



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmEdical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Meldung über:

IAKH Fehlerregister

CIRSmEdical AINS

von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Anämie übersehen
Fall-ID	CM-150999-2017
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Patient war präoperativ bereits ca. 1 Woche im Haus. Hämatologischer Tumor in der Vorgeschichte. Der Patient sollte eine elektive Operation nach einem Trauma mit Blutverlust in der Thoraxchirurgie erhalten. Anamnestisch war zudem ein hämatologischer Tumor bekannt. Am OP-Tag lagen keine Vorbefunde zu dem Tumor oder der vorherigen Therapie vor. Der Patient gab an, er habe eine Chemotherapie durchlaufen.</p> <p>Von der Station waren weder Blutgruppe bestimmt noch Kreuzblut abgenommen worden. Nach der Narkoseeinleitung fiel eine transfusionsspflichtige Anämie in der BGA auf.</p> <p>Das transfundierte EK konnte vor der Gabe bestrahlt werden. Aber ungünstig war, dass zuerst keine Blutgruppe oder Kreuzblut vorhanden war, ebensowenig wie Informationen und Vorbefunde zum hämatologischen Tumor. Diese Vorbefunde zum bekannten Lymphom/ zu hämato-onkologischen Vorerkrankungen, hätten vom prämedizierenden und aufklärenden Anästhesisten im Rahmen der Prämediaktionsvisite angefordert werden sollen, da u.a. Konsequenzen bei der Transfusion von Blutprodukten (Bestrahlung der Blutprodukte/ EKs) resultieren. Ebenso hätte eine Information an die chirurgischen Kollegen erfolgen sollen.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Die präoperative Anämie war weder bekannt noch therapiert. Präoperative Anämie vor einem elektiven Eingriff sollte diagnostiziert und behandelt werden, um die perioperative Mortalität und das Komplikationsrisiko des Eingriffs zu senken. Der Patient war schlecht für die elektive Operation vorbereitet: Die Anamnese war nicht ausführlich erhoben oder dokumentiert, es war keine Blutgruppe des Patienten bekannt, es waren keine Blutkonserven bereitgestellt, keine Ver-

<p>[1] Interdisziplinäre Regelung der Zuständigkeit Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen</p> <p>https://www.bda.de/docman/alldokumente-fuersuchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html</p> <p>[2] Ulsenheimer K. WHO-Sicherheitskonzept – Ist Verantwortung teilbar?* Anästh Intensivmed 2010;51:683-686</p> <p>[3] http://www.patientensicherheit-ains.de/deklaration/deutsch.html</p>	<p>träglichkeitsprobe und kein Antiköpersuchtest gemacht. Darüber hinaus sind vermutlich auch keine Aufklärung über die Risiken der Transfusion und die Alternativen erfolgt. Die Pflicht zur Aufklärung über eine Transfusion obliegt laut einvernehmlicher Erklärung der anästhesiologischen und chirurgischen Berufsgesellschaften dem Chirurgen, der den Eingriff vornimmt [1].</p> <ul style="list-style-type: none">• Der patientenbezogene Prozess durchlief einige Filter und Schnittstellen, ohne dass die Anämie und die fehlerhafte Vorbereitung auffiel [2]:<ol style="list-style-type: none">1) Die <i>Prämedikationsambulanz</i> (Warum wurde die OP-Freigabe erteilt? Eine Wiedervorstellung wäre notwendig gewesen nach Vorliegen der vollständigen Unterlagen).2) Die <i>OP-Anmeldung</i> (Warum ist es möglich, einen unvollständig vorbereiteten Patienten zum elektiven Eingriff (optimalerweise mit hinterlegtem mittlerern Blutverlust) anzumelden? Bei sinnvoller Vernetzung und Grundbedingungen der Software sollten unvollständige Datensätze nicht akzeptiert werden).3) Die <i>Vorbereitung auf peripherer Station</i> (Warum konnte der chirurgische Patient von Station in den OP transportiert werden, ohne dass die Vorbereitung abgeschlossen war? Sie erfolgt vermutlich nicht nach Checkliste oder abzuhakender Routinevorgehensweise oder die Blutbereitstellung und die Anämiekorrektur sind noch hinzuzufügen).4) Die <i>Einschleusung in den OP</i> (Wird die WHO-Sicherheitscheckliste nicht durchgeführt oder bleibt ohne Konsequenzen? Die Überprüfung des Blutungsrisiko und der getroffenen Maßnahmen ist essentieller Bestandteil des Einschleuseprozesses) [3].5) Die <i>Narkoseeinleitung</i> (Warum hat der Anästhesist ohne bereitgestelltes Blut und bekannten AKS die Narkose eingeleitet? Ist in dieser Institution die Informationsgewinnung aus Akte oder Krankenhausinformationssystem (KIS) zu schwierig, sind die Patienten oftmals derart vorbereitet oder ist es üblich, mit unvollständigen Unterlagen und fehlenden Daten einen elektiven Eingriff durchzuführen? Was steckt dahinter? Die Verkürzung der Verweildau-
---	--

	<p>er auf Kosten des Patientenrisikos ist eine sich auf Dauer nicht durchsetzende Strategie).</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Kommunikationsstrukturen in dieser Institution sind vermutlich stark verbesserungsbedürftig: Anamnese und die aktuellen Laborwerte vor dem Eingriff waren den beteiligten Therapeuten nicht bekannt, obwohl der Patient bereits eine Woche im Haus war. Obwohl die Anamnese vermutlich ausführlich erhoben werden konnte, waren vermutlich die Daten und Unterlagen durch die Verlegung von der konservativen onkologischen Abteilung zur Chirurgie nicht mitgeteilt worden. Eine zentrale Anamnese durch die Notaufnahme oder die Aufnahmeklinik und eine stringente KIS-Dokumentation würde den gemeinsamen Zugriff auf die Informationen sicherstellen. Der niedrige Hämoglobin-Laborwert sollte nicht nur - wie in vielen Institution - die elektronische und automatisch generierte Zusatzinformation auslösen, dass die Diagnose der Anämie erlösrelevant ist, sondern auch im OP-Anmeldesystem, dem Labor und dem Chirurgen zur bevorzugten Aufmerksamkeit gebracht werden.
Prozesseilschritt**	2 Anforderung, PBM-präoperative Anämietherapie
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Chirurgische Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	k.A.
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)	A
Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet)	k.A.

<p>in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	
<p>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</p>	<p>4/5</p>
<p>*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</p>	<p>5/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/ Verfahrensanweisung/ Fortbildung Chirurgie: Anamnese und Inhalte der Aufklärung vor dem chirurgischen Eingriff, Dokumentationspflichten, rechtliche Konsequenzen 2. Fortbildung Chirurgie, Onkologie, Anästhesie Ärzte/ Pflege: Präoperative Anämie - Risiken, Bedeutung für das chirurgische und medizinische Outcome des Patienten, Diagnose und Therapie 3. Richtlinien Hämotherapie, mögliche Folgen der Fehlzuzuordnung Blutprobe und Bluttransfusion 4. SOP/ Verfahrensanweisung/ Fortbildung Ärzte/ Pflege, Station: Vorbereitung auf den chirurgischen Eingriff, Rolle einer Checkliste zur Vorbereitung auf Station 5. SOP/ Verfahrensanweisung OP-Personal: Durchführung und Sinn der WHO-Sicherheitscheckliste 6. SOP/ Verfahrensanleitung Anästhesie: Sorgfaltspflicht des Anästhesisten gemäß den Empfehlungen der DGAI 7. Fortbildung alle Mitarbeiter: Patientensicherheit und Helsinki-Deklaration [3] 8. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführen eines Klinikpfads zur präoperativen Anämiediagnostik und -therapie 2. Einführung von WHO-Checkliste, Team Time Out, Zentrale Anamneseerhebung und Identifikationsarmbänder 3. Neuorganisation der Patientenaufnahme, der zentralen Anamnese, des Aufnahmeprozesses und des Dokumentations- und Aufnahmeprozesses der Patienten; elektronische Aktenführung im KIS 4. Vernetzung der Softwareprogramme KIS; OP-Management, Labor und Blutbank. Erstellung von Plausibilitätsprüfungen und Sicherheits-

	schnittstellen
--	----------------

*** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko

1/5 sehr gering/ sehr selten
max. 1/100 000

2/5 gering/ selten
max. 1/10 000

3/5 mittel häufig
max. 1/1000

4/5 häufig, min. 1/100

5/5 sehr häufig, min. 1/10

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ ohne
bleibende Beeinträchtigung

2/5 geringe Schädigung/ wenig vorübergehende
Beeinträchtigung

3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden

4/5 starke akute Schädigung/ beträchtliche
bleibende Schäden

5/5 Tod/ schwere bleibende Schäden

**** Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei Fehler bei der Probenabnahme
2. Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes
3. Fehler im Labor
4. Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung
5. Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport oder Verabreichung
6. Hämostasemanagement
7. sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
15. Fehler bei der Patientenidentifikation