

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	Unklarer Verbleib einer Konserve
Fall-ID	CM-268282-2024
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Eine Patientin mit positivem AK-Suchtest ist im OP zur Anlage einer Duokopfprothese. Es erfolgt der Anruf im Labor mit der Auskunft über Antikörper, 2 Erythrozytenkonzentrate (EK) werden gekreuzt, 1 EK ist bereits ausgegeben.</p> <p>Es besteht keine Transfusions-Indikation und keine Dokumentation einer Transfusion. Es erfolgt ein erneuter Anruf im Labor und beim orthopädischen Dienst; der Verbleib der Konserve war unklar. Die weitere Nachforschung ergibt eine Ausgabe des betreffenden EKs für Anforderung eines anderen Patienten der Station XY.</p> <p>Was war das Ergebnis? Bei unklarem Verbleib bzw. unklarer Verwendung der Konserve erfolgte der Anruf bei verschiedenen Stellen (Station / Dienst Ortho / OP-Team / Labor) zwecks Verbleibs des EKs. Auch kam es zu Nachforschung des Labors, das ebenfalls Anruf bei verschiedenen Stellen (Station / Dienst Ortho) tätigte. Das Labor findet die Konserve, wohl fachgerecht gelagert. Konserve wird ins Labor zurückbeordert und steht weiterhin zur Verfügung.</p> <p>Die Konserve wurde gefunden und war in ordnungsgemäßigem Zustand, weiterhin verwendungsfähig. Es bestand keine befürchtete/ drohende Fehltransfusion.</p> <p>Der Fehler des Ereignisses wird in einer unzureichend eindeutigen Patienten-/Blutproduktidentifikation im Rahmen der EK-Ausgabe gesehen.</p> <p>Faktoren, die zum Ereignis beitragen sind Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten, etc.) und Ausbildung und Training.</p> <p>Das Ereignis tritt jährlich auf.</p>
Problem	Dieser Fall berichtet den unklaren Verbleib einer ausgegebenen Konserve innerhalb der zu versorgenden Einrichtung. Der Konserven-aufenthalt wird üblicherweise durch die Ausgabeangaben

	<p>bestimmt, da die Angabe des Anforderers (Stat. x, Arzt y) bis zum Rücklauf der Dokumentation der erfolgten Transfusion ausreicht, um den Verbleib der Konserve zu bestimmen. In diesem Fall war die Nachfrage zum Verbleib der Konserve ergebnislos und erforderte eine zeitraubende Nachforschung. Die Konserve war wohl undokumentiert zurückgegeben worden, die erneute Ausgabe an eine andere Station war ebenfalls nicht dokumentiert worden.</p> <p>Das bisherig angewandte System hat wohl laut Meldungswortlaut eine Rate an jährlichem Versäumnis der undokumentierten Rücknahme und erneuten Ausgabe. Da dies ein vermeidbares, aber potenziell gefährliches Ereignis darstellt, sollten Maßnahmen ergriffen werden, die das seltene Ereignis unterbinden. Es bleibt unklar, wie das Ereignis zustande kam, ob es etablierte Verfahren zur Rückgabedokumentation von Station und Blutdepot/Labor gibt. Die erneute Ausgabe jedoch sollte auf jeden Fall gewissenhaft dokumentiert sein. Die Verwendung von Scannern und die softwaregestützte Depotverwaltung ist Standard und sollte mittlerweile flächendeckend etabliert sein.</p> <p>Sollte die transfundierende Organisation nicht über eine Scanner-Lösung bei der Dokumentation verfügen, muss die Ausgabe mit 4-Augenprinzip überprüft anhand des patientenindividualisierten Konservenbegleitscheins überprüft und anschließend dokumentiert werden. Das Ziel der Ausgabe muss als Pflichtfeld in der Software hinterlegt sein. Nur so kann er Verbleib der Produkte jederzeit nachverfolgt werden.</p> <p>Die Ausstattung der Konserven mit RFID Chips, mit denen man die ausgegebenen Konserven orten kann, ist zwar technisch möglich, aber aus vielerlei Gründen nicht in die Praxis überführt.</p> <p>In diesem Fall hätte eine Rückgabedokumentation der Station ebenso und einfach die Suche erleichtert. Das sollte auf der Station eingeführt werden; am besten im Krankenhausdokumentationssystem KIS festgehalten.</p>
Prozesseilschritt*	5 - Fehler im Bereich von Produktausgabe, 15 - Fehler bei der Patientenidentifikation
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Labor/Produktausgabe
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
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/ 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 – Blutdepot/Labor: Ausgabe und Rücknahmedokumentation 2. SOP – Station: Dokumentation der Konservenrückgabe 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GF, TV, IT, QM, CÄ, Blutdepotleiter: Einführung der Eingabepflicht der Annahme, Rückgabe und Transfusion mit Chargennummern von Blutprodukten ins KIS

Häufig verwendete Abkürzungen:

CÄ	Chefärzte/Chefärztinnen	OP	Operationssaal
EK	Erythrozytenkonzentrat	QM	Qualitätsmanagement
GF	Geschäftsführer/in	SOP	Standard Operating Procedure
IT	Informationstechnik/er	TV	Transfusionsverantwortliche/r
KIS	Krankenhausinformationssystem		

*** 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

Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

**** 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