



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	Blutröhrchen mit falschem Namen
Fall-ID	CM-19584-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Blutentnahmeröhrchen für Blutgruppe und Kreuzblut werden mit falschen Patientenaufklebern versehen:</p> <p>In der Notaufnahme ist ein kardial und pulmonal stabiler Patient, somnolent und wenig ansprechbar, angeblich nur leicht verletzt.</p> <p>Nach Zuverlegung des Patienten aus einem externen Krankenhaus erfolgt die Versorgung im Behandlungsraum der Notaufnahme.</p> <p>Bei der Untersuchung durch den Arzt erfolgt die routinemäßige Abnahme von Blut und Urin sowie die Durchführung eines MRSA Screenings.</p> <p>Auf Wunsch des Arztes sollte die Blutgruppe bestimmt sowie 2 Erythrozytenkonzentrate gekreuzt werden.</p> <p>Die Blutentnahmeröhrchen sowie die Urin- und Abstrichröhrchen wurden mit Patientenetiketten versehen.</p> <p>Unter den richtigen Patientenetiketten waren jedoch noch Etiketten eines anderen Patienten (bei dem allerdings keine Blutabnahme erfolgte).</p> <p>Auf die Blutröhrchen "Blutgruppe" und "Kreuzblut" sowie auf den dazugehörigen Anforderungsbogen wurden die Etiketten des "falschen" Patienten geklebt.</p> <p>Das Labor erhielt dadurch keine Anforderung für Blutgruppe und Kreuzblut für den Patienten, der direkt nach der Versorgung in der Notaufnahme in den OP gebracht wurde. Wenn dort kurz nach Operationsbeginn auch Blutprodukte notwendig gewesen wären, hätte der Patient durch den unklaren Antikörperstatus bei der Versorgung mit Universalkonserven Null neg. gefährdet werden müssen.</p> <p>Als Reaktion auf diesen Vorfall wurde in Absprache mit den Labormitarbeitern vereinbart, dass im Falle einer gleichzeitigen Abnahme von Blutgruppe und Kreuzblut immer ein Mitarbeiter des Labors bei der Abnahme vor Ort sein soll.</p> <p>Darüber hinaus sollte mehr Sorgfalt bei der Beschriftung von Laborröhrchen erfolgen.</p>
Problem	Die vorliegende Meldung schildert die Verwechslung von Blutentnahmeröhrchen für Blutgruppe und Kreuzblut durch Aufbringen

	<p>von Patientenaufklebern eines anderen Patienten. Welche Faktoren dazu beigetragen haben, dass verschiedene Adressaufkleber in den Unterlagen eines Patienten zu liegen kamen, ist der Meldung nicht zu entnehmen. Die Verwechslung wäre vermutlich erst aufgefallen, wenn auf Nachfrage keine gekreuzten Erythrozytenkonzentrate zur Verfügung stünden. Es sollte in dieser Einrichtung geklärt werden, warum es möglich ist, dass Etikettenkleber zu einem anderen Patienten zugeordnet werden können. Aber auch der abnehmende Arzt und die unter der Verantwortung des Arztes abnehmende Fachkraft in der Notaufnahme müssen sich vor der Abnahme vergewissern, dass erstens die Blutröhrchen beklebt sind und zweitens die Identität des Patienten mit der Anordnung übereinstimmt.</p> <p>Die zweifelsfreie Identifikation des Patienten bei einem somnolenten, bewusstlosen oder dementen Patienten ist erschwert und benötigt Alternativen zur Ansprache des Patienten wie Namensbändchens, Angehörigenidentifikation, Lichtbildausweis (oder elektronische Krankenversicherungskarte: eKK) oder anhand der Bettplatzidentifikation. Dieser Identifikationsschritt im Arbeitsablauf muss geübt und trainiert werden, bis er „automatisch“ vollzogen wird. Die Wichtigkeit der Identitätssicherung vor allen invasiven Maßnahmen und der Gefährdungsgrad mit allen möglichen Konsequenzen bis zum Tod des Patienten muss immer wieder in Erinnerung gebracht werden.</p> <p>Problematisch ist also in diesem Fall, wie es möglich ist, dass:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Etiketten eines anderen Patienten diesem Patienten zugeordnet werden konnten. 2. Blut in unbeschriftete Monovetten abgenommen wurden und diese dann nachträglich mit Etiketten beklebt wurden (z.B. im Stationszimmer). Vielmehr sollten bereits mit Etiketten versehene Monovetten zum Patienten gebracht werden, dort sein Name verifiziert (durch den Patienten selbst), und dann das Blut abgenommen werden. Somit kann sichergestellt werden, dass jede einzelne Monovette bereits zum Zeitpunkt der Abnahme Blut von genau diesem Patienten enthält. 3. Unabhängig von der Verletzungsschwere keine Regel für die Blutbereitstellung in dieser Einrichtung existiert. Es ist dem Bericht nicht zu entnehmen, worauf der Arzt in der Notaufnahme die Indikation zur Blutgruppenbestimmung und Kreuzblutentnahme gründet. Die Anzahl unnötiger Blutgruppen und Verträglichkeitsproben, als auch die unnötige Reservierung von Konserven gefährdet andere Patienten durch die Inanspruchnahme von Labor- und Blutressourcen. Dass Labormitarbeiter bei der Blutentnahme präsent sein sollen, ist eine gleichermaßen unrealistische und in den meisten Einrichtungen nicht praktikable Überwachungsregelung.
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Blutprobenentnahme</p>

Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	Vermutlich nicht
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Notaufnahme
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Notfall, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D- nein, keine Angaben	D
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.)	Nein/evtl.
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Dass bei einem Patienten mit einer leichten Verletzung Blutgruppe und Kreuzblut angefordert wurde“
**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)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Verfahrensweisung alle Mitarbeiter: Identitätssicherung vor invasiven Maßnahmen bei wachen und bewusstseinsgetrübten Patienten 2. SOP/Verfahrensweisung – Pflege/ Stationssekretariat: Sicherstellung der korrekten Zuordnung von Etiketten/patientenzugeordneten Patientenunterlagen mittels Methodik (Fächer, Vieraugenprinzip, etc.) 3. SOP/Verfahrensweisung: Unmittelbar nach erfolgter Aufnahme wird dem Patienten ein Identifikationsarmband angebracht. Vor jeder Blutentnahme wird der Name auf den Monovetten mit dem Namen auf dem Armband verglichen bzw. gescannt. 4. Fortbildung/SOP/Verfahrensweisung: Erstellen eines Blutbereitstellungsschemas für Routineeingriffe, Verlet-

	<p>zungen und Anämie-Grade</p> <p>5. Fortbildung – Ärzte: Richtlinien/Leitliniengetreue Probenentnahme, Indikationsstellung, Anforderung und Verabreichung von Blutkonserven</p> <p>6. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <p>1. Einführung eines Lichtbild-enthaltenden Patientendokuments am Bett, Patienten-Armband, das die Identitätssicherung von somnolenten und dementen Patienten erleichtert</p> <p>2. KIS/EDV/Scannerbasiertes elektronisches System der Blutprodukteverabreichung: Elektronische Patientenakte und elektronische Anforderung von Blutkonserven: Scannerbasierte Identifikation des Patienten anhand Barcode/Chip-Armband und Blutröhrchen</p> <p>3. Einrichtung von Regal/Fächern in der Notaufnahme mit großgeschrieben, namentlichen Beschriftungen zur Zuordnung der Patientenunterlagen zum richtigen Patienten</p> <p>4. Ausgabe eines Informationsschreibens an die Patienten evtl. mit den Aufnahme-/Verwaltungsunterlagen, in dem die Patienten zur Identitätsbekanntgabe vor allen medizinischen Maßnahmen aufgefordert und ermutigt werden. Stichwort: "Aktive Beteiligung an der Sicherheit"</p>
--	---

*** 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

**** Risikokala**

Wiederholungsrisiko

- | | |
|-----|--|
| 1/5 | sehr gering/ sehr selten
max. 1/100 000 |
| 2/5 | gering/ selten
max. 1/10 000 |
| 3/5 | mittel häufig
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 bleibende Beeinträchtigung |
| 2/5 | geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung |
| 3/5 | mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden |
| 4/5 | starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden |
| 5/5 | Tod/ schwere bleibende Schäden |