

Notfall Rettungsmed 2008
DOI 10.1007/s10049-008-1101-1

Redaktion

H.-R. Arntz, Berlin
B. Dirks, Ulm
U. Kreimeier, München
C. Waydhas, Essen

Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (agswn) · Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) · Bundesärztekammer (BÄK) · Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) · Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) · Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) · Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) · Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) · Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) · Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) · Arbeiter Samariter Bund (ASB) · Unternehmerverband privater Rettungsdienste (BKS) · Deutsches Rotes Kreuz (DRK) · Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) · Malteser Hilfsdienst (MHD) · Ständige Konferenz für den Rettungsdienst (SKRD)

Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Präklinik

Für die Notfallversorgung der Bevölkerung sind gestaffelte Hilfeleistungssysteme erforderlich. Nicht lebensbedrohliche Erkrankungen und Verletzungen werden durch Vertragsärzte und Notfallpraxen versorgt. Lebensbedrohliche Notfälle sind Aufgabe des Notarztes und klinischer Versorgungsstrukturen. Diese Versorgungsstrukturen müssen aufeinander abgestimmt werden.

1. Ausgehend von den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften muss die definitive klinische Therapie bei wesentlichen notfallmedizinischen Krankheitsbildern nach höchstens 90 min beginnen, z. B.
 - ST-Hebungsinfarkt: 90 min bis zur perkutanen koronaren Intervention,
 - Schlaganfall: 90 min bis zur Entscheidung über die Lyse (120 min bis Lyse),
 - Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos): 90 min bis zum OP-Beginn (60 min bis CT),
 - Schwerverletzte: 90 min bis zum OP-Beginn (60 min bis Klinikaufnahme).
2. Um diese Vorgaben erreichen zu können, muss die stationäre Diagnostik und Therapie spätestens 60 min nach Notrufeingang beginnen. Dieses Intervall beinhaltet die Zeiten:

Information

Dieses Eckpunktepapier wurde von den Mitgliedern folgender Konsensusfachgruppe erarbeitet, von den genannten Institutionen und Verbänden auf der Vorstandsebene beschlossen und am 11.11.2007 verabschiedet.

- F.W. Ahnefeld (Ulm), Universitätsklinikum Ulm
- K.H. Altemeyer (Saarbrücken), Ständige Konferenz für den Rettungsdienst (SKRD)
- D. Blumenberg (Osnabrück), Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)
- K. Demmer (Berlin), Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
- B. Dirks (Ulm), Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (agswn)
- F. Flake (Oldenburg), Malteser Hilfsdienst (MHD)
- H.D. Hummler (Ulm), Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)
- C.K. Lackner (München), Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- K. Ocker (Altenholz), Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)
- U. Pantzer (Berlin), Bundesärztekammer (BÄK)
- E. Rickels (Ulm), Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- K.-H. Schindler (Bexbach), Rettungszweckverband Saar (RZV)
- R. Schmitt (München), Unternehmensverband privater Rettungsdienste (BKS)
- J. Scholz (Kiel), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- P. Sefrin (Würzburg), Klinikum der Universität Würzburg
- L. Strate (Berlin), Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH)
- A. Uhrig (Berlin), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Korrespondenzadresse

Dr. Dr. rer. nat. B. Dirks
Sektion Notfallmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm
Prittowitzstr. 43, 89075 Ulm
burkhard.dirks@uni-ulm.de

- Eingang der Notrufmeldung → Eintreffen am Einsatzort,
 - Beginn der Erstdiagnostik und -therapie → Herstellung der Transportfähigkeit,
 - Transportbeginn zur nächstgelegenen, geeigneten Klinik → Eintreffen Zielklinik.
- Um das Ziel zu erreichen kann beispielsweise die Fahrzeit des Rettungs-

dienstes zum Einsatzort inklusive der Leitstellendispositionszeit bei max. 15 min liegen (entsprechend den Regelungen der meisten Bundesländer). Wenn für die Versorgung am Einsatzort auch nur 15 min benötigt werden, bleiben für den Transport zur Zielklinik max. 30 min.

3. Da es sich hierbei um Rahmenbedingungen der Daseinsvorsorge handelt, sind das entsprechende Sicherheitsniveau¹ sowie gegebenenfalls ergänzende Finanzierungsverpflichtungen² durch Landesgesetze zu regeln. Dabei haben sich Anreizsysteme als hilfreich erwiesen.
4. Standorte der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Standorte der Rettungsmittel sind an diesen Rahmenbedingungen auszurichten: Die Standorte der Rettungsmittel werden durch die Eintreffzeiten der Rettungsdienstgesetze bestimmt, aber auch geeignete Zielkliniken müssen mit einer Transportzeit von 30 min erreichbar sein. Es ist zielführend, abgestufte und disziplinübergreifende Versorgungskonzepte durch Netzwerke (z. B. Trauma Netzwerk DGU) zu organisieren. Dafür sind entsprechende Transportstrukturen vorzusehen.
5. Voraussetzungen für die Teilnahme an der klinischen Notfallversorgung sind in der Regel das Vorhandensein der Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie, Inneren Medizin und Anästhesiologie, Intensivstation, CT, Notfalllabor und Blutdepot (24-Stunden-Bereitschaft, 7 Tage/Woche). Für die Schnittstelle Rettungsdienst-Klinik haben sich zentrale Notaufnahmen bewährt.
6. Die präklinische und klinische Notfallbehandlung gemäß den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist über sektorenübergreifende interne und externe Qualitätsmanagementprogramme verbindlich abzusichern.

¹ Zielerreichungsgrad 95%.

² Unabhängig von DRG-Erlösen