

„Rettungsdienst braucht mehr!“ - DGINA Kommentar zur Aktualisierung des Notarztindikationskataloges (NAIK) der Bundesärztekammer vom 16.11.2023

Der „Indikationskatalog für den Notarzteinsatz (NAIK)“ ist eine seit 2001 bestehende Empfehlung der Bundesärztekammer (BÄK), welche die Grundlage für die Notwendigkeit einer notärztlichen Behandlung in Deutschland darstellen soll. Nach der letzten Anpassung im Jahre 2013 wurde nun zum 16.11.2023 eine erneut überarbeitete Version beschlossen. Im Untertitel wird der NAIK als „Handreichung für Disponenten in Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen“ bezeichnet. Allerdings arbeitet ein großer Teil der Disponenten in Rettungsleitstellen heutzutage nicht mehr anhand von „Handreichungen“ Dritter, sondern in fest definierten und teilweise gesetzlich geregelten Strukturen. Die Empfehlungen der BÄK zur Indikationsstellung des Notarzteinsatzes im Rettungsdienst müssten somit als eine berufsständische Stellungnahme einer der beteiligten Berufsgruppen am notfallmedizinischen Gesamtsystem verstanden werden.

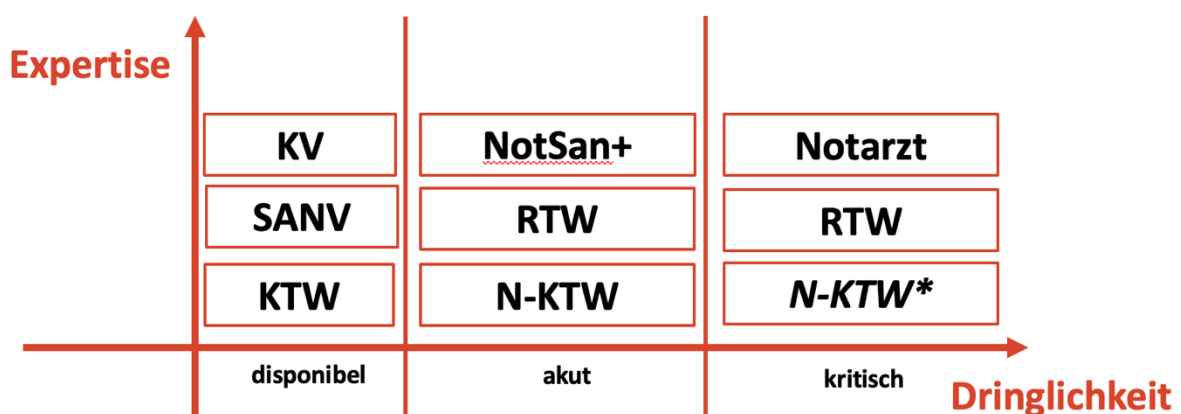
Hervorzuheben ist, dass der bisherige Katalog durch einen neu konstituierten „Arbeitskreis NAIK“ als Bestandteil des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer überarbeitet wurde. Durch diesen wurden u.a. die ausgewählten lebensbedrohlichen Zustände nach dem ABCDE Schema geordnet und klassifiziert. Leider fand dabei der Bereich „kritische Blutungen“ als mittlerweile fest etablierter Bestandteil des xABCDE bzw. cABCDE keinerlei Beachtung. Weiterhin wurde die Berücksichtigung von Telenotarztdiensten explizit ausgeschlossen, mit der Begründung fehlender Evidenz zur primären Disposition. Daten zu sinnvollen Indikationen liegen allerdings in einigen der etablierten Telenotarztsystemen vor [1, 2, 3, 4], wobei die vom AK NAIK angeführte primäre Disposition außerhalb von Verlegungsbegleitungen inzwischen ohnehin zumeist als obsolet angesehen wird. Aus Sicht der DGINA ist es daher eine vergebene Chance, auf Grundlage der bereits verfügbaren Daten und Expertenerfahrungen, Indikationen für eine mögliche telenotärztliche Unterstützung im Rahmen dieses Katalogs bereits konsentiert abzubilden, und somit eine einheitliche Leitstruktur zu schaffen.

Es wurde außerdem angeführt, dass der AK NAIK die vorliegenden Indikationen zum Notarzteinsatz nach wissenschaftlicher Evidenz erneut bewertet hat. Dies scheint in erster Linie nach dem Vorliegen von potenziell lebensbedrohlichen Zuständen geschehen zu sein. Inwiefern bei diesen Indikationen explizit ein Notarzt zur Verbesserung der Patientenversorgung notwendig ist, scheint bei zahlreichen aufgeführten Stichworten (Schlaganfall, Querschnittslähmung, stark erhöhter Blutdruck usw.) jedoch nicht klar erwiesen. Eine derart häufige Disposition von NEF oder gar RTH gemäß dem vorliegenden NAIK, kann angesichts der aktuellen Daten- und Ressourcenlage kein wünschenswertes Ziel darstellen. Diesbezüglich wären aber durchaus Daten zum gezielteren Einsatz von notarztbesetzten Rettungsmitteln verfügbar [5, 6, 7, 8, 9]. Dabei ist zu beachten, dass außerhalb des deutschsprachigen Raumes meist Notärzte zum Einsatz kommen, die ein wesentlich höheres Kompetenzniveau für das erforderliche Spektrum der präklinischen Notfallmedizin aufweisen, welches nach aktuell deutschem Standard in der Notarztqualifikation kaum erwartet werden kann [10, 11].

Ein flächendeckend höheres Kompetenzniveau im deutschen Notarztdienst umzusetzen, scheint bei der aktuellen Anzahl von Notarztstandorten unrealistisch, so dass auch dies für einen gezielteren Einsatz dieser Ressource spricht.

Unabhängig davon scheint die dichotome Betrachtung bezüglich einer Notarztindikation im Rettungsdienst ohnehin überholt. Vielmehr müssten die gesamten Behandlungspfade der Notfallpatienten betrachtet, dafür notwendige Versorgungsmaßnahmen festgelegt und schließlich daraus die am besten geeignete „Reaktion des Systems Rettungsdienst“ definiert werden. Daraus würde sich ein Gesamtkonzept ergeben, das definiert, welche Kompetenz zu welcher Zeit bei welchem Patienten notwendig ist. Nur das ermöglicht dann im nächsten Schritt einen gezielten und sinnvollen Einsatz der verschiedenen Qualifikationsniveaus (RettSan, NotSan, NotSan mit Zusatzqualifikation, Notarzt) im Rettungsdienst. Dafür müssen jedoch die aktuell verfügbaren Fähigkeiten und Kenntnisse des Personals berücksichtigt werden. Leider entschied sich der AK NAIK diesbezüglich keinerlei heilkundliche Maßnahmen im Portfolio des Rettungsfachpersonals zu berücksichtigen. Dies ist zwar bisher auch nicht in allen Rettungsdienstbereichen einheitlich umfassend geregelt, jedoch sollte das erwartbare Niveau am Pyramidenprozess ableitbar und somit zunehmend als Mindeststandard, wie nun bspw. bei der Erstellung des NAIK, gefordert werden.

Es gilt aus Sicht der DGINA also zukünftig ein System von „Notfallstufen oder -kategorien“ zu entwickeln, welches das gesamte Spektrum der präklinischen Notfall- und Akutmedizin abbildet, in welchem sowohl die Expertise, als auch die notwendige Reaktionsgeschwindigkeit zur Versorgung des jeweiligen Notfallbildes festgelegt werden (siehe Diagramm). Somit gäbe es eine bundesweit einheitliche Grundlage für die standardisierte Notrufabfrage und -disposition, welche dann auch fortlaufend wissenschaftlich evaluiert und verbessert werden kann. Dies müsste aber in Abstimmung mit allen relevanten Akteuren der präklinischen Notfallmedizin geschehen, da sonst auch grundsätzlich positiv intendierte Vorhaben wie die des AK NAIK mangels Konsentierung oder gesetzlicher Regelungskompetenz keine einheitlich flächendeckende Umsetzung erfahren werden.



* in Funktion als First Responder

Literatur:

1. Rossaint R., Wolff J., Lapp N. *et al.* Indikationen und Grenzen des Telenotarztsystems. *Notfall Rettungsmed* **20**, 410–417 (2017).
<https://doi.org/10.1007/s10049-016-0259-1>
2. Rasmussen MB, Frost L, Stengaard C *et al* (2014) Diagnostic performance and system delay using telemedicine for prehospital diagnosis in triaging and treatment of STEMI. *Heart* 100:711–715
3. Schröder H, Beckers SK, Borgs C, Rossaint R, Felzen M. Update Telenotfallmedizin : Status quo und Ausblick [Update tele-emergency medicine : Status quo and perspectives]. *Anaesthesiologie*. 2023 Jul;72(7):506-517. German. doi: 10.1007/s00101-023-01301-4. Epub 2023 Jun 12. PMID: 37306734; PMCID: PMC10322968.
4. Kowark A, Felzen M, Ziemann S, Wied S, Czaplik M, Beckers SK, Brokmann JC, Hilgers RD, Rossaint R; TEMS-study group. Telemedical support for prehospital emergency medical service in severe emergencies: an open-label randomised non-inferiority clinical trial. *Crit Care*. 2023 Jun 30;27(1):256. doi: 10.1186/s13054-023-04545-z. PMID: 37391836; PMCID: PMC10311733.
5. Edmunds C.T., Lachowycz K., McLachlan S. *et al.* Nine golden codes: improving the accuracy of Helicopter Emergency Medical Services (HEMS) dispatch—a retrospective, multi-organisational study in the East of England. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 31, 27 (2023).
<https://doi.org/10.1186/s13049-023-01094-w>
6. Jacobs P, Grabinsky A. Advances in prehospital airway management. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2014 Jan;4(1):57-64. doi: 10.4103/2229-5151.128014. PMID: 24741499; PMCID: PMC3982372.
7. Advanced airway management is necessary in prehospital trauma patients Lockey, D.J. *et al.* *British Journal of Anaesthesia*, Volume 114, Issue 4, 657 – 662
8. Song C., Dennis M., Burns B. *et al.* Improving access to extracorporeal membrane oxygenation for out of hospital cardiac arrest: pre-hospital ECPR and alternate delivery strategies. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 30, 77 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13049-022-01064-8>
9. Carroll SL, Dye DW, Smedley WA, Stephens SW, Reiff DA, Kerby JD, Holcomb JB, Jansen JO. Early and prehospital trauma deaths: Who might benefit from advanced resuscitative care? *J Trauma Acute Care Surg*. 2020 Jun;88(6):776-782. doi: 10.1097/TA.0000000000002657. PMID: 32176169.
10. Breuer F., Dahmen J., Malysch T. *et al.* Strukturqualität im Berliner Notarztdienst: Funktionen, Qualifikationen und Kompetenzerhalt. *Notfall Rettungsmed* 26,602–610 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10049-022-01020-0>
11. Arntz HR, Somasundaram R (2017) Was wissen wir über die Qualität notärztlicher Diagnostik? *Notfall Rettungsmed* 20:586–588