



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	Der Bedside-Test verhindert eine Katastrophe
Fall-ID	147-2018-G4G8
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Auf der peripheren Station wird im Routinebetrieb zeitgleich und unabhängig die Indikation zur Transfusion für zwei Patientinnen gestellt. Die Konserven werden angefordert und auf der Station an zwei unterschiedlichen Orten deponiert. Die Patientinnen sind jeweils zwei Assistenzärzten zugeordnet. Es bestand keine Kenntnis zur Notwendigkeit der Transfusion des jeweils nicht zugeordneten Patienten.</p> <p>Die bereitliegenden Konserven wurden anhand des Konservenbegleitscheins überprüft und der ABO-Test durchgeführt. Eine Identifikation der Patientin mit Namen und Geburtsdatum wurde nicht durchgeführt. Die Konserve mit Blutgruppe 0 wurde dann nach Rücksprache mit einem dritten Assistenzarzt als majorungleich, jedoch kompatibel identifiziert und die Transfusion begonnen.</p> <p>Nach Transfusion einer geringen Menge des Erythrozytenkonzentrates fiel die Verwechslung auf und die weitere Transfusion wurde gestoppt. Auslöser hierfür war die Nachfrage der zweiten Assistentin zum Verbleib des bestellten Erythrozytenkonzentrates für ihre Patientin.</p> <p>Eine Nachbeobachtung der Patientin blieben ohne pathologischen Befund. Das Präparat wurde in einer nachfolgenden Kreuzprobe als kompatibel diagnostiziert.</p> <p>Die transfundierende Ärztin war erst seit wenigen Tagen auf der Station eingesetzt. Die Lagerung von bereitgestellten Konserven an unterschiedlichen Plätzen auf der Station entsprach nicht der Erfahrung der Ärztin.</p> <p>Eine Meldung der stattgehabten Verwechslung an den Transfusionsbeauftragten erfolgte. Das Ereignis wurde als für die Patientin folgenlos und eine externe Meldung wurde als nicht erforderlich eingestuft. Der Transfusionsverantwortliche wurde entgegen der Festlegungen des Handbuchs zum Meldewesen nicht informiert. Die Verwechslung wurde erst durch ein Softwareproblem im Transfusionsmanagement publik.</p>

Problem

- [1] Richtlinie Hämotherapie Bundesärztekammer 2017:

„...Der transfundierende Arzt hat sich über die Aufklärung und Einwilligung ebenso wie der Identität des Patienten vor Einleitung der Transfusion zu versichern“.

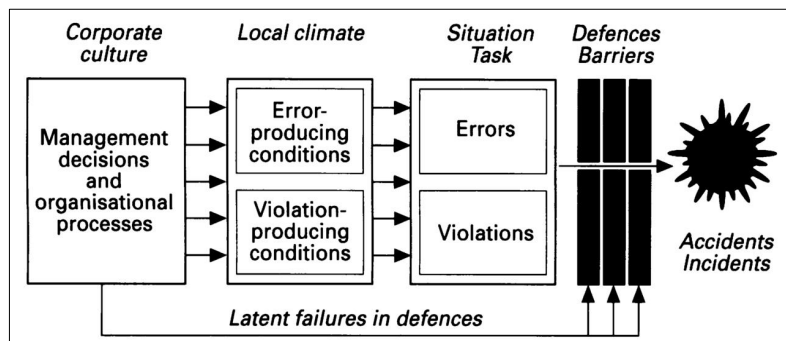
- [2] Reason, J. (1995): Understanding adverse events: human factors. In: *Quality and Safety in Health Care* 4 (2), S. 80–89.
DOI: 10.1136/qshc.4.2.80.

- [3] Dietrich G et al. Hämotherapierichtlinien-2017 - Neuerungen für den transfundierenden Arzt und die autologe Hämotherapie. *Anaesth Intensivmed* 2018; 59:535-539

https://www.ai-online.info/aionline/Artikel/Jahr/2018/Monat/September/Titel/Haemotherapierichtlinie_2017_Neuerungen_fuer_den_transfundierenden_Arzt_und_die_autologe_Haemotherapie/artikelId/3402

- [4] Tabelle 5.3. der Richtlinie Hämotherapie von 2017, modifiziert von der IAKH 2018 (www.iakh.de/)

- Die Identitätssicherung vor Verabreichung der Transfusion und die Überprüfung der Konservenzuordnung zum Patienten ist undelegierbare ärztliche Pflicht [1]. Die studentische Ausbildung für diese wichtige ärztliche Tätigkeit ist in Deutschland oftmals unzureichend. Dass auch die hinzugerufene Ärztin die Fehlzusammenhang nicht bemerkt hat, widerspricht nicht dem 4-Augen-Prinzip, sondern belegt die Verkettungstheorie (Schweizer-Käse-Modell) der Fehlertheorie [2].



([2] Reason 1995, S.83)

Anhand dieses Beispiels ist eine Unterscheidung von Individualfaktoren und der Prozesse im Team bzw. Kommunikationsbedingte Fehler zu unterscheiden:

Eine nicht erfolgte Identifikation der Patientin ist als Verstoß gegen eine sichere Transfusionspraxis einzuschätzen. Gleichwohl hätten jedoch diverse Co-Faktoren die Realisation der Verwechslung unwahrscheinlicher gemacht, so dass eine rein individualisierte Zuordnung eines schuldhaften Verhaltens zu kurz springt.

Die Robustheit des Prozesses gegenüber Individualfehlern ist als gering einzustufen und lässt sich mit einfachen Mitteln verbessern. Als Beispiel ist das 4-Augen-Prinzip für eine Verringerung der individuellen Fehler durch die Zusammenarbeit im anwesenden Team als weiteres Kontroll-Element zu nennen (hier leider ebenso ineffektiv). Daraus wird ersichtlich, dass die Prozesskette mehrere bis viele Kontrollinstanzen erfordert. Zur Auswahl der Möglichkeiten ist eine kritische Evaluation des Fehlers und der Co-Faktoren notwendig. Die ausgebliebene Meldung der Verwechslung an den Transfusionsverantwortlichen hat eine solche Evaluation zunächst verhindert.

- Diese Verwechslung ist laut Hämotherapie Richtlinie von 2017 MELDEPFLICHTIG [1,3], was in diesem Fall beinahe korrekt auch erfolgte (nur an den Transfusionsbeauftragten (TB), nicht aber an den Transfusionsverantwortlichen (TV) wie im QM-Handbuch vorgesehen. Seit der 16. AMG-Novelle und der geänderten Interpretation derselben durch das PEI sind sinnvollerweise nun auch Fehltransfusionen meldepflichtige Ereignisse, auch wenn es nicht zu einer unmittelbaren Reaktion beim Empfänger kommt. Sofern es nicht zu einer schwerwiegenden Reaktion des Empfängers kommt, sind diese Ereignis-

	se als „ unerwünschtes Ereignis “ einrichtungsintern zu melden und zu dokumentieren, und zwar laut §14 Abs.1 TFG, §16 Abs.1S.2 TFG an die im QM-Handbuch festgelegte Person [4], in unserem Fall den TV. Außerdem empfehlen wir immer eine Besprechung in der Transfusionskommission.
Prozesseilschritt*	15 - Patientenidentifikation
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, ASA 3, Nicht eingespielte Abläufe auf der Station
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D – nein; Keine Angaben)	A Die Verwechslung hätte auf unterschiedlichen Ebenen unwahrscheinlicher gemacht werden können: <ul style="list-style-type: none"> • Hilfreich wäre die Kenntnis der Assistenten zu beiden zeitgleich notwendigen Transfusionen gewesen. • Ein nicht festgelegter Bereitstellungsort für Präparate hat die Verwechslungswahrscheinlichkeit erhöht. • Der Hinweis der Pflege auf die zeitgleich notwendigen Transfusionen hätte die Verwechslung ebenfalls unwahrscheinlicher gemacht. • Die Rückfrage bei einem dritten Assistenten war nicht geeignet um dem Fokus der Supervision in den Prozess einzuführen. Eine Nachfrage auf horizontaler Ebene bei einem dritten Assistenten führte hier zwar zu einer formal richtigen Einschätzung, da Kompatibilität gegeben war, die kritische Wertung der außergewöhnlichen Konstellation blieb jedoch aus. Ausschlaggebend hierfür könnte eine führende Motivation zur Ermöglichung der geplanten Maßnahme sein. Der Beitrag einer Supervision wurde dadurch jedoch vernachlässigt.
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 Ja, wenn die majorungleiche Testung kritisch hinterfragt worden wäre.

<p>[5] Bundesärztekammer (2017): Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) Gesamtnovelle 2017. Aufgestellt gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. In: <i>Deutsches Ärzteblatt</i> 114 (31-32), A1504.</p> <p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Bekanntm-DAE_Haemo-Gesamtnovelle_2017.pdf</p> <p>(zuletzt geprüft am 03.10.2018)</p>	<p>Majorungleiche Transfusionen können indiziert sein, sind jedoch außerhalb von speziellen Behandlungsfeldern wie Geburtshilfe oder Onkologie sehr selten und keinesfalls als Routine einzuschätzen.</p> <p><i>Erythrozytenkonzentrate werden ABO-gleich transfundiert. In Ausnahmefällen können auch ABO-ungleiche, sog. „majorkompatible“ Präparate transfundiert werden (s. Tab. 4.10.3.1). Die Ausnahmen sind zu dokumentieren ([2] Bundesärztekammer 2017, S. 63).</i></p>
<p>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	
<p>**Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</p>	<p>3/5</p>
<p>**Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</p>	<p>1/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mentale Checkliste zur Durchführung der Patientenidentifikation 2. SOP/Verfahrensanleitung/Fortbildung – Ärzte: Identifikation von Patienten und Abgleich von Präparation, Dosis und Patientenidentität beim wachen, dementen und komatösen/ narkotisierte Patienten vor der intravenösen Verabreichung von Blutprodukten, Chemotherapeutika, Antibiotika und Katecholaminen 3. Fortbildung – Ärzte: Hämotherapie-Richtlinie 2017: Leitliniengerechte Versorgung mit Blutkomponenten, Ausnahmen und versorgungsbedingte Gepflogenheiten im Haus 4. Meldung an den Transfusionsverantwortlichen zur Nachbereitung in der Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vereinheitlichung des Bereitstellungsortes auf den Stationen, aber klare Kennzeichnung mit getrennten Fächern.

	<p>Die Sicherheit der einzigen Stelle, an der nach Blutkonserven gesucht werden kann, wird sonst durch die Gefahr der Verwechslung durch Fehlgriff aufgewogen!</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Aufdruck einer Checkliste zur Patientenidentifikation auf dem Konservenbegleitschein 3. Einführung des Scanner-basierten Abgleichs der Konserven mit dem Patientenarmband 4. Einführung eines Warnhinweises des Blutdepots auf den Konserven bei zeitgleicher Ausgabe von Blutprodukten an einen Empfänger 5. Überprüfung des Ausbildungs- und Supervisionskonzepts: Gibt es Verbesserungsbedarf? Sind die Assistenzärzte lückenlos abgedeckt? Ist jemand für Fragen zu Transfusion und Hämotherapie immer erreichbar?
--	---

*** 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

**** 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 |