

# Fall des Monats

## CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Aus den Berichten, die von den teilnehmenden Einrichtungen in CIRS-AINS eingestellt werden, wählt die Arbeitsgruppe BDA/DGAI in regelmäßigen Abständen einen sogenannten „**Fall des Monats**“ aus. Unter dieser Rubrik werden Fälle veröffentlicht, die entweder in dieser oder in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und exemplarische Fehlerquellen repräsentieren oder Fälle, die als besonders bedeutungsvoll eingestuft werden. Ziel ist es, mit diesen Fällen des Monats die am Projekt teilnehmenden Einrichtungen für brisante Themen zu sensibilisieren und Warnhinweise und Verbesserungsempfehlungen/-anregungen zu verbreiten. Die Fälle des Monats sind knapp gefasste Feedbacks mit sowohl anästhesiologischer als auch juristischer Analyse und gegebenenfalls Hinweisen auf wichtige Literatur zum jeweiligen Thema.

**Im Internet abrufbar unter:**

<https://www.cirs-ains.de/cirs-ains/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html>

### **Bisher erschienene CIRS-AINS Fälle des Monats:**

<b>2024</b>	
<b>Quartal 4</b>	Durchführung einer i.v.-Regionalanästhesie durch Nicht-Anästhesisten führt zum Krampfanfall
<b>Quartal 3</b>	Thiopental wird akzidentell mit Kaliumchlorid aufgelöst und führt zu einem HerzKreislaufstillstand
<b>Quartal 2</b>	Aufgrund eines Ausfalls der zentralen Druckluftversorgung geraten Intensivpatienten in Gefahr
<b>Quartal 1</b>	Entscheidung der Klinikhygieniker hat negative Auswirkungen

<b>2023</b>	
<b>Quartal 4</b>	Verwechslung von Erythrozytenkonzentraten
<b>Quartal 3</b>	Fehltransfusion
<b>Quartal 2</b>	Komplikation beim Intrahospitaltransfer eines ECLS-Patienten
<b>Quartal 1</b>	Wiederholter Ausfall des Massivtransfusionsgeräts, weil sich spontan Blutclots gebildet hatten.

<b>2022</b>	
<b>Quartal 4</b>	Management eines akzidentellen Muskelrelaxansüberhangs
<b>Quartal 3</b>	Keine klare Vereinbarung im Haus, welche Patienten (Gruppen) versorgt werden können
<b>Quartal 2</b>	Probleme mit der Überwachung von Patienten in der Holding-Area
<b>Quartal 1</b>	Intraorale Verdrehung eines Endotrachealtubus als seltene Ursache eines akuten Beatmungsproblems

<b>2021</b>	
<b>Quartal 4</b>	Kritische Dienstbesetzung: Ein Anästhesist soll die Notfallversorgung und den Kreißsaal abdecken

<b>Quartal 3</b>	EK werden vom Blutlabor versehentlich freigegeben
<b>Quartal 2</b>	Arterielle Fehlpunktion bei ZVK-Anlage ist postoperativ mit Mediainfarkt und Hemiparese assoziiert
<b>Quartal 1</b>	Frühgeborenes wird akzidentell extubiert, weil Tubus durch Pflaster rutscht

<b>2020</b>	
<b>Quartal 4</b>	Patient wird „gegen seinen Willen“ operiert
<b>Quartal 3</b>	Pathologischer EKG-Befund wird präoperativ nicht erkannt
<b>Sommer</b>	Ein Patient mit akutem Thoraxschmerz im Rettungsdienst
<b>Frühjahr</b>	Verkehrsunfälle auf dem Weg nach Hause nach einem Bereitschaftsdienst mit hoher Arbeitsbelastung

<b>2019</b>	
<b>Winter</b>	Notfallversorgung eines traumatisierten Säuglings deckt zahlreiche Schwachstellen auf
<b>Herbst</b>	Externe Ventrikeldrainage wird während einer Verlegung abgeklemmt
<b>Sommer</b>	Verstoß gegen die Überwachungspflicht nach Anästhesieverfahren
<b>Frühjahr</b>	Versorgung eines Kleinkinds in einem Haus ohne entsprechende anästhesiologische Erfahrung

<b>2018</b>	
<b>Dezember</b>	Anästhesie-Pflegemangel eskaliert
<b>November</b>	Pflegebedürftiger Patient wird vom Rettungsdienst ohne Hausschlüssel in die Notaufnahme gebracht – der Rücktransport erfolgt mit Hindernissen
<b>Oktober</b>	Besonderheiten einer Trachealkanüle machen im Rahmen einer Bronchoskopie einen notfallmäßigen Trachealkanülenwechsel notwendig
<b>September</b>	Operateur hält grundlegende Hygienestandards nicht ein
<b>August</b>	Patient erleidet während eines Intrahospitaltransfers aufgrund einer unerkannten Hypoxie einen Herz-Kreislaufstillstand
<b>Juli</b>	Auch in einer sehr gut verlaufenen Polytraumaversorgung wird Verbesserungspotential gesehen
<b>Juni</b>	Insuffiziente Aufklärung für Analgosedierung durch Ärzte anderer Fachrichtungen
<b>Mai</b>	Keine fiberoptische Wachintubation bei erwartetem schwierigem Atemweg
<b>April</b>	Eine Anästhesistin wird zu Beginn ihrer Schwangerschaft in der Endphase einer HIPEC-OP eingesetzt
<b>März</b>	Patient entfernt sich postoperativ eigenmächtig aus dem Patientenentlassungsbereich
<b>Februar</b>	Alkoholisierter und sedierter Patient wird ohne ärztliche Begleitung verlegt
<b>Januar</b>	Beatmungsprobleme in Folge von Aufbereitung von Woodbridge-Tuben

<b>2017</b>	
<b>Dezember</b>	Gleichzeitige Anästhesie bei mehreren Wahlleistungspatienten
<b>November</b>	Probleme bei der Ablösung durch einen anderen Anästhesisten
<b>Oktober</b>	Bei einem konventionell nicht zu intubierenden Patienten kommt es nach Extubation zu einer Atemwegsverlegung und einem hypoxischen Herz-Kreislaufstillstand

<b>September</b>	Die Kombination eines thorakalen PDK mit der Gabe von Neostigmin bedingt möglicherweise mehrere kurzfristige Asystolien
<b>August</b>	Probleme mit dem Standort der neuen Neugeborenen-Reanimationseinheit
<b>Juli</b>	Erfolgreiches Vorgehen zur Augen-OP bei Patienten mit Kunstherz
<b>Juni</b>	Mangelnde Patientenüberwachung auf Normalstation trotz erhöhtem Blutungsrisiko
<b>Mai</b>	Alkoholisierter Patient befreit sich aus Fixierung und flieht aus IMC-Station
<b>April</b>	Vergessener Rachentupfer führt postoperativ zu Ateminsuffizienz bei einem Kleinkind
<b>März</b>	Reanimation gegen den Willen eines Patienten, da dieser nur unzureichend dokumentiert ist
<b>Februar</b>	Versehentliche Anlage eines PDK trotz ausdrücklicher Ablehnung durch die Eltern des Patienten
<b>Januar</b>	Narkoseeinleitung ohne gültige Aufklärung trotz stattgefundenem Team-Time-Out

<b>2016</b>	
<b>Dezember</b>	Traumaversorgung nicht möglich wegen Arbeitsüberlastung und Personalmangel
<b>November</b>	Patient hat postoperativ weite, lichtstarre Pupillen, weil Sevofluran unbemerkt noch auf 8 Volumenprozent läuft
<b>Oktober</b>	ZAS wird nicht erkannt
<b>September</b>	STEMI als Ursache eines Kammerflimmerns wird übersehen, weil nach ROSC nur ein EKG mit Extremitäten abgeleitet wird
<b>August</b>	Probleme bei der Prämedikation einer fremdsprachigen Patientin
<b>Juli</b>	Personalmangel auf der Intensivstation
<b>Juni</b>	Lagerungsschaden am Arm nach langer Operationsdauer
<b>Mai</b>	Zeuge Jehova lehnt mündlich Blutgabe ab, unterschreibt aber ohne Widerspruch im Aufklärungsbogen
<b>April</b>	Probleme bei Reanimation im fahrenden RTW
<b>März</b>	Patient wird in Bauchlage zu früh wach und fällt vom OP-Tisch
<b>Februar</b>	Ventilationsprobleme bei massiver Obstruktion in Bauchlage
<b>Januar</b>	Postoperativ stehen keine bestrahlten Erythrozytenkonzentrate bereit

<b>2015</b>	
<b>Dezember</b>	Verlegungstransport bei drohender Geburt in früher Schwangerschaftswoche
<b>November</b>	Medikamente werden aufgrund hoher Personalbelastung im Nachtdienst falsch gerichtet
<b>Oktober</b>	Anästhesist verlässt seine Narkose, um im Schockraum zu helfen
<b>September</b>	Keine Maskenbeatmung wegen Adenoiden möglich
<b>August</b>	Hohe Spinalanästhesie im AWR
<b>Juli</b>	Betreuung von Patienten mit möglicher TBC im Aufwachraum
<b>Juni</b>	Beidseitige Phrenikusparese nach Skalenusblockade, weil anamnestisch kontralaterale Phrenikusparese nach Herz-OP übersehen wurde
<b>Mai</b>	Versorgung von Verletzten nach einem Verkehrsunfall
<b>April</b>	Schwierige Notfallnarkose im Kreißsaal
<b>März</b>	Kein Intensivbett für präklinischen Sepsispatienten: 100 km Transport und zwei Stunden Verzögerung

<b>Februar</b>	Schwierige Anästhesieführung bei einem sehr adipösen Patienten in Bauchlagerung
<b>Januar</b>	Asystolie bei einer Einleitung zur Implantation eines Herzschrittmachers

<b>2014</b>	
<b>Dezember</b>	Schwierige Doppellumenintubation
<b>November</b>	Postoperative Nebennierenrindeninsuffizienz bei bekannter Cortisondauertherapie
<b>Oktober</b>	Durchführung eines Kaiserschnitts/einer Geburt ohne Hebamme
<b>September</b>	Ein Anästhesist muss an einem Arbeitstag alleine 40 Patienten prämedizieren
<b>August</b>	Psychiatrischer Patient auf der Intensivstation gefährdet Personal
<b>Juli</b>	Blutdruckabfall nach Anlage einer PDA wird nicht sofort erkannt, weil Anästhesist das Patientenzimmer wieder verlassen hat
<b>Juni</b>	Reanimation eines Patienten nach direkter postoperativer Verlegung aus dem OP auf Normalstation
<b>Mai</b>	Eine Anästhesie bei einer Schwangeren in einem Haus ohne Geburtshilfe wird abgelehnt
<b>April</b>	Kritisch kranker Patient: Notfallausrüstung unvollständig
<b>März</b>	Unzureichende Schmerztherapie und frühzeitige Verlegung aus dem Aufwachraum
<b>Februar</b>	Notfallversorgung eines Patienten verzögert sich um eine Stunde, weil sich der Operateur im Gespräch mit seinem Chefarzt befindet
<b>Januar</b>	Klebeelektroden des AED passen nicht

<b>2013</b>	
<b>Dezember</b>	Patient wird nach Endoskopie unter Propofolsedierung reanimationspflichtig
<b>November</b>	Pathologische SD-Werte werden übersehen und Patient entwickelt eine fulminante thyreotoxische Krise
<b>Oktober</b>	Reanimation nach Einbringen von Palacos
<b>September</b>	PCA-Pumpe wird mit 20 ml Luft im Schlauch am Patienten angeschlossen
<b>August</b>	Akute Hypokalziämie aufgrund akzidenteller Citratinfusion führt zu Kammerflimmern
<b>Juli</b>	Kammerflimmern nach Tolidinblau
<b>Juni</b>	„Timing“: Gabe von Muskelrelaxans vor dem Hypnotikum
<b>Mai</b>	Personal als MRSA-Träger auf Intensivstation
<b>April</b>	Beinahe-Nadelstichverletzung wegen fehlendem Nadelhalter
<b>März</b>	Beinahe-Übergabe eines Patienten aus dem AWR an nicht entsprechend qualifiziertes Personal
<b>Februar</b>	Entnahme einer BGA unmittelbar vor Abnahme eines Gerinnungs-röhrchens beeinflusst den gemessenen PTT-Wert?
<b>Januar</b>	Operation mit fraglich sterilem Instrumentarium

<b>2012</b>	
<b>Dezember</b>	Transport eines Kleinkindes mit liegender Larynxmaske aus einem Außenbereich in einen Aufwachraum und folgend unkontrollierte Sauerstoffinsufflation in die Larynxmaske
<b>November</b>	Patient lehnt Durchführung der Anästhesie ab, weil er über Risiko des

	Versterbens während Narkose aufgeklärt wird
<b>Oktober</b>	Rechtliche Aspekte bei elektiven Wunschsectiones?
<b>September</b>	Esketaminüberdosierung um den mehr als zehnfachen Faktor der angegebenen Dosis bei rektaler Gabe
<b>August</b>	Klinisch relevante Blutung aufgrund der Gabe von NMH bei einem niereninsuffizienten Patienten
<b>Juli</b>	Lokale Arbeitsanweisung für NEF-Ärzte verbietet Actilyse-Gabe bei Verdacht auf Lungenembolie
<b>Juni</b>	Opioidabhängiger Patient appliziert sich in einem unbeobachteten Moment fast 200 ml Naropin 0,33% über einen liegenden Plexuskatheter
<b>Mai</b>	CIRS-AINS Ambulant: Generalisierter Krampfanfall nach iv-Regionalanästhesie
<b>April</b>	Gastroenterologen führen Laparoskopien mit Pneumoperitoneum ohne Anästhesie durch
<b>März</b>	Mangels Verfügbarkeit von Bettgittern kann sturzgefährdeter Patient nicht adäquat gelagert werden
<b>Februar</b>	Narkoseeinleitung und Intubation mit Larynxmaske in Bauchlage gelingt nicht
<b>Januar</b>	Umgang mit Patienteneigentum gegenüber Patientenangehörigen?

<b>2011</b>	
<b>Dezember</b>	Widersprüchliche Aussagen bezüglich der Betreuung von isolationspflichtigen Patienten im Aufwachraum
<b>November</b>	Ein Periduralkatheter (PDK) ließ sich nach Anlage nicht beschicken.
<b>Oktober</b>	CIRS-AINS Ambulant: Aufgrund verwechselter Patientenunterlagen wird vorläufige Todesfeststellung für falschen Heimbewohner ausgestellt
<b>September</b>	Operative Komplikation aufgrund von Übermüdung?
<b>August</b>	Team-Time-Out entdeckt unvollständiges Osteosynthesematerial vor dem Hautschnitt
<b>Juli</b>	Vital bedrohliche metabolische Entgleisung nach Beinischämie nach Bauchlagerung
<b>Juni</b>	Kommunikationsmangel führt zu Intubation bei einem Patienten mit Patientenverfügung
<b>Mai</b>	Extrem verlängerte Aufwachzeit bei einem Patienten mit Trichothiodystrophie (TTD)
<b>April</b>	Unzureichende Kommunikation über die Bereitstellung von Erythrozytenkonzentraten (EK) zwischen Blutdepot und Klinik
<b>März</b>	Verlorene Rachentamponade während der Prämedikation
<b>Februar</b>	Patientenverwechslung während der Prämedikation
<b>Januar</b>	Unerkannter Pneumothorax nach vertikal inferiorer Plexusanästhesie

<b>2010</b>	
<b>Dezember</b>	Spritzenverwechslung: Atracurium statt Ephedrin
<b>November</b>	Narkosegerät aufgrund fehlendem Atemkalkbehälter bei Notfallnarkose nicht betriebsbereit
<b>Oktober</b>	Tubusdislokation bei enoralem Eingriff
<b>September</b>	Verwechslung des operativen Eingriffs
<b>August</b>	Sectio und Neugeborenenversorgung bei Hochrisikoschwangerschaft: Reduzierte Ressourcen und Komplikationen
<b>Juli</b>	Schwere Atemnot bei Primingdosis
<b>Juni</b>	Vertauschtes Erythrozytenkonzentrat (EK) bei Transfusion

<b>Mai</b>	Fehlinjektion von iv-Medikament in eine ICP-Außenleitung
<b>April</b>	Narkoseeinleitung ohne pflegerische Assistenz