



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-Transfusion über einen arteriellen Zugang
Fall-ID	CM-180913-2018
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein anämischer Patient soll ein Erythrozytenkonzentrat (EK) erhalten. Der neue und unerfahrene Assistenzarzt mit Migrationshintergrund und deutlich eingeschränkten verbalen Möglichkeiten soll nach Durchführung des Bedside-Testes dieses EK anhängen. Aufgrund einer Alarmgebung des Monitorings erscheint die zuständige Pflegekraft im Zimmer des Patienten und kann gerade noch verhindern, dass der Assistenzarzt das EK am arteriellen Zugang anschließt, um dieses darüber zu transfundieren. Durch Manipulation des Dreiwegehahns an der arteriellen Druckleitung wurde der Alarm ausgelöst.</p> <p>Besonders ungünstig ist hier das Arbeiten des unerfahrenen Arztes ohne Mentorenbegleitung, das Arbeiten ohne Anleitung, sowie die sprachliche Barriere bei der nachfolgenden Aufarbeitung der Geschehnisse.</p> <p>Ein unerfahrener Assistent braucht immer einen Mentor und sollte nicht verheizt werden, um Dienste abzudecken oder um dem Hintergrunddienst ein "Kommen" zu ersparen.</p>
Problem <p>[1] Kölzer SC, Birngruber CG, Ramsthaler F, Kölzer JT, Verhoff MA: Ungewöhnlicher Verblutungstod im Krankenhaus durch eine offene Steckverbindung im Infusionssystem. <i>Anästh Intensivmed</i> 2019;60:457–462.</p>	<p>Der Anschluss des zu transfundierenden Erythrozytenkonzentrats an einen arteriellen Gefäßzugang bei einem Intensivpatienten ist definitiv ein Fehler, allerdings einer der den Patienten im Normalfall nur mäßig gefährdet. Das Erythrozytenkonzentrat wäre vermutlich nicht eingelaufen, sondern der Patient hätte im schlechtesten Fall ein überschaubares Volumen (<300ml) arterielles Blut in das Transfusionsystem verloren. Allerdings sind auch Fallberichte veröffentlicht, bei denen der Patient durch den unsachgemäßen Anschluss am arteriellen und sogar am venösen System verblutete [1].</p> <p>Problematisch an diesem Bericht ist der hier schon durch den/die Meldenden benannte Mangel an Supervision und Vertrautheit mit den Gegebenheiten auf dieser Intensivstation. Wir setzten voraus, dass ein Versehen aus mangelnder Aufmerksamkeit aufgrund der grundlegenden Unähnlichkeit beim venösen und arteriellen System ausgeschlossen ist. Dass ein neuer und ausländischer Kollege mit mangelhaften Sprachkenntnissen nicht um Supervision im</p>

<p>[2] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p> <p>[3] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapie_2014.pdf</p>	<p>Bereitschaftsdienst bittet, wenn er „kleine und alltägliche“ Arbeitsschritte ausführen soll, ist eigentlich vorzusehen und muss vom einteilenden Vorgesetzten antizipiert werden.</p> <p>Die Einteilung zum Bereitschaftsdienst sollte neben der notwendigen sprachlichen Kommunikationsfähigkeit, der fachlichen Sachkenntnisse auch die Vertrautheit mit den zum Teil sehr komplexen hämotherapeutischen Verfahren beinhalten. So stellt sich hier ebenso die Frage, ob der Kollege die deutsche Hämotherapierichtlinie [2], das QM-Transfusionshandbuch der Einrichtung und die Querschnitts- Leitlinien [3] konsultiert hat, bevor der finale Schritt in der Prozesskette ausgeführt wurde. Wer hat in diesem Fall die Indikation gestellt? Ist die Blutprobenentnahme, die Anforderung, der Bedside-Test und andere wesentliche Schritte durch diesen Arzt korrekt ausgeführt worden?</p> <p>Die rechtlichen Konsequenzen in einem echten Schadensfall, die dem organisierenden Vorgesetzten und dem ausländischen ärztlichen Kollegen selbst blühen, sollten beide bewegen, sich um ein tragfähigeres Einführungs- bzw. Einarbeitungskonzept zu bemühen.</p>
Prozesseilschritt*	5 - Verabreichung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	ITS/ IMC
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochenende/ Feiertag, Routine, ASA 3
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>	„Schnelle Alarmgebung des Monitorings und das sofortige Erfassen der Gesamtsituation durch die ICU-Pflegekraft.“

**Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
**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] https://www.iakh.de/peer-review-haemotherapie-iakh-2017.html</p> <p>[5] https://www.iakh.de/ag-haemotherapie-ausbildung-ii-simulation.html</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung – Ärzte: Rechtliche Konsequenzen im Schadensfall 2. Fortbildung /SOP/VA: Korrekte Verabreichung der Blutprodukte gemäß Hämotherapierichtlinie 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Überprüfung des Supervisionskonzepts im Dienst 2. Einführung eines tragfähigen Einführungs- bzw. Einarbeitungskonzepts für neue Mitarbeiter 3. Einführung von Mentoren für neue Mitarbeiter 4. Peer Review Besuch Hämotherapie [4] 5. Massivtransfusions- Simulationstraining der IAKH [5]

*** Prozesseilschritte 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

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ ohne

Fehlerregisterformular IAKH 2018 vs.1.2

	max. 1/100 000		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