



## Fehler im Praxisalltag

# Eine Probe auf Irrwegen

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. Dieses Mal geht es um einen Notfall im Altenheim, mit schlecht organisierten Zuständigkeiten und einer Probe auf Irrwegen.

Dieses Ereignis wird aus einer Hausarztpraxis berichtet:

### > Was ist passiert?

Morgens ging in der Praxis ein Anruf ein, der um einen dringenden Hausbesuch im Altenheim bat. Wie in solchen Fällen im QM vereinbart, wurde der Anruf von der Rezeption zum Arzt durchgestellt. Eine Patientin, die wegen eines embolischen Insults (kleines Blutgerinnsel) bei Vorhofflimmern mit Marcumar behandelt wurde, hatte einmal kaffeefasertartig erbrochen.

Da solches Erbrechen sich in anderen Fällen oft als ungefährlich herausgestellt hatte, vereinbarte der Arzt mit dem Pflegeheim, dass der Praxis eine Probe des Erbrochenen zugestellt wird, um einen Hämokulttest durchführen zu können. Nachdem die Probe nicht ankam, vermutete der Arzt die Patientin im Krankenhaus.

Am nächsten Morgen kam die für das Labor zuständige MFA zum Arzt und fragte, worauf sie das Stuhlröhrchen untersuchen lassen soll, das doch noch abgegeben worden war – allerdings erst am späten Nachmittag des Vortags.

### > Was war das Ergebnis?

Der Hämokulttest war positiv. Das Pflegeheim hatte aber nach nochmaligem Erbrechen direkt den Rettungsdienst alarmiert und die Patientin konnte am gleichen Tag noch stationär versorgt werden. Das Pflegeheim hatte sich wegen der offiziellen Öffnungszeiten auf dem Praxisschild (bis 11.30 Uhr und ab 16.00) erst nachmittags an die Praxis gewandt.

### > Welche Faktoren trugen zu diesem Fehler bei?

Hier handelt es sich um ein Kommunikationsproblem, das durch einen optimierten Organisationsablauf behoben werden sollte. Dazu sind auch Ausbildung und Training erforderlich.

### > Wie hätte das Ereignis verhindert werden können?

Bei diesem Kommunikationsfehler, bedingt durch wenig standardisierte Abläufe, wäre an verschiedenen Stellen ein Eingreifen möglich gewesen:

1. Der Arzt hätte bei Ausbleiben der Probe direkt nachfragen müssen.
2. Die MFA an der Rezeption hätten die To-do Liste, die nachmittags abgearbeitet wird, entsprechend ergänzen müssen. So wussten die Nachmittagskräfte nichts von dem Fall.
3. Es sollte deutlicher unterschieden werden, was dringlich ist und was nicht. Klare Regeln für solche Notfälle sorgen für mehr Sicherheit.

### > Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

Ein solcher Fehler trat erstmalig auf.

### > Kommentare von Nutzern:

1. Bei uns in der Praxis hat es sich bewährt, ungelöste Fälle als Karte in rote, gelbe, grüne oder blaue Sichertüllen zu packen, und zu einem Stapel „nach der Sprechstunde erledigen“ zusammenzufassen. Wir nutzen dazu die folgenden Farbcodes:  
gelb = Rückruf durch den Arzt, sobald freie Zeit verfügbar  
grün = in dieser Woche zu klären

rot = dringender Notfall (wie hier beschrieben), heute unbedingt klären. Das funktioniert bei uns gut. Die Sichtschutzhüllen (solche mit genarbter Oberfläche sind besonders gut haltbar) werden auf DIN A5 zugeschnitten. Dort legen wir eine Karteikarte hinein, ein Laufblatt, einen Notizzettel oder was auch immer.

2. In solchen Fällen mache ich eine 3er-Telefonkonferenz mit dem Anrufer aus dem Altenheim und der Rettungsleitstelle und vereinbare einen Krankentransport in die Notaufnahme. Denn eine Therapie mit Marcumar und Kaffeefasertzerbrechen sind ein hinreichender Verdacht auf eine Blutung im oberen Magen-Darm-Trakt und das heißt: ab ins Krankenhaus. Sonst muss sich die Praxis unter Umständen vorhalten lassen, die Patientin sei verstorben, als der Hämokulttest noch in Arbeit war.

Tatjana Blazejewski ■

## Fehler melden

In der Medizin können Fehler fatale Folgen haben. Und Sie können mithelfen, die Wiederholung von Fehlern zu verhindern. Melden Sie dazu Fehler, die in Ihrer Praxis passiert sind, anonym im Internet an das Fehlerberichts- und Lernsystem beim Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt.

Im besonderen Fokus stehen dabei auch die „Schnittstellen“, wie in dieser Ausgabe. Sie sind immer auch Lücken im Hinblick auf die Patientensicherheit. Ziel ist es, Qualität des Informationsaustauschs und der Kooperation zwischen den Beteiligten zu verbessern. **info praxisteam** veröffentlicht besonders für MFA interessante Fälle.



[www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)