

Bericht

Titel:	Zeitverzögerung der ECMO Therapie
Zuständiges Fachgebiet:	<i>leer</i>
Wo ist das Ereignis passiert?	<i>leer</i>
In welchem Bereich ist das Ereignis a...	Einleitung
Tag des berichteten Ereignisses:	Wochentag
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung:	<i>leer</i>
Patientenzustand:	<i>leer</i>
Wichtige Begleitumstände:	Es müssen zwei unterschiedliche Arten von ECMO Sets auf der Station vorrätig sein: Eines zur kurzfristigen Therapie für die perioperative Anwendung von max. 6 Std. und eines für die langfristige Therapie. Da die Umverpackungen sich äußerlich nicht voneinander unterscheiden (außer einer sehr klein aufgedruckten REF-Nummer), wurde das perioperative Set großflächig handschriftlich gekennzeichnet.
Was ist passiert?	Bei der Verwendung des letzten langfristigen ECMO Sets wurde sofort ein neues bestellt, aber leider das falsche, nämlich ein perioperatives, sodass zum heutigen Tag zwei identische Sets vorrätig waren. Der Fehler wurde nicht bemerkt, da ja eines groß gekennzeichnet war und das neu gelieferte ohne zusätzliche Beschriftung daneben abgestellt wurde. Das Auspacken und Einräumen der gelieferten Artikel erfolgt teilweise durch Hilfspersonal und ist nicht vom Fachpersonal überprüft worden. So wurde das nicht gekennzeichnete Set aus dem Regal genommen und für ein langfristiges gehalten (da nicht extra beschriftet) und geöffnet. Erst durch den farblich unterschiedlichen Filter wurde der Fehler bemerkt. Schaden: Zeitverzögerung der ECMO Therapie, OP-Plan Verschiebung, ein unnütz geöffnetes Set
Was war besonders gut?	Es wurde umgehen die ECMO Hotline angerufen und nach einem in der Nähe zur Verfügung stehenden Set gefragt. Dieses befand sich einer Klinik in der Nähe, die uns dieses freundlicherweise auch zur Verfügung stellte. Ein Fahrer wurde geschickt, um dieses so schnell wie möglich zu uns zu bringen. Ebenso ist der Hersteller der Sets über die Verwechslung informiert worden. Die Bitte um eine evtl. mögliche farbliche Kodierung oder größere Beschriftung erfolgte. Die Abdeckung der Sets könnte auch transparent sein, weil so gleich der Filter sichtbar wäre. So könnte eine optische Kontrolle vor dem Öffnen der Verpackung die Gefahr der Verwechslung in Zukunft reduzieren. Vorfall wird in Dienstbesprechung am darauf folgenden Tag besprochen / analysiert.
Was war besonders ungünstig?	<i>leer</i>
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ere...	Kontrolle des Materialbestandes durch Pflegefachkraft
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	erstmalig
Wer berichtet?	Pflege-, Praxispersonal

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de

Autor: Prof. Dr. med. habil. Matthias Hübler in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Diese Meldung demonstriert exemplarisch, dass für eine medizinische Versorgung mehr erforderlich ist als Sachverstand, Wissen und Können. Im Hintergrund arbeiten zahlreiche Personen, die wichtige Zuarbeit liefern, ohne die viele Therapien nicht möglich sind. In dem Fall führte eine Fehlbestellung zu einem verzögerten Beginn einer ECMO-Therapie. Mehrere Gründe werden implizit oder explizit als Erklärung angeführt:

- Ungünstige Kennzeichnung des Materials durch den Hersteller (look-alike)
- Nachlässigkeit bei der Bestellung (oder Unwissen, Ablenkung, etc.)
- Auspacken und Einräumen durch keine Fachkräfte
- Fehlende (nachträgliche) Beschriftung des Sets
- Keine Kontrolle vor Öffnen des Verbrauchsmaterials (blindes Vertrauen)

Typisch an diesem Ereignis war, dass es nicht ein einzelner Fehler war, sondern eine Verkettung mehrerer. Entsprechend ist es nicht möglich (und auch nicht zielführend), einen „Schuldigen“ zu identifizieren. Diese Intention liegt dem Melder wahrscheinlich fern, aber durch die Erwähnung von nicht-qualifiziertem Hilfspersonal bezieht er dennoch unbewusst Stellung. Es handelt sich hierbei aber um das schwächste Glied der Kette, welches aus unserer Sicht nicht zur Verantwortung gezogen werden sollte. Der Wunsch an den Hersteller, die unterschiedlichen Sets besser zu kennzeichnen, ist nachvollziehbar, wird aber kaum umgesetzt werden.

Der Fall verdeutlicht hingegen, wie wichtig es ist, wachsam zu sein, zu kontrollieren und nochmals zu kontrollieren. Der Ablauf der Ereignisse ist auch gut vorstellbar bei Medikamenten- oder Transfusionsverwechslungen. Bei der Verwendung von Verbrauchsmaterialien muss eine analoge Sorgfalt vorherrschen.

Der folgende Absatz ist vielleicht nur spekulativ: Vermutlich werden aus Kostengründen keine zusätzlichen Sets vorgehalten. Lagerung ist teuer und deshalb beobachten wir seit einigen Jahren eine Zunahme der Verhaltung von Medikamenten und Verbrauchsmaterialien nach dem just-in-time Prinzip. Es darf bezweifelt werden, dass ein solches Vorgehen medizinisch immer vertretbar ist. Ist eine ECMO indiziert, kann das Verstreichen von Zeit bis zum Beginn der Therapie das Outcome des betroffenen Patienten erheblich beeinflussen. Daher ist zu fordern, dass bei lebenswichtigen Medikamenten oder Verbrauchsmaterialien nicht das Prinzip just-in-time sondern as-fast-as-possible angewendet wird. Die Konsequenz wäre eine Erhöhung des Lagerbestands. Diese Möglichkeit sollte in dem meldenden Krankenhaus ernsthaft geprüft werden.