



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	Fehler machen mehr Arbeit als Routine!
Fall-ID	150-2018-I4E9
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Beim Schreiben des Intensiv-Verlegungsbriefes einer 56-jährigen Patientin, die sich in unserem Hause einer Transversumsegmentresektion bei Colon CA mit bekannter Filialisierung und danach erfolgter Hemikolektomie re. unterziehen musste, trat das Problem auf, dass weder das einzige Erythrozytenkonzentrat (EK), das gegeben werden musste, mit Nummer im Narkoseprotokoll dokumentiert war noch der Konservenbegleitschein aufzufinden war. Dieser verbleibt normalerweise im Original in der Akte, der Durchschlag geht in die Blutbank. Der transfundierende Kollege gibt an, das Formular noch an dem Tag des Eingriffs, an dem das EK transfundiert wurde, ausgefüllt und in die Ablage für die Schwestern ins Fach gelegt zu haben. Die Pflegekräfte oder die Stationshilfe sortieren üblicherweise die Dokumente in die jeweiligen Akten ein, bringen Befunde bei bereits verlegten Patienten auf die jeweilige Station etc. Die Chargennummer des EKs ist im Ausgabeprotokoll der Blutbank nachzuweisen, dafür gehen aber 1,5h der Nachforschung ins Land, sehr ärgerlich und unbedingt vermeidbar.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Bundesärztekammer (Hrsg.) (2017). Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Berlin.</p> <p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf</p>	<p>Die Durchführung der Transfusion ist an die Dokumentation der Maßnahme gekoppelt. Die Anforderungen ergeben sich aus der ärztlichen Berufsordnung und sind für die Transfusionsmedizin festgelegt [1; S. 70ff]. Dokumentationsversäumnisse führen immer wieder zu zeitaufwendigen Fehlerverfahren. Eine einfache Lösung, die die Nachforschung erübrigt hätte, wäre die Anbringung eines Konservenaufklebers auf dem Narkoseprotokoll gewesen.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass eine Kopie oder ein Teil des Konservenbegleitscheins mit dem entleerten Präparat zurück in die Blutbank gelangte. Damit wären zumindest die Durchführung und der unauffällige Verlauf der Transfusion nachvollziehbar. Die Meldung liefert hierzu keine Informationen. Aus der Angabe, dass die Nachforschung dort vor Ort aufwendig ist, könnte auch geschlossen werden, dass die Ablage der Scheine und die Vollständigkeit der abgeschlossenen Transfusionsprozesse nicht kontrolliert und erfasst werden. Mit Hilfe von Elektronik und computerisierten Scannern sollte das einfach möglich sein. Damit wären einfache Nach-</p>

	<p>weise zur Qualitätssicherung und zur Statistik des Verbrauchs, der Indikation, des Verwurfs, etc. zu führen.</p> <p>Die Durchführung einer Transfusion ist obligatorischer Dokumentationsbestandteil eines Narkoseprotokolls. Uns stellt sich die Frage, ob und wie der durchgeführte Bedside-Test dokumentiert wurde. Dieser kann entweder auf das Narkoseprotokoll oder den Teil des Begleitscheins zur formalisierten Rückgabedokumentation an die Blutbank geklebt werden. Die Transfusionsepisode ist in diesem Fall durch den fehlenden Konservenbegleitschein formal nicht abgeschlossen, da der Abschluss nicht nachvollziehbar dokumentiert wurde.</p> <p>Die Methodik, die relevanten Befunde und Berichte in einem allgemeinen „Stationsbriefkasten“ zu deponieren und auf eine vollständige Zuordnung zur Akte des Patienten zu hoffen, erscheint für Risikobereiche ungeeignet. Der Durchführende bei der Aktenführung konnte im beschriebenen Fall aufgrund der fehlenden Dokumentation im Narkoseprotokoll selbst bei außergewöhnlicher Aufmerksamkeit nicht sicher erkennen, dass die erforderliche Dokumentation fehlte. Eine weitere mögliche Fehlerquelle liegt in der fehlerhaften Zuordnung zu einem anderen Patienten. Damit wird das Auffinden des Konservenbegleitscheins nur noch zufällig möglich.</p> <p>Schnittstellen im Behandlungsverlauf bergen Fehlerquellen. Im hier beschriebenen Fall liegt mindestens ein relevanter Übergang zwischen OP und Intensivstation vor. Die Sicherheit der Durchführung erhöht sich erheblich, wenn die, eine Leistung betreffenden Dokumentationsanforderungen, vollständig bearbeitet wurden oder die schnittstellenübergreifende Abbildung in einem elektronischen System durchgeführt wird. Damit lässt sich sowohl die Wahrscheinlichkeit von Verlust und Fehlzuordnung auf ein Minimum reduzieren.</p> <p>Sicherheit entsteht in der Kombination von fehlerfreier Durchführung und einer robusten Gestaltung der Abläufe, die Durchführende in der Tätigkeit unterstützen und den Aufwand überschaubar halten.</p>
Prozesseilschritt*	7
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP/Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Not-	Routine, ASA 3

fall, ASA)	
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>	<u>Die Rückverfolgbarkeit des Produktes ist wahrscheinlich durch die Dokumentation in der Blutbank gegeben.</u>
**Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	5/5
**Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	3/5
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[2] SBAR-Die strukturierte Patientenübergabe https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenübergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> SOP/ VA zur Dokumentation der Verabreichung von Blutprodukten: Qualitätshandbuch oder VA Transfusion im Kontext des Fehlers evaluieren , verändern und im Laufe einer Fortbildung erneut ins Bewusstsein der Ärzte rufen- zum Beispiel einheitliche Dokumentation der Chargennummer mittels Nummer/ Barcode-Aufkleber ins Narkoseprotokoll Intensivkurve oder Patientenakte! SOP/VA zur Durchführung des Bedside-Tests: Dokumentation handschriftlich oder des Klebers ebenso in Narkoseprotokoll, Intensivkurve oder Krankenakte. Bei komplett elektronischer Dokumentation/Narkoseprotokoll Angabe der Durchführung mit Blutgruppe in einem speziellen Feld Abschaffung des Stationsbriefkastens mit der Notwendigkeit zur sofortigen Zuordnung zur Patientenakte oder Zuweisung der Verantwortlichkeit für die korrekte Zuordnung und zeitnahe (täglich) Aktenablage an spezielle Stationssekretäre/innen Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> Softwaregestützte Abbildung des Transfusionsprozesses mit Barcodescanner am Patientenbett und Einlesen von Chargennummer auf Konserve vor Verabreichung, der Patientenidentität, als auch der erfolgten Transfusion durch

	<p>den rückgegebenen Begleitschein und dem Transfusionsbericht des Arztes</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Einlesen der erfolgten Transfusion ins EDV-System, ebenso die Transfusionsreaktionen, mit automatisierten Hinweisen im KIS als Alarmhinweis auf einen nicht abgeschlossenen Transfusionsprozesses, wenn die Konserve nicht verabreicht und dokumentiert, aber ausgegeben wurde! Dies ist innerhalb der 6h Frist möglich, in der ein EK-transfundiert werden soll! 3. Arbeitslisten zur Sicherung einer frühzeitigen Identifikation von Versäumnissen und Fehlern für organisatorische Bereiche 4. Verbesserung der gesicherten Vollständigkeit der Patientenübergabe an Schnittstellen durch das SBAR-Konzept von DGAI und BDA [2]
--	---

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	TG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensanweisung
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