

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	Falsches Geburtsdatum auf Konservenbegleitschein
Fall-ID	CM-247840-2023
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Das Ereignis fand im Bereich Organisation (Schnittstellen / Kommunikation) statt.</p> <p>Im Labor xxx werden Konserven angefordert. Die Blutröhrchen sind mit den Patientenetiketten der Patientin beklebt. Auf dem Befund der Blutgruppe und auf den Konservenbegleitscheinen steht bei den Patientendaten ein falsches Geburtsdatum.</p> <p>Das führt zur Verunsicherung des Personals.</p> <p>Nach Rücksprache mit dem Labor werden dort die Daten für Blutkonserven noch manuell eingegeben. Dadurch kam es zu einer Verwechslung.</p> <p>Die Patientin (Alter zwischen 81-90 Jahre) kam nicht zu Schaden.</p> <p>Faktoren, die zu dem Ereignis beigetragen haben sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung und Training - Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) - Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) - Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.) <p>Das Ereignis ist erstmalig aufgetreten.</p>
Problem	<p>In diesem Fall war ein falsches Geburtsdatum vom Blutprobenröhrchen in die Software des Labors durch das Personal in der Blutbank/dem Immunhämatologischen Labor offensichtlich manuell eingegeben worden und dann später auch auf den Blutgruppenbefund und den Konservenbegleitschein ausgegeben worden. Manuelle Fehleingaben und Tippfehler sind oftmals weniger eine Frage der Ausbildung, der persönlichen Faktoren wie Müdigkeit und Arbeitsüberlastung, sondern sind in kritischen Bereichen besser als Scannersystem oder elektronische Computerlösung zu gestalten [1]. Ein italienisches System berichtete die Detektion von</p>

	<p>Identifikationsfehler alle 40 Tage bzw. eine Reduktion der Fehler-rate um 83% [2], amerikanische Systeme verbesserte Patientensicherheit und Dokumentationsqualität [3, 4].</p> <p>Wodurch der Fehler in dieser Meldung zustande kam, kann nicht erschlossen werden. Leider kommunizieren die meisten Softwaresysteme des Immunhämatologischen Labors bzw. der angeschlossenen Blutbank <u>nicht</u> mit dem Krankenhaus-Software-System KIS. Daher ist es auch im Zeitalter der Krankenhausdigitalisierung immer noch in vielen Häusern üblich, dass bei neuen Patienten die Röhrchen nicht abgescannt und über eine eindeutige Patienten-ID in die Software des Labors eingelesen werden können, sondern der Datensatz neu manuell angelegt werden muss. Die Eingabe muss in diesen Häusern zwingend im 4-Augenprinzip mit einer Gegenprobe aus dem KIS oder der Aufnahme-nummer kontrolliert werden.</p> <p>Das Geburtsdatum wurde in dem berichteten Fall falsch eingegeben. In vielen Laboren wird diese Arbeit von Studenten, Schreibkräften oder weiterem Assistenzpersonal erledigt. Der Fehler hat zu Nachfragen und Verzögerung der Blutversorgung geführt, ebenso zu erhöhtem Material/Zeitaufwand für Recherche und Fehlerbeseitigung. Der Fehler kann aber bei unentdeckt bleiben zu letalen Fehltransfusionen führen. Die Suche nach einem bekannten Fall über den Namen der Patientin oder des Patienten ist nicht die anzurathende Vorgehensweise. Gerade bei häufigen Namen und unserer natürlichen Tendenz zum Musterabgleich steigt das Risiko einen namensgleichen oder -ähnlichen Falldatensatz auszuwählen. Wenn dann bei der Übernahme die Fehlzuordnung nicht auffällt nimmt die Fehlerkaskade ihren Lauf. Besser (aber nicht perfekt) ist die primäre Suche über das Geburtsdatum und die Auswahl des richtigen Datensatzes nach Filterung. Eine solche SOP wäre in diesem Labor hilfreich.</p> <p>Die Kommunikation von verschiedenen Systemen ist ein elektronisches Schnittstellenproblem, das äußerst gefährlich für die Patientensicherheit ist. Oftmals sind die Schnittstellen, wenn überhaupt erhältlich, kostenpflichtig und werden vom Träger nicht eingekauft. Ist das Labor ausgelagert oder in anderer Trägerschaft, stellt der Datenschutz ein Hinderungsgrund für die technische Kommunikation der beiden Systeme dar.</p> <p>Es gibt wenige Software-Systeme, die mit einigen der KIS-Systeme der zu versorgenden Einrichtungen kommunizieren. Sie sind der Schlüssel zu einer qualitativ besseren und sicheren Patientenversorgung. Leider wird die Software mangels Vorgaben der Politik nicht an diesen Kriterien, sondern nach den Nutzergesichtspunkten (Preis, IT-Einbindung und Vorlieben, Eignung für den Teilbereich des Labors oder der Blutdepotverwaltung, etc.) von Personen ausgesucht, die die Patientensicherheit nicht in vorrangiger Priorität im Auge haben oder überhaupt keine Prozesskenntnisse besitzen.</p>
--	---

	In dieser Einrichtung (wie in derzeit noch vielen anderen) wird die Chance vertan, nicht nur die Patientenversorgung sicherer zu machen [5], sondern auch die Kosten der Fehlerbehebung oder der unangemessenen Blutprodukteanwendungen (könnte durch ein Clinical Decision Support [6] beispielsweise beseitigt werden) zu sparen, den Reputationsschaden bei pressewirksamen Transfusionschäden zu vermeiden sowie Personal- und Mitarbeitergesundheit zu fördern. Wie der/die Meldende ausführt, sind solche Probleme verunsichernd und fördern Stress und Unzufriedenheit. Das können sich in Zeiten der Personalknappheit auf Dauer nur wenige Häuser leisten.
Prozesseilschritt*	3-Labor
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	k.A.
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Labor
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)	C
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**	4/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess-	Prozessqualität:

<p>und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorge-schlagenen Maßnahmen)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Fortbildung – Laborpersonal: Eingabe Patienten und Probenidentifikation, Anlegen und Ändern von Datensätzen in der Blutbank/Laborsoftware 2. M&M-Konferenz 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GF, ÄD, IT, Laborleitung, TV: Behebung der Schnittstellenproblematik, ggf. durch die Einführung eines Komplettpakets
--	--

Literatur:

- [1] Sandler SG, Langeberg A, Dohnalek L. Bar code technology improves positive patient identification and transfusion safety. *Dev Biol (Basel)*. 2005;120:19-24.
- [2] Askeland RW, McGrane SP, Reifert DR, Kemp JD. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. *Healthc Q*. 2009;12 Spec No Patient:85-89. doi:10.12927/hcq.2009.20973
- [3] Vanneman MW, Balakrishna A, Lang AL, et al. Improving Transfusion Safety in the Operating Room With a Barcode Scanning System Designed Specifically for the Surgical Environment and Existing Electronic Medical Record Systems: An Interrupted Time Series Analysis. *Anesth Analg*. 2020;131(4):1217-1227. doi:10.1213/ANE.0000000000005084
- [4] Hensley NB, Koch CG, Pronovost PJ, et al. Wrong-Patient Blood Transfusion Error: Leveraging Technology to Overcome Human Error in Intraoperative Blood Component Administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2019;45(3):190-198. doi:10.1016/j.jcjq.2018.08.010
- [5] Dzik WH. New technology for transfusion safety. *Br J Haematol*. 2007;136(2):181-190. doi:10.1111/j.1365-2141.2006.06373.x
- [6] Jenkins I, Doucet JJ, Clay B, et al. Transfusing Wisely: Clinical Decision Support Improves Blood Transfusion Practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2017;43(8):389-395. doi:10.1016/j.jcjq.2017.04.003

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
GF	Geschäftsführer/in	SOP	Standard Operating Procedure
IT	Informationstechnik/er	TV	Transfusionsverantwortliche/r
KIS	Krankenhausinformatinssystem		

*** 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	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche

Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

	max. 1/1000		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