

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	Fehlende Ursachendiagnostik bei Anämie
Fall-ID	189-2021-U5R8
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Keine Ursachendiagnostik, nur symptomatische Therapie!</p> <p>Eine 42 jährige Frau ohne wesentliche Vorerkrankungen, außer starkem Übergewicht (BMI>30), kommt zur ambulanten Abrasio, geschickt vom niedergelassenen Gynäkologen.</p> <p>Zuvor war sie mit einer ausgeprägten Blutungsanämie (Hb 6,0g/dl) in der ambulanten Notaufnahme einer lokalen Schwerpunktversorgungsklinik mit gynäkologischer und geburtshilflicher Abteilung über Nacht mit 2 Erythrozytenkonzentraten behandelt und dann wieder entlassen worden. Eine Ursachenforschung zur Herkunft der Anämie oder Blutungsdiagnostik war nicht durchgeführt worden. Die Patientin ist dann mit stärkeren Blutungen zur/m niedergelassenen Gynäkologin/en gegangen.</p> <p>Der Hämoglobinspiegel war 3 Tage vom Einweiser aber später nicht neu bestimmt worden. Da die aktuell noch existierende Schmierblutung nicht anders therapiert werden konnte, wurde der Eingriff ambulant durchgeführt und die stationäre Einweisung angedacht. Die Verdachtsdiagnose bei der ambulant durchgeführten Abrasio war Missed Abortion.</p> <p>Nach verlängerter Überwachung wurde die Patientin nach Hause entlassen und die Hb-Kontrolle dem Hausarzt auferlegt.</p>
Problem	<p>Der Fall ist auf Basis des Berichtes und der enthaltenen Informationen schwer beurteilbar. Wir haben uns einige Fragen bei der Bearbeitung gestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei der Notfalltherapie einer transfusionspflichtigen, fertilen, 41-jährigen Patientin sollten sowohl eine Schwangerschaft, ein Abortus incompletus und eine ektopische Schwangerschaft ausgeschlossen werden. • Wurde eine Schwangerschaft in der Notfallbehandlung vermutet? Ein Schwangerschaftstest ist Aufnahmestandard in einer Gyn/Geb-Abteilung und das sollte auch in

<p>[1] Bundesärztekammer (2019, Mai 17). Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) Gesamtnovelle 2017.</p> <p>Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p> <p>[2] AWMF 001-024 S3 Leitlinie präoperative Anämie: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-024.html</p> <p>[3] Chan KL et al. Change in Patient-Reported Outcomes in Single-Unit Transfusion Comparable with Double-Unit Transfusion Blood 2016 128:2636</p>	<p>der Notaufnahme mit berücksichtigt werden. Ist das beim Schwerpunktversorger nicht erfolgt? Vermutlich nicht, sonst wäre vermutlich bereits in der Notaufnahme die gynäkologisch/geburtshilfliche Konsultation erfolgt und der Verdacht auf Abort, Polypen, Hypermenorrhoe aufgrund von hormoneller Dysregulation, Myome etc. gestellt worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum wurde nicht mit dringlicher Indikation eine Abrasio bei diesem Aufenthalt durchgeführt? Vermutlich lagen Gründe vor, die den Verdacht nicht auf die Genitalblutung lenkten wie Sprachbarriere, Verschweigen wegen eines kulturell bedingten Schamempfindens, Arbeitsüberlastung oder Nachlässigkeit, Unerfahrenheit des Untersuchers, keine festgelegte Diagnostik in der Notaufnahme etc. • Wurde eine Erfolgskontrolle nach Transfusion durchgeführt, wie das in der Richtlinie gefordert wird [1]? Das ist aus der Schilderung nicht zu entnehmen. Eine Kontrolle der Hämoglobinkonzentration (Hb) sollte aber nicht nur nach der zweiten, sondern auch nach der ersten Konserve in der Notaufnahme erfolgt sein. • Woher kam die Annahme, dass die Blutung sistieren würde? Auch das kann aus der Schilderung nicht entnommen werden. Aber wir nehmen an, dass keine Blutungsquelle identifiziert worden ist und ein eventuell nutritiver Mangel vermutet wurde. Sonst wäre eine Entlassung kaum vertretbar gewesen. <p>Gab es Kontaktversuche mit den behandelnden KollegInnen des Schwerpunktversorgers oder erfolgte die Meldung auf der Basis der Informationen der Patientin oder Angehörigen?</p> <p>Wenn wir diese Meldung richtig verstehen, dann erfolgte die Therapie mit Blutprodukten beim Schwerpunktversorger ohne Sicherung einer Behandlungsdiagnose. Dieses Vorgehen entspricht nicht der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie einer gravierenden Anämie [2]. Da keine belastbaren Informationen zur klinischen Situation der Patientin zum Zeitpunkt der Aufnahme bei der erstbehandelnden Klinik bekannt sind, ist eine Einschätzung zur Indikationstellung für uns nicht möglich.</p> <p>Fehler bei der Anwendung und Dokumentation lassen sich auf Basis der Meldung vermutlich identifizieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Indikation zur Gabe von 2 Erythrozytenkonzentraten lag mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht vor. Eine Single-Unit Strategie geht mit einer erhöhten Sicherheit in der Hämotherapie einher [3]. 2. Die Anwendung von Blutprodukten muss dokumentiert werden: „...Die anwendungsbezogenen Wirkungen sind durch geeignete Laborparameter (z. B. Hämatokrit, Thrombozytenzählung) zu dokumentieren. Falls keine geeigneten objektivierbaren Laborparameter existieren, hat
---	---

<p>[4] Wacker, J., Sillem, M., Bastert, G. & Beckmann, M. W. (Hrsg.). (2007). Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe: [evidence based] ; 58 Tabellen. Heidelberg: Springer Medizin.</p> <p>[5] Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. (2015). Gutachtliche Entscheidungen Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein – veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt in der Zeit von Mai 2000 bis November 2015 6., erweiterte und aktualisierte Auflage 2015. (S. 260). Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein. Verfügbar unter: https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/2020/gak-entscheidungen-2000-2015.pdf</p> <p>[6] Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ. 2000;320(7251):1708-1712. doi:10.1136/bmj.320.7251.170</p>	<p>die Dokumentation anhand klinischer Parameter zu erfolgen. ...“ (vergl. [1], S.70).</p> <p>Nach Angaben dieser Meldung ist anzunehmen, dass die erforderliche Kontrolle nicht durchgeführt wurde.</p> <p>Blutungen und Fieber sind zum einen dringliche Indikationen zur Abrasio: „... Ein Abort ist bis zur 24. SSW als inkompletter Abort zu sehen, da die Plazenta bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht voll ausgereift ist und sich dementsprechend meist nicht vollständig lösen kann. Eine Abortkürrettage zur vollständigen Entfernung der Zottenreste ist aus mehreren Gesichtspunkten indiziert. Zum einen besteht bei intrauterinen Residuen eine Hb relevante vaginale Blutung, die zu orthostatischer Dysregulation führen kann. ...“ [4].</p> <p>Es ist auf Basis der Meldung schwierig einzuschätzen, ob die Verdachtsdiagnose eines Abortus incompletus zum Zeitpunkt der Notfallbehandlung erhoben wurde oder gestellt werden konnte. Sollte dem so sein, stünde aus unserer Sicht die gezielte Therapie in Form einer Abrasio im Vordergrund der Therapie. Uns stellt sich weiterhin die Frage, ob auch eine Extrauterin gravidität vorgelegen haben könnte und die vaginale Blutung somit auch anders, schwerwiegender interpretiert werden könnte [5]. Aus der Schilderung geht hervor, dass die berichtende Einrichtung die Abrasio ambulant durchgeführt hat, allerdings ohne einen aktuellen Hämoglobinspiegel der Patientin zu haben. Deshalb wurde die Patientin länger überwacht und die Kontrolle dem Hausarzt auferlegt.</p> <p>Wir hoffen, dass die weitere hausärztliche Betreuung der Patientin nicht auf eine symptomatische Therapie beschränkt bleibt. Der Abort ist ein einschneidendes Ereignis, falls bei der Patientin noch der Wunsch bestand, eine Schwangerschaft erfolgreich auszutragen. Die Abortrate steigt altersabhängig [6]. Eine aktive Unterstützung und Suche nach Optimierungspotentialen für eine erfolgreiche Schwangerschaft wären bei vorhandenem Patientenwunsch sinnvoll.</p> <p>Die entstandenen Probleme durch die vermutlich insuffiziente Notfallbehandlung würden durch eine sektoren- und einrichtungsübergreifende elektronische Kommunikation beispielsweise einer elektronischen Datenspeicherung auf eine eCard der Krankenkasse oder einer digitalen zentral verwalteten Patientendatei erschwert oder ganz verhindert (siehe unsere Empfehlungen zur Verbesserung der Strukturqualität).</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>7</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>k.A.</p>

Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Notaufnahme
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochentag, Routine, ASA 3
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-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Das sich potentielle Risiken nicht realisiert haben!</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	1/5
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. Rückmeldung an die Leitung der Abteilung und den Transfusionsverantwortlichen des Schwerpunkteversorgers 2. Fortbildung und SOP/VA – Personal Notambulanz: Leitliniengerechte Anämie-Diagnostik und Therapie 3. Fortbildung und SOP/VA – Personal Notambulanz: Risiken und Komplikationen der Doppeleinheitentransfusion, Kreislaufüberladung und Outcome der liberalen Transfusionsstrategie 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sektorenübergreifende Nutzung einer elektronischen Patientenakte 2. Einrichtung von Kommunikationskanälen für die kollegiale

	Zusammenarbeit
--	-----------------------

Häufig verwendete Abkürzungen:

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>AA</td><td>Absolute Arrhythmie</td></tr> <tr><td>ACI</td><td>Arteria carotis interna</td></tr> <tr><td>ACVB</td><td>Aortokoronarer Venenbypass</td></tr> <tr><td>AHT</td><td>Arterielle Hypertonie</td></tr> <tr><td>BGB</td><td>Bürgerliches Gesetzbuch</td></tr> <tr><td>3GE</td><td>3-Gefäßerkrankung</td></tr> <tr><td>EK</td><td>Erythrozytenkonzentrat</td></tr> <tr><td>FFP</td><td>Gefrierplasma</td></tr> <tr><td>Hb</td><td>Hämoglobinkonzentration im Serum</td></tr> <tr><td>Hkt</td><td>Hämatokrit</td></tr> <tr><td>ICU</td><td>Intensivstation</td></tr> <tr><td>KHK</td><td>Koronare Herzkrankheit</td></tr> <tr><td>M&M</td><td>Konferenz zu Morbidität und Mortalität</td></tr> </table>	AA	Absolute Arrhythmie	ACI	Arteria carotis interna	ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	AHT	Arterielle Hypertonie	BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	3GE	3-Gefäßerkrankung	EK	Erythrozytenkonzentrat	FFP	Gefrierplasma	Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	Hkt	Hämatokrit	ICU	Intensivstation	KHK	Koronare Herzkrankheit	M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>NIDDM</td><td>Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus</td></tr> <tr><td>OP</td><td>Operationssaal</td></tr> <tr><td>PAVK</td><td>Periphere arterielle Verschlusskrankheit</td></tr> <tr><td>QBH</td><td>Qualitätsbeauftragter Hämotherapie</td></tr> <tr><td>SOP</td><td>Stand Operating Procedure</td></tr> <tr><td>TB</td><td>Transfusionsbeauftragter</td></tr> <tr><td>TEP</td><td>Totalendoprothese</td></tr> <tr><td>TFG</td><td>Transfusionsgesetz</td></tr> <tr><td>TK</td><td>Thrombozytenkonzentrat</td></tr> <tr><td>TV</td><td>Transfusionsverantwortlicher</td></tr> <tr><td>VA</td><td>Verfahrensanweisung</td></tr> <tr><td>VHFL</td><td>Vorhofflimmern</td></tr> </table>	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus	OP	Operationssaal	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie	SOP	Stand Operating Procedure	TB	Transfusionsbeauftragter	TEP	Totalendoprothese	TFG	Transfusionsgesetz	TK	Thrombozytenkonzentrat	TV	Transfusionsverantwortlicher	VA	Verfahrensanweisung	VHFL	Vorhofflimmern
AA	Absolute Arrhythmie																																																		
ACI	Arteria carotis interna																																																		
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass																																																		
AHT	Arterielle Hypertonie																																																		
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch																																																		
3GE	3-Gefäßerkrankung																																																		
EK	Erythrozytenkonzentrat																																																		
FFP	Gefrierplasma																																																		
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum																																																		
Hkt	Hämatokrit																																																		
ICU	Intensivstation																																																		
KHK	Koronare Herzkrankheit																																																		
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität																																																		
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus																																																		
OP	Operationssaal																																																		
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit																																																		
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie																																																		
SOP	Stand Operating Procedure																																																		
TB	Transfusionsbeauftragter																																																		
TEP	Totalendoprothese																																																		
TFG	Transfusionsgesetz																																																		
TK	Thrombozytenkonzentrat																																																		
TV	Transfusionsverantwortlicher																																																		
VA	Verfahrensanweisung																																																		
VHFL	Vorhofflimmern																																																		

*** Prozessteilschritte 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

**** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko	Schweregrad/Gefährdung
1/5 sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000	1/5 sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5 gering/ selten max. 1/10 000	2/5 geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5 mittel häufig max. 1/1000	3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5 häufig, min. 1/100	4/5 starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden
5/5 sehr häufig, min. 1/10	5/5 Tod/ schwere bleibende Schäden