

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	Wrong blood in tube - again
Fall-ID	168-2019-S2K4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Auf der neurochirurgischen Überwachungsstation soll ein Tumorpatient eine Kreuzprobe bekommen. Der PJ-Student nimmt auf Geheiß des in den OP eilenden Neurochirurgen die bereits beklebten Blutröhrchen ab, füllt vorher aber noch die Anforderung aus.</p> <p>Am Ende der Visite fällt das übrig gebliebene Röhrchen des Patienten auf. Kurz vorher hatte ein Röhrchen bei einem anderen Patienten gefehlt. Die Stationsleitung musste im Labor anrufen und die Daten auf dem Röhrchen korrigieren bzw. ändern lassen.</p>
Problem	<p>WBT-Fehler (Wrong blood in tube), Delegationsfehler:</p> <p>Der Fehler entstand in einer Situation, in der ein Zeitdruck vermutet werden kann.</p> <p>Das korrekt vorbereitete und beklebte Röhrchen wurde beim falschen Patienten abgenommen. Das ist nur dann möglich, wenn der Arbeitsschritt der aktiven Identifikation des untersuchten Patienten nicht durchgeführt wurde durch den Bewusstseinszustand des Patienten erschwert worden war. Bei nicht-ansprechbaren oder bewusstseinsgetrübten Patienten der Neurochirurgie müssen zusätzliche Sicherheitsschritte wie die Befragung der Pflege, der Angehörigen, eine eindeutige Bettkennzeichnung o.ä. erfolgen.</p> <p>Eine Delegation einer Probengewinnung an PJ-StudentInnen ist prinzipiell möglich und unter Ausbildungsgesichtspunkten auch sinnvoll. Die erforderliche Anleitung und Überwachung der Durchführung muss jedoch sichergestellt sein. „Verfügt der Mitarbeiter, an den der Arzt delegieren will, nicht über eine abgeschlossene Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen [und dies ist der Fall bei einem Studenten im praktischen Jahr], die die zu delegierende Leistung einschließt, muss der Arzt [seiner]</p>

<p>[1] BAEK, KBV. Empfehlungen_Persoенliche_Leistungserbringung.pdf 2008: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Persoенliche_Leistungserbringung.pdf (accessed May 28, 2020)</p> <p>[2] Handreichungen - IAKH e.V. n.d. https://www.iakh.de/sonstiges.html (accessed May 26, 2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahlpflicht • Anleitungspflicht • Überwachungspflicht <p>[nachkommen] [1].</p> <p><i>„Die Stationsleitung musste im Labor anrufen und die Daten auf dem Röhrchen korrigieren bzw. ändern lassen.“</i> Hier sehen wir eine gefährliche Praxis.</p> <p>Die Korrektur von Probenbeschriftungen im Labor auf Zuruf kann zu dem gewünschten Ergebnis führen, muss aber nicht!</p> <p>Der in der Meldung beschriebene Lösungsweg erscheint uns kritisch. Bei der Umetikettierung ist eine erneute Verwechslung vorstellbar. Der empfohlene Weg besteht aus der erneuten Abnahme in ausgezeichnete Röhrchen nach eindeutiger Patientenidentifikation. Der Verwurf des fehlbeklebten Probengefäßes und die Neuabnahme ist trotz Zeitverzug und Materialbedarf die sichere und bewährte Methode! Eine Arbeitshilfe stellt die IAKH zur Verfügung (vergl. Musterverfahrensanweisung Blutprobenverwechslung der IAKH [2]).</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Fehler bei der Probenabnahme</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>Keine Information</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Überwachungsstation</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>Wochenende, Routine, ASA 3, Ausbildung</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</p>	<p>Keine Angaben</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/nein</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/evtl.</p>
<p>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskom-</p>	<p><u>Die Stationsleitung hat im Labor angerufen und den Fehler be-</u></p>

mentar	<u>richtet. ... und damit Folgefehler vermieden</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	5/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[3] Hans-Hirschfeld-Device - CAIRO 4.0 System: Schmidt-Hieber M, Schuster R, Nogai A, Thiel E, Hopfenmüller W, Notter M. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. Transfus Apher Sci. 2006;35(2):125-30.</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführungscurriculum – Studenten im Praktischen Jahr 2. Reevaluation der SOP/VA - Probengewinnung 3. Reevaluation der SOP/VA - „Delegation“ 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetenzerwerb Transfusion als definiertes Modul im Medizinstudium 2. Einführung der Scanner-basierten Identitätssicherung und Abgleich mit dem Probengefäß bzw. Blutprodukt 3. Einführung der kombinierten Kanüle und gekoppelten Blutgruppen und Kreuzprobentechnik (Hirschfeld- Device, Charité, Dr. Notter [3])

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	TFG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensanweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
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

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

**** 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