

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	Laborprobenverwechslung
Fall-ID	CM-193781-2023
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Es kam zu einer Probenverwechslung (Kreuzproben-Anforderung) bei einem Patienten auf einer peripheren Station. In jenem Fall wurde eine Monovette mit einem Barcode-Etikett abgenommen und ins Labor gegeben.</p> <p>Im Labor fiel dann auf, dass die gemessene Blutgruppe nicht zu den Vorbefunden passte. Das Transfusionslabor hat den Fall aus der EDV genommen und hat mit dem zuständigen ärztlichen Dienst Rücksprache gehalten. Es sei wohl passiert, dass neben den für einen anderen Patienten abzunehmenden Routine-Monovetten, die Blutgruppen-Monovette gestellt wurden und bei der Abnahme nicht alle Monovetten auf den korrekten Namen geprüft wurden, sondern nur die Routine-Monovetten.</p> <p>Es entstand kein Schaden, da der Fehler rechtzeitig bemerkt wurde. Management: Umgehende Löschung der falschen Daten. Erneute Sensibilisierung der ärztlichen Personen für die Wichtigkeit des Probenabgleichs.</p> <p>In diesem Fall hat die hintereinander geschaltete Kontrollkette gegriffen und Schaden wurde so sicher abgewendet. Trotzdem wäre eine bessere Schulung und Einweisung der neuen Assistenzärzte zur Thematik Risikomanagement sinnvoll. Erneute Sensibilisierung der ärztlichen Personen für die Wichtigkeit des Probenabgleichs.</p> <p>Faktoren die zum Ereignis betrogen sind Kommunikation, Ausbildung/Training und Organisation.</p>
Problem	<p>Die meisten Beinah-Fehler im Verfahren der Vorbereitung einer Transfusion treten in der Präanalytik auf. Fehler im Labor oder bei der Produktausgabe und Anwendung sind Fehler seltener, jedoch nicht völlig ausgeschlossen. Die Wahrscheinlichkeit, dass das System ein Fehler abfangen kann sinkt jedoch mit zunehmender Nähe zum Patienten und zur Gabe eines Blutproduktes oder Medikamentes.</p>

Der berichtete Fehler ist ein Near miss event! Wäre die Blutgruppe nicht diskordant bestimmt worden, dann wäre die Verwechslung nicht aufgefallen. Folgende Untersuchungen - bspw. zum Antikörperstatus - wären dann vermutlich mit falschem Ergebnis an das therapeutische Team zurückgemeldet worden. Ob diese Möglichkeit im individuellen Fall möglich gewesen wäre, kann auf Basis der Meldung nicht sicher gesagt werden.

Aus unserer Perspektive ist nicht klar was die Angabe „Monovette mit einem Barcode-Etikett abgenommen“ im berichteten Fall bedeutet. Wir stellen uns die Frage ob die Probe mit Patientennamen ausgezeichnet war oder lediglich nur mit einem eindeutigen Barcode für den später zu erstellenden Auftrag.

Zwei Fehler halten wir in dem beschriebenen Fall für wahrscheinlich:

Sollten die Proben mit Patientenetiketten vor Abnahme der Probe versehen worden sein, liegt die Ursache der fehlerhaften Zuordnung vermutlich in der mangelhaften Patientenidentifikation. Erfolgte eine Patientenidentifikation entsprechend der Empfehlungen des Bündnis Patientensicherheit oder ist eine hausinterne VA Patientenidentifikation durchgeführt worden? Der zeitliche Aufwand für eine korrekte Patientenidentifikation ist im Vergleich zu den Fehlerverfahren, die eine falsche Probenzuordnung erforderlich gering.

Sind die Proben vielleicht nachträglich dem Patientenauftrag zugeordnet worden? Sollte die Probe nur mit einem Barcode zur Identifikation des Probenröhrchens ausgestattet sein, dann ist der Fehler erst bei der nachträglichen Zuordnung des Patienten/der Patientin zum Auftrag im Krankenhausidentifikationssystem entstanden. Die Auswahl von Patienten in Auswahllisten, in virtuellen Stationsplänen und aus Suchdialogen bietet eine Vielzahl von Fehlermöglichkeiten und nicht zuletzt lesen Menschen keine Barcodes.

Blutentnahmeröhrchen zur Bestimmung der Blutgruppe sollten sich von „Routine“ deutlich unterscheiden und mit besonderer Sorgfalt abgenommen werden.

Barcode alleine ist hier nicht zulässig: „Jedes Probengefäß ist vor Entnahme eindeutig zu kennzeichnen (Name, Vorname, Geburtsdatum). Zusätzlich können diese Daten auch in codierter Form angebracht werden“ (Hämotherapie richtlinie 4.4.3) [1].

Der Bedside-Test ist zwar ein wichtiges Hilfsmittel zur Vermeidung einer Fehltransfusion. Im vorliegenden Fall wäre aber eine Fehltransfusion vermutlich nicht vermieden worden. *„Die Folgen für die Anwendung von Blutprodukten könnten bei weiteren Fehlern in der Anwendung des Bedside-Tests oder der Patientenidentifizierung auch tödlich sein. Der Bedside-Test im engen Sinne kann nur die ABO-Inkompatibilität verhindern, eine Fehltransfusion kann hier trotzdem passieren. Bei korrekter Anwendung des Bedside-Tests ist trotz der Kompatibilität im ABO-System zumindest*

	<i>die Alloimmunisierung (Antikörperbildung) oder eine Transfusionsreaktion durch Antikörperboosterung möglich.“ [2, S. 2]</i>
Prozesseilschritt*	1 - Fehler bei der Probenabnahme, 15 - Fehler bei der Patientenidentifikation
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	k.A.
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Normalstation
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 - zwischen Personen; B - Gerätetechnik
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/ evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	evtl./ evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	Plausibilitätsprüfung durch das Labor hat den Fehler aufgedeckt.
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)	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. VA: Patientenidentifikation 2. Nachschulung Patientenidentifikation 3. SOP/VA – Intensiv/Chirurgie: Vorgehensweise bei der Blutabnahme (siehe auch Muster Verfahrensanweisung der IAKH zur Blutprobenentnahme) - insbesondere Etablierung

	<p>des Tabus der „Blutentnahme in unbeschriftete/gekennzeichnete Probengefäße“</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. SOP/VA/Fortbildung – Ärzte/Pflege: Patientenidentifikation, richtiges Vorgehen beim kooperativen wie narkotisierten, bewusstlosen, kleinkindlichen oder dementen Patienten 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RFID-gestützter Abgleich von PatientIn und Probe 2. Statistische Erfassung von vermutlichen Probengefäßverwechslungen in einem Jahr in dieser Institution (kann anhand Deltacheck und der Blutgruppe bei allen Analysatproben näherungsweise erhoben werden)
--	---

[1] Bundesärztekammer (Hrsg.). 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 2023. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf

[2] IAKH, „CM-150618-2017-Blutgruppenprobe ohne Etikett.pdf“. Verfügbar unter: <https://www.iakh.de/files/iakh/public/register/2017/CM-150618-2017-Blutgruppenprobe%20ohne%20Etikett.pdf>. [Zugegriffen: 17. Januar 2024]

(Siehe auch weitere Fälle im Archiv des Fehlerregisters und : CM-135886-2016, CM-132521-2016, CM-120429-2016, 113-2016-L519)

Häufig verwendete Abkürzungen:

EK	Erythrozytenkonzentrat	VA	Verfahrensanleitung
SOP	Standard Operating Procedure		

*** 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