



Ampullen: Die Farbkodierung ist oft ähnlich

FEHLER DES MONATS

Lieber einmal öfter hinschauen

Ähnlichkeiten im Aussehen von Ampullen bergen die Gefahr von Verwechslungen in sich. Auf keinen Fall sollte man sich auf Farbkodierungen verlassen.

Im Fehler des Monats geht es um die Verwechslung von Ampullen mit ähnlicher Farbkodierung anlässlich eines Hausbesuchs. Im geschilderten Fall ist die Situation glimpflich ausgegangen.

Anonymer Bericht eines Arztes im Internet

Ein Kollege berichtet folgendes Ereignis aus einer Praxis:

Ich habe einen Hausbesuch bei einem Patienten mit starkem Schmerz gemacht. Es lag ein bereits gesicherter und zur Operation gebahnter lumbaler Diskusprolaps vor. Geplant war das Anlegen einer Schmerzinfusion mit bereits mehrfach erprobter Kombination, darunter 2 x 50mg Tramal. Beim Aufziehen der ersten Tramal-Ampulle habe ich – wie immer – nochmals das Etikett geprüft. Bei der zweiten nicht mehr. Beim Ausräumen des Koffers am Abend finde ich eine leere Ampulle Suprarenin.

Das Ergebnis war, dass der Patient während der Infusion über starkes Herzklopfen berichtete, weswegen nach zirka einem Drittel der Infusionsdauer abgebrochen wurde. Es gab keine weiteren Folgen.

Mögliche Gründe für diesen Verlauf waren, dass ich mich auf die Sortierung meines Ampullendepots und die farbliche Kenn-

zeichnung der Ampullenhalse verlassen habe. Was mir nie aufgefallen wäre (und vor allem deshalb erstelle ich diese Fehlermeldung): Tramal 50 und Suprarenin haben exakt die gleiche Farbkodierung. Letztlich ist der Grund natürlich mangelnde Konzentration.

Das Ereignis hätte man durch Hingucken – und zwar ausnahmslos immer – verhindern können.

Faktoren, die meiner Meinung nach zu dem Fehler beigetragen haben, sind Medikamente, Ausbildung und Training. Dieser Fehler ist erstmalig aufgetreten.

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin, J.W.-Goethe-Universität Frankfurt

In der Klinik (das ist einige Jahre her) hat die Kommentatorin auch einmal Atropin und Suprarenin (also Adrenalin) zur i.v. Injektion verwechselt – glücklicherweise ohne negative Folgen für den Patienten. Das hätte ganz schön in die Hose gehen können!

Eine mögliche Abhilfe dagegen ist, Notfallmedikamente (die sind ja ausnahmslos sehr potent!) streng von allen anderen zu trennen, sodass die Gefahr geringer wird, sich zu „vergreifen“. Und: Sehen Sie sich bei der Bestellung der Medikamente für Ihre Hausbesuchstasche die Etiketten ge-

nau an: Wechseln Sie lieber den Hersteller, wenn die Verwechslungsgefahr groß ist. Denn beim Hausbesuch sind Sie grundsätzlich immer in Eile, und für gute Beleuchtung ist auch nicht immer gesorgt. Und das sind die besten Voraussetzungen für Verwechslungen!

Ein Nutzer schrieb uns: „Dazu gehört natürlich auch, dass er (der Arzt) die Ampulle auch anschaut!“ Damit das Anschauen bewusst geschieht, liest man am besten den Namen des Medikaments und die Konzentration laut vor. Ihre Patienten werden dies sofort als sinnvolle Vorsichtsmaßnahme verstehen. Das Problem ist sonst Folgendes: Beim Kontrollieren verfällt man leicht in einen Automatismus, bei dem man nicht mehr wirklich liest, was man anschaut.

Dr. med. Barbara Hoffmann
Dipl.-Soz. Martin Beyer
Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt



Hoffmann: „Notfallmedikamente von anderen trennen“

www.jeder-fehler-zaehlt.de

Machen Sie mit!

Den Inhalt dieser Serie können Sie aktiv mitgestalten.

■ Berichten Sie im Internet – vollkommen anonym – über Fehler und kritische Ereignisse aus Ihrer Praxis an das Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen www.jeder-fehler-zaehlt.de.

■ Diskutieren Sie ebenfalls im Internet über den Fehler des Monats oder den Fehler der Woche: www.jeder-fehler-zaehlt.de, [ärztemagazin: www.aerztemagazin.at](http://www.aerztemagazin.at), ÖGAM: www.oegam.at.

■ Eine Erläuterung zum hier verwendeten Begriff des „Fehlers“: Zahlreiche unerwünschte Ereignisse fallen in der Praxis auf: sei es eine verzögerte Diagnosesstellung (die aber oft kaum vermeidbar war), sei es ein Fehler im Routineablauf (auch wenn er noch rechtzeitig aufgefallen ist), sei es ein Schaden, der tatsächlich den Patienten betraf. Dabei fragen wir nicht nach der „Schuld“ eines/einer Einzelnen. Primär geht es darum, Probleme zu entdecken und zu fragen, ob sie vermeidbar sind und wie wir Patienten besser und sicherer versorgen können.



Kommentar der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM):

Risikomanagement hängt vom Risikoerkennen ab. Die Lehre für mich aus diesem Beispiel:

■ Auf Farbkodierungen von Ampullen sollten wir uns nicht verlassen – so wenig wie auf Farbe und Größe von Tabletten.

■ Eine Sortierung der Medikamente nach Indikationen ist eventuell sinnvoll, zum Beispiel Herz/Lunge, Schmerz, ...

■ Automatismen im Arbeitsablauf können einerseits gefährlich sein – auf der anderen Seite sind überlegt eingeführte und antrainierte Automatismen aber auch hilfreich: Beispielsweise könnte man einen „Sicherheitsgurt“ einbauen, indem man beim Richten von Infusionen gewohnheitsmäßig die Ampullen danebenstellt und vor dem Aufdrehen der Infusion jede Ampulle noch einmal anschaut, bevor sie in den Abwurf kommt. ■



Rabady: „Medikamente nach Indikationen sortieren“

Dr. Susanne Rabady

Was Kollegen zur Abhilfe vorschlagen

Im Internet haben Leser der Webseite „Jeder-Fehler-zählt“ zum Fehler des Monats unter anderem die folgenden Kommentare abgegeben:

Koffer persönlich einsortieren

Bei mir hat im Koffer alles seinen festen Platz, und ich sortiere den Koffer immer persönlich ein. Ich denke, das kann die Häufigkeit derartiger Fehler minimieren helfen.

Mir selbst ist Ähnliches auch schon im Nachtdienst passiert, bin dann noch mal zum Patienten gefahren, habe ihn aufgeklärt und dann richtig behandelt. Mir war diese Situation hochpeinlich, und schlecht war mir dabei, kann ich Ihnen sagen.

(Hausarzt Nord)

Unter jeder Ampulle Namenskleber

Vielleicht ein kleiner Tipp aus der Praxis des Rettungsdienstes: Da es bei uns gelegentlich recht schnell gehen muss, haben wir unter jeder Ampulle einen Aufkleber mit dem Namen des Präparats angebracht. Die Medikamente sind alphabetisch sortiert.

Die Ampulle muss natürlich immer noch angeguckt werden. Ein Fehler würde aber schneller und leichter auffallen. Bei diesem System ist natürlich noch wichtig, dass jeden Tag vor Dienstbeginn einmal alles überprüft wird. In Arztpraxen könnte dieses System auch funktionieren.

(Krankenautofahrer)

Leere Ampulle zu Spritze legen

In unserer Gemeinschaftspraxis muss immer zu der aufgezogenen Spritze die leere Spritzenampulle dazugelegt werden, damit sich der Arzt davon überzeugen kann, dass er das Gewünschte injiziert. Dazu gehört natürlich auch, dass er die Ampulle anschaut! Beim Hausbesuch liegt es natürlich beim Arzt allein. ... Jede Qualitätssicherungsmaßnahme ist nur dann erfolgreich, wenn sie auch komplett abgearbeitet wird.

(M. Wagenmann)