



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	Falsche Dosierung von EK - Übertransfusion und Transfusionsreaktion
Fall-ID	132-2017-R5R8
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>1939 geb. Gefäßpatient nach Femoralis TEA, Angio, Abszessspaltung, Zehenamputation wird postoperativ in den Aufwachraum verlegt, intraoperativer Hb 7,2g/dl. Von Operateurin werden 2 EKs angeordnet, Begründung ist die schwere, aber stabile KHK des Patienten.</p> <p>Das EK liegt bereits seit 20 min im Aufwachraum auf dem Schreibtisch; es ist schon abgezeichnet und die Nummernkleber schon auf dem Protokoll dokumentiert.</p> <p>Bei Entdeckung des diensthabenden OA wird angeordnet, eine BGA mit Hb-Spiegel nach dem ersten EK zu machen - 8,6 g/dl. Der Patient bleibt noch eine weitere Stunde im AWR und bei Wiederholung der BGA bei Verlegung (Hb 9,6) wird das EK der Station zum dokumentierten Verwurf an die Blutbank zurückgegeben.</p> <p>Bei der postanästhesiologischen Visite am nächsten Tag ist der Hb 11,7, die Patientin hat Fieber und leichte Hämolysezeichen - die Diagnose der verzögerten Transfusionsreaktion ist bereits vom Stationsarzt gestellt und an die Blutspendezentrale gemeldet worden. Das EK aus dem Aufwachraum wurde nicht an die Blutbank zurückgegeben, sondern vom diensthabenden Chirurgen auf Bitte der Operateurin transfundiert. In der Akte ist keine Indikation oder ischämische Symptomatik notiert.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Die typische Verabreichung von Doppereinheiten zur Arbeitersparnis führt zu einer Gefährdung der Patienten. Es lässt sich hier nicht zweifelsfrei sagen, ob die Transfusionsreaktion auf das nicht indizierte zweite EK oder verspätet auf das erste EK zurückzuführen ist. Der Volumenstatus der Patientin ist nicht bestimmt worden. Aus dem Hb-Verlauf lässt sich aber schließen, dass der Volumenstatus der Pa-

	<p>tientin zum Zeitpunkt der Beendigung der Operation hypervoläm war, vermutl. durch Überinfusion verursacht, und sich postoperativ zunehmend normalisiert hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Übergabeordnung und die Kommunikation zwischen den Fachbereichen ist nicht so geregelt, dass eine konsentrierte Therapie durchgeführt wird. Wohl ist der Chirurg wieder postoperativ auf Station zuständig und entscheidet selbständig, aber eine durchgehende und festgelegt einheitliche Beurteilung der Indikationsstellung gemäß der Querschnittsleitlinien zur Anwendung von Blutprodukten bzw. der RiLi Hämotherapie erscheint wünschenswert.
Prozessschritt**	Anordnung 2
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	nein
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Bereitschaftsdienst
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	4/5
*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fortbildung Ärzte Chirurgie/Anästhesie/

<p>Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>SOP/ Verfahrensanweisung: Restriktive Indikationsstellung und Vermeidung der Transfusion von Doppeleinheiten gemäß den aktuellen Leitlinienempfehlungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Strukturierte Übergabe an den perioperativen Schnittstellen - Schleuse zum AWR, AWR- Station. 3. Fortbildung/ SOP/ Verfahrensanweisung: Monitoring des Volumenstatus bei Risikopatienten und großen Volumenveränderungen/ Blutverlust 4. SOP/ Verfahrensanweisung: Dokumentation und Signatur von ärztlichen Verordnungen gemäß AMG-Vorschrift in papierbezogenen und elektronischen Krankenakten 5. Teamcoaching und gegenseitige Hospitationskonzepte Rotationskonzepte Anästhesie und Chirurgie 6. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung der noninvasiven Blutvolumenmessung/ HZV-Bestimmung 2. Etablierung der elektronischen Blutprodukteanforderung und eine Prüfung der Anordnung auf Leitlinienkonformität (Angabe von Gründen, Anamnese, Diagnose, Hämoglobinspiegel und Dringlichkeit) 3. Einrichtung der elektronische Dokumentation der Anordnung und Übergabe an Schnittstellen
--	--

*** 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

**** 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
15. Fehler bei der Patientenidentifikation