

Bericht

Titel:	Falsches Geburtsdatum auf Konservenbegleitschein
Zuständiges Fachgebiet:	leer
Altersgruppe des Patienten:	81-90
Geschlecht des Patienten:	weiblich
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Organisation (Schnittstellen / Kommunikation)
Was ist passiert?	Im Labor xxx werden Konserven angefordert. Die Blutröhrchen sind mit den Patientenetiketten der Patientin beklebt. Auf dem Befund der Blutgruppe und auf den Konservenbegleitscheinen steht bei den Patientendaten ein falsches Geburtsdatum.
Was war das Ergebnis?	Verunsicherung des Personals
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	Nach Rücksprache mit dem Labor werden dort die Daten für Blutkonserven noch manuell eingegeben. Dadurch kam es zu einer Verwechslung.
Kam der Patient zu Schaden?	nein
Welche Faktoren trugen zu dem Ereig...	• Ausbildung und Training • Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) • Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	erstmalig
Wer berichtet?	Pflege-, Praxispersonal

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor: Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für klinische Hämotherapie (IAKH) in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Problemanalyse

In diesem Fall war ein falsches Geburtsdatum vom Blutprobenröhrchen in die Software des Labors durch das Personal in der Blutbank/dem Immunhämatologischen Labor offensichtlich manuell eingegeben worden und dann später auch auf den Blutgruppenbefund und den Konservenbegleitschein ausgegeben worden. Manuelle Fehleingaben und Tippfehler sind oftmals weniger eine Frage der Ausbildung, der persönlichen Faktoren wie Müdigkeit und Arbeitsüberlastung, sondern sind in kritischen Bereichen besser als Scannersystem oder elektronische Computerlösung zu gestalten [1]. Ein italienisches System berichtete die Detektion von Identifikationsfehler alle 40 Tage bzw. eine Reduktion der Fehlerrate um 83% [2], amerikanische Systeme verbesserte Patientensicherheit und Dokumentationsqualität [3, 4].

Wodurch der Fehler in dieser Meldung zustande kam, kann nicht erschlossen werden. Leider kommunizieren die meisten Softwaresysteme des Immunhämatologischen Labors bzw. der angeschlossenen Blutbank nicht mit dem Krankenhaus-Software-System KIS. Daher ist es auch im Zeitalter der Krankenhausdigitalisierung immer noch in vielen Häusern üblich, dass bei neuen Patienten die Röhrchen nicht abgescannt und über eine eindeutige Patienten-ID in die Software des Labors eingelesen werden können, sondern der Datensatz neu manuell angelegt werden muss. Die Eingabe muss in diesen Häusern zwingend im 4-Augenprinzip mit einer Gegenprobe aus dem KIS oder der Aufnahmenummer kontrolliert werden.

Das Geburtsdatum wurde in dem berichteten Fall falsch eingegeben. In vielen Laboren wird diese Arbeit von Studenten, Schreibkräften oder weiterem Assistenzpersonal erledigt. Der Fehler hat zu Nachfragen und Verzögerung der Blutversorgung geführt, ebenso zu erhöhtem Material/Zeitaufwand für Recherche und Fehlerbeseitigung. Der Fehler kann aber bei unentdeckt bleiben zu letalen Fehltransfusionen führen. Die Suche nach einem bekannten Fall über den Namen der Patientin oder des Patienten ist nicht die anzurathende Vorgehensweise. Gerade bei häufigen Namen und unserer natürlichen Tendenz zum Musterabgleich steigt das Risiko einen namensgleichen oder -ähnlichen Falldatensatz auszuwählen. Wenn dann bei der Übernahme die Fehlzuordnung nicht auffällt nimmt die Fehlerkaskade ihren Lauf. Besser (aber nicht perfekt) ist die primäre Suche über das Geburtsdatum und die Auswahl des richtigen Datensatzes nach Filterung. Eine solche SOP wäre in diesem

Labor hilfreich.

Die Kommunikation von verschiedenen Systemen ist ein elektronisches Schnittstellenproblem, das äußerst gefährlich für die Patientensicherheit ist. Oftmals sind die Schnittstellen, wenn überhaupt erhältlich, kostenpflichtig und werden vom Träger nicht eingekauft. Ist das Labor ausgelagert oder in anderer Trägerschaft, stellt der Datenschutz einen Hinderungsgrund für die technische Kommunikation der beiden Systeme dar.

Es gibt wenige Software-Systeme, die mit einigen der KIS-Systeme der zu versorgenden Einrichtungen kommunizieren. Sie sind der Schlüssel zu einer qualitativ besseren und sicheren Patientenversorgung. Leider wird die Software mangels Vorgaben der Politik nicht an diesen Kriterien, sondern nach den Nutzergesichtspunkten (Preis, IT-Einbindung und Vorlieben, Eignung für den Teilbereich des Labors oder der Blutdepotverwaltung, etc.) von Personen ausgesucht, die die Patientensicherheit nicht in vorrangiger Priorität im Auge haben oder überhaupt keine Prozesskenntnisse besitzen.

In dieser Einrichtung (wie in derzeit noch vielen anderen) wird die Chance vertan, nicht nur die Patientenversorgung sicherer zu machen [5], sondern auch die Kosten der Fehlerbehebung oder der unangemessenen Blutprodukteinwendungen (könnte durch ein Clinical Decision Support [6] beispielsweise beseitigt werden) zu sparen, den Reputationsschaden bei pressurwirksamen Transfusionschäden zu vermeiden sowie Personal- und Mitarbeitergesundheit zu fördern. Wie der/die Meldende ausführt, sind solche Probleme verunsichernd und fördern Stress und Unzufriedenheit. Das können sich in Zeiten der Personalknappheit auf Dauer nur wenige Häuser leisten.

Prozessqualität

1. SOP/Fortbildung – Laborpersonal: Eingabe Patienten und Probenidentifikation, Anlegen und Ändern von Datensätzen in der Blutbank/Laborsoftware
2. M&M-Konferenz
3. Meldung an die Transfusionskommission

Strukturqualität

1. GF, ÄD, IT, Laborleitung, TV: Behebung der Schnittstellen- problematik, ggf. durch die Einführung eines Komplettpakets

Literatur

- [1] Sandler SG, Langeberg A, Dohnalek L. Bar code technology improves positive patient identification and transfusion safety.*Dev Biol (Basel)*. 2005;120:19-24.
- [2] Askeland RW, McGrane SP, Reifert DR, Kemp JD. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system.*Healthc Q*. 2009;12 Spec No Patient:85-89. doi:10.12927/hcq.2009.20973
- [3] Vanneman MW, Balakrishna A, Lang AL, et al. Improving Transfusion Safety in the Operating Room With a Barcode Scanning System Designed Specifically for the Surgical Environment and Existing Electronic Medical Record Systems: An Interrupted Time Series Analysis.*Anesth Analg*. 2020;131(4):1217-1227. doi:10.1213/ANE.0000000000005084
- [4] Hensley NB, Koch CG, Pronovost PJ, et al. Wrong-Patient Blood Transfusion Error: Leveraging Technology to Overcome Human Error in Intraoperative Blood Component Administration.*Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2019;45(3):190-198. doi:10.1016/j.jcjq.2018.08.010
- [5] Dzik WH. New technology for transfusion safety.*Br J Haematol*. 2007;136(2):181-190. doi:10.1111/j.1365-2141.2006.06373.x
- [6] Jenkins I, Doucet JJ, Clay B, et al. Transfusing Wisely: Clinical Decision Support Improves Blood Transfusion Practices.*Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2017;43(8):389-395. doi:10.1016/j.jcjq.2017.04.003

Häufig verwendete Abkürzungen:

ÄD Ärztliche/r Direktor/in
GF Geschäftsführer/in
IT Informationstechnik/er
KIS Krankenhausinformatiksystem
M&M Konferenz zu Morbidität und Mortalität
SOP Standard Operating Procedure
TV Transfusionsverantwortliche/r