

## 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>	Verwechslung bei Blutabnahme
<b>Fall-ID</b>	199-2022-A5Z8
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Probe kommt am 25.01.22 für Patient ins Labor. Diese zeigt die Blutgruppe 0 Rh positiv.</p> <p>Eine erneute Probe des gleichen Patienten zwei Tage später für eine Kreuzprobe zeigt die Blutgruppe A Rh positiv.</p> <p>Es wurde dann zur Station Kontakt aufgenommen und um eine Kontrollproben-Einsendung gebeten. Das Ergebnis zeigte erneut A Rh positiv.</p> <p>Es wurden zudem Recherchen nach weiteren Einsendungen mit immunhämatologischen Anforderungen des 25.01.22 angestellt und für jeden dieser Einsendungen Kontrollblut angefordert.</p> <p>Der erste Blutgruppenbefund wurde revidiert.</p> <p>Der Transfusionsbeauftragte wurde über das Ereignis in Kenntnis gesetzt und das Personal nochmals hinsichtlich der Identitätssicherung bei Probenabnahme geschult.</p>
<b>Problem</b>	<p>Wrong-Blood-in-Tube</p> <p>Fehlbestimmungen im Labor sind außerordentlich selten. Wir gehen auf Basis der Meldung von einer Abnahme bei einem falschen Patienten oder einer nachträglichen Etikettierung der Probe aus.</p> <p>Vermeiden lassen sich solche Fehlabinahmen durch eine sichere Durchführung bei der Gewinnung von Proben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschließliche Verwendung von etikettierten Probenröhrchen. Das nachträgliche Beschriften von Proben ist eine gefährliche Praxis!</li> <li>• Aktive Patientenidentifikation zum Beispiel entsprechend der Empfehlungen des Bündnis Patientensicherheit (Palm &amp; Schrappe, o. J.)</li> <li>• Keine Arbeitsschritte im Labor, die ein Umetikettieren der Proben auslösen</li> </ul>

	<p>In Zukunft können digitale Unterstützungssysteme (z.B. CAIROS) die Arbeitsschritte bei der Gewinnung von Proben und der späteren Anwendung von Blutprodukten sehr viel sicherer machen.</p> <p>Wichtig und gut durchgeführt wurde die nachfolgende Fehlersuche um einen eventuellen Patienten/in zu identifizieren, der/die ein falsches Untersuchungsergebnis zugeordnet bekommen hat. Da es hier offensichtlich kein Ergebnis gab, spricht alles für eine falsche Auszeichnung des Probenröhrchens.</p>
<b>Prozesseilschritt*</b>	1 - Fehler bei der Probenabnahme, 15 - Fehler bei der Patientenidentifikation
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	Ja
<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>	k.A.
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Ja/Ja
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Ja/Ja
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	Das aktive Management zur Vermeidung von Folgefehlern!
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	3/5
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	3/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <p>1. VA: Patientenidentifikation</p>

<p><b>Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p>	<p>2. VA: Probengewinnung</p> <p>3. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <p>1. Einführung digitaler Systeme zum Abgleich von Proben und Patient</p>
--	--

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationsaal
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