

# Protokoll über die Überprüfung der Vorräte an Arzneimitteln und Medizinprodukten (§ 14 Apothekengesetz; § 32 Apothekenbetriebsordnung)

Krankenhaus: \_\_\_\_\_  
 Leitender Arzt: \_\_\_\_\_  
 Abteilung: \_\_\_\_\_  
 Station/Teileinheit: \_\_\_\_\_  
 Stationsleitung Pflegedienst: \_\_\_\_\_  
 Apothekenstempel \_\_\_\_\_  
 Stationsleitung ärztlicher Dienst: \_\_\_\_\_  
 Datum der letzten Stationsbegehung: \_\_\_\_\_  
 Beanstandete Punkte: \_\_\_\_\_

Beanstandung zwischenzeitlich behoben? \_\_\_\_\_ ja / nein  
 Ist die geltende Arzneimittelliste vorhanden? \_\_\_\_\_ ja / nein  
 Wer ist zuständig für die Arzneimittelbestellung und Arzneimittelannahme? \_\_\_\_\_  
 Wer ist zuständig für die Arzneimittelentnahme und Arzneimittelabgabe? \_\_\_\_\_

## 1. Überprüfte(r) Lagerort(e) (Checkliste)

Vorratshaltung von:	Medikamenten	Infusionslösungen	Medizinprodukten	Betäubungsmitteln	Diagnostika
Schwesternzimmer	<input type="checkbox"/>				
Pflegearbeitsraum	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				
Notfallkoffer	<input type="checkbox"/>				
Kühlschrank	<input type="checkbox"/>				

## 2. Lagerung und Aufbewahrung von Arzneimitteln und Medizinprodukten allgemein

	ordnungs- gemäß	nicht ordnungs- gemäß		ordnungs- gemäß	nicht ordnungs- gemäß
a Zustand des Lagerraums (staubarm, trocken, leicht zu reinigen, abgetrennt von anderen Bereichen, Putz- und Reinigungsmitteln, organischen Lösungsmitteln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d Lagerung nicht über 8°C im Kühlschrank, keine Lebensmittel (Temperaturkontrolle, Kontrolle des Alarmsystems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Reinigung der Lagerräume nach Hygieneplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e vor Licht geschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Lagerung nicht über 25°C (Temperaturkontrolle und Kontrolle des Alarmsystems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f vor Staub geschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			g diebstahlsichere Aufbewahrung von Betäubungsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			h Lagerung feuergefährlicher Stoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			i Übersichtlichkeit der Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Vorratshaltung der Arzneimittel und Medizinprodukte

	ja	nein		ja	nein
a Werden die am längsten lagernden Arzneimittel und Medizinprodukte zuerst zum Verbrauch bereitgehalten („first-in-first-out“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f Sind Arzneimittel und Medizinprodukte sicher vor dem Zugriff Unbefugter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Wird darauf verzichtet Arzneimittel auszueinzeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g Ist das Spektrum der Arzneimittel und Medizinprodukte weitgehend stationsspezifisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Wird darauf verzichtet, verschiedene Chargen zusammenzupacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h Hat die Vorratsmenge an Arzneimitteln und Medizinprodukten den richtigen Umfang? Nein, da zu gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Sind Medizinprodukte-Anbruchpackungen verschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, da zu umfangreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Werden die Verfalldaten überprüft und beachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## 4. Beschaffenheit/Kennzeichnung

a Ist von einem Arzneimittel jeweils nur ein Anbruch im Gebrauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d Sind Mischinfusionen korrekt hergestellt (Kompatibilität/Inkompatibilität beachtet? Herstellungsdatum/Zumischung dokumentiert)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Werden Parenteralia im Mehrdosenbehältnis mit Anbruchdatum versehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e Wurden die Aufbrauchsfristen beachtet (24 Stunden/3 Tage/1 Woche/4 Wochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Sind aufgelöste Lyophilisate mit Lösungsdatum und Lösungszeit versehen (Kühlschrank)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f Verbleiben die Beipackzettel im Umkarton?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			g Ist der Umkarton vollständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			h Sind die Blisterstreifen unversehrt (Ch.-B./Verfalldatum identifizierbar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Ausfertigung für die Krankenhausleitung = weiß  
 2. Ausfertigung für die Pflegedienstleitung = rosa  
 3. Ausfertigung für den Stationsarzt = blau  
 4. Ausfertigung für die Apotheke = gelb

## 5. Blutprodukte

	ja	nein		ja	nein
a			f		
Wird die Verwendung von Blutprodukten ordnungsgemäß dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der Kühlschrank erschütterungsfrei und für Blutzubereitungen geeignet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b			g		
Werden die Lagerfristen der Konserven beachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wird der Kühlschrank ausschließlich für Blutbeutel benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c			h		
Wird die 3-Tage-Frist der Kreuzprobe eingehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wird der Tiefkühlschrank ausschließlich für Plasmabeutel benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d			i		
Befindet sich das Ergebnis der Kreuzprobe bei der Konserve (Begleitschein)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind die Blutzubereitungen im Beutel frei von – Verfärbungen (Hämolyse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e			– Verklumpungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die ordnungsgemäße Lagerung gewährleistet – im Kühlschrank (Blutzubereitungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	– Schlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– tiefgefroren (-30°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j		
– (fresh frozen plasma) FFP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist das Lagerungssystem übersichtlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Betäubungsmittel (Überprüfung fakultativ)

a					
Eintragungen im Betäubungsmittelbuch:			– Werden Angaben über den sonstigen Verbleib gemacht (Vernichtung, Verlust, Bestandskorrekturen – jeweils mit Zeugenvermerk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wird ein Inhaltsverzeichnis geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	– Werden die Bestände und die BtM-Verbleibsnachweise durch den verantwortlichen Arzt mit Datum und Namenszeichen mindestens einmal monatlich überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sind die Betäubungsmittel ordnungsgemäß bezeichnet (Name, Darreichungsform, mg pro abgeteilter Form)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b		
– Ist die Nummer des Betäubungsmittel-Anforderungsscheins und der Name des verschreibenden Arztes bei BtM-Zugängen vermerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Werden die BtM-Vorräte regelmäßig auf Verfall und Verwendbarkeit durchgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Werden der Patientennamen und der Name des verordnenden Arztes aufgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c		
			Ist eine Regelung für die Schlüsselvergabe und den Schlüsselverbleib vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Arzneimittel zur klinischen Prüfung / Ärztemuster

a			c		
Werden Arzneimittel zur klinischen Prüfung vorrätig gehalten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Werden die Arzneimittel zur klinischen Prüfung gesondert und unter dem Namen des Arztes gelagert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b			d		
Wer ist der für die Prüfung verantwortliche Arzt?	_____		Ist die klinische Prüfung noch im Gange? Wenn nein, wie werden vorhandene Restbestände beseitigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			e		
			Befinden sich Ärztemuster unter den Stationsvorräten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Mängel

a			c		
Es wurden die nachfolgend aufgeführten Mängel festgestellt:			Die Mängel sind bis spätestens _____ zu beseitigen.		
b			d		
Folgende Maßnahmen wurden zur Beseitigung der Mängel veranlasst:			Im Vergleich zu den bei der vorangegangenen Stationsüberprüfung beanstandeten Punkten mussten erneut: _____		
			zusätzlich: _____		
			die oben aufgeführten Mängel beanstandet werden.		

## 9. Rücknahme

Zur Gutschrift zu Gunsten der Kostenstelle konnten Arzneimittel und Medizinprodukte zurückgenommen werden im Wert von

ca.  €

## 10. Aussonderung / Vernichtung

Wegen Überschreitung des Haltbarkeitsdatums oder aus anderen Gründen, die eine weitere Verwendung der Arzneimittel und Medizinprodukte ausschließen, mussten von der Apotheke Waren ausgesondert und vernichtet / entsorgt werden im Wert von

ca.  €

## 11. Weitere Hinweise und Verbesserungsvorschläge

## 12. Beteiligte an der Stationsbegehung

Station	1. _____	Apotheke	1. _____
	2. _____		2. _____
	3. _____		3. _____

Es wird bestätigt, dass alle Lagerorte für Artikel gemäß Punkt 1 (Checkliste) vorgewiesen wurden.

Ort und Datum der Überprüfung

Für die Station / Teileinheit

Ort und Datum der Überprüfung

Apotheker/in