

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	Fehlen der Transfusionsaufklärungen bei elektiven Eingriffen
Fall-ID	CM-274303-2025
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Fehlende Transfusionsaufklärung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elektiver Eingriff mit hohem Blutungsrisiko und postoperativ geplanter Intensivüberwachung - Es kam zum Eintritt von erwartbaren Komplikationen: transfusionspflichtige Nachblutung - Postoperativ: es ist keine Transfusionsaufklärung seitens der behandelnden Abteilung erfolgt, der Patient war nach mehrstündiger OP/Narkose nicht aufklärungsfähig - im Verlauf Notfallindikation bei vitaler Bedrohung. <p>Es bestand ein regelhaftes Fehlen der Transfusionsaufklärungen bei einem elektiven Eingriff.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Information wurde an den chirurgischen Arzt/in weitergegeben, der für die OP die Aufklärung getätigt hat. - Es ist eine regelhafte Schulung durch den Transfusionsverantwortlichen erfolgt. - Überprüfung der Prozesse im Rahmen des jährlichen Transfusionsaudits <p>Eigener Ratschlag (take-home-message):</p> <p>Handlung nach interner Vorgabe (SOP): behandelnder Chirurg muss für Transfusion (intra- /postoperativ) im Rahmen der OP-Aufklärung (bei elektiven Eingriffen) ausreichend aufklären und dies auch schriftlich dokumentieren.</p> <p>Das Ereignis tritt mehrmals pro Jahr in unserer Abteilung auf.</p>
Problem	Die Aufklärung vor einem elektiven Eingriff muss bei allen Eingriffen mit einer ermittelten Transfusionsrate über 10% durch den Arzt (Chirurg ODER Anästhesist) erfolgen [1]. Grundlage dieser Festlegung ist die Übereinkunft der Fachgesellschaften der Chirurgen und Anästhesisten [1], die die prä- und postoperative GEMEINSAME Verantwortung für die Aufklärung und

	<p>Durchführung der richtliniengetreuen Bluttransfusion regelt und sich lediglich intraoperativ auf die alleinige chirurgisch fachspezifische Tätigkeit beschränkt und dem Anästhesist die alleinige Verantwortung für die Transfusion überlässt. Das heißt in der Konsequenz, dass die Verantwortlichkeit vorher und nachher zwischen den Abteilungen geregelt werden soll oder dass es beide Fachdisziplinen machen müssen. Da der Chirurg als einziger das Ausmaß und die Dauer des Eingriffs kennen kann, muss er die Wahrscheinlichkeit beurteilen und demnach die Aufklärung tätigen oder veranlassen (wie offensichtlich nach interner SOP des behandelnden Chirurgen in dieser Einrichtung).</p> <p>Wenn die Wahrscheinlichkeit im Vorfeld als <10% beurteilt wurde, die Aufklärung wie in diesem Fall nicht erfolgte, es dann aber zur Transfusion kam, muss eine Sicherungsaufklärung über die notwendig gewordene Transfusion durchgeführt (Richtlinie-Hämotherapie Kap. 4.3.3) und dokumentiert werden (z.B. im Arztbrief erwähnt).</p> <p>Der Wortlaut der Meldung lässt vermuten, dass der/die Meldende die anscheinend regelhafte Einschätzung der Transfusionswahrscheinlichkeit nicht teilt und dass diese Situation mehrmals im Jahr oder gar regelhaft vorkommt. Nachschulungen, Stichprobenkontrollen und Fortbildungen sind Maßnahmen, auf die nicht verzichtet werden kann, die alleine schon aufgrund der Personalfuktuation und der menschlichen Fehlerquote bei normaler Arbeitsbelastung aber keine vollständige Wirksamkeit erzielen kann. In dieser Situation kann die zunehmende Digitalisierung eine wesentlich höhere Effizienz (wohlgemerkt als Zusatzmaßnahme) erreichen, indem an wichtigen Prozessschritten die Durchführung einer Maßnahme als notwendig für den nächsten Behandlungsschritt definiert wird. So könnte die Anmeldung des elektiven Punktes im elektronischen OP-Kalender einerseits die Transfusionswahrscheinlichkeit dieses Eingriffs statistisch ermitteln und bei Relevanz die Transfusionsaufklärung obligat fordern.</p>
Prozesseilschritt*	2 - Anforderung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Ambulanz
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	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/evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	4/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	3/5
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 Fortbildung – Anästhesie, Chirurgie, OP-Team: Organisation der Aufklärung und Blutbereitstellung vor elektiven Eingriffen mit hoher Blutungswahrscheinlichkeit 2. Fortbildung – alle Mitarbeiter: Juristische Konsequenzen bei einer fehlenden Aufklärung zur Bluttransfusion 3. M&M-Konferenz zum Fall 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TV, ÄD, CÄ, IT, QM-Abteilung: Nachträgliche Sicherheitsaufklärung - Obligates Einfügen eines Textbausteines in den Entlassungsbrief zur nachträglichen Sicherheitsaufklärung bzw. transfundierte Blutprodukte 2. Labor-/Depotleitung, TV, QBH, IT: Ermittlung des statistischen EK-Bedarfs pro OPS-Code 3. IT, OPM, TV, CÄ, GF, Laborleitung: Verschaltung /Einarbeitung des erwarteten Blutverlusts und die Kontrolle der Aufklärung in das OP-Management-Modul

Literatur/ Quellen:

[1] Richtlinie Hämotherapie 2023

Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

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] Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA). Vereinbarungen über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion. <https://www.bda.de/docman/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion.html> (letzter Zugriff: 08.04.2025)

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	OPM	Operationsmanagment
CÄ	Chefärzte/Chefärztinnen	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
EK	Erythrozytenkonzentrat	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
GF	Geschäftsführer/in	SOP	Standard Operating Procedure
IT	Informationstechnik/er	TV	Transfusionsverantwortliche/r
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität	VA	Verfahrensanweisung

* 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