



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	Faktor V Mangel nicht quantifiziert
Fall-ID	131-2017-S6A9
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein jüngere fitte Patientin, 1963 geboren, kommt zur arthroskopischen Bizepssehennaht. Z.n. Abrasio und AE ohne Probleme, bekannter Faktor V Mangel. Das Ausmaß des Mangels ist weder aktuell noch jemals bestimmt worden. Der prämedizierende Oberarzt der Anästhesie, der Einweiser und auch der Hausarzt haben es nicht für notwendig befunden, da auch die Patientin (selbst Arzthelferin) meinte, es sei nicht notwendig. Die Patientin hat aber nach Bagatelltraumen und Stürzen Hämatome, derzeit multipel an den Beinen. Bei Operationen seien aber bislang nie Probleme aufgetreten. Andernfalls sei sie aber wegen der Gefahr der Milzruptur von der Gurtpflicht beim Autofahren befreit.</p> <p>Der Facharzt entdeckt die Gerinnungsstörung bei der Abarbeitung der WHO-Checkliste - er fragt nach einer Quantifikation des Mangels. Quick-Wert ist normal, Hb 13,6g/dl.</p> <p>Die Patientin wird abgesetzt, Blut für die Gerinnungsanalyse abgenommen und die verärgerte Patientin in 14 Tagen wieder eingeplant.</p>
Problem	<p>Die Gerinnungsanamnese wurde hier erst bei Einschleusung in den OP bzw. unmittelbar vor der Narkose erhoben. Ob eine standardisierte Anamnese [1,2] bei der Prämedikation erfolgt ist und ob die Angaben der Arzthelferin als Patientin ganz glaubhaft sind, muss bezweifelt werden. Ein Mangel des Gerinnungsfaktors V, der im Alltag zu Hämatomen und der Entbindung von der Gurtpflicht (aufgrund welcher Befunde?, offensichtlich sind hier nicht einmal PT und aPTT vorhanden) führt, ist sicher auch irgendwann einmal diagnostiziert und quantifiziert worden. Andererseits ist eine molekulare Testung zwar verfügbar, aber für die Diagnose nicht immer erforderlich.</p> <p>Auf jeden Fall hätten der Chirurg bei der Indikationsstellung als auch die Anästhesie bei der Prämedikation die offensichtlich auffällige Gerinnungsanamnese</p>
<p>[1] Empfehlungen der IAKH zur Gerinnungsanamnese: „Muster-Gerinnungsanamnesebogen der IAKH zur präoperativen Erfassung von Gerinnungsstörungen“ https://www.iakh.de/downloads-individuelle-Haemotherapie-IAKH.html</p> <p>[2] Empfehlungen der ÖGARI: http://www.oegari.at/web_files/datiarchiv/editor/anamnese-basier-</p>	

<p>te_gerinnungsabklaerung_vor_op_2013_1.pdf</p> <p>[3] http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=DE&Expert=326</p> <p>[4] http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=DE&Expert=35909</p>	<p>in eine zumindest basale Gerinnungsdiagnostik mit PT und aPTT überführen müssen. Wenn dies erfolgt wäre, hätte bei auffälligen Befunden eine Faktorspiegelbestimmung durchgeführt werden müssen, um das Risiko für perioperative Blutungskomplikationen abschätzen und auch um die Logistik für diese organisieren zu können. Die Schulung aller beteiligten Kollegen, insbesondere der Chirurgen als auch der prämedizierenden Anästhesisten in der standardisierten Gerinnungsanamnese als auch ein besseres Teamverständnis ist sicher sinnvoll.</p> <p>Der Mangel an „Akzelerin“ (= Faktor V) tritt selten als vererbter Defekt („Owren-Krankheit“ [3]) auf. Homozygot mit einer Prävalenz 1:1Mio, M:F = 1:1; heterozygot wesentlich häufiger, Mutation im F5-Gen (1q23) (Orpha 326), Manifestation in jedem Lebensalter möglich, schwere Formen früher. Erworbene Formen bei Lebererkrankungen, Verlustkoagulopathien, Hyperfibrinolyse und CML (Chronische myeloische Leukämie). Das Ausmaß des Mangels korreliert mit der Schwere und dem Ausmaß der Blutungen. Leichte Formen fallen mit Nasenbluten, Menorrhagien, Weichteil- und Gelenkblutungen auf; schwere Formen allerdings bis hin zu Hirnblutungen und postoperativen Blutungskomplikationen. Prothrombinzeit und aPTT sind verlängert. Differentialdiagnosen sind Faktor VIII Mangel oder der kombinierte F V und F VIII Mangel [4]. Therapie der Blutungen ist lediglich Plasma, Faktor V Konzentrate gibt es bislang nicht. In schweren Fällen sind zusätzlich Thrombozytenkonzentrate notwendig.</p> <p>Für einen kleinen Eingriff wie der Bizepssehennaht (vmtl. am Oberarm) ist das Blutverlustrisiko nicht ausgeprägt und die Blutungsneigung eher vernachlässigbar. Aber schwerer und höhergradiger Faktorenmangel kann zu Einblutungen und Hämatomen führen, der nicht nur zusätzliche Revisions- und Entlastungseingriffe bedingen kann, sondern auch den notwendigen und logistisch nicht überall unproblematischen Einsatz von Plasma und TKs. Deshalb ist hier ganz richtig, eine Quantifizierung vor der Durchführung des Eingriffs empfohlen worden.</p>
Prozesseilschritt**	2
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	Plasma
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnen-	Ambulanz, Aufnahme

nung)	
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, ASA 2
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	2/5
*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	2/5
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 Ärzte/ Niedergelassene: Angeborene Gerinnungsstörungen, Behandlung und Diagnose, Information der Angehörigen, Ausstellung eines Passes 2. SOP/ Verfahrensanweisung: Gerinnungsanamnese 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die zentrale elektronische Anamnese-Erhebung und die Einspeisung ins KIS zum Zugriff aller Folgeabteilungen hätten unter Umständen dazu geführt, dass der Mangel schon eher aufgefallen wäre. Zumindest bei Aufführung unter der Diagnoseliste wären Operateur und OP-Manager, Transfusionsmediziner und Anästhesisten vielleicht aufmerksam geworden. 2. Eventuell hätte eine Verlinkung der OP-Management-Anmeldesoftware mit dem KIS bei einem Gerinnungsproblem in der Diagnoseliste ein ALERT generiert, das die therapeutische Gerinnungsfaktoren- und Produktverfügbarkeit im Blutproduktedepot überprüft.

	<p>3. Elektronische Krankenkassenkarte mit der Angabe zu Antikörpern, Blutgruppe, Faktorenmangel, Allergien etc.</p> <p>4. Zentrale deutsche Datenbank mit der Zugriffsmöglichkeit aller Behandler nach Autorisierung, Information über patientenspezifische wichtige Gesundheitsinformationen.</p> <p>5. Gerinnungskonsil im Haus einrichten und ‚rund-um-die-Uhr‘ den Zugriff sicherstellen - der prämedizierende Arzt hätte sicher anfragen können, was zu tun ist.</p>
--	--

*** 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

**** Prozessschritte 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