



Fall des Monats Oktober 2012

Etikettenschwindel

Fall-Nr.: 31246

Was ist passiert?

Ein Patient sollte Norepinephrin über eine Spritzenpumpe erhalten, nach einigen Stunden fiel auf, dass die Spritze mit "Epinephrin" etikettiert war.

Es handelte sich um eine Etikettenverwechslung, da die Medikamente aus einer Wirkstoffgruppe sind und die gleichfarbigen Etiketten (gemäß DIN ISO-Norm) sich kaum unterscheiden.

Was war das Ergebnis?

Kein Schaden entstanden, da es sich nur um eine Etikettenverwechslung handelte.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Große Ähnlichkeit beider Medikamentenetiketten, Positionierung dieser Etiketten im Spender direkt nebeneinander.

Mögliche Lösung des Problems:

- Andersfarbigkeit oder Namensänderung oder andere deutliche Unterscheidung der Etiketten.
- Positionierung im Spender an deutlich unterschiedlicher Stelle.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

Monatlich

Kam der Patient zu Schaden?

nein

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
- Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)

Altersgruppe: 71-80

Geschlecht: Männlich

Zuständiges Fachgebiet: Innere Medizin

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? Invasive Maßnahmen (Diagnostik/Therapie)

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal



Kommentare

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:

In diesem Fall hatte die Verwechslung der Etiketten keine Konsequenzen- eine weitaus größere Gefahr besteht in der Gefahr der Medikamentenverwechslungen infolge der sehr ähnlichen Etiketten.

Sinnvollerweise sollte die farbliche Gestaltung der Etiketten geprüft werden, bzw. die Empfehlung der DGAI zur Verwendung der DIN-ISO-Etiketten überdacht werden.

Im aktuellen Fall wurden die Etiketten entsprechend den Empfehlungen des CIRS-Teams anders positioniert und die Mitarbeiter im Rahmen von Teamsitzungen sensibilisiert.

Kommentar des Anwenderforums:

Die Problematik der falschen Etikettierung bzw. Beschriftung stellt sich vielschichtig dar:

1. Verschiedene Fachgesellschaften empfehlen unterschiedliche Farb-/ Schriftkonzepte:

DGAI: (Zitat)

".....Um die Gefahr einer Medikamentenverwechslung/Fehlmedikation weiter zu verringern, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI):

– in der klinischen Anästhesie zur Kennzeichnung von Spritzen mit aufgezogenen Medikamenten Selbstklebeetiketten zu verwenden, die der ISO Norm 26825/2007 entsprechen.

– seitens der Firmen der pharmazeutischen Industrie, soweit sie die betreffenden Medikamente herstellen und den entsprechenden Ampullen Selbstklebeetiketten für die Spritzen beifügen, die Etiketten gemäß dieser ISONorm zu gestalten..." ([Link](#))

DIVI:

Die DIVI hat zwischenzeitlich Ihre Handlungsempfehlung zur Kennzeichnung, die zunächst der Empfehlung der DGAI gefolgt war, überarbeitet und noch einmal deutlich von der ISO-Norm abgehoben.

Während die ISO-Norm das Farbkonzept nach Wirkstoffgruppen verfolgt, werden bei dem DIVI-Update zusätzlich Groß- und Kleinschrift sowie die Invertierung von Schrifttypen eingesetzt. Diese Überarbeitung war bereits Folge mehrfacher CIRS-Meldungen ([Link](#)).

In der Diskussion im Anwenderforum CIRS-Berlin werden darüber hinaus noch weitere Probleme und Lösungsansätze diskutiert:



So stellen den Teilnehmer gemeinschaftlich fest, dass jede Routinehandlung im Alltag zu "Automatismen" führen kann, bei denen Unachtsamkeitsfehler auftreten können. In diesem Zusammenhang wird sogar der grundsätzliche Einsatz der Etiketten in Frage gestellt. Eine handschriftliche Beschriftung von "Blanko-Etiketten" könnte dem Problem vorbeugen, da bei der Beschriftung "mitgedacht" werden muss. Auch werden Möglichkeiten diskutiert, wie Automatismen bei Routinehandlungen vermieden werden können. So wurde z. B. vorgeschlagen, die Etiketten und Ampullen regelmäßig um zu positionieren, damit die Mitarbeiter "hinsehen" müssen. Auch die Möglichkeiten des 4-Augen-Prinzips wurde diskutiert.

Ferner wurde vorgeschlagen, den Arzneimittelherstellern die Problematik heranzutragen, um eine Ausstattung der Ampullen und Verpackungen mit geeigneten Klebeetiketten (so wie bereits seitens der DGAI empfohlen) zu erreichen.

Fazit:

Grundsätzlich ist beim Einsatz von konfektionierten Etiketten darauf zu achten, dass diese mit Bedacht eingesetzt werden.

Es muss für den jeweiligen Bereich eine geeignete Lösung gefunden werden. Diese kann darin bestehen, eine Umstellung der Etiketten von ISO-Norm auf die Empfehlungen der DIVI durchzuführen oder eine der genannten Möglichkeiten anzuwenden