

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	Patientenverwechslung führt zur Fehltransfusion von FFP
Fall-ID	CM-241994-2022
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patientenzustand: Z.n. ACVB OP 2003, NIDDM, chron. NI</p> <p>Bei intraoperativem Volumenverlust erfolgte die oberärztliche Indikation zur FFP Gabe. Die FFPs wurden durch die Pflegekraft mit Abgleich des Namens sowie des Geburtsdatums und der OP-Saal Nummer telefonisch bei der Blutbank bestellt. Nach Eintreffen der FFPs wurden diese durch die Pflegekraft kontrolliert und in die Aufwärmung verbracht. Danach erfolgte die Vorbereitung des FFP durch die Pflegekraft im OP-Saal mit Abgleich der Daten. Es erfolgte im Anschluss die ärztliche Kontrolle des Namens und des Geburtsdatums sowie der Blutgruppe. Ein Bedside-Test wurde im Rahmen der Narkoseeinleitung mit dem Ergebnis Blutgruppe B bereits durchgeführt.</p> <p>Daraufhin wurde die FFP-Gabe mit Blutgruppe 0 begonnen. Bei Re-Evaluation während der Transfusion wurde die unsachgemäße Anwendung des FFP mit der Blutgruppe 0 erkannt und die Transfusion sofort gestoppt und der Oberarzt informiert. Beim erneuten Abgleich der Daten zeigte sich eine Verwechslung des Patientennamens, das Geburtsdatum zeigte sich identisch. Bei gleich klingendem arabischem Namen wurde dies zuvor von allen Instanzen nicht bemerkt. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits ca. 200ml des FFP eingelaufen. Das vollständige System wurde sofort ausgetauscht.</p> <p>In der Aufarbeitung zeigte sich, dass die FFP zu einem anderen Patienten, welcher zuletzt vor >10 Jahren im Haus war, ausgestellt wurden. Dieser Name klang ähnlich, das Geburtsdatum stimmte überein und der Patient zeigte sich in der Namensliste des Krankenhausinformationssystems direkt unterhalb des richtigen Patienten.</p> <p>Besonders ungünstig war, dass eine genauere ärztliche Kontrolle der durch die Pflegekraft vorbereiteten FFP hätte erfolgen müssen.</p>

	<p>Eigener Ratschlag (take-home-message): Doppelt-Check der Blutprodukte, der Begleitscheine und der tatsächlichen Blutgruppe des Patienten. Am besten im vier Augen Prinzip.</p> <p>Das Ereignis ist erstmalig aufgetreten.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Querschnittsleitlinien Hämotherapie 2020 der BÄK <i>„Bei raschem Blutverlust hat die schnelle Wiederherstellung des zirkulierenden Blutvolumens sowie die Vermeidung einer Verdünnungskoagulopathie durch eine zu spät einsetzende Gerinnungstherapie oberste Priorität“</i></p> <p>[2] Musterverfahrensweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven - empfohlenes Vorgehen der IAKH: Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p> <p>[3] Verfahrensweisung der Bundesärztekammer https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/2019-01-18_MAA_Transf.EK.docx</p>	<p>In diesem Fall können aus der Meldung einige Aspekte aufgegriffen werden, vieles bleibt aber unerwähnt. Es ist nicht erwähnt, ob es in diesem Fall zu einer Transfusionsreaktion gekommen ist, kann aber vermutet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laut Querschnittsleitlinien Hämotherapie 2020 Kap. 4.4.2 [1] wird therapeutisches Plasma ABO-gleich transfundiert. Null Plasma kann nur Patienten kompatibel verabreicht werden, die die Blutgruppe Null haben. Bei diesem Patienten ist im Rahmen der Einleitung und in Erwartung der Transfusion ein Bedside-Test mit der Blutgruppe B durchgeführt worden. Leider sind nähere Angaben wie Ausmaß der Transfusionsreaktion und Hämolyse durch die im Null-Plasma enthaltenen Anti-B-Antikörper, Art der Operation, sonstige Umstände wie Blutverlust, Gerinnungsdiagnostik, Kreislaufzustand und Ischämierisiko nicht gemeldet. Ein Volumen von 200ml reicht in der Regel für eine symptomatische Transfusionsreaktion im ABO-System. • Die ärztliche Kontrolle des Patientennamens und der Patientenblutgruppe wurde offensichtlich von der ärztlichen Kraft nicht zusammen mit der Blutgruppe der Plasmakonserven übereingebracht. Zur kompletten und korrekten Anwendung von Blutprodukten gehört eigentlich auch die Kontrolle des Konservenbegleitscheins sowie der Chargennummer (siehe Musterverfahrensweisungen von IAKH [2] und BÄK [3], am besten im Vier-Augen-Prinzip (z.B. Pflege mit Arzt), wie an der Meldung angefragt. • Es kommen mit der Einwanderung anderer Nationalitäten und Sprachräume immer wieder zu Namensverwechslungen, da sich aus unserer Sicht die Namen alle mehr oder weniger ähnlich sind. Auch identische Namen und gleiche Geburtsdaten (oftmals 1.1.xx aus Ländern ohne tagesaktuelle Meldemöglichkeiten) kommen immer wieder vor. Einige Einrichtungen sind deshalb dazu übergegangen, außerdem Geburtsdatum und Namen noch die Aufnahme-/IT-Nummer abzufragen. • Intraoperativer Volumenverlust ist keine Indikation für Gefrierplasma. Laut Querschnittsleitlinien Hämotherapie 2020 Kap. 4.4.4.1 [1] ergibt sich lediglich bei raschem und großem Volumenverlust in Verbindung mit Gerinnungskonzentraten, da die Dosierung zur Korrektur eines Gerinnungsfaktormangels meist extrem hohe Dosen an FFP benötigt (Kap. 4.4.4.3). Es scheinen wohl mehrere FFPs

<p>[4] Richtlinie Hämotherapie 2017 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p> <p>[5] EU Richtlinie 2001/83/EG https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/Medikationsfehler/20150626.pdf</p>	<p>angefordert worden und auch vermutlich einige EKs geplant gewesen zu sein, aber die Indikation ist aus dem Bericht nicht richtig ersichtlich. Eine prophylaktische Plasmagabe oder die Therapie eines Volumenmangels ohne Koagulopathie ist nicht leitliniengerecht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Fehlanforderung beruht auf Namensähnlichkeit bei gleichem Geburtsdatum, offensichtlich über ein elektronisches System (KIS). Die Blutbank ist vermutlich nicht mit dem KIS so verbunden, dass aufgefallen wäre, dass dieser Patient gar nicht im Haus ist. Es sollte eine Plausibilitätskontrolle eingerichtet sein, dass nur Produkte für aktuell stationäre Patienten bereitgestellt und ausgeliefert werden können. • Die Meldung vermittelt wenig Teamgeist. Eher scheinen ärztlich-pflegerische Fronten zu existieren. Die vom Meldenden an die ärztliche Kontrolle gestellte Forderung („hätte müssen“) reflektiert zwar die rechtliche Verantwortlichkeit des transfundierenden Arztes, widerspricht aber der Patientensicherheit als einer Teamaufgabe und sollte schon aus Gründen der Zufriedenheit am Arbeitsplatz aufgegeben werden. Das gesamte Team wird bei einer letalen Transfusionsreaktion traumatisiert. Das gilt auch für beteiligte, aber nicht verantwortliche Anwesende. Es ist wichtig und zur zukünftigen Vermeidung des Fehlers, zur Verbesserung von Teamgeist, Arbeitszufriedenheit, Erhaltung der Arbeitnehmer-Gesundheit und Schaffung einer Fehlerkultur, dass der Fehler im Rahmen einer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz M&M ohne Schuldzuweisung aufgearbeitet wird. • Die Verwechslung von Blutprodukten ist mehrfach meldepflichtig. In Abhängigkeit davon, ob es zur Transfusionsreaktion gekommen ist, erwachsen unterschiedliche Meldeverpflichtungen nach Richtlinie Hämotherapie, Kap. 5.3.5, Tab 5.3, S. 77 [4]. Darüber hinaus ist die Verwechslung eines Arzneimittels eine Meldeverpflichtung bezüglich der Arzneimittelsicherheit gemäß EU Richtlinie 2001/83/EG [5].
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>5 - Verabreichung</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>FFP</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>OP, Labor/Blutdepot</p>

Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 3, Wochentag, Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A, C
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/Nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/Nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
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 – alle Mitarbeiter: Blutgruppenkompatible Transfusion von Blutprodukten EK, TK und Plasma. Indikationsstellung und Verfahrensanweisung 2. SOP/VA – Ärzte: Step-by-Step-Verfahren bei der Anwendung von Blutprodukten 3. SOP/VA – OP, Anästhesie, Intensivmedizin: Einführung des Vier-Augen-Prinzips als Verpflichtung vor Anwendung von Konserven 4. SOP/VA – Labor und IT: Aufnahme der Aufnahme Nummer, Fallnummer o.ä. als zusätzliches Identifikationsmerkmal zusammen mit Namen und Geburtsdatum 5. Fortbildung und SOP/VA: Sinnvolle Gerinnungstherapie mit Konzentraten oder Plasma unter Beachtung der prokoagulatorischen Potenz 6. M&M-Konferenz zum Fall 7. Meldung an die Transfusionskommission

	<p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TV, GF und Qualitätsbeauftragter Hämotherapie: Einrichtung einer Fortbildungsreihe, Verfahrensanweisungen und SOPs, Qualitätshandbuch Transfusionsmedizin 2. Laborleiter, TV und IT: Verknüpfung und Einrichten von sinnvollen Plausibilitätsprüfungen. Ein Patient der sich nicht im Haus befindet soll keine Blutkonserven bekommen, die inkompatible Zuordnung darf nicht freigegeben werden, bei einem aktuellen Hämoglobinwert von 13g/dl dürfen keine Erythrozytenkonzentrate ausgegeben werden etc. 3. GF, ÄD, PDL, OP-Manager: Einführung von Teamgeist-fördernder Maßnahmen
--	---

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
ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	PDL	Pflegedienstleitung
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TFG	Transfusionsgesetz
GF	Geschäftsführer/in	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TV	Transfusionsverantwortlicher
Hkt	Hämatokrit	VA	Verfahrensanweisung
ICU	Intensivstation	VHFL	Vorhofflimmern
KHK	Koronare Herzkrankheit		
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

*** 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		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