

## Bericht

Titel:	Beinahe falsches Erythrozytenkonzentrat erhalten
Zuständiges Fachgebiet:	anderes Fachgebiet: Onkologie
Altersgruppe des Patienten:	71-80
Geschlecht des Patienten:	weiblich
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Betroffener Pat erhält beinahe falsches Erythrozytenkonzentrat (EK) Vor der Transfusion findet kein Bedside Test statt
Was war das Ergebnis?	leer
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ere...	leer
Kam der Patient zu Schaden?	Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten
Welche Faktoren trugen zu dem Ereig...	leer
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	erstmalig
Wer berichtet?	Pflege-, Praxispersonal

## Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

### Kommentar:

#### Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de

**Autor:** Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für klinische Hämotherapie (IAKH) in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

### Problemanalyse

Die Verabreichung eines EKs erfordert die blutgruppenkompatible bzw. die blutgruppenidentische Versorgung (siehe RiLi Hämotherapie, Kap. 4 [1]) des Empfängers. Zur bettseitigen Kontrolle der Übereinstimmung der Blutgruppe des Empfängers mit der Blutgruppe in der Konserve muss der verabreichende Arzt vor Beginn der intravenösen Gabe einen Schnelltest mit Patientenblut durchführen und die Konservenblutgruppe auf Kompatibilität überprüfen.

Das scheint in diesem Fall nicht erfolgt zu sein. Die Ursache des Versäumnisses ist leider unerwähnt.

Damit kann nur darauf hingewiesen werden, dass die Durchführung des Bedside-Tests gesetzlich vorgeschrieben ist (die RiLi HT leitet sich aus dem Transfusionsgesetz ab) und als Verfahrensanweisung der Einrichtung in irgendeiner Form vorliegen sollte (meist im Qualitätshandbuch Hämotherapie). Entsprechende Vorlagen zur Beschreibung der korrekten Anwendung existieren von der IAKH und der BÄK [2, 3].

Bei einem Schadensfall könnte es straf- und berufsrechtliche Konsequenzen für den/die Ärzt/in bzw. die Einrichtung geben.

Die Verunsicherung der Patientin ist, obwohl vermeidbar, der geringste aller möglichen Schäden. Die Traumatisierung der beteiligten Mitarbeiter, der Mitpatienten und Angehörigen sowie die rechtlichen und ökonomischen Konsequenzen für die Einrichtung sind erhebliche und mit zu bedenkende Begleitschäden neben der möglicherweise tödlichen Transfusionsreaktion.

Eine Aufklärung und Mitarbeiterschulung sowie eine Besprechung des Falles ohne Schuldzuweisung zur Analyse der Ursachen (evtl. als Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M&M)) sind einige der Maßnahmen, die wir zur zukünftigen Vermeidung dieser Situation empfehlen. Darüber hinaus gibt es natürlich noch viele denkbare Konsequenzen, die man aus dieser Schilderung ziehen kann (s.u.).

Die technischen Möglichkeiten, den Transfusionsprozess elektronisch zu begleiten und abzusichern, sind derzeit in Ansätzen schon gegeben und bereits in einigen Häusern gerade im Intensiv- und OP-Bereich umgesetzt. Sie basieren auf einer scannerbasierten Überprüfung der korrekten Zuordnung von Blutprobe, Konserven-Empfänger und Konserve [4].

### Prozessqualität:

1. Fortbildung und SOP/VA – Ärzte und Pflege: Korrekte richtliniengetreue Verabreichung von Blutkonserven

2. Juristische Fortbildung – alle Mitarbeiter: Rechtliche Konsequenzen der Fehltransfusion
3. M&M-Konferenz
4. Meldung an die Transfusionskommission

**Strukturqualität:**

1. Ärztlicher Direktor (ÄD) und Transfusionsverantwortlicher (TV): Erstellung einer Pflicht-Fortbildungsreihe für alle Mitarbeiter zur Transfusionsmedizin bzw. Hämotherapie
2. Geschäftsführung, IT, TV und ÄD: Investition in ein elektronisches System der abgesicherten Anwendung von Blutprodukten (z.B. Cairis 4.0)

**Literatur:**

- [1] Richtlinie Hämotherapie 2017:  
4.9.2.1 AB0-Identitätstest

*„Unmittelbar vor der Transfusion von Erythrozytenkonzentraten, Granulozytenkonzentraten und bei Plasmaaustausch-Therapie ist vom transfundierenden Arzt oder unter seiner direkten Aufsicht der AB0-Identitätstest (Bedside-Test) direkt am Empfänger vorzunehmen (z. B. auf Testkarten). Das Testmaterial wird entsorgt. Er dient der Bestätigung der zuvor bestimmten AB0-Blutgruppenmerkmale des Empfängers. Das Ergebnis ist schriftlich zu dokumentieren. Bei Unstimmigkeiten ist das Labor bzw. die transfusionsmedizinische Einrichtung umgehend zu benachrichtigen.“*

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie\\_Haemotherapie\\_E\\_A\\_2019.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.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]  
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/2019-01-18\\_MAA\\_Transf.EK.docx](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/2019-01-18_MAA_Transf.EK.docx)
- [4] 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.