

© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

Fehlerberichts- und Lernsysteme:

www.jeder-fehler-zaehlt.de

Gerlach FM, Hoffmann B, Blazejewski T, Beyer M
Berlin, 2. Mai 2007

gefördert durch



Bundesministerium
für Gesundheit

Institut für
**Allgemein-
medizin**



Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Inhalt

- **Einstieg: drei Beispielfehler**
- **Vorbilder und Vorläufer aus Luftfahrt und Medizin**
- **Pragmatische Fehlerdefinition**
- **www.jeder-fehler-zaehlt.de: Aufbau und Funktion**
- **Feedback an die Nutzer**
- **Einige Ergebnisse, Tipps zur Fehlervermeidung**
- **www.fehlerzirkel.de: geschlossene Nutzergruppe**
- **Stellenwert von Fehlerberichtssystemen im QM/RM**

Fehler der Woche 21. Mai 2005

Was ist passiert?

- Das Ergebnis eines (positiven) Tests auf okkultes Blut im Stuhl wurde von der Patientin nicht abgefragt.

Was war das Ergebnis?

- 6 Monate später Notfallaparotomie wegen eines perforierten Carcinoms im Bereich der linken Colonflexur.

Mögliche Gründe?

- Diagnosestellung verzögert.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

- Durch aktives Tätigwerden der Praxis. Seit damals erhält jeder Patient mit positivem Stuhltest einen kurzen Brief über das Ergebnis mit der Bitte, einen Arzt des Vertrauens aufzusuchen, um die notwendige Abklärung zu besprechen.

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

- Erstmalig.

Fehler der Woche 29. Januar 2005

Was ist passiert?

- Angehörige hatten den Notdienst verständigt, da es ihrer Mutter "schlecht ging". Sie habe Diabetes, aber die Werte seien normal. Nach meinem Eintreffen überprüfte ich den BZ der Patientin mit IHREM Gerät, es ergab sich ein Wert von 110 mg/dl. Nach weiteren Untersuchungen konnte ich mir keinen Reim darauf machen und machte einen weiteren Stix, diesmal mit meinem eigenen Gerät. Ergebnis: 20 mg/dl!

Was war das Ergebnis?

- Verspätete Glucosegabe bei Hypoglykämie.

Mögliche Gründe?

- Defektes Gerät der Patientin.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

- Ich hätte gleich mein eigenes BZ-Gerät verwenden sollen.

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

- Erstmalig.

Fehler der Woche 3. Dezember 2005

Was ist passiert?

- Statt Lisino (Loratadin) als Antiallergikum bei Heuschnupfen Lisinopril verordnet.

Was war das Ergebnis?

- Apotheker hat nachgefragt - Fehler bemerkt - entschuldigt - korrigiert.

Mögliche Gründe?

- Verwechslung bei ähnlichen Namen.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

- Aufpassen - klare Medikamentennamen durch Industrie.

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

- Jährlich.

Es fällt auf, dass

- ... viele Ereignisse **in der einzelnen Praxis selten** auftreten.
- ... bei ca. 55.000 Hausarztpraxen **trotzdem viele Menschen betroffen** sind: Selbst ein Fehler, der nur einmal in 10 Jahren in einer Praxis auftritt, betrifft rund 5.500 Patienten pro Jahr.
- ... oft **typische fehlergeneigte Situationen**, die in nahezu allen Praxen vorkommen, zugrunde liegen.
- ... Fehlerberichte und -analysen ein **hohes Lernpotential** haben.
- ... sich ein **internetbasiertes System zur Erfassung und Verbreitung** anbietet.

Vorbild Luftfahrt



The Aviation Safety Network

Aviation**Safety**Network



an exclusive service of **Flight Safety Foundation** www.flightsafety.org

[Home](#) » [ASN Aviation Safety Database](#)

2007

languages:   

22 occurrences in the ASN safety database,
showing occurrence 1 - 22

date	type	registration	operator	fat.	location	pic	cat
01-JAN-2007	Boeing 737-400	PK-KKW	AdamAir	102	near Sulawesi ?		A1
09-JAN-2007	Antonov 26	ER-26068	Aeriantur-M Airlines	32	near Balad Air Base		A1
09-JAN-2007	Learjet 24	N444TW	Ameristar Jet Charter	2	near Guadalajara-...		A1
09-JAN-2007	Jetstream 31	C-FBIP	Peace Air	0	Fort St. Joh...		A2
12-JAN-2007	CitationJet	N77215	SunQuest	2	Los Angeles-...		A1
13-JAN-2007	Boeing 737-200	PK-RPX	RPX Airlines, opf. Gading Sari Aviation Services	0	Kuching Airp...		A1
17-JAN-2007	Douglas DC-4	N82FA	Brooks Air Fuel	0	near Nenana, AK		A1

Landebahn verlassen – Bugfahrwerk defekt



Home
Aviation safety
Database
Investigation
News
Photos
Publications
Statistics
Links
Mailing list
E-mail
About ASN

Aviation Safety Network

an exclusive service of Flight Safety Foundation www.flightsafety.org
[Home](#) - [Database](#) - [2007](#)

Accident

languages:   

Status:	Preliminary - official
Date:	25 JAN 2007
Time:	16:01
Type:	Beechcraft 1900D
Operator:	Alsair
Registration:	F-HALS
C/n / msn:	UE-379
First flight:	
Crew:	Fatalities: 0 / Occupants: 2
Passengers:	Fatalities: 0 / Occupants: 13
Total:	Fatalities: 0 / Occupants: 15
Airplane damage:	Substantial
Location:	St. Moritz-Samedan Airport (SMV) (Switzerland)
Phase:	Landing
Nature:	International Scheduled Passenger
Departure airport:	Paris-Le Bourget Airport (LBG/LFPB) , France
Destination airport:	St. Moritz-Samedan Airport (SMV/LSZS) , Switzerland

Narrative:
On approach to Samedan Airport (SMV), the crew did not obtain three greens. The nosegear did not appear locked down. After a go around it was established from another aircraft that the nosegear was down. A normal approach was then carried out. Upon landing the airplane turned left and departed the runway. It collided with a snow bank, causing the nose gear to collapse.

Sources:
BFU

This information is not presented as the Flight Safety Foundation or the Aviation Safety Network's opinion as to the cause of the accident. It is preliminary and is based on the facts as they are known at this time.

www.jeder-fehler-zaehlt.de

- **Anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem** für Hausarztpraxen
- **Offener Zugang** im Internet
- Ununterbrochener Betrieb seit **September 2004**
- **Förderung** durch das Bundesministerium für Gesundheit **seit Oktober 2005**

Ausgangspunkt: Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME)

2001/2002 in AUS, CAN, NL, NZ, UK, USA und D

Fragestellungen:

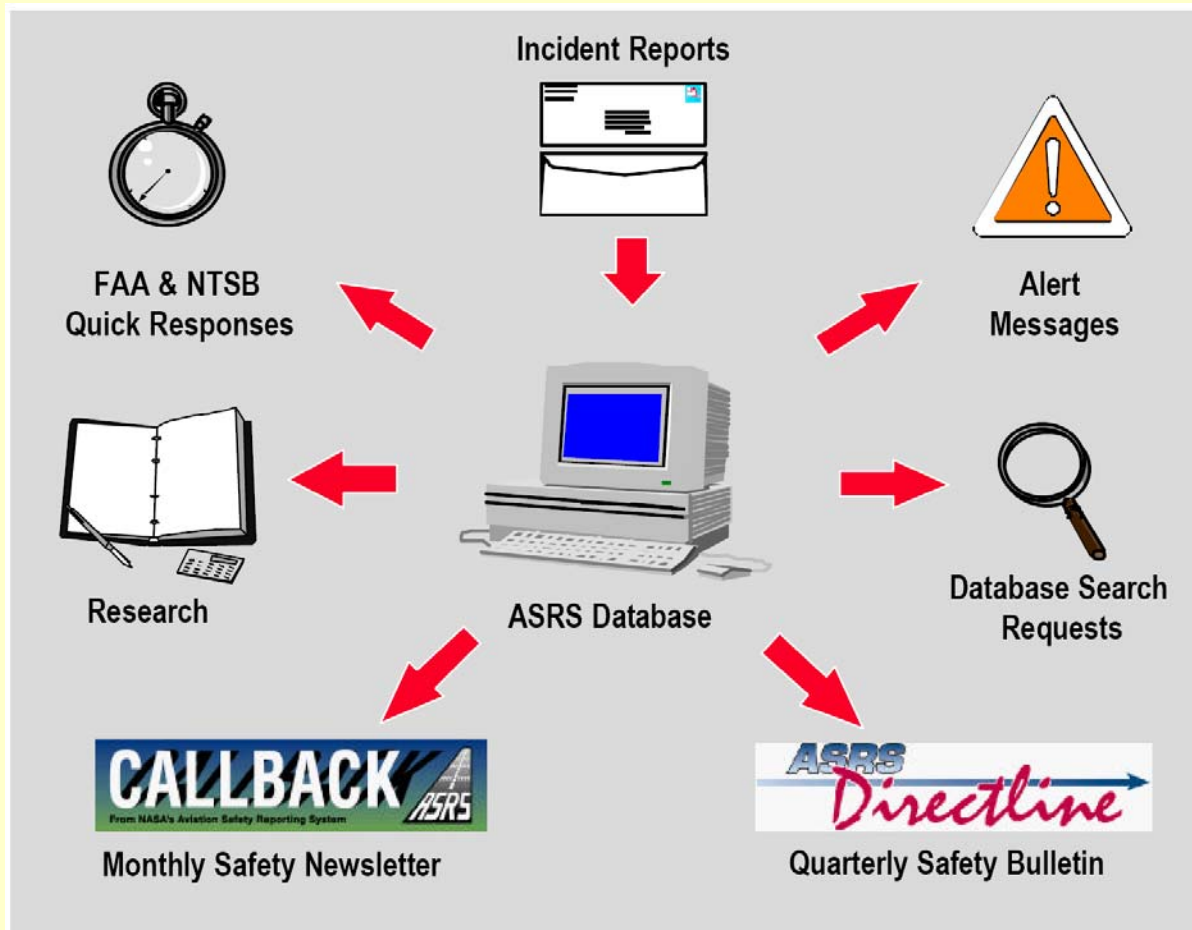
- Welche Fehler treten in allgemeinärztlichen Praxen auf?
- Wie können diese klassifiziert werden?
- Ist ein elektronisches Fehlerberichtssystem praktikabel?

Stichprobe:

- 100 Praxen, davon 24 in D, 605 Fehlerberichte

Deutsche Teilnehmer wünschten eigenes System

Vorbilder



Aviation Safety Reporting System (ASRS), USA

Vorbilder

The screenshot shows the NHS Incident Report Form interface. At the top, there are navigation links for ACCESSIBILITY, CONTACTS, COMMON QUESTIONS, and HELP. Below this is the NHS logo and the title 'INCIDENT REPORT FORM'. A progress bar indicates the current step is 'Incident Details', with other steps being Patient Details, Medication, Device, Staff Details, Your Organisation, and Submit. Under 'Patient Details', there are sub-sections for Individual Patient, Patient Group, and Patient Summary. Under 'Staff Details', there are sub-sections for Staff Member and Staff Summary. A text prompt asks for key information about the incident. Below this is a 'CHANGE TEXT SIZE' button. The main content area is titled 'The Patient Safety Incident Occurred in : Ambulance' and 'Key Incident Details'. It contains several sections: 'When and Where?' with ID01 (Date on which the incident occurred) and ID02 (Time of incident); 'What Happened?' with ID03 (Please categorise the Patient Safety Incident from the following choices:), ID04 (In which location did the incident occur?), and ID05 (Please describe what happened:). Each section has a 'HELP' button.

National Reporting and Learning System, England/Wales

Pragmatische Fehlerdefinition

„Das war eine **Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten** und sollte nicht passieren.

Ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert.“

(PCISME)

Ziel: Einfach, praxisnah, bewusst weit gefasst

The screenshot shows a web browser window with the address bar containing <http://www.jeder-fehler-zaehlt.de/>. The website title is "Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen". The left navigation menu includes: Home, Informationen zum Fehlerberichtssystem, » Bericht erstellen « (highlighted with a red circle), Fehler der Woche, Fehler des Monats, Fehlerarchiv, Online-Datenbank, Aktuelle Kommentare, Diskussionsforum, Tipps zur Fehlervermeidung, Presse / Literatur, and Impressum / Kontakt. The main content area features a welcome message, the motto "Jeder Fehler zählt", and a list of "Aktuelles" items. At the bottom, there is a logo for the patient safety center and a cartoon illustration of a green snake with a red 'G' on its tail.

htp://www.jeder-fehler-zaehlt.de/

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

- Tipps zur Fehlervermeidung [mehr]
- Arzthelferinnen ermutigen ihre Kolleginnen zur Teilnahme bei www.jeder-fehler-zaehlt.de [mehr]
- WebM&M - ein amerikanisches "Fehler"forum wird fünf Jahre alt [mehr]

In Zusammenarbeit mit dem  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



Der Zugang

Bericht eingeben - Mozilla Firefox

Datei Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Extras Hilfe

Bericht eingeben

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

b) Waren Medikamente an dem Vorfall beteiligt?

ja nein

In welcher Phase des Medikamentenprozesses trat der Vorfall auf? [Hilfe](#)

- Indikationsstellung Medikamentenauswahl Patientenberatung
 Rezepterstellung Verabreichung / Apotheke Einnahme (patientenseitig)
 Verlaufsbeobachtung

Wie ordnen Sie den Vorfall ein?

Bitte wählen

Weitere wichtige Umstände?

Bitte wählen

Medikamentenbeschreibung:

	korrekt / beabsichtigt	inkorrekt
Handelsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wirkstoffname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Darreichungsform	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosis / Stärke	<input type="text"/>	<input type="text"/>

War ein **weitere**s Medikament beteiligt?

ja nein

c) An welchem Ort trat der Fehler auf?

Bitte wählen

- Bitte wählen
- A Praxis
- B Notdienst
- C Pflege-/Altenheim
- D Hausbesuch
- Z Sonstiges

zurück

weiter

Über Fehler berichten

Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Home

Informationen zum Fehlerberichtssystem

» Bericht erstellen «

Fehler der Woche

Fehler des Monats

Fehlerarchiv

Online-vacantbank

Aktuelle Kommentare

Diskussionsforum

Tipps zur Fehlervermeidung

Presse / Literatur

Impressum / Kontakt



Fehlerarchiv

Interessante Einzelfehler stellen wir Ihnen in der Rubrik "Fehler des Monats" oder "Fehler der Woche" vor.

Die Fehler des Monats werden von uns kommentiert. Die Fehler der Woche werden von uns in der Regel nicht mit Kommentaren versehen und sollen zum Gedankenaustausch untereinander anregen.

Fehler des Monats

Monat	Fehlerbericht	Veröffentlicht
2007		
März	Blanko-Überweisungen	
Februar	Wiederholungsrezepte und ihre Tücken	
Januar	Dürfen wir impfen?	Der Hausarzt [PDF] ärztemagazin [PDF]
2006		
Dezember	Hastige Brustuntersuchung	Der Hausarzt [PDF]
November	Anforderung einer radiologischen Untersuchung	Der Hausarzt [PDF] ärztemagazin [PDF]
Oktober	Falsches Insulin	Der Hausarzt [PDF] ärztemagazin [PDF]
September	Postoperative Thromboseprophylaxe - wer macht's ?	Der Hausarzt [PDF] ärztemagazin [PDF]
August	Ärger - u. a. mit dem Versicherungsstatus	Der Hausarzt [PDF]
Juli	Schwäche und Luftnot	Der Hausarzt [PDF] ärztemagazin [PDF]
Juni	Schnelle Neu-Verordnung	Der Hausarzt [PDF] ärztemagazin [PDF]
Mai	Medikamenten-Interaktionen	Der Hausarzt [PDF] ärztemagazin [PDF]
April	Praxis-EDV und Rezepte	Der Hausarzt [PDF] ärztemagazin [PDF]
März	Pathologisches Laborwert unerschaffen?	Der Hausarzt [PDF]

Fehler- berichte lesen

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](#)



[zurück](#)

[Datenbank Startseite](#)

[Datenbank Suche](#)

[Abmelden](#)

Datenbank Suche

Bitte wählen Sie mindestens eine Kategorie zur Datenbanksuche aus.

Fehlertyp

Alle [Hilfe](#)

Diagnose

Alle [Hilfe](#)

Medikamente (Organsysteme auf die sie wirken)

Alle [Hilfe](#)

Alle
Alimentäres System, Stoffwechsel
Blut und blutbildende Organe
kardiovaskuläres System [Hilfe](#)

Dermatika
Urogenitalsystem und Sexualhormone
Hormone, systemisch, exkl. Sexualhormone
Antinfektiva, systemisch
Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
Muskel- und Skelettsystem

Nervensystem
Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien
Respirationstrakt
Sinnesorgane
Varia
Unbekannt
Nicht anwendbar

Nach Berichten suchen

Feedback

Zwei Wege möglich

1. Fallbezogen (kasuistisch)

- Durch andere **Nutzer/innen**
- Durch **Experten/innen** des Instituts für Allgemeinmedizin

2. Nach systematischer Analyse

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](#)



Ältere Fehlerberichte finden Sie im [Fehlerarchiv](#)

Fehler des Monats

Thema: Ärger - u. a. mit dem Versicherungsstatus

Eine Kollegin / ein Kollege berichtet:

Was ist passiert?

Ehemaliges Patientenehepaar kommt nach mehreren Jahren Abwesenheit zurück in die Praxis, wollte "Guten Tag" sagen und sich bedanken, dass das Praxisteam Bericht nach Spanien gesandt hat. Arzthelferin am Empfang fragt nach Versicherungskarte. Patient legt internationale Versicherungskarte vor, will aber nicht Formblatt 81 unterschreiben, da er Angst vor Ärger mit Kasse im Ausland hatte. An Empfang eskaliert es - Patientenehepaar geht. Ich telefonierte gerade und konnte nicht intervenieren.

Was war das Ergebnis?

Arzthelferin flaeses Gefühl, ich ärgerlich, habe versucht, Urlaubsadresse des Ehepaares ausfindig zu machen, ohne Erfolg.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

1. s.o.
2. Spannungen im Team eher in Praxisteamsitzung ansprechen.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Kommunikation, Ausbildung und Training, Patient.

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

Erstmalig.

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin

Konflikte im Team und mit Patienten gibt es immer wieder. In diesem Fall gab es offensichtlich sogar eine Übereinkunft in der Praxis, wie die Mitarbeiter/innen "bei Konflikten am Empfang" vorgehen sollen. Ausgelöst durch Unkenntnis seitens der Patienten z. B. bezüglich Versichertenstatus, Unmut über Wartezeiten oder von der Praxis nicht erfüllbare Wünsche sind gerade die Arzthelferinnen immer wieder dem Ärger von Patienten ausgesetzt. Es wird meist das Ziel aller sein, diesen Ärger nicht eskalieren zu lassen. Wie lösen Sie in Ihrer Praxis solche Probleme? Wie gelingt insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Arzthelferinnen und Arzt/Ärztin in solchen Fällen?

[Bericht drucken](#)

Fehlerberichte kommentieren

Feedback – unsere Analysen

- Zu jedem „Fehler des Monats“
- Schwerpunkte

Systematik bei der Fallanalyse

Systemorientierung

Praxisroutinen

ggf. **Gastkommentare** (Arzthelferin,
psychotherapeutisch tätige Gynäkologin)

Publikationen in Fachzeitschriften

FEHLER DES MONATS | MEDIZIN IN DER PRAXIS

Fehler des Monats Februar: Infarktverdacht verworfen

Abwarten – wie weit darf es gehen?

Eine gestresste Frau in den 40ern mit starken Myogelosen im Nacken stellt sich mit Schmerzen in Brust und Rücken vor, das EKG ist normal, nur ein Risikofaktor: Herzinfarkt ist nicht Ihre weitere Arbeitsdiagnose, muss es vielleicht auch nicht sein. Aber einen Plan für den Fall der Fälle sollte man dennoch vorhalten.

Ein Kollege berichtet von einer ihm bis dahin nicht bekannten 48-jährigen Patientin:
Die Patientin kam mit Schmerzen in der Mitte von Rücken und Brust. Sie waren unregelmäßig, wurden kolikartig beschrieben, verschlimmerten sich durch Anstrengung (Treppe) nicht und waren von wechselnder Intensität. Zum Zeitpunkt des Praxisbesuches waren sie „nicht so schlimm“. Sonographie und Ruhe-EKG waren ohne Befund. Die Frau hatte massive Myogelosen an Nacken und Schultern und berichtete von starkem persönlichen Kummer. Die Cholesterinwerte waren als normal bekannt, die Patientin rauchte ca. 20 Zigaretten am Tag. Sie wurde mit Tetracain und Ibuprofen nach Hause geschickt mit der Bitte, sich bei Verschlimmerung wieder vorzustellen.

Was war das Ergebnis?
Abends kam ein Anruf: „Es geht mir schlechter, ich gehe ins Krankenhaus.“ Einverstanden, ich rief die Klinikärztin an und berichtete Untersuchungsergebnisse und äußerte den Verdacht auf eine vielleicht doch kardiale Genese der Beschwerden. Die Patientin hatte einen akuten Hinterwandinfarkt, erhielt einen Stent und hatte zum Glück keine Einschränkung der Herz-Pumpfunktion.

Mögliche Gründe?
Abgelenkt durch massive Rückenmyogelosen und Stress in der Anamnese, beruhigt durch normales EKG, Unglauben, dass die noch recht junge Frau mit nur einem Risikofaktor einen Herzinfarkt haben könnte.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?
Im Zweifel sollte man einen Troponintest machen, nicht nur an Infarkt denken, und im Zweifelsfall lieber einmal zu viel einweisen, auch wenn die Schmerzsymptomatik nicht schlüssig ist. Auch fertile Frauen mit nur einem Risikofaktor bekommen Herzinfarkte!

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?
Meine Ausbildung und mein Training. Dieser Fehler trat erstmalig auf.

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin zu der Kasuistik:
Ein typischer Fall, wie wir anhand der eingesandten Kommentare gesehen haben. Kollegen steuerten gleich mehrere weitere Beispiele bei, wir hatten bereits einen sehr ähnlichen Fall als Fehler der Woche veröffentlicht (Anfang April 2005). In unserer Datenbank haben wir 17 Fehlerberichte, bei denen Thoraxschmerzen ein wesentliches Symptom waren. Der Fall wirft viele Fragen auf, z. B. nach den möglichen Differentialdiagnosen. Wir möchten den Fokus allerdings auf Folgendes lenken:
In der Rückschau kennt man das Outcome und möglicherweise die „wahre“ Diagnose. Ein Todesfall nach einem Ereignis lässt die Beteiligten die vorangegangene Versorgung besonders kritisch beurteilen. Ist eine einigermaßen passende Erklärung gefunden, wird die Suche nach den Fehlerursachen abgebrochen. Und dennoch haben wir nichts gelernt. Wie kommt das?
Hinterher ist man doch (fast) immer schlauer. Um einen so genannten „Rückschaufehler“ zu vermeiden (d.h. man erklärt die Situation von ihrem Ende her, macht in der Erklärung alles „passend“), hilft es, wenn man alle Gründe nennt, warum die potentiellen Diagnosen korrekt sein können. Damit kann die Komplexität des Entscheidungsprozesses besser dargestellt und verstanden werden. Wichtige Fragen sind:
• Warum habe ich mich für die Diagnose X entschieden und nicht für die Diagnose Y?

Ihre Mitarbeit ist wichtig!
Den Inhalt der Rubrik gestalten Sie mit! Wir freuen uns, wenn Sie unter www.jeder-fehler-zaehlt.de von Fehlern und kritischen Ereignissen aus Ihrer Praxis berichten. Außerdem können Sie im Internet unter www.jeder-fehler-zaehlt.de über diesen „Fehler des Monats“ und über „Fehler der Woche“ diskutieren. Oder Sie schicken einen Leserbrief an das Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt/M. Ausgewählte Beiträge werden publiziert.

Institut für Allgemeinmedizin,
Johann Wolfgang Goethe-Universität,
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/Main
rohega@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

www.jeder-fehler-zaehlt.de

Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausärzte

Der Hausarzt | 3/06 | 63

„Fehler des Monats“
In: Der Hausarzt und
ärztemagazin (A)

Publikation in Fachzeitschriften

„Fehler der Woche“ in: Ärzte Zeitung

Jeder Fehler ist ein Ärgernis – aber auch eine große Chance – und zwar zum Lernen. Die „Ärzte Zeitung“ bietet jeden Freitag in enger Zusammenarbeit mit dem Team um Professor Ferdinand M. Gerlach vom Institut für Allgemeinmedizin der Uni Frankfurt Kollegen die Chance, aus eigenen Fehlern und denen von Kollegen zu lernen. Oder Hausärzte können direkt das Online-Fehlerberichtssystem „Jeder Fehler zählt“ der Frankfurter Wissenschaftler nutzen.

Fehler als Chance zu nutzen – das ermöglichen „Ärzte Zeitung“ und Frankfurter Wissenschaftler

Jede Woche an einem Tag zwei Fehlerberichte in der „Ärzte Zeitung“ / Frankfurter Berichtssystem seit einem Jahr im Internet zugänglich

FRANKFURT / MAIN (ts/gwa). Jeder Mensch macht Fehler – auch Ärzte. Aber: Man kann aus ihnen lernen. Und zwar mit der „Ärzte Zeitung“, in der ab sofort jede Woche Kollegen über eigene Fehler berichten können. Hausärzte können aber direkt online das Fehlerberichts- und Lernsystem nutzen, das Forscher der Uni Frankfurt/Main um den Allgemeinmediziner Professor Ferdinand M. Gerlach entwickelt haben. Die Adresse im Internet heißt: www.jeder-fehler-zaehlt.de. Übrigens: Für die „Ärzte Zeitung“ und das Online-Lernsystem ist die Anonymität aller Kollegen selbstverständlich!

Heute geht es in der „Ärzte Zeitung“ um eine Medikamenten-Verwechslung, die ein Kollege in dem Fehlerberichtssystem online geschildert hat. Das Problem: Der Kollege sollte einem Patienten nach Herztransplantation ein von der Klinik vorgeschlagenes Medikament verordnen. Die Arzthelferin hatte aber nur Spiro aufgeschrieben; doch es gibt zwei

Medikamente, die so beginnen. Eines – Spironolacton – war dem Kollegen vertraut; und prompt unterschrieb er das Rezept. Doch es hätte Spiropent® verordnet werden müssen. Einen solchen Fehler kann man vermeiden, wenn man genau auf die Empfehlung im Entlassungsbericht der Klinik schaut.

Wenn man Kollegen helfen will, kann man einen Fehler oder einen Beinahe-Fehler, der in der eigenen Praxis passiert ist, aufschreiben und an die „Ärzte Zeitung“ schicken. Interessante Berichte werden dann jede Woche veröffentlicht – selbstverständlich anonym!

Oder man kann gleich direkt das Online-Lernsystem der Frankfurter Kollegen nutzen. Für ihr Fehlerberichtssystem erhalten die Frankfurter Forscher um Gerlach übrigens beim Hausärzte-Tag in Potsdam in wenigen Tagen den Richard-Merten-Preis für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.



Wie funktioniert das Online-Lernsystem? Unter der Internet-Adresse www.jeder-fehler-zaehlt.de findet man den Link „Bericht erstellen“. Er führt zu einem übersichtlichen Fragebogen mit vier Fragen:

- Was ist passiert?
- Was war das Ergebnis?
- Mögliche Gründe?
- Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Die Antworten werden verschlüsselt gespeichert, dann von einem autorisierten Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin auf einem zweiten Server abgelegt, der von außen nicht zugänglich ist (Schutz vor forensischen Konsequenzen). Personenbezogene Daten werden gelöscht; Daten von Kollegen nicht gespeichert. Fehler werden in den Rubriken „Fehler der Woche“ und „Fehler des Monats“ veröffentlicht, außerdem in der Zeitschrift „Der Hausarzt“. In einem Archiv können alle bisher veröffentlichten Fehler eingesehen werden. Jeder der veröffentlichten Fehler kann anonym oder namentlich kommentiert werden.

Ihre Mitarbeit ist wichtig!

Helfen Sie Kollegen, immer besser zu werden! Wie? Indem Sie von eigenen Fehlern erzählen. Denn aus Fehlern lernt man! In der „Ärzte Zeitung“ werden jeden Freitag ausgewählte Berichte veröffentlicht – natürlich vollkommen anonym! Sie möchten mitmachen? Dann schreiben Sie kurz auf: Was ist passiert? Was war die Folge? Mögliche Gründe? Den Bericht schicken Sie per Post an:

Ärzte Zeitung
Ressort Medizin
Postfach 20 02 51
63077 Offenbach

Ausgewählte Fehler leiten wir anonymisiert an das Internet-Lernsystem www.jeder-fehler-zaehlt.de weiter. Oder Sie können dort direkt einen Bericht online schreiben – anonym natürlich!



Publikation in Newslettern

In: News für die Arzthelferin

Themen, Tipps und Trends aus der Praxiswelt



Jeder Fehler zählt

Thema: Unterdosierung
(Jfz) Ein Kollege berichtet von einem ihm sehr gut bekannten, etwa Mitte 70-jährigen Patienten:

Was ist passiert?

Mein Patient rief mich am Wochenende zu einem Hausbesuch. Er wirkte krank. Vitalfunktionen sämtlich unauffällig. Er war blass, reduziert, verlangsamt, wirkte absent. Die einzige Aussage des Patienten mir gegenüber, seinen Zustand erklärend, war: «Ich habe schon zwei Tage nicht mehr geschlafen.» Ich wusste ausnahmsweise überhaupt nicht weiter und wies den Patienten schließlich ins Krankenhaus ein. Von dort wurde er nach verschiedenen Endoskopien, Echokardiographie, Labor etc. nach mehreren Tagen ohne pathologischen Befund entlassen. Erst beim nächsten Hausbesuch fiel mir die Aufnahme- und Entlassungsmedikation auf: Bei Aufnahme Morphin 100 mg 2x1 (wegen Postzoster-Neuralgie), bei Entlassung 2x10 mg.

Was war das Ergebnis?

Keiner der Kollegen, inklusive mir, hatte realisiert, dass es zu einer Fehlverschreibung gekommen war. Die Erstaussstellung des Morphin 10 mg erfolgte durch Fehler meines Personals an die Ehefrau! Diese reklamierte den Fehler, hatte aber inzwischen das Rezept an die Lieferapotheke weitergegeben. Unser neu ausgestelltes Rezept über Morphin 100 mg verschwand im Kreise der Familie, die der Meinung waren, es sei ja bereits eine N3 abgeholt worden.

Fazit:

Der Patient war im Morphinentzug, und keiner hat es gemerkt!

Mögliche Gründe?

1. Fehlausstellung des ersten Rezeptes durch uns.
2. Auslieferung des falschen Medikaments an den Patienten.
3. Patient nimmt brav das Medikament ein, fragt sich aber, warum da nun so wenige Kügelchen drinnen sind...
4. Im Krankenhaus nimmt man die verschiedenen Medikationen wahr, zieht aber keine Konsequenz daraus.

5. Der Patient wurde inzwischen wieder auf 200 mg auftitriert, und es geht ihm gut!

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

1. Bessere Kontrolle durch mich vor Unterschrift.
2. Apotheke hätte merken können, dass plötzlich nur noch 10% der Vordosis verschrieben wurden.
3. Patient hätte seine Dosis besser kontrollieren sollen.
4. Kollegen im KH ebenfalls mit Tomaten auf den Augen.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Organisation, Team und soziale Faktoren sowie Kommunikation.

Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf? Erstmalig.

Kommentar

(rt) Natürliche wäre es schön gewesen, wenn schon in der Apotheke der Fehler entdeckt worden wäre. Manche Patienten hätten auch sofort gefragt, warum sie jetzt nur noch so eine kleine Menge nehmen müssen. Wären doch die Ärzte im Krankenhaus aufmerksamer gewesen. Wäre, wäre...

Die Verantwortung obliegt jedoch alleine dem verschreibenden Arzt. Ein Betäubungsmittelrezept darf niemals ohne genaue Kontrolle die Praxis verlassen. Diese Rezepte dürfen nicht «schnell mal zwischendurch» unterschrieben werden. Das Erstellen einer Verfahrensanweisung für das «Ausstellen eines Betäubungsmittelrezeptes» hilft diesen Fehler zu verhindern. Patienten werden darauf hingewiesen, dass diese Rezepte immer vorbestellt werden müssen.

Werden Patienten nur noch zu Hause (oder im Altenheim) betreut, sollten ebenfalls die Betäubungsmittelrezepte vorbestellt werden. So kann der Arzt in Ruhe diese Rezepte kontrollieren, unterschreiben und sie beim Hausbesuch mitbringen.

Tipp:

Werden generell Rezepte vorbestellt, vermeidet man Fehlverschreibungen auch bei anderen Medikamenten.

QM-Glossar

Checkliste (Fragekatalog, Prüflisten)

1. Eine Sammlung von Fragen um z. B. den Soll-Ist-Zustand zu vergleichen.
2. Aufzählungen, die einen Arbeitsablauf unterstützen.

Konformität

Ein Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass Qualitätsmerkmale mit den Anforderungen übereinstimmen.
«Erfüllung einer Anforderung» (DIN EN ISO 9000:2000)

Effektivität

Beschreibt das Verhältnis von erreichtem Ziel zu definiertem Ziel. Ein Arbeitsablauf wird als effektiv beschrieben, wenn das definierte Ziel durch den beschriebenen Prozess erreicht wird. Im Unterschied zur Effizienz ist die Zielerreichung unabhängig vom dafür notwendigen Aufwand.

Effektiv Arbeiten bedeutet, unter Einsatz aller Mittel ein Ziel zu erreichen.

Effektivität ist eine Messgröße für die Zielerreichung (Wirksamkeit, Output).

Effizienz

Wirtschaftlichkeit, d. h. es wird das Verhältnis von Aufwand und Ertrag bei einem gegebenen Ziel gemessen.

Effizient Arbeiten bedeutet, ein Ziel mit möglichst geringem Mittelaufwand zu erreichen und setzt Effektivität voraus, bzw. geht über diese noch hinaus.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Die Anforderungen die Qualität der Arbeit ständig zu verbessern.

Projekt

Eine zeitlich begrenzte Aufgabe oder Problemlösung, die nach methodischen Regeln im Rahmen der Organisation abläuft.

Rezertifizierung

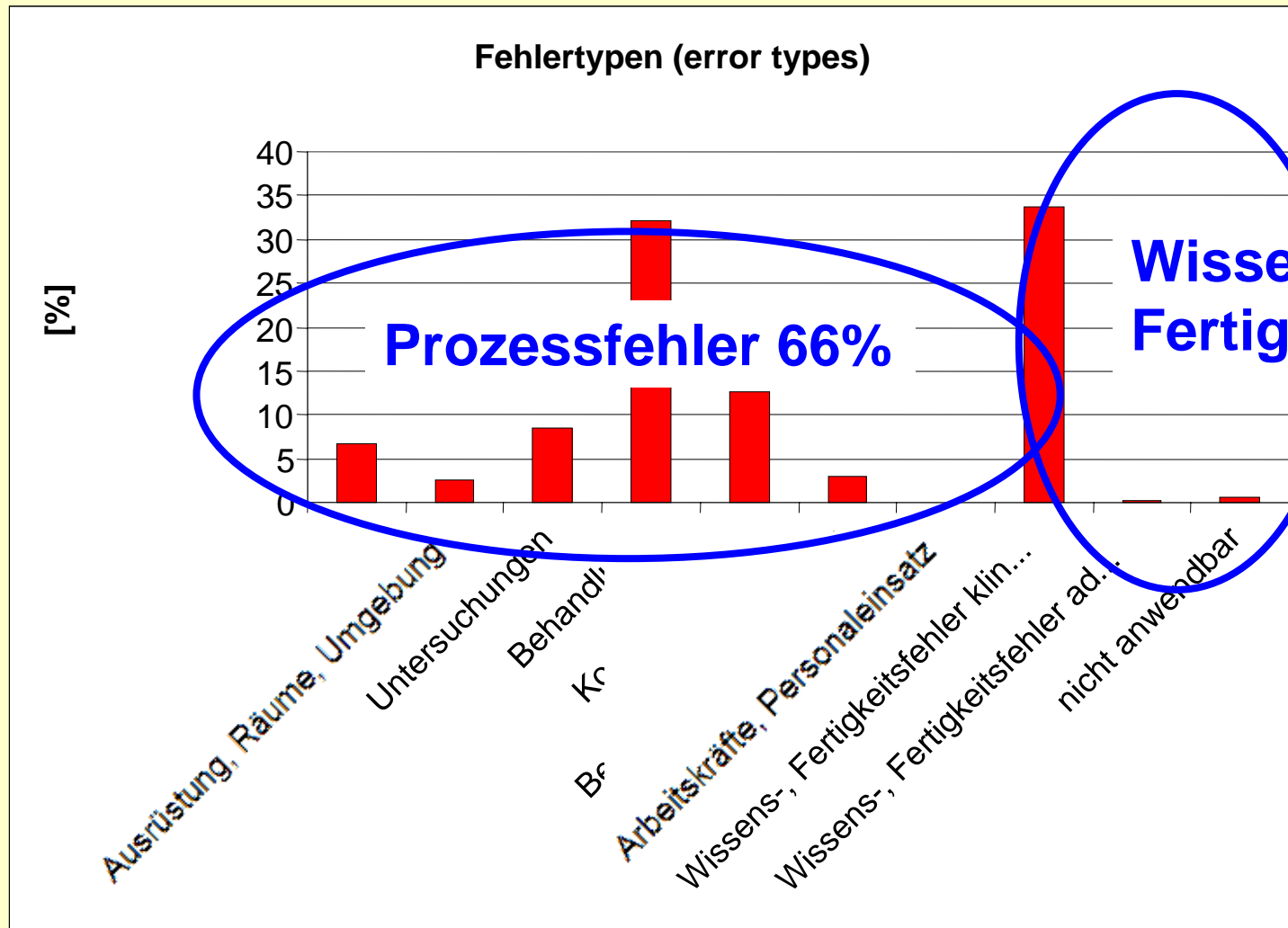
Erneute Überprüfung einer zertifizierten Organisation nach drei Jahren, um das Zertifikat verlängern zu können.

Feedback – systematische Analyse

Jeder Fehlerbericht wird klassifiziert:

- **International Taxonomy of Medical Errors in Primary Care** (Version 2004):
Was? Welche Folgen? Warum? Wie verhindern?
- (Potentieller) **Schaden**
- **Medikationsfehler:**
Phase des Prozesses, Typ, ATC-Code
- **Kognitiver Entstehungsmechanismus** (Reason)
- **Beratungsanlass** (ICPC-2)

Ergebnisse: Beispiel



Prozessfehler 66%

Wissens-, 34%
Fertigungsfehler

Zusammenhänge: Beispiel

- **Fehlertyp:** Verschreibungsfehler
- Häufig damit **assoziierte beitragende Faktoren**
 - fehlende Kontrolle des Rezeptausdrucks
 - keine Einsicht in die Patientenakte
 - mangelnde Erfahrung mit dem Medikament
 - unzureichende Kommunikation mit dem Patienten
 - schlecht geplante Praxisabläufe

Tipps zur Fehlervermeidung

Tipps zur Fehlervermeidung

Der Hausarzt 02/2007

Fehler bei Impfungen

DCR **Hausarzt**

„Typische“ Fehler

aus www.jeder-fehler-zaehlt.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 Verfalldatum geprüft wird.
- Evtl. auch Übersehen von Kontraindikationen (intramuskuläre Impfung bei Therapie mit Marcumar®)

Geschlossene Nutzergruppe

Fehlerzirkel - die geschlossene Nutzergruppe

- Home
- Informationen zum Fehlerzirkel**
- Bericht erstellen
- Fehlerberichte
- Aktuelle Kommentare
- Diskussionsforum
- Newsletter
- Impressum / Kontakt
- Abmelden



Herzlich willkommen beim Fehlerzirkel für Hausarztpraxen!

Der Fehlerzirkel ist ein virtueller Qualitätszirkel und wird exklusiv für Hausarztpraxen angeboten, die das Europäische Praxis-Assessment (EPA) durchlaufen haben. Für die Nutzung müssen Sie sich anmelden. Anmelden hier [\[Kontakt\]](#).

Aktuelles

- Start des Fehlerzirkels
www.fehlerzirkel.de ist jetzt freigeschaltet und kann von den angemeldeten Hausarztpraxen genutzt werden. Bisher haben sich 48 Praxen verbindlich angemeldet. Das Team von www.jeder-fehler-zaehlt.de wünscht dem Fehlerzirkel viel Erfolg!

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit



In Zusammenarbeit mit AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen



Copyright © 2006-2007 Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

Anmeldung erforderlich!

- Geschlossener Nutzerkreis mit eigenem Berichtssystem → „**virtueller Qualitätszirkel**“
- „**Intranet**“-basiert
- **Anonymes Berichten**
- Themenzentriertes **Diskussionsforum**
- **Moderator**

Fehlerberichtssysteme: Stellenwert im QM / RM

