



Berichten und Lernen

BDA und DGAI bieten ihren Mitgliedern im Berichts- und Lernsystem CIRS-AINS die Serviceleistung: der „Fall des Monats“.

www.cirs-ains.de/cirs-ains/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html



Dr. med. M. St.Pierre,
Anästhesiologische Klinik,
Universitätsklinikum Erlangen

Rechtsanwalt R.-W. Bock,
Kanzlei Ulsenheimer – Friederich, Berlin

Prof. Dr. med. A. Schleppers,
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Dipl.-Sozialw. T. Rhaïem,
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Aus den Berichten, die von den teilnehmenden Einrichtungen in CIRS-AINS eingestellt werden, wählt die Arbeitsgruppe BDA/DGAI in regelmäßigen Abständen einen sogenannten „Fall des Monats“ aus.

Unter dieser Rubrik werden Fälle veröffentlicht, die entweder in dieser oder in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und exemplarische Fehlerquellen repräsentieren oder solche, die als besonders bedeutungsvoll eingestuft werden. Die Fälle des Monats sind knapp gefasste Feedbacks mit sowohl anästhesiologischer als auch i.d.R. juristischer Analyse und gegebenenfalls Hinweisen auf wichtige Literatur zum jeweiligen Thema. Ziel ist es, mit diesen Fällen des Monats unsere Mitglieder für brisante Themen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie zu sensibilisieren und Warnhinweise sowie Verbesserungsempfehlungen zu verbreiten.

* Juli 2014.

** Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

Fall des Monats*

Der Fall**

Blutdruckabfall nach Anlage einer PDA wird nicht sofort erkannt, weil Anästhesist das Patientenzimmer wieder verlassen hat

Zuständiges Fachgebiet:

Anästhesiologie

Wo ist das Ereignis eingetreten?

Krankenhaus – anderer Ort: Kreißsaal

Tag des berichteten Ereignisses:

Wochentag

Versorgungsart?

Routinebetrieb

ASA-Klassifizierung:

ASA II

Patientenzustand:

Patientin bekommt ihr viertes Kind

Fallbeschreibung:

Die Anästhesie wurde zum Legen einer PDA in den Kreißsaal (KRS) gerufen. Der Anästhesist legt komplikationslos die PDA, spritzt diese mit der üblichen 2 x 5 ml Testdosis Carbostesin und Sufentanil mit auf und geht. Die Hebamme verlässt auch den KRS, weil noch andere Kreißende zu versorgen sind. Es kommt zu einem rasanten Blutdruckabfall auf systolisch 60 mm Hg und einem Kollaps der Patientin. Die Patientin war bewusstlos und nicht ansprechbar. Der Ehemann, der während des Legens der PDA mit anwesend war, dachte, seine Frau sei eingeschlafen, und erkannte die Bedrohlichkeit der Situation nicht.

Was war besonders gut?

Die Anästhesiepflegekraft war noch im Kreißsaal anwesend, rief sofort einen Gynäkologen und eine Hebamme zur Hilfe und verabreichte sofort Cafedrin/Theodrenalin und Sauerstoff.

Was war besonders ungünstig?

Der Anästhesist ist nach dem Spritzen der Testdosis wieder zurück in den OP gegangen.

Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?

Das Team der Anästhesie sollte nach dem Spritzen der Testdosis im Kreißsaal verbleiben um sicherzustellen, dass der Kreislauf stabil bleibt.

Häufigkeit des Ereignisses?

nur dieses Mal

Wer berichtet?

Pflegekraft

Berufserfahrung:

bis 5 Jahre

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

In dem vorliegenden Incident-Report wird von einem kritischen Ereignis berichtet, welches sich im Rahmen einer geburtshilflichen anästhesiologischen Maßnahme ereignet und nur durch einen glücklichen Zufall glimpflich für Mutter und Kind (und für den verantwortlichen Anästhesisten) ausgeht: Glücklicher Zufall insofern, als die rapide Verschlechterung der Vitalwerte nicht durch ein nach Standard angebrachtes Blutdruckmonitoring, sondern nur durch die Vigilanz der Anästhesiepflegekraft detektiert wird. Der einzigen weiteren im Raum anwesenden Person, dem Ehemann, war der Ernst der Lage nicht bewusst.

Positiv fällt zunächst auf, dass der PDK ohne Komplikationen gelegt und dann fraktioniert mit einer angemessenen Dosis Lokalanästhetikum bestückt wird.

Im Anschluss an die erfolgreiche Anlage des PDK wird jedoch nach Berichtslage auf eine adäquate Überwachung verzichtet: Weder macht dies der Anästhesist persönlich, noch wird aus der Meldung offensichtlich, dass diese Überwachungstätigkeit entweder explizit delegiert wird (z.B. an die Pflegekraft) oder auf eine interdisziplinäre Absprache zurückgegriffen wird (z.B. indem die Hebammen nach einer angemessenen Zeit die Überwachungstätigkeit übernehmen).

Damit erfüllt das geschilderte Vorgehen nicht die von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte vereinbarten Kriterien, wie sie in der nach wie vor gültigen „Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe“ aus dem Jahre 1996 niedergelegt wurden [1]. Dort heißt es zweifelsfrei:

2.3 Aufgabenteilung bei der Durchführung der Betäubungsverfahren

(...)

2.3.2 Wenn ein Anästhesist nicht durchgehend zur Verfügung steht, kann bei der Katheter-Periduralanästhesie, unbe-

schadet der Möglichkeit nach Ziffer 4 zu verfahren, eine Arbeitsteilung in der Weise erfolgen, dass der Anästhesist den Peridural-Katheter legt, eine erste Voll-dosis des Anästhetikums appliziert und die Anästhesie anschließend vom Geburtshelfer fortgeführt wird.

Diese Zusammenarbeit ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

- **Der Anästhesist bleibt solange anwesend, bis die volle Wirksamkeit der Anästhesie erreicht ist und stabile Kreislaufverhältnisse vorliegen, mindestens aber 30 Minuten nach der ersten vollen Anästhetika-Dosis** (Hervorhebung durch den Verfasser).
- Eine Übergabe der Zuständigkeit und Verantwortung für die Fortführung des Anästhesieverfahrens erfolgt im gegenseitigen Einvernehmen der beiden ärztlichen Partner.
- Auch danach muss ein Anästhesist für die Therapie anästhesiebedingter Zwischenfälle erreichbar bleiben. Er entfernt den Katheter nach Abschluss des Betäubungsverfahrens, wenn nicht zwischen beiden ärztlichen Partnern etwas anderes vereinbart ist.
- Übernimmt der Geburtshelfer Zuständigkeit und Verantwortung für die Fortführung des Anästhesieverfahrens, muss er ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von Zwischenfällen besitzen.
- Die Periduralanästhesie setzt während ihres gesamten Verlaufes die unmittelbare Verfügbarkeit eines Arztes (Anästhesist oder Geburtshelfer) voraus.

Auffallend ist des Weiteren die Anmerkung des Melders, dass der Anästhesist rasch wieder in den OP zurückkehrt, so als ob er keine Zeit hätte, um die geforderte Überwachungsfrist abliefern zu können. In Unkenntnis der personellen Situation der meldenden Klinik kann nur vermutet werden, dass das Vorgehen nicht in der Person des Anästhesisten, sondern möglicherweise ganz grundlegend in den organisatorischen Rahmenbedingungen der geburtshilflichen Anästhesie begründet ist, welche in der Personalausstattung keine zusätzliche Stelle für die geburtshilfliche Betreuung vorsehen. Sollte dies der Fall sein, so

könnte sich die meldende Klinik überlegen, ob sie dem Krankenhausträger gegenüber die in der Vereinbarung angemahnte Personalbesetzung einfordern sollte. Hier heißt es:

2.1 Personalbedarf

Die anzustrebende volle anästhesiologische Versorgung der geburtshilflichen Fachabteilung erfordert einen 24-stündigen Anästhesie-Bereitschaftsdienst an sieben Tagen in der Woche. Der hierfür benötigte, besonders auszuweisende Personalbedarf hängt von der jährlichen Geburtenzahl und dem Anteil der Anästhesieleistungen ab.

Unabhängig von der Frequenz muss gewährleistet sein, dass bedarfsweise ein Anästhesist innerhalb von zehn Minuten zur Verfügung steht. Die vertragsschließenden Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften betonen nachdrücklich, dass der Krankenhausträger aufgrund seiner Organisationspflicht für eine ausreichende anästhesiologische Versorgung der Geburtshilfe sorgen muss.

Es darf keine Überwachungslücken geben („Organisationsverschulden“).

Zuletzt wäre noch interessant zu wissen gewesen, ob der rasche Blutdruckabfall ausschließlich durch eine Sympathikolyse der PDA bedingt gewesen ist oder ob die Patientin nach Wiedererlangen des Bewusstseins über zusätzliche Sensibilitätsausfälle und motorische Schwäche – im Sinne einer zumindest partiell intraspinalen Applikation des Lokalanästhetikums – geklagt hat.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

1. Grundsätzlich bleibt zu veranschlagen, dass jeder Patient Anspruch auf eine Behandlung gemäß aktuell geltendem medizinischem – hier insbesondere anästhesiologischem – Standard bzw. mit Facharztqualität hat. Dabei entspricht es offensichtlich (siehe oben) anästhesiologischem Standard, dass nach Umsetzung einer PDA eine mindestens 30-minütige persönliche Anwesenheit des Anästhesisten zur Befundbildkontrolle einzuhalten ist. Gegen diese Standardmaßgabe wurde verstoßen, da der die PDA anlegende Anästhesist die Patien-

tin umgehend nach der Medikationsinjektion verlassen hat. Insofern ist mithin objektiv ein Behandlungsfehler zu konstatieren, der zu einer (weitergehenden) Schädigung der Patientin und auch zu Haftungskonsequenzen hätte führen können.

2. Bei genauer Betrachtung liegt dem mitgeteilten Fall noch nicht einmal eine Problemstellung zur anästhesiologisch-geburtshilflichen „Aufgabenteilung“ bei der Durchführung des Betäubungsverfahrens zugrunde. Denn jenseits der Verpflichtung zu eigener mindestens 30-minütiger Überwachung der Patientin hat der tätig gewordene Anästhesist kein wie auch immer geartetes (horizontales oder vertikales) arbeitsteiliges Zusammenwirken mit einem ärztlichen Geburtshelfer oder einer Hebamme oder der offenbar ebenfalls anwesenden Anästhesiepflegekraft in Anspruch genommen bzw. veranlasst.

Dabei ist auch hinsichtlich der Durchführung von Betäubungsverfahren eine „Aufgabenteilung“ zwischen anästhesiologischem und gynäkologisch-geburtshilflichem Fachgebiet zulässig, was allerdings entsprechender organisatorischer Vorgaben auf der Grundlage adäquater struktureller Gegebenheiten (quantitativ und qualitativ) bedarf. Insofern ist auch aus juristischer Sicht auf die entsprechende „Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe“ (siehe dazu bereits oben) Bezug zu nehmen.

Ergänzend wird auf die Empfehlungen zur „Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe“ der DGAI und des BDA in Zusammenarbeit mit der DGGG [2] hingewiesen. Es ist dringend zu empfehlen, solche Organisationsmaßgaben schriftlich zu fixieren und im Kreis der Beteiligten und Betroffenen (Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen etc.) zu publizieren.

3. Sollte im dargestellten Fall der Anästhesist die Patientin eilig „zurück in den OP“ wegen seines dortigen Anwesenheitserfordernisses verlassen haben, steht nicht nur ein individuelles Fehlverhalten (Unterschreitung erforderlicher Kontrollzeit bzw. mangelnde Sicherstellung adäquater Kontrolle), sondern

auch ein Organisationsverschulden (allgemein und/oder im Einzelfall unzureichende Arztkapazität) in Rede.

Weiterführende Literatur

1. Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte. *Anästh Intensivmed* 1996;37:414-418
2. Empfehlungen zur „Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe“ der DGAI und des BDA in Zusammenarbeit mit der DGGG, *Anästh Intensivmed* 2009;50:490-495.

Take-Home-Message

- **Der Anästhesist bleibt nach Anlage einer PDA solange bei der Gebärenden anwesend, bis die volle Wirksamkeit der Anästhesie erreicht ist und stabile Kreislaufverhältnisse vorliegen, mindestens aber 30 Minuten nach der ersten vollen Anästhetika-Dosis.**
- **Nach Anlage einer PDA darf es keine Überwachungslücken geben, da dies einem Organisationsverschulden gleichkommt.**
- **Jeder Patient hat Anspruch auf eine Behandlung gemäß einschlägigem Standard bzw. mit Facharztqualität. Insofern erlauben auch strukturelle Defizite – personeller, apparativer oder räumlicher Natur – keine Abstriche.**
- **Anästhesiologische Patientenbehandlung impliziert regelmäßig Schnittstellen mit anderen Fachgebieten, beispielsweise die Anwendung von Betäubungsverfahren in der Geburtshilfe betreffend. Diese Schnittstellen sind im Sinne der Koordination und Arbeitsteilung explizit formulierten organisatorischen Maßgaben zuzuführen.**
- **Selbstverständlich muss gewährleistet sein, dass erforderliche organisatorische Maßgaben infrastrukturell adäquat abgesichert sind.**

Ausschreibung

Die Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN) verleiht alle zwei Jahre den von ihr gestifteten

AGNN-Preis für Notfallmedizin

für herausragende Projekte und / oder wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Notfallmedizin.

Die Bewerbung erfolgt durch Abstract-Einreichung zum Notfallmedizinischen Symposium der AGNN in Travemünde (NOSTRA, 23.-25. April 2015). An der Auswahl können unveröffentlichte sowie in den beiden Vorjahren der Preisverleihung veröffentlichte Projekte und Arbeiten teilnehmen, die bis zu dem in der jeweiligen Ausschreibung angegebenen Termin bei der AGNN eingereicht werden. Die angenommenen Arbeiten werden im Rahmen des Notfallsymposiums der AGNN in Travemünde (NOSTRA) in Form einer Posterpräsentation vorgestellt. Die drei bestplatzierten Arbeiten werden im Rahmen des Symposiums als Kurzvortrag (5 Minuten Redezeit und 3 Minuten Diskussion) im Auditorium vorgestellt. Die Erstautoren dieser Arbeiten werden zur kostenlosen Teilnahme am Symposium eingeladen. Das Preisgeld beträgt 500,- €.

Die Statuten sowie das Bewerbungsformular finden Sie unter www.nostra2015.de/agnn-preis