

## 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>	Voreiliges Anwärmen von EK führt zum Verwurf
<b>Fall-ID</b>	162-2019-N7H8
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Ein Patient befindet sich zur Implantation einer Duokopfprothese im OP. Zwei EKs wurden auf Zuruf des operierenden Chirurgen durch eine Pflegekraft angewärmt, obwohl eine Blutbildkontrolle noch nicht erfolgt war.</p> <p>Es ergab sich keine Indikation für eine Transfusion, der Hb war 11,7 g/dl intra- und auch postoperativ. Die Anwärmung erfolgte "voreilig" und führte zum Verwurf der EKs.</p> <p>Es ergab sich nicht die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen im ärztlichen Bereich, da die EKs nicht transfundiert wurden. Nur die Pflegekraft wurde erneut über das Vorgehen der Vorbereitung von Transfusionen belehrt.</p>
<p><b>Problem</b></p> <p>[1] Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion</p> <p><a href="https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html">https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html</a></p>	<p>Hier ordnet ein Chirurg während der Operation eine Bluttransfusion an, die die Pflegekraft auch vorbereitet. Gemäß Übereinkunft der Gesellschaften für Chirurgie und Anästhesie zur gemeinsamen Verantwortung für die Bluttransfusion ist für die intraoperative Phase der Anästhesist alleinig und nicht der Chirurg für die Indikationsstellung und Durchführung von Bluttransfusionen verantwortlich [1]. Dieser Fall liefert auch eine anschauliche Begründung warum dies so sein muss: Während des operativen Eingriffs kann sich der Operateur voll und ganz auf die chirurgische Tätigkeit konzentrieren und der Anästhesist ermöglicht optimale Operationsbedingungen. In gut harmonisierenden OP-Teams kennen sich die Disziplinen und verlassen sich aufeinander. Für Fälle wie diesen, bei dem der Chirurg die Bluttransfusion als seine Aufgabe ansieht, sollte nachgeforscht werden, woran es liegt, dass er die Vorzüge der Vereinbarung nicht nutzen kann oder will.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird nicht berichtet, was der eigentlich Verantwortliche - der Anästhesist - in diesem Fall zur Anordnung des Chirurgen zu sagen gehabt hätte. Ob er existent war oder bei der Transfusionsentscheidung gewöhnlich mitbeteiligt ist, geht nicht aus der Meldung hervor. Aber gerade letztere Tatsache der Nichterwähnung spricht für eine unter-</li> </ul>

	<p>geordnete Rolle des Anästhesisten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hier führt diese ungeklärte Situation zu dem Verwurf zweier wertvoller und aufwändig hergestellter Blutprodukte, der vermeidbar ist. Nicht nur aus Kostengründen, sondern auch aus ethischen Erwägungen sollte eine klare Regelung mit den Chirurgen herbeigeführt werden. Eine Belehrung der Pflegekraft, die in diesem Fall an die Weisung des Chirurgen gebunden war, trifft die Falschen und führt zur Frustration.</li> <li>Das Anwärmen von EKs zur Massivtransfusion ist zwingend notwendig, da aufgrund des großen Volumens der gekühlten Konzentrate und Infusionen der Körper auskühlt. Das Anwärmen von EKs in dafür geeigneten Geräten ist für eine regelhafte Transfusion nicht notwendig und empfohlen.</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt*</b>	2 - Anforderung, Indikationsstellung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	nein
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	OP
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	ASA 3, Routine
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/nein
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/nein
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	2/5
<b>Potentielle Gefährdung/ Schwere-</b>	5/5

<b>grad**</b>	
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorge-schlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortbildung und evtl. SOP/VA – Chirurgen und Anästhesisten: Perioperative Verantwortlichkeit für die Bluttransfusion [1]</li> <li>2. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coaching des OP-Teams: Verständigung von Chirurgen und Anästhesisten</li> </ol>

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationsaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensanweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M-Konferenz	zu Morbidität und Mortalität		

**\* 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**

<b>Wiederholungsrisiko</b>		<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
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