

Jeder Fehler zählt – ein Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Isabelle Otterbach

Projekt www.jeder-fehler-zaehlt.de

**Institut für
Allgemein-
medizin**



Inhalt

- **Wozu Fehlerberichtssysteme?**
 - Fallvorstellungen
 - Diskussion
- **Was sind medizinische Fehler?**
- **Fehlertheorie**
- **(Fehlermanagement – was ist das?)**
- **Fehlerberichtssysteme: www.jeder-fehler-zaehlt.de**

Was meinen Sie?

- Lehrreich?
- Interessant?
- Ja, aber...
- Entlastend?
- Überflüssig?
- Zeitraubend?
-

Beispiel 1: INR-Kontrolle

- **Was ist passiert?**

Nach Notdienst mit sehr kurzem Schlaf habe ich bei diesem über 80 Jahre alten Pat. wegen Vorhofflimmern Marcumar Therapie eingeleitet. Zum Aufmarcumarisieren 2, 2, 1 Tbl verordnet. Dann sollte Kontrolle INR erfolgen. Sei es durch internen Kommunikationsfehler schon in der Praxis, sei es durch Verständnisprobleme des Pat. (was sich im Nachhinein nicht klären ließ), hat der Pat. täglich!!! über viele Tage 2-2-1 Marcumar eingenommen, was zu einer INR von 10! geführt hatte.

- **Was war das Ergebnis?**

Hat der Pat. erstaunlicherweise schadlos überstanden.
Entschuldigung - Pat. wurde natürlich umfassend informiert.
Große Betroffenheit bei mir und meinem Team.

INR-Kontrolle

- **Mögliche Gründe**

Zu viele verschiedene Beteiligte in der Praxis mit möglicherweise falscher Dosierungsübermittlung (im PC war unklarer Eintrag). Patient war mit seinen über 80 Jahren trotz Aufklärung vermutlich schlicht überfordert. Fehlende Alarmsysteme in der Praxis, nachdem der Pat. nicht wie vorgesehen nach 3 Tagen zur Kontrolle kam.

- **Wie hätte man das Ereignis verhindern können?**

Am besten glasklare Vorgabe in der Praxisdokumentation durch den Arzt mit Namenszeichen. Möglichst wenige Mitspieler im Team und keine Dosierungsempfehlungen "auf Zuruf". Rückfrage beim Pat. und Wiederholung, damit er auch sicher alles verstanden hat. Termineintrag zur Kontrolle BE mit Warnmeldung, falls Pat. nicht kommt.

Beispiel 2: Dringlicher Hausbesuch

- **Was ist passiert?**

Ein Patient Mitte 40 stellte sich mit Fieber und Erkältungssymptomen in der Akutprechstunde vor und wurde vom Dienst habenden Arzt untersucht. Diagnose: grippaler Infekt. Der Patient wurde arbeitsunfähig geschrieben und es wurden Paracetamol und Bronchicum Tropfen verordnet. Am nächsten Tag rief die Ehefrau des Patienten an und bat um einen Hausbesuch. Ihrem Mann gehe es zunehmend schlechter und er würde bestimmt sterben, das Fieber sei auch nicht besser geworden. Ich stellte das Telefongespräch weiter zum behandelnden Arzt. Der entschied, dass ein Hausbesuch nicht erforderlich sei, da er den Patienten am Vortag erst gesehen hatte und hielt die Reaktion der Ehefrau für völlig überzogen. Trotz mehrerer Anrufe und Bitten von Seiten der Ehefrau war der Arzt zu keinem Besuch zu bewegen, im Gegenteil, er wurde sogar richtig sauer. Meine Kollegin, eine sehr erfahrene MFA, thematisierte diesen Fall in der Teambesprechung am folgenden Tag, da sie den Eindruck hatte, dass es besser wäre, wenn doch jemand nach dem Patienten sehen würde. Der Kollege des zuvor behandelnden Arztes führte noch am selben Tag einen Hausbesuch durch. Er fand einen hochfieberhaften Patienten vor mit einer schweren beidseitigen Lungenentzündung.

Dringlicher Hausbesuch

- **Was war das Ergebnis?**

Stationäre Einweisung. Nach Genesung und Entlassung teilte uns die Familie des Patienten mit, dass sich von ihnen keiner mehr bei uns behandeln lassen würde.

- **Mögliche Gründe**

Völlige Fehleinschätzung des Arztes, sowohl was den Krankheitszustand des Patienten als auch die Telefonate der Ehefrau angeht.

- **Wie hätte man das Ereignis verhindern können?**

Einfach mal hinfahren, auch dann, wenn man glaubt, es ist nichts Ernstes.

Beispiel 3: The second victim

- **Was ist passiert?**

Ein 79-jähriger Patient erhielt wegen einer rheumatoiden Arthritis 7,5mg Methotrexat/Woche als Basistherapie. Anfangs erfolgten die Blutbild-, Leber- und Nierenwertkontrollen in 14-tägigen Abständen, dann in vierwöchentlichen. Am 10.03. war das Blutbild o. B. Bei einem Hausbesuch am 06.11. war noch alles in Ordnung. Am 12.02. erfolgte ein dringender Hausbesuch. Der Patient war schwer krank! Labor: Leukozyten $2,2 \times 10^3$ /Mikroliter, Erythrozyten $2,1 \times 10^6$ /Mikroliter, Hämoglobin 5,9g/dl, Thrombozyten 21×10^3 /Mikroliter.

- **Was war das Ergebnis?**

Durch sträfliche Vernachlässigung der Blutkontrollen war die gefürchtete "Methotrexat-induzierte" Panzytopenie aufgetreten. Es erfolgte die Einweisung ins Krankenhaus. Dort verstarb der Patient am 22.02. an der Panzytopenie durch Methotrexat.

The second victim

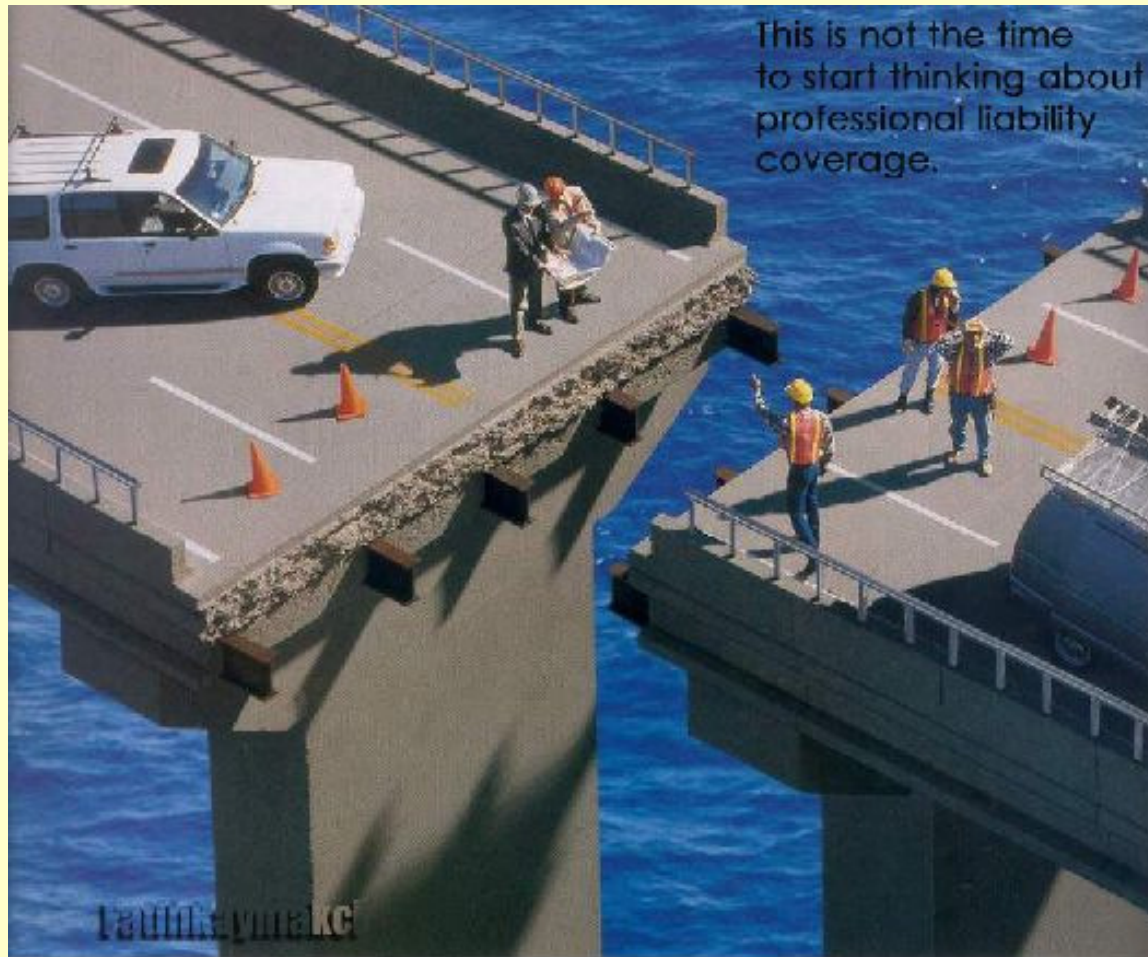
- **Mögliche Gründe**

Ich habe versäumt, ein gutes Recall-System zu entwickeln, um die Blutuntersuchungen zeitgerecht durchzuführen. Der lebenswürdige Patient ist durch meine Schuld verstorben. Noch heute betreue ich die schwer kranke Ehefrau und den nun erkrankten Sohn. Wenn ich das Haus betrete, legt sich ein Schleier um mein Herz. Ich habe nach dem Tod lange an Suizid gedacht und teile dieses Ereignis hier zum ersten Mal mit.

- **Wie hätte man das Ereignis verhindern können?**

Klare Signalkarten auf die Karteikarte. Klares Recallsystem im Computer, klare Anweisung an das Labor, wann diese Patientengruppe untersucht werden muß.

Was ist ein medizinischer Fehler?



Was ist ein medizinischer Fehler?

- Definition: Jedes **unbeabsichtigte oder unerwartete Ereignis** im Rahmen einer medizinischen Versorgung, das **zum Schaden am Patienten geführt hat oder hätte führen können**.

(National Patient Safety Agency, England)

- Einfach und pragmatisch: „Das war eine **Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten** und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert.“

(Primary Care International Study of Medical Errors - PCISME, www.jeder-fehler-zaehlt.de)

- Ein anderer Begriff dafür ist „**kritisches Ereignis**“.
- Behandlungsfehler (früher „Kunstfehler“) ist juristischer Begriff!

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**

Perspektiven



Wer war hier der Esel?

Die „traditionelle“ *personenorientierte* Perspektive



Ein kritisches Ereignis tritt auf:

- „Es gibt eben Einzelpersonen, die Fehler machen“
– bestimmte **Einzelpersonen** sind „**nachlässig**,
leichtsinnig und **schuld**“.
- Die Einzelperson wird **beschuldigt**, **bestraft** und **fortgebildet** sowie ermahnt, „besser aufzupassen“.
- Die so „**optimierte Einzelperson**“ soll die Sicherheit verbessern.

(nach Fletcher, NPSA 11/2003 und Reason 1994)

Die **system**orientierte Perspektive in der Fehlerforschung

- **Menschen machen Fehler!**
- **Fehlerträchtige Situationen** und **schlechtes organisatorisches Design** verursachen Fehler.
- 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.

(nach Fletcher, NPSA 11/2003 und Reason 1994)

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)...

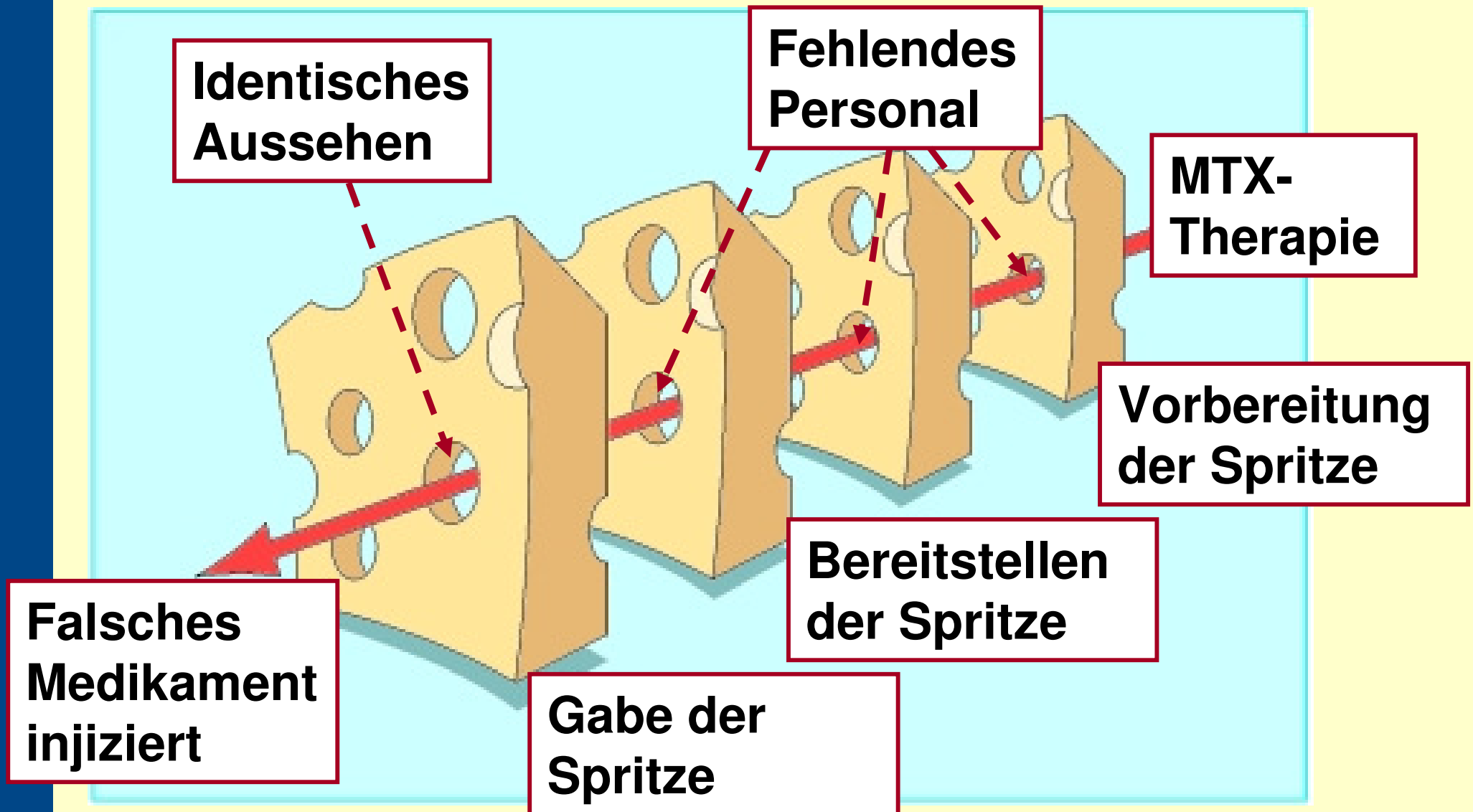
Ein Beispiel

- Hektischer Tag, 2 von 3 Helferinnen sind krank bzw. im 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).

Das Ergebnis der Fehleranalyse

- **Unterschiedliche Personen** für Vorbereitung des Medikaments und Gabe der Spritze (Aufgabenverteilung)
- **Intravenöse** Therapie hat größere Risiken (Aufgabe)
- Vorbereitete **Spritze nicht beschriftet** (Umgang mit Regeln - Organisation)
- Der **Inhalt der Spritze sieht aus wie das Medikament**, das gegeben werden soll. (Medikament - Aufgabe)
- **Person**, die injiziert, **vergewissert sich nicht**, was die Spritze enthält. (Individuum, Umgang mit Regeln - Organisation)
- **Hohe Arbeitsbelastung** durch fehlendes Personal (Arbeitsbedingungen)

Schweizer Käse – unser Beispiel



Fehlerfördernde Faktoren

(n=168 Fehler, PCISME-Studie)

Teamworkfehler	46	Unzureichende Patientenschulung / Info	9
Hektischer Tag	21	Abgelenkt	9
Unerfahrenheit	19	Viele verschiedene Medikamente / Komplexes Behandlungsschema	8
Computer läßt Fehler zu / Vertrauen auf den Computer / Versäumnis, gedrucktes Rezept zu prüfen	17	Rollen und Verantwortlichkeiten nicht geklärt	8
Unzureichende Übergabe von Rollen und Verantwortlichkeiten	14	Schwieriger Patient	8
Unzureichendes Training des Praxispersonals	10		

Was hilft nicht gegen Fehler?

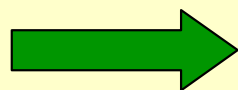
- Besser aufpassen!
- Dran denken!
- Aufmerksamer sein!

Fazit der Fehlertheorie

- Kritische Ereignisse und Fehler haben häufig „**systemimmanente**“ Ursachen
 - Diese sollten **gefunden** und **beseitigt** werden, um kritische Ereignisse zu vermeiden
 - Das **System** muss verbessert werden
- ➔ **Systematische Analyse von kritischen Ereignissen** ist dafür notwendig

Aus eigenen Fehlern lernen



 **Analyse von kritischen Ereignissen in der Praxis**

Aus Fehlern anderer lernen

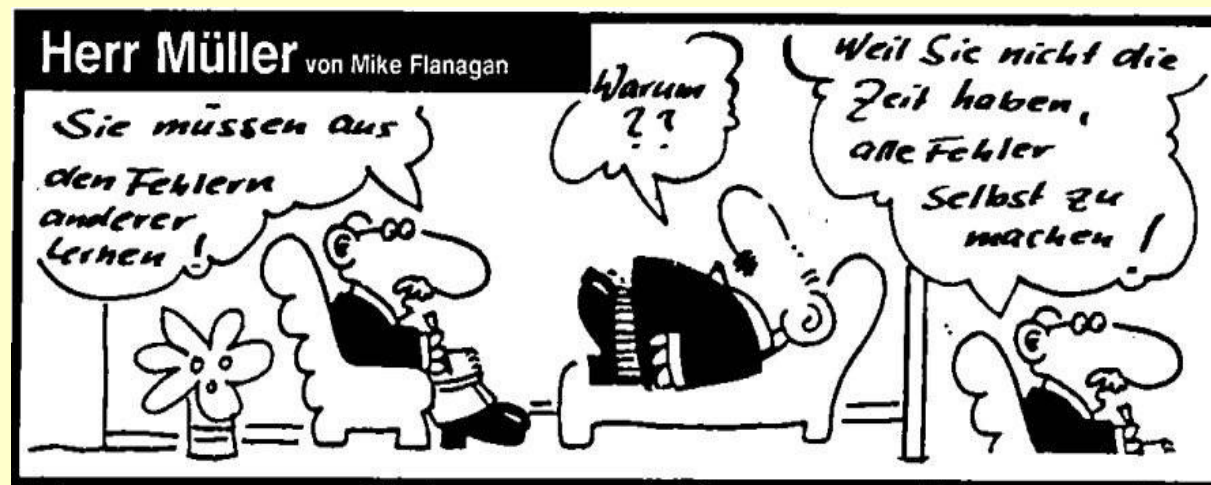


➔ Fehlerberichtssysteme

Aus den Fehlern anderer lernen...

Nur aus den eigenen Fehlern zu lernen, ist ein langsamer und schmerzvoller Prozess und verursacht unnötigen Schaden bei unseren Patienten.

(McIntyre N, Popper K 1983)



Fehlerberichtssysteme im Internet

D

- www.jeder-fehler-zaehlt.de Hausarztpraxen
- www.pasos-ains.de Anästhesie
- www.kritische-ereignisse.de Altenpflege
- www.cirsmmedical.de Allgemeines System
- www.cirspädiatrie.de Pädiatrie
- www.cirs-notfallmedizin.de Rettungsmedizin

UK

- www.eforms.npsa.nhs.uk: National Reporting and Learning System

Was ist www.jeder-fehler-zaehlt.de?

- **Freiwilliges, anonymes** Fehlerberichts- und Lernsystem im Internet
- **Offener Zugang** für Hausarztpraxen: **Ärztinnen/Ärzte und Arzthelferinnen**
- Seit 09/2004 online
- **unabhängig**: betrieben vom Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt a.M.
- **Förderung** durch Bundesministerium für Gesundheit (bis 02/2009)
- **Kooperationsprojekt mit der Techniker Krankenkasse (TK)** zur Verbesserung der Patientensicherheit

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Der Gastkommentar

Fehler des Monats

Berichtsdatenbank

Aktuelle Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

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

- ▶ Kooperation von "jeder-Fehler-zaehlt.de" mit der Techniker Krankenkasse
- ▶ Ärztliche Fehlerkultur im Wandel
- ▶ Alle Meldungen im Überblick

Kooperationsprojekt mit der TK zur Verbesserung der
Patientensicherheit [\[mehr\]](#)



Jeder Fehler zählt wird unterstützt von:



Copyright © 2006-2009 Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

Startseite

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Der Gastkommentar

Fehler des Monats

Berichtsdatenbank

Aktuelle Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt



Berichtsdatenbank

- Bitte wählen Sie:
- Neueste Fehlerberichte
 - Fehlerberichte (Archiv)
 - Fehler des Monats (Archiv)
 - Fehlerberichtsuche

Neueste Fehlerberichte

Hier finden Sie die neuesten Fehlerberichte, die innerhalb von www.jeder-fehler-zaehlt.de eingegangen sind. Bevor sie hier eingestellt werden, werden sie von der Administratorin des Systems anonymisiert, falls noch Hinweise enthalten sind, die eine nachträgliche Identifizierung der Beteiligten möglich machen. Jeden Fehlerbericht können Sie kommentieren, Sie können dabei wählen, ob Sie anonym bleiben oder Ihren Namen und Ihre Berufsgruppe nennen möchten.

Zu den einzelnen Fehlerberichten gelangen Sie über das Anklicken der Reportnummer oder des Titels. Die Fehlerberichte werden in einem neuen Fenster geöffnet! Ein **R** in der Titelzeile bedeutet, dass die Mitarbeiter der Berichtssystems noch eine Rückfrage [\[link\]](#) zu weiteren Informationen des Ereignisses haben. Ein **M** zeigt an, dass der Fehlerbericht bereits als "Fehler des Monats" veröffentlicht wurde.

Report-nr.	Titel	Kommen-tare
508	Diclofenac Doppelverordnung R	1
507	Insulininjektionen	6
506	Bradykardie II	0
505	Falsche Impfung R	2
504	Digitalisüberdosierung R M	3
502	Gefährliche Selbstdiagnose	2
501	INR-Kontrolle	8
500	Unterlassene Auskultation	0

Berichtsdatenbank

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Drucken

Zum Druckdialog gelangen Sie auch
über die Tastenkombination "STRG" + P.

Fenster schließen

Fehlerbericht Hauptseite

"Bradykardie II"

Reportnummer: 506 [Kommentare lesen](#) [Kommentare schreiben](#)

Dieses Ereignis wird aus einem Pflegeheim berichtet:

Was ist passiert?

Patientin klagte über Schwindel beim LZ-EKG intermittierende Bradyarrhythmie, bei Kontrolle der Medikamente 2 bradykardisierende, sich gegenseitig kontraindizierende Medikamente gesehen.

Was war das Ergebnis?

Schwindel und Sturzgefahr wäre nicht nötig gewesen, Chef d. Praxis hatte seinen WB-Ass nicht bei Neuerstellung des Medikamentenplans nach KKH-Entlassung beraten.

Mögliche Gründe

Vermutlich Ansetzen eines 2. bradykardisierenden Medikaments bei VHF ohne Nachfrage von Vormedikation, danach sowohl im KKH wie auch in Praxis weiterverordnet.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

1. Als Kontraindikation im Verordnungsblatt eingeben
2. bei bradykardisierenden Medis immer nach Vormedikation fragen
3. nach Klinikentlassung immer Kontrolle des WB-Ass bezüglich der Medis mit Chef

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Kommunikation, Ausbildung und Training,

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

jährlich

[Zusätzliche Informationen](#)

Fehlerberichte lesen

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Der Berichterstattung

Fehler des Monats

Berichtsdatenbank

Aktuelle Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt



Ältere Fehlerberichte finden Sie in der [Berichtsdatenbank](#)

Aktueller Fehler des Monats

R "Digitalisüberdosierung"

Reportnummer: 504 [Kommentare lesen](#) [Kommentare schreiben](#)

Dieses Ereignis wird aus einer Hausarztpraxis berichtet:

Was ist passiert?

Patient war nach wiederholtem Krankenhausaufenthalt wegen dekompensierter Herzinsuffizienz entlassen worden. Tochter hatte neue Medikamente verschreiben lassen, die vorher nicht genommen oder nicht mehr vorrätig waren. Pflegedienst hatte Wochendosette befüllt.

Was war das Ergebnis?

Das neue Medikament Digimed war vom Krankenhaus mit 3x1 dosiert worden und auch so in Wochendosette. Das alte Medikament Digitoxin 0,07 war 1x1 morgens mit So-Pause dosiert. Am Wo-Ende wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst wegen Übelkeit u. Schwindel mit Sehstörungen gerufen. Die Digitoxin-Spiegelbestimmung nach 5 Tagen ergab einen Normalwert.

Mögliche Gründe

Ungenügende Abstimmung zwischen Krankenhaus, Hausarzt, Pflegedienst und Angehörigen. Das neue Medikament war gar nicht neu, hätte also auch nicht neu eindosiert werden müssen. Hausarzt/Helferin kontrollierte vor Rezepterstellung nicht genau genug die vorhandenen Medikamente.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Vor jeder Rp-Verordnung nach Krankenhaus-Entlassung Medikament (Wirkstoff/Handelsname/Stärke) genau prüfen. Aktuellen Med-Plan zeigen lassen.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Kommunikation, Organisation, Ausbildung und Training

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

erstmalig

Kommentar des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin

Der Patient erhält nach seiner Krankenhauserkrankung Digitoxin in zwei verschiedenen Medikamenten und zeigt nach einigen Tagen Symptome einer Digitalisüberdosierung.

„Fehler des Monats“

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

- Home
- Informationen zum Fehlerberichtssystem
- Bericht erstellen**
- Der Gastkommentar
- Fehler des Monats
- Berichtsdatenbank
- Aktuelle Kommentare
- Diskussionsforum
- Tipps zur Fehlervermeidung
- Presse / Literatur
- Newsletter
- Impressum / Kontakt



Berichtsdatenbank

- Bitte wählen Sie:
- Neueste Fehlerberichte
 - Fehlerberichte (Archiv)
 - Fehler des Monats (Archiv)
 - Fehlerberichtsuche

Fehlerberichtsuche

Hier können Sie alle Fehlerberichte nach Klassifikationskategorien und/oder Freitext durchsuchen. Die direkte Eingabe der Reportnummer ist ebenfalls möglich.

Zu den einzelnen Fehlerberichten gelangen Sie über das Anklicken der Reportnummer oder des Titels. Die Fehlerberichte werden in einem neuen Fenster geöffnet!

Fehlerbericht direkt über Reportnummer auswählen:

Reportnummer:

Suche über Klassifikationskategorien und/oder Freitext:

Fehlertyp: [Hilfe](#)

Diagnose: [Hilfe](#)

Medikamente: [Hilfe](#)

Beitragende Faktoren: [Hilfe](#)

Freitext:

Ergebnisse

Treffer 1 - 4 von 4

Report-nr.	Titel	Kommentare
477	(Vor)schnelle Diagnose M	13
275	Appendicitis verzögert erkannt	4
178	Verkannte Appendicitis	5
141	Unentdeckte Blutung	7

Fehlersuche in der Berichtsdatenbank

Bericht eingeben

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

1) Datum des Vorfalls:

Tag Monat Jahr

2) Land des Vorfalls:

- Deutschland
- Österreich
- Schweiz
- Anderes Land

3) War ein Patient beteiligt? ja nein

Vorgang abbrechen

Bericht eingeben

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

4) Waren Medikamente an dem Vorfall beteiligt? ja nein

5) An welchem Ort trat der Fehler auf?

Bitte wählen

Zurück

Vorgang abbrechen

Weiter

Über Fehler berichten

Bericht eingeben

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

6) Was ist passiert?

7) Was war das Ergebnis?

Welche Folgen hatte das Ereignis, der Fehler (für den Patienten, für Angehörige, für Sie, für die Praxis, andere)?

8) Mögliche Gründe?

Bitte geben Sie an, welche Gründe zu dem Ereignis geführt haben können. Denken Sie auch an das Praxisteam, ihre Organisation und Aufgabenverteilung, Ausrüstung, Kommunikation, Ausbildung und Umgebungsbedingungen.

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Der Gastkommentar

Fehler des Monats

Berichtsdatenbank

Aktuelle Kommentare


Diskussionsforum

Tipps zur Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt



Aktuelle Kommentare

Hier finden Sie die aktuellen Kommentare zu den bei www.jeder-fehler-zaeht.de eingegangenen Fehlerberichten.

Zeit / Name	Titel	Report Nr.
22.08.2009 19:11:35 Barbara L.	Insulinjektionen	507
22.08.2009 13:34:05 gastroärzte	Insulinjektionen	507
22.08.2009 09:46:20 Barbara L.	Insulinjektionen	
22.08.2009 00:00:40 gastroärzte	Insulinjektionen	
21.08.2009 21:21:28 Coder	Insulinjektionen	
21.08.2009 10:27:43 Barbara L.	Marcumarisierte Patienten III	
20.08.2009 22:18:25 DaNotarzt	Marcumarisierte Patienten III	
19.08.2009 11:31:04 xy	Diclofenac Doppelverordnung	
18.08.2009 19:41:57 Assistenzarzt	Insulinjektionen	
12.08.2009 12:27:06 Krankenhausarzt	Digitalisüberdosierung	

Kommentare lesen oder schreiben

Kommentare Hilfe

22.08.2009 19:11:35 Barbara L.	Werter Gastroarzt, ich sprach von meiner persönlichen, nicht unerheblichen Erfahrung gerade im Notdienst bezüglich akut rauchender, mich nachts mit Dyspnoe aus dem Bett werfender COPD-Patienten, bei denen ich mir erlaube aufgeregt zu sein. Ich denke, dass ich bezüglich der medizinischen Seite bisher trotzdem richtig behandelt habe und die nötige Sorgfalt walten ließ. Und nein, das waren bisher keine Akademiker. Wenn Sie in einer solchen Situation sich nicht verbal zur Wehr setzen ist das Ihr Bier.
22.08.2009 13:34:05 gastroärzte	Ich sprach auch nicht davon, dass Akademiker nicht rauchen , Übergewichtig sein dürfen/sind, sondern - wenn Sie sich meinen Beitrag vielleicht doch noch einmal durchlesen - von gesundheitlichen Verhältnissen und Verhaltensweisen, die bei Personen mit einer höheren Bildung anders ausgeprägt sind als bei denen mit geringer Bildung, bezüglich des Rauchens und der Adipositas nicht zum Nachteil der Erstgenannten. das läßt sich auch durch Nichtnennung nicht weg wünschen.
22.08.2009 09:46:20 Barbara L.	Übrigens sind nicht alle Akademiker privat versichert.
22.08.2009 13:34:05 gastroärzte	@ Barbara L. Da Sie sich so schön von den Patienten abheben und Akademiker ja niemals Übergewichtig, begriffsstutzig oder Kettenraucher sind, gratuliere ich Ihnen zu diesem recht übersichtlichen Weltbild. (Vielleicht sollten Sie eine Privatpraxis für Akademiker eröffnen, damit Sie nicht mehr fluchen müssen?) Ich bleibe dabei, professionell zu sein in unserem Beruf bedeutet, die Patienten nicht abzuklassifizieren, sondern unaufgeregt, und sorgfältig die Therapie zu führen. Und das bedeutet, daß man auch an typische Therapiefehler denkt, die nichts mit niedrigem IQ des Patienten zu tun haben, sondern an die der behandelnde Arzt eben denken muß. Sonst hat der behandelnde Arzt eben den niedrigen IQ und hat eben nicht daran gedacht.
22.08.2009 09:46:20 Barbara L.	Da es hier nicht nur um sachliche Begebenheiten geht und auch Ärzte Menschen sind, finde ich den Kommentar keineswegs verwerflich, zumal er doch wohl unser aller Erfahrungswert darstellt. Nur sollen wir diesen aus Gründen der

Kommentare unserer Nutzer

- Ich finde den Fall interessant und habe ihn meinen Mitarbeiterinnen dargestellt.
- Vielen Dank an dieser Stelle für den Kommentar von Notarzt vom 28.4.! In meinem letzten Dienst hatte ich einen Patienten mit einem massiven Glottisödem unklarer Genese zu versorgen, dem Dank der Adrenalin-Verneblung die Koniotomie erspart werden konnte!! Ohne den Tipp von hier, wäre ich sicher nicht so schnell auf diese Idee gekommen.
- Ich habe genau den gleichen Fehler gemacht wie Sie. Schade, dass ich ihre Seite nicht früher gelesen habe. Zum Glück ist unserer Patientin keinen Schaden passiert.

Zusatzfunktionen

- **Kommentare** des Instituts für Allgemeinmedizin
- **Rückfragen** an den Berichtenden
- **Tipps zur Fehlervermeidung**
- **Der Gastkommentar**
- **Aktion Hausbesuch**
- **E-Mail-Newsletter**
- **Präsentationen/Literatur**

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Der Gastkommentar

Fehler des Monats

Berichtsdatenbank

Aktuelle Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt



Tipps zur Fehlervermeidung

Praxistipps zum Sammeln

In feste Abläufe in der Praxis können sich an vielen Stellen Fehler einschleichen. Die "Tipps zur Fehlervermeidung" können zwar keine Vollständigkeit bieten, aber Ihnen helfen, mit Ihren Mitarbeitern/innen einige Abläufe in Ihrer Praxis zu überdenken, Fehlerquellen ausfindig zu machen und dort Fehler zu vermeiden. Die Tipps entstammen vorwiegend den Kommentaren, die in www.jeder-fehler-zaeht.de zu Fehlerberichten von Kolleginnen/Kollegen aus der Praxis geschrieben wurden. Da sie wurden von Ärztinnen, Ärzten und Arzthelfer/innen beigegeben, sind sie 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 [\[mehr\]](#)
5. Medikationsfehler I [\[mehr\]](#)
6. Medikationsfehler II [\[mehr\]](#)
7. Medikationsfehler III [\[mehr\]](#)
8. Medikationsfehler IV [\[mehr\]](#)
9. Medikationsfehler V [\[mehr\]](#)
10. Patientenidentifikation [\[mehr\]](#)

Gute Erfahrungen aus anderen Praxen

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Drucken

Zum Druckdialog gelangen Sie auch über die Tastenkombination "STRG" + P.

Fenster schließen

Fehler bei Impfungen

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

- ▶ Patient wird doppelt geimpft. Ursache: In der Dokumentation war die schon durchgeführte Impfung übersehen worden.
- ▶ Impfungen mit abgelaufenem (v. a. Grippe-)Impfstoff. Ursache: Verfalldaten werden nicht systematisch überprüft. Sorge, teuren Impfstoff wegzuschmeißen.
- ▶ Falscher Applikationsweg: zum Beispiel i.m. bei Therapie mit Marcumar®, Ursache: kein Check der Patientenakte oder des Beipackzettels vor der Impfung.

Tipps - aus der Praxis für die Praxis

- ▶ Etiketten von Ampullen bzw. Fertigspritzen auf die Patientenkarte kleben (dann weiß jeder gleich, ob der Patient schon geimpft ist.)
- ▶ ImpfreCALL-System einführen (Impfleistungen nach Terminplan sind weniger fehleranfällig)
- ▶ In der EDV eine Textgruppe für Impfungen reservieren.
- ▶ In einer Gemeinschaftspraxis: Absprache über Dokumentation der Grippeimpfung (in welche "Schublade" kommt welche Information?).

Aus der Literatur

- ▶ Erst dokumentieren, dann Impfung durchführen. Damit können folgende Fehler vermieden werden:
- ▶ Doppelte Impfungen, wenn diese immer am gleichen Ort dokumentiert werden (Patientenakte, Impfausweis).
- ▶ Impfungen mit abgelaufenem Impfstoff, weil bei der Dokumentation mit der Chargennummer auch das Verfallsdatum geprüft wird.
- ▶ Evtl. auch Übersehen von Kontraindikationen (intramuskuläre Impfung bei Therapie mit Marcumar®).

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Der Gastkommentar

Fehler des Monats

Berichtsdatenbank

Aktuelle Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt



Der Gastkommentar

Unter der Überschrift "der Gastkommentar" setzen sich in loser Folge unmittelbar in der ambulanten hausärztlichen Versorgung Tätige (Medizinische Fachangestellte und Ärzte) mit einzelnen Fehlerberichten aus jeder-Fehler-zählt auseinander.

Dabei haben diese ausführlicheren Kommentare nicht den Anspruch, den Fehler, seine Ursachen und Begleitumstände wissenschaftlich zu analysieren, sondern - ganz subjektiv und praxisnah - zu überlegen, was dieser Fehlerbericht für die Praxis bedeutet. In welchem Zusammenhang ist dieses Ereignis zu sehen? Wo dieser und ähnliche Fehler vermieden werden?

Wer selbst gerne einen ausführlicheren Kommentar für unsere neue Rubrik möchte, ist herzlich eingeladen, uns zu [kontaktieren](#).

Gastkommentar zum Fehlerbericht 480 Dringlicher Hausbesuch? [\[link\]](#)

Dr. Armin Mainz, Seit 1994 niedergelassen als hausärztlicher Internist in einer Gemeinschaftspraxis in Korbach, Hessen

Gastkommentar zum Fehlerbericht 484 RTW oder privater PKW? [\[link\]](#)

Dr. med. H.M. Schäfer, niedergelassener Allgemeinmediziner in Eltville und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Gastkommentar zum Fehlerbericht 466 Krankschreibung [\[link\]](#)

Vera Müller, Medizinische Fachangestellte, Institut für Allgemeinmedizin Goethe-Universität Frankfurt am Main

Gastkommentar zum Fehlerbericht 458 "Husten unter ACE-Hemmer, oder?" [\[link\]](#)

Prof. Dr. med. Thomas O. F. Wagner, Leiter der Abteilung Pneumologie/ am Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Gastkommentar zum Fehlerbericht 450 "Gaspedal und Bremse" [\[link\]](#)

Von Iris Schluckebier, Medizinische Fachangestellte Gemeinschaftspraxis (Allgemeinmedizin, Phlebologie), Kamen (Nordrhein-Westfalen)

Der Gastkommentar

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Der Gastkommentar

Fehler des Monats

Berichtsdatenbank

Aktuelle Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt



Der Gastkommentar

Gastkommentar zum Fehlerbericht 480

Dr. Armin Mainz, Seit 1994 niedergelassen als hausärztlicher Internist in einer Gemeinschaftspraxis in Korbach, Hessen.

Dringlicher Hausbesuch

Ein Fehlerbericht aus einer Hausarztpraxis, der zum Nachdenken anregt. Da ist zunächst ein harmlos erscheinendes Ereignis: Ein gut 40-jähriger Patient mit einem grippalem Infekt wird telefonisch beraten; einen Tag später verschlechtert sich der Zustand des Patienten und die bisher reibungslose Betreuung gerät aus den Fugen. Was waren die Gründe dafür? Schauen wir uns die verschiedenen Parteien, die an dem Vorfall beteiligt waren, einmal genauer an:

In vorbildlicher Weise hat das Praxisteam zeitnah(!) in einer Teambesprechung den Vorgang diskutiert. Und es ist beachtlich, dass mit "Kommunikation" und "angespannte Arbeitssituation" bereits zwei ursächliche Faktoren benannt wurden. Hier könnte man jetzt ansetzen, wenn es darum geht, solche oder ähnliche Vorkommnisse zukünftig zu vermeiden. Denn nur die Aussage "Einfach mal hinfahren, auch dann wenn man glaubt, es ist nichts Ernstes" löst unser gemeinsames Problem nicht, das im Grunde genommen so lautet: Wie kann man mit außergewöhnlichen Situationen im Praxisalltag umgehen, ohne dass der gewöhnliche Praxisablauf einschließlich der Patienten, Mitarbeiterinnen und Ärzte darunter leidet? Im Folgenden dazu einige Fragen und Anregungen:

- ▶ Werden die Einschätzungen der MFA hinsichtlich der Notwendigkeit/Dringlichkeit eines Hausbesuchs berücksichtigt? Es existieren einige Anleitungen und Checklisten (auch auf dieser website zu finden!), die die MFA bei ihrer Entscheidung unterstützen können. Jedoch ist es ratsam, diese Hilfsmittel nicht einfach so zu übernehmen, sondern sie an die jeweilige Praxis anzupassen.
- ▶ ritt die "angespannte Arbeitssituation" oft auf? Wenn ja, sollte man über eine Umgestaltung des Sprechstundenplans nachdenken: Sind die Konsultationszeiten angemessen? Gibt es genügend Pufferzeiten? Gibt es einen (täglichen?) "Hausbesuchsblock"? Gibt es Zeiten im Terminkalender für Rückrufe/telefonische Beratungen?
- ▶ Was war der tiefer gehende Grund für die Beziehungsstörung zwischen dem Patienten/der Ehefrau und dem Arzt? Wie hätte der Arzt seine Entscheidungsgründe verständlicher vermitteln können? Und wie hätte der Patient/die Ehefrau zu mehr Mitverantwortung motiviert werden können (zum Beispiel zu einem Transport in die Praxis)? Eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient/Angehörigen und Arzt/Praxis kann (nicht nur) in

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum
Fehlerberichtssystem

Bericht erstellen

Der Gastkommentar

Fehler des Monats

Berichtsdatenbank

Aktuelle Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur
Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Newsletter

Impressum / Kontakt



1. Indikation

2. Vorbereitung

3. Nachbereitung

4. Situative Probleme

Aktion Hausbesuch

Beim Hausbesuch werden Patienten außerhalb der Praxisräume versorgt. Dabei werden nur etwa zehn Prozent aller Hausbesuche aufgrund akuter Ereignisse oder Notfallsituationen durchgeführt, neun von zehn Hausbesuchen sind geplant: Ärztin oder Arzt verschaffen sich einen Eindruck vom Gesundheitszustand des Patienten, verordnen Medikamente oder setzen sie ab, beraten Patienten und Angehörige, führen Blutabnahmen durch. Der Besuch des Kranken ist elementarer wichtiger Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit, durch das Erleben des Patienten in seiner häuslichen Umgebung wird die ganzheitliche Sicht auf den Kranken und seine Angehörigen gefördert.

Die innerhalb unseres Fehlerberichtssystems Jeder-Fehler-zählt eingegangenen Fehlerberichte im Kontext von Hausbesuchen zeigen, wie komplex die Anforderungen und zuweilen auch die Situationen sind, auf die Ärzte vor Ort treffen. Dabei eröffnen sich zahlreiche Problemfelder: Wann ist ein Hausbesuch notwendig, wie dringlich ist der Besuch, wie soll er vorbereitet sein, wer führt ihn durch, welche Informationen und Materialien müssen mitgenommen werden, mit welchen Situationen und Einschränkungen ist man vor Ort konfrontiert, wie soll ein Hausbesuch nachbereitet und dokumentiert werden, wie wird über den Hausbesuch mit anderen Behandlern kommuniziert? Diese Fragen verweisen auch auf die möglichen Risiken, durch die es zu Fehlern rund um den Hausbesuch kommen kann.

Beim Hausbesuch ist das gesamte Praxisteam - sowohl Arzt/Ärztin als auch Arzthelferin - gefordert, nicht nur in seinen organisatorischen, sondern auch in seinen kommunikativen Fähigkeiten. Aus diesen Gründen haben wir uns entschieden, das Thema Hausbesuch in den Mittelpunkt unserer ersten Aktion zu stellen. In den nächsten Wochen wollen wir uns intensiver mit diesem Thema beschäftigen und Ihnen, den Nutzern, weitere Materialien wie Checklisten oder Literaturtipps zur Verfügung stellen.

Wir haben das Thema in vier Bereiche aufgeteilt und werden jeweils alle zwei Wochen Inhalte zu einem neuen Bereich frei schalten:

1. Indikation/Triage (ab 19. Januar 2009)
2. Vorbereitung (ab 2. Februar 2009)
3. Nachbereitung/Dokumentation (ab 4. März 2009)
4. Situative Probleme vor Ort (ab 18. März 2009)

Getreu unserem Motto "Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen - Jeder Fehler zählt!" wünschen wir uns von Ihnen viele lehrreiche Fehlerberichte und Diskussionsbeiträge rund um das Thema Hausbesuch.

Die bisher eingegangenen Fehlerberichte zum Thema Hausbesuch können Sie über die Freitextsuche in der Berichtsdatenbank, Stichwort "Hausbesuch", aufrufen.

Bericht erstellen

Diskussionsforum

Berichtsdatenbank

Ihr Team von
"Jeder Fehler zählt"

Aktion Hausbesuch

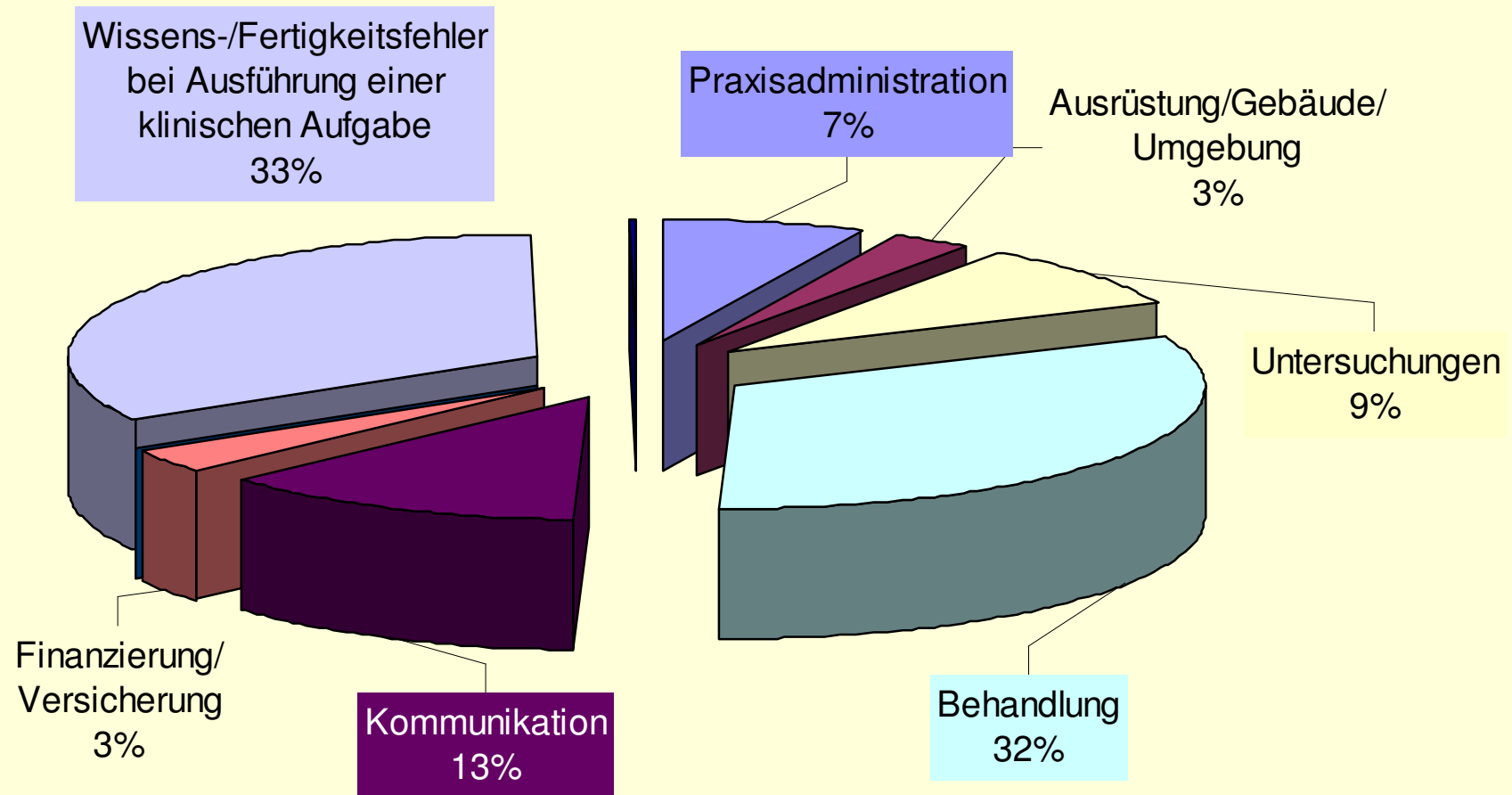
www.jeder-Fehler-zaehlt.de

- 360 **Berichte** online
- 1.800 **Kommentare**
- 400 **Diskussionsbeiträge**
- 425 **Abonnenten**

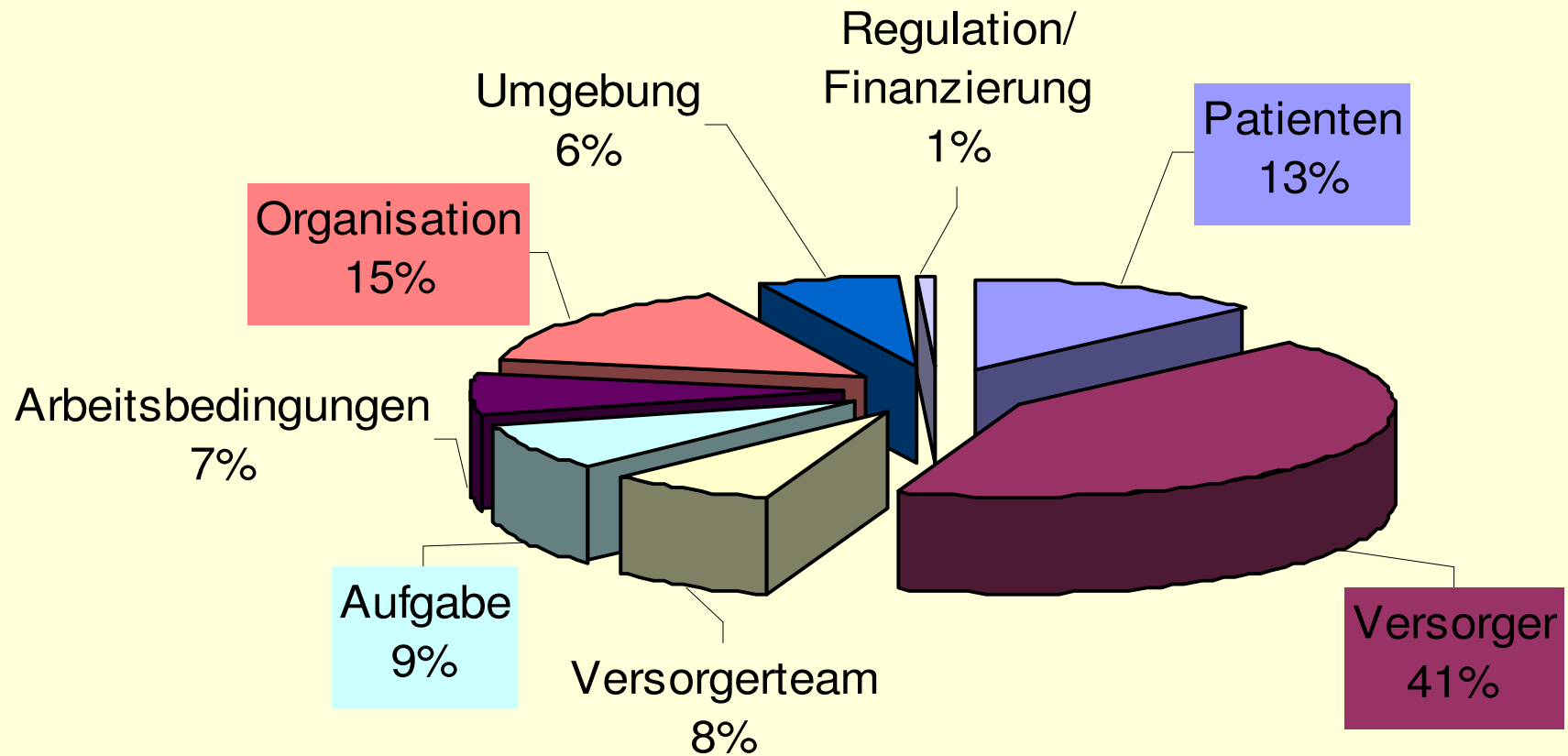
Welche Fehler treten in der Hausarztpraxis auf?

- Die **genaue Häufigkeit** der verschiedenen Fehler ist **unbekannt**.
- **Arzthelferinnen und Ärzte** berichten nicht das Gleiche.
- **„Fenster ins System“**.

Fehlertypen



Beitragende Faktoren



Schlussfolgerung

- Fehler treten auf. **Menschen machen Fehler.**
- Fehlermanagement: **Erkennen** von Fehlern/Risiken, **Verminderung von Anzahl und Folgen der Fehler.**
- **Fehlerberichtssysteme** tragen zur Etablierung einer offenen, fairen und lernenden Sicherheitskultur bei.