



AUSZÜGE AUS DER DISKUSSIONSRUNDE ZUM THEMA: „State-of-the-Art-Behandlung des ACS-Patienten im Notfallsetting in Österreich“

Das akute Koronarsyndrom (ACS) beschreibt einen lebensbedrohlichen Zustand aufgrund einer akut aufgetretenen ischämischen Herzerkrankung. Dieser Sammelbegriff wird vor allem in der Rettungsmedizin als vorläufige Diagnose verwendet, wenn der Patient über länger andauernde pektanginöse Beschwerden klagt, die eine Verengung oder einen Verschluss eines Herzkranzgefäßes vermuten lassen. Etwa 15 Prozent der betroffenen Patienten erleiden dabei einen Herzinfarkt, in Österreich sind das jährlich 10.000 Menschen¹. Am 30. Jänner 2014 veranstaltete die PERI Group eine „Ultima Ratio“-Diskussionsrunde zum Thema „State-of-the-Art-Behandlung des ACS-Patienten im Notfallsetting in Österreich“. Experten aus unterschiedlichen Bereichen widmeten sich diesem notfallmedizinisch höchst relevanten Thema und beleuchteten Strukturen, Vorgehensweisen sowie die regionalen Unterschiede in der Behandlung im österreichischen Rettungswesen. Die Frage nach den daraus resultierenden Konsequenzen für die Patienten wurde besprochen, die Möglichkeiten einer homogenen Vorgehensweise diskutiert und die Notwendigkeit einer einheitlichen Datenerfassung betont.

DISKUSSIONSTEILNEHMER (IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE):

» **Prim. Univ.-Doz. Dr. Werner BENZER**

Landeskrankenhaus Feldkirch

» **Dr. jur. Michael HALMICH**

ÖGERN – Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin

» **Univ.-Prof. Dr. Wolfgang SCHREIBER**

Medizinische Universität Wien, ÖNK – Österreichische Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin

» **Prim. Dr. Helmut TRIMMEL, MSc**

Landesklinikum Wiener Neustadt, ÖGARI – Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin

Moderation: Mag. rer. nat. Renée Gallo-Daniel | PERI Human Relations GmbH

PERI Group: Wie sieht für Sie die State-of-the-Art-Behandlung des ACS-Patienten im Notfallsetting in Österreich aus?

Halmich: Aus juristischer Sicht kann kein Gesetz je einen State-of-the-Art definieren, dies obliegt vielmehr der jeweiligen (Wissenschafts-)Disziplin. Rechtlich kann nur ein Rahmen abgesteckt werden. Disziplininterne Leitlinien dienen bei Rechtsentscheidungen der Ermittlung des Sorgfaltsmaßstabs. Möchte man in Österreich über einen einheitlichen State-of-the-Art sprechen, sollte bei den Rettungs- und Notarztorganisationen mit den Chefärzten, den Fachgesellschaften der unterschiedlichen Disziplinen, die mit diesem Thema in der täglichen Praxis konfrontiert sind, sowie ggf. mit den Ärztekammern begonnen werden. Präklinisch, aber auch klinisch tätige Ärzte würden einheitliche Leitlinien, an denen sie sich orientieren können, sicherlich begrüßen. Auch der nichtärztliche Bereich (Sanitäter) würde von einheitlichen Leitlinien profitieren, zumal diese Berufsgruppe vorwiegend in Algorithmen ausgebildet wird. Die Realität zeigt beispielsweise im ländlichen Bereich, dass oft bis zu 25 Minuten Wartezeit auf den Notarzt zu überbrücken sind. Durch einheitliche Richtlinien könnten Sanitäter noch vor dem Eintreffen des präklinischen Arztes mit den Therapiemaßnahmen beginnen (Stichwort Notfallkompetenzen).

Schreiber: Unser Land verfügt über einen notarztgestützten Rettungsdienst. Die Ausbildung der Notärzte ist österreichweit uniform geregelt. Meiner Meinung nach ist es wichtig, dass Therapiestrategie und Vorgehensweise innerhalb einer Region, also eines Netzwerks, einheitlich sind. Das ist in Österreich ja auch der Fall. Eine österreichweite Vorgehensweise wäre wünschenswert. Da das heimische Rettungswesen aber der Landesgesetzgebung unterliegt, gibt es hier Unterschiede, die schwer zu vereinheitlichen sind.

Trimmel: Die Etablierung dieser regionalen Netzwerke halte ich für eine grundlegend wichtige Errungenschaft. Die Struktur des Notarzdienstes und des Rettungswesens ist in Österreich relativ inhomogen. Oft bestehen über viele Jahre hinweg etablierte, häufig auch „rettungspolitisch“ motivierte Strukturen. Deshalb ist es schwierig, eine Vereinheitlichung zu erlangen. Der erste Schritt muss die Kontaktaufnahme der Netzwerke untereinander sein. Dieses Annähern wird immer wieder, unter anderem von der Industrie, forciert. Die Daten und die Strategien der einzelnen Netzwerke sollten möglichst einheitlich zur Verfügung stehen, um den für den Patienten idealen Weg beschreiten zu können. Dies ist aber leider – noch – nicht der Fall.

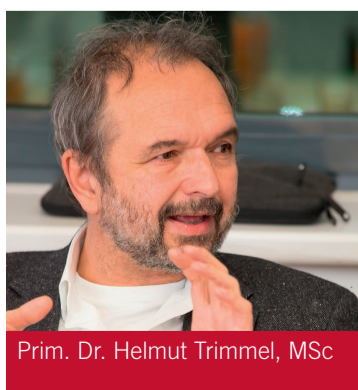
Benzer: Vor einigen Jahren gab es zu diesem Thema eine Task-Force des Bundesministeriums für Gesundheit, welche es sich zur Aufgabe gemacht hatte, einheitliche Richtlinien auf Basis von Guidelines der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft zu etablieren. Gemeinsam mit den Notarztssystemen wurde an einer präklinischen und klinischen Infarktlogistik gearbeitet, um diese dem aktuellen internationalen Standard zuzuführen. Durch diese Sitzungen kam es in Österreich zu einem Durchbruch, mit der Folge, dass Herzinfarktpatienten nach einheitlichen modernen Richtlinien behandelt werden. Empfehlungen konnten abgegeben werden; es kam zur Entstehung der Netzwerke. Daraus entstand ein von der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft verwaltetes Register, das über einige Jahre hinweg STEMI (ST-Streckenhebungs-/Elevations-Myokardinfarkte) zwar nicht lückenlos, aber trotzdem in größerem Ausmaß erhebt. Die Daten sind also vom Schmerzbeginn über den präklinischen Kontakt und die Behandlung bis hin zur Entlassung vorhanden. Darauf muss nun aufgebaut werden. Gemeinsam könnten weitere Daten gesammelt und danach analysiert werden. Die Vereinheitlichung muss natürlich über die verschiedenen Träger erfolgen.



Dr. jur. Michael Halmich



Prim. Univ.-Doz.
Dr. Werner Benzer



Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc



Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schreiber



Mag. rer. nat. Renée Gallo-Daniel

¹ <http://www.meduniwien.ac.at/hp/notfall/forschung/forschungsschwerpunkte/akutes-koronarsyndrom/>

PERI Group: Gibt es große regionale Unterschiede?

Schreiber: Aus meiner Sicht gibt es in der Behandlung des ST-Streckenhebungsinfarkts in Österreich keine dramatischen regionalen Unterschiede. Im Rettungsdienst spiegelt sich allerdings wider, dass jedes Bundesland, entsprechend dem Föderalismus im österreichischen Staat, sein eigenes Landesrettungsgesetz hat. Daraus kann abgeleitet werden, dass die regionalen Organisationsformen der Rettungsdienste unterschiedlich sind. Die einzelnen regionalen Netzwerke unterscheiden sich voneinander in der Behandlung. An einer gemeinsamen Vorgehensweise sollte mit vereinten Kräften und zum Wohle des Patienten gearbeitet werden.

Trimmel: Wichtig ist, zwischen ST-Streckenhebungsinfarkt und einem ACS anderer Provenienz zu unterscheiden, da die Therapiestrategien hier unterschiedlich verlaufen. Basis sollte eine einheitliche Dokumentation der rettungsdienstlichen Einsätze sein: Es gibt hier einen österreichweit einheitlichen Datensatz, freigegeben von allen in der Notfallmedizin vertretenen Fachgesellschaften, welcher momentan revidiert und demnächst publiziert wird. Darauf kann aufgebaut werden. Auch aus meiner Sicht ist die alleinige Zuständigkeit der Länder im Rettungsdienst hier problematisch, da dies dazu führt, dass eine bundesweite, gemeinsame Datensammlung nicht möglich ist.

PERI Group: Was bedeutet die unterschiedliche Behandlung bzw. Vorgehensweise in den verschiedenen Netzwerken für den Patienten?

Schreiber: Diese vorhandenen medikamentösen Unterschiede sind hinsichtlich der Auswirkungen auf den Patienten marginal und machen auch in Bezug auf den weiteren Krankheitsverlauf keinen großen Unterschied. Was die Prognose des Herzinfarktpatienten am meisten beeinflusst, ist wahrscheinlich die Entscheidungszeit des Patienten selbst. Es vergehen hier meist wichtige Minuten, manchmal sogar Stunden. Diese Zeit muss so kurz wie möglich gehalten werden.

PERI Group: Wie kann die Entscheidungszeit des Patienten verkürzt werden?

Trimmel: Die Entscheidungszeit der Patienten – damit ist die Zeit zwischen erstem Auftreten der Beschwerden bis zum Anruf beim Notarzt gemeint – unterliegt meiner Meinung nach einer beträchtlichen Fluktuation und ist abhängig von der Präsenz des Themas. Diese Entscheidungszeiten können nur dann nachhaltig verändert werden, wenn permanent darauf fokussiert wird. Dem Patienten muss klar sein, dass ein akuter Brustschmerz einen Notfall darstellt und damit nicht auf den Besuch beim praktischen Arzt gewartet werden kann. Hier bedarf es der Aufklärung und auch ständiger Bewerbung. Mediale Präsenz ist besonders wichtig. Die Öffentlichkeit muss regelmäßig darauf aufmerksam gemacht werden, am besten durch gezielte Aktionen alle sechs bis zwölf Monate.

Benzer: Ich bin auch der Ansicht, dass die Minimierung der Entscheidungszeit bei Herzinfarktpatienten höchste Priorität haben muss. Es gab hier schon zahlreiche Initiativen. Regelmäßige Information der Öffentlichkeit ist essenziell, sonst verpufft der Informationsgehalt wieder. Hier kann freilich auch die Industrie unterstützen. Die Menschen müssen auf die Symptome aufmerksam gemacht werden. Diese zu erkennen und rechtzeitig zu handeln kann lebenswichtig sein!

Schreiber: Bei Herzinfarktpatienten ist die Primärprävention essenziell. Prävention sowie auch Dokumentation sind jedoch mit hohem finanziellen Aufwand verbunden. Ich bin ebenfalls der Meinung, dass die Industrie hier viel beitragen kann. Die Initiative muss aber sicher vom Bund kommen.

Nebst der Verkürzung der Entscheidungszeit der Patienten müssen auch die Systemzeiten – zum Beispiel der Leitstelle, des fahrenden Rettungsdienstes und auch im Krankenhaus – immer weiter optimiert werden.

PERI Group: Kann man an den Zeiten in den einzelnen Systemen arbeiten? Wie wichtig ist hier die Dokumentation der Daten?

Schreiber: Ja, an den Systemzeiten kann gearbeitet werden, dies würde aber eine durchgängige und einheitliche Dokumentation der Einsätze voraussetzen. Doch der Rettungsdienst dokumentiert nicht digital und weiß somit nicht, was er tut. Nur der Notarzt dokumentiert digital, das aber auch nicht flächendeckend bzw. einheitlich in Österreich. Der nichtarztgestützte Rettungsdienst dokumentiert lediglich handschriftlich auf Papier. Eine einheitliche digitale Dokumentation hat also oberste Priorität.

Trimmel: Rettungsdienst und Krankentransport sind hier stark verschränkt. Meiner Meinung nach wäre es eine höchst sinnvolle Aufgabe des Ministeriums bzw. des Bundes, eine Dokumentationsmöglichkeit zur Verfügung zu stellen. Diese sollte möglichst webbasiert funktionieren, dem jeweiligen Rechtsträger seinen Datensatz in vollem Umfang zur Verfügung stellen und sich zur Qualitätssicherung nur anonymisierter Daten bedienen. Ich denke, dass die Sensibilisierung der Betroffenen als Initialzündung dienen kann. Am Beispiel des ACS zeigt sich, wie wesentlich es wäre, mithilfe aller in den Versorgungsprozess integrierten eine vernünftige und einheitliche Datensituation zu generieren. Die Notwendigkeit der einheitlichen Dokumentation zum Zweck der Datennutzung muss aufgezeigt werden.

Halmich: Die Dokumentationspflicht im österreichischen Rettungswesen ist gesetzlich geregelt. Jeder sanitätsdienstliche Einsatz muss demnach dokumentiert werden. Die Dokumentation hat direkt nach dem Einsatz zu geschehen und erfolgt bei Sanitätern in der Regel handschriftlich. Jeder Patient hat das Recht, Einsicht in die Dokumentation zu verlangen. Im Haftungsrecht wird die Ansicht vertreten, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme als nicht gesetzt gewertet wird. Die Beweislast trägt dann der schlecht Dokumentierende. Besser als die Papierform wäre eine elektronische Erfassung, da diese auch für andere Auswertungen verwendbar wäre (z. B. Ausbildungsbereich, Steuerung der Fort- und Weiterbildung, Fehlermanagement etc.).

Benzer: Seit zehn Jahren besteht die ACS-Datenbank der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft. Diese beinhaltet die Dokumentation von nahezu 10.000 Infarktpatienten aus ganz Österreich. Diese Datenbank könnte die Basis für ein System sein, das auf den gesamten Rettungsapparat ausgedehnt und auch auf andere Herzkrankheiten ausgeweitet werden könnte. Österreich kann sich an Schweden orientieren, das System der einheitlichen Dokumentation funktioniert dort vorbildlich.

In der Reihe „Ultima Ratio“ werden regelmäßig aktuelle Themen aus dem österreichischen Gesundheitssystem von Experten aus unterschiedlichen Institutionen debattiert. „Ultima Ratio Excerpt“ ist eine Zusammenfassung dieser Diskussionsrunden. Die Diskussionsrunde „State-of-the-Art-Behandlung des ACS-Patienten im Notfallsetting in Österreich“ fand mit freundlicher Unterstützung von AstraZeneca Österreich GmbH statt.