



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	Beinahe Fehltransfusion
Fall-ID	CM-57344-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Es war bei der internistischen Visite auf Station mit dem Stationsarzt besprochen worden, bei zwei Patienten mehrere Erythrozytenkonzentrate (EK) zu verabreichen: 2 EKs für Patient A und 3 EKs für Patient B. Die Pflegekraft hatte bewusst jeweils nur eine Transfusion auf die Station holen lassen. Beide Konserven wurden von einer Pflegekraft in einer Anleitungssituation vorbereitet. Die Konserven für die beiden Patienten wurden an 2 verschiedene Infusionsständer gehängt. Der Stationsarzt war zu dieser Zeit mit dem NEF unterwegs. Vom vertretenden Arzt der Nachbarstation wurden beide Konserven in das Patientenzimmer getragen und dort aufgehängt.</p> <p>Der Pflege fiel bei der Übergabe auf, dass die zwei Konserven bei nur einem Patienten synchron angehängt worden waren. Die 1. Blutkonserve war zur Hälfte eingelaufen, das 2. EK aber noch nicht angehängt worden.</p>
Problem [1] Querschnittsleitlinien der BÄK http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapie_2014.pdf	<p>In dieser Meldung sind mehrere Aspekte lehrreich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es handelt sich um geplante und elektive EK-Transfusionen in einer nur selten indizierten Dosis [1]. Die Transfusion von Transfusionsserien erfordert die klinische und labor-technische Erfolgskontrolle zwischen den Einheiten. Wir nehmen an, dass die Pflegekraft bewusst nur eine Konserve pro Patient aus dem Blutdepot/Labor abgeholt hat. Eine Transfusion von mehreren EK-Einheiten ist bei vital bedrohlicher Anämie (Hämoglobinspiegel ca. unter 5g/dl oder symptomatisch) indiziert. Wenn pro Patient nur eine Einheit besprochen worden wäre und/oder die Versorgung mit Einzeleinheiten im Hause das Routinevorgehen gewesen wäre, wäre vielleicht auch klarer gewesen, dass es sich hier um mehrere zu versorgende Patienten gehandelt hat. • Die in der Meldung in einem Nebensatz angemerkte hohe Arbeitsbelastung und Mehrfachaufgabe durch den NEF des Arztes war der entscheidende Faktor. Eine Stationsabwesenheit ist bei Normalstationen für die Tätigkeit in Diagnostik, Funktion oder Notarzteinsätzen üblich. Allerdings muss die Stationsvertretung im Allgemeinen und auch hier im Speziellen bei kritischen Aufgaben geregelt sein, auch für den Eventual-Fall. Diesbezüglich scheint hier entweder

<p>[2] SBAR-Konzept-: Patientenübergabe an peripheren Schnittstellen https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patienten_bergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf</p> <p>[3] Richtlinie Hämotherapie der BÄK ggf. aktuelle Version auf https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikation überprüfen • Zuordnung Erythrozytenkonzentrat (EK) – Begleitschein – Patient • Blutgruppe EK und Blutgruppe Patient gleich bzw. kompatibel • gleichlautende Nummern auf EK-Etikett und Begleitschein • Verfallsdatum nicht überschritten • Sichtkontrolle der EK auf Unversehrtheit/Hämolyse • Ergebnis und Gültigkeit der Kreuzprobe • Bedside-Test (letzter Schritt unmittelbar vor der Transfusion) 	<p>die Regelung und/oder die Kommunikation mit dem Vertreter nicht optimal zu sein (Ist überhaupt eine Übergabe der Station erfolgt? Wenn, dann nach dem SBAR-Konzept [2]? Das erscheint bei der plötzlichen NEF-Alarmierung schwierig, wenn nicht vorher besprochen).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Abgleich der Patientenidentität mit dem Konservenbegleitschein und dem Bedside-Test wurde vermutlich nicht durchgeführt. Alle notwendigen Arbeitsschritte sind in der Richtlinie von 2010 der BÄK aufgeführt [3]. Der Vertretungsarzt hat die EKs von 2 verschiedenen Infusionsständen genommen, nur fraglich einen eigenen Bedside-Test durchgeführt, die Konservennummern und Begleitscheine mit dem Namen der Empfänger abgeglichen. Nur so ist zu erklären, dass die 2 EKs an einem Patientenbett hingen. Trotzdem wurde die Infusion gestartet. Die Patienten wurden offensichtlich auch nicht nach ihrem Namen gefragt bzw. der Patient, der keine EKs bekommen hat, hat auch nicht gefragt, warum er jetzt entgegen der Visiteninformation keine Blutkonserve bekommt. Die Wichtigkeit der Überprüfung von Patienten und Konservenidentität ist noch einmal mehr und gerade im Vertretungsfall wichtig, da der/die Vertretende die Patienten und die Indikation nicht so gut kennt, wie auf der eigenen Station. • Die Pflege bemerkt die Beinahe-Verwechslung erst im Rahmen der Übergabe. Vermutlich hat der vertretende Arzt die Konserve angehängt und dann die Station wieder verlassen. Die Überwachung des Patienten während der Transfusion ist nicht durchgeführt worden. Während des Einlaufs der Blutkonserve soll ein Patient die ersten Minuten beobachtet werden und dann kurzfristig immer wieder kontrolliert werden, da sich Transfusionsreaktionen auch verspätet einstellen können.
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>5 - Verabreichung, 2 - Indikationsstellung und Anforderung</p>
<p>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</p>	<p>Nein (vermutlich)</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Normalstation</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>Routine, Wochentag</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Geräte-technik C- Personen mit Gerät v.v., D-</p>	<p>A</p>

nein, keine Angaben	
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/ evtl. (je nach Blutgruppenkonstellation und verwendeter Testmarke mit oder ohne Rhesustestfeld)
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<ul style="list-style-type: none"> • „Sofortiges Stoppen der Transfusion!“ • „Beide Patienten hatten die gleiche Blutgruppe!“
**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>[4] Clinical Decision Support: „Transfusing Wisely“ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28738984</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Verfahrensweisung: Korrekte Durchführung einer Bluttransfusion von der Indikationsstellung zur Dokumentation - Ein vielschrittiger Arbeitsprozess mit hohem Fehlerpotenzial 2. Fortbildung – Ärzte: Indikationsstellung der Versorgung mit Erythrozytenkonzentraten nach den Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer 3. SOP/Verfahrensweisung – Ärzte: Übergabe und Vertretungsformalitäten bei gleichzeitiger NEF-Tätigkeit und Stationsdienst 4. SOP/Verfahrensweisung – Stationspflege: Überwachung und Beobachtung der Patienten während der Bluttransfusion 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Umstellung auf elektronische Anforderung mit Abgleich der Indikation mit den Richtlinien/Querschnittsleitlinien: Im Falle einer Mehrfachanforderung von Konserven bekommt der Stationsarzt ein ALERT, eine Textnachricht mit dem Hinweis auf den Richtlinienverstoß o.ä. (siehe „Clinical decision support“ Stanford University, Tim Goodnough oder Jenkins 2017 [4]) 2. Einführung von Scannern zum Abgleich der Patientenidentität mit den Barcodes auf den Blutprodukten 3. Überprüfung der Arbeitsplatzbelastung der Stationsärzte, als auch der Einsatzdauer und Frequenz im NEF-Dienst

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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

**** 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