

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

Auch diesen Monat finden Sie wieder einen von Apothekern kommentierten Fehlerbericht aus dem CIRS [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) in LAK aktuell. Diesmal 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](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) – hier wird er parallel veröffentlicht, damit Arzt und Apotheker gemeinsam aus Fehlern lernen.

Jeder Fehler zählt - Fehlerbericht Nr. 913

### Hypoglycämie durch "Austauschpräparat"

Aus: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=913>

Bei der Verordnung der Dauermedikation eines Typ-2-Diabetikers ohne Insulinpflicht bietet das HzV(hausarztzentrierte Versorgung)-Modul des Praxisverwaltungssystems (PVS) der Medizinischen Fachangestellten (MFA) ein preiswerteres Medikament aus einer Auswahlliste im HzV-Modul an.

Konkret sollte das Wiederholungsrezept auf Janumet® (Kombinationspräparat aus Metformin 1000 mg und Sitagliptin 50 mg) ausgestellt werden. Die Auswahlliste enthält aber Antidiabetika verschiedener generischer Gruppen, also nicht nur gruppengleiche Präparate und das System schlägt u.a. im Austausch für Janumet® Glimpepyrid 4 mg vor. Die geöffnete Austauschliste lässt sich nur durch mehrfaches (lästiges) Klicken schließen und die langjährige Mitarbeiterin wählt versehentlich das Glimenpyrid 4 mg Präparat aus.

Das Rezept wird der Ärztin an der Anmeldung zur Unterschrift vorgelegt, die nicht erneut einen PC aufsucht um die Richtigkeit der Verordnung nochmals zu überprüfen. Die Unterschrift auf dem Rezept erfolgt, weil in der Praxis die Regelung festgelegt ist, dass nur Wiederholungsrezepte durch Mitarbeiterinnen ausgedruckt werden dürfen, keine Neuverordnungen.

Wiederholungsrezepte sind in unserer PVS ganz einfach durch Markieren der letzten Verordnung und Drücken der Taste "W" zu erstellen, da kann normalerweise gar kein anderes Präparat auf dem Rezept erscheinen.

Der Patient bemerkt bei schwerer körperlicher Arbeit die Symptome einer heftigen Hypoglykämie und kann sich durch Trinken einer größeren Menge frischer Milch helfen und die Hypoglykämie beherrschen. Das Ereignis hätte ohne das schnelle Handeln sicher schwerwiegender verlaufen können. Der Patient berichtet nach dem Ereignis, dass er durch den wiederholten Austausch generischer Präparate mit ständig anders aussehenden Medikamentenschachteln verunsichert sei und gedacht habe, er habe es erneut mit einem anderen Generikahersteller zu tun.

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

Eine fehlerhafte Präparateauswahl erfolgte im Alltagsablauf der Hausarzt-Praxis. In der Verordnungssoftware wurde ein Präparat zur Auswahl vorgeschlagen, obwohl es weder zum eigentlich Ausgewählten wirkstoffgleich war, noch aus einer vergleichbaren Wirkstoffgruppe.

Der Apotheker muss bei der Annahme eines Rezeptes sensibilisiert sein, dass solche Verwechslungsfehler auftreten können, trotz zahlreicher Schutzmaßnahmen in der Hausarztpraxis. Ihm sollte bewusst sein, dass er eine wichtige Aufgabe dabei übernimmt, dass der Patient schlussendlich das richtige, zu ihm passende Präparat erhält.

Der Bericht zeigt deutlich, dass Fehler auch durch den Einsatz scheinbar sicherer Technik verursacht werden können, insbesondere dann, wenn diese noch nicht sicher in der Routine implementiert ist. Das Sicherheitsgefühl, welches automatisierte Prozesse vermittelt, kann trügerisch sein. Zum Fehler beigetragen hat, dass sich die Prozesse für HzV-Patienten und „normale“ Patienten unterscheidet. Auch wurde ein Austausch bzw. eine Präparatewahl durch dafür unzureichend qualifiziertes Personal (MFA) durchgeführt. Dadurch, dass in diesen Fällen zudem der Kontrollschritt „Arzt überprüft Rezept vor Unterschrift“ entfällt, konnte ein fehlerhaftes Rezept nicht erkannt und mit dem Patienten in die Apotheke gelangen.

Das Auffallen des Fehlers beim Patienten wurde dadurch verhindert, dass dieser keine ausreichende Sensibilität mehr hat gegenüber Präparatewechseln (häufiger Austausch durch Rabattverträge). Auch fiel ein Wechsel des Präparates in der Apotheke nicht auf. Zum einen hätte die Verordnung eine gewollte NEUverordnung sein können. Eine Beratung zu dem „Präparatewechsel“ (Wirkstoff(gruppen)wechsel) fand vermutlich nicht statt, es ist jedoch unklar, warum nicht. Mögliche Ursachen könnten sein, dass die bisherigen Präparate nicht bekannt sind (keine Kundenkarte, keine Stammapotheke) bzw. es ein in der Apotheke unbekannter Patient war oder die Beratung zu diesem Punkt unzureichend war.

**Merke: Dieser Fehler zeigt, wie wichtig Kontrollmechanismen durch alle Beteiligten im Prozess sind. Der abgebende Apotheker erfüllt durch seine Beratung eine wichtige Aufgabe in der Fehlervermeidung. Bei jeder Abgabe ist zu beraten – hierbei sollten weitere eingenommene Medikamente erfragt werden. Eine Sensibilität gegenüber möglichen Risiken sollte durch Kommunikation aufgebaut werden.**

**Kommentar Jeder Fehler zählt:**

**Mögliche Gründe:**

1. Hohes Patientenaufkommen an der Anmeldung (teilweise haben wir bis zu knapp 300 Patienten in den Tagesprotokollen am Abend, für die irgendein Vorgang bearbeitet werden musste).
1. Zeitdruck für die Mitarbeiterinnen an der Anmeldung
2. Unmöglichkeit der Kontrolle von Wiederholungsrezepten unter solchen Arbeitsbedingungen für die Ärzte

3. Drängeln der Patienten auf eine schnelle Bearbeitung ihrer Wünsche
4. Neueinstieg in die HzV – der bisherige Vorgang für ein Wiederholungsrezept war in den Praxisabläufen klar definiert und funktioniert seit Jahren reibungslos. Für die ?normalen? (nicht HzV-eingeschriebenen) Patienten auch noch immer ohne die lästige Auswahlliste.

**Mögliche Maßnahmen:**

1. Umgehende Beratung mit dem gesamten Team zu den Konsequenzen des CIRS-Falles.
2. CIRS-Meldung im Rahmen Fehlermanagements.
3. Meldung dieses Vorkommnisses bei dem zuständigen Softwarehouse zur Klärung, ob hier ein Programmierfehler oder eine Vorgabe durch die Krankenkassen vorliegt. Dann ggf. Information der anordnenden Stelle.
4. Striktes Verbot des Austauschs eines Medikamentes aus der angebotenen Auswahlliste durch ein/e nicht-ärztliche Mitarbeiter/in oder einen Studenten der Praxis.
5. Erhöhung der Aufmerksamkeit bei Verordnungen durch alle Mitarbeiter/innen ? das lästige Feld nicht einfach wegeklicken! [...]