

## 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>	Gestohlene Krankenkassenkarte führt beinahe zur Fehltransfusion
<b>Fall-ID</b>	102-2016-I4R9
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Ein 47-jähriger Mann mit Migrationshintergrund und Sprachproblemen kommt notfallmäßig nach multiplen Frakturen, Z.n. Bandenauseinandersetzung in der Innenstadt, zur unfallchirurgischen Versorgung in die Notaufnahme und dann in den OP. Neben zahlreichen Weichteilverletzungen durch Messerverletzungen an beiden Unterarmen und einem tiefen Schnitt im Delta li, Femur-Schaftfraktur und Tibia-Trümmerfraktur li. Abdomen CT mit leicht auffälligem Milzbefund. Blutgruppe und Kreuzblut wird abgenommen und vor Einschleusung in den OP ins Labor verschickt.</p> <p>Die Blutgruppe, die aktuell ermittelt wird, stimmt nicht mit der des Patienten gleichen Namens, Adresse und Geburtsdatums in der Datenbank des Hauses von einem früheren Unfall überein. Der Anästhesist wird nochmalig gebeten, Blut zu schicken. Da der Patient in Narkose liegt, kann er nicht über stattgehabte KM-Tx befragt werden. Die Angehörigen konnten wegen sprachlicher Probleme telefonisch keine anamnestischen Auskünfte geben und wurden mit Dolmetscher einbestellt.</p> <p>Die Diskrepanz der Blutgruppen beim glücklicherweise noch nicht dringend transfusionsbedürftigen Patienten im OP und dem Ergebnis in der Datenbank bleibt auch nach Neubestimmung bestehen - A neg vs. 0 pos. Der Patient wird im Laufe blutgruppengerecht nach dem aktuellen Befund versorgt (0 pos) und ohne Transfusionsreaktion auf Intensiv verlegt.</p> <p>Bei Besuch der Angehörigen fällt der Stationsschwester die Ansprache mit einem anderen Vornamen auf. Die in der Verwaltung durch die Angehörigen angegebenen Personendaten sind ebenfalls nicht mit denen in der Notfallaufnahme aufgenommenen Daten übereinstimmend. Dabei klärt sich im Gespräch mit den Angehörigen auf: Die Identifikation des Patienten war mittels der mitgebrachten Krankenkassenkarte in der Notaufnahme</p>

	Samstagnacht erfolgt. Diese war dem Schwager entwendet worden. Auf eine Anzeige von Seiten der Familie wird verzichtet.
<b>Problem</b>	<p>Dieser Bericht ist ein wertvoller Hinweis auf die Fehlermöglichkeiten bei der Patientenidentifikation ganz zu Beginn des Behandlungsprozesses. Da wir nicht immer und nicht von allen Versicherern aktuelle Passbilder auf der Versichertenkarte vorgelegt bekommen, müssten wir eigentlich einen Abgleich mit einem Pass mit aktuellem Foto vornehmen.</p> <p>Ob in diesem Fall tatsächlich der Straftatbestand der Erschleichung von Versicherungsleistungen vorliegt, können wir nicht aus dem Bericht ersehen. Möglich wäre auch, dass er dessen Karte aus unbekanntem Gründen einstecken hatte und er bei Einlieferung bewusstlos gewesen ist. In Ermangelung anderer Ausweispapiere wird häufiger zur Begründung eines identifizierenden Datensatzes jeder Hinweis auf die Persönlichkeit des Unfallopfers akzeptiert, wie so häufig unbewiesene Auskünfte zur Person des Patienten von anwesenden Angehörigen.</p> <p>In diesem Fall hatte der Schwager einen früheren Aufenthalt in demselben Haus, eine Blutgruppe wurde bestimmt (A neg). Wäre keine aktuelle Blutprobe beim aktuellen Patienten mit der Blutgruppe 0 pos. genommen worden, hätten Universalkonserven der Blutgruppen 0 neg. oder 0 pos. transfundiert werden müssen. Insofern hätten unsere Routine-Vorgehensweisen diesen Patienten geschützt. Eine potenziell letal verlaufende Transfusionsreaktion durch die Major-Inkompatibilität der Blutgruppenkonstellation war somit nicht zu befürchten.</p> <p>Aber wir lernen, dass nichts unmöglich ist und dass die Identitätssicherung unserer Patienten am Beginn des Behandlungsprozesses die Überprüfung des Ausweises erfordert - auch wenn sie uns noch so abwegig erscheint.</p>
<b>Prozesseilschritt*</b>	15 - Patientenidentifikation
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Schockraum, Notfallambulanz
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	ASA 4, Wochenende, Notfall
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.;</b>	A

<b>D - nein; Keine Angaben)</b>	
<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>	
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	1/5
<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. SOP/VA – alle Mitarbeiter: Korrekte Identifikation des zu behandelnden Patienten vor kritischen Behandlungsschritten wie Eingriffen, Transfusionen, Transplantationen, Medikamentenverabreichung inklusive des besonderen Verfahrens bei Bewusstlosen, Dementen, Kindern ...</li> <li>2. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einrichtung-EDV/ Aufnahme/ Verwaltung: Einbezug eines Ausweisdokuments bei initialer Erstellung des Datensatzes</li> <li>2. Gesetzgeber/ Gematik/ Kassen: Zwingender Einschluss eines aktuellen Lichtbilds bzw. der Blutgruppe und den Antikörperstatus in die Versichertenkarte der Krankenkassen (eKK und konventionelle KK-Karte)</li> </ol>

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationsaal
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		

# Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

## **\* 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<br>max. 1/100 000 |
| 2/5 | gering/ selten<br>max. 1/10 000            |
| 3/5 | mittel häufig<br>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<br>bleibende Beeinträchtigung                        |
| 2/5 | geringe Schädigung/ wenig vorübergehende<br>Beeinträchtigung                             |
| 3/5 | mäßige bis mittlere akute gesundheitliche<br>Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden |
| 4/5 | starke akute Schädigung/ beträchtliche<br>bleibende Schäden                              |
| 5/5 | Tod/ schwere bleibende Schäden   |