Bericht

Titel:	Fehlende Bestätigung der Patientenidentität
Zuständiges Fachgebiet:	Anästhesiologie
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis a...	OP
Tag des berichteten Ereignisses:	Wochentag
Welche Versorgungsart:	Notfall
ASA Klassifizierung:	*leer*
Patientenzustand:	hämorrhagischer Schock
Wichtige Begleitumstände:	Notfallsituation, fortgeschrittene Dienst-Zeit
Was ist passiert?	Ein/e Patient/in, wurde zur Blutstillung notoperiert. Im Verlauf entwickelte der/die Patient/in im Rahmen des hämorrhagischen Schockes eine zunehmende Kreislaufinstabilität, weshalb eine Massivtransfusion durchgeführt wurde. Im Verlauf mussten FFPs und ein TK nachgefordert werden. Beim Ausfüllen des Anforderungsscheines wurden Etiketten eines/r anderen Patient/in, die versehentlich bei den Unterlagen des/der aktuellen Patient/in lagen, benutzt, weshalb die Blutbank die Blutprodukte für den/die falschen Patient/in ausgestellt hat. Diese Verwechslung fiel auf. Da das "falsche" Blutprodukt die gleiche Blutgruppe und Rhesus-Faktor hatte, kam es nicht zu medizinischen Komplikationen. Die Verwechslung wurde sowohl an den/die transfusionsbeauftragte/n Oberarzt/ärztin der Klinik als auch an die Blutbank gemeldet und protokolliert.
Was war besonders gut?	*leer*
Was war besonders ungünstig?	Fehlende Bestätigung der Patientenidentität
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	Verwechslung der Patientenunterlagen zweier Patient/innen, die im Verlauf der Nacht beide im gleichen Saal operiert wurden. Keine Entsorgung übrig gebliebener Patientenunterlagen. Keine adäquate Kontrolle der Patientenidentität beim Anfordern und Verabreichen der Blutprodukte.
Abgeleitete/umgesetzte Massnahmen...	*leer*
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	erstmalig
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Verlinkungen

Fall-Nr: 284948

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor: Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für klinische Hämotherapie (IAKH) in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Problemanalyse

Die geschilderte blutgruppenkompatible Fehltransfusion eines Thrombozytenkonzentrates (TK) ist oftmals nicht mit sofortigen Symptomen, später aber möglicherweise mit fehlendem Inkrement, Ausbildung irregulärer Antikörper und späten allergischen Reaktionen vergesellschaftet, da der Plasmarestgehalt des Prä-parates ggf. die Menge an mittransfundierten Isoagglutininen zu beachten ist. Die Vorgabe der Richtlinie ist die blutgruppenidentische Transfusion, wenn es die Versorgungslage erlaubt. Da die Blutgruppenantigene auf den Thrombozyten nicht oder nur mäßig ausgeprägt sind, ist die inkompatible Transfusion bei Erwachsenen selten mit unerwünschten Wirkungen assoziiert. Bei Kindern kann der Isoagglutiningehalt im Restplasma dennoch kritisch sein. In der RiLi BÄK 2023 heißt es wörtlich: „Thrombozytenkonzentrate sind AB0-kompatibel, bevorzugt AB0-gleich zu übertragen” [1].

Insofern ist doppelt unklar, ob es sich in diesem Fall um eine „folgenlose" und damit meldepflichtige Fehltransfusion gemäß RiLi BÄK 2023 (Kap. S.92, Tab. 5.3) handelt. Der Fehler ereignete sich durch die Verwendung falscher Etiketten in der Patientenakte. Wie es zu diesem Fehler gekommen ist, ist nicht erwähnt. Die Fehlzuordnung in die Patientenakte ist bei der Papier-bezogenen Aktenführung nicht selten. Fortgeschrittene Dienstzeit, Nacht und Notfallsituation haben vermutlich dazu beigetragen, dass das falsche Etikett nicht aufgefallen ist. Das Vier-Augenprinzip ist im reduzierten Personalpool im Bereitschaftsdienst schwer anzuwenden.

Diese Patientenverwechslung wäre bei der elektronischen Anforderung eher aufgefallen, bei Verwendung von Scannern nicht unbedingt (wenn das falsche Etikett gescannt worden wäre). Es ist von der Ausstattung der elektronischen Aktenführung (Scanner, Plausibilitätsprüfung etc.) abhängig, ob dieser Fehler bei einer komplett elektronisch geführten Akte verhindert werden kann. Eine Reduktion der Verwechslungen insgesamt ist aber anzunehmen [2]. Die Verknüpfung des Krankenhausinformationssystems (KIS) als elektronische Dokumentation von Diagnostik und Therapie mit den Versorgungsdaten aus dem Labor (LIS) und der Blutbank ist zur Vermeidung von Verwechslungen vom AK-Blut bereits 2019 gefordert worden [3].

Die Stresssituation „Massivtransfusion" ist fehleranfällig. Durch Simulationstraining kann die (hoffentlich) seltene Situation trainiert werden, die Sicherheit im Umgang mit Stress, Zeitdruck, Kommunikations- und Informationsmangel, emotionaler Belastung, organisatorischen und fachlichen Fertigkeiten kontrolliert eingeübt werden. Die IAKH [4] (sonst nur intern beispielweise die Universität Kaiserslautern) bietet hierzu einen ganztägigen Workshop an, der gebucht werden kann und der in der anfordernden Einrichtung durchgeführt wird. Simulationstraining kann die Behandlungsqualität nachhaltig verbessern [5].

Der Patient sollte auf Ausbildung von Allo-Antikörper nach 3 Monaten untersucht werden, da eine Folgetransfusion bei niedrig-titrigem oder nicht mehr vorhandenem Spiegel eine durch diese Fremdplasmaexposition geboosterte Transfusionsreaktion nach sich ziehen kann.

Prozessqualität

1. Fortbildung – alle Mitarbeiter (als Plicht-Fortbildung Transfusion): Thrombozytentransfusion: Präparate, Nebenwirkungen, Indikationen, Resistenzen, Komplikationen
2. Fortbildung – alle Ärzte: Blutgruppenantigene-Antikörper, Immunreaktion, Transfusionsreaktionen: Kenntnisvertiefung
3. M&M-Konferenz
4. Meldung an die Transfusionskommission

Strukturqualität

1. GF, ÄD, TV, QBH, Labor- und Depotleitung: Einführung der elektronischen Blutprodukteanforderung und -ausgabe, vernetzt mit dem KIS (besser noch eine Absicherungssoftware der Blutprodukteanwendung)
2. ÄD, TV, CÄ: Beantragung eines Simulationstrainings Massivtransfusion

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in
CÄ	Chefärzte/ Chefärztinnen
FFP	Gefrierplasma
KIS	Krankenhausinformationssystem
LIS	Laborinformationssystem
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
OP	Operationssaal
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
TK	Thrombozytenkonzentrat
TV	Transfusionsverantwortliche

Literatur

[1] Richtlinie Hämotherapie 2023, Kapitel 4.10.3.2. Bundesärztekammer (Hrsg.). Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie): aufgestellt gemäß §§12a und 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut: Gesamtnovelle 2023. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf

[2] Marconi M, Langeberg AF, Sirchia G, Sandler SG. Improving transfusion safety by electronic identification of patients, blood samples, and blood units.*Immunohematology*. 2000;16(2):82-85.

[3] Stellungnahme Fehlanwendungen von Blutkomponenten: Bei der 87. Sitzung des Arbeitskreises Blut am 14.05.2019 wurde folgende Stellungnahme (S 19) verabschiedet [published correction appears in Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020 Jun;63(6):796].*Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2019;62(9):1140-1143. doi:10.1007/s00103-019-02989-9. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6285/2019_Article_StellungnahmeFehlanwendungenVo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[4] IAKH AG Simulationstraining: https://www.iakh.de/ag-haemotherapie-ausbildung-ii-simulation.html

[5] Dillon SJ, Kleinmann W, Fomina Y, et al. Does simulation improve clinical performance in management of postpartum hemorrhage?.*Am J Obstet Gynecol*. 2021;225(4):435.e1-435.e8. doi:10.1016/j.ajog.2021.05.025

Risiko-Abschätzung:

Mögliche Konsequenzen bei einem erneuten Auftreten des Ereignisses:	Schwer
Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens des Ereignisses:	Fast sicher