

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	Blutprobe erst nachträglich und falsch beschriftet
Fall-ID	164-2019-B7R8
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Die Abnahme erfolgte in ein unbeschriftetes Röhrchen. Im Anschluss wurde erst die Anforderung aus dem KIS ausgedruckt und das Röhrchen beklebt. Dabei wurde ein falscher Patient ausgewählt.</p> <p>Eine SOP, Blutabnahme für immunhämatologische Untersuchungen' ist im Haus vorhanden. Alle damit betrauten Mitarbeiter (Ärzte, Pflege, MFA zur Blutabnahme) sind geschult.</p> <p>Die Blutabnahme wurde an die Hebammen delegiert, die jetzt Selbständig sind, aber seit einiger Zeit (jetzt nicht mehr) am Haus angestellt waren. Somit sind sie im Schulungssystem nicht erfasst. Dies wurde nun geändert und auch diese Berufsgruppe im Schulungssystem mit abgebildet. Es erfolgte eine sofortige Schulung durch den zuständigen Transfusionsbeauftragten.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Bundesärztekammer (2008): Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Berlin.</p> <p>Online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Persoeliche_Leistungserbringung.pdf</p>	<p>Eine aktive Patientenidentifikation durch die Hebamme bei der Blutentnahme hätte das Risiko des berichteten Fehlers minimiert. Dafür ist die notwendige Voraussetzung eine eindeutige Kennzeichnung der Blutentnahmeröhrchen und die Identifikation bei der Blutabnahme durch offene Fragen nach Namen und Geburtsdatum gewesen. Im beschriebenen Ablauf beruhte der Fehler beim Ausdruck der Etiketten vermutlich in einer „verrutschten“ Auswahl aus einer Auswahlliste des KIS. Solche Fehler sind leicht möglich und lassen sich nur durch sorgfältige eingehaltene Kontrollschritte bei den eigenen Abläufen vermeiden. Die Blutentnahme mit unbeschrifteten Röhrchen ist eine gefährliche Praxis.</p> <p>Sichere Handlungen profitieren von der Einführung eines geistigen STOP-Schrittes, der eine bewusste Überprüfung der folgenden Handlung ermöglicht (vergl. z.B. die „STOP-Injekt: Check!-Kampagne; INPASS, Reutlingen).</p> <p>Eine Delegation [1] der Blutentnahme ist prinzipiell an qualifiziertes und eingewiesenes Personal möglich. Die Delegation in</p>

<p>[4] Behringer, W., Graeff, I., Dietz-Wittstock, M. et al. Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren. Notfall Rettungsmed 22, 330–333 (2019). https://doi.org/10.1007/s10049-019-0585-1</p> <p>[5] Cairos 4.0 - Engineering Patient Safety https://haema-cbf.charite.de/forschung/klinische_forschung_und_digitale_medizin/notter_group/</p>	<p>gen geben. Hier sollte eine Recherche erfolgen, warum trotz SOP nicht so verfahren wurde. Personalknappheit im Kreißaal und/oder in der Notaufnahme (wir wissen nicht ob eine zentrale Aufnahmeeinheit mit Hebammenbesetzung benutzt wurde) (siehe auch [4])? Stress? Überlastung? Führungsstil?</p> <p>Etwas futuristisch aber dennoch im Bereich der in Bälde realisierbaren Möglichkeiten hätte sich dieser Fehler sicher vermeiden lassen, wenn das sogenannte Hans-Hirschfeld-Device zur Anwendung gekommen wäre. Dabei ist nicht nur die Notaufnahme auch der Kreißaal eine sinnvolle Anwendung. Dabei wird die Blutprobe zwingend aus einer gekennzeichneten und dem Patienten zugeordneten Verweilkanüle gewonnen [5].</p>
Prozesseilschritt*	1 - Fehler bei der Probenabnahme
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Die Meldung lässt hierzu keine sichere Aussage zu
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Labor, Kreißaal
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, ASA 1
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.)	Evtl./Evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Ja/Ja
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Die unmittelbare erfolgte Nachschulung“
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	1/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	3/5

<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. Einführungskonzept für externe Teilnehmer der Versorgung 2. Regelmäßige Fortbildung zur SOP – Aufnahme, Pflegepersonal: Etikettierung und Bekleben von Gefäßen der Blutproben in der Aufnahme - Abgleich mit der Patientenidentität und Verhinderung von Patientenverwechslungen 3. Fortbildung/SOP – Ärzte, Personal der Notaufnahme: Entnahme von Kreuzblutproben, Patientenidentifikation, Vorgehen bei Verwechslungen 4. Fortbildung – Ärzte: Delegation und Verantwortung von ärztlichen Aufgaben und rechtliche Konsequenzen im Schadensfall 5. Fortbildung – Ärzte: Die Richtlinie Hämotherapie 2017. 6. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientenidentifikationsbändchen 2. Überprüfung der Personalsituation und Anpassung entsprechend der Empfehlungen der DGAI, DGINA, et al. [2] 3. Erwägung der Investition in IT: scannerbasierte Identifikation zum bettseitigen Abgleich von Patientenidentität und Blutprobengefäß mithilfe von Barcodes oder RFID Chips. Alternativ: Kontaktaufnahme mit der Charité: Cairo-Projekt mit markierten Kanülen [5] 4. Einrichten eines regelmäßigen Fortbildungszyklus zur Transfusionsmedizin und Hämotherapie, aktuelle Vorgaben und Regelungen
---	---

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	TG	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**

Fehlerregisterformular IAKH 2019 vs.1.2

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

- | | |
|-----|--|
| 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 |