



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	Wiederholte Verwechslung von EKs bei der Ausgabe durch Namensgleichheit
Fall-ID	129-2017-R6I9
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Für einen Patienten wurde telefonisch eine Blutkonserve aus der Blutbank angefordert. Das zugeschickte Erythrozytenkonzentrat (EK) war jedoch für einen anderen Patienten mit sehr ähnlichem Nachnamen gedacht, der sich nicht auf der Station befand. Das Erythrozytenkonzentrat wurde zurückgesendet und die Blutbank telefonisch auf die Verwechslung hingewiesen.</p> <p>Beim nächsten EK aus der Blutbank passte dann der Nachname, jedoch waren Vorname und Blutgruppe falsch. Die beiden Fehler wurden durch Identitätskontrolle und Bedsidetest sofort bemerkt. In diesem Fall hat die Station aufmerksam reagiert und so Schlimmeres verhindert: Es kam zu keiner Transfusion.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Die wiederholt falsche Ausgabe von 2 EKs nach telefonischer Anforderung ist ein sehr seltener Fehler und ist vor allem durch die telefonische Anforderung bedingt. Leider haben wir keine Angaben über den Transportmodus und über die Dokumentation der Ausgabe, aber wir vermuten, dass weder eine ausgebildete Ausgabekraft im Blutdepot noch eine qualifizierte Transportperson den Transport der Konserven bewerkstelligt hat. Nach der ersten Verwechslung hätte die Gefahr der Verwechslung erkannt werden müssen. Dann können schriftliche Anforderungsformulare, Patientenetiketten oder Laborausdrucke per Überbringer oder Fax übermittelt werden. Es kann schon mal vorkommen, insbesondere bei ausländischen häufigen Nach- und Vornamen, die sich sehr ähneln, dass man sich vor allem im Stress und Wochenenddienst als Aushilfe vergreift, aber die Reihung als wiederholter Fehler beim gleichen Patienten, nachdem durch die Rückmeldung vom ersten Mal der Fehler aufgefallen ist, ist schon sehr beängstigend.

Prozesseilschritt**	Ausgabe 3
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Labor
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochenend- od. Feiertagsdienst, ASA 3
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)	A,B
Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Evtl., ja
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Die beiden Fehler wurden durch Identitätskontrolle und Bedsidetest sofort bemerkt. In diesem Fall hat die Station aufmerksam reagiert und so Schlimmeres verhindert: Es kam zu keiner Transfusion.“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/ Verfahrensanweisung Labor: Ausgabe und Identitäts-Check 2. Fortbildung im Labor: Folgen einer Fehltransfusion, Wichtigkeit der richtigen Zuordnung und Ausgabe, Vorgänge und klinische Umstände der Bluttransfusion in Routine und Notfall 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scannerbasierter Abgleich von Anforderung, Empfänger-ID, AKS und Spender-EK vor Ausgabe 2. Überprüfung der Personalstruktur im Labor und

	der Qualifikationen
--	---------------------

*** 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

**** Prozesteilschritte 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