



**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

<b>Thema/Titel</b>	<b>Verspätete Blutbereitstellung bei irregulärem AK</b>
<b>Fall-ID</b>	63-2013-B9N6
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	Beginn einer Re-Osteosynthese einer Femur-Osteosynthese ohne gültigen AKS und ohne Blutgruppe !! Beim Ausfüllen der präoperativen Checkliste fällt auf, dass die Verfügbarkeit von Konserven in der Blutbank nicht nachgefragt worden ist. Die Station hatte es versäumt, Blutproben ins Labor zu senden. Blut wird sofort beim bereits anästhesierten Patienten entnommen, die BG-Diagnostik wird nachgeholt. Dummerweise ergeben sich irreguläre AK. Die Konserven konnten nicht während der Operation bereitgestellt werden. Der Patient war aber sowieso mit einer MAT geplant gewesen. Der Blutverlust lag innerhalb der Anämietoleranz des 55-jährigen Patienten, der Patient hatte im AWR ein HB von 8,5 g/dl, präoperativ 12,8 g/dl.
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bei einem planbaren und blutverlustreichen Eingriff wie dieser Reostesynthese hätte rechtzeitig Blut für IH-Diagnostik abgenommen und ins Labor gebracht werden können (3 bzw. 7 Tage Regelung). Hier ist die prästationäre bzw. präoperative Vorbereitung in erster Linie mangelhaft.</li><li>- Die Einleitung der Anästhesie ohne die Verfügbarkeit von Blutprodukten zu prüfen</li><li>- Die WHO-Checkliste zur Einschleusung sollte nicht nach erfolgter Einschleusung ausgefüllt werden. Wird das Einschleusepersonal in die Pflicht genommen, die Checkliste abzu prüfen, ist ein anders als durch die Abzeichnung durch Chirurg und Anästhesist eine zusätzliche Kontrolle eingefügt, die in einer anderen</li></ul>

	<p>Berufsgruppe verankert ist. Mit der vielerorts üblichen Anwendung und Kontrolle der Checkliste erst intraoperativ durch den Anästhesisten und den Operateur hat sie ihren Zweck verfehlt.</p> <p>- Dieser Patient hat zu Recht einen Cell Saver bekommen, da das Transfusionsrisiko bei diesem Wechsel-Eingriff bei einer präexistenten Anämie hoch ist und über 10% beträgt. Das zeigt der Abfall des Hämoglobingehalts &gt; 4 g/dl, einem Blutverlust von ca. 2 Liter bei einem normalgewichtigen Mann entsprechend, wäre die MAT nicht eingesetzt worden- mit Cell Saver war es sicher mehr. Ausgehend von einem regelhaften postoperativen Blutverlust &gt; 500 ml über die ersten 4 Tage nach dem Eingriff, ist die Transfusion von Fremdblut nicht ganz vom Tisch.</p>
<b>Prozesseilschritt**</b>	5-Verabreichung
<b>Wesentliche Begleitumstände</b>	Routine
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar</b>	
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	4/5
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	4/5
<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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortbildung zur WHO_Checkliste zur Einschleusung von Patienten in den OP-Trakt: Wie macht die WHO-Checkliste wirklich Sinn! Wie ist sie und durch wen auszufüllen</li> <li>2. SOP- chirurg. Station: Eine präoperative Vorbereitungsliste, abgearbeitet durch die anliefernde Station erleichtert die Vollständigkeit der Vorbereitung. Auf dieser könnte neben der Blutbereitstellung auch stehen, ob die Patienten postoperative Schienen und Verbände mit dabei hat, Akten und Befunde vollständig sind, etc. Für einen Prothesenwechsel der Hüfte/Femur muss nahezu immer eine Bluttransfusion zumindest in Betracht gezogen werden.</li> <li>3. SOP MAT: Wenn die Maschinelle Autotransfusion eingesetzt wird, weiß man eigentlich nicht zuverlässig (es sei denn , man hat verlässliche eigenen Daten), das</li> </ol>

	<p>die ergänzenden Fremdbluttransfusion nicht doch mal notwendig ist (in welchem Prozentsatz?). Schon deshalb sollte zumindest die Blutgruppenbestimmung in der SOP MAT Eingang finden.</p> <p>4. SOP/Klinikpfad: Patienten mit großer orthopädischer Chirurgie oder präoperativer Anämie sollten lange vor der OP einen AKS bekommen, damit solche Engpässe nicht entstehen</p> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <p>1. Chip/Barcodeabgleich der Patientendaten im KIS bei der Einschleusung</p> <p>2. Verbindung des OP-Managementprogramms mit dem KIS: Obligate Blutbereitstellung bei Prothesen/OS-wechsel an den langen Röhrenknochen</p> <p>3. Ein deutsches Zentralregister für irreguläre Antikörper und die betroffenen Patienten könnte ähnlich wie in Holland bei präoperativem Zugriff die Antikörpersituation in vielen Fällen anzeigen.</p>
--	--

**\*Risikokala:** \_\_\_\_\_

<b>Wiederholungsrisiko</b>		<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
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 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