

## Fall des Monats – August 2010

### CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

#### **Der Fall:<sup>1</sup>**

**Versorgungsart:** Routinebetrieb

**Patientenzustand:** ASA II

#### **Fallbeschreibung:**

Bei dem Patienten war eine Speicheldrangsendoskopie der Glandula parotis in Intubationsnarkose geplant. Nach problemloser Narkoseeinleitung wurde jedoch vom Operateur die Glandula sublingualis endoskopierte. Der Fehler fiel erst auf nachdem der Patient bereits im Aufwachraum war. Somit war eine zweite Narkose innerhalb einer Stunde von Nöten um die richtige Speicheldrüse zu untersuchen.

#### **Was war besonders ungünstig:**

Zu wenig Kommunikation im OP Team.

#### **Eigener Ratschlag:**

Bessere Kommunikation zwischen OP Team und Anästhesie. Kurz noch einmal für alle sagen, welcher Eingriff durchgeführt wird, bevor die OP beginnt.

#### **Häufigkeit des Ereignisses:**

Nur dieses Mal

**Wer berichtet:** Ärztin / Arzt

**Berufserfahrung:** bis 5 Jahre

### **Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten**

Im vorliegenden Fall wurde das falsche Organ operiert (endoskopierte). Dies ist ein eher seltener Fehler, während Seitenverwechslungen häufiger anzutreffen sind. Es gibt jedoch keine belastbaren Zahlen, wie häufig Fehler dieser Art bei Operationen wirklich auftreten.

Problematisch dürfte auch die unmittelbare Durchführung einer zweiten Anästhesie innerhalb kurzer Zeit gewesen sein, für die zumindest eine rechtswirksame Einwilligung nicht eingeholt werden konnte. Bei dem zweiten Eingriff handelte es sich auch nicht um einen medizinisch notwendigen Folgeeingriff, der durch die Einwilligung des Patienten generell abgedeckt wäre.

In der Selbstreflektion schreibt der Kollege „kurz noch einmal für alle sagen, welcher Eingriff durchgeführt wird, bevor die OP beginnt“. Dieser Gedanke ist richtig und wichtig, wenn auch unzureichend. Die WHO hat zur Verbesserung der Sicherheit bei Operationen eine Checkliste [2] entwickelt. Zu drei Zeitpunkten sollen Chirurgen und Anästhesisten innehalten, bis ein Koordinator im OP-Saal die Checkliste abgearbeitet hat. Dies sind die „sign in“-Phase vor Beginn der Narkose, die „time out“-Phase unmittelbar vor der Inzision und die „sign out“-Phase, wenn der Patient den Operationsaal verlässt.

In der „sign in“-Phase muss der Koordinator beispielsweise prüfen, ob das Operationsfeld auf dem Körper des Patienten ausreichend markiert ist und ob die Allergien des Patienten bekannt sind. In der

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

„sign out“-Phase müssen die Instrumente, Schwämme und Nadeln gezählt werden.

Ein entscheidendes Merkmal dieser Checkliste ist, dass stets mindestens zwei, häufig drei Personen die einzelnen Punkte gemeinsam abarbeiten müssen.

Die WHO hat die Auswirkungen der Checkliste auf die Qualität der Operationen in acht Studien untersuchen lassen. Die Zusammenfassung wurde im New England Journal publiziert und kommt zu erstaunlichen Ergebnissen: Untersucht wurden insgesamt 7.688 Patienten, 3.733 vor und 3.955 nach Einführung der Checkliste. Die Krankenhaussterblichkeit nach größeren Operationen wurde um 40% (von 1,5% auf 0,8%) gesenkt. Die Rate schwerwiegender Komplikationen konnte nach Einführung der Checkliste von 11% auf 7% reduziert werden [1]. Die Untersuchungen wurden sowohl in Krankenhäusern der sog. reichen Regionen wie auch armen Regionen durchgeführt (in Ifakara (Tanzania), Manila (Philippines), New Delhi (India), Amman (Jordan), Seattle (United States of America), Toronto (Canada), London (United Kingdom) and Auckland (New Zealand)). Es gab keine Unterschiede zwischen reichen und armen Regionen.

Die WHO lädt alle Krankenhäuser ein, die Liste frei zu übernehmen und bedarfsweise an die örtlichen Besonderheiten anzupassen.

Bereits ab März 2008 setzte HELIOS als erste Klinikgruppe in Deutschland diese WHO-Checkliste in einer achtmonatigen Testphase ein. Mit großer Wirkung, denn Nutzen und Wirksamkeit dieses Instrumentes überzeugten alle beteiligten Ärzteteams. Experten der medizinischen Fachgruppen bei HELIOS passten die WHO-Checkliste an die hiesige Praxis an und entwickelten zusätzliche Instrumente, die den Patienten durch den Operationsprozess begleiten. Seit dem 1. April 2009 ist die Anwendung dieser Checklisten in den Kliniken von Helios vorgeschrieben.

### **Die Analyse aus Sicht des Juristen**

Rechtlich ist es keine Frage: Der erste Eingriff war nicht indiziert und auch von der Einwilligung des Patienten nicht umfasst; es handelt sich um Körperverletzung, die sowohl zivil- wie strafrechtliche Konsequenzen haben kann. Wirksam eingewilligt hat der Patient nur in das Verfahren zur Endoskopie der Glandula parotis. Er hat auch nur in das Anästhesieverfahren wirksam eingewilligt, das zur Endoskopie der Glandula parotis notwendig war. Somit war der erste Eingriff weder im Hinblick auf den Operateur noch im Hinblick auf den Anästhesisten von einer wirksamen Einwilligung des Patienten umfasst. Die Lokalisation des Eingriffsortes ist aber, soweit zwischen den beteiligten Fachvertretern nichts Abweichendes besprochen ist, Aufgabe des Operateurs bzw. Endoskopikers. Nach den rechtlichen Grundsätzen der Arbeitsteilung (Grundsatz strikter Arbeitsteilung/Vertrauensgrundsatz) darf der Anästhesist, soweit sich keine gegenteiligen Anhaltspunkte aufdrängen, darauf verlassen, dass der Operateur/Endoskopiker die ihm zukommenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt durchführt. Drängten sich für den Anästhesisten keine Hinweise darauf auf, dass das falsche "Organ" endoskopiert wurde, so kann man ihm bezüglich der Durchführung des ersten Anästhesieverfahrens nicht den Vorwurf der Fahrlässigkeit machen. Vorsatz wird ohnehin ausscheiden. Anders wäre es nur dann, wenn der Anästhesist den Fehleingriff hätte erkennen können oder müssen.

Selbst wenn der erste Eingriff ohne weitere Beeinträchtigungen für den Patienten durchgeführt werden konnte, stellt schon die Durchführung des (erfolgreichen) Eingriffs am "falschen Organ" eine Körperverletzung dar, die zu Schadensersatz verpflichtet. Schaden ist nicht nur der materielle Schaden, das Recht kennt auch den immateriellen Schaden, das sog. Schmerzensgeld, das einen finanziellen Ausgleich für immaterielle Schäden, d. h. für Unannehmlichkeiten, seelische Belastungen und sonstige Unwohlgefühle neben Körperschäden zum Inhalt hat, die mit einer Verletzung am Körper einhergehen. Keine Frage, dass der Patient Anspruch auf Schmerzensgeld geltend machen könnte. Der Rechtsanwalt M. Teichner ([www.patientenanwalt-hamburg.de](http://www.patientenanwalt-hamburg.de)) berichtet, dass z. B. eine Seitenverwechslung zu Beginn einer Operation im Beinbereich mit der Folge einer 15-cm-langen Narbe mit 2.500 € Schmerzensgeld entschädigt wurde; die Seitenverwechslung bei der Strahlenbehandlung eines Beckens - über 4 Wochen - führte zu einem Schmerzensgeld von 15.000 €

### Take-Home-Message

- Einführung der WHO Checkliste, evtl. nach Anpassung an die örtlichen Besonderheiten
- Anästhesist, Operateur und Pflegekraft sollten gemeinsam Identität des Patienten, geplante Operation usw. überprüfen.

#### Weiterführende Literatur

1. Haynes A.B. et al: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, New England Journal of Medicine: 360; 5, 2009
2. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590\\_eng\\_Checklist.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf) (11.08.2010)

#### Autoren:

Prof. Dr. med. W. Heinrichs, AQAI GmbH, Mainz  
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Ass. iur. E. Weis, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dipl.-Sozialw. T. Dichtjar, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dr. M. St. Pierre, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen