

Konsequente Analyse

Die häufigsten Fehler der Kollegen

Dipl.-Soz. M. Beyer, Prof. Dr. med. F.M. Gerlach, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Laborwerte anfordern und interpretieren – das gehört zur ganz normalen Praxisroutine. Völlig banal und frei von Fehlerquellen ist diese Arbeit aber keineswegs, wie eine Studie in 20 Hausarztpraxen nahelegt. Wo die häufigsten Fehlerquellen liegen und wie man sie am besten ausschaltet, zeigt Ihnen der folgende Beitrag – unter anderem anhand zweier konkreter Beispiele aus der Praxis.

Die Anforderung von Laboruntersuchungen und die Berücksichtigung der Ergebnisse in der Patientenberatung sind ein typisches Element der hausärztlichen Vorgehensweise. Fehlerträchtig bei diesem Vorgehen ist aber erstens, dass der gewöhnliche Beratungsablauf der Patientin oder des Patienten (bis zum Vorliegen der Ergebnisse) unterbrochen werden muss, und zweitens, dass der Arzt hier in ein Geflecht von Kommunikationsbeziehungen eintritt. Sei es, dass er die Untersuchung von Praxishelferinnen in der eigenen Praxis vornehmen lässt: hier muss in der eigenen Praxis dafür gesorgt sein, dass die (Qualitäts-) Anforderungen gewährleistet sind. Sei es, dass er „sein“ externes Labor be-

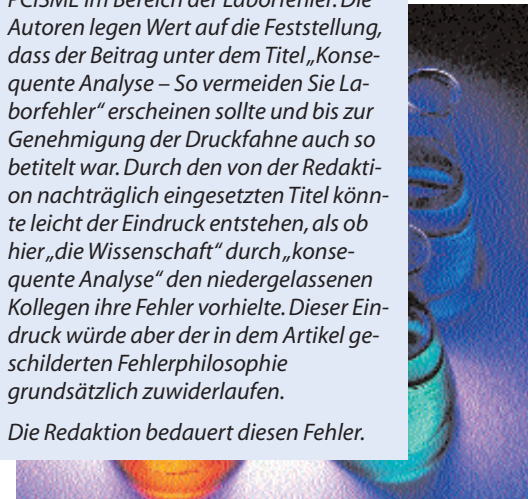
aufträgt. In jedem Fall muss die Untersuchungsanforderung und ihr Ergebnis so dokumentiert sein, dass es zeitgerecht zur nächsten Patientenberatung zur Verfügung steht und der Arzt auf Auffälligkeiten hinreichend dringlich aufmerksam wird. Im vorliegenden Artikel möchten wir einige Ergebnisse zu Laborfehlern aus der ersten internationalen Studie zu Fehlern in Hausarztpraxen darstellen und anhand der Auswertung zeigen, dass schon mit relativ einfachen Mitteln aus solchen Fehlern wichtige Schlüsse für ein verbessertes Fehlermanagement in der Hausarztpraxis gezogen werden können. Eine solche Analyse kann auch in der eigenen Praxis durchgeführt werden und Anhaltspunkte für die Qualitäts- und Sicherheitsverbesserung geben.

Die Studie und ihre Ergebnisse

Gemeinsam mit dem Robert-Graham-Center der amerikanischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und weiteren Teilnehmern aus den Niederlanden, Großbritannien, Kanada, Australien und Neuseeland hat das Kieler Institut für Allgemeinmedizin die „Primary Care International Study of Medical Errors, PCISME“ durchgeführt. An dieser weltweit ersten internationalen Studie über medizinische Fehler in der hausärztlichen Versorgung beteiligten sich hierzulande 20 Hausarztpraxen, die mit Hilfe einer speziell entwickelten Software medizinische Fehler und ihre Begleitumstände anonym über einen so genannten sicheren Server in London meldeten.

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.



Tab. 1 GRADUIERUNG VON FEHLERN

Schweregrad	in %
A latenter Fehler (Fehler erreicht den Patienten nicht)	5,3
B lediglich abstrakte Gefährdung	18,4
C Unbequemlichkeit/Verunsicherung für Patient	42,1
D geringe Schädigung/Gefährdung	26,3
E erhebliche Schädigung – Eingreifen erforderlich	2,6
F schwerwiegende Konsequenzen (z.B. Einweisung, dauerhafter Schaden)	5,3
G schwerste Folgen (Lebensgefahr, Intensivbehandlung, Tod)	0
	(n=38)

Fehlerschwere

„Vergessene Laborwerte“ haben in ihrer Mehrzahl den Wert eines „latenten Fehlers“ mit nur abstrakter Gefährdungswirkung für den Patienten. Ihre Ursachen sind in diesem Bereich häufig trivial oder werden im Fortgang noch korrigiert. Nicht selten sind Laboruntersuchungen aber auch so entscheidungsrelevant, dass direkt aus der fehlerhaften oder unterbliebenen Befunderhebung eine direkte Unterlassung oder Fehlentscheidung resultieren kann (vgl. Fallbeispiele).

In Anlehnung an Klassifikationen für die Schweregrade von Medikationsfehlern (NCC MERP, USA) kann man auch hier unterschiedliche Schwere- bzw. Schädigungsgrade der Fehler unterscheiden (vgl. Tab. 1).

→ **FALLBEISPIEL 1 – EIN BANALER FEHLER**

Was ist geschehen? Urinstatus war negativ, Urinkultur wurde angelegt, aber am nächsten Tag nicht abgelesen (im Brutschrank vergessen); am übernächsten Tag Arztwechsel in Praxis wegen Urlaubstausch, Nachfolger wusste nichts von angelegter Urinkultur bei Konsultation.

Was war das Ergebnis? Antibiose um vier Tage verzögert.

Was könnte zu diesem Fehler geführt haben? 1) Brutschrank-Kontrolle vergessen, 2) fehlende Notiz über angelegte Kultur, 3) Übergabe an Kollegen (Urlaubswechsel).

Wie hätte der Fehler verhindert werden können? 1) tägliche Brutschrank-Kontrolle, 2) Notiz in Akte.

Latente Fehler, die letztlich ohne Schädigung oder Gefährdung eines Patienten bleiben, werden im Umgang mit Laborbefunden meistens augenfällig. Hier sollte der Praxisinhaber jedoch nicht sagen „Ist ja noch einmal gutgegangen...“; vielmehr kann er gerade an diesen Fehlern recht deutlich erkennen, wo seine Praxis und ihre Alltagsroutine im Hinblick auf Qualitätsanforderungen an die Patientenversorgung stehen, und welche Schritte zu einem „Fehlermanagement“ beitragen können. In diesem Sinne sind Fehler im Handling von Laborergebnissen „ein Schatz“, den Sie ganz spontan und sofort nutzen können, um erste Schritte zu einem „Risiko-Management“ in der Praxis einzuleiten. Den größten Teil der Fehler rechneten die Hausärzte sich selbst (16 = 41,2%) oder dem eigenen Praxispersonal (18 = 47,4%) zu. Nur ein Fehler war dem externen Labor und zwei Fehler mitbehandelnden anderen Ärzten zuzurechnen. Aus den Fehler Schilderungen geht dabei deutlich hervor, dass die berichtenden Ärzte keineswegs unkritisch ihrem Personal oder anderen die Schuld zuschoben, sondern selbstkritisch die Ursachen analysierten. Trotzdem lag die weit überwiegende Zahl der Fehlerquellen in der eigenen Praxis. 5% der Fehler wurden als „regelmäßig vorkommend“, 16% als „manchmal (weniger als monatlich)“, 19% als „selten (1- bis 2-mal pro Jahr)“ und 57% als „erstmal vorge-

Tab. 2 QUELLEN FÜR FEHLER (LABOR)

Typische Fehlerquellen:	
Auswahl/Indikationsstellung des Tests	8 Fehler = 21,1%
Kenntnis über Aussagekraft und Durchführung (z.B. welche Art der Blutentnahme?) eines Tests Adäquate Auswahl von Laborparametern für die diagnostische Fragestellung Richtige Probenentnahme; Kontraindikationen beachten (z.B. Kontrastmittel)	
Anforderung des Tests	9 Fehler = 23,7%
Test nicht angefordert/nicht ausgeführt Probe nicht (rechtzeitig) eingeliefert; Anforderung nicht dokumentiert	
Durchführung des Tests	6 Fehler = 15,8%
Equipment/Eichung/Untersuchungsstandard nicht in Ordnung Laborprozeduren mangelhaft (z.B. Probe im Brutschrank vergessen)	
Befundmitteilung/Dokumentation	9 Fehler = 23,7%
Befundübertragung versagt (v.a. aus externem Labor) Abgleich von Anforderung und Ausführung unterblieben („Recall“) Ergebnis nicht richtig in Patientenakte eingetragen Befundbericht/Arztbrief nicht (sorgfältig genug) gelesen	
Bewertung und Konsequenz des Ergebnisses	6 Fehler = 15,8%
Falsche Angaben verwendet (z.B. Namensverwechslung) „what you expect to see...“ – unkritische Bewertung Falsche Konsequenz gezogen; fehlende Verlaufskontrolle („Monitoring“)	

kommen“ bezeichnet. Auch bei einem so stark von Routine bzw. standardisiertem Vorgehen geprägten Bereich wie den Laboruntersuchungen stößt man mithin auf immer neue Fehlermöglichkeiten.

Fehlertypen, Fehlerarten

Typischerweise lassen sich bei der Anordnung und Durchführung eines Labortests verschiedene Phasen unterscheiden, die jeweils unterschiedliche Fehlerquellen in sich tragen (vgl. Tab. 2). Fehler ereignen sich mithin auf allen Stufen einer Untersuchungsdurchführung. Besonders häufig sind jedoch **Fehler in der Kommunikation bzw. Informationsübermittlung**. Bei der Datenanalyse haben wir weiterhin nach „**mitverursachenden Fak-**

toren“ gefragt. Innerhalb der PCISME-Studie war eine Liste von 137 sog. contributing factors aufgestellt worden; die Tabelle 3 gibt hier nur einen Ausschnitt wieder: Als „**unsicherer Prozess**“ haben wir jeweils klassifiziert, wenn eine Handlung nicht so zielgerichtet durchgeführt werden konnte, wie es eigentlich für ein „sicheres Ergebnis“ notwendig wäre. Immer dann, wenn ein solcher unsicherer Prozess vorliegt, können Störungen oder Ablenkungen zu einem Fehler führen. (vgl. **Fallbeispiel 1**; eine Notiz in der Akte hätte das Gedächtnis auch bei nur einem Arzt entlastet). Auch die berichtenden Ärzte haben häufig Hinweise auf solche unsicheren Prozesse gegeben, wenn sie z.B. notierten „Anforderungskarte sollte vom Arzt gecheckt werden“ o.ä.

Tab. 3 COFAKTOREN FÜR FEHLERENTSTEHUNG

Wichtige mitverursachende Faktoren:	
„Unsicherer Prozess“	18
Falsche Routine im Labor	13
Schwierigkeit/Komplexität des Falls	5
Kooperationsfehler im Team	5
Hektik, Eile	4
Ablenkung	2
Absprache in Gemeinschaftspraxis	2
Computer als Fehlerquelle	1

Was kann zur Vermeidung von Fehlern getan werden?

Die berichtenden Ärzte hatten selbst Gelegenheit, Vorschläge abzugeben, wie sie selbst beabsichtigen, den entsprechenden Fehler künftig zu vermeiden. Gruppieren ergibt sich das in **Tabelle 4** vermittelte Bild. **Der Appell an größere Sorgfalt**, der am häufigsten geäußert wurde, ist sicher nicht obsolet; eine solche Etablierung von Sorgfalt ist aber gewiss nur schwer im Alltag absicherbar und wird in der nächsten Belastungssituation erneut auf die Probe gestellt. Wichtige Verbesserungsmöglichkei-

→ FALLBEISPIEL 2 – EINE ÜBERRASCHENDE FEHLERURSACHE

Was ist geschehen? Patientin mit koronarer Herzkrankheit wurde vor zehn Tagen aus dem Krankenhaus entlassen, ohne Intervention. Im Krankenhaus Anämie mit Hb 9–10 g/dl. Die Patientin stellte sich gestern mit Schwindel und Unwohlsein in der Praxis vor, vom Aspekt her recht blass. Deshalb Hb-Schnelltest. EKG normal, Hb mit Reflotron-Test < 5! Es erfolgte sofortige Krankenhauseinweisung.

Was war das Ergebnis? Heute rief das Krankenhaus an. Der Hb-Wert lag dort bei 10 g/dl. Die Einweisung war also nicht gerechtfertigt. Das Gerät Reflotron wird in der Praxis regelmäßig gecheckt. Verfallsdatum der Teststreifen erst im Folgejahr. Die Blutentnahme durch die Helferin erfolgte wie gewohnt. Konsequenz: Ich kann dem Testsystem vorerst nicht recht trauen.

Was könnte zu diesem Fehler geführt haben? Völlig unklar.

Wie hätte der Fehler verhindert werden können? Zweiter Test mit dem nächsten Teststreifen. Vergleichsuntersuchung Schnelltest und Laborgemeinschaft. Ggf. neue Charge Teststreifen beschaffen.

Nachdem dieser Arzt so fundamental verunsichert ist, geht er der Sache auf den Grund und meldet ein Update:

Was ist geschehen? Ich berichtete von der Patientin, die in unserem Praxislabor Reflotron-Hb von 5 % und im Krankenhaus von 10 % zeigte.

Was könnte zu diesem Fehler geführt haben? Recherche und Kontrolle ergab ein massives Massieren und Drücken des Ohrläppchens durch die Helferin.

Wie hätte der Fehler verhindert werden können? Schulung der Praxishelferinnen. – Der Vorgang wurde als bindende Arbeitsanweisung ins QM-Handbuch übernommen, geschrieben von der betreffenden Helferin.

ten ergeben sich jedoch aus dem Ziel, Routineprozesse sicherer zu machen, und sie werden auch von den Beteiligten nächsthäufig genannt.

Einschränkungen unserer Studie müssen abschließend natürlich ebenfalls erwähnt werden: Es handelte sich um eine explorative, nicht repräsentative Studie; die Fehlerberichte wurden freiwillig abgegeben, die zugrunde liegenden Fehler mussten dem Arzt bewusst geworden sein, und der

Arzt musste anschließend die Zeit und das Erinnerungsvermögen gehabt haben, die Fehler auch zu melden. Wir fanden bei den teilnehmenden Hausärzten jedoch eine sehr hohe, teilweise enthusiastische Bereitschaft zur Studienteilnahme und überwiegend ein hohes Maß an Selbstkritik, Fehler auch zu analysieren.

Wie gehen Sie mit Fehlern und deren Konsequenzen um?

Hier geht es um zwei Fragen: „Wie gehen Sie mit Patienten um, wenn ein Fehler so offenbar geworden ist, dass auch der Patient es gemerkt hat?“ und „Wie gehen Sie mit sich selbst und Ihrem Personal um, wenn ein Fehler gemacht wurde?“. Wichtige Einsichten hat hier der britische Fehlerforscher Charles Vincent beigetragen. Eine sehr übersichtliche Darstellung findet sich im New England Journal of Medicine, 13. März 2003, S. 1051-1056.

Das „erste Opfer“ eines Fehlers ist natürlich der Patient. Studien zeigen, dass die meisten betroffenen Patienten vor allem mit Verängstigung, Verlust von Vertrauen

→ MEHR ZU PRAXISFEHLERN

Wenn Sie mehr zum Thema Praxisfehler wissen wollen: schauen Sie auf die Homepage des Instituts unter www.allgemeinmedizin.uni-kiel.de.

Wenn Sie mehr auf diesem Gebiet tun wollen: Ab Anfang 2004 startet das Institut neue Projekte u.a. zur Identifikation und Prävention von Medikationsfehlern, zu denen wir noch Teilnehmer suchen.

Kontakt: Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Arnold-Heller-Str. 8, 24105 Kiel; Tel. 0431-597-4121 (Skr. -2226); Fax -1183; E-Mail: Beyer@allgemeinmedizin.uni-kiel.de

und einem Gefühl des Alleingelassenseins reagieren. Meist überwiegen diese Emotionen, und zunächst noch gar nicht der Zorn oder die Vorwurfshaltung. Mit Offenheit und Aufgeschlossenheit gegenüber dieser Lage den Patienten zu begegnen, ist oft der beste Weg, spätere Konflikte und Streitfälle zu minimieren. Patienten lassen sich nicht täuschen, und ein schamhaftes Verschweigen oder desinteressiertes „Darüber-Hinweg-Gehen“ provoziert sie.

Das „zweite Opfer (second victim)“ eines Fehlers jedoch ist der betroffene Arzt, der in seinem professionellen Selbstverständnis getroffen ist, oder die Praxishelferin, die sich Vorwürfen ausgesetzt sieht.

„Jeder Fehler ist ein Schatz!“ – natürlich kann man auch überreichlich mit solchen Schätzen gesegnet sein. Dennoch ist Offenheit die einzige Haltung, mit der sich ein angeschlagenes Vertrauen von Patienten zu Mitarbeitern und zum Arzt wieder herstellen lässt.

Dipl. Soz. Martin Beyer
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Arnold-Heller-Straße 8, 24105 Kiel

→ FAZIT FÜR DIE PRAXIS

! Jeder Fehler ist ein Schatz, den Sie für künftige Fehlervermeidung nutzen können. Dies setzt sorgfältige Fehleranalyse voraus.

! Der Umgang mit Labortests ist ein gutes Beispiel.

Tab. 4 FEHLERELIMINATION

Was könnte verbessert werden?	
Größere Sorgfalt	11
Laborroutinen/Einlieferung verbessern	9
Absprache, gegenseitige Information, verbesserte Kenntnisse (z.B. über Laborparameter und deren Bewertung)	7
Sicherere Dokumentationsroutinen	6
Doppelchecks korrekter Anforderungen	6
Recall-Systeme	4
Diagnostische Untersuchungsroutinen/Verlaufsmonitoring verbessern	4

