Bericht

Titel:	Fehlende Kommunikation über aufgetaute Blutprodukte in der OP-Schleuse
Zuständiges Fachgebiet:	anderes Fachgebiet: Labor
Altersgruppe des Patienten:	unbekannt
Geschlecht des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Notfall
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Organisation (Schnittstellen / Kommunikation)
Was ist passiert?	Ausgabe von Notfall-Gefrierplasmen vom Depot an Außenstandort im Bereitschaftsdienst. Dem Patienten wurden 4 x A- Plasmen von uns auf Anordnung des Arztes per Taxi geliefert und auch transfundiert. Laut Labor-Mitarbeiter wurde aus dem Gefrierschrank des KH vorher 3x AB Plasma (universal) vom Arzt geholt und sollte transfundiert werden. Diese Plasmen wurden aufgetaut, aber nicht transfundiert und verworfen. Warum diese, statt "unserer" Plasmen, nicht gleich transfundiert wurden, weiß niemand.
Was war das Ergebnis?	- hohe zusätzliche Kosten - wertvolles Blutprodukt umsonst verworfen - Klärung des Prozesses und des Kommunikationsweges
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	Kommunikation zwischen den Abteilungen, Labor hat Information nicht weitergetragen, dass bereits aufgetaute Blutprodukte in der OP-Schleuse stehen.
Kam der Patient zu Schaden?	nein
Welche Faktoren trugen zu dem Ereig...	• Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	jährlich
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

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

Offensichtlich sind in einer Einrichtung ohne angebundenen Blutspendedienst im Notfalldepot drei Universalplasmen der Blutgruppe AB vorgehalten. Der Vorteil ist die Überbrückung durch die hauseigenen Konserven bis weitere aus dem Blutspendedienst eintreffen. In diesem Fall ist vermutlich dieser richtige Weg beschritten worden, aber aus unklaren Gründen sind die aufgetauten Universalplasmen vergessen und nur die später gelieferten Plasmen des Blutspendedienstes verabreicht worden.

Die Ursachen hat der Melder in den Organisations- und Kommunikationsstrukturen der Einrichtung gesehen. Diesbezüglich sind in den meisten Einrichtungen noch Verbesserungsmöglichkeiten. Die Einführung eines strukturierten Übergangskonzepts gerade in den perioperativen Schnittstellen sind im SBAR Konzept oder in stressreduzierenden positiven Kommunikations-Modi adressiert [1, 2].

Die Prozesssteuerung in Notfallsituationen ist durch abzuarbeitende Handlungsketten verbesserbar. So werden Therapie- und Diagnostikschritte nicht vergessen und übersehen. Ob in dieser Einrichtung ein solcher „Algorithmus" eingerichtet ist und bei Anwendung die einzelnen Diagnose- und Therapieschritte einfordert, ist nicht bekannt.

Die Vorhaltung einer Notfallbox mit einigen Einheiten lyophilisierten Universalplasmas würde das Überbrückungsproblem ebenfalls lösen [3]. Wenn es aus medizinischen Gründen vertretbar ist, kann die koagulative Therapie mit POCT-Steuerung effektiv mittels Gerinnungskonzentraten durchgeführt wird, was heutzutage als Königsweg bezeichnet werden muss [4, 5].

Zudem könnte noch eine elektronische Therapiesteuerung durch eine Anwendungsbegleitende Software im Sinne eines Clinical Decision Supports [6, 7] an die Verabreichung der Gerinnungsprodukte und Plasmen erinnern und damit das Vergessen verhindern.

Zuletzt kann die Situation trainiert werden und in der Einrichtung mit den eigenen Mitarbeitern kann die Situation mit komplexen Anforderungen an die Mitarbeiter trainiert werden. Das Simulationsprogramm der IAKH ist speziell auf die Massivtransfusion ausgerichtet und arbeitet wie die Simulationen in der Notfallmedizin mit lebensechten Computerpuppen und Videoanalyse [8].

Prozessqualität

1. Fortbildung/ SOP – alle Mitarbeiter: Algorithmus zum hämorrhagischen Schock
2. M&M-Konferenz
3. Meldung an die Transfusionskommission

Strukturqualität

1. GF, TV, Laborleitung, CÄ: Einführung/ Anschaffung einer POCT Gerinnungsanalytik
2. GF, IT, QM, CÄ, TV, ÄD: Einführung einer Scanner-basierten Anwendungsbegleitung von Blutprodukten wie [9]
3. TV, CÄ: Anforderung eines Simulationstrainings für Massivtransfusion mit Koagulopathie (IAKH oder ähnliche Anbieter) im eigenen Haus

Literatur

[1] Von Dossow V., Zwißler B. DGAInfo: Empfehlung - Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR Konzept. *Anästh intensivmed.* 2016; 57:88-90. https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenbergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf

[2] Navikaite G, Speck U, Luedi MM, Klimke R. Beyond Bedside Manner: Positive Communication in Perioperative Medicine.*A A Pract*. 2025;19(10):e02063. Published 2025 Oct 20. doi:10.1213/XAA.0000000000002063

[3] Vandersmissen H, Roofthooft E, Devroe S, Thiessen S, Stragier H. Point-of-care visco-elastic testing for postpartum haemorrhage: A narrative review.*Eur J Anaesthesiol*. 2026;43(1):53-65. doi:10.1097/EJA.0000000000002293

[4] Mirus M, Schöchl H, Groene P, et al. Point-of-care-Gerinnungsdiagnostik – zwingend notwendig oder nur eine sinnvolle Ergänzung? [Point of care coagulation diagnostics-Absolutely necessary or only a reasonable supplement?].*Anaesthesiologie*. 2025;74(5):264-274. doi:10.1007/s00101-025-01524-7Maucione C, McLamb N, Zaydman MA, Pearson LN, Metcalf RA, Spies NC. Identification of IV fluid contamination in complete blood counts and subsequent unnecessary red blood cell transfusions using artificial intelligence. Transfusion. 2026 Jan 8. doi: 10.1111/trf.70072.

[5] Amini Rarani S. Smart technologies and digital innovations for improving perioperative patient safety: a review.*Patient Saf Surg*. 2025;19(1):31. Published 2025 Oct 29. doi:10.1186/s13037-025-00454-y

[6] 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.

[7] IAKH Simulationstraining: https://www.iakh.de/ag-haemotherapie-ausbildung-ii-simulation.html

[8] Kassakian SZ, Yackel TR, Deloughery T, Dorr DA. Clinical Decision Support Reduces Overuse of Red Blood Cell Transfusions: Interrupted Time Series Analysis. *Am J Med*. 2016;129(6):636.e13-636.e6.36E20. doi:10.1016/j.amjmed.2016.01.024

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD	Ärztliche/r Direktor/in
CÄ	Chefärzte/Chefärztinnen
FFP	Gefrierplasma
GF	Geschäftsführer/in
IT	Informationstechnik/er
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
OP	Operationssaal
POCT	Point of Care
QM	Qualitätsmanagement
SOP	Standard Operating Procedure
TV	Transfusionsverantwortliche/r

Risiko-Abschätzung:

Mögliche Konsequenzen bei einem erneuten Auftreten des Ereignisses:	Moderat
Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens des Ereignisses:	Wahrscheinlich