



CIRSFORTE

# Aus Fehlern lernen! Aber wie?

Fehlerberichts- und Lernsysteme (CIRS, critical incident reporting system) sind ein effektives Instrument zur Förderung der Patientensicherheit – auch in der ambulanten Versorgung. Dort besteht weiter Unterstützungsbedarf bei der praktischen Anwendung und Arbeit mit CIRS. Das mit Mitteln des Innovationsfonds geförderte Projekt CIRSForte unter Beteiligung der Techniker Krankenkasse (TK) erarbeitet praxisnahe Empfehlungen für die Einrichtung und den Betrieb von CIRS in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Diese Empfehlungen werden bis 2020 praktisch erprobt und evaluiert.

/Text/ Hardy Müller und Katharina Rubin

**I**rren ist menschlich. Mit dieser Aussage können sich die meisten Menschen identifizieren. Die Meilensteinpublikation für den medizinischen Bereich erfolgte bereits im Jahr 2000 unter dem Titel „To err is human. Building a safer health system“ vom Institute of Medicine. Seitdem ist gesundheitspolitisch und wissenschaftlich anerkannt, dass unerwünschte Ereignisse die Qualität der medizinischen Versorgung sehr relevant beeinflussen und dafür in erster Linie die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems ursächlich sind. Die Herausforderung gründet nicht etwa in schuldhaftem Verhalten einzelner Personen, sondern in der Sicherheitsarchitektur der gesundheitlichen Versorgung.

Jeden Tag werden in Deutschland hunderttausende Patienten ambulant behandelt, beraten und gepflegt. 165.000 niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten

sowie 250.000 medizinische Fachangestellte in 102.000 Praxen versorgen nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) pro Jahr 553 Millionen Behandlungsfälle. Dabei kommt es zu rund einer Milliarde Betreuungskontakten. Oft ist die Versorgung komplex, da verschiedene Personen involviert sind und dies teilweise über Sektorengrenzen und andere Schnittstellen hinweg. Nicht immer verläuft alles nach Plan; dies ist klar. Nicht klar ist, mit welchem Niveau an Sicherheit wir uns zufrieden geben und welche Chancen wir für Verbesserung sehen. Können und müssen wir nicht noch besser werden?

**P**rinzipiell legitimiert und motiviert allein das medizin-ethische Primat des *primum non nocere* (zu allererst nicht schaden) alle Bemühungen zum Ausbau der Patientensicherheit. Demnach sollte jede Profession mit Verantwortung für Versorgung von Patienten sich permanent für den Ausbau der Patientensicherheit engagieren. Dieses Engagement ist auch wirtschaftlich geboten. Eine Untersuchung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) aus dem letzten Jahr rechnet vor, dass zum Beispiel im Krankenhausbereich mindestens 15 Prozent der Ausgaben für die Revision von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen aufgebracht werden. Die Krankheitslast in der Bevölkerung (Versichertenpopulation) durch unerwünschte Ereignisse entspricht derjenigen von chronischen Erkrankungen: Unerwünschte Ereignisse erzeugen vergleichbar viel Leid wie etwa Multiple Sklerose oder Zervix CA. Das Bedrückende an diesen Studienergebnissen: Die Präventionskosten sind gering, unerwünschte Ereignisse lassen sich kosteneffizient vermeiden. Wird Vorsorge betrieben, verschwinden unerwünschte Ereignisse oft vollständig. Die Probleme sind lösbar, die Ergebnisse belegen eindrucksvoll, dass wir mit einem Ausbau der Patientensicherheit das Gesundheitssystem effizienter betreiben können. Daraus ist zu folgern: Nicht weiter die Aktivitäten zum Ausbau der Patientensicherheit sind begründungspflichtig. Begründungspflichtig ist die Passivität beim Ausbau der Patientensicherheit.

Die Frage lautet nun, wie Ärzte, Therapeuten und Pflegende im niedergelassenen

