



## 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

<b>Thema/Titel</b>	Überprüfung des Gerinnungsstatus führt zum Abbruch einer Elektivoperation
<b>Fall-ID</b>	CM-155886-2017
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Ein markumarisierter multimorbider Patient kommt zur elektiven OP. Die Narkoseaufklärung erfolgte bereits mehrere Tage zuvor. Marcumar wurde regelrecht pausiert und auf Enoxaparin gewichtsadaptiert umgestellt. Durch die Umstellung des OP-Programms wurde der Patient an erster Stelle abgerufen. Vor der Einleitung kontrollierte der zuständige Anästhesist im PC das Vorhandensein des aktuellen Labors, es war jedoch keines vorhanden. Nach der frustranen Anlage eines venösen Zugangs fiel eine vermehrte Blutung aus der Einstichstelle auf, die zu einem Hämatom führte. Zum gleichen Zeitpunkt bat der noch abwesende Chirurg telefonisch den Anästhesisten um eine nochmalige Gerinnungskontrolle (da keine vorhanden war), sowie um eine Konakion-Gabe. Aus Sicht des Chirurgen durfte mit der Narkoseeinleitung begonnen werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass es aus der Punktionsstelle vermehrt blutete. Der Anästhesist entnahm eine venöse Blutprobe zur Kontrolle der Gerinnung und verabreichte 10 mg Konakion i.v. Nach anästhesiologischer Sicht wurde der Patient nicht eingeleitet, da die Patientensicherheit an erster Stelle steht. Nach der Laborkontrolle war der Quick unter 60%. Nach Rücksprache mit dem Operateur wurde der Patient wieder ausgeschleust.</p> <p>Was war besonders ungünstig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlechte Vorbereitung des Patienten (kein Vorhandensein der aktuellen Laborwerte)</li> <li>- Keine Konsequenz bei auffälliger Gerinnung laut der Stationskurve vom Vortag</li> <li>- OP-Lücke</li> </ul>
<b>Problem</b>	Die präoperative Überbrückung der Antikoagulation vom oralen Coumadin auf niedermolekulares subcutan verabreichtes Heparin („Bridging“-Therapie) birgt Gefahren (vor allem der Blutung [1]) und ist in ihrem Ablauf genau getaktet. Da sich aber z. B. bei Vit-K-Mangelernährung oder Magen-Darmentzündungen die Gerinnung nicht so rasch wieder erholt, kann ein üblicher Anstieg der Gerin-
[1] Douketis JD et al. Perioperative bridging anticoagulation during dabigatran or warfarin interruption among patients who had an elective surgery or procedure. Substudy of the RE-LY trial. Thromb Haemost 2015	

<p>Mar;113(3):625-32. doi: 10.1160/TH14-04-0305. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25472710/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25472710/</a></p> <p>[2] Who-Sicherheitsliste: <a href="http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_checklist_german.PDF">http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_checklist_german.PDF</a></p> <p>[3] Das SBAR-Konzept <a href="https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenübergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf">https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenübergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf</a></p>	<p>nungsparameter ausbleiben. Die Laborkontrolle am Vortag der OP ist in diesem Fall vermutlich an den schlechten Venenverhältnissen des Patienten gescheitert. Als dann die Werte kurzfristig am OP-Tag morgens überprüft werden sollten, ist der Patient bereits im OP.</p> <p>Richtigerweise lässt sich der Anästhesist von der klinisch apparenten Blutungsneigung leiten und gab nicht dem Wunsch des Operateurs nach.</p> <p>Problematisch ist ...</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• die präoperative Vorbereitung und das Übersehen des fehlenden Laborwerts. Der Chirurg und seine Abteilung tragen dafür Verantwortung, dass die Patientenvorbereitung zum Operationszeitpunkt rechtzeitig abgeschlossen ist. Instrumente, die dieses helfen umzusetzen, sind eine interdisziplinäre OP-Konferenz am Vortag, bei der Patientenbesonderheiten besprochen werden und eine Checkliste für die Station, die das vollständige Vorbereitungsprogramm (Röntgenbilder, Unterschriften, Laborwerte etc.) überprüft. In diesem Fall hätte die präoperative Checkliste die Patientengefährdung (z.B. vermeidbare Transfusionen) verhindert. Die Überprüfung der Unterlagen auf Station kann delegiert werden, analog und digital erfolgen und muss bereits auf der Station vor dem Transport in den OP stattfinden.</li><li>• die Einschleusung in den OP-Trakt, obwohl noch Vorbereitungen fehlten. Bei OP-Anmeldung am Vortag hätte das OP-Management über die noch ausstehenden Laborwerte informiert werden müssen. Bei Einschleusung sollte die WHO-Sicherheitscheckliste [2] abgearbeitet werden, die auch das Blutungsrisiko erfasst und die Bereitstellung von Konserven. Dabei hätte die überbrückte Marcumarisierung und die nicht geglückte Blutabnahme übergeben werden müssen. Als Beispiel einer strukturierten Übergabe mit allen Informationen speziell für die Schnittstellen um den Operations- und Funktionstrakt hat die DGAI das SBAR-Konzept [3] empfohlen.</li><li>• In diesem Fall hat zum fehlerhaften Verlauf die Tatsache beigetragen, dass der erste Punkt in diesem Saal ausgefallen ist. Auch das spricht nicht für eine sorgfältige Vorbereitung der Patienten auf die Operation. Unter ökonomischen Aspekten ist es entscheidend, dass der erste Punkt im OP-Saal pünktlich begonnen wird. Dieser sollte deshalb ein kurzer Eingriff bei relativ stabilen und komplett vorbereiteten Patienten sein. Ist die OP-Planung mittels elektronischer Software (wie in den meisten Häusern) bewerkstelligt, kann dieser Aspekt zum Ausschluss dieser Situation, der Patientenverunsicherung und der unterbliebenen OP-Nutzung genutzt werden, indem das Programm eine Anmeldungen zur OP ohne komplette Vorbereitung nicht zulässt.</li></ul>
---	--

<p>[4] Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion zwischen BDA und BDC:  <a href="https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html">https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Kommunikation zwischen Chirurgie und Anästhesie. Nicht nur vor einer Operation, sondern auch vor einer Narkoseeinleitung sollte die Verständigung zwischen den Disziplinen einfach, klar und unproblematisch sein. Der Chirurg hat per Vereinbarung zwischen den Fachgesellschaften die Verantwortung für die vollständige Vorbereitung, die Bereitstellung der Blut- und ggf. Gerinnungsprodukte [4] als auch die Organisation der Thromboembolie-Prophylaxe. Der Chirurg allein weiß, bei welchem Eingriff er welchen größeren Blutgefäßen und Blutungsquellen in die Quere kommt, kennt seine Transfusionsstatistiken (in der Regel) und weiß wann er welchen Eingriff bei welchen Gerinnungspathologien sicher durchführen kann. Der/die Anästhesist/in übernimmt bei Fehlen eines Hämostaseologen vor Ort in vielen Häusern das Gerinnungsmanagement und wesentliche Aspekte der Hämotherapie, ohne dass das irgendwo schriftlich vereinbart ist. In dem gemeldeten Fall kommt es zu Unstimmigkeiten im Team, die sich mit einiger Wahrscheinlichkeit ungünstig auf die Teamperformance und Kommunikationsgüte auswirken. Zudem werden solche diskrepanten Meinungen und Problemsituationen nicht als M&amp;M oder beim Feierabendspport zusammen diskutiert.</li> </ul>
<b>Prozessteilschritt*</b>	6 - Gerinnung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	GP
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Station
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	ASA 3, Routine, Wochentag
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D – nein; Keine Angaben)</b>	A
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/nein
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/nein
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet)</b>	- „Es wurde nicht eingeleitet“

<p><b>in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Absprache zwischen den Fachabteilungen“</li> <li>- „Es wurde die Patientensicherheit an oberste Stelle gesetzt“</li> <li>- „Keine unnötige Gabe von Gerinnungsprodukten“</li> </ul>
<p><b>**Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</b></p>	<p><b>4/5</b></p>
<p><b>**Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</b></p>	<p><b>3/5</b></p>
<p><b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortbildung und SOP/VA – Ärzte, Stationspflege, OP-Team: Patientensicherheit und Präoperative OP-Vorbereitung, was macht Sinn?</li> <li>2. Fortbildung und SOP/VA – Schleusenpersonal/OP: WHO Checkliste und Patientensicherheit</li> <li>3. SOP/VA – Pflege: Stationscheckliste zur vollständigen Bearbeitung der präoperativen Patientenvorbereitung</li> <li>4. M&amp;M-Konferenz zum Fall</li> <li>5. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. OP-Management: Einrichtung einer präoperativen interdisziplinären OP-Konferenz</li> <li>2. IT: Vernetzung der OP-Managementsoftware mit Labor und Blutbank</li> <li>3. GF: Hämostasiologisches Konsil - Bereitstellung einer Dienstleistung von außen oder intern</li> <li>4. GF: Teambildung und Kommunikationstraining für das OP-Team</li> </ol>

**\* Prozesseilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. 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
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**\*\* 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