

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 eine fehlerhafte Dosierung einer Rezeptur verordnet wurde. Verursacht wurde dies durch unzureichende Angaben in der Arzneimitteldatenbank des Verordners.

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. 970

Falsche Dosierung: Verordnung aus der AMDB statt aus dem BMP

Aus: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=938>

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

„Risiken bei Verordnung aus der Arzneimitteldatenbank (AMDB) anstelle des Bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) - Bsp: BMP Midazolam 1 mg/ml, Rp. [...] aus AMDB erstellt: auch Midazolam, aber 5 mg/ml --- 5-fache Konzentration!

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

Im vorliegenden Fall in einer Palliativbetreuung wurde eine Rezeptur aus der Arzneimitteldatenbank verordnet (Midazolam 5 mg/ml). Diese Rezepturverordnung aus der AMDB war jedoch fünffach höher dosiert als die eigentlich für den Patienten vorgesehene Dosis (Midazolam 1 mg/ml). Die richtige Dosis wäre aus dem Medikationsplan ersichtlich gewesen. Dosisfehler bei Rezepturen können für Patienten lebensbedrohliche Risiken bedeuten wie auch dauerhafte Schäden mit sich bringen [1].

Fehlerhafte Verordnungen aufgrund unzureichender Informationsgrundlagen können auftreten. Verstärkt bzw. ausgelöst werden diese auch durch Look-Alike (X mg/ml), Informationsmedien (z.B. unübersichtliche Datenbanken) oder auch fehlende Kenntnis oder Unaufmerksamkeit [2-4].

In der Apotheke können vor Herstellung einer Rezeptur (bzw. bei Abgabe eines Präparates wie z.B. einer Defektur) Risiken für den Patienten identifiziert werden. Im Folgenden können diese mit dem Arzt abgeklärt werden und somit vermieden werden, bevor sie den Patienten erreichen. So arbeiten Apotheker und Arzt Hand-in-Hand für die sichere Arzneimitteltherapie der Patienten (eg. Vier-Augen-Prinzip/Sichere Doppelkontrolle nach [5].

Gemeinsam mit dem Arzt kann der Apotheker häufig auftretende Risiken sammeln (und melden) um somit andere zu sensibilisieren für diese Art von potentiellen Bedrohungen für die Patientensicherheit.

Merke: Der Apotheker übernimmt Verantwortung für die sichere Arzneimitteltherapie seiner Patienten. Verordnungen sollten kritisch geprüft

werden. Die Plausibilitätskontrolle vor Herstellung einer Rezeptur sollte auch eine Dosisüberprüfung beinhalten.

Kommentar „Jeder Fehler zählt“:

Aus Arztpraxen wird berichtet, dass es bei einigen Software-Programmen schneller geht, ein Medikament aus der Arzneimitteldatenbank aufzurufen als den Bundeseinheitlichen Medikationsplan zu bemühen. Das ist natürlich kontraproduktiv, aber menschlich gesehen absolut normal. Der Mensch neigt dazu, den kürzesten und bequemsten Weg zu gehen.

Sehen wir es trotzdem positiv: Es ist erst einmal gut, dass das Risiko erkannt wurde. Denn dann kann man entsprechend handeln (Erkenntnis ist der erste Weg zur Besserung – dies meinen wir in diesem Kontext völlig ernst und keinesfalls ironisch). Damit aber auf lange Sicht gesehen diese Fehler nicht mehr auftreten, ist es notwendig, den Zugriff auf die eigene Arzneimitteldatenbank zu erschweren, bzw. die Nutzung des Bundeseinheitlichen Medikationsplans zu vereinfachen. Es braucht Maßnahmen, die sich nicht auf den Faktor Mensch verlassen, sondern sogenannte starke Maßnahmen. Also solche, die es erschweren, eine falsche Handlung durchzuführen.

Ansätze könnten hier die Betreiber der Arzneimitteldatenbank sowie die Entwickler des Bundeseinheitlichen Medikationsplans geben. Beide sollten ihre Produkte nachbessern und dies am besten in gemeinsamer Zusammenarbeit – so wie es jetzt schon Apotheken und Arztpraxen im Sinne der Patientensicherheit tun.

Literatur

- [1] Dosierungsfehler des Arztes nicht erkannt: Apotheker haftet auf Schadensersatz: OLG Kln 07-08-13 unter: <https://www.christmann-law.de/neuigkeiten-mainmenu-66/374-dosierungsfehler-des-arztes-nicht-erkannt-apotheker-haftet-auf-schadensersatz-olg-kln-07-08-13.html>; letzter Aufruf am 17.03.2020
- [2] Reason J. Human error: Models and management. BMJ 2000;320:768
- [3] Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. JAMA : the journal of the American Medical Association 1995;1:35-43.
- [4] Tully MP, Ashcroft DM, Dornan T, Lewis PJ, Taylor D, Wass V. The causes of and factors associated with prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. Drug safety : an international journal of medical toxicology and drug experience 2009;10:819-36.
- [5] Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz Nr. 10. (Doppel-)Kontrolle von Hochrisiko-Medikation: eine Empfehlung für Schweizer Spitäler unter: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/DOKO/Doppelkontrolle_Empfehlung_DE.pdf; letzter Aufruf am 17.03.2020