Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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

IAKH

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

Thema/Titel	Nicht dokumentierte Antikoagulation
Fall-ID	CM-11271-2015
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Nicht dokumentierte Antikoagulation bei geplanter Caudalanästhesie Wichtige Begleitumstände: Notwendige Antikoagulation Es wurde eine dringende Re-Laparotomie bei einem Kind durchgeführt. Es erfolgte eine zügige anästhesiologische Aufklärung der Eltern auf der Intensivstation. Es wurde über eine Vollnarkose und eine Caudalanästhesie mit Katheter zur postoperativen Schmerztherapie aufgeklärt. Bei der Einleitung fällt einer Pflegekraft zufällig auf, dass das Kind therapeutisch antikoaguliert ist. Was war besonders ungünstig: • Info über die Antikoagulation war auf dem Narkoseprotokoll nicht dokumentiert Gründe für dieses Ereignis und wie es hätte vermieden werden können: • Wichtige Medikamente immer auf dem Protokoll dokumentieren (z.B. Antikoagulation, Antihypertensiva, Katecholamine) Das Ereignis ist erstmalig aufgetreten.
Problem [1] Leitlinie der DGAI: Rückenmarksnahe Regionalanästhesien und Thromboembolieprophylaxe / antithrombotische Medikation. Anaesth Intensivmed 2007, 48: 109-124. [2] Sengebusch U. Gerinnungswerte vor Kaudalanästhesie?. *Anaesthesist*. 2000;49(5):476-477. doi:10.1007/s001010070120	Ohne Zweifel ist eine bestehende therapeutische Antikoagulation eine absolute Kontraindikation gegen die Durchführung einer rückenmarksnahen Regionalanästhesie (mit oder ohne Katheter). Vergleiche hierzu die Leitlinie der DGAI [1]. Insoweit ist es auch vor einer Caudalanästhesie zur postoperativen Schmerztherapie entscheidend, dass während der Prämedikation eine mögliche Gerinnungsstörung erkannt und auf dem Prämedikationsprotokoll dokumentiert wird [2]. Dieses Kind ist vermutlich schon von der Voroperation, der primären Laparotomie, bekannt und auf der chirurgischen Intensivstation prämediziert/ gesehen worden. Es hätte dem prämedizierenden Anästhesisten bei der Visite des Kindes am Bett auffallen müs-

[3] Die strukturierte Patientenübergabe SBAR https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenbergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf	sen; die Information hätte vom Stationsarzt der Intensivstation an die Anästhesieabteilung weitergegeben werden müssen; die aktuellen Laborwerte und BGAs hätte mit der Kurve in den OP gegeben werden müssen und die abholenden und transportierenden Pflegekräfte hätten den Heparinperfusor bemerken können. Vermutlich ist er aber abgeschaltet worden und die aPTT oder TZ kontrolliert worden. Auch dies hätte übermittelt werden müssen. Eine präoperative Checkliste, die auf peripherer Station die vollständige Vorbereitung der Patienten vor elektiven Eingriffen regelt (chirurgische, anästhesiologische Aufklärung, Bildgebung, Labor, Anamnese, Kurve, Blutkonserven, Allergien, Hilfsmittel wie postoperative Verbände und Prothesen etc.), könnte auch auf der Intensivstation in dieser dringlichen Indikation Anwendung finden. In vielen Intensivstationen ist es üblich, dass die schweren und sperrigen Krankenakten (in Din A3) auf Station verbleiben, wenn der Patient in den OP geht. Das scheint hier ebenfalls der Fall zu sein. Bei einem Notfalleingriff* kann und muss, je nach Indikation der Relaparotomie oder/und der Antikoagulation, die intravenöse Heparinverabreichung unterbrochen werden. Der Chirurg wird eine dringende Relaparotomie nur bei vitaler Indikation unter therapeutischer Antikoagulation durchführen wollen. Die Heparinwirkung kann schließlich mit verschiedenen auch bettseitigen Monitoringverfahren (ACT, HepTem, POCT-aPTT) und der dosierten Protamingabe sofort antagonisiert werden. Das kann auch vor der Durchführung der Kaudalanästhesie passieren. Insofern sind die individuellen Erfordernisse in dieser Situation zu beachten, die aber nicht übermittelt wurden. *Notfalleingriff: Hier aber war noch Zeit für „eine zügige Aufklärung der Eltern“. Die in diesem Fall aufgetretenen/möglichen Versäumnisse sind: • Die Übernahme der therapeutischen Maßnahmen aus der Intensivkurve in den Anamneseteil des Narkoseprotokolls • Die Mitgabe der Information als strukturierte Übergabe an der Schnittstelle von der Intensivstation in den OP (siehe SBAR-Konzept [3]) • Die Nutzung der POCT-Gerinnungsmanagement-Verfahren perioperativ • Die Nutzung einer elektronischen Krankenakte, Therapie- und Anamnesedokumentation, die von mehreren Funktionseinheiten im Krankenhausinformationssystem KIS eingesehen werden kann
Prozessteilschritt*	6- Gerinnungsmanagement
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	GP

Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Intensivstation
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, Wochentag, ASA 3
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 Kommissionskommentar	„Die Pflegekraft hat die Vormedikation kontrolliert.“
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:** 1. SOP/VA – alle Mitarbeiter: Strukturierte Übergabe/Rück-/Übernahme der Patienten in den OP-Bereich mit dem SBAR-Konzept 2. Fortbildung/SOP/VA – Anästhesie Ärzte und Pflege: Regionalanästhesie und Gerinnung 3. SOP/VA – Pflege Intensivstation: Vorbereitung von Patienten zur Operation, Einführung einer Checkliste 4. Fortbildung – Anästhesie: POCT-Gerinnungsmanagement, gezielte und passgenaue Antagonisierung von Koagulanzien durch POCT-Steuerung 5. Meldung an die Transfusionskommission

	Strukturqualität: 1. Geschäftsführung, ärztlicher Direktor: Einführung einer digitalen Krankenakte als PDMS in den Funktionsbereichen Intensivstation, OP, Eingriffsräumen, eventuell auch auf Normalstation 2. Ärztlicher Direktor und IT: Auffällige Markierung der Patientenbesonderheiten wie Allergien, bekannte Allo-Antikörper etc. im KIS/OP-Management-Software oder Gerinnungstherapie 3. Anästhesie und Labor: Etablierung von POCT-Gerinnungsmanagement in den Funktionsbereichen oder zentral im Labor

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie
ACI	Arteria carotis interna
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass
AHT	Arterielle Hypertonie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
3GE	3-Gefäßerkrankung
EK	Erythrozytenkonzentrat
FFP	Gefrierplasma
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum
Hkt	Hämatokrit
ICU	Intensivstation
KHK	Koronare Herzkrankheit
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
OP	Operationssaal
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
SOP	Stand Operating Procedure
TB	Transfusionsbeauftragter
TEP	Totalendoprothese
TFG	Transfusionsgesetz
TK	Thrombozytenkonzentrat
TV	Transfusionsverantwortlicher
VA	Verfahrensanweisung
VHFL	Vorhofflimmern

*** 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
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