

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	Anforderungsfehler bei Demerskatheter OP
Fall-ID	218-2024-L917
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Anforderungsfehler, da nicht indiziert und unnötig.</p> <p>Ein 61-jähriger Patient ist zur Shunt- und Demersanlage im OP. Der Patient hat keine Vorerkrankungen bis auf einem bislang unbehandelten Hypertonus, der zur Dialysepflichtigkeit geführt hat. Seit 4 Tagen ist die Dialysepflicht bekannt und auch die OP-Anmeldung.</p> <p>Von der Stations- und Fachärztin der Nephrologie wird auf dem Formular eine Blutgruppe, Kreuzprobe und das Auskreuzen von 2 EKs angefordert.</p> <p>Nach Rücksprache des aufmerksamen Anästhesisten mit dem Operateur (durchschnittlicher Blutverlust des Eingriffs liegt bei 50ml) wird auf der Nephrologie nochmalig Bescheid gesagt, dass zumindest das Auskreuzen in Zukunft unterbleiben kann.</p>
Problem	<p>Ob eine Kreuzprobe bei dem beschriebenen Fall erforderlich ist, sollte anhand der hausinternen Daten bewertet werden. Üblich ist ein geringes Blutungsrisiko, dass diese Maßnahme nicht erforderlich macht. Im Jahr 2023 lag die Wahrscheinlichkeit für eine Transfusion aller DRG-Fälle bei denen ein Demers-Katheter angelegt wurde unter 1,4% [1]. Leider sind keine Daten verfügbar welcher Anteil perioperativ transfundiert wurde. Es ist hier von einer kleinen Untergruppe auszugehen.</p> <p>Die Erstellung von einrichtungsbezogenen Bedarfslisten ist in der Hämotherapie Richtlinie [2] vorgeschrieben und stellt für den klinisch tätigen Arzt die notwendige Transparenz her. Fehlen gängige Eingriffe in der Liste heißt dies umgekehrt, Kreuzproben sind hier grundsätzlich entbehrlich. Ist für den individuellen Patienten dennoch eine Transfusion geplant, sollte die Indikation (z.B. renale Anämie Hb4,5 g/dl) vom anfordernden Arzt angegeben werden. Das Transfusionsgesetz (§13 Abs, 1) schreibt für letztgenannten eine besondere Sachkunde vor, die im vorliegenden Fall offensichtlich fehlte.</p>

	<p>Wir gehen davon aus, dass vor der OP-Anmeldung ein Konsil durch die Chirurgie erfolgte. Hier wäre die notwendige OP-Vorbereitung zu benennen. Wenn man sich den Aufschrieb im Einzelfall ersparen möchte, könnte man auch auf einen hausinternen verfügbaren Standard verweisen. Man kann nicht davon ausgehen, dass die konservativ tätige Nephrologin genaue Kenntnisse zum OP-Verfahren hat. Offensichtlich gab es im Meldefall Unsicherheiten hierzu. Um dann den Eingriff nicht zu gefährden, werden vermutlich eher eskalative Maßnahmen ergriffen, die den internen Aufwand und Kosten erhöhen sowie die Versorgung mit Blutprodukten für andere Verfahren beeinträchtigen.</p> <p>Denn verkreuzte EK lassen den Konservenbestand altern, so dass die Verfallsrate steigt. Bei seltenen Blutgruppen (z.B. RhD-neg.) gefährden unnötige Kreuzproben zudem die Versorgung anderer Patienten.</p> <p>Wir stellen uns die Frage, warum die Nephrologin nicht nachgefragt hatte welche Vorbereitungen erforderlich sind. Hier sollte die Meldeorganisation sich die Frage stellen, ob ein unterstützender Ansatz in der Team-Kommunikation vorherrscht oder ob Nachfragen als Zumutung negativ sanktioniert werden.</p> <p>Hilfreich wäre auch die frühzeitige Vorbereitung der WHO-Checkliste. Hier findet sich der Hinweis auf den erwarteten Blutverlust.</p> <p>Wir haben die Vermutung, dass die Rückmeldung an die Fachabteilung wenig sinnvoll ist, um eine Wiederholung zu vermeiden. Solche ad-hoc Rückkopplungen geraten meist in Vergessenheit, wenn die Anlässe selten sind. Ein formulierter Anmeldestandard würde Zeit sparen und die Sicherheit erhöhen.</p>
Prozesseilschritt*	2 – Fehler bei der Anforderung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Nein
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Nephrologische Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochentag, Routine, ASA 3, Facharzt
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>	<u>Aufmerksamer Anästhesist/in</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	1/5
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 OP-Anmeldung 2. WHO-Checkliste frühzeitig vorbereiten 3. Eingriffstandards im Intranet 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Förderung der offenen fachabteilungs- und sektorenübergreifenden Kommunikation (vgl. CRM)

Literatur/ Quellen:

- [1] InEK DatenBrowser: OPS 5-399.5“. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf](https://datenbrowser.inek.org/DRG202401?q=eyJhZ2VHcm91cCl6W10slmRlcHQiOltldLCJkcmciOltldLCJmdXJ0aGVyUHJvY2VkdXJlIjpbXSwiZnVydGhlcINiY29uZGFyeURpYWdub3Npcyl6W10slm1haW5EaWFnbm9zaXMiOltldLCJwcm9jZWR1cmUiOlt7ImNvZGUiOil1LTM5OS41liwiaWQjOjlyNDM5LjUyY2VhZmVudCJmZjIjoiQW5kZXJlE9wZXJhdGlvbmVulGFuEJsdXRnZWbk32VuOiBjBjB5Y50YXRpb24gb2RlciBXZWNoc2VslHZvbiB2ZW72c2VulEthdGhldGVydmVyd2VpbHN5c3RlbWVulCh6LklulHp1ciBdaGVtb3RoZXJhcGllIG9kZXIge nVylFNjaG1lcnp0aGVyYXBpZSkifV0sInNlY29uZGFyeURpYWdub3Npcyl6W10slmJlZENSyXNzljpbXSuibG9zR3JvdXAiOlt-dfQ%3D%3D. [Zugegriffen: 23. Februar 2024]</p>
<p>[2] Richtlinie Hämotherapie 2023, Kap. 6.4.2.2.2i</p>
<p>Bundesärztekammer (Hrsg.). Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie): aufgestellt gemäß §§12a und 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut: Gesamtnovelle 2023. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.</p>
<p><a href=)

Häufig verwendete Abkürzungen:

EK	Erythrozytenkonzentrat	VA	Verfahrensanweisung
OP	Operationssaal		

Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

*** 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

- | | |
|-----|--|
| 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 |