

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	Unbeschriftete Probe falsch etikettiert bei Namensgleichheit
Fall-ID	233-2026- G6I5
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Eine Ärztin hat bei einer Patientin Blut abgenommen, bei der sie keine Personal-Daten geprüft hat: es war die Patientin im Nachbar-Bett mit gleichem Nachnamen (!). Es wurde eine interne CIRS-Meldung erstellt, der TB und der TV wurden informiert. Mit der Ärztin wurde ein Gespräch geführt. Da die Patientin bekannt war und AUCH Ihre Blutgruppe (A RhD-pos), fiel der Fehler in der Blutbank sofort auf, als sich B RhD-pos bei der Blutgruppen-Bestimmung ergab. Konsequenz: Information aller TB und Aufforderung zu erneuter Schulung der transfundierenden Ärzte. Einführung einer neuen Checkliste zur Transfusion mit farbigen Markierungen und 16 Topics, die bei jeder Transfusion mit dem Präparat ausgegeben wird und deren Abarbeitung angekreuzt werden muss, Unterschrift des Arztes; Aufnahme des Falles in die nächste Transfusionskommissions-Sitzung.
Problem	Diese Fehlermeldung lässt vermuten, dass dem am Krankenbett manifest gewordenen Ereignis mehrere vorgelagerte Fehler vorausgegangen sind. Eine wesentliche Ursache der berichteten Verwechslung ist die gleichzeitige Behandlung namensgleicher Patientinnen in einem Krankenzimmer. Solche Zusammenlegungen sollten nur aus akuter Not heraus erfolgen und auf die unvermeidbare Dauer beschränkt sein. Lässt sich die Zusammenlegung nicht vermeiden, sind ergänzende Sicherungsmaßnahmen zwingend zu etablieren: gut sichtbare Warnhinweise am Patientenbett, eine besondere Kennzeichnung am Patientenarmband sowie Pop-up-Warnungen im KIS/LIS bei Auftragserfassung – analog zum aus der Arzneimitteltherapiesicherheit bekannten LASA-Konzept („look-alike/sound-alike“) und im Sinne der gemeinsamen Verantwortung aller am Behandlungsprozess Beteiligten [1]. Bei jeder Schichtübergabe (Pflege, ärztlicher Dienst) muss ausdrücklich auf die Verwechslungsgefahr hingewiesen werden; hierfür hat sich das von der DGAI in zweiter Auflage empfohlene SBAR-Schema (Situation, Background, Assessment, Recommendation) zur

	strukturierten Übergabe in Hochrisikobereichen bewährt [2]. Auch Konsiliarärzte, Therapeuten, Transportdienste sowie externe Dienstleister (Labor, Radiologie) sind über das erhöhte Verwechslungsrisiko zu informieren. Ebenso sollten die Patientinnen selbst und ihre Angehörigen darauf aufmerksam gemacht werden, dass in solchen Ausnahmesituationen erhöhte Aufmerksamkeit angezeigt ist. Es bleibt unklar, ob die ärztliche Mitarbeiterin bei Aufnahme der Tätigkeit in die transfusionsmedizinischen Besonderheiten eingewiesen wurde (vgl. 4.4.3 [3, S. 65]) und ob in der meldenden Organisation eine Verfahrensanweisung zur Patientenidentifikation vorgehalten wird. Die hausinternen Prozesse sollten daher kritisch evaluiert werden. Die Einführung, Schulung und Anwendung einer Sicherheits-Checkliste wurden bereits 2019 durch den Arbeitskreis Blut empfohlen [4]. Im Bereich der Ärztekammer Nordrhein beispielsweise wird ihre Einführung im Rahmen der jährlichen Überwachung seit einigen Jahren abgefragt. In derselben Sitzung forderte der Arbeitskreis Blut zudem die Nutzung IT-gestützter Systeme zur Identitätssicherung (ebenda). Die Fehlerrate lässt sich durch die Einführung solcher Systeme erheblich reduzieren [5], [6], [7]. Die Implementierung stellt jedoch eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar und muss durch Schulungen und Evaluationen begleitet werden [8]. Die hierfür erforderlichen Investitionen in Hard- und Software sind durch die transfundierenden Einrichtungen zu tragen. Die Verantwortung für die korrekte Zuordnung der Blutprobe zur Patientin liegt bei der entnehmenden Ärztin [3, S. 65]. Die Meldung lässt den Schluss zu, dass bei der Gewinnung des Untersuchungsmaterials die Patientenidentifikation nicht sachgerecht durchgeführt wurde. Die Identifikation erfolgt grundsätzlich anhand mindestens zweier unabhängiger Merkmale – in der Regel Name und Geburtsdatum, ergänzend Fallnummer oder Patienten-ID. Patientenidentifikationsarmbänder sind vorzuhalten und vor jeder Maßnahme (Medikamentengabe, Blutentnahme, Transport, Untersuchung, Operation) aktiv abzugleichen, idealerweise per Barcode-Scan. Fehlt in der meldenden Organisation eine Verfahrensanweisung zur Durchführung der Patientenidentifikation, bietet die Handlungsempfehlung zur „sicheren Patientenidentifikation“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit eine geeignete Vorlage [9]. Die Meldung ist knapp gefasst, sodass nicht abschließend zu beurteilen ist, ob die Probengefäße tatsächlich unbeschriftet waren. Die Richtlinie fordert, dass jedes Probengefäß vor der Entnahme eindeutig zu kennzeichnen ist (Name, Vorname, Geburtsdatum); ergänzend können diese Daten auch in codierter Form aufgebracht werden: „Jedes Probengefäß ist vor Entnahme eindeutig zu kennzeichnen (Name, Vorname, Geburtsdatum). Zusätzlich können diese Daten auch in codierter Form angebracht werden.“
--	---

	[3, S. 65] . Entscheidend ist dabei, dass die Beschriftung unmittelbar am Patientenbett vor der Entnahme erfolgt im Abgleich mit den Daten der Patientenidentifikation erfolgt und nicht im Vorfeld auf Vorrat – dies ist die wirksamste Einzelmaßnahme gegen „Wrong Blood in Tube“-Ereignisse, die im britischen Hämovigilanz-Bericht SHOT regelmäßig als eine der häufigsten Fehlerquellen in der Transfusionskette ausgewiesen werden vergl. [10, S. 99 ff.]. Im transfusionsmedizinischen Kontext bildet der unmittelbar vor der Transfusion vom transfundierenden Arzt oder unter dessen direkter Aufsicht durchzuführende AB0-Identitätstest (Bedside-Test) am Empfänger die letzte Barriere gegen AB0-inkompatible Fehltransfusionen; Durchführung und Ergebnis sind schriftlich zu dokumentieren Abschnitt 4.9.2.1 [3, S. 74]. Wird der Bedside-Test konsequent und mit korrektem Abgleich der Empfängerdaten ausgeführt, kann auch eine präanalytisch entstandene Probenverwechslung im Sinne einer gestaffelten Sicherheitsstrategie („defence in depth“) noch erkannt werden – allerdings nur bei AB0-Unterschied zwischen den verwechselten Patientinnen. Eine Sicherheit im Bereich einer Antikörper-Konstellation kann es nur durch eine lückenlose Kette zwischen Untersuchungsproben und ausgewähltem Präparat geben. Die Bedeutung einer sicheren Patientenidentifikation kann nicht überschätzt werden. In der Transfusionsmedizin können implausible oder divergente Befunde – wenn auch nicht mit der erforderlichen Sicherheit – auf eine Verwechslung hinweisen. In anderen klinischen Untersuchungssituationen fehlen solche Plausibilitätshinweise vollständig; im ungünstigsten Fall werden dann aus falsch zugeordneten pathologischen Untersuchungs- und Laborbefunden falsche klinische Schlüsse gezogen. Wir begrüßen, dass der Fall zusätzlich in das einrichtungsinterne CIRS eingebracht wurde, um die hier aufgezeigten systemischen Faktoren über die Abteilungsgrenzen hinaus dem interprofessionellen Lernen zugänglich zu machen.
Prozessteilschritt*	1 - Fehler bei der Probenabnahme, 15 -Fehler bei der Patientenidentifikation
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	k.A.
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Bettenstation
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, In der Routinedienstzeit, ASA 2

Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A, C
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 <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	2/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: 1. M&M-Konferenz zum Fall 2. Meldung an die Transfusionskommission 3. SOP/Verfahrensanweisung und Schulung Ärzte: Korrekte Durchführung der Patientenidentifikation 4. SOP/Verfahrensanweisung und Schulung Ärzte: Korrekte Gewinnung von Untersuchungsproben Strukturqualität: 1. Scannerbasiertes Matching von Patienten und Probe 2. Scannerbasiertes Matching von Patienten und Produkt

Literatur/ Quellen:

- [1] „Medication safety for look-alike, sound-alike medicines“. Zugriffen: 12. Mai 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058897>
- [2] V. von Dossow und B. Zwißler, „Empfehlung der DGAI zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR-Konzept“, *AINS - Anästhesiol. · Intensivmed. · Notfallmedizin · Schmerzther.*, Bd. 51, Nr. 02, S. 136–137, Feb. 2016, doi: 10.1055/s-0042-101190.
- [3] Bundesärztekammer, „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) Gesamtnovelle 2023“. 29. Juni 2023.
- [4] „Stellungnahme Fehlanwendungen von Blutkomponenten: Bei der 87. Sitzung des Arbeitskreises Blut am 14.05.2019 wurde folgende Stellungnahme (S 19) verabschiedet“, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Bd. 62, Nr. 9, S. 1140–1143, Sep. 2019, doi: 10.1007/s00103-019-02989-9.

- [5] N. M. Dunbar und R. M. Kaufman, „To err is human ... so how can we prevent all -incompatible transfusions?“, *Br. J. Haematol.*, Bd. 206, Nr. 2, S. 798–799, Feb. 2025, doi: 10.1111/bjh.19904.
- [6] S.-S. Chou, Y.-J. Chen, Y.-T. Shen, H.-F. Yen, und S.-C. Kuo, „Implementation and Effectiveness of a Bar Code–Based Transfusion Management System for Transfusion Safety in a Tertiary Hospital: Retrospective Quality Improvement Study“, *JMIR Med. Inform.*, Bd. 7, Nr. 3, S. e14192, Aug. 2019, doi: 10.2196/14192.
- [7] S. Horck, N. Fahy, und T. Greenhalgh, „Implementation challenges of electronic blood transfusion safety systems: Lessons from an international, multi-site comparative case study“, *Transfus. Med.*, Bd. 35, Nr. 1, S. 48–59, Feb. 2025, doi: 10.1111/tme.13095.
- [8] S. Horck, N. Fahy, und T. Greenhalgh, „Implementation challenges of electronic blood transfusion safety systems: Lessons from an international, multi-site comparative case study“, *Transfus. Med.*, Bd. 35, Nr. 1, S. 48–59, Feb. 2025, doi: 10.1111/tme.13095.
- [9] „Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation“. APS-eV, 2016. Zugegriffen: 26. März 2022. [Online]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/08-03-03_PID_Empfehlung_final_0.pdf
- [10] „Serious Hazards of Transfusion (SHOT) 2024“, Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group, Manchester, Juli 2025. doi: 10.57911/gwcz-4q04.

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	QM	Qualitätsmanagement
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Standard Operating Procedure
GF	Geschäftsführer/in	TV	Transfusionsverantwortliche/r
IT	Informationstechnik/er	VA	Verfahrensanweisung
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		
PDL	Pflegedienstleitung		

* 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