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	Weder Blutgruppe noch Blutkonserven stehen bereit
Fall-ID	CM-127003-2015
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Ein Patient kommt zu einer elektiven OP, die eine erhöhte Transfusionswahrscheinlichkeit aufweist. Bei Kontrolle der Laborwerte vor der Einleitung fällt eine Anämie auf. Auf Nachfrage der Anästhesiepflegekraft ob Konserven gekreuzt sind, kontrolliert der zuständige Anästhesist im PC das Vorhandensein von Konserven, findet jedoch lediglich eine Blutgruppe im System. Nach Diskussion mit der Anästhesie-Pflegekraft erfolgt zunächst das Einleiten der Narkose, dann die Blutentnahme für die Anforderung von Konserven. Der Anästhesist entscheidet zunächst, in den Saal zu fahren, um mit der OP beginnen zu können. Dann erfolgt die Ablösung durch einen Kollegen zur Mittagspause. Der Anästhesiepflegekraft fällt ein unbeschriftetes, im Vorraum liegendes Blutröhrchen auf. Nach Rücksprache mit dem Labor fällt zudem auf, dass auch eine Blutgruppe noch nicht vorhanden ist, sondern lediglich der Auftrag zur Blutgruppenbestimmung angelegt wurde. Der Anästhesiepflegekraft ist sowohl das Blutröhrchen als auch das Fehlen der Konserven aufgefallen. Was war besonders ungünstig: – Blutröhrchen nicht beschriftet – Keine konsequente Anforderung von Konserven direkt nach Auffallen des Fehlens – Verwechslung im PC (Angelegter Auftrag vs. vorhandene Blutgruppe)
Problem [1] Peyrin-Biroulet L, Williet N, Cacoub P. Guidelines on the diagnosis and treatment of iron deficiency across indications: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2015;102(6):1585-1594.	Dieser wohl nicht untypische Fall tritt leider immer noch zu häufig auf und enthält erhebliches Verbesserungspotenzial: 1. Dass die präoperative Anämie vor Einschleusung in den OP nicht differenziert diagnostiziert und therapiert wurde, ist gegen die Leitlinie Anämie [1] und gegen den Grundsatz der Sorgfalt bei der Vorbereitung einer Operation. Die Ökonomisierung und der Kostendruck im Ge-

[2] Bisbe Vives E. Treatment of preoperative anemia in major orthopedic surgery, Rev Esp Anestesiol Reanim 2015 Jun;62 Suppl 1:52-6.

[3] Individuelle Hämotherapie
https://www.iakh.de/individuelle-haemotherapie-185.html

[4] WHO-Sicherheits-Checkliste
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_checklist_german.PDF

[5] Holtel M. Kommunikation: Die wichtigste Nebensache im OP. Dtsch Arztebl 2017; 114(39): A-1770 / B-1506 / C-1476.

sundheitswesen bewirkt in vielen Gebieten eine Abkehr von der bisher geübten Gründlichkeit - im Fall der präoperativen Anämie vor größeren Operationen auf Kosten des Behandlungsergebnisses und zu Ungunsten der Patientensicherheit [2]. In diesen Bereich sind internationale Standards weit fortgeschritten. Die deutsche Praxis negiert bislang die Bedeutung der präoperativen Anämie in vielen Einrichtungen. Die Diagnose und Therapie einer präoperativen Anämie kann und sollte im Rahmen einer gesonderten Ambulanz, eines eigenen Klinikpfades oder einfach praktisch orientiert in der Anästhesieaufklärung mit organisiert werden (siehe Hilfestellungen der IAKH wie z.B. Patientenaufklärung zur Anämie und Behandlungsalgorithmen etc. [3]).

2. Die Laborwerte liegen nicht bei, sondern müssen im PC abgerufen werden und die Vorbereitungsmaßnahmen der Bluttransfusion sind nicht vorbereitet. Damit ist die Vorbereitung des Patienten für die elektive Operation nicht vollständig und so sind auch die Voraussetzungen für die Einschleusung in den OP-Trakt nicht gegeben. In vielen Häusern findet eine vorabendliche interdisziplinäre OP-Konferenz statt, in der die Besonderheiten der geplanten Eingriffe besprochen werden. Manche Stationen oder Ambulanzen haben Checklisten, in denen die Vollständigkeit der vorbereitenden Maßnahmen abgehakt und kontrolliert werden. In einigen Einrichtungen werden die WHO-Checklisten der Patienten bereits beim Einschleusen kontrolliert [4]. Dabei wird auch die Verfügbarkeit von Blutkonserven bei Eingriffen mit zu erwartendem Transfusionsbedarf abgefragt. Fehlt irgendeine Angabe auf dieser Checkliste wird der Patient nicht eingeschleust. All diese Vorbereitungen sind wohl in diesem Haus nicht üblich. Für die Einführung dieser Maßnahmen spricht aber nicht nur die Patientensicherheit, sondern auch die verbesserte und ökonomisierte OP-Planung - ein wesentlicher Kostenfaktor im Krankenhaus (z.B. mit einem zeitgemäßen OP-Management).

3. Die Narkose für einen elektiven Eingriff wird eingeleitet, obwohl bestimmte Sicherheitsaspekte nicht erfüllt sind. Es ist für einen elektiven Eingriff unakzeptabel, keine oder nur eine verzögerte Bluttransfusion zu bekommen, nur weil die vorher unbekannten Antikörper nicht bestimmt und die Konservenbereitstellung schwierig war. Der Anästhesist lässt sich hier vom Chirurgen drängen. Offensichtlich scheint auch noch ein sprachliches und evtl. kulturelles Problem vorzuliegen. Die professionelle Teamkommunikation ist sachorientiert und frei von Stressfaktoren. Das sollte trainiert werden [5]. Auf Sprach- und Verständniseinschränkungen von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund muss eingegangen werden. Nicht nur die innerdisziplinäre (Anästhesist-Pflege),

[6] https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-2015-Annual-Report-Web-Edition-Final-bookmarked.pdf [7] Frietsch T et al. Administration Safety of Blood Products - Lessons Learned from a National Registry for Transfusion and Hemotherapy Practice. Transfus Hemother 2017 Aug;44(4):240-254. [8] Musterverfahrensanweisung zur Vermeidung von Blutprobenverwechslung - empfohlenes Vorgehen der IAKH. Unter dem Buchstaben „M“ bei: https://www.iakh.de/sonstiges.html	sondern auch die interdisziplinäre Kommunikation stellt hier ein Problem dar. Unterschiedliche Auffassungen zum korrekten Vorgehen sollen durch einen Supervisor beseitigt werden, bevor sie zu einem vor dem Patienten ausgetragenen Dissens werden. Ein entsprechendes Supervisionskonzept und Konfliktmanagement ist dringend anzuraten und eventuell auch die Personalkonstellation (offensichtlich harmonisieren die Pflegekraft und der entsprechende Assistenzarzt nicht besonders gut) zu vermeiden. 4. Die Entnahme der Blutproben in unbeklebte Blutröhrchen („Wrong-Blood in Tube“ ist beinahe die häufigste Ursache für Fehltransfusionen (siehe SHOT-Report [6] und auch im IAKH Fehlerregister [7]). Eine entsprechende Musterverfahrensanweisung gibt es [8], wenn das Problem den Agierenden bewusst gemacht würde. 5. Das benutzte Softwareprogramm der Klinik sollte eindeutige Markierungen der Aufträge zur Unterscheidung von bereits erfolgten Befunden verwenden. Besonders von unerfahrenen und seltenen Nutzern der IT-Struktur sind ähnlich aussehende Eingaben sonst wie in diesem Fall missverständlich. Das Design der Software soll entweder von der Anbieterfirma oder der IT-Abteilung geändert werden.
Prozessteilschritt*	2 - Anforderung, 8 - PBM
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, Aufnahme, OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Ausländischer Kollege, Wochentag, Routine, ASA3
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 Ver-	Nein/evtl.

wechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	**3/5**
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. Fortbildung und SOP/VA – Chirurgie, Anästhesie: Bedeutung und Management der präoperativen Anämie gemäß Leitlinie 2. Fortbildung – Ärzte: Kosten und Ersparnisse des konsequenten Anämie-Managements 3. SOP/VA – Chirurgische Station/Pflege/Chirurgie: Checkliste zur OP-Vorbereitung 4. SOP/VA – OP-Team, Schleusenpersonal: WHO-Checkliste, Sinn und Nutzen, Gebrauch 5. Fortbildung und SOP/VA – Anästhesie: Vorbereitende Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit 6. Fortbildung und SOP/VA – alle MItarbeiter: Maßnahmen zur Verhinderung von Verwechslungen der Bluttransfusion 7. Meldung an die Transfusionskommission **Strukturqualität:** 1. Ärztlicher Direktor: Einrichtung eines Klinikpfads oder/ und eine Ambulanz für die Präoperative Anämie 2. Ärztlicher Direktor: Einrichtung einer vorabendlichen interdisziplinären OP-Konferenz zur Besprechung aller Probleme 3. Verwaltungsdirektion/Ärztlicher Direktor: Etablierung eines OP-Management-Systems zur Verbesserung des OP-Ablaufs und der Vorbereitung auf planbare Operationen, auch mit entsprechender Software 4. Abteilungsleitung Anästhesie: Erstellung/Verbesserung des Supervisionskonzepts 5. Verwaltungsdirektion/Ärztlicher Direktor: Coaching Programme für alle Mitarbeiter zum Team-, Kommunikations- und Konfliktmanagement

	6. IT/Labor/Geschäftsführung: Beseitigung der missverständlichen Einträge ins Laborsystem, bei Neuerwerb anderer Software auf mögliche Schnittstelle mit KIS und Blutbank achten!

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