



Fall des Monats Juli 2015

Statt Fosfomycin wurde Penicillin verabreicht

Fall-Nr.: 117975

Was ist passiert?

Eine Patientin mit schwerer Infektion und multiplen Antibiotika-Allergien sollte intravenös Vancomycin und Fosfomycin bekommen. Anstelle des angesetzten Fosfomycin [Handelsname] wurde einmalig versehentlich Penicillin [Handelsname] verabreicht.

Was war das Ergebnis?

Die Patientin entwickelte ein allergisches AM-Exanthem. Da es sich um ein einmaliges Versehen handelte, war die allergische Reaktion leichtgradig und rasch rückläufig, eine negative Auswirkung auf die antiinfektive Therapie war nicht ersichtlich, ist aber auch nicht auszuschließen.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Der Eigenname beider Antibiotika fängt mit den gleichen drei Silben an.

Bei Nachforschungen stellt sich heraus, dass von der gleichen Firma ein Fülle von Antibiotika angeboten wird, die alle mit den gleichen drei Silben beginnen.

Eine Lösung zur Reduzierung der Verwechslungsgefahr wäre, die Eigennamen mit dem Inhalt beginnen zu lassen.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

erstmalig

Kam der Patient zu Schaden?

Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)

Altersgruppe: 41-50

Geschlecht: weiblich

Zuständiges Fachgebiet: Innere Medizin

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? anderer Kontext: Infusionsverabreichung

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in



Kommentare

Kommentar des Anwenderforums:

Alle ähnlich aussehenden (look-alike) und alle ähnlich bezeichneten (sound-alike) Medikamente und dadurch entstehende Ereignisse sollten an das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) bzw. die AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) gemeldet werden. Nur so kann eine Sensibilität und das Wissen generiert werden, damit problematische Namensgebungen erkannt und vermieden werden. Häufig entstehen Fehler in der Medikation durch derartige Fälle.

Auch der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) nimmt Meldungen über diese Art von Ereignissen entgegen: (https://www.adka-dokupik.de/index.cfm?CFID=46639177&CFTOKEN=64932994&pt=CC_Alike_Ent).

Manche Krankenhäuser begegnen dieser Gefahr, indem in der gesamten Klinik vollständig auf Handelsnamen verzichtet und auf die Verwendung der Generika-Namen umgestellt wurde. Eine entsprechende Hausliste führt die Medikamente auf, in den Schränken sind sie nunmehr nach dem Wirkstoffnamen geordnet. Dies erfordert zwar eine Zeit der Umstellung, kann aber dann erfolgreich so durchgeführt werden.