

# 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>	Patient erhält falsches Blutprodukt
<b>Fall-ID</b>	CM-270158-2024
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Fachgebiet: Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>Der Patient war bereits in einem kritischen Zustand und es wurde gerade eine Not-OP in die Wege geleitet. Vorher/ unter der OP sollte dieser noch ein FFP transfundiert bekommen. Die stationsärztliche Person hat in der Hektik das FFP für einen anderen Patienten der Station im System angemeldet. Es erfolgte ein Anruf in der Blutbank, dass sie ein FFP für den eigentlich zu transfundierenden Pat. angefordert hat und der Schein gerade folgt. Es fiel auch dort nicht auf, dass die Anforderung für einen falschen Pat. kam (anders, als am Telefon durchgegeben). Das FFP erreichte im Verlauf die Station und wurde von der bestellenden ärztlichen Person geprüft, hier wurde in der Hektik nicht akkurat auf den Namen geachtet, das Geburtsdatum wurde geprüft und stimmte in diesem Fall bei beiden Pat. überein. Das FFP wurde von der ärztlichen Person freigegeben und von der Pflegekraft auf Anordnung aufgezogen zur zeitnahen Gabe. Dabei wurde der Transfusionschein nicht von einer weiteren Person als der ärztlichen Person gesichtet. Somit wurde das FFP in Unwissen dem falschen Patienten transfundiert. Nachdem bereits einige ml der FFP in den Pat. transfundiert wurden fiel einer Pflegekraft beim Beiseitelegen des Transfusionsscheins auf, dass der falsche Name darauf stand. Die Transfusion wurde daraufhin sofort gestoppt.</p> <p>Das FFP ist grundsätzlich immer Blutgruppe AB, somit war die Verwechslung nicht kritisch und hat keine Transfusionsreaktion auslösen können.</p> <p>Eigener Ratschlag (take-home-message):</p> <p>Stressige Notfallsituation, Überlastung am zweiten 13-Stunden Dienst in Folge und zu wenig Zeit und Ruhe genommen, das Blutprodukt adäquat zu prüfen. Mehrere Unterbrechungen durch andere notfallmäßig zu klärende Dinge während des Prüfens des Blutproduktes.</p> <p>Vermeidung z.B. durch:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4-Augen-Prinzip einfordern, weil man merkt, dass man am Rande seiner Kapazitäten arbeitet</li> <li>- Genug Zeit nehmen, auch wenn gerade alles schnell gehen muss</li> </ul> <p>Das Ereignis hat sich nur dieses Mal zugetragen.</p>
<p><b>Problem</b></p>	<p>Diese Meldung enthält typische Elemente für eine Fehltransfusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfall in der Dienstbereitschaft mit Übermüdung und Überlastung der beteiligten Personen</li> <li>• Hektik, mehrere Unterbrechungen, zuviele Aufgaben, fehlende Priorisierung</li> <li>• 2 Patienten mit demselben Geburtsdatum im gleichen System</li> <li>• Versuch der telefonischen Korrektur des Fehlers bei der digitalen Bestellung</li> <li>• Überspringen oder Vergessen der Absicherungsschritte im Prozess- Kontrolle der Konserve fehlerhaft, Kontrolle des Begleitscheins fehlend</li> <li>• fraglich notwendige Indikation des Blutprodukts</li> </ul> <p>Warum die Einrichtung entgegen der Empfehlung der Richtlinie Hämotherapie 2023 (Kap. 4.10.3.4. [1] therapeutisches Plasma („FFP“) nicht blutgruppengleich, sondern „grundsätzlich immer“ universell verträglich als AB-Plasma transfundiert, ist unklar. Bezeichnend ist aber, dass mehrere Sicherheitsschritte nacheinander nicht greifen und die Fehltransfusion verhindern [2].</p> <p>Die Situation im Notfall unter Zeitdruck ist fehleranfälliger als unter Routinebedingungen, da die Ausführenden sich nicht die Zeit für Sorgfalt und Überprüfungen der Korrektheit nehmen.</p> <p>Der Fehler hätte auch durch den Abholungsprozess auffallen können, wenn die Vorgehensweise des Blutdepots die Adressette des Empfängers zum Abgleich bei Ausgabe des Produkts eingefordert hätte. Beim idealerweise scanner-basierten Gegengelesen wäre die Verwechslung aufgefallen.</p> <p>Zur Vermeidung eignen sich die besondere Aufmerksamkeit für die Verabreichung der Blutprodukte, die zwingende Etablierung des 4-Augenprinzip, die Forderung eine Patientenetikette mit zur Abholung ins Blutdepot zum Gegencheck bei der Ausgabe vorzuzeigen, ein elektronisches Bestellformular und eine Scanner-Erfassung der Blutkomponente mit Chargennummer vor Transfusion.</p>
<p><b>Prozesseilschritt*</b></p>	<p>2 - Fehler bei der Anforderung, 5 - Fehler bei der Verabreichung, 15 - Fehler bei der Patientenidentifikation</p>
<p><b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b></p>	<p>FFP</p>

Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Nicht sicher
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, Blutbank
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Notfall, zweiter 13-Stunden Dienst in Folge
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**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
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 und SOP/VA – alle Mitarbeiter: Das besondere Medikament Blut: Besonderheiten bei der Verabreichung von Blutkomponenten</li> <li>2. SOP/VA – Labor: Scanner-basierte Ausgabe von Blutprodukten</li> <li>3. M&amp;M-Konferenz zum Fall</li> <li>4. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IT, TV, QM, GF, Leitung Labor, Leitung Blutdepot, ÄD, PDL: Implementierung einer elektronischen Software zum</li> </ol>

	scanner-basierten Verordnungs- und Verabreichungsprozess für Blutprodukte
--	---

**Literatur/ Quellen:**

[1] 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.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Medizin\\_und\\_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023\\_neu2.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf)

[2] Dicheva-Radev S, Köberle U, Vogt B, Lindner, O. Rascher, W. Medikationsfehler und das „Schweizer Käse“-Modell: schwerwiegende Verwechslung. Arzneiverordnung in der Praxis. 2024; 51(1):28-31.

[https://www.akdae.de/fileadmin/user\\_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/2024-1/028.pdf](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/2024-1/028.pdf)

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

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

**\* 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