

## Bericht

Titel:	Namensverwechslung einer Blutkonserve
Zuständiges Fachgebiet:	anderes Fachgebiet: Intensivmedizin
Altersgruppe des Patienten:	leer
Geschlecht des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Namensverwechslung einer Blutkonserve, falsche Konserve an X ausgegeben, falsche Konserve ans Patientenbett gelegt, Patientennamen gleich, Vorname beginnt mit gleichen Buchstaben, anderes Geburtsdatum, falsche Blutgruppe, (der Patient, für den die EK bestimmt war, liegt ebenfalls im Haus, andere Station)
Was war das Ergebnis?	Verwechslung fällt bei der Abgleichung der Daten für die Transfusion auf, kein Patientenschaden
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...	offenbar falsche Ausgabe der EK vom Labor, Patientenverwechslung
Kam der Patient zu Schaden?	nein
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung und Training</li> <li>• Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)</li> <li>• Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)</li> </ul>
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	erstmalig
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

## Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

### Kommentar:

#### Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de

**Autor:** Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für klinische Hämotherapie (IAKH)

Dieser Fall wurde von der Auswertekommission des Fehlerregisters der IAKH ([www.iakh.de](http://www.iakh.de)) ausgewertet.

### Problemanalyse

Das Problem ist die Ausgabe eines Erythrozytenkonzentrates für einen Namensvetter (vermutlich Vor- und Zuname gleich) an einen Empfänger mit anderer Blutgruppe. Die Wahrscheinlichkeit dieses Ereignisses ist extrem klein, dennoch kommt sie immer wieder vor. In einer kleinen Einrichtung gibt es nicht selten namensgleiche Patienten (aus der gleichen Gegend/Ortschaft), aber dann meist mit einem anderen Geburtsdatum und anderen Unterscheidungsmerkmalen. Dieser Bericht ist nicht der erste seiner Art, trotzdem betont er die Notwendigkeit eines Abgleichs bei Identitäten von mindestens 3, wenn nicht 4 Merkmalen (Name, Vorname, Geburtsdatum und ggf. Patientennummer/Aufnahmenummer, Station o. Ä.). (Nach den Regeln der Kombinatorik steigt die Sicherheit mit jedem Merkmal, das abgeglichen wird, exponentiell).

Der Ausgabe eines EKs geht bei der nicht dringenden Indikationsstellung eine Verträglichkeitsprobe, eine Blutgruppenbestimmung und ein Antikörpersuchtest des Empfängers voran. Die richtige Zuordnung eines Blutprodukts zu einem Empfänger von Seiten des Labors/Blutdepots ist ein sehr kritischer Schritt, weil die Fehlzuordnung tödlich für den Empfänger enden kann. Deshalb ist er meist mit einem Barcodescanner technisch überwacht. In dieser Einrichtung scheint das noch nicht so zu sein. Warum diese Fehl-Zuordnung an dieser Stelle passierte, bleibt Spekulation, weil der Bericht darüber keine Angaben enthält.

Wo technische Hilfsmittel zur Absicherung in dieser Situation nicht zur Verfügung stehen, müssen altherkömmliche Techniken als Sicherheit dienen: Das 4-Augen-Prinzip, das bei der Ausgabe problemlos zu bewerkstelligen ist, da bereits 2 Personen am Vorgang beteiligt sind, bietet sich als erste Maßnahme an. Eine Weitere wäre der Abgleich mit einem Abholschein, einer Verordnung oder Anforderung des EKs, auf dem der Empfängername mit Geburtsdatum aufgeführt sein sollte. Die zusätzliche Aufnahme eines weiteren Merkmals wie der Aufnahmenummer oder der IT-Code für jeden Patienten in der Einrichtung erhöht die Sicherheit der korrekten Zuordnung. Der Eintrag in eine analog oder digital geführte Ausgabeliste mit Datum, Uhrzeit, ID von Ausgebender/m und Abholer/in sowie der Empfänger mit Name, Geburtsdatum und wenn möglich

Aufnahmenummer ist die Absicherung der Blutbank und oft auch Berechnungsgrundlage, an der sich die korrekte Zuordnung nachweisen lässt.

Warum das Produkt den Weg zum (falschen) Patienten gefunden hat, ist ein kritischer Punkt, der vermutlich in den SOPs und Ablaufregeln der Station zu finden ist. Die Information, welcher Patient wann, warum und wie dringend eine Transfusion benötigt, ist medizinisch kritisch und kann nur korrekt von einer in den Therapieprozess eingebundenen Person verstanden und korrekt ausgeführt werden. Es ist gut möglich, dass der Hol- und Bring-Dienst die Blutkonserve auf Bitte der Pflege (z. B. „Die Konserve ist für Herrn Meier. Leg sie bitte gleich ins Zimmer“) dem falschen Patienten zugeordnet hat. Die Arbeitsanweisung der Station für den Umgang mit Blut und Blutprodukten sollte diesbezüglich überprüft werden.

**Prozessqualität:**

1. Fortbildung – Labor, Pflege, Ärzte: „Besonderheit der Therapie mit Blutprodukten: Korrekte Zuordnung des richtigen Produkts in der richtigen Dosis für den richtigen Patienten zum geeigneten Zeitpunkt bei der richtigen Indikation“
2. SOP/Arbeitsanweisung – Laborpersonal/Abholende, Pflege/Transportdienst: Ausgabeabsicherung der richtigen Identität und Zuordnung der Konserve
3. SOP/Arbeitsanweisung – Stationspflege: Umgang und Verfahren mit chargendokumentationspflichtigen Blut- und Plasmapräparationen
4. Einberufung einer M&M-Konferenz
5. Meldung an die Transfusionskommission

**Strukturqualität:**

1. Einführung von Scannern/elektronischer Zuordnung von Blutprodukten zum Patienten zur Dokumentation und Sicherheitsüberprüfung von korrekter Zuordnung, Indikationsstellung und Dosis
2. Geschäftsführung: Modellrechnung, bei der die Kosten für die Neueinführung der o. a. Technik den Kosten gegenübergestellt werden, die der Einrichtung bei einem tödlichen Zwischenfall durch die Fehlzuordnung erwächst