



## 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

<b>Thema/Titel</b>	<b>Etikettierfehler auf Blutkonserve</b>
<b>Fall-ID</b>	<b>22-2011-m3m4</b>
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Vor Transfusion eines Eks fiel bei der Kontrolle des Etiketts auf dem Blutprodukt und dem Konservenbegleitschein eine Diskrepanz auf. Das EK wurde umgehend zurückgesandt und Rücksprache mit der Blutbank gehalten. Die Auskunft war, ein Softwarefehler hätte zum fehlerhaften Ausdruck des Etiketts geführt, aber auf dem Begleitschein sei der richtige Code aufgetaucht. Das Etikett wurde erneuert und die Konserve wieder in den OP geschickt und transfundiert.</p>
<b>Problem</b>	<p>Ohne genaue Kenntnis der Arbeitsweise in der betroffenen Blutbank ist eine Beurteilung des Ereignisses nicht sicher möglich, da nicht bekannt ist, ob es sich um ein fehlerhaftes Produktlabel im Rahmen der Herstellung oder ein (warum auch immer) zusätzliches erstelltes Etikett der Blutbank bei der Ausgabe der Produkte handelt.</p> <p>In jeder Hinsicht ist aber die Etikettierung von Blutprodukten eines der kritischsten Prozessschritte:</p> <p>Bei der Entnahme erhalten alle Beutel eines Entnahmesystems eine Entnahmenummer, die später die Grundlage für die Präparatenummer bildet. Das Aufbringen des endgültigen Präparatetags erfolgt aus Sicherheitsgründen erst nach Abschluss der Laborprüfungen. Dabei wird die auch in Barcode aufgedruckte Entnahmenummer eingescannt. Danach wird das Präparatetags mit der Präparatenummer ausgedruckt und auf den Beutel aufgeklebt. Durch Unachtsamkeit des Mitarbeiters kann das Etikett dabei auch versehentlich auf einen anderen Beutel geklebt werden. Um diesen Fehler zu bemerken, empfiehlt die Sektion „Automation und Datenverarbeitung“ der DGTI seit langem eine Kontrolllesung, was bedeutet, dass die Entnahme- und die Präparatenummer nach Aufkleben des</p>

	<p>Etikettes erneut gescannt werden. Diese Praxis wird auch von den Aufsichtsbehörden im Rahmen von Audits kontrolliert.</p> <p>Ob in diesem Fall ein Mitarbeiter eventuell vor Aufbringen des Etikettes die Kontrolllesung und somit nicht ordnungsgemäß durchgeführt hat (seltenste eigene Fälle leider bekannt), die Blutbank diesen Mechanismus nicht nutzt oder aber eventuell in der Ausgabe ein gut gemeintes zusätzliches Label mit Patientennamen und Präparatenummer erstellt, dieses aber nach Anbringen nicht gegengescannt wird, ist aus der Meldung nicht ersichtlich.</p>
<b>Prozesseilschritt**</b>	3 Fehler im Labor
<b>Wesentliche Begleitumstände</b>	Routine
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	Aufmerksamer Vergleich der Nummern auf Präparat und Begleitschein vor Anwendung
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	1/5
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	5/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jedes Anbringen eines Etikettes bedarf eines anschließenden Kontrollscannen der als Vorlage dienenden Nummer mit der auf dem neu aufgebrachten Etikett befindlichen Nummer. Dies setzt voraus, dass auch alle Nummern, die das Präparat identifizieren in Barcodeformat aufgebracht sind. Aufgrund der geringen Fehlerrate beim Scannen ist dafür die Nutzung des Barcodeformats Code128 zu empfehlen. Um Nummerndopplungen zu vermeiden. Ist ebenso die Nutzung von Eurocode-Strukturen (Infos: <a href="http://www.eurocode.org">www.eurocode.org</a>) zu empfehlen.</li> <li>• SOP: Zur Sicherheit bei jedem EK auch den Bedside-Test vom Präparat und nicht nur vom Patienten durchführen! Weiterer Benefit: Bewertung des Bedside-Testes für den unter Stress stehenden Arzt ist einfacher, da die Agglutination untereinander sichtbar ist → war in der DDR Vorschrift und wird im Osten noch oft praktiziert</li> </ul> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchgehende Nutzung von elektronischer Dokumentation ist bei der Herstellung und Anwendung von Blutprodukten dringend zu empfehlen, wobei für kritische Schritte, wie z.B. das Aufbringen von Etiketten entsprechende</li> </ul>

	<p>Kontrollmechanismen zwanghaft eingeführt werden sollten. Bei Kontroll-Scans sind aus Sicherheitsgründen Flächenscanner anstelle von Handscannern zu empfehlen, da diese beide Etiketten gleichzeitig erfassen können und der Mitarbeiter nicht vor dem Aufkleben des Etikettes bereits den Kontroll-Scan durchführen kann. Flächenscanner sind aufgrund des hohen Aufwandes bei der Softwareeinrichtung heute noch kein Standard. Eine Alternative dazu wäre zukünftig auch die Nutzung von RFID-Labeln.</p>
--	---

**\*Risikoskala:**

<b>Wiederholungsrisiko</b>		<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
<b>1/5</b>	<b>sehr gering/sehr selten max. 1/100 000</b>	<b>1/5</b>	<b>sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende Beeinträchtigung</b>
<b>2/5</b>	<b>gering/selten max. 1/10 000</b>	<b>2/5</b>	<b>geringe Schädigung/wenig vorübergehende Beeinträchtigung</b>
<b>3/5</b>	<b>mittel häufig max. 1/1000</b>	<b>3/5</b>	<b>mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/leichte bleibende Schäden</b>
<b>4/5</b>	<b>häufig, min. 1/100</b>	<b>4/5</b>	<b>starke akute Schädigung/beträchtliche bleibende Schäden</b>
<b>5/5</b>	<b>sehr häufig, min. 1/10</b>	<b>5/5</b>	<b>Tod/schwere bleibende Schäden</b>

**\*\*Prozessschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation