



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	Hämorrhagischer Schock
Fall-ID	CM-18056-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Fehlinterpretation klinischer Zeichen eines hämorrhagischen Schocks auf Normalstation:</p> <p>Wochenenddienst, ein Stationsarzt hat Rufdienst am ersten postoperativen Tag nach Thorakoskopie klagt ein Patient seit Stunden über Bauchschmerzen. Er hat auch Teerstühle am Morgen abgesetzt.</p> <p>Die Blutentnahme durch den Stationsarzt ergibt einen Hb von 6 g/dl, der aber als Fehlmessung interpretiert wird. Als auch noch der Blutdruck sank, zudem die Laborentnahme entnommen werden musste, die periphere Verweilkanüle aber nicht mehr lief, konnte keine neue gelegt werden.</p> <p>Es wird eine Anfrage an den Dienstarzt der Anästhesie bzgl. einer ZVK-Anlage wegen "schlechter Venen" bzw. Blutentnahme gestellt. Bei Eintreffen im Patientenzimmer ist der Patient im hämorrhagischen Schock, der Hb ist um weitere 2 g/dl gesunken. Es besteht eine deutliche Tachykardie und es sind keine peripheren Pulse tastbar. Der Patient ist kaltschweißig, GCS 10. Der Patient wurde auf Intensivstation übernommen, transfundiert, intubiert und gastroskopierte.</p> <p>Der lange Zeitraum (Stunden), in dem die Akutsituation des Patienten nicht erkannt wurde, wäre vermeidbar gewesen, wenn der Stationsarzt die vorliegende Hb-Messung als fehlerhaft interpretiert hätte. Das Pflegepersonal hatte den "schlechten Zustand" des Patienten erkannt, aber "nur" den Stationsarzt gerufen.</p> <p>Ich rate zur Implementierung eines medizinischen Notfall-Teams und eines Score-Systems zur Detektion von Intensivpflichtigkeit auf Normalstation.</p>
Problem	<p>Offensichtlich ist aus mehreren Gründen die postoperative Nachbetreuung eines Patienten nach einem Eingriff in diesem Fall wegen der nicht erkannten Blutungskomplikation verbesserbar. Der offensichtlich unerfahrene und mangelhaft supervidierte Stationsarzt verkennt eine gastrointestinale Blutung und die darauffolgende Anämie und Hypovolämie, trotz deutlicher Symptome. Das Team auf dieser Station hat insgesamt nicht optimal reagiert und damit den Patienten gefährdet. Die Pflege hatte den Zustand zwar erkannt, aber dem Stationsarzt die Dringlichkeit der Lage nicht</p>

	<p>vermitteln können. Offensichtlich kam dem Stationsarzt nicht in den Sinn oder es gibt in dieser Einrichtung keine Möglichkeit, einen Kollegen oder Supervisor um Rat zu fragen.</p> <p>Weitere wichtige Fragen im Hinblick auf hilfreiche Strukturen in diesem Fall wären:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es eine IMC, eine Intensivstation oder einen Aufwachraum, in den man instabile Patienten verlegen kann? • Nutzen junge Assistenzärzte hausinterne (gibt es die?) Weiterbildungsangebote oder im Internet (z.B. Wikipedia, Miamed, Amboss für Assistenzärzte, etc.) bzw. bestehen Zugangsmöglichkeiten (evtl. WLAN)? • Gibt es Nachschlagemöglichkeiten für Fachfragen (früher nannte man es Bibliothek) oder einen Hintergrunddienst? • Wie ist die Kollegialität und gegenseitige Hilfe unter den Assistenzärzten und den verschiedenen Abteilungen?
Prozesseilschritt**	2-Anforderung, Indikationsstellung, Diagnostik
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Normalstation
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Notfall, Wochenende/ Feiertag, Stationsarzt hat Rufdienst
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>	„Schnelle Reaktion, Übernahme Intensivstation, Massentransfusion, Intubation, Notfallgastroskopie bei blutendem Magencorpus“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	5/5

<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fortbildung – interdisziplinär zum folgenden Thema: Gastrointestinale Blutung/ Stressulkus2. Fortbildung/ SOP: Die Detektion und das Monitoring des Blutverlusts, Methoden und Techniken der Volumetrie3. Fortbildungen/ SOP – Assistenzärzte interdisziplinär: Wann brauche ich als Berufsanfänger meinen Supervisor?4. Verpflichtende Fortbildung für alle Mitarbeiter: ALS/ Reanimationstraining, evtl. Einladung eines Simulationspuppentrainings5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evtl. Schaffung einer IMC/ Überwachungseinheit bzw. Implementierung eines Notfallteams und Rufmöglichkeit2. Schaffung eines strukturierten Ausbildungssystems und Rotation in die Anästhesie/ Intensivmedizin, auch für chirurgische Stationsärzte3. Etablierung einer regelhaften Serie von institutseigenen interdisziplinären Fortbildungen zu verschiedenen Themen4. Prüfung, ob ein Scoring-System, wie vom Melder vorgeschlagen, geschaffen werden kann, das dem Personal auf Normalstation anzeigt wann ein Patient verlegt werden muss. Ähnliche Scoring-Systeme existieren zwischen ICU und IMC, mit unterschiedlichen Anforderungen an Monitoringintensität und Invasivität. Dieser Score könnte anhand eines Parameter-Kataloges dem Team anzeigen, ob ein Patient instabil oder stabil ist oder welche Parameter für diese Beurteilung analysiert werden müssen (z.B.: HF, RR, AF, Hb, etc.)5. Anschaffung von non-invasiven Hb-Messgeräten (plethysmographisch oder photometrisch) zur Trendanalyse oder absoluten Bestimmung mit einfachem Zugang/ einfacher Bedienung von Station6. Überprüfung, ob die Abdeckung der Station mit frisch operierten Patienten durch einen Rufdienst des Stationsarztes ausreicht. Gibt es Hintergrunddienste?7. Etablierung einer Arbeitskultur der gegenseitigen kollegialen Hilfe und Beratung8. Fehlerkultur und Management: M&M-Konferenzen, CIRS9. Team-Coaching zur Verbesserung der interdisziplinären und der berufsgruppen-übergreifenden Zusammenarbeit
---	---

*** Risikoskala**

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

**** Prozesseilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. 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