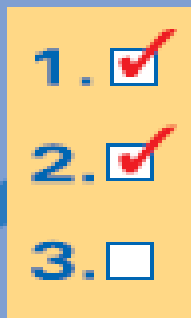


umsetzung

patientensicherheitschweiz



Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen (Prevention of Wrong Site Surgery)

Informationen und Tipps zur Umsetzung

mit Unterstützung und
Genehmigung durch die

Version März 2008

fmch

Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
Verband chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte Schweiz
Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive
Associazione Svizzera dei medici con attività chirurgica ed intensiva
Swiss college of surgeons

verfasst von der
Stiftung für Patientensicherheit Schweiz

(in Kooperation mit dem Deutschen Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Die Stiftung für Patientensicherheit ...

- wurde als Gemeinschaftswerk vom Bund, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, den Gesundheits- und Berufsverbänden, dem Kanton Tessin und der Schweizerischen Patientenorganisation im Dezember 2003 gegründet
- befindet sich in einem dynamischen Aufbau- und Entwicklungsprozess
- ist eine nationale Plattform für die Förderung der Patientensicherheit
- fördert, koordiniert und entwickelt Aktivitäten, Methoden, Projekte und Wissen zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Verminderung von Fehlern in der Gesundheitsversorgung
- arbeitet dafür in Netzwerken und anderen Kooperationsformen mit Stiftungsträgern, Leistungserbringern, Verbänden, Behörden, Experten, Finanzierern, Bildungsorganisationen, Patientenorganisationen u.a. zusammen
- baut dabei auf eine breite Unterstützung durch alle ihre Partner

Im Stiftungsrat sind ...

- die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften – SAMW
- die Schweizerische Eidgenossenschaft – Bundesamt für Gesundheit BAG
- die Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte – FMH
- der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner – SBK
- die Vereinigung der Pflegeexpertinnen und –experten Schweiz – PES
- die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft – SSO
- der Schweizerische Apothekerverband – pharmaSuisse
- die Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker – GSASA
- der Schweizer Physiotherapie Verband – physiosuisse
- die Schweizerische Patienten- und Versichertenorganisation – SPO
- l'Ente Ospedaliero Cantonale des Kantons Tessin – EOC
- H+ – Die Spitäler der Schweiz
- Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren – SVS
- Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica – FMCH
- Kollegium für Hausarztmedizin – KHM
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren – GDK

Die Stiftung wird unterstützt durch ... (Stand März 2008)

- Die Organisationen im Stiftungsrat (siehe oben)
- die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Basel Landschaft, Basel Stadt, Bern, Fribourg, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, St. Gallen, Ticino, Uri, Vaud, Zug, Zürich
- Spender, Förderer und Kooperationspartner
- die Kooperation mit engagierten Fachpersonen aus dem In- und Ausland, in diesem Projekt speziell mit der fmch

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Informationen.....	1
Warum eine Handlungsempfehlung?	1
An wen richten sich die Handlungsempfehlungen?	2
Was umfasst die Handlungsempfehlung?	2
Hinweise zur Verwendung und Umsetzung	4
Hinweise zur Methodik	5
Wann gelten die Handlungsempfehlungen und wann nicht?	6
Feedback erwünscht!	6
II. Häufig gestellte Fragen zu den vier Stationen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	7
1. Identifikation Patient.....	7
2. Markierung Eingriffsort	10
3. Zuweisung zum richtigen OP-Saal	13
4. Team-Time-Out vor Schnitt.....	15
III. Besondere Situationen.....	19
IV. Information des Patienten	22
V. Was tun, wenn eine Verwechslung passiert?.....	23
VI. Links und weiterführende Literatur	24
Glossar	26
Entstehungsgeschichte der Empfehlungen und Impressum	27

I. Allgemeine Informationen

Warum eine Handlungsempfehlung?

Eine Eingriffsverwechslung (englisch Wrong Site Surgery) ist für den Patienten, das Behandlungsteam und das Spital oder die Praxis ein katastrophales Ereignis mit oft schwerwiegenden Folgen. Eingriffsverwechslungen können nicht nur die falsche Seite (side) betreffen, sondern generell die falsche Operationsstelle (site; z.B. falscher Finger, falsche Etage in der Wirbelsäule, falsches Organsystem). Auch die Durchführung einer falschen Operation oder einer Operation, welche für einen anderen Patienten vorgesehen ist (Patientenverwechslung), sind Eingriffsverwechslungen. Vollzogene Eingriffsverwechslungen traumatisieren Patienten und Leistungserbringer - manchmal mit lebenslangen Konsequenzen. Zudem erlangen Sie, auch wenn sie im Vergleich mit anderen Behandlungsfehlern relativ selten sind, meistens ein gewaltiges Echo in der Öffentlichkeit. Mit der Folge, dass auf allen Seiten tief gehende Verunsicherungen und Vertrauensverluste entstehen – ganz zu schweigen von nicht selten hohen Folgekosten (Haftpflicht, Folgebehandlungen, Sozialversicherungen, etc.).

Die Annahme, eine Verwechslung sei ein gravierendes Einzelereignis, ist grundsätzlich in Frage zu stellen. Aus theoretischer Sicht ist jede Verwechslung vermeidbar und stellt demnach ein im Prinzip vollständig beherrschbares Risiko dar. Dies ist einerseits beruhigend. Die Erfahrung lehrt jedoch andererseits, dass die komplexen und arbeitsteiligen Behandlungsabläufe in Gesundheitsinstitutionen die Beherrschbarkeit dieses Risikos erschweren und die Verwechslungsgefahr erhöhen.

Studien belegen, dass Eingriffs- und Patientenverwechslungen bei invasiven Eingriffen eine zwar seltene, aber trotzdem relevante Gefährdung der Patientensicherheit darstellen. Arbeiten aus den USA schätzen die Häufigkeit von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie zwischen ca. 1 zu 130.000 Operationen und ca. 1 zu 52.000 Operationen (Kwaan 2006, Seiden 2006). Bei einer geschätzten Zahl von 1 bis 3 Millionen Operationen in der Schweiz müsste man hierzulande von jährlich möglicherweise einem bis mehreren Dutzend Fällen ausgehen. Dass die tatsächlichen Zahlen möglicherweise deutlich höher sind, legt eine Studie zur Handchirurgie nahe (Meinberg 2003). Die errechnete Prävalenz lag hier bei 1 zu ca. 27.700 und jeder fünfte Chirurg berichtete, ihm sei im Laufe seines Berufslebens wenigstens einmal eine Verwechslung passiert. Dass auch langjährige Berufserfahrung davor nicht schützt, konnte eine andere Arbeit nachweisen (Bernstein 2003). Aus Einzelfällen ist bekannt, dass eine einzige Eingriffsverwechslung die Karriere eines Operateurs nachhaltig beeinträchtigen, ja sogar beenden kann.

Diese Ergebnisse internationaler Studien geben zu der Vermutung Anlass, dass die veröffentlichten Zahlen nur die Spitze des Eisbergs darstellen und die tatsächlichen Häufigkeiten weit unterschätzen. In einer Fallstudie wurden nicht weniger als 17 Fehler nachgewiesen, deren Verkettung zur Verwechslung einer Patientin führte (Chassin und Becher 2002).

Neben ‚ausgeführten‘ Verwechslungen ist zu denken an near misses oder critical incidents, d.h. an Beinahe-Verwechslungen. Dazu existieren naturgemäss kaum verlässliche Zahlen. Wir wissen jedoch aus Fehlermeldesystemen, Schilderungen von Leistungserbringern und Patienten und eigenen Fehleranalyseprojekten, dass Beinaheverwechslungen oder folgenlose Verwechslungen eine grosse Fehlergruppe darstellen. Die Folgen können ähnlich gravierend sein wie bei Verwechslungen mit Schadensfolgen. Insbesondere die Verunsicherung und die Vertrauensbeeinträchtigung bei Patienten und Leistungserbringern mit entsprechenden Konsequenzen für beide Seiten können erheblich sein.

Als Reaktion auf die genannten Untersuchungen wurden in den USA, Grossbritannien und Australien Handlungsanweisungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen veröffentlicht (Joint Commission of Accreditation of Health Care, National Center for Patient Safety der Veterans Affairs Spitäler, Australian Council for Safety and Quality in Health Care, National Patient Safety Agency des NHS, links auf deren Materialien siehe Kapitel VI Links und weiterführende Literatur). Ihr Nutzen zur Fehlervermeidung ist in diesen Ländern anerkannt. Die Empfehlungen erhalten zunehmend den Stellenwert von prozeduralen allgemeingültigen Standards (Kowalczyk im Boston Globe 26/10/2007).

Vor diesem Hintergrund hat die Stiftung für Patientensicherheit das Thema aufgenommen. Gleichzeitig wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. im Jahr 2005 aktiv. Die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz und das Aktionsbündnis für Patientensicherheit gingen deshalb eine Kooperation ein. Das Aktionsbündnis gründete eine Arbeitsgruppe und daraus eine Redaktionsgruppe. Die Arbeitsgruppe erhielt den Auftrag, die vorhandenen Erkenntnisse für Einrichtungen des deutschen und schweizerischen Gesundheitswesens nutzbar zu machen. Die Stiftung für Patientensicherheit engagierte sich substantiell bei der Entwicklung der Empfehlungen und der didaktischen Darstellung der Inhalte. In Anlehnung an die internationalen bereits bewährten und etablierten Materialien entstand eine Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in den invasiv tätigen Fachgebieten. Diese wurde der fmch (Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica) und der SGC (Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie) vorgestellt. fmch und SGC beschlossen, die Empfehlungen zu unterstützen und mitzutragen. Sie sollen es Spitälern und Praxen ermöglichen, einfache und wirksame Massnahmen zu treffen, um Verwechslungsfälle durch gezieltes Handeln auszuschliessen.

An wen richten sich die Handlungsempfehlungen?

Die Handlungsempfehlungen richten sich an alle Personen, welche im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen fachliche, organisatorische und ausführende Verantwortung tragen. Das sind sowohl medizinische Fachpersonen aus der Ärzteschaft und der Pflege als auch Organisationsverantwortliche (Spitalleitungen, Qualitäts- und Risikomanager).

Was umfasst die Handlungsempfehlung?

Die Handlungsempfehlungen wurden von der Stiftung für Patientensicherheit und der Qualitätskommission der fmch verabschiedet. Der Kern ist ein Flyer (Faltblatt), welcher auch als Poster zur Verfügung steht, in dem die konkreten Massnahmen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen bei inva-

siven Eingriffen kurz und knapp dargestellt werden. Wir haben dabei nichts grundsätzlich Neues erfunden, sondern in andern Ländern bereits bewährte Vorlagen auf unsere Verhältnisse hin angepasst, weiterentwickelt und didaktisch aufbereitet.

In zeitlicher Abfolge werden vier Stufen beschrieben, an denen die Identität des Patienten und die Richtigkeit des Eingriffs überprüft werden sollen. Jeder Stufe sind klar definierte Aktivitäten zugeordnet, die nach vereinheitlichten Mustern ausgeführt werden. Ein einfaches Raster von „W“-Fragen (wer, wann, was) legt die Eckpunkte für diese standardisierten Handlungsabläufe fest.

Die vier Stufen sind:

- Aufklärung und Identifikation des Patienten im Rahmen des Aufklärungsgesprächs
- Markierung des Eingriffsortes mit einem nicht-abwischbaren Stift
- Identifikation des richtigen Patienten für den richtigen Saal unmittelbar vor Eintritt in den OP
- Team-Time-Out des Behandlungsteam im OP unmittelbar vor dem Schnitt

Dabei werden im Sinne der Sicherheitskultur und der Charakteristik von High Reliability Organisations bewusst Redundanzen eingebaut, damit die Gewährleistung von Sicherheit nicht von einer einzigen Massnahme abhängt.

Wir stellen folgende Materialien zur Verfügung, die Ihnen die Implementierung und Umsetzung der Empfehlung in Ihrer Einrichtung erleichtern sollen:

- Faltblatt (Flyer) im Taschenformat
- Poster zum Aufhängen an entscheidenden Orten im Betrieb (Inhalt wie Flyer)
- Die vorliegende Broschüre mit Informationen und Tipps zur Umsetzung und häufig gestellten Fragen (Frequently Asked Questions - FAQs)
- Musterbrief für Patienten im Anhang dieses Dokuments

Das Faltblatt und das Poster können über die Stiftung bestellt werden (www.patientensicherheit.ch). Die vorliegende Broschüre kann von der Website der Stiftung (www.patientensicherheit.ch) direkt heruntergeladen werden.

In der vorliegenden Broschüre können nicht alle denkbaren Fragestellungen für die lokale und betriebsindividuelle Implementierung beantwortet werden. Die Broschüre soll Ihnen aber die wesentlichen praktischen Tipps zur Implementierung und Umsetzung der Handlungsempfehlungen geben. Im Hauptteil finden Sie häufig gestellte Fragen zu den vier Stufen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Hinweise zum Vorgehen in besonderen Situationen geben zusätzliche Hilfestellung. Für die Information von Patienten wird ein beispielhafter Musterbrief vorgestellt. Zudem wird sehr kurz skizziert, was zu tun ist, wenn es doch zu einer Verwechslung kommt.

Hinweise zur Verwendung und Umsetzung

Die Handlungsempfehlungen enthalten eine Reihe praktischer Präventionsmassnahmen und Hinweise, wie diese umgesetzt werden sollten. Sie sind als Teil des klinischen Risikomanagements zu verstehen. Am Anfang der Implementierung steht die eindeutige und klar vermittelte Entscheidung der Führungsebene, die Handlungsempfehlungen umzusetzen. Wir empfehlen grundsätzlich, dass die Handlungsempfehlungen integraler Bestandteil einer definierten und strukturierten Prozessorganisation für die OP-Vorbereitung- und –Durchführung sind.

Der Einführung im Spital oder der Praxis sollte unbedingt eine umfassende Information und Schulung aller Mitarbeiter vorausgehen, um diese mit den Inhalten und der Handhabung der Massnahmen im Detail vertraut zu machen. Da dem Patienten bei der wiederholten Überprüfung seiner Identität und des bei ihm geplanten Eingriffs eine aktive Rolle zukommt, ist es darüber hinaus wichtig, Patienten mündlich und schriftlich über die sie betreffenden Aktivitäten und die Wiederholung von Sicherheitschecks aufzuklären.

Die vorliegenden Empfehlungen bezwecken die Unterstützung von Gesundheitsinstitutionen und in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien. Die spezifische Ausgestaltung, Anwendung und Anpassung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten - basierend auf lokalen fachlichen, betrieblichen, rechtlichen, individuellen und situativen Gegebenheiten - liegen in der ausschliesslichen Eigenverantwortung der hierfür fachlich geeigneten Leistungserbringer.

Das bedeutet konkret, dass es sinnvoll und notwendig sein kann, die Handlungsempfehlungen an gewisse lokale Gegebenheiten anzupassen. Wichtig ist jedoch das Prinzip der Einheitlichkeit und der Stringenz im Betrieb (man denke an Personal, das in verschiedenen Betriebseinheiten wechselnd eingesetzt wird). Zudem müssen Verantwortliche für die Durchführung einzelner Massnahmen klar benannt sein. Auch sollten alle Aktivitäten als standardisierte Verfahren in die örtlichen Arbeitsabläufe integriert werden. Deshalb sollen die Empfehlungen in ihrem Grundsatz einheitlich umgesetzt werden. Dieses Vorgehen fördert auch die Akzeptanz bei Mitarbeitern.

Die Einführung der einzelnen Massnahmen in Ihrem Betrieb kann teilweise eine beträchtliche organisationsentwicklerische Herausforderung darstellen, weil sie relevante Anpassungen in der Organisation beinhaltet. Die Umsetzung der Empfehlungen kann und soll zu Veränderungen und neuen betrieblichen Standards in Prozessen und Kooperations- und Kommunikationsregeln führen. Insbesondere das Team-Time-Out dürfte in vielen Betrieben eine „betriebskulturelle Neuheit“ sein. Im Interesse der Sicherheit der Patienten, der Sicherheit des Personals und der Positionierung des Betriebs (Schadensprävention, Image und Kultur) lohnt sich der dafür notwendige Organisationsentwicklungsaufwand auf jeden Fall. Entscheidend für den Erfolg ist, dass die Führungsebene hinter diesen Massnahmen steht, diese sichtbar einfordert und konsequent vorlebt.

Sollten Sie die zur Verfügung gestellten Materialien in inhaltlich oder gestalterisch ergänzter oder veränderter Form betriebsintern nutzen wollen, so bedarf dies der Zustimmung durch die Stiftung für Patientensicherheit. Davon ausgenommen ist die zusätzliche Anbringung eigener Logos und Schriftzüge auf Flyer und Poster und die Anpassung des Musterbriefs für Patienten.

Hinweise zur Methodik

Die Empfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen basieren auf methodischen Grundsätzen, welche die Machbarkeit und Effizienz der empfohlenen Massnahmen sicherstellen.

Der entwickelnden Arbeitsgruppe war es ein besonderes Anliegen, dass die Empfehlungen als einfache Handlungsanleitung mit vertretbarem Aufwand in den Arbeitsalltag eines Spitals oder einer Praxis eingebunden werden können. Die einzelnen Stufen zur Überprüfung der Identität des Patienten und Richtigkeit des Eingriffs wurden deshalb an bestehende Arbeitsabläufe bei invasiven Eingriffen gekoppelt.

Die Empfehlung beschreibt wiederkehrende Handlungen und Massnahmen nach festgelegten Mustern. Dieses Prinzip des standardisierten Verfahrens erleichtert es Mitarbeitern in Spitälern und Praxen, die einzelnen Stufen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen zu erlernen und zu verinnerlichen. Die routinemässige Wiederholung schafft Sicherheit über die korrekte Einhaltung aller Kontrollstufen.

Sollte an einer der vier Kontrollstufen eine Verwechslung entdeckt werden, ist eine Wiederholung der vorherigen Identifizierungsmassnahmen geboten. Jede Einrichtung sollte für diesen Fall verbindliche Absprachen über die weitere Vorgehensweise treffen. Das gilt auch, wenn entdeckt wird, dass die notwendigen Identifizierungsmassnahmen unterlassen wurden. Die Stiftung für Patientensicherheit spricht sich deshalb insbesondere dafür aus, dass bei fehlender Markierung des Patienten die Anästhesie nicht eingeleitet wird und spätestens bei der Entdeckung eines Verwechslungsfalls während des Team-Time-Out kein Schnitt gesetzt wird, sofern die Identifizierung des Patienten, des Eingriffsortes und der Eingriffsart vor Ort nicht absolut sicher und abschliessend geklärt werden können.

Zudem sollte jede Verwechslung à fonds analysiert werden, da sie ein Indiz für ein umfassenderes Problem in der Organisation und für die Gefahr einer Wiederholung sein könnte.

In der Abfolge der Kontrollstufen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen werden einzelne Massnahmen mehrfach durchgeführt. Z.B. wird der Patient insgesamt bis zu dreimal nach seiner Identität und dem geplanten Eingriff befragt. Diese Redundanz hat Methode. Die Wiederholung einzelner Kontrollschritte erlaubt es, mögliche Fehler der vorherigen Stufen zu entdecken und zu korrigieren.

Der Patient wird, solange dies möglich ist, am Identifizierungsprozess aktiv beteiligt. Das gemeinsame Handeln von Patient und Behandlungsteam stellt eine zentrale Komponente der Patientensicherheit und dar und fördert – sofern verständlich erklärt – das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Leistungserbringern.

Wann gelten die Handlungsempfehlungen und wann nicht?

Grundsätzlich gelten die Handlungsempfehlungen für alle Eingriffe, bei denen eine Verwechslung mehr als ein minimales Risiko für den Patienten darstellt. Das heisst, dass die Empfehlungen auch für Eingriffe gelten, die nicht im Operationssaal durchgeführt werden.

Die Empfehlungen wurden vorrangig mit Blick auf stationäre Einrichtungen entwickelt, sollen jedoch auch im ambulanten Bereich zur Anwendung kommen. In diesem Fall sind die Empfehlungen als Grundlage für die Erstellung betriebsinterner Richtlinien anzusehen. Z.B. wird es im niedergelassenen Bereich von der Grösse und Organisation einer Praxis abhängen, ob ein „Saalcheck“ oder ein Team-Time-Out sinnvoll sind. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten liegen in der ausschliesslichen Eigenverantwortung der hier fachlich geeigneten Leistungserbringer.

Es gibt besondere Situationen, in denen die Empfehlungen nicht oder nicht vollständig umgesetzt werden können. Das gilt z.B. bei Notfallpatienten, nicht ansprechbaren Patienten, oder in Fällen, in denen eine Markierung des Eingriffsorts nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Auch bei Kindern, älteren oder betreuten Menschen sind besondere Umstände zu berücksichtigen. Für diese Fälle sollten Einrichtungen einheitliche Richtlinien und Kriterien entwickeln. Weitere Hinweise und Tipps, wie in solchen besonderen Situation zu handeln ist, lesen Sie in der vorliegenden Broschüre in den Kapiteln „Häufig gestellte Fragen“ und „Besondere Situationen“.

Feedback erwünscht!

Die Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in den operativen Fächern sind ein Instrument des klinischen Risikomanagements. Klinisches Risikomanagement bedarf kontinuierlicher Weiterentwicklung und Anpassung. Rückmeldungen jeder Art an die Stiftung für Patientensicherheit sind deshalb ausdrücklich erwünscht. Die Stiftung strebt zudem an, eine Plattform für den Erfahrungsaustausch aufzubauen und wenn möglich eine Gruppe von Pilotspitälern zu organisieren, welche die Empfehlungen implementieren und bereit sind, ihre Erkenntnisse aus der Umsetzung aktiv auszutauschen. Wir bieten zudem im Rahmen unserer Möglichkeiten auch Hilfestellungen bei der Analyse von Erfahrungsberichten und Diskussionsbeiträgen an. Zudem besteht für Sie die Möglichkeit, Fragen, die in der vorliegenden Broschüre nicht behandelt werden, an die Stiftung für Patientensicherheit zu richten. Ihre Fragen, Anregungen und Rückmeldungen richten Sie bitte an:

Stiftung für Patientensicherheit
Asylstrasse 41, CH-8032 Zürich
Tel. +41(0)43 243 76 70, Fax +41 (0)43 243 76 71
www.patientensicherheit.ch, info@patientensicherheit.ch

II. Häufig gestellte Fragen zu den vier Stationen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Die vier Stationen im Überblick



1. Identifikation Patient



2. Markierung Eingriffsort



3. Zuweisung zum richtigen OP-Saal



4. Team Time Out vor Schnitt

1. Identifikation Patient

Die Empfehlung



Wer: Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

Wann: Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme

Was:

- **Richtiger Patient:** Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen
- **Eingriffsart:** im Gespräch mit dem Patienten bestätigen
- **Eingriffsort:** aktiv fragen und zeigen lassen, Angehörige einbeziehen (vor allem bei Kindern und nicht urteilsfähigen Patienten)
- **Abgleich mit Akten und Bildern**

Jede Unstimmigkeit sofort klären!

Wer prüft die Identität des Patienten und die Richtigkeit des Eingriffs?

Operateur und Patient sollten sich idealerweise kennen – nicht nur aus Gründen der Sicherheit, sondern auch aus Gründen der Verantwortlichkeit und des zwischenmenschlichen Vertrauensverhältnisses (Arzt-Patient-Beziehung). Der Operateur ist die Person, welche die Verantwortung für den Eingriff übernimmt. Deshalb empfehlen wir die Befragung des Patienten durch den Operateur. Grundsätzlich müssen Prozesse, Kommunikationsverfahren und Strukturen aber so organisiert sein, dass korrekte

Sicherheitschecks auch gewährleistet sind, wenn sich Operateur und Patient nicht kennen (die Sicherheit darf nicht allein abhängen von der persönlichen Kenntnis zwischen Operateur und Patient – man denke z.B. an Notfallsituationen oder notfallbedingte Personalwechsel im OP-Saal). Je nach Prozessabläufen innerhalb einer Einrichtung kann es auch sonst sinnvoll sein, dass der Operateur diese Aufgabe an einen anderen Arzt delegiert. Dieser Arzt muss über den Patienten und über den geplanten Eingriff aber voll informiert sein und sicherstellen, dass die Information vollständig dokumentiert und weitergegeben wird.

Was heisst aktiv befragen?

Aktives Fragen bedeutet, dass offene Fragen gestellt werden, auf welche der Patient umfassend Antwort geben muss - z.B. „wie heissen Sie?“. Keine geschlossenen Fragen, auf die mit „ja“ oder „nein“ geantwortet werden kann. Damit verhindert man Missverständnisse. Solche Missverständnisse können insbesondere bei Patienten mit schlechtem Gehör, bei Patienten, die durch die Situation stark abgelenkt sind, bei sehr vertrauensseligen oder autoritätsgläubigen Patienten oder bei Patienten, die in ihrer Konzentration geschwächt sind, entstehen. Dass ein Patient einen falschen Namen oder ein falsches Geburtsdatum nennt, ist hingegen eher unwahrscheinlich. Dass ein Patient jedoch mit „ja“ oder „nein“ antwortet, ohne genau hingehört oder die Frage richtig verstanden zu haben, kommt nachweislich häufig vor.

Welche Daten werden zur Überprüfung der Patientenidentität erfragt?

Patienten sollen ihren Vornamen, Familiennamen und ihr Geburtsdatum nennen (in Gegenden mit vielen namensgleichen Personen ev. sogar ihre Adresse). Die Nennung des Geburtsdatums (und allenfalls der Adresse) hilft, Verwechslungen bei Namensgleichheiten auszuschliessen. Darüber hinausgehende Empfehlungen zum Thema Patientenidentifikation sind in Bearbeitung bei der Stiftung für Patientensicherheit.

Was ist zu tun, wenn ein Patient die Mitarbeit an der aktiven Befragung verweigert?

Zunächst sollte der Patient über Sinn und Nutzen des mehrmaligen aktiven Fragens ausreichend aufgeklärt werden, denn umfassende Informationen steigern die Akzeptanz von Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das umso mehr, wenn diese noch ungewohnt sind. Sollte ein Patient die Mitarbeit dennoch verweigern, sind Aufklärung und Verweigerung entsprechend zu dokumentieren. Die Richtigkeitsprüfung der Identität kann dann nur anhand der Patientenunterlagen, bildgebender Verfahren usw. überprüft werden und hat entsprechend sehr sorgfältig zu erfolgen.

Warum sollen Patienten den Eingriffsort zeigen?

Die verbalen Antworten „rechts“ und „links“ können missverständlich sein, z.B. weil Arzt und Patient sich in der Regel wie im Spiegelbild gegenüberstehen. Hinzukommt, dass viele Menschen (auch Ärzte und Pflegendel) eine Rechts-Links-Schwäche haben (ähnlich der Rot-Grün-Blindheit). Patienten sollten deshalb nicht nur mündliche Auskunft über den Eingriffsort geben, sondern diesen zusätzlich mit

dem Finger zeigen. Gerade bei Kindern ist der Grundsatz des „mit dem Fingerzeigen“ durch Angehörige und das Kind (wenn möglich) strikt zu beachten!

Wie kann man Kinder, fremdsprachige, bewusstlose, betreute, mental beeinträchtigte oder demente Patienten aktiv befragen?

Bei den genannten Personengruppen besteht das Problem, dass sie nicht ansprechbar sind oder keine bzw. nur ungenaue Auskünfte geben können. Deshalb sollten wenn möglich und je nach Situation Angehörige, betreuende Personen oder Dolmetscher einbezogen werden. In jedem Fall muss ein Abgleich mit den vorhandenen Patientenunterlagen oder geeigneten Patientenidentifikationssystemen durchgeführt werden.

Ist eine Identifizierung des Patienten durch aktives Befragen auch dann notwendig, wenn technische Patientenidentifikationssysteme eingesetzt werden?

Ja.

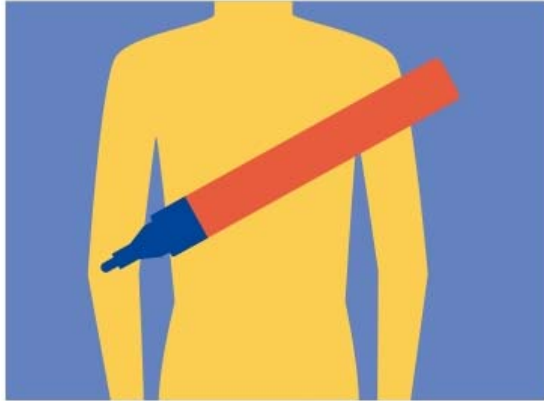
Solche Systeme werden in Zukunft zentrale Bedeutung erhalten und zum Standard werden (in Klinikinformationssysteme integrierte IT-basierte Identifikationssysteme, z.B. mittels Armband, Barcode-Scanning oder RFID - Radio Frequency Identification). Sie stellen, wenn sie sinnvoll konstituiert sind, eine der wesentlichsten Massnahmen zur Verhinderung von Verwechslungen dar. Ist ein solches System installiert, soll der Identifikationscheck und der Abgleich mit Dokumenten, Bildern, Befunden, Materialien, etc. selbstverständlich primär über solche Systeme laufen. Trotzdem ist auch dann eine zusätzliche mündliche Prüfung angezeigt. Technische Hilfsmittel sollen den Identifizierungsprozess unterstützen, ersetzen diesen jedoch nicht immer vollständig. Auch beim Einsatz guter Hilfsmittel können Fehler passieren. Die Verantwortlichkeit für die richtige Identifizierung des Patienten liegt immer bei den handelnden Personen. Zudem unterstreicht mündliche Kommunikation den respektvollen Umgang mit Patienten – gerade in einer technisierten Umgebung.

Was ist zu tun bei Unstimmigkeiten?

Unstimmigkeiten sind in keinem Fall zu ignorieren. Sie sind in jedem Fall umgehend zu klären.

2. Markierung Eingriffsort

Die Empfehlung



Wer: Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

Wann: ausserhalb des OPs, bei wachem Patienten

Was:

- **Ableich mit Akten:** richtiger Patient, Eingriffsart, Eingriffsort
- **Patienten aktiv einbeziehen:** Eingriffsort zeigen lassen, Angehörige einbeziehen
- **Markierung:** nur Eingriffsort, eindeutige Zeichen (Pfeil, Initialen), nicht-abwischbarer Stift, mehrere Eingriffsorte: alle markieren

Jede Unstimmigkeit sofort klären!

Was heisst Markierung des Eingriffsorts?

Die Körperstelle, an der der Eingriff durchgeführt wird, wird mit einem nicht-abwischbaren abreibfesten Stift angezeichnet. Auch bei Operationen, bei denen die Stelle des Schnitts aufgrund der Eingriffsart an sich eindeutig ist, sollen markiert werden! Es sind etliche Fälle von Eingriffsverwechslungen bekannt, bei denen der falsche Patient operiert oder die falsche Art des Eingriffs durchgeführt wurde. Die Markierung ist direkt auf der Haut des Patienten anzubringen und darf bis zum Eingriff nicht entfernt werden. Die Markierung muss auch nach der Präparation der Haut und der Abdeckung des Patienten mit OP-Tüchern etc. sichtbar bleiben. Es sollten keine Aufkleber verwendet werden, da eine erhöhte Gefahr besteht, dass diese vor dem Eingriff verloren gehen.

Wer zeichnet die Markierung an?

Der Operateur ist diejenige Person, die für den Eingriff verantwortlich ist und genau über die Art der Durchführung informiert ist. Deshalb empfehlen wir, dass der Operateur die Markierung anzeichnet. Grundsätzlich muss aber auch dieser Sicherheitsschritt so organisiert sein, dass die korrekte Markierung gewährleistet ist, wenn sich Operateur und Patient nicht kennen oder wenn der Operateur die Markierung nicht machen kann (die Sicherheit darf nicht allein abhängen von der persönlichen Kenntnis zwischen Operateur und Patient). Je nach Prozessabläufen innerhalb einer Einrichtung kann es auch sonst sinnvoll sein, dass der Operateur diese Aufgabe an einen anderen Arzt delegiert. Dieser Arzt muss über den Patienten und über den geplanten Eingriff voll informiert sein. Auf jeden Fall soll genau festgelegt werden, wer für die Markierung verantwortlich ist.

Was ist bei der Markierung zu beachten?

Jede Einrichtung sollte sich auf die Verwendung *eines* Zeichens einigen, das von allen verantwortlichen Ärzten einheitlich verwendet wird (z.B. Pfeil, Initialen, ev. Kreuz, wobei einige Institutionen vom Kreuz als Markierungszeichen abraten, da es als Symbol auch als „hier nicht“ missverstanden werden kann). Um Missverständnisse auszuschließen, sollte auf die Anbringung von Wörtern grundsätzlich verzichtet werden (z.B. „ja“ oder „nein“).

Es soll nur die Körperstelle markiert werden, an welcher der Eingriff durchgeführt wird. Die Markierung soll die Stelle eindeutig anzeigen (z.B. den zu operierenden Finger und nicht den Handrücken). Ausdrücklich sollen keine Markierungen an der kontralateralen Körperseite oder anderen Körperstellen angebracht werden, wenn dort nicht operiert werden soll. Gibt es mehr als einen Eingriffsort, so ist jeder Eingriffsort einzeln zu markieren.

Wann wird die Markierung angezeichnet?

Die Markierung muss ausserhalb des OPs erfolgen und vor der Prämedikation am wachen Patienten, damit der Patient in den Identifizierungsprozess aktiv einbezogen werden kann. Die Markierung empfiehlt sich am Vorabend oder am Morgen des Eingriffs, damit sichergestellt ist, dass sie bis zum Eingriff sichtbar bleibt.

Welche Stifte dürfen für die Markierung verwendet werden?

Die Markierung muss mit nicht-abwischbarem Stift erfolgen, damit sie bis zum Eingriff sichtbar bleibt. Sterile OP-Marker gibt es von diversen Anbietern im Bürohändler (z.B. Edding 8300 oder Sanford Deluxe Permanent Marker). In jedem Fall ist sicherzustellen, dass die verwendeten Stifte keine toxischen Stoffe enthalten.

Gibt es die Gefahr einer Infektion durch den Markierstift?

Es gibt in der internationalen Literatur keine Evidenz, dass ein Infektionsrisiko durch die Markierung besteht. Eine Infektionsgefahr ist auch deshalb unwahrscheinlich, weil die Eingriffsstelle nach der Markierung vor dem Eingriff desinfiziert wird. Bei Patienten mit übertragbaren Krankheiten oder Markierung von potentiell infizierten Körperstellen besteht jedoch die Gefahr, dass sich Erreger über den Stift übertragen. Bei diesen Patienten darf der benutzte Stift deshalb nicht wiederverwendet werden.

Dürfen Stifte wiederverwendet werden?

Siehe vorherige Frage.

In welchen Fällen ist eine Markierung nicht möglich oder sinnvoll?

Es gibt bestimmte Arten von Eingriffen, bei denen eine Markierung nicht möglich ist. Das gilt für Eingriffe an den Zähnen, Schleimhäuten, oder Körperstellen, die verletzt, schlecht zugänglich bzw. schlecht markierbar sind und in gewissen Notfallsituationen. Bei Endoskopien, Laparoskopien und bestimmten minimalinvasiven sowie neurochirurgischen Eingriffen, wie z.B. Herzkathetern ist eine

Markierung nicht sinnvoll. Bei Operationen, in deren Verlauf eine Präzisierung des Eingriffsorts erfolgt, werden vorzugsweise radiographische Techniken und Marker eingesetzt. In diesen Fällen ist ein zweistufiges Markierungsverfahren denkbar: das Anzeichnen des Eingriffsorts vor dem Eingriff und eine intraoperative Markierung während des Eingriffs.

Bei bestimmten Patientengruppen sollte auf eine Markierung des Eingriffsorts verzichtet werden. Das gilt für Frühgeborene, weil die Gefahr einer Tätowierung durch den Stift besteht und für Menschen mit sehr dunkler Hautfarbe, bei denen die Markierung nicht sichtbar ist.

Bei Eingriffen, die im Patientenzimmer erfolgen und bei denen sich der Operateur kontinuierlich beim Patienten aufhält, ist eine Markierung nicht notwendig. Handelt es sich allerdings um Eingriffe, bei denen der Operateur das Patientenzimmer aus irgendwelchen Gründen verlassen muss, ist eine Markierung anzudeuten, bevor der Eingriff begonnen wird.

Jede Einrichtung sollte die Fälle auflisten, in denen eine Markierung nicht möglich oder sinnvoll ist und für diese Fälle ein alternatives Sicherstellungsverfahren festlegen (z.B. Abgleich mit Patientenunterlagen, bildgebenden Verfahren, Anzeichnen von Markierungen auf Röntgenbildern, Einsatz geeigneter Patientenidentifikationssysteme). Fälle, bei denen eine Markierung nicht möglich ist, sind zu dokumentieren.

Was ist zu tun, wenn ein Patient die Markierung verweigert?

Zunächst sollte der Patient über Sinn und Nutzen der Markierung ausreichend aufgeklärt werden, denn umfassende Informationen steigern die Akzeptanz von Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit, wenn diese zunächst noch ungewohnt erscheinen. Sollte ein Patient die Markierung dennoch verweigern, sind Aufklärung und Verweigerung entsprechend zu dokumentieren. Die Richtigkeitsprüfung des Eingriffs muss dann anhand mündlicher Kommunikation, schriftlicher Dokumentation, der Patientenunterlagen, bildgebender Verfahren und der weiteren Sicherheitschecks (Saalcheck, Team-Time-Out) erfolgen.

Was ist zu tun bei Unstimmigkeiten?

Unstimmigkeiten sind in keinem Fall zu ignorieren. Sie sind in jedem Fall umgehend zu klären.

3. Zuweisung zum richtigen OP-Saal

Die Empfehlung



Wer: definierte, verantwortliche Person

Wann: unmittelbar vor Anästhesieeinleitung
und vor Eintritt in den Saal

Was:

- **Patientenidentität:** Namen und Geburtsdatum prüfen
- **Eingriffsart:** prüfen und bestätigen
- **Eingriffsort:** prüfen und bestätigen
- **Markierung prüfen** mit Aktenabgleich, wenn möglich aktive Befragung des Patienten
- **Saalcheck:** Zuweisung zum OP-Saal überprüfen

Ohne Markierung keine Anästhesie!

Wer führt den Saalcheck durch?

Entscheidend ist, dass jede Einrichtung eine dafür verantwortliche Person definiert. Diese Person kann ein Arzt oder ein Mitarbeiter der Pflege oder jemand aus dem OP-Management sein.

Warum sollte der Saalcheck unmittelbar vor Eintritt in den OP durchgeführt werden?

Bei der Organisation der Belegung von Operationssälen können kurzfristige Neubelegungen und Änderungen notwendig sein. Zudem werden oft in rascher Abfolge verschiedene ähnliche oder gleiche Operationen durchgeführt. Diese Umstände erhöhen die Verwechslungsgefahr. Deshalb sollte eine letzte Überprüfung unmittelbar vor Eintritt in den Saal erfolgen.

Welchen Sinn hat aktives Befragen des Patienten beim Saalcheck?

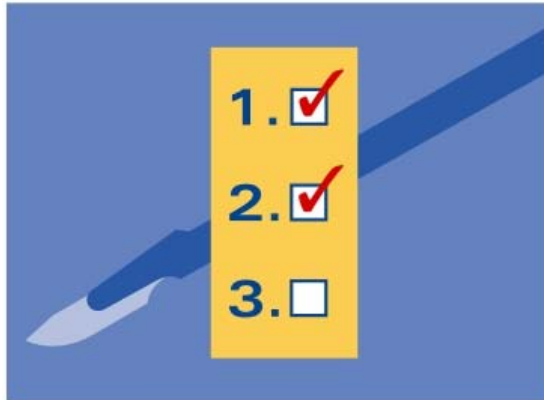
Solange ein Patient ansprechbar ist und in der Lage, bei klarem Bewusstsein zu antworten, sollte er in den Identifizierungsprozess aktiv einbezogen werden. Bei vielen Eingriffen ist diese Fähigkeit nach der Prämedikation jedoch erheblich eingeschränkt. In diesen Fällen müssen Vorname, Familienname, Geburtsdatum, Identifikationsnummer, Prozedur und Eingriffsort allein anhand der Patientenunterlagen oder geeigneter Patientenidentifikationssysteme überprüft werden.

Was ist zu tun, wenn beim Saalcheck entdeckt wird, dass die OP-Markierung beim Patienten fehlt?

Die Markierung des Patienten stellt eine wichtige Massnahme dar, die Richtigkeit des Eingriffs zu überprüfen und mit den Patientenunterlagen abzugleichen. Sofern es sich nicht um eine dokumentierte Ausnahme- oder Notfallsituation handelt, wird empfohlen, bei fehlender Markierung keine Anästhesie durchzuführen. In diesem Fall wird der Patient über die Gründe informiert und Bedauern über den Abbruch ausgedrückt. Die Sicherstellung des richtigen Eingriffs muss dann durch den Operateur bzw. durch einen über den Patienten und den Eingriff voll informierten Arzt gewährleistet werden.

4. Team-Time-Out vor Schnitt

Die Empfehlung



Wer:

- OP-Team
- initiiert durch definierte verantwortliche Person

Wann: unmittelbar vor Schnitt

Was:

- **Letztes Innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung**
- **Mittels Minicheckliste:** richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum), Eingriffsart, Eingriffsort, Bilder (die richtigen, alle erforderlichen, richtig aufgehängt), richtige Implantate verfügbar
- **Alle Punkte aktiv bestätigen**
- **Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren**

Bei Unstimmigkeit kein Schnitt!

Was heisst Team-Time-Out? Stellenwert? Zeitpunkt?

Team-Time-Out meint ein letztes Innehalten des Behandlungsteams und eine letzte Übereinstimmungsprüfung unmittelbar vor dem Schnitt (allerletzter Sicherheits-Check). Das Team-Time-Out dient dazu, den vor Schnitt oft herrschenden "Zugzwang" kurz zu durchbrechen (und auch letzte Warnungen zu berücksichtigen), um eine allfällige Katastrophe mit Sicherheit zu verhindern. Es gibt in der neusten Geschichte einige Fälle, welche sehr eindrücklich zeigen, dass dieses Vorgehen nachweislich Fehler verhindernd gewesen wäre.

Es wird unter Beteiligung aller involvierten Fachpersonen und ganz bewusst unmittelbar vor Schnitt durchgeführt, so dass zwischen Team-Time-Out und Schnitt nicht noch relevante Prozess-, Behandlungs- und Betreuungsschritte (mit möglichen Verwechslungsgefahren) stattfinden. Es wird also dringend abgeraten, das Team-Time-Out früher anzusetzen (z.B. vor Anästhesieeinleitung oder vor der Verschiebung in den OP-Saal). Damit würde z.B. die Verwechslungsgefahr nicht zuverlässig gebannt. Zudem sind bei verfrühtem Team-Time-Out relevante Materialien und Informationen noch nicht prüfbar und relevante Personen noch nicht verfügbar.

Der englische Begriff wurde übrigens im Deutschen beibehalten, weil er die positiven Aspekte des gemeinsamen Handelns treffend zusammenfasst.

Wo findet das Team-Time-Out statt?

Das Team-Time-Out findet am Ort statt, an dem der Eingriff erfolgt (meistens OP-Saal)

Wer ist am Team-Time-Out beteiligt?

Das Team-Time-Out ist eine gemeinschaftliche Aufgabe des gesamten OP-Teams, zu deren Durchführung jedoch mindestens der Operateur, die OP-Pflegefachpersonen inkl. Technische Operationsassistenten und der Anästhesist anwesend sein müssen. Werden spezielle technologische Hilfsmittel verwendet, sollte zusätzlich der Techniker zugegen sein.

Entscheidend für das Team-Time-Out ist der Gemeinschaftsgedanke. Alle Mitglieder des OP-Teams müssen gleichberechtigt sein. In keinem Fall darf es bei den Beteiligten Hemmungen aufgrund der Zugehörigkeit zu verschiedenen Fachdisziplinen, Hierarchiestufen oder Berufsgruppen geben, den Verdacht einer gewissen Unsicherheit oder eines Fehlers zu äussern. Grundsätzlich ist jeder Hinweis auf Unstimmigkeiten – egal von wem geäußert – als Hilfestellung zur Sicherheitsgewährleistung zu verstehen und ernst zu nehmen. Damit dies möglich ist, spielen gerade die Personen, welche im Operationsgeschehen und in der Hierarchie Hauptrollen innehaben, eine entscheidende Führungs- und professionelle Vorbildrolle (Zulassen und Fordern des Team-Time-Out, aktives Zulassen von kritischen Hinweisen, expliziter Einbezug des ganzen Teams, respektvolles Ernst-Nehmen eines jeden Mitarbeiters).

Wer initiiert und leitet das Team-Time-Out?

In jeder Einrichtung muss eine für das Team-Time-Out verantwortliche Person aus dem OP-Team benannt werden, die dafür zuständig ist, dass das Team-Time-Out regelhaft stattfindet. Diese Person kann der Operateur oder jedes andere Mitglied des OP-Teams sein. Entscheidend ist, dass unter der Führung der benannten Person alle OP-Teammitglieder im Team-Time-Out gleichberechtigt agieren können.

Wie wird das Team-Time-Out durchgeführt?

Das Team-Time-Out sollte im positiven Sinne als Ritual mit festen Regeln verstanden werden. Es dient dem letzten Innehalten und der letzten Richtigkeitsprüfung unmittelbar vor dem Schnitt (vgl. Systemcheck in Flugzeugen unmittelbar vor Start).

Die konkrete Durchführung erfolgt mithilfe einer „Minicheckliste“, welche die für die Initiierung und Durchführung verantwortliche Person durchgeht. Sie enthält mindestens die Punkte: richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum), Eingriffsart, Eingriffsort (*Markierung!*), Bilder (die richtigen, alle erforderlichen, richtig aufgehängt!), richtige Implantate verfügbar.

Die Mitglieder des OP-Teams bestätigen wenn möglich alle Punkte mit einer eindeutigen Aussage. Im Idealfall werden die Checkpunkte mit verbaler Wiederholung der zu bestätigenden Tatsachen quittiert. Diese verbale Check-Methode wird beispielsweise in Hochrisikobereichen (z.B. Fliegerei) verlangt. Sie ist unmissverständlicher und verlässlicher als einfache Bestätigungen mit z.B. nur Kopfnicken oder „OK/korrekt“. Kopfnicken oder „OK/korrekt“ verführen zu über routi niertem Abhaken mit dem Risiko, Unstimmigkeiten zu übersehen. Keine Antwort oder nicht eindeutige Antworten dürfen jedenfalls niemals als stillschweigendes Einverständnis interpretiert werden.

Damit wird jedes Mitglied des OP-Teams aktiv in die Verantwortung genommen und alle können sich gleichberechtigt äussern.

Die Durchführung des Team-Time-Out wird dokumentiert. Alle Punkte der Minicheckliste sind schriftlich zu dokumentieren und im OP-Protokoll festzuhalten. Das Team-Time-Out soll als Standard eine rituelle Routine sein. Es darf aber nicht eine unbewusste überautomatisierte Alibiübung sein.

Kann es ein Team-Time-Out geben, wenn der Eingriff durch eine einzige Person durchgeführt wird?

Grundsätzlich setzt ein Team-Time-Out als gemeinschaftliches Ritual die Beteiligung mehrerer Personen voraus. Doch auch wenn nur eine Person am Prozess beteiligt ist, ist ein persönliches Time-Out, auch mithilfe einer „Minicheckliste“, angebracht. Es ist aber nicht nötig, eine weitere Person in diesen Prozess einzubeziehen, die an der Durchführung des Eingriffs nicht beteiligt ist.

Was umfasst die „Minicheckliste“?

Je nach den lokalen Gegebenheiten kann jede Einrichtung ihre eigene Checkliste erarbeiten, die jedoch zumindest die folgenden Punkte umfassen sollte: richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum), Eingriffsart, Eingriffsort (*Markierung!*), Bilder (die richtigen, alle erforderlichen, richtig aufgehängt!!!), richtige Implantate verfügbar. Alle Punkte sollten aktiv bestätigt und dokumentiert werden.

Was ist bei der Kontrolle der Bilder (bildgebender Verfahren) zu beachten?

Zunächst wird überprüft, ob alle relevanten und die richtigen Aufnahmen für den richtigen Patienten vorhanden sind (z.B. aktuelle Aufnahme anstatt einer veralteten). Danach wird kontrolliert, ob die Aufnahmen richtig aufgehängt (richtige Bildseite vorne!) und gut sichtbar sind, um eine Abstimmung des Eingriffsortes korrekt vornehmen zu können. Abschliessend wird noch einmal die Stimmigkeit der Operationsstelle und -seite überprüft.

Was ist zu tun, wenn beim Team-Time-Out Unstimmigkeiten entdeckt werden? Muss abgebrochen werden, wenn während des Team-Time-Outs relevante Unstimmigkeiten entdeckt wurden?

Sicherheit geht vor! Sollten beim Team-Time-Out Unstimmigkeiten entdeckt werden, die nicht sofort vor Ort eindeutig geklärt werden können, so wird der Eingriff bis zur endgültigen Klärung verschoben (kein Schnitt!). Das gilt insbesondere für fehlende OP-Markierungen und andere relevante Unstimmigkeiten, die während des Team-Time-Out entdeckt werden. Sollten dadurch erhebliche zeitliche Verzögerungen entstehen oder muss die Behandlung vorübergehend abgebrochen werden, wird der Patient über die Gründe informiert und Bedauern ausgedrückt.

Ein Abbruch kann zwar ärgerlich sein. Der potentielle Nutzen eines Abbruchs (Vermeidung einer potentiellen Katastrophe) rechtfertigt den Aufwand und den potentiellen Ärger, den der Abbruch u.U. hervorruft, auf jeden Fall. Auch die Befürchtung, dass ein Patient verärgert reagieren oder sogar mit Rechtsmitteln einen Abbruch beanstanden könnte, darf keine Rolle spielen. Natürlich gibt es ein theo-

retisches Risiko, dass ein Patient rechtliche Schritte ergreift, wenn z.B. abgebrochen wird trotz bereits erfolgter Anästhesie - selbst wenn dies zum Wohl des Patienten geschieht. Es ist aber sicher sinnvoller, dieses begrenzte rechtliche Risiko einzugehen, als das sichere rechtliche Risiko, das z.B. eine Eingriffsverwechslung birgt. Patienten werden für einen Abbruch mehrheitlich Verständnis aufbringen, wenn man es ihnen als Sicherheitsmassnahme erklärt und sich für die Unannehmlichkeiten entschuldigt. Wird dies (Erklärung und Entschuldigung) befolgt, entstehen auch nachweislich weniger Rechtsfälle.

Zudem zeigt ein Abbruch allen: die Sicherheit wird in höchstem Masse ernst genommen. Dies hat positive Signalwirkung im Betrieb und fördert die Einhaltung von Sicherheitsregeln, weil mit einem Abbruch die Konsequenzen des Nicht-Einhaltens spürbar manifest werden (präventiv-educatives Signal). Wird in solchen Fällen hingegen nicht konsequent gehandelt, öffnet dies Tür und Tor für künftiges inkonsequentes beliebiges Handeln bei Unstimmigkeiten und für Verstösse gegen Sicherheitsstandards.

III. Besondere Situationen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Hintergründe und häufigen Fragen dargestellt, die bei der konkreten Umsetzung an den unterschiedlichen Stationen der Handlungsempfehlung auftreten können. Im Folgenden finden Sie jetzt eine zusammenfassende Übersicht über besondere Situationen:

Notfallpatienten

Grundsätzlich gilt, dass auch in Notfallsituationen die möglichen Schritte zur Überprüfung der Patientenidentität und der Richtigkeit des geplanten Eingriffs durchzuführen sind. Je nach Notfallsituation oder Zeitdruck ist dies jedoch nicht immer möglich oder sinnvoll und häufig ist auch die für den Eingriff verantwortliche Person vom Entscheidungsmoment bis zur Durchführung beim Patienten dieselbe, so dass eine Verwechslungsgefahr wohl kaum gegeben sein mag.

Um jedoch standardisierte Verfahrensabläufe auch in Notfallsituationen zu gewährleisten, wird empfohlen, in jeder Einrichtung eine Analyse möglicher Notfallsituationen und der Notfallprozesse durchzuführen und für diese Fälle einheitliche Richtlinien und Kriterien auf der Grundlage der Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen festzulegen.

Ambulante Eingriffe

Die Empfehlungen gelten prinzipiell auch für ambulante Eingriffe. Je nach Organisation und Grösse der Einrichtung können aber ev. einzelne Schritte adaptiert oder weggelassen werden.

Ein Patient kann an einer aktiven Befragung nicht mitwirken

Es gibt Patienten, die in ihrer Mitteilungsfähigkeit eingeschränkt sind oder nicht ansprechbar sind. Dazu gehören: Kinder, fremdsprachige, schwerhörige, demente, psychisch und mental stark beeinträchtigte oder bewusstlose Patienten sowie Notfallpatienten.

Soweit dies möglich ist, sollten deshalb je nach Situation Angehörige, betreuende Personen oder Dolmetscher einbezogen werden. In jedem Fall muss ein Abgleich mit den vorhandenen Patientenunterlagen oder geeigneten Patientenidentifikationssystemen durchgeführt werden.

Eine Markierung ist nicht möglich

Bei bestimmten Eingriffsarten und Personengruppen ist eine Markierung des Eingriffsortes nicht möglich, z.B.:

- Eingriffe an den Zähnen, Schleimhäuten oder Körperstellen, die schlecht markierbar sind sowie bei verletzter Haut
- bei Endoskopien und Laparoskopien sowie bestimmten minimalinvasiven und neurochirurgischen Eingriffen
- bei Operationen, in deren Verlauf eine Präzisierung des Eingriffsorts erfolgt (hier werden vorzugsweise radiographische Techniken und Marker eingesetzt, die nicht verrutschen)
- bei Frühgeborenen, weil die Gefahr einer Tätowierung besteht

- bei Patienten mit sehr dunkler Hautfarbe, bei denen eine Markierung nicht sichtbar ist.

Jeder Fall, in dem eine Markierung nicht möglich ist, ist zu dokumentieren.

Darüber hinaus sollte jede Einrichtung eine Liste aller möglichen Fälle aufstellen, in denen eine Markierung nicht möglich ist und für diese ein alternatives Sicherstellungsverfahren festlegen (z.B. Abgleich mit Patientenunterlagen, bildgebenden Verfahren, Anzeichnen von Markierungen auf Röntgenbildern, Einsatz geeigneter Patientenidentifikationssysteme).

Ein Patient verweigert die Zusammenarbeit

Eine umfassende Information sollte darauf zielen, Patienten mit dem Sinn und Nutzen der Massnahmen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen vertraut zu machen. Eine Erstinformation kann mithilfe eines Musterbriefes erfolgen, sollte aber in jedem Fall auch Gegenstand des persönlichen Arzt-Patienten-Gesprächs sein. Dem Patienten muss klar gemacht werden, dass wiederholte Sicherheitschecks und Rückfragen nicht Ausdruck der Unsicherheit, sondern im Gegenteil Teil einer sorgfältigen Sicherheitskultur sind. Die meisten Patienten werden dies verstehen. Sollte ein Patient dennoch die Teilnahme an der aktiven Befragung oder das Anzeichnen einer Markierung verweigern, ist dies in den Patientenunterlagen schriftlich zu dokumentieren. In diesem Fall nehmen die übrigen Sicherheitsmassnahmen einen umso bedeutenderen Stellenwert ein und müssen sichergestellt werden (z.B. Abgleich mit Patientenunterlagen, Patientenidentifikationssysteme, etc.).

Die Behandlung muss abgebrochen werden, weil während des Identifizierungsprozesses ein Fehler entdeckt wurde

Sicherheit geht vor! Ein Abbruch der Behandlung kann notwendig werden, wenn an einer der vier Stufen Unstimmigkeiten entdeckt werden, die nicht vor Ort aufgeklärt oder eindeutig behoben werden können. Das gilt insbesondere für fehlende OP-Markierungen beim Saalcheck und Fehler, die während des Team-Time-Out entdeckt werden. Im Fall eines vorübergehenden Behandlungsabbruchs sollte der Patient über die Gründe aufgeklärt werden und ihm sollte Bedauern ausgesprochen werden. Der potentielle Nutzen eines Abbruchs (Vermeidung einer potentiellen Katastrophe) rechtfertigt den Aufwand und den potentiellen Ärger, den der Abbruch u.U. hervorruft, auf jeden Fall. Auch die Befürchtung, dass ein Patient verärgert reagieren oder sogar mit Rechtsmitteln einen Abbruch beanstanden könnte, darf keine Rolle spielen. Natürlich gibt es ein theoretisches Risiko, dass ein Patient rechtliche Schritte ergreift, wenn z.B. abgebrochen wird trotz bereits erfolgter Anästhesie - selbst wenn dies zum Wohl des Patienten geschieht. Es ist aber sicher sinnvoller, dieses begrenzte rechtliche Risiko einzugehen, als das sichere rechtliche Risiko, das eine Eingriffsverwechslung birgt. Patienten werden für einen Abbruch mehrheitlich und nachweislich Verständnis aufbringen, wenn man es ihnen als Sicherheitsmassnahme erklärt und sich für die Unannehmlichkeiten entschuldigt. Wird dies (Erklärung und Entschuldigung) befolgt, entstehen auch nachweislich weniger Rechtsfälle.

Zudem zeigt ein Abbruch allen: die Sicherheit wird in höchstem Masse ernst genommen. Dies hat positive Signalwirkung im Betrieb und fördert die Einhaltung von Sicherheitsregeln, weil mit einem Abbruch die Konsequenzen des Nicht-Einhaltens spürbar manifest werden (präventiv-educatives Sig-

nal). Wird in solchen Fällen hingegen nicht konsequent gehandelt, öffnet dies Tür und Tor für künftiges inkonsequentes beliebiges Handeln bei Unstimmigkeiten und für Verstöße gegen Sicherheitsstandards.

Für besondere Situationen und spezielle Bedingungen sollte jede Einrichtung einheitliche Richtlinien und Kriterien entwickeln!

IV. Information des Patienten

Die Patienten sollten mündlich und wenn möglich auch schriftlich über die Sicherheitsmassnahmen informiert werden. Damit wird ihnen gezeigt, wie ihre Sicherheit gewährleistet wird (Vertrauensbildung), das Verständnis für die Sicherheitsprozeduren wird geschaffen und sie werden vorbereitet für ihre aktive Einbindung in einzelne Sicherheitsschritte. Der nachfolgende Brief ist als Beispiel zu verstehen. Die Inhalte, das Format, die Länge und die Gewichtung der Aussagen müssen je nach Gegebenheiten in den einzelnen Betrieben angepasst werden.

Für Ihre Sicherheit bei Eingriffen: Was wir dafür tun und wie Sie mithelfen können

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Nachfolgend möchten wir Ihnen wichtige Informationen für Ihre Sicherheit bei Eingriffen zukommen lassen.

Vermeidung von Verwechslungen

Verschiedene Personen des Spitalpersonals werden regelmässig Überprüfungen durchführen, um Verwechslungen und andere Fehler zu vermeiden. Damit wird sichergestellt, dass die richtige Person am richtigen Ort den richtigen Eingriff erhält. Verwechslungen sind sehr selten. Wir treffen trotzdem alle Vorkehrungen, um diese zu vermeiden. Dazu gibt es in unserem Haus Richtlinien, über welche wir Sie informieren möchten.

Ärztliches Aufklärungsgespräch

Vor jedem Eingriff findet ein ärztliches Aufklärungsgespräch statt, in dem Sie über den Ablauf, die Art und die Körperstelle des Eingriffs und über mögliche Risiken aufgeklärt werden. Zudem geben Sie Ihre Einwilligung in die Behandlung. Wenn Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte immer nach.

Fragen nach Namen, Vornamen und Geburtsdatum

Es wird sichergestellt, dass die Personen, die Sie betreuen und behandeln, zu jedem Zeitpunkt Ihre Identität kennen und wissen, welcher Eingriff bei Ihnen vorgenommen wird. Deshalb werden Sie im Verlauf Ihres Aufenthaltes mehrmals von verschiedenen Personen nach Namen und Geburtsdatum gefragt und aufgefordert, mitzuteilen, welcher Eingriff bei Ihnen vorgesehen ist. Diese Informationen werden jeweils mit den Patientenakten verglichen.

Markierung des Eingriffsorts

Bevor Sie die medikamentöse Vorbereitung auf die Anästhesie erhalten, wird Sie der Operateur oder ein anderer Arzt bitten, die Körperstelle zu zeigen, an welcher der Eingriff stattfinden wird. Er wird Ihre Informationen mit den Akten und Röntgenbildern überprüfen und den Eingriffsort auf ihrer Haut markieren. Diese Markierung ist nicht abwischbar und wird erst nach dem Eingriff wieder entfernt. Sie muss während des Eingriffs gut sichtbar sein. Wenn an mehreren Stellen ein Eingriff geplant ist, wird jede Stelle markiert. Stellen, bei denen kein Eingriff erfolgt, werden nicht markiert.

Überprüfung vor Eintritt in den Operationssaal und vor der Narkoseeinleitung

Vor der Narkoseeinleitung werden Sie ein weiteres Mal nach Namen, Geburtsdatum, Art und Ort des Eingriffs befragt. Die Markierung und Ihre Angaben werden mit den Akten verglichen. Die Zuweisung zum Operationssaal wird ebenfalls überprüft.

Überprüfung durch das Operationsteam kurz vor dem Eingriff

Nachdem die Anästhesie eingesetzt hat und vor Beginn des Eingriffs vergewissert sich das Operationsteam nochmals über Ihre Identität, den Eingriff und die Stelle des Eingriffs und über alle Unterlagen – z.B. Röntgenbilder. Wenn alle diese Punkte mit einem „Ja“ beantwortet sind, beginnt der Eingriff.

Ihr Beitrag zur Sicherheit Ihrer Behandlung

Wenn ein Arzt, eine Pflegeperson oder andere Personen Sie mehrfach nach Ihren persönlichen Daten und dem geplanten Eingriff fragen, besteht kein Anlass zur Sorge – im Gegenteil. Unsere Mitarbeiter kennen Sie und Ihren Behandlungsplan. Die mehrmalige Vergewisserung hilft, Verwechslungsgefahren oder sonstige Fehler auszuschließen. Indem Sie die Fragen beantworten, tragen Sie selber zu Ihrer Sicherheit bei. Scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen, wenn Sie genauere Informationen z.B. zur Art des Eingriffs wünschen oder unsicher sind über die Markierung. Wenn Sie nicht sicher sind, ob die Markierung am richtigen Ort ist, informieren Sie umgehend jemanden von uns. Sie tragen damit aktiv zur Sicherheit im Krankenhaus und zu Ihrer eigenen Sicherheit bei!

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

V. Was tun, wenn eine Verwechslung passiert?

Im Detail kann an dieser Stelle nicht auf diese Situation eingegangen werden. Auf jeden Fall ist es aber wichtig, für solche und ähnliche Situationen (Reaktion nach gravierenden Behandlungsfehlern) im Voraus ein Konzept bereit zu haben und mindestens folgendes zu beachten:

- Bewahrung des Patienten vor weiterem Schaden und engmaschige Betreuung des Patienten und der Angehörigen
- Möglichst umgehende strukturierte, engmaschige und intensive Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen. Dazu hat die Stiftung für Patientensicherheit eine Empfehlung und einen Schriftenreihenband herausgegeben, die bestellt werden können unter www.patientensicherheit.ch. (empfehlungen patientensicherheitschweiz zu „Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall“ und schriftenreihe Nr. 1 „Wenn etwas schief geht – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall“).
- Den Vorfall zur Chefsache machen (Spitalleitung und Klinikleitung) und koordinierte organisatorische, juristische, kommunikative, psychologische, entschädigungstechnische, haftungsrechtliche, etc. Massnahmen einleiten.
- Betreuung des involvierten Personals. Dazu hat die Stiftung ein Projekt am Laufen, in welchem ein Handlungsrahmen für den betriebsinternen Umgang mit Zwischenfällen entwickelt wird. Die Ergebnisse werden erwartet gegen Ende 2008.
- Eine strukturierte Fehler- und Ursachenanalyse durchführen und daraus systembezogene Massnahmen ableiten, um künftige ähnliche Vorkommnisse zu vermeiden. Die Stiftung bietet Kurse und Materialien zur Methodik der systemischen Fehleranalyse an. Ebenfalls erhältlich via www.patientensicherheit.ch.

VI. Links und weiterführende Literatur

Links

- Stiftung für Patientensicherheit. <http://www.patientensicherheit.ch>
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de> (Letzter Zugriff 30/01/2008).
- American Academy of Ophthalmology, Eliminating Wrong Site Surgery, <http://www.aao.org/education/statements/safety/site.cfm> (Letzter Zugriff 30/01/2008).
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care: Ensuring Correct Patient, Correct Site, Correct Procedure. <http://www.safetyandquality.org/internet/safety/publishing.nsf/Content/former-pubs-archive-correct>. (Letzter Zugriff 30/01/2008).
- Department of Veterans Affairs, Ensuring correct surgery and invasive procedures, VHA directive 2004-028m. http://www1.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=1106 (Letzter Zugriff 30/01/2008).
- Joint Commission of Accreditation of Health Care: Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery. www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol. (Letzter Zugriff 30/01/2008).
- National Patient Safety Agency: Correct Site Surgery Alert. <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/alerts/correct-site-surgery/> (Letzter Zugriff 30/01/2008).
- Royal Australian College of Surgeons, Correct Patient, Correct Side an Correct Surgery, <http://www.surgeons.org/Content/NavigationMenu/FellowshipandStandards/ProfessionalStandard/CorrectPatientSiteSide> (Letzter Zugriff 30/01/2008).
- World Alliance of Patient Safety, Patient Safety Solutions <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/en/index.html> (Letzter Zugriff 30/01/2008).

Weiterführende Literatur

- M Bernstein, Wrong side surgery: systems for prevention, J Can Chir 46, 2003, S. 144-146.
- B Bjorn, LI Rabol, EB Jensen, BL Pedersen, (Wrong-site surgery: incidence and prevention) Ugeskr Læger 27, 2006, S. 4205-4209.
- BL Carney, Evolution of wrong site surgery prevention strategies, AORN J 83, 2006, S. 1121-1122.
- HH Chang, JJ Lee, SJ Lee et al, Effectiveness of an educational program in reducing the incidence of wrong-site tooth extraction, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 98, 2004, S.288-294.
- MR Chassin, EC Becher, The Wrong Patient, Ann Intern Med 136, 2002, 826-833.
- L Kowalczyk, Surgical mistakes persist in Bay State – Still a tiny fraction of total procedures, The Boston Globe, Third Edition, October 26, 2007. http://www.boston.com/news/local/articles/2007/10/26/surgical_mistakes_persist_in_bay_state/?page=1 (Letzter Zugriff 30/01/2008).
- E Dattilo, RE Constantino, Root cause analysis and nursing management responsibilities in wrong-site surgery, Dimens Crit Care Nurse 25, 2006, S. 221-225.
- CR Edmonds, GA Liguori, MA Stanton, Two cases of a wrong-site peripheral nerve block an a process to prevent this complication, Reg Anesth Pain Med 30, 2005, S. 99-103.
- P Edwards, Promoting correct site surgery: a national approach, J Perioper Pract 16, 2006, S. 80-86.

- I Elghrably, SG Fraser, An observational study of laterality errors in a sample of clinical records, *Eye* 20, 2006, S.1-4.
- S Fraser, W Adams, Wrong site surgery – a preventable complication? *Br J Ophthalmol* 90, 2006, S. 814-816.
- VC Gibbs, Patient safety practices in the operating room: correct-site surgery and nothing left behind, *Surg Clin North Am* 85, 2005, S.1307-1309.
- SJ Giles, P Rhodes, G Clements et al, Experience of wrong site surgery and surgical marking practices among clinicians in the UK, *Qual Saf Health Care* 15, 2006, S.363-368.
- CW Di Giovanni, L Kang, J Manuel, Patient Compliance in avoiding wrong-site surgery, *J Bone Joint Surg Am* 85, 2003, S.815-819.
- MR Kwaan, DM Studdert, MJ Zinner et al, Incidence, Patterns, and Prevention of Wrong-Site-Surgery, *Arch Surg* 141, 2006, S. 353-358.
- ES Loft, DM Marcus, Wrong-Site Eye Surgery, *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 35, 2004, S. 182-184
- MA Makary, JB Sexton, JA Freischlag et al, Operating room teamwork among physicians and nurses teamwork in the eye of the beholder, *J Am Coll Surg* 202, 2006, S. 746-752.
- MA Makary, A Mukherjee, JB Sexton et al, Operating room briefings and wrong-site surgery, *J Am Coll Surg* 2004, 2007, S. 236-243.
- EG Meinberg, PJ Stern, Incidence of wrong-site surgery among hand surgeons, *J Bone Joint Surg Am* 85, 2003, S.193-197.
- RK Michaels, MA Makary, Y Dahab et al, Achieving the National Quality Forum's "Never Events": prevention of wrong site, wrong procedure, an wrong patient operations, *Ann Surg* 245, 2007, S. 526-532.
- P Mitchell, CL Nicholson, A Jenkins, Side errors in neurosurgery, *Acta Neurochir* 148, 2006, S. 1289-1292.
- NM Saufi, Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery, *J Perianesth Nurs* 19, 2004, S. 348-351.
- RC Scheidt, Ensuring correct site surgery, *AORN J* 76, 2002, S. 770-777.
- SC Seiden, P Barrach, Wrong-side / Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events. Are they preventable? *Arch Surg* 141, 2006, S. 931-939.
- DA Wong, Spinal surgery and patient safety: a systems approach, *J Am Acad Orthop Surg* 14, 2006, S. 226-232.

Glossar

Patientensicherheit (*engl.: patient safety*)

Wird definiert als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse.

Unerwünschtes Ereignis (*engl.: adverse event*)

Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (*engl.: preventable adverse event*)

Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

Kritisches Ereignis (*engl.: critical incident*)

Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

Fehler (*engl.: error*)

Eine Handlung oder ein Unterlassen bei dem eine Abweichung vom Plan oder ein falscher Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

Beinahe-Schaden/-Unfall (*engl.: near miss*)

Ein Fehler ohne Schaden, der aber zu einem Schaden hätte führen können.

Entstehungsgeschichte der Empfehlungen und Impressum

Die Empfehlungen und das vorliegende Dokument wurden in folgenden Schritten entwickelt:

- Die Grundlagenarbeiten für diese Empfehlungen sowie das Poster und der Flyer zur Prävention von Eingriffsverwechslungen entstanden in einer Arbeitsgruppe und einer daraus hervorgehenden Redaktionsgruppe „Eingriffsverwechslung“ des Deutschen Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. in Kooperation mit der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz.
- Präsentation der Empfehlungen vor der fmch und der SGC. Erklärung der grundsätzlichen Genehmigung und der Unterstützungsbereitschaft durch diese
- Konzeptionelle Vorbereitung dieses Dokumentes durch die Redaktionsgruppe
- Verfassen der Entwurfsvorlage durch die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz
- Überarbeitung durch das Deutsche Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. für Deutschland
- Überarbeitung der Deutschen Vorlage durch die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz für die Schweiz
- Vernehmlassung und Verabschiedung in der Qualitätskommission der fmch und im Stiftungsrat der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz

Leitung der Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. Matthias Rothmund (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie), Prof. Dr. Matthias Schrappe (Vorsitzender des Deutschen Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Schweiz: Prof. Dr. Dieter Conen (Präsident Stiftung für Patientensicherheit Schweiz), Dr. Marc-Anton Hochreutener (Geschäftsführer Stiftung für Patientensicherheit Schweiz)

Deutschland: Gudrun Berger, Ina-Maria Bormeister, Dr. Johannes Bruns, Dr. Diedrich Bühler, Dr. Maria Eberlein-Gonska, Ralf Erdmann, Dr. Axel Fengler, Stefan Hansen, Dr. Marc-Anton Hochreutener (Geschäftsführer Stiftung für Patientensicherheit Schweiz), Dr. Gesine Hofinger, Albert Karschti, Andreas Kintrup, Kai Kolpatzik MPH, Bernhard Kreser, Dr. Beate Lechler, Steffen Marienfeld, Thomas Müller, Fabian Mundt, Michael Petry, Dr. Kirsten Rosengarten, Dr. L Sause, Thomas Schmitz, Dr. Fred Thomalla, Frauke Vogelsang, Jörg Weber, Katrin Weigelt.

Redaktionsgruppe für die Fassung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.:

Schweiz: Paula Bezzola (Stv. Geschäftsführerin Stiftung für Patientensicherheit Schweiz), Dr. Marc-Anton Hochreutener (Geschäftsführer Stiftung für Patientensicherheit Schweiz)

Deutschland: Ralf Erdmann, Kai Kolpatzik MPH, Dr. Gesine Hofinger, Dr. Beate Lechler, Dr. Constanze Lessing, Katrin Weigelt

Redaktion der vorliegenden Fassung der Stiftung für Patientensicherheit:

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener (Geschäftsführer Stiftung für Patientensicherheit Schweiz)

Paula Bezzola (stv. Geschäftsführerin Stiftung für Patientensicherheit Schweiz)

Herausgeber:

Stiftung für Patientensicherheit

Asylstrasse 41

CH – 8032 Zürich

Stand: März 2008

Poster, Flyer, Musterbrief für Patienten und diese Broschüre stehen Ihnen via Internet (Bestellung oder Download) zur Verfügung unter www.patientensicherheit.ch

Redaktion und Herausgeber

Stiftung für Patientensicherheit

Asylstrasse 41

CH-8032 Zürich

Tel. +41(0)43 243 76 70

Fax +41 (0)43 243 76 71

www.patientensicherheit.ch

info@patientensicherheit.ch

Stiftungssitz: c/o Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften