

# Einleitung: Sicher ist sicher – gemeinsam für mehr Sicherheit

Gerald Burgard, Henning T. Baberg und Graf Popken

*“It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a hospital that it should do the sick no harm” Florence Nightingale (Nightingale 1863)*

Nightingale bezeichnet ihre Forderung, dass Krankenhäuser den Kranken während der Behandlung zuallererst keinen Schaden zufügen sollen, selbst als seltsam, doch macht sie damit bereits im neunzehnten Jahrhundert deutlich, was wir vielleicht heute immer noch nicht mit letzter Konsequenz wahrhaben wollen:

**»»» Krankenhäuser sind Hochrisikoorganisationen, in denen Menschen aus den verschiedensten vermeidbaren und unvermeidbaren Gründen im Rahmen ihrer Behandlung Schäden erleiden können**

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat berechnet, dass in Deutschland pro Jahr 340.000 bis 720.000 Schäden, 170.000 Behandlungsfehler und 17.000 Todesfälle infolge vermeidbarer un-

erwünschter Ereignisse eintreten (Deutscher Bundestag 2007). Basierend auf diesen Fakten wurde Patientensicherheit als nationales Gesundheitsziel für 2014 ausgewählt (Maschewsky-Schneider et al. 2013). Patientensicherheit ist aufgrund der Vulnerabilität der Patienten und der Invasivität der Eingriffe ein besonders relevantes Thema im Krankenhaus, sodass hier besonders viele Aktivitäten zur Transparenz und Optimierung erwartet werden.

In den HELIOS Kliniken kam es 2012 bei 1 von 1.000 Fällen im Rahmen von stationärer Behandlung zu einem Anspruch auf Schadensregulierung durch die Patienten (Meyer 2013).

Grundlage von Behandlung und Pflege im Krankenhaus ist der direkte Kontakt und die direkte Kommunikation von Menschen miteinander. Die Analyse der eigenen Fälle zeigt dann auch folgerichtig, dass in vielen Schadensfällen eine nicht angemessene Kommunikation zwischen den Ärzten und Pflegekräften oder zwischen Ärzten und Patienten die wesentliche Fehlerquelle darstellt.

Wie häufig passiert es beispielsweise, dass uns Menschen begegnen, von denen wir nicht mehr so genau wissen, wie sie heißen? Manchmal verschweigen wir dann – weil es uns peinlich ist – während eines Gesprächs, dass wir unser Gegenüber nicht kennen oder nicht wiedererkennen, und hoffen darauf, dass es der andere nicht merkt. Im Privatleben hat dieses Verhalten meist keine Konsequenzen für unseren Gesprächspartner, doch im Krankenhaus kann die Verwechslung von Patienten fatale Folgen haben. Wie oft nehmen wir an, zu wissen, wer vor uns liegt, weil wir den Namen in der beiliegenden Akte gelesen haben? Oft trauen wir uns nicht, zum wiederholten Male nachzufragen. Was, wenn der Patient sagt: „Sie sind jetzt schon der dritte, der mich heute nach meinem Namen fragt“? Der Nachbar aus dem gelben Haus links wird im Krankenhaus zur „Struma aus Saal 10“. Was ist, wenn im entsprechenden Operationssaal zwei Patienten an der Schilddrüse operiert werden, jedoch mit unterschiedlicher Schilddrüsenerkrankung? Nonverbale Identifikationshilfen wie Patientenarmbänder können zusätzliche Sicherheit bieten, weil wir wissen, dass wir verbal nicht ausreichend für Klarheit sorgen oder nicht sorgen können, weil der Patient beispielsweise sediert ist.

Eine Patientin kommt zur Augenoperation in den OP-Saal und soll dort zunächst eine Lokalanästhesie des markierten rechten Auges erhalten. Während der Vorbereitung zur Anästhesie erzählt die Patientin dem Arzt sehr ausführlich von ihrer Erkrankung der linken Niere. Der Arzt hört aufmerksam zu und setzt die Anästhesie am linken Auge.

Hätte er sich am WHO-Protokoll orientiert und mit der Patientin eine Time-out-Prozedur durchgeführt, wäre die Verwechslung womöglich nicht passiert.

Im Operationssaal einer unfallchirurgischen Abteilung gibt es die unausgesprochene Vereinbarung im Team, dass der Anti-Thrombosestrumpf als Seitenmarkierung

ausreichend sei. Die Pflegekräfte auf der Station legen den Strumpf immer an das nicht zu operierende Bein an. Wegen einer Adipositas kann bei einem Patienten kein Strumpf angelegt werden. Prompt wird das falsche Bein operiert.

Sicherheitssysteme können ausfallen, deshalb ist es so wichtig, weitere Sicherungen vorzusehen. Die Markierung des zu operierenden Beines wäre die zweite notwendige Sicherung gewesen.

Zwei Patienten erhalten jeweils die Medikation des Bettnachbarn. Beide Patienten bemerken die falschen Namen auf ‚ihrem‘ Medikamentschälchen nicht. Ein Patient nimmt die Medikamente des Nachbarn ein und erleidet einen anaphylaktischen Schock.

Hätten Pflegekraft und Patienten die Namen auf den Schälchen gemeinsam überprüft (4-Augen-Prinzip), wäre diese Verwechslung nicht aufgetreten.

Wir müssen konstatieren, dass eine sicherheitsdienliche Kommunikation weder vom Krankenhauspersonal noch von den Patienten automatisch eingesetzt wird. Deshalb gilt es, verbindliche Sicherungssysteme einzubauen, die unsere Kommunikation so lenken, dass die größtmögliche Sicherheit für die Patienten entsteht. Checklisten, Time-out-Prozeduren oder gegenseitige Kontrollen können dabei helfen, wenn sie konsequent angewendet werden.

 **Krankenhäuser sind lernende Organisationen, ob sie wollen oder nicht.**

Neue oder veränderte Produkte und neue wissenschaftliche Erkenntnisse zwingen auch die Erfahrenen unter uns, liebgewonnenes Wissen und mühsam erlernte Fertigkeiten aufzugeben und neue Techniken zu erlernen. In vielen Untersuchungen wurde gezeigt, dass bei Einführung von neuen Methoden die Komplikationsrate unter bestimmten Bedingungen erst

einmal ansteigen kann, bevor die angestrebte bessere medizinische Qualität oder die größere Sicherheit für die Patienten erkennbar wird (Bull et al. 2000). Insofern befinden wir uns in einem gewissen Dilemma, wenn Menschen unsere Patienten und gleichzeitig auch unsere „Übungsobjekte“ sind. Dieses Dilemma kann sich zwar möglicherweise verringern, wird sich aber nie vollständig auflösen lassen (Hasan et al. 2000). Überdies gibt es Ereignisse und Komplikationen, die so selten auftreten, dass viele von uns sie nur aus dem Lehrbuch kennen. Kommt es dann zu einer derartigen Komplikation, muss diese beherrscht und die Beherrschung muss gleichzeitig geübt werden. Einen möglichen Ausweg aus diesem Dilemma bieten Simulationstrainings, die uns unter anderem helfen können, in derart kritischen Situationen Routine zu entwickeln, wo es normalerweise kaum echte Routine geben kann. Wenn wir akzeptieren, dass Krankenhäuser Hochrisikoorganisationen sind und dass der medizinische Fortschritt im Krankenhausalltag immer wieder zu Lernerfahrungen und Lernkurven und damit auch zu Risiken für die Patienten (Gawande 2002) führen kann, dann sind bereits wesentliche Voraussetzungen für unser gemeinsames Ziel gegeben:

### **Krankenhäuser sind Hochsicherheitsorganisationen.**

„Patientensicherheit ist (eine) Grundlage guter medizinischer Betreuung“ (mod. nach Vincent 2010). Damit gehört Sicherheit zu den zentralen Unternehmenswerten (Geller 1994) und ist deshalb nicht allein Aufgabe der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte, sondern Kernaufgabe eines jeden Krankenhausmanagements (Matschewsky-Schneider et al. 2013). Nur gemeinsam mit der Führungsspitze können die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass eine erfolgreiche Sicherheitskultur implementiert und gelebt wird.

In den letzten Jahren hat sich bei HELIOS eine Vielzahl von Konzepten und Aktivitäten – teils unabhängig voneinander, teils abgestimmt – etabliert, denen eines gemeinsam war: Sie wurden allen Mitarbeitern transparent gemacht und maßgeblich von der HELIOS Führungsspitze unterstützt oder selbst initiiert. Somit kann HELIOS als handelnder Akteur auch im Rahmen des nationalen Gesundheitsziels Patientensicherheit besondere Akzente setzen.

Wir stellen im zweiten Band der Reihe „Gesunder Dialog“ diese unterschiedlichen Ansätze vor, die uns helfen sollen, gemeinsam für mehr Sicherheit zu sorgen. Checklisten zur Einschätzung von perioperativen Risiken, Analyse von Komplikationen und Schäden sowie die Surveillance von Infektionsdaten sind solche Ansätze, die wir zum Teil spezifisch für HELIOS entwickelt oder auf unsere Bedürfnisse angepasst haben. Managementreviews helfen uns, die betrieblichen Abläufe auf Sicherheit hin zu überprüfen. Jährliche Simulationstrainings fördern Teamwork, flexible situativ angepasste Aufgaben- und Hierarchieverteilungen (muss der Chefarzt bei einer Reanimation auch der Teamchef sein?) und fördern einen konstruktiven respektvollen Umgang im Team. In manchen Bereichen, wie der Simulation und der Transparenz der Hygienedaten, sind wir schon sehr weit entwickelt; in anderen Bereichen stehen wir eher am Anfang der Entwicklung. Das Buch stellt den aktuellen Stand der Bemühungen um Patientensicherheit ausführlich dar und soll gleichzeitig aufzeigen, wohin die Entwicklungen in der nächsten Zeit gehen werden, denn sicher ist sicher: Sicherheit geht nur gemeinsam.

## Literatur

- Bull C, Yates R, Sarkar D, Deanfield J, de Leval M (2000) Scientific, ethical and logistical considerations in introducing a new operation: a retrospective cohort study from paediatric cardiac surgery. *BMJ* 320: 1168–1173
- Deutscher Bundestag (2007) Drucksache 16/6339. Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung

im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Stand: 7. September 2007. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (Zugriff am 27. August 2013)

Gawande A (2002) Die Schere im Bauch. Aufzeichnungen eines Chirurgen. Goldmann EBooks

Geller ES (1994) Ten Principles for Achieving a Total Safety Culture. Professional Safety 39(9): 18–24

Hasan A, Pozzi M, Hamilton JRL (2000) New surgical procedures: Can we minimise the learning curve? BMJ 320: 170–173

Maschewsky-Schneider U, Gocke M, Hölscher U, Kolip P, Kuhn A, Sewöster D, Zeeb H (2013) Gesundheitsziele.de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. Bundesgesundheitsbl 56: 1329–1334

Meyer A (2013) Patientensicherheit. Aus Schadensfällen lernen – auch das ist ein Weg zu mehr Sicherheit im Krankenhaus! <http://www.helios-kliniken.de/medizin/patientensicherheit.html> (Zugriff am 11.09.2013)

Nightingale F (1863) Notes on Hospitals. 3<sup>rd</sup> edition, Preface. London  
Vincent CH (2010) Patient Safety. Wiley-Blackwell



**Dr. med. Gerald Burgard**

Studium der Humanmedizin an der WWU Münster. Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Münster. Leitender Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am HELIOS Klinikum Erfurt. Seit 2004 Chefarzt im Kollegialsystem der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am HELIOS Klinikum Erfurt.



**PD Dr. med. Henning T. Baberg**

Nach dem Studium der Humanmedizin Facharztausbildung zum Internisten und Kardiologen sowie Habilitation am Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum. Forschungsschwerpunkt Versorgungsqualität bei koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz. 2006 Wechsel zu der HELIOS Kliniken GmbH, dort u.a. als Leiter M&A für die Akquisition neuer Kliniken und deren Integration in den Konzern zuständig. Seit 2009 Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Kardiologie und Nephrologie am HELIOS Klinikum Berlin-Buch, 2010–2012 Leiter der Fachgruppe Kardiologie und Nephrologie, dann Wechsel in den Medizinischen Beirat der HELIOS Kliniken. Gründungsrektor der Medical School Berlin.



**PD Dr. med. Graf Popken**

Nach Medizinstudium an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg Ausbildung zum Facharzt für Urologie. 1996 Facharzt für Urologie, anschließend fakultative Weiterbildung urologische Chirurgie, Andrologie und medikamentöse Tumorthherapie. 2000 Habilitation für das Fach Urologie. 1998–2001 Oberarzt und stellvertretender Leiter Sektion Andrologie der Abteilung Urologie der Chirurgischen Universitätsklinik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Von 2001–2013 Chefarzt der Urologischen Klinik, HELIOS Klinikum Berlin-Buch der HELIOS Kliniken GmbH, Leiter der Fachgruppe Urologie und Mitglied verschiedener interdisziplinärer Arbeitsgruppen. Seit 2014 Chefarzt der Urologischen Klinik, Ernst von Bergmann Klinikum, Potsdam. Autor zahlreicher Publikationen, Originalartikel und Buchbeiträge.

# Checklisten PRÄ/PERI/POST

- 1 Erfahrungen mit der Einführung von Armbändchen zur sicheren Identifikation von Patienten \_\_\_\_\_ 7  
*Jochen M. Strauß*
- 2 Vom Peer Review zur Patientensicherheit \_\_\_\_\_ 13  
*Gerald Burgard und Wolfgang Krahwinkel*
- 3 Die Checkliste PERI – Über die Herausforderung, eine neue Kultur im Operationssaal einzuführen \_\_\_\_\_ 25  
*Henning T. Baberg*
- 4 Low-risk-Todesfälle bei HELIOS – Kennzahlen 2010 bis 2012 \_\_\_\_\_ 31  
*Ekkehard Schuler*
- 5 Haftpflichtschadensfälle aus Sicht der Fachgruppe Urologie \_\_\_\_\_ 37  
*Xaver Krah und Andreas Meyer*
- 6 Checkliste POST – Erfahrungen aus einem Versuch \_\_\_\_\_ 43  
*Jörg Brederlau und Galf Popken*



# 1 Erfahrungen mit der Einführung von Armbändchen zur sicheren Identifikation von Patienten

Jochen M. Strauß

Nachdem in den letzten Jahren das Bewusstsein für Fehler in Routineprozessen im Gesundheitsbetrieb deutlich gewachsen ist, ergreifen Krankenhäuser zunehmend häufiger Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Für viele Prozesse spielt eine sichere, vor allem aber eindeutige Identifikation von Patienten dabei eine wesentliche Rolle.

Während sich die Identifikation von Patienten mit einem Armbändchen in Deutschland allmählich durchsetzt, ist sie in skandinavischen Ländern und den USA schon lange selbstverständlich, in England für die Krankenhäuser des National Health Service seit 2009 sogar verpflichtend.

## 1.1 Warum sollte man Patienten identifizieren?

Bei kurzen Liegedauern, knapp kalkulierten oder kurzfristig wechselnden Personalressourcen ist nicht mehr gewährleistet, dass ärztliches und pflegerisches Personal alle Patienten persönlich kennt. Außerhalb der Bettenstationen,

etwa in Funktionsbereichen wie OP, Endoskopie, Röntgen und anderen kann ohnehin nicht davon ausgegangen werden, dass dem dort tätigen Personal die zu versorgenden Patienten persönlich bekannt sind.

Ein Armbändchen ermöglicht die Überprüfung der Identität eines Patienten bei allen Behandlungsschritten. Damit soll die Gefahr von Verwechslungen minimiert werden. Mit dem Risiko einer Verwechslung muss bei allen patientenbezogenen Maßnahmen gerechnet werden, insbesondere bei der:

- Durchführung von Operationen
- Durchführung von Interventionen oder Untersuchungen in Narkose oder Sedierung
- Applikation von Medikamenten, Zytostatika u. a.
- Transfusion von Blut und Blutprodukten
- Verlegung auf andere Stationen
- Betreuung in Funktionseinheiten (CT, MRT, Röntgen usw.)
- Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen

Patientenarmbänder geben während des stationären Aufenthaltes Auskunft zur Identität eines Patienten, auch wenn dieser selbst keine Auskunft geben kann. Damit sprechen auch patientenseitige Gründe für eine eindeutige Identifizierung von Patienten:

- Viele, meist ältere Menschen sind aus unterschiedlichen Gründen zeitweise oder andauernd nicht vollständig orientiert. Manchmal ist das die Folge einer Erkrankung, in anderen Fällen sind Medikamente die Ursache. Verwirrte Patienten können sich in einem großen Klinikum verlaufen und nicht mehr wissen, von welcher Station sie kommen. Selten können sie nicht mehr sagen, wer sie sind.
- Vor Operationen erhalten fast alle Patienten eine beruhigende Prämedikation. Auch junge, vollkommen gesunde Patienten können davon so tief einschlafen, dass sie nur schwer erweckbar sind. Ältere Patienten können unter der Wirkung einer Prämedikation oftmals gar keine Angaben zu ihrer Identität oder dem geplanten Eingriff machen.
- Patienten können schon verwirrt aus einem Pflegeheim kommen.
- Namensgleiche Patienten können auf derselben (dann weiß man wenigstens davon) oder unterschiedlichen (das ist z.B. im OP meist gar nicht bekannt!) Stationen liegen.

## 1.2 Anforderungen an das Armband

Sehr gute Empfehlungen zu den Eigenschaften von Armbändern hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegeben (APS o.J.). Wir haben uns daraufhin für ein laserbedrucktes, nicht dehnbares Armband entschieden, dessen Enden verklebt und nicht mittels Druckknöpfen fixiert werden. Das Band kann nicht ohne Zerstörung entfernt werden, ist resistent gegenüber Wasser, Desinfektions- und Waschmitteln und bietet einen angenehmen Tragekomfort.

## 1.3 Welche Erfahrungen haben wir seit der Einführung von Armbändchen gemacht?

Vor der Einführung wurden alle Mitarbeiter über die geplante Maßnahme informiert. Die Maßnahme wurde als sinnvoll erachtet und rasch akzeptiert. Die Einführung erfolgte reibungslos.

Patienten werden während der Aufnahme mündlich und mit einer Informationsbroschüre über die Maßnahme aufgeklärt und reagierten bislang nur in Einzelfällen skeptisch oder ablehnend. Viele Patienten begrüßen ausdrücklich die zusätzliche Sicherheit durch das Armband.

Das Armband muss im Rahmen der stationären Aufnahme gedruckt und sofort angelegt werden.

## 1.4 Welche Pitfalls haben wir erlebt?

Mit ein paar Fallbeispielen sollen Schwachpunkte illustriert werden, aus denen Gefahren resultieren können.

### Fallbeispiel 1

Ein Patient wird im OP vom Anästhesisten mit „Guten Morgen, Herr Eckart, Sie kommen zur Prostata-Operation“ begrüßt. Der Patient widerspricht: Er wäre Herr Müller und käme zur Operation einer Leistenhernie. Peinliche Situation. Die Akte und das Armbändchen werden jetzt kontrolliert, beide weisen den Patienten Müller als Herrn Eckart aus. Wie konnte es dazu kommen?

### Fehleranalyse

- Auf der Station lagen zwei an diesem Tag zu operierende Patienten in einem Zimmer.
- Eine Pflegekraft wurde mit der Aufgabe betraut, den Patienten Eckart in den OP zu bringen. Sie griff sich die Akte mit dem ausgedruckten Armband und ging in das Zimmer. Mit den Worten „jetzt geht’s in den



OP“ legte sie dem ersten Patienten das Armband an und die Akte auf das Bett.

- Der Transportdienst griff sich das Bett und brachte den Patienten in den OP.
- Dort wurde er in der Schleuse anhand der Akte als „Herr Eckart“ identifiziert und folgerichtig in den urologischen OP gebracht.

### Wie ginge es besser?

- Niemand hat den Patienten mit seinem Namen angesprochen. Mit dieser einfachen, eigentlich selbstverständlichen Maßnahme wäre schon im Zimmer aufgefallen, dass es sich um den falschen Patienten handelte.
- Das Armband hätte schon bei der Aufnahme des Patienten und nicht erst vor dem Transport in den OP angelegt werden müssen.
- Bei der Anlage des Armbandes sollte mit dem Patienten abgeglichen werden, ob die Angaben auf dem Armband stimmen.

Wäre der Patient durch eine Prämedikation tief sediert oder aus anderen Gründen nicht orientiert gewesen, hätte es unter Umständen zu einer Verwechslung kommen können. So ging alles gut.

Dass Patienten das Armband eines anderen Patienten tragen, haben nicht nur wir beobachtet (KH-CIRS-Netz-D 2012). Wenn es bereits beim Anlegen des Armbandes zu einer Verwechslung kommt, kann sich der Vorteil des Armbandes ins Gegenteil verkehren.

### Fallbeispiel 2

Zwei Patientinnen gleichen Vor- und (!) Nachnamens lagen auf derselben Station. Beide sollten an zwei aufeinander folgenden Tagen eine Operation erhalten. Alle Mitarbeiter, auch die Anästhesie, wurden darauf aufmerksam gemacht und für die Gefahr einer Verwechslung sensibilisiert.

Die erste Patientin kam mit korrektem Armband und richtiger Akte in den OP, wurde operiert und wieder auf die Station verlegt. Nichts Besonderes, alles verlief gut.

Am Folgetag kam die zweite Patientin in den OP. Vor der Narkoseeinleitung wurde festgestellt, dass diese Patientin das Armband der Patientin vom Vortag trug und sogar die begleitende Krankenakte auch zu der ersten, bereits am Vortag operierten Patientin gehörte. Was für ein Schreck! Der Fehler wurde rechtzeitig bemerkt.

### Fehleranalyse

- Auch in diesem Fall wurden die Armbändchen erst mit dem Transport in den OP angelegt. Diesmal wurden die Patientinnen dazu mit ihrem Namen angesprochen – was in diesem Fall nicht helfen konnte!
- Ohne die Vorwarnung des OP-Personals wäre es vielleicht gar nicht aufgefallen, dass die (richtige) Patientin mit einer falschen Identität in den OP gebracht wurde. Blutentnahmen, Blutkonserven und Gewebeproben wären einer falschen Patientin zugeordnet worden, auf der Intensivstation wäre die Verwechslung vermutlich erst mit dem Besuch der Angehörigen aufgefallen.

### Wie ginge es besser?

- Durch Anlegen des Bändchens schon bei der Aufnahme und gewissenhaften Abgleich von Patient, Armband und Akte hätte man diesen Beinahe-Fehler vermeiden können.
- Beide Patientinnen hatten außerdem unterschiedliche Geburtstage (das Geburtsdatum wird auch auf das Armband gedruckt), nach denen man fragen sollte.

Namensgleichheit kommt in Krankenhäusern häufig vor, Namen bieten damit keine ausreichende Sicherheit vor Verwechslungen. In der Datenbank eines großen Klinikums war der Nachname „Müller“ beispielsweise mehr als 800-mal enthalten. Von diesen 800 Patienten mit dem Nachnamen „Müller“ war in 65 Fällen zusätzlich der Vorname identisch und 3 dieser Patienten waren sogar am exakt gleichen Tag geboren (KH-CIRS-Netz-D 2013).

Am eigenen Haus haben wir 2013 für die Monate Januar und Februar nach namensgleichen Patienten gesucht: 112 „Pärchen“ mit gleichem Nachnamen wurden gefunden, davon hatten 11 „Pärchen“ jeweils identische Vor- und Nach-

namen – wohlgemerkt: 11 namensgleiche Patienten in nur zwei Monaten!

Mit kurzen Streiflichern sollen nachfolgend weitere Probleme, die sich im täglichen Umgang mit den Armbändern ergeben haben, skizziert werden:

- Es kommt immer wieder vor, dass Patienten *ohne* angelegtes Armband in den OP kommen. Das ausgedruckte Armband liegt oft in der Krankenakte.
- In Einzelfällen wurden die (richtigen) Patienten mit den Akten und einem Armband von anderen Patienten in den OP gebracht.
- Einmal hatte ein Patient zwei Armbänder, an jedem Arm eines – aber mit unterschiedlichen Identitäten.
- Auf einer kinderchirurgischen Station haben zwei Jugendliche ihre Armbänder abstreifen und tauschen können. „Wir wollten mal sehen, ob’s bemerkt wird“ kommentierte einer der beiden, als die fehlende Übereinstimmung vor der Narkoseeinleitung auffiel.
- Häufig wird ein Armband vor der Narkoseeinleitung entfernt, weil es einer venösen oder arteriellen Punktion im Weg ist. Das kann problematisch werden, wenn sich diese Patienten postoperativ, im Aufwachraum oder auf der Intensivstation nicht mehr selbst identifizieren können.

## 1.5 Komplikationen durch das Armband

Das Armband soll nicht eng um das Handgelenk gelegt werden, 1–2 cm Luft sollten bleiben. Andererseits darf das Armband nicht abgestreift werden können.

Bei (extremen) Ödemen (z.B. auf der Intensivstation oder durch eine paravenöse Infusion) könnte es zu einer Einschnürung kommen. Wir haben so einen Fall bislang nicht erlebt. Das Bändchen kann außerdem jederzeit entfernt werden.

Das Armband behindert gelegentlich die Venenpunktion, meist kann es aus dem Weg ge-

schoben werden. In der Praxis fällt viel häufiger störend ins Gewicht, dass die zur Fixierung der Venenverweilkanülen verwendeten Pflaster extrem gut auf den Armbändern kleben. Das Entfernen der Pflaster führt meist zum Verlust des Armbandes.

## 1.6 Armbänder zur eindeutigen Identifizierung von Patienten – Was haben wir gelernt?

Fehlervermeidung, speziell die Vermeidung von Verwechslungen, ist das stärkste Argument für die Einführung von Armbändchen zur Identifikation von Patienten. Das ist leicht nachvollziehbar und war auch für uns der ausschlaggebende Grund, diese Maßnahme im Haus einzuführen.

Wie mit den Beispielen illustriert, kommt es im täglichen Umgang mit den Armbändern zu Fehlern, die das Risiko von Verwechslungen theoretisch erhöhen (!) könnten, wenn sich alle Beteiligten in falscher Sicherheit wiegen. Selbst eine so einfache Maßnahme, wie das richtige Armband dem richtigen Patienten anzulegen, kann falsch gemacht werden. Zu Verwechslungen ist es bei uns in keinem Fall gekommen. Dazu hat die erhöhte Sensibilität nach Einführung von Checklisten und Armbändern, aber nicht das Armband selbst beigetragen.

Damit ein Armband zur Sicherheit trägt, muss es unmittelbar *während* der stationären Aufnahme, und zwar *allen* Patienten (ausnahmslos) angelegt und für die Dauer des Aufenthaltes getragen werden. Armband, Patient und Krankenakte müssten bei jeder Verrichtung gegeneinander abgeglichen werden. Die alleinige Überprüfung des Nachnamens bietet dabei überhaupt keine Sicherheit, durch zusätzliche Überprüfung des Vornamens oder des Geburtstages kann eine Verwechslung auch nicht ausgeschlossen werden. Ohne Zweifel eindeutig ist nur die Fallnummer – die aber kennt der Patient nicht.