

Bericht

Titel	Verwechslungsgefahr nach Produktumstellung (2)
Fall-Nummer	205040
Zuständiges Fachgebiet	<i>leer</i>
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis a...	<i>leer</i>
Tag des berichteten Ereignisses	<i>leer</i>
Welche Versorgungsart?	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung	<i>leer</i>
Patientenzustand	<i>leer</i>
Wichtige Begleitumstände	<i>leer</i>
Was ist passiert?	Umstellung der Insulinampullen: alt: 1 ml Insulin = 40 IE Insulin neu: 1 ml Insulin = 100 IE Insulin Die Ampullen sind absolut identisch. Absolute Verwechslungsgefahr. Insulinspritzen zum Entnehmen aus der Ampulle sind mit 1 ml = 40 IE beschriftet.
Was war besonders gut?	<i>leer</i>
Was war besonders ungünstig?	<i>leer</i>
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ere...	Die Medikamentenumstellung wurde im Vorfeld angekündigt. Alte Ampullen wurden an die Apotheke rücküberführt.
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	erstmalig
Wer berichtet?	Pflege-, Praxispersonal

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar
Kommentar:

Autorin Dr. Pamela Reißner, Fachapothekerin für klinische Pharmazie, LAK Hessen

Look-Alikes sind häufige Ursachen für Medikationsfehler bzw. Verwechslungen [1-3]. Insbesondere kurzfristige Präparatewechsel (bzw. Herstellerwechsel) können das Verwechslungsrisiko begünstigen [3-4].

In den vorliegenden Fällen sind die bekannten Präparate durch eine Außer-Vertrieb-Name des Herstellers nicht mehr verfügbar [5]. Ein Ersatzpräparat mit abweichender, höherer Konzentration wird empfohlen.

Die Herstellung eines Perfusors erfolgte bisher mit dem Präparat mit einer Insulinkonzentration von 40 IE/ml. Das Risiko einer Überdosierung entsteht, wenn mit den höher konzentrierten Insulinpatronen nach der alten Herstellungsanweisung bzw. dem bisherigen Herstellprozess die Infusionen hergestellt werden. Auch begünstigt die optische Ähnlichkeit beider Patronen eine Verwechslung, wenn alte (U40) und neue (U100) Patronen gleichzeitig vorhanden sind.

Drei zentrale Punkte in der Fehlervermeidung sollten zur zukünftigen Risikoreduktion berücksichtigt werden. Zum einen sollten Präparate, die leicht zu verwechseln sind, nicht gleichzeitig in einem Arbeitsbereich vorhanden sein [2]. Im aktuellen Fall sollten Rückrufe der noch vorhandenen Präparate mit der alten Konzentration VOR Auslieferung derjenigen mit neuer Konzentration erfolgen. Des Weiteren sollte umfangreich über den Wechsel informiert werden. Unabdingbar ist mit Auslieferung der Präparate mit neuer Konzentration, dass auch neue Herstellungsanweisungen vor Ort implementiert sind (inkl. Rückruf der alten). Hier müssen Ärzte und Apotheker vor Ort gemeinsam bei Bekanntwerden einer Umstellung zeitnah und schnell reagieren [6]. Nur wenn sowohl die Information breit erfolgt ist als auch das Material vor Ort (Insulin UND Herstellungsanweisungen) aktuell sind, kann eine fehlerfreie Infusion resultieren und der Patient ist sicher.

Die Herstellung einer Insulininfusion mithilfe von Fertigpens sollte nicht erfolgen. Die hierfür vorhandenen Pen-Nadeln sind nicht für eine Infusionsherstellung (Durchstich von Stopfen) geeignet.

Eine optisch bessere Kennzeichnung von unterschiedlichen Konzentrationen durch Hersteller ist eine Möglichkeit, Verwechslungen zu reduzieren. Dies kann auch beim Einkaufsverhalten durch Institutionen berücksichtigt werden [7]. Jedoch muss der Anwender immer auch die Etiketten lesen vor einer Handhabung/Anwendung.

Bekannt sein sollte auch, dass auch Medikationsfehler/Verwechslungen zentral gemeldet werden müssen – an die Arzneimittelkommission (www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/MF-Berichtsbogen.pdf) bzw. an die Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker (www.abda.de/fileadmin/assets/Arzneimittelkommission/PDF/UAW_Bogen_4.1_RE.pdf) (jeweils letzter Aufruf am 27. Juli 2019).

Literatur

1. Ganso M, Goebel R, Krautscheid Y, et al. Verwechslungsgefahr von Arzneimitteln. Pharm Ztg 2016; 161(19):24-7.
2. Kantelhardt P, Picksak G. Medikationsfehler: Verwechslung von Präparaten nach Herstellerwechsel. Krankenhauspharm 2016; 37(3):108-9.
3. Said A, Ganso M, Parrau N, et al. Medikationsfehler in der Praxis: Die Bedeutung von Look- und Sound-Alikes als Mitursache von Medikationsfehlern. Bull Arzneimittel-sicherheit 2019(2):24-36.
4. Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA). Auswertung Sound-Alike/Look-Alike. 2019 [cited: 2019-12-19]. www.adka-dokupik.de/solva_docs/Sound-undLook-Alikes_01012019.pdf.
5. Sanofi-Aventis Deutschland. Schreiben: Insuman® Rapid 40 I.E./ml Durchstechflaschen (INSUMAN RAP,400E,LI,DFL,10ML KP DE) ab April 2019 außer Vertrieb. 2019 [cited: 2019-12-19]. www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Arzneimittelkommission/PDF/Sonstiges_Anhaenge_fuer_Nachrichte/n/19_16_Infobrief_Insuman_Sanofi_Aventis.pdf.
6. Bauer C, Picksak G. Medikationsfehler. Altes Problem – immer noch aktuell: Look-alike-Einkauf wegen Lieferengpass. Krankenhauspharm 2018; 39(9).
7. Kantelhardt P, Picksak G. Sicherer Arzneimittel-einkauf für das Krankenhaus: Statement des ADKA-Ausschusses Arzneimitteltherapiesicherheit. Krankenhauspharm 2014; 35(1):8-9.