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 mit fraglicher Indikation Weaning**
Fall-ID	**38-2012-r6g8**
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Entwöhnungspatient auf ITS wird von dem Intensivoberarzt zur besseren Entwöhnung auf einen 2-stelligen Hämoglobinspiegel auftransfundiert. Auf die Nachfrage warum, wird die Publikation von Schönhofer et al aus 1999 zitiert.
Problem	Transfusion ist bei dieser Indikation eher nicht indiziert. 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 ganz speziellen COPD-Patienten ohne Kontrollgruppe (PMID: 10373742) ist zur Begründung dieses Einzelfalles sicher nicht ausreichend. Dagegen steht die Subgruppenanalyse der kanadischen prospektiven Studie von Hebert 1999 TRICC-Trial, die kein Unterschied im Outcome der beatmungspflichtigen Patienten und den im Lungenversagen gezeigt hat, ob sie liberal (Hb 9-10 g/dl) oder restriktiv (Hb 7-8 g/dl) transfundiert wurden. Der amerikanische CRIT- Trial wies eine dreifach höhere Mortalität (17vs 4%!), verlängerte Krankenhaus- und Intensivverweildauern im liberal transfundierten Kollektiv Beatmeter Patienten auf- So ist die amerikanische Leitlinie (Napolitano 2009 et al Crit Care Med), beatmete Patienten restriktiv zu transfundieren mit einem Empfehlungsgrad 2 (durchaus glaubhafte und belegte Daten) versehen. Dass die sehr spezielle Indikation „Weaning“ davon ausgenommen muss, ist nicht wahrscheinlich.
Prozessteilschritt**	**2, 5**
Wesentliche Begleitumstände	**Routinebetrieb**
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)	**Prozessqualität:** • Diskussion des Falles im Rahmen einer Transfusionskommissionssitzung sowie im Rahmen einer Weiterbildung/Erarbeitung einer SOP Weaning mit Suche nach Metaanalysen und kontrollierten Studien. • SOP: Leitliniengerechte Dokumentation der Indikation sowie des angestrebten Ziel-Hb´s inklusive des Hb´s vor Transfusion. • Bei Ausgabe von EK Abgleich mit dem letzten Hb und Meldung an den Qualitätsbeauftagten Hämotherapie o. Transfusionsbeauftragten wenn dieser über 8 g/dl ist. Diese Fälle sollten dann statistisch ausgewertet und in der Einzelfalldiskussion nochmalig besprochen werden. • Fortbildung zu den Transfusionstriggern und dem leitliniengerechten Hämotherapie speziell auf der Intensivstation **Strukturqualität:** • Ständige Verfügbarkeit der Leitlinien der BAEK sicherstellen z.B. mittels Intranet • Ständige Verfügbarkeit von Literatur und Recherche Möglichkeit sicherstellen • Automatisierter Abgleich Ausgabe von Produkten mit Hb Werten ggf. nur zur Statistik für die Transfusionskommission

*Risikoskala:

Wiederholungsrisiko		**Schweregrad/Gefährdung**	
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**

****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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation