

Lars Winkelsdorf
Thomas Eckert

**TOT
ODER
LEBENDIG**
Das skandalöse
Geschäft mit dem
NOTRUF

112

Der Tod
fährt mit

WESTEND

WESTEND

LARS WINKELSDORF
THOMAS ECKERT

Tot oder lebendig

Das skandalöse Geschäft
mit dem Notruf

WESTEND

Mehr über unsere Autoren und Bücher:
www.westendverlag.de

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt
insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen
und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.



ISBN 978-3-86489-273-8

© Westend Verlag GmbH, Frankfurt/Main 2019

Umschlaggestaltung: Buchgut Berlin

Fotos Seite 19, 22: © Björn-Steiger-Stiftung

Alle weiteren Fotos: © privat

Satz: Publikations Atelier, Dreieich

Druck und Bindung: CPI – Clausen & Bosse, Leck

Printed in Germany

Inhalt

Konfrontation mit der Realität	7
Rettungswesen in Deutschland	16
Krankenwagenfahrer?	40
Notfall oder »Notfall«?	67
Schwarze Machenschaften	78
Pflegen und Hegen	97
Tarnen und Täuschen	109
So geht es nicht mehr weiter	135
Das Geschäft mit dem Tod	170
Es wird schlimmer	180
Was sich dringend ändern muss	200
Abkürzungsverzeichnis	210
Glossar	211
Anmerkungen	214

Konfrontation mit der Realität

Der 4. Oktober 2017 ist ein typischer Redaktionstag. Thomas Eckert und ich sitzen im Schneiderraum beim NDR in Hamburg Lokstedt und bearbeiten die Endfertigung eines Beitrages für die an diesem Abend geplante Sendung ARD Plusminus.¹ Es geht um unkorrekte Abrechnungen von Rettungsdiensten. Endfertigung, das bedeutet juristische Prüfung des Fernsehbeitrages, es bedeutet aber auch, dass die eigenen Vorstellungen der Redaktionsleitung eingearbeitet werden müssen, bevor die fertige Arbeit dann auch ausgestrahlt werden darf.

Über die Arbeit an diesem Beitrag haben wir uns kennengelernt, beide haben wir eine Ausbildung als Rettungsanitäter absolviert, vor Jahren in einem früheren Leben, vor dem Journalismus. Der Kollege ist dann jahrelang Krankentransport und Rettungsdienst gefahren, ich bin es nicht. Es ist unsere erste Zusammenarbeit und das Thema passt dabei nahezu perfekt, um sich zusammenfinden zu können: Über Jahre hinweg haben die Feuerwehren von Hamburg und Berlin auf ihren Rettungswagen an Material und Medikamenten gespart, somit wurden die DIN-Normen für die Fahrzeuge umgangen, die Einsätze aber dennoch gegenüber Patienten und Krankenkassen als vollwertige Rettungswagen abgerechnet. Machte so etwas ein privater

Dienstleister, er müsste sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vor Gericht wegen Kassenbetruges verantworten. Jedoch sind die zuständigen Behörden anderer Meinung gewesen und verwiesen darauf, dass ja zusätzlich zu den Rettungswagen (RTW) noch der Notarzt mit seinem Einsatzfahrzeug käme und so im Rendezvous-System die komplette Ausstattung am Patienten zur Verfügung stünde.

Weil uns einige Sekunden Bildstrecke fehlen, haben wir kurzerhand eigene Notfallausstattungen von zuhause mitgebracht. Erweiterte Erste-Hilfe-Ausstattungen für den Urlaub oder längere Autofahrten. Einfach mit der Kamera die Stilleben abfilmen, schon ist das Problem der fehlenden Schnittbilder gelöst. Als wir uns gegen 15 Uhr voneinander verabschieden, können wir noch nicht ahnen, dass wir einem wesentlich größeren Thema auf der Spur sind. Gleich einem redaktionellen Dornröschenschlaf sind wir auf das Thema des Kassenbetruges in diesem Fernsehbeitrag regelrecht fixiert und verlassen das Studiogelände. Für mich ein Weg in den Feierabend mit Kaffee, Zigaretten und dem entspannten Abwarten auf die obligaten Anrufe von Interviewpartnern, Informanten und Kollegen nach der Sendung.

Den Kaffee dringend brauchend, komme ich auf dieser Fahrt bis etwa fünf Minuten vor meine Haustür in Hamburg Langenhorn, als an einer Kreuzung von links ein Einsatzwagen der Polizei mit Sondersignal auf die Kreuzung einfährt. Gegenüber sehe ich rechts an einer Bushaltestelle eine Gruppe Passanten im Kreis stehen. Eine Person liegt auf dem Boden, ein Mann drückt mit den Händen auf seinen Oberkörper – Reanimation.

Meine Erinnerung setzt wieder ein, als ich rechts am Fahrbahnrand stehe und der Polizeiwagen vor mir hält. Der Gesichtsausdruck des Fahrers lässt mich darauf schließen, dass ich

ihn wohl ausgebremst habe, erhellt sich aber für den Moment deutlich, als ich die Notfalltasche aus dem Kofferraum hole. Später werde ich feststellen, dass es zu dieser Zeit 16.11 Uhr ist. Für freundliche Worte oder auch nur das Denken daran ist in dieser Situation aber keine Zeit, ich werfe die Tasche neben den Patienten und drücke meine Hand auf die Schulter des völlig erschöpften Ersthelfers, um ihn abzulösen. Wir machen uns dabei miteinander bekannt, er ist Kinderarzt aus einem nahe gelegenen Krankenhaus, hat kürzlich sein Notfalltraining absolviert. In der Ferne kann man den Rettungswagen hören, noch ein oder zwei Minuten bis zu seinem Eintreffen.

Ich öffne die Jacke des Mannes. Die Hemdknöpfe dauern zu lange, ein kurzer Riss und schon habe ich den Brustkorb frei vor mir liegen, suche den Druckpunkt und beginne selber mit der Herzmassage. In diesem Augenblick realisiere ich, dass die Jahre ohne Sport, mit viel zu fettem Essen und Unmengen an Kaffee und Zigaretten eine eher schlechte Idee gewesen sind, und muss die fehlende Kondition durch Zusammenreißen ersetzen. Routine oder Erfahrung in Wiederbelebung wären auch nicht unpraktisch gewesen. Derweil kümmert sich der Arzt um die Atemwege des Betroffenen und macht sie mit dem »Esmarch-Handgriff« frei, damit die zurückgesunkene Zunge nicht den Weg in die Lungen versperrt. Unter meinen Fingern spüre ich, wie ich bei der Druckmassage die Rippen des Mannes breche, es knirscht erbärmlich. An seiner Stirn ist eine blutende Wunde, aber für Handschuhe ist keine Zeit. Vermutlich war er bereits bewusstlos, als er zu Boden fiel, und konnte seinen Sturz nicht mehr abfangen.

Endlich trifft der Rettungswagen ein, sofort kleben die Notfallsanitäter die Elektroden vom Defibrillator auf die Brust. Wir machen uns nicht großartig bekannt miteinander, alles läuft automatisch, geradezu selbstverständlich. Das Gerät ana-

lysiert einige Sekunden den Herzrhythmus und erkennt, dass ein lebensrettender Stromstoß gegeben werden muss. Mit dem typischen Pfeifen zeigt es an, dass es auflädt, wir nehmen Abstand vom Patienten, um nicht selbst geschockt zu werden. Ich hebe meine Hände und zeige so an, dass ich bereit bin. Als der Schock ausgelöst wird, schlagen die Arme des Patienten hoch, sein Körper bäumt sich auf und ich beginne sofort wieder mit der Druckmassage. Ein bis zwei Minuten etwa, dann lasse ich mich ablösen und wir betrachten das EKG auf dem Monitor, die elektrische Aktivität des Herzens: Pulslose elektrische Aktivität, der Stromfluss ist also wieder in Ordnung, aber er produziert nicht die gewünschte mechanische Leistung des Herzens. Wie ein Auto im Leerlauf: Man tritt das Gaspedal, aber es bewegt sich nichts.

Ich greife den Beatmungsbeutel der Feuerwehr und bereite das Material vor, damit der Notfallsanitäter für wichtigere Aufgaben frei ist, reiche es dem Arzt am Kopfende an und prüfe am Handgelenk den Puls. Die Druckmassage kommt an, wir sind also wenigstens effektiv und der Mann hat hoffentlich eine Chance. Die weitere Arbeit läuft Hand in Hand: Die Sanitäter bereiten einen Larynxtrachealtubus vor, ich übernehme und versuche, den Schlauch in seine Atemwege zu schieben, als der Patient sich zu wehren beginnt und mit der Zunge dagegen drückt. Seine Augen zeigen, dass er unter der laufenden Reanimation aufklart, sein Gehirn erholt sich vom Sauerstoffmangel. Aber die Atemwege sind extrem klein, regelrecht winzig und ich breche den Versuch ab. Ich bereite als Alternative einen Schlauch vor, den der Arzt in seine Bronchien schieben will. Es gelingt ihm nicht, wir brechen ab und arbeiten weiter mit dem Beutel über die Maske. Die weitere Sicherung der Atemwege muss warten, bis der Notarzt eintrifft, für den Augenblick reicht die Versorgung mit der Maskenbeatmung gerade so aus.

Ich löse den Arzt ab und übernehme das Bebeuteln, damit er einen Zugang in die Handvene legen kann. Über die Spritze können dann lebenswichtige Medikamente gegeben werden. Zwei Versuche unternimmt der Kinderarzt, beide scheitern, als plötzlich ein Arzt erscheint, vermutlich arabischer Herkunft. Er hatte die Notlage erkannt und mit seinem Auto einfach angehalten, um zu helfen. Er diskutiert nicht lange, versucht es und hat sofort Erfolg. Er spritzt Adrenalin, derweil versuche ich, mit der Feuerwehrtechnik aus dem Hause Wegwerfprodukte irgendwie klarzukommen. »One size fits all«, die Maske soll angeblich auf 90 Prozent aller Erwachsenen passen – dann gehört der Patient hier also zu den anderen 10 Prozent. Ich tausche es gegen mein eigenes Material. Einer der Sanitäter bedankt sich: »Wir sind RTW 16F, melde dich einfach später bei der Feuerwehr, dann kriegst du alles Material ersetzt.«

Immer noch kein Herzschlag, inzwischen ist eine gefühlte Ewigkeit vergangen. Erst jetzt merke ich, dass um uns herum Polizisten stehen und Decken als Sichtschutz halten. Vom Notarzt ist weit und breit nichts zu sehen. Ich spreche einen der Beamten an: »Wir brauchen einen Notarzt, fordern Sie bitte den Hubschrauber an.« Macht er auch sofort und fragt über Funk nach. Man sieht es ihm an, dass er froh ist, jetzt etwas tun zu können und nicht mehr hilflos zuschauen zu müssen. Es sind auch die ersten Momente, in denen ich selbst mal zum Nachdenken komme, in was für eine Situation ich da geraten bin. Ohne Notarzt und das Material auf dem Einsatzfahrzeug wird dieser Mensch hier nicht überleben, dazu fehlt es uns an Technik, Medikamenten und dem studierten Know-how. Ich merke, dass ich mich übergeben muss, zünde mir eine Zigarette an und atme kurz durch, als auch schon der Polizist zu mir kommt und mir erzählt, dass der Notarzt in wenigen Minuten ankommt. Der Hubschrauber ist in einem anderen Einsatz gebunden und der Notarzt hängt im Stau fest.

Es ist 16.32 Uhr, als endlich das Signalhorn des NAW 23B zu hören ist.² Bei der Ankunft informiere ich kurz die Notärztin und beschließe, mich nun zurückzuziehen. Im Einsatz sind nun zwei Sanitäter der Feuerwehr Hamburg, eine der Bundeswehr und die Notärztin. Während ich mein Material einzusammeln versuche, kann ich sehen, wie der Patient nun einen Schlauch in die Atemwege geschoben bekommt, derweil übernimmt die junge Soldatin die Herzmassage. Eine mechanische Pumpe wird vorbereitet, die diese Arbeit übernehmen soll, der »LUCAS«.

Ich frage die völlig erschöpfte Soldatin, ob ich das Drücken wieder übernehmen soll. Nach einer vorschnellen Ablehnung kommt wenige Augenblicke später ihre Zusage, sie zählt einen Countdown abwärts und ich übernehme wieder die Massage. Ein kurzer Blick zur Ärztin und ich sage ihr, dass wir inzwischen seit mehr als 35 Minuten bei der Arbeit sind. Die unausgesprochene Bedeutung dahinter sind die Kriterien für einen Abbruch der Wiederbelebungsmaßnahmen, denn mit zunehmender Dauer wird das Gehirn unterversorgt und die Chancen auf einen Erfolg sinken beträchtlich. Irgendwann muss man sich Gedanken darüber machen, ob man tatsächlich noch ein Leben retten kann oder einen schwer hirngeschädigten Komapatienten rettet, der seine letzten Tage menschenunwürdig an einem Beatmungsgerät verbringt. Die Notärztin nickt kurz in Richtung ihres Mobiltelefons, sie hat die Stoppuhr laufen.

Der Patient schaut mich dabei an. Seine Pupillen folgen mir und er scheint zumindest Teile der ganzen Geschehnisse irgendwie mitbekommen zu haben. Er weint erkennbar und ich versuche, mit ihm zu sprechen, ihn zu beruhigen. Ich weiß nicht, was er davon bewusst verarbeiten kann. Während ich ihm zu sagen versuche, dass wir uns um ihn kümmern, ihm helfen, flackern seine Pupillen und er verdreht die Augen. Er krampft. Es sind inzwischen etwa 40 Minuten vergangen und der Krampf weist

nun doch sehr eindeutig darauf hin, dass durch den Sauerstoffmangel ein schwerer Hirnschaden eingetreten ist. Mit anderen Worten: Wir haben verloren. Mir wird übel.

Dennoch bricht die Notärztin die Bemühungen nicht ab. Nach quälend langen 70 Minuten erfolgt schließlich der Transport mit dem Rettungswagen in die nur wenige Minuten entfernte Notaufnahme. Später erfahre ich, dass der Mann dort nach etwa 20 Minuten für tot erklärt wurde.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Die Retter waren großartig und haben bis zur völligen Erschöpfung an dieser Bushaltestelle geschuftet, um das Leben des Mannes zu retten. Diesen Menschen würde ich mich nach dieser Erfahrung selbst bedingungslos anvertrauen. Es liegt nicht an ihnen, dass ihr Dienstherr nicht ausreichend Material zur Verfügung stellte, gut 30 Minuten Wartezeit auf den Notarzt notwendig wurden und die Maßnahmen vergeblich waren. Nicht einmal der tragische Ausgang der Bemühungen kann daran festgemacht werden, dass hier zahlreiche Versäumnisse kulminierten, und es ist zudem auch fraglich, ob der Mensch überhaupt eine Überlebenschance hatte. Aber es zeigt eindrucksvoll auf, dass es grauenvolle Konsequenzen sind, denen man sich auch zu stellen hat, wenn lange Wartezeiten auf Notärzte hingenommen werden, wenn Sanitäter auf ihren Rettungswagen an der »kurzen Leine« gehalten werden und nicht ausreichende Kompetenzen zugebilligt bekommen und wenn ein System zu einem gewissen Prozentsatz schlicht nicht funktioniert. Eben Konsequenzen wie diese.

Es war dieses eigene Erleben, welches die Perspektive verschob und die gravierenden Probleme im Rettungswesen für uns offensichtlich werden ließen. Die statistischen Prozente bekamen ein Gesicht, sie wurden zu Schicksalen und tragischen Geschichten von Rettungsmitteln, die zu spät eintreffen, von

Standesdünkeln, die Familien zerstören, und von verzweifelten Helfern, die tagtäglich versuchen, aus den schlechten Arbeitsbedingungen und einem zunehmend maroden Rettungssystem das Bestmögliche herauszuholen.

Nach langen Gesprächen über diesen Todesfall war das Erlebte der Anstoß für unsere Recherchen im deutschen Blaulichtmilieu und wir mussten uns wiederholt mit der Frage auseinandersetzen, ob man dem Leser die Realitäten überhaupt zumuten kann, die Schilderungen nicht zu drastisch wären oder sogar Angst machen könnten. Ja sogar, ob man von diesem Anstoß überhaupt erzählen sollte. Um es kurz zu formulieren: Was Retter in Deutschland erleben, ist für Außenstehende kaum vorstellbar und häufig nur noch als entsetzlich zu beschreiben. Jeden Tag diese Anblicke ertragen zu müssen und verzweifelt um das Überleben von Menschen zu kämpfen, häufig dabei diesen Kampf zu verlieren, ist eine Grenzerfahrung, die höchsten Respekt verdient. Morgens in einer vermüllten Wohnung einen Schlaganfallpatienten zu versorgen, um wenige Stunden später ein misshandeltes Kind ins Krankenhaus zu bringen und anschließend zum wiederholten Male einen Pflegefall in die Notaufnahme zu fahren, später erfolglos eine Wiederbelebung an einem Neugeborenen zu versuchen und am Ende noch auf der Straße angepöbelt zu werden, ohne an diesen Erlebnissen zu zerbrechen, ist eine wirkliche Leistung, die in unserer Gesellschaft viel zu wenig Anerkennung erfährt.

Dass wir uns trotzdem dazu entschieden haben, den Leser Eindrücken von schweren Erkrankungen und Unfallgeschehen, den Belastungen der Retter und schlussendlich auch dem Sterben von Menschen auszusetzen, ist dem Thema selbst geschuldet: Der menschliche Körper ist nicht dazu geschaffen, um bei Motorradunfällen auf der Autobahn bei Tempo 200 km/h das Ereignis an einem Stück zu überstehen. Der Alkoholiker stirbt

nur selten friedvoll schlafend im Bett, sondern häufig jämmerlich blutend und die Schmerzen bei einem Herzinfarkt sprengen die Vorstellungskraft der meisten Gesunden. Dies aber ist ein normaler Bestandteil unser aller Lebensrealität, denn der Traum immerwährender Jugend und Gesundheit, mit dem wir die Problematik allzu leicht verdrängen, wird für jeden von uns so oder so enden. Wir werden älter, wir erkranken, uns passieren Unfälle und früher oder später landen wir alle auf die eine oder andere Weise in einer Situation, in der wir auf ein Rettungsmittel selbst angewiesen sein werden, ein Kollege oder ein naher Angehöriger, ein Freund oder ein Nachbar betroffen sein wird.

Genau darum geht es uns auch alle an, dass bestehende Probleme in der Notfallrettung politisch gelöst werden müssen.