

DIE PFLEGEFACHPERSON IST GEFRAGT!

Ein ganzer Schwerpunkt über Medikamentensicherheit? Ja, denn es bedeutet nicht nur, Arzneien korrekt zu richten und zu verteilen. Es geht darum, für die Gesundheit und Lebensqualität der Patienten einzustehen und deshalb weit über das eigene Tätigkeitsfeld hinauszublicken.

Habe ich auch kein falsches Medikament gegeben? Hoffentlich war's die richtige Dosis? – Fast alle Pflegefachpersonen kennen diese quälenden Fragen. In ihnen drücken sich die Verantwortung aus, die der Pflegeberuf mit sich bringt, und die Angst vor schweren Fehlern, die nachvollziehbar ist, denn jeder hat schon einmal von tragischen Medikamentenverwechslungen (beispielsweise Natrium mit Kalium) gehört. Auch wenn es nicht ratsam ist, sich immer das Schlimmste auszumalen: Respekt vor der Medikamentengabe ist angebracht – nicht zuletzt, weil wir dann wachsender und konzentrierter arbeiten, was die Fehlerwahrscheinlichkeit verringert. Auch gibt es diverse Arbeitsweisen, die das Richten und Verteilen der Medikamente sicherer machen (siehe Seite 31).

So wichtig eine korrekte Medikamentengabe ist: Fehler können noch an ganz anderen Stellen des Medikationsprozesses passieren. Noch häufiger als Fehler bei der Medikamentenabgabe sind Fehler bei der Verordnung und bei der Einnahme bzw. Applikation, wie ein Projekt der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft von 2018 zeigt. Um nur ein paar Beispiele zu nennen:

> Ein Medikament wirkt nicht wie vorgesehen, weil es eine Wechselwirkung mit einem anderen Medikament gibt (Verordnungsfehler).

> Ein Medikamenten-Wirkstoff wird überdosiert: Ein Patient erhält etwa von der Internistin Diclofenac und vom Orthopäden Voltaren, das nur anders heißt als Diclofenac, aber ebenfalls den Wirkstoff Diclofenac enthält (Verordnungsfehler und Kommunikationsfehler, die laut Arzneimittelkommission immerhin 13 Prozent aller Medikationsfehler ausmacht).

> Es werden viel zu viele Medikamente verschrieben – manche ältere Patienten erhalten 10 bis 15 Substanzen (Verordnungs- und Kommunikationsfehler).

> Thyroxin wird nach dem Essen eingenommen (Einnahmefehler).

> Zu einem Antibiotikum wird Mineralwasser getrunken (Einnahmefehler).

> Ein gerinnungshemmendes Medikament wird mal um 8 Uhr und mal um 10 Uhr eingenommen (Einnahmefehler).



MEDIKAMENTENSICHERHEIT



Noch häufiger als Fehler bei der Medikamentenabgabe sind Fehler bei der Verordnung und bei der Einnahme bzw. Applikation.

Auch wenn die Medikamentenverordnung Arzt-aufgabe ist:

Es ist für Pflegefachpersonen wichtig,

- über die Vielfalt der Medikationsfehler im Bilde zu sein,
- die Wirkung und das Aussehen der Medikamente in ihrem Fachbereich zu kennen,
- auf pharmakologische Fortbildungen zu drängen,
- bei Symptomen wie Schwindel, Müdigkeit, verändertes Gangbild, Obstipation etc. auch immer an Medikationsfehler als Ursache zu denken.

Hat die Pflegefachperson den Verdacht, dass ein Verordnungsfehler vorliegt, muss sie dies der Ärztin oder dem Arzt gegenüber ansprechen. Sie (und auch ihr Gegenüber) sollte das nicht als penetrante Einmischung werten, sondern als Pflicht, weil sie damit im Interesse des Patienten handelt. Die professionell Pflegenden, so steht es in der Berufsordnung (Seite 10) der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, „haben Mitverantwortung für eine hochwertige, qualitätsorientierte, professionelle und interprofessionelle gesundheitlich-pflegerische Versorgung“. In Ländern wie Australien, in denen es schon seit Jahrzehnten eine Pflegekammer gibt, hat dieses Selbstverständnis eine lange Tradition: Pflegefachpersonen sehen sich dort zuallererst als Fürsprecher der Patientensicherheit und schreiten ein, wenn sie diese in Gefahr sehen. Damit sind sie in der Regel auch erfolgreich. ●



Hat die Pflegefachperson den Verdacht, dass ein Verordnungsfehler vorliegt, muss sie dies der Ärztin oder dem Arzt gegenüber ansprechen.

EINSCHREITEN, WENN PATIENTENSICHERHEIT GEFÄHRDET IST!

Wird die Pflegefachperson beim Richten und Verteilen der Medikamente ständig abgelenkt? Ist die Anordnung unleserlich? Wird zum Richten nicht die originale Anordnung genommen, sondern die auf einen weiteren Bogen oder ein weiteres Formular übertragene Anordnung? Wenn gewisse Arbeitsschritte im Medikationsprozess fehleranfällig scheinen, ist es wichtig, dies anzusprechen. Das gilt auch für den Fall, dass die ärztliche Anordnung – egal ob in Krankenhaus, Pflegeheim oder im häuslichen Umfeld – nicht korrekt scheint (siehe Seite 36).

Wie sich Schwachstellen in den drei Settings verbessern lassen

Wie sieht ein sicherer Umgang mit Medikamenten aus? Wie können Pflegefachpersonen Einfluss nehmen? Welche Rolle spielt die Digitalisierung? Das hängt zum großen Teil vom Setting ab: In Klinik, Langzeitpflege und ambulanter Pflege sind jeweils unterschiedliche Aspekte zu beachten.

In der Klinik sind Medikamente allgegenwärtig, sie machen oft einen großen Teil der Therapie aus, die „Medikamenteneinstellung“ ist sogar ein nicht seltener Einweisungsgrund. Kein Wunder also, dass nach einer Erhebung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft von 2018 die meisten Medikationsfehler im Krankenhaus auftreten.

Vorsicht, wenn mehrere Ärzte verschreiben

Gleichzeitig aber gibt es jährlich eine Million Krankenhauseinweisungen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen, von denen 250.000 auf Medikationsfehler zurückzuführen sind – Medikationsfehler, die in Praxen, im ambulanten Bereich und in der Langzeitpflege passieren. Ein häufiger Grund dafür: Gerade ältere Patienten bekommen häufiger von verschiedenen Ärzten Medikamente verschrieben, ohne dass der eine von der anderen weiß – so kommt es zu Wechselwirkungen, Überdosierungen eines Wirkstoffes etc.

Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege und in der Langzeitpflege können solche Fehler aufdecken und so die Versorgung und Lebensqualität ihrer Patienten verbessern. Deshalb ist Medikamentensicherheit in allen Pflege-Settings ein Thema.

Ambulante Pflege: Beratung ist gefragt

Idealerweise ist die Pflegefachperson in der ambulanten Pflege über die gesamte Medikation ihrer Patienten informiert, auch wenn sich ihr Einsatz auf Verbandwechsel, Anziehen von Thrombosestrümpfe, Insulinspritzen und Ähnliches beschränkt.

Handlungsbedarf gibt es, wenn sie feststellt, dass

- > ein verordnetes Medikament eigentlich kontraindiziert ist oder mit anderen Medikamenten, die der Patient ebenfalls einnimmt, in Wechselwirkung treten kann. Dann sollte sie dafür sorgen, dass der Hausarzt davon erfährt – über den Patienten, ein Familienmitglied oder sie selbst.
- > der Patient häufiger über Müdigkeit, Schwindel oder andere Beschwerden klagt – sie könnten in Zusammenhang mit der Medikation stehen. Auch in diesem Fall gilt es Kontakt mit dem Arzt aufzunehmen.

- > der Patient ein Medikament oder mehrere nicht einnimmt, weil er denkt, er komme ohne sie besser klar. Das könnte möglich sein, sollte aber in jedem Fall abgeklärt werden.
- > der Patient seine Medikamente nicht sachgemäß aufbewahrt oder einnimmt (unregelmäßig, zu viel, zu wenig).

Es hilft auch sehr, wenn die Pflegefachperson den bundeseinheitlichen Medikationsplan empfiehlt (wenn der Patient noch keinen hat). Auf diesen BMP haben alle Patienten seit 2016 ein Anrecht, die mindestens drei verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen. Der Hausarzt stellt den Plan aus, alle weiteren Ärzte ergänzen ihre Verordnungen mit detaillierten Angaben zu Wirkstoff, Dosierung etc. Der BMP kann auf Papier geführt werden oder digital auf der elektronischen Patientenkarte. Der Patient legt den Plan am besten bei jedem Arzt- und Apothekenbesuch vor, aber auch beim Kauf rezeptfreier Medikamente, denn auch diese können Wechselwirkungen haben. Deshalb sollen frei verkäufliche Medikamente ebenfalls im BMP aufgeführt werden.

250.000

Medikationsfehler führen jährlich in Deutschland dazu, dass Patienten im Krankenhaus behandelt werden müssen.

Hast du Petra Müller die 500 mg Diclofenac schon gegeben?

Ja, ich habe Petra Müller die 500 mg Diclofenac gegeben.



Die Call-back-Methode (noch einmal wiederholen, was das Gegenüber gesagt hat) stammt aus der Luftfahrt und eignet sich auch bei telefonischer Übermittlung von Anordnungen. Sie ist ein Baustein der Fehlervermeidung und für alle drei Settings geeignet.

Langzeitpflege: auf Polypharmazie achten

Auch in der Langzeitpflege gilt es auf mögliche Wechselwirkungen, Überdosierungen etc. zu achten. Nicht selten bekommen Bewohner schlichtweg zu viele Medikamente (Polypharmazie). Ein großes altersmedizinisches Forschungsprojekt namens AMTS-Ampel mit 15 Heimen (1.000 Bewohner), das zwischen 2012 und 2015 von fünf Unikliniken begleitet wurde, hat gezeigt: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAE) können um 39 Prozent reduziert werden, wenn Ärzte Me-

dikamente aufmerksam verschreiben und zum Beispiel auf Wechselwirkungen sowie Nieren- und Leberinsuffizienz und andere medikamentenrelevante Grunderkrankungen achten. In den teilnehmenden Heimen gingen die Stürze um gut ein Drittel zurück, bei der Hälfte der Patienten verbesserte sich der Gesundheitszustand.

Medikamente-Richten an Apotheken delegieren

Was die Medikamentensicherheit in Pflegeheimen ebenfalls gefährdet, ist die fehlende Ruhe beim Stellen der Medikamente. Meistens werden sie nachts gerichtet, wenn die Pflegefachperson in ihrer Tätigkeit immer wieder unterbrochen wird. Dr. Irmgard Landgraf, Hausärztin und Beisitzerin beim Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), empfiehlt Heimen deshalb das Richten der Medikamente an die Apotheke zu delegieren, mit der sie ohnehin einen Versorgungsvertrag haben.

Wenn die Apotheke das manuelle Neuverpacken von Fertigarzneimitteln übernimmt, erhält jeder Bewohner seine Medikamente fertig portioniert nach Tagen und Tageszeiten in Blistern (siehe Foto Seite 38), nur Tropfen etc. müssen dann noch extra verabreicht werden. Diesen Service gibt es seit rund 20 Jahren, viele Heime nehmen ihn inzwischen in Anspruch. Er hat auch den Vorteil, dass die Apotheke die Medikation auf Wechselwirkungen und unübliche Dosierungen überprüft.

Verordnungen immer im Blick behalten!

Vor Ort gilt es für die Pflegefachpersonen dann nur noch, darauf zu achten, dass es keine Verwechslungen gibt, die Blister unbeschädigt sind und die Medikamentengabe plausibel scheint. Das heißt aber nicht, dass Medikamente kein Thema mehr für die professionell Pflegenden sind. Denn es ist immer noch möglich, dass Bewohner zu viele Wirkstoffe oder zu hoch dosierte Medikamente erhalten. Ein regelmäßiger Blick in die Verordnungen und bei Auffälligkeiten ein Gespräch mit dem Arzt sollten Routine sein.

10

und mehr Medikamente erhalten manch ältere Patienten.

Grafik: freepik.com/luplyjak

Krankenhäuser – 8 Tipps, die vor Fehlern schützen

Schnell auf Zuruf eine Ampulle aufziehen, Medikamente richten für Patienten, die man noch nicht einmal gesehen hat – im Krankenhaus ist der Stress bei der Medikamentengabe oft enorm. Krankenhausapotheker und Akteure des Aktionsbündnisses stehen mit Dutzenden Tipps zur Seite – wir präsentieren eine Auswahl:

1. Machen Sie sich beim Richten der Medikamente jedes Mal bewusst, dass jetzt Konzentration gefordert ist und Sie genau lesen müssen, was auf dem Etikett oder im Beipackzettel steht. Verlassen Sie sich nicht auf die Farbe des Etiketts oder die Größe der Flasche. „Das klingt zwar trivial, ist aber sehr wichtig“, sagt Dr. Michael Baehr, Leiter der Apotheke im Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf (UKE).
2. Halten Sie kurz inne, bevor Sie ein Medikament verabreichen. „Stop-Injekt Check“ wird diese simple Methode genannt, für die der Asklepios-Konzern 2021 mit einem Preis des Aktionsbündnisses Patientensicherheit prämiert wurde. „Die Kontrolle ist so wichtig, weil das, was gerichtet ist, nicht immer von dem gegeben wird, der es verabreicht“, erklärt Reiner Heuzeroth, Pflegefachperson und Klinischer Risikomanager im Asklepios-Konzern.

„Unmittelbar, wenn ich am Patienten stehe, muss ich mich fragen: Ist das Frau Müller, die genau dieses Medikament bekommen soll – die Spritze muss dafür natürlich eindeutig beschriftet sein.“ Heuzeroth, der auch Beisitzer im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) ist, glaubt, dass viele Pflegenden, denen ein Fehler passiert, schon beim Verabreichen des Medikaments ein unsicheres Gefühl hatten. „In dem



Moment selbst aber waren sie getrieben und sagten sich: ‚Wird schon stimmen.‘

3. Sorgen sie für ein ruhiges Umfeld. Im Vinzentius Krankenhaus Landau ist die Pflegefachperson abgeschirmt, etwa durch eine Milchglasfolie und zusätzlich durch den Hinweis: „Medikamente richten ist eine wichtige Aufgabe und erfordert unsere höchste Konzentration.“
4. Gleichen Sie die Medikation immer mit der Original-Anordnung ab. Verzichten Sie im Medikationsprozess darauf, Anordnungen zu übertragen – gerade im Papier-Workflow passieren dabei zu viele Transkriptionsfehler. Auch kann es passieren, dass längst abgesetzte Medikamente weiterhin gegeben und neu angesetzte doch nicht verabreicht werden, weil das Übertragen bzw. Ausstreichen vergessen wurde.
5. Kontrollieren Sie die Medikamente noch einmal, bevor Sie sie dem Patienten geben. Lassen Sie Tabletten, wenn möglich in der Blisterpackung, bis Sie beim Patienten sind.
6. Wenn Sie eine Anordnung nicht lesen können, die Angabe zur Dosierung fehlt oder nicht entzifferbar ist: Fragen Sie nach!
7. Sprechen Sie die Patienten bei der Medikamentengabe mit Vor- und Nachnamen an, kontrollieren Sie alternativ (oder zusätzlich), ob der Name auf dem Identifikationsarmband mit dem auf der Medikamentenschale übereinstimmt.
8. Wiederholen Sie bei mündlichen Anordnungen (wie sie in der Praxis immer wieder vorkommen), den Namen des Patienten, das Medikament und die Dosierung – das Vorgehen kommt aus der Luftfahrt und wird Call-back genannt. •

Wo kann ich mich fundiert informieren?



Die **Rote Liste** liefert sicherlich die umfassendste und detaillierteste Information über Wechselwirkungen, Kontraindikationen, Dosierungen etc. Jede Pflegefachperson sollte Zugang zur ihr haben. Daneben gibt es Listen, die systematisch vorgehen und sich auf bestimmte Bereiche konzentrieren: etwa die **Priscus-Liste**, die alle Medikamente aufführt, die im Alter nicht geeignet sind. Oder der **Arzneimittel-Report der Krankenkasse Barmer**, von dem seit 2010 inzwischen zwölf Ausgaben erschienen sind: Er geht etwa auf Probleme wie Polypharmazie und die fragwürdige Behandlung von Demenz-Patienten mit Neuroleptika ein.

Auch **Apothekerinnen und Apotheker** sind im Alltag gute Ansprechpartner. Einige Fachbereiche in Kliniken ziehen ihre Krankenhausapotheker zu Visiten hinzu, um die Qualität der Verordnungen zu optimieren. Pflegefachpersonen in der Altenpflege sollten bei Fragen nicht zögern, in der Apotheke anzurufen. Da fast alle Heime einen Versorgungsvertrag mit einer Apotheke haben, sollte das kein Problem sein, weil die Beratung Teil der Vereinbarung ist. Grundsätzliche Fragen können auch in den verpflichtenden jährlichen Schulungen der Apotheken besprochen werden. Auch die ersten ambulanten Dienste fangen übrigens an, Versorgungsverträge mit Apotheken abzuschließen.

Wenn es um den gesamten Medikationsprozess von der Verordnung bis zur Verabreichung der Medikamente geht, sind die **Handreichungen des Patientenbündnisses für Patientensicherheit (APS)** sehr wertvoll.

Die APS-Vorstandsvorsitzende Dr. Ruth Hecker (siehe auch Seite 11) empfiehlt Pflegefachpersonen insbesondere:

- Handlungsempfehlung für „Gute Verordnungspraxis“
- Arbeitspapier „Vier-Augen-Prinzip“
- Handlungsempfehlung „Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus“
- Patienteninformation „Tipps zum häuslichen Umgang mit Arzneimitteln“

Die Dokumente finden sich alle zum Runterladen auf der APS-Website: www.aps-ev.de

Für Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege ist außerdem das **Merkblatt „Arzneimittel in Wohn- und Pflege-Einrichtungen“ des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung** wichtig: Hier sind alle verpflichtenden Vorgehensweisen im Umgang mit Arzneimitteln aufgeführt. Das Merkblatt findet sich auf der Website des Landesamtes: <https://t1p.de/cnmyb> •





So fertig portioniert und von der Apotheke geprüft kommen die Medikamente in der Uniklinik in Hamburg (UKE) auf Station an.

In rund 60 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland verordnen Ärzte die Medikation immer noch handschriftlich. „Da müssen dann die Pflegefachpersonen unleserliche Handschriften entziffern, fehlende Angabe zur Applikation – i.v. oder oral – und zur Dosierung klären“, sagt der Leiter Apotheke im Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) in Hamburg, ein deutschlandweit bekannter Experte für Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Anschließend werde die Verordnung auf die Medikamenten-Planette übertragen, häufig jede Woche auch auf ein neues Kurvenblatt und so weiter und so fort. Der gesamte handschriftliche Prozess ist gesäumt von Dutzenden Stolperfallen.

Die Digitalisierung setzt sich nur langsam durch. Immerhin, mehr als die Hälfte der Krankenhäuser hat den Ordnungsprozess digitalisiert. Doch häufig sind die anderen Prozessabschnitte (Bestellen, Richten und Verteilen etwa) nicht abgeschlossen. Das hängt damit zusammen, dass es schwierig ist, alles passend ins komplexe digitale Krankenhaus-Informationssystem (KIS) einzubinden.

So gibt es nur vereinzelt Krankenhäuser in Deutschland, die den gesamten Medikationsprozess so digitalisiert haben, dass tatsächlich Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) weitgehend garantiert ist.

Ein solcher AMTS-Prozess sieht so aus:

1. Die Ärztin oder der Arzt verordnet digital mit allen Details und zeichnet ab.
2. Während der Verordnung prüft eine Software, ob es Wechselwirkungen gibt, Kontraindikationen etc. – je nach Ergebnis zeigt sie ein grünes, gelbes oder rotes Licht.
3. Stationsapotheker überprüfen zusätzlich die Plausibilität der Verordnung im klinischen Kontext.
4. Die Verordnung wird individualisiert an die Krankenhausapotheke weitergeleitet, wo die Tagesportionen für jeden einzelnen Patienten verschweißt sowie mit Details zur Einnahme, mit Patientennamen und Barcode des Patienten versehen werden. Diese individuelle Zuteilung in der Apotheke wird als Unit-Dose-System bezeichnet.
5. Die Pflegefachpersonen verteilen die Medikamente auf Station an die Patienten, dabei gleichen sie Barcodes und Patientennamen auf der Planette mit dem Patientenidentifikationsarmband ab und zeichnen sofort die Medikamentengabe ab.

Dieser Prozess, der auch Closed Loop Medication Management genannt wird, stellt sicher, dass Änderungen der Medikation (Kalium abgesetzt) oder der Verfassung des Patienten (er hat sich übergeben) jedem am Medikationsprozess Beteiligten sofort angezeigt werden.

„Dabei intervenieren wir relativ häufig. Oft geht es um Kleinigkeiten, aber gelegentlich auch um gravierende Fehler: dass zum Beispiel die zehnfache Dosis verordnet wurde. Das heißt nicht,

dass die AMTS-Ampel nichts taugt. Es zeigt nur, wie wichtig es ist, bei der Medikation verschiedene Sicherheitsnetze zu spannen.“

i INFO

FALSCHES MEDIKAMENT GEGEBEN – WAS TUN?

„Bei Fehlern gilt die Berichtspflicht gegenüber dem Vorgesetzten“, sagte der Fachanwalt für Medizinrecht Dr. Tobias Weimer in einem Interview mit diesem Magazin. Das sei auch wichtig, damit Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können. Verfügt das Haus über ein Fehlermeldesystem, ist es sinnvoll, das Ereignis auch dort zu dokumentieren. Das hilft insgesamt der Fehlervermeidung, denn die Einträge sollten ausgewertet werden, um daraus Veränderungen abzuleiten. „Ganz wichtig auch: Richtet der Patient oder seine Familie Schadenersatz- oder Schmerzensgeldansprüche an einen persönlich, dann muss ich darüber unbedingt die Geschäftsführung informieren. Dann kann der Arbeitgeber die Haftpflichtversicherung des Hauses einschalten.“

Das vollständige Interview unter der Überschrift „Medikament verwechselt – was tun?“ lesen Sie in Ausgabe Nr. 12, Seite 36 ff. (2019). Sie können den Artikel auch digital lesen auf www.pflegemagazin-rlp.de unter dem Navigationspunkt „Frühere Ausgaben“.