



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	Fehlende Identitätssicherung führt zu Fehltransfusion
Fall-ID	158-2018-E5T8
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Es wurde ein falscher Patient transfundiert, ohne Indikation zur Transfusion.</p> <p>Das EK wurde zum Teil dem falschen Patienten transfundiert, glücklicherweise ohne Transfusionsreaktion, da es sich um ein kompatibles EK (A rh neg) handelte und der Patient die Blutgruppe A Rh pos besitzt. AKS des Patienten war negativ und die nachträgliche Kreuzprobe o.B.</p> <p>Der Arzt hatte sämtliche Vorgaben zur Identitätssicherung für die Transfusion ignoriert. Es erfolgte kein Abgleich des Konservenbegleitscheins mit dem Patienten, sowie keine Prüfung der Transfusionsindikation.</p> <p>Der Oberarzt wurde informiert und eine nachträgliche Kreuzprobe veranlasst. Der Oberarzt hat den zuständigen Arzt dann nachgeschult.</p>
Problem [1] Richtlinie Hämotherapie 2017: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf [2] Querschnittsleitlinie Hämotherapie 2014: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapie_2014.pdf	<p>Die Identitätssicherung und Indikationsüberprüfung sowie die Anwendung in korrekter Dosis durch den transfundierenden Arzt sind elementare Schritte bei der Anwendung von Arzneimitteln. Hier wurden gegen die Grundzüge des ärztlichen Handelns verstoßen. Bei der Verabreichung von Blutprodukten kommt nochmalig die gesonderte Aufklärung, die spezielle Anwendungsleitlinien der BÄK (RiLi Hämotherapie und Querschnittsleitlinie, [1] und [2]), die Überprüfung der Verträglichkeit mittels Bedside-Test, die Dokumentation des Behandlungserfolges neben den Besonderheiten der Anforderung aus der Blutbank, Transport und Lagerung hinzu.</p> <p>Diese Inhalte werden im deutschen Medizinstudium von Universität zu Universität unterschiedlich, wenn überhaupt, vermittelt. Ausländische Bewerber haben meist keine Kenntnisse der deutschen Vorgaben wie Transfusionsgesetz oder Richtlinien. Eine praktische und dokumentierte Einweisung gibt es in den wenigsten Einrichtungen in Deutschland, die aber bei deutschen und ausländischen Berufsanfängern ratsam ist, um schwere Transfusionszwischenfälle zu vermeiden.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Anleitung und Supervision von Berufsanfängern bzw. neuen Angestellten: Offensichtlich handelt es sich bei diesem Arzt um einen Berufsanfänger, einen neu eingestellten Arzt oder einen Arzt aus einem anderen Land mit anderen Gepflogenheiten. Eine Anleitung und Überprüfung der Arbeitsweise empfiehlt sich in Form einer Supervision. Diese scheint in dieser Situation aus ungeklärten Gründen nicht stattgefunden zu haben. • Praktische Unterweisung Hämotherapie: In dieser Einrichtung scheint es offenbar eine Einweisung irgendeiner Form zu geben, da die Meldung eine Nachschulung erwähnt. In vielen Fällen ist die Einweisung nur formal mit den Einstellungsunterlagen ausgehändigt, das Verständnis des Inhalts nicht kontrolliert und es findet selten eine praktische Überprüfung der ersten Transfusionstherapie statt. Da die hier geschilderten Verstöße grobe Verstöße gegen die Patientensicherheit darstellen, muss die Einrichtung zwingend Schritte zur weiteren Vermeidung dieser Gefahrenart unternehmen (Vorschläge s.u.). Außerdem müssten alle Beschäftigten mit Kontakt zur Klinischen Hämotherapie Unterweisungen auf dem Gebiet der Transfusionsmedizin erhalten.
Prozesseilschritt*	5 - Verabreichung und Indikationsstellung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, Intensiv
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 3, Wochenende
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>Kommissionskom-</u>	

mentar	
**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"> 1. Fortbildung und VA/SOP – Ärzte und Pflege: Richtlinien und QLL Hämotherapie 2. Fortbildung – Ärzte/Pflege: Transfusionsreaktionen- Ursachen, Diagnostik, Therapie, Vermeidung, rechtliche Konsequenzen 3. SOP/VA – Ärzte: Patientenidentifikation vor Verabreichung von Medikamenten oder Blutprodukten 4. Meldung an die Transfusionskommission 5. Meldung des Fehlers an das PEI: Obwohl das gemäß RiLi 2017 - 5.3.5 sonstige Meldepflichten, Tabelle 5.3 § 14 Abs. 1 TFG § 16 Abs. 1 S. 2 TFG, nicht so vorgesehen ist, legt das PEI Wert auf die Meldung auch von Fehltransfusionen ohne zunächst akute Reaktionen (Zumindest war die Äußerung des zuständigen Vertreters gegenüber der IAKH derart). <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichtung einer Einführungsroutine des begleiteten Berufsanzfangs mit stets verfügbarer Supervision am Anfang und einem dokumentierten Curriculum für neu eingestellte Ärzte 2. Scannerbasiertes Sicherheitssystem bei der Verabreichung der Blutprodukte und kritischen Medikamente mit Scannen der Patienten-ID vor Verabreichung 3. Etablierung einer Fortbildungsreihe zur Transfusionsmedizin und Hämotherapie mit Dokumentation der Teilnahme 4. Einführung von M&M-Konferenzen (wenn es sie nicht schon gibt): Interdisziplinäre Konferenzen zu Morbidität und Mortalität am Beispiel sich tatsächlich ereignender besonderer Behandlungsverläufe

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie
ACI	Arteria carotis interna
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass
AHT	Arterielle Hypertonie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
3GE	3-Gefäßerkrankung

EK	Erythrozytenkonzentrat
FFP	Gefrierplasma
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum
Hkt	Hämatokrit
ICU	Intensivstation
KHK	Koronare Herzkrankheit

Fehlerregisterformular IAKH 2018 vs.1.2

M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität	TEP	Totalendoprothese
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus	TG	Transfusionsgesetz
OP	Operationssaal	TK	Thrombozytenkonzentrat
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	TV	Transfusionsverantwortlicher
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie	VA	Verfahrensweisung
SOP	Stand Operating Procedure	VHFL	Vorhofflimmern
TB	Transfusionsbeauftragter		

* 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