



Fall des Monats Januar 2018

Patient narkotisiert trotz fehlender OP-Einwilligung

Fall-Nr.: 162943

Was ist passiert?

Checkliste "Patientensicherheit im OP" war im OP seitens der Stationspflege und der Anästhesie unterschrieben, das heißt: Alle Papiere vollständig.

Arztunterschrift fehlte, Patient wurde trotzdem in den OP eingeschleust. Als der Patient in Narkose war, fiel auf, dass die schriftliche OP-Einwilligung nicht in der Patientenakte lag. Auch nach längerem Suchen auf der Station wurde die OP-Einwilligung weder vom Arzt noch vom Patient unterschrieben gefunden.

Was war das Ergebnis?

Der Patient konnte nicht operiert werden, musste aus der Narkose aufwachen und konnte erst am nächsten Tag operiert werden.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Die Pflegekraft auf Station hätte die Checkliste nicht unterschreiben und der Patient hätte gar nicht in den OP gebracht werden dürfen. Der Stationsarzt hätte den Patienten aufklären und die OP-Einwilligung unterschreiben lassen müssen. Die OP-Einwilligung gehört in die Patientenakte. Die Checkliste hätte im OP nicht unterschrieben werden und der Patient nicht auf den OP Tisch gelagert werden dürfen.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? erstmalig

Kam der Patient zu Schaden? Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)

Altersgruppe: leer

Geschlecht: männlich

Zuständiges Fachgebiet: leer

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? Invasive Maßnahmen (Diagnostik/Therapie)

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal



Kommentare

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:

Jeder Eingriff ist im juristischen Sinn eine schwere vorsätzliche Körperverletzung, sofern er nicht durch eine wirksame Einwilligung nach adäquater Aufklärung gedeckt ist. Es ist zwar lobenswert, dass der eigentliche Eingriff hier nicht durchgeführt wurde, aber die Tatsache, dass der Patient bereits narkotisiert war ist nicht zu akzeptieren. In der Besprechung des CIRS-Teams wurde berichtet, dass der Fall bereits ausgewertet wurde und entsprechende Schlussfolgerungen getroffen wurden. Es ist trotzdem wichtig, darauf hinzuweisen, dass Patienten erst aus dem Bett umgelagert werden dürfen, wenn sämtliche Anforderungen der präoperativen Checkliste erfüllt sind. Das wird bei der Überarbeitung des OP-Status besonders berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wurde das Problem der fehlenden Lagerungspfleger angesprochen. Diese könnten die Koordination zwischen dem OP-Saal und der Station verbessern helfen, ohne in die Kompetenzen des OP-Koordinators einzugreifen.

Kommentar des Anwenderforums:

Die OP-Checkliste ist eigentlich nur ein Dokument, das die Durchführung von vorbereitenden Schritten/Maßnahmen vor einer Operation dokumentieren soll. Es ist damit vor allem ein Kommunikationsinstrument zwischen bettenführenden und Funktionsabteilungen und Berufsgruppen, in dem diese bestätigen, dass sie ihre jeweiligen Aufgaben erledigt haben.

Die OP-Checkliste strukturiert darüber hinaus die Operationsvorbereitung und die Prozessschritte unmittelbar am OP-Tag (Prämedikation, Einschleusung in den OP, so genanntes Team-time-out und ggf. auch Maßnahmen der OP-Nachbereitung) und sorgt durch verschiedene Kontrollschritte für die erforderliche Redundanz, um aufdecken zu können, wenn einzelne Maßnahmen im komplexen perioperativen Ablauf untergegangen sind.

Die Einführung von OP-Checklisten in die Gesundheitsversorgung geht auf eine von der Weltgesundheitsorganisation in 2009 publizierte Untersuchung zurück: In acht Ländern weltweit waren in jeweils einem Krankenhaus insgesamt fast 4.000 Patienten unter Anwendung der Checkliste behandelt worden. Die perioperative Mortalitätsrate war von 1,5 % zu Beginn auf 0,8 % nach Einführung der Checkliste gesunken, die Komplikationsrate (innerhalb der ersten 30 Tage postoperativ) von 11 % auf 7 % aller Patienten.

Auch in Deutschland wurde die Checkliste mittlerweile als obligates Instrument des klinischen Risikomanagements etabliert. Seit 2015 müssen bei allen Eingriffen, „die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen bzw. Ärzten oder die unter Sedierung erfolgen“,



Checklisten eingesetzt werden (Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, § 4 Methoden und Instrumente). Der G-BA erhofft sich durch die Checklisten eine „Standardisierung von Abläufen“, damit „die richtige Operation am richtigen Eingriffsort beim richtigen Patienten erfolgt“. Allerdings führt der G-BA nicht aus, was in Checklisten dokumentiert werden soll oder wie sie eingesetzt werden sollen.

Hier wird also nun aus einem Haus berichtet, in dem die OP-Checkliste von der Pflege auf der Station, der Anästhesie und der Chirurgie gegengezeichnet werden muss, um die Durchführung aller OP-Vorbereitungen zu bestätigen. Dennoch war der Patient trotz fehlender Unterschrift des Chirurgen und fehlender OP-Einwilligung eingeschleust und die Narkose eingeleitet worden. Erst dann fiel auf, dass keine OP-Aufklärung vorlag. Eigentlich war in diesem Hause im OP-Statut geregelt:

- Bei fehlender Arztunterschrift darf der Patient nicht in den OP eingeschleust werden. Im Idealfall gelingt es, den verantwortlichen Arzt kurzfristig zu kontaktieren. Dieser leistet nach Überprüfung der Dokumentation die erforderliche Unterschrift zur Freigabe oder stoppt den Prozess.
- Ist kein Arzt erreichbar, darf der Patient nicht eingeschleust werden und muss von der Station wieder abgeholt werden.

Es war nicht mehr zu klären, warum die OP-Aufklärung fehlte oder durch die Unterschrift der Station Pflege fälschlicherweise bestätigt worden war, dass alle Unterlagen vorliegen. Ein Einzelfall? Es wird im Kreis des Anwender-Forums vermutet, dass Checklisten z. T. auch ausgefüllt werden, ohne dass die jeweiligen Vorbereitungsschritte tatsächlich durchgeführt wurden. Allerdings sind dazu keine Zahlen verfügbar. Leider gibt es auch noch keine Untersuchungen darüber, wie gut die OP-Checkliste in deutschen Krankenhäusern eingeführt ist.

Empfehlungen:

Zur Einführung einer OP-Checkliste gehören immer klare Regelungen, wie zu verfahren ist, wenn einzelne Maßnahmen nicht dokumentiert sind oder Unterlagen fehlen, also vor allem STOP-Regeln, die dazu führen müssen, dass z. B. eine Vorbereitung noch nachgeholt wird (zum Beispiel eine Seitenmarkierung durch den Operateur) oder Einschleusung, Narkose und Operation abgebrochen werden. Und jeder muss sich auch an diese Regelungen halten „dürfen“, d. h. die Mitarbeiter müssen Rückendeckung erhalten, wenn sie mit dem Verweis auf eine unvollständige Checkliste den Prozess aufhalten.



Wie kann man nun überprüfen, wie gut das eigene Haus mit diesem Instrument arbeitet?

Hier einige Beispiele:

- Bei wie vielen Operationen im Jahr wird die Checkliste angewendet?
- Es gibt Einrichtungen, die regelmäßig (zum Beispiel jährlich) prüfen, wie hoch der Anteil komplett ausgefüllter Checklisten ist.
- Wie hoch ist der Anteil entsprechender Operationen mit (korrekter) Seitenmarkierung?
- Auch kann die Anzahl abgesetzte OPs wegen fehlender Unterlagen oder Vorbereitungsmaßnahmen überprüft werden. Allerdings ist dafür erforderlich, dass bei fehlenden Unterlagen oder Vorbereitungen tatsächlich auch keine Operation stattfindet.
- Und selbstverständlich können Mitarbeiter zu Problemen und Erfahrungen mit der Checkliste befragt werden.

Eine hilfreiche Publikation ist Schriftenreihe Nr. 5 „Operation Sichere Chirurgie“:

<http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Infomaterial-Schriften-B-cher.html>

Ein Anmerkung: Aus rechtlicher Perspektive betrachtet handelt es sich bei einer Narkose, die wie in diesem Fall ohne Operation wieder abgebrochen wird, eindeutig um eine Körperverletzung, da sie nicht durch eine vorherige Aufklärung gerechtfertigt ist.