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**

Thema/Titel	Labor veranlasst Stammdatensatzzusammenführung von 2 gleichnamigen Patienten
Fall-ID	95-2015-T5G5
	Junge Patientin, türkischer Name, kommt zur Nukleotomie und Dekompression mehrerer WS-Segmente. Bei präoperativer Anämie wird Blutgruppe und Kreuzprobe abgenommen und ins Labor geschickt. Das Labor ruft an, der Rhesusfaktor der Patientin würde nicht stimmen, in der Datenbank sei die Patientin Rhesus pos. Die Frage kommt auf, ob die Patientin oder die Blutprobe verwechselt sein könnte? Blut wird nochmalig abgenommen und gleiches Ergebnis. Der Befund wird korrigiert und der alte Stammdatensatz gelöscht. (Es ist bei Nachforschung nicht zu eruieren gewesen wer das gemacht hat, da die Berechtigungen dazu nur die EDV hat und die bestreitet es). Patientin wird nicht transfusionspflichtig. Bei Rückfrage der Laborleiterin fällt im Abgleich des KIS mit der Blutbank-Datenbank auf, dass die gespeicherte Alt-Patientin in der Datenbank ein anderes Geburtsdatum und Wohnadresse hatte als die aktuelle gleichnamige Patientin. Vermutlich hat die Labormitarbeiterin die EDV auf den vermeintlich falschen Blutgruppeneintrag aufmerksam gemacht und die Zusammenführung des Datensatzes von der EDV erbeten. Dieser wurde über einen EDV Gemeinschaftszugang (z.B.: "EDV ADMINISTRATOR") gemacht und damit war nicht zu eruieren, wer hier unkritisch die Datensätze zusammengeführt hat.

Problem	- Beim Abgleich einer Blutgruppe einer aktuellen Patientin mit der Blutgruppe der Patientin gleichen Namens in der Datenbank der Blutbank fällt die diskrepante Blutgruppe auf. Anstatt auf das unterschiedliche Geburtsdatum und die Adresse zu schauen, wird der Datensatz der älteren Patientin gelöscht beziehungsweise mit dem neuen überschrieben. Käme jetzt die gleichnamige Patientin, wären damals bekannte AK verloren, die vielleicht nicht mehr nachweisbar sind oder würde ihre Blutprobe verwechselt, gäbe es keine Möglichkeit der Entdeckung durch die Abgleichmöglichkeit mit der in der Datenbank gespeicherten Blutgruppe mehr. - Die Berechtigung der Datenverwaltung einer Blutbank erfordert Sachverstand in der medizinischen und hämotherapeutischen, transfusionsmedizinischen Materie und sollte nicht nur auf IT-Kenntnissen beruhen. Löschung eines Datensatzes der Blutbank sollte nur nach einem 4-Augen-Prinzip durch 2 Administratoren möglich sein. - Der Gebrauch eines Administratorenrechts sollte immer persönlich rückverfolgbar sein und nicht von mehreren Anwendern genutzt werden. Die Verantwortlichkeit für eine Kennung sollte einer Person zugesprochen sein. Hier ist die unbefriedigende Situation, dass durch die Nutzung einer Gruppenadministration dieser Fehler nicht mit dem Verursacher besprochen werden kann. Die Administratorenzugänge sollten eine persönliche Zuordnung erlauben.
Prozessteilschritt**	Blutpobendiagnostik, LAbor
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	n.a.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Labor
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine

Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	B
Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein / nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	
***Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit**	**2/5**
***Potentielle Gefährdung/Schweregrad**	**5/5**
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	**Prozessqualität:** 1. SOP- Grundregeln zur Verwaltung des Datensatzes in der Blutbank, medizinische Aspekte der Blutgruppendaten 2. Fortbildung- Blutgruppen und AK- Diagnostik, Verträglichkeit und Persistenz der AK, Sinn und Bedeutung der Datenspeicherung 3. Neuregelung/SOP- Verantwortlichkeiten der Administratorenberechtigung im KIS und der Blutbank 4. Meldung des Falls an die Transfusionskommission **Strukturqualität:** 1. Vernetzung des Aufnahme-administrationsdatensatzes mit Adresse , Geburtsdatum , Blutgruppe und Fallnummer 2. Vergabe einer zusätzlich zur Fallnummer eineindeutigen und immer gleichbleibenden ID-Nummer für die Verwaltung von Patienten einer Krankeninstitution 3. Aufnahme der Blutguppe und der diagnostizierten AK in den Datensatz auf der elektronischen Krankenkassenkarte 4. Schaffung einer zentralen Datenbank mit der nationalen Registrierung und Verwaltung von besonders wichtigen Gesundheitsdaten- Blutgruppe/AKs, Allergien, Foto etc.

*Risikoskala:

Wiederholungsrisiko		Schweregrad/Gefährdung	
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**

****Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei 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

15. -Fehler bei der Patientenidentifikation