

Fall des Monats April 2025

Ungewöhnliche Anordnung bei der Medikamentenvorbereitung aufgefallen

Fall-Nr.

272438

Zuständiges Fachgebiet

leer

Altersgruppe des Patienten

leer

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Beim Aushelfen auf einer Station fiel beim Vorbereiten der Medikamente für die Abendrunde eine ungewöhnliche Anordnung auf. Diese besagt: Nifedipin Tropfen (Flasche mit 20mg/ml) ? 3x tgl. 5 ml.

Die Patientin gab auf Nachfrage an, dass sie 3x tgl. 5 Tropfen nehmen würde.

Die potenziellen Folgen einer falschen Verabreichung wären unter anderem starker Blutdruckabfall bis hin zur Reanimationspflichtigkeit, verlangsamter oder beschleunigter Puls, Bewusstseinstörung bis zu tiefer Bewusstlosigkeit und Minderdurchblutung wichtiger Organe.

Was war das Ergebnis?

leer

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Falsche Anordnung seitens des ärztlichen Dienstes.

Wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Anordnung genau überprüfen, 4-Augen-Prinzip nutzen; Pflegepersonal sensibilisieren, verdächtige bzw. ungewöhnliche Anordnung zu hinterfragen.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

leer

Wer berichtet?

Pflege-, Praxispersonal

Kommentar des Anwenderforums (2025):

Im Anwenderforum werden zuerst die beitragenden Faktoren, die zu diesem Vorfall geführt bzw. diesen begünstigt haben können, diskutiert:

Es wird vermutet, dass es keine elektronische Anordnung gab, da das System hier eine Warnmeldung gegeben hätte. Oder wurde die Warnmitteilung übersehen?

Unglücklich ist, dass die Angaben in unterschiedlichen Maßeinheiten erfolgten: in Milligramm bzw. Milliliter, seitens der Patientin in Tropfen.

Bei den individuellen Faktoren könnte Ablenkung bei der Medikamentenanordnung eine Rolle gespielt haben. Möglich ist auch eine Unterbrechung bei der Tätigkeit der Medikamentenanordnung bzw. Medikamentenanamnese und eine fehlende Plausibilitätskontrolle.

Jedoch wird positiv hervorgehoben, dass die Anordnung als ungewöhnlich wahrgenommen und hinterfragt wurde.

Empfehlung

Im Fallbericht werden von der Pflegekraft Maßnahmen benannt, wie ein solcher Fall zukünftig vermieden werden kann:

- Anordnung genau prüfen
- 4-Augen-Prinzip nutzen
- Pflegepersonal sensibilisieren, verdächtige bzw. ungewöhnlicher Anordnungen hinterfragen

Das Anwenderforum erarbeitet folgende ergänzende Empfehlungen:

- Wenn möglich, sollte die Anordnung von Medikamenten elektronisch erfolgen, um Fehler, wie auch Kontraindikationen, zu verhindern, die durch eine Warnmitteilung des Systems vermieden werden können.
- Bei flüssigen Medikamenten ist die Fehleranfälligkeit besonders hoch, wenn verschiedene Maßeinheiten verwendet werden (ml, mg, Tropfen). Daher sollte nur eine Maßeinheit verwendet werden, um Fehler bei der Umrechnung zu vermeiden, günstig wären hier Milligramm.
- Auch sollte man sich Klinikintern auf einen Standard einigen.
- Eine Dosierung in Tropfen wird als fehleranfälliger betrachtet, da sie schwerer zu kontrollieren ist. Stehen die Medikamente in flüssiger und Tabletten-Form zur Verfügung, ist die Tablettenform zu bevorzugen.
- Zu prüfen wäre, ob ggf. vorgefertigte Abfüllungen von flüssigen Medikamenten (Phiolen) oder standardisierte Hilfsmittel zur Messung, wie z. B. Messpipetten mit entsprechender Skalierung, zur Verfügung stehen.
- Das Stellen der Medikamente am Patientenbett ist besonders in diesem Fall sinnvoll, da die Anzahl der Tropfen sonst nicht mehr nachvollziehbar ist (vor allem nach einer

möglichen Verdünnung). Auch haben die Patient:innen so die Möglichkeit, mit zu kontrollieren.