

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

Am 17. September 2018 findet der Internationale Tag der Patientensicherheit statt zum Thema Digitalisierung und Patientensicherheit (<http://www.tag-der-patientensicherheit.de/>). Ein wichtiger Baustein zur Erhöhung der Patientensicherheit ist das Lernen aus Fehlern. Dies kann geschehen, durch Berichten von eigenen Fehlern und der Aufbereitung von berichteten Fehlern um daraus zu lernen. In LAK Aktuell Juli/August 2018 hatten wir bereits zur Handlungsanweisung des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit (APS) für CIRS berichtet [1].

Das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, welches das Berichts- und Lernsystem „Jeder Fehler Zählt“ seit vielen Jahren betreibt. Bisher haben vor allem Haus- und auch Fachärzte in diesem System berichtet. Unter den Berichten finden sich zahlreiche Medikationsfehler, die insbesondere auch die Schnittstellen von Apotheker und Arzt betreffen.

Damit nicht nur Ärzte, sondern auch Apotheker von dem Lernsystem profitieren kooperiert die LAK Hessen seit diesem Jahr mit dem Institut für Allgemeinmedizin. Wir werten bereits berichtete Fälle aus dem System www.jeder-fehler-zaehlt.de unter dem pharmazeutischen Blickwinkel aus und veröffentlichen die Berichte hierzu in LAK Aktuell. Parallel werden unsere Kommentare auch für die Ärzte online zur Verfügung gestellt.

Jeder Fehler Zählt - Fehlerbericht Nr. 901

Medikamentenverwechslung beim Patienten

Aus: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=901>

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

Der Patient hat anstelle der verordneten Bedarfsmedikation Ebrantil® (Urapidil) versehentlich zuhause Elontril® (Bupropion) eingenommen. Hierauf zeigte der Patient jedoch eine Medikamentenunverträglichkeit.

Die Packung Elontril® war noch nicht entsorgt, lag beim Patienten noch zuhause, dies begünstigte die Verwechslung.

Der Patient trug einen vorübergehenden Schaden davon, er zeigte eine Unverträglichkeit (Lichtblitze in den Augen) und die gewünschte Blutdrucksenkung ist nicht erfolgt.

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

Ebrantil® und Elontril® sind bekannte Sound-Alike-Präparate [2]. Zwischen dem Lesen der Einnahmehinweise bzw. des Medikationsplanes und der Einnahme liegen viele Schritte für den Patienten. Schlussendlich muss der Patient in der Lage sein, die (beiden) Namen sowie die Präparate beim Lesen des Medikationsplanes und beim folgenden Griff in den Medikationsvorrat zu differenzieren.

Verwechslungen werden dadurch begünstigt, dass Patienten durch häufigen Wechsel der Präparate (durch Rabattverträge) ihre Medikation nicht mehr kennen

und sicher identifizieren können. Insbesondere multimorbide Patienten haben sehr viele unterschiedliche Präparate zuhause, daher fehlt oft der Überblick.

Hilfestellung bei der sicheren Einnahme der Medikation leistet ein **Medikationsplan**. Dieser muss jedoch durch eine **gezielte Beratung** ergänzt werden. Sinnvolle Instrumente zur Fehlervermeidung können Medikationspläne nur dann sein wenn sie aktuell sind [3, 4]. Die Namen der tatsächlich einzunehmenden Präparate müssen vermerkt sein. Daher ist es notwendig, dass bei Abgabe in der Apotheke der **Medikationsplan aktualisiert** wird, dies gilt insbesondere auch dann, wenn sich zwar der Wirkstoff nicht ändert, jedoch ein anderes Rabattpräparat abzugeben ist.

Sind zudem alle weiteren Medikamente (bei Abgabe in der Apotheke) bekannt, inklusive auch früher eingenommener Präparate, kann bei der Beratung gezielt auf mögliche Verwechslungsrisiken bei der Einnahme eingegangen werden. Hier helfen Auflistungen in Kundenkarten bzw. zukünftig auch digitale Medikationspläne mit **Medikationshistorie**. Eine Medikationshistorie im Medikationsplan kann ebenfalls für den Patienten hilfreich sein, hier entnimmt er die Information, welche Präparate bereits abgesetzt wurden (in unserem Fall Elontril®).

Die Sekundärverpackungen in unserem Fallbeispiel unterscheiden sich optisch. Daher könnte durch eine Abbildung der Sekundärverpackung im Medikationsplan bei Risikopatienten die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Fehlers reduziert werden. Dies bedeutet jedoch einen sehr hohen Aufwand, sowie hohe Anforderungen an die IT-Ausstattung. Die Umsetzung dieser Maßnahme dürfte somit schwer umsetzbar sein.

Ebenfalls anbieten kann die Apotheke **Informationen zur Entsorgung von Altarzneimitteln**, Hilfestellung leistet hier das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) [5]. Dem Patienten sollte klar gemacht werden, dass nicht mehr zu verwendende Arzneimittel (z. B. Arzneimittel auf die Unverträglichkeiten vorliegen) entsorgt werden sollten.

Merke: Medikationspläne müssen bei Veränderungen der Präparate immer aktualisiert werden. Risiken können oft nur in Kombination mit einer persönlichen Beratung des Patienten vermieden werden!

Kommentar Jeder-Fehler-Zaehlt:

Mögliche Gründe:

Mangelnde Kennzeichnung der Medikamentenpackung!

Ungenügende Beachtung des ausgehändigten Medikamentenplans

Unübersichtlichkeit des Medikamentenplans (1. Spalte für Patienten führt zur Verwirrung!!!) (Anm. Ka: *Spalte Wirkstoff*)

Unawareness der Namens-Ähnelung bei der Praxis

Mögliche Maßnahmen:

Verstärkte Beratung der Patienten, Medikamente, die nicht mehr genommen werden sollen auch (mindestens) räumlich von der aktuellen Medikation zu trennen, wegpacken...

Petition einreichen für deutlichere Kennzeichnung von Medikamentenverpackungen

Petition einreichen für Umgestaltung des bundeseinheitlichen Medikamentenplans

- [1] http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/07/APS_HE_CIRSambulant_web.pdf; letzter Aufruf am 23.07.2018
- [2] Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) e.V., Tabellen zu Sound-Alike-Risiken; http://www.adka-dokupik.de/solva_docs/Sound-undLook-Alikes_08072018.pdf; letzter Aufruf am 23.07.2019
- [3] Korzelius H et al, Arzneimitteltherapiesicherheit: Medikationsplan im Praxistest; Dtsch Arztebl 2018; 115(9): A-364 / B-310 / C-310
- [4] Kantelhardt P, Die optimale Arzneimittelanamnese; PZ Prisma 2018; 25(1):19-25
- [5] Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), <http://www.arzneimittelentsorgung.de/#section3>; letzter Aufruf am 23.07.2018