



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	Bestellungssoftware für Konserven nicht eingewiesen
Fall-ID	CM-89556-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Erschwernis der Gabe von Erythrozytenkonzentraten wegen ärztlicher Unkenntnis des Systems für die Konservenanforderung:</p> <p>Der Operateur verursacht eine akute, transfusionspflichtige Blutung, sodass der Patient dringend weitere Konserven braucht. Der verantwortliche Arzt kennt sich nicht mit dem Konservenmonitor und mit der Lauris-Bestellung aus, so dass die Anästhesiepflegekraft die Bestellung übernimmt, obwohl dies nicht ihre Aufgabe ist, sondern eine ärztliche Tätigkeit ist.</p> <p>Der Operateur hatte nicht auf die Verletzung der Aorta aufmerksam gemacht, sondern dies erst nach einem Blutdruckeinbruch und auf gezielte Nachfrage hin angezeigt.</p> <p>Mit besserer Kommunikation zwischen Operateuren und Anästhesie wäre die Verzögerung nicht so gravierend gewesen.</p> <p>Die Einweisung der Ärzte ins Lauris-System ist schlecht organisiert und macht jeden Monat Probleme.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Erstellung einer Verfahrensanweisung/ Qualitätshandbuchs laut Richtlinie Hämotherapie 2010:</p> <p>In Kapitel 4 heißt es:</p> <p>„Die organisatorischen Abläufe und die Verantwortlichkeiten für die Lagerung, den Transport und die Übertragung von Blutprodukten einschließlich deren Anforderung durch den zuständigen Arzt sind zu beschreiben und in einem Organigramm darzustellen...“</p> <p>Und weiter unter 4.3.1 Anforderung von Blutkomponenten:</p> <p>„Die Anforderung von Blutkomponenten erfolgt für jeden Empfänger schriftlich unter Angabe der Diagnose, von Transfusionen, Schwangerschaften, allogenen Stammzell-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der verantwortliche Anästhesist kennt sich nicht mit der in dieser Institution gängigen Vorgehensweise bzw. Software bei der Bestellung von Blutkonserven aus. Lauris ist eine Laborsoftware, die die Anforderung von Blutprodukten und Laboruntersuchungen, die Einsicht in Blutgruppen, Antikörpersuchtest und weiterer Laborwerte ermöglicht. Der Anordnungs- und Anforderungsprozess unterscheidet sich von Einrichtung zu Einrichtung relativ stark, ist aber stark reguliert, weil Fehler potenziell tödlich für den Patienten und schädlich für die Einrichtung hinsichtlich der Pressewirkung eines solchen Zwischenfalls sind. Die in diesem Fall gehandhabte Übernahme dieser Tätigkeit durch die Pflegekraft im Auftrag des Arztes mit seiner Autorisierung und Signatur entspricht einem teamgerechten Handeln in dieser Situation, entbindet die Mitarbeiter und die Einrichtung nicht, eventuell versäumte Einweisungen nachzuholen. Käme es wegen dieser Ursache und der verzögerten Bluttransfusion zu Schäden beim Patienten, wäre beiden wohl eine Teilschuld anzulasten. Allerdings scheint die Organisation der Einweisungen ein bekanntes Systemproblem zu sein, wie der letzte Satz der Meldung belegt, weshalb die Organisationsverantwortung wohl schwerer wiegt. • Entspricht es der SOP/ Verfahrensanweisung in dieser Ein-

<p>transplantationen, Medikamenten, welche die Verträglichkeitsprobe beeinträchtigen, der blutgruppenserologischen Untersuchungsergebnisse, der zeitlichen Dringlichkeit sowie des vorgesehenen Transfusionstermins durch den anfordernden Arzt.“</p> <p>[2] Einordnung von Blutprodukten als Arzneimittel</p> <p>Laut Richtlinie Hämotherapie 2010 sind gemäß Kap. 3:</p> <p>„Blutprodukte sind Arzneimittel im Sinne von § 2 Abs. 1 AMG i.V. mit § 2 Nr. 3 TFG und unterliegen den Vorschriften des Arzneimittelrechts“.</p> <p>In Anlehnung der Verordnungspraxis für Medikamente sind Blutprodukte zwingend ärztlich zu verordnen und zu dosieren. Die Ausstellung des Rezepts bzw. der Anforderung an die Apotheke oder das Blutdepot kann aber analog zur Medikamentenverordnung delegiert werden.</p> <p>Laut AMG §4 (2): „Blutzubereitungen sind Arzneimittel, die aus Blut gewonnene Blut-, Plasma- oder Serumkonserven, Blutbestandteile oder Zubereitungen aus Blutbestandteilen sind oder als Wirkstoffe enthalten“.</p> <p>[3] Delegation der Anordnung:</p> <p>Krull B. Delegation ärztlicher Leistung an nicht-ärztliches Personal. Dtsch Arztebl 2015; 112(3): [2]</p> <p>Im Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen – Anhang zur Anlage 24 des Bundesmantelvertrags (BMV-Ä) sind aktuell zehn Leistungen genannt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Administrative Tätigkeiten• Anamnesevorbereitung• Aufklärungsvorbereitung• Technische Durchführung von Untersuchungen• Früherkennung• Hausbesuche• Injektion/ Infusion	<p>richtung, dass der Arzt neben seiner Tätigkeit der Narkoseführung und Kreislaufstabilisation auch noch höchstpersönlich die Blutbestellung durchführt? Wie ist dies nach dem Qualitätshandbuch in dieser Einrichtung geregelt, das laut Richtlinie Hämotherapie [1] erstellt werden muss? Wäre dies in einem gut funktionierenden Team nicht wünschenswert, dass sowohl der Arzt/die Ärztin als auch die Pflegekraft diese Bestellung durchführen können? Der/die Meldende ist hier von der Pflege, der/die auch deutlich darauf hinweist, dass dies eigentlich nicht seine/ihre Aufgabe sei. Generell kann die Vorbereitung der Bestellung in der Software durch die Pflegekraft erfolgen und der Arzt muss dann nur noch mit einer elektronischen Signatur oder seiner Pin-Kennung anordnen. Dies begründet sich aus der Einordnung von Blutprodukten als Arzneimittel [2], deren Verschreibung dem AMG unterliegt. Deshalb kann der Arzt die Anordnung als administrative Tätigkeit an die Pflegekraft delegieren [3], zeichnet aber persönlich verantwortlich für die korrekte Ausführung. Die Kooperationsbereitschaft und das Teamverständnis innerhalb der Anästhesie erscheinen diesbezüglich eindeutig verbesserungswürdig.</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Kommunikation zwischen Chirurg und Anästhesist hat ebenfalls Verbesserungspotenzial, das hat der/die Meldende bereits bemerkt. Für jeden Arzt sollte die Patientensicherheit an erster Stelle stehen, unabhängig davon, ob ein persönlicher Fehler ursächlich beteiligt war. Eine Blutung kann sich während eines operativen Eingriffs jederzeit ereignen. Eine potenziell vital bedeutsame Blutung sollte zugunsten der Patientensicherheit bereits rechtzeitig im Vorfeld dem Team bekanntgegeben werden.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

<ul style="list-style-type: none"> • Labordiagnostik • Unterstützende Maßnahmen zur Diagnostik/ Überwachung • Wundversorgung/ Verbandswechsel 	
Prozesseilschritt**	2 - Anforderung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
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, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D- nein, keine Angaben	A, C
Hat der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein, evtl.
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Die Anästhesiepflegekraft übernahm die Bestellung, sodass es zu keiner Zeitverzögerung kam.“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
[1] Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/ Verfahrenseinweisung – Ärzte und Pflege: Anordnung und Bestellung von Blutprodukten über das LAURIS-Software-System mit Zuweisung von nichtdelegierbaren (ärztliche Verordnung) und delegierbaren Arbeitsschritten 2. Regelmäßige Einweisung der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter ins Laborsoftwaresystem 3. Fortbildung/ SOP/ Verfahrensanweisung – OP-Team: Verhalten bei intraoperativen Blutungen und Massivtransfusion im Sinne der Teamkooperation, Kenntnis der eigenen

	<p>Aufgaben und Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Teamkonfliktmanagement, Teambildung, Aussprache: Gespräch mit Anästhesearzt und Pflegekraft über die Natur ihres Konflikts 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etablierung einer chirurgischen Fehlerkultur durch den Chefarzt der Chirurgie oder dem ärztl. Direktor der Einrichtung: Die Verursachung von vermeidbaren Komplikationen ist nicht so kritikwürdig wie die Versäumnisse zur Beherrschung der Komplikation 2. Etablierung eines Instruments zur Entwicklung der Fehlerkultur: M&M-Konferenzen, Fortbildungen, interdisziplinäre Teamsitzungen, etc. 3. Kommunikationstraining, Konfliktmanagement und Teambildung zwischen den Abteilungen der Anästhesie und Chirurgie, sowie berufsgruppenübergreifend innerhalb des OP-Teams
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***Risikoskala:**

Wiederholungsrisiko

- | | |
|-----|------------------------------------------------|
| 1/5 | sehr gering/sehr selten
max. 1/100 000 |
| 2/5 | gering/selten
hunde
max. 1/10 000 |
| 3/5 | mittel häufig
che
max. 1/1000
Schäden |
| 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 |
| 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