



## 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>	Eks trotz schwerer präoperativer Anämie nicht bereit
<b>Fall-ID</b>	74-2014- L5U6
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	Vor OP und Anaesthesie hat der Anästhesist die Anaemie von 7,5 g/dl mittels BGA überprüft, die Narkose eingeleitet und dann beim BGA-Hb von 5,9 g/dl ein EK vo Labor angefordert. Dort wird ihm mitgeteilt , dass die EKs nur reserviert seien, nicht gekreuzt. Es kommt daher zur Transfusion eines ungekreuzten Eks , da die Patientin nicht sehr kreislaufstabil ist und dies auf die Anämie bzw. die Hypovolämie zurückgeführt wird. Der Kreislauf stabilisiert sich aber nicht eindeutig. Der Hb nach der ersten Konserve ist dann 7,5 und das 2. Ek läuft dann gekreuzt ein.
<b>Problem</b>	<p>-Die präoperative Anämie war offensichtlich nicht bekannt oder mangelhaft vorbereitet. Aus der Meldung ist nicht ersichtlich ob es sich um einen Notfalleingriff, einen Revisionseingriff nach einer (Blutungs-)Komplikation oder einen elektiven Eingriff handelte. So kam es hier zur Notfall-Transfusion ohne vorherige Verträglichkeitsprobe.</p> <p>-Die Technik des Reservierens aber nicht auszukreuzen ist vielerorts eine Methode den Arbeits- und Zeitaufwand des Laborpersonals zu ökonomisieren, da viele Kreuzproben nicht benötigt werden. Dieses Vorgehen beinhaltet aber auch Risiken, wie hier offenbart. Die Erstellung einer Statistik des durchschnittlichen Blutverlusts beim Standard-Eingriff sollte die Verlässlichkeit der Anforderung einer Kreuzprobe</p>

	<p>erhöhen und diese Engpässe verringern.</p> <p>-Es existiert in der Institution offenbar kein intraoperatives HZV- und Volumenmonitoring (oder wurde nicht benutzt oder war nicht benutzbar/verfügbar), dass die Kreislaufinstabilität der Patientin auf die Hypovolämie zurückführen kann.</p>
<b>Prozesseilschritt**</b>	2-Blutbereitstellung
<b>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</b>	Ja
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	OP
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA )</b>	ASA III
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben</b>	A
<b>Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</b>	Nein / nein
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	<b>3/5</b>
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	<b>4/5</b>
<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. SOP/Fortbildung: Anforderung von Blutgruppe und Blutkonserven</li> <li>2. SOP/Verfahrensanweisung: Fremdblutbereitstellung, Erstellung einer abteilungsspezifischen Blutverluststatistik pro Standardeingriff</li> <li>3. WHO-Checkliste: Blutgerinnungsstörung? Bluttransfusion geplant?</li> <li>4. SOP-noninvasive HZV- und Volumenmonitoring bei Anämie und Volumenverlust</li> <li>5. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eine Vernetzung des OP-Managementprogramm im KIS und der Software der Blutbank hätte bei</li> </ol>

	<p>Notfall-OP-Anmeldung einen Alert auf nicht zur Verfügung stehende Konserven gegeben.</p> <p>2. Die Nutzung einer noninvasiven HZV- bzw. Volumenmessung erhöht die Sicherheit einer Volumenmangeldiagnose. Die Indikation eines Eks sollte sich nicht alleine auf Volumenmangel beziehen.</p>
--	---

**\*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 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