



# Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



PaSOS/PaSIS-DGAI/BDA

Thema/Titel	Heparinfehdosierung
Fall-ID	PaSIS 1755/3-2009
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Herstellerfirma hatte Engpass in der Lieferung von Heparin. - bisher im Haus Heparin mit 10000 I.E./ml - dafür vorübergehend geliefert: 20000 I.E./ml. Hierfür wurden passende Spritzen geliefert und in Umlauf gebracht (die I.E. wurden den ml-Angaben angepasst). Als wieder das ursprüngliche Heparin in Umlauf war, hat niemand daran gedacht, die neuen Spritzen zu entfernen; Patienten haben die falsche Anzahl an Einheiten erhalten, wenn sich jemand nach der Einheitsangabe auf den Spritzen gerichtet hat beim Aufziehen. Es waren zwar vorher durch ein Schreiben alle darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass vorübergehend ein anderes Heparin in Umlauf ist. Es wurde nicht erwähnt, daß auch passende Spritzen geliefert werden; die Spritzen wurden nach dem Lieferengpass aber nicht aus dem Umlauf genommen.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentenfehdosierung (Heparin) bei vorübergehenden Präparatewechsel</li> <li>• Gefahr der Heparin- Unter/Überdosierung durch die Anwendung von skalierten Spezialspritzen.</li> <li>• Schlechte Kommunikation und Kennzeichnung des Wechsels durch Apotheke/Hersteller</li> <li>• Mangelnde Koordination des Wechsels durch den Betreiber</li> </ul>
Prozesseilschritt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verabreichung -5</li> </ul>
Wesentliche Begleitumstände	Routine, Wochentag, OP, Arzt in Ausbildung
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3/5
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>• Herstellerfirma könnte bei einem solchen Fall die Apotheken darauf aufmerksam machen, die Spritzen später wieder abzuschaufen (Info-Weitergabe)</li> </ul> <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung von Fertiggebilde der intraoperativen Dosis (3000 oder 5000 iE Heparin)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei verschiedenen Konzentrationen sollte verschiedene Aufziehadapter für die jeweiligen Spritzen vorgehalten werden, dass z.B. die 1000 E/ml nur mit einer passenden Spritze aufgezogen werden kann.</li> </ul>
--	--

**\*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

**\*\*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