



## Fall des Monats Juni 2016

### Unklare Zuständigkeiten während der REA

Fall-Nr.: 133725

**Titel:** Unklare Zuständigkeiten während der REA

#### **Was ist passiert?**

Pat. hat schwallartig kaffeesatzartig erbrochen, dabei aspiriert. Daraufhin wurde Pat. reanimationspflichtig im Zimmer vom Pflegepersonal aufgefunden. Ärztlicher Dienst wurde sofort informiert, REA-Team informiert über Rea-Notruf. Ärztlicher Dienst leitete die Reanimation ein. Rea-Team schnell vor Ort.

Während der Reanimation kam es zu vielen Unklarheiten in der Kommunikation, es war nicht klar wer die Leitung hat. Von daher kam es zu einigen Missverständnissen zwischen REA-Team und Stationsteam. Die gesamte Reanimation lief nicht optimal, da die Hierarchien und Aufgabenverteilung unklar blieben.

#### **Was war das Ergebnis?**

Pat. kam im Reamodus auf Intensivstation.

#### **Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?**

Klarere Strukturen und Aufgabenverteilung, bessere sowie deutlichere Kommunikation.

**Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?** erstmalig

**Kam der Patient zu Schaden?** Nein

#### **Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?**

- 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.)

**Altersgruppe:** 71-80

**Geschlecht:** weiblich

**Zuständiges Fachgebiet:** Innere Medizin

**In welchem Kontext fand das Ereignis statt?** Invasive Maßnahmen (Diagnostik/Therapie)

**Wo ist das Ereignis passiert?** Krankenhaus

**Versorgungsart:** Notfall

**Wer berichtet?** Pflege-, Praxispersonal



## Kommentare

### ***Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:***

Das CIRS-Team empfiehlt dringend die ärztliche Verantwortung im Intensivbereich zu belassen. Dadurch würde ein routinierter REA-Ablauf gewährleistet werden, bei dem der Arzt des REA-Teams die Leitung übernimmt.

Zusätzlich sollten Mitarbeiter vor Ort geschult werden, vor allem im Basic Life Support. Die Kommunikation und Abläufe müssen stark strukturiert ablaufen und immer wieder geschult werden. Um das weiter zu entwickeln wird eine Gruppe aus verantwortlichen Mitarbeitern die bestehenden Regelungen und Schulungen überprüfen und überarbeiten.

### ***Kommentar des Anwenderforums:***

In der Notfallversorgung ist eine schnelle kompetente Versorgung unter klarer Leitung, die alle Maßnahmen effektiv koordiniert, essentiell für das Überleben der Patienten.

Missverständnisse und Verzögerungen z. B. infolge eines Kompetenzgerangels, wie im Bericht offensichtlich beschrieben, können Patienten erheblich gefährden.

Das European Resuscitation Council (ERC) empfiehlt für die innerklinische Notfallversorgung den Einsatz von speziellen Notfall-Teams, die auch bei der Rea unterstützen oder vor Ort übernehmen. In vielen Krankenhäusern wird dies durch Reanimationsteams durchgeführt, die z. B. aus einem Arzt und einem Pflegenden, idealerweise mit intensivmedizinischer und -pflegerischer Kompetenz bestehen. Welche Mitarbeiter bzw. welche Teams was wann durchführen und wann sie an andere übergeben sollen, war hier möglicherweise nicht hinreichend geregelt, bekannt oder geübt.

### **Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:**

- Alle klinischen Mitarbeiter in der direkten Patientenversorgung müssen kritisch kranke Patienten erkennen können und im Basic Life Support (BLS) trainiert sein. Dafür erhalten sie je nach Aufgabenbereich jährliche bis dreijährliche Trainings. Dabei gehören zum BLS-Training neben den üblichen Maßnahmen wie Herzdruckmassage und Beatmung auch die Organisation weiterer Hilfe, das Herbeiholen und Instandhalten der Reanimationsausrüstung sowie je nach Berufsgruppe und Erfahrung die Leitung einer Rea.



- Angekündigte oder unangekündigte Rea-Übungen direkt auf der Station helfen, den Trainingseffekt regelmäßiger Schulungen zu verstärken. Während einer Reanimation müssen Kommunikation und Abläufe stark strukturiert ablaufen – dies erreicht man nur durch wiederholtes Training.
- Spezielle Rea-Teams müssen intensiver geschult werden. In der Schulung sollte auch die Übernahme von einem örtlichen Team geübt werden.
- Die Aufgabenaufteilung bei einer Rea zwischen den Mitarbeitern vor Ort und dem Rea-Team muss im Krankenhaus einheitlich geregelt und allen Mitarbeitern bekannt sein. So empfiehlt sich im Falle eines Kreislaufstillstandes die zügige Übernahme durch das innerklinische Rea-Team auch deshalb, weil bei Erfolg der Wiederbelebung der Patient ohnehin auf die Intensivstation verlegt wird und in vielen Fällen dann schon von Intensivmitarbeitern betreut wurde.
- Eine Nachbesprechung (De-Briefing) nach einer Reanimation ist ein weiteres wichtiges Ausbildungsinstrument, das vermutlich zu selten eingesetzt wird und die Qualität der Reanimation und Überlebensrate erhöhen kann.
- Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) betreibt seit 2007 das Deutsche Reanimationsregister, in dem außer- wie innerklinische Reanimationen aus derzeit 129 stationären Einrichtungen erfasst werden und das der Qualitätsförderung von Reanimationen dient. Online: <http://www.reanimationsregister.de/home.html>