

## Transfusionen und Blutentnahmen: Aus Fehlern lernen, Katastrophen vermeiden!

Haben Sie auch schon einmal Blutentnahmeröhrchen nachträglich etikettiert? Eine aktuelle Fehlermeldung (150585) im CIRS-NRW berichtet über Blutentnahmen bei drei Patienten einer Krankenhausstation in Monovetten ohne Patientenetikett, die dann in Becher gelegt wurden, in denen sich jeweils Zettel mit dem Patientenamen befanden. Anschließend wurden die Monovetten mit Etiketten beklebt. Dabei wurde auch eine Monovette für eine Kreuzprobe in einen Becher mit einem anderen Namen abgelegt und nicht beklebt. Erst am nächsten Morgen erfolgte vor der OP eine Information darüber, dass eine Monovette nicht beklebt war.



Fotolia.com - StudioLaMagica

Leider ist dieses Vorgehen kein Einzelfall und führt bei Blutentnahmen häufig zu Verwechslungen, auch bei Kreuzproben. Allein in CIRS-NRW finden sich noch zwei weitere Meldungen zu fehlerhaften nachträglichen Etikettierungen von Kreuzproben (153145, 135783).

Weitere Fehlermeldungen im Zusammenhang mit Blutgruppenbestimmungen betreffen falsche Blutgruppenergebnisse durch verfallene Bedside-Testkarten (155158) oder eine falsche Kreuzprobenabnahme beim Namensvetter (155093). Bedside-Test-Verwechslungen wegen patientenferner Durchführung mit zurückgelegtem Blut aus der Blutentnahme für die Kreuzprobe werden sogar mehrmals berichtet (119431, 34178) und auch zu beinahe oder tatsächlich durchgeführten Fehltransfusionen finden sich in CIRS-NRW mehrere Meldungen (156280, 87585, 38371).

ABO-inkompatible Fehltransfusionen verlaufen tödlich oder mit schwersten Komplikationen: Im Jahr 2015 sind in Deutschland drei Patienten\*innen bei ABO-inkompatibler Fehltransfusion verstorben, 19 Patienten erlitten schwerwiegende Transfusionsreaktionen bei Fehltransfusionen.

Vor diesem Hintergrund greift aus unserer Sicht bei diesen Fehlern eine nachträgliche Fehleranalyse aus der Ferne zu kurz. Häufigkeit und Folgeschwere von Fehlern im Zusammenhang mit Transfusionen fordern vielmehr alle Transfundierenden dazu auf, proaktiv und regelmäßig die Transfusionsabläufe und ihre Einhaltung zu thematisieren, z. B. mit Hilfe von Audits oder Peer-Reviews.

In niedergelassenen Arztpraxen werden Transfusionen in der Regel nicht so häufig wie im stationären Bereich durchgeführt. Dadurch ist die Häufigkeit von Fehlern in der absoluten Zahl zwar geringer. Aber insbesondere bei Tätigkeiten, die nicht zur täglichen Routine gehören, ist höchste Konzentration gefragt.

Fotolia.com – Inge Knol



Blutentnahmen werden allerdings häufig in großer Anzahl in Arztpraxen durchgeführt. Auch hier können Fehler für den einzelnen Patienten und die einzelne Patientin katastrophal enden. So zum Beispiel, wenn die Probe falsch etikettiert oder der/ die Patient\*in nicht zweifelsfrei identifiziert wird.

Häufig werden anstatt der Probenröhrchen die Um-Röhrchen beschriftet. Schon seit einigen Jahren gibt es zu diesem Thema Handlungsempfehlungen. Diese beinhalten z. B. das Beschriften des Probengefäßes vor der Entnahme und die aktive Ansprache des Patienten („Wie heißen Sie und wann sind Sie geboren?“). Wenn möglich können den Patienten ihre gefüllten Röhrchen mit ihrem Namen gezeigt werden. Möglicherweise fällt dem Arzt oder der Ärztin eine Verwechslung auf, weil Werte angegeben sind, die beim Labor gar nicht angefordert wurden oder die Ergebnisse nicht zum Krankheitsbild passen (136167). Es bleibt festzuhalten: Auch im niedergelassenen Bereich besteht ein hohes Verwechslungsrisiko (135110), dem proaktiv begegnet werden kann.

Helfen Sie mit, dass möglichst viele Kollegen und Kolleginnen und wir alle aus Fehlern und Ereignissen bei Blutentnahmen und dem Hochrisikobereich der Transfusionsmedizin lernen und damit Behandlungsfehler mit teilweise katastrophalem Ausgang vermieden werden.

Für die CIRS-NRW-Gruppe

Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Christoph Fedder, Evang. Krankenhaus Hagen-Haspe

Dr. Michael Gösling, Christophorus Kliniken Coesfeld, Dülmen, Nottuln

Anke Westerberg, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe