

## Schwerpunkt

# Patientensicherheit und Verantwortungskultur in der ambulanten Versorgung: Strategien für die Praxis

Thomas Lichte\*, Andreas Klement, Markus Herrmann

Institut für Allgemeinmedizin an den Universitäten Halle-Wittenberg und Magdeburg, Magdeburg

## Zusammenfassung

Die Entwicklung einer medizinischen Sicherheitskultur breitet sich vom stationären Versorgungsbereich in die ambulante Ebene aus. Patientensicherheit, definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“ (primum non nocere), kann als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung unseres ambulanten Versorgungssystems dienen. Fehleranalysen in hausärztlichen und in spezialistischen Praxen zeigen Lücken im System auf und bieten so den Ausgangspunkt für Überlegungen zur Entwicklung und Implementie-

rung neuer Sicherheitsstrategien in der Patientenversorgung. Vor dem Hintergrund der Qualität von Strukturen und Prozessen hausärztlicher Versorgung werden Sicherheitsaspekte in enge Beziehung zur Ergebnisqualität gesetzt und exemplarisch diskutiert. Mögliche Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit werden in einer praxis- und patienten-individuellen Betrachtungsweise vorgestellt.

**Schlüsselwörter:** Patientensicherheit, Sicherheitskultur, Hausarzt, Praxis, Versorgungsqualität

## Patient safety and a culture of responsibility in ambulatory care: strategies for improving practice

### Summary

The development of a medical safety culture is spreading beyond the hospital into the ambulatory setting. Patient safety defined as “absence of unwanted events” (primum non nocere) can serve as a starting point for the advancement of our ambulatory medical care system. Error analyses conducted in GP and specialist practices will identify gaps and traps in the system and provide ideas for the development and implementation of new

safety strategies in ambulatory patient care. In the light of the structures and processes of GP medical care aspects of patient safety will be correlated to the outcome quality and examples will be discussed. Possible strategies for the improvement of patient safety in GP practice will be presented from the perspective of both patient- and practice individuality.

**Key words:** patient safety, safety culture, GP, practice, quality of care

\*Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Thomas Lichte, Institut für Allgemeinmedizin an den Universitäten Halle-Wittenberg und Magdeburg, Leipziger Straße 44, Haus 40, D-39120 Magdeburg.  
E-Mail: [thomas.lichte@med.ovgu.de](mailto:thomas.lichte@med.ovgu.de) (T. Lichte).

## Einführung

Patientensicherheit ist im Zuge der Debatte um Qualität und Kosten im Gesundheitswesen ein zunehmend bedeutsames Thema für die Gesundheitsberufe und Patienten geworden. Hierbei sind ärztliche Berufsgruppen ebenso angesprochen, wie ApothekerInnen, Medizinische Fachangestellte, Pflegeberufe und andere Professionen mit (un-)mittelbarem Patientenkontakt. Im Archiv des Deutschen Ärzteblattes fanden sich unter dem Stichwort „Patientensicherheit“ 208 Artikel, davon über 140 aus den letzten drei Jahren mit ansteigender Tendenz [1]. Die mit erheblichem Medienecho im vergangenen Jahr geführte öffentliche Diskussion um ärztliche Verantwortung und Fehlerkultur aus Anlass der Veröffentlichung von Fehlerbekenntnissen in einer Broschüre des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und über die Internet-Plattform „Jeder-Fehler-zählt“ hat sich längst vom stationären auf den ambulanten Versorgungsbereich ausgeweitet [2,3]. Patientensicherheit, definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“ kann im Sinne des „*primum non nocere*“ durch Abkehr vom „*blame and shame*“ – Prinzip hin zu einer Kultur des „aus Fehlern lernen“ zu einem Innovationsanreiz für die Weiterentwicklung unseres ambulanten Versorgungssystems werden. Fehlerreport-Systeme (Critical incident reporting systems CIRS) sind hierzu ein wesentlicher erster Schritt, da sie potentielle – möglicherweise unbekannte oder verborgene – Fehlerquellen aufdecken können. Typischerweise sind CIRS freiwillig und vertraulich (z.B. in Kliniken) oder anonymisiert aufgebaut und können daher nur sehr eingeschränkt zur epidemiologischen Auswertung genutzt werden [4]. Wie in einer aktuellen Querschnittsstudie zur Fehleranalyse und -klassifikation aus England gezeigt werden konnte, zeigen Hausärzte mit einer Teilnehmerproportion von 77% der Befragten eine hohe Mitteilungsbereitschaft über Fehlerbewertungen und weitgehende Übereinstimmung in Schweregradeinschätzung und Prioritätszuweisung zur formalen Analyse von Fehlerberichten. Die von

den Antwortenden erklärte Bereitschaft, selbst einen Fehler an ein anonymisiertes Berichtssystem zu übermitteln, korrelierte signifikant positiv mit dem selbst-eingeschätzten Schweregrad des Fehlerereignisses [5].

## Fehlerhäufigkeit und Fehlerursachen in der ambulanten Versorgung

Ein 2008 aktualisierter systematischer Review zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen (UE) in der Gesundheitsversorgung zeigt, dass unerwünschte Ereignisse ab einer Stichprobengröße von 1000 untersuchten Personen bei bis zu 20% der Behandlungsfälle vorkommen. Hiervon ist jeder zweite Fall als vermeidbares unerwünschtes Ereignis (VUE) aufgetreten. Die Ereignisraten waren unabhängig von Fachdisziplin, Ereigniskategorie und Studienzentrum. Von den berücksichtigten 241 Studien stammten 183 aus dem stationären Bereich, 42 betrafen die Schnittstelle ambulant-stationär und nur 16 wurden in der ambulanten Versorgung durchgeführt. Schwerpunkt der stationären bzw. schnittstellenbezogenen Untersuchungen waren nahezu ausschließlich unerwünschte Arzneimittelereignisse. Daten zu UE im ambulanten Versorgungsbereich existieren bisher nur zu Teilaspekten der Versorgungsrealität; die vorhandene Datenlage beurteilen die Autoren daher als unzureichend [6]. Eine andere Möglichkeit der Annäherung an die Epidemiologie unerwünschter Ereignisse in der Gesundheitsversorgung in Deutschland bieten die Daten zu Begutachtungsaufträgen an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die Schlichtungsstellen der Landesärztekammern. So hatte der MDK in Niedersachsen im Jahr 2007 insgesamt 2015 Begutachtungsfälle vermeintlicher Behandlungsfehler zu prüfen, hiervon entfielen 1248 (62%) auf die ‚operativen‘ Fächer Chirurgie, Orthopädie und Gynäkologie; die Innere Medizin betrafen nur 112 (5,5%). Bei den Schlichtungsstellen der Landesärztekammern gingen 2006 für alle

Versorgungsbereiche insgesamt 7201 Hinweise auf vermeintliche Behandlungsfehler ein, hiervon betrafen nur etwa 5% den hausärztlichen Bereich, jedoch mehr als 50% die operativen Fachgebiete insbesondere Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie. Gegen niedergelassene Ärzte wurden 2197 Klagen vorgetragen, hiervon betrafen 410 (18,6%) Hausärzte. Insgesamt werden im stationären ebenso wie im ambulanten Versorgungsbereich die ‚invasiv-operativen‘ Fachgebiete häufiger als die ‚sprechenden‘ oder ‚diagnostischen‘ Fächer mit patientenseitigen Vorwürfen von (vermeintlichen) Behandlungsfehlern konfrontiert [24,25].

Erste Anhaltspunkte für Fehlerereignistypen und Fehlerursachen in der hausärztlichen Versorgung bot 2003 die explorative, nicht repräsentative Studie „Primary Care International Study of Medical Errors“ (PCISME), die u.a. in Deutschland durchgeführt wurde: etwa 80% von 164 ausgewerteten Fehlerberichten betrafen Prozessmängel, während 19% auf individuelle Mängel an Kenntnissen oder Fertigkeiten zurückzuführen waren. Etwa jeder vierte berichtete Fehler führte zu direkten Schädigungen oder Gefährdungen von Patienten. Unter allen Fehlerberichten betrafen ca. 30% die Praxisadministration, 23% Behandlungen, 16% Untersuchungen und 8% die Kommunikation – am häufigsten wurden Medikationsfehler – hauptsächlich in der Medikamentendosierung – mitgeteilt [7]. Die Analyse der freiwilligen Berichte an das deutsche, überwiegend von Hausärzten genutzte, CIRS „Jeder-Fehler-zählt“ bestätigte die o.a. Häufigkeitsverteilung: von 188 klassifizierten Fehlerberichten betrafen 32% die Behandlung, 8% die Diagnosefindung und 12% die Kommunikation. Im internationalen Vergleich finden sich weitgehende Übereinstimmungen zu Fehlerverteilung und -ursachen bei ähnlichen Versorgungsstrukturen [8,9] (siehe Tabelle 1). In einer US-amerikanischen Erhebung fanden sich bei 25% von 661 ambulant medikamentös behandelten Patienten innerhalb von 4 Wochen unerwünschte Arzneimittel-Ereignisse (UAE), hiervon wurden etwa 40% als ganz oder teilweise vermeid-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1095127>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1095127>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)