Bericht

Titel:	Patientenverwechslung im Rahmen der Bluttransfusion
Zuständiges Fachgebiet:	anderes Fachgebiet:
Altersgruppe des Patienten:	unbekannt
Geschlecht des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Notfall
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Pat. P1 Pat. P2 1. beide Pat. kommen gleichzeitig mit Blutungssituation in die ZNA 2. Kommunikation der Pflegekraft (Name nicht bekannt) falsch, sagt sie benötige für P2 zwei ungekreuzte EKs, kommt ins Labor, Konserven werden ausgegeben 3. Diese beiden Konserven werden dann aber, wie sich herausstellt, für Patientin P1 vorbereitet, dies obwohl auf dem Konservenbegleitschein für P2 erstellt wurde (so wird von der Pflegekraft kommuniziert). Ärztliche Person hat die Scheine nicht kontrolliert. 4. wenige Minuten später kommt dann eine andere Pflegekraft und möchte jetzt 2 EK ungekreuzt und 4 GFPs für P2 5. ca. 15 Min. später Anruf von ZNA-Pflegekraft Pat. P1 benötige "nochmals" - obwohl noch keine für diesen Pat. ausgegeben wurden - 2 EKs ungekreuzt - hier wurde der Fehler von der diensthabenden MTLA erkannt.
Was war das Ergebnis?	Frage: Wurde bei Patienten ein Bedside-Test gemacht? Glück: beide Patienten hatten die gleiche Blutgruppe
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	*leer*
Abgeleitete/umgesetzte Massnahmen...	*leer*
Kam der Patient zu Schaden?	Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten
Welche Faktoren trugen zu dem Ereig...	• Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Ausbildung und Training • Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.) • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) • Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	monatlich
Wer berichtet?	andere Berufsgruppe

Verlinkungen

Fall-Nr: 273573

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor: Prof. Dr. med. habil. Matthias Hübler in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Verwechslungen bei Transfusion sind (leider) ein Dauerbrenner. Die Anzahl der Arbeitsschritte erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Fehlern. Aus diesem Grund ist der Ablauf einer Transfusion in den Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten der Bundesärztekammer [1] eindeutig geregelt. Hierbei ist festgelegt, dass folgende Arbeitsschritte vor der Transfusion erfolgen müssen:

Patienten-Identität sichern
- schriftliche Dokumentation der Aufklärung und des Einverständnisses überprüfen
- Indikation überprüfen

Am Patienten sind zu überprüfen und zu dokumentieren:

- Zuordnung Erythrozytenkonzentrat (EK) – Begleitschein – Patient
- Blutgruppe EK und Blutgruppe Patient gleich bzw. kompatibel
- gleichlautende Nummern auf EK-Etikett und Begleitschein
- Verfallsdatum nicht überschritten
- Sichtkontrolle der EK auf Unversehrtheit/ Hämolyse
- Ergebnis und Gültigkeit der Kreuzprobe
- Bedside-Test (letzter Schritt unmittelbar vor der Transfusion)

Eine Transfusion ist eine ärztliche Tätigkeit. Einzelne Arbeitsschritte sind aber unter der Voraussetzung delegierbar, dass der Arzt sich über die entsprechende Qualifikation der Personen, an die delegiert wird, Gewissheit verschafft hat.

- Die Einleitung der Transfusion muss durch den Arzt persönlich erfolgen.

In dem Fall kam erschwerend hinzu, dass es sich um offensichtlich um eine Notfallsituation handelte und die Blutprodukte, wie in einer solchen Situation üblich, ungekreuzt angefordert und ausgegeben wurden. Zusätzlich hatten 2 Patienten eine ähnliche Symptomatik. Gerade in solchen Situationen ist es besonders wichtig, die Vigilanz hoch zu halten. Keinesfalls weggelassen werden darf der Bedside-Test, wie es auch der Melder kritisch anmerkt.

Zusammenfassend sollte der Fall unbedingt abteilungsintern aufgearbeitet werden. Verantwortlich hierfür ist der Transfusionsbeauftragte der betroffenen Klinik. Geklärt werden muss u.a., ob Schulungsbedarf besteht.

[1]
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MuE/Querschnitts-Leitlinien_BAEK_zur_Therapie_mit_Blutkomponenten_und_Plasmaderivaten-Gesamtnovelle_2020.pdf