

Bericht

Titel:	Ausfüllen der präoperativen Checkliste
Zuständiges Fachgebiet:	Orthopädie
Altersgruppe des Patienten:	leer
Geschlecht des Patienten:	leer
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Einschleusung eines Patienten im OP - geplante OP. Die präoperative Checkliste wurde auf der Station nicht ausgefüllt. Es gab keine Seitenmarkierung der zu operierenden Seite (beim Patienten).
Was war das Ergebnis?	Im Saal wurde die Blutsperrung erst an der falschen Seite angelegt. Der Instrumentanz ist dies direkt aufgefallen. Es gab dann den Hinweis, dass Pat. an der anderen Seite operiert werden soll. Diese Information wurde nach dem Einschleusen an die MA im OP Saal mündlich gegeben, nur deshalb wusste die OP Pflege welche Seite operiert werden sollte.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...	Präoperative Checkliste muss vor der Einschleusung komplett ausgefüllt werden, mit Unterschrift. Die Eingriffsseite muss deutlich markiert werden.
Kam der Patient zu Schaden?	nein
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	• Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	monatlich
Wer berichtet?	Pflege-, Praxispersonal

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de

Autor: Prof. Dr. med. Hartwig Bauer in Vertretung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Zum Sachverhalt:

Meldung des Pflegepersonals aus dem Routinebetrieb des Fachgebiets der Orthopädie zu einem kritischen Ereignis bzw. einer Abfolge von Fehlern, die zu einem operativen Eingriff auf der falschen Seite hätte führen können. Der Hinweis auf ein monatliches derartiges Vorkommnis lässt auf ein systemisches prozessuales Defizit schließen.

In dem geschilderten Fall wurde

- die präoperative Checkliste auf der Station nicht ausgefüllt
- gab es beim Patienten keine Seitenmarkierung der zu operierenden Seite.

Im Saal wurde die Blutsperrung dann erst an der falschen Seite angelegt. Nur infolge einer nach dem Einschleusen an die Mitarbeiter im OP Saal mündlich gegebenen Information wusste die OP-Pflege, welche Seite operiert werden sollte und konnte so die Katastrophe eines Eingriffs auf der falschen Seite verhindern.

Diese Schilderung legt nahe, dass eine Checkliste und eine Vorschrift zur Seitenmarkierung wohl existieren, deren Ausfüllen und Überprüfung auf Vollständigkeit bzw. korrekte Anbringung am Patienten (bei Einschleusung in den OP, vor Einleitung der Narkose und vor Anlegen der Blutsperrung, vor Durchführung der Hautdesinfektion und Abdeckung, im Rahmen des Team Time Out vor Hautschnitt durch den Operateur) nicht regelhaft erfolgen. Offensichtlich fehlt es an standardisierten Prozessschritten und deren Einhaltung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen vom präoperativen Verifikationsprozess über die Markierung des Eingriffsortes bis zum Team-Time-Out.

Checklisten als Meilenstein in der Patientensicherheit

Das Thema Patientensicherheit hat heute zu Recht einen hohen Stellenwert in der Krankenhausorganisation. Anonymisierte Meldungen kritischer Ereignisse im Rahmen eines CIRS (seit 2014 vom G-BA im Sinne einer Richtlinie umgesetzt und mit seinen Anforderungen am 5.7.2016 in Kraft getreten) sollten durch strukturierte Risikokommunikation zwischen allen Berufsgruppen infolge frühzeitiger Identifikation von Risiken zur Prävention von Schäden beitragen und somit die Zahl real eintretender Schäden reduzieren. Bei der vorliegenden Meldung handelt es sich um einen klassischen CIRS-Fall, der dringenden Handlungsbedarf bezüglich der Implementierung standardisierter Prozessschritte aufzeigt.

Die Kampagne „Save Surgery saves lives“ führte mit der Etablierung der WHO Operationscheckliste zu einem Meilenstein in der Patientensicherheit bei chirurgischen Eingriffen. Checklisten stellen ein Arbeitswerkzeug dar, das als Erinnerungshilfe eingesetzt wird oder auch, um Prozesse und Handlungen gleichbleibend zu strukturieren. Wie im Flugzeugcockpit können Checklisten im Krankenhaus eingesetzt werden, um wichtige Dinge in Erinnerung zu rufen, Prozesse zu strukturieren und Aufgabenverteilungen zu regeln. Indem sie gewährleisten, dass Prozesse immer in einer objektiv reproduzierbaren Weise ablaufen, tragen sie zur Erhöhung der Patientensicherheit bei. Insbesondere in Stress- und Ausnahmesituationen können Checklisten helfen, Gedächtnisfehler zu vermeiden und Entscheidungskorridore aufzeigen, welche die Sachlage überschaubar halten und damit handhabbar machen [1]. Die im Jahr 2006 vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) nach internationalem Vorbild in Checklistenform erarbeiteten deutschsprachigen Empfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen (falscher Patient, falsche Seite, falscher Eingriff), waren ein erster überzeugender Schritt zur klinischen Umsetzung dieser Prämissen [2].

Dass die Implementierung der Checkliste zu einer erniedrigten postoperativen Mortalität führt, ist durch Kohortenstudien und Metaanalysen belegt [3]. Mit der Verwendung von OP-Checklisten lässt sich sicherstellen, dass in der perioperativen Patientenversorgung kein wichtiger Prozessschritt ausgelassen bzw. vergessen wird, sodass Eingriffs- oder Patientenverwechslungen vermieden werden können. Die regelhafte und korrekte Anwendung erfordert eine sehr gute Abstimmung von OP-Checkliste und den einzelnen Prozessschritten sowie die Akzeptanz der Anwender. Daher stellt die Implementierung von OP-Checklisten viele Krankenhäuser vor große organisatorische und auch kulturelle Herausforderungen.

Checklisten: Hoher Implementierungsgrad, Defizite bei der kompletten Abarbeitung

Im Jahre 2014 konzipierten die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) sowie Vertreter des Aktionsbündnis Patientensicherheit einen online-basierten Fragebogen zur Patientensicherheit in der Chirurgie. Dabei ging es anhand von 52 Fragen nicht nur darum, ob und wie regelmäßig Maßnahmen zur Fehlerprävention eingesetzt werden, sondern die Teilnehmer wurden auch gebeten, die Maßnahmen hinsichtlich ihrer Effektivität subjektiv zu bewerten. Angeschrieben wurden alle Mitglieder der DGCH sowie ihrer Mitgliedsgesellschaften und des BDC. Die Ergebnisse wurden 2015 veröffentlicht und zeigen deutliche Fortschritte im Umgang mit Patientensicherheit und Risikomanagement. Knapp 95 % der Befragten gaben an, dass in ihrer Klinik eine perioperative Checkliste verwendet und die Eingriffsseite präoperativ markiert wird. Diese Maßnahmen hielten auch über 90 % für wirksam. Dabei gaben nur 60 % an, dass alle Punkte der Checkliste abgearbeitet werden, wobei die Umsetzung bei Elektiveingriffen konsequenter erfolge als bei Notfalleingriffen [4].

Seitenverwechslung als „Never Event“

Der Einsatz von OP-Sicherheitschecklisten nach dem WHO-Modell ist heute eine der tragenden Säulen des Risikomanagements und bei zunehmender Akzeptanz in den Kliniken breit implementiert. Trotz dieser Sicherheitsmaßnahmen kommt es im Operationsbereich weiterhin zu Seitenverwechslungen. Sie zählen zu den sog. NEVER EVENTS – schwerwiegende, prinzipiell vermeidbare Zwischenfälle, die nach dem Stand der Wissenschaft und bei entsprechenden Vorsorgemaßnahmen nie vorkommen sollten. Ein weiteres Kriterium ist, dass die Ursachen des Ereignisses gegenüber dem öffentlichen Interesse schwer zu rechtfertigen sind, da immer ein Verschulden der Klinik zu vermuten ist. Mit 207 Fällen machten sie 2016 immerhin sieben Prozent aller vom MDK nachgewiesenen Behandlungsfehler aus. Darunter waren der sog. „Wrong Site Surgery“ (falscher Patient, falsche Seite, falsches Organ, falscher Eingriff/falsches Implantat) insgesamt 54 Fälle (26%) zuzurechnen [5].

Das High 5s-Projekt: SOP Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Das einfache Abarbeiten von Checklisten z. B. im OP reicht nicht aus, um die Sicherheit des Patienten bei den vielen und ständig zunehmenden prä- und postoperativen Schnittstellen im gesamten Behandlungsablauf sicherzustellen. Essentiell sind vielmehr die hinter den Abfragen stehenden Handlungen sowie die Kommunikation, sowohl

mit dem Patienten als auch innerhalb des Teams. Die Einführung von OP-Checklisten setzt deshalb eine intensive Auseinandersetzung mit dem Versorgungsprozess und definierte, standardisierte Vorgehensweisen voraus. Grundlage für die Prozessgestaltung ist somit eine Handlungsempfehlung, auch Standard Operating Protocol (SOP) genannt [6].

Im Rahmen des sog. High 5s-Projekts der World Health Organization (WHO) haben 16 deutsche Krankenhäuser eine Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen unter Verwendung von OP-Checklisten implementiert und deren Machbarkeit erprobt. Die Bezeichnung „High 5s“ leitet sich von der ursprünglichen Idee ab, fünf Patientensicherheitsprobleme in fünf Ländern über fünf Jahre hinweg zu reduzieren.

Die High 5s OP-Checkliste ist das zentrale Instrument für die Dokumentation der Prozessschritte. Die Checkliste wird von der Patientenaufnahme bis hin zum Team-Time-Out direkt vor dem Hautschnitt vom gesamten Versorgungs-Team abgearbeitet. Das macht eine klare Regelung der Zuständigkeiten für die einzelnen Prozessschritte erforderlich. Diese sind in dem angehängten Informationsflyer übersichtlich und gut nachvollziehbar dargestellt [7].

Zusammengefasst ist es das Ziel der SOP, Eingriffsverwechslungen durch eine wirkungsvolle Implementierung und konsequente Anwendung folgender drei sich ergänzender Prozessschritte in der Vorbereitung jedes Patienten für operative Eingriffe zu verhindern:

- präoperativer Verifikationsprozess
- Markierung des Eingriffsortes
- "Team-Time-Out" unmittelbar vor Beginn des Eingriffs

Wichtig für den Erfolg der Bestrebungen ist, dass alle Mitglieder des prä- und perioperativen Teams aktiv beteiligt sind und effektiv miteinander kommunizieren. Eine klare personelle Zuordnung der Durchführungs- und Dokumentationsverantwortlichkeit der einzelnen Check-Abschnitte muss geregelt sein. Zudem ist der Patient in dem Maße, in dem dies möglich ist, in diesen Prozess einzubeziehen.

Wichtige Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von Checklisten [8]:

1. Einholen von Rückhalt bzw. Unterstützung von Leitungspersonen und der Führungsebene

- Information der Leitungsebene mit Begründung der Projektinitiierung, beispielsweise durch Aufzeigen von Sicherheitslücken im Prozess anhand von Fällen aus Fehlermeldesystemen
- Sicherstellen der Unterstützung der Leitungsebene, u.a. zur Bereitstellung von Ressourcen für die Projektarbeit
- Förderung der Akzeptanz bei den Anwendern durch Vorbildfunktion der leitenden Ärzte bei der Umsetzung des neuen Prozesses

2. Bildung einer Projektsteuergruppe/eines Projektteams

- Besetzung der Steuergruppe mit Entscheidungsträgern
- Benennung einer Projektleitung
- Bildung eines hierarchieübergreifenden und interprofessionellen Projektteams

3. Strukturiertes Vorgehen bei der Implementierung

- Erstellung eines Projektarbeitsplans (Ziel, Ressourcen, Zeit, Aufgaben)
- Festlegung einer Vorgehensweise (sukzessive oder abteilungsübergreifende Implementierung des neuen Prozesses im Haus)
- Erarbeitung einer Kommunikationsstrategie (Ankündigung der Einführung des neuen Prozesses/der OP-Checkliste im Haus)
- Erarbeitung von Schulungs- und Implementierungsmaterialien

4. Erarbeiten und Testen der SOP und der OP-Checkliste

- Durchführung eines Pilottests (die Testphase kann so lange durchlaufen werden, bis der neue Prozess und die OP-Checkliste aufeinander abgestimmt sind)
- Einbeziehung der Anwender in die Erarbeitungs- und Testphase (essentiell für die spätere Umsetzung)

5. Enge Begleitung und Coaching in der Einführungsphase

- Durchführung von Schulungen (ggf. Simulation des Team-Time-Out)
- Coaching durch Mitglieder des Projektteams bei der Einführung (vor Ort-Hilfe)
- Ansprechpartner für Rückfragen

6. Nachhaltigkeit und regelmäßige Umsetzung der SOP/OP-Checkliste

- Monitoring und Evaluation der Umsetzung
- regelmäßige Information und Kommunikation über den Implementierungs- und Umsetzungsprozess (z.B. Umsetzungsqualität, Optimierungsbedarf)
- Offenheit für Änderungen des Verfahrens/der OP-Checkliste
- regelmäßige Fortbildungen

Einsatz von Checklisten im klinischen Alltag

Beim Einsatz von Checklisten im klinischen Alltag geht es vor allem um die Etablierung eines Systems und nicht nur um die Durchführung von Einzelmaßnahmen der Fehlerprävention. Es geht um nicht mehr und nicht weniger als die Etablierung einer Sicherheitskultur, wozu es vor allem eines Umdenkens der leitenden Ärzte bedarf, um diese Prozesse in den einzelnen Abteilungen voranzutreiben. Patientensicherheit und Fehlerprävention müssen Chefsache sein. Ohne Identifikation der Klinik- und Abteilungsleitungen werden noch so ausdifferenzierte Konzepte kaum die nötige Akzeptanz aller Mitarbeiter finden. Eine klare personelle Zuordnung der Durchführungs- und Dokumentationsverantwortlichkeit der einzelnen Check-Abschnitte muss geregelt sein.

Zu den 10 Punkten der WHO Guidelines for Safe Surgery aus dem Jahre 2009 zählt als erster die Sicherstellung von Patientenidentität und Eingriffsart und -lokalisation. Diese muss während des gesamten Prozesses von der Operationsplanung bis zum Eintritt in den Operationssaal unabhängig verifiziert werden. Dabei muss die Identität sowohl beim wachen Patienten abgefragt werden, als auch mittels Armband o. ä. markiert sein. Neben dem Namen sollte noch ein sekundäres Merkmal zur Identifikation, wie z. B. das Geburtsdatum, abgefragt werden. Zudem muss die Eingriffsseite präoperativ vom Operateur oder zumindest von einer Person des Operationsteams am wachen Patienten markiert werden. Des Weiteren wird ein Team Time Out als strukturierter Dialog direkt vor Beginn bzw. Schnitt festgelegt, welches dokumentiert werden muss [3].

Literatur:

1. Bauer H. Cockpit und OP-Saal: Checklisten verbessern Sicherheit. Berlin Medical 2010;7(1):8-12.
www.dgch.de/fileadmin/media/pdf/dgch/Sicherheitschecklist_Artikel_Bauer.pdf
2. Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie. 2007. [cited: 2018-10-02].
www.dkgev.de/media/file/2868.Brosch%C3%BCre_Seitenverwechselung_ohne%20Leerseiten_FINAL.pdf
3. Beyer K, Heidecke C. Patientensicherheit –Was wir erreicht haben. Klinikarzt 2018;47(07):316-20.
www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0644-2014
4. Rothmund M, Kohlmann T, Heidecke CD, et al. Einführung und Beurteilung von Maßnahmen zur Fehlerprävention in chirurgischen Kliniken: Ergebnisse einer aktuellen Online-Befragung = Implementation and evaluation of error prevention measures in surgical clinics: Results of a current online survey. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2015;109:384-93.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26354140
5. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahresstatistik 2015. 2016. [cited: 2018-10-02].
www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2016/2016_05_12/Weitere_Informationen/16-05-12_-_Jahresstat-BHF-Begutacht_2015-MDS-MDK.pdf
6. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). SOP Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Internet. [cited: 2018-10-02].
www.aezq.de/patientensicherheit/h5s/high5s-eingriffsverwechslungen
7. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Vermeidung von Eingriffsverwechslungen im High 5s-Projekt.

