



IAKH

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	Notfallindikation wird verschoben
Fall-ID	60-2013-M7L0
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Nachts werden aus der Aufnahmeambulanz auf Geheiß des Arztes dringend Notfallkonserven angefordert, 2 EK Null negativ. Die ungekreuzten Konserven werden bei Annahme des Kreuzprobenblutes ausgegeben. Der AK-Suchtest ist unklar und AK nicht zuzuordnen- er muss zur weiteren Abklärung an das DRK geschickt werden. Die Labor-MTA informiert telefonisch die Aufnahmeambulanz über diesen Befund. Kurze Zeit später will die Aufnahme die ungekreuzten EKs zurückgeben, da der Arzt die AK-Befundung durch das DRK abwarten will.
Problem	<p>Die Notfallindikation wurde hier nochmalig überprüft und dann zurückgezogen, da das erhöhte Risiko einer Alloimmunisierung und Transfusionsreaktion bei vorliegenden AK im Vergleich zur vitalen Gefährdung bei Nichttransfusion nicht tragbar war. Die vorabgestellte Notfallindikation ist mit hoher Sicherheit nicht korrekt gewesen.</p> <p>Oftmals ist die vitale Gefährdung eines Notfallpatienten bzw. durch Blutung in den ersten Minuten schwer zu fassen und dann sind bereits wertvolle Minuten verstrichen. Deshalb hat dieser Arzt vermutlich sehr liberal Notfallblut bestellt. Oftmals ist es aber bei dieser Vorgehensweise nicht mehr zurückzugeben, weil die Kühlkette unterbrochen wurde. Hier hilft die Bereitstellung einer Notfallbox (Null-neg-EKs und</p>

	<p>Gerinnungskonzentrate), die auch bei Nichtaufbruch der Versiegelung unproblematisch zurückgegeben werden kann.</p> <p>Wäre die Notfallindikation wirklich vorgelegen, hätte man die beiden 0 negativ EK einkreuzen und bei negativer Kreuzprobe auch geben können, um die Zeit zu sparen, die es braucht, bis der Befund vom DRK kommt. Um die Angst und Unsicherheit zu vermeiden, die unter Umständen die dann lebensrettende Gabe der EK verzögert, sollten die indikationsstellenden Ärzte besser geschult werden oder/und ein immunhämatologischer Konsildienst erreichbar sein.</p>
Prozesseilschritt**	1. Blutprodukteanforderung, Indikationsstellung
Wesentliche Begleitumstände	Notaufnahme
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Fortbildung: Notfallindikationsstellung und Notfalltransfusion, kritischer HB, Feststellung/berechnung/Monitoring des Blutvolumens <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische Blutbestellung wäre hier eine systematische Verbesserung, da die Notfallindikation benannt werden müsste, die hier telefonische Kommunikation zwar gut funktioniert, aber automatisiert in der Kommunikationssoftware der Notaufnahme mit dem Blutlabor zusätzlich angezeigt werden könnte. 2. Elektronische Krankenkassenkarte mit bekannter Blutgruppe bzw. AK 3. Bereitstellung einer Notfallbox für die Ambulanz mit einem Standardinhalt; z.B.: 4 EK (Null neg), 3000 PPSB, 1g Tranexamsäure, 2g Fibrinogen, evtl. F VIIa-Konzentrat 4. Die Beratung durch einen rund um die Uhr erreichbaren immunhämatologischen Konsiliardienstes hätte vermutlich die richtige ärztliche Vorgehensweise ergeben. Über eine Einrichtung sollte nachgedacht werden.

***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