



# Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem PaSOS von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



PaSOS/PaSIS-DGAI/BDA

<b>Thema/Titel</b>	<b>Ausgabe für falschen Patienten bei unvollständigem Patientendatensatz</b>
<b>Fall-ID</b>	<b>06-2009-r8m7</b>
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Trotz eines unvollständigen Datensatzes wurden von der MTA in der Blutbank wegen der großen Dringlichkeit der Anforderung EKs ausgegeben. Im Anforderungsschein war außer dem handschriftlichen Namen und der Notfallmarkierung nichts weiter angegeben. Für eine Patientin P- L waren zwei Konserven O/d im Depot gekreuzt. Für eine andere Patientin P-L ( A/D) sollten zwei Konserven transfundiert werden. Dabei wurden die Konserven von P-L (0/d) herausgegeben und der anderen Patientin transfundiert. Dem transfundierenden Arzt fiel die Namensverwechslung nicht auf. Auch das falsche Bedside-Ergebnis wurde ignoriert. Die nachträgliche Kreuzprobe war unauffällig. Das gekreuzte Blut für den Patienten lag in der Blutbank ein Fach höher.</p> <p>Der Vorfall wurde im Rahmen der Transfusionskommissionsitzung besprochen. Die SOP/der Algorithmus der Ausgabe überarbeitet. Das Labor gibt nur noch Blut gegen eindeutige Namenskennzeichnung heraus (Transportprotokoll mit Namensklebchen). Mit dem Arzt wurde gesprochen und es erfolgte eine Berichterstattung und Belehrung über das hauseigene Intranet.</p>
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausgabe trotz unvollständiger Datensatz der Anforderung</li><li>• Mangelhafte Kennzeichnung der Konserven für gleiche Empfängernamen im Blutdepot</li><li>• Kein Bedsidetest</li><li>• Kein Abgleich Patientennamen mit Namen auf Konserve/Begleitschein/Verträglichkeitstest</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Aushilfskräfte kennen nur selten die hauseigenen SOPs, aber die universelle Regelung mittels Bedsidetest und Identitätscheck von Patient, Konserve und Begleitschein/Kreuzprobenergebnis ist universell. Hier lag fahrlässiges, wenn nicht grob fahrlässiges Missachten der ärztlichen Sorgfaltspflicht vor.</li> </ul>
Prozessteilschritt**	Ausgabe 3, Verabreichung-5
Wesentliche Begleitumstände	Nachtdienst, OP, „Notfall“, Ärztliche Aushilfskraft
*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><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOP- Ausgabe von Blutprodukten : keine Ausgabe bei mündlicher Übermittlung oder unvollständigem Patientendatensatz</li> <li>• SOP- Verabreichung von Blutprodukten</li> </ul> <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Automatischer Abgleich der Anforderungsdaten mit dem PDMS und der Blutbankdatenbank</li> <li>• Elektronische Blutprodukterfordernung</li> <li>• Sonderfach einrichten für namensgleiche Produkte im Blutdepot oder Vermerk auf beiden Etiketten/Begleitscheinen mit Hinweis auf Namensvetter</li> </ul>

**\*Risikokala:**

Wiederholungsrisiko		Schweregrad/Gefährdung	
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

**\*\*Prozessschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation