

Fall des Monats August 2020

Vermutete Blutzuckerfehlmessung

Fall-Nummer

206522

Zuständiges Fachgebiet

Innere Medizin

Altersgruppe des Patienten

Senior/in (> 70 Jahre)

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Blutzuckermessung vor dem Abendessen zeigte einen hohen Wert > 440 mg/dl. Pat. erhielt nach Rücksprache mit AVD 12 IE Humaninsulin [Handelsname]. 30 Min. später meldet sich der Pat. mit Schwindel. Vitalzeichenmessung: RR 80/50, HF 80, BZ > 415. Pat. erhält nach RS AVD 1 l Infusionslösung [Handelsname] sowie engmaschige Vitalzeichenkontrollen. Nächste Vitalzeichenkontrolle erfolgte durch einen Praktikanten, VZ stabil, BZ jedoch bei 602 mg/dl. Nach RS mit AVD erhält Pat. erneut 12 IE Humaninsulin [Handelsname] und wird zur Überwachung auf die ITS verlegt. Dort erhält er Insulin i.v. und anschließend eine BGA, wo ein BZ-Wert von 120 mg/dl auffällt. Pat. wurde auch weiter hypoglykäm, weitere Werte und Intervention waren dem Berichtenden zurzeit nicht bekannt.

Ca. 2 Std. später fällt bei einer erneuten BZ Messung durch den Praktikanten bei einem anderen Pat. erneut ein Wert von > 602 mg/dl auf. BZ Geräte werden daraufhin überprüft, keine Auffälligkeiten. Praktikant wird zur Messung befragt und es stellt sich heraus, dass der Praktikant zuerst den Teststreifen mit Blut befüllte und den Streifen erst danach in das Gerät eingeführt hat, woraufhin das Gerät eine Fehlermeldung "602" zeigte.

Was war das Ergebnis?

Fehlerhafte Ausführung der BZ-Messung, woraufhin ein Pat. zu viel Insulin erhält und hypoglykämisch wird.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Praktikant wurde nicht ausreichend zur BZ-Messung geschult und hat diese durchgeführt, obwohl er nicht dazu befugt war. Die Messung wurde nicht durch GuK überwacht. Keine Nachmessung durch GuK erfolgt.

BZ-Messung ausschließlich durch befugtes Personal und ausreichende Schulung derer.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Ausbildung und Training
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

erstmalig

Wer berichtet?

Pflege-, Praxispersonal

Kommentar des CIRS-Teams des Krankenhauses

Die Messung erfolgte mit dem Gerät "[Produktname]". Nach Betätigen der Starttaste wird man zum Einsetzen des Teststreifens aufgefordert. Anschließend zeigt das Gerät einen dreistelligen Code an, der mit der Packung der Teststreifen übereinstimmt. In dem Fall handelte es sich um den Code "602". Erst im Anschluss wird man zur Applikation eines Blutropfens aufgefordert und das Ergebnis der Messung erscheint mit kurzer Verzögerung. So ist es auch in der Gebrauchsanleitung zu dem Gerät vermerkt.

In dem gemeldeten Fall wurde der Teststreifen zuerst mit einem Blutstropfen versehen und anschließend in dem Gerät platziert, so dass der Teststreifencode "602" als Messwert fehlinterpretiert wurde.

Entscheidend ist, dass die Messung durch eine nicht befugte, nicht ausreichend eingewiesene Person erfolgt ist.

Diesbezüglich sollten in der Abteilung die Abläufe überprüft werden.

Darüber hinaus ist aber vorstellbar, dass ein solcher Anwendungsfehler bereits früher aufgetaucht sein könnte. Die Frage ist, ob der Zahlencode der Teststreifenverpackung eher durch einen Buchstabencode ersetzt werden sollte.

Eine Diskussion des Falls im CIRS Anwenderforum wäre wünschenswert. Eventuell sollte eine Rückmeldung an die Gerätefirma und das BfArM erfolgen.

BZ-Gerät

