



## Fall des Monats März 2016

### Zugang versehentlich bei Umlagerung entfernt

Fall-Nr.: 129948

#### Was ist passiert?

Patient wurde postoperativ aus dem OP sediert und beatmet übernommen. Bei Umlagerung des Patienten wurde aus Versehen der nicht angenähte und unzureichend fixierte arterielle Zugang versehentlich entfernt. Es erfolgte eine Neuanlage. Beim legen wollte der Assistenzarzt eine Aufziehkanüle benutzen.

#### Was war besonders gut?

Pflegekraft hatte dies bemerkt.

#### Was war besonders ungünstig?

Unzureichende Anleitung des zuständigen Facharztes.

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

- Motivation?
- Einzelne Handgriffe vor Beginn besprechen.

**ASA Klassifizierung:** leer

**Patientenzustand:** leer

**Wichtige Begleitumstände:** leer

**Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?** monatlich

**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie

**Wo ist das Ereignis passiert?** Krankenhaus

**In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten?** ITS / IMC

**Tag des berichteten Ereignisses?** Wochentag

**Versorgungsart:** Routinebetrieb

**Wer berichtet?** Pflege-, Praxispersonal



## Kommentare

### ***Kommentar des Anwenderforums:***

Hier wird berichtet, dass

1. der arterielle Zugang beim Umlagern des Patienten versehentlich gezogen wurde und
2. das Vorgehen bei der Neu-Anlage nicht korrekt war.

Einzelne Fragen zum Ereignis sind noch unklar:

- Auf welchen der beiden Teilereignisse 1) und 2) bezieht sich die Einschätzung, dass das Ereignis monatlich auftritt –auf den Verlust des arteriellen Zugangs oder auf den fehlerhaften Versuch der Neuanlage?
- Sollte der Katheter in Seldinger-Technik (also unter Verwendung einer Punktionskanüle und eines Einführungsdrahtes) oder wie beim Legen einer Flexüle direkt in das Gefäß gelegt werden?
- Wie kommt eine Aufziehkanüle in die Hand des Assistenzarztes?
- Kannte der Assistenzarzt die Technik bzw. welche Anleitung bzw. Supervision gab es zuvor oder konkret in dieser Situation? Wurde das Vorgehen vor Beginn besprochen?
- Hat sich der Assistenzarzt evtl. nicht getraut, auf seine Unsicherheit bei der Anlage eines arteriellen Zugangs hinzuweisen? Oder kann man den Fehlgriff auch Nervosität zurechnen?
- Wie war der initiale Zugang fixiert (angenäht, Fixation mit Pflasterstreifen, andere Methode?) und was sieht der Standard im Haus vor?
- Wie ist das übliche Vorgehen bei der Umlagerung von Patienten?

Die folgende Empfehlung bezieht sich hier auf den Aspekt der Umlagerung von Patienten mit Zugängen und ggf. unter laufender Beatmung, da dies vom Anwender-Forum als häufig risikobehafteter Vorgang eingeschätzt wird.



## Empfehlung

In den meisten Krankenhäusern gibt es einen Standard für die Umlagerung von Patienten, die beatmet werden und intravasale und andere Zugänge haben (z. B. vom Bett in der OP-Schleuse auf den OP-Tisch und später wieder zurück):

- Eine Person am Kopf des Patienten sichert Tubus und Kopf des Patienten und übernimmt das Kommando für die Umlagerung.
- Eine weitere Person kümmert sich um die Zugänge und sichert diese.
- Vor der Umlagerung wird die Aufgabenaufteilung besprochen.

Bitte auch an den Rücken der Mitarbeiter denken – wenn vorhanden, Umlagerungshilfen (z. B. einen Patientenumbetter in der OP-Schleuse) und ausreichend viele Helfer nutzen!