

Bericht

Titel:	Fehldosierung verhindert unzureichende Analgesie
Zuständiges Fachgebiet:	Anästhesiologie
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis a...	OP
Tag des berichteten Ereignisses:	Wochentag
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung:	ASA III
Patientenzustand:	Patient, Z. n. chirurgischem Eingriff mit liegendem PDK. Soll erneuten Wechsel des Vakuumverbandes und ggf. kleine Wundausschabung erhalten. Hierzu soll lediglich der PDK aufgespritzt werden, um eine Analgesie des OP-Gebiets zu erreichen.
Wichtige Begleitumstände:	Anästhesist, noch wenig Erfahrung mit rückenmarksnahen Anästhesien, soll überlappend Einleiten
Was ist passiert?	<p>Assistenzarzt hält Rücksprache mit Facharzt wie der PDK aufgespritzt werden solle. Hierbei Kommunikationsfehler: Assistenzarzt versteht die Anweisung: "Als Testdosis 20 ml 0,5 % Ropivacain und danach als Wirkdosis erneut 20 ml 0,5 % Ropivacain" Assistenzarzt führt dies so durch.</p> <p>Bei Patientenübergabe an den zuständigen Facharzt fällt der Fehler auf. Patient ist zu jeder Zeit wach, ansprechbar, spontan atmend, Kreislauf stabil; Motorik der Beine jederzeit gegeben.</p> <p>Übernehmender Facharzt vermutet zunächst nur Dokumentationsfehler, da bei einer solchen Dosierung ein hoher Querschnitt mit Atemstillstand und ggf. kardialen und zentralnervösen Nebenwirkungen zu erwarten wäre.</p> <p>Entschluss den Eingriff unter sorgfältiger Überwachung durchzuführen und anschließend PDK zu entfernen, da eine Fehllage vermutet wird. Während des Eingriffs, Dauer ca. 1 h, bleibt der Zustand des Patienten unverändert. Postoperativ wird der PDK entfernt, hierbei zeigt sich dass die Katheterspitze nur noch 3 cm tief gelegen hatte. Ein Großteil des Lokalanästhetikums war wohl ins subkutane Fettgewebe oder zurück an die Hautoberfläche gelaufen. Eine normale Dosis hätte vermutlich keine für den Eingriff ausreichende Analgesie bewirkt.</p>
Was war besonders gut?	Konsequente Überwachung und ständige Facharzt-Präsenz nach Bemerken der Überdosierung
Was war besonders ungünstig?	<i>leer</i>
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ere...	Unerfahrener Assistent, unzureichende Kommunikation, keine Reflexion der Anweisung durch den Assistenzarzt
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	erstmalig
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de

Autor: Dr. med. M. St. Pierre in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

In der vorliegenden Meldung lassen sich zwei sicherheitsrelevante Aspekte benennen, die zu der geschilderten Situation beigetragen haben.

Zum einen wird hier eine Vorgehensweise geschildert, die aus vielerlei Gründen zu einer weit verbreiteten Vorgehensweise innerhalb deutscher Kliniken gehören dürfte: ein unerfahrener Arzt erhält für eine erstmalig durchzuführende Maßnahme keine Supervision, sondern lediglich eine telefonische Anleitung. Die Unerfahrenheit des narkoseführenden Arztes wird daran offensichtlich, dass ihm ein Volumen von 40 ml bei

einer rückenmarksnahen Regionalanästhesie nicht befremdlich erscheint. Möglicherweise kannte er diese Menge von peripheren Nervenblockaden, sodass ihn die Anordnung nicht stutzig machte. Bei der klassischen Sequenz des „see one – do one – teach one“ entfällt somit das erfahrungsstiftende „see one“.

Der andere Faktor liegt in dem Umstand, dass die wenigsten Mitarbeiter im Krankenhaus gelernt haben, Kommunikationsschleifen aktiv zu schließen. Dies geschieht durch die Trias von „Anordnung – Readback – Hearback“, die sicherstellt, dass keiner der beiden Kommunikationspartner sich auf Vermutungen verlassen muss, sondern sicher weiß, dass er sein Gegenüber richtig verstanden hat:

Der Empfänger der Anordnung wiederholt diese, damit der Sender weiß, was genau bei dem Empfänger angekommen ist (Readback). Um dem Empfänger zu bestätigen, dass er die Anordnung in der Tat richtig verstanden hat, wird diese Rückmeldung vom Sender nochmals bestätigt (Hearback). Im vorliegenden Fall hätte ein Wiederholen der Anordnung zur sofortigen Detektion des Missverständnisses geführt.