



Berichten und Lernen

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

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



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

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

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

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:**

Narkoseeinleitung und Intubation mit Larynxmaske in Bauchlage gelingt nicht

Wo ist das Ereignis eingetreten?

Krankenhaus/Einleitung

Versorgungsart?

Routine

Tag des berichteten Ereignisses:

Wochentag

Patientenzustand:

ASA III

Wichtige Begleitumstände:

Geplante OP

Fallbeschreibung:

Der Patient kam zu einer geplanten Operation in Bauchlage. Der Anästhesist bestand darauf, den Patienten wach auf den Bauch zu drehen und ihn dann in Bauchlage einzuleiten. Der Patient wurde nicht präoxygeniert und bekam zur Einleitung Fentanyl und Propofol. Die Larynxmaske konnte nicht platziert werden und das Beatmen mit der Maske in Bauchlage funktionierte ebenfalls nicht. Da der Patient nicht präoxygeniert wurde und pulmonal nicht gesund war, sank der SpO₂-Wert rapide ab. Der Patient wurde dann schnell auf den Rücken gelagert, wobei die Beatmung mit der Maske und der Intubationsverlauf frustan verlief. Der Patient wurde dann zusätzlich relaxiert und die Narkose wurde vertieft. (Das Einführen des Larynxtubus führte auch zu einer frustanen Beatmung.) Der Kollege aus dem Nachbarsaal konnte den Patienten dann schließlich intubieren und die Operation konnte durchgeführt werden.

Was war besonders gut?

Die Narkose wurde vertieft, und nach zwei erfolglosen Intubationsversuchen intubierte ein Kollege.

Was war besonders ungünstig?

Der Entschluss, den Patienten in Bauchlage einzuleiten.

* Februar 2012.

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

Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?

Jeder Patient, der in Bauchlage operiert wird, sollte intubiert und natürlich vor jeder Einleitung präoxygeniert werden!

Häufigkeit des Ereignisses?

Nur dieses Mal

Wer berichtet?

Pflegekraft

Berufserfahrung:

über fünf Jahre.

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

In der vorliegenden Meldung wird von einer frustrierenden Narkoseeinleitung in Bauchlage berichtet, die durch konsekutive Intubationsschwierigkeiten kompliziert wird. Wenngleich dem Bericht keine näheren Angaben über minimale Sättigungswerte zu entnehmen sind, kann unter Annahme von durchschnittlichen Zeiten für das Drehen des Patienten und für Intubationsversuche doch mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem Abfall auf kritische Werte ausgegangen werden. Kausal können zwei Faktoren identifiziert werden, die beide unter dem Überbegriff des „reduzierten Sicherheitsspielraums“ eingeordnet werden können:

Intubation in Bauchlage: Ist man beim ersten Durchlesen geneigt, diese Vorgehensweise als abwegig und nicht lege artis durchgeführt abzutun (in keinem der bekannten Lehrbücher wird diese Einleitungsform erwähnt oder als valide Methode vorgeschlagen), so belehrt einen das Gespräch mit Kollegen rasch eines Besseren: Aus Mangel an Assistenzpersonal zum Lagern und wegen des Zeitgewinns für den Operateur wird diese Vorgehensweise (der Patient legt sich selbst in Bauchlage und wird im Anschluss eingeleitet) angewendet und führt in der Regel auch zum Erfolg. Im Gegensatz zu den Aspekten der Praktikabilität und Ökonomie handelt es sich jedoch unter sicherheitstechnischen Aspekten um eine „normale Regelverletzung“ („normal deviation“), bei der eine als Standard festgelegte Vorgehensweise (Intubation in Rückenlage mit anschließender Umlagerung) aufgrund fehlender negativer Erlebnisse durch eine weniger

sichere Methode ersetzt wird. Warum diese Vorgehensweise im vorliegenden Fall gewählt wurde, ist nicht offensichtlich; die unter Notfallbedingungen erfolgte Umlagerung auf den Rücken legt den Gedanken nahe, dass bereits zur Narkoseeinleitung ausreichend Personal zur Lagerung zur Verfügung gestanden hätte, so dass zumindest unter diesem Aspekt keine Notwendigkeit zu einer Einleitung in Bauchlage bestanden hätte. Dieser Gedanke lässt sich weiter ausbauen: Nach den Angaben handelte es sich um einen pulmonal kranken Patienten. Wir wissen nicht, was genau vorlag, können dies aber dahingehend interpretieren, dass der Patient unbedingt eine sichere Beatmung in Bauchlage benötigt hätte. Das ist auch aus der schnellen Abfallgeschwindigkeit der Sauerstoffsättigung bei Eintreten der Komplikation im Nachhinein ersichtlich. Die Frage stellt sich, ob das mit einer Larynxmaske (gerade bei Bauchlagerung) ausreichend sicher zu erzielen ist. Wir wissen, dass in Rückenlage bei der Beatmung mit der Larynxmaske ab Drücken von 15–20 cmH₂O durchaus auch eine teilweise Insufflation des Magens erfolgt. In Bauchlage, zumal bei einem pulmonal Erkrankten mit möglicherweise reduzierter pulmonaler Compliance (und hieraus resultierenden Beatmungsdrücken von deutlich über 20 cmH₂O) besteht diese Gefahr umso mehr. Da das Verfahren der Larynxmaske in Bauchlage bislang nicht systematisch untersucht wurde, würde man sich als Gutachter zu diesem Punkt sehr kritisch äußern.

Verzicht auf Präoxygenierung: Daneben fällt auf, dass im Rahmen der Narkoseeinleitung keine Präoxygenierung vorgenommen wurde. Dies erscheint angesichts der beschriebenen pulmonalen Funktionseinschränkung und der in Bauchlage reduzierten funktionellen Residualkapazität doppelt verwunderlich. Der weitere Verlauf wird durch Probleme sowohl mit der Maskenbeatmung als auch mit der Intubation (Larynxmaske und Endotrachealtubus) aggraviert; Probleme die aufgrund der fehlenden Präoxygenierung rasch zu einer kritischen Situation führen. In diesem Zusammenhang sei lobend erwähnt, dass der Anästhesist sofort Hilfe aus dem Nachbarsaal bekam.

Zusammenfassend: Hier wurde ein Patient einem unnötigen Anästhesierisiko ausgesetzt. Die Tatsache, dass die Pflegekraft dies im CIRS berichtet, interpretieren wir auch dahingehend, dass über dieses offenbar in der Abteilung nicht generell abgesprochene Vorgehen ein gewisser Unmut besteht. Zwei Empfehlungen ergeben sich unmittelbar aus der Meldung:

- Das Gespräch mit dem durchführenden Anästhesisten sollte von verantwortlicher Seite aus gesucht werden, um die Beweggründe für das Handeln zu erfahren und auf das hohe und offensichtlich unnötige Gefährdungspotential der Vorgehensweise hinzuweisen.
- Um „Sonderwege“ einzelner Anästhesisten zu verhindern, wäre eine schriftlich festgelegte, klinikweit verbindliche Vorgehensweise bei der Einleitung (z.B. immer Präoxygenierung, keine Einleitung in Bauchlage etc.) zu empfehlen.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

Die Rechtsprechung bekennt sich zum Prinzip der Nichteinmischung des Rechts in die medizinischen Fachfragen. Für die Wahl der Behandlung, z.B. für die Frage, wie die Einleitung zur Narkose erfolgt, räumt die Rechtsprechung dem Arzt eine weitgehende Methodenfreiheit ein. Die Wahl der Diagnostik- und/oder Therapiemethode liegt, wie Juristen sagen, im „pflichtgemäßen Ermessen“ des Arztes. Er muss nicht die Methoden anwenden, die vom Fachgebiet empfohlen, in Leitlinien – oder sonstigen Verlautbarungen – niedergelegt sind. Will er aber von den Methoden abweichen, die im Fachgebiet als „Standard“, damit als die wirksamsten und/oder risikoärmsten anerkannt sind, so darf der Anästhesist dies nur nach eigener gewissenhafter Prüfung und persönlicher Überzeugung von der Überlegenheit seiner Methode und unter sorgfältiger Kontrolle der damit verbundenen Nebenwirkungen und Risiken. Stehen gleichwertige Behandlungsmethoden zur Wahl, dann ist der behandelnde Arzt in der Methodenwahl weitgehend frei. Vorsicht ist geboten bei Methoden mit einem deutlichem Risikogefälle¹. Denn

¹ OLG Düsseldorf, AHRs Nr. 2620/15; hierzu Ulsenheimer, K.: Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, RN 19 e

auch wenn die Rechtsprechung sich zur Methoden- und Therapiefreiheit des Arztes bekennt, betont sie doch das „Verbot der Risikoerhöhung“. Dieses bedeutet, dass der Arzt unter mehreren fachlich anerkannten Vorgehensweisen diejenige zu wählen hat, die das geringste Risiko für den Patienten mit sich bringt. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Arzt stets den sichersten Weg einschlagen muss. Es können Besonderheiten des Falles eine andere Behandlungsmethode geboten sein lassen. Allerdings bedarf dies besonderer Rechtfertigung, wie der BGH² festgestellt hat: Das höhere Risiko muss „in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falles oder einer günstigeren Heilungsprognose eine sachliche Rechtfertigung finden“. Ein Abweichen von den gebotenen Standards nur aus ökonomischen Gründen, nur weil das erforderliche Personal – von Notfällen abgesehen – nicht zur Verfügung stand oder um einen schnelleren, ökonomischen Ablauf des OP-Programmes zu ermöglichen, akzeptiert die Rechtsprechung nicht. Der BGH³ hat festgestellt: „Hier ging die Sicherheit des Patienten allen anderen Gesichtspunkten vor; der gebotene Sicherheitsstandard dürfte nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden.“ Diese Aussage, dass die Sicherheit des Patienten allen anderen Erwägungen vorgeht, muss derjenige beachten, der, aus welchen Gründen auch immer, von dem fachlichen „Standard“ abweichen und forensische Konsequenzen vermeiden will.

Take-Home-Message

- **Larynxmaske in Bauchlage: Risiko und Nutzen sorgfältig abwägen**
- **Bei pulmonalem Risiko immer abwägen, ob eine Larynxmaske verwendet wird oder der „Goldstandard“ Intubation**
- **Patienten vor Einleitung grundsätzlich präoxygenieren.**



Zertifizierte Fortbildungsreihe „Patientensicherheit Anästhesiologie“ 2012

Sie wünschen einen umfassenden Zugang zur Thematik „Patientensicherheit“ und den notwendigen Methoden zu einer nachhaltigen Umsetzung in der eigenen Organisation?

Dann melden Sie sich zu unserer 4-tägigen Seminarreihe „Patientensicherheit Anästhesiologie“ an!

Wann? Modul 1: 18. - 19.06.2012 (Mo/Di)
Modul 2: 05. - 06.11.2012 (Mo/Di)

Wo? Holiday Inn Nürnberg · Engelhardsgasse 12 · 90402 Nürnberg

Zielgruppe: Die Fortbildungsreihe richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die direkt am Kernprozess der Patientenversorgung beteiligt sind und/oder diesen steuern oder leiten:

Führungskräfte, aus Arzt- und Pflegedienst, Mitglieder von Geschäftsleitungen, Risk- und Qualitätsmanager, CIRS-Beauftragte etc.

Teilnehmer: max. 45 Personen

Lernziele: Sie erhalten Sicherheit im Umgang mit dem Thema „Patientensicherheit“, indem Ihnen die notwendigen theoretischen Grundlagen vermittelt werden. Hierzu zählen auch die juristischen Aspekte. Sie verstehen die Unmöglichkeit des Nullfehleranspruches im komplexen klinischen Versorgungsprozess und lernen die Ursachen von kritischen Ereignissen in Ihrem eigenen Arbeitsumfeld zu erkennen.

Ihnen werden Möglichkeiten vorgestellt, um die vorhandenen Ursachen und bestehenden Risiken systematisch zu analysieren und Maßnahmen zu entwickeln, um diese zu beeinflussen.

Sie erkennen, wie wichtig die in der eigenen Institution vorherrschende Sicherheitskultur für die Patientensicherheit ist, und kennen Möglichkeiten zur Verbesserung.

Sie verstehen die Bedeutung von Teamarbeit und Kommunikation in Ihrer arbeitstäglich gelebten Praxis und lernen hierzu erste einfache Techniken und Methoden, die Sie praktisch umsetzen können.

Weitere Informationen unter:

www.patientensicherheit-ains.de/veranstaltungen/seminare.html

2 NJW 1987, 2927

3 NJW 1983, 1374



Gerätepass

von BDA & DGAI

Zur persönlichen Dokumentation
Ihrer Geräteeinweisungen

Der Gerätepass kann gegen eine Schutzgebühr
inkl. Porto per Rechnung für € 5,- zzgl. gesetzl. MwSt.

bei

MEPS GmbH
Roritzerstraße 27
D-90419 Nürnberg

per Fax: 0911 393 81 95 mit nachstehendem Coupon
bestellt werden.

Bei einer Bestellung ab 20 Exemplaren zahlen Sie
€ 4,-/Stück zzgl. gesetzl. MwSt.

Bestellschein

Hiermit bestelle ich _____ Exemplar(e) des „Gerätepass“
von BDA & DGAI.

Lieferanschrift:

Name und Anschrift bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Rechnungsanschrift:

Datum, Unterschrift / Stempel

GERÄTEPASS

Anästhesie-Ausweis der DGAI

Der **Anästhesie-Ausweis der DGAI** ist zum Preis von € 0,41 zzgl. MwSt. für DGAI-Mitglieder (€ 0,52 zzgl. MwSt. für Nicht-Mitglieder) mit nachstehendem Bestellschein erhältlich über

Aktiv Druck & Verlag GmbH · An der Lohwiese 36 · D-97500 Ebelsbach · Fax: 09522 943567



Europäische Vereinigung der
Fachärzte (UEMS)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie
und Intensivmedizin (DGAI)

Anästhesie-Ausweis

Union Européenne des Médecins
Spécialistes (UEMS)

German Society of Anaesthesiology
and Intensive Care Medicine (DGAI)

Anaesthesia Problem Card

DGAI Geschäftsstelle:

Roritzerstraße 27, D-90419 Nürnberg

Tel.: +49 (0)911 933780

Fax: +49 (0)911 3938195

E-Mail: dgai@dgai-ev.de

Bestellschein

Hiermit bestelle ich _____ Stück des Anästhesieausweises
der DGAI.

DGAI-Mitglied ☐ ja ☐ nein

Name: _____

Anschrift: _____

Datum, Unterschrift

Preisliste - Konditionen

Stückpreis: € 0,41 zzgl. MwSt. (€ 0,52 für Nicht-Mitglieder)

Mindestauftragswert: 40 Exemplare

Ab einer Abnahme von 100 Stück wird ein Preisnachlass
von 10 % gewährt.

Die Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten.