

Probleme mit Medikamenten im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt

Dosisverwechslungen: häufig, aber vermeidbar!

Monika Lutters

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Die Vorfälle

Erster Fall

Eine Orthopädie-Station bestellte Ezetrol® 40 mg in der Spitalapotheke. Die Apothekerin wies die verordnende Ärztin darauf hin, dass von Ezetrol® nur 10-mg-Tabletten im Handel sind und dass die übliche Dosierung 10 mg pro Tag beträgt. Es stellte sich heraus, dass zusätzlich noch Sortis® (Atorvastatin) 40 mg verordnet worden war und die Dosis verwechselt oder falsch abgeschrieben wurde.

Zweiter Fall [1]

Einer Patientin wurde vom Arzt 5 mg Amaryl® verschrieben, infolgedessen eine Hypoglykämie auftrat. Da Amaryl® Tabletten à 5 mg nicht existieren, hatte die Krankenschwester diese Dosis durch 1 und 2 mg Tabletten zusammengesetzt. Der Arzt hatte die Medikamente Amaryl® mit Daonil® verwechselt, von dem es 5-mg-Tabletten gibt.

Dritter Fall [2]

Eine Patientin mit Jahrgang 1928 wurde wegen einer schweren Pneumonie ins Spital eingewiesen. Vor Eintritt nahm die Patientin folgende Medikamente täglich ein:

Enalapril 20 mg	1x/d
Amiodaron 200 mg	1x/d
Prednison 4 mg	1x/d
Nebilet® 5 mg	¼ Tablette 1x/d
Selipran® 40 mg	1x/d
Marcoumar®	gemäss Quick/INR

Die Nebilet®-Behandlung wurde auf der Intensivstation sistiert, sollte aber nach Verlegung auf die Bettenstation wieder aufgenommen werden. Bei der Neuverordnung notierte die Stationsärztin Nebi-

let® 40 mg, ¼ Tablette am Morgen. Sie hatte beim Ablesen der Eintrittsmedikation fälschlicherweise die Dosis von Selipran® (in der Zeile darunter) statt die von Nebilet® aufgeschrieben.

Der Pflegedienst stellte fest, dass im Medikamentensortiment keine Nebilet®-Tabletten à 40 mg vorhanden waren, sondern nur Tabletten zu 5 mg. Er verabreichte daher eine 5 mg Tablette. Der Fehler wurde glücklicherweise schnell bemerkt und die Patientin überwacht. Es traten keine kardiopulmonalen Nebenwirkungen auf.

Kommentar

Diese Dosisfehler sind durch mangelnde Aufmerksamkeit und vielleicht auch mangelndes Wissen der verordnenden Ärzte aufgetreten. Solche Fehler sind menschlich und kommen immer wieder vor – vor allem in Stresssituationen.

Wichtig ist, dass solche Dosierungen vom Pflegepersonal bzw. von der Apotheke kritisch hinterfragt werden.

Im dritten Fall hat sich der zuständige Pflegedienst anscheinend über die hohe Dosis gewundert und letztlich nur 5 statt 10 mg verabreicht. In diesem Fall hätten die Pflegenden unbedingt mit dem Arzt bzw. der Ärztin Rücksprache halten müssen. Aufgrund dieses Vorfalles ist in diesem Spital die Weisung erlassen worden, dass beim Arzt nachgefragt werden muss, wenn Dosierungen verordnet werden, die nicht im Handel erhältlich sind.

In der öffentlichen Apotheke können solche Dosisverwechslungen genauso vorkommen.

Ein Anhaltspunkt für den Apotheker sind – neben den im Handel erhältlichen Stärken – die im Kompendium empfohlene Dosierung und die Maximaldosis. Auch wenn Tabletten geachtelt oder gefünftelt werden müssen, um die verord-

nete Dosis zu erhalten, ist Skepsis angebracht.

Es kann oft gute Gründe für höhere oder niedrigere Dosierungen (z.B. in der Pädiatrie) geben.

Im Zweifelsfall sollte man aber immer nachfragen! ■

Korrespondenzadresse

Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Bulletin 18/2008 Komplikationenliste, Herausgeber:

Verein Komplikationenliste und Chefärztereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin

[2] Angepasst nach Bulletin 18/2008 Komplikationenliste,

Herausgeber: Verein Komplikationenliste und Chefärztereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin