



**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

<b>Thema/Titel</b>	Unklare Zuständigkeit und fehlende Abstimmung bei der Bereitstellung von Blutprodukten
<b>Fall-ID</b>	227-2025-H9I6
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Der Patient war bereits in der Schleuse, der Chirurg hatte keine Konserven angefordert, der Anästhesist möchte EKs.</p> <p>Der Fehler wurde identifiziert, da Rücksprache mit dem Labor gehalten wurde: "Wurden EKs bereitgestellt?".</p> <p>Die Blutgruppe und Kreuzprobe wurden nachgezogen.</p>
<b>Problem</b>	<p>Aus den vorliegenden Informationen lässt sich nicht eindeutig feststellen, ob die Bereitstellung von Blutprodukten im gemeldeten Fall medizinisch indiziert war. Es ist denkbar, dass von Seiten der Anästhesiologie eine falsche Einschätzung zu Art und Umfang des Eingriffs bestand. In diesem Fall ist zu vermuten, dass die OP-Anmeldung keinen eindeutigen Hinweis auf den Behandlungsumfang gegeben hat. Der Prozessfehler besteht unabhängig davon in der Verzögerung der Indikationsklärung. Bei Unstimmigkeiten zur Notwendigkeit einer Produktbereitstellung wird eine großzügige Bestellung der Produkte empfohlen [1].</p> <p>Die Verantwortlichkeiten im Rahmen der Hämotherapie sind zwischen den an der Versorgung beteiligten Fachbereichen festgelegt [1]. Im klinischen Ablauf kam es zu divergierenden Einschätzungen zwischen der chirurgischen und der anästhesiologischen Fachabteilung bezüglich der Notwendigkeit der Bereitstellung von Blutprodukten für eine geplante Operation. Die Klärung der Indikation erfolgte im vorliegenden Fall erst während der Einschleusung des Patienten in den Operationsbereich. Dies resultierte in Verzögerungen, erhöhtem Kommunikationsaufwand und dem Risiko, dass im Bedarfsfall keine kompatiblen Erythrozytenkonzentrate zur Verfügung stünden.</p> <p>Das vorliegende Ereignis ist als prozessualer Fehler zu klassifizieren. Die Indikationsstellung und Bereitstellung von Blutprodukten stellen integrale Bestandteile der präoperativen Planung dar und müssen vor Beginn der Operation verbindlich geklärt sein.</p>

	<p>Die Fehlermeldung verdeutlicht exemplarisch, dass mangelnde interdisziplinäre Kommunikation und fehlende Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen die Behandlungs- und Prozessqualität wesentlich beeinträchtigen können.</p> <p><b>Risikobewertung:</b></p> <p>Die kurzfristige Bereitstellung von EKs ist mit erheblichen Risiken verbunden. Im Rahmen der Kreuzprobe oder des Antikörpersuchtests können immunhämatologische Besonderheiten auftreten, die im ungünstigsten Fall zur Unverfügbarkeit kompatibler Produkte und einer damit verbundenen Verschiebung der Maßnahme führen können (vgl. z.B. Fall CM-121380-2016 aus dem Fehlerregister).</p> <p>Die Störungen im Ablauf führen zu Mehrarbeit unter Zeitdruck im Labor, sind für den betroffenen Patienten unangenehm und stellen kommunikative Anforderung an das Team in der Einschleusung um Stress vom Patienten zunehmen.</p> <p><b>Systemische Ursachen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende interdisziplinäre Abstimmung im präoperativen Planungsprozess</li> <li>• Fehlende verbindliche Dokumentation der Transfusionsindikation bei OP-Anmeldung</li> <li>• Fehlende Nutzung standardisierter Checklisten (z. B. WHO-OP-Checkliste)</li> <li>• Fehlende Sensibilisierung für transfusionsmedizinische Risiken bei kurzfristiger Bereitstellung</li> </ul> <p><b>Empfohlene Maßnahmen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die verbindliche Klärung der Transfusionsindikation ist bereits bei der OP-Anmeldung durch die operative Fachabteilung in Abstimmung mit der Anästhesie vorzunehmen.</li> <li>2. Die Verwendung der WHO-OP-Checkliste [2] oder einer gleichwertigen hausinternen Checkliste, die explizit die Notwendigkeit von Blutprodukten abfragt, ist verpflichtend.</li> <li>3. Eine präoperative Abschätzung des Blutverlustes sowie die Bestimmung des zirkulierenden Erythrozytenvolumens sind zur Entscheidungsunterstützung durchzuführen.</li> <li>4. Die Schulung und Sensibilisierung der beteiligten Fachabteilungen in Bezug auf immunhämatologische Risiken, insbesondere im Kontext moderner Therapien, ist sicherzustellen.</li> <li>5. Eine frühzeitige transfusionsmedizinische Anamnese ist insbesondere bei Patienten mit komplexer Vortherapie</li> </ol>
--	---

	<p>oder monoklonalen Antikörpern (z.B. Daratumumab [Anti-CD38], Hu5F9-G4 [Anti-CD47]) durchzuführen.</p> <p><b>Zusammenfassung:</b></p> <p>Die verspätete Abstimmung über die Bereitstellung von Blutprodukten stellt einen vermeidbaren Prozessfehler dar. Eine frühzeitige, interdisziplinäre Kommunikation und die Nutzung strukturierter Planungsinstrumente sind erforderlich, um transfusionsbedingte Risiken zu minimieren und die Patientensicherheit gemäß den Anforderungen der Hämotherapie-Richtlinie sicherzustellen.</p>
<b>Prozessteilschritt*</b>	2 - Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Indikationssprechstunde, OP-Schleuse
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	Wochentag, Routine, ASA 2
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</b>	A - zwischen Personen
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/Nein
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	Nein/Nein
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>)</b>	Aufmerksames Team bei der OP-Einschleusung
<b>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</b>	2/5
<b>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</b>	3/5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess-</b>	<b>Prozessqualität:</b>

<b>und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikationslisten nach Eingriffsart</li> <li>2. VA Präoperative Optimierung des Erythrozytvolumens</li> <li>3. Einführung OP-Checkliste angelehnt an die WHO-Empfehlung</li> <li>4. M&amp;M-Konferenz</li> <li>5. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Automatische Bestimmung des individuellen Erythrozytvolumens</li> </ol>
--	--

#### Literatur/ Quellen:

- [1] Zinganell K, Hempel K. Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion [Agreement between the Professional Association of German Anesthetists and the Professional Association of German Surgeons on cooperation in blood transfusions]. *Chirurg*. 1989;60(7). Verfügbar unter: <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html>. Accessed October 25, 2025. [Online].
- [2] WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2009. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/handle/10665/44185>. Accessed October 25, 2025.

#### Häufig verwendete Abkürzungen:

EK Erythrozytenkonzentrat  
M&M Konferenz zu Morbidität und Mortalität

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

<b>Wiederholungsrisiko</b>		<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
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