



Fall des Monats Februar 2014

Namensverwechslung bei Labordaten

Fall-Nr.: 90306

Was ist passiert?

Telefonischer Anruf aus dem Labor und Mitteilung, dass eine Blutkultur am 1. Tag positiv ist (gramneg. Stäbchen seien gefunden worden). Dienstarzt nimmt Anruf entgegen. Der Patient um welchen es sich handelt ist aber zum Zeitpunkt des Telefonats auf einer anderen Station (für die der Dienstarzt nicht zuständig ist). Der angerufene Dienstarzt hat zeitgleich einen Patienten mit sehr ähnlich klingenden ausländischen Namen in seinem Zuständigkeitsbereich, und ist demnach der Meinung, dass es sich um das Ergebnis dieses Patienten handelt. Entsprechend ist der positive Blutkulturbefund zunächst einem anderen Patienten zugeteilt worden.

Was war das Ergebnis?

Der Patient mit der wahren positiven Blutkultur wurde zum Zeitpunkt des Befundes bereits dreifach antimikrobiell behandelt, daher ist hier kein Schaden durch die fehlende Mitteilung entstanden. Der Patient mit dem "angedichteten" positiven Befund ist zunächst aufgrund des Ergebnisses beobachtend stationär geblieben und hat somit eine Nacht länger in der Klinik verbracht. Eine Therapie wurde aufgrund des guten klinischen Zustandes nicht initiiert.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Sehr starke Namensähnlichkeit bei Patienten ausländischer Herkunft; dies ist vor allem bei Telefonaten in stressigen Diensten schwierig zu handeln. Vermeidung: In Zukunft immer Geburtsdaten mit erfragen und trotz Stress konsequentes Konzentrieren bei solchen Telefonaten. Im besten Fall zeitgleiche Faxmitteilung durch das Labor an die Station.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

Erstmalig

Kam der Patient zu Schaden?

Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)

Altersgruppe: Unbekannt

Geschlecht: Unbekannt

Zuständiges Fachgebiet: Innere Medizin



In welchem Kontext fand das Ereignis statt? Diagnosestellung

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Kommentare

Kommentar des Anwenderforums:

Hier ist bei der Übermittlung des Befundes einer Blutkultur dem entgegennehmenden Arzt eine Namensverwechslung unterlaufen – es handelt sich gar nicht um „seinen“ Patienten, aber der genannte Name ist so ähnlich dem Namen eines „eigenen“ Patienten, dass er diesem den Befund ohne weitere Kontrolle zuordnet.

Die Übermittlung kritischer Testresultate - wie in diesem Fall ein Telefonat zwischen dem klinischen Labor und der Station zur Mitteilung eines relevanten Befundes - ist eine fehleranfällige Kommunikationsart und ein bekanntes Problem bei diagnostischen Prozessen im Krankenhaus. Erreicht der Befund zeitnah die Person, die ihn angefordert hat bzw. die ihn benötigt, um den Patienten adäquat weiter zu behandeln? Wird der Befund auch korrekt und vollständig übermittelt (Name und Geburtsdatum des Patienten, exakter Wert mit Maßeinheit und ggf. weitere Informationen)? Um hier im Sinne einer proaktiven Sicherheitskultur Fehler zu vermeiden, sollte die Einrichtung unter Einbeziehung der Beteiligten ein Verfahren für die mündliche und telefonische Kommunikation von kritischen Befunden entwickeln.

Ein Verfahren ist z. B. nach Joint Commission International (JCI) ein internationaler Standard. Es beinhaltet

1. die Festlegung

- was als kritischer Wert für alle Arten von diagnostischen Untersuchungen gilt und übermittelt werden muss,
- von wem und an wen kritische Werte weitergeleitet werden und ein alternativer Weg, wenn der Empfänger nicht unmittelbar erreichbar ist,
- welche Informationen in der Patientenakte dokumentiert werden, und

2. die Methode, wie Befunde übermittelt werden. Dazu gehören die drei folgenden Schritte:

- das Aufschreiben (oder die Computereingabe) des Testergebnisses und der Identifikationsdaten des Patienten durch den Empfänger der Nachricht;
- weiterhin das Vorlesen des niedergeschriebenen Testergebnisses vom Empfänger und
- die Bestätigung darüber, dass das Aufgezeichnete und Wiedergegebene richtig sind, durch den Anrufenden („Read-back“-Methode).