



Fall des Monats April 2013

Verwechslung PDK-ZVK

1. Fall

Fall-Nr.: 34881

Was ist passiert?

Ropivacain wurde falsch angeschlossen. Statt an den PDK (Periduralkatheter) wurde das Ropivacain an den ZVK angeschlossen.

Was war das Ergebnis?

leer

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Das Ereignis ist einer externen Kraft passiert. Es kam durch Überlastung und Überforderung zustande.

Wir haben schon Aufkleber für den PDK eingeführt, so dass dieser Fehler nicht nochmals auftritt, trotzdem entstand der Fehler.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

leer

Kam der Patient zu Schaden?

Passagerer Schaden leicht - mittel

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)

Altersgruppe: 51-60

Geschlecht: Weiblich

Zuständiges Fachgebiet: Chirurgie

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? anderer Kontext

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: *leer*

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal

2. Fall

Fall-Nr.: 34900

Was ist passiert?

Ropivacain (Lokalanästhetikum) lief intraoperativ am PDK und wurde zur Ausleitung diskonnektiert. Im Aufwachraum wurde es irrtümlich an den Port angeschlossen.



Was war das Ergebnis?

Einige ml des Lokalnästhetikums wurden intravenös statt peridural appliziert.

Fehler wurde auf Station vom Arzt entdeckt. Der Injektomat stand auf 8 bzw. 6 ml/ h - so hätten auch mehr ml appliziert werden können, wäre der Irrtum unentdeckt geblieben.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Gelber Aufkleber (vor einigen Jahren bereits eingeführte Verbesserungsmaßnahme) war nur auf Patientenseite, nicht am System angebracht, wie eigentlich vereinbart.

Gar nicht erst diskonnektieren.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

Jährlich

Kam der Patient zu Schaden?

nein

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Ausbildung und Training
- Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)

Altersgruppe: 51-60

Geschlecht: Weiblich

Zuständiges Fachgebiet: Anästhesiologie

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? Invasive Maßnahmen (Diagnostik/Therapie)

Wo ist das Ereignis passiert? anderer Ort: OP-Aufwachraum

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Kommentare

Kommentar des Anwenderforums:

1. Verwechslungen von PDK und ZVK sind häufig auftretende Ereignisse. Die Anschlüsse sind identisch (Luer-Lock) und zudem liegen sie oft nah beieinander im Halsbereich. Aus diesem Grund sollten Katheter UND Zugänge immer mit den handelsüblichen, farblich auffälligen Klebern gekennzeichnet werden, um Verwechslungen zu vermeiden.
2. Diese Kennzeichnung muss



- bei der Anlage der Katheter und
 - beim Wechsel der Leitungen beachtet werden.
 - Eine weitere Sicherheitsbarriere ist die Kontrolle ALLER Katheter und Zuleitungen (gesamter Verlauf zwischen Patient und Infusionsgerät) bei Übergaben, die am besten zu zweit durchgeführt wird, und wenn Medikamente zugeführt und Infusionen angehängt werden.
 - Bei Umlagerung oder Verlegung eines Patienten sollten Leitungen und Katheter nicht voneinander getrennt werden. Denn: Mit jeder Diskonnektion wird eine erneute Gelegenheit geschaffen, bei der es zu Verwechslungen kommen kann.
3. Die WHO hat die Suche nach effektiven Maßnahmen zur Verhinderung dieser Verwechslungen als eine von neun Patientensicherheits-Lösungen ganz hoch auf ihre Agenda gestellt (<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution7.pdf>). Eine technische Lösung erscheint besonders wirkungsvoll, wenn PDK-Leitungen überhaupt nicht mit venösen Kathetern verbunden werden können.
 4. So verweist ein Quick-Alert der Schweizerischen Stiftung (Nr. 23, <http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Quick-Alerts.html>) darauf, dass Kliniken in ihren Einkaufsentscheidungen nicht verwechselbare Systeme für die unterschiedlichen Applikationswege berücksichtigen sollten. Wenn hier eine Nachfrage nach nicht verwechselbaren Systemen besteht, werden die Hersteller dieser auch nachkommen. Das Anwender-Forum unterstützt diese Empfehlung und Forderung an die Hersteller ausdrücklich.
 5. Eine Reihe neuer Normen, z. B. für Verbindungsstücke die Europäische Norm (EN 155461), wird im Moment von der International Organization for Standardization (ISO) erarbeitet (Rohe et al. CIRS-AINS Spezial: „AchtungLUER-Anschluss!“ Das Problem der Luer-Anschluss-Verwechslungen im Spiegel des CIRSmedical Anästhesiologie Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 105 (2011) 67–69). [Nachdruck in Anästh Intensivmed 2011;52:244-247 (PDF im Anhang)]
 6. Weitere Hinweise zur Vermeidung von Fehlkonnektionen finden sich im oben genannten Quick-Alert.