



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	Nicht indizierte Transfusion bzw. verzögerte Transfusion wegen Verwechslung nicht gekennzeichnete BGA-Spritzen
Fall-ID	02-2009-m6k4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Großer OP-Trakt mit parallelen blutverlustreichen Eingriffen. Aufgrund der Verwechslung zweier unbeschrifteter BGA-Spritzen am kalibrierenden Blutgasanalysator (Wartezeit, Pflegekraft legte BGA ab und kam mit einer neuen BGA eines anderen Patienten wieder). Die falsche Zuordnung zum Operationssaal und die unbemerkte Verwechslung der Ergebnisse bedingte eine Fehltransfusion bei einem Patienten, der nicht transfusionsbedürftig gewesen wäre. Durch einen Personalwechsel beim Anästhesieteam ist auch niemand in der Lage gewesen, die Plausibilität anhand des Blutverlusts zu hinterfragen. Bei einer streng indizierten Hb-Kontrolle eines anderen Patienten wurde aufgrund des noch ausreichenden Hämoglobins nicht oder verspätet transfundiert.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Blutentnahme zur Indikationsstellung und HB-Verlaufsbeobachtung erfolgte nicht in vorgeklebte Röhrchen • Übergabefehler der Anästhesisten beim Personalwechsel- Verlaufsbeobachtungen hätten vermutlich den HB-Verlauf angezweifelt. Man hätte aber vor der Transfusion auch den Chirurgen nach dem Blutverlust fragen sollen • Indikationsstellung zur BGA-Hb-Überprüfung zu leichtfertig in dem dann fehlerhaft transfundierten Fall? Häufige Kontrollen tragen zur Anämie bei und führten hier zur Lebensgefahr.
Prozesteilschritt**	Indikation, Anforderung 2
Wesentliche Begleitumstände	Routine, OP, Personalwechsel
*Risiko der	4/5

Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
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"> • BGA bekleben, BGA-Resultate bekleben , • Aufmerksamkeit beim Verfolgen des chirurgischen Prozesses der Anästhesisten, Bewusstseinschulung durch M&M- Konferenz • Übergaberoutine bei Personalwechsel, Checkliste • SOP- ID-Überprüfung vor Blutentnahme beim bewusstlosen Patienten • Haemocue im Saal, Vernetzung der POC-Geräte zum Abgleich mit PDMS <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Softwareprogrammierung: ABL Resultatausgabe mit zwingender ID Eingabe (sonst keine Befundausgabe) • Analysesoftware auch in BGA-Maschinen: Deltaanalyse zur Detektion von starken Sprüngen und Ausgabe einer Warnmeldung • Vorhaltung alternativer auch noninvasiver kontinuierlicher Hb-Messverfahren (Massimo Radical 7) oder bettseitige Analyse von Mikroproben (Haemocue)

***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

****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