

# CIRS (critical incident reporting system)

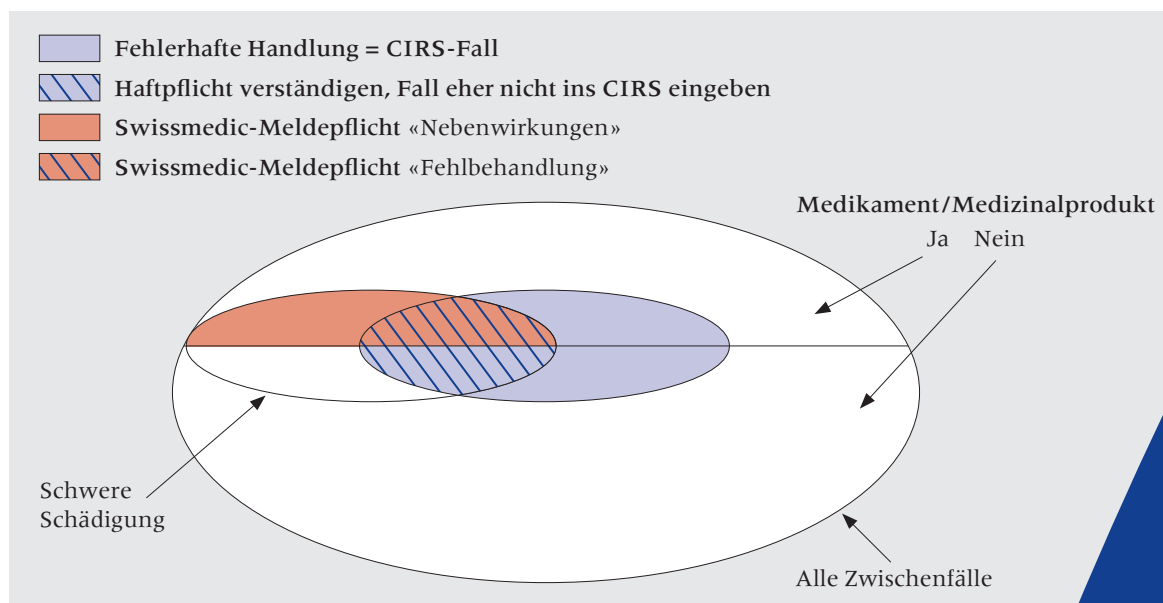
## Aus Fehlern lernen – ein Konzept für die Praxis

CIRS-Systeme dienen dazu, Risiken, Fehler und kritische Ereignisse zu erkennen und deren auslösende Faktoren zu erforschen. Dies dient der Patientensicherheit und ist ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der Medizin. Zwischenfälle passieren überall, wo gearbeitet wird. Mit einer «Root Cause Analysis» (Wo nahm der Zwischenfall seinen Anfang?) soll die Ursache des oftmals vielschichtig begründeten Zwischenfalls erörtert werden. Es soll geprüft werden, wie das Sicherheitsdispositiv verbessert werden kann, und welche Sicherheitsmassnahmen ergriffen werden müssen. Das Ziel ist, potenzielle oder entstandene Fehler sowie Schwachstellen in komplexen Arbeitsprozessen aufzudecken, bewusst zu machen und ähnliche Zwischenfälle in Zukunft zu vermeiden. Andere sollen daraus lernen können im Sinne einer Sicherheits- und Lernkultur. Meldungen müssen anonym erfolgen und die Meldung eines Falls in ein CIRS-System muss freiwillig sein.

### Ist ein Zwischenfall aufgetreten, so gilt es primär, die folgenden drei Fragen zu erörtern:

- Ist eine relevante und möglicherweise bleibende **Schädigung eines Patienten** aufgetreten? Wenn ja, muss die Haftpflichtversicherung benachrichtigt werden. Diese Fälle werden nicht in die CIRS Datenbank eingetragen.
- Handelt es sich um einen **meldepflichtigen** Fall? Unabhängig davon, ob eine fehlerhafte Handlung stattgefunden hat oder nicht, muss ein Zwischenfall an Swissmedic gemeldet werden, wenn a) ein Medikament oder Medizinprodukt im Spiel war und b) eine schwerwiegende Patientenschädigung erfolgte<sup>1</sup>. Solche unerwünschten Wirkungen müssen innert 15 Tagen nach Kenntnis gemeldet werden (siehe Figur 1).

**Figur 1: Einteilung der Zwischenfälle**



<sup>1</sup> D.h. der Zwischenfall führte zum Tode eines Patienten, war lebensbedrohend, führte zu einer Hospitalisation oder verlängerte eine solche, führte zu schweren oder bleibenden Schäden, oder der Zwischenfall war als medizinisch wichtig zu beurteilen (d.h. ohne rechtzeitige Intervention hätte eine der oben erwähnten Situationen eintreten können). Meldefrist für nicht-schwerwiegende Ereignisse 60 Tage.

- Könnte sich ein derartiger Zwischenfall potenziell wiederholen? Dann gilt es, den möglichen **Rayon** abzuschätzen: a) nur in der eigenen Praxis, b) nur in der engeren Region, oder c) überregional. Ist der Zwischenfall nur in der eigenen Praxis denkbar, muss der Fall im Team besprochen werden. Ist der Zwischenfall lediglich in der eigenen Region vorstellbar, so soll er im Qualitätszirkel (QZ) thematisiert werden. Könnte sich ein ähnlicher Fall überall ereignen, so gehört dieser in die anonyme Datenbank der SGAIM ([www.forum-hausarztmedizin.ch](http://www.forum-hausarztmedizin.ch)). Letzteres macht aber die Besprechung in der Praxis und eventuell im QZ nicht unnötig.

Im Rahmen einer positiven Fehlerkultur dürfen keine Schuldzuweisungen erfolgen. Zwischenfälle in der Patientenversorgung geschehen in allen Bereichen und auf allen Ebenen. Selten entstehen sie nur durch eine einzige Fehlhandlung. Meistens führt eine Verkettung kleinerer fehlerhafter Ereignisse, die nicht erkannt werden, zur Manifestation des Zwischenfalls. Für eine erfolgreiche Implementierung von Sicherheitsmassnahmen ist eine positive Einstellung zu einer Sicherheits- und Verantwortungskultur in der Praxis erforderlich. Besonderes Augenmerk soll dabei auf die Abläufe der Patientenversorgung und die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachleuten gelegt werden. Wenn ein Mitarbeiter bemerkt, dass ein bestimmter Arbeitsschritt kontraintuitiv abläuft und sich damit fehleranfällig zeigt, so ist im Team zu besprechen, wie man den Ablauf verbessern könnte.

Ist ein Zwischenfall passiert, so gibt es oftmals nicht nur den geschädigten Patienten, das «erste Opfer», sondern – und das vor allem bei schwerer wiegenden Verläufen – die «verursachende» Gesundheitsfachperson, das «zweite Opfer». Dies gilt es anzuerkennen und diese Mitarbeitenden sind durch das Team entsprechend zu unterstützen, allenfalls auch mittels Hilfe von aussen.

Was muss die einzelne Praxis konkret tun? In der Team-Sitzung gilt es, eine positive Sicherheits- und Vertrauenskultur zu etablieren. Es soll besprochen werden, wie die Mitarbeiter damit umgehen sollen, wenn sie selbst eine fehlerhafte Handlung begangen haben, oder wie, wenn sie bemerken, dass dies bei einem Mitarbeitenden der Fall war. Die ärztlichen Mitarbeiter sind zur Teilnahme in einem QZ zu ermuntern, die MPA ebenfalls – falls ein QZ vorhanden ist. Mindestens ein ärztlicher Mitarbeiter soll sich als CIRS-Verantwortlicher der Praxis ein Login für das CIRS-System der SGAIM ([www.forum-hausarztmedizin.ch](http://www.forum-hausarztmedizin.ch)) verschaffen und dort periodisch die geschilderten Fälle sichten. Dies ist von Bedeutung im Hinblick auf das Verbesserungspotenzial in der eigenen Praxis.

November 2020

*Dr. med. Markus Gnädinger, Steinach, SGAIM*  
*Dr. med. Dominique Gut, Luzern, pädiatrie schweiz*