

NE 3: AB0- oder HLA-inkompatible Transfusion und Transplantation

Kurze Beschreibung des NE

jede Art irrtümlicher AB0- oder HLA-inkompatibler Transfusion oder Transplantation von Blutprodukten bzw. Organen, Zellen oder Geweben

Typische Vorereignisse?

- Verwechslung der Patientin / des Patienten
- Verwechslung der Transfusion bzw. des Transplantats
- falsche Zuordnung im Labor
- Störfaktoren (z. B. Telefonate) führen zu Unterbrechung bzw. Änderung des Vorgehens
- Fehler bei der AB0-Vordiagnostik
 - Blutabnahme: falsche Etiketten, falsche Patientin / falscher Patient
 - Fehler bei Durchführung des Bedside-Tests

Maßnahmen, welche die Eintrittswahrscheinlichkeit des NE bzw. der Vorereignisse minimieren?

- IT-gestützte Kontroll- bzw. Dokumentationsmöglichkeiten (IT-Systeme, welche den gesamten Prozess der Transfusion und Transplantation von der Blutabnahme bis zur Verabreichung digital erfassen)
- Verwendung von Transfusionswägen (ausreichend Platz und ggf. Beleuchtung)
- systematische Schulung durch Mentorinnen/Mentoren mit ausreichender Praxis

An welchen Barrieren / Bei welchen Checks fallen NE bzw. Vorereignisse auf?

- Abgleich der festgelegten kritischen Daten:
 - Patientenidentifikation bei Transplantationsspender:in und -empfänger:in
 - Identifikation der Transfusion bzw. des Transplantats bei Spender:in und Empfänger:in
 - Vier-Augen-Prinzip bei Überprüfung der Daten von Patient:in/Transfusion inkl. Read-back der Chargennummern
 - Bedside-Test für die Transfusion bei Spender:in und Empfänger:in
- richtige Durchführung der Blutabnahme für die Kreuzprobe bei Transplantationsspender:in und -empfänger:in
- bei Beendigung der Transfusion/Transplantation nochmals die Daten prüfen

Welche Signale streuen NE bzw. Vorereignisse im laufenden Prozess (bzw. ermöglichen ein Speak-up durch Mitarbeiter:innen)?

- widersprüchliche bzw. fehlende Angaben in der Dokumentation zu Transfusion und Transplantat
- Abweichen vom üblichen (festgelegten) Vorgehen
- unerwartete Reaktionen der Patientin / des Patienten

Welche Signale sind aus Patientensicht bemerkbar (bzw. ermöglichen ein Speak-up durch Patientinnen/Patienten)?

- Das Personal spricht die Patientin / den Patienten mit falschem Namen an.
- Vor Handlungen wird keine Identifikation durchgeführt.
- Es erfolgt keine entsprechende Aufklärung über die durchzuführenden Maßnahmen.
- Der tatsächliche Ablauf stimmt nicht mit dem besprochenen Ablauf überein.
- Es wird kein Bedside-Test durchgeführt.
- Eine unerwartete körperliche Reaktion tritt auf.

Welches Vorgehen nach der Entdeckung des NE minimiert das Schadensausmaß?

- Stopp – sofortige Klärung der Situation
- wenn relevant: Schaden begrenzen (Notfallmaßnahmen einleiten)
- Klärung: Wer informiert die Patientin / den Patienten in welcher Form?
- Klärung: Wer meldet an wen (in der eigenen Organisation)?
- Klärung: Wurden Transplantate bzw. Transfusionen vertauscht? Wo ist „das/die richtige“?
- Klärung: Wer dokumentiert wo was?
- Meldung an das Blutdepot / die Blutbank bzw. die Ausgabestelle des Transplantats

Was ist zu regeln?

- Ablaufregelung: Durchführung von Transfusionen und Transplantationen bei Transplantationsspender:in und -empfänger:in
- Checkregelung: Patientenidentifikation bei Transplantationsspender:in und -empfänger:in
- Ablaufregelung: Umgang mit Blutproben (z. B. Kreuzprobe, genetische Bestimmungen) bei Transfusions-/Transplantationsspender:in und -empfänger:in (z. B. Vier-Augen-Prinzip)
- Ablaufregelung: Vermeidung bzw. Minimierung von Störfaktoren