



## 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>	Thromboserisiko erhöht durch Absetzen Vit.K-Antagonist
<b>Fall-ID</b>	CM-31260-2016
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	Ein Patient unter Marcumar muss eine therapeutische Punktion erhalten. Der Vitamin-K-Antagonist wird pausiert. Am Folgetag ist der Quick-Wert akzeptabel, aufgrund Ärzteüberlastung erfolgt aber keine Punktion. Marcumar wird weiter pausiert. Erst am Folgetag wurde die Marcumar-Therapie überlappend mit Heparin wieder begonnen. Es wurden bisher keine Komplikationen bemerkt, aber das Risiko für eine Thrombose/Embolie war erhöht und es war eine Neuheparinisierung erforderlich.
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Thromboemboliegefahr durch ein Marcumar-Bridging für eine therapeutische Punktion muss der indikationstellende Arzt in Anbetracht der zu erwartenden Blutungskomplikation einschätzen und gegeneinander abwägen. Die ungeschützte Phase sollte so kurz wie möglich sein. In diesem geschilderten Fall allerdings kann das Thromboembolierisiko bzw. ein Blutungsrisiko nicht abgeschätzt werden, da weder die Ursache für die Marcumarisierung noch der Punktionsort genannt ist. So streng scheint die Antikoagulation nicht zu sein, da erfahrungsgemäß eine Pause von nur 24h unter guter Marcumareinstellung (Phenprocoumon hat eine HWZ von 48h) und eine INR von 1,5 nicht zu einem akzeptablen Quickwert führt. Mit der Einführung der oralen Antikoagulantien, die eine kürzere HWZ haben und keinen eindeutig zu interpretierenden Laborwert als Hinweis auf ihre Wirksamkeit könnte in Zukunft solch eine Pause die Thromboemboliegefahr tatsächlich wesentlich steigern.</li> <li>Kommt es aufgrund von nachgewiesenen Organisationsfehlern zum Schadensfall (hier Thromboembolie) bei einem Patienten, so könnte ein Richter das als Organisationsverschulden bewerten. Da aber auch hier nicht die Gründe der Ärzteüberlastung genannt sind,</li> </ul>

	ist nicht klar, was zur Überlastung und zum Verschieben des Eingriffs geführt hat. Da es meist medizinisch begründete unplanbare Notfälle auf einer ITS sind, zumal noch am Wochenende/Feiertag, die als Begründung einer Terminverschiebung in Frage kommen, ist das hier unwahrscheinlich. Ein Urteil bei ärztlicher Unterbesetzung der ITS ist allerdings denkbar, wenn auch der Auswertekommission nicht persönlich bekannt.
<b>Prozesseilschritt**</b>	2 Anforderung von Blutkonserven
<b>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</b>	EKs
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Intensiv
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA )</b>	Routine, Wochenende, Feiertag, ASA3
<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 den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</b>	Nein/nein
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	
<b>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</b>	<b>3/5</b>
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	<b>3/5</b>
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<b>Prozessqualität:</b> 1. Fortbildung Bridging und Thromboembolieprophylaxe (s.S.3-Leitlinie der DGAI von 2009: <a href="http://www.dgai.de/aktuelles/Die_neue_S3-Leitlinie_zur_Thromboembolieprophylaxe_09.07.09.pdf">http://www.dgai.de/aktuelles/Die_neue_S3-Leitlinie_zur_Thromboembolieprophylaxe_09.07.09.pdf</a> )

	<p>2. SOP - Regelung der Überlastung der Ärzte auf Intensivstation. Evtl. im Sinne einer Anordnung, wer bei ungeplantem zusätzlichem Arbeitsaufkommen zur kurzfristigen Aushilfe gerufen werden kann.</p> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einsatz von POCT-INR Kontrollen zum Monitoring des Antikoagulations-Bridging auf Intensivstation (engmaschigere Untersuchungen mit weniger Blutverlust möglich)</li> <li>2. Ist die Überlastung der Ärzte auf der genannten ITS ein Dauerzustand? Sollte eine Personalverstärkung in Betracht gezogen werden? Soll für dringliche Eingriffe am Wochenende ein Rufdienst eingerichtet werden? Gibt es innerhäusige Aushilfsmöglichkeiten?</li> <li>3. Im PDMS der ITS sollte die Verordnung automatisch fortgeführt werden, oder durch ein PopUP sollte auf das Versäumnis hingewiesen werden.</li> </ol>
--	--

**\*Risikokala:**

**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

**\*\*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