

Bericht

Titel:	Fehlender standardisierter Untersuchungsalgorithmus
Zuständiges Fachgebiet:	Anästhesiologie
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis a...	AWR
Tag des berichteten Ereignisses:	Wochentag
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung:	leer
Patientenzustand:	leer
Wichtige Begleitumstände:	leer
Was ist passiert?	Der Patient erhielt eine Carotis-TEA in Lokalanästhesie (cervicale Plexusanästhesie). Hierunter hatte der Patient eine Recurrensparese mit heiserer Stimme, intraoperativ mehrmals Prüfung der Motorik des rechten Armes mit stets unauffälligem Befund. Es erfolgte dann lt. SOP eine 6-stündige Überwachung im Aufwachraum. Hier wurde regelmäßig der Halsumfang gemessen, um eine akute Blutung auszuschließen. Eine neurologische Kontrolle fand nicht statt, was in diesem Kontext lt. SOP auch nicht vorgesehen ist. Bei Übernahme auf die Intensivstation nach der geplanten Überwachungszeit zeigte der Patient eine Aphasie und nicht nur eine Heiserkeit, wie bei Recurrensparese üblich. In den Unterlagen des Patienten fand sich ein postoperativer Anordnungsbogen, der normalerweise für Station benötigt wird. In diesem waren für diesen Tag noch 3 Heparindosen a 7500 IE angeordnet. Bei Übernahme wäre dementsprechend mind. 1 Dosis nötig gewesen, um die geforderte Gesamtmenge zu erreichen. Die Beurteilung des Patienten fiel auf ITS schwer, da kein Vergleich präoperativ vorlag und der Patient nur schwer in der Lage war, die gestellten Aufgaben zur Diagnostik zu erfüllen. Im weiteren Verlauf auf ITS wurde mehrfach auf den Verlauf aufmerksam gemacht und schließlich auf die Notwendigkeit weiterführender Diagnostik hingewiesen und ein CT durchgeführt.
Was war besonders gut?	leer
Was war besonders ungünstig?	leer
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	Die lange Verweildauer im AWR ist der Nähe zum OP geschuldet im Falle einer akuten Carotisblutung. Die regelmäßige neurologische Untersuchung ist hier aber nur schwer möglich, da der AWR-Arzt neben den Schmerzdiensten und dem Auslösen im OP auch noch andere Aufgaben zu erledigen hat und somit nur für eine überschaubare Zeit im AWR gegenwärtig ist. Es gibt ebenfalls keinen standardisierten Untersuchungsalgorithmus, mit dem solche Patienten regelmäßig gescreent werden. Außerdem sollte verbal kommuniziert werden, welche Injektionen ein Patient im AWR haben sollte, da diese Medikamente im AWR-Protokoll vermerkt werden und der postoperative Anordnungsbogen nicht für den AWR gedacht ist. Genaue Übergabe an die verantwortlichen Personen, über den Ist-Stand des Patienten, um Veränderung beurteilenteilen zu können.
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	nicht anwendbar
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

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

Aus psychologischer Sicht handelt es sich hier um ein Beispiel für Verantwortungsdiffusion. Der Gefäßchirurg hat seine Arbeit erledigt und geht davon aus, dass das anästhesiologische Team die weitere Betreuung

übernimmt. Auf Grund fehlender Standards für die postoperative neurologische Überwachung, ist das Anästhesieteam auf die typischen Aufwachraumaspekte Oxygenierung, Blutdruck, Schmerzen, etc. fokussiert. Für die neurologische Überwachung muss jemand anderes zuständig sein. Hinzu kommt in dem Fall, dass die wichtige Gabe von Gerinnungshemmern vergessen wurde.

Genau um solche Fehler zu vermeiden, wird bereits seit vielen Jahren das Durchführen einer strukturierten Patientenübergabe empfohlen [1]. Dieses Vorgehen hilft, Wissensverlust zu reduzieren und die Patientenversorgung zu verbessern.

Es besteht natürlich auch die Möglichkeit, dass der Anästhesist, der den Patienten im AWR abgegeben hat, nicht wusste, welche Art von postoperativer Überwachung erforderlich war. Deshalb ist es wichtig, dass das im OP-Saal etablierte Team Time Out vollständig durchgeführt wird: Der letzte Teil ist am Ende der OP. Hier wird zusammengefasst, was postoperativ beachtet werden muss (Nüchternheit, Überwachung, Schmerztherapie, ggf. weitere Medikamentengaben, Laborkontrollen, etc.). Leider ist die Durchführung des Team Time Outs am OP-Ende in den meisten Krankenhäusern eher die Ausnahme als die Regel, aber der Fall sollte zum Anlass genommen werden, den Stellenwert dieser kurzen Absprache wieder in Erinnerung zu rufen und die konsequente Umsetzung einzufordern.

Der letzte Aspekt ist der fehlende oder ggf. nicht bekannte Standard für die Besonderheiten einer postoperativen Überwachung nach einer Carotis-OP. Hier ist der Gefäßchirurg in der Pflicht, der einen solchen Standard erstellen und für die Anwendung sorgen muss. Die Durchführung kann natürlich an eine andere Abteilung in Absprache delegiert werden.

Literatur:

- [1] 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