



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	ASS-Blutungsstörung
Fall-ID	CM-31013-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Eine im KISS hinterlegte ASS-bedingte Blutungsstörung wird bei der Prämedikation nicht erkannt. Der Patient steht zu einem dringlichen unfallchirurgisch/orthopädischen Eingriff an.</p> <p>Die Prämedikation erfolgt bei Nachmeldung zum OP-Programm. Es ist eine ASS-Einnahme bekannt. Der prämedizierende Anästhesist markiert bei präoperativen Befunden: Labor nicht bekannt. Dies trifft nicht zu, da am Vorabend die klinische Chemie einschließlich eines PFA-Tests durchgeführt wurde, welche eine ASS bedingte Aggregationsstörung ergibt. Der Anästhesist hat jedoch nicht im KISS System nachgesehen, ob Laborwerte vorliegen. Laborwerte werden nicht mehr routinemäßig ausgedruckt.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Laut Meldung hat der prämedizierende Anästhesist nicht im KIS System nachgesehen, ob Laborwerte vorliegen. „In diesem Krankenhaus werden Laborwerte nicht mehr routinemäßig ausgedruckt.“ In diesem Fall ist dieser Befund relativ irrelevant, da nicht klar gesagt werden kann, ob es sich um einen Notfalleingriff handelt („Nachmeldung zum OP-Programm, dringlicher orthopädisch/ unfallchirurgischem Eingriff“) und der Wert deshalb akzeptiert werden muss, oder ob ein elektiver Eingriff nachgemeldet wurde und da blutverlustreich und an kritischen Organen (Hirn, Auge, Wirbelsäule etc.), deshalb verschoben werden sollte oder nicht. Da der nicht routinemäßig bestimmte Laborwert erhoben wurde, sollten Verdachtsmomente vorgelegen haben. Insgesamt ist durch den Vergleich mit den USA, wo viele Patienten unter ASS-Medikation stehen, bekannt, dass die Vormedikation mit ASS nur in wenigen Fällen (z.B.: Operation an kritischen Organen s.o.) zu vermeiden ist. Wichtiger ist hier, dass

<p>http://www.dgai.de/leitlinien/13_Prophylaxe-venoeseThromboembolie.pdf.</p>	<p>existierende Laborwerte nicht zur Planung der Narkose und des Gerinnungsmanagement registriert wurden. Andere Werte könnten erheblich mehr Veränderungen des Managements, der Narkose und Operationsplanung beinhalten. Es sollte keine Narkose / OP begonnen werden, ohne dass die klinische und laborchemische Diagnostik evaluiert wurde. Chirurg und auch sekundär der Anästhesist sind in der Pflicht, wichtige Befunde vorab im Rahmen der Sorgfaltspflicht zu sichten und ihre Therapieplanung und Risikoabwägung darauf anzupassen. Auch die gegenseitige Information / Rückversicherung gehört dazu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein präoperativer pathologischer Gerinnungswert ist im Sinne der Therapiequalität und des besten Operationsergebnisses nur bei Patienten ohne Thromboembolierisiko (absolute Arrhythmie, anamnestische Lungenembolie, etc.) oder Verschlussgefahr von kritischen Durchblutungsarealen (KHK, un-/beschichtete Koronar-Stents, pAVK etc.) erwünscht. Dort muss abgewägt werden, ob das Blutungsrisiko oder die Thromboemboliegefahr überwiegt. Häufig muss ASS belassen werden, ohne dass es das Management wesentlich verändert. Gängige Empfehlungen sind z.B. von der DGAI veröffentlicht worden (siehe Literaturquelle links)
Prozesseilschritt**	2 Indikationsstellung, 6 Gerinnungsmanagement
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	GP
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	(PM)Ambulanz
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 2, Routine, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	C
Hat/Hätte der Bedside den Fehler	Nein/nein

verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Vom Saal-Anästhesisten wurde die Aggregationsstörung erkannt. Es war ein problemloser Verlauf ohne interventionsbedürftige Blutung.“
*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)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP- periphere Station- Einschleusung in den OP: Checkliste für Station könnte pathologische Laborbefunde in Rot markiert enthalten 2. SOP- OP-Personal/Anästhesie: Auf dem Narkoseprotokoll sind Besonderheiten deutlich zu vermerken. Eine Checkliste sollte präoperativ gemeinsam vom Chirurgen und dem Anästhesisten abgearbeitet werden. 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es sollte eine zentrale Dokumentation der Operationen (OP-Managementprogramme- z.B.: ORBIS; GaPIT, SAP etc.) existieren, in der Besonderheiten vermerkt werden und zur Aufmerksamkeit aller Bearbeitenden führen. 2. Die Laborsoftware könnte mit dem KISS oder o.a. OP-Managementprogramm verknüpft sein, was einen elektronischen Alarm und evtl. die Blutgruppenbestimmung bzw. Blutbereitstellung der Blutbank erfragt/bewirkt.

***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 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