

M. Beyer
J. Rohe
M. Rusitska
E. Blauth
F. M. Gerlach

Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem – Struktur und erste Ergebnisse

The German Error Reporting System for General Practice: Structure, First Results

Zusammenfassung

In Anlehnung an bestehende Systeme in Australien, der Schweiz und Großbritannien wurde im September 2004 erstmals ein freiwilliges Fehlerberichtssystem auch in Deutschland eingerichtet. Das System ist Internet-basiert, unbeschränkt zugänglich, vollständig anonym und unabhängig. In der ersten Ausbaustufe wird das Feedback über die wöchentliche und monatliche Veröffentlichung beispielhafter Fehlerberichte gegeben. Außerdem besteht die Möglichkeit der Online-Diskussion. Dieser Artikel diskutiert die für Erfolg und Wirkung von Berichtssystemen notwendigen Eigenschaften. – Nach vier Monaten im Routinebetrieb werden kontinuierlich Fehler (in begrenzter Anzahl) berichtet, und auf der Internetseite wird intensiv diskutiert. Für eine erste explorative Datenauswertung standen 85 Fehlerberichte zur Verfügung. Die Klassifikation nach der PCISME/LINNAEUS-Taxonomie zeigte, dass 66% Prozessfehler und 33% Kenntnis- oder Fertigungsfehler waren. Die Einteilung nach dem Schweregrad der Fehler zeigte, dass 34% der Fehler vorübergehenden oder dauerhaften Schaden verursacht hatten. 55% der Fehler beinhalteten Medikationsfehler, und bei 46% der Fehler spielten Probleme bei der Kommunikation eine Rolle. – Verschiedene Argumentationen des Risikomanagements führen zu dem Schluss, dass freiwillige Fehlerberichtssysteme spezifische, begrenzte Funktionen haben, um Bedrohungen der Patientensicherheit zu identifizieren. Sie sind eine wichtige Datenquelle, besonders für Beinahefehler, die in der offiziellen Erfassung nicht erscheinen. Die Etablierung von Fehlerberichtssystemen

Abstract

Considering examples in Australia, Switzerland, UK a voluntary error reporting system was established in Germany in September 2004. The system is web-based with unrestricted access, completely anonymous and independent. Feedback is provided (in the first development level) by displaying exemplary error reports every week and every month and facilities for online discussion. The article discusses basic requirements that lead to success and impact of report systems. After four months of operation there is a limited but continuous flow of error reports and an intense online discussion about the examples. For a preliminary explorative data analysis 85 error reports were available. Classification following the PCISME/LINNAEUS taxonomy showed that 66% were process errors and 33% were knowledge or skills errors; grading according to severity showed: 34% of errors caused temporary or permanent harm. 55% of the reports contained medication errors and in 46% of the reports communication was a contributory factor. Different arguments in risk management lead to the conclusion that voluntary error reporting systems have a specific, non-exclusive function in identifying threats to patient safety and are an important source of data, particularly on near misses which will not appear in official registrations. To establish error reporting systems in ambulatory care is more difficult than in organized hospital settings, and it is especially important to provide feedback and opportunities for the users to participate and to learn.

Institutsangaben

Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Korrespondenzadresse

Dipl. Soz. Martin Beyer · Institut für Allgemeinmedizin · Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität · Theodor-Stern-Kai 7 · 60590 Frankfurt · E-mail: beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 147–153 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-836471
ISSN 0014-336251

im ambulanten Bereich ist schwieriger als im organisierten Krankenhausbereich. Besonders wichtig sind hier das Feedback sowie Partizipations- und Lernmöglichkeiten für den Nutzer.

Schlüsselwörter

Medizinische Fehler · Risikomanagement · Fehlerberichtssysteme · Allgemeinmedizin

Key words

Medical errors · risk management · error reporting systems · family practice

Hintergrund

Erst seit wenigen Jahren wird den Themen Patientensicherheit und Fehler in der Medizin große Aufmerksamkeit geschenkt. Ausschlaggebend war der Report „To Err is Human“ des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) [1]. Darin wird, basierend auf den Studien von Brennan, Leape et al. [2, 3], berechnet, dass jährlich 44 000 bis 98 000 Todesfälle in US-amerikanischen Kliniken durch Fehler verursacht werden. Für Deutschland werden 16 000 bis 40 000 Todesfälle jährlich durch vermeidbare unerwünschte Ereignisse in Krankenhäusern extrapoliert [4]. Im Report des IOM und – immer vehementer – in den Nachfolgeberichten („Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century“ [5], „Patient Safety, Achieving A New Standard for Care“ [6]), aber auch in anderen internationalen Publikationen (z. B. Department of Health „An Organisation with a Memory“ [7] Runciman und Moller „Iatrogenic injury in Australia“ [8]) wird neben verschiedenen Ansätzen zur Verbesserung der Patientensicherheit die Einrichtung von Berichtssystemen für Fehler und unerwünschte Ereignisse gefordert.

Man hofft damit, an die Erfolge von Fehlerberichtssystemen im Risikomanagement sicherheitsorientierter Industrien anzuknüpfen. Das bekannteste Berichtssystem ist das Aviation Safety Reporting System (ASRS), welches im Auftrag der Federal Aviation Administration (FAA) seit 1975 alle Piloten, Fluglotsen sowie das gesamte Bord-, Boden- und Wartungspersonal auffordert, tatsächlich oder potenziell gefährliche Situationen im Flugverkehr zu berichten. Mittlerweile gehen rund 34 000 streng vertrauliche Meldungen pro Jahr ein. Die Ergebnisse der ausführlichen Analysen sollen helfen, Probleme und Schwachstellen in der Flugsicherheit zu finden. Außerdem fließen sie in die Entwicklung neuer Richtlinien oder Ausrüstung ein. [9] Der Erfolg dieses Systems beruht auf der hohen Akzeptanz bei den Nutzern und hat eine Reihe von Voraussetzungen, die auch bei der Konzeption eines hausärztlichen Fehlerberichtssystems zu berücksichtigen sind.

Allgemeine Übereinstimmung herrscht zunächst darüber, dass ein solches System nicht für die Meldung und Aufklärung bei schwerwiegenden Fehlerereignissen geeignet ist, sondern das niedrigschwellige Berichten von kleineren Fehlerereignissen und so genannten „near misses“ ermöglichen soll. Beinahefehler sind deutlich häufiger als manifeste Fehler und bieten daher eine breitere Datenbasis. Neben der größeren Häufigkeit werden Vorteile darin gesehen, dass die Beinahe-Ereignisse nicht zu Schäden führen und deshalb offener diskutiert werden können. Außerdem hat bei einem Beinahe-Ereignis definitionsgemäß immer ein Schutzmechanismus (technischer,

menschlicher oder organisatorischer Art) eingegriffen und das Ereignis verhindert. Durch die Erforschung dieser „in letzter Minute“ einwirkenden Mechanismen erhofft man sich außerdem Hinweise auf Lösungsmöglichkeiten für Systemfehler [10–13].

Eigenschaften medizinischer Fehlerberichtssysteme

Über die meisten notwendigen Eigenschaften medizinischer Fehlerberichtssysteme besteht in der Fachliteratur Einigkeit. Kontrovers diskutiert werden allerdings die Eigenschaften „vertraulich“ (confidential – d. h. der Berichtende ist bekannt, seine Angaben werden aber vertraulich behandelt) vs. „anonym“ und „freiwillig“ vs. „verpflichtend“. Vertrauliche Berichtssysteme haben anonymen Berichtssystemen gegenüber den Vorteil, dass beim Berichtenden nach weiteren Details des Ereignisses gefragt werden kann. Es wird jedoch vermutet, dass manche durch die Möglichkeit der Nachfrage oder der Identifizierung abgeschreckt werden, ein Ereignis zu berichten. Die Verfechter verpflichtender Berichtssysteme erhoffen sich bei einer Berichtspflicht eine vollständigere Erfassung aller Ereignisse als bei freiwilligen Systemen. Berichtssysteme können intern (also in eine Organisation/Klinik und in ihr Risikomanagement eingebettet) oder extern, organisationsübergreifend angelegt sein; von der Einbettung und der Unterstützung ‚von oben‘ abhängig können hier unterschiedliche Lösungen infrage kommen. Eine Aufstellung der Eigenschaften von Fehlerberichtssystemen findet sich in Tab. 1 [1, 12, 14–17].

Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen konzipierten wir das Fehlerberichts- und Lernsystem www.jeder-fehler-zaehlt.de als externes, anonymes, freiwilliges, Internet-basiertes Fehlerberichtssystem für alle deutschsprachigen Hausärztinnen und Hausärzte. Nach intensiven Gesprächen mit Medizinrechtlern, Datenschützern und interessierten Hausärzten kamen wir zu dem Ergebnis, dass in der derzeitigen rechtlichen Situation in Deutschland nur ein System mit kompletter Wahrung der Anonymität infrage kommt.

Es wurde in Anlehnung an andere internationale Berichtssysteme (NPSA (National Patient Safety Agency) [18], CIRS (Critical incident reporting system) [19]) und das in der Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) [20] verwendete Berichtsprotokoll entwickelt. Das Berichtssystem steht nach einem technischen Probelauf mit 20 Pilotpraxen seit Ende September 2004 allen Hausärzten zur Verfügung und ist im Internet unter

Tab. 1 Eigenschaften von Fehlerberichtssystemen [1, 10, 14–16, 21]

Eigenschaft	Erläuterung
<i>sanktionsfrei</i>	keine Sanktionen/Bestrafung für Berichtende
<i>vertraulich</i>	die Identität des Berichtenden, des Patienten oder der Institution wird nicht an Dritte weitergegeben, sie ist jedoch (zumindest primär) dem Berichtssystem bekannt
<i>anonym</i>	es werden keinerlei personenbezogene Daten im Rahmen des Berichts abgefragt oder gespeichert, eine Re-Identifizierung des Berichtenden ist nicht möglich
<i>freiwillig</i>	der Bericht wird freiwillig abgegeben
<i>verpflichtend</i>	alle unerwünschten Ereignisse/Fehler müssen berichtet werden (im ASRS gilt die inverse Sanktion, dass aus einem Fehlerbericht keine Sanktionen resultieren, dass das Nicht-Melden eines Ereignisses aber als pflichtwidrig aufgefasst werden kann)
<i>unabhängig</i>	das Berichtssystem ist unabhängig von jeglicher Autorität, die den Berichtenden bestrafen könnte
<i>Analyse durch Experten</i>	Berichte werden von Experten analysiert, die sich vor allem mit den zugrunde liegenden Systemfehlern beschäftigen
<i>zeitnahe Rückmeldung</i>	Berichte werden schnell analysiert, und Ergebnisse bzw. Empfehlungen werden zügig veröffentlicht bzw. an Berichtenden zurück gegeben
<i>systemorientiert</i>	Empfehlungen fokussieren auf Veränderungen von Systemen, Prozessen oder Produkten
<i>einfach</i>	Berichte können einfach und relativ schnell abgegeben werden

www.jeder-fehler-zaehlt.de über eine gesicherte Verbindung und ohne vorherige Anmeldung nutzbar¹.

In diesem Fehlerberichts- und Lernsystem können alle unerwünschten Ereignisse und Fehler, aber auch Beinahe-Behandlungsschäden und latente Sicherheitsrisiken für Patienten gemeldet werden. Dazu wurde die bereits in der PCISME verwendete breite Bestimmung des Begriffs Fehler herangezogen: „Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert“.

Technische Details

Eingegebene Berichte werden verschlüsselt gespeichert und nach der Entschlüsselung auf einem von außen nicht zugänglichen zweiten Server abgelegt. Die Berichte werden auf ihre Anonymität geprüft, ggf. werden personenbezogene Daten gelöscht. Es werden keine Daten vom Berichtenden selbst (z. B. IP-Adresse) gespeichert. Durch diese Maßnahmen ist die Rückverfolgung eines Berichtenden unmöglich. Mit den heute verfügbaren Netztechnologien war das System trotzdem vergleichsweise unaufwendig zu realisieren.

Das Fehlerberichtsprotokoll besteht aus 6 Bildschirmseiten, auf denen das Ereignis mit Hilfe von Freitextfeldern, teilweise vor-

gegebenen Kategorien und Drop-down-Listen strukturiert beschrieben werden soll. Zentral sind die vier Freitextfelder mit den folgenden Fragen:

- Was ist passiert?
- Was war das Ergebnis?
- Mögliche Gründe?
- Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

(Maximal 22) geschlossene Fragen behandeln z. B. Datum, Ort des Geschehens, Einflussfaktoren, Mitbehandelnde, die Häufigkeit und den Schweregrad des Ereignisses sowie (optional) den Praxistyp. Das Internetformular wird dynamisch aufgebaut, so dass nur bei Fehlern, die Patienten betreffen, Angaben zum Patienten, nur bei Medikationsfehlern zusätzliche Angaben zu den Medikamenten angefordert werden. Nicht zutreffende Felder können jederzeit übersprungen werden, da keine Pflichtfelder existieren. Die Eingabefelder werden durch eine Hilfefunktion unterstützt.

Feedback

Die zeitnahe Rückmeldung an den Berichtenden wird in der Literatur als ein wichtiger Erfolgsparameter eines Fehlerberichtssystems betrachtet [16, 21]. Um diese Vorgabe bei einem anonymen (ohne Möglichkeit des persönlichen Feedbacks) und externen Berichtssystem zu erfüllen, wird jede Woche ein besonders interessanter bzw. lehrreicher Fehlerbericht ausgewählt und auf der Internetseite unter „Fehler der Woche“ veröffentlicht. Im Anschluss an den Bericht besteht für die Leser die Möglichkeit, Kommentare oder Tipps einzugeben. Außerdem wird einmal monatlich ein Fehler ausgewählt, der mit einem Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin versehen wird und dann sowohl im Internet als auch in „Der Hausarzt“ erscheint. Auch dieser Fehler kann im Internet kommentiert werden. Zusätzlich gibt es ein allgemeines Diskussionsforum über das Fehlerberichtssystem selbst und andere Aspekte der Patientensicherheit.

In späteren Ausbaustufen ist geplant, alle Fehler inhaltlich klassifiziert in einer Datenbank in einem zugangsgeschützten Bereich im Internet dem Fachpublikum zugänglich zu machen. Damit werden auch aussagekräftigere Analysen und Feedback-Wege möglich. Aus unseren Vorbereitungsarbeiten für diese Ausbaustufen ist die im Folgenden präsentierte Analyse der bisher verfügbaren Fehlerberichte hervorgegangen.

Datenanalyse

Die Berichte wurden von zwei Wissenschaftlern im Konsens in verschiedenen Dimensionen klassifiziert, die wir für essenziell für eine Systematisierung der verfügbaren Berichte halten.

PCISME/LINNAEUS-Taxonomie

Jeder Bericht wird nach der im Rahmen der Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) entwickelten Taxonomie klassifiziert [20, 22]. Diese Taxonomie unterscheidet grundsätzlich zwischen Prozessfehlern und Kenntnis-/Fertigkeitsfehlern und umfasst 172 Fehlertypen. Unter Prozessfehler fallen Probleme bei der Praxisadministration, beim Ablauf von diagnostischen Prozeduren, bei Behandlungsabläufen und bei der Kommunikation. Kenntnis- bzw. Fertigkeitfehler sind dagegen

¹ Seit Dezember 2004 wird das System außer von der DEGAM auch von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) empfohlen.

Tab. 2 Fehlertypen (gekürzt, zweistellig) der internationalen Taxonomie von Fehlern in der Primärversorgung [22]

1. Prozessfehler
 - 1.1. Praxisadministration
 - 1.2. Untersuchungen
 - 1.3. Behandlungen
 - 1.4. Kommunikation
 - 1.5. Vergütung
 - 1.6. Personal
2. Kenntnis- und Fertigungsfehler
 - 2.1. Durchführung klinischer Aufgaben
 - 2.1. Fehldiagnose
 - 2.3. Falsche Behandlungsentscheidung

Tab. 3 Die Fehlertypen nach Reason [23]

Fehlertypen nach Reason:

- Ausrutscher/Aussetzer (Slips/Lapses) – Versagen passiert auf der Ebene der Ausführung
- Regel-basierter Irrtum (Rule based mistake) – falsche Anwendung einer sinnvollen Regel, Anwendung einer schlechten Regel oder Nichtanwendung einer sinnvollen Regel
- Wissens-basierter Irrtum (Knowledge based mistake) – meist in unbekannt Situationen
- Zuwiderhandlung (Violation) – die Handlung ist beabsichtigt, nicht das evtl. schlechte Ergebnis

Probleme bei der Durchführung einer klinischen Handlung, Fehldiagnosen und falsche Behandlungsentscheidungen (Tab. 2).

Fehlertyp nach Reason

Die klassische Unterscheidung von Fehlertypen wurde unter organisations-/prozesspsychologischen Gesichtspunkten von Reason [23] formuliert. Diese unterscheidet Ausrutscher und Aussetzer von Regel- bzw. wissensbasierten Irrtümern und von Zuwiderhandlungen (Tab. 3). Fanden sich in einem Bericht mehrere fehlerhafte Handlungen, so wurde jene klassifiziert, bei der davon ausgegangen werden kann, dass sie das Ereignis hauptsächlich bestimmt hat.

Schweregrad

Die Folgen des berichteten Fehlers wurden nach ihrem Schweregrad in Anlehnung² an die „Taxonomy of medication errors“ des National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) klassifiziert [24] (Tab. 4).

Ergebnisse

Bis zum 1. Februar 2005 wurden insgesamt 97 Fehlerberichte übermittelt. Bei 6 Berichten waren keine sinnvollen Daten einge-

² Die Erarbeitung einer validen Skala von Schweregraden ist bei berichteten Fehlern schwierig, gerade bei near misses ist sie oft interpretationsabhängig. Wir arbeiten derzeit noch im Rahmen der Fortsetzung der LINNAEUS-Collaboration an einem endgültigen Schema, wobei wir die ursprünglich nur für Medikationsfehler entwickelte NCC MERP-Skala für den geeigneten Ausgangspunkt halten. Gegenüber der in der Auswertung Beyer et al. 2003 in der ZFA publizierten Skala ergeben sich kleinere Umgruppierungen.

Tab. 4 Schweregrad der Fehlerfolge (eigene Darstellung in Anlehnung an NCC MERP, Taxonomy of medication errors) [24]

Schweregrad des Fehlers

- A Umstände oder Ereignisse, die Fehler verursachen können.
- B Ein Fehler ereignete sich, aber er erreichte den Patienten nicht.
- C Ein Fehler ereignete sich und erreichte den Patienten, aber er verursachte keinen Patientenschaden.
- D Ein Fehler ereignete sich und erreichte den Patienten, und es bedurfte der Überwachung/Kontrolle, um sicherzugehen, dass kein Patientenschaden entstand, bzw. einer Intervention, um Schaden vorzubeugen.
- E Ein Fehler ereignete sich, der möglicherweise zu einem vorübergehenden Patientenschaden geführt oder ihn verursacht haben könnte und eine Intervention erforderlich gemacht haben könnte.
- F Ein Fehler ereignete sich, der möglicherweise zu einem vorübergehenden Patientenschaden geführt oder ihn verursacht haben könnte, und er erforderte kurzfristigen oder längeren Krankenhausaufenthalt.
- G Ein Fehler ereignete sich, der möglicherweise zu einem dauerhaften Patientenschaden geführt oder ihn verursacht hat.
- H Ein Fehler ereignete sich, der lebensrettende Maßnahmen erforderte.
- I Ein Fehler ereignete sich, der möglicherweise zum Tod des Patienten beigetragen oder ihn verursacht hat.

geben worden; ein Bericht wurde wegen offensichtlicher Konfabulation ausgeschlossen. In weiteren drei Berichten wurde über Fehler in Kliniken berichtet (einer dieser Berichte stammte von einem Angehörigen), bei einem Bericht war der Fehler in einer Apotheke unterlaufen, und bei einem Bericht wird über den Fehler eines Kollegen im Notdienst berichtet. 85 Berichte hatten sich im Einflussbereich des Hausarztes abgespielt und gingen in die hier dargestellte Auswertung ein.

Bei 5 dieser 85 Berichte war kein Patient beteiligt (interne Administrationsfehler), bei 8 wurde das Geschlecht nicht angegeben. Bei den verbleibenden 72 Fällen waren 36 Männer und 36 Frauen betroffen.

Der Median des Alters der betroffenen Patienten war 60 Jahre (Range 5–92 J., n = 58, 22 Berichte ohne Altersangabe). 25% der betroffenen Patienten waren älter als 73 Jahre. Diese Altersgruppe scheint uns im Vergleich zur Altersverteilung in durchschnittlichen Hausarztpraxen überrepräsentiert zu sein.

Fehlerarten (nach PCISME/LINNAEUS-Taxonomie)

Nach dem durchgeführten Konsensverfahren zeigte sich, dass bei der Klassifikation mit der internationalen Fehlertaxonomie 66% (n = 56) der Fehler Prozessfehler und 33% (n = 28) Kenntnis- bzw. Fertigungsfehler waren (ein Bericht war nicht klassifizierbar). Die Aufschlüsselung nach der zweistelligen Taxonomie zeigt Abb. 1.

47 der 85 Fehler (55,3%) waren (zumindest auch) Medikationsfehler, bei 39 Fehlern (45,9%) spielten Kommunikationsstörungen eine Rolle, bei 9 Fehlern (10%) trug die Computerbedienung zur Fehlerentstehung bei.

Fehlertypen nach Reason

Bei der Einteilung nach Reason zeigte sich, dass bei 19% der Fehlerberichte mangels genauer Details des Ereignisses eine Klassifikation in dieser Dimension nicht möglich war (es war nicht möglich festzustellen, welcher der Fehler bei einer Fehlerkette ausschlaggebend war, oder der Bericht war nicht detailliert genug, um einen Fehlertyp zu ermitteln). Bei den übrigen Fehler-

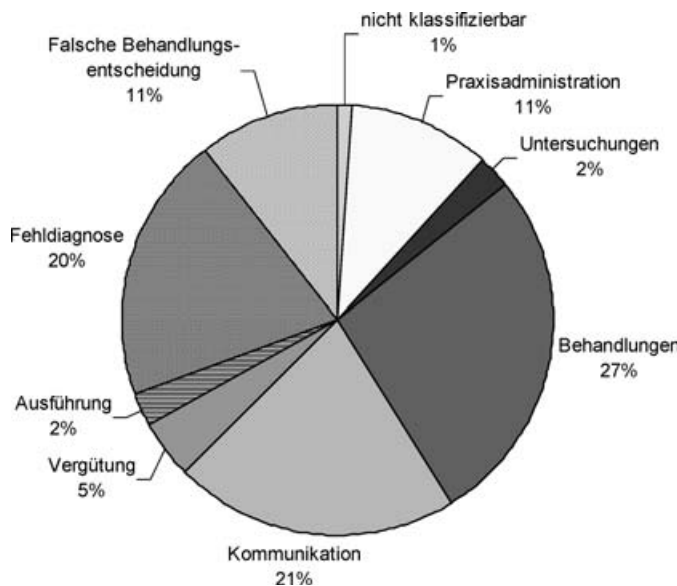


Abb. 1 Klassifikation der Fehlerberichte nach der internationalen Fehlertaxonomie [22], die Gruppe der Kenntnis- und Fertigungsfehler ist schraffiert dargestellt.

berichten zeigten sich Ausrutscher und Aussetzer mit 41% als größte Gruppe, danach die regelbasierten Irrtümer mit 24%. Wissensbasierte Irrtümer traten nur in 17% der Berichte auf. Zuwiderhandlungen wurden nicht berichtet (Tab. 5).

Schweregrad der Fehlerfolge

Knapp 2/3 der Fehler verursachten keinen Schaden (latente Fehler, Beinahefehler oder Fehler ohne Schädigungsfolge; Schweregrade A–D). Häufig verursachten sie jedoch Unbequemlichkeiten für die Patienten (z. B. ein Patient erhielt ein unleserliches Rezept und bemerkte erst zuhause, dass er ein falsches Medikament in der Apotheke erhalten hatte). Manchmal machten sie eine Nachkontrolle erforderlich, um festzustellen, dass kein Schaden eingetreten ist. Bei 34% (n = 27) trat eine Schädigung des Patienten auf. Dabei erlitten 11% der Patienten vorübergehende Schäden, 9% mussten ins Krankenhaus eingewiesen werden, 6% erlitten dauerhafte Schäden, 3% bedurften lebensrettender Hilfe, und 5% verstarben (n = 4) (Tab. 6). Bei den verstorbenen Patienten ist anzumerken, dass es sich in zwei Fällen um eine verzögerte Diagnose eines akuten Herzinfarkts im Notdienst handelte. Bei einem Fall handelte es sich um eine verspätete Diagnose eines Pleurakarzinoms, das durch andere sturzbedingte Thoraxschmerzen maskiert war, im vierten Fall um eine verzögerte Reanimation ohne andere nähere Angaben.

Bei sechs der berichteten Fehler ließ sich die Einteilung nach dem Schweregrad nicht anwenden, da es sich um abrechnungs- bzw. verwaltungstechnische Probleme handelte, bei denen keine Gefährdung für den Patienten auftreten konnte.

Nutzung der Online-Diskussion

Bis zum 10.2.05 wurden auf der Website 12 ‚Fehler der Woche‘ und 3 ‚Fehler des Monats‘ zur Diskussion gestellt. Die Möglichkeit, diese zu kommentieren und kritisch zu diskutieren, wurde vergleichsweise intensiv genutzt: zu den Fehlern der Woche gingen durchschnittlich 4,7 Kommentare, zu den Fehlern des Monats sogar durchschnittlich 10,7 Kommentare ein. Dabei war

Tab. 5 Ergebnisse der Klassifizierung der Fehlertypen nach Reason [23], durch Rundung summieren sich die Prozentangaben nicht zu 100%

	Anzahl	Prozent
Ausrutscher/Aussetzer	35	41%
regelbasierte Irrtümer	20	24%
wissensbasierte Irrtümer	14	17%
Zuwiderhandlungen	0	0%
nicht klassifizierbar	16	19%

Tab. 6 Schweregrad der berichteten Fehler in Anlehnung an NCC MERP [24]

	Anzahl	Prozent
A	2	3%
B	3	4%
C	38	48%
D	9	11%
E	9	11%
F	7	9%
G	5	6%
H	2	3%
I	4	5%
Klassifikation nicht anwendbar	6	

der Tenor der Äußerungen konstruktiv, 69% der Kommentare würden wir als weiterführende Beiträge mit konkreten Erfahrungen und Empfehlungen aus der eigenen Praxis bewerten. Lediglich dreimal mussten wir eingreifen und unqualifizierte Äußerungen von der Seite entfernen.

Diskussion

Bei der Diskussion dieser ersten Zwischenergebnisse steht für uns die Frage der Akzeptanz und Nutzbarkeit des Fehlerberichts- und Lernsystems im Vordergrund.

Die Berichtsfrequenz ist in den ersten vier Monaten noch relativ gering, allerdings verzeichnen wir täglich zwischen 50 und 100 Besucher auf der Seite, und die Diskussionsmöglichkeiten werden bereits gut angenommen. Offene Fehlerberichtssysteme in der ambulanten Versorgung haben im Vergleich zu klinikbasierten Fehlerberichtssystemen erheblich größere Anlaufschwierigkeiten. In der Testphase des vom Ressourcenaufwand und der offiziellen Unterstützung her erheblich besser ausgestatteten Fehlerberichts- und -lernsystems der britischen National Patient Safety Agency (für alle Bereiche des NHS) stammten nur 5% der Berichte aus Primary Care Organisations [25].

Obwohl unser System völlig frei zugänglich ist, sind bisher Fälle von missbräuchlichen oder konfabulierten Meldungen nur ganz

vereinzelt vorgekommen. Die Fehlerberichte stammen überwiegend aus der eigenen Praxis; obwohl Schnittstellenprobleme in zahlreichen Berichten thematisiert werden, werden Fehler durch andere Behandler nur relativ selten gemeldet.

Behindernd für die Nutzung eines Fehlerberichtssystems sind Unklarheiten über den Kreis der Nutzer (der ‚Mitlesenden‘), Unklarheiten über die juristischen Folgen und den Datenschutz, und vor allem die Unklarheit über den Diskussionsstil und potenziell angstausslösende diskreditierende Reaktionen von Partnern im System. Für das Frankfurter Fehlerberichtssystem kann festgehalten werden, dass hier klare Lösungen (Anonymität, Schutz vor forensischen Konsequenzen, eine konstruktive Diskussionsatmosphäre) hergestellt werden konnten, welche die Nutzung fördern können.

Der Anteil folgenreicher Fehler lag mit etwa 23% deutlich über unseren Erwartungen; in der ähnlich angelegten, jedoch mit einem beschränkten Kreis von Hausärzten und über einen begrenzten Zeitraum durchgeführten PCISME-Studie [20] betrug der Anteil nur etwas über 11%. Dies deutet darauf hin, dass die teilnehmenden Hausärzte durchaus bereit sind, schwerwiegende Praxisvorkommnisse anonym zu berichten. Es wurden sogar vier Ereignisse mit tödlichem Ausgang berichtet, obwohl das System bei Eingabe dieses Schweregrades eine besondere Warnmeldung ausgibt. In der Testphase des NRLS (National Reporting and Learning System) wurden 446 Berichte aus Primary Care Organisations ausgewertet. Hierbei wurden 65% als ‚no harm‘ eingestuft, 29% als ‚low harm‘, 6% als ‚moderate to severe harm‘ und 1% tödlich endende Fehlerereignisse [25].

Ebenfalls im Vergleich zu den Ergebnissen der PCISME-Studie war der Anteil von Prozessfehlern mit 66% geringer als in jener Studie (80%), der von Kenntnis- und Fertigungsfehlern mit 33% deutlich höher. Nach ersten Auswertungen entsteht der Eindruck, dass die letzteren Fehler (am ‚sharp end‘ der Behandlung) eher schwerwiegendere Konsequenzen haben als Prozessfehler. Auf der anderen Seite ist zu bedenken, dass Prozesse und Routinen mit mangelnder Fehlertoleranz strukturell das Sicherheitsniveau einer Praxis schwächen und deswegen zu beachten sind, auch wenn sie nur zu Beinahefehlern führen.

Neben dem konkreten Nutzen für die Beteiligten entsteht durch ein Fehlerberichtssystem auch ein kontinuierlicher Datenfluss für die Forschung auf dem Gebiet von Risikomanagement und Patientensicherheit in der hausärztlichen Praxis. Auch wenn die hier referierten Ergebnisse noch alles andere als ‚repräsentativ‘ sind und, wie wir vermuten, das System derzeit vor allem noch von ‚Pionieren‘ bzw. ‚early adopters‘ genutzt wird, kristallisieren sich bereits jetzt Problemfoci heraus, die eine weitere wissenschaftliche Bearbeitung erfordern. So ergab sich aus dem ‚Fehler des Monats‘ zu den Sicherheitsproblemen der oralen Antikoagulationstherapie eine der ausführlichsten Diskussionen auf der Website. Mit steigender Berichtsfrequenz werden wir in der nächsten Ausbaustufe des Systems die Fehlerberichte klassifiziert in eine Datenbank eingliedern, die weitergehende Recherchen erlaubt.

Abschließend führt diese Diskussion auf die Frage nach der Rolle und Funktion eines hausärztlichen Fehlerberichts- und Lernsys-

tems. In der Theorie des Risikomanagements ist es weitgehend unbestritten, dass Fehlerberichtssysteme nur ein Element einer Fehlerpräventionsstrategie sein können und insbesondere der Flankierung durch Qualitätsmanagement bedürfen, damit entsprechende ‚Lerneffekte‘ in der Praxis auch implementiert werden können. Berichtssysteme sind grundsätzlich retrospektiv und von Wahrnehmungsfähigkeit und Berichtsmotivation der Berichtenden abhängig. [26] (So finden sich in den bisherigen Berichten kaum Fehler vor dem Hintergrund von Zuwiderhandlungen (‚violations‘) weil bei diesem Fehlertyp das Risikobewusstsein üblicherweise fehlt).

Charles Vincent spricht im Zusammenhang von Fehlerberichtssystemen von ‚windows on the system‘, die begrenzte, aber notwendige Einblicke liefern. Die retrospektive Registrierung von Fehlern oder Beinahefehlern muss in jedem sicherheitsrelevanten System durch prospektive Sicherheits- und Qualitätsanalysen ergänzt werden (‚Was ist z.B. bei der Dokumentation von Laborwerten unsicher und kann schief gehen?‘), auf der anderen Seite sind Berichte über Fehler und Beinahefehler ein ‚Schatz‘, weil sie unwahrscheinliche, aber faktische Ereignisse dokumentieren. Insbesondere Beinahefehler geben zusätzlich noch den Hinweis darauf, wo Sicherheitsmechanismen, auf die es ankommt, noch gegriffen haben.

Die nächsten Ausbauschritte des Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystems werden der Aufbau der indexierten Datenbank auf der Grundlage verfeinerter Berichtsklassifikationen, eine Ausweitung des Feedbacks und die Einrichtung geschlossener Benutzergruppen mit modifizierten Anonymitätsregeln sein.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Literatur

- 1 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). To Err is Human – Building a Safer Health System. Institute of Medicine. <http://www.nap.edu/catalog/9728.html> (03.02.05). National Academy Press, Washington D.C. 1999
- 2 Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370 – 376
- 3 Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324: 377 – 384
- 4 Rall M, Manser T, Guggenberger H, et al. Patientensicherheit und Fehler in der Medizin. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2001; 36: 321 – 330
- 5 Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. <http://books.nap.edu/catalog/10027.html> (14.02.05). National Academy Press, Washington D.C. 2001
- 6 Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care National. Institute of Medicine. <http://www.nap.edu/catalog/10863.html> (14.02.05). Academy Press, Washington D.C. 2004
- 7 Department of Health. An Organisation with a Memory. The Stationery Office. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/50/86/04065086.pdf> (03.02.05). London 2000
- 8 Runciman WB, Moller J. Iatrogenic Injury in Australia. A report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. <http://www.apsf.net.au/journals.html> (10.02.05). 2001
- 9 Aviation Safety Reporting System (ASRS). http://asrs.arc.nasa.gov/briefing/PDF_Files/program_briefing.pdf (03.02.05). Program Overview. 2003

- ¹⁰ Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *Br Med J* 2000; 320: 759–763
- ¹¹ Barach P, Small SD. How the NHS can improve safety and learning. By learning free lessons from near misses. *Br Med J* 2000; 320: 1683–1684
- ¹² Firth-Cozens J. Barriers to incident reporting. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 7
- ¹³ Staender S. „Incident Reporting“ als Instrument zur Fehleranalyse in der Medizin. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2001; 95: 479–484
- ¹⁴ Institute for Safe Medication Practices. Voluntary error reporting is best public policy. ISMP Medication Safety Alert. www.ismp.org/msaarticles/reporting.html (03.02.05). Issue May 19th, 1999
- ¹⁵ Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary (Editorial). *Br Med J* 2000; 320: 728–729
- ¹⁶ Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002; 347: 1633–1638
- ¹⁷ Cooper JB. Is voluntary reporting of critical events effective for quality assurance? *Anesthesiology* 1996; 85: 961–964
- ¹⁸ National Patient Safety Agency. Incident reporting form. <https://www.npsa.nhs.uk/staffform/> (04.02.05)
- ¹⁹ CIRS medical. Demoverision. <https://www.cirsmedical.ch/demo/cirs/cirs.php> (04.02.05)
- ²⁰ Beyer M, Dovey SM, Gerlach FM. Fehler in der Allgemeinpraxis – Ergebnisse der internationalen PCISME-Studie in Deutschland. *Z Allg Med* 2003; 79: 327–331
- ²¹ Steiner R. Even good people make mistakes. *Schweiz Arzteztg* 2001; 82: 430–431
- ²² Dovey SM, Meyers DS, Phillips Jr RL, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 233–238
- ²³ Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995; 4: 80–89
- ²⁴ National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). Taxonomy of Medication Errors. <http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf> (10.02.05). 1998
- ²⁵ National Patient Safety Agency (ed): Report on the Testing & Development stage of the NRLS undertaken by the NPSA. http://81.144.177.110/site/media/documents/640_Formal%20TD%20report.pdf (14.02.05). 14th July, 2004
- ²⁶ Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 242–243

Zur Person



Dipl.-Soz. Martin Beyer
Medizinsoziologe, geb. 1957 Arbeitsschwerpunkte:
Entwicklung hausärztlicher Leitlinien, evidenzbasierte
Medizin in der Praxis, Praxisepidemiologie, Fehler-
prävention und Risikomanagement, strukturierte
Versorgung.