



## Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem PaSOS von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



PaSOS/PaSIS-DGAI/BDA

Thema/Titel	Beginn der Anästhesie, ohne dass kompatible EK vorliegen beim Vorliegen von multiplen AK (Anti-LAN neben div. Auto-AK)
Fall-ID	01-2009-r5v0
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Auf chirurgisches Drängen hat die Anästhesie einen Patienten eingeleitet, für den aufgrund der vorhandenen Antikörper keine Erythrozytenkonzentrate bei einer Patientin 7 Tage nach osteosynthetischer Versorgung einer Humerusfraktur und jetzigen periprothetischen Fraktur verfügbar waren. Bei der Pat. waren multiple und seltene AK vorhanden und bekannt (außer schwerer KHK, Herzinsuffizienz und Aspirineinnahme nach Apoplex vor 3 J). Die initiale OP hatte ein nicht kompatibles Ek erfordert beim Hb von 6,5 g/dL- schon damals war die Nichtverfügbarkeit kompatibler EKs trotz des regelmäßigen postoperativen Blutbedarfs (ca. 1 - 1,5 Einheiten) missachtet worden. Dadurch wurden die relativ geringen AK Titer von 1:100 auf dann 1:10 000 geboostert. Der HB-Spiegel war bei 8,8 g/dl. Am Vortag war mit dem Oberarzt der Chirurgie anhand des vorauszusehenden Transfusionsbedarfs der Revisionsoperation besprochen worden, bis zur Verfügbarkeit der EKs (nur 1 EK in BRD verfügbar zu der Zeit) mit Epoetin alpha und Eisen zu behandeln, bis mindestens 2 EKs bereit wären. Bei Stellung der dringlichen OP Indikation am Wochenende (1 Tag später) durch den diensthabenden Chirurgen war das dem Anästhesisten nicht bekannt, weil der Patient nicht vorgestellt worden war. Die Blutbank hatte lediglich auf Station und den diensthabenden Unfallchirurgen informiert. Ob es jetzt ein Kommunikationsproblem oder ökonomischer Druck war, hätte die OP so lange aufgeschoben werden müssen, auch wenn es medizinisch sinnvoll erscheint, eine Humerus- bzw. periprothetische Humerusfraktur zeitnah zu versorgen, auch wenn diskrete Zeichen einer Nervenschädigung vorgelegen hätten. Die Konserven sind gerade noch rechtzeitig eingetroffen, ohne</p>

	den Patienten vital zu gefährden, er musste aber trotz Einsatz des Cell Savers aufgrund der Anämie (7,3 g/dl) verlängert beatmet und intubiert auf die Intensivstation gebracht werden. Ein passendes Ek war in D verfügbar und wurde gegeben, ein 2. nicht vorhanden gewesen, und auch nicht notwendig.
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation der problematischen EK von der Blutbank an die klinischen Entscheidungsträger- extreme Verfügbarkeitsproblematik geht an Anästhesie vorüber</li> <li>• Übergabefehler der Chirurgen/Anästhesisten- die problematische Konstellation war nicht bekannt</li> <li>• Indikationsstellung</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt**</b>	<b>Indikation, Anforderung 2</b>
<b>Wesentliche Begleitumstände</b>	Wochenende, OP, „Notfall“
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	3/5
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	5/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation an TB, TV, Transfusionskommission</li> <li>• SOP- Verhalten bei schwieriger AK-Konstellation: Kommunikation interdisziplinär an Chirurgen, Anästhesisten, Pflegepersonal, OP-Manager und Patienten durch auffällige Markierung der Krankenakte/Kurve, Eingabe ins KIS/OP-Planungstool/PDMS, Ausstellen eines Patientenpasses</li> <li>• Innerabteiliche Übergabe von solchen Problempatienten in Anästhesie und Chirurgie</li> <li>• Interdisziplinäre Fortbildung zur Alloimmunisierung, Antiimmunisierung und AK-Testung, seltene AK, Relevanz von AK</li> <li>• SOP- Epoetin- und Eisentherapie prä/postoperativ- Patient Blood Management</li> </ul> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Markierung und Vermerk in der elektronischen Krankenkarte</li> <li>• Medi-Chat im Intranet als Alternative zur Emailflut: medizinisch aktuelle relevante Mitteilungen unter Wahrung des Datenschutzes sollte in großen Kliniken etabliert werden- hätte hier eventuell die interdisziplinäre und intradisziplinäre Kommunikation verbessert</li> <li>• Kommunikation von seltenen AK bei Patienten,</li> </ul>

	<p><b>Aufbau einer Datenbank und automatische Zuordnung geeigneter Spendeprodukte nach Abnahme bei den Blutbanken und Spendediensten untereinander</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sperrungen der OP-Planungssoftware für diesen Patienten, wird nicht ein vitaler Notfall deklariert</b></li> </ul>
--	--

**\*Risikoskala:**

<b>Wiederholungsrisiko</b>		<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
<b>1/5</b>	<b>sehr gering/sehr selten max. 1/100 000</b>	<b>1/5</b>	<b>sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende Beeinträchtigung</b>
<b>2/5</b>	<b>gering/selten max. 1/10 000</b>	<b>2/5</b>	<b>geringe Schädigung/wenig vorübergehende Beeinträchtigung</b>
<b>3/5</b>	<b>mittel häufig max. 1/1000</b>	<b>3/5</b>	<b>mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/leichte bleibende Schäden</b>
<b>4/5</b>	<b>häufig, min. 1/100</b>	<b>4/5</b>	<b>starke akute Schädigung/beträchtliche bleibende Schäden</b>
<b>5/5</b>	<b>sehr häufig, min. 1/10</b>	<b>5/5</b>	<b>Tod/schwere bleibende Schäden</b>

**\*\*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