

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

Auch diesen Monat finden Sie wieder einen kommentierten Fehlerbericht aus dem CIRS www.jeder-fehler-zaehlt.de in LAK aktuell.

In unserem Beispiel geht es diesmal um einen Bericht, bei der in der Apotheke eine versehentlich fehlerhaft verordnete Darreichungsform erkannt und eine Korrektur veranlasst wurde.

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. 950

Medikamentenverwechslung bei der Verordnung

Aus: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=950>

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

„Capros® 10 mg **retard** Hartkapsel verordnet, dazu die Dosierung 6 x 1 Tbl täglich [...] gemeint war Capros® **AKUT** 10 mg.“ Die Apothekerin ist aufgrund der angegebenen Dosierung auf den Fehler aufmerksam geworden.“

Im vorliegenden Beispiel gab es keine Folgen für den Patienten, jedoch erhebliche Mehrarbeit für die Apotheke. Da vermutlich auch ein neues Rezept in der Arztpraxis ausgestellt werden musste, hat dies auch dort Mehrarbeit verursacht.

Der Patient sollte 6 x täglich unretardiertes Morphin bekommen. Dies wird entweder eingesetzt zur Dosistitration einer Schmerztherapie oder als Bedarfsmedikation für Durchbruchschmerzen (bis zu 6 x täglich 10 mg Morphin, unretardiert). Im Regelfall darf maximal alle 4 Stunden eine Morphingabe erfolgen [1]. Auf dem Rezept war jedoch „retard“ anstelle von „akut“ angegeben. Da Morphin bei Einnahme einer retardierten Darreichungsform deutlich langsamer anflutet, hätte der Patient im Bedarfsfall auch länger auf den Wirkeintritt – und damit eine Schmerzreduktion - warten müssen. Die Retardform von Capros® sollte im Regelfall in einem zwölfstündigen Intervall angewendet werden [2]. Abhängig z. B. vom Alter der Patienten und deren Metabolismusleistung kann die sechsmal tägliche Gabe eines Retardpräparates, z. B. durch unkalkulierbare Kumulationseffekte, zu nur schwer kalkulierbaren Blutspiegeln führen.

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

In jedem Prozess gibt es verschiedene Möglichkeiten, dass Fehler auftreten. Gleiches gilt jedoch auch für die Möglichkeit, Fehler zu entdecken und diese zu vermeiden. Reason hat dies mit einem Käsescheibenmodell veranschaulicht [3]. Durch „löchrige Käsescheiben“ können sich Fehler – und damit ein Schaden – bis zum Patienten durchsetzen (Abb. 1).

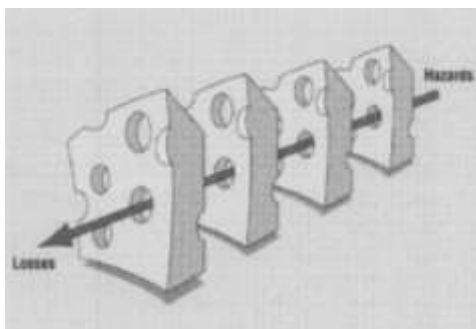


Abb. 1) Das „Schweizer-Käsescheiben-Modell“; (aus: Reason, 2000)

In unserem Fall haben zwei Mechanismen in Kombination gegriffen und somit zur Vermeidung eines Schadens beim Patienten geführt (fett markiert):

Arbeitsschritt	Risiko / mögliche Ursachen (Beispiele)	Mögliche Vermeidung (Beispiele)
Verordnungsintention, hier: unretardierte Morphine	<p>Verwechslung bzw. keine Angabe von retard / akut z. B. aufgrund unübersichtlicher Verordnungssysteme</p> <p>Fehlende Auswahl einer definierten Darreichungsform aufgrund fehlender Information über alle verfügbaren Präparate</p> <p>Auswahl nur des Präparatenamens (ggf. mit Dosisangabe) ohne Angabe weiterer Namenszusätze aufgrund fehlender Information über alle verfügbaren Präparate</p>	<p>Auffallen des Verwechslungspotentials verschiedener Darreichungsformen</p> <p>Nutzen eines übersichtlichen Verordnungssystems (sofern auf dem Markt verfügbar)</p> <p>Abgleich der Verordnung im Rahmen eines Vier-Augen-Prinzips mit Patient oder MFA (z. B. durch mündliche Wiedergabe)</p>
Ausstellen eines Rezeptes, hier: retardiertes Morphine	<p>Auswahl des Präparates im Verordnungssystem (z. B.) durch MFA und fehlende Kenntnis über verfügbare Darreichungsformen / gewünschte Darreichungsformen</p> <p>Fehlende Rücksprache bei Unklarheit / bei Auffinden zahlreicher Darreichungsformen im Verordnungssystem</p>	<p>Abgleich der Verordnung im Rahmen eines Vier-Augen-Prinzips vor Unterschrift z. B. durch erneutes Abgleich mit der Patientenakte</p> <p>Auftragen der gewünschten Dosierung, damit eine inhaltliche Prüfung des Rezeptes in der Apotheke erfolgen kann</p>
Einlösen eines Rezeptes	Abgabe einer nicht zum Patienten passenden	Prüfung jeden Rezeptes auf passende Dosierung

	Darreichungsform aufgrund fehlender Informationen (z. B. Unkenntnis über Dosierung oder Anwendungsart)	/ Darreichungsform Erfragen beim Patienten von Dosierung, Anwendung um mögliche Risiken identifizieren zu können Rücksprache mit dem Patienten vor Ort – gezielte Pharmazeutische Beratung [4]
--	--	--

Kommentar „Jeder Fehler zählt“:

Bei diesem Fall war die Apotheke eine effektive Sicherheitsbarriere und hat verhindert, dass der Patient zu Schaden kommt. Das sehen auch die JFZ-User so: „Schön, dass die Apotheke den Fehler erkannt hat.“, „Gut, dass das Sicherheitsnetz mit der Apotheke gegriffen hat“. In solchen Fällen sind kurze, unkomplizierte Kommunikationswege zwischen Apotheke und Arztpraxis sehr hilfreich. Das Praxisteam hat natürlich auch Mehrarbeit durch die erneute Ausstellung eines Rezeptes. Letztlich sind aber alle Beteiligten froh, wenn dem Patienten durch einen vermeidbaren Fehler nichts passiert und das Praxisteam ist dankbar, wenn die Apotheke das falsche Rezept abfängt. Wie stellen Sie eine gute Kommunikation mit Ihren umliegenden Praxen sicher? Berichten Sie gerne auf jeder-fehler-zaehlt.de

Merke: Bei der Abgabe eines verordneten Präparates besteht letztmalig die Möglichkeit, einen Verordnungsfehler zu erkennen, bevor das Präparat den Patienten erreicht. Dieser Verantwortung muss die/der Abgebende gerecht werden. Prüfen Sie jede Verordnung vor der Abgabe, ob Sie tatsächlich zu dem Patienten passt!

Literatur

[1] Beipackzettel CAPROS® akut 10 mg Kapseln; Stand September 2019

[2] Fachinformation CAPROS® 10 mg Ethypharm Hartkapsel, retardiert; Stand Juli 2019

[3] Reason J. Human error: Models and management. BMJ 2000;320:768

[4] ABDA. Leitlinie: Information und Beratung des Patienten bei der Abgabe von Arzneimitteln auf ärztliche Verordnung; Stand 13.11.2019