

Intensivstationen

Wie mehr Leben zu retten sind

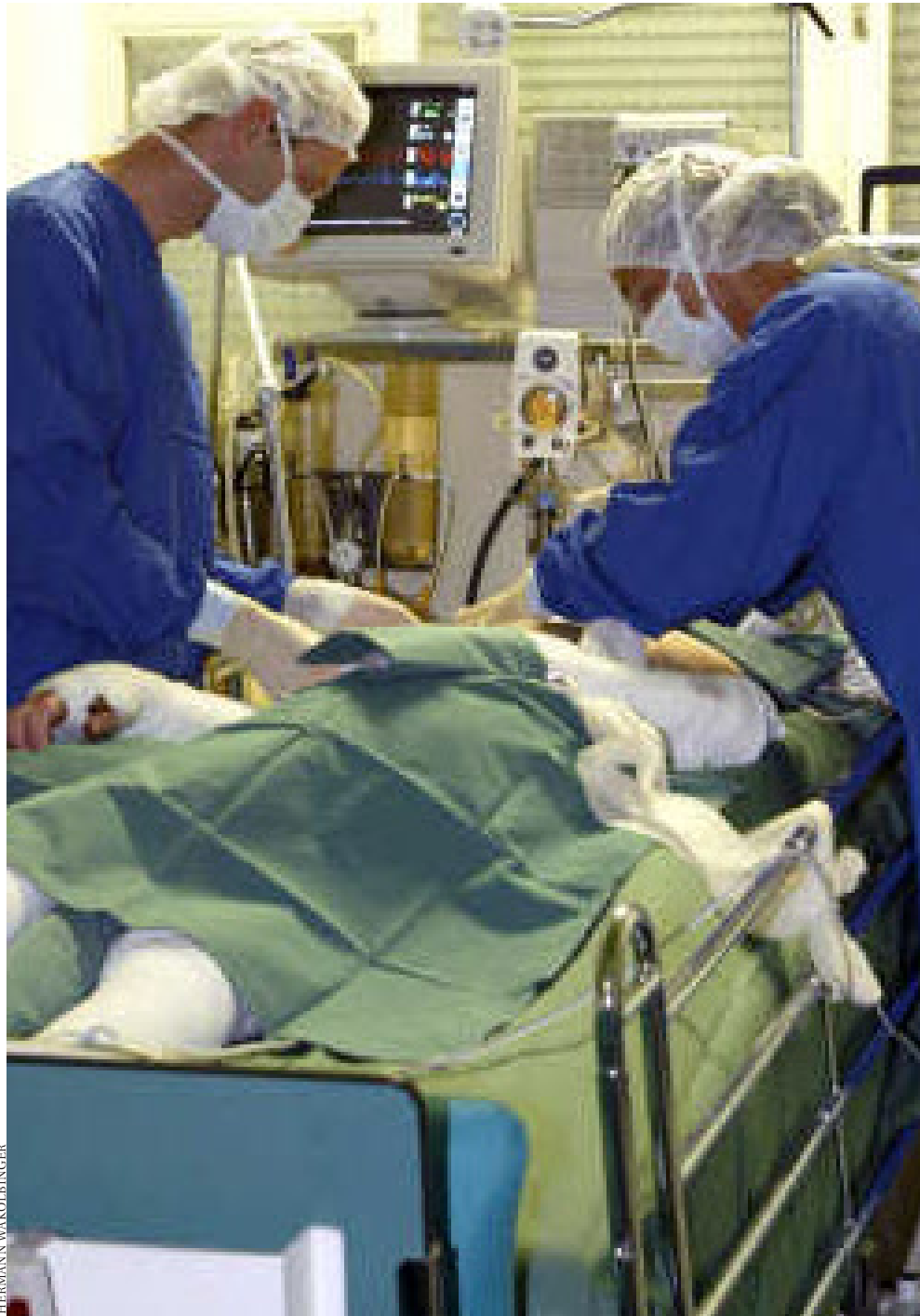
Werden Patienten zu rasch entlassen, steigt das Sterbe-Risiko. Daten zur Qualität der einzelnen Stationen gibt es aber kaum.

VON ERNST MAURITZ

In Österreich wird generell gute Intensivmedizin betrieben. Trotzdem gibt es große Unterschiede in der Versorgung“, sagt Intensivmediziner Univ.-Prof. Philipp Metnitz, MedUni Wien. „Es fehlt uns aber an flächendeckenden Daten, die Vergleiche ermöglichen.“ Metnitz leitet das Zentrum für Dokumentations- und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin (ASDI). 70 Intensivstationen – zirka 50 Prozent aller heimischen

Intensivmedizin: Sicherheitsnetz

Bereiche Intensivstationen mit hohem zeitlichem und personellem Aufwand sind das Sicherheitsnetz im Hintergrund jedes Spitals. Die internistische Intensivmedizin (IM) betreut Patienten nach Organausfall (z.B. Herz-, Lungen- oder Lebersagen). Die IM im Umfeld von Operationen begleitet die Patienten so lange, bis sämtliche Organfunktionen wiederhergestellt sind. Jährlich gibt es in Österreich rund 90.000 intensivmedizinische Patienten, für die 1200 Betten zur Verfügung stehen.



Intensivstation: Bei wieder aufgenommenen Patienten steigt das Sterbe-Risiko um das Drei- bis Vierfache

Stationen – liefern freiwillig ihre Daten, um die Qualität zu erfassen und zu verbessern:

– So schwankt der Anteil der auf eine Normalstation verlegten und danach wieder aufgenommenen Patienten je nach Intensivstation zwischen null und 20 Prozent. „Der letztere Wert weist auf ein Strukturproblem hin, dass etwa die Bettenzahl zu gering ist und Patienten deshalb zu früh ent-



Metnitz: Qualitätsdaten fehlen

lassen werden“, sagt Metnitz. Da auf einer Normalstation niemals der gleiche Pflegeaufwand wie auf einer Intensivstation betrieben werden könne, verschlechtern sich vorhandene Organprobleme (z.B. Lungenfunktio-

on) – die letztlich zu einer Wiederaufnahme auf der Intensivstation führen. „Wiederaufgenommene Patienten haben aber eine um das drei- bis vierfache höhere

Sterblichkeit.“ Es fehle an Einrichtungen zur Nachbetreuung von Intensivpatienten – „intermediate care units“. Metnitz: „In Australien führen Intensivmediziner auf Normalstationen die Nachbetreuung ihrer Patienten durch. Die Todesrate an Herzinfarkten im Spital konnte so halbiert werden.“

Verringern Eine englische Studie ergab: Die Sterblichkeit von entlassenen Intensivpatienten könnte um bis zu 39 Prozent verringert werden, wenn sie 48 Stunden

länger an der Intensivstation betreut und so ihre – noch instabilen – Organfunktionen besser stabilisiert würden. „Eine Schweizer Studie hat gezeigt, dass – abhängig vom Aufnahmegrund – zwischen 13 und 86 Prozent der Wiederaufnahmen zu verhindern gewesen wären.“

– In manchen Spitälern werden bis zu 30 Prozent der Intensivpatienten in der Nacht entlassen (der Medianwert liegt ca. bei zehn Prozent). „Hinter Nachtentlassungen steht ein akuter Bettenbedarf.“ Nachtentlassun-

gen erhöhen die Sterblichkeit besonders stark. Ebenso wie ein zu geringer Personalstand: „Studien zeigten: Musste eine Pflegeperson mehr als zwei Patienten betreuen, kam es zu einer drastischen Erhöhung an Komplikationen wie Infektionen oder Lungenentzündungen.“

Prognosen für Kanada ergaben, dass sich der Bedarf an Intensivbetten in den kommenden zwei Jahrzehnten um zwei bis drei Prozent pro Jahr erhöhen wird – eine Folge der steigenden Lebenserwartung. „Auch bei uns ist

das nicht anders. Solange es aber keine flächendeckenden Qualitätsdaten und keine Transparenz gibt, kann auch nicht auf einer fundierten Grundlage entschieden werden, wo es Sinn macht zu sparen und wo nicht“, betont Metnitz. „Vielen Verantwortlichen ist nicht bewusst, dass gezielte Investitionen notwendig sind, um etwa die Liegedauer – und damit auch Kosten – reduzieren zu können. Die derzeitigen Strukturen sind oft nicht ausreichend an die Patientenbedürfnisse angepasst.“

KURIER - GESUNDHEITSCOACH

Auch Kinder können schwerhörig sein

VON PRIM. MICHAEL ARNOLDNER

Vorstand der HNO-Ambulanz im Wiener Wilhelminenspital

Ich war bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt, da ich den Eindruck hatte, mein Kind höre schlecht. Der sagt, es handelt sich um einen Paukenerguss. Was ist das?

Ein Paukenerguss ist eine häufige Erkrankung vor allem bei Kindern im Vorschulalter. Ursache ist eine Minderbelüftung des Mittelohrs, die wiederum durch zu große Rachenmandeln, eventuell auch durch vergrößerte Gaumenmandeln verursacht wird. Durch den Unterdruck auf Grund der Belüftungsstörung tritt Gewebsflüssigkeit in die Paukenhöhle aus, die anfangs dünnflüssig ist, mit der Zeit jedoch extrem zähflüssig wird. Folgen sind eine Schwerhörigkeit, gehäufte Mittelohrentzündungen und längerfristig auch eine bleibende Schädigung des Mittelohrs. Das beeinträchtigte Hörvermögen wiederum führt zu einer nicht altersadäquaten Sprachentwicklung, aber auch zu sozialen Störungen, d.h. das Kind ist unfolgsam (will/kann nicht hören), zieht sich zurück und meidet den Kontakt zu anderen

Kindern. Deshalb sollte ein länger bestehender Paukenerguss unbedingt behandelt werden: man macht einen Schnitt in das Trommelfell, saugt das Sekret ab und setzt eventuell auch ein Belüftungsröhrchen ein. Weiters werden die Rachenmandeln („Polypen“) entfernt, eventuell auch die Gaumenmandeln verkleinert.

Da mein Einjähriger schlecht auf Geräusche reagiert, möchte ich sein Hörvermögen prüfen lassen. Kann man das in dem Alter?

In Österreich wird schon seit vielen Jahren jedes Neugeborene auf ein normales Hörvermögen getestet. In diesem Alter werden sogenannte objektive Verfahren verwendet, d.h. das Kind muss nicht mitarbeiten. Ab etwas dem 4. Lebensjahr kann eine Hörschwellenbestimmung wie beim Erwachsenen erfolgen. Dies macht jeder HNO-Arzt. Da ihr Kind erst ein Jahr alt ist, würde ich mich an eine HNO-Ambulanz in einem Spital wenden, dort kann die Hörprüfung problemlos durchgeführt werden.