Bericht

Titel:	Fehlende Information über Kontraindikation bei laparoskopischem Eingriff
Zuständiges Fachgebiet:	Chirurgie
Altersgruppe des Patienten:	31-40
Geschlecht des Patienten:	weiblich
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	<p>Adipöse Patientin wurde zur elektiven Operation aufgenommen. Als Nebendiagnosen bestanden Depression, Asthma bronchiale und Hypothyreose. In der Hausmedikation wurden Citalopram, Salbutamol, L-Thyroxin sowie Acetazolamid 2x500 mg angegeben.</p> <p>Die Patientin wurde von einem chirurgischen Assistenten (Nicht-Facharzt) im PDMS-System zur elektiven laparoskopischen Hernien-OP angemeldet. Die Patientin wurde in der Prämedikationssprechstunde gesehen, der prämedizierende Anästhesist vermerkte auf dem Protokoll: "Hirndruck" ohne nähere Erläuterung. Zwei Tage später sollte der Eingriff erfolgen. Für die Narkose war ein anderer Anästhesist eingeteilt. Dem fiel die Diagnose "Hirndruck" auf sowie die Medikation mit Azetazolamid und hakte bei der Patientin noch einmal nach: vor ein paar Jahren hätte es nach einer Operation eine chirurgische Komplikation gegeben, sie sei in dem Rahmen laparoskopiert worden und hätte einen längeren Intensivaufenthalt gehabt, in dessen Verlauf man bei ihr einen erhöhten Hirndruck diagnostiziert hätte. Die Frage, ob man eine Shunt-Anlage mit ihr besprochen hätte, bestätigte sie, aber bis jetzt sei der Hirndruck mit dem Acetazolamid gut unter Kontrolle, und sie sei einmal jährlich beim Neurologen in Kontrolle. Der Anästhesist kontaktierte daraufhin den chirurgischen Kollegen, um ihn zu informieren, dass diese Patientin auf keinen Fall laparoskopisch operiert werden könne, da Hirndruck eine absolute (genaugenommen die einzige absolute) Kontraindikation für ein Kapnoperitoneum und laparoskopischen Eingriff darstellt. Der Chirurg kannte diese Diagnose der Patientin gar nicht, da sie bei der Aufnahme auch gar nicht erhoben worden war. Außerdem wusste er nicht, dass es sich hier um eine Kontraindikation für das von ihm indizierte und geplante Operationsverfahren handelt.</p>
Was war das Ergebnis?	Die Patientin wurde auf die Notwendigkeit eines offenen Verfahrens aufgeklärt und wurde auch offen operiert. Sie hatte einen regelrechten Narkose- und postoperativen Verlauf und ist nicht zu Schaden gekommen.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	<p>Die Aufnahme der Patientin war oberflächlich durchgeführt worden. Bei der Medikation mit Azetazolamid wäre ein Nachhaken indiziert gewesen, da die Patientin mit ihrem Alter ja nicht in einer Altersgruppe war, wo typischerweise Glaukome auftreten.</p> <p>Der die Operation anmeldende Arzt war nicht der operierende Arzt, sodass diese Information auch nicht kommuniziert wurde. Außerdem war der anmeldende Arzt kein Facharzt für Chirurgie und kannte auch keine Kontraindikationen für ein Kapnoperitoneum.</p> <p>Der prämedizierende Anästhesist war nicht der für die Narkose geplante Anästhesist, auch hier fand keine Kommunikation statt. Letztendlich konnte nur durch die Genauigkeit des Anästhesisten, quasi in letzter Minute durch gründliche Anamneseerhebung das OP-Verfahren geändert und ein potentieller Schaden für die Patientin abgewendet werden.</p>
Kam der Patient zu Schaden?	nein

- Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...
- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
 - Ausbildung und Training
 - Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
 - Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
 - Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä... erstmalig
- Wer berichtet? Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor: Prof. Dr. med. Michael St.Pierre in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Ihr Bericht lässt zwei unterschiedliche, aber gleichberechtigte Perspektiven zu: zum Einen die Auflistung aller „Löcher“ in den Sicherheitsbarrieren, die dazu geführt haben, dass für die Patientin ein ungeeignetes Operationsverfahren geplant wurde.

Daneben könnte man den gleichen Sachverhalt aber auch positiv dahingehend interpretieren, dass die Sicherheitsbarriere eines erfahrenen Anästhesisten wirksam wurde, welcher in kollegialer Rücksprache seine operativen Kollegen auf die Kontraindikation eine Kapnoperitoneums hinweisen konnte (eine Sachkenntnis, die von einem operativen Kollegen nicht zwingend erwartet werden kann).

Darüber hinaus ist Ihr Bericht für den Leser insofern relevant, weil er nochmals darauf hinweist, dass in seltenen Fällen die Gefahr für einen Anstieg des ICP nicht mit einer vorbestellenden Vigilanzstörung oder Traumaanamnese korrelieren muss.