

Was bringen Medical Emergency Teams

Monika Watzak-Helmer¹, Sabine Schneider-Klimanek²

¹ SMZ Süd KFJ Spital, Wien, Arbeitsgruppe innerklinische Reanimation /Notfälle ARC

² Wiener Gebietskrankenkasse, Arbeitsgruppe innerklinische Reanimation /Notfälle ARC

Um eine zeitgemässe und guidelinekonforme Behandlung kritisch kranker Patienten zu gewährleisten, soll jedes Krankenhaus ein klar definiertes Notfallversorgungssystem vorhalten. Die Eckpfeiler dieses Systems sind die Ausbildung des medizinischen Personals, die Überwachung der Patienten, die Wahrnehmung der Verschlechterung des Krankheitszustands, ein Alarmierungssystem und eine effektive Reaktion auf die Alarmierung [1]. Medical emergency teams (MET) /Rapid response Teams (RRT) agieren als effizienter Teil des Notfallversorgungssystems. Sie sind in der Lage Intensivtherapie ausserhalb der Intensivstation einzuleiten und bestehen aus notfallmedizinisch erfahrenen Ärzten und Pflegepersonen. Medical emergency teams sind Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Arbeiten der letzten 20 Jahre. Unter anderem wurden ihre Auswirkung auf die Zahl der ungeplanten ICU Aufnahmen, die Aufenthaltsdauer auf ICU und im Krankenhaus, die Anzahl der innerklinischen Kreislaufstillstände, sowie die Krankenhausmortalität untersucht [2, 3]. Die Implementierung eines RRT war mit deutlicher Reduktion von Kreislaufstillstand ausserhalb der ICU verbunden, geringere Spitalsmortalität konnte nicht sicher nachgewiesen werden [4]. In einem rezenten Review eingeschlossene Studien zeigen, dass MET Spitalsüberleben verbessert, und die Kreislaufstillstandsrate reduziert. (Evidenzlevel 2++) [5]. Ein neuer Aspekt in der Evaluierung von MET/RRT Implementation ist der Effekt auf die „Failure to rescue“ rate (siehe: Patient safety network, Agency for healthcare research and quality). Der „Failure to rescue“ bezeichnet den bleibenden Schaden oder Tod eines stationären Patienten in Folge einer Komplikation, durch bestehende Erkrankungen oder medizinische Handlungen, welcher durch rechtzeitiges Erkennen und Behandeln hätte verhindert werden können. Dieser Qualitätsindikator für Patientensicherheit ist möglicherweise wesentlich besser geeignet den MET/RRT outcome zu belegen als die bisherigen outcome Parameter [6].

1 C.D. Deakin, J.P. Nolan, J. Soar et al.(2010), 4 ERC Guidelines 2010. Notfall Rettungsmed. 2010; 13:559-620

2 Gabriella Jäderling, MD, Max Bell, MD, PhD, Claes-Roland Martling, MD, PhD, Anders Ekbom, MD, PhD, Matteo Bottai, ScD, David Konrad, MD, PhD (2013), Admittance by a Rapid Response Team versus Conventional Admittance, Characteristics, and Outcome. Crit.Care Med. 2013;41(3): 725-731

3 Michael D Buist, Gaye E Moore, Stephen A Bernard, Bruce P Waxman, Jeremy N Anderson, Tuan V Nguyen (2002), Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. BMJ 2002;324:387-390

4 Chan PS, Jain R., Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C (2010), Rapid Response Teams: A Systematic Review and Meta-analysis. Arch Intern Med. 2010 Jan 11; 170(1):18-26

5 G. McNeill, D. Bryden (2013), Do either early warning systems or emergency response teams improve hospital patient survival? A systematic review. Resuscitation 84 (2013) 1652–1667

6 Moriarty JP, Schiebel NE, Johnson MG et al. (2014), Evaluating implementation of rapid response team: considering alternative outcome measures. Int J Qual Health Care 2014 Feb;26(1):49-57