



IAKH

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	Inadäquate Plasmatransfusion
Fall-ID	53-2013- S1R5
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Assistenzärztin weiß nicht über Plasmatransfusion Bescheid: Plasmagabe inadäquat bei marginaler Blutung unter ASS und Rivaroxaban - Facharzt für Anästhesie wird von Assistenzärztin der Inneren befragt, ob ein Bedside-Test zur Transfusion von Plasmen notwendig sei. (Getrennte Versorgung internist/chir. Patienten, Assistenzärztin ist alleine im Haus für Ambulanz und Intensiv verantwortlich, 2 Ausbildungsjahr, OA im Rufdienst). Nach Information über Notwendigkeit von Blutgruppenabgleich/kein vorgeschriebener Bedside Test erzählt die Kollegin, dass 2 FFP bei einer Patientin unter ASS/Xarelto und perianalem Blutabgang transfundiert werden. (Keine Fibrinogen Bestimmung, Quick unter Xarelto erniedrigt, keine Ausgabe der ThromboplastinGerinnungszeit in Sekunden, aktuell kein Transfusionsbedarf.) Mittlerweile wird von der Kardiologie Xarelto routinemäßig eingesetzt, kaum noch Marcumar. Keine Blutungsrisikoabschätzung, freie Kombination mit Thrombozytenhemmern. Transfusion von 2 FFP in allen Abteilung weiter Usus, auch wenn von einigen Chefärzten und OÄrzten verbal gelegentlich kritisiert. Es ist dem Meldenden unklar, wie Assistenzärzte in Transfusion eingewiesen werden. Eine Transfusionsordnung gibt es im Intranet, Stand 2010.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none">• Ob hier das Problem die fehlende fachliche

Führung von Seiten der Abteilungsleitung bzw. des Supervisors der Internistin ist oder die Kollegin sich (wie es lobenswerter Weise viele machen) vertrauensvoll an den erfahrenen Kollegen der Anästhesie wendet, ist nicht klar. Die Realität vielerorts ist aber gut getroffen und repräsentativ für viele Häuser. Die Vermittlung der Grundkenntnisse der Transfusionsmedizin wird im Studium und der Assistenzarztausbildung auf die Dienstanweisung Hämotherapie/Bluttransfusion der jeweiligen Institutionen beschränkt und eine praktische Einweisung erfolgt nicht immer. „Learning by doing“ und weitere progressive didaktische Methoden können aber bei einer solch komplexen Materie und dem Patientenrisiko immer meist mehrere Opfer finden. Die Einstellung der Dienstanweisung ins Intranet ist sinnvoll (hier aber veraltet, sollte mindestens alle 2 Jahre erneuert werden), aber als alleinige Schulungs-Maßnahme eben nicht ausreichend.

- Die Einführung neuerer Antikoagulanzen und Gerinnungshemmende Konzepte sollte im Rahmen einer wiederholten Fortbildung allen Ärzten im Hause vermittelt worden sein.
- Die prophylaktische Gabe von Frischplasmen ist nie und die von Gerinnungsfaktoren ist in diesem Fall nicht richtliniengerecht. Die Blutung ist im geschilderten Fall laut FA Anästhesie nicht Kreislauf- oder Hämoglobinspiegel-wirksam. Die standardisierte Doppelgabe von Blutprodukte ist ebenfalls nicht richtliniengerecht.
- Überdosierungen von Rivaroxaban können im schweren akuten Blutungsfall laut den algorithmusgesteuerten Empfehlungen von Koscielny et al. (siehe Hämostaseologie 2012;32:287-293 und die Literaturempfehlung der IAKH

	<p>(http://www.iakh.de/zeitschrift/items/blutungen_rivaroxaban_ratgeber.html)) mit Gabe von Erythrozytenkonzentraten, gefrorenes Frischplasma, Tranexamsäure und letztendlich auch Prothrominkomplex PPSB behandelt werden.</p>
Prozesseilschritt**	6-Hämostaseologie, Fortbildung, Dienstanweisung
Wesentliche Begleitumstände	Routine, ASA3, Unzeit (Nachtdienst)
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Fortbildung „Neue orale Antikoagulanzen (NOAK)“, „neue Antikoagulationskonzepte“ im Hause X etc. 2. SOP/Fortbildung „Richtliniengetreue Hämotherapie“ 3. Regelmäßige Fortbildungen zur Transfusionsmedizin im Hause 4. „Öffentliche“ (für alle ärztlichen Mitglieder einer Institution zugängliche) Sitzungen der Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichtung eines Klinikpfads : Plättchengehemmte Patienten unter NOAK 2. Einrichten eines überregionalen trägerunabhängigen hämostaseologischen Konsils/Nottelefons 3. Elektronische Anforderungssoftware der Blutprodukte bei der Blutbank (und Vernetzung mit der Laborsoftware), die nur unter Angabe einer Indikation abzuschicken ist- dann Ausgabe einer Warnung der nicht leitliniengerechten Therapie 4. Forderung an die BÄK zur Stärkung der Ausbildung von transfusionsmedizinischen Inhalten in Studium und Assistenzarztcurricula (Aufnahme in den Facharzkatalog etc.) (siehe offenes Schreiben der IAKH vom März 2014 unter www.iakh.de/Nachrichten)

*Risikokala:

Wiederholungsrisiko

1/5 sehr gering/sehr selten
max. 1/100 000

Schweregrad/Gefährdung

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