

## 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>	Verwerfen einer Blutkonserve durch fehlende Unterschrift des Patienten / Betreuers
<b>Fall-ID</b>	CM-246740-2023
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Das Ereignis fand im Kontext Organisation (Schnittstellen / Kommunikation) statt.</p> <p>Es wurde eine Kreuzprobe für 1 Erythrozytenkonzentrat (EK) angefordert. Die Konserve wurde im Labor abgeholt. Ein Einverständnis des Patienten für eine Transfusion lag aber nicht vor, zudem war der Betreuer nicht erreichbar.</p> <p>Die Konserve blieb auf Station liegen und musste schließlich entsorgt werden. Es fehlte an Aufklärung im Vorfeld und einer rechtzeitigen Kontaktaufnahme mit Betreuer durch den Arzt.</p> <p>Faktoren die zum Ereignis beigetragen haben sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)</li> <li>- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)</li> </ul>
<b>Problem</b>	<p>Die Abholung eines EKs, das offensichtlich in elektiver Indikation geplant und angeordnet war, ist die Einleitung einer Prozesskette zur zügigen Verabreichung. Bei weit entfernten Blutdepots im Labor ist eine vorsorgliche Abholung aus Wege- und Zeitersparnis eine übliche Praxis, die aber dann wie in diesem Fall auch ihre Risiken birgt. Dieses Ereignis sollte in Zukunft vermieden werden, da Blutkonserven im Allgemeinen als potenziell notwendiges Therapeutikum immer öfter nicht verfügbar sind (siehe Versorgungsengpass, Nachricht des DRK [1] und des Paul-Ehrlich-Instituts PEI [2]), weil diese verfallene Konserve vielleicht einem anderen Patienten das Leben hätte retten können, weil dem Spender ein Aufwand entstanden ist und er den gewissenhaften Einsatz zu Recht erwarten kann.</p> <p>Folgendes Verbesserungspotenzial ist in diesem Fall vorliegend:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Prozess der nicht dringlichen Transfusion soll erst mit der Bestellung der Blutkonserven eingeleitet werden, wenn:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) die Indikation eindeutig ist,</li> <li>2) alle Formalien und Untersuchungen abgeschlossen sind,</li> <li>3) sichergestellt ist, dass die Therapie auch nach dem Eintreffen der Konserve durch einen anwesenden Arzt zügig abgeschlossen werden kann.</li> </ol> </li> <li>• Für zukünftige Fälle empfiehlt es sich, bei betreuten Patienten die Einverständniserklärung bzw. Aufklärung mit der Aufnahme des Patienten vorsorglich bereits bei Aufnahme einzuholen bzw. vorzunehmen.</li> <li>• Wenn es sich nicht um eine Transfusion im Rahmen einer chronischen Transfusionsserie zum Beispiel bei einer Hämoglobinopathie oder aplastischen Knochenmarkserkrankung handelte, ist die Indikationsstellung zu hinterfragen. Offensichtlich musste keine weitere Konserve bestellt oder die Notfallindikation gestellt werden, weil der Patient ohne die Konserve symptomatisch wurde. Bei nicht-blutenden und asymptomatischen Patienten ist die Indikation sehr restriktiv zu stellen (siehe Querschnittsleitlinien der BÄK [3]).</li> <li>• Die Anforderung in dieser Einrichtung ist vermutlich ohne Angabe der Indikation und Abfrage der formalen Voraussetzungen möglicherweise noch auf Papier möglich. Bei elektronischer Anforderungsmodalität in der Blutbank/Labor könnte durch eine Vernetzung mit dem Krankenhausinformationssystem KIS die elektive, nicht dringliche Konservenbestellung erst dann aktiv werden, wenn erstens alle rechtsgültigen Unterschriften vorliegen und zweitens eine Erklärung zur Indikation bei nicht leitliniengedeckter Situation vom anfordernden Arzt gegeben wird.</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt*</b>	3 - Anforderung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	nein
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Station
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	Routine

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/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>	
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><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortbildung/VA – alle Ärzte: Indikationsstellung von Erythrozytenkonzentraten nach den aktuellen Querschnittsleitlinien Hämotherapie: Notfall, dringliche und elektive Transfusion</li> <li>2. SOP/VA – Station, Pflege/Ärzte: Aufklärung und Einwilligung bei betreuten Patienten, Vorlage/Einholung der Unterschriften</li> <li>3. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. GF, TV, IT, Leiter Labor: Einführung einer Vernetzung der Labor/Blutbanksoftware mit dem KIS und Einrichten einer elektronischen Anforderung</li> </ol>

**Literatur:**

- [1] Deutsches Rotes Kreuz. DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg/ Hessen. <https://www.blutspende.de/presse/pressemitteilungen/dramatisch-angespannte-versorgungslage>. (Accessed 09.05.2023)
- [2] Fiedler SA, Henseler O, Hoffelner M, et al. Monitoring Blood Supply in Germany: A Regulatory Perspective. *Transfus Med Hemother*. 2023;50(2):129-134. Published 2023 Jan 18. doi:10.1159/000528974 <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2023/230303-blutversorgung-im-fokus.html> (Accessed 09.05.2023)
- [3] Bundesärztekammer auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirats. *Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten: Gesamtnovelle 2020*. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2021. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/MuE/Querschnitts-Leitlinien\\_BAEK\\_zur\\_Therapie\\_mit\\_Blutkomponenten\\_und\\_Plasmaderivaten-Gesamtnovelle\\_2020.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/MuE/Querschnitts-Leitlinien_BAEK_zur_Therapie_mit_Blutkomponenten_und_Plasmaderivaten-Gesamtnovelle_2020.pdf)

# Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

## Häufig verwendete Abkürzungen:

EK	Erythrozytenkonzentrat	TV	Transfusionsverantwortliche/r
GF	Geschäftsführer/in	VA	Verfahrensanweisung
IT	Informationstechnik/er		
SOP	Standard Operating Procedure		

## \* 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

<b>Wiederholungsrisiko</b>	
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

<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
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