



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	Beinahe Fehltransfusion - Patientenverwechslung
Fall-ID	CM-18611-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Beinahe-Fehltransfusion wegen verwechselter Patientendaten</p> <p>Patientenzustand: Zwei aufeinander folgende Patienten im gleichen Saal, gleiche Diagnose, gleiche OP, beide höheren Alters (>75 Jahre), altersentsprechende Vorerkrankungen, ähnliche Statur, gleiches Narkoseverfahren.</p> <p>Wichtige Begleitumstände: In der Klinik sind vorgedruckte Bögen vorhanden, um die Weiterbildung für die BLAEK zu dokumentieren. Diese werden gesammelt und dann in ein bestimmtes Fach gelegt, um elektronisch erfasst zu werden. Es gibt also für jede Narkose, bei der ein Weiterbildungsassistent beteiligt war, einen solchen Bogen. Folglich ist es ein gängiges Formular in der Abteilung.</p> <p>Was ist passiert? Patient 1 wurde postoperativ bereits auf Intensivstation verlegt mit einem mittleren intraoperativen Blutverlust.</p> <p>Patient 2 hat intraoperativ ähnlich viel Blut verloren. Die Indikation zur Bluttransfusion wird gestellt. Das Blut wird telefonisch bei der Blutbank bestellt. Zur Identifizierung dient ein Patientenaufkleber auf einem Weiterbildungsbogen. Der Patient name ist bereits bekannt und gut gemerkt, das Geburtsdatum ist sehr einprägsam.</p> <p>Sobald das Blut da ist, wird der nach Standard durchgeführte Bedside-Test mit dem Konservenschein der Blutbank (also mit dem EK) verglichen. Die Blutgruppe stimmt nicht überein. Der Bedside-Test wird nochmal durchgeführt, der Oberarzt hinzugerufen. Dieser vergleicht erneut das Testergebnis und die Patientendaten auf besagtem Aufkleber/ Bogen, der neben den EKs liegt. Gemeinsam wird überlegt, wo der Fehler liegen könnte, die Indikation erneut überdacht und alle Umstände nochmals überprüft.</p> <p>Dann meldet sich die Intensivstation, dass sie Patient 1 (also den Patienten, der zuvor im Saal operiert wurde) gerne transfundieren würde, laut Blutbank die EKs allerdings noch im OP bzw. Saal seien.</p> <p>Was war passiert? Von Vornherein war für den Patienten 2 das falsche Blut bestellt worden, nämlich das für den Patienten 1. Es wurden zur Identifizierung die Daten des Patienten 1 auf dem Weiterbildungsbogen verwendet, welcher versehentlich zwischen die Unterlagen von Patient 2 gerutscht war. Es wurde versäumt, die</p>

	<p>Patientendaten durch einen anderen Aufkleber zu prüfen, da die Daten ja vermeintlich bekannt und "gemerkt" waren.</p> <p>Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Unterlagen mit Daten eines Patienten bleiben beim Patienten bzw. bleiben nicht im Saal. 2. Exakte Identifizierung des Patienten: Seitdem wird immer zweimal geprüft. 3. Bedside-Test ernst nehmen!
<p>Problem</p>	<p>Hätten die Patienten eine im Majorsystem keine unterschiedlichen Blutgruppen gehabt, wäre hier das falsche Produkt transfundiert worden. So hat der Bedside-Test eine Fehltransfusion verhindert.</p> <p>Das falsche Blut wurde bestellt, weil zur Patienten-identifikation bei der Blutbank/ beim Blutdepot ein Dokument des vorigen Patienten benutzt wird, das versehentlich in die Akte des nachfolgenden Patienten geraten ist. Vermutlich werden die Bögen vom Assistenzarzt am Arbeitstag gesammelt und dann abgegeben und elektronisch erfasst/ eingelezen. Problematisch ist dabei, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der/die Anästhesist/in, Assistenzarzt/in sowie Oberarzt/in den Namen des derzeit behandelten Patienten 2 nicht kennen und erst beim Anruf von der Intensivstation auffällt, dass der getestete Patient der falsche Empfänger ist. Beim Abgleich der Patientendaten mit den Konservendaten hätte auffallen müssen, dass die Konserve für Patient 1 bestimmt war. • zur Patientenidentifikation nicht immer dasselbe Dokument oder gar ein Abrufformular, sondern ein Patientenetikett oder ein Dokument mit der Patientenidentifikation benutzt wird. Die Anforderung erfolgt telefonisch. Die Ausgabe des Blutprodukts erfolgt durch die Vorlage einer nicht eindeutig vorgeschriebenen Patientenidentifikation. Eine Abrufdokumentation mit Angabe der Indikation und zeitlichem Nachweis des Abrufes ist somit in dieser Einrichtung nicht möglich. Sowohl eine in der Hämotherapie-Richtlinie vorgeschriebene Verbrauchsstatistik als auch die Angaben der Indikation sind einfacher mit einem Abrufformular - elektronisch oder analog. Auch können bei nicht näher vorgeschriebener Vorgehensweise und SOP Verwechslungen erfolgen, wie in diesem Fall. • Die Verwendung eines Weiterbildungsbogens zur elektronischen Erfassung der durchgeführten Narkosen ist zwar löblich, erscheint anhand dieses Falls als vielleicht verzichtbare papierbezogene Dokumentation. Bei elektronisch oftmals einlesbaren Anästhesieprotokollen und/ oder Personalzuordnungen im OP-Managementmodul sind Narkose-Nachweise zu Weiterbildungszwecken einfach anderweitig generierbar.

	<ul style="list-style-type: none"> Das Vier-Augen-Prinzip ist auch nicht unfehlbar. In diesem Fall führt es primär nicht zur Entdeckung. Erst der Anruf von der Intensivstation bringt die Lösung. Somit erscheint eine zusätzliche Überwachung des Verabreichungsprozesses durch den scannerbasierten Abgleich von Patientenarmband und EK-Nummer eher geeignet, den Mismatch aufzudecken.
Prozesseilschritt**	2-Anforderung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 3, Routine, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D- nein, keine Angaben	D
Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Ja/ja
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Vertrauen auf den Bedside-Test. Keine Transfusion ohne entsprechenden Bedside-Test! Außerdem hatten die 2 Patienten unterschiedliche Blutgruppen.“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	5/5

<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung, SOP/ Verfahrensanweisung - Ärzte Anästhesie: Richtliniengetreue Verabreichung eines Blutprodukts 2. SOP/ Verfahrensanweisung - Ärzte: Einführung der sorgfältigen und richtigen Identitätskontrolle auch nach dem 4-Augen-Prinzip zur Verabreichung von kritischen Medikamenten und Blutprodukten, besonders bei dementen und bewusstseinsgetriebenen Patienten 3. Einführung eines Abrufformulars für Blutkonserven und Blutprodukte unmittelbar vor Ausgabe 4. Abschaffung der papierbezogenen Weiterbildungsdokumentation 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scannerbasierter Abgleich der Blutpräparate-Nummer mit dem Patientenidentifikationsarmband 2. Elektronische Erfassung der Verbrauchsstatistik, der patienten- und situationsbezogenen Indikationsdokumentation 3. Elektronische Erstellung des Aus- und Weiterbildungskatalogs der Assistenzärzte anhand von KIS/ OP-Management/ Narkoseprotokoll-Dokumentationssystemen 4. Elektronisches Chip-Tracking der Blutkonserven
---	---

***Risikokala:**

Wiederholungsrisiko

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

****Prozesseilschritte 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