



## 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>	Verspätete Heparin-gabe bei herzchirurgischer Operation
<b>Fall-ID</b>	CM 2014-117349
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Bei einer Herzoperation war der Operateur nach eigenen Aussagen etwas „schlapp“ und sprach an dem Tag auch sehr leise. So kam es im Verlauf dazu, dass seine Anordnung Heparin zu geben entweder nicht gehört wurde oder er es vergessen hatte, so dass diese erst sehr spät appliziert wurde und sich alles weitere verzögerte, weil auch der anwesende Anästhesist erst sehr spät fragte, ob er es nun geben solle oder nicht.</p> <p>So sorgten mehrere Faktoren (müder Operateur, keine closed-loop-Kommunikation, spätes Nachfragen, bzw. Darandenken von beiden Seiten) für einen Zeitverzug.</p> <p>Hinzu kam, dass kurz vor dem besten Zeitpunkt für die Heparin-gabe ein Anästhesistenwechsel vom einleitenden Arzt zum Assistenten statt fand und zu dem Zeitpunkt noch nicht viel dokumentiert war, so dass durch Einlesen und Dokumentation ein Überhören der Anforderung begünstigt gewesen sein könnte.</p>
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Bedeutung der verspäteten Heparin-gabe bei diesem herzchirurgischen Eingriff (an der HLM?, ohne?) reicht von geringer bis stark erhöhter Thrombose- und Emboliegefahr beim Abklemmen von großen Gefäßen und Anschluss an die Herzlungenmaschine oder auch nur zu einer Verzögerung (?) weiterer Operationsschritte in Vorbereitung der Gefäße zur Eröffnung und Abklemmung. Verursacht wohl durch fehlerhafte Kommunikationsbedingungen im OP. Im Op gibt es viele unüberwindbare Erschwernisse der Kommunikation: Es tragen Operateur und das OP-Team Mundschutz, Umgebungsgeräusche (Sauger, Monitoring, Heizmatten und Klimaanlage beispielsweise) und gleichzeitige „Fachgespräche“ von Teilen des Teams untereinander. Generell muss auch bei Müdigkeit</li> </ul>

**Das SBAR-Konzept von BDA und DGAI:**

[https://www.bda.de/files/Februar\\_2016\\_-\\_Strukturierte\\_Patientenübergabe\\_in\\_der\\_perioperativen\\_Phase\\_-\\_Das\\_SBAR-Konzept.pdf](https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenübergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf)

1. **S** „Situation“

- Name
- Alter
- Geschlecht
- Diagnose
- operativer Eingriff/Intervention
- Anästhesieverfahren

2. **B** „Background“

- präoperativer Hautzustand
- Wertsachen
- Allergien
- präoperative Medikamente
- Komorbiditäten
- präoperative Diagnostik
- Intraoperative Ereignisse (z.B. schwerer Atemweg/schwierige Punktion)

3. **A** „Assessment“

- Monitoring, Lagerung, Wärmemanagement
- Zugänge
- Ort für Applikation von Notfallmedikation
- Perfusoren
- Volumentherapie, Ein- und Ausfuhr
- Kumulativer Blutverlust
- Blut-/Gerinnungsprodukte (gegeben/verhanden)
- Aktueller Status der OP
- letzte Laborwerte
- Antibiotikagabe, Relaxangabe, Opioidgabe

4. **R** „Recommendation“

- Operationsdetails: Drainagen (welche, Lage)
- Anordnungen des Operateurs
- Extubation geplant/ postop. Nachbeatmung
- AWR, IMCU oder ICU
- Postoperative Schmerztherapie

oder Dialekt/Akzent eines Teammitglieds sichergestellt sein, dass die Botschaften trotz dieser Kommunikationsbarrieren zugunsten der Patientensicherheit korrekt übermittelt werden. Eine Beschränkung der Regelkommunikation auf immer gleichbleibenden Wortlaut und Inhalt schafft eine vereinfachte und deshalb fehlerärmere Kommunikationsstruktur. Die Read-back-Methode beinhaltet die möglichst konkrete Anweisung, die genau adressiert sein muss. Der Adressat wiederholt die Anweisung und gibt damit kund, dass die Information angekommen ist. Zuletzt schließlich meldet er den Vollzug der Anweisung. Bei einem stringenten Einhalten ist das Überhören so gut wie ausgeschlossen. So wäre in diesem Fall eventuell aufgefallen, dass die Anordnung zur Heparinisierung bislang gefehlt hat oder überhört wurde.

- Der Anästhesistenwechsel bzw. die Übergabesituation führt hier zu einer weiteren Verzögerung. Personalwechsel und Schnittstellen in der kontinuierlichen Patientenbetreuung beinhalten immer die Gefahr des Informationsverlusts, weshalb die Form bestmöglichst standardisiert und aufmerksam durchgeführt werden sollte. Es empfiehlt sich das SBAR-Konzept von BDA und DGAI (siehe links)
- Die Aufmerksamkeit des Anästhesisten beinhaltet auch die Beobachtung der chirurgischen Vorgehens und des Fortschritts der Präparation. Ein Blick übers Tuch und die Antizipation dieser begleitenden Maßnahme hätte hier möglicherweise bei entsprechender Berufserfahrung des Anästhesisten zur rechtzeitigen Frage nach Heparinisierung führen können.
- Müde Chirurgen, Anästhesisten und Ärzte wird es immer geben, ob das Arbeitszeitgesetz eingehalten wurde oder nicht. Wichtig ist die Einbettung in eine Arbeitsroutine und Kommunikationskultur, die leichere Grade eines

	<p>Formtiefs kompensiert. Hätte hier ein konzentriertes und leises Arbeitsklima bestanden, hätte auch ein leises Gemurmel des Operators die Rückfrage eines aufmerksamen Teams hervorgerufen und die zeitverzögerte Heparinisierung wäre nicht aufgetreten.</p> <p>- Es war bei Übergabe nichts dokumentiert. Hier stimmen die Rahmenbedingungen für eine Übergabe nicht, das ist nicht der geeignete Zeitpunkt, er hat in diesem Fall zu einer Patientengefährdung geführt. Es gibt aber Situationen, in denen der einleitende Arzt auch kurz nach der Einleitung dringend weggerufen wird, Die Übernahme der Dokumentation auch von der Anästhesiepflege ist im Team vorgesehen und entlastet den Entscheidungsträger Anästhesiearzt. So hat er mehr Freiraum und kann aufmerksam die Operation verfolgen.</p>
<b>Prozesseilschritt**</b>	6-Gerinnungsmanagement
<b>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</b>	GP, Heparin
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	OP
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA )</b>	ASA III, Routine, Wochentag
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben</b>	A
<b>Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</b>	Nein / nein
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	2/5
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	4/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/Verfahrensweisung/Fortbildung für Ärzte-Standard-Kommunikation im OP, Closed-Loop-</li> </ol>

<p><b>/Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p>	<p>Kommunikation</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. SOP/Fortbildung: Gefahren der Übergabe, des Therapeutenwechsels, Erstellung einer Routine-Übergabe (siehe links)</li> <li>3. Fortbildung Anästhesie Ärzte: Chirurgisches Vorgehen bei Operation X</li> <li>4. SOP/Verfahrensweisung Ärzte u. Pflege: Teamaufgabe Anästhesie: Dokumentation</li> <li>5. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regelmäßige Schulung der standardisierten Übergabe /Das SBAR-Konzept</li> <li>2. Erstellung einer Fortbildungsreihe des Krankenhauses zur dokumentierten Fortbildung von Themen der Hämostaseologie und Hämotherapie für alle Ärzte</li> <li>3. Einführung einer Teambuildingmaßnahme Anästhesie Arzt-Pflege („Team-Building“)</li> </ol>
---	--

**\*Risikokala:**

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

**\*\*Prozessschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei Fehler bei der Probenabnahme,
2. -Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes,

## Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation