



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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

Meldung über:

IAKH Fehlerregister

CIRSmical AINS

von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Anästhesiologische Anordnungen während der Prämedikation bzgl. Bereitstellung von Blutprodukten werden nicht vollständig umgesetzt
Fall-ID	CM-157128-2017
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein traumatologischer Patient wurde am Unfalltag anästhesiologisch aufgeklärt. Hierbei wurde auf dem Prämedikationsbogen vermerkt, dass bei ihm ein Morbus Werlhof (ITP) bekannt ist, er lediglich 55 Tsd. Thrombozyten hat und dass für die Operation Thrombozyten mit Verträglichkeitsprobe organisiert werden müssen.</p> <p>Die Operation erfolgte schließlich 3 Tage später am Wochenende. Es wurden zwar 2 EKs sowie 2 TKs reserviert, jedoch erfolgte keine Verträglichkeitsprüfung für die TKs, was aufgrund der Erkrankung des Patienten zwingend notwendig ist, da ansonsten eine schlechtere Wirkung der Thrombozyten zu erwarten ist bzw. eine Autoimmunreaktion ausgelöst werden kann.</p> <p>Die telefonische Abklärung erfolgte letztlich erst nach Narkoseeinführung durch den 1. Dienst der Anästhesie.</p> <p>Ungünstig war, dass seitens der Chirurgie die präoperativen Anweisungen nicht korrekt umgesetzt wurden.</p> <p>Bei allen Beteiligten sollte ein besseres Verständnis für hämatologische und hämostaseologische Grunderkrankungen der Patienten geschaffen werden und eine höhere Akzeptanz und Umsetzung der Anweisungen der Anästhesie erreicht werden.</p>
Problem	<p>Bei dem Patienten liegt die chronische Erkrankung der Idiopathischen thrombozytopenischen Purpura (ITP oder M. Werlhof) vor. Sie tritt öfter bei Frauen und nach Infektionen auf. Sie wird symptomatisch mit typischen Petechien und Hauteinblutungen. Bei dieser Erkrankung verursachen die zirkulierenden Autoantikörper durch Angriff oft an den GPIIa/IIIa Oberflächen-Molekülen der Thrombozyten eine Aktivierung, was zu einem verstärkten Abbau und verkürzten Lebensdauer der Plättchen führt. Präoperativ sollten die Patienten mit bekannter Refraktärität mit Anti-D-Immunglobulin oder, gemäß der Querschnittsleitlinie Hämotherapie von 2010/14 [1], mit Steroiden und/oder iv-Immunglobulinen 0,8–1,0 g/kg KG behandelt werden. In einer Blutungssituation soll-</p>
[1] Querschnittsleitlinien Hämotherapie 2010/2014 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapie_2014.pdf	

<p>[2] Das SBAR-Konzept: https://www.bda.de/files/Februar_2016 - Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase - Das SBAR-Konzept.pdf</p>	<p>ten Patienten am ehesten HLA/HPA gematchte Thrombozytenkonzentrate erhalten, um die reaktive Bildung der Autoantikörper zu verhindern.</p> <p>Die Meldung veranschaulicht andererseits aber auch die alltägliche Schnittstellenproblematik, welche zu einem Verlust an Informationen und zur Unterlassung notwendiger Handlungen führt.</p> <p>Denkbar wäre, dass...</p> <ul style="list-style-type: none">• ...die Informationsweitergabe unterging. Die von der DGAI empfohlene strukturierte Informationsweitergabe „Das SBAR-Konzept“ [2] sollte in allen Bereichen der perioperativen Medizin (Prämedikationsambulanz, OP-Management, OP, Intensivstation, Aufwachraum, etc.) eingeführt werden.• ...Verantwortlichkeiten unregelmäßig sind und somit Probleme mit der stationsärztlichen Besetzung und einer resultierenden Verantwortungsdiffusion dafür mitverantwortlich sind. Um den Beitrag einzelner Personen auffangen zu können wurden zunehmend perioperative Checklisten in den Klinikalltag eingeführt, die eine Erfüllung anstehender Aufgaben abfragen sollen, oft auch als prozessregulierende Klinikpfad. Es wäre interessant zu wissen, ob die Grunderkrankung in irgendeiner Weise in der Checkliste notiert wurde und wenn ja, ob sich damit auch der Auftrag einer Verträglichkeitsprüfung von Thrombozyten verbunden hat. Neben der Zuweisung von Aufgaben in den Klinikfunktionen wäre eine zentrale Anamneseerhebung und die Übernahme ins KIS (Krankenhausinformationssystem) zur Einsicht für alle Abteilungen zeitsparend, zuverlässig und fehlervermeidend. Eventuell wäre die Existenz einer fachlichen Instanz wie einer Gerinnungsambulanz oder die Konsilmöglichkeit hilfreich gewesen.• ...die Diagnose bekannt und mitgeteilt war (z.B. aus der Überweisung bzw. des Arztbriefes, der eKK-Karte, etc.), dann sollten bestimmte Möglichkeiten in einem Klinikpfad oder sonstigen Verfahrensweisen vorbestimmt sein, was offensichtlich in diesem Fall unterging (aber in Zukunft auch elektronisch kontrolliert werden könnte). Zum Beispiel ist eine OP-Anmeldung in der OP-Management Software eine gute Möglichkeit die Plausibilität verschiedener Angaben miteinander zu verknüpfen. Bei M. Werlhof und einer niedrigen Thrombozytenzahl in Verbindung mit einer größeren Operation, kann die Anmeldung der OP nur dann erfolgen, wenn genügend passende TKs bereitstehen.• ...die Anästhesie und Prämedikationsambulanz ihre Anordnungen nicht beachtet sieht und dadurch die Patientensicherheit gefährdet ist. Der/die Anästhesist/in hatte sogar mit dem Laborgesprochen. Falls aus diesem Fallbericht interdisziplinäre Unstimmigkeiten oder Kommunikationsprobleme zwischen Anästhesie und Chirurgie anklin-
--	--

<p>[3] Die WHO-Sicherheits- Checkliste http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_checklist_german.PDF</p>	<p>gen (und sich diese im klärenden Gespräch bestätigen), sollte eine bessere Kooperation dieser beider Abteilungen angestrebt werden. Diese könnte durch eine gemeinsame OP-Konferenz sowohl auf der fachlichen als auch menschlichen Ebene verbessert werden. Die individuellen Patienten könnten besser besprochen und sicherer behandelt werden. Liegen die Schwierigkeiten eher im interprofessionellen Bereich zwischen Anästhesiearzt/-ärztin und Stationspflege, könnten persönliche Gespräche und gegenseitiges Kennenlernen, Austausch über die Aufgaben der jeweiligen Prozessschritte etc. helfen.</p> <p>Problematisch hier ist, dass die Narkose eingeleitet wurde, ohne dass sich der/die Narkosearzt/-ärztin über die Bereitstellung der passenden TKs informiert hatte. Dieses Versäumnis ist oftmals Ausdruck einer zunehmenden Ökonomisierung des OP-Betriebs und die straffe Organisation. Durch die Möglichkeiten der Software des Labors bzw. des OP-Management wäre das zu verhindern.</p> <p>Zudem hätte der Fehler bei der Abarbeitung der Sicherheitscheckliste der WHO [3] und der Frage, ob eine transfusionsrelevante Blutung wahrscheinlich ist, auffallen müssen.</p>
Prozesseilschritt*	2 - Anforderung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	TK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Prämedikationsambulanz, OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA2, Wochenende/ Feiertag, Notfall
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-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskom-</u>	„Die Problematik wurde seitens der Anästhesie vor OP-Beginn mit der Chirurgie kommuniziert und mit dem zuständigen Labormedi-

mentar	ziner das weitere Vorgehen und Möglichkeiten besprochen.“
**Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
**Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verfahrensanweisung (VA)/SOP – Stationspflege: Stationäre Vorbereitung von Patienten für den OP, Erstellung und Abarbeitung einer präoperativen Checkliste für die stationäre Vorbereitung 2. SOP/VA: Sicherheitscheckliste der WHO 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichtung einer interdisziplinären OP-Konferenz 2. Einrichten eines hämostaseologischen Konsils 3. Erstellen eines Klinikpfades für zu operierende Patienten mit Hämostase-Störungen 4. Politik/Kassen: Aufnahme von Diagnosen wie der M. Werlhof und die daraus resultierende Notwendigkeit der gematchten TK-Bereitstellung in die KIS-Akte bzw. die elektronische KK-Karte (eKKK) 5. Elektronische Patientensicherheit: Vernetzung des KIS mit Labor und OP-Anmeldung/OP-Management und Hinterlegung von Plausibilitäten (z.B. hat der Patient mit einer Anämie oder Thrombopenie oder M. Werlhof bei einem Eingriff mit Blutungsrisiko ausreichend und genügend Blutprodukte verfügbar?) 6. Interprofessionelles bzw. interdisziplinäres Kommunikations-/Konflikttraining

*** 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		Schweregrad/Gefährdung	
1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000	1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	gering/ selten max. 1/10 000	2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig max. 1/1000	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5	häufig, min. 1/100	4/5	starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden
5/5	sehr häufig, min. 1/10	5/5	Tod/ schwere bleibende Schäden