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	Transfusion wegen Fehlfunktion der MAT
Fall-ID	100-2015-N8H4-schwierige Blutgruppenbestimmung bei Vortransfusion
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Der diensthabende Anästhesist erfuhr erst auf Nachfrage beim Operateur im Bereitschaftsdienst am Wochenende, dass für die geplante OP (Osteosynthese mit rel. hoher Transfusionswahrscheinlichkeit) keine EK bereitstehen. Die 91jährige Patientin war auf dem Notfallprogramm des OP-Computers für 10:00 Uhr terminiert, dann habe er Zeit. Die Frau habe allerdings ein auffälliges Labor. Beim Aufrufen der Laborwerte zeigt sich eine schwere Anämie mit einem Hb-Gehalt von 5,5 mg/dl! Auf nochmalige Rückfrage beim Operateur war zu erfahren, dass die Ursache für die Anämie nicht bekannt sei, die internistische Abklärung laufe. Er wollte im Gegenzug wissen, wann er denn jetzt anfangen könne und ob denn jetzt endlich die Sache mit dem Blut geklärt sei. Bislang war keine Transfusion angeregt worden, die Blutgruppe der Patientin (A Rh D pos., AKS neg) war zwar bestimmt worden, aber wegen Mangel an blutgruppengleichen EK noch nicht transfundiert. Die Operation wurde sehr zum Unwillen des Operateurs verschoben und die Patientin erhielt an den drei aufeinanderfolgenden Tagen jeweils ein EK der Blutgruppe 0, da über den Feiertag keine blutguppengleichen Eks aufzutreiben waren. In diesen Tagen stürzte die Patientin abermals. Die Indikation zur operativen Versorgung an anderem Standort der Klinik wurde gestellt. Im Rahmen der OP-Vorbereitung sollte dort Blut gekreuzt werden. Die (nächtliche) ABD-Kontrolle im dortigen Labor erbrachte das Ergebnis 0 Rh D pos. Da die Untersuchung nicht eilte (der Hb- war mittlerweile über 8g/dl), wollte die diensthabende MTLA die Untersuchung am nächsten Tag (im Regeldienst) wiederholten. Die Problematik wurde von ihr nicht kommuniziert. Am Folgetag sollte die Patientin operiert werden. Der dortige diensthabende Anästhesist erfragte, ob EKs bereitstehen, erfuhr so

	von der Problematik. Er stellte den operativen Eingriff bis zur Klärung erneut zurück und verlangte die erneute vollständige Blutgruppenbestimmung mit frisch abgenommenen Kreuzblut. Diesmal war das Erythrozytenmerkmal A, wenn auch nur sehr diskret, nachweisbar. Die Serumgegenprobe war eindeutig für die Blutgruppe A (Anti-A neg, Anti-B +++). Die Operation konnte mit einer zeitlichen Verzögerung von ca. 3 Tagen im ersten Fall, und im zweiten Fall von zwei Stunden, aufgenommen werden.
Problem	• Bei einer betagten Patientin muss die operative Versorgung zwei mal verschoben werden, weil das Hämotherapie-Management in diesen Häusern anscheinend allein in den Händen der Anästhesisten liegt. Die Chirurgen an beiden Standorten (die Begründung für den Standortwechsel liegt uns leider nicht vor, erscheint aber nicht zwangsläufig einleuchtend wenn sie mal in einem dann im anderen Standort operiert werden sollte) kümmern sich recht wenig um diesen Belang der Krankenversorgung. • Und es zeigt, dass fehlendes Management der präoperativen Anämie im ersten Fall Tage und die schwierige Laborkonstellation und Diagnose der Blutgruppe nur Stunden kostete. Die blutgruppenkompatible Transfusion (EK 0, Patient A) an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen erschwerte in einer späteren ABD-Kontrolle den eindeutigen Blutgruppennachweis. • Ein weiteres gravierendes Problem in dieser Institution ist die fehlende, frühzeitige Kommunikation zwischen Chirurg, Anästhesist und Innere bei der präoperativen Vorbereitung der Patientin zur OP. Als auch im Weiteren ist die Kommunikation mit dem immunhämatologischen Labor ebenfalls obwohl gut standardisierbar, mangelhaft. Aber natürlich obliegt dem Operateur / der behandelnden Abteilung die Verpflichtung zur Nachfrage, ob Eks für den geplanten Eingriff bereitstehen. • Es ist nicht zweifelsfrei anzunehmen, dass der erneute Sturz eine Anämie-Symptomatik darstellt. Die langsame Auftransfusion über drei Tage ist vermutlich in diesem Alter den Komorbiditäten angepasst und adäquat. Ob die Patientin noch Eisen/Epotherapie bekam, ist nicht geschildert ebensowenig wie die Ursache der Anämie.

	• Die Kreuzprobenanalytik und AKS-Tests in diesem Fall laufen alle ohne erkennbare Notwendigkeit im Wochenend- und Nachtdienst. Dieser Arbeitsaufwand ist einfach und sicher in die Routinearbeitszeit zu verlagern, wenn die verantwortlichen Ärzte die Anforderungen für diese Tests in dieser Zeit anfordern.
Prozessteilschritt**	Indikationsstellung, präoperative Anämietherapie
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Ambulanz/Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III-IV, Wochend-NAchtdienst
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 Kommissionskommentar	
***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)	**Prozessqualität:** 1. SOP/Verfahrensanweisung/ Fortbildung: Präoperative Vorbereitung von Patienten 2. Fortbildung der Chirurgen, Anästhesisten, Internisten: Blutsparende Konzepte in der Alterstraumatologie, präoperative Anämietherapie auch im Trauma, interdisziplinäre Konzepte 3. Fortbildungsreihe Ärzte: Wichtige interdisziplinäre Krankheitsbilder und Symptome: perioperative Anämie, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, Delir, Sturzprävention, Demenz... 4. Fortbildung/SOP: Gerinnungs- und Kreislaufmonitoring beim massiven Blutverlust 5. Überprüfung der Verlegungslogistik innerhalb der Standorte- Abwägung von Risiken und Aufwand 6. Meldung an die Transfusionskommission

	Strukturqualität: 1. Interdisziplinärer Klinikpfad in der Alterstraumatologie- von Ambulanz über Operation zur Früh-Reha 2. Softwarekommunikation zwischen Labor, Blutbank, OP-Anmeldungsprogramm und KIS mit Alerts für fehlende Blutbereitstellung und nicht vorhandene kompatible Blutkonserven 3. Team/Kommunikationscoaching 4. Etablierung einer Anämie/Hämotherapie-Ambulanz und spezielle hämatologische Einbindung ins Programm/PBM-Konzept

*Risikoskala:

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**

****Prozessteilschritte 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