

Glücksfall Reanimation

In den deutschen Kliniken schwankt die Qualität der Wiederbelebung erheblich. **Tausende Patienten** könnten jedes Jahr zusätzlich gerettet werden

Der 70-jährige Mann hatte mehrfaches Glück. Zum einen passierte sein Herzstillstand ausgerechnet neben einem Defibrillator. Außerdem befand er sich in der Cafeteria des Uniklinikums Dresden, wo zufällig eine Medizinstudentin zur Stelle war. Sie begann sofort mit einer Druckmassage und brachte mit einem elektrischen Schock das Herz des Mannes wieder zum Schlagen. Nach nicht einmal einer Minute hatte die Reanimation eingesetzt, die dem Patienten, der sich eigentlich wegen einer Bluterkrankung in der Klinik aufhielt, das Leben rettete.

„Eine Woche später kam er mit einem Strauß Blumen zu uns und bedankte sich, dass er nun zweimal im Jahr Geburtstag feiern könne“, erinnert sich Michael Müller, Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie.

Notfälle wie dieser sind keineswegs ungewöhnlich. Sie gehören zum klinischen Alltag: Patienten sind zur Behandlung im Krankenhaus und erleiden dort einen lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Zwischenfall. Wie oft das vorkommt, darüber gibt es in Deutschland keine genauen Zahlen. Klar ist allerdings, wie gefährlich ein solcher Notfall ist: Nur jeder fünfte Betroffene überlebt, wie der Dresdner Patient. Etwa 80 Prozent sterben. Bei 19 000 bis 95 000 Zwischenfällen pro Jahr – diese Ziffern legen internationale Vergleichsdaten nahe – sind das zwischen 15 000 und 76 000 Tote.

»Das Notfallmanagement in den deutschen Kliniken lässt sich verbessern. Viele Menschenleben ließen sich retten«



Andreas Becker
Berater für klinisches Risikomanagement in Rös Rath

Die Zahl ist hoch. Erschreckend wird sie durch die Erkenntnis, dass viele dieser Todesfälle vermeidbar wären. Wie ersten Auswertungen des Deutschen Reanimationsregisters zeigen, herrschen zwischen den Kliniken enorme Unterschiede, was Überlebensraten nach lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Zwischenfällen angeht.

Bislang übermitteln nur wenige der bundesweit 2000 Krankenhäuser Zahlen an die Datenbank. Daraus ist ersichtlich, dass Ärzte im Durchschnitt nur 17 Prozent der Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand lebend entlassen können – eine international übliche Quote.

An der Uniklinik Dresden – dem Spitzenreiter innerhalb des Registers – sind es dagegen 35 Prozent. „Diese extremen Unterschiede deuten darauf hin, dass man das Notfallmanagement in deutschen Kliniken verbessern und damit viele Menschenleben retten könnte“, kommentiert Andreas Becker, Arzt und Berater für klinisches Risikomanagement in Rös Rath.

In die gleiche Richtung deuten auch Recherchen von FOCUS-GESUNDHEIT unter 1061 deutschen Krankenhäusern. Diese ergaben: Viele Häuser wollen (oder können) keine Angaben zu den Überlebensraten ihrer Reanimationen machen. Zudem hapert es bei den Schulungen. Nur wenige Kliniken schicken ihr Personal zu regelmäßigen Reanimationstrainings. Und das, obwohl die Qualität einer Wiederbelebung schon drei bis sechs Monate nach einer Übung abnimmt. ▶

Jetzt zählt jede Sekunde

Ärztin Kerstin Bommhardt schultert den Notfallrucksack, Pfleger Thomas Stern hastet mit dem Beatmungsgerät in der Linken und dem Defibrillator in der Rechten hinterher. Das Notfallteam am Dresdner Klinikum Carl Gustav Carus probt den Ernstfall





Simulierter Notfall

Pfleger Thomas Stern (r.) übt die Herzdruckmassage an der Puppe, Psychologin Cynthia Pönicke (l.) assistiert

Einen kardiologischen Notfall würden viele als schicksalhaft beschreiben – das ist er keineswegs immer. „Wer die Krankenakten genauer ansieht, findet dort sehr oft Hinweise auf eine drohende Katastrophe“, erklärt Becker. Manchmal sind es nur kleine Abweichungen vom Normalen, die das Unheil ahnen lassen. Bei einem Patienten verlangsamen oder beschleunigen sich Atmung oder Herzschlag, beim anderen schwanken Blutdruck, Urinproduktion oder Körpertemperatur. Ein Dritter hat vielleicht Brustschmerzen oder entwickelt Entzündungszeichen an einer möglichen OP-Wunde, ein Vierter zeigt neurologische Ausfälle. „Das Pflegepersonal und natürlich auch die Stationsärzte müssen in der Lage sein, diese Zeichen zu erkennen und richtig zu deuten“, sagt Becker.

In ihrer Leitlinie empfehlen sowohl der Deutsche als auch der Europäische Rat für Wiederbelebung (German bzw. European Resuscitation Council, kurz GRC und ERC) daher, ein Frühwarnsystem einzurichten. Manche Kliniken definie-



Lebensretter

Der Notfallrucksack hält die wichtigsten Notfallpräparate bereit, etwa ein Asthmamittel

ren dafür Schlüsselsymptome, die Atmung, Kreislauf und Gehirnfunktionen betreffen. Andere setzen auf ein System, bei dem für bestimmte Auffälligkeiten Punkte vergeben werden.

Zeigt ein Patient eines der Schlüsselsymptome oder erreicht er eine gewisse Punktesumme, alarmiert das Personal ein spezielles Notfallteam. Die Mitglieder – intensivmedizinisch geschulte Ärzte und Pflegekräfte – kommen auch auf die Normalstation und sind so ausgestattet, dass sie dort eine Infarktdiagnostik durchführen, Patienten beatmen und defibrillieren können.

Dieses System hat zwei wesentliche Vorteile. Zum einen erfolgt die Meldung obligatorisch und nicht nach Gutdünken eines Beteiligten. Und sie geschieht bereits, bevor der Patient einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitten hat. Letzteres ist ein wesentlicher Unterschied zum Konzept der Reanimationsteams, die erst dann hinzugerufen werden, wenn der Patient bereits kollabiert ist. Damit besteht die Chance, den vermeintlich

schicksalhaften Verlauf eines Notfalls rechtzeitig zu stoppen.

Dennoch gibt es Situationen, in denen ein Herz-Kreislauf-Stillstand wie aus heiterem Himmel kommt. Kliniken müssen dann dafür sorgen, dass Notfallteams sofort starten und zudem ausreichend Defibrillatoren vorhanden sind, damit auch andere Helfer einen Patienten schnellstmöglich wiederbeleben können. Der erste Schock soll laut einer Studie spätestens zwei Minuten nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand erfolgen. Jenseits dieser Grenze sinken die Chancen auf eine Wiederbelebung dramatisch.

Was die Umstellung auf ein derartiges Notfallmanagement bringen kann, lässt sich anhand mehrerer Beispiele aus der Praxis zeigen.

So sank beispielsweise in einer australischen Klinik die Rate der Herz-Kreislauf-Stillstände binnen zehn Jahren massiv von 3,77 pro 1000 stationären Patienten auf 0,66. Ähnliche Effekte berichteten Mediziner aus einer britischen und einer US-amerikanischen Klinik.

Auch die Überlebensrate bei bereits erfolgten Herz-Kreislauf-Stillständen lässt sich dramatisch verbessern. Das zeigen die Daten der Uniklinik Dresden. Notfallarzt Müller und seine Mitarbeiter reformierten dort die Routinen bei der Reanimation kollabierter Patienten vor einigen Jahren grundlegend. „Zunächst begannen wir damit, alle Klinikmitarbeiter einmal jährlich zum Wiederbelebungstraining zu schicken“, berichtet Müller. Dies führte beispielsweise dazu, dass die durchschnittlichen Unterbrechungen der Herzdruckmassage – wichtigste Maßnahme bei der Reanimation – kürzer wurden.

Weiter setzen die Dresdner auf ein ausgeklügeltes Notrufsystem. Dabei wird eine in der Zentrale aufgenommene Meldung mit Ortsangabe und Namen des Patienten digitalisiert und über einen Server an den diensthabenden Arzt des Reanimationsteams übermittelt. Ist dieser verhindert, beispielsweise wegen eines anderen Notfalls, kann er die Meldung per Knopfdruck weiterleiten. „Dies geht über sieben Hierarchieebenen, bis einer den Fall übernimmt“, sagt Müller. „In der Praxis eine Angelegenheit weniger Sekunden.“



Tragbares Beatmungsgerät

Der Schlauch führt Luft in die Lungen. An den Reglern lässt sich die Atemfrequenz einstellen

3 Euro pro stationären Patienten kostet ein optimiertes Notfallmanagement

Quelle: Dr. Michael Müller, Universitätsklinikum Dresden

Schließlich ließ Müller im gesamten Klinikgelände 70 Defibrillatoren installieren. Der erste Elektroschock erfolgt nun im statistischen Mittel nach 60 Sekunden und damit 60 Sekunden schneller als laut Studien- daten gefordert – es sind 60 entscheidende Sekunden.

Das Reformpaket hat die Patientensicherheit im Klinikum spürbar verbessert.

Konnten die Dresdner bis zum Jahr 2010 19 Prozent der reanimierten Patienten lebend entlassen, waren es zuletzt 35 Prozent, freut sich Müller. Zur Erinnerung: Der Durchschnitt aller Kliniken liegt bei 17 Prozent. „Die Steigerung entspricht in Dresden zwölf zusätzlichen Überlebenden pro Jahr“, so Müller. Bezogen auf ganz Deutschland mit schätzungsweise 19 000 bis 95 000 Reanimationen, heißt das: Zwischen 3 400 und 17 100 Menschenleben könnten gerettet werden.

Die Zahlen sind imposant.

Warum setzen also nicht alle Kliniken die ERC-Leitlinien um? Der Dresdner Experte Müller zuckt etwas ratlos die Schultern. „Man kennt das auch aus anderen Bereichen: Die Empfehlungen von Fachgesellschaften greifen erst mit einigen Jahren Verspätung wirklich flächendeckend.“

Ein potenzielles Hindernis seien möglicherweise auch die Kosten. Aber dieses Argument entkräftet Müller gleich selbst. „Der finanzielle Aufwand für unsere Maßnahmen ist überschaubar.“ In Zahlen: Das Notfallmanagement in Dresden kostet insgesamt 170 000 Euro pro Jahr, gerade mal drei Euro pro stationären Patienten.

Ob sich diese Summe auf andere Kliniken ohne Weiteres übertragen lässt, mag dahingestellt sein. Doch es bleibt das schale Gefühl, dass in deutschen Kliniken Menschen aus Gründen sterben, die irgendwo zwischen Organisationsversagen und übersteigertem Profitemdenken liegen. ■

GÜNTER LÖFFELMANN