

NE 1a: Eingriffsverwechslung – Durchführung einer Intervention am falschen Eingriffsort

Kurze Beschreibung des NE

jede Art von Intervention, die am falschen Körperteil, dem falschen Organ oder dem falschen Teilbereich des vorgesehenen Eingriffsorts durchgeführt wurde.

Typische Vorereignisse?

- fehlende/falsche OP-Feld-Markierung
- Fehlende Patientenidentifikation
- falsche Unterlagen
- Seitenverwechslung bei Vorbereitung (z. B. Freilagerung der falschen Seite)
- grundsätzlich: Eine Barriere wird nicht erkannt / ein Check wird nicht bzw. nicht richtig durchgeführt.

Systematische Maßnahmen, welche die Eintrittswahrscheinlichkeit des NE bzw. der Vorereignisse minimieren?

- sichere Patientenidentifikation an allen Übergabe-/Übernahmeschnittstellen
- richtige OP-Feld-Markierung unter Einbezug der Patientinnen/Patienten
- Vier- bzw. Mehr-Augen-Prinzip

An welchen Barrieren / Bei welchen Checks fallen NE bzw. Vorereignisse auf?

- standardisiertes Sign-in
- standardisiertes Team-Time-out
- standardisiertes Micro-Team-Time-out (z. B. bei Wechsel oder Hinzukommen/Abtreten einer Operateurin / eines Operateurs)

Welche Signale streuen NE bzw. Vorereignisse im laufenden Prozess (bzw. ermöglichen ein Speak-up durch Mitarbeiter:innen)?

- verbale Reaktion der Patientin / des Patienten bei Sign-in
- Angaben der Patientin / des Patienten stimmen nicht mit den Unterlagen (Doku, OP-Plan) überein.
- Der Ablauf stimmt nicht mit dem eigenen Bild davon überein.

Welche Signale sind aus Patientensicht bemerkbar (bzw. ermöglichen ein Speak-up durch Patientinnen/Patienten)?

- keine Durchführung der Identifikation im Rahmen des Sign-in
- Der tatsächliche Ablauf stimmt nicht mit dem besprochenen Ablauf überein.
- falsche Vorbereitungsmaßnahmen (z. B. Lagerung / Desinfektion des falschen Beins)

Welches Vorgehen nach der Entdeckung des NE minimiert das Schadensausmaß?

- Stopp – sofortige Klärung der Situation
- wenn relevant: Schaden begrenzen
- Klärung: Wer informiert die Patientin / den Patienten in welcher Form?
- Klärung: Wer meldet an wen (in der eigenen Organisation)?
- Klärung: Müssen Medizinprodukte oder Ähnliches sichergestellt werden?
- Klärung: Wer dokumentiert wo was?

Was ist zu regeln, um das NE zu vermeiden?

- Vorgaben und Rahmenbedingungen für die OP-Feld-Kennzeichnung:
 - Wer markiert wann, womit und wie das OP-Feld bzw. die OP-Seite?
 - Werden alle OPs gekennzeichnet, oder gibt es begründete Ausnahmen? Welche Ausnahmen sind festgelegt, und wie wird konkret damit umgegangen?
Wie werden falsche Kennzeichnungen korrigiert?
- Vorgaben und Rahmenbedingungen für die Überprüfung der OP-Feld-Kennzeichnung:
 - Wann bzw. an welchen Schnittstellen wird die OP-Feld-Kennzeichnung durch wen überprüft?
 - Welche Quellen (und wie viele mindestens) werden bei der Überprüfung herangezogen (z. B. Markierung, Patient:in, OP-Plan, Dokumentation, Bilder ...)?
- Wie wird konkret bei einer Abweichung vorgegangen? (Was passiert z. B., wenn eine Markierung bei einer Überprüfung fehlt?)
- Vorgaben und Rahmenbedingungen für die Durchführung der WHO-OP-Checks (mindestens Sign-in, Team-Time-out, Sign-out):
 - Wie werden die WHO-OP-Checks den regionalen Gegebenheiten angepasst (z. B. fachspezifische Ergänzungen)?
 - Wie wird das Personal in den WHO-OP-Checks geschult, wie werden diese besprochen und eingeführt (im multiprofessionellen Team)?
- Wie werden die WHO-OP-Checks evaluiert?
 - bezüglich des Inhalts?
 - bezüglich der Compliance der Beteiligten?