

## Fehlermanagement in der hausärztlichen Praxis

[www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)

Barbara Hoffmann

7. Forum Patientensicherheit & Risikomanagement

Hannover, 29.10.2010

Institut für  
**Allgemein-  
medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Arbeitsbereich Patientensicherheit – Barbara Hoffmann  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

## Aus den Fehlern anderer lernen

- Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert. z. B.
  - administrative Fehler, die 'nur' Zeit kosten und banal erscheinen
  - medizinische Fehleinschätzungen, die zu unzureichenden Behandlungsmaßnahmen führen
  - Abstimmungs- und Kommunikationsprobleme in der Praxis
  - Verständigungsprobleme mit Ihren Patienten
  - Fehler auf Seiten der beteiligten Patienten

Institut für  
**Allgemein-  
medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

[Home](#)  
[Informationen zum Fehlerberichtssystem](#)  
[Bericht erstellen](#)  
[Berichtsdatenbank](#)  
[Fehler des Monats](#)  
[Aktuelle Kommentare](#)  
[Der Gastkommentar](#)  
[Fallanalyse](#)  
[Tipps zur Fehlervermeidung](#)  
[Presse / Literatur](#)  
[Newsletter](#)  
[Impressum / Kontakt](#)

## Herzlich willkommen beim Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen


Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen - daher unser Motto:

"Jeder Fehler zählt!"

---

■ AKTUELLES


- ▶ Eine Buchempfehlung
- ▶ Qualitätsmanagement erhöht Patientensicherheit
- ▶ Alle Meldungen im Überblick



Arbeitsbereich Patientensicherheit – Barbara Hoffmann  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

## Was ist [www-jeder-fehler-zaehlt.de](http://www-jeder-fehler-zaehlt.de)?

- Fehlerberichts- und **Lernsystem** für Hausarztpraxen
- **Freiwilliges, anonymes** Fehlerberichtssystem im Internet
- **Offener Zugang** für Hausarztpraxen: **Arzthelferinnen und Ärztinnen/Ärzte**
- Seit 09/2004 in Betrieb



Institut für  
**Allgemein-  
medizin**

## Warum Berichts- und Lernsysteme im Internet?

- Deutsche Spezialität
- große Reichweite
- ortsunabhängig und daher gerade für das gemeinsame Lernen in der Fläche geeignet
- ca. 50.000 Hausärztinnen und -ärzte
- ca. 150.000 Medizinische Fachangestellte

## Andere Systeme (Auswahl)

- [www.pasos-ains.de](http://www.pasos-ains.de) Anästhesie
- [www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de) Allgemeines System
- [www.cirs-notfallmedizin.de](http://www.cirs-notfallmedizin.de) Rettungsmedizin
- [www.kritische-ereignisse.de](http://www.kritische-ereignisse.de) Altenpflege
- [www.cirs-pädiatrie.de](http://www.cirs-pädiatrie.de) Kinder- und Jugendmedizin
- [www.kh-cirs.de](http://www.kh-cirs.de) Kliniken allgemein
- [www.cirs-ains.de](http://www.cirs-ains.de) Anästhesie

## Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

[Home](#)

[Informationen zum Fehlerberichtssystem](#)

[Bericht erstellen](#)

[Berichtsdatenbank](#)

[Fehler des Monats](#)

[Aktuelle Kommentare](#)

[Der Gastkommentar](#)


[Fallanalyse](#)

[Tipps zur Fehlervermeidung](#)

[Presse / Literatur](#)

[Newsletter](#)

[Impressum / Kontakt](#)



### Herzlich willkommen beim Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen - daher unser Motto:

"Jeder Fehler zählt!"

---

■ AKTUELLES

- ▶ Eine Buchempfehlung
- ▶ Qualitätsmanagement erhöht Patientensicherheit
- ▶ Alle Meldungen im Überblick

Arbeitsbereich Patientensicherheit – Barbara Hoffmann  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

### Bericht eingeben

Seite 1 Seite 2 Seite 3 Seite 4 Seite 5 Seite 6


**6) Was ist passiert?**

**7) Was war das Ergebnis?**  
Welche Folgen hatte das Ereignis, der Fehler (für den Patienten, für Angehörige, für Sie, für die Praxis, andere)?

**8) Mögliche Gründe?**  
Bitte geben Sie an, welche Gründe zu dem Ereignis geführt haben können. Denken Sie auch an das Praxisteam, ihre Organisation und Aufgabenverteilung, Ausrüstung, Kommunikation, Ausbildung und Umgebungsbedingungen.

**9) Hätte man das Ereignis verhindern können?**  
Wenn ja: Nennen Sie bitte Ihre Ideen und Vorschläge dazu.

## Ereignisse berichten



- Barbara Hoffmann  
Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

## Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

**Home**

Informationen zum Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Berichtsdatenbank

Fehler des Monats

Aktuelle Kommentare

Der Gastkommentar

Fallanalyse

Tipps zur Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt



### Berichtsdatenbank

Bitte wählen Sie:  Neueste Fehlerberichte  
 Fehlerberichte (Archiv)  
 Fehler des Monats (Archiv)  
 Fehlerberichtsuche

---

### Neueste Fehlerberichte

Hier finden Sie die neuesten Fehlerberichte, die innerhalb von www.jeder-fehler-zaeht.de eingegangen sind. Bevor sie hier eingestellt werden, werden sie von der Administratorin des Systems anonymisiert, falls noch Hinweise enthalten sind, die eine nachträgliche Identifizierung der Beteiligten möglich machen. Jeden Fehlerbericht können Sie kommentieren, Sie können dabei wählen, ob Sie anonym bleiben oder Ihren Namen und Ihre Berufsgruppe nennen möchten.

Zu den einzelnen Fehlerberichten gelangen Sie über das Anklicken der Reportnummer oder des Titels. Die Fehlerberichte werden in einem neuen Fenster geöffnet! Ein **R** in der Titelzeile bedeutet, dass die Mitarbeiter des Berichtssystems noch eine Rückfrage [\[link\]](#) zu weiteren Informationen des Ereignisses haben. Ein **M** zeigt an, dass der Fehlerbericht bereits als "Fehler des Monats" veröffentlicht wurde.

Report-nr.	Titel		Kommentare
566	Informationen über Problemkeime		3
565	Wie dringlich muss therapiert werden?	M	18
564	Zweimal Grippe-Prophylaxe	R	3
561	Gestörte Kommunikation	R	14



Institut für  
gemein-  
medizin  
Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Lehrstuhl für Allgemeinmedizin – Barbara Hoffmann  
Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

## Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Drucken
Zum Druckdialog gelangen Sie auch über die Tastenkombination "STRG" + P.
Fenster schließen

### Fehlerbericht Hauptseite

## "Wie dringlich muss therapiert werden?"

Fehler des Monats 10.2010

Reportnummer: 565 [Kommentare lesen](#) [Kommentare schreiben](#)

Dieses Ereignis wird aus einer Hausarztpraxis berichtet:

**Was ist passiert?**

Hausbesuch wg. neuer Beinschwellung. Diagnose: beginnende dekompensierte Herzinsuffizienz. Furosemid-Verordnung. Einnahme besprochen (morgens, damit Nachtschlaf nicht beeinträchtigt wird). Rezept auf dem Rückweg zur Praxis selber bei Apotheke abgegeben, Lieferung am selben Tag.

**Was war das Ergebnis?**

Nicht verabredet, dass erste Dosis Furosemid am selben Tag notwendig. Patient ruft am folgenden Morgen mit Ruhedyspnoe an, KH-Einweisung notwendig.


**Mögliche Gründe**

Bei Verordnung nicht über Einnahme am gleichen Tag gesprochen.

**Wie hätte man das Ereignis verhindern können?**

Einnahmевorschriften auch explizit für Verordnungstag erläutern.

**Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?**



Institut für  
Allgemein-  
medizin  
Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

- Home
- Informationen zum Fehlerberichtssystem
- Bericht erstellen
- Berichtsdatenbank
- Fehler des Monats
- Aktuelle Kommentare
- Der Gastkommentar
- Fallanalyse
- Tipps zur Fehlervermeidung
- Presse / Literatur
- Newsletter
- Impressum / Kontakt



### Berichtsdatenbank

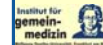
- Bitte wählen Sie:
- Neueste Fehlerberichte
  - Fehlerberichte (Archiv)
  - Fehler des Monats (Archiv)
  - Fehlerberichtsuche

### Neueste Fehlerberichte

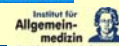
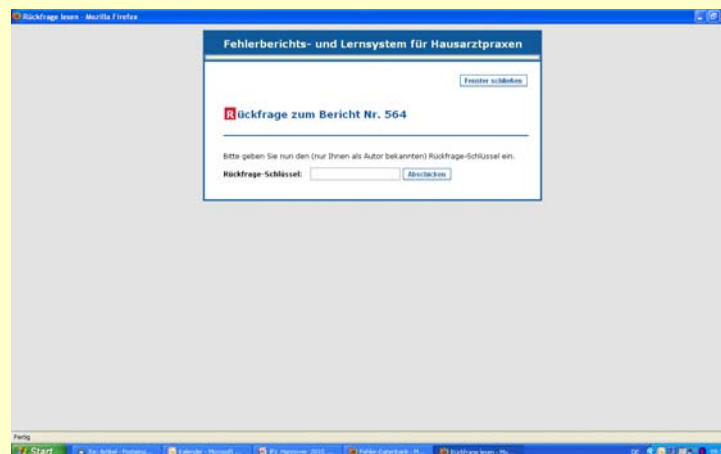
Hier finden Sie die neuesten Fehlerberichte, die innerhalb von www.jeder-fehler-zaeht.de eingegangen sind. Bevor sie hier eingestellt werden, werden sie von der Administratorin des Systems anonymisiert, falls noch Hinweise enthalten sind, die eine nachträgliche Identifizierung der Beteiligten möglich machen. Jeden Fehlerbericht können Sie kommentieren, Sie können dabei wählen, ob Sie anonym bleiben oder Ihren Namen und Ihre Berufsgruppe nennen möchten.

Zu den einzelnen Fehlerberichten gelangen Sie über das Anklicken der Reportnummer oder des Titels. Die Fehlerberichte werden in einem neuen Fenster geöffnet! Ein **R** in der Titelzeile bedeutet, dass die Mitarbeiter des Berichtssystems noch eine Rückfrage [\[link\]](#) zu weiteren Informationen des Ereignisses haben. Ein **M** zeigt an, dass der Fehlerbericht bereits als "Fehler des Monats" veröffentlicht wurde.

Report-nr.	Titel	Kommentare
566	Informationen über Problemkeime	3
565	Wie dringlich muss therapiert werden? <b>M</b>	18
564	Zweimal Grippe-Prophylaxe <b>R</b>	3
561	Gestörte Kommunikation <b>R</b>	14



## Weitere Informationen trotz Anonymität



### Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Ausbildung und Training, Kommunikation, Organisation

### Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

jährlich

### Zusätzliche Informationen

#### Kommentar des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin

Immer wieder erleben wir in der Praxis Erkrankungen und Situationen, in denen die Therapie sofort begonnen werden muss, weil eine Verzögerung eine Verschlimmerung zur Folge haben kann. Wie erreichen Sie die Umsetzung Ihrer Empfehlungen in diesen Situationen? Wie sprechen Sie mit Ihren Patienten darüber? Dokumentieren Sie dies für Ihre Patienten und wenn ja, wie?

#### RÜCKFRAGE BEANTWORTET!

Hier haben wir an die/den Berichtende/n noch ein paar Fragen gestellt, die uns prompt beantwortet wurden. Hier also noch WEITERE NEUE INFORMATIONEN:  
- Für wie dringlich haben Sie die Situation während des Hausbesuches erachtet? Haben Sie das am nächsten Morgen dann anders beurteilt?  
Bin WB-Assistent, 1. eigener Hausbesuch bei unbek. Pat, jedoch Vorbesprechung mit Weiterbilder.  
Klinische Situation bei Pat dann ganz eindeutig, deshalb nur Rückmeldung an Weiterbilder: kardiale Dekomp., Behandlung eingeleitet. Beim Pat. keine Ruhedyspnoe, aber Belastungsdyspnoe bei Weg in der Wohnung.  
Habe Dynamik unterschätzt und gar nicht explizit über Notwendigkeit der sofortigen Einnahme nachgedacht.  
Wir haben diskutiert, ob man am Tag selber Furo hätte spritzen sollen. Das schien mir in der Situation aber nicht notwendig, und hätte den gehbehinderten Patienten potenziell auch belastet (Einnässen). Nach gemeinsamer Analyse wäre das wohl die erfolgversprechendste Maßnahme zur Verhinderung der Krankenhauseinweisung gewesen.  
Am nächsten Morgen hatte Pat. am Telefon deutl. Orthopnoe, daher telefon. Einweisung ohne HB durch Weiterbilder.  
- Wie hinterlassen Sie diese Information üblicherweise beim Patienten - im Medikamentenplan, mündlich, auf anderen Wegen schriftlich?  
Üblicherweise erfolgen Verordnungen als Notiz auf Medi-Plan beim Pat. - hier auch nicht erfolgt. Pat. aber sehr gut sortiert - er hätte sich ja auch an die Einnahmевorschrift (1/2 Tablette morgens) gehalten.



## Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

[Drucken](#)

Zum Druckdialog gelangen Sie auch über die Tastenkombination "STRG" + P.

[Fenster schließen](#)

### Fehlerbericht Hauptseite

### "Wie dringlich muss therapiert werden?"

Fehler des Monats 10.2010

Reportnummer: 165

[Kommentare lesen](#)

[Kommentare schreiben](#)

Dieses Ereignis wird aus einer Hausarztpraxis berichtet:

#### Was ist passiert?

Hausbesuch wg. neuer Beinschwellung. Diagnose: beginnende dekompensierte Herzinsuffizienz. Furosemid-Verordnung. Einnahme besprochen (morgens, damit Nachtschlaf nicht beeinträchtigt wird). Rezept auf dem Rückweg zur Praxis selber bei Apotheke abgegeben, Lieferung am selben Tag.

#### Was war das Ergebnis?

Nicht verabredet, dass erste Dosis Furosemid am selben Tag notwendig. Patient ruft am folgenden Morgen mit Ruhedyspnoe an, KH-Einweisung notwendig.

#### Mögliche Gründe

Bei Verordnung nicht über Einnahme am gleichen Tag gesprochen.

#### Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Einnahmевorschriften auch explizit für Verordnungstag erläutern.

#### Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?



Barbara Hoffmann  
Frankfurt am Main

## Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Berichtsdatenbank

Fehler des Monats

Aktuelle Kommentare

Der Gastkommentar


Fallanalyse

Tipps zur Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt




### Tipps zur Fehlervermeidung

#### Praxistipps zum Sammeln

In feste Abläufe in der Praxis können sich an vielen Stellen Fehler einschleichen. Die "Tipps zur Fehlervermeidung" können zwar keine Vollständigkeit bieten, aber Ihnen helfen, mit Ihren Mitarbeitern/innen einige Abläufe in Ihrer Praxis zu überdenken, Fehlerquellen auffindig zu machen und dort Fehler zu vermeiden. Die Tipps entstammen vorwiegend den Kommentaren, die in [www.jeder-fehler-zaehtl.de](http://www.jeder-fehler-zaehtl.de) zu Fehlerberichten von Kolleginnen/Kollegen aus der Praxis geschrieben wurden. D.h. sie wurden von Ärztinnen, Ärzten und Arzthelfer/innen beigetragen. Sie sind allerdings nicht "Evidenz-basiert" in Studien erprobt worden.

#### Tipps zur Fehlervermeidung

1. Fehler bei Impfungen [\[mehr\]](#)
2. Telefonische Anfragen [\[mehr\]](#)
3. Laborbefunde I [\[mehr\]](#)
4. Laborbefunde II [\[mehr\]](#)
5. Medikationsfehler I [\[mehr\]](#)
6. Medikationsfehler II [\[mehr\]](#)
7. Medikationsfehler III [\[mehr\]](#)
8. Medikationsfehler IV [\[mehr\]](#)
9. Medikationsfehler V [\[mehr\]](#)
10. Patientenidentifikation [\[mehr\]](#)
11. Hausbesuch [\[mehr\]](#)



Barbara Hoffmann  
Frankfurt am Main

## Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Berichtsdatenbank

Fehler des Monats

Aktuelle Kommentare

Der Gastkommentar

Fallanalyse

Tipps zur Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt




### Fallanalyse

#### Fehlerbericht 520 "Fentanylpflaster"

Falls Ihnen dieser Fehlerbericht nicht bekannt ist, können Sie ihn hier lesen [\[link\]](#)

#### Bei der Fallanalyse gehen wir so vor:

1. Wir listen zunächst erst einmal auf, was im Einzelnen passiert ist, in welcher zeitlichen Reihenfolge und mit welchen beteiligten Personen oder Institutionen (z. B. Klinik, Apotheke).
2. Danach untersuchen wir den Ablauf nach allen beitragenden Faktoren: **aktiven** und **latenten Fehlern** sowie fehlenden oder vorhandenen **Sicherheitsbarrieren**. In der **graphischen Darstellung** der aktuellen Fallanalyse finden Sie die einzelnen Schritte im Ablauf des Ereignisses als graue Kästchen wieder, daneben haben wir als gelbe Kästchen alle zum Ereignis beitragenden Faktoren aufgeführt, die wir gefunden haben. Aktive (blau) oder latente (rot) Fehler sind nochmals gesondert markiert.
 

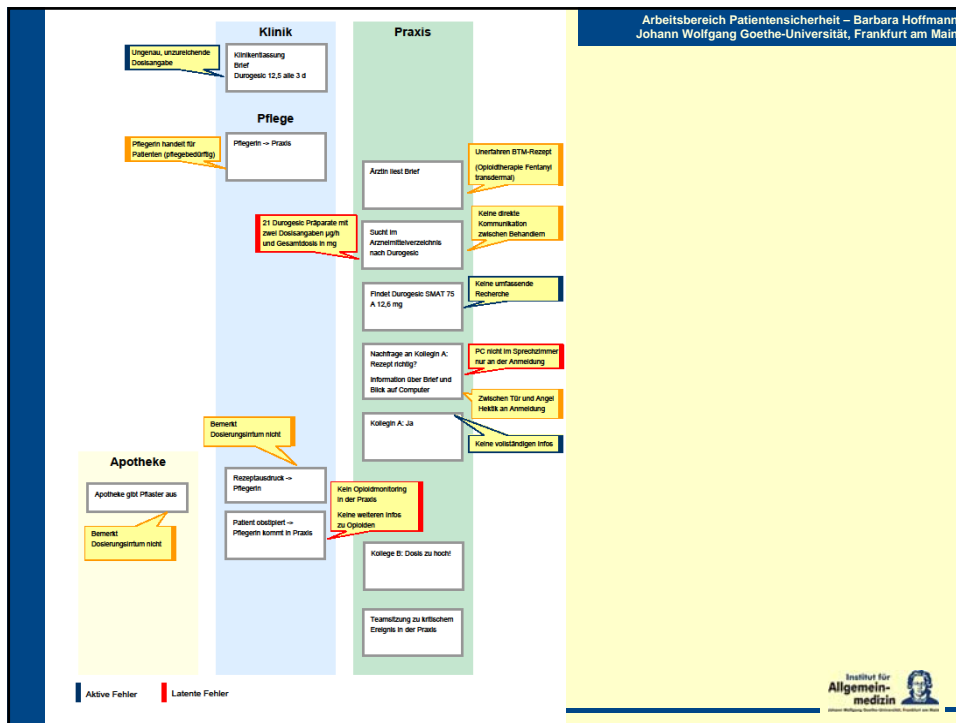


Wenn Sie mit dem Cursor auf die Fragezeichen gehen, finden Sie die Ergebnisse dieser Fallanalyse im Detail.
3. Nach der Analyse des Falles und mit Blick auf die Abbildung suchen und diskutieren Sie dann mögliche Wege, wie solche und ähnliche Ereignisse verhindert werden könnten.

#### Mögliche Vermeidungsstrategien für unseren Fall können sein:

- ▶ Eindeutige und einheitliche Angaben und Bezeichnungen der Medikamente.
- ▶ Angabe auch von Konzentrationseinheiten bei Therapieempfehlungen.





Arbeitsbereich Patientensicherheit – Barbara Hoffmann  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

**Mögliche Vermeidungsstrategien für unseren Fall können sein:**

- ▶ Eindeutige und einheitliche Angaben und Bezeichnungen der Medikamente.
- ▶ Angabe auch von Konzentrationseinheiten bei Therapieempfehlungen.
- ▶ Überwachung der Opioidtherapie (Grund: Opiode auch ambulant häufig bei Medikationsfehlern beteiligt, vor allem Gefahr der Überdosierung).
- ▶ **Informierte Rückfrage:** Es bietet sich an, ein Schema zu nutzen, damit alle notwendigen Informationen zur Entscheidungsfindung auch weitergegeben werden. . So könnte man z. B. das SBAR-Schema nutzen:

**Situation - Background (Hintergrund) - Assessment (Einschätzung) - Recommendation (Empfehlung)**

**Und das könnte in diesem Fall so aussehen:**

**Situation:** Ich habe hier eine Patientin mit der Diagnose XY, soeben aus der Klinik entlassen mit folgender Empfehlung für die weitere Medikation: Fentanyl transdermal 12,5.

**Hintergrund:** Weitere Hintergründe zur Patientin (z. B. Grund für die Opiattherapie, bisher schon Schmerzpatientin?)

**Einschätzung:** Ich bin mir unsicher, ob ich das richtige Medikament gefunden habe und das Rezept richtig ausgestellt ist.

**Empfehlung:** Bitte schaue die Situation an und gib mir ein Feedback.

**WEITERE INFORMATIONEN**

Unerwünschte Ereignisse treten sehr oft auf, weil verschiedene ungünstige Umstände und Handlungen zusammentreffen oder miteinander verkettet sind. Dabei kommt dem Faktor Mensch eine große Bedeutung zu. Was dabei schief gehen kann, kann man in aktive Fehler und latente Fehler unterteilen.

**Was ist ein aktiver Fehler?**

Aktiver Fehler führen häufig unmittelbar zu einem negativen Ergebnis und sind unsichere Handlungen von Menschen in der direkten Patientenversorgung (z. B.

Institut für Allgemeinmedizin  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

## Alles auf einen Blick

- Ereignisse berichten
- Rückfragen beantworten, anonym bleiben
- Feedback erhalten und geben (Kommentare)
- Gastkommentare
- Kollegialer Austausch
- praktische Tipps zur Fehlervermeidung
- detaillierte Fallanalyse
- 8.000 – 10.000 Besuche /Monat
- 466 Berichte

## Fehlerberichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen

Jeder  
Zahn  
zählt



Home

Informationen zum  
Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Berichtsdatenbank

Fehler des Monats

Aktuelle Kommentare

Der Gastkommentar

Tipps zur  
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt

### Herzlich willkommen beim Fehlerberichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen

Man muss nicht jeden Fehler selber machen,  
um daraus zu lernen - daher unser Motto:

#### Fehler vermeiden, denn

"jeder-zahn-zaehlt!"

#### ■ AKTUELLES

- ▶ Qualitätsmanagement erhöht Patientensicherheit
- ▶ Alle Meldungen im Überblick

Ein Modellprojekt der Zahnärztlichen Zentralstelle  
Qualitätssicherung (ZZQ) mit dem Institut der  
Deutschen Zahnärzte (IDZ)

http://www.linneaus-pc.eu/ Arbeitsbereich Patientensicherheit – Barbara Hoffmann  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main


---

**LINNEAUS EURO-PC** Home | About | Our Work | Contact

**Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primary Care (LINNEAUS EURO-PC)**


The **Linneaus Euro-PC** collaboration is a co-ordination action funded by the [European Union Framework 7](#) programme. It will seek to address the deficit in activity related to patient safety in primary care and the primary care/secondary care interface in the [European Union](#).

Through building a network of researchers into a pan European network, this co-ordination action will extend the current knowledge and experience from countries where the importance of patient safety is nationally recognised to countries where it is less developed, ensure that there is an appropriate focus on primary care and encourage co-operation and collaboration for future interventions through large scale trials. The project is organised into nine [Work Packages](#), with different [Partners](#) leading on these.



**Objectives**

- The development of a taxonomy of adverse events and errors to be used in primary care.
- Identify best clinical practice and the way that it improves patient safety through an understanding of decision making and medication errors in primary care.
- Achieve consensus on the measurement of safety culture and leadership in the primary care context




**Packages**

- Project management and coordination activities
- Developing a Taxonomy of Errors for Primary Care
- Medication errors in primary care
- Diagnostic errors in primary care
- Safety Culture and performance

**Free Conference**

19–20 October 2010  
University of Manchester, UK

**How to Improve Patient Safety in Primary Care in Europe**



Flights, accommodation and conference fees paid by LINNEAUS

[▶ PLEASE APPLY ONLINE](#)

[▶ FOR MORE DETAILS](#)

**If you have already registered for this conference but have not received confirmation, please contact us directly:**  
either **Mrs Jane Castree**  
jane.e.castree@manchester.ac.uk  
or **Dr Diana Chase**  
dian.chase@manchester.ac.uk

LINNEAUS EURO-PC is a project funded by the European Union Framework 7 programme (2008-12) within theme 1:

Institut für Allgemeinmedizin  
Arbeitsbereich Patientensicherheit, Frankfurt am Main



Arbeitsbereich Patientensicherheit – Barbara Hoffmann  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

## Gemeinsam in Europa aus Fehlern lernen

- Förderung im Framework 7 der EU
- Laufzeit 4 Jahre (Start März 2009)
- Fördervolumen 2,46 Millionen Euro
- Acht thematische Schwerpunkte in sechs europäischen Ländern:
  - Großbritannien
  - Deutschland
  - Niederlande
  - Österreich
  - Polen
  - Dänemark




Institut für Allgemeinmedizin  
Arbeitsbereich Patientensicherheit, Frankfurt am Main



## Patientensicherheitsklassifikation

- **Wer?** Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt
- **Warum?** Klassifikation als Grundlage für Epidemiologie, Berichts- und Lernsysteme, systemat. Analysen
- **Was?** Entwicklung eines Klassifikationssystems von Patientensicherheitsereignissen
- **Aktuell?** Literaturrecherche; 15 Systeme identifiziert; Empfehlungen zusammengetragen für Modell und Struktur eines Systems; Anwendungstests von 11 Systemen anhand von Fall-Vignetten
- **Nächste Schritte?** Entwurf eines Systems und Experten- und Anwenderbefragung

## Berichts- und Lernsysteme

- **Wer?** Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt
- **Warum?** Web-basierte Berichts- und Lernsysteme sind gerade für die ambulante Versorgung essentiell
- **Was?** Entwicklung eines generischen Berichts- und Lernsystems für den Einsatz in verschiedenen Europäischen Ländern
- **Aktuell?** Pilotprojekt eines Berichtssystems für hausärztliche Praxen in Polen
- **Nächste Schritte?** Literaturrecherche, Anforderungen an ein Berichtssystem, Entwicklung

## Andere Schwerpunkte

- Arzneimitteltherapiesicherheit (Salzburg)
- Patientensicherheit in der Diagnostik (London)
- Sicherheitskultur (Manchester)
- Lernen für Patientensicherheit (Nijmegen)
- Patientensicherheit in „nascent countries“ (Łódź)
- Einbeziehung der Patienten (Kopenhagen)

## Arbeitsweise

- ExpertInnen und PraktikerInnen erarbeiten u.a. Empfehlungen
- Instrumente werden in der Praxis getestet
- Schriftliche u. mündliche Befragung von Beteiligten (PatientInnen, Gesundheitsberufe, WissenschaftlerInnen)
- Arbeitsgruppen, Diskussionen, Delphi-Panel
- Workshop für alle Interessierten aus möglichst vielen Europäischen Ländern



## LINNEAUS-EURO-PC-Conference 2010 19. und 20. Oktober Manchester

- Plenarveranstaltungen
  - “What is Patient Safety and why should I do something about it?”
  - “What is a safe environment / safety culture?”
  - “Diagnostic errors and Medication errors”
  - “World-view and the future”
- Workshops
  - How to set up a reporting network in your country
  - How to learn from patient safety
  - How to involve patients



## LINNEAUS-EURO-PC-Conference 2012

- Große Konferenz (300 – 400 TeilnehmerInnen) zu Patientensicherheit in der Primärversorgung
- Frankfurt Mai 2012

