

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

Auch in dieser Ausgabe von **LAK aktuell** finden Sie wieder einen von Apothekern kommentierten Fehlerbericht aus dem CIRS >>www.jeder-fehler-zaehlt.de. Dieses Mal geht es um eine fehlerhafte Dosierung durch den Patienten zu Hause – trotz umfangreicher, auch schriftlicher, Information vorab durch den Arzt.

Sie finden unseren Kommentar auch auf der Homepage von >>www.jeder-fehler-zaehlt.de. Hier wird er parallel veröffentlicht, damit Arzt und Apotheker gemeinsam aus Fehlern lernen.

Jeder Fehler zählt - Fehlerbericht Nr. 900

Fehleinnahme trotz detaillierten Medikationsplans

Aus: [Jeder Fehler zählt](#)

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

80-jährige Patientin, seit einigen Jahren wegen eines VHF marcumarisiert. Bei ausgeprägtem allergischen Exanthem und bekannter allergischer Diathese orale Prednisolontherapie 20 mg 1x1, alle 3 Tage um 1/4 reduziert.

Bei der Behandlung wurde gleichzeitig die Marcumardosierung für die nächsten Wochen festgelegt und in den Marcumarausweis eingetragen.

Da wir in der Vergangenheit bereits oft Fehleinnahmen des Cortisons bei obigem Dosierungshinweis beobachtet haben, erhielt die Patientin zusätzlich ein Schriftstück mit Listung der Wochentage und der jeweiligen Cortisondosis.

Bei der Kontrolle nach einer Woche wurde deutlich, dass die Patienten das Marcumar nach dem Prednisolonplan und das Prednisolon 1 x tgl. zu sich genommen hat. Der INR lag dennoch im therapeutischen Bereich. Die allergische Reaktion war verschwunden.

Glücklicherweise keine Folgeerscheinungen, da die Marcumarwochendosis ähnlich der Prednisolonempfehlung war.

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

Wie bereits im Fall aus **LAK aktuell**, Ausgabe September 2018, passierte eine Verwechslung zu Hause beim Patienten. Im vorliegenden Fall betraf diese Verwechslung die Dosierung. Die Patientin hat trotz umfangreicher, auch schriftlicher, Information durch den Arzt die Tabletteneinnahme von dem seit langen Jahren eingenommenen Phenprocoumon und dem neu und für kurze Zeit hinzugekommenen Prednisolon durcheinander gebracht.

Beigetragen hierzu hat sicherlich das für beide vergleichbar kommunizierte Einnahmeschema, welches sich vom Rest der Tabletteneinnahme unterscheidet (gesonderte schriftliche Anweisung im Phenprocoumonausweis und im Prednisolonplan). Fehlerbegünstigend wurde parallel zur

Neuerordnung auch die Phenprocoumon-Dosis neu festgelegt: hier kamen zwei unterschiedliche Informationen bei einer älteren Patientin zusammen. Eigentlich hätte die Patientin routiniert im Umgang mit Phenprocoumon sein müssen, nimmt sie dies doch schon seit Jahren – hier hat die Fehlervermeidung durch Routine jedoch versagt. Durch **erneute Information in der Apotheke bei Abgabe** des Prednisolons und einem schriftlichen Hinweis auf das Einnahmeschema auf der Umverpackung des Prednisolons hätte der Fehler eventuell vermieden werden können. Die Sensibilisierung von Patienten auf mehreren Ebenen kann zur Fehlervermeidung beitragen [1, 2]. Auch verändert sich (z. B. durch Rabattverträge) der Name des Präparates häufig noch, bevor der Patient das Präparat für den häuslichen Gebrauch überlassen bekommt. Hier ist die **Information durch die Apotheke – mit Bezug zum abgegebenen Präparat** – besonders wichtig.

Eventuell war die Patientin durch die akute Erkrankung (allergisches Exanthem) auch während des Besuchs in der Hausarztpraxis aufgeregt und nicht ausreichend aufnahmefähig für neue Informationen. Auch hier hätte eine umfangreiche Beratung in der Apotheke zur Reduktion des Fehlerrisikos beigetragen.

Eine **Rückfrage beim Patienten**, ob er die Information verstanden hat und ob er sie umsetzen kann, trägt zu einer sicheren häuslichen Einnahme bei. Die Rückfrage sollte immer eine selbstständige Erklärung des Patienten über die Einnahme beinhalten [3].

Gerade für ältere Patienten können **Abbildungen ihrer Tabletten in Medikationsplänen** hilfreich sein, insbesondere, da die Einnahmeroutinen und die Vertrautheit mit den Tabletten durch ständige Wechsel der Präparate durch Rabattverträge häufig gestört sind [4]. Dies ist jedoch nur in wenigen Fällen im Alltag umsetzbar und bedeutet für den Apotheker einen umfangreichen Zusatzaufwand.

Merke: Schriftliche Informationen für den Patienten sind sicherer als ausschließlich mündliche Informationen. Eine Versicherung beim Patienten, ob er die Information verstanden hat und umsetzen kann, sollte erfolgen!

Kommentar Jeder Fehler zählt:

Mögliche Gründe:

Wir haben uns bereits den Kopf zerbrochen. Was sollen wir denn noch anstellen. Wir können doch nicht mehr als der Patientin neben einer ausführlichen Erklärung zusätzlich für jedes Medikament einen Einnahmeplan geben.

Der neue Medikamentenplan hilft hier auch nicht weiter. Diese Dosierungen sind nicht abbildbar.

Mögliche Maßnahmen:

Noch dezidiertere Besprechung der Medikation.

[1] Korzelius H et al; Arzneimitteltherapiesicherheit: Medikationsplan im Praxistest; Dtsch Arztebl 2018; 115(9): A-364 / B-310 / C-310

[2] https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/2_PM_APS_Int_Tag_Patientensicherheit_F_-_Kopie.pdf; letzter Aufruf am 27. September 2018

[3] Kircher, Wolfgang; Arzneiformen richtig anwenden; 4. Auflage, 2016; Seite 1-9

[4] Botermann, Lea; Dissertation: Der Medikationsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland: Analyse des Status quo und Evaluation der Verständlichkeit bei Patienten mit Polymedikation; <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/10228>; letzter Aufruf am 27. September 2018