Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

IAKH

Meldung über: ☐ **IAKH Fehlerregister** ☒ **CIRSmedical AINS von BDA/DGAI und ÄZQ**

Thema/Titel	Beinahe Fehltransfusion - Konserve eines anderen Patienten aus Labor gebracht
Fall-ID	CM-128719-2015
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Patient Y mit gefäßchirurgischer Operation soll bei postoperativer Anämie ein Fremderythrozytenkonzentrat bekommen. Der Arzt bittet die Pflegekraft eine Konserve des Patienten Y aus dem Labor zu holen, ein Pflegeschüler wird damit beauftragt. Der Pflegeschüler kommt zurück und berichtet "Konserve für Patient X ist auf Station". Dem Arzt wird bewusst, dass der Pflegeschüler eine Konserve für den falschen Patienten geholt hat, der Fehler wurde umgehend bemerkt, die falsche Konserve wird zurück gebracht, die richtige aus dem Labor geholt.
Problem [1] SBAR - Die strukturierte Patientenübergabe im perioperativen Bereich https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenbergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf	Der Bericht deckt die Schwachstelle der Vorgehensweise vieler Häuser auf: Vor der Operation wird eine gewisse Anzahl Konserven gekreuzt oder bereitgestellt, die dann während der OP oder nachher auf Station ohne weitere Formalitäten aus dem Labor geholt werden. Wenn dies gänzlich ohne Formalitäten abläuft, sind solche potenziell lebensbedrohlichen Folgen möglich. Der Fehler, der hier berichtet ist, ist auch ein Kommunikations- und/oder Delegationsproblem. Die Anordnung des Arztes wurde vermutlich bei oder nach der Übergabe an den Pflegeschüler verfälscht oder abgewandelt. Das kann verschiedenste Ursachen haben. Die Begleitumstände und der Ausbildungsstand des Pflegeschülers sind unbekannt. Offensichtlich aber ist dieser Prozess in dieser Einrichtung in Gänze informell geregelt. So bleibt anzumerken: 1. Die Übergabe und Weitergabe einer so kritischen Information erfordert eine Standardform (z.B. SBAR der DGAI [1]) 2. Der Transport von Blutprodukten erfordert eine Einweisung über die Besonderheiten dieses Transportguts hinsichtlich der Lagerung, Dringlichkeit, Dokumentation und Abgabe. Die Qualifikationsanforderungen und Inhalte

[2] Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer ggf. aktuelle Version auf https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie/	sollten im Qualitätshandbuch Transfusionsmedizin oder einer anderen Form einer schriftlichen Dienstanweisung festgelegt sein und sich an den Spezifikationen der Richtlinie Hämotherapie [2] „Kap. 3 - Herstellung, Lagerung und Transport“ orientieren. 3. Die Anforderung und Kommunikation mit der ausgebenden Blutbank muss schriftlich, am besten elektronisch, unter Angabe der Identität des Empfängers, der Dringlichkeit, Indikation, Dosis etc. erfolgen. Blutprodukte sind Arzneimittel, die der schriftlichen Verschreibung eines Arztes unterliegen. Die Anordnung muss den Empfänger, die Art des Produktes, die Indikation, die Dosis, die Dringlichkeit, eventuell anamnestische Besonderheiten und die Identität des verschreibenden Arztes beinhalten. 4. Die Blutbank/das Blutdepot, das immunhämatologische Labor hätte ohne schriftliche oder elektronische Anordnung das Blutprodukt nicht ausgeben dürfen. Die Praxis, dass vor der Operation Blutkonserven gekreuzt werden, die dann unbürokratisch intra- oder postoperativ abzurufen sind, muss unbedingt unterlassen werden. Die ärztliche Verordnung muss aus diesem Grund dringend unmittelbar vor der Verabreichung erfolgen. Da die Indikation im Einzelnen nicht lapidar mit Anämie oder Blutverlust angegeben werden soll, sondern genau dokumentiert werden muss, ist die Angabe und Dokumentation bei der Bestellung die saubere Version als die nachträgliche Eintragung in die Krankenakte (die dann häufig vergessen werden kann).
Prozessteilschritt*	2 - Anforderung, 5 - Ausgabe
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 3, Routine, Wochentag, erfahrener Arzt, Ausbildung
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/evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	**2/5**
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	**5/5**
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	**Prozessqualität:** 1. Fortbildung und SOP/VA – Ärzte und Pflege: Korrekte Anforderung und Verschreibung von Blutprodukten nach AMG und Richtlinie Hämotherapie 2. Fortbildung und SOP/VA – Pflege, Transportdienst: Spezielle Anforderungen an den Transport und die korrekte Lagerung von Blutprodukten gemäß QM Handbuch oder Verfahrensanweisung Transfusion 3. SOP/VA – Labor/Blutdepot: Ausgabe von Blutkonserven 4. Meldung an die Transfusionskommission **Strukturqualität:** 1. IT-Struktur der Einrichtung: Elektronische Anforderung von Blutprodukten 2. Personelle Besetzung von Blutdepot/ Immunhämatolog. Labor: Ausgabe von Arzneimittel nur durch qualifiziertes Personal 3. Qualifikation von Pflege und Transportdienst: Einweisungscurriculum in die Transportbesonderheiten von Blutprodukten

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
ICU	Intensivstation
KHK	Koronare Herzkrankheit
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
OP	Operationssaal
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit

QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
SOP	Stand Operating Procedure
TB	Transfusionsbeauftragter
TEP	Totalendoprothese
TFG	Transfusionsgesetz
TK	Thrombozytenkonzentrat
TV	Transfusionsverantwortlicher
VA	Verfahrensanweisung
VHFL	Vorhofflimmern

*** 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		**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