Wenn Beatmung, dann mit Filter. Immer

Leserbrief zu

Kommentar: Popp W (2016) Regelhafte Ausstattung des Rettungsdienstes zur Tuberkuloseprävention. Sie sollte von Fachgesellschaften und den Unfallversicherungen gemeinsam diskutiert werden. Notfall Rettungsmed. doi:10.1007/s10049-015-0121-x
Kasuistik: Knapp J, Weigand MA, Popp E (2016) Übertragung von Tuberkulose während einer kardiopulmonalen Reanimation. Atemsytemfilter im Fokus. Notfall Rettungsmed 19:48-51

Wir begrüßen die Entscheidung der Schriftleitung, unseren Fallbericht „Übertragung von Tuberkulose während einer kardiopulmonalen Reanimation. Atemsytemfilter im Fokus“ durch einen Fachkommentar zu unterstützen. Aus unserer Sicht liegt die hohe notfallmedizinische Relevanz auf der Hand. Bedauerlicherweise hält der Kommentar von Prof. W. Popp unseren Fokus nicht aufrecht und unterstützt unsere Kernaussage so nicht nachdrücklich. Gerne möchten wir daher versuchen, noch klarer zu werden. W. Popp postuliert, dass die vom Notarzt „aufgenommene“ Menge an Bakterien wahrscheinlich beim Absaugen und Intubieren am höchsten war. Eine Begründung für diese Annahme findet sich nicht. Die räumliche Nähe zwischen Patient und Notarzt ist während der Beutel-Masken- oder Beutel-Tubus-Beatmung in der Reanimationssituation und bei einem Absaugvorgang identisch. Die Diskussion, wann die Gefahr am größten war, verfehlt unserer Meinung nach aber den beeinflussbaren Kern des Falls. Es geht nicht darum, weitere Möglichkeiten aufzuzeigen, die ebenfalls Gefahrenquellen darstellen können, sondern den Fokus hier auf einer erkannten Lücke

zu halten. Erwähnt hatten wir diese Gefahren im Text.

Die Forderung, bei allen Reanimationen (kontinuierlich) eine Filtering-face-piece-2(FFP2)-Maske zu tragen, erscheint uns praxisfern und nicht gerechtfertigt. Der Anteil der Patienten mit einer Tuberkuloseinfektion an allen Reanimationen ist verschwindend gering. Selbstverständlich könnte man durch eine solch drastische Maßnahme das Risiko reduzieren, ähnlich wie man durch den Verzicht auf Flugverkehr alle Flugzeugabstürze verhindern könnte. Dies gilt natürlich umso mehr für die Forderung, bei allen Rettungsdieneinsätzen eine FFP2-Maske zu tragen. Die Fachkommentierung ist diesbezüglich im Text nicht kongruent: „Im Allgemeinen liegen beim Rettungsdieneinsatz natürlich keine Gefährdungen durch Tbc vor.“ vs. „Muss die Tätigkeit im Rettungsdienst aufgrund möglicher Expositionen gegenüber Tuberkulose (oder z. B. auch gegenüber Grippeviren oder Meningokokken) generell der Schutzstufe 3 zugeordnet werden?“

Wir haben mit unserer Fallberichterstattung eine kostengünstige und vermeidbare Lücke in der Versorgung mit Einmalbeatmungsbeuteln beschrieben. Der im Kommentar verwendete Begriff „Ambubeutel“ führt unserer Meinung nach in die Irre: Es sind keineswegs nur die Beatmungsbeutel der Firma Ambu betroffen. Den Anspruch, mit diesem Fallbericht erwiesen zu haben, dass die Infektion auf dem mangelnden Filter beruhte, wird von uns keineswegs erhoben. Von einem Zu-kurz-Greifen kann somit nicht gesprochen werden.

Bezüglich der Frage von W. Popp, „ob nicht bereits eine hohe Luftkonzentration an Tbc-Bakterien im Raum selbst vorlag – angesichts der Tatsache, dass sich

die Patientin dort bereits mehrere Tage aufhielt“, möchten wir auf den Fallbericht verweisen. Von allen am Einsatz beteiligten Rettungskräften wies nur der Notarzt eine positive Kultur auf. Ein weiterer Rettungsdienstmitarbeiter hatte einen positiven Interferontest, aber keine positive Kultur. Ergänzen möchten wir, dass alle Mitbewohner ebenso untersucht und negativ getestet wurden. Die Wahrscheinlichkeit, dass „eine hohe Luftkonzentration an Tbc-Bakterien im Raum selbst vorlag“, kann wohl als extrem gering angenommen werden.

Den Hinweis auf die verschiedenen Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) erachten wir als Ergänzung für den Fall einer bekannten Infektion. Hier besteht jedoch Einigkeit, dass in diesem Fall vor Ort kein Hinweis auf diese seltene Genese des Herz-Kreislauf-Stillstands vorlag.

Neben den abschließend aufgeworfenen Fragen, ob alle Patienten im Rettungsdienst die Schutzstufe 3 begründen oder ob dies „nur“ Patienten mit Migrationshintergrund tun, würden wir vorschlagen zu fragen: Wenn das Schließen einer potenziellen Lücke weniger als einen Euro kostet, welchen Grund gibt es dann, darauf zu verzichten?

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. E. Popp
Klinik für Anästhesiologie,
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg
erik.popp@uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. J. Knapp, M.A. Weigand und E. Popp geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.