



## Berichten und Lernen

BDA und DGAI bieten ihren Mitgliedern im Berichts- und Lernsystem CIRS-AINS die Serviceleistung: der „Fall des Monats“.

[www.cirs-ains.de/cirs-ains/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html](http://www.cirs-ains.de/cirs-ains/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html)



### Fall des Monats\*

#### Der Fall\*\*

Medikamente werden aufgrund hoher Personalbelastung im Nachtdienst falsch gerichtet

#### Zuständiges Fachgebiet:

Anästhesiologie

#### Wo ist das Ereignis eingetreten?

Krankenhaus – Normalstation

#### Tag des berichteten Ereignisses:

Wochentag

#### Versorgungsart?

Routinebetrieb

#### Wichtige Begleitumstände:

Medikamente werden durch eine einzelne Pflegekraft für 60 Patienten gerichtet. Es gibt niemanden, der dies noch einmal kontrolliert.

#### Fallbeschreibung:

Bei der Frühvisite fällt auf, dass ein Medikament entgegen der ärztlichen Anordnung zweimal statt einmal täglich gerichtet wurde.

#### Was war besonders gut?

Es wurde bemerkt, da die Tablette sich optisch sehr von den anderen verordneten Medikamenten unterscheidet.

#### Was war besonders ungünstig?

Es muss von einer hohen „Dunkelziffer“ ausgegangen werden.

#### Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?

Vernünftige Personalausstattung und damit strikte Befolgung des Vier-Augen-Prinzips.

#### Häufigkeit des Ereignisses?

mehrmals pro Jahr

#### Wer berichtet?

Ärztin/Arzt

#### Berufserfahrung:

über 5 Jahre

#### Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Eine einzelne Pflegekraft hat die Aufgabe, während des Nachtdienstes die Tagesmedikation für den Folgetag für rund 60 Patienten bereitzustellen. Hierbei wird versehentlich ein Medikament für einen Patienten zweimal anstatt einmal für den entsprechenden Tag einsortiert. Diese Fehlmedikation wurde glücklicherweise rechtzeitig erkannt und abgewendet.

Die Personalsituation, insbesondere im Bereich der Pflege ist in sehr vielen Krankenhäusern (vornehmlich im Nachtdienst) an der absoluten Schmerzgrenze angekommen. Viele Stationen stellen nachts nur noch eine Pflegekraft. Im vorliegenden Fall ist zu hoffen, dass für 60 Patienten zumindest noch ein weiterer Kollege vor Ort gewesen ist.

Der Arbeitsablauf auf der betreffenden Station und die Erfahrung der Pflegekraft sind uns natürlich nicht bekannt. Aber vermutlich kann davon ausgegangen werden, dass je nach Fachrichtung, Alter und Zahl der Vorerkrankungen der Patienten, mit ca. 3-5 Minuten je Patient

#### Dr. med. P. Frank

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

#### Dr. iur. E. Biermann

Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

#### Prof. Dr. med. A. Schleppers

Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

#### Dipl.-Sozialw. T. Rhaiem

Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

*Aus den Berichten, die von den teilnehmenden Einrichtungen in CIRS-AINS eingestellt werden, wählt die Arbeitsgruppe BDA/DGAI in regelmäßigen Abständen einen sogenannten „Fall des Monats“ aus.*

*Unter dieser Rubrik werden Fälle veröffentlicht, die entweder in dieser oder in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und exemplarische Fehlerquellen repräsentieren oder solche, die als besonders bedeutungsvoll eingestuft werden. Die Fälle des Monats sind knapp gefasste Feedbacks mit sowohl anästhesiologischer als auch i.d.R. juristischer Analyse und gegebenenfalls Hinweisen auf wichtige Literatur zum jeweiligen Thema. Ziel ist es, mit diesen Fällen des Monats unsere Mitglieder für brisante Themen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie zu sensibilisieren und Warnhinweise sowie Verbesserungsempfehlungen zu verbreiten.*

\* November 2015.

\*\* Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

gerechnet werden sollte, um die Medikation gewissenhaft und sorgfältig richten zu können. Somit wären ca. 300 Minuten (also fünf Stunden!) an Zeit aufzubringen. Es ist schwer vorstellbar, dass diese Zeitspanne ohne Unterbrechungen und Ablenkungen vergeht. Eine Kontrolle der Medikation (Vier-Augen-Prinzip) ist ebenso nicht möglich. Eine derartig wichtige und sensible Aufgabe wie das Bereitstellen der Medikation des Folgetages kann unter diesen Umständen nur sehr schwer korrekt durchgeführt werden. Hier sollte dringend ein anderes (Personal-) Konzept erarbeitet werden.

Obgleich der gemeldete Fall im Speziellen nicht sehr spektakulär erscheint, so bietet er uns die Gelegenheit, auf das übergeordnete Problem der Medikationsfehler näher einzugehen.

Patienten werden während ihres Krankenhausaufenthalts in hohem Maße durch Medikationsfehler gefährdet. So stellen unerwünschte Arzneimittelereignisse die häufigste Ursache für Verletzungen und Todesfälle in Gesundheitssystemen dar [1-3]. Auch handelt es sich bei Medikationsfehlern um keine Einzelfälle. Laut einer Studie treten im Bereich der Intensivmedizin bei Erwachsenen im Mittel 109 Medikationsfehler je 1.000 ICU-Patienten-Tage auf [4]. Weiterhin ist für Intensivpatienten davon auszugehen, dass jedem im Durchschnitt 1,7 Fehler pro Tag widerfahren und beinahe jeder Patient einen potenziell lebensbedrohlichen Fehler während seines Intensivstationsaufenthalts erlebt. 78% der schweren medizinischen Fehler auf einer Intensivstation sind Medikationsfehler [5]. Auch für die Pädiatrische Intensivmedizin gibt es derart ernüchternde Zahlen. Hier wurden 100-400 Ordnungsfehler je 1.000 Patienten beobachtet [6].

Der Medikationsprozess ist vielschichtig. Er gliedert sich in Verschreiben, Niederschreiben, Bereitstellen, Dosieren und Verabreichen. Die meisten Medikationsfehler geschehen während der Verabreichung (53%), gefolgt von Fehlern während der Verordnung (17%), Bereitstellung (14%) und Übertragung auf neue Verordnungsbögen (11%) [7]. Aus diesem Grund sind viele Krankenhäuser

bzw. Krankenhausapotheken dazu übergegangen, das früher praktizierte Richten von Medikamenten für den nächsten Tag zu verlassen. Stattdessen werden die Medikamente fertig abgepackt und individualisiert von der Krankenhausapotheke an die Stationen geliefert. Voraussetzung für ein solches System ist das Führen einer elektronischen Patientenakte mit Schnittstelle zur Krankenhausapotheke.

Neben der absolut vorrangigen Patientensicherheit hat eine relativ alte Berechnung aus den USA aus dem Jahr 1995 auch sehr interessante ökonomische Aspekte beleuchtet. So wird dort aufgeführt, dass Medikationsfehler jedes Krankenhaus im Schnitt 2,9 Millionen Dollar pro Jahr kosten. Eine Reduktion der Medikationsfehlerrate um 17% würde Einsparungen in Höhe von 480.000 Dollar je Krankenhaus erbringen [8].

Faktoren, die zur Vermeidung von Medikationsfehlern beitragen, sind unter anderem:

- Vorhandenes Bewusstsein für Risikofaktoren,
- Achtsamkeit bei der Verordnung von Medikamenten,
- Double check,
- Computerbasierte Verordnungssysteme,
- Adäquate Personalausstattung,
- Einführung von Scannern.

### Die Analyse aus Sicht des Juristen

Zwei Ebenen sind zu unterscheiden: Die Verantwortung für die Anordnung der zu verabreichenden Medikamente liegt als Teil der dem Arzt vorbehaltenen therapeutischen Entscheidung beim Arzt. Die Auswahl der Medikamente nach Art, Dosis und Darreichungsform ist dem Arzt vorbehalten. Die Applikation ärztlich verordneter Medikamente kann auf hinreichend qualifiziertes Pflegepersonal übertragen werden, das insoweit dann die Durchführungsverantwortung trägt. Eine Delegation auf nichtärztliches Personal scheidet aber dann aus, wenn die Potenz der Medikamente und/oder die Art der Verabreichung respektive der Zustand des Patienten unmittelbare

ärztliche Präsenz bei der Verabreichung fordern [9]. Delegiert der Arzt nicht delegationsfähige Leistungen oder wählt er den Delegaten nicht hinreichend sorgfältig aus, so gehen dadurch verursachte Schäden des Patienten als „Organisationsfehler“ mit entsprechenden zivil- und u.U. strafrechtlichen Konsequenzen zu seinen Lasten. Ordnungsgemäße Anordnung der Medikation und korrekte Auswahl der Person, an die die Medikation delegiert wird, vorausgesetzt, gehen Fehler bei der Applikation (z.B. Bereitstellen, Verabreichen) zu Lasten des damit beauftragten Pflegepersonals. Dieses hat für Mängel bei der Bereitstellung und/oder der Applikation haftungsrechtlich einzustehen (Durchführungsverantwortung). Die strafrechtliche Verantwortung für Medikationsfehler ist nicht auf den ärztlichen Bereich beschränkt. So wurde in jüngerer Zeit in Bielefeld ein PJ-Student, der ein Medikament zur oralen Anwendung versehentlich intravenös verabreicht hatte, mit der Folge, dass der Patient aufgrund eines anaphylaktischen Schocks verstarb, zu einer Geldstrafe verurteilt.

Leistungsverdichtung, Hektik und Stress im Arbeitsalltag ändern an dieser Verantwortung nichts. Der Bundesgerichtshof hat klargestellt, dass die Sicherheit des Patienten allen anderen Erwägungen vorgeht, Personalengpässe entschuldigen nicht. Der Bundesgerichtshof hat dem Krankenhausträger zur Aufgabe gemacht, die notwendige Personalreserve zu stellen oder aber den Betrieb im Krankenhaus so einzuschränken, dass mit dem vorhandenen sowohl ärztlichen wie pflegerischen Personal eine ausreichende Versorgung gewährleistet werden kann [10]. Denn immerhin verspricht der Krankenhausträger nach §§ 39, 107 SGB V dem Patienten eine jederzeit ausreichende ärztliche und pflegerische Versorgung. Dann muss er aber auch die entsprechende Personalreserve zur Verfügung stellen, damit die Patientenversorgung dem versprochenen Standard entsprechend erfolgen kann.

Wenn also auch Hektik und Stress infolge von Leistungsverdichtung nicht davor schützen, bei einer darauf beruhenden

Medikamentenverwechslung, durch die ein Patient zu Schaden kommt, neben zivil- auch strafrechtlichen Konsequenzen ausgesetzt zu sein, so berücksichtigt die Rechtsprechung diese Umstände aber sehr wohl, nämlich bei der Beurteilung des Maßes der individuellen Schuld. Ein Beispiel: Eine Berufsanfängerin, die im Rahmen eines 24-stündigen Notdienstes nach abgeleiteter 63-Stunden-woche eine Blutkonserve infolge von Hektik und Übermüdung verwechselte, sah sich zwar einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren und im Ergebnis auch einer Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung ausgesetzt, doch das Gericht sah von Strafe ab (§ 60 StGB) [11]. Im Urteil wird deutlich die Verantwortung des Krankenhausträgers für die Missstände hervorgehoben, und dieses „Missmanagement“ wurde berücksichtigt bei der Frage, ob und wie der betreffende Mitarbeiter zu bestrafen ist. Vermehrt wird sich in diesem Zusammenhang auch die Frage nach der strafrechtlichen Verantwortung und damit der individuellen Inanspruchnahme der patientenfernen Entscheider (z.B. Geschäftsführung) stellen [12].

### Weiterführende Literatur

1. Preventing medication errors. Institute of Medicine; 2006
2. Baker GR, Norton PG: The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada. *Can Med Assoc J* 2004;170(11):1678-86
3. A safer place for patients: learning to improve patient safety. National Audit

### Take-Home-Message

- **Möglichst optimale Arbeitsbedingungen für sicherheitsrelevante Tätigkeiten schaffen.**
- **Medikationsfehler sind die häufigste Ursache für Patientenschäden im Krankenhaus.**
- **Wann immer möglich, das Vier-Augen-Prinzip beim Umgang mit Medikamenten umsetzen.**
- **Sicherheit des Patienten geht nach der Rechtsprechung des BGH allen anderen Erwägungen vor – der Krankenhausträger ist verpflichtet, eine adäquate Personalreserve vorzuhalten.**
- **Vor Einleitung einer kontrollierten Hypotension sollte ein arterieller Zugang gelegt werden.**

Office, 2005 <http://www.nao.org.uk/report/a-safer-place-for-patients-learning-to-improve-patient-safety/> (Zugriff am 03.09.2015).

4. Kane-Gill S, Weber RJ: Principles and practices of medication safety in the ICU. *Crit Care Clin* 2006;22:273-90
5. Moyon E, Eric Camiré E, Stelfox HT: Clinical review: Medication errors in critical care; *Critical Care* 2008;12:208
6. Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost PJ: Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Qual Saf Health Care* 2007;16:116-26
7. Krahenbuhl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krahenbuhl S: Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug Safety* 2007; 30:379-407
8. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Teich JM, Burdick E, Hickey M, Kleefield S, Shea B, Vanderliet M, Seger DL: Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA* 1998;280:1311-16
9. Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie, *Anästh Intensivmed* 2007;48:712-714; Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin, *Anästh Intensivmed* 2008;49:52-53; Andreas Manfred: Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal, *ArztR* 6/2008, S. 144 ff.
10. Weißauer W: Haftung des Krankenhausträgers bei personeller Unterbesetzung der Anästhesieabteilung – Urteil des Bundesgerichtshofes vom 18. Juni 1985, VI ZR 234/83. *Anästh Intensivmed* 1986;27:24-27
11. Amtsgericht Köln, Urteil vom 16.05.2012, Az. 613 Ls 3/12
12. Neelmeier T, Schulte-Sasse U: Hypoxie durch Organisationsverschulden – Forensische Begutachtung von Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen, *Rechtsmedizin* 2012;22:406-414 ff.



## CIRS AINS Basis-Schulung

### Jetzt auch online!

Unsere beliebte CIRS-AINS Basisschulung für CIRS-Beauftragte gibt es nun auch als Online-Schulung. Die Schulung basiert auf Videomitschnitten unserer Veranstaltung vom 17. September 2014 in Berlin. Die Teilnahme ist kostenfrei. Nutzen Sie die Möglichkeit, sich orts- und zeitunabhängig online weiterzubilden.

### Weitere Informationen unter:

[www.patientensicherheit-ains.de/veranstaltungen/schulungen.html](http://www.patientensicherheit-ains.de/veranstaltungen/schulungen.html)