

Zum Thema Aufwachraum*

Bereits im Jahre 1967 erfolgte die erste Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung zum Thema Aufwachraum. Der Aufwachraum wurde wie folgt definiert: Überwachungsraum für Frischoperierte ohne Stationscharakter und ohne eigene Betten. In diesem Raum verbleibt der frisch operierte Patient im Bett seiner Station so lange, bis er aus der Narkose erwacht, wieder im Vollbesitz seiner Schutzreflexe ist und keine unmittelbaren Komplikationen von seiten der Atmung und des Kreislaufes mehr zu erwarten sind. Der Aufenthalt im Aufwachraum ist in der Regel auf einige Stunden begrenzt.

Modifikationen dieser Stellungnahme erfolgten 1982 in der Publikation „Grundsätze für die Organisation und Einrichtung von Aufwacheinheiten in Krankenhäusern“, entsprechend einer gemeinsamen Entschließung des Deutschen Krankenhausinstituts, des Instituts für Krankenhausbau an der Technischen Universität Berlin und der DGAI. Hier heißt es: „Nach Anästhesien in Zusammenhang mit diagnostischen und therapeutischen Eingriffen ist der Patient insbesondere durch die Auswirkungen des Betäubungsverfahrens auf die vitalen Funktionen noch für mehrere Stunden akut gefährdet. Er bedarf aus diesen Gründen einer lückenlosen intensiven Überwachung. In Abhängigkeit von Art und Dauer des Anästhesieverfahrens kann die Zeitspanne anästhesiebedingter Gefährdung vitaler Funktionen bis zu vier Stunden betragen, ausnahmsweise auch länger. Patienten, die eine weitergehende, also etwa sechs Stunden dauernde Intensivüberwachung benötigen, sollten auf eine Intensivereinheit verlegt werden.“

Besonders wichtig ist ein anderer Passus dieser Empfehlung: „Die Betriebszeiten der Aufwacheinheit hängen von den Betriebszeiten der Operationsanlage sowie von dem damit in Zusammenhang stehenden Betriebsablauf der OP-Programme ab. Darüber hinaus aber ist zu berücksichtigen, daß außerhalb der regulären OP-Programme akut zu operierende Patienten in der Regel medizinisch besonders gefährdet sind und deshalb eine zumindest ebenso sorgfältige post-

operative Überwachung benötigen wie planmäßig operierte Patienten. Dieser Umstand bedingt für die Aufwacheinheit eine über die Betriebszeit hinausgehende 24stündige Funktionsbereitschaft.“

Trotz dieser nun schon lange Zeit bestehenden Empfehlungen und der wiederkehrenden, auf Symposien und Kongressen dargestellten Begründungen für die zwingende Notwendigkeit eines den jeweiligen Aufgaben entsprechenden Aufwachraumes zeigt die letzte Umfrage des BDA¹⁾, daß nur in 78% der deutschen Akutkliniken Aufwachräume vorhanden sind. Eine Stichprobenanalyse ergab, daß nur in 5% der Kliniken eine 24stündige Besetzung oder zumindest eine Funktionsbereitschaft besteht. Hier ist bereits klar aus den dargestellten Fakten abzuleiten, daß die nachgewiesene Entwicklung nicht den Erfordernissen entspricht, nicht zuletzt, weil die im folgenden noch darzustellenden vielfältigen zusätzlichen Aufgaben, die ein Aufwachraum inzwischen erlangt hat, wahrzunehmen sind. Eine andere, aus medizinischen, aber vor allem ökonomischen Gründen unsinnige Entwicklung ist insbesondere in einigen Kliniken zu beobachten, in denen bis heute keine oder nur unzureichende Aufwacheinheiten eingerichtet wurden. Hier werden Einrichtungen der Intensivmedizin für diese Aufgaben, die eigentlich einem Aufwachraum zufallen, fehlverwendet. Diese hier skizzierten negativen Entwicklungen ergeben sich sicher nicht aus der Untätigkeit der zuständigen Anästhesisten, sondern weil die Krankenhausträger den immer wieder gestellten Anforderungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht entsprachen und derzeit wegen der allgemeinen schlechten finanziellen Situation erst recht nicht mehr entsprechen werden. Die Krankenhausträger müssen sich aber klar darüber sein, daß nach der gültigen Rechtsprechung die Einrichtungen, die der Krankenhausträger zur Behandlung von Patienten zur Verfügung stellt, den jeweiligen medizinischen Erkenntnissen und der technischen

* Anästh. Intensivmed. 38 (1997) 213 - 215

¹⁾ Anästh. Intensivmed. 36 (1995) 218 - 222

Entwicklung entsprechen muß. Wird diese Forderung nicht erfüllt, so hat der Krankenhausträger mit dem Vorwurf des Organisationsverschuldens zu rechnen.

Ergänzend müssen die in den Empfehlungen bereits 1967 und 1972 mit der DKG bzw. der Arbeitsgemeinschaft für Interne Intensivmedizin festgelegten Definitionen für die Intensivüberwachung und Intensivtherapie genannt werden, um daraus abzuleiten und klar darzustellen, welche Aufgaben in den drei Bereichen Aufwachraum, Intensivüberwachung und Intensivtherapie wahrzunehmen sind.

Die **Intensivüberwachung** ist als Aufgabe einer Bettenstation zur Überwachung und Behandlung von Frischoperierten nach ausgedehnten Eingriffen oder auch für prä- und nichtoperative Schwerkranke zu definieren. Der Patient verbleibt auf dieser Einrichtung im allgemeinen einige Tage bis zur Überwindung der kritischen Phase seiner Krankheit. Dieser Bereich ist im allgemeinen fachgebunden zugeordnet.

Die **Intensivtherapieeinheit** ist dagegen eine Betteneinheit für Schwerstkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen. Die Behandlungsdauer ist unterschiedlich und kann in einzelnen Fällen Wochen betragen.

Die Intensivtherapieeinrichtung kann organisatorisch unterschiedlich betrieben werden, z. B. als

- eine interdisziplinäre Einrichtung, die Kranke aus dem operativen und nichtoperativen Bereich versorgt und im allgemeinen vom Anästhesisten geleitet wird,
- eine fach- oder gar fachspezialitätengebundene Einrichtung unter Leitung eines aus diesem Bereich kommenden Arztes,
- eine interdisziplinäre operative Intensivtherapieeinheit, in der alle oder Teile der intensivtherapeutischen Aufgaben der operativen Bereiche zusammengefaßt sind und dieunter Leitung des Anästhesisten stehen.

Die auch heute noch gültige klassische Definition des **Aufwachraumes** bedarf wichtiger Ergänzungen, die aus unterschiedlichen Gründen - wie sich weltweit aus der Literatur ergibt - notwendig wurden und erneut eine umfassende Begriffs-

bestimmung und Aufgabenzuordnung erfordern. Im Gegensatz zu Empfehlungen aus den USA sollten wir dabei jedoch keine neue Einrichtung (PACU = Postanaesthetic Care Unit) anstreben, da es sich nicht um neue Aufgaben, sondern um die Fortschreibung und Modifikation bereits bisher wahrgenommener für einen definierten postoperativen Bereich handelt.

In allen Kliniken wurde bei uns kontinuierlich das Aufgabenspektrum den Erfordernissen adaptiert, insbesondere bedingt durch erhebliche demographische Veränderungen der zu versorgenden Patientenkollektive. Die Patienten wurden älter, waren in zunehmendem Umfange multimorbide, hatten damit deutlich verminderte Kompensationsmechanismen, standen unter Dauermedikationen und wurden trotz eines hohen Risikos größeren langdauernden operativen Eingriffen unterzogen. Eine sorgfältige Risikoanalyse, interdisziplinäre Konsile, Vorbehandlung und spezifische Narkoseverfahren, ein umfassendes Monitoring, eine zusätzlich substituierende und korrigierende Zusatztherapie machten diese Entwicklung möglich und wirkten sich verständlicherweise nicht nur auf den höheren Bedarf an intensivmedizinischen Einrichtungen, auch und ganz besonders auf die Funktion des Aufwachraumes aus.

Im übrigen gilt ähnliches für traumatisierte Patienten. Durch die Entwicklung der Notfallmedizin ist das Ausmaß und die Schwere der heute zu versorgenden Traumen größer geworden und erfordert nicht selten den Einsatz mehrerer operativer Spezialdisziplinen. Die Überwachung wurde bei all diesen Risikopatienten umfangreicher, nicht selten wurde zur besseren Stabilisierung der vitalen Funktionen eine begrenzte Nachbeatmung notwendig. Für die Steuerung der Zusatztherapie waren im vermehrten Umfange Laboruntersuchungen erforderlich, die teils als Bedside-Methode verfügbar sind. Nicht selten laufen gleichzeitig mehrere Spritzen- und Infusionspumpen. Neben der pflegerischen Versorgung wurde die Anwesenheit eines Arztes erforderlich, da die unterschiedlichen und vielfältigen therapeutischen Maßnahmen der Überprüfung, Korrektur und Neufestsetzung bedurften. All dies, hier nur beispielhaft angeführt, gehört heute zur Routinearbeit im Aufwachraum.

Neben der Weiterführung einer intraoperativ begonnenen Infusions- und medikamentösen Therapie beginnt hier heute in vielen Fällen bereits die postoperative Analgesie unter Einsatz verschiedener Verfahren, so der rückenmarksnahen Opioid-Applikation oder auch der PCA. Diese Verfahren werden im Aufwachraum eingeleitet und in ihrer Wirkung bzw. Nebenwirkung beurteilt. Nur auf dieser Basis ist eine gefahrlose Weiterführung auf operativen Stationen möglich. Neben der üblichen Überwachung der Vitalfunktionen ist die sorgfältige Beobachtung der Drainagen (Nachblutungen), die Registrierung und Dokumentation, die Blutentnahme für notwendige Laboruntersuchungen, insbesondere die kontinuierliche Beobachtung der Patienten, speziell ihrer Atemfunktion, des Wachheitszustandes, der Schmerzsituation, notwendig.

Es bedarf keiner Begründung, daß der Aufwachraum mit seinen vielfältigen, hier nur beispielhaft angeführten Funktionen und Aufgaben, die zudem durch örtliche Verhältnisse modifiziert werden können, in vollem Umfange als anästhesiologische Einrichtung anzusehen ist, die ausschließlich, ob Ärzte, Schwestern oder Pfleger, mit anästhesiologischem Personal besetzt ist. Seit Einführung des Aufwachraumes bestand der Zweck insbesondere darin, die Inzidenz unmittelbarer postoperativer Komplikationen zu verringern bei gleichzeitiger rationeller Nutzung personeller und apparativer Ressourcen. Die Minimierung unmittelbarer postoperativer Komplikationen ist auch heute als übergeordnete Zielsetzung zu nennen. Dennoch ist zu beachten, daß der Aufwachraum, wie bereits dargestellt, in dieser Aufgabenstellung ein deutlich erweitertes Spektrum wahrzunehmen hat und dementsprechend materiell ausgestattet und personell qualitativ und quantitativ ausreichend besetzt sein muß. Zumindest an größeren Krankenhäusern muß ein ärztlicher Präsenzdienst verfügbar sein, da diagnostische Beurteilungen und therapeutische Entscheidungen immer häufiger gefordert sind und kurzfristig erfolgen müssen. Der Aufwachraum nimmt schon seit langem, jetzt aber noch nachhaltiger, eine Stellwerkfunktion wahr. Hier werden durch den Anästhesisten, ggf. in Absprache mit den Operateuren, Entscheidungen getroffen, z. B. über die Notwendigkeit einer

Reoperation, die Weiterbehandlung auf einer Normalstation, einer Intensivüberwachungseinheit oder auch Intensivtherapieeinrichtung. Verbunden damit hat der Aufwachraum eine Pufferfunktion. Intensivmedizinische Maßnahmen müssen hier kurzfristig übernommen werden, falls die entsprechende Therapie- oder Überwachungseinheit nicht aufnahmefähig sind. Auf der anderen Seite hat sich die postoperative Situation vieler Patienten nach einer mehrstündigen Behandlung im Aufwachraum soweit stabilisiert, daß z. B. eine Verlegung in die Intensivtherapieeinheit nicht mehr nötig ist. Auch bei unerwarteten Hospitalisationen nach primär ambulant durchgeführten Eingriffen kann der Aufwachraum Verwendung finden.

Diese Symbiose von Puffer- und Stellwerkfunktion ist gerade heute bei eingeschränkten Kapazitäten, aber auch aus ökonomischen Gründen von Bedeutung.

In manchen Kliniken wird, da es andere entsprechende Funktionseinheiten nicht gibt, der Aufwachraum auch zur präoperativen Vorbereitung von Hochrisikopatienten genutzt. Die Wahrnehmung dieser Möglichkeit wird von örtlichen Gegebenheiten beeinflusst.

Bewußt sollten hier nur die heute zu erfüllenden Funktionen, nicht dagegen die baulichen, personellen und apparativen Voraussetzungen angesprochen werden.

Die DGAI-Kommission für Normung und Technische Sicherheit hat unter Fortsetzung der Empfehlungen für die Qualitätssicherung in der Anästhesiologie Empfehlungen für die apparative Ausstattung des Aufwachraumes und der intensivmedizinischen Einrichtungen publiziert¹⁾.

Trotz der hier dargestellten Entwicklung des Aufwachraumes, in dem zunächst vordergründig eine Überwachungsfunktion durch Pflegepersonal vorgesehen wurde, bis der Patient nach Abklingen der Narkose wieder im Besitz der Schutzreflexe war, ist heute zu einem äußerst wichtigen Glied der vom Anästhesisten sicherzustellenden „perioperativen Versorgungskette“ geworden. Wenn aufgrund der BDA-Erhebung, wie bereits dargestellt, heute erst 78% der Kliniken mit einem Aufwachraum ausgestattet sind, so ist davon aus-

¹⁾ Vgl. S. 593 (die Red.)

zugehen, daß in den eingerichteten und betriebenen längst nicht alle hier dargestellten Aufgaben und Funktionen wahrgenommen werden können, weil die personellen und materiellen Ressourcen nicht ausreichen. Ganz besonders bedrückend ist aber der Nachweis, daß in nur 5% der Akutkliniken der Aufwachraum auch außerhalb der regulären Dienstzeiten betrieben wird oder bei Bedarf betrieben werden kann. Bedenken wir, daß heute die Kapazität der Intensivbereiche häufig erschöpft ist und jeder weiß, daß die notwendige Überwachung und Versorgung auf den Normalstationen nicht gewährleistet werden kann, dann zeigt sich, welcher riesigen Nachholbedarf wir trotz aller Fortschritte haben und welche beängstigende rechtliche Situation sich daraus ergibt, wenn uns die Voraussetzungen dafür fehlen, die Gefahren für unsere Patienten abzuwenden.

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der heutigen medizinischen und auch ökonomischen Situation, der Analyse des heute zu versorgenden Patientenkollektivs und der sich daraus ergebenden Aufgaben für den Anästhesisten läßt sich feststellen, daß wir die daraus resultierenden Aufgabenstellungen für die Anästhesie neu zu definieren haben. Der Patient benötigt neben den prä-, intra- und postoperativen Maßnahmen des jeweiligen operativen Faches, insbesondere, wenn er mit Risiken belastet ist und/oder großen operativen Eingriffen entgegensteht, einer vom Anästhesisten sicherzustellenden perioperativen Versorgungskette. So wie der Operateur in allen Versorgungsbereichen für das Grundleiden zuständig ist, so muß der Anästhesist gleiches für die vitalen Funktionen fordern. Hier gibt es nur eine „perioperative Zuständigkeit“, die in den einzelnen Phasen nicht wechseln darf. Das durch den operativen Eingriff sowie die prä-, intra- und postoperativen Maßnahmen des Anästhesisten eben nicht nur durch die Narkose selbst erzielte Gesamtergebnis erfordert die Respektierung der auch sonst gültigen Arbeitsteilung in Kombination mit dem Vertrauensgrundsatz, aber ganz besonders auch, gerade wegen der Spezialisierung, eine echte vertrauensvolle Kooperation.

Im Rahmen der perioperativen Versorgungskette nimmt der hier vordergründig dargestellte Aufwachraum eine besonders wichtige Funktion wahr. Die in den zurückliegenden Jahrzehnten gewon-

nenen Erfahrungen gilt es jetzt neu zu sichten und in interdisziplinären Gesprächen die Aufgaben entsprechend zu definieren und zu verteilen. Es ist dies ein Vorgang, der in den USA bereits seit 1990 läuft, der auch bei uns bereits vorgezeichnet ist, der jetzt neu von allen Beteiligten, einschließlich der Krankenhausträger, zur Kenntnis genommen und in der Praxis umgesetzt werden muß, um die Strukturen den Vorgaben anzupassen und noch bestehende Defizite auszugleichen. Wer sich dieser Aufgabe nicht unterzieht, verkennt die Situation, wird der medizinischen Entwicklung nicht gerecht und wird ökonomische Nachteile hinnehmen müssen, d. h. eine Effizienz erreichen, die nicht mehr konkurrenzfähig ist.