

REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

Folge 6 – Wann bin ich (k)ein Notfall?

Vorspann mit Hintergrundmusik

STEFANIE HEMMER: Und alle Patienten, die zu uns kommen, kommen ja, weil sie Sorge um ihre Gesundheit haben und das selber nicht so richtig gut einschätzen können.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Jeder Patient, der kommt, wird erst eingeschätzt, durchläuft das Triage-System.

STEFANIE HEMMER: Wir sind ja in Jena das einzige Krankenhaus und sind gleichzeitig ein Universitätsklinikum, das heißt, wir sehen hier alles.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Zeitweise haben wir dann bis zu 60 Patienten hier in der Notaufnahme.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute sind wir zu Gast in der Notaufnahme und beschäftigen uns mit der Frage, wann bin ich ein Notfall oder eben nicht? Viele haben so ein Bild von der Notaufnahme, überfüllte Wartezimmer, lange Wartezeiten, zu wenig Personal. Aber ist das wirklich so? Und was passiert vielleicht im Hintergrund, was die Menschen im Wartezimmer gar nicht mitbekommen? Darüber sprechen wir heute mit unseren beiden Experten aus der Notaufnahme, dem Leiter, Jan-Christoph Lewejohann, hallo.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Hallo.

MODERATORIN: Und Oberärztin Stefanie Hemmer, hallo.

STEFANIE HEMMER: Hallo.

MODERATORIN: Arzt oder Ärztin in der Notaufnahme klingt auf jeden Fall nach einem spannenden Job. Können Sie mal beschreiben, wie so ein typischer Arbeitstag in der Notaufnahme aussieht?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Ja, das fängt morgens an um 7.15 Uhr, dass wir uns zur Übergabevisite treffen, wo wir die Patienten aus der Nacht übergeben. Wenn wir die dann übergeben haben, gehen wir gemeinsam in die Röntgenbesprechung. Je nachdem, ob instabile Patienten da sind oder nicht, können dann alle mitkommen in die Röntgenbesprechung. Oder einer oder mehrere Mitarbeiter müssen da bleiben, um instabile Patienten zu versorgen. Dann schauen wir uns mit den Radiologen zusammen die Bilder aus der Nacht und vom Vortag an, die interessant waren und bemerkenswert waren. Oder wo wir vielleicht noch irgendwas in die Wege leiten müssen für die Patienten, dass dann noch was im Nachhinein gesehen wurde bei der weiteren Befundung. Und dann beginnt unser normaler Arbeitstag, wo dann zunehmend, das ist in allen Notaufnahmen so, Patienten bei uns eintreffen. Der Peak beginnt um 11 Uhr und das ist eine Kurve, die dann bis 14 Uhr deutlich zunimmt in allen Notaufnahmen und dann bis 21, 22 Uhr langsam abnimmt. Zeitweise haben wir dann bis zu 60 Patienten hier in der Notaufnahme.

STEFANIE HEMMER: Das ist zumindest die Theorie. Ganz oft kommen ja noch Notfälle dabei, die vorher nicht eingeplant sind, die dann kurzfristig sehr viel Personal auf einmal binden, sodass es halt zu diesen berühmten Wartezeiten kommt und auch zu mehreren Nachfragen, ob wir Patienten vergessen haben.

MODERATORIN: Und wie gehen Sie dann damit um?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Die Patienten werden insgesamt erstmal, bevor sie zu uns

kommen, ersteingeschätzt oder triagiert. Die Begriffe werden gleichmäßig benutzt, aber es ist eher eine Ersteinschätzung, wo eine Pflegekraft, die extra dafür geschult ist, systematisch mit dem ESI-Triage-Algorithmus schaut, wie dringlich muss der Patient ärztlich behandelt werden. Das ist ein fünfstufiges Schema, da werden auch Farben dann vergeben von Rot bis Blau und der Dringlichkeit entsprechend wird dann der Patient, der dringlicher anzuschauen ist, als Erster gesehen. Dazu gehören zum Beispiel, also Patienten mit Brustschmerzen würden sehr schnell gesehen werden, Patienten mit Schlaganfall oder Schlaganfallverdacht würden schnell gesehen werden, mehrfach verletzte Patienten oder polytraumatisierte Patienten, die haben natürlich Vorrang. Und dadurch kommt es für andere Patienten natürlich zu Wartezeiten, weil da mit unter viel Personal gebunden wird.

MODERATORIN: Machen Sie da auch einen Unterschied, ob ich jetzt zu Fuß selber in die Notaufnahme kommen kann oder ob ich mit dem Rettungswagen komme?

STEFANIE HEMMER: Das ist lediglich ein Unterschied, von welcher Seite Sie in die Triage kommen. Die Patienten, die hier liegen, mit dem Rettungsdienst kommen, die kommen auf der einen Seite zu unserem Triagezimmer, die fußläufigen Patienten kommen auf der anderen Seite rein. Alle werden nach demselben Algorithmus triagiert und es gibt Patienten, die kommen mit dem Rettungsdienst, die sind trotzdem nicht dringlich und gehen dann ins Wartezimmer. Es gibt aber auch Patienten, die kommen fußläufig und in der Triage stellt man fest, es ist ein lebensbedrohliches, zeitkritisches Krankheitsbild und dann gehen die auf die Liegerseite und kommen sofort dran.

MODERATORIN: Welche Patienten und Patientinnen kommen denn so typischerweise in die Notaufnahme?

STEFANIE HEMMER: Also wir sind ja in Jena das einzige Krankenhaus und sind gleichzeitig ein Universitätsklinikum. Das heißt, wir sehen hier alles vom angestoßenen kleinen Zeh übers Polytrauma, den Herzinfarkt, aber auch Patienten, die der universitären Spezialmedizin zuzuordnen sind, wie Patienten nach Transplantation oder mit anderen seltenen Erkrankungen.

MODERATORIN: Kann man irgendwie sagen, wann bin ich denn im Notfall, wann sollte ich in die Notaufnahme kommen und wann nicht?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Ich würde ja unter Umständen, wenn ich noch zu Hause bin, unter Umständen so schwer krank sein, dass ich den Rettungsdienst informiere, dass ich darüber in die Klinik komme. Das ist zum Beispiel, wenn ich starke Brustschmerzen habe, wenn ich Luftnot habe, wenn ich eine schwere allergische Reaktion habe, wenn ich einen Unfall habe und unter Umständen schon in der Übersicht sehe, dass da was gebrochen ist als Patient, dann wird man mit dem Rettungswagen in die Klinik kommen in aller Regel. Es gibt aber auch Patienten, die nicht so ein hohes Empfinden haben, dass sie den Rettungsdienst rufen möchten, müssen die mitunter auch mit Brustschmerzen mal über die Läuferseite in die Notaufnahme kommen. Das ist leider ganz verschieden. Aber die meisten schwerer erkrankten Patienten kommen tatsächlich mit dem Rettungsdienst zu uns.

STEFANIE HEMMER: Und alle Patienten, die zu uns kommen, kommen ja, weil sie Sorge um ihre Gesundheit haben und das selber nicht so richtig gut einschätzen können. Und auch wenn das, wir machen ja den ganzen Tag und die Nacht nichts anderes, als die Patienten sehen. Und auch wenn das für uns vielleicht nur eine geringfügige Störung ist, dann kann das ja trotzdem für den Patienten sehr große Sorge auslösen, weil er das nicht einschätzen kann. Wenn er dann womöglich auch noch seine Symptome gegoogelt hat, dann ist es noch schlimmer geworden. Und wir bemühen uns da auch immer sehr um Verständnis und um Aufklärung. Aber das ist prinzipiell ein Problem, was man nur gesamtgesellschaftlich durch Aufklärung und Gesundheitserziehung lösen kann.

MODERATORIN: Das heißt, wir schicken niemanden weg. Wer hier kommt, wird auf jeden Fall angeschaut.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Jeder Patient, der kommt, wird ersteingeschätzt, durchläuft das Triage-System, standardisiert spätestens innerhalb von zehn Minuten. Das heißt,

innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen wird das zumindest von einer Pflegekraft erst einmal eingeschätzt. Im systematischen System ist das ein schwer erkrankter Patient, der schnell einer medizinischen Behandlung bedarf oder nicht.

MODERATORIN: Und Triage heißt nicht Leben oder Tod, wie man es auch bei Corona-Patienten kennt.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Genau, das muss man auch ganz klar sagen. Diese Systeme findet man in der Literatur unter Triage-Systeme. Es ist aber eine Ersteinschätzung bezüglich der Dringlichkeit medizinischer, vor allen Dingen ärztlicher Maßnahmen.

STEFANIE HEMMER: Nur die Begrifflichkeit, die kommt halt aus der Kriegschirurgie und vom Schlachtfeld. Aber hier geht es um Behandlungsdringlichkeit in Friedenszeiten.

MODERATORIN: Ist hier dann auch der Kassenärztliche Dienst angedockt?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Genau, wir haben eine sogenannte Portalpraxis. Außerhalb der Regelarbeitszeiten der niedergelassenen Ärzte haben wir den sogenannten Sitzdienst von der Kassenärztlichen Vereinigung hier. Das ist ein Arzt, der täglich wechselt und dann in zwei Behandlungszimmern, nachdem die Patienten, die Triage durchlaufen sind, die niedrig triagierten Patienten der Kategorie 4 und 5 anschaut.

STEFANIE HEMMER: Dadurch kommen die Patienten natürlich sehr viel schneller dran, als wenn die warten müssen, bis die bei uns im Ablauf dran wären.

MODERATORIN: Jetzt kommen die Leute hier wegen ganz verschiedenen Sachen in Notaufnahme. Gibt es dann auch so viele unterschiedliche Fachgebiete, die hier mitarbeiten in der Notaufnahme?

STEFANIE HEMMER: Naja, wir betreiben unsere Notaufnahme ja interdisziplinär. Das bedeutet für uns, dass die Ärzte, die hier arbeiten, alle Patienten sehen, egal welchem Fachgebiet, auf den ersten Blick der Notfall zuzuordnen ist. Und wir haben jetzt nicht in jedem Fach das absolute Spezialwissen, aber wir wissen genug über die Notfälle aus den verschiedenen Fachgebieten, dass wir die erstmal angucken, einordnen und behandeln können, solange bis dann wir sie an die Fachdisziplinen weitergeben.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Die Kollegen der Fachdisziplinen rufen wir dann dazu und die kommen dann hier runter. Zum Beispiel ist es so bei Patienten, die mit einem Schlaganfallverdacht kommen, dass die Kollegen aus der Neurologie primär mit dabei sind und die Kollegen der Radiologie primär informiert sind, schon vor Eintreffen des Patienten, damit da kein zeitlicher Verzug eintritt. Oder aber Patienten, die mit einem Herzinfarkt vom Rettungsdienst kommen, der im EKG auch als Herzinfarkt sich manifestiert, als sogenanntes DEMI, da ist es so, dass wir das Herzkatheterlabor dann schon vorab informieren und auch versuchen, das EKG, das präklinische zu akquirieren und dann schon an die kardiologischen Kollegen weiterzuleiten, damit da kein Zeitverzug entsteht.

STEFANIE HEMMER: Das heißt, die dringlichen Fälle behandeln wir auch interdisziplinär von Anfang an und dafür gibt es bestimmte Behandlungspfade, SOPs, die wir dann auch gemeinsam erarbeitet haben und nachverfolgen.

MODERATORIN: Können Sie die ein bisschen genauer erläutern?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Zum Beispiel, wenn polytraumatisierte Patienten kommen, das ist, glaube ich, eines der besten Beispiele, da sind viele Fachabteilungen daran beteiligt. Wir kriegen in der Regel vorab die Informationen, entweder vom Rettungshubschrauber oder vom Notarzt. Dann haben wir noch ein gewisses Zeitfenster, um zu organisieren, dass die richtigen Fachdisziplinen kommen. Wir haben da so einen Gruppenruf übers Telefon, wo wir dann alle, die an der Polytrauma-Behandlung beteiligt sind, informieren über das, was uns bis zu dem Zeitpunkt das bekannte Krankheitsbild. Dann nach dem ABCDE-Schema die entsprechenden Beeinträchtigungen schon durchgeben an die Kollegen, die dazukommen. Dann treffen wir uns rechtzeitig vorher, bevor der Patient eintrifft. Dann ist es so, dass unsere Pflegekräfte und die

Pflegekräfte der Anästhesie schon quasi die Katheter-Tische decken. Im CT, dass das Computertomographie-Gerät freigehalten wird, was bei uns interessanterweise in einem Schockraum gelegen ist. Also das ist einmalig in Deutschland, dass man direkt im CT einen Patienten als Schockraumpatienten übernimmt. Und dann wird der Patient vom Notarzt übergeben, während die gesamte Mannschaft vor Ort ist.

STEFANIE HEMMER: Neben der ZNA und der Unfallchirurgie und der Anästhesie ist halt meistens noch die Neurochirurgie dabei, manchmal die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie. Oder wenn es sich bei dem verunfallten Patienten um ein Kind handelt, kommen natürlich die Kollegen der Kinder-ITS und der Kinderchirurgie noch dazu.

MODERATORIN: Vielleicht können Sie nochmal ABCDE-Schema erklären für die Zuhörer?

STEFANIE HEMMER: Also wir schauen uns bei jedem Patienten an, ob der kritisch ist, ja oder nein. Und um zu entscheiden, ob der kritisch ist, gehen wir nach ABCDE vor. A steht für Airway. Das heißt, wir gucken, ob der Atemweg offen ist, ob der Patient ein Stridor hat beim Ein- und Ausatmen, ob der gut Luft kriegt. Bei B das heißt es steht für Breathing, wie die Atemfrequenz ist, wie die Sauerstoffsättigung ist, wie viel Sauerstoff der braucht und wie die Atemarbeit ist. Also ob der gut atmen kann oder ob der sich womöglich festhält, ob die Atemhilfsmuskulatur benutzt wird. C steht für Circulation. Da schauen wir nach dem Blutdruck und der Herzfrequenz, aber auch danach, wie die kapillare Durchblutung ist. Bei D, das steht für Disability. Da würden wir Coma Scale erheben, ob der Patient wach, ansprechbar ist, ob der Fragen beantworten kann. Ist der orientiert? Kann er alle Extremitäten bewegen? Oder haben wir Verdacht auf einen Schlaganfall oder eine Blutung? E steht für Environment. Da gucken wir nach der Körpertemperatur, nach Verletzungsmuster. Bei E würden wir auch den Patienten entkleiden vollständig und natürlich unter Wärme erhalten. Wir wollen ja nicht, dass er auskühlt. Immer wenn wir bei irgendeinem Buchstaben was finden, was nicht in Ordnung ist, dann müssen wir da Maßnahmen erheben. Und dann fangen wir von vorne wieder an. Und wenn wir dann durchkommen bis zu E und mit E fertig sind und haben alles abgearbeitet, dann ist unser Patient hoffentlich stabiler, als da, wo er angekommen ist.

MODERATORIN: Das klingt nach sehr klaren Abläufen. Schema, wie lernt man das?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Einmal lernt man das in Kursen. Zum Beispiel machen wir für Patienten, die einer Wiederbelebung bedürfen, Wiederbelebungskurse, standardisiert von der American Heart Association. Das sind Advanced Cardiac Life Support Kurse. Da muss man, bevor man am Kurs teilnimmt, schon ein Curriculum durcharbeiten, eine Prüfung ablegen online. Erst dann darf man den Kurs absolvieren. Das ist letztlich ein Management-Kurs. Wie geht man ran? Wie sieht eine Wiederbelebung aus? Das weiß eigentlich jeder, der im medizinischen Bereich tätig ist. Aber da geht es um die Abläufe zwischen den handelnden Akteuren. Dann wird das im Rahmen einer Prüfungssituation abgenommen von einem zertifizierten Instruktor. Dann muss man auch noch eine schriftliche Prüfung schreiben. Das ist relativ aufwendig. Aber dann ist man zertifiziert, zum Beispiel für eine Wiederbelebung. Das gibt es auch für traumatologische Patienten als ATLS-Kurse. Das gibt es für Kindernotfälle, das nennen sich dann PALS-Kurse. Das ist erstmal, dass man die Grundlagen lernt. Wenn es in die Praxis geht, machen wir das so, dass wir einmal im Quartal ein chirurgisches Schockraumtraining machen. Dann machen wir einmal wöchentlich ein Skills-Training. Dann machen wir auch in lockeren Abständen Reanimations- und Szenarientrainings, sodass alle Mitarbeiter da auf einem möglichst hohen Standard kommen, um diese Notfälle abzuarbeiten.

STEFANIE HEMMER: Das Wichtigste ist, dass man die Zusammenarbeit übt, dass man die Kommunikation unter Stress übt, dass man da bestimmte Regeln einhält. Beim chirurgischen Schockraumtraining machen wir es so, wie im chirurgischen Schockraum auch. Das machen wir zusammen mit der Anästhesie und der Unfallchirurgie. Dann kommen von allen Abteilungen nicht nur Ärzte, sondern auch Pflegekräfte dazu. Dann üben wir das genau, wie es im Schockraum stattfindet.

MODERATORIN: Es ist schon ganz oft der Begriff Schockraum gefallen. Können Sie beschreiben, was den Schockraum ausmacht? Was ist bei uns im UKJ besonders?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Das Besondere am UKJ ist, dass wir einen Schockraum haben, wo ein High-End-CT-Gerät drinsteht, wo die Radiologen in einem Befundungsraum direkt vor Ort sind. Wir können zeitgleich in dem Schockraum arbeiten und uns hinter einer Strahlenschutzwand aufhalten, wenn die CT-Untersuchung läuft. D.h., eine Gruppe von Ärzten kann sich im Befundungsraum aufhalten, die Bilder besprechen und mit uns in dem Raum kommunizieren, wo wir hinter der Strahlenschutzwand stehen. Wir können dann jederzeit intervenieren, wenn irgendwas beim Patienten zu tun wäre. Das ist eine Besonderheit. Ansonsten sind Schockräume standardisiert und auch nach diesem ABCDE-Schema ausgestattet. Die sind sehr hochqualitativ ausgestattet. Da sind alle Medizingeräte vorhanden, die man für solche Situationen braucht. Also Beatmungsmaschine, Infusionspumpen, Medikamente, auch sortiert nach Notfällen schon. Alles, was man z.B. für eine Intubation braucht, auf einem Intubationswagen, Videolaryngoskope, Bronchoskope haben wir in diesen Räumen. Alles, um größere Gefäßzugänge zu legen. Wir haben ein großes Spektrum an Materialien, um Patienten zu stabilisieren, gegebenenfalls auch wieder zu beleben.

MODERATORIN: Was ist denn generell besonders an unserer Notaufnahme am UKJ? Was kann unsere Notaufnahme, was eine normale Notaufnahme in einem kleineren Krankenhaus nicht kann?

STEFANIE HEMMER: Wir haben hier den Ansatz, dass wir interdisziplinär arbeiten. Wir arbeiten so wie im angloamerikanischen Raum oder wie es z.B. später bei einem eventuellen Facharzt für Notfallmedizin gedacht ist. D.h. bei uns behandelt das Ärzteteam alle Notfälle, die durch die Tür kommen. Gleichzeitig ist es auch noch so, dass dadurch, dass das UKJ das einzige Krankenhaus ist, wir auch ganz normale Notfälle sehen, wie den Blinddarm oder einen Sprunggelenksbruch. Während wir an anderen Unikliniken nur ganz besondere Fälle der universitären Spezialversorgung sehen würden. Das ist hier besonders. Deshalb macht es uns hier so großen Spaß zu arbeiten.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Dazu kommt noch, dass das baulich bedingt, die Fachabteilungen, die dazukommen, sehr schnell da sind. Das ist ein Klinikum der kurzen Wege. Wenn die Kollegen aus der Anästhesie als Beispiel dazukommen, das dauert ungefähr 30 Sekunden, weil die genau im Stockwerk über uns sind. Die Kollegen aus der Kardiologie sind mit ihrer Intensivstation auch im Stockwerk über uns. Die sind auch in 30 Sekunden da. Das ist die Besonderheit, dass das so eng verzahnt ist mit dem Haus, dass die ganzen Spezialabteilungen bei Bedarf auch sehr schnell zur Verfügung stehen. Und in einem sehr breiten Spektrum, muss man sagen.

STEFANIE HEMMER: Es gibt für jeden erdenklichen Notfall in dieser Klinik den passenden Spezialisten zu jeder Uhrzeit. Das ist schon echt Luxus.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Das geht bis hin, wir kriegen ja auch Patienten mit infektiologischen Fragestellungen, dass wir einen infektiologischen Rufdienst haben, den wir Tag und Nacht anrufen können. Und wo wir dann wirklich aktuelle Therapieempfehlungen bekommen, wenn wir die zum Beispiel nicht parat haben oder uns unsicher sind.

MODERATORIN: Wenn jetzt irgendwo auf der Autobahn ein Riesencrash war, dann wissen Sie, da kommt ein Anruf zu Ihnen. Was läuft dann bei Ihnen an Vorbereitungen?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Da haben wir ein sogenanntes MANV-Konzept, ein Konzept für den Massenanfall von Verletzten. Dieses Konzept ist in den letzten Jahren sehr weiterentwickelt worden vom Dr. Krohn. Und das ist mittlerweile so, dass wir die ganzen Checklisten und Dokumente, die dafür notwendig sind, zwar auch in Ordnern haben, aber zusätzlich auf jedem Rechner im Klinikum einen SOS-Button haben. Wie man auch jedes Programm starten kann. Das ist immer auf dem Desktop. Da klicke ich drauf, dann brauche ich nur noch auf das Stichwort MANV geben, also Massenanfall von Verletzten, und bekomme dann als Mitarbeiter, zum Beispiel, wenn ich Oberarzt ZNA habe, meine individualisierte Checkliste, was ich abuarbeiten habe. Und dann braucht man nicht unruhig zu werden, sondern wirklich nur diese Liste abuarbeiten. Und das fängt eigentlich damit an, dass ein Fax von der Leitstelle kommen würde, also von der Rettungsleitstelle bei uns, bei den Administrationskräften auflaufen würde, und

die uns dann in Kenntnis setzen, dass dieses Fax gekommen ist, denn man würde das ja nicht leichtfertig auslösen. Und dann dieser Algorithmus ablaufen würde, wo viele Fachabteilungen dann involviert sind.

STEFANIE HEMMER: Wo auch Mitarbeiter von zu Hause alarmiert würden zur Verstärkung, die sich dann auch hier anfinden würden. Wir bauen dann quasi, in dem Moment, wo das Fax kommt, fangen wir an, alles umzubauen, die ZNA leer zu machen, damit wir dort Patienten in Empfang nehmen können und Patienten kategorisieren können, Patienten einschätzen können, die dann von dort aus weitergehen, wenn es ein Unfall ist, in den OP. Und da käme dann zusätzlich noch der Chirurg dabei, der dann entscheidet, wer in welcher Reihenfolge operiert werden muss, sowie auch die Patienten, die dann in den OP kommen, die dann für OP-Teams zur Verfügung stehen.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Das wird regelhaft geübt. Wir haben letztes Jahr insgesamt dreimal das geübt, auch mit dem Rettungsdienst zusammen, weil da geht es vor allen Dingen auch darum, in diesem Fall Patienten wirklich zu triagieren. Da gibt es auch einen besonderen Triage-Algorithmus, um festzulegen, wer soll wie dringlich einer Operation, einer Intervention zugeführt werden.

STEFANIE HEMMER: Und gerade in diesen Notfallsituationen ist es ganz besonders wichtig, dass jeder weiß, was seine Funktion und was seine Aufgabe ist von Anfang an, damit die ganzen Dominos richtig in der richtigen Reihenfolge umfallen sollen. Wenn man dazwischen welche rausnimmt, dann gibt es halt ein Problem.

MODERATORIN: Jetzt haben wir hier am UKJ im Grunde zwei Notaufnahmen, die normale, sage ich mal, und die Kindernotaufnahme. Haben Sie mit der was zu tun?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Ja, mit denen arbeiten wir eigentlich eng zusammen, tauschen uns auch regelmäßig aus. Es ist so, dass es eine Regelung gibt, dass alle Patienten über 18 Jahre bei uns behandelt werden, alle unter 18 Jahren in der Kindernotaufnahme. Ja, aber muss man sagen, es gibt besondere Notfälle, wo dann zum Beispiel ein schwer verunfalltes Kind kommt und dann bildgebende Maßnahmen braucht oder eine Schockraumversorgung. Da würde sich dann das gesamte Schockraumteam, vor allem auch die Kinderchirurgen, die Kinderintensivstationen, die Pädiater hier vor Ort treffen und den jeweiligen Patienten hier anfangen zu behandeln. Das ist aber dem geschuldet, dass das CT-Gerät hier steht und das das Beste ist, was wir im UKJ haben.

STEFANIE HEMMER: Und der Hubschrauber würde ja auch bei uns auf dem Dach landen. Genau.

MODERATORIN: Haben Sie noch eine Abschlussbotschaft für Menschen, die überlegen, bin ich ein Notfall, soll ich in die Notaufnahme gehen?

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Sagen wir mal, man kann das so nennen, wenn ich denke, dass ich eine Befindlichkeitsstörung habe, dann bin ich auch vom zeitlichen Fenster her und von dem, was gemacht wird, besser bei meinem Hausarzt aufgehoben. Wenn ich aber so etwas habe wie Brustschmerzen oder den Eindruck habe, ich habe mir ein Knochen gebrochen, wo es offensichtlich ist, dann macht es Sinn, gleich eine Notaufnahme aufzusuchen. Insbesondere wenn ich schwer Luft kriegen würde, also bei Brustschmerzen, würde ich schon empfehlen, den Rettungsdienst zu rufen, wenn ich ein Arm oder Bein nicht mehr bewegen kann oder nicht mehr sprechen kann. Gerade weil die Zeitfenster wichtig sind bei Schlaganfällen, würde ich immer den Rettungsdienst rufen, weil es einfach zu lange dauert, sich privat in ein Klinikum bringen zu lassen.

STEFANIE HEMMER: Und wenn Sie zu uns kommen, bringen Sie bitte ein bisschen Geduld und Verständnis mit, dass es womöglich Patienten gibt, die schneller behandelt werden müssen als Sie. Und am besten bringen Sie sich auch etwas zu lesen mit, damit Ihnen die Zeit nicht lange wird. Und es ist auch okay, zu fragen, ob wir Sie vergessen haben, weil es kommt tatsächlich manchmal auch vor. Aber meistens machen wir das nicht aus Absicht, dass Sie so lange warten müssen.

DR. JAN-CHRISTOPH LEWEJOHANN: Und im Wartezimmer ist es so, wenn Patienten früher

aufgerufen werden als ich selber, dann liegt das sehr wahrscheinlich daran, dass der eine andere Ersteinschätzungskategorie bekommen hat, also als dringlicher erachtet worden ist. Das sehe ich den Patienten leider nicht an der Nasenspitze an.

MODERATORIN: Dankeschön, ich hoffe, wir konnten ein bisschen aufklären. Wir vergessen hier niemanden, aber es gibt eben Gründe, warum man manchmal länger warten muss. Ganz herzlichen Dank, wir hören uns wieder.

Abspann mit Hintergrundmusik