



# Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRS-Medical von DGAI/BDA

Thema/Titel	Blutung durch Kommunikationsfehler (Heparin statt Protamin)
Fall-ID	CM2903/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Periphere Gefäßoperation, Patient während gesamter OP stabil. Anästhesist wurde zur Mittagspause abgelöst, in dieser Zeit wurden x IE Heparin gegeben. Einige Stunden später bittet der Chirurg, y IE Heparin zu spritzen. Anästhesist wundert sich, fragt nach, Chirurg sagt `ja, y IE`. Wenig später murmelt der Chirurg etwas vor sich hin und bittet, noch mal y IE zu spritzen. Anästhesist führt dies aus. Kurze Zeit später verlangt der Chirurg, die Gerinnung zu kontrollieren, da es blutet. Darauf hinterfragt der Anästhesist, ob es Sinn macht, so kurz nach einer Heparin-Gabe die Gerinnung zu kontrollieren, worauf der Chirurg entsetzt sagte, er habe doch Protamin gewollt. Darauf wurden z IE Protamin gespritzt, anschließend die Operationswunde verschlossen und der Patient in den Aufwachraum gebracht. Es war eine weitaus überproportionale Protamingabe im Verhältnis zur Heparin-Gabe notwendig. Die Gerinnungskontrolle macht jedoch die Heparin-Gabe als ursächlich für die Blutung trotzdem sehr wahrscheinlich. Keine point of care-Gerinnungsdiagnostik vorhanden, auf Gerinnung im Labor muss lange gewartet werden. Eine Hb- und Gerinnungskontrolle wurden vor Ausschleusung abgenommen. Im Aufwachraum fiel ein blutig durchgeschlagener Verband auf. Nach kurzer Inspektion durch den Chirurgen wurde die Indikation für eine Revision festgestellt. Während der Revision mussten einige EKs und FFPs gegeben werden. Der Patient war während der gesamten Zeit kreislaufstabil.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kommunikationsfehler zwischen Chirurg und Anästhesist</li><li>• Zeitverzug der Diagnostik: einfache ACT wäre schnell verfügbar gewesen. POC-gestützte Diagnostik der sich entwickelnden Koagulopathie war nicht verfügbar</li></ul>

Prozesseilschritt**	Nicht betroffen, Hämotherapiefehler
Wesentliche Begleitumstände	Routine, ASA 3, erfahrener Arzt
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	"Die Verwechslung von Heparin und Protamin wurde erkannt. Frühzeitige Gerinnungskontrolle. Frühzeitig adäquate Volumengabe."
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksames Mitdenken des ersten Anästhesisten und eine vollständige Übergabe anhand eines sorgfältigen Narkoseprotokolls zur Dokumentation, als auch Kenntnis des Eingriffs der Standardvorgehensweise der Heparinisierung und auch Antagonisierung von beiden Anästhesisten hätten eigentlich dazu führen müssen, dass der zweite Anästhesist nicht nur das Gehörte nachfragt, sondern auch die Abweichung vom Standardvorgehen hinterfragt. Das kann in entspanntem Ton zum eigenen Verständnis erfolgen, das wird auch meist gern von chirurgischer Seite beantwortet (nach Vereinbarung der Berufsverbände der Chirurgie und Anästhesie erfolgt die Arzneimittelgabe während des Eingriffs in ABSPRACHE (der Anästhesist hat gleiches Mitspracherecht: <a href="http://www.BDA.de/06pdf/01_1_019-chirurgie.pdf">www.BDA.de/06pdf/01_1_019-chirurgie.pdf</a>, )</li> <li>• Nachfragen des frischen Anästhesisten in gutem Arbeitsklima hätte diese folgenschwere Verwechslung verhindern können. Gutes Arbeitsklima lässt sich meist durch intensiven interdisziplinären Austausch im Rahmen von gemeinsamen Fortbildungen oder Fallkonferenzen erreichen. Eigener Kommentar des Meldenden: "Kommunikation muss besser funktionieren. Alle Beteiligten müssen mitdenken und bei Anordnungen, die nicht auf den ersten Blick logisch sind diskutieren, um Verwechslungen auszuschließen. Eine Thrombelastographie hätte dieses Ereignis nicht verhindert, die Nachblutung jedoch deutlich verkürzt und den Transfusionsbedarf verringert."</li> </ul> <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• POC-Diagnostik (ACT) und Steuerung der Heparin/Protamintherapie</li> <li>• POC-Monitoring der Blutverlust-Koagulopathie</li> </ul>

\*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

**\*\*Prozessschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation