



Look-alike Drugs
nicht im selben
Schrank auf-
bewahren

FEHLER DES MONATS JUNI

Verwechslungsgefahr bei Medikamenten

Ähnlich klingende Medikamentennamen sowie ähnlich gestaltete Verpackungen und Etiketten können in der Praxis leicht zu Fehlern führen.

Beim Fehler des Monats Juni geht es um die Verwechslung ähnlich klingender oder aussehender Medikamente. In der Fachliteratur werden sie als so genannte „sound-alike, look-alike drugs“ bezeichnet. Unleserliche Handschriften und ungenaue verbale Anordnungen können die Verwechslungsgefahr noch verstärken. Im Folgenden zwei Fehlerprotokolle von Ärzten aus dem Internet:

1. Anonymer Fehlerbericht eines Arztes

Ein Arzt berichtet im Internet über einen 60-jährigen Patienten, der Olmesartan (Olmetec®) 20mg Tbl. bekommen sollte, aber ein Rezept über Omeprazol (Omep®) 20mg Kps. bekam.

1.1 Was ist passiert?

Olmetec® war als Muster ausgegeben worden. Patient und Arzt erinnerten sich nicht gut an den Namen und passten bei der Verschreibung nicht auf.

1.2 Was war das Ergebnis?



Rohe: „Schreiben Sie Namensteile in Großbuchstaben“

Die Apotheke rief an, der Fehler wurde vor Einnahme korrigiert.

1.3 Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Durch eine Gegenprüfung im Verschreibungsvorgang (Indikation etc.).

2. Anonymer Fehlerbericht eines Arztes

In einem anderen Fall bekam eine 14-jährige Patientin, die mit Pertuvac® (Pertussisimpfstoff, mittlerweile nicht mehr im Handel) geimpft werden sollte, irrtümlich Pneumopur® (Pneumokokkenimpfstoff) injiziert.

2.1 Was ist passiert?

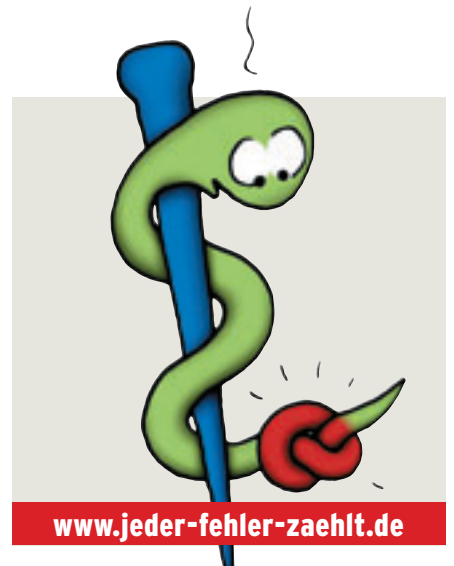
Die Arzthelferin verwechselte bei der Entnahme des gewünschten Impfstoffes die Namen. Die Jugendliche wurde gegen Pneumokokken geimpft.

2.2 Was war das Ergebnis?

Die Eltern wurden informiert.

2.3 Mögliche Gründe?

Die Namen der Präparate liegen



www.jeder-fehler-zaeht.de

Ihre Mitarbeit ist wichtig!

Den Inhalt dieser Seite gestalten Sie mit! Dazu gibt es gleich mehrere Möglichkeiten:

- Berichten Sie – vollkommen anonym – über Fehler und kritische Ereignisse aus Ihrer Praxis an das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausärzte unter www.jeder-fehler-zaeht.de
- Diskutieren Sie im Internet über den Fehler des Monats oder den Fehler der Woche. Institut f. Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt: www.jeder-fehler-zaeht.de, **ärztemagazin:** www.aerztomagazin.at, ÖGAM: www.oegam.at
- Schreiben Sie einen Leserbrief an das **ärztemagazin**. Entweder per E-Mail fehler@aerztomagazin.at oder per Post an **ärztemagazin**, Wiedner Hauptstr. 120–124, 1050 Wien.

Ausgewählte Beiträge werden (auf Wunsch anonym) einmal im Monat im **ärztemagazin** publiziert.

vom Wortklang her für den Nichtlateiner ganz offensichtlich zu dicht beisammen.

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt

In angloamerikanischen Ländern versucht man mit diversen Maßnahmen, Verwechslungsfehler zu vermeiden:

- Durch Auflistung ähnlicher Namen wird das Bewusstsein für Verwechslungsmöglichkeiten gestärkt (für Deutschland gibt es eine solche Liste^{*)} noch nicht).
- In manchen Spitälern oder Arztpraxen werden Medikamente mit Handelsnamen, die ähnlich klingen, durch wirkstoffgleiche Produkte anderer Namens ersetzt.
- Ähnlich aussehende Verpackungen („Design“ der Pharmafirma, bei manchen

Fotos: Bilderbox - Erwin Wodicka - Privat (2); Illustration: Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt/Olaf 2004

Generika-Herstellern ein erhebliches Problem) werden in unterschiedlichen Schranken gelagert.

■ Um die Unterschiede hervorzuheben, werden Teile des Namens (vor allem bei der handschriftlichen Dokumentation und Verordnung der Medikamente) in Großbuchstaben geschrieben, z.B. Doxycyclin®, Dox-EPIN®, DoxaZOSIN®, DoxYLAMIN®.

■ Bei mündlichen Anordnungen muss der Medikamentenname entweder buchstabiert oder die Indikation bzw. der Handels- und Wirkstoffname genannt werden.

Weitere Tipps zur Vermeidung von Fehlern bei mündlichen Anordnungen finden sich unter <http://www.nccmerp.org/council/council2001-02-20.html>.

Dr. med. Julia Robe, MPH,
Dipl. Soz. Martin Beyer
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Kommentar der ÖGAM

Verwechslungsmöglichkeiten und ihre Vermeidung:

■ Verwechslung zweier Medikamente durch den Arzt (einzige Vorbeugung: Stress vermeiden, sich nicht unter Druck setzen lassen – ein gutes Zeitmanagement ist dabei Voraussetzung).

■ Verwechslung zweier Medikamente durch den Patienten oder die Assistentin (Vorbeugung: Verschreibung nur, wenn das Medikament als Dauermedikament gekennzeichnet ist bzw. nach ärztlicher Eingabe in den Computer; Eingabe aller Musterabgaben in die Computerkartei; keine Verabreichung von Akutmedikamenten, Injektionen oder Impfstoffen ohne ärztliche Nachkontrolle – hier erweisen sich wiederum Stress und Multitasking als Gefahrenquelle).



Rabady: „Stress und Multitasking sind Gefahrenquellen“

■ Verschärft wird das Problem durch eine Vielzahl von unterschiedlich benannten und verpackten Generika gleichen Wirkstoffs, deren Namen sich die Patienten nicht merken können. Sie kommen dann zum Teil mit längst abgesetzten Medikamenten oder zwei verschiedenen Packungen des gleichen Wirkstoffs zur Weiterverordnung. Vorbeugung: Verordnung ausschließlich von

Generika mit dem unveränderten internationalen Freinamen (der zweite Teil weckt meist auch eine klare Assoziation mit der Wirkstoffgruppe), keine „Aut-simile“-Verschreibung. ■

Dr. Susanne Rabady

*) Liste aus den USA: www.usp.org/pdf/EN/patientSafety/qr762001-03-01.pdf

DISKUSSION

Was Kollegen zur Abhilfe vorschlagen

Ärzte haben im Internet zum Fehler des Monats unter anderem folgende Kommentare abgegeben:

Kontrolle ist ärztliche Pflicht

Es ist die Pflicht des Arztes, die aufgezoogene Spritze zu kontrollieren. Wenn die leere Ampulle neben der Spritze verblieben wäre und die Gegenkontrolle stattgefunden hätte, wäre dieser Fehler zu vermeiden gewesen. Gleiches gilt für Injektionen und Infusionen. (Anonymus)

Verwechslung von Fertigspritzen

Das ist auch mir schon passiert: Ich nahm die von der Arzthelferin zugereichte Impf-Fertigspritze entgegen (Hepatitis B) und injizierte diese ... es sollte aber eine Tetanus-Diphtherie-Impfung sein! Ursache: Ich habe nicht richtig hingesehen, die Arzthelferin auch nicht, und es war viel zu tun – und die Fertigspritzen sehen sich ähnlich. Der Patient wurde sofort aufgeklärt, ich habe dann auf meine Kosten die Hepatitis-B-Impfung für den Patienten

vollständig durchgeführt, von daher entstand also kein Schaden für ihn. Zur Fehlervermeidung habe ich seither angeordnet: Die Arzthelferin liest mir vor der Zureichung der Injektion laut vor, was auf der Glasampulle steht, die sie in der Hand hält. Wie oft der Fehler bis dahin passiert ist ...??? Ich kann es nicht sagen. Danke für dieses Forum! (Anonymus)

Anweisungen nur mit PC-Hilfe

In unserer Praxis werden Anweisungen nur über den PC („Medistar“) weitergegeben, z.B. über einen Eintrag in die Warteliste des elektronischen Wartezimmers oder über Einträge in bestimmte Zeilentypen.

Ich denke, in jedem PC-System lassen sich einfache Routinen für derartige Mitteilungen entwickeln. (Anonymus)

Ähnliche Handelsnamen

Ähnliches ist mir auch schon einmal passiert: In der Therapie eines Herpes Zoster verordnete ich zusätzlich zu Aciclovir (damals Neurobion® statt Neurofenac® (Diclofenac)). Der mir persönlich bekannte Apotheker dachte mit, rief mich an, und der Schaden war behoben. Ursache: hektischer Nachtdienst, Unkonzentriertheit. Ist mir Gott sein Dank nur einmal passiert! (Anonymus)

Ihr Urteil bringt uns weiter!

Wir wollen mehr
Informations-
qualität für Sie

Machen Sie bitte mit, damit Ihnen weiterhin gute Fachmedien und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

Derzeit und in den kommenden Wochen befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED viele Ihrer Kollegen und vielleicht auch Sie zu Ihrem Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse. **Machen Sie bitte mit!**

ärztemagazin