

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	Vorgehensweise und Organisation im Rahmen der Transfusion
Fall-ID	CM-257647-2023
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der zuständige Arzt hat aus dem Depot im Zentrallabor ohne Ausgabedokumentation eine Konserve (EK) genommen.</p> <p>Bei dem entnommenen EK handelte es sich aber um eine bestellte Konserve für eine andere Patientin mit der Blutgruppe A Rh D. Die Patienten haben den gleichen Nachnamen (Vorname und Geburtsdatum unterscheiden sich), die Blutgruppen sind nicht kompatibel, eine Transfusion dieser falschen Konserve hätte zum Tod der Patientin geführt. Die Konserve lagerte nach Entnahme aus dem Depot ca. 1h ungekühlt auf Station und war bereits warm, als der Fehler aufgefallen ist. Die Konserve wurde verworfen.</p> <p>Eine Transfusion der "falschen Konserve" hat nicht stattgefunden. Es kam keiner der Patienten zu Schaden. Der Chefarzt der Station der anderen Patientin wurde über das Fehlen ihrer Konserve informiert und Ersatz angeboten.</p> <p>Faktoren, die zu dem Ereignis beitragen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) - Ausbildung und Training - Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) <p>Das Ereignis ist erstmalig aufgetreten.</p>
Problem	<p>Es handelt sich hier um die Meldung eines Beinahe-Zwischenfalls oder eines Zwischenfalls (wie man es sehen will). Die Beinahe-Zwischenfälle können besser als echte Zwischenfälle aufgearbeitet werden und enthalten das meiste Lernpotenzial (siehe SHOT Report 2022 [1]). Diesbezüglich sollte hier unbedingt eine einrichtungsinterne Aufarbeitung als M&M-Konferenz oder als Besprechung der Transfusionskommission erfolgen.</p> <p>Die selbständige Entnahme aus dem Blutdepot durch den diensthabenden Arzt ist in vielen kleinen Häusern üblich. Nicht überall im Dienst kann das 4-Augenprinzip zur korrekten Zuordnung bei</p>

der Ausgabe umgesetzt werden (oftmals kein Depot-(Labor)Personal), nicht überall sind Scanner zum Auslösen der Konserven aus dem Depot etabliertes Prozedere (seltener, aber in kleineren Häusern durchaus noch häufiger). Ob dieser Vorfall in der normalen Arbeitszeit oder im Bereitschaftsdienst aufgetreten ist, kann nicht mit Sicherheit aus der Schilderung geschlossen werden. Es hört sich eher nach Nachtdienst oder einer Situation mit noch mehr Personalmangel und Stress als sonst üblich an. Die Scanner-technik fügt gerade in solchen, aber auch in anderen Routinesituationen ein gesteigertes Sicherheitsniveau zur korrekten Zuordnung von Konserven zum Empfänger und ist in Anbetracht der erheblichen Folgen und Kosten eines tödlichen Verwechslungsfalls eine ratsame Investition [2]. Solange diese Investition nicht getätigt und die Scannerlösung umgesetzt ist, ist die 4-Augen-Kontrolle unerlässlich.

Die Behandlung zweier Patienten mit ähnlichem und gleichen Namen erfordert besondere Maßnahmen (siehe auch ausführlich Fall des Monats CIRS-AINS 2023 [3]; Patientenarmbänder, Software-Alerts, getrennte Zimmer, etc.) [4]. Dazu gehören auch das Bewusstsein für die Gefahr mit unter Umständen tödlichen Konsequenzen und die räumlich und gekennzeichnete, getrennte Lagerung der 2 Konserven einschließlich einer auffälligen Markierung des Vornamens. Im geschilderten Fall hätte diese einfache, aber effiziente Kombinationsmethode schon ausgereicht. Natürlich haben auch noch im Verabreichungsprozess spätere Maßnahmen zur Überprüfung der korrekten Konservenzuordnung in diesem Fall offensichtlich gegriffen, die Verwechslung der Blutkonserve wurde bemerkt und kein Patientenschaden hat sich ereignet.

Jedoch musste eine Konserve verworfen werden. Für diese Konserve hat ein Spender Risiken und Zeit investiert. Die freiwillige Basis der Blutspende erhöht die Sicherheit unserer Blutprodukte erheblich [5] und sollte nicht dadurch gefährdet werden, dass solche Fälle zum Usus werden. Daraus erwächst eine ethische Verpflichtung zum sorgsamem Umgang und auch Vorkehrungen, dass das gespendete Blutprodukt dem Empfänger gegeben wird und seine lebensrettende Wirkung hat. Dies hat in diesem Fall aus vermeidbaren Gründen nicht funktioniert. Das kann und sollte in Zukunft vermieden werden. Diese ethische Verpflichtung sollte ins Bewusstsein gerufen werden.

Wenn eine Konserve unbemerkt ca. 1h vor Transfusion auf Station liegen kann, ist die Transfusionsindikation zu hinterfragen, wenn es sich nicht um eine chronische Transfusionstherapie handelt. Alle akuten Indikationen sollten aufgrund der Gefährdung durch Sauerstoffarmut mehr oder weniger dringlich sein [6]. Die Anforderung der Blutprodukte selbst sollte über eine Ausgabe-Software des KIS die Indikationsstellung und deren Dringlichkeit erfassen. Bei Unstimmigkeiten könnte ein sog. „Clinical Decision Support System“ an die Leitlinienkonformität der Indikation erinnern und eine Bestätigung der Ausnahme anfordern. Damit ist es

	<p>in anderen Häusern gelungen, die Indikationsstellung richtliniengetreuer zu machen [7].</p> <p>Die Nichtverfügbarkeit eines transfundierenden Arztes ist nur im Ausnahmefall zu tolerieren, es sollten im Bereitschaftsdienst genügend Ärzte eingeplant und/oder ein Rufdienst für Überlastungsphasen eingerichtet sein. Wenn ein Blutprodukt über eine Viertelstunde auf Station liegt und kein Arzt verfügbar ist, wäre eine solche Mangelsituation, in der die Stationspflege angewiesen werden sollte, den Hintergrund/Rufdienst anzurufen.</p>
Prozesseilschritt*	4 - Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung, 5 - Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport oder Verabreichung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	nein
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Labor, Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/ja
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/ja
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels	Prozessqualität:

<p>Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. VA/SOP – alle Mitarbeiter/Depot/Labor: Vier-Augenprinzip bei der Ausgabe von chargenpflichtigen Blutprodukten und vor Transfusion, Handhabung im Bereitschaftsdienst 2. Fortbildung und SOP/VA – alle Mitarbeiter: Vermeidung von Verwechslungen bei gleichem/gleichlautendem Namen/fremdartigen Namen/Identifikationsschwierigkeiten bei zum Beispiel Sprachbarrieren, Bewusstseinstrübungen und sonstigen Störungen der Kommunikation oder des Informationsabgleichs 3. Fortbildung – Ärzte, Labor und Pflege: Blutspende und Blutproduktesicherheit - was haben wir Anwender in der Klinik damit zu tun? 4. M&M-Konferenz 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GF, IT, TV, QM, Labor/Depot: Einführung von Barcodescannern konsekutiv in den Bereichen Depot/Labor/Schockraum/Intensiv/OP/IMC/peripheren Stationen 2. TV, Depotleitung, QBH: Einführung des Clinical Decision Support Systems: Software-gestützte Blutprodukterfordern und Leitlinien-konforme Therapie 3. GF, AD, TV, QBH: Überprüfung der Personalstärke und Dienstbelastung, ggf. Einrichtung eines zusätzlichen Hintergrunddienstes
--	--

Literatur/ Quellen:

- [1] Narayan S (Ed), Poles D et al. on behalf of the Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group. The 2022 Annual SHOT Report (2022) <https://doi.org/10.57911/WZ85-3885>
<https://www.shotuk.org/shot-reports/report-summary-and-supplement-2022/>
- [2] Spain D, Crilly J, Pierce J, Steele M, Scuffham P, Keijzers G. Can a barcode scanner for blood collection improve patient identification integrity in the emergency department? A prospective before-and-after study. *Emerg Med Australas.* 2015;27(1):47-54. doi:10.1111/1742-6723.12334
- [3] CIRS ains - Fall des Monats Quartal 3/2023:
<https://www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMQuartal3-2023.pdf>
- [4] Lee AC, Leung M, So KT. Managing patients with identical names in the same ward. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2005;18(1):15-23. doi:10.1108/09526860510576938
- [5] Tissot JD, Garraud O, Danic B, Cabaud JJ, Lefrère JJ. Éthique et transfusion sanguine [Ethics and blood transfusion]. *Transfus Clin Biol.* 2013;20(4):423-439. doi:10.1016/j.tracli.2013.06.003
- [6] Müller MM, Geisen C, Zacharowski K, Tonn T, Seifried E. Transfusion of Packed Red Cells: Indications, Triggers and Adverse Events. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(29-30):507-518. doi:10.3238/arztebl.2015.0507
- [7] Jenkins I, Doucet JJ, Clay B, et al. Transfusing Wisely: Clinical Decision Support Improves Blood Transfusion Practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2017;43(8):389-395. doi:10.1016/j.jcjq.2017.04.003

Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	OP	Operationssaal
ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	PDL	Pflegedienstleitung
AKS	Antikörpersuchtest	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BST	Bedside-Test	SOP	Standard Operating Procedure
EK	Erythrozytenkonzentrat	TB	Transfusionsbeauftragte/r
FFP	Gefrierplasma	TEP	Totalendoprothese
GF	Geschäftsführer/in	TFG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortliche/r
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensweisung
IT	Informationstechnik/er	VHFL	Vorhofflimmern
KHK	Koronare Herzkrankheit	WBIT	Wrong Blood in Tube
KIS	Krankenhausinformationssystem		
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

* 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