

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 Fehltransfusion
Fall-ID	CM-156280-2021
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Eine ärztliche Person wollte eine Blutkonserve bei einem Patienten anhängen, für den die Konserve nicht bestimmt war. Der Fehler wurde durch das Pflegepersonal entdeckt, als der ärztliche Mitarbeiter in das "falsche" Patientenzimmer ging.</p> <p>Die Konserve hatte die Blutgruppe 0, so dass keine ABO-Inkompatibilität auftreten konnte. Im weiteren Verlauf hat die ärztliche Person die Blutkonserve bei dem Patienten transfundiert, für den sie eigentlich bestimmt war.</p> <p>Die korrekte Transfusion wurde vom Patienten gut vertragen. In einer anderen Blutgruppenkonstellation und ohne die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals hätte ein Transfusionsvorfall eintreten können.</p> <p>Die beteiligte ärztliche Person erhielt eine Schulung durch den Transfusionsverantwortlichen. Es wird aktuell hinterfragt, ob die einmalige Einweisung in die Hämotherapie durch den Hämotherapie-Beauftragten der Abteilung ausreichend ausführlich ist und regelmäßige Schulungen eingeführt werden.</p> <p>Ein weiterer Grund könnte in diesem Fall sein, dass neue Ärzte zu schnell eigenverantwortlich und ohne Begleitung im Stationsdienst eingesetzt werden.</p> <p>Beitragende Faktoren sind Ausbildung und Training, Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) und Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)</p> <p>Dieses Ereignis tritt jährlich auf.</p>
Problem	Die blutgruppengleiche oder kompatible Transfusion eines Patienten, für den ein Blutprodukt nicht bestimmt war und bei dem kein Transfusionsbedarf vorliegt, ist ein häufiger Beinahe-Fehler.

	<p>Im beschriebenen Fall konnte durch die Aufmerksamkeit einer Pflegekraft die Transfusion verhindert werden.</p> <p>Wäre es zur Transfusion gekommen, hätte eine Transfusionsreaktion auftreten können, die meldepflichtig nach TFG oder AMG wäre. Für die Behandlung lag weder eine medizinische Indikation, noch eine Einwilligung des betroffenen Patienten vor.</p> <p>Zur Gefährdungsminimierung empfehlen wir die Implementierung nachfolgend aufgeführter Maßnahmen durch den Arbeitgeber, in unserem Fall vertreten durch die Transfusionskommission bzw. den Transfusionsverantwortlichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung technischer Hilfsmittel kann die Strukturqualität maßgeblich steigern. Scanner-basierte Überprüfungssysteme zum Abgleich von Patientenidentität, Probenröhrchen und Blutprodukten erhöhen die Prozesssicherheit. • Alternativ kann ein 4-Augen-Prinzip bei der Überprüfung der Patientenidentität und der Konserve die Sicherheit der Prozesskette steigern. • Die Verantwortung für die Hämotherapie liegt bei der transfundierenden ärztlichen Person. Regelmäßige Unterweisungen sowohl bei Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit als auch jährlich im Verlauf sind verpflichtend in der Richtlinie Hämotherapie festgelegt: 6.4.1.3 Qualifikation und Aufgaben der Blutprodukte anwendenden Personen. <p>6.4.1.3.1 Transfundierender Arzt: Jeder Blutprodukte anwendende Arzt muss die dafür erforderlichen Kenntnisse und ausreichende Erfahrung besitzen, sowie von einem Transfusionsbeauftragten in die einrichtungsspezifischen Abläufe und Organisationsstrukturen eingewiesen worden sein [1].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Unterweisung für neue Mitarbeiter, z.B. im Rahmen eines <i>Onboarding</i> Programms erscheint sinnvoll. • Weiterhin ist es wichtig, Alternativen zur Behandlung einer Anämie (Patient Blood Management) voll auszuschöpfen, um Ressourcen zu schonen und die Behandlungsqualität zu steigern.
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>5 - Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport oder Verabreichung, 15 - Fehler bei der Patientenidentifikation</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>k.A.</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Station</p>

Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Ausbildung/Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	k.A.
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	nein/evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	nein/evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/VA – Ärzt*innen: Step-by-Step Verfahren bei der Anwendung von Blutprodukten 2. SOP/VA – Ärzt*innen/Pflege: Scanner-basierte Überprüfungssysteme / Vier-Augen-Prinzip als Verpflichtung vor Anwendung von Konserven 3. M&M-Konferenz falls tatsächliche Schädigung 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TV, GF, QBH: Einrichtung einer Fortbildungsreihe, Verfahrensanweisungen und SOPs, Qualitätshandbuch Transfusionsmedizin 2. GF, ÄD, PDL: Überprüfung von Einarbeitung, Ausbildung, Arbeitsbelastung und Personalstärke 3. GF, ÄD, PDL: Einführung von Teamgeistfördernden Maßnahmen

Literatur/Quellen:

[1] Richtlinien Hämotherapie BÄK

Bundesärztekammer (Hrsg.). *Richtlinien 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: Gesamtnovelle 2017*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; umschriebene Fortschreibung 2021, S.84: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Stand Operating Procedure
GF	Geschäftsführer/in	TV	Transfusionsverantwortliche
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität	VA	Verfahrensweisung
PDL	Pflegedienstleitung		

*** 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