



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	Antikoagulation bei Periduralkatheter
Fall-ID	CM-18483-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Therapeutische Antikoagulation bei Patient zur Periduralkatheter-Anlage:</p> <p>Im Rahmen der Anlage eines Periduralkatheters am Vorabend einer OP fiel nach dem Desinfizieren auf, dass der Patient in therapeutischer Dosierung auf niedermolekulares Heparin eingestellt ist. Daraufhin wurde die Anlage abgebrochen und der Patient ohne diese Form der Schmerztherapie operiert.</p> <p>Die Antikoagulation hätte von dem prämedizierenden Kollegen zur Anlage pausiert werden müssen. Eine Nachfrage zur Antikoagulation vor dem Bestellen des Patienten zur Anlage war ebenfalls versäumt worden.</p> <p>Die Information und Aufklärung des Stationspersonals und der operativen Kollegen über die Abstände zwischen Thromboembolie-Prophylaxe und der Anlage von rückenmarksnaher Regionalanästhesie ist wohl noch nie richtig kommuniziert worden, da sich dieses Ereignis ungefähr monatlich wiederholt.</p>
Problem	<p>Die Einstellung auf ein therapeutisches Antikoagulationsniveau ist bei Eingriffen, die operiert werden und zudem noch einen PDK benötigen extrem selten. Das kommt gelegentlich in der Gefäßchirurgie oder bei Patienten mit hochgradigem Thromboembolie-Risiko und Eingriffen mit geringer Gefahr eines größeren Blutverlusts vor. Zumindest bei größeren viszeralkirurgischen Eingriffen achten die Chirurgen und Operateure auf die rechtzeitige Umstellung auf unfraktioniertes Heparin und das Abstellen der kontinuierlichen Gabe 2h vor dem Schnitt, auch ohne fachärztlich-hämostaseologische Beteiligung. Die Umstellung auf niedermolekulares Heparin oder eine direkte orale Thrombinhemmung (DOAK) erfolgt zur Sicherstellung einer zuverlässigen Wirkung, wenn kein Eingriff geplant ist.</p> <p>Ob hier ein Kommunikations- und Planungsproblem vorliegt</p>

<p>[1] Das SBAR-Konzept - die strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase: https://www.bda.de/files/Februar_2016 - Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase - Das SBAR-Konzept.pdf</p> <p>[2] Die WHO-Sicherheitscheckliste der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: https://www.dgch.de/index.php?id=52 Entwurf der WHO: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_checklist_german.PDF</p>	<p>ist nicht einfach zu beantworten. Oftmals werden Patienten lange vor dem Eingriff gesehen als vielleicht noch gar keine Antikoagulation notwendig war. In diesem Fall hätte der Patient nochmalig vom Anästhesisten gesehen werden müssen. Eine Regelung in einem speziellen Klinikpfad ist die Lösung, wenn diese langen Intervalle häufiger zu auffälligen Befunden führen, die nicht anamnestisch erfasst sind. War die Antikoagulation zum Prämedikationszeitpunkt bereits indiziert, wäre ein Hinweis des Anästhesisten und eine Information der Station und der Chirurgen über das geplante neuraxiale Verfahren notwendig gewesen. Das ist hier offensichtlich nicht erfolgt und vermutlich übersehen worden. Darauf zu vertrauen, dass andere Disziplinen die empfohlenen Intervalle kennen, die vor Anlage eines Regionalanästhesieverfahrens beachtet werden sollen, ist nicht sachgerecht – schließlich ist es eine anästhesiologische Maßnahme. Am besten ist die aktive Ansprache des Operateurs, sofern er bereits feststeht, sowie die Dokumentation (z.B. sichtbar mit Ausrufezeichen in der Akte) und die Anmeldung der Maßnahme im OP – zur Beachtung an das ganze Funktionsteam. Eine weitere Möglichkeit ist die Sicherstellung der Informationsweitergabe an die Station durch ein wie auch immer in einer SOP geregeltes Standardverfahren, am besten noch in einer Standardform wie die strukturierte Patientenübergabe [1] – das SBAR-Konzept.</p> <p>Offensichtlich gibt es in diesem Haus keine interdisziplinäre und gründliche Eingriffsbesprechung, bei dem die Antikoagulation in Zusammenhang mit der geplanten Regionalanästhesie aufgefallen wäre.</p> <p>Dass der Patient eingeschleust wurde, ohne dass die therapeutische Antikoagulation auffiel, spricht dafür, dass eventuell das OP-Management bzw. das Schleusenpersonal die Blutbereitstellung bzw. die Anforderung der Kreuzprobe bei dem WHO-Sicherheitscheck nicht überprüft hat oder trotz einer größeren Operation kein Blut bereitgestellt wurde bzw. kein AKS gemacht wurde. Es gibt viele Versionen, aber die meisten Formblätter erfragen Patientenbesonderheiten und die Bereitstellungsnotwendigkeit von Blut [2].</p> <p>Das Anästhesieteam hat wohl zeitgleich oder in Teamarbeit zeitgleich abgewaschen (Hautdesinfektion) und die Akte hinsichtlich der Medikation durchgesehen. Dagegen ist nichts einzuwenden. Die Prozessabfolge durch ein stringentes OP-Management sollte in allen Fällen ein gründliches Durchsehen der Patientenakte vor Anästhesiebeginn erlauben, da sonst wie hier wesentliche Fehler mit der Gefährdung des Patienten entstehen könnten.</p>
--	---

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)	OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 3, Routine, Wochenende/ Feiertag
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
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Letzte Kontrolle der Patientenkurve vor Anlage deckte Problem auf“
*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 vorgeschlagenen Maßnahmen) [3] AWMF S1 Leitlinie zur Rückenmarksnahen Regionalanästhesie und Thromboseprophylaxe/ antithrombotische Medikation: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-005I_S1_Rueckenmarksnahe_Regionalanaesthesie_Thromboembolieprophylaxe_2015-01.pdf	Prozessqualität: 1. SOP/ Fortbildung – Anästhesie und Chirurgie: Gerinnungsmanagement - DGAI-Empfehlungen zu den Sicherheitsintervallen vor und nach Anlage von Regionalanästhesieverfahren [3] 2. SOP/ Fortbildung: WHO-Sicherheitscheckliste 3. SOP/ Fortbildung – Anästhesie und Chirurgie: Strukturierte Regelkommunikation, Kommunikation im Krankenhaus und insbesondere in der perioperativen Phase 4. SOP – Anästhesie: Abteilungsinterne und abteilungsübergreifende Informationsweitergabe relevanter Informationen von prämedizierten Patienten

<p>als BDA-Empfehlung: https://www.bda.de/docman/alldokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/574-rueckenmarksnahe-regionalanaesthesien-und-thromboembolieprophylaxe-anti-thrombotische-medikation/file.html</p>	<p>5. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Markierung der Patientenakte analog oder digital mit deutlichem Marker – therapeutische Antikoagulation (ebenso wie bei positivem AKS, Allergien, seltenen Blutgruppen, sonstige Besonderheiten)2. Einrichtung einer (am besten) interdisziplinären Eingriffs- und Patientenbesprechung am Vortag oder OP-Morgen3. Zentrale Anamnese-/ Medikamentenerfassung und Verlinkung mit dem OP-Management- und dem Apothekenmodul: Die Übertragung der Medikation in eine zentrale Apothekendatei im KIS im Rahmen einer zentral erfassten Anamnese z.B. in einer Patientenaufnahmeeinheit würde durch die Einsehbarkeit im gesamten Haus die Informationsweitergabe der therapeutischen Antikoagulation, nicht aber die Anästhesie und OP-Planung beinhalten. Bei Eingabe in eine digitale OP- und Anästhesie-Planungsdatei, die mit der Apothekendatei verlinkt ist, könnte ein ALERT generiert werden4. Anschaffung eines speziellen Informationstelefon der chirurgischen Organisationsplanung und OP-Anmeldung, das 24/7 erreichbar ist5. Einrichtung eines Klinikpfades, in dem festgelegt ist, welcher Informationsweg bei wichtigen Auffälligkeiten bei der anästhesiologischen Prämedikation gewählt werden soll, um eine zuverlässige Weitergabe von Besonderheiten zu gewährleisten (z.B. Email ans Sekretariat des Chefarztes, Telefonat an den Dienstarzt, etc.)6. Einrichtung der Möglichkeit eines verfügbaren Hämostase-Konsils und evtl. Integration in den Klinikpfad
--	---

***Risikoskala:**

Wiederholungsrisiko

- 1/5 sehr gering/sehr selten
max. 1/100 000
- 2/5 gering/selten
max. 1/10 000

Schweregrad/Gefährdung

- 1/5 sehr geringe akute Schädigung/ohne
bleibende Beeinträchtigung
- 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**

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