



Deutsche Gesellschaft
für Anästhesiologie
und Intensivmedizin

Berichten und Lernen

BDA und DGAI bieten ihren Mitgliedern im Berichts- und Lernsystem CIRS-AINS eine neue Serviceleistung an: den „Fall des Monats“.

www.cirs-ains.de/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html

CIRS
NEWS **AINS**

Aus den Berichten, die von den teilnehmenden Einrichtungen in CIRS-AINS eingestellt werden, wählt die Arbeitsgruppe BDA/DGAI in regelmäßigen Abständen einen sogenannten „Fall des Monats“ aus.

Unter dieser Rubrik werden Fälle veröffentlicht, die entweder in dieser oder in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und exemplarische Fehlerquellen repräsentieren oder solche, die als besonders bedeutungsvoll eingestuft werden. Die Fälle des Monats sind knapp gefasste Feedbacks mit sowohl anästhesiologischer als auch i.d.R. juristischer Analyse und gegebenenfalls Hinweisen auf wichtige Literatur zum jeweiligen Thema. Ziel ist es, mit diesen Fällen des Monats unsere Mitglieder für brisante Themen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie zu sensibilisieren und Warnhinweise sowie Verbesserungsempfehlungen zu verbreiten.

Fall des Monats*

Der Fall

Patientenzustand

Junger, gesunder Patient**: ASA 1, Mallampati 1, Cormack 1 vorbeschrieben.

Fallbeschreibung

Patient im OP für Elektiveingriff vorbereitet (Monitoring, Infusion). Keine Pflegekraft vor Ort. Um den OP-Fortgang nicht zu verzögern, leitet der Anästhesist – nach entsprechender Wartezeit – die Narkose

ohne Pflegekraft ein. Narkoseeinleitung gelingt problemlos. Nachdem Einleitung abgeschlossen, erscheint die Pflegekraft.

Wie häufig tritt das Ereignis in Ihrer Abteilung auf?

Fast täglich.

Analyse aus Sicht des Anästhesisten

In diesem Fall konkurrieren wirtschaftliche Aspekte (Vermeidung einer Wartezeit) mit sicherheitsrelevanten Aspekten (Einleitung einer Anästhesie stets mit Assistenzkraft).

Szenario: Der Anästhesist leitet – wie dargestellt – allein ein. Der Patient entwickelt während der Einleitung mit Propofol unerwartet ein Krampfäquivalent (Seizure-like Phenomena). Was soll der Anästhesist jetzt tun? Weiteres Propofol aufziehen? Den Patienten festhalten? Den Luftweg sichern? Die OP-Tür öffnen und Hilfe herbeirufen? Ein Albtraum!

Wenn dieses Szenario zu unwahrscheinlich klingt: Der Cuff des Tubus wird versehentlich an den Zähnen beschädigt, der Patient regurgitiert Flüssigkeit, es ergeben sich trotz Mallampati I unerwartete Intubationsschwierigkeiten usw.

In allen kritischen Phasen der Anästhesie (hierzu zählen insbesondere Ein- und Ausleitung, das Auftreten größerer operativer Blutverluste) darf der Anästhesist mit der Versorgung des Patienten nicht allein gelassen werden. Zwei Hände reichen selbst bei kleineren Komplikationen nicht aus! Diese Aussage entspricht allen einschlägigen Empfehlungen der

Prof. Dr. med. W. Heinrichs
AQAI GmbH, Mainz

Prof. Dr. med. A. Schleppers
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Dr. iur. E. Biermann
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Ass. iur. E. Weis
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

Dr. med. M. St. Pierre
Anästhesiologische Klinik, Universitäts-
klinikum Erlangen

Dipl.-Sozialw. T. Dichtjar
Berufsverband Deutscher Anästhesisten,
Nürnberg

* April 2010

** Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

großen anästhesiologischen Fachgesellschaften. Das in diesem Fall „fast täglich“ vorkommende Einleiten ohne Assistenz ist abzulehnen.

Welche Fachkompetenz die Pflegekraft aufweisen muss, hängt vom Umfang der Delegation von Aufgaben an die Pflegekraft ab. In jedem Fall muss die Pflegekraft nach ihren Kenntnissen und Fertigkeiten dem Anästhesisten in Notfallsituationen adäquat zuarbeiten können. Damit dürfte sich der Gedanke erübrigen, dass die instrumentierende OP-Schwester oder der sog. „Springer“ regelmäßig als Assistenz des Anästhesisten eingesetzt werden können. Im Prinzip wird ein Gutachter den sog. „Fachpflegestandard“ immer als adäquat ansehen.

Schließlich seien zwei Anmerkungen gestattet:

1. Widersprüchlich sind die Aussagen „Cormack 1 vorbeschrieben“ und „fast täglich“. Dies könnte bedeuten, dass in der betroffenen Abteilung in einem hohen Maß Wiederholungsanästhesien bei ansonsten gesunden Patienten durchgeführt werden. Es wäre daher zu vermuten, dass die Einleitung in Abwesenheit der Pflegekraft in dieser Abteilung auch dann regelmäßig vorkommt, wenn über die tatsächlichen Intubationsbedingungen (Cormack) noch keine Information vorliegt. Im Rahmen eines Schadensfalles würde hier voraussichtlich ein Organisationsverschulden konstatiert.

2. „Nachdem Einleitung abgeschlossen, erscheint die Pflegekraft“. Mit einer angemessenen Umorganisation sollte sich das Problem in dieser Abteilung vom Status „regelmäßig“ in den Status „nur in seltenen Ausnahmefällen“ beheben lassen. Und in den „seltenen Ausnahmefällen“ sollte dann die Sicherheit vor der Wirtschaftlichkeit stehen.

Analyse aus Sicht des Juristen

Nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V schuldet der Krankenhausträger dem Patienten „alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung ... notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung ... Krankenpflege ...“.

Das geschilderte Vorgehen ist vor diesem Hintergrund und mit Rücksicht auf den von der Rechtsprechung geforderten Facharztstandard bei der Patientenbehandlung, der die Assistenz und Mitwirkung qualifizierten Pflegepersonals bedingt, als kritisch zu werten. Zwar gibt es keine gesetzliche Vorschrift, wonach dem Anästhesisten während des gesamten Anästhesieverfahrens permanent eine pflegerische Assistenz zur Verfügung stehen muss. Unstreitig ist aber zumindest, dass während kritischer Phasen des Anästhesieverfahrens – dazu gehören Ein- und Ausleitung der Narkose ebenso wie die erkennbar schwierige Intubation – eine Assistenz unerlässlich ist. Nichts anderes gilt bei besonderen Vorkommnissen, etwa allergischen Re-

aktionen, Blutungen, vital bedrohlichen Funktionsstörungen sowie bei der Bewältigung von Komplikationen, z.B. Aspiration bei Ileuseinleitung. Unerlässlich ist die Assistenz bei der Durchführung von Regionalanästhesien wie auch bei intraoperativ erforderlichen Zusatzmaßnahmen, z.B. der maschinellen Autotransfusion (Quelle: Landauer, B./Weis, E.: Qualifizierte pflegerische Assistenz immer notwendig?, BDAktuell JUS-Letter Juni 2008, Jahrgang 8, Ausgabe 2, www.bda.de/03_2jusletter.htm).

Take-Home-Message

Einleitung einer Anästhesie immer mit ausreichend qualifizierter pflegerischer Assistenz- (Fach-) Pflegekraft durchführen!

Weiterführende Literatur

- Jusletter Juni 2008: Qualifizierte pflegerische Assistenz – immer notwendig? (Im Internet unter: http://www.bda.de/03_2jusletter.htm).
- Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten vom 26.10.2007 / 08.11.2007. AnästH Intensivmed 2007;48:712-714 (Im Internet unter: http://www.bda.de/06pdf/02_2007-Nov_1-anaesth-Versorg.pdf).

Aufgrund der begrenzten Kapazitäten ist eine schriftliche Anmeldung erforderlich.



CIRS
AINS

**KOSTENLOSE
SCHULUNG**

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Termin: 15. September 2010,
11.00 - 16.00 Uhr

Ort: Aesculap-Akademie
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
5. Stock (der Raum ist ausgeschildert)

BASIS-SCHULUNG FÜR CIRS-AINS VERANTWORTLICHE

☐ Hiermit melde ich mich verbindlich zur kostenlosen CIRS-AINS Basis-Schulung an.

Anmeldungen: BDA/DGAI-Geschäftsstelle, Roritzerstraße 27, 90419 Nürnberg
Tel.: 0911-9337811, Fax: 0911-3938195

Nachname	_____	Vorname	_____
Abteilung	_____		
Institut	_____		
Straße	_____	PLZ / Ort	_____
Telefon / Fax	_____	E-Mail	_____