

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>[2] Richtlinie Hämotherapie 2017</p> <p>[3] 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>https://www.iakh.de/sonstiges.html</p>	<p>diesem Fall erfolgte einerseits ohne Sicherstellung der Befähigung der Hebammen und an Leistungsträger, die nicht in der Organisationsstruktur des Krankenhauses, sondern im Rahmen einer interkollegialen Behandlung tätig werden.</p> <p>Laut Meldung ist in dieser Aufnahmeeinheit die Blutentnahme von nicht eingewiesenem Hilfspersonal erfolgt. Die Blutentnahme kann zwar delegiert werden, aber der unterzeichnende Arzt ist alleinig verantwortlich für die Korrektheit von Patientenidentität und Entnahme, konsultiert man die Richtlinie Hämotherapie 2017 [2]. Eine Schulung ist zwingend erforderlich.</p> <p>Die Übernahme der Tätigkeit trotz fehlender Befähigung resultierte in der beschriebenen Situation in einer gefährlichen Praxis. Es stellt sich die Frage eines haftungsrechtlichen Problems: Wer haftet in diesem Fall für einen potentiellen Schaden? Delegation enthebt nicht von einer rechtlichen Verantwortung. Zu Beginn der Delegation besteht die Verpflichtung den Kenntnisstand der Durchführenden zu überprüfen und stichprobenartig zu überwachen.</p> <p>Auf der anderen Seite ist in dem professionellen Kontext eine sorgfältige Durchführung durch die Hebammen erwartbar. Das Oberlandesgericht Köln hat hierzu zusammenfassend festgestellt, dass: „Unklarheiten über Art und Umfang der Pflichten des krankenhausärztlichen Personals und der externen Hebammen gehen zu Lasten des Krankenhausträgers“ (Rn. 55). (OLG Köln 5. Zivilsenat; Entscheidungsdatum 31.1.2005 AZ: 5 U 130/01).</p> <p>Wichtige Kontextfaktoren für eine Bewertung des Fehlers ergeben sich leider aus der Meldung nicht. Bestand zum Zeitpunkt des Fehlers eine außergewöhnliche Belastung? War die sorgfältige Durchführung von Seiten der Hebammen zugesagt oder informell vom Krankenhaus eingefordert? Besteht in der berichtenden Organisation ein Klima, das die Möglichkeit bietet Ausbildungsbedarf zu äußern oder würde eine solche Einlassung als mangelnde Kompetenz sanktioniert?</p> <p>Trotz Existenz einer SOP zur Blutabnahme und Identifikation wird zuwidergehandelt: 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 [3]). 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. Wenn das dem Personal in ruhiger und vertrauter Atmosphäre nahegebracht wird, sollte es keine Zuwiderhandlung</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 |