Bericht

Titel:	Fehlende Information und Beachtung von unzureichender Oxygenierung
Zuständiges Fachgebiet:	anderes Fachgebiet: Intensivmedizin
Altersgruppe des Patienten:	61-70
Geschlecht des Patienten:	männlich
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	Patient wird nach operativer Versorgung einer chronischen Wunde respiratorisch insuffizient notfallmäßig auf die Intensivstation übernommen. Der Patient war bei CT-graphisch bestehenden pneumonischen Infiltraten mit ausgeprägter Oxygenierungsstörung auf der Normalstation. In der digitalen Patientenakte sind SpO2-Werte präoperativ von unter 90 dokumentiert; eine Information oder Verlegungsanfrage an die Intensiv- oder IMC-Station war, soweit aus der digitalen Patientenakte ersichtlich, nicht erfolgt. Am Vortag der OP war ein Anästhesieprotokoll ausgefüllt sowie die Freigabe zur OP durch den prämedizierenden Anästhesisten erfolgt (Folgeeingriff mit Dauereinwilligung; OP mit Anästhesie-Standby); eine Dokumentation der Vitalparameter auf dem Anästhesieprotokoll war nicht erfolgt, die Vitalparameter waren retrospektiv aus der digitalen Patientenkurve ersichtlich Am Tag der OP wurde auf der Normalstation präoperativ mehrfach SpO2-Werte unter Sauerstoffgabe dokumentiert. Am Nachmittag wurde der Patient in den OP verbracht, während der in Lokalanästhesie durchgeführten OP erhielt der Patient von zuständigen Anästhesisten Sauerstoff über Maske. Die Abnahme einer arteriellen BGA bzw. die Anlage eines intraarteriellen Zugangs unterblieb intraoperativ. Der Patient wurde postoperativ auf die Intensivstation verlegt, wo die Anlage eines arteriellen Zugangs erfolgte. Zusätzlich fiel bei Übernahme auf die Intensivstation auf, dass ein zentraler Venenkatheter seit längerer Zeit lag. Dieser wurde umgehend gewechselt.
Was war das Ergebnis?	*leer*
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	An diversen Stellen kam es zu Versäumnissen, die beiden Abteilungen Anästhesie und Unfallchirurgie betreffend. Einerseits wäre eine frühzeitige Einbindung der Intensivstation/IMC-Station aufgrund der auf Normalstation wahrgenommenen respiratorischen Insuffizienz wünschenswert gewesen; eine Kontaktaufnahme mit der Inneren Medizin bzgl. der Pneumonie war zwar erfolgt, eine derartig ausgeprägte Oxygenierungsstörung erscheint retrospektiv betrachtet als Indikation zur Verlegung auf eine Intensivstation; Unbedingt muss auf die Liegedauer zentralvenöser Katheter auf Normalstation geachtet werden und diese bei weiterhin bestehender Indikation regelmäßig gewechselt werden (allerspätestens nach 30 Tagen). Schweizer-Käse-Modell: an vielen Stellen kam es zu Versäumnissen, die für sich allein genommen vielleicht nicht zu diesem Ereignis geführt hätten, in der Kombination aber eben schon. Engere Kommunikation zwischen den Fachabteilungen sowie frühere Involvierung des HighCare-Bereichs bei Verschlechterung von Patienten auf Normalstation. Dokumentation der Liegedauer von zentralen Venenzugängen und rechtzeitiges Entfernen/Wechseln.
Kam der Patient zu Schaden?	*leer*

Welche Faktoren trugen zu dem Ereig...	• Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Ausbildung und Training • Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) • Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.) • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	nicht anwendbar
Wer berichtet?	Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:

Autor: Prof. Dr. med. habil. Matthias Hübler in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Der wichtigste Aspekt in der Meldung ist, dass die alterierte pulsoxymetrische gemessene Sauerstoffsättigung offensichtlich keine Reaktion auslöste. Wahrgenommen wurden sie aber, denn in der Patientenakte finden sich entsprechende Eintragungen.

Dieses Phänomen – ignorieren/ bagatellisieren von Werten – ist leider häufiger zu beobachten. In der Meldung ist erwähnt, dass der Patient eine chronische Wunde hatte, weshalb er wahrscheinlich bereits länger stationär lag. Insbesondere bei Langliegern werden Veränderungen von Vitalparametern gelegentlich nicht mit der erforderlichen Sorgfalt beachtet. Der Melder vermutet, dass die Ursache eine Pneumonie war. Diese war radiologisch nachgewiesen, ob bereits eine Therapie begonnen worden war, wird nicht erwähnt.

Ohne die genauen Verhältnisse und Organisationsstrukturen in der meldenden Klinik zu kennen, ist es schwierig, eine allgemeingültige Empfehlung für die Zukunft abzugeben. Die Fragen, die sich aber aufdrängen sind:

- Wurde das ärztliche Personal über die klinische Verschlechterung informiert?
- Erhielt der Patient täglich nur eine Wundkontrolle oder auch eine internistisch-allgemeinmedizinische Evaluation durch den Stationsarzt/ die Stationsärztin?
- Hat der prämedizierende Anästhesist den Patienten wie geboten vor der anästhesiologischen Freigabe re-evaluiert?

Diese Fragen zu beantworten, kann helfen, die Prozesse in dem Krankenhaus kritische zu überprüfen und ggf. zu modifizieren.

In vielen Krankenhäusern sind inzwischen Medical Emergency Teams (MET) etabliert. Diese sollen aktiviert werden, wenn sich Patienten verschlechtern. Typische Trigger für die Aktivierung eines MET sind alterierte Vitalparameter, aber auch nicht-näher zu benennende Sorgen um den Patienten (sogenanntes Bauchgefühlt) initiieren eine Aktivierung in fast 40% der Fälle [1]. In der Meldung wird die schlechte Sauerstoffsättigung erwähnt. Diese ist ein wichtiger Risikofaktor für einen Kreislaufstillstand während des Krankenhausaufenthalts [2].

Unklar bleibt, ob in dem meldenden Krankenhaus ein MET existiert. Falls nein, dann liefert dieser Fall ein gewichtiges Argument, die Etablierung durchzuführen und die gemeinsame Empfehlung der Fachgesellschaften hierzu umzusetzen [3].

Literatur:

[1] Chen J, Bellomo R, Hillman K, et al. Triggers for emergency team activation: a multicenter assessment. J Crit Care 2010; 25): 359.e1-7.
https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.12.011

[2] Piasecki RJ, Hunt EA, Perrin N, et al. Using rapid response system trigger clusters to characterize patterns of clinical deterioration among hospitalized adult patients. Resuscitation 2024; 194: 110041. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.110041

[3] Gemeinsame Empfehlung. Verbesserung der postoperativen Behandlungsqualität und Etablierung medizinischer Einsatzteams. Anästh Intensivmed 2017; 58: 232-234. https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2017/04-2017/2017_4_232-234_Gemeinsame%20Empfehlung%20(DGAI,%20DGCH,%20BDA,%20BDC).pdf