



Risikomatrix Endoprothetik	Anlage 6 5.4.05 Version 01
-----------------------------------	--

Änderungen gegenüber der letzten Fassung: Erstausgabe

1 Vorbedingungen für die Aufnahme

1.1 Indikationsstellung

Voraussetzungen beim Patienten: Adipositas, Schwäche der Oberschenkelstreckmuskulatur, Befähigung für Physiotherapie-Programm,

geplante Operation

Narkoseverfahren

Periduralkatheter zur postoperativen Schmerzbehandlung

Thromboseprophylaxe

Implantat, Fixierungstechnik (zementiert, unzementiert)

Physiotherapie

1.2 Gewünschte Ergebnisse:

Neutrale, funktionelle Stellung der Beine

Beinlängengleichheit

Beweglichkeit Beugung/Streckung

Sensomotorische Kontrolle im Gelenk

Schmerzlosigkeit

Annehmbare Nebenfolgen (Narben, Sensibilitätsstörung,

Altbarkeit für 10 Jahre

2 Unerwünschte Ereignisse

2.1 Allgemeine

Seitenverwechslung

Thrombose, Embolie

Nachblutung, Wundhämatom

Infektion, tiefe

Infektion, oberflächlich

Pneumonie

Lagerungsschaden (Dekubitus, intraop., postop.)

Nervenschaden (Fußheber) N. peronäus

Gefäßschaden (A. poplitea)

Verbrennungen (Elektrokauter)

Komplikationen bei Fremdblutgabe (Unverträglichkeiten, Infektionen)

Taubheitsgefühl um die Narbe

Juckreiz um die Narbe

Wundsein um die Narbe

Kalzifikation des Narbengewebes

2.2 Spezielle Risiken

Schmerzen (31)

Schwellung

Luxation

Patellaluxation (7, 38)

Patellanekrose (38)

Achsenabweichung (5, 38)

Beinlängendifferenz

Instabilität, subjektiv

Sturz infolge Gangunsicherheit

Septische und aseptische Lockerung (16, 37)

Schaftfissur, -fraktur, -perforation (38)

Bewegungseinschränkung, Arthrofibrose (38)

Allergische Reaktion (40)

Auswahl des Implantates: nicht passgenau, steht zur OP nicht zur Verfügung

Wunddrainagen: Bei der Entfernung reißt ein Schlauch ab und verbleibt in der Wunde

Instrument, Tupfer oder anderer Fremdkörper im OP-Gebiet verblieben

2.3 Postoperative Überwachung

Sturz bei der Mobilisation

Dekubitus

2.4 Späte unerwünschte Ereignisse

Schmerzen (10, 36)

Arthrofibrose

Prothesenluxation

Aseptische Prothesenlockerung

Oberschenkelamputation

Zunehmende Instabilität durch Verschleiß (38)

Implantatausbruch (38)

Gefahr der periprothetischen Fraktur bei Trauma

Implantatversagen

Materialabrieb, Polyäthylenverschleiß (38)

Granulombildung mit Knochenzysten

Knochensubstanzverlust

Metallose

Chronische Synovialitis

Chronisch rezidivierender Erguss

Spätinfekt

Osteitis

Chronische Fistel

Septische Lockerung

2.5 Maßnahmen zur Risikosenkung

Gewichtskontrolle

Sorgsamer Umgang mit dem Kunstgelenk unter Vermeidung extremer Belastungen

Bei Herdinfekten und deren Sanierung Antibiotikaprophylaxe

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen

Training der muskulären und koordinativen Funktion

Sturzprophylaxe

Sportarten besprochen und eventuell eingeschränkt

Aufklärung über die Therapie, deren Alternativen sowie Risiken und Prognose

Information über das Verhalten stationär, poststationär, in der Rehabilitation, im häuslichen Umfeld

Thromboseprophylaxe

Sanierung bakterieller Streuherde

Fakultativ Antibiotikaprophylaxe

Physiotherapie

Laboruntersuchungen unter Berücksichtigung von Alter und Begleiterkrankungen

Präoperative Planung anhand der Röntgenbilder

Der Patient wird über Behandlungsalternativen aufgeklärt.

3 Risikokontrollpunkte:

3.1 Nach Aufnahme, Diagnostik, vor OP:

Der Patient wird über seltene Risiken im Zusammenhang mit der Implantation einer Hüftprothese aufgeklärt.

Ein Facharzt stellt die Indikation zur Operation

Der Operateur klärt den Patienten selbst auf.

Seitenmarkierung

Es kommen gültige und anerkannte Behandlungsleitlinien zur Anwendung.

Das Dekubitusrisiko wird im Rahmen der Anamnese durch die Anwendung von Klassifizierungsskalen bestimmt (z.B. Braden-Skala).

Das Implantat wird präoperativ durch Anwendung von geeigneten Messverfahren bestimmt.

3.2 Operative Phase

intraoperativ ggf. benötigte Implantate sind vorhanden

Schutzmaßnahmen zur Vermeidung von Lagerungsschaden (Patient bei OP auf Gelmatte).

Blutkonserven für den Notfall verfügbar

3.3 Postoperativ:

Der Patient erhält eine angemessene Schmerztherapie.

Der Verband wird kontrolliert.

Postoperatives Monitoring (einschließlich Durchblutung, Motorik und Sensorik).

Programm der Physiotherapie wird realisiert.

Sturzrisiko eingeschätzt, Schutzmaßnahmen eingeleitet.

Vor Entlassung Befund über Ergebnis erhoben und aufgezeichnet.

Weitere Versorgung (Rehabilitation) geregelt und organisiert.

Entlassungsgespräch und Informationen zur Entlassung.

4 Literatur

Unerwünschte Ereignisse bei TEP-Knie (DGU, Endoprothese bei Gonarthrose, AWMF Leitlinien 12/008 vom 19.10.2010, z.Z. (2016) in Überarbeitung).

Mit Peter Gausmann, Risikomanagement und geplante Behandlungspfade

Freigabevermerk

Pfad:

Hamburg, den

Autor