

Schmerzsalbe für einen ST-Hebungsinfarkt

Auf diesem Weg möchte ich einen Fall darstellen, der mir kürzlich begegnet ist. Da dieser Fall viele – aus meiner Sicht verbesserungswürdige – Einzelprobleme aufweist, die mir einzeln oder in Kombination in letzter Zeit immer wieder begegnen, liegt mir die Aufarbeitung des Falls sehr am Herzen.

Ausgangslage

Ich hatte an einem Mittwoch als niedergelassener Hausarzt in einem mittelsächsischen Dienstbereich kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, als am Abend gegen 18.00 Uhr mein Handy klingelte. Meine Telefonnummer hatte sich Herr S. über die Bereitschaftsdienstnummer 116 117 besorgt.

Fallbeschreibung

- 82 Jahre alter Patient, alleinlebend
- seit einer Woche Durchfall
- neu dazugekommene Rückenschmerz mit Beschwerden im Liegen und Sitzen
- Ibuprofen immer wieder eingenommen, „würde nicht mehr richtig wirken“
- pectanginöse Beschwerden und Luftnot verneint

Befund

- Auslösung von Schmerzen bei Druck auf die paravertebrale Muskulatur

Vorschlag an den Patienten

- wegen der tagelang anhaltenden Diarrhoe zur schnellen Abklärung Einweisung in ein Krankenhaus empfohlen, was der Patient ablehnte

Absprache mit dem Patienten

- Gabe von Novamin und Quadeln mit Lidocain, Hausarztbesuch am Folgetag

Verlauf

- erneuter Anruf des Patienten am Folgetag um 18.15 Uhr
- Rückenschmerzen hätten stark zugenommen, Patient bittet

dringlich um einen erneuten Arztbesuch

Auf die Frage nach einer Konsultation beim Hausarzt antwortet der Patient, dass er eine Schmerzsalbe gegen die BWS-Beschwerden und Loperamid gegen den Durchfall erhalten habe.

Konsequenzen

Für mich ergaben sich drei Optionen: 1. Notruf 112 wählen.

Da die Notrufe in unserer Region seit August 2017 nur noch über die Großleitstelle in Chemnitz disponiert werden (vorher Rettungsleitstelle Grimma) und ich schon zahlreiche Negativerlebnisse seit der Zugehörigkeit zu den neuen Leitstellen gesammelt hatte, bestand die Gefahr, dass der Leitstellendisponent mit ausschließlich Großstadterfahrungen dem Patienten einen Rettungswagen und insbesondere auch den Notarzt vorenthalten würde und ihn an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verweisen würde. Rückenschmerzen sind ja nur was für den Arzt vom KV-Dienst.

2. Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Nummer 116117 informieren.

Dieser ist erst ab 19 Uhr besetzt. Bis ein Hausbesuch erfolgen könnte, würden unter Umständen Stunden vergehen.

3. Obwohl nicht mehr im Dienst, selbst vorbei schauen.

Ich wählte die 3. Option, da das Beschwerdebild des Patienten mit der Reaktion des Hausarztes aus meiner Sicht nicht übereinstimmte.

Bei dem erneuten Hausbesuch berichtete der Patient, dass der Hausarzt eine Krankenhauseinweisung nicht für erforderlich hielt. Bei der klinischen Untersuchung fanden sich deutliche Rasselgeräusche über der gesamten Lunge. Daraufhin rief ich die Leitstelle unter 112 an. Der Leitstellendisponent schickte einen RTW. Nach Eintreffen des RTW, der über ein 12-Kanal-EKG-Gerät verfügt, ergab das abgeleitete EKG eine deutliche ST-Hebung in II/III, avF, ST Senkung in V1 und V2.

Da sich das nächste Herzzentrum in 60 Kilometer Entfernung befand, ich in Zivil war und keine BTM bei mir führte, forderte ich einen Notarzt zur Patientenbegleitung an. Der Disponent fragte ironisch nach, ob wir nicht allein zu Recht kämen. Dann war das Telefonat unterbrochen.

Um es abzukürzen: Da die Alarmierung des Notarztes nicht erfolgt war, entschloss ich mich, den Patienten selbst in die Großstadtklinik zu begleiten.

Dann versuchte ich Herrn S. im Herzzentrum anzumelden. Da hörte ich von dem ärztlichen Kollegen aus dem Herzzentrum dass das Herzzentrum „abgemeldet“ sei und keine Patienten aufnehmen könne. Er fragte mich, ob ich eine andere Klinik finden könnte. Ich erinnerte nochmals, dass es sich um einen Patienten mit STEMI handelt und das Herzzentrum immerhin über ein Herzkatheterlabor verfüge.

Auf der Fahrt zeigten sich dann bereits gehäuft ventrikuläre Extrasystolen. Dennoch konnten wir Herrn S. problemlos am Zielkrankenhaus übergeben.

Im Katheterlabor bestätigte sich ein höchstgradig verengtes Koronargefäß, das durch die sofortige Intervention wieder eröffnet werden konnte.

Was lief schief?

1. Der Hausarzt hat die Beschwerden des Patienten nicht ernst genommen. Es herrscht unter niedergelassenen Ärzten mittlerweile eine zunehmende Regressangst gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, da wegen „unnötig“ ausgestellter Einweisungsscheine eine erhebliche Geldstrafe drohen könne.

2. Die Abstimmung mit der Leitstelle war problematisch.

Die Etablierung von Großleitstellen hat neben ihren Vorteilen auch viele – sogar sehr viele – Schattenseiten, mit denen man sich mal beschäftigen sollte. Wir erleben demotivierte Großstadt-Disponenten oder „abgeklärte“ Disponenten, die in ihrem Leben wohl schon alles erlebt haben, wenn man diese stoische Gelassenheit und Ironie an den Telefonhörern erlebt. Auf der anderen Seite geben

jedoch mittlerweile nur noch Rechner taktische Entscheidungen zum Einsatz von Rettungsmitteln vor, die nicht nachvollziehbar sind. Auch Leitstellendisponenten arbeiten unter sehr hohem politischen Druck. Ihnen drohen Kritiken und Sanktionen durch ihre Vorgesetzten oder sie müssen Stellungnahmen abgeben, wenn sie andere, eigene Entscheidungen treffen als die, die der Computer vorschlägt. Stupidies Abarbeiten von Rechnerempfehlungen sollte durch aktives Denken in den Leitstellen ersetzt werden.

Zurzeit verlängern sich die Rettungszeiten. Hilfsfristen werden nur zu einem geringeren Prozentsatz eingehalten. RTW stehen für Folgeeinsätze erst sehr verzögert wieder zur Verfügung. Der Verschleiß der Fahrzeuge nimmt mehr und mehr zu. Es fehlen Ortskenntnisse seitens der Disponenten in den ländlichen Rettungsdienstbereichen. Erfahrungen, die man bei Rettungsdiensteinsätzen in Großstädten gesammelt hat, kann man nicht 1:1 aufs Land übertragen. Längere Anfahrtswege müssen berücksichtigt werden. Nicht jeder Patient der die 112 ruft, leidet nur an einer Lapalie, auch wenn das die Einsatzdichte in den Großstädten erahnen lässt. Auf dem Land reicht es oft

nicht, erst mal nur den Rettungswagen ohne Notarzt loszuschicken.

Zu Patienten mit schweren Luftnotfällen werden nur noch RTW ohne Notarzt geschickt, wenn die Beschwerden schon einige Tage bestehen. Es wird nicht mehr mit den im Einsatz befindlichen Rettungsdienst-Kollegen Rücksprache gehalten. Es wird nicht mehr nachgefragt, ob ein Notarzt für einen eventuellen Folgeeinsatz abkömmlich ist. Die Rettungskräfte auf den Fahrzeugen werden dadurch demotiviert. Notärzte sind frustriert über fehlende Einflussnahme-Möglichkeiten. Krankenhäuser melden sich regelmäßig ab.

3. Das Herzzentrum hat sich abgemeldet.

Liebe Krankenhausgeschäftsführer, Chefärzte und Politiker: Für Notärzte, die mit Patienten mit ernst zu nehmenden lebensbedrohlichen Krankheitsbildern unterwegs sind und froh sind, wenn sie den Patienten lebend ins ausgewählte Krankenhaus bekommen, ist die Aussage „wir sind abgemeldet und können nichts aufnehmen“ eine ganz unpassende Antwort. So kann man sich sicherlich vor einer Überlastung von Betten schützen, jedoch erinnere ich daran, dass jedes Krankenhaus auch einen

Versorgungsauftrag hat. Und jederzeit ist in einem Krankenhaus sicherzustellen, dass die Akutversorgung instabiler Patienten gewährleistet ist. Einzige Ausnahmen sind die Aktivierung des Krankenhausalarmplanes beziehungsweise eine Großschadenslage mit einem Massenansturm geschädigter Patienten.

4. Verfügbarkeit des KV-Dienstes

Die Idee, zunehmend Einsätze auf den KV-Dienst abzuwälzen, bringt aus meiner Sicht nichts, da bei der Zunahme der Multimorbiditäten von Patienten mehr als nur ein Stethoskop erforderlich ist, um ernste Krankheiten zu erkennen. Somit verlagert man die Probleme nur in eine andere Zuständigkeit. Außerdem sind vielfach im KV-Dienst Ärzte aus Fachrichtungen „zwangsverpflichtet“, die nur bedingt über ausreichende allgemeinmedizinische Erfahrungen verfügen. Eine grundlegende Neuregelung der Bereitschaftsdienste erscheint dringend notwendig zu sein, um auch die überquellenden Notfallambulanzen zu entlasten.

Name des Autors der Redaktion bekannt

Text wurde redaktionell überarbeitet und gekürzt.