



Fall des Monats Januar 2017

Verwechslungsrisiko Urapidil und Tranexamsäure

Fall-Nr.: 143699

Was ist passiert?

Fahrzeug sollte mit Medikamenten bestückt werden, die verbraucht worden waren. Der Mitarbeiter wollte zwei Ampullen Urapidil der Fa. X [Herstellername] auffüllen. Die Medikamente werden in einem Schrank aufbewahrt. In den Schubladen dieses Schrankes werden die Medikamente in den Umverpackungen, alphabetisch sortiert, aufbewahrt. In unmittelbarer Nähe zum Urapidil wird auf Tranexamsäure der Fa. X [Herstellername] aufbewahrt. Beide Umverpackungen sind identisch designed. Auch die Ampullen-Aufkleber sehen sich zum Verwechseln ähnlich. Nur die unterschiedliche farbliche Markierung an den Ampullen selbst ist unterschiedlich.

Was war besonders gut?

leer

Was war besonders ungünstig?

In einer Notfallsituation könnte es passieren, dass die beiden Medikamente verwechselt werden. Optisch unterscheiden sich die beiden Ampullen von Urapidil und Tranexamsäure nur sehr unwesentlich.

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

Wir werden künftig die Urapidil-Ampullen unter "E" wie "Ebrantil" einsortieren. Es ist uns bewusst, dass auch diese Maßnahme zu Verzögerungen führen könnte. Jedoch führt dies nur sehr unwahrscheinlich zu einer konkreten Patientengefährdung. Es wäre sinnvoll, wenn das Design der beiden Medikamente überarbeitet werden würde..

ASA Klassifizierung: *leer*

Patientenzustand: *leer*

Wichtige Begleitumstände: *leer*

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? erstmalig

Zuständiges Fachgebiet: Anästhesiologie

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten? Notfalldienst / Rettungswesen

Tag des berichteten Ereignisses? Wochentag

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? andere Berufsgruppe



Kommentare

Kommentar des Anwenderforums:

Das Verwechslungsrisiko ähnlich aussehender (so genannter „look-alike“) Medikamente ist seit langem als relevante Fehlerquelle bekannt. Die Verwechslung kann beim Einkauf, bei der Lagerhaltung, beim Einsortieren vor Ort (Station, Praxis, Einsatzwagen), bei der Zubereitung und bei der Gabe der Medikamente auftreten. Eine schweizerische Arbeitsgruppe aus Vertretern der Apotheker, der Stiftung Patientensicherheit Schweiz und der pharmazeutischen Industrie hatte bereits 2009 Empfehlungen zur Gestaltung der Sekundär- und Primärverpackung von Arzneimitteln vereinbart. Im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit sollen bis 2019 „Leitlinien zur Verbesserung der AMTS durch geeignete Packmittelgestaltung“ erarbeitet.

Empfehlungen

- Solange es keine elektronische Kennzeichnung und Erfassung gibt, muss jedes Arzneimittel nach wie vor mit Augen (und Ohren) identifiziert werden. Die Aufdrucke auf Schachteln und Ampullen müssen also *immer* (beim Lagern, vor dem Zubereiten und Applizieren) gelesen werden.
- Einwandfreies Lesen kann unterstützt werden, wenn *beim Einkauf* der Medikamente *bereits Verpackungsähnlichkeiten* in der Hausapotheke *vermieden* werden. Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) hat dazu ein Statement zum sicheren Arzneimitteleinkauf veröffentlicht (Online unter: http://www.krankenhauspharmazie.de/fileadmin/kph/statements/Sicherer_Arzneimittel_einkauf.pdf).
- Beim Einsortieren der Medikamente kann nach einem anderen Merkmal sortiert werden: Indikationsklasse oder Handelsname. Allerdings sollte dies immer für alle Medikamente auf gleiche Weise erfolgen. Problematisch wird eine solche Regelungen, wenn häufige Wechsel wirkstoffgleicher Medikamente erfolgen.
- Das *Auffüllen verbrauchter Medikamente* wird *strikt nach einer Bestandsliste* (Welche Medikamente müssen im Wagen vorhanden sein und in welcher Stückzahl?) vorgenommen. Dabei wird bewusst und systematisch der gesamte Bestand geprüft.
- *Bei der Gabe von Medikamenten:* Person 1 *liest von der Ampulle vor, was sie vorbereitet hat* und Person 2, der *Empfänger, antwortet, was er gehört hat*. So kann an letztmöglicher Stelle eine falsche Applikation verhindert werden.