

Fehler bei der postoperativen und postinterventionellen Betreuung

Nicht jeder Fehler bei der postoperativen Betreuung hat unmittelbare oder gar gravierende Folgen für den Patienten. Kontrollbedürftige oder reaktionspflichtige Befunde müssen jedoch als solche erkannt und zeitnah geeignete Maßnahmen ergriffen werden.

von Beate Weber und Michael Roesgen

„Postoperative Therapie – Gefahren, Defizite, Lösungen“ lautet der Titel einer Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität in Nordrhein (IQN) in Kooperation mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein (GAK) am 26. August dieses Jahres. In Vorbereitung dieser Veranstaltung im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf hat die Kommission Fehler in der Nachbehandlung nach Eingriffen und Interventionen der von ihr abgeschlossenen Begutachtungsverfahren der Jahre 2010 bis 2014 ausgewertet. Gut ein Viertel (672) der festgestellten 2.328 Behandlungsfehler betrafen die postoperative/postinterventionelle Betreuung, darunter 150-mal bei einer Infektion. Am häufigsten wurden Komplikationen in Ermangelung der erforderlichen postoperativen Befunderhebung nicht erkannt (Anteil 3,2 Prozent der 7.753 Verfahren). Eine detaillierte Auswertung aller Einzelfehler bei der Befunderhebung der Jahre 2007 bis 2011 wurde bereits in einem Beitrag zu den rechtlichen Anforderungen der Befunderhebung dargestellt (siehe *Rheinisches Ärzteblatt* 9/2014, Seiten 27-29); hier fehlte es postoperativ am häufigsten an einer klinischen Untersuchung (1,5 Prozent) und einer diagnostischen Bildgebung (1,2 Prozent).

Die in Frage kommenden Verfahren wurden zunächst nach dem maßgeblichen Fehler bei der postoperativen/postinterventionellen Betreuung in eine von fünf Hauptgruppen einsortiert (Tabelle 1, 2. Spalte):

1. Verkennen der Komplikation (291 Fälle)
2. Unterlassen zeitnaher Maßnahmen (150 Fälle)

3. Ergriffene Maßnahme fehlerhaft (126 Fälle)
 4. Beiziehen von Fachärzten anderer Disziplinen versäumt (19 Fälle)
 5. Keine Sicherungsaufklärung (86 Fälle)
- Des Weiteren wurden alle im Verfahren benannten Einzelfehler bewertet (Spalte 3). Diese Einzelfehler wurden pro Hauptgruppe nur einmal zugelassen, auch wenn in einem Fall beispielsweise mehrere Fehler bei der Befunderhebung festgestellt worden waren. Zusätzlich wurden hier auch Hinweise auf Organisationsdefizite (114-mal), Fehler im Rahmen der Entlassung (41-mal) und Dokumentationsmängel (36-mal) erfasst. Anhand von Fallbeispielen sollen die Fehlergruppen verdeutlicht werden.

1. Verkennen der Komplikation

Fehlende Befunderhebung (245-mal, darunter 58-mal bei Infektion)

Folgen für die Haftung (Beweislastumkehr) ergeben sich bei Befunderhebungsfehlern dann, wenn die vorwerfbare Unterlassung medizinisch gebotener Untersuchungen selbst bereits als schwerwiegender Fehler zu bewerten ist oder wenn der zu erwartende Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (mehr als 50 Prozent) ein Ergebnis erbracht hätte, dass Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn in der Nichterkennung und/oder im Unterlassen dieser Maßnahme („Nichtreaktion“) ein schwerer Fehler zu sehen wäre.

Fehlerhaft wurde ein 50-jähriger nach perkutaner Nephrolitholapaxie am 11. Tag trotz postinterventionellem Hb-Wert-Abfall um 6,1 g/dl auf 7,1 g/dl ohne jedwede Diagnostik entlassen. Erst andernorts wurden als Ursache eine Leberkapselblutung und ein großes retroperitoneales Hämatom erkannt, das ausgeräumt wurde.

Tödlich verlief ein ähnlicher Fall eines 62-jährigen nach einer perkutanen Angioplastie mit Stent bei hochgradiger infrarenaler konzentrischer Aortenstenose. Postinterventionell zweimal und um 19:15 Uhr wurden Rückenschmerzen analgetisch behandelt. Als der Patient auf der Normal-

station gegen 21:15 Uhr kaltschweißig wurde, der Blutdruck systolisch auf 70 mmHg abfiel, ein Pulsfrequenzanstieg auf 98/min. vorlag und das Labor um 21:45 Uhr einen Hb-Abfall um 2,7 g/dl auf 11,9 g/dl und eine Leukozytose von 18.700 zeigte, hätte der Arzt vom Dienst den Patienten in Augenschein nehmen, eine dringend gebotene bildgebende Diagnostik mittels Abdomensonographie oder Computertomographie, eine kurzfristige Blutbildkontrolle und eine Intensivüberwachung veranlassen müssen, auch wenn es dem Patienten nach telefonisch angeordneter Kochsalzinfusion gerade besser ging. Um 4:15 Uhr wurde der Patient mit nicht mehr messbarem Blutdruck aufgefunden. Er verstarb trotz Not-OP an einem therapierefraktären hämorrhagischen Schock nach teilweiser Stentperforation mit Massenblutung, wofür die Ärzte aufgrund der Beweislastumkehr infolge eines schweren Behandlungsfehlers aufzukommen hatten.

Fehlende Zurkenntnisnahme oder Verkennung von Befunden (165-mal, darunter 14-mal bei Infektion)

Nach keimfreiem ersten Abstrich zeigte sich im zweiten Abstrich nach einem Wirbelsäulenrevisionseingriff mit Wundheilungsstörung, dass das verabreichte Antibiotikum gegen die vorliegenden Keime der Darmflora unwirksam war. Eine Umstellung erfolgte nicht; der Patient wurde fehlerhaft bereits zehn Tage später bei zwar rückläufigem, aber noch erhöhtem CRP von 69 mg/l und ohne Empfehlung einer sachgerechten Antibiotikatherapie entlassen. Es entwickelte sich ein Abszess, der andernorts ausgeräumt wurde.

2. Unterlassen zeitnaher Maßnahmen (272-mal, davon 69-mal bei Infektion)

Nach einer elektiven, laparoskopisch assistierten Colonteilresektion nach erstem Schub einer segmentalen Divertikulitis bei einem 34-jährigen wurde bei eindeutig akutem septischen Geschehen postoperativ eine Computertomographie zum Ausschluss/Bestätigung einer Anastomo-

seninsuffizienz zwar am Morgen angeordnet, jedoch erst nachmittags durchgeführt. Trotz Notfall-Indikation erfolgte die Revisionsoperation verspätet erst am anderen Morgen.

3. Ergriffene Maßnahmen fehlerhaft (170-mal, davon 30-mal bei Infektion)

Die erneute parenterale Gabe von Metamizol zur postoperativen Schmerztherapie nach einer zwölf Stunden zuvor festgestellten und mitgeteilten metamizol-induzierten Aganulozytose hätte organisatorisch verhindert werden müssen.

4. Kein Beiziehen von Fachärzten anderer Disziplinen (27-mal, davon 4-mal bei Infektion)

Trotz deutlicher Dyspnoe und einem Stridor bei einem Patienten nach einer beidseitigen Schilddrüsenoperation wurde erst am zwölften Tag ein HNO-Arzt beigezogen und die bei beidseitiger Rekurrensparese empfohlene Tracheotomie behandlungsfehlerhaft als Punktionstracheostoma durchgeführt, obwohl davon auszugehen war, dass der Patient über eine längere Zeit tracheotomiert bleiben würde.

5. Keine Sicherungsaufklärung (114-mal, davon 17-mal bei Infektion)

In zwei Dritteln der Fälle war die unterlassene Sicherungsaufklärung für die Sicherstellung der Nachbehandlung wichtig, in den übrigen Fällen galt es, den Patienten über eingetretene Komplikationen zu unterrichten.

Nach einer Tumornephrektomie wurde es versäumt, den Patienten über die Fortführung der für weitere drei Wochen erforderlichen Thrombose-Prophylaxe zu informieren. Heparinspritzen waren auch nicht unter den zur Überbrückung mitgegebenen Medikamenten. Vier Tage später trat eine tiefe Beinvenenthrombose auf.

6. Hinweise auf Organisationsdefizite (114-mal, davon 31-mal bei Infektion)

Schwerwiegend fehlerhaft war es, dass eine 58 Kilogramm schwere, intra- und postoperativ kreislaufstabile Patientin nach einer Magenoperation bei Stromatumor in der Aufwachphase eine überhöhte Schmerzmittelgabe von 15 mg Dipidolor intravenös in drei Einzeldosen innerhalb

Tabelle 1:
Behandlungsfehler bei der postoperativen/-interventionellen Betreuung in den abgeschlossenen Verfahren der Gutachterkommission Nordrhein der Jahre 2010 – 2014

Zeitraum 1.1.2010 – 31.12.2014	davon nur ein Fehler bejaht	Alle p.o. Einzelfehler *	In Prozent v. n
Gesamtzahl der Begutachtungen (n=7.753)	2.328		30,0
Fehler postoperativ/-interventionell	672	1.185	
1. Verkennen der Komplikation	291	410	5,3
– In Ermangelung einer Befunderhebung	199	245	3,1
• davon Infektverkennung	56	58	0,7
– Fehlende Zurkenntnisnahme/Erkennung	92	165	2,1
• davon Infektverkennung	9	14	0,2
2. Unterlassen zeitnaher Maßnahmen	150	272	3,5
– Keine Prophylaxe	26	31	0,4
– Zeitnahe Maßnahmen versäumt	124	241	3,1
• davon Infektbehandlung	47	69	0,9
3. Getroffene Maßnahmen fehlerhaft	126	170	2,2
• davon Infektbehandlung	20	30	0,4
4. Kein Beiziehen von Fachkollegen	19	27	0,3
• davon bei Infekt	4	4	< 0,1
5. Keine Sicherungsaufklärung	86	114	1,5
• davon bei Infekt	13	17	0,2
6. Hinweise auf Organisationsdefizite		114	1,5
• davon bei Infekt		31	0,4
7. Fehler bei Entlassung/Verlegung		42	0,5
• davon bei Infekt		17	0,2
8. Dokumentationsmangel		36	0,5
• davon bei Infekt		7	0,1

* Mehrfachnennung

Die Infektion ist eine Komplikation, die jeden chirurgisch Tätigen immer in höchstem Grade alarmieren muss. Erstaunlich ist, wie häufig dennoch gerade die Nichtbeachtung oder unterlassene Therapie dieser Komplikation einen Behandlungsfehler begründet. Selbst wenn kein schwerer Behandlungsfehler im Einzelfall festgestellt wurde, so gehört die Erkennung und adäquate Behandlung dieser Komplikation doch zur Grundlage der chirurgischen Tätigkeit.

Weiterhin erstaunlich ist die hohe Zahl mehrfacher Einzelfehler während der postoperativen Betreuung, die den Begutachtungsfällen zugrunde liegt. Mehrfache Fehler in einem Behandlungsablauf bergen immer die Gefahr, dass daraus ein schwerer Behandlungsfehler resultiert. Dieser mündet in die Beweislastumkehr zulasten des Behandlers. Nahezu nie gelingt es, sich aus dieser Beweislastumkehr zu befreien. Denn es ist kaum möglich nachzuweisen, dass das Heilverfahren auch ohne diesen Fehler denselben, unausweichlichen Verlauf genommen hätte.

von 15 Minuten erhielt und verfrüht bereits 15 Minuten später auf die Normalstation verlegt wurde. Die dort kurze Zeit später aufgetretene Apnoe wurde durch eine Mitpatientin erkannt, sodass die Patientin zeitnah reanimiert wurde. Ein Zwischenfallbericht fehlte.

Nicht so viel Glück hatte ein 68-jähriger Patient während der Verlegung vom Aufwachraum auf die Intensivstation. Trotz instabiler, überwachungspflichtiger Kreislaufsituation nach einer komplizierten Aortenprothesenoperation (OP-Dauer 5:45 Stunden) mit erhöhtem Blutverlust wurde der Patient nach der unmittelbar postoperativen Extubation zügig ohne Monitorüberwachung verlegt und traf auf der Intensivstation bradykard (HF 40/min.) und bewusstlos ein. Ob der Zustand des Patienten dort zunächst nicht bemerkt und die Re-Intubation verzögert wurde, konnte bei sich widersprechenden Angaben der Beteiligten und fehlendem Protokoll über einen Zeitraum von 35 Minuten von der Kommission nicht festgestellt werden. Der Überwachungsmangel wurde als grob fehlerhaft bewertet und die Ärzte mussten für das schwere neurologische Defizit des dauerbeatmeten Patienten haften. Der Patient verstarb fünf Monate nach der Operation.

7. Fehler bei der Entlassung/Verlegung (42-mal, davon 17-mal bei Infektion)

Eine bereits im postoperativen Röntgenbild erkennbare Subluxations-Fehlstellung des Talus nach Osteosynthese einer Trimalleolarfraktur und die Zunahme der Fehlstellung mit Instabilität am dritten postoperativen Tag wurde vorwerfbar fehlerhaft verkannt und ein 40-jähriger an diesem Tag entlassen, obwohl spätestens jetzt eine Revisionsoperation angezeigt gewesen wäre, die dann erst nach fünf Monaten erfolgte.

8. Dokumentationsmangel (36-mal, davon 7-mal bei Infektion)

Verletzungen der Pflicht zur Dokumentation sind zwar in der Regel keine Behandlungsfehler, können aber zulasten des Arztes dafür sprechen, dass erforderliche Untersuchungen und sonstige Maßnahmen nicht durchgeführt wurden (*siehe Rheinisches Ärzteblatt 3/2013, Seiten 25–28*). Können die angiographischen Bilder nach einer endovaskulären Protheseneinlage bei infrarenalem Aortenaneurysma nicht vorgelegt werden, dann müssen die Ärzten für den Nierenverlust aufgrund der Durchblutungsstörung bei iatrogenen Gefäßläsion haftungsrechtlich eintreten,

da es ihnen am Nachweis eines sachgerechten Vorgehens fehlt.

Fazit

Kontrollbedürftige oder reaktionspflichtige Befunde müssen als solche erkannt und zeitnah geeignete Maßnahmen ergriffen werden. Es ist ratsam, dass nach der Abschlussuntersuchung bei der Entlassung mittels Sicherungsaufklärung sichergestellt wird, dass ausstehende Kontrollen bei einer ambulanten Wiedervorstellung oder Kontrollen des Hausarztes/andere Fachärzte nachgeholt werden und der Patient über stattgehabte Komplikationen informiert ist, sodass eine zeitnah notwendig werdende Therapie auch erfolgt. Eine Verlegung sollte organisiert werden, wenn aus hausinternen Gründen eine standardgerechte Therapie vor Ort nicht möglich ist. Eine Dokumentation der Entscheidungsfindung/Beweggründe erleichtert es den nachbehandelnden – und im Falle einer Begutachtung anderen – Ärzten, den Verlauf der Behandlung und das Vorgehen der Ärzte nachzuvollziehen.

Priv.-Doz. Dr. med. Michael Roesgen ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied und **Dr. med. Beate Weber** gehört der Geschäftsstelle der Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein an.



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

68. Fortbildungsveranstaltung „Aus Fehlern lernen“

in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Postoperative Therapie – Gefahren, Defizite, Lösungen

Mittwoch, 26. August 2015, 16.00 – 19.30 Uhr, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung Dr. med. Martina Levartz, MPH,
Geschäftsführerin des IQN

Einführung und Moderation PD Dr. med. Michael Roesgen,
fr. Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie, Sana Krankenhaus
Benrath, Düsseldorf, Stellv. Geschäftsführendes Kommissions-
mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler

Anforderungen an die postoperative Überwachung
Prof. Dr. med. Dietmar Pennig, Chefarzt der Abteilung für
Unfallchirurgie, St. Vinzenz Hospital, Köln

**Nachblutungen und die Indikation zur Revisionsoperation,
postoperative Thromboseprophylaxe** PD Dr. med. Brigitta
Karbowski, Oberärztin der Universitäts-Frauenklinik, Düsseldorf

**Postoperative Infektionen rechtzeitig erkennen, konsequent
behandeln** PD Dr. med. Hansjörg Heep, Stellvertreter des
Direktors der Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Essen der
Universität Duisburg-Essen

Organisation der Entlassung und Weiterbehandlung

Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung,
Krankenhaus Merheim, Köln

Diskussion mit den Teilnehmern

Schlusswort PD Dr. med. Michael Roesgen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Schriftliche Anmeldung erforderlich unter E-Mail: iqn@aekno.de
oder Fax: 0211 4302-5751

Zertifiziert 4 Punkte

Kontakt Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211 4302-2751

Internet www.iqn.de

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts