

Bericht

Titel:	Unklarer Verbleib einer Konserve
Zuständiges Fachgebiet:	Orthopädie
Altersgruppe des Patienten:	81-90
Geschlecht des Patienten:	weiblich
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Pat. mit positivem AK-Suchtest im OP zur Anlage einer Duokopfprothese. Anruf im Labor, Auskunft über Antikörper, 2 Erythrozytenkonzentrate (EK) gekreuzt, 1 EK bereits ausgegeben. Keine Transfusions-Indikation / keine Doku einer Transfusion. Erneuter Anruf Labor / Ortho Dienst, Verbleib der Konserve unklar. Weitere Nachforschung ergibt Ausgabe der betreffenden EK für Anforderung eines anderen Patienten der Station XY.
Was war das Ergebnis?	Bei unklarem Verbleib bzw. unklarer Verwendung der Konserve Anruf bei verschiedenen Stellen (Station / Dienst Ortho / OP-Team / Labor zwecks Verbleibs des EK's) Nachforschung des Labors, ebenfalls Anruf bei verschiedenen Stellen (Station / Dienst Ortho) Labor findet die Konserve, wohl fachgerecht gelagert. Konserve wird ins Labor zurückbeordert und steht weiterhin zur Verfügung. Konserve gefunden, ordnungsgemäßer Zustand, weiterhin verwendungsfähig. Keine befürchtete / drohende Fehltransfusion
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	Unzureichende eindeutige Patienten/Blutproduktidentifikation im Rahmen des EK-Ausgabeprozesses.
Kam der Patient zu Schaden?	nein
Welche Faktoren trugen zu dem Ereig...	• Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Ausbildung und Training
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	jährlich
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor: Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für klinische Hämotherapie (IAKH) in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Problemanalyse

Dieser Fall berichtet den unklaren Verbleib einer ausgegebenen Konserve innerhalb der zu versorgenden Einrichtung. Der Konservenaufenthalt wird üblicherweise durch die Ausgabeangaben 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.

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.

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.

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.

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.

Prozessqualität

1. SOP – Blutdepot/Labor: Ausgabe und Rücknahmedokumentation
2. SOP – Station: Dokumentation der Konservenrückgabe
3. Meldung an die Transfusionskommission

Strukturqualität

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, EK – Erythrozytenkonzentrat, GF - Geschäftsführer/in, IT - Informationstechnik/er, KIS – Krankenhausinformationssystem, OP – Operationssaal, QM – Qualitätsmanagement, SOP - Standard Operating Procedure, TV - Transfusionsverantwortliche/r

Risiko-Abschätzung:

Mögliche Konsequenzen bei einem erneuten Auftreten des Ereignisses:	Katastrophal
Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens des Ereignisses:	Wahrscheinlich