

# CIRS - Ein Jahr Erfahrung in der HNO-Univ.-Klinik Freiburg

**M. Lörscher, C. Löffler** - Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Freiburg. Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. R. Laszig

## Einleitung

In komplexen Arbeitsabläufen wie der Versorgung von Krankenhauspatienten können Fehler geschehen die das Patientenwohl gefährden. Zur Prävention dieser Fehler hat das Thema Patientensicherheit in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Neben dem Qualitätsmanagement stellt ein Critical Incident Reporting System (CIRS) ein Werkzeug zur Verbesserung der Patientensicherheit dar. Zu der seit 2014 gesetzlich festgelegten Notwendigkeit ist ein CIRS auch in Hinblick auf Versicherbarkeit und Vergütung von Krankenhausleistungen von Bedeutung.

Im Rahmen der Analyse eingegangener CIRS-Meldungen werden Risiken und Fehler identifiziert sowie bewertet. Hieraus werden Maßnahmen abgeleitet die das erneute Eintreten eines unerwünschten Ereignisses vermeiden helfen. Regelmäßige Information aller Mitarbeiter über identifizierte Risiken und aus dem CIRS abgeleitete Maßnahmen sollen, ebenso wie Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, zu einer konstruktiven Fehlerkultur beitragen - und zur Nutzung des CIRS animieren.

## Methode

Im Rahmen eines Pilotprojekts am Universitätsklinikum Freiburg wurde 2013 allen Mitarbeitern der HNO-Klinik das EDV-basierte, klinikumseigene CIRS vorgestellt und über Ziele und Nutzen informiert. Berichtet werden sollen unerwünschte Ereignisse, die im Rahmen der Patientenversorgung auftreten sowie mögliche gesundheitliche Gefährdungen für Patienten. Die Nutzung ist freiwillig, eine Meldung kann namentlich oder vollständig anonym erfolgen. Neben der Beschreibung von Ereignis und Folgen kann sich der Meldende auch zu möglichen Ursachen und Verbesserungsvorschlägen äußern.

Analysiert wurden alle Meldungen, die in den ersten zwölf Monaten nach Einführung des CIRS in unserer Klinik eingingen. Nach einer Risikobewertung erfolgte die Ableitung von Maßnahmen.

## Ergebnisse

Insgesamt gingen 17 Meldungen ein. In 13 (76%) Fällen wurde freiwillig der Name des Melders angegeben, vier (24%) Fälle wurden anonym gemeldet (Abb. 1). Bezogen auf die Berufsgruppen erfolgten neun (53%) Meldungen durch Mitarbeiter der Pflege, sechs (35%) durch Ärzte und jeweils eine (6%) Meldung durch Mitarbeiter eines anderen Bereiches bzw. ohne Angabe. 14 (82%) Meldungen bezogen sich auf Vorkommnisse die sich auf einer Station zutrugen, jeweils eine (6%) Meldung auf Ereignisse in der Ambulanz, im Operationsbereich sowie in

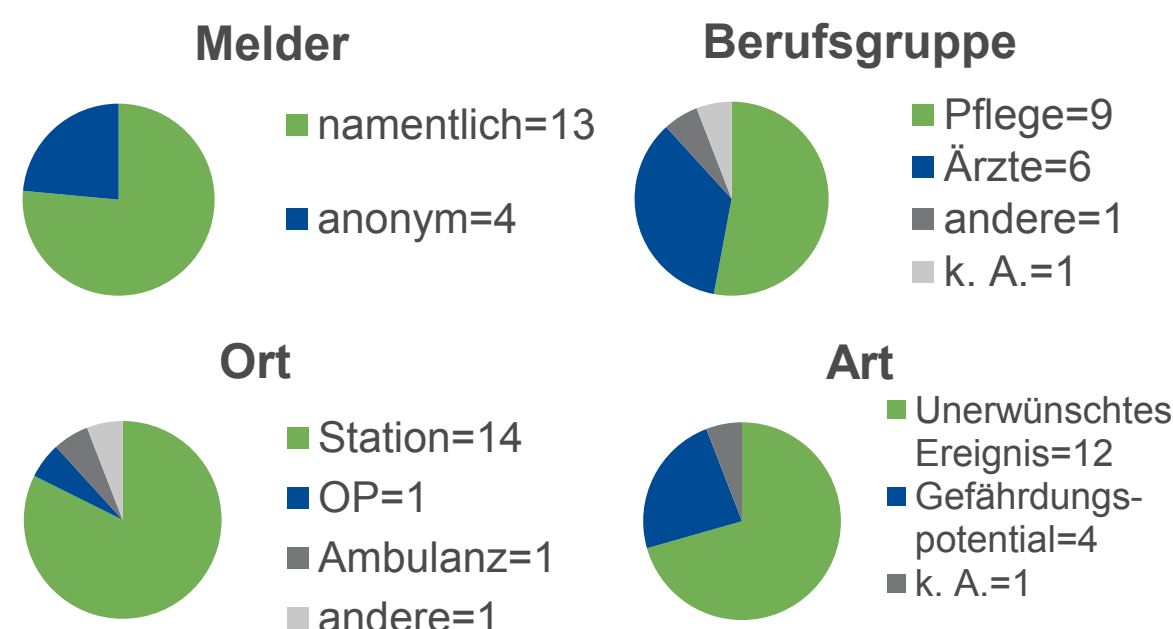


Abb. 1: Angaben und Verteilung bzgl. Melder, meldender Berufsgruppe, Ort und Art des Ereignisses

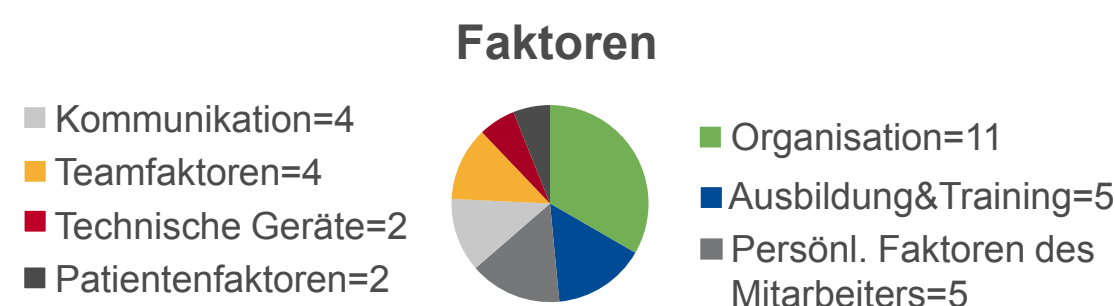


Abb. 2: Fehlerbegünstigende Faktoren

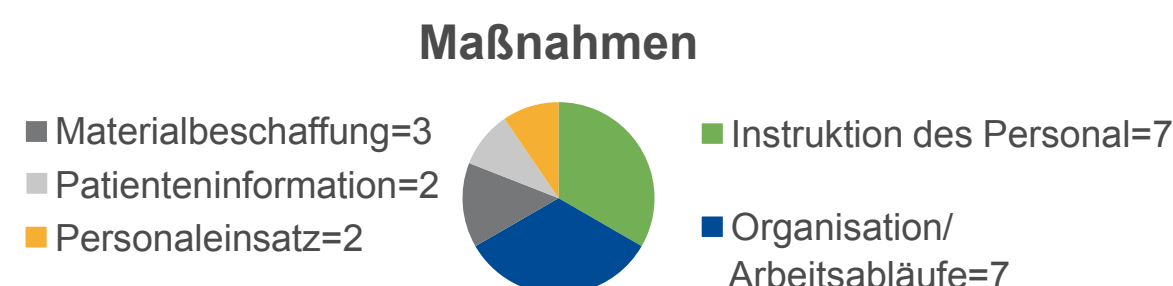


Abb. 3: Abgeleitete Maßnahmen

einem anderen Bereich. Zwölf (71%) Mal wurde ein unerwünschtes Ereignis, vier Mal (24%) ein Gefährdungspotential gemeldet, ein Fall war diesen Kategorien nicht zuzuordnen.

Die Ursachenanalyse ergab meist mehrere fehlerbegünstigende Faktoren und Vorgänge die einem Gefährdungspotential bzw. einem unerwünschten Ereignis zugrunde lagen (Abb. 2). Elf Mal wurden Faktoren organisatorischer Art identifiziert, je fünf Mal in den Bereichen Ausbildung & Training sowie Persönliche Faktoren des Mitarbeiters, jeweils vier Mal in den Bereichen Kommunikation sowie Teamfaktoren und in je zwei Fällen waren Patienten sowie technische Geräte ursächlich beteiligt. Aus den 17 Meldungen wurden 21 Maßnahmen abgeleitet (Abb. 3): In sieben Fällen wurde das entsprechende Personal instruiert, weitere sieben Mal erfolgte eine Anpassung von Organisations- und Arbeitsabläufen, drei Mal die Anschaffung von Material und in je zwei Fällen wurden der Personaleinsatz umstrukturiert sowie Patienteninformationen verfasst.

## Diskussion

Die Mehrzahl der Meldungen (71%) bezog sich auf stattgehabte, unerwünschte Ereignisse. Schwerpunkt waren Vorkommnisse auf den Stationen (82%). Erfreulich ist der hohe Anteil (76%) namentlicher Meldungen als Zeichen einer positiven Fehlerkultur. Die Analyse bestätigt, dass Fehlern häufig multifaktorielle Ursachen zugrunde liegen. Pro Meldung wurden durchschnittlich 1,24 Maßnahmen veranlasst.

## Schlussfolgerung

CIRS ist ein Instrument zur Identifikation und Behebung gefährdender Vorgänge und trägt so dazu bei die Patientensicherheit zu erhöhen. Förderlich ist eine konstruktive Fehlerkultur mit Akzeptanz und aktiver Beteiligung aller Mitarbeiter.

## Literatur

§ 137 Abs. 1d Sozialgesetzbuch V  
Merkle, Walter: Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus

## Korrespondenzadresse

Dr. med. Matthias Lörscher  
Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Killianstraße 5  
79106 Freiburg im Breisgau  
matthias.loerscher@uniklinik-freiburg.de