



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRS-AINS von BDA/DGAI +ÄZ

Thema/Titel	versäumte Blutgruppenbestimmung
Fall-ID	CM4323/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Patient wird (unklar ob von Schockraum/peripherer Station oder ITS) bei vitaler Indikation in den OP gebracht. Der Eingriff wird ohne Probleme durchgeführt, ein transfusionsbedürftiger Blutverlust ist nicht zu verzeichnen. Postoperativ erfolgt die Übernahme zur weiteren Therapie auf die Intensivstation. Während des Aufenthaltes ist eine nochmalige operative Versorgung mit möglichem Transfusionsbedarf notwendig. Im Rahmen der präoperativen Vorbereitung fällt dann erstmalig beim Bereitstellen der Ery-Konzentrate das Fehlen der Blutgruppenbestimmung auf. Dieses war bei der Vorbereitung des notfallmäßigen Ersteingriffs versäumt worden.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> vitaler Notfall- Blutgruppenbestimmung wird vergessen. Kein Abarbeiten der Checkliste nach Beseitigung der akuten Lebensgefahr
Prozesseilschritt**	Anforderung, Blutprobenentnahme
Wesentliche Begleitumstände	Unzeit (Wochenende/Feiertag), ASA 4, Notfall- vitale OP-Indikation, erfahrener Arzt
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: <ul style="list-style-type: none"> SOP: Anforderung von Blutprodukten Checkliste vor Einschleusung in OP: Ist die Blutgruppe bestimmt, sind Blutprodukte angefordert,... Einführung der routinemäßigen zeitnahen Nachbesprechung von Notfällen im Team (Debriefing des gesamten Teams bei Übergabe an INtensivstation): Inhalte- Was war gut, was schlecht? Mit diesem Mittel werden wichtige Abläufe wesentlich verbessert und Versäumtes

	<p>fällt auf und kann, wie in diesem Fall nachgeholt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meldung des Falles an Transfusionskommission/Qualitätsbeauftragten Hämotherapie zur individuellen Problemlösung vor Ort <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von gerichteten Röhrchen in Notfallbox mit ungekreuzten Konserven (nur für Schockraum praktikabel)
--	--

***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

****Prozessschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation