

ZEIT ZU HANDELN

Die Implementierung der Leitlinien 2015 zur Wiederbelebung in der Klinik erfordert Strategien zur Verbesserung der Überlebenschancen nach Kreislaufstillstand.

■ Im Oktober 2015 wurden vom Europäischen Rat für Wiederbelebung (ERC) und der American Heart Association (AHA) die neuen Leitlinien zur Wiederbelebung veröffentlicht.

Ziel der Leitlinien ist es, mittels schneller Implementierung in bestehenden Systemen eine Verbesserung der Überlebenschancen nach Herz-Kreislauf-Stillstand zu erreichen. Für Deutschland existieren bis heute kaum Daten zur Inzidenz innerklinischer Wiederbelebungen. Legt man die international ermittelten Raten der CPR-Inzidenz für eine Schätzung der innerklinischen CPR-Zahl in Deutschland zugrunde, werden jährlich bis zu 54.000 Fälle von innerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand in den Krankenhäusern behandelt. In der Klinik kam es in den letzten Jahren trotz zahlreicher technologischer Verbesserungen und neuer Erkenntnisse zu keiner Erhöhung der Überlebensrate.

Warum ist das so?

Viel Geld wurde und wird in neue, vielversprechende Technologien investiert – doch meist scheitert es an der Einbindung in vorhandene Systeme und in der durchgängigen Schulung des Personals. Die aktuellen Leitlinien führen dazu aus:

„Letztendlich müssen dort, wo Patienten mit Kreislaufstillständen behandelt werden, ressourceneffiziente Systeme implementiert werden, um das Überleben nach einem Kreislaufstillstand zu verbessern.“

Das Institute of Medicine of the National Academies in den USA hat dies ebenfalls erkannt und fordert nun „Strategies to Improve Cardiac Arrest Survival – A Time to Act“.

Verbessern kann man aber nur, was man auch misst. Doch wer misst in Deutschland die Qualität der Wiederbelebungen in der Klinik, wer überprüft Entlassungsraten und gutes neurologisches Outcome? Allzu häufig werden Argumente wie die hohe Arbeitsbelastung im klinischen Alltag angeführt, mangelnde Unterstützung und fehlendes Interesse der Geschäftsleitung.



Steffen Stegherr ist Rettungsassistent und Instruktor des Deutschen Rats für Wiederbelebung.

Möglichkeiten zur Messung sind über das Deutsche Reanimationsregister und dem innerklinischen Notfallprotokoll seit Jahren gegeben, werden aber immer noch zu selten genutzt.

Am Ende könnten mit wenigen gezielten Maßnahmen die Überlebenschancen auch in deutschen Krankenhäusern signifikant verbessert werden. Einzelne Beispiele, wo medizinische und ökonomische Interessen zusammengefallen haben, zeigen dies. So konnte gezeigt werden, dass in einer Klinik durch die Verknüpfung von CPR-Feedback-Technologien, einer geänderten Schulung sowie einem konsequenten Debriefing sowohl die Überlebensrate als auch das neurologische intakte Überleben verdoppelt wurde.

Aktuell trifft man aber allzu häufig auf gegenteilige Aktivitäten. Um die Personalkosten weiter zu reduzieren, wird oftmals die Frage in den Raum gestellt, ob man nicht völlig auf die Reanimations- und Notfallschulungen für Personal in peripheren Bereichen der Kliniken verzichten könne, um sich nur noch auf das Training des Personals in den Bereichen OP, Intensiv, HKL und Notaufnahme konzentrieren zu können.

Damit würden sich die Kliniken qualitativ auf das Level der Straße und der Laien begeben. Der Notarzt der Präklinik wäre mit dem Notfallteam im Krankenhaus gleichzusetzen. Eintreffzeit: 5–8 Minuten.

Noch siegt oftmals die Vernunft, und nicht nur die. In den aktuellen Leitlinien des Deutschen Rats für Wiederbelebung wird hierzu festgehalten: „Das gesamte medizinische Personal muss in der Erkennung, Überwachung und Behandlung kritisch kranker Patienten geschult werden.“ Weiter führen die Leitlinien aus: „Professionelle Helfer in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung von (...) über die allgemeinen Stationen der Krankenhäuser bis hin zu den Bereichen der Notfall- und Intensivmedizin müssen in CPR geschult werden. (...)“

Da schlecht ausgeführte CPR mit geringerem Überleben assoziiert ist, müssen diese Kernkomponenten in jedem CPR-Training besonders betont werden. (...) Helfer, von denen erwartet wird, dass sie CPR regelmäßig durchführen, müssen das Wissen den aktuellen Leitlinien entnehmen und dieses effektiv als Teil einer multiprofessionellen Teams anwenden können. Diese Helfer benötigen ein komplexeres Training, welches sowohl die technischen als auch die nicht-technischen Fertigkeiten (Arbeiten im Team, Führungsverantwortung, strukturierte Kommunikation) beinhaltet.“

Zur Häufigkeit dieser Trainings wird wie folgt ausgeführt: „Ein Wiederholungstraining soll auf jeden Fall alle 12–24 Monate für jeden BLS-Kursbesucher stattfinden. (...) Häufige Wiederholungstrainings am Arbeitsplatz in kleinen Dosen an den CPR-Puppen sparen Kosten, reduzieren die totale Trainingszeit und scheinen auch von den Lernenden bevorzugt zu werden.“

Auch die Industrie hat die Probleme der Implementierung von Technologien zum erfolgreichen Einsatz während der Wiederbelebung erkannt und reagiert. So bietet z.B. die Firma ZOLL Medical für die Kliniken spezielle Konzepte an, um neue Technologien tatsächlich auch gewinnbringend in der Patientenversorgung einsetzen zu können. Klinikspezialisten unterstützen vor Ort Ärzte, die Pflege, aber auch Medizintechnik und Verwaltung in der möglichst effektiven Einführung und Umsetzung von Notfallkonzepten mit dem Ziel, die Überlebenschancen für Patienten nach innerklinischem Kreislaufstillstand zu steigern bzw. den Kreislaufstillstand zu verhindern.

Im Rahmen einer nachhaltigen Zusammenarbeit über mehrere Jahre können so neu etablierte Medizinprodukte gewinnbringend eingesetzt werden und in regelmäßigen Abständen mit den an der Notfallmedizin Beteiligten mittels Benchmark, Feedback und anderen Tools angepasst und für die lokalen Gegebenheiten optimiert werden.

Ein weiteres Augenmerk liegt auf der ganzheitlichen Versorgung der Notfallpatienten, die eben nicht mit der erfolgreichen Reanimation endet, sondern in der Postreanimationsversorgung die nachhaltig erfolgreiche Behandlung des Patienten erst ermöglicht. ■■

| www.outcomemax.com |

| www.zoll.com/de |

| www.grc-org.de |