

Fall des Monats Oktober 2023

Beinahe-Verwechslung von Spritzen (Ephedrin - Epinephrin)

Fall-Nr.

250779

Zuständiges Fachgebiet

Intensivmedizin

Altersgruppe des Patienten

leer

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Die Ephedrinspritze wurde beinahe mit einer Adrenalin (Aufschrift Epinephrin)-Fertigspritze vertauscht, da beide Spritzenverpackungen gleich aussehen.

Was war das Ergebnis?

Hier kam es zum Glück nicht zum Einsatz. Der Druck des Patienten Patient blieb während der PDK-Anlage stabil.

Allerdings ist es dennoch eine hohe Gefahrenquelle. Während eines Notfalles muss es schnell gehen und wenn dort unter einer Reha-Situation Ephedrin statt Adrenalin gespritzt wird, kommt es ggf. zu verheerenden Folgen.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Die Ähnlichkeit wurde in dem hausinternen CIRS nicht das erste Mal berichtet. Aus Patientensicherheitsgründen wurde vor einiger Zeit auf Fertigspritzen umgestellt. Die Spitzen sind nach DIVI gekennzeichnet, sehen sich dadurch farblich sehr ähnlich, die Verpackungen unterscheiden sich allerdings.

In diesem Fall, wurde die Ephedrinspritze mit dem Patienten aus dem OP auf die Station gegeben. Diese nutzt allerdings nur die Adrenalinspritzen (Epinephrin). Versehentlich wird dann ggf. die mitgebrachte Spritze ins Fach der Adrenalinspritzen gelegt, weil Epinephrin gelesen wird.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Medikation (Medikamente beteiligt?)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

wöchentlich

Wer berichtet?

Pflege-, Praxispersonal

Kommentar des Anwender-Forums

Ob die Verwechslung im OP erfolgt ist oder auf der Station, in beiden Fällen liegt eine klassische Verwechslungsproblematik vor, die begünstigt wird, wenn sich Arzneimittel ähnlich sehen oder sich ihr Name ähnlich anhört (LASA – look alike & sound alike). Die Spritzen sind nach DIVI-Empfehlungen gekennzeichnet. Dem Farbkonzept der DIVI-Kennzeichnung liegt der Gedanke zugrunde, dass Verwechslungen innerhalb einer Wirkungsgruppe weniger schwerwiegende Folgen haben als Verwechslungen zwischen unterschiedlichen Gruppen (z. B. Verwechslung eines Hypnotikums mit einem Relaxans). Dadurch haben beide Spritzen nicht nur eine ähnliche farbliche Kennzeichnung, zudem lautet der Name noch ähnlich.

Vor dem Hintergrund, dass die Verwechslungsgefahr beider Produkte in der meldenden Einrichtung schon mehrfach Gegenstand von CIRS-Berichten war, sollten im OP alle Mitarbeitenden für die Ähnlichkeit dieser beiden Präparate sensibilisiert sein bzw. erneut sensibilisiert werden. Geeignete Maßnahmen, wie beispielsweise die räumlich getrennte Lagerung, auffällige Kennzeichnung und das Vier-Augen-Prinzip können helfen, Verwechslungen zu vermeiden. So kann bei intravenösen Injektionen die Person, die die Injektion vorbereitet, vorlesen, welchen Wirkstoff, in welcher Dosierung und Stärke die Spritze enthält und eine zweite Person bestätigen, ob sich das Gehörte mit der beabsichtigten Medikation deckt.

In diesem Bericht hat noch ein weiterer Aspekt Bedeutung: Durch die Mitgabe der Ephedrinspritze wurde das Risiko der Medikamentenverwechslung weiter erhöht. Während im OP erfahrungsbedingt eine gewisse Sensibilisierung für die Ähnlichkeit der Fertigspritzen existieren dürfte, kann in Bereichen, in denen ein Medikament so gut wie nie angewendet wird, von einem solchen Bewusstsein nicht ausgegangen werden.

Unklar ist, warum die Spritze aus ihrer (Einzel-)verpackung entnommen wurde, bevor sie mitgegeben wurde. Lt. Bericht unterscheiden sich die äußeren Verpackungen beider Präparate und hätten so weniger leicht verwechselt werden können. Verpackungen können zudem zur Haltbarkeit beitragen (beispielsweise bei lichtempfindlichen Arzneimitteln), und auch aus hygienischen Gründen sollten Spritzen möglichst nicht unverpackt gelagert oder transportiert werden.

Zur Vermeidung ähnlicher Ereignisse empfiehlt das Anwenderforum demnach:

- Die Mitgabe von Spritzen sollte generell vermieden werden.
- Ist dies nicht möglich oder umsetzbar, muss die mitgegebene Spritze mit Angabe des Wirkstoffs, der Dosis und der Indikation bei der Übergabe der Patient:innen erwähnt werden.
- Spritzen sollten bei Lagerung und Transport in ihrer originalen Verpackung verbleiben.
- Die Verwendung des Wirkstoffnamens „Adrenalin“ statt „Epinephrin“ würde durch einen deutlicher unterscheidbaren Namen die Verwechslungsgefahr verringern.
- Einkauf bzw. Apotheke sollten bei Verwechslungsgefahr prüfen, ob ein anderes Produkt verwendet werden kann, bei dem diese Gefahr nicht besteht. Bei den zunehmend häufigeren Lieferengpässen kann sich dies jedoch schwierig gestalten.

- Sind Ähnlichkeiten dennoch nicht zu verhindern, sollten ähnlich aussehende Medikamente räumlich getrennt voneinander gelagert werden. Bei ähnlich klingenden Medikamentennamen können Readback-Verfahren oder das 4-Augen-Prinzip helfen, Verwechslungen zu vermeiden.
- Mitarbeitende sollten regelmäßig allgemein für die LASA-Problematik und speziell für bereits identifizierte Verwechslungskandidaten sensibilisiert werden.

Stichworte: look alike, sound alike