

Intraoperative Komplikationen

Vermeidung, Erkennung, Beherrschung

In den letzten Jahren haben sich in der Chirurgie die Anforderungen an das Risikomanagement und die Patientensicherheit deutlich erhöht. Anfänglich mit einer gewissen Zurückhaltung betrachtet, ist die Skepsis inzwischen einem deutlich offeneren Umgang mit diesen Herausforderungen gewichen. Anerkanntermaßen ist und bleibt die Chirurgie ein risikobehaftetes Fach. Dies ist sowohl der Komplexität operativer Eingriffe und den gestiegenen technischen Möglichkeiten als auch ausgeprägten intraoperativen Befunden und patientenseitig bestehenden Risiken wie Alter und Adipositas geschuldet. Vor diesem Hintergrund sind Kenntnisse der intraoperativen Komplikationsmöglichkeiten und deren Beherrschung essenziell, um ein gutes perioperatives Ergebnis zu erzielen.

Um das Risiko für die Patienten bereits im Vorfeld eines operativen Eingriffes bestmöglich zu reduzieren, sind mittlerweile dank der WHO-Initiative „safe surgery saves life“ in der überwiegenden Zahl der chirurgischen Kliniken Operationschecklisten eingeführt. Die Beweise für eine Senkung von Morbidität und Mortalität nach Einführung der Listen sind erbracht. Zukünftig muss eine weitere Akzeptanz der Checklisten durch *alle* KrankenhausmitarbeiterInnen angestrebt werden. Dies ist eine eindeutige Führungsaufgabe. Die fortwährende Überarbeitung solcher Listen wird allerdings nur gelingen, wenn auch „critical incident reporting systems“ (CIRS) implementiert werden, sodass auch Beinahe-Fehler Berücksichtigung finden.


» Nicht die Komplikation an sich ist das Problem, sondern der Umgang mit ihr

Trotz aller Sicherheitsmaßnahmen wird es dennoch gerade während eines Eingriffes immer wieder zu Komplikationen kommen. Dabei ist nicht die Komplikation an sich das Problem, sondern der Umgang mit ihr. Entscheidend ist das intraoperative Erkennen der Komplikation, aus der sich die erforderlichen Maßnahmen zu ihrer Beherrschung ergeben. Wie die vorgelegten Beiträge zeigen, gelingt durch ein situationsgerechtes Reagieren in aller Regel ein sicheres chirurgisches Management. Gerade bei Komplikationen in der laparoskopischen Chirurgie ist der (frühzeitige) Umstieg auf ein konventionelles Verfahren oftmals der bessere Weg, um einen dauerhaften Schaden zu vermeiden: Der Umstieg ist Ausdruck eines verantwortungsvollen Vorgehens. Die Erkennung und Behandlung intraoperativer Komplikationen erfordert sehr viel Erfahrung, die erst im Laufe von vielen Jahren chirurgischer Tätigkeit erworben wird. Skill-Kurse und Simulationen können einen Teil der Lernkurve möglicherweise vor die Operation verlagern, allerdings werden sie mit Blick auf die chirurgische Weiterbildung niemals die erst bei der operativen Behandlung erlernten Fertigkeit- und Fähigkeiten ersetzen. In diesem Kontext kommt unseren Partnern aus der Anästhesie eine große Bedeutung zu. Hier sind ein individuell auf jeden Pa-

tienten abgestimmtes, gegenseitiges Verständnis und teamorientierte Kommunikation gefragt, um frühzeitig eventuellen Komplikationen vorzubeugen.

Unter allen intraoperativen Komplikationen ist der intraoperative Tod, der *mors in tabula*, die schwerwiegendste Situation. Sie ist selbst bei Hochrisikoeingriffen selten, allerdings für den verantwortlichen Chirurgen und die nächsten Angehörigen des Patienten gleichermaßen belastend. Für die meisten Chirurgen ist der *mors in tabula* als Tod auf dem Operationstisch definiert, nach rechtsmedizinischer Ansicht jedoch als Todeseintritt während des Eingriffes und innerhalb von 24 h nach der Operation. In der dramatischen Ausnahmesituation eines *mors in tabula* muss sich jeder Chirurg über die grundsätzlich unterschiedlichen medizinischen und juristischen Sichtweisen im Klaren sein. Der Tod als Folge einer Komplikation kann aus medizinischer Sicht als natürlich angesehen werden, medikolegal handelt es sich jedoch um einen nichtnatürlichen Tod, da der Patient ohne den Eingriff zumindest relevant länger überlebt hätte. Aus dieser Perspektive sollte der *mors in tabula* nach rechtsmedizinischer Auffassung als nichtnatürlich bzw. ungeklärt eingestuft werden, um eine objektive Überprüfung durch Polizei, Staatsanwaltschaft und Obduktion zu ermöglichen. Dieses rechtsmedizinisch im Hinblick auf die Qualitätskontrolle nachvollziehbare Plädoyer wird im chirurgischen Alltag sicher kritisch gesehen. Beispielfhaft seien hier die chirurgisch nicht beherrschbare obere Gastrointestinalblutung genannt, an der der Patient innerhalb von 24 h verstirbt (natürlicher Tod infolge einer Komplikation der Grunderkrankung) oder der früh-postoperative Tod nach Leber- oder Herztransplantation. Bei aller angestrebten Transparenz und Qualitätskontrolle des Leistungsgeschehens können im Kontext der rechtsmedizinischen Vorschläge gerade Kliniken der Maximalversorgung wiederholt Kontakt mit Untersuchungsbehörden haben, ein Umstand, der für die betroffenen Ärzte und die Krankenhäuser gleichermaßen belastend und unter Umständen rufschädigend sein kann. Auch wenn jeder *mors in tabula* individuell zu bewerten ist und der Umgang mit ihm letztlich in der

Verantwortung des einzelnen Chirurgen liegt, ist eine offene und selbstkritische Auseinandersetzung mit diesen schwierigen Begleitumständen unserer Tätigkeit notwendig.



Prof. Dr. J. Jähne

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Jähne

Zentrum Chirurgie, Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover gGmbH, Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
joachim.jaehne@ddh-gruppe.de
