

Redaktion

W. Distler, Dresden

H. Hepp, Buch am Ammersee

Die Identifikation Neugeborener

Im Juni 2007 kam es in einem Krankenhaus im Saarland zum Vertauschen zweier Neugeborener. Beide Mädchen waren mit einem Tag Unterschied per Kaiserschnitt geboren worden. Die Kinder wurden vertauscht mit den Müttern nachhause entlassen. Im Rahmen einer Vaterschaftsuntersuchung bei einem der Kinder wurde festgestellt, dass beide vermeintlichen Elternteile nicht die biologischen Eltern sein können. Unter psychologischer Begleitung wurden beide Kinder mittlerweile ihren leiblichen Eltern zurückgegeben.

Die Ursache der Verwechslung ist nicht abschließend geklärt. Vermutlich hat das Kind A unbemerkt anlässlich eines Pflegevorgangs das Armbändchen verloren. Das gleiche ist dem Kind B in der folgenden Dienstschrift geschehen. Beide Bändchen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten dem jeweils falschen Baby angelegt.

Die betreffende Frauenklinik hat schnell und gründlich auf das Ereignis reagiert, Maßnahmen getroffen, die eine zukünftige Verwechslung mit größter Wahrscheinlichkeit ausschließen, und eine Dienstanweisung entwickelt.

Das Sozialministerium des Saarlandes hat zwei Gutachten zum Vorfall in Auftrag gegeben und dabei unter anderem die Frage aufgeworfen, inwieweit es Möglichkeiten gibt, die Prozesse im Rahmen der Neugeborenen-Identifikation dahingehend zu verbessern, dass das Risiko einer Verwechslung minimiert werden kann. Die Deut-

sche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat eine Umfrage an deutschen Frauenkliniken durchgeführt, um grundsätzlich den deutschen Standard beim Umgang mit Identifikationsmitteln zu überprüfen.

Häufigkeit von Vertauschungen

Exakte Angaben fehlen in der Literatur. Medienberichten aus Deutschland und den angrenzenden Ländern kann entnommen werden, dass immer wieder Verwechslungen vorkommen, die erst später erkannt werden. Über unerkannt gebliebene Verwechslungen wird naturgemäß nichts publiziert, sodass eine gewisse Dunkelziffer nicht ausgeschlossen werden kann.

In großen geburtshilflichen Einheiten kommt es nach einer US-amerikanischen Studie [1] bei 4,2 Mio. Lebendgeburten zu täglich 64 Mutter-Kind-Vertauschungen. Glücklicherweise, so die Autoren, werde die große Mehrheit dieser Vertauschungen rechtzeitig bemerkt. Gray et al. [2] berichten aus einer Neonatal Intensive Care Unit, dass 26,3% ihrer kleinen Patienten dem Risiko einer „misidentification“ ausgesetzt seien.

Vielleicht können diese dramatischen amerikanischen Beobachtungen nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen werden, dennoch besteht auch bei uns ein Problem, dessen Ausmaß wegen der mutmaßlichen Dunkelziffer nicht abgeschätzt werden kann.

Ursachen für Vertauschung

Als übergeordnete Ursache für eine Vertauschung müssen in Übereinstimmung mit der Literatur folgende Faktoren angesehen werden:

- fehlendes Bewusstsein für die Bedeutung des Identifikationsmittels an Neugeborenen,
- fehlende oder nicht beachtete Dienstanweisungen zum Umgang mit Identifikationsmitteln und
- ungünstiges Personal-Patienten-Verhältnis (Personalknappheit).

Die wesentlichen direkten Ursachen für eine Vertauschung sind:

- Verlust des Identifikationsmittels,
- Namensgleichheit sowie
- fehlender Abgleich zwischen Identifikationsmittel am Kind und Beschriftung des Bettchens.

Der Verlust eines Identifikationsmittels, sei es eines Bändchens oder eines Kettchens, kann auf ein zu lockeres Anlegen, die postpartale Gewichtsabnahme, die Ausschwemmung von Ödemen oder auf untermäßige Neugeborene zurückgeführt werden.

Die häufigste Voraussetzung für eine Vertauschung Neugeborener ist der Verlust des Identifikationsmittels. Dass dies bei zwei Babys geschieht, gleichzeitig und am gleichen Ort, dürfte außerordentlich unwahrscheinlich sein. Ausgeschlossen ist es – wie der Fall beweist – nicht.

Umfrageaktion zur Identifikation

Ziel

Die Erfassung des Status quo soll Anlass sein, eine Empfehlung zu verschiedenen Problemfeldern zu erarbeiten. Als solche sind zu nennen:

- Vermeidung einer Vertauschung Neugeborener,
- Verhinderung einer Kindesentführung
- leichte Identifizierung eines Kindes mithilfe einer DNA-Analyse.

Zur Mitarbeit an einer solchen Empfehlung hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aufgefordert: den Deutschen Hebammenverband (BDH e.V.), den Deutschen Pflegerat, die Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin sowie die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin.

Ergebnisse

Erfassungsbögen wurden 775 Frauenkliniken zugesandt, 481 haben geantwortet: darunter 10 Belegabteilungen, 435 chefärztlich geleitete Kliniken und 36 Universitätskliniken (Geburtenzahlen zwischen 500 und mehr als 3000). Mit 62% ist die Rücklaufquote erfreulich hoch.

Identifikation und Misserfolg

Als Identifikationsmedium wird in 69,8% ein Bändchen verwandt, in 25,2% ein Kettchen (■ **Abb. 1**). In 91,9% wird das Identifikationsmittel an einem Handgelenk befestigt, in 3,7% an Hand- und Fußgelenk und in 3,5% an beiden Handgelenken (■ **Abb. 2**).

Das Identifikationsmedium enthält in 34,9% den Namen der Mutter, in 19,7% die Geburtszeit, in 15,2% das Geburtsdatum und in 29,8% die Angabe des Geschlechts. Mehrfach-Antworten waren möglich.

Über die Möglichkeit, das Identifikationsmittel willentlich abzustreifen, berichtet ein Drittel (33,9%) der Kliniken; 65,3% geben an, dass das Medium nicht abgestreift werden kann.

Etwas häufiger wird beobachtet, dass das Identifikationsmittel versehentlich abgestreift wird, nämlich in 42,8%; dass dies nicht beobachtet werde, gaben 56,3% der Kliniken an (■ **Abb. 3, 4**).

Gynäkologe 2008 · 41:544–548 DOI 10.1007/s00129-008-2217-6
© Springer Medizin Verlag 2008

D. Berg · A. Felber · M. Hübner · W. Jonat
Die Identifikation Neugeborener

Zusammenfassung

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe führte wegen einer im Juni 2007 erfolgten Vertauschung Neugeborener eine Umfrage in 775 deutschen Frauenkliniken nach dem geübten Prozedere zur Identifikation Neugeborener durch (Rücklaufquote 62%). Die Antworten zeigen, dass vorwiegend Bändchen (69,8%) und Kettchen (25,1%) verwendet werden. In sehr hohen Prozentsätzen können diese Identifikationsmittel willentlich (33,9%) bzw. versehentlich (42,8%) abgestreift werden. Der Verlust eines Identifikationsmittels ist nur eine der Ursachen für eine Vertauschung. Nicht selten sind es andere Fehler wie Zuordnung des Kindes zum falschen Bettchen, nächtliche Verwechslung der Mütter etc. Die Sicherung des Zugangs zum Neugeborenenzimmer ist unterschiedlich. Teils ist der Zugang im Sinne der

Familienorientierung völlig frei, teils werden sehr strenge Sicherungssysteme angewandt (Fingerprint-, Iris-Identifikation u. a. elektronische Systeme). Ganz offensichtlich besteht hinsichtlich der Probleme der Vertauschung Neugeborener und der Kindesentführung eine sehr unterschiedliche und oft fehlende Sensibilität. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wird in Zusammenarbeit mit anderen Fachverbänden an einer Empfehlung arbeiten, die drei Ziele verfolgen soll: Verhinderung einer Vertauschung Neugeborener, Verhinderung einer Kindesentführung, leichte Wiederauffindbarkeit verloren gegangener Neugeborener.

Schlüsselwörter

Identifikationsmittel · Vertauschung Neugeborener · Kindesentführung

Identification of newborns

Abstract

Due to a mother/baby mix-up in June 2007, the German Society of Gynecology and Obstetrics (DGGG) surveyed 775 German obstetric departments. According to the results, the majority of departments use wristbands for identification. However, some kinds of bracelets do not clearly show sufficient information. Loss of a bracelet is only one cause for a mix-up; frequently there are other mistakes, such as taking a child to the wrong bed or addressing the wrong mother at night. Less than 20% of the interviewed departments use a written protocol to identify the newborn and to prevent baby abduction from the maternity unit. Different security guidelines exist for controlling access to the newborn ward. On the one hand, there are no restrictions on who can visit the ward. On the

other hand, admission is highly protected by, for example, the use of electronic systems such as fingerprint or iris identification. Regarding the problems of mix-ups and abduction, there is obviously a significant lack of staff sensibility in some departments. Together with other experts and organizations (midwives, pediatricians, neonatologists), DGGG will work on a recommendation with the following three aims: to prevent mother/baby mix-ups, to prevent child abduction, to easily locate and retrieve infants who have been mixed up.

Keywords

Identification bracelets · Mother/baby mix-up · Baby abduction

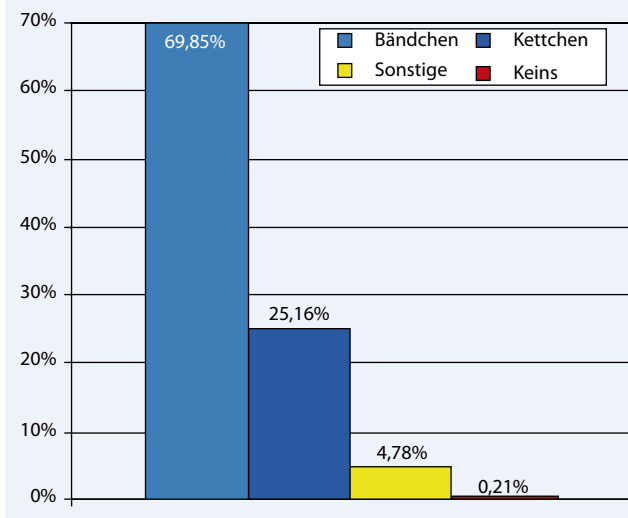


Abb. 1 ◀ Identifikationsmedium

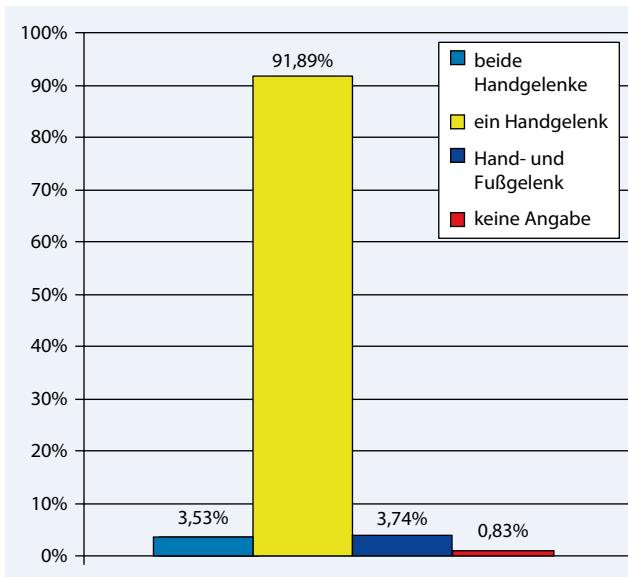


Abb. 2 ◀ Wo wird das Identifikationsmedium angelegt?

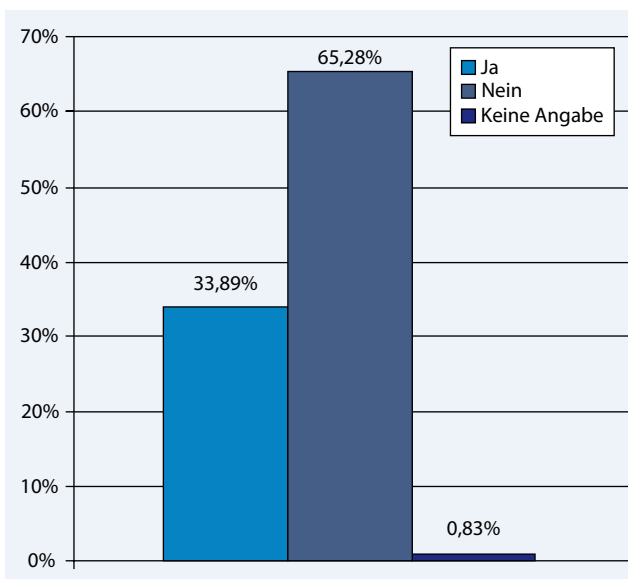


Abb. 3 ◀ Kann das Identifikationsmedium – etwa nach der typischen Gewichtsabnahme des Kindes – willentlich abgestreift werden?

Das versehentliche Abstreifen eines Identifikationsmittels ist beim Bändchen mit knapp 44,9% etwas häufiger als beim Kettchen (36,6%). Auch unter „Sonstiges“ subsumierte Identifikationsmittel können in 47,8% verloren gehen.

Die Frage „Können in Ihrer Klinik Identifikationsmittel verloren gehen?“ wird vom Kreißsaal und vom Kinderzimmer erwartungsgemäß unterschiedlich beantwortet. Zur Sicherung dieser Abfrage haben wir daher die Frage gestellt, ob im Kinderzimmer Ersatz-Identifikationsmittel vorrätig seien. Darauf antworteten 68,8% der Kliniken mit Ja, 29,1% mit Nein. Es liegt auf der Hand, dass Ersatz-Identifikationsmittel nur vorrätig gehalten werden, wenn hierfür ein Bedarf besteht.

Dass es in der Vergangenheit zu Kindsverwechslungen gekommen sei, gaben 12 von 481 Kliniken (2,5%) an. In den 336 Kliniken, die ein Bändchen verwenden, war eine Verwechslung 8-mal (2,4%) geschehen, in denjenigen Kliniken, die ein Kettchen verwenden, 4-mal (3,3%). Kettchen scheinen also weniger leicht verloren gehen zu können als Bändchen, doch scheint dies für die Häufigkeit von Verwechslungen nicht maßgeblich zu sein. Ein Erklärungsversuch könnte sein, dass die Möglichkeiten, Identifizierungsmerkmale wie Name und Geburtszeit anzubringen, auf dem Kettchen beschränkt sind.

Die in unserer Umfrage angegebenen Gründe für eine Kindsverwechslung sind vielfältig:

- Die Bändchen waren noch am Handgelenk, aber die Kinder waren in die falschen Bettchen gelegt worden. Die Verwechslung wurde bei der Abschlussuntersuchung festgestellt (2-mal).
- Menschlicher Fehler, Verknüpfung unglücklicher Umstände (2-mal).
- Neugeborenes im Nachtdienst (Dunkelheit!) der falschen Mutter im gleichen Zimmer angelegt.
- Der Kindsvater hatte das falsche Kind mitgenommen.

In allen Fällen wurde die Vertauschung entweder sofort oder spätestens bei der Abschlussuntersuchung bemerkt, einmal unter Zuhilfenahme einer serologischen Untersuchung.

Regelungen für den Umgang mit Identifikationsmitteln

Nur 88 der antwortenden Kliniken gaben an, über eine schriftliche Dienstanweisung zum Umgang mit den benutzten Identifikationsmittel zu verfügen (18,3%). In fast 80% (79,6%) der Kliniken gibt es eine derartige Anweisung nicht, was deutlich den Wert erkennen lässt, der dem Identifikationsmittel allgemein zugeordnet wird.

Sicherung des Neugeborenenzimmers

Über ein Neugeborenenzimmer verfügen 89% der antwortenden Kliniken. Auf die Frage, wer Zugang zum Neugeborenenzimmer hat, haben die 428 Kliniken geantwortet wie in **Tab. 1** zusammengefasst.

Die Angaben, wer sonst Zugang zum Kinderzimmer hat, sind sehr unterschiedlich. Häufig werden Angehörige nur in Begleitung von Pflegekräften zugelassen, gelegentlich kann sich die Mutter einen Schlüssel von der zuständigen Pflegekraft holen und ihren Besucher begleiten. In einem Fall dürfen Verwandte ins Kinderzimmer, die Kinder aber nicht mit herausnehmen.

Die Zugangsregelungen sind sehr variabel. In 56,3% der Kliniken ist die Tür zum Kinderzimmer immer verschlossen, die übrigen Kliniken haben diese Frage verneint (4%) bzw. nicht beantwortet (39,5%; **Abb. 5**). Die Sicherung des Zugangs erfolgt in der ersteren Gruppe durch einen Schlüssel (39,5%) durch einen numerischen Code (10,6%), durch eine Fingerabdruckidentifizierung (0,8%), durch eine Iris-Identifizierung (0,6%) oder durch sonstige Methoden (19,7%; **Abb. 6**).

Der Zugang zum Kinderzimmer ist nicht gesichert:

- aus technischen Gründen in 14% der Kliniken,
- aus Gründen der Familienorientierung in 49,1%,
- und in 36,8% aus anderen Gründen.

Zu diesen „anderen Gründen“ führen die Antwortenden u. a. aus:

- 100% Rooming-in, bei Bedarf Überwachung durch Pflegekräfte;
- das Kinderzimmer ist entweder verschlossen oder es ist immer eine Pflegekraft anwesend;
- das Kinderzimmer ist zugleich Schwesternstützpunkt;

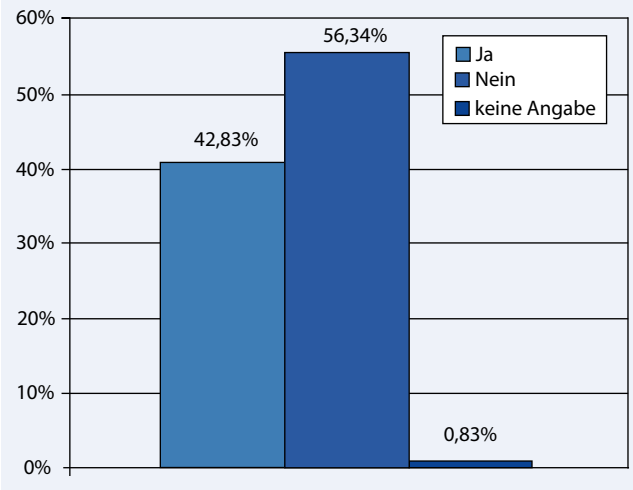


Abb. 4 ▶ Geht in Ihrer Klinik das Identifikationsmedium gelegentlich versehentlich ab?

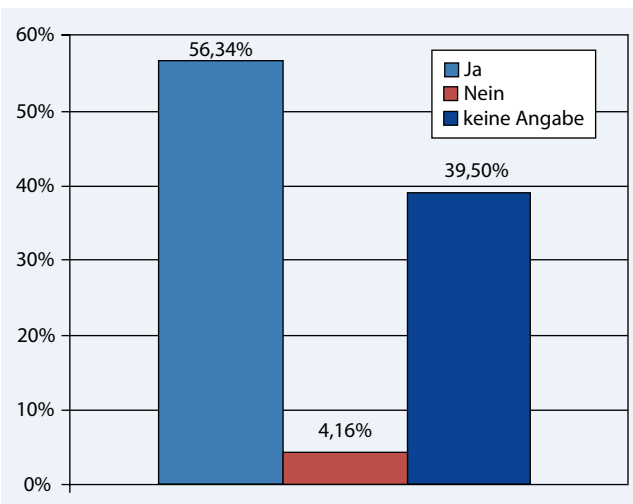


Abb. 5 ▶ Wie ist die Tür zum Neugeborenenzimmer gesichert? Ist die Tür stets verschlossen?

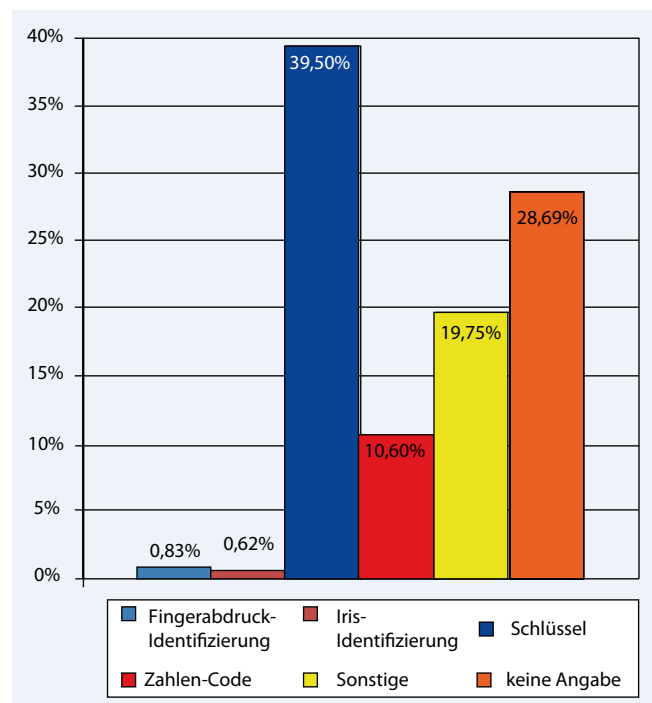


Abb. 6 ▶ Sicherung des Zugangs durch...

Tab. 1 Zugang zum Neugeborenenzimmer

Pflegekräfte	428
Mutter	332
Vater	232
Ärzte allgemein	72
Pädiater	22
Hebammen	8
Reinigungskräfte	24

- wenn das Kinderzimmer nicht durch Pflegekräfte besetzt ist, wird es verschlossen;
- zurzeit noch keine Sicherung, aber in Planung;
- Zugang zum Kinderzimmer durch den Schwesternstützpunkt, der immer besetzt ist;
- Offenheit als Prinzip, daher überall Glastüren.

Die gemeinsame Empfehlung

- der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe,
- des Deutschen Hebammenverbandes,
- des Deutschen Pflegerats,
- der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin,
- der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

zur Identifikation Neugeborener und zur Sicherung des Neugeborenenzimmers wird zeitgleich veröffentlicht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. Berg



Schwaigerstr. 33,
92224 Amberg
dberg@asamnet.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Aldridge J (2005) Mother/baby mix-ups. Infant security news III(1) <http://www.saione.com/Newsletters/ISN/ISN07.htm>
2. Gray JE, Suresh G, Ursprung R et al. (2006) Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: Quantification of risk. *Pediatrics* 117: e43–e47
3. National Patient Safety Agency 1. Standardizing wristbands improves patient safety; 2. Safer patient identification. <http://www.npsa.nhs.uk/alerts>

M. Kaufmann, S. Loibl Mammakarzinom 100 Fragen – 100 Antworten

München: Urban & Vogel 2007, 2., 100 S.,
(ISBN 978-3899352106), 18,95 EUR

Das Buch von insgesamt 96 Seiten inklusive Vorwort und Literaturverzeichnis behandelt die 100 häufigsten FAQs, mit denen Ärzte in der Praxis konfrontiert werden. Das Buch richtet sich mit Sprache und komprimiertem Inhalt an Gynäkologen/Gynäkologinnen und Hausärzte/Hausärztinnen, erreicht aber alle Disziplinen, die sich mit dem Mammakarzinom beschäftigen. Die Themen sind in Epidemiologie, Ursachen, Prävention, Diagnose, Pathologie, in-situ-Veränderungen, invasives Karzinom und Ausblick gegliedert. Dies erlaubt zwar nicht gezielt nach den jeweils interessierenden Fragen im Inhaltsverzeichnis zu suchen, auf der anderen Seite gestatten der geringe Umfang des Buches und ein Stichwortverzeichnis sich dennoch schnell zu orientieren.

Die Fragen werden kurz, prägnant und klar beantwortet. Die Antworten richten sich überwiegend nach den wichtigsten derzeit gültigen Fakten und Empfehlungen der verschiedenen Leitliniengremien (z.B. St. Gallen, S3-Leitlinie, AGO). Die zusätzlichen Tabellen zu den Präventionsstudien, zu den gängigen Chemotherapieschemata und zu den wichtigsten derzeit verwendeten Medikamenten sind sehr übersichtlich, informativ und somit hilfreich. Erfreulich ausführlich wird die schwierige Frage zur Therapie der „älteren“ Patientin bearbeitet.

Die prägnante und kurze Darstellung der FAQs verhindert naturgemäß die Diskussion der Antworten, was zu Widersprüchen in der Darstellung führt: In Frage 2 wird die Brustkrebskrankung „...als nie geheilt“ bezeichnet, in Frage 14 jedoch „...heilbar“. Auch für ein kleines Buch kann der medizinische Fortschritt schneller gehen als die Drucklegung: Manche der Indikationen zur SNB in Frage 39 sind nicht mehr zutreffend. Etwas verwirrend ist die Antwort zur Frage 69, da die Indikationen zur neo‘adjuvanten‘ Chemotherapie mit den Indikationen der ‚primären‘ Chemotherapie auch bei metastasierten Patientinnen vermischt werden. Heikel ist der Satz: „Das DCIS ist kein Karzinom!“ in der

Antwort auf Frage 26, denn die WHO definiert das DCIS als Karzinom innerhalb der Brustdrüsengänge, das keine Stromainvasion zeigt. Es fehlt das Wort „invasiv“.

Die Frage 12 Umwelt und Brustkrebsrisiko zitiert Ergebnisse um japanische Teenager, die im 2. Weltkrieg einer erhöhten Strahlenexposition ausgesetzt waren (gemeint sind wohl Atombombenopfer!), leider findet sich gerade zu diesen tragischen Erkenntnissen keine Literaturangabe.

Summa summarum erfüllt das Büchlein genau den Zweck, den man beabsichtigt hatte und wofür man es auch gerne und mit gutem Gewissen empfehlen kann: als Basiswissen (für die) Praxis.

Dr. Ingo Bauerfeind (München).