

## 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>	Kontrolle über Einwilligung unmittelbar vor EK-Gabe durch Transfundierenden
<b>Fall-ID</b>	CM-247408-2023
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Der Patient (Altersgruppe 71-80 Jahre) erhielt beinahe ein Erythrozytenkonzentrat trotz vorheriger Ablehnung von Bluttransfusionen.</p> <p>Es gab keine Aufklärung über mögliche EK-Gabe bei OP chirurgischerseits (Durchführung der OP?) --&gt; ist das nicht ANÄ-Aufgabe? Es erfolgte die Ablehnung der Bluttransfusion in Anästhesieaufklärung (mit schriftlicher Fixierung) ohne direkte mündliche Informationsweitergabe. Zum Glück fand eine Kontrolle über die Einwilligung unmittelbar vor der EK-Gabe durch den Transfundierenden statt.</p> <p>Beim Patienten entstand ein minimaler Schaden durch Verunsicherung des Patienten.</p> <p>Faktoren, die zu dem Ereignis beigetragen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)</li> <li>- Ausbildung und Training</li> <li>- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation, etc.)</li> <li>- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)</li> <li>- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)</li> </ul> <p>Das Ereignis tritt jährlich auf.</p>
<b>Problem</b>	Die Übermittlung der wichtigen Information, dass eine Transfusion nicht gewünscht wird, erscheint nur im ersten Blick trivial. Im Krankenhaus ist der Behandlungsablauf typischerweise über viele Personen fragmentiert. Dies führt zu typischen Schnittstellenproblemen und der Möglichkeit des Informationsverlustes.

	<p>Die Stichwort-Schilderung lässt eine exakte Erfassung der Situationsproblematik kaum zu. Die angesprochenen Probleme sind aber vermutlich die Folgenden:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Die unzureichende Kommunikation und Markierung des Patientenwillens bezüglich der Behandlung mit Blutprodukten im interdisziplinären Behandlungs-Team bzw. in der Einrichtung</li><li>2. Die mangelnde interdisziplinäre Aufgabenteilung und gegenseitige Regelung von Verantwortlichkeit hinsichtlich der Aufklärung, Verabreichung und Organisation bei der perioperativen Bluttransfusion. Vermutlich ist die Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion der Fachgesellschaften von Chirurgie und Anästhesiologie [1] unbekannt.</li></ol> <p>Es kann nur vermutet werden, dass der Chirurg nicht über Transfusionen aufgeklärt hat; dass ein eigenes Aufklärungsformular für die Transfusion nicht existiert; dass die Haltung gepflegt wird, dass der Anästhesist für den perioperativen Zeitraum zuständig ist; dass hier die Information der Transfusionsverweigerung durch den Patienten aus der anästhesiologischen Aufklärung nicht zusätzlich mündlich weitergegeben wurde (inner- und interdisziplinär). Die erwähnte Verunsicherung des Patienten mag durch die nicht allseits bekannte Transfusionsverweigerung erwachsen.</p> <p>Wenn Patienten aus verschiedensten Gründen wie zB. die Verweigerung der Zusage zur Transfusion aus religiösen Gründen, das Vorliegen einer schwierigen Antikörperkonstellation oder zu befürchtende Unverträglichkeiten o.ä. keine Blutkonserven erhalten können, so sollte erstens die Tatsache klar markiert und für alle im Krankenhaus ersichtlich sein und zweitens Maßnahmen vorgehalten werden, die ein lebensbedrohliches Risiko bei großen Blutverlusten abwenden. Das kann die maschinelle Autotransfusion MAT (falls akzeptiert), die Sauerstoff-Highflow-Therapie oder eine intensivmedizinische Überwachung der Anämie o.ä. sein. Das soll vorgehalten und eingeübt sein. Darum ist es wichtig, dass die Information alle Verantwortlichen erreicht. Die Forderung der/s Meldenden der mündlichen Informationsweitergabe führt zu einem fehleranfälligen Prozess, wenn es keine vorbereitende Besprechung zu den Fällen gibt.</p> <p>Neben technisch ausgefeilten Lösungsmöglichkeiten gibt es eine wenig fehleranfällige und sehr einfache Lösung. Solange eine Papierakte die Therapie begleitet, könnte das Problem mit einem Aufkleber oder auch (zum Beispiel im System von Hinz o.ä.) mit einem besonderen Reiter der Stationsakte gelöst werden. Diese Markierung kann natürlich immer noch übersehen werden.</p> <p>Weitere technische Lösungsmöglichkeiten entsprechen dem technischen Standard der meisten Häuser und auch den Erwartungen nach zunehmender Digitalisierung im Gesundheitswesen:</p>
--	---

	Eine zentrale, für alle Behandelnden einsehbare, einmalig für alle Abteilungen durchgeführte und deshalb zeitsparende Anamnese könnte elektronisch im Krankenhausinformationssystem (KIS) hinterlegt werden. Dabei könnten auch Allergien, Transfusionsprobleme, Antikörperkonstellationen etc. als wichtige Besonderheiten hinterlegt werden. Diese würden für jeden Behandler ersichtlich so gestaltet sein, dass sie unbedingt bemerkt und eventuell sogar bewusst bestätigt werden müssten. Vermutlich bestand diese Möglichkeit in dem meldenden Haus nicht.
<b>Prozesseilschritt*</b>	2 - Indikationsstellung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK, TK, Plasma
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	k.A.
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	Routine
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A
<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>	„Der Transfundierende hat die Einwilligung zur Transfusion vor Verabreichung kontrolliert“
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	2/5
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	2/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels</b>	<b>Prozessqualität:</b>

<p><b>Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortbildung – alle Ärzte, Chirurgie &amp; Anästhesie: Praktische Bedeutung der Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion</li> <li>2. SOP/VA – alle Therapeuten: Umgang mit Zeugen Jehovah, Patienten mit eingeschränkter oder unmöglicher Versorgung mit Blutkonserven z.B. schwieriger Antikörperkonstellation etc.</li> <li>3. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ÄD, PDL: Markierung der Krankenakten mit deutlich sichtbaren Post-it oder ähnlichem zur deutlichen unübersehbaren Markierung der Besonderheiten</li> <li>2. IT, GF, TV und ÄD: Einführung eines KIS mit zentraler elektronischer Anamnese</li> </ol>
--	--

**Literatur:**

[1] Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion

<https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html>

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	PDL	Pflegedienstleitung
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Standard Operating Procedure
GF	Geschäftsführer/in	TK	Thrombozytenkonzentrat
IT	Informationstechnik/er	TV	Transfusionsverantwortliche/r
KIS	Krankenhausinformationssystem	VA	Verfahrensweisung
MAT	Maschinelle Autotransfusion		
OP	Operationssaal		

**\* 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
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

# Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

5/5 sehr häufig, min. 1/10

5/5 bleibende Schäden  
Tod/ schwere bleibende Schäden