

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

Thema/Titel	Erfolgte Fehltransfusion
Fall-ID	184-2020-L603
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Patient A mit Blutgruppe A positiv und Patient B mit A negativ sollten beide transfundiert werden. Beide Patienten waren ungefähr gleich alt, wurden aber von zwei unterschiedlichen Stationsärzten behandelt. So wurden die Konserven auch getrennt durch 2 verschiedene Ärzte vorbereitet.</p> <p>Die für den Patienten B eingekreuzten Konserven hat dann fälschlicherweise Patient A erhalten (Transfusion von A negativ auf A positiv). Als die Pflegekraft die Konserve für den Patienten A anschließen wollte, lief schon eine Konserve Ad, die der schnellere Arzt bereits gestartet hatte.</p> <p>Die Transfusion bei Patient B von A positiv auf A negativ konnte verhindert werden.</p> <p>Eine Meldung an das QM des DRK und das PEI (Erfassung von Fehltransfusionen) sind erfolgt. Die Fehleranalyse des Teams ergab, dass der schnelle Arzt keine Namensüberprüfung vorgenommen hatte.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Richtlinie Hämotherapie 2017 Kap. 4.4.3. Identitätssicherung https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p> <p>[2] Musterverfahrensanleitung zur Vermeidung von Blutprobenverwechslung - empfohlenes Vorgehen der IAKH, Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p>	<p>Bei der glücklicherweise folgenlosen Fehltransfusion wurden Probleme im Ablauf deutlich, die sonst zu schwersten Gefährdungen der Patienten führen könnten.</p> <p>Der schnellere Arzt hat die Identitätsprüfung nicht wie in den Richtlinien gefordert durchgeführt. Bei nicht-deutschsprachigen, dementen oder sedierten, bewusstlosen Empfängern ist die Identitätssicherung noch wichtiger als bei ansprechbaren und aufgeklärten Patienten. Die Verantwortlichkeit des Arztes für diesen Schritt ist in der Richtlinie Hämotherapie [1] eindeutig wie folgt formuliert: „Der anfordernde Arzt muss auf dem Untersuchungsauftrag eindeutig ausgewiesen sein. Er ist für die Identität der Blutprobe verantwortlich.“ Entsprechende Musterverfahrensweisungen sind von Ärztekammern oder der IAKH verfügbar [2,3]. Technische Lösungen der Absicherung des Identifikationsprozesses vor kritischen Schritten im Krankenhaus sind scan-</p>

<p>[3] Musterverfahrensweisung der Bundesärztekammer https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/</p> <p>[4] Hans-Hirschfeld-Device - CAIRO 4.0 System: Schmidt-Hieber M, Schuster R, Nogai A, Thiel E, Hopfenmüller W, Notter M. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. Transfus Apher Sci. 2006;35(2):125-130. doi:10.1016/j.transci.2006.06.001</p> <p>[5] Deutsch E, Bender AW, Eckstein R, Zimmermann R. Transfusionsrecht: Ein Handbuch für Ärzte, Juristen und Apotheker. 2.ed. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2007. (ISBN-13:9783804723252)</p> <p>[6] IAKH Forum https://www.iakh.de/Forum/index.php?mode=viewthread&forum_id=10&thread=86&z=0</p>	<p>nerbasierte Zuordnungen eines Medikamentes/Blutprodukts zu einem Patientenarmband oder einer Blutentnahmekanüle wie dem CAIROS [4].</p> <p>Die Pflegekraft scheint in diesem Fall beauftragt worden zu sein, die Konserve bei Patient B „anzuschließen“. Ob sie dann auch die Transfusion gestartet hätte, bleibt unklar. Nur der Arzt soll diese nicht delegierbare Tätigkeit laut RiLi Hämotherapie 2017 [1] ausüben. Die intravenöse Medikamentenverabreichung per se ist eine nur in einigen Funktionsbereichen delegierbare Tätigkeit, bei Blutprodukten durch die inzwischen erfolgte Rechtsprechung ausgeschlossen ([5], siehe auch Blog im Forum der IAKH [6]).</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>5 - Verabreichung, 15 - Identitätssicherung</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>k.A.</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Station</p>
<p>?Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>Routine</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</p>	<p>A</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/nein</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/evtl.</p>

<p>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	
<p>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</p>	<p>3/5</p>
<p>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</p>	<p>5/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung und SOP/VA – Ärzte, Pflege: Die Bedeutung der Identitätssicherung und korrekten Zuordnung der Blutproben bei Diagnostik und der Verabreichung kritischer Therapeutika 2. Fortbildung – Ärzte/Pflege : Juristische Konsequenzen von Delegation nicht delegierbarer Tätigkeiten 3. SOP/VA – Pflege, Stationssekretariat: Zuordnung von Akten bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen, Verlegungen 4. Fortbildung und SOP/VA – Ärzte und Pflege: Das SBAR-Konzept bei Übergabe von Patienten: Die Bedeutung der kritischen Schnittstellenkommunikation und -dokumentation für die Patientensicherheit 5. SOP/VA – Ärzte und Pflege: Richtige Identitätssicherung, Vorbereitung und Verabreichung der Bluttransfusion 6. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stationsleitung und PDL: Einführung der Unterschrift auf den Etiketten der abnehmenden Personen der Blutproben 2. Geschäftsführung und IT, Ärztlicher Direktor: Einführung von Scannertechnik zur Begleitung von Abgleichvorgängen im Zusammenhang mit kritischen Behandlungsmaßnahmen 3. Geschäftsführung, Transfusionsverantwortliche/r: Einführung des CAIRO 4.0 Systems

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA Absolute Arrhythmie
 ACI Arteria carotis interna
 ACVB Aortokoronarer Venenbypass
 AHT Arterielle Hypertonie
 BGB Bürgerliches Gesetzbuch

3GE 3-Gefäßerkrankung
 EK Erythrozytenkonzentrat
 FFP Gefrierplasma
 Hb Hämoglobinkonzentration im Serum
 Hkt Hämatokrit

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

ICU	Intensivstation	TB	Transfusionsbeauftragter
KHK	Koronare Herzkrankheit	TEP	Totalendoprothese
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität	TFG	Transfusionsgesetz
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus	TK	Thrombozytenkonzentrat
OP	Operationssaal	TV	Transfusionsverantwortlicher
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	VA	Verfahrensanweisung
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie	VHFL	Vorhofflimmern
SOP	Stand Operating Procedure		

*** 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**

Wiederholungsrisiko

- | | |
|-----|--|
| 1/5 | sehr gering/ sehr selten
max. 1/100 000 |
| 2/5 | gering/ selten
max. 1/10 000 |
| 3/5 | mittel häufig
max. 1/1000 |
| 4/5 | häufig, min. 1/100 |
| 5/5 | sehr häufig, min. 1/10 |

Schweregrad/Gefährdung

- | | |
|-----|--|
| 1/5 | sehr geringe akute Schädigung/ ohne
bleibende Beeinträchtigung |
| 2/5 | geringe Schädigung/ wenig vorübergehende
Beeinträchtigung |
| 3/5 | mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden |
| 4/5 | starke akute Schädigung/ beträchtliche
bleibende Schäden |
| 5/5 | Tod/ schwere bleibende Schäden |