



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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

Meldung über:



IAKH Fehlerregister



CIRSmical AINS

von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Verwechslung der Blutgruppe - Fehltransfusion
Fall-ID	CM-199190-2019
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein Patient auf Intensivstation ist in einem kritischen Zustand, intubiert, beatmet, katecholaminpflichtig und soll dringend transfundiert werden. Es wurde ein EK über die im Hause etablierte Weise im KIS angefordert. Dabei wurde von der anfordernden Person die Blutgruppe des Empfängers falsch angegeben oder verwechselt. Verantwortlich war hier wohl der Zeitdruck und die vorherige Recherche, ob bereits Konserven gekreuzt seien. Die Kodierung des Status von Blutprodukten in der ORBIS/DORNER-Befundübersicht mit Buchstaben, die auch Grundlage der Kodierung des Blutgruppen-Systems sind, hatte den/die Anfordernden zur Falschangabe der Blutgruppe veranlasst (siehe anhängende Legende).</p> <p>R – Konserve/Blutprodukt wurde für diesen Patienten reserviert A – Konserve/Blutprodukt wurde ausgegeben T – Konserve/Blutprodukt wurde transfundiert B – Konserve/Blutprodukt wurde zurückgenommen Z – Konserve/Blutprodukt wurde zugeordnet ZTS – Konserve/Blutprodukt wurde zugeordnet mit T&S</p> <p>Das falsche Blutprodukt wurde dann auch transfundiert. Es ist eine Benachrichtigung vom Blutdepot/Labor über die nicht-blutgruppenkonforme Versorgung eingetroffen. Vermutlich hatte die Verwechslung keinen Einfluss auf die Prognose des Patienten.</p>
Problem	<p>Dieser Melder berichtet über eine Fehltransfusion mit Verwechslung der Blutgruppe, vermutlich aber kompatibel Konserve A auf Empfänger AB. Der oder die Anfordernde hatte sich durch die Statusbezeichnungen der Konserven (A für ausgegeben) beeinflussen lassen und vermutlich A angewählt (und eventuell die Konserve dann aus dem Intensivstation-eigenen Subdepot entnommen). Dass das unter Zeitdruck einmal passieren kann, ist an sich nicht alarmierend.</p> <p>Dass allerdings dieser Fehler zur Fehltransfusion des fälschlicherweise bestellten Produkts führt, ist sehr wohl ein Alarmzeichen. Es ist schwer vorstellbar, dass die damit zusammenhängenden und nachfolgenden Überprüfungen im Labor/Blutdepot zur Ausgabe</p>

	<p>des falschen Erythrozytenkonzentrats (EKs) geführt haben. Deshalb ist zu vermuten, dass die Konserve in einem Subdepot der Intensivstation war. Die Transfusion ist dann erfolgt, ohne dass die blutgruppenungleiche Verabreichung des EKs aufgefallen ist. Dabei ist es wenig tröstlich, dass die wohl kompatible, aber blutgruppendifferente Transfusion die Prognose noch weiter verschlechterte (wie von der/dem Meldenden bemerkt). Die vermeidbaren Fehler sind also</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die mangelhafte Durchführung der Transfusion ohne Abgleich der Blutgruppen im Bedside-Test mit der Konserve und der Verträglichkeitsprobe (falls keine Notfalltransfusion mit Universalkonserven). • Die Möglichkeit, ein nicht blutgruppengleiches Blutprodukt zu bestellen und zu transfundieren, sollte auf wenige Situationen beschränkt sein (z.B. bei Versorgungsengpass) und immer ein elektronisches Warnsignal auslösen. Fälle, in denen eine AB0-kompatible aber nicht identische Transfusion üblich ist, betreffen oftmals die „kleinen“ Blutgruppen, also B und AB. Für diese Blutgruppen stehen in dem jeweiligen Versorgungsgebiet keine oder zu wenige blutgruppen-gleiche EK zur Verfügung, sodass aus logistischen Gründen kompatibel, aber blutgruppenungleich A auf AB bzw. 0 für B bereitgestellt wird. • Die Benachrichtigung über die blutgruppenungleiche Verabreichung, nachdem die Konserve verabreicht worden ist, kommt bei einer nicht-beabsichtigten Versorgung zu spät.
Prozesseilschritt*	1,3, 5
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Intensiv, Labor
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 4
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D – nein; Keine Angaben)	C
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein,	Nein/ja

evtl.)	
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/ja
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Rückmeldung vom Labor über nicht-blutgruppenkonforme Gabe von Blutprodukten nach Rücklauf der Begleitscheine in die Blutbank -> Posttransfusions-Kontrollsystem hat funktioniert“
**Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	1/5
**Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	5/5
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[1] Richtlinie Hämotherapie 2017 der Bundesärztekammer: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf</p> <p>[2] Clinical Decision Support: Jenkins et al. Transfusing Wisely: Clinical Decision Support Improves Blood Transfusion Practices. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2017 Aug;43(8):389-395 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28738984</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung und SOP/Verfahrensweisung – Ärzte (Chirurgie, Anästhesie, Internisten): Korrekte Durchführung des Bedside-Tests und der Bluttransfusion gemäß Richtlinie Hämotherapie 2017 [1] 2. SOP/Verfahrensweisung: Ausgabe von blutgruppenungleichen Konserven nur mit einem deutlichen Hinweis auf der Konserve und dem Begleitschein 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programmierung der ORBIS Software mit ALERT und Warnungsmöglichkeit durch Plausibilitätsprüfungen. Bei Blutgruppen-diskrepanter Versorgung soll die Software eine Empfehlung und Begründung geben. Vernetzungen zu Verträglichkeitstests des immunhämatologischen Labors, Vernetzung mit KIS und Apotheke und Labor. 2. Einführung der elektronischen Blutprodukterforderung unter Angabe von Anamnese, Besonderheiten, Indikation und Dringlichkeit. Am besten mit der Möglichkeit einer Rückfrage zur Leitlinienkompatibilität der Indikation nach dem Beispiel des „Clinical Decision Supports) [2]. 3. Bei Ausgaben in ein Subdepot auf der Intensivstation: Einrichtung von Fächern für die jeweiligen Empfänger und tägliche Kontrolle des Subdepots durch das Hauptdepot oder den Transfusionsbeauftragten der Abteilung.

Fehlerregisterformular IAKH 2018 vs.1.2

1. 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
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko

1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000
2/5	gering/ selten max. 1/10 000
3/5	mittel häufig max. 1/1000
4/5	häufig, min. 1/100
5/5	sehr häufig, min. 1/10

Schweregrad/Gefährdung

1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5	starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden
5/5	Tod/ schwere bleibende Schäden