

Bericht

Titel:	Fehlerhafte Probenzuordnung führt zur Verzögerung des Erkennens eines Corona-positiven Patienten
Zuständiges Fachgebiet:	anderes Fachgebiet: Zentrale Notaufnahme
Altersgruppe des Patienten:	unbekannt
Geschlecht des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Notfall
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Am XX.XX. werden im Labor zwei COVID-Abstriche von einem Patienten fast gleichzeitig registriert, ein Abstrich ist positiv, der andere negativ. Es erfolgt eine Kontaktanalyse und Sperrungen der Station. Eine Bestätigung, ob der Patient tatsächlich positiv ist, erfolgt nicht. Warum zwei Abstriche eingetroffen sind, wird nicht weiter verfolgt. Eine Kontrolle, ob bei einem anderen Patienten kein Abstrich eingetroffen ist, unterbleibt.
Was war das Ergebnis?	Im Verlauf fällt auf, dass bei einem am XX.XX. aufgenommenen Patienten kein COVID-Abstrich im Labor eingelesen wurde. Der Abstrich wird nachgeholt, er lag COVID-positiv im Haus.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...	Fehlerkettenanalyse und Ableitung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit! Aufarbeitung der Fehlerkette mit Definition von Maßnahmen und deren Umsetzung. Bei der geringen Anzahl positiver Test sollten diese bestätigt werden! Treffen zwei Abstriche von einem Patienten ein, muss nachgefragt werden. Eine Verwechslung oder falsche Beschriftung liegt nahe. Bei so relevantem Befund (COVID-positiv) mit so weitreichenden Folgen (Quarantäne für Kontaktpersonen) muss dies direkt erfolgen! Auch eine Bestätigung des Testergebnis, jetzt wurde vermeintlich der falsche isoliert und die falschen Kontaktpersonen ermittelt, während ein positiver Patient "unidentifiziert" im Haus lag.
Kam der Patient zu Schaden?	<i>leer</i>
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Ausbildung und Training • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	monatlich
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

CIRS-Team des Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland:

In der vorliegenden Eingabe wird berichtet, dass zwei COVID-Abstriche von verschiedenen Patienten mit unterschiedlichen Ergebnissen einem einzigen Patienten zugeordnet wurden. Der Fehler fiel erst verspätet auf, was zu einem erheblichen Mehraufwand (falsche und erst nachträgliche Quarantänemaßnahmen bzw. Kontaktpersonen-Ermittlung) führte und entsprechend weitreichende Folgen nach sich zog.

Aktuell sind die Kliniken vor große Herausforderungen gestellt. Es gilt Patienten, Personal und weitere Kontaktpersonen zu schützen und eine Ansteckungsgefahr so gering wie möglich zu halten. Das kann allerdings nur geschehen, wenn ausreichend Schutzmaßnahmen ergriffen und umgesetzt werden. Die momentane Situation ist geprägt, dass geltende Anordnungen, fachlichen Empfehlungen und übergreifenden Vorgaben angepasst werden. Diese bedeutet auch, die regelmäßige und möglichst zeitnahe Information an die Mitarbeiter z. B. über Änderungen im Aufnahme-prozedere.

Die Probenentnahme und -versendung von Biopsien oder anderem Material, wie Blut, Abstrichen oder Urin, sollte im Rahmen der QM-Dokumentation verbindlich geregelt sein und regelmäßig geschult werden.

Im Prinzip gilt immer das Gleiche: Das gewonnene Material ist direkt nach der Entnahme einschließlich der Patientenidentifikation eindeutig und lesbar zu kennzeichnen (Barcode-Etiketten) sowie materialgerecht zu verpacken. Der zugehörige Anforderungsschein muss gleichfalls gekennzeichnet, lesbar und eindeutig sein. Ob ein zweiter Mitarbeiter die Kennzeichnung und Verpackung überprüfen sollte, muss individuell, praktikabel und sinnvoll geregelt werden.

Dies ist in einer Arbeitsanweisung für das eigene QM-System Schritt für Schritt zu beschreiben. Allen Mitarbeitern, die in die jeweiligen Arbeitsschritte involviert sind (Ärzte, Pflegekräfte, Helferinnen, MTAs oder Studierende), sind diese Abläufe bei der Einarbeitung oder bei Änderungen/Revisionen (hier: Pandemie) zu vermitteln.

Dabei ist es wichtig auch Folgeschritte, die derjenige mit beeinflusst, aber nicht aktiv durchführt, zu erläutern. Jeder sollte den gesamten Ablauf über den Probenausgang bis hin zum Befundeingang verstehen und so Fehlverhalten vermeiden. Eine Arbeitsanweisung kann dabei als Schulungscheckliste dienen, um einzelne Schritte nicht zu vergessen.

Weitere zusätzliche Maßnahmen (bei COVID-Verdacht) werden im Bericht erwähnt oder können sein:

- Stetige Patientenidentifikationsmaßnahmen vor Probenabnahme und sofortige Beschriftung der Abstriche
- Positive COVID-Abstriche sollten stets bestätigt werden (Kontrollmechanismus)
- Nachfrage bei Vorliegen mehrerer Tests ein und derselben Person (seitens des Labors)
- Kommunikationsförderung (zwischen Labor und Station) / zusätzlicher zeitnahe mündlicher Hinweis bei positiven Testergebnissen
- Ggf. Unterbringung des Patienten vorerst in Einzelzimmer / Einzelbelegung des Zimmers, um Infektionsketten zu minimieren

Wie der Berichtende angibt, ist eine Fehlerkettenanalyse und eine entsprechende Ableitung von Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit der richtige Weg, um ein erneutes Ereigniseintreten zu verhindern.

Dieser Bericht sollte zusätzlich zum Anlass genommen werden, eine Schulung zur bestehenden Arbeitsanweisung durchzuführen. Es sollte allen Mitarbeitern bewusst sein, was eine Probenverwechslung (vor allem in der aktuellen Pandemiesituation) für fatale Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Weiterführende Literatur:

1. Deutsche gesetzliche Unfallversicherung: Berufsbedingte Kontakte und Schutzmaßnahmen. Stand: 10. Juni 2020.
Online:
<https://www.dguv.de/de/praevention/corona/index.jsp>
2. Robert Koch Institut: COVID-19-Verdacht: Maßnahmen und Testkriterien - Orientierungshilfe für Ärzte (Stand: 8.2.2021). Online:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_Tab.html?nn=13490888