

## 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>	Patientenverwechslung bei Probeabnahme
<b>Fall-ID</b>	206-2022-1518
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Es kam zu einer Patientenverwechslung bzw. zur falschen Beschriftung einer Blutprobe bei der Abnahme auf Station. Die Kennzeichnung war handschriftlich erfolgt. Da Vorbefunde des Patienten bekannt waren, fiel die "falsche" Blutgruppe im Labor auf.</p> <p>Maßnahmen, die ergriffen wurde waren die Weitergabe der Information an Stationsärzte, sowie den Transfusionsbeauftragten, Transfusionsverantwortlichen und QBH. Alle Beteiligten werden zu einer Schulung verpflichtet.</p>
<b>Problem</b>	<p>„Nicht Schuldige suchen, sondern Lösungen erarbeiten“</p> <p>Der Fall sollte Anlass zur umfassenden Analyse der Verfahren bei der Probengewinnung sein. Der hier beschriebene Fehler hat schließlich Bedeutung bei vielen klinischen Maßnahmen von der Bereitstellung von Medikamenten, der Gewinnung von Untersuchungsmaterial für das Routinelabor, Pathologie oder auch der Durchführung von diagnostischen Maßnahmen und Interventionen. Es lohnt sich also umfassend auf den Gesamtprozess zu schauen. Fehler entstehen in der Kombination aus individuellen Faktoren und vielen weiteren Aspekten aus Teamfaktoren, unpassenden Arbeitsabläufen, Mängeln der Arbeitsumgebung, vermeidbaren Belastungen u.v.m. Eine Arbeitshilfe für eine umfassende Analyse hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit erarbeitet [1].</p> <p>Was wäre gewesen, wenn die Blutgruppe nicht bekannt gewesen wäre?</p> <p>Wrong-Blood-in-Tube (WBIT) ist der häufigste Beinahe-Fehler im SHOT-Register und für ca. 60% der Meldungen ursächlich [2]. Auch in unserem Fehlerregister sind Fehler bei der Probengewinnung ein häufiger Anlass für die Meldung.</p> <p>Fehler bei der Probengewinnung sind häufig ohne unmittelbare Folge für Patient und therapeutisches Team. Die letzte Sicherheit</p>

[1] APS e.V., ed. *Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen*. Berlin: 2020.  
[https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/04/HE-Fallanalyse\\_Langfassung\\_web.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/04/HE-Fallanalyse_Langfassung_web.pdf). Accessed November 19, 2022.

[2] APS e.V., ed. *Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation*.  
[https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/08-03-03\\_PID\\_Empfehlung\\_final\\_0.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/08-03-03_PID_Empfehlung_final_0.pdf). Accessed November 19, 2022.

<p>[3] Narayan, D. S., Baker, D. P., Bellamy, P. M., et al. <i>Annual SHOT Report 2020</i>. Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group. 2020. <a href="https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-REPORT-2020.pdf">https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-REPORT-2020.pdf</a>. Accessed November 19, 2022.</p>	<p>bei der Probengewinnung wird dann gewährleistet, wenn vom sicheren Ablauf der Maßnahme nicht abgewichen wird:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generierung des Auftrages für den richtigen Patienten</li> <li>2. Auszeichnung der Probenröhrchen mit den Aufklebern des Auftrages. Eine nachträgliche Kennzeichnung ist eine Quelle von möglichen Fehlern.</li> <li>3. Sichere Patientenidentifikation geht immer von offenen Fragen an Patientin/Patient aus und nutzt mehr als ein Identifikationsmerkmal, sondern immer die Kombination aus aktiver Ansprache und Patientenarmband und Patientenakte. Robuste Abläufe bleiben auch dann sicher, wenn ein Einzelschritt nicht fehlerfrei durchgeführt wurde [3].</li> <li>4. Sicherer Probentransport ins Labor</li> </ol> <p>Eine einheitliche, wiederkehrende Bearbeitung spart Zeit und reduziert den Schnittstellen-Aufwand. Vermeidbare Fehler, die durch gefährliche „Abkürzungen“ entstehen belasten die Teams erheblich.</p> <p>Fehlerhafte Zuordnung von Untersuchungsergebnissen erhöht das Risiko einer Zuordnung eines inkompatiblen Blutproduktes beim Patienten und hier muss die Bedeutung der sicheren Patientenidentifikation im Rahmen der Durchführung des Bedside-Tests hervorgehoben werden. Fehlerhafte Produktzuordnungen werden nur dann erkannt, wenn ein divergierendes Untersuchungsergebnis festgestellt wird.</p> <p>Zum falschen Empfänger zugeordnete Produkte sind für die Therapie nicht verfügbar. Dadurch wird die Versorgung weiterer Patienten verzögert und die Verfall-Quote erhöht.</p>
<p><b>Prozesseilschritt*</b></p>	<p>1 - Fehler bei der Probeabnahme, 15 - Fehler bei Patientenidentifikation</p>
<p><b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b></p>	<p>EK</p>
<p><b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b></p>	<p>k.A.</p>
<p><b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b></p>	<p>Station</p>
<p><b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b></p>	<p>Wochenende, ASA 3</p>
<p><b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B -</b></p>	<p>A</p>

<b>Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	evtl./ evtl.
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	evtl./ evtl.
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	Die Aufmerksamkeit im Labor hat den Fehler aufgedeckt!
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	<b>5/5</b>
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	<b>3/5</b>
<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. Schulung „Sichere Patientenidentifikation“</li> <li>2. VA: Probengewinnung</li> <li>3. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einführung digitaler Systeme zum Abgleich von Proben, Patient und Blutprodukten</li> </ol>

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

AA	Absolute Arrhythmie	OP	Operationssaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	PDL	Pflegedienstleitung
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Stand Operating Procedure
FFP	Gefrierplasma	TB	Transfusionsbeauftragte/r
GF	Geschäftsführer/in	TEP	Totalendoprothese
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TFG	Transfusionsgesetz
Hkt	Hämatokrit	TK	Thrombozytenkonzentrat
ICU	Intensivstation	TV	Transfusionsverantwortliche/r
IT	Informationstechnik/er	VA	Verfahrensanweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus		

**\* 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

## Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

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   |