



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRSmedical AINS

von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Fehlerhafte Blutgruppenbestimmung
Fall-ID	CM-132521-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Fehlerhafte Bestimmung der Blutgruppe im Krankenhaus:</p> <p>Bei einem nicht ganz 70 jährigen Pat. wurde vor einigen Jahren durch Kreuzen von EKs die Blutgruppe B pos bestimmt, ohne dass es zu einer Transfusion gekommen war.</p> <p>Bei der jetzigen Blutgruppenbestimmung war die Blutgruppe A pos , bestätigt durch Wiederholungsuntersuchung. Vermutet wird, dass es zuvor zu einer Fehlbestimmung gekommen ist.</p> <p>Wiederholung der Blutgruppenbestimmung zur Sicherstellung der richtigen Blutgruppe. Warum die damalige Bestimmung fehlerhaft war, ist nicht mehr nachvollziehbar.</p> <p>Wir vermuten Probleme bei der Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) oder sonstiges: möglicherweise Verwechslung bei der Bestimmung erstmalig.</p>
Probleme	<p>Der Abgleich mit der hauseigenen Datenbank ist ein wertvolles Instrument, um aktuelle Verwechslungen der Patienten bzw. der Blutproben zu entdecken oder um damalige, jetzt niedrig-titrige und aktuell nicht mehr nachweisbare Antikörper zu berücksichtigen.</p> <p>Im vorliegenden Fall erweist sich die vergangene, dem Patienten zugeordnete Blutgruppe als ungleich. Dafür gibt es eine Vielzahl von möglichen Erklärungen:</p> <p>[1] Verwechslung von Patient oder Blutprobe: Der aktuelle Patient und der damalige Patient sind nicht identisch, weil damals die Blutproben verwechselt wurden oder die Patientenidentifikation war in einem der beiden Fälle fehlerhaft. Nach unserer Erfahrung sind die Verwechslung von Probengefäßen bei der Blutentnahme am häufigsten. Aber auch die Entnahme beim falschen Patienten,</p>

	<p>vor allem bei Bewusstlosen, Narkotisierten oder Dementen ist ein gängiger Irrtum. Die Vorgehensweise der richtigen Identifizierung ist deshalb besonders wichtig. Erschwerend kommen neben identischen Patientennamen auch immer wieder ein absichtliches „Ausleihen“ der Krankenkassenskarte an Familienangehörige oder der Diebstahl der Versicherungskarte und die Verwendung der in Täuschungsabsicht in Frage (Dieser Fall sollte auch hier aktuell in Betracht gezogen werden). Fazit: Verwechslungen basieren auf einer Vielzahl von Möglichkeiten, hier sind nur die häufigsten aufgeführt: Nicht oder falsch durchgeführte Identitätsprüfungen beim Patienten (Schwierigkeit sind Bewusstlose, Schwerhörige, Demente, etc.), unterlassener Abgleich von Etikett auf den Probengefäßen und Patienten-ID am Bett oder Armband.</p> <p>[2] Blutabnahmefehler: Am ehesten handelt es sich um die Verwendung unbeklebter Röhrchen oder die Abnahme beim falschen Patienten. Im Notfall, Stress oder Nachtdienst sind es meist fehlerhafte Übereinstimmung von Blutprobengefäße inklusive Etiketten, im Routinebetrieb oftmals auch das nachträgliche Bekleben der Röhrchen bei der Blutabnahme am Morgen für alle Patienten.</p> <p>[3] Laborfehler: Die Möglichkeit einer Fehlbestimmung im AB0-System einer identischen Blutprobe ist bei der Gelkarten-, Elutions- sowie der automatisierten Blutgruppenbestimmung extrem gering. Eher liegt eine mögliche Fehlerquelle bei der Zuordnung des Befundes zum Datensatz des Patienten, eine Fehleingabe der Probennummer am Gerät, eine Vertauschung der Proben vor der Analyse, u.v.m.</p> <p>[4] EDV-Fehler: Das Problem kann auch in der elektronischen Datenaufbereitung, der Software oder des Etikettendruckers liegen. Möglich sind eine fehlerhafte Übertragung der damalig evtl. noch papierbezogenen Dokumentation, eine falsche Zuordnung von Aufnahme-nummern zu Namen (z.B. bei Notfallaufnahme von bewusstlosen Patienten noch unbekannter Identität), eine Fehlfunktion des Druckers oder eine Fehlzusammenführung der Etiketten zu den Begleitpapieren oder zu den Probengefäßen.</p>
Prozesseilschritt**	Patientenidentifikation, Probenabnahme, Blutgruppenbestimmung im Labor
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß	k.A.

Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	k.A.
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aus-hilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	k.A.
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Geräte-technik C- Personen mit Gerät v.v., D- nein, keine Angaben	D
Hat/Hätte der Bedside den Fehler ver-hindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	ja / ja
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederho-lung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschla-genen Maßnahmen)</p> <p>[1] Goodnough LT. Transfusion 2014;54:1358-65</p> <p>[2] Goodnough LT. Transfusion 2014;54:2753-2759</p> <p>[3] Goodnough LT. Am J Hematol 2015;90:927-33</p> <p>[4] Athens E. Save Blood, Save Lives. Nature 2015; 250:24-26</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP Ärzte: Identitätsprüfung vor Blutgrup-pen/Kreuzblutabnahme und Anhän-gern/Verabreichung der Blutprodukte 2. SOP Pflege/Stationssekretärin: Vorbereitung zur Blutabnahme der Blutgruppe und der Kreuzblutproben, Transport und Versand ins immunhämatologische Labor 3. Fortbildung: Meldepflicht und rechtliche Konse- quenzen der Fehltransfusion 4. Fortbildung: Komplikationen der Bluttransfusi- on und Transfusionsreaktionen 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maßnahmen zur Identitätssicherung in der Pa- tientenaufnahme (Verwaltung): Einfordern von Lichtbildausweis zusammen mit der KK-Karte 2. Maßnahmen zur Identitätssicherung in der Pa- tientenversorgung: Einführung von Patienten- armbändern, Bettschildern,

	<p>Chips/Rfid/Barcode-Etiketten für Blutprobengefäße, Barcodescanner Abgleich bei der Probenabnahme und Matchingsoftware von Patient und Probe/Blutprodukt</p> <p>3. Zentrale Datenbank für Blutgruppen und Antikörper in Deutschland, unabhängig von der Gesundheitsinstitution oder Vernetzung aller Blutbanken, auch institutionsübergreifend</p> <p>4. Elektronische Speicherung eines aktuellen Lichtbildes mit der Blutgruppe und Allergien auf der eCard der Krankenkasse</p>
--	--

***Risikoskala:**

Wiederholungsrisiko		Schweregrad/Gefährdung	
1/5	sehr gering/sehr selten max. 1/100 000	1/5	sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	gering/selten max. 1/10 000	2/5	geringe Schädigung/wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig max. 1/1000	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/leichte bleibende Schäden
4/5	häufig, min. 1/100	4/5	starke akute Schädigung/beträchtliche bleibende Schäden
5/5	sehr häufig, min. 1/10	5/5	Tod/schwere bleibende Schäden

****Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei Fehler bei der Probenabnahme,
2. -Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes,
3. -Fehler im Labor,
4. -Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung,
5. -Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport, oder Verabreichung
6. - Hämostasemanagement
7. - sonstiger Fehler -nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation