



## Fall des Monats Juli 2016

### OP-Tisch und OP-Säule sind nicht kompatibel

Fall-Nr.: 134990

#### Was ist passiert?

Ein Patient wird auf einen OP-Tisch aufgelegt, zur Intubation in den Anästhesiebereich gebracht, intubiert und in den vorgesehenen OP-Saal gefahren. Im OP-Saal wird bemerkt, dass der OP-Tisch nicht auf die OP-Säule gefahren werden kann. OP-Tisch und OP-Säule sind nicht kompatibel.

#### Was war das Ergebnis?

Der intubierte Patient wird im OP-Saal auf einen passenden OP-Tisch umgelagert und wie geplant operiert. Der Patient ist nicht zu Schaden gekommen.

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

Keine zeitnahen Informationen und Einweisungen in neue Geräte.

Empfehlung: Im OP arbeiten verschiedene Berufsgruppen in unterschiedlichen Konstellationen zusammen. Das Einschleusen von Patienten in den OP wird z. B. von Lagerungspflegern, Mitarbeitern der Funktionstrecke oder dem Funktionsdienst Anästhesie / OP durchgeführt. Möglicherweise sind nicht alle Berufsgruppen informiert worden, vielleicht konnten nicht alle Informationswege genutzt werden. Empfehlenswert wäre ein verbindliches Schema zur Informationsweitergabe. Nach dem Vorfall wurden alle kompatiblen Komponenten des neuen OP-Tisch Systems gekennzeichnet. Zusätzlich werden ortsgebundene Hinweise an relevanten Stellen im Bereich empfohlen.

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

**Kam der Patient zu Schaden?** Nein

#### Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)

**Altersgruppe:** leer

**Geschlecht:** leer

**Zuständiges Fachgebiet:** leer

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

**Wo ist das Ereignis passiert?** Krankenhaus

**Versorgungsart:** Routinebetrieb

**Wer berichtet?** Pflege-, Praxispersonal



## Kommentare

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

Die Lagerung von Patienten zur Operation auf falschen OP-Tischen wird in CIRS häufiger berichtet. In den Berichten (v. a. im CIRS-AINS) finden sich dafür verschiedene Gründe und Fehlermechanismen:

- Es gibt verschiedene OP-Tisch-Systeme und Spezialtische für bestimmte operative Anforderungen (z. B. strahlendurchlässige Röntgen-OP-Tische, OP-Tische für Patienten mit einer Adipositas per magna), die in den meisten OPs gleichzeitig vorhanden sind und genutzt werden.
- Die verschiedenen Tische und/oder die Transporteinheiten (Lafetten, Carrier) sind z. T. äußerlich sehr ähnlich („look-alike“), haben aber z. T. nicht nur unterschiedliche Funktionen, sondern auch unterschiedliche Sicherungsmechanismen.
- Die Anzahl der Tische ist evtl. nicht ausreichend, um zeitgerecht den richtigen Tisch an der Schleuse zur Verfügung zu stellen.
- Änderungen im OP-Plan, die mit geänderten Anforderungen an den OP-Tisch einhergehen, werden nicht immer zuverlässig an diejenigen weitergegeben, die die geänderten Anforderungen auch kennen müssen.

Die Mitarbeiter, die die Einschleusung von Patienten in den OP und damit auch die Umlagerung auf den richtigen Tisch auf der richtigen Lafette besorgen, müssen dafür auch die entsprechenden Kenntnisse und Erfahrungen sowie aktuelle Informationen zum OP-Plan haben. Da im berichteten Fall offensichtlich verschiedene Mitarbeiter dies übernehmen (vielleicht weil der eigentlich zuständige Lagerungspfleger in einem OP-Saal gebunden ist), ist hier vermutlich aus Unkenntnis zum falschen Tisch gegriffen worden.

Meistens ist die *Folge* eine eigentlich unnötige Umlagerung des meist anästhesierten Patienten, die wegen seines schlaffen Muskeltonus, einer Beatmung und ggf. der Sicherung von Zugängen mit Risiken verbunden sind, so z. B. Sturz, Frakturen, versehentliche Extubation oder versehentliches Herausziehen von Gefäßzugängen.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- OP-Tische (und zugehöriges Material) müssen miteinander kompatibel, eindeutig gekennzeichnet und Unterschiede zwischen ihnen erkennbar sein.



- Das Einschleusen von Patienten in den OP sollte in der Verantwortung nur der Mitarbeiter sein, die die erforderlichen Kompetenzen dafür haben.
- An der Schleuse müssen alle Informationen (z. B. auf dem OP-Plan) vorliegen, damit der richtige Tisch ausgesucht wird.
- Änderungen am OP-Plan müssen umgehend an alle Beteiligten kommuniziert werden