

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 bei Namensgleichheit
Fall-ID	180-2020-E7K6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patient A und Patient B haben Namensgleichheit (Vor- und Zuname!) und liegen auf derselben kardiologischen Station. Patient A wird dann mit den Papieren von Patient B auf die Kardio-Intensiv verlegt. Sowohl die Krankenakte als auch die Aufkleber von Patient B sind versehentlich mitgegeben worden.</p> <p>Dort erfolgten zunächst alle Anforderungen, auch die für Kreuzblut und Blutkonservenbereitstellung mit falschen Dokumenten.</p> <p>Die Verwechslung wurde danach vom INT-Personal gemerkt und sofort dem Labor gemeldet.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Das SBAR-Protokoll: https://www.bda.de/files/Februar_2016 - Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase - Das SBAR-Konzept.pdf</p>	<p>Die Verlegung von Patienten in andere Bereiche des Krankenhauses beinhaltet an den Schnittstellen die Gefahr des Datenverlustes oder der Verwechslung. Die notfallmäßige oder gestuft dringliche Verlegung auf die Intensivstation von einer Normalstation, um die es sich hier gehandelt haben dürfte, ist meist als Notfallsituation einmal mehr für Fehler anfällig. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (GDAI) und der BDA hat deshalb für die Übergabe von Funktionsbereich zu Funktionsbereich aufgrund der bekannten Informationsverluste ein strukturiertes Übergabeprotokoll empfohlen - das SBAR-Konzept[1].</p> <p>Die Gefahr von Verwechslungen von Patienten mit gleichem oder ähnlichem Namen ist bekannt. Da es nicht allen immer und jederzeit geläufig sein kann, dass zwei Namensgleiche auf der Station liegen, sollten organisatorische Maßnahmen getroffen werden, wenn immer 2 Patienten mit gleichem oder ähnlichem Namen anwesend sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Räumliche Trennung:</i> Sie sollten nicht ins gleiche Zimmer gelegt werden • <i>Eigenverantwortung des Patienten:</i> Die Patienten sollten über die Tatsache der Namensgleichheit informiert werden, damit sie durch aktives Nachfragen und Erfragen

<p>[2] Richtlinie Hämotherapie 2917/2019 Kap. 4.4.3 Identitätssicherung</p> <p>„Der anfordernde Arzt muss auf dem Untersuchungsauftrag eindeutig ausgewiesen sein. Er ist für die Identität der Blutprobe verantwortlich.“</p> <p>https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p>	<p>von Zusatzdaten wie des Geburtsdatums bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen mithelfen, Verwechslungen zu vermeiden</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aufmerksamkeit 1:</i> die Akten/Namensschilder sollten mit einem Verweis auf der Namensgleichen versehen und deutlich in Alarmfarbe markiert werden • <i>Aufmerksamkeit 2:</i> Bei Besprechungen und Übergaben des Personals sollte auf den Umstand immer dann und auch immer wieder hingewiesen werden, wenn namensgleiche Patienten betreut werden • <i>Aufmerksamkeit 3:</i> Die Anforderung von Blutprodukten entspricht der Verordnung eines Medikaments und ist eine ärztliche Tätigkeit. Ein Arzt muss den Anforderungsschein unterzeichnen. Damit das 4-Augen-Prinzip erfüllt ist bzw. die Richtigkeit aller Angaben kontrolliert werden kann, sollte ein/e Stationssekretär/in/Pflegekraft die inhaltlichen Angaben auf dem Anforderungsformular vorbereiten und ein Arzt diese kontrollieren. Letztlich ist der Arzt für die Richtigkeit der Angaben und der Patientenidentität verantwortlich [2]. • <i>Technik 1:</i> Identifikationsarmbänder sollten mit einem Barcode versehen und bei allen Maßnahmen gescannt werden • <i>Technik 2:</i> Die Anforderungen sollten elektronisch erfolgen. Das KIS sollte mit Plausibilitätskontrollen die Maßnahmen nicht nur dokumentieren, sondern auch kontrollieren: Wenn beispielsweise die falsche Frau Müller bei einem Hämoglobinwert von 14g/dl eine EK-Transfusion erhalten soll, muss das intelligente KIS das bemerken.
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>2 - Anforderung</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>k.A.</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Station, Intensivstation</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>Routine</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.;</p>	<p>A</p>

D - nein; Keine Angaben)	
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
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>[3] Musterverfahrensanweisung zur Vermeidung von Blutprobenverwechslung - empfohlenes Vorgehen der IAKH, Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung und SOP/VA – Ärzte und Pflege: Das SBAR-Konzept zur strukturierten Patientenübergabe 2. SOP/VA – Ärzte und Pflege: Blutentnahme und Anforderung von Blutproben (für das immunhämatologische Labor). Mustervorlage siehe [3]. 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geschäftsführung und Patientenmanagement: Einführung von Patientenarmbändern 2. Geschäftsführung und IT: Einführung von elektronischen Patientenakten 3. Geschäftsführung, IT und Labor: Einführung von elektronischen Labor- und Blutprodukterfordernungen

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationssaal
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	Verfahrensanweisung
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
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 |