

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	Blutkonserven erhalten, die nicht für Patient bestimmt war
Fall-ID	CM-287397-2026
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein Patient hat eine falsche Blutkonserven angehängt bekommen, die nicht für ihn bestimmt war. Der Patient war dement und konnte deswegen nicht reagieren.</p> <p>Es wurde kein Bedside-Test gemacht und das Bett des Patienten war nicht mit Namen gekennzeichnet. Das Patientenarmband wurde zwar getragen, aber es wurde nicht nachgeschaut.</p> <p>Das Ereignis tritt jeden Monat in der Abteilung auf.</p>
<p>Problem</p> <p>[1]- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf</p> <p>[2]- Musterverfahrensanweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven - empfohlenes Vorgehen der IAKH: Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p> <p>[3]- Muster Arbeitsanweisung Transfusion BÄK 2024. https://www.aerzteblatt.de/archiv/240783</p> <p>[4]- Mirrione-Savin A et al. Frequencies and causes of ABO-incompatible red cell transfusions in France, Germany and the United Kingdom. Br J Haematol. 2025 Feb;206(2):726-734. doi: 10.1111/bjh.19848</p> <p>[5]-</p>	<p>Diese Meldung ist alarmierend, weil die monatliche Frequenz eine letale akut-hämolytische Transfusionsreaktion als zukünftige Komplikation in dieser Einrichtung sehr wahrscheinlich werden lässt. Der ursächliche Mechanismus ist bekannt- die fehlerhafte oder fehlende Identitätssicherung des Empfängers bei nicht erhaltener Auskunftsfähigkeit (Demenz). Außerdem sind weitere Fehler wie die Missachtung der Durchführung des Bedsidetests (BST) und das Fehlen des Patientennamen am Bett zu bemängeln, die eindeutig in der Richtlinie Hämotherapie [1] festgelegt sind. Eindeutige Musterverfahrensanweisungen sind verfügbar [2,3] und sollten auch auf Einrichtungsniveau im QM-Handbuch oder der Anweisung Transfusionsmedizin vorhanden sein. ABO-inkompatible Fehltransfusionen sind in Deutschland häufiger als in anderen Ländern [4]. Die Faktoren dafür sind unklar. Deshalb ist es zu bedauern, dass diese Meldung extrem kurz gehalten ist. Sie lässt keine Rückschlüsse über begünstigende Faktoren etc. zu. Damit sind auch die Empfehlungen zur zukünftigen Vermeidung auf die Standard-Maßnahmen beschränkt, ohne dass einrichtungsbezogene Besonderheiten berücksichtigt werden können.</p> <p>Die Identitätssicherung beim Dementen und Bewusstlosen ist besonders und muss eine erhöhte Achtsamkeit für die mangelhaft verlässliche Antwort des Patienten beim verantwortlichen Arzt auslösen [5]. Hier wurden zusätzlich jedoch die selbst beim auskunftsfähigen durchzuführenden Sicherheitschecks wie die Kontrolle des Patientenarmbands und der Durchführung des BST versäumt. Das entspricht im Falle einer Anklage der grob fahrlässigen</p>

<p>[6]- Marconi M et al. Improving transfusion safety by electronic identification of patients, blood samples, and blood units. Hematology 2000;16(2):82-5.</p> <p>[7]- Shin KH, Lee HJ, Oh SH, Jo SY, Lee SM, Kim IS. Sample collection for pre-transfusion crossmatching: Benefits of using an electronic identification system. Transfus Med. 2022 Aug;32(4):299-305. doi: 10.1111/tme.12863. Epub 2022 Apr 2. PMID: 35365920.</p> <p>[8]- AK Blut. Stellungnahme zu Fehlanwendungen von Blutkomponenten. 87. Sitzung am 14.05.2019, Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1140–1143, https://doi.org/10.1007/s00103-019-02989-9</p> <p>[9]- Bluttransfusion: Verwechslungsgefahr größer als Infektionsrisiko, Deut Ärztebl 2017 (https://www.aerzteblatt.de/news/bluttransfusion-verwechslungsgefahr-groesser-als-infektionsrisiko-d1f0cfd3-509b-4129-bd2a-5da0028c49e5)</p>	<p>Vorgehensweise und wird dem Mitarbeiter persönlich angelastet werden, da die Einrichtungshaftung bei vorsätzlichem und grob fahrlässigem Verhalten nicht einspringt.</p> <p>Die technische Absicherung der Blutproduktetherapie ist möglich, ohne dass Patienten und Mitarbeiter zu Schaden kommen [6,7], und auch vom AK Blut gefordert [8]. Es besteht die ethische Verpflichtung, die Anwendung von Arzneimitteln und Blutprodukten auch beim bewusstseinsgetrübten Patienten sicher zu machen. Die Kosten für diese Systeme sind überschaubar und rechnen sich im Vergleich zu den Kosten für Komplikationen, Gerichtskosten und Reputationsschaden [8]. Eine Fehltransfusion, meist eine ABO-Inkompatibilität durch Verwechslung verursacht für Einrichtungen hohe direkte und indirekte Kosten verursacht. Diese belaufen sich minimal auf mehrere zehntausend Euro belaufen, primär getrieben durch intensivmedizinische Maßnahmen. Darüberhinaus drohen Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen des Patienten. Die Folgen der Rufschädigung der Einrichtung sind schwer zu kalkulieren, aber übersteigen bei Bekanntwerden der Komplikation und Ursachen die direkten Kosten um ein Vielfaches. Im Vergleich dazu schlägt eine korrekte Transfusion eines Erythrozytenkonzentrats (Material, Personal, Lagerung) mit ungefähr 200 Euro zu Buche, wobei die Hälfte auf Personal und Material entfällt. Es ist seit längerem bekannt, dass die Anwendungssicherheit, nicht die Produktesicherheit von Blut das eigentliche Problem darstellt [9].</p> <p>Neben diesen technischen Lösungen sind intensivere Schulungen und strukturierte Einarbeitungskonzepte mit Rotation ins immunhämatologische Labor notwendig. In einigen Mustereinrichtungen wird die Erlaubnis zur Anforderung und Verabreichung von Blutprodukten nur dann erteilt, wenn die Fachkenntnis dokumentiert durch ein hauseigenes Schulungskonzept erbracht ist.</p>
Prozesseilschritt*	5 - Fehler im Bereich der Verabreichung, 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)	Bettenstation
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	k.A.
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B -	C

Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	
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**	5/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[10]- Schmidt-Hieber M. et al. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. Transfus Apher Sci 2006 Oct;35(2):125-30. doi: 10.1016/j.transci.2006.06.001. Epub 2006 Oct 12.</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pflichtfortbildung Transfusionsmedizin für alle Mitarbeiter und SOP/VA: Richtlinie Hämotherapie und Musterverfahrensanleitung der BÄK/IAKH zur Patientenidentifikation und Verabreichung von Blutkonserven 2. Pflichtfortbildung Ärzte: Haftung und strafrechtliche Konsequenzen einer grobfahrlässigen Fehltransfusion 3. M&M-Konferenz 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ÄD, TV, GF, IT, QM, PDL, etc: Investition und Etablierung eines elektronisches Systems zur Anwendungsabsicherung von Blutprodukten wie z.B. das Cairos 4.0 [10] 2. ÄD, TV, Laborleitung: Einführung eines Curriculums zur Einarbeitung in die praktische Transfusionstätigkeit vor der ersten Bluttransfusion und Rotation ins immunhämatologische Labor

[Mögliche Konsequenzen bei einem erneuten Auftreten des Ereignisses]						
Katastrophal	5	10	15	20	25	Legende 1-3 Niedriges Risiko 4-6 Moderates Risiko 8-12 Hohes Risiko 15-25 Extrem hohes Risiko
Schwer	4	8	12	16	20	
Moderat	3	6	9	12	15	
Minimal	2	4	6	8	10	
Keine	1	2	3	4	5	

Fehlerregisterformular IAKH 2025 vs.1.0

Selten	Unwahrscheinlich	Denkbar	Wahrscheinlich	Fast sicher
[Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens des Ereignisses]				

Literatur/ Quellen:

[1]

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	LIS	Laborinformationssystem
AHT	Arterielle Hypertonie	M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
AKS	Antikörpersuchtest	OP	Operationssaal
BST	Bedside-Test	PDL	Pflegedienstleitung
CA	Chefarzt/-ärztin	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
EK	Erythrozytenkonzentrat	QM	Qualitätsmanagement
FFP	Gefrierplasma	SOP	Standard Operating Procedure
GF	Geschäftsführer/in	TB	Transfusionsbeauftragte/r
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TFG	Transfusionsgesetz
Hkt	Hämatokrit	TK	Thrombozytenkonzentrat
ICU	Intensivstation	TV	Transfusionsverantwortliche/r
IT	Informationstechnik/er	VA	Verfahrensweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	WBIT	Wrong Blood in Tube
KIS	Krankenhausinformationssystem		

* 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

<u>Wiederholungsrisiko</u>	
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

<u>Schweregrad/Gefährdung</u>	
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