

## 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>	WBIT 1/5
<b>Fall-ID</b>	179-2020-L5A3
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Auf der urologischen Station befinden sich 2 Patienten mit transfusionspflichtiger Anämie nach ihren Eingriffen. Es wurden Blutproben von Pat A (*1935) und B (*1943) genommen. Allerdings wurden beide Proben jeweils mit Klebeetiketten von Patient A versehen und die Kreuzproben/AKS-Tests bzw. die EKs angefordert.</p> <p>Bei Eingang im immunhämatologischen Labor/Blutbank bemerkt die MTA die Gleichheit der Formulare und identifiziert anhand der bereits hinterlegten Blutgruppen, dass die Blutprobe von Pat B mit falscher Beschriftung und Anforderung eingeschickt wurde. Die Verwechslung wurde kurz darauf vom Abnahme-Personal selbst bemerkt und entsprechend dem Labor gemeldet.</p> <p>Die Rücksprache mit anforderndem Arzt erfolgte.</p>
<p><b>Problem</b></p> <p>[1] Musterverfahrensanweisung zur Vermeidung von Blutprobenverwechslung - empfohlenes Vorgehen der IAKH, Unter dem Buchstaben „M“ bei <a href="https://www.iakh.de/sonstiges.html">https://www.iakh.de/sonstiges.html</a></p>	<p>Der Prozess des Röhrchenbeklebens ist in diesem Fall nach der Blutentnahme erfolgt. Diese Vorgehensweise ist nicht empfohlen (siehe[1]), da sie die Verwechslungsgefahr beinhaltet. Die Röhrchen sollten erst etikettiert und dann vom Arzt beim richtigen Patienten nach Identitätsabgleich befüllt werden. Die Verantwortung für die Richtigkeit der Blutprobenentnahme trägt der Arzt, auch wenn die Entnahme und die Etikettierung delegiert werden kann. Die Anforderung entspricht der Verschreibung eines Medikamentes auf einem Rezeptformular und muss vom Arzt unterzeichnet sein.</p> <p>In diesem Fall sind nicht, wie sonst üblich, 2 Patienten durch eine Verwechslung gefährdet, sondern nur der eine, dessen Blutproben mit den gleichen Unterlagen des weiteren, noch zu transfundierenden Patienten versorgt wurden. Vermutlich werden die Etiketten hier nicht gedruckt, sondern handschriftlich nach der Befüllung beschriftet.</p> <p>Wie genau es dazu kam, dass nicht aufgefallen ist, dass bei einem Patienten 2 Anforderungen ausgefüllt wurden, wird leider</p>

<p>[2] 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>nicht berichtet. Mögliche Ursachen wären ein Personalwechsel, getrennt voneinander durchgeführte Prozesse, stressige und unübersichtliche Arbeitsbedingungen, etc.</p> <p>Ein einfaches Mittel, diese Vorfälle zu vermeiden, ist die Umstellung auf ein elektronisches Anforderungsformular aus dem Krankenhausinformationssystem KIS heraus und der Computerunterstützte Etikettendruck. So wäre durch die Dokumentation der getätigten Anforderungen bei Patienten A gleich aufgefallen, dass die EK-Anforderung bereits getätigt wurde. Idealerweise könnte das System noch um einen Barcodescanner erweitert werden, dass das Patientenetikett und die Etikettierung der Blutröhrchen vor der Abnahme nochmalig gegencheckt. Eine andere Methode verlinkt die Kanüle mit dem Röhrchen und stellt durch einen gemeinsamen Chip die Verbindung zu Patient und Blutprobe her (CAIROS 4.0, [2]).</p>
<b>Prozesseilschritt*</b>	1 - Probenentnahme
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<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>	Routine
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	B
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/evtl.
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/evtl.
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	2/5

<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	5/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/VA – Ärzte und Pflege: Korrekte Vorgehensweise bei der Blutentnahme</li> <li>2. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Umstellung auf elektronische Anforderungen und Barcode-System</li> <li>2. Einführung der Hans-Hirschfeld-Kanülen</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		

**\* 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**

<b>Wiederholungsrisiko</b>		<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
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