



## 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>	Verwechslung der Patientenetiketten bei der Blutgruppenbestimmung führt zur Fehltransfusion
<b>Fall-ID</b>	CM-135886-2016
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Verwechslung der Patientenetiketten bei der Blutgruppenbestimmung: Ein akut blutender Patient der Intensivstation erhielt bei der Blutabnahme ein falsches Etikett auf dem Blutröhrchen. Das gefüllte Blutröhrchen wurde vom Stationspersonal der Station zum Labor gebracht, ohne dem diensthabenden Laborpersonal die dringliche Untersuchung zu melden, so dass die angeforderte Blutgruppenbestimmung erst über eine Stunde später zur Verfügung stand. Da die Kreislaufinstabilität stärkeren Grades war, erfolgte eine Transfusion ohne vorherige Kreuzprobe, allein auf der Bestimmung des Bedside-Testes. Da das falsche Etikett auf dem Blutröhrchen war, wäre es möglich gewesen, durch die Fehltransfusion einen letalen Transfusionszwischenfall zu verursachen.</p> <p>Auf der Intensivstation befanden sich zu diesem Zeitpunkt 20 Patienten, wovon 4 Patienten innerhalb einer Stunde aufgenommen werden mussten. Hiervon 2 mit höchstgradigem Versorgungsgrad und 2 mit mittlerem Versorgungsgrad. Grund: Typische Trias mit Überlastungssituation, Notfallsituation, Personalmangel, Vermeidbar durch Personalaufstockung der Intensivstation, Vermeidung einer extremen Überbelegung der Intensivstation, Sensibilisierung des Personals im Transfusionswesen</p>
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist nicht klar, ob das Röhrchen zum Zeitpunkt der Blutabnahme bereits falsch beklebt war, oder die Abnahme in ein unklebtes Röhrchen erfolgte. Im ersten Fall ist die Identifikation des Patienten fehlerhaft gewesen, im zweiten Fall die Akzeptanz des unklebten Röhrchens. In über 80% aller vermeidbaren Fehler des Shot-Reports 2014</li> </ul>

	<p>aus UK sind Fehler bei der Probenentnahme ursächlich. Auch aus der Routinelabordiagnostik ist eine 15-30% (!!)</p> <p>Fehlerquote, bei der beim falschen Patienten abgenommen wird oder das Röhrchen falsch beklebt wird, bekannt. Diese Routinetätigkeit ist stark fehleranfällig und verlangt nach stärkerer Regulierung. Die Richtlinien Hämotherapie weisen die Blutentnahme als ausdrücklich, wenn auch im Einzelfall delegierbare <b>ÄRZTLICHE</b> Tätigkeit aus. Die Fehltransfusion muss hier vermutlich durch Blutgruppenverträglichkeit folgenlos oder folgenarm geblieben sein.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Der Bedside-Test im engen Sinne kann nur die ABO-Inkompatibilität verhindern, eine Fehltransfusion kann hier trotzdem passieren.</li><li>- Die dringliche Anforderung der Blutbereitstellung ist hier nicht übermittelt worden. Offenbar existiert in dieser Institution noch eine formlose und mündliche Anforderungsstruktur, die als sehr fehleranfällig bekannt ist.</li><li>- Der falsche Patient vom Etikett war in dem Haus nicht bekannt oder hatte die identische ABO Blutgruppe wie der transfusionspflichtige Intensivpatient. Sonst wäre in der Labordatei eine andere Blutgruppe für diesen Patienten der Institution aufgefallen.</li><li>- Die Kreislaufinstabilität dieses Patienten war aufgrund der Dringlichkeit der Anforderung absehbar, weshalb die ungekreuzte Verabreichung (ohne Verträglichkeitsprobe) der Blutprodukte nach einer Stunde oder länger erfolgte. Ob sie aber dann tatsächlich so zwingend war, dass man nicht hätte eine weitere Periode hätte abwarten können, bleibt unklar.</li><li>- Es besteht kein Personalpuffer oder Überlastungsschutz für die Phasen des hohen Arbeitsaufkommens in dieser Intensivstation. Organisationsmängel, Personalknappheit, und mindere Prozessqualität insbesondere auf einer</li></ul>
--	---

	<p>Intensivstation unter der besonderen Situation der Überlastung und des Stresses sind gravierende Ursachen für Fehler. Das oft empfohlene 4-Augenprinzip kann hier schon aufgrund der Unterbesetzung nicht angewandt werden. Hier scheinen mangelnde Prozessqualität <b>und</b> Organisationsmängel vorzuliegen. Eine Intensivstation hat eine definierte Bettenzahl und dazu eine zugeordnete Anzahl pflegerischer und ärztlicher Mitarbeiter / Bett. Diese Relation sollte den üblichen Arbeitsbelastungen auf einer Intensivstation Rechnung tragen und dazu gehören nun mal Notfälle, ggf. auch parallel (siehe auch empfohlener Personalschlüssel auf Intensivstationen der DIVI, Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen, 2010, S. 14. Dort ist ein Schlüssel für die Pflege/Patientenrelation mindestens 1:2 aufgeführt) . Wenn der Personalschlüssel nicht aufrecht zu halten ist, z.B. durch Krankheiten, so ist die Bettenplanung dem im Voraus und geplant anzupassen. Ausnahme: Unplanbare Massen-Notfälle und danach klingt dieser Fall nicht.</p>
<b>Prozesseilschritt**</b>	Identitätssicherung, 1 Probenentnahme, Anforderung
<b>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Intensiv
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA )</b>	k.A.
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben</b>	A, B
<b>Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</b>	Nein / Evtl.
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	<u>Gut war, dass ein Bedsidetest gemacht wurde, der hier das potenziell Schlimmere verhindert hätte, eine mögliche Alloimmunisierung wegen vorhandener</u>

	<u>Alloantikörper aber nicht verhindern kann.</u>
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	<b>4/5</b>
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	<b>5/5</b>
<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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/Fortbildung Ärzte: Gefahren der ungekreuzten Transfusion</li> <li>2. SOP/Ärzte Blutentnahme : Identitätssicherung bei der Blutabnahme</li> <li>3. SOP/Stationspersonal: Bekleben der Röhrrchen</li> <li>4. SOP/Fortbildung Ärzte: Anforderung von Blutkonserven unter Angabe der Dringlichkeit und Indikation vor Notfall- und Routine-Transfusion inklusive Transfusionsanamnese falls verfügbar</li> <li>5. SOP-Labor/Blutbank: Keine Annahme von Blutbereitstellungs- und Konserventest-Aufträgen ohne Angabe von Indikation und Dringlichkeit</li> <li>6. Meldung an die Transfusionskommission</li> <li>7. Sensibilisierung und Fortbildung aller Intensivmitarbeiter über Gefahren der Stresssituation anhand dieses Beispielfalles.</li> <li>8. Festlegung , wann die Intensivstation Betten schließen/Abmelden muss, wann Honorarkräfte temporär evtl. eingestellt werden müssen etc.</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Scan oder Chiptechnologie für die Etikettierung von Blutgruppenröhrrchen (bei einigen Herstellern als Röhrrchen-immanentes Tool bereits verfügbar)</li> <li>2. Elektronische Anforderung von Blutkonserven mit obligaten Angaben zu Dringlichkeit, Indikation und Transfusionsanamnese</li> <li>3. Umsetzung der o.a. DIVI Empfehlungen zur Organisation der Intensivstation</li> <li>4. Einrichtung eines Hintergrunddienstes für die</li> </ol>

	<p>Intensivstation bzw. Abmelden der Intensivstation für Zuverlegungen von außen. Eventuell auch einen Rufdienst für Belastungsspitzen</p> <p>5. Optimierung der Strukturen Schulung und Sensibilisierung, insbesondere auch für die Fehleranfälligkeit für jegliche Routinetätigkeiten in Stresssituationen. Coaching und Stresskapazitätsschulung bei den Mitarbeitern sollte ebenfalls organisiert werden.</p>
--	---

**\*Risikokala:**

<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>

**\*\*Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation