

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

Thema/Titel	Probe falsch beschriftet
Fall-ID	226-2025-1519
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Auf Station wurde eine Probe abgenommen und falsch beschriftet.</p> <p>UMat beschriftet Nachnamen, Vornamen *dd.mm.jjjj (Geburtsdatum) tatsächlich von unbekannt. Der Fehler wurde im Labor aufgrund einer Diskrepanz zu früheren Blutbefunden erkannt.</p> <p>Die Kreuzblutgruppe stimmt mit früherer Blutgruppe nicht überein. Es erfolgt ein Anruf auf Station. Es wurde eine Kontrolle Patienten-ID und erneute Blutentnahme durchgeführt. Jetzt zeigte sich eine Übereinstimmung.</p>
Problem	<p>Die unsichere Probengewinnung stellt einen inakzeptabel häufig auftretenden Fehler dar, der nach derzeitigem Kenntnisstand zwar oftmals ohne unmittelbare Patientenschädigung bleibt, jedoch aufgrund seiner Häufigkeit nach Einschätzung des Shot-Registers eine erhebliche Gefährdung der Patientensicherheit begründet (vgl. [1], S.122).</p> <p>Im vorliegenden Fall wurde die Probe von einer Person mit der Abkürzung „UMat“ entnommen, bei der es sich mutmaßlich nicht um ärztliches Personal, sondern um eine dritte Person handelte. Grundsätzlich ist das Delegieren ärztlicher Aufgaben möglich, es unterliegt jedoch strengen rechtlichen und fachlichen Anforderungen. Insbesondere bedarf es einer unmittelbaren Überwachung durch eine verantwortliche ärztliche Kraft. Das hier dokumentierte Vorgehen lässt keine ausreichende ärztliche Aufsicht erkennen und verstößt damit gegen fundamentale Organisationspflichten im Gesundheitswesen, die angesichts der besonderen Schutzbedürftigkeit der Patienten strengen Maßstäben unterliegen.</p> <p>Des Weiteren wurde die Probe ohne strukturierte Patientenidentifikation und in ein unbeschriftetes Probenröhrchen entnommen. Dieses Vorgehen stellt eine gravierende Missachtung etablierter sicherheitsrelevanter Standards dar und widerspricht den</p>

	<p>einschlägigen Richtlinien, insbesondere der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK). Die unzureichende Identitätsfeststellung und fehlende Beschriftung sind bekannte Hauptursachen für schwerwiegende Fehler und bergen ein erhebliches Risiko von Patientenverwechslungen – ein Risiko, das im medizinischen Laborprozess als vorhersehbar und vermeidbar gilt. Das bewusste oder grob nachlässige Ignorieren dieser grundlegenden Anforderungen indiziert eine grobe Fahrlässigkeit (siehe [2], Kap. 4.4.3. Identitätssicherung).</p> <p>Die Entdeckung des Fehlers war einem Zufall zu verdanken, da ein nicht plausibles Untersuchungsergebnis auffiel. Diskrepanzen bei der Blutgruppenbestimmung können jedoch nur dann festgestellt werden, wenn die Blutgruppe des Patienten bereits bekannt ist und eine Abweichung vorliegt. In Fällen seltener Diskrepanzen – etwa bei der häufigen Blutgruppe „0“ mit positivem Rhesusfaktor – sinkt die Wahrscheinlichkeit der Entdeckung signifikant. Eine nicht erkannte Verwechslung hätte die Sicherheit der Kreuzprobe massiv gefährdet.</p> <p>Zudem bewirkt der fehlerhafte Ablauf, dass ein korrekt gewonnenes Blutprodukt, das zur Behandlung anderer Patienten notwendig wäre, potenziell nicht zur Verfügung steht. Der durch das fehlerhafte Verfahren angestrebte Zeitgewinn wird dabei durch den erforderlichen Mehraufwand zur Fehleraufklärung und Korrektur bei weitem überkompensiert.</p> <p>Zusammenfassende Bewertung</p> <p>Der vorliegende Fehler resultiert aus einem komplexen Zusammenwirken mehrerer gravierender Versäumnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Patientenidentifikation und unbeschriftete Probenentnahme: Die Missachtung zwingender Identifikations- und Kennzeichnungsvorgaben stellt ein erhebliches Risiko für Patientenverwechslungen dar und ist angesichts der etablierten Regularien nicht mehr entschuldbar. • Delegieren ohne angemessene Überwachung: Die nicht überwachte Übertragung medizinischer Aufgaben stellt einen schwerwiegenden Verstoß gegen elementare Sorgfaltspflichten dar. <p>Im Gesamtbild liegt eine Verletzung fundamentaler Sorgfaltspflichten vor, die sowohl eine erhebliche Gefährdung der Patientensicherheit als auch eine erhebliche Haftungsgefahr für die verantwortlichen Ärzte und Institutionen begründet. Aus juristischer Sicht ist dieses Vorgehen daher der groben Fahrlässigkeit zuzuordnen.</p>
Prozesseilschritt*	1 - Fehler bei der Probeabnahme
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK

Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Keine Angabe
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochentag, ASA 2, Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	B - Gerätetechnik
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**	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)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schulung: VA Probengewinnung 2. Schulung: VA Patientenidentifikation 3. Schulung: VA Delegieren 4. M&M-Konferenz 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutzung scannerbasierter Identifikationssysteme

Literatur/ Quellen:

- [1] Narayan, S. et al., 2024. The 2023 Annual SHOT Report, Manchester: Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group. doi: <https://doi.org/10.57911/605r-em59>. Verfügbar unter: <https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/2024/07/Annual-SHOT-Report-2023-V1.2.pdf>. (Zugegriffen: 07. Juni 2025)

- [2] Richtlinie Hämotherapie 2023
Bundesärztekammer (Hrsg.). Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie): aufgestellt gemäß §§12a und 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut: Gesamtnovelle 2023. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf

Häufig verwendete Abkürzungen:

EK	Erythrozytenkonzentrat	VA	Verfahrensanweisung
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

*** 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