

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	Falscher Name auf Anforderungsformular bei Abholung
Fall-ID	171-2019-A5U7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Von der Neurointensivstation kommt die Anforderung von 10 FFP mit Arztunterschrift auf dem elektronischen Anforderungsformular im KIS. Bei der Ausgabe der FFPs an die Stationschwester, die mit dem Patientenetikett des Empfängers zur Abholung persönlich erscheint, fällt auf, dass die Konserven fehletikettiert sind, weil die elektronische Anforderung auf einen falschen Namen lief.</p> <p>Die Nachforschung lässt zwei Ursachen zu: Entweder hat die Schwester den falschen Namen ins Anforderungsformular eingetragen (Der Schwester ist vom Arzt der Name des Patienten auf Station genannt worden - das sagt die Schwester) oder der Arzt hatte den richtigen Namen genannt, die Schwester aber einen anderen Namen eingetragen und der Arzt wiederum beim Abschicken und Unterzeichnen den falschen Empfängernamen nicht bemerk (das sagt der Arzt).</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Deutsches Ärzteblatt 2019:9.</p> <p>[2] Bundesärztekammer, editor. Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten: mit 19 Tabellen. 4., überarb. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl; 2009.</p>	<p>Der Fehler tritt auf, wenn Anforderungen „auf Zuruf“ erstellt werden und vor der Unterschrift nicht geprüft werden. Letztlich ist es bei einer externen Beurteilung des Fehlers unerheblich ob der Fehler durch Arzt oder Pflege verursacht wurde. Denn der Arzt schuldet die Dokumentation, die nicht nur seine persönlichen Anordnungen und Beobachtungen betrifft, sondern auch die der Pflege [1]. Unterschriften bestätigen die formale Prüfung des Unterschreibenden.</p> <p>Die Aufarbeitung des gemeldeten Fehlers sollte nicht das persönliche Verschulden betrachten, sondern – um ein Lernen der Organisation zu ermöglichen – die zugrundeliegende Praxis bewerten. Die Trennung von Anordnung und erforderlicher Dokumentation im Anforderungsbogen birgt zwangsläufig das seltene Risiko einer fehlerhaften Zuordnung des behandelten Patienten. Insbesondere die Auswahl von Patienten aus einer Stationsliste sollte bewusst erfolgen, da das „Verspringen“ in Listen nicht selten ist. Daher ist die aktive Prüfung der Anforderung auch der</p>

	<p>Sorgfalt geschuldet, um den Ablauf robuster gegen diese Fehler zu machen.</p> <p>Leider gibt die Meldungen keinen Hinweis auf die Indikation der Anwendung des großen FFP-Volumens. Aus unserer Sicht kommt als Indikation eine Massivtransfusion oder ein Plasmaaustausch in Betracht (vergl. 4.4.3. in [2]). Dann ist die Frage zu stellen, ob Zuordnungen der Anforderungen aller angewandter Präparate korrekt erfolgten.</p> <p>Es sollte berücksichtigt werden, dass das angewandte Produkt einer großen Variabilität unterliegt und Kosten sowie therapeutische Zielsetzung vielleicht Behandlungsalternativen sinnvoller erscheinen lassen.</p> <p>Die Querschnittsleitlinien verweisen auf Anforderungen für eine sinnvolle Therapie mit FFP und insbesondere das Risiko der Volumenüberladung bei der Anwendung.</p>
Prozesseilschritt*	2 - Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	FFP
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	unklar
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Neurointensivstation
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 4
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
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 aktive Kontrolle der Ausgabe</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	4/5

<p>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</p>	<p>5/5</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. Selbstbewertung des Anordnungsverfahrens 2. Schulung Anforderung von Blutprodukten 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. STOPP-Aktionen bei der Anforderung implementieren, die eine Überprüfung der korrekten Durchführung erzwingen 2. Patientenidentifikationsarmbänder als Startpunkt der elektronischen Arbeitsschritte nutzen

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	TFG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensweisung
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		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