

<b>Bericht</b>
----------------

Titel:	Karzinombefund zufällig in Patientendokumentation entdeckt
Zuständiges Fachgebiet:	anderes Fachgebiet: Pathologie für alle Fachgebiete
Altersgruppe des Patienten:	unbekannt
Geschlecht des Patienten:	unbekannt
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Diagnosestellung
Was ist passiert?	Pathologische Berichte mit abweichenden pathologischen Ergebnissen im Nachbericht zu spät in Patientendokumentation eingestellt, keine Nachrichtenfunktion. Fall: ambulante OP, erste unauffällige pathologische Befundung, abschließende Besprechung mit Patient 3 Tage später. Ein pathologischer Nachbericht mit Karzinomdiagnose wurde 2 Wochen später in die Patientendokumentation eingestellt. Nur zufällig wurde vom Oberarzt die neue Diagnose entdeckt, da der Fall nicht mehr weiter betreut wurde.
Was war das Ergebnis?	leer
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...	Fehlende Alarmfunktion in der Software / aktive Benachrichtigungen
Kam der Patient zu Schaden?	leer
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	• Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	nicht anwendbar
Wer berichtet?	andere Berufsgruppe

<b>Verlinkungen</b>
---------------------

Fall-Nr: 146250      Weiterer Bericht

<b>Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar</b>
--

**Kommentar:**

**Fachkommentar:**

Autorin: Dr. med. Sibylle Semmler, Klinisches Qualitäts- und Risikomanagement, Charité – Universitätsmedizin Berlin

In diesem Fall wird zu dem Problem der sogenannten „nachlaufenden“ Befunde berichtet, also Befunde, deren Fertigstellung und Übermittlung an den Auftraggeber länger dauern als der Aufenthalt des Patienten auf der entsprechenden Station/Klinik.

Insbesondere in der stationären Behandlung werden Befunde häufig im Rahmen von Patientensvisiten oder persönlicher Behandlungszuordnung („mein Patient“) zur Kenntnis genommen und ggf. entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Bereits dieser Prozess sollte gut dokumentiert werden.

Nachlaufende Befunde sind im besonderen Maße gefährdet, ungesehen in Ablagen zu verbleiben oder abgehftet zu werden, da sie nicht automatischer Bestandteil einer Visite sind bzw. der Patientennamen nicht (mehr) bekannt ist und sich dementsprechend auch häufig kein Arzt zuständig fühlt.

Typischerweise kann es sich dabei um pathologische Befunde, aber auch mikrobiologische Resistogramme und andere Spezialuntersuchungen handeln.

Um dieses zu verhindern, sollte jeder Bereich (Klinik/Station) für sich einen standardisierten (verschriftlichten) Ablauf festlegen, wie die Sichtung nachlaufender Befunde sichergestellt wird.

Dies kann bei papiergebundenen Befunden z. B. im ersten Schritt das Identifizieren eines nachlaufenden Befundes durch eine MDA/Pflegekraft mit in einem zweiten Schritt nachfolgender dokumentierter Kenntnisnahme durch einen ärztlichen Bereichsleiter (Stations-/Oberarzt) sein.

Die Dokumentation der Kenntnisnahme und ggf. der initiierten Maßnahmen mit Datum/Uhrzeit sollte idealerweise in der Patientenakte erfolgen. Auch eine Weiterleitung an weiterbehandelnde Bereiche oder niedergelassene Kollegen sollte unbedingt vermerkt werden.

Im Anschluss sollte der Befund der Primärakte zugeführt werden.

Gleiches gilt für Befunde, die ausschließlich digital vorliegen. Hier sollte idealerweise eine digitale Lösung ("virtueller Befundeingangskorb") geschaffen werden, die zum einen die aktive Vorlage nachlaufender Befunde sicherstellt und zum anderen die Dokumentation der Kenntnisnahme mit Personenkennzeichnung und Datum/Uhrzeit ermöglicht.