

Bericht

<p>Titel:</p> <p>Zuständiges Fachgebiet:</p> <p>Wo ist das Ereignis passiert?</p> <p>In welchem Bereich ist das Ereignis a...</p> <p>Tag des berichteten Ereignisses:</p> <p>Welche Versorgungsart:</p> <p>ASA Klassifizierung:</p> <p>Patientenzustand:</p> <p>Wichtige Begleitumstände:</p>	<p>Verbliebene Rachtentamponade</p> <p>Anästhesiologie</p> <p>Krankenhaus</p> <p>OP</p> <p>Wochentag</p> <p>Routinebetrieb</p> <p>ASA III</p> <p>MKG-Patienten mit "großer" Tumor OP</p> <p>Lange OP-Zeiten, z. T. >12 h mit mehrfachem Personalwechsel und Übergabeverlusten.</p> <p>Persönliche Unachtsamkeit trotz bekannter Problematik (die Kollegen sind typischerweise nachhaltig erschüttert, wenn sie realisieren, dass sie das Material vergessen haben. Die grundsätzliche Problematik ist allen vertraut.)</p> <p>Fehlerhafte Absprachen (einmal hatte ein Patient durch zwei verschiedene Kollegen je eine Tamponade erhalten, ohne dass der jeweils andere Kollege dies mitbekommen hätte, am Ende wurde eine Tamponade entfernt und keiner wusste, warum die Patienten nur unzureichend Luft bekam.)</p> <p>Die Dokumentation war meistens adäquat geführt, denkbar wäre aber nach Komplettierung des ersten Anästhesieprotokolls ein Übertragfehler auf das Folgeprotokoll.</p>
<p>Was ist passiert?</p>	<p>Diese CIRS Meldung beschreibt genau genommen mehrere Vorfälle mit potentiell lebensbedrohlichen Konsequenzen. Im Rahmen der operativen Versorgung von MKG-Patienten ist es häufig erforderlich, den Rachen gegen den Mundraum abzudichten, um ein ösophageales Verschlucken oder eine stille Mikroaspiration nach tracheal von Blut, Sekret oder intraoral verwendetem Desinfektionsmittel zu verhindern. Hierzu wird dem Patienten während der Anästhesieeinleitung eine in Chlorhexidin getränkte Kompresse in den Rachen appliziert, der das Areal nach oben hin abdichtet. Diese Tamponade wird dezidiert auf dem Anästhesieprotokoll schriftlich dokumentiert (Pflichtfeld zum Ankreuzen + Freitext + Markierung mit durchlaufendem Strich im Feld für die Vitalparameter). Trotzdem gab es in den letzten Wochen mindestens drei Fälle, in denen die Rachtentamponade zum Ende der OP akzidentell in situ verblieben ist. Aufgrund der möglichen Atemwegsverlegung nach Extubation stellt dies eine unmittelbare vitale Patientengefährdung dar. Zum Teil wurden die Tamponaden während einer routinemäßigen Kontrolllaryngoskopie vor Extubation entdeckt, in mindestens zwei Fällen fiel die Atemwegsverlegung erst nach Extubation auf.</p> <p>Hauptgrund: Tamponade verschwindet komplett im Patienten und wird vergessen.</p>
<p>Was war besonders gut?</p>	<p>Dieser CIRS Fall beschreibt eine Routine, welche jahrelang gut gegangen ist. Es spricht für die Fehlerkultur der beteiligten Fachabteilungen, dass dieses Problem offen kommuniziert und parallel an einer Lösung gearbeitet wird.</p>
<p>Was war besonders ungünstig?</p> <p>Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...</p>	<p>"Es ist immer gut gegangen?" und jahrelange Routine.</p> <p>Im OP wird aufgrund langjähriger gelebter Praxis die Kompresse restlos im Patienten "versenkt", die Entfernung ist zwar allen bewusst, aber immer wieder versagen die vorgesehenen Risikovermeidungsstrategien. Die Lösung ist eine Markierung der Kompresse mit einem ausgeleiteten Faden und der Fixierung mit einem Klemmchen.</p>
<p>Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...</p> <p>Wer berichtet?</p>	<p>monatlich</p> <p>Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in</p>

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar**Kommentar:**

Autor: Prof. Dr. med. habil. Matthias Hübler in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Rachentamponaden werden regelmäßig bei zahlreichen HNO- oder kieferchirurgischen Eingriffen verwendet. Weitere Indikationen sind zahnärztliche Eingriffe in Allgemeinanästhesie oder Allgemeinanästhesien bei kleinen Kindern, falls ein nicht-blockbarer Endotrachealtubus verwendet wird. Auch ohne die sehr plastischen Schilderungen in der Meldung ist jedem klar, dass eine vergessene Tamponade schnell lebensbedrohlich für den Patienten werden kann. In der Literatur finden sich mit einer wiederkehrenden Regelmäßigkeit immer wieder Fallberichte zu dieser Thematik. Die Forderung ist offensichtlich: Es muss unbedingt sichergestellt werden, dass ein solches Ereignis NIE eintritt.

Verantwortlich für die Entfernung einer Rachentamponade ist grundsätzlich derjenige, der sie platziert hat. Wichtig ist aber nicht die Suche nach einem Schuldigen oder Verantwortlichen, sondern um Maßnahmen, die ein solches Ereignis zu 100% ausschließen. Um es vorweg zu nehmen: Solange Menschen Patienten behandeln werden wir diese 100% nie erreichen.

Der Melder schlägt eine sehr effektive Maßnahme vor, die in vielen Kliniken erfolgreich praktiziert wird: Das Anbringen eines Fadens an der Tamponade und Sicherung des ausgeleiteten Fadens mit einer Klemme. Eine mögliche zusätzliche Erinnerungshilfe ist die Verwendung von speziellen, auffälligen Aufklebern („Rachentamponade in situ“), die entweder auf der Stirn des Patienten oder – falls dies aus operationstechnischen Gründen nicht möglich ist – auf der Stirn eines Operateurs oder Pflegekraft angebracht wird [1]. Letztere Methode erscheint auf den ersten Blick etwas lächerlich, ist aber wahrscheinlich sehr effektiv.

Die Meldung thematisiert aber noch ein weiteres Problem: Personalwechsel bei laufenden Operationen kann zu Wissensverlust führen. Um diesen Wissensverlust möglichst gering zu halten, empfiehlt es sich, die Übergabe strukturiert und systematisch durchzuführen. Ein mögliches Tool ist das SBAR-Konzept (Situation – Background – Assessment – Recommendation), welches auch von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) empfohlen wird [2].

Literatur:

[1] Jennings A, Bhatt V. Throat packs: in your face? Anaesthesia 2010; 65: 312-3.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2010.06259.x>

[2] von Dossow V, Zwißler B. Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR-Konzept. Anästh Intensivmed 2016; 57: 88-90.
https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2016/02-2016/2016_2_88-90_Strukturierte%20Patientenuebergabe%20in%20der%20perioperativen%20Phase%20%20Das%20SBAR-Konzept.pdf