



# 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 +ÄZQ

Thema/Titel	Plasmaverwechslung bei Massivtransfusion im intraoperativen hämorrhagischen Schock
Fall-ID	CM4363/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Bedside-ID des Patienten: nicht NULL. Initial Gabe von EK 0-negativ + lyophilisiertem Plasma. FFP im Labor bestellt, zunächst jeweils 2 im Wärmer auf ITS. Keine Mikrowelle zum Auftauen im OP vorhanden. Nach dem Auftauen werden die warmen FFPs von der ITS in den OP gebracht. Erstes Notfall- FFP: Blutgruppe AB. Zweites FFP: Blutgruppe Null + falscher Patientennamen auf Begleitzettel. Dieses FFP wird nicht transfundiert und auf ITS zurückgegeben. Nach Vorliegen der Blutgruppenbestimmung aus dem Labor problemlose weitere Transfusion.</p> <p>Problem war wie im Nachhinein festgestellt: Zeitgleich mit den Notfall FFPs für den Patienten im OP wurden auf der ITS FFPs einer anderen Intensivstation im selben Wärmer aufgetaut, da dort kein Gerät zum Wärmen der FFPs vorrätig ist. Alle warmen FFPs wurden dann mit in den OP gegeben, unter anderem auch das FFP der Kollegen.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massivtransfusion- gleichzeitige Anforderung und Ausgabe vieler Blutprodukte</li> <li>• Routinelogistik mit vier Teilnehmern für die Transfusion von FFP (Blutbank/Labor, IST1 , ITS 2 und OP) überlastet: Engpass Auftaegeräte (keiner im OP, nur auf einer der ITS)</li> <li>• Auf ITS Fehler bei der vermutlich nicht klar strukturierten Ausgabe</li> </ul>
Prozesseilschritt**	Transport, Ausgabe
Wesentliche Begleitumstände	Routinebetrieb, Notfall- hämorrhag. Schock, Arzt in Ausbildung
Was war besonders gut (wie erfragt in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Arbeitsaufteilung im OP. 3 Anästhesisten anwesend, 1 nur für Dokumentation und Kompatibilitätsprüfung der Blutprodukte zuständig.“ <u>Die Arbeitsaufteilung auf</u>

	<u>mehrere Anästhesisten ist der wesentliche Punkt und hat hier die Fehltransfusion verhindert.</u>
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auftauen und Separation/Zuordnung durch eindeutige Kennzeichnung von Blutprodukten zum Patienten auf Transport und im Wärmer</li> <li>• Auftauprozess generell in der Blutbank anzusiedeln? (Vorteil dort strukturierte und sichere Ausgabe)</li> <li>• SOP für ITS: Ausgabe aufgetaute FFP an OP aus Auftaegerät</li> <li>• Meldung des Falles an Transfusionskommission/Qualitätsbeauftragten Hämotherapie zur individuellen Problemlösung vor Ort</li> </ul> <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhalten von lyophilisierten Plasmas im OP und auf ITS</li> <li>• Aufrüstung Auftaegerät/Mikrowelle mit Standort im OP zum Auftauen der FFP aus Blutbank. (für ein Haus mit 2 ITS , Blutbank und OP ist nur ein Auftaegerät mit der Kapazität von 2 viel zu wenig.- Mindestmenge der therapeutischen Effizienz aus hämastesiologischer Sicht sind 4 FFPs)</li> <li>• Im OP Check mittels Scanner , Blutbank-Software und PDMS/KIS- Übereinstimmung mit Patienten ID</li> </ul>

\*Risikokala:

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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation