



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	Fehlanschluss MAT
Fall-ID	138-2018-N9I4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Knie-Tep Wechsel bei einer zierlichen 83 j. Frau, präop. Hb 12,8.</p> <p>Anästhesiepfleger richtet Ortopad. Anästhesiefacharzt kommt aus Pause, vertretender Assistenzarzt fragt nach korrektem Anschluss, da die Sammelkammer nicht mit dem NaCl-Heparin gefüllt werden kann. FA korrigiert die Verwechslung der Infusionsflaschen - einmal 1l NaCl ohne Heparin und Filter ohne Rollerklammer für die Infusionsgeschwindigkeit führt die Flüssigkeit zum Sauger. Die Heparin-Flüssigkeit ist direkt an die Waschammerzufuhr des Geräts angeschlossen.</p> <p>Normalerweise hat das System bei der Entnahme aus dem Set zum Aufrüsten Papierbeschriftungen der Anschlüsse. Die sind in diesem Fall wahrscheinlich nicht gelesen worden bzw. es bestand zu wenig Praxiserfahrung mit dem Aufbau des Orthopad. Durch die Verwechslung der Anschlüsse wäre die Sammelkammer und der Zufuhrschlauch unter Umständen verklumpt und das Retransfundat hätte größere Mengen an wirksamem Heparin enthalten.</p>
Problem	Der Aufbau des Ortopad, eines speziellen maschinellen Autotransfusionssystems (MAT), ist nicht ganz so einfach wie die eines anderen Autotransfusionssystems. Hier besteht zudem vermutlich wie bereits vom Melder erwähnt zu wenig Erfahrung mit dem Handling.
Prozessteilschritt**	6, Herstellung des autologen Produkts
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	MAT
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnen-	OP

nung)	
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, ASA 3
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)	C
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	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung - Anästhesieärzte und -pflege: Stellenwert der MAT für die Patientenversorgung und die individualisierte Hämotherapie 2. SOP/ Verfahrensanweisung: sach- und fachgerechte Bedienung und Aufbau des Systems 3. Geräteeinweisung nach MPG 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedienerabteilung: Ausbildungs- und Aufbau-praxisnachweise, Dokumentation pro Mitarbeiter 2. Hersteller: deutlichere Kennzeichnung oder Farbenmarkierung der unterschiedlichen Anschlüsse und Schläuche

*** 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 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