

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	Blutkonserven am falschen Standort bereitgestellt
Fall-ID	CM-264016-2024
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patientenzustand: Pat. Mit diversen Vorerkrankungen, Nikotinabusus.</p> <p>Im OP war eine massive intraoperative Blutung aufgetreten. Es erfolgt der Abruf der bereitgestellten Erythrozytenkonzentrate im Labor, die für die Patientin im KIS-System bestellt waren. Die EK sind im Blutdepot des Krankenhauses X nicht auffindbar.</p> <p>Bei der Fehlersuche stellte sich heraus, dass beim "Standort" in der Übersicht jetzt nicht "Krankenhaus X", sondern "Krankenhaus Y" stand. Offenbar sind die EK in einem ganz anderen Krankenhaus bereitgestellt worden. Es erfolgte Neubestellung von EK auf Notfall. Zwischenzeitlich wird der Standort in der Dokumentation geändert, dort steht jetzt "Krankenhaus X", die Fehlallokation ist nicht mehr nachvollziehbar. Es kommt zu deutlich verzögerter Bereitstellung von Konserven, Verzögerung des OP-Fortschritts. Im externen Labor liegen die Piloten aller Blutkonserven vor, die an die jeweiligen Krankenhäuser verkauft wurden und sich direkt dann vor Ort befinden (angeschlossene Krankenhäuser: insgesamt 8), nach Standort zugeordnet.</p> <p>In diesem Fall hat ein Mitarbeiter aus dem Nachtdienst des Labors versehentlich die Kreuzprobe für unseren Patientin aus den Piloten vom falschen Krankenhaus erstellt. Ein weiterer Mitarbeiter hat im Anschluss die Freigabe der Kreuzprobe vorgenommen, ohne nochmals vor Freigabe, den Standort zu kontrollieren, weil sie sich im Vorfeld mit dem betreffenden Kollegen noch über diese Kreuzprobe für das Krankenhaus X unterhalten hat und somit sozusagen dem Kollegen vertraut hatte. Es hat keine Kontrolle der Krankenhauszuordnung stattgefunden.</p> <p>Mit einem hauseigenen Labor hätte das Ereignis vermieden werden können.</p> <p>Das Ereignis ist erstmalig aufgetreten.</p>

<p>Problem</p>	<ul style="list-style-type: none">• In dieser Meldung kommt es zu erheblicher Verzögerung der Patientenversorgung mit Blutkonserven in einer „massiven“ intraoperativen Blutungssituation durch das Versehen eines Labormitarbeiters im Nachtdienst. Es ist unklar, warum die Blutkonserven nicht obligat dem jeweiligen Standort des Klinikverbunds zugeordnet werden und auch dort bereitgestellt werden, an dem der/die Patient*In auch liegt. Es macht nur in seltenen Ausnahmesituationen Sinn, einer/m Patient*In in einem anderen Standort Konserven vorzuhalten (z.B. wenn ein Eingriff an einem anderen als dem sonstigen Behandlungsstandort durchgeführt wird). Solch ein Fall liegt hier vermutlich vor. In der Regel ist eine Weitergabe von Konserven eines Blutdepots in ein Anderes nur dann möglich, wenn entweder eine Großhandelserlaubnis vorliegt oder die Konserven des gesamten Verbundes an ein zentrales Hauptdepot mit einer Einkaufsnummer bezogen werden. Dies scheint in diesem Verbund aus 8 Häusern nicht der Fall zu sein.• Verschiedene Pilotröhrchen kennzeichnen in diesem Klinikverbund offensichtlich verschiedene Standorte/Häuser oder sie sind noch nicht in allen Standorten angegliedert. Bei Verwendung einheitlicher Pilotröhrchen würde die Standortzuordnung im KIS erfolgen. So ist die Fehlzuordnung der Konserven anhand der Pilotröhrchen zu den Standorten der Versorgung nahezu absehbar, weil die Zuordnung wie hier im zusätzlichen Schritt übersehen werden kann. Oftmals ist im Rahmen der notwendigen Ökonomisierung nur noch ein Verbundlabor besetzt oder wie in diesem Fall ein externes immunhämatologisches Labor rund um die Uhr zuständig, um den ganzen Klinikverbund zu versorgen. In diesem Fall ist eine Fehlzuordnung noch wahrscheinlicher.• Bei einer Besetzung des immunhämatologischen Labors mit einer Person muss eine technische Kontrolle zur korrekten Zuordnung der gekreuzten Konserven zum Patienten (z.B. Scanner) vorhanden sein. Die Kommunikation mit dem KIS und die Erfassung des jeweiligen Standortes im Verbund ist eigentlich einfach zu programmieren, falls das LIS (Laborinformationssystem) mit dem KIS (Krankenhausinformationssystem) kommuniziert.• Verzögerungen der Versorgung sind nicht ganz trivial. Der Aktuelle SHOT Report berichtet einen starken Anstieg der Fehler, die zu einer Verzögerung der Versorgung mit Blut führen, bei gestiegenen Todesfolgen (Abbildung 11a1 aus dem SHOT-Report 2022[1]). Deshalb sind Berichte über Verzögerungen bei massiven Blutungen unbedingt ernst zu nehmen und unbedingt nach detaillierter Situationsanalyse zu reagieren.
-----------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> Die nachträgliche Behebung von Fehleingaben im KIS und LIS ist eigentlich nach einer gewissen Korrekturfrist nicht mehr möglich. Das sollte besprochen und unterbunden werden.
Prozesseilschritt*	3 - Labor
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
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)	Nachtdienst, Wochentag, externes Labor
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	B, 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/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	4/5
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"> SOP/VA – Labor: Umgang mit der LIS: Do's und Not Do's. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. TV, Laborleitung, QM: Einführung nur noch einer Sorte von Pilotröhrchen und Verlagerung der Standortzuordnung in ein 4-Augen-Prinzip oder eine technische Lösung 2. GF, TV, ÄD, Laborleitung, IT: Einsatz von Scannern und Herstellung einer Schnittstelle zwischen LIS und KIS 3. TV, ÄD, Laborleitung, IT: Regelung der Änderung der Daten im LIS
--	--

Literatur/ Quellen:

[1] S Narayan (Ed) D Poles et al. on behalf of the Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group. The 2022 Annual SHOT Report (2023). <https://doi.org/10.57911/WZ85-3885>.
<https://www.shotuk.org/shot-reports/report-summary-and-supplement-2022/> (Zugriff: 16.07.2024)

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	QM	Qualitätsmanagement
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Standard Operating Procedure
GF	Geschäftsführer/in	TV	Transfusionsverantwortliche/r
IT	Informationstechnik/er	VA	Verfahrensweisung
KIS	Krankenhausinformationssystem		
LIS	Laborinformationssystem		

*** 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