CIR – Critical Incident Reporting in der Grundversorgung

F. Huber

Fehler in der Medizin – ein lange vernachlässigtes und verschwiegenes Problemgebiet – sind in den letzten Jahren durch zahlreiche Studien belegt und hochgerechnet worden. Das Institut of Medicine rechnete 1999 im Bericht «To Err is Human» [1] mit jährlich 90 000 iatrogenen Todesfällen in US-Spitälern. Weitere Berichte haben in anderen Ländern (UK [2], Australien [3]) gezeigt, dass Fehler in der Medizin häufig sind und dass bei vielen Patienten unerwünschte Ereignisse auftreten. Die Zahlen und Berichte wurden teilweise heftig kritisiert. Wichtiger als exakte Zahlen ist der Aufbau einer Fehlerkultur in der Medizin und der Wechsel von einer «culture of blame» zu einer «culture of safety». Während sich die meisten Publikationen zur Verbesserung der Patientensicherheit auf den stationären Bereich beziehen, gibt es dazu im Bereich der Grundversorgung noch wenig Studien und konkrete Vorschläge. Der MediX-Ärzteverbund Zürich hat in den wöchentlichen Qualitätszirkeln das «Critical Incident Reporting» als festes Traktandum eingeführt und während eines Jahres 31 Critical-Incident-Meldungen gesammelt und ausgewertet.

Qualitätszirkel

Im MediX-Ärzteverbund treffen sich die Ärzte zu wöchentlichen, strukturierten, vorbereiteten und protokollierten Qualitätszirkeln. Die Gliederung gestaltet sich wie folgt:

1. dringende Fragen und Anliegen, aktuelle Themen;
2. CIR (Critical Incident Reporting);
3. Überweisungen;
4. Hospitalisationen;
5. Behandlungsverläufe;
6. Guidelines / Disease Management;
7. Journalclub;
8. schriftliche Berichte aus Fortbildungen;
9. Organisation und Administration, Versicherungsfragen;
10. Varia, Termine, Aufgaben.

CIR und Patientensicherheit

Unabhängig von der exakten Häufigkeit schwerwiegender Zwischenfälle ist die Etablierung einer «Fehlerkultur» zu einem der zentralen Themen in der internationalen medizinischen Qualitätsdiskussion geworden. In Grossbritannien wurde aufgrund der Berichte des Department of Health «An Organisation with a Memory» [4] und «Building a Safer NHS» [5] eine nationale Agentur für Patientensicherheit gebildet. In der Schweiz bereitet eine Taskforce im Auftrag des BSV die Gründung einer unabhängigen Stiftung «Patientensicherheit» vor, die auf nationaler Ebene ein anonymes und freiwilliges Fehlermeldesystem für alle Gesundheitsberufe einführen wird. Als Pilotprojekt dazu ist die Einführung eines «Critical Incident Reporting Systems» (analog den Systemen in der Zivilluftfahrt) durch die FMH geplant. Dieses stützt sich auf Schweizer Pionierleistungen von Fehlererfassungssystemen in der stationären Medizin (Anästhesie, Kinderchirurgie, Gynäkologie).

CIR und Grundversorgung

Ein Massstab für die Patientensicherheit ist der Umgang mit Critical Incidents [6]. Diese können wie folgt umschrieben werden: Eine vom Betreuungssystem ausgelöste bedrohliche Situation mit oder ohne Schaden für den Patienten. Der Grund kann in einer Unter- oder Überbehandlung oder in einem falschen Einsatz der Mittel liegen.

Während sich die meisten Publikationen zur Verbesserung der Patientensicherheit auf den stationären Bereich beziehen, gibt es dazu im Bereich der Grundversorgung noch wenig Studien und konkrete Vorschläge. In der Grundversorgung lassen sich viele Beschwerden nicht ohne weiteres oder gar nicht einer klaren medizinischen Diagnose zuordnen. Der Grundversorger ist darum mit der ständigen Angst und Unsicherheit konfrontiert, etwas Folgenschweres zu verpassen. Andererseits verbieten die Grundsätze von Verhältnismässigkeit und Wirtschaftlichkeit eine rigorose Abklärung nach dem Ausschlussverfahren, welches viele Patienten ohnehin ablehnen würden. Je nach Persönlichkeit reagieren Ärzte auf diese ständige Ungewissheit mit Verhaltensmustern zwischen den Extremen «gewissenhaft-zwanghaft» oder «nachlässig-oberflächlich». Oft sind sich Grundversorger gar nicht bewusst, wie unterschiedlich ihr Handeln zwischen diesen Extremen ist. Die Chance, das eigene Verhalten überhaupt zu reflektieren und

Korrespondenz:
Dr. med. Felix Huber
MediX-Gruppenpraxis
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich

E-Mail:
felix.huber@medix-aerzte.ch

Website:
www.medix-aerzte.ch und
www.medix-gruppenpraxis.ch

zu ändern, setzt den Vergleich mit andern Grundversorgern voraus, was zum Beispiel mit gut strukturierten Qualitätszirkeln oder mit Fallvignetten [7] erreicht werden kann.

Der Aufbau eines schweizerischen nationalen Meldesystems im Rahmen der zu gründenden Stiftung für Patientensicherheit soll auch im Bereich der Grundversorgung wertvolle neue Informationen über Fehler bringen. Es ist zu erwarten, dass die systematische Auswertung der Meldungen auch für den ambulanten Bereich zu einer laufenden Qualitätsverbesserung beitragen und die spezifischen Probleme der Grundversorgung aufzeigen wird.

Die EQUAM-Stiftung (Externe Qualitätskontrolle in Managed Care) hat in ihren neusten Standards für HMO-Gruppenpraxen folgende Anforderungen formuliert: *Jede Praxis entwickelt eine praxisinterne Kultur im Umgang mit Fehlern in der Diagnostik und Therapie. Es werden aktive und passive Fehler (Unterlassungen) systematisch gesammelt und analysiert. Die durch diesen kontinuierlichen Prozess ausgelösten Verbesserungen sind dokumentiert.*

Die Messkriterien sind:

1. Nachweis der regelmässigen Fehlermeldung (mind. einmal monatlich schriftlich erfasst);
2. Nachweis der Analyse und Systematisierung der Fehler;
3. Nachweis des Verbesserungsprozesses;
4. Mindestens ein QZ pro Jahr ist dem fehlerhaften Einsatz von Medikamenten, den notwendigen Verbesserungsprozessen und ihrer Dokumentation gewidmet. Das Protokoll wird vorgelegt.

Fallvignetten

Ein idealtypischer Fall wird allen Teilnehmern des Qualitätszirkels mit Fragen zur Diagnostik und Therapie vorgelegt. Die Antworten werden ausgewertet und graphisch dargestellt. Im Anschluss daran wird zu diesem Thema eine Guideline erarbeitet. Diese soll als Behandlungsleitlinie und nützliche Orientierungshilfe für die tägliche Arbeit mit Patienten dienen und die Variabilität des ärztlichen Handelns reduzieren. Nach drei bis sechs Monaten wird die gleiche Fallvignette nochmals vorgelegt und von allen schriftlich beantwortet. Die erneute Auswertung zeigt den Lerneffekt oder die Lernschlaufe der teilnehmenden Ärzte und ist ein wichtiges Kontrollinstrument für die Qualität der gemeinsamen Guidelinearbeit.

Während Spitäler als institutionelle Einheiten die Fehlerkultur abteilungsweise etablieren können, ist es für den Grundversorger in der Einzelpraxis bedeutend schwieriger, sich in einem anonymen Meldesystem zurechtzufinden und das Interesse an einer laufenden Überprüfung des eigenen Handelns aufzubringen.

CIR im MediX-Ärzteverbund Zürich

Wir haben deshalb im MediX-Ärzteverbund Zürich in den beiden wöchentlichen Qualitätszirkeln ab 1. Februar 2001 als weiteres festes Traktandum das «CIR» eingeführt. Die 28 Partner-

Tabelle 1
Einteilung der Fehlerquellen.

Die Fehlerquellen in der Grundversorgung lassen sich in vier Bereiche einteilen (modifiziert nach Wilson [8]):

	Fehlerquellen	Verbesserungsvorschläge
Diagnostik	Unsicherheit in der Diagnostik Überweisung zum falschen Zeitpunkt oder an den falschen Adressaten	Fallbesprechungen, Fallvignetten Guidelines Elektronische Entscheidungshilfen Disease und Case Management
Therapie	Vernachlässigung einer Kontraindikation Irrtum in der Abgabe oder Verschreibung Nichtberücksichtigen von Allergien Nichtbeachten von Interaktionen falsches Medikament	Elektronische Verschreibung auf der Grundlage einer elektronischen Krankengeschichte: meldet Interaktionen, Allergien, Unverträglichkeiten
Kommunikation	Fehler in der Informationsvermittlung innerhalb der Praxis und an den Schnittstellen zur auswärtigen Behandlung	Elektronische Informationsvermittlung (Berichte) Patient als Eigner der Krankengeschichte (z. B. Internet-KG)
Organisation	Fehlerkultur ist nicht etabliert Fehler werden bestraft oder unter den Tisch gewischt	Programm für laufende Qualitätsverbesserung in der eigenen Praxis Aufbau einer internen Fehlerkultur im ganzen Praxisteam, «no blame»-Kultur

Tabelle 2
CIR im MediX-Ärzteverbund Zürich.

	Nennungen	Häufigkeit (%)
Diagnostik	11	35
Therapie	16	52
Organisation	4	13
Total	**31**	**100**

ärzte werden in jedem QZ aufgefordert, Fehler oder mögliche Missgeschicke zu melden. Dies setzt eine Atmosphäre des Vertrauens und der Verschwiegenheit voraus.

In einem Jahr haben wir 31 Critical-Incident-Meldungen gesammelt und ausgewertet. Die Besprechung erfolgt jeweils direkt anschliessend an die Fehlermeldung und systematisch nach periodischer Auswertung der Meldungen.

Gemäss modifizierter Einteilung nach Wilson et al. (Tab. 1) betrafen von den 31 Meldungen 11 die Diagnostik, 16 den therapeutischen Bereich und 4 organisatorische Unklarheiten. Bei 4 der 31 Critical Incidents spielten zusätzlich auch kommunikative Probleme eine Rolle (Tab. 2).

Diagnostik (Tab. 3)

Unsicherheit in der Diagnostik und Überweisungen zum falschen Zeitpunkt oder an den falschen Adressaten fordern den Grundversorger ständig heraus. Hilfsmittel für den einzelnen Praktiker in Form von neuen problembezogenen Anleitungen stehen zwar zur Verfügung [9], die Benützung ist aber der Akribie des einzelnen Arztes überlassen. Elektronische Entscheidungshilfen sind noch wenig verbreitet und setzen den PC am Arbeitsplatz und idealerweise eine elektronische Führung der Krankengeschichte voraus. Der Einsatz solcher Entscheidungshilfen hat sich im NHS-direct in Grossbritannien [10] und in der Schweiz beim Callcenter medi-24 gemäss eigener Erfahrung als sicher erwiesen. Immer wiederkehrende diagnostische Unsicherheiten können systematisch reduziert werden. Im MediX-Ärzteverbund versuchen wir dies durch Erarbeitung von Guidelines in Qualitätszirkeln und durch die Überprüfung des Wissens durch vorher und nachher ausgefüllte Fallvignetten.

Tabelle 3
Diagnostik.

	Nennungen	Häufigkeit (%)
Differentialdiagnose zu eng	5	38
Falsches Vertrauen in Labortest	3	23
Falsche Interpretation eines Labortests	1	8
Seltene, unwahrscheinliche Diagnose	3	23
Übersehen eines wichtigen Hinweises	1	8
Total	**13**	**100**

Therapie (Tab. 4)

Gerade die moderne Arzneimitteltherapie hat einen Komplexitätsgrad erreicht, der im hohen Masse anfällig für Fehler ist [11]. Die Aufmerksamkeit des Praktikers ist damit täglich überfordert. Die Verschreibung mittels elektronischer Krankengeschichte könnte auf gefährliche Interaktionen, Allergien und Unverträglichkeiten hinweisen. Die Softwareanbieter sind hier gefordert, praktikable Lösungen zu entwickeln. Elektronische Interaktionsprogramme kranken immer noch an einer hohen Melderate potentieller Interaktionen, die kaum praxisrelevant gewichtet sind. Dies führt dazu, dass Warnungen mit der Zeit gar nicht mehr beachtet werden. In Qualitätszirkeln können regelmässige Fortbildungen zu häufigen medikamentösen Interaktionen das Wissen und Bewusstsein stärken.

Kommunikation

In jeder Praxis, ganz besonders in Gruppenpraxen, verlangt die Weitergabe von Informationen eine präzise Dokumentation und gute kommunikative Fertigkeiten. Der Informationsfluss über die Schnittstellen hinweg ist oft nicht gewährleistet, weil beispielsweise die einzelnen Leistungserbringer häufig vom Patienten nicht über parallele Behandlungen informiert werden. Problematisch sind auch fehlende Informationen in Notfallsituationen. Lösungsansätze bieten Patientcards oder die Internetkrankengeschichte. Im MediX-Ärzteverbund sammeln wir erste Erfahrungen mit der medlook-Internetkrankengeschichte. Der Patient ist Eigner seiner Internet-KG und kann weltweit den Zugriff auf seine Patientendaten gewährleisten. Ein alltägliches Beispiel von grosser Tragweite ist schliesslich der Informationsfluss über die aktuelle Pharmakotherapie nach Spitalentlassung. Bis zu 40% der Patienten bekommen in der ambulanten Nachbetreuung wegen einer Informationspanne nicht die am Spitalaustrittstag empfohlene Therapie [12].

Organisation

Wir sind noch weit von einer Fehlerkultur entfernt, die Irren als etwas Menschliches auffasst und die Meldung von Fehlern als ein wichtiges Instrument der laufenden Qualitätsverbesserung versteht. Alle Akteure sind hier gefordert, mit

gutem Beispiel voranzugehen und eine interne Kultur des Nicht-Bestrafens und des Nicht-Schuldzuweisens aufzubauen. Dabei darf «no blame» nicht gleichgesetzt werden mit «keine Verantwortung übernehmen».

Wie in den Spitälern sind auch die Praxen als organisatorische Einheiten gefordert, für sich ein Programm zur laufenden Qualitätsverbesserung zu implementieren [13].

Konsequenzen für die Patienten (Tab. 5)

Die gemeldeten kritischen Vorfälle hinterliessen bei 87% der Fälle keinen Schaden. 48% der Patienten erlitten aber Unannehmlichkeiten wie länger dauernde Behandlungen oder Schmerzen. Je 6,5% der Zwischenfälle führten zu einem leichten, bzw. schweren bleibenden Schaden. In diesen schwerwiegenderen Ereignissen wird der Arzt oder der Behandelnde wegen seiner Schuldgefühle zum zweiten Opfer, das ebenfalls Hilfe braucht [14]. Anonyme Meldesysteme können diese Aufgabe nicht lösen. Die Besprechung im Qualitätszirkel eignet sich dafür unter der Voraussetzung der Verschwiegenheit und echter Kollegialität. Sie hat nach unseren Erfahrungen den betroffenen Kollegen spürbare Hilfe und Entlastung gebracht.

Tabelle 4
Therapie.

	Nennungen	Häufigkeit (%)
Dosierungsirrtum	1	6
Komorbidität nicht beachtet	1	6
Pat. hat falsch verstanden	2	13
Verwechslung des Medikamentes	4	25
Kommunikationsfehler zu parallel behandelnden Ärzten	1	6
Interaktion nicht beachtet	1	6
Nebenwirkungen nicht beachtet	3	19
Direkter iatrogener Schaden gesetzt	3	19
Total	**16**	**100**

Tabelle 5
Konsequenzen für die Patienten.

Die 31 gemeldeten Critical Incidents hatten für die Patienten folgende Konsequenzen:		
Konsequenzen	**Fälle**	**Prozent**
Keine spürbare Folge	12	39
Unannehmlichkeit ohne Folgeschaden	15	48
Leichter bleibender Schaden	2	6,5
Schwerer bleibender Schaden	2	6,5
Todesfall	0	0
Total	**31**	**100**

Schlussfolgerungen

Ein CIR in der Grundversorgung kann zu einer laufenden Qualitätsoptimierung beitragen. Voraussetzungen sind ein Klima des Vertrauens und eine Atmosphäre des «Irren ist menschlich». Die Meldung von Fehlern entlastet die Kollegen auch von Schuldgefühlen und führt zu einem Lerneffekt für alle Beteiligten. Sie werden dazu ermuntert, ihr Handeln immer wieder selbstkritisch zu reflektieren. Beim Aufbau einer Fehlerkultur muss der Qualitätszirkelleiter mit gutem Beispiel vorangehen, also eigene Fehler rapportieren, und mit Fingerspitzengefühl die Diskussion leiten. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern kann sich nur im gegenseitigen Respekt unter ehrlicher kollegialer Offenheit und Bereitschaft von allen Beteiligten zur Selbstbescheidenheit entwickeln. Fehler zu melden soll nicht einem Gang nach Canossa gleichkommen, sondern den Berichterstatter entlasten und die Gruppe zu neuen Erfahrungen führen. Eine systematische Auswertung der Fehlermeldungen ermöglicht notwendige Korrekturen in einem Programm der laufenden Qualitätsoptimierung. Der Aufbau einer Fehlerkultur in den Qualitätszirkeln fördert das Weiterleiten von Critical Incidents an die Nationale Stiftung für Patientensicherheit.

Das CIR in den beiden wöchentlichen Qualitätszirkeln des MediX-Ärzteverbundes wird von den Kolleginnen und Kollegen als wichtige Bereicherung empfunden. Die Meldungen sind Quelle wertvoller Informationen für die Entwicklung und Überarbeitung von Guidelines und zur laufenden Implementierung von Verbesserungsmassnahmen. Die Beteiligten werden zudem regelmässig daran erinnert, dass blindes Vertrauen in diagnostische Untersuchungen gefährlich sein kann und dass die Differentialdiagnose so lange offen bleiben muss, bis alles unter einen Hut passt.

Das Sprechen über Fehler in den Qualitätszirkeln hilft den beteiligten Ärzten, auch ihren Patienten gegenüber eine neue Offenheit zu zeigen und damit noch weitere Unannehmlichkeiten zu vermeiden. Kommunikative Fähigkeiten tragen wesentlich dazu bei, Missverständnisse, Fehler und Haftpflichtfälle zu vermeiden.

Mein Dank gilt Dr. med. Anne Sybil Götschi, Dr. med. Christian Marti und allen Teilnehmern unserer Qualitätszirkel für die kritische Mitarbeit und Durchsicht dieses Manuskripts.

Literatur

1 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). To err is human. Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

2 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. Br Med J 2001; 322:517-9.

3 Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995;163:458-71.

4 Department of Health. An organisation with memory. London: Stationery Office; 2000.

5 Department of Health. Building a safer NHS. London: Stationery Office; 2001.

6 Leape L, Berwick D. Safe health care: are we up to it? Br Med J 2000;320:725-6.

7 Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. JAMA 2000;283:1715-22.

8 Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. Br Med J 2002;324:584-7.

9 Raetzo MA, Restellini A. Alltagsbeschwerden. Bern: Huber, 1998.

10 Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. Br Med J 1998;317:1054-9.

11 Buetow S, Bonnie S, Cantrill J, Halliwell S. Prevalence of potentially inappropriate long-term prescribing in general practice in the United Kingdom, 1980–95: systematic literature review. Br Med J 1996;331:1371-4.

12 Duggan C, Bates I, Hough J. Discrepancies in prescribing – where do they occur? Pharmaceutical J 1996;256:65-7.

13 Geboers H, Grol R, van den Bosch W, van den Hoogen H, Mokkink H, van Montfort P, Oltheten H. A model for continuous quality improvement in small scale practices. Qual Health Care 1999;8:43-8.

14 Wu A. Medical error: the second victim. Br Med J 2000;320:726-7.