Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 116 (2018)

Heft: 3

Artikel: CIRS : Risiken frühzeitig erkennen und aus kritischen Ereignissen lernen

Autor: Huckels-Baumgart, Saskia / Wyss, Monika

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949485

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 05.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

CIRS: Risiken frühzeitig erkennen und aus kritischen Ereignissen lernen

Spitäler sind hochtechnisierte, komplexe und risikoreiche Arbeitsbereiche. Die Wahrscheinlichkeit, dass unerwünschte Ereignisse entstehen, ist gross und zugleich folgenschwer. Das CIRS (Critical Incident Reporting-System) ist ein Berichts- und Lernsystem für patientensicherheitsrelevante Ereignisse. Das Melden von Ereignissen birgt ein grosses Lernpotenzial für jeden Einzelnen sowie die Gesamtorganisation. Eine entscheidende Einflussgrösse für das Meldeverhalten ist die Sicherheitskultur.

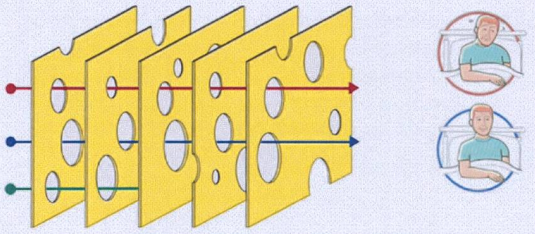
Saskia Huckels-Baumgart und Monika Wyss

Das CIRS ist ein interprofessionelles Berichts- und Lernsystem für patientensicherheitsrelevante Ereignisse. Es hat zum Ziel, dass alle Mitarbeitenden unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer Klinik anonym kritische Ereignisse, aber auch positive Lernbeispiele sowie Risiken im Zusammenhang mit Patientensicherheit jederzeit, einfach und leicht zugänglich melden können (Van Vegten, 2008).

Was ist ein Fehler?
Häufig wird im Sicherheitsmanagement nicht von Fehlern, sondern von «kritischen», «unerwünschten» oder «vermeidbaren kritischen Ereignissen» gesprochen. Gebräuchliche Definitionen dafür lauten:
Kritisches Ereignis (oft als Übersetzung des englischen critical incident verwendet): «[...] ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.» (Alsen et al., 2007, S. 37) Dies können z. B. Verwechslungen von ähnlich aussehenden bzw. ähnlich klingenden Medikamenten sein.
Unerwünschtes Ereignis (engl. adverse event): «Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.» (Alsen et al., 2007, S. 37) Bspw. eine allergische Reaktion auf ein Medikament; vermeidbar wäre diese, wenn die Allergie bekannt gewesen ist und unvermeidbar, wenn das Medikament erstmalig verabreicht wird.
Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (engl. preventable adverse event): «Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.» (Alsen et al., 2007, S. 37). Eine Patienten- oder Seitenverwechslung oder gar das Zurücklassen eines Fremdkörpers nach einer Operation.

Was ist in der Geburtshilfe ein kritisches Ereignis?
Erfahrungsgemäss unterscheiden sich Meldungen zu kritischen Ereignissen in der Geburtshilfe nicht unbedingt von Ereignissen in anderen Fachgebieten. Neben Ereignissen im klinischen Prozess, wie Verzögerungen in der Dokumentation oder im Behandlungsprozess, gehören Medikationsfehler auch in der Geburtshilfe mit zu den am häufigsten gemeldeten Ereignissen, wie z. B. die falsche Dosierung oder eine ausgelassene Medikation.

Sicherheitsbarrieren



Kritisches Ereignis definiert als:
- Hat Patient erreicht und zu einem reversiblen Schaden geführt
- Hat Patient erreicht, aber zu keinem erkenntbaren Schaden geführt
- Hat Patient nicht erreicht (Beinaheschaden)

Sicherheitsbarrieren nach Reason (1990)
E-Learningmodul CIRS UniversitätsSpital Zürich

Welche Vorgaben existieren für Spitäler?
Für die Spitäler der Schweiz ist das Führen eines institutionalisierten Qualitäts- und Risikomanagements verpflichtend und im Krankenversicherungsgesetz (KVG, Art. 58) sowie in der Krankenversicherungsverordnung (KVV, Art. 77) geregelt. Auf kantonaler Ebene bestehen für die Spitäler vereinzelt Vorschriften zum Betreiben eines Berichts- und Lernsystems für unerwünschte Ereignisse wie z. B. im Kanton Zürich.

Was soll im CIRS gemeldet werden?
Im CIRS können alle Ereignisse gemeldet werden, die im Zusammenhang mit der Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden stehen. Besonders interessant sind Lernfälle, die sehr komplex sind oder noch rechtzeitig vor Erreichen des Patienten abgefangen werden konnten, wo also die institutionellen Sicherheitsbarrieren erfolgreich gewirkt haben (Huckels-Baumgart und Manser, 2014).

Autorinnen

Saskia Huckels-Baumgart, Dr. phil., ist Diplom Gesundheitsökonomin und hat bei Prof. Manser in der Arbeits- und Organisationspsychologie mit dem Schwerpunkt CIRS und Medikationssicherheit promoviert. Sie hat mehrjährige Erfahrung als Qualitätsmanagerin, Projektleiterin Patientensicherheit sowie CIRS-Verantwortliche in deutschen und Schweizer Spitälern und arbeitet zurzeit als CIRS-Managerin in der Fachstelle Qualitätsmanagement & Patientensicherheit am UniversitätsSpital Zürich.
saskia.huckels-baumgart@usz.ch

Monika Wyss ist ausgebildete Pflegefachfrau mit mehrjähriger Erfahrung im Akutspital. Sie ist Masterstudierende im Studiengang Angewandte Arbeits- und Organisationspsychologie an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten. Daneben arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachstelle Qualitätsmanagement & Patientensicherheit des UniversitätsSpitals Zürich. monika.wyss@usz.ch

Werden auch Bagatellen gemeldet?

Die Forschung weist eher auf ein «Underreporting» von Ereignissen hin. So werden bspw. gewisse Ereignistypen gar nicht erfasst, da diese dem Behandlungsteam zum Ereigniszeitpunkt nicht bekannt oder bewusst sind (bspw. Fehldiagnosen) (Olsen, 2007; Nakajima et al., 2005; Flynn et al., 2002; Shannon und DeMuth, 1987; alle zitiert in van Vegten, 2008). Seit Jahren besteht auch der Trend, dass CIRS vor allem durch Pflegende als die grösste Berufsgruppe in Spitälern und weniger durch Ärzte genutzt wird. Was dazu führt, dass die ärztliche Sicht auf die Entstehung der Ereignisse untervertreten ist (Taylor et al., 2004; alle zitiert in van Vegten, 2008).

Was gehört nicht ins CIRS?

Ist es in der Behandlung zu einem unerwünschten Patientenereignis gekommen, so darf dieses nicht im anonymen Meldesystem erfasst werden. In diesen Fällen folgen Analyse und Kommunikation durch die Linienverantwortlichen der Organisation.
Bei Vorkommnissen mit Medizinprodukten, bei unerwünschten Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten sowie bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen schreibt das Schweizerische Heilmittelgesetz eine (ärztliche) Meldung in ein entsprechendes Vigilanzsystem zwingend vor.
Ebenfalls nicht ins CIRS gehören Meldungen über zwischenmenschliche Probleme oder allgemeine Frustmeldungen. Dafür sind die direkten Vorgesetzten oder die entsprechenden Ansprechpartner in der Personalabteilung zuständig.

Können durch CIRS Ereignisse verhindert werden?

In Spitälern – als hochtechnisierte komplexe und risikoreiche Arbeitsbereiche – ist die Wahrscheinlichkeit, dass unerwünschte Ereignisse entstehen, besonders gross und zugleich besonders folgenschwer. Die Analyse und somit die Erkenntnisse aus Zwischenfällen beinhaltet gleichzeitig ein Lernpotenzial für die Organisation. Gerade lokale CIRS mit ihrer Verankerung vor Ort und der Systemkenntnis der Nutzer sind aussichtsreich für die Umsetzung von neuen Strategien im Umgang mit kritischen Ereignissen (van Vegten, 2008).
Daher ist CIRS auch ein wesentliches und zugleich praktikables Instrument des klinischen Risikomanagements. Es hilft, Risiken und Verbesserungspotenziale zu erkennen und Prozesse sicherer zu gestalten. Dank CIRS können Sicherheitsbedenken offener geäussert und konstruktiv bearbeitet werden.

Motivation der Meldenden

Erfolgskritische Merkmale für erfolgreiche Berichtssysteme im Gesundheitswesen sind die Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, eine nichtstrafende Grundhaltung sowie zeitnahes Feedback (van Vegten, 2008).
Durch ein zeitnahes Feedback kann die Meldemotivation der Mitarbeitenden aufrechterhalten und gleichzeitig ihr Engagement bei der Erarbeitung von Massnahmen und deren Einführung erhöht werden.

Voneinander lernen

Organisationales Lernen

Aktiv genutzte CIRS sind geeignet, um organisationales Lernen und eine positive Patientensicherheitskultur in einer Klinik zu fördern. Erfahrungsgemäss wird ein kritisches Ereignis im Behandlungsteam nicht erst durch eine CIRS-Meldung zum Thema. Möglicherweise haben Sicherheitslücken bereits über eine längere Zeit bestanden, bevor eine CIRS-Meldung erfolgt ist.
Der Prozess von der Ereignismeldung bis zur abschliessenden Massnahmenempfehlung sowie das daraus generierte Wissen stellt eine wesentliche Ressource dar. Gleichzeitig kann die kontinuierliche Risikobewertung sowie die Sensibilisierung für vorhandene Sicherheitslücken die kollektive Achtsamkeit in den Behandlungsteams fördern und so die Patientensicherheit erhöhen.
Die Basis, um aus Zwischenfällen lernen zu können, bildet eine Kultur des Vertrauens und der Sicherheit im Behandlungsteam. Es gilt, nicht nach Schuldigen zu suchen, sondern die Entstehungsursachen eines Ereignisses nachzuvollziehen. Die Fallbearbeitung im lokalen CIRS-Komitee führt erste Erkenntnisse zutage, im Idealfall können Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt werden. Dieser lokale Lernprozess findet beim Berichten und Bearbeiten von CIRS-Fällen statt, da die Motivation im Behandlungsteam gross ist, den gleichen Fehler zukünftig zu vermeiden.

CIRS bietet nicht nur für Individuen und Abteilungen die Möglichkeit, aus kritischen Ereignissen zu lernen. Auch auf Ebene der Gesamtorganisation kann organisationales Lernen durch die systematische Erfassung und Analyse geschehen. Um organisationales Lernen zu fördern, sollten lokale CIRS lernförderlich gestaltet und in den organisationalen Lernaktivitäten involviert sein (van Vegten, 2008).

Wann funktioniert CIRS?

Verschiedene Faktoren beeinflussen, wie in einer Organisation auf Patientensicherheitsthemen eingegangen wird, dazu gehören die Bereitschaft und Offenheit der Organisation, kritische Ereignisse in den Organisationseinheiten zu diskutieren.

Die Entscheidung, ob Ereignisse berichtet werden, hängt mit der vorherrschenden Sicherheitskultur zusammen (u. a. Angst vor negativen Konsequenzen, Umgang mit Fehlverhalten in der Organisation) (McArdle, Burns und Ireland, 2003; Dean, 2002; Vincent et al., 1999; alle zitiert in van Vegten, 2008).

Die Entwicklung einer positiven Sicherheitskultur kann auch dazu führen, dass das CIRS längerfristig nicht mehr als ausschliesslich anonymes System geführt werden muss. Rückfragen an die Meldenden bieten die Möglichkeit, Ereignisse vertiefter zu verstehen und zu analysieren sowie präzisere Massnahmen zu erarbeiten.

Ein Meldesystem unterstützt den Ausbau der Sicherheitskultur in der Organisation. Betroffene Mitarbeitende erfahren Unterstützung, und die Institution kann aus entstandenen kritischen Ereignissen lernen. Im Idealfall führt dies zu einem tieferen Verständnis, warum es zu solchen Ereignissen gekommen ist sowie zu Systemveränderungen, welche die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Wiederauftretens minimieren (Giuliani et al., 2012).

Die lernende Sicherheitskultur soll individuelles Wissen und Sicherheitspraktiken bewusstmachen. Ziel ist es, ein kollektives Sicherheitsbewusstsein zu formen und damit Abläufe und Prozesse zu optimieren. Die Ereignisidentifikation, Ereignisvermeidung, Implementierung neuer Routinen sowie daraus resultierende Handlungsorientierungen können zu gemeinsamen Normen und Werten hinsichtlich Patientensicherheit führen und das Verhalten in den Behandlungsteams neu ausrichten (Latzke et al., 2014).

Einfluss der Führung

Voraussetzung für ein erfolgreiches CIRS sowie eine proaktive Sicherheitskultur ist die Unterstützung durch die Führung. Entscheidend ist vor allem die Vorbildfunktion der Führungspersonen im Umgang mit kritischen Ereignissen. Sanktionen wirken sich unmittelbar negativ auf das Meldeverhalten der Mitarbeitenden aus. Auch für die erfolgreiche Umsetzung von Massnahmen ist der aktive Beitrag der Führung wichtig. Die Führung sollte die Bereitstellung von angemessenen Ressourcen für die Bearbeitung der CIRS-Meldungen und für die Umsetzung effektiver Massnahmen gewährleisten. Nur so kann CIRS ein Instrument sein, das auch im Praxisalltag gelebt wird (Giuliani et al., 2012).

Was hat CIRS bisher gebracht?

Ein CIRS bietet den Vorteil, dass Voraussetzungen im System identifiziert werden, die Auslöser für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse werden könnten. Zudem ist das System in die Patientenversorgung eingebettet, und eine Berichterstattung ist aus den verschiedenen interprofessionellen Perspektiven möglich (Thomas und Petersen, 2003; alle zitiert in van Vegten, 2008). Die eingegangenen Berichte führen zu Sensibilisierungs-, Schulungs- und Trainingsmassnahmen. Ziel dieser Massnahmen ist es, positiven Einfluss auf ein sicheres Verhalten der Mitarbeitenden zu nehmen. Der Erfolg aus Schulungen und Trainings ist umso höher, je besser die Mitarbeitenden das Gelernte in ihren Arbeitsalltag transferieren können. Es wird in diesem Zusammenhang auch von Verhaltensprävention gesprochen. Strukturelle Gegebenheiten wie bspw. Raumgestaltung, Medizingeräte oder Informationssysteme unterstützen diese Massnahmen. Es muss deshalb angestrebt werden, Massnahmen zu planen, die sowohl auf individueller Ebene als auch im Team wirken. Flankierend ist durch bedienerfreundliche Medizingeräte und bauliche Anpassungen Einfluss zu nehmen. Erst die Kombination aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Massnahmen ist erfolgversprechend für das Management von kritischen Ereignissen (Qualitätsbericht 2014, UniversitätsSpital Zürich).

Literatur

Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit, Stiftung Patientensicherheit (Hrsg.) (2016) Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen. www.aps-ev.de

Alsen, H. et al. (2007) Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS): Praxistipps für Krankenhäuser. Witten: Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Giuliani, F. et al. (2012) Patient Safety Culture in Practice – experiences and lessons learned from the University Hospital Zurich. In: Patrick Waterson (Hrsg.). Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application. 319–336. Ashgate Publishing.

Huckels-Baumgart, S. und Manser, T. (2014) Identifying medication error chains from critical incident reports: A new analytic approach. The Journal of Clinical Pharmacology, 54: 1188–1197. doi:10.1002/jcph.319.

Latzke, M. et al. (2014) Der Einfluss eines anonymen Fehlermeldesystems auf das organisationale Lernen und die Häufigkeit von Behandlungsfehlern. Zfbf, 66,120–146.

Qualitätsbericht 2014, UniversitätsSpital Zürich www.usz.ch/ueber-uns/Documents/qualitaetsbericht_2014.pdf

Reason, J. (1990) The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems. In: Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences. 327,1241,475–484.

Van Vegten, M. A. (2008) Incident-Reporting-Systeme als Möglichkeit zum organisationalen Lernen (nicht nur) aus Fehlern und kritischen Ereignissen. Chancen, Barrieren und Gestaltungsansätze für Berichts- und Lernsysteme im Krankenhaus. Dissertation.

zusammengestellt von Anina Häfliger und Tina Barmettler, Dozentinnen, Disziplin Geburtshilfe, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule

Meldesystem für Hebammen: Fälle für alle

Internationales deutschsprachiges Fallberichtsystem für Hebammen (2016)
www.fälle-für-alle.org
Artikel zum Thema Fälle für alle mit Hintergrundinformationen zum Tool und einer Befragung von Hebammen (D, AUT, CH): König-Bachmann, M. et al. (2015) Fälle für Alle: Auf dem Weg zu einer konstruktiven Fehlerkultur. «Die Hebamme», 28, 180–185.

Fälle für alle ist ein elektronisches Meldesystem aus der geburtshilflichen Praxis. Auf seiner Webseite können kritische Ereignisse, Beinahefehler oder Practice-Fälle aus der täglichen Hebammenarbeit anonym eingegeben werden. Das Portal Fälle für alle wird auch als CIRS (Critical Incident Reporting System) bezeichnet. CIRS ist ein Berichtssystem, in dem ein «Zwischenfall ohne Schaden» gemeldet werden kann. Dieses Frühwarnsystem verfolgt das Ziel, durch Lernen aus Fehlern und Fehlerprävention das Risiko für Patienten zu minimieren. Fehlerberichte aus der Geburtshilfe werden heute leider nur zögerlich in ein klinikinternes System eingegeben, da durch die spezifische Fallkonstellation (z. B. Geburt) oft ein Rückschluss auf die Abteilung möglich ist. Ob ein (Beinahe-)Fehler gemeldet wird, ist auch davon abhängig, ob eine wertschätzende und konstruktive Fehlerkultur im jeweiligen Betrieb herrscht. Weiter können Hebammen, die in der freiberuflichen Praxis tätig sind, kritische Ereignisse in einem klinikinternen CIRS nicht erfassen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2010 ein freiwilliges Fallberichts- und Lernsystem für die gesamte Berufsgruppe Hebamme im deutschsprachigen Raum entwickelt.

Patientensicherheit Schweiz (CIRRNET)

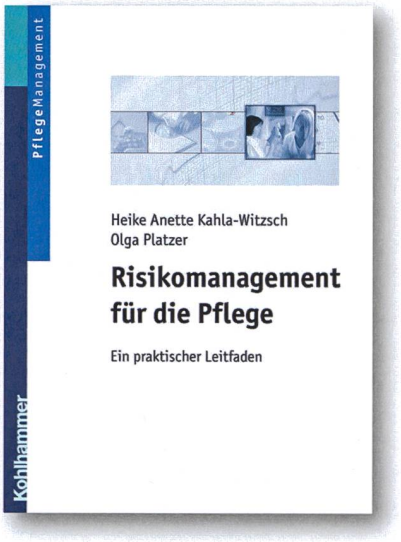
http://patientensicherheit.ch | www.cirrnet.ch

Die Stiftung für Patientensicherheit ist ein nationales Kompetenzzentrum zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit in der Schweiz. Ziel ist es, in Netzwerken und Kooperationen Aktivitäten zu entwickeln und zu fördern. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur im Gesundheitswesen.
Seit 2006 betreibt die Stiftung für Patientensicherheit CIRRNET (Critical Incident Reporting & Reacting NETwork). Dies ist ein überregionales Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme in der Schweiz. Das heisst, es werden die Meldungen aus lokalen Fehlermeldesystemen auf überregionalem Niveau vergemeinschaftet. Alle angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen können CIRS-Meldungen anonymisiert eingeben.

Kahla Witsch, H. A. und Platzer, O. (2007)

Risikomanagement für die Pflege: Ein praktischer Leitfaden

Stuttgart: Kohlhammer



Der Leitfaden bietet eine verständliche Einführung in das Thema Fehler und Risikomanagement. Die zentralen Begriffe wie Risiko, Risikomanagement, Risikomanagementsystem, Fehler sowie unerwünschtes Ereignis werden erklärt. Das Buch geht auf Ursachen möglicher Fehler im Gesundheitswesen ein und beschreibt den Umgang mit Fehlern aus verschiedenen Blickwinkeln. Die Ermittlung potenzieller Fehler sowie die verschiedenen Möglichkeiten für die Erfassung kritischer Ereignisse oder bereits eingetretener Schäden werden anhand konkreter Modelle diskutiert. Das Kapitel Fehlerkultur beinhaltet die verschiedenen Aspekte der Fehlerkultur. Darin wird aufgezeigt, was eine positive Fehlerkultur bedeutet, und es betont die Wichtigkeit des Grundsatzes «Wer einen Fehler zugibt, wird nicht bestraft».

Schaefer, J. (2016)
Lob des Irrtums. Warum es ohne Fehler keinen Fortschritt gibt
München: btb Taschenbuch

In einem unterhaltsam geschriebenen Sachbuch werden Fehler aus unterschiedlichen Perspektiven analysiert und beleuchtet. Der Autor berichtet von berühmten Irrtümern, von der Sucht nach Perfektion und dem manchmal holprigen Umgang mit Fehlern. Es werden Erkenntnisse aus der Psychologie, den Neurowissenschaften, der Evolution und der Philosophie herangezogen, um für mehr Fehlertoleranz zu plädieren. Konkret thematisiert werden z. B. die menschliche Wahrnehmung als Quelle vieler Fehler, die Überforderung im menschlichen Denken und der Umgang mit Technik. Gleichzeitig wird deutlich, dass Fortschritt ohne Fehler kaum möglich wäre (Wissenschaft, Technik). Im letzten Kapitel wird dargelegt, wie man mit Fehlern umgehen kann, um daraus zu lernen. Wer sich jegliche Fehler verbietet, dem wird es an Mut, Kreativität und Gelassenheit für neue Herausforderungen fehlen.

Lazarovici, M. et al. (2016)
«Notfall Rettungsmed»
19, 509–525

Im Artikel wird die vielseitige Definition des Begriffs Human Factors (HF) erläutert. Die in der Medizin gebräuchlichste Verwendungsart bezieht sich auf die von der Luftfahrt abgeleiteten Konzepte und beinhaltet die Themen Fehlerentstehung, Teamwork und Kommunikation. 70–80 % der medizinischen Zwischenfälle werden in HF begründet. Das Gesundheitswesen zeichnet sich oft durch komplexe organisatorische Strukturen mit vielen Hierarchieebenen aus. Bei einer Notfallsituation arbeiten verschiedene Menschen unter Zeitdruck in komplexen Teams zusammen. Eines der bekanntesten Entstehungsmodelle von Fehlern und Zwischenfällen ist das «Schweizer-Käse-Modell» nach Reason, welches im Artikel erläutert wird. Das Modell zeigt auf, wie unterschiedliche Ebenen in einem System (Organisation/Management, Arbeitsorganisation, Vorbedingungen und Handlungen) die Entstehung eines Fehlers verhindern sollen, aber dennoch stets latente Lücken vorhanden sind.

Pateisky, N. (2009)
Risikomanagement in der Geburtshilfe: Zertifizieren reicht nicht aus
«Der Gynäkologe», 42, 116–120.

Der Artikel widmet sich dem Risikomanagement speziell in der Geburtshilfe. Hier können Fehler zu grossem bzw. irreversiblem Schaden an Mutter und Kind führen. Es werden zwei Ansätze im Umgang mit Katastrophen geschildert. Beim persönlichen Zugang wird viel Energie in die Schuld- und Verantwortungsfrage investiert. Oftmals endet diese Analyse an dieser Stelle («Sündenbock»). Der systemische Ansatz sucht nach fehlerprovozierenden Bedingungen und hat zum Ziel, potenzielle Auslöser einer Katastrophe zu entschärfen. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Non-technical-Skills (wie Situationsbewusstsein, strukturierte Entscheidungsfindung, Kommunikation und Teamarbeit, Führung). Nachweislich sind es diese Skills, die Menschen in kritischen Situationen vor unnötigen Fehlern schützen. Die Zertifizierungen decken den Bereich dieser Skills nicht ab und reichen deshalb zu einem konstruktiven Risikomanagement nicht aus.

Weiterführende Literatur

Ashcroft, B. (2010) Failures in childbirth care. «Journal of Health Services Research & Policy», 15(1), 52-55.
Boyd, M. et al. (2014) Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. «Postgrad Med Journal», 90, 149–154.
Haller, U. et al. (2005) Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin. Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau, 45, 147–160.
Holzer, E. et al. (Hrsg) (2008) Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Facultas.
Kohn, L. et al. (2008) To Err is Human. 7. Auflage. Washington, USA: National Academy Press.
Löber, N. (2012) Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus. Wiesbaden: Gabler.
McCormack, B. et al. (Hrsg) (2013) Practice Development in Nursing and Healthcare. 2nd edition. Oxford: Blackwell. Deutsche Übersetzung vorhanden.
Rall, M. und Lackner, C. K. (2010) Crisis Resource Management (CRM): Der Faktor Mensch in der Akutmedizin. «Notfall Rettungsmed», 13, 349–356.
Reason, J. (2000) Human error: models and management. «BMJ : British Medical Journal», 320(7237), 768–770.