



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

Thema/Titel	Zeuge Jehovah unterschreibt fälschlicherweise die Patientenzustimmung zur Transfusion
Fall-ID	CM-133188-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Patient unterzog sich bei einer Sinus-Venous-nahen cerebralen Metastase einer Kraniotomie. Die Narkoseeinleitung erfolgte problemlos nach Standard. Während der gemeinsamen Lagerung des Patienten im Operationssaal fragte der Chirurg den zuständigen Anästhesisten „beiläufig“ nach dem geplanten Konzept für einen ggf. zu erwartenden größeren Blutverlust. Er teilte dem Anästhesisten mit, dass bei dem vorliegenden sinusvenennahen Tumor durchaus ein relevantes Blutungsrisiko bestünde und dass der Patient als Zeuge Jehovas im Rahmen eines präoperativen Telefongesprächs mit ihm persönlich jegliche Transfusion von Blutprodukten abgelehnt habe. Den Einsatz eines Cell-Savers hielt er angesichts der malignen Grunderkrankungen für ungeeignet. Die vom Chirurgen vorgebrachten Informationen (erhöhtes Blutungsrisiko, Glaubenszugehörigkeit, Ablehnung Transfusion) waren dem betreuenden Anästhesisten bis zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt gewesen. Es erfolgte erneut eine sorgfältige Durchsicht der Patientenakte. Hierbei zeigte sich, dass weder auf der chirurgischen noch auf der anästhesiologischen Einwilligung bzw. auf dem Prämedikationsprotokoll ein Vermerk zur Glaubenszugehörigkeit bzw. zur Ablehnung von Blutprodukten zu finden war. Ebenso wenig existierte ein Hinweis oder eine Kopie eines entsprechenden Dokumentes, welches von Zeugen Jehovas üblicherweise mitgeführt wird (Blutkarte, Patientenverfügung, etc.). Vielmehr wurde im Freitext der anästhesiologischen Einwilligungserklärung „Transfusion und Risiken“ aufgeführt und damit als Gesprächsinhalt des anästhesiologischen Aufklärungsgesprächs ohne zusätzlichen Kommentar (z.B. Ablehnung durch Patient) dokumentiert. Von Seiten des Chirurgen gab es keine Zeugen oder eine schriftliche Dokumentation zum Inhalt des oben berichteten Telefonates.</p> <p>Die Operation wurde dennoch wie geplant begonnen. Die Tumormetastase konnte ohne relevanten Blutverlust reseziert werden und der operative und anästhesiologische Verlauf gestalteten sich problemlos. Der Patient konnte kardiopulmonal stabil zur weiteren Überwachung auf die Intensivstation verlegt werden.</p> <p>Was war besonders ungünstig?</p> <p>- Mangelnde Dokumentation (des Telefonates) des Chirurgen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Patient hatte seine Glaubenszugehörigkeit nicht im Anästhesie-Fragebogen vermerkt - OP wurde trotz unplausibler Aufklärung durchgeführt: Es war „Transfusion“ vermerkt, trotz vermeintlicher Ablehnung des Patienten – hätte er nicht evtl. dann widersprochen im Gespräch? - Somit fehlendes Transfusionskonzept (Ablehnung Transfusion vs. Kontraindikation Cell-Saver bei Tumormetastase) <p>Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)? Um einen solchen Informationsverlust zu vermeiden, muss immer zusätzlich zum Chirurgen (s. Formblatt der „Fremdbluttransfusion“) der Anästhesist bei gegebenem Blutungsrisiko explizit über Fremdbluttransfusion aufklären.</p> <p>Häufigkeit des Ereignisses? selten Wer berichtet? Ärztin/Arzt Berufserfahrung: bis 5 Jahre</p>
<p>Probleme</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zeugen Jehovahs lehnen aus Glaubensgründen die Übertragung von Blut ab, manchmal wird der Cell Saver Einsatz, die maschinelle Autotransfusion toleriert. Oft werden gläubige Patienten von einem Gemeindebeauftragten oder Verbindungspersonen begleitet, die auch im Krankenhaus bekannt sind. Hier hat der Patient aber im Vorgespräch nicht auf seine Glaubensrichtung hingewiesen und keine schriftliche Anweisung zur Unterlassung einer Bluttransfusion (autolog oder homolog) gegeben. Er hatte dies aber telefonisch gegenüber dem Chirurgen geäußert, der zudem einen größeren Blutverlust durch den am Tumor lokalisierten Venensinus befürchtet. Im Falle eines Einbruchs bestünde ein absehbares Risiko für eine Massentransfusion oder den Tod des Patienten. Trotz diesen ungeklärten Widerspruchs und der gegebenen Möglichkeit, den Patienten nochmalig aufwachen zu lassen und am nächsten Tag zu befragen und dann ggf. erneut zu operieren, wird der Eingriff durchgeführt. - Der Chirurg hat offensichtlich seinen Patienten nicht mehr vor der Operation gesprochen, die Problematik vergessen oder verlässt sich blind auf seinen Anästhesisten. Eine intensive Kommunikation zwischen den beiden Abteilungen hätte hier eine Vorbereitung des Themas

	<p>inklusive einer Klärung der Alternativen zur Transfusion beinhalten können. Unter den Möglichkeiten wäre auch eine präoperative Therapie mit EPO und Eisen. Zu den postoperativen Methoden gehören (tagelange) Nachbeatmung, Hypothermie und ebenfalls Erythropoese-stimulierende Pharmaka. Ebenso hätte der Anästhesist die Betreuung des Patienten ablehnen können, wenn er es mit seinem Gewissen nicht hätte vertreten können. Diese Wahlfreiheit hat er in diesem Fall nicht gehabt.</p> <ul style="list-style-type: none">- Die Aufklärung der Chirurgen zur Bluttransfusion ist angeblich unterschrieben, aber spätestens bei dieser Aufklärung hätten bei der Besprechung der Risiken und Gefahren die Glaubensrichtung zur Sprache kommen müssen. Spezielle Aufklärungsformulare hätte dann spezifizieren können , ob und welche alternative blutsparende/transfusionsvermeidende Methoden vom Patienten akzeptiert werden.- Die formale OP-Planung wird hier in seinem standardisierenden Format nicht genutzt. Die Besonderheiten des Patienten wie Allergien, Unverträglichkeiten, Antikörper, Keimbesiedelung, Zeugen Jehovah Status etc. sollten als Besonderheit/ALERT in die OP-Anmeldung mit aufgenommen sein. Ebenso ob Blut bereitgestellt ist und wann die Bereitstellung verfällt. Dann hätte der Patient bereits vor Einleitung nochmal befragt werden können.- Bei Aufnahme im Krankenhaus sollte die Glaubensrichtung, Besonderheiten wie Diät, Allergien etc. erfragt und in die zentrale elektronische Krankenakte des Patienten eingegeben werden. Dabei kann man die speziellen Informationen zur Bluttransfusion und Patientenverfügung gleich aushändigen können und auf dem Patientenarmband notieren können.- Die präoperativ auszufüllende WHO-Checkliste
--	--

	<p>und das Team-Time-Out sind 2 geforderte Instrumente, die vor der Narkoseeinleitung bzw. dem Hautschnitt für die Vollständigkeit der Vorbereitung sorgen. Diese Instrumente wurden hier offensichtlich nicht benutzt, sonst hätten die in beiden Instrumenten enthaltenen Punkte Patientenbesonderheiten und Blutbereitstellung zur Sprache kommen sollen. Dass die Operation trotzdem begonnen und durchgeführt wird, ist in dieser Situation ein nicht vertretbares Risiko. Besser wäre gewesen, den Patienten wieder aufwachen zu lassen und die Blutversorgung zu klären.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die hier wünschenswerte optimale Kommunikation zwischen Chirurgen und Anästhesisten würde beinhalten, dass man sich am Vortag den OP-Plan gemeinsam betrachtet, die Probleme und auch das Blutungsrisiko bei einem solchen Eingriff sowie die dafür vorbereitenden Maßnahmen bespricht. Die beiläufige Klärung, wenn der Patient bereits in Narkose ist, ist stark verbesserungswürdig. - Der Einsatz der maschinellen Autotransfusion hätte dem Patienten als 2. Wahl angeboten werden können, falls er sie als „geschlossenen Kreislauf“ akzeptieren hätte können. Der Einsatz zusammen mit einem Leukozytendepletionsfilter in dieser Art von Malignomchirurgie beinhaltet gemäß der internationalen Einschätzung und der ESA-Leitlinien kein nennenswertes Risiko der Tumoraussaat. (siehe dazu auch die IAKH Nachrichten zum Thema: „Müssen wir die maschinelle Autotransfusion großzügiger einsetzen?“ http://www.iakh.de/nachricht/items/MAT_einsatz-IAKH-2015.html)
Prozesseilschritt**	Indikationsstellung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch	OP-Planung, Station, Transfusionsanamnese

Mehrfachnennung)	
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine
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 den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein / nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Fortbildung Ärzte: Besonderheiten bei der Behandlung der Zeugen Jehovahs. Medizinische und rechtliche Besonderheiten 2. SOP/Ärzte: Aufklärung zur Transfusion und Erhebung der Transfusionsanamnese Bereitstellung von Blutkonserven : 3. SOP/Fortbildung Ärzte: Anforderung von Blutkonserven unter Angabe der Transfusionswahrscheinlichkeit (Reservierte oder bereits gekreuzte Konserven), Notfall- und Routine-Transfusion inklusive Transfusionsanamnese falls verfügbar 4. SOP/OP-Vorbereitung und Durchführung der Instrumente der Patientensicherheit: WHO-Checkliste und Team-Time-Out 5. SOP-Anmeldungspersonal/ Krankenhausaufnahme: Erhebung von Patientenbesonderheiten wie Allergien und Zeugen-Johovah-Status und Markierung in der Krankenakte 6. SOP/Einführung einer präoperativen OP-Besprechung am Vortag der Chirurgen mit den Anästhesisten und dem OP-Manager 7. SOP/Fortbildung: Einsatz der maschinellen Autotransfusion in der Malignomchirurgie: Wann und wie? 8. Meldung des Falles an die Transfusionskommission

	<p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische Anforderung von Blutkonserven mit obligaten Angaben zu Dringlichkeit, Indikation und Transfusionsanamnese. Das hätte in diesem Falle zur Reservierung von Blutkonserven und der Entnahme von Kreuzblut geführt, die der Patient eventuell hätte hinterfragen können. 2. Vernetzung der Blutbanksoftware mit dem KIS: Das hätte in diesem Fall zur Information über die Glaubensrichtung und die sich daraus für die Blutversorgung notwendige Diskussion führen können. 3. Aufnahme von wichtigen Patienteninformationen in die ecard der Krankenkassen (Allergie, Blutgruppe, Antikörper, Zeugen Jehovah-Status) 4. Programmierung der OP-Managementsoftware zur ALERT-Meldung wenn Patienten mit Allergien, Problemkeimen, Antikörper gegen Blutgruppen oder Zeugen-Jehovah-Status angemeldet werden.
--	---

***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**

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