



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	Keine Eks gekreuzt
Fall-ID	CM-137003-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Patient war präoperativ klinisch bis auf eine Anämie (Hb<8) in gutem Allgemeinzustand. Bei der geplanten Operation war ein größerer Blutverlust nicht unwahrscheinlich. Deshalb wurde bei der Prämedikationsvisite empfohlen, dass der Operateur bestimmt, wieviele Blutkonserven gekreuzt werden. Es wurde von Seiten der Anästhesie empfohlen, je nach Einschätzung des Operateurs bis zu 4 EKs und 4 FFPs bereitzustellen. Beim Team-Time-Out waren anwesend: 2 Weiterbildungsassistenten Anästhesie, 1 Weiterbildungsassistent des OP-Teams, 1 Oberarzt des OP-Teams, 2 OP-Pflegekräfte, 1 Anästhesie-Pflegekraft. Der Hauptoperateur fehlte. Es fiel auf, dass zwar eine Blutgruppe bestimmt wurde, jedoch keine EKs gekreuzt worden waren. Es wurde darauf hingewiesen und umgehend Blutproben zum Einkreuzen abgenommen. Der Oberarzt des OP-Teams entschied, trotz der hohen Transfusionswahrscheinlichkeit die Operation zu beginnen. Der Oberarzt der Anästhesie wurde informiert unter der Frage, ob ein Veto eingelegt werden sollte. Dies wurde verneint und die Operation begann. Es wurden ungekreuzte EKs bereitgestellt. Ca. 1 h nach Schnitt betrat der Hauptoperateur den OP-Saal. Nach ca. 2 Stunden erkundigte er sich, nach dem Hb-Wert (7,7). Er beschloss daraufhin, eine Operationspause einzulegen und das Ergebnis der Kreuzprobe abzuwarten.</p> <p>Als ungünstig erscheint dem Meldenden, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Fehlen der EKs erst nach der Narkoseeinleitung bemerkt wurde. • die Operation begonnen wurde, obwohl bei absehbar hohem Blutverlust zum Zeitpunkt des OP-Beginns keine EKs gekreuzt waren. • der Hauptoperateur viel zu spät über den niedrigen präoperativen Hb informiert wurde. <p>Vielleicht könnte in Zukunft der Hauptoperateur beim</p>

	<p>aussagekräftig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein elektiver Patient mit dieser ausgeprägten Anämie darf eigentlich in einem kontrollierten OP-Managementsystem nicht anmeldbar sein. • Die Kommunikation der Anästhesie und der Chirurgie erscheint verbesserungsbedürftig. Eine wünschenswerte verbesserte Kommunikation hätte diesen Fall vermutlich nicht so entstehen lassen. Wichtig erscheint, dass ein Teambewusstsein aus diesem Fallbericht nicht unbedingt ersichtlich ist und 2 Fachbereiche hier getrennt an einem Patienten arbeiten. Das sollte im Sinne der Behandlungsqualität vermieden werden.
Prozesseilschritt**	2 Anforderung, 7 präoperative Vorbereitung - Anämietherapie
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, Prämedikationsambulanz
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aus Hilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Routine, Wochentag
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 den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein/ nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Die fehlenden EK's wurden vor OP-Beginn bemerkt und umgehend nachgekreuzt.
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess-	Prozessqualität: 1. Fortbildung für Ärzte und OP-Team: Bedeu-

<p>und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>tung, Ursachen, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten der präoperativen Anämie.</p> <ol style="list-style-type: none">2. SOP/Verfahrensweisung Anästhesie/Chirurgie: Umgang mit der Anämie bei präoperativen Patienten, Unterschied in Diagnostik und Therapie bei elektiven und dringlichen operativen Eingriffen.3. SOP/Verfahrensweisung: Beachtung und Umsetzung des Ergebnisses der präoperativen WHO-Checkliste.4. SOP/Verfahrensweisung Anästhesie: Diagnostik und Klinikpfad bei präoperativer Anämie.5. Fortbildung/SOP/Verfahrensweisung: Blutbedarf in dieser Institution der einzelnen Eingriffe- Evidenz- und datenbasierte Erhebung des Blutverlusts und Transfusionsbedarfs bei den einzelnen Eingriffen.6. Meldung an die Transfusionskommission. <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anmeldung in der OP-Management Software mit Plausibilitätsprüfung und Laborvernetzung: Keine elektiven Eingriffe mit hohem Blutverlust bei Anämie.2. Maßnahmen zur Teambildung (Coaching, gemeinsame Fortbildungen und Freizeitaktivitäten, Konfliktbewältigungsstrategien, Balint Gruppen und KaiZen-Seminare etc.).3. Investition und Einrichtung einer Logistik zur individuellen Hämotherapie in der anästhesiologischen Prämedikationsambulanz (Zum Beispiel zur noninvasiven Hämoglobin-Messung, Patientenaufklärungsbögen zur präoperativen Anämie).4. Etablierung eines Klinikpfades zum „Patient Blood Management“: Umsetzung von Diagnostik und Behandlung der präoperativen Anämie.5. Etablierung und Strukturierung einer Logistik der Anämitherapie hinsichtlich interdisziplinärer Zusammenarbeit und konsiliarische Betreuung von HA, Einweiser, Hämatologe und Fachbereich des Krankenhauses inklusive Einbeziehung des medizinischen Controllings bezüglich der Vergütungsmöglichkeiten.6. Regelmäßige Ausgabe der Statistik der haus eigenen Blutbank/Depot und Eingabe ins KIS, Vernetzung mit der OP-Anmeldung: Blutbereitstellungsliste je Eingriff.
---	---

	<p>7. Routinemäßige computerisierte Errechnung der Erythrozytenmasse eines Patienten (Formel s.o.) und Ausgabe ins KIS</p> <p>8. Angabe der Konsequenzen auf dem WHO-Checklistenformular, wenn ein Patient die Anforderungen nicht erfüllt (z.B.: „CAVE: NICHT EINSCHLEUSEN!!“</p>
--	--

***Risikokala:**

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

****Prozesseilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation