



CIRS ambulant – Der aktuelle Fall

(Dezember 2024)

„Undeutlich geschriebene Mengenangabe auf der Verpackung“

Auf www.jeder-fehler-zaehlt.de wurde unter der Nummer 940 von einer hausärztlichen Praxis folgendes Ereignis berichtet:

Was ist passiert?

Eine Patientin erhielt am Rezeptausstellungstag eine Änderung der Blutdruckmedikation sowie aufgrund von therapieresistenten Schlafstörungen als Bedarfsmedikation ein Schlafmittel (Zolpidem 10 mg zur Nacht bei Bedarf 1/2 Tablette) verordnet.

Eine Woche später kollabierte die Patientin beim Abholen von Unterlagen in der Praxis, war völlig desorientiert, nicht mehr mobilisierbar und somnolent. Die Kreislauf- und Blutzuckerwerte waren stabil. Auf Nachfrage wurde von ihr verlangsamt aber vehement versichert, sie nehme alles so wie es auf der Packung stehe, habe keine Drogen oder Alkohol konsumiert.

Aus hausärztlicher Sicht war ein Überhang bei 5 mg Zolpidem, angeordnet zur Nacht, bei einer über 100 kg wiegenden Patientin unwahrscheinlich, so dass diese mit dem Rettungswagen zum Ausschluss eines Schlaganfalls in die Notaufnahme geschickt wurde.

Was war das Ergebnis?

Glücklicherweise waren alle Befunde unauffällig, und die Patientin konnte nach langsamem Aufklaren am selben Tag aus dem Krankenhaus auf eigenen Wunsch entlassen werden. Sie war laut eigenen Angaben in einer Traumwelt, einschließlich des darauffolgenden Tages, und hatte eine vollständige Amnesie für den Zeitraum vom Kollaps bis zum Beginn der stationären Behandlung.

Zu Hause verglich sie den ausgehändigten Medikamentenplan mit den handschriftlichen Aufschriften der Packung. Sie hatte auf der Verpackung unter „morgens“ ein 2x gelesen -der Apotheker meinte sicher b. B. und unter „abends“ 1/2 und nun die Diskrepanz zum Medikamentenplan festgestellt und Zolpidem dann sofort weggelassen und die Praxis kontaktiert.

Nach aktueller Untersuchung bestehen keine körperlichen Folgeerscheinungen mehr. Die Patientin ist aufgrund der Amnesie und des persönlichen Kontrollverlustes in dieser Situation aber psychisch traumatisiert.

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis?

Die handschriftliche Angabe auf der Medikamentenpackung war nicht eindeutig. Das gemeinte b. B. stand unter „morgens“ und war auch als 2 x interpretierbar (das kleine B entsprach genau der Zwei in der Angabe 1/2). Die Patientin hat sich auf die Aufschrift auf der Packung verlassen und sich nicht am ausgehändigtem Medikamentenplan orientiert oder rückversichert.

Kommentar

Dieser Fall wirft bei den Mitgliedern der Arbeitsgruppe mehrere Fragen auf:

- Warum ist die Patientin nicht ihrem Medikationsplan gefolgt?
- Warum hat der Apotheker die Anordnung auf der Verpackung vermerkt, obwohl ein Medikationsplan vorlag? – Unsere Nachfrage bei einer Apotheke dazu ergab, dass die Patient:innen dort immer gefragt werden, ob die Einnahme des Medikaments bekannt ist. Ist dies nicht der Fall, wird – wenn gewünscht – das Einnahmeschema auf der Verpackung notiert. Die Patient:innen werden zudem nach dem Medikationsplan gefragt. Liegt dieser vor, wird eine Beschriftung der Verpackung nur vorgenommen, wenn dies gewünscht wird und eine größere Anzahl ähnlicher Medikamente ggf. für die Patient:innen zu Irritationen führen könnte.

- Hatte die Apotheke den Zugriff auf den Medikationsplan? – Hier ergab unsere Nachfrage, dass der elektronische Medikationsplan aktuell noch nicht durch die Apotheken eingesehen werden kann. Erst mit Umsetzung der elektronischen Patientenakte soll es diese Möglichkeit für die Apotheker:innen geben.
- Sollte die Apotheke fragen, ob ein Medikationsplan besteht? – Nach unserer Recherche wird in den Apotheken nach dem Medikationsplan gefragt. Leider gibt es jedoch nicht selten Fälle, in denen der Medikationsplan vom eingereichten Rezept abweicht oder im Medikationsplan das Einnahmeschema nur als bekannt deklariert und nicht dargestellt wird.

Empfehlungen aus diesem Ereignis

Grundsätzlich sollte zur Erhöhung der Patientensicherheit an alle in der Versorgung beteiligten Personen appelliert werden, lesbar zu schreiben. Abkürzungen sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Digitale bzw. ausgedruckte Informationen verringern das Risiko von Missverständnissen durch schwer lesbare Handschriften.

Zudem ist es ungünstig, wenn Informationen zu Medikamentengaben auf mehreren Wegen zur Verfügung gestellt werden, denn dies birgt das Risiko von Übertragungsfehlern. Eine weitere Gefahr besteht bei Änderungen beispielsweise der Dosierung bevor die Packung aufgebraucht ist. Dann kommt es zwangsläufig zu Abweichungen, wenn die ursprüngliche Dosierung auf der Packung vermerkt ist. Sicherer wäre es, sich bei Vorliegen eines Medikationsplans ausschließlich auf diesen zu fokussieren.

Grundsätzlich sollten Patienten sensibilisiert werden, dass ausschließlich der Medikationsplanplan entscheidend ist.

Autor:Innen:

Arbeitsgruppe „CIRS ambulanz“

Sie sind herzlich eingeladen, ebenfalls in www.jeder-fehler-zaehlt.de zu berichten oder eingestellte Berichte zu kommentieren. www.jeder-fehler-zaehlt.de ist das Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen, das vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am mail betrieben wird.