

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	PBM - Qualität an den Anfang!
Fall-ID	217-2024-L7C4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Art des Fehlers: PBM, Fehlerursprung: Anämietherapie</p> <p>Eine 81-jährige Patientin, prämed. zum Knie-Tep Ausbau bei Verdacht auf Infekt in 1 Wo.</p> <p>Die Patientin ist erheblich vorerkrankt, 2GE KHK mit Stent, mittelgradige Mitralinsuffizienz, kleines PFO (Persistierendes Foramen Ovale) mit Rechtes/Links Shunt, Absoluta Vorflimmern unter Apixaban, Arterielle Hypertonie, Beinödeme unter unzureichender Diuretikatherapie, Niereninsuffizienz, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankungen), Nikotinabusus, seit Jahren chronische transfusionspflichtig mikrozytäre hypochrome Anämie, ohne diagnostizierte Blutungsquelle in ÖGD (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie) und Coloskopie (vereinzelt Sigmadivertikel, Singulärpolyp) und leichte Antrumgastritis ohne sichtbare Blutungen vor 2 Monaten).</p> <p>Der Hb war aktuell 9,6 g/dl. Die Patientin wird über ein erhöhtes Narkose- und Operationsrisiko aufgeklärt.</p> <p>Der Operateur will am OP-Termin festhalten, aber dann eben mehr Blutkonserven bestellen. Der Kardiologe rät zur Intensivierung der diuretischen Therapie. Die Innere Fachabteilung und Notfallambulanz wiesen auf Bettennot über das Wochenende und am Montag hin. Der Hausarzt selbst ist die Ferienwoche in Urlaub; Vertretung zur Einweisung am Freitagmittag wurde bereits an Ärztlichen Notdienst verwiesen.</p> <p>Die Patientin wird nochmalig angerufen (ist schon zu Hause) und die Terminverschiebung angeraten. Die ganze Prämedikation hat bereits bei der alten Dame über 30 min gedauert (normal sind 12 min), mit der Nachsorge und Korrespondenz, Anrufe und Dokumentation nahezu bei einer Stunde. Resultat: Frust und Ärger, mit der Frage - was würden Sie das nächste Mal machen?</p>

<p>Problem</p>	<p>Wenn die Qualität der Behandlung nicht am Anfang steht, entstehen im klinischen Alltag Folgeprobleme, die den Aufwand letztlich erheblich erhöhen und trotzdem nicht zum gewünschten Qualitätsniveau führen.</p> <p>Eine bewusste Inkaufnahme des erhöhten Risikos ist mit der Notwendigkeit einer präoperativen Optimierung nicht vereinbar. Die Beschreibung der klinischen Ausgangssituation lässt sich mit einem „not fit for a haircut“ zusammenfassen. Die Aufklärung über ein erhöhtes Operations- und Eingriffsrisiko ersetzt keinesfalls die Verpflichtung zur präoperativen Optimierung und widerspricht dem ärztlichen Prinzip des „primum nihil nocere“ (d.h. „Zuerst einmal nicht schaden!“). Keinesfalls schützt eine solche Freigabe durch die Patientin, die die Tragweite vermutlich nicht abschätzen kann, vor einem juristischen Freibrief.</p> <p>Die Richtlinie Hämotherapie fordert im Abschnitt 4.2 Patienten-individualisierte Hämotherapie hierzu: „Vor der Substitutionsbehandlung mit Blutprodukten ist Patienten-individuell anhand jeweils aktueller Befunde zu prüfen, ob andere Maßnahmen geeignet sind, chronische oder akute Mangelzustände zu beheben. Hierzu zählen die Optimierung des Erythrozytenvolumens, die Minimierung von Blutungen und Blutverlusten sowie die Erhöhung und Ausschöpfung der Anämietoleranz (Patient Blood Management; Patienten-individualisierte Hämotherapie)“ [1, S. 62].</p> <p>Selbstverständlich muss die Möglichkeit der Optimierung immer auch die klinische Verschlimmerung durch Zuwarten oder Verzögerung bewerten. Wir können der Meldung nicht entnehmen, ob im Sinne der Patientin weiter gehandelt wurde.</p> <p>Zum Verschieben von Maßnahmen gehört immer auch die Erklärung welche Optionen bestehen und dass sich der zeitliche Einsatz der Verschiebung im Sinne einer erhöhten Sicherheit auszahlt.</p> <p>Am Ende unserer vorbereitenden Maßnahmen ist ein optimale Ausgangssituation das Ziel. Das dabei in Einzelfällen ein Vielfaches der durchschnittlich erforderlichen Zeit aufgewendet werden muss liegt in der komplexen Natur unserer Tätigkeit und ist im berichteten Fall durch die wenig sorgfältige Indikationsstellung und ungünstige Begleitumstände verschlimmert worden. Die Frustration wegen des ineffizienten Ablaufs ist nachvollziehbar.</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>8 - Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>nein</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Ambulanz</p>

Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochentag, ASA 3, Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A - zwischen Personen
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>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
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. VA Präprative Anämie 2. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bestimmung des verfügbaren Erythrozytenvolumens

Häufig verwendete Abkürzungen:

EK Erythrozytenkonzentrat
 VA Verfahrensanweisung

*** 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

Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

**** 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