



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	Transfusion mit normalem System
Fall-ID	CM-31602-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Transfusion von Erythrozytenkonzentraten mit einem normalen Infusionssystem:</p> <p>Ein Assistenzarzt (Ende der Einarbeitungsphase) bereitet die Transfusionen auf der Intensivstation vor. Die Erythrozytenkonzentrate wurden mit normalen Infusionssystemen versehen und appliziert. Kurz danach wird von einem Kollegen der Fehler bemerkt. Die Systeme werden getauscht. Der Patient erleidet keinen Schaden und die Laboruntersuchungen sind unauffällig.</p> <p>Es gibt zwar einen Einarbeitungsbogen für neue Assistenzärzte, auf diesem ist aber die Ausbildung im Umgang mit Blutprodukten nur vage als Einarbeitungsziel definiert.</p> <p>Der Assistenzarzt arbeitete aber vor seinem Einsatz auf Intensiv in einem Fachgebiet, in dem Transfusionen häufiger vorkommen. Die Ausbilder gingen davon aus, dass dieser sich mit Blutprodukten auskennen sollte.</p> <p>Wir haben daraufhin folgende Maßnahmen ergriffen/ oder planen folgendes zu ändern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Änderung des Einarbeitungszettels (schon geschehen) 2. Fortbildung Blutprodukte für die Assistenten 3. Erinnerung der Ärzte an das Transfusionshandbuch, welches im Intranet für jeden Arzt zur Verfügung steht.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurde in diesem Fall angenommen, dass der Assistenzarzt einer anderen Abteilung an den üblichen Einweisungen und Tätigkeiten auf Intensivstation teilgenommen hat. Die Einarbeitung auf einer neuen Abteilung sollte auf dem Erfragen der Kenntnisse aufbauen und bisher Versäumtes nachholen. Bewährte Mitarbeiterführungs- und Rotations-Konzepte individualisieren die Ausbildungsinhalte durch Vorabgespräche und Nachkontrollen des

<p>[1] http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliHaemotherapie2010.pdf</p>	<p>Erfolges.</p> <ul style="list-style-type: none">• Auf dem Gebiet der Hämotherapie ist die Wissensvermittlung praktischer Inhalte äußerst mangelhaft, sowohl im Studium als auch in der ersten Assistenzzeit. Meist hält sich das Krankenhaus juristisch schadfrei, indem die Mitarbeiter bei Arbeitsantritt das QB Handbuch in die Hand oder wie hier auf das Dokument im Intranet hingewiesen werden. Die Existenz eines Qualitätsmanagementhandbuch des Transfusionswesens ist laut Transfusionsgesetz für die Institution sowieso verpflichtend. Besser wäre eine Fortbildungsreihe „Transfusionsmedizin“, die mit einem praktischen Einarbeitungsprogramm für neue Mitarbeiter Hand in Hand geht, das regelmäßig wiederholt und aufgefrischt wird. Insbesondere in Krankenhäusern und Abteilungen mit einer größeren Fluktuation von Mitarbeitern muss durch den Transfusionsverantwortlichen bzw. -beauftragten sichergestellt werden, dass regelmäßige dokumentierte Schulungen stattfinden, um den Anforderungen des Transfusionsgesetzes zu entsprechen. Ein jährlicher Rhythmus scheint hierbei eine Minimalforderung darzustellen. Der von dem Melder erwähnte "Einarbeitungszettel" ist auch eine gute Methode, um nicht nur dem Gesetz Genüge zu tun, sondern auch den Mitarbeiter abzusichern und die Patienten zu schützen.• Rein faktisch sind die Rahmenbedingungen bzgl. der Gabe von Blutprodukten in den "Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)" eindeutig festgelegt [1]. Hiernach muss die Transfusion aller Blutkomponenten über ein entsprechend MPG normiertes Transfusionsgerät mit Standardfilter (in der Regel Porengröße 170–230 µm) erfolgen. Weiter sind in den genannten Richtlinien unter Punkt 1.4 die Anforderungen an ein Qualitätsmanagement (QM) und die Qualitätssicherung (QS) definiert, die von allen transfundierenden Krankenhäusern und Ärzten beachtet werden müssen (Punkt 1.4.3 Qualitätssicherung bei der Anwendung): Jeder hämotherapeutische Maßnahmen durchführende Arzt muss die dafür erforderlichen Kenntnisse und ausreichende Erfahrung besitzen. Das Qualitätsmanagementhandbuch muss für alle Mitarbeiter in dem für ihre Arbeit relevanten Umfang zugänglich sein, was hier durch die
--	--

	<p>aktuelle Version im Intranet gut geregelt ist. Die dort in Form von Standardarbeitsanweisungen oder Dienstanweisungen festgelegten organisatorischen Regelungen und Verfahren sind als Standard verbindlich. Sie sollten aber dennoch praktisch angeleitet und nicht nur vorausgesetzt werden, da die trockene Literatur des meist umfangreichen Werkes von den wenigsten Mitarbeitern freiwillig bewältigt wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weitere Vorschriften in diesem Zusammenhang sind: Das Handbuch ist neuen Erfordernissen, Entwicklungen und Änderungen anzupassen. Seine Funktionsfähigkeit ist durch regelmäßigen Soll-/Ist-Abgleich im Rahmen von Selbstinspektionen sicherzustellen. Dazu ist ein funktionsfähiges Selbstinspektionsprogramm schriftlich festzulegen. • Die Transfusionsbestecke sind mit einem Poren-Filter von üblicherweise 200µm ausgestattet um Mikroaggregate, thrombotisches Material und erythrozytäre Zellklumpen vor dem Wiedereintritt in die Zirkulation mit Emboliegefahr zu hindern. Oftmals treten diese Veränderungen bei der Lagerung von Erythrozytenkonzentraten auf und sind nicht unbedingt durch visuelle Kontrolle des Blutprodukts auszuschließen.
Prozesteilschritt**	5 Verabreichung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	ITS /IMC
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Routine, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	
Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine	

Verwechslung verhindert?	
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. „Fehler einigermaßen schnell bemerkt“ 2. „Erklärung des Fehlers und Darstellung der Problematik in ruhigem Ton.“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung Ärzte: Richtiges Vorgehen und Fehler beim Umgang und der Verabreichung von Blutprodukten, Filter und übliche Applikationssysteme 2. Fortbildung: Gewinnung und Lagerung eines Erythrozytenkonzentrats 3. SOP/Verfahrensanleitung/Algorithmus: Praktisches Vorgehen 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etablierung einer dokumentierten Fortbildungsreihe Transfusionsmedizin 2. Entwicklung und Etablierung eines praktischen wie theoretischen Ausbildungs- und Einweisungskonzepts 3. Rotationskonzept für Kliniker zur tageweisen Hospitation ins Blutdepot/ immunhämatologisches Labor/ Blutspendezentrale

***Risikokala:**

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

****Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

1. Fehler bei 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
15. Fehler bei der Patientenidentifikation