

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 trotz falschem Begleitschein
Fall-ID	CM-37649-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Wichtige Begleitumstände: Aufwendige Recherche nach dem diensthabenden Endoskopeur. Parallel geht ein Notfallfunk mit Reanimation auf Normalstation ein und die anstehende Visite muss vorbereitet werden.</p> <p>Während des Nachtdienstes entwickelt ein Patient auf der Intensivstation eine akute, transfusionspflichtige Blutung. Es werden EKs über die eigene Blutbank und ein TK über den überregionalen Spendedienst geordert. Vor der Transfusion wird ein Bedside-Test durchgeführt. Die Kontrolle ergibt, dass die Blutgruppe mit der auf dem Begleitschein identisch ist. Weiter wird kontrolliert, ob die Konservenummer des Begleitscheins identisch ist mit der auf der Konserve. Dies ist zutreffend.</p> <p>Es fiel nicht auf, dass auf dem Begleitschein ein anderer Patient name vermerkt war. Nach Rücksprache wurde von der Blutbank mitgeteilt, dass EKs oft für zwei Patienten parallel vorgehalten werden. Das betreffende EK war auf den zu transfundierenden Patienten gekreuzt und damit auch zur Transfusion freigegeben worden. Fälschlicherweise war der falsche Begleitschein des zweiten, ebenfalls auf dieses EK gekreuzten Patienten mitgegeben worden.</p> <p>Besonders ungünstig waren die vielen gleichzeitig auszuführenden Tätigkeiten. Aber auch das Vorhalten eines EKs für zwei Patienten seitens der Blutbank, was nach Rücksprache üblich sei.</p> <p>Mögliche Gründe für dieses Ereignis und wie es hätte vermieden werden können: Aufmerksamere Kontrolle aller im Rahmen des Bedside-Tests nötigen Angaben.</p>
Problem	<p>Im vorliegenden Fall sind mehrere Fehler geschehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Ausgabe der Konserven mit dem falschen Begleitschein 2. Der Abgleich der Empfängeridentifikation mit dem Be-

<p>[1] Musteranweisung der BÄK: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/2019-01-18_MAA_Transf.EK.docx</p> <p>[2] Musterverfahrensweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven IAKH: Empfohlenes Vorgehen der IAKH: Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p> <p>[3] Das Transfusionsgesetz http://www.gesetze-im-internet.de/tfg/BJNR175200998.html</p>	<p>gleitschein (Konservenidentifikation)</p> <p>3. Ablenkung der ausführenden Personen durch Begleitfaktoren</p> <p>Ad 1) Die Ausgabe der Konserven soll entweder elektronisch mit einem Barcodescanner kontrolliert werden oder die Übereinstimmung der Zuordnung von Begleitschein-, Konserven- und Empfängerdatensätzen muss mittels 4-Augen-Prinzip gesichert sein. Eines dieser beiden Verfahren ist vermutlich angewendet worden, aber auch bei inkorrekt oder unaufmerksamer Anwendung eines solchen Kontrollverfahrens können Fehler passieren. Beim notwendigen Scanner-Abgleich oder dem 4-Augen-Prinzip kann nur das Konservenetikett mit dem Patientenetikett (Adressette oder ID-Ausdruck) verglichen worden sein. Es müsste aber auch der Konservenbegleitschein in den Abgleich miteinbezogen werden.</p> <p>Das gleichzeitige Einkreuzen und Bereitstellen von EKs für verschiedene Patienten ist durchaus üblich, um die Verwurfrate von Konserven klein zu halten. Allerdings muss es dann auch einen klaren und sicheren Schutz vor Ereignissen wie diesen geben. Das bedeutet dass Etiketten und Begleitscheine nicht eher ausgedruckt werden dürfen, bevor nicht die Anforderung eingetroffene ist und der Empfänger damit eindeutig feststeht.</p> <p>Ad 2) Die Verabreichung einer Blutkonserve ist eine besondere gerichtete Therapie, die in ihrer Korrektheit besondere Sorgfalt und Kontrolle bedarf, da bei Verwechslung auch eine Transfusions-/Unverträglichkeitsreaktion mit Todesfolge entstehen kann. Auch die Dosis und Indikation sollten sorgfältig evaluiert werden. Eine Musterverfahrensweisung zur korrekten vielschrittigen Anwendung und Verabreichung von Blutprodukten ist deshalb vielerorts Bestandteil des Qualitätshandbuches (siehe auch Musterverfahrensweisung der BÄK [1] oder der IAKH[2]).</p> <p>Die Konsequenzen für die verabreichenden Ärzt/innen bei Fehlern in diesem Prozess sind gravierend, da das Transfusionsgesetz (TFG) [3] die vorbereitende Dokumentation detailliert und unzweifelhaft ausführt. So heißt es sinngemäß im dritten Abschnitt des §14 TFG (Anwendung von Blutprodukten) zu den Anforderungen an die Dokumentation: Es muss die Patientenidentifikationsnummer oder entsprechende eindeutige Angaben zu der zu behandelnden Person, wie Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse, die Chargenbezeichnung, die Pharmazentralnummer oder Bezeichnung des Präparates, Name oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers, Menge und Stärke, als auch das Datum und die Uhrzeit der Anwendung dokumentiert werden. Auch der vorgeschriebene Bedside-Test des Patienten wurde in diesem Fall korrekt durchgeführt. Warum genau vergessen wurde, den Namen auf dem Konservenbegleitschein (Kreuzstreifen) mit dem Patientennamen zu vergleichen, bleibt unklar. Die Identifikation (ID) und der Abgleich einiger Merkmale ist aber insbesondere unter Stress, Überlastung oder im Bereit-</p>
--	--

	<p>schaftsdienst keine banale Sache und durchaus fehleranfällig.</p> <p>Es ist ein Abgleich notwendig, der nicht nur 4 Merkmale (Patienten-ID an Patient oder Bett mit Empfänger-ID auf Konservenetikett und/oder Begleitschein; Blutgruppe bestimmt durch Labor mit Bedsidetest-Blutgruppe; Produktnummer nach Eurocode auf Konserve mit Eurocode auf Begleitschein mit AKS; Ergebnis des Verträglichkeitstest (AKS) mit Konservenbezeichnung-Etikett) aus 4 Quellen (Patienten-ID, Konservenetikett und/oder Begleitschein mit dem AKS-Test, Bedside-Test, Blutgruppenbefund des Immunhämatologischen Labors). Insofern erfordert dieser Prozess auch hier das 4-Augen-Prinzip und/oder die elektronische Absicherung durch einen Scanner. Da viele Intensivstationen mittlerweile auf eine elektronische Kurvenführung (PDMS = Patientendatenmanagementsystem) umgestellt haben, sollte auch die scannerbasierte Kontrolle der Pharmaka-Verabreichung mittlerweile etabliert sein.</p> <p>Ad.3) Ein wichtiger beitragender Faktor, so die Meldung, war die Begrenztheit an Ressourcen auf Grund der zahlreichen gleichzeitig zu erledigenden Aufgaben (Reanimationsruf, Telefonieren). Viele dieser Notfallsituationen erfordern eine Vorbereitung, da sie zwar unvorhergesehen, aber dennoch immer wieder auftreten. Die Reanimationsalgorithmen regeln auch klar und eindeutig, dass zuerst um Hilfe gerufen wird und dann erst mit der Wiederbelebung begonnen werden soll. Die Intensivstation erfordert eine ständige ärztliche Präsenz aber sicher auch einen Ruf- und/oder Hintergrunddienst für Überlastungssituationen wie diese. Die hätte gerufen werden sollen.</p> <p>Zusammenfassend sollten hier verschiedene Maßnahmen getroffen werden, die wir unten als Möglichkeiten vorschlagen. Auf jeden Fall müssen die Transfusionskommission und die Blutbank eine Rückmeldung zu der Verwechslung erhalten und die entsprechenden Konsequenzen ziehen, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung zu minimieren.</p>
Prozesseilschritt*	3, 5
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	ITS, Blutbank
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA IV, Routine, Wochenende/Feiertag, Nachtdienst

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/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Es hatte keine Konsequenzen für den Patienten, da das korrekte, auf ihn gekreuzte EK transfundiert und lediglich der falsche Begleitschein versandt worden war.“
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) [4] Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf [5] Am Beispiel der Charité: https://transfusionsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc14/transfusionsmedizin/SOP-Qualitätsmanagement/2016_QM_Handbuch_Haemotherapie_2016.pdf	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. Transfusionsfortbildung und SOP/VA – Ärzte: Richtlinienkonforme Anwendung von Blut und Blutprodukten nach Hämotherapierichtlinie 2017 [4] 2. SOP/VA: Identifikationsprozess der Patienten und der Blutprodukte gemäß Musterverfahrensweisung oder QM-Handbuch der Transfusionsmedizin [5] 3. SOP/VA – Labor/Blutbank: Ausgabe der Blutprodukte und Identitätssicherung der Begleitdokumente und Chargennummern mit den Empfängerdaten 4. M&M-Konferenz zum Fall mit allen Beteiligten 5. Meldung an die Transfusionskommission und der Beinahe-Verwechslung an den Transfusionsverantwortlichen gemäß Meldepflichten laut Richtlinie Hämotherapie 2017 [4] Strukturqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. Investition in eine scanner-gestützte Blutbanklogistik/Ausgabe und eine scanner-kontrollierte Verabreichung: Insbesondere muss die Software aber auch das Abscannen der Patienten und Konservencodierungen das Verknüpfen mit dem AKS und der Blutgruppenbefund sowie dem aktuellen Hb-Wert aus der digitalen Krankenkurve erlauben.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Einrichtung eines Ruf-/Hintergrunddienstes für die Intensivstation für Überlastungssituationen wie diese 3. Überprüfung der Personalstärke auf der Intensivstation und im Labor/Blutdepot
--	---

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		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