



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRS-Medical von DGAI/BDA

Thema/Titel	Blutgruppengleiche Fehltransfusion durch Verwechslung eines Erythrozytenkonzentrats
Fall-ID	CM5311/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	postoperativ auf ITS/IMC kam es zu einer transfusionspflichtigen Blutung bei einem frisch aufgenommenen Pat. aus dem OP, der kurz zuvor zusammen mit einem zugehörigen EK übergeben wurde. Aufgrund einer transfusionspflichtigen Blutung kam das EK nach kurzer Zeit direkt zum Einsatz, nachdem vom transfundierenden Arzt ein Bedside-Test durchgeführt und die Konservennummer verglichen wurde. Das EK lief ohne Auffälligkeiten ein. Erst danach fiel auf, dass das EK vertauscht wurde und für einen anderen Patienten im OP gedacht war. Der falsche Patientennamen auf dem Konservenbegleitschein wurde übersehen. Beim Nachkreuzen stellte sich die verabreichte Konserve als verträglich heraus.
Problem	<ul style="list-style-type: none">• Hier wurde übersehen, dass die Verträglichkeitsprobe für einen anderen Patienten gewesen ist. Die eigentliche Verwechslung und mangelnde Zuordnung der Blutprodukte zu den jeweiligen Patienten war beim Verlassen des Ops durch das Transportpersonal geschehen. Die Verwechslung der Blutprodukte im OP führte aufgrund fehlenden Abgleichs aller Unterlagen auf ITS/IMC zur Fehltransfusion.• Fehlen der Konserve für den anderen Patienten kann zur lebensbedrohlichen Verzögerung oder zur Gabe von unklar verträglichen Blutes führen.• Blindes Vertrauen des ITS-Personals auf die korrekte Zuordnung durch das OP/Anästhesiepersonal hat zur Fehltransfusion beigetragen• Transportvorschriften für die Entnahme von Konserven aus dem OP-Kühlschrank und den Transport von Blut scheinen zu fehlen oder den Transport in einem Schutzbehältnis wie einer Kühlbox nicht zwingend vorzuschreiben .

Prozesseilschritt**	Patientenidentifikation, Transport, Verabreichung
Wesentliche Begleitumstände	Routinebetrieb, ASA 3, erfahrener Arzt
*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><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vieraugenprinzip bei Verabreichung und Datenabgleich • Großdruck des Patientennamens auf Begleitschein • Aufmerksamkeit bei der Zuordnung der Blutprodukte zum Patienten beim Verlassen des OPs • Wiederholte Personal (Bewusstseins)-Schulung <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutkühlschrank im OP mit Fächern pro Patient und OP-Saal • Behältnisse für Transport von Blutprodukten • Technik/Software: Barcode-Scanner-Abgleich von Patientenarmband, Konservenummer und Verträglichkeitsnachweis (Begleitschein)

***Risikokala:**

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

****Prozesseilschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation