



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

Einfluß von notarztbesetzten Rettungsmitteln auf die Qualität der präklinischen Versorgung von Patienten mit akutem Myokardinfarkt unter Berücksichtigung eines Schnelltests zur Bestimmung von kardialen Troponin T

Autor: Arne Budde
Einrichtung: Institut für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. K. Ellinger

Es soll geklärt werden, ob Patienten mit akutem Myokardinfarkt (AMI) in Bezug auf Therapie, präklinischer Dauer und stationärer Weiterbehandlung von einem Notarzt profitieren und inwieweit ein Troponin T-Schnelltest zur Diagnostik beitragen kann.

Von Juli 1994 bis Februar 1995 wurden alle notärztlich eingewiesenen Patienten, bei denen präklinisch der Verdacht eines AMI nicht ausgeschlossen werden konnte, prospektiv in die Studie aufgenommen. Als Vergleichskollektiv dienten die Daten aller im gleichen Zeitraum nicht notärztlich eingewiesenen Patienten, die mit der Diagnose eines AMI behandelt wurden.

218 Patienten wurden so ermittelt, von denen 97 einen AMI erlitten hatten. Die Daten von 95 Patienten mit AMI ließen sich sechs präklinischen Rettungsketten (RK) zuordnen. Rettungskette S: 13 Patienten, die sich direkt in ein Krankenhaus begaben, RK-NEF: 11 Patienten, die direkt notärztliche Hilfe bekamen, RK-HA-NEF: 26 Patienten, die nach Primärversorgung durch einen niedergelassenen Arzt von einem Notarzt begleitet wurden, RK-HA: 42 Patienten, die nach Versorgung durch einen niedergelassenen Arzt ohne notärztliche Betreuung das Krankenhaus erreichten (davon transportierte der Rettungsdienst 27 allein, in zwei Fällen begleitete der niedergelassene Arzt den Patienten und in 13 Fällen kamen die Patienten ohne Betreuung), RK-RD-NEF: 2 Patienten, die nach Primärversorgung durch den Rettungsdienst durch einen Notarzt weiter betreut wurden. RK-RD: ein Patient, der vom Rettungsdienst allein versorgt und transportiert wurde.

Patienten der RK-HA hatten ein längeres präklinisches Intervall als Patienten der RK-S ($p < 0,05$), der RK-NEF ($p < 0,05$) und der RK-HA-NEF ($p < 0,05$). Verglichen mit Patienten der RK-HA waren nach einer Stunde mehr Patienten der RK-S ($p < 0,01$), nach zwei Stunden mehr Patienten der RK-NEF ($p < 0,01$), nach drei und vier Stunden mehr Patienten der RK-NEF bzw. RK-HA-NEF ($p < 0,05$) in stationärer Behandlung. Nach präklinischer Versorgung durch einen Notarzt konnten mehr Patienten thrombolytisch behandelt werden ($p < 0,05$). Notärztlich versorgte Patienten erhielten signifikant häufiger Morphine ($p < 0,01$), Nitropräparate ($p < 0,01$) und Thrombozytenaggregationshemmer ($p < 0,01$). Patienten, die keinen niedergelassenen Arzt konsultiert hatten, lagen kürzere Zeit im Krankenhaus (RK-S: 22 Tage; RK-NEF: 19 Tage) als Patienten der RK-HA-NEF (26,5 Tage) und RK-HA (27,5 Tage; p ns). Die Frühmortalität innerhalb der ersten 12 Stunden war in RK-NEF höher als in RK-HA ($p < 0,05$).

Der Troponin T-Schnelltest hatte in Bezug auf die Diagnose eines AMI eine Sensitivität von 33,3 Prozent und eine Spezifität von 95,9 Prozent ($p < 0,01$). Patienten starben häufiger nach positivem als nach negativem Troponin T-Schnelltest ($p < 0,05$).

Die Ergebnisse zeigen deutlich die höhere Qualität in der Versorgung durch einen Notarzt. Durch Aufklärung in der Bevölkerung, in der niedergelassenen Ärzteschaft und im Rettungsdienst könnte eine bessere Ausschöpfung vorhandener Ressourcen erreicht werden. Notärzte könnten die Qualität ihrer Versorgung durch häufigere Ausnutzung der therapeutischen Möglichkeiten steigern. Der Troponin T-Schnelltest kann durch die niedrige Sensitivität nicht zur Verbesserung der Diagnostik beitragen. Prognostische Hinweise des Tests könnten zur Qualitätssteigerung beitragen.