

Fall des Monats – März 2015

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall:¹ Kein Intensivbett für präklinischen Sepsispatienten: 100 km Transport und zwei Stunden Verzögerung

Zuständiges Fachgebiet: Notfallmedizin

Wo ist das Ereignis eingetreten? Krankenhaus – ITS/IMC

Tag des berichteten Ereignisses: Wochentag **Versorgungsart?** Notfall

ASA-Klassifizierung: ASA IV

Patientenzustand:

Patient mit Heimbeatmung im Pflegeheim, jahrelang bestehendes Grundleiden.

Wichtige Begleitumstände:

Siehe unten

Fallbeschreibung:

Der Notarzt wird zu dem im Pflegeheim mit einem Respirator über Trachealkanüle beatmeten Patienten gerufen, der seit zwei Stunden unter schwerer Dyspnoe und einem Sättigungsabfall leidet. Der erste dokumentierte SaO₂-Wert liegt bei 82%. Der Patient wird mehrfach abgesaugt, und es findet sich Sondenkost in den Atemwegen bei Ernährung über PEG. Er wird mit 9 bis 15 l O₂/min beatmet und unter der Diagnose respiratorische Insuffizienz bei Aspirationspneumonie durch Sondenkost stationär eingewiesen. Die sepsisbedingte Hypotonie von 80 mmHg systolisch wird mit Volumen und Katecholaminen behandelt. In Vorbefunden waren multiresistente Keime nachgewiesen worden. Es bestand akute Lebensgefahr.

Der Notarzt verbringt über 100 Minuten am Notfallort, überwiegend um eine aufnahmebereite Klinik zu finden. Im 25-Kilometer-Umkreis um den Einsatzort gibt es über 20 geeignete Kliniken, einschließlich mehrerer Schwerpunktversorger und Universitätskliniken. Wegen reduzierter Bettenkapazitäten erhält der einweisende Notarzt jedoch nur Absagen. Zuletzt erklärt sich ein Haus der Grund- und Regelversorgung zur Aufnahme bereit, und die Odyssee des Notfallpatienten beginnt: Vom Notfallort bis zur aufnehmenden Intensivstation legen Patient und Rettungsteam knapp 100 km zurück, bewegen sich auf mehreren Bundesautobahnen, tangieren verschiedene Gebietskörperschaften und durchqueren dabei Ballungsräume. Nach ca. 70 Minuten Transport und etwa drei Stunden nach Erstkontakt mit dem Notarzt und fünf Stunden nach Symptombeginn endet der Notarzteinsatz auf einer Intensivstation.

Bei Übernahme des Patienten zeigen sich eine Aspirationspneumonie und ein defekter Trachealkanülen-Cuff, die beide zur akuten Verschlechterung der Beatmungssituation geführt hatten. Der Patient konnte nach Intensivtherapie wieder aus der Klinik entlassen werden.

Was war besonders gut?

Der Notarzt hat seine begrenzten therapeutischen Möglichkeiten vor Ort ausgeschöpft (Absaugen, Volumen, Katecholamine, Oxygenierung, Beatmung) und eine geeignete Zielklinik gesucht.

¹ Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

Was war besonders ungünstig?

Kausale Therapien im klinischen Setting hätten problemlos zwei Stunden früher beginnen können.

Der Notarzt hat sich nicht über die zahllosen Ablehnungen hinweg gesetzt und auf eine erste Notfalltherapie bei dem kritisch Kranken in einer zügig erreichbaren, geeigneten Klinik gedrängt bzw. insistiert. In der Stadt des Notfallortes hätte es zwei geeignete Kliniken gegeben, die in wenigen Minuten erreichbar gewesen wären.

Der Patient hatte zum Zeitpunkt des Notarzteinsatzes ein akutes A-Problem (Kanülencuff defekt), ein akutes B-Problem (respiratorische Insuffizienz nach Aspiration), ein akutes C-Problem (katecholaminpflichtige Hypotonie im Rahmen der Sepsis) und ein chronisch bestehendes D-Problem. Diese unheilvolle Kombination an drängenden Problemen hätte es gerechtfertigt, ungeachtet der Bettensituation die nächste geeignete Klinik zur Akutversorgung in einem Schockraum oder auf einer Intensivstation anzufahren. Nach Stabilisierung hätte man in einem zweiten Schritt eine Weiterverlegung in ein Haus mit suffizienten Bettenkapazitäten erwägen können.

Die aus Notfallversorgung, Bettenabklärung und langem Transportweg resultierenden Einsatzzeiten führen den Sinn des Rettungswesens ad absurdum: In wenigen Minuten mit Blaulicht zum Patienten rasen, um dann mit vier Stunden Gesamteinsatzzeit zwei wichtige Rettungsmittel eine lange und vermeidbare Zeitspanne mit frustranen Telefonaten und langen Transportwegen zu blockieren.

Mehrere Kliniken und möglicherweise auch die disponierende Leitstelle haben das Rettungsteam mit einem Patienten im kritischen Zustand im Regen stehen lassen. Anstatt akute Bedrohungen mit einfachen Mitteln zu beheben helfen (Trachealkanülenwechsel, Katecholamin-Perfusor, Antibiose-Beginn nach Sepsis-Leitlinien) drängen sie das Team in das Risiko, sich mit einem instabilen, kritisch Kranken auf einen langen Transportweg einzulassen.

Es drängt sich der Verdacht auf, dass die Aufnahmebereitschaft der angefragten Krankenhäuser außerhalb der Regelzeit und angesichts des mit ungeliebten Problemkeimen behafteten Patienten geringer war als bei günstigeren Patientenkonstellationen, obwohl schwere behandlungsbedürftige und behebbare A-, B- und C-Probleme vorlagen!

Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?

Krankenhäuser sollten Notfallpatienten nicht kategorisch wegen Bettenmangel ablehnen sondern zumindest eine Akutversorgung auch ohne stationäre Aufnahme ermöglichen. Notfallbehandlung in der Klinik ist aufgrund personeller, technischer und medikamentöser Möglichkeiten immer besser als draußen im Rettungswagen.

Notfalltransporte über knapp 100 Kilometer und über eine Stunde Fahrzeit mögen in schwach besiedelten Regionen nötig und ohne Alternative sein, in dicht besiedelten Ballungsräumen sind sie nicht akzeptabel.

Häufigkeit des Ereignisses? selten **Wer berichtet?** Ärztin/Arzt

Berufserfahrung: über 5 Jahre

Die Analyse aus Sicht des Notfallmediziners

Der Fall wirkt auf den ersten Blick schockierend, und die Empörung über das Erlebte spricht aus den Zeilen. Es lohnt sich, den Fall differenziert zu betrachten.

Was lag medizinisch vor?

Der Patient war ohne Zweifel vital bedroht. Aufgrund des geschilderten klinischen Bildes musste von einer pneumonischen Sepsis ausgegangen werden. Die ECSIM-Kriterien für das Vorliegen einer schweren Sepsis waren erfüllt [1] – vermutete Infektion, maschinelle Beatmung und infektionsbezogene Organdysfunktion mit Hypoxämie und Hypotension. Der erwähnte Einsatz von Katecholaminen und einer erfolgten Volumentherapie spricht darüber hinaus für das Vorliegen eines septischen Schocks und belegt eine im Rahmen des Möglichen eingeleitete, leitliniengerechte Versorgung [2].

Der geschilderte präklinische Beginn einer antibiotischen Therapie war in diesem Fall sinnvoll und ist nach Empfehlungslage folgerichtig. Die antibiotische Therapie sollte innerhalb der ersten Stunde begonnen haben [GoR B; 2, 3]. Die aktuelle ÄLRD-Empfehlung für das Bundesland Bayern hält den präklinischen Beginn zwar im Allgemeinen nicht für erforderlich – „...sofern das rechtzeitige Erreichen einer geeigneten (d.h. auf die Diagnostik und Behandlung eines Sepsis-Patienten eingestellten) klinischen Versorgungseinrichtung sichergestellt ist“ [4]. Dies war hier nicht gegeben. Allerdings musste durch die begonnene Therapie eine eingeschränkt aussagekräftige mikrobiologische Probengewinnung in Kauf genommen werden.

Was war die einsatztaktische Situation?

Letztlich folgte auf die therapeutischen Bemühungen der langwierige Versuch, ein Klinikbett für den Patienten zu bekommen. Dies resultierte in einer on-scene-time von ca. 100 Minuten, der sich eine mehr als einstündige Fahrt zur Klinik anschloss. Warum in einem dicht besiedelten Gebiet die klinische Versorgung eines kritisch kranken Patienten nicht zeitgerecht gewährleistet werden konnte, ist mit den vorliegenden Fakten nicht abschließend zu klären. Ob dies ein Abbild von Reduktion und ökonomisch orientierter, planmäßiger Auslastung klinischer Behandlungskapazitäten war, ob die im Meldezeitraum wirksame „Influenzawelle“ eine entscheidende Rolle gespielt hatte, oder ob eine geringere Motivation bestand, einen MRE-Patienten aufzunehmen, kann nicht sicher differenziert werden. Am scharfen Ende dieser Problematik befand sich leider der Patient, und in zweiter Linie wurden die Strukturen der präklinischen Notfallversorgung belastet, weil Rettungsmittel länger als erforderlich gebunden waren.

Wie hätte man diesen Einsatzverlauf verhindern können?

Der Melder vermutet, er sei von der disponierenden Leitstelle „im Regen stehen gelassen“ worden. Er wurde es in jedem Fall aber von den vielen, eine Aufnahme ablehnenden Kliniken. Hier stellt sich die Frage, wie in genanntem Fall die Schnittstelle „Klinikanmeldung“ gestaltet ist. Die Spannweite der Möglichkeiten erstreckt sich von der telefonischen Anmeldung durch das Rettungsteam bis hin zu einer obligaten Anmeldung über die Leitstelle. Ob das vom Melder nicht weiter beschriebene Verfahren zur Krankenhausanmeldung unter den aktuellen Bedingungen noch haltbar ist, sollte mit dem zuständigen ÄLRD geklärt werden. Ein sogenannter „Bettennachweis“ erlaubt eine vereinfachte und rasche Identifizierung der aktuellen Bettenkapazität. Er wird derzeit unter anderem in großen Teilen Hessens elektronisch geführt und dient der Leitstelle und den Krankenhäusern zum laufenden Abgleich. Wenn keine Betten verfügbar gemeldet sind, ist allerdings guter Rat teuer: Ein „Bettennachweis“ kann weder die Zahl der verfügbaren Betten erhöhen noch Fahrzeiten verkürzen.

Wie kann also eine Lösung aussehen? Am Beispiel des bayerischen Rettungsdienstgesetzes lässt sich zeigen, dass auch bei einem festgelegten Weisungsrecht der Leitstelle zur Einsatzlenkung Notfallpatienten in die „nächste für die weitere Versorgung geeignete und aufnahmebereite Behandlungseinrichtung befördert werden“ sollen (§8 Abs. 1 Satz 1 AVBayRDG). Im Kontext des

vorliegenden Falles ist zunächst jede dem Patienten dienliche, innerklinische Versorgung geeignet: Eine Notaufnahme mit Schockraum und Kompetenz in der Sepsis-Diagnostik und -therapie.

Wie der Melder selbst richtig bemerkt, wäre wohl eine überbrückende Versorgung des Patienten in einer näher gelegenen Notaufnahme eine gute einsatztaktische Alternative gewesen. Diese sog. „Zwangsbelegung“ zur Erstversorgung wäre geboten gewesen, um eine derartige „Odyssee des Notfallpatienten“ zu vermeiden, die ihren Abschluss erst fünf Stunden nach Symptombeginn fand. Wie geschildert und vom Melder dargestellt, lagen wohl eine Reihe von Schwerpunkt- und Maximalversorgern in erreichbarer Nähe, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Erstversorgung zumindest im Schockraum hätten sicherstellen können. Es scheint ratsam, mit dem zuständigen ÄLRD und den Notaufnahmen der Krankenhäuser einheitliche Vorgehensweisen und Vertretungsregelungen für den Rettungsdienstbereich zu vereinbaren, um zumindest eine zeitgerechte Erstversorgung trotz Bettenmangel zu gewährleisten. Hier liegt im Einzelfall trotzdem die Verantwortung beim Notarzt vor Ort, der sich möglicherweise dann im Sinne des Patienten zu einer „Zwangsbelegung“ entscheiden muss. Die Klinik sollte vorab informiert werden, damit entsprechende Ressourcen mobilisiert werden können.

Der Melder merkt – nicht ganz zutreffend – an: „Notfalltransporte über knapp 100 Kilometer und über eine Stunde Fahrzeit mögen in schwach besiedelten Regionen nötig und ohne Alternative sein, in dicht besiedelten Ballungsräumen sind sie nicht akzeptabel.“ Sepsis muss in Stadt und Land als alternativlos zeitkritisches Krankheitsbild gelten [4], so dass eine Gleichstellung mit den sogenannten Tracerdiagnosen (Polytrauma, Schlaganfall, SHT, STEMI) aus dem „Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Präklinik“ zu fordern ist. Für alle Tracerdiagnosen gilt eine „golden hour“, d.h. das Erreichen der definitiven klinischen Versorgung innerhalb einer Stunde [5].

Zusammenfassung

Der vorliegende Fall wirft – bei aller differenzierten Betrachtung zu den konkreten Handlungsalternativen im Sinne einer „Zwangsbelegung“ – ein alarmierendes Schlaglicht auf die Situation Krankenhauslandschaft in der meldenden Region, die möglicherweise stellvertretend für die Entwicklungen im deutschen Krankenhauswesen steht. Nicht die Struktur Rettungsdienst war hier überlastet, sondern in einem gravierenden Maße die klinische Notfallversorgung. Ein Patient mit einem zeitkritischen, vital bedrohlichen Krankheitsbild erhielt eine innerklinische Versorgung nur weit außerhalb der akzeptablen Zeiträume.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

Dem Notarzt obliegt die Auswahl des Krankenhauses, in das der Notfallpatient zur weiteren Behandlung transportiert werden soll. Nach den Rettungsdienstgesetzen soll eine „geeignete“ Behandlungseinrichtung ausgewählt werden. Dies bedeutet, dass der Notarzt unter den verfügbaren Krankenhäusern die für die erforderliche Behandlung am besten ausgestattete und dabei schnell erreichbare Einrichtung auszuwählen hat. Die Leitstelle vermittelt dem Notarzt die notwendigen Informationen über die in Betracht kommenden Krankenhäuser, insbesondere über deren Spezialisierung und die freien Kapazitäten. Allerdings erfolgt diese Information nur unterstützend, denn die verbindliche Entscheidung über das Zielkrankenhaus steht dem Notarzt zu, der die medizinische Verantwortung für den Einsatz trägt und dazu gehört die Auswahl des geeigneten Zielkrankenhauses. In dieser Beziehung handelt der Notarzt weisungsfrei [6].

Bei dieser Auswahlentscheidung ist allerdings auch der Wille des Notfallpatienten zu berücksichtigen, vorausgesetzt, dieser ist ansprechbar und in der Lage, eine willensgetragene Entscheidung zu treffen. Ist der Patient zu einer eigenen, bewussten Entscheidung nicht in der Lage, dann ist die Auswahl nach seinem mutmaßlichen Willen zu treffen, dem, wenn keine gegenteiligen Anhaltspunkte erkennbar sind, regelmäßig eine Verbringung in die aus medizinischer Sicht am besten geeignete Einrichtung entspricht. Nicht zwingend muss das nächstgelegene Krankenhaus auch das „geeignete“ sein. Allerdings wird in der Notfallrettung häufig ein Kompromiss zwischen dem Transport in eine für die Versorgung am besten geeignete Einrichtung und einem möglichst raschen Transport in die nächstgelegene Einrichtung gesucht. Wenn aber eine fachgerechte Versorgung nur in einer weiter entfernten Klinik gewährleistet werden kann und es zeitlich vertretbar ist, dann muss der Notfallpatient in diese entferntere Einrichtung gebracht werden. In kritischen Situationen wird es eher die nächstgelegene, zur notfallmedizinischen Erstversorgung geeignete Einrichtung sein. Bei der Wahl des Zielkrankenhauses muss der Notarzt den Zustand des Patienten, die Diagnose, die Entfernung zum nächsten Krankenhaus und zu alternativen Einrichtungen einschließlich der dazu notwendigen Transportzeiten unter Berücksichtigung der jeweiligen Witterungs- und Straßenverhältnisse sowie die freien Kapazitäten der möglichen Zielkrankenhäuser berücksichtigen.

Dabei ist jedoch zu beachten: Krankenhäuser sind unabhängig davon, ob sie nach den Krankenhausplänen an der Notfallversorgung teilnehmen, verpflichtet, Notfallpatienten stationär aufzunehmen. Es gibt eine allgemeine Aufnahmespflicht der Krankenhäuser, die unabhängig vom konkreten Versorgungsauftrag besteht. Allerdings steht die Pflicht zur Aufnahme nur dann, wenn das Krankenhaus über entsprechende Kapazitäten verfügt und zu einer adäquaten Behandlung in der Lage ist. Dennoch: Auch Krankenhäuser, die ausgelastet sind, sind verpflichtet, zumindest eine vorübergehende Erstversorgung zu gewährleisten und den Notfallpatienten dann gegebenenfalls, wenn erforderlich, in ein anderes, apparativ und/oder personell besser ausgestattetes Haus zu verlegen. Das heißt, jedes Krankenhaus ist im Notfall zur Erstversorgung und gegebenenfalls Weiterverlegung, wenn nicht sogar zur Aufnahme von Notfallpatienten verpflichtet.

Mehr als diese Skizze der rechtlichen Grundlagen ist bei der juristischen Analyse des Falles nicht möglich. Wie in der Analyse des Notfallmediziners ausgeführt, lassen die Angaben im Sachverhalt keine abschließende Beurteilung der Frage zu, ob es und welche Alternativen es im konkreten Fall gegeben hätte. Der Hinweis, dass nicht nur die Rettungsmittel über einen langen, auf den ersten Blick nicht vertretbaren Zeitraum gebunden waren, sondern auch die Tatsache, dass ein Patient mit einem vitalbedrohenden Krankheitsbild keine frühzeitigere innerklinische Versorgung erhalten konnte, macht folgenden Hinweis erforderlich: Eine unberechtigte Verweigerung der Aufnahme eines Notfallpatienten ist ein rechtswidriger Verstoß gegen die Organisationspflichten eines Krankenhauses gegenüber einem Notfallpatienten. Das Krankenhaus stellt in der Rettungskette ein für das Outcome des Patienten wichtiges Bindeglied zwischen der präklinischen/und der innerklinischen Patientenversorgung dar. Selbst im Fall von räumlichen wie medizinischen Kapazitätsproblemen hat jedes Krankenhaus die Pflicht zur Erstversorgung und gegebenenfalls zur Weiterverlegung. Verstoßen Krankenhäuser gegen diese Pflicht und kommt es in Folge der verweigerten Aufnahme zu einem Schaden des Patienten, drohen aber auch den Verantwortlichen des Krankenhauses zivil- aber auch strafrechtliche Konsequenzen [7].

Take-Home-Message

- **Die prä- und innerklinische Notfallversorgung ist nur als funktionelle Einheit wirkungsvoll.**
- **Auch bei eingeschränkten Bettenkapazitäten muss die Erstversorgung in einer Akutklinik gewährleistet sein.**
- **Für die Erstversorgung kritischer Patienten bei Bettenmangel sind im Rettungsdienstbereich Absprachen mit den Krankenhäusern empfehlenswert.**
- **Die Letztverantwortung über das Wohl und den Verbleib des Patienten liegt beim Notarzt vor Ort.**

Weiterführende Literatur

- [1] Kriterienkatalog für die Diagnose der Sepsis. <http://www.sepsis-gesellschaft.de>. Abrufen am 12.03.2015
- [2] Reinhart K, Brunkhorst FM, Bone H-G et al. (2010) Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis - 1. Revision der S-2k Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e.V. (DSG) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/079-001.html>, Letzter Zugriff am: 12.03.2015
- [3] Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A et al. (2013) Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. Intensive care medicine 39:165-228.
- [4] Empfehlung des ÄLRD-Ausschusses Bayern: Konzept zur verbesserten Versorgung von Sepsispatienten - Sepsis als zeitkritisches Krankheitsbild. Version 1.1 vom 25.02.2015.
- [5] Ahnefeld FW, Altemeyer KH, Blumenberg FD et al. (2008) Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Präklinik. Notfall + Rettungsmedizin 11:421-422
- [6] Zum Ganzen siehe Killinger, Elmar: Die Besonderheiten der Arzthaftung im medizinischen Notfall, 2009, RN 350 ff.
- [7] Stockfisch, Verena: Deutsche Notfallmedizin im Spannungsfeld von Ethik und Ökonomie, 2015, RN 364 ff.

Autoren:

PD Dr. med. T. Birkholz, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen
Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dipl.-Sozialw. T. Rhaiem, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg