

Wo es bei der Reanimation am meisten hapert

Im Notfall ahnungslos

MMW: Eine europaweite Erhebung hat eine Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und Realität in Bezug auf die CPR erbracht. Sind auch die deutschen Ärzte nicht auf dem Laufenden, was die neuen Wiederbelebungs-Richtlinien betrifft?

Sefrin: *Im Vergleich mit Ärzten in den USA schneiden deutsche Ärzte schlecht ab. Obwohl 97% den Stellenwert der Reanimation als sehr wichtig einschätzen, sind sie sich bezüglich der Umsetzung unsicher. 31% wissen über die „neuen“ Richtlinien (seit 2005) nicht Bescheid.*

MMW: Welche Hemmschwellen hat der Arzt bei der Reanimation?

Sefrin: *Es sind weniger Hemmschwellen als Defizite. Wie aus der Befragung hervorgeht, sind es nicht nur fehlende Kenntnisse über das richtige Vorgehen, sondern auch die fehlende Praxis in der Durchführung. Dies spiegelt sich auch in der Aussage wider, dass 39% der Befragten sich ein häufigeres Training wünschen. Aber zwi-*

schen dem theoretischen Wunsch und der praktischen Umsetzung ist meist ein tiefer Graben. An entsprechenden Angeboten für ein Training kann es nicht liegen.

MMW: Inzwischen sind ja in Flughäfen, U-Bahn-Stationen oder Fußballarenen automatische Defis vorrätig. Hat sich dadurch die Sensibilität der Bevölkerung für den Erste-Hilfe-Notfall vergrößert?

Sefrin: *Die Einstellung der Bevölkerung zur Reanimation hat sich hierdurch nicht wesentlich geändert. Wenn diese Geräte zum Einsatz kamen, waren es meist engagierte Ärzte oder medizinisches Assistenzpersonal. Die Aufstellung von AEDs erfordert, um es nicht zu einer PR-Aktion zu degradieren, auch eine Ausbildung in den Basismaßnahmen der Reanimation der Personen, die sich im Umfeld dieser Geräte befinden. Genau daran scheitert aber vielfach die lobenswerte Initiative.*

MMW: Wie ist die CRP-Qualität in den Hospitälern einzuschätzen? Werden die



Kollegen und das Assistenz- und Pflegepersonal regelmäßig trainiert?

Sefrin: *Gerade in Krankenhäusern auf den peripheren Stationen, aber auch in Polikliniken bestehen erhebliche Lücken bezüglich der Vorbereitung auf einen Notfall. In einer kürzlich publizierten Studie aus Seattle zeigt sich, dass sich die Überlebenschancen der Patienten in der Zeit von 1992 bis 2005 trotz neuerer Kenntnisse und Verfahren nicht verbessert haben. Es sind dabei immerhin die Daten von 484 000 Patienten ausgewertet worden. Während wir im Notarzdienst unter den ungünstigen Bedingungen der Präklinik inzwischen eine Überlebensrate von ca. 11% haben, war im klinischen Bereich nur eine solche von 18,3% festzustellen.*

Die Konsequenz für einige Häuser war, dass sie eigene Reanimationsteams etabliert haben, die nach einer hausinternen Alarmierung an einer zentralen Stelle die Reanimation vor Ort übernehmen. Damit konnte eine Risikoreduzierung um 65% und eine Minderung der Todesfälle um 26,5% erreicht werden. Ein Weg, der zu einer weiteren deutlichen Verbesserung der Situation führen könnte, ist nicht nur die wiederholende Schulung des Personals einschließlich der Ärzte, sondern auch, wie wir dies am Universitätsklinikum Würzburg umgesetzt haben, die Implementierung eines Frühdefibrillationsprogrammes mit der Bereitstellung von AEDs auf den peripheren Stationen und in den Funktionsbereichen.

■ Interview: Dr. med. Jochen Aumiller

Günstigere Langzeitprognose



Transnasale Kühlung bessert Prognose.

©BeneChill

Hypothermie: Abkühlung über die Nase

Mit einer neuen Kühltechnik via Nase lässt sich das Hirn rascher abkühlen als mit bisherigen Verfahren: So können die Patienten mit Herzstillstand mit günstigerer Langzeitprognose reanimiert werden.

In der PRINCE-Studie

(Pre-Resuscitation IntraNasal Cooling Effectiveness trial) wurden etwa 200 Patienten mit Herzstillstand mit zwei Strategien behandelt:

- Eine Gruppe erhielt die intranasale Hypothermiebehandlung noch vor Ort im Rahmen der Reanimation,
- die Vergleichsgruppe kam erst im Hospital an das Kühlaggregat. Das intranasale Kühlgerät erwies sich als simpel zu bedienen und als rasch effektiv. Der Zielparameter war die

über das Ohr gemessene Temperatur von 34 °C. Er wurde mit der transnasalen Methode drei Stunden vor der Standardhypothermie im Hospital erreicht, ohne gravierende Nebenwirkungen.

Obwohl die Studie nicht auf klinische Endpunkte ausgerichtet war, nahm man freudig zur Kenntnis, dass in der Standardgruppe 31,1% der Patienten das Krankenhaus überlebten vs. 46% im nasal gekühlten Kollektiv. Besonders gut waren die Resultate hinsichtlich des „neurologisch intakten Überlebens“: Erfolgte die CPR innerhalb von zehn Minuten nach Beginn des Stillstands, verbesserte sich das Ergebnis von 17,6% in der Standardgruppe auf 45,5%. Das Gerät ist in Europa bereits zugelassen (Hersteller ist BeneChill, San Diego, USA).

J.A. ■