

# Was wird verordnet – was gegeben? (Teil 1)

Bei den hier beschriebenen Fällen führte eine uneindeutige Verordnung zu einer fehlerhaften Arzneimittelabgabe an den Patienten. In einem Fall wurde in einer Patientenkurve Dexamethason 2-2-2-2 verordnet. Gegeben wurde Dexamethason 4 mg viermal zwei Tabletten, gemeint war aber Dexamethason 2 mg-2 mg-2 mg-2 mg. Im anderen Fall wurden Haloperidol Trp. 0-0-5-0 verordnet. Gegeben wurden abends fünf Tropfen, gemeint waren aber 5 mg.

## Fallbeschreibung

### Fall 1

Für einen Patienten wurde ein Glucocorticoid-Schema zum Ausschleichen einer hohen täglichen Dosis angeordnet. In der Patientenkurve hatte der Arzt für die ersten drei Tage Dexamethason 2-2-2-2 vermerkt. Die Pflegekraft, welche die Medikamente für den Patienten richtete, nahm das auf Station gebräuchliche Dexamethason-Präparat mit einer Stärke von 4 mg Dexamethason pro Tablette, stellte jeweils für morgens, mittags, abends und nachts zwei Tabletten und dokumentierte dies in der Patientenkurve mit „Dexamethason Tab. 2-2-2-2“. Der Stationsarzt wollte drei Tage später eine weitere Dosisreduktion verordnen, dabei fiel ihm auf, dass der Patient viermal täglich je zwei Tabletten bekommen hatte und klärte die Stärke ab, da auch ihm die 4-mg-Tabletten als häufig verwendetes Präparat geläufig waren. Es stellte sich heraus, dass der Patient viermal täglich 8 mg bekommen hatte, und nicht – wie vom Stationsarzt eigentlich gemeint – viermal täglich 2 mg.

Daraufhin verordnete der Arzt ein neues Schema zum Ausschleichen der nun höheren Glucocorticoid-Dosis inklusive der Angabe der Stärke der Dexamethason-Tabletten.

### Fall 2

Eine Patientin in der Psychiatrie erhielt abends Haloperidol-Tropfen,

da sie nachts immer wieder schwere psychische Erregungszustände zeigte. Laut ärztlicher Verordnung in der Kurve sollten es Haloperidol Trp. 0-0-5-0 sein. Die Pflegekraft verabreichte der Patientin abends fünf Tropfen (Haloperidol Tropfen 2 mg/ml; 5 Tropfen enthalten 0,5 mg), mit wenig Wasser verdünnt. Nachts war die Patientin genauso unruhig wie die Nächte zuvor. Der herbeigerufene Arzt applizierte erneut Haloperidol, diesmal intravenös. In einem anschließenden Gespräch mit der Pflegekraft sagte er, dass die Dosierung abends wohl auf 10 mg gesteigert werden müsse, da die verordnete Dosis von abends 5 mg Haloperidol nicht ausreichend sei. Die Pflegekraft wurde stutzig und erklärte dem Arzt, sie habe fünf Tropfen (=0,5 mg) gegeben und nicht 5 mg (entspreche 50 Tropfen). Am folgenden Abend bekam die Patientin dann die tatsächlich verordnete Dosis von 5 mg; schwere psychische Erregungszustände blieben aus.

## Kommentar

### Fall 1

#### Fehlerhafte Dokumentation/ fehlerhafte Verordnung

Fehlerursache war eine nicht eindeutige schriftliche Verordnung. Die Angabe 2-2-2-2 wird häufig genutzt als Angabe der zu applizierenden Menge. In diesem Fall war jedoch die zu applizierende Dosis in [mg] gemeint.

## BITTE MELDEN

Wir bitten alle Kolleginnen und Kollegen, uns Medikationsfehler zu melden. Hierzu steht das Erfassungssystem unter [www.ADKA-DokuPik.de](http://www.ADKA-DokuPik.de) zur Verfügung. Der Erfassungsbogen kann online ausgefüllt und direkt gesendet werden. Meldungen können auch formlos per E-Mail oder auf dem Postweg erfolgen. Bitte denken Sie bei der Fehlermeldung gegebenenfalls auch an eine Meldung nach Stufenplanverfahren!

### Kontaktadresse:

ADKA-Geschäftsstelle  
z. Hd. Pamela Kantelhardt  
Alt Moabit 96  
10559 Berlin  
E-Mail: [amts@adka.de](mailto:amts@adka.de)  
Tel.: (0561) 9802 256

Der Zusatz „mg“ wurde jedoch nicht angegeben. Die uneindeutige Verordnung führte dazu, dass der Patient eine falsche Dosis erhielt.

## Falsche Einschätzung einer Situation und mangelnde Kommunikation

Um die Angabe „2-2-2-2“ auf ein definiertes Arzneimittel beziehen zu können, fehlte bei der Verordnung von Dexamethason die Angabe der Stärke (Dexamethason-Präparate gibt es in verschiedenen Stärken). Die Pflegekraft vermutete, dass bei der Verordnung nur die Angabe der Stärke vergessen wurde und nahm an, dass das auf der Station am häufigsten verwendete Präparat gemeint war. Diese Einschätzung war falsch und führte dazu, dass sich die uneindeutige Verordnung bis zum Patienten durchsetzen konnte.

Trotz einer nicht eindeutigen Verordnung hat sich die Pflegekraft vor dem Stellen der Medikation nicht nochmals beim Stationsarzt rückver-

AG Arzneimitteltherapiesicherheit (Ulrike Georgi, Christian Heyde, Torsten Hoppe-Tichy, Gesine Pickasak, Pamela Kantelhardt, Jochen U. Schnurrer, Katja Taxis, Thomas Waßmann)

sichert, welches Präparat und welche Dosierung exakt verordnet worden war; eine Abklärung der uneindeutigen Verordnung fand somit nicht statt.

## Fall 2

### Fehlerhafte Dokumentation/ fehlerhafte Verordnung

Fehlerursache war eine nicht eindeutige schriftliche Verordnung. Zum einen wurde bei der Verordnung die Angabe „Trp.“ für „Tropfen“ gemacht. Bei der Mengenangabe wurde mit der Zahl „5“ jedoch eine Dosisstärke und nicht die Tropfenzahl angegeben. Die Angabe des Zusatzes „mg“ fehlte. Die Pflegekraft las in der Patientenkurve „Trp.“ in Zusammenhang mit der Angabe „5“. Daher bereitete sie die Medikamentengabe mit der Menge von 5 Tropfen vor.

### Fehlende Sensibilisierung

Der Pflegekraft war nicht bewusst, dass die Verordnung nicht eindeutig war. Für sie war die Angabe von „Trp.“ in Verbindung mit der Angabe „5“ eindeutig, nämlich „5 Tropfen“. Daher gab es für sie keinen Anlass für eine Rückfrage. Erst im Gespräch mit dem Arzt fiel ihr auf, dass mit „5“ möglicherweise auch 5 mg gemeint sein könnte und teilte dies dem Arzt umgehend mit. So trug sie maßgeblich zur Aufklärung des Falls bei und damit zur richtigen Verordnung für den Folgetag (Haloperidol Tabletten 5 mg abends).

## Strategien

### Fall 1 und Fall 2

#### Eindeutige Dokumentation/ eindeutige Verordnung

Eine eindeutige Verordnung ist Grundlage für eine sichere Arzneimitteltherapie (Abb. 1). Zu einer eindeutigen Verordnung gehört nicht nur die exakte Angabe des Präparats (bzw. bei generischer Verordnung des Wirkstoffs), sondern auch eine ex-

akte Angabe der Darreichungsform und Stärke beziehungsweise Konzentration. Vom Arzt muss außerdem eindeutig angegeben werden, welche Menge oder welche Dosierung der Patient erhalten soll. Die Festlegung, welche Angaben in einem Krankenhaus bei einer Arzneimittelverordnung zu verwenden sind, kann in jedem Krankenhaus individuell erfolgen. So kann definiert werden, dass die Angabe der Menge/Dosierung immer in Stückzahl in der Variante A–B–C–D angegeben wird, wobei A=morgens, B=mittags, C=abends und D=zur Nacht bedeutet. Auch könnten hierzu individuell Uhrzeiten definiert werden. Diese Festlegung kann verhindern, dass Angaben, die in Form von A–B–C–D gemacht werden, als Angabe einer Stärke fehlinterpretiert werden.

### Sensibilisierung/Kommunikation

Jeder Mitarbeiter auf Station sollte bei einer nicht eindeutig formulierten Verordnung nachfragen. Dies gilt sowohl für Pflegekräfte als auch für Ärzte sowie für weitere Kollegen, die an der Patientenversorgung beteiligt sind.

Um Nachfragen zu fördern, sollten diese immer bewusst positiv verstanden werden. Eine Negativdarstellung von Kollegen die nachfragen, beispielsweise als „Unwissende“, darf nicht geschehen. Häufig kann jedoch Stress dazu führen, dass Fragen ungerne beantwortet werden („keine Zeit“, „später“). Dies vermittelt dem Nachfragenden ein negatives Gefühl;



Abb. 1. Poster zur eindeutigen Verordnung von Arzneiformen, Stärken und Dosierungen

das Nachfragen wird daher zukünftig möglicherweise unterlassen, und die Kommunikation zwischen den Kollegen verschlechtert sich. Ein Umdenken in diesem Bereich sollte stattfinden – nur so kann die Kommunikation, insbesondere auch interdisziplinär, verbessert werden.

### Eine eindeutige Verordnung ist der erste Schritt zur sicheren Arzneimitteltherapie!

#### Erklärung der Autoren:

Der vorgestellte Fehler ist nicht unbedingt so in einem Krankenhaus vorgekommen. Wir denken aber, dass der Fehler jederzeit geschehen könnte und deshalb – im Interesse der Patienten – aus dem vorgestellten Fall Maßnahmen zur Fehlervermeidung abgeleitet werden sollten.