



IAKH

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	Fehlende Patientenidentifikation führt fast zu Fehltransfusion
Fall-ID	229-2025-N4M1
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Im Spätdienst kam eine Pflegekraft zum Labor um ein EK abzuholen. Der vom Arzt unterschriebene Konservenabholchein war ausgestellt für Patient M10, N4.</p> <p>Die MTL gibt das EK entsprechend des Abholscheins aus.</p> <p>Der Stationsarzt ruft kurz darauf an, mit dem Problem, dass er dieses EK nicht elektronisch rückmelden kann, weil es bei diesem Patienten diese Konservennummer nicht gäbe.</p> <p>Nach einigem Hin und Her hat sich dann folgendes herausgestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die abgeholt Konserven liegt angestochen mit Patientenbegleitschein im Patientenzimmer, der Arzt befindet sich mit einem Aufkleber der Konserven am PC und versucht die noch nicht transfundierte, angestochene Konserven zurückzumelden. 2. Da dies nicht möglich ist, weil laut Arzt die Nummer der Konserven nicht stimmen würde, hat die MTL den Arzt aufgefordert sich mal den Konservenbegleitschein anzuschauen. Es war der richtige Konservenbegleitschein für das Blutpräparat für die Patientin M10, N4. 3. Der Arzt wollte jedoch dieses EK gerade der Pat. N4, G4 transfundieren! Denkt man bei uns noch an eine Art der Identitätssicherung? Wozu gibt es ein Patientenarmband? 4. Vermutlich wurde der falsche Abholschein ausgedruckt und vom Arzt unterschrieben! 5. Als die ausgegebene Konserven auf Station ankam wurde diese ausgepackt, angestochen und NICHTS auf seine Übereinstimmung kontrolliert! <p>Der Fehler ist bei Kontrolle auf Station aufgefallen durch den Hinweis der MTL.</p>

	<p>Der Fehler wurde durch den Bedside-Test nicht erkannt. Zufällig hatten beide Patienten die gleiche ABO-Blutgruppe.</p> <p>Der Stationsarzt wurde von MTL explizit darauf hingewiesen, dass er gerade versucht das EK für M10, N4 an Frau N4, G4 zu applizieren. Die Pflegekraft teilte ihm nochmals mit wo sich das Bett von Patientin M10, N4 befindet.</p> <p>Wir würden gerne LAURIS ID-Check einführen, doch leider ist dies der GF zu teuer.</p>
Problem	<p>Fehltransfusionen stellen ein signifikantes Risiko bei der Behandlung mit Blutprodukten dar. Im berichteten Fall konnte diese verhindert werden. Aus der Meldung ergeben sich wertvolle Hinweise für eine Optimierung der Verfahren in der Meldeorganisation und sicherlich auch in vielen anderen Krankenhäusern.</p> <p>Der gemeldete Fall illustriert eine Kette von Fehlern im Umgang mit Blutprodukten. Ausgangspunkt war die fehlerhafte Zuordnung der Produktbestellung zu einem falschen Patienten. Die Ausgabe des Blutproduktes erfolgte dann korrekt entsprechend den verfügbaren Informationen, doch im Patientenzimmer wurde die Konserve zur Transfusion vorbereitet, ohne die erforderlichen vorbereitenden Kontrollen durchzuführen. Es stellt sich die Frage, ob die Patientenidentifikation mit der notwendigen Sorgfalt durchgeführt wurde. Das Patientenarmband stellt hier nur einen ergänzenden Teilschritt dar. Die wichtigste Maßnahme bleibt das aktive Nachfragen von Namen und Geburtsdatum des Patienten in einer offenen Frage [1, S. 1141-2].</p> <p>In der Richtlinie Hämotherapie sind fundamentale Arbeitsschritte formuliert (vgl. Abschnitt 4.9.2 Vorbereitende Kontrollen der Richtlinie Hämotherapie [2, S.74]), die unsere Patienten und uns vor Fehltransfusionen schützen. Sie bieten eine rasch durchführbare Arbeitshilfe, wenn sie aufmerksam durchgeführt werden. Zur sicheren Transfusion gehört nicht nur die korrekte Zuordnung von Patienten und Produkt, sondern auch die Prüfung, ob eine Aufklärung erfolgte. Im vorliegenden Fall hätte ein Bedside-Test eine Fehltransfusion nicht verhindert, da beide betroffenen Patienten eine identische ABO-Blutgruppe aufwiesen.</p> <p>Die Fehlermeldung zeigt eine nachvollziehbare Fassungslosigkeit, dass die eigentlich im klinischen Alltag leicht durchführbaren Arbeitsschritte im gemeldeten Fall nicht mit der erforderlichen Aufmerksamkeit abgearbeitet wurden. Wir haben aus der Meldung aber keine Kenntnisse zur Arbeitssituation, dem Ausbildungsstand des ärztlichen Mitarbeiters oder anderen Begleitfaktoren, die die Qualität der Arbeit beeinträchtigen könnten.</p> <p>Es soll betont werden, dass die gleiche Sorgfalt, die bei der Durchführung der Transfusion gefordert wird, ebenso bei der Proben gewinnung für immunhämatologische Untersuchungen unabdingbar ist. Wenn in den vorbereitenden Prozessschritten Fehler gemacht werden, stimmen Untersuchungsergebnisse und die Indikation für Maßnahmen nicht.</p>

	<p>Technische Lösungen werden vom Arbeitskreis Blut der Stellungnahme 19 empfohlen: „Die wissenschaftliche Literatur belegt, dass die Anwendung von IT-gestützten Systemen, z.B. unter Verwendung von Armbändern für behandelte Personen, die Quote von Medikationsfehlern und WBIT signifikant senkt“[1, S. 1142]. So sehr wir für technische Lösungen plädieren, um die Durchführung der Transfusion sicherer zu machen, müssen wir uns jedoch im Klaren sein, dass gute technische Lösungen nur dann die Sicherheit erhöhen, wenn sie regelgerecht angewendet werden. Im vorliegenden Fall wurde die Konserven „angestochen“, bevor Kontrollschritte durchgeführt wurden. Ein Identifikationssystem hätte den Fehler zwar schneller aufgedeckt, den Verfall der Konserven jedoch nicht verhindert. Eine bewusst abgearbeitete Checkliste wäre geeignet gewesen, um den Fehler frühzeitig aufzudecken.</p> <p>Empfehlungen zur Fehlervermeidung:</p> <p>Konsequente Anwendung der Identifikations-Checkliste gemäß Hämotherapie-Richtlinie (aktives Abfragen, Abgleich mit Armband und Begleitschein, Dokumentation)</p> <p>Sensibilisierung und Schulung des Personals zu den Risiken von Identitätsverwechslungen (z.B. M&M-Konferenz, Meldung an die Transfusionskommission)</p> <p>Einführung technischer Lösungen (z.B. elektronischer ID-Check)</p> <p>Regelmäßige Überprüfung und Anpassung der SOPs zur Transfusionssicherheit</p> <p>Förderung einer offenen Fehlerkultur und Nutzung von CIRS zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit</p> <p>Interne Meldepflicht und Qualitätssicherung bei Beinahe-Schäden</p> <p>Entsprechend den Empfehlungen des Arbeitskreises Blut ist es erforderlich, Fälle wie den vorliegenden als Beinahe-Schaden sowohl an den Qualitätsbeauftragten der Einrichtung als auch in das Qualitätssicherungssystem der jeweiligen Institution zu melden. Dies sichert die lückenlose Nachverfolgung von Fehlern und ermöglicht eine strukturierte Aufarbeitung des Vorfalls.</p> <p>Die weitere Bearbeitung erfolgt durch die transfusionsbeauftragte Person, die eine detaillierte Analyse des Ereignisses durchführt. Im Anschluss ist eine Meldung an den Transfusionsverantwortlichen vorgeschrieben, um eine organisationsweite Kenntnisnahme und Bewertung des Vorfalls zu gewährleisten.</p> <p>Im Rahmen des jährlich zu erstellenden Berichts an die Transfusionskommission werden solche Ereignisse aufgearbeitet und analysiert. Hierbei ergeben sich wertvolle Hinweise und Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung und Verbesserung der</p>
--	--

	Sicherheit in der Hämotherapie, was langfristig zu einer nachhaltigen Erhöhung der Patientensicherheit beiträgt.
Prozessteilschritt*	2 - Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes, 15 - Fehler bei der Patientenidentifikation
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), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 2, Routine, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	C - Personen mit Gerät
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/Nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/Nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	Aufmerksame MTL!
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	2/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	2/5
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. Einführung und Schulung SOP Transfusionssicherheit 2. Prüfung und Schulung der VA Patientenidentifikation 3. Checkliste Transfusion 4. M&M-Konferenz 5. Meldung an die Transfusionskommission

	Strukturqualität: 1. Einführung eines scannerbasierten Transfusionssysteme
--	--

Literatur/ Quellen:

- [1] Stellungnahme Fehlanwendungen von Blutkomponenten: Bei der 87. Sitzung des Arbeitskreises Blut am 14.05.2019 wurde folgende Stellungnahme (S 19) verabschiedet [published correction appears in Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020 Jun;63(6):796]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019;62(9):1140-1143. doi:10.1007/s00103-019-02989-9
- [2] 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.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf

Häufig verwendete Abkürzungen:

EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Standard Operating Procedure
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität	VA	Verfahrensanweisung
MTL	Medizinisch technischer Laborant		

*** 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