

## Safe Surgery Saves Lives 2008

M. Rothmund



Im Juni wurde in Washington eine weltweite WHO-Initiative mit dem oben genannten Namen gestartet. Die Aktion wird von mehr als 400 Fachgesellschaften und Organisationen weltweit, vor allem aus der angelsächsischen und Spanisch sprechenden Welt, unterstützt. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie war durch den Unterzeichner vertreten, der neben etwa 40 anderen anwesenden Repräsentanten den vom Generalsekretär unterzeichneten Unterstützungsbrief an Sir Liam Donaldson, dem Vorsitzenden der World Alliance for Patient Safety, übergab.

Geleitet wurde die Sitzung von Dr. Atul Gawande, einem Chirurgen der Harvard Medical School und ausgewiesenen Experten für Patientensicherheit. Grußworte sprachen der Präsident des American College of Surgeons, die Direktorin der Pan American Health Organisation, die Direktorin der Agency for Healthcare Research and Quality der USA und die persönliche Referentin von Senator Edward Kennedy anstelle ihres schwer erkrankten Chefs. Aus Kontinental-Europa waren neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie nur noch die spanische Chirurgengesellschaft durch ihren Präsidenten vertreten.

Kern der Initiative ist die in der April-Ausgabe der Mitteilungen veröffentlichte Checkliste, die weltweit angewandt werden soll. Modifikationen je nach lokalen Verhältnissen und Art der Eingriffe, z. B. Erfassung der Thromboseprophylaxe, sind wünschenswert. Die Liste ist für die Anwendung in industrialisierten Ländern wie auch der Dritten Welt gedacht. Sie könnte geeignet sein, die Zahl der perioperativen unerwünschten Ereignisse auf die Hälfte zu reduzieren. Daten aus 56 Ländern, erhoben im Jahre 2004, zeigten eine Gesamtzahl an größeren Operationen von 187–281

Millionen pro Jahr weltweit und eine Mortalitätsrate von 0,4–0,8% in industrialisierten und von 5–10% in Entwicklungsländern. Hauptursache für perioperative Mortalität sind fehlende Spezialisierung, nosokomiale Infektionen, medikamentenbedingte Fehler und Eingriffe am falschen Patienten oder am falschen Organ (wrong site surgery).

Zurzeit wird der Effekt der Checkliste in ausgewählten Zentren prospektiv getestet (University of Washington Medical Center, Seattle, St. Mary's Hospital, London, St. Stephens Hospital, Neu-Delhi, Prince Hamzah Hospital, Amman, Philippines General Hospital, Manila, St. Francis Hospital, Ifakara, Tansania).

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unterstützt nicht nur die WHO-Initiative, sondern rät auch all ihren Mitgliedern, die Checkliste in ihren Krankenhäusern einzuführen und täglich anzuwenden. Zur Erinnerung ist sie nochmals – diesmal auf Deutsch – abgedruckt (S. 364).

*Korrespondenzadresse:*

Prof. Dr. med. Matthias Rothmund  
Philipps-Universität Marburg  
Fachbereich Medizin  
Baldingerstraße  
35033 Marburg  
E-Mail: rothmund.dekan@staff.uni-marburg.de



## Sicherheits-Checkliste-Chirurgie

„Safe surgery saves lives“  
Globale Initiative für Patientensicherheit der WHO

### 1. Initialer-Check (vor Narkoseeinleitung)

- Patient bestätigt: seine Identität (Personalien), Eingriffsort, Art des Eingriffs und Zustimmung zum Eingriff
- Eingriffsort markiert/nicht anwendbar
- Anästhesie – Sicherheitscheck abgeschlossen
- Pulsoxymeter ist am Patienten angebracht und funktioniert

Hat der Patient:

- |  |                          |      |                          |   |
|--|--------------------------|------|--------------------------|---|
| Allergie   | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja  |
| Intubationsschwierigkeit/<br>Aspirationsrisiko             | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja (notwendige Instrumente<br>und Personal sind vor-<br>handen) |
| Risiko von Blutverlust > 500 ml<br>(> 7 ml/kg bei Kindern) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja  |

### 2. Vor Hautschnitt (team time out)

- alle Mitglieder des Teams haben sich mit Namen und Funktion vorgestellt
- Operateur, Anästhesist und Pflegepersonen bestätigen Identität des Patienten, von Eingriffsort und -art sowie korrekte Lagerung

#### Vorhersehbare kritische Ereignisse

- Operateur fasst entscheidende und mögliche kritische Schritte der Operation zusammen und nennt zu erwartende(n) OP-Zeit und Blutverlust
- Anästhesieteam definiert evtl. notwendigen Reanimationsplan und patientenspezifische Probleme
- Pflege nennt Ergebnisse der Sterilisations-Indikatoren und Funktionsweise spezieller Geräte

#### Wurde Antibiotika-Prophylaxe während der letzten Stunde gegeben?

- ja                       nicht sinnvoll

#### Wurden alle nötigen Bilder (Röntgen, MR usw.) sichtbar präsentiert?

- ja                       nicht sinnvoll

andere Punkte .....

### 3. Finaler Check (bevor Patient OP Raum verlässt)

#### Pflege bestätigt mündlich:

- Art des Eingriffs
- vollständige Zahl von Instrumenten, Tupfern, Bauchtüchern etc., Nadeln
- Korrekte Beschriftung der Gefäße für Pathologie (entnommenes Gewebe)
- evtl. Fehlfunktion von Geräten

#### Operateur, Anästhesist und Pflege definieren:

- wichtigste Gesichtspunkte für Aufwachphase und postoperative Versorgung

(Unterschrift)  
Für das Team

(Datum)