

## Fall des Monats Januar 2023

### Verwechslung des Zugangs

**Fall-Nr.**

239637

**Zuständiges Fachgebiet**

anderes Fachgebiet: IMC

**Altersgruppe des Patienten**

Erwachsener

**Wo ist das Ereignis passiert?**

Krankenhaus

**Was ist passiert?**

Auf der IMC kam es bei der Transfusion eines Thrombozytenkonzentrates zu einer Verwechslung des Zugangs. Die Transfusion wurde an die arterielle Druckmessung angeschlossen.

**Was war das Ergebnis?**

Der Fehler wurde unmittelbar entdeckt, sodass es nicht zu einem Patientenschaden kam.

**Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?**

In einigen Fachbereichen werden sehr selten Transfusionen jedweder Art verabreicht, bzw. Patienten auf der IMC versorgt. Aufgrund ungenügender Expertise, unzureichender Kenntnis verschiedenster invasiver Applikations- und Messmethoden kam es zu diesem Fehler. Die Vermeidung kann durch regelhafte transfusionsmedizinische Fortbildungen, konsequente Einarbeitung und die Kennzeichnung der Zugänge erreicht werden.

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

- Ausbildung und Training
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)

**Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?**

jährlich

**Wer berichtet?**

Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

### **Kommentar des Anwender-Forums:**

Glücklicherweise wurde der fehlerhafte Anschluss des Thrombozytenkonzentrates an einen arteriellen Zugang sofort entdeckt und damit ein Patientenschaden vermieden. Offenbar erfolgte der fehlerhafte Anschluss jedoch aus Unkenntnis über die arterielle Lage des Zugangs.

#### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis

Für die Analyse des Falls wären Antworten auf folgende Fragen hilfreich:

- Wurde das TK-Konzentrat von einer hierfür qualifizierten Person angehängt?
- (Wie) wurde, die das TK-Konzentrat anhängenden Person, über die arterielle Blutdruckmessung informiert? Gab es dazu eine Dokumentation?
- Ist eine Einweisung zu Transfusionsabläufen erfolgt?
- Gab es Faktoren wie Zeitmangel, Unübersichtlichkeit, Ermüdung, welche die Aufmerksamkeit der oder des Mitarbeitenden beeinträchtigt haben könnten?

Da der Bericht darauf hinweist, dass in einigen Fachbereichen Transfusionen sehr selten durchgeführt werden und daher eine unzureichende Kenntnis der verschiedenen Applikations- und Messmethoden vermutet wird, ist unklar, ob die Patientin bzw. der Patient auf der IMC (Intermediate Care, „Zwischenpflege“) von Angehörigen dieser Fachbereiche versorgt wurde oder von einem festen Stammteam der IMC. Die anwesenden Vertreter:innen im Netzwerk bestätigen, dass die IMCs ihres Krankenhauses mit festem Stammpersonal arbeiten. In beiden Fällen spielen eine konsequente Einweisung, Einarbeitung und Fortbildung eine bedeutende Rolle, um ähnliche Zwischenfälle zu vermeiden.

Möglicherweise haben auch individuelle Unsicherheiten und die Befürchtung, sich durch Nachfragen eine Blöße zu geben, zum Ereignis beigetragen.

In einigen Bereichen soll der Wechsel von Luer bzw. Luer-Lock Verbindungen auf vertauschungssichere Anschlüsse eine konstruktionsbedingte Hürde schaffen, um Anschlussverwechslungen zu eliminieren. Unterschiedliche Anschlüsse für arterielle und venöse Zugänge sind dabei jedoch nicht vorgesehen.

Um ähnliche Ereignisse zu vermeiden, empfiehlt das Anwenderforum:

- Es sollte eine Kennzeichnung erfolgen, die einen arteriellen Zugang eindeutig und auf den ersten Blick identifiziert. Die Verwendung verschiedenfarbiger Verschlussstopfen oder Dreiwegehähne wäre eine Möglichkeit, das Anwenderforum warnt jedoch vor dieser Maßnahme, da sie auch in falscher Sicherheit wiegen kann: Zu oft werden die Verschlussstopfen verwendet, die gerade zur Hand sind und dabei Konventionen zur Verwendung der Farben missachtet.
- Sicherer ist das Anbringen von Aufklebern, die auf den arteriellen Zugang hinweisen. Diese sollten in der Einrichtung konsequent verwendet werden. Da Aufkleber abfallen können, sollte ihr Vorhandensein beispielsweise im Rahmen der routinemäßigen Katheterpflege regelmäßig überprüft werden.
- Nützliche visuelle Hilfsmittel entbinden nicht von der Verpflichtung, sich vor jeder Injektion, Infusion oder Transfusion noch einmal genau zu vergewissern, ob die 6-R-Regel (richtige Patientin bzw. richtiger Patient, richtiges Arzneimittel, richtige

Dosierung, richtige Applikationsart, richtiger Zeitpunkt und richtige Dokumentation) eingehalten wird.

- Insbesondere bei beabsichtigter intravenöser Gabe von Arzneimitteln empfiehlt es sich, unmittelbar vor der Applikation ein paar Sekunden innezuhalten und die „6 R“ noch einmal Revue passieren zu lassen.
- Möglicherweise muss die Teamkultur hinterfragt werden. Werden Teammitglieder aktiv ermutigt, bei Unsicherheiten nachzufragen oder Bedenken hinsichtlich der Patientensicherheit offen anzusprechen?

Stichworte: Medikamentenverabreichung