

Überdosis bei Kleinkind

Aufgrund einer chaotischen Übernahme bei der Transferierung eines Kleinkindes von der Normal- auf die Intensivstation erhält dieses eine Überdosis eines Hormon-Nasensprays.

Wegen zunehmender respiratorischer Verschlechterung ist die Verlegung eines unter einjährigen Kleinkindes von der Normal- auf die Intensivstation erforderlich. Das Ganze erfolgt im Routinebetrieb am Wochenende während der Dienstübergabe, berichtet ein Arzt mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung. Zusammen mit der Transferierung des kleinen Patienten wird auch eine von zu Hause mitgebrachte Schachtel mit dessen Medikamenten übergeben. Darin befand sich ein speziell zubereitetes Hormon-Nasenspray, das zum damaligen Zeitpunkt im Auslassversuch war. Nachts informiert das Pflegepersonal über Polyurie. Ein Hub (Dosierung zuhause) des mitgebrachten Nasensprays wird daraufhin verabreicht. Nach 15 Minuten stellt man fest, dass der Patient eine zu hohe Dosis des Medikaments erhalten hatte. Etwa 15 Minuten nach der Verabreichung wurde nasal abgesaugt und die Nase gespült. Das Personal überwachte die folgende Diurese und ebenso auch die Elektrolyte engmaschig; es zeigte sich keine Elektrolytentgleisung oder eine massive Einschränkung der Diurese. Die Überdosierung blieb für den Patienten folgenlos.



Als Gründe für das Ereignis nennt der meldende Arzt die fehlerhafte Übergabe bei der chaotischen Übernahme von der einen auf die andere Station mit Fokus auf die respiratorische Situation. Man habe sich zu spät noch einmal anhand alter Patientenbriefe zur Dosierung rückversichert. Zudem hätte die kognitive nächtliche Minderleistung eine Rolle gespielt. Der Meldende empfiehlt, Dosierungen der Dauermedikation – auch wenn derzeit im Auslassversuch – anhand alter Patientenbriefe zu überprüfen; bei magistralen Rezepturen sollte die Dosierung der vorhandenen Medikamentenfläschchen kontrolliert werden. Als positiv wird hervorgehoben, dass die Fehldosierung nachträglich erkannt und eine Überwachung eingeleitet wurde. Als besonders ungünstig wird das Fortsetzen des Fehlers durch unzureichende Überprüfung angeführt.

Ereignisse wie dieses kommen im betreffenden Spital sehr selten – etwa einmal alle drei Jahre – vor. Die Take-Home-Message des meldenden Arztes: Insbesondere bei ungewöhnlichen Dosierungen oder weniger häufig verwendeten Medikamenten gilt es, die Dosierung nochmalig zu überprüfen.

Feedback des CIRS-Teams/Fachkommentar



www.cirsmedical.at

Lösungsvorschlag bzw. Fallanalyse

Grundsätzlich ist eine strukturierte Übergabe nach einem definierten Schema im Sinne einer Checkliste einzufordern, wie dies etwa bei Piloten Standard ist. So geht keine Information verloren und die Übergabe ist dennoch in einer akzeptablen Zeit durchführbar. Zudem ist es notwendig, schon bei der stationären Aufnahme eines Patienten sämtliche Medikamente daraufhin zu überprüfen, ob eine korrekte Dosierung und Zubereitung vorliegt sowie ebenso, ob und wie diese Medikamente tatsächlich eingenommen werden.

Rechtliche Gegebenheiten

Es sind keine rechtlichen Konsequenzen zu erwarten, da diese akzidentelle Fehldosierung rasch erkannt und fachgerecht behandelt wurde.

Neue Erkenntnisse

Nein, die generelle Problematik der Informationsweitergabe ist altbekannt und sollte nach einem Schema erfolgen. Auch die Überprüfung der Angaben eines Patienten hinsichtlich seiner Medikation sollte zum Standard bei der Aufnahme auf eine Station gehören.

Gefahren-/Wiederholungspotential

Im konkreten Fall bestand kein erhöhtes Gefährdungspotential für den Patienten, da keine negativen Folgen beobachtet werden konnten. Allerdings stellt die Gabe eines nicht überprüften Medikamentes stets eine potentiell bedeutende Fehlerquelle dar. Daher sollte ganz besonders bei Präparaten mit einer schmalen therapeutischen Breite die Medikation vor der Gabe genau überprüft werden.

Experte der Bundesfachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde