

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	Beinahe Fehltransfusion durch Fehler in Blutbank
Fall-ID	193-2021-H5M2
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Es wurden 2 eingekreuzte EKs der Blutgruppe 0 per Fax für den Patienten #Mustermann, Martin, *11.03.1973, Station 5 angefordert.</p> <p>Ein Mitarbeiter ruft den Patienten am Bildschirm im SAP auf und klickt in die Zeile #Mustermann, Michael, *18.05.1953, Station 7.</p> <p>Die Auftragserstellung in der Blutbanksoftware für 2 EKs erfolgt also für Mustermann, Michael (Blutgruppe A).</p> <p>Die Annahme der EKs auf Station mit Begleitschein für Mustermann, Michael wird für den eigentlichen Patient Mustermann, Martin akzeptiert.</p> <p>Die EKs werden vorbereitet, eines angestochen und im Zimmer für den Arzt an das Patientenbett von Mustermann, Martin gehängt.</p> <p>Der transfundierende Arzt führt den Bedside-Test korrekt durch und bemerkt, dass der Patient Blutgruppe 0 hat und die vorbereitete A Konserve nicht passt.</p> <p>Daraufhin wird mit der Blutbank Kontakt aufgenommen, die Meldung der falschen Konserve getätigt und der Versand des korrekten EKs veranlasst.</p> <p>Es erfolgte eine dokumentierte Schulung (schriftlich und per Video) des betreffenden Mitarbeiters sowie auch aller anderen in dem Bereich eingesetzten Mitarbeiter.</p> <p>Die Identitätssicherung sollte am besten über den Scanvorgang eines Etikettenbarcodes oder über den „Dreiklang“ aus Geburtsdatum, Name, Vorname erfolgen.</p> <p>Der Fall wird an CIRS gemeldet, aufgearbeitet und bei der nächsten Sitzung der Transfusionskommission vorgestellt.</p> <p># Namen und Geburtsdaten sind durch fiktive Namen ersetzt</p>

<p>Problem</p> <p>[1] Bundesärztekammer (2021). <i>Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) Aufgestellt gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut Fortschreibung 2021.</i></p> <p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/RiliH_Lese.pdf</p>	<p>Der berichtete Fehler lässt sich in zwei Aspekte aufteilen.</p> <p>Der offensichtliche Fehler im Labor resultiert aus der falschen Auswahl aus der Suchliste im Krankenhausinformationssystem. Solche fehlerhaften Zuordnungen sind nicht so selten, wie man vermutet. Im Fehlerregister sind sie eine mehrfach genannte Ursache für Verwechslungen, wenn Untersuchungsproben nachträglich gelabelt werden.</p> <p>Im vorliegenden Fall realisiert sich der fehlerhafte Schritt jedoch im Labor. Es ist zu vermuten, dass der Ausgangspunkt der Patientensuche der Nachnamen war. Die berichtete fehlerhafte Zuordnung entspricht dem Conformation-Bias. Der aufgerufene Datensatz weist <i>prima vista</i> Ähnlichkeit mit dem erwarteten Suchergebnis auf und ohne eine aktive Kontrolle der Übereinstimmung ist die Verwechslung gebahnt. Johann Wolfgang von Gothe zeigte, dass für die Wahrnehmung eines Textes die Konsonanten ausreichen: ... „W_r s_ch_r_ Schr_tt_ t_n w_ll, m_ss s__ l_ngs_m t_n.“ ... Was uns das Lesen im Kontext sehr erleichtert ist in Prüf-Situationen mit geringer Kontextualisierung, wie der Zuordnung eines Patientennamens mit wenigen Nebeninformationen jedoch gefährlich.</p> <p>Dagegen hilft aktive Sorgfalt in solchen Situationen und das Wissen um die Fehlerquellen der menschlichen Wahrnehmung. Hilfreich ist der Aufruf von Falldaten über ein anderes Kriterium, wie dem Geburtsdatum oder einer eindeutigen Fallnummer auch wenn hier ebenfalls Zuordnungsfehler nicht immer ausgeschlossen werden können. Barcode-Leser unterliegen nicht dieser Kategorie des Wahrnehmungsfehlers und sind in diesen Zuordnungsschritten vorzuziehen.</p> <p>Einen zweiten Fehler sehen wir in der Vorbereitung der Transfusion ohne vorherige Kontrolle entsprechend der Richtlinie Hämotherapie:</p> <p><i>„... Vor Beginn der Transfusion hat der transfundierende Arzt am Patienten persönlich zu überprüfen, ob das Präparat für den betreffenden Empfänger bestimmt ist, die Blutgruppe des Präparats (Präparate-Etikett) dem Blutgruppenbefund des Empfängers entspricht bzw. mit diesem kompatibel ist und die Präparatenummer oder Chargenbezeichnung mit den Angaben im Begleitschein übereinstimmt. Darüber hinaus muss eine visuelle Kontrolle des Präparates erfolgen sowie das Verfalldatum, die Unversehrtheit des Blutbehältnisses und die Gültigkeit der Verträglichkeitsprobe überprüft werden (vergl. 4.9.2 Bundesärztekammer, 2021, S.63). ...“ [1].</i></p> <p>Sicherheit in der Transfusionsmedizin ist eine Team-Aufgabe und stellt an die Handelnden die Anforderung folgende Schritte bewusst zu planen. Die geforderten Kontrollschritte sollten vor dem Anstechen der Konserven durchgeführt werden um einen vermeidbaren Verwurf der Präparate zu verhindern.</p>
--	--

	<p>In Zukunft kann durch die Einführung von Blutentnahmesystemen, die eine eindeutige Zuordnung zwischen Produkt und PatientInnen leisten (Hans-Hirschfeld Device) die Fehlerwahrscheinlichkeit reduziert werden.</p> <p>Positiv ist zu bemerken, dass die Durchführung des Bedside-Testes eine weitere Fortpflanzung des Fehlers vermieden hat. Auf die herausragende Bedeutung dieses Kontrollschrittes kann sicher nicht oft genug hingewiesen werden. Der Bedside-Test ist die ‚letzte Wiese‘ der Sicherheit in der Transfusionsmedizin!</p> <p>Aus der Meldung schließen wir, dass die Organisation den Fehler aktiv bewertet und bearbeitet hat. Wir bedanken uns für die Meldung an unser Fehlerregister, um aktives Lernen zu unterstützen.</p>
Prozesseilschritt*	3 - Fehler im Labor, 5 - Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport oder Verabreichung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Blutbank, Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	k.A.
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	k.A.
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Ja/Ja
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>	<u>Sorgfalt vor Beginn der Transfusion hat die Fehltransfusion verhindert!</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
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. VA: Patientenidentifikation in digitalen Medien 2. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hirschfeld-Device und digitale Unterstützung der Transfusion 2. RFID-Label für Blutprodukte
---	---

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		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 max. 1/1000	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche 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