

Fall des Monats Oktober 2020

Doppelte Antikoagulation

Fall-Nummer

203658

Zuständiges Fachgebiet

Innere Medizin

Altersgruppe des Patienten

Erwachsener

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Ein Patient wurde zur elektiven Untersuchung am Vortag aufgenommen. Zum Abend erhält der Patient eine s.c. Injektion zur Thromboseprophylaxe vom pflegerischen Spätdienst. Der pflegerische Nachtdienst stellt fest, dass der Patient irrtümlich diese Injektion erhalten hat. Er weckt daraufhin den Patienten mit den Worten: "Oh Gott, ganz schlimm - Sie haben die falschen Medikamente erhalten. Wer weiß, ob die Untersuchung morgen durchgeführt werden kann." Daraufhin verabreicht er dem Patienten zusätzlich die verordnete Medikation.

Was war das Ergebnis?

Der Patient erhielt zu viele Antikoagulantien. Verunsicherung des Patienten.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Es wurde nicht mit der Kurve gearbeitet und die 10 R-Regel außer Achtgelassen.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

Ein- bis zweimal im Quartal

Wer berichtet?

Pflege-, Praxispersonal

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus

Das CIRS-Team stellt fest, dass die dargestellte Kommunikation verbesserungswürdig ist. Es empfiehlt daher, dass dieser Fall im Rahmen von Kommunikationsschulungen als "Negativ-Fallbeispiel" verwendet wird. Zusätzlich soll dieser Fall im Rahmen der Stationsleitungsrunde vorgestellt werden. Zudem ist nicht erkennbar, ob der pflegerische Nachdienst nach Feststellung der falsch verabreichten Medikation mit dem diensthabenden Arzt Rücksprache gehalten hat. Dies ist zwingend erforderlich.

Kommentar des Anwender-Forums (2020)

Der Bericht beinhaltet verschiedene Aspekte: zum einen den offensichtlichen Medikationsfehler und seine Ursachen, zum anderen das Handeln und die Kommunikation mit dem Patienten und im Team, nachdem der Fehler identifiziert wurde. Im Anwender-Forum wurden vor allem der Medikationsfehler und seine Ursachen diskutiert.

Weitere Fragen, die hilfreich sind für die Analyse des Ereignisses:

- Wie ist der Fehler aufgefallen?
- Gab es eine telefonische oder eine andere mündliche Anordnung des Medikamentes oder wurde das Medikament nacheinem "Standard" gegeben, d. h. möglicherweise ohne eine ausdrückliche Anordnung?
- Wurde das Medikament "aus dem Gedächtnis" gestellt, vorbereitet und verabreicht?
- Befand sich die Information über die Anordnung auf einem Zettel oder einem separaten Spritzenblatt?
- Gab es einen Grund, keine Rücksprache (z. B. mit dem Arzt vom Dienst) zu halten, als der Fehler auffiel, um abzustimmen, ob das eigentlich verordnete Medikament jetzt noch gegeben werden soll?

Vermutlich wurde fälschlicherweise ein Heparin gespritzt, obwohl der Patient ein neues orales Antikoagulant (NOAK) hätte erhalten sollen. Vielleicht lagen unzureichende Kenntnisse über die betreffenden Medikamente und deren Wirkmechanismen vor. Antikoagulantien gehören zu den Hochrisiko-Medikamenten, da sie erhebliche Patientenschäden verursachen können, wenn sie falsch angewendet werden. So war möglicherweise unklar, dass beide Medikamente in sehr ähnlicher Weise wirken und durch die Gabe des zweiten Medikamentes das Risiko der Überdosierung und der erhöhten Blutungsneigung bestand.

Vielleicht wurde aber auch nicht auf den Fehler hingewiesen, weil die Sorge bestand, wie auf diese Information reagiert würde?

Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Ist der Patient einbezogen, d. h. weiß er, welche Medikamente er warum erhält, können mögliche Rückfragen des Patienten ähnliche Fehler vermeiden. Allerdings ist die Einbeziehung des Patienten gerade im Krankenhaus von seinem Gesundheitszustand, Alter, Kommunikationsfähigkeit etc. abhängig.

Im Bericht wird auf die Einhaltung der 10-R-Regel verwiesen, die hier noch einmal explizit aufgeführt werden sollen:

1. Richtiger Patient
2. Richtiges Medikament
3. Richtige Dosis
4. Richtiger Zeitpunkt
5. Richtige Applikationsart/-ort
6. Richtige Anwendungsdauer
7. Richtige Aufbewahrung
8. Richtiges Risikomanagement
9. Richtige Dokumentation
10. Richtige Entsorgung

Die Vorgehensweise nach "Stop-Injekt Check!" bedeutet, unmittelbar vor der Injektion von Medikamenten innezuhalten, um sich noch einmal zu vergewissern, dass das richtige Medikament in der richtigen Konzentration für den richtigen Patienten vorliegt. Stop-Injekt Check wird zwar vor allem für die i.v.-Medikation empfohlen (da die Wirkung eines Medikamentes oft unmittelbar eintritt und dabei das Risiko eines Schadens bei einer möglichen Verwechslung groß ist), das Vorgehen kann natürlich auch bei jeder anderen Injektion angewandt werden.

Stichworte: Medikamentenverabreichung

Risiko-Abschätzung:

Mögliche Konsequenzen bei einem erneuten Auftreten des Ereignisses: Moderat

Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens des Ereignisses: Unwahrscheinlich