



# 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	Transfusion nicht indiziert
Fall-ID	27-2011-r8t6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<b>Entwöhnungspatient auf ITS wird von dem Intensivoberarzt zur besseren Entwöhnung auf einen 2-stelligen Hämoglobinspiegel auftransfundierte. „Das hat sich bei Patienten nach der ECMO und einer schweren Lungenerkrankung seit Jahren an dieser Uniklinik schließlich bewährt.“</b>
Problem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transfusion bei fraglicher Indikation. Die Leitlinien der BAEK zur Therapie mit Blutprodukten sehen eine Indikation zur Transfusion von EK bei Hb über 8g/dl nur bei Hinweis auf anämische Hypoxie bzw. bei physiologischem Transfusionstrigger und über 10g/dl nur in Einzelfällen. Über die Transfusion bei Weaning wird keine Aussage gemacht. Die Publikation eines Case Reportes von 5 Patienten ohne Kontrollgruppe (PMID: 10373742) ist zur Begründung dieses Einzelfalles sicher nicht ausreichend. Trotzdem bleibt die Indikation eine Aufgabe, die der Arzt Individuell auf Grund der Patientendaten und dem Wissen stellen muss und nicht immer eindeutig zu stellen ist.</li></ul>
Prozessschritt**	2- Indikationsstellung
Wesentliche Begleitumstände	Routine, erfahrener Oberarzt, Intensivstation, ASA 3
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<b>Prozessqualität:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diskussion des Falles im Rahmen einer Transfusionskommissionssitzung sowie im Rahmen einer Weiterbildung/Erarbeitung einer SOP Weaning mit Suche nach Metaanalysen und kontrollierten Studien, ggf. Reviews oder selbst Erstellung eines solchen.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Indikation sowie des angestrebten Hb's anhand der Leitlinien inklusive des Hb's vor Transfusion einführen.</li> <li>• Bei Ausgabe von EK Abgleich mit dem letzten Hb und Meldung an den Transfusionsbeauftragten wenn dieser über 8 g/dl ist.</li> <li>• Evtl. Einführung einer Meldung bei Abweichung von den Leitlinien z.B. an den Transfusionsbeauftragten zur Kontrolle</li> </ul> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ständige Verfügbarkeit der Leitlinien der BAEK sicherstellen z.B. mittels Intranet</li> <li>• Ständige Verfügbarkeit von Literatur und Recherche Möglichkeit sicherstellen</li> <li>• Automatisierter Abgleich Ausgabe von Produkten mit Hb Werten ggf. nur zur Statistik für die Transfusionskommission</li> <li>• Änderung des Urheberrechtes: Verpflichtung zur Free Full Text Veröffentlichung über Pubmed 2 Jahre nach Veröffentlichung bei Zeitschriftenartikeln, die unter Nutzung von Erkenntnissen entstanden sind, die durch öffentliche Förderung zustande kamen. Dies ist bei Medizinischer Forschung regelhaft anzunehmen.</li> </ul>
--	--

**\*Risikokala:**

<b>Wiederholungsrisiko</b>	<b>Schweregrad/Gefährdung</b>
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

**\*\*Prozessschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation