



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	Anordnung zur Transfusion nicht dokumentiert
Fall-ID	140-2018-F6M0
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein 72 Jahre alter Patient liegt auf Weaning-Station. Der Dienstarzt bekommt von seinem Vorgänger übergeben, dass ein Patient mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz und einer renalen und aplastischen Anämie trotz einer profunden Anämie (Hb 5,7g/dl) keine EKs mehr erhalten soll, da der Hb-Wert in der Vergangenheit (es ist der 74. Behandlungstag) nie adäquat angestiegen ist und keine Labor-kosmetik erfolgen sollte. Eine klare schriftliche Anordnung seitens des verantwortlichen ärztlichen Leiters der Station findet sich in der elektronischen Akte nirgends.</p> <p>Hintergrund ist eine zeitgleich zur Niereninsuffizienz wegen Urosepsis und der nachfolgenden Weaning-Therapie bestehende myeloproliferative Neoplasie mit Myelofibrose; Z.n. Chemotherapie (Ruxolitinib und Hydroxyurea) bei Splenomegalie.</p> <p>Neben der erfolglosen Transfusionstherapie (36 EKs im Verlauf der 74 Tage) war eine mittelhoch oder niedrig dosierte Erythropoetin-Therapie ebenfalls von geringem Effekt geblieben. Die Blutgruppe ist AB pos, Antikörpersuchtest (AKS) neg. Eine schriftliche Festlegung der Nichtbehandlung fehlt.</p>
Problem	<p>Der Dienstarzt ist hier mit einer Situation konfrontiert, in dem die Querschnittsleitlinien Hämotherapie von 2014 eine Indikation zur Therapie sehen [1], aber die Vorgabe des Oberarztes dieser widerspricht. Leitlinien sind kein immer zu befolgendes Gesetz. Ausnahmen im Rahmen der Anpassung an individuelle Gegebenheiten sind nicht nur zulässig, sondern auch notwendig. Bei Myelofibrose und Chemotherapie sind hämotherapeutische Interventionen (z.B. Bluttransfusionen) oftmals nicht mit dem erhofften Erfolg gekennzeichnet. Deshalb ist es in dieser Situation gerechtfertigt, den Pat. nicht weiterhin den Risiken der Fremdbluttransfusion auszusetzen.</p> <p>Allerdings erfordert das Abweichen von der Leitlinie und die Dokumentationspflicht, dass dieses Vorgehen gut auffindbar in der Akte (analog oder elektronisch) notiert wird. Das ist hier entweder gar nicht erfolgt oder so, dass es von dem behandelnden Dienstarzt nicht gefunden werden kann.</p> <p>Vielleicht ist auch die Ursache der Meldung, das Befremden der meldenden Person über die Maßnahme. Besteht in diesen Punkten Uneinigkeit, sollte das bei der Visite mit dem ärztlichen Leiter zur</p>
[1] Querschnittsleitlinien Hämotherapie 2014: Kap. 1.5.1.3 Chronische Anämien, Tumoranämien- Bei Patienten mit chronischer Anämie (Hk < 24–21 % bzw. Hämoglobinkonzentration < 8–7 g/dl (< 5,0–4,3 mmol/l) sollten EK transfundiert werden (1C).	

	Sprache gebracht werden. Bestehen darüber hinaus Unstimmigkeiten im Team so kann ein Peer Review, eine Ethikberatung oder eine M&M-Konferenz Klärung bringen.
Prozesseilschritt**	5-Verabreichung, Dokumentation
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	Nein (das ist aber hier kein Fehler, sondern eine berechtigte Abweichung)
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Intensivstation, Weaning-Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochenend/-Feiertagsdienst, Dienstübergabe
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)	A
Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.);	Nein/nein
Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein/ Evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/ Verfahrensweisung: Dokumentation der Indikation von Blutkonserven, der Verabreichung# 2. SOP/ Verfahrensweisung: Festlegung von Therapiezielen im Behandlungsplan der Patienten 3. Fortbildung – Intensiv-/ Weaning-Station: Indikationsstellung zur Bluttransfusion gemäß Hämotherapie-Querschnittsleitlinien und Beispielfälle zur berechtigten Abweichung 4. Einberufung einer M&M-Konferenz, einer Ethikberatung

	<p>oder Antrag eines Peer Review-Intensivmedizin bei der Ärztekammer</p> <p>5. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maßnahmen zur Kennzeichnung in der Akte (elektronisch oder analog) mit Farbe, ALERT o.ä. 2. Belassen der festgelegten Tagesziele und der aktualisierten Behandlungsziele der Weaning-Station am Krankenbett zur transparenten und für jeden im Team jederzeit einsehbaren Therapiefestlegung 3. Einführung eines oder Überprüfen des bereits verwendeten PDMS-Systems einer Extraseite zur Dokumentation von Therapiebesonderheiten/ -zielen, Allergien, wichtigen Besonderheiten etc. 4. Teamcoaching 5. Überprüfen der Visitenstruktur und deren Dokumentation, ob die transparente und team-akzeptierte Festlegung des Behandlungszieles genügend Beachtung findet 6. Einrichtung oder Förderung der Instrumente Ethikberatung, M&M-Konferenz und Peer Review
--	---

*** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko

1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000
2/5	gering/ selten max. 1/10 000
3/5	mittel häufig max. 1/1000
4/5	häufig, min. 1/100
5/5	sehr häufig, min. 1/10

Schweregrad/Gefährdung

1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5	starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden
5/5	Tod/ schwere bleibende Schäden

**** Prozesseilschritte 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

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

6. Hämostasemanagement
7. sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
8. Individuelle Hämotherapie/Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation