

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	Unbeschriftete Blutabnehmeröhrchen verworfen
Fall-ID	185-2021-K702
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Auf Normalstation finde ich als Transfusionsverantwortlicher (TV) unbeschriftete Röhrchen auf darunter liegenden Blutgruppenanforderungen. Diese waren offensichtlich vor der Blutabnahme nicht beschriftet worden. Das Schwesternzimmer ist leer und somit niemand anwesend, den man hätte ansprechen können. Daraufhin werfe ich die Röhrchen einfach in den Abfall.
<p>Problem</p> <p>[1] SHOT-Report in der aktuellen Version: https://www.shotuk.org/2018-annual-shot-report-published/</p> <p>[2] gemäß Richtlinie Hämotherapie 6.4.1.3.2.1 und 6.4.1.3.2.2 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p> <p>Die Aufgaben des Transfusionsverantwortlichen einer Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Einrichtung bei der Einhaltung der einschlägigen Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen sicherstellen • Gewährleistung einer einheitlichen Organisation bei der Vorbereitung und Durchführung von hämotherapeutischen 	<p>Dieser sehr ehrliche Bericht ist in vielerlei Hinsicht bemerkens-, wenn nicht sogar lobenswert. Sowohl die Art und Weise der Schilderung des Vorfalles als auch der Inhalt lassen folgende Schlüsse zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Abnahme von Blutproben eines oder gar mehrerer Patienten in unbeschriftete/ unetikettierte Röhrchen ist gegen die empfohlenen Sicherheitsmaßnahmen zur Vermeidung von Verwechslungen der ART „WBIT“ (Wrong Blood in Tube) [1]. • Es wird nicht geschildert, ob bereits Kennungen der Person, die das Blut entnommen hat, auf den Anforderungen sind. Insgesamt ein eklatanter Verstoß gegen die Punkte 4.4.3 und 4.9.1 der Richtlinien Hämotherapie. • Der TV ist in seiner Funktion verantwortlich für die Hämotherapie des Hauses und er ist von der Geschäftsführung mit den erforderlichen Kompetenzen auszustatten [2]. Die Art der Handlung ohne verstärkte Suche nach Rücksprache und Fehlerkorrektur im Sinne einer zukünftigen Vermeidung weist auf eine vorausgegangene längere Periode von wahrscheinlich erfolglosen Informationen, Belehrungen, Gesprächen und Fortbildungen zu diesem Thema hin. Hier ist jemand am Ende seiner Geduld und greift zu drastischeren Mitteln, um die Fehler zu bekämpfen. Dass er/sie es sich anders vorgestellt und gewünscht hätte, ist die Tatsache, dass der „einfache“ Verwurf vom TV nicht

<p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortentwicklung des QS-Systems • Unterstützung der qualitätsgesicherten Bereitstellung der Blutprodukte • konsiliarische Tätigkeit bei der Behandlung der Patienten mit Blutprodukten • ggf. Leitung der Transfusionskommission <p>[3] Rechtsberatung der IAKH für Mitglieder https://www.iakh.de/rechtsberatung.html</p>	<p>als korrekt und eigentlich vermeidbar angesehen wird. Dieses Vorgehen ist menschlich und verständlich, stellt aber für den betroffenen Patienten eine vermeidbare zusätzliche Venenpunktion und einen Blutverlust dar, obwohl ein Sicherheitsrisiko damit beseitigt werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In dieser Meldung hat der TV nicht genug Zeit, Geduld und Handlungsspielraum, die Personalarückkehr ins Schwesternzimmer abzuwarten. Die Besetzung des Schwesternzimmers ist in diesem Moment im Bereitschaftsdienst wohl eher keine Seltenheit und aus Erfahrung weiß der/die TV vermutlich, dass in vertretbarer Zeitspanne weder Stationschreibkraft/Sekretärin noch Pflegekräfte gefunden werden können. Ob das auf Personalmangel und Arbeitsverdichtung hinweist oder durch die im Bereitschaftsdienst normalerweise reduzierte Besetzung, kann nicht aus dieser Meldung geschlossen werden. Wichtig wäre, die Besetzung zu prüfen und Mängel zu beseitigen. <p>Ein Warten auf die Rückkehr auf die Schwester und nachträgliches Beschriften wäre allerdings nicht zulässig gewesen. Das Verwerfen war die sicherste Lösung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum sind die Maßnahmen und Belehrungen des/der TV in dieser Einrichtung wenig gehört und befolgt? Die Frustration des TV wirft diese Frage nach der Ursache nahezu zwingend auf. Fehlt die Unterstützung der Geschäftsführung, der Abteilung für Qualitätssicherung, der Kollegen, des Qualitätsbeauftragten (QB) Hämotherapie und des Transfusionsbeauftragten (TB)? Die Zeitnot und Frustration des TV spricht für ausreichende Freiräume in der Gestaltung dieser Aufgabe. <p>Die Ausführung der Position des TV erfordert im Wortlaut der RiLi Hämotherapie von 2017 (siehe nebenstehend gemäß [2]) die Verfügbarkeit von Kompetenzen (und Zeit). Die Ausstattung und Unterstützung von Seiten der Geschäftsführung ist Grundvoraussetzung für ordnungsgemäße Verrichtung dieser Aufgabe. Ist das für den TV in einem Haus nicht gegeben, sollte unter Benachrichtigung des QB Hämotherapie und der Landesärztekammer seine Zustimmung zur Bestellung als TV schriftlich bei der Geschäftsführung widerrufen. Die IAKH bietet in diesem Fall für Mitglieder eine Rechtsberatung an [3].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu der empfohlenen Vorgehensweise in solch einem Fall gehört nach unseren Vorstellungen eine Dokumentation des Vorfalles und eine Besprechung mit TB, Pflegedienstleitung (PDL), Stationschwester und Abteilungsleitung - evtl. auch auf Einladung des Geschäftsführers, wenn der Termin aus Zeitmangel beispielsweise verweigert wird. Dann sollte der TB seinen Aufgaben gemäß die „Sicherstellung der Durchführung der festgelegten Maßnahmen in der jeweiligen Behandlungseinheit in Zusammenarbeit mit
--	--

<p>[4] Peer Review Hämotherapie https://www.iakh.de/peer-review-haemotherapie-iakh-2017.html</p>	<p>dem Transfusionsverantwortlichen bzw. der Transfusionskommission der Einrichtung der Krankenversorgung“ veranlassen. Erfolgt das nicht, sollte der QB Hämotherapie des Hauses in seinem Jahresbericht oder in einer Extramitteilung an die Ärztekammer die Probleme skizzieren. Einen sehr viel diplomatischeren Weg bietet das Peer Review Programm der IAKH [4]. In diesem Programm werden die Vorgänge von einer freundlichen Expertenrunde vor Ort beobachtet und in einem Bericht an die Geschäftsführung hinsichtlich Verbesserungspotenzials analysiert.</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Probenentnahme</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>n.a.</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Station</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>Wochentag, Bereitschaftsdienst, ASA 3</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</p>	<p>A</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/nein</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/evtl.</p>
<p>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	
<p>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</p>	<p>3/5</p>
<p>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</p>	<p>5/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einfüh-</p>	<p>Prozessqualität: 1. SOP/VA – Pflege, Stationssekretärin: Beschriftung und</p>

<p>rung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Beklebung von Blutentnahmeröhrchen vor(!) der Blutentnahme</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. SOP/VA: Anforderungsschein für Diagnostik und Präparate-Bestellung entsprechend 4.4.1 und 4.9.1 der Hämotherapie Richtlinie ausfüllen 3. Fortbildung – alle Mitarbeiter: Die Richtlinie Hämotherapie als Bestandteil des deutschen Regelwerks und legale Konsequenzen bei Komplikationen durch den Klinikmitarbeiter 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nachlesen und Informationsrecherche, juristische Beratung (Geschäftsführung): Konsequenzen der Regierungsbehörden bei Hinweisen auf eklatante Sicherheitsmängel und mangelnde Qualität in der Hämotherapie 2. Überarbeitung des Anforderungsschein für Diagnostik und Präparate-Bestellung entsprechend 4.4.1 und 4.9.1 der Hämotherapie Richtlinie 3. IT-Struktur (Geschäftsführung, IT): Gegenwart: Verwendung von Röhrchen mit Etikett Name, Vorname und Barcode zur Blutprobenentnahme und Scanner zum Einlesen der Patienten-ID vom Patientenarmband Zukunft: Verwendung von Röhrchen mit RFID-Chip zur Blutprobenentnahme und Scanner zum Einlesen der Patienten-ID und Primen des RFID-Chip 4. Personalstruktur (PDL, Geschäftsführung): Überprüfung der Besetzung der Bereitschaftsdienst auf dieser und anderen Stationen 5. Einrichten einer Fortbildungsreihe (TV; Geschäftsführung): Fortbildungsreihe Transfusionsmedizin/ Hämotherapie mit dokumentierter Teilnahme aller Mitarbeiter 6. Abhalten eines Peer Reviews Hämotherapie
--	---

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	TFG	Transfusionsgesetz
Hkt	Hämatokrit	TK	Thrombozytenkonzentrat
ICU	Intensivstation	TV	Transfusionsverantwortlicher
KHK	Koronare Herzkrankheit	VA	Verfahrensweisung

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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 |