

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR  
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)  
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

09.03.2009 bis 12.03.2010

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

## **Patientensicherheit-**

Risikominimierung durch die direkte  
Medikamentenverabreichung

vorgelegt von: Verena Prax  
Krankenhaus Spittal/Drau  
Interne Abteilung

begutachtet von: PD Kornelia Fiausch, MAS  
LKH Villach  
Pflegedirektion

Jänner/2010

### **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Seeboden, 12.01.2010

## **KURZZUSAMMENFASSUNG**

Die bekannte US- Studie des Institute of Medicine „To err is human“ ließ bereits 1999 mit ihren Erkenntnissen aufhorchen, dass jährlich mehr Menschen durch Behandlungsfehler in Krankenhäusern sterben als bei Unfällen im Straßenverkehr. Für Aufsehen sorgte auch eine weitere Studie des gleichnamigen Instituts, wonach alleine durch Medikationsfehler jährlich 1,5 Millionen Patienten zu Schaden kommen und mehrere Tausend daran versterben (vgl. [www.sicherheitskultur.at](http://www.sicherheitskultur.at)).

Diesem Thema widmet sich auch die vorliegende Arbeit.

Es werden unterschiedliche Modelle der Medikamentenverabreichung dargestellt und mittels Risikoanalyse bewertet. Als sicherste Form geht die direkte Medikamentenverabreichung hervor.

Die Verfasserin hat sich im Rahmen der Recherchen zu diesem Thema auch Gedanken über die Einführung dieser im Krankenhaus Spittal/Drau gemacht, um eine Risikominimierung auf diesem Gebiet möglichst rasch zu erlangen.

Für den Weg in die Praxis ist ein großer Schritt getan!

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>vgl.</b>	vergleiche
<b>z.B.</b>	zum Beispiel
<b>DGKS</b>	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
<b>KH</b>	Krankenhaus
<b>CIRS</b>	Critical incident reporting system
<b>Pat.</b>	Patient (Einzahl, Mehrzahl)
<b>Med.</b>	Medikament (Einzahl, Mehrzahl)
<b>Med.- Verabreichung</b>	Medikamentenverabreichung
<b>lt.</b>	laut
<b>Fr.</b>	Frau

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1	KH Spittal/Drau.....	8
Abbildung 2	Personalstand Dezember 2009.....	10
Abbildung 3	Der Medikamentenprozess.....	18
Abbildung 4	Ergebnisdarstellung in Form eines Balkendiagramms.....	26

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>0. VORWORT</b> .....	<b>6</b>
<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>7</b>
<b>2. VORSTELLUNG DES KH SPITTAL/ DRAU</b> .....	<b>8</b>
<b>3. ZIEL DER ARBEIT</b> .....	<b>10</b>
<b>4. GESETZLICHE GRUNDLAGEN</b> .....	<b>11</b>
<b>5. RISIKOMANAGEMENT</b> .....	<b>12</b>
5.1. Definition.....	12
5.2. Risikomanagement im KH.....	12
5.3. Methoden des Risikomanagements.....	13
5.4. Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements.....	14
5.5. Qualitätskriterien.....	14
<b>6. FEHLERMANAGEMENT</b> .....	<b>15</b>
6.1. Was ist ein Fehler?.....	15
6.2. Fehlermanagement im KH.....	15
6.3. Fehlerkultur.....	15
6.4. Fehlermeldesysteme.....	17
6.5. Mögliche Folgen für Mitarbeiter bei Schadensfällen.....	17
<b>7. PROZESSQUALITÄT</b> .....	<b>18</b>
7.1. Der Medikamentenprozess.....	18
7.2. Welche Fehler können in diesem Prozess beispielhaft auftreten?.....	19
<b>8. IST- STAND- ERHEBUNG</b> .....	<b>19</b>
8.1. Modelle der Medikamentenverabreichung am KH Spittal/ Drau.....	20
8.2. Fragen an die einzelnen Modelle zur Risikobewertung.....	21
8.3. Modell 1- Die direkte Med.- Verabreichung.....	22

8.4. Modell 2a- Verteilung mittels Dispenser, welcher im ND befüllt wird.....	23
8.5. Modell 2b- Verteilung mittels Dispenser, welcher am Vortag befüllt wird.....	24
8.6. Modell 2c- Verteilung mittels Dispenser, welcher bei Dienstbeginn befüllt wird.....	25
8.7. Darstellung der Ergebnisse in Form eines Balkendiagramms.....	26
8.8. Interview.....	27
<b>9. PROJEKTPLAN.....</b>	<b>30</b>
<b>10. ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>32</b>
<b>11. LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>33</b>

## **0. VORWORT**

Anhand meiner 9-jährigen Berufserfahrung als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS) bin ich zur Erkenntnis gelangt, dass gerade im Bereich der Medikamentenverabreichung (Med.- Verabreichung) eine große Fehlerquelle besteht.

Derzeit obliegt es der Handlungsbereitschaft des Einzelnen bzw. der Stationsleitung, wie gewissenhaft in dieser Angelegenheit agiert wird. In den meisten Fällen konnte ich beobachten, dass Verabreichungsfehler stillschweigend übergangen wurden. Es erfolgte so gut wie nie eine Information an den betroffenen Patienten und auch bei Weiterleitung an den zuständigen Arzt gab es höchstens eine Ermahnung, jedoch nie Konsequenzen oder Verbesserungsvorschläge für die Zukunft.

Mir ist bewusst, dass es mit den momentan vorherrschenden Systemen, welche ich in meiner Arbeit auch vorstellen möchte, gar nicht möglich ist gewisse Fehlerquellen auszuschließen.

Es wäre mir daher ein großes Anliegen, speziell in diesem Bereich eine Verbesserung zu erbringen. Somit habe ich mir zum Ziel gemacht, mich in meiner Abschlussarbeit beim Weiterbildungslehrgang für basales und mittleres Management umfassend diesem Thema zu widmen.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit habe ich für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beider Geschlechter die weibliche Form (DGKS) gewählt.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Pflegedirektorin Kornelia Fiausch, die mich während der Arbeit begleitete und mir mit Anregungen und Literaturempfehlungen hilfreich zur Seite stand.



## 1. EINLEITUNG

In einem Großteil des Krankenhauses (KH) Spittal/Drau werden die Medikamente (Med.) zur Zeit in Dispensern ausgeteilt. Befüllt werden diese zu unterschiedlichsten Zeiten. Dies richtet sich nach den Personal- und Zeitressourcen sowie dem Tagesablauf der jeweiligen Stationen. Nur die Gynäkologie und die Akutgeriatrie praktizieren derzeit die direkte Med.-Verabreichung. Darunter versteht man die Durchführung des gesamten Medikamentenprozesses am Patienten. Die zuvor genannten Faktoren sowie auch die Anzahl der Patienten und deren kognitiven Fähigkeiten sind auf diesen beiden Stationen extrem unterschiedlich. Aus diesem Grund wäre es wohl vorstellbar, dieses System in jeden Stationsablauf integrieren zu können.

In der vorliegenden Arbeit sollte anhand von Literaturrecherchen, Erfahrungswerten und intensiver Auseinandersetzung mit dem Thema belegt werden, dass durch die direkte Med.- Verabreichung sehr viele Fehlerquellen ausgeschalten bzw. minimiert werden können.

Der theoretische Teil der Arbeit beschreibt das Risikomanagement im Krankenhaus sowie das Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements.

Auch das Fehlermanagement betreffend Fehlerkultur, Fehlermeldesysteme und rechtlichen Folgen werden näher erörtert.

Von dort wird übergeleitet zur Prozessqualität im Sinne des Medikamentenprozesses.

Im empirischen Teil folgt eine IST-Stand-Erhebung im KH Spittal/Drau sowie eine Risikobewertung der unterschiedlichen angewandten Modelle anhand gezielter Fragestellungen.

Als Resümee der Auseinandersetzung mit diesem Thema wird die sicherste Form der Med.- Verabreichung hervorgehen. Dem entsprechend wird es eine Empfehlung an die Pflegedirektion geben, diese im ganzen Haus einzuführen. Ein Projektplan dazu wird ebenfalls erstellt und beigelegt.

## 2. VORSTELLUNG DES KH SPITTAL/DRAU

Das KH Spittal/Drau ist eine gemeinnützige Krankenanstalt mit Öffentlichkeitsrecht. Es versorgt seit 1925 den Bezirk Spittal/Drau. Dieser ist flächenmäßig der zweitgrößte in Österreich mit einem Einzugsgebiet von ca. 80 000 Einwohnern. Im Sinne des Krankenanstaltengesetzes ist das Haus eine Krankenanstalt mit erweiterter Standardversorgungsfunktion.

Im Jahr 1925 gründeten die Ärzte Dr. Franz Albertini und Dr. Stylian Jatrou eine Privatkrankenanstalt mit 16 Betten, untergebracht in einem ehemaligen Gasthof. Später übernahmen Prim. Dr. Hermann Samonigg und seine Gattin Maria die Führung des Krankenhauses. Bis 1939 waren geistliche Schwestern des Deutschen Ordens aus Lana/Südtirol in der Pflege tätig. Seit 1982 leitet Dir. Hermann Samonigg jun. das Krankenhaus. Systematisch wurde das Haus zu seiner heutigen Größe mit 239 Betten aus- und aufgebaut und befindet sich auch derzeit wieder in einer Umbauphase.

Rechtsträger ist die Krankenhaus Spittal/Drau Gesellschaft mit beschränkter Haftung (vgl. [www.khspittal.com](http://www.khspittal.com)).



Abbildung 1 KH Spittal/ Drau (EDV- Abteilung, Arnold Stralz, 4.10.2009)

Das derzeitige Spektrum verfügt über 5 Fachabteilungen:

- Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
- Abteilung für Innere Medizin
- Abteilung für Chirurgie
- Abteilung für Unfallchirurgie
- Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie

Ein eigenes Institut für Radiologie ist dem KH angeschlossen.

Dazu kommen noch 6 Fachrichtungen, die von Konsiliarärzten versorgt werden:

- Hals-, Nasen und Ohren
- Orthopädie
- Neurologie
- Urologie
- Ophthalmologie
- Dermatologie

Auf 4 Stockwerken gibt es insgesamt 13 Stationen und Funktionsbereiche.

Im KH Spittal/Drau kommt das Pflegemodell nach Nancy Roper zur Anwendung.

Als Pflegeorganisationsform ist seit Jänner 2009 auf allen Stationen das Bezugspflegesystem implementiert.

Die Philosophie des Hauses lautet „*Gesundheit für Oberkärnten*“.

Um beste medizinische und pflegerische Versorgung sowie einen reibungslosen verwaltungstechnischen Ablauf sind 428 Mitarbeiter bemüht. Diese setzen sich wie folgt zusammen:

Ärzte/ Innen	68
DGKS/ DGKP	175
Hebammen	13
Pflegehilfen	67
MTD	33
Verwaltungspersonal	41
Betriebspersonal	29
Sonstiges Personal	2

Abbildung 2 Mitarbeiterstand Dezember 2009 (Mag. Robert Erlacher, 16.11.2009)

### **3. ZIEL DER ARBEIT**

Zur Erhöhung der Patientensicherheit gilt es herauszufinden, ob es durch die direkte Med.-Verabreichung zu einer Risikominimierung kommt. Dazu gehört es, die derzeit praktizierten Modelle zu erheben, darzustellen und miteinander zu vergleichen.

Schwerpunkt der Arbeit wird sein, sich mit der Qualität der derzeitigen Formen der Medikamentenverabreichung auseinander zu setzen und mögliche Risikopotentiale aufzuzeigen.

Parallel dazu werden die aktuellen Anforderungen des Risiko-, Qualitäts- und Fehlermanagements erhoben.

Das Endziel ist es, eine Sicherheitsverbesserung im Bereich der Medikamentenverteilung zu bewirken.

#### 4. GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Die gesetzliche Basis für die Tätigkeiten des diplomierten Fachdienstes beschreibt das Gesundheits- u. Krankenpflegegesetz. In §5 (Dokumentationspflicht) und §14 (Berufspflicht) ist die Dokumentation des Pflegeprozesses festgehalten. Der §15 umfasst den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Dieser wird aufgrund seiner Relevanz bei der Med.- Verabreichung im Folgenden näher beschrieben.

Qualitätssicherung ist im Gesundheitswesen keine freiwillige Maßnahme. Sie wird vom Gesetzgeber für alle Krankenanstalten vorgeschrieben und ist im Kranken- und Kuranstaltengesetz festgehalten.

##### Gesundheits- und Krankenpflegegesetz:

§15 Absatz 1: Hierbei handelt es sich um den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, welcher die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung umfasst. Der Arzt trägt dabei die Verantwortung für die Anordnung, der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung. Des Weiteren hat jede ärztliche Anordnung vor dem Zeitpunkt der Durchführung schriftlich zu erfolgen. Die Durchführung ist durch die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen (vgl. Flemmich, 2004: 211f).

##### Bundesgesetz für Krankenanstalten und Kuranstalten:

§5b.: Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung, betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, zu schaffen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglichen. Dies ist auch von großer wirtschaftlicher Bedeutung, da die Kostenträger bei fehlenden Leistungsnachweisen das Entgelt verweigern könnten. Jede Krankenhausleitung ist somit verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem umzusetzen und seine Wirksamkeit regelmäßig zu überprüfen und kontinuierlich zu verbessern (vgl. [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at)).

## **5. RISIKOMANAGEMENT**

Wo immer Menschen tätig sind, kann es aus Unwissenheit, mangelnder Sorgfalt oder Selbstüberschätzung zu Irrtümern kommen. Um diese in weiterer Folge zu analysieren, zu bewerten und zukünftig zu beherrschen, ist ein Risikomanagement dienlich. In diesem Kapitel werden folgende Fragen beantwortet:

- Was ist ein Risiko?
- Welche Rolle spielt Risikomanagement im Krankenhaus?
- Welche Methoden des Risikomanagements gibt es?
- Wie hängen Qualitäts- und Risikomanagement zusammen?

(vgl. Kahla-Witzsch, 2007: 5f)

### **5.1. Definition**

„Risiko wird definiert als ein geplantes oder ungeplantes unerwünschtes Ereignis, welches möglicherweise eine Organisation, einen Vorgang, einen Prozess oder ein Projekt beeinträchtigen kann. Es beschreibt immer ein Wagnis bzw. die Möglichkeit, dass eine Handlung oder Aktivität einen körperlichen oder materiellen Schaden oder Verlust zur Folge hat oder mit anderen Nachteilen verbunden ist“ (Kahla-Witzsch, 2007: 44).

### **5.2. Risikomanagement im KH**

Risikomanagement kann abhängig von der jeweiligen Branche sehr unterschiedlich definiert werden. Im wirtschaftlichen Bereich steht vor allem die Absicherung von finanziellen Risiken im Vordergrund. Eine weit umfassendere Bedeutung kommt dem Risikomanagement in Bereichen zu, wo nicht nur materielle Werte zählen, sondern es auch gilt Menschenleben zu schützen. Solche Bereiche werden als Hochrisiko-/Hochsicherheitsbereiche bezeichnet. High-Reliability-Organisation ist ein ebenfalls weit verbreiteter Begriff für solche Arbeitswelten und bedeutet in etwa Hoch-Zuverlässigkeits-Organisationen.

Dieser Ausdruck gibt die besonderen Anforderungen wieder, die an eine solche Arbeitswelt gestellt werden. Da die Leistungserbringung in diesen Fällen immer direkt erfolgt, kann deren Wirkung zumeist nicht mehr zurückgenommen werden und der Patient kann zusätzlich zu seiner Grunderkrankung oder Verletzung einen Schaden erleiden (vgl. Paula, 2007: 4).

### **5.3. Methoden des Risikomanagements**

Kahla-Witzsch unterscheidet in ihrem Buch über Risikomanagement für die Pflege zwischen aktivem und reaktivem Risikomanagement:

#### **Aktives Risikomanagement**

Hierbei geht es um die Sammlung potentieller Risiken und die Ermittlung von beinahe eingetretenen Fehlern. Möglichkeiten, diese zu ermitteln und zu dokumentieren, sind:

- Die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA) – Mit ihr wird versucht, mögliche Schwachstellen in neuen Prozessen zu analysieren, diese auf ihre Einflussmöglichkeiten hin zu prüfen und somit Fehler im Vorfeld zu begrenzen bzw. zu vermeiden.
- Die Fehlerbaum- Analyse – Sie gibt Aufschluss über das Verhalten eines Systems hinsichtlich unerwünschter Vorfälle. Die Ursachen und gegenseitigen Abhängigkeiten werden in der Form eines Baumes bildhaft dargestellt.
- Die Szenariotechnik – Dies ist eine Konstruktion von möglichen Ereignissen (Szenarien). Anhand dieser Technik sollte das Bewusstsein hinsichtlich der Tragweite von Handlungen und Versäumnissen sowie deren Wirkung auf den gesamten Ablauf gesteigert werden.

Für die schriftliche Erfassung solcher Beinahe- Schäden gibt es das Critical Incident Reporting System (CIRS). Dies wird in einem späteren Teil der Arbeit näher erläutert.

#### **Reaktives Risikomanagement**

Hierbei geht es um die Erfassung bereits eingetretener Schäden und Vorfälle. Organisationsabhängig gibt es unterschiedliche Erfassungsbögen dafür. Anhand der Erhebungen werden Maßnahmen zur Behebung getroffen (vgl. Kahla-Witzsch, 2007: 76f).

#### **5.4. Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements**

Das Risikomanagement dient hauptsächlich der Vermeidung haftungsrelevanter Risiken. Gerade aber Qualitätsmängel bedingen Risiken, die Schäden zur Folge haben können. So gesehen gehen Risiko- und Qualitätsmanagement Hand in Hand bzw. kann das klinische Risikomanagement als ein Teil des Qualitätsmanagements betrachtet werden (vgl. Kahla-Witzsch, 2007: 65).

Verpflichtet von Seiten der Sozialgesetzgebung sind Krankenanstalten jedoch nur zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (vgl. Kahla-Witzsch, 2007: 5f).

#### **5.5. Qualitätskriterien**

Qualität setzt sich nach dem amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian zusammen aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Strukturqualität: Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen bei der Leistungserbringung, sprich personelle und räumliche Ressourcen.

Prozessqualität: Diese betrifft die tatsächliche Art und Weise des Tuns bzw. der Dienstleistungserbringung.

Ergebnisqualität: Hierbei wird das Ergebnis der Behandlungserbringung gemessen am gesundheitlichen Zustand des Patienten sowie dessen subjektivem Empfinden (vgl. [www.pflegewiki.de/wiki/Avedis-Donabedian](http://www.pflegewiki.de/wiki/Avedis-Donabedian), 6.10.2009).



## **6. FEHLERMANAGEMENT**

„Studien aus verschiedenen Ländern belegen, dass es in 1% bis 4% aller Krankenhausbehandlungen zum Auftreten unerwünschter Ereignisse kommt. 70% davon ziehen beim Patienten keine weiteren Folgen nach sich, in 7% erleiden die Betroffenen bleibende Schäden, aber 14% dieses Patientenkollektives versterben an den Folgen unerwünschter Ereignisse“ (Qualitas, 2008: 5).

Mehr als die Hälfte aller Ereignisse werden retrospektiv als vermeidbar eingestuft. Diese Zahlen drücken ein enormes Verbesserungspotential bzgl. Sicherheit in der Medizin aus. Noch eindrücklicher sind Schätzungen, welche darlegen, dass bei der Gepäckabfertigung durch Fluggesellschaften weit weniger Fehler vorkommen als bei der Verabreichung von Medikamenten in Krankenhäusern (vgl. Von Laer, 2007: 33).

Aus diesen Aspekten hervorgehend werden im folgenden Kapitel die Begriffe Fehler, Fehlermanagement, Fehlerkultur und Fehlermeldesysteme näher erläutert.

### **6.1. Was ist ein Fehler?**

Der Begriff „Fehler“ wird definiert als geplante Vorgehensweise, die nicht planmäßig vollendet wird, oder als Anwendung einer ungeeigneten Vorgehensweise. Im deutschen Sprachgebrauch wird der Begriff „Fehler“ zumeist im Zusammenhang mit einer aufgetretenen Schädigung verwendet. Ein Fehler muss aber nicht zwangsläufig mit einem Schaden einhergehen (vgl. Paula, 2007: 6).

### **6.2. Fehlermanagement im Krankenhaus**

Krankenhäuser sind äußerst komplexe Systeme. Reibungsloses Funktionieren setzt die sorgfältige Zusammenarbeit einer Vielzahl von Menschen, Abteilungen und technischen Geräten voraus. Trotz dieser Komplexität wird Zuverlässigkeit und Fehlerlosigkeit erwartet. Krankenhäuser können auch oft mit anderen Industrien, die ebenfalls hohen Sicherheitsansprüchen genügen müssen, wie z. B. der Luftfahrt, verglichen werden. Im Vergleich dazu wurde jedoch dem Auftreten von Fehlern in der Patientenversorgung in der Vergangenheit nicht die nötige Aufmerksamkeit geschenkt.

Erst seit der verpflichtenden Einführung eines Qualitätsmanagements für Krankenhäuser wurde begonnen, sich mit diesem Thema explizit auseinander zu setzen (vgl. Roth, 2006: 41).

### **6.3. Fehlerkultur**

Was bedeutet das Wort Fehler? Welche Emotionen und Assoziationen löst dieses Wort aus? Jeder hat wohl die prägende Phase der Schulzeit erlebt, wo Fehler, in Rot gehalten, die Arbeiten zierten. Auch im Alltag werden oft Aussagen wie „für Fehler müsse man büßen“ oder „Fehler müssen bestraft werden“ benutzt. Vielmehr sollte versucht werden, aus Fehlern zu lernen. Fehlermanagement und der Gedanke des präventiven Umgangs mit Fehlern, setzt jedoch voraus, zuerst eine entsprechende Fehlerkultur aufzubauen. Dabei sollte nicht vergessen werden, welche innere Prägung in vielen Menschen existiert und welche Automatismen bei diesem Thema ablaufen. Es muss daher von den Führungskräften mit Nachdruck erklärt und vor allem vorgelebt werden, dass Fehler, sofern diese nicht grob fahrlässig sind, nicht primär zur persönlichen Anklage Einzelner führen. Idealerweise sollten Fehlervermeidungsstrategien dort ansetzen, wo noch keine Fehler aufgetreten sind, jedoch eine Situation zu einem Fehler führen hätte können. Hierbei handelt es sich um sogenannte Beinahefehler (vgl. Qualitas, 2003: 4f).

Der Begriff Fehlerkultur stammt ursprünglich aus den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften und bezeichnet die Art und Weise, wie soziale Systeme mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgehen (vgl. [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de), 25.11.2009).

Eine erstrebenswerte Fehlerkultur ist:

- Ein konstruktiver Umgang mit Beinahefehlern oder tatsächlichen Fehlern
- Information über Beinahefehler, um gleiche Situationen bzw. daraus resultierende tatsächliche Fehler zukünftig zu verhindern
- Führung einer wertschätzenden Kommunikation und Zusammenarbeit (diese erleichtert den Mitarbeitern den offenen Umgang mit Fehlern ganz wesentlich)
- Entwicklung einer Fehlerkultur weg von der Person hin zur Fehlervermeidung

(vgl. Qualitas, 2006: 34ff)

#### **6.4. Fehlermeldesysteme**

„Fehler und Beinahefehler zu nützen, um Verbesserungspotentiale zu erkennen, sind die Aufgaben von Fehlermeldesystemen im Gesundheitswesen“ (Qualitas, 2008: 4).

Hochreutener beschreibt auf der Homepage des Patientenanwalts Fehlermeldesysteme als etwas grundsätzlich sehr Einfaches. Anhand großteils anonymer Verfahren wird gemeldet, sobald irgendwo ein Fehler oder ein unsicheres Vorkommnis geschieht. Es kann ein einfaches System mit Papier und Bleistift ausreichend sein. Heute existieren aber bereits ausgereifte computergesteuerte Systeme dafür. Es gibt auch Vernetzungen von Gesundheitseinrichtungen untereinander bzw. anonyme Fehlermeldesysteme im Internet wie z. B. das cirsmedical ( vgl. [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com), 6.10.2009). Dies ist ein Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin (vgl. [www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de), 29.12.2009).

Ein weiteres Fehlermeldesysteme ist lt. Hochreutener das CIRS. Dieses stellt eine der wichtigsten Lernquellen für das Risikomanagement dar. Es basiert auf der Erkenntnis, dass einem schweren Zwischenfall in der Regel hunderte ähnliche Vorfälle ohne oder mit geringen Schadensfolgen vorausgegangen sind. In Fehlermeldesystemen werden diese harmlosen Fehler (near misses, critical incidents) erfasst und als Grundlage für System- und Prozessverbesserungen genutzt (vgl. [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com), 6.10.2009).

CIRS ist ein Gesamtkonzept zur Meldung, Bearbeitung und Prävention von ungewünschten Ereignissen bei der Patientenbehandlung. Wenngleich patientenorientierte Gründe genügen sollten, ein derartiges System im Krankenhaus umzusetzen, ist es auch die wirtschaftliche Komponente, die als Ansporn zur Implementierung dient. Die Bereitschaft von Patienten, Behandlungsfehler einzuklagen, steigt zunehmend. Ebenso steigen die Klagsummen, und damit auch die Kosten der Haftpflichtversicherung für die Krankenanstaltenträger (vgl. Qualitas, 2008: 5).

#### **6.5. Mögliche Folgen für Mitarbeiter bei Schadensfällen**

Um nochmals auf die Wichtigkeit der Installation eines Fehlermeldesystems in Gesundheitseinrichtungen hinzuweisen, werden im Folgenden mögliche Konsequenzen für die Mitarbeiter bzw. die Institution angeführt, die sich unter Umständen ergeben, wenn Patienten zu Schaden kommen.

Neben den Selbstvorwürfen können zusätzlich berufliche sowie straf- und zivilrechtliche Konsequenzen drohen.

- Strafrecht: Verfolgung wegen einer fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung
- Zivilrecht: Klage auf Schadenersatz oder Schmerzensgeld durch den Geschädigten
- Arbeitsrecht: Abmahnung, Versetzung, Kündigung, Regressansprüche des Arbeitgebers
- Regressansprüche der Krankenkasse an den Krankenhausträger

(Dr. Marianne Klaming MBA, KABEG Management, 13.10.2009)

## 7. PROZESSQUALITÄT

Im Bereich der Patientenversorgung stellt die Prozessqualität alle Maßnahmen am Patienten, die im Rahmen einer Krankheitsperiode ergriffen werden, dar. Dazu gehört auch der Medikamentenprozess, welcher wie folgt abläuft (vgl. Unterrichtsfolien 2009, Schaller-Maitz).

### 7.1. Der Medikamentenprozess

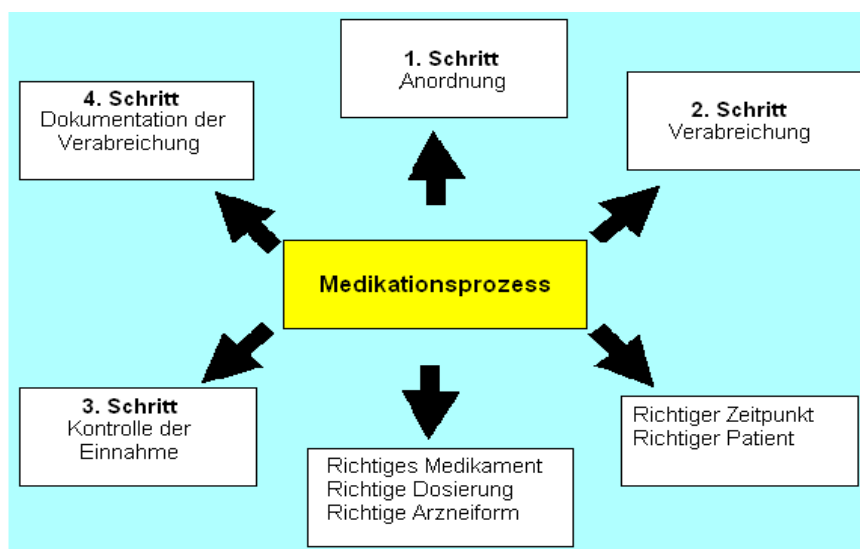


Abbildung 3 (Unterrichtsvorlage 2009, MMag. Dr. Warmuth)

## **7.2. Welche Fehler können in diesem Prozess beispielhaft auftreten?**

- Dosierungsfehler
- Übertragungsfehler
- unleserliche oder unklare Verordnung
- nicht zeitgerechte Verabreichung
- Fehleinschätzung der Compliance des Patienten
- falscher Patient
- falsches Arzneimittel

## **8. IST- STAND- ERHEBUNG AM KH SPITTAL/DRAU**

In diesem Kapitel werden zunächst die verschiedenen, derzeit angewendeten Formen der Med.- Verabreichung im KH Spittal/Drau beschrieben. Wie schon eingangs erwähnt, gibt es auf 2 Stationen bereits die direkte Verabreichungsform (Modell 1). Im übrigen KH werden die Med. mittels Dispenser verteilt (Modell 2). Je nach Zeitpunkt der Befüllung dieser wird dieses Modell noch in 2a, 2b und 2c unterteilt. Näher erläutert werden die Modelle im anschließenden Kapitel.

Es folgt die Risikobewertung der einzelnen Modelle anhand von Fragestellungen. Die Verfasserin hat die in 8.2. dargestellten Fragen an Führungskräfte verschiedener Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen gestellt, um eine möglichst klare Bewertung zu erhalten.

Ergebnis dieser Befragung ist das sicherste Modell der Med.- Verabreichung. Dies wird dann noch anhand eines Balkendiagramms anschaulich dargestellt.

Der letzte Teil des Kapitels ist ein Interview mit DGKS Wutti Michaela. Sie ist Vorreiterin, was die direkte Med.- Verabreichung am KH Spittal/Drau betrifft. Diese wurde von ihr aus Eigeninitiative bereits auf 2 Stationen eingeführt.

## **8.1. Derzeitige Modelle der Medikamentenverabreichung**

### **Modell 1:**

Die Medikamente werden 3x täglich bzw. mit der Schlaf- und Nüchternmedikation 5x täglich direkt am Patientenbett verabreicht. Dies wird auf der Gynäkologie und der Akutgeriatrie so gehandhabt. Der gesamte Medikamentenprozess wird hier von einer Person durchgeführt. Diese geht mit den notwendigen Medikamenten und der Fieberkurve zu jedem einzelnen Patienten, nimmt die verordneten Pharmazeutika aus der Verpackung und vergewissert sich sogleich, dass der Pat. diese noch in ihrer Anwesenheit einnimmt. Durch ihr Handzeichen bestätigt sie den Vorgang.

### **Modell 2:**

Die Med. werden in Dispensern verteilt. Bei Pat., welche der diensthabenden DGKS orientiert und körperlich dazu in der Lage erscheinen, wird dieser tagsüber am jeweiligen Nachtkästchen belassen. Der Pat. wird auf die vorgesehenen Einnahmezeiten grundsätzlich 1x hingewiesen und ist im Weiteren selbst für die korrekte Anwendung verantwortlich. Bei geistig oder körperlich eingeschränkten Pat. sowie Pat., welche sich in einer Alkohol-Entzugstherapie befinden, werden die Dispenser im Schwesternzimmer verwahrt. Der Fachdienst bringt die Nüchtern-, Morgen-, Mittags-, Abend- und Nachtmedikation zum jeweiligen Zeitpunkt in einem dafür vorgesehenen kleinen Becher zum Pat. Ob er ihm diese auch gleich eingibt oder sie nur am Nachtkästchen abstellt und davon ausgeht, dass der Pat. dies selbst macht, ist personenabhängig.

**2a)** Auf der gesamten Abteilung Chirurgie/ Unfallchirurgie (Ost, West, SKL), sowie der Internen Ost werden die Dispenser im Nachtdienst befüllt.

**2b)** Auf der Internen SKL sowie der Internen Mitte werden die Dispenser am Tag zuvor von der diensthabenden DGKS für den nächsten Tag vorbereitet.

**2c)** In einem Bereich der Internen SKL werden die Dispenser von der DGKS im Tagdienst bei Dienstbeginn befüllt.

## 8.2. Fragen an die einzelnen Modelle zur Risikobewertung

- Frage 1) Ist es bei der vorliegenden Applikationsform gewährleistet, dass der richtige Pat. das richtige Med. bekommt?
- Frage 2) Wird kontrolliert, ob der Pat seine Med. zum richtigen Zeitpunkt einnimmt?
- Frage 3) Kann auf angeordnete Medikamentenänderungen rasch und gewissenhaft reagiert werden, ohne dass eine Vielzahl von Medikamenten verworfen werden muss?
- Frage 4) Hat der Fachdienst die nötige Zeit und Ruhe, die Befüllung der Dispenser bzw. die direkte Verabreichung durchzuführen?
- Frage 5) Bestätigt der Fachdienst durch sein Handzeichen, dass der Pat. die Medikation lt. ärztlicher Vorschrift erhalten und auch eingenommen hat?
- Frage 6) Führt ein und dieselbe Pflegefachkraft den gesamten Medikamentenprozess durch?

Diese sechs Fragen werden im Folgenden zu allen 4 Modellen gestellt. Die Antwortmöglichkeiten sind „ja“, „nein“ und „teilweise“. Zum besseren Verständnis wird auch eine begründende Erklärung angeführt.

### 8.3. Modell 1- Die direkte Med.- Verabreichung

<b>Frage 1:</b> Ist es bei der vorliegenden Applikationsform gewährleistet, dass der richtige Pat. das richtige Med. bekommt?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Die Entnahme aus der Verpackung und die Verabreichung werden von einer Person anhand der Fieberkurve durchgeführt.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 2:</b> Wird kontrolliert, ob der Pat seine Med. zum richtigen Zeitpunkt einnimmt?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Die Einnahme erfolgt noch im Beisein des Fachdienstes bzw. werden die Med. dem Pat. direkt eingegeben.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 3:</b> Kann auf angeordnete Medikamentenänderungen reagiert werden, ohne dass eine Vielzahl von Medikamenten verworfen werden muss?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Da keine Med. vorbereitet werden, muss bei Änderungen auch nicht der gesamte Inhalt des Dispensers verworfen werden.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 4:</b> Hat der Fachdienst die nötige Zeit und Konzentrationsmöglichkeit, die Befüllung der Dispenser bzw. die direkte Verabreichung durchzuführen?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Es ist vorgesehen, dass die DGKS zu diesem Zeitpunkt keine anderen Aufgaben zu erledigen hat. Dies ist in der Praxis nicht immer möglich.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 5:</b> Bestätigt der Fachdienst durch sein Handzeichen, dass der Pat. die Medikation lt. ärztlicher Vorschrift erhalten und auch eingenommen hat?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Der Pat. schluckt die Medikation gleich nach Erhalt, noch im Beisein der DGKS.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 6:</b> Führt ein und dieselbe Pflegefachkraft den gesamten Medikamentenprozess durch?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Vom Ablesen der Anordnung über die Entnahme, die Verabreichung und die Dokumentation liegt alles bei einer Person.	Nein
	Teilweise



#### 8.4. Modell 2a- Verteilung mittels Dispenser, welcher im Nachtdienst befüllt wird

<b>Frage 1:</b> Ist es bei der vorliegenden Applikationsform gewährleistet, dass der richtige Pat. das richtige Med. bekommt?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Die Dispenser werden von einer anderen Person befüllt. Durch den Verbleib derer am Nachtkästchen haben alle Pat. Zugriffsmöglichkeit.	<b>Nein</b>
	Teilweise

<b>Frage 2:</b> Wird kontrolliert, ob der Pat. seine Med. zum richtigen Zeitpunkt einnimmt?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Grundsätzlich obliegt es dem Pat., wann er diese einnimmt. Kontrollpflichten werden personenabhängig unterschiedlich wahrgenommen.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 3:</b> Kann auf angeordnete Medikamentenänderungen reagiert werden, ohne dass eine Vielzahl von Medikamenten verworfen werden muss?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Der gesamte Inhalt des Dispensers muss verworfen werden, um sicher zu gehen, nicht das falsche Med. zu entnehmen.	<b>Nein</b>
	Teilweise

<b>Frage 4:</b> Hat der Fachdienst die nötige Zeit und Konzentrationsmöglichkeit, die Befüllung der Dispenser bzw. die direkte Verabreichung durchzuführen?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Es findet neben der Routinearbeit statt. Hinzu kommt hierbei eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit durch Sinken der Leistungskurve.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 5:</b> Bestätigt der Fachdienst durch sein Handzeichen, dass der Pat. die Medikation lt. ärztlicher Vorschrift erhalten und auch eingenommen hat?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Das Handzeichen wird bereits bei Befüllung des Dispensers gesetzt.	<b>Nein</b>
	Teilweise

<b>Frage 6:</b> Führt ein und dieselbe Pflegefachkraft den gesamten Medikamentenprozess durch?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Entnahme, Verteilen und Dokumentation liegen nicht bei einer Person. Kontrollpflichten werden unterschiedlich wahrgenommen.	<b>Nein</b>
	Teilweise

### 8.5. Modell 2b- Verteilung mittels Dispenser, welcher am Vortag befüllt wird

<b>Frage 1:</b> Ist es bei der vorliegenden Applikationsform gewährleistet, dass der richtige Pat. das richtige Med. bekommt?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Es ist nicht sicher, dass der Dispenser korrekt befüllt ist. Durch den Verbleib dessen am Nachtkästchen haben alle Pat. Zugriffsmöglichkeit.	<b>Nein</b>
	Teilweise

<b>Frage 2:</b> Wird kontrolliert, ob der Pat. seine Med. zum richtigen Zeitpunkt einnimmt?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Grundsätzlich obliegt es dem Pat., wann er diese einnimmt. Kontrollpflichten werden personenabhängig unterschiedlich wahrgenommen.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 3:</b> Kann auf angeordnete Medikamentenänderungen reagiert werden, ohne dass eine Vielzahl von Medikamenten verworfen werden muss?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Der gesamte Inhalt des Dispensers muss verworfen werden, um sicher zu gehen, nicht das falsche Med. zu entnehmen.	<b>Nein</b>
	Teilweise

<b>Frage 4:</b> Hat der Fachdienst die nötige Zeit und Konzentrationsmöglichkeit, die Befüllung der Dispenser bzw. die direkte Verabreichung durchzuführen?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Dieser Vorgang findet bei freien Zeitressourcen neben der Routinearbeit statt.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 5:</b> Bestätigt der Fachdienst durch sein Handzeichen, dass der Pat. die Medikation lt. ärztlicher Vorschrift erhalten und auch eingenommen hat?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Das Handzeichen wird bereits bei Befüllung des Dispensers gesetzt.	<b>Nein</b>
	Teilweise

<b>Frage 6:</b> Führt ein und dieselbe Pflegefachkraft den gesamten Medikamentenprozess durch?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Entnahme, Verteilen und Dokumentation liegen nicht bei einer Person. Kontrollpflichten werden unterschiedlich wahrgenommen.	<b>Nein</b>
	Teilweise

## 8.6. Modell 2c- Verteilung mittels Dispenser, welcher bei Dienstbeginn befüllt wird

<b>Frage 1:</b> Ist es bei der vorliegenden Applikationsform gewährleistet, dass der richtige Pat. das richtige Med. bekommt?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Entnahme und Verteilung liegen bei einer Person. Durch den Verbleib am Nachtkästchen besteht Zugriffsmöglichkeit für andere Personen.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 2:</b> Wird kontrolliert, ob der Pat. seine Med. zum richtigen Zeitpunkt einnimmt?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Grundsätzlich obliegt es dem Pat., wann er diese einnimmt. Kontrollpflichten werden personenabhängig unterschiedlich wahrgenommen.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 3:</b> Kann auf angeordnete Medikamentenänderungen reagiert werden, ohne dass eine Vielzahl von Medikamenten verworfen werden muss?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Der gesamte Inhalt des Dispensers muss verworfen werden, um sicher zu gehen, nicht das falsche Med. zu entnehmen.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 4:</b> Hat der Fachdienst die nötige Zeit und Konzentrationsmöglichkeit, die Befüllung der Dispenser bzw. die direkte Verabreichung durchzuführen?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Es ist vorgesehen, dass die DGKS zu diesem Zeitpunkt keine anderen Aufgaben zu erledigen hat. Dies ist in der Praxis nicht immer möglich.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 5:</b> Bestätigt der Fachdienst durch sein Handzeichen, dass der Pat. die Medikation lt. ärztlicher Vorschrift erhalten und auch eingenommen hat?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Das Handzeichen wird bereits bei Befüllung des Dispensers gesetzt.	Nein
	Teilweise

<b>Frage 6:</b> Führt ein und dieselbe Pflegefachkraft den gesamten Medikamentenprozess durch?	<b>Antwort</b>
	Ja
<b>Begründung:</b> Die Einnahmekontrolle fehlt bzw. wird personenabhängig nur teilweise durchgeführt.	Nein
	Teilweise

## 8.7. Darstellung der Ergebnisse in Form eines Balkendiagramms

Es wurde hier absichtlich die Form der prozentualen Angabe gewählt, um auch auf diese Weise die Unterschiede zu verdeutlichen.

Bei allen 3 Varianten des Modells 2 konnte keine der Fragen mit „ja“ beantwortet werden. Modell 2c, bei welchem die Dispenser bei Dienstbeginn befüllt werden, ist lt. dieser Erhebung zwar die sicherste Form des 2. Modells, wurde jedoch auch nur mit 30% „nein“ und 70% „teilweise“ beantwortet.

Das Modell 1 erhielt bei 80% der gestellten Fragen ein „ja“ und bei 20% ein „teilweise“, somit wurde in keiner der 6 Antworten ein eindeutiges Risiko für den Pat. oder den Fachdienst bemängelt.

Daraus resultierend ist festzustellen, dass es durch die direkte Med.- Verabreichung zu einer 80%igen Risikominimierung kommt.

Es folgt hier die bildliche Darstellung dieses Ergebnisses.

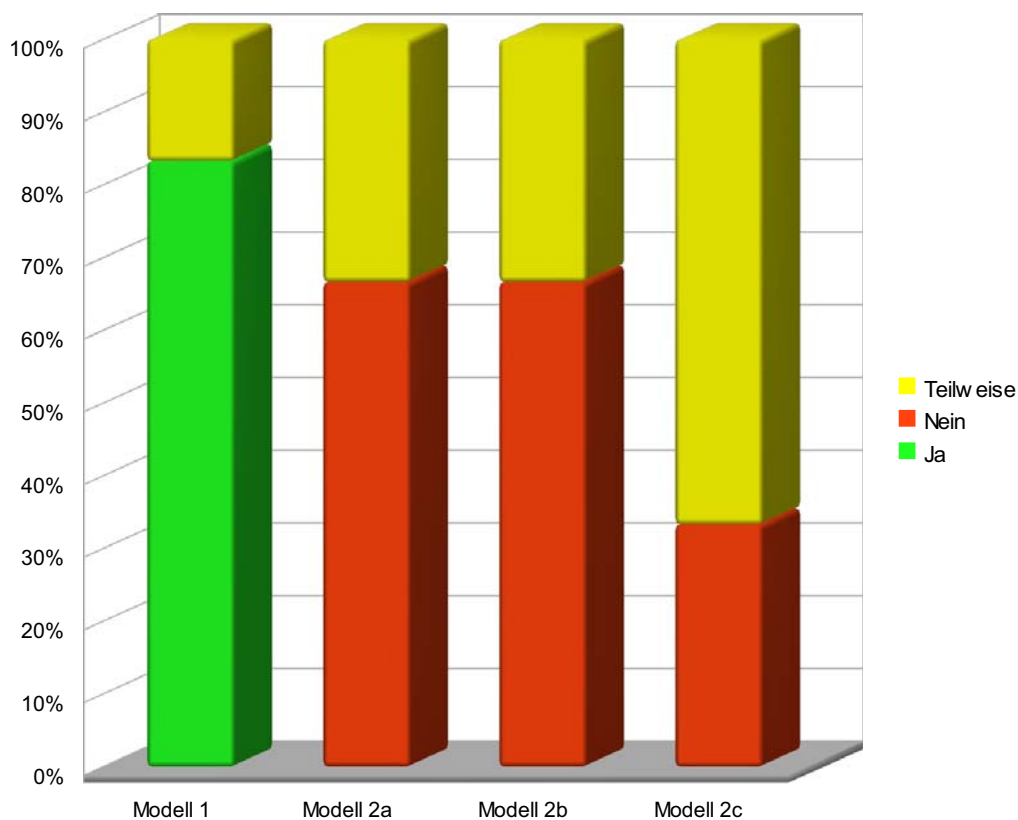


Abbildung 4 Ergebnisdarstellung in Form eines Balkendiagramms

## 8.8. Interview

Das Interview wurde geführt mit DGKS Wutti Michaela, welche bereits auf 2 Stationen im KH Spittal/Drau die direkte Med.- Verabreichung eingeführt hat. Der Grund der Befragung ist es daher, Erfahrungswerte zu erhalten. Es sollte vorab geklärt werden, welche Vorkehrungen getroffen werden müssen bzw. gilt es zu erfragen, wie man die Einführung zukünftig erleichtern könnte.

Es wurde hier von der Verfasserin die Form eines halb standardisierten oder semistrukturierten Interviews gewählt. Ein Interviewleitfaden dient bei dieser Vorgehensweise als Hilfestellung beim Verlauf des Gesprächs. Reihenfolge und Formulierung der Fragen können der jeweiligen Situation angepasst werden. Das Interview wurde in einem weichen Kommunikationsstil geführt, sprich es bestand ein Vertrauensverhältnis zwischen den Interviewpartnern, da diese einander bekannt sind. Es handelt sich um ein Einzelinterview, in dem großteils offene Fragen gestellt wurden (vgl. Mayer, 2007: 174f).

Eckdaten: Wer? DGKS Prax Verena, DGKS Wutti Michaela

Wo? Besprechungszimmer Akutgeriatrie

Wann? 18.11.2009, 14 30 Uhr

Dauer? 90 Minuten

Thema? Einführung der direkten Med.- Verabreichung

Fragenübersicht:

- 1) Seit wann arbeiten Sie mit der direkten Med.- Verabreichung und wieso haben Sie diese Form gewählt?
- 2) Wie ist dieses Thema damals bei Ihren Mitarbeitern angekommen?
- 3) Welche Erschwernisse bzw. Störfaktoren gab es aus Sicht der unterschiedlichen Berufsgruppen?
- 4) Wie konnten diese behoben werden?
- 5) Welche Vorteile haben sich für Ihre Mitarbeiter bzw. die Pat. ergeben?

- 6) Gibt es auch Nachteile?
- 7) Könnten sie sich vorstellen, nochmals mit einer anderen Verabreichungsform zu arbeiten?
- 8) Welche Vorschläge haben sie, um die Einführung auf anderen Stationen zu vereinfachen?

### Zusammenfassung des Interviews

Auf die Frage nach der Motivation zur Einführung der direkten Med.- Verabreichung, welche Fr. Wutti bereits seit 2006 mit ihrem Team praktiziert, gab sie die von ihr gewünschte Entlastung des Nachtdienstes sowie ein Praktikum auf der Geriatrie im LKH Villach an. Der Begriff dieser Verabreichungsform war ihr aus dem damals gerade abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang für Führungskräfte geläufig. Auf dieser Abteilung erfuhr sie dann zu ihrem Erstaunen, wie gut sich dieses Modell auch in die Praxis umsetzen lässt. Ebenso eine Arbeitserleichterung konnte sie beobachten, was das Ganze für sie noch interessanter erscheinen ließ.

Bereits kurz darauf gab es Informationsveranstaltungen für ihr Team und die Stationsärzte und es folgte die Einführung dieser Verabreichungsform auf der Gynäkologie des KH Spittal/Drau. Im Jänner 2008 wechselte Fr. Wutti auf die Akutgeriatrie, welche zu diesem Zeitpunkt neu eröffnet wurde. Diesen Umstand beschreibt sie als Erleichterung, da die direkte Med.- Verabreichung hier von Beginn an in alle Abläufe eingeplant war. Grundsätzlich ist lt. Wutti aber Aufklärung und Information der Mitarbeiter über die Risikominimierung das Wichtigste. Skepsis gab es da wie dort. Sie erzählt, dass sie aufgrund ihrer Hartnäckigkeit noch jeden davon überzeugen konnte, das Projekt auch mit der notwendigen Motivation zumindest mit ihr zu versuchen.

Als Erschwernisse aus Sicht der unterschiedlichen Berufsgruppen gibt Fr. Wutti zunächst die eingeschränkten Visitenzeiten für Ärzte an. Ebenso macht sie darauf aufmerksam, dass die direkte Med.- Verabreichung ein empfindliches Thema in der Team- Dynamik darstellt. Die DGKS wird für diesen Prozess ja augenscheinlich von der Pflege „abgezogen“, was bei Kollegen nicht immer Wohlwollen erzeugt.

Bezüglich der geänderten Visitenzeiten beschreibt sie es als extrem wichtig, den Ärzten von Beginn an keine Ausnahmen zu gewähren.

Heute, gibt Fr. Wutti an, können sich ihre Mitarbeiter wie auch sie selbst, kein anderes System mehr vorstellen, da die Vorteile für den Patienten als auch das Personal zu überzeugend sind.

Vorschläge, die Einführung dieses Modells auf anderen Stationen zu erleichtern bzw. Planungsschritte zu verbessern, führt sie folgende an:

- Aufklärung im Team
- wenig hierarchische Entscheidungen im Sinne von Anordnungen von „oben“
- laufende Vermittlung von Fakten im Sinne einer Qualitätsverbesserung
- Geduld

Als Resümee des Gesprächs lässt sich ableiten, dass bisher keine unlösbaren Probleme bei der Einführung der direkten Med.- Verabreichung im KH Spittal/Drau aufgetreten sind. Dies ist umso aussagekräftiger, wenn man das unterschiedliche Patientengut auf einer Gynäkologie und einer Akutgeriatrie in Betracht zieht. Demnach ist es durchaus vorstellbar, dieses Modell auf jede andere Station umzulegen.

Um die mögliche Einführung strukturierter zu gestalten, wird im nächsten Kapitel ein Projektplan, vorerst nur für eine Station, nämlich die der Verfasserin dieser Arbeit, erstellt. Dieser kann im Weiteren auch für jede andere Station Verwendung finden.

## 9. PROJEKTPLAN

<b>Projektname:</b>	<b>Einführung der direkten Medikamentenverabreichung</b>		
<b>Betrieb:</b>	KH Spittal/Drau	<b>Projektart:</b>	Qualitäts- sicherungs- projekt
<b>Station:</b>	Interne Mitte		
<b>Projektbeauftragte:</b>	DGKS Verena Prax	<b>Projektbegleitung:</b>	PD Robert Hieden
<b>Ausgangssituation:</b>			
<p>Von 10 bettenführenden Stationen praktizieren derzeit 2 Stationen die direkte Medikamentenverabreichung. Auf der Internen Mitte werden die Medikamente mittels Dispenser verteilt. Diese werden am Nachmittag des Vortages vom Fachdienst befüllt.</p>			
<b>Ziele:</b>			
<p>Nahziel: Einführung der direkten Med.- Verabreichung auf der Internen Mitte Fernziel: Alle bettenführenden Stationen sollen die direkte Medikamentenverabreichung durchführen.</p>			
<b>Erwarteter Nutzen:</b>			
<p>Risikominimierung für die Patienten und den Pflegefachdienst</p>			



<b>Projektbeschreibung</b>			
<b>Schritte</b>	<b>Thema / Sache</b>	<b>Umzusetzen bis</b>	<b>Verantwortliche/r</b>
1.Schritt	Information an Pflegedirektor	Bereits erfolgt	Projektleitung
2.Schritt	Interview der Stationsleitung, wo diese Verabreichungsform bereits praktiziert wird.	Bereits erfolgt	Projektleitung
3.Schritt	Information an das Team im Rahmen einer Teambesprechung	14.04.10	Projektleitung
4.Schritt	Information an die Ärzte der internen Abteilung	15.04.10	Projektleitung
5.Schritt	Reflexion der Informationsweitergabe	19.05.10	Projektleitung
6.Schritt	Adaption des Stationsablaufes und der vorhandenen Strukturen	01.06.10	Team
7.Schritt	Kick-off Veranstaltung und Implementierung	08.06.10	Team
8.Schritt	Verlaufsdokumentation	laufend	Projektleitung

## 10. ZUSAMMENFASSUNG

Der Prozess von der Medikamentenanordnung bis zur Verabreichung bzw. Einnahme von Medikamenten durch den Pat., beinhaltet ein erhebliches Risiko- und Fehlerpotential. Dieses zu durchleuchten und aufzuzeigen war als Grundlage für Verbesserungen mit ein Ziel dieser Arbeit.

Qualitätssicherung ist vom Gesetzgeber für alle Krankenanstalten vorgeschrieben. Die Installation eines Fehlermeldesystems ist eine notwendige Voraussetzung um Qualität zu sichern bzw. kontinuierlich zu verbessern.

Die prozesshafte Darstellung der derzeit üblichen organisatorischen Abläufe, den Medikamentenprozess betreffend, am KH Spittal/Drau, und deren Risikobewertung, lässt klare Qualitätsunterschiede bei den einzelnen Anwendungsmöglichkeiten erkennen.

Ist es mit dieser Arbeit nur gelungen, dass Bewusstsein dahingehend zu verstärken, wäre dies bereits als Erfolg zu verzeichnen.

Es geht aus den Erhebungen deutlich hervor, dass es durch die direkte Med.-Verabreichung zu einer Risikominimierung einerseits für den Pat., als auch für die diplomierte Fachkraft kommt. Unerwünscht eintretende Ereignisse können somit größtenteils vermieden werden.

Durch die erfolgreichen Praxisbeispiele auf 2 sehr unterschiedlichen Stationen, ist auch davon auszugehen, dass dieses Modell in jedem Stationsalltag einsetzbar ist.

Mit der Nutzung dieser Wissensgrundlage und der Umstrukturierung der gegenwärtigen Modelle, ist es für die Pflege in weiterer Folge auch möglich, größere Professionalität zu erlangen.

Rückblickend ist es mit dieser Arbeit gelungen, die sicherste Methode der Med.-Verabreichung zu ergründen, ihre Einführung der Pflegedirektion mittels erstelltem Projektplan zu erleichtern und somit einen weiteren Beitrag zur Patientensicherheit und der damit einhergehenden Qualitätsverbesserung zu leisten.

## 11. LITERATURVERZEICHNIS

### **Bücher:**

KAHLA-WITZSCH, H.-A.; PLATZER, O. (2007): Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden., 1. Auflage, Stuttgart, Kohlhammer Verlag.

PAULA, H. (2007): Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag. Heidelberg, Springer Medizin Verlag.

MAYER, H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung., 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Wien, Facultas Verlag.

VON LAER, L. (2007): Das verletzte Kind. Komplikationen vermeiden, erkennen, behandeln., Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

ROTH, A (2006): Fehlermanagement im Krankenhaus, Saarbrücken, VDM Verlag DR. Müller e.K. und Lizenzgeber.

FLEMMICH, G.; NÖSTLINGER, W. (2004): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Gesetze und Kommentare., Wien, Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH.

### **Zeitschriften:**

SCHÖGGL, Patrick (2003): Steuerung von Medikamentenfehlern.- In: Qualitas, Heft 6, S. 4-8

ZIEGLER, Gerald (2006): Fehlerkultur- oder: Wer fürchtet sich vorm schwarzen Mann...- In: Qualitas, Heft 19-20, S. 34-37

KALOUD, R.; LACKENBAUER, F.; PELINKA, H.; SCHAFFLER, R. (2008): CIRPS: Neues Fehlermanagementsystem im Unfallkrankenhaus Graz der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA),- In: Qualitas, Heft 1, S. 1-10

**Internet:**

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Donabedian>, 6.10.2009, 10 30

<http://www.khspittal.com>, 4.10.2009, 11 15

<http://de.wikipedia.org/wiki/Fehlerkultur>, 25.11.2009, 19 00

[http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04\\_publicationen](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen), 6.10.2009, 11 30  
Hochreutener, M.- A., Fehlermeldesysteme im Dienste der Patientensicherheit, (2005).

<http://www.cirsmedical.de>, 29.12.2009, 15 00

<http://www.sicherheitskultur.at>, 30.12.2009, 09 30

<http://www.ris.bka.gv.at>, BGBl. Nr. 1/1957 idF BGBl. I Nr. 124/2009, 11.1.2009, 13 30