

CIRS-Fall

Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters: Verwechslung eines Erythrocyten-Konzentrates



Seither wurde das Vier-Augen-Prinzip eingeführt. Das heißt der transfundierende Arzt und eine Pflegekraft stellen gemeinsam die Identität des Patienten sicher.

Link zum Fall:
www.iakh/id-2017.html →
 123-2017-0514 ■

Dr. med. Patricia Klein
 Ärztliche Geschäftsführerin

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf aufmerksam machen, dass solche Verwechslungen (denn Verwechslungen sind „ein unerwünschtes Ereignis“), auch wenn sie wie in diesem Fall blutgruppenkompatibel sind, der Meldepflicht nach § 16 Transfusionsgesetz unterliegen. Die Melde- und Dokumentationspflichten finden sich differenziert unter 5.3.1 der Hämotherapierichtlinie, wo es heißt:

„5.3.1 Pflichten des behandelnden Arztes

Über das Auftreten unerwünschter Ereignisse hat der behandelnde Arzt den Transfusionsbeauftragten und den Transfusionsverantwortlichen oder die sonst nach dem QS-System der Einrichtung der Krankenversorgung zu unterrichtenden Personen zu informieren (§ 16 Abs. 1 S. 2 TFG).

Unter der Gesamtverantwortung des Transfusionsverantwortlichen ist zu klären, ob es sich um ein unerwünschtes Ereignis handelt, das Konsequenzen innerhalb der Einrichtung der Krankenversorgung erfordert oder um den Verdacht einer unerwünschten Reaktion oder einer Arzneimittelnebenwirkung, mit den sich daraus ergebenden Melde- und Dokumentationspflichten (...).

Den Verdacht auf eine unerwünschte Reaktion oder Nebenwirkung eines Blutproduktes oder auf eine schwerwiegende unerwünschte Reaktion oder Nebenwirkung eines Blutproduktes hat der behandelnde Arzt zudem der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen (§ 16 Abs. 3 TFG i. V. m. § 6 MBO-Ä beziehungsweise der entsprechenden Norm in der jeweiligen Berufsordnung).

Der behandelnde Arzt hat unerwünschte Ereignisse zu dokumentieren oder dokumentieren zu lassen. Die Aufzeichnungen sind mindestens 15 Jahre aufzubewahren (§ 14 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 TFG).“

Berichtet wird von einem Arzt, der dem falschen Patienten ein Erythrocyten-Konzentrat transfundierte. Er hatte keinen Abgleich zwischen dem Konservenbegleitschein und dem Patienten vorgenommen. Im Nachhinein wurde die Kreuzprobe abgefragt, die Verträglichkeit bestätigt und der Patient zeigte keine Transfusionsreaktion. Er sollte ebenfalls transfundiert werden, aber seine Konserven waren noch nicht auf der Station.

Eine Nachschulung des Arztes erfolgte besonders bezüglich der Patientenidentitätsprüfung auf dem Konservenbegleitschein und vor Ort sowie der Blutgruppenüberprüfung anhand der Befunde in der Krankenakte.

TAKE-HOME-MESSAGE

- SOP/Verfahrensanweisung/Fortbildung: Identitätssicherung
- SOP/Verfahrensanweisung/Fortbildung: Hämotherapie-Querschnittsleitlinien
- Meldung an Transfusionskommission
- Einführung einer Aufmerksamkeitsaufforderung bei Ausgabe mehrerer Blutkonserven für die gleiche Empfängerstation/ Behandlungs- oder Funktionseinheit
- Wenn möglich scannerbasiertes Identifikationssystem (Barcode oder RFID-Chip)
- Wenn möglich scannerbasiertes Abgleichsystem (Barcode oder RFID-Chip)