

Prim. Dr. Matthias König

Einführung der Patientensicherheitsziele der WHO Eine machbare Herausforderung



Das Neurologische Therapiezentrum Kapfenberg hat sich im Jahr 2001 zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems entschlossen. Ziel war und ist es einerseits, die Sicherstellung der bereits bestehenden Qualität sowie insbesondere die kontinuierliche Verbesserung sämtlicher Prozesse im Krankenhaus zu gewährleisten, um allen Patienten unseres Krankenhauses dieselbe, qualitativ hoch stehende Behandlung zukommen zu lassen und andererseits dem, im Krankenanstaltengesetz geregelten Auftrag zur Qualitätssicherung genüge zu tun.

Nach reiflicher Überlegung und Vergleich diverser QM-Systeme (unter anderem auch ISO 9000:2000, AFQM, EFQM) hat sich das NTK für die Implementierung der Standards der **Joint Commission International (JCI)** entschieden, da diese von Beginn an für Bereiche der Patientenversorgung entwickelt wurden. Hierdurch ergibt sich eine Fokussierung auf die Patientenbedürfnisse, was für uns das zentrale Anliegen im Qualitätsmanagement darstellt.

Im April 2002 wurde das NTK als erstes Krankenhaus Österreichs nach den Standards der Joint Commission International Accreditation (JCIA) zertifiziert.

Jeweils im Mai 2005 und 2008 erfolgte die **Rezertifizierung** durch die JCIA nach dem Standardprogramm CARE CONTINUUM, welches für Gesundheitsorganisationen, die die Versorgung von Menschen nach der Akutversorgung bereitstellen, entwickelt wurde. Seit dem Jahr 2008 ist mit der Zertifizierung obligat die **Einführung von Lösungskonzepten in Bezug auf „Patientensicherheitsziele“**, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2005 definiert wurden, verbunden.

Autor: Prim. Dr. Matthias König

Die Patientensicherheitsziele der WHO befassen sich mit folgenden Themen:

1. Ähnlich aussehende, ähnlich klingende Medikamentennamen
2. Patienten-Identifikation
3. Kommunikation bei der Patientenweiterleitung
4. Durchführung des richtigen Verfahrens an der richtigen Körperstelle
5. Kontrolle von konzentrierten Elektrolytlösungen
6. Garantie der Medikamentensorgfalt bei Versorgungsübergängen
7. Vermeidung von Katheter- und Schlauch-Falschanschlüssen
8. Einmalanwendung von Injektionsgeräten
9. Verbesserte Händehygiene zur Prävention von Infektionen im Zusammenhang mit der Gesundheitsfürsorge

Im folgenden Beitrag sollen der Hintergrund und mögliche Lösungskonzepte für die Patientensicherheitsziele 1, 5 und 6, wo es letztlich um die Reduktion von schwerwiegenden Medikationsfehlern geht, dargestellt werden.

Patientensicherheitsziel 1.

Ähnlich aussehende, ähnlich klingende Medikamentennamen

Unklare Medikamentennamen, die zu Verwechslungen führen, sind eine der häufigsten Ursachen für Medikationsfehler und diese stellen weltweit ein Problem dar. Bei einer großen Zahl von Medikamenten, die sich gegenwärtig auf dem Markt befinden, ist die Gefahr von Irrtümern aufgrund verwechselbarer Medikamentennamen erheblich. Viele Medikamentennamen klingen ähnlich oder die Verpackungen sehen ähnlich aus. Zu diesen Verwechslungen tragen noch unleserliche Handschriften bei der ärztlichen Verordnung bei.

Als Beispiel seien die Medikamente Losec® und Lasix® genannt. Bei handschriftlicher Verordnung ist eine Verwechslung durchaus gegeben, was für einen Patienten mit behandlungsbedürftiger Herzinsuffizienz und/oder Niereninsuffizienz durchaus fatale Folgen haben kann.

Folgende Lösungskonzepte werden empfohlen:

- Mündliche und telefonische Medikamentenanordnungen sollten auf Notfälle beschränkt werden.

Autor: Prim. Dr. Matthias König

- Sowohl der generische Name als auch der Markenname des Medikaments sollten auf Medikamentenbestellungen und Produktinformationen aufgeführt sein.
- Das handschriftliche Anordnen von Medikamenten und Dosierungen sollten nur in Druckbuchstaben durchgeführt werden.
- Lagerung von ähnlich klingenden Medikamenten in getrennten Bereichen.
- Patienten, Angehörige oder betreuendes medizinisches Personal sollten die Medikamentenverordnung nur in schriftlicher Form, wobei die Indikation, der generische und der Markenname aufgeführt sind, erhalten.
- Im Bereich der Pharmaindustrie Entwicklung von weltweit gültigen Regeln zur Namensgebung von Medikamenten sowie ein Screening von existierenden Medikamentennamen, die mit einem neuen Medikamentennamen verwechselt werden könnten.

Patientensicherheitsziel 5.

Kontrolle von konzentrierten Elektrolytlösungen

Konzentriertes Kaliumchlorid wird von Einrichtungen in Australien, Kanada und Großbritannien als Hochrisiko-Medikation bezeichnet. In den Vereinigten Staaten von Amerika wurden der Joint Commission bereits in den ersten beiden Jahren ihres Berichtsprogramms für unvorhergesehene Ereignisse (1996-1997) 10 Patiententodesfälle aufgrund einer Falschanwendung von konzentrierter Kaliumchlorid (KCl)-Lösung berichtet. In Kanada traten zwischen 1993 und 1996 insgesamt 23 Ereignisse im Zusammenhang mit einer KCl-Falschanwendung auf. Verlässliche Daten aus Österreich liegen nicht vor. Es liegen auch Berichte über Todesfälle aufgrund einer versehentlichen Anwendung von konzentrierter Kochsalzlösung vor. Berichte über Tod und schwere Verletzungen bzw. Behinderungen im Zusammenhang mit der unsachgemäßen Verabreichung dieser Arzneimittel sind konstant und dramatisch. Meistens ist es klinisch unmöglich, die Wirkungen von konzentrierten Elektrolyten rückgängig zu machen, wenn diese nicht sachgemäß verabreicht werden (z.B. nicht sachgemäß verdünnt, mit anderem Arzneimittel verwechselt, zu schnell verabreicht usw.), weshalb häufig fatale Folgen für den Patienten unausweichlich sind. Kurz gesagt, diese Wirkstoffe sind tödlich, wenn sie nicht sachgemäß zubereitet und verabreicht werden. Obwohl konzentriertes KCl das häufigste Medikament unter den falsch angewendeten Elektrolytmedikamenten ist, kann es auch nach falscher Verabreichung von Kaliumphosphatkonzentrat und hypertotonischer (>0,9 %) Kochsalzlösung zu Todesfällen kommen.

Autor: Prim. Dr. Matthias König

Folgende Lösungskonzepte werden empfohlen:

- Kaliumchlorid sollte als gesetzlich kontrollierte Substanz behandelt werden, was Bedingungen zur Restriktion der Bestellungen beinhaltet sowie bestimmte Anforderungen an die Lagerung und Dokumentation (ähnlich Betäubungsmitteln).
- Idealerweise sollten konzentrierte Elektrolytlösungen aus dem Pflegebereich entfernt werden und nur an speziellen Örtlichkeiten aufbewahrt werden.
- Ampullen mit Kaliumchlorid müssen, wenn sie an speziellen Örtlichkeiten für die Patientenversorgung aufbewahrt werden, einzeln mit einem sichtbaren fluoreszierenden Warnetikett versehen werden, auf dem „MUSS VERDÜNNT WERDEN“ steht.
- Die ärztliche Anordnung sollte die Angabe der Infusionsgeschwindigkeit umfassen (idealerweise durch ein elektronisches Medikamentenverordnungsprogramm)
- Wenn kein Apotheker für die Zubereitung dieser Lösungen zur Verfügung steht, darf nur eine ausgebildete und qualifizierte Person (Arzt, Pflegeperson, pharmazeutisch-technischer Assistent) die Lösungen zubereiten.
- Nach Zubereitung der Elektrolytlösung muss diese von einer zweiten ausgebildeten und qualifizierten Person überprüft werden. Dies sollte in einer Checkliste dokumentiert werden. Diese Liste sollte Aufzeichnungen zu Konzentrationsberechnungen und der gewählten Infusionsgeschwindigkeit beinhalten.
- Die zubereitete Lösung wird vor Verabreichung mit einem HOCHRISIKO-WARNHINWEIS versehen.
- Zur Verabreichung konzentrierter Lösungen sollte eine Infusionspumpe verwendet werden. Wenn eine Infusionspumpe nicht zur Verfügung steht, kann der Einsatz von anderen Infusionsgeräten (z.B. Tropfenzähler) in Erwägung gezogen werden, die Infusion von konzentrierten Lösungen muss jedoch häufig kontrolliert werden.

Patientensicherheitsziel 6:

Garantie der Medikamentensorgfalt bei Versorgungsübergängen

Fehler bei der Beschaffung, Verordnung, Abgabe, Verabreichung und Überwachung von Medikamenten sind häufig, aber am häufigsten treten Fehler bei der Verordnung und Verabreichung auf. Die Auswirkungen sind erheblich, da Medikationsfehler jedes Jahr schätzungsweise 1,5 Millionen Menschen in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) schädigen und mehrere Tausend an den Folgen sterben. Insgesamt entstehen

Autor: Prim. Dr. Matthias König

dadurch Kosten von jährlich mindestens 3,5 Milliarden US-Dollar. Andere Industrienationen auf der Welt haben ebenfalls festgestellt, dass unerwünschte Ereignisse durch Medikamente in ihrem Gesundheitssystem eine Hauptursache für Patientenschäden und Tod sind.

In einigen Ländern weisen bis zu 67% der Medikamentenvorgeschichten der Patienten einen oder mehrere Medikationsfehler auf und bis zu 46% der Medikationsfehler treten bei Neuverordnungen zum Zeitpunkt der Einweisung oder Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus auf.

Folgende Lösungskonzepte werden empfohlen:

- Ein Medikamentenabgleich bei Übergängen von einer Versorgungsstruktur in die andere (z.B. Einweisung oder Entlassung aus der Krankenhausbehandlung) sollte in jeder Gesundheitseinrichtung im Form eines definierten Prozesses eingeführt werden. Der Medikamentenabgleich sollte folgende Informationen enthalten:
 - Verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige (Over-the-Counter) Medikamente, Vitamine, Nahrungsmittelergänzungen, potentiell interaktive Nahrungsmittel und pflanzliche Zubereitungen
 - Dosis, Häufigkeit, Applikationsweg und Zeitpunkt der letzten Dosis
- Innerhalb einer Richtung muss der Personenkreis genau definiert werden, der einen Medikamentenabgleich vornehmen kann und darf (z.B. ärztliches Personal, DGKS/P, Apotheker).
- Ein Abgleich mit dem Hausarzt oder dem zuständigen Apotheker sollte durchgeführt werden.
- Die Medikamentenliste des Patienten sollte innerhalb der Organisation an einem festgelegten Ort aufbewahrt sein, der dem medizinischen Personal der Einrichtung bekannt ist.
- Soweit vorhanden können elektronische Patientenakten den Prozess des Medikamentenabgleichs unterstützen. Mit entsprechender Software können Medikamenteninteraktionen zuverlässiger erfasst werden.
- Da in einer Einrichtung nicht alle verschreibbaren Arzneimittelspezialitäten vorhanden sind, beinhaltet der Medikamentenabgleichprozess, welche Medikamente unter Umständen z.B. für die Dauer eines stationären Aufenthaltes durch andere gleichwertige Substanzen ersetzt werden können und welche Medikamente unter Umständen im Sinne einer eiligen Beschaffung bei pharmazeutischen Unternehmen bestellt werden müssen.

Autor: Prim. Dr. Matthias König

Möglichkeiten für eine Beteiligung der Patienten und Angehörigen:

- Für eine optimale Effizienz muss der Medikamentenabgleichsprozess die Patienten und Angehörigen einbinden.
- Der Patient ist am besten in der Lage, alle Medikamente zu kennen, die ihm von verschiedenen Personen verschrieben wurden. Patienten sollten gebeten werden, bei jedem Arzttermin oder bei Krankenhauseinweisung alle aktuell angewendeten Medikamente einzupacken und mitzunehmen.
- Ermutigung der Patienten, Angehörigen und Pflegepersonen, eine akkurate Liste aller Medikamente anzufertigen und immer auf dem neuesten Stand zu halten, einschließlich verschreibungs- und nicht verschreibungspflichtiger Medikamente, pflanzlicher Medikamente und Nahrungsmittelzusätze, Impfvorgeschichte und alle allergischen und unerwünschten Medikamentenreaktionen. Diese Medikamentenlisten sollten bei jedem Arzttermin zusammen mit dem Patienten/den Angehörigen/den Pflegepersonen durchgesehen und aktualisiert werden.
- Unterrichtung der Patienten über Risiken im Zusammenhang mit einzelnen oder in Kombination angewendeten Medikamenten, unter besonderer Berücksichtigung von Patienten, die unter einer Polytherapie, welche von verschiedenen Ärzten verordnet wurden, stehen.
- Ermutigung der Patienten und ihrer Familien, nur eine Apotheke in Anspruch zu nehmen.

Quelle:

„Lösungskonzepte zur Patientensicherheit“; WHO-Kollaborationszentrum für Lösungskonzepte zur Patientensicherheit, WHO Mai 2007

Über den Autor: Prim. Dr. Matthias König

Persönliche Daten:

Geburtsdatum: 14.11.1961
Geburtsort: Hamm (D)
Staatsangehörigkeit: Österreich
Familienstand: verheiratet mit Ursula König; 3 Kinder
Wohnort: 8605 Kapfenberg, Schweighardtweg 10

Autor: Prim. Dr. Matthias König

Ausbildung:

Schulbildung: 1981 Matura Freiherr vom Stein Gymnasium Hamm (D)
Studium: 1981-1987 Studium der Human-Medizin in Aachen und Bonn

Weiterführende Ausbildung:

1998 Lehrgang Krankenhausmanagement in der Praxis (Veranstalter KDZ)
2002 Ausbildung zum Qualitätsbeauftragten im Gesundheitswesen (ÖVQ)
2004 Ausbildung zum Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (ÖVQ)
seit 02.12.2004 Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (ÖVQ-Zertifikat)
2006/2007 Geriatrie-Diplom der Österreichischen Ärztekammer

Beruflicher Werdegang:

Facharztausbildung 1988-1993 Ausbildung zum FA für Neurologie und Psychiatrie an der Lippischen Nervenlinik in Bad Salzuflen (Psychiatrie) und an der Univ. Klinik für Neurologie und Epileptologie Bonn (Neurologie)
Bisherige Tätigkeit: 1993-1997 Leitender Oberarzt an der Neurologischen Abteilung im LKH Bruck (bis Februar 1994 war die Abteilung am LKH Leoben situiert)
Derzeitige Tätigkeit: Seit 1998 Ärztlicher Leiter am Neurologischen Therapiezentrum Kapfenberg

2001/2002 Projektleitung zur Zertifizierung des NTK nach der Joint Commission International Accreditation – JCIA (mit Mag. Robert Schober)
2004/2005 Projektleitung zur Rezertifizierung nach den Standards der JCIA
2007/2008 Projektleitung zur Rezertifizierung nach den Standards der JCIA
2007 Leitung der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie
2007 Vorstandsmitglied der Österreichischengesellschaft für Neurorehabilitation

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29
Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Prim. Dr. Matthias König