

## **Vielen Dank an die Kollegen!**

### **Gemeinsam mehr Sicherheit im Medikationsprozess schaffen**

Am Medikationsprozess sind verschiedene Berufsgruppen beteiligt. Die Ärzte im Krankenhaus ordnen Arzneimittel an, die vom Pflegepersonal ausgegeben werden. Bei Entlassung übernehmen die Haus- oder Fachärzte die Versorgung, die Rezepte werden von den MFA ausgehändigt. Die Patienten lösen die Rezepte in der Apotheke ein und erhalten ihre Medikation. Nun sind sie selbst gefragt, die verordneten Arzneimittel auch richtig anzuwenden und wie vom Arzt vorgesehen einzunehmen. Wenn die Patienten in einem Heim oder von einem Pflegedienst betreut werden, dann sind ggf. weitere Ärzte und Pflegepersonen in den Medikationsprozess eingebunden.

### **Schnittstellen bergen Risiken, aber auch Chancen**

Fehler können bei allen Schritten im Medikationsprozess entstehen. Schnittstellen sind dabei besonders fehleranfällig, da es an intersektoralen Grenzen zu Organisationsproblemen mit ungeklärten Zuständigkeiten und auch Informationsverlusten kommen kann. So können z. B. Patienteninformationen aufgrund unzureichender Kommunikation von einer behandelnden Abteilung zur nächsten verloren gehen, die notwendige Arzneimitteltherapie wird dadurch gar nicht oder fehlerhaft fortgesetzt, es kommt zu Wirkungs- und Qualitätsverlusten oder zu Doppelungen in der Medikation. Eine unvollständige Information und unzureichende Beratung des Patienten kann in mangelnder Compliance und Adhärenz in der Arzneimitteltherapie münden.

Die Übergänge zwischen den Sektoren sind kritische Stellen in der Arzneimittelversorgung des Patienten. Neben Risiken bergen sie aber auch Chancen. Gerade weil oftmals verschiedene Berufsgruppen und auch die Patienten selbst im Medikationsprozess eingebunden sind, können Medikationsfehler von jedem Beteiligten erkannt und behoben werden. So kann jeder eine wichtige Sicherheitsbarriere sein.

Bei CIRS-NRW wird immer wieder von Fällen berichtet, in denen solche Sicherheitsbarrieren funktioniert haben und dadurch Medikationsfehler aufgedeckt und verhindert werden konnten:

### **Vielen Dank, Arzt!**

Ein Patient löste in der Apotheke ein Rezept über Omeprazol gegen seine Reflux-Beschwerden ein und erhielt nicht Omeprazol sondern Opipramol. In der Arzt-Sprechstunde berichtete er von Abgeschlagenheit und extremer Müdigkeit. Die Arztpraxis deckte auf, dass die Apotheke ein falsches Arzneimittel abgegeben hatte und dadurch vom Patienten ein völlig ungeeignetes Medikament eingenommen wurde (Fall-Nr. 200043).

### **Vielen Dank, Apotheker!**

Der Arzt, welcher die Medikation aus dem Krankenhaus übernommen und nicht hinterfragt hatte, verschrieb Luminal® Tabletten (100 mg Phenobarbital), obwohl es Luminaletten® (15 mg Phenobarbital) hätten sein sollen. Doch der Apotheker, der zuerst beim Arzt und zusätzlich im Krankenhaus nachfragte, deckte diesen schwerwiegenden Fehler auf und konnte einen Säugling vor einer schweren Überdosierung mit Phenobarbital bewahren (Fall-Nr. 200035).

### **Vielen Dank, Pflegefachkraft!**

Das Pflegepersonal auf einer Intensivstation konnte handschriftliche Einträge der Ärzte über Medikamentennamen und Dosierungen in der Arzneimittelkurve nicht eindeutig entziffern. Es wäre wiederholt beinahe zu Fehlmedikationen und Falschdosierungen gekommen, wenn das Pflegepersonal nicht aufmerksam gewesen wäre und die Anordnungen der Ärzte nicht hinterfragt hätte (Fall-Nr. 205276).



### **Vielen Dank, Patient!**

Ein Patient erhielt Budesonid-Kapseln mit einer zu hohen Dosierung als Vorgabe von der Arztpraxis. Aufgrund seiner erheblichen Unsicherheit, wie und wann die Arzneimittel eingenommen werden sollen, hakte der Patient bei Erhalt seiner Medikamente

in der Apotheke und später auch in der Arztpraxis nach. Nur durch sein ausführliches Nachfragen wurde die falsche Dosierangabe bei Budesonid aufgedeckt und eine Überdosierung verhindert (Fall-Nr. 203469).

### **Kollegen als Sicherheitsbarriere**

Fehler in der Patientenversorgung passieren tagtäglich. Sie können zu einer Gefährdung des Patienten führen, wenn sie nicht rechtzeitig aufgedeckt werden. Daher sollte man dankbar sein, wenn auch andere die eigenen Fehler bemerken bzw. aufdecken: „Vielen Dank, Kollege, dass du den Mut hast, mich darauf anzusprechen. Dafür, dass du so aufmerksam warst und wir durch dich einen Fehler verhindern und mehr Sicherheit schaffen konnten.“ An fast jeder Schnittstelle gibt es eine nachgeschaltete Instanz, den „Kollegen“, die potentielle Sicherheitsbarriere. Jeder einzelne hat die Chance, diese Sicherheitsbarriere zu sein. Besonders wichtig sind daher die Aufmerksamkeit und die Verantwortungsübernahme aller am Medikationsprozess beteiligten Personen. So kann man gemeinsam, durch eine gelebte „Speak-Up“-Kultur (vgl. Kasten) sowie konstruktive Zusammenarbeit, mehr Sicherheit in der Patientenversorgung schaffen. Statt fachlicher Kritik ist die sichere intersektorale Arzneimittelversorgung das Kommunikationsziel.

#### **„Speak up“ für mehr Patientensicherheit**

„Speaking up“ bedeutet, zu reagieren und Kollegen oder Vorgesetzte anzusprechen, wenn die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährdet ist oder gefährdet scheint, um dadurch Risiken von Patienten abzuwenden. Es bedeutet auch, eigene Expertise und eigene Ideen zu äußern, sodass diese in Problemlösungen mit einfließen können. So wird das Synergiepotential interdisziplinärer Teams genutzt und Probleme können nachhaltig statt kurzfristig gelöst werden.

Weitere Informationen dazu finden Sie in der Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Nr. 8 „speak up“, abrufbar unter

<https://www.patientensicherheit.ch/> > Forschung & Entwicklung > Speak Up

#### **Für die CIRS-NRW Gruppe:**

Annabelle Ludescher, Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Carina John, PharmD, Apothekerkammer Nordrhein