

## Fall des Monats September 2022

### Zeitnahe Kommunikation von Röntgenbefunden

**Fall-Nr.**

233270

**Was ist passiert?**

Bei steigenden Temperaturen und Infektparametern sollte der seit mehreren Tagen einliegende ZVK gewechselt werden. Hierfür musste der Patient sediert werden. Bei schlechtem Gefäßstatus gestaltete sich die Anlage kompliziert und der Patient war sehr unruhig. Letztendlich konnte der ZVK auf der anderen Seite gelegt werden. Beim Anspülen waren die Schenkel schwer durchzuspülen, aber bei allen konnte Blut aspiriert werden. Die Lage des ZVKs wurde sonographisch kontrolliert und anschließend ein Röntgen-Thorax angemeldet. Dies wurde zügig durchgeführt, jedoch konnten die Bilder nicht sofort übertragen werden, so dass die zuständige ärztliche Person das Röntgenbild erst über eine Stunde später sichten konnte. Zu diesem Zeitpunkt war das Röntgenbild schon korrekt befundet. Eine Auskunft durch die Kolleg:innen der Radiologie fand nicht statt. Im Röntgenbild konnte man deutlich die korrekte Lage des ZVKs erkennen. Jedoch konnte man auch noch einen einliegenden Draht sehen. Nach Sichtung des Bildes konnte der ZVK inklusive Draht entfernt werden.

**Was war besonders gut?**

Bei schwieriger ZVK Anlage wurden Kolleg:innen zur Hilfe hinzugezogen. Nach Sichtung des Bildes wurde sofort reagiert und der ZVK samt Draht entfernt.

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

Unruhiger/teils aggressiver Patient, Ende eines anstrengenden Dienstes

In Zukunft könnte dies vermieden werden, indem man sich strikt an die Abläufe der SOPs hält und ggf. Kolleg:innen von Anfang an hinzuzieht.

**ASA Klassifizierung:** ASA III

**Patientenzustand:** ausgeprägte dilatative Kardiomyopathie

**Wichtige Begleitumstände:** sehr unruhig, ablehnend und teilweise fremdaggressiv

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

**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie

**Wo ist das Ereignis passiert?** Krankenhaus

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

**Tag des berichteten Ereignisses?** Wochenende / Feiertag

**Versorgungsart:** leer

**Wer berichtet?** Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

### **Kommentar des Anwender-Forums (2022)**

Der vorliegende Bericht zeigt sehr eindrücklich, wie die Verkettung mehrerer Faktoren zur Fehlerentstehung führen kann und nennt eine Vielzahl beitragender Faktoren, die für die Entstehung des Ereignisses relevant sein können: Unruhe des Patienten, schlechter Gefäßstatus und das Ende eines anstrengenden Dienstes bzw. der anstehende Dienstwechsel sind einige davon. Aus Prozesssicht werden zudem Vorgänge beschrieben, die mit der Ereignisentstehung in Verbindung stehen, wie die Missachtung der Regel, den Draht bis zur kompletten Entfernung immer in der Hand zu haben, die fehlende Übertragung der Röntgenaufnahmen und die ausbleibende Sofortauskunft durch die Radiologie nach Befundung.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis

- Das Befolgen vorgegebener Abläufe und das Einhalten der Regel, die Hand nicht vom Draht zu nehmen, bis dieser vollständig entfernt ist, sollte ergänzt werden durch eine „Zählkontrolle“ am Ende der Prozedur: Sind alle Materialien da, wo sie hingehören? Dies ist im klinischen Alltag vermutlich praktikabler als die mögliche Alternative; das Legen des Katheters durch eine Checkliste zu begleiten.
- Es sollte festgelegt sein, von wem und an wen kritische Befunde telefonisch übermittelt werden sowie eine Alternative, wenn die Empfänger:in nicht erreichbar ist.
- Bei der Anforderung der Röntgenuntersuchung muss die Fragestellung nachvollziehbar und die Dringlichkeit gut erkennbar angegeben werden.
- Ein Zeitfenster, innerhalb dessen angefertigte Röntgenaufnahmen zumindest auf das Vorliegen dringlicher Befunde gescreent werden, sollte definiert sein.
- Technische und organisatorische Voraussetzungen sollten vorliegen, damit die Untersuchung anfordernden Ärzt:innen die Aufnahmen sofort einsehen und ggf. eine Primärbefundung durchführen können.
- In der klinischen Praxis erfolgt die Primärbefundung oft durch die ÄvD bzw. den AvD. Die Mitglieder:innen des Anwenderforums weisen darauf hin, dass es leicht zu Problemen mit dem Informationsfluss kommen kann, wenn anschließend die Nachbefundung durch die Radiologie erfolgt. Die Einsicht in den endgültigen Befund der Radiolog:innen sollte quittiert werden.
- Für den im Bericht nicht geschilderten Sonderfall, dass Patient:innen die Einrichtung bereits verlassen haben und bei der Nachbefundung ein relevanter Nebebefund entdeckt wird, sollte festgelegt werden, von wem und auf welchem Weg diese Information an die Patient:innen übermittelt wird.