



# Ein Notfall wird zur Katastrophe

*Notfälle in der Praxis sind Ausnahmesituationen. Strukturierte Abläufe und überprüfte Geräte helfen, böse Überraschungen zu vermeiden.*

Im Fehler des Monats geht es diesmal um einen Notfall in der Praxis, bei dem gleich mehrere Abläufe nicht richtig funktioniert haben. Zu einem Kommunikationsproblem gesellte sich ein nicht ordnungsgemäß vorbereitetes Gerät.

### Anonymer Bericht eines Arztes im Internet

Aus einer Hausarztpraxis wird berichtet:

Ein Patient wurde nach Kollaps in einer Physiotherapiepraxis in der Nähe von seinem Sohn in unsere Hausarztpraxis gebracht. Er hatte ein Lungenödem, eine hypertensive Krise (über 250/120mmHg) und im EKG einen Vorderseitenwandinfarkt.

Neben der sofortigen Erstversorgung mit venösem Zugang, Applikation der klassischen und notwendigen Medikamente wurde die Helferin gebeten, sofort RTW und NEF zu bestellen. Beide trafen erst nach 35 Minuten ein, weil eine mit dem Notruf beauftragte weitere Helferin bei der Rettungsleitstelle auf Rückfrage angab, eine „normale Fahrt“ sei ausreichend, der Notfall sei nicht dringend.

Außerdem funktionierte das in der Praxis vorhandene Sauerstoffgerät nicht: Der Sauerstoffkonzentrator förderte statt Sauerstoff destilliertes Wasser, weil Schlauchverbindungen versehentlich vertauscht wurden.

Das Ergebnis war, dass es zu einer zeitlichen Verzögerung des Eintreffens der Rettungsmittel mit Gefahr einer unzureichenden Versorgung im Falle weiterer Komplikationen kam, und es kam zu einer verzögerten Sauerstoffgabe bei einem  $pO_2$  von 80% mit entsprechender Gefahr weiterer hypoxämischer Schäden.

Mögliche Gründe dafür waren, dass die Dringlichkeit der angeforderten Rettungsmittel nicht von einer Helferin an die andere übermittelt wurde. Weiters, dass das Sauerstoffgerät falsch zusammengesetzt worden war.

Das Ereignis hätte man durch korrekte Informationsübertragung bzw. eventuelles Nachfragen zwischen den beteiligten Helfenden hinsichtlich der Dringlichkeit verhindern können. Das Sauerstoffgerät

[www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)

*Machen Sie mit!*



Den Inhalt dieser Serie können Sie aktiv mitgestalten.

- Berichten Sie im Internet - vollkommen anonym - über Fehler und kritische Ereignisse aus Ihrer Praxis an das Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de).
- Diskutieren Sie ebenfalls im Internet über den Fehler des Monats oder den Fehler der Woche: [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de), ärztemagazin: [www.aerztemagazin.at](http://www.aerztemagazin.at), ÖGAM: [www.oegam.at](http://www.oegam.at).
- Eine Erläuterung zum hier verwendeten Begriff des „Fehlers“: Zahlreiche unerwünschte Ereignisse fallen in der Praxis auf: sei es eine verzögerte Diagnosestellung (die aber oft kaum vermeidbar war), sei es ein Fehler im Routineablauf (auch wenn er noch rechtzeitig aufgefallen ist), sei es ein Schaden, der tatsächlich den Patienten betrifft. Dabei fragen wir nicht nach der „Schuld“ eines/einer Einzelnen. Primär geht es darum, Probleme zu entdecken und zu fragen, ob sie vermeidbar sind und wie wir Patienten besser und sicherer versorgen können.

wäre bei einer routinemäßigen Funktionskontrolle nach z.B. Auffüllen des Wassertanks aufgefallen und hätte korrekt zusammengebaut werden können.

Faktoren, die meiner Meinung nach zu dem Fehler beigetragen haben, sind Kommunikation, Ausrüstung und Organisation. Der Fehler trat erstmalig auf.

### Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin, J.W.-Goethe-Universität Frankfurt:

Diese/r Kollege/Kollegin berichtet von zwei ganz unterschiedlichen Fehlern, deren



**Otterbach:** „Die Auswirkungen beider Fehler potenzieren die Gefahr“

Zusammentreffen zufällig war. Die Auswirkungen beider Fehler potenzieren die Gefahr für den Patienten. Durch das Kommunikationsproblem wurde die Dringlichkeit der Situation nicht korrekt weitergegeben, durch das falsch montierte Schlauchsystem konnte in der (verlängerten) Wartezeit der Patient nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden.

Dr. Isabelle Otterbach  
Dr. med. Barbara Hoffmann



**Kommentar der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM):**

Notfälle in der Hausarztpraxis stellen als nicht alltägliche Ereignisse mit geringer Fehlertoleranz eine besondere Herausforderung für das gesamte Praxisteam dar.



**Fürthauer:** „Von ärztlicher Seite bedarf es klarer Anweisungen“

Notwendig ist ein klar strukturierter Ablauf nach einem regelmäßig geübten Notfallmanagementplan. Von ärztlicher Seite bedarf es klarer Anweisungen, welche von der/dem jeweiligen Arztassistentin/Arztassistenten befolgt werden müssen.

Konkret zu diesem Fall: In einer im Durchschnitt mit zwei OrdinationsassistentInnen ausgestatteten Hausarztpraxis würde dies bedeuten, einer/eine verständigt die Notarztzentrale und fordert unter Mitteilung der Verdachtsdiagnose (akuter Herzinfarkt) das Notarztteam mit Rettungswagen an. Üblicherweise werden die Verfügbarkeit und das Eintreffen des NAW von der Zentrale gleich mitgeteilt.

Zur Vermeidung von überraschend nicht funktionierenden, selten verwendeten, jedoch im Notfall wichtigen Geräten müssen *alle* Geräte regelmäßig anhand einer Checkliste überprüft und darüber Buch geführt werden. ■

*Dr. Bernhard Fürthauer*

## Was Kollegen zur Abhilfe vorschlagen

*Im Internet haben Leser den Fehler des Monats unter anderem so kommentiert:*

### Disponent hat nicht richtig reagiert

1. Zur Rettungsleitstelle: Wenn die Helferin die (Verdachts-)Diagnosen korrekt weitergegeben hat, ist ihr kein Vorwurf zu machen. Der Leitstellendisponent hätte aufgrund dieses Meldebildes sofort RTW und NEF alarmieren müssen. Die Entscheidung hat sich ausschließlich auf das Meldebild zu beziehen. Hat er zuerst nur einen RTW geschickt? Wurde das NEF erst später nachalarmiert? Einen „nicht dringenden Notfall“ gibt es nach meiner Auffassung nicht. Für mich klar: Hier hat der Disponent nicht richtig reagiert.

2. Zum Sauerstoffgerät: Die vertauschten Schläuche sind normalerweise in weniger als einer Minute wieder korrekt anschließbar. Wurde dies auch gemacht oder auf die O<sub>2</sub>-Therapie in der Aufregung verzichtet? (Anonymus)

### Mobiles Telefon hilfreich

[...] Stimme mit obigem Kommentar überein, dass die Entscheidung NEF ein „no-brainer“ der Rettungsstelle sein sollte (Kollaps und V.a. HI), die Entscheidung in diesem Fall nicht bei der anfordernden Stelle liegen darf, sondern nur auf ausdrückliche Anordnung des anwesenden Arztes von der NEF Vorgabe abgewichen werden kann. [...]

In der Notsituation hilfreich empfinde ich ein mobiles Telefon, womit man ggf. am Patienten selbst nachfragen oder zumindest das Gespräch verfolgen könnte. Auch ein Kontrollanruf wegen der Verzögerung bzw. der zu erwartenden Wartezeit wäre damit möglich, ohne den Patienten aus den Augen zu lassen. Beim Sauerstoffgerät könnte ich mir eine Vereinfachung vorstellen. Das Wasser wird ja in erster Linie angebaut, um den trockenen Sauerstoff zu befeuchten und eine Austrocknung der Schleimhäute bei Dauergebrauch zu verhindern, darauf könnte man in der Notfallsituation verzichten. (Anonymus)

### Regelmäßiges realistisches Training

Mein Tipp: Regelmäßiges realistisches Training von Notfällen im Praxisteam kann helfen, diese seltenen, aber extrem kritischen Ereignisse zu beherrschen und Fehler zu vermeiden, da diese ja schon im Training auftreten werden. Praktisch könnte das so aussehen, dass alle halben Jahre ein Notfall mit einem Teammitglied als Darsteller in einer kurzen Simulationsübung „durchgespielt“ und anschließend nachbesprochen wird. Je realistischer, desto besser. (Anonymus)