# Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

**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** | Absetzen einer OP nach erfolgter Narkoseeinleitung |
| **Fall-ID** | CM31029-2012 |
| **Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)** | Älterer Patient zur elektiven offenen Leistenhernien-Operation. Bekannte Absolute Arrhythmie: Patient wird in den OP gebracht und bei geplanter Vollnarkose anästhesiologisch eingeleitet. Bei insuffizienter Beatmung mit der Larynxmaske entscheidet sich der Anästhesist zur Intubation. Diese gelingt nach Relaxierung problemlos. Anschließend betritt der Operateur den Raum und verkündet, dass der Patient aufgrund der Gerinnungssituation (Quick 50%) nicht operiert werden kann. Der Patient wird nach Abklingen/Antagonisierung des Muskelrelaxans problemlos ausgeleitet.<br>Retrospektiv wird bei der Durchsicht der Akten festgestellt, dass:- Auf dem Anästhesieprotokoll ein Quick-Wert von 33% eingetragen war (nicht vom prämedizierenden Anästhesisten, sondern von den Stationskräften, wobei unklar bleibt, ob vor oder nach der Prämedikationsvisite)- Der prämedizierende Anästhesist vermerkt hat, dass unter anderem Phenprocoumon zur Dauertherapie gehört (ohne Angabe von Pausendauer etc.)- In der regulären Anästhesiefrühbesprechung davon nichts berichtet wurde.- Die Laborwerte sich kumulativ als Laborausdruck in der Kurve befanden.- Sich ein rot markierter Hinweiszettel auf der Akte befand, dass die Gerinnung zu kontrollieren sei.- Der aufklärende Chirurg nicht identisch mit dem Operateur ist.- Der Operateur den Patienten nicht kannte und sich erst kurz vor der OP mit der Aktenlage auseinandersetzte. |
| **Problem** | - Die elektive Operation einer Leistenhernie ist bei einem älteren Patienten sollte bestmöglich vorbereitet sein und eine Marcumarisierung bei bekannter Absoluta gemäß den gängigen Leitlinien (s.u.) überbrückt werden.<br>- Der Anästhesist hatte die Narkose eingeleitet, bevor er sich nochmal die Laborwerte angeschaut hatte, obwohl der Quickwert vermutlich bei der Prämedikation gefehlt hatte und ihm aber die Antikoagulation mit Cumarinen (bei nicht bekannter Pausendauer) aufgefallen war (hier war es mal derselbe Anästhesist für Prämedikation und Narkose)! Das Prämedikationsgespräch mit dem Patienten hinsichtlich Medikation hätte diese Tatsache zur Kenntnis und auch zur Dokumentation bringen müssen, zumal die Gerinnungsanamnese einen unersetzlichen Stellenwert gerade bei Patienten mit Hämostasestörungen hat.<br>- Ein hämaostaseologisches Konsil scheint weder bei der OP-Planung noch nach der Einleitung erfolgt zu sein. Nach der Einleitung wurde die Narkose unterbrochen anstatt die Gerinnungsfaktoren mit Prothrombinkomplex zu |

| | |
|---|---|
| | substitutieren und die Operation wie geplant durchzuführen.<br>- In der Frühbesprechung der Anästhesie und der Chirurgen ist die Komorbidität des Patienten und die Antikoagulation des Patienten nicht aufgefallen. Die mangelnde Sorgfalt, mit der der Patient voruntersucht und behandelt wurde, kann einer vorangegangenen Notfallsituation anzulasten sein, ist aber für den hier vorliegenden Routinefall dringlich zu verbessern.<br>- Leider ist es in vielen chirurgischen Abteilungen nur schwer vermeidbar, dass der Operateur sich erst kurz vor der OP mit dem Fall und den Akten auseinandersetzt, und die Aufklärung nicht vom Eingriff-durchführenden Chirurgen erledigt wird- bei dieser Arbeitsteilung sollte dann aber auch mit einer gesteigerten Sorgfalt gearbeitet werden, damit eine Patienten und Kollegengefährdung vermieden werden kann.<br>- Was an dieser Meldung stark auffällt, dass hier anscheinend Lager im OP/in der Institution gegeneinander kämpfen und ein interdisziplinäres und berufsgruppenübergreifendes Teamverständnis der Therapeuten, die sich dann auch gegenseitig aushelfen, fehlt. Auch scheinen die Kommunikationsstrukturen im Haus veraltet zu sein- Papiergestützte Akten, Klebezettel, wahrscheinlich keine Telefone in den Einleitungen /OPs und veraltete Personenrufanlagen sind zur dringenden wichtigen interdisziplinären Kommunikation ungeeignet. |
| **Prozessteilschritt**** | 6- Hämostasemanagement, |
| **Wesentliche Begleitumstände** | Wochentag, OP, Routinebetrieb, ASA III, erfahrener Assistenzarzt/ärztin, |
| **Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>** | „- Dass der Operateur vor dem Schnitt sich über die Gerinnungswerte informierte.“<br><u>Irgendjemand (Pflege?, Stationsarzt?) war aufmerksam: Es fand sich ein rot markierter Klebezettel in der Akte…</u> |
| ***Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit** | **2/5** |
| ***Potentielle Gefährdung/Schweregrad** | **2/5** |
| **Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)** | **Prozessqualität:**<br>- Fortbildung Bridging und Thromboembolieprophylaxe (s. S3-Leitlinie der DGAI von 2009: http://www.dgai.de/aktuelles/Die_neue_S3-Leitlinie_zur_Thromboembolieprophylaxe_09.07.09.pdf)<br>- SOP- Checkliste für Station vor Transport zum OP<br>- WHO Checkliste vor Einschleusung in den OP<br>- SOP- Sicherheits-Checkliste der Anästhesisten-Patientenseite optimiert<br>- Verbesserung der interdisziplinären Kommunikationsstruktur- ein kurzer freundlicher Anruf/Anfunken beim Chirurgen vor der Einleitung zur Rückversicherung, ob er wirklich bei dem Quick eine elektive OP durchführen wolle, hätte die Sachlage geklärt.<br>- Einführung/Durchführung einer ausführlichen Patientenbesprechung nach Durchführung aller Aufklärungen/ Prämedikationen in der Anästhesie bzw. Chirurgie |

| | |
|---|---|
| | **Strukturqualität:**<br>- Die elektronische Anmeldung der OP in einem OP-Managementprogramm, das mit dem KIS vernetzt ist , hätte unter Umständen besser auf den übersehenen Wert aufmerksam machen können- z.B. durch ein PopUp bei der Verknüpfung elektive OP und patholog. Gerinnung<br>- Stärkung des Teamgedankens in diesem OP, z.B. durch Konfliktseminare, Coaching, gemeinsame Veranstaltungen und Unternehmungen<br>- Elektronische Patientenakte auch auf Normalstation mit Warnfunktionen bei pathologischen Laborwerten<br>- Einrichtung eines hämostaseologischen Konsilardienstes in diesem Haus, der zur Optimierung der präoperativen wie intraoperativen Korrektur der Hämostase herangezogen werden kann<br>- Erneuerung der technischen Kommunkationsstruktur oder/und Einrichtung einer funktionierenden (elektronischen) Mitteilungsplatform für Nachrichten |

## *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, Indikationsstellung
3. -Fehler im Labor,
4. -Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung,

5. -Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport, oder Verabreichung

6. -sonstige Fehler- hier Hämostasemanagement

15. -Fehler bei der Patientenidentifikation