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	Anämie präoperativ nicht transfundiert
Fall-ID	96-2015-R5W5
	Patient zur Sectio alta in deutlich reduziertem AZ wegen Blasenstein, postrenalem Nierenversagen wegen BPH und rezidivierende Harnwegsinfekte (Pyozystitits). Begleiterkrankungen:. Korsakoff Syndrom, NIDDM Typ 2, Depression, Art. Hypertension. Patient präop Hb 6,8. Stationsarzt ordnet 2 Eks an und geht in OP. Niemand hängt Eks an, die auf Station geliefert werden. Werden im Kühlbehältnis ohne Begleitscheine in OP mitgegeben. Dort fällt dem Anästhesisten bei Überprüfung des Labors die Anämie auf. Auf Nachfrage beim Operateur und Station wird klar, dass sich keiner für die Eks zuständig gefühlt hat. Bei Hypovolämie wird 250 ml Kristallin infundiert, 1 Ek. Hb Kontrolle im AWR- 8,3g/dl. Verwurf des zweiten EKs , da jetzt nicht mehr in der Kühlkette (>6h bei Zimmertemperatur).
Problem	- Verfall eines Eks wegen überschreitung der Lagerzeit und der ausreichenden Wirkung eines EKs - Die Anordnung einer Doppeleinheit von Eks präoperativ - Es ist fraglich, ob vor dem elektiven Eingriff (hoher Blasenschnitt) eine Abklärung der präoperativen Anämie veranlasst wurde (auch wenn die chronische Zystitis als Ursache sehr wahrscheinlich ist). Dass die Anämie erst am Tag der Operation Beachtung findet, und nicht bei der Prämedikation am Vortag oder bei

	Einweisung durch den Hausarzt ist sicher problematisch. - Es ist nicht klar, ob die präoperative Anordnung der Transfusion mit einer Art der Kreislaufüberwachung und Ischämiemonitoring verbunden war als auch ob die Regelung der Zuständigkeit für die Ausführung bzw. Delegation an Kollegen grundsätzlich geregelt ist oder von Fall zu Fall organisiert werden muss.
Prozessteilschritt**	Anforderung 2, Verabreichung 5, PBM 6
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B-Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	A
Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein / nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
***Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit**	**3/5**
***Potentielle Gefährdung/Schweregrad**	**4/5**
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	**Prozessqualität:** 1. Fortbildung für Ärzte und Pflegekräfte: Anordnung, Lagerung und Verabreichung von Blutprodukten, Kühlung und Rückgabe an die Blutbank 2. SOP, Verfahrensanweisung: präoperative Anämiediagnostik und individuelle Hämotherapie (Patient Blood Management PBM) 3. Fortbildung/Sop/Verahrensanweisung: Vermeidung der Transfusion von EK-Doppeleinheiten beim hämodynamisch stabilen Patienten 4. SOP/Verfahrensanweisung: Regelung der

	Zuständigkeit für die zeitnahe Verabreichung von Blutprodukten auf der Station 5. Kommunikation mit den Einweisern-präoperatives Labor: Unter welchen Umständen können die Patienten mit einem aktuellen Hämoglobinwert eingewiesen oder/und präoperativ erst zum Hämatologen geschickt werden? 6. Meldung des Falls an die Transfusionskommission **Strukturqualität:** 1. Ausstattung der Prämedikationsambulanz mit einem POCT Gerät zur Anämiedetektion (Hämocue, Prontoseven, etc.). 2. Erstellen und Aushändigung eines Informationsblattes an die Patienten bei Krankenhausaufnahme oder in der Prämedikationsambulanz: „Präoperative Anämie-Bedeutung für den Operationserfolg und die Komplikationsrate“ 3. Erstellung eines Klinikpfades „Präoperative Anämie- Diagnostik und Therapie“, evtl. auch Einrichtung einer PBM-Ambulanz nach dem Frankfurter Modell 4. Bei Verknüpfung des KIS mit der Blutbank und dem OP-Management sollte bei der Eintragung der OP in die OP-Planung automatisch geprüft werden können, ob Eks bereitgestellt, verabreicht oder ausgeliefert sind. 5. Die Anzahl des präoperativen Hämoglobin-Wertes sollten im OP-Modul angezeigt werden, so dass der Anästhesist nicht erst anrufen muss, um die Anzahl der bereitgestellten oder gekreuzten Eks zu überprüfen. 6. Anbringen eines aktiven RFID-Chips an die Transportgefäße der Blutprodukte/der Blutkonserven direkt mit Temperaturkontrolle, Alarmfunktion und Ortungsmelder zur Nachverfolgung im KIS oder der Blutbanksoftware

	7. Einführung der elektronischen Blutprodukteanforderung mit der Erschwerung der elektronischen Anforderung von Doppeleinheiten

1

*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**

****Prozessteilschritte 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