

# Ein Tippfehler und die Folgen

Fehlerquellen erkennen, Risiken minimieren, aus Erfahrungen anderer lernen: Seit 2012 können Ärzte, Pflegende und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe kritische Ereignisse und (Beinahe-)Fehler in der Patientenversorgung an CIRS-NRW senden, dem Berichts- und Lernsystem der ärztlichen Körperschaften und Kliniken in NRW. Inzwischen umfasst die Datenbank auf [www.cirs-nrw.de](http://www.cirs-nrw.de) 260 solcher Berichte, so auch den CIRS-NRW-Bericht des dritten Quartals 2013.

**H**artkäse 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“ 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 Falscheinahme 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 unterschiedlichen Plätzen. Jeder Beteiligte hat die Chance, einen Fehler zu entdecken und rechtzeitig zu korrigieren.

Diesen Bericht des Quartals und weitere Eingaben lesen Sie jetzt im CIRS-NRW ([www.cirs-nrw.de](http://www.cirs-nrw.de)). Das Fehlermeldesystem beider Ärztekammern, der Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen bringt Ereignisse an die Öffentlichkeit, die jedem Mitarbeiter im Gesundheitswesen Anregungen für eine sichere Patientenversorgung geben können. Lesen Sie unter anderem Berichte zu Datenschutzproblemen im Krankenhaus, zu einem nicht erreichbaren Notfallhelfer oder zur notwendigen Dosisanpassung bei geriatrischen Patienten.

CIRS-NRW



## CIRS-NRW: Anonyme Berichts- und Lernplattform zu kritischen Ereignissen

CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Es ist ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung. CIRS-NRW ist eine gemeinsame Initiative der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und der Krankenhausgesellschaft NRW in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). CIRS-NRW ist vertraulich, die Übertragung von Berichten erfolgt immer verschlüsselt. CIRS-NRW soll lokale Berichtssysteme in den Krankenhäusern und Arztpraxen ergänzen. Meldungen aus den lokalen CIRS können anonymisiert und in das landesweite System eingestellt werden.

Derzeit umfasst die Datenbank 260 Berichte. Die eingegangenen Meldungen werden von einem Fachbeirat analysiert und mit fachlich qualifizierten Kommentaren und Hilfestellungen versehen. Die Meldungen sind nicht rückverfolgbar, da die IP-Adresse des verwendeten Rechners nicht übermittelt wird. Als Vorbild für Meldesysteme wie CIRS gilt der Umgang der Luftfahrtbranche mit Zwischenfällen und Katastrophen. Die US-Luft- und Raumfahrtbehörde NASA hat ein solches Berichtssystem mit dem Aviation Safety Reporting System (ASRS) etabliert, dessen Motto lautet: „Confidential. Voluntary. Non-punitive“. (<http://asrs.arc.nasa.gov>) ble