



## 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

<b>Thema/Titel</b>	Transfusion unter Missachtung der Patientenverfügung
<b>Fall-ID</b>	152-2018-R715
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Ein 89 jähriger Patient in schlechten Allgemeinzustand mit leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz unter transdermalen ACH-Hemmern, Z.n. multiplen Insulten und auch schon subduralem Hämatom (SDH), Z.n. Herzinfarkt und 3-GE mit Stent-Implantation in den letzten 3 Jahren, paroxysmalem Vorhofflimmern (VHFL) unter Edoxaban sowie höhergradiger ACI-Stenose wurde am Montag mit einer med. Schenkelhalsfraktur aufgenommen. Er soll am Mittwoch eine Duokopfprothese bekommen. Eigentlich ist der Patient wach und mobil mit Rollator. Präoperativ ist er aber nicht ansprechbar und kommunikationsfähig, unter einer polyantipsychotischen Therapie mit Dopamin- und Serotoninantagonisten. In der ein-Jahr-alten Patientenverfügung ist geregelt, dass die Behandlung mit Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgen soll.</p> <p>Bei Aufnahme ist der Hb-Spiegel 10,5 g/dl und der Patient kreislaufstabil.</p> <p>Der Patient wird 2 Tage später in den OP gebracht, dort aber vom Anästhesisten abgelehnt, weil entgegen der Anordnungen auf dem Narkoseprotokoll kein Blut gekreuzt war. Er kommt dann am 4.Tag nach Aufnahme mit einem aktuellen Hb von 8,4 g/dl in den OP. Vor Schnitt werden dem Patienten unter Missachtung seiner Patientenverfügung 2 EKs im Aufwachraum transfundiert und dann wird der Patient komplikationslos in Intubationsnarkose (ITN) operiert und zur Überwachung auf die Intensiv Care Unit (ICU) übernommen.</p>
<b>Problem</b>	<p>Die Versorgung des Patienten hätte unter Therapie mit Edoxaban nach 24 - 48 h erfolgen können [1]. Damit wäre eine Transfusion wahrscheinlich vermeidbar gewesen. Es stellt sich die Frage, ob geeignete Maßnahmen (z.B. intravenöse Eisensubstitution) ergriffen wurden, um die Transfusion zu vermeiden.</p> <p>In der beschriebenen Situation stellt sich weiterhin die Frage, ob in der individuellen Abwägung eine weniger invasive chirurgische Behandlungsalternativen mit schlechterem Langzeitergebnis zur Verfügung gestanden hätte [2]. So verfolgen einige Traumazentren den Ansatz, dass eine Schenkelhalsfraktur als Erkrankung des</p>
<p>[1] BFARM: „Leitfaden für den verschreibenden Arzt LIXIANA® (Edoxaban)“</p> <p><a href="https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/EducationMaterial/Anlagen/edoxaban-lixiana-aerzte.pdf?__blob=publicationFile&amp;v=2">https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/EducationMaterial/Anlagen/edoxaban-lixiana-aerzte.pdf?__blob=publicationFile&amp;v=2</a></p>	

<p>(letzter Zugriff: 8. Juni 2019)</p> <p>[2] Bonnaire, F. und Weber, A. (2015). „S2e-Leitlinie 012/001: Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ - Leitlinien Unfallchirurgie  <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinie/012-001l_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinie/012-001l_S2e_Schenkelhalsfraktur_2015-10_01.pdf</a>          (letzter Zugriff: 8. Juni 2019)</p> <p>[3] Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten: Drucksache 17/10488 §.  <a href="https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Gesetzesbegruendung_zum_Regierungsentwurf.pdf">https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Gesetzesbegruendung_zum_Regierungsentwurf.pdf</a>          (letzter Zugriff: 8. Juni 2019)</p> <p>[4] Querschnittsleitlinien Hämotherapie 2010/2014  <a href="http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapie_2014.pdf">http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapie_2014.pdf</a>          (letzter Zugriff: 8. Juli 2019)</p>	<p>älteren Menschen in jedem Fall, auch in der Palliativsituation, zumindest mit dem wenig-blutenden Eingriff der Marknagelung versorgt werden kann. Eine Duokopfprothese geht regelhaft mit höherem Blutverlust einher. Dies scheint präoperativ unter dem Aspekt der vorliegenden Patientenverfügung nicht interdisziplinär diskutiert worden zu sein. In der beschriebenen Situation ist somit entweder die Transfusion illegitim oder eine Einwilligung durch einen Berechtigten einzuholen, falls Zweifel an der Wirksamkeit der Patientenverfügung bestehen. Das beschriebene Dilemma hätte sich wahrscheinlich durch eine unterstützende Therapie und eine raschere operative Behandlung vermeiden lassen.</p> <p>Schwer wiegt, dass sich die Indikationsstellung zur Transfusion an dem in der Patientenverfügung dokumentierten Willen des Patienten orientieren sollte [3; S.5]. Von einer palliativen Situation ist anhand der Meldung nicht auszugehen. Allerdings widerspricht die Patientenverfügung generell der meistbemühten Logik, dass invasive und lebensverlängernde Maßnahmen wie die Bluttransfusion bei nicht-heilbaren und chronischen Erkrankungen mit schlechter Prognose unterbleiben sollen. Die osteosynthetische Versorgung einer hüftnahen Fraktur ist keine solche, sondern heilbar, nimmt Schmerzen und sie erleichtert sogar die pflegerischen Maßnahmen. Da aber vermutlich kein Gespräch mit Angehörigen in diesem Sinne geführt werden konnte, ist hier versäumt worden eine Vormundschaft einzurichten. Eine Maßnahme, die 4 Tage nach Trauma erfolgt, hat nicht den Charakter eines Notfalls, hätte aber erlaubt, eine amtsrichterliche Genehmigung des Eingriffs einzuholen. Ohne diese erfolgte die Transfusion unter einem Verstoß gegen das 2013 geänderte BGB, Artikel § 630d Einwilligung. Dabei steht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über jenem aus der ärztlichen Ethik durchaus erklärlichen Wunsch, den Patienten zu kurieren [3; S.23].</p> <p>Unstrittig ist die Indikation postoperativ nicht richtliniengerecht und überdosiert. Ohne klinische Ischämiezeichen bestehen über einem Hämoglobingehalt von 8g/dl keine Notwendigkeiten zur EK-Transfusion [4]. Eine Doppelinfusion von 2 Einheiten muss bei einem kreislaufstabilen und nicht aktiv blutenden Patienten wegen der Gefahr der Übertransfusion und transfusionsassoziierten Kreislaufüberlastung TACO unterbleiben.</p>
<b>Prozesseilschritt*</b>	7, 8
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	Nein
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Intensivstation
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit Bereitschaftsdienst/ Wochenende),</b>	ASA 4, Routine

<b>Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D – nein; Keine Angaben)</b>	A
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</b>	nein/nein
<b>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</b>	nein/nein
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	
<b>**Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</b>	5/5
<b>**Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</b>	5/5
<p><b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p> <p>[5] AWMF S3 Leitlinie präoperative Anämie:  <a href="https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/001-024.html">https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/001-024.html</a></p> <p>[6] Musterempfehlung der IAKH zum Klinikpfad:  <a href="https://www.iakh.de/vortraege-downloads.html">https://www.iakh.de/vortraege-downloads.html</a></p>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/VA und Fortbildung Ärzte mit dem Krankenhausjustitiar: Eingriffseinwilligung und Patientenaufklärung unter dem Kontext der Sicherung der Patientenrechte</li> <li>2. SOP/VA und Fortbildung: Einrichtung einer gerichtlichen Betreuung: Wann, wie, warum?</li> <li>3. Fortbildung Ärzte und Pflegekräfte: Indikationsstellung und Dosierung bei der leitliniengerechten Therapie mit Blut und Blutprodukten</li> <li>4. SOP/VA und Fortbildung: Präoperative Anämie: Diagnostik und Therapie gemäß S3 Leitlinie [5]</li> <li>5. M&amp;M Konferenz zum Fall</li> <li>6. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einrichtung einer hämostaseologischen Konsiliar- oder Beratungsmöglichkeit für Chirurgen und Anästhesisten in der Einrichtung in der Einrichtung, dem Krankenhausverbund oder innerhalb der Stadt.</li> <li>2. Etablierung einer interdisziplinären OP-Konferenz am Vortag, an dem schwierige Patienten oder Abweichungen vom Routinevorgehen besprochen werden.</li> </ol>

	<p>3. Erwägung der Etablierung einer Ambulanz, einen Klinikpfad oder eine standardisierte Vorgehensweise SOP zum Umgang mit präoperativer Anämie (siehe auch Musterempfehlung der IAKH zum Klinikpfad [6]).</p>
--	---

**Häufig verwendete Abkürzungen:**

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationssaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M-Konferenz zu Morbidität und Mortalität			

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

**\*\* Risikoskala**

<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