



Aus Fehlern lernen

Analyse von 150 abgeschlossenen Haftpflichtfällen
Zehnjahresbericht der SGAR-Kommission für
abgeschlossene Anästhesiehaftpflichtfälle (KAAH)



- Die Analyse abgeschlossener Haftpflichtfälle ist ein Kernprojekt der Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie. In den vergangenen zehn Jahren konnten 150 Fälle erfasst und von der verantwortlichen Kommission der SGAR analysiert werden.



Methodik

Dank einem sehr guten Verhältnis zu den wichtigen Haftpflichtversicherern konnte eine von der SGAR benannte Vertrauensperson (Prof. Hansjürg Schaer, Meilen) in den vergangenen zehn Jahren 150 abgeschlossene Haftpflichtfälle anonymisiert erfassen. Die Daten wurden strukturiert in einer Datenbank gespeichert. Falls nötig wurden sie verfremdet, damit keine Rückschlüsse auf die beteiligten Personen möglich sind.

Die Fälle wurden der SGAR-Kommission zur Analyse von Anästhesiezwischenfällen präsentiert und dort eingehend besprochen. Gemäss dem Ziel der Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie wurden die Erkenntnisse aus diesen Fällen an Vorträgen und in bisher sieben Flyern publiziert. Nach nunmehr 150 Fällen erscheint es sinnvoll, einen Überblick über alle Fälle zu geben, auf besonders wichtige Fälle hinzuweisen und Empfehlungen zur Vermeidung ähnlicher Fälle abzugeben.

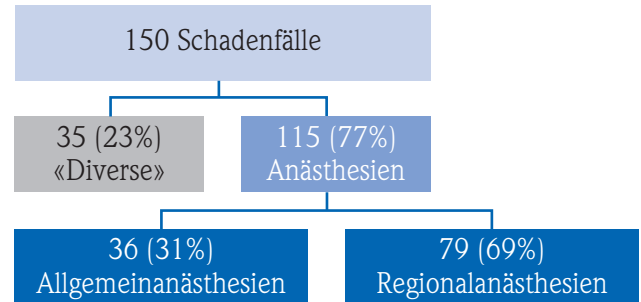
Für die Auswertung wurden die Fälle in drei Hauptgruppen unterteilt:

- **Regionalanästhesien**
(Periduralanästhesie – Spinalanästhesie – Plexusanästhesie)
- **Allgemeinanästhesien**
- **Diverse**
Diese Gruppe umfasst Schäden, die bei allen Anästhesiearten vorkommen können, z.B. Verbrennungen, Lagerungsschäden, Schäden bei zentralem Venenkatheter etc.

Unter **Anästhesien im engeren Sinn** werden Regional- und Allgemeinanästhesien verstanden.

Für die Auswertung wurde der Schweregrad des Schadens quantifiziert. Als **«schwere Schäden»** gelten bleibende invalidisierende Lähmungen, zerebrale Schädigungen und Exitus.

Statistik



115 Fälle (77%) der 150 Schadenfälle betrafen

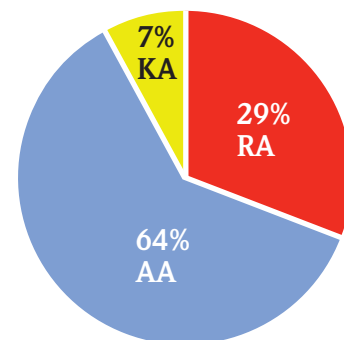
Anästhesien im engeren Sinn:

79 (69%) Fälle traten bei **Regionalanästhesien** auf und verursachten bei 18 Personen einen schweren Schaden.

36 (31%) Fälle betrafen **Allgemeinanästhesien** und verursachten bei 14 Personen einen schweren Schaden.

Zum Vergleich sei die Häufigkeit der Anästhesieverfahren, wie sie aus der Anästhesiedatenbank AMDS der SGAR hervorgeht, angeführt.

In den Jahren 2005–2007 wurden insgesamt 777 768 Anästhesien erfasst mit folgender Verteilung:



- 224 165 Regionalanästhesien (29%)
- 500 809 Allgemeinanästhesien (64%)
- 52 794 Kombinationsanästhesien (7%)

Im Widerspruch zur landläufigen Meinung zeigt die Analyse abgeschlossener Haftpflichtfälle, dass es nach Regionalanästhesien etwa viermal häufiger zu Haftpflichtfällen kommt als nach Allgemeinanästhesien.

35 Schadenfälle betrafen die Gruppe **Diverse** (23%) mit 14 schweren Schäden.



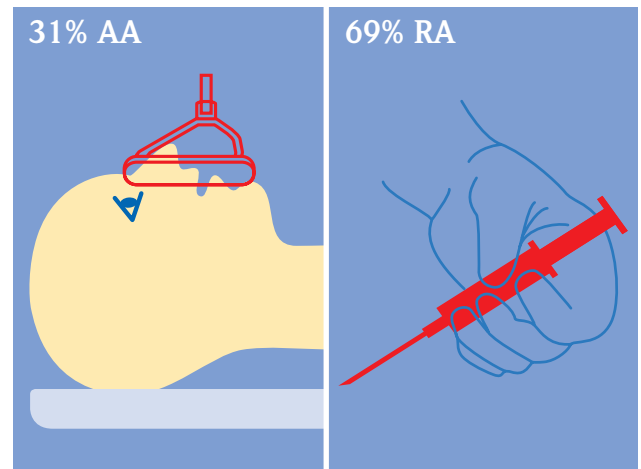
Regionalanästhesien

Die 79 Schadenfälle nach Regionalanästhesie verteilen sich gleichmässig auf Periduralanästhesien (PDA), Spinalanästhesien und Plexusanästhesien.

Ursache für Schäden bei Regionalanästhesien

Die Ursachen für toxische oder mechanische Nervenschädigungen sind vielfältig. Im Folgenden sind häufige Ursachen oder solche von hohem didaktischem Wert aufgelistet:

- Zwölf Mal war eine Nachinjektion bei einer inkompletten Regionalanästhesie für einen Nervenschaden verantwortlich, und zwar
 - Sechs Mal anlässlich einer Plexusanästhesie. *Eine Leitungsanästhesie in einem bereits teilweise anästhesierten Gebiet beinhaltet ein erhöhtes Risiko einer intraneuralen Injektion.*
 - Vier Mal anlässlich einer PDA. *Eine stark einseitige PDA weist auf eine Fehllage der Katheterspitze hin. Das Erzwingen einer suffizienten Analgesie durch hohe Volumina oder hohe Lokalanästhetikakonzentrationen scheint mit einer erhöhten Morbidität verbunden zu sein. Eine Neuplatzierung des Katheters sollte erwogen werden.*
 - Zwei Mal nach einer Nachinjektion wegen einer anfänglich ungenügenden Spinalanästhesie. *Eine zweite spinale Injektion wenige Minuten nach einer ungenügenden ersten Injektion scheint ein erhöhtes Risiko darzustellen.*
- Zwei Mal führte ein nicht rechtzeitig erkanntes peridurales Hämatom zu einer bleibenden Paraplegie. *Eine motorische Parese muss postoperativ innert weniger Stunden abgeklungen sein. Im Zweifel ist unverzüglich eine bildgebende Abklärung vorzunehmen.*
- Ein Mal wurde POR 8 als Vasokonstriktor verwendet und führte zu einer Paraplegie. *Insbesondere rückenmarksnah sollten ausschliess-*



69% der gemeldeten **Schadenfälle** betrafen Regionalanästhesien, 31% Allgemeinanästhesien.

lich gut dokumentierte und offiziell zugelassene Substanzen verabreicht werden.

- Drei Mal kam es als Folge einer nicht erkannten Überfüllung der Blase nach Spinalanästhesie zu einer permanenten Schädigung der Blasenmuskulatur. *Eine entsprechende Kontrolle gehört zur postoperativen Überwachung unter der Verantwortung des Anästhesisten.*
- Ein Mal wurde bei einer beabsichtigten Spinalanästhesie auf Höhe von L2/3 versehentlich auf L1/2 punktiert und der Conus medullaris verletzt. *Die klinische Bestimmung des Punktionsniveaus ist mit Fehlern behaftet. Tiefere Punktionen haben ein geringeres Verletzungsrisiko.*
- Ein Mal kam es anlässlich einer beabsichtigten Interskalenus-Anästhesie mit einer sechs Zentimeter langen Nadel zu einer totalen spinalen Anästhesie. *Lange Nadeln und flache Punktionswinkel haben ein erhöhtes Risiko.*
- Fünf Mal kam es nach einer infraklavikulären Plexusanästhesie zu einem Pneumothorax. *Der Patient muss entsprechend überwacht und auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.*
- **Fünf Mal kam es nach einer Periduralanästhesie zu einer Paraplegie oder einem Cauda equina-Syndrom ohne jede erkennbare Ursache.**
- Ein Mal war eine Spinalanästhesie irreversibel ohne erkennbare Ursache.



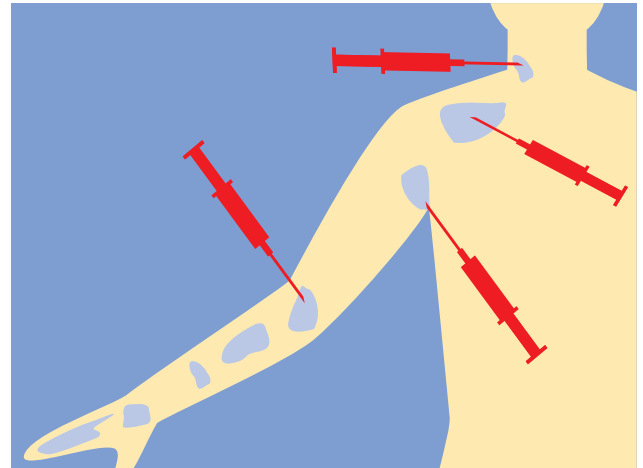
Regionalanästhesieschäden mit bejahter Haftpflicht

- 15 Fälle nach PDA, darunter elf schwere Schäden
- Acht Fälle nach Spinalanästhesie, darunter sechs schwere Schäden
- 13 Fälle nach Plexusanästhesie, darunter ein schwerer Schaden

In 18 Schadenfällen (fünf nach PDA, vier nach Spinal- und neun nach Plexusanästhesie) wurde die Haftpflicht ausschliesslich durch die **unterlassene Aufklärung** und/oder das **fehlende Einverständnis** des Patienten begründet. Dieser Bericht betrifft eine Periode von zehn Jahren, in der sich die Anforderungen an eine Aufklärung gewandelt haben. Wurde eine cursorische Aufklärung im OP unmittelbar vor der Anästhesie vor zehn Jahren noch akzeptiert, so gilt das heute nicht mehr.

Als besonders krasse Beispiel sei hier folgender Fall erwähnt: Ein Patient wünscht eine Narkose. Dennoch wird ohne sein Einverständnis unter starker Sedation eine PDA durchgeführt, in deren Verlauf es zu einer Paraplegie kommt!

- Vier Mal kam es anlässlich einer infraklavikulären Plexusanästhesie ohne vorhergegangene Aufklärung zu einem Pneumothorax.
- Zwei Mal wurde bei einer Langzeit-PDA ein peridurales Hämatom und einmal ein Abszess nicht erkannt.
- Bei dem bereits erwähnten Fall mit POR 8-Zugabe bei einer Spinalanästhesie wurde der Behandlungsfehler wegen der fehlenden Zulassung des Medikaments für diese Indikation bejaht.

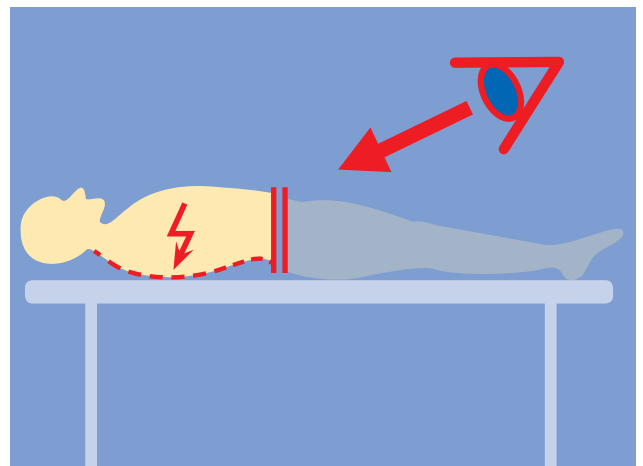


Nachblockaden in einem teilweise bereits anästhesierten Gebiet haben ein erhöhtes Risiko.

Ebenso wurde bei den Fällen mit der Konusverletzung anlässlich der Spinalanästhesie sowie beim Interskalenusblock mit der sechs Zentimeter langen Nadel und konsekutiver totaler Spinalanästhesie die Haftpflicht bejaht.

Demgegenüber wurden bei nachweislich erfolgter Aufklärung und technisch korrekter Durchführung viele Schäden als schicksalhaft beurteilt. In diesen Fällen erbringt die Versicherung keine Leistungen.

Für den geschädigten Patienten spielt es primär keine Rolle, ob eine Haftpflicht bejaht wird oder nicht, denn er trägt den Schaden ohnehin. Bei bejahter Haftpflicht kann die finanzielle Entschädigung das Leiden höchstens lindern.



Rückenschmerzen oder fehlende Motorik bei liegendem oder vor kurzem entferntem Periduralkatheter müssen, zum Ausschluss eines epiduralen Hämatoms, jederzeit **sofort** abgeklärt werden.

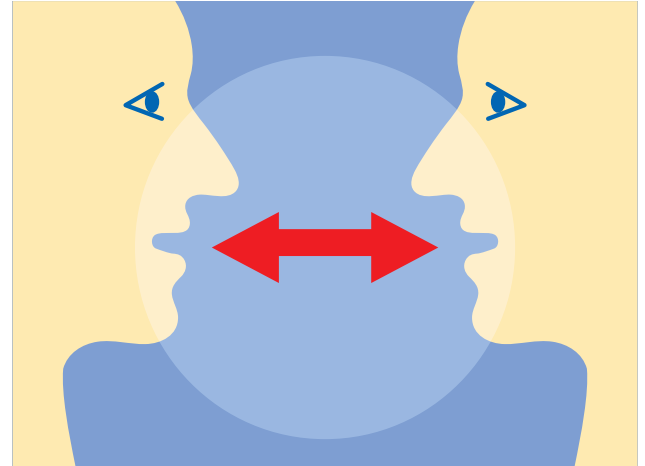


Allgemeinanästhesien – Narkosen

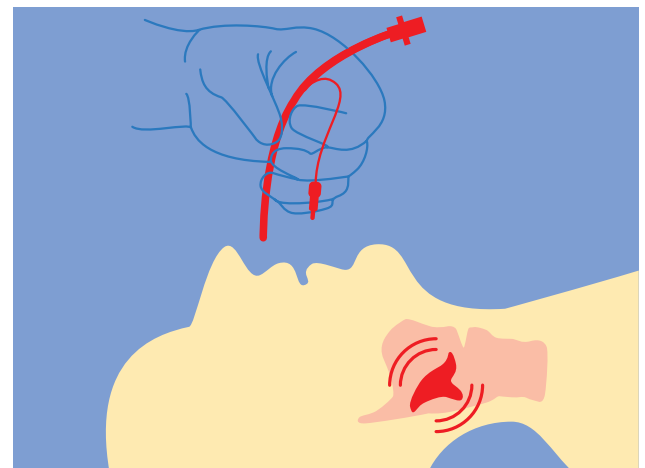
Das Schadenbild ist nicht einheitlich: Die 36 Schadenfälle verteilen sich auf 26 verschiedene Ursachen. Elf Schäden wurden als haftpflichtig bzw. als Behandlungsfehler beurteilt.

Im Folgenden einige Beispiele von besonderem didaktischem Wert:

- Drei Fälle mit Aspiration bei der Einleitung, davon zwei Mal wegen **mangelhafter Kommunikation** zwischen prämedizierendem und dem die Anästhesie ausführendem Anästhesisten. Zwei Mal wurde ein Behandlungsfehler anerkannt.
- Vier Fälle mit anhaltender **Heiserkeit** nach Intubation.
Die potenziell behandelbare Aryknorpelluxation kann Ursache einer prolongierten Heiserkeit nach einer Anästhesie sein. Eine Aryknorpelluxation muss rasch diagnostiziert und operiert werden. Wird sie übersehen, liegt ein Behandlungsfehler vor.
- Bei zwei älteren Fällen mit **Awareness**, davon einer bei einer Sectio caesarea, wurde ein Behandlungsfehler verneint.
Dieselbe Beurteilung wäre heute eher unwahrscheinlich.
- Zwei Fälle mit **Intubationsunmöglichkeit** bei sehr schwierigen Situationen wurden, bei guter Qualifikation des Anästhesisten und bei Einhalten der Algorithmen, als nicht haftpflichtig beurteilt.
- Eine nicht korrekt therapierte anhaltende **Hypotension** bei einem schwer septischen Patienten durch einen unqualifizierten Anästhesisten wurde als haftpflichtig beurteilt, da ein kompetenter Kollege erreichbar gewesen wäre, jedoch nicht beigezogen wurde.
Grundsätzlich sollte in allen schwierigen Situationen frühzeitig die Hilfe eines erfahrenen Kollegen angefordert werden.
- Eine Asystolie mit erfolgloser Reanimation nach einer alleinigen **Extubation durch einen**



Aufgrund **mangelnder Kommunikation** können schwerwiegende Fehler entstehen.



Postoperative **Heiserkeit** rasch abklären.
Aryknorpelluxation nicht verpassen.

Anästhesie-Pflegefachperson wurde ebenfalls als haftpflichtig beurteilt.

Gemäss den Richtlinien der SGAR ist in der Ein- und Ausleitungsphase die Anwesenheit des für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiarztes erforderlich; siehe

STANDARDS UND EMPFEHLUNGEN der SGAR 2002
(www.sgar-ssar.ch)

- Ein Fall mit letaler Hypoxie bei unbemerkter Diskonnektion des Tubus und **bereits ausgeschaltetem Monitoring** beim Umlagern von OP-Tisch ins Bett wurde ebenfalls als Sorgfaltspflichtverletzung beurteilt.



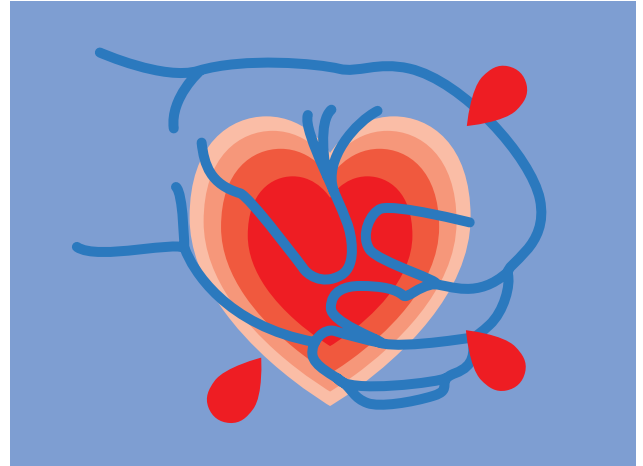
Diverse

Diese Gruppe mit total 35 Schäden wird dominiert von zwei Schadenarten: Schäden in Zusammenhang mit zentralen Venenkathetern und Lagerungsschäden.

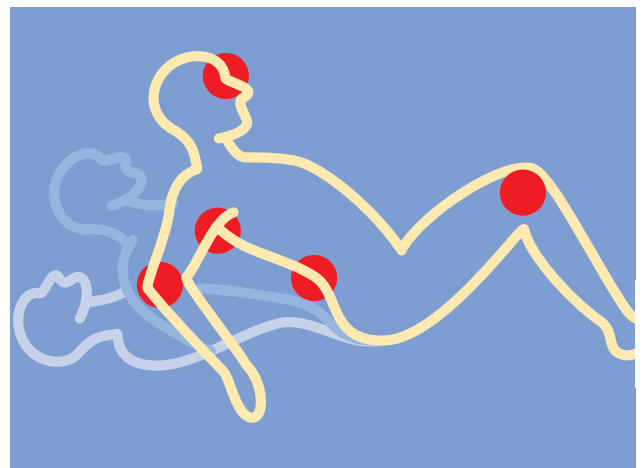
Bei acht Schäden im Zusammenhang mit **zentralen Venenkathetern** (ZVK) fanden sich sieben schwere Schäden, wovon in sechs Fällen die Haftpflicht bejaht wurde.

Zentrale Venenkatheter haben eine relevante Morbidität und Mortalität, was im Alltag oft unterschätzt wird.

- Bei vier Fällen mit Punktion der Aorta oder der Vena cava superior innerhalb der perikardialen Umschlagsfalte anlässlich einer ZVK-Einlage traten rasch schwerwiegende Perikardtamponaden auf, in einem Fall mit Exitus innert drei Minuten. *Insbesondere in Kopftieflage und bei adipösen Patienten kann die perikardiale Umschlagsfalte so hoch liegen, dass sie bei tiefem Zugang auch bei der Punktion via Vena jugularis interna verletzt werden kann.*
- Eine Perikardtamponade trat bei einem peripher eingelegten ZVK auf. Die Katheterspitze lag im Vorhof. Es wurde unterlassen, das angeordnete und durchgeführte Röntgenbild anzuschauen und den Katheter zurückzuziehen.
- Einmal wurde akzidentiell die Arteria subclavia punktiert, und es traten multiple Hirninfarkte auf. Ob gelöste Plaques, lokale Gerinnsel oder Luftblasen die Ursache waren, blieb unklar.
- In einem Fall wurde bei einer tiefen supraclavikulären Punktion (Notch-Punktion) ein Katheter akzidentiell intraperikardial platziert. Die Katheterlage wurde nicht eindeutig bestimmt. Zudem wurden diverse Warnhinweise wie sehr tiefes Hämoglobin bei der Blutentnahme aus dem Katheter missachtet. Es resultierte eine letale Perikardtamponade.



Perikardtamponade nicht verpassen.



Lagerungsschäden sind häufige Ursache für Klagen.

- In einem weiteren Fall wurde ein grosslumiger Katheter in die Arteria subclavia eingelegt und ohne weitere Massnahmen wieder entfernt. Es resultierte ein schwerwiegendes riesiges Mediastinalhämatom. *Grosslumige Katheter in einem intrathorakalen arteriellen Gefäss müssen unter Operationsbereitschaft oder direkt chirurgisch entfernt werden.*

Von zwölf **Lagerungsschäden** wurde die Haftpflicht in zehn Fällen bejaht.



Lehren aus den Haftpflichtfällen

Prämedikation

Aufklären über

- › mögliches Versagen einer Regionalanästhesie und eine eventuell notwendige Allgemeinanästhesie
- › Pneumothorax nach infraklavikulärer Plexusanästhesie
- › mögliche Nervenschäden
- › geplante invasive Massnahmen (z.B. ZVK, Arterien- und Blasenkatheter)
- › Kopfschmerzen nach Spinalanästhesie

Allgemeine Regeln:

Möglichst schriftliche Einwilligung zur geplanten Anästhesiemethode.

Prämedikationsnotizen so verfassen, dass diese für einen anderen Anästhesisten eindeutig und verständlich sind.

Patient nie zu einem nicht zwingenden Verfahren überreden.

Regionale Anästhesien

- › bei inkompletter Anästhesie Nachinjektionen und hohe Lokalanästhetikamengen möglichst vermeiden, insbesondere bei einseitiger PDA und bei Plexusanästhesien. Allgemeinästhesie erwägen.
- › bei Spinalanästhesie möglichst tief punktieren, L2/3 meiden.
- › bei Schmerzen Nadel zurückziehen und nie injizieren.
- › bei wiederholtem Nervenkontakt mit heftigen Zuckungen abbrechen.
- › bei technischen Schwierigkeiten rechtzeitig Allgemeinanästhesie in Betracht ziehen.
- › Überwachung der Harnblase sicherstellen.
- › bei Langzeit-PDA regelmässig Motorik prüfen.
- › postspinale Kopfschmerzen verfolgen.

Allgemeinanästhesie

- › Kommunikation zwischen dem die Prämedikation und dem die Anästhesie ausführendem Anästhesisten sicherstellen. Eindeutiges, lesbares Prämedikationsprotokoll.
- › Dem Vermeiden einer Awareness ist mit allen Mitteln besondere Beachtung zu schenken.
- › Heiserkeit nach Intubation muss verfolgt werden. Eine Aryknorpelluxation muss möglichst früh operiert werden.

Diverses

- › Cave kaudale Stichrichtung bei Subklaviapunktionen oder tiefen Punktionen der Vena jugularis interna.
- › Grosslumiger, akzidentell intraarteriell gelegter ZVK ist ein Notfall. Katheter unter Thorakotomiebereitschaft entfernen, eventuell (mit liegendem Katheter!) ans Zentrum verlegen.
- › Bei peripher eingelegten Kathetern muss die Spitze in der Vena cava superior liegen.
- › Verordnete Untersuchungen (Röntgen, Labor) immer anschauen. Ein Gericht hat die Nichtbeachtung einer verordneten Untersuchung als fahrlässig beurteilt.

Impressum

Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie, c/o SGAR, Postfach, CH-3000 BERN 25

Diese Ausgabe wurde von **Prof. Hansjürg Schaer**, hschaer@hin.ch, Meilen, und **Dr. Beat Meister**, beat.meister@hirslanden.ch, Bern, zusammengestellt und von der SGAR-Kommission zur Analyse von abgeschlossenen Haftpflichtfällen im September 2008 verabschiedet. Die Kommission setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen: Dr. Sven Staender, Männedorf, Vorsitz; Prof. François Clergue, Genf; Prof. Helmut Gerber, Luzern; Dr. Beat Meister, Bern; Prof. Thomas Pasch, Zürich; Prof. Karl Skarvan, Basel; Prof. Hansjürg Schaer, Meilen.

Grafische Gestaltung Lorenz Jaggi, Textredaktion Alice Baumann, www.consign.ch. Französische Übersetzung: Dr. Corine Robert, Bern.



Sicherungshinweise zu peripheren Nervenblockaden

Aus Fehlern lernen!

Am 24. Januar 2001 wurde auf Initiative der SGAR die Schweizerische Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie gegründet. Ein wesentliches Ziel dieser Stiftung ist es, Informationen über Zwischenfälle und „Incidents“ in der Anästhesie zu sammeln, sie zu analysieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse allen Anästhesisten zur Kenntnis zu bringen. Informationen über die Stiftung finden sich auf der Homepage der SGAR unter www.sgar-ssar.ch/Patientensicherheit.

Bei der Durchsicht der ersten 70 abgeschlossenen Halbtagefälle fanden sich mehrere Fälle mit Komplikationen bei Plexusblockaden. Im Folgenden sollen daher einige Sicherheitsmassnahmen nochmals in Erinnerung gerufen werden. Das Vermeiden von Zwischenfällen beginnt damit, dass wir akzeptieren, dass jedem von uns und jederzeit Zwischenfälle passieren können. Das Einhalten von Sicherheitsmassnahmen kann helfen, die Häufigkeit von Zwischenfällen zu verringern.

Analgesie oder Nervenblockade?

67% der analysierten Anästhesiefälle betrafen eine Nervenblockade.

Referenzen: Pfeil DJ et al. Anesthesiology 1998; 12: 2022-7; Warner ME et al. Anesthesiology 1998; 23: 648-54.

Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie © SGAR, Postfach 3000 BERN 13

Awareness existiert!

Awareness - von so bezaure = wachsam = beschreibt ein Wahrnehmen von Ereignissen während einer Anästhesie. Das Spektrum der Awareness reicht sich von einem völlig belanglosen sich Erinnern an ein Ereignis während der Anästhesie bis zum schweren, irritierenden Traum.

Konkret: Wie die Existenz von Awareness gerne verdrängt, sind 0,1 – 0,2% aller Patienten davon betroffen. In der Schweiz mit ca. 700 000 bis 800 000 Anästhesien pro Jahr sind das ca. 800 – 900 Patienten. Deutlich häufiger wird Awareness in der Geburtshilfe, der Herzchirurgie und bei Polyzystenektomien (bis 43%) beobachtet.

Der Gedächtnisverlust: Während einer Operation in Narkose wach zu sein, ist eine sehr häufige Sorge der Patienten vor einem Eingriff. Nicht ganz unbegründet, denn trotz moderner Anästhetik und Monitoring kann Awareness auch heute noch vor. In den Projekten der SGAR zur Erfassung von Anästhesiewachzuständen wurden denn auch mehrere Fälle registriert. Die Awareness für die Betroffenen ausserordentlich traumatisierend sein kann, sollen im Folgenden einige wichtige Fakten und Strategien zum Thema in Erinnerung gerufen werden.

Der entscheidende Schritt zur Verhütung einer Awareness ist die Einsicht, dass Awareness existiert und auch heute und überall möglich ist.

Moloney DJ, Cox J. Anesth 1998; 9: 189-192

Sicherungshinweise zu zentralen Nervenblockaden

30% der behandelten Halbtagefälle in der Schweiz betrafen Läsionen nach zentralen Nervenblockaden.

Referenz: Pfeil DJ et al. Anesthesiology 1998; 12: 2022-7

Regelmässigkeiten erheben sich in den letzten Jahren einer zunehmenden Beliebtheit. Neue Materialien, Medikamente und nicht zuletzt Techniken drängen auf den Markt. Die ASA Closed Claims Daten zeigen denn auch, dass in den 90er Jahren Rückenmarkschädigungen die anästhesiebedingte Ursachen als führende Ursache einer Einschüdigung abgeleitet haben. Da eine Rückenmarkschädigung zu einer massiven Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes führt, sind die Einschüdigungen und das Echo in der Tagespresse stets prominent übertrumpft.

Ausgangspunkt der Schweiz betreffen 30% der behandelten Halbtagefälle Läsionen nach zentralen Nervenblockaden. Als Hauptursachen dieser Zustände werden Blockaden bei Schmerzpatienten und Patienten unter Antikoagulation postuliert. Dies schen der Kommission für Patientensicherheit in der Anästhesie Grund genug, auf einige allgemein gültige Sicherheitsaspekte hinzuweisen.

Referenz: Pfeil DJ et al. Anesthesiology 1998; 12: 2022-7

Der schwierige Luftweg

Nicht jeder Patient kann intubiert werden!

Der schwierige Luftweg mit den drei problematischen Reaktionsarten in dem Kehlkopf, Endotrachealintubation und schwierige Intubation ist noch immer ein Thema. Die ersten beiden Probleme werden mittlerweile durch die Kappografie sicher erkannt, die schwierige Intubation ist dagegen noch immer ein wichtiger Grund für schwere Zwischenfälle. Die Studiengänge der schwierigen Intubation wird mit 1,5 – 4,5% angegeben.

Referenz: Doney PK. The American Society of Anesthesiologists does not agree: What have we learned. In: Lee J, ed. Anesthesiology and the Art of Patient Safety. Oxford: Elsevier; 2008: 105-110; Jorisch C. Endotracheal Intubation. In: Lee J, ed. Anesthesiology and the Art of Patient Safety. Oxford: Elsevier; 2008: 111-115; Lee J, ed. The art of patient safety. Oxford: Elsevier; 2008: 105-110.

Der zentralvenöse Katheter

Nutzen versus Risiko

Bei Patienten mit zentralvenösen Kathetern (ZVK) können drei Hauptkomplikationen auftreten: Mechanische, infektiöse und thrombotische. Komplikationen von zentralvenösen Kathetern sind nicht selten – etwa 5% aller Patienten mit ZVK erleiden eine der drei Hauptkomplikationen – und erhöhen die Mortalität der erkrankten ethisch kranken Patienten um etwa 10 – 25%.

Referenz: Nelson B et al. Crit Care Med 2002; 30: 484-88; Nelson B et al. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 1069-76; Nelson B et al. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 1069-76.

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 den Erfolg einer Operation. Obwohl Lagerungsschäden gemäß der ASA Closed Claims Analyse die zweithäufigste Ursache für einen Halbtagefall sind, finden man hierbei relativ wenig Literatur, und Angaben zur aktuellen Häufigkeit sind spärlich.

Der Operateur bestimmt, wie auf dem Operationstisch gelagert wird und trägt hierfür die Verantwortung. Er kann diese Aufgabe delegieren, zum Beispiel an speziell geschulte Pflegerinnen. Dabei muss klar gemacht sein, wer für dessen Ausbildung und Supervision zuständig ist. Der Anästhesist hat auf eventuelle Fehler sowie auf die bei der Lagerung für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen zu berücksichtigenden Erfordernisse zu überwachen. Der Chirurg trägt diese Aufgaben an und trägt die Verantwortung für seine Entscheidung. Der Anästhesist ist für die Lagerung der Extremitäten und die Kopflagerung während der Operation für die Lagerung der Extremitäten und des Kopfes verantwortlich, soweit er diese für die Überwachung, Applikation von Medikamenten und Schülaven benötigt und keine Beobachtungen mit dem Endotrachealintubation betreibt.

Referenz: Chong PK et al. Anesthesiology 1999; 90: 1820-9; Schemper W. Anesthesiology 2002; 117: 109-114; Oshirohara 2002; 20: 40-12; Schemper W. Anesthesiology 2002; 117: 109-114.

Flyer Sicherheitshinweise

Die bisher erschienenen Flyer der Stiftung zum Downloaden im pdf-Format von der Homepage der SGAR <http://www.sgar-ssar.ch> unter der Rubrik Qualitätssicherung/ Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie.

- Sicherheitshinweise zu peripheren Nervenblockaden
- Awareness existiert
- Sicherheitshinweise zu zentralen Nervenblockaden
- Der schwierige Luftweg
- Der zentralvenöse Katheter
- Perioperative Lagerungsschäden
- Kommunikation nach einem Zwischenfall

Stiftungsträger und Sponsoren

