

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 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 – hier wird er parallel veröffentlicht, damit Arzt und Apotheker gemeinsam aus Fehlern lernen.

Jeder Fehler Zählt - Fehlerbericht Nr. 937

Schnittstelle: Überdosierung durch doppelte Medikation

Aus: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=937>

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

Patient war gestürzt und hatte wegen MFK(Mittelfussknochen)-Fraktur VACOped® bekommen und vom Krankenhaus als Thromboseprophylaxe Clexane® (Enoxaparin) bekommen. Da der Patient jedoch wegen VHF (Vorhofflimmern) einen DOAK (Direktes orales Antikoagulant) nimmt, wäre er überdosiert gewesen. Die das Heim beliefernde Apotheke hat diesen Umstand bemerkt und der Praxis gemeldet.

Keine Folgen für den Patienten, außer organisatorischem Aufwand zur Richtigstellung im Pflegeheim wegen großer Verwirrung.

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

Dieser Fehler spiegelt einen typischen Schnittstellenfehler wieder wie er vermutlich täglich passiert [1 – 3]. Unzureichende Kommunikation bzw. Informationstransfer führt häufig zu fehlender Kenntnis der Medikation [4]. Insbesondere in Akutsituationen (u. a. Unfall, Traumata) bzw. bei ungeplantem Schnittstellenübergang (z. B. Notfallaufnahme) erfolgt eine Arzneimittelanamnese oft unzureichend [5]. Bei fehlender Kenntnis der Medikation kann jedoch keine sichere Neuverordnung erfolgen [6].

Wäre diese „Doppel“-verordnung niemandem aufgefallen, hätte der Patient ein deutlich erhöhtes Blutungsrisiko gehabt.

Die Sicherheit beim Transfer von Informationen über die Medikation von Patienten über Schnittstellen hinweg wird u. a. durch die Nutzung von Medikationsplänen erhöht. Die Einbindung aller Partner, die über Informationen zur Medikation verfügen, ist sinnvoll. Dazu gehören behandelnde Haus- und Fachärzte, aber auch der Apotheker, bei dem häufig die Informationen über alle von verschiedenen Ärzten verordnete Präparate wie auch der Selbstmedikation zusammen laufen, so der Patient denn eine Stammapotheke hat. Auf diese Informationen kann bei einer strukturierten Arzneimittelanamnese zurückgegriffen werden [7, 8].

Merke: Nur eine sichere vorangegangene Arzneimittelanamnese garantiert, dass es eine Grundlage für eine sichere (Neu-)Verordnung gibt. Hierbei sind alle Behandlungspartner (Haus- und Fachärzte, Apotheker und ggf. Pflegende/Pflegeheime und –dienste sowie VeraH einzubinden. Die Informationen können auch aus dem bundeseinheitlichen Medikationsplan stammen, sofern dieser gesichert vollständig ist.

Kommentar Jeder-Fehler-Zaehlt:

Kritische Ereignisse geschehen häufig an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung, da dort die Abläufe weniger systematisiert sind als vor oder nach der Schnittstelle. Bildlich gesprochen sind die Löcher im Sicherheitsnetz größer und Fehler passieren häufig [1]. Erfreulicherweise war das Apothekenpersonal sehr aufmerksam und hat die riskante Doppelverordnung stoppen können, bevor dem Patienten ein Schaden entstanden ist.

Über mögliche Gründe lässt sich bei dem vorliegenden Fall nur spekulieren. Der oder die Berichtende selbst vermutet, dass dem Krankenhaus wahrscheinlich kein Medikationsplan vorlag. Eventuell wurde die gerinnungshemmende Medikation im Krankenhaus auch übersehen, oder der Entlassbrief war lediglich falsch ausgestellt, während die Medikation im Krankenhaus noch korrekt gegeben wurde.

So oder so: für die Hausarztpraxis ist dieser Bericht einmal mehr die Erinnerung, jeden Entlassbrief (auch und gerade von Heimpatienten!) mit der vorherigen Medikation abzugleichen. Dies ist im Praxisalltag nicht einfach, da teilweise sehr zeitaufwändig. Zum Wohl des Patientenwohl ist ein sorgfältiger Abgleich vor Rezeptausstellung aber unerlässlich.

Literatur

- [1] Tully A et al. Evaluation of medication errors at the transition of care from an ICU to an Non-ICU location; Crit Care Med. 2019 Apr;47(4):543-549
- [2] Johnson A et al. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach; J Am Pharm Assoc (2003). 2015 Mar-Apr;55(2):e264-74
- [3] Caleres G et al. Elderly at risk in care transitions When discharge summaries are poorly transferred and used - a descriptive study; BMC Health Serv Res. 2018 Oct 11;18(1):770
- [4] Kantelhardt P et al. Medication reconciliation for patients undergoing spinal surgery; Eur Spine J. 2016 Mar;25(3):740-747
- [5] van den Bemt PMLA et al. Effect of Medication Reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study; J Am Geriatr Soc. 2013 Aug;61(8):1262-8
- [6] Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Multimedikation unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf; letzter Aufruf am 03.04.2019
- [7] ÄZQ. Leitfaden Bestmögliche Arzneimittelanamnese unter: <https://www.kh-cirs.de/faelle/pdf/bestmoegliche-arzneimittelanamnese-leitfaden.pdf>; letzter Aufruf am 03.04.2019
- [8] Wheeler AJ. Reducing medication errors at transitions of care is everyone's business; Aust Prescr. 2018 Jun;41(3):73-77