

## 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>	Fehltransfusion durch Ablenkung
<b>Fall-ID</b>	192-2021-C9F3
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Ein 59-jähriger Mann mit ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome bei COVID-19 und ECMO liegt auf der ITS in einem Doppelzimmer mit einem weiteren Patienten mit sehr ähnlicher Diagnose und auch ähnlichem Transfusionsbedarf.</p> <p>Der transfundierende Arzt war während der Transfusion abgelenkt durch einen Notfall in einem anderen Zimmer. Er setzte anschließend die Transfusion bei den beiden Patienten im Doppelzimmer fort. Dabei transfundierte er am Nachbarbett wenige ml der Blutgruppe B auf den Patienten mit Blutgruppe O.</p> <p>Der Fehler fiel nach weniger als 5 Minuten auf. Es waren keine klinischen oder paraklinischen Folgen des Ereignisses beim Empfänger erkennbar.</p>
<b>Problem</b>	<p>Eine Major-inkompatible Transfusion ist ein Never-Event, dass als Ausgangspunkt für eine kritische Auseinandersetzung mit dem Sicherheitskonzept im Transfusionsmanagement genutzt werden sollte. Hierzu bietet sich an zum einen den Fehler in einer M&amp;M-Konferenz systematisch aufzuarbeiten und zum anderen eine Checkliste einzuführen, die Sicherheit auch in angespannten Situationen mit mehrfachen, zeitgleichen Anforderungen garantiert.</p> <p>Wir vermuten aus der Meldung, dass beide Patienten zeitgleich transfundiert wurden und damit die Aufmerksamkeit besonders gefordert war. Wenn in dieser Behandlungssituation ein weiterer Notfall hinzukommt, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Verwechslung deutlich erhöht.</p> <p>Eine sicherere Transfusion kann unterstützt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch eine klare räumliche Trennung der Ablage-/Vorbereitungsorte der zu transfundierenden Konserven im Zimmer.</li> <li>• Die sequenzielle Durchführung der Transfusionsepisoden: Erst nach Abschluss der Transfusion des Patienten 1 wird</li> </ul>

<p>[1] Bundesärztekammer (2019):</p> <p>"Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Aufgestellt gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Mit vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung seines Wissenschaftlichen Beirats am 18.01.2019 verabschiedeten Erratum/Anpassungen."</p> <p><a href="https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf">https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</a></p> <p>[2] Janatpour KA, Kalmin ND, Jensen HM, Holland PV. Clinical outcomes of ABO-incompatible RBC transfusions. <i>Am J Clin Pathol.</i> 2008;129(2):276-281. doi:10.1309/VXY1ULAFUY6E6JT3</p>	<p>mit der Vorbereitung der Transfusion des Patienten 2 begonnen.</p> <p>Die Richtlinie Hämotherapie fordert Kontrollschritte vor der Transfusion [1] (vergl. 4.9.2 ff Bundesärztekammer, 2019, S.61). Nach dem Verlassen des Behandlungsbereiches sollten diese Kontrollen erneut durchgeführt werden.</p> <p>Klinisch ist bei der beschriebenen geringen transfundierten Menge keine negative Wirkung zu erwarten. In der Literatur werden Volumina über 50 ml als notwendig beschrieben um eine fatale Hämolyse zu verursachen [2] (Janatpour <i>et al.</i>, 2008). Daher sehen wir keine zwingende Notwendigkeit der Meldung nach § 16 TFG.</p> <p>Die IAKH wirbt aus gutem Grund für eine Meldepflicht klinisch asymptomatischer Fehltransfusionen. Nur durch die Kenntnis und Analyse dieser Beinahe-Unfälle wird eine konsequente Fehleranalyse ermöglicht. Near-Miss Events sind daher eine unverzichtbare Quelle zum Lernen und bieten wichtige Informationen um zukünftig schwerwiegende Fehler zu vermeiden.</p>
<b>Prozesseilschritt*</b>	5 - Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport oder Verabreichung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	Ja
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	ITS
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	Parallelanforderung
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	k.A.
<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>	Keine Angaben
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	<b>3/5</b>
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	<b>5/5</b>
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorge-schlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schulung zur systematischen Prätransfusionskontrollen</li> <li>2. M&amp;M Konferenz</li> <li>3. Systematische Fehleranalyse z.B. nach London-Protokoll</li> <li>4. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementierung RFID-gestützter Kontrollschritte</li> <li>2. Implementierung eines Hans-Hirschfeld-Device gestützten Transfusionsmanagements (z.B. CAIROS)</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**

<b>Wiederholungsrisiko</b>	<b>Schweregrad/Gefährdung</b>
1/5 sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000	1/5 sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung

## Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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