

Antimykotikum statt Antibiotikum



Ein über 80-jähriger Patient mit Verdacht auf eine Magenperforation erhält postoperativ drei Tage hindurch ein Antimykotikum – und noch dazu überdosiert, jedoch keine Antibiose.

Auf der Normalstation wird einem über 80-jährigen Patienten mit Verdacht auf Magenperforation ein Antimykotikum verschrieben. Intraoperativ stellt sich heraus, dass es sich nicht um eine Perforation des oberen Gastrointestinaltrakts handelt. Am dritten Tag postoperativ bemerkt der meldende Anästhesist mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung im Rahmen des Team-Time-Outs, dass der Patient weiterhin lediglich ein Antimykotikum bekommt, das seit drei Tagen um mehr als das Doppelte überdosiert ist. Weiters erhält er bei einer Perforation des unteren

Gastrointestinaltrakts keinerlei Antibiose. Mittlerweile ist der Gesundheitszustand des Patienten im Rahmen einer Revision bereits durchaus als kritisch zu bewerten. Ein Patientenschaden durch das Ereignis ist möglich; der schwer kranke Patient war lange Zeit ohne Therapie. Als Grund nennt der Meldende eine schlechte Übergabe zwischen den Chirurgen auf der Normalstation. Faktoren, die dazu beitrugen, waren laut dem Anästhesisten Kommunikation, Ressourcen (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung, etc.) und Ablauforganisation.

Feedback des CIRS-Teams/Fachkommentar



www.cirsmedical.at

Lösungsvorschlag/Fallanalyse

Sofern es dem Meldungsbericht korrekt zu entnehmen ist, befand sich der Patient (81. bis 90. Lebensjahr) postoperativ auf der Normalstation. Prinzipiell ist anzunehmen, dass zweimal täglich eine Visite der chirurgischen Patienten stattfindet. Warum prophylaktisch bei einem betagten Patienten mit suszeptibler Perforation des OGIT ein Antimykotikum verabreicht wurde, kann nicht nachvollzogen werden; warum zumindest bei Änderung der Behandlungsursache keine Adaptierung beziehungsweise eine Überdosierung erfolgte, ebenso wenig.

Patienten mit Perforationen des UGIT stellen aus Sicht eines Chirurgen – noch dazu einer betagten Altersklasse zugehörig – sicherlich eine besonders risikoreiche Patientengruppe dar. Eine Verwechslung eines Antimykotikums mit einem Antibiotikum sollte mit dem Diagnosefokus auf jeden Fall auffallen oder zumindest Anlass zu einer Therapieerweiterung geben.

Die Tatsache, dass eine inadäquate Therapie erst im Rahmen eines Team-Time-Outs beim Revisionseingriff evident wird, noch dazu seitens der Anästhesie, ist höchst aufklärungsbedürftig und zu hinterfragen. Dieser späte Zeitpunkt weist auf gravierende Organisationsschwächen und Therapielücken hin und kann nur mit dem Hinweis auf grundlegendes Verbesse-

rungspotential in den genannten Bereichen beantwortet werden. Aus Sicht eines Abteilungsvorstandes wäre diese Kasuistik Anlass genug, eine Klinisch-Pathologische Konferenz oder M&M-Konferenz einzuberufen.

Gefahren-/Wiederholungspotential

In diesem Fall sind grundlegende Kontrollmechanismen im Rahmen einer chirurgischen Visite zu hinterfragen. Eine über drei Tage lang mitgeführte inadäquate Therapie ist eindeutig zu hinterfragen und weist auf ein deutliches Organisationsversagen hin. Die große Gefahr besteht darin, dass hier leider Wiederholungspotential mit konsekutiver Patientenschädigung gegeben ist!

Mangelndes Personal kann in diesem Fall nicht die Entschuldigung für eine über drei Tage falsch laufende Therapie sein. Sollte eine postoperative Therapieüberwachung aufgrund Personalmangels nicht adäquat bereitzustellen sein, ist die prinzipielle chirurgische Intervention aus meiner Sicht bereits zu hinterfragen.

*Experte der Gesundheit Burgenland
(Medizinisch-fachlicher Aspekt, Chirurgie)*