



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	ABO-Inkompatible Fehltransfusion durch mangelhafte Patientenidentifikation und fehlenden Bedsidetest
Fall-ID	112-2016-I8C6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Im Nachtdienst um 21:00 Uhr, Zweibettzimmer auf Station ist folgendes passiert: Diensthabender Arzt nennt den Namen des Patienten, der ein EK erhalten soll. Transfusion wird bei dem Patienten eingeleitet, der sich auf die Namensnennung gemeldet hat. Die Prüfung des Patientenarmbandes wurde unterlassen, aktive Angaben zur Person durch den Patienten wurden nicht eingefordert. Der Patient reagierte nach wenigen ml EK (geschätzt ca. 5 - 10ml) mit Übelkeit, Kaltschweißigkeit, Tachycardie. Die Transfusion wurde umgehend vom zufällig anwesenden Pflegepersonal beendet und der Arzt verständigt. Der Patient erhielt zeitnah i.v. Prednisolon 500mg, Dimetindenmaleat 4mg, Ranitidin 50mg, Furosemid 40mg. Intensivmedizinische Überwachung wurde eingeleitet. Der Patient überstand die Fehltransfusion unbeschadet.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> - Die Verabreichung einer Bluttransfusion erfordert die zweifelsfreie Identifikation des Patienten, nicht nur zur Nachtzeit. Empfohlen ist bei ansprechbaren Patienten die aktive Nennung des Namens und des Geburtsdatums vom Patienten selbst. Das ist hier nicht erfolgt, vermutlich mit einer falsch verstandene „Rücksichtnahme“ auf den Nachtschlaf. Aber auch keine Kontrolle des Patientenarmbandes. Darüberhinaus ist kein Bedsidetest erfolgt. Diese Nachlässigkeiten und Versäumnisse führen in der Regel bei Schädigung des Patienten, die hier glücklicher Weise unterblieb, zur Verurteilung des Arztes wegen fahrlässiger

	<p>Körperverletzung oder Tötung .</p> <p>- Ursächlich für ein solches Verhalten ist oftmals Unwissenheit und Fehleinschätzung der Situation, Arbeitsüberlastung, Erschöpfung oder Frustration, Depression. Kein uns bekannter Arzt nimmt die Folgen einer verschuldeten Patientenschädigung diesen Ausmaßes leichtfertig auf sich. Hier sollte im Rahmen einer Analyse nach den Ursachen geforscht werden. Selten sind persönliche Faktoren, meist innerbetriebliche Faktoren ursächlich anzuschuldigen. Coachingprogramme, strukturelle Dienstentlastung und Konfliktmanagement sind in dieser Situation von aller größter Bedeutung für die Vermeidung weiterer Fälle.</p>
Prozesseilschritt**	Verabreichung 5
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	n.a.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Nachtdienst
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	A
Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein / ja
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	1/5
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. Intimes und vertrauliches Gespräch des Vorgesetzten mit dem Mitarbeiter 2. Fortbildung/SOP/Verfahrensanleitung für die Abteilung/Institution: Verabreichung von Bluttransfusionen 3. Fortbildung/SOP/Verfahrensanleitung: Patientenidentifikation: Durchführung beim

	<p>wachen (hier erweckbaren), narkostisierten, komatösen und unbekanntem Patienten</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fortbildung Ärzte: Inkompatibilitätsreaktionen, Nebenwirkung und Risiken der Bluttransfusion 5. SOP/Verfahrensanleitung- Bedside-Test: Durchführung und Delegation, Fehlerquellen und Lücken 6. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obligatorischer scannerbasierter Match vor Verabreichung eines Blutprodukts von Konserve, Patientenarmband und Kreuzprobenresultat (Voraussetzung Handheld und PDMS-System) 2. Überprüfung der Nachtdienstauslastung der Diensthabenden, strukturelle Dienstentlastung 3. Coachingprogramme und Konfliktmanagement
--	---

***Risikoskala:**

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 Fehler bei der Probenabnahme,
2. -Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes,
3. -Fehler im Labor,

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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