b>B</b> Ereignis, das den Patienten/die Patientin nicht erreicht hat.		Ereignis ohne Schaden
<b>A</b> Situationen, die ein unerwünschtes Ereignis verursachen können.		Unsicherer Zustand oder «Near Miss»

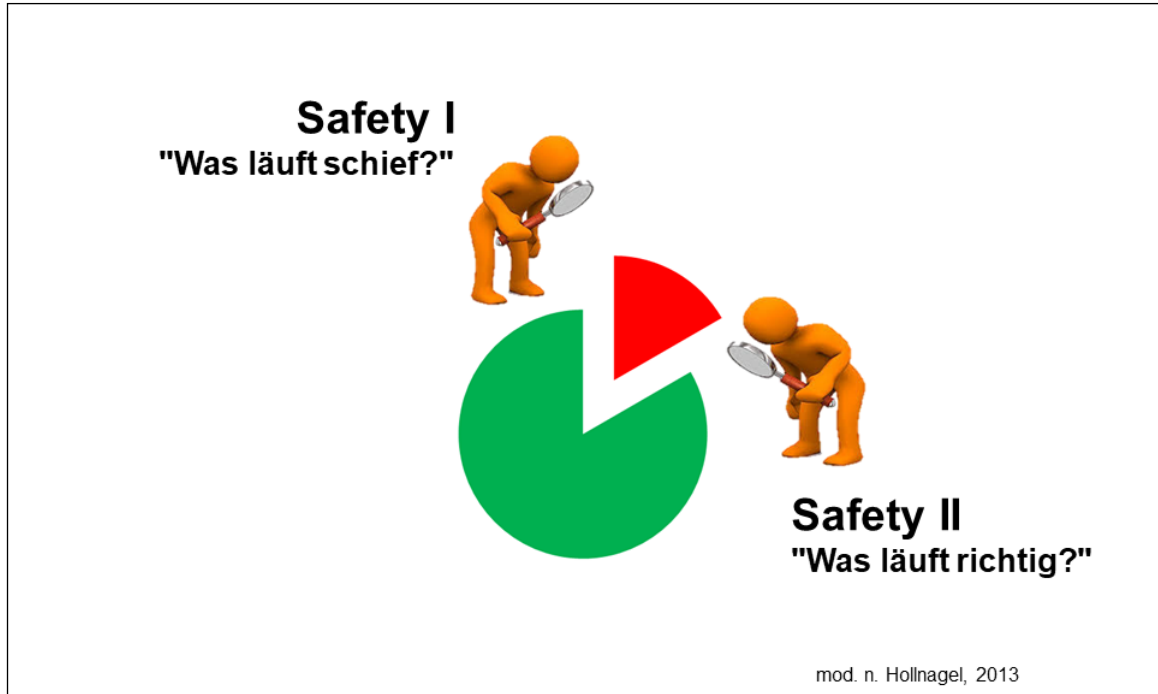


# Entscheidungshilfe



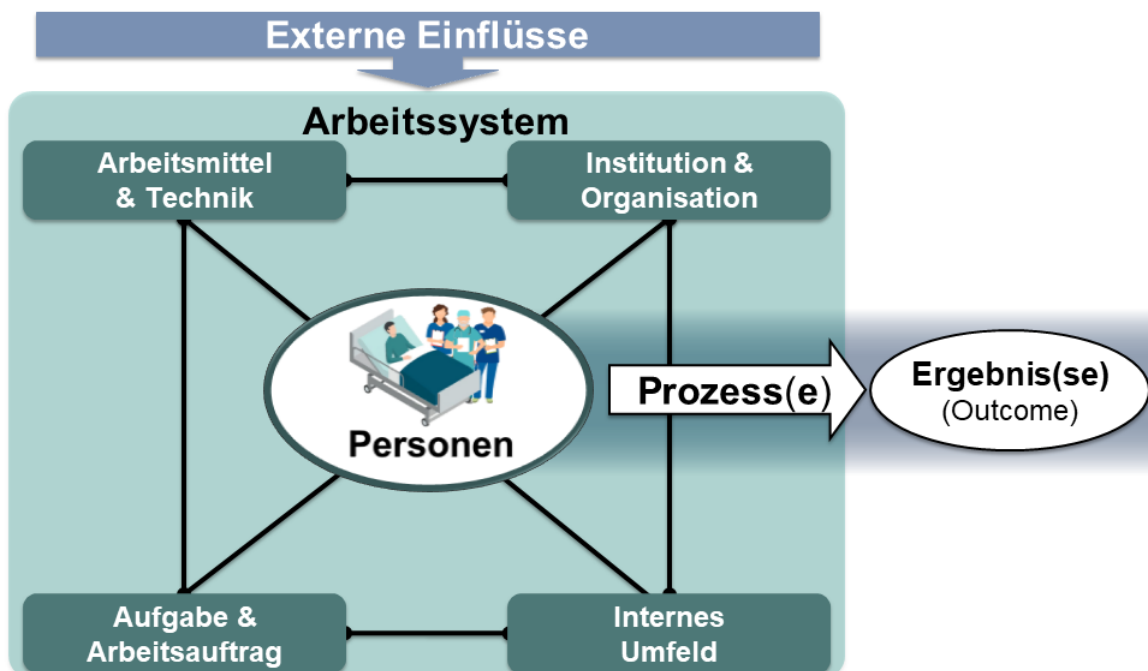
## Anhang 2

### Gedanke von Safety I und Safety II



© Stiftung Patientensicherheit Schweiz

### In Anlehnung an das SEIPS-Modell [18]



\* Systems Engineering Initiative for Patient Safety (Version 2.0)

© Stiftung Patientensicherheit Schweiz

## Anhang 3

### Mögliche, nicht-ärztliche, berufsspezifische Problemfelder

*Die Listen sind nicht abschliessend.*

#### **Medizinische Praxisassistent/-innen (MPA):**

- Ein Notfallpatientin oder ein Notfallpatient wird am Telefon von der MPA nicht als solcher erkannt.
- Der Notfallkoffer, das Notfallmaterial ist unvollständig oder die Medikamente sind abgelaufen.
- Die Patientendokumentation ist fehlerhaft, falsch zugeordnet oder unvollständig.
- Die Patientin oder der Patient wird nicht ausreichend nach einer therapeutischen Massnahme überwacht (Bsp. Desensibilisierung/Eiseninfusion).
- Laborproben werden verwechselt.
- Messgeräte werden nicht standardgemäss gewartet.
- Verwechslungen beim Impfprozedere
- Ein abgelaufenes Medikament oder ein Medikament mit falscher Dosierung werden abgegeben.
- Fehler bei der Medikamentenlagerung: Kühlkette nicht eingehalten.

#### **Ergotherapie**

- Stürze während der Behandlung
- Unfälle, Verletzungen während der Behandlung (Werkzeuge, Material)
- Fehlerhafte Verordnungen (falsche Diagnose führt zu falschem Behandlungsansatz)
- Unpassend gewählter Behandlungsansatz
- Therapeutin oder Therapeut ist nicht informiert über Medikamente (Medikamentenstopp, Wechsel eines Medikamentes)
- Fehlende oder falsche Informationen an Schnittstellen (Übergaben, stationär – ambulant)
- Doppelbehandlungen ohne Wissen der Therapeutinnen oder Therapeuten voneinander
- Inkorrekte Schienenversorgung (Folgen auf den Heilungsprozess und das Ergebnis)
- Therapiematerial ist nicht zufriedenstellend gewartet.
- Therapieabbrüche aus diversen Gründen
- Die Klientendokumentation ist fehlerhaft, falsch zugeordnet oder unvollständig (Unterlagen werden verwechselt, Kopien an falsche Empfänger, etc.)
- Datenschutz gegenüber weiteren Personen wird nicht gewährleistet

#### **Physiotherapie**

- Keine oder ungenügende Diagnose auf Verordnung
- Komorbiditäten/Medikation/Unverträglichkeiten fehlen auf Verordnung.
- Nicht (zeitnahes) Feedback über risikoreiches Patientenverhalten / Medikamenteneinnahme, respektive Nichteinnahme / Überbelastung/Differentialdiagnose an zuweisende Ärztinnen und Ärzte
- Vernachlässigte Sturz- und Verletzungsrisiken der Praxisinfrastruktur
- Kein Feedback über bisher negative physiotherapeutische Behandlungseffekte
- Unzureichende Wartung der Behandlungsgeräte
- Nicht eingehaltene Sicherheitseinstellungen an Trainingsgeräten
- Fehlerhafte / unvollständige Patientendokumentation bei Therapeutenwechsel
- Nicht gewährleiteter Datenschutz gegenüber «non Health Professionals»

Missverständnisse durch «nicht die zutreffende Patientensprache oder der anderen Professionssprache» Beispiel:

- «Krafttraining nicht erlaubt.» Wird mit Aktivitäten wie Heimprogramm, Stabilisation, Koordination, Gleichgewichtstraining, Ausdauer, Ausdauerkraft etc. gleichgesetzt, weshalb nicht zweckmässige, passive Therapiemassnahmen eingefordert werden.
- «Ruhen Sie viel aus.», «Liegen Sie viel.» Bringt Widerspruch zu aktiver Physiotherapie mit sich.
- «Das ist entzündet.» Wird als «nicht normal» interpretiert und begünstigt fear avoidance behaviour.
- «Sie haben Arthrose.» Wird als «bedrohliche Krankheit» statt altersgemäss misuse, disuse verstanden und begünstigt fear avoidance behaviour.
- «Nach dieser OP sind Sie rasch wieder auf den Beinen». Mehr als 2-3 Tagen Schmerzen, Schwellung und Bewegungseinschränkung verursacht Angst vor Komplikationen aus.

## Anhang 4

### Kognitive Verzerrungen [26]

#### **Verfügbarkeitsheuristik (availability bias)**

Die Leichtigkeit, mit der Inhalte erinnert werden, hat einen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit des Auftretens. Inhalte, mit denen wir uns regelmässig beschäftigen, werden also schneller aus dem Gedächtnis abgerufen, unabhängig davon, ob sie tatsächlich wahrscheinlicher auftreten. Das kann zum Beispiel in der Diagnostik eine Rolle spielen.

#### **Bestätigungsfehler (confirmation bias)**

Wir nehmen Informationen eher wahr, die unsere bestehenden Vorstellungen bestätigen, und tendieren dazu, Informationen zu übersehen, die unseren Erwartungen widersprechen. Triage-Brille (triage cueing) Triage, die Zuteilung der Patientinnen und Patienten nach Krankheitsbild und Zustand, kommt zum Beispiel in der Notfallaufnahme oft vor. Sobald eine Patientin oder ein Patient in einer bestimmten Abteilung landet, wird sie oder er in erster Linie durch diese «Brille» betrachtet.

#### **Yin-yang-Aufgabe (yin-yang out)**

Wenn schon sehr viele diagnostische Interventionen gemacht wurden, besteht die Tendenz, bereits vor einem befriedigenden Ergebnis aufzugeben.

#### **Zebra-Rückzug (zebra retreat)**

Seltene Differentialdiagnosen werden nicht weiterverfolgt, weil man keine Ressourcen (Zeit und Geld) verschwenden will, nicht als realitätsfremd angesehen werden möchte, man gerade keinen Zugang zu Spezialistinnen und Spezialisten hat (z. B. am Wochenende) oder wegen Müdigkeit oder Ablenkung.

#### **Mitläufer-Effekt (bandwagon effect)**

Gewisse Dinge werden geglaubt oder getan, nur weil andere sie glauben oder tun. Beispielsweise treffen beim sogenannten «Gruppendenken» kompetente Personen schlechtere Entscheidungen, weil jede Person ihre Meinung an die vermeintliche Gruppenmeinung anpasst.

#### **Momentum-Effekt (diagnosis momentum)**

Hypothesen verfestigen sich schleichend zur Diagnose, weil alle darüber sprechen und die Diagnosen annehmen. Irgendwann fällt die Differentialdiagnostik weg.

#### **Kommissionsfehler (commission bias)**

Es besteht die Einstellung, dass nur durch Interventionen das Wohl der Patientin oder des Patienten aufrechterhalten werden kann (siehe «Quartäre Prävention»).

#### **Unterlassungsfehler (omission bias)**

Schlechte Ergebnisse, die aufgrund eines natürlichen Verlaufs entstanden sind, sind akzeptierter als solche, die durch medizinisches Eingreifen entstanden sind. Deshalb ist man manchmal geneigt, im Zweifelsfall nichts zu machen. Unterlassungsfehler sind häufiger als Kommissionsfehler.