

Ergebnisse eines Projektes norddeutscher Kinderkliniken

# Arzneimittelbehandlung häufigste Quelle von Risikosituationen

Risiken im Vorfeld von Schäden sind oft Folge „trivialer“ Fehler. Bei der Arzneimittelbehandlung betreffen sie vor allem die Verordnung, Zubereitung und Gabe der Mittel. Effektives Risikomanagement kann diese Risiken vermindern.

Risikomanagement versucht, risikoträchtige Situationen vorsorgend zu vermindern. Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) spielen für das Erkennen von Risikosituationen, das Voraussetzung für ein effektives Risikomanagement ist, eine wichtige Rolle. CIRS erfassen vor allem kritische oder unerwünschte Ereignisse, Fehler und Beinahe-Schäden. Diese sind sehr viel häufiger als echte Schäden („Spitze des Eisberges“). Ihre Analyse und Bewertung eignet sich deshalb besonders, vor Ort geeignete Maßnahmen zur Abwehr von Risiken einzuführen und die Zahl echter Schäden zu vermindern.

## Projekt

Die Verbesserung der Patientensicherheit, aber auch der Sicherheitskultur im Krankenhaus, war Ziel eines Risikomanagement-Projektes, das unter der Leitung und externen Begleitung des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR) der Universität Bremen in den Jahren 2005 bis 2007 in einem Verbund von zwölf norddeutschen Kinderkliniken durchgeführt wurde. Darunter befanden sich alle drei Bremer Kinderkliniken. Die Kliniken berichteten monatlich mit Hilfe standardisierter Bögen kritische Ereignisse an das IGMR, die dann von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe analysiert und bewertet wurden. Alle Ergebnisse wurden den Kliniken regelmäßig und zeitnah als Einzel- und Gesamtauswertung rückgespiegelt. Aus den Berichten wurde monatlich ein „Fall des Monats“ entwickelt und mit medizinischen sowie juristischen Kommentaren den Beteiligten zur Verfügung gestellt. Die strukturierte Kommunikation zwischen den Kliniken und dem IGMR schloss halbjährliche Treffen aller Beteiligten für einen intensiven

Erfahrungsaustausch ein. Innerhalb von 26 Monaten gingen 1299 Berichte beim IGMR ein. Neben statistischen Auswertungen zum Meldeverhalten einzelner Berufsgruppen, zeitlichen und örtlichen Auftreten der Ereignisse und zur Zuordnung zu einzelnen Bereichen und vermuteten Auslösern wurden die Berichte von der externen Arbeitsgruppe Risikotypizitäten zugeordnet. Unterschieden wurden zehn Risikokonstellationen; sie konnten pro Bericht maximal zweifach zugeteilt werden, so dass den 1299 Berichten 1829 Risikokonstellationen gegenüberstanden. Kritische Ereignisse im Zusammenhang mit Arzneimittelbehandlungen standen mit 35 Prozent aller Risikokonstellationen im Vordergrund. Risiken durch Verfehlung anderer Behandlungsstandards folgten mit 24 Prozent vor Risiken durch Dokumentationsmängel mit 15 Prozent. Kommunikationsprobleme – z. B. innerhalb der Pflege oder Ärzteschaft; zwischen Ärzten und Pflegekräften; zwischen verschiedenen Disziplinen; beim Schichtwechsel – waren in 12 Prozent, Dokumentationsmängel in 9 Prozent Ursache kritischer Ereignisse. Die Risiken im Rahmen der Arzneimitteltherapie ließen sich vor allem der Verordnung (34 Prozent), der Zubereitung (29 Prozent) und der Gabe (32 Prozent) von Medikamenten zuordnen. Ausgabeprobleme durch die Apotheke (5 Prozent) waren dagegen nur von geringer Bedeutung. Kritische Ereignisse bei der Verordnung kamen vor allem durch inkorrekte oder unkomplette Anordnungen und durch Mängel bei der Übertragung der Verordnungen von einem Dokumentationsmedium auf ein anderes

zustande. Bei der Zubereitung dominierten Risikokonstellationen durch Verwechslung (Arzneimittel, Dosis, Zeit, Patient) oder Verrechnen. Risiken bei der Gabe waren vornehmlich auf fehlerhaftes Bedienen (Perfusoren, Infusionssysteme etc.) oder Verwechseln zurückzuführen.

## Bewertung

Die kritischen Ereignisse wurden fast immer durch eher „triviale“ Fehler ausgelöst, die durch vergleichsweise einfache Maßnahmen zu verhindern gewesen wären. Dies galt auch für die Risikosituationen außerhalb der Arzneimitteltherapie. Schon während des Projektes wurden von allen Kliniken Maßnahmen zur Verhinderung kritischer Ereignisse eingeleitet, die vor allem eine Verbesserung interner Kommunikationsstrukturen, die Organisation von Behandlungsprozessen und sichere Dokumentationen zum Ziel hatten. Ein wesentlicher Erfolg des Projektes besteht aber auch darin, dass sich die Sicherheitskultur in den Kliniken gewandelt hat – hin zu einem kommunikativen Umgang mit Risiken, nicht nur innerhalb einzelner Kliniken, sondern auch zwischen den Kliniken. Verfahren zum Risikomanagement scheinen besonders dann effektiv, wenn sie als Teil des Qualitätsmanagements von Klinikleitungen implementiert werden.

Dr. Hans Wille, Institut für Klinische Pharmakologie, Klinikum Bremen-Mitte, Prof. Dr. Dieter Hart, Dr. Kathrin Becker-Schwarze, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen

## Risikokonstellationen

Medikationsfehler	a) Verordnung	215		
	b) Ausgabe	29	632	35 %
	c) Zubereitung/Gabe	388		
Verfehlung von Standards		436		24 %
Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege		50		3 %
Kommunikation in Ärzteschaft oder Pflege		38		2 %
Kommunikation zwischen Disziplinen		78		4 %
Kommunikation bei Schichtwechsel		47		3 %
Risikokonstellation durch Dokumentation		277		15 %
Risikokonstellation durch Geräte/Material		71		4 %
Risikokonstellation durch Organisation		168		9 %
sonstige Risikokonstellationen		32		2 %
Summe		1829		100 %