

Strukturelle Anforderungen an die Vorhaltung der Thrombolyse im Rettungsdienst für Patienten mit akutem Herzinfarkt oder Lungenembolie

- Stellungnahme des Arbeitskreises ÄLRD Deutschland -

Die schnellstmögliche Rekanalisierung von Gefäßverschlüssen bei akutem Herzinfarkt und Lungenembolie kann Leben retten und Lebensqualität erhalten. Hierauf weist eine überwältigende Anzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen und die Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften hin.

An erster Stelle der Versorgungskette muss der Rettungsdienst stehen, denn nur dieser besitzt die apparativen, personellen und organisatorischen Möglichkeiten, den Zeitraum vom Eintreffen beim Patienten bis zur erfolgreichen Wiedereröffnung des Gefäßes zu verkürzen. Das beinhaltet bei entsprechender Indikation auch die Thrombolyse vor Ort. Die Aufwendungen dafür sind Kosten des Rettungsdienstes und müssen deshalb auch dort refinanziert werden.

Zur Klarstellung hat der Arbeitskreis der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland (ÄLRD) am 29.09.2003 folgenden Grundsatzbeschluss gefasst:

Der AK ÄLRD hält es aus medizinischer Sicht für erforderlich, auf jedem arztbesetzten Rettungsmittel ein Thrombolytikum mitzuführen. Gleichzeitig sind geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen zu etablieren, um einen medizinisch und wirtschaftlich sachgerechten Umgang mit dieser Therapieoption zu gewährleisten. Ergänzende Empfehlungen zur Durchführung werden durch den AK ÄLRD erarbeitet.

Zusätzlich sind durch den ÄLRD konzeptionelle Voraussetzungen für einen effizienten Handlungsablauf vor Ort (Algorithmen) und eine optimierte Zuweisungsstrategie (Netzwerkbildung) zu schaffen.

Patienten, bei denen im Rahmen des Algorithmus die Diagnose „ST-Hebungsinfarkt“ (STEMI) oder „Lungenembolie“ gestellt wird, sind wie folgt zu behandeln:

1. Akuter ST-Hebungsinfarkt

Zur sofortigen, sicheren Diagnose des akuten Herzinfarktes (STEMI) gehört eine Ausstattung mit einem 12-Kanal-EKG.

Für die Behandlung von Patienten mit STEMI sind Absprachen und Zuweisungsstrategien mit allen in Betracht kommenden Zielkliniken zu treffen.

Ziel dabei ist es, die STEMI Patienten innerhalb von spätestens 90 Minuten nach dem ersten Kontakt mit dem medizinischen System einer Ballondilatation zuzuführen. Ist dieses Zeitfenster nicht einhaltbar, sollte die Lysetherapie vor Ort vom Notarzt erwogen werden.

Dies gilt insbesondere für Patienten mit einem akuten Herzinfarkt vor Ort, die sich nicht stabilisieren lassen. Bei z.B. im EKG dokumentiertem **ST-**

Hebungsinfarkt mit therapieresistentem kardiogenem Schock oder fehlendem Reanimationserfolg stellt die Lysetherapie mit einem geeigneten Medikament einen Lebensrettungsversuch dar.

Dafür sind im Rettungsdienst, gemäß den Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die dafür empfohlenen Medikamente und ein geeignetes Thrombolytikum vorzuhalten und die Notärztinnen und Notärzte im Umgang mit diesem Medikament regelmäßig zu schulen.

2. Lungenembolie

Die fulminante Lungenembolie hat eine sehr hohe Sterblichkeit.

Die Arbeitshypothese einer Lungenembolie im Rettungsdienst kann sich aus folgenden Anhaltspunkten ergeben.

- plötzlich beginnende Atemnot in Verbindung mit vorangegangener Bettruhe,
- kurzfristige Bewußtlosigkeit (Synkope)
- vorangegangenen Verletzungen der unteren Extremität (bis 3 Monate, eventuell mit Gipsverband),
- vorangegangene Lungenembolien,
- Dehydratation,
- Operation in den letzten Wochen,
- vorangegangener Langstreckenflug (bis 2 Wochen) verbunden mit einem unauffälligen Auskultationsbefund der Lunge.
- Thrombophilieanamnese

Kommt es dabei zu akutem Rechtsherzversagen, Schock und Reanimationspflichtigkeit im Sinne der fulminanten Lungenembolie und sind die Reanimationsbemühungen zunächst erfolglos, stellt die akute Thrombolyse am Notfallort einen Lebensrettungsversuch dar.

Dafür ist im Rettungsdienst ständig ein geeignetes Thrombolytikum vorzuhalten und die Notärztinnen und Notärzte im Umgang damit regelmäßig zu schulen.

Gerade in Zeiten schwindender finanzieller Ressourcen sehen wir es als eine primäre Aufgabe eines notarztgestützten Rettungsdienstes an, bereits vor Ort optimale intensivmedizinische Maßnahmen einzuleiten und die Ressourcen von hochspezialisierten Zentren bedarfsorientiert und zeitkritisch zu nutzen, um ein Maximum an Effizienz zu erreichen. Dies entspricht den gesetzlichen Aufgaben des Rettungsdienstes. Unseres Erachtens müssen daher die Kosten der präklinischen Lyse über die Kostenträger (Krankenkassen) refinanziert werden.

Wetzlar, den 01.03.2004