

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 falsches Erythrozytenkonzentrat erhalten
Fall-ID	CM-230457-2022
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Eine Patientin (zwischen 71-80 Jahre) erhält beinahe das falsche Erythrozytenkonzentrat (EK). Vor der Transfusion fand kein Bedside-Test statt.</p> <p>Der Patientenschaden war minimal, es fand nur eine Verunsicherung der Patientin statt.</p> <p>Das Ereignis ist erstmalig aufgetreten.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Richtlinie Hämotherapie 2017: 4.9.2.1 ABO-Identitätstest</p> <p>Unmittelbar vor der Transfusion von Erythrozytenkonzentraten, Granulozytenkonzentraten und bei Plasmaaustausch-Therapie ist vom transfundierenden Arzt oder unter seiner direkten Aufsicht der ABO-Identitätstest (Bedside-Test) direkt am Empfänger vorzunehmen (z. B. auf Testkarten). Das Testmaterial wird entsorgt. Er dient der Bestätigung der zuvor bestimmten ABO-Blutgruppenmerkmale des Empfängers. Das Ergebnis ist schriftlich zu dokumentieren. Bei Unstimmigkeiten ist das Labor bzw. die transfusionsmedizinische Einrichtung umgehend zu benachrichtigen.</p> <p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p> <p>[2] Musterverfahrensanweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven - empfohlenes Vorgehen der IAKH: Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p>	<p>Die Verabreichung eines EKs erfordert die blutgruppenkompatible bzw. die blutgruppenidentische Versorgung (siehe RiLi Hämotherapie, Kap. 4 [1]) des Empfängers. Zur bettseitigen Kontrolle der Übereinstimmung der Blutgruppe des Empfängers mit der Blutgruppe in der Konserve muss der verabreichende Arzt vor Beginn der intravenösen Gabe einen Schnelltest mit Patientenblut durchführen und die Konservenblutgruppe auf Kompatibilität überprüfen.</p> <p>Das scheint in diesem Fall nicht erfolgt zu sein. Die Ursache des Versäumnisses ist leider unerwähnt.</p> <p>Damit kann nur darauf hingewiesen werden, dass die Durchführung des Bedside-Tests gesetzlich vorgeschrieben ist (die RiLi HT leitet sich aus dem Transfusionsgesetz ab) und als Verfahrensanweisung der Einrichtung in irgendeiner Form vorliegen sollte (meist im Qualitätshandbuch Hämotherapie). Entsprechende Vorlagen zur Beschreibung der korrekten Anwendung existieren von der IAKH und der BÄK [2, 3].</p> <p>Bei einem Schadensfall könnte es straf- und berufsrechtliche Konsequenzen für den/die Arzt/in bzw. die Einrichtung geben.</p> <p>Die Verunsicherung der Patientin ist, obwohl vermeidbar, der geringste aller möglichen Schäden. Die Traumatisierung der beteiligten Mitarbeiter, der Mitpatienten und Angehörigen sowie die rechtlichen und ökonomischen Konsequenzen für die Einrichtung</p>

<p>[3] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/2019-01-18_MAA_Transf.EK.docx</p> <p>[4] Schmidt-Hieber M, Schuster R, Nogai A, Thiel E, Hopfenmüller W, Notter M. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. Transfus Apher Sci. 2006;35(2):125-130. doi:10.1016/j.transci.2006.06.001.</p>	<p>sind erhebliche und mit zu bedenkende Begleitschäden neben der möglicherweise tödlichen Transfusionsreaktion.</p> <p>Eine Aufklärung und Mitarbeiterschulung sowie eine Besprechung des Falles ohne Schuldzuweisung zur Analyse der Ursachen (evtl. als Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M&M)) sind einige der Maßnahmen, die wir zur zukünftigen Vermeidung dieser Situation empfehlen. Darüber hinaus gibt es natürlich noch viele denkbaren Konsequenzen, die man aus dieser Schilderung ziehen kann (s.u.).</p> <p>Die technischen Möglichkeiten, den Transfusionsprozess elektronisch zu begleiten und abzusichern, sind derzeit in Ansätzen schon gegeben und bereits in einigen Häusern gerade im Intensiv- und OP-Bereich umgesetzt. Sie basieren auf einer scannerbasierten Überprüfung der korrekten Zuordnung von Blutprobe, Konserven-Empfänger und Konserve [4].</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>5 - Verabreichung</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>Keine Angabe (k.A.)</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>Routine</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</p>	<p>k.A.</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/evtl.</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>2/5</p>

<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. Fortbildung und SOP/VA – Ärzte und Pflege: Korrekte richtliniengetreue Verabreichung von Blutkonserven 2. Juristische Fortbildung – alle Mitarbeiter: Rechtliche Konsequenzen der Fehltransfusion 3. M&M-Konferenz 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ärztlicher Direktor (ÄD) und Transfusionsverantwortlicher (TV): Erstellung einer Pflicht-Fortbildungsreihe für alle Mitarbeiter zur Transfusionsmedizin bzw. Hämotherapie 2. Geschäftsführung, IT, TV und ÄD: Investition in ein elektronisches System der abgesicherten Anwendung von Blutprodukten (z.B. Cairis 4.0)

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

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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