



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	Präoperative Anämie bleibt bei Wirbelsäulen-OP unberücksichtigt
Fall-ID	126-2017-I5I4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>1938 geborener, 79 jähriger Patient zur Spondylodese L2-S1: Als Vorerkrankungen sind KHK und MI Hinterwand bei 2-Gefäßerkrankung bekannt, Z.n. percutaner Koronardilatation und Stent DES 2015, Art. Hypertension, nicht-insulinpflichtiger Diabetes II, OSAS, Z.n. LWK # 3 und 4.</p> <p>Die Prämedikation, OP-Einschleusung und Narkoseeinleitung erfolgt durch den Chefarzt selbst, Ausstattung mit ZVK und Arterie. Nach Einleitung wird der Ortopad gerüstet, eine BGA gemacht - Hb 10,6 g/dl, 1000ml balancierte Lösung bei Volumenmangel (-3 BE) wird infundiert.</p> <p>In den Vorbriefen von 2014 findet sich ein Laborblatt mit wiederholt gemessenem Hb-Spiegel in gleichem Anämie-Niveau < 11,4g/dl, ohne dass die Anämie Aufnahme als Diagnose aufgenommen wird oder Erwähnung in der Diagnosenliste und Epikrise findet. Eine weitere Ursachenforschung zur Anämie wurde weder beim vorbereitenden Hausarzt noch beim einweisenden Orthopäden veranlasst.</p> <p>Der Patient erhält noch intraoperativ 2 Fremd-EKs und 300ml MAT.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Die offensichtlich schon 3 Jahre bestehende Anämie hat keine weitere Diagnostik und Therapie erfahren - weder vom Hausarzt noch vom Einweiser (Orthopäde). Da es sich um einen Mann im fortgeschrittenen Alter handelt, kann die Ursache also auch gut malignombedingt oder durch okkulte Harnwegs- oder Darmblutungen bestehen, die ein gewissenhafter Hausarzt diagnostiziert und ursächlich behandelt hätte. Es bleibt zu hoffen, dass regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erfolgt sind und lediglich ein nutritiv bedingter Eisenmangel vorliegt. Aber auch dieser müsste vor einem blutverlustreichen Eingriff therapiert werden, um die

<p>[1] IAKH-Muster-Information zur präoperativen Anämie unter „hilfreiche Tools“ https://www.iakh.de/downloads-individuelle-Haemotherapie-IAKH.html</p> <p>[2] Musterklinikpfad „PBM“ der IAKH unter „hilfreiche Tools“ https://www.iakh.de/downloads-individuelle-Haemotherapie-IAKH.html</p>	<p>Komplikations- und Sterberate zu verringern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um so schlimmer ist, dass die Anämie im Krankenhaus dann auch vernachlässigt wird und es zur OP und Transfusion ohne zu Zögern kommt. Ein spezielles Vorgehen bei elektiven Patienten und dem Vorliegen einer präoperativen Anämie scheint es in diesem Haus nicht zu geben. Bei der Prämedikation oder der Krankenhausaufnahme könnten die Patienten über die Bedeutung der Anämie für Ihren Krankheitsverlauf informiert werden (siehe IAKH-Muster-Information [1] und Muster-Klinikpfad „PBM“ [2]). • Der Patient wurde eingeschleust ohne, dass die WHO-Sicherheitscheckliste, die präoperativen Laborunterlagen und die Blutbereitstellung gecheckt wurde. • Hier hat der Anästhesiechefarzt viele Sicherheitsstufen umgangen, die sonst Fehler verhindern und die der Patientensicherheit dienen. Als Vorbild und Führungskraft ist das ein nicht zu empfehlendes Verhalten. Hier sind dann auch Fortbildungen und Verfahrensanweisungen nicht mehr glaubhaft und deshalb uneffektiv. • Die Station hat vermutlich keine Checkliste zur Vorbereitung der elektiven Patienten, bei der nur die vollständige OP-Vorbereitung den Transport und die erfolgreiche Einschleusung in den OP-Trakt erlaubt. Zumindest die pathologischen Befunde hätten kontrolliert oder therapiert werden sollen, bzw. der Operationstermin verschoben werden können. • Vermutlich checkt die Anmeldesoftware des OP-Managements die Vollständigkeit und Aktualität der notwendigen Unterlagen nicht. Hätte sie das getan, wäre die OP-Anmeldung des Patienten im OP unmöglich gewesen. • Der Volumenmangel wird prä- und intraoperativ blind therapiert und eine nicht gemonitored, obwohl bereits eine invasive Blutdruckmessung angelegt ist. Besser wäre die noninvasive Messung der Schlagvolumenvariation gewesen oder der kontinuierliche Hämoglobinspiegeltrend.
<p>Prozesseilschritt**</p>	<p>Anforderung, Indikationsstellung, PBM</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>

Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	nein
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Aufnahme, PBM
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine
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>)	
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	5/5
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. Fortbildung für alle Ärzte, Einladung auch der Einweiser und Hausärzte: Der Stellenwert und die Bedeutung der präoperativen Anämie für die komplikationsarme und gute elektive Operation 2. Patienteninformationsabende und Informationsbroschüren: Die Bedeutung der Blutarmut für den Erfolg Ihrer Operation 3. SOP/ Verfahrensanweisung Station: Checkliste zur OP-Vorbereitung mit Aktualitätsvorgaben zu Hämoglobinwert und präoperativ notwendigen Kontrollen von pathologischen Befunden 4. SOP/ Verfahrensanweisung Orthopädie/ Unfallchirurgie und Anästhesie: Diagnostik und Therapie der präoperativen Anämie vor elektiven und Notfall-/ Eingriffen 5. Fortbildung/ SOP Anästhesie: Bedeutung und Anwendung von noninvasiver Herzeitvolumenmessung /und Monitoringverfahren für das Output bzw. Schlagvolumenvariation SSV, bzw.

	<p>kontinuierliche Hämoglobinspiegelmessung. Welche Patienten profitieren?</p> <p>6. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichtung eines Klinikpfades PBM - Patient Blood Management oder einer Anämieambulanz 2. Einrichtung eines Hämatologischen Konsiliar-dienstes 3. Verbesserung der Patientenvorbereitung mit den Einweisern und Hausärzten 4. Vernetzung OP-Anmeldesoftware mit KIS und Labor/ Blutbank 5. Coaching des Anästhesie-Chefarztes: Führungs- und Vorbildverhalten 6. Etablierung noninvasives Cardiac Output und SSV-Monitoring
--	---

*** Risikokala**

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 |

**** 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