



Fehler im Praxisalltag Abkürzungen als Fehlerquelle

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. Dieses Mal geht es um eine falsche Laboranforderung.

Aus einer Praxis wird folgendes Ereignis berichtet:

Was ist passiert?

Aufgrund einer positiven Tuberkulose-Anamnese, Mikrohämaturie und steriler Leukozyturie wurde „Urin auf BK“ angefordert.

Was war das Ergebnis?

Das Labor untersuchte auf BK-Virus und das Ergebnis war positiv. Daraufhin wurde eine Polyoma-Virus-PCR im Blut empfohlen, was in der anfordernden Praxis für Verwirrung sorgte. Erst jetzt kam heraus, dass mit BK „Bazillus Koch“ – eine ältere Bezeichnung für Tuberkulose-Bakterien gemeint war. Dieser Nachweis von säurefesten Stäbchen im Urin, so die rich-

tige Definition, wurde dann im zweiten Anlauf angefordert. Wertvolle Zeit ging verloren.

Welche Gründe können zu dem Ereignis geführt haben?

Ungenauere Anforderung einer Untersuchung durch nicht eindeutige Abkürzung.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Genauere Angabe der angeforderten Untersuchung, ggf. mit Hinweis auf die Anamnese.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Hier handelt es sich um einen Kommunikationsfehler, der seinerseits wieder auf ein Organisationsproblem hinweist.

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin:

Man hätte unter BK auch Blutkulturen verstehen können und hätte ebenfalls die falsche Laboruntersuchung durchgeführt. Das BK-Virus gibt es tatsächlich; es ist ein häufig vorkommendes Virus, das aber nur bei einer Nierenerkrankung oder bei nieren-transplantierten Patienten zu Symptomen führt. Nur weil das Ergebnis zufällig positiv war, fiel das Versehen überhaupt auf. Die Reihe missverständlicher Abkürzungen kann beliebig verlängert werden.

In anderen Ländern – so z. B. in Großbritannien – hat man deshalb bereits vor längerer Zeit landesweit verbindliche Abkürzungen durchgesetzt. Solange es die in Deutschland nicht gibt, bietet es sich an:

Innerhalb der Praxis eindeutige Abkürzungen zu bestimmen.

Nach außen (Klinik, Praxis, Labor) keine Abkürzungen zu verwenden.

Auf Laboranforderungen und Überweisungen immer die aktuellen Symptome oder eine Verdachtsdiagnose notieren.

Dr. Barbara Hoffmann / Martin Beyer ■

Neue Regeln für chronisch kranke Patienten

Für Patienten, die sich aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung in Dauerbehandlung befinden, ist die Belastungsgrenze für Praxisgebühr und Zuzahlungen von zwei Prozent ihres verfügbaren Bruttoeinkommens auf ein Prozent reduziert. Um diese Ein-Prozent-Regelung im Falle einer späteren chronischen Erkrankung nutzen zu können, müssen sich Versicherte seit 1. Januar 2008 einmalig von einem Arzt über die Vor- und Nachteile einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung beraten lassen.

Die neue Regelung gilt für Frauen, die nach dem 1. April 1987 und für alle Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden. Sie haben mit Erreichen des Anspruchsalters zwei Jahre lang Zeit, um sich über die Vor- und Nachteile der Früherkennungsuntersuchungen von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs beraten zu lassen – bei Frauen

somit ab 20 Jahren, bei Männern ab 50. Beraten dürfen nur Ärzte, die auch berechtigt sind, die entsprechenden Untersuchungen durchzuführen. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung, denen die Vorsorgeuntersuchung nicht zugemutet werden kann.

Eine weitere Neuregelung betrifft Versicherte, die chronisch krank sind und zum ersten Mal die halbierte Belastungsgrenze von einem Prozent des Bruttojahreseinkommens beantragen. Sie müssen künftig nicht nur nachweisen, dass sie wegen derselben schwerwiegenden Erkrankung in Dauerbehandlung sind, sondern auch, dass sie sich „therapiegerecht“ verhalten. Grundlage dafür ist eine Vereinbarung, in der sich Arzt und

Patient gemeinsam auf Behandlungsziele einigen. Das Ausstellen der Bescheinigung darf nur verweigert werden, wenn der Patient ausdrücklich erklärt, sich entgegen der gemeinsamen Verständigung verhalten zu haben und dies auch weiterhin tun will. Die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm gilt als Nachweis für das therapiegerechte Verhalten. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses tritt in Kraft, wenn er vom Bundesministerium für Gesundheit nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstandet wird. Keine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten brauchen alle unter 18 Jahren, Pflegebedürftige (Stufen 2 oder 3) sowie Versicherte, die zu mindestens 60 Prozent schwerbehindert sind. Mehr unter

www.g-ba.de/informationen/beschluesse/588