

Fall des Monats November 2018

Verwechslung der Zugänge PDK und ZVK

Fall-Nr.: 179187

Zuständiges Fachgebiet: Innere Medizin

Altersgruppe des Patienten: Erwachsener

Wo ist das Ereignis passiert?: Krankenhaus

Was ist passiert?: Ein Patient wurde nach Übergabe von der Intensivstation weiter mit einem Medikament über den PDK versorgt. Im laufenden Dienst hat die Pflegeperson festgestellt, dass das Medikament nicht wie angeordnet über den PDK sondern über den ZVK einlief und angeschlossen war.

Was war das Ergebnis?: Die Medikamentengabe wurde sofort unterbrochen. Der ärztliche Dienst informiert und der Patient zur Überwachung auf die Intensivstation zurückverlegt. Es ist bei dem Patienten keine Komplikation oder ein Schaden aufgetreten. Aufwand einer Rückverlegung sowie Verunsicherung des Patienten.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?: Bei Verlegung auf Station muss dekonnektiert werden, da die Station andere Ableitungssysteme - andere Infusomaten verwendet. Sichtlich durch Unaufmerksamkeit des Mitarbeiters (ein erfahrener MA) kam es beim Anschließen des Medikamentes zur Verwechslung der Zugänge. Hinzu sind Luer und Look Anschlüsse PDK, ZVK identisch.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?:

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
- Sonstiges: Produkt, Systemableitungen

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?: erstmalig

Wer berichtet?: Pflege-, Praxispersonal

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:

Der Zwischenfall ist im Team, mit dem zuständigen Mitarbeiter und der ITS ausgewertet worden. Zukünftig wird schon von der Intensivstation an der Zuleitung des PDK das Etikett des Medikamentes befestigt. Es soll der PDK zukünftig mit einem farblichen Etikett gekennzeichnet werden. Eine Unterweisung der Mitarbeiter hat stattgefunden. Weitere zuständige Bereiche wurden über diesen Fall informiert. Es ist geplant, gleiche Infusomaten (ITS; Station) zu führen, eine Dekonnektion bliebe dann aus. Bei der Übergabe wird auf die Ableitungen hingewiesen. Die übernehmende Pflegeperson übernimmt die weitere Versorgung auf Station. Vorübergehend wird der Infusomat mit einem Hinweis PDK kenntlich gemacht - optisch bessere Wahrnehmung. Bei der Schichtübergabe werden die Ableitungen geprüft. Eine andersartige Markierung der Verbindungsansätze durch den Hersteller wäre hilfreich oder farblich markierte Systeme.

Kommentar des Anwender-Forums (2018):

Bislang besteht in den meisten deutschen Krankenhäusern das Risiko der Verwechslung von Periduralkatheter (PDK) und zentralem Venenkatheter (ZVK) auch weiterhin. Beide Systeme werden mit dem universalen Luer-Konnektor verbunden. Eine große Anzahl von CIRS-Berichten deutet an, dass diese Verwechslungen nicht selten sind. Aus diesem Grund sind die vom CIRS-Team des Hauses genannten Empfehlungen unbedingt zu unterstützen.

In naher Zukunft sollten aber nur noch nicht-kompatible Systeme für die Gabe von Medikamenten intravenös und peridural genutzt werden. Denn: Es gibt bereits erste Produkte der DIN EN ISO 80369-6 auf dem Markt. Diese Norm beschreibt die sogenannten neuraxialen Konnektoren, die also für die rückenmarksnahe Applikation von Medikamenten verwendet werden sollen. In einem Haus des Netzwerks ist die Umstellung auf diese neuen vertauschungssicheren Konnektoren (Verbindungsstücke) auch bereits erfolgt.

Eine neue Normenreihe sieht unterschiedliche Konnektoren für unterschiedliche Anwendungen am Patienten vor. Als erstes kamen die Verbindungsstücke für die enterale Applikation auf dem Markt, viele Häuser haben bereits umgestellt. Weitere Normen wurden bereits veröffentlicht: für aufblasbare Manschetten und eine neue Norm für die intravasale Anwendung.

Bei der Umstellung von dem bisherigen universalen Verbindungsstück auf neue vertauschungssichere Konnektoren sind im Krankenhaus praktisch alle patientenversorgenden Bereiche sowie im Wesentlichen die Medizintechnik, der Einkauf, die Apotheke und die Lagerhaltung befasst. Die Umstellung selbst ist komplex und birgt verschiedene Risiken: sind alle zum richtigen Zeitpunkt über die Umstellung informiert? Stehen immer die richtigen Verbindungsstücke für die richtigen Schlauchsysteme zur Verfügung? Werden vorübergehend Adapter eingesetzt, die nicht-kompatible Schlauchsysteme wieder kompatibel machen, also wieder die Vertauschungsgefahr erhöhen?

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet über die Internetseite aktuelle Informationen zur Umstellung des universalen Luer-Konnektors auf neue Konnektoren an:

<http://luer-umstellung.aps-ev.de>.

Hinweise und Tipps, die die Umstellung auf neue Konnektoren erleichtern können, sind der APS-Empfehlung "Hilfestellung zur Umstellung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder" zu entnehmen. Online aufrufbar unter:

www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/APS-HE_LUER-Verbinder_lang.pdf.

Zudem hat die Kommission für Normung und technische Sicherheit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) spezifische "Empfehlungen zur Umstellung von Regionalanästhesieprodukten auf den neuen ISO-Konnektor" veröffentlicht: www.dgai.de/aktuelles/385-umstellung-von-regionalanaesthesieprodukten-auf-den-neuen-iso-konnektor-nach-der-iso-80369-6.html, in denen u. a. darauf hingewiesen wird, an einem Tag umzustellen (und nicht sukzessive), mit ca. 6 Monaten Vorbereitungszeit zu kalkulieren, ein Team zu bilden, das den Wechsel vorbereitet und organisiert, etc.