



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	Weiterführende Gerinnungsdiagnostik zur Klärung der auffälligen Gerinnungsanamnese nicht erfolgt
Fall-ID	CM-140706-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>An einem Wochentag im Routinebetrieb ist bei einem ASA III risikoklassifizierten Patienten, kardial gut belastbar, gut eingestellte Hypothyreose (L-Thyroxin), nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus, leichtes Übergewicht, eine elektive neurochirurgische Tumoroperation geplant.</p> <p>Beim Prämedikationsgespräch am Tag vor dem Elektiveingriff berichtet der Patient über eine Hämatomenneigung im Alltag und eine starke Blutung bei einer länger zurück liegenden OP mit Abbruch der OP, sowie von der Notwendigkeit der Transfusion eines EK bei einer weiteren kleineren OP.</p> <p>Das Labor zeigt normale Werte der plasmatischen Gerinnung, niedrig normale Thrombozytenzahl, insgesamt unauffällige Laborwerte. Bislang erfolgte keine hämostaseologische Abklärung.</p> <p>Der Weiterbildungsassistent der Anästhesie meldet im Rahmen der Prämedikationsvisite dem zuständigen anästhesiologischen Oberarzt o.g. Begleitumstände. Es erfolgt ein Rückruf beim Vordergrunddienst (Weiterbildungsassistent) der operativen Abteilung. Die Deutschkenntnisse des Kollegen sind nicht optimal. Er bestätigt jedoch, alles verstanden zu haben. Er wird gebeten Rücksprache mit seinem Chefarzt und dem zuständigen Operateur bzgl. Verschiebung der OP zur erweiterten Gerinnungsdiagnostik (bei V.a. Gerinnungsstörung, z.B. Von Willebrand-Syndrom) bei hochelektivem Eingriff zu halten.</p> <p>Am OP Tag fällt beiden beteiligten Anästhesisten (Oberarzt, prämediziner Assistent) auf, dass die OP offensichtlich nicht abgesetzt wurde. Der Oberarzt (AN) benachrichtigt Chefarzt der Anästhesie: dieser hört in diesem Gespräch zum ersten mal von dieser Problematik. OP wird 1 Stunde vor geplantem Beginn abgesagt.</p> <p>Das wiederholte Nichteingehen auf wichtige medizinische Belange seitens des operativen Assistenten hat</p>

	<p>vermutlich mehrer Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die sprachliche Barriere ist möglich, aber hier eher fraglich, da der o.g. Assistenzarzt bereits mehrjährig im Hause diensttätig ist • Eher ist ein schlechter Informationsfluss innerhalb der neurochirurgischen Abteilung anzunehmen. <p>Die Gerinnungsanamnese sollte zum Standardprogramm jeder OP-Aufklärung gehören. Sprachliche Hürden sind gerade in Hochrisikobereichen nicht zu tolerieren. Informationsaustausch innerhalb einer jeden Abteilung muss funktionieren.</p>
<p>Problem</p> <p>http://www.oegari.at/web_files/dateiarshiv/editor/anamnese-basier-te_gerinnungsabklaerung_vor_op_2013_1.pdf</p>	<p>Problem 1:</p> <p>Die Blutungsneigung fällt erst dem Anästhesisten auf, obwohl der Neurochirurg bereits die Operationsindikation gestellt hat. Bei Erhebung einer vollständigen chirurgischen Anamnese sollten diese eindeutigen Hinweise auf eine vermehrte Blutungsneigung auffallen. Im Allgemeinen können Blutungsprobleme gerade im neurochirurgischen Arbeitsgebiet auch ohne Transfusionspflichtigkeit zu Kompressionsschäden und weiterreichenden Gefährdungen der neurologischen Integrität führen, weshalb Neurochirurgen Blutgerinnungsstörungen sonst eher ernst nehmen. Die Gerinnungsanamnese hat einen höheren Stellenwert als andere historische Patientendaten, da sich die Vorhersage von Blutungskomplikationen nicht auf Laborwerte sondern auf anamnestische Daten gründet (siehe ÖGARI-Empfehlung links).</p> <p>Problem 2:</p> <p>Trotz auffälliger Gerinnungsanamnese (durch die Anästhesie erhoben) wird die neurochirurgische Tumoroperation von der operierenden Abteilung nicht abgesagt. Dafür gibt es verschiedene mögliche Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Übermittlung des Anamnesebefundes und die notwendige Zusatzdiagnostik, die vom Anästhesisten im Labor erfragt wurde, wurden vom chirurgischen Assistenzarzt nicht verstanden (Sprachbarriere), nicht für notwendig befunden, vergessen weiterzuleiten oder absichtlich nicht weitergeleitet. • Die übergeordneten Neurochirurgen erachten eine Diagnostik nicht für notwendig (Vielleicht im Falle einer Tumor-Gewebsentnahme vertretbar, hier wird die Operation dann doch aber nicht durchgeführt) sind nicht informiert oder verlassen sich zu sehr auf die Anästhesisten.

<p>Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion:</p> <p>https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html</p>	<p>Die Blutgerinnung ist für die meisten anästhesiologischen Techniken vernachlässigbar, so dass die Verantwortung für die Patientengefährdung durch einen gerinnungsbedingten Blutverlust hauptsächlich beim Chirurgen liegt. Aus der rechtlich geregelten (durch die Übereinkunft der DGAI mit den chirurgischen Fachgesellschaften) Verantwortlichkeit des Anästhesisten für die Bluttransfusion während des Eingriffs selbst lässt sich nicht ableiten, dass auch das Gerinnungsmanagement in die Verantwortlichkeit des Anästhesisten fällt. (siehe Übereinkunft BDA/DGAI/DGC, https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html)</p> <ul style="list-style-type: none">• Die OP-Anmeldung ist in dieser Klinik nicht von der Freigabe eines Patienten von Chirurgie UND Anästhesie abhängig (Präoperative Checkliste existiert offenbar nicht oder wird nicht beachtet, präoperative Anordnungen des Anästhesisten werden nicht beachtet oder vom Anästhesisten nicht als obligat für die OP-Zulassung des Patienten formuliert (s.u.)).• Die interdisziplinäre Kommunikation (hier telefonisch) ist möglicherweise aus verschiedenen Gründen formell ungeregelt, schwierig, von anderen Hindernissen überlagert oder lückenhaft. Es existiert offenbar auch keine schriftliche Dokumentation der anästhesiologischen Befunderhebung und Forderung nach Klärung der Gerinnungsstörung (z.B. auf dem Narkosebogen-erste Seite mit der Anordnung zur Diagnostik und dann Wiedervorstellung). In vielen Häusern wird aus Gründen der Prozessverschlinkung auf eine Wiedervorstellungspraxis verzichtet, da die Prämedikationsambulanzen überlastet sind.• Die innerdisziplinäre Kommunikation bei der Neurochirurgie scheint aus ähnlichen Gründen schwierig zu sein. Ein für das OP-Programm, für Probleme bei der Stationsarbeit und die Befunderhebung durch Weiterbildungsassistenten zuständiger Supervisor sollte es in Person eines Ober/Facharztes (FACHARZTSTANDARD!) in jeder Abteilung geben, der bei Fragen immer zu erreichen sind. Häufig sind aber in der Praxis einer chirurgischen Abteilung die Oberärzte alle steril am OP-Tisch.• Weiterhin denkbar ist eine steilere Hierarchie oder eine gewisse Xenophobie in dieser Institution, die den Weiterbildungsassistenten der
--	--

	Neurochirurgie daran hindert, bei telefonischen Kontakt mit dem anästhesiologischen Oberarzt zuzugeben, dass er nicht alles verstanden hat. Gerade nicht-muttersprachliche Arbeitnehmer stehen oftmals unter erheblichem Druck, sich in einem fremdsprachlichen Umfeld zu beweisen.
Prozesseilschritt**	6 Gerinnungsmanagement
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	GP
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Routine, Sprachproblem
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>	„aufmerksame Anamnese durch Assistent (AN). Sofortige Rücksprache mit zuständigem Oberarzt (AN), sowie Rückmeldung an zuständigen chirurgischen Assistenten über übliches Diensttelefon. Infos, welche Blutentnahmen zur Spezialdiagnostik erforderlich sind, werden durch Anästhesie im Labor erfragt und an operative Partner weitergegeben. Beide Anästhesisten sind am geplanten OP-Tag im Dienst und verhindern, dass Patient eingeschleust wird.“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschla-	Prozessqualität: 1. SOP/Verfahrensanweisung für Chirurgen: Gerinnungsanamnese-Bedeutung für die periope-

<p>genen Maßnahmen)</p>	<p>rative Blutungsvorhersage, weiterführende Diagnostik</p> <ol style="list-style-type: none">2. SOP: Präoperative Checkliste zur OP-Vorbereitung für Station/Aufnahme/Ambulanz: Bei sorgfältiger Abarbeitung der vorbereitenden Maßnahmen hätte die fehlende Klärung der anamnestischen Blutungsneigung bzw. die Anordnung der Anästhesie zur weiteren Klärung auffallen müssen3. Fortbildung der Chirurgen und Anästhesisten: rechtliche Verantwortung und Bedeutung von Gerinnungsstörungen4. SOP/Fortbildung OP-Personal/Ärzte: Durchführung der WHO-Checkliste und Team Time out im OP: Thema Gerinnungsstörung und Blutversorgung beim Einschleusen5. Fortbildung/SOP - präoperative interdisziplinäre Kommunikation- klar geregelte und auch bei mündlicher/telefonischer Information dokumentierte Kommunikationsstrukturen zwischen den Abteilungen (z.B. mit email, in der Patientenakte, elektronisch, handschriftlich, Fax)6. Team Coaching - Konfliktbewältigung und Kommunikation7. Fortbildung: Kommunikation von kritischen Informationen an und mit Nicht-Muttersprachigen Mitarbeitern8. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Elektronische OP-Anmeldung mit Vernetzung von Patientenakte: Anamnestische Gerinnungsstörung hätte ein ALERT generieren können2. Sprachkurse für Mitarbeiter, Kommunikationstraining3. Einführung von POCT-Messungstechniken4. Delegation von interprofessionellen Serviceleistungen im Bereitschaftsdienst bzw. Förderung der Teamarbeit durch flexible Aufgabenbeschreibungen für OP-Pflege, Anästhesieteam und Stations/Aufnahmepersonal5. Einführung der elektronischen Patientenakte und einer zentralen Anamnesedokumentation inklusive eines eigenen Gerinnungsanamneseformulars.
-------------------------	--

***Risikokala:**

Wiederholungsrisiko

1/5 sehr gering/sehr selten
max. 1/100 000

2/5 gering/selten
max. 1/10 000

3/5 mittel häufig
max. 1/1000

4/5 häufig, min. 1/100

5/5 sehr häufig, min. 1/10

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ohne
bleibende Beeinträchtigung

2/5 geringe Schädigung/wenig vorübergehende
Beeinträchtigung

3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
Beeinträchtigung/leichte bleibende Schäden

4/5 starke akute Schädigung/beträchtliche
bleibende Schäden

5/5 Tod/schwere bleibende Schäden

****Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

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