



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	Auftransfusion vor Femurrevision bei Anti-Wra, Anti-M und Anti-Lea
Fall-ID	116-2016-R6H9
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Patient hatte ein Polytrauma mit Massivtransfusion und sollte jetzt im Rahmen der Nachsorge bei einem Hb von 7,2 g/dl transfundiert werden, da eine umfangreiche Revisionsoperation am Femur wegen Nachblutung geplant war. Der Patient hatte mittlerweile erworbene Ak: Anti-Wra, Anti-M und Anti-Lea. Es waren drei EK vom BSD durch den Stationsarzt angefordert worden, die gegen 19⁰⁰ ankommen sollten. Der Stationsarzt war um 19⁰⁰ nicht mehr im Dienst, der Ambulanzzarzt wurde um 19⁰⁰ zur Transfusion von 2 EK angerufen. Dieser stellte keine Indikation zur Transfusion: Patient 35 Jahre alt, Hb 7,2 g/dl, keine Tachykardie. Die Konserven waren jedoch schon auf die Station geholt worden, da der Stationsarzt dies angeordnet hatte: sie waren definitionsgemäss nach 6 h nicht mehr transfundierbar! Am nächsten Morgen hatte der Patient infolge der weiter andauernden Blutung ein Hb von 5,2 g/dl, war tachykard und empfand Schwindel. Der Stationsarzt war am nächsten Morgen "entsetzt" und musste die EK mit der ungewöhnlichen AK-Konstellation erneut anfordern. Die Revisions-Op musste verschoben werden. Der Patient konnte erst im Lauf des Nachmittags operativ revidiert werden. Da der Patient insgesamt gesund war, hat er den Hb-Wert von 5,2 g/dl bei Bettruhe ohne Folgeschäden toleriert und war vital nicht gefährdet. Es sind aber durch die vermeidbare Doppelanforderung unnötige Kosten und ein unnötiger Ressourcen-Verbrauch entstanden.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Die Durchführung und Planung der Transfusion in diesem Fall erscheint stark verbesserungsbedürftig: Der anfordernde Stationsarzt hatte die Konserven nicht selbst

<p>https://www.iakh.de/zeitschrift/items/epo-intensiv-iakh-2016.html</p>	<p>transfundiert. Der beauftragte transfundierende Dienst-Arzt war nicht ausreichend über die Transfusionsindikation, über die AK und die Besonderheiten des Falles informiert worden und stellte eine restriktive und damit keine Indikation zur Transfusion. Die Indikation des Stationsarztes erscheint anhand der retrospektiv anhand der profunden Anämie am Folgetag bestätigten Sickerblutung gerechtfertigt, was in der akuten Beurteilungssituation des Dienstarztes aber nicht durch sorgfältige Durchsicht der Akte und Untersuchung des Patienten eruiert werden konnte. Somit war seine Entscheidung korrekt, selbst wenn er die schwierige AK-Konstellation mit bedacht hatte. Er hätte über die klinische Situation und die Schwierigkeiten der Blutbereitstellung in diesem Fall informiert werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Plan zwei Konserven als Operationsvorbereitung „auf Vorrat“ zu transfundieren, erscheint diskussionswürdig. Übertransfusion muss befürchtet werden. Gerade Traumapatienten profitieren von einer intravenösen Eisen- und EPO-Therapie (siehe auch Linkangabe unserer Publikationsrezension links)
Prozesseilschritt**	2, Anforderung, 5- Verabreichung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP, Labor, Schnittstellenregelung
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA IV, Notfall
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	„Zum Glück für die Patientin zeigen die Uterotonika, besser

<p>in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar</p>	<p>als erwartet, Wirkung und die Blutung ließ nach. Ein zweiter Anästhesist (junger Assistenzarzt) war zur Unterstützung anwesend“</p>
<p>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</p>	<p>2/5</p>
<p>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</p>	<p>5/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>5. https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/ Fortbildung/Verfahrensanweisung Ärzte/OP-Intensiv/Kreissaalteam: Algorithmus, Massivtransfusion Notfalleingriffen mit großem oder vital bedrohlichem Blutverlust 2. Fortbildung Team: Interdisziplinäres Vorgehen in Notfallsituationen, Kommunikation und Übergabe, Inhalte der Information im dringenden Fall 3. Fortbildung Ärzte: Labor/Blutbank Arbeit im Notfall 4. Fortbildung Anästhesisten/Intensivmediziner/Labor: Umgang mit Notfallset und Point of Care Gerinnungsmanagement 5. SOP/Verfahrensanweisung Blutlabor und –depot-Vorgehensweise im Massivtransfusionsfall 6. SOP/Fortbildung: Volumenersatz, Katecholamintherapie und Kreislaufmanagement/Überwachung bei Notfalleingriffen mit großen Volumenverlusten/Schwankungen 7. SOP/Verfahrensanweisung Chirurgen: Präoperative Eingriffsplanung und Diagnostik, Anmeldung im OP-Planungstool 8. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichtung eines Algorithmus für alle Beteiligten (Labor, Anästhesiepflege und Ärzte, Medizintechnik, Hol- und Bringedienst, Chirurgen, Hebammen etc.) für ein Notfallszenario der Massivtransfusion 2. Anschaffung und Etablierung der geeigneten Monitoring und Therapiegeräte (zur Schnelle Druckinfusion, Wärme-, Volumen-, Katecholamintherapie und entsprechendes Kreislauf-, Volumen- und Gerinnungsmonitoring) 3. Einrichtung einer Notfallbox mit einer Grundausstattung an Blutprodukten

	<p>4. Einrichtung von Rufbereitschaftsdiensten für solche Fälle im Labor, Anästhesie und Pflege</p> <p>5. Regelmäßiges Simulationstraining an der Puppe für angestellte Mitarbeiter mit einem entsprechenden Szenarios Massivtransfusion</p> <p>6. Gemeinsame Teamsitzungen und Fortbildungen für die Disziplinen mit Schnittstellenproblemen zur Verbesserung der Kommunikation und Einsichtnahme in die fachspezifischen Sachzwänge</p>
--	---

***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 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