

## 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

<b>Thema/Titel</b>	Ablage von Blutproben
<b>Fall-ID</b>	CM-241263-2022
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Blutproben von Patienten inklusive transfusionsrelevanter Dokumente werden in einer Schale vor dem Labor abgelegt. Die Blutproben liegen dort einen Zeitraum unbeobachtet und sind für alle Mitarbeiter zugänglich, die diesen Gang betreten können.</p> <p>Bisher wurde das Ereignis durch niemanden entdeckt bzw. gemeldet. Mitarbeiter haben keinen Zutritt zum Labor. Wenn das Labor nicht besetzt ist, werden die Blutproben vor der Tür abgelegt. Durch die Vereinbarung eines verschlossenen Ablageortes/ Briefkasten hätte die öffentliche Ablage vermieden werden können.</p> <p>Es wurde ein Briefkasten vor dem Labor angebracht, um die Blutproben unter Verschluss dort abzulegen.</p> <p>Faktor, der zu dem Ereignis beigetragen hat ist die Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.).</p> <p>Das Ereignis trat täglich auf.</p>
<b>Problem</b>	<p>Diese Meldung beschreibt die in kleineren Einrichtungen aus ökonomischen Gründen notwendigen Einschränkungen der optimalen Bedingungen auf schlanke bis hin zu tolerablen Lösungen. Obwohl unwahrscheinlich ist, dass die Blutproben in dieser Einrichtung bei nicht abgeschlossener Ablagemöglichkeit entfernt oder vergessen werden könnten, sollten Blutproben und Gewebe-Analyte immer unter fachlicher Aufsicht bleiben. Offensichtlich ist das Labor nicht immer besetzt und die Notwendigkeit der gesicherten Ablagemöglichkeit ist (mittlerweile) gegeben. Idealerweise sollten die Proben aber in einer ununterbrochenen Prozesskette ohne großen Zeitverzug bearbeitet werden.</p> <p>Kritisch ist das Vorgehen vor allem im Bereich der Hämotherapie, in dem immer wieder dringliche und notfallmäßige Transfusionen durchgeführt werden, bei denen es gilt, Verzögerungen zu vermeiden. Verzögerungen sind gemäß SHOT-Report 2021 [1] unter</p>
<p>[1] Serious Hazards of Blood Transfusion, SHOT Report 2021 <a href="https://www.shotuk.org/shot-reports/report-summary-and-supplement-2021/">https://www.shotuk.org/shot-reports/report-summary-and-supplement-2021/</a></p>	

	<p>den häufigsten Fehlern und diejenigen Meldungen mit dem größten Anteil an Todesfällen!</p> <p>Die Prozesskette von der Indikationsstellung zur Verabreichung von Blutkonserven ist vielgliedrig und in seiner Komplexität besonders fehleranfällig. Kommt es zu ungeplanten Verzögerungen wie der Diagnose eines irregulären Antikörpers oder die Fehletikettierung einer Probe, ist die Fehlersuche ein Faktor, der eine kritische Situation der Patientenversorgung weiter eskalieren lässt. Deshalb empfiehlt es sich, die Abläufe gut und fehlerfrei zu gestalten und auch mit transparenter Überwachungsmöglichkeit auszustatten. Solange das RFID-Tracking von Blutproben und Blutprodukten noch nicht realisierbar ist, müssen die Abläufe so fehlerfrei wie möglich gestaltet werden.</p> <p>Die Zustände in dieser Einrichtung vor und nach dem Anbringen des Briefkastens sind nicht rechtswidrig, solange keine Begleitscheine und Anforderungen mit sensiblen Informationen zu Identität und Indikation zusammen mit den Probengefäßen abgelegt werden. Wenn der Bereich gegen den Zugriff von extern und Besuchern geschützt ist, kann nur die nicht optimale zeitnahe Versorgung der Proben angemerkt werden. Das Qualitätsmanagement und der Qualitätsbeauftragte Hämotherapie kann den zeitlichen Verzug der immunhämatologischen Proben als Unterpunkt im Qualitätsbericht erwähnen oder anhand der Verzögerung in einer Behandlung anführen. Wird allerdings aufgrund der dann notwendigen Laborpersonalerhöhung der Betrieb ökonomisch nicht mehr tragbar, wird die Versorgung in dieser Einrichtung qualitativ nicht unbedingt besser, die Transportwege und der Prozess aber schwieriger. Wir haben uns bemüht, ohne von den lokalen Zuständen zu wissen, schlankere Lösungen aufzuzeigen (s.u., Empfehlungen zur Strukturqualität).</p>
<b>Prozessteilschritt*</b>	3 - Probenverarbeitung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	k.A.
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Labor
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	Routine
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A

<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/nein
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	k.A.
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	k.A.
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	<b>2/5</b>
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	<b>3/5</b>
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/VA – alle Mitarbeiter: Versand von Blut- und Gewebeproben über das interne Labor an externe Stellen, egal ob Pathologie, Blutspendezentrale, Immunhämatologie, o.ä.</li> <li>2. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laborleitung, GF: Einrichtung einer Benachrichtigung nach Bedienung des Probenbriefkastens ähnlich einer „Babyklappe“, Anbringen einer Kamera, eines Sensor-/Signalsystems bei Einwurf von Proben zur Information des Laborspersonals, Klingel oder Licht etc. Vor allem: Benachrichtigung des Einsenders, dass die Proben angekommen sind und weiter prozessiert werden</li> <li>2. GF, IT, Laborleitung, TV: Einrichtung einer parallel im Intranet bzw. in der digitalen Krankenhausplattform für die Einsender einsehbarer Trackingsoftware</li> <li>3. TV, GF, PDL: Zusammenstellung einer Arbeitsgruppe, die die Gegebenheiten vor Ort und die Verzögerung der Bearbeitung erfasst. Überprüfung der Personalstärke des Labors mit der Frage: Ist die Rund-um-die-Uhr-Besetzung noch ohne Patientengefährdung umsetzbar?</li> </ol>

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

AA Absolute Arrhythmie  
ACI Arteria carotis interna  
ACVB Aortokoronarer Venenbypass  
AHT Arterielle Hypertonie  
BGB Bürgerliches Gesetzbuch  
3GE 3-Gefäßerkrankung

EK Erythrozytenkonzentrat  
FFP Gefrierplasma  
GF Geschäftsführer/in  
Hb Hämoglobinkonzentration im Serum  
Hkt Hämatokrit  
ICU Intensivstation

# Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

KHK	Koronare Herzkrankheit	TB	Transfusionsbeauftragter
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität	TEP	Totalendoprothese
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus	TFG	Transfusionsgesetz
OP	Operationsaal	TK	Thrombozytenkonzentrat
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	TV	Transfusionsverantwortlicher
PDL	Pflegedienstleitung	VA	Verfahrensweisung
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie	VHFL	Vorhofflimmern
SOP	Stand Operating Procedure		

## **\* Prozesseilschritte 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<br>max. 1/100 000 |
| 2/5 | gering/ selten<br>max. 1/10 000            |
| 3/5 | mittel häufig<br>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<br>bleibende Beeinträchtigung                        |
| 2/5 | geringe Schädigung/ wenig vorübergehende<br>Beeinträchtigung                             |
| 3/5 | mäßige bis mittlere akute gesundheitliche<br>Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden |
| 4/5 | starke akute Schädigung/ beträchtliche<br>bleibende Schäden                              |
| 5/5 | Tod/ schwere bleibende Schäden   |