

Auf der Suche nach den besten Berichtssystemen

08.09.05 (psg). Jeder macht Fehler, aber nicht jeder muss jeden Fehler machen. Viel sinnvoller ist es, aus den Fehlern anderer zu lernen und so eine Wiederholung zu vermeiden. Was banal klingt, ist längst nicht überall tägliche Praxis - auch und vor allem nicht im Medizinbetrieb. Um das zu ändern, bedarf es erst einmal genauer Informationen über bereits geschehene oder gerade noch vermiedene Fehler. Wie aber können solche Daten gesammelt und genutzt werden? Darüber diskutierte am 6. September in Bonn das im April gegründete Aktionsbündnis Patientensicherheit auf dem Workshop "Nutzerorientierte Berichtssysteme", den das Bündnis gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband veranstaltete.

Der Arbeitsauftrag, den sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit selbst gegeben hat, ist grundlegend: "Wir brauchen eine Bestandsaufnahme darüber, welche Systeme der Berichterstattung existieren und welche Daten gesammelt werden", so fasste Dieter Hart, Professor an der Universität Bremen und dort Leiter des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR), die Diskussion zusammen. Derzeit werden verschiedene Systeme genutzt. Hinzu kommen Register über Schadensfälle in der Medizin, wie sie etwa von Versicherern, den Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern oder von den Krankenkassen angelegt werden. Auch hier ist es, wie Dr. Jörg Lauterberg vom AOK-Bundesverband darstellte, notwendig zu klären, inwieweit die Register bereits heute zum Zweck der Fehlerprävention, etwa zur Fortbildung, genutzt werden können.

Das Aktionsbündnis will in Kliniken und Arztpraxen die Bereitschaft erhöhen, geschehene Fehler und auch Beinahe-Fehler zu berichten, damit andere von diesen Erfahrungen profitieren. Solche Berichtssysteme - in der Fachsprache Critical Incident Reporting Systems (CIRS) genannt - werden in Deutschland allmählich eingeführt, während sie etwa in den USA und in Großbritannien bereits weiter verbreitet sind. Hintergrund sind mehrere Untersuchungen im Ausland, etwa die US-Studie "To Err is Human" aus dem Jahr 2000. Darin wird die Zahl der Menschen, die in US-Krankenhäusern an den Folgen eines so genannten unerwünschten Ereignisses sterben, auf jährlich 44.000 bis 98.000 geschätzt. Bis zu 50 Prozent dieser Todesfälle gelten als vermeidbar. Ein Instrument dazu ist die Sammlung und Auswertung von Fehlern in Berichtssystemen mit sich anschließenden Vor-Ort-Maßnahmen.

Erste positive Erfahrungen mit Berichtssystemen liegen bereits vor. Seit mehr als einem Jahr richtet sich www.jeder-fehler-zaehlt.de vor allem an Hausärzte. Das System ist bei Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt, entwickelt worden. Seit Mai dieses Jahres beteiligen sich mehrere norddeutsche Kinderkliniken an einem Risikomanagement-Projekt. Das wird vom Bremer Institut für Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR) durchgeführt - mit Unterstützung des AOK-Bundesverbandes. In allen Systemen geht es erst

einmal darum, die Hemmschwelle bei Ärzten und Pflegepersonal zu senken, gemachte Fehler und Beinahe-Fehler zu berichten. Deshalb erfolgen die Meldungen anonym. Letzter Prüfstein ist dabei aber immer, ob die Patientensicherheit dadurch erhöht wird, dass aus den Fehleranalysen wirksame Konsequenzen vor Ort erwachsen.

Vorerst, da waren sich die mehr als 50 Teilnehmer des Workshops in Bonn einig, soll es bei der Vielzahl der Meldesysteme und Datenbanken bleiben. Nur so könne herausgefunden werden, welches System für die Fehlerprävention das geeignetste sei, sagte Hart. Auf lange Sicht jedoch könnten sie zumindest in der Datenerfassung harmonisiert werden, damit möglichst viele - Ärzte, Pflegepersonal und auch Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten - aus Fehlern, Beinahe-Fehlern und Schäden lernen.

Mehr zum Thema Patientensicherheit finden Sie [hier](#) und beim [Aktionsbündnis Patientensicherheit](#).

[Zum psg Politik Archiv 2005](#)