

Bericht

Titel:	Diskrepanz bei Bedside-Test
Zuständiges Fachgebiet:	Anästhesiologie
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis a...	OP
Tag des berichteten Ereignisses:	<i>leer</i>
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung:	<i>leer</i>
Patientenzustand:	<i>leer</i>
Wichtige Begleitumstände:	<i>leer</i>
Was ist passiert?	Vorliegende Kreuzprobe mit Blutgruppe Null, vor Transfusion eines gekreuzten EK erfolgte ein Bedside-Test, dieser ergab Blutgruppe AB
Was war besonders gut?	Die Sicherheitsstufe des Bedside-Tests hat gegriffen, die Diskrepanz wurde erkannt und neues Kreuzblut abgenommen, so dass eine passgenaue Transfusion durchgeführt werden konnte. Die Sinnhaftigkeit dieser Vorgehensweise (Bedside-Test) wurde bestätigt und hat so fatale Folgen für den Patienten verhindert.
Was war besonders ungünstig?	<i>leer</i>
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	<i>leer</i>
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	nicht anwendbar
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor: Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für klinische Hämotherapie (IAKH) in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Problemanalyse

Leider haben wir in diesem Fall nur die eine Maßnahme der Prozesskette geschildert bekommen, weshalb auch kaum ein genauer Lerninhalt vermittelt werden kann.

Dass der Bedside-Test geeignet ist, eine Diskrepanz zum vorab erfolgten serologischen Verträglichkeitstest oder der vorab bestimmten Blutgruppe festzustellen, hat sich hier gezeigt (siehe Richtlinie Hämotherapie [1]). Deshalb macht es Sinn, diesen Bedside-Test obligatorisch gewissenhaft durchzuführen.

Vermutlich ist aber hier die Konserve für einen anderen Patienten der Blutgruppe AB ausgegeben oder die Konserve ist nach der Ausgabe verwechselt worden. Dass das Kreuzblut beim falschen Patienten abgenommen wurde, ist unwahrscheinlich, weil die meisten Labors nochmal eine Blutgruppenbestimmung aus der Probe für die serologische Verträglichkeitsprobe machen.

Wenn solch ein Fehler passiert, soll er nicht nur wie in diesem Fall korrigiert werden, sondern er soll auch analysiert, besprochen werden und die Fehlerquellen müssen eliminiert werden.

Im schlechtesten Fall ist die Konserve einem anderen Patienten vorenthalten worden, der die Blutkonserve wegen der Verwechslung nicht oder verzögert bekommen hat. Verzögerungen und Übertransfusion sind die beiden führenden Ursachen von Todesfällen in der SHOT-Statistik für 2021 [2].

Ein den Prozess begleitendes elektronisches Verfahren ist in einigen internationalen Einrichtungen in Erprobung. In vielen Teilschritten und Bereichen werden bereits Scanner benutzt (Ausgabe, Dokumentation auf Intensivstation, etc.), die weitgehend fehlerfrei die Zuordnung absichern. Ob das hier den Fehler verhindert hätte, kann nicht sicher gesagt werden, ist aber wahrscheinlich. Ein entsprechendes System ist unter dem Namen CAIROS bereits an der Charité in Benutzung [3].

Prozessqualität

1. Fortbildung – alle Mitarbeiter: Patientenidentifikation und Bedside-Test als wichtige Sicherheitsschritte vor der

Bluttransfusion

2. SOP/VA – Ärzte: Korrektes Vorgehen bei der Verabreichung von Blutprodukten nach der Musterverfahrensanweisung der BÄK [4] oder der IAKH [5]
3. M&M-Konferenz zum Fall mit allen Beteiligten
4. Meldung an die Transfusionskommission

Strukturqualität

1. Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor, TV und IT-Abteilung, Laborleitung: Einführung einer Scanner-basierten Prozessabsicherung für Bluttransfusionen/Blutprodukteverabreichung

Literatur

- [1] Richtlinie Hämotherapie 2017: Kap 4.9.2.1 Der AB0-Identitätstest:
„Unmittelbar vor der Transfusion von Erythrozytenkonzentraten, Granulozytenkonzentraten und bei Plasmaaustausch-Therapie ist vom transfundierenden Arzt oder unter seiner direkten Aufsicht der AB0-Identitätstest (Bedside-Test) direkt am Empfänger vorzunehmen (z. B. auf Testkarten).“
https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf
- [2] Der SHOT Report 2021
<https://www.shotuk.org/shot-reports/report-summary-and-supplement-2021/>
- [3] Schmidt-Hieber M, Schuster R, Nogai A, Thiel E, Hopfenmüller W, Notter M. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. *Transfus Apher Sci.* 2006;35(2):125-130. doi:10.1016/j.transci.2006.06.001.