

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	Probe falsch beschriftet
Fall-ID	202-2022-R605
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Bei einem Patienten wurde eine Blutprobe auf Station abgenommen. Diese wurde falsch beschriftet und ans Labor geschickt. Vor der Ausgabe des Blutproduktes wurde der Fehler vom Laborpersonal festgestellt, weil eine Diskrepanz zu früheren Befunden bestand. Es wurde eine neue Blutprobe angefordert.</p> <p>Der TB und TV wurden darüber informiert. Es fand zudem eine Schulung des betroffenen Kollegen bzgl. aktiver Patientenidentifikation (Frage z.B. nach Geb.-Datum) sowie Kontrolle der Röhrchenbeschriftung vor Probenentnahme statt.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Bolton-Maggs PH, Wood EM, Wiersum-Osselton JC. Wrong blood in tube - potential for serious outcomes: can it be prevented?. <i>Br J Haematol.</i> 2015;168(1):3-13. doi:10.1111/bjh.13137</p> <p>[2] Narayan S (Ed), Poles D et al. on behalf of the Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group. The 2021 Annual SHOT Report (2022) https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-REPORT-2021-FINAL-bookmarked-V3-November.pdf. Accessed December 16, 2022.</p>	<p>Wrong Blood in Tube ist ein häufiger, vermeidbarer Beinahe-Fehler in der Transfusionsmedizin [1]. Eine falsche Zuordnung von Proben ist nicht nur in der Transfusionsmedizin (vgl. [2, S. 126ff]), sondern auch bei anderen klinischen Untersuchungen der häufigste Fehler in der Präanalytik.</p> <p>Die Fehlermeldung macht leider keine klaren Angaben dazu, wann im Prozess der Probengewinnung der Fehler aufgetreten ist. Denkbar sind aus unserer Sicht zwei Interpretationen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurden beklebte Röhrchen verwendet und Patient/Patientin verwechselt. In diesem Fall läge das Problem in einer mangelhaften Patientenidentifikation. 2. Es ist aber auch vorstellbar, dass die Beschriftung der Proben erst nach der Abnahme erfolgte und die Proben einem falschen Patienten zugeordnet wurden. <p>Zu 1:</p> <p>Die personalisierte Sicht auf den Fehler begrenzt die Möglichkeiten, die aus einer positiven Fehlerkultur resultieren könnten. Das Bündnis Patientensicherheit fordert eine gemeinschaftliche Anstrengung zur Vermeidung von Verwechslungen bei der Patientenidentifikation:</p>

<p>[3] APS e.V., ed. Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/08-03-03_PID_Empfehlung_final_0.pdf. Accessed November 19, 2022.</p> <p>[4] Cairos 4.0 System: „ASCENION GmbH - A LifeScience company“. http://www.ascenion.de/technologieangebote/blood-transfusion-safety-system-cairos-6405. Accessed December 16, 2022.</p>	<p>„Sichere Patientenidentifikation ist eine Führungsaufgabe. Der Einführung und Umsetzung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen sollte deshalb unbedingt eine eindeutige Entscheidung der Führungsebene vorausgehen. Sichere Patientenidentifikation ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Deshalb adressieren die Empfehlungen alle Personen, die am Behandlungsprozess beteiligt sind: Ärzte, Pflegekräfte, Arzthelferinnen, medizinisch-technische Assistenten, die Mitarbeiter des Empfangspersonals und des Transportdienstes und alle anderen an der Versorgung beteiligten Personen. Sie tragen gemeinsam die unteilbare Verantwortung für eine sichere Patientenidentifikation“ [3, S.2].</p> <p>Sichere Patientenidentifikation braucht einen Moment der <i>Aufmerksamen Skepsis</i>, um Fehler zu vermeiden. Fragen sollten offen gestellt werden (Wann sind Sie geboren? Nennen Sie mir bitte ihren vollen Namen und ihr Geburtsdatum...). Patientenarmbänder, Belegungspläne und andere Hinweise können in seltenen Fällen falsch sein, freundliche Hinweise zum Bettplatz können falsch sein. Sicherheit entsteht in der Summe der bewerteten Informationen und braucht Training!</p> <p>Bekannte beitragende Faktoren für diesen Fehler sind Stress, Notfallsituationen, Personalmangel, mangelhafte Organisation.</p> <p>Zu 2:</p> <p>Die Folgen für die Anwendung von Blutprodukten könnten bei weiteren Fehlern in der Anwendung des Bedside-Tests oder der Patientenidentifizierung tödlich sein. Der Bedside-Test im engen Sinne kann nur die ABO-Inkompatibilität verhindern, eine Fehltransfusion kann hier trotzdem passieren.</p> <p>Bei korrekter Anwendung des Bedside-Tests ist trotz der Kompatibilität im ABO-System eine Allo-Immunsierung (Antikörperbildung) oder eine Transfusionsreaktion durch Antikörperboosterung möglich. Entdeckt werden einige dieser Fälle durch die gespeicherten Daten des Patienten in der Datenbank der Blutbank aus früheren Behandlungsfällen.</p> <p>In allererster Linie soll generell jede Blut-/ Analysat-Abnahme in bereits beklebte Probengefäße erfolgen. Die Blutabnahme in unbeklebte /unbeschriftete Röhrchen ist, auch im Notfall, eine vermeidbare Fehlerquelle.</p> <p>Die Verantwortlichkeit liegt alleinig beim Arzt. Die Richtlinien Hämotherapie weisen die Blutentnahme als ausdrücklich, wenn auch im Einzelfall unter direkter Aufsicht delegierbare ÄRZTLICHE Tätigkeit aus.</p> <p>In Zukunft könnten solche Verwechslungen durch technische Hilfen, die eine Übereinstimmung zwischen Patient und Produkt sicherstellen, unwahrscheinlicher werden [4].</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Fehler bei Probenentnahme, 15 - Fehler bei Patientenidentifikation</p>

Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.a
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA3, Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	C - Personen mit Gerät v.v.
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/ja
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	Die Maßnahmen, die das Krankenhaus bereits ergriffen hat sind geeignet den Fehler bei dem betroffenen Kollegen in Zukunft unwahrscheinlich zu machen.
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Führungsprozess: Sichere Patientenidentifikation 2. Schulung: Sichere Patientenidentifikation 3. Checkliste: Probengewinnung/Vorbereitung der Transfusion 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bettseitiger elektronischer Scanner-basierter Abgleich von Patientenidentität und Röhren/ Etikett und sofortiges Bekleben. Alternativ könnte das automatisierte

	verwechslungsfreie Prätransfusionsgewinnungssystem (Hans-Hirschfeld-Device) mit der Software Cairos auf dem aktuellsten Stand zur Anwendung gebracht werden [4]
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	OP	Operationssaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	PDL	Pflegedienstleitung
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Standard Operating Procedure
FFP	Gefrierplasma	TB	Transfusionsbeauftragte/r
GF	Geschäftsführer/in	TEP	Totalendoprothese
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TFG	Transfusionsgesetz
Hkt	Hämatokrit	TK	Thrombozytenkonzentrat
ICU	Intensivstation	TV	Transfusionsverantwortliche/r
IT	Informationstechnik/er	VA	Verfahrensanweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus		

*** Prozessschritte 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