

Originalien

Der Notarzt 7 (1991) 169–170
 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Die Not des Notarztes: Wohin mit dem Patienten?

E. Kehrberger

Zur Verdeutlichung sei nachfolgend der Weg eines jungen Patienten von der Unfallstelle in die Klinik beschrieben.

Ein 22-jähriger PKW-Fahrer gerät gegen 14.00 Uhr bei einem Überholmanöver auf eisglatter Fahrbahn von der Straße ab, durch einen mehrfachen Überschlag wird das Dach des Fahrzeugs erheblich eingedrückt. Beim Eintreffen des Notarztes ist der Patient bewußtlos, Schmerzreize beantwortet er an Armen und Beinen beidseits mit ungezieltem Beugen. Die weitere Erstuntersuchung ergibt außer einer Kopfplatzwunde keinen Anhalt für andere Verletzungen. Unter der Diagnose „Schädel-Hirn-Trauma“ (SHT) wird der Patient vom Notarzt nach Gabe von 300 mg Thiopental (Trapanal®) und 150 mg Succinylcholin intubiert und mit mäßiger Hyperventilation kontrolliert beatmet. Zusätzlich erfolgt eine Hochlagerung des Oberkörpers und die Gabe von 100 mg Dexamethason (Fortecortin®).

Da es sich um ein isoliertes SHT zu handeln scheint und die übrigen Vitalfunktionen des Patienten bislang stabil sind, strebt der Notarzt die Erstversorgung in einem Zentrum mit neurochirurgischer Klinik an. Er bittet daher die Rettungsleitstelle (RLS) um Entsendung eines Rettungshubschraubers zur Übernahme des Verletzten und um Anfrage in der nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung (40 km, alle Entfernungen Luftlinie).

Der Hubschrauber trifft 10 Minuten nach Anforderung an der Unfallstelle ein. Während der Übergabe des Patienten vom bodengebundenen Rettungsdienst an den Notarzt des Helikopters fällt auf, daß nun eine Anisokorie aufgetreten ist, die linke Pupille ist weit, entrundet und ohne Lichtreaktion. Der startbereite Rettungshubschrauber erkundigt sich bei der Leitstelle nach der Zielklinik. Mittlerweile liegt der RLS bereits die ablehnende Auskunft der nächstgelegenen Maximalversorgungsklinik vor, in den folgenden 30 Minuten wird erfolglos in weiteren 4 Kliniken im Umkreis von 90 km angefragt. Erst ein 120 km entferntes Krankenhaus mit neurochirurgischer Versorgungsmöglichkeit gibt letztlich eine Aufnahmezusage, so daß der Lufttransport dorthin beginnen kann. Gegen 16.00 Uhr, also ca. 2 Stunden nach dem Unfall, landet der Rettungshubschrauber. Mittlerweile wurde auch die rechte Pupille des Patienten weit, es zeigt sich das Bild einer akuten Einklemmung in den Tentoriumsschlitz.

Zum weiteren Verlauf sei, da für das angezielte Problem ohne Bedeutung, nur kurz berichtet: Die Diagnose des Notarztes „isoliertes SHT“ war zutreffend, im sofort durchgeführten Computertomogramm fand sich ein großes epidurales Hä-

Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten wurde in den alten Ländern der Bundesrepublik eine flächendeckende notärztliche Versorgung etabliert. Die materielle und technische Ausstattung des Rettungsdienstes wurde auf ein gutes Niveau gehoben, auch für die Qualifikation der Rettungsassistenten und Notärzte wurden mit Einführung des Rettungsassistenten als Berufsbild sowie des Fachkundenachweises Rettungsdienst zumindest Minimalstandards geschaffen. In letzter Zeit zeigt sich jedoch zunehmend ein Problem, dessen Ursachen nicht im Rettungsdienst selber zu suchen sind, welches aber die Effizienz des teuren und aufwendigen Rettungssystems zu gefährden droht.

matom links, welches unverzüglich ausgeräumt wurde. Die postoperative Erholung verlief günstig, 4 Wochen nach dem Trauma wurde der Patient mit geringem neurologischem Defizit in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt.

Wie jeder in der Praxis erfahrene Notarzt und auch jeder mit der Versorgung von Notfallpatienten befaßte Kliniker erkennen wird, handelt es sich bei dem geschilderten Ablauf keineswegs um einen Einzelfall, wenn auch Berichte in der Literatur zu diesem Problem bisher spärlich sind (1, 3). Vielmehr illustriert er die täglich in der Bundesrepublik mehrfach vorkommende „Not des Notarztes“ eine aufnahmebereite Klinik zu finden, und es darf vermutet werden, daß nicht wenige Patienten infolge der dabei entstehenden Wartezeiten, Irrfahrten bzw. -flüge und protrahierten Transportdauer Schaden erlitten haben.

Die Ursachen liegen offensichtlich in einem Mangel an Intensivbehandlungsbetten, welcher nur zum Teil auf den oft zitierten Pflegenotstand zurückzuführen ist. Nicht übersehen werden darf, daß, wie auch *Lampl* bereits vermutete (1), durch ein effizient arbeitendes Rettungssystem und die Einführung der Laienreanimation heute mehr – und schwerer verletzte – Patienten die Kliniken lebend erreichen als früher. Mit einer kausalen Therapie dieses „Aufnahmenotstandes“ ist in absehbarer Zeit nicht zu rechnen. Um so wichtiger erscheint es, daß der Notarzt über ein Handlungsschema verfügt, wenn er für seinen Patienten eine Aufnahmeklinik sucht.

Zunächst bleibt festzustellen, daß der Notfallpatient, entsprechend den gesetzlichen Vorgaben, in ein „für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern“ ist (2). Dies muß jedoch nicht immer auch ein Haus der Maximalversorgung sein, der Notfallmediziner muß sich zunächst fragen, ob es nicht sinnvoller wäre, seinen Patienten zur Primärdiagnostik und Primärversorgung in die nächstgelegene Klinik zu bringen, von der aus anschließend ein Sekundärtransport in eine Spezialabteilung erfolgen kann. Die Suche nach einem Bett in einer Spezialklinik gehört nicht zu den vorrangigen Aufgaben des Rettungsdienstes, während der hierzu erforderlichen Zeit können im erstbehandelnden Krankenhaus Diagnostik und Therapie beginnen und der Patient unter klinischen Bedingungen überwacht werden. Sollte das Verletzungsmuster des Patienten eine Primärversorgung in einer Spezialklinik als dringlich erscheinen lassen, hat der Notarzt darauf zu achten, daß nicht zuviel Zeit mit den erforderlichen Anfragen verloren geht. Lehnt eine Klinik

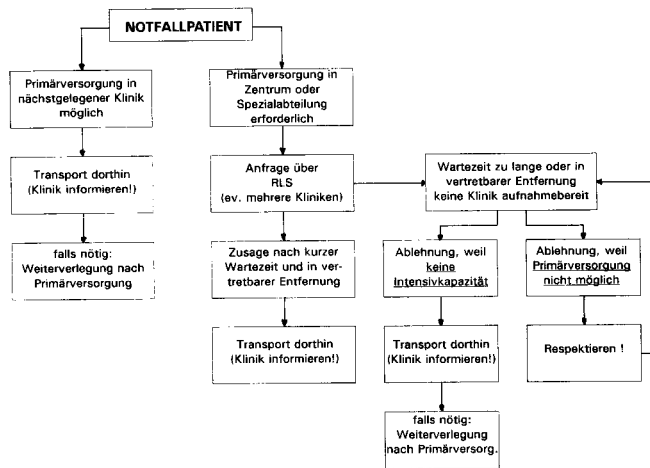


Abb. 1 Schema zur Auswahl der geeigneten Zielklinik für Notfallpatienten.

die Aufnahme ab, so sollte die Rettungsleitstelle (RLS) den Absagegrund an den Notarzt mitteilen. Gelingt es nämlich nicht, innerhalb einer vertretbaren Zeit und in einer akzeptablen Entfernung (Transportdauer, Blockierung des Rettungsmittels!) eine Aufnahmezusage zu erhalten, sollte der Notarzt, unter bewußter Mißachtung der zuvor erfolgten Ablehnung, seinen Patienten in die nächste geeignete Klinik transportieren. Diesem Haus ist die Ankunft des Patienten dann von der RLS ohne weitere Diskussion mitzuteilen. Den Grund für die Aufnahmeverweigerung einer Klinik muß der Notarzt aber in seiner Entscheidung berücksichtigen. Erfolgt die Absage, wie in den meisten Fällen, aufgrund mangelnder Intensivbehandlungskapazität, so kann und muß diese ggf. ignoriert werden. Eine Diagnostik und Primär-

therapie ist dann in diesem Hause trotzdem möglich, falls danach immer noch kein geeignetes Bett zur Verfügung steht, muß der Patient in eine andere Klinik weiterverlegt werden. Sollte allerdings eine Übernahme des Patienten wegen blockierter Primärversorgungskapazitäten abgelehnt worden sein (z. B. kein OP-Team frei, bereits vor kurzem anderes Polytrauma aufgenommen), so erscheint es sinnvoll, im Interesse einer guten Versorgung, dies zu respektieren. Nicht unerwähnt bleiben soll, daß sich das Problem des „Aufnahmenotstands“ nicht nur für Traumapatienten stellt (Polytrauma, Wirbelsäulenverletzungen, SHT, Brandverletzungen, Amputationen), sondern nach unseren Erfahrungen oftmals auch bei internistischen Notfällen. Ein Vorgehen nach dem eben beschriebenen Schema (Abb. 1) führt zwar verständlicherweise selten zu einem warmen Empfang in der Zielklinik, dient aber dem Wohl des Patienten. Dies hat für den Notarzt im Vordergrund zu stehen. Es kann nicht angehen, daß – gerade in der besonders kritischen Frühphase nach dem Trauma – Patient und Notarzt, händeringend an der Notfallstelle wartend, Fehler in der Bettenplanung und Personalpolitik ausbaden sollen.

Literatur

- (1) Lampl, L.: Die Rettungskette – auch das Ende erfordert Aufmerksamkeit. Notarzt 7 (1991) 89–90
- (2) Rettungsdienstgesetz (RDG) Baden-Württemberg, Gesetzblatt vom 18. Oktober 1983, 573–577
- (3) Einflüsse des Pflegenotstandes auf den Luftrettungsdienst. Notarzt 7 (1991) 31

Dr. med. Eduard Kehrberger
 Arzt für Anästhesie
 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
 Krankenhaus St. Elisabeth
 Elisabethenstr. 15
 D-7980 Ravensburg

Buchbesprechung

„Rheumatologie“ in zwei Bänden (AB und CD) herausgegeben von H. Zeidler unter Mitarbeit von E. D. Albert, J. Bahlmann, D. Brakertz, H. Burkhardt et al. Verlag Urban und Schwarzenberg, München 1990, ISBN: 3-541-14861-6 und 3-541-14862-4. Preis je Band 298,-

Die „Rheumatologie“ ist Teil des Gesamtwerkes Innere Medizin der Gegenwart (Band 6 und 7) und umfaßt insgesamt 752 Seiten. Es ist als interdisziplinär orientiertes Gemeinschaftswerk entstanden, gerichtet an Internisten und Orthopäden in Klinik und Praxis sowie an junge Ärzte, die sich in der Fort- und Weiterbildung befinden. Schon beim Durchblättern fällt die übersichtliche Gliederung der beiden Bände auf. Wichtige Sachverhalte sind durch anschauliche Übersichten auf farbigem Grund herausgestellt. Zahlreiche anatomische Skizzen, Schaubilder, Photographien und Tabellen veranschaulichen komplexe Sachverhalte auf didaktisch hervorragende Weise.

Band 1 erläutert in einem Teil A die Grundlagen: Terminologie und Klassifikation rheumatischer Erkrankungen, gefolgt von Epidemiologie, sozialmedizinischen Gesichtspunkten, Anthropologie, funktioneller Anatomie, Pathobiochemie, Pathobiomechanik, Immunologie, Psychosomatik, infektiöser Ätiologie und Pathogenese, entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sowie den Kristallarthropathien. Dieser Aufbau liefert besonders dem in der Ausbildung befindlichen Arzt ein Grundgerüst, das dem gegenwärtigen Wissen-

schaftsstand voll gerecht und in prägnanter Form abgehandelt wird. Auch der folgende Abschnitt „Häufige Beschwerden und Symptome“ besticht durch seine Anschaulichkeit.

Im Teil B werden zunächst diagnostische Verfahren vorgestellt, von einer exzellenten Darstellung der körperlichen Untersuchung mit zahlreichen Skizzen bis hin zu den in der Rheumatologie angewandten Laboruntersuchungen sowie neurologische, Muskel- und Knochenuntersuchungen. Ebenso wird auf alle bildgebenden Verfahren eingegangen, wie CT, NMR, Gelenksonographie, Szintigraphie und Arthroskopie. Anschließend wird in sehr einprägsamer Weise sowohl die physikalische Therapie in ihrer Vielfalt mit Indikationen und Kontraindikationen als auch die systemische und lokale Pharmakotherapie abgehandelt. Auch die Indikation zu konservativen orthopädischen als auch zu operativen Behandlungsmaßnahmen werden eingehend erläutert.

Im Teil C des 2. Bandes erfolgt die Abhandlung der einzelnen Krankheitsbilder.

Das letzte Kapitel (D) behandelt die organbezogene differentialdiagnostische Abgrenzung von rheumatischen zu nicht rheumatischen Erkrankungen.

Die „Rheumatologie“ enthält allerdings keine den Notarzt spezifisch tangierende Probleme. Da aber jeder Notarzt nicht nur Notarzt ist, sollte es erlaubt sein, in dieser Zeitschrift dieses Standardwerk und Lehrbuch der Rheumatologie vorzustellen. Es wird sicher in kurzer Zeit zahlreiche Freunde bei allen Ärzten unterschiedlicher Provinzen finden, die sich für Rheumatologie interessieren.

H. O. Brase, Saarlouis