



## 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>	EK's verworfen
<b>Fall-ID</b>	CM-12595-2016
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	Erythrozytenkonzentrate konnten nicht verabreicht werden, wegen Zeitüberschreitung, nachdem sie von der Station in der Blutbank abgeholt wurden. Der diensthabende Arzt war anderweitig gebunden. Die Dienste sind unterbesetzt, das Arbeitsaufkommen zu hoch. Sie mussten verworfen werden.
<b>Problem</b>	<p>Gemäß der Richtlinien Hämotherapie sind gelagerte zelluläre Blutprodukte unverzüglich zu verabreichen. Der Verfall der Blutprodukte ist aus ethischen und wirtschaftlichen Gründen wenn möglich zu vermeiden. Folgende Probleme sind hier vorliegend:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. EKs werden vermutlich ohne Kühlung oder Temperaturkontrolle auf Station gelagert, obwohl der transfundierende Arzt nicht verfügbar ist. Notfallsituationen können immer vorkommen, die den Arzt abziehen. Bei „planbaren“ Transfusionen sollte an die möglicherweise mangelnde ärztliche Erreichbarkeit gedacht werden. Zumindest absehbare Engpässe lassen sich vielleicht durch einen Telefonanruf vorab vermeiden. Für den Fall der dennoch möglichen Nichtverfügbarkeit sollte auch eine Zwischenlösung gefunden werden - ein Blutkühlschrank, ein Vertretungsarzt von einer anderen Disziplin oder Station, Rückgabe zur Blutbank etc.</li> <li>2. Die Indikationsstellung für die EK-Gabe oder die Überwachung der Patienten ist zu überdenken. Bluttransfusionen sollten immer restriktiv indiziert werden, deshalb sind oftmals Gaben von Blutkonserven dringend und auch im Bereitschaftsdienst unvermeidbar. Allerdings gehören Patienten mit symptomatischer Ischämie oder profunder Anämie unter einem Hämoglobinspiegel von 8,0 g/dl auf eine personell besser besetzte Überwachungseinheit.</li> <li>3. Die Arbeitsprozesse der zusammen organisierten Verabreichung von EKs für mehrere Patien-</li> </ol>

	ten im Bereitschaftsdienst oder die Verabreichung von Doppeleinheiten sollte überprüft werden. Werden hier mehrere Patienten erst im Bereitschaftsdienst transfundiert, weil es tagsüber im Regelbetrieb nicht auffiel und die Ärzte im OP oder mit anderen Dingen beschäftigt waren? Oder bekommt ein Patient in einem vereinfachten und beschleunigten schlanken Prozess gleich 2 Konzentrate – mit der Gefahr der Übertransfusion?
<b>Prozesseilschritt**</b>	5 - Verabreichung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Station
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	k.A.
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)</b>	k.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>	<u>k.A.</u>
<b>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</b>	<b>4/5</b>
<b>*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</b>	<b>3/5</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/ Verfahrensanweisung Ärzte: Anforderung von EKS erst nach dringlicher Indikationsstellung</li> <li>2. SOP/ Verfahrensanweisung Pflege: Abholen der Blutprodukte erst nach Sicherstellung der ärzt-</li> </ol>

	<p>lichen Verfügbarkeit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. SOP Ärzte: Kollegiale Amtshilfe bei Notfällen zwischen Stationen und Disziplinen, verantwortungsvoller Umgang mit Blutprodukten, inkl. korrekte Indikationsstellung und Leitlinien-gerechte Lagerung unter Erhalt der Kühlkette etc.</li> <li>4. Fortbildung/ SOP-Ärzte: Vermeidung von Übertransfusion durch Doppeleinheiten</li> <li>5. Fortbildung/ SOP-Ärzte: Vermeidung von Transfusionen im Bereitschaftsdienst</li> <li>6. Fortbildung Ärzte: Restriktive Indikationsstellung, symptomatische Indikationsstellung nach den Querschnittsleitlinien</li> <li>7. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Überprüfung der Dienstbelastung und Personalstruktur, zumindest aber Organisation der Unverzögerlichkeit der Transfusion von Blutprodukten</li> <li>2. Temperaturchip auf EKs oder Kühlbox zum EK Transport zur Dokumentation der Temperaturabweichung und Rücknahmefähigkeit der Produkte</li> <li>3. Installation eines Blutkühlschranks</li> <li>4. Überprüfung des Bedarfs für Monitor-/ Überwachungsbetten</li> </ol>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**\* 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

**\*\* Prozesseilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

## Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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
15. Fehler bei der Patientenidentifikation