

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	EK mit Infusionsbesteck anstatt Transfusionsbesteck
Fall-ID	CM-251273-2023
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein Erythrozyten-Konzentrat (EK) wurde ärztlicherseits mit einer Infusionsleitung versehen, anstatt mit einem Transfusionsbesteck. Zudem steckt der Transfusionsbeutel in einer Halterung für Kurzinfusionen am Infusionsständer, statt an der am Beutel vorgesehenen Halterung.</p> <p>Anzumerken ist, dass die verursachende Person über eine langjährige medizinische Erfahrung in einem Land außerhalb Deutschlands verfügte und am Vortag vor dem Vorfall im Bereich der Transfusionsmedizin intensiv geschult worden war.</p> <p>Es ist der Patientin glücklicherweise kein offensichtlicher Schaden entstanden. Wegen ihrer Anämie ist sie regelmäßig in unserer Einrichtung und erhält dort eine Transfusion. Sie hat sich sehr über die fehlende Qualifikation der neuen ärztlichen Person gewundert, sich aber leider nicht beim Personal gemeldet. Das Personal hatte nur zufällig diesen Fehler entdeckt. Dass eine Transfusion lief, war ihnen nicht mitgeteilt worden.</p> <p>Besprochen wurde dieser Vorfall u.a. in einer M&M-Konferenz. Zudem gab es ein persönliches Gespräch mit der betroffenen ärztlichen Person, die nur noch in enger Begleitung des OA oder CA arbeiten darf. Auch wurden die Nachweise der Person auf Echtheit überprüft und weitere Schulungen eingeleitet.</p> <p>Trotz intensiver Einarbeitung, Einweisung, Schulungen, Praxisbegleitung etc. sind hier eher personengebundene Faktoren zu benennen. Eigene Überschätzung, Nicht-Annahme pflegerischer Ratschläge und Hilfestellungen, fehlende Deutschkenntnisse, zu großer Wissensunterschied zwischen den medizinischen Standards in Deutschland und dem entsprechenden Herkunftsland der ärztlichen Person (innerhalb der EU).</p> <p>Beim Patienten entstand ein minimaler Schaden/ Verunsicherung des Patienten.</p> <p>Beitragende Faktoren zu dem Ereignis sind:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten, etc.) - Ausbildung und Training - Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation, etc.) - Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung, etc.) - Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe, etc.) - Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkung, med. Zustand, etc.) - Medikation (Medikamente beteiligt?)
<p>Problem</p>	<p>Ein Arzt, der offensichtlich neu in der Einrichtung arbeitet, außer der Sprachbarriere (Kommunikationserschwerisse) auch mit neuen Gerätschaften, neuen Umgangsbedingungen und Prozessen, vermutlich noch schwierigen Bedingungen im außerberuflichen Umfeld zu tun hat, kann oftmals hinsichtlich der Arbeitssicherheit nicht den anderen Mitarbeitern gleichgestellt werden. Jeder Mensch hat eine begrenzte Aufmerksamkeit und Aufnahmefähigkeit. Die stattgefundene Einweisung am Vortag ist wohl lobenswerter Weise durchgeführt worden, konnte aber in diesem Falle nicht die gewünschten Ziele erreichen. Eine selbständige Tätigkeit, die der berufserfahrene Arzt gewohnt ist, ist in einer solchen Situation nicht ohne Begleitung möglich, wie uns dieser Fall lehrt. Diesbezüglich sollte also der formalen Einweisung eine Arbeitsbegleitung bis zum Erreichen unserer Sicherheitsstandards folgen.</p> <p>Vermutlich ist die Verabreichung einer Bluttransfusion in dieser Einrichtung ein Routinevorgang, der keine besonderen Vorkehrungen und Informationsmaßnahmen bei den Beteiligten erfordert. Die Information des Pflegepersonals über die Transfusion in dieser Konstellation könnte eine zusätzliche Sicherheitsmaßnahme darstellen. In Einrichtungen, in denen die Transfusion keine häufig angewandte Maßnahme ist, sollte die Besonderheiten und Risiken der Bluttransfusion geschult und über die tatsächliche Durchführung Informationen an alle im Bereich tätigen Mitarbeiter ergehen.</p> <p>Im Bericht nur am Rande anklingend, aber in solchen Situationen oftmals zu berücksichtigen sind neben den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen im Herkunftsland auch kulturelle Besonderheiten im Umgang. Die fachliche Anleitung durch (insbesondere weibliches) Pflegepersonal ist für (männliche) Ärzte aus anderen Kulturkreisen oftmals anfänglich schlecht anzunehmen. Diese Widerstände sind nur langsam durch eine sichere Kommunikation abzubauen, sollten aber offen angesprochen werden, damit die Prozesse für den Patienten und die Mitarbeiter selbst sicher und unabhängig von solchen überwindbaren Vorbehalten ablaufen können.</p>

	<p>Die Verabreichung eines EK durch einen im Transfusionsbesteck enthaltenen 200 µm Filter hat den Sinn, eventuell während der Lagerung entstandene Zellkonglomerate oder Thromben zurückzuhalten, die sonst thrombembolische Komplikationen beim Empfänger hervorrufen könnten. Die Verwendung ist eigentlich innerhalb der EU üblich, weshalb der Vorfall vermutlich schon der überlasteten Aufmerksamkeit des Arztes zuzuschreiben ist. Hierzulande ist die Verabreichung und Vorbereitung der Konserve Bestandteil der Verfahrensanweisung von der BÄK [1] oder der IAKH [2]. Die Vorbereitung der Blutkonserve kann und sollte in diesem Fall auch von der fachlich kundigen Assistenz (Pflegekraft/MFA) durchgeführt werden.</p> <p>Die Unkenntnis der Beutelbeschaffenheit bedingte die Positionierung des EK in eine Flaschenhalterung. Nur wenn ein EK frei hängt, (Sinn der Hängevorrichtung), kann der gesamte Inhalt, die volle Dosis ohne Korrektur durch Schwerkraft verabreicht werden. Insofern kann man das zwar auch anders aufhängen, wenn aber Infusionsständer in dieser Einrichtung (Transfusionsmedizinische/Hämatookologische Praxisklinik?) vorhanden waren, hätte der Arzt das auch besser an die dafür vorhandenen Haken hängen können.</p> <p>Beachtenswert ist auch, dass die erfahrene Patientin, die schon häufiger durch diesen Behandlungsprozess musste, den Fehler bemerkt, aber nicht angesprochen hat. Auch wenn es nicht immer angenehm für die Behandler ist, sollten Patienten aufgefordert werden, den Behandlungsprozess in seinen kritischen Schritten zu verstehen und erklärt zu bekommen.</p>
Prozesseilschritt*	5
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Ambulanz einer Praxisklinik
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A, C

Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	4/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	4/5
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 – alle Ärzte: Verabreichung einer Bluttransfusion 2. SOP/VA – für das medizinische Assistenzpersonal: Vorbereitung einer Blutkonserve für die zeitnahe Transfusion durch den Arzt 3. Fortbildung durch den neuen Mitarbeiter für alle Mitarbeiter der Einrichtung: Hämotherapie und Besonderheiten der Transfusion im Herkunftsland, Standards, Gepflogenheit, Patientensicherheit, Indikationen, Fehler und Outcome 4. SOP/VA – alle Mitarbeiter: Ausweisung einer Bluttransfusion als „besondere Therapie“, Information aller Mitarbeiter 5. M&M Konferenz zum Fall ohne Verurteilung des neuen Mitarbeiters, systematische Suche nach Vermeidungsmöglichkeiten 6. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CA, ÄD, Praxis/Klinikleiter, TV: Erarbeitung und Umsetzung eines Curriculums bzw. Begleitungsprogramms für neue Ärzt/innen (nicht nur aus anderen Herkunftsländern) 2. ÄD, Praxis/Klinikleiter: Konflikt/Kommunikationstraining und Integrationstraining als Training aller Mitarbeiter zum verbesserten Miteinander. 3. GF, ÄD, TV: Ausgabe eines Informationsblattes für Patienten vor Aufnahme, mit der Information, dass der Behandlungsprozess durch den Patienten verständlich erklärt und

	in den kritischen Schritten wie die Verabreichung einer Chemotherapie oder Bluttransfusion auch hinterfragt werden soll.
--	--

Literatur/ Quellen:

- [1] Bundesärztekammer (Hrsg.). Musterverfahrensweisung zur Transfusion von EK, Gesamtnovelle 2017. Berlin: Deutsche Bundesärztekammer; 2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/2019-01-18_MAA_Transf.EK.docx (letzter Zugriff: 16.10.23)
- [2] IAKH Musterverfahrensweisung zur Korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven - empfohlenes Vorgehen der IAKH, Unter dem Buchstaben „M“ bei <https://www.iakh.de/sonstiges.html>

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	SOP	Standard Operating Procedure
CA	Chefarzt/-ärztin	TV	Transfusionsverantwortliche/r
EK	Erythrozytenkonzentrat	VA	Verfahrensweisung
GF	Geschäftsführer/in		
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