



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

Thema/Titel	Verwechslung eines EKs
Fall-ID	123-2017-O5I4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der diensthabende Arzt transfundierte das Erythrozyten-Konzentrat bei einem anderen Patienten der Station, da er es unterließ zu überprüfen, ob der Patient auf dem Konservenbegleitschein derselbe ist, den er transfundieren wollte.</p> <p>Im Nachhinein wurde die Kreuzprobe abgefragt und die Verträglichkeit bestätigt. Der Patient zeigte keine Transfusionsreaktion. Er sollte ebenfalls transfundiert werden, seine Konserven waren aber noch nicht auf der Station.</p> <p>Es erfolgte eine Nachschulung des transfundierenden Arztes besonders bzgl. Überprüfung der Patientenidentität auf Konservenbegleitschein und vor Ort sowie der Überprüfung der Blutgruppe des Patienten anhand der Befunde in der Krankenakte.</p> <p>Wir haben seither das 4-Augen-Prinzip eingeführt: Der transfundierende Arzt und eine Pflegekraft der betr. Station stellen gemeinsam die Identität des Patienten sicher. Da im Dienst häufig Kollegen Patienten behandeln müssen, die sie u.U. nicht kennen, ist es sinnvoll die Pflegekraft vor Ort einzubinden, da sie (oftmals) die Patienten kennt.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Verwechslung einer AB0- verträglichen Blutkonserve und Gabe an den falschen Patienten aufgrund paralleler Anforderung im Bereitschaftsdienst
Prozesseilschritt**	5 Verabreichung, Identitätssicherung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station

<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>ASA III, Bereitschaftsdienst</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)</p>	<p>D</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</p>	<p>Nein/nein</p>
<p>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	
<p>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</p>	<p>2/5</p>
<p>*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</p>	<p>5/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung / Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/ Verfahrensanweisung/ Fortbildung: Identitätssicherung: Ihre Bedeutung und Konsequenzen für Diagnostik und Therapie 2. Fortbildung/ SOP/ Verfahrensanweisung: Hämotherapie-Querschnittsleitlinien: Verabreichung von Medikamenten und Sorgfalt der Identitätsprüfung 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung einer Aufmerksamkeitsaufforderung bei Ausgabe mehrerer Blutkonserven für die gleiche Empfängerstation/ Behandlungs- oder Funktionseinheit 2. Scannerbasiertes Identifikationssystem (Barcode oder RFID-Chip) für Abnahme von Blutproben und Verabreichung von kritischen Medikamenten (Antibiotika, Chemotherapeutika, Blutprodukte etc.) für die elektronische anwenderspezifische Dokumentation der verabreichenden Person (z.B. Barcode auf dem Namensschild) 3. Scannerbasiertes Abgleichsystem (Barcode oder RFID-Chip) für den Match von Konserve, Blutprobe und Patient

*** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko

1/5 sehr gering/ sehr selten
max. 1/100 000

2/5 gering/ selten
max. 1/10 000

3/5 mittel häufig
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
bleibende Beeinträchtigung

2/5 geringe Schädigung/ wenig vorübergehende
Beeinträchtigung

3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden

4/5 starke akute Schädigung/ beträchtliche
bleibende Schäden

5/5 Tod/ schwere bleibende Schäden

**** Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei 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
15. Fehler bei der Patientenidentifikation