

Bericht

Titel:	Fehlende Identitätssicherung
Zuständiges Fachgebiet:	leer
Altersgruppe des Patienten:	leer
Geschlecht des Patienten:	weiblich
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Nichtinvasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Blutröhrchen und korrekt ausgefüllter Anforderungsschein wird zur Blutgruppenbestimmung und Verträglichkeitstestung für 2 Erythrozytenkonzentrate (EK) von der Aufnahme ins Zentrallabor gebracht. Da Patientin ungewöhnlich jung und Hämoglobinwert (Hb) der Patientin im oberen Normalbereich ist, wird vom Zentrallabor beim Aufnahmearzt die Notwendigkeit nachgefragt. In der Zwischenzeit fällt auf, dass der Hb-Wert des Röhrchens deutlich niedriger ist als der Vorwert der Patientin nur wenig früher. Ärztliche Person der Aufnahme meldet aufgrund der aktiven Nachfrage des Zentrallabors, dass das Blut von einem anderen Patienten ist. Identität hat dieser Arzt vorher bestätigt. Patientenverwechslung. Im ersten Moment des Telefonates erscheint der Eindruck, die ärztliche Person wolle das Blut zurück, um es umzubeschriften. Dies ist vor allem in der Blutgruppenserologie höchst gefährlich und fahrlässig.
Was war das Ergebnis?	Diesmal ging es noch gut, wäre die Patientin auf der Anforderung jedoch älter gewesen und hätten beide Patienten ähnliche Hb-Werte gehabt, wäre es im Zentrallabor evtl. nicht aufgefallen.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...	Identitätssicherung. Entsprechend den Vorschriften Patient, Aufkleber auf Blutröhrchen und Begleitpapiere auf Richtigkeit prüfen und wenn möglich Patienten nach vollem Namen und Geburtsdatum fragen.
Kam der Patient zu Schaden?	nein
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	• Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	nicht anwendbar
Wer berichtet?	andere Berufsgruppe

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für klinische Hämotherapie (IAKH) in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Problemanalyse

Vermutlich wurde durch den Arzt in der Aufnahmeeinheit Blut beim falschen Patienten abgenommen. Der Arzt kann nach telefonischer Rückfrage angeben, dass er sich geirrt hat. Es erscheint deshalb unwahrscheinlich, dass für einen zweiten Patienten eine Blutgruppenbestimmung angefordert war und der Patient verwechselt wurde. Wahrscheinlicher ist, dass nur die Indikation bei einem anderen Patienten vorgelegen hat, aber die Anforderung, Probenetikettierung und Blutabnahme für den falschen Patienten erfolgt ist. Im Trubel eines hohen Patientenaufkommens oder bei den in der Meldung angegebenen Faktoren wie Müdigkeit oder Ablenkung scheint dem/r Arzt/Ärztin entgangen zu sein, dass die Kreuzprobenentnahme bei einer anderen Patientin indiziert war, nicht aber bei der Person, bei der wahrscheinlich für andere Zwecke gerade Blut abgenommen werden musste. Eventuell war aber nicht die Indikationsstellung alleine die Ursache des Fehlers, sondern auch, dass die Probenetikettierung nicht vor der Blutentnahme erfolgte. Selbst bei korrekter Ansprache und Identitätssicherung kann ein Fehler passieren – nämlich wenn dem Patienten nicht dazugesagt wird, wofür die Blutentnahme ist: Die Information „Zur Vorbereitung einer Bluttransfusion...“ hätte hier bei einer jungen und wachen Patientin Aufmerksamkeit erzeugt! Die Besonderheiten der Identitätssicherung bei dementen und bewusstlosen oder ausländischen Patienten lagen hier nicht vor, sind aber eine gesonderte SOP/Verfahrensweisung wert (siehe Vorlage der IAKH[1]). Ebenso sind elektronische Hilfsmittel zur Identifikation des korrekten Patienten, bei dem die Kreuzblutprobe abgenommen wurde sinnvoll [2, 3], aber in diesem Fall wirkungslos – selbst wenn die Blutkonserve nur in die Kanüle der

Kreuzblutabnahme transfundiert werden kann [4]. Nur eine zusätzliche elektronische oder analoge Plausibilitätsprüfung der Indikation (Hämoglobinkonzentration – liegt tatsächlich eine zu behandelnde Anämie vor, Vernetzung des immunhämatologischen Labors mit der Blutbank bei Anforderung, etc.) hätte diesen Fehler vermieden (das sogenannte „Decision support System“ [5, 6]), wenn im Labor die fehlende Indikation nicht aufgefallen wäre.

Es entsteht die Frage, wie die Indikationsstellung für eine Blutkonserve und die Vorbereitung vom Arzt an die Pflege oder das Stationssekretariat kommuniziert worden war. Ist dem Team nicht aufgefallen, dass der Arzt die Indikation bei einer/m anderen Patienten/in gestellt hatte, nun aber bei der/m Falschen Blut abnimmt? Das Arbeiten im Team birgt Stärken und Schwächen – sowohl gegenseitige Kontrolle und Fehlervermeidung im Team als auch Fehler und Informationsverlust bei Schnittstellen (SBAR-Konzept [3]).

Die Arbeitsbelastung und Teamstärke der Behandlungseinheit scheinen zur Müdigkeit und Unaufmerksamkeit des Arztes beigetragen zu haben. Diese Fehlerquelle sollte überprüft werden, da sie sonst auch zu anderweitigen Fehlern beitragen kann.

Prozessqualität:

1. SOP/VA – alle Ärzt/innen: Korrektes Vorgehen der Identitätssicherung des Patienten bei der Blutabnahme und invasiven Maßnahmen
2. Fortbildung – alle Mitarbeiter: Teamarbeit, Kommunikation und Fehlervermeidung an Schnittstellen - Chancen, Risiken und Techniken zur Vermeidung
3. Fortbildung – alle Ärzte: Decision support und elektronische Begleitung der Bluttransfusion - Hilfe oder Gängelung?
4. Meldung an die Transfusionskommission

Strukturqualität:

1. IT und Labor/Blutbank: Plausibilitätscheck bei Anforderungen von Blutkonserven-Softwarevernetzung
2. Ärztlicher Direktor (ÄD), IT und Transfusionsverantwortlicher: Einführung von „clinical decision support“ und des CAIROS 4.0 Systems
3. GF (Geschäftsführung) und ÄD: Überprüfung der Teamstärke und Arbeitsbelastung in der Aufnahme

Literatur:

- [1] IAKH Musterverfahrensanleitung zur Vermeidung von Blutprobenverwechslung - empfohlenes Vorgehen der IAKH, Unter dem Buchstaben „M“ bei <https://www.iakh.de/sonstiges.html>
- [2] Spain D, Crilly J, Pierce J, Steele M, Scuffham P, Keijzers G. Can a barcode scanner for blood collection improve patient identification integrity in the emergency department? A prospective before-and-after study. *Emerg Med Australas.* 2015;27(1):47-54. doi:10.1111/1742-6723.12334
- [3] Marconi M et al. Improving transfusion safety by electronic identification of patients, blood samples, and blood units. *Hematology* 2000;16(2):82-5.
- [4] Schmidt-Hieber M. et al. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. *Transfus Apher Sci* 2006 Oct;35(2):125-30. doi: 10.1016/j.transci.2006.06.001. Epub 2006 Oct 12.
- [5] Kassakian SZ, Yackel TR, Deloughery T, Dorr DA. Clinical Decision Support Reduces Overuse of Red Blood Cell Transfusions: Interrupted Time Series Analysis. *Am J Med.* 2016;129(6):636.e13-636.e6.36E20. doi:10.1016/j.amjmed.2016.01.024
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