

*Notfall in der Sprechstunde*

# Wie gut sind Ärzte gerüstet?

Wie gut Hausärzte und ihre Mitarbeiterinnen für einen medizinischen Notfall in der Praxis ausgebildet und apparativ ausgestattet sind, liegt im Ermessen des einzelnen Vertragsarztes. Offenbar dürften einige Praxisinhaber diese Verantwortung etwas ernster nehmen und das Verhalten im Ernstfall regelmäßiger üben!

Dies implizieren zumindest die Ergebnisse einer Erhebung unter 142 Vertragsärzten, die Peter Sefrin und Detlev Schmitz, Würzburg, vor Beginn eines Reanimationskurses befragt hatten<sup>1</sup>. Ziel war es zu ermitteln, welche theoretischen Kenntnisse, praktischen Fertigkeiten und Notfallausrüstung vorhanden sind für den Fall, dass ein Patient in der Praxis einen plötzlichen Kreislaufstillstand erleidet.

Sechs von zehn Befragten nahmen zum ersten Mal an einem Reanimationstraining teil. Die übrigen 40 % hatten im Mittel vor 4,4 Jahren schon einmal auf diese Weise ihr Know-how in der kardiopulmonalen Reanimation aufgefrischt, 14,7 % hatten sogar bereits real reanimiert. Die Kenntnisse zu Notfalldiagnose und Basismaßnahmen wiesen jedoch durch die Bank lebensgefährliche Lücken auf:

## Kreislaufstillstand: Wacklige Diagnostik

So trauten sich sechs Teilnehmer gar nicht zu, einen Herz-Kreislauf-Stillstand festzustellen; drei meinten, dass bei Bewusstlosigkeit immer ein solcher vorläge, und 16 Teilnehmer sahen dies nur bei einer „Nulllinie“ im EKG gegeben.

Den richtigen diagnostischen Ansatz kannten 83,9 %. Demnach ist beim Auffinden einer leblosen Person

1. zu prüfen, ob sie bei Bewusstsein und ansprechbar ist, z. B. durch laute Ansprache oder leichtes Rütteln an der Schulter.



docStock

**Mit jeder Minute ohne kardiopulmonale Reanimation sinkt beim Herz-Kreislauf-Stillstand mit Kammerflimmern die Überlebenschance um 7 – 10 %.**

2. die Atmung zu kontrollieren: also nach Atemgeräuschen hören, nachsehen, ob der Brustkorb sich hebt und senkt, und fühlen, ob eine Atmung vorhanden ist (Luftbewegungen). Diese Prüfung sollte nicht länger als zehn Sekunden dauern. Eine Schnappatmung ist wie ein Atemstillstand zu werten – also Notarzt verständigen, den Nacken überstrecken und Atemwege frei machen und sofort

mit der Basisreanimation beginnen. Bei einem zwar bewusstlosen, aber schwach atmenden Patienten wollten 90,3 % der Ärzte korrekterweise zuerst einen Notruf absetzen, dann den Patienten in stabile Seitenlage bringen und bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes überwachen.

3. den Karotispuls zu tasten. Das sollte ebenfalls nicht länger als zehn Sekunden dauern. Laien sollten sogar unmittelbar mit der Thoraxkompression beginnen.

## Herzdruckmassage: Wie oft und wie tief?

Besonders erschreckend: Nicht einmal zwei Drittel der Befragten (61,3 %) kannten

### Umfassender Gerätepark – nur Blendwerk?

„Bei der Notfallausstattung drängt sich der Verdacht auf, dass die Geräte vordergründig zur rechtlichen Absicherung und weniger aus Überzeugung von der Notwendigkeit vorgehalten werden“, so Sefrin/Schmitz. Sie hatten erfasst, welche Ausstattung zur Defibrillation, Beatmung, Intubation und Absaugung die Praxen besitzen, und den einzelnen Geräten nach ihrem notfallmedizinischen Stellenwert einen Punktwert zugeordnet. Hausärzte erreichten im Schnitt bereits 79,2 von 100 Punkten. Noch mehr notfallmedizinisch relevante Geräte stehen bei fachärztlichen Internisten und Anästhesisten (je über 90 Punkte). Allerdings waren beispielsweise Ersatzbatterien für das Laryngoskop in vielen Fällen nicht vorhanden oder funktionsunfähig; nur rund 70% der Praxen mit einem halbautomatischen Defibrillator sind mit entsprechenden Elektroden ausgestattet und rund die Hälfte der Praxen hält Elektrodengel für die Paddels vor. Nachholbedarf sehen Sefrin/Schmitz besonders beim „wichtigsten Notfallmedikament“ Sauerstoff: Er ist lediglich bei rund 80% bevorratet und nur 48,3% der Befragten haben für ihren Beatmungsbeutel ein passendes Sauerstoffreservoir.

das richtige Verhältnis von Herzdruckmassage und Beatmung, nur die Hälfte das nötige Atemzugvolumen (500 – 600 ml/sec). Die Bundesärztekammer (BÄK) empfiehlt seit 2006 ein Kompressions-Beatmungsverhältnis von 30:2 mit Kompression in der Mitte des Brustkorbs und einer Frequenz von 100/min. Sogar noch schlechter war der Wissensstand zur Kompressionstiefe:

Nur 40,6% gaben mit 3 – 5 cm die richtige Drucktiefe an. Gut ein Drittel hätte mit unter 3 cm zu wenig komprimiert und 9% unter der Maxime „so tief wie möglich“ den Patienten womöglich erheblich verletzt.

### Defibrillation: Faktor „Zeit“ unterschätzt

10% der Befragten meinten, für den Erfolg einer Defibrillation sei egal, wie

viel Zeit bis dahin verstreiche, solange die Basisreanimation fortgeführt wird. Dass mit jeder verlorenen Minute die Erfolgchance um 10% sinkt, wussten nur 38,7%. Die BÄK empfiehlt, bei einem protrahierten Kreislaufstillstand nach zwei Minuten Basisreanimation (fünf Zyklen) einen Defibrillator einzusetzen, bei einem beobachteten Kreislaufstillstand sogar sofort. Für Ersthelfer heißt das: Sobald der Defi zur Verfügung steht, einen einzelnen Schock abgeben (biphasisch 150 – 360 Joule, monophasisch 360 Joule), dann die Basismaßnahmen über weitere zwei Minuten fortsetzen!

### Alle zwei Jahre zum Notfallkurs!

Da die Ärzte, deren Reanimationskurs höchstens zwei Jahre zurücklag, deutlich besser Bescheid wussten, lautete das Fazit der beiden Autoren: Vertragsärzte sollen, wie es auch das Qualitätsmanagement fordert, regelmäßig – etwa alle zwei Jahre – ihr Notfallwissen auffrischen. **sl** ■

1) Sefrin P, Schmitz D. Notfall und Hausarztmedizin 2008; 34 (10): 498 – 508

Probieren geht über Studieren!

Wir machen es kurz, da Sie heute gewiß schon viel lesen mußten. Die Wissenschaft sagt: Pflanzliche Nahrung ist gesund. Überspringen wir deshalb die trockenen Studienergebnisse und kommen gleich dazu, wie köstlich Gesundheit schmecken kann. Für die Herstellung unserer Sojaprodukte verwenden wir nur die besten Bohnen. Das garantiert ihren milden und natürlichen Geschmack. Probieren Sie es aus.

**alpro soya**

www.alpro-soya.de