

# 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

<b>Thema/Titel</b>	Rückverfolgung ausgetrickst
<b>Fall-ID</b>	173-2019-M5K3
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	Bei einer MDK-Überprüfung auf der neurochirurgische IMC fällt die fehlende Dokumentation von 2000 i.E. PPSB auf. Die Nachforschung des TV mit der behandelnden FACHABTEILUNG ergibt, dass das PPSB (Prothrombinkonzentrat) im elektronischen Anforderungsformular für den falschen Patienten bestellt wurde, dem richtigen Patienten aber auf wiederholte Zusicherung der Abteilung verabreicht wurde. Leider fehlt auch bei diesem Patienten die Chargendokumentation.
<p><b>Problem</b></p> <p>[1] BMGS. Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist. 2019.</p>	<p>Die Sicherstellung der Rückverfolgung ist eine wichtige Aufgabe der Dokumentation im Transfusionsmanagement [§ 19, § 14 (2) 1].</p> <p>Im vorliegenden Fall wäre die Rückverfolgung in zweifacher Hinsicht potentiell fehlerhaft. Zum einen könnte bei einer möglichen Schädigung des Empfängers durch die Übertragung einer bekannten oder auch erst in der Zukunft bekanntwerdenden Erkrankung die Identifikation des Empfängers nicht sichergestellt werden. Die Gefährdung schließt dabei auch weitere Geschädigte in der Infektionskette ein. Zum anderen würde ein Patient unnötig mit einer möglichen Erkrankung konfrontiert, ohne, dass das rückverfolgte Präparat angewendet wurde.</p> <p>Aus unserer Sicht sollte die Entstehung des Fehlers unter dem Aspekt der möglichen Störungen und Ablenkungen im Behandlungsablauf untersucht werden. Sind die Verantwortlichkeiten für das Verfahren der Gabe eines chargendokumentationspflichtigen Präparates eindeutig und robust beschrieben? Verfügt die Organisation über Mechanismen, die einen Fehler aufdecken und so die Fehlertoleranz der Verfahren zu erhöhen? Bieten die Dokumentationswerkzeuge Möglichkeiten eine Prüfung nach 4-Augen Prinzip einzuführen? Die besondere Bedeutung eines Fallabschlusses, bei dem alle Informationen des Behandlungsverlaufes noch einmal bewertet werden, wird in dem gemeldeten Fall deutlich.</p>

	Es bietet sich an im Rahmen der regelmäßigen Selbstbewertung mehrere Fälle stichprobenartig auf Abweichungen von der beschriebenen Verfahrensweise zu prüfen, um eine Einschätzung zur Verlässlichkeit der Abläufe zu erhalten.
<b>Prozesseilschritt*</b>	5, (15)
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	PPSB
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	ja
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	IMC
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	Bereitschaftsdienst
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	C
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	nein/nein
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	nein/nein
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	<u>Das Fallreview hat den Fehler [zufällig!] aufgedeckt</u>
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	5/5
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	4/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<b>Prozessqualität:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prüfung der Dokumentationsqualität in der Selbstbewertung</li> <li>2. Schulung der Dokumentierenden</li> <li>3. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol>

	<p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stopp-Punkte in den Abläufen einführen, die einen Fortgang nur bei korrekter Dokumentation ermöglichen.</li> <li>2. Qualifizierter Fallabschluss (Kontexte: Medizin, Abrechnung, Qualitätssicherung)</li> </ol>
--	---

**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	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		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