

# Rettungsdienst und Notaufnahme: Die Schnittstellen-Problematik unter der Lupe

Autor:

Dr. med. **Thomas Fleischmann**  
Chefarzt des  
Notfallzentrums,  
Klinik Hirslanden  
Zürich,  
Witellikerstr. 40,  
8032 Zürich,  
Schweiz,  
thomas.fleischmann@hirslanden.ch

**Interdisziplinäre Notaufnahmen sind eine vergleichsweise neue Entwicklung auf dem deutschen Krankenhausmarkt. In vielen Ländern der Welt sind sie als „Emergency Departments“ bekannte und hoch geschätzte Standardeinrichtungen gut organisierter Krankenhäuser. Als professionell geführter und stets offener Partner des Rettungsdienstes sorgen sie für eine bruchlose Weiterbehandlung der Notfallpatienten und bieten medizinisch und menschlich hoch kompetente Notfallmedizin. Ihre Vorteile und ihre Bedeutung werden auch in Deutschland zunehmend erkannt, daher nimmt ihre Verbreitung deutlich zu.**

Symptome sind außerordentlich vieldeutig. Dies gilt gerade für die großen Leitsymptome Bewusstseinsstörung, Brustschmerz, Atemnot oder Bauchschmerz. Hinter jedem dieser Symptome kann eine Vielzahl von verschiedenen Krankheiten stehen und jede Krankheit kann eine Vielzahl verschiedener Symptome bieten. Oft ist es anfangs nicht sicher möglich festzulegen, welchem Fachgebiet der Notfallpatient später zuzuordnen sein wird. Zudem sind gerade in der Notfallmedizin atypische Präsentationen von Krankheitsbildern häufig, sie sind eher die Regel als die Ausnahme. Bei vielen Notfällen sind mehrere Organsysteme beteiligt, so dass die Entscheidung, welches schließlich die führende Rolle übernimmt, schwierig sein kann. Die am schnellsten wachsende Patientengruppe ist die der älteren multimorbiden Menschen, bei denen die Zuordnung zu einem Fachgebiet noch schwieriger ist. Manche Notfallpatienten sind außerdem gleichzeitig erkrankt und verletzt. Bei Verletzten im höheren Lebensalter ist dies sogar die Regel.



**Abb. 1:** Der Weg in die Notaufnahme

Es ist noch gar nicht so lange her, da hatten manche Krankenhäuser gar keine Notaufnahmen und alle Patienten wurden direkt auf eine Station gebracht. An einigen Stellen ist das noch immer so. Nachdem dies bei zunehmenden Patientenzahlen die übliche Stationsarbeit aber sehr beeinträchtigt, begannen vor allem in größeren Kliniken manche Fachabteilungen eigene Aufnahmebereiche einzurichten. In der Folge entstanden innerhalb eines Klinikums mehrere Aufnahmen, zum Beispiel Innere Medizin, Neurologie, Unfallchirurgie, Urologie, Gynäkologie und so weiter.

Damit entstand für den Rettungsdienst ein Problem, denn nun musste vor Ort entschieden werden, in welche Aufnahme ein Patient gebracht wird. Dies ist bei vielen Notfallpatienten in der Anfangsphase des Geschehens aber nicht seriös möglich: Gerade zu Beginn eines Notfalles ist häufig überhaupt nicht klar, was eigentlich geschieht, denn viele

## Störungen der Behandlungskette

Bietet ein Notfallpatient unter diesen Umständen eine nicht eindeutig einem medizinischen Fachgebiet zurechenbare Erkrankung oder Verletzung, dann kann die Rettungskette beim Erreichen der Klinik abbrechen. Manche Störungen der Patientenübernahme können immer wieder beobachtet werden, zum Beispiel:

**Abweisung** → Bei nicht vollkommen klaren Krankheitsbildern kann es geschehen, dass die nach Ansicht des Rettungsdienstes zuständige Aufnahme den Patienten an eine andere Stelle weiterschicken will. Der „klassische Weg“ zum Beispiel bei Bauchschmerzen stellt sich folgendermaßen dar: Gastroenterologie, Chirurgie, Urologie und eventuell Gynäkologie. Dies kann der Beginn eines außerordentlich würdelosen Patiententourismus über mehrere Aufnahmestationen sein. Eine milde Variante der Abweisung ist die Begrüßung: „Ihr schon wieder.“

**Desinteresse** → Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes identifizieren sich oft sehr mit ihren Patienten. Sie begleiten sie in einer kritischen Zeit ihrer Erkrankung oder Verletzung und möchten, dass sie auch nach der Krankenseinlieferung gut und verständnisvoll weiterbehandelt werden. Umso weniger verstehen sie es, wenn ihre Patienten in Notaufnahmen gleichgültig oder zunächst einmal gar nicht behandelt, sondern achtlos abgestellt werden.

**Kompetenzverlust** → Unter unglücklichen Umständen kann es vorkommen, dass ein kritisch kranker Notfallpa-

**Masimo**

tient von routinierten und erfahrenen Rettungsassistenten und Notärzten behandelt wird, sich in der Klinik dann aber nicht ganz so erfahrenen und dafür ganz und gar nicht weitergebildeten Assistenten gegenüber sieht.

**Entschleunigung** → Manchmal eilen Mitarbeiter der Notfallrettung unter Inkaufnahme des wesentlich erhöhten Unfallrisikos mit Sondersignalen in eine Klinik, damit dort schnell eine dringliche Untersuchung oder eine eilige Maßnahme durchgeführt werden kann, wie etwa ein CT oder eine Koronarintervention. Dort kann es aber zu einem erheblichen Geschwindigkeitsverlust kommen, wenn in der Notaufnahme dann alles ganz langsam und gemächlich geht.



**Abb. 2:** Der nächste Schritt: Von der Trage auf die Liege

### Probleme der Aufnahmestationen

Es gibt mehrere Gründe für diese Störungen des Behandlungsübergangs. Ein wesentlicher ist die Tatsache, dass sich Notfallpatienten mit einem Symptom präsentieren und nicht mit einer Diagnose. Die Organisation der Medizin mit Spezialisierung nach Organbereichen entspricht nicht den Bedürfnissen der Notfallpatienten. Hinzu kommt, dass es bisher weder bei Ärzten noch bei den Mitarbeitern der Pflege eine spezielle Weiterbildung für klinische Notfallmedizin gab. Dies ändert sich aber gerade, Beispiele dafür sind die Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme DGINA e.V. ([www.dgina.de](http://www.dgina.de)) oder der Lehrgang „Emergency Management“ der Bildungseinrichtung des Klinikums Nürnberg CeKIB ([www.cekib.de](http://www.cekib.de)). Letzterer ist – soweit bekannt – der bundesweit erste Fortbildungsweg, der sich auf Notaufnahmen spezialisiert.

Ein weiterer Grund für unbefriedigende Übernahmen von Notfallpatienten kann darin bestehen, dass nicht alle Ärzte, die in Notaufnahmen arbeiten, dies gern und freiwillig tun. Manche werden abkommandiert, zum Teil sogar im täglichen Wechsel, so dass kaum eine Identifikation mit dieser Tätigkeit entstehen kann. Manchmal werden jüngere Assistenten regelrecht im Stich gelassen: Es kann geschehen, dass die Dienst habenden Ärzte noch nicht genügend Erfahrung in der Konfrontation mit kritisch kranken oder verletzten Patienten haben und auch niemand da ist, den sie hinzuziehen können, ohne einen Ansehensverlust befürchten zu müssen. Manchmal werden Notaufnahmen auch

von niemandem wirklich geführt oder sind eine ungeliebte Nebenaufgabe eines Arztes, der eigentlich andere Dinge erledigen muss oder möchte. Dann droht das Handeln in der Notaufnahme in die Beliebigkeit abzugleiten und die Motivation aller, die dort arbeiten, kann bedroht sein.

Angesichts des zumindest im Vergleich zum Ausland eher niedrigen Organisationsgrades vieler Notaufnahmen in Deutschland verwundern manche Probleme nicht. Es ist eher bemerkenswert, wie gut sie trotzdem funktionieren, meist dank des Verantwortungsgefühls der dort Tätigen.

### Zentrale Notaufnahme oder Interdisziplinäre Notaufnahme?

Um wenigstens die außerordentlich unbefriedigende Wanderschaft mancher Notfallpatienten von Fachabteilung zu Fachabteilung zu vermeiden, haben manche Krankenhäuser zentrale Notaufnahmen eingerichtet. Für den Rettungsdienst stellt dies zweifellos eine Verbesserung dar, da alle Patienten an einer Stelle abgegeben werden können.

Dem stehen jedoch nicht notwendigerweise Verbesserungen für die Patienten gegenüber. Der Rundweg durch das Krankenhaus entfällt zwar, aber ein zentrales Problem bleibt bestehen: In diesen Notaufnahmen sind nach wie vor verschiedene Ärzte für verschiedene Krankheiten zuständig. Dadurch ändert sich nichts daran, dass ein Patient von mehreren Ärzten gesehen wird, bei Bauchschmerzen zum Beispiel unter anderem Gastroenterologen, Viszeralchirurgen, Urologen oder Gynäkologen. Dies führt zu langen Wartezeiten und zu unklaren Zuständigkeiten. Bei der dadurch entstehenden Verantwortungsdiffusion weiß häufig niemand mehr, wer für den Patienten eigentlich zuständig ist, der Patient übrigens auch nicht. Bei einer stationären Aufnahme erfolgt die Zuteilung zu einer Fachabteilung dann nicht immer nach rational nachvollziehbaren Kriterien. Hiervon bekommen die Mitarbeiter des Rettungsdienstes meistens allerdings nichts mehr mit. Sie wundern sich bei der nächsten Einlieferung höchstens, warum ihr Patient immer noch in der Aufnahme liegt.

Der nächste Schritt der Entwicklung ist dann die Einrichtung konsequent interdisziplinärer Notaufnahmen. Dies bedeutet, dass Notfallpatienten nicht nur an einer einzigen Stelle der Klinik aufgenommen, sondern dort auch von einem einzigen Team behandelt werden. In diesen interdisziplinären Notaufnahmen gibt es keine Trennung nach Fachgebieten mehr, weder bei den Patienten noch bei den Ärzten noch bei den Pflegekräften. Damit entfällt mit einem Schlag eine Vielzahl von Problemen.

### Arbeitsweise in einer interdisziplinären Notaufnahme

Verschiedene Merkmale kennzeichnen die Arbeitsweise in der interdisziplinären Notaufnahme:

**Jeden, alles, immer** → Die interdisziplinäre Notaufnahme ist die einzige Anlaufstelle eines Krankenhauses für alle

### Weitere Informationen:



[www.dgina.de](http://www.dgina.de)



[www.cekib.de](http://www.cekib.de)



Notfallpatienten. Sie ist immer offen und nimmt jeden Patienten mit jeder Erkrankung und Verletzung auf. Sie bietet rund um die Uhr und an jedem Tag des Jahres eine gleich bleibend hohe medizinische und menschliche Behandlungsqualität.



nicht mehr zu erkennen, aus welchem Gebiet ein Arzt ursprünglich stammt – er ist ein Notfallmediziner geworden.

**Stets Erfahrener anwesend** → Die Behandlung von Notfallpatienten verlangt viel Wissen und Erfahrung. Vor allem in interdisziplinären Notaufnahmen, die junge Notfallmediziner oder Rotationsassistenten aus anderen Fachgebieten weiterbilden, muss stets ein erfahrener Notfallmediziner anwesend oder zumindest in kürzester Zeit vor Ort sein. Dies stellt die Qualität der Behandlung sicher und senkt das Risiko von Behandlungsfehlern. Ein Qualitätsmanagement und vor allem ein Risk Management ist für den Hochrisikobereich Notaufnahme unverzichtbar.

**Sicheres Schichtsystem** → Die Arbeit in der Notaufnahme verlangt hohe Konzentration und große Flexibilität. Sie ist geprägt von vielen Überraschungen und Änderungen, denn in keinem anderen Bereich der Medizin ändert sich der Zustand der Patienten so häufig wie in der Notfallmedizin. Oft ergeben Tests unerwartete Ergebnisse oder neue Informationen verlangen ein Überdenken. Ein störungsfreies Arbeiten ist zumindest in hoch belasteten Notaufnahmen kaum je möglich. Meistens müssen mehrere Patienten gleichzeitig evaluiert und behandelt und mehrere Untersuchungen und Spezialisten koordiniert werden. Durch die hohe Konzentration, die Komplexität der Tätigkeit, die große Verantwortung und den ständigen Schichtwechsel müssen die Mitarbeiter der Notaufnahme vor Überlastung geschützt werden. Daher dürfen die Schichtzeiten nicht überlang sein, zwischen den Schichten müssen ausreichende Ruhezeiten liegen und die Mitarbeiter müssen sich einigermaßen darauf verlassen können, dass sie am Schichtende, abgelöst von ihren Kollegen, auch nach Hause gehen können – dies hat den amerikanischen Emergency Physicians übrigens den Spitznamen „Controlled Lifestyle Doctors“ eingebracht.

**Selbstverständnis Notaufnahme** → Wer in der interdisziplinären Notaufnahme arbeitet, muss dies freiwillig tun. Dann sehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Behandlung ihrer Notfallpatienten in ihrer Notaufnahme als ihren beruflichen Lebensinhalt an. Werden sie von einem medizinisch und menschlich kompetenten Chefarzt der interdisziplinären Notaufnahme geführt und unterstützt, dann betrachten sie Notfallpatienten nicht mehr als Störung, sondern als ihre vielseitige und oft spannende Aufgabe, der sie sich gerne und freiwillig stellen, oft sogar voller Stolz.

**Klare Zuständigkeit** → Die Zuständigkeit für jeden Patienten ist jedem Beteiligten völlig klar: Jedem Patienten wird ein für ihn verantwortlicher Arzt und auch meist eine Pflegekraft zugeteilt, die ihn von Schichtwechseln abgesehen von Anfang bis Ende in der Notaufnahme begleiten. Der zuständige Arzt ist der Ansprechpartner aller Beteiligten, des Patienten, der Angehörigen, Pflegekräfte, Oberärzte, eventuell hinzugezogener Spezialisten und des Chefarztes der Notaufnahme. Er trägt, unterstützt durch Oberärzte und Chefarzt, die klare Verantwortung für seinen Patienten während des gesamten Aufenthalts in der Notaufnahme.

**Jeder behandelt alles** → Die Trennung nach Fachgebieten spielt in der interdisziplinären Notaufnahme keine Rolle mehr, jeder Arzt behandelt alles. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege ist dies oft schon der Fall, bei den Ärzten stellt es eine Neuerung dar. Anfangs mag es für einen Chirurgen ungewohnt sein, zum Beispiel eine Tachyarrhythmia absoluta zu behandeln oder für einen Internisten, eine Platzwunde zu nähen. Eine gute Supervision und überzeugende Behandlungspfade vorausgesetzt, ist nach einiger Zeit



**Abb. 3:** Notarzt und Notaufnahmearzt als Partner

**Abb. 4:** Das Team der Notaufnahme

## Die Zukunft

Interdisziplinäre Notaufnahmen bieten Patienten, Rettungsdiensten, Spezialisten und Kliniken große Vorteile. Sie sind faszinierend, wenn auch anspruchsvolle Arbeitsplätze für die dort Tätigen. Die Zahl der professionell organisierten interdisziplinären Notaufnahmen nimmt in Deutschland deutlich zu und wird weiter steigen. Dies ist allen Beteiligten auch zu wünschen. 