

## Fehlerquelle „Kommunikationsstörung“ ausschalten

# Sicher mit Patienten kommunizieren

Dipl.-Soz. Martin Beyer, Dr.med., Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH

In der Hausarztpraxis wird ständig kommuniziert: mit Patienten, mit Mitbehandlern, untereinander im Praxisteam. Durch Kommunikation werden nicht nur Informationen und Anweisungen weitergegeben, wir orientieren uns dadurch auch in unklaren Situationen, vergewissern uns, ob unser Gegenüber uns verstanden hat usw. Schon lange wird vermutet, dass Kommunikationsprobleme beim Entstehen von Fehlern sehr häufig mitbeteiligt sind. Anhand der internationalen Fehlerstudie PCISME analysieren die Autoren hier das Problem.

Im Fehlerbulletin CALLBACK des Aviation Safety Reporting System der NASA wird folgendes „Rezept für Kommunikationsstörungen“ [1] angegeben: „Mische Ablenkung, (bloße) Vermutungen und Missverständnisse gut durcheinander und gebe etwas Druck hinzu. Arrangiere das Gemisch auf einer langen, flachen Oberfläche“. Hintergrund dieses „Rezepts“ ist die Klärung der Frage, warum der Rollverkehr auf dem Flughafenvorfeld („Taxiing“ zu den fehleranfälligen und gefährlichsten Phasen

eines Fluges gehört. Das Beispiel macht schlagend deutlich, wie sehr sich die Piloten in einer Situation befinden, die **sehr unübersichtlich** ist, in der verschiedene Akteure eng zusammenarbeiten müssen, in der Zeitknappheit, Stress und Ablenkung durch zahlreiche **gleichzeitig zu erfüllende Aufgaben** herrschen. Eine geregelte und gut funktionierende **Kommunikation** ist unabdingbar.

### Medizinische Fehler haben meistens viele Ursachen

Die Situation in einer geschäftigen Hausarztpraxis ist gar nicht so grundsätzlich verschieden. Auch hier müssen zahlreiche unterschiedliche Beteiligte zusammenwirken, vor allem im Praxisteam muss man sich darauf verlassen können, dass das **Angeordnete** auch **durchgeführt** wird, dass der andere mitdenkt, dass die Patienten verstehen, was man ihm erklärt, wie sie Medikamente einnehmen sollen usw. – mithin der Boden für zahlreiche Vermutungen und Annahmen. Kommt dann noch der **Faktor Zeit** hinzu, ist das „Rezept“ fast fertig. Medizinische Fehler haben meist nicht nur eine einzelne, sondern oft mehrere komplexe Ursachen. In einer Studie in australischen Hausarztpraxen [2] wurde z. B. festgestellt, dass bei 23% von 805 untersuchten Fehlerberichten eine schlechte Kommunikation zwischen Pra-

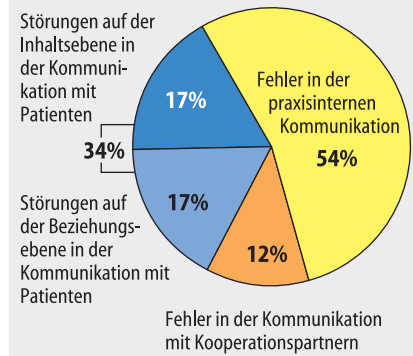


Abb. 1.: Die Gruppen von Fehlern in der Kommunikation (n = 89)

### ➔ Fehlerbeispiele

#### Beispiel 1: Mann, 50 Jahre (ID 1707-2002)

*Was ist passiert?* Patient ist Hypertoniker mit unzureichender Einstellung. Seine Medikation wurde erweitert, aber anstatt die neue Tablette zusätzlich zu nehmen, hat er nur die neue Tablette genommen. Wir wunderten uns beide, dass sich der Blutdruck erhöhte. Erst nach erneuter ausführlicher Anamnese kam heraus, dass er die vorherige Medikation abgesetzt hatte.

*Begünstigende Faktoren:* Kommunikationsstörung.

*Was könnte Fehler vermeiden?* Schriftlicher Medikamentenplan.

#### Beispiel 2: Mann, 23 Jahre (ID 1823-2002)

*Was ist passiert?* Patient bestellt ein Rezept für seine Heuschnupfenbeschwerden und schlägt „Lisino“ vor. Arzthelferin erstellt Rezept mit „Lisinopril“ (Antihypertonikum). Die Ärztin unterschreibt das Rezept. Zum Glück erkennt der Apotheker auf Nachfrage des Patienten (... ich habe doch keinen zu hohen Blutdruck ...) den Fehler. Korrektur nach Rückfrage in der Praxis.

*Begünstigende Faktoren:* Systemfehler: Ärztin hat sich auf die Arzthelferin verlassen und ein Rezept unterschrieben für einen Patienten, den sie nicht kannte!

*Was könnte Fehler vermeiden?* Verordnung nur direkt vom Arzt.

### ➔ Erratum

In Heft 18/2003 von „Der Hausarzt“ erschien unter dem Titel „Die häufigsten Fehler der Kollegen“ ein erster Bericht von Gerlach und Beyer über die Ergebnisse der internationalen Fehlerstudie PCISME im Bereich der Laborfehler. Die Autoren legen Wert auf die Feststellung, dass der Beitrag unter dem Titel „Konsequente Analyse – So vermeiden Sie Laborfehler“ erscheinen sollte und bis zur Genehmigung der Druckfahne auch so betitelt war. Durch den von der Redaktion nachträglich eingesetzten Titel könnte leicht der Eindruck entstehen, als ob hier „die Wissenschaft“ durch „konsequente Analyse“ den niedergelassenen Kollegen ihre Fehler vorhielte. Dieser Eindruck würde aber der in dem Artikel geschilderten Fehlerphilosophie grundsätzlich zuwiderlaufen.

Die Redaktion bedauert diesen Fehler.

xisteam und Patienten am Entstehen des Fehlers mitbeteiligt war, in weiteren 19% war es mangelnde Abstimmung im Praxisteam und in 10% der Fehler war es mitbedingend, dass die Patienten ihre Krankheit bzw. ihre Therapie nicht ausreichend verstanden hatten.

Für die Verhältnisse in deutschen Hausarztpraxen ist das Problem bisher nicht untersucht worden. Wir haben daher das Material des deutschen Teils der PCISME-Studie unter diesem Gesichtspunkt orientierend analysiert.

Die **PCISME-Studie** (Primary Care International Study of Medical Errors) [3] stellte die erste internationale Studie zu Fehlern in der Hausarztpraxis dar, in die sieben Länder (Australien, Deutschland, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, die Niederlande und die USA) einbezogen waren. Weltweit 100, in Deutschland 20, nicht repräsentativ ausgewählte Hausärzte meldeten anonym über einen sicheren Web-Server insgesamt 605 Fehlerberichte, davon 168 aus Deutschland, die – einer explorativen Studie entsprechend – die ganze Breite dessen abdeckten, was Hausärzte als Fehler identifizierten.

### Zu starke Konzentration auf das aktuelle Problem

Die beiden Autoren bewerteten unabhängig voneinander alle 168 Fehlerberichte um festzustellen, ob eine Kommunikationsstörung am Entstehen des Fehlers beteiligt war. Als Kommunikationsstörung sollten alle Situationen analysiert werden, in denen diese Probleme explizit im Fehlerbericht genannt wurden oder nach der Analyse zur Entstehung eines Fehlers beigetragen hatten, unabhängig davon, ob sie die Hauptursache waren. Rein formale Koordinationsfehler (Termin-/Raumverteilung) und Dokumentationsfehler sollten ausgeschlossen werden. Trotz der erheblichen Definitionsprobleme wurde bereits im ersten Durchgang eine Übereinstimmung von 73% zwischen den Autoren erreicht; bei Nichtübereinstimmung wurde später ein Konsens gesucht.

Insgesamt fanden wir den erstaunlich hohen Anteil von 89 von 168 berichteten Fehlern (52,9%), in denen eine Kom-

## → Ein freiwilliges Fehlerberichtssystem für deutsche Hausärzte

Voraussichtlich noch im Sommer 2004 wird das Institut für Allgemeinmedizin, Kiel, allen deutschen Hausärzten ein **freiwilliges, vertrauliches, internet-basiertes Berichtssystem für Fehler in der Praxis** zur Verfügung stellen.

Vorbild für ein solches freiwilliges Berichtssystem ist die Luftfahrt. Die entscheidenden Fortschritte in der Flugsicherheit wurden nicht zuletzt dadurch erreicht, dass alle Beteiligten die Möglichkeit haben, Fehler und auch Beinahefehler an das *Aviation Safety Reporting System der NASA* zu melden. (Die Fehlerberichte und die Auswertungen sind im Internet übrigens frei zugänglich. Unter <http://asrs.arc.nasa.gov> finden Sie z. T. hochinteressante Informationen zum Fehlermanagement (Bulletin CALLBACK). Weltweit werden inzwischen jährlich 40 000 Sicherheitszwischenfälle gemeldet und systematisch ausgewertet. In der Regel melden die Piloten die Zwischenfälle selbst und geben damit ihren Kollegen die Möglichkeit, daraus zu lernen. Die Berichte werden anonymisiert und die Berichtenden haben (außer wenn schwerer Schaden verursacht wurde) keine Sanktionen zu befürchten. Nur auf diesem Wege lässt sich ausreichende Kenntnis über vielfältige Sicherheitsprobleme und Fehlerquellen gewinnen.

International hat man auch in der (Allgemein-)Medizin die Bedeutung freiwilliger Fehlerberichte erkannt. Derzeit werden solche Systeme z.B. in der Schweiz, in Großbritannien und Australien aufgebaut. Auch die deutschen Hausärzte, die 2002 an der internationalen Studie über Fehler in der Hausarztpraxis (PCISME) teilgenommen haben, äußerten sich in einer kürzlich von uns durchgeführten Nachbefragung sehr positiv zu dem Plan, ein solches System zur Dauereinrichtung zu machen. Sie hoben hervor, dass schon die Möglichkeit, Fehler zu berichten, den Blick für Fehlerquellen in der eigenen Praxis schärfen kann, und dass es z.T. auch entlastend sein kann, über einen Fehler zu berichten, wenn er denn vorgekommen ist.

### Wie wird das System konkret aussehen?

Wir werden von Anfang an *zwei Möglichkeiten* vorsehen: Entweder berichten Sie Fehler völlig anonym (dann können Sie allerdings keine individuelle Rückmeldung erhalten), oder Sie lassen sich bei einer neutralen Stelle registrieren und erhalten ein *Pseudonym*. Dann können Sie ein Feedback erhalten und bekommen zukünftig auch die Möglichkeit, in die Datenbank der anonymisierten Fehlerberichte selbst Einblick zu nehmen. In beiden Fällen wird der Datenschutz gewährleistet. Niemand kann Fehlerberichte auf ihren Urheber zurückführen. Die Berichte können entweder direkt im Internet eingegeben oder auch auf Papier gemeldet werden.

### Welchen Nutzen hat das System?

Durch die kontinuierlich anwachsende Datenbasis werden erstmals Probleme der Patientensicherheit in deutschen Hausarztpraxen zuverlässig erkennbar. Das System soll neben wissenschaftlichen Zwecken vor allem den Anwendern in der Praxis dienen. Regelmäßig sollen alle Beteiligten ein *Fehlerbulletin* mit systematischen Auswertungen erhalten. In späteren Ausbauphasen des Systems können beteiligte Praxen auch individuelle Auswertungen erhalten. Die Allgemeinmedizin wird damit voraussichtlich die erste medizinische Fachdisziplin in Deutschland sein, die über ein solches System verfügt.

Derzeit arbeiten wir noch an den letzten Sicherheitsfragen und der Systeminstallation. Wir werden Sie in „Der Hausarzt“ rechtzeitig informieren, wenn das hausärztliche Fehlerberichtssystem startet.

F.M. Gerlach, M. Beyer, M. Rusitska,  
Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel