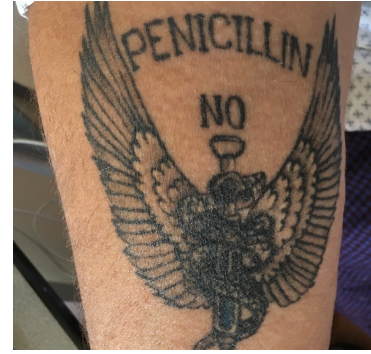




UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



Penicillinallergie: SOP und Barrieren

Julian Klein

Strukturvoraussetzungen UK Heidelberg

- 2000 Betten (11300 Mitarbeiter, 50 Med. Abteilungen)
- Teil des „ABS-Netzwerk Rhein-Neckar“
- Zentrum für Infektiologie
- Antibiotika-Visiten durch Mikrobiologie, klinisch-infektiolog. Konsildienst
- Klinikapotheke, Stationsapotheker*innen
- Teilnahme an Surveillance



Intervention

Intervention



01/22 – 05/22

1. Erstellung SOP



07/22 – 08/22

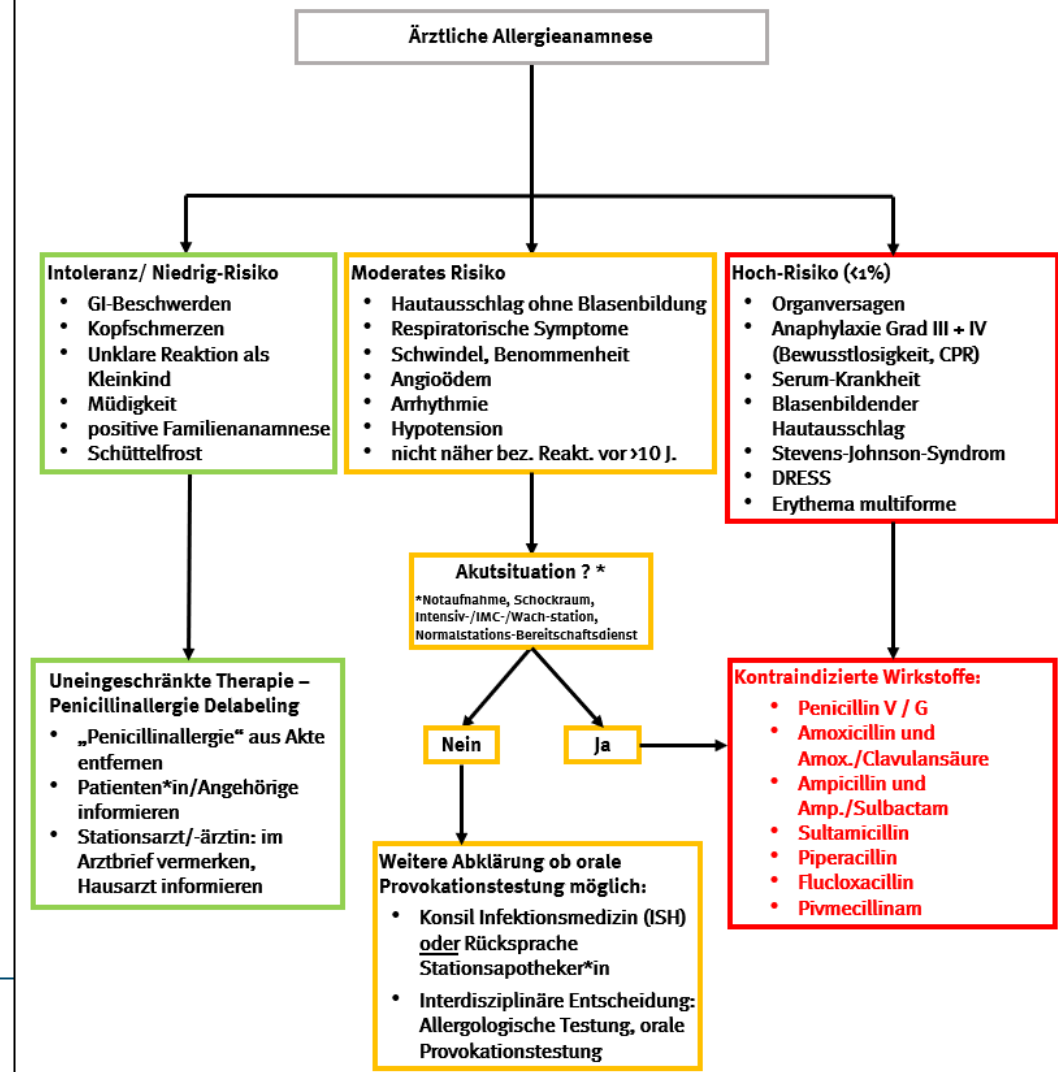
2. Online-Survey



09/22 – 11/22

3. De-Labeling (Normalstationen)

Intervention: SOP



Intervention: SOP

Vorschlag für Standardtextblock für Entlassbriefe von „delabelten“ Patienten (Niedrig-Risiko oder moderates Risiko und negative allergologische Testung): Während des Aufenthalts gab der Patient/die Patientin/die Angehörigen an, dass eine Allergie gegen Penicillin besteht. Es erfolgte eine ausführliche Allergianamnese und Risikogruppierung gemäß den aktuellen Empfehlungen und Leitlinien. Daher wurde die Diagnose „Penicillinallergie“ revidiert und aus der Akte gestrichen. Der Patient hat während des Aufenthalts Penicillinantibiotika erhalten und ohne Auftreten von allergischen Beschwerden vertragen. Wir bitten um die konsistente Aktualisierung der ambulanten Patientendokumente.

Intervention: Online-Survey

- 10 Multiple-Choice-Fragen, klinikintern
- Überprüfung des Vorwissens des Personals
- Identifikation von Barrieren
- teilnehmend: HNO, Allgemeinchirurgie, Chirurgie (Gefäß-, Herz-), Anästhesiologie, Hämatologie

Intervention: Risikoassessment / De-Labeling

- Durchführung auf Normalstationen
 - HNO, Hämatologie, Chirurgie

- Zeitaufwand (nicht gemessen):
 - Anamnesegespräch: 10 Min
 - mit direkter oraler Provokationstestung (DOP): 30 Min

▪ Welches Antibiotikum wurde nicht vertragen (falls bekannt, genaues Präparat)?

Ggf. Zeitstrahl:

Einnahmedauer bis zum Auftreten der Reaktion?

Zeitabstand Reaktion bis zur letzten Einnahme?

Dauer der Reaktion nach letzter Einnahme?

▪ Welche Erkrankung bestand zum Zeitpunkt der Arzneimiteleinahme bzw. was war der Grund für die Anwendung des Antibiotikums?

▪ Wann war diese Reaktion? Kindheit? Vor > 10 Jahren? (s. Tab. 1)

▪ Wie war die Art der Reaktion? Symptome? Anaphylaxie? (s. Tab. 1)

o Therapie notwendig? Wenn ja, welche?

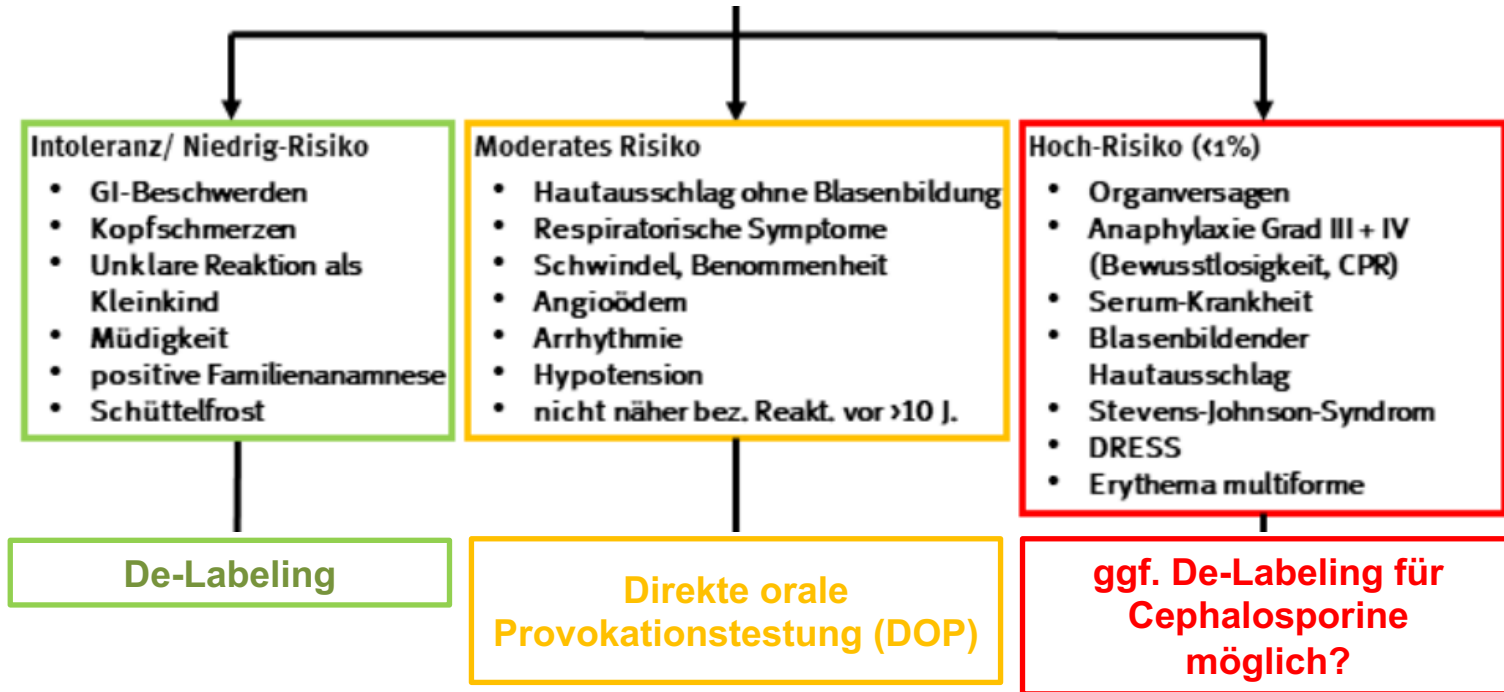
o Bei Exanthem: Schleimhautbeteiligung, Blasenbildung, Juckreiz?

▪ Wurden Penicilline seitdem eingenommen und vertragen? Falls ja, genaue Substanzen bekannt?

▪ Andere Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen bekannt?

Risiko: Niedrig intermediär Hoch

Intervention: Risikoassessment / De-Labeling



Ergebnisse

Ergebnisse: Online-Survey

Ein Großteil der Patient*innen, die eine Penicillin-Allergie berichten, kann alleine mithilfe standardisierter Fragen "delabelt" werden (d.h. es kann festgestellt werden, dass tatsächlich keine Penicillin-Allergie vorliegt). In diesem Fall kann ein Penicillin-Antibiotikum verabreicht werden. Kennen Sie dieses Vorgehen bzw. haben Sie mit diesem Prinzip ("Delabeling") bereits gearbeitet? (Wählen Sie eine Antwort aus)

Beantwortet: 43 Übersprungen: 1

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN
Nein, ich kenne dieses Vorgehen nicht und will nicht damit arbeiten.	4,65 % 2
Nein, ich kenne dieses Verfahren nicht, würde es jedoch gerne anwenden.	79,07 % 34
Ja, ich kenne dieses Verfahren, habe es aber noch nicht angewendet.	13,95 % 6
Ja, ich arbeite bereits mit diesem Verfahren.	2,33 % 1

Ergebnisse: Online-Survey

Warum haben Sie Patient*innen, die eine Penicillin-Allergie angeben, jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit keine echte Penicillin-Allergie haben, nicht darauf hingewiesen? (Wählen sie alle zutreffenden Antworten aus)

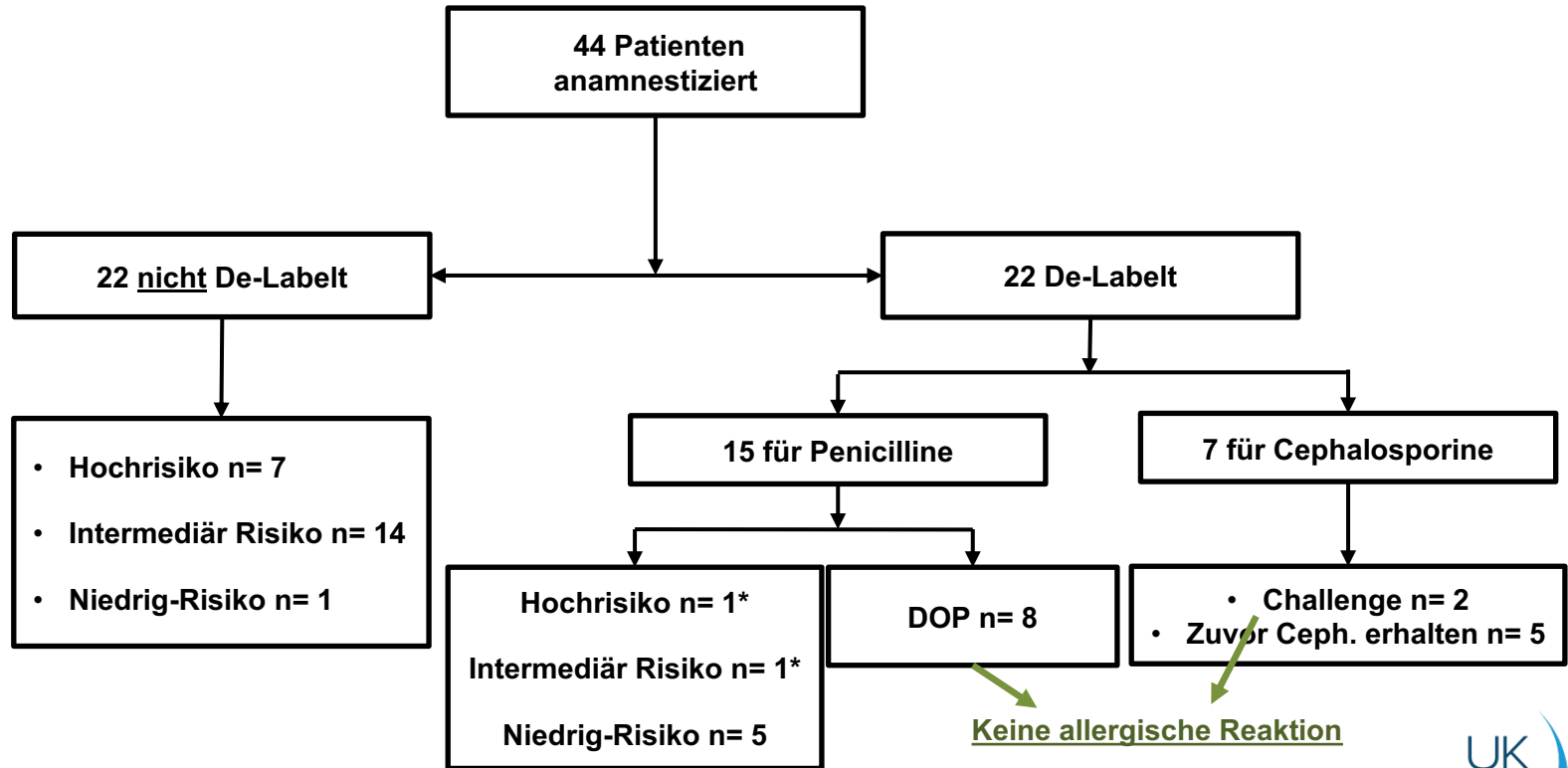
Beantwortet: 44 Übersprungen: 0

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ich fühle mich nicht in der Position, dies mit den Patient*innen zu besprechen.	20,45 %	9
▼ Wegen Zeitmangel.	27,27 %	12
▼ Ich verfüge nicht über das notwendige Wissen, dies den Patient*innen zu erläutern.	18,18 %	8
▼ Ich halte es für unwahrscheinlich, Patient*innen davon zu überzeugen, dass sie keine Penicillinallergie haben.	34,09 %	15
▼ Ich befürchte negative Konsequenzen für mich u./o. die Patient*innen, falls doch eine Pencillin-Allergie besteht und fälschlicherweise ein Penicillin-Antibiotikum verabreicht würde.	34,09 %	15
▼ Ich spreche Patient*innen immer auf ihre Penicillin-Allergie an und versuche anhand Fragen zu eruieren, ob wirklich eine Allergie vorliegt.	34,09 %	15

Ergebnisse: Risikoassessment / De-Labeling

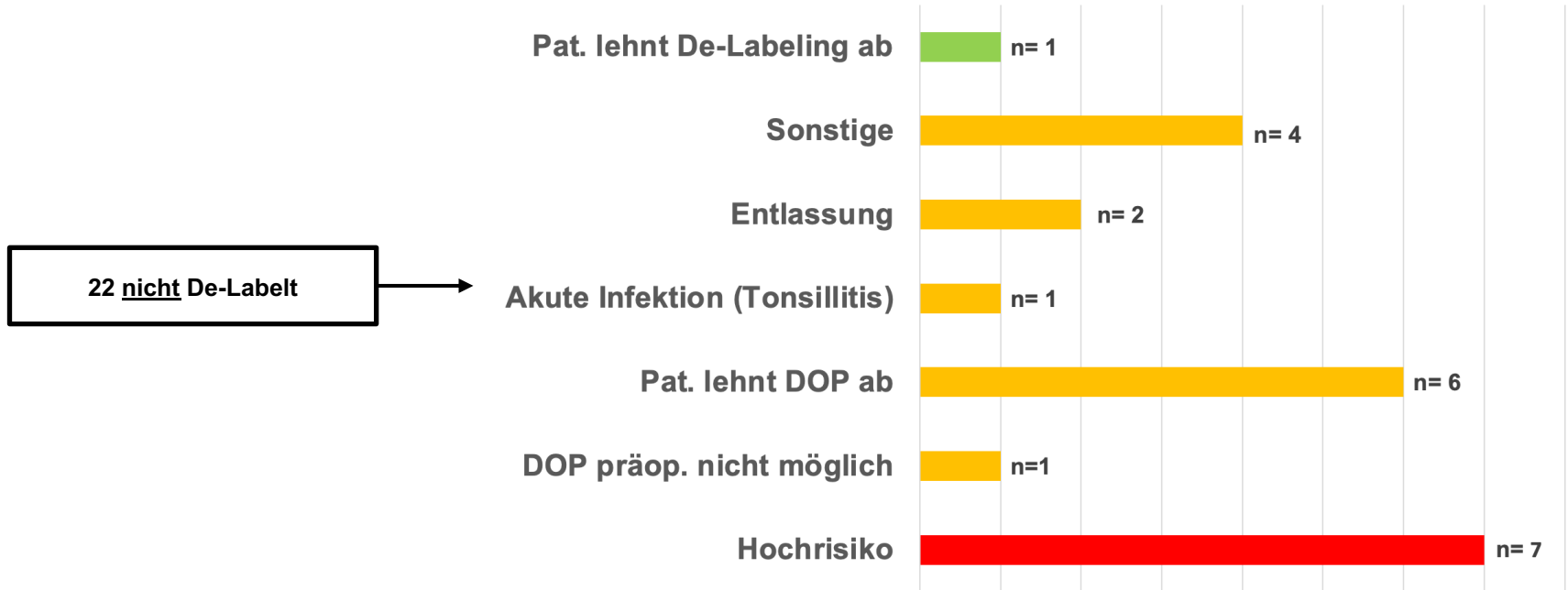
	gesamt n = 44
Geschlecht	w: 25 / m: 19
Alter (median)	60,5 J (Bereich 18-94 J.)
Fachabteilungen	HNO: 19 Viszeralchirurgie: 7 Gefäßchirurgie: 3 Herzchirurgie: 10 Hämatologie: 5
Risiko	niedrig: 8 intermediär: 23 hoch: 13

Ergebnisse: Risikoassessment / De-Labeling



Ergebnisse: Risikoassessment / De-Labeling

Warum wurden 50% nicht de-labelt?



Ergebnisse: Risikoassessment / De-Labeling

Welche Barrieren bestanden bei de-labelten Patient*innen?

De-Labelt (n=22)	Barriere	Häufigkeit
Niedrig (n= 7)	Pat. wünscht DOP trotz Niedrig-Risiko (erhöhter Arbeitsaufwand)	2
Intermediär (n= 9)	Wirkstoff nicht in gewünschter Applikationsform auf Station vorrätig, Bestellung nötig	1
	Pat. lehnt ab, anschließend akzidentell Aminopenicillin i.v.	1
	Für Cephalosporin de-labelt, DOP Pen. aus Zeitmangel nicht erfolgt	2
	Nahezu fehlende Dokumentation zuvor vertragener Pen.-Antibiotika	1
Hoch (n= 6)	Nahezu fehlende Dokumentation zuvor vertragener Pen.-Antibiotika	1

Fazit

- De-Labeling ist zeit- und personalaufwändig, (v.a. mit DOP)
- Barrieren vielfältig:
 - Personal: fehlendes Vorwissen, Befürchtung negativer Konsequenzen
 - Patient: Ablehnung (Unverständnis?, Angst?)
 - „Logistik“ (Verfügbarkeit Medikation, Entlassung)
 - Gefahr Re-Label (z.B. Patient u.o. Hausärzt*innen)



Besonderen Dank:

Sektion Infektions- und Tropenmedizin

Dr. Elham Khatamzas

Apotheke:

Dr. Benedict Morath

Dr. Katrin Hörth

Hannah Nürnberg

Dr. Stefanie Amelung

Dr. LeHang Pelzl

Klinik für Anästhesiologie:

Dr. Frederike Lund

