

## Zentrale Faktoren der Patientensicherheit

# Fehlererkennung und -management in der medizinischen Grundversorgung

Dr. med. Héloïse Froesch-Gay, Dr. med. Alexandre Gouveia, Dr. med. Philippe Staeger

Policlinique médicale universitaire, Lausanne



Medizinische Fehler gefährden die Patientensicherheit, auch im Rahmen der Patientenbetreuung in der Grundversorgerpraxis. Der Grundversorger ist auf sich allein gestellt, wodurch seine Kapazität, sich mit Fehlern zu befassen, eingeschränkt ist. Dies macht einen transparenten und systemischen Umgang mit der Situation sowie ein aktives Anfordern von Unterstützung durch Kollegen erforderlich.

## Einleitung

Sinn und Zweck des Gesundheitssystems ist es, durch wirksame und sichere Massnahmen die Gesundheit der Bevölkerung aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. Im Zuge der Patientenversorgung kann es allerdings zu Fehlern kommen, die mit erhöhter Morbidität oder gar Mortalität und somit höheren Kosten einhergeht [1]. An erster Stelle stehen dabei die menschlichen Kosten für die betroffenen Patienten und Pflegenden, aber auch Kosten im Hinblick auf das Ansehen der Praxis oder der Einrichtung sind zu verzeichnen sowie finanzielle Kosten im Falle eines entstandenen Schadens. Darum ist die Patientensicherheit heute ein zentrales Anliegen der Gesundheitsorganisationen.

Bis in die 2000er Jahre stand das Spital im Mittelpunkt der Studien und Untersuchungen zu diesem Thema. Sie zeigten die Häufigkeit von Fehlern im Spitalalltag auf: Etwa einer von zehn Patienten war während seiner Hospitalisation von einem unerwünschten Ereignis betroffen, von denen die Hälfte vermeidbar war [2]. Seit rund einem Jahrzehnt ist ein zunehmendes Interesse an der Patientensicherheit in der ambulanten Praxis und besonders in der medizinischen Grundversorgung zu verzeichnen.

Die Erforschung dieser Frage in der Arztpraxis ist jedoch schwierig: Der Patient wird in den Tagen nach einer ärztlichen Massnahme oder einer Behandlungsumstellung nicht beobachtet und die Interpretation dessen, was ein Fehler ist, schwankt in Abhängigkeit davon, ob man das Ereignis vom Standpunkt des

Patienten, der Angehörigen, des Mediziners oder der Justiz betrachtet [3]. Wenn man dazu die grossen Unterschiede der Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern sowie die uneinheitliche Definition eines Fehlers berücksichtigt, wird deutlich, warum die epidemiologischen Daten einer grossen Schwankungsbreite unterworfen sind: Je nach Autor liegt die Zahl der Ereignisse in der medizinischen Grundversorgung zwischen 5–80 pro 100 000 Konsultationen und 2–3 pro 100 Konsultationen [4, 5]. Eine genaue Bestimmung des Ausmasses des Problems ist also sehr schwierig, doch es liegen genügend Hinweise vor, um es als signifikant zu bewerten, auch in der Schweiz.

## Definition

Es existieren zahlreiche Definitionen des medizinischen Fehlers, und ob eine Situationen der Definition entspricht, kann auf verschiedene Art und Weise interpretiert werden. Diese Uneinheitlichkeit erschwert den Vergleich zwischen den Studien. Wir schlagen vor, die am weitesten verbreitete und allgemein akzeptierte Definition zu verwenden. Sie wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert [6]:

«Ein medizinischer Fehler ist das Ausführen einer Handlung, die nicht im Einklang mit der vorgesehenen Massnahme steht, oder die Anwendung eines fehlerhaften Plans.»

Diese Definition hat den Vorzug, die beiden grossen Kategorien medizinischer Fehler zu verdeutlichen:

Lesen Sie auch das Editorial zu diesem Thema auf S. 293.



Héloïse Froesch-Gay

- «Ausführungsfehler», bei denen der vorgesehene Plan gut ist, aber nicht korrekt umgesetzt wird (Ver säumnis, Verwechslung, Ungeschicklichkeit usw.);
- «Planungsfehler», bei denen der vorgesehene Plan fehlerhaft ist (Diagnosefehler).

## Einteilung

Es gibt viele Einteilungen [7, 8], von denen einige auf dem erlittenen Schaden beruhen [9]. Die Mechanismen, die zum Auftreten eines Fehlers beitragen, sind jedoch unabhängig von den allfälligen Folgen des Fehlers – für die spätere Analyse des Vorfalls aber von grosser Bedeutung. Darum scheint es sinnvoller, die Fehler nach dem Mechanismus des Auftretens einzuteilen oder nach der betreffenden Phase in der Patientenversorgung.

Im Jahr 2002 schlugen Elder und Dovey eine interessante Klassifikation mit drei Hauptkategorien in Abhängigkeit des betroffenen «Bereichs» vor, bei der jeder Fehler zu einem oder mehreren von vier Prozessen zählen kann (Tab. 1) [10].

**Tabelle 1:** Einteilung der Fehler in der medizinischen Grundversorgung (in Anlehnung an Elder und Dovey [10]).

<b>Betroffener Bereich</b>	Diagnose
	Behandlung
	Prävention
<b>Beteiligter Prozess</b>	Klinik
	Kommunikation
	Verwaltung
	Externe Faktoren (sozial, finanziell, Versicherung, Gesundheitssystem usw.)

## Arten von Fehlern in der Grundversorgung

Im Jahr 2013 fasste Sokol eine Arbeit der «American Medical Association» (AMA) zusammen, die im Verlauf von zehn Jahren die wichtigsten Fehler in der Grundversorgung erfasste (Tab. 2) [11].

In Europa bestätigte im Jahr 2015 die LINNEAUS-Collaboration («Learning from International Networks

about Errors and Understanding Safety in Primary Care») diese Liste und identifizierte folgende Bereiche als zentrale Faktoren für die Patientensicherheit in der Grundversorgung [12]:

- Diagnose;
- Medikation;
- Kommunikation;
- Organisation.

In die beiden ersten Bereiche fallen die häufigsten Fehler in der Arztpraxis [3] sowie jene mit den schwersten Auswirkungen [4].

Laut einer Studie aus dem Jahr 2013 [13] treten *Diagnosefehler* hauptsächlich bei älteren Patienten auf. Sie sind unabhängig davon, wo der betroffene Mediziner praktiziert (Spital, eigene Praxis, Assistenzarzt unter Supervision usw.).

*Medikationsfehler* verursachen in der Schweiz etwa 7% der Hospitalisationen [14, 15]. Prädisponierende Faktoren für diese Fehler sind das Alter (<15 Jahre, >65 Jahre), Multimorbidität und Multimedikation, ein ungünstigstes Arbeitsumfeld für den Arzt, die schlechte Lesbarkeit der Verschreibung und die mangelnde Verfügbarkeit von Referenzdokumenten [16]. Die elektronische Verschreibung könnte deshalb signifikante Verbesserungen mit sich bringen [17].

## Fehlererkennung

Der erste Schritt des Fehlermanagements ist das Erkennen des Fehlers. Alle Mitarbeiter einer Einrichtung oder einer Arztpraxis sollten darum dazu ermutigt werden, Fehler zu melden, die sie feststellen oder an denen sie beteiligt sind. Dazu sollte eine auf die Patientensicherheit ausgerichtete Kultur geschaffen werden, die derartige Meldungen begünstigt, und es sollten Instrumente zur Verfügung stehen, welche die Meldung erleichtern. Ein für die Offenlegung von Fehlern günstiges Umfeld setzt eine unterstützende und nicht wertende Haltung der Hierarchie voraus. Die Verantwortlichen der Praxis oder der Einrichtung müssen der Motor des Fehlermanagement-Prozesses sein; dabei muss ein «systemischer» und weniger ein «individueller» Ansatz verfolgt werden. Zu den Instrumenten, mithilfe derer die Fehlermeldung erleichtert werden kann, zählen die Bereitstellung entsprechender Formulare sowie Teambesprechungen nach dem Modell «Morbidität und Mortalität». Damit die Meldesysteme auch verwendet werden, müssen sie einfach und rasch zu handhaben sein, zudem muss für den Meldenden ein Nutzen erkennbar sein [18, 19].

Externe Systeme zur Meldung kritischer Vorfälle («Critical Incident Reporting Systems» [CIRS]) sind

**Tabelle 2:** Fehlerarten in der medizinischen Grundversorgung (in Anlehnung an Sokol [11]).

<b>Medikationsfehler</b>	Falsches Medikament, falsche Dosierung, Interaktionen
<b>Diagnosefehler</b>	Nicht gestellte, fehlerhafte, verspätete Diagnose
<b>Laborfehler</b>	Vertauschte oder verlorene Proben, Verzögerung bei der Berücksichtigung der Ergebnisse, mangelnde Nachbeobachtung
<b>Fehler durch mangelhafte klinische Kenntnisse</b>	Unzureichende Differenzialdiagnose, Behandlungslücken
<b>Kommunikationsfehler</b>	Geringe Kenntnis der medizinischen Ausdrücke, Zeitdruck, Bevormundung
<b>Verwaltungsfehler</b>	Terminkalender-, Dossier-Fehler

**Tabelle 3:** Merkmale eines erfolgreichen Systems zur Meldung kritischer Vorfälle (in Anlehnung an Leape [20] und adaptiert nach Cohen, Connel, Cohen und Gaynes [21–24]).

Merkmal	Erklärung
<b>Keine Strafandrohung</b>	Die Meldenden fürchten keine Sanktion infolge der Offenlegung
<b>Vertraulichkeit</b>	Die Identität der Patienten, Meldenden und der Einrichtung wird gegenüber Dritten nicht offengelegt
<b>Unabhängigkeit</b>	Das Programm ist von jeder Autorität unabhängig, die den Meldenden oder die Einrichtung sanktionieren könnte
<b>Expertenanalyse</b>	Die Meldungen werden von Experten analysiert, welche die klinischen Umstände verstehen und systembedingte Ursachen erkennen können
<b>Schnelligkeit</b>	Die Meldungen werden umgehend analysiert, Empfehlungen werden rasch herausgegeben, besonders im Falle schwerwiegender Ereignisse
<b>Systemorientierung</b>	Die Empfehlungen sind auf System-, Prozess- und Produktänderungen ausgerichtet und weniger auf die Tätigkeit des Einzelnen
<b>Reaktivität</b>	Die Stelle, welche die Meldungen erhält, ist in der Lage, Empfehlungen zu verbreiten, und die teilnehmenden Organisationen erklären sich bereit, die Empfehlungen möglichst rasch umzusetzen

ebenfalls von Bedeutung, etwa jene, die den Ärztinnen und Ärzten die FMH (<https://www.cirsmedical.ch>) oder die Stiftung für Patientensicherheit (<https://www.cirnet.ch/>) zur Verfügung stellen, ebenso wie die Qualitätszirkel (QZ). Diese beiden Instrumente bieten einen günstigen Rahmen, um sich über Fehler auszutauschen, gemeinsame Überlegungen anzustellen und Fehler gründlich zu analysieren, sofern die Regeln der Vertraulichkeit und der Nicht-Wertung von Beginn an deutlich gemacht und von allen Teilnehmern eingehalten werden (Tab. 3) [20–24]. Wenn man seinen Kollegen in einem QZ über Fehler und unerwünschte Ereignisse berichtet, wird man sich bewusst, dass auch ihnen bereits solche Situationen widerfahren waren oder hätten widerfahren können. Die QZ sind äusserst lehrreich und bereichern die Analyse des Ereignisses, wodurch die Korrekturmassnahmen optimiert und das Risiko des Wiederauftretens des Fehlers verringert werden können.

### «Der Fehler des anderen muss als Lehre dienen.» (Terenz, 2. Jh. v. Chr.)

Welche Situationen sollten durch die CIRS oder in den QZ gemeldet werden? Jede Situation, deren Meldung das Fehlermanagement erleichtern kann (siehe unten). Dazu zählen auch «near misses» oder «Beinahe-Ereignisse»: Dies sind Fehler, die keine Folgen für den Patienten hatten. Solche Situationen sind weitaus häufiger als unerwünschte Ereignisse und sind darum potenziell sehr aufschlussreich. Da es für den Patienten keine Auswirkungen gab, sind die Emotionen begrenzt, die üblicherweise mit unerwünschten Ereignissen einhergehen, und dies begünstigt das Melden sowie den freien und transparenten Austausch [25, 26].

### Wie soll man auf einen Fehler reagieren?

Die Reaktion auf einen Fehler sollte von drei Zielen geleitet werden (Tab. 4) [27–29]:

**Tabelle 4:** Die drei Hauptziele des Risikomanagements (in Anlehnung an Torppa, Mira und Wu [27–29]).

Begrenzung und Verringerung der Auswirkungen des Fehlers auf den Patienten
Verringerung der Auswirkungen des Fehlers auf die beteiligten Pflegenden und auf die Arztpraxis bzw. die Einrichtung
Verringerung des Risikos des erneuten Auftretens des Fehlers

### Erstes Opfer

Wenn ein Fehler festgestellt wird, ist das erste Anliegen des Betreuungsteams zu evaluieren, welche Folgen für den Patienten auftreten oder auftreten könnten:

1. Ist ein unerwünschtes Ereignis oder ein Schaden aufgetreten oder könnte dies geschehen?
2. Welcher Art und wie schwerwiegend ist das Ereignis oder könnte es sein?
3. Welche Notmassnahmen sind zu ergreifen?

### Information

Wenn alle klinischen Massnahmen zur Gewährleistung der Patientensicherheit getroffen wurden, müssen der Patient und/oder die Angehörigen über das Vorkommnis aufgeklärt werden. Die Informationen müssen transparent und vollständig sein, auf Tatsachen beruhen und einfühlsam mitgeteilt werden. Zudem sollten sie mit Bezug auf den Fortschritt der «Fehleranalyse» in mehreren Schritten übermittelt werden, der Patient und/oder die Angehörigen müssen jedoch in jedem Fall sehr rasch darüber informiert werden, dass ein Ereignis stattfand [30]. Die Betroffenen verste-

hen und verzeihen einen medizinischen Fehler eher, wenn dadurch verhindert werden kann, dass das Ereignis auch bei anderen Patienten auftritt. Darum ist es äusserst wichtig, dass das am Fehler beteiligte Team seine Verantwortung wahrnimmt, das Vorkommnis analysiert und Massnahmen zur Sekundärprävention einleitet. [31] Sehr wichtig ist ausserdem, sich nach einem Fehler zu entschuldigen. Das Risiko rechtlicher Schritte wird dadurch deutlich verringert [32].

### Zweites Opfer

Ein medizinischer Fehler löst beim beteiligten Arzt ein starkes Schuldgefühl aus [33]. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wird erschüttert, die Betroffenen fürchten die Reaktion des Patienten, den Verlust des Vertrauens der anderen Patienten, die Stigmatisierung durch die Kollegen, Schäden für das Ansehen und auch die allfälligen rechtlichen Folgen [34, 35]. Es besteht das Risiko, dass sich eine Anpassungsstörung, eine post-traumatische Belastungsstörung, ein Burn-out oder gar eine Depression entwickeln [27, 36, 37]. Da die ärztlichen Grundversorger in ihrer Praxis oftmals auf sich gestellt sind und dadurch für sie ein besonders grosses Risiko besteht, ist der Austausch mit den Kollegen von grossem Nutzen, sei es im Rahmen von informellen Treffen, QZ oder «Balint-Gruppen», oder auch über die Unterstützungsplattform der FMH «ReMed» (<https://www.fmh.ch/rem/remed.html>).

### Drittes Opfer

Zusätzlich zu den Auswirkungen auf den Einzelnen (erstes und zweites Opfer) kann ein Fehler auch das Ansehen der betroffenen Einrichtung oder Privatpraxis stark schädigen (drittes Opfer) [28]. Dieser Image-Schaden wird durch den Verbreitungsradius, den die «sozialen Netzwerke» bieten, begünstigt und verstärkt. Der angemessene Umgang mit einem medizinischen Fehler (besonders im Hinblick auf vollständige und transparente Informationen) ist somit auch im Interesse der Gesundheitseinrichtung selbst.

### Das Risiko des Wiederauftretens verringern – Fehlermanagement

Als beste Methode zur Verringerung des Risikos, dass derselbe Fehler erneut auftritt, gilt derzeit die gründliche Analyse des Vorkommnisses und die Suche nach korrigierbaren Systemfehlern nach dem Modell der «Fehler-Ursachen-Analyse» oder «root cause analysis» (RCA). Diese Analyse steht im Einklang mit einem «systemischen» (im Gegensatz zu einem «individuellen») Vorgehen, so wie es das «London-Protokoll» von C. Vincent [38] und das Modell menschlicher Fehler von J. Reason [39, 40] beschreiben. Diese auf systemischer

Grundlage betriebene Analyse der Fehlerursachen wurde ursprünglich in der Hochrisikoindustrie angewandt, etwa in der Luftfahrt- und der Nuklearindustrie [41]. In der Medizin wurde sie zuerst in den Spitälern entwickelt, behält aber auch im Kontext der Grundversorgung ihr volle Gültigkeit.

### Der individuelle Ansatz

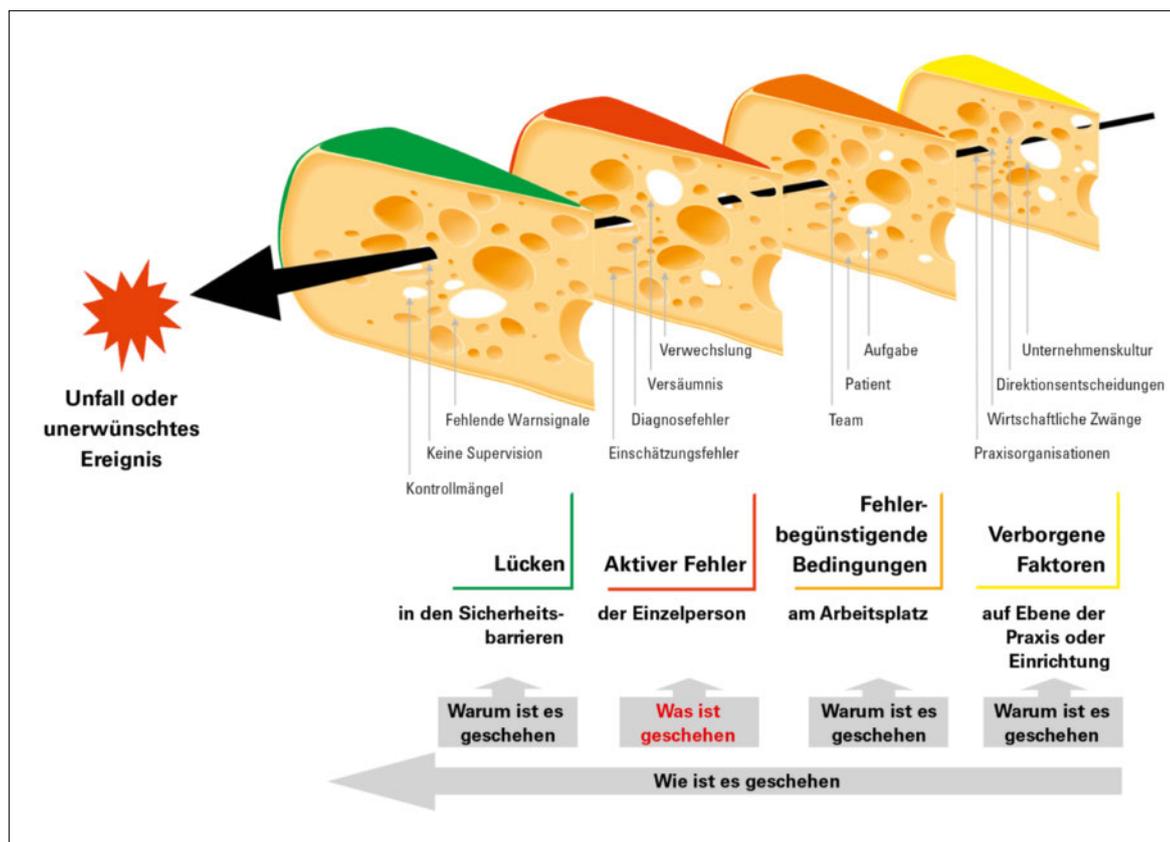
Dieser Ansatz geht davon aus, dass der Fehler auf der Fahrlässigkeit oder Inkompetenz eines Einzelnen beruht. Die Korrekturmassnahme ist folglich sehr einfach: Um ein Wiederauftreten zu vermeiden, muss die Person sanktioniert werden, welche die fehlerhafte Handlung ausgeführt hat. Die Sanktion kann von der Stigmatisierung über die Abmahnung und den Verweis bis zur Entlassung reichen. Dies löst beim Betroffenen Scham- und Schuldgefühle aus, untergräbt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und beeinträchtigt dadurch seine Eignung, auch künftig hochwertige medizinische Dienstleistungen zu erbringen. Dieses Vorgehen verstärkt den Zustand als zweites Opfer und ist ungerecht, da es nicht die anderen Faktoren berücksichtigt, die zum Fehler beitragen. Es verhindert nicht, dass andere Mitarbeiter denselben Fehler begehen, und ist darum unwirksam im Hinblick auf die Sekundärprävention. Zudem wird es die anderen Mitarbeiter künftig davon abhalten, allfällige eigene Fehler zu melden. Die Patientensicherheit wird auf diese Weise also nicht verbessert.

Der individuelle Ansatz befriedigt das menschliche Bedürfnis, einen Schuldigen festzulegen, und ist Ausdruck einer Kultur des Tadels. Darüber hinaus verhindert er, dass die Einrichtung ihre Organisation hinterfragt und darin nach möglichen Ursachen forscht.

### Der systemische Ansatz

Im Gegensatz dazu beruht der systemische Ansatz auf der Feststellung, dass Menschen ungeachtet ihres guten Willens, ihrer Aufmerksamkeit und ihrer Kompetenz Fehler begehen können. Sie müssen folglich mithilfe fehlerminimierender Strukturen und Prozesse dabei unterstützt werden, weniger Fehler zu begehen. Von diesem Standpunkt aus sind Fehler nicht nur die Ursache unerwünschter Ereignisse, sondern vor allem die Folge von Systemmängeln [39].

Am äussersten Ende des Versorgungsprozesses, wo die fehlerhafte Handlung vollzogen wird, steht die Einzelperson, die von zahlreichen fehlerbegünstigenden Faktoren beeinflusst werden kann. Doch auf der Ebene über der Einzelperson begünstigen auch am Arbeitsplatz mehrere Elemente das Auftreten von Fehlern, vor allem in organisatorischer Hinsicht. Und wenn man die Situation auf noch höherer Ebene betrachtet, be-



**Abbildung 1:** Fehler werden dadurch ermöglicht, dass Systemmängel, aktive Fehler und Sicherheitslücken (die Löcher im Käse) auf einer Linie liegen. Die verborgenen Systemfaktoren bestimmen die fehlerbegünstigenden Bedingungen sowie die Lücken in den Sicherheitsbarrieren (Massnahmen zum Schutz des Patienten vor unerwünschten Ereignissen) und ermöglichen eine Antwort auf die Frage: «Warum ist es geschehen?». Der aktive Fehler ist entscheidend zur Beantwortung der Frage: «Was ist geschehen?», und die Flugbahn des Fehlers entspricht der Frage: «Wie ist es geschehen?». Adaptiert nach dem «Schweizer-Käse-Modell» von J. Reason [39, 40].

stimmen verborgene Faktoren (insbesondere strategischer und budgetärer Art) die Bedingungen, die Fehler begünstigen, sowie die Lücken in den «Sicherheitsbarrieren» im Anschluss an die medizinische Massnahme, die den Patienten vor einem unerwünschten Ereignis schützen sollen.

Um zu demonstrieren, wie sich diese Mängel auswirken, wenn sie zeitlich und örtlich auf einer Linie liegen, schlägt J. Reason das «Schweizer-Käse-Modell» vor: Demnach sind die verborgenen Faktoren, die fehlerbegünstigenden Bedingungen und die Lücken in den Sicherheitsbarrieren wie die Löcher im Käse und bieten, wenn sie in einer Linie ausgerichtet sind, dem schädlichen Prozess des Fehlers die Gelegenheit zu einer Flugbahn, die nicht unterbrochen wird und schliesslich zum unerwünschten Ereignis beim Patienten führt (Abb. 1) [42].

### Fehler-Ursachen-Analyse

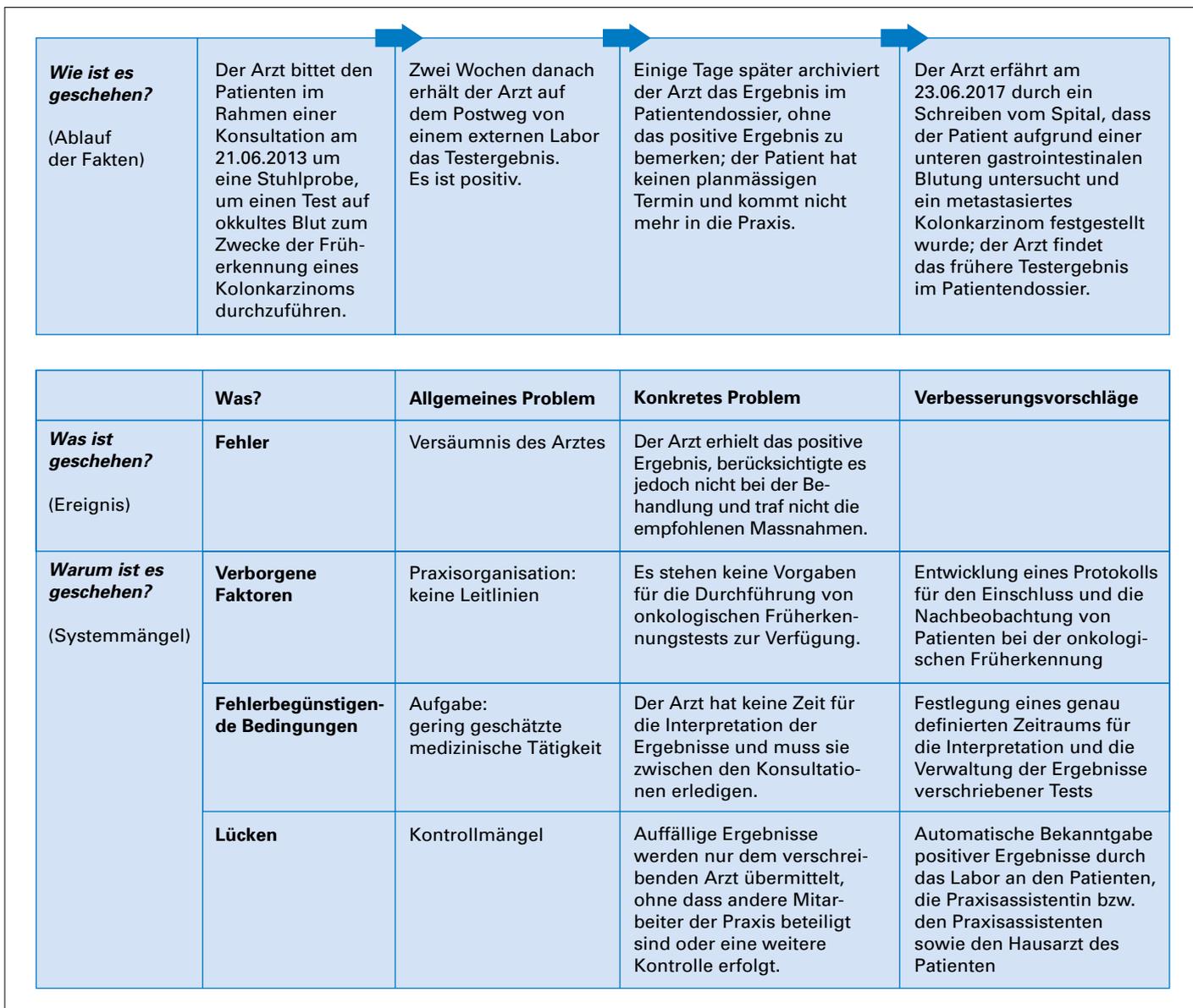
Vom Standpunkt des systemischen Ansatzes aus ist es bei einem unerwünschten Ereignis also nicht wichtig,

jemanden zu finden, den man beschuldigen kann, sondern die Frage zu untersuchen, was das Auftreten des Fehlers ermöglichte und warum die Schutzmassnahmen nicht wirkten. Sobald diese Mängel erkannt sind, müssen sie korrigiert werden, um einen derartigen Fehler in Zukunft zu verhindern. An dieser Stelle kommt der Analyse der grundlegenden Ursachen eine Schlüsselfunktion zu, indem drei Fragen gestellt werden:

- Was ist geschehen?
- Wie ist es geschehen?
- Warum ist es geschehen?

Bei diesem Prozess ist die Rekonstruktion des Ereignisses und seiner verschiedenen Phasen wesentlich. Wenn alle Mängel und Lücken identifiziert wurden, können Korrekturmassnahmen eingeleitet werden, deren Umsetzung überwacht werden muss.

Die Grenzen dieser Methode bestehen in ihrer oftmals ungenügenden oder unvollständigen Ausführung [43, 44], derzeit steht jedoch keine andere Methode zur Verfügung, welche die Zahl medizinischer Fehler wirk-



**Abbildung 2:** Schema zur Analyse von Fehlern in der Grundversorgerpraxis. Fallbeispiel: Bei einem 58-jährigen Patienten wurde jüngst ein metastasiertes Kolonkarzinom diagnostiziert. Beim Studium des Patientendossiers stellt sein Hausarzt fest, dass das positive Ergebnis eines vor einigen Jahren durchgeführten Tests auf okkultes Blut im Stuhl nicht berücksichtigt wurde.

samer verringern kann. Die Varianten der RCA, die vorgeschlagen wurden, konnten sich bisher nicht durchsetzen [45]. Die RCA bleibt in der Medizin die am häufigsten angewandte Methode zum Fehlermanagement.

**Wie ist mit Fehlern in der medizinischen Grundversorgung umzugehen?**

*Fehler gehören zum Leben. Was zählt, ist die Reaktion auf den Fehler. Der einzige wahre Fehler ist jener, aus dem wir nichts lernen.*

*Honorio T. Benzon [46]*

Beim Fehlermanagement in der Grundversorgerpraxis sind mehrere Besonderheiten zu beachten:

- In vielen Fällen ist nur schwer feststellbar, ob ein Fehler begangen wurde.
- Fehler bleiben häufiger als im Spital unbemerkt, was den oder die Beteiligten dazu verleiten kann, den Fehler nicht zu melden. Dadurch bleibt die Möglichkeit ungenutzt, ein erneutes Auftreten zu verhindern.
- Da die Grundversorger in der Praxis meist auf sich gestellt sind, obliegt es ihnen, mit dem Fehler, an dem sie direkt und oftmals allein beteiligt sind, umzugehen. Es handelt sich also um eine unange-

Korrespondenz:  
Dr. med. Philippe Staeger  
Policlinique médicale  
universitaire  
Rue du Bugnon 44  
CH-1011 Lausanne  
Philippe.Staeger[at]  
hosprd.ch

nehme Situation, in welcher der Betroffene die Position des Beschuldigten, des Fürsprechers, des Anklägers und des Richters einnehmen muss. Die Wahrscheinlichkeit ist gross, dass sich der Betroffene überfordert fühlt, gegen sich selbst nach dem individuellen Ansatz vorgeht und seine gesamten Fähigkeiten infrage stellt.

Was beim Fehlermanagement innerhalb einer Gesundheitseinrichtung zutrifft, ist jedoch auch in der Arztpraxis massgeblich: der Nutzen eines systemischen Ansatzes mittels einer RCA. Auch wenn die Handlungsmodalitäten verschieden sind und der Prozess kürzer und vereinfacht ist, ändert sich nichts am Prinzip: Analyse, Suche nach systemischen Mängeln, die den Fehler begünstigten, sowie Einleitung von Korrektur- und Präventionsmassnahmen. Es ist also nötig und dringend anzuraten, dass die Ärztinnen und Ärzte über eine Ausbildung im Hinblick auf Fehlererkennung und -management in der ambulanten Praxis verfügen.

## Das Wichtigste für die Praxis

- In der medizinischen Grundversorgung sind die Diagnose, die Medikation, die Kommunikation und die Organisation die zentralen Faktoren für die Patientensicherheit.
- Eine Kultur, die eine unterstützende und nichtwertende Haltung vonseiten der Hierarchie gegenüber den an einem Fehler beteiligten Mitarbeitern voraussetzt, begünstigt das Identifizieren von Fehlern. Mithilfe von Systemen zur Meldung kritischer Vorfälle und von Qualitätszirkeln kann man erkennen, dass auch anderen derselben Situation ausgesetzt waren oder hätten sein könnten.
- Jedes Ereignis muss gemeldet werden, wenn sich durch das Bekanntwerden die Patientensicherheit verbessern könnte, darunter auch die «Beinahe-Ereignisse», die häufig vorkommen und für den Patienten ohne Folgen bleiben.
- Das erste Opfer ist der Patient, der rasch über das Vorkommnis informiert werden muss, und zwar auf transparente, vollständige, einfühlsame und faktenbezogene Weise. Der am Fehler beteiligte Betreuer kann das zweite Opfer sein, besonders wenn er auf sich gestellt ist oder unzureichend unterstützt wird beim Umgang mit dem Fehler. Die betroffene Arztpraxis oder Einrichtung kann zum dritten Opfer werden.
- Ein systemisches Fehlermanagement setzt eine Fehler-Ursachen-Analyse voraus, mithilfe derer drei Hauptfragen beantwortet werden sollen: «Was ist geschehen?», «Wie ist es geschehen?» und «Warum ist es geschehen?». In der ambulanten Praxis ist die Tragweite dieser Analyse aufgrund der häufig unzureichenden oder unvollständigen Umsetzung begrenzt.
- Die individuelle Verantwortung des einzelnen Pflegenden bleibt unberührt.

In diesem Artikel schlagen wir ein an die medizinische Grundversorgung angepasstes Analyseschema vor (Abb. 2).

Der systemische Ansatz wird manchmal als eine Möglichkeit für das Personal wahrgenommen, sich seiner Verantwortung zu entledigen, indem die ganze Last des Ereignisses dem System übertragen wird. Das ist falsch. Auch wenn sie im jeweiligen Kontext gesehen werden muss, bleibt die individuelle Verantwortung jeder medizinischen Betreuungsperson gegenüber dem Patienten sowie der Gesellschaft und der Justiz unangetastet [47]. Dies gilt auch in der Arztpraxis, doch wenn man sich zu sehr auf diese eine Dimension beschränkt und die Reflexion über die Praxisorganisation, die verwendeten Instrumente oder über andere strukturelle und funktionelle Aspekte vernachlässigt, wird keine Verbesserung der Patientensicherheit möglich sein.

## Schlussfolgerung

Die Erforschung der Patientensicherheit in der ambulanten Medizin und insbesondere in der Praxis der Grundversorger hat im vergangenen Jahrzehnt deutliche Fortschritte gemacht. Sie ist indes hauptsächlich auf die Epidemiologie und das Erkennen von Fehlern ausgerichtet [48, 49], unterstreicht die Notwendigkeit eines Konsenses hinsichtlich der Einteilung, der Definition und der Zählung von Fehlern in der Arztpraxis und zeigt die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse, die mit den verschiedenen Messmethoden erzielt werden. Derzeit liegen nur wenige Empfehlungen für das Fehlermanagement in der Arztpraxis vor. Sie sind jedoch unabdingbar, da Fehler in diesem Kontext häufig vorkommen und die Folgen erheblich sein können, sei es für das erste, zweite oder dritte Opfer. Organisation und Dimension der Arztpraxis erlauben kein Fehlermanagement, das mit jenem im Spital identisch ist, dennoch scheint es wesentlich, Fehler über ein CIRS und in einer Umgebung wie einem QZ, welche die Analyse und die Unterstützung begünstigen, zu melden. Aufgrund der Epidemiologie muss besonderes Augenmerk auf die Massnahmen zur Verhinderung von Medikations- und Diagnosefehlern gelegt werden.

## Verdankung

Wir bedanken uns bei L. Krieger, M. E. Alves und M. V. Faivre von der medizinischen Universitätspoliklinik Lausanne für die grafische Bearbeitung der Abbildungen.

## Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

## Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch)