

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	Patientenverwechslung bei der Abnahme von Kreuzblut
Fall-ID	CM-208015-2020
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Patient war im Haus vor zwei Wochen operiert worden. Der Patient kam regulär über die Leitstelle zur stationären Aufnahme. Dort passierte der Fehler, der erst zwei Wochen später bei einem Notfall auffiel.</p> <p>Zwei Wochen nach der ersten Operation, musste der Patient noch einmal operiert werden. Da die Kreuzprobe abgelaufen war, nahm der zuständige Anästhesist erneut Kreuzblut ab. Im Labor zeigte sich dann, dass die Blutgruppe von der Aufnahme vor zwei Wochen nicht mit der Blutgruppe des Notfalls übereinstimmt. Eine weitere Kontrolle bestätigte den Verdacht, dass es in der Aufnahme zu einer Verwechslung von Patienten gekommen sein musste.</p> <p>Mehrere Aspekte waren besonders ungünstig: Delegation einer wesentlichen Aufgabe an Arzthelfer, Verwechslung in einer überfüllten Patientenaufnahme bei Personalmangel, kein Bekleben der Proben oder Kontrolle der Daten der Patienten in der Aufnahme. Wesentliche beitragende oder gar ursächliche Faktoren waren Personalmangel und daraus folgende Überlastung von Pflegekräften und aufnehmenden Ärzten (50 Patienten pro Tag sind keine Seltenheit, Zeitdruck, teils schlechte Organisation der Patientenaufnahme).</p> <p>Dieses Ereignis tritt in unserem Haus mehrmals pro Jahr auf.</p>
Problem	<p>Das gemeldete Problem betrifft die Abnahme des Kreuzblutes und das Bekleben der Röhren in der Zentralen Aufnahme des Hauses. Offensichtlich wurde beim ersten Aufenthalt (also eine Routine-Aufnahme ohne Notfallsituation) eine Verwechslung durch die Beklebung der Röhren im Nachhinein verursacht. Dieser Fehler tritt mehrmals im Jahr auf und ist somit bekannt. Die wesentlichsten Ursachen und beitragenden Faktoren sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Laut Meldung ist in dieser zentralen Aufnahmeeinheit die Blutentnahme von Hilfspersonal erfolgt. Die Blutent-

<p>[1] Richtlinie Hämotherapie Kap. 2.3.1</p> <p>„Die Blutentnahme darf gemäß § 7 Abs. 2 TFG nur durch einen Arzt oder durch anderes qualifiziertes Personal unter der Verantwortung eines Arztes erfolgen und ist entsprechend zu dokumentieren.“</p> <p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019_Aenderungsversion.pdf</p> <p>[2] Musterverfahrensweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven - empfohlenes Vorgehen der IAKH</p> <p>(auf der IAKH-Webseite unter Handreichung unter dem Buchstaben M)</p> <p>[3] Behringer, W., Graeff, I., Dietz-Wittstock, M. <i>et al.</i> Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren. <i>Notfall Rettungsmed</i> 22, 330–333 (2019).</p> <p>https://doi.org/10.1007/s10049-019-0585-1</p> <p>Siehe ähnliche Fälle:</p> <p>CM-88674-2016-Fehltransfusion, evtl. CM-132521-2016-Fehlerhafte Blutgruppenbestimmung, CM-135886-2016-Beinahefehltransfusion: Blutgruppenbestimmung mit falschem Patientenname.</p>	<p>nahme kann zwar delegiert werden, aber der unterzeichnende Arzt ist alleinig verantwortlich für die Korrektheit von Patientenidentität und Entnahme [1].</p> <ul style="list-style-type: none">• Es scheint keine Routine oder eine SOP zur Blutabnahme und Identifikation zu geben: Das Röhrchen sollte vor der Abnahme beklebt und vom verantwortlichen Arzt unterschrieben sein. Die Überprüfung der Identität des Patienten und der Abgleich mit dem Etikett soll von der abnehmenden Person in standardisierter Weise erfolgen (entsprechende Empfehlungen der IAKH, siehe [2]). In Organisationsbereichen, in denen nicht planbare Belastungsspitzen die Regel sein können, sind gelebte SOPs sichtlich eine bedeutende Maßnahme um Sicherheit zu gewährleisten. Notaufnahmen sind durch Spitzenbelastungen aber auch ruhige Phasen geprägt. Dann sind kurze Einweisungen möglich um die Stressresistenz der Durchführung zu verbessern. Die richtige Durchführung erhöht den zeitlichen Aufwand nicht, Fehler dagegen reduzieren die Sicherheit und erhöhen zusätzlich den Aufwand.• Die Überlastung und Personalknappheit in der Notaufnahme scheint nicht nur temporär im Ausnahmefall zu existieren und auch durch die wiederholten Fehler bekannt zu sein. Vor allem im Pflegebereich haben sich die zuständigen Fachgesellschaften klar positioniert: „Mehrere Studien zeigen, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der pflegerischen Besetzung in einer Notfalleinrichtung und der Versorgungsqualität bis hin zur Patientensterblichkeit gibt“ und „Eine unzureichende pflegerische Besetzung der Notfallzentren gefährdet die Gesundheit der Patienten ebenso wie die des betreuenden Personals“ [3]. Bei sich jährlich mehrfach wiederholendem Fehler ist eine Katastrophe nur eine Frage der Zeit. Die Personalknappheit stellt ein Organisationsverschulden im juristischen Klagefall dar, da die Personalmindestanforderungen mittlerweile formuliert sind. Ob die Organisation zu verbessern ist, sollte überprüft werden. Die zur Gefährdung der Patienten führenden Fehler sollten der Aufnahmeleitung oder Geschäftsführung anonymisiert zur Kenntnis gebracht (gibt es auch ein hausinternes CIRS?) oder auf Leitungsebene diskutiert werden. Die Intervention von Transfusionskommission, QB-Hämotherapie oder Transfusionsverantwortlichem könnte hier einen Schadensfall und eine Verwechslung verhindern.• Die Verwechslung hat meist auch noch einen zweiten Patienten, bei dem im Prozess des Vertauschens die Kleber des berichteten Patienten auf die Röhrchen aufgebracht wurden. Dieser hat nun ebenfalls eine falsche Blutgruppe in den Akten und ist eventuell ebenfalls noch
--	--

	nicht transfundiert worden. Dies sollte anhand des Zeitfensters eruiert und die entsprechenden Befunde markiert werden, damit bei dem anderen Patienten eine eventuelle Notfallsituation keine Fehltransfusion auslöst.
Prozesseilschritt*	1 - Probenentnahme
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Patientenaufnahme
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, ASA 3, Wochentag, Notfall
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/evtl.
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>	„Der Anästhesist nahm selbst Blut ab. Das Labor war sehr gründlich in der Nachforschung nach dem zweiten Patienten, gute Kooperation mit Labor.“
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 vorge schlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP – Pflegepersonal: Etikettierung und Bekleben von Gefäßen der Blutproben in der Aufnahme - Abgleich mit der Patientenidentität und Verhinderung von Patientenverwechslungen 2. Fortbildung/SOP – Ärzte, Personal der Notaufnahme:

<p>[4] Cairos 4.0 - Engineering Patient Safety https://haema-cbf.charite.de/forschung/klinische_forschung_und_digitale_medizin/notter_group/</p>	<p>Entnahme von Kreuzblutproben, Patientenidentifikation, Vorgehen bei Verwechslungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fortbildung – Ärzte: Delegation und Verantwortung von ärztlichen Aufgaben und rechtliche Konsequenzen im Schadensfall 4. Fortbildung – Ärzte: Die Richtlinie Hämotherapie 2017. 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Überprüfung der Personalsituation und Anpassung entsprechend der Empfehlungen der DGAI, DGINA, et al. [3] 2. 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 [4] 3. 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**

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		Schweregrad/Gefährdung	
1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000	1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	gering/ selten max. 1/10 000	2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche

Fehlerregisterformular IAKH 2019 vs.1.2

	max. 1/1000		Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5	häufig, min. 1/100	4/5	starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden
5/5	sehr häufig, min. 1/10	5/5	Tod/ schwere bleibende Schäden