

**Bericht**

**Titel:** Verhalten beim Umgang mit geplatzt Chemotherapiebeutel  
**Zuständiges Fachgebiet:** anderes Fachgebiet:  
**Altersgruppe des Patienten:** 71-80  
**Geschlecht des Patienten:** weiblich  
**Wo ist das Ereignis passiert?** Krankenhaus  
**Welche Versorgungsart:** Routinebetrieb  
**In welchem Kontext fand das Ereignis...** Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)  
**Was ist passiert?** Patient manipulierte während der Chemotherapiegabe am Infusionsständer, da Pat. einen Toilettengang plante. Der Aufforderung durch das Personal kurz zu warten, kam Pat. nicht nach. Durch die Lockerung der Feststellschraube am Ständer löste sich die Haltevorrichtung und glitt mit Schwung nach unten. Dabei zerriss die Halterung des Infusionsbeutels. Der Beutel fiel zu Boden und zerplatzte. Ca. 1000 ml Paclitaxel [Handelsname] (320 mg) verteilten sich im gesamten Behandlungsraum.

**Was war das Ergebnis?** Es handelte sich um eine komplexe Situation, da z. B. das Notfallset bei Kontamination mit Zytostatika nur für ca. 100-200 ml ausgelegt sind und diese normalerweise für den Fall gedacht sind, dass kleinere Mengen Zytostatika etwa beim Dekonnizieren von Infusionssystemen etc. austreten und somit ein umschriebenes Gebiet dekontaminiert werden muss.

Zu diesem Zeitpunkt waren im gesamten Bereich lediglich 2 Notfallsets verfügbar. Diese kamen unmittelbar zum Einsatz, um die Evakuierung der Patienten unter Ausschluss einer direkten Kontamination zu gewährleisten, waren jedoch nach kurzer Zeit aufgebraucht. Das weitere Management der Gefahrensituation wurde dadurch erschwert. Deshalb kontaktierte die Abteilungsleitung unverzüglich die Hygienefachkraft/Sicherheitsbeauftragte der Pflege. Diese fand sich wenig später vor Ort ein. Die Herstellerapotheke wurde ebenfalls telefonisch kontaktiert, um eventuell zusätzliche Informationen zur Vorgehensweise im Umgang mit dem Paclitaxel [Handelsname] zu erhalten. Parallel wurde der Technische Leiter im Hause um Hilfe gebeten. Kurzfristig konnten anschließend durch die Technik noch 2 weitere Notfallsets zur Verfügung gestellt und genutzt werden. Die verbliebenen kontaminierten Flächen wurden nach erfolgter Evakuierung der Patienten mit Hilfe von Vliesunterlagen abgewischt bzw. das Paclitaxel [Handelsname] damit aufgenommen und die Materialien versiegelt und entsorgt. Eine direkt einberufene Sicherheitsberatung legte protokollarisch dokumentiert die weiteren Maßnahmen fest.

Für das betroffene Personal waren dabei hinsichtlich der Bewältigung dieser akuten Situation folgende Punkte relevant:
 

- Unsicherheit des Personals beim Management der Gefahrensituation
- Defizite in der internen Kommunikation
- Bagatellisierung des Vorfalles durch Anwesende
- Klärung möglicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen und eventueller Folgeschäden
- Produktmanagement (Materialschwäche beim Beutel der Trägerlösung und Einsatz sicherer Infusionsständer)
- Ausstattung mit Notfallmaterial
- Evaluierung des Notfallmanagements
- Fortsetzung der Sprechstunde und Chemotherapiegaben unter den genannten Umständen

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...	1. Pat. hätte warten müssen 2. das Personal fühlte sich überfordert und teilweise nicht ernst genommen
Kam der Patient zu Schaden?	nein
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)</li> <li>• Ausbildung und Training</li> <li>• Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)</li> <li>• Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)</li> </ul>
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	erstmalig
Wer berichtet?	andere Berufsgruppe

<b>Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar</b>
--

**Kommentar:**

**Autor:**Dr. Pamela Reißner, Fachapothekerin für klinische Pharmazie, LAK Hessen

Circa 5-15% der Patienten mit einer Chemotherapie sind von Medikationsfehlern betroffen [1]. Allerdings werden in der Literatur meist Fehler im Medikationsprozess beschrieben aus den Bereichen Verordnung und Herstellung [2, 3]. Im Bereich der Applikation finden sich vornehmlich Medikationsfehler, die die Applikationsdauer betreffen, den Applikationsweg (intrathekal/intravenös) sowie in wenigen Fällen auch Paravasate, die durch Manipulation des Patienten an Applikationssystemen verursacht wurden [3, 4, 5].

Im CIRS-Bericht wird nicht von einer Schädigung des Patienten ausgegangen. Betrachtet man dies aus rein physiologischer Sicht, mag das richtig erscheinen. Jedoch ist sicherlich das Vertrauen des Patienten in die Effizienz „seiner“ Praxis gestört – nach der sicherlich hektischen Situation und einer Evakuierung. Auch muss man durch die kritische Situation von einem erhöhten Stresslevel bei allen Beteiligten ausgehen, welches wiederum ein Risiko für weitere Fehler mit sich bringt [6].

Drei zentrale Punkte in der Fehlervermeidung sollten zur zukünftigen Risikoreduktion berücksichtigt werden. Zum einen sollte der Einbindung des Patienten eine größere Bedeutung beigemessen werden. Der Patient muss als Mitverantwortlicher in die Therapie eingebunden werden – auch in die Risiken [6]. Dem Patienten muss klar sein, dass er mit Substanzen therapiert wird, die durch die Wirkungsweise auch Risiken beinhalten. Durch die Einbindung des Patienten kann er eigenverantwortlich Fehler wie im beschriebenen Fall vermeiden, dadurch dass er gegenüber dem Risiko austretender Substanzen sensibilisiert ist. Zum anderen sollte das gesamte Team eines onkologischen Bereiches in allen Notfallmaßnahmen geschult sein [6, 7]. Zum „Team“ gehören im weitesten Sinne auch nicht direkt am Patienten Beteiligte wie Sicherheitsbeauftragte oder Mitarbeiter des Transportdienstes. Ein weiterer Punkt ist die Sicherstellung der Verfügbarkeit von Informationen zu Notfallmaßnahmen. Hierzu gehört auch eine Übersicht, wo z. B. überall im Klinikum ein Notfallset vorhanden ist bzw. wer in einer kritischen Situation als Ansprechpartner wie zu erreichen ist [7].

**Literatur**

**Literatur**

1. Schwappach DLB, Wernli M. [Patientensicherheit in der Chemotherapie](#). Onkologiepflege 2009;(1):17-20.
2. Cheng CH, Chou CJ, Wang PC et al. [Applying HFMEA to prevent chemotherapy errors](#). J Med Syst 2012;36(3):1543-51.
3. Busse M. [Arzneimitteltherapiesicherheit in der Onkologie](#): Systematische Analyse des Medikationsprozesses von Patienten unter medikamentöser Tumortherapie. Dissertation. 2017 [cited: 2019-03-04].
4. Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). [Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen](#). Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln. Handlungsempfehlung. 2015 [cited: 2019-03-04].
5. KH-CIRS-Netz 2.0. Fall des Monats "Februar 2019": [Manipulation an Perfusoren durch Patient und/oder Angehörige](#). Fall-Nummer: 189297. 2019 [cited: 2019-03-04].
6. Schrappe M. [APS-Weißbuch Patientensicherheit](#). Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Herausgegeben vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Berlin: Med. Wiss. Verl.-Ges., 2018.

7. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). [Zytostatika im Gesundheitsdienst](#). Informationen zur sicheren Handhabung. BGWthemen. 2008 [cited: 2019-03-04].