

Positionspapier

Anmeldung von Patiententransporten durch den Rettungsdienst in der Notaufnahme eines Zielklinikums

Zusammenfassung des Konsens der Arbeitsgruppe Rettungsdienst der DGINA aus der Sitzung vom 18.1.2010

Erstellt: 02/2010, geändert 12.04.2010

Vorwort

Zentrale Notaufnahmen bzw. Rettungsstellen sehen sich aufgrund des Strukturwandels im Gesundheitswesen und der daraus resultierenden zunehmenden Einsatzhäufigkeit von Notarzt und Rettungsdienst immer häufiger mit schwerkranken und sofort behandlungsbedürftigen Patienten bzw. mit Patienten, die einer sofortigen Diagnostik bedürfen, konfrontiert.

Die zeitnahe und optimale Therapie dieser Notfallpatienten kann gerade für Notaufnahmen in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung eine große Herausforderung darstellen, da die meistens nicht in der Lage sind, zu jeder Zeit entsprechende personelle, räumliche und logistische Kapazitäten für die sofortige erforderliche Diagnostik und Therapie eines schwer erkrankten Patienten vorzuhalten. Als Beispiel sei hier die Rufbereitschaft der CT-Mannschaft genannt.

Im Alltag der Notaufnahmen häufen sich die Situationen, in welchen ein Notfallpatient, der dringlicher Diagnostik und Therapie bedarf (d.h. gemäß Ersteinschätzung nach z.B. Manchester Triage System „rot“ oder „orange“ einzustufen ist) plötzlich und überraschend in einer Notaufnahme vorgestellt wird, dort aber nicht alle notwendigen Ressourcen sofort zur Verfügung gestellt werden können.

Um einer solchen den Patienten potentiell gefährdenden, aber auch für Mitarbeiter sowohl des Rettungsdienstes als auch der Notaufnahme konfliktträchtigen Situation vorzubeugen, ist eine vorherige strukturierte Anmeldung des Patienten zwingend erforderlich. Die AG RD der DGINA schlägt für die Kapazitätsabfrage und das Anmeldeprozedere die Angabe eines definierten Basis-Datensatzes vor, wie ihn der MANDAT-RD (siehe Abb.1) darstellt.

Nach der üblichen Kapazitätsabfrage durch die Leitstelle (MANDAT-RD 4) wird durch eine Anmeldung des Patienten durch den Notarzt resp. Rettungsdienst (MANDAT-RD 7) in der Notaufnahme des Zielkrankenhauses vorab eine Mindestmenge an Information zu Krankheitsbild und Zustand des Patienten übermittelt, die sie in die Lage versetzt, bereits im Vorfeld - noch während des Transportes in die Klinik - entsprechende personelle und logistische Vorbereitungen zu treffen und erforderliche Ressourcen zu rekrutieren.

Im Bereich der traumatologischen Rettung verfügen wir durch die Implementierung des Traumanetzwerkes gemäß dem Weißbuch der DGU über klar formulierte Vorgaben für das Einsatzmanagement vor Ort, die Wahl der Zielklinik, die Kommunikation des Teams vor Ort

über die zuständige Leitstelle mit dem Zielkrankenhaus und die erforderlichen Vorhaltungen der innerklinischen Versorgung.

Für die nicht-traumatologische Rettung existieren derartige strukturelle Festlegungen bis heute nur für bestimmte präklinische (Verdachts-)Diagnosen bzw. für lokal-regional begrenzte Netzwerke.

Zielsetzung des Positionspapiers

- Formulierung von Kriterien für die Erfordernis einer Anmeldung eines Patienten in einer Notaufnahme
- Formulierung der koordinativen Anforderungen an die innerbetriebliche Logistik einer Notaufnahme
- Standardisierung der Meldung an das Zielkrankenhaus
- Daraus resultierend Reduktion von Schnittstellenproblematiken und Optimierung des Behandlungsmanagement in der Notaufnahme

1. Indikationen zur Voranmeldung eines Notfallpatienten

Alle vom Notarzt behandelten Patienten sind in der Notaufnahme des Zielkrankenhauses anzumelden.

Zusätzlich sollten diejenigen Patienten vorab angemeldet werden, bei denen die formalen Kriterien für einen Notarzteinsatz gemäß dem aktuellen Indikationskatalog der Bundesärztekammer vorliegen, die jedoch nicht notärztlich vor Ort therapiert wurden, wobei hier nur beispielhaft die folgenden Gründe genannt werden:

- fehlende Verfügbarkeit eines Notarztes
- akute, unerwartete Verschlechterung eines Patienten während des Transportes

Weitere individuelle Absprachen auf örtlicher Ebene, die den lokalen Gegebenheiten des Rettungsdienstes und den Strukturen der Kliniken Rechnung tragen, sind sinnvoll. Diese Absprachen sind dann regional zu treffen und können nicht Inhalt der hier formulierten Rahmenempfehlung der AG RD der DGINA sein.

2. Inhalt und Weg der Anmeldung

Der Umfang und Inhalt der zu übergebenden Information sollte sich an den Vorgaben des MANDAT -RD der AG Rettungsdienst der DGINA orientieren (siehe Abb. 1).

Auf regionaler Ebene können individuelle Konzepte hinsichtlich des Umfangs der Anmeldung in Absprache zwischen Rettungsdienst, Leitstelle und Kliniken umgesetzt werden.

Entwurf eines			
Mindest-Anmelde-Datensatz (Rettungsdienst – Leitstelle – Klinik) „MANDAT-RD“			
Hinweis: MANDAT-RD wird nicht obligatorisch genutzt, sondern nur bei Bedarf		MANDAT-4 (wird im Status 4 gegeben) elementares Lagebild von RD an Leitstelle und von dort an Kliniken und ggf. Nachbarleitstellen	MANDAT-7 (wird im Status 7 gegeben) genaueres Bild von RD an ausgewählte Zielklinik, sofern zur Vorbereitung der Versorgung erforderlich
O	„Opening“ / „Startinformation“ über		
	1. Patient	Erwachsener/Kind ?	Alter und Geschlecht voraussichtl. Eintreffzeit
	2. Ereignis (<u>ein</u> Schlagwort) nur falls möglich und sinnvoll	z.B. STEMI, Geburt, Großbrand, Verkehrsunfall, Zugunglück, Stroke, Stichverletzung, Ertrinkungsunfall, Sturz aus/von..., Krampfanfall, Intox..., Lungenödem, „unklar“,...	
A	Ansprechbarkeit/ awareness	bei Bewusstsein eintrübend bewusstlos sediert / narkotisiert	GCS ggf. Orientierung
B	(Be)atmung / breathing	respiratorisch stabil / instabil beatmet ja / nein	ggf. Pneu/Spastik/Lungenödem AF / SpO2 / etCO2 ET / LT / CPAP
C	Circulation / circulation	kreislaufstabil / Schock / Z.n. Rea / bedrohl. Arrhythmie / laufende Rea	ggf. Zusatzhinweise über Katecholaminbedarf Präklinische Hypothermie
D	Details / details		
	• bei Traumata	Schockraumindikation? Organmuster grob nicht gestillte Blutung? Verbrennung?	Organmuster fein perforierende Verletzung? offene Fraktur? Schmerzskala
	• bei STEMI / Stroke / Gefäßverschluss	frisch?	Symptombeginn Symptomentwicklung Vorbehandlung Schmerzskala
	• bei Intoxikationen	Art des Giftes	Zeitpunkt, Dosis, Symptombeginn Symptomentwicklung Vorbehandlung
	• bei anderen Erkrankungen	führende Fachdisziplin? infektiös-septisch? potenziell akuter Interventionsbedarf? (GIB / ICB / BAA / Akutes Abdomen?)	Symptombeginn Symptomentwicklung Vorbehandlung Schmerzskala
E	Extras (auch ereignisunabhängige, falls für die Klinikauswahl bzw. die Vorbereitung in der Klinik bedeutsam) Dialyse-, CPAP-, PM-, AICD-Patient? Schwangerschaft? multiresistenter Erregerstatus? Kontamination?	nur nennen, falls für die Klinikauswahl bedeutsam	nur nennen, falls für Vorbereitungsmaßnahmen der Klinik bedeutsam

Abb. 1: MANDAT RD

- MANDAT 4: auf Basis dieses Mindestdatensatzes, der bei Eintreffen des Rettungsdienstes am Einsatzort (Status 4) an die Leitstelle übermittelt wird, erfolgt die Abfrage von Kapazitäten der in Frage kommenden Zielkrankenhäuser
- MANDAT 7: Mindestdatensatz, der bei Transportbeginn (Status 7) im direkten Arzt-Arzt-Gespräch übermittelt wird

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben erfolgt die Anmeldung eines Patienten über die gebietszuständige Leitstelle, der die Kapazitätssuche obliegt. Um einen direkteren, fachlich korrekten Informationsfluss ohne Verlust relevanter Daten zu gewährleisten, ist jedoch - wenn möglich - zusätzlich der direkte telefonische Kontakt wenn möglich zwischen dem Rettungsdienst und dem Notfallkoordinator der Zielklinik (siehe unten) zu empfehlen.

3. Anforderungen an die Notaufnahme der Zielklinik

Um eine effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen und eine schnellstmögliche, zielgerichtete Vorbereitung der Notaufnahme realisieren zu können, ist die Einrichtung einer interdisziplinären 24-h-Notfall-Hotline direkt auf die interdisziplinäre Notaufnahme erforderlich. Diese Hotline sollte zu jedem Zeitpunkt einen unmittelbaren Kontakt zu einem notfallmedizinisch kompetenten Arzt ermöglichen (s. Abb. 2) und eine koordinierte Weiterversorgung garantieren. Der zentrale Ansprechpartner für Rettungsdienst, Notarzt, Leitstelle und Zuweiser ist damit der/die Notfallkoordinator/in am Telefon der Hotline, der/die der Notaufnahme fest zugeordnet ist.

Anforderungen an den/die Notfallkoordinator/in
Verfügbarkeit rund um die Uhr
besitzt Kenntnisse über rettungsdienstliche Strukturen, allgemein und regional
Fundierte Erfahrungen und Kenntnisse in der interdisziplinären Arbeit
Meldet der Leitstelle nicht verfügbare Ressourcen wie z.B. CT, OP-Kapazität
Übernimmt Sichtungs- und interne Koordinationsaufgaben in der Notaufnahme
Arzt/Ärztin oder speziell qualifizierte Pflegekraft
Ansprechpartner für Haus- und Fachärzte für Akuteinweisungen
Prozesssteuerung in der Notaufnahme

Abb. 2: Notfallkoordinator

Innerklinisch sollten individuell an die Situation des Krankenhauses angepasste Alarmierungs-Algorithmen bei definierten Meldebildern (z.B. „cerebraler Notfall“, „STEMI“, „Polytrauma“) existieren, um eine zielgerichtete Erreichbarkeit der involvierten Fachabteilungen sicherzustellen.

Der Notfallkoordinator sollte über die Alarmierung dieser innerklinischen Alarmierungswege jederzeit auf die entsprechenden Kapazitäten zurückgreifen können. Dies setzt eine zeitgerechte Meldung voraus, so dass eine adäquate Vorlaufzeit zur Vorbereitung in der Notaufnahme verbleibt. Diese Empfehlung lehnt sich an die Vorgaben des Weißbuches der DGU an.

Der nach MANDAT-RD 7 standardisierte Informationsaustausch der Leitstelle bzw. des meldenden Mitarbeiters des Rettungsdienstes erfolgt mit dem Notfallkoordinator der Klinik.

Die vielfach noch gängige Vorgehensweise einer Meldung direkt an den diensthabenden Arzt der vermuteten zuständigen Fachabteilung birgt die Gefahr von Informations- und Zeitverlust in sich und sollte unbedingt zugunsten einer zentralen Koordination verlassen werden.

Zusammenfassung

Notaufnahmen sehen sich häufig mit dem Problem konfrontiert, dass schwerstkranke Patienten ohne Vorankündigung zu ihnen verbracht werden.

Um den Notaufnahmen die Möglichkeit zu geben benötigte Ressourcen zu rekrutieren, ist eine Voranmeldung solcher Patienten durch den Rettungsdienst erforderlich.

Die Anmeldung hat telefonisch an eine zentrale Hotline in der Notaufnahme zu erfolgen, die mit notfallmedizinisch kompetentem ärztlichem Personal besetzt ist („Notfallkoordinator“). Der Notfallkoordinator ist über die Kapazitäten der Klinik informiert und zieht über innerklinische Alarmierungspläne die entsprechenden Fachabteilungen zeitnah hinzu.

Bei der telefonischen Anmeldung ist ein definierter Basisdatensatz zum Patienten und seinem Krankheitsbild zu übergeben, der sich an den Vorgaben des MANDAT-RD der AG Rettungsdienst der DGINA orientiert.

AG Rettungsdienst der DGINA

- Dr. Altrock, Georg, Leiter Zentrale Notaufnahme Klinikum Offenbach
- Dr. Amling, Andrea, Chefärztin Notaufnahme Hanse Klinikum Wismar
- Dr. Becker, Thomas (Verfasser), Leitender Oberarzt interdisziplinäres Notfallzentrum mit Rettungsstelle HELIOS Klinikum Berlin-Buch
- Göbel, Volker, Hauptbrandmeister BF Wuppertal
- Dr. Hammer, Jan, Leiter Interdisziplinäre Notaufnahme HELIOS Klinikum Wuppertal
- Dr. Körner-Göbel, Hella, ÄLRD BF Wuppertal
- Dr. Lenz, Wolfgang, ÄLRD MKK
- Dr. Mach, Carsten, Oberarzt Notaufnahme Universitätsklinikum Aachen
- Dr. Milicevic, Dagmar, Oberärztin Notaufnahme Klinikum Duisburg
- Dr. Reinartz, Klaus, Leiter Zentralambulanz, Lukaskrankenhaus Neuss
- Dr. Scholtes, Katja, Chefärztin Zentrale Notaufnahme Klinikum Hanau
- Scholtes, Günter, Hauptbrandmeister BF Aachen
- Dr. Schwarzkopf, Katja, Ärztliche Leiterin innerklinische Notfallmedizin, Klinikum Niederberg
- Dr. Weichert, Olaf, Oberarzt Abt. für konservative Notfall- und Intensivmedizin, HELIOS Klinikum Krefeld

Freigegeben von AG Rettungsdienst der DGINA

12.04.2010

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Katja Scholtes, Sprecherin der AG