



## 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>	Transfusion verzögert wegen EDV
<b>Fall-ID</b>	141-2018-N3L7
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Für einen hämodynamisch instabilen Patienten 77 J., Z.n. Restkollektomie sollen bei einem Hb von 5,5g/dl unmittelbar postoperativ im Bereitschaftsdienst ein Erythrozytenkonzentrat (EK) und bei einer diffusen Blutungsneigung noch 2 Frischplasmen (FFPs) angefordert werden. Zum Abholen in der Blutbank (Depot vom städtischen Maximalversorger) benötigt die Pflegekraft laut SOP eine ausgedruckte Liste der angeforderten und bereitstehenden Blutprodukte im KIS. Als Ausgabenachweise werden dann normalerweise die EKs in dieser Liste mit Verbleib in der Patientenakte gestrichen und in der EDV gelöscht.</p> <p>In diesem Fall aber findet die Intensivschwester die gekreuzten Konserven des Patienten in der EDV nicht – der ganze Patient ist nicht aufzufinden – was häufig bei uns nach Verlegungen passiert. Er ist weder der Intensivstation zugeordnet noch auf der Patientenliste der peripheren Station auf der er gelegen hat. So kommt es zu einer deutlichen Verzögerung und notwendigen Suche aller Stationen und Patientennamen im Medico (keine Patientensuche möglich). Schließlich werden die Daten des Patienten auf einer ambulanten Station aufgefunden, die Liste kann nach einer 15-minütigen Suche durch die Intensivpflege ausgedruckt und die Konserven abgeholt werden.</p>
<b>Problem</b>	<p>In dieser Einrichtung existiert offenbar wie in vielen deutschen Krankenhäusern ein Nebeneinander der papiergestützten mit der elektronischen Dokumentation. Offensichtlich ist hier sinnvollerweise die Blutbank mit dem Krankenhausinformationssystem Medico (Cerner/ GE) verbunden. Die eigentlich sinnvolle Regelung zur Dokumentation und Ausgabe der Blutprodukte als auszudruckende Liste führt in diesem Fall jedoch zur Verzögerung, da der ganze Datensatz des Patienten nicht auffindbar ist. Bei Verlegungen muss man offensichtlich den Patienten auch im KIS verlegen, damit auch die weiteren Maßnahmen auf der neuen Station dokumentiert werden kann. Die Verzögerung gefährdet diesen Patienten und die Personalbindung mit der Suche gefährdet auch andere Patienten dieser Station.</p> <p>Folgende verbesserungswürdige Faktoren können identifiziert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine einfache Suchfunktion ist in vielen Software-</li> </ul>

	<p>Programmen aus ungeklärten Gründen nicht möglich. Der Datensatz muss auf den zur Verfügung stehenden Stationen gesucht werden. Die Software "Medico" verfügt über eine globale Suchfunktion, allerdings gibt es bei einer Konfiguration von besonders strengen Anwendern auch die Möglichkeit die Rechte auf die unmittelbare Versorgungseinheit einzuschränken. Ein Fehler bei der Verlegung führt dann zu ausgeblendeten Patienten. In dieser Einrichtung sollte die Zuweisung von Rechten überprüft werden. Obwohl normalerweise die Pfortenauskunft üblicherweise Zugriff auf alle Belegungsdaten für den Fall der Angehörigenanfrage haben soll, ist das in diesem Fall wohl ebenso am Medico-System gescheitert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum es zur Fehlzuordnung des Datensatzes zur ambulanten Station kam ist nicht geklärt bzw. nicht dem Bericht zu entnehmen. Arbeitsüberlastung, Stress, keine Stationssekretärin?</li> <li>• Ist die Dosierung der Plasmaeinheiten korrekt? Wie ist die „diffuse Blutungsneigung“ postoperativ diagnostiziert worden? Bei einem 80kg schweren Patienten steigert die Gabe von 2x230ml Plasma den Quickwert um ca. 4% und verbessert die Blutgerinnung nur marginal. Vermutlich sind zwar intraoperativ bereits Blutprodukte gegeben worden und es ist ebenfalls anzunehmen, dass noch Volumenersatz gleichzeitig zur Therapie der Verdünnungskoagulopathie betrieben werden soll, aber in Anbetracht einer echten Blutungsneigung erscheint die gewählte FFP-Dosierung zu gering. Welche anderen Möglichkeiten der Verbesserung der Hämostase (Wärmeerhalt, Tranexamsäure, Minirin) wurden erwogen?</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt**</b>	2 - Anforderung des Blutproduktes
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK, FFP
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</b>	nein
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Station
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	Bereitschaftsdienst, ASA 3
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)</b>	B

<p><b>Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</b></p>	<p>Nein/nein</p>
<p><b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b></p>	
<p><b>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</b></p>	<p>2/5</p>
<p><b>*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</b></p>	<p>4/5</p>
<p><b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/ Verfahrensanweisung – Pflege, Stationssekretariat: Korrekte Verlegung des Patienten und Übermittlung aller papierbezogenen und elektronischen Dokumente</li> <li>2. Fortbildung – Intensiv/ Anästhesie: Korrekte Dosierung nach den Querschnittsleitlinien Hämotherapie von EK, FFP, Thrombozytenkonzentraten und Gerinnungskonzentraten</li> <li>3. Fortbildung – Intensiv/ Anästhesie: Verdünnungskoagulopathie</li> <li>4. Fortbildung – Intensiv/ Anästhesie: Point of Care (POCT)-Managements der Koagulopathie</li> <li>5. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Überarbeitung des Dokumentationskonzept des Hauses: Ist die parallele Dokumentation analog und digital eine Übergangslösung? Der Arbeitsablauf mit der Mischung von Papier und EDV-Dokumentation führt zu einer unnötigen Schnittstelle mit Fehlerpotential?</li> <li>2. Dringende Anfrage des Softwareherstellers nach Einrichtung der Suchfunktion. Diese einfache Programmierung haben eigentlich alle KIS-Softwareprogramme und auch Medico.</li> <li>3. Anschaffung und Etablierung eines Point of Care (POCT)-Managements der Koagulopathie auf Intensivstation und OP</li> <li>4. Überprüfung der Arbeitsbelastung auf Station: Gibt es Erklärungen für den Fehler bei der administrativen Verlegung der Patienten? Kommt das häufiger vor? Können Stationssekretärinnen Abhilfe im Sinne von mehr Sicherheit und Entlastung der Pflege schaffen? Eventuell rechnet sich die Investition in eine Stationsschreibkraft, Sekretär/in, Hilfskraft sowohl für die periphere Station als auch die Intensiv-</li> </ol>

	station
--	---------

**\* 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 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
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation