

Fehler in der Hausarztpraxis – Erkennen, analysieren und verhindern

5. Hessischer Hausärztetag, Frankfurt/Main

Barbara Hoffmann, Martin Beyer, Christiane Muth

gefördert durch



Bundesministerium
für Gesundheit

Institut für
**Allgemein-
medizin**



Inhalt

- **Vorstellung**
- **Ihre Erfahrungen mit Fehlermanagement**
- **Was sind medizinische Fehler und wie häufig kommen sie vor?**
- **Fehlermanagement – was ist das?**
- **Fehlerursachen**
- **Sicherheitskultur**

- **Einführung Fallanalyse in der Praxis**
- **Gruppen/Eigenarbeit**
- **www.jeder-fehler-zaehlt.de – ein Fehlerberichts- und Lernsystem**
- **Gruppen/Eigenarbeit**
- **Ergebnisse vorstellen**
- **Fazit und Schluss**

Ihre Erfahrungen mit Fehlermanagement

- Was ist **für Sie** ein Fehler?
- Wie gehen Sie und ihre Arzthelferinnen mit Fehlern um?
- Welche **Reaktionen** erleben Sie? Bei sich selbst, Kollegen, Arzthelferinnen, Patienten
- Haben Sie **eigene Erfahrungen** als Patient/in?

Was ist ein medizinischer Fehler? Beispiel I

Was ist passiert?

- Befundbericht einer anderen Patientin in der falschen Patienten-Akte gefunden.

Was war das Ergebnis?

- Suche nach dem Befundbericht in der richtigen Akte vergebens.

=> **Fehler in der Dokumentation**

Was ist ein medizinischer Fehler? Beispiel II

Was ist passiert?

- Ich führte eine Proktoskopie durch und sklerosierte Hämorrhoiden. Dabei übersah ich, dass der Patient Marcumarisiert war mit einem INR von 2,5.

Was war das Ergebnis?

- Es ist nichts passiert.

Mögliche Gründe?

- Ich hatte eine Antikoagulation nicht bedacht und nicht in den Diagnosen nachgeschaut und ihn nicht gefragt.

=> **Fehler im Prozessablauf**

Was ist ein medizinischer Fehler? Beispiel III

Was ist passiert?

- Bei einem chronisch kranken Patienten war ein Helferinnenhausbesuch um 10:00 Uhr zur Blutentnahme vorgesehen. Arzthelferin fand die Tür des allein wohnenden Patienten verschlossen, es öffnete niemand, sie verließ unverrichteter Dinge den Ort, ohne in der Praxis einem der Ärzte oder der Ersthelferin Bescheid zu geben.

Was war das Ergebnis?

- Um 13:00 Uhr Anruf eines Nachbarn, der den Patienten im Wohnzimmer liegend fand. Nach den von mir vorgefundenen Verhältnissen hat der Patient mehrere Stunden auf dem Boden gelegen.

=> **Fehler in der Kommunikation**

Was ist ein medizinischer Fehler?

- Jedes **unbeabsichtigte oder unerwartete Ereignis** im Rahmen einer medizinischen Versorgung, das **zum Schaden am Patienten geführt hat oder hätte führen können**.
- „Das war eine **Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten** und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert.“
- Auch „**kritisches Ereignis**“

Was ist ein medizinischer Fehler?

- Eine geplante Handlung erreicht das erwünschte Ziel nicht.
- Der Handlung liegt entweder ein **falscher Plan** zugrunde, oder die **Handlung wird nicht wie geplant durchgeführt**.

Beispiel I:

- Befundbericht einer anderen Patientin in der falschen Patienten-Akte gefunden.

Richtiger Plan: Befundbericht einordnen (z. B. einscannen und in elektronischer Akte ablegen)

Handlung nicht wie geplant durchgeführt (z. B. infolge Ablenkung falsche Akte beim Ablegen geöffnet)

Wie oft treten medizinische Fehler auf?

Neueste Zahlen aus USA (2007):

- **4 von 10 Patienten im Krankenhaus** erleiden einen Schaden durch die medizinische Versorgung
- Schaden: vorübergehend (Schmerz) bis andauernd oder gar Tod

Berwick D. CBS News 06/02/2007

In Arztpraxen:

- Bei **zwei von 100 Patientenbesuchen** tritt ein Fehler auf („eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten“)

Makeham M et al. MJA 2006; 185: 95–98

Risiken in englischen Hausarztpraxen

Risiko = was einen Schaden anrichten *könnte*

- Schweigepflicht u. Datenschutz > 90 %
- Verschreibungsprozess ca. 90 %
- Betriebliche Gesundheitsrisiken > 80 %
- Kommunikation > 80 %
- Befunde ca. 80 %
- Dokumentation, Patientenakten ca. 80 %

MPS 2006. http://www.mps-riskconsulting.com/content/default.asp?page=s4_1_1&newsid=799

Beispiele

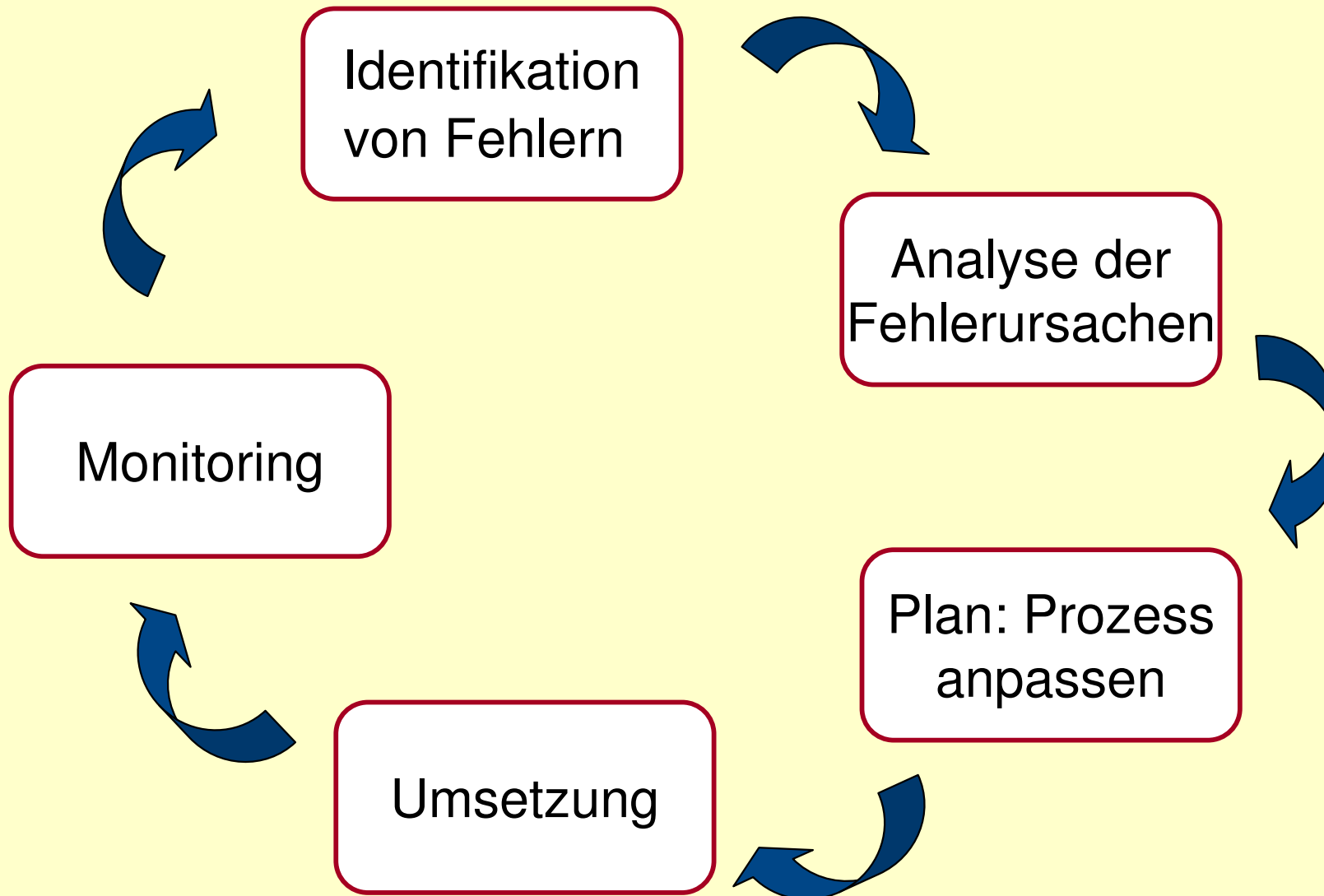
- Computer mit geöffneter Patientenakte sind unbeobachtet
- Kein Standard für Wiederholungsrezepte
- Keine regelmäßigen Teambesprechungen
- Unleserliche Schrift in der Patientenakte
- Kein System, das dokumentiert, dass alle Befunde in der Praxis eingetroffen sind
- Keine Fehlerbesprechungen oder kein System, das sicherstellt, dass aus Fehlern gelernt wird

MPS 2006. http://www.mps-riskconsulting.com/content/default.asp?page=s4_1_1&newsid=799

Fehlermanagement – was ist das?

- **Erkennen** von Fehlern/Risiken
 - ⇒ **Anzahl** von Fehlern/Risiken **vermindern**
 - ⇒ **Folgen** von Fehlern **reduzieren**

Der Lernkreis



Fehlerursachen



Wer war hier der Esel?

Warum kommt es überhaupt zu Fehlern?

- Medizinische Versorgung ist ein **komplexer Prozess**.
- Das Ergebnis ist von **vielen Faktoren** abhängig.

- Welche Faktoren kennen Sie?

Das „System“ medizinische Versorgung

- **Patient:** Gesundheitszustand, Alter, Sprache...
- **Aufgabe:** medikamentöse Therapie, EKG, Impfung...
- **Individuum:** Wissen, Erfahrung, Fertigkeiten, Gesundheitszustand...
- **Team:** Hierarchie, Supervision, Kommunikation...
- **Arbeitsbedingungen:** Qualifikation und Ausstattung des Personals, Arbeitsbelastung...
- **Organisation/Management:** Praxisstruktur, Vorhandensein und Umgang mit Regeln...
- **Institution** ambulante Versorgung: gesetzliche Regelungen (QM)...

Schuld, persönliches Versagen?



- Aber: Es sind **oft die besten**, die die schwersten Fehler machen.
- Und: **Gleiche Bedingungen** können immer die **gleichen Fehler** verursachen.

Ein Beispiel

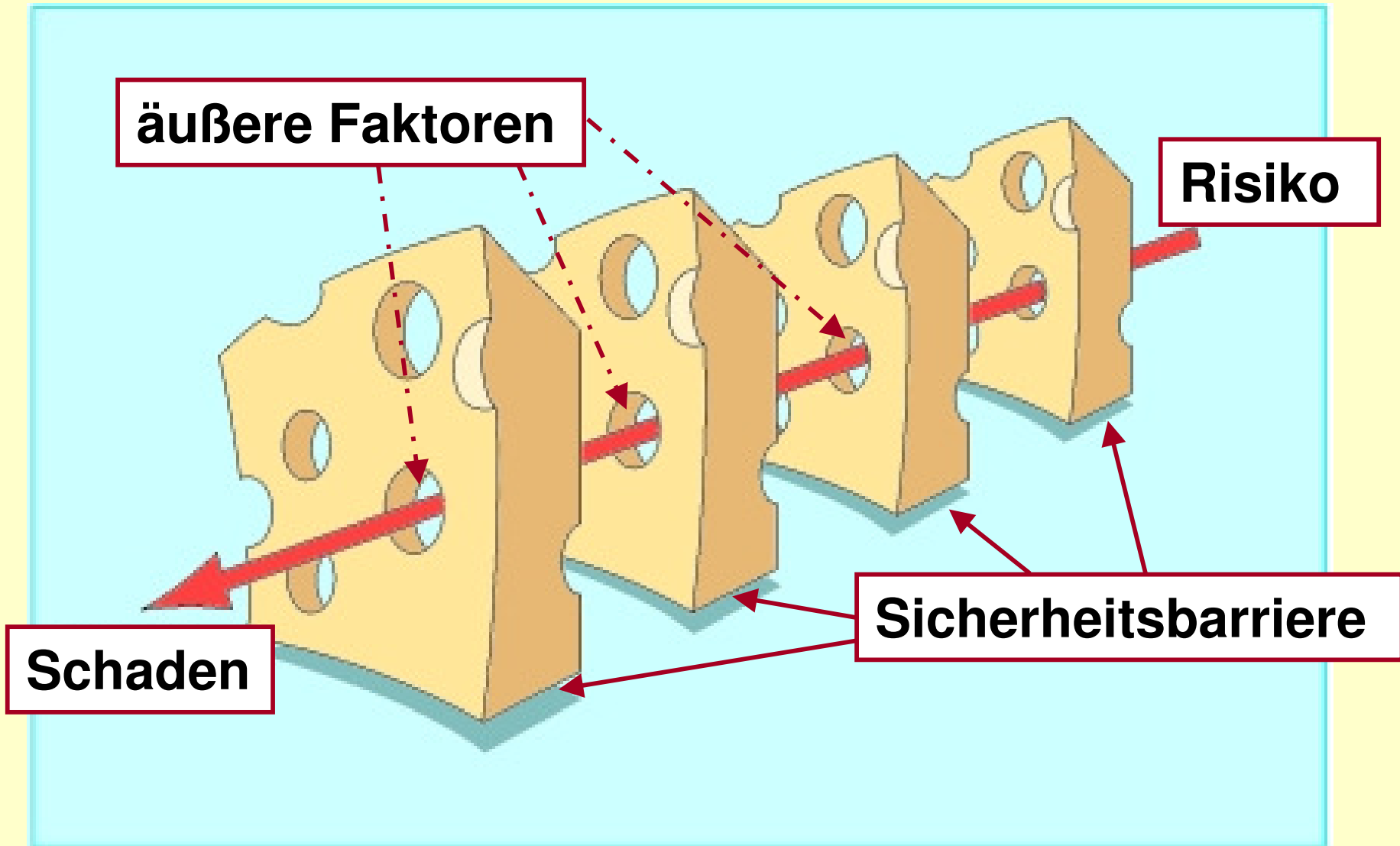
- Hektischer Tag, 2 von 3 Helferinnen sind krank bzw. in Urlaub.
- Bei einem Patienten soll die wöchentliche i.v.-Gabe von MTX (Methotrexat) erfolgen.
- Eine Spritze (ohne Label und ohne beiliegende Ampulle) liegt im Labor schon parat und wird dem Patienten i.v. verabreicht.
- Es handelte sich aber nicht um MTX, sondern um eine für die i.m.-Gabe vorbereitete Spritze mit Vitamin B-Komplex 2 ml + Novocain 2% 2 ml (gleiche Farbe).

Dieser Fehler kann immer wieder auftreten

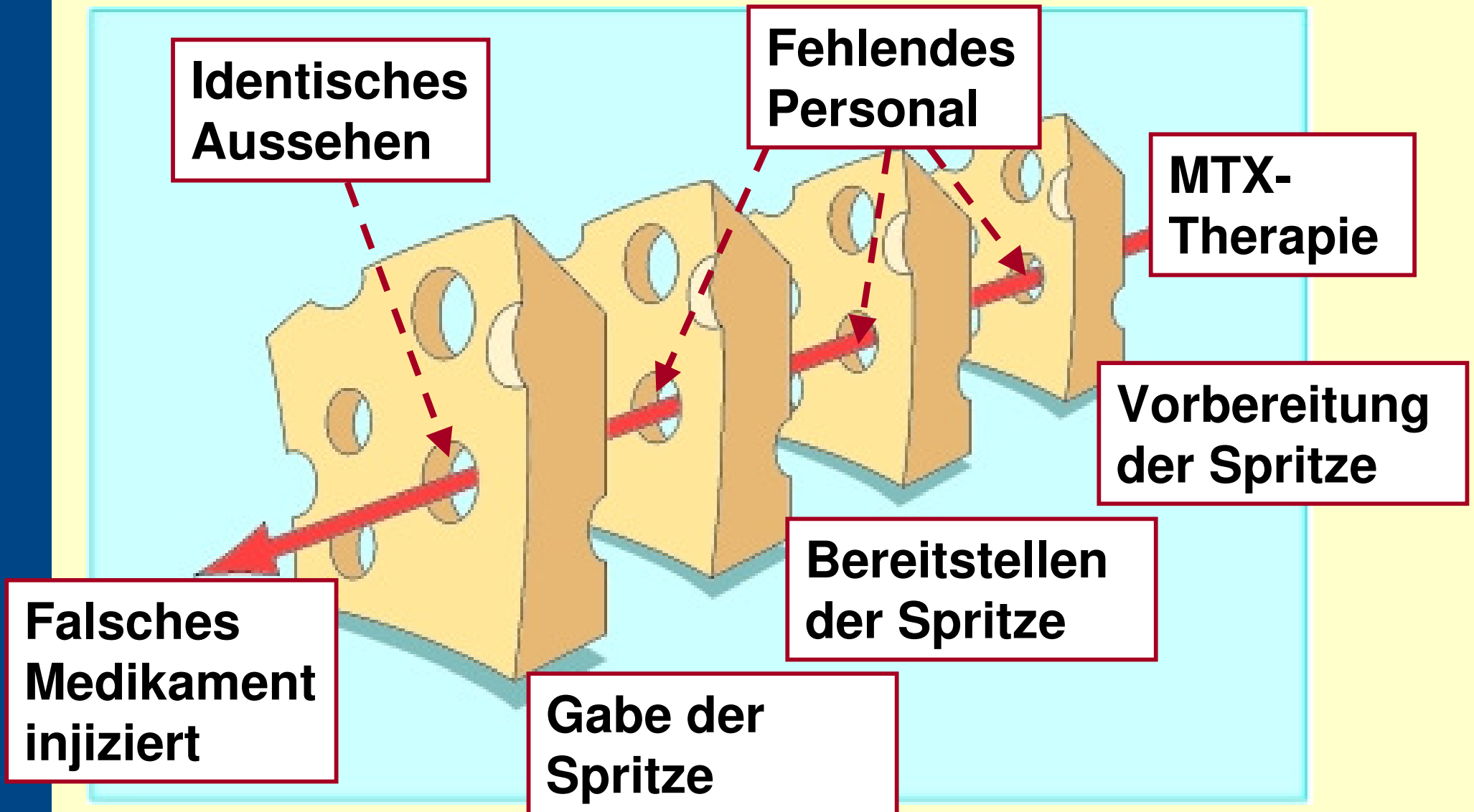
Warum?

- **Unterschiedliche Personen** für Vorbereitung des Medikaments und Gabe der Spritze
- Vorbereitete **Spritze nicht beschriftet**
- Der **Inhalt der Spritze sieht aus wie das Medikament**, das gegeben werden soll.
- **Person**, die injiziert, **vergewissert sich nicht**, was die Spritze enthält.
- **Hohe Arbeitsbelastung** durch fehlendes Personal

Schweizer Käse – ein Modell



Schweizer Käse – unser Beispiel



Sicherheitsbarrieren

- Verhindern, dass es zu Fehlern kommt.
- Beispiele:

Physische Hindernisse (Anschlüsse passen nicht zusammen)

Räumliche Distanz (ähnliche aussehende Medikamente stehen im Schrank *nicht* nebeneinander)

Warnhinweise, -töne (besondere Etiketten)

Kontrolle durch Person (Vier-Augen-Prinzip, double check)

Wissen (Checkliste für die Impfung)

Administration (Standards, Supervision)

Beispiel für eine Sicherheitsbarriere

- Räumliche Distanz
- Noch besser: deutlicherer Unterschied (Größe, Färbung der Flüssigkeit, Volumen...)

■ KCl 7,45 %

NaCl 5,85 %



Systemperspektive

- **Menschen machen Fehler!** („menschliches Versagen“)
- „Gefährliche“ Situationen und schlechtes organisatorisches Design führen zu Fehlern.
- Der Schwerpunkt liegt **auf allen verursachenden Faktoren**, nicht nur auf den Handlungen einzelner.
- Geräte und Prozesse (das ‚**System**‘) müssen **verändert** werden, um die Sicherheit zu verbessern.

Sicherheitskultur

- Kultur = **Werte, Einstellungen, Wahrnehmungen, Kompetenzen und Verhalten** von Einzelnen und Gruppen
- in Bezug auf die eigene Sicherheit und die Sicherheit der Patienten
- Verkürzt kann man auch von einer „Fehlerkultur“ sprechen.

Welche Sicherheitskultur kennen Sie?

- Wie erleben Sie die „Kultur“ **in Ihrer Praxis, im Qualitätszirkel, im Kollegenkreis?**
- Wird **aus Fehlern gelernt?**
- **Wie** wird aus Fehlern gelernt?

Persönliche Schuld und „Halbgötter in Weiß“

- Die „Kultur“ in der Medizin (und der Gesellschaft) beeinflusst unsere Perspektive (Person oder System).
- Veraltet, aber uns allen bekannt:
blame – name – shame
„Schuldkultur“
- Tradition der **Unfehlbarkeit** in der Medizin

MoPo 24.04.07

17 000 Tote in
Kliniken durch
Ärztepfusch

Warum ist Sicherheitskultur wichtig?

Sie bestimmt,

- ob **Sicherheit** ein **wichtiges Ziel unserer Arbeit** ist.
- **wie fair** wir miteinander umgehen.
- **wie offen** wir über Fehler sprechen.
- **ob wir** als Einzelpersonen oder die Praxis als Organisation „**lernen**“.

Beispiele

- Händedesinfektion
- Regeln sind für die anderen da!
- Ein Fehler wird schnell behoben, „geflickt“.
- Wir neigen dazu, jemanden beschuldigen zu wollen.
- Wenn ich mich angegriffen fühle, verteidige ich mich.

Fall-Analyse in der Praxis

Fall-Analyse in der Praxis

- Suche nach geeignetem **kritischem Ereignis**
- Sitzung des **Praxisteam**s
- **Chronologie** des kritischen Ereignisses festlegen
- **Identifikation** von Fehlern
- **Beitragende Faktoren systematisch** suchen und finden
- **Vermeidungsstrategien** gemeinsam entwickeln

Wie entdecke ich kritische Ereignisse?

- Fehlerbuch
- „fiktiver Mecker- und Lob-Patient“ in Praxis-Software
- Kummerkasten
- Patientenbeschwerde
- Worüber habe ich mich zuletzt geärgert?

- häufige Ereignisse
- mit großem Risiko für den Patienten

Was ist eigentlich passiert?

- Wie war die zeitliche Reihenfolge?
- Was genau war das kritische Ereignis?
- Was war das Ergebnis des Ereignisses?
- Lag dem ganzen ein falscher Plan zugrunde oder ist eine Handlung nicht wie geplant durchgeführt worden?

Gab es beitragende Faktoren?

Der Reihe nach abklären:

- **Patienten**faktoren
- Faktoren der **Tätigkeit** (Art der Aufgabe)
- Individuelle Faktoren des **Mitarbeiters**
- **Team**faktoren
- **Arbeitsbedingungen**
- **Organisations-** und **Management**faktoren
- Kontext der **Institution**
- **Sicherheitsbarrieren**

Wie kann das Ereignis verhindert werden?

- Welche beitragenden Faktoren kann ich verändern?
- Praxisroutinen in wenigen einfachen Schritten
- Standardisieren
- „Mehr Sorgfalt!“ oder „Aufmerksamer sein!“ hilft nicht!

1. Gruppenarbeit

- **Was genau war das kritische Ereignis** und mit welchem **Ergebnis**?
- Gab es einen **falschen Plan**, oder ist eine **Handlung nicht wie geplant durchgeführt** worden?
- Welche **Faktoren** haben bei dem beschriebenen Ereignis **zu dem Fehler geführt**?
- Denken Sie an eine Impfung und beschreiben Sie den gesamten Ablauf: an welcher Stelle hätte man den **Fehler entdecken** können?

Ihre Ergebnisse – Beispiel Impfstoffe

- Waren Sie sich einig über den Fehler?
- Gab es wichtigere oder weniger wichtige Faktoren, die zum Fehler beigetragen haben?
- Informieren Sie die Patienten über den Fehler und wenn ja, wie?

Informieren Sie Ihre Patienten!

Welche Reaktion auf einen Fehler wünschen sich Patienten?

Sanktionen gegen Beteiligte	8 %
Entschuldigung / Bestätigung / Erklärung dass Fehler aufgetreten ist	52 %
Zusicherung, dass alles getan wird, damit es nicht noch einmal passiert	31 %

Healthcare Commission 2007. Spotlight on complaints

Folgefehler vermeiden!

2. Gruppenarbeit

- **Was genau war das kritische Ereignis** und mit welchem **Ergebnis**?
- Gab es einen **falschen Plan**, oder ist eine **Handlung nicht wie geplant durchgeführt** worden?
- Welche **Faktoren** haben bei dem beschriebenen Ereignis **zu dem Fehler geführt**?
- Wie könnte man diese/n **Fehler verhindern**?

Ihre Ergebnisse – Beispiel Laborwerte

- Stellen Sie sich vor, Sie sind externe/r Berater/in und beraten die Praxis in Sachen Risikomanagement: Welche Maßnahmen schlagen Sie vor?
- Denken Sie dabei daran, dass Sie die Maßnahmen weder umsetzen noch bezahlen müssen.

www.jeder-fehler-zaehlt.de

- Sie können **auch aus den Fehlern anderer lernen.**
- Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen =
Freiwilliges, anonymes Fehlerberichtssystem im Internet
- **Offener Zugang** für Hausarztpraxen: **Arzthelferinnen und Ärztinnen/Ärzte**
- Seit 09/2004 in Betrieb

gefördert durch



Bundesministerium
für Gesundheit

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

» Bericht erstellen

«

Fehler der Woche

Fehler des Monats

Fehlerarchiv

Online-Datenbank

Aktuelle
Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Impressum /
Kontakt



© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

Herzlich willkommen beim Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen - daher unser Motto:

"Jeder Fehler zählt"

Aktuelles

- "Wenn die anderen etwas daraus lernen, ist es das wert." [[mehr](#)]
- Tipps zur Fehlervermeidung [[mehr](#)]
- Aktuelle Kommentare [[mehr](#)]

Falls Sie mithelfen wollen, www.jeder-fehler-zaehlt auch bei Ihren Kolleginnen und Kollegen noch bekannter zu machen:

Unser überarbeiteter Flyer zum Verteilen - z.B. in Ihrem Qualitätszirkel [[PDF](#)]



In Zusammenarbeit mit dem ÖSTERREICHISCHER PATIENTENSICHERHEIT

Empfohlen von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, ÖGAM
und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, DEGAM
Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Copyright © 2006 Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

Startseite

Bericht eingeben

Seite 1 Seite 2 Seite 3 Seite 4 Seite 5 Seite 6

d) Was ist passiert?

e) Was war das Ergebnis?

f) Mögliche Gründe?

g) Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Über Fehler berichten

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

» Bericht erstellen

«

Fehler der Woche

Fehler des Monats

Fehlerarchiv

Online-Datenbank

Aktuelle
Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Impressum /
Kontakt



© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

Herzlich willkommen beim Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen - daher unser Motto:

"Jeder Fehler zählt"

Aktuelles

- "Wenn die anderen etwas daraus lernen, ist es das wert." [[mehr](#)]
- Tipps zur Fehlervermeidung [[mehr](#)]
- Aktuelle Kommentare [[mehr](#)]

Falls Sie mithelfen wollen, www.jeder-fehler-zaehlt auch bei Ihren Kolleginnen und Kollegen noch bekannter zu machen:

Unser überarbeiteter Flyer zum Verteilen - z.B. in Ihrem Qualitätszirkel [[PDF](#)]



In Zusammenarbeit mit dem ÖSTERREICHISCHER PATIENTENSICHERHEIT

Empfohlen von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, ÖGAM
und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, DEGAM
Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Copyright © 2006 Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

Fehlerberichte lesen

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Ältere Fehlerberichte finden Sie im [Fehlerarchiv](#)

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

» Bericht erstellen
«

Fehler der Woche

Fehler des Monats

Fehlerarchiv

Online-Datenbank

Aktuelle
Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Impressum /
Kontakt



© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

Aktueller Fehler des Monats

Thema: Schmerzgeplagter Patient in Notfallpraxis

Eine Kollegin, ein Kollege berichtet von einer ihr/ihm bisher nicht bekannten gut 60-jährigen Patientin:

Was ist passiert?

Eine Patientin kam in Begleitung ihrer Tochter und deren Ehemann in die Notfallpraxis, und die Tochter verlangte von mir, dem zuständigen Notfallarzt, sofort etwas zu unternehmen, damit es ihrer Mutter wieder besser ginge. Die Mutter (= Patientin) hatte vor einer Woche eine Infusion eines Bisphosphonats bekommen, war sehr blass und sagte nichts. Die Patientin hat ein Mamma-Ca, eine Brust entfernt. Ich wollte zunächst eine Schmerzspritze i. m. geben, da dies der Tochter nicht genügte, ordnete ich schließlich eine Diclofenac-/MCP-Infusion in 500 ml NaCl an.

Was war das Ergebnis?

Nach einer Stunde ging es der Patientin nicht besser, und ich verlegte die Patientin (nach weiteren Diskussionen mit der Tochter) in die Gynäkologie des nächsten Krankenhauses. Der Patientin geht es jetzt wieder deutlich besser.

Diclofenac i. v. ist vom Hersteller nicht vorgesehen und ein nicht notwendiger off-Label-Gebrauch. Es gibt zwar einige Studien, dass die i. v.-Anwendung von Diclofenac in einer Infusion mit NaCl über 30 Min. möglich ist, aber das war mir zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt, und das Risiko (z.B. anaphylaktischer Schock) trägt der behandelnde Arzt.

Mögliche Gründe?

Volle Notfallpraxis mit Zeitnot und einer fordernden Patiententochter. Mir war es nicht möglich, die genaueren Krankheitsumstände zu eruieren (palliative Situation mit Metastasen? [ausgang]), weil ich fürchtete, sonst läuft mir die Zeit weg, die ich ohnehin nicht habe.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Organisatorisch: wenn ein zweiter Kollege vorhanden gewesen wäre, hätte man mehr Zeit zu überlegen und besprechen gehabt.

In diesem Fall: Begleiter rausschicken und nur mit Patientin reden (mehr Ruhe).

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Patient, Team und soziale Faktoren sowie Ausbildung und Training.

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

Erstmalig.

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin

Sicherlich kann man in diesem Fall die Entscheidung, eine Schmerzspritze i. m. bzw. Diclofenac in

„Fehler des Monats“

i. m. Schmerzspritze,
Diclofenac/MCP-
Infusion

Volle Notfallpraxis,
fordernde
Patiententochter

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin

Sicherlich kann man in diesem Fall die Entscheidung, eine Schmerzspritze i. m. bzw. Diclofenac in einer Kurzinfusion zu verabreichen, kommentieren. Unser Fokus soll jedoch darauf liegen, unter welchen Bedingungen diese Entscheidung getroffen wurde:

Die Ärztin, der Arzt stand in der beschriebenen Situation offenbar unter erheblichem Stress. Stressauslöser war in diesem Fall weniger die Notsituation der Patientin als vielmehr die drängelnde Haltung der Angehörigen. "Tu doch was!!!" war deren Botschaft. Eigentlich haben wir Ärzte ja gerade gelernt, sofort zu handeln, und weniger, abzuwarten. Zudem wünschen Patienten wie Angehörige verständlicherweise schnelle Hilfe und Linderung. Begleiter rausschicken und nur mit Patientin reden, empfiehlt der/die Berichtende. Was empfehlen Sie, um den Stress in solchen Situationen zu vermindern?

[Bericht drucken](#)

Kommentare

[Hilfe](#)

25.05.07 15:05

Ich bin Arzthelferin und auch ehrenamtlich im Rettungsdienst tätig. Wir werden dort oft mit aufgeregten Familienmitgliedern konfrontiert. Da wir ja immer nur zu zweit sind (wenn Notarzt noch nicht da ist) und es oft schnell gehen muß, versuchen wir den Patienten vorrangig zu behandeln und wenn machbar die Familienangehörigen bitten draußen zu warten, oder wir beziehen sie in die Untersuchung mit ein. Fragen zur Anamnese z.B. das lenkt auf. In der Praxis würde ich solche Patienten vom Arzt behandeln lassen und die Angehörigen von der Arzthelferin betreuen lassen. Auch sie kann durch Fragen und erledigen. Ich hoffe, das dazu beitragen, daß die Angehörigen abgelenkt sind und sich auch durch entsprechenden Zuspruch etwas beruhigen.

Arzthelferin

Ihr Kommentar:

Name:

Kommentar:

[Abschicken](#)

Kommentare lesen oder schreiben

Arzthelferin:
Patienten vom Arzt
behandeln und
Angehörige von der
Arzthelferin betreuen
lassen

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

» Bericht erstellen

«

Fehler der Woche

Fehler des Monats

Fehlerarchiv

Online-Datenbank

Aktuelle
Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Impressum /
Kontakt

Herzlich willkommen beim Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen - daher unser Motto:

"Jeder Fehler zählt"

Aktuelles

- "Wenn die anderen etwas daraus lernen, ist es das wert." [[mehr](#)]
- Tipps zur Fehlervermeidung [[mehr](#)]
- Aktuelle Kommentare [[mehr](#)]

Falls Sie mithelfen wollen, www.jeder-fehler-zaehlt auch bei Ihren Kolleginnen und Kollegen noch bekannter zu machen:

Unser überarbeiteter Flyer zum Verteilen - z.B. in Ihrem Qualitätszirkel [[PDF](#)]



In Zusammenarbeit mit dem ÖSTERREICHISCHER PATIENTENSICHERHEIT

Empfohlen von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, ÖGAM
und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, DEGAM
Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Copyright © 2006 Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt



© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

Tipps aus der Praxis für die Praxis

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

» Bericht erstellen
«

Fehler der Woche

Fehler des Monats

Fehlerarchiv

Online-Datenbank

Aktuelle
Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Impressum /
Kontakt



© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

Tipps zur Fehlervermeidung

Praxistipps zum Sammeln

Die Tipps entstammen vorwiegend den Kommentaren, die in www.jeder-fehler-zaeht.de zu Fehlerberichten von Kolleginnen/Kollegen aus der Praxis geschrieben wurden. D.h. sie wurden von Ärztinnen, Ärzten und Arzthelferinnen beigetragen.

In feste Abläufe, wie z.B. dem Impfen, können sich an vielen Stellen Fehler einschleichen. Wir können daher keine Vollständigkeit bieten. Dennoch können die Tipps Ihnen helfen, mit Ihren Mitarbeitern/innen die Abläufe in Ihrer Praxis zu überdenken und Fehlerquellen ausfindig machen.

Die Tipps haben sich in den Praxen der Kommentierenden bewährt und wurden daher von Ihnen empfohlen. Sie sind allerdings nicht 'Evidenz-basiert' in Studien erprobt worden.

Tipps zur Fehlervermeidung

1. Fehler bei Impfungen [\[mehr\]](#)
2. Telefonische Anfragen [\[mehr\]](#)
3. Laborbefunde I [\[mehr\]](#)
4. Laborbefunde II [\[mehr\]](#)



4. Laborbefunde II

Fehler, die bei der Labordiagnostik auftreten können, sind vermutlich häufig. Ursache sind oft Mängel in der Kommunikation und Organisationsfehler in der Administration der Patientenakten/-dokumente. Eine generelle Präventionsstrategie ist die Etablierung von standardisierten Methoden für die einzelnen (möglichst wenigen!) Arbeitsschritte.

Im zweiten Teil präsentieren wir Tipps, die Fehler während oder nach dem Eintreffen des Befundes verhindern können.

"Typische" Fehler aus www.jeder-fehler-zaeht.de

- Ein pathologischer Laborbefund wird nicht sofort weiterverfolgt. Er geht in der Praxis "verloren".
- Verantwortungsbereiche überschneiden sich und sind z. T. unklar (zwischen ärztlichen Kollegen oder zwischen Arzthelferin und Arzt).
- Es sind vor allem Organisationsfehler in der Administration der Patientenakten/-dokumente.

Gute Erfahrungen aus anderen Praxen

Meinungen zu www.jeder-fehler-zaehlt.de

- „Für dieses Forum bin ich unendlich dankbar!“
- „Bin heute zum ersten Mal auf diesen Seiten. Es sind "Fehler, die das Leben schreibt" und aus denen man viel lernen kann, um die eigene Fehlerquote gering zu halten.“
- „Habe die Seite zum ersten Mal durchgeschaut, sehr informativ und hilfreich, da ich sicher den einen oder anderen Fehler selbst kenne, werde ich wieder rein schauen und mitarbeiten, weiter so!“

Was meinen Sie?

- Würden Sie das System in jedem Fall nutzen?
- Sehen Sie Hindernisse?
- Haben Sie Internet in der Praxis?
- Sollen Ihre Arzthelferinnen es ebenfalls nutzen? Direkt in der Praxis?

3. Gruppenarbeit

- Was genau war das **kritische Ereignis** und mit welchem **Ergebnis**?
- Gab es einen **falschen Plan**, oder ist eine **Handlung nicht wie geplant durchgeführt** worden?
- Welche **Faktoren** haben bei dem beschriebenen Ereignis **zu dem Fehler geführt**?
- Wie könnte man diese/n **Fehler verhindern**?

Ergebnisse – Beispiel Anfrage Hausbesuch

- Können Sie schon jetzt vermuten, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Fehlerprävention erfolgreich sein werden?

Ihr Fazit dieses Workshops

- Haben Sie etwas Neues erfahren?
- Was haben Sie gelernt?

Schlussfolgerung

- Fehler treten auf. **Menschen machen Fehler.**
- Fehlermanagement ist das **Erkennen** von Fehlern/Risiken sowie die **Verminderung von Anzahl und Folgen der Fehler.**
- Voraussetzung ist eine **offene, faire und lernende Sicherheitskultur.**
- Eine **Fehleranalyse** sollte **systematisch** sein und alle möglichen Ursachen und beitragenden Faktoren untersuchen.
- **Besuchen Sie www.jeder-fehler-zaehlt.de.**

Haben Sie Interesse?

- Wir planen eine Studie zum Thema „**Sicherheitskultur in Hausarztpraxen**“
- Start: voraussichtlich **Herbst/Winter 2007/2008**
- Instrumente zur Evaluation der Sicherheitskultur (Fragebogen, Team-Intervention)
- Projektleiterin: Barbara Hoffmann
- Teilnahme an **Gruppendiskussionen** oder **Interviews** (Fragebogen-Testung) für Einzelpersonen, Teilnahme an der **Machbarkeitsstudie für Praxisteams**