

Daniel Gelzer und Qualitätszirkel B Merian Iselin, Basel¹

CIR für Grundversorger – der Qualitätszirkel als geeignetes Forum

Seit Anfang der Neunzigerjahre setzt sich auch in der Medizin langsam ein neues Selbstverständnis beim Umgang mit Fehlern durch. Voraussetzung dafür ist, dass offen mit Fehlern umgegangen wird und nicht nach dem oder der Schuldigen gesucht wird. Im Vordergrund stehen soll die Suche nach den Umständen und Verkettungen, die zu Fehlern geführt haben. Dies war die Geburtsstunde des Risk Managements und des Critical Incident Reportings (CIR).

Critical Incident Reporting (CIR)

Vor allem die hochkomplexen, stark technisierten Medizinbereiche wie die Anästhesie und die operativen Fächer interessierten sich für das CIR [1–3]. 1996 führten Scheidegger und Staender an der Anästhesie in Basel ein CIR System ein [4]. Voraussetzung dazu sind eine No-blame-Kultur (nicht der/die Schuldige muss identifiziert werden, sondern die Verkettungen, die zum Fehler führten), die Möglichkeit der anonymen Meldung und die regelmässige Auswertung und Diskussion der eingegangenen Meldungen.

CIR in der Grundversorgung

Die Grundversorgung ist weder durch hochkomplexe technische Arbeitsabläufe noch durch Teams verschiedenartigster Spezialisten, die eng zusammenarbeiten müssen, gekennzeichnet, sondern dadurch, dass der Arzt oder die Ärztin oft allein Entscheidungen fällt. Zudem lassen sich viele Beschwerden nicht einer klaren medizinischen Diagnose zuordnen. Meist ergibt sich erst aus dem Verlauf eine deutlichere Beurteilung. Eine Abklärung nach dem Ausschlussverfahren verbietet sich den Grundversorgenden aus verschiedenen Gründen. Es bleibt oft eine Unsicherheit zurück. Zwischenfälle oder Beinahezweifel können hier genauso, wenn auch anders geartet, vorkommen. Gruppenpraxen, Ärztenetze oder Qualitätszirkel sind Organisationsformen, wo informell oder strukturiert mit (Beinahe-)Zwischenfällen umgegangen werden kann. CIR-Systeme können hier eine Hilfe darstellen. Systematisch wurde das noch kaum ausgewertet. In einer Gruppenpraxis in Zürich wurde ein CIR etabliert und anhand der Kriterien Fehler bei Diagnose, The-

rapie, Kommunikation und Organisation ausgewertet und festgestellt, was zu einer Qualitätsoptimierung beitragen kann [5]. Nach längerer Vorarbeit führte die SGAM als eine der ersten Fachgesellschaften der Schweiz 2003 ein anonymes, internetbasiertes Fehlermeldesystem ein. In einer ersten Auswertung nach einem Jahr trafen dort pro Monat durchschnittlich drei Meldungen ein [6, 7]. Dieses passwortgeschützte System ist für alle Mitglieder zugänglich [8].

CIR im Qualitätszirkel

Unser seit 1996 bestehender Qualitätszirkel (QZ) bildete sich aus Mitgliedern des Netzwerkes des Gesundheitsplans HMO Basel. Die Gruppe besteht aus 10–14 Mitgliedern, insgesamt machten bisher 17 ÄrztInnen mit. Es finden zehn bis zwölf Sitzungen pro Jahr von jeweils zwei Stunden statt. Im Rahmen der Diskussion um die EQUAM-Zertifizierung führten wir im Oktober 2002 ein für jede Sitzung festes Traktandum CIR ein. Im Gegensatz zu den an den Kliniken und dem von der SGAM etablierten Systemen ist unser CIR, wie erwähnt, nicht anonym. Der Bericht erfolgt in der Gruppe mündlich und wird unmittelbar danach diskutiert. Die Sitzungen werden protokolliert, die CI werden anonymisiert zusammengefasst. Von Oktober 2002 bis März 2007 haben 48 Sitzungen stattgefunden. Pro Sitzung wurden bis zu sieben CI gemeldet, insgesamt 94 Fälle. Diese lassen sich folgendermassen unterteilen: Diagnostik, medikamentöse und andere Therapien, Organisation (Stress, Müdigkeit, Zuständigkeiten in der Praxis, versicherungsrechtliche und juristische Fragen usw.) und Kommunikation (zwischen ÄrztIn/PatientIn). Unter Diagnostik fallen 57 Meldungen, unter medikamentöse Therapie 13, unter andere Therapien 8, unter Organisation 8 und unter Kommunikation 8.

Offen über Fehler reden zu können, entlastet die Betroffenen und ist ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung

Diskussion

Es gibt wenig Literatur zum CIR in der Grundversorgung. CIR-Systeme werden, wie am Beispiel des SGAM-CIR-Systems dargelegt [7], (noch zu) wenig genutzt. Das Vorhandensein bzw. die Implementierung eines CIR-Systems ist allerdings bereits als Zeichen einer Kulturveränderung zu verstehen: von einer Fehler- hin zu einer

¹ Mitglieder des Qualitätszirkels: Ruedi Bachmann, Elisabetta Cignetti, Joël Cuénod, Peter Eggenschwiler, Magdalena Gantenbein, Daniel Gelzer, Anna Gessler, Thomas Grüninger, Theodor Kaufmann, Philipp Koechlin, Guy Morin, Katharina Müller Frey, Pierre Périat, Oliver Rhyhiner, Conradin Schucan, Martin Spöndlin, Christian Weber, Urs Zschokke.

Beispiele

1. Eine 66-jährige Frau, Notfall HB, klagt nach Rudern über retrosternales Brennen und Erbrechen, Schlappeheit. Auf Motilitum bessern sich die Symptome. Keine Vorerkrankungen und keine RF. Tags drauf bei HA Diagnose Myokardinfarkt.
2. Wegen akuter Lumbago wird einem Patienten Diclofenac® i.m. gespritzt. Erst nachträglich realisiert der Arzt, dass der Patient antikoaguliert war.
3. Bei Fadenentfernung bleibt ein Fadenteil in der Haut. Wie damit umgehen?
4. 82-jährige nichtdemente Patientin wird aus dem Spital entlassen, Generika werden auf dem Austrittsrezept durch Originalpräparate ersetzt, die Patientin nimmt die «neuen» und die bisherigen Medikamente zusammen weiter.
5. Bei einem 70-jährigen Patienten wird ein kleinzelliges Bronchus-Ca ausgehend vom linken Hilus diagnostiziert. Bei einer Check-up-Untersuchung eineinhalb Jahre vorher war ein Thorax-Rx gemacht worden, das vom Radiologen und dem behandelnden HA als normal abgegeben wurde, aber retrospektiv einen prominenten linken Hilus zeigt.
6. Ein 60-jähriger Patient, der sozialpsychiatrisch betreut wird, meldet sich für die Konsultation ab. Der betreuende HA ruff nicht zurück. 24 Stunden später macht der Patient einen Suizidversuch mit einer Überdosis Tabletten.

Sicherheitskultur, von einer Blame- hin zu einer Safety-Kultur [4]. Grundversorger sind mit einer grossen Zahl ungefährlicher, selbstlimitierender Krankheitsmanifestationen konfrontiert, Triage und Differentialdiagnose spielen eine grosse Rolle. Zudem sind sie oft auf Hausbesuchen oder in Heimen, wo die diagnostischen Möglichkeiten zusätzlich eingeschränkt sind. Der Arbeit ist ein grosses Mass an Unsicherheit inhärent. Die Teams sind hingegen klein und überschaubar. Mit einer durchschnittlichen Meldehäufigkeit von knapp zwei Fällen pro Sitzung oder knapp zwei pro Arzt/Ärztin und Jahr kommen in unserem QZ weit mehr Meldungen zur Diskussion als im CIR -System der SGAM mit drei Meldungen pro Monat. Diagnostische Probleme liegen weit an der Spitze, gefolgt von therapeutischen. Seltener sind kommunikative und organisatorische Probleme. Dies steht im Gegensatz zu den Beobachtungen der Gruppenpraxis in Zürich, wo therapeutische CI am häufigsten waren [5]. Eine grosse amerikanische Studie (über 15 000 PatientInnen) zeigte ebenfalls ein Überwiegen von Fehlern der Pharmakotherapie, wobei es sich dabei um Hospitalisierte handelte, die komplexere Therapien erhielten [9]. Die Einteilung ist naturgemäss arbiträr, so gehen beispielsweise diagnostische und therapeutische Prozess oft Hand in Hand. Am häufigsten finden sich in unserem Qualitätszirkel Fehldiagnosen bei atypischer Manifestation von ischämischen Herzkrankheiten, Pneumonien, Bauchbeschwerden oder Lungenembolien, oft im Rahmen von Hausbesuchen. Abgesehen vom potentiellen oder realen Schaden für den Patienten stellt das Ereignis für den berichtenden Arzt/Ärztin oft auch eine erhebliche

emotionale Belastung dar. Gerade hier zeigt sich ein grosser Vorteil des CIR im Qualitätszirkel, indem die Situation sofort besprochen und medizinisch analysiert werden kann, was meist für die Betroffenen enorm entlastend ist. Dies setzt natürlich ein grosses Vertrauen und gegenseitiges Wohlwollen in der Gruppe voraus, die Gruppe muss nach innen offen und nach aussen geschlossen sein, man muss sich aufgehoben fühlen. Häufig lösen Berichte längere Diskussionen aus und führen zum Einbringen ähnlicher Fälle. Nicht selten entstehen aus CI-Meldungen Themen, die später im QZ bearbeitet werden. Über das Outcome der besprochenen PatientInnen können hier keine Aussagen gemacht werden.

Schlussfolgerung

Ein QZ stellt unseres Erachtens eine sehr geeignete Plattform für das Einbringen von CI dar, denn bereits bei der Bearbeitung der sonstigen Themen im QZ muss eine von Vertrauen und gegenseitigem Wohlwollen geprägte Atmosphäre herrschen, da jedes Mitglied ja seine eigene Vorgehensweise schildert, die sich oft von derjenigen der Anderen unterscheidet. Dieses Vertrauen, Wohlwollen und dieser gegenseitige Respekt können für die CIR-Arbeit produktiv genutzt werden. Dies stellt einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung dar. Es ist zu hoffen, dass möglichst viele QZ das CIR fest in ihre Traktandenliste aufnehmen.

Literatur

- 1 Haller U, Welti S, Haenggi D, Fink D. Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86:1665–7.
- 2 Helmreich RL. On error Management. BMJ. 2000;320:783–5.
- 3 Leape LL, Berwick DM. Safe healthcare: Are we up to it? BMJ. 2000;320:725–6.
- 4 Staender S, Davis , Helmreich B, Sexton B, Kaufmann M. The anaesthesia critical incidence reporting system: an experience based database. Int J Md Inf. 1997;47:87–90.
- 5 Huber F. CIR - Critical Incidence Reporting in der Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83:1517–21.
- 6 Brun A. Erste Erfahrungen mit einem anonymen, internetbasierten Fehlermeldesystem für Grundversorger. Therapeutische Umschau. 2005;62:175–8.
- 7 Brun A. Wo stehen wir Ärzte mit unserer Fehlerkultur? PrimaryCare. 207;7:132–3.
- 8 www.sgam.ch.
- 9 Ollenschläger G. Schweiz Ärztezeitung. 2001;82:1404–10.

Dr. med. Daniel Gelzer
Flachländerstrasse 7
4057 Basel, dgelzer@balcab.ch

Alle von der PrimaryCare-Redaktion zur Publikation akzeptierten Qualitätszirkel-Beiträge werden mit 500.– SFr. honoriert. Diese Unterstützung der Aktivitäten der Qualitätszirkel wird durch ein Sponsoring der Firma Pfizer ermöglicht (siehe auch Editorial in PrimaryCare Heft 23/2002 [<http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-23/2002-23-251.pdf>]). Diese Beiträge sind jedoch vollkommen unabhängig von diesem Sponsoring entstanden und werden erst nach redaktionellem Review-Prozess dafür vorgeschlagen.