

## Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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



Meldung über:



IAKH Fehlerregister



CIRSmedical AINS  
von BDA/DGAI und ÄZQ

<b>Thema/Titel</b>	Verwechslung einer Blutprobe
<b>Fall-ID</b>	CM-156064-2023
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Im Labor werden die Laborergebnisse patientenbezogen validiert. Über eine Verlaufskontrolle werden die Patientendaten u.a. einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Es wurde erkannt, dass die aktuellen Laborwerte eines Patienten nicht plausibel zu den Vorwerten sein können. Eine erneut angeforderte Laborprobe bestätigte den Verdacht. Die falschen Werte wurden aus dem Kumulativbefund entfernt, die behandelnde ärztliche Person wurde informiert.</p> <p>Der Patient musste erneut gestochen werden. Es musste wieder Personal beauftragt werden, die Blutabnahme durchzuführen. Die Therapie verzögerte sich.</p> <p>Grund für das Ereignis war, dass die Monovetten mit den Patientendaten vorbeklebt werden. Das Patientenetikett wird elektronisch generiert. Die entnehmende Person hat die Patientenidentifikation nicht ausreichend gesichert, durch Fragen wen er vor sich hat. Es wurde in unserer Einrichtung eine Dienststeinweisung formuliert, in der beschrieben wird wie die Blutentnahme und die Patientenidentifikation zu sichern sind. Die Dienststeinweisung wurde missachtet.</p> <p>In unserer Einrichtung werden Patientenidentifikationsarmbänder verwendet. Wir haben ein Blutentnahmeteam, die die stationären Entnahmen zum größten Teil vornehmen. Die Verwechslungen treten in der Regel nicht bei dem Entnahmeteam auf. Trotz unserer Maßnahmen tritt dieser Fehler monatlich in jeder Abteilung auf.</p> <p>Beitragende Faktoren sind u.a. persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) und Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.).</p>

<p><b>Problem</b></p>	<p>Der hier beschriebene Fehler ist nicht unbedingt bei der Vorbereitung der Gabe eines Blutproduktes aufgetreten. Die Ursache des Fehlers ist jedoch so wichtig, im Prozess der Therapie mit Blutprodukten, dass wir aus unserer Sicht Stellung nehmen möchten. Therapeutische Entscheidungen auf Basis fehlerhafter Informationen sind in einigen Fällen nicht umkehrbar, speziell im Kontext der Hämotherapie führen Fehlerverfahren zu Qualitätsmängeln z.B. durch eine fehlerhafte Produktausgabe, die erst am Patientenbett beim Bedside-Test auffallen; durch Verzögerung der notwendigen Therapie; es entstehen Kosten durch Verfall des Produktes; darüber hinaus kommt es zu aufwendigen Fehlerverfahren, die das Personal belasten und unnötigen Blutentnahmen bei Patientinnen und Patienten.</p> <p>Die meisten Beinah-Fehler bei der Labordiagnostik und speziell im Verfahren der Vorbereitung einer Transfusion treten in der Präanalytik auf. Fehler im Labor oder bei der Produktausgabe und Anwendung sind seltener, jedoch nicht völlig ausgeschlossen. Die Wahrscheinlichkeit, dass das System einen Fehler im Prozess abfangen kann, sinkt mit der Nähe zum Patienten und zur Gabe eines Medikamentes oder des Blutproduktes.</p> <p>Der berichtete Fehler ist ein Near miss event! Hätte das Labor die Ergebnisse nicht kontinuierlich validiert und plausibilisiert, dann wäre die Verwechslung nicht aufgefallen. Folgende Untersuchungen - bspw. zum Antikörperstatus - wären dann vermutlich mit falschem Ergebnis an das therapeutische Team zurückgemeldet worden. Ob diese Möglichkeit im individuellen Fall möglich gewesen wäre, kann auf Basis der Meldung nicht sicher eingeschätzt werden. Sicher ist jedoch, dass die Plausibilitätsprüfungen keine absolute Sicherheit gegenüber Fehlzugeordnungen bieten kann. Wenn bspw. eine Blutgruppenkonstellation konkordant bestimmt wird nimmt die Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung des Fehlers mit der relativen Häufigkeit der Blutgruppe im Fall ab.</p> <p>Die Fehlerursache ist im berichteten Fall jedoch nicht, dass die Monovetten mit den Patientendaten vorbeklebt waren. Die Blutentnahme in ein gelabeltes Probenröhrchen wird ausdrücklich verlangt. [...] Alle Blutproben, die zur transfusionsserologischen Untersuchung erforderlich sind, müssen stets – auch im Notfall – vor Entnahme eindeutig gekennzeichnet werden (Name, Vorname, Geburtsdatum) und bezüglich ihrer Herkunft gesichert sein. [...] vergl. 4.9.1 Identitätssicherung [1, S. 73–4].</p> <p>Ursächlich für den Fehler war eine mangelnde Sorgfalt bei der Patientenidentifikation. Hier sollte ein standardisiertes Verfahren zur positiven Identifikation eingehalten werden. Auch im letzten SHOT-Report finden wir einen dringenden Hinweis auf die Bedeutung der Patientenidentifikation denn, ... (Every year the same story) ... „These errors, which could have lethal outcomes, demonstrate the importance of positive patient identification at the time of collecting and labelling pre-transfusion samples.“ [2, S. 24].</p>
-----------------------	--

	Nicht unerwähnt darf bleiben, dass viele andere diagnostische und therapeutische Arbeitsschritte in der Behandlung von der sicheren Patientenidentifikation abhängen, ohne dass es die Möglichkeit eines Screenings auf Plausibilität gibt. Hier sind insbesondere pathologische Untersuchungen mit weitreichender Bedeutung zu nennen.
<b>Prozesssteilschritt*</b>	1 - Fehler bei der Probeabnahme, 15 - Fehler bei der Patientenidentifikation
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	Nicht benannt
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	k.A.
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	k.A.
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A - zwischen Personen
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Evtl./evtl.
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Evtl./evtl.
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	Die Aufmerksamkeit im Labor
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	<b>3/5</b>
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	<b>5/5</b>
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<b>Prozessqualität:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schulung Patientenidentifikation</li> <li>2. Schulung Präanalytik und Versorgungsqualität</li> </ol>

	<p>3. VA Patientenidentifikation</p> <p>4. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <p>1. RFID-gestützter Abgleich Patient und Probe und Befund und Produkt</p> <p>2. Scanner Lösung Abgleich Patient, Probe und Befund</p>
--	--

Quellen:

- [1] Bundesärztekammer, „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) Gesamtnovelle 2023“. 2023.
- [2] D. S. Narayan *u a.*, „Working Expert Group (WEG) & Writing Group, on behalf of the SHOT Steering Group“, 2022.

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

EK Erythrozytenkonzentrat VA Verfahrensanweisung

**\* 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**

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