Bericht

Titel:	Verlegter Patient und angeforderte Blutkonserven
Zuständiges Fachgebiet:	Geriatrie
Altersgruppe des Patienten:	81-90
Geschlecht des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Organisation (Schnittstellen / Kommunikation)
Was ist passiert?	Für einen Patienten wurden Blutkonserven für den nächsten Tag in der Blutbank bestellt. Es wurde ein Konsil zur endoskopischen Untersuchung angefordert, woraufhin der Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde. Dort wurde er behandelt und erhielt die benötigten Blutkonserven direkt vor Ort. Die in der Klinik bestellten Blutkonserven wurden in der Blutbank nicht storniert und wurden planmäßig am folgenden Tag ins Labor geliefert.
Was war das Ergebnis?	- Da der Patient nicht mehr in der Klinik war, konnten die Blutkonserven nicht transfundiert werden - Blutkonserven wurden entsorgt - Die Kosten für die Blutkonserven und den Transport trägt die Klinik, die sie bestellt hat
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	Ärztliche Person, welcher die Blutkonserven für seinen Patienten bestellt hat, hätte im Krankenhaus nachfragen müssen, ob der Patient am selben Tag wieder zurückkehrt. Kommt der Patient nicht zurück, hätten die Blutkonserven in der Blutbank für den nächsten Tag storniert werden müssen.
Abgeleitete/umgesetzte Massnahmen...	*leer*
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?	andere Berufsgruppe

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:

Die einrichtungsübergreifende Kommunikation über die klinische Hämotherapie ist in diesem Fall die Herausforderung bei einem geriatrischen Patienten. Es handelt sich um einen Organisations- und Kommunikationsfehler an der Schnittstelle zwischen stationärer Regelversorgung und externen konsiliarischen Interventionen oder umfassenden Versorgungsstufen der Zielklinik.

Die Eckdaten der Analyse sind folgende:

- Patientengefährdung: Keine unmittelbare Gefährdung für diesen Patienten (Versorgung in der Zielklinik war sichergestellt).
- Ressourcenverbrauch: Unnötiger Verfall von wertvollen Blut-produkten (ethisch kritisch angesichts von Blutknappheit).
- Finanzieller Schaden: Die Kosten für die Produkte sowie die Logistik verbleiben vollständig bei der bestellenden Klinik.
- Wiederholungsrisiko: Mittel (Problem tritt laut Meldung jährlich auf).

Ursachenanalyse

-

Individueller Faktor in diesem Bericht stellt die fehlende Rücksprache des anfordernden Arztes über den Verbleib des Patienten nach der auswärtigen Therapie dar. Die Rückübernahme ins verlegende Krankenhaus war unklar (je nach Erfolg der Intervention oder Stabilität des Patienten) oder nicht vorhergesehen. Da gerieten die bereits zugeordneten Blutkonserven in Vergessenheit.

- Die Kommunikation intern und extern zwischen den Einrichtungen und Funktionsabteilungen (Endoskopie/auswärtig), Stationen (verlegend/aufnehmend) und Blutdepot/Labor benutze keinen Standard oder einheitliches System. Die Zielklinik hatte vermutlich auch keine Informationen über die bereitgestellten Blutprodukte erhalten.
- Die Organisation/Prozesse für eine solche Verlegungs- und Entlassungssituation unter mäßig dringlicher Transfusionsindikation als auch für den Vorgang der Verabreichung, Dokumentation und für die Stornierung von Blutprodukten sind ungeregelt bzw. eine Standardvorgehensweise scheint nicht festgelegt. Die vom gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erstellte Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) ist nur rückwirkend analytisch und erfasst die Bluttransfusion nur als Qualitäts-merkmal bei bestimmten Prozeduren [1] und ist nicht prozessbegleitend wirksam. Die Überprüfung der bereitgestellten Blutprodukte unter Berücksichtigung des Patientenstatus (persönliche Kommunikation mit der anfordernden Person oder automatisiert anhand der Dringlichkeit anhand Hämoglobinspiegel, Aufnahme/Entlassungsstatus, Indikation auf Anforderung etc.) erfolgt in der verlegenden Klinik nicht. Die einrichtungsübergreifende Patientenakte ist nicht verbindlich und nur regional im Versuchsstadium begriffen (z.B. ISIS in der Rhein-Neckar-Region [2]). Ältere Modelle haben sich bislang nicht durchgesetzt [3].
- Die Arbeitsbedingungen in der meldenden Einrichtung scheint durch eine hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck charakterisiert zu sein (zumindest in der Auffassung der meldenden Person). Diese begünstigen das "Vergessen" von administrativen Aufgaben wie Regelkommunikation, Stornierungen etc.

Empfehlungen zur Vermeidung (Maßnahmenplan)

Kurzfristig (Intervention):

- Sensibilisierung des ärztlichen und pflegerischen Personals für die Kosten- und Ressourcenrelevanz von Blutprodukten- Fort-bildung aller Mitarbeiter.
- SOP/Verfahrensanweisung: Regelkommunikation mit Konzep-ten wie S-Bar oder SINNHAFT [4,5]
- Software: Vor Entgegennahme und Inventarisierung der Blut-konserven im Labor ist die Präsenz des Patienten zwingend zu prüfen.
- Die digitale Erstellung des Verlegungsbriefes in die Zielklinik sollte ein obligates Textfeld „erfolgte und empfohlene Hämotherapie, mitgegebene/reservierte Konserven…" o.ä. beinhalten. Das ist auch im Hinblick auf die nachträgliche Sicherheits-aufklärung über erfolgte Transfusionen obligates Vorgehen [6].

Mittelfristig (Strukturell):

- Checkliste bei Verlegung: Integration des Punktes „Offene Blutbestellungen stornieren" in den ärztlichen/pflegerischen Entlassungs- oder Verlegungsbrief.
- Digitale Unterstützung: Implementierung einer automatischen Warnmeldung im KIS (Krankenhausinformationssystem), wenn für einen verlegten/entlassenen Patienten noch nicht abgerufe-ne Blutprodukte im Depot hinterlegt sind.

Langfristig (Kultur):

- Etablierung eines "Blood Management" Beauftragten zur Überwachung der Verfallsraten und Optimierung der Logistikketten im Labor.
- Technische Absicherung durch smarte Software (KIS Alerts) bei Verlegung und erfolgter Blutproduktezuordnung, die aber nicht abgerufen wurden etc.

Fazit

Der vorliegende Fall zeigt eine klassische Lücke im Schnittstellenmanagement. Die Lösung liegt nicht allein in der Ermahnung des Einzelnen, sondern in der prozessualen Verknüpfung von Patientenstatus (anwesend/abwesend) und Materiallogistik (Blutdepot). Technische Lösungen sind insbesondere in Bereichen mit hoher klinischer Belastung sinnvoll. Politische Vorgaben zur tatsächlichen Prozessverbesserung und Absicherung der klinischen Hämotherapie sind vorrangig vor der nachträglichen Qualitätssicherung zu priorisieren.

Prozessqualität:

1. SOP/VA und Pflichtfortbildung Transfusionsmedizin für – alle Mitarbeiter: Richtlinie Hämotherapie [7], Kosten- und Ressourcenrelevanz von Blutprodukten
2. Pflichtfortbildung – Ärzte: Die regelbasierte Übergabeinformation von Patienten an einrichtungsinternen und interinstitutionellen Schnittstellen am Beispiel von SBAR und SINNHAFT [4,5]
3. SOP/VA und Fortbildung -Ärzte: Nachträgliche Sicherheitsaufklärung und Entlassungsbericht/Verlegungsbrief gemäß Richtlinie
4. M&M-Konferenz zum Fall
5. Meldung an die Transfusionskommission

Strukturqualität:

1. ÄD, TV, GF, IT, QM, PDL, etc: Investition und Etablierung eines elektronischen Systems zur Anwendungsabsicherung von Blutprodukten, Vernetzung mit den klinischen Bereichen.
2. ÄD, TV, Laborleitung, IT: Abgleich und Kommunikation des Laborinformationssystems LIS mit dem KIS
3. ÄD, CÄ, TV, IT: Erstellung einer SOP/VA zur digitalen Erstellung des Verlegungsbriefs mit der nachträglichen Sicherheitsaufklärung und auch der vorgesehenen/empfohlenen Hämotherapie im Falle der Akutverlegung

Literatur/ Quellen:

[1] Richtlinie des GBA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Neufassung vom 1.1.2026.
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4097/DeQS-RL_2025-12-18_iK-2026-01-01.pdf

[2] ISIS – die einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte in der Rhein-Neckar-Region
https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medienzentrum/Vorlagen/downloads/arbeitsproben_neu/140625_ISIS.pdf

[3] Krüger-Brand, Heike E. Einrichtungsübergreifende Patientenakten: Modell- und Problemvielfalt. Deutsches Ärzteblatt International 2008; Supplement PRAXiS 3: 6

[4] SBAR_ geregelte Übergabekommunikation
https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenbergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf

[5] Gräff, I., Pin, M., Ehlers, P. et al. Der Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme – Konsentierung von Inhalten im Rahmen eines Delphi-Verfahrens. Notfall Rettungsmed (2023) 1-10

[6] Musterformular der IAKH zur Nachträgliche Sicherheitsaufklärung
https://www.iakh.de/musterformulare-IAKH-2017.html

[7] Richtlinie Hämotherapie 2023
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

Risiko-Abschätzung:

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