

## 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>	Falsch abgeheftetes Labor führt zu falscher Indikationsstellung
<b>Fall-ID</b>	212-2023-M6E0
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Im Bereitschaftsdienst abends um 20:00 Uhr ist ein 91-jährige Patientin mit med. Schenkelhalsfraktur zur zementfreien H-TEP nach Liegetrauma im OP (Duokopf geht wegen Nickelallergie nicht).</p> <p>Die Patientin hat 63 kg/162 cm, es liegen art. HTN (arterieller Hypertonus), NIDDM II, (Noninsulin-Dependent Diabetes Mellitus Typ 2) und Z.n. Brustoperation und Colon-Polypektomie vor. Ohrtemperatur liegt bei 38,1°C.</p> <p>Es erfolgte die Lagerung nach PENG Block und Spinal-Anästhesie, Versorgung mit 2 großlumigen Braunülen und MAT. Laut Chirurg sind 2 EKs gekreuzt.</p> <p>Bei Durchsicht der Akte fehlt die Blutgruppe und im Labor findet sich ein Hb von 8,2 g/dl, ein Krea von 4,8 mg/dl und Leukos von 14 000/µl. Daraufhin werden die 2 EKs telefonisch abgerufen.</p> <p>Die Patientin ist bis dahin bei einem Blutverlust von ca. 500ml und Ersatz durch 500ml Stero iso und 500 Gelatine unauffällig. Die geplante BGA wird erstmal verschoben, als unter dem Urinstixbefund der Patientin in der analogen Akte das Tageslabor einer anderen Patientin ohne Namensgleichheit als das pathologische identifiziert wird.</p> <p>Im PC auf dem Laborserver findet sich ein Hb von 13,6, Krea von 1,2 und Leukos von 10,1. Glücklicherweise konnten die Blutkonserven noch zurückgegeben werden.</p>
<b>Problem</b>	<p>Wir möchten im Rahmen dieser Bearbeitung auf vier wesentliche Probleme eingehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Problem 1:</i></li> </ul> <p>Wir stellen uns die Frage, warum eine Operation begonnen wurde, bevor genaue Kenntnisse zu den Laborwerten verfügbar waren. Vermutlich wurde im Rahmen der Voruntersuchungen Einsicht in das EDV System genommen, und die Leistungsträger</p>

	<p>im OP waren nicht die gleichen Personen. Hier stellt sich die Frage, warum die Informationen, die bei Eintreffen der Patientin in den OP-Trakt vermutlich kontrolliert worden sind, das Ergebnis jedoch dem behandelnden Team im OP nicht bekannt waren. Im ungünstigeren Fall fand die Aufnahme in den Operationstrakt ohne eine qualitätssichernde Kontrolle, zum Beispiel anhand einer strukturierten Checkliste nach den Empfehlungen der WHO [1] statt.</p> <p>Warum wurde eine Narkose und Operation begonnen ohne vorherige Informationen zu Blutgruppe und Routinelabor?</p> <p>Lösung: Ein einfaches, qualitätssicherndes Verfahren stellt die, von Fachgesellschaften empfohlene Checkliste nach WHO dar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Problem 2: Die fehlerhafte Ablage von Laborwerten in der Patientendokumentation.</i></li></ul> <p>Die fehlerhafte Ablage von Untersuchungsbefunden in der Patientendokumentation ist sicherlich ein unterschätztes, häufiges Problem. Wie wir bereits in früheren Bearbeitungen von Fehlermeldung angemerkt haben, sind Formulare in der Medizin häufig nicht standardisiert und teilweise wesentliche, identifizierende Merkmale nicht eindeutig hervorgehoben und an unterschiedlichen Orten, teilweise in kleiner Schriftgröße auf den Dokumenten positioniert. Das macht es Menschen schwierig rasch kontrollierende Schritte durchzuführen. Darum ist es wichtig mit jeder Beurteilung eines Befundes, die eindeutige Zuordnung zum Patienten bewusst zu überprüfen. Elektronische Dokumentation können helfen, diese Prüfungsschritte zu vereinfachen und zu vereinheitlichen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Problem 3: Beurteilung der klinischen Situation im Abgleich mit den Laborbefunden bei der Indikationsstellung zur Transfusion.</i></li></ul> <p>Wir vermissen einen Abgleich der klinischen Situation der Patientin bei der Indikationsstellung zur Transfusion. Ohne zirkulatorische Instabilität, ausgeprägte Blässe der Schleimhäute oder andere Zeichen der Notwendigkeit einer Transfusion sollte die Indikation nicht gestellt werden. Eine gute Arbeitshilfe hierzu findet sich in der Querschnittsleitlinie im Abschnitt 1.5.1.2 „Akute Anämie“ [2]. Die Meldung gibt keinen Hinweis auf ein Vorliegen physiologischer Transfusionstrigger. Eine rasch durchzuführende Blutgasanalyse wäre geeignet gewesen, globale Indizes für eine unzureichende Sauerstoffversorgung zu diagnostizieren.</p> <p>Wir möchten empfehlen, die Indikation zur perioperativen Transfusion in Absprache mit den operierenden Chirurgen zu treffen. Ein freier Blick auf das OP-Gebiet kann wertvolle Hinweise auf die Notwendigkeit einer Transfusion oder auch zur differenzierten Gerinnungstherapie geben. Die Verantwortung zur Transfusion liegt intraoperativ in den Händen der behandelnden</p>
--	--

	<p>AnästhesistInnen. Für die strenge Indikationsstellung sind mehr Informationen als ein Laborwert zu bewerten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Problem 4: Doppelgabe</i></li> </ul> <p>In der beschriebenen klinischen Situation schätzen wir die zeitgleiche Gabe von zwei Präparaten als fehlerhaft ein. In der beschriebenen Situation wäre vermutlich Zeit gewesen, nur ein Präparat zu geben und im Rahmen der folgenden Erfolgskontrolle, die Notwendigkeit einer weiteren Transfusion zu initiieren. Ohne ein signifikantes Blutungsgeschehen würde die Doppelgabe vermutlich in einem Hämoglobinwert über 10 g/dl resultieren, der klinisch nicht mehr sinnvoll wäre.</p> <p>Das hier gewählte Vorgehen bei Doppeltransfusion birgt das hohe Risiko einer Volumenüberladung, die in Narkose schlecht diagnostizierbar ist und steigert das Risiko der seltenen infektiologischen und immunologischen Nebenwirkungen einer Transfusion.</p> <p>Volumenüberladungen sind nach der Einschätzung des SHOT-Registers die häufigste Ursache für transfusions-assoziierte Mortalität und Morbidität vgl. [3, S.64]. Hierzu empfiehlt die Querschnittsleitlinien nachdrücklich, die Indikation zur Transfusion streng zu stellen. Aus der Fehlermeldung können wir mit Ausnahme eines niedrig gemessenen Laborwerts (der in diesem Fall auf einer falschen Zuordnung des Befundes beruhte!) keine Indikation zur Transfusion erkennen (vgl. „Tab. 1.5.1.1: Klinische Symptome, die bei laborchemisch gesicherter Anämie und erhaltener Normovolämie auf eine anämische Hypoxie hinweisen können (Physiologische Transfusionstrigger).“ [2])</p>
<b>Prozesseilschritt*</b>	7 - Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten, 8 - Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	Nein
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Station, OP
<b>Wesentliche Begleitumstände</b>	Wochentag, ASA 3, Bereitschaftsdienst,
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A, C



## Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

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<br>max. 1/100 000 |
| 2/5 | gering/ selten<br>max. 1/10 000            |
| 3/5 | mittel häufig<br>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<br>bleibende Beeinträchtigung                        |
| 2/5 | geringe Schädigung/ wenig vorübergehende<br>Beeinträchtigung                             |
| 3/5 | mäßige bis mittlere akute gesundheitliche<br>Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden |
| 4/5 | starke akute Schädigung/ beträchtliche<br>bleibende Schäden                              |
| 5/5 | Tod/ schwere bleibende Schäden   |