

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	Patientenverwechslung bei EK-Gabe
Fall-ID	CM-26434-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patientenverwechslung und Sprachprobleme führen zu Fehltransfusion eines Erythrozytenkonzentrats.</p> <p>Patientenzustand: Gefäßchirurgische periphere Bypass-OP bei stabilen Vitalparametern und eines Transfusionstriggers durch intraoperativ ausgelösten Blutverlust.</p> <p>Nach Indikationsstellung zur notwendigen Gabe eines EK wurde der OP-Läufer mit dem Patientenetikett zur Besorgung der EK in das hauseigene Labor geschickt. Im Labor wurden ihm fälschlicherweise die 2 EKs eines Patienten mit identischem Nachnamen ausgehändigt. Ohne die Verwechslung des Laborpersonals zu bemerken, wurden die 2 EK (Blutgruppe Null) zur Transfusion durch Anwärmen vorbereitet und in den OP-Saal gebracht. Der Anästhesiefacharzt hatte einen Bedside-Test durchgeführt (Ergebnis: Blutgruppe A), aber nicht unterzeichnet. Der zuständige Anästhesiefacharzt hatte erhebliche Sprachschwierigkeiten im Umgang mit der Landessprache. Die Anästhesiefachpflege war nicht permanent anwesend, da sie für zwei parallele Säle zuständig war. Die Diskrepanz der falschen Patientendaten und der unterschiedlichen Ergebnisse des Bedside-Tests wurde nicht berücksichtigt und die Konserve wurde dem in Allgemeinanästhesie operierten Patienten vollständig transfundiert. Nach Anforderung einer zweiten im Blutwärmer liegenden EK fiel zufälligerweise einem Oberarzt, der diese Konserve in den Saal transportierte, die Patientenverwechslung auf.</p> <p>Was war besonders ungünstig?</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Fehler wurde nur zufällig durch nicht in den Fall involvierte ärztliche Mitarbeiter detektiert <p>Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trotz Schulung und Supervision des langjährigen Facharztes für Anästhesie können Kommunikationsdefizite zu deletären

	Situationen führen.
<p>Problem</p> <p>[1] Beck, G; Biermann, K; Becke E; Deja, M; u. a. (2013): Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz, in: Anästh Intensivmed, Jg. 54, S. 39–42.</p>	<p>Die Regelungen im Transfusionsmanagement sollen ein reproduzierbare Ergebnisqualität mit Null-Fehler-Ansatz ermöglichen. In der Verkettung von mehreren Fehlern entsteht im berichteten Fall die Fehltransfusion.</p> <p>Mehrere Prozessschritte und Begleitumstände sind hier nicht mit der nötigen Verbindlichkeit und Sicherheit ausgeführt worden:</p> <p>a) Die Ausgabe der Präparate war fehlerhaft. Die Gleichheit des Nachnamens ist recht häufig und die Empfehlungen für minimal zu kontrollierende Parameter definiert das Aktionsbündnis Patienten Sicherheit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familienname 2. Vorname 3. Geburtsdatum 4. Identifikationsnummer (z.B. Patientenummer, Fallnummer) <p>Ausdrücklich adressiert wird nicht nur der ärztliche Dienst, sondern alle an der Behandlung beteiligten Dienste. Die Bedingungen des Transports und der Abgabe an den korrekten Empfänger ist bei Blutprodukten mit einer besonderen Sachkunde und Sorgfalt zu erledigen, die geschult und erlernt werden muss. Das ist vermutlich bei diesem OP-Läufer nicht erfolgt.</p> <p>b) Die Abweichung des Befundes des Bedside-Tests von der Blutgruppe der gelieferten Konserven ist außergewöhnlich und Grund für eine erhöhte Aufmerksamkeit. Eine Major-kompatible jedoch nicht Major-gleiche Transfusion ist zwar prinzipiell möglich, aber eine dokumentationsbedürftige Abweichung vom Regelfall. Hier hätte erst nach einer bewussten Reflexion mit der Transfusion fortgefahren dürfen.</p> <p>c) Die Prüfung von Blutgruppe, Name, Vorname, Geburtsdatum und der Abgleich von Konservennummer ist unabhängig von der Sprachkompetenz des transfundierenden Arztes. Hier bleibt für uns unklar, welchen Beitrag die beschriebenen Kommunikationsprobleme hatten. Eine Unsicherheit auf sprachlichem Gebiet durch einen Facharzt mit Migrationshintergrund kann sich auch auf fachliche Inhalte auswirken. Deshalb erfordert der Erwerb der deutschen Approbation eine Sprachfähigkeitsprüfung. Offensichtlich aber hat dieser Facharzt diese erfolgreich hinter sich bringen können.</p> <p>d) Eine intensivisierte Supervision ist dennoch vonnöten. Der Supervisor ist also keinesfalls zufällig in den Saal gekommen oder in die Behandlung nicht involviert. Die häufigste Fehlerquelle, die Indikationsstellung ist in der Schilderung als</p>

	<p>unkritisch und fehlerfrei dargestellt. Vermutlich war die Supervision bereits involviert gewesen und hätte die Situation begleiten können, bzw. eine Überwachung des Vorgangs hätte früher erfolgen <u>müssen</u>. Die Ein-/ und Unterweisung in die Besonderheiten der Hämotherapie und Transfusionsmedizin erfordern gerade bei Kolleg/innen mit Migrationshintergrund erhöhte Sorgfältigkeit. Vermutlich gibt es in dieser Institution keine supervidierte Ersteinweisung und „beaufsichtigte“ praktische Verabreichung einer Blutkonserve.</p> <p>e) Uns stellt sich die Frage, ob die Transfusionsepisode durch eine chirurgische Blutung in der Abteilung einem Routineablauf entspricht oder ob hier nicht eine relevante vorlag, die eine Anwesenheit der Anästhesiepflege fordert und ein Vier-Augenprinzip möglich gemacht hätte. Wohl wird betont, dass der Patientenzustand stabil sei, trotzdem ist eine Verabreichung einer Transfusion nur für erfahrene Anästhesisten nebenher und „im Alleingang“ zu leisten. Die „Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz“ legen hierzu fest, dass eine Pflegekraft „...auch während aller übrigen Phasen des Anästhesieverfahrens für besondere Situationen (z.B. Umlagerungen, Notfälle) jederzeit verfügbar sein...“ muss [1]. Wenn die Zuteilung zu 2 Sälen der Pflegekraft ausnahmsweise ungünstig und sich mit einer Assistenzsituation im anderen Saal überschritten hätte, wäre trotzdem zu hinterfragen, ob in diesen Situationen die Supervision des Oberarztes nicht einspringen könnte. Die Meldung gibt keinen Hinweis auf eine aktive Unterstützung des Facharztes, bevor der Oberarzt „zufälligerweise“ im OP eintraf. Ein Konzept zur gegenseitigen Verständigung und Unterstützung im Team bei erhöhtem Arbeitsanfall sollte erarbeitet werden.</p>
Prozesseilschritt*	3, 5
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Routine, Wochentag, Sprachschwierigkeiten des Anästhesiefacharztes, Anästhesiefachpflege für zwei parallele Säle zuständig, daher nicht permanent anwesend
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.;	A

D - nein; Keine Angaben)	
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
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[2] Musterverfahrensweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven - empfohlenes Vorgehen der IAKH: Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. VA/SOP – Labor: Ausgabe der Konserven und Überprüfung der korrekten Zuordnung im Vieraugenprinzip oder elektronisch 2. Fortbildung und Schulung – OP-Läufer/Hol- und Bringendienst/Transportpersonal: Besonderheiten des Transports, der Annahme und Ablieferung von Blutprodukten 3. VA/SOP – Pflege und Ärzte: Korrekte Verabreichung einer Transfusion im OP (siehe auch Muster der IAKH) [2] 4. Fortbildung – Ärzte: Bedeutung und korrekte Durchführung des Bedside-Tests 5. SOP/VA – Pflege bzw. Anästhesieabteilung: Gegenseitige Verständigung und Unterstützung im Team bei erhöhtem Arbeitsanfall 6. M&M-Konferenz zum Fall und der Frage, ob das Supervisionskonzept ausreichend ist 7. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Barcode oder RFID-ID gestützte Zuordnung von gekreuzter Konserve und Patient, elektronische Überwachungssysteme des Anwendungsprozesses von Blutkonserven von der Spende bis zur Verabreichung 2. Curriculum Transfusionsmedizin/Hämotherapie bzw. Einführung der neuen Mitarbeiter in die Gepflogenheiten des Hauses

	<p>3. Computergestütztes Simulationstraining der IAKH für die Verabreichung von Regel- und Massivtransfusion</p> <p>4. Ein Integrationskonzept der Klinik von Mitarbeitern mit Sprachbildungs- und Kommunikationsbedarf erhöht nicht nur die Mitarbeiterzufriedenheit, auch die Kollegialität und die Patientensicherheit</p>
--	---

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationssaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TFG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
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