

ÖGAM NEWS



Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA



Wir bereiten uns vor!

Die ÖGAM steckt mitten in den Vorbereitungen für den Europäischen Kongress für Allgemeinmedizin im Juli 2012: WONCA-Europe 2012. Er wird in Wien im Austria-Center abgehalten werden, mindestens 3000 Teilnehmer aus Europa und Übersee werden erwartet.

Das Hauptthema unseres Kongresses lautet „The Art and Science of General Practice and Family Medicine“. Der Titel weist auf jene grundlegenden Prinzipien unserer Tätigkeit als Allgemeinärzte hin, deren Anwendung es uns ermöglicht, auf nutzbringende Weise die enorme Menge auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Wissens in die tägliche Praxisarbeit zu integrieren. Besonders bedeutsam wird diese Kunstfertigkeit dann, wenn schwierige Rahmenbedingungen, seien sie ökonomischer, politischer oder bürokratischer Natur, es erschweren, die modernsten medizinischen Kenntnisse in unseren ärztlichen Alltag zu integrieren. Dann gilt es erfinderisch und phantasievoll Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die allen Widrigkeiten zum Trotz ein optimales gesundheitliches Ergebnis bei unseren Patienten erzielen lassen. Eine solche Fähigkeit, die über rein medizinisches Wissen hinausgeht, kann durchaus als die „Kunst der Allgemein- und Familienmedizin“ bezeichnet werden und macht gute Allgemeinärztinnen und -ärzte aus.

Neben diesem praxisnahen Aspekt des Kunstbegriffes besteht zwischen Medizin und Kunst seit jeher eine enge Beziehung, für die es in Musik, Literatur und bildenden Künsten zahlreiche Beispiele gibt. Eines davon ist das zentrale Bild unseres Kongresses. Es handelt sich dabei um eines der weltberühm-

ten anatomischen Wachsmodelle aus dem 18. Jahrhundert, die im Josephinum, das die 1786 gegründete Erste Wiener Medizinische Schule beherbergte, untergebracht sind. Diese kunstvollen Wachsfiguren stehen für die gelungene Synthese exakter anatomischer Kenntnisse und ihre Umsetzung in schön gestaltete und genaue Modelle, die sich ideal für den Unterricht eignen.

Wir erwarten zahlreiche Einsendungen von Vorträgen, Posterpräsentationen, Symposien, Workshops, World Cafés, Open Space, Berichte aus den WONCA-Netzwerkorganisationen oder „Last Week Results“. Wie üblich werden alle Einsendungen einem Review des wissenschaftlichen Komitees (Leitung: Prof. Dr. Manfred Maier) unterzogen.

Ein Großteil der Präsentationen wird in englischer Sprache vorgetragen werden. Allerdings möchten wir darauf hinweisen, dass es auch einen deutschsprachigen Kongressteil geben wird, für dessen Gestaltung wir neben verschiedenen österreichischen Fachgesellschaften auch unsere Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland, der Schweiz und Südtirol auf das Herzlichste einladen.



Gustav Kamenski
Kongresspräsident

*Für das Organisationskomitee
Gustav Kamenski, Kongresspräsident*



**WONCA EUROPE
CONFERENCE 2012**

AUSTRIA CENTER VIENNA
www.woncaeurope2012.org

JULY 4-7



Fehlerberichts- und Lerns der Allgemeinmedizin

Während in der Vergangenheit vor allem medizinische Fachdisziplinen mit hoher Risikodichte wie Chirurgie, Anästhesie, interventionelle innere Medizin sich präventiv mit möglichen Fehlern systematisch beschäftigt haben, hat sich in den letzten Jahren das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Fehlerkultur mit dem Ziel größtmöglicher Patientensicherheit insbesondere auch in der Allgemeinmedizin entwickelt.



Dr. Reinhold Glehr
Präsident der ÖGAM,
Arzt für Allgemeinmedizin
Hartberg, Stmk.

Natürlich war es schon immer ein wichtiges Anliegen, dass Patienten im Rahmen der routinemäßigen medizinischen Betreuung nicht zu Schaden kommen, aus den angloamerikanischen Ländern kommend haben sich jedoch methodische Ansätze entwickelt, die der Vorbeugung unerwünschter Ereignisse und deren meist multifaktoriellen Ursachen besser Rechnung tragen.

Fehler und unerwünschte Vorfälle werden sich im medizinischen Bereich immer ereignen, es gibt jedoch Evidenz, dass ein Fehlerbewusstsein mit gut entwickelter Diskussionsbereitschaft die Wahrscheinlichkeit des Auftretens reduziert. Wichtige Bausteine der Fehlerkultur sind einerseits Führungsqualität, die den Mitarbeitern durch Vorbild und direkte Unterstützung zur Seite steht, andererseits Risikobewusstsein und die Bereitschaft, über erkannte oder erlebte Risiken zu berichten. Durch systematische Sammlung einer größeren Zahl von Fällen können die pro Praxis eher nur als Einzelfälle auftretenden Ereignisse im System bearbeitet werden.

Was sind Fehler?

Das weite Spektrum von Fehlermöglichkeiten im medizinischen und pflegerischen Alltag lässt sich nur schwer klassifizieren. Eine Möglichkeit ist die nach der Schwere des Vorfalls:

1. unerwünschte Ereignisse (adverse events)
2. gefährliche Situationen (critical incidents),
3. Beinahe-Fehler (near misses)
4. latente Fehler bzw. potenzielle Bedrohungen (latent error)

Schwere Zwischenfälle und Komplikationen sind dank der Qualität unseres medizinischen Systems in der Allgemeinmedizin relativ selten. Zwar ist es unbedingt notwendig, bei einem derartigen Einzelereignis die allgemeine Sicherheit durch genaue Analyse zu verbessern, die Auseinandersetzung mit den häufigeren „banalen“ Ereignissen, gewissermaßen den Vorstufen, die sich unter bestimmten Bedingungen verhängnisvoll entwickeln können, stellt aber eine

breitere Basis für die Optimierung des Systems dar. Diese Vorfälle bzw. Beinahevorfälle zu erfassen und zu klassifizieren ist der Kern der neuen Fehlerkultur. Die kleinen und großen Sicherheitslücken im System sollen geschlossen werden, um die Zahl künftiger Fehler zu verringern.

Eine andere Möglichkeit ist die Einteilung nach der Art der gesetzten oder unterlassenen Maßnahmen, durch die ein unerwünschtes Ereignis eingetreten ist oder hätte eintreten können: Medikation, Diagnose, Therapie, Kommunikation, Organisation etc. Wobei hier gleich erwähnt sein soll, dass eine sich als falsch herausstellende Diagnose oder eine Untersuchung, die sich nachträglich als nicht notwendig herausstellt, nicht primär ein Fehler sein muss, da die Arbeit mit Verdachtsdiagnosen oder mit Ausschlussdiagnosen zum medizinischen Alltag gehört.

Die möglichen Ursachen bieten sich ebenfalls zur Kategorisierung an:

1. nicht vom Arzt beeinflussbare (z.B. Medikamentennebenwirkungen, mangelnde Wirkung, fehlende Compliance etc.)
2. Ausbildungsmängel, Wissenslücken
3. Fehlverhalten, Fehlorganisation innerhalb der Praxis (mangelnde Sorgfalt, Arbeitsüberlastung, schlechte Praxisorganisation etc.)
4. Durch strukturelle Vorgaben von außen provozierte Fehler (Systemvorgaben, eingegengte Handlungsspielräume etc.)

Ebenen der Fehlerkultur

Die Bemühung um Fehleranalyse und -prävention spielt sich derzeit vorwiegend auf drei Ebenen ab:

1. praxisintern
2. praxenübergreifend im Qualitätszirkel
3. überregional durch ein computergestütztes Fehlerberichts- und Lernsystem.

Ad1. Auf Praxisebene gilt es den Mitarbeitern das Klima zu vermitteln, dass überall und von jedem Fehler gemacht werden, wir aber nur dann etwas aus diesen lernen können, wenn diese – oder das Risiko dafür – erkannt, mitgeteilt und analysiert werden. Ein Anklagen derjenigen, die zu diesem Zweck freiwillig ihre Fehler offenlegen, muss – wann immer möglich – vermieden werden. Das Augenmerk auf Risiken zu richten, bevor es zu einem Ereignis kommt, ist einer der wichtigen Inhalte der Mitarbeiterbesprechungen.

Ad 2. Eine Möglichkeit, Fehlerprävention zu betreiben, bietet sich im Rahmen von ärztlichen Qualitätszirkeln an. Diese haben sich als wichtiges Werkzeug der Qualitätssicherung etabliert und in Österreich erfreulich entwickelt. Hier besteht die Möglichkeit, im vertrauten Kreis strukturiert Fälle zu berichten und zu analysieren, syste-

Systeme aus Sicht

matisch über Verbesserungen bzw. über vorbeugende Maßnahmen nachzudenken. Sie eignen sich für die Bearbeitung von Einzelfehlern, aber auch für den Wissenserwerb im Bereich Patientensicherheit bzw. Fehlerkultur allgemein. Auch die Entlastung des Einzelnen durch Erörterung von vermeintlichem und tatsächlichem Fehlverhalten ist eine Stärke des Qualitätszirkels.

Die österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin hat sich des Moderatorentrainings vor 15 Jahren angenommen und ca. 400 Ärzte aller Disziplinen mit der Qualitätszirkelarbeit vertraut gemacht.

Ad 3. Auf der überregionalen Ebene sind die anonymen Fehlermelde- und Lernsysteme zu nennen. Die österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin hat sich 2004 dem System der Abteilung für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt, Prof. Gerlach, angeschlossen („Jeder Fehler zählt“ – <http://www.jeder-fehler-zaehlt.de>). Dies ist ein freiwilliges, anonymes Berichtssystem für Fehler und kritische Ereignisse im Hausarztbereich. Anonym kann über Fehler, kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler berichtet werden.

Als Fehler wird definiert, was der/die potenziell Berichtende als Fehler empfindet. Kein Fehler ist zu unwichtig oder zu schwerwiegend, um nicht in diesem System gemeldet werden zu können. Sei es, dass es sich um administrative Fehler handelt, die „nur“ Zeit kosten, um medizinische Fehleinschätzungen, die zu unterlassenen oder ausgeführten Handlungen führen, oder dass es sich um Fehler auf Seiten der beteiligten Patienten, Apotheken und anderer Institutionen handelt.

Mit einem Online-Fragebogen werden Details zum Ereignis, zu eventuell verwendeten Medikamenten und zu Besonderheiten der Patienten mit Hilfe von Listen und Freitextfeldern abgefragt. Um die Schwelle für die Berichtersteller herabzusetzen, sind einige Fragen zur strukturierenden Hilfestellung vorgegeben.

Der Grundgedanke basiert auf dem Anspruch, Fehler nicht erst selbst zu machen, um aus ihnen zu lernen. Kritische Ereignisse, Fehler und Fehlermöglichkeiten werden systematisch analysiert und ausgewertet, um auf diese Weise Erkenntnisse über Arten, Häufig-

keiten, Ursachen, Prävention und die Fehler verursachenden Bedingungen zu gewinnen. Ziel des Systems ist es, die Patientensicherheit in den Hausarztpraxen zu erhöhen.

Ein vergleichbares System stellt das Schweizer Berichts- und Lernsystem CIRSmedical dar, das seit 2009 in Österreich von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed) betreut wird.

Es ist über die Website www.cirsmedical.at erreichbar und richtet sich an alle im Gesundheitswesen Tätigen sowie an am Thema interessierte Patientinnen und Patienten. Sie soll die Patientensicherheit und Mitarbeitersicherheit in Einrichtungen des Gesundheitswesens erhöhen und einen offenen Umgang mit sicherheitsrelevanten Ereignissen fördern.

Die Sammlung kritischer Ereignisse wird auch hier von Experten systematisch untersucht. Folgerungen daraus können verwendet werden, um die positiven Faktoren eines Systems zu verstärken, können andererseits Elemente aufzeigen, die ein System besonders verletzbar machen, besonders auch bei atypischen Ereignissen, und ermöglichen Einsicht in Bewältigungs- und Vermeidungsstrategien. CIRSmedical merkt an, dass Berichte über besondere Nebenwirkungen von Arzneimitteln direkt an die zuständige Behörde, AGES, übermittelt werden sollten.

Zusammenfassung

Das systematische Berichten und Analysieren von kritischen Ereignissen ist ein wichtiges Element einer Sicherheits- und Lernkultur mit dem Ziel der Patientensicherheit geworden. War früher eine eher personenbezogene, sanktionengefolgte Kultur üblich, hat sich jetzt eine Hinwendung zu systemischen Überlegungen zur Fehlerabwehr entwickelt. Dies erfolgt einerseits im Praxisteam und in Qualitätszirkeln, andererseits über anonyme, freiwillige Berichtssysteme, die das Potenzial haben, auf einer breiten Basis System-schwächen aufzuzeigen.

Dr. Reinhold Glehr



Das Redaktionsteam:

Dr. Reinhold Glehr, Dr. Christoph Dachs,
Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer,
Dr. Susanna Michalek, Dr. Peter Pichler,
Dr. Susanne Rabady, Dr. Frederik Radunsky

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel. 01/405 13 83-17
Fax 01/405 13 83-23
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Niedrigprävalenz oder – Was unterscheidet Allgemein- mediziner von Kardiologen?

Unter Prävalenz versteht man das Vorkommen einer bestimmten Erkrankung in der Bevölkerung. Die Kenntnis der Prävalenz ist bei der Interpretation von Symptomen von großer Bedeutung. In der Allgemeinmedizin wird normalerweise im Niedrigprävalenz- bzw. Niedrigrisikobereich gearbeitet.



**Univ.-Prof. Dr.
Andreas C. Sönnichsen
Salzburg**

In welchem Prävalenzbereich man arbeitet, hat äußerst gravierende Auswirkungen auf die Aussagekraft diagnostischer Maßnahmen.

Ein Beispiel: Der Patient kommt mit Thoraxschmerzen in die allgemeinmedizinische Praxis. Die epidemiologische Wahrscheinlichkeit (= Prävalenz), dass sich hinter den Thoraxschmerzen eine koronare Herzkrankheit verbirgt, beträgt gerade einmal 8%.

Als Beispiel für einen möglichen diagnostischen Test möchte ich hier die Ergometrie (Belastungs-EKG) anführen. Was passiert, wenn wir beispielsweise in der Hausarztpraxis alle Patienten mit Thoraxschmerzen „sicherheitshalber“ ergometrieren würden?

Nehmen wir an, 1.000 Patienten mit Thoraxschmerzen beim Hausarzt werden alle ergometriert.

80 Patienten (8%) von den 1000 haben tatsächlich eine bisher unerkannte koronare Herzkrankheit. 920 haben „nichts“ (z.B. muskuloskeletale, nichtkardiale Beschwerden).

Die Ergometrie hat als diagnostischer Test eine Sensitivität von ca. 65% und eine Spezifität von 80–90% (nehmen wir für unser Rechenbeispiel an: 90%).

Das bedeutet: von den 80 Patienten mit KHK werden 65% (Sensitivität) durch die Ergometrie erkannt. 52 der 80 Patienten haben also einen pathologischen Ergometriebefund, 28 werden aufgrund eines normalen Ergometriebefundes fälschlicherweise als gesund eingestuft.

Andererseits werden von den 920 Gesunden nur 90% (Spezifität) durch die Ergometrie als gesund eingestuft (828 Patienten). 92 Pati-

enten werden fälschlicherweise mit KHK-Verdacht zum Kardiologen überwiesen. Von allen Patienten, die einen pathologischen Ergometriebefund aufweisen ($52 + 92 = 144$), haben nur 36% ($52/144$) tatsächlich die gesuchte Erkrankung. Der so genannte positive Vorhersagewert einer pathologischen Ergometrie beträgt also im hausärztlichen Setting nur 36%, ist also niedrig. Nur jeder Dritte hat wirklich die Erkrankung, und viele „falsch Positive“ werden unnötiger weiterer Diagnostik (bis hin zur Koronarangiographie) ausgesetzt.

Nun das Gegenbeispiel: Die Prävalenz der KHK unter Patienten, die vom Kardiologen zur Koronarangiographie in die Klinik eingewiesen werden, beträgt $> 50\%$ (die Patienten wurden nämlich durch die vorgeschalteten Hausärzte, die nur durch Anamnese- und Befunderhebung gute Arbeit geleistet haben, „gefiltert“!).

Dem oben aufgeführten Rechenbeispiel folgend haben also 500 von 1.000 Patienten eine KHK. Von diesen werden 65% durch die Ergometrie erkannt (also 325). Von den 500 Patienten mit Thoraxschmerzen ohne KHK (den „Gesunden“), werden wiederum 90% als gesund erkannt (450). Nur 50 Patienten haben einen „falsch positiven“ Befund. Von allen Patienten mit pathologischer Ergometrie ($325 + 50 = 375$) haben also 325 ($325/375 = 87\%$) wirklich eine KHK. Der positive Vorhersagewert ist also in diesem Setting 87% (gegenüber den oben berechneten 36% im unselektierten Patientengut!). Das Phänomen der Abhängigkeit des Vorhersagewertes diagnostischer Tests von der Prävalenz der gesuchten Erkrankung nennt man auch Bayes'sches Theorem.

Das Beispiel macht zwei wichtige Dinge deutlich:

1. Wir müssen uns in der hausärztlichen Versorgung sehr gut überlegen, welche diagnostischen Schritte wir ergreifen, weil alle (technischen) Untersuchungen im „Niedrigprävalenz-Setting der Allgemeinmedizin“ schlechte positive Vorhersagewerte aufweisen.

2. Wir sehen, welche Katastrophe es für unser Gesundheitssystem ist, dass Patienten in Österreich an uns vorbei direkt zum Spezialisten rennen! Die Spezialisten haben nämlich nicht gelernt, mit Diagnostik im Niedrigprävalenzbereich umzugehen. Wir machen das als Hausärzte nach jahrelanger Autodidaktik intuitiv richtig. In den Ausbildungsplan gehört aber natürlich, dass wir das den jungen Kollegen bewusst beibringen.

Andreas Sönnichsen