

## OP-Checklisten im WHO Projekt „Action on Patient Safety: High 5s“ in Deutschland

### Entwicklung der High 5s OP-Checklisten

Grundlage der OP-Checklisten im High 5s-Projekt bildet die standardisierte Handlungsempfehlung (SOP) zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Die SOP und die OP-Checkliste als zentrales Element zur Implementierung und Evaluierung der Umsetzung wurden für alle teilnehmenden Länder von der internationalen High 5s-Projektgruppe vorgegeben. Die Entwicklung der nationalen Checkliste und der krankenhauseigenen Checklisten erfolgte in mehreren Stufen:

1. Die in den USA entwickelte Handlungsempfehlung und Original-High 5s OP-Checkliste wurde übersetzt, sprachlich und inhaltlich überarbeitet und angepasst.
2. Mit den Vertretern der teilnehmenden Krankenhäuser wurden in mehreren Workshops die Umsetzbarkeit OP-Checkliste beraten und eine an Deutschland adaptierte Version entwickelt. Ergebnis: High 5s Basis-Checkliste mit Mindestkriterien → Seite 1
3. Prätest der High 5s Basis-Checkliste mit zusätzlichen Abfragen in zwei Krankenhäusern.
4. Die High 5s Basis-Checkliste wurde an die individuellen Prozesse und Gegebenheiten in den Krankenhäusern unter Berücksichtigung der Mindestkriterien angepasst „Local Tailoring“. Ergebnis: 9 High 5s OP-Checklistenversionen → Seite 2ff.

### Hinweis zu den High 5s OP-Checklisten

Ab Seite 2 sind alle 9 Checklistenversionen der 16 teilnehmenden Krankenhäuser dargestellt die seit 2010 eingesetzt werden. Es gilt zu beachten, dass diese Checklisten verschiedene Abfragen enthalten, die nur für die Evaluation im High 5s-Projekt relevant waren. Diese Items werden von den High 5s-Projektkrankenhäusern nun im Rahmen der Überarbeitung ihrer OP-Checklisten nach der Evaluationsphase entfernt.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an [High5s\\_Germany@azq.de](mailto:High5s_Germany@azq.de) oder an die Ansprechpartner der Projektkrankenhäuser, deren Kontaktangaben der jeweiligen Checkliste vorangestellt sind.

Weitere Informationen unter: <http://patientensicherheit-online.de/h5s>

**Allgemeine Angaben** WER: (KH-intern)  
WANN: Bei Ansetzen der OP

1 Für High 5s-Auswertung geeignet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Als nicht geeignet für die High 5s-Auswertung gilt z.B. ein Eingriff, der abgesagt wurde, weil sich der Zustand des Patienten geändert hat oder weil der Operateur nicht verfügbar war.
1.1 Geschlechtszugehörigkeit des Pat.	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	1.3 Monat / Jahr des Eingriffs
1.2 Ungeplanter Notfalleingriff?	<input type="checkbox"/>		
			MM
			JJJJ

**Verifikation vor OP / OP-Vorbereitungen** WER: (KH-intern: Aufnehmender Arzt, Pflegepersonal, Anästhesieambulanz)  
WANN: Vor Eintreffen des Pat. in OP

	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend
2 OP-Aufklärung, schriftliche OP-Einwilligung <b>Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 OP-Plan <b>Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort, ggf. Angaben zu Implantate und Spezialinstrumente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <b>Markierung des Eingriffsortes</b> <input type="checkbox"/> Markierung SOP-gemäß <sup>1</sup> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht notwendig/möglich <input type="checkbox"/> Patient verweigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Prämedikationsvisite, schriftliche Anästhesie-Einwilligung <b>Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Befunde (EKG, Bildgebung, Biopsieberichte etc.) liegen vor <b>Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Vollständige Patientenakte liegt vor <b>Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <b>Bei Eintritt in den OP-Bereich</b> ▪ Prüfung Patientenidentität ▪ Prüfung Eingriffsart ▪ Prüfung Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Benötigte Implantate, Spezialinstrumente sind bereitgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 <input type="checkbox"/> <b>Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt</b>			
11 <input type="checkbox"/> <b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= SOP-bedingte Absage)</b>			

**Team-Time-Out** WER: Vollständiges OP-Team, Initiierung durch (KH-intern)  
WANN: unmittelbar vor Inzision

	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend	
12 <b>OP-Team bestätigt:</b> Patientenidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Durchführung nach SOP<sup>2</sup></b> Team-Time-Out erfolgt unmittelbar vor der Inzision Team-Time-Out wird vom zuständigen Koordinator initiiert Alle Mitglieder des OP-Teams nehmen am Team-Time-Out teil Aktive Kommunikation zwischen allen Teammitgliedern Alle anderen Aktivitäten ruhen (außer den aus Sicherheitsgründen erforderlichen)
13 Eingriff (siehe Einwilligungserklärung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 Eingriffsort durch Kontrolle der Markierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Korrekte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 Befunde und Röntgenbilder korrekt beschriftet und einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 Vorliegen der richtigen Implantate, Spezialinstrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 <input type="checkbox"/> <b>Team-Time-Out SOP-gemäß<sup>2</sup> durchgeführt</b>				
19 <input type="checkbox"/> <b>Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt</b>				
20 <input type="checkbox"/> <b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= SOP-bedingte Absage)</b>				



# High 5s OP-Checklisten



Gefördert durch:  
Bundesministerium  
für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Allgemeines Krankenhaus Celle

Ansprechpartner: Herr Dr. Zimmermann  
Qualitätsmanagement

---

E-Mail: [joerg.zimmermann@AKH-Celle.de](mailto:joerg.zimmermann@AKH-Celle.de)

---

Anschrift: Siemensplatz 4  
29223 Celle



**Allgemeine Angaben** (High 5s-relevant)

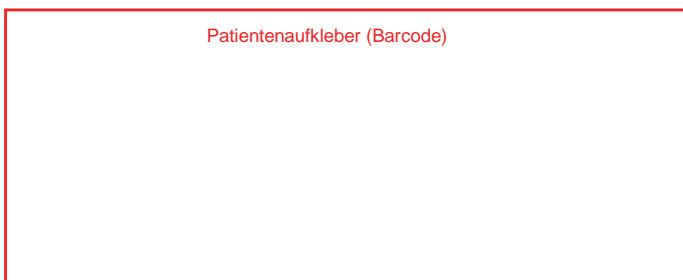
Geschlechtszugehörigkeit  weiblich  männlich

Monat / Jahr des Eingriffs (MM / JJJJ)  /

Für High 5s-Auswertung geeignet  ja  nein

Als nicht geeignet für die High 5s-Auswertung gilt z.B. ein Eingriff, der abgesagt wurde, weil sich der Zustand des Patienten geändert hat oder weil der Operateur nicht verfügbar war.

Falls der Fall nicht für die High 5s Auswertung geeignet ist, bitte hier den Grund angeben:



Jede Unstimmigkeit sofort klären!

1	X = Pflicht	OP-Planung	Keine Abweichung	Abweichung	Nicht zutreffend	Unterschrift
		wer? Operateur, aufklärender, voll informierter Arzt wann? Aufklärungsgespräch, Markierung zeitnah vor OP				
Operateur	X	<input type="checkbox"/> Ungeplanter Notfalleingriff				
	X	OP-Aufklärung/Einverständniserklärung <small>überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arzt
	X	OP-Plan <small>überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort, ggf. Implantate, Spezialinstrumente</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arzt
	X	<input type="checkbox"/> Seitenmarkierung SOP-gemäß durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht notwendig/möglich <input type="checkbox"/> Patient verweigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arzt
		Drahtmarkierung (Gynäkologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt
	Röntgenbilder vorhanden bzw. einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt	
2	X = Pflicht	OP-Vorbereitung	Keine Abweichung	Abweichung	Nicht zutreffend	Unterschrift
		wer? Pflegekraft wann? vor jeder OP				
Pflege-Station/Ambulanz	X	Unterlagen komplett <small>Akte und Aufkleber aktuell</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	X	Einwilligung OP vorhanden <small>(Eingriffsart, Eingriffsort, Unterschrift)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	X	Einwilligung Anästhesie vorhanden <small>und überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
		EKG <small>vorhanden, wenn angeordnet</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekraft
	X	Labor, weitere Befunde: vorhanden <small>überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort, Unterschrift</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	X	Präoperative Anästhesie-Anordnungen umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
		Blutgruppe liegt vor <small>wenn angeordnet</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekraft
		Blutkonserven und Transfusionsaufklärung vorhanden <small>Kreuzzeittel vorhanden, Konserven liegen bereit</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekraft
	X	Patienteneigentum ist entfernt, gekennzeichnet und verschlossen <small>Zahnprothese, Brille, Schmuck...</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	X	Notwendige OP-Vorbereitungen erledigt <small>Rasur, MTW, OP, Hemd, Haube...</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	Identifikationsarmband vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekraft	

**Checklistenabschluss durch Pflegekraft (ggf. Rücksprache mit Stationsarzt oder Anästhesie)**

**OP-Freigabe** nur wenn:

- keine Abweichungen vorliegen
- bei Markierungen (X) eines rot umrahmten Feldes die Abweichungen aufgeklärt wurde

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.  .

:

Datum, Uhrzeit

Unterschrift, Name in Druckbuchstaben

**OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen**



<b>3</b>	<b>OP-Schleuse Identifikation Patient</b> wer? Schleusendienst OP-Pflege/ZDL wann? OP-Schleuse, unmittelbar vor dem Einschleusen	Keine Abweichung	Abweichung	Kommentar, Handzeichen	
		X = Pflicht	Nicht zureichend		
<b>OP-Schleuse</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Prüfung der Akten (Vollständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Prüfung der Identität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Prüfung der Eingriffsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Prüfung Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	ggf. Implantate, Spezialinstrumente sind bereitgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Bei Abweichungen: keine Einschleusung und Info an OP-Koordinator, Operateur oder Anästhesisten zur Klärung</b>				
<b>OP-Freigabe</b> nur wenn: <input type="checkbox"/> keine Abweichungen vorliegen <input type="checkbox"/> bei Markierungen (X) eines rot umrahmten Feldes die Abweichungen aufgeklärt wurden		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<b>Schleusendienst:</b> <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>Datum, Uhrzeit</small>	
<input type="checkbox"/> <b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b>					
<b>4</b>	<b>OP-Einleitung/Saal</b> wer? Anästhesist, Anästhesiepflege wann? unmittelbar vor Anästhesieeinleitung	Keine Abweichung	Abweichung	Kommentar, Handzeichen	
		X = Pflicht	Nicht zureichend		
<b>Anästhesie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Prüfung der Akten und Identität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Eingriffsort, Eingriffsart, Markierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Narkosesystem vollständig und betriebsbereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Wurden folgende Punkte abgeklärt / geprüft:	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>		
	<input type="checkbox"/> Allergien bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Intubationsschwierigkeiten zu erwarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Risiko Blutverlust >500ml (Kinder 7ml/Kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Antibiotikaprophylaxe notwendig und verabreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Bei Abweichungen: keine Einleitung, Info an OP-Koordinator und/oder Operateur zur Klärung</b>					
<b>OP-Freigabe</b>		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<b>Anästhesist:</b> _____ <small>Unterschrift</small>	
<b>5</b>	<b>Team-Time-Out</b> wer? OP-Team - Springer fragt ab, Team antwortet wann? unmittelbar vor Schnitt	Keine Abweichung	Abweichung	Kommentar, Handzeichen	
		X = Pflicht	Nicht zureichend		
<b>OP-Team</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Alle kennen sich oder haben sich mit Namen vorgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<u>Operateur, Anästhesist und OP-Pflege bestätigen:</u>				
	<input type="checkbox"/> Patientenidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Eingriffsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> korrekte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Röntgenbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Vorhersehbare Ereignisse:</u> Operateur: fasst entscheidende u. mögl. kritische Aspekte zusammen macht Angaben über zu erwartenden Blutverlust u. voraussichtliche OP-Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Anästhesist: benennt zu erwartende Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Instrumenteur: meldet Vollständigkeit der angeforderten Instrumente und das Ergebnis des Sterilisationscheck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotikaprophylaxe notwendig (?) und gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> OP-Technik einsatzbereit, Röntgenbilder einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Team-Time-Out SOP-gemäß durchführt ?</b>		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<b>OP-Springer</b> _____ <small>Unterschrift</small>	
<input type="checkbox"/> <b>Abweichungen</b> (Markierung (x) eines rot umrahmten Feldes) <b>wurden geklärt</b>					
<input type="checkbox"/> <b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b>					

# High 5s OP-Checklisten



Gefördert durch:  
Bundesministerium  
für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## GRN Klinik Sinsheim

Ansprechpartner: Herr Dr. Löffler  
Oberarzt Chirurgie

---

E-Mail: [thorsten.loeffler@grn1.de](mailto:thorsten.loeffler@grn1.de)

---

Anschrift: Alte Waibstadter Straße 2  
74889 Sinsheim

Patientenaufkleber

Allgemeine Angaben (relevant für WHO Projekt High 5s)			
<b>Nicht für Auswertung geeignet weil:</b>			
<input type="checkbox"/> anderer Eingriff, kein OP (z.B. Eingriff in Katheterlabor, Endoskopie, rein geburtshilflicher oder rein ambulanter Abteilung)			
<input type="checkbox"/> Operation abgesagt, da sich der Zustand des Patienten verändert hat			
<input type="checkbox"/> Operation abgesagt, da Operateur nicht verfügbar war			
Geschlechtszugehörigkeit des Pat.	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Ungeplanter Notfalleingriff <input type="checkbox"/>	Monat / Jahr des Eingriffs	MM	JJ

Überprüfung vor OP / OP-Vorbereitungen	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend	Vor Eintreffen des Pat. in OP Anzukreuzen von		
OP-Plan Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort, ggf. Angaben zu Implantate und Spezialinstrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PK/OP:Springer	<b><sup>1</sup> Markierung gemäß SOP durchgeführt</b> Eingriffsort wird von Operateur markiert. Eingriffsort wird vor Eintritt des Pat. in den OP markiert. Markierung, wenn möglich, bei Bewusstsein und unter Beteiligung des Pat. Markierung an oder nahe der geplanten Inzisionsstelle Nicht vom Eingriff betroffene Körperstellen werden nicht markiert Markierung ist eindeutig Markierung erfolgt mithilfe eines wischfesten Hautmarkers Markierung erfolgt nach dem im jeweiligen Krankenhaus üblichen Vorgehen	
<b>Markierung des Eingriffsortes</b> <input type="checkbox"/> Markierung SOP-gemäß <sup>1</sup> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht notwendig/möglich <input type="checkbox"/> Patient verweigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PK/OP:Springer		
OP-Aufklärung, schriftliche OP-Einwilligung Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PK/ Anästhesie		
Prämedikationsvisite, schriftliche Anästhesie-Einwilligung Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PK/Anästhesie		
Befunde (EKG, Bildgebung, Biopsieberichte etc.) liegen vor Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurg/Anästhesie		
Vollständige Patientenakte liegt vor Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PK/ Anästhesie		
<b>Bei Eintritt in den OP-Bereich</b> <input type="checkbox"/> Prüfung Patientenidentität <input type="checkbox"/> Prüfung Eingriffsart <input type="checkbox"/> Prüfung Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PK/OP:Springer		
Benötigte Implantate, Spezialinstrumente sind bereitgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Springer		
<input checked="" type="checkbox"/> Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt				Arzt/ Anästhesie		
<input type="checkbox"/> OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (SOP-bedingte Absage)				Arzt		

Team-Time-Out				WER: Vollständiges OP-Team, Initiierung durch Operateur WANN: unmittelbar vor Inzision	
	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend		
<b>OP-Team bestätigt:</b>					
Patientenidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anästhesist	<b><sup>2</sup> Durchführung nach SOP</b> Team-Time-Out erfolgt unmittelbar vor der Inzision Team-Time-Out wird vom zuständigen Koordinator initiiert Alle Mitglieder des OP-Teams nehmen am Team-Time-Out teil Aktive Kommunikation zwischen allen Teammitgliedern Alle anderen Aktivitäten ruhen (außer den aus Sicherheitsgründen erforderlichen)
Eingriff (siehe Einwilligungserklärung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eingriffsort durch Kontrolle der Markierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Korrekte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Befunde und Röntgenbilder korrekt beschriftet und einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vorliegen der richtigen Implantate, Spezialinstrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Team-Time-Out SOP-gemäß <sup>2</sup> und vollständig durchgeführt				Arzt/ Anästhesie	
<input checked="" type="checkbox"/> Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt				Arzt/ Anästhesie	
<input type="checkbox"/> OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= SOP-bedingte Absage)				Arzt/ Anästhesie	



# High 5s OP-Checklisten



Gefördert durch:  
Bundesministerium  
für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Herzogin Elisabeth Hospital Braunschweig

Ansprechpartner: Herr Schena, Qualitätsmanagement  
Herr Schaefer, Oberarzt Orthopädie

---

E-Mail: [r.schena@heh-bs.de](mailto:r.schena@heh-bs.de)  
[a.schaefer@heh-bs.de](mailto:a.schaefer@heh-bs.de)

---

Anschrift: Leipziger Str. 24  
38124 Braunschweig



# OP - CHECKLISTE

Kontroll-Nr.: 000001

Patientenaufkleber

Allgemeine Angaben			
Für die WHO-Auswertung geeignet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Als nicht geeignet für die WHO-Auswertung gilt z.B. ein Eingriff, der abgesagt wurde, weil sich der Zustand des Patienten geändert hat oder weil der Operateur nicht verfügbar war.
Geschlecht d. Pat.	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl.	<b>Datum</b>
Eingriff der Fachabteilung	<input type="checkbox"/> Orth.	<input type="checkbox"/> Chir.	<input type="checkbox"/> GChir.
Ungeplanter Notfalleingriff	<input type="checkbox"/>		
	TT	MM	JJ

Überprüfung vor OP – STATION / Holding area	Ja	Nein oder unvollständig	nicht zutreffend	Hdz.
Patient identisch mit OP-Plan? <small>(Patientenidentität, Eingriffsart u. -ort)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflege
Markierung des Eingriffsorts korrekt? <input type="checkbox"/> Markierung ordnungsgemäß durchgeführt (= ja) <input type="checkbox"/> nicht notwendig / nicht möglich (= ja) <input type="checkbox"/> Patient verweigert (= ja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Op-Einwilligung (schriftlich) liegt vor? <small>(für Eingriffsart u. -ort)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anästhesie-Einwilligung (schriftlich) des Pat. liegt vor? <small>(entsprechend Eingriffsart u -ort)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Präoperative Befunde u. Anforderungen dieses Patienten vollständig <small>(entsprechend Eingriffsart und -ort)</small> ? <input type="checkbox"/> Aktuelles Labor? <input type="checkbox"/> Notwendige Bilder in Papierform (MRT/CT/Szinti)? <input type="checkbox"/> Blutgruppe bestimmt? <input type="checkbox"/> Kreuzblut abgenommen? <input type="checkbox"/> Anzahl bestellter Konserven ausgefüllt? <input type="checkbox"/> Spezialbett –falls erforderlich– vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patientenakte dieses Patienten liegt vollständig vor und Patientenidentität, Eingriffsart und -ort geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflege

EINSCHLEUSUNG (u. vor der Narkose)	Ja	Nein oder unvollständig	nicht zutreffend	Hdz.
Alle Checkpunkte erfüllt? <input type="checkbox"/> Patientenakte vorhanden? <input type="checkbox"/> Patientenidentität, Eingriff und Eingriffsort geprüft? <input type="checkbox"/> Markierung ordnungsgemäß? <small>(falls notwendig)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Schleuse
EKG-Befund vorhanden <small>(falls angefordert)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fkt.dienst An/Op
Benötigte Implantate, Spezialinstrumente bereitgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fkt.dienst Op/An
<input type="checkbox"/> Es liegen keine Abweichungen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt. <input type="checkbox"/> OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen.				Fkt.dienst An/Op

TEAM-TIME-OUT <small>OP-Team bestätigt:</small>	in Ordnung	Abweichung	nicht zutreffend	Hdz.
Identifikation des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Springer
Eingriff <small>(s. Einwilligungserklärung)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eingriffsort <small>(durch Kontrolle der Markierung)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Korrekte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bilder und Befunde korrekt beschriftet und einsehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die richtigen Implantate, Spezialinstrumente liegen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Team-Time-Out ordnungsgemäß durchgeführt <small>(lt. Verfahrensanweisung)</small> . <input type="checkbox"/> Es liegen keine Abweichungen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt. <input type="checkbox"/> OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen.				

# High 5s OP-Checklisten



Gefördert durch:  
Bundesministerium  
für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Klinikum Chemnitz

Ansprechpartnerin: Frau Sommer  
Qualitätsmanagement

---

E-Mail: [k.sommer@skc.de](mailto:k.sommer@skc.de)

---

Anschrift: Flemmingstr.2  
09116 Chemnitz

Patientenaufkleber

**Klinikum Chemnitz gGmbH**  
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie

**OP-Checkliste: 0000001**  
Seite 1 von 2

**Allgemeine Angaben (relevant für WHO Projekt High 5s)**  
Für die Auswertung nicht geeignet weil:  
 anderer Eingriff, keine OP (z.B. Eingriff im Katheterlabor, Endoskopie, rein geburshilflicher oder rein ambulanter Abklärung)  
 Operation abge sagt, da sich der Zustand des Patienten verändert hat (ggf. Tod/ASA-Klassifikation)  
 Operation abge sagt, da der Operateur nicht verfügbar war

3. OP-Schleuse	siehe STA PAT-IDENT/STA OP-MARK	Keine Abweichung	Abweichung	Handzeichen
<b>Patientenidentifikation:</b> <i>Wie heißen Sie? Wann sind Sie geboren?</i> *Patient verbal, wenn möglich *Patientenarmband *Eingriffsdefinition: <i>Woran werden Sie operiert?</i> *Patient verbal, wenn möglich *Einwilligungserklärung <b>Kontrolle Seitenmarkierung / Eingriffsort:</b> <i>Welche Seite wird operiert?</i> *Markierung / Eingriffsort korrekt laut Patient *Markierung / Eingriffsort korrekt laut Einwilligung	Immer mit der Dokumentation (Akt...) vergleichen <i>Woran werden Sie operiert?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegepersonal
OP-Freigabe nur wenn: - keine Abweichungen vorliegen oder - bei Markierung (X) eines roten Feldes die Abweichung aufgeklärt wurde <b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b> <input type="checkbox"/> wegen:				
laut Operateur/Anästhesist (Name):				
4. Vor der Einleitung	siehe STA PAT-IDENT/STA OP-MARK	Keine Abweichung	Abweichung	Handzeichen
<b>Rücksprache mit zuständigem Saal:</b> alle notwendigen Implantate/Spezialinstrumente vorhanden <b>IMC/ITS Bett notwendig und vorhanden</b> Anästhesie-Unterlagen vollständig und korrekt <b>Patientenidentifikation:</b> <i>Wie heißen Sie? Wann sind Sie geboren?</i> *Patient verbal, wenn möglich *Patientenarmband <b>Eingriffsdefinition:</b> *Patient verbal, wenn möglich *Einwilligungserklärung <b>Kontrolle Seitenmarkierung:</b> *Markierung korrekt laut Patient *Markierung korrekt laut Einwilligung OP-Freigabe nur wenn: - keine Abweichungen vorliegen oder - bei Markierung (X) eines roten Feldes die Abweichung aufgeklärt wurde <b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b> <input type="checkbox"/> wegen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OP-Pflegepersonal Anästhesist Anästhesist Anästhesist
laut Operateur/Anästhesist (Name):				
5. OP-Saal: Team-Time-Out	siehe STA Team-Time-Out	Keine Abweichung	Abweichung	Handzeichen
<b>Operateur erfragt:</b> * Patientenidentität (volst. Name, Geb.datum) * Eingriffsort/Operation * korrekte Lagerung * Siebe korrekt und vollständig * Korrekte Implantate und Spezialinstrumente vorhanden und funktionsfähig <b>Bei Abweichungen: Rücksprache mit Vorgesetztem (Kollegen)</b> <input type="checkbox"/> <b>Team-Time-Out STA-gemäß durchgeführt</b> <b>Keine Abweichungen oder Abweichungen wurden aufgeklärt</b> <input type="checkbox"/> <b>OP abgesetzt aufgrund von einer oder mehrerer Abweichungen</b> <input type="checkbox"/> wegen:	<b>Antwort durch:</b> <i>OP-Pflegepersonal</i> <i>Anästhesie/Pflegepersonal</i> <i>Anästhesist</i> <i>Operateur</i> <i>OP-Pflegepersonal</i> <i>Operateur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine Kommentare (unsterile Person dokumentiert mit Handzeichen)
Unterschrift Anästhesist				
6. Finaler Check (bevor Patient OP-Raum verlässt)		Keine Abweichung	Abweichung	Handzeichen
<b>Pflege bestätigt:</b> <input type="checkbox"/> Art des Eingriffs <input type="checkbox"/> korrekte Beschreibung der Gefäße für Pathologie (entnommenes Gewebe) <input type="checkbox"/> vollständige Anzahl der Instrumente - Tupfer, Tücher, Nadeln ... <input type="checkbox"/> eventuelle Fehlfunktionen von Geräten <b>Operateur, Anästhesist und Pflege definieren:</b> <input type="checkbox"/> wichtigste Gesichtspunkte für die Aufwachphase und postoperative Versorgung (siehe Anästhesie-Protokoll) (Übergabe an Nachsorge erledigt)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operateur Operateur

Patientenaufkleber

**Klinikum Chemnitz gGmbH**  
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie

**OP-Checkliste: 0000001**  
Seite 1 von 2

**Allgemeine Angaben (relevant für WHO Projekt High 5s)**  
Für die Auswertung nicht geeignet weil:  
 anderer Eingriff, keine OP (z.B. Eingriff im Katheterlabor, Endoskopie, rein geburshilflicher oder rein ambulanter Abklärung)  
 Operation abge sagt, da sich der Zustand des Patienten verändert hat (ggf. Tod/ASA-Klassifikation)  
 Operation abge sagt, da der Operateur nicht verfügbar war

1. OP-Planung		Keine Abweichung	Abweichung	Handzeichen
<b>Anordnungen durch Prämedikationsambulanz</b> Anästhesist (Name/Teil Nr.) ..... <input type="checkbox"/> AO im Rahmen der Prämedikation erfolgt <input type="checkbox"/> Sonstiges/Besonderheiten .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anästhesist
<b>Anästhesiologische Aufklärung stattgefunden</b> (bei Notfällen nicht zwingend erforderlich) <b>Chirurgische Anordnungen</b> <input type="checkbox"/> chirurgische AO erfolgt (siehe Kurve) <input type="checkbox"/> Sonstiges/Besonderheiten .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurg
<b>Markierung des Eingriffsortes</b> siehe STA OP-MARK <input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> Patient verweigert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anästhesist
<b>Chirurgische Aufklärung</b> stattgefunden (bei Notfällen nicht zwingend erforderlich) <b>Patienteneinwilligung</b> liegt vor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anästhesist
<b>OP-Plan überprüft auf:</b> Patientenidentität, Eingriffsort, Eingriffsort, ggf. Implantate, Spezialinstrumente Rücksprache mit Anästhesie wegen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anästhesist
2. Überprüfung der Akte (auf Patientenidentität, Eingriffsort, Eingriffsort) und präoperative Patientenvorbereitung	siehe STA PAT-IDENT	Keine Abweichung	Abweichung	Handzeichen
<b>OP-u. Anästhesieeinwilligung liegen im Original vor (inkl. Unterschrift) überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsort, Eingriffsort</b> Chirurgische Anordnungen sind umgesetzt <b>OP-u. Anästhesieeinwilligung liegen im Original vor (inkl. Unterschrift) überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsort, Eingriffsort</b> Anästhesiologische Anordnungen (s.o.) sind umgesetzt Unterschiedenes Prämedikationsprotokoll liegt im Original vor <b>Patientenakte (Befunde/Bildgebung)</b> ist vollständig mit aktuellen Patientenaufklebern --- überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsort, Eingriffsort Blutgruppe liegt vor (wenn angeordnet) Blutkonserven sind angefordert (wenn angeordnet) Patienteneigentum ist entfernt (Behandlung lt. Stammblatt) <input type="checkbox"/> Zahnprothesen <input type="checkbox"/> Schmuck <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Piercing OP-Hemd, Einmalhose, ATS ans Bett, ggf. angezogen Rasur des OP-Areals/des zudem notwendigen Areals erfolgt Patientenidentifikationsband am Patient vorhanden Medikamente zur Mitgabe in den OP bereitgestellt (z.B. Antibiotika) Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz ist überprüft Blasen- und Darmentleerung Prämedikation ist nach Anordnung verabreicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal Pflegepersonal
laut Arzt (Name): .....				
Unterschrift, Pflege				
Checklistenabschluss durch Pflegekraft auf Station (b.B. Rücksprache mit zuständigem Arzt oder Anästhesie)		Keine Abweichung	Abweichung	Handzeichen
OP-Freigabe nur wenn: - keine Abweichungen vorliegen oder - bei Markierung (X) eines roten Feldes die Abweichung aufgeklärt wurde <b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b> <input type="checkbox"/> wegen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OP-Freigabe
Datum, Uhrzeit .....				

# High 5s OP-Checklisten



Gefördert durch:  
Bundesministerium  
für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Klinikum Coburg

Ansprechpartner: Herr Hermes  
Abteilungsleitung OP

---

E-Mail: [reiner.hermes@klinikum-coburg.de](mailto:reiner.hermes@klinikum-coburg.de)

---

Anschrift: Ketschendorfer Str. 33  
96450 Coburg



# FM Eingriffs-Checkliste

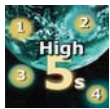
<b>Allgemeine Angaben</b>											<b>Monat / Jahr d. Eingriffs</b>																																					
											MM	JJJJ																																				
<table border="1"> <tr> <td><b>FA:</b></td> <td>CA</td> <td>CU</td> <td>UR</td> <td>FK</td> <td>KA</td> <td>NA</td> <td>HNO</td> <td>AUG</td> <td>NE</td> <td>GR</td> <td>sonst.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>41</td> <td>42</td> <td>44</td> <td>51</td> <td>52</td> <td>53</td> <td>54</td> <td>55</td> <td>61</td> <td>62</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td><b>St:</b></td> <td>64</td> <td>65</td> <td>66</td> <td>71</td> <td>72</td> <td>73</td> <td>74</td> <td>81</td> <td>82</td> <td>83</td> <td>sonst.</td> </tr> </table>													<b>FA:</b>	CA	CU	UR	FK	KA	NA	HNO	AUG	NE	GR	sonst.		41	42	44	51	52	53	54	55	61	62	63	<b>St:</b>	64	65	66	71	72	73	74	81	82	83	sonst.
<b>FA:</b>	CA	CU	UR	FK	KA	NA	HNO	AUG	NE	GR	sonst.																																					
	41	42	44	51	52	53	54	55	61	62	63																																					
<b>St:</b>	64	65	66	71	72	73	74	81	82	83	sonst.																																					

Patientenaufkleber

**Jede Unstimmigkeit sofort klären!**

1		<b>OP-Planung</b>	Keine Abweichung	Abweichung	Nicht zutreffend	Unterschrift
Operateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ungeplanter Notfalleingriff				
	<input checked="" type="checkbox"/>	OP-Aufklärung/Einverständniserklärung überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arzt
	<input checked="" type="checkbox"/>	OP-Plan überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort, ggf. Implantate, Spezialinstrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arzt
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seitenmarkierung SOP-gemäß <sup>1</sup> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht notwendig/möglich <input type="checkbox"/> Patient verweigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arzt
		Markierung: <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Draht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt
		Röntgenbilder vorhanden bzw. einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt
		Venenzugang (wenn zutreffend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt
2		<b>Eingriffs-Vorbereitung</b>	Keine Abweichung	Abweichung	Nicht zutreffend	Unterschrift
Pflege – Station/Ambulanz	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterlagen komplett (Akte und Aufkleber aktuell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	<input checked="" type="checkbox"/>	Eingriffs-Einwilligung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	<input checked="" type="checkbox"/>	Einwilligung Anästhesie vorhanden und überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	<input checked="" type="checkbox"/>	Anästhesie Anordnungen umgesetzt (EKG, LFA, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	<input checked="" type="checkbox"/>	Labor (ggf. Schwangerschaftstest), weitere Befunde: vorhanden und von Arzt freigegeben und überprüft auf: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	<input checked="" type="checkbox"/>	Notwendige eingriffsspezifische Vorbereitungen erledigt (Rasur, MTS, OP Hemd, Haube, Dauerkatheter, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
	<input checked="" type="checkbox"/>	Patienteneigentum ist entfernt, Vorgehen nach VA „Eigentum des Patienten“ (Zahnprothese, Brille, Schmuck, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
		EKG vorhanden (wenn angeordnet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekraft
		<input type="checkbox"/> Blutgruppe (wenn angeordnet) <input type="checkbox"/> Blutkonserven bereitgestellt (Anzahl: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekraft
		Allergieprophylaxe nach Anordnung/Standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegekraft
		Röntgenbilder vorhanden und mitgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekraft
		Identifikationsarmband vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekraft
<b>Checklistenabschluss durch Pflegekraft (ggf. Rücksprache mit Stationsarzt oder Anästhesie)</b>						
<b>Eingriff-Freigabe</b>			<b>Ja</b>	<b>Nein</b>		
Eingriff-Freigabe nur wenn:						
▪ keine Abweichungen vorliegen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ bei Markierung (x) eines rot umrahmten Feldes die Abweichung aufgeklärt wurde						
			Datum, Uhrzeit		Unterschrift, Name in Druckbuchstaben	
<input checked="" type="checkbox"/>			<b>Eingriff abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b>			

<sup>1</sup> Ausfüllhinweis beachten



FM Eingriffs-Checkliste

3	X = Pflicht	<b>OP-Schleuse/Eingriffsraum</b>		Keine Abweichung	Abweichung	Nicht zutreffend	Kommentar, Handzeichen	
		<b>Identifikation Patient</b> wer? Schleusendienst OP-Pflege/ZDL wann? Eingriff-Schleuse, unmittelbar vor dem Einschleusen						
OP-Schleuse	X	Prüfung der Akten (Vollständigkeit, Identität, Eingriffsart, Eingriffsort)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	X	Prüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Implantate, Spezialinstrumente sind bereitgestellt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>Bei Abweichungen: keine Einschleusung und Info an Koordinator, Operateur und Anästhesisten zur Klärung</b>							
	<b>Eingriff-Freigabe</b> nur wenn: keine Abweichungen vorliegen bei Markierung (x) eines rot umrahmten Feldes die <b>Abweichung aufgeklärt</b> wurde		Ja	Nein	<b>Schleusendienst:</b> Datum, Uhrzeit Unterschrift			
<input type="checkbox"/>	<b>Eingriff abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b>							
4	X = Pflicht	<b>OP-Einleitung/Eingriffsraum</b>		Keine Abweichung	Abweichung	Nicht zutreffend	Kommentar, Handzeichen	
		wer? Anästhesist, Anästhesiepflege wann? unmittelbar vor Anästhesieeinleitung						
Anästhesie	X	Prüfung der Akten und Identität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	X	Eingriffsort, Eingriffsart, Markierung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	X	Narkosesystem vollständig und betriebsbereit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	X	<b>Check:</b> sind Allergien bekannt sind Intubationsschwierigkeiten zu erwarten Aspirationsgefahr Risiko Blutverlust >500ml (Kinder 7ml/kg) Antibiotikaprophylaxe notwendig und verabreicht	Ja	Nein				
	<b>Bei Abweichungen: keine Einleitung, Info an OP-Koordinator und Operateur zur Klärung</b>							
<b>Eingriffs-Freigabe</b>		Ja	Nein	Anästhesist				Unterschrift
5	X = Pflicht	<b>Team-Time-Out (Auszeit)</b>		Keine Abweichung	Abweichung	Nicht zutreffend	Kommentar, Handzeichen	
		wer? Eingriffs-Team - Springer fragt ab, Team antwortet wann? unmittelbar vor Eingriffsbeginn (Schnitt)						
Eingriffs-Team	X	Alle kennen sich oder haben sich mit Namen vorgestellt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	X	<u>Operateur, Anästhesist und Pflege bestätigen:</u>						
		Patientenidentität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Eingriffsort		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Eingriffsart		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		korrekte Lagerung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Röntgenbilder		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	X	<u>Vorhersehbare Ereignisse:</u>						
		Operateur: fasst entscheidende u. mögl. kritische Aspekte zusammen, macht Angaben über zu erwartenden Blutverlust u. voraussichtliche Eingriffsdauer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Anästhesist: benennt zu erwartende Schwierigkeiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
X	Instrumenteur: meldet Vollständigkeit der angeforderten Instrumente und das Ergebnis des Sterilisationschecks		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
X	Antibiotikumprophylaxe angeordnet und gegeben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
X	Technik einsatzbereit, Röntgenbilder einsehbar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Team-Time-Out SOP-gemäß<sup>2</sup> durchgeführt?</b>		Ja	Nein	Springer				Unterschrift
<input type="checkbox"/>	<b>Abweichungen</b> (Markierung (x) eines rot umrahmten Feldes) <b>wurden geklärt</b>							
<input type="checkbox"/>	<b>Eingriff abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b>							

<sup>2</sup> Ausfüllhinweis beachten



## Paul Gerhardt Diakonie e.V., Berlin und Wittenberg

Ansprechpartnerin: Frau Schoor  
Zentrales Qualitätsmanagement

---

E-Mail: [info@pg-diakonie.de](mailto:info@pg-diakonie.de)

---

Anschrift: Griesingerstraße 8  
13589 Berlin

### OP-Checkliste wird in folgenden Krankenhäusern umgesetzt:

#### 6 eigene PGD-Krankenhäuser

- Evangelische Elisabeth Klinik, Berlin-Tiergarten
- Evangelisches Krankenhaus Hubertus, Berlin-Zehlendorf
- Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift, Lutherstadt Wittenberg
- Evangelische Lungenklinik Berlin, Berlin-Buch
- Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau, Berlin-Spandau
- Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin-Wilmersdorf

#### 2 Krankenhäuser der Altmark

- Altmark-Klinikum Gardelegen
- Altmark-Klinikum Salzwedel



Patientenaufkleber  
(nur auf dem Deckblatt!)

WER: Pflegepersonal, Ärzte, OP-Personal WANN: Bei Ansetzen der OP			
<b>Nicht für Auswertung geeignet, weil</b>			
<input type="checkbox"/> anderer Eingriff (keine OP) wurde durchgeführt <input type="checkbox"/> Operation wurde abgesagt, da Zustand des Patienten verändert <input type="checkbox"/> Operation wurde abgesagt, da Operateur nicht verfügbar war			
Geschlechtszugehörigkeit des Pat.		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Ungeplanter Notfalleingriff? <input type="checkbox"/>	Monat / Jahr des Eingriffs	MM	JJJJ

**Überprüfung vor OP / OP-Vorbereitungen**

WER: Aufnehmender Arzt, Pflegepersonal, Anästhesieambulanz  
WANN: Zeitraum vor Transport des Patienten bis zum Eintreffen OP-Schleuse

	Überprüfung der Vollständigkeit und / oder Übereinstimmung folgender Angaben mit der <b>Patientenidentität</b> (mindestens <b>2 Merkmale</b> : Name und Geburtsdatum)	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend	Hz:	
STATION	Der <b>OP-Plan</b> stimmt mit der Akte in Bezug auf Patientenidentität, eindeutige Bezeichnung des Eingriffes und Eingriffsortes überein, falls erforderlich eindeutige Bezeichnung benötigter Spezialinstrumente / Implantate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stationsarzt	<b><sup>1</sup> Markierung gemäß VA durchgeführt</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eingriffsort wird vom aufklärenden, aufnehmenden oder operierenden Arzt markiert</li> <li>■ Eingriffsort wird vor Eintritt des Patienten in den OP markiert</li> <li>■ Markierung, wenn möglich, bei Bewusstsein und unter Beteiligung des Patienten</li> <li>■ Markierung an oder nahe der geplanten Inzisionsstelle</li> <li>■ Nicht vom Eingriff betroffene Körperstellen werden nicht markiert</li> <li>■ Markierung ist eindeutig</li> <li>■ Markierung erfolgt mithilfe eines wischfesten Hautmarkers</li> </ul> <p style="color: red; font-size: small;">Wurde einer der Hinweise für die Markierung des Eingriffsortes lt. VA nicht berücksichtigt und dies nicht vor Eintritt des Patienten in den OP korrigiert, ist „Nein“ anzukreuzen.</p>
	<b>Markierung des Eingriffsortes</b> Markierung gemäß VA <sup>1</sup> durchgeführt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil Markierung war nicht notwendig/möglich <input type="checkbox"/> Patient hat Markierung verweigert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt	
	Die schriftliche <b>OP-Einwilligungserklärung</b> liegt vollständig mit Unterschrift und Datum in der Akte vor. Identität des Patienten, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen in Akte und Einwilligung überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflege	
	Die <b>schriftliche Anästhesieeinwilligung</b> liegt vollständig mit Unterschrift und Datum in der Akte vor. Identität des Patienten, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen in Akte und Einwilligung überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflege	
	<b>Befunde (EKG, Labor, Blutgruppe, Bildgebung, Biopsieberichte etc.)</b> Die Befunde und Unterlagen in der Akte stimmen in Bezug auf Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflege	
Die <b>Patientenakte</b> liegt vor und stimmt mit der Identität des Patienten überein. Die in der Akte enthaltenden Angaben stimmen mit Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflege		
OP-SCHLEUSE	<b>Vor Eintritt in den OP-Bereich</b> Die Identität des Patienten wird über mindestens 2 Merkmale überprüft: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Patient nennt seinen Namen und Geburtsdatum</li> <li>■ Übereinstimmung mit Pat-ID-Armband bei nicht ansprechbaren Patienten</li> </ul> <b>Angaben des Patienten / ID-Armbandes und Markierung stimmen mit den Angaben der Akte in Bezug auf Identität, Eingriffsart und Eingriffsort überein.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OP-Pflege / Anästhesiepflege	
	<b>Benötigte Implantate, Spezialinstrumente sind bereitgestellt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OP-Pflege/ Anästhesiepflege	
EINLEITUNG	<b>Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen sind geklärt</b>					Anästhesist / Operateur <b>Hz:</b>
	<b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= VA-bedingte Absage)</b>					<input type="checkbox"/>

**Überprüfung vor Schnitt (Team-Time-Out)**

WER: Vollständiges OP-Team, Initiierung durch Operateur  
WANN: Unmittelbar vor Schnitt

	Überprüfung vor Schnitt (Team-Time-Out)	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend	Hz:	
OPERATIONSSAAL	<b>OP-Team bestätigt:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b><sup>2</sup> Durchführung nach VA</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Überprüfung vor Schnitt (Team-Time-Out) erfolgt unmittelbar vor der Inzision</li> <li>■ Die Überprüfung vor Schnitt wird durch Operateur initiiert</li> <li>■ Alle Mitglieder des OP-Teams nehmen an der Überprüfung vor Schnitt teil</li> <li>■ Aktive Kommunikation zwischen allen Teammitgliedern</li> <li>■ Alle anderen Aktivitäten ruhen (außer den aus Sicherheitsgründen erforderlichen)</li> </ul> <p style="color: red; font-size: small;">Wird einer der Hinweise der Überprüfung vor Schnitt (Team-Time-Out) nicht berücksichtigt, ist die vollständige Durchführung gemäß VA nicht anzukreuzen.</p>	
	Patientenidentität (Überprüfung über Patientenakte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Eingriff (Überprüfung über Einwilligungserklärung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Eingriffsort durch Kontrolle der Markierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Korrekte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Befunde und Röntgenbilder korrekt beschriftet und einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vorliegen der richtigen Implantate, Spezialinstrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Überprüfung vor Schnitt (Team-Time-Out) wurde gemäß VA<sup>2</sup> vollständig durchgeführt</b>					Anästhesist <b>Hz:</b>	
<b>Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen sind geklärt</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= VA-bedingte Absage)</b>					<input type="checkbox"/>	



# High 5s OP-Checklisten



Gefördert durch:  
Bundesministerium  
für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Städtisches Klinikum Solingen


Ansprechpartnerin: Frau Drüke  
Pflegedienstleiterin Zentrum für Anästhesiologie

---

E-Mail: [Drueke.Kornelia@klinikumsolingen.de](mailto:Drueke.Kornelia@klinikumsolingen.de)

---

Anschrift: Gotenstraße 1  
42653 Solingen


 <b>STÄDTISCHES KLINIKUM Solingen</b> gemeinnützige GmbH	<b>Formular</b>	<b>Organisations-Handbuch der Städtischen Klinikum Solingen gemeinnützigen GmbH</b>	
	<b>OP-Checkliste</b>	Inkraftsetzung: 01.01.2014	
		Version <b>1</b>	Seite 1/2

**Patientenaufkleber**

**OP-Datum**

1	OP-Planung	Ja	Nein	Nicht zutreffend	Kommentar
<b>Operateur/aufklärender Arzt</b>	OP-Aufklärung durchgeführt und Einverständniserklärung überprüft auf <i>Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort</i>	<input type="checkbox"/>			
	Seitenmarkierung durchgeführt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Drahtmarkierung durchgeführt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Patient verweigert Markierung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Röntgenbilder vorhanden bzw. einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Blutgruppenbestimmung ist erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Bereitstellung von Blutkonserven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Antibiose ist notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterschrift des aufklärenden Arztes:					
2	OP-Vorbereitung	Ja	Nein	Nicht zutreffend	Kommentar
<b>Pflege</b>	Einwilligung OP vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Einwilligung Anästhesie vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Labor, weitere Befunde vorhanden und vom Arzt freigegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Präoperative Anästhesie Anordnungen umgesetzt, z.B.: <i>Labor, Blutgruppe, EKG, EKs</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Blutgruppe liegt vor (wenn angeordnet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Antibiose ist bereitgestellt (wenn angeordnet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	EKG vorhanden (wenn angeordnet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Patienteneigentum ist entfernt (Zahnprothese, Brille, Schmuck, Piercing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Notwendige OP-Vorbereitungen erledigt (Rasur, ATS, OP Hemd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Identifikationsarmband angelegt	<input type="checkbox"/>			
	Patient lehnt das Anbringen des Identifikationsarmbandes ab	<input type="checkbox"/>			
	<b>Checklistenabschluss durch Pflegekraft (bei Abweichungen Rücksprache mit Stationsarzt oder Anästhesist)</b>				
Patient kann in den OP-gebracht werden/ist zur OP-freigegeben		<b>JA</b> <input type="checkbox"/>	<b>NEIN</b> <input type="checkbox"/>		
Unterschrift der Pflegekraft:					

Erstellt durch: K. Ramacher	Inkraft gesetzt durch: Prof. Dr. Standl/D. Ohmstedt	Dokumenten-Verantwortlicher: K. Ramacher	Vorgänger-Dokument war gültig: vom 01.02.2011 bis 31.12.13
--------------------------------	--	---	---

 <b>STÄDTISCHES KLINIKUM Solingen</b> gemeinnützige GmbH	<b>Formular</b>	<b>Organisations-Handbuch der Städtischen Klinikum Solingen gemeinnützigen GmbH</b>	
	<b>OP-Checkliste</b>	Inkraftsetzung: 01.01.2014	
		Version <b>1</b>	Seite <b>2/2</b>

<b>3</b>	<b>Holding Area/OP-Schleuse</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	Nicht zutreffend	Kommentar	
<b>Holding/Schleuse</b>	Prüfung der OP-Checkliste Punkt 1 und 2 (komplett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Prüfung der Identität, der Eingriffsart und des Eingriffsorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<b>Bei Unstimmigkeiten: keine Einschleusung und Info an OP-Koordinator</b>					
	<input type="checkbox"/>	Abweichungen (Markierung (x) eines rot umrahmten Feldes) wurden geklärt				
	<input type="checkbox"/>	OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen				
Unterschrift Mitarbeiter Holding/Schleuse						
<b>4</b>	<b>Narkoseeinleitung</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	Nicht zutreffend	Kommentar	
<b>Anästhesie</b>	Prüfung der Identität, der Eingriffsart und des Eingriffsorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Aktuelle Laborwerte vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Aspirationsrisiko (nicht nüchtern/Reflux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Blutgruppe/EKs vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Antibiose verabreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Schwieriger Atemweg zu erwarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Patient ist zur Narkoseeinleitung freigegeben	<b>JA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NEIN</b>	<input type="checkbox"/>	
Unterschrift Anästhesist						
<b>5</b>	<b>Team-Time-Out</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	Nicht zutreffend	Kommentar	
<b>OP-Team</b>	Operateur, Anästhesie und OP-Pflege bestätigen: Patientenidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Eingriffsort + Eingriffsseite + Eingriffsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	korrekte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Operateur: benennt kritische Aspekte; Angaben über zu erwartenden Blutverlust u. voraussichtliche OP-Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Anästhesist: benennt kritische Aspekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Instrumenteur: meldet Vollständigkeit der angeforderten Instrumente und der OP-Technik sowie das Ergebnis des Sterilisationschecks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Röntgenbilder liegen vor oder sind einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Team-Time-Out durchgeführt?	<b>JA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NEIN</b>	<input type="checkbox"/>	
	Unterschrift OP-Springer					
	<input type="checkbox"/>	Abweichungen (Markierung (x) eines rot umrahmten Feldes) wurden geklärt				
<input type="checkbox"/>	<b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen</b>					

Erstellt durch: K. Ramacher	Inkraft gesetzt durch: Prof. Dr. Standl/D. Ohmstedt	Dokumenten-Verantwortlicher: K. Ramacher	Vorgänger-Dokument war gültig: vom 01.02.2011 bis 31.12.13
--------------------------------	--	---	---

# High 5s OP-Checklisten



Gefördert durch:  
Bundesministerium  
für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Universitätsklinikum Aachen

Ansprechpartnerin: Frau Dr. Fabry  
Qualitätsmanagement

---

E-Mail: [ufabry@ukaachen.de](mailto:ufabry@ukaachen.de)

---

Anschrift: Pauwelsstr. 30  
52074 Aachen



# OP-CHECKLISTE

## PRÄOPERATIVER CHECK

*Patientenaufkleber*

<b>Allgemeine Angaben</b>	WER: Station, NOTA, QM WANN: Bei Ansetzen der OP																												
Für High 5s-Auswertung geeignet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Als <b>nicht geeignet</b> für die High 5s-Auswertung gilt z.B. ein Eingriff, der abgesagt wurde, weil sich der Zustand des Patienten geändert hat oder weil der Operateur nicht verfügbar war usw.																												
Geschlechtszugehörigkeit des Pat. <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich																													
Ungeplanter Notfalleingriff? <input type="checkbox"/>	Datum des Eingriffs MM                      JJJJ																												
Operative Fachabteilung:	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><b>AU</b></td><td><b>CH</b></td><td><b>GG</b></td><td><b>GE</b></td><td><b>GC</b></td><td><b>HN</b></td><td><b>HG</b></td><td><b>KK</b></td><td><b>PC</b></td><td><b>OR</b></td><td><b>UC</b></td><td><b>ZM</b></td><td><b>NC</b></td><td><b>UR</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>AU</b>	<b>CH</b>	<b>GG</b>	<b>GE</b>	<b>GC</b>	<b>HN</b>	<b>HG</b>	<b>KK</b>	<b>PC</b>	<b>OR</b>	<b>UC</b>	<b>ZM</b>	<b>NC</b>	<b>UR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AU</b>	<b>CH</b>	<b>GG</b>	<b>GE</b>	<b>GC</b>	<b>HN</b>	<b>HG</b>	<b>KK</b>	<b>PC</b>	<b>OR</b>	<b>UC</b>	<b>ZM</b>	<b>NC</b>	<b>UR</b>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

<b>Stationscheck vor OP</b>	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutref- fend	Bemerkungen/Bewertung von Abweichungen
<b>WER:</b> Pflegepersonal, Stationsassistentin <b>WANN:</b> Vor Transport in OP				
<b>OP-Aufklärung, schriftliche OP-Einwilligung</b> Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>OP-Plan</b> Pat steht auf OP-Plan, alle Angaben korrekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Markierung des Eingriffsortes</b> <input type="checkbox"/> Markierung SOP-gemäß <sup>1</sup> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht notwendig/möglich <input type="checkbox"/> Patient verweigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Prämedikationsvisite, schriftliche Anästhesie-Einwilligung</b> Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Befunde (EKG, Bildgebung, Biopsieberichte etc.) liegen vor</b> Überprüfung von: Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vollständige Patientenakte liegt vor</b> <b>Patientenetiketten!</b> Überprüfung von Identität, Eingriffsart, Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Patientenarmband angelegt</b> Prüfung Patientenidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Blut gekreuzt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Patient vorbereitet nach Standard</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt</b> <input type="checkbox"/> <b>OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= SOP-bedingte Absage)</b>				
<b>Checkliste abgeschlossen: Pflegekraft der Station</b>				
Datum _____				Unterschrift _____

<sup>1</sup> Markierung SOP-gemäß durchgeführt = Markierung durch die zuständige Person (z.B. aufklärender Arzt etc.) • Eingriffsort wird vor Eintritt des Pat. in den OP markiert • Markierung, wenn möglich, bei Bewusstsein und unter Beteiligung des Pat. • Markierung an oder nahe der geplanten Inzisionsstelle • Nicht vom Eingriff betroffene Körperstellen werden nicht markiert • Markierung ist eindeutig • Markierung erfolgt mithilfe eines wischfesten Hautmarkers • Mittellinienzugang zu lateralem Eingriffsort kennzeichnet die richtige Seite • Markierung erfolgt nach dem im jeweiligen Krankenhaus üblichen Vorgehen.





## OP CHECK

### Sign in (vor Narkoseeinleitung)

- Patient bestätigt: seine Identität (Personalien), Eingriffsort, Art des Eingriffs und Zustimmung
- Unterlagen komplett? (Akte, Labor, Röntgen, Aufklärung)
- Eingriffsort markiert / nicht anwendbar  Eingriff vorbereitet
- Anästhesie – Sicherheitscheck abgeschlossen, Narkoseverfahren mit Operateur abgestimmt?
- Pulsoxymeter ist am Patienten angebracht und funktioniert

#### Hat der Patient:

- Allergie  nein  ja, gegen .....
- Intubationsschwierigkeit / Aspirationsrisiko  nein  ja (Instrumente/ Personal vorhanden)
- Risiko von Blutverlust > 500ml (>7ml/kg bei Kindern)  nein  ja
- Ist Blut gekreuzt?  nein  ja Konserven im OP?  ja

### Time Out (vor dem Hautschnitt)

Bemerkungen bei Abweichungen

Keine Abweichung	Abweichung	Nicht zutreffend	
			<input type="checkbox"/> alle Mitglieder des Teams haben sich mit Namen und Aufgabe vorgestellt
			Pflegeperson liest alle Angaben laut vor: <b>Operateur, Anästhesist und Pflegepersonen bestätigen aktiv:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Patientenidentität
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Eingriff (siehe Einwilligungserklärung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eingriffsort durch Kontrolle der Markierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Korrekte Lagerung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nötige Bilder (Röntgen, MR usw.) korrekt beschriftet und einsehbar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Erforderliche Ausrüstung &amp; Technologie vorhanden/ einsatzbereit?</b>
			<input type="checkbox"/> sterile Siebe vollständig <input type="checkbox"/> eingriffsspez. Instrumente <input type="checkbox"/> Bildwandler <input type="checkbox"/> HLM
			Sonstiges: Implantat, Netz, AICD, Neuromonitoring .....
			<b>Vorhersehbare kritische Ereignisse</b>
			<input type="checkbox"/> Operateur: kritische / unerwartete OP-Schritte, OP-Zeit und Blutverlust?
			<input type="checkbox"/> Anästhesie: Patientenspezifische Bedenken und Probleme?
			<input type="checkbox"/> Pflege: Sterilität gewährleistet?
			<b>Antibiotika-Prophylaxe während der letzten Stunde gegeben?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht sinnvoll

- Team-Time-Out SOP-gemäß durchgeführt
- Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt
- OP abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen (= SOP-bedingte Absage)

### Sign out (vor Verlassen des OP)

#### Pflege bestätigt mündlich:

- Die dokumentierte Prozedur
- Vollständige Zahl von Instrumenten, Tupfern, Bauchtüchern etc., Nadeln
- Bezeichnung des histologischen Präparates einschließlich Namen
- Keine Probleme mit der Ausrüstung, wenn doch welche.....

#### Operateur, Anästhesist und Pflege definieren:

- Wichtigste Gesichtspunkte für Aufwachphase und postoperative Versorgung, Dokumentation in  postop. Bogen  Patientenkurve  Anordnungen Reiter  Medico
- Postoperative Behandlung geplant auf  OIM  IMC  SC, Station SC.....

Datum

Operateur

Anästhesist

OP-Pflege

# High 5s OP-Checklisten



Gefördert durch:  
Bundesministerium  
für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Universitätsklinikum Freiburg

Ansprechpartner: Herr Rudolf  
Qualitätsmanagement

---

E-Mail: [klaus.rudolf@uniklinik-freiburg.de](mailto:klaus.rudolf@uniklinik-freiburg.de)

---

Anschrift: Hugstetter Straße 49  
79106 Freiburg

# Safe Surgery Checklist

## Allgemeine Angaben

Für High 5s-Auswertung geeignet:  ja  nein Als **nicht geeignet** für die High 5s-Auswertung gilt z.B. ein Eingriff, der abgesagt wurde, weil sich der Zustand des Patienten geändert hat oder weil der Operateur nicht verfügbar war.

Geschlecht:  weiblich  männlich

Ungeplanter Notfalleingriff:  ja  nein Monat / Jahr des Eingriffs: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MM JJJJ

Prä-operativ auf Station	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend
OP-Aufklärung und schriftliche OP-Einwilligung <small>liegen vor und Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prämedikationsvisite, schriftliche Anästhesieeinwilligung <small>liegen vor und Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort stimmen überein</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderungen der Prämedikationsvisite wurden umgesetzt <small>EKG, Labor, Bildgebung, etc. stimmen bzgl. Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort überein</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Markierung des Eingriffsort</b> <input type="checkbox"/> SOP <sup>1</sup> -gemäß durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht notwendig bzw. möglich <input type="checkbox"/> Patient verweigert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionsstatus des Patienten ist korrekt dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient hat abgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Hautveränderungen im OP-Gebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenakte ist vollständig und stimmt bzgl. Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort überein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>OP abgesetzt aufgrund von Abweichungen</b>			
<input type="checkbox"/> <b>OP-Vorbereitung wird trotz Abweichungen weitergeführt</b>			

Original verbleibt in der Patientenakte

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Eintritt OP-Bereich	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend
Überprüfung der Patientenidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prüfung Eingriffsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prüfung Eingriffsortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OP-Plan <small>Überprüfung von Patientenidentität, Eingriffsart und Eingriffsort; Angaben über Allergien, Infektionen, Spezialinstrumente, Implantate sind vorhanden</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die im OP-Plan angegebenen Implantate und Spezialinstrumente stehen <u>bereit</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>OP abgesetzt aufgrund von Abweichungen</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Eintritt in den OP-Bereich wird trotz Abweichungen vorgenommen</b>			

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



<sup>1</sup>(SOP) Standard Operating Procedure, auf deutsch "Standardvorgehensweise", beschreibt standardisierte wiederkehrende Arbeitsabläufe



## Safe Surgery Checklist

Vor Narkoseinleitung	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend
Anästhesie-Sicherheitskontrollen durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standardmonitoring nach DGAI angeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor Hautschnitt (Team Time Out - Teil 1)			
Alle Mitglieder des Teams werden kurz namentlich vorgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenidentität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eingriffsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eingriffsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korrekte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befunde und Röntgenbilder einsehbar und korrekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information des Teams über Infektionsstatus des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antibiotika Prophylaxe wurde verabreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorliegen der richtigen Implantate und Spezialinstrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrauchsmaterial ist vollständig gezählt und dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sterilitätsindikatoren, Instrumentarium und Geräte auf Funktion und Vollständigkeit geprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Operateur und Anästhesist benennen zu erwartende Schwierigkeiten			
<input type="checkbox"/> Team-Time-Out wurde SOP <sup>1</sup> -gemäß durchgeführt			
<input type="checkbox"/> Keine Abweichungen liegen vor bzw. alle Abweichungen wurden geklärt:			
<input type="checkbox"/> OP abgesetzt aufgrund von Abweichungen			
<input type="checkbox"/> OP wird trotz Abweichungen durchgeführt			

Original verbleibt in der Patientenakte

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vor Naht (Team Time Out - Teil 2)	keine Abweichung	Abweichung	nicht zutreffend
Instrumente, Verbrauchsmaterial sind vollzählig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Proben für Pathologie wurden korrekt beschriftet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defekte Geräte / Instrumente wurden gekennzeichnet und ausgesondert. Reparatur- bzw. Ersatzbeschaffung wurde veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Besonderheiten des Eingriffs sowie postoperative Anordnungen und Aspekte wurden besprochen			
<input type="checkbox"/> Weiterbehandelnde Station/Einheit wurde überprüft			

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



<sup>1</sup>“(SOP) Standard Operating Procedure”, auf deutsch “Standardvorgehensweise”, beschreibt standardisierte wiederkehrende Arbeitsabläufe