

Ein Tippfehler und die Folgen

Aktueller „Bericht des Quartals“ aus CIRS-NRW

Patientensicherheit gemeinsam fördern: Unter diesem Motto tritt CIRS-NRW als Initiative der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) an. Das gemeinsame sowohl sektor- als auch professionsübergreifende Lernen wird durch verschiedene Aktivitäten unter dem Dach von CIRS-NRW angestoßen. So wurde von den Partnern die „CIRS-NRW-Gruppe“ eingerichtet. Die Mitglieder der Gruppe repräsentieren unterschiedliche Berufsgruppen und Einrichtungen. Sie verfügen durch ihre beruflichen Tätigkeiten über umfangreiche praktische Erfahrungen und Kompe-

tenzen im Bereich Qualitäts- und Risikomanagement. In regelmäßigen Abständen treffen sich die Mitglieder der Gruppe und wählen aus den eingegangenen Berichten einen „Bericht des Quartals“ aus. Dabei handelt es sich jeweils um Berichte, die als besonders interessant, bedeutsam oder lehrreich bewertet werden. Der Bericht des Quartals wird von der CIRS-NRW-Gruppe diskutiert, analysiert, kommentiert und dann allen Interessierten nicht nur im Westfälischen Ärzteblatt, sondern auch im Internet unter www.cirs-nrw.de zur Verfügung gestellt. Der aktuelle Bericht, der im Folgenden vorgestellt wird, wurde unter der Überschrift „Tippfehler auf Rezept“ eingegeben und stammt aus dem ambulanten Bereich.

Hartkäse weist häufig nach Größe und Anzahl unterschiedliche Löcher auf: Jeder kennt Schweizer Emmentaler und sein Lochmuster. Der Psychologe James Reason verdeutlichte anhand des Emmentalers, wie ein Fehler passieren kann, obwohl er eigentlich an verschiedenen Stellen hätte bemerkt werden müssen. Der Briten verglich diese Instanzen mit hintereinander angeordneten Käsescheiben mit Löchern. Liegen nun zufällig auch die Löcher hintereinander, so könnte ein Pfeil ungehindert hindurchfliegen („Swiss Cheese“-Modell). Übertragen auf die Patientenversorgung hieße dies, dass ein Fehler trotz der Mitwirkung einer Reihe unterschiedlicher Akteure und Mechanismen unerkannt bleibt und es zu einem kritischen Ereignis kommt.

Eine solche Situation findet sich im Bericht des Quartals auf CIRS-NRW: Die Eingabe Nr. 37680 „Tippfehler auf Rezept“ ist auf den ersten Blick unspektakulär. Bei der Analyse zeigt sich dann, dass es nicht lediglich um einen Tippfehler geht. Tatsächlich haben verschiedene Beteiligte den Tippfehler nicht oder nicht rechtzeitig bemerkt.

Am Anfang steht der Tippfehler: Statt „5 x 1 Tbl.“ eines Arzneimittels täglich werden fälschlich „3 x 5 Tbl.“ auf dem Rezept vermerkt. Leider teilt der Berichtende nicht mit, ob der Fehler vielleicht schon zuvor in der Kommunikation mit einer zweiten Person entstand, die etwas Anderes notierte als vom Arzt oder der Ärztin gesagt worden war. Möglicherweise war davor schon der Verordnende in Routine verfallen, hatte das übliche „3 x täglich“ mit der hier üblichen 5-maligen Gabe pro Tag

vermischt und unbewusst daraus ein „3 x 5“ gemacht. Manche Software verhindert durch Plausibilitätsprüfungen derartige Fehler. Auch die visualisierende Notierweise „1-1-1-1-1“ könnte auf einen Fehler aufmerksam machen. Das Gespräch mit dem Patienten ist eine weitere Gelegenheit zur Überprüfung einer Verordnung. Leider aber ist der Patient oft mit der Fülle an Informationen überfordert. Ein Medikationsplan für den Patienten empfiehlt sich daher, er stellt eine zusätzliche optische Kontrolle dar, um Fehlangaben zu bemerken.

Bemerkenswert ist bei Fall-Nr. 37680 der weitere Verlauf: Die Pharmazeutisch-Technische Angestellte (PTA) einer Apotheke wird auf die ungewöhnliche Dosierung aufmerksam. Leider nutzt sie nicht die Chance, die offensichtliche Überdosierung sofort aufzuklären. Jede Auffälligkeit dieser Art sollte Anlass sein, sich zunächst über die Richtigkeit einer Anordnung zu vergewissern. Erst danach sollte das Arzneimittel dem Patienten ausgehändigt werden. Immerhin kontaktiert die PTA im Nachgang den verordnenden Arzt und das Missverständnis kann nach einmaliger Falscheinnahme durch den Patienten und ohne Schaden für ihn aufgeklärt werden.

Gerade dieser Fall aus dem Bereich der ambulanten Versorgung zeigt die Bedeutung verschiedener Instanzen in einem Ablauf – bei verschiedenen Akteuren und an unterschiedli-

chen Plätzen. Jeder Beteiligte hat die Chance, einen Fehler zu entdecken und rechtzeitig zu korrigieren.

Diesen Bericht des Quartals und weitere Berichte lesen Sie jetzt in www.cirs-nrw.de: Das System kann jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin im Gesundheitswesen Anre-

gungen für eine sichere Patientenversorgung geben. Lesen Sie unter anderem Berichte zu Datenschutzproblemen im Krankenhaus, zu einem nicht erreichbaren Notfallhelfer oder zur notwendigen Dosisanpassung bei geriatrischen Patienten.



WEITERE INFORMATIONEN

Weitere Informationen zu CIRS-NRW gibt es im Internet unter www.cirs-nrw.de oder bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dipl. Soz.Arb. Anke Follmann MPH, E-Mail: info@cirs-nrw.de