

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 einer Blutkonserve bei gleichem Patientennamen
Fall-ID	CM-215012-2020
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Es kam zu einer Namensverwechslung einer Blutkonserve.</p> <p>Dabei wurde eine falsche Konserve an Patient X ausgegeben und ans Patientenbett gelegt. Der Patientennamen war gleich. Der Vorname beginnt mit gleichen Buchstaben, jedoch besteht ein anderes Geburtsdatum zu Patient Y. Auch die Blutgruppe war falsch. Der Patient Y, für den das EK eigentlich bestimmt war, liegt ebenfalls im Haus, aber auf einer anderen Station.</p> <p>Die Verwechslung fiel bei der Abgleichung der Daten für die Transfusion auf. Es kam nicht zum Patientenschaden. Der Grund für das Ereignis ist offenbar die falsche Ausgabe des EK vom Labor und die Patientenverwechslung.</p> <p>Dieser Vorfall ist erstmalig aufgetreten.</p>
Problem	<p>Das Problem ist die Ausgabe eines Erythrozytenkonzentrates für einen Namensvetter (vermutlich Vor- und Zuname gleich) an einen Empfänger mit anderer Blutgruppe. Die Wahrscheinlichkeit dieses Ereignisses ist extrem klein, dennoch kommt sie immer wieder vor. In einer kleinen Einrichtung gibt es nicht selten namensgleiche Patienten (aus der gleichen Gegend/Ortschaft), aber dann meist mit einem anderen Geburtsdatum und anderen Unterscheidungsmerkmalen. Dieser Bericht ist nicht der erste seiner Art, trotzdem betont er die Notwendigkeit eines Abgleichs bei Identitäten von mindestens 3, wenn nicht 4 Merkmalen (Name, Vorname, Geburtsdatum und ggf. Patientennummer/Aufnahmenummer, Station o.ä.) (Nach den Regeln der Kombinatorik steigt die Sicherheit mit jedem Merkmal, das abgeglichen wird, exponentiell).</p> <p>Der Ausgabe eines EKs geht bei der nicht dringenden Indikationsstellung eine Verträglichkeitsprobe, eine Blutgruppenbestimmung und ein Antikörpersuchtest des Empfängers voran. Die richtige Zuordnung eines Blutprodukts zu einem Empfänger von Seiten des Labors/Blutdepots ist ein sehr kritischer Schritt,</p>

	<p>weil die Fehlzuordnung tödlich für den Empfänger enden kann. Deshalb ist er meist mit einem Barcodescanner technisch überwacht. In dieser Einrichtung scheint das noch nicht so zu sein. Warum diese Fehl-Zuordnung an dieser Stelle passierte, bleibt Spekulation, weil der Bericht darüber keine Angaben enthält.</p> <p>Wo technische Hilfsmittel zur Absicherung in dieser Situation nicht zur Verfügung stehen, müssen altherkömmliche Techniken als Sicherheit dienen: Das 4-Augen-Prinzip, das bei der Ausgabe problemlos zu bewerkstelligen ist, da bereits 2 Personen am Vorgang beteiligt sind, bietet sich als erste Maßnahme an. Eine Weitere wäre der Abgleich mit einem Abholschein, einer Verordnung oder Anforderung des EK s, auf dem der Empfängername mit Geburtsdatum aufgeführt sein sollte. Die zusätzliche Aufnahme eines weiteren Merkmals wie der Aufnahme Nummer oder IT-Code für jeden Patienten in der Einrichtung erhöht die Sicherheit der korrekten Zuordnung. Der Eintrag in eine analog oder digital geführte Ausgabeliste mit Datum, Uhrzeit, ID von Ausgebender/m und Abholer/in sowie der Empfänger mit Name, Geburtsdatum und wenn möglich Aufnahme Nummer ist die Absicherung der Blutbank und oft auch Berechnungsgrundlage, an der sich die korrekte Zuordnung nachweisen lässt.</p> <p>Warum das Produkt den Weg zum (falschen) Patienten gefunden hat, ist ein kritischer Punkt, der vermutlich in den SOPs und Ablaufregeln der Station zu finden ist. Die Information, welcher Patient wann, warum und wie dringend eine Transfusion benötigt, ist medizinisch kritisch und kann nur korrekt von einer in den Therapieprozess eingebundenen Person verstanden und korrekt ausgeführt werden. Es ist gut möglich, dass der Hol- und Bringe-Dienst die Blutkonserve auf Bitte der Pflege (z.B. „Die Konserve ist für Herrn Meier. Leg sie bitte gleich ins Zimmer“) dem falschen Patienten zugeordnet hat. Die Arbeitsanweisung der Station für den Umgang mit Blut und Blutprodukten sollte diesbezüglich überprüft werden.</p>
Prozessschritt*	Ausgabe 5
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)	Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler	A

vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Die Endkontrolle der Patientenidentifikation bei der Verabreichung durch den Arzt hat in diesem Fall funktioniert und einen Patientenschaden verhindert.</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	1/5
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. Fortbildung – Labor, Pflege, Ärzte: „Besonderheit der Therapie mit Blutprodukten: Korrekte Zuordnung des richtigen Produkts in der richtigen Dosis für den richtigen Patienten zum geeigneten Zeitpunkt bei der richtigen Indikation“ 2. SOP/Arbeitsanweisung – Laborpersonal/Abholende, Pflege/Transportdienst: Ausgabeabsicherung der richtigen Identität und Zuordnung der Konserve 3. SOP/Arbeitsanweisung – Stationspflege: Umgang und Verfahren mit chargendokumentationspflichtigen Blut- und Plasmapräparationen 4. Einberufung einer M&M-Konferenz 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung von Scannern/elektronischer Zuordnung von Blutprodukten zum Patienten zur Dokumentation und Sicherheitsüberprüfung von korrekter Zuordnung, Indikationsstellung und Dosis. 2. Geschäftsführung: Modellrechnung, bei der die Kosten für die Neueinführung der o.a. Technik den Kosten gegenübergestellt werden, die der Einrichtung bei einem tödlichen Zwischenfall durch die Fehlzusammenführung erwächst

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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

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