



wendige zu tun. Dies bedeutet beispielsweise, nicht aufgrund eines Röntgenbildes zu operieren, sondern auf den Patienten zuzugehen und zu schauen, wie er sich fühlt. Geht es ihm gut, operiert man eben nicht. Es ist immer eine individuelle Entscheidung, bei der der Patient im Mittelpunkt steht.

Bieten Sie als Ombudsstelle auch an, sich in Konfliktfällen mit dem Arbeitgeber in Verbindung zu setzen, sofern von dem oder der Beratungssuchenden gewünscht?

Finke: Das kommt auf den Einzelfall an. Unsere Rolle sehen wir mehr in der Beratung. Wenn sich der leitende Arzt gegen

die Krankenhausverwaltung stellt, birgt das natürlich ein großes Konfliktpotenzial. Da wird eher der Arzt entlassen als umgedacht. In solchen Fällen ist es besser, wenn sich mehrere leitende Ärzte eines Hauses zusammenschließen und gemeinsam mit dem Arbeitgeber sprechen.

Damit kann sich die Chance auf ein Überdenken der Situation verbinden, denn tatsächlich geht es den Kliniken ja auch um ihren Ruf. Sie möchten gute Leute gewinnen. Und heute lassen sich die jungen Ärztinnen und Ärzte nicht mehr alles gefallen.

Was ich mir vorstellen kann, ist, dass die Ombudsstelle einer ganzen Abteilung oder mehreren leitenden Ärztinnen und

Ärzten eine Fortbildung über die Berufsordnung anbietet.

Die Ombudsstelle soll auch politische Organe bei der Bearbeitung dieses Konfliktfeldes unterstützen. Wie ist das vorgesehen?

Stüwe: Noch stehen wir ganz am Anfang und müssen abwarten, was an uns herangetragen wird. Die gemeldeten Konfliktfälle sollen gesammelt und ausgewertet werden, um auf dieser Grundlage möglicherweise auch politische Maßnahmen unterstützen zu können.

Interview: Katja Möhrle

Der interessante Fall

160 Tassen Kaffee

Koffeinintoxikation bei einer 18-jährigen

Es stellte sich rettungsdienstlich eine 18-jährige Patientin mit übermäßigem Konsum von Koffeinkapseln in einer Menge von ca. 8 Gramm, was mehr als 160 Tassen Kaffee entspricht, in suizidaler Absicht vor. Die körperliche Untersuchung war unauffällig, die Patientin berichtete über unspezifische abdominale Beschwerden, Übelkeit sowie Erbrechen. Dauerhafte Medikamenteneinnahmen oder Vorerkrankungen wurden nicht beschrieben. Präklinisch erhielt die Patientin 2 mg Midazolam und 5 mg Metoprolol.

Eine Rückfrage in der Giftnotrufzentrale erbrachte die Empfehlung einer rein symptomatischen Therapie unter intensivmedizinischer Observation für mindestens 24 Stunden bei Gefahr psychomotorischer Nebenwirkungen, Herzrhythmusstörungen und Elektrolytentgleisungen. Die Gabe von Aktivkohle wurde aufgrund der zurückliegenden Ingestionszeit, etwa drei bis vier Stunden vor Einlieferung, nicht empfohlen. Die venöse Pulsoxymetrie und Blutgasanalyse (BGA) ergab eine mittelgradige Hypokaliämie (2,7 mmol pro Liter) ohne pH-Verschiebung.

Das initiale EKG zeigte einen normofrequenten Sinusrhythmus mit einem atrioventrikulären (AV-)Block I°. Laborchemisch ergab sich eine Creatinkinase (CK)-

Elevation (max. 311 U/l) im Sinne einer allemal milden Rhabdomyolyse, die sich am nächsten Tag bereits deutlich regredient darstellte. Die

restlichen Laborwerte, Drogentests und der Alkoholspiegel waren unauffällig. Die Hypokaliämie konnte sukzessive durch intravenöse Substitution ausgeglichen werden. Die EKG-Verlaufskontrolle präsentierte nach wenigen Stunden einen Sinusrhythmus ohne PQ-Zeit-Verlängerung. Die Patientin konnte schließlich nach 24-stündiger Betreuung in gutem Allgemeinzustand bei weiterhin bestehenden suizidalen Gedanken in eine psychiatrische Klinik verlegt werden. Für geringe Mengen von Koffein (bis zu 1 Gramm) werden unspezifische Symptome beschrieben, die sehr vielfältig und individuell ausgeprägt sein können. Letale Dosen sind ebenfalls sehr individuell, sodass bereits ab 5 Gramm mit schwerwiegenden toxischen Wirkungen zu rechnen ist. Beschriebene Nebenwirkungen sind vor allem psychomotorischer Natur wie Agitation, Verwirrtheit, Unruhe, Tremor sowie Rhabdomyolyse, Tachykardie, Herzrhyth-



Handelsübliche Koffeinkapseln enthalten meist zwischen 100 bis 200 mg Koffein pro Einheit.

musstörungen und generalisierte Krampfanfälle bis hin zu einem Kreislaufversagen. Koffeinintoxikationen sind selten, entsprechend gibt es in der Literatur wenige Fallberichte und Therapieansätze, die hauptsächlich auf postmortale Untersuchungen nach Suizid oder auf subletale Dosen beruhen. Die Therapie umfasst neben der symptomatischen unter anderem die Gabe von Lipidinfusionen, Aktivkohle in der ersten Stunde, Betablocker, Inotropika, Antiarrhythmika und/oder eine mögliche Hämofiltration/Dialyse oder gar die Etablierung einer ECMO.

Aykut Kaya

Arzt in Weiterbildung Innere Medizin am St. Josefs Krankenhaus Baleserische Stiftung Gießen

