



Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie ¹

Präambel

Verwechslungen bei operativen Eingriffen werden im angloamerikanischen Sprachraum zusammenfassend als „Wrong Site Surgery“ bezeichnet. Der weit gespannte Begriff kann Verwechslungen vielfacher Art bezeichnen, die Verwechslung eines Eingriffsortes, z.B. der Körperseite, die Verwechslung einer Eingriffsart oder die Verwechslung eines Patienten. Da stets die Ausführung an nicht indizierter Stelle gemeint ist, lässt sich „Wrong Site Surgery“ im Deutschen am besten mit „Eingriffsverwechslung“ übersetzen. Patientenverwechslungen und damit auch die Verwechslung der Eingriffsart können bei Eingriffsverwechslungen zwar eine Rolle spielen, werden als gesondertes Thema jedoch in einer späteren Arbeitsgruppe des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. behandelt.

Eingriffsverwechslungen sind vermeidbar und stellen damit ein beherrschbares Risiko dar. Für Betroffene können Sie einen großen individuellen Schaden bedeuten. Deshalb müssen, auch wenn Eingriffsverwechslungen im medizinischen Alltag selten sind, Strategien entwickelt werden, die wenigen Fälle erfolgreich zu verhindern. Organisationen für Patientensicherheit in den USA, Großbritannien und Australien haben sich des Themas in den vergangenen Jahren angenommen und erste Empfehlungen ausgesprochen.

Das im April 2005 gegründete Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. hat diesen Faden für Deutschland aufgegriffen und ihn zum Gegenstand einer eigenen Arbeitsgruppe gemacht. In Workshops und Expertenbefragungen wurden die unten stehenden Empfehlungen als Standard für deutsche Krankenhäuser und Ambulanzen erarbeitet. Sie sollen es Ärzten, Pflegepersonal und Patienten erleichtern, gemeinsam kritische Situationen zu vermeiden, die zu einer Eingriffsverwechslung führen können.

Eine effiziente Vermeidungsstrategie ist die erfolgreiche Kommunikation zwischen Arzt, Pflegepersonal und Patient. Aus Sicht des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. ist deshalb eine kontinuierliche Rückversicherung über die korrekte Ausführung eines geplanten Eingriffs das geeignete Instrument, um Eingriffsverwechslungen zu vermeiden. Zwei Voraussetzungen sollten dafür erfüllt sein. Zum einen sollten Patient und Operateur sich in der Regel vor dem Eingriff persönlich kennen lernen, entweder beim vorausgehenden Aufklärungsgespräch oder bei der Markierung vor der Operation. Zum anderen muss der Patient in den Prozess der Eingriffsidentifikation aktiv eingebunden werden.

Unter diesen Vorbedingungen beschreiben die folgenden Handlungsempfehlungen vier Kontrollstufen, in denen Informationen über den Patienten und den geplanten Eingriff aktiv abgefragt werden. Solange der Patient eigenständig handlungsfähig ist und sich dem medizinischen Personal eindeutig mitteilen kann, ist

er in diesen Prozess einzubeziehen. Die Wiederholung von Fragen und Antworten ist beabsichtigt und soll Verwechslungen an den verschiedenen Stationen des Behandlungsablaufs (Aufnahme, Transport usw.) verhindern. Dazu wurde ein vierstufiges Befragungs- und Kontrollverfahren entwickelt

Sollte während einer dieser vier Stufen eine Verwechslung erkannt werden, ist es Aufgabe des Arztes und Pflegepersonals eine umgehende Korrektur vorzunehmen, die zugleich eine Benachrichtigung der nachfolgenden Stufen umfasst. Der Abgleich erfolgt anhand von Patientenakten und weiteren Aufzeichnungen und, solange der Patient ansprechbar und fähig ist, zu antworten, in Absprache mit ihm.

Nicht selten wird die Einbeziehung des Patienten dadurch erschwert, dass es sich um Notfallpatienten, der deutschen Sprache nicht mächtige Patienten, demente oder geistig behinderte Menschen oder Kinder handelt. Soweit möglich, sollten Ärzte und Pflegepersonal alternative Wege finden, diese Patienten aktiv einzubeziehen, z.B. durch Dolmetscher, Sozialdienste, Angehörige oder Vormundschaftsvertreter. In Notfallsituationen kann es notwendig sein, den vierstufigen Befragungs- und Kontrollprozess abzukürzen und auf die unmittelbare Operationssituation zu beschränken.

Die Handlungsempfehlungen beschreiben vier Kontrollstufen, in denen die Richtigkeit des geplanten Eingriffs überprüft wird. Es sind dies das Aufklärungsgespräch, die Markierung des Patienten, die Narkoseeinleitung und das „Team-Time-Out“ im Operationssaal. Auf zwei Punkte sei in diesem Zusammenhang gesondert hingewiesen. Es gibt einige Fälle, in denen der Eingriffsort nicht markiert werden kann, z.B. bei Eingriffen an den Zähnen oder an Schleimhäuten. In dieser Phase, am Vorabend oder Morgen des Eingriffs, sollte dennoch die Überprüfung der im Übrigen beschriebenen Punkte stattfinden. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. hat die vierte Station mit dem englischen Begriff „Team-Time-Out“ überschrieben. Wir haben hier den Anglizismus gewählt, weil er aus unserer Sicht die positiven Aspekte eines „letzten Innehaltens vor dem Schnitt“ besonders gut zum Ausdruck bringt.

Die Vermeidung von Eingriffsverwechslungen beinhaltet die Identifizierung des richtigen Patienten, z.B. beim Transport in den Operationssaal. Die Identifikation des Patienten ist die Grundlage jeder der unten beschriebenen Stationen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Die Patientenidentifikation betrifft darüber hinaus Bereiche, die über den chirurgischen Eingriff hinausgehen. Deshalb wird das Aktionsbündnis Patientensicherheit dem Thema eine eigene Arbeitsgruppe widmen. Im Zusammenhang mit der Eingriffsverwechslung sprechen wir uns grundsätzlich für den Nutzen automatisierter Patientenidentifikationssysteme aus, z.B. durch Armbänder (Barcode und/oder Radio Frequenz Identifikation). Zur abschließenden Beurteilung muss jedoch erst eine Aufarbeitung der bisherigen Forschungsergebnisse unter Berücksichtigung der nichttechnischen und technisch-unterstützten Maßnahmen sowie deren Wirtschaftlichkeit vorgenommen werden.

Die Implementierung der Handlungsempfehlungen wird sich auf begleitende Materialien zur Verteilung in Krankenhäusern und Ambulanzen stützen. Diese können in Kürze über das Aktionsbündnis (www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de) bezogen werden.

Vier Stufen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

1. Aufklärung und Identifikation des Patienten

- Wer:** Der Operateur wenn möglich, oder ein Facharzt
Wann: Während des Aufklärungsgesprächs vor oder nach der Aufnahme
Wo: Ambulanz oder Station
Was:
- Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte bzw. geeigneter Patientenidentifikationssysteme
 - Festlegung von Eingriffsort und Prozedur
 - Juristisch wirksame Aufklärung über den Eingriff
 - Aktive Befragung des Patienten zum Eingriffsort (antworten und zeigen lassen)
 - Abschließender Abgleich mit vorangegangenen Untersuchungen (z.B. Patientenakte, Aufnahmen bildgebender Verfahren, Einweisungspapiere)

2. Markierung des Eingriffsortes

- Wer:**
- In der Regel der Operateur
 - An zweiter Stelle der in den Eingriff aufklärende Arzt
 - An dritter Stelle ein erfahrener Arzt des Behandlungsteams
- Wann:** Am Vorabend im Rahmen der Aufklärung oder am Morgen des Eingriffs, außerhalb des OP
Wo: Ambulanz oder Station
Was:
- Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte bzw. geeigneter Patientenidentifikationssysteme
 - Aktive Befragung des Patienten zur Prozedur und zum Eingriffsort vor der Prämedikation
 - Markierung mit einem nicht abwischbaren Stift
 - Markierungen nur am Eingriffsort und nicht z.B. auf der kontralateralen Seite
 - Verwendung von eindeutigen Zeichen (Kreuz oder Pfeil) statt Worten (z.B. nicht durch „ja“ – „nein“)
 - Bei mehr als einem Eingriffsort muss jeder Eingriffsort einzeln markiert werden

3. Identifikation des richtigen Patienten für den richtigen Saal

- Wer:** Arzt oder Pflegepersonal
Wann: Zwischen Prämedikation und Narkoseeinleitung, unmittelbar vor Eintritt in den OP
Wo: Einleitungsraum
Was:
- Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte bzw. geeigneter Patientenidentifikationssysteme: Name, Vorname, Geburtsdatum, PID, Prozedur, Eingriffsort
 - Wenn möglich (ansprechbar): aktive Befragung des Patienten zu Name, Vorname, Geburtsdatum, Prozedur und Eingriff
 - Überprüfung der Markierung

4. „Team-time-out“

- Wer:** Behandlungsteam, initiiert durch den Operateur
Wann: Unmittelbar vor dem Schnitt
Wo: OP
Was:
- Kontrolle aller Patientendaten anhand einer „Minicheckliste“
 - Identifikation des Patienten
 - Identifikation von Prozedur und Eingriffsort
 - Abgleich mit Aufnahmen bildgebender Verfahren
 - bei Implantaten: Überprüfung, ob das richtige verfügbar ist.
 - Wenn möglich, sollten alle Punkte durch ein „o.k.“ bestätigt werden
 - Nach dem Eingriff sind alle Punkte der Minicheckliste im OP-Protokoll festzuhalten.

¹ Die Arbeitsgruppe „Eingriffsverwechslung“:

Leitung: Prof. Dr. Matthias Rothmund, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universitätsklinikum Frankfurt.

Mitglieder der Arbeitsgruppe, die an der Handlungsempfehlung mitgearbeitet haben: Gudrun Berger, Ina-Maria Bormeister, Dr. Johannes Bruns, Dr. Diedrich Bühler, Prof. Dr. Dieter Conen, Dr. Maria Eberlein-Gonska, Ralf Erdmann, Dr. Axel Fengler, Stefan Hansen, Dr. Marc-Anton Hochreutener, Dr. Gesine Hofinger, Albert Karschti, Andreas Kintrup, Kai Kolpatzik MPH, Bernhard Kreser, Dr. Beate Lechler, Dr. Constanze Lessing, Steffen Marienfeld, Thomas Müller, Fabian Mundt, Michael Petry, Dr. Kirsten Rosengarten, Dr. L. Sause, Thomas Schmitz, Dr. Fred Tomalla, Frauke Vogelsang, Jörg Weber, Katrin Weigelt.

Redaktion: Dr. Constanze Lessing.

Kontakt: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., c/o Private Universität Witten-Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 44, 58455 Witten, constanze.lessing@uni-wh.de, www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de

Stand: Januar 2006