



Kleine Verwechslung mit gefährlichen Folgen – Prolongiertes hypoglykämisches Koma

Steffen Böhm, Claudia Mosimann

Klinik für Innere Medizin, Kantonales Spital Grabs

Eine erfahrene Diabetikerin wurde nach der Umstellung auf einen neuen Insulinpen mit Verdacht auf ein protrahiertes zweitägiges Koma eingewiesen.

Die verordnete einmalige Dosis hatte 8 Einheiten (I. E.) betragen; in der Patrone des verwendeten Pens fehlten jedoch 60 Einheiten, wobei die Patientin glaubhaft versicherte, den Pen nur einmal gebraucht zu haben.

Die Ursache des Dosisfehlers lag wahrscheinlich in der falsch abgelesenen Digitalanzeige des Pens. Wir nehmen an, dass die Patientin den Pen verkehrt herum hielt (Abb. 1 ) und somit glaubte, dieser zeige 9 Einheiten an (die Abweichung von 1 Einheit tolerierend), während sie tatsächlich aber 60 Einheiten einstellte und auch injizierte (Abb. 2 )

Dieses Beispiel zeigt, dass selbst bei scheinbar einfacher Handhabung sogar erfahrenen Patienten im Umgang mit neuen Geräten unvorhersehbare Fehler unterlaufen können. Um die Fehlerquellen möglichst gering zu halten, ist es deshalb wichtig, dass sich Arzt und Patient Zeit nehmen, die Verwendung neuer Hilfsmittel eingehend zu studieren und zu üben [1, 2].

Die praktische Demonstration einer neuen Spritztechnik mit der Möglichkeit der direkten Kontrolle durch den Arzt ist auch bei erfahrenen Patienten von zentraler Bedeutung.



Abbildung 1. Nicht korrekt gehaltener Insulinpen (wie z.B. bei Linkshändern vorstellbar). Eingestellte Menge: 60 I. E.



Abbildung 2. Korrekt gehaltener Insulinpen. Eingestellte Menge: 60 I. E.

Korrespondenz:

Dr. med. Steffen Böhm
Klinik für Innere Medizin
Kantonales Spital Grabs
Spitalstrasse
CH-9472 Grabs
steffen.boehm@srrws.ch

Literatur

- 1 Kuntschen F. Die Schweizer Diabetikerbefragung 1999. Schweiz Med Forum 2002;46:1102–4.
- 2 Chefärztereinigung der SGIM. Empfehlungen für die strukturierte Diabetikerschulung in Spitälern. Schweiz Ärztezeitung 2002;35:1824–8.