Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

IAKH

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

Meldung über ☒ **IAKH Fehlerregister** ☐ **CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ**

Thema/Titel	Aggregationshemmereinnahme verrät inakzeptables Blutungsrisiko unter dualer Plättchenhemmung
Fall-ID	44-2012-l6d7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Morgens auf der Intensivstation wird ein Zettel auf der Tastatur von Schwester vorgefunden „Patient X auf Station /, nicht prämediziert“. Nach der Frühbesprechung geht ein Anästhesist auf die Station und teilt dem Patienten mit, dass er vermutlich nicht operiert werden könne, weil er die vorgeschriebene Bedenkzeit nicht einhalten kann und die Operation vermutlich auf den nächsten Tag verschoben werden muss. Der Patient insistiert, da er wiederholt operiert sei, dass er die Narkoserisiken und Komplikationen einschätzen könne und deswegen darauf besteht, operiert zu werden. Das wird im Aufklärungsprotokoll vermerkt und der Patient zur Operation zugelassen; er ist noch nüchtern. Der Akte liegt allerdings kein Brief bei, so dass das nicht ausgefüllte Prämedikationsblatt schnell vom Patienten oberflächlich ausgefüllt wird, unvollständig, da die ganzen Operationen, die er dann bei Nachfragen aufzählt, nicht darin enthalten sind. Er gibt an, einen Stent zu haben, im Herzen, in welchem Gefäß wisse er nicht. Einen Infarkt gibt er nicht an gehabt zu haben. Im chirurgischen Aufnahmebogen ist ersichtlich, dass der Patient bis zum 13.11.2012, bis vor 7 Tagen, Plavix eingenommen hat und bis gestern Aspirin. Daraus kann geschlossen werden, dass er einen Drug-Eluting-Stent hat und nicht, wie er angibt, schon seit 8 Jahren, aber kürzer. Im OP trifft man dann den einweisenden Chirurgen(zu Besuch), der berichtet, dass der Patient aus Stadt beliebig bei ihnen gelegen hat wegen einer koronaren Gefäßerkrankung und

	dort vor 8 Wochen den Stent bekommen habe. Er hat seit damals auch Plavix und der zuständige Kardiologe war einverstanden, nach 6 Wochen das Plavix abzusetzen und dann die Trachealstenose zu operieren. Auf Anfrage wird der Verlegungsbericht gefaxt. Bei Koronarer 1-GE war ein DES in den RCA vor 5 Wochen eingepflanzt worden, nebenbefundlich ist eine hochgradige LEF-Einschränkung 32% diagnostiziert. Der Patient wurde abgesetzt und der chirurgische Kollege von den gültigen Leitlinien informiert. Wegen einer Tracheotomie im Rahmen eines VU hat der Patient nun eine Trachealstenose und mäßigen bis stärkeren, aber keinen vital bedrohlichen inspiratorischen Stridor.
Problem	• Vorbereitung der Operation ohne relevante Vorbefunde in diesem Haus ist überdurchschnittlich oberflächlich. Der Einweiser oder der Hausarzt sollten hier von sich aus oder auf Nachfrage entsprechende Unterlagen bereitstellen. • Fehlerhafte „dringliche“ Indikationsstellung des Chirurgen in Anbetracht einer nur mangelhaften Gerinnungsanamnese:- weil das Risiko eine Stentthronbose zu erleiden bei Absetzen der dualen Plättchenhemmung oder ein erhöhtes Nachblutungsrisiko bei einer Trachaelresektion hier das eigentlich in Ruhe kompensierte Atemproblem überwiegt und sich damit der elektive Eingriff eigentlich problemlos verschieben lässt. • Die innerhäusige Logistik der Prämedikation kommt vermutlich in vielen Häusern in der Form mehr oder weniger häufig vor, ist aber durch die Häufung der Folge-Fehler bemerkenswert. • Trotz Einführung der elektronischen Krankenkassenkarte in einigen Regionen Deutschlands sind die Zugriffsmöglichkeiten auf solche wichtigen Informationen noch nicht flächendeckend möglich.
Prozessteilschritt**	6- Gerinnungsmanagement, 2- Indikationsstellung (allerdings nicht zur Transfusion, sondern zur OP!!)
Wesentliche Begleitumstände	Routine, ASA 3
Was war besonders gut (wie gemeldet	Die Sorgfalt des Anästhesisten beim Prämedizieren hat

in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	sich bezahlt gemacht
***Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit**	2/5
***Potentielle Gefährdung/Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	**Prozessqualität:** • Fortbildung und SOP: Duale Plättchenhemmung nach DES und perioperatives Vorgehen • SOP-(Chirurgie und Anästhesie)-Gerinnungsanamnese vor Indikationsstellung und Zulassung zum Eingriff/Narkose • WHO-Checkliste • Für den Einweiser, des chirurgischen Stationsarztes: Abarbeitung eines Algorithmus bei perioperativen Patienten mit Koronarstent und nichtherzchirurgischen Eingriffen • Hausinterne interdisziplinäre M&M- oder CIRS-Konferenz unter Einbezug der Einweiser und Hausärzte in diesem bemerkenswerten Fall, wobei die beteiligten Personen direkt angesprochen werden können und ein Problembewusstsein geschaffen werden kann **Strukturqualität:** • Stationssekretärin auf chirurgischer Station mit der Aufgabe betraut, die fehlenden Krankenunterlagen von Hausarzt und Einweiser zu organisieren • Elektronische Krankenakte als Alternative Krankenkassenkarte mit entsprechenden anamnestischen Informationen kann zur eigenen Sicherheit vor Eingriffen und Operationen vollständig vom Patienten freigegeben werden • Vernetzung der Krankenhäuser bzw. die Krankengeschichte auf der elektronischen Gesundheitskarte hätte hier schneller die Lage geklärt und das Risiko minimiert.

*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**

****Prozessteilschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation