

# Erfassung von Medikationsfehlern in Deutschland: Heterogene Ansätze mit unterschiedlichen Zielen

Birgit Vogt<sup>1</sup>, Ursula Köberle<sup>2</sup>, Petra Thümann<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Bundesärztekammer, Wissenschaftliches Sekretariat Aktionsplan AMTS bei der AkdÄ, Berlin, Deutschland: Birgit.vogt@baek.de

<sup>2</sup> Bundesärztekammer, Dezernat 6 – Wissenschaft, Forschung und Ethik, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup> Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Philipp Klee-Institut für klinische Pharmakologie, Wuppertal, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

<sup>4</sup> Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Witten, Nordrhein-Westfalen, Deutschland



## Hintergrund und Ziel

- Medikationsfehler sind unbeabsichtigt, vermeidbar und können vielfältige Ursachen haben<sup>1</sup>
- Werden in Deutschland an verschiedenen Stellen dokumentiert und analysiert (Tabelle 1)
- Umfassende Zusammenführung dieser Daten existiert bislang nicht
- Überblick über die Erfassung und Auswertung von Medikationsfehlern in Deutschland
- Möglichkeiten für gemeinsame, sich ergänzende Auswertungen der Berichte über Medikationsfehler zur Verbesserung der AMTS

Tabelle 1: Einbezogene Projekte, Institutionen und Behörden

Projekte und Initiativen	Institutionen, Arzneimittelkommissionen, Behörden
<i>Erfüllen Aufgaben im Rahmen des Risikomanagements</i>	<i>Erfüllen arzneimittel- bzw. chemikalienrechtlich verankerte Aufgaben</i>
"Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen" (CIRS-NRW)**	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)*
„Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus“ (ADKA-DokuPIK)*	Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)*
„Jeder-Fehler-zählt“ (JFZ)*, Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)*
Meldesystem der Kinder- und Jugendklinik des Universitätsklinikums Erlangen (MF in Pädiatrie)***	Giftinformationszentren der Länder (GIZ)**

\*national \*\*regional \*\*\*lokal



Abbildung 1: Übersicht der Art der Medikationsfehler nach Häufigkeit der Nennung in der Erhebung [Methode B] gemäß MedDRA Leitfadens Version 24.0<sup>5</sup>.

## Methoden

### A. Workshop zur Verbesserung der zentralen Erfassung von Medikationsfehlern

- Durchführung im Rahmen des „Aktionsplan 2021–2024 des BMG zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“<sup>2</sup> im Mai 2022
- Teilnehmende: n = 26 Expertinnen und Experten von zuständigen Institutionen und etablierten Fehlermeldeprojekten (Tabelle 1)
- Moderierte Diskussion spezifischer Aspekte im qualitativ-empirischen Ansatz<sup>3</sup>

### B. Strukturierte Erhebung instituts- bzw. projektbezogener Informationen

- Teilnehmende: Am Workshop aktiv beteiligte zuständige Institutionen und Projekte (Tabelle 1)
- Strukturierte Erhebung ergänzender Informationen im E-Mail-Verfahren
- Rückmeldequote: n = 8 (entspricht 100 %)

## Ergebnisse

### Zielsetzung und Auftrag

- Involvierte Projekte und Institutionen erfüllen Auftrag im Rahmen des Risikomanagements oder aufgrund arzneimittel- bzw. chemikalienrechtlicher Vorgaben (Tabelle 1)
- Für unterschiedliche Zielgruppen
- Arbeiten auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene (Tabelle 1)
- Umgang mit Medikationsfehlern variiert je nach Zielsetzung und rechtlichen Vorgaben

### Anzahl der Medikationsfehler

- Statistik bzw. Angaben über Anzahl der dokumentierten Medikationsfehler variiert je nach Auftrag und Ziel (Tabelle 2)
- Spezielle Schulungen können Sensibilität für Medikationsfehler erhöhen, wie z. B. bei der Einführung von „Kinderformularium“<sup>4</sup>

### Medikationsfehler nach Art, Setting und Arzneimittelgruppen

- Rückmeldungen über die Art der dokumentierten Medikationsfehler gemäß MedDRA-Leitfadens Version 24.0<sup>5</sup>, deutsche Fassung, auf Begriffe hoher Ebene (High Level Terms, HLT) kategorisiert
- Auswertung nach Häufigkeit der Nennung in der ergänzenden Erhebung (Abbildung 1).
- Fehler bei der Verabreichung von Arzneimitteln am häufigsten genannt [n = 9]
- Medikationsfehler treten gleichermaßen in ambulanten und stationären Versorgungssettings auf
- Insgesamt n = 13 Therapeutische Hauptgruppen nach ATC-Klassifikation<sup>6</sup> im Kontext mit Berichten über Medikationsfehler aufgeführt, am häufigsten Hauptgruppe N02 Analgetika, z. B. Acetylsalicylsäure-, Ibuprofen- und Metamizol-haltige Arzneimittel

### Weitere Aspekte

- Herausforderungen, Hemmnisse und fördernde Faktoren sind in Tabelle 3 zusammengefasst
- Zusammenwirken und Einrichtung von Schnittstellen sind in Abbildung 2 dargestellt

Tabelle 2: Angaben über die Anzahl der dokumentierten Berichte über Medikationsfehler in unterschiedlichen Zeitabschnitten

Projekt bzw. Institution	Berichte pro Jahr	Berichte in bestimmten Zeitabschnitten
ADKA-DokuPIK	ca. 15.000	
AMK	ca. 200	
BfArM	ca. 1.700*	
CIRS-NRW	ca. 200	
GIZ	ca. 20.000**	
AkdÄ		130 (2016–2017)***
JFZ		ca. 250 (seit 2004)
MF in Pädiatrie		ca. 150 (seit 2004)

\*im Jahr 2022  
\*\*Beratungen mit Bezug zu Medikationsfehlern  
\*\*\*im Rahmen des „Projekt zur Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern“<sup>7</sup>

Tabelle 3: Herausforderungen bzw. mögliche Hemmnisse sowie fördernde Faktoren im Meldewesen mit Blick auf die Erfassung von Medikationsfehlern

Herausforderungen bzw. mögliche Hemmnisse
• Fehlende personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen
• Mangelnde Kenntnisse über die Meldewege
• Mehrbelastung durch die SARS-CoV-2-Pandemie
• Uneinheitliches Vorgehen beim Kodieren eines Fehlerszenarios
• Sonderfall „potenzielle Medikationsfehler“
Fördernde Faktoren
• Etablierung einer positiven Fehlerkultur
• Möglichkeit der anonymen Meldung
• Vereinfachter Meldeprozess
• Gutes Vertrauensverhältnis
• Finanzielle Anreize

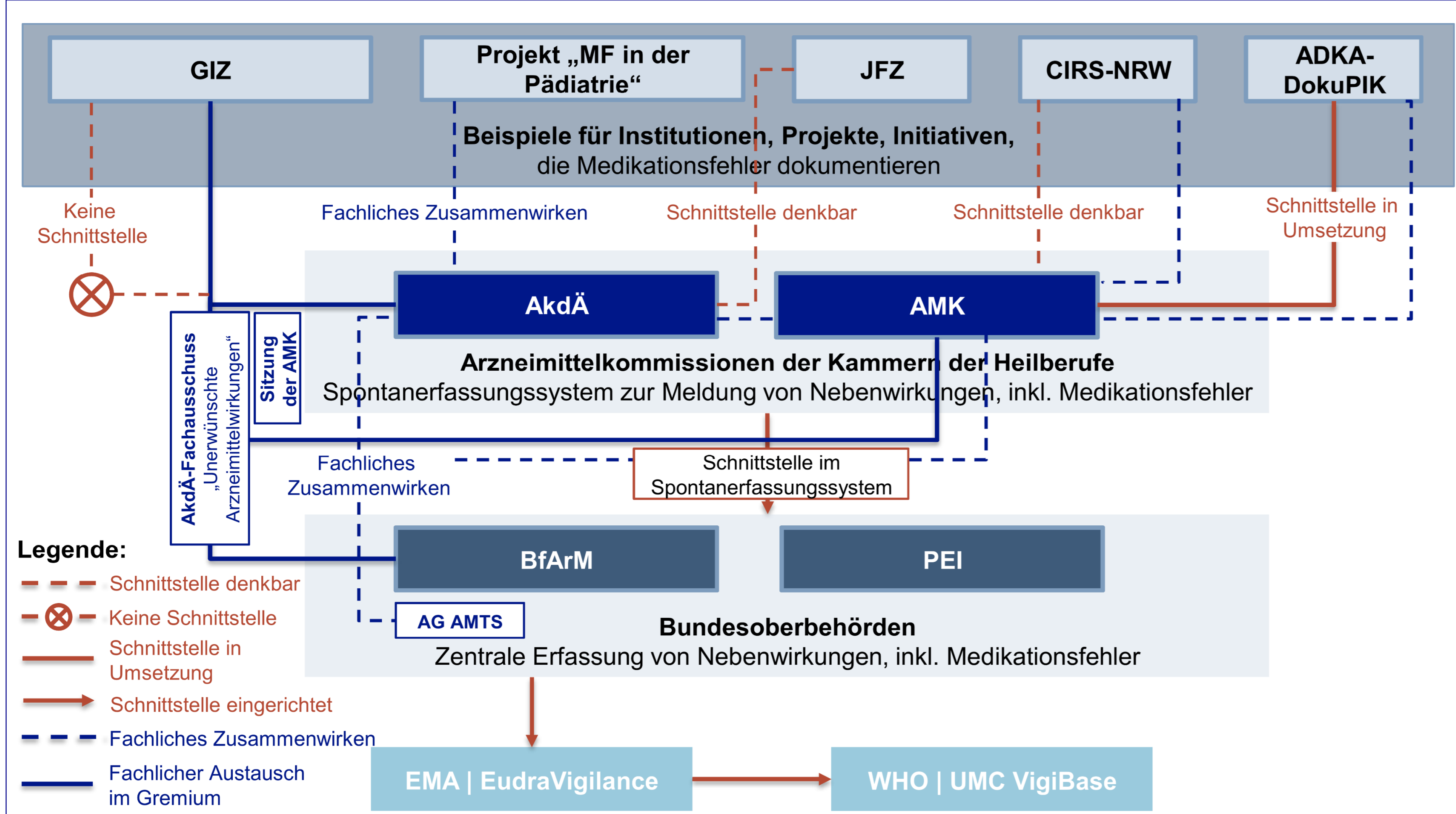


Abbildung 2: Zusammenwirken der unterschiedlichen Institutionen, Projekte, Initiativen mit Arzneimittelkommissionen und Bundesoberbehörden im Rahmen des fachlichen Austauschs bzw. der Vernetzung über Schnittstellen im Spontanerfassungssystem.

## Diskussion und Schlussfolgerungen

- Qualitativ-empirischer Ansatz zeigt Tendenzen, aber keine quantitativen Ergebnisse.
- Ergebnisse sind daher eingeschränkt generalisierbar und spiegeln den Erfahrungshorizont der Beteiligten wider.
- Nicht alle Projekte zu Medikationsfehlern in Deutschland wurden berücksichtigt.
- Fehler können in jedem Schritt des Medikationsprozesses und in allen Versorgungssituationen verursacht und vermieden werden.
- Unterschiedliche Erfassung von Medikationsfehlern in Deutschland ohne zentrale Vernetzung.
- Austausch über gemeinsame Schnittstellen könnte neue Erkenntnisse und Verbesserungen der AMTS bringen sowie Ressourcen sparen.
- Kontinuierlicher Fachaustausch unter Expertinnen und Experten sollte verstetigt werden.

**Referenzen:** 1. Aly A-F. Ein "Was ist Was" der Sicherheit. Deutsches Ärzteblatt plus 2014. 2. Bundesministerium für Gesundheit. Aktionsplan 2021–2024 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland: Aktionsplan AMTS 2021–2024; Februar 2021. 3. Ergebnisprotokoll zur Umsetzung der Maßnahme „Workshop zur Verbesserung der zentralen Erfassung von Medikationsfehlern“; Mai 2022. 4. Kinderformularium. Verfügbar unter: <https://www.kinderformularium.de/> (letzter Zugriff: 25. September 2024). 5. Medizinisches Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung (MedDRA®). Leitfadens MedDRA Version 24.0; Stand: März 2021. 6. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahr 2024. 7. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Projekt zur Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern Abschlussbericht. Teil 1: Sachbericht. Berlin, 29. Juni 2018.

**Interessenkonflikte:** keine.