

# 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

<b>Thema/Titel</b>	Blutprobenverwechslung bei Geschwistern
<b>Fall-ID</b>	183-2020-S3M5
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Patient A mit Blutgruppe A positiv soll Stammzellspender für Patient B mit Blutgruppe B positiv sein.</p> <p>Beide Patienten sind jugendliche Geschwister und sprechen kein deutsch.</p> <p>Bei Abnahme der Blutgruppe und Kreuzproben werden die Röhrchen jeweils über Kreuz mit den falschen Dokumenten versehen. Dies führte zur Bescheinigung falscher Blutgruppen.</p> <p>Durch einen externen BG-Befund, der eine Woche später ein- geht, ist die Station auf den Fehler aufmerksam geworden. Es wurden neue Proben eingeschickt und eine entsprechende Datenkorrektur in der Blutbankakte vorgenommen</p> <p>Wenn bei der Blutabnahme die vorgeschriebene Abfrage des Patienten (Name, Geburtsdatum) gemacht worden wäre, hätte es nicht zu dieser Verwechslung kommen können. Erhöhte Aufmerksamkeit bei nicht-deutsch-sprechenden Patienten erforderlich.</p>
<p><b>Problem</b></p> <p>[1] Bolton-Maggs PH, Wood EM, Wiersum-Osselton JC. Wrong blood in tube - potential for serious outcomes: can it be prevented?. Br J Haematol. 2015;168(1):3-13. doi:10.1111/bjh.13137</p> <p>[2] SHOT Report <a href="https://www.shotuk.org/2018-annual-shot-report-published/">https://www.shotuk.org/2018-annual-shot-report-published/</a></p>	<p>Die Verwechslung des Blutröhrchens zur Blutprobenbestimmung ist eines der häufigsten Ursachen der später folgenden Blutkonserven-Fehltransfusion [1, 2]. Leider erwähnt dieser Bericht nicht, wie genau dieser Fall von WBIT („Wrong Blood in Tube“) zustande gekommen ist. Sind unbeklebte Entnahmeröhrchen den Dokumenten zugeordnet worden und/oder die Dokumente mit den Röhrchen beim falschen Patienten eingesetzt worden? Sind die beklebten Röhrchen den falschen Dokumenten zugeordnet worden und der Abnehmende hat sich bei der Auswahl der Patienten zur Blutentnahme an den Dokumenten und nicht am Etikett der Röhrchen orientiert? Sind die Abläufe bei der Blutentnahme in dieser Einrichtung standardisiert, wer ist verantwortlich für die Anforderung und das Ausfüllen des Blutgruppenformulars? Hätte ein festgelegter Standard bei Befolgung diesen Fehler womöglich verhindern können?</p>

<p>[3] 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</p> <p>[4] Marconi M, Langeberg AF, Sirchia G, Sandler SG. Improving transfusion safety by electronic identification of patients, blood samples, and blood units. Immunohematology. 2000;16(2):82-85.</p> <p>[5] Hans-Hirschfeld-Device - CAIRO 4.0 System: Schmidt-Hieber M, Schuster R, Nogai A, Thiel E, Hopfenmüller W, Notter M. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. Transfus Apher Sci. 2006;35(2):125-130. doi:10.1016/j.transci.2006.06.001</p>	<p>Die/der Meldende erwähnt die schwierige Kommunikation und Identifikation mit den Patienten. Diesbezüglich scheint es eine Vorschrift in dieser Einrichtung zu geben, die vermutlich für eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten bei mangelnden Sprachkenntnissen, Demenz oder Bewusstlosigkeit keine ersatzweise Vorgehensweise empfiehlt. In diesen Fällen muss ein Abgleich mit Bettschildern, Patientenarmbändern, Unterlagen etc. erfolgen.</p> <p>Neue Techniken, wie elektronischer Abgleich durch FRID-Chip und/oder Barcodescannergestützte Lesegeräte, die zum Beispiel an der Charité seit Jahren im Einsatz sind, verhindern solche Vorkommnisse mit großer Sicherheit [3, 4]. Dabei wird die Identität auch beim Bewusstlosen sicher mit der Blutprobe verknüpft, indem das gekennzeichnete Blutgruppenröhrchen fest mit der passenden Entnahmekanüle verbunden ist (Hans-Hirschfeld-Device) [5].</p>
<b>Prozesseilschritt*</b>	1 - Probenentnahme
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK, GK, TK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Station
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	k.A.
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/ja
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/ja
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	„Alle Patient/innen tragen Ident-Bänder (Scanner wurden allerdings nicht angeschafft!). Es existiert eine SOP über die Vorgehensweise bei der Blutabnahme, Mitarbeiter/innen werden jähr-

	<p>lich belehrt bzw. neue Kolleg/innen extra eingewiesen. Die Aufträge werden am PC (LabMed) von der Pflegekraft generiert und das Blut für KP und BG vom Arzt/Ärztin abgenommen. Auf der betroffenen Station liegen fast nur ausländische Patienten, sodass das Personal eigentlich mit dem Umgang vertraut ist.</p> <p>Wenn also alle Schritte eingehalten worden wären, hätte es nicht zu der Verwechslung kommen können und dürfen. Der Fehler ist leider erst durch die anderslautenden Fremdbefunde aufgefallen. Da erinnert sich auch niemand mehr (oder will sich nicht erinnern), wie es eigentlich dazu gekommen ist.“</p> <p><u>Die Diskrepanz ist durch die Aufmerksamkeit des Stationsarztes oder des Pflegepersonals, Stationssekretärin entdeckt und richtig bewertet worden. Erfolgreiche Korrekturmaßnahmen wurden rechtzeitig eingeleitet.</u></p>
<p><b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b></p>	<p><b>3/5</b></p>
<p><b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b></p>	<p><b>5/5</b></p>
<p><b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/VA – Pflege: Vorbereitung und Zuordnung der Blutprobenröhrchen vor der Blutentnahme</li> <li>2. SOP/VA – Ärzte, Entnahmepersonal: Patientenidentifikation bei Sprachproblemen, gestörtem Bewusstsein oder mangelnder Kommunikationsfähigkeit der Patienten</li> <li>3. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einführung der Hans-Hirschfeld-Kanüle und des elektronischen Absicherungsprozesses der Blutentnahme und Transfusion</li> </ol>

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationssaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TFG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

# Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

## **\* 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**

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