

## 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. Neu ist, dass ärztliche Kollegen den Fehler noch einmal gezielt mit Blick auf die Schnittstellen kommentiert haben.

Diesmal geht es um eine fehlerhafte Dosierung aufgrund einer dem Patienten fehlenden Information – verursacht durch missverständliche Technik.

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. 926

### Missverständliche Dosierung auf dem BMP (= Bundeseinheitlicher Medikationsplan)

Aus: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=926>

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

Eine Patientin erhielt statt 3x1mg Ciatyl Z-Lösung 3x20mg.

Die Dosierung auf dem Bundeseinheitlichen Medikamentenplan wurde falsch interpretiert. Dort standen folgende Angaben:

Wirkstoff:	Zuclopenthixol
Handelsname:	Ciatyl Z
Stärke:	20mg
Form:	Lösung
Morgens/Mittags/Abends/zur Nacht:	1-1-1-0
Einheit:	mg

Es fand eine Überdosierung des Medikamentes statt, in dessen Folge die Patientin eintrübte. Dies führte zu einer stationären Behandlung.

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

Die Angaben im Medikationsplan waren missverständlich. Vermutlich war beim Ausfüllen das Verständnis für die Angaben *Stärke*, *Form* und *Einheit* nicht vorhanden. Häufig wird unreflektiert von Stärke bzw. Konzentration gesprochen, wenn eigentlich die Dosierung gemeint ist bzw. die jeweilige Dosiseneinheit. Dadurch werden Verwechslungen der jeweiligen Begriffe begünstigt.

Der Begriff *Einheit* wird bei festen Arzneiformen (z. B. Tabletten, Kapseln oder Dragees) häufig noch richtig verwendet. Sind jedoch Internationale Einheiten (i. E.) oder Tropfen betroffen, wird hier oft der Begriff mg oder ml bevorzugt. Meinen der Verfasser (= Sender nach [1]) des BMP und der Adressat (= Empfänger) des BMP nicht dasselbe, bedroht das Verwechslungsrisiko den Patienten.

Das Missverständnis begünstigt zudem die Nutzung von Abkürzungen im BMP, diese werden aufgrund des begrenzten Spaltenplatzes im BMP genutzt. Abkürzungen begünstigen generell Fehler. So ist nicht jedem Nutzer klar, dass *Stärke für Wirkstärke* und *Form für Darreichungsform* steht. Auch der Zusammenhang von *Einheit und Dosiereinheit* ist nicht immer klar [2, 3].

Ziel des BMP ist eine erhöhte Patientensicherheit. Diese kann jedoch nur erreicht werden, wenn die richtige Nutzung des BMP flächendeckend bekannt und etabliert ist. Der Apotheker kann sich hier durch Aufklärungsarbeit einbringen. Auch sollte er bei der Aktualisierung von Medikationsplänen der Patienten mögliche Missverständnisse klären und ggf. Hinweise für eine sicherere Therapie ergänzen [4].

**Merke: Der BMP soll die Sicherheit für den Patienten erhöhen. Dies gelingt nur, wenn der Umgang mit dem BMP zur Routine wird. Der Apotheker bringt sich hier für die Patientensicherheit ein, indem er Ärzte und Patienten bei der Nutzung des BMP unterstützt. Auch sollte er bei Abgabe eines Arzneimittels dem Patienten die Eintragungen im BMP hierzu erläutern bzw. den BMP hierzu ergänzen.**

#### **Kommentar Jeder-Fehler-Zählt:**

##### **Mögliche Gründe:**

Aufgrund der Angabe "Stärke: 20mg" und dann 1-1-1-0 wurde angenommen, dass 20mg dosiert werden sollen. Die Angabe "mg" wurde nicht beachtet.

Im BMP kann die Stärkeangabe nicht verändert werden auf z.B. 20mg/ml oder "1Trpf. entspricht 1mg". Dies ist wohl aus Sicherheitsgründen nicht möglich, führt aber dann zu Missverständnissen.

##### **Mögliche Maßnahmen:**

Als Einheit zukünftig "Tropfen" statt "mg" angeben.

Im BMP sollte unter Stärke zukünftig "20mg/ml" oder "1 Tropfen entspricht 1mg" erscheinen.

Das Team von „Jeder Fehler zählt“ hat den Ereignisbericht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) weitergeleitet und eine umgehende Rückmeldung erhalten. Der KBV sind die beschriebenen Fallstricke bereits bekannt. So erwähnte die Ansprechpartnerin, dass sie in den BMP-Infomaterialien explizit auf die Wichtigkeit hinweisen, die Einheit, besonders bei nicht abgeteilten Darreichungsformen (wie Flüssigkeiten), patienten- und fertigarzneimittelindividuell auszuwählen (ml, Tropfen etc.) – gerade um solche Dosierungsfehler zu vermeiden. Dass es trotz dieser Hinweise weiter zu Dosierungsfehlern kommt, zeigt allerdings auch, dass der BMP noch nicht ganz ausgereift ist. Entsprechend bedankte sich die KBV auch für die Übersendung des Berichtes und wird den Fall mit der Bundesärztekammer und dem Deutschen Apothekerverband in der Arbeitsgruppe BMP diskutieren und in der Weiterentwicklung des BMP beachten.

**Literatur**

[1] <https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat>; letzter Aufruf am 29.01.2019

[2] [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Telematik/BMP\\_Medikationsplan\\_Anlage3.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telematik/BMP_Medikationsplan_Anlage3.pdf); letzter Aufruf am 29.01.2019

[3] <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/01/05/der-medikationsplan-allein-reicht-nicht>; letzter Aufruf am 29.01.2019

[4] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/196543/Arznei%C2%ADmittel%C2%ADtherapie%C2%ADSicherheit-Medikationsplan-im-Praxistest>; letzter Aufruf am 29.01.2019