

# Dokumentationsfehler im Entlassungsbrief



Im Rahmen des Entlassungsmanagements kommt es im Routinebetrieb eines Krankenhauses zu einem Dokumentationsfehler bei der Medikation.

Im Entlassungsmanagement kommt es bei einer Frau im Routinebetrieb eines Krankenhauses an einem Wochentag zu einem Dokumentationsfehler im Entlassungsbrief. Ein Medikament wurde anstatt mit 2,5 mg 1-0-1 mit 25 mg 1-0-1 notiert und auch automatisch in den Medikamentenplan übertragen. Der Fehler wurde in der Hektik des Wochenbeginns übersehen. Der Arztbrief wurde an den Hausarzt gefaxt. Auch dort wurde der Fehler nicht bemerkt. Die Ausstellung eines entsprechenden Rezepts folgte. Die Apotheke bestellte die unübliche Dosis im Großhandel in Form von zwei Medikamentenschachteln (20 mg und 5 mg). Eine angehörige Person der Patientin erhielt die Medikamente erst am Tag nach der Entlassung, bemerkte die Abweichung nach Einnahme und meldete sich deshalb telefonisch.

Bei der Patientin zeigte sich nach der Einnahme eine Minderung der Vigilanz; sie war aber zu jedem Zeitpunkt erweckbar und reagierte adäquat. Nach Meldung über die falsche Einnahme erfolgte unverzüglich die Meldung an die Rettungsleitstelle mit dem Ziel, die Patientin nach einer notärztlich begleitenden Klinikeinweisung im Klinikum zu überwachen.

Die Leitstelle wurde auf die Notwendigkeit einer EKG-Überwachung hingewiesen. Anschließend erfolgte ein Anruf beim Gift-Notruf. Zu erwarten ist eine Vigilanzminderung, eventuell auch eine QT-Verlängerung. Das eingeleitete Vorgehen wurde befürwortet.

Als Grund für dieses Ereignis nennt die meldende Person – ein Arzt/eine Ärztin – mehrere Gründe:

- die Hektik am Wochenanfang mit der Übernahme von unbekannten Patienten, viele Telefonanrufe, Entlassungen;
- ausstehende Untersuchung vor der Entlassung der Patientin; Brief war bereits durch andere ärztliche Person vorbereitet, die vorbereitete Therapieempfehlung wurde nicht mehr kontrolliert. Der Brief wurde vidiert.

Auf die Frage, wie dies künftig vermieden werden könnte, führt der Melder an: zukünftig erste Kontrolle der Medikation durch Kollegen, der Brief vorbereitet; Endkontrolle durch Endvidierer; Info der Sekretärin bezüglich üblicher Dosierung des Medikaments.

## Feedback des CIRS-Teams/Fachkommentar



[www.cirsmedical.at](http://www.cirsmedical.at)

Im vorliegenden Fallbericht führt eine fehlende Kommastelle aufgrund eines Übertragungsfehlers zu einer ungewöhnlich hohen Dosierung eines Medikaments.

„Eine eindeutige Verordnung ist Grundlage für eine sichere Arzneimitteltherapie. Zu einer eindeutigen Verordnung gehört nicht nur die exakte Angabe des Präparats bzw. bei generischer Verordnung des Wirkstoffs, sondern auch eine exakte Angabe der Darreichungsform und Stärke beziehungsweise Konzentration. Vom Arzt muss außerdem eindeutig angegeben werden, welche Menge oder welche Dosierung der Patient erhalten soll.“

Wie im Bericht dargelegt, wurde hier seitens des Krankenhauses bereits eine Fehleranalyse durchgeführt. Diese zeigte auf, dass die Ursache in der Übertragung von Dosierungsangaben im bereits vorbereiteten Entlassungsbrief und in der fehlenden Kontrolle dieser Angaben (vor Übergabe an den Patienten) zu finden ist. Ein Entlassungsbrief dient als Informationsweitergabe für die weiterbehandelnden Ärzte. Diagnosen, weiterführende Therapiemaßnahmen und Angabe aktueller Medikation sollen dabei eine weiterführende Patientenversorgung absichern.

Maßnahmen zur Vermeidung eines erneuten Ereigniseintretens können entsprechend sein:

- Erarbeitung eines strukturierten Ablaufschemas bei der Patientenentlassung/Verbesserung der Kommunikations- und Dokumentationsstrukturen (eventuell. durch elektronisch-technische Unterstützung des Medikationsprozesses)
- Beim Entlassungsgespräch noch einmal detailliert auf die weitere Medikamenteneinnahme eingehen/darauf hinweisen. (So kann auch festgestellt werden, ob noch Medikamente fehlen, welche mitgegeben werden müssten oder ob die Dosierungen stimmen).
  - Gegebenenfalls Aushändigung eines Medikamentenplans bei der Entlassung oder Integration des Medikamentenplans in den Arztbrief.
- Wenn möglich: Ausfüllen des Entlassungsbriefs erst kurz vor der Entlassung
  - stets Kontrollschleifen etablieren; Daten vor der Aushändigung prüfen.

#### **Weitere Maßnahmen, die hilfreich sein können:**

- Vier-Augen-Prinzip bei der (schriftlichen) Übernahme/Doppelkontrolle (zum Beispiel bei der Anordnung von Hochrisiko-Arzneimitteln);
- Schulungen/Sensibilisierung des medizinischen Personals;
  - Gegebenenfalls Standards für eine Verordnung erarbeiten und etablieren (Angabe von Darreichungsform, Stärken, Einnahmezeitpunkt, eventuell Indikation etc.);

- handschriftliche Verordnungen vermeiden. Eventuell durch elektronisch-technische Unterstützung des Medikationsprozesses – von der Verordnung bis hin zum Patienten;
- bei Unklarheiten oder „merkwürdig“ vorkommenden Anordnungen sollte die zubereitende oder austeilende Pflegekraft immer beim zuständigen ärztlichen Dienst nachfragen;
- bei Unklarheiten beziehungsweise Auffälligkeiten in der Medikationsangabe → Rücksprache mit der verlegenden Abteilung, dem ärztlichen Dienst beziehungsweise Rücksprache mit der Krankenhausapotheke bei Dosisrückfragen.

Bei jeder Anordnung und Ausführung von Medikationsgaben sollte zudem die 6-R-Regel konsequent angewendet werden: Prüfung, ob Richtiger Patient, Richtiges Medikament, Richtige Dosis, Richtiger Zeitpunkt, Richtiger Applikationsweg, Richtige Dokumentation.

Einige der genannten Ansatzpunkte erfordern Projektarbeit (zum Beispiel Koordination durch Qualitätsmanagement), welche auch mit einem entsprechenden Ressourcenaufwand (Zeit, Personal) einhergehen. Es ist zu prüfen, ob einige (zum Beispiel als Teilimplementierung, Pilotprojekt) initiiert und angewendet werden können.

*CIRS-Team der BÄK Deutschland*