

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	Bedside-Test gehört an das Bett!
Fall-ID	204-2022-L7R4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Bei einem Patienten wurde auf Station zeitgleich bei Blutentnahme für Routine (Blutgruppe, klinische Chemie etc.) auch die Entnahme eines Bedside-Test-Röhrchens durchgeführt.</p> <p>Im Anschluss wurde das Bedside-Test-Röhrchen irrtümlich mit ins Labor geschickt, statt es im Stationskühlschrank für den Bedside-Test zu lagern! Dies fiel dem Laborpersonal auf.</p> <p>Es erfolgte die Schulung des betreffenden Kollegen, insbesondere über die Bedeutung des Bedside-Tests zur Vermeidung von Verwechslungen und Kontrolle der Patientenblutgruppe.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Bundesärztekammer (Hrsg.). <i>Richtlinien 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: Gesamtnovelle 2017</i>. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; umschriebene Fortschreibung 2021.</p> <p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-filles/downloads/pdf-Ordner/RL/RiliH_Lese.pdf</p> <p>(Zugriff am 7.12.2022)</p> <p>„4.9.2.1 ABO-Identitätstest Unmittelbar vor der Transfusion von Erythrozytenkonzentraten, Granulozytenkonzentraten und bei Plasmaaustausch-Therapie ist vom transfundierenden Arzt oder unter seiner direkten Aufsicht der ABO-Identitätstest (Bedside-Test) direkt am Empfänger vorzunehmen (z. B. auf Testkarten). [...] Er dient der Bestätigung der zuvor bestimmten ABO-Blutgruppenmerkmale des Empfängers. Das Ergebnis ist schriftlich zu</p>	<p>Der Bedside-Test (BST) verhindert durch den bettseitigen Abgleich der ABO-Majorblutgruppen unmittelbar vor der Transfusion eine Verwechslung von Patient und/oder Erythrozytenkonzentrat. Um diese ‚Letzte Wiese‘ der Sicherheit bei der Gabe eines Erythrozytenkonzentrates nicht zu verlieren sollte der Ablauf der Gewinnung der Probe standardisiert erfolgen und unmittelbar vor der Transfusion am Bett des Patienten erfolgen. Nur die ungestörte Abfolge von aktiver Patientenidentifikation, Gewinnung, Durchführung und Befundung der Probe entspricht der notwendigen Sorgfalt.</p> <p>Die Richtlinie Hämotherapie [1] fasst den Rahmen für die Durchführung des ABO-Identitätstest folgerichtig sehr eng.</p> <p>Diese Meldung berichtet somit aus unserer Sicht zwei Fehlerkategorien. Einerseits wurde berichtet, dass ein Kollege gegen die Regelungen einer geübten Praxis der Entnahme von Blutproben für die spätere Durchführung des BED-SIDE-TESTs verstoßen hat.</p> <p>Aus unserer Sicht ist der gewichtigere und sicherheitsrelevante Fehler die geübte Praxis. Wenn BED-SIDE-TEST und Patient räumlich und zeitlich getrennt werden und die Verantwortlichkeit im Verlauf wechselt, eröffnen sich inakzeptable Fehlerquellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Patientenidentifikation ist nicht mehr sichergestellt

<i>dokumentieren. [...]“ (Bundesärztekammer, 2019, S.61).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fehler bei der Beschriftung der Probenröhrchen können zu Fehltransfusionen führen • Die Qualität der Probe leidet vermutlich unter den Lagerungsbedingungen, wenn der genutzte Kühlschrank nicht für die Lagerung von Proben ausgelegt ist. <p>Der Bedside-Test muss immer beim Patienten abgenommen und durchgeführt werden. Ein Verantwortungsübergang auch innerhalb des ärztlichen Dienstes ist nicht vorgesehen. Die beschriebene Praxis eine Probe für „später“ zu lagern, erhöht das Risiko einer Verwechslung um ein Vielfaches und widerspricht der Leitlinie.</p>
Prozessschritt*	1 - Fehler bei der Probenabnahme
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	k.A.
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)	Routine, ASA 3
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.)	Nein/Nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/Nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	5/5
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>[2] 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. Schulung zur Durchführung des ABO-Identitätstest 2. Schulung Patientenidentifikation 3. Überarbeitung der VA Transfusion 4. Überarbeitung der SOP Probengewinnung 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 [2].
--	---

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	OP	Operationsaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	PDL	Pflegedienstleitung
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Stand 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	Verfahrensweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus		

*** 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

