

# 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 des Patienten bei EK Verabreichung
<b>Fall-ID</b>	215-2023-16A5
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Im Nachtdienst sollte eine Konserve transfundiert werden, da der Patient mit einem niedrigen Hämoglobinspiegel (7,9 g/dl) aus der Intensivstation auf unsere Normalstation verlegt wurde. Der 76-jährige hochgradig demente Patient war an einem femoropoplitealen Bypass in einer Revisionsoperation operiert worden. Vorbestehend war eine chronische renale Anämie (häuslich immer um 8-8,5 g/dl). Sonstige Eckdaten 88 kg, 176 cm, Z.n. 3x Coronar-Stent, Carotis TEA vor 1 J, insulinpflichtiger Diabetes IIb, Hypertonus, COPD (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung), Nikotin mit 80PY, Ulcera crurum bds., Z.n. Zehen-Amputation wegen PAVK (Periphere arterielle Verschlusskrankheit).</p> <p>Im Zimmer der Station ist nachts ein Notlicht, die Bettenbeschriftungen sind aufgrund der Datenschutzbestimmungen in unserer Einrichtung nicht mehr zulässig. Angeblich sollte der Patient laut Nachtschwester am Fenster liegen. Der Dienstarzt hat die Konserve und den Begleitschein (AB pos) im Stationszimmer mit den Akten abgeglichen und ins Zimmer mitgenommen. Der Bedside-Test wurde aus dem liegenden Zugang genommen und die Konserve angehängt. Beim Rückweg ins Stationszimmer und Dokumentation des Ergebnisses des Bedside-Tests fiel die Diskrepanz auf - A. Die Nachtschwester hat aufgrund ihrer Erfahrung gleich die Verwechslung erkannt und ist ins Zimmer gegangen und die Transfusion gestoppt. Nur wenige Milliliter waren eingelaufen. Der Arzt wurde zurückbeordert und die Konserve dem richtigen Patienten an der Tür angehängt. Der Arzt hat die Schwester für die Verwechslung aufgrund der falschen Angaben verantwortlich gemacht. Dabei ist es ja seine Verantwortung die Identität des Patienten zu überprüfen.</p>
<b>Problem</b>	Ein glücklicher Umstand war es, dass im berichteten Fall bei dem geringen transfundierten Volumen eine relevante Transfusionsreaktion nicht zu erwarten war.

	<p>Hätte der Fehler vermieden werden können? Aus unserer Sicht auf der Ebene der Indikationsstellung und der sicheren Patientenidentifikation.</p> <p>Die Indikation passt nur fraglich in den klinischen Verlauf, da die Verlegung auf periphere Station eine stabile Situation und Normovolämie erfordert. Zu diesem Zeitpunkt besteht keine Symptomatik und eine prophylaktische EK-Verabreichung ist nicht von der RiLi Hämotherapie gedeckt. Eine Transfusion in dieser Situation entspricht einer Übertransfusion. Ebenso ist der Zeitpunkt der Transfusion keinesfall korrekt. Wäre die Transfusion zur Herstellung der „Normalstationstauglichkeit“ erforderlich gewesen, hätte die Maßnahme vor der Verlegung stattfinden müssen. Auf der Intensivstation sind die Arbeitsbedingungen insbesondere in der Nacht um ein Vielfaches übersichtlicher. Wäre, wie wir aus der Meldung vermuten, die Transfusion vorsorglich und prophylaktisch, also nicht dringend geboten gewesen, hätte sie unter deutlich besseren (Umwelt-) Bedingungen in der Kernarbeitszeit durchgeführt werden können.</p> <p>Verantwortlich für die Identitätssicherung ist der transfundierende Arzt/Ärztin. Die Information der Nachtschwester kann nur ein freundlicher Hinweis ohne verbindliche Sicherheit sein. Gerade im Nachtdienst stellen sich erhöhte Anforderungen, da aufgrund der größeren Zahl der versorgten Patient*innen und der schlechten Sichtbedingungen die Patientenidentifikation besonders sorgfältig erfolgen muss. Patientenaufkleber am Bett verhindern die Verwechslung (wrong patient in bed) keinesfalls. Sicherheit entsteht aus einem aktiven Verfahren der Patientenidentifikation auf Basis offener Fragen und der Integration dokumentarischer und technischer Hilfsmittel [1]. Patientenarmbändchen, RFID-gestützte Scannersysteme oder technische Hilfsmittel, die eine lückenlose Verbindung zwischen Patient*in, Kreuzprobe und Produkt herstellen, könnten in Zukunft die Sicherheit erheblich erhöhen [2].</p> <p>Der Bedside-Test ist die „letzte Wiese“ der Sicherheit. Sinnvoll ist das Werkzeug nur wenn es durchgeführt und beurteilt wird, bevor die Konserve angehängt wird. Er verhindert keine Verwechslung, jedoch die MAJOR-inkompatible Transfusion bei korrekter Durchführung sicher. Im Fall eines diskrepanten Untersuchungsergebnisses kann eine Verwechslung wie im berichteten Fall aufgedeckt werden. Vor Einleitung einer nicht zurücknehmbaren Maßnahme sollte ein bewusster Reflexionsschritt eingehalten werden (z.B. stop-injekt-check-Kampagne, InPASS [1]). Das der BST im berichteten Fall vermutlich nur zur Komplettierung der Dokumentationsverpflichtung durchgeführt wurde entspricht nicht der erforderlichen Sorgfalt.</p>
<b>Prozesseilschritt*</b>	5, 15
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK

<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	JA, vermutlich
<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>	Wochentag, ASA 3, Nachtdienst
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A - zwischen Personen
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/Ja
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/Ja
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	<u>Die Aufmerksamkeit der Nachtschwester</u>
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	5/5
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	5/5
<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. Implementierung Stop-10-Injekt Ansatz</li> <li>2. Checklistenbasierte Patientenidentifikation</li> <li>3. Fortbildung: Patientenidentifikation</li> <li>4. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IT: Einführung einer Digitaler Abgleichmöglichkeit zwischen Patienten, Kreuzblut und Produkt</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. GF, TV: Absicherungssysteme wie Barcode-Scanner der Patienten-ID, oder gar des CAIROS-Systems und eines Decision-Support-Systems</li> <li>3. Die Einführung einer strukturierten Pflege-Arzt-Kommunikation als Visite/ Übergabe mit festgelegten Inhalten</li> <li>4. Teambildende Maßnahmen für Station und Ärzte, Kommunikations- oder Coachingmaßnahmen</li> </ol>
--	---

**Literatur/ Quellen:**

- [1] 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). (Letzter Zugriff: 13.12.2023).
- [2] ASCENION GmbH - A LifeScience company Website. <https://www.ascenion.de/technologieangebote/blood-transfusion-safety-system-cairos-6405>. (Letzter Zugriff: 13.12.2023).
- [3] InPASS Patientensicherheit website. „Stop-Injekt: check! Kampagne“. <https://inpass.gmbh/p/stop-injekt-check-kampagne>. (Letzter Zugriff: 13.12.2023).

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

BST	Bedside-Test	IT	Informationstechnik/er
EK	Erythrozytenkonzentrat	TV	Transfusionsverantwortliche/r
GF	Geschäftsführer/in		

**\* 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