

## Bericht

Titel:	Infusionsmanagement im Krankenhaus
Zuständiges Fachgebiet:	<i>leer</i>
Altersgruppe des Patienten:	unbekannt
Geschlecht des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Antibiosen werden auf Normalstation im Frühdienst vorbereitet und mit Infusionsständer vor das Patientenzimmer gestellt, der Spätdienst hängt die Antibiosen an
Was war das Ergebnis?	unbekannt
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	Unwissenheit, mangelndes Sicherheitsbewusstsein, Organisationsdefizite
	Vermeidung: Regeln der sicheren Medikamentenverabreichung beachten
Kam der Patient zu Schaden?	<i>leer</i>
Welche Faktoren trugen zu dem Ereig...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung und Training</li> <li>• Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)</li> <li>• Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)</li> <li>• Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)</li> <li>• Medikation (Medikamente beteiligt?)</li> </ul>
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	täglich
Wer berichtet?	Pflege-, Praxispersonal

## Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

### Kommentar:

#### CIRS-Team des Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland:

In der vorliegenden Eingabe wird berichtet, dass Antibiosen bereits im Frühdienst vorbereitet werden und erst im Folgedienst dem Patienten verabreicht werden.

*„Umgang mit Entnahme- und Zuspritz-Spikes*

*Medikamente für Injektionen/Infusionen müssen unmittelbar vor der Anwendung, maximal jedoch eine Stunde vor Einsatz am Patienten, aufgezogen bzw. gerichtet werden. Zur Dokumentation sollten die Spritzen/Infusionen mit Datum und Uhrzeit beschriftet werden. Dabei ist einheitlich zu regeln, ob das Herstellungs- oder das Ablaufdatum dokumentiert wird oder beides.“*[1]

Dieser Bericht kann als Anlass genommen werden, die Regelungen für das Infusionsregime zu überprüfen und anzupassen. Hygiene Standards müssen eingehalten und umgesetzt werden.

#### Literatur:

1. Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.: Hygiene-Tipp: Infusionen und Spritzen. April 2016. Online: <https://www.krankenhaushygiene.de/informationen/hygiene-tipp/hygienetipp2016/569>

#### Weiterführende Literatur:

- Infusionen sicher verabreichen. 2015. Online: <https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/die-schwester-der-pfleger/heftarchiv/ausgabe/artikel/sp-7-2015-infusionen-sicher-verabreichen/30331-infusionen-sicher-verabreichen/>

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

Der vorliegende Fall beschreibt ein Organisationsdefizit, wie es so oder so ähnlich vermutlich täglich in Kliniken, Praxen oder anderen Gesundheitseinrichtungen vorkommen kann. Das Robert Koch-Institut hat zum Umgang mit rekonstituierten Lösungen bzw. für zur Applikation zubereiteten Lösungen den Bericht der KRINKO-BfArM-RKI-Arbeitsgruppe veröffentlicht [1].

Somit sind vor Ort zur Applikation vorbereitete Lösungen nur zum unmittelbaren Gebrauch zu verwenden. Aufgrund unzureichender Organisationsstrukturen (Schichtdienst, Personalmangel, Überbelegung, u. ä.) wird dieses kurze Zeitfenster oftmals im Praxisalltag nicht umgesetzt. Häufig fehlt z. B. auch eine zweite Person, die bei diesem Arbeitsprozess das Vier-Augen-Prinzip gewährleisten könnte.

Trotz Zeitmangel und Personalmangel müssen Hygienevorgaben erfüllt werden. In diesem Beispiel können sich Keime rapide vermehren in einem Medium, welches zudem über einen längeren Zeitraum „auf dem Flur“ befindet, insbesondere zu wärmeren Jahreszeiten. Auch kann hier nicht gewährleistet werden, dass zum Zeitpunkt eines Anhängens nicht bereits eine weitere Person die Infusionen kontaminiert hat (z. B. Patient wirft Infusionsständer um).

Zwei zentrale Punkte in der Fehlervermeidung sollten zur zukünftigen Risikoreduktion berücksichtigt werden. Zum einen muss eine Reorganisation der Arbeitsabläufe erfolgen, um die Möglichkeit für den Alltag zu schaffen, dass Infusionen direkt nach Herstellung zur Applikation verwendet werden (können). Zum anderen muss eine Sanktion möglich sein bei aktiver Zuwiderhandlung gegen geltende Hygienerichtlinien, sofern die Organisationsstruktur dazu geeignet ist, den Prozess sicher auszuführen. Hilfreich kann zur Re-Organisation der Arbeitsabläufe eine Prozessoptimierung sein. Diese bietet zudem häufig die Möglichkeit, Prozesse zu verschlanken (Pareto-Prinzip, s. [2]). Anwenden kann man hier zum Beispiel eine Prozessanalyse sowie den PDCA-Zyklus (s. z. B. Kap. 4.4 in APS Handlungsempfehlung Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.) [3-5]

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 [5]. 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 [5].

## Literatur

1. Robert Koch-Institut. Zu spezifischen Fragen bezüglich Rekonstitution, Zubereitung und Applikation von Arzneimitteln und Infusionslösungen sowie zur Hautantiseptik. Epidemiologisches Bulletin 2016;(20):173-82.  
[www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/Ausgaben/20\\_16.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/Ausgaben/20_16.pdf)
2. Wikipedia. Paretoprinzip [Internet]. 2005 [cited: 2019-10-07].  
<https://de.wikipedia.org/wiki/Paretoprinzip>
3. Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen. Berlin, 2018. [cited: 2019-10-07].  
[www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/04/APS\\_HE\\_CIRSambulant\\_web.pdf](http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/04/APS_HE_CIRSambulant_web.pdf)
4. Wikipedia. Demingzyklus [Internet]. 2005 [cited: 2019-10-07].  
<https://de.wikipedia.org/wiki/Demingkreis>
5. Kantelhardt P, Picksak G. Fehlermanagement in der Apotheke: Medikationsfehler erkennen und vermeiden.

Dt. Apotheker Verl., 2017.

[www.deutscher-apotheker-verlag.de/shop/produkt/9783769268096/fehlermanagement-in-der-apotheke](http://www.deutscher-apotheker-verlag.de/shop/produkt/9783769268096/fehlermanagement-in-der-apotheke)