



## 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>	Akzidentelle Überdosierung von Heparin wird aufgrund Crosscheck durch zweite Person verhindert
<b>Fall-ID</b>	CM2014-116852
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	Bei einer Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) soll perioperativ eine Antikoagulation mit 150 I.E./kg KG Heparin erfolgen. Rechnerisch ergibt dies für den Patienten eine Dosierung von ca. 12.000 I.E. Heparin. Dies wird der Pflegekraft entsprechend kommuniziert, welche sofort beginnt, die gewünschte Dosierung aufzuziehen. Zum Zeitpunkt der Anordnung und Gabe war der hauptverantwortliche Arzt in der Pause. Dem pausenablösenden Arzt wurde übergeben, dass Heparin gewichtsadaptiert aufgezogen ist und zum entsprechenden OP-Zeitpunkt gegeben werden kann. Zum Zeitpunkt der Gabe fiel dem auslösenden Arzt auf, dass die aufgezogenen 5 ml (5000 I.E. Heparin/ml) recht viel sind und erkundigte sich bei der Pflegekraft, welcher Dosis diese 5 ml entsprechen. Die Pflegekraft antwortete, dass dies ca. 12.000 I.E. seien. Die Nachfrage, ob das Medikament verdünnt wurde, wurde verneint. Dann fiel der Pflegekraft auf, dass sie sich bei der Berechnung geirrt hatte.
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es kommt immer wieder vor, dass sich Ärzte und Pflegekräfte bei der Doseierung verrechnen. Das Aufziehen und Berechnen von Konzentrationen im OP erfordert solide Grundkenntnisse und Konzentration in einer stressbelasteten Umgebung. Generell müssen auch bei maximaler Ablenkung und unter Notfallbedingungen die Dosierungen richtig und korrekt errechnet, aufgezogen und appliziert werden. Das Vier-Augen-Prinzip, Standards für die Präparation von Medikamenten, gleiche Gebinde und Firmen für Medikamente mit einheitlicher Kennzeichnung, Rechenhilfen wie Dosierungstabellen und Taschenrechner am Arbeitsplatz sind wertvolle Hilfen für dieses Problem.</li> <li>- Der Anästhesistenwechsel bzw. die</li> </ul>

	<p>Pausensituation ist im Sinne des Arbeitsrechts und oftmals nicht anders zu regeln. Sie ist für dieses Problem nicht als beitragend anzuschuldigen. Auch bei Personalwechsel und Schnittstellen in der kontinuierlichen Patientenbetreuung sollten einfache Dosierungsangaben richtig ausgeführt werden können. Um absolut sicher zu gehen, dass die richtigen Medikamente in der richtigen Dosierung und zum richtigen Zeitpunkt den richtigen Patienten erreichen, sind elektronische Narkoseprotokolle mit scannerbasierten Perfusoren auf der Intensivstation an einer zunehmenden Zahl von Krankenhäusern in Deutschland eingeführt worden. Um sicherzustellen, dass das auch bei Bolusapplikationen im OP fehlerfrei appliziert werden können, braucht es noch einige Entwicklungsschritte.</p>
<b>Prozessteilschritt**</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>	D
<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>	<b>3/5</b>
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	<b>4/5</b>
<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/Verfahrensanleitung/Fortbildung für anästhesiepflege und Ärzte- Standard-</li> </ol>

<p><b>/Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p> <p><a href="http://www.aps-ev.de/hempfehlungen/tipps-fuer-eine-sichere-arzneimitteltherapie-des-bmg/">http://www.aps-ev.de/hempfehlungen/tipps-fuer-eine-sichere-arzneimitteltherapie-des-bmg/</a></p>	<p>Konzentrationen, - Medikamente-, Risiken und Fußfallen der Intra- und Perioperativen Pharmakotherapie</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. SOP/Verfahrensweisung: Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit und BMG zur sicheren Arzneimitteltherapie (siehe link linke Spalte)</li> <li>3. SOP/Fortbildung Ärzte/Anästhesieteam: Hilfsmittel zur Sicherstellung der richtigen Therapie mit Arzneimitteln und Blutprodukten</li> <li>4. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Institution- Mitgliedschaft beim Aktionsbündnis für Patientensicherheit des BMG</li> <li>2. Bereitstellung von Umrechnungstabellen, Taschenrechner und Rechenhilfen an jedem Arbeitsplatz</li> <li>3. Etablierung einer 4-Augen-Kontrolle-Kultur im OP- die Bestätigung der korrekten Ausführung von bedeutsamen Arbeitsschritten in der Therapie durch ein Teammitglied</li> </ol>
--	--

**\*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**

## Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

1. -Fehler bei 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation