

## Fall des Monats – Oktober 2015

### CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

**Der Fall:**<sup>1</sup> **Anästhesist verlässt seine Narkose, um im Schockraum zu helfen**

**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie

**Wo ist das Ereignis eingetreten?** Krankenhaus – OP

**Tag des berichteten Ereignisses:** Wochentag      **Versorgungsart?** Notfall

**ASA-Klassifizierung:** ASA II

**Patientenzustand:** Patient ist nüchtern

**Wichtige Begleitumstände:**

Das Ereignis findet im Bereitschaftsdienst statt. Zeitgleich versorgt die Zentrale Patientenaufnahme im Schockraum einen Patienten und bittet den diensthabenden Anästhesisten um Hilfe.

**Fallbeschreibung:**

Die Narkose wird als balancierte Anästhesie mit Larynxmaske durchgeführt. Operation und Narkose verlaufen problemlos. Gegen Ende der Operation meldet sich die Zentrale Patientenaufnahme beim Anästhesisten und bittet um dringende Hilfe bei der Versorgung eines Patienten im Schockraum.

Der Anästhesist bittet daraufhin die Anästhesiepflegekraft im OP die Narkose zu überwachen und läuft in den Schockraum. Auf dem Weg dorthin telefoniert er mit dem Hintergrund, der sich noch im Krankenhaus befindet, um die zeitgleiche Versorgung der Patienten zu koordinieren.

Etwa eine Minute nach Verlassen des OP meldet sich die Anästhesiepflegekraft beim Anästhesisten und berichtet, dass der Patient aspiriert habe und der Arzt sofort zurückkommen müsse. Dieser kehrt sofort um und findet nach weiteren 30 Sekunden einen zyanotischen Patienten vor. Die Sauerstoffsättigung ist auf 60% gefallen und bräunlich-galliges Sekret läuft aus dem Mund des Patienten. Die Pflegekraft hat bereits mit dem Absaugen begonnen und die Intubation vorbereitet.

Die Intubation gelingt trotz schlechter Sichtverhältnisse und der Patient kann wieder suffizient beatmet werden. Die zwischenzeitlich bis auf 27% gefallene Sättigung steigt wieder auf 97%. Aus dem Mund wird noch viel Sekret abgesaugt, endotracheal lässt sich dagegen nur sehr wenig klares Sekret absaugen. Nach Beendigung der Operation wird der Patient mit suffizienter Spontanatmung extubiert.

**Was war besonders gut?**

- Die Pflegekraft hat den Anästhesisten sofort informiert und schon vor dessen Eintreffen die Gegenmaßnahmen eingeleitet.
- Zufällig war eine weitere Pflegekraft ebenfalls im OP anwesend, sodass im entscheidenden Moment ein weiteres Paar hilfreicher Hände zur Verfügung stand.
- Das Team bewahrte Ruhe und konnte die Situation zeitnah in den Griff bekommen.
- Der zweite Patient konnte vom Hintergrunddienst versorgt werden, sodass letztlich beide Patienten keinen Schaden erlitten.

**Was war besonders ungünstig?**

- Der Anästhesist war bei Auftreten des Ereignisses nicht im OP!

<sup>1</sup> Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

- Er setzte seine Ressourcen schlecht ein: Anstatt erst den Oberarzt anzurufen um dann koordiniert zu handeln, lief er los, um den zweiten Patienten zu versorgen und wurde so letztlich beiden Patienten nicht gerecht.

- Der Patient hat evtl. beim Prämedikationsgespräch falsche Angaben zu seiner Nüchternheit gemacht.

#### **Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?**

- Der vordergrunddiensthabende Arzt sollte immer weitere Ressourcen (Hintergrund) hinzuziehen, wenn man mehr als einen Patienten zeitgleich versorgen muss oder mit diesem einen Patienten Probleme auftreten.

- Der Anästhesist muss stets bei seinem Narkosepatienten bleiben, da unerwartete Ereignisse jederzeit - auch bei problemlosem Narkoseverlauf - eintreten können.

- Man sollte den Nüchternheit-Angaben der Patienten nicht blind vertrauen.

**Häufigkeit des Ereignisses?** jeden Monat

**Wer berichtet?** Ärztin/Arzt

**Berufserfahrung:** bis 5 Jahre

### **Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten**

„Der Anästhesist muss stets bei seinem Patienten bleiben (...)!“ Mit diesem Ratschlag zieht der Melder sein persönliches Fazit aus einem Zwischenfall, der für den Patienten nochmals glimpflich abgelaufen ist und der die beteiligten Personen vermutlich noch länger emotional mitgenommen haben dürfte. Aber sind eine Lösung des geschilderten Sachverhalts und eine Prävention ähnlicher Ereignisse wirklich so einfach zu haben? Sind nicht noch an anderer Stelle wesentliche Konsequenzen zu ziehen?

Zweifelsohne war das Verhalten des Anästhesisten ein wesentlicher beitragender Faktor für die Entstehung des geschilderten Zwischenfalls. Der Wortlaut des Telefonats ist nicht überliefert, aber die Formulierung der „dringlichen Hilfe“ die angefordert wird lässt erahnen, dass für den Arzt eine Pflichtenkollision entsteht: Operation und Narkose verlaufen problemlos, sodass er –in Übereinstimmung mit der Entschließung von DGAI und BDA zur „Ärztlichen Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie“ (2007), nach der während der Narkoseführung *Überwachungsmaßnahmen delegierbar* sind- den Patienten verlassen und einem vital bedrohten Patienten helfen könnte. In der genannten Entschließung heißt es:

*(III.) „Es ist weder fachlich noch rechtlich erforderlich, dass der Anästhesist alles, was zur fachgerechten Durchführung einer Anästhesie notwendig ist, eigenhändig erledigen muss. Er darf an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal delegieren.“*

Wesentlich sind hierbei der zu fordernde Fachpflegestandard des Delegaten/der Delegatin, die Einzelfallprüfung, die strikte Beachtung der Grenzen von Parallelverfahren und das Verbot einer zusätzlichen Risikoerhöhung für den Patienten.

Ob für ihn beim Verlassen des narkotisierten Patienten absehbar war, dass seine Entscheidung eine Risikoerhöhung für den Patienten bedeuten würde, ist dem Text nicht zu entnehmen. Auffallend ist jedoch, dass innerhalb einer Minute die Narkose so flach war, dass der Patient erbrechen und in Folge aspirieren konnte. Möglicherweise war der Hilferuf so eindringlich, dass ihm eine weitere Handlungsoption –nämlich den Hintergrunddienst in den Schockraum zu schicken und bei seinem Patienten zu verbleiben erst im Nachhinein in den Sinn kommt.

Im Rückblick betrachtet der Melder seine Handlung und kommt unter dem Eindruck eines glimpflichen Ausgangs zu der eingangs genannten generellen Aussage, dass man seine Patienten unter keinen Umständen verlassen darf. Mit dieser einseitigen Auflösung der Pflichtenkollision unterliegt der Melder jedoch unwissentlich dem **Rückschaufehler** („hindsight bias“). Damit ist gemeint, dass es Menschen ganz schwer fällt, sich in eine Situation zurückzusetzen und unvoreingenommen die zur Verfügung stehenden Informationen und Handlungsoptionen zu bewerten,

wenn sie um den Ausgang einer Situation wissen. Die Wahrnehmung und das Urteil vergangener Ereignisse werden durch die Kenntnis des Resultats systematisch verzerrt. Unter dem Einfluss des Rückschaufehlers überschätzt man die Wahrscheinlichkeit, Vorhersehbarkeit und Unvermeidlichkeit eines Ereignisses (hier: dass der Patient binnen einer Minute erbrechen und aspirieren würde), nachdem es sich manifestiert hat. Während man in der Situation steckt, hat man lediglich mehrdeutige Informationen und Handlungsoptionen, von denen man in der Regel nicht mit völliger Sicherheit sagen kann, was sie bedeuten und wohin eine Entscheidung führt. Unter dem Einfluss des Rückschaufehlers hingegen konstruiert man eine Geschichte, die sich so nie ereignet hat: einfach, geradlinig und ohne Komplexität der Entscheidung: Der Handelnde hatte die klare Wahl zwischen richtig und falsch, und hat sich für das Falsche entschieden. Wenn aber die Geschichte die man sich erzählt zu einfach ist, dann sind es in der Regel auch die Rückschlüsse daraus. Maßnahmen (z.B. „Ab jetzt werde ich nie mehr von meinem Patienten weggehen!“) gehen dann häufig an der Wirklichkeit vorbei und sind kaum hilfreich. Wie verhält man sich künftig im Bereitschaftsdienst, wenn parallel der Anruf wegen einer Notsectio oder einer Reanimation im Aufwachraum eingeht? Beharrt man wirklich darauf, sitzen zu bleiben und den Dingen ihren Lauf zu lassen? Wohl kaum.

Auffallend ist zuletzt die Selbstverständlichkeit, mit der der Anästhesist auf den Anruf hin seinen Patienten verlässt. Zusammen mit der Angabe des Melders, dass es sich um ein wöchentlich auftretendes Ereignis handelt, entsteht der Eindruck, dass die Problematik organisationaler Natur sein könnte: Der Bereitschaftsdienst ist so strukturiert, dass jederzeit parallele Anforderungen an den Arzt herangetragen werden können: Neben der Narkoseführung und der Schockraumbetreuung möglicherweise auch die Versorgung des Kreissaals und die Behandlung von Intensivpatienten. Vordergründig ereignet sich der Zwischenfall aufgrund einer ärztlichen Entscheidung und der Wirksamkeit von fehlerbegünstigenden Bedingungen. Letztlich ist eine solche Komplikation Folge organisationaler Weichenstellungen und lediglich eine Frage der Zeit, wenn im Spannungsfeld zwischen Patientensicherheit und Ökonomie der Kostendruck priorisiert wird.

### Die Analyse aus Sicht des Juristen

Es besteht kein Zweifel, dass auch die modernen Anästhesieverfahren einen mit Risiken verbundenen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellen. Die Durchführung des Anästhesieverfahrens ist an die ärztliche Approbation gebunden und setzt spezifische Kenntnisse und Erfahrungen voraus („Facharztstandard“). Dem Anästhesisten obliegt dabei nicht nur die Durchführung des eigentlichen Anästhesieverfahrens, sondern auch die Überwachung und Aufrechterhaltung, gegebenenfalls die Wiederherstellung der vitalen Funktionen während des Eingriffs. Mit der Übernahme der Behandlung des Patienten wird der Anästhesist zum "Garanten" für diesen Patienten. Dies bedeutet im Grundsatz auch, dass er bei dem Patienten zu bleiben hat, dessen Versorgung er einmal übernommen hat.

Dies schließt es allerdings nicht aus, dass „in bestimmten, eng begrenzten Phasen eines Anästhesieverfahrens die Überwachung von Patient und Gerät durch eine speziell unterwiesene bzw. weitergebildete Anästhesiepflegekraft erfolgen kann“ – so die Entschließung des Berufsverbandes von 1989 zu „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“[1]. Allerdings nur unter den dort beschriebenen, engen Kautelen.

Wird der Anästhesist, der eine Narkose betreut, gleichzeitig zu einem anderen "Notfall" gerufen, so ist dies aus juristischer Sicht eine "Pflichtenkollision". Unbeschadet des Grundsatzes, dass der Anästhesist zunächst bei dem Patienten zu bleiben hat, dessen Versorgung er einmal übernommen hat, wird er zu prüfen haben, ob er die "Überwachung von Patient und Gerät" einer anderen qualifizierten Kraft übergeben kann, ohne den Patienten konkret zu gefährden, weil seine Hilfe an anderer Stelle dringender benötigt wird. Dabei hat er jedoch alle Umstände des Einzelfalles sorgfältig zu erforschen und abzuwägen, soweit es die dafür zur Verfügung stehende Zeit erlaubt, um zu prüfen, ob und welche Hilfe erforderlich ist. Insbesondere hat er zu prüfen, ob seine Hilfe unbedingt erforderlich ist oder ob bei dem anderen "Notfall" fremde Hilfe nicht ebenso gut möglich ist.

Der Melder teilt mit, dass der Anästhesist seine Ressourcen schlecht eingeteilt hätte, weil er "los lief, um den zweiten Patienten zu versorgen" anstatt zunächst den Oberarzt anzurufen "um dann koordiniert zu handeln". Letztlich ist dies eine Frage, die nur unter Kenntnis aller Umstände des Einzelfalles beantwortet werden kann. Wäre für den Anästhesisten bei entsprechender Sorgfalt rechtzeitig erkennbar gewesen, dass der zweite Patient auch vom anästhesiologischen Hintergrunddienst hätte versorgt werden können, dann hätte er in der konkreten Situation falsch entschieden.

Eine andere Frage ist es, ob die Personalbesetzung ausreichend ist. Sind solche Pflichtenkollisionen nicht die Ausnahme, dann spricht viel dafür, dass durch entsprechende organisatorische Maßnahmen, insbesondere durch das Vorhalten einer entsprechenden Personalreserve, Vorsorge für die Bewältigung von zu erwartenden Pflichtenkollisionen hätte getroffen werden können – und müssen. Denn wenn solche Pflichtenkollisionen nicht die Ausnahme darstellen, sondern quasi regelhaft eingeplant werden, dann wird sich die Frage eines eventuellen Organisationsverschuldens der für die Diensterteilung Zuständigen einschließlich der Verantwortlichen des Krankenhausträgers stellen. Auch dies ist aber eine Frage, die nur unter Kenntnis aller konkreten Umstände vor Ort beurteilt werden kann.

### Take-Home-Message

- **Die Entschließung von DGAI und BDA zur „Ärztlichen Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie“ (2007) legt fest, dass während der Narkoseführung Überwachungsmaßnahmen delegierter sind. Es ist somit weder fachlich noch rechtlich erforderlich, dass der Anästhesist alles, was zur fachgerechten Durchführung einer Anästhesie notwendig ist, eigenhändig erledigen muss. Er darf an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal delegieren.**
- **Wesentlich sind hierbei der zu fordernde Fachpflegestandard des Delegaten/der Delegatin, die Einzelfallprüfung, die strikte Beachtung der Grenzen von Parallelverfahren und das Verbot einer zusätzlichen Risikoerhöhung für den Patienten.**
- **Der Rückschaufehler („hindsight bias“) besagt, dass es Menschen schwer fällt, sich in eine Situation zurückzusetzen und unvoreingenommen die zur Verfügung stehenden Informationen und Handlungsoptionen zu bewerten, wenn sie um den Ausgang einer Situation wissen. Die Wahrnehmung und das Urteil vergangener Ereignisse werden durch die Kenntnis des Results beeinflusst.**
- **Unter dem Einfluss des Rückschaufehlers konstruieren Menschen eine Geschichte, die sich so nie ereignet hat: einfach, geradlinig und ohne Komplexität der Entscheidung. Der Handelnde hätte eine klare Wahl zwischen richtig und falsch gehabt, und hätte sich für das Falsche entschieden.**
- **Zur Vermeidung von die Patientensicherheit gefährdenden „Pflichtenkollisionen“ und um dem Vorwurf eines Organisationsverschuldens zu begegnen, ist für eine adäquate Personalausstattung zu sorgen.**

#### Weiterführende Literatur

- [1] <http://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/559-erneute-gemeinsame-stellungnahme-zu-zulaessigkeit-und-grenzen-der-parallelverfahren-in-der-anaesthesiologie/file.html>

#### Autoren:

Dr. med. M. St.Pierre, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen  
Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dipl.-Sozialw. T. Rhaïem, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg