

Analyse von 75 schwerwiegenden hausärztlichen Fehlern: Wie konnten sie entstehen und was hätte sie verhindert?

G. Fisseni
M. Pentzek
H.-H. Abholz

Analysis of 75 Serious GP Errors: Causal and Protective Factors

Zusammenfassung

Fragestellung: Wie entstehen schwerwiegende hausärztliche Fehler? Und welche Ressourcen können Hausärzte nutzen, um diese Fehler zu vermeiden? **Methoden:** Anonyme Fragebogenstudie zu den ‚drei schwerwiegendsten Fehlern Ihrer Tätigkeit als Hausarzt‘. Der Begriff ‚schwerwiegender Fehler‘ wurde operationalisiert. Die Erinnerung an frühere schwerwiegende Fehler wurde durch eine spezielle Datenerhebungstechnik gefördert. Diese Datenerhebungstechnik sowie der semi-strukturierte 25-Item-Fragebogen wurden von den Autoren entwickelt und pilotiert. Die Auswertung erfolgte quantitativ und mittels modifizierter qualitativer Inhaltsanalyse. 32 anonym bleibende Hausärzte aus dem KV-Bezirk Nordrhein nahmen an der Studie teil und berichteten über 75 schwerwiegende Fehler. **Ergebnisse:** Es wurden mehr diagnostische als therapeutische Fehler berichtet. Meist konnten zwei oder mehr kausale Faktoren pro Fehler identifiziert werden. Überraschenderweise waren weder Kategorien aus den Bereichen ‚Wissen und Können‘ noch ‚Organisatorisches‘ oder ‚Informationsübermittlung‘ unter den häufigsten kausalen Faktoren. Am häufigsten waren inadäquates ‚klinisches Denken‘ (z. B. unangemessen langes Festhalten an einer getroffenen Verdachtsdiagnose), mangelnde ‚Sorgfalt‘, sowie unklare ‚Verantwortlichkeit‘. Die wichtigsten protektiven Faktoren lagen in den Bereichen: ‚Sorgfalt‘ in Diagnostik und Therapie, ‚Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung‘, sowie bewusster Umgang mit ‚Verantwortlichkeit‘ in vernetzten Strukturen. **Schlussfolgerungen:** Erhöhte Sorgfalt, bessere Selbstwahrnehmung sowie bewussterer Umgang mit Verantwortlichkeit könnten zur Verhinderung schwerwiegender hausärztlicher Fehler beitragen.

Abstract

Objective: What makes serious medical errors happen in general practice? And what can doctors do to help prevent them? **Methods:** Anonymous questionnaire study concerning the ‘three most serious errors of your career as a GP’: The participating doctors were given an operational definition of ‘serious error’. They applied a special recall technique, using patient-induced associations to bring to mind former ‘serious errors’. The recall method and the semi-structured 25-item-questionnaire used were developed and piloted by the authors. The items were analysed quantitatively and by modified qualitative content analysis. Participants: 32 general practitioners reported anonymously about 75 ‘most serious errors’. Setting: General practices in the North Rhine region in Germany. **Results:** More diagnostic than therapeutic errors were reported. Mostly we could identify two or more causal factors per error. Surprisingly neither inadequate “bio-medical” knowledge or skills, nor organisational or information transfer problems were among the most relevant causal factors. Often mentioned were: inadequate clinical reasoning (e.g. ‘anchoring and adjustment’), inadequate diligence and inadequate management of responsibilities. The most relevant “protective factors” were: High diligence, adequate management of responsibilities, and especially self-awareness concerning one’s own feelings and current ability to make decisions. **Conclusion:** Improving high diligence, adequate management of responsibilities, and self-awareness in GPs might help prevent “latent failures” to turn into serious “active” ones.

Institutsangaben

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Korrespondenzadresse

Gregor Fisseni · Facharzt für Allgemeinmedizin · Bergstraße 8 · 87730 Bad Grönenbach ·
E-mail: gregor_fisseni@web.de

Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 252–257 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-836616
ISSN 0014-336251

Schlüsselwörter

Schwerwiegende hausärztliche Fehler · Allgemeinmedizin · kausale Faktoren · protektive Faktoren

Key words

Medical errors · general practice · causal factors · protective factors

Hintergrund

Die Entstehungsbedingungen medizinischer Fehler unter dem Aspekt einer verbesserten Fehlerprävention und Patientensicherheit werden in den letzten Jahren auch in der Allgemeinmedizin verstärkt beforscht [1–5]. Auch die Folgen für die betroffenen Ärzte sind inzwischen Forschungsgegenstand [6–8] und zu vielen Aspekten des Umgangs mit Fehlern werden auf internationalen allgemeinmedizinischen Kongressen Workshops angeboten [9, 10]. In vielen Ländern werden anonyme, oft internetbasierte Fehlerberichts- und -lernsysteme eingerichtet (in Deutschland z. B. www.jeder-fehler-zaehlt.de und www.cirsm-medical.ch/kbv) [11–16]. Diese Systeme bieten eine recht breite Datenbasis, erfassen jedoch hauptsächlich kleinere Fehlerereignisse und Beinahe-Fehler, bei denen der betroffene Patient keinen Schaden erleidet. So lernen wir viel über die verborgenen Schwächen der Organisation unserer Praxen und unseres Gesundheitswesens („latent conditions“, „system approach“ [17]). Die vorliegende Studie setzt dagegen einen etwas anderen Akzent: Sie geht aus vom bereits eingetretenen schwerwiegenden Fehler und sucht aus der Perspektive des handelnden Hausarztes („active failures“, „person approach“ [17]) nach kausalen und für den Hausarzt real verfügbaren protektiven Faktoren.

Methoden

Teilnehmende Hausärzte

Aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wurden 1000 zufällig ausgewählte Hausärzte angeschrieben. Sie wurden über die Grundzüge dieser Studie der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf informiert („ESHF – Entstehungsbedingungen Schwerwiegender Hausärztlicher Fehler“) und um ihre Teilnahme gebeten. 217 Kollegen waren interessiert und forderten die Studienunterlagen an; 32 anonym bleibende Hausärzte nahmen schließlich aktiv teil und sandten 75 ausgefüllte Fragebogen zurück.

Fehlerdefinition und Datenerhebung

Als „schwerwiegender hausärztlicher Fehler“ war jede fehlerhafte hausärztliche Entscheidung oder Handlung definiert, die „mit einem schwerwiegenden Schaden für den Patienten verbunden ist“. Dabei wurden ausdrücklich auch sog. „Near misses“, „glimpliche Verläufe“, sowie „unabwendbare Verläufe“ mit einbezogen (Tab. 1).

Die teilnehmenden Hausärzte wurden aufgefordert, zunächst die drei schwerwiegendsten Fehler ihrer hausärztlichen Tätigkeit zu ermitteln. Dazu wurden sie gebeten, drei Tage lang den „Erinnerungszettel“ während ihrer hausärztlichen Tätigkeit bei sich zu tragen, um Erinnerungen an frühere schwerwiegende Fehler, die durch bestimmte Behandlungssituationen ausgelöst wurden, sofort kurz notieren zu können und damit vor dem „Wiederableiten ins Vergessen“ zu bewahren. Zudem gingen wir davon aus, dass erinnerte und auf Papier „festgehaltene“

Fehler die Erinnerung an weitere in Gang setzen. Die so erinnerten Fehler sollten erst nach diesen drei Tagen entsprechend ihrer subjektiv empfundenen Schwere in eine Rangordnung gebracht werden. Für die drei schwerwiegendsten Fehler sollten die teilnehmenden Kollegen dann jeweils einen Fragebogen ausfüllen und anonym im voradressierten und frankierten Rückumschlag an unsere Abteilung zurückschicken.

Tab. 1 Definition des „Schwerwiegenden Hausärztlichen Fehlers“, wie sie den teilnehmenden Hausärzten gegeben wurde

Unter einem „Schwerwiegenden Hausärztlichen Fehler“ (= „SHF“) verstehen wir eine

- fehlerhafte hausärztliche Entscheidung oder Handlung, die mit einem schwerwiegenden Schaden für den Patienten verbunden ist. (z. B. Tod, Verstümmelung, verminderte Lebenserwartung, vermeidbare langdauernde Krankenhausaufenthalte, schwerwiegende psychische, soziale oder ökonomische Schäden, etc.)
- uns interessieren auch solche SHF, die gerade noch rechtzeitig erkannt und korrigiert werden konnten bevor ein schlimmer Schaden für den Patienten eingetreten ist (sog. „near misses“),
- auch solche, die nur durch glückliche Umstände ohne größeren Schaden ausgegangen sind, (z. B. ein glimpflich verlaufener übersehener Myokardinfarkt)
- und auch solche, deren schlimme Folgen auch ohne den Fehler eingetreten wären (z. B. ein übersehenes fortgeschrittenes Pankreas-Ca.).

Fragebogen

Sowohl die oben beschriebene Methode der Datengewinnung als auch der Fragebogen wurden von den Autoren in einem dreischrittigen Prozess, basierend auf einer kleineren Vorstudie [1] und einer Pilotphase [18] der hier vorgestellten Studie, entwickelt. Der Fragebogen umfasst auf 11 DIN-A4 Seiten 25 Items: Nach der Erhebung demografischer Daten zu Arzt und Patient wird zunächst nach einer detaillierten Freitext-Beschreibung des Fehlers gefragt, so „dass das Geschehen transparent wird“ (anderthalb Seiten Platz hierfür). Anschließend fokussiert der Fragebogen in offenen und geschlossenen Fragen auf kognitive, emotionale und interaktionelle Aspekte der Entstehung und Aufrechterhaltung des Fehlers („kausale Faktoren“), sowie auf Faktoren, die die Entwicklung des Fehlers – aus heutiger Sicht des antwortenden Arztes – hätten verhindern können („protektive Faktoren“). Im Detail wird zudem danach gefragt, wer zu welchem Prozentsatz und auf welche Weise an der Entstehung oder Aufrechterhaltung des schwerwiegenden Fehlers, an seiner Entdeckung, sowie an seiner Offenlegung dem Patienten gegenüber (falls diese erfolgte) beteiligt war. Es wird danach gefragt, ob es vor der Fehlerentstehung oder zwischen der Entstehung und der Entdeckung des Fehlers irgendwann Gedanken oder „ungute Gefühle“ bezüglich der Möglichkeit dieses Fehlers gab, und ob der betroffene Arzt überrascht war, als er den Fehler entdeckte, bzw. von ihm erfuhr.

Auch zur Verknüpfung von fehlerhafter Entscheidung oder Handlung mit dem daraus resultierenden Schaden werden detaillierte Fragen gestellt. Schließlich wird danach gefragt, wie der Patient reagierte und welche Konsequenzen sich für den

Hausarzt ergaben: Ob auch er einen Schaden erlitt und – wenn ja – welchen. Die letztgenannten Aspekte der Reaktion des betroffenen Patienten sowie der Folgen für den Hausarzt, beides in Abhängigkeit von seiner Rolle bei der Entstehung, Entdeckung und Offenlegung des Fehlers, wurden teilweise bereits auf dem DEGAM-Kongress 2004 vorgestellt [6]. Sie werden im Detail in einem gesonderten Artikel publiziert.

Auswertung

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte quantitativ und qualitativ. Die Frage nach kausalen und protektiven Faktoren hinsichtlich der Entstehung und Aufrechterhaltung der berichteten schwerwiegenden Fehler wurde dabei qualitativ durch zwei praxiserfahrene Allgemeinärzte (HHA und GF) untersucht. Diese qualitative Auswertung erfolgte als mehrstufiger induktiv fundierter Prozess und integrierte Elemente der Qualitativen Inhaltsanalyse [19] mit Elementen der Thematischen Analyse [20] und Prinzipien der Gutachtererstellung [21, 22]. Zunächst erfolgte eine getrennt durchgeführte explorative Durchsicht der Fragebögen mit textnaher Kategorienbildung entlang der beiden Kodierachsen „kausale Faktoren“ (Leitfrage: Was hat den Fehler maßgeblich [mit] verursacht?) und „protektive Faktoren“ (Leitfrage: Welche in der Situation real verfügbaren Ressourcen hätten den Fehler verhindern können?). Anschließend wurden die so gefundenen Kategorien zwischen den beiden Auswertenden verglichen und bezüglich ihrer inhaltlichen Abgrenzung und Benennung diskutiert und gemeinsam neu definiert.

Anhand dieser induktiv gefundenen gemeinsamen Kategorien erfolgte erneut eine, von beiden Untersuchern getrennt vorgenommene – deduktive – Kodierung aller Fragebögen. In diese zweite Kodierung floss dann auch eine inhaltliche Gewichtung und Integration von Einzelaspekten des jeweiligen „Falles“ – ähnlich wie bei einer gutachterlichen Stellungnahme und im Sinne eines Hermeneutischen Fallverständnisses, also unter Berücksichtigung des Kontextes, mit ein. Diese Kodierung wurde dann nochmals verglichen, ggf. bei Unterschiedlichkeiten diskutiert und an den Texten dann geprüft, so dass am Ende eine Kategorizuweisung im Konsens erfolgte. Abschließend wurden die so gefundenen Kategorien dann in sieben „Themenbereiche“ gebündelt.

Ergebnisse

Allgemeine Angaben

Geschlechtsverteilung, Alter und Niederlassungsdauer der teilnehmenden Kollegen entsprechen etwa dem Durchschnitt im Bereich der KV Nordrhein (19 männliche, 11 weibliche Hausärzte (von zweien ist das Geschlecht nicht bekannt), durchschnittlich 49 Jahre alt und seit 12 Jahren niedergelassen) [23]. Die Geschlechtsverteilung der betroffenen Patienten ist ausgeglichen (37 männliche, 35 weibliche Patienten, in drei Fällen keine Angabe). Die Altersverteilung deckt das volle Spektrum einer durchschnittlichen deutschen Allgemeinarztpraxis ab [24]: vom Säugling bis zum Greis sind alle Altersgruppen mehrfach vertreten; die zahlenstärkste Gruppe bildet das höhere Erwachsenenalter (51–70 Jahre). In 14 Fällen ereignete sich der Fehler beim Erstkontakt mit dem Patienten, in 23 Fällen kannte der Hausarzt den Patienten bis zu zwei Jahre lang, in 25 Fällen bis zu zehn Jahre und in neun Fällen länger als zehn Jahre (in vier Fällen fehlen hierzu die Angaben).

Berichtete Fehler

Es wurden mehr diagnostische als therapeutische Fehler berichtet (54 diagnostische versus 19 therapeutische Fehler; zwei Fehler konnten nicht eindeutig klassifiziert werden). Im diagnostischen Bereich gab es eine große Streubreite fehlgedeuteter Krankheitsbilder. Häufig ging es um übersehene oder in ihrer Bedrohlichkeit falsch eingeschätzte Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Malignome. Im therapeutischen Bereich waren Medikationsfehler häufig.

In mehr als zwei Drittel aller Fälle (54) war der schwerwiegende Schaden bereits eingetreten als der Fehler entdeckt wurde. 23 Patienten, also etwa ein Drittel, verstarben infolge des berichteten Fehlers; 15 dieser Patienten verstarben, bevor eine Offenlegung des Fehlers ihnen gegenüber möglich gewesen wäre.

In 33 Fällen sah sich der berichtende Kollege als alleiniger Verantwortlicher für den schwerwiegenden Fehler. In 42 Fällen dagegen sah er eine Mitbeteiligung von einer oder mehreren der folgenden Personen: In 25 Fällen wurde dem Patienten, in 17 Fällen anderen Kollegen und in 12 Fällen Angehörigen des Patienten eine ursächliche Beteiligung an der Entstehung des Fehlers zugeschrieben. Arzthelferinnen (1) und „andere“ (4) wurden dagegen in der Fehlerentstehung selten erwähnt.

In 53 Fällen gab der betroffene Hausarzt an, vor der Entdeckung des Fehlers ausdrücklich an die Möglichkeit dieses Fehlers gedacht zu haben, oder zumindest diesbezüglich ein bewusst wahrgenommenes „ungutes Gefühl“ gehabt zu haben. In 24 Fällen war der berichtende Kollege sogar „nicht überrascht“, als der Fehler schließlich entdeckt wurde.

Kausale und protektive Faktoren

Die Identifikation der Faktoren, die ursächlich an der Entstehung und Aufrechterhaltung des Fehlers maßgeblich beteiligt waren („Kausale Faktoren“), erfolgte, wie oben beschrieben, in einem aufwendigen, induktiv fundierten Prozess. Das Gleiche gilt für die Faktoren, die im konkreten Fall real als Ressourcen hätten genutzt werden können, und so den Fehler verhindert hätten („Protektive Faktoren“). In Tab. 2 finden sich drei exemplarische, aus den Fragebogen rekonstruierte Fälle mit den zugewiesenen Kategorien kausaler und protektiver Faktoren. In Tab. 3 sind alle von uns gefundenen Kategorien aufgelistet, gebündelt in sieben Themenbereichen und versehen mit den in den rekonstruierten Fällen verwendeten Abkürzungen.

Beim Lesen der Fälle mag hier oder da die Frage aufkommen, warum gerade diese Kategorie zugewiesen wurde und nicht eine andere. Oft wären sicher auch alternative Zuweisungen möglich gewesen und häufig entschieden Nuancen darüber, ob wir der beschriebenen Situation eher die eine oder die andere Kategorie zuordneten. Z. B. haben wir heftig darüber diskutiert, ob als kausaler Faktor im ersten Beispiel (Übersehen eines Fremdkörpers in einer Wunde) nur eine nicht ausreichend sorgfältig durchgeführte körperliche Untersuchung anzusehen ist (K_3.4), oder ob auch ein aktueller „blinder Fleck“ im klinischen Denken in dieser konkreten Situation eine Rolle gespielt hat (K_4.6). Wir haben uns dann für Letzteres entschieden, u. a. weil der Kollege auf die Frage „Was würden Sie – nach Ihrer Erfahrung mit dem geschilderten Fehler – empfehlen, damit ein solcher Fehler in Zukunft leichter vermieden werden kann?“ schrieb: „Sorgfältig jede Wunde betasten; an Fremdkörper denken!“. Daraus zogen

Tab. 2 Exemplarische Fälle mit zugewiesenen Kategorien kausaler (K) und protektiver (P) Faktoren

Fall 1

Ein über 75-jähriger Mann kommt „nach Sturz vom Baum“ zum Hausarzt. Bei der körperlichen Untersuchung findet dieser keinen groben pathologischen Befund. Eine kleine Wunde direkt über dem Sternum nimmt der Hausarzt zwar wahr, untersucht sie jedoch nicht auf Fremdkörper (K_3.4; K_4.6; P_3.4). Als der Patient kurz darauf hohes Fieber entwickelt, wird er von Angehörigen ins Krankenhaus gebracht. Dort wird eine Mediastinitis diagnostiziert, verursacht durch „ein 5 cm langes Stück Holz“, das durch die Wunde eingedrungen war. Der Patient wird intensivmedizinisch behandelt und überlebt.

Fall 2

Eine 58-jährige Altenpflegerin kommt zu ihrem Hausarzt mit der Klage zunehmenden Schwindels mit Fallneigung, Kopfschmerzen, sowie Taubheitsgefühlen in beiden Armen. Der Hausarzt beschreibt folgende Eigenheiten der Patientin: „klassisches Helfersyndrom, d. h. sich für andere bis zur völligen Erschöpfung aufopfern“, „Selbstmedikation hoher Dosen Tramal und Oxacepam bei chronischen Rückenschmerzen“, „von Anfang an schmerzverzerrtes, demonstrativ kurzfristig schwankendes Gangbild“ (K_4.3). Die Rückenschmerzen seien verursacht durch „Bandscheibenschädigung mit Foraminastosen im HWS- und LWS-Bereich“ (K_4.1). Da die körperlich-neurologische Untersuchung unauffällig ist, entscheidet der Hausarzt, die Beschwerden den bekannten Diagnosen und den „Persönlichkeitszügen“ der Patientin zuzuordnen. Über einige Monate erfolgt eine symptomatische Behandlung mit unregelmäßigen Arzt-Patient-Kontakten. Dabei hat der Hausarzt jedoch ein „ungutes Gefühl, dass hier etwas nicht stimmt“ (K_6.1) und er drängt die Patientin – nur halbherzig – zu weiterer Diagnostik (P_6.1; P_4.1; P_3.3). Die Patientin lehnt dies jedoch ab. Schließlich fragt der Hausarzt telefonisch einen Radiologen informell um Rat, der jedoch weiterführende Diagnostik für nicht angezeigt hält. Verbindlichkeit und Verantwortlichkeit bleiben hierbei offen (K_7.1; K_3.3). Nach weiteren Wochen der symptomatischen Behandlung – geprägt von an Schärfe zunehmenden Klagen der Patientin („...im Kopf stimmt was nicht: ich glaube ich habe einen Hirntumor!“) (K_4.4; P_4.4), jedoch ohne Veränderung der neurologischen Befundlage – erfolgt schließlich eine Einweisung in eine orthopädische Klinik, wo nach zehn Tagen ein CCT angefertigt und schließlich ein Hirntumor gefunden wird.

Fall 3

Ein hoch fieberhafter Säugling in schlechtem Allgemeinzustand wird von der Mutter und der behandelnden Heilpraktikerin in die überfüllte und hektische (K_1.2; P_6.3) allgemeinmedizinische Notfallpraxis gebracht. Kein Exanthem, keine Zeichen meningealer Reizung oder sonstige neurologische Auffälligkeiten. Mutter und Heilpraktikerin machen unklare und widersprüchliche Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf und verschweigen eine vor drei Tagen erfolgte Pneumokokken-Impfung (K_5.1; K_5.2; P_5.1). Der Arzt, der „wenig pädiatrische Erfahrung“ hat (K_2.2), verzichtet trotz eines „unguten Gefühls“ auf eine Klinikeinweisung (K_6.1; K_7.3; P_6.1; P_7.3) und beschränkt sich auf die Empfehlung, das Kind bei Verschlechterung des Zustandes oder neuen Symptomen sofort wieder vorzustellen. Am nächsten Tag wird der Säugling im Status epilepticus wieder in die Notfallpraxis gebracht und von dort sofort ins Krankenhaus überwiesen, wo eine Pneumokokken-Meningitis diagnostiziert wird. Bleibende Schäden sind wahrscheinlich.

wir den Schluss, dass er nicht daran gedacht hatte, was der Zuordnung „blinder Fleck“ (K_4.6) entspricht. Ein solches Vorgehen entspricht den Stufen 3 und 4 unserer Auswertungsmethodik.

Bei genauer Betrachtung fällt auf, dass diese Information jedoch indirekt aus einer Empfehlung zur zukünftigen Fehlervermeidung gewonnen wurde. Wäre demnach nicht das „Dran-Denken“ als protektiver Faktor zu werten? Wir denken: Nein, denn diese Ressource stand in der konkreten Situation nicht real zur Verfügung. Dagegen wäre eine grundlegend sorgfältigere Untersuchung der Wunde ohne weiteres möglich und zu erwarten gewesen und hätte möglicherweise zur Entdeckung des Fremdkörpers geführt.

Ein Blick in die Tabelle der von uns gefundenen kausalen und protektiven Faktoren (Tab. 2) zeigt, dass wir dort gar keinen zum kausalen Faktor „blinder Fleck“ (K_4.6) korrespondierenden

protektiven Faktor aufführen. Das liegt daran, dass ein solcher protektiver Faktor sich in keinem der untersuchten Fälle zeigte und offenbart damit einerseits den induktiven Charakter der gefundenen Kategorien. Andererseits liegt jedoch auch ein deduktiver Anteil in dem definitorischen Aspekt, dass die von uns kodierten „protektiven Faktoren“ in der Situation real verfügbar gewesen sein mussten. Damit aber ist ein echtes Gegenstück zum „blinden Fleck“ schon rein theoretisch schlecht vorstellbar.

Häufigkeiten

Abb. 1 zeigt die Häufigkeitsverteilung der gefundenen kausalen und protektiven Faktoren, gebündelt nach Themenbereichen. In etwa vier Fünftel der berichteten Fälle (59) konnte mehr als ein kausaler Faktor identifiziert werden, in etwa zwei Drittel der Fälle (48) mehr als ein protektiver Faktor. Es fällt auf, dass die gefundenen Kategorien und Themenbereiche sehr unterschiedliche Häufigkeiten aufweisen. Außerdem unterscheiden sich die Häufigkeiten von kausalen und protektiven Faktoren innerhalb eines Themenbereichs zum Teil erheblich. So sind im Bereich „Klinisches Denken“ kausale Faktoren etwa vier mal häufiger als protektive Faktoren. Dagegen überwiegen in den Bereichen „Sorgfalt“ und „Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung“ klar die protektiven Faktoren.

Wie konnten die Fehler entstehen?

Zur Entstehung der von uns untersuchten schwerwiegenden hausärztlichen Fehler trugen hauptsächlich Fehlleistungen in den Bereichen „Klinisches Denken“, „Sorgfalt“ sowie „Verantwortlichkeit“ bei. Interessanter Weise spielten Faktoren aus den Bereichen „Wissen und Können“ sowie „Informationsübermittlung“ eine deutlich untergeordnete Rolle.

Im Bereich „Klinisches Denken“ lag das Problem oft am unangemessenen langen Festhalten an getroffenen Verdachtsdiagnosen (K_4.1) oder bekannter Vordiagnosen (K_4.2). Dazu trug häufig auch ein „Nicht-Ernstnehmen“ subjektiver Angaben des Patienten bei (K_4.4), oder auch die Ausblendung objektiver Widersprüche (K_4.5), etwa in Befundberichten oder in eigenen Untersuchungsbefunden. Hin und wieder fanden wir auch einen „nicht näher begründbaren blinden Fleck“ (K_4.6) oder eine „Falsche Fährte durch Eigenheiten des Patienten“ (K_4.3). (Praxisnahe und kognitionspsychologisch fundierte Hinweise zur Vermeidung von Fehlern im Klinischen Denken finden sich im aktuellen Artikel von Klein JG: „Five pitfalls in decisions about diagnosis and prescribing“ [25]).

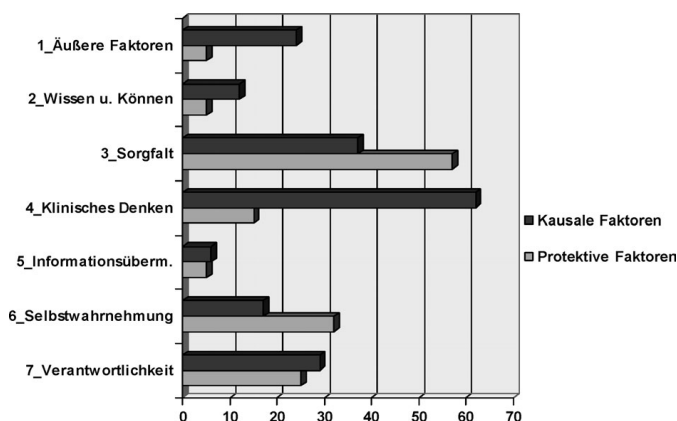


Abb. 1 Häufigkeitsverteilung der gefundenen Kategorien kausaler und protektiver Faktoren, gebündelt nach Themenbereichen.

Tab. 3 Themenbereiche und Kategorien kausaler und protektiver Faktoren

Themenbereiche	Kategorien kausale Faktoren	protektive Faktoren
1 äußere Faktoren	K_1.1 Organisatorisches K_1.2 Arbeitsüberlastung/„Hektik“ K_1.3 „Schicksal“/kein Fehler	P_1.1 Organisatorisches P_1.2 Arbeitsentlastung
2 Wissen und Können	K_2.1 mangelndes Wissen K_2.2 mangelndes Können oder mangelnde Erfahrung	P_2.1 Wahrnehmen und Schließen einer Wissenslücke
3 Sorgfalt	K_3.1 mangelnde Sorgfalt bei der Diagnostik allgemein K_3.2 mangelnde Sorgfalt bei der Anamneseerhebung K_3.3 zu späte technisch-invasive Diagnostik K_3.4 mangelnde Sorgfalt bei der körperlichen Untersuchung K_3.5 mangelnde Sorgfalt bezüglich Befundkontrollen K_3.6 mangelnde Sorgfalt gemessen am besonderen Fall K_3.7 mangelnde Sorgfalt in der Therapie allgemein	P_3.1 höhere Sorgfalt bei der Diagnostik allgemein P_3.2 höhere Sorgfalt bei der Anamneseerhebung P_3.3 rechtzeitig angesetzte technisch-invasive Diagnostik P_3.4 höhere Sorgfalt bei der körperlichen Untersuchung P_3.5 höhere Sorgfalt bezüglich Befundkontrollen P_3.6 besonders erhöhte Sorgfalt wegen besonderem Fall P_3.7 höhere Sorgfalt in der Therapie allgemein P_3.8 früher angesetzte technisch-invasive Therapie
4 klinisches Denken	K_4.1 unangemessenes Festhalten an bekannter Vordiagnose K_4.2 unangemessenes Festhalten an getroffener Verdachtsdiagnose K_4.3 „falsche Fährte“ durch Eigenheit des Patienten K_4.4 „nicht-Ernstnehmen“ der subjektiven Angaben des Pat. K_4.5 Ausblenden von „objektiven Widersprüchen“ K_4.6 nicht näher begründbarer „Blinder Fleck“	P_4.1 Offenheit für „Äpfel und Birnen“ P_4.2 kritischeres Hinterfragen der eigenen Verdachtsdiagnose P_4.4 stärkere Berücksichtigung subjektiver Angaben des Pat. P_4.5 erhöhte Aufmerksamkeit bei „objektiven Widersprüchen“
5 Informationsübermittlung	K_5.1 gestörter Informationsfluss zwischen Hausarzt und Patient oder Angehörigen K_5.2 gestörter Informationsfluss zwischen Hausarzt und anderen medizinischen Fachleuten	P_5.1 verbesserter Informationsfluss zwischen Hausarzt und Patient oder Angehörigen P_5.2 verbesserter Informationsfluss zwischen Hausarzt und anderen medizinischen Fachleuten
6 Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung	K_6.1 Übergehen eines „unguten Gefühls“ K_6.2 nicht-Wahrnehmen einer aktuell eingeschränkten eigenen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit K_6.4 Ausrichten des Handelns an Wunschenken/Befürchtungen K_6.5 nicht-Wahrnehmen von Ärger dem Patienten gegenüber	P_6.1 Wahr- und Ernstnehmen eines „unguten Gefühls“ P_6.2 Reflexion der aktuellen eigenen Entscheidungs- und Handlungsdisponiertheit P_6.3 Bewahren eines „kühlen Kopfes“ trotz emotionaler Belastung P_6.4 klare Trennung von Realitätswahrnehmung und Wünschen/Befürchtungen P_6.5 Wahr- und Ernstnehmen von Ärger dem Patienten gegenüber
7 Verantwortlichkeit	K_7.1 „Hören auf Kollegen“ bei unklarer Verantwortlichkeit K_7.2 offen unregelte Verantwortlichkeiten K_7.3 zu spätes „Abgeben“ des Patienten K_7.4 unkritisches Folgen der Meinung des Patienten	P_7.1 Klärung von Verantwortlichkeit und Verbindlichkeit beim Umgang mit Kollegen P_7.3 rechtzeitiges „Abgeben“ des Patienten P_7.4 bewusste Verantwortungsübernahme für Umgang mit der Meinung des Patienten

Im Bereich „Sorgfalt“ war die häufigsten Fehlerursachen „mangelnde Sorgfalt bei der Diagnostik allgemein“ (K_3.1), „mangelnde Sorgfalt bei der körperlichen Untersuchung“ (K_3.4), sowie „mangelnde Sorgfalt bei der Therapie allgemein“ (K_3.7).

Im Bereich „Verantwortlichkeit“ waren die häufigsten kausalen Faktoren „Hören auf Kollegen“ bei unklarer Verantwortlichkeit“ (K_7.1) und „unkritisches Folgen der Meinung des Patienten“ (K_7.4).

Was hätte die Fehler verhindern können?

Bei der Frage nach den in der konkreten Situation real verfügbaren Ressourcen, die den schwerwiegenden Fehler hätten dennoch verhindern können, fanden wir am häufigsten Faktoren aus den Bereichen „Sorgfalt“, „Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung“ sowie „Verantwortlichkeit“.

Im Bereich „Sorgfalt“ hätten am häufigsten „höhere Sorgfalt bei der körperlichen Untersuchung“ (P_3.4) sowie eine „rechtzeitig angesetzte technisch-invasive Diagnostik“ (P_3.3) die Manifestation des schwerwiegenden Fehlers verhindert. Aber auch „hö-

here Sorgfalt bei der Diagnostik allgemein“ (P_3.1) sowie „höhere Sorgfalt bezüglich Befundkontrollen“ (P_3.5) hätten viele Fehler verhindern können.

Auch der Bereich „Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung“ ist bezüglich der schützenden Ressourcen sehr wichtig. Am häufigsten hätte das „Bewahren eines ‚kühlen Kopfes‘ trotz emotionaler Belastung“ (P_6.3) maß geblich zur Verhinderung eines schwerwiegenden Fehlers beitragen können. Häufige protektive Faktoren waren jedoch auch „Wahr- und Ernstnehmen eines ‚unguten Gefühls‘“ (P_6.1), sowie die „Reflexion der aktuellen eigenen Entscheidungs- und Handlungsdisponiertheit“ (P_6.2).

Im Bereich „Verantwortlichkeit“ fanden wir alle drei aufgeführten Kategorien etwa gleich häufig als protektive Faktoren: „Klärung von Verantwortlichkeit und Verbindlichkeit beim Umgang mit Kollegen“ (P_7.1), „rechtzeitiges ‚Abgeben‘ des Patienten“ (P_7.2), sowie bewusste Verantwortungsübernahme für Umgang mit der Meinung des Patienten (P_7.3).

Diskussion

Mit etwa einem Drittel tödlicher Verläufe und, diese einschließend, etwa drei Viertel deutlich bis schwer geschädigter Patienten umfasst die Datenbasis dieser Untersuchung eine wesentlich größere Schadensschwere als die Daten, die bisher bei frei zugänglichen Fehlerberichtssystemen eingegangen sind: So waren z. B. von 85 bisher unter www.jeder-fehler-zaehlt.de berichteten und ausgewerteten Fehlern lediglich 7 mit einem dauerhaften oder potenziell lebensbedrohlichen Schaden für den Patienten verbunden, zusätzliche 4 Fehler hatten einen tödlichen Ausgang [16]; im britischen „National Reporting and Learning System“ wurden in der ausgewerteten Testphase prozentual noch seltener schwerwiegende hausärztliche Fehler berichtet (6% „moderate to severe harm“, 1% tödlicher Ausgang) [16].

Auch unsere „Klassifikation“ der Fehler unterscheidet sich deutlich von diesen Berichtssystemen und bietet so eine ergänzende Perspektive: Unsere Auswertung gewinnt ihre Kategorien qualitativ-induktiv aus dem konkret vorliegenden Datenmaterial selbst und orientiert sich nicht an extern vorgegebenen Klassifikationssystemen.

Daraus ergibt sich eine große Unmittelbarkeit bezogen auf die Situation des handelnden Hausarztes. Besonders die dem Hausarzt (unabhängig von organisatorischen Aspekten) real verfügbaren Ressourcen kommen so als protektive Faktoren in den Blick: Nicht ein verbesserter Zugang zu „harten Fakten“ hätte die meisten schwerwiegenden Fehler verhindert: Erweitertes „Wissen und Können“ sowie verbesserte „Informationsübermittlung“ spielten als protektive Faktoren eine deutlich untergeordnete Rolle; stattdessen waren es „Soft Skills“, die allesamt mit „aufmerksamer Präsenz im Hier und Jetzt“ zu tun haben, die als protektive Faktoren an erster Stelle standen: Sorgfalt in Diagnostik und Therapie, Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung, sowie bewusster Umgang mit Verantwortlichkeit in vernetzten Strukturen.

Auf eine Problematik unseres Ansatzes ist hinzuweisen: Retrospektiv, teilweise nach Jahren wurden die Fehler vom Arzt beschrieben – und damit dürfte immer ein Maß von „Bearbeitung“ schon mit einfließen. Die Art der Bearbeitung ist dabei nicht klar und sicherlich auch unterschiedlich. Allerdings gilt dieser Einwand bei allen Fehlerdarstellungen – nur mögen die „Bearbeitungen“ unmittelbar nach Fehlerentstehung anders als nach längerer Zeit sein. Jedoch dürfte das Verdrängen in die Nicht-Erreichbarkeit besser nach Jahren gelingen als unmittelbar nach einem Fehler. Wir hatten allerdings den Eindruck, dass bei den uns berichteten Fehlern sehr „schonungslos“ Einblick in das eigene fehlerhafte Handeln gegeben wurde – aber wir können daraus nicht ableiten, dass es nicht noch irritierendere Fehler gab, die einfach im Bereich des Verdrängten geblieben sind.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Abholz H-H. Schwerwiegende ärztliche Fehler. Eine Systematisierung von typischen Fehlern in der Praxis und deren Vermeidung. *Z Allg Med* 1997; 73: 547 – 552
- 2 Bhasale A, Miller GC, Reid SE, et al. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. *Med J Australia* 1998; 169: 73 – 76
- 3 Dovey SM, Meyers DS, Phillips Jr RL, et al. A preliminary taxonomy of errors in family practice. *Quality and Safety in Health Care* 2002; 11: 223 – 238
- 4 Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Family practice* 2003; 20: 231 – 236
- 5 Scheppokat KD. Arztfehler und iatrogene Patientenschäden – Ergebnisse von 173 Schlichtungsverfahren in der Allgemeinmedizin. *Z Ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes* 2004; 98: 509 – 514
- 6 Fisseni G, Pentzek M, Abholz HH. Schwerwiegende hausärztliche Fehler: Wie und von wem werden sie entdeckt – und was kommt dann? *Z Allg Med* 2004; 80: 393 – 393
- 7 Doms T. Arzthaftungsrecht: Transparenz als beste Vorsorge. *Dt Ärztebl* 2005; 102: 117
- 8 Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14: 13 – 17
- 9 Fisseni G. Kongressbericht: WONCA-Regionalkonferenz 2003 in Ljubljana. *Z Allg Med* 2003; 79: 624
- 10 Gerlach FM, Dovey S. Workshop „Oops..., I'm so sorry!“ About dealing with errors and litigation in primary care. WONCA Europe regional conference 2004. URL: http://nhg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_104_TI_CH_R133858572441259 (18.05.05)
- 11 Sheldon T. Netherlands plans system for reporting errors. *BMJ* 2004; 329: 68
- 12 Katikireddi V. National reporting system for medical errors is launched. *BMJ* 2004; 328: 481
- 13 Kaufmann M, Staender S, Below G, et al. Computerbasiertes anonymes critical incident reporting system: Ein Beitrag zur Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002; 83: 2554
- 14 Below G, Kuhn H. CIRSmedical – update. *Schweizerische Ärztezeitung* 2003; 84: 1396
- 15 Merten M. KBV bietet anonymes Berichtssystem an. *Dt Ärztebl* 2005; 102: 920
- 16 Beyer M, Rohe J, Rusitska M, et al. Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem – Struktur und erste Ergebnisse. *Z Allg Med* 2005; 81: 147 – 153
- 17 Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768 – 770
- 18 Bortz J, Döring N. *Forschungsmethoden und Evaluation*. 3. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2002
- 19 Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*. 8. Aufl. Beltz, Weinheim 2003
- 20 Rice PL, Ezzy D. *Qualitative research methods: a health focus*. Oxford University Press, Oxford, New York 1999
- 21 Fisseni HJ. *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik – Mit Hinweisen zur Intervention*. 3. erweiterte Aufl. Hogrefe, Göttingen 2004
- 22 Sielk M, Brockmann S, Wilm S. *Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit. Ein klärender methodischer Überblick*. *Z Allg Med* 2004; 80: 334 – 342
- 23 Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Geschlechtsverteilung (2000): 68% männliche Hausärzte, 32% weibliche Hausärzte; Durchschnittsalter (2002): 53 Jahre; Niederlassungsdauer (2002): 15 Jahre
- 24 Kochen MM (ed). *Allgemein- und Familienmedizin*. 2. Aufl. Hippocrates, Stuttgart 1998
- 25 Klein JG. Five pitfalls in decisions about diagnosis and prescribing. *BMJ* 2005; 330: 781 – 783

Zur Person



Gregor Fisseni, Jahrgang 1970, Facharzt für Allgemeinmedizin. Von Anfang 2003 bis Ende 2004 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf. Zzt. in Weiterbildung zum FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Bad Grönenbach.