

Bericht

Titel	Postoperative Weiterversorgung eines Patienten
Zuständiges Fachgebiet	anderes Fachgebiet: Intensivstation
Altersgruppe des Patienten	leer
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?	<p>Der Patient hatte postoperativ einen Bridenileus. Der Patient erhielt einen arteriellen und einen zentralvenösen Zugang und wurde Katecholaminpflichtig. Im Verlauf wurde der Patient zu seinen Gunsten operiert.</p> <p>Postoperativ wurde der Patient beatmet zurück auf die Intensivstation gebracht. Vorher wurde besprochen, dass zuständige Pflegekraft das Beatmungsgerät nicht in Betrieb nehmen kann, da diese keine Einweisung in dieses habe. Deshalb fand die Beatmung mit dem Oxylog 2000 statt. Der Patient war nicht sediert, der Tubus war nicht adäquat befestigt, Katecholamingabe nicht angepasst, Temperatur erfolgte per Dauerkathetermessung. Beatmung nicht angepasst durch die ärztliche Person der Anästhesie. Als der Mitarbeiter vom Nachtdienst dazu kam, wurde nach und nach alles abgearbeitet.</p> <p>Trotz Absprache wurde der Patient auf der Intensivstation bzw. im Aufwachraum beatmet, da kein Verlegungsbett gefunden wurde.</p>
Was war das Ergebnis?	leer
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis...	<ul style="list-style-type: none"> • keine Einweisung in die Beatmungsgeräte • veränderte Umstände durch den Umzug • Alleinbesetzung und unvollständige Aufrüstung des Aufwachraumes
Kam der Patient zu Schaden?	leer
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Ausbildung und Training • Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.) • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) • Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...	nicht anwendbar
Wer berichtet?	Pflege-, Praxispersonal

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de

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

Der Melder spricht 2 Themenbereiche an, auch wenn er sich zu dem einen nur implizit äußert.

1. Einweisung in Medizinprodukte

Beatmungsgeräte sind Medizinprodukte. Gemäß der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) dürfen sie nur von Personen bedient werden, die eine vorgeschriebene, dokumentierte Einweisung erhalten haben. Werden die einweisungspflichtigen Geräte vorsätzlich ohne Einweisung betrieben, führt dies in der Regel zu einem Verlust des Haftpflichtversicherungsschutzes. Natürlich ist der Arbeitgeber verpflichtet dafür zu sorgen, bzw. zu kontrollieren, dass alle Mitarbeiter die erforderlichen, dokumentationspflichtigen Einweisungen erhalten haben. Gleichzeitig ist aber auch der Anwender verpflichtet, auf noch fehlende Geräteeinweisungen hinzuweisen und die Einweisungen entsprechend einzufordern. Er hat eine Holschuld [1].

In dem Fall hat sich die Pflegekraft an diese rechtlichen Vorgaben gehalten und nur das Beatmungsgerät bedient, bei welchem sie offensichtlich eine Einweisung erhalten hatte. (Explizit erwähnt wird dies allerdings nicht.) Trotzdem stellt sich als Außenstehender natürlich die Frage, warum diese Pflegekraft überhaupt eingeteilt war, denn ihre Einsetzbarkeit auf der Intensivstation war deutlich limitiert. Schließlich wird in der Meldung erwähnt, dass auch noch andere Aspekte (Katecholamintherapie, Fixierung des Tubus) nicht den Ansprüchen genügten.

2. Arzt auf der Intensivstation

In der Meldung wird kritisiert, dass der Anästhesist die Beatmung nicht angepasst hat. Auf Grund der Formulierung kann vermutet werden, dass er den Patienten nur auf die Intensivstation transportierte und sich anschließend einer anderen Aufgabe widmete. Die Frage, die sich aufdrängt ist: Wo war der Arzt der Intensivstation?

Die DIVI empfiehlt eine 24-stündige ärztliche Präsenz an 7 Tagen in der Woche [2]. Diese Präsenz ist aus medizinischen Gründen unbedingt erforderlich. Hinzu kommt auch noch, dass ohne diese Strukturvoraussetzung eine intensivmedizinische Komplexbehandlung nicht abrechenbar ist. Zumindest aus letzterem Grund sollte jede Krankenhausverwaltung großes Interesse daran haben, dass eine Intensivstation entsprechend personell besetzt ist und nicht z. B. nebenbei durch einen Bereitschaftsdienst, der noch andere Aufgaben erfüllen muss, erledigt wird. Die medizinische Notwendigkeit lässt sich aus der Meldung ableiten.

Literatur:

1. CIRS-AINS. Fall des Monats – Oktober 2018: Besonderheiten einer Trachealkanüle machen im Rahmen einer Bronchoskopie einen notfallmäßigen Trachealkanülenwechsel notwendig. 2018 [cited: 2020-07-15]. www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMOkttober2018.pdf.
2. Jorg G, Kluge S, König F, et al. Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen: Hintergrundtext. Verabschiedet mit Beschluss des Präsidiums der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010. 2010 [cited: 2020-07-15]. www.divi.de/empfehlungen/publikationen/empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-langversion/viewdocument/96.