



Berichten und Lernen

BDA und DGAI bieten ihren Mitgliedern im Berichts- und Lernsystem CIRS-AINS die Serviceleistung: der „Fall des Monats“.

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



Fall des Monats*

Der Fall**

Probleme mit dem Standort der neuen Neugeborenen-Reanimationseinheit

Zuständiges Fachgebiet:

Anästhesiologie

Wo ist das Ereignis eingetreten?

Krankenhaus – OP

Tag des berichteten Ereignisses:

Wochenende/Feiertag

Versorgungsart?

Notfall

Wichtige Begleitumstände:

Es wurde ein neuer Standort für die Neugeborenen-Reanimationseinheit festgelegt. Diese war früher im Vorraum zum Sectio-OP und befindet sich jetzt innerhalb des Sectio-OP.

Was ist passiert?

Im Rahmen einer Sectio wird das Neugeborene reanimationspflichtig. Die Reanimationseinheit ist nicht von allen Seiten zugänglich, und es ist nur für eine Person Platz zum Arbeiten. Es gibt keine Ablagemöglichkeit für den Reanimationskoffer, er musste auf dem Boden geöffnet werden. Es herrschte ein hoher Geräuschpegel (OP-Sauger und Gespräche), so dass es Schwierigkeiten bei der Auskultation und der Kommunikation während der Reanimation gab. Trotz Wärmestrahler und -bett kam es aufgrund der Zugluft der Klimaanlage im OP zu einem Auskühlen des Neugeborenen.

Die erforderliche Übernahme durch die Kinderklinik erfolgte während laufender OP ohne vorheriges Umkleiden.

Was war besonders gut?

Die erfolgreiche Reanimation.

Wo sehen Sie die Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

Es sollte ein anderer Standort für die Neugeborenen-Reanimationseinheit gewählt werden.

Häufigkeit des Ereignisses?

nicht anwendbar

Wer berichtet?

Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/in

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Die klinische Relevanz der abgegebenen Meldung ist für den Leser selbsterklärend. Aus Gründen, die in dem CIRS-Bericht nicht näher erläutert werden, wird der Neugeborenen-Reanimationseinheit ein neuer Platz innerhalb des Sectio-OP zugeordnet, ohne dass vorab mit den handelnden Personen geklärt wurde, ob auch unter diesen neuen Rahmenbedingungen sicheres Arbeiten möglich ist. Der geschilderte Vorfall zeigt, dass die Arbeitsbedingungen in ihrer neuen Ausprägung einer Modifikation bedürfen. Wie diese tatsächlich aussehen sollte, kann nur vor Ort von den Beteiligten entschieden werden. Hierzu ist es erforderlich, dass alle Fachabteilungen bei dem Modifikationsprozess beteiligt werden (Gynäkologie, Anästhesie, Heb-

Priv.-Doz. Dr. med. M. St.Pierre

Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

Prof. Dr. med. M. Hübner

Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Prof. Dr. med. A. Schleppers

Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

Dipl.-Sozialw. T. Rhaem

Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

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.

* August 2017.

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

ammen, Kinderärzte). Federführend/koordinierend sollte die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe sein. Da sich diese Erkenntnis erst nach der Versorgung eines realen Patienten unter erschwerten Bedingungen ergeben hat, stellt sich die Frage, ob es nicht Möglichkeiten gibt, fehlergenerierende Bedingungen bereits im Vorfeld zu identifizieren, bevor Änderungen bei der Versorgung eines Patienten wirksam werden. Eine solche Herangehensweise setzt zwei Bedingungen voraus:

1. Es muss ein **Problembewusstsein** dafür existieren, dass auch vermeintlich geringe Veränderungen wie die Neupositionierung eines ansonsten gleich belassenen NG-Reanimationstisches („Lasst uns die Reanimationseinheit doch einmal von X nach Y verschieben!“) relevante Auswirkungen auf Versorgungsprozesse haben können. Nur im Bewusstsein möglicher neu geschaffener Probleme wird man nach Möglichkeiten suchen, die Veränderung einem „Probelauf“ zu unterziehen.
2. Für dieses Probehandeln und für die daraus resultierende Detektion von neuen Schwachstellen im System existiert seit einigen Jahren die Möglichkeit einer **In-situ-Simulation** [1-4]. Darunter versteht man die Durchführung einer Patientensimulation (hier: mit Hilfe eines Neugeborenen- bzw. Säuglingsmannequins)

direkt am klinischen Einsatzort, und nicht in den Räumlichkeiten eines Simulationszentrums fernab der klinischen Versorgung. Viele der neueren Simulatoren kommen ohne Versorgungsleitungen für Strom, Gas und Steuerung aus, so dass ein solcher Einsatz problemlos möglich geworden ist. Für den vorliegenden Fall ist dabei keinesfalls ein High-Fidelity-Mannequin notwendig; bereits ein einfaches Neugeborenenreanimationsmannequin erlaubt es dem behandelnden Team, alle wesentlichen Therapieschritte zu simulieren.

Mit Hilfe einer simulierten Neugeborenenreanimation lassen sich strukturelle Defizite (z.B. beschränkte Zugangsmöglichkeiten zum Kind, fehlender Ablageplatz für Reanimationskoffer) bereits im Vorfeld identifizieren. Andere Probleme (hoher Geräuschpegel), die sich durch die im gleichen Raum stattfindende Sectio-OP ergeben, wären dabei jedoch vermutlich nicht erkannt worden. Der Arbeitsaufwand für eine Testung durch In-situ-Simulation ist überschaubar; die dabei gewonnene Information unter Umständen jedoch erheblich.

Die vorliegende Meldung kann somit den Leser dazu anregen, auch in seiner eigenen Abteilung bzw. Klinik nach Veränderungen Ausschau zu halten, deren mögliche Auswirkungen sich im Vorfeld durch eine In-situ-Simulation erfassen lassen.

Weiterführende Literatur

1. Garden AL, Mills SA, Wilson R, Watts P, Griffin JM, Gannon S, Kapoor I: In situ simulation training for paediatric cardio-respiratory arrest: initial observations and identification of latent errors. *Anaesth Intensive Care* 2010;38: 1038-1042
2. Guise JM, Mladenovic J: In situ simulation: identification of systems issues. *Semin Perinatol* 2013;37:161-165
3. O'Leary F, McGarvey K, Christoff A, Major J, Lockie F, Chayen G, Vassiliadis J, Wharton S: Identifying incidents of suboptimal care during paediatric emergencies – an observational study utilising in situ and simulation centre scenarios. *Resuscitation* 2014;85:431-436
4. Patterson MD, Geis GL, Falcone RA, Lemaster T, Wears RL: In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. *BMJ Qual Saf* 2013;22:468-477.

Take-Home-Message

- Auch vermeintlich kleine Veränderungen bisheriger Versorgungsprozesse können Konsequenzen nach sich ziehen, die im Vorfeld nicht bedacht wurden.
- Präemptiv lassen sich viele dieser latenten fehlergenerierenden Bedingungen ohne großen Aufwand durch In-situ-Simulation detektieren.
- Unter einer In-situ-Simulation versteht man die Durchführung von Simulationen direkt am Ort der klinischen Versorgung anstatt in eigens dafür konzipierten Räumen eines Simulationszentrums.