

Bei Entlassung: Medikation ist größte Fehlerquelle

Probleme mit der Entlassmedikation sind mit Abstand das häufigste kritische Ereignis beim Übergang von der stationären in die hausärztliche Versorgung. Das hausärztliche Fehlerberichts- und Lernsystem www.jeder-fehler-zaehlt.de (JFz) stellt das Problem in dieser Folge in den Mittelpunkt. Beide Seiten, Krankenhausärzte und Hausärzte, klagen darüber. Aber sind sie angemessen vorbereitet?



Dipl. Soz. Martin Beyer,
Dipl. Dok. Tatjana Blazejewski
Arbeitsbereich
Patientensicherheit
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität
Frankfurt
Blazejewski@
allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de

Der Fehlerbericht ist ganz alltäglich (siehe unten): Ein Patient wird am Freitag aus dem Krankenhaus entlassen. Einen Medikationsplan hat er nicht dabei. Vermutlich haben die Ärzte in der Klinik ihm auch nicht verdeutlicht, dass er wegen seines neuen Stents unbedingt eine Thrombozytenaggregationshemmung benötigt. Die weiteren Umstände können wir nur vermuten: Für das Wochenende war ihm eine Clopidogrel-Medikation ausgehändigt worden, danach sei alles gut, dachte er und setzte die Medikamente ab.

Am Donnerstag kam er erneut in die Sprechstunde. Doch ein Arztbrief (oder ein Medikationsplan) tauchte bis dahin nicht auf.

Klinik therapiert anders

Auch die Hausarztpraxis war nicht optimal auf diesen häufigen Fall vorbereitet. Klinikentlassungen sollte stets der Hausarzt – und nicht wie im konkreten Fall die MFA – bearbeiten. Dies hat auch der Berichterstatte erkannt. Er hätte sofort gesehen, dass

Fehlerbericht #779

Patient wurde freitags mit einem neuen Carotis-Interna-Stent bei asymptomatischer hochgradiger Stenose aus der Klinik entlassen. Er meldete sich am Montagmorgen bei Wohlbefinden persönlich in der Praxis und wurde von der Arzthelferin gefragt, ob er nach Entlassung alle Medikamente habe, was er bejahte (eigentlich unlogisch). Drei Tage später hatte der Patient zufällig auch einen Routine-Sprechstundetermin, wo sich im Gespräch herausstellte, dass die Medikamente exakt wie vor der Krankenhausaufnahme eingenommen wurden. Clopidogrel hatte der Patient versehentlich 5 bis 6 Tage lang nicht weitergeführt.

Was war das Ergebnis?

Nach sofortiger telefonischer Rücksprache mit dem Klinikarzt fand eine Duplexsonografie in der Klinikambulanz statt. Der Stent zeigte sich regelrecht, ohne Hinweise auf Verschluss.

Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben können?

Patient war mit der Entlassungsprozedur diesmal vermutlich überfordert, obwohl er schon oft in Kliniken behandelt wurde.

Welche Maßnahmen wurden aufgrund dieses Ereignisses getroffen oder planen Sie zu ergreifen?

Hinweis an das Praxispersonal, unlogische Vorkommnisse sofort dem Arzt zu berichten. Aus der Klinik entlassene Patienten müssen stets in die Sprechstunde gebeten werden.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Kommunikation, Organisation



doch etwas ‚fehlt‘. In der Praxis hängen an der Entlassmedikation sehr viele Probleme:

- Nach der stationären Behandlung brauchen Patienten eine **neue Arzneitherapie** (wie das Beispiel zeigt).
- **Neue diagnostische Erkenntnisse** oder klinische Erfahrungen lassen eine Veränderung in der Medikation sinnvoll erscheinen.
- Bei weitem aber häufiger und für Hausärzte ärgerlicher: Die **Klinik therapiert anders** (hat auch andere Wirtschaftlichkeitsvorgaben) – und setzt Medikationen einfach um.
- Strittig ist zudem immer noch, wie lange die Klinik für die **Bevorratung** des Patienten nach Entlassung zuständig ist. Klassiker dabei sind vor allem gerinnungshemmende Behandlungen, wie auch der Fall und viele Berichte in JFz widerspiegeln.

Um Fehler zu vermeiden, müssen Haus- und Klinikärzte in erster Linie gut miteinander kommunizieren.

Das Problem ist vorhersehbar: An Schnittstellen ist wie immer die möglichst reibungslose und effektive Kommunikation unabdingbar. Große Widerstände bauen sich durch die geliebten Stereotypen auf: der Hausarzt, der von bahnbrechenden Neuerungen in der klinischen Medizin keine Ahnung hat, und der Klinikarzt, der ohne Sinn und Verstand praxisferne Scheininnovationen propagiert. Die effektive Kommunikation sollte dabei den Vorrang haben. Basis dafür sind notwendige Kommunikationsmittel: Es darf kein Patient ohne einen

1. Was Hausärzte bei Erst-Kontakt nach Entlassung prüfen sollten

Übersicht: Orale Antikoagulation, NOAKs, TAH, Bridging nach S1-Leitlinien der DEGAM

Vergleich mit Vormedikation	Streichung Doppelungen
	Fehlen Medikamente aus der Vor-Medikation?
	Neue Medikamente durch ICD / Diagnostik begründet? (ggf. Prüfung der Indikation bei umfassender Medikationsüberprüfung vertiefen)
Dosierung?	Einzeldosis / Tagesdosis
Substitution	Ersatz der Medikamente nach Klinikliste durch ambulante Praxisliste
Verordnungsfähigkeit	ggf. Recherche AMR unter www.g-ba.de oder Arzneimittel-Datenbank der Praxis-Software

Medikamente vom Krankenhaus zur Überbrückung mitbekommen?



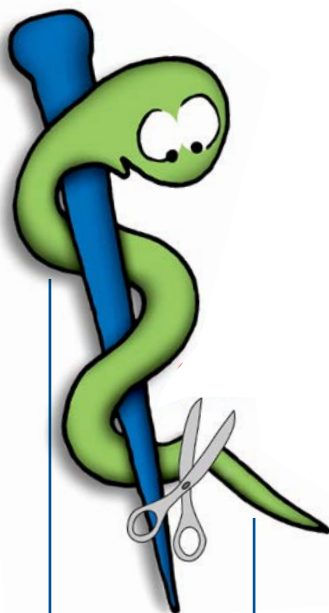
Medikationsplan erstellen, Rezepte ausstellen, Termin zur umfassenden Medikationsprüfung vereinbaren

Quelle: DEGAM Leitlinien, <http://degam-leitlinien.de>

2. Zweiter Termin: Aufgeschobenes klären, vollständige Patientenakte ansehen und mit Patient persönlich besprechen

Präferenzen des Patienten?
Dauer der Einnahme?
Evidenz
Interaktion
Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz?
Priorisierung
Umfassender Medikationsplan incl. Selbstmedikation z. B. entsprechend Medikationsplan*

*) nach www.akdae.de/AMTS/index.html • Quelle: DEGAM Leitlinien, <http://degam-leitlinien.de>



Weitere Informationen finden Sie hier:
<https://jeder-fehler-zaehlt.de/public/aktion/schnittstelle/aktion.jsp>

Medikationsplan (und einen wenigstens vorläufigen Arztbrief) entlassen werden. Diese Informationen sollten dem Hausarzt auch erschließen, welche Medikationsänderungen sich aus neuen Diagnosen ergeben, welche sich ggf. wieder zurücksetzen lassen usw..

Ein ‚Drehbuch‘ für diese Kommunikationsrollen und Informationsinhalte ergibt sich z.B. aus der Checkliste des Ärztlichen Zentrums für Qualität. Darin wird auch ‚gelinde angedeutet‘, dass man in den meisten Fällen eine Entlassung intern vorbereiten kann. Und in den Tagen vor dem Entlassungstermin vieles vorher erledigen kann, etwa: Erstellung einer Medikationsliste mit Angabe der Wirkstoffe, Dosierung und Einnahmeschemata, Dokumentation der Medikation in Gegenüberstellung mit der Medikation bei der Einweisung. Wünschenswert bei einem vorausschauenden Entlassmanagement ist es auch, eine Entlassung zwei Tage vorher, wenn sie sich abzeichnet, beim Hausarzt anzukündigen.

Hausarzt muss Patient selbst sehen

Aber auch die Hausarztpraxis muss auf Entlassungen vorbereitet sein. Wie aus dem Fallbericht gelernt, sollte jeder Entlassungspatient – wenigstens kurz – dem Hausarzt vorgestellt werden. Dieser kann nicht alle Probleme, die sich nun auftun, auf einmal lösen. Die DEGAM hat hierzu eine Handlungsempfehlung verabschiedet, die einen Vorschlag macht, was sofort und was etwas später geprüft oder angepasst werden sollte (siehe Abb. S. 39 zu erstem und zweitem

Schritt). Diese wird auf der DEGAM-Website unter Leitlinien (Thema: Entlassmedikation) zur Verfügung gestellt.

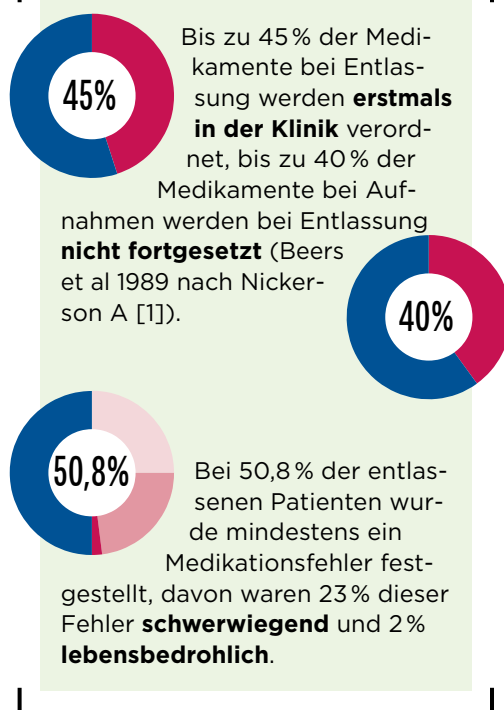
In der gut vorbereiteten Praxis hat die Medizinische Fachangestellte/VERAH® selbstverständlich nicht die Rolle „Unplausibles durchgehen zu lassen“. Vielmehr sammelt sie die Informationen, spricht mit dem Patienten und bereitet den Arztkontakt vor. In diesem Punkt ist der Bericht nicht misszuverstehen.

Das Krankenhaus sollte eine Entlassung dem Hausarzt zwei Tage vorher ankündigen.

Weitere Informationen

Weitere Informationen finden Sie auf der Website <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/aktion/schnittstelle/aktion.jsp>. Dort finden Sie auch die direkten Links zu den angesprochenen Informationsquellen. Berichten Sie uns dort auch über Ihre kritischen Ereignisse und Erfahrungen, wie man es besser machen kann!

So häufig sind Medikationsfehler



1. Nickerson A, MacKinnon NJ, Roberts N, Saulnier L. Drug therapy problems, inconsistencies and omissions, identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthcare Quarterly*; Vol 8, 2005:65-72
 3. Kripalani S, Rounie CL, Dalal AK, Cawthon C, Businger A et al. Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* . 2012;157(1):1-10