

## 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>	Ablehnung einer Bluttransfusion wird der Anästhesie nicht kommuniziert
<b>Fall-ID</b>	CM-181669-2021
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Der Patient kam nach vorheriger Aufklärung über eine große geplante Bauch-OP in die Anästhesie-Einleitung. Im Rahmen der dortigen Kontrolle der Aufklärung fiel eine Ablehnung einer Transfusion auf (schriftlich am Rand der OP-Aufklärung vermerkt), worüber die Anästhesie im Vorhinein nicht informiert worden ist.</p> <p>Ein Vermerk in der Anästhesieaufklärung war diesbezüglich nicht vorhanden. Es bestand ein ausreichender Ausgangs-Hb bei dem sonst gesunden Patienten. Dieser hatte eine Prämedikation mit Midazolam erhalten, war darunter orientiert und ansprechbar. Die Nachfrage, ob er Zeuge Jehova sei, wurde verneint. Sterben wolle er aber während der OP auch nicht.</p> <p>Nach Rücksprache mit der Leitung der Anästhesie erfolgte daraufhin in deren Beisein die Narkoseinduktion. Nach problemloser Narkoseinduktion erfolgte der Transport in den OP-Saal. Dort erfolgte die direkte Rücksprache mit dem Operateur. Dieser berichtete, dass der Patient Anwärter auf eine Aufnahme bei der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas sei und daher aus religiösen Gründen keine Transfusion wünsche. Diese Information hatte er im Vorhinein nicht an die Anästhesie weitergegeben, ein Vermerk im OP-Programm war ebenfalls nicht erfolgt. Das Risiko eines vermehrten intraoperativen Blutverlustes mit Notwendigkeit zur Transfusion sei aus seiner Sicht nicht vorhanden.</p> <p>Ungünstig war, dass dennoch eine Narkoseinduktion erfolgte und erst im Nachhinein mit dem Operateur gesprochen wurde. Der Patient hatte unterschiedliche Angaben bei den Aufklärungsgesprächen gemacht.</p> <p>Problematisch ist, dass keine einheitliche Regelung für das Vorgehen bei Anhängern der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas besteht. Es wurde nicht explizit vom Operateur vor</p>

	<p>Narkoseaufklärung auf die Transfusionsablehnung durch den Patienten hingewiesen (z.B. OP-Plan).</p> <p>Faktoren, die zu dem Ereignis beitragen sind die Kommunikation im Team und Organisation.</p>										
<p><b>Problem</b></p>	<p>Zunächst scheint es hier keinen Fehler im Umgang mit dem Fall zu geben. Denn die geplante Operation war aus Sicht des Chirurgen nicht mit einer Transfusion verbunden. Damit stellte sich die Frage einer Transfusion eigentlich nicht. Eine Indikationsliste des Hauses sollten zu Eingriffstypen und Transfusionsbedarf hierzu verfügbar sein und die Prämedikationsvisite hat das Problem nicht ans Licht gebracht und man könnte das Versäumnis beim Patienten sehen. Somit war die vordringliche Problematik, die unterschiedlichen Informationen über die Patientenwünsche und den Transfusionsbedarf zwischen Anästhesie und Chirurgie.</p> <p>War der geplante Eingriff wirklich nicht erwartbar mit einer Transfusion verbunden? Die Beschreibung als große Bauch-OP lässt uns vermuten, dass vielleicht nicht die Schwelle zur Individualisierten Hämotherapie überschritten war, jedoch ein relevantes Restrisiko für eine Transfusion bestand. Das Problem der nachträglichen Aufklärung liegt beim Chirurgen, der die Indikation zur Transfusion intraoperativ gestellt hätte, die Anästhesie wäre auf reaktives Handeln beschränkt.</p> <p>Die Frage, die zu stellen ist, richtet sich auf das angestrebte Qualitätsniveau der Behandlung in der Organisation. Hollnagel beschreibt unterschiedliche Reifegrade der Sicherheitskultur von Organisationen in einem Kontinuum von „Goes Wrong“ zu „Goes Right“. Hollnagel unterscheidet eine ingenieurstechnische Herangehensweise zur Frage der Sicherheit, die strategische Festlegung eines Ziels der Sicherheitskultur und beschreibt unterschiedliche, korrespondierende Ansätze des Umgangs mit Sicherheit.</p> <p><b>“Goes Wrong” vs. “Goes Right”</b></p> <p>The first row of Prof. Hollnagel’s table is the following:</p> <table border="1" data-bbox="715 1417 1463 1695"> <thead> <tr> <th></th> <th>Safety-I</th> <th>Safety-II</th> <th>System Safety Engineering</th> <th>Safety-III</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Definition of Safety</td> <td>As few things as possible go wrong</td> <td>As many things as possible go right</td> <td>Safety is usually defined as freedom from unacceptable losses as identified by the stakeholders, but may be defined in terms of acceptable risk or ALARP in some fields. The goal is to eliminate, mitigate, or control hazards, which are the states that can lead to these losses.</td> <td>Safety is defined as freedom from unacceptable losses as identified by the system stakeholders. The goal is to eliminate, mitigate, or control hazards, which are the states that can lead to these losses.</td> </tr> </tbody> </table> <p>[1, S.32]</p>		Safety-I	Safety-II	System Safety Engineering	Safety-III	Definition of Safety	As few things as possible go wrong	As many things as possible go right	Safety is usually defined as freedom from unacceptable losses as identified by the stakeholders, but may be defined in terms of acceptable risk or ALARP in some fields. The goal is to eliminate, mitigate, or control hazards, which are the states that can lead to these losses.	Safety is defined as freedom from unacceptable losses as identified by the system stakeholders. The goal is to eliminate, mitigate, or control hazards, which are the states that can lead to these losses.
	Safety-I	Safety-II	System Safety Engineering	Safety-III							
Definition of Safety	As few things as possible go wrong	As many things as possible go right	Safety is usually defined as freedom from unacceptable losses as identified by the stakeholders, but may be defined in terms of acceptable risk or ALARP in some fields. The goal is to eliminate, mitigate, or control hazards, which are the states that can lead to these losses.	Safety is defined as freedom from unacceptable losses as identified by the system stakeholders. The goal is to eliminate, mitigate, or control hazards, which are the states that can lead to these losses.							

		<b>Safety Management "Principle"</b>			
		Safety-I	Safety-II	System Safety Engineering	Safety-III
	Safety Management Principle	Reactive, respond when something happens, or is categorised as an unacceptable risk	Proactive, continuously trying to anticipate developments and events	Concentrates on preventing hazards and accidents but does learn from accidents, incidents, and audits of how the system is performing.	Concentrate on preventing hazards and losses, but learn from accidents, incidents, and audits of how the system is performing.
		<p>[1, S. 53]</p> <p>Bereits in der Kategorie Safety-II müsste man die Möglichkeit eines ungünstigen Verlaufes in die Überlegungen zur Therapieplanung einbeziehen. Was bedeutet das für den gemeldeten Fall?</p> <p>Manchmal gehen Operationen andere als die geplanten Wege und dann könnte es doch dazu kommen, dass eine Transfusion in Erwägung gezogen werden müsste. Denken wir die Situation theoretisch vom Ende her, dann wird klar, dass wir den Patienten in spirituelle Nöte bringen würden, wenn wir die Indikation zur Transfusion gestellt hätten und vielleicht andere Maßnahmen nicht ausgereizt waren, um die Transfusion zu vermeiden.</p> <p>Schließen wir diese Überlegungen in unsere Handlungen ein, dann wäre es sinnvoll, zumindest eine Absprache der Notwendigkeiten in Form einer OP-Konferenz am Vortag durch die Bereichsleitungen durchzuführen bzw. im Fall der Transfusionsnotwendigkeit oder bei der Nachbesprechung als M&amp;M-Konferenz das gesamte Team in die Handlungen und Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Die Information zur spirituellen Ausrichtung des Patienten ist relevant und leitet potentiell therapeutische Entscheidungen. Insbesondere bei Operationen, die nicht mit einem regelhaft erhöhten Transfusionsrisiko einhergehen, ist es dem Zufall überlassen, ob die Besonderheit im Rahmen der Prämedikationsvisite besprochen wird oder auch nicht.</p> <p>Grundlage der kollegialen Zusammenarbeit ist es, notwendige Informationen zu teilen und dem Adressaten die Möglichkeit zu geben seine Behandlungsstrategie entsprechend auszurichten. Der mit einer frühzeitigen Information verbundene Aufwand ist gering, der Gewinn für die Sicherung einer adäquaten, individualisierten Versorgung ungleich höher. Spätestens bei der OP-Anmeldung sollte der besondere, individuelle Sachverhalt des Patienten kenntlich gemacht werden.</p> <p>Die Aufklärung des Patienten in der Einleitung ist zwar eine höfliche Notwendigkeit, unter Midazolam-Wirkung nicht rechtssicher. Mit oder ohne die Wirkung des Benzodiazepins ist eine Entscheidung zwischen Tod und der unerwünschten Transfusion eine Zumutung für den Patienten.</p>			
<b>Prozesseilschritt*</b>		7 - Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten			
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>		EK			

<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Aufklärung, OP
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	ASA 1, Wochentag
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/nein
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/nein
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	„Vor Narkoseinduktion erfolgte eine Überprüfung der Unterlagen und der Widerspruch fiel auf.“
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	2/5
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	1/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/VA – OP Team (Anästhesie, Chirurgie, OP-Personal, Schleuse): Anmeldung der Operationen im OP-Management-Tool der Klinik</li> <li>2. SOP/VA – Chirurgie/Anästhesie: Betreuung und Aufklärung von Zeugen Jehovahs</li> <li>3. Kommunikationstraining: Kollegiale Zusammenarbeit</li> <li>4. M&amp;M-Konferenz zum Fall</li> <li>5. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IT, OP-Management, GF, CA Anästhesie, CA Chirurgie: Stringente Ablehnung eines geplanten OP-Punktes ohne</li> </ol>

	<p>die Angabe zur Blutbereitstellung und deren Bedingungen (Blutverlust der OP, Antikörperkonstellation, bereitgestellte EKs, Verweigerung des Patienten, geplante autologe Verfahren etc.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. IT, GF, OP-Manager, CA Anästhesie, CA Chirurgie: Etablierung von sicheren Wegen der Regelkommunikation zum Beispiel einer OP-Konferenz am Vortag</li> <li>3. GF, QM: Besonderes Aufklärungsformular und besondere Kennzeichnung von Zeugen Jehovahs in der Krankenakte</li> <li>4. Bundesgesundheitsministerium, Gematik, Telematik [2]: Aufnahme des Wunsches nach Verzicht auf Fremdbluttransfusion in der elektronischen Krankenkassenkarte</li> </ol>
--	---

**Literatur/ Quellen:**

- [1] Leveson N. Safety III: A Systems Approach to Safety and Resilience. MIT Partnership for Systems Approaches to Safety and Security (PSASS); 2020, S.110 [Online].  
 Verfügbar unter: <http://sunnyday.mit.edu/safety-3.pdf> (letzter Zugriff: 24.09.2023)
- [2] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-gesundheitskarte.html> (letzter Zugriff: 30.10.2023)

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

AA	Arbeitsanweisung	OP	Operationsaal
CA	Chefarzt/Chefärztin	QM	Qualitätsmanagement
GF	Geschäftsführer/in	SOP	Standard Operating Procedure
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	VA	Verfahrensweisung
IT	Informationstechnik/er		

**\* 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**

<b>Wiederholungsrisiko</b>		<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
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