

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	Fehlende Identitätssicherung
Fall-ID	CM-228927-2021
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Blutröhrchen und korrekt ausgefüllter Anforderungsschein werden zur Blutgruppenbestimmung und Verträglichkeitstestung für 2 EK von der Aufnahme ins Zentrallabor gebracht.</p> <p>Da die Patientin ungewöhnlich jung ist und der Hb-Wert der Patientin im oberen Normalbereich liegt, wird vom Zentrallabor beim Aufnahmearzt die Notwendigkeit nachgefragt. In der Zwischenzeit fällt auf, dass der Hb-Wert des Röhrchens deutlich niedriger ist als der Vorwert der Patientin nur wenig früher.</p> <p>Die ärztliche Person der Aufnahme meldet aufgrund der aktiven Nachfrage des Zentrallabors, dass das Blut von einem anderen Patienten ist. Die Identität der Probe hatte derselbe Arzt vorher bestätigt. Es besteht eine Patientenverwechslung. Im ersten Moment des Telefonates erscheint der Eindruck, die ärztliche Person wolle das Blut zurück, um es umzubeschriften. Dies ist vor allem in der Blutgruppenserologie höchst gefährlich und fahrlässig.</p> <p>Diesmal ging es noch gut, wäre die Patientin auf der Anforderung jedoch älter gewesen und hätten beide Patienten ähnliche HB-Werte gehabt, wäre es im Zentrallabor evtl. nicht aufgefallen.</p> <p>Grund für Ereignis ist eine fehlerhafte Identitätssicherung.</p> <p>Die Patientin kam nicht zu Schaden.</p> <p>Faktoren, die zu dem Ereignis beitragen sind persönliche Faktoren des Mitarbeiters z.B. Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc. zu vermuten.</p>
Problem	<p>Vermutlich wurde durch den Arzt in der Aufnahmeeinheit beim falschen Patienten abgenommen. Der Arzt kann nach telefonischer Rückfrage angeben, dass er sich geirrt hat. Es erscheint deshalb unwahrscheinlich, dass für einen zweiten Patienten eine Blutgruppenbestimmung angefordert war und der Patient ver-</p>

<p>[1] IAKH Musterverfahrensweisung zur Vermeidung von Blutprobenverwechslung - empfohlenes Vorgehen der IAKH, Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p> <p>[2] Spain D, Crilly J, Pierce J, Steele M, Scuffham P, Keijzers G. Can a barcode scanner for blood collection improve patient identification integrity in the emergency department? A prospective before-and-after study. <i>Emerg Med Australas.</i> 2015;27(1):47-54. doi:10.1111/1742-6723.12334</p> <p>[3] Marconi M et al. Improving transfusion safety by electronic identification of patients, blood samples, and blood units. <i>Hematology</i> 2000;16(2):82-5.</p> <p>[4] Schmidt-Hieber M. et al. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. <i>Transfus Apher Sci</i> 2006 Oct;35(2):125-30. doi: 10.1016/j.transci.2006.06.001. Epub 2006 Oct 12.</p> <p>[5] Kassakian SZ, Yackel TR, Deloughery T, Dorr DA. Clinical Decision Support Reduces Overuse of Red Blood Cell Transfusions: Interrupted Time Series Analysis. <i>Am J Med.</i> 2016;129(6):636.e13-636.e6.36E20. doi:10.1016/j.amjmed.2016.01.024</p> <p>[6] Jenkins I, Doucet JJ, Clay B, et al. Transfusing Wisely: Clinical Decision Support Improves Blood Transfusion Practices. <i>Jt Comm J Qual Patient Saf.</i> 2017;43(8):389-395. doi:10.1016/j.jcjq.2017.04.003</p>	<p>wechselt wurde. Wahrscheinlicher ist, dass nur die Indikation bei einem anderen Patienten vorgelegen hat, aber die Anforderung, Probenetikettierung und Blutabnahme für den falschen Patienten erfolgt ist. Im Trubel eines hohen Patientenaufkommens oder bei den in der Meldung angegebenen Faktoren wie Müdigkeit oder Ablenkung scheint dem/r Arzt/Ärztin entgangen zu sein, dass die Kreuzprobenentnahme bei einer anderen Patientin indiziert war, nicht aber bei der Person, bei der wahrscheinlich für andere Zwecke gerade Blut abgenommen werden musste. Eventuell war aber nicht die Indikationsstellung alleine die Ursache des Fehlers, sondern auch die Probenetikettierung nicht vor der Blutentnahme erfolgt. Selbst bei korrekter Ansprache und Identitätssicherung kann ein Fehler passieren - nämlich wenn dem Patienten nicht dazugesagt wird, wofür die Blutentnahme ist: Die Information „Zur Vorbereitung einer Bluttransfusion...“ hätte hier bei einer jungen und wachen Patientin Aufmerksamkeit erzeugt! Die Besonderheiten der Identitätssicherung bei dementen und bewusstlosen oder ausländischen Patienten lagen hier nicht vor, sind aber eine gesonderte SOP/Verfahrensweisung wert (siehe Vorlage der IAKH[1]). Ebenso sind elektronische Hilfsmittel zur Identifikation des korrekten Patienten, bei dem die Kreuzblutprobe abgenommen wurde sinnvoll [2, 3], aber in diesem Fall wirkungslos - selbst wenn die Blutkonserve nur in die Kanüle der Kreuzblutabnahme transfundiert werden kann [4]. Nur eine zusätzliche elektronische oder analoge Plausibilitätsprüfung der Indikation (Hämoglobinkonzentration - liegt tatsächlich eine zu behandelnde Anämie vor, Vernetzung des immunhämatologischen Labors mit der Blutbank bei Anforderung, etc.) hätte diesen Fehler vermieden (das sogenannte „Decision support System“ [5, 6]), wenn im Labor die fehlende Indikation nicht aufgefallen wäre.</p> <p>Es entsteht die Frage, wie die Indikationsstellung für eine Blutkonserve und die Vorbereitung vom Arzt an die Pflege oder das Stationssekretariat kommuniziert worden war. Ist dem Team nicht aufgefallen, dass der Arzt die Indikation bei einer/m anderen Patienten/in gestellt hatte, nun aber bei der/m Falschen Blut abnimmt? Das Arbeiten im Team birgt Stärken und Schwächen – sowohl gegenseitige Kontrolle und Fehlervermeidung im Team als auch Fehler und Informationsverlust bei Schnittstellen (SBAR-Konzept [3]).</p> <p>Die Arbeitsbelastung und Teamstärke der Behandlungseinheit scheinen zur Müdigkeit und Unaufmerksamkeit des Arztes beigetragen zu haben. Diese Fehlerquelle sollte überprüft werden, da sie sonst auch zu anderweitigen Fehlern beitragen kann.</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Probenentnahme</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß</p>	<p>k.A.</p>

Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Aufnahme, Notaufnahme
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/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorge schlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/VA – alle Ärzt/innen: Korrektes Vorgehen der Identitätssicherung des Patienten bei der Blutabnahme und invasiven Maßnahmen 2. Fortbildung – alle Mitarbeiter: Teamarbeit, Kommunikation und Fehlervermeidung an Schnittstellen - Chancen, Risiken und Techniken zur Vermeidung 3. Fortbildung – alle Ärzte: Decision support und elektronische Begleitung der Bluttransfusion - Hilfe oder Gängelung? 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IT und Labor/Blutbank: Plausibilitätscheck bei Anforder-

	<p>rungen von Blutkonserven-Softwarevernetzung</p> <p>2. Ärztlicher Direktor (ÄD), IT und Transfusionsverantwortlicher: Einführung von „clinical decision support“ und des CAIROS 4.0 Systems</p> <p>3. GF und ÄD: Überprüfung der Teamstärke und Arbeitsbelastung in der Aufnahme</p>
--	--

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	Standard 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