

## **Aus Fehlern lernen: APS-Initiativen für Melde- und Lernsysteme in Klinik und Praxis**

Redemanuskript von Hardy Müller, Generalsekretär des APS

Die Initiativen des APS erfahren weltweit Resonanz und zu unserer großen Freude viele Nachahmer. Bei der Kampagnen-Konzeption zum WPSD tauschen wir uns international mit der WHO aus, in Deutschland ist das APS die nationale Plattform für alle Akteure im Gesundheitswesen zum Ausbau der Patientensicherheit. Die Entwicklung und Koordination von Aktivitäten zur Erhöhung der Patientensicherheit ist eine wichtige Funktion des APS. Ein anderer Schwerpunkt des Aktionsbündnisses sind Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland.

Die Aktivitäten dazu sind vielfältig. In den Arbeitsgruppen des APS werden Handlungsempfehlungen erarbeitet und konsentiert. Diese HE greifen wichtige Gefährdungen der Patientensicherheit auf, sensibilisieren für dieses Thema und liefern Empfehlungen und Orientierung zum sicheren Umgang in dieser Thematik. Sie sind ein unverzichtbares Instrument des klinischen Risikomanagements und helfen mit, Patientenschädigungen zu vermeiden.

Wie werden wir besser im Bereich der Patientensicherheit? Indem wir aus Fehlern lernen. Diese einfache Erkenntnis soll systematisch in sogenannten Fehlermelde- und Lernsystemen im Gesundheitswesen umgesetzt werden. Gefährliche Ereignisse wie etwa fehlerhafte Medikamentierungen (zu geringe/zu hohe Dosis, falsches Medikament etc.) werden dokumentiert, von allen diskutiert und Maßnahmen entwickelt, die die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung reduzieren. Ein Fehler wird dadurch auch zu einer unverzichtbaren Quelle für den Ausbau der Patientensicherheit. "Wir müssen auch aus den Fehlern anderer lernen, denn wir leben nicht lang genug, um sie alle selbst zu machen". Dieses brasilianische Sprichwort liefert ein weiteres Motiv für den Betrieb dieser Systeme. Vor allem kann nicht jeder sichere Präventionsmaßnahmen entwickeln, um zukünftig z.B. Medikamentenverwechslungen auszuschließen. Die Änderung der Verpackung zur besseren Unterscheidbarkeit eines Medikamentes kann ein pharmazeutisches Unternehmen nicht nach einem einzigen Hinweis veranlassen. Dazu braucht es gebündelte Rückmeldungen.

Das Prinzip des "Aus Fehlern lernen" wird in Fehlermelde- und Lernsystemen im Gesundheitswesen umgesetzt. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA macht dazu einschlägige Vorgaben. Nach Teil A §4 Abs 1 zählen zu den unverzichtbaren Methoden

und Instrumenten des Qualitätsmanagements das Risikomanagement, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme.

Zum Fehlermanagement und zu Fehlermeldesystemen wird definiert:

„(...) 3 Fehlermeldesysteme sind ein Instrument des Fehlermanagements. 4 Ein Fehlerberichts- und Lernsystem ist für alle fach- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen. 5 Ziel ist die Prävention von Fehlern und Schäden durch Lernen aus kritischen Ereignissen, damit diese künftig und auch für andere vermieden werden können. (...)“ Das Sozialrecht zwingt sowohl den vertragsärztlichen wie den stationären Bereich zu Fehlermanagement und Fehlermanagementsystemen.

Im Bereich der ambulanten Versorgung leisten die Ärztinnen und Ärzte pro Jahr eine Milliarde Behandlungskontakte. Auswertungen von Meldungen aus der Praxis können heute nur auf wenige hundert Ereignisberichte zurückgreifen (Beyer et al.). Im britischen Gesundheitssystem dagegen werden jährlich fast 8000 Ereignisse aus Hausarztpraxen berichtet, aus denen Schlüsse zum Ausbau der Patientensicherheit gezogen werden.

[https://improvement.nhs.uk/documents/5064/NaPSIR\\_Oct-Dec\\_2018 - England -  
\\_Final.xlsx](https://improvement.nhs.uk/documents/5064/NaPSIR_Oct-Dec_2018_-_England_-_Final.xlsx)

Im Projekt CIRSforte (Anlage in der Pressemappe; Partner und Projektsteckbrief) fördert das APS im ambulanten Bereich die Einrichtung und den Betrieb von Fehlermelde- und Lernsystemen. Das Projekt wird von Innovationsfonds finanziert (Förder-Kennzeichen 01VSF16021), startete am 01.04.2017 und endet planmäßig im März 2020. Nach der Entwicklung einer Handlungsempfehlung (<https://www.cirsforte.de/arbeitsmaterialien.html>) wurde diese in einer Projektgruppe implementiert und evaluiert. Zwei Befragungswellen sind derzeit abgeschlossen. Am Projekt sind 184 Arztpraxen beteiligt, die insgesamt bislang 250 Ereignisberichte an das Projektteam gesendet haben. Nach diesen vorläufigen Zahlen werden vor allem Ereignisse aus den Bereichen

- Medikation (falsche Dosierung, falsches Medikament, falscher Zeitraum ...)
- Testergebnisse und Labor (Test geplant, aber nicht durchgeführt; Dokumentationsfehler; verspätete Nachverfolgung von auffälligen Werten ...) sowie
- Patientenidentifikation (Verwechslung von Patienten) berichtet.

Ein Beispiel für einen Bericht:

Patient 1 kam in die Sprechstunde und wurde verwechselt mit Patient 2, da sie Brüder sind. Sie sehen sich sehr ähnlich, der Altersunterschied beträgt nur 2 Jahre. MFA [Medizinische Fachangestellte] hat den falschen Patienten eingetragen. Patient 1 wurde von Ärztin aufgerufen. Und hat schon alles in die Karteikarte eingetragen. Patient hat eine AU [Arbeitsunfähigkeit] bekommen. Patient 1 hat dann gemerkt, dass Patient 2 auf der AU stand und kam wieder zurück. So ist es aufgefallen.

Die Berichte wurden für die teilnehmenden Praxisteams systematisch aufgearbeitet und die abgeleiteten Präventionsmaßnahmen wurden im Projekt kommuniziert, damit sich diese problematischen Ereignisse nicht mehr wiederholen.

Weitere Zwischenergebnisse zum Projekt CIRSfort werden auf einem Symposium am 30.10.2019 in Berlin vorgestellt (Programm und weitere Infos unter [www.cirsforte.de](http://www.cirsforte.de))

Im Krankenhausbereich führt das APS gemeinsam mit der TK das Innofonds-Projekt Lernen aus einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (Förderkennzeichen VSF-2018\_224, Projektsteckbrief in der Mappe) durch. Weitere Kooperationspartner sind die DKG und die KBV (Achtung: KBV-Vertrag ist noch nicht zurück). Nach einer Befragung aller Krankenhäuser im Jahr 2015 verfügen über 91 Prozent heute über einrichtungsinterne Meldesysteme. Wir möchten mit dem Projekt einen Austausch zwischen den Krankenhäusern – also einrichtungsübergreifend – in Funktion und Nutzung verbessern und damit die Patientensicherheit stärken. In der Befragung aus 2015 wollten sich 52 Prozent der Häuser an einem derartigen System beteiligen. Diese sind nach einer Richtlinie des G-BA (üFMS-B, in Kraft getreten am 05.07.2016) in besonderer Art auszugestalten. Nur dann erhalten die teilnehmenden Krankenhäuser entsprechende Zuschläge der Krankenkassen zum Betrieb dieser Systeme.

Das Projekt unter Konsortialführung des APS wird in den nächsten drei Jahren die inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung der einrichtungsübergreifenden Fehlermelde- und Lernsysteme unterstützen. Dafür werden die NutzerInnen der Systeme in den Krankenhäusern und die Anbieter zu ihren Erfahrungen mit den Systemen befragt. Im Oktober dieses Jahres werden wir dazu aus dem Projekt alle Krankenhäuser mit der Bitte kontaktieren, einen Online Fragebogen auszufüllen. Die Ergebnisse werden wir den Projektbeteiligten auf einem ersten Symposium im März 2020 präsentieren. (Bei Interesse eMail zur Verfügung stellen, Rückmeldeformular in Pressemappe.) Diese Symposien sollen jährlich wiederholt werden, um dort gemeinsam sinnvolle Standards für die Erfassung und nicht zuletzt für das Lernen aus diesen Daten zu schaffen.

*Pressekonferenz des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) zum Welttag der Patientensicherheit  
am 17. September 2019*

*„1. Welttag der Patientensicherheit – Durchbruch für die Gesundheitsversorgung?“  
Freitag, 13. September 2019, 11.00 bis 12.00, Berlin*

Dies waren nur drei ausgewählte Aktionen des APS. Alle Aktivitäten folgen dem Anspruch, "aus der Praxis für die Praxis" zu handeln. Die theoretische Fundierung hierfür haben wir im APS-Weißbuch Patientensicherheit ([www.aps-edvde/aps-weissbuch](http://www.aps-edvde/aps-weissbuch)) dargelegt.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, September 2019