

## CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM (CIRS) – Wir lernen aus Fehlern

Auch diesen Monat finden Sie wieder einen kommentierten Fehlerbericht aus dem CIRS [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) in LAK aktuell.

**In unserem Beispiel geht es diesmal erneut um den Bericht, bei dem die Information über die korrekte Dosierung durch eine Anpassung des Medikationsplanes verloren ging. Dieser wird noch einmal unter anderen Gesichtspunkten (z. B. Vier-Augen-Prinzip / Doppelkontrolle) beleuchtet.**

Sie finden unseren Kommentar auch auf der Homepage von [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) – hier wird er parallel veröffentlicht, damit Arzt und Apotheker gemeinsam aus Fehlern lernen.

Jeder Fehler Zählt - Fehlerbericht Nr. 938

### **Dosis bei Anpassung des Medikationsplans "verloren" gegangen**

Aus: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=938>

#### **Was ist passiert? Welche Folgen hatte es für den Patienten?**

„Patient hatte nur eine Tagesdosis Brilique® täglich über einen Monat im ersten halben Jahr nach Stent genommen, da Abenddosis bei Anpassung des Medikationsplanes verloren gegangen ist. [...] zu geringe Einnahmedosis, keine Folge offensichtlich.“

Im vorliegenden Beispiel gab es keine offensichtlichen Folgen für den Patienten, jedoch bestand das Risiko einer unzureichenden Wirkung. Dies hätte für den Patienten schwerwiegende Folgen haben können, wäre es durch die versehentliche Halbierung der Dosierung zu thromboembolischen Komplikationen gekommen.

Der Wirkstoff Ticagrelor wird in der Regel in einem zweimal täglichen Dosisintervall appliziert. Die mittlere Halbwertszeit beträgt zwischen sieben und achteinhalb Stunden (Metabolit). Die Wirkung erfolgt u.a. über eine direkte und selektive sowie **reversible Bindung** an den P2Y12-Rezeptor.

#### **Bewertung aus Sicht der Apotheke – Ursachen und Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken**

Die Informationen in Medikationsplänen sind immer noch unzureichend [1,2]. Eine Grundlage für eine sichere Arzneimittelleinnahme durch den Patienten bietet jedoch nur die eindeutige und vollständige Information über seine Arzneimitteltherapie.

Um eine sichere Informationsgrundlage zu haben, wurde der Medikationsplan entwickelt. Beim Umgang mit diesem treten jedoch neue Risiken auf, die jeder kennen sollte, um sie zukünftig proaktiv zu vermeiden. Insbesondere bei Neuausstellung und Anpassung können Fehler durch Unachtsamkeit z.B. bei Copy-Paste auftreten sowie Auslassungen bzw. ungewollte Dosisveränderungen. Eine sichere Vier-Augen-Kontrolle (sog. Doppelkontrolle nach [3]) sollte nach Ausstellung eines Medikationsplanes stehen. Diese kann durch z.B. interprofessionell durch das Team Arzt-Apotheker gewährleistet werden. Die Einbindung des Patienten durch Verifizierung des Medikationsplanes kann bei Patienten, die kognitiv dazu in der

Lage sind, ebenfalls eine Option sein. Auch kann der Apotheker den Patienten bei dieser Herausforderung unterstützen und mögliche Unstimmigkeiten im Medikationsplan z.B. durch Abgleich mit Daten der Kundendatei identifizieren. Dies würde das geforderte Medication Reconciliation zur Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess unterstützen [4].

**Merke: Der Apotheker übernimmt Verantwortung für die sichere Arzneimitteltherapie seiner Patienten. Dies kann z.B. beinhalten, dass er für den Patienten bzw. gemeinsam mit dem Patienten neu ausgestellte Medikationspläne verifiziert und ggf. Unstimmigkeiten abklärt. Damit unterstützt der Apotheker die ärztlich verordnete Therapie durch eine sinnvolle Doppelkontrolle von Medikationsplänen.**

### **Kommentar „Jeder Fehler zählt“:**

Auch wenn der Bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP) das Ziel hat, die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen, heißt es im Umkehrschluss nicht, dass man ihm blind vertrauen darf.

Zunächst ist es Aufgabe des Arztes, den BMP zu aktualisieren. Dass der Plan immer mit den vorliegenden Daten der Arztpraxis oder der Apotheke abgeglichen werden soll, weiß jeder der Beteiligten. Und dass sowohl die/der Ärztin/Arzt als auch die/der Apothekerin/Apotheker eine Prüfpflicht bei der Verordnung und Abgabe der Arzneimittel haben, ist auch klar. Trotzdem passieren Fehler – weil Wissen allein oft nicht ausreicht.

Aus dem vorliegenden Fall geht nicht hervor, wo, wie und warum die Angaben zur Abenddosis verschwunden sind. Diese Fragen müssen ernsthaft beantwortet werden, um die Sicherheitslücke(n) im Verordnungsprozess zu erkennen. Wenn die Lücken bekannt sind, können Maßnahmen ergriffen werden, sie zu schließen.

Nehmen Sie solche Ereignisse nicht als gegeben hin. Überlegen Sie gemeinsam – auch über die Praxis- oder Apothekengrenze hinaus – wie der Ablauf sicherer gestaltet werden kann. Wann haben Sie sich das letzte Mal mit den Praxen in Ihrer Nähe ausführlich ausgetauscht?

### **Literatur**

[1] Waltering I, Schwalbe O, Hempel G: Discrepancies on Medication Plans detected in German Community Pharmacies. J Eval Clin Pract. 2015; 21(5): 886-892

[2] Müller MA, Opitz R, Grandt KD, Lehr T: Der bundeseinheitliche Medikationsplan in der Versorgung – im Versorgungsalltag erfolgreich angekommen? Beobachtende Querschnittsstudie an der Schnittstelle der Patientenaufnahme ins Krankenhaus.

Abstract V-12 beim 5. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie; Berlin, 18.–19. Oktober 2018

[3] Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz Nr. 10. (Doppel-)Kontrolle von Hochrisiko-Medikation: eine Empfehlung für Schweizer Spitäler unter:

[https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/2\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/DOKO/Doppelkontrolle\\_Empfehlung\\_DE.pdf](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/DOKO/Doppelkontrolle_Empfehlung_DE.pdf); letzter Aufruf am 17.03.2020

[4] <https://www.aezq.de/patientensicherheit/h5s/high5s-medrec>; letzter Aufruf am 17.03.2020