



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	Erythrozytenkonzentrat steht nicht zur Verfügung
Fall-ID	CM-124084-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Für eine OP wurden bei vorbestehender Anämie 4 EKs gekreuzt. Die OP musste dann verschoben werden. Nach der OP hatte der Patient eine transfusionspflichtige Anämie bei ausgeprägter Hypotonie. Die EKs waren nach Ablauf der Drei-Tages-Frist für andere Patienten freigegeben worden. Es musste "nachgekreuzt" werden. Danach wurde deutlich, dass die EKs auch zum OP-Zeitpunkt bereits nicht mehr zur Verfügung gestanden hätten.</p> <p>In der chirurgischen Sicherheitscheckliste war der Punkt "Ausreichend EKs" angekreuzt. Auf ausreichend vorhandene EKs konnte man sich in den letzten Jahren sonst stets verlassen. Die Überprüfung im PC/KIS ist umständlich. Der Patient kam von einer nicht-operativen Station.</p> <p>Die chirurgische Sicherheitscheckliste sollte stets ernst genommen werden. Die Überprüfung im PC/KIS sollte leichter zugänglich sein.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Die Aktualisierung aller Startformalitäten zum Einschleusen in den OP zu einem dringlichen Eingriff ist aufgrund des erneuten Arbeitsaufwands für alle Beteiligten schwierig. Die erneute Überprüfung aller Startvoraussetzungen ist leicht an den Computer zu delegieren, der immer die aktuellen Werte (auch den Verfall der Konserven) nimmt, sofern sie ihm zur Verfügung gestellt werden. Vermutlich ist die Blutbereitstellung eine unterschätzte Aufgabe in dieser Einrichtung. Sie sollte aufgewertet, geschätzt und informiert werden. Die Kenntnis des Konservenverfalls, der Gültigkeitsbegrenzung der Kreuzprobe muss regelmäßig allen Beteiligten fortgebildet werden, damit das Problem erkannt wird. Wurde in der Zwischenzeit die Anämie des Patienten behandelt? Die Dringlichkeit ist wegen der vorbestehenden und dem Ausmaß des Transfusionsbedarfs vermutet. Gibt es ein regelhaftes Procedere, wenn ein Patient verschoben wird (<i>Wer spricht mit dem Patienten? Wer informiert die Angehörigen? Wer terminiert neu? Wer setzt beim OP-Management durch, dass er am nächsten Tag nicht wieder verschoben wird? Wer prüft die Aktualität der OP-Anmeldung und Befunde, etc.</i>)?

Prozesseilschritt*	2 - Anforderung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	ITS / IMC
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 4, Routine, Wochentag
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-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	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) [1] Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion* des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen: https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. Information zur formellen Zuständigkeit: Fortbildung zur Zusammenarbeit der Anästhesie mit der Chirurgie gemäß der Übereinkunft der Fachgesellschaften [1] 2. SOP/Verfahrensweisung – OP-Management/ Anästhesie/Chirurgie/Blutbank/Labor/Radiologie: interdisziplinäres Procedere bei der Verschiebung eines OP-Termins 3. SOP/Verfahrensweisung/Fortbildung OP-Personal und Stationsmitarbeiter: Die korrekte Abarbeitung und Bedeutung der WHO-Sicherheitscheckliste für die Patientensicherheit 4. Meldung an die Transfusionskommission

	<p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erleichterung des schnellen Zugangs für die Überprüfung der Konservenbereitstellung: Umprogrammierung der Blutbank-Sichtbarkeit im KIS mit einem Link zum Desktop 2. Vernetzung des KIS mit Labor und Blutbank und dem OP-Management: Einrichtung einer Prüfung vor Akzeptanz der OP-Anmeldung – sind alle Voraussetzung gegeben? (z.B. genügend EKs aktuell verkreuzt und bereit) 3. Abhalten einer M&M-Konferenz zum Fall und zu einem Fall, wo es aufgrund der Verzögerung der Transfusion zu Problemen kam 4. Einrichten einer Anämieambulanz oder hämatologischen Beratung/Konsil-Möglichkeit
--	--

*** 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
6. Hämostasemanagement
7. Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko

- | | |
|-----|--|
| 1/5 | sehr gering/ sehr selten
max. 1/100 000 |
| 2/5 | gering/ selten
max. 1/10 000 |
| 3/5 | mittel häufig
max. 1/1000 |
| 4/5 | häufig, min. 1/100 |
| 5/5 | sehr häufig, min. 1/10 |

Schweregrad/Gefährdung

- | | |
|-----|---|
| 1/5 | sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung |
| 2/5 | geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung |
| 3/5 | mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden |
| 4/5 | starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden |
| 5/5 | Tod/ schwere bleibende Schäden |