

Bericht

Titel:	Personal- und Geräteausstattung auf neu gegründeten Stationen
Zuständiges Fachgebiet:	Anästhesiologie
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis a	ITS /IMC
Tag des berichteten Ereignisses:	Wochenende / Feiertag
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung:	ASA II
Patientenzustand:	Pat. nach größerer Operation. Plötzlich Vigilanzminderung, Hypotonie, Zentralisation.
Wichtige Begleitumstände:	IMC Station seit wenigen Monaten vorhanden. Personal aus etlichen ehemaligen Stationen zusammengestellt. Meist keine relevante Intensiv-/Anästhesieerfahrung vorhanden. Teaching quasi nicht vorhanden. Keine Notfallroutine, keine Routine bei Narkoseeinleitung / Intubation / RSI. Intensive Care Unit (ICU) und Intermediate Care (IMC) über mehrere Stockwerke räumlich getrennt. Ärztliche Person der ICU darf Station nicht verlassen. Daher wird kurzfristig der IMC-Arzt (Anästhesie) als Rea-Arzt bestimmt. Rest des Rea-Teams kommt von der ICU.
Was ist passiert?	Pat. nach größerer Operation auf IMC. Plötzliche Vigilanzminderung, Hypotonie, respiratorische Insuffizienz, Lactatanstieg. Entschluss zur Verlegung auf ICU. Da respiratorische Situation zügig schlechter wird, Entschluss zur Intubation auf IMC mit Hilfe des Rea-Teams der ICU. (Wie oben benannt, war der IMC-Arzt der Rea-Arzt, was bedingte, dass außer ihm in der Nofallsituation auf der IMC zunächst keine weitere ärztliche Person anwesend war.) Nach Narkoseinduktion i.S. einer modifizierten RSI mit 1,5mg Rocuronium/kgKG. Noradrenalin lief prophylaktisch. Einstellen mit dem Laryngoskop, in diesem Moment massive Regurgitation von Darm/Mageninhalt. Zügige Intubation unter permanentem Absaugen. Massiver Blutdruckabfall, sofortige Schocklage + Erhöhung Noradrenalin + Noradrenalinbolus. Dennoch Rea-Situation. Hinzuziehung FA-Anästhesie von ICU. Kardiopulmonale Reanimation (CPR) nach Leitlinie, dann Return of spontaneous circulation (ROSC). Danach weiterführende Diagnostik und Verlegung auf ICU.
Was war besonders gut?	Ruhiger, geplanter Ablauf. Gute Kommunikation.
Was war besonders ungünstig?	- Saugerbeutel auf IMC zu klein (ca. 500 ml), obwohl 3L vorgesehen sind. Nach kürzester Zeit kein Saugen mehr möglich. Auf ICU kein Rea-Arzt geplant, daher musste IMC Arzt als Rea-Dienst einspringen. - IMC Arzt hätte selbst Rea-Dienst benötigt. - ungeschultes Personal, inadäquates Equipment.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei	<i>leer</i>
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä	jährlich
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de

Autor: PD Dr. med. M. St.Pierre in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI).

In der Meldung wird die Problematik thematisiert, dass bei der Planung von neuen Stationen in einem Krankenhaus der Fokus häufig auf baulichen und strukturellen Eigenschaften liegt, Aspekte wie adäquate Ausrüstung (andere Kostenstelle) und adäquates Training des Personals (wieder andere Kostenstelle) hingegen wenig bis nicht berücksichtigt werden. Hieraus resultieren dann baulich gut gelungene Abteilungen, in denen man das akquirierte Personal ohne angemessene Unterstützung „ins kalte Wasser“ wirft und hofft, dass durch heftiges Strampeln Schwimmen gelernt wird.

Im vorliegenden Fall ist man sich der Problematik bewusst und arrangiert eine gute Intermediärlösung: für Notfälle wird Pflegepersonal von der Intensivstation hinzugezogen. Das Problem bei solchen (für den Patienten dienlichen) Lösungen ist jedoch gelegentlich, dass der eigentliche Missstand nicht mehr so deutlich gesehen werden kann, und so werden temporäre Lösungen häufig dann institutionalisiert. Es wäre interessant zu wissen, wie es um die klinikseitigen Bemühungen steht, die vom Melder angesprochenen Trainingsdefizite konstruktiv anzugehen.

Im weiteren Verlauf kommt es zu einer Reanimationssituation, die ruhig und geplant mit guter Kommunikation abläuft, bei der aber strukturelle Probleme evident werden (z. B. die Größe der verwendeten Saugerbeutel). Da solche "offensichtlichen" Probleme in der Regel erst in einer konkreten Situation wahrgenommen werden, wäre der "Goldstandard" für die Testung auf Praxistauglichkeit einer neuen Station die "in-situ-Simulation", bei der in simulierten Notfallsituationen viele der Probleme erstmalig evident werden können, ohne dass dabei das Leben eines Patienten auf dem Spiel steht.

Wenige Krankenhausträger sehen jedoch die Notwendigkeit einer solchen vorhergehenden Testung und stellen hierfür finanzielle und personelle Ressourcen bereit, sodass die geschilderte Situation eher dem Alltag entsprechen dürfte: Während wir im System arbeiten, arbeiten wir an Verbesserungen am System.