Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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

IAKH

Meldung über: ☒ **IAKH Fehlerregister** ☐ **CIRSmedical AINS von BDA/DGAI und ÄZQ**

Thema/Titel	Blutprobenverwechslung
Fall-ID	93-2015-K5Z5
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Verwechslung der Blutprobe bei der Abnahme: Die Stationsärztin nimmt Blut auf der morgendlichen Stationsrunde ab. Da sie zu spät für die Chefbesprechung dran ist, ist sie hektisch und nimmt der vorbereitenden Stationsschwester das Tablett vom Tresen, ohne dass diese die Röhrchen etikettieren konnte. Sie stehen alle nur in Bechern mit den Patientennamen. Da sie nicht nur überhastet, sondern auch noch schusselig das Tablett im ersten Zimmer auf den Tisch knallt, fallen alle Becher um und die Röhrchen geraten durcheinander. Irgendwie nimmt sie bei jedem Patienten dasselbe ab. Nur bei den 2 Patienten, die die Blutgruppe und den Antikörpersuchtest für die an dem Tag stattfindende Operation brauchen, sind es 2 Röhrchen mehr. Die unbeklebten Proben werden der Stationsschwester zum Bekleben wieder ins Schwesternzimmer gestellt und weg ist sie. Vom OP kommt später die Info, irgendwas sei nicht in Ordnung bei einer der OPs auf Intensivstation, wegen der falschen Blutkonserve.
Problem [1] Bolton-Maggs PH, Wood EM, Wiersum-Osselton JC. Wrong blood in tube - potential for serious outcomes: can it be prevented?. *Br J Haematol*. 2015;168(1):3-13. doi:10.1111/bjh.13137 [2] https://www.shotuk.org/2015-annual-shot-report-published/	Offensichtlich ist hier Zeitmangel und Stress mitverantwortlich für das Verlassen der üblichen Routine bei der Abnahme der Blutproben. In vielen Einrichtungen werden die Kreuzproben und die Blutgruppenröhrchen morgens mit der sonst anstehenden Labordiagnostik abgenommen. Die Abnahme in unbeklebte Röhrchen ist als eigentliche Ursache von Verwechslungen bekannt [1, 2]. Sie kann zu falschen und lebensbedrohlichen Therapiefolgen führen, wenn aufgrund der Laborergebnisse Medikamente fehldosiert oder für den falschen Patienten angewendet werden. Es wäre unproblematisch gewesen, wären alle Röhrchen vorher beklebt worden. Die Kennzeichnung von Bechern ist einfach und kann von Tag zu Tag übernommen werden, birgt aber die beschriebene Verwechslungsgefahr. Ob für die Vorgehensweise des Richtens der Mangel an Pflegekräften, der Arbeitsbeginn der

[3] Korrekte Blutentnahme, Muster der IAKH Musterverfahrensanweisung zur Vermeidung von Blutprobenverwechslung - empfohlenes Vorgehen der IAKH. Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html [4] Wulf H. Zweites Opfer : Überlegungen zum Umgang mit Behandlungskomplikationen. *Anaesthesist*. 2013;62(9):685-686. doi:10.1007/s00101-013-2216-4	Stationssekretärin/Pflege oder sonstige Gründe verantwortlich sind, geht nicht aus dem Bericht hervor. Mittels einer strukturierten Vorgehensweise bei der Vorbereitung und Durchführung der Blutprobenentnahme können solche schwerwiegenden Fehler mit hoher Wahrscheinlichkeit vermieden werden (siehe Musterverfahrensanordnung der IAKH [3]. Ebenso kann aus dem Bericht nicht geschlossen werden, was die Gründe für die Hektik der Stationsärztin in diesem Fall waren. Sicher gibt es im Krankenhaus, anders als in der industriellen Fertigung von Produkten, durch den Umgang mit Individuen immer wieder Engpässe und Arbeitsverdichtungen. Mögliche Ursachen sind Arbeitsüberlastung durch Personalmangel, hierarchischer Druck, Desorganisiertheit, Persönlichkeitsstruktur, emotionaler Stress am Arbeitsplatz oder Stress von privaten Ursachen ausgehend, u.a. Wie die Ärztin die übriggebliebenen 2 Röhrchen zugeordnet hat, ist unklar. Zumindest in diesem Augenblick waren ihr die Risiken der Fehlabnahme nicht bewusst. Ob eine Umstrukturierung der Arbeitsabläufe oder der Personalstärke in der Abteilung diese Drucksituationen hätte vermeiden können, kann aus dieser Meldung nicht geschlossen werden. Die Kommunikation und das Teamverständnis auf dieser Station scheint zumindest zwischen der die Blutabnahme gerade vorbereitende Stationsschwester und der Ärztin nicht reibungslos zu sein. Die gegenseitige Unterstützung und Hilfe in Stresssituationen an Stelle einer starren Funktionsausübung bestimmt das Arbeitsklima, die Zufriedenheit, den Behandlungserfolg und letztendlich auch die Patientensicherheit. Eventuell können vorhandene Spannungen im Team beseitigt werden. Zu guter Letzt sollte in diesem speziellen Fall, in dem es eventuell zu Folgenschäden eines Fehlers gekommen ist, überprüft werden, wie diese konkret aussehen, ob sie tatsächlich hätten vermieden werden können und wie die Ärztin als indirekte Ursache damit umgeht. Traumatisierende Erfahrungen im Arztberuf und unwiderrufliche Schäden bei den im Gesundheitswesen tätigen Menschen enden oftmals in Sucht, Depression, Selbstzerwürfnis und Suizid [4].
Prozessteilschritt*	1 - Probenentnahme
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende),	ASA 3, Routine, Wochentag

Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	**3/5**
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	**3/5**
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	**Prozessqualität:** 1. SOP/VA – Pflege, Stationssekretärin: Blutproben-Abnahme, Patientenidentifikation und Röhrchen-Etikettierung 2. Fortbildung: Ergebnisse des SHOT-Reports [2]: Ergebnisse von Verwechslungen von Patienten und Blutproben 3. M&M-Konferenz 4. Meldung an die Transfusionskommission **Strukturqualität:** 1. Ärztliche Leitung und Pflegedienstleitung (PDL): Überprüfung der Arbeitsbelastung auf Station 2. Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor: Teamcoaching 3. Ärztlicher Direktor: Präventionsprogramm für alle Mitarbeiter zu Bewältigungsproblemen beim Umgang mit Komplikationen

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	AHT	Arterielle Hypertonie
ACI	Arteria carotis interna	BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	3GE	3-Gefäßerkrankung

EK	Erythrozytenkonzentrat
FFP	Gefrierplasma
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum
Hkt	Hämatokrit
ICU	Intensivstation
KHK	Koronare Herzkrankheit
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
OP	Operationssaal
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
SOP	Stand Operating Procedure
TB	Transfusionsbeauftragter
TEP	Totalendoprothese
TFG	Transfusionsgesetz
TK	Thrombozytenkonzentrat
TV	Transfusionsverantwortlicher
VA	Verfahrensanweisung
VHFL	Vorhofflimmern

*** Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

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		**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