

Safety Clip: Risiken im Aufwachraum



Die Grundsätze zur vertrauensvollen Zusammenarbeit der schneidenden Disziplinen mit der Anästhesiologie in der operativen Patientenversorgung sind seit Jahrzehnten ausformuliert und ausdefiniert. In den Vereinbarungen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) wurde die strikte Aufgabenteilung bereits 1982 konkretisiert [1].

In der unmittelbar postoperativen Phase ist jeder der beiden Akteure für die Erkennung und Behandlung der jeweiligen fachspezifischen Komplikationen zuständig. Die gelebte Praxis in deutschen Krankenhäusern sieht so aus, dass der Patient mit Übernahme in den Aufwachraum vorrangig durch Ärzte und Pflegekräfte des Fachgebiets Anästhesiologie betreut und der Operateur bei Bedarf hinzugezogen wird.

Eine Hinzuziehung des Chirurgen in den Aufwachraum ist nur selten notwendig. In der unmittelbar postoperativen Phase sind Nachblutungen die beherrschende chirurgische Komplikation.

Die Gefährdungen aus anästhesiologischer Sicht sind in den ersten Stunden nach der OP vielfältiger. Abhängig vom Anästhesieverfahren sind potenziell folgenschwere Komplikationen bezüglich Atmung und Kreislauf möglich. Deutlich häufiger treten jedoch „minor complications“ wie Schmerzen oder postoperative Übelkeit und Erbrechen (PONV) als vorübergehende Beeinträchtigungen auf.

Mitunter noch schwerer wiegen Ereignisse, aufgrund derer Patienten oder deren Angehörige im Nachhinein einen Behandlungsfehler geltend machen. Unter der Fragestellung, welche Ereignisse in der Vergangenheit Ansprüche nach sich gezogen haben, wurde eine Auswertung der Schadendatenbank der Ecclesia Gruppe vorgenommen. Untersucht wurden insgesamt 112 solcher Fälle, die der Ecclesia über einen Zeitraum von 12 Jahren gemeldet worden waren.

Da die möglichen Ereignisse aus dem chirurgischen Fachgebiet, die das Hinzuziehen des Operators in den Aufwachraum notwendig machen, eher begrenzt ist, beschränkt sich diese Auswertung bewusst auf Situationen, die im räumlichen und organisatorischen Zusammenhang mit der Behandlung und Überwachung im Aufwachraum stehen, die also im Regelfall im Verantwortungsbereich der jeweiligen anästhesiologischen Abteilung liegen.

Neben den eingriffsbezogenen Komplikationen ebenfalls nicht in die Auswertung mit eingeflossen sind Meldungen, die im Zusammenhang mit dem Patiententransport nach Verlegung aus dem Aufwachraum stehen, sowie Ansprüche, die aus nachfolgenden Komplikationen im allgemeinstationären Bereich resultieren.

Wie aus **Abbildung 1** ersichtlich, hat eine bestimmte Schadenursache die Auswertung in bemerkenswertem Umfang dominiert: Bei 93 der 112 untersuchten Ereignisse war ein Sturz des Patienten ursächlich für eine spätere Anspruchsstellung. Eine differenziertere Betrachtung von Sturzereignissen erfolgt im hinteren Teil des Artikels. Vorab sollen die übrigen 19 Fälle kurz dargestellt werden, die sich sechs weiteren Schadenursachen zuordnen lassen.

In die Kategorie **Überwachungsfehler**, der zweithäufigsten Schadenursache mit sechs Ereignissen, gehören schwere Komplikationen der Atmung oder des Kreislaufs, die oft zu hypoxischen Hirnschäden führen. Diese sind als Behandlungsfehler anerkannt oder sind zumindest immer wieder Gegenstand von Behandlungsfehlervorwürfen. In einem der ausgewerteten Fälle beispielsweise war auf ein Pulsoxymeter verzichtet worden. Zudem war die Hypoxie aufgrund der dunklen Hautfarbe des Patienten nicht visuell festgestellt worden. In anderen Fällen ausschlaggebend für die nachfolgenden Komplikationen war neben der Nichterhebung von Parametern z. B. ein unvollständiger Funktionsumfang oder eine fehlerhafte Anwendung (Alarmaktivierung, Alarmgrenzen).

Im Zusammenhang mit der Schadenursache Überwachungsfehler erwiesen sich die von den Haftpflichtversicherern vorgenommenen Zahlungen für Schadenersatz, Schmerzensgeld und Pflegekosten im Vergleich zu den anderen Schadenursachen als am höchsten. Insbesondere durch die dauerhafte Pflegebedürftigkeit von Patienten mit Hirnschaden liegt der finanzielle Aufwand hier nicht selten bei 1 Mio. Euro und darüber.

Zwei der ausgewerteten Ereignisse, die Vorwürfe einer sexuellen Belästigung bzw. eines sexuellen Missbrauchs durch einen männlichen Mitarbeiter im Aufwachraum nach sich zogen, fallen unter die Anspruchsursache **Obhutspflichtverletzung**.

Abb. 1: Schadenursachen, Quelle: Schadendatenbank Ecclesia Gruppe



OEBS/03_03_A_05_2016_SafetyClip_Schrewe_image_01.png

Im Zusammenhang mit der Versorgung im Aufwachraum findet sich im Auswertungszeitraum dreimal eine **fehlerhafte Medikamentenverabreichung**. In einem der Fälle wurde einem Kleinkind eine dem Körpergewicht nicht entsprechende Dosis Piritramid (Dipidolor®) intravenös verabreicht. Die Überdosis führte in Wechselwirkung mit dem Narkosemittel zum Tod des Kindes infolge Atemlähmung und Kreislaufstillstand. In einem anderen Fall wurde eine Dipidolor®-Anordnung doppelt ausgeführt. Die Opiatüberdosierung führte zu einem hypoxischen Hirnschaden beim Patienten. In der dritten Schadenbeschreibung erhielt ein Patient im Aufwachraum Metamizol, das zu einer allergischen Reaktion führte. Diese Nebenwirkung war dem Patienten bekannt und in der Patientenakte als „Novalgin-Allergie“ auch dokumentiert.

In zwei Fällen war eine **fehlerhafte Lagerung** der Grund für einen Patientenanspruch. Einmal konnte der Vorwurf, dass eine fehlerhafte intra- oder postoperative Lagerung zu einer Fußheberschwäche beim Patienten geführt hatte, aufgrund einer unvollständigen Dokumentation im Aufwachraum nicht entkräftet werden. Zur Befriedigung der Ansprüche wurde ein Vergleich geschlossen. Im anderen Fall hatte sich bei einem querschnittgelähmten Patienten postoperativ ein Dekubitus (Grad 1) gebildet, der nach Einschätzung eines hinzugezogenen medizinischen Sachverständigen im Aufwachraum entstanden sein muss.

Zwei Ereignisse fallen unter den Schlüssel **sonstige Pflegefehler**. Eine Wärmflasche, die einem Patienten mit postoperativem Shivering ins Krankenbett gelegt worden war, führte zu einer Verbrennung an dessen Ferse. Im zweiten Fall trug der Patient einen Nasenbeinbruch davon, als die Pflegekraft beim Abziehen der Monitor-Verkabelung versehentlich ihren Ellenbogen in sein Gesicht gestoßen hatte. Bei der späteren Reposition des Septums traten bei dem Patienten eingriffstypische Komplikationen auf, die zusätzliche Unannehmlichkeiten für ihn bedeuteten.

Zu den Schadenursachen **mangelhafte Ausstattung** und **fehlerhaftes Material** finden sich im Auswertungszeitraum vier Schadenereignisse, die allesamt mit einem dreistelligen bis niedrig-vierstelligen Schmerzensgeldbetrag reguliert werden konnten und bei den Betroffenen zu keinerlei bleibenden Schäden führten.

In einer der vier Fallbeschreibungen fiel ein Monitor auf den Kopf eines Patienten, was zu einer Platzwunde führte. Die Monitorhalterung war zum Zeitpunkt des Ereignisses bekanntermaßen defekt. Der Defekt war jedoch noch nicht behoben worden.

In einem anderen Fall kam es ebenfalls zu einer Kopfplatzwunde, als sich eine oberhalb des Bettplatzes angebrachte Schublade zur Aufbewahrung von EKG-Elektroden löste und dem Patienten auf den Kopf fiel. Entgegen dem baulichen Standard verfügte die Schublade nicht über eine Auszugssperre.

In der dritten Fallbeschreibung geht es um eine Fingerquetschung, die durch Einklemmen in der Automatiktür am Eingang des Aufwachraums zustande kam.

Der vierte Schadenfall trat im Kontext der Flüssigkeitszufuhr im Aufwachraum ein: Als der Henkel der Tasse, welche die Patientin in Händen hielt, abbrach, ergoss sich der heiße Inhalt über ihr Dekolleté und führte zu Verbrühungen 1. Grades.

Sturzumstände

Die Auswertung der Schadendatenbank der Ecclesia Gruppe ergab, wie eingangs erwähnt, dass 93 der Schadenmeldungen im Zusammenhang mit einem **Sturz** des Patienten im Aufwachraum stehen. Die Schadenhergänge bei diesen Ereignissen lassen sich auf die Aussage „ein im Bett liegender Patient fällt oder gleitet heraus“ reduzieren. Sowohl der Sturz als auch das Herausgleiten aus dem Bett gelten per Definition als Sturzereignisse, da es sich bei beiden um Ereignisse handelt, in deren Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt. [2]

Nur in wenigen Fällen kam es im Rahmen von (Pflege-)Maßnahmen zu Sturzereignissen, etwa beim Patiententransfer oder bei der Lagerung, und einmalig auch zu einem „Sturz vom Steckbecken“. In einer Fallbeschreibung ging es um einen Sturz vom Schreibtischstuhl, der durch die Kreislaufinstabilität des Patienten begünstigt wurde.



OEBS/03_03_A_05_2016_SafetyClip_Schrewe_image_01.png

Eine bei den ausgewerteten Ereignissen ebenfalls wiederkehrende Fallkonstellation waren Stürze durch Herausrollen des Patienten aus dem Bett infolge einer Drehung o.ä. Diese Fallbeschreibungen sind vielfach mit der ergänzenden Anmerkung versehen, dass der Patient sich zuvor ruhig verhalten habe und der Sturz für das betreuende Personal nicht absehbar gewesen sei. Seltener wurden in den Stellungnahmen des Aufwachraumpersonals als Sturzauslöser unvorhergesehene/unkoordinierte Bewegungen des Patienten beschrieben.

Des Weiteren sind Ereignisse dokumentiert, bei denen der Patient sich, beispielsweise wegen Übelkeit, weit mit dem Oberkörper aus dem Bett gebeugt hat und deswegen herausgefallen ist. In mindestens sechs Fällen war der Sturz mit dem eigenmächtigen Aufstehen des Patienten oder zumindest mit einem Aufstehversuch verbunden. In diesen Situationen waren dem Ereignis teilweise Ermahnungen liegenzubleiben vorausgegangen; es waren also Frühwarnzeichen vorhanden.

Bedenklich sind drei Fallkonstellationen, bei denen sich zum Zeitpunkt des Sturzereignisses kein Klinikmitarbeiter im Aufwachraum befand. Als Begründung wurde hier u. a. angeführt, dass die Aufwachraumpflegekraft gerade einen Patienten an der Bettenschleuse entgegennahm. Somit stand in diesen Fällen niemand zur Verfügung, der auf eine starke Bewegung, einen Aufstehversuch oder auf ein verbal vorgetragenes Anliegen des Patienten hätte reagieren können – eine schlechte Ausgangsposition für das Personal, wenn es um die Klärung der Schuldfrage geht (Aufsichtspflichtverletzung).

Gleichzeitig wird aus diesen Fallbeschreibungen deutlich, dass auch die Anwesenheit eines oder mehrerer Mitarbeiter allein nicht jeden Sturz verhindern kann. Die regulär im Aufwachraum anfallenden Arbeiten bringen es mit sich, dass nicht jeder Patient ununterbrochen unter Beobachtung stehen kann. Umso entscheidender ist eine angemessene Diensteinteilung im Aufwachraum – vier Augen sehen mehr als zwei.

Sehr unterschiedlich organisiert ist der Einsatz von Bettgittern zum zusätzlichen Schutz der Patienten. In den wenigsten Kliniken wird von dieser mechanischen Schutzmaßnahme standardmäßig Gebrauch gemacht. Viele Kliniken setzen Bettgitter bei Bedarf ein, was eine kurzfristige Verfügbarkeit voraussetzt. Müssen die Gitter erst geordert werden, ist die Zeitspanne zwischen Order und Erhalt durch eine personalintensive Betreuung zu überbrücken. Auch für solche Zeiträume sind Sturzereignisse dokumentiert.

Da sich Stürze häufig nicht andeuten (s. o.), wird vielfach keine zusätzliche Prävention in Erwägung gezogen. In einigen Häusern sind Bettgitter in Aufwächräumen deswegen keine Option, weil man sich mit dem erhöhten Sturzrisiko noch gar nicht auseinandergesetzt hat.

Nach Auffassung des Autors sind Bettgitter eine sinnvolle Ergänzung zur personellen und technischen Überwachung. Stürze können sie zwar nicht völlig ausschließen, aber die Zeit, in der das Personal reagieren kann, verlängert sich ggf. um die entscheidenden Sekunden.

Dennoch können die Folgen, wenn es trotz Bettgitter zu einem Sturz kommt, aufgrund der größeren Fallhöhe unter Umständen schwerwiegender sein als bei Stürzen aus gitterfreien Betten. So geschehen im Fall eines unruhigen Patienten, der sich beim Sturz über das Bettgitter eine Humeruskopffraktur zuzog. Erschwerend hinzu kam postoperativ eine Infektion, die schließlich eine Resektion des Humeruskopfes notwendig machte. In diesem Fall wurden in einem medizinischen Sachverständigengutachten weitergehende freiheitsentziehende Maßnahmen (Gurtfixierungen) als medizinisch-pflegerischer Standard propagiert. Die Verhältnismäßigkeit einer solchen Maßnahme ist unter Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Integrität jedoch kritisch zu beurteilen und einen Standard stellt die Gurtfixierung in deutschen Kliniken auch nicht dar.

Ein weiteres Argument, das gegen Gurtfixierungen im Allgemeinen spricht, ist, dass diese nur dann wirkungsvoll Stürze und Verletzungen verhindern können, wenn sie sehr umfangreich sind, d. h., wenn an mindestens drei Punkten eine Fixierung und zusätzlich ein Bauchgurt angebracht sind.

Eine weniger umfangreiche Fixierung potenziert das Verletzungsrisiko. In einem der ausgewerteten Fälle beispielsweise fiel ein Kind – am rechten Handgelenk fixiert – rechtsseitig aus dem Bett und verletzte sich gerade wegen der Bewegungseinschränkung.

Sturzfolgen

Die bei den Sturzereignissen entstandenen Verletzungen waren zumeist nur leichter oder mittlerer Ausprägung und hatten nur vorübergehende Folgen. Bezogen auf die 93 ausgewerteten Schadenmeldungen mit der Schadenursache Sturz entfielen 69 Meldungen in diese Kategorie. Das Verletzungsspektrum umfasste beispielsweise Prellungen und Hämatome, Platzwunden, Zahnschäden sowie Nasenbein- oder Rippenfrakturen. Der Schadenaufwand betrug maximal 25.000 Euro.

Von diesen leichteren Schäden abzugrenzen sind die schwereren Verletzungen, die im Einzelfall auch zu einer dauerhaften Beeinträchtigung oder zu Folgekomplikationen führten (z. B. Infektionen, Wundheilungsstörungen). In diesen Fällen handelte es sich zumeist um Frakturen (Halswirbel, Schlüsselbein, Beckenring, Unterarm). Der Schadenaufwand für derlei Ereignisse kann, einschließlich der Kompensation von Verdienstaussfällen, eine Summe von 100.000 Euro erreichen. Im schwerwiegendsten der Fälle starb der Patient an den unmittelbaren Folgen des Sturzes durch Hirnverletzungen.

Bei insgesamt neun Ereignissen handelte es sich ausschließlich um vorsorgliche Meldungen an den Versicherungsmakler. In diesen Fällen wurde weder eine Verletzung dokumentiert noch ein konkreter Anspruch geltend gemacht.

Präventionsmaßnahmen

Aus den Leitlinien der DGAI und den vorliegenden Schadendaten ergibt sich für die Versorgung von Patienten – unabhängig von der klinikindividuellen Größe des Aufwachraums und dem OP-Spektrum – eine Reihe von Empfehlungen:

- qualifiziertes Pflegepersonal (Fachpflegestandard)
- ausreichende Personaleinsatzplanung (nach einschlägigen Empfehlungen eine Pflegekraft auf drei Patienten)
- kurzfristige Hinzuziehung einer weiteren Pflegekraft (Arbeitsspitzen, Pausenablösung)
- kurzfristige Hinzuziehung eines Anästhesisten

- konsequenter und kontinuierlicher Einsatz technischer Überwachungsmittel [3], jederzeit funktionsbereite und sichere medizinisch-technische Ausstattung

- Vermeidung der Versorgung von intensivtherapiepflichtigen Patienten im Aufwachraum

- bei Nachüberwachung außerhalb des Aufwachraums gilt der Aufwachraum-Standard bezogen auf die personellen Anforderungen und die apparative Ausstattung

Aus den Schadenbeschreibungen lassen sich darüber hinaus eine Reihe gezielter Präventionsmaßnahmen ableiten, die im besten Fall dazu beitragen, das Sturzereignis zu verhindern bzw. die Sturzfolgen zu verringern:

- Berücksichtigung des eingeschränkten Urteilsvermögens und der herabgesetzten Konzentration und Reaktionsfähigkeit nach Narkose

- Patienteninformation über erhöhtes Sturzrisiko (Bettruhe, Klingelanlage, Übelkeit)

- Niedrigstellen der Betten, solange keine Tätigkeiten verrichtet werden

- bevorzugt Verwendung von Krankenhausbetten (aufgrund der Breite)

- präventiver Einsatz von Bettgittern, was eine entsprechende Verfügbarkeit im Aufwachraum voraussetzt

- vorteilhaft sind Niedrigbetten mit integrierten (zumeist zweigeteilten) Bettgittern

- für ambulante/tagesklinische Patienten bevorzugt Einsatz von Liegesesseln, alternativ Transportliegen mit mindestens 75 cm Matratzenbreite, Höhenverstellung und integrierten Seitengittern

- funktionstüchtige Bremsen

Literatur

[1] Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen; Anästh. Intensivmed. 23 (1982) 403 – 405.

[2] zitiert nach der Präambel des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Osnabrück Januar 2013.

[3] Apparative Ausstattung für Aufwachraum, Intensivüberwachung und Intensivtherapie – Gemeinsame Empfehlung des Engeren Präsidiums der DGAI und des Präsidiums des BDA auf der Basis einer von der Kommission Normung und Technische Sicherheit der DGAI erarbeiteten Empfehlung; Anästh. Intensivmed. 38 (1997) 470 – 474.

Schrewe M. Safety Clip: Risiken im Aufwachraum. *Passion Chirurgie*. 2016 Mai; 6(05): Artikel 03_03.