



## Fall des Monats Mai 2015

### Ein Fehler setzt sich fort.....

Fall-Nr.: 113992

#### Was ist passiert?

Patientin kam am Wochenende zur i.v.-Kortison-Infusionstherapie. Flexüle war bereits auf der neurologischen Station vom AVD gelegt. Laut hinterlegtem Zettel (ohne Unterschrift) erhält die Patientin Tetracosactid [Handelsname]. Das Medikament war im Kühlschrank der Station hinterlegt. Das bereitgestellte Medikament war jedoch zur i. m. Injektion vorgesehen (Hinweis auf der Packung). Zudem steht im Beipackzettel ausdrücklich, Medikament ist nur zur i. m., nicht zur i. v. Gabe bestimmt. Tetracosactid [Handelsname] 0,25mg/1ml zur i.v.-Gabe war nicht auf der Neurologie vorrätig. Ich habe daraufhin den neurologischen Arzt vom Dienst (AVD) informiert. Dieser führte mit der Patientin ein Gespräch und setzte die Therapie für das Wochenende aus.

#### Was war das Ergebnis?

Patientin hat das Medikament nicht erhalten.

#### Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Bessere Kommunikation.

Ein Blick auf die Packung bzw. in den Beipackzettel.

#### Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

erstmalig

#### Kam der Patient zu Schaden?

nein

#### Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)

**Altersgruppe:** 31-40

**Geschlecht:** weiblich

**Zuständiges Fachgebiet:** Neurologie

**In welchem Kontext fand das Ereignis statt?** Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)

**Wo ist das Ereignis passiert?** Krankenhaus

**Versorgungsart:** Routinebetrieb

**Wer berichtet?** Pflege-, Praxispersonal



## Kommentare

### ***CIRS-Team im Krankenhaus:***

Bei der Recherche des Falls wurden mehrere Faktoren festgestellt:

1. Das Rezept wurde nicht korrekt/ vollständig ausgestellt (Medikament ist i. m. und i. v. verfügbar. Darreichungsform-Hinweis fehlte)
2. Patient hat das Medikament aus der Apotheke abgeholt und mitgebracht - Apotheke hat i.m. Darreichungsform ausgehändigt obwohl auf dem Rezept auch noch 500 ml NaCl verordnet waren.
3. Ärztliches und Pflegerisches Personal hat trotz der Kenntnisnahme der i. m.-Darreichungsform das Medikament als Infusion vorbereitet.
4. Erst unmittelbar vor Verabreichung fiel der Fehler auf.

Fall wurde im Rahmen einer Abteilungsbesprechung erörtert. Es wurde festgelegt, dass zukünftig eindeutige Rezepte ausgestellt werden und eine Kontrolle der Darreichungsform (5R's) regelmäßig durchgeführt wird.

CIRS-Fall wird in der Stationsleitungskonferenz besprochen.

### ***Kommentar des Anwenderforums:***

In diesem Bericht zeigt sich, dass es an mehreren Stellen im beschriebenen Behandlungsprozess zu Fehlern gekommen ist:

- Bei der Ausstellung des Rezepts im Krankenhaus (ohne Angabe der Applikationsform).
- Bei der Ausgabe des Medikaments in der Apotheke (bei der von zwei möglichen Darreichungsformen eine ausgegeben wird, ohne dass eine Rückfrage erfolgt, welche die richtige sei).
- Bei der Annahme und Vorbereitung des Medikamentes auf der Station (bei der nicht auffiel, dass es nicht intravenös verabreicht werden darf).
- Fast bei der Gabe des Medikamentes: Hier fiel glücklicherweise auf, dass das für die intramuskuläre Gabe gedacht Depotpräparat vorlag. Die letzte Sicherheitsbarriere (der Kontrolle vor Anlegen der Infusion) hat glücklicherweise nicht versagt!

Beide Präparate werden von einer Firma angeboten und sehen – sowohl von der Verpackung als auch als Ampullen – sehr ähnlich aus. Die Applikationsform ist jedoch auf der Packung nicht deutlich genug erkennbar; d. h. wir haben hier ein typisches „look-alike“-Problem.



Zudem fehlte sowohl auf dem Rezept als auch auf dem im Kühlschrank hinterlegten Zettel die Angabe der Darreichungsform. Ob die Angaben auf dem Zettel nochmals unter Verwendung der Patientenakte kontrolliert worden ist, geht aus dem Bericht leider nicht hervor.

**Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:**

Auch bei ambulanten oder teilstationären Patienten muss gelten,

- dass vor Verabreichung von Medikamenten, insbesondere intravenösen Gaben, alle Angaben der Verordnung nochmals geprüft werden: Medikament, Dosis/Konzentration, Applikationsweg, Applikationszeit und der richtige Patient.
- Gerade bei ambulanten oder teilstationären Patienten kann eine weitere Sicherheitsbarriere genutzt werden – der Patient. Wenn dieser ebenfalls alle Informationen der Anordnung kennt, kann er in der Apotheke und vor Ort in der Klinik mithelfen, dass er das richtige Medikament erhält.