

Fehlermanagement in der ambulanten Praxis

Fokusgruppen mit Ärztinnen, Ärzten und Medizinischen Fachangestellten

Error Management in Outpatient Settings

Focus Groups Involving Physicians and Medical Assistants

Dania Gruber¹, Tatjana Blazejewski¹, Martin Beyer¹, Hardy Müller², Ferdinand M. Gerlach¹, Beate S. Müller¹

Hintergrund: Zur Förderung der Patientensicherheit sind Praxen gesetzlich durch die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verpflichtet, Fehlermanagement durchzuführen. Insbesondere Fehlerberichts- und Lernsysteme werden als wichtiges Instrument betont. Wie Fehlermanagement in einzelnen Einrichtungen der ambulanten Versorgung umgesetzt wird, ist nicht bekannt. Praxisübergreifende Fehlerberichts- und Lernsysteme werden im ambulanten Sektor nicht flächendeckend eingesetzt. Ziel dieser Studie war es, die Wahrnehmungen und Einstellungen zum Fehlermanagement sowie zu Fehlerberichts- und Lernsystemen zu explorieren.

Methoden: Im Rahmen eines übergeordneten Projekts führten wir in einem Ärztenetz drei Fokusgruppen mit insgesamt 16 Teilnehmenden durch. Zwei ärztliche Gruppen und eine Gruppe Medizinischer Fachangestellter sprachen über das praxisinterne Fehlermanagement und praxisübergreifende Fehlerberichts- und Lernsysteme. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Der Umgang mit kritischen Ereignissen variierte zwischen den Praxen, wenige hatten jedoch ein strukturiertes System etabliert. Die Ursache von unerwünschten Ereignissen wurde häufig in der Unachtsamkeit Einzelner gesehen. Die Auseinandersetzung mit systembedingten Fehlerquellen blieb daher häufig aus. Auch praxisübergreifende Fehlerberichts- und Lernsysteme wurden kaum genutzt. Barrieren bestanden u.a. in der Wahrnehmung, dass eigene Fehler für andere Praxen nicht relevant seien, sowie in einer hohen Arbeitsbelastung im Praxisalltag.

Background: To promote patient safety, outpatient practices are legally obliged to introduce error management as part of quality management. Critical incident reporting systems (CIRS) are considered important tools in this respect. Little is known about the implementation of error management in outpatient settings. CIRS are not utilized comprehensively in ambulatory care. The aim of this study was to assess perceptions and attitudes regarding error management and CIRS.

Methods: As part of a wider project, we conducted three focus groups, involving 16 members of a practice network. Two groups of physicians and one group of health care assistants talked about error management in their practice and the use of CIRS. The discussions were recorded, transcribed and evaluated using qualitative content analysis.

Results: The handling of critical incidents varied between practices, but few of them had established a systematic approach. The cause of adverse events was frequently attributed to the carelessness of single staff members. The reflection on systemic error causes therefore often did not take place. CIRS were also rarely used. Barriers to their use included the assumption among participants that their errors were of no relevance to other practices, and the high workload in every day practice.

Conclusions: As a basis for systematic error management, the awareness of risks and sources of errors in practice procedures is insufficient in many practices. Specific interventions are required to establish a safety culture that actively involves error management. Further research is needed to identify discipline-specific

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

² Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Hamburg

Peer-reviewed article eingereicht 21.12.2017, akzeptiert 31.01.2018

DOI 10.3238/zfa.2018.0110-0115

Schlussfolgerungen: Die Erhebung hat gezeigt, dass das Bewusstsein für Risiken und Fehlerquellen in Praxisabläufen als Basis für systematisches Fehlermanagement wenig ausgeprägt ist. Zur Etablierung einer Sicherheitskultur, in der Fehlermanagement gelebt wird, sind spezifische Interventionen nötig. Weitere Erhebungen sind sinnvoll, um mögliche disziplinspezifische Unterschiede im Fehlermanagement zu explorieren und Best-Practice-Beispiele zu identifizieren.

Schlüsselwörter: Fehlermanagement; Patientensicherheit; Fehlerberichtssysteme; Primärversorgung; qualitative Forschung

differences in error management and best-practice examples.

Keywords: error management; patient safety; reporting system; primary healthcare; qualitative research

Hintergrund

Patientensicherheit ist ein weltweites Anliegen in der Gesundheitsversorgung. Sie kann auch durch Fehlerberichts- und Lernsysteme verbessert werden [1]. Internationale Studien belegen die Wirksamkeit dieser Systeme bei der Qualitätsförderung [2, 3]. In Deutschland sind Praxen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß Sozialgesetzbuch V, § 135a und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses dazu verpflichtet, Fehlermanagement als ein Instrument des Qualitätsmanagements (QM) einzuführen [4]. Die Rolle von Systemen, in denen Fehler bzw. kritische Ereignisse berichtet und für Lernprozesse genutzt werden, wird dabei besonders betont. Vereinzelt wird die Nutzung dieser Fehlerberichts- und Lernsysteme in Deutschland bereits in QM-Systemen wie EPA (Europäisches Praxisassessment) als Qualitätsindikator erfragt [5]. Von den Kassenärztlichen Vereinigungen wird regelmäßig stichprobenhaft geprüft, wie weit die Umsetzung des Qualitätsmanagements in den Praxen fortgeschritten ist. Die genutzten Instrumente werden jedoch nicht erfasst, sodass unbekannt ist, wie Fehlermanagement aktuell in ambulanten Praxen praktiziert wird und wie bzw. ob dabei Fehlerberichts- und Lernsysteme zum Einsatz kommen.

In der nationalen und internationalen Literatur gibt es wenige Untersuchungen zu Fehlermanagement und der Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen im ambulanten Sektor [6]. Eine Studie aus Großbritannien zeigt dabei, dass kritische Ereignisse durchaus praxisintern besprochen werden, solche

Besprechungen aber nicht in Berichte an praxisübergreifende Systeme münden [7]. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass frei zugängliche Online-Systeme wie das hausärztliche Fehlerberichts- und Lernsystem „Jeder-Fehler-zählt.de“ in Relation zur Grundgesamtheit der ambulanten vertragsärztlich tätigen Praxen relativ wenig frequentiert werden [8]. Zwar ist die Nutzung praxisübergreifender Berichtssysteme in Deutschland nicht verpflichtend, gerade in der praxisübergreifenden Sammlung und Analyse liegt aber das Potenzial, auch aus den Fehlern anderer zu lernen und Praxisabläufe zu verbessern, bevor ein entsprechendes kritisches Ereignis eintritt [1].

Das Ziel dieser qualitativen Studie war es daher, die aktuelle Umsetzung von Fehlermanagement in ambulanten Praxen zu erfassen, und zudem Barrieren und unterstützende Faktoren bei der Nutzung von Fehlerberichts- und Lernsystemen zu analysieren.

Methoden

Design

Um einen ersten explorativen Zugang zu einem bislang wenig untersuchten Feld zu gewährleisten, führten wir Fokusgruppendifkussionen mit Ärztinnen, Ärzten und Medizinischen Fachangestellten (MFA) durch. Die Studie fand im Rahmen der prozessbegleitenden, formativen Evaluation eines übergeordneten Projekts statt („TK-CIRS“, Techniker Krankenkasse – Critical Incident Reporting System). TK-CIRS hatte zum Ziel, im Nürnberger Gesundheits-

netz „Qualität und Effizienz e.G.“ ein netzinternes, praxisübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem zu implementieren.

Rekrutierung

Die Rekrutierung der Ärztinnen, Ärzte und MFA fand als Gelegenheitsstichprobe über Mitarbeiter des Netzmanagements statt. Dabei wurden potenzielle Teilnehmende per E-Mail zur Teilnahme im Rahmen von netzinternen Treffen eingeladen. Die Beteiligung an der Studie war freiwillig, es wurde keine Aufwandsentschädigung gezahlt.

Eine Begutachtung durch die Ethikkommission war nicht erforderlich, da keine Patientinnen oder Patienten in die Studie eingeschlossen wurden.

Datenerhebung

Die Fokusgruppen fanden im Herbst 2016 an zwei Terminen in den Räumlichkeiten des Gesundheitsnetzes statt. Insgesamt erklärten sich elf Ärztinnen und Ärzte und fünf MFA zur Teilnahme bereit, sodass zwei ärztliche Fokusgruppen und eine MFA-Gruppe zustande kamen. Die Diskussionsrunden wurden nach Berufsgruppen getrennt durchgeführt, um den Einfluss der Hierarchie zu vermeiden und insbesondere den MFA einen sanktionsfreien Diskurs zu ermöglichen. Die Gruppe mit den MFA wurde von zwei Projektmitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt a.M. gemeinsam moderiert (DG, MA Soziologie und TB, Dipl. Dokumentarin, langjährige Mitarbeiterin von www.jeder-fehler-zaeht.de), die Gruppen mit den Ärztinnen und Ärzten je-

weils von einer der beiden Mitarbeiterinnen.

Die Moderation der Diskussionen orientierte sich an einem semi-strukturierten Leitfaden basierend auf eigenen Vorarbeiten [8] und weiterer Literatur zum Thema [7], in dem die folgenden Bereiche thematisiert wurden: aktuelles praxisinternes Fehlermanagement, Nutzung von praxisübergreifenden Critical Incident Reporting Systems (CIRS), Ausgestaltung von Fehlerberichts- und Lernsystemen.

Zu Beginn jeder Fokusgruppe erfolgte eine Kurzvorstellung von Moderatoren(team) und Teilnehmenden, zudem wurden der Ablauf und das Datenschutzprozedere erläutert. Als erster Gesprächsstimulus diente die Frage danach, ob die Teilnehmenden ein Risikomanagementsystem nutzten und die Bitte, dieses kurz zu skizzieren. Weitere Impulse wurden darauf aufbauend durch tiefergehende Fragen zum Thema gesetzt. Dabei wurden die Begriffe „Fehler“ und „kritisches Ereignis“ verwendet, ohne entsprechende Definitionen vorzugeben. Die Teilnehmenden sollten so die Möglichkeit erhalten, ihre eigenen Begriffsdefinitionen in das Gespräch einzubringen.

Auswertung

Alle Fokusgruppen wurden nach Einholen des Einverständnisses der Teilnehmenden audiodigital aufgezeichnet und im Anschluss wörtlich transkribiert. Die Transkripte wurden den Teilnehmenden nicht vorgelegt. Die Auswertung erfolgte anonymisiert durch zwei Projektmitarbeitende (DG, MB) anhand der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse [9] mithilfe der Auswertungssoftware MAXQDA. Dabei wurden Kategorien sowohl aus dem Leitfaden abgeleitet als auch induktiv am Material gebildet, konzeptualisiert und modifiziert. Das gesamte Material wurde anschließend anhand des entwickelten Kategoriensystems kodiert.

In dieser Publikation wird eine übergreifende Ergebnisdarstellung aus allen drei Fokusgruppen präsentiert. Dabei werden wörtliche Zitate mit A (ärztliche Teilnehmende) oder mit M (MFA) gekennzeichnet. Da sich die Ansichten der Ärztinnen, Ärzte und MFA nicht wesentlich unterscheiden, werden diese in den Ergebnissen gemeinsam dargestellt.

Ergebnisse

Zusammensetzung der Stichprobe

Von den elf ärztlichen Teilnehmenden (A1–A11) waren neun in Gemeinschaftspraxen tätig, zwei führten eine Einzelpraxis. Sieben Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner oder hausärztliche Internistinnen und Internisten nahmen teil, die weiteren vier Teilnehmenden übten eine Tätigkeit als Fachspezialist aus. Die erste ärztliche Gruppe bestand aus zwei Ärztinnen und drei Ärzten, die zweite aus sechs Ärzten. Alle MFA (M1–M5) waren weiblich, drei arbeiteten in Gemeinschaftspraxen, zwei in Einzelpraxen. Die Fokusgruppen dauerten 32 (Arztgruppe 2), 52 (MFA-Gruppe) und 67 (Arztgruppe 1) Minuten.

Praxisinternes Fehlermanagement

In den Äußerungen der Teilnehmenden zeigte sich, dass der Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen praxisabhängig sehr unterschiedlich gestaltet wird.

Einige der teilnehmenden Ärztinnen, Ärzte und MFA schätzten die Häufigkeit und den Schweregrad von Fehlern und kritischen Ereignissen in ihrer eigenen Praxis als sehr gering ein. So kämen „Kleinigkeiten“ und „Banalitäten“ zwar vor, relevante Fehler mit Patientenschaden seien aber selten bis nicht vorhanden.

„Ich würde sagen große Fehler finden eigentlich nicht statt. [...] Also grobe Fehler, wo man dann sagen kann, das kann man vielleicht als Systemfehler oder so [...] das sind nur Kleinigkeiten und nichts Systematisches.“ (A11)

„Wir haben noch nie eine falsche Spritze gesetzt. Gott sei Dank. Wir haben noch nie ein falsches Medikament ausgegeben.“ (M3)

Wenn doch ein kritisches Ereignis auftrat, wurde laut Befragten in den meisten beteiligten Praxen offen damit umgegangen. Ereignisse würden primär sofort nach dem Auftreten besprochen.

„Bei uns ist es so wenn irgendwelche Fehler passieren, dann wird das allerdings sofort besprochen und geschaut, wie man es dann halt besser machen kann.“ (M2)

In einigen Praxen wurden kritische Ereignisse auch in Teamsitzungen diskutiert. Unabhängig vom Zeitpunkt folgte

die Besprechung und Aufarbeitung nur in wenigen Fällen einem strukturierten Schema.

„[Das Formular] besteht ja wer es meldet, was passiert ist natürlich, auch die Klassifikation. Kritische Fehler, nicht kritische Fehler Konsequenzen, Lösungsvorschläge ja, grob ist es das.“ (A9)

„Dann setzen wir uns alle zusammen, besprechen den Fehler, analysieren: Welcher Fehler ist es? Ist ein Patient zu Schaden gekommen? [...] wie schwerwiegend ist der Fehler und wie kann man sozusagen verhindern, dass der Fehler noch einmal passiert. Und dann halt die Umsetzung sozusagen Kontrolle. Ist der Fehler noch einmal aufgetreten? Ja, nein. An was lag das? [...] bis wir eine Lösung gemeinsam gefunden haben [...]“ (M5)

Oft wurde die Ursache eines kritischen Ereignisses auf der individuellen Ebene, insbesondere in der Unachtsamkeit einzelner Personen gesucht. Infolgedessen wurde auch eine kleinschrittige Analyse der Ursachen als zu umständlich und nicht notwendig erachtet.

„[...] dann sage ich so und so und besser aufpassen und genauer schauen und dann wird das sofort besprochen und dann, ja.“ (M1)

„Ja aber was analysiert man da? Man hat es halt vergessen, man hat nicht geguckt. Das ist ganz klar, da brauche ich nichts zu analysieren.“ (A3)

Im Umgang mit kritischen Ereignissen kamen verschiedene Dokumentationsstrategien zum Einsatz. Problematische Ereignisse wurden beispielsweise an einem allen Mitarbeitern zugänglichen Ort schriftlich festgehalten (in einem Ordner oder einem Formular an einer Pinnwand) und teilweise mit entsprechenden Beschlüssen aus Teambesprechungen ergänzt. Schriftliches Abzeichnen sollte dabei garantieren, dass alle Mitarbeitenden über die Besprechungen und die erarbeiteten Lösungen informiert wurden.

„Das wird aufgeschrieben, das Formular wird dann bei uns in die Küche an die Pinnwand gehängt, dass das jeder lesen kann und das wird dann auch in der Teambesprechung [...] besprochen. Und dann werden wir eben auch die Lösung, die man sich dann erarbeitet in Anführungsstrichen wird dann auch im Protokoll festgelegt. Das Protokoll muss jeder lesen, abzeichnen und dann wird erwartet, dass das dann funktioniert.“ (A9)

Zwei ärztliche Teilnehmende erwähnten explizit ihr praxisinternes QM-System in diesem Zusammenhang. In einem Fall konnte die Dokumentation von Besprechungen aber nicht praktikabel über das QM-System realisiert werden:

„Wir versuchen diese Teamsitzungen über dieses Qualitätsmanagement immer zu dokumentieren. Funktioniert aus organisatorischen Gründen nicht, weil das ja in die Ordner dann eingetragen wird.“ (A4)

In dem anderen Fall waren Qualitäts- und Risikomanagement miteinander verknüpft, sodass Fehler direkt im System erfasst wurden.

„Also wir haben bei uns ein zertifiziertes Qualitätsmanagement. Da ist das Risikomanagement mit drin, also Fehler werden erfasst, werden dann auch natürlich in der Teambesprechung besprochen [...]“ (A9)

Die teilweise von den Teilnehmenden beschriebenen Lösungen können als praxisinterne Fehlerberichts- und Lernsysteme betrachtet werden, auch wenn die Praxen sie nicht so titulierte. Zusammenfassend bleibt allerdings festzuhalten, dass die meisten Praxen für sich (noch) keinen strukturierten Umgang mit kritischen Ereignissen im Sinne eines systematischen Fehlermanagements etabliert hatten.

Praxisübergreifende Fehlerberichts- und Lernsysteme

Die meisten Befragten waren sich einig, dass praxisübergreifende Fehlerberichts- und Lernsysteme dazu dienen können, Erfahrungen auszutauschen und für potenzielle Fehlerquellen zu sensibilisieren. Das Lernen aus den Fehlern anderer wurde als Vorteil gesehen, ebenso wie die mentale Entlastung durch die Erfahrung, dass andere ebenfalls Fehler machen.

„Das ist ja der Sinn der Sache, ja? Dass wenn man Fehler publik macht, dass dann andere nicht reintapsen.“ (A6)

„Im Idealfall wäre das so, dass eine andere Praxis das liest und vielleicht hätte da die andere Praxis eine super Lösung für die.“ (M5)

Trotz dieser Äußerungen gaben nur zwei Ärzte und eine MFA an, ein internetbasiertes Fehlerberichtssystem – in diesem Fall www.jeder-fehler-zaehlt.de oder das netzinterne Berichtssystem – regelmäßig und aktiv zu nutzen.

„Also wir machen es systematisch, seit 10 Jahren mindestens. Wir haben einen Ordner, wo alles reingeschrieben wird, einfach der Reihe nach so wie es kommt. [...] Und dann wird das, was in dem Ordner drin steht eben in der nächsten Teambesprechung durchgegangen und dann gucken wir, ob es davon etwas gibt, was relevant ist. Dass wir das in das ‚Jeder Fehler zählt‘ eben einstellen.“ (A10)

Die übrigen Teilnehmenden gaben an, kein praxisübergreifendes Berichtssystem zu nutzen, um eigene Erfahrungen weiterzugeben oder Meldungen anderer Praxen zu lesen. Einige der Teilnehmenden sagten aus, sich das netzinterne System zu Beginn des Projekts angeschaut, es dann aber nicht genutzt zu haben.

Nutzungsbarrieren

In den Diskussionen wurden verschiedene Barrieren bei der Nutzung von praxisübergreifenden Fehlerberichts- und Lernsystemen ersichtlich. Ein Großteil sowohl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte als auch der MFA, erachteten die Probleme in ihren Praxen als zu spezifisch für ein praxisübergreifendes Berichtssystem. Sie nahmen an, dass ein Bericht dieser Ereignisse für andere keinen Mehrwert darstelle.

„[...] natürlich passieren auch Fehler, aber das sind eben die, wie schon gesagt, die sich wiederholen durch neues Personal oder weil jemand vielleicht einen Ablauf nicht verstanden hat. Dann muss man es aber konkret demjenigen erklären und dann muss ich es ja nicht mit der ganzen Welt so ungefähr klären, sondern das ist dann in unserer Praxis.“ (M3)

Als weitere Barriere gaben einige der MFA an, dass sie nicht eigenständig berichten dürften, sondern ärztlicherseits eine Kontrolle der Berichte verlangt würde. Dies wurde von den ärztlichen Teilnehmenden ebenfalls thematisiert und dadurch begründet, dass MFA die Berichte ihrer Ansicht nach nicht mit ausreichender Präzision und Verständlichkeit verfassen würden.

„Ich meine der Doktor ist bei solchen Fehlern auch mit dabei, damit man es dann eigentlich auch so konkret dann formuliert, dass es dann jeder auch halt versteht, damit der richtige Punkt dann angekreuzt ist.“ (M5)

„Außerdem, also meiner Ansicht nach zum großen Teil völlig falsch dargestellt,

wenn das durch die Helferin selber gemacht wird [...] ich würde es auch nicht unterstützen, dass die sozusagen selbstständig irgendetwas reinschreiben.“ (A4)

Organisatorische und administrative Aufgaben gehören zum Praxisalltag und erfordern spezifische Weiterbildung und Optimierung. Insbesondere die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte beschrieben diese konkurrierenden Aufgaben als bedeutendes Hemmnis für die Nutzung von praxisübergreifenden Fehlerberichts- und Lernsystemen. Dabei wird dem Fehlermanagement und speziell der Nutzung eines praxisübergreifenden Berichtssystems häufig eine niedrige Priorität zugewiesen.

„Aber wissen Sie es ist auch ein Nutzen im Ärzteblatt richtig zu lesen, oder? Und auf Fortbildungen zu gehen und ich muss mich einfach entscheiden, was mache ich und was mache ich nicht? Und das ist was, was bei mir einfach hinten runterfällt.“ (A1)

Hinzu komme in vielen Fällen eine Unterbesetzung der Praxis, die Beschäftigung vieler Teilzeitkräfte und häufige Personalwechsel. Die daraus resultierende Überlastung wurde insbesondere von MFA als Problem wahrgenommen.

„Ich habe die Zeit echt gar nicht. Ich sage ja wir waren ja permanent unterbesetzt ja. Also ich war ich wüsste gar nicht, wann.“ (M1)

Förderliche Faktoren

In den Diskussionen wurde ein Faktor deutlich, der die Nutzung von praxisübergreifenden Berichtssystemen förderte. Als elementar wichtig zeigte sich vor allem eine proaktive Einstellung der Praxisführung, gerade um das Engagement der MFA zu stärken.

„[...] ich wollte es vor zehn Jahren nicht haben und der Chef hat gesagt: ‚Ok, es muss gemacht werden‘ und ich habe mich da echt durchgebissen und ich bin diejenige, die wirklich skeptisch war am Anfang und die wirklich gesehen hat, was für ein gutes Werkzeug das ist und deswegen bin ich da auch so begeistert.“ (M5)

Die Teilnehmenden nannten zudem mehrere Eigenschaften, die ein praxisübergreifendes Berichtssystem ihrer Ansicht nach nutzerfreundlicher gestalten würden. Bei der Eingabe von Berichten empfahlen sie wenige (Freitext-)Felder, zudem solle die Eingabe per Handy ermöglicht werden. Eine Filterung der ein-

Dania Gruber, M.A. ...

... ist Soziologin und seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Derzeitige Schwerpunkte: qualitative Forschung im Bereich pädiatrischer Palliativversorgung sowie Patientensicherheit, insbesondere Fehlerberichts- und Lernsysteme.

gegebenen Berichte nach Kategorien (z.B. nach betroffener Berufsgruppe, Ort des Ereignisses, Thema etc.) wurde als vorteilhaft erachtet. Zudem könne via E-Mail-Newsletter an die Berichtsabgabe erinnert werden. Die übersichtliche Zusammenstellung von Tipps und Lösungsvorschlägen wurde als sehr relevant angesehen, um einen Mehrwert der Plattform für die Praxisteams zu generieren.

Diskussion

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass die meisten Praxen noch kein praxisinternes Fehlermanagement implementiert hatten, auch nicht im Zusammenhang mit einem QM-System. Der Umgang mit kritischen Ereignissen differierte zwischen den Praxen stark. Traten kritische Ereignisse auf, wurden diese in der Regel unmittelbar innerhalb der Praxis angesprochen. Die Besprechung und Aufarbeitung erfolgte eher weniger strukturiert. Praxisübergreifende Berichtssysteme wurden kaum genutzt.

In der Literatur fanden sich kaum Untersuchungen zu Fehlermanagement und der Nutzung von Fehlerberichtssystemen in der ambulanten Versorgung in Deutschland [8, 10]. Auch internationale Untersuchungen bezogen sich meist auf den stationären Sektor und analysierten vor allem Barrieren für die Nutzung einrichtungsübergreifender Berichtssysteme [11–14]. Eine der wenigen Studien aus dem ambulanten Sektor zeigte, analog zu unseren Ergebnissen, dass die meisten Praxen über Ereignisse sprachen, oftmals wurden aber nur schwerwiegende Ereignisse intern analysiert und/oder in praxisübergreifenden Berichtssystemen dokumentiert. Eine der am häufigsten genannten Barrieren stellte auch hier der Zeitmangel durch hohe Arbeitsbelastung dar. Die

Angst vor Sanktionen erwies sich hingegen weder in unserer Studie, noch in dieser Untersuchung als relevantes Hemmnis [7]. Sowohl in unseren Fokusgruppen als auch in der internationalen Literatur wurde die Wichtigkeit eines unkomplizierten, nutzerfreundlichen Berichtsprozesses betont, damit interne Analysen auch einrichtungsübergreifend geteilt werden [15].

Fehleranfällige Organisationsabläufe und Kommunikationsprobleme gehören zu den häufigsten Quellen für kritische Ereignisse in ambulanten Praxen [2]. Die diesbezügliche Risikowahrnehmung und das Verständnis für die Relevanz dieser Fehlerquellen für die Patientensicherheit sind die Grundlage für ein strukturiertes Fehlermanagement. In unserer Erhebung sahen die Befragten die Ursache von unerwünschten Ereignissen häufig in der Unachtsamkeit einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, womit aus Sicht der Teilnehmenden die Suche nach weiteren fehlerbegünstigenden Faktoren überflüssig wurde. Diese eher auf einzelne Personen bezogene Sichtweise macht deutlich, dass in ambulanten Praxen offensichtlich noch Verbesserungspotenzial bezüglich der Risikowahrnehmung und des Verständnisses für systembedingte Fehlerquellen besteht.

Limitationen

Die Befragung fand als Teil eines übergeordneten Projekts und daher mit einer kleinen Stichprobe statt. Aus diesem Grund kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle inhaltlichen Aspekte des Themas erfasst wurden. Die Stichprobe stellt darüber hinaus eine Gelegenheitsstichprobe aus einem engagierten Netz dar, deren Ergebnisse nicht repräsentativ für die jeweilige Berufsgruppe sein müssen. Die Konzeption der Studie als qualitative Untersuchung konnte jedoch konkrete Erfahrungen und Ein-

stellungen explorieren. Das kann als Grundlage für weitere Erhebungen dienen.

Schlussfolgerungen

Diese Erhebung ergänzt die bisher dürftige Studienlage zu Fehlermanagement im ambulanten Sektor. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass in ambulanten Praxen eine umfassende Sicherheitskultur [16], in der Praxisteams sich systematisch mit Risiken und Fehlerquellen in Praxisabläufen auseinandersetzen, nicht entwickelt ist. Somit fehlt auch die Grundlage für einen weiterführenden Austausch mittels praxisübergreifender Berichtssysteme.

Einigen Barrieren aufseiten praxisübergreifender Berichtssysteme kann durch eine technische Umgestaltung, beispielsweise in Form einer Verschlankeung des Online-Berichtsformulars, relativ einfach begegnet werden. Hemmnisse auf Seiten der Praxen können hingegen nur durch aufwendige Interventionen bewältigt werden, eine alleinige Erwähnung oder Abfrage des Themas im Rahmen der QM-Umsetzung reicht offensichtlich nicht aus. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass Ärztinnen und Ärzte in ihrer Rolle als Vorgesetzte diejenigen sind, die in der Praxis eine Struktur für systematisches Fehlermanagement schaffen können. Daher sollten sich Interventionen wie Qualitätszirkel, die einen ersten Einstieg ins Thema bieten können, zunächst an die Verantwortlichen, nämlich die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber, richten. Elementar wichtig ist es, in diesem Rahmen die Bedeutung von Fehlermanagement für die Optimierung der Praxisabläufe und damit die sichere Patientenversorgung darzustellen. Zudem sollte die langfristige Zeit- und Ressourcenersparnis durch strukturierte Vorgänge im Praxisalltag hervorgehoben werden [17].

Um strukturiertes Fehlermanagement in der gesamten ambulanten Versorgung etablieren zu können, sind weitere Erhebungen mit Ärztinnen, Ärzten und MFA sinnvoll, auch um disziplinspezifische Unterschiede im Fehlermanagement zu identifizieren. Es sollten zudem Best-practice-Beispiele definiert werden, die als Orientierung und Blaupause für andere Praxen dienen können.

Danksagung: Wir danken den Praxen und dem Netzmanagement von „QuE e.G. Nürnberg“ für ihr Engagement und P. Elliott für seine englischsprachige Unterstützung.

Finanzielle Förderung und Interessenkonflikte: Das Projekt wurde von der Techniker Krankenkasse (TK) fi-

nanziert und unterstützt. Die TK machte keine Vorgaben zur Konzeption oder Durchführung der Studie, noch hatte sie einen Einfluss auf die Entscheidung zur Publikation. Hardy Müller ist Angestellter des wissenschaftlichen Instituts der TK (WINEG).

Korrespondenzadresse

Dania Gruber, M.A.
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069 6301-7071
gruber@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Literatur

- World Alliance for Patient Safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva: World Health Organization, 2005
- Crane S, Sloane PD, Elder N, et al. Reporting and using near-miss events to improve patient safety in diverse primary care practices. *J Am Board Fam Med* 2015; 28: 452–460
- Fox MD, Bump GM, Butler GA, Chen LW, Buchert AR. Making residents part of the safety culture. *J Patient Saf* 2017; Jan 30 [Epub ahead of print]
- www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf (letzter Zugriff am 12.02.2018)
- www.epa-qm.de/downloads/index.html (letzter Zugriff am 18.01.2018)
- www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/pro-dialog/article/855522/fehler-chance-praxis-zeigt-worauf-ankommt.html (letzter Zugriff am 20.12.2017)
- Rea D, Griffiths S. Patient safety in primary care. *Health Soc Care Community* 2016; 24: 411–419
- Beyer M, Blazejewski T, Güthlin C, et al. Das hausärztliche Fehlerberichts- und Lernsystem ‚jeder-fehler-zaehlt.de‘ – Berichtsbestand und Nutzungsperspektiven. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2015; 109: 62–68
- Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 2016
- Hoffmann B, Rohe J. Patient safety and error management. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 92–99
- Elder NC, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *J Am Board Fam Med* 2007; 20: 115–123
- Pfeiffer Y, Briner M, Wehner T, Manser T. Motivational antecedents of incident reporting: evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Med Wkly* 2013; 143: w13881
- Braithwaite J, Westbrook MT, Travaglia JF, Hughes C. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 229–233
- Vrbnjak D, Denieffe S, O’Gorman C, Pajnikihar M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2016; 63: 162–178
- Pham JC, Girard T, Pronovost PJ. What to do with healthcare incident reporting systems. *J Public Health Res* 2013; 2: e27
- Hoffmann B, Domanska OM, Müller V, Gerlach FM. Entwicklung des Fragebogens zum Sicherheitsklima in Hausarztpraxen (FraSiK). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2009; 103: 521–529
- Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers, No. 96. Paris: OECD Publishing, 2017



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam-kongress.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de
www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin