

mich morgen. Nach einer erholsamen Mittagspause gibt es einen Workshopblock, der mit Focus auf den Transport bekannte Dinge wiederholt – mir fällt dazu ein „Do it or loose it“.

Meine erste Station ist die kardiopulmonale Reanimation (CPR) des Säuglings (Abb. 3). Zusammen mit meinen Teampartnern, einem Pädiater und einem erfahrenen Rettungsassistenten, durchlaufe ich zwei Runden, jeweils auf verschiedenen Positionen. Ich achte, geschult vom Verlegungsgespräch, vermehrt auf klare Kommunikation und stelle fest, dass es zum einen gar nicht so schwer ist, Grundsätze des Team Resource Managements umzusetzen und dass ich mich in der klaren Kommunikation viel wohler fühle.

Der Kollege vom Rettungsdienst ist mir da um einiges voraus. Bei den Rettungsdiensten wird TRM, im Gegensatz zur Klinik, schon seit längerer Zeit in die Ausbildung integriert und im Einsatz umgesetzt. Das erste Debriefing ist positiv – und es gibt mir ein Gefühl, wo ich stehe. „Nachbesprechung“ einer solchen Situation macht wirklich Sinn – das nehme ich mal mit in meine Klinik! Und obwohl ich mit einer mir weitestgehend unbekanntem Gruppe in diesem Szenario agiert habe, war unsere Teamleistung gut.

Jetzt bin ich angespornt und habe zugleich auch ein wenig die Scheu verloren, mich auf weitere Simulationen einzulassen. Fliegender Wechsel zur nächsten Station, dem Airway Management. Genug Zeit, um unter sachkundiger Anleitung mehrfach an den Baby-Simulatoren und Simulationspuppen im Kindesalter zu üben, der Instruktor steht mit Rat und Tat zur Seite – die Transportsituation im Inkubator ist wirklich anders als in der behüteten Klinikumgebung mit den Kollegen. An einer anderen Station kann die Anlage eines intraossären Zugangs an Schweineknochen geübt werden. Auch hier steht der Instruktor fachkundig zur Seite. Es macht Spaß. Ich kann ausprobieren, trainieren und lernen ohne Angst zu haben, einem Patienten Schaden zu zufügen – und das im gesamten Handlungsablauf. Für Müdigkeit nach dem Mittagessen ist da keine Zeit.

Nach 60 Minuten an dieser Station geht es mit dem Trauma-Workshop weiter. Für mich als Intensivschwester ein Metier in dem ich mich nicht so recht auskenne. Wir sollen das Material und die Versorgung eines Patienten bei Aufnahme bzw. Verlegung besser kennen lernen. Das Szenario hilft uns dabei – wir werden zu einem Fahrradunfall gerufen. Der Patient ist 5 Jahre alt und



Abb. 4: Simulation Fahrradunfall

schwer verletzt (Abb. 4). Die anwesende Mutter steht unter Schock und behindert unsere Arbeit. Jetzt bin ich ziemlich überfordert und merke, dass wir in diesem Kurs nicht nur durch Vorträge und Workshops lernen, sondern sehr von den Kollegen profitieren, die mit uns in die Simulationen eintauchen. Ich muss mich nur darauf einlassen.

ABCDE – ich hatte diese Situation schon, erinnere ich mich dann. Da wurde von B-Problem gesprochen, und unter E hieß es dann „im Schwimmbad, beim Sprung vom dreier ..“

Mir wird bewusst, das außerklinische Versorgung ein Arbeiten unter ganz anderen Bedingungen bedeutet – ganz anders als auf einer strukturierten Intensivstation, wo mal eben schnell eine Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung gemacht und vor allem „aus dem Vollen“ geschöpft werden kann. Ich bin froh, dass hier ein ärztlicher Kollege mit viel Erfahrung im Rettungsdienst mein

Simulationspartner ist und überlasse ihm gerne die Teamführung. Trotzdem habe ich mir am Ende den Lutscher, den es für jeden von uns beim Debriefing gab, redlich verdient und schnell abgeknabbert. Zugegeben, ich war wohl doch ziemlich angespannt!

Zum Lolli gibt es in der Nachbesprechung gratis noch einige praktische Tipps und Tricks für uns und wieder geht es nicht so sehr um Medizin, sondern um uns als Team. Die beiden Instruktoren haben unser Arbeiten ziemlich genau beobachtet und gesehen, wo noch Verbesserungspotential besteht. Hoffentlich muss ich nie eine Primärversorgung bei einem verletzten Kind durchführen, aber auf meinen zukünftigen Transporten wird bestimmt das ein oder andere Trauma dabei sein. Ich kenne jetzt Sam Splint und Spineboard und das Abmessen und Anlegen eines Stifneck (die Halskrause im Fachjargon) an der Kinderpuppe ist mir vertrauter geworden. Das Handling einer Vakuummatratze ist mir jetzt auch klar.

An diesem Tag steht am Ende noch ein Highlight auf dem Programm: der ganze Kurs fährt nach Dortmund zur gemeinsamen Besichtigung des Intensivtransporthubschraubers „Christoph Dortmund“. Hier wird mein erworbenes Wissen aus den Vorträgen einmal mehr mit Leben gefüllt.

Am dritten Tag sitze ich – wieder mit einem Kaffee – im Auditorium. Man kennt sich, hat miteinander simuliert, geübt oder diskutiert, und genießt nun die gelöste Stimmung.

Neben einem Pensum eindrucksvoller theoretischer Vorträge, die von Verbrennungstransporten über Sepsis beim pädiatrischen Intensivtransport oder Kinder-ECMO-Therapie gehen und allesamt immer den Focus auf Transport und Pittfalls legen, steht für heute noch die Simulation der Patientenübernahme auf Intensivstation und die Simulation eines Inkubatortransportes im Intensivmobil auf dem Plan.

Zunächst kommt jedoch ein eher trockenes Thema – Flugphysiologie gilt es zu verstehen. Es ist wichtig zu wissen, was sich im und um den Patienten verändert, wenn man ihn mit einem Hubschrauber oder sogar einem Ambulanzflugzeug verlegt. Der Teufel steckt wie immer im Detail und um zu Verstehen, warum sich vieles mit der Höhe verändert, benötigt man die physikalische Grundlagen. Nicht jeder denkt automatisch daran, die arterielle Blutdruckmessung im Flug bei Veränderung der barometrischen Höhe erneut zu nullen. Aber die Erklärung mit der Schockriegel-Verpackung und der Hinweis auf die eigene Erfahrung mit einem Joghurt im Linienflieger schafft da schnell Verständnis.

Am späten Vormittag sitze ich dann mit einem Patienten im (simuliert) fahrenden ITW (Abb. 5). Momentan ist alles ruhig, das beatmete Neugeborene im Inkubator ist stabil. Ich schweife mit meinem Blick zum wiederholten Male über das Kind und den Monitor. Alles gut!

Plötzlich fällt die Sauerstoffsättigung, die Herzfrequenz steigt zunächst an (nicht nur im Inkubator), um dann zu einer bedrohlichen Bradykardie abzufallen. Ich reagiere mit meinem Teampartner genauso wie bei einem echten Patienten. Ich bin mitten drin, im Szenario. Wie ein spielendes Kind habe ich die Welt um mich herum vergessen, die installierten Kameras und Mikrofone der Instruktoren nehme ich nicht mehr wahr. Auch hier ist neben medizinischer Expertise vor allem die gute Kommunikation wichtig, die darüber entscheidet, ob wir in einer kritischen Situation sicher, schnell und zielgerichtet handeln können. Nach knapp 25 Minuten im „ITW“ habe ich wieder da-



Abb. 5: Transportinkubator


zugelernt. Als ich beim Debriefing Teile unserer Simulation wiedererkenne, wird mir klar, dass ich mich mit einigen Dingen doch zu lange beschäftigt habe und dadurch neu hinzugekommene Veränderungen erst später – vielleicht zu spät – bemerkt habe. Und – meine Kommunikation mit dem Fahrer kann noch verbessert werden. Da ist also bei mir noch Luft nach oben... nach der Mittagspause bin ich quasi ganz wild darauf diese Erfahrung zu wiederholen.

Die nächste Verlegung steht an: wir sollen ein beatmetes und traumatisiertes Kind von der Intensivstation abholen. Der Arzt der Abteilung steht etwas unter Zeitdruck und ist nicht ganz bei der Sache. Hier muss die Kommunikation stimmen, um das Gelernte praxisnah umzusetzen. Allerdings machen es uns der Kollege und auch der kleine Patient nicht ganz einfach. Am Bett sitzen auch noch die verzweifelten Eltern. Der Vater möchte unseren Transport begleiten.

Einen Patienten für den Transport sicher zu übernehmen, das Monitoring, die Katecholaminperfusoren, eine Pleuradrainage und die differenzierte Beatmung auf unsere Systeme zu wechseln, bedeutet Teamwork. Es ist jedoch nicht so leicht wie gedacht, das zum Teil frisch erworbene theoretische Wissen umzusetzen, wenn man alle Begleitumstände eines solchen Transports berücksichtigt. Genau das wird in dieser Simulation klar. Selbst wenn alles optimal vorbereitet erscheint, Transporte haben immer eine gewisse Eigendynamik, die gelenkt werden will. Mir wird klar, dass es an uns liegt, alle Informationen einzufordern,

auch wenn der verlegende Arzt unter Zeitdruck steht. Und in Zusammenarbeit mit dem Klinikteam können wir das Kind optimal vorbereiten, in unserem Interesse und auch im Interesse der begleitenden Eltern. Am Ende dieser drei Tage habe ich Wissen aufgefrischt, neues Wissen erworben und einiges an praktischer Übung hinzugewonnen. Ich habe Respekt vor meinen außerklinisch tätigen Kollegen bekommen und die Gewissheit erlangt, dass Simulation ein extrem wertvolles Tool im Bereich der Aus- und Fortbildung ist.

Vor allem aber die Erkenntnis, dass ein professioneller neonatologisch – pädiatrischer Intensivtransport nur in einem funktionierenden Team aus Rettungsdienstkollegen und Klinikfunktionären kann. Dabei ist Kommunikation das wesentliche – und die wurde in jedem Kursabschnitt der vergangenen drei Tage immer wieder neu und anders gefordert!

Das Kursformat fordert und fördert die intensive Auseinandersetzung – selbst und vor allem auch unter den Teilnehmern. Ein entspanntes Wochenende ist anders – im Gegenteil, der Kurs war anstrengend! Es bleibt aber das gute Gefühl eines langen Skitages zurück. 

AUTORIN

Stella Schneider
 Fachkinderkrankenschwester
 Anästhesie/Intensivmedizin
 Certified Flight Paramedic