



## 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>	Inkorrekt ausgefüllter Konservenbegleitschein
<b>Fall-ID</b>	CM-198967-2019
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Ein Patient der Orthopädie bekommt drei Bluttransfusionen. Bei der ersten Transfusion wird der Begleitschein korrekt durch den transfundierenden Arzt ausgefüllt. Bei der zweiten Transfusion delegiert der transfundierende Arzt diese Aufgabe an einen Kollegen. Dieser dokumentiert die falsche EK-Nummer. Erst bei der Kontrolle im Labor fällt auf, dass EKs mit anderer Kennzeichnung vorgehalten werden.</p> <p>Verantwortlich sind mangelnde Sorgfalt in der Transfusionsmedizin, Nicht-Beachten der Transfusionsordnung als auch Unkenntnis über die möglichen Rechtsfolgen.</p>
<b>Problem</b>	<p>Diese Meldung berichtet über eine Transfusion erheblichen Ausmaßes in der Orthopädie aufgrund unklarer Ursache und Prozesslokalisierung (OP? Intensivstation?). Denkbar ist eine schwere Blutung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff ohne Zusammenhang oder in Verbindung mit einer präoperativen Anämie.</p> <p>Der Kollege des transfundierenden Arztes war mit der Ausfüllung des Konservenbegleitschein beauftragt worden (eine im Rahmen der Massivtransfusion oder im OP durchaus vertretbare Delegation, leitliniengerecht). Die Transfusion war wohl bereits erfolgt. Der Arzt hat vermutlich aus der vorgegebenen Liste aller verfügbaren Blutprodukte eine falsche Konservennummer ausgewählt, statt direkt von der einlaufenden Konserve die Nummer abzulesen.</p> <p>Bei der Kontrolle im Labor/Blutbank fällt dann auch auf, dass noch weitere, jedoch nicht ausgelieferte Konserven für diesen Patienten vorgehalten werden oder gar schon eingekreuzt sind.</p> <p>Folgende kritischen Punkte vermuten wir aufgrund der Meldung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Blutbank hat normalerweise eine lückenhafte Dokumentation und Kontrolle über die eingekreuzten und/oder reservierten Konserven. Wenn dies wie vom/von der Meldenden vermutet nicht so ist (Es fällt erst bei Kontrolle des Begleitscheines auf), wäre dieser Misstand in der Tat</li> </ul>

	<p>ein erhebliches Verbesserungspotenzial und Notwendigkeit. Oftmals ursächlich für die mangelhafte Bestandskontrolle ist eine noch manuelle Erfassung von Lagerbestand und Ausgabe, die deutlich fehlerbehafteter ist als die elektronische Kontrolle. Nicht nur verfallen mehr Blutkonserven als notwendig, auch Fehl Ausgaben und Ausgaben von reservierten Konserven sind in diesem System vermeidbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der den Begleitschein ausfüllende Arzt orientiert sich bei der Abschrift an einer Verfügbarkeitsliste (elektronisch oder ausgedruckt), welche die dem Patienten zugeordneten Konserven mit Nummern aufführt. Vielmehr ist bei diesem Prozessschritt, der zwingend vor der Transfusion erfolgen muss (hier vermutlich durch den transfundierenden Arzt erfolgt ist, nur nicht dokumentiert wurde), der Abgleich von Patientenidentität, Konservennummer auf der Konserve und Verträglichkeitsbefund (Blutgruppe und AK-Konstellation) im Begleitschein der Konserve notwendig. Eine Abschrift der Nummer von dieser Liste gefährdet in diesem nachträglich delegierten Fall zwar unmittelbar nicht den und andere Patienten, aber durch die fehlerhafte Zuordnung und Dokumentation könnte die Konserve als „bereits verabreicht“ im Blutdepot vergessen werden, weiterhin ist eine Rückverfolgbarkeit aller Blutproduktanwendungen verfälscht, und die eigentlich verabreichte Konserve ist fälschlicherweise noch im Lagerbestand aufgeführt.</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt*</b>	3, 5
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Intensiv, OP
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	ASA 3
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D – nein; Keine Angaben)</b>	D
<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>	<b>2/5</b>
<b>**Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</b>	<b>3/5</b>
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortbildung und SOP/Verfahrensanweisung (Ärzte Chirurgie, Anästhesie, Internisten): Korrekte Durchführung und Dokumentation der Bluttransfusion gemäß Richtlinie Hämotherapie 2017</li> <li>2. SOP/Verfahrensanweisung (MA der Blutbank): Verwaltung und Dokumentation des Lagerbestandes, Ausgabe der Produkte und Eingabe in eine EDV-System oder Depotbuch</li> <li>3. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etablierung einer Software, idealerweise mit Vernetzungen zur Lagerverwaltung in Depot und Immunhämatologischem Labor, Vernetzung mit KIS und Apotheke und Labor.</li> <li>2. Etablierung von Rotationsprogrammen von Klinikern der Chirurgie, Inneren und Anästhesie in das immunhämatologische Labor und Depot zur Fort- und Weiterbildung mit dem Ziel, das Verständnis in die notwendigen Prozesse der Logistik bei der Blutproduktebereitstellung zu verbessern.</li> <li>3. Einführung der elektronischen Blutprodukteanforderung unter Angabe von Anamnese, Besonderheiten, Indikation und Dringlichkeit. Am Besten mit der Möglichkeit einer Rückfrage zur Leitlinienkompatibilität der Indikation nach dem Beispiel des „Clinical Decision Supports“).</li> <li>4. Beschränkung der Ausgabe von Blutkonserven für nicht stabile Patienten auf Einzeleinheiten (Vermeidung der Doppelgabe oder hier Dreifachgabe und Übertransfusion).</li> </ol>

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