

Das anonyme Incident Reporting System „PaSIS“ und PaSOS

Melde- und Informationsplattform auch für sicherheitsrelevante Ereignisse im Zusammenhang mit der Verabreichung von Medikamenten

Marcus Rall, Jörg Zieger, Eric Stricker, Silke Reddersen, Patricia Hirsch und Peter Dieckmann, Tübingen

Literatur

1. Fälle aus PaSIS: www.pasis.de
2. www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
3. www.svr-gesundheit.de/Informationen/pm03.pdf
4. Rall M, Martin J, Geldner G, et al. Charakteristika effektiver Incident-Reporting-Systeme zur Erhöhung der Patientensicherheit. *Anästhesiol Intensivmed* 2006;47:S9-19.
5. Rall M, Dieckmann P, Stricker E. Erhöhung der Patientensicherheit durch effektive Incident Reporting Systeme am Beispiel von PaSIS. In: Ennker J, Pietrowski D, Kleine P. Risikomanagement in der operativen Medizin. Darmstadt: Steinkopf, 2007.
6. Stricker E, Rall M, Siegert N, Conrad G, et al. Das Patienten-Sicherheits-Informations-System PaSIS. Ein internetbasiertes interaktives Meldesystem für negative und positive Ereignisse in der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin. In: Jäckel A, ed. *Telemedizinführer* – Ausgabe 2006. Ober-Mörlen: Medizin-Forum, 2005.
7. Rall M, Dieckmann P, Stricker E, und die Arbeitsgruppe Incident Reporting der DGAI. Patientensicherheits-Optimierungs-System (PaSOS) Das neue bundesweite Incident-Reporting-System von DGAI/BDA (Register für sicherheitsrelevante Ereignisse). *Anästhesiol Intensivmed* 2006;47:S20-24.
8. Lenzen-Schulte M. Aus Fehlern lernen – Patienten-Sicherheits-Optimierungs-System (PaSOS). *AINS-Fokus. AINS* 2006;5:8-9.
9. Kohn L. To err is human: an interview with the Institute of Medicine's Linda Kohn. *Jt Comm J Qual Improv* 2000;26:227-34.
10. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2003. Drucksache des Deutschen Bundestages 15/530. (online: <http://dip.bundestag.de/btd/15/005/1500530.pdf>, Zugriff 2.4.2005] 2003.
11. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes mistakes needs help too. *BMJ* 2000;320:726-7.
12. Gaba DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. *BMJ* 2000;320:785-8.
13. Rall M, Gaba DM. Human performance and patient safety. In: Miller RD (editor). *Miller's Anaesthesia*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005:3021-72.
14. Rall M, Haible T, Dieckmann P, Zieger J, et al. The Critical Incident Analysis Tool (C.I.A.) Poster presented at Workshop on the Investigation and Reporting of Incidents and Accidents. Glasgow, 17.-20.7.2002 (online: http://www.dcs.gla.ac.uk/~johnson/iria2002/IRIA_2002.pdf), 2002.
15. Rall M, Manser T, Guggenberger H, Gaba DM, et al. Patientensicherheit und Fehler in der Medizin. Entstehung, Prävention und Analyse von Zwischenfällen. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2001;36:321-30.
16. Leape LL. A systems analysis approach to medical error. *J Eval Clin Pract* 1997;3:213-22.
17. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995;4:80-9.
18. Reason JT. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.
19. Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing 'vulnerable system syndrome': an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care* 2001;10(Suppl II):ii21-5.
20. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate, 1997.
21. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
22. Rall M, Manser T, Guggenberger H, Gaba DM, et al. Patientensicherheit und Fehler in der Medizin. Entstehung, Prävention und Analyse von Zwischenfällen. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2001;36:321-30.
23. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003;12:112-8.
24. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chiasm – A new health system for the 21st century. Washington D.C.: National Academy Press, 2001.
25. Rall M, Dieckmann P. Crisis management to improve patient safety. [Online: <http://www.euroanaesthesia.org/education/rc2005vienna/17RC1.pdf>]. ESA Refresher Course 2005:107-12.
26. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000;320:781-5.
27. Gaba DM. Structural and organizational issues in patient safety: A comparison of health care to other high-hazard industries. *Calif Manag Rev* 2001;43:83-102.
28. Roberts KH. Managing high reliability organizations. *Calif Manag Rev* 1990;32:101-14.
29. Runciman WB, Webb RK, Lee R, Holland R. The Australian Incident Monitoring Study. System failure: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care* 1993;21:684-95.
30. Staender S, Davies J, Helmreich B, Sexton B, et al. The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. *Int J Med Inform* 1997;47:87-90.
31. Möllemann A, Eberlein-Gonska M, Koch T, Hübner M. Klinisches Risikomanagement: Implementierung eines anonymen Fehlermeldesystems in der Anästhesie eines Universitätsklinikums. *Anaesthesist* 2005;54:377-84.
32. Stricker E, Rall M, Siegert N, Conrad G, et al. Das Patienten-Sicherheits-Informations-System PaSIS. Ein internetbasiertes interaktives Meldesystem für negative und positive Ereignisse in der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin. In: Jäckel A (editor). *Telemedizinführer* – Ausgabe 2006. Ober-Mörlen: Medizin-Forum, 2005:67-77.
33. Manser T, Wehner T. Wissensorientierte Kooperation in der Medizin – Ein Konzept und seine Implikationen für die Praxis. In: Ulich E (editor). *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis*. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern: Huber, 2003:323-39.
34. Wehner T. Sicherheit als Fehlerfreundlichkeit. Arbeits- und sozialpsychologische Befunde für eine kritische Technikbewertung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1992.
35. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
36. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003;348:1051-6.
37. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 1998;316:1154-7.
38. Cooper JB, Newbome RS, Kitz RJ. An analysis of major errors and equipment failures in anaesthesia management: Considerations for

Dr. med. Marcus Rall, Dr. med. Jörg Zieger, Dipl.-Ing. (FH) Eric Stricker MSc, Dr. med. Silke Reddersen, Patricia Hirsch (Fachpflegekraft), Dr. phil. Dipl.-Psych. Peter Dieckmann, Tübinger Patienten-Sicherheits- und Simulationszentrum (TüPASS), Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, www.tupass.de, www.pasis.de, Hoppe-Seyler-Str.3, 72076 Tübingen
E-Mail: marcus.rall@med.uni-tuebingen.de

- prevention and detection. *Anaesthesiology* 1984;60:34–42.
39. Flanagan IC. The critical incident technique. *Psychol Bull* 1954;51:327–58.
 40. Wehner T, Manser T. Komplexes Handeln in der Medizin – Welchen Beitrag leistet die Arbeitspsychologie? In: Bericht 46. Arbeitswissenschaftlicher Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft. Technische Universität Berlin 15.–18. März 2000. Dortmund: GfA Press, 2000.
 41. Manser T (editor). Komplexes Handeln in der Anästhesie. Lengerich: Pabst, 2003.
 42. Manser T, Thiele K, Wehner T. Soziotechnische Systemanalyse im Krankenhaus – Eine Arbeitspsychologische Fallstudie in der Anästhesiologie. In: Ulich E (editor). *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern: Huber, 2003:361–80.
 43. Manser T, Wehner T, Dieckmann P, Rall M. Gründe, Mühen und Chancen einer interdisziplinären Forschungskooperation zwischen Arbeitspsychologie und Medizin. In: Manser T (editor). *Komplexes Handeln in der Anästhesie*. Lengerich: Pabst, 2003:25–45.
 44. Cooper JB, Newbomer RS, Long CD, Philip JH. Preventable anaesthesia mishaps: A study of human factors. *Anaesthesiology* 1978;49:399–406.
 45. Rall M, Dieckmann P. Safety culture and crisis resource management in airway management. General principles to enhance patient safety in critical airway situations. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2005;19:539–57.
 46. Rall M, Dieckmann P. Simulation and patient safety. The use of simulation to enhance patient safety on a system level. *Curr Anaesth Crit Care*: im Druck.
 47. Rall M, Dieckmann P, Manser T, Zieger J, et al. Simulation als Strategie zur Risikominimierung in der Anästhesie? *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2004;39:240–7.
 48. Gaba DM, Fish KJ, Howard SK. *Crisis management in anaesthesiology*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1994.
 49. Leape L. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002;347:1633–8.