

Bericht

<p>Titel: Zuständiges Fachgebiet: Altersgruppe des Patienten: Geschlecht des Patienten: Wo ist das Ereignis passiert? Welche Versorgungsart: In welchem Kontext fand das Ereignis... Was ist passiert?</p>	<p>Zusammenarbeit mit Rettungsdienst anderes Fachgebiet: ZNA/Rettungsdienst 21-30 männlich Notfalldienst / Rettungswesen Notfall Organisation (Schnittstellen / Kommunikation) Im Nachtdienst wurden über IVENA 2 unfallchirurgische RTW bei uns angemeldet. RTW A mit Unfallchirurgisch- sonstige kombinierte Verletzungen und RTW B mit Unfallchirurgisch- Gesichts-/Kopfplatzwunde. Daraufhin sprach ich mit unserem diensthabenden Chirurgen, der grade eine Patientin mit akutem Bauch betreute, welche zur Notfall-OP vorbereitet wurde. Zu diesem Zeitpunkt war unser Schockraum (konservativ und traumatisch), sowie unser CT abgemeldet, da die Kollegin vom Röntgen, welche im Dienst war, nicht in das neue CT eingewiesen war und die Anästhesie mit der OP beschäftigt waren. Nach Absprache mit dem diensthabenden Chirurgen rief ich bei der Leitstelle an und ließ mich mit dem RTW B verbinden. Ich erklärte der Person am Telefon, dass wir weder Schockraum noch CT zur Verfügung haben und sie doch bitte in ein Haus mit CT-Kapazität fahren sollen. Die Person erwiderte, dass dan der andere Pat. auch woanders hingefahren werden muss. Woraufhin ich sagte, dass wir den anderen Patienten gerne nehmen, wenn er nichts am Kopf abbekommen hat, ansonsten aber nicht, da wir da wie gesagt kein CT zur Verfügung hatten. Die Person am Telefon sagte dann, ja dann müsse sie nochmal mit den Kollegen besprechen, wo sie hinfahren. Kurz darauf wurde die IVENA-Anmeldung vom RTW B gestrichen, die vom RTW A mit den kombinierten Verletzungen aber nicht. Ca. eine halbe Stunde später kam mir eine Person aus ZNA mit einer BGA entgegen und als ich fragte von wem die sei, erzählte sie mir, dass der RTW mit dem Patienten mit den sonstigen kombinierten Verletzungen in unserer Wagenhalle steht und unser Internist ihn jetzt intubieren muss, da er nicht mehr ansprechbar ist. Daraufhin bin ich zur Unterstützung mitgegangen und habe mir selbst ein Bild von der Situation gemacht, welche wirklich kritisch war. Der Patient wurde im Endeffekt mit Notarzt in ein Haus der Maximalversorgung als traumatischer Kopfschockraum gefahren. Die Kollegen vom RD sind trotz des Anrufes hierher gefahren mit einem Patienten. Das komplexe Verletzungsmuster wurde als sonstige kombinierte Verletzung angemeldet und nicht als SHT oder Kopfplatzwunde, wohlwissentlich dass es eine treffendere Anmeldung/ Bezeichnung der Symptome gegeben hat. Wenn der Patient während des Transportes schlechter geworden wäre, hätte ich es verstanden, dass die Kollegen zur 1. Versorgung herfahren, aber wenn ich weiß, dass das Haus, welches ich anfahren möchte, kein CT fahren kann, dann fahre ich einen Patienten mit diesem Erscheinungsbild nicht Primär dorthin. Es ist wertvolle Zeit bis zur adäquaten Diagnostik/Therapie vergangen mit für mich unklarem Outcome für den Patienten. Glücklicherweise war unser Internist direkt da, als sich das Drama ereignete, denn unsere Anästhesie stand zu dem Zeitpunkt in der Einleitung im OP. Ich möchte mir nicht vorstellen, wie es gelaufen wäre, wäre der Patient 10 Minuten später instabil geworden, nachdem wir ihn übernommen hätten. Dann hätten wir ohne Anästhesie und ohne Traumaspiralenmöglichkeit im Schockraum gestanden, erst wieder die</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Leistelle kontaktieren müssen, bis das NEF da ist und der RTW, den Patienten erneut umlagern etc., geschweige denn der Zeitverlust, wenn man versucht nachts einen intensivpflichtigen Patienten sekundär verlegt zu bekommen?</p> <p>Abgesehen davon war der Maximalversorger, welcher nah von unserem Haus entfernt liegt, die ganze Zeit grün gemeldet (Schockraum, Intensiv, Chirurgie), sodass die Patienten auch dort hätten behandelt werden können.</p>	<p>Der Patient wurde mit Notarzt in ein anderes Krankenhaus verlegt</p>
<p>Was war das Ergebnis?</p> <p>Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?</p>	<p>Meiner Meinung nach wollten die Kollegen den Patienten schnell abliefern, um wieder zurück auf die Wache zu kommen und sind einfach zur nächsten Klinik gefahren. Der Vorfall hätte verhindert werden können, indem man verbietet, dass sich die RTW selbst bei den Kliniken anmelden können. Außerdem sollten die Kollegen über SHT geschult werden und wann ein CT indiziert ist.</p>
<p>Kam der Patient zu Schaden?</p> <p>Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis?</p>	<p><i>leer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Ausbildung und Training • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) • Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)
<p>Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr?</p> <p>Wer berichtet?</p>	<p>jährlich</p> <p>Pflege-, Praxispersonal</p>

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar:
Autor: Prof. Dr. med. Michael St.Pierre in Vertretung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

Haben Sie vielen Dank für diese Meldung, welche in Umfang und Detailgehalt vorbildlich gehalten ist: Als Leser kann man sehr gut nachvollziehen, wie sich die Ereignisse zugetragen haben und welche Faktoren zu der Entwicklung beigetragen haben. 2 Aspekte ergeben sich allerdings aus der Tatsache, dass eine Eintragung in das CIRS erfolgt ist:

Zum Einen kann aus der Distanz nicht beurteilt werden, warum das Handeln der Beteiligten aus deren Sicht zu dem Zeitpunkt sinnvoll gewesen sein könnte. Dies ist nur möglich, wenn das Gespräch mit den Beteiligten zeitnah gesucht wird. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Vermutungen bezüglich der Motive von Personen geäußert werden – ohne dass diese sich dazu äußern könnten. Eine externe Analyse kann hierzu keinerlei Beitrag leisten.

Möglicherweise wäre es daher zielführender, wenn eine Aufarbeitung gemeinsam mit allen Beteiligten; ggf. auch mit dem für sie zuständigen ÄLRD erfolgen könnte, da hier durchaus Faktoren wirksam sind, die ganz grundsätzlich die Arbeit in Ihrem Rettungsdienstbereich betreffen. In jedem Fall wäre es angemessen, wenn Ihre ausführliche Meldung in irgendeiner Weise in Ihrem Bereich konstruktiv aufgearbeitet wird – davon würden alle profitieren.