

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 | Fehletikettierung: Wrong Blood in Tube |
| Fall-ID | 181-2020-V8N4 |
| Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet) | <p>Es wurde fälschlich die Blutprobe des Säuglings mit Namensaufkleber der Mutter beschriftet.</p> <p>Bei einem Frühgeborenen (32 SSW, 2,6kg) war zusammen mit der diagnostischen Blutentnahme vorsorglich eine Kreuzprobe für die Bereitstellung für ein EK verordnet. Die Versorgung der von Arzt abgenommenen Blutentnahme wird von der Schwester versorgt. Diese macht auch die Auftragsanlage am PC (Labmed). Der Säugling hatte auch ein Namensarmband.</p> <p>Beim Blutgruppenbefund im Labor fällt der Labor-MTA folgende Konstellation auf: Der Auftrag und die Beklebung der Röhrrchen waren für die Mutter. Die Blutgruppe der Mutter ist bekannt (0 pos). Das Blut im Röhrrchen hatte jedoch die Blutgruppe A pos.</p> <p>Bei der nochmaligen Abnahme bei Mutter und Kind zur Überprüfung stellt sich die Verwechslung heraus. Das Kind hatte noch keinen Datensatz, so dass die Etiketten für den Säugling nicht aus der Verwaltung geliefert worden waren (normalerweise brauchen die Kinder keine). Die Stationssekretärin hatte sich mit den Etiketten der Mutter beholfen, da vom Kind im Kreissaal normalerweise keine Akte angelegt wird.</p> |
| Problem | <p>Die Blutentnahme in diesem Fall erfolgte in unbeklebte Röhrrchen. Offensichtlich ist es in dieser Einrichtung nicht üblich, dass die Neugeborenen medizinisch zu betreuen sind und die Hebammen sind in ihrer Dokumentation nicht an das Hausnetz angebunden (wie in vielen Einrichtungen mittlerweile). Ob es normalerweise ein etabliertes Vorgehen ist, dass die Röhrrchen vorab etikettiert werden, ist nicht aus dem Bericht zu ersehen, aber in diesem Ausnahmefall nicht zum Tragen gekommen. Vermutlich war in diesem Fall der Datensatz noch nicht als Neuaufnahme angelegt worden, da die Kinder entweder als Frühgeborene auf die Neonatal-Einheit aufgenommen werden oder bei der Mutter verbleiben und dann keine Behandlung benötigen. So können auch Fehler trotz einer (eventuell) bestehenden SOP</p> |

| | |
|--|--|
| <p>[1] Delaney & Matthews. Hemolytic disease of the fetus and newborn: managing the mother, fetus, and newborn. <i>Hematology Am Soc Hematol Educ Program</i> (2015) 2015 (1): 146–151.</p> <p>[2] RiLi Hämotherapie 2017 Kap. 4.9.1. Identitätssicherung : „Der anfordernde Arzt ist für die Identität der Blutprobe verantwortlich.“ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p> <p>[3] RiLi Hämotherapie 2017 Kap.4.4.1: „Ärzte, die im Zusammenhang mit der Anwendung von Blutprodukten Laboruntersuchungen durchführen oder anfordern, müssen gemäß § 13 Abs. 1 S. 3 TFG für diese Tätigkeit besonders sachkundig sein.“</p> <p>[4] Stellungnahme des AK Blut Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1140–1143: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-019-02989-9.pdf</p> <p>[5] Digitalisierungsförderung nach dem Krankenhauszukunftsgesetz 2020: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenzukunftsgesetz.html</p> <p>[6] Bock, Wulf, Biermann: Empfehlung der DGAI-Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen. <i>Anästh Intensivmed</i> 2013;54:490-494. https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuersuchindex/oeffentlich/empfehlungen/635-empfehlungen-zum-umgang-mit-schweren-behandlungskomplikationen-und-belastenden-verlaeufen/file.html</p> | <p>passieren.</p> <p>Da normalerweise die Blutgruppenbestimmung bei Neugeborenen aufgrund der noch unreifen Blutgruppen-Antigene keine banale Sache ist (siehe z.B. [1]), sollten Blutgruppenanalysen von Mangelgeborenen in erfahrenen immunhämatologischen Labors erfolgen.</p> <p>Für Ratschläge zur Vermeidung müssen wir, da weitere Details in diesem Fall nicht berichtet werden, spekulieren. Wie schwierig die Blutentnahme beim Kind war, ob Microprobenvolumina und -röhrchen verwendet wurden und die Etiketten zu groß gewesen wären, ob das Armband des Säuglings gescannt wurde, ob der Abnehmende die Röhrchen mit der Delegation der Blutgruppenbestimmung in fachlich kompetente Hände übergeben und den Auftrag gegengezeichnet hat, ob die Stationssekretärin sich der Tragweite einer Verwechslung bewusst war, etc. Das sind alles Informationen, die ein konstruktives Changemanagement ermöglichen.</p> <p>So bleibt nur zu betonen, dass den Handelnden die Einsicht fehlte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in die Verantwortlichkeit und Haftung für die Blutentnahme in korrekter Zuordnung zum Patienten (Arzt, gemäß Richtlinie Hämotherapie 2017 [2]), • für die Übernahme einer ärztlichen Verordnung (Anforderung der Blutgruppenbestimmung nur von Ärzten mit Sachkompetenz [3]) bei der ausführenden Pflegeassistenz, • der Einrichtung ermangelt ein technisches Absicherungssystem im Rahmen der gebotenen digitalisierten Steigerung der Patientensicherheit (gefordert von der RiLi Hämotherapie 2017 (4.9.1.: „Eine verwechslungsfreie Zuordnung zum Präparat ist sicherzustellen, z. B. durch EDV-gestützte Fall- bzw. Aufnahmeummern“), dem Votum des Arbeitskreises Blut 2020 [4] und gefördert nach dem aktuellen Krankenhauszukunftsgesetz [5]) • alle Beteiligten bräuchten ein Programm zur Vermeidung von Traumatisierung und psychischen Folgeerkrankungen von Mitarbeitern durch tragische Behandlungsverläufe [6]. |
| <p>Prozesseilschritt*</p> | <p>1 - Probenentnahme</p> |
| <p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p> | <p>EK</p> |
| <p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p> | <p>k.A.</p> |
| <p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnen-</p> | <p>Kreissaal</p> |

| | |
|--|---|
| nung) | |
| Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA) | Routine |
| 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/ja |
| Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.) | Nein/ja |
| Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u> | |
| Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit** | 3/5 |
| 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>[7] Musterverfahrensanweisung der IAKH zur korrekten Identitätssicherung und Blutentnahme:</p> <p>Musterverfahrensanweisung zur Vermeidung von Blutprobenverwechslung - empfohlenes Vorgehen der IAKH,</p> <p>Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p> <p>[8] 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):125-130. doi:10.1016/j.transci.2006.06.001</p> | <p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/VA: Korrektes Vorgehen und Identitätssicherung bei der Blutentnahme (z.B. IAKH Musterverfahrensanweisung [7]) 2. Fortbildung – alle Mitarbeiter: Die Herausforderungen der Blutgruppenbestimmung beim Neugeborenen 3. Einberufung einer M&M Konferenz zum Fall 4. Meldung an die Transfusionskommission und in ein hausinternes CIRS-System <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GF, Krankenhausleitung: Einführung eines digitalen Absicherungssystems (z.B. [8]) |

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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 | 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 | |
|----------------------------|--|
| 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 |