

Für einen entspannteren Praxisalltag

# Fehler aus der Tabuzone holen!

**Menschen machen Fehler – auch Hausärzte. Gerade ihnen fällt es aber oft sehr schwer, diese einzugestehen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen – selbst wenn niemand gravierend zu Schaden kam, weiß Dr. med. Alfred Haug. Daher wunderte sich der Bremer Allgemeinarzt kaum, dass in seinem Workshop auf der diesjährigen *practica* ausschließlich Praxismitarbeiterinnen über den richtigen Umgang mit Fehlern und Ideen zu ihrer Vermeidung diskutieren wollten.**

Wie oft in Hausarztpraxen Fehler passieren, darüber gibt es keine genauen Zahlen. Eine Ursache dafür ist die unterschiedliche Fehlerdefinition in entsprechenden Erhebungen. „Ich verstehe als Fehler im Sinne der PCISME<sup>1</sup>-Studie einen Ablauf, der das Wohlergehen des Patienten bedroht“, konkretisierte Haug. Meist bleibe es bei harmlosen (Beinahe-)Fehlern ohne schwerwiegende Schadenswirkung, da die „Fehlerkette“ (Kasten 1) frühzeitig durchbrochen werde.

## Beispiel einer Fehlerkette

- Beim (EDV-gestützten) Ausstellen eines Rezepts verwechselt die Helferin ein Medikament.
- Der Arzt unterschreibt in Eile, ohne das Rezept genau zu prüfen.
- Der Apotheker fragt bei der Abgabe nicht nach, obwohl er feststellt, dass der Patient dieses Präparat vorher noch nicht hatte.
- Der Kranke nimmt das Mittel ohne weitere Nachfrage ein, obwohl er feststellt, dass Packung und Tablette anders aussehen als gewohnt („Der Doktor hat bisher immer das Richtige verschrieben“). Dadurch nimmt er (möglicherweise) Schaden.

Kasten 1

## Kommunikation besonders fehleranfällig

Die Studien zeigen nämlich: Entgegen der landläufigen Meinung gefährden in erster Linie nicht fehlende Kenntnisse und Fähigkeiten des behandelnden Arztes das Wohl des Patienten, sondern Schwächen im Arbeitsablauf (Organisationsfehler) und Kommunikationsdefizite. Diese Stolpersteine lassen sich jedoch beseitigen, indem das gesamte Praxisteam inklusive Arzt sie systematisch hinterfragt und die Erkenntnisse sowie Lösungsvorschläge in einem Fehlerbuch festhält:

- Was ist passiert?
- Wann?
- Unter welchen Rahmenbedingungen?
- Wer war beteiligt?
- Wie kann ein solches Ereignis in Zukunft verhindert werden?

## Abläufe und Ereignisse genau prüfen

Was das im Praxisalltag bedeutet, erläutert Haug am Fall von Frau S. (Kasten 2). „Sicher hätte die Pflegerin – eine gute Ausbildung vorausgesetzt – bei genauer Beobachtung bereits erkennen können, dass bei der Patientin ein ‚Verdacht auf Halbseitenlähmung‘ besteht, und so die Dringlichkeit am Telefon deutlicher artikulieren können“, meinte eine Teilnehmerin. „Doch auch die Helferin müsste ihrerseits – trotz des morgendlichen Stresses an der Anmeldung – in einer solchen Situation unbedingt die Symptome der Patientin gezielt abfragen“, ergänzte eine Kollegin. Die möglicherweise noch unerfahrene Kraft im Beispiel unterwarf jedoch den Fall ohne genauere Nachfrage der üblichen Routine, nämlich dass Hausbesuchswünsche in der Telefonsprechstunde direkt mit dem Arzt besprochen werden müssen. „Sie hatte keine klare Anweisung, wie Notfälle aus der Masse der Anfragen herausgefiltert werden können“, folgerte Haug. „Offenbar existierten in der Praxis keine verbindlichen Regeln zur Klärung solcher unklaren Fälle.“ Das

## practica 2007 Bad Orb

Dr. med. Alfred Haug  
Facharzt für Allgemein-  
medizin, Naturheilver-  
fahren / Akupunktur  
28327 Bremen



Kurs Nr. 410:  
Fehlermanagement in  
der Hausarztpraxis

bedeute letztlich, dass v. a. der Arzt als Chef versagt habe. Den anwesenden Helferinnen gab Haug als Fazit aus diesem Beispiel mit auf den Weg:

- Erstellen Sie mit Ihren Kollegen eine Notfall-Checkliste, mit der z. B. die aktive Beweglichkeit der Gliedmaßen und Schmerzsymptome abgefragt werden können. Äußert dann z. B. eine Pflegerin oder eine Angehörige, dass sie das nicht wisse, können Sie sie mit ein, zwei gezielten Abklärungsaufgaben zur Patientin schicken und danach um Rückruf bitten.
- Lässt sich die Dringlichkeit des Falles so nicht klären, ist zeitnah der behandelnde Arzt zu informieren und sein kurzfristiger Rückruf anzukündigen.

## Fehler verhindern: Ganzes Team gefragt!

Dieses Beispiel zeigt: Fehler lassen sich nur vermeiden, wenn das gesamte Team

## Kasuistik: Insult zu spät erkannt

An einem hektischen Morgen ruft gegen 8.30 Uhr eine Pflegerin aus dem örtlichen Seniorenheim in der Praxis an: Frau S. – 85 Jahre, seit zehn Jahren Patientin der Praxis, Diabetikerin, Z. n. Herzinfarkt und Beinvenenthrombose – fühle sich schwach und könne nicht aufstehen. Die Mitarbeiterin an der Anmeldung verweist auf die Telefonsprechstunde ab 12 Uhr. Erst beim späteren Anruf erfährt der Arzt von dem Fall und fährt sofort zum Hausbesuch.

Frau S. zeigt eine beinbetonte Hemiparese und wird wegen Schlaganfall ins Krankenhaus eingewiesen.

Es hinterbleibt eine inkomplette Halbseitenlähmung, die vorher leidlich mobile Patientin kann sich nur noch mit Gehwagen und Begleitperson fortbewegen.

Kasten 2



Der Allgemeinarzt

Kritische Selbstreflexion gefragt: „Hätte das in unserer Praxis auch passieren können?“

**Typische und ggf. folgenreiche Fehler beim Hausarzt**

- Rezept in Eile ausgestellt und vor Unterschrift nicht kontrolliert
- Unterlassener Hausbesuch
- Herzinfarkt/Schlaganfall nicht bzw. zu spät erkannt
- Blutungskomplikationen im Kontext einer Marcumar®-Therapie
- Verzögerte Diagnosestellung durch Nicht-Kommunikation von Laborergebnissen oder anderen Befunden (fehlender Recall)

**Kasten 3**

an einem Strang zieht und gemeinsam den Fehlerursachen auf den Grund geht. „Vermeiden Sie dabei aber unbedingt persönliche Schuldzuweisungen! Denn dass Fehler passieren, ist normal; nur wer zu ihnen steht, hat die Chance, sie als Schlüssel für einen Lern- und Optimierungsprozess im gesamten Team zu nutzen“, mahnte Haug. Denn mit Überzeugung umgesetzt würden erfahrungsgemäß nur gemeinsam und „auf Augenhöhe“ erarbeitete Lösungsstrategien.

**Regelmäßig zusammensetzen**

Die ideale Plattform hierfür ist die Teambesprechung. In diesen Gesprächen können Ärzte und Mitarbeiter ihre unterschiedlichen Eindrücke und Erfahrungen aus dem Praxisalltag austauschen. „Wir setzen uns unabhängig von konkreten Vorfällen regelmäßig jeden zweiten Dienstag in der Mittagspause – gegen 12.30 Uhr – kurz zusammen“, berichtet eine Teilnehmerin. „Da sind wir ungestört: Die Praxis ist geschlossen und der Anrufbeantworter an.“ Zudem soll-

ten alle gleichermaßen zu Wort kommen können und sich bei Vorbereitung, Moderation und Protokoll abwechseln. Die Inhalte und Ergebnisse der Diskussion sind schließlich für alle im Besprechungsbuch oder in der EDV nachzulesen.

**Patienten grundsätzlich mehr einbinden**

Manche Fehler lassen sich aber auch mit einer besseren Information (ausführlichere Aufklärung, Broschüren) und einer aktiven Einbindung des Patienten in den diagnostisch-therapeutischen Prozess vermeiden. Als besonders wirksam habe sich ein schriftlicher Medikamentenplan erwiesen, auf dem auch die Verordnungen anderer Ärzte und die „Eigenmedikation“ vollständig vermerkt sind, berichtet Haug – und erntet breite Zustimmung aus dem Auditorium: „Ja, das machen wir auch. So lassen sich unerwünschte Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen minimieren und die Einnahme-Compliance verbessern!“ Den Plan bekommt der Patient ausgehändigt, Ärzte und Helferinnen prüfen regelmäßig – bei jedem Kontakt zur Praxis – seine Aktualität. Das ist besonders wichtig bei nichtsteroidalen Anti-

**Verhalten gegenüber (möglicherweise) geschädigten Patienten**

- Legen Sie den Fehler explizit offen!
- Beschreiben Sie ihn und seine Ursachen möglichst einfach.
- Entschuldigen Sie sich bei dem Patienten!
- Bleiben Sie mit ihm und seinen Angehörigen im Gespräch.
- Erläutern Sie ihnen, wie Sie solche Ereignisse künftig vermeiden wollen.

**Kasten 4**

rheumatika und Methotrexat, Kortikosteroiden, Antibiotika, Antidepressiva sowie Marcumar® (vgl. auch *Der Allgemeinarzt* 17/2007, S. 22 f.).

**„Hätte der Doktor nur einmal gesagt, es tue ihm leid...“**

Auf den steten Kontakt „auf Augenhöhe“ schwört Haug auch im Falle eines Fehlers (Kasten 4): So ließen sich Beschwerden und Klagen vor Ärztekammern, Schlichtungsstellen und Gerichten am besten verhindern. „Informieren Sie den Geschädigten darüber, welche Maßnahmen Sie ergreifen, um den ihm widerfahrenen Fehler künftig zu verhindern“, rät er.

**„Ein, es tut mir leid‘ ist kein unzulässiges Schuldeingeständnis im Sinne der Haftpflichtversicherung und nicht vor Gericht verwertbar.“**

Dr. med. Alfred Haug, Bremen

**Offenheit hilft bei seelischer Bewältigung**

Ein offener Umgang mit Fehlern – im Team, gegenüber Kollegen oder dem Partner, in Balintgruppe und Qualitätszirkel – kann auch dem Verursacher helfen, der neben dem Patienten das „zweite Opfer“ eines (schwerwiegenden) Fehlers ist. Denn ihn plagen – wenn er diesen erkannt und er zu einem Schaden geführt hat – oft Gewissensbisse und das Gefühl von Insuffizienz. Das kann zu einer Depression oder zum Burn-out führen! Auch in Internetforen (z. B. [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)) können Ärzte und Helferinnen eigene Fehler (anonym) schildern oder mit Kollegen über Berichte diskutieren. ■

Dr. med. Alfred Haug, Stefanie Lindl

1) PCISME = Primary Care International Study of Medical Errors, *ZfA* 2003; 79: 327–331

Regelmäßig greift auch *Der Allgemeinarzt* in der Rubrik Qualitätsmanagement Fehler anonym und mit Kommentaren von Hausarztkollegen auf (zum Nachlesen: [www.allgemeinarzt-online.de](http://www.allgemeinarzt-online.de), Qualitätsmanagement). Auch Sie können uns einen Fehler schildern: per E-Mail an [info@der-allgemeinarzt.com](mailto:info@der-allgemeinarzt.com) oder per Fax an 0 94 04/95 20 20.