



## 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

<b>Thema/Titel</b>	prä-operative Anämie bei elektivem Eingriff
<b>Fall-ID</b>	CM-31272-2016
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Bekannte präoperative Anämie bei Patient zur elektiven Operation: Am Vortag der OP fiel eine deutliche Anämie im Labor auf. Dies war dem Stationsarzt bekannt, er hatte aber bei einem Patienten mit bekannten kardialen Vorerkrankungen, eine präoperative Ery-Substitution von Seiten der Station nicht für notwendig erachtet.</p> <p>Mit OP-Beginn wurde die Transfusion eingeleitet, worunter ein adäquater Anstieg des Hb erfolgte.</p> <p>Der Grund, warum bei dem Patienten keine präoperative Transfusion erfolgte, konnte nicht ermittelt werden. Es hätte ebenso gut zu einer Ischämie kommen können.</p> <p>Eine präoperative Transfusion bei Anämie mit Eingriff am Folgetag wäre hier wohl angebracht gewesen.</p>
<p><b>Problem</b></p> <p>(1) Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer:  <b>LEITLINIEN ZUR THERAPIE MIT BLUTKOMPONENTEN UND PLASMADERIVATEN,</b>  4. überarbeitete und erweiterte Auflage 2014, herausgegeben vom Vorstand und Wissenschaftlichem Beirat der Bundesärztekammer  <a href="http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemothera">http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemothera</a></p>	<p>Der Meldende berichtet von einem Patienten, dessen präoperativer Hämoglobinwert vor einem elektiven Eingriff deutlich reduziert war. Dieser Umstand wäre dem zuständigen Stationsarzt auch bekannt gewesen. Welcher Natur der elektive Eingriff war, ist nicht bekannt. Keinesfalls wäre eine präoperative Transfusion und Eingriffsterminierung am Folgetag das empfohlene Vorgehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist keine Anämiediagnostik und -therapie erfolgt, der elektive Eingriff ist auch nicht verschoben worden</li> <li>• Stabile kardiale Vorerkrankungen sind gemäß den Querschnittsleitlinien (1) keine Indikation zur Transfusion</li> <li>• Kommt zum erhöhten Risiko durch eine nicht korrigierte präoperative Anämie auch noch eine Transfusion hinzu, erhöht sich das perioperative Risiko für ein verschlechtertes Outcome und eine erhöhte Mortalität nochmalig (2). In diesem Fall wurde mit Beginn der Narkoseeinleitung auch die Transfusion von</li> </ul>

<p>pie-transfusionsmedizin/querschnittsleitlinie/ (2) Beattie</p>	<p>Erythrozytenkonzentraten gestartet, um das Abfallen des Hb in einen noch kritischeren Bereich zu unterbinden. Ob bereits ein Bereich erreicht wurde, der eine sichere Indikation nach den Leitlinien der Bundesärztekammer darstellt, ist unklar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es erscheint nicht plausibel, dass der Patient bereits präoperativ eine so ausgeprägte Anämie mitgebracht habe, dass bereits präoperativ eine leitliniengerechte Transfusionsindikation bestanden hätte. Die prophylaktische Transfusion von Eks ist bei zu erwartendem nennenswerten Blutverlust und einem Hämoglobinspiegel nahe bei oder unter 6g/dl vertretbar.</li> <li>• Offensichtlich ist man sich weder auf Seiten des Einweisers, noch der des Stationsarztes und des einleitenden Anästhesisten nicht über die Gefahren bewusst, das ein derartiges Vorgehen für den Patienten bedeutet. Zumindest der Stationsarzt hat von der Anämie gewusst, der Anästhesist dann auch. Ob zusätzlich Kommunikationsbarrieren unter den einzelnen Therapeuten der unterschiedlichen Fachbereiche und Sektoren der Gesundheitsversorgung existieren, ist nicht bekannt. Eine Möglichkeit wäre das präoperative Vorbereitungsgespräch im Sinne einer OP-Konferenz gewesen. Eine Prämedikationsambulanz hat oftmals die Laborwerte nicht vorliegen, könnte den Hb-Wert aber auch selbstständig noninvasiv messen und entsprechende Diagnostik anbahnen.</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt**</b>	2- Indikationsstellung, PBM
<b>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</b>	nein
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	OP, Ambulanz
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA )</b>	ASA II, Routine, Wochentag
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B-</b>	A

Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	
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>	„Keine Ischämiezeichen“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	<b>4/5</b>
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	<b>3/5</b>
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortbildung Ärzte: Präoperative Anämie, Bedeutung für das operative Risiko, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten</li> <li>2. Fortbildung Ärzte: Querschnittsleitlinien Hämotherapie, Transfusionsindikation</li> <li>3. SOP/Verfahrensanweisung: Präoperative Vorbereitung und Umgang mit im Vorfeld der Operation aufgefallenen pathologischen Werte</li> <li>4. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einführung interdisziplinärer OP-Konferenzen zur gemeinsamen Besprechung der Vorbereitung und Therapiekonzepte</li> <li>2. Etablierung eines Klinikpfades für die präoperative Anämie: Noninvasive HB-Messung, Patienteninformationsblätter über die Risiken der präoperativen Anämie, interdisziplinäres Konzept zur kostendeckenden Anämiediagnostik und -therapie in Zusammenarbeit mit MVZs, Hämatologen, etc.</li> <li>3. Vernetzung des Hauses mit den Einweisern und Hämatologen, gemeinsame Fortbildungsreihe zum Thema und die Bedeutung für die Behandlungsqualität</li> <li>4. Vernetzung der Laborsoftware und des KIS mit der OP-Anmeldesoftware zur Detektion präoperativ anämier Patienten für elektive Eingriffe. Entsprechende Rückfragen und Anämiealerts sollten auf den Verstoß gegen die Patientensicherheit aufmerksam machen.</li> </ol>

**\*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