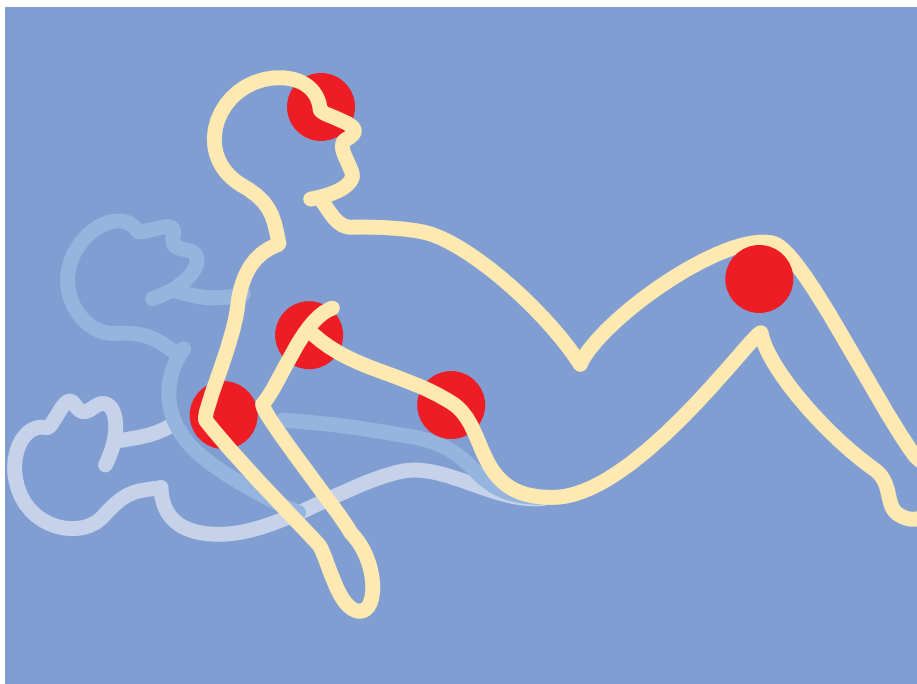




Perioperative Lagerungsschäden

Ursachen – Verhütung – Verantwortung

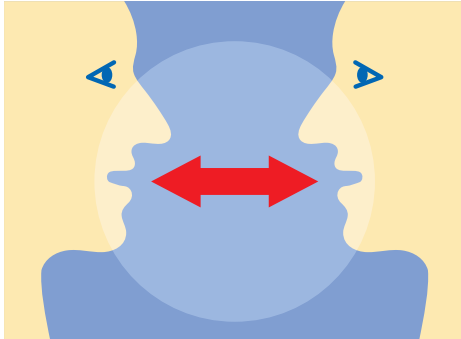


Die korrekte Lagerung eines Patienten für einen chirurgischen Eingriff ist eine wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe, denn sie ist eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen einer Operation. Obwohl Lagerungsschäden gemäss der ASA Closed Claims Analysis die zweithäufigste Ursache für einen Haftpflichtfall sind, findet man hierüber relativ wenig Literatur, und Angaben zur absoluten Häufigkeit sind äusserst selten.

Der Operateur bestimmt, wie auf dem Operationstisch gelagert wird und trägt hierfür die Verantwortung. Er kann diese Aufgabe delegieren, zum Beispiel an speziell geschulte Pflegekräfte. Dabei muss klar geregelt sein, wer für deren Ausbildung und Supervision zuständig ist. Der Anästhesist hat auf erkennbare Fehler sowie auf die bei der Lagerung für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen zu berücksichtigenden Erfordernisse hinzuweisen. Der Chirurg wägt diese Bedenken ab und trägt die Verantwortung für seine Entscheidung. Der Anästhesist ist für die Lagerung zur Ein- und Ausleitung der Anästhesie und intraoperativ für die Lagerung der Extremitäten und des Kopfes verantwortlich, soweit er diese für die Überwachung, Applikation von Medikamenten und Infusionen benötigt und keine Überschneidungen mit den Erfordernissen des Eingriffs bestehen.

Referenz:

Cheney FW et al. *Anesthesiology* 1999; 90: 1062-9
Weissauer W. *Anaesthesist* 2002; 51: 166-74; *Unfallchirurg* 2002; 38: 404-12
Biermann E. *AINS* 2003; 38: 491-5



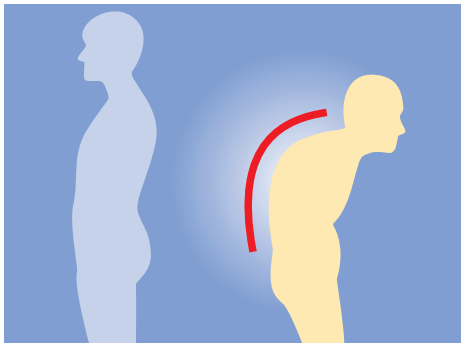
➤ **Der Patient muss auch über lagerungsbedingte Nervenläsionen aufgeklärt werden!**

Referenz:

Ullrich W et al. AINS 1997; 32: 4-20

Kienzle F et al. AINS 1997; 32: 72-86

Cheney FW et al. Anesthesiology 1999; 90: 1062-9



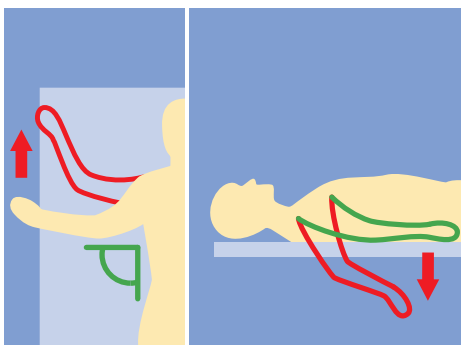
➤ **Sorgfältige Planung und Durchführung der Lagerung unter Berücksichtigung individueller Risikofaktoren.**

Referenz:

Ullrich W et al. AINS 1997; 32: 4-20

Kienzle F et al. AINS 1997; 32: 72-86

ASA Task Force. Anesthesiology 2000; 92: 1168-82



➤ **Plexusläsionen vermeiden.
Den Arm nicht höher als die Schulterlinie und dorsaler als die OP-Tischebene positionieren.
Wenn möglich nur einen Arm abduzieren.**

Referenz:

Swenson JD et al. Anesth Analg 1998; 87: 677-80

Cheney FW et al. Anesthesiology 1999; 90: 1062-9

Warner MA et al. Anesthesiology 1999; 90: 54-9



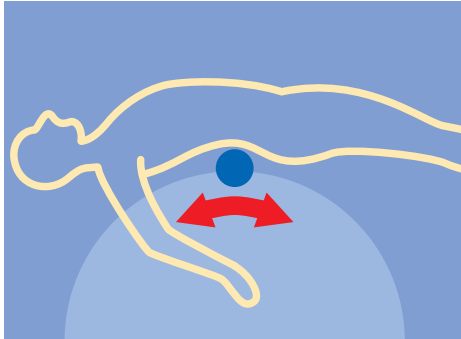
➤ **Auch bei korrekter Lagerung sind lagerungsbedingte Nervenläsionen möglich, insbesondere des N. ulnaris.
Kofaktoren: Vorbestehende subklinische Schädigung, Hypotonie, Vasoaktiva, Hypothermie usw.**

Referenz:

Warner MA et al. Anesthesiology 1999; 90: 54-9

Stewart JD, Shantz SH. Can J Neurol Sci 2003; 30: 15-9

Nardin R et al. Arch Neurol 2005; 62: 271-5



- **Bei extremer Lagerung Vor- und Nachteile einer Regionalanästhesie besonders gut abwägen (z.B. radikale Prostatektomie, Hysterektomie, Nephrektomie usw.).**

Referenz:

Price DT et al. J Urol 1998; 160: 1376-8

Warner MA et al. Anesthesiology 2000; 93: 938-42

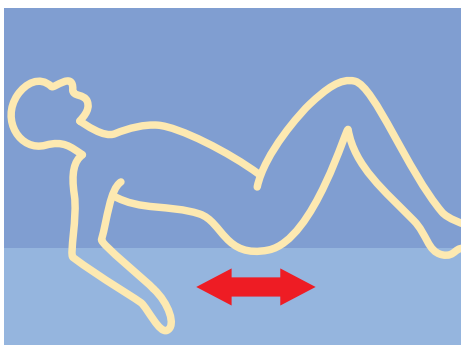


- **Bei langem Eingriff Operation allenfalls unterbrechen und Extremitäten entlasten (> 6Std. gehäuft Schäden).**

Referenz:

Warner MA et al. Anesthesiology 1994; 81: 6-12

Swenson JD et al. Anesth Analg 1998; 87: 677-80



- **Durch intraoperatives Rutschen kann sich die Lagerung des Patienten verändern. Deshalb soll regelmässig und nach jeder Positionsänderung des Operationstisches die Lagerung überprüft werden.**

Referenz:

Price DT et al. J Urol 1998; 160: 1376-8



- **Achte auf Verbrennungen durch Wärmematratten, vor allem bei eingeschränkter Durchblutung oder während Ischämiephasen.**

Referenz:

Bräuer A et al. Anesth Analg 2004; 99: 1742-6

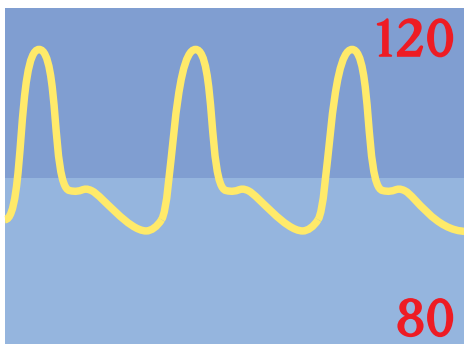
Neu J et al. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2004; 98: 567-74

www.schlichtungsstelle.de/daten/fallbsp12.htm



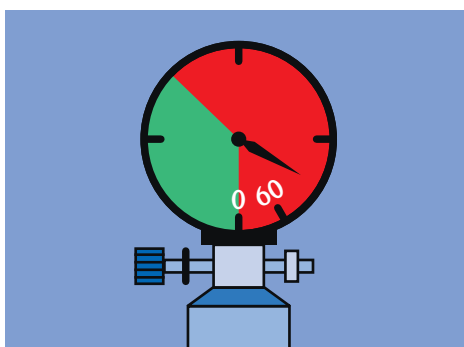
➤ **Patienten nicht im Nassen liegen lassen
(Hautschäden durch Desinfektionsmittel,
Stuhl, Urin usw.).**

Referenz:
SGAR Haftpflichtfälle Fall Nr. 30



➤ **Bei langem Eingriff erwäge invasive Blutdruck-
messung (Cave: Verrutschen der Manschette,
zu kurzes Messintervall beim NIBP).**

Referenz:
Lin CC et al. J Clin Anesth 2001; 13: 306-8
Salleh S et al. J Obstet Gynaecol 2005; 25: 814-5
SGAR Haftpflichtfälle Fall Nr. 87



➤ **Denke postoperativ bei starken Extremitäten-
schmerzen auch an ein Kompartmentsyndrom
(im Zweifelsfall Logendruck messen).**

Referenz:
Wassenaar EB et al. Dis Colon Rectum 2006; 49: 1449-53
Beraldo S, Dodds SR. Dis Colon Rectum 2006; 49: 1772-80
Chow CE et al. Am Surg 2007; 73: 19-21

Stiftungsträger und Sponsoren



Impressum

Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie, c/o SGAR, Postfach, CH-3000 BERN 25, <http://www.sgar-ssar.ch/patientensicherheit/>
Die vorliegende Ausgabe wurde von der Kommission zur Analyse von abgeschlossenen Haftpflichtfällen angeregt, von **Dr. Thomas Lippuner**, Luzern, und **Prof. Helmut Gerber**, Luzern, zusammengestellt und von der Kommission im September 2007 verabschiedet. Die Kommission setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen: Dr. Sven Staender, Männedorf, Vorsitz; Prof. Francois Clergue, Genf; Prof. Helmut Gerber, Luzern; Dr. Beat Meister, Bern; Prof. Thomas Pasch, Zürich; Prof. Karl Skarvan, Basel; Prof. Hansjürg Schaefer, Männedorf.
Grafische Gestaltung: Lorenz Jaggi, www.consign.ch