

**Krankenhäuser als Hochrisiko- und Hochsicherheitsorganisationen:
Herausforderungen bei Etablierung einer Sicherheitskultur am Beispiel von
Fehlerberichtssystemen**

Artikel in Sammelband

zur Veröffentlichung angenommen

Bohnet-Joschko S (2015): Krankenhäuser als Hochrisiko- und Hochsicherheitsorganisationen: Herausforderungen bei Etablierung einer Sicherheitskultur am Beispiel von Fehlerberichtssystemen, in: Becker A (Hrsg.), Reader Risikomanagement im Krankenhaus, Mediengruppe Oberfranken, Kulmbach, S. 169-182

Verfügbar unter: <http://www.uni-wh.de/MIG>

The finale Version dieses Beitrags ist im Sammelband „Reader Risikomanagement im Krankenhaus“ erschienen, veröffentlicht unter ISBN „978-3-945695-33-3“

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko

Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen

Universität Witten/Herdecke (UW/H)

Alfred-Herrhausen-Straße 50

D-58448 Witten, Deutschland

Tel.: +49 2302 / 926-505

E-Mail: Sabine.Bohnet-Joschko@uni-wh.de

Krankenhäuser als Hochrisiko- und Hochsicherheitsorganisationen:
Herausforderungen bei Etablierung einer Sicherheitskultur am Beispiel von Fehlerberichtssystemen
Sabine Bohnet-Joschko
Fakultät für Wirtschaftswissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Juli 2015

Krankenhäuser als Hochrisiko- und Hochsicherheitsorganisationen: Herausforderungen bei Etablierung einer Sicherheitskultur am Beispiel von Fehlerberichtssystemen

UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE IM KRANKENHAUS

„To Err is Human“ betitelt das Institute for Medicine vor 15 Jahren eine bahnbrechende Veröffentlichung zu den Folgen medizinischer Behandlungsfehler und legte eine Hochrechnung vor, der zufolge in US-amerikanischen Krankenhäusern jährlich bis zu 98.000 Patienten ihr Leben in Folge eines vermeidbaren medizinischen Behandlungsfehlers verlieren (Kohn et al., 2000). Weitere Studien zur Häufigkeit von (vermeidbar) unerwünschten Ereignissen und Schäden in der klinischen Versorgung zeigen, dass es sich hierbei nicht um ein gesundheitssystemspezifisches, sondern vielmehr ein weltweites Problem handelt (de Vries et al., 2008; Vincent, 2010) (vgl. Tabelle 1). Die Zahl der vermeidbaren Todesfälle in deutschen Krankenhäusern wurde auf Basis einer Metastudie von Experten des Aktionsbündnis Patientensicherheit auf 17.000 pro Jahr geschätzt (Schrappe et al., 2007).

FEHLERBERICHTSSYSTEME (CIRS) IN DER LERNENDEN ORGANISATION

Vor diesem Hintergrund haben Krankenhäuser in Deutschland in den vergangenen Jahren verstärkt Instrumente des klinischen Qualitäts- und Risikomanagements eingeführt (Bohnet-Joschko et al., 2011). Ziel war es, das Auftreten von kritischen Ereignissen, Fehlern und Beinahe-Schäden sowie die damit verbundenen Risiken und Schäden für Patienten, Mitarbeiter und Organisation zu vermindern. Beispiele dafür sind Beschwerdemanagement, Sturzregister, Mitarbeiter- und Patientenbefragungen, interdisziplinäre Patientenkonferenzen oder Audits.

Dem Einsatz von innerbetrieblichen Berichts- und Lernsystemen zur Meldung von kritischen Ereignissen, Fehlern und Beinahe-Schäden im Versorgungsalltag (Critical Incident Reporting System, CIRS) kommt hier eine besondere Bedeutung zu (Hübler et al., 2007; Staender et al., 2000; Bohnet-Joschko, 2010). Durch die Generierung, Bewertung und Analyse von Meldungen zu kritischen Ereignissen wie Behandlungsfehlern oder Stürzen wie auch die Etablierung und Integration der daraus folgenden Risikoabwehrmaßnahmen in interne Versorgungsabläufe kann es Krankenhäusern gelingen, Wissen ihrer Mitarbeiter über Risiken in der Versorgung zu registrieren, zu nutzen und zu bewahren (Hofinger, 2010; Mahajan, 2010; Merry, 2008).

Der organisationale Lernprozess wird durch CIRS sehr gut unterstützt, weil sich die geschilderten Ereignisse auf erlebtes Verhalten beziehen und der jeweilige Berichterstatter direkt in den Erlebnisprozess involviert war. Ein kritisches Ereignis, das heißt ein Schaden oder Beinah-Schaden für den Patienten, generiert hier Erkenntnis und den Impuls zur Weitergabe spezifischen Risikowissens. In einem stark intrinsisch motivierten Umfeld wie dem Gesundheitswesen (Wilkesmann et al., 2007) ist es auf diese Weise möglich, das Wissen der Ärzteschaft und Pflegenden über innerbetriebliche Risikokonstellationen und Gefahrenquellen strukturiert zu erfassen sowie innerhalb der Organisation zur Risikoverminderung zu nutzen und zu bewahren. Auf diese Weise bieten CIRS enorme Lernpotenziale für das Risikomanagement der Krankenhäuser (Bohnet-Joschko und Zippel, 2011; Short et al., 1996).

CIRS basieren ursprünglich auf der Mitte des vergangenen Jahrhunderts für die militärische Luftfahrtindustrie entwickelten Critical Incident Technique zur Erfassung und Auswertung von kritisch wahrgenommenen Ereignissen bei Piloten (Flanagan, 1954) und dem seit den 1970er Jahren erfolgreich eingeführten Air Safety Reporting System zur anonymen Berichterstattung und Auswertung von kritischen Ereignissen im Luftverkehr (ASRS) (asrs.arc.nasa.gov). Hierauf aufbauend wurde das Verfahren an die organisationalen und strukturellen Besonderheiten des Gesundheits- und Krankensektors angepasst und Mitte der 1990er Jahre erstmals in einer stationären Gesundheitseinrichtung im Bereich der Anästhesiologie eingeführt und erprobt (Staender et al., 2000). Der grundlegende Ansatz, ausgehend von einer narrativen Beschreibung ausgewählter Ereignisse durch die Beteiligten selbst diese dann aufzuarbeiten, sie zu bewerten, zu analysieren und daraus geeignete Maßnahmen für die Organisation abzuleiten, ist jedoch erhalten geblieben.

Ihr Lernpotential schöpfen CIRS aus dem methodischen Ansatz des Storytellings. Indem Mitarbeiter freiwillig und individuell eine kleine Geschichte über ein kritisches Ereignis aus ihrem Erfahrungsbereich berichten, wird ihr Wissen über sicherheitsrelevante Prozesse expliziert und somit für das Lernen innerhalb der Organisation verfügbar und nutzbar gemacht (Büssing et al., 2002). Neben einem Ereignisbericht im Freitext erfassen CIRS-Implementierungen im Krankenhaus auch verschiedene strukturierte Informationen etwa zu Zeit, Ort/Fachbereich und Patientenzustand sowie konkrete Verbesserungsvorschläge zur Risikovermeidung. Auf diese Weise bildet jede Meldung den Startpunkt einer Wissensspirale (Nonaka und Takeuchi, 1995) und stößt einen Managementprozess in der Organisation an: Nach Eingang wird die Meldung an ein interdisziplinär zusammengesetztes Team weitergeleitet, dessen Mitglieder (zum Beispiel leitender Arzt, Pflegekraft, Hygienebeauftragter, Apotheker, Medizintechniker) ihr spezifisches Fach- und Erfahrungswissen in die Risikobewertung und -analyse einbringen und daraus Empfehlungen zur Prozessoptimierung entwickeln.

Risikomanagementsysteme nutzen Berichte zu kritischen Ereignissen aus einer System-Perspektive: Demnach sind Fehlerursachen nicht in fehlerhaftem Handeln einzelner Personen, sondern auf einer tiefer liegenden Ebene der Systembedingungen und -eigenschaften zu suchen, die nicht zuletzt auch durch die Entscheidungen und Handlungen der Krankenhausleitung festgelegt und beeinflusst werden. Dabei können etwa die Formulierung der Unternehmensziele oder die Zuteilung von Ressourcen eine wichtige Rolle spielen.

Der derzeitige Kenntnisstand über den Status Quo bei der Einführung von CIRS in deutschen Krankenhäusern stützt sich auf Ergebnisse mehrerer Befragungen, die von der Universität Witten/Herdecke, dem Institut für Pati-

entensicherheit der Universität Bonn und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurden (vgl. Tabelle 2). Im Ergebnis zeigt sich, dass innerhalb weniger Jahre immer mehr Krankenhäuser CIRS eingeführt bzw. dessen Einführung geplant haben (Bohnet-Joschko et al., 2011; Follmann und Färber, 2012; Lauterberg et al., 2012).

Die Studien weisen im zeitlichen Ablauf auf eine rasche Verbreitung des Einsatzes von Fehlerberichtssystemen und ihre Entwicklung zu einem nationalen Standard hin. Trotz dieses raschen Implementierungserfolges – und zwar zu diesem Zeitpunkt ohne rechtliche Verpflichtung und bis heute ohne abschließende Klärung bzgl. der haftungsrechtlichen Relevanz von Fehlerberichten – ist zu bedenken, dass CIRS kein Garant für die Umsetzung eines klinischen Risikomanagements sein können. Kleine Zahlen gemeldeter Ereignisse, eine geringe Beteiligung des Krankenhausmanagements in Gremien des klinischen Risikomanagements und Defizite bei der systematischen Analyse von Risikoursachen sowie der Umsetzung der daraus abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen in einem Qualitätsmanagement-Zyklus können als Indikatoren für Implementierungsschwächen bei der Einführung und Etablierung klinischer Risikomanagementsysteme bzw. einer Sicherheitskultur dienen (Bohnet-Joschko et al. 2011).

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde die Einführung eines klinischen Risikomanagements zur Stärkung der Patienten- und Versorgungssicherheit im Krankenhaus verpflichtend geregelt; Fehlermeldesysteme werden dabei als wesentlicher Part des Risikomanagements beschrieben (Dillschneider et al., 2013). Inzwischen hat der Gemeinsame Bundesausschuss detaillierte Vorgaben zur Umsetzung von Fehlermeldesystemen im Krankenhaus beschlossen. Das Institut für Patientensicherheit führt zurzeit eine Folgerhebung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern durch.

RISIKOMANAGEMENT UND KATASTROPHENFORSCHUNG

Risikante Großtechnologien waren Ausgangspunkt für die sozialwissenschaftliche Risiko- und Katastrophenforschung, die sich dem Management von Risiken durch das Zusammenspiel von Mensch, Technik und Organisation widmet. Nachdem Charles Perrow in seinem Buch „Normale Katastrophen“ die These aufgestellt hatte, dass Unfälle in komplexen technischen Systemen unvermeidlich seien, beschrieben Organisationssoziologen wie Todd LaPorte, Gene Rochlin und Karl Weick einen Typus von Hochsicherheitsorganisationen, die sog. High Reliability Organization, der in der Praxis durchaus gut funktioniere (Krücken und Weyer, 1999). Diese Erkenntnis ermöglicht Forschung und Praxis eine optimistische und proaktive Perspektive auf Organisationen mit dem Ziel, die Sicherheit der Abläufe durch Fokussierung auf Organisationspraktiken und Unternehmenskultur zu verbessern.

High Reliability Organizations zeichnen sich durch ihre Fähigkeit zur Anpassung des Arbeitsmodus an unterschiedliche Anforderungen aus (ebenda): Im *Routinemodus* folgt die Organisation den Standardprozeduren, während im *Hochleistungsmodus* bei Spitzenlasten Entscheidungen dezentralisiert und notwendige Tätigkeiten selbstorganisiert erbracht werden. Im *Notfallmodus* schließlich, und dies ist ein besonderes Merkmal der Hochsicherheitsorganisation, greifen spezielle für den Notfall trainierte Abläufe, in denen Rollen und Aufgaben genau bekannt und eingeübt sind.

Wenn es um die Sicherheitskultur in deutschen Krankenhäusern geht, werden gern Vergleiche zur Luftfahrtindustrie herangezogen, welche bereits seit mehr als fünf Jahrzehnten ein umfassendes Risikomanagement mit einem breiten Instrumenteneinsatz aufgebaut hat. Die Diskrepanz zwischen Todesfällen im zivilen Luftverkehr weltweit (in 2014: 970) und geschätzten Todesfällen durch unerwünschte Ereignisse allein in deutschen Krankenhäusern lässt Strategien der Luftfahrtunternehmen als attraktive Ansätze zur Erhöhung auch der Patientensicherheit in Gesundheitsorganisationen erscheinen. Abgesehen von gelegentlichen Schätzungen und Hochrechnungen bleiben unerwünschte Ereignisse in Krankenhäusern mit Patientenschäden bis hin zum Tod als Einzelfälle in der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt – auch weil sie sich der Wahrnehmung durch die Medien weniger erschließen als etwa ein Flugzeugabsturz mit zahlreichen Opfern. Insofern kann es nicht wundern, dass die Notwendigkeit eines systematischen Risikomanagements erst nach Bekanntwerden der Dimensionen des Problems in absoluten Zahlen pro Land in den Fokus der Gesundheitspolitik gerückt ist.

Die Etablierung einer Sicherheitskultur ist zugleich Voraussetzung und Ergebnis eines erfolgreichen Risikomanagements. Neben der Identifizierung, Analyse und Bewertung von Risiken sowie der Umsetzung samt Evaluierung von Maßnahmen zur Minderung derselben wird im Zusammenhang mit der High Reliability Organization das Erfordernis einer Bewusstseinsveränderung in der Organisation betont, die darauf vorbereitet ist, dass trotz aller Sicherheits- und Kontrollmechanismen jederzeit unerwartete Risikosituationen auftreten können (Weick, 1987). Weick formuliert einige Grundsätze, die Hochsicherheitsorganisationen auf den täglichen Umgang mit (normalen) kritischen Ereignissen vorbereiten (ebenda), so etwa:

- die Beschäftigung mit Fehlern und Misserfolgen,
- die Ablehnung stark vereinfachender Interpretationen,
- ein Gespür für betriebliche Abläufe,
- den Erhalt der Wachsamkeit in den täglichen Routinen,
- Hochachtung vor Expertise und Wissen jedes Mitarbeiters,
- die Resilienz des Systems bei Störungen, Aufrechterhaltung der Funktionen.

HERAUSFORDERUNGEN BEI DER ETABLIERUNG EINER SICHERHEITSKULTUR IM KRANKENHAUS

Die Einführung von Risikomanagementsystemen, häufig beginnend mit Fehlermeldesystemen, verspricht große Potenziale für die Steigerung der Patientensicherheit. Sie ist allerdings auch mit Herausforderungen verbunden, die es frühzeitig durch die Krankenhausorganisation anzugehen gilt. Einige dieser Herausforderungen sollen im Folgenden kurz angerissen werden.

- **Beschäftigung mit Fehlern:**
Gap zwischen interner und externer Kommunikation

Die Erwartungen an die Sicherheit der Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern sind hoch, Risiken der Gesundheitsversorgung werden von mündigen Patienten und den Medien verstärkt wahrgenommen, insofern sind Fehler mit Patientenschäden inzwischen immer häufiger mindestens regional auch ein Thema für Negativschlagzeilen.

Eine erste Herausforderung für die Führung betrifft daher den spezifischen Umgang der Organisation Krankenhaus mit Fehlern wie auch deren Kommunikation nach innen (Fehlerkultur) und außen (Sicherheitskultur). Lange galten (Behandlungs-) Fehler in der Gesundheitsversorgung als Tabuthema (Haller et al., 2005), sodass kritische Ereignisse – speziell im Vergleich zu anderen Hochrisikobranchen – wenig systematisch dokumentiert und aufgearbeitet wurden (Gaba, 2001). Durch Fehlerberichtssysteme, in die kritische Ereignisse auch anonym gemeldet werden können, soll der von James Reason als „Culture of Blame“ beschriebene Umgang mit Fehlern mindestens intraorganisational aufgebrochen werden. Dabei wird nicht fokussiert, wer einen Fehler gemacht hat, sondern warum und wie dieser Fehler in der Organisation passieren konnte. Unfälle werden also nicht als Ergebnis einzelner unsicherer Handlungen verstanden, sondern entstehen als Produkt mehrerer Faktoren und erst bei Ausfall organisationaler Sicherheitsbarrieren und Abwehrmechanismen wie zum Beispiel einem Pflegestandard oder einer OP-Checkliste. Fehler und Gegenmaßnahmen können in dieser Perspektive nicht isoliert betrachtet werden, sondern sind daraufhin zu prüfen, ob sie sich gegenseitig bedingen oder ob ein systemimmanenter Fehler Auslöser für weitere Fehler ist oder sein wird. Eine daraus abgeleitete höhere Risikotransparenz kann intern zu einer offeneren Kommunikations- und Fehlerkultur, zu einem lösungsfördernden Gruppenklima und so zu einer höheren CIRS-Beteiligung führen.

Bei der externen Kommunikation von Behandlungsfehlern ergeben sich dagegen viele Unsicherheiten, nicht zuletzt in Bezug auf organisationale und individuelle Haftungsfragen. In den letzten Jahren ist hier ein vorsichtiger Wandel festzustellen. Welche Maßnahmen ergriffen werden können, damit Mitarbeiter auch nach Zwischenfällen professionell und angemessen gegenüber betroffenen Patienten und Angehörigen reagieren, zeigt eine von Aktionsbündnis Patientensicherheit veröffentlichte Broschüre mit dem Titel „Reden ist Gold: Kommunikation nach einem Zwischenfall“ (www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de). Diese enthält unter anderem eine Checkliste sowie Informationen zur aktuellen Rechtslage. Abseits der direkten Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen bleiben Fehler und Patientenschäden ein Imagerisiko und stellen die Krankenhausführung vor die Herausforderung, intern Offenheit und Transparenz zu fordern und zu unterstützen, während sie in der Außenkommunikation auch weiterhin einer „Culture of Blame“ gegenüber stehen.

- **Ablehnung stark vereinfachender Interpretationen:**

Schnelle oder gründliche Problemlösung?

Durch die Einführung von Fehlerberichtssystemen wurde eine Möglichkeit zur Identifizierung von Risiken in der Organisation geschaffen, die in den Krankenhäusern mehr oder weniger intensiv genutzt wird. Was aber geschieht, nachdem Risiken identifiziert wurden – werden schnelle oder gründliche Lösungen gesucht? Studienergebnisse zeigen, dass gängige Verfahren zur standardisierten Risikoanalyse wie etwa Fehler-Möglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA), London Protokoll oder Root-Cause-Analyse kaum genutzt werden. Eine gründliche Risikoanalyse ist ausgesprochen zeitintensiv und wird daher nur in Einzelfällen zum Einsatz kommen. Viele schnelle kleine Maßnahmen zur Behebung der Risikosituation vor Ort schöpfen allerdings das Lernpotential von Fehlerberichten nicht aus: Weder werden tiefer liegende Ursachen oder gekoppelte Systeme angemessen berücksichtigt, noch kann die Organisation aus dem Fehler in einem Bereich für andere Bereiche mitlernen.

Festzuhalten ist, dass eine Nutzung von Instrumenten zur Risikoidentifikation nur innerhalb eines umfassenden Risikomanagementsystems sinnvoll ist. Dazu gehören die systematische Analyse von Fehlermeldungen ebenso

wie die Umsetzung daraus abgeleiteter Maßnahmen und ein Maßnahmencontrolling. Auch haftungsrechtliche Aspekte sind zu berücksichtigen: Fehlermeldesysteme dienen der Vorbeugung künftiger Risiken und können selbst im Schadensfall als Beleg für die Sorgfalt in der Organisation herangezogen werden. Dagegen kann ein Organisationsfehler für den Fall angelastet werden, dass ein Fehlermeldesystem zwar eingeführt, die Berichte jedoch nicht zur Umsetzung risikomindernder Maßnahmen führen (Gaidzik, 2009).

Risikoanalysen binden Ressourcen, daraus abgeleitete Sicherheitsmaßnahmen umso mehr. Während jedoch die hier entstehenden Kosten sofort sichtbar sind, führt eine Erhöhung der Versorgungssicherheit etwa durch Vermeidung von Patientenschäden zu lediglich potentiellen Einsparungen (Vermeidung von Haftungs- und Imageschäden). Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ist Sicherheit ein Unternehmensziel, das zu anderen Unternehmenszielen in Konkurrenz steht.

- **Erhalt der Wachsamkeit in den täglichen Routinen:
Abweichungen von Standards**

Zur Optimierung der Versorgungsprozesse haben Krankenhäuser bereits im Rahmen des Qualitätsmanagement eine große Anzahl von Standard Operation Procedures, Checklisten, IT-gestützten Expertensystemen u.v.m. eingeführt. Bei allem medizinisch-technischen Fortschritt und vermehrter Standardisierung von Prozessen müssen sie jedoch letztlich darauf vertrauen können, dass ihre Mitarbeiter in komplexen und teils unvermittelt auftretenden (Stress-) Situationen sicher handeln. Ärzte und Pflegende stehen daher nicht nur als Risikofaktor und mögliche Fehlerquelle im Mittelpunkt des klinischen Risikomanagements, sondern als Träger von Wissen über potenzielle Risikoquellen und Gefahrensituationen und damit als entscheidende Ressource zur Risikoabwehr und -minimierung. In diesem Zusammenhang sind Abweichungen von Standards von besonderem Interesse für das klinische Risikomanagement.

Im Gegensatz zu Fehlern, die von den Handelnden in der Regel als solche wahrgenommen werden, wird die bewusste und absichtliche Nichtachtung von in der Organisation geltenden Handlungsvorschriften und Regeln zur Risikovermeidung als Abweichung [violation, siehe (Reason, 1995)] bezeichnet. Trotz des Vorsatzes wollen Mitarbeiter auch bei bewusster Abweichung vom Standard nicht etwa eine Gefährdung herbeiführen. Während Regelabweichungen in besonderen Situationen, z.B. Notfällen, sogar notwendig und gewünscht, weil lebensrettend sind, können sie in vielen anderen Fällen als ein Signal für Zielkonflikte zwischen einem sicherheitsfördernden Standard und anderen (nicht Sicherheits-) Zielen der Organisation oder des Individuums interpretiert werden.

Mitarbeiter werden in ihrem regelwidrigen Verhalten bestärkt, wenn mit der Abweichung kein unmittelbarer (Patienten-) Schaden einhergeht. Im Ergebnis kann dies dazu führen, dass bestimmte Abweichungen mit der Zeit gewohnheitsmäßig auftreten (regelmäßige Abweichung), da sie vom Personal als unbedenklich eingestuft und stillschweigend akzeptiert werden. Eine aktuelle Studie zeigt, wie ausgeprägt dieses Phänomen in bestimmten Bereichen deutscher Krankenhäuser zu finden ist. Dabei wurden bei Analyse von kritischen Ereignismeldungen zum Einsatz von Anästhesiegeräten 69% Anwender- und Anwendungsfehler identifiziert, 61% hätten während der Gerätevorbereitung erkannt werden können, die Mehrzahl davon durch eine routinemäßige Vollständigkeits- bzw. Funktionsprüfung der eingesetzten Geräte (Zippel et al., 2014). Ärzte und Pflegende reagieren hier auf

regelmäßige Abweichungen zwischen dem eng getakteten Planprozess und dem weniger perfekten Ablauf im klinischen Versorgungsalltag. Bei konkurrierenden Zielen müssen sie sich ggf. zwischen Sicherheit und Effizienz entscheiden und reagieren mit Mikro- und Routineverstößen auf die täglichen Dilemma-Situationen.

- **Hochachtung vor Expertise und Wissen jedes Mitarbeiters:**

Minimierung versus Bewältigung

Formal ergeben sich aus Reasons organisationalem Ansatz des Risikomanagements für den Einsatz von Fehlermeldesystemen als Treiber des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern die Voraussetzungen der Sanktionsfreiheit und der Systemorientierung: Mitarbeiter sollten bei Abgabe einer Meldung oder Bekanntwerden eines Fehlers keine Sanktionen gegen sich oder andere zu befürchten haben, und Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit sollten auf System-, Prozess- oder Produktveränderungen zielen (Leape, 2002). Mit Blick auf den angestrebten Kulturwandel kann der offene Umgang mit kritischen Ereignissen innerhalb der Organisation durch die Bereitstellung von Ressourcen für das Qualitätsmanagement insbesondere die Einbindung des klinischen Risikomanagements in den Führungsprozess und die Unternehmensstrategie befördert werden.

Darüber hinaus ist es wichtig, der Belegschaft an konkreten Beispielfällen zu signalisieren, dass der offene Umgang mit Beinahe-Fehlern durch die Klinikleitung gewollt ist und die Mitarbeiter hierfür jegliche Unterstützung erhalten. Durch Bezugnahme auf Fehlerberichte bei organisationalen Änderungsprozessen, Investitionen, Weiterbildungsangeboten kann eine sicherheitsorientierte Krankenhauskultur gefördert werden, können bestehende Widerstände abgebaut und Mitarbeiter für eine freiwillige Teilnahme am klinischen Risikomanagement begeistert werden. Fehlerberichtssysteme sind ein Signal der Wertschätzung für die Expertise und das Wissen jedes Mitarbeiters um Risikopotentiale, indem sie neben Schilderungen zu Risikokonstellationen und Fehlern jeweils auch Vorschläge zur Vorbeugung und Vermeidung beim Berichtersteller abfragen.

Ein humanzentriertes klinisches Risikomanagement nutzt die Chance, die in der Patientenbehandlung tätigen Mitarbeiter aktiv am Aufbau einer Sicherheitskultur zu beteiligen, indem nicht fehlerhafte Handlungen des Einzelnen, sondern die systemischen Rahmenbedingungen durch Managemententscheidungen und Prozessorganisation auf Unternehmens- und Teamebene fokussiert werden (Bohnet-Joschko und Zippel, 2014). Das Regelmanagement als Führungsaufgabe muss dabei nicht allein auf Minimierung von Risikokonstellationen hinwirken, sondern kann insbesondere durch Schulung und Trainings die Fähigkeit von Teams und Individuen zur Bewältigung von Risikosituationen fördern.

Die Tatsache, dass die Initiative für die Einführung eines Fehlerberichtssystems in vielen Krankenhäusern nicht aus dem Management, sondern aus der klinischen Versorgung, also von Ärzten und Pflegenden kam und kommt, ist nicht nur ein optimistisch stimmender Beleg für die weiterhin hohe intrinsische Motivation dieser Berufsgruppen in Gesundheitsorganisationen, sondern eine Chance für Partizipations- und Mitgestaltungsmöglichkeiten jenseits der Standardisierung von Versorgungsprozessen.

FAZIT: SICHERHEITSKULTUR ALS GRUNDLAGE FÜR RESILIENZ

Als Hochrisikoorganisationen stehen die deutschen Krankenhäuser vor der Herausforderung, ihre Prozesse sicher zu gestalten. Die Etablierung einer Sicherheitskultur ist sowohl Voraussetzung als auch Ergebnis aller Anstrengungen des klinischen Risikomanagements. Fehlerberichtssysteme wie CIRS sind dabei nicht nur ein notwendiger Baustein, sondern haben sich aufgrund des hohen Lernpotenzials für die Organisation zu einem Kernelement der Prävention und Gefahrenabwehr entwickelt. Nicht selten werden CIRS synonym zum klinischen Risikomanagement verstanden, und tatsächlich stehen von Ärzten und Pflegefachkräften initiierte Fehlerberichtssysteme für viele Krankenhäuser am Beginn einer umfassenderen Beschäftigung mit Risiken im Versorgungsalltag. Fehlermeldesysteme sind durch die Erfassung strukturierter Informationen und narrativer Einbettung besonders geeignet, um

- Risiken zu identifizieren und in den QM-Zyklus einzuspeisen,
- Hinweise zum Umgang mit bestehenden Regelsystemen zu geben und auf mögliche Zielkonflikte aufmerksam zu machen,
- durch „Storytelling“ auch implizites Wissen zu erfassen und organisationales Lernen dauerhaft zu fördern, sowie
- eine Sicherheitskultur glaubwürdig zu etablieren.

Die hohe intrinsische Motivation von Ärzten und Pflegenden befördert in der Krankenhauspraxis den Aufbau von Meldesystemen für kritische Ereignisse als Treiber des klinischen Risikomanagements und bietet damit eine Möglichkeit, das Wissen der Mitarbeiter über Gefahrenkonstellationen frühzeitig zu erfassen und zu analysieren sowie organisationale Abwehrmaßnahmen und Sicherheitsbarrieren zur Verminderung klinischer Risiken und damit zur Steigerung der Patienten- und Versorgungssicherheit aufzubauen. Für den erfolgreichen Einsatz von Meldesystemen für kritische Ereignisse ist dabei entscheidend, dass die berichteten Risiken nicht als Ausgangspunkt für die Suche nach individuellen Fehlern, sondern im Sinne einer gelebten Sicherheitskultur als Impuls und Lernchance für die Organisationsentwicklung verstanden werden. Eine Sicherheitskultur, so wird häufig verlangt, sei notwendige Voraussetzung für ein funktionierendes Fehlerberichtssystem – und doch wird erst eine gelebte Fehlerlernkultur auch Skeptiker davon überzeugen, dass nicht Fehler von Personen, sondern Ursachen im System gesucht und davon ausgehend weitere (System-) Barrieren zur Erhöhung der Patientensicherheit aufgebaut werden sollen. Dass Krankenhäuser in der Transformation von Organisationen der Daseinsvorsorge zu Dienstleistungsunternehmen in vielen Bereichen einen Hochleistungsmodus eingeführt haben, belässt kaum Redundanz für den Eintritt von Krisensituationen. Die Einführung von Risikomanagementsystemen kann insofern auch als eine notwendige Ergänzung zur Effizienzsteigerung im klinischen Versorgungsalltag betrachtet werden.

Zentrale Aufgaben für die Krankenhausführung ergeben sich aus der normativen Einordnung von Sicherheitszielen und der Etablierung angemessener Koordinationsmechanismen. Diese können von technischen Lösungen über Standardisierungsansätze bis zu Trainingsprogrammen für definierte Gefahrenkonstellationen reichen. Eine Bewusstseinsänderung in der Organisation zur High Reliability ergibt sich als Ergebnis eines umfassenden Transformationsprozesses, der – ausgehend von der Führungsebene – grundsätzlich alle Bereiche der Organisation umfasst. Das gewünschte Ergebnis einer etablierten Sicherheitskultur im Krankenhaus ist die Aufrechterhaltung einer sicheren Patientenversorgung.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bohnet-Joschko, S. 2010. Wissenstransfer durch Fehlerlernsysteme. Status und Perspektiven des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern, in: DZKF 11/12-2010, 21-25.
- Bohnet-Joschko, S., Jandek, L.M., Zippel, C., Andersen, M., Krummenauer, F., 2011. Strukturiertes Risikomanagement in Krankenhäusern – kommt es doch auf die Größe an? Z Orthop Unfall 149, 301-307.
- Bohnet-Joschko, S., Zippel, C., 2011. Kritische Ereignisse im Krankenhaus als Auslöser organisationaler Lernprozesse – Das Potential von Fehlermeldesystemen für den Wissenstransfer, in: Bentele, M., Gronau, N., Schütt, P., Weber, W. (Eds.), KnowTech: Unternehmenswissen als Erfolgsfaktor mobilisieren! Gito, Berlin, pp. 583-592.
- Bohnet-Joschko, S., Zippel, C., 2014. Humanzentriertes Risikomanagement im Krankenhaus – Steuerung operationeller Risiken im Kontext der klinischen Leistungserbringung, der Betriebswirt 55, 21-26
- Büssing, A., Herbig, B., Ewert, T., 2002. Implizites Wissen und erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 46, 2-21.
- de Vries, E.N., Ramrattan, M.A., Smorenburg, S.M., Gouma, D.J., Boermeester, M.A., 2008. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 17, 216-223.
- Dillschneider, J., Theuer, D., Mieth, M., Büchler, M.W., 2013. Patientenrechtegesetz. Der Chirurg 84, 325-326.
- Flanagan, J.C., 1954. The critical incident technique. Psychol Bull 51, 327-358.
- Follmann, A., Färber, R., 2012. Ergebnisse der Befragung zum Umsetzungsstand von CIRS im Krankenhaus in NRW (2011), Präsentation auf der 7. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- Gaba, D.M., 2001. Structural and organizational issues in patient safety: A comparison of health care to other high-hazard industries. California Management Review 43, 83-102.
- Gaidzik, P.W., 2009. CIRS - Chance oder rechtliches Risiko. Berliner Ärzte 46, 22.
- Haller, U., Welti, S., Haenggi, D., Fink, D., 2005. Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin – Risiken, Fehler und Patientensicherheit. Schweizerische Ärztezeitung 86, 1665-1679.
- Hofinger, G., 2010. Zwischenfallberichtssysteme als Instrument organisationalen Lernens aus Fehlern in Krankenhäusern. Wirtschaftspsychologie, 87-96.
- Hübler, M., Möllemann, A., Metzler, H., Koch, T., 2007. Fehler und Fehlermeldesysteme in der Anästhesiologie. Der Anaesthesist 56, 1067-1072.
- Kohn, L.T., Corrigan, J., Donaldson, M.S., 2000. To err is human building a safer health system. National Academy Press, Washington, D.C.
- Krücken, G., Weyer, J., 1999. Risikoforschung, in: Bröchler, S., Simonis, G., Sundermann, K. (Eds.), Handbuch Technikfolgenabschätzung. edition sigma rainer bohn verlag, Berlin, pp. 227-235.
- Lauterberg, J., Blum, K., Briner, M., Lessing, C., 2012. Abschlussbericht. Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern. Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (IfPS), Bonn.

- Leape, L.L., 2002. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 347, 1633-1638.
- Mahajan, R.P., 2010. Critical incident reporting and learning. *Br J Anaesth* 105, 69-75.
- Merry, A.F., 2008. Safety in anaesthesia: reporting incidents and learning from them. *Anaesthesia* 63, 337-339.
- Nonaka, I., Takeuchi, H., 1995. *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford Univ. Press., New York/Oxford.
- Reason, J., 1995. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 4, 80-89.
- Schrapppe, M., Lessing, C., Albers, B., Conen, D., Gerlach, F., D, G., 2007. *Agenda Patientensicherheit 2007. Aktionsbündnis Patientensicherheit, Witten*.
- Short, T.G., O'Regan, A., Jayasuriya, J.P., Rowbottom, M., Buckley, T.A., Oh, T.E., 1996. Improvements in anaesthetic care resulting from a critical incident reporting programme. *Anaesthesia* 51, 615-621.
- Staender, S., Kaufmann, M., Scheidegger, D., 2000. Critical Incident Reporting. With a view on approaches in Anaesthesiology, in: Vincent, C., de Mol, B. (Eds.), *Safety in Medicine*. Pergamon Elsevier Science, Amsterdam/New York, pp. 65-82.
- Vincent, C., 2010. *Patient Safety*. John Wiley & Sons, Ltd, West-Sussex.
- Weick, K.E., 1987. Organizational culture as a source of high reliability. *California Management Review* 29, 112-127.
- Wilkesmann, M., Wilkesmann, U., Virgillito, A., 2007. Inwieweit unterstützen die Faktoren Motivation und Organisationskultur technikorientiertes Wissensmanagement in Krankenhäusern?, in: Bohnet-Joschko, S. (Ed.), *Wissensmanagement im Krankenhaus. Effizienz- und Qualitätssteigerung durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen*. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden, pp. 111-133.
- Zippel, C., Börgers, A., Weitzel, A., Bohnet-Joschko, S., 2014. Many critical incidents could be avoided by preanaesthesia equipment checks: lessons for high reliability organisations. *Eur J Anaesthesiol* 31, 289-291.

Tabelle 1: Übersicht über internationale Studien zur Häufigkeit von (vermeidbar) unerwünschten Ereignissen bei Krankenhausbehandlungen.

Land	Autoren	Erhebungs-jahr	Zahl der unter-such-ten Fälle	Zahl der Kran-ken-häuser	Rate uner-wünschter Ereignis-se *	Rate potenziell vermeidbarer unerwünschter Ereignisse *
Australien	Wilson et al., 1995	1992	14.179	28	16,6	8,5
Brasilien	Mendes et al., 2009	2003	1.103	3	7,6	5,1
Dänemark	Schiøler et al., 2001	1998	1.097	17	9,0	3,6
Frankreich	Michel et al., 2007	2004	8.754	71	6,6**	2,3**
Kanada	Baker et al., 2004	2000	3.745	20	7,5	2,8
Lateinamerika ***	Aranaz-Andrés et al., 2011	2007	11.379	58	10,5	6,2
Neuseeland	Davis et al., 2002	1998	6.579	13	12,9	4,8
Niederlande	Zegers et al., 2009	2004	7.926	21	5,7	2,3
Schweden	Soop et al., 2009	2003/2004	1.967	28	12,3	8,6
Spanien	Aranaz-Andrés et al., 2008	2005	5.624	24	8,4	3,6
Vereinigte Staaten von Amerika	Brennan et al., 1991	1984	30.195	51	3,7	1,0****
	Leape et al., 1991					
	Thomas et al., 2000	1992	14.052	n. a.	2,9	0,8-0,9****
Vereinigtes Königreich	Vincent et al., 2001	1999/2000	1.014	2	10,8	5,2
	Sari et al., 2007	2004	1.006	1	8,7	n. a.

* % der Krankenhauseinweisungen

** pro 1,000 Krankenhaustage

*** Argentinien, Costa Rica, Kolumbien, Mexiko and Peru

**** Rate der auf Nachlässigkeit zurückzuführenden unerwünschten Ereignisse

Tabelle 2: Studien zur Einführung von CIRS in deutschen Krankenhäusern.

Studie	Autoren	Jahr der Befragung	Teilnehmende Krankenhäuser (Grundgesamtheit)	Rücklaufquote	CIRS eingeführt*	CIRS geplant*	Datenerhebung
Universität Witten/Herdecke	Bohnet-Joschko et al., 2011	2009	341 (466)	73%	54%	20%	Telefonische Befragung unter "First-Mover"-Kliniken
Aktionsbündnis Patientensicherheit	Lauterberg et al., 2012	2010	484 (1815)	27%	48%	19%**	Schriftliche/Online-Befragung unter 1.815 Krankenhäusern (> 50 Betten)
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	Follmann/Färber, 2011	2011	229 (386)	59%	65%***	29%	Schriftliche Befragung unter allen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen

* zum Erhebungszeitpunkt

** Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant

*** CIRS „in der Einführung“ sowie CIRS „eingeführt“