

## Fall des Monats November 2024

### Patient unter falschem Namen aufgenommen

**Fall-Nr.**

266032

**Zuständiges Fachgebiet**

*leer*

**Altersgruppe des Patienten**

*leer*

**Wo ist das Ereignis passiert?**

Krankenhaus

**Was ist passiert?**

Ein Patient wurde unter falschem Namen aufgenommen. D.h. ein Patient aus der Rettungsstelle sollte im Spätdienst stationär auf dem somatischen Bereich aufgenommen werden. Im Nachtdienst wurde ein weiterer Patient angekündigt, der über die Rettungsstelle kam und auf der Intensivüberwachung aufgenommen werden sollte. Die Unterlagen des Patienten für den somatischen Bereich waren bereits auf Station. Im Laufe des Dienstes wurde ein Patient vom Patientenbegleitservice auf Station gebracht und auf den somatischen Bereich aufgenommen. Dieser hatte keine Unterlagen dabei. Der zweite angekündigte Patient ist nicht auf Station erschienen. Im Frühdienst wurde festgestellt, dass der Patient, der auf den somatischen Bereich aufgenommen wurde, der Patient war, der über Nacht intensiv überwacht werden sollte.

**Was war das Ergebnis?**

Die Folge hätte sein können, dass der Patient falsche Medikamente bekommt und er ein Folgeereignis hat, das unbemerkt bleibt.

**Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?**

Keiner der pflegerischen Kollegen, die mit dem Patienten Kontakt hatten, haben explizit nach seinem Namen gefragt. Der Patient trug ein Identifikations-Armband. Dieses wurde zum einen falsch gelesen und zum anderen nicht beachtet. Der ärztliche Kollege aus der Rettungsstelle hat versäumt, den Kolleginnen auf Station mitzuteilen, dass der Patient für die somatische Station sich gegen ärztlichen Rat selbst entlassen hat. Die Kollegen von der Pflege sowie die ärztlichen Kollegen haben sich nicht darüber informiert, wo der Patient für den Intensivüberwachungsbereich geblieben ist.

Die Patienten bei der Aufnahme nach dem Namen fragen und mit dem Armband abgleichen. Wenn angekündigte Patienten nicht kommen, in der RST nachfragen, wo sie bleiben.

**Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?**

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Ausbildung und Training

- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)

**Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?**

erstmalig

**Wer berichtet?**

Pflege-, Praxispersonal

**Kommentar des Anwender-Forums**

Der vorliegende Bericht zeigt einmal mehr die Risiken, die mit unvollständiger Kommunikation an Schnittstellen einhergehen. Ein weiterer fehlerbegünstigender Faktor ist im Schichtwechsel zu vermuten. Zusätzlich hat ein Erwartungsfehler die Situation begünstigt als der Patient, der für die Intensivüberwachung vorgesehen war, im somatischen Bereich erschien und für den Patienten gehalten wurde, dessen Unterlagen bereits vorlagen.

Einige Fragen könnten helfen, weitere fehlerbegünstigende Faktoren zu identifizieren und zu minimieren. Die Beantwortung erfordert jedoch einen weiteren Blick auf den konkreten Vorfall.

- Existieren Standards für die Übergabe von Patient:innen zwischen der Rettungsstelle und den Stationen? Es sollte klar geregelt sein, wer mit wem spricht und welche Informationen dabei mindestens übermittelt werden.
- Wie ist die Verlegung im Krankenhausinformationssystem (KIS) organisiert? Ein Blick auf das Procedere könnte helfen, mögliche Fehlerquellen zu entdecken und/oder Sicherheitsbarrieren einzubauen.
- Warum wurde der Patient, der für die Intensivüberwachung vorgesehen war, vom Patientenbegleitservice auf die Station gebracht? Wann und wo erfolgt die Einschätzung des Transports eventuell kritischer Patient:innen? Muss hier nachgeschärft werden? Oder wurden bestehende Regelungen nicht beachtet und wenn ja, warum?

Ungeachtet dessen gibt das Anwenderforum folgende, generelle Empfehlung:

- Im beschriebenen Fall wurden Patientenakten vom Patienten getrennt auf die Station gebracht. Diese sollten jedoch beim Patienten verbleiben und können so den o.g. Erwartungseffekt verringern und zur korrekten Patientenidentifikation beitragen.
  - Unabhängig davon müssen die Grundregeln der korrekten Patientenidentifikation beachtet werden:
  - Patienten, wenn möglich, aktiv ansprechen und Kerndaten zu Identität abfragen („Sagen Sie mir bitte noch Ihren Vor- und Zunamen und Ihr Geburtsdatum?“),
  - Abgleich dieser Kerndaten mit Patientenunterlagen und Patientenarmband (sofern vorhanden),

- ggf. weiterer Abgleich (z. B. Anforderungsscheine, Behandlungsdokumentation, Probengefäße etc.)
- Erwartungen können die Wahrnehmung einengen. Machen Sie sich immer bewusst, dass in der Realität nicht unbedingt das Erwartete eintritt.
- Wenn von der Rettungsstelle angekündigte Patient:innen doch nicht auf die Station verlegt werden, sollte die Rettungsstelle die Station aktiv informieren und die Ankündigung stornieren.
- Im Gegenzug sollte die aufnehmende Station aktiv nachfragen, wenn ein angekündigter Patient bzw. eine angekündigte Patientin ungewöhnlich lange auf sich warten lässt.