



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	Falsches Etikett auf Anforderung
Fall-ID	156-2018-M6B7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Es kommt im OP unerwartet zu einer starken Blutung bei einer Sectio. Es werden telefonisch 4 Konserven im Labor angefordert. Antikörpersuchtest wurde präoperativ bei milder Anämie der Patientin bereits am Vortag durchgeführt.</p> <p>Telefonisch kam die Rückmeldung aus dem Labor, dass die Konserven abgeholt werden könnten. Der Anästhesist beauftragt die Anästhesieschwester, die Konserven im Labor zu besorgen. Diese nimmt versehentlich einen Patientenaufkleber der nächsten, sich zu diesem Zeitpunkt schon im Einleitungsraum befindlichen Patientin mit und gibt diesen einer Hilfskraft mit dem Auftrag, für diese Patientin die vorbereitete Blutkonserve abzuholen.</p> <p>Die ausgehende MTA im Labor wundert sich, dass jetzt Blut für eine andere Patientin abgeholt wird (Antikörpersuchtest am Vortag, Bereitstellung von 2 EK bei großer Gyn-OP), kann aber die Diskrepanz mit der unwissenden Hilfskraft nicht aufklären und gibt die vorbereiteten Konserven für die Folgepatientin mit. Eine erneute Rücksprache mit dem Anästhesisten, der die Konserve für seine akut blutende Patientin angefordert hat, erfolgt aber nicht.</p> <p>Die Konserven werden von der Hilfskraft in den OP gebracht. Eine Konserve wird vom Anästhesisten sofort zur Transfusion vorbereitet. Da der Bedside-Test die gleiche Blutgruppe wie die Konserve aufweist, wird sie ohne weitere Identitätssicherung bei einem Hb von 5,9 g/dl verabreicht.</p> <p>Der Anästhesist bemerkt seinen Fehler erst nach Stabilisierung der Patientin nach mittlerweile erfolgter Hysterektomie und der Dokumentation im Konservenbegleitschein und im Anästhesieprotokoll. Zu diesem Zeitpunkt ist die Transfusion bereits abgeschlossen und wurde von der wachen unter Spinalanästhesie stehenden Patientin offensichtlich gut vertragen. Der Anästhesist meldet sich sofort bei der zuständigen oberärztlichen Aufsicht und meldet seinen Fehler. Dieser schaltet den Transfusionsbeauftragten ein. Es stellt sich heraus, dass die Patientin bei einer Blutgruppe A pos. CCD.ee Kell negativ mit einer Konserve CcD.ee Kell negativ transfundiert wurde. Eine passende Konserve wäre im Labor für die</p>

	<p>Patientin zur Verfügung gestanden.</p> <p>Mein Verbesserungsvorschlag: Nachschulung des Kollegen, Fallvorstellung in einer M&M Konferenz, Einbestellung der Patientin zum Antikörpersuchtest nach 3 Monaten.</p> <p>Abklärung der Meldepflicht dieses Ereignisses beim externen Qualitätsbeauftragten Hämotherapie.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Richtlinie Hämotherapie 2017 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf</p> <p>[2] Decision Support-System: Jenkins et al. Transfusing Wisely: Clinical Decision Support Improves Blood Transfusion Practices. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2017 Aug;43(8):389-395</p>	<p>In diesem Fall ist einer Patientin die Blutkonserve einer anderen Patientin verabreicht worden, da die mit der Vorbereitung des Anforderungsscheines bzw. des Abholauftrages beauftragte Pflegekraft die falschen Etiketten der bereits im Vorraum befindlichen Patientin verwendet. Die Patientin hat nun eine zwar majorblutgruppenverträgliche, aber Rhesus-inkompatible Konserve erhalten und kann irreguläre Antikörper entwickeln (anti-c). Ein Meldepflicht besteht in diesem Fall gemäß Richtlinie Hämotherapie 2017, Kap. 5.3., Tab. 5.3.1 [1] nur gegenüber dem TB und TV oder der im QM-System der Einrichtung benannten Person, da es sich um eine Fehltransfusion ohne Auftreten einer Transfusionsreaktion handelt. Gemeinhin wird die Antikörperbildung nicht als Transfusionsreaktion angesehen, obwohl sich im Verlaufe zukünftiger Transfusion erhebliche Komplikationen einstellen können. Die Rhesusprophylaxe mit Anti-D ist in einem solchen Fall wirkungslos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Ausgabe der Blutprodukte erfolgt in vielen Einrichtungen „auf Zuruf“, d.h. mit minimalen formalen Anforderungen, wenn vorher die vorsorgliche Anforderung incl. der vorsorglichen Indikationsstellung in Bereitschaft der zukünftig eintretenden Transfusionsbedürftigkeit eingegangen ist (was auch dem AMG und der Verordnungspflicht des Arzneimittels Blut Rechnung trägt). Auf diese Weise können sich solche Fehler ereignen. Die Indikationen sind gerade im perioperativen Setting häufig nachträglich schlecht nachzuvollziehen. Das Risiko der fehlerhaften Zuordnung zum Empfänger ist wie in diesem Fall je höher, desto niedriger die Ausgabeformalitäten geregelt sind. Diese Fehlerquelle kann auf eine formal höhergradig anspruchsvolle, aber auch zeitraubende Prozessstufe angehoben werden: Da auch die papierbezogene Verordnung auf einem entsprechenden Ordnungsformular das Risiko der Fehletikettierung beinhaltet, stellt die elektronische Verordnung aus dem Patientenblatt heraus beziehungsweise jeder elektronisch initiierte Ausgabemodus, der durch den Abgleich von intendiertem und tatsächlichem Empfänger (z.B. Laborsoftware, mit dem Krankenhaus-Informationssystem KIS kontrollierten, etc.) die korrekte Zuordnung sicherstellt, eine Verbesserung dar. Auch kann bei Verknüpfung mit dem Labor, oder die Abfrage der bei Indikationsstellung vorliegenden Hb die Richtlinienkonformität festgestellt und hinterfragt werden (sog „Decision Support“ [2]). Dieser Fehler wurde nicht entdeckt, da der Abgleich der Konserve bzw. des Begleitscheins mit den Verträglich-

<p>[3] Der Verabreichungsprozess einer Blutkonserve – Muster-Empfehlung IAKH</p> <p>[4] AWMF S3-Leitlinie präoperative Anämie: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/001-024.html</p>	<p>keitsproben der Patientin vom durchführenden Anästhesisten erst nachträglich erfolgte. Diese Schritte sollten vor der wie dringlich auch immer indizierten Transfusion zuverlässig vom verabreichenden Arzt durchgeführt und dokumentiert werden (siehe Muster IAKH [3]).</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Patientin kam mit einer „milden Anämie“ zur OP. Ist eine präoperative Anämie-Diagnostik erfolgt und evtl. eine entsprechende leitliniengerechte Therapie [4]? Besteht dafür in dieser Einrichtung eine Infrastruktur?
Prozesseilschritt*	2 - Anforderung, 5 - Verabreichung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 2, Notfall, Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D – nein; Keine Angaben)	A, C
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein; hätte nur bei anderer Konstellation theoretisch eine mögliche ABO-Fehltransfusion verhindert
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>	
**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)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fortbildung und SOP/VA – Ärzte: Die korrekte Durchführung der Bluttransfusion, Einhaltung der Prozesskette auch

<p>[5] Handreichungen der IAKH, Download, Dokumente unter M wie Musterverfahrensanweisung Verabreichung von Blutprodukten https://www.iakh.de/sonstiges.html</p>	<p>im Notfall, Identitätssicherung bei Blutprobenentnahme und Blutprodukteverabreichung, evtl. Vier-Augen-Prinzip (siehe [5])</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fortbildung und Information: Abhaltung einer M&M-Konferenz zum Fall wie vorgeschlagen 3. Fortbildung und SOP/VA – Ärzte: Die Richtlinien und AMG-gemäße Verordnung von Blutprodukten 4. SOP/VA – Labor: Keine Ausgabe von Blutprodukten nur gegen Etikett ohne Angabe der Indikation und Unterschrift des verordnenden Arztes 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung einer geregelten Ausgabeanforderung, papierbezogen oder elektronisch, mit Angabe der echten aktuellen Indikation 2. Einführung des Vier-Augen-Prinzips im OP, bevor die Blutprodukte transfundiert werden dürfen 3. Umrüstung von telefonischer zu elektronischer Anforderung der Blutkonserven, auch im Notfall. Wenn das Anforderungsmodul mit dem KIS gekoppelt ist, ist eine Fehlbelegung der Anforderung nicht mehr möglich. Die Indikation wäre dokumentiert und die Rückrufnummer des Kliniklers könnte zwingend angefordert werden. 4. Erleichterung der Kommunikation zwischen Klinikern und Blutbank/Ausgabe: Hätte ein Telefonat zur Klärung der Patientenidentität stattgefunden, hätte die ausgebende Kraft in der Ausgabe den Fehler aufgedeckt. 5. Schulung der Hilfskräfte zu den Besonderheiten des Blutprodukte-Transports (Zuordnung bei Ausgabe und Ablieferung, Temperatur, Unverzüglichkeit, Agitation etc ...) 6. Überprüfung, warum die Patientin mit einer milden Anämie zur Operation zugelassen wurde und ob dies nicht im Vorfeld diagnostiziert und therapiert wurde.
--	--

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
ACI	Arteria carotis interna	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	OP	Operationssaal
AHT	Arterielle Hypertonie	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
3GE	3-Gefäßerkrankung	SOP	Stand Operating Procedure
EK	Erythrozytenkonzentrat	TB	Transfusionsbeauftragter
FFP	Gefrierplasma	TEP	Totalendoprothese
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TG	Transfusionsgesetz
Hkt	Hämatokrit	TK	Thrombozytenkonzentrat
ICU	Intensivstation	TV	Transfusionsverantwortlicher
KHK	Koronare Herzkrankheit	VA	Verfahrensanweisung

VHFL Vorhofflimmern

*** Prozessschritte 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 |