

Fall des Monats Februar 2026

Verwechslung der Medikamente über Perfusoren

Fall-Nr.

281180

Zuständiges Fachgebiet

Intensivmedizin

Altersgruppe des Patienten

leer

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Stichwort: Verwechslung der Medikamente über Perfusoren bzw. als Katecholamin-Perfusor gekennzeichnete Perfusor mit jedoch tatsächlich antibiotikahaltigem Medikament.

Schilderung: die Dosierung eines Katecholamin-Perfusors wurde auf zwei Perfusoren aufgeteilt, zeitgleich wurden antibiotikahaltige Medikamente aufgezogen und vorbereitet, zuständige Pflegekraft übergibt das Wechseln der Medikamente einer anderen Pflegekraft.

Fehler: der zweite katecholaminhaltige gekennzeichnete Perfusor ist tatsächlich aber eine der Antibiosen.

Was war das Ergebnis?

leer

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Weiterer Verlauf und mögliche Folgen:

Patientin beginnt in der invasiven RR-Messung hypoton zu werden (da vermutlich eine geringere Katecholamin-Dosierung einlaufend ist). Bei Boli-Applikation bleibt die Patientin weiterhin hypoton (da in Wirklichkeit das Antibiotikum Boli-weise verabreicht wird und nicht wie beschriftet das Katecholamin). Nach Checken der Perfusoren fällt der Fehler auf.

Folge: leichte Hypotonie. Das Delegieren zum Wechseln der Medikamente via Perfusor der nicht-zuständigen Pflegekraft bzw. Fehlen der Überprüfung des Wechsels durch die zuständige Pflegekraft; 4-Augen Prinzip beim Wechsel (zumindest) der Katecholamin-Leitungen Prüfen der intravenösen Medikamente bei Übergabe im Zimmer (auch hier 4-Augen Prinzip).

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Ausbildung und Training
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)

- Medikation (Medikamente beteiligt?)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

erstmalig

Wer berichtet?

Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Kommentar des Anwender-Forums (2026)

Die Schilderung des Vorgangs wird im Anwenderforum unterschiedlich interpretiert. Zum einen wird vermutet, dass der Perfusor oder die Spritze falsch beschriftet wurden oder es wurde bei mehreren vorliegenden Spritzen zur falschen gegriffen. Möglicherweise waren die Lichtverhältnisse schlechter (z. B. Nachtdienst?) Eine andere Möglichkeit der Interpretation ist, dass der Perfusor mit den Voreinstellungen übernommen wurde und somit die falsche Flussrate eingestellt war.

Unklar bleibt auch, warum ein Katecholamin auf zwei Spritzen aufgezogen wurde. Handelte es sich um das gleiche Katecholamin oder zwei unterschiedliche? Auch wird bemerkt, dass normalerweise Antibiotika und Katecholamine in unterschiedlichen Spritzen aufgezogen werden. Insgesamt wird sich darauf geeinigt, dass in der Trennung der Tätigkeiten ein fehlerbegünstigender Faktor zu sehen sei.

Empfehlung:

- Tätigkeiten sollten möglichst zu Ende geführt und erst anschließend übergeben werden.
- Vor i.v.-Applikationen sollte das Stop-Inject-Verfahren beachtet und vor jeder Injektion zunächst innegehalten werden, um zu prüfen: Richtiger Patient? Richtiges Medikament? Richtige Leitung? Richtige Verdünnung? Allergien bekannt?
- Ein Perfusor sollte vor jeder Nutzung neu eingestellt und keine Voreinstellungen übernommen werden.
- Auch vor einer Bolus-Gabe muss auf den Perfusor geblickt werden, um zu prüfen, ob das richtige Medikament gegeben wird.
- Die Beschriftung von Spritzen ist ein zentraler Bestandteil der Bemühungen, Verwechslungen zu vermeiden. Diese sollte im Haus jedoch einheitlich verwendet werden. Bei Spritzenetiketten nach DIVI-Empfehlung können die verwendeten Farbcodes und eine spezielle Verwendung von Großbuchstaben „Tall Man Lettering-Prinzip“ helfen, Verwechslungen zu vermeiden.
- Die Einführung oder Nutzung elektronischer Systeme, die durch das Scannen von Barcodes oder des DSEC (DIVI-Spritzen-Etiketten-Code) erkennen, ob das richtige Medikament gegeben wird, stellt eine weitere Sicherheitsstufe dar.