

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	Keine Dokumentation oder Überwachung bei laufender Transfusion
Fall-ID	CM-279243-2025
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Patient kommt mit laufender Transfusion eines EKs in den OP. Keine Transfusionspapiere anbei, keine Dokumentation der Transfusion im KIS, keine ärztliche Überwachung durch transfundierenden Arzt bzgl. einer möglichen Transfusionsreaktion, keine Info an die Anästhesie. Transfusionstrigger war korrekt. Eigener Ratschlag: Es handelt sich um eine Notfalloperation. Evtl. unzureichende Qualifikation/ unzureichender Kenntnisstand? Dieses Ereignis ist nur dieses Mal aufgetreten.
Problem	Die geschilderte Situation ist vermutlich viel häufiger in der deutschen Transfusionspraxis als die einmalige Frequenz in diesem Haus vermuten lässt. Bei einer echten Notfalloperation wird die Mitgabe der analogen, papierbezogenen Patientenakte aus dem Stationszimmer gerne versäumt, während die überall im Krankenhaus verfügbare elektronische und vollständige Akte im Krankenhausinformationssystem (KIS) noch nicht gut verbreitet ist. In diesem Haus scheint es ein KIS zu geben, das aber nicht so eingestellt ist, dass die Transfusion zeitgleich mit Ausführung zum Beispiel mit einem Scanner und einem Foto des Bedside-Tests dokumentiert werden muss. Die Blutgruppe und die weiteren Laboruntersuchungen zur Vorbereitung der Transfusion können im Regelfall im KIS eingesehen werden. Die Notfalldefinition in diesem Fall ist vermutlich etwas zu liberal, sonst wäre der Transport als vital bedrohlicher Eiltransport deklariert, mit nicht nur einem Erythrozytenkonzentrat (EK), Volumen- und Katecholamintherapie und mit erheblich mehr ärztlichem Personal begleitet worden. Die Personalqualifikation und Vorgehensweisen in Abhängigkeit der Dringlichkeit zur Transfusion sollten schriftlich fixiert sein, zum Beispiel im QM Handbuch Hämotherapie der Einrichtung. Aber auch im Falle einer bedingt dringlichen Operation wegen einer Sickerblutung ist die geschilderte Situation nicht korrekt, aber

	halbwegs ungefährlich, wenn die Kreislaufreaktionen und die Anämie nicht stark ausgeprägt sind. Der Transportdienst muss ungeachtet der Schwere der Symptomatik in jedem Fall qualifiziert sein. Im Falle einer Transfusionsreaktion muss die Konserve sofort gestoppt werden, das kann auch transportierendes Fachpersonal bzw. Pflegekräfte. Diese sind auch zur Überwachung während des Einlaufs der Konserve auf Station qualifiziert, eine eigens ärztliche Überwachung bedarf es in nicht symptomatischen Blutungen nicht, auch wenn die ärztliche Präsenz in dieser Notfall-Situation sicher angebracht gewesen wäre. Die Mitgabe der Papierakte (Transfusionsdokumentation, Konserven-Begleitschein, Blutgruppendiagnostik, Antikörpersuchtest (AKS), Kreuzprobe und Bedside-Test sollte auch im „Notfall“ geregelt sein. Das könnte durch eine bettseitige Aufbewahrung zum Beispiel durch eine Dokumentenhalterung am Bett gewährleistet werden. Die Blutgruppenbefunde, AKS und Konservenanforderung sollte bereits im KIS sein, wenn das elektronische System und die Schnittstellen des Hauses sinnvoll das LIS und die Blutdepotsoftware miteinander verbinden, was aus Kostengründen oftmals vom Träger versäumt wird. Die Eintragung ins KIS müsste optimaler Weise zeitnah/bei Start der Transfusion durch bettseitiges Einscannen der Konservennummer, des BSTs und der restlichen Unterlagen erfolgen.
Prozesseilschritt*	5 - Fehler im Bereich von Transport oder Verabreichung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Notfall
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	B
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**	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: 1. Fortbildung und SOP/VA – alle Ärzte: Transfusionsreaktionen - Propädeutik, Ursachen, Frequenz, Diagnostik und Therapie 2. SOP/VA – alle Mitarbeiter: Transport, Personalqualifikation, Überwachung, Diagnostik, Therapie und Dokumentation mit Blutprodukten unter Berücksichtigung der Dringlichkeit (siehe auch Qualitätshandbuch Hämotherapie) 3. SOP/VA – Pflege: bettseitiges Aufbewahren der Transfusionsdokumente bis zum Ende der Konserventransfusion 4. M&M-Konferenz 5. Meldung an die Transfusionskommission Strukturqualität: 1. ÄD, PDL, TV: Anschaffung von Dokumentenbehältnissen an den Betten 2. GF, ÄD, TV, QM, IT: Scannerbasierte elektronische Dokumentation der Bluttransfusion 3. GF, ÄD, TV, QM, IT, Laborleitung, Depotleitung: Vernetzung KIS mit Labor und Depotdokumenten

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD Ärztliche/r Direktor/in
 AKS Antikörpersuchtest
 BST Bedside-Test
 CA Chefarzt/-ärztin
 EK Erythrozytenkonzentrat
 GF Geschäftsführer/in
 IT Informationstechnik/er
 KIS Krankenhausinformationssystem
 LIS Laborinformationssystem

M&M Konferenz zu Morbidität und Mortalität
 OP Operationssaal
 PDL Pflegedienstleitung
 QM Qualitätsmanagement
 SOP Standard Operating Procedure
 TV Transfusionsverantwortliche/r
 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

Fehlerregisterformular IAKH 2025 vs.1.0

- 6. Hämostasemanagement
- 7. Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
- 8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
- 15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko

- 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

Schweregrad/Gefährdung

- 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