



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	erschwerte OP und Transfusionspflichtigkeit durch unvorhergesehenes Implantat in situ:
Fall-ID	CM4507/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Patient zur elektiven OP, ASA 3. Junger Anästhesist im Saal. Narkoseeinleitung unproblematisch. Im Verlauf der OP zeigt sich, das durch das OP-Gebiet ein Metallimplantat verläuft und die OP erheblich erschwert und verlängert. Ein Abbruch der OP ist nicht mehr möglich. Es kommt während der nun verlängerten OP zur Blutung mit HB-Abfall und Kreislaufproblemen bei dem Patienten. Nach Transfusion und Katecholamintherapie stabilisiert sich die Situation.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgische Einschätzung und Operationsplanung mangelhaft
Prozesseilschritt**	Prophylaxe, Vermeidung, OP-Planung (keine Zuordnung zur hausinternen Bereitstellungsliste von Blutprodukten möglich)
Wesentliche Begleitumstände	Routinebetrieb, Wochentag, ASA 3,
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> mangelnde chirurg. Sorgfalt kann vielfach bedingt sein (Ärztmangel- der kleinste in der Ambulanz stellt OP-Indikation, ungenaue Angabe der OP und der Voroperationen, etc. Diese Details werden vom Operateur nicht nochmalig überprüft, etc.- die genaue Ursache der Fehlplanung kann vielfach bedingt sein). Die bessere Op-Planung und Abschätzung der Transfusionswahrscheinlichkeit mit juristischer Relevanz zur Aufklärung über alternative Verfahren wird empfohlen Verifizierung der Indikationsstellung durch den Operateur oder Indikationsstellung durch den Operateur selbst-hier liegt die Verantwortlichkeit präoperative Checkliste mit einem Abgleich des

	<p>durchschnittlichen Blutverlusts bei dem Eingriff und die davon abh. notwendigen Planungsmaßnahmen wie EK-Bereitstellung und MAT (hätte hier den Fehler vermutlich nicht verhindert).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Informationsveranstaltungen der operativen Disziplinen zu den Gefahren und Nebenwirkungen der allogenen Transfusion • Meldung an die Transfusionskommission und dem Qualitätsbeauftragten für Hämotherapie • Gründliche Anamneseerstellung und gemeinsame elektronische Nutzung der Anamnese im PDMS von Anästhesie und Chirurgie (Elektronische Liste der Vorops, Diagnosen und Blutgruppe in einer elektronischen Krankenkarte?) <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • z.B.: Besetzung der Ambulanz mit einem erfahrenen Facharzt • Gemeinsame Patientenverwaltung in der elektronischen Patientenakte
--	---

***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

****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