

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	Blutkonserve erhalten, die nicht für Patient bestimmt war
Fall-ID	CM-287397-2026
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein Patient hat eine falsche Blutkonserve 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>
Problem	<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 Bedside-Tests (BST) und das Fehlen des Patientennamens am Bett zu bemängeln, die eindeutig in der Richtlinie Hämotherapie [1] festgelegt sind. Eindeutige Musterverfahrensweisungen 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 auskunftsfähigen durchzuführenden Sicherheitschecks wie die Kontrolle des Patientenarmbands und die Durchführung des BST versäumt. Das entspricht im Falle einer Anklage der grob fahrlässigen</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. Diese belaufen sich minimal auf mehrere zehntausend Euro, primär getrieben durch intensivmedizinische Maßnahmen. Darüber hinaus 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
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. SOP/VA und Pflichtfortbildung Transfusionsmedizin für – alle Mitarbeiter: 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 elektronischen 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 3.

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

- [2] Musterverfahrensweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven - empfohlenes Vorgehen der IAKH: Unter dem Buchstaben „M“ bei <https://www.iakh.de/sonstiges.html>
- [3] BÄK. Muster-Arbeitsanweisung zur Transfusion von Erythrozytenkonzentraten (EK) unter den besonderen Bedingungen des Abschnitts 6.4.2.3.1 b) „Sonderfälle“ der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2023. Dtsch. Aerztebl. 2024;121(16):A5-A9. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/48c6d875-e24c-4f35-ae09-aa9cd82facff>
- [4] Mirrione-Savin A, Aghili Pour H, Swarbrick N, et al. Frequencies and causes of ABO-incompatible red cell transfusions in France, Germany and the United Kingdom. Br J Haematol. 2025;206(2):726-734. doi:10.1111/bjh.19848
- [5] Pepper A, Dening KH. Dementia and communication. Br J Community Nurs. 2023 Dec 2;28(12):592-597. doi: 10.12968/bjcn.2023.28.12.592. PMID: 38032716.
- [6] Marconi M, Langeberg AF, Sirchia G, Sandler SG. Improving transfusion safety by electronic identification of patients, blood samples, and blood units. *Immunohematology*. 2000;16(2):82-85.
- [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;32(4):299-305. doi:10.1111/tme.12863
- [8] 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
- [9] Deutsches Ärzteblatt. Bluttransfusion: Verwechslungsgefahr größer als Infektionsrisiko. Published October 10, 2017. Accessed April 4, 2026. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/bluttransfusion-verwechslungsgefahr-groesser-als-infektionsrisiko-d1f0cfd3-509b-4129-bd2a-5da0028c49e5>
- [10] Hans-Hirschfeld-Device - CAIRO 4.0 System
- Schmidt-Hieber M, Schuster R, Nogai A, Thiel E, Hopfenmüller W, Notter M. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. *Transfus Apher Sci*. 2006;35(2):125-130. doi:10.1016/j.transci.2006.06.001.

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	QM	Qualitätsmanagement
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Standard Operating Procedure
GF	Geschäftsführer/in	TV	Transfusionsverantwortliche/r
IT	Informationstechnik/er	VA	Verfahrensweisung
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		
PDL	Pflegedienstleitung		

*** Prozessschritte 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

Fehlerregisterformular IAKH 2025 vs.1.0

5/5 sehr häufig, min. 1/10

5/5 bleibende Schäden
Tod/ schwere bleibende Schäden