

Aufruf zur Teilnahme:

Einrichtung eines nationalen Fehlerregisters für Bluttransfusionen (CIRS der IAG klinische Hämotherapie der DIVI) in Zusammenarbeit mit dem PaSOS-System der DGAI

Am 1. Januar 2009 schaltet die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie der DIVI (IAG Klinische Hämotherapie, Sprecher V. Kretschmer, Rostock, vormals Marburg) als beauftragte Sektion der DIVI eine Meldeplattform (www.iakh.de) [1] für alle Anästhesisten/innen und Ärzte/innen anderer Fachgebiete, alle Transfusionsbeauftragten und -verantwortlichen für die Meldung von Beinahefehler bei der Bluttransfusion (vorgestellt auf dem DIVI-Kongress am 05.12.2008 in Hamburg). Aus den vergangenen Berichten einzelner Qualitätsbeauftragter ist eine 4,4%ige –7%ige Quote an Beinahefehlern aller verabreichten Transfusionen zu entnehmen [2,3]. Speziell für alle Beinahefehler im Transfusionsbereich wird hier ein Critical Incident Reporting System (CIRS) eingerichtet, das auch Nichtmitgliedern der DIVI und der IAKH offensteht, ohne Gebühr inklusive Feedback und Beratung, falls gewünscht.

Die Pseudonymisierung und das nationale Niveau sind aus zwei Gründen sehr wichtig: Sie garantiert dem Melder im Gegensatz zu den zahlreichen lokalen, Krankenhausträgerbetriebenen Meldesystemen die Unbedenklichkeit für den Meldenden (die Daten werden auch bei nicht pseudonymisierter Meldung unter keinen Umständen weitergegeben). Andererseits ermöglicht die nationale Erfassung eine etwas bessere Übersicht über Schritte, die besonders in unserem Land relativ fehlerbehaftet sind. Diese Schritte sollten deshalb organisatorisch besonders berücksichtigt werden. Die IAKH liefert hierfür neben der Meldeplattform in Zusammenarbeit mit der IAG klinische Hämotherapie der DIVI die Analyse und dient als Sprachrohr der Kliniker, die insbesondere als Transfusionsbeauftragte und -verantwortliche sowie Qualitätsbeauftragte für Transfusionsmedizin mit der praktischen Anwendung der Blutprodukte betraut sind. Dies ist bisher eine Lücke. Ein echtes deutsches Hämovigilanzsystem existiert bislang nicht. Selbst schwerwiegende Komplikationen der Bluttransfusion und Verwechslungen müssen nur dann an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet werden, wenn eine unerwünschte Arzneimittelwirkung anzunehmen ist, nicht aber, wenn es sich um eine Fehltransfusion infolge nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs handelt [4]. Das ist in den meisten entwickelten Ländern der westlichen Welt besser geregelt – der „SHOT Report“ (Serious Hazards of Transfusion) in Großbritannien, die „Hemovigilance“ der Agence Française du Sang in Frankreich, die Österreichischen und Schweizer Hämovigilanzsysteme, als auch das amerikanische „Medical-Event Reporting System for Transfusion Medicine“ (MERS-TM) erfassen auch Fehltransfusionen. Das Verhältnis im amerikanischen System (über 17.000 Fehlermeldungen in vier Jahren) von Beinahefehlern (85% aller Meldungen) zu Fehlern, die einen tatsächlichen Schaden (0,2%) verursachen, weist

auf das Potential zur Verbesserung der praktischen Anwendung und Produktion der Transfusionsprodukte [5]. Wir gehen davon aus, dass das Verhältnis in Deutschland in einer ähnlichen Größenordnung liegt. Bisher entging uns die Chance, häufige Beinahefehler als auch eine große Anzahl von folgenlosen, aber dennoch stattgehabten Fehlern zu entdecken. Dieses Problem gehen die DIVI und die IAKH nun an: Alle transfundierenden und mit der Anwendung von Blutprodukten befassten Ärzte in Deutschland sind aufgerufen, dieses unbürokratische und unkomplizierte System regelmäßig zu nutzen. Die DIVI IAG klinische Hämotherapie stellt die Auswertung anonymisiert dar, bietet – falls gewünscht – eine interdisziplinäre Beratung und bringt die Erkenntnisse über die BÄK in die künftigen Richtliniendiskussion ein. Alle die Bluttransfusion betreffenden Meldungen im PaSOS der DGAI werden anonymisiert weitergeleitet an den Beratungsausschuss der DIVI/IAKH, umgekehrt werden anästhesierelevante Meldungen im CIRS-System der IAKH an das PaSOS weitergeleitet. Dieser Aufruf soll den klinisch tätigen Anästhesisten die Risiken der Transfusionsmedizin bewusster machen und zur Teilnahme an diesem kostenfreien Register aller die Transfusion betreffenden Beinahefehler anregen. Sie gehören unter allen Disziplinen zu den am häufigsten transfundierenden Ärzten.

Literatur

1. Weiler-Lorentz A. Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen in der Transfusionsmedizin.: IAKH, 2009 <http://iakh.de/BeinaheFehlerErfassung/13LorentzNearMissEventsTransfusion-20008-03-07.pdf>.
2. Kretschmer V. IAG Symposium Qualitätsmanagement in der Klinischen Hämotherapie: Ergebnisse der Fehleranalysen in einem hessischen Universitätsklinikum. 9. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin. Hamburg, 2008.
3. Schippl M. IAG Symposium Qualitätsmanagement in der Klinischen Hämotherapie: Ergebnisse der Fehleranalysen in einem süddeutschen Universitätsklinikum. 9. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin. Hamburg, 2008.
4. Paul Ehrlich Institut, Langen, Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (TFG). In: Justiz Bd, ed. www.juris.de, 2007.
5. Kaplan HS. Getting the right blood to the right patient: the contribution of near-miss event reporting and barrier analysis. *Transfus Clin Biol* 2005; 12: 380-384.

Erarbeitet unter maßgeblicher Mitwirkung von:

M. Schöler | M. Schippl | B. Fleiter | B. Hechler |
A. Weiler-Lorentz | M. Rall | T. Frietsch | V. Kretschmer.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Thomas Frietsch
Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Standort Marburg
Baldingerstraße, 35033 Marburg, Deutschland
Tel.: 06421 586 5991/5088, Fax: 06421 586 5495
E-Mail: Thomas.Frietsch@med.uni-marburg.de