



Demo-Pen statt Insulin-Pen

Bei der Umstellung von einem Insulin-Perfusor auf eine Basis-Bolus-Therapie wird dem Patienten anhand des Insulin-Pens ein Demo-Insulin-Pen ausgehändigt. In der Folge kommt es zu einer hyperglykämischen Entgleisung.

Bei einem Mann, der zwischen 61 und 70 Jahren alt ist, kommt es im Routinebetrieb auf einer Abteilung für Innere Medizin an einem Wochentag zu einem Zwischenfall. Beim Patienten wurde nach einer totalen Pankreatektomie ein Insulin-Perfusor etabliert. Im weiteren Verlauf wurde überlappend mit einem Basal-Insulin s. c. (Semglee®) begonnen – mit der Überlegung, die Insulin-Therapie auf Basis-Bolus umzustellen. Für die Insulin-Injektionen wurde dem Patienten der Demo-Insulinpen (Semglee®), der kein Insulin enthält, ausgehändigt und in der Folge irrtümlich für die Insulin-Injektionen, die durch das Pflegepersonal durchgeführt wurden, verwendet. Dadurch erhielt der Patient jedoch kein Insulin. Nach der Beendigung des Insulin-Perfusors kam es umgehend zur hyperglykämischen Entgleisung mit Blutzuckerwerten über 400 mg/dl mit Ketonämie und drohender Ketoazidose. Unmittelbar danach wurde wieder ein Insulin-Perfusor eingesetzt. Bei der Wiederaufnahme der Basalinsulin-Therapie wurde der Fehler (Demo-Pen mit Patientenetikett versehen) bemerkt.

Als Gründe für dieses Ereignis führt der meldende Arzt mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung an, dass der Demo-Pen und der eigentliche Insulin-Pen sehr ähnlich aussehen. Bessere Unterscheidungsmerkmale wie zum Beispiel unterschiedliche Farben/Markierungen wären seiner Ansicht nach hilfreich, um diesen Fehler künftig zu vermeiden.

Als besonders gut führt der meldende Arzt an, dass die Folgen des Fehlers rasch bemerkt wurden, wieder mit dem Insulin-Perfusor begonnen und damit dem Patienten kein Schaden zugefügt wurde. Eine Ketoazidose konnte abgewendet werden. Ebenso führt er auch an, dass die Kommunikation im Team sehr gut gewesen sei: Der Fehler wurde unmittelbar, nachdem er entdeckt wurde, angesprochen und auch später nochmals im Team mit den handelnden Personen besprochen. Als besonders ungünstiges Ereignis führt der Arzt an, dass es zu einer hyperglykämischen Entgleisung gekommen sei, der Fehler dennoch erst sehr spät – nach mehreren Injektionen mit dem Demo-Pen – aufgefallen sei.

Die Take-Home-Message des meldenden Arztes: Vor jeder Medikamentenverabreichung/Insulininjektion zu überprüfen: Ist es der richtige Patient? Ist es das richtige Medikament? Ist es die richtige Dosierung?