



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 Patienten für Kreuzprobe
Fall-ID	xx-CM2015-127358
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patientenverwechslung bei der Anforderung einer Kreuzprobe:</p> <p>In der Stationsübersicht SAP werden Anforderungen wie Konsil, Labor, Röntgen und Blutgruppenbestimmungen, bzw. Kreuzproben patientenbezogen angefordert. Im Nachtdienst wählte der Arzt bei der Anforderung einer Kreuzprobe den falschen Patienten. Der Anforderungsschein wurde unterschrieben und an den korrekten Bettplatz gelegt, ohne den Namen auf dem Anforderungsschein gegenzulesen. Die Blutentnahme wurde durch die Pflegekraft an diesem Bettplatz durchgeführt und die Blutprobe in das Labor gesendet.</p> <p>Im Verlauf erfolgte eine telefonische Rücksprache mit dem Labor von Intensivstation aus, um zu erfahren, wie lange die Kreuzprobe noch dauere. In diesem Gespräch, welches noch vor der Gegenprobe stattgefunden habe, ist dann der ursprüngliche Fehler aufgefallen.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> - Der Indikation-stellende Arzt fordert die Blutprobe für das Kreuzblut beim falschen Patienten an. Das kann dazu führen, dass bei konsequenter Durchführung aller weiteren Teilschritte des Prozesses ohne Hinterfragung der Indikationsstellung eine nicht indizierte Transfusion beim falschen Patienten durchgeführt wird. - In diesem Fall ereignet sich ein zweiter Fehler: Die Pflegekraft nimmt das Blut beim dem „richtigen“ Patienten ab, für den die Transfusion gedacht war (diese Tätigkeit kann delegiert werden, der Arzt trägt die Verantwortung für die korrekte Ausführung), hat aber wohl den Anforderungsschein und die beklebten Röhrrchen nicht gegengelesen. (Wer hat die Röhrrchen ausgedruckt und/oder beklebt?) Daraus folgt, dass die

	<p>Verträglichkeitsprobe mit Blutkonserven der falschen eventuell diskrepanten Blutgruppe durchgeführt werden, die für den falschen Namen hinterlegt ist. Falls nicht, und die Blutgruppe wurde gleich mitabgenommen, wird der Fehler nicht entdeckt und die Blutgruppe und die Konserven dem falschen Patienten zugeordnet. Werden die Konserven dann nach Schichtwechsel geliefert und der zuständige Arzt hinterfragt die Transfusionsindikation beim falschen Patienten nicht, wird der falsche Patient mit eventuell unverträglichem Blut transfundiert!</p> <p>- Es geht aus diesem Bericht nicht eindeutig hervor, wer mit dem „richtigen“ Patient gemeint ist, bei dem die Schwester Blut abnimmt. Angenommen die Schwester nâme beim Patienten ab, der auf dem Anforderungsschein gedruckt ist (Diesbezüglich also der richtige Patient, für den aber die Transfusion nicht indiziert ist), wäre das ebenfalls ein ganz tückischer Fehler, der oft auch nur durch ärztlichen medizinischen Sachverstand und kritische Hinterfragung der Transfusionsindikation durch alle Beteiligten der Prozesskette aufgedeckt werden kann. Ein Patient, der auf IMC transfusionspflichtig wird, hat nämlich im Labor nicht immer einen offensichtlichen HB-Wert-Abfall, sondern wird manchmal auch oberhalb des kritischen HB-Werts bei Ischämiesymptomatik transfundiert. Wenn in solch einem beschriebenen Fall die MTA im Labor als auch die Pflegekraft annimmt, dass der Arzt schon wissen wird, wer transfundiert wird, oder ein Schichtwechsel zum Informationsverlust führt, wird dieser falsche Patient transfundiert, obwohl die Bluttransfusion nicht notwendig ist- zwar mit einer blutgruppenverträglichen Konserve, aber mit all den Risiken der nicht notwendigen Transfusion. Angenommen der Patient bekäme eine Volumenüberladung, ein TRALI, eine Transfusionsreaktion, eine Thrombose mitbedingt durch die erhöhte Viskosität, etc., dann wäre die medizinische Fehlleistung unmittelbar der Verwechslung anzulasten. Aber auch ohne die unmittelbaren Komplikationen einer Bluttransfusion ist die Datenlage eher im Sinne einer eindeutigen Gefährdung von Patienten durch eine</p>
--	---

	<p>solche therapeutische Maßnahme zu interpretieren. Diese Version dieses Berichts zeigt deutlich, dass jede Transfusion nur nach einer individuellen Risiko-Abwägung zu rechtfertigen ist und dass zu den Risiken auch die Verwechslung gehört.</p> <p>- Gleich ob richtiger oder falscher Patient zur Blutprobe- Wenn die Blutprobe als dringlich markiert war, sollte ein Anruf zur Blutbank nicht mehr erfolgen bzw. notwendig werden. Hier hat der Anruf zur Aufdeckung der Verwechslung geführt, sonst hätte die Durchführung durch den anordnenden Arzt selbst oder die Vertretung im Nachtdienst bei Hinterfragen der Indikation die Verwechslung aufdecken sollen.</p>
Prozesseilschritt**	1-Probenentnahme
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	Nicht angegeben
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	ITS/IMC
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Nachtdienst, Wochenende
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. / Evtl.
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	5/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung auch für Pflegekräfte: Indikationsstellung in der Hämotherapie 2. SOP, Verfahrensanweisung: Blutprobenentnahme in der Hämotherapie und Identitätssicherung 3. SOP-Berufsgruppeübergreifende Kommunikation im Intensivteam in der Hämotherapie 4. Meldung des Falls an die

	<p style="text-align: center;">Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Namensschilder am Bett (nicht nur bei Intensiv- und bewusstlosen Patienten) 2. Die Anforderung von Blutprodukten könnte elektronisch für den Anfordernden verwechslungssicherer gemacht werden: größere Felder für den anzuwählenden Patienten 3. Bei detaillierter Angabe der Transfusionsindikation bei der Anforderung wäre eine Verwechslung eventuell schon früher aufgefallen. Bei elektronischer oder papierbezogener Anforderung sollte die Indikation immer ausgefüllt werden (müssen). 4. Die Ausgabe der EK im Labor/Blutdepot kann verbessert werden, indem immer der Gültigkeitsschein der Serum-Verträglichkeits-Probe oder ein Patientenetikett von der Station mitgebracht wird und die Ausgabe dann EDV-gesteuert durchgeführt wird, wie schon geschrieben am besten mit einem Scanner und entsprechendem Abgleich im LIS. Zudem kann man an den gekreuzten Konserven im Kühlschrank den Konservenbegleitschein befestigen, entweder einfach mit einem Gummi oder wenn die Konserven im Sarstedt-Ständer stehen davor stecken. 5. Scannerbasierter Abgleich der Blutprobenetiketten mit dem Barcode auf dem Bett bzw. dem Patientenarmband
--	--

***Risikokala:** _____

Wiederholungsrisiko

1/5 sehr gering/sehr selten
max. 1/100 000

2/5 gering/selten

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende Beeinträchtigung

2/5 geringe Schädigung/wenig vorübergehende

	max. 1/10 000		Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
	max. 1/1000		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 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