



Deutsche Gesellschaft
für Anästhesiologie
und Intensivmedizin

Berichten und Lernen

BDA und DGAI bieten ihren Mitgliedern im Berichts- und Lernsystem CIRS-AINS eine neue Serviceleistung an: den „Fall des Monats“.

www.cirs-ains.de/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html

CIRS
NEWS **AINS**

Aus den Berichten, die von den teilnehmenden Einrichtungen in CIRS-AINS eingestellt werden, wählt die Arbeitsgruppe BDA/DGAI in regelmäßigen Abständen einen sogenannten „Fall des Monats“ aus.

Unter dieser Rubrik werden Fälle veröffentlicht, die entweder in dieser oder in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und exemplarische Fehlerquellen repräsentieren oder solche, die als besonders bedeutungsvoll eingestuft werden. Die Fälle des Monats sind knapp gefasste Feedbacks mit sowohl anästhesiologischer als auch i.d.R. juristischer Analyse und gegebenenfalls Hinweisen auf wichtige Literatur zum jeweiligen Thema. Ziel ist es, mit diesen Fällen des Monats unsere Mitglieder für brisante Themen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie zu sensibilisieren und Warnhinweise sowie Verbesserungsempfehlungen zu verbreiten.

Fall des Monats*

Der Fall

Versorgungsart

Routinebetrieb.

Patientenzustand

ASA II.

Fallbeschreibung

Bei dem Patienten** war eine Speicheldrangsendoskopie der Glandula parotis in Intubationsnarkose geplant. Nach problemloser Narkoseeinleitung wurde jedoch vom Operateur die Glandula

sublingualis endoskopierte. Der Fehler fiel erst auf nachdem der Patient bereits im Aufwachraum war. Somit war eine zweite Narkose innerhalb einer Stunde von Nöten, um die richtige Speicheldrüse zu untersuchen.

Was war besonders ungünstig

Zu wenig Kommunikation im OP-Team.

Eigener Ratschlag

Bessere Kommunikation zwischen OP-Team und Anästhesie. Kurz noch einmal für alle sagen, welcher Eingriff durchgeführt wird, bevor die OP beginnt.

Häufigkeit des Ereignisses

Nur dieses Mal.

Wer berichtet

Ärztin / Arzt.

Berufserfahrung

bis 5 Jahre.

Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Im vorliegenden Fall wurde das falsche Organ operiert (endoskopierte). Dies ist ein eher seltener Fehler, während Seitenverwechslungen häufiger anzutreffen sind. Es gibt jedoch keine belastbaren Zahlen, wie häufig Fehler dieser Art bei Operationen wirklich auftreten.

Problematisch dürfte auch die unmittelbare Durchführung einer zweiten Anästhesie innerhalb kurzer Zeit gewesen sein, für die zumindest eine rechtswirksame Einwilligung nicht eingeholt werden konnte. Bei dem zweiten Eingriff handelte es sich auch nicht um einen medizinisch notwendigen Folgeeingriff,

Prof. Dr. med. W. Heinrichs
AQAI GmbH, Mainz

Prof. Dr. med. A. Schleppers
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Dr. iur. E. Biermann
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Ass. iur. E. Weis
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Dipl.-Sozialw. T. Dichtjar
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Dr. med. M. St. Pierre
Anästhesiologische Klinik,
Universitätsklinikum Erlangen

* August 2010

** Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

der durch die Einwilligung des Patienten generell abgedeckt wäre.

In der Selbstreflexion schreibt der Kollege „kurz noch einmal für alle sagen, welcher Eingriff durchgeführt wird, bevor die OP beginnt“. Dieser Gedanke ist richtig und wichtig, wenn auch unzureichend. Die WHO hat zur Verbesserung der Sicherheit bei Operationen eine Checkliste [2] entwickelt. Zu drei Zeitpunkten sollen Chirurgen und Anästhesisten innehalten, bis ein Koordinator im OP-Saal die Checkliste abgearbeitet hat. Dies sind die „sign in“-Phase vor Beginn der Narkose, die „time out“-Phase unmittelbar vor der Inzision und die „sign out“-Phase, wenn der Patient den Operationssaal verlässt.

In der „sign in“-Phase muss der Koordinator beispielsweise prüfen, ob das Operationsfeld auf dem Körper des Patienten ausreichend markiert ist und ob die Allergien des Patienten bekannt sind. In der „sign out“-Phase müssen die Instrumente, Schwämme und Nadeln gezählt werden.

Ein entscheidendes Merkmal dieser Checkliste ist, dass stets mindestens zwei, häufig drei Personen die einzelnen Punkte gemeinsam abarbeiten müssen.

Die WHO hat die Auswirkungen der Checkliste auf die Qualität der Operationen in acht Studien untersuchen lassen. Die Zusammenfassung wurde im New England Journal publiziert und kommt zu erstaunlichen Ergebnissen: Untersucht wurden insgesamt 7.688 Patienten, 3.733 vor und 3.955 nach Einführung der Checkliste. Die Krankenhaussterblichkeit nach größeren Operationen wurde um 40 % (von 1,5 % auf 0,8 %) gesenkt. Die Rate schwerwiegender Komplikationen konnte nach Einführung der Checkliste von 11 % auf 7 % reduziert werden [1]. Die Untersuchungen wurden sowohl in Krankenhäusern der sog. reichen Regionen wie auch armen Regionen durchgeführt (in Ifakara (Tansania), Manila (Philippinen), New Delhi (Indien), Amman (Jordanien), Seattle (USA), Toronto (Kanada), London (Großbritannien) and Auckland (Neuseeland)). Es gab keine Unterschiede zwischen reichen und armen Regionen.

Die WHO lädt alle Krankenhäuser ein, die Liste frei zu übernehmen und bedarfsweise an die örtlichen Besonderheiten anzupassen.

Bereits ab März 2008 setzte HELIOS als erste Klinikgruppe in Deutschland diese WHO-Checkliste in einer achtmonatigen Testphase ein. Mit großer Wirkung, denn Nutzen und Wirksamkeit dieses Instrumentes überzeugten alle beteiligten Ärzteteams. Experten der medizinischen Fachgruppen bei HELIOS passten die WHO-Checkliste an die hiesige Praxis an und entwickelten zusätzliche Instrumente, die den Patienten durch den Operationsprozess begleiten. Seit dem 1. April 2009 ist die Anwendung dieser Checklisten in den Kliniken von Helios vorgeschrieben.

Analyse aus Sicht des Juristen

Rechtlich ist es keine Frage: Der erste Eingriff war nicht indiziert und auch von der Einwilligung des Patienten nicht umfasst; es handelt sich um Körperverletzung, die sowohl zivil- wie strafrechtliche Konsequenzen haben kann. Wirksam eingewilligt hat der Patient nur in das Verfahren zur Endoskopie der Glandula parotis. Er hat auch nur in das Anästhesieverfahren wirksam eingewilligt, das zur Endoskopie der Glandula parotis notwendig war. Somit war der erste Eingriff weder im Hinblick auf den Operateur noch im Hinblick auf den Anästhesisten von einer wirksamen Einwilligung des Patienten umfasst. Die Lokalisation des Eingriffsortes ist aber, soweit zwischen den beteiligten Fachvertretern nichts Abweichendes besprochen ist, Aufgabe des Operateurs bzw. Endoskopikers. Nach den rechtlichen Grundsätzen der Arbeitsteilung (Grundsatz strikter Arbeitsteilung/Vertrauensgrundsatz) darf der Anästhesist, soweit sich keine gegenteiligen Anhaltspunkte aufdrängen, darauf verlassen, dass der Operateur/Endoskopiker die ihm zukommenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt durchführt. Drängen sich für den Anästhesisten keine Hinweise darauf auf, dass das falsche „Organ“ endoskopiert wurde, so kann man ihm bezüglich der Durchführung des ersten Anästhesieverfahrens nicht den Vorwurf der Fahrlässigkeit machen. Vorsatz wird

ohnehin ausscheiden. Anders wäre es nur dann, wenn der Anästhesist den Fehleingriff hätte erkennen können oder müssen.

Selbst wenn der erste Eingriff ohne weitere Beeinträchtigungen für den Patienten durchgeführt werden konnte, stellt schon die Durchführung des (erfolgreichen) Eingriffs am „falschen Organ“ eine Körperverletzung dar, die zu Schadensersatz verpflichtet. Schaden ist nicht nur der materielle Schaden, das Recht kennt auch den immateriellen Schaden, das sog. Schmerzensgeld, das einen finanziellen Ausgleich für immaterielle Schäden, d. h. für Unannehmlichkeiten, seelische Belastungen und sonstige Unwohlgefühle neben Körperschäden zum Inhalt hat, die mit einer Verletzung am Körper einhergehen. Keine Frage, dass der Patient Anspruch auf Schmerzensgeld geltend machen könnte. Der Rechtsanwalt M. Teichner (www.patientenanwalt-hamburg.de) berichtet, dass z. B. eine Seitenverwechslung zu Beginn einer Operation im Beinbereich mit der Folge einer 15-cm-langen Narbe mit 2.500 € Schmerzensgeld entschädigt wurde; die Seitenverwechslung bei der Strahlenbehandlung eines Beckens - über 4 Wochen - führte zu einem Schmerzensgeld von 15.000 €.

Take-Home-Message

- **Einführung der WHO Checkliste, evtl. nach Anpassung an die örtlichen Besonderheiten**
- **Anästhesist, Operateur und Pflegekraft sollten gemeinsam Identität des Patienten, geplante Operation usw. überprüfen.**

Weiterführende Literatur

1. Haynes A.B. et al: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, New England Journal of Medicine: 360; 5, 2009.
2. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf (11.08.2010).
3. Ulsenheimer, K.: WHO-Sicherheitskonzept – Ist Verantwortung teilbar?, in diesem Heft Anästh Intensivmed 2010; 51:683-686.