



# Qualitätshandbuch für den Notarzdienst

## **Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW**

W. Alsweiler (Viersen), A. Büttner (Bielefeld), O. Dräger (Herford), Ch. Fegeler (Wipperfürth), B. Gasch (Dortmund), A. Gesang (Wuppertal), P. Gretenkort (Viersen), H. Körner-Göbel (Wuppertal), A. Kremer (Mönchengladbach), Ch. Müller (Krefeld), C. Sirtl (Bochum), P. Stahlberg (Herdecke), P. Wagener (Vreden), H. Wißuwa (Herne)

### **Version 5.0 - September 2007**

Geplante Überarbeitung: September 2008

Mit Beiträgen von W. Alsweiler, A. Büttner, B. Gasch, P. Gretenkort, A. Kremer, Ch. Müller, P. Stahlberg, H. Wißuwa

## Inhaltsverzeichnis

*Kursiv gedruckte Titel befinden sich in Vorbereitung*

<b>Kapitel</b>		<b>Seite</b>
<b>0.</b>	<b>Zielsetzung</b>	
0.1	Vorwort	4
0.2	Formales Konzept	4
<b>1.</b>	<b>Präambel</b>	
1.1.	Leitbild für den Rettungsdienst	4
<b>2.</b>	<b>Einsatzorganisation / Struktur</b>	
<b>2.1.</b>	<b>Geografischer Zuständigkeitsbereich und Gefährdungsprofil</b>	6
<b>2.2</b>	<b>Ärztliche Funktionen im Rettungsdienst</b>	
2.2.1	Notarzt	7
2.2.2	LNA	9
2.2.3	ÄLRD	10
2.2.4	Ärztlicher Leiter Notarztstandort	13
<b>2.3</b>	<b>Rettungsdienstliche Strukturen</b>	13
2.3.1	<i>Leitstelle</i>	
2.3.2	<i>Rettungsdienst</i>	
2.3.3	<i>Feuerwehr</i>	
2.3.4	Psychosoziale Unterstützung / Notfallseelsorge / Krisenintervention	14
<b>2.4</b>	<b>andere Strukturen der Notfallversorgung / Zusammenarbeit</b>	
2.4.1	Kassenärztlicher Notdienst	16
2.4.2	<i>Polizei</i>	
2.4.3	<i>First Responder-Einheiten</i>	
<b>2.5</b>	<b>Massenanfall von Verletzten (MANV)</b>	17
<b>3.</b>	<b>Notarzt-Einsatz</b>	
3.1	Standort	18
3.2	<i>Alarmierung</i>	
<b>3.3</b>	<b>Einsatzindikationen</b>	19
3.3.1	Transportverweigerung	19
<b>3.4</b>	<b>Fahrzeug-Ausstattung</b>	20
<b>3.5</b>	<b>Medikamente</b>	21
<b>3.6</b>	<b>persönliche Ausrüstung</b>	22
<b>3.7</b>	<b>persönliche Gefährdung</b>	
3.7.1	Verhalten im Einsatz	24
3.7.2	Nadelstichverletzungen	26
3.7.3	Postexpositionelle Prophylaxe	26
<b>4.</b>	<b>Therapieleitlinien für häufige Krankheitsbilder und Notfälle</b>	
4.1	Therapieleitlinien	
4.1.0	Vorbemerkungen	27
4.1.1	Therapieleitlinie Akutes Koronarsyndrom	28
4.1.2	Therapieleitlinie Schlaganfall	28
4.1.2	Therapieleitlinie Kardiopulmonale Reanimation	29

# AGNNW – Qualitätshandbuch für den Notarztdienst 5.0 - Sept. 2007

4.1.3	Therapieleitlinie Verbrennung	30
<b>4.2</b>	<b>Psychologische Versorgung von Notfallpatienten</b>	31
<b>4.3</b>	<b>Leichenschau im Notarztdienst</b>	
4.3.1	Organisation der Leichenschau	32
4.3.2	Abrechnung der Leichenschau	33
<b>5.</b>	<b>Dokumentation und Qualitätssicherung</b>	
5.1	Einführung	34
5.2	Ziele der Dokumentation	35
5.3	Komponenten eines Dokumentationskonzeptes	35
5.4	<i>Formen der Dokumentation</i>	
5.5	<i>Notarzteinsatzprotokoll/Rettungsdienstprotokoll</i>	
5.6	Intensivtransportprotokoll	35
5.7	<i>EDV-gestützte Datenerfassungssysteme</i>	
5.8	<i>Aktuelle Projekte zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst</i>	
<b>6.</b>	<b>Strukturierte Fortbildung</b>	37

## 0.1 Vorwort

Ein Qualitätshandbuch ist Grundvoraussetzung für ein effektives Qualitätsmanagement an jedem Notarztstandort. Die Diskussion über die Notwendigkeit von Qualitätsmanagement muss als abgeschlossen betrachtet werden. Qualitätssicherung ist gesetzliche Pflicht und zur Darstellung der Effektivität ebenso wie zur ständigen Verbesserung unserer Notarztsysteme unerlässlich. Qualitätsmanagement mit verlässlichen Daten gehört auch zur Überlebensstrategie, wenn bei der allfälligen Kosten-Nutzen-Diskussion die volkswirtschaftliche Relevanz unserer notärztlichen Tätigkeit hinterfragt wird.

Als Ergebnis unserer Arbeit, einbezogen die Meinungen aus zahlreichen Diskussionen auch außerhalb unseres Arbeitskreises, wollen wir mit diesem Handbuch den Verantwortlichen helfen, an ihrem Standort ein eigenes Qualitätsmanagement aufzubauen bzw. zu erweitern. Lassen Sie sich nicht zu der Annahme verführen, die dargelegten Texte seien vollständig! Wir wollen eine Gliederung und Ideensammlung zur Verfügung stellen, die vom Nutzer ergänzt, vervollständigt und mit Inhalten versehen werden muss. Deshalb haben wir auch bewusst auf ein gedrucktes Exemplar verzichtet. Damit soll bewusst gemacht werden, dass ein Qualitätshandbuch sich dynamisch weiter entwickeln und die Bereitschaft zur Anpassung der Vorgabe an sich ändernde Umstände bestehen muss.

Gliederung und Texte stehen Ihnen zum DOWNLOAD auf der Homepage der AGNNW [www.agnnw.de](http://www.agnnw.de) zur Verfügung.

Wir bitten Sie um ein konkretes Feedback, z.B. über e-mail-Eingabe auf der Homepage, ob und wie Ihnen das Handbuch vor Ort bei der Entwicklung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen helfen konnte. Gerne möchten wir Ihre Kritik und Ihre Anregungen in die Weiterentwicklung des Handbuchs einbeziehen.

## 0.2 Formales Konzept

Das formale Konzept des Handbuches umfasst drei Gliederungsebenen, welche sich in allen Abschnitten in gleicher Weise wieder finden.

**Teil A – Beschreibung des Problemkreises** ist als redaktioneller Teil das Ergebnis der Arbeitskreis-Diskussion zu dem einzelnen Thema und wirft einleitend die unter Aspekten des Qualitätsmanagements wichtigen Fragen auf.

**Teil B – relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele** führt Sie, soweit eben möglich, auf direktem Weg über Links unmittelbar zu wichtigen Referenzen und Dokumenten, die im Kontext des Themas unverzichtbar sind. Auf wesentliche Literaturbezüge, die nicht unmittelbar im Internet zugänglich sind, konnte leider nicht immer verzichtet werden. Hier handelt es sich aber immer um Quellen, von denen wir meinen, dass sie einer engagierten Suche einfach zugänglich sind. Ansonsten finden Sie kurze Inhaltsangaben, um Gehalt und Bedeutung dieser Quellen erfassen zu können, bevor Sie sich auf die aufwändige Suche machen. Auch konkrete Praxisbeispiele aus einzelnen Standorten gehören zum interessanten Material in diesem Gliederungsteil.

In **Teil C – Fragen zum eigenen Konzept** werden an Stelle von einheitlichen Empfehlungen Fragen an den Anwender gestellt, mit denen der Entwicklungsstand der eigenen Einrichtung reflektiert und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung erschlossen werden sollen.

### 1.1 Leitbild für den Rettungsdienst

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Die Erfordernis eines Leitbildes für den Rettungsdienst

Die Notfallrettung hat sich in den vergangenen 15 Jahren zu einer „dritten Säule“ unseres Gesundheitswesens entwickelt, die erheblich an Komplexität und Differenziertheit in der Organisation

und im Vorgehen gewonnen hat. Ohne eine regional vereinbarte Zielvorstellung sind die dem Rettungsdienst innewohnenden Ziele den Mitarbeitern nicht ausreichend deutlich; sie können auch den anderen Gruppierungen der Gesellschaft nicht vermittelt werden und sind hinsichtlich ihrer Verwirklichung nicht überprüfbar.

Die Zielvorgabe im ärztlichen Teilbereich des Rettungsdienstes scheint über den Berufsauftrag der Ärzteschaft hinreichend klar. Dies gilt jedoch nicht für die Gesamtheit der komplexen Organisation des präklinischen Rettungssystems als Teilbereich der öffentlichen Gefahrenabwehr. Diese umfasst Aufgaben, die den ärztlichen Auftrag lediglich als einen Bestandteil unter anderen enthält. Sie trägt dementsprechend auch ein eigenes Selbstverständnis in sich, dass in allen Beteiligten wirkt, aber in seinem sachlichen Auftrag nur unscharf erkennbar ist und der Öffentlichkeit im großen und ganzen als spektakuläres Bild von selbstlosen Rettern und erschöpften Notärzten vermittelt wird, die unter schrecklichen Bedingungen Wunderbares leisten.

Es gilt die einfache Kernwahrheit aller sozialen Berufe: es besteht ein gesellschaftlicher Bedarf, und es haben sich hier professionell Engagierte gefunden, um die erforderliche Arbeit sachgerecht zu verrichten; - doch diese Binsenweisheit geht oft unter in einer emotional umwölkten Aura, die der notwendigen sachlichen Darstellung der Erfordernisse unserer Tätigkeit nicht gerecht wird.

Dass der Rettungsdienst dringend einer besseren, das heißt kohärenten und zielbezogenen Organisation bedarf, viel zu sehr an regionaler, berufsbezogen und auch organisations- und machtpolitisch begründeter Zersplitterung leidet und damit einer sachlichen Effizienz- und Kostenanalyse nicht ausreichend zugänglich ist, ist den meisten Beteiligten längst deutlich. Die Mitarbeiter leiden oft weniger unter ihrer Arbeit als unter den irrationalen, weil nicht zielorientierten Organisationsbedingungen ihrer Arbeit.

Eine Kosten-Effizienz-Diskussion greift ins Leere, wenn sie sich nicht an einer Zielvorgabe orientiert, die am gesellschaftlichen Auftrag gemessen wird, sondern nur als Prozentsatz des Rettungsdienstes an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens bestimmt wird.

Ein gemeinsam erarbeitetes „Leitbild“ kann in dieser Hinsicht bewirken, das eigene Selbstverständnis ins Bewusstsein zu heben und verhandlungsfähig werden zu lassen. Die notwendigen Regelungen und erforderlichen Abstimmungen in Einzelfragen wie Gerätebeschaffung, Medikamentenabgleich, Ausarbeitung von Einsatzstrategien und Behandlungskonzepten und auch die Bewältigung von Krisenlagen sind an einem gemeinsamen Ziel zu orientieren. Das Festhalten an der eigenen Gewohnheit und lokalen Besonderheiten ist hier nicht zielführend. Darüber hinaus kann das Vorhandensein einer Leitvorstellung auch dem einzelnen Mitarbeiter im Einsatz subjektiv dabei helfen, belastende Situationen besser zu verarbeiten.

In diesem Sinne wird vorgeschlagen, eine Leitbilddiskussion im Rettungsdienst zu führen, die diesem Ziele dienen soll und in Zukunft als Präambel des RD-Bedarfsplanes auch die Kosten- und Planungsdiskussion mit den Kostenträgern leiten kann. Die Diskussion zur Entwicklung eines Leitbildes sollte berücksichtigen

- den öffentlichen Auftrag
- die in den Köpfen lebende Vorstellung vom grundsätzlichen Ziel der eigenen Arbeit
- die Formulierung konkreter Arbeitsziele auf der operativen Ebene

## **B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele**

- B.1 Leitbildentwurf für den Rettungsdienst im Ennepe-Ruhr-Kreis (Link 1.1.B.1)

## **C) Fragen zum eigenen Konzept**

- ✓ Existiert ein Leitbild für Ihren Rettungsdienstbereich ?
- ✓ Wenn nein: Haben Sie eine Diskussion darüber geführt ?
- ✓ Ist die Erarbeitung eines Leitbildes vorgesehen ? Wer ist federführend ?
- ✓ Welcher Personenkreis soll an dieser Diskussion beteiligt werden ?
- ✓ Wird die Diskussion öffentlich geführt ?

## 2. Einsatzorganisation / Struktur

### 2.1. Geografischer Zuständigkeitsbereich und Gefährdungsprofil

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Zuständigkeitsbereiche für den Rettungsdienst werden durch den Träger des Rettungsdienstes geregelt und festgelegt. Im Rettungsdienstgesetz NRW (RettG NRW) wird die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung einschließlich der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst und des Krankentransports vorgegeben. Beide Aufgabenbereiche bilden eine medizinisch-organisatorische Einheit der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr. In Rettungsdienstbedarfsplänen sind insbesondere Zahl und Standort der Rettungswachen, weitere Qualitätsanforderungen sowie die Zahl der benötigten Krankenkraftwagen und Notarzt - Einsatzfahrzeuge festzulegen.

Ein zentraler Begriff ist die sogenannte Hilfsfrist, auch wenn dieser Begriff bundesweit nicht einheitlich definiert ist. Für NRW ist die Hilfsfrist im Rettungsdienstgesetz (RettG NRW) bzw. in den Erläuterungen hierzu (Drucksache 11/3181 aus 1992) definiert als Zeitraum „...vom Eingang der Meldung bis zur Ankunft am an einer Straße gelegenen Notfallort...“. Die Hilfsfrist beträgt hier 5 – 8 Minuten, im ländlichen Raum 12 Minuten. Dieser Zeitraum muss in die Bedarfsplanung und die Festlegung geografischer Zuständigkeiten eingehen. Im individuellen Fall sind variable Entscheidungen der Leitstelle unabhängig von originären Zuständigkeiten möglich, wenn sich aktuell ein adäquates Rettungsmittel in der Nähe des Einsatzortes befindet.

In der Gefährdungsanalyse werden besondere geografische, infrastrukturelle, meteorologische und gewerbliche Besonderheiten im Hinblick auf ihre mögliche Einsatzrelevanz hin berücksichtigt. Dies ist entscheidend, um z.B. auf möglicherweise zu erwartende Schadensereignisse (MANV bei chemischer Lage in einem Chemieunternehmen) vorbereitet zu sein. Systematische Untersuchungen über Gefahrenpotentiale im Hinblick auch auf überregionale Vorsorge und Sicherstellung wurden in Schleswig Holstein und Hessen vorgenommen.

#### B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Gesetz über den Feuerschutz und die Hilfeleistung (FSHG NRW)  
[www.idf.nrw.de/download/normen/fshg.pdf](http://www.idf.nrw.de/download/normen/fshg.pdf)
- B.2 Rettungsdienstgesetz NRW  
<http://www.idf.nrw.de/download/normen/rettg.pdf>
- B. 3 Zweiter Bericht der Schutzkommission beim Bundesministerium des Inneren 2001  
[http://www.bmi.bund.de/Internet/Content/Common/Anlagen/Broschueren/2001/Zweiter\\_Gefahrenbericht\\_der\\_Id\\_12312\\_de.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Zweiter\\_Gefahrenbericht\\_der\\_Id\\_12312\\_de.pdf](http://www.bmi.bund.de/Internet/Content/Common/Anlagen/Broschueren/2001/Zweiter_Gefahrenbericht_der_Id_12312_de.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Zweiter_Gefahrenbericht_der_Id_12312_de.pdf)
- B.4 Zeitvorgaben zur rettungsdienstlichen Hilfsfrist  
<http://www.sanitaeter.com/downloads/recht/hilfsfrist.pdf>
- B.5 Gefährdungsanalyse für das Land Hessen  
<http://www.nassauischer-feuerwehrverband.de/Downloads/KatSGefaehrdungsanalyse.pdf>
- B.6 Einsatzplanung für den Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen.  
<http://www.sanitaeter.de/downloads/Gefaehrdungsanalyse.pdf>
- B.7 Bemessung von Sanitätswachdiensten auf Großveranstaltungen  
[http://www.bbk.bund.de/cln\\_007/nn\\_1016182/DE/06\\_Fachinformationsstelle/06\\_Hochschulschriften/Pelka.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Pelka.pdf](http://www.bbk.bund.de/cln_007/nn_1016182/DE/06_Fachinformationsstelle/06_Hochschulschriften/Pelka.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Pelka.pdf)

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Ist die AAO ( Alarm- und Ausrückeordnung) Ihres Rettungsdienstbereiches nachhaltig bekannt?
- ✓ Gibt es ergänzende Gefährdungsanalysen für besondere Objekte Ihres Versorgungsbereiches?
- ✓ Sind ärztliche Mitarbeiter bei der Erstellung des Bedarfsplanes beteiligt?
- ✓ Bestehen Abstimmungen mit den Nachbarregionen für besondere Einsatzsituationen ?

## 2.2 Ärztliche Funktionen im Rettungsdienst

„Rettungsdienst als primär medizinische Dienstleistung erfordert die institutionalisierte Integration von Ärzten in verschiedenen Aufgabenbereichen. Nur so wird der Rettungsdienst die zu Recht erwartete Qualität seiner Leistungen effektiv und effizient erbringen können“ (Stratmann D, Sefrin P, 2000).

### 2.2.1 Notarzt

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Der Rettungsdienst leistet in Deutschland knapp 10 Millionen Einsätze pro Jahr. Auf den Krankentransport entfallen ca. 60 % der Einsätze, 40 % sind Einsätze der Notfallrettung, die jeweils etwa zur Hälfte ohne bzw. mit Notarzt durchgeführt werden. Die Notarzt-Einsätze haben sich in den vergangenen 15 Jahren mehr als verdreifacht.

Aufgabe des Notarztes in der Notfallrettung ist es, gemeinsam mit dem rettungsdienstlichen Personal am Einsatzort lebensbedrohlich gestörte Vitalfunktionen wiederherzustellen, die Vitalfunktionen aufrecht zu erhalten und weitere Schäden abzuwenden. Nach Herstellung der Transportfähigkeit sind die Betroffenen unter kontinuierlicher Überwachung und Fortführung notfallmedizinischer Maßnahmen einer geeigneten Weiterversorgungseinrichtung zuzuführen (Stratmann D, Sefrin P, 2000). Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht werden zu können, bedarf es einer besonderen ärztlichen Qualifikation, die in der Regel in den Landesrettungs(dienst)gesetzen vorgeschrieben wird. Kritisch muss angemerkt werden, dass die Erfüllung der für NRW geltenden Anforderungen einen Arzt bei weitem noch nicht befähigen, seiner umfangreichen und anspruchsvollen Aufgabe (auch im Licht gestiegener Erwartungen der Patienten) gerecht zu werden.

In NRW wird die formale Qualifikation durch den Nachweis klinischer Tätigkeit, spezieller intensivmedizinischer Erfahrung sowie den Besuche eines 80-Stunden-Kurses (ohne Prüfung) erworben. Die Teilnahme am Notarztdienst erfolgt oft aufgrund einer vertraglichen Koppelung mit dem Arbeitsvertrag für die Primärtätigkeit und nicht wegen spezieller rettungsdienstlicher Neigungen und Interessen. In zwei Umfragen innerhalb von NRW konnten Aspekte verifiziert werden, welche prinzipiell geeignet sind, eine durchgehende gleichmäßig gute Qualität der notärztlichen Ausbildung in Frage zu stellen (Arbeitskreis Qualitätsmanagement AGNNW 2002 und 2004). Die durchschnittliche Dienst- und Einsatzhäufigkeit bezogen auf den einzelnen Notarzt ist an manchen Standorten so gering, dass der kurzfristige Erwerb einer ausreichenden Notarzterfahrung zweifelhaft ist. Zwar bestehen lokale Fortbildungsangebote, jedoch nur selten mit verpflichtender Teilnahme oder verbunden mit örtlichen Leitlinien für das notärztliche Vorgehen. Selbst langjährig tätige Notärzte schätzen ihre Fähigkeiten für bestimmte (seltene) Notarzaufgaben oft mangelhaft ein. Auch bestehen Unterschiede in der Selbsteinschätzung für bestimmte Aufgaben je nach dem klinischen Tätigkeitsgebiet (Fachrichtung) des Notarztes. Für gute Erfahrung spricht auf der anderen Seite ein hohes Dienstalster sowie ein hoher Facharztanteil unter den aktiven Notärzten.

Neue Probleme ergeben sich aus zunehmendem Ärztemangel, DRG-Auswirkungen, Privatisierung von Kliniken, Spezialisierung und Schwerpunktbildung von klinischen Einrichtungen, „Flucht“ von angestellten Krankenhaus-Ärzten in alternative Berufsfelder und rechtlichen / politischen Vorgaben zu

Arbeitszeiten: Schon heute stehen in manchen Rettungsdienst-Bereichen nicht mehr genügend Notärzte für die präklinische Versorgung von Notfallpatienten zur Verfügung. Die vorgesehene Erweiterung der notfallmedizinischen Kompetenz von Rettungsassistenten im Sinne einer „Regelkompetenz“ kann dieses Problem nicht lösen und ärztliche Kompetenz am Einsatzort nicht ersetzen. Unabhängig von Kostenaspekten wurde nachgewiesen, dass ein Notarztsystem im Vergleich mit einem Paramedic-System messbare Auswirkungen auf das „outcome“ der Notfallpatienten hat (Fischer M et al., 2003). Der Anspruch eines Notfallpatienten auf qualifizierte ärztliche Behandlung muss daher bestehen bleiben. Ein evtl. nur passagerer Mangel an Notärzten darf nicht die Begründung für eine Qualitätsabsenkung in der Notfallversorgung insgesamt liefern.

## B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen  
[www.idf.nrw.de/download/normen/rettg.pdf](http://www.idf.nrw.de/download/normen/rettg.pdf)
- B.2 Stratmann D, Seffrin P (2000). Ärzte im Rettungsdienst - Positionspapier der BAND Empfehlungen der BAND <http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=17&inhaltvon=17&menuoffen=10X17X>
- B.3 Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW (2002). Strukturqualität im Notarztdienst NRW – Umfrageergebnis der Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW. Der Notarzt 18:192-7  
<http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/notarzt/doi/10.1055/s-2002-35152>  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=21](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=21)
- B.4 Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW (2004). Notärzte in NRW: Berufszufriedenheit und subjektiver Fortbildungsstand in NRW – Umfrageergebnis der Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW. Der Notarzt 20:133-8  
<http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/notarzt/doi/10.1055/s-2003-815019>  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=49](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=49)
- B.5 Fischer M, Krep H, Wierich D et.al. (2003). Effektivitäts- und Effizienzvergleich der Rettungsdienste in Birmingham (UK) und Bonn (D). AINS 38:630-42 Nachdruck in: Notarzt (2004) 20: 51-63  
<http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/notarzt/doi/10.1055/s-2003-814903>
- B.6 Mustervertrag für Notarzt-Standort EN (Link 2.1.1.B.6)
- B.7 Notarzt bei Intensivtransporten (DIVI-Empfehlung)  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=32&inhaltvon=32&menuoffen=10X32X>

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Gibt es Vereinbarungen zur Qualitätssicherung zwischen den Notarzt-entsendenden Krankenhäusern und dem Träger des Rettungsdienstes?
- ✓ Wie werden junge Notärzte lokal auf ihren Einsatz im Notarztdienst vorbereitet?
- ✓ Gibt es (verpflichtende) Notarzt-Fortbildungen vor Ort?
- ✓ Wird Fortbildungs-Engagement unterstützt (Besuch von Fortbildungen, Hospitationen auswärts oder in Abteilungen des eigenen Hauses)?
- ✓ Wer bereitet Notärzte auf fachgebietsfremde Einsätze vor (Kollegen, Ärztlicher Leiter Notarztstandort, Fortbildungen, Eigenstudium des Notarztes selbst)?
- ✓ Gibt es lokale Behandlung-„Richtlinien“ für zentrale Notfalldiagnosen (z.B. Akutes Koronarsyndrom) und werden diese von den Notärzten eingehalten?
- ✓ Wie und durch wen erfolgt die Einweisung auf die vor Ort verwendeten medizinisch-technischen Geräte?
- ✓ Gibt es eine vorgeschriebene / angestrebte Mindest-Einsatzzahl für den einzelnen Notarzt über einen bestimmten Zeitraum?

- ✓ Wer weist Notärzte in die lokalen Einsatzstrategien (z.B. Massenansturm von Verletzten) ein?
- ✓ Wer ist Ansprechpartner für die Notärzte bei Problemen (organisatorisch, rechtlich, medizinisch) ?
- ✓ Wird die notärztliche Qualität vor Ort kontrolliert / überwacht?
- ✓ Werden Schwächen der Notärzte systematisch erfasst und behoben?
- ✓ Ist der Grad der Zufriedenheit der Notärzte vor Ort bekannt?
- ✓ Gibt es gemeinsame Bemühungen mit den Notarzt-entsendenden Kliniken, die Fluktuation unter den Notärzten gering zu halten und stattdessen personelle Kontinuität zu unterstützen?

## 2.2.2 Leitender Notarzt (LNA)

### A) Beschreibung des Problemkreises

Der Einsatz eines Leitenden Notarztes (LNA) bei einem Massenansturm von Verletzten / Erkrankten (MANV) soll gewährleisten, dass bei diesen außergewöhnlichen Lagen durch eine verantwortliche medizinische Leitung und Koordination frühest möglich eine adäquate medizinische Versorgung erfolgt, die individualmedizinischen Erfordernissen gerecht wird (einschließlich eines geordneten und zielgerichteten Patienten-Transports). Für diese Aufgabe ist neben umfassender Erfahrung im Rettungsdienst eine besondere Qualifikation und Fortbildung erforderlich.

Es ist festzuhalten, dass es bis heute noch keine flächendeckende Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Institutionalisierung eines LNA-Systems gibt. In einigen Rettungsdienst-Bereichen gibt es gar kein LNA-System oder es wird „ehrenamtlich“ gestaltet, was im Schadensfall dazu führen kann, dass es zu keinem rechtzeitigen und / oder qualifizierten Einsatz eines LNA kommt. Da der Einsatz eines LNA insgesamt nur sehr selten erforderlich ist, ist es den Mitgliedern einer Leitenden Notärzte-Gruppe (LNG) kaum möglich, Einsatzerfahrung zu sammeln. Eine vom Zufallsprinzip abhängende Einsatzbereitschaft ist eine reine Alibifunktion, ihre Effektivität ist höchst zweifelhaft und wird der Sache nicht gerecht. Dem Träger des Rettungsdienstes wird die Frage eines Organisationsverschuldens gestellt, wenn keine effektiven Organisationsstrukturen geschaffen wurden (BAND). Nicht zuletzt die veränderte Gefährdungslage erfordert flächendeckende effiziente LNA-Systeme mit einer sicheren und stetigen Einsatzbereitschaft. Verschiedene Einsatzlagen der Vergangenheit haben darüber hinaus gezeigt, dass eine vorausschauende überregionale Abstimmung zum Austausch von Ressourcen sinnvoll und notwendig ist. Dieser Gedanke hat Eingang in erste überregionale MANV-Planungen („üMANV“) gefunden.

### B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Bundesärztekammer (1988). Empfehlungen zur Aufgabe, Qualifikation, Fortbildung, Stellung und zum Einsatz des Leitenden Notarztes (LNA). Deutsches Ärzteblatt 85:B 349.  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=25&inhaltvon=25&menuoffen=10X24X>
- B.2 Stratmann D, Sefrin P (2000). Ärzte im Rettungsdienst - Positionspapier der BAND  
Empfehlungen der BAND  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=18&inhaltvon=18&menuoffen=10X17X>
- B.3 Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW (2002). Strukturqualität im Notarzdienst NRW – Umfrageergebnis der Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW. Der Notarzt 18:192-7  
<http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/notarzt/doi/10.1055/s-2002-35152>  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=21](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=21)
- B.4 BAND. Leitender Notarzt. [www.band-online.de/imageordner/index.php](http://www.band-online.de/imageordner/index.php) (link  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=24&inhaltvon=24&menuoffen=10X24X>

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Wie werden Leitende Notärzte ausgewählt und bestellt?
- ✓ Gibt es eine funktionierende Leitende-Notarzt-Gruppe vor Ort?
- ✓ Ist die stetige Einsatzbereitschaft eines LNA gewährleistet (Dienstplan)?
- ✓ Gibt es eine Dienstordnung für die Leitende Notarzt-Gruppe?
- ✓ Wie lauten die Einsatzstichpunkte /-indikationen? Gibt es vor Ort einen lokalen Indikationskatalog für den LNA-Einsatz?
- ✓ Haben sich die LNAs einen detaillierten Überblick über die regionalen Gefährdungspotenziale verschafft?
- ✓ Wird dem LNA im Einsatzfall ein „Organisatorischer Leiter Rettungsdienst“ zur Seite gestellt? Welche Absprachen / Vorbereitungen gibt es für die gemeinsame Arbeit LNA / OrgL RD (gemeinsame Fortbildungen?)?
- ✓ Wie ist die Rufbereitschaft organisiert?
- ✓ Wie erfolgt die Anfahrt zur Einsatzstelle / Abholung?
- ✓ Wie erfolgt die Alarmierung?
- ✓ Welche persönliche Ausrüstung steht dem LNA zur Verfügung?
- ✓ Welche Dokumentation / Kommunikation steht an der Einsatzstelle zur Verfügung?
- ✓ Wer koordiniert die LNG?
- ✓ Wie viele Einsätze werden im Jahr durchgeführt?
- ✓ Wie erfolgt die Weiterbildung der Leitenden Notärzte?
- ✓ Finden regelmäßige Besprechungen / Fortbildungen der LNG statt?
- ✓ Wer finanziert Fortbildungen der LNAs?
- ✓ Sind die Leitenden Notärzte regelmäßig im Regel-Notarztdienst eingesetzt?
- ✓ Gibt es Abstimmungen mit benachbarten Rettungsdienstbereichen im Sinne einer überregionalen Planung ?

## 2.2.3 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)

### A) Beschreibung des Problemkreises

Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) ist für das medizinische Qualitätsmanagement der Patientenversorgung und -betreuung im Notarzt- und Rettungsdienst verantwortlich. Die Notwendigkeit zur kontinuierlichen ärztlichen Einbindung in das Qualitätsmanagement des Notarzt- und Rettungsdienstes ergibt sich u.a. aus den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches SGB V zur Qualitätssicherung. Diese machen eine Kontrolle sowohl der medizinischen Effektivität als auch der ökonomischen Effizienz bei der Einsatzplanung und -abwicklung im Notarzt- und Rettungsdienst unverzichtbar. Dennoch muss festgestellt werden, dass derzeit bestenfalls zwei Drittel der NRW-Gebietskörperschaften über Ärztliche Leiter Rettungsdienst verfügen, von denen ein Teil wiederum ehrenamtlich oder in Teilzeittätigkeit mit geringem Zeitumfang arbeitet (Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW 2002).

Der ÄLRD legt die medizinischen Grundsätze des Rettungsdienstes fest und wirkt daran mit, dass im Notarzt- und Rettungsdienst die notwendigen Strukturen aufgebaut und die Prozessabläufe konstant sach-, zeit- und bedarfsgerecht erbracht werden. Gleichzeitig unterstützt er den Träger des Notarzt- und Rettungsdienstes in Fragen der Strukturentwicklung, der Bedarf- und Einsatzplanung und der Ausbildung. Darüber hinaus erfordern arzneimittelrechtliche Vorgaben (z.B. die Betäubungsmittelverschreibungsordnung BtMVV) als auch die Ausübung der Notkompetenz durch Rettungsassistenten die Beauftragung bzw. die Kontrolle durch einen ÄLRD.

Die Aufgaben des ÄLRD sind in Empfehlungen verschiedener Fachgremien definiert.

### Stellung

Zur Durchführung seiner Aufgabe bedarf der "Ärztliche Leiter Rettungsdienst" einer Stellung, die ihm die Kompetenz zur Durchführung seiner Aufgaben verleiht.

## Der "Ärztliche Leiter Rettungsdienst"

- wird von der für den Rettungsdienst zuständigen Behörde bestellt
- ist in allen medizinischen Belangen der Durchführung des Rettungsdienstes entscheidungs- und weisungsbefugt:
  - in medizinischen Fragen und Belangen gegenüber den durchführenden Organisationen und dem nichtärztlichen Personal
  - in medizinisch-organisatorischen Belangen gegenüber dem ärztlichen Personal im Rettungsdienst
- erhält verbindliche Berichte der den Rettungsdienst durchführenden Organisationen
- berät die zuständige Behörde in allen medizinischen Angelegenheiten des Rettungsdienstes

## Qualifikation

Um die mit dem umfangreichen Aufgabenkatalog und der Bedeutung der Stellung des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ verbundenen hohen Anforderungen erfüllen zu können, ist eine besondere Qualifikation erforderlich, die sowohl medizinische als auch administrative Kenntnisse erfordert.

Die Qualifikation umfasst:

- eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Gebiet mit Bezug zur Notfall- und Intensivmedizin
- den Fachkundenachweis "Rettungsdienst" oder eine von der zuständigen Ärztekammer als vergleichbar anerkannte Qualifikation
- die Qualifikation als "Leitender Notarzt" entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer
- eine langjährige und anhaltende Tätigkeit in der präklinischen und klinischen Notfallmedizin
- zu erwerbende Kenntnisse in der Systemanalyse, Konzeptentwicklung und Problemlösung im Rettungsdienst
- Detailkenntnisse der Infrastruktur des Rettungsdienstes und des Gesundheitswesens
- Teilnahme an einer speziellen Fortbildung zum "Ärztlichen Leiter Rettungsdienst" entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer
- kontinuierliche Fortbildung in den Fachfragen des Aufgabengebietes

## Finanzwirksamkeit

Als verantwortlicher Arzt mit Leitungsfunktion entspricht die Stellung eines „Ärztlichen Leiters Rettungsdienstes“ der Vergütungsgruppe 1a bis 1 nach BAT bzw. Besoldungsgruppe A15 bis A16. Die Refinanzierung durch die Rettungsdienst-Gebühren ist anzustreben.

## Organisationsmodelle

Aufgrund der regional unterschiedlichen Größe und Organisationsstrukturen des Notarzt- und Rettungsdienstes können keine verbindlichen Empfehlungen für die Organisationsform zur Institutionalisierung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst gegeben werden.

## B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Moecke HP, Stratmann D (1995). Empfehlungen der Bundesärztekammer zum „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“. Der Notarzt 11:99.  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=27&inhaltvon=27&menuoffen=10X27>  
X
- B.2 Stratmann D, Sefrin P (2000). Ärzte im Rettungsdienst - Positionspapier der BAND  
Empfehlungen der BAND  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=17&inhaltvon=17&menuoffen=10X17>  
X
- B.3 Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW (2002). Strukturqualität im Notarzdienst NRW – Umfrageergebnis der Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW. Der Notarzt

18:192-7

<http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/notarzt/doi/10.1055/s-2002-35152>

[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=21](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=21)

- B.4 BAND (2001). Resolution zum ‚Ärztlichen Leiter Rettungsdienst‘ BAND-Workshop 2./3. März 2001 in München  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=29&inhaltvon=29&menuoffen=10X27X>
- B.5 Sozialgesetzbuch V, § 70  
<http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de>
- B.6 Bundesärztekammer (2003). Grundlagen und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der notfallmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.306.1131>
- B.7 Bundesärztekammer (2001). Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3222>
- B.8 Bundesärztekammer (1994). Empfehlung der Bundesärztekammer zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst.  
[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerztlicher\\_Leiter\\_Rettungsdienst\\_Empfehlung\\_BAeK\\_06\\_11\\_23\\_.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerztlicher_Leiter_Rettungsdienst_Empfehlung_BAeK_06_11_23_.pdf)
- B.9 Bundesärztekammer (1994). Empfehlung der Bundesärztekammer zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. (Stoffkatalog)  
[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerztlicher\\_Leiter\\_Rettungsdienst\\_Empfehlung\\_BAeK\\_06\\_11\\_23\\_.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerztlicher_Leiter_Rettungsdienst_Empfehlung_BAeK_06_11_23_.pdf)
- B.10 Bundesärztekammer (2004). Medikamente, deren Applikation im Rahmen der Notkompetenz durchgeführt werden kann.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.306.1129>
- B.11 Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung: Übersicht zu Gesetzen und Verordnungen zu Drogen  
[http://www.bmg.bund.de/nn\\_600124/DE/Gesetze-und-Verordnungen/zu-Drogen-und-Sucht/zu-drogen-und-sucht-node,param=.html\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/nn_600124/DE/Gesetze-und-Verordnungen/zu-Drogen-und-Sucht/zu-drogen-und-sucht-node,param=.html_nnn=true)
- B12: Bundesgeschäftsstelle des „Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Deutschland“.  
[www.bgs-aelrd.de](http://www.bgs-aelrd.de)

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Gibt es einen vom Träger offiziell bestellten ÄLRD?
- ✓ Ist die Bestellung eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst in absehbarer Zeit geplant?
- ✓ Wenn bestellt, wie viele Stunden steht er dem Träger zur Verfügung?
- ✓ Wem ist der ÄLRD unterstellt (Leiter der Feuerwehr, Leiter des Ordnungsamtes, Leiter des Gesundheitsamtes)?
- ✓ Ist der ÄLRD in unabhängiger Stellung und nur dem Träger des Rettungsdienstes gegenüber verantwortlich?
- ✓ Welche Befugnisse / Kompetenzen besitzt er vor Ort?
- ✓ Welche Infrastruktur steht dem ÄLRD zur Verfügung (Büro, Kommunikationstechnik, Ausrüstung, Fahrzeug) ?
- ✓ Besitzt der ÄLRD die geforderten umfangreichen Kenntnisse im Ärztlichen Qualitätsmanagement bzw. wird er diese erwerben (z.B. 200 Stunden-Curriculum „Ärztlicher Qualitätsmanager“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe o.ä.)?
- ✓ Wird die Tätigkeit des ÄLRD von der nicht-ärztlichen Seite effektiv unterstützt?

# AGNNW – Qualitätshandbuch für den Notarzdienst 5.0 - Sept. 2007

- ✓ Bestehen enge Kontakte / Mitgliedschaft zum „Landesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in NRW“ und zum „Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Deutschland“?
- ✓ Ist der ÄLRD auch als regulärer Notarzt in den eigenen Rettungsdienst eingebunden?

## 2.2.4 Ärztlicher Leiter Notarztstandort

### A) Beschreibung des Problemkreises

Jeder Notarztstandort hat de facto einen Ansprechpartner / Koordinator für den Notarzdienst des betreffenden Krankenhauses. Die Zusammenarbeit mit dem Träger des Rettungsdienstes ist in der Regel historisch gewachsen. Die Aufgaben des „de facto-ÄLN“ sind oft unverbindlich; klare Kompetenzen – oft interdisziplinär über alle am Notarzt-Dienst Beteiligten – sind nicht zugeordnet, ein umfassendes Qualitätsmanagement des Standortes findet nicht statt. Die Bundesärztekammer hat in ihren Empfehlungen zum „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ auch die Definition eines „Ärztlichen Leiters Notarztstandort“ beschrieben sowie Anforderungen an die Qualifikation des ÄLN benannt.

### B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW (2002). Strukturqualität im Notarzdienst NRW – Umfrageergebnis der Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW. Der Notarzt 18:192-7  
<http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/notarzt/doi/10.1055/s-2002-35152>  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=21](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=21)
- B.2 BAND (2000). Ärztlicher Leiter Notarztstandort (BAND-Empfehlung)  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=30&inhaltvon=30&menuoffen=10X30>  
X

### C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Gibt es vor Ort offiziell von den Notarzt-entsendenden Krankenhäusern benannte ÄLNs?
- ✓ Ist ihre Benennung geplant?
- ✓ Erfolgt die Benennung der ÄLNs in Abstimmung mit dem Träger des Rettungsdienstes (enge Zusammenarbeit)?
- ✓ Übt der ÄLN tatsächlich die Fach- und Sachaufsicht über den Notarzdienst des Standortes aus?
- ✓ Welche Kompetenzen hat der ÄLN?
- ✓ Besitzt der ÄLN eine Weisungsbefugnis gegenüber den eingesetzten Notärzten des Standortes?
- ✓ Sind die ÄLNs regelmäßig im Notarzdienst eingesetzt?
- ✓ Gibt es regelmäßige Besprechungen zwischen dem ÄLRD und den ÄLNs?

## 2.3 Rettungsdienstliche Strukturen

### A) Beschreibung des Problemkreises

Feuerwehr und Hilfsorganisationen (ASB, DLRG, DRK, JUH, Malteser, THW) im Rettungsdienst/Katastrophenschutz werden auch als Einrichtungen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr bezeichnet. Sie führen die entscheidenden Aufgaben Notfallrettung und Krankentransport, Brandbekämpfung und technische Hilfeleistung durch. Diese Aufgaben und deren Umsetzung sind im Feuerschutz- und Hilfeleistungsgesetz ( FSHG) sowie im Rettungsdienstgesetz festgelegt. In NRW ist die zuständige Landesbehörde für den Rettungsdienst das Ministerium für

# AGNNW – Qualitätshandbuch für den Notarzteinsatzdienst 5.0 - Sept. 2007

Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit. Nach § 6 Abs. 1 bilden Notfallrettung und Krankentransport eine medizinisch-organisatorische Einheit.

Träger des Rettungsdienstes sind die Kreise und kreisfreien Städte. Die Leistungen können aber beispielsweise an Hilfsorganisationen delegiert werden, die dann vertraglich mit allen Rechten und Pflichten in den sog. öffentlichen Rettungsdienst eingebunden sind.

Bei den Leitstellen handelt es sich um integrierte Leitstellen. Diese sind sinnvoller Weise zuständig für Krankentransport, Notfallrettung, Brandbekämpfung, technische Hilfeleistung und Katastrophenschutz. Wünschenswert könnte hier eine Einbindung auch des kassenärztlichen Notdienstes im Sinne integrierter und gezielter Disposition sein. Die Bestrebungen zur flächendeckenden Umsetzung eines solchen Konzeptes sind in NRW derzeit gering.

Typische Fahrzeugbesatzung eines RTW ist 1 Rettungsassistent und 1 Rettungssanitäter. Kommt ein Notarzt hinzu, wird aus dem RTW ein NAW. Ein NEF ist besetzt mit einem Rettungsassistenten und dem Notarzt. Die Besatzung eines RTH / ITH besteht aus 1 Pilot ( ggf. 2) , dem Notarzt und 1 Rettungsassistenten mit zusätzlicher Ausbildung als HEMS – Crew Member. Auch die Mitarbeiter der Rettungsleitstelle müssen die geforderten Mindestqualifikationen z. B. des Rettungsdienstgesetzes ( Rettungsassistent) erfüllen.

Fortbildung gehört zu den Berufspflichten des Einsatzpersonals. Zum Einsatzpersonal gehören auch die Mitarbeiter der Leitstellen. Die Fortbildung muss gem. §5 Abs.5 RettG jährlich mindestens 30 Zeitstunden umfassen.

Der Träger des Rettungsdienstes errichtet und unterhält eine Leitstelle, die mit der Leitstelle für den Feuerschutz § 21 Abs. 1 FSHG zusammen zu fassen ist. Er sorgt für die im Bedarfsplan nach § 12 festgelegte Zahl von Rettungswachen. Mehrere Träger können eine gemeinsame Leitstelle betreiben. Eine Trägergemeinschaft ist typisch für den Einsatzbereich der Luftrettungsmittel. Die Luftrettung durch Luftfahrzeuge ergänzt nach § 10 den bodengebundenen Rettungsdienst.

## **B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele**

- Gesetz über den Feuerschutz und die Hilfeleistung (FSHG NRW)  
[www.idf.nrw.de/download/normen/fshg.pdf](http://www.idf.nrw.de/download/normen/fshg.pdf)
- Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG NRW)  
[www.idf.nrw.de/download/normen/rettg.pdf](http://www.idf.nrw.de/download/normen/rettg.pdf)

## **C) Fragen zum eigenen Konzept**

(werden noch erarbeitet)

## **2.3.4 Psychosoziale Unterstützung / Notfallseelsorge / Krisenintervention**

### **A) Beschreibung des Problemkreises**

In den letzten Jahren ist die psychische Betreuung von Notfall-Patienten, Angehörigen und Helfern ein wichtiges Thema geworden. Fast jede Leitstelle hat zumindest eine Adresse im Hintergrund, die angesprochen werden kann. Eine ganze Reihe von Einzelpersonen und Gruppen haben sich diesem Thema gewidmet, darunter kirchliche Einrichtungen, Notfallpsychologen und Teams von Hilfsorganisationen. Diese Angebote werden heute meist unter dem Begriff PSU (Psychosoziale Unterstützung) zusammengefasst.

Art und Qualität der Versorgung, aber auch die Ansprüche und Zielsetzungen der Beteiligten sind uneinheitlich, eine differenzierte Betrachtung der örtlichen Angebote erscheint daher notwendig. Die Strukturierung schreitet jedoch voran, sowohl bezüglich Ausbildung und Organisation innerhalb der einzelnen Berufsgruppen und Verbände als auch der Einbindung in die Abläufe des Rettungsdienstes.

Über den Einsatz im rettungsdienstlichen Individualfall hinaus gibt es in einzelnen Bundesländern bereits konkrete Vorgaben für die Führungsstruktur im Großschadensfall („Leitender Notfallpsychologe“).

Weiterhin unverzichtbar wird jedoch ausreichendes Grundlagenwissen und Handlungskompetenz eines jeden Notarztes und Rettungsassistenten in „Psychischer Erster Hilfe“ sein (s. Abschnitt 4. 2).

## B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Begriffsdefinitionen  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Krisenintervention\\_im\\_Rettungsdienst](http://de.wikipedia.org/wiki/Krisenintervention_im_Rettungsdienst)  
<http://de.wikipedia.org/wiki/Notfallseelsorge>  
<http://lexikon.freenet.de/SbE>
- B.2 Arbeitsgemeinschaft Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst (AGS), Linksammlung „Notfallseelsorge“  
<http://www.notfallseelsorge.de/>
- B.3 Arbeitsgemeinschaft Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst (AGS), Regionalgruppe Westfalen  
<http://www.notfallseelsorge-westfalen.de/>
- B.4 Notfallseelsorge der Evangelischen Kirche im Rheinland  
<http://www.notfallseelsorge-rheinland.de/>
- B.5 Notfallseelsorge im Erzbistum Köln  
<http://www.notfallseelsorge-koeln.de/>
- B.6 Bundesvereinigung für Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e.V.  
<http://www.sbe-ev.de/>
- B.7 Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums des Innern über die Führung im Katastrophenschutz (RL Führung KatS) 1999 (Sachgebiet S7 Notfallseelsorge / Notfallpsychologischer Dienst)  
<http://www.notfallseelsorge.de/rlkatschutz.htm>
- B.8 Fachverband für Notfallseelsorge und Krisenintervention Mitteldeutschland e.V.  
<http://www.fachverband-nkm.de/fachgr.html>
- B.9 4. Deutscher Psychotherapeutentag: Professionalisierung in großen Schritten  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=44297>
- B.10 Lasogga, F. & Gasch, B. (2002, 2. Aufl). Notfallpsychologie. Edewecht und Wien: Stumpf & Kossendey.
- B.11 Müller-Lange, J. (2001). Handbuch Notfallseelsorge. Edewecht und Wien: Stumpf & Kossendey.

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Haben die Einsatzkräfte (über die Leitstelle) unmittelbaren Zugriff auf PSU-Kräfte ?
- ✓ Sind diese Kräfte „alarmmäßig“ zu erreichen ?
- ✓ Ist der Einsatz der PSU-Kräfte in der Alarm- und Ausrückeordnung hinterlegt ?
- ✓ Werden regelmäßige gemeinsame Fortbildungen von Mitarbeitern des Rettungsdienstes und PSU-Kräften durchgeführt ?
- ✓ Gibt es neben dem Angebot der Patienten- und Angehörigenbetreuung auch ein Unterstützungsangebot an Einsatzkräfte ?
- ✓ Sind die PSU-Kräfte vor Ort bei den Mitarbeitern des Rettungsdienstes persönlich bekannt?
- ✓ Zeigen sich die PSU-Kräfte auch außerhalb von Einsatzlagen auf den Rettungswachen, um den Kontakt zu pflegen?

- ✓ Nehmen die PSU-Kräfte als Hospitanten an Einsätzen des regulären Rettungsdienstes teil?

## 2.4 andere Strukturen der Notfallversorgung / Zusammenarbeit

### 2.4.1 Kassenärztlicher Notdienst

#### A) Beschreibung des Problemkreises

*„Die Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und niedergelassenen Ärzten funktioniert gut. Dafür zeugen Tausende von Kontakten, die täglich reibungslos stattfinden. Dennoch gibt es immer wieder Probleme, die häufig lediglich Ausdruck von fehlendem Wissen über die andere Seite oder Überreaktionen einzelner sind. Dieser Artikel soll helfen, diese Lücken weitgehend zu schließen, so daß die wenigen Unklarheiten und Probleme bei der Zusammenarbeit weiter minimiert werden können. Denn darüber darf kein Zweifel bestehen: Beide Systeme sind täglich aufeinander angewiesen.“(Lechleuthner)*

Diese einleitenden Sätze einer Darstellung der Zusammenarbeit von Notarzt- und KV-Notfalldienst benennen bereits die Kernprobleme, mit denen auch Notärzte regelmäßig zu tun haben:

- der Mangel an Wissen über die jeweilig anderen Arbeitsbedingungen und die daraus resultierenden Sichtweisen (als objektiver Tatbestand), und
- die Tatsache, dass Ärzte sich in ihrer Arbeit ungern von fremden Einflüssen leiten lassen und in kritischen Situationen zu ich-zentrierten Überreaktionen neigen, die eine fruchtbare Konfliktlösung erschweren.

Wissensdefizite bestehen insbesondere im Bereich der gegenseitigen Rechtsgrundlagen und der daraus folgenden Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Darüber hinaus sind organisatorische und finanzielle Randbedingungen oft unklar. Häufig fehlen auch Kenntnisse in Bezug auf die vorliegenden Qualifikationen und Fähigkeiten des eingesetzten Personals.

Subjektive Fehlerquellen bestimmen die Situation, sobald auf unsicherer Grundlage, ohne klar umrissene Information über das Geschehen besonders in einer bedrohlich erscheinenden Lage eine Entscheidung gefordert ist, ohne dass die Verantwortungen der Beteiligten klar definiert (und abgesprochen) ist. Dann drohen eigene Versagensangst und Machtwille an die Stelle rationalen Vorgehens zu treten, und unter dem Deckmantel von „Entscheidungskompetenz“ wird dem jeweils andern Kollegen indirekt die Zusammenarbeit aufgekündigt. Das kann selbstverständlich in beiden Richtungen funktionieren. Daneben gibt es sicher schlicht auch ärztliche Versagenssituationen angesichts von Notfällen. In diesen fordert es allerdings die Kollegialität, aus der Situation „das Beste zu machen“, um dann im Nachhinein zu einer sachlichen Korrektur zu finden. Aber auch hier sind beide ärztlichen Partner gefährdet wie gefordert.

Wesentlich wird immer sein, die sachlichen Defizite auf der eigenen Seite zu suchen und zu erkennen, und zu tragenden Absprachen über Behandlungskonzepte zu finden. Diese müssen in einer guten örtlichen Notfallorganisation aufgehoben sein, damit sie nicht in wenigen Monaten wieder verloren gehen.

#### B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- Lechleuthner A, Fehn K, Neumann KH (2002). Rettungsdienst und niedergelassene Ärzte – Hinweise für eine bessere Zusammenarbeit. Medizin im Dialog 03/2002.  
<http://www.wetterauer-rettungsdienst-tag.de/Newsletter/Downloads/newsletter0212.pdf>

#### C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Sind die Strukturen der Notdienstversorgung der KV und des Rettungsdienstes einander bekannt?
- ✓ Gibt es organisierte Kontakte zwischen diese Strukturen a) auf Standortebene oder b) auf RD-Trägerebene?

- ✓ Wie erfahren die Niedergelassenen Ärzte von der Notarztbehandlung ihrer Patienten?
- ✓ Können sich Notarzdienst und KV-Notdienst gegenseitig unterstützen?
- ✓ Existieren Absprachen, z.B. über Transportbegleitung, zur Erstversorgung von Herzinfarkt oder Schlaganfall, zur Durchführung der Leichenschau etc.?
- ✓ Sind diese Absprachen den Notärzten und Kassenärzten bekannt?
- ✓ Wie werden Konflikte wahrgenommen und welche Absprachen oder Einrichtungen bestehen zur Konfliktlösung?

## 2.5 Massenanfall von Verletzten (MANV)

### A) Beschreibung des Problemkreises

Die massiven terroristischen Anschläge der vergangenen Jahre, aber auch eine Reihe von technischen Katastrophen („Ramstein“, „Eschede“) haben ins Blickfeld gerückt, dass auch ein gut organisierter und funktionierender Rettungsdienst nur mit ausgiebiger Vorplanung und mit konsequenter Anwendung angemessener taktischer Prinzipien in einer Großschadenslage erfolgreich arbeiten kann. Eine MANV-Lage bemisst sich weniger an der absoluten Zahl der Verletzten oder Erkrankten, sondern zunächst daran, ob eine Einsatzlage mit den Kräften des rettungsdienstlichen Alltags zu bewältigen ist oder nicht. Unter dieser Definition muss eine Einsatzplanung auch kräftebindende und ungewöhnliche Lagen berücksichtigen unter dem Aspekt, dass eine Aufstockung der Maßnahmen in allen Bereichen (Personal, Material, Kommunikation, Versorgung) erforderlich werden kann. Die Schnittstelle zu katastrophenmedizinischen Ressourcen ist fließend.

Eine Reihe von rettungsdienstlichen Funktionen im MANV erscheinen heute selbstverständlich (Leitender Notarzt LNA, Organisatorischer Leiter Rettungsdienst OrgL, Leitungs- und Koordinierungsgruppe LuK), und erweisen sich dennoch im Realfall sowie in Übungslagen oft als unzureichend aufeinander abgestimmt. Die Erfordernis der Anwendung von im Alltag unüblichen – und ungeübten - Strategien (Triage) wirft zusätzliche Probleme subjektiver und objektiver Art auf. Regelmäßig auftauchende Schwierigkeiten sind diejenigen von Führung und Kommunikation, insbesondere auch unzureichende technische Kommunikationsmittel, sowie die Abstimmung und Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Behörden (Polizei, öffentliche Verwaltung, Presse).

Kernpunkt eines MANV-Konzeptes ist eine sachgerechte Alarm- und Ausrückeordnung (AAO), welche die örtlichen rettungsdienstlichen Ressourcen den denkbaren Einsatzlagen gegenüberstellen muss. Auf eine überregionale Zusammenarbeit kann in der Regel nicht verzichtet werden. Hier sind tragfähige Konzepte („üMANV-Konzept“) in der Entwicklung, aber derzeit noch nicht verbreitet in Funktion. Trotz sorgfältiger Vorbereitung ist nicht die ganze Vielfalt der denkbaren Schadenslagen im Vorfeld zu strukturieren. Strategische Überlegungen müssen daher neben konkreten (Checklisten-) Planungen auch auf eine resiliente (flexible und zugleich standfeste) Einsatzleitung setzen.

### B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- Begriffsdefinitionen  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Massenanfall\\_von\\_Verletzten](http://de.wikipedia.org/wiki/Massenanfall_von_Verletzten)  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Alarm-\\_und\\_Ausr%C3%BCckeordnung](http://de.wikipedia.org/wiki/Alarm-_und_Ausr%C3%BCckeordnung)  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Organisatorischer\\_Leiter\\_Rettungsdienst](http://de.wikipedia.org/wiki/Organisatorischer_Leiter_Rettungsdienst)
- Einsatzkonzept üMANV  
[http://www.bbk.bund.de/clin\\_027/nn\\_398928/SharedDocs/Publikationen/A\\_20ZusaetzlErlaeut.templateld=raw.property=publicationFile.pdf/A%20ZusaetzlErlaeut.pdf](http://www.bbk.bund.de/clin_027/nn_398928/SharedDocs/Publikationen/A_20ZusaetzlErlaeut.templateld=raw.property=publicationFile.pdf/A%20ZusaetzlErlaeut.pdf)
- Oktoberfest-Triage-Evaluationsstudie 1998  
[http://edoc.ub.uni-muenchen.de/archive/00000363/01/Lang\\_Ursula.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/archive/00000363/01/Lang_Ursula.pdf)
- Der organisatorische Leiter – Erfahrungen und Perspektiven  
[http://www.bbk.bund.de/nn\\_402296/SharedDocs/Publikationen/A\\_20Anforderungsprofil,templ](http://www.bbk.bund.de/nn_402296/SharedDocs/Publikationen/A_20Anforderungsprofil,templ)

[ateld=raw,property=publicationFile.pdf/A%20Anforderungsprofil.pdf](#)

- Dekontamination Verletzter. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe  
[http://www.bbk.bund.de/nn\\_1069804/SharedDocs/Publikationen/Publ\\_magazin/Sonderausgabe/Dekontamination\\_Verletzter,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Dekontamination\\_Verletzter.pdf](http://www.bbk.bund.de/nn_1069804/SharedDocs/Publikationen/Publ_magazin/Sonderausgabe/Dekontamination_Verletzter,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Dekontamination_Verletzter.pdf)

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Werden regelmäßige Übungen zur Zusammenarbeit der Einsatzkräfte bei Großschadenslagen durchgeführt ?
- ✓ Ist die Schwelle zu Auslösung von MANV-Einsätzen ausreichend niedrig, um die Eskalation des Ressourceneinsatzes mit einer gewissen Regelmäßigkeit (d.h. auch bei „überschaubaren“ Einsatzlagen) einüben zu können ?
- ✓ Sind die örtlichen Krankenhäuser in die AAO eingebunden ?
- ✓ Sind die Aufnahmekapazitäten der regionalen Krankenhäuser bekannt bzw. momentan erfragbar ?

## 3. Notarzt-Einsatz

### 3.1 Standort (Aufenthaltsort)

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Der Standort (Aufenthaltsort) des Notarztes wird mitbestimmt von der Geografie des zugeordneten Versorgungsgebietes, aber auch von individuellen Regelungen mit den entsendenden Kliniken. Der Notarzt kann seinen Aufenthaltsort auf einer Rettungs- oder Feuerwache, aber auch im Krankenhaus oder in seiner Wohnung haben. Darüber hinaus kann eine Standorttrennung von Notarzt und Einsatzfahrzeug vorgesehen sein. Daten zur Relation dieser verschiedenen Lösungsmöglichkeiten wurden für Nordrhein-Westfalen in einer Studie der AGNNW für das Jahr 2000 erhoben. Zielkriterium ist die Minimierung der Eintreffzeit über einen möglichst weiten Bereich des Einsatzgebietes.

#### B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW (2002). Strukturqualität im Notarzdienst NRW – Umfrageergebnis der Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW. Der Notarzt 18:192-7  
<http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/notarzt/doi/10.1055/s-2002-35152>  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=21](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=21)
- B.2 Schmiedel R, Behrend H (2003). Leistungen des Rettungsdienstes 2000/2001. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (abstract)  
[http://www.bast.de/cln\\_007/nn\\_42256/DE/Publikationen/Berichte/unterreihe-m/2003-2000/m147.html?\\_nnn=true](http://www.bast.de/cln_007/nn_42256/DE/Publikationen/Berichte/unterreihe-m/2003-2000/m147.html?_nnn=true)

#### C) Fragen zum Konzept

- ✓ Stehen Analysedaten zu Fahrt- und Eintreffzeiten des NA-Fahrzeuges sowie der erstintreffenden Rettungsmittel zur Verfügung ?
- ✓ Ist das Versorgungsgebiet gleichmäßig durch Notarztfahrzeuge erreichbar ?
- ✓ Sind Versorgungsschwerpunkte bedacht (Unfallbrennpunkte, Industrie) ?
- ✓ Sind gebietsübergreifende Regelungen zur Verbesserung von Eintreffzeiten in bestimmten Gebieten möglich ?
- ✓ Kann die Zuordnung der Rettungsmittel zu den Einsätzen verbessert werden?

## 3.3 Einsatzindikationen

### A) Beschreibung des Problemkreises

Der Notarzt leistet hochqualifizierte Aufgaben bei der Sicherung von Vitalfunktionen und der Überwachung von Risikopatienten auf dem Transport ins Krankenhaus. Die Einschätzung der Notfallsituation und Zuordnung der Rettungsmittel obliegt dem Disponenten auf der Leitstelle. Fehleinsätze sind nicht nur ökonomisch bedenklich, sondern binden auch unnötiger Weise Einsatzkräfte, die für die Zuordnung zu echten Einsätzen dann nicht zur Verfügung stehen. Auf der anderen Seite sind (relative) Fehleinsätze nicht sicher zu vermeiden, wenn man in Grenzsituationen nicht das Risiko einer Fehlentscheidung zu Lasten des Patienten eingehen will.

### B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- Empfehlungen der BAND für einen Notarzt-Indikationskatalog. Der Notarzt2001;17:31.  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=38&inhaltvon=38&menuoffen=34X37X>
- Bundesärztekammer. Indikationskatalog für den Notarzteinsatz (2001).  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.306.1125.1134>

### C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Wie wird die Dispositionsqualität der Leitstelle überwacht?
- ✓ Stehen Analysedaten zur Fehleinsatz-Rate zur Verfügung ?
- ✓ Existiert ein Indikationskatalog für die Einsatzdisposition ?
- ✓ Werden die Dispositionsentscheidungen regelmäßig überprüft ?
- ✓ Wie hoch ist die Notarzt-Nachforderungsrate der Leitstelle?
- ✓ Wie hoch ist der Anteil an Notarzt-Einsätzen mit NACA IV-VI versus I-III ?
- ✓ Finden regelmäßige Schulungen des Leitstellenpersonals statt ?
- ✓ Nimmt das Leitstellenpersonal an der gesetzlich vorgeschriebenen 30-Stunden-Fortbildung für Rettungsdienst-Personal statt?
- ✓ Wird das Leitstellenpersonal regelmäßig auf den Rettungsmitteln eingesetzt?

## 3.3.1 Transportverweigerung

### A) Beschreibung des Problemkreises

Nicht jeder Rettungseinsatz mündet in einen eindeutigen Transportauftrag. In der rettungsdienstlichen Praxis tauchen nicht selten Konflikte auf, wenn beispielsweise Patient und Rettungsdienstpersonal unterschiedliche Vorstellungen zum Transportziel haben oder der Patient sich gar nicht transportieren lassen möchte. Eindeutige Verfahrensvorgaben sind hilfreich, um forensische Probleme zu vermeiden.

### B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Muster-Dienstanweisung „Ablehnung eines Krankentransports durch Patienten“ (Link 3.3.1.B1)
- B.2 Muster-Dienstanweisung „Ablehnung eines Krankentransports durch nicht-ärztliches Rettungsdienst-Personal“ (Link 3.3.1.B2)

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Sind im eigenen Zuständigkeitsbereich Probleme mit der einvernehmlichen Durchführung eines Rettungstransportes bekannt ?
- ✓ Bestehen eindeutige Regelungen zur Unterstützung der Entscheidungen des nichtärztlichen Rettungspersonal ?
- ✓ Wer ist im Alltag Ansprechpartner für vor Ort tätiges Rettungsdienstpersonal bei konkreten Schwierigkeiten ?
- ✓ Sind geeignete Formulare vorhanden, um ggfs. eine ablehnende Entscheidung des Patienten zu dokumentieren ?

## 3.4 Fahrzeugausstattung

### A) Beschreibung des Problemkreises

Die Ausstattung von Rettungsmitteln unterliegt deutschen und europäischen Normen. Die alte deutsche DIN 75080, die zuvor Ausstattung und Einteilung der Rettungsmittel regelte, wurde im Jahr 2000 durch die neue DIN EN 1789 ersetzt. Die DIN EN 1865 beinhaltet darüber hinaus „Festlegungen für Krankentragen und andere Krankentransportmittel im Krankenkraftwagen“.

Die DIN EN-Normen sollen den „Stand von Wissenschaft und Technik“ repräsentieren. **Sie definieren Mindest-Anforderungen.** Fast alle Rettungsdienst-Bereiche geben sich nicht mit diesen Mindest-Ausstattungen zufrieden, sondern statten ihre Fahrzeuge weit darüber hinaus aus. Diese zusätzlichen Ausstattungen spiegeln zum Teil persönliche Vorlieben der Verantwortlichen; in anderen Bereichen sind sie aber relevant und erhöhen die Sicherheit von Patienten und eingesetztem Personal (z.B. Techniken zur Beherrschung des schwierigen Atemwegs: Larynxmaske, Larynx-tubus, Kombi-tubus; Kapnometrie zur Verifizierung der korrekten Tubuslage nach Intubation). Manche neue Techniken, wie z.B. die präklinische Sonographie oder nicht-invasive Atemtests zur Diagnostik der CO-Intoxikation, können hinsichtlich des Nutzens noch nicht abschließend beurteilt werden. In Zeiten knapper Kassen muss die Anschaffung neuer Medizinprodukte wissenschaftlich begründbar sein. Nicht alles, was von der Industrie beworben wird, muss Einzug halten in den Rettungsdienst.

### B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Kurzfassung DIN EN 1789  
[www.m-pet.de/Rettungsdienst/Fahrzeuge/body\\_fahrzeuge.html](http://www.m-pet.de/Rettungsdienst/Fahrzeuge/body_fahrzeuge.html)
- B.2 Stellungnahme der Ständigen Konferenz für den Rettungsdienst zur DIN EN 1789  
[www.agbn.de/index.php?bereich=7&inhaltvon=55](http://www.agbn.de/index.php?bereich=7&inhaltvon=55)
- B.3 Normung (DIN / CEN) – Spezielle Empfehlungen/Stellungnahmen  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?sessionid=leer&aktiv=56&inhaltvon=56&menuoffen=34X56X>
- B.4 DIN EN 1789 (kostenpflichtiges download)  
<http://www.beuth.de/langanzeige/DIN+EN+1789/de/94004682.html&limitationtype=&searchaccesskey=main>
- B.5 Medizinisch-technische Ausrüstung und medikamentöse Bestückung Notarzteinsatzfahrzeug (NEF), Bundesstadt Bonn (Link 3.4.B.1)

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Wie ist die Bestückung der Rettungsmittel organisiert?
- ✓ Wer legt die Ausstattung der Rettungsmittel fest ? Ärztlicher Leiter Rettungsdienst?
- ✓ Sind die Fahrzeuge im Rettungsdienstbereich einheitlich ausgestattet?
- ✓ Wer überprüft in welchen Abständen die Angemessenheit der Ausstattung?
- ✓ Können die „Anwender vor Ort“ (RA, NA) Wünsche äußern zur Ausrüstung?
  
- ✓ Wird folgende zusätzliche medizinisch-technische Ausstattung vorgehalten oder ist die Einführung geplant:
  - 12-Kanal-EKG?
  - Möglichkeit zur telemetrischen Übertragung von EKG-Befunden?
  - Sonografie?
  - Pulsoxymetrie / Sensoren auch für Kleinkinder geeignet?
  - Kapnometrie?
  - nicht-invasive Techniken zur Beherrschung des schwierigen Atemwegs: Larynxmaske, Larynx-tubus, Kombi-tubus? Koniotomie-Set?
  - nicht-invasive Atemtests zur Diagnostik der CO-Intoxikation?
  - Defibrillatoren mit Halbautomatentechnik für Frühdefibrillationsprogramme?
  - AEDs auch auf Krankenwagen?
  - Intensivrespiratoren für Intensivverlegungstransporte?
  
- ✓ Welche Fahrzeugtechnik ist erforderlich / wird vorgehalten:
  - Klimaanlage?
  - Allrad-Antrieb?
  - Automatik-Schaltung?
  - Satellitennavigation GPS?
  - Rückhaltesysteme für Kinder / Kleinkinder nach DIN EN 1789?
  - Tragfähigkeit des Tragetisches beim Transport von massiv adipösen Patienten?
  
- ✓ Welche Kommunikationsmittel sind erforderlich / werden vorgehalten:
  - 2m-Funk?
  - 4m-Funk?
  - Mobiltelefon?
  
- ✓ Welche Dokumentationsmittel werden vorgehalten?
  - DIVI-RD-Protokoll?
  - Datenerfassung online? Manuell? Scannerlesbare Protokolle?
  - Dokumentationsmittel für den ersteintreffenden Notarzt beim MANV?
  - Verletztenanhängerkarten?
  
- ✓ „Sonstiges“:
  - Wird ein Präparat zur präklinischen Thrombolyse vorgehalten?
  - Vakuummattmatratze und Schaufeltrage auf KTW?
  - Tragestuhl auf RTW?
  - KED-System?
  - Sicherheitsvenenverweilkanülen?
  - Kennzeichnung (z.B. Weste) „LNA“ auf Notarzt-besetzten Rettungsmitteln für den ersteintreffenden Notarzt beim MANV?

## 3.5 Medikamente

### A) Beschreibung des Problemkreises

Die Zusammenstellung der in den Notarzt-Fahrzeugen verfügbaren Medikamente unterscheidet sich von Ort zu Ort. Gründe hierfür sind: unterschiedliche Therapiekonzepte, persönliche Erfahrungen oder

auch fehlende oder unzulängliche Organisation. Solange die Zusammenstellung die wichtigsten Indikationen abdeckt und der Notarzt die verfügbaren Medikamente kennt, entstehen hieraus prinzipiell noch keine Probleme. Wenn jedoch persönliche Vorlieben bedient werden, gehen Übersichtlichkeit und Austauschbarkeit verloren. Die standortübergreifende Tätigkeit des Notarztes wird durch fehlende Abstimmung der medikamentösen Ausstattung mit den Nachbarstandorten erschwert.

Nicht alle Medikamente können problemlos in einer Schublade oder im Koffer gelagert werden. Sommerliche Hitze wie winterlicher Frost können Medikamente unbrauchbar machen oder Behältnisse zerstören. Eine geeignete Kühl- bzw. Wärmemöglichkeit muss daher für empfindliche Medikamente vorgehalten werden.

Ein spezielles Problem stellt die Anwendung von Medikamenten dar, die der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung BtMVV unterliegen. Die Anwendung bestimmter Medikamente durch Rettungsassistenten im Rahmen der Regelkompetenz wird diskutiert.

Verbindliche Empfehlungen für die Medikamentenausstattung eines NAW oder NEF können im Rahmen dieses Handbuchs nicht gegeben werden. Zu groß sind die Unterschiede, die oft wie eine Weltanschauung verteidigt werden, dabei oft einer wissenschaftlichen Begründung entbehren. Daher sollen in erster Linie Beispiellisten vorgestellt werden.

### **B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele**

- B.1 Medizinisch-technische Ausrüstung und medikamentöse Bestückung Notarzteinsatzfahrzeug (NEF), Bundesstadt Bonn (identischer Link 3.4.B.1)
- B.2 Medikamentenliste Berufsfeuerwehr Mönchengladbach (Link 3.5.B.2)
- B.3 Medikamentenliste Kreis Herford (Link 3.5.B.3)
- Medikamentenliste Münster (Link 3.5.B.4)
- Medikamentenliste Wuppertal (Link 3.5.B.4)
- B.3 Bundesärztekammer (2004). Medikamente, deren Applikation im Rahmen der Notkompetenz durchgeführt werden kann.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.306.1129>

### **C) Fragen zum eigenen Konzept**

- ✓ Gibt es eine verbindliche Medikamentenliste ?
- ✓ Wer ist für die Medikamentenliste verantwortlich ?
- ✓ Wer kontrolliert die Verfallsdaten ?
- ✓ Stimmen Liste und Ausstattung überein ?
- ✓ Wie werden die Medikamente gelagert ?
- ✓ Gibt es einen Kühlschrank im NAW / RTW ?
- ✓ Wie ist der Umgang mit Betäubungsmitteln geregelt ?

## **3.6 persönliche Ausrüstung**

### **A) Beschreibung des Problemkreises**

Die persönliche Ausrüstung des Notarztes beinhaltet neben dem in der Regel vorhandenen eigenen „Werkzeugen“ wie Stethoskop, Taschenlampe o.ä. vor allem die Schutzausrüstung. Diese persönliche Schutzausrüstung (PSA) soll den im Rettungsdienst Tätigen vor allen im Einsatz drohenden gesundheitlichen Gefahren schützen, den Witterungsbedingungen angepasst sein, gleichzeitig

ausreichend bequem sein, so dass die Einsatzfähigkeit dadurch nicht beeinträchtigt wird. Für spezielle Einsatzsituationen sind neben der persönlichen Schutzausrüstung zusätzliche Ausrüstungsgegenstände vorzuhalten. Hier nicht behandelt werden spezielle PSA aus dem Bereich der Bergrettung, Wasserrettung, Schiffsrettung, Luftrettung sowie Rettung bei Unfällen mit Radioaktivität oder chemischen Stoffen.

Grundsätzlich sollen nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) Gefährdungen durch technische und organisatorische Maßnahmen ausgeschaltet werden, da dies verständlicherweise im Rettungsdienst nur unvollständig möglich ist, müssen Einsatzkräfte zusätzlich durch geeignete persönliche Schutzausrüstungen geschützt werden.

Grundsätzlich hat der Unternehmer den Mitarbeitern persönliche Schutzausrüstungen in ausreichender Anzahl zu Verfügung zu stellen und diese über den Einsatz der PSA zu unterweisen (§ 4 GUV-A1, bisher GUV 0.1, § 7 GUV- V C 8, bisher GUV 8.1). Andererseits sind die Mitarbeiter verpflichtet, die ihnen zur Verfügung gestellte PSA zu benutzen (§ 14 GUV-V A1, bisher GUV 0.1). Vor der Auswahl und dem Einsatz hat der Unternehmer eine Gefährdungsbeurteilung über Art und Risiken am Einsatzort, Arbeitsbedingungen und persönliche Konstitution des Trägers durchzuführen als Auswahlgrundlage für die zu tragenden PSA.

Hierbei sind insbesondere folgende Schutzeigenschaften zu beachten:

- Schutz vor Gefahren bei Aufenthalt im öffentlichen Verkehrsraum ,Warnfunktion
- Schutz vor mechanischen Einwirkungen
- Schutz vor klimatischen Einwirkungen (Nässe, Wind und Umgebungskälte)
- Schutz vor Infektionen und schädigenden Stoffen.

Durch die Vermeidung von Arbeitsunfällen und Infektionen werden auch Kosten in erheblichem Umfang eingespart angesichts möglicher hoher Ausfallzeiten von Mitarbeitern. Andererseits besteht hier in Anbetracht der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers auch eine gewichtige Chance, positive Signale für ein gutes Arbeitsklima zu setzen. Die Bedeutung solcher Zeichen wird u.a. durch eine Umfrage der AGNNW zur Arbeitszufriedenheit eindrucksvoll bestätigt (AKQM AGNNW, 2004).

### **B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele**

- B.1 GUV (2003). GUV-R 2106 (bisher GUV 2710) - Regeln für Sicherheit und Gesundheitsschutz – Benutzung von persönlichen Schutzausrüstungen im Rettungsdienst [http://regelwerk.unfallkassen.de/regelwerk/data/regelwerk/regeln/R\\_2106.pdf](http://regelwerk.unfallkassen.de/regelwerk/data/regelwerk/regeln/R_2106.pdf)  
*Umfassende und ausführliche Darstellung der Problematik mit teils konkreten Schutzkleidungsbeispielen, weiteren Literaturangaben sowie Anhänge über Infektionsrisiko im Rettungsdienst , Desinfektionswaschverfahren und Infektionsschutzsets.*
- B.2 Lewan U (2004). Gefahren der Erkrankung und Verletzung. ANR-ONLINE (Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen an der LMU München) [http://www.anr.de/de/wissen/bibliothek/erkr\\_verl.jsp](http://www.anr.de/de/wissen/bibliothek/erkr_verl.jsp)  
*Zusammengefasste Darstellung der Verletzungs- und Erkrankungsgefahren im Rettungsdienst. Weitere Literaturverweise. Teil einer umfangreichen und kompetenten Website zum Thema Rettungsdienst durch den Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungsdienst der LMU München*
- B.3 Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW (2004). Notärzte in NRW: Berufszufriedenheit und subjektiver Fortbildungsstand in NRW – Umfrageergebnis der Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW. Der Notarzt 20:133-8 <http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/notarzt/doi/10.1055/s-2003-815019>  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=49](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=49)
- B.4 Erbe RD (2003). PSA im Rettungsdienst: Was gibt es Neues? Rettungsdienst 26:804-6. *Bewertung der neuen GUV- Regel GUV-R 2106*
- B.5 Spors J (2004). Feuerwehr Essen: Schutzausrüstung im Rettungsdienst <http://www.uk->

[essen.de/krankenhaushygiene/download/vortrag/schutzaur%FCstung\\_einsatzdienst.pdf](http://essen.de/krankenhaushygiene/download/vortrag/schutzaur%FCstung_einsatzdienst.pdf)  
*Anschaulich bebilderte Darstellung für die Praxis*

- B.6 Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren  
[http://www.rki.de/cln\\_006/nn\\_226784/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/desinfektionsmittel\\_node.html\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_006/nn_226784/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/desinfektionsmittel_node.html_nnn=true)

## C.) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Werden Mitarbeiter bei der Neueinführung von Schutzkleidung frühzeitig informiert und mit einbezogen ?
- ✓ Gibt es eine ausreichend lange Testphase ?
- ✓ Sind Reinigungsmöglichkeiten geklärt ? Anzahl der möglichen Reinigungszyklen ?
- ✓ Werden Rückmeldungen aus dem Routinebetrieb erfasst ?
- ✓ Ist Schutzkleidung jahreszeitenadaptiert vorhanden ?
- ✓ Ist die Warnfunktion auch vorhanden bei besonders heißem Wetter?
- ✓ Ist die Ausstattung neuer Mitarbeiter geregelt, ausreichend Schutzkleidung vorrätig oder kurzfristig lieferbar? Unterweisung geregelt, standardisiert ? Information auch schriftlich ?
- ✓ Wird auf regelmäßige Reinigung geachtet
- ✓ Wird eine Industriereinigung durchgeführt (empfohlenes Verfahren) ?
- ✓ Bei eigener Reinigung: werden die Vorgaben des RKI eingehalten ?
- ✓ Ist die Reinigung zu Hause zusammen mit Privatwäsche ausgeschlossen ?
- ✓ Ist die Anzahl der möglichen Reinigungszyklen in Ersatzbeschaffung mit eingeplant ?
- ✓ Ist die Vorhaltung von ausreichend Ersatzwäsche (persönlich oder ggf. über Wäschepool) geregelt ?
- ✓ Sind Pflege und Reparatur der Kleidung geregelt?
- ✓ Erfolgt eine regelmäßige Überprüfung selten benutzter Ausrüstungsgegenstände wie Helm, Infektionseinmalkleidung, spezielle Schutzhandschuhe ?
- ✓ Erfolgt regelmäßige Unterweisung über selten benutzte Schutzausrüstung (spezielle Handschuhe, spezielle Infektionsschutzkleidung) ?

## 3.7 Persönliche Gefährdung

### 3.7.1 Verhalten im Einsatz

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Allgemein: Einsatzkräfte im Rettungsdienst unterliegen allgemein einer erhöhten persönlichen Gefährdung sowohl psychisch als auch physisch. Charakteristisch für diese Gefährdung ist zusätzlich, dass diese oft plötzlich und in ihrer Art unerwartet auf die schon voll durch ihren Einsatz geforderten Helfer trifft. Daher ist ein adäquates Risikobewusstsein durch entsprechende Schulungsmaßnahmen zu schaffen. **Unfallverhütungsvorschriften sollten nicht im Aktenschrank verstauben, sondern ihre Essenz in die täglichen Arbeit integriert werden!**

In der Feuerwehrausbildung werden die Gefahren an der Einsatzstelle auch in der Form eines Gefahrenschemas **AAAACEEEE** dargestellt:

**A**temgifte  
**A**ngstreaktion  
**A**usbreitung  
**A**tomare Strahlung  
**C**hemische Stoffe  
**E**rkrankung  
**E**xplosion  
**E**insturz  
**E**lektrizität

**Infektion:** (S. auch Hygiene und Kap.3.6, Schutzkleidung)

Bedeutung adäquater Schutzkleidung sowie der regelmäßigen Unterweisung in Anwendung allgemeiner und spezieller Hygienemaßnahmen, Information des Personals (z.B. durch Leitstelle) über besondere Gefährdung.

**Verletzungsgefahr:**

Gefährdung durch Straßenverkehr (Alarmfahrten) wie auch durch Einsatzfahrzeuge und –material selbst. Besonderer Aufmerksamkeit bedarf der Eigenschutz bei Einsätzen auf Autobahnen und Eisenbahngeländen.

Zusammenarbeit mit Polizei, Kenntnis der Handlungsabläufe und Informationswege bei der Einsatzstellenabsicherung, besondere Gefährdung bei Eisenbahnunfällen oder Einsätzen im Eisenbahnbereich

**Gefährdung durch Feuer, Explosion, Einsturz:**

Die klassischen Gefahren von Feuer, Explosion und Einsturz werden bei den Feuerwehren ausführlich gelehrt.

**Gefährdung durch Chemikalien während Herstellung, Lagerung und Transport:**

Aufgrund der riesigen Anzahl von Chemikalien, mit denen Einsatzkräfte in unterschiedlichsten Situationen konfrontiert sind, ist man auf rasche Information aus Datenbanken angewiesen. Allgemeine Verhaltensregeln sind auch in Feuerwehrausbildungsunterlagen zu finden.

**Gefährdung der Psyche der Einsatzkräfte (s. Kap. 2.3.4)****B) Relevante Literaturbezüge/Praxisbeispiele**

- Gefahren der Einsatzstelle – ANR LMU München  
[http://www.anr.de/de/wissen/bibliothek/tr\\_erkr\\_verl.jsp](http://www.anr.de/de/wissen/bibliothek/tr_erkr_verl.jsp)
- Hilfeleistungseinsätze im Gleisbereich der DB AG  
[http://www.db.de/site/shared/de/dateianhaenge/leitfaeden\\_handbuecher/faq\\_leitfaden\\_hilfeleistungseinsaetze.pdf](http://www.db.de/site/shared/de/dateianhaenge/leitfaeden_handbuecher/faq_leitfaden_hilfeleistungseinsaetze.pdf)
- Feuerwehr-Linksammlung  
<http://www.philippgolecki.de/>
- Linksammlung der IG-BRef – Interessengemeinschaft der Brandreferendare und Aufstiegsbeamten  
<http://www.igbref.de/>
- Gefahrstoffdatenbank der Länder  
<http://www.gefahrstoff-info.de/>
- Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen  
<http://imsdd.meb.uni-bonn.de/giftzentrale/index.html>
- TUIS – Transportunfall-Informations- und Hilfeleistungssystem  
[http://www.vci.de/template\\_downloads/tmp\\_0/2007\\_VCI\\_TUISBrosch%FCre~DokNr~73771~p~101.pdf](http://www.vci.de/template_downloads/tmp_0/2007_VCI_TUISBrosch%FCre~DokNr~73771~p~101.pdf)
- Gefahren durch chemische Stoffe – ANR LMU München  
[http://www.anr.de/de/wissen/bibliothek/chem\\_gefahr.jsp](http://www.anr.de/de/wissen/bibliothek/chem_gefahr.jsp)

**C) Fragen zum eigenen Konzept**

- ✓ Gibt es eine strukturierte Einweisung in den Themenkomplex?
- ✓ Gefahrenquellen der Einsatzfahrzeuge: z.B. sind bei Neufahrzeugen Sicherheitsaspekte berücksichtigt? Sind dabei auch die Praktiker vor Ort gefragt?
- ✓ Gefährdung durch Einsatzmaterialien: z.B. Sicherheitskanülen eingeführt?

- ✓ Verkehrsgefährdung, insbesondere auf Autobahnen: Fortbildung zum Themenkomplex, z.B. durch Polizei durchgeführt/geplant?
- ✓ Gefährdung durch psychisches Ausnahmeverhalten von Patienten, Angehörigen und Umstehenden, Verhaltensregeln: Fortbildung durchgeführt/geplant ?
- ✓ Welchen Stellenwert hat der (Dienst-)Sport in Ihrer Organisation?
- ✓ Impfschutz? Regelmäßige Überprüfung?
- ✓ Zusammenarbeit mit der Deutschen Bahn :Informationswege vor Ort mit Bahnmitarbeitern abgeklärt und den eigenen Mitarbeitern mitgeteilt durch z.B. Schulung?, Gefährdungsanalyse der möglichen Szenarien vor Ort durchgeführt, ggf. zusammen mit Bahnmitarbeitern? Ggf. Schulung durch Bahnmitarbeiter?
- ✓ Zusammenarbeit mit der Polizei bei allgemeine Einsatzstellen, Besonderheiten bei SEK-Einsätzen: Wechselseitige Information über Einsatztaktiken und daraus entstehende spezielle Gefährdungspotentiale, insbesondere bei SEK-Einsätzen durchgeführt? Schulung? Gemeinsame Übungen?

### 3.7.2 Nadelstichverletzungen

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Unter den gegebenen Bedingungen eines Rettungsdienst-Einsatzes (unübersichtliche Situation, ungünstige Arbeitsbedingungen, unbekannter / sich wehrender Patient, Zeitdruck) besteht ein erhöhtes Risiko von Nadelstichverletzungen (NSV) mit benutzten Kanülen (Risiko von Infektionen mit HBV, HCV, HIV). Die Industrie bietet zunehmend Venenverweilkanülen an, bei denen das Risiko einer NSV durch Schutzmechanismen weitestgehend behoben wird. Durch den Einsatz solcher Kanülen wird die Arbeitssicherheit des eingesetzten Personals deutlich erhöht. Nicht zuletzt durch bestehende Normen (z.B. TRBA 250) wächst der Druck auf den Arbeitgeber, „sichere“ Arbeitsmittel zur Verfügung zu stellen.

#### B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Unfallverhütungsvorschrift BGV A1. [http://www.bgs-aelrd.de/pdf/BGV\\_A1.pdf](http://www.bgs-aelrd.de/pdf/BGV_A1.pdf)
- B.2 [www.nadelstichverletzung.de/de/index.cfm](http://www.nadelstichverletzung.de/de/index.cfm)
- B.3 Jarke J (1996) Berufsbedingte HIV-Infektionen bei medizinischem Personal. [http://www.rki.de/cln\\_006/nn\\_226928/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2001/42\\_01,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/42\\_01](http://www.rki.de/cln_006/nn_226928/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2001/42_01,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/42_01)
- B.4 Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe (2003, Änderung und Ergänzung Juli 2006). Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege. <http://www.baua.de/prax/abas/trba250.pdf>

#### C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Gibt es eindeutige Vorgaben zur Verwendung von Schutzhandschuhen durch das Rettungsdienstpersonal?
- ✓ Wird die richtige Verwendung von Schutzhandschuhen überprüft ?
- ✓ Ist ein Spitzabwurf für verwendete Nadeln auf dem Einsatzfahrzeug verfügbar ? Ist der Umgang hiermit ausreichend geübt (konsequente Verwendung, rechtzeitiger Austausch) ?
- ✓ Ist ein Spitzabwurf im tragbaren Notfallkoffer / Notfallrucksack verfügbar ?
- ✓ Wurde die Verwendung von verletzungssicheren Kanülen erwogen ?
- ✓ Sind verletzungsgesicherte Verweilkanülen verfügbar ?
- ✓ Werden diese immer verwendet oder nur in besonderen Situationen ?
- ✓ Wurden / werden solche Kanülen in der rettungsdienstlichen Praxis erprobt ?

## 3.7.3. Postexpositionelle Prophylaxe

### A) Beschreibung des Problemkreises

Rettungsdienstpersonal kommt regelmäßig mit Patienten in Kontakt, die einer Risikogruppe für blutübertragbare Krankheiten (HIV; Hepatitis) angehören, wie z.B. i.v.-Drogenabhängige. Generell besteht auch außerhalb von Risikogruppen eine Prävalenz übertragbarer Viruskrankheiten. Das Risiko von Nadelstichverletzungen bei der Patientenversorgung kann durch Verwendung von Schutzhandschuhen, Sicherheitsvenenverweilkanülen sowie stich- und bruchsicheren Abwurfbehältnissen erheblich reduziert werden. Dennoch bleibt ein Restrisiko, dass sich Rettungsdienst-Personal im Einsatz oder im Anschluss (Reinigung, Aufrüsten) an gebrauchten Kanülen o.ä. verletzt. In entsprechenden Situationen kann die Indikation zur Durchführung einer Postexpositionsprophylaxe (PEP) bestehen.

### B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1. Empfehlungen zur HIV-Postexpositionsprophylaxe  
<http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Prophylaxe/Leitlinien/kurzfassung.html>
- B.2 Arbeitskreis Krankenhaus- und Praxishygiene: Prävention blutübertragbarer Virusinfektionen  
[www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/029-026.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/029-026.htm)

### C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Gibt es ein definiertes Verfahren zum Verhalten nach Nadelstichverletzungen?
- ✓ Ist die Möglichkeit einer postexpositionellen Prophylaxe den Rettungsdienst-Mitarbeitern bekannt?
- ✓ Ist ein rasches und adäquates Reagieren von Betroffenen und Vorgesetzten (rund um die Uhr) gewährleistet?
- ✓ Gibt es eine definierte Anlaufstelle (z.B. D-Arzt) für betroffenes Rettungsdienst-Personal?
- ✓ Steht an dieser Anlaufstelle ausreichende Sachkenntnis jederzeit zur Verfügung?
- ✓ Wer betreut das Rettungsdienst-Personal in der schwierigen Phase zwischen Verletzung und dem Ergebnis der serologischen Untersuchungen?

## 4.1 Therapieleitlinien

### 4.1.0 Vorbemerkungen

Wenn wir als AGNNW-Arbeitskreis für Qualitätsmanagement im Notarzdienst in diesem Handbuch Therapieleitlinien vorstellen, soll dies nicht ohne eine grundsätzliche Vorbemerkung geschehen. Die AGNNW erhebt als notärztlicher Berufsverband nicht den Anspruch, eine wissenschaftliche Fachgesellschaft zu sein.

Leitlinien, die wir –zunächst für einzelne notärztliche Situationen- zugänglich machen, sind entsprechend der Quellenangaben übernommen und werden hinsichtlich des notärztlichen Aufgabenspektrums gewichtet.

Die Verantwortung für den Inhalt und die Aktualisierung der Richtlinien bleibt bei den jeweils zuständigen Fachgesellschaften. Wohl erlauben wir uns, die wissenschaftlichen Gremien aufzufordern, bei Erstellung ihrer Leitlinien auch den besonderen Umständen der präklinischen Notfallmedizin Rechnung zu tragen und ggfs. diese Zeitspanne in den Leitlinien speziell zu berücksichtigen.

Wir vertreten die Ansicht, dass anspruchsvolles Qualitätsmanagement ohne Leitlinien nicht möglich ist. Die Komplexität der medizinischen Anforderungen gerade im Notfalldienst macht es unbedingt erforderlich, den Einsatzkräften Handlungsempfehlungen an die Hand zu geben, an denen sie Wissen

und Ausbildungsstand überprüfen können. Im konkreten Fall stellen diese oft Entscheidungshilfen dar, die Handlungskorridore aufzeigen für eine praxisorientierte und angemessene Versorgung des Notfallpatienten.

Leitlinien können nicht die individuelle Erfahrung des Therapeuten ersetzen und nicht die besonderen Umstände des Einzelfalles standardisieren. „Die „Leitlinien“ sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründete noch haftungsbefreiende Wirkung.“ (AWMF)

**Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften**  
**<http://leitlinien.net/>**

### 4.1.1 Therapieleitlinie Akutes Koronarsyndrom

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Rasche Diagnose, präklinische Primärtherapie und gezielte Zuführung zur definitiven klinischen Versorgung in einem Zentrum können bei akutem Koronarsyndrom die Sterblichkeit deutlich reduzieren. Erforderlich sind neben der notärztlichen Erfahrung ausreichende diagnostische Möglichkeiten sowie eine nahtlos abgestimmte präklinische und klinische Logistik, da sich gezeigt hat, dass jeglicher Zeitverlust bis zur Behandlung die Prognose der Erkrankung nachhaltig negativ beeinflusst. Die wissenschaftliche Datenlage zeigt nach heutigem Kenntnisstand die notwendigen Schritte eindeutig auf.

#### B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

Leitlinien des Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zum Akuten Koronarsyndrom (2004):  
[http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien\\_volltext/2004-02\\_acs\\_teil\\_1.pdf](http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2004-02_acs_teil_1.pdf)  
[http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien\\_volltext/2004-01\\_acs\\_teil\\_2.pdf](http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2004-01_acs_teil_2.pdf)

Stellungnahme des „Bundesverbandes Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland“ zur prähospitalen Lyse (2004):  
<http://www.bgs-aelrd.de/pdf/PI%20hp%2004032004.pdf>

#### C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Finden regelmäßige Fortbildungen aller Notärzte zum Therapiekonzept statt ?
- ✓ Ist im Notarzdienst ein 12-Kanal-EKG (ggfs. mit Telemetrie) verfügbar ?
- ✓ Bestehen regionale Vereinbarungen zur Einweisung von Patienten mit ST-Hebungsinfarkten zur Akut-PTCA ?
- ✓ Ist ggf. ein überregionaler Patiententransport (außerhalb des eigenen Versorgungsgebietes) mit notärztlicher Begleitung organisiert ?
- ✓ Ist eine präklinische Lysetherapie etabliert, d.h. ist ein Lysetherapeutikum auf dem Notarzfahrzeug verfügbar und bestehen Leitlinien für den Einsatz ?
- ✓ Wird die Verwendung der Thrombolyse überwacht und ausgewertet? Durch wen?

### 4.1.2 Therapieleitlinie Schlaganfall

#### A) Beschreibung des Problemkreises

In den letzten zehn Jahren hat sich auch für den Schlaganfall gezeigt, dass eine zielgerichtete Therapie in den ersten Stunden („a few golden hours“, Dick 1997) die Prognose vor allem hinsichtlich einer Rehabilitation der Patienten entscheidend verbessert. Der Notarzt kann die Therapie selbst nicht durchführen, da zuvor aufwändige Verfahren der Bildgebung unerlässlich sind. Er stellt jedoch – neben der Sicherung der Vitalfunktionen - die Weichen durch Diagnosestellung und Transportentscheidung. Idealerweise steht eine Stroke Unit zur Verfügung und der Notarzt kann in

einem direkten Arzt – Arzt Gespräch das weitere Vorgehen planen. Schulungsprogramme für Rettungsdienst-Professionals wie auch für die Öffentlichkeit können die notwendigen Abläufe signifikant verbessern.

## B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Akute zerebrale Ischämie. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/046 Entwicklungsstufe 2. Stand Mai 2002. <http://leitlinien.net>
- B.2 Stroke Unit Trialists' Collaboration (2004). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane Review). <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000197.html>
- B.3 Albers GW; Clark WM, Madden KP, Hamilton SA (2003). ATLANTIS Trial - Results for Patients Treated Within 3 Hours of Stroke Onset . Stroke 33:493. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/33/2/493>
- B.4 Dick WF (1999). Schlaganfall: Akuter Notfall, keine schicksalhafte Erkrankung. Anaesthesist 48:857 <http://www.springerlink.com/content/0ummcyj9pe5x1wcea/>

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Führt das Einsatzstichwort Schlaganfall regelhaft zur Notarzttalarmierung?
- ✓ Gibt es ein Konzept zur Schlaganfallversorgung in Ihrem Einsatzbereich?
- ✓ Gibt es eine Checkliste auf den Rettungsmitteln, die Ihnen eine rasche und sachgerechte Entscheidung für die Patientenzuweisung erleichtert?
- ✓ Haben Sie die Möglichkeit direkt mit dem für die Schlaganfallversorgung, insbesondere für eine Lysetherapie zuständigen Arzt z. B. über Diensthandy zu sprechen?
- ✓ Gibt es regelhaft Fortbildungen oder Einführungen für neu am Standort tätige Kollegen?
- ✓ Sind die Konzepte in einem Handbuch hinterlegt ?
- ✓ Ist für spezielle Fragen ein kompetenter Ansprechpartner der auch für Sie erreichbar ist benannt?
- ✓ Erhalten Sie Rückmeldung oder Auswertungen zum Versorgungskonzept ?

## 4.1.3 Therapieleitlinie Kardiopulmonale Reanimation

### A) Beschreibung des Problemkreises

Seit dem Jahr 2000 existieren nahezu weltweit gültige und akzeptierte Leitlinien zur Kardiopulmonalen Reanimation. Am 28.11.2005 wurde die neue Version dieser Leitlinie publiziert. Auf wissenschaftlich fundierter Basis (EBM) ergaben sich somit Änderungen der Vorgehensweise. An die vor Ort tätigen Mitarbeiter des Rettungsdienstes erging die Aufforderung, diese Änderungen – angepasst an die lokalen Verhältnisse – umzusetzen.

### B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

European Resuscitation Council Guidelines  
[www.erc.edu](http://www.erc.edu)  
[www.bgs-aelrd.de/html/erc\\_guidelines\\_2005.html](http://www.bgs-aelrd.de/html/erc_guidelines_2005.html)

Deutsche Übersetzung der ERC-Leitlinie unter  
<http://www.bgs-aelrd.de/pdf/ERCd.pdf>

Reanimationsregister der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)  
[www.reanimationsregister.de](http://www.reanimationsregister.de)  
[www.dgai.de](http://www.dgai.de)

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Sind die neuen Leitlinien 2005 im Rettungsdienst-Bereich eingeführt?
- ✓ Wird bereits präklinisch eine milde therapeutische Hypothermie nach Leitlinie begonnen? Wird diese in den lokalen Zielkrankenhäusern fortgeführt?
- ✓ Sind nicht-ärztliche Rettungsdienst-Mitarbeiter sowie Notärzte entsprechend geschult?
- ✓ Existiert ein ärztlich (ÄLRD) überwachtes Frühdefibrillationsprogramm für nicht-ärztliche Rettungsdienst-Mitarbeiter?
- ✓ In welchen Abständen erfolgen Auffrischungs-Fortbildungen zum Thema Reanimation?
- ✓ Stehen ausreichend geeignete Schulungsphantome zur CPR zur Verfügung?
- ✓ Wie wird die rettungsdienstliche Qualität der Reanimationsmaßnahmen erfasst?
- ✓ Wird ein Zusatzprotokoll zur Reanimation angefertigt?
- ✓ Werden die rückgemeldeten Einsatz-Daten zur Reanimation lokal ausgewertet?
- ✓ Erfolgt eine Rückmeldung der Auswertungen an das eingesetzte Rettungsdienst-Personal?
- ✓ Erfolgt eine Teilnahme an überregionalen Qualitätsmanagement-Projekten (z.B. Reanimationsregister der DGAI)?
- ✓ Gibt es eine Kooperation / Unterstützung / Überwachung des Rettungsdienstes mit Laien-Reanimations-/ Frühdefibrillationsprogrammen (z.B. Schwimmbäder, Verwaltungsgebäude, Flughäfen, Betriebs sanitärer usw.)? Wer wertet tatsächlich durchgeführte Reanimationen / Defibrillationen innerhalb dieser Programme aus?

## 4.1.4 Therapieleitlinie Verbrennung

### A) Beschreibung des Problemkreises

In der Vergangenheit existierten zum Teil erhebliche lokale Unterschiede in der Versorgung brandverletzter Patienten – nicht zuletzt bedingt durch unterschiedliche Vorgaben der regionalen Regel-Kliniken, aber auch der jeweils zuständigen Verbrennungszentren. Als Beispiele seien hier lokal unterschiedliche Ansichten bezüglich der Verwendung von Spezial-Auflagesystemen für die Haut oder von inhalativen Kortikoiden genannt.

Im Jahr 2005 ist es gelungen, in Expertenkreisen aus den deutschen Verbrennungszentren, der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin und des Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschlands einen breiten Konsens zu Versorgungsgrundsätzen des Brandverletzten in der Präklinik zu erstellen.

### B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- Empfehlung zur Behandlung von Schwerbrandverletzten der Dt. Gesellschaft für Verbrennungsmedizin und des Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland:  
[www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idart=225](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idart=225)

Klinik für Anästhesiologie der Universität Lübeck: Kompendium des Schmerztherapie bei Verbrennungen  
[http://www.anae.mu-luebeck.de/anae2000/documents/Schmerz\\_Kompendium.pdf](http://www.anae.mu-luebeck.de/anae2000/documents/Schmerz_Kompendium.pdf)

- Zentraler Bettennachweis für Verbrennungspatienten bei der Berufsfeuerwehr Hamburg:  
Tel.: 040 / 42851-3998 oder -3999

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Ist die Empfehlung zur Behandlung von Schwerbrandverletzten der Dt. Gesellschaft für Verbrennungsmedizin und des Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland vor Ort bekannt und umgesetzt?
- ✓ Nach welchen Grundsätzen erfolgt die Zuweisung von Verbrennungspatienten in regionale Krankenhäuser und in Verbrennungszentren?

- ✓ Ist die Rufnummer des Zentralen Bettennachweis für Verbrennungspatienten der Berufsfeuerwehr Hamburg bei der eigenen Rettungsdienst-Leitstelle bekannt und schnell auffindbar?
- ✓ Nach welchen Grundsätzen erfolgt die Zuweisung von verbrannten (Klein-)Kindern und Patienten mit Starkstromverletzungen in regionale Krankenhäuser und in Verbrennungszentren?
- ✓ Gibt es Absprachen zur präklinischen Versorgung mit den primär zuständigen regionalen Krankenhäuser und in Verbrennungszentren?

### 4.2 Psychologische Versorgung von Notfallpatienten (Psychische Erste Hilfe)

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Es ist unbestritten, dass zwischen Körper und Psyche eine Wechselwirkung besteht; Beispiel: Ärger (unzweifelhaft ein psychisches Phänomen) steigert den Blutdruck (unzweifelhaft ein physisches Phänomen), Entspannung (unzweifelhaft ein psychisches Phänomen) senkt den Blutdruck (unzweifelhaft ein physisches Phänomen). Jeder Notfallpatient ist durch das vorangegangene Geschehen nicht nur physisch, sondern auch psychisch verletzt bzw. „erkrankt“, benötigt also sowohl medizinische als auch „Psychische Erste Hilfe“. Durch einfache Regeln, analog denen der medizinischen Erste Hilfe (z.B. „stabile Seitenlage“) sind gute Chancen gegeben, unmittelbar und schnell auf beide Seiten einzuwirken und beide zu „stabilisieren“.

Weitere Argumente für eine adäquate psychologische Betreuung von Notfallpatienten:

Auch ein Notfallpatient hat eine „Würde“ als menschliches Wesen (Beispiel einer gegenteiligen Haltung: Äußerung eines Notarztes: „In dem Moment ist der Patient halt eine Maschine, die repariert werden muss“). Zu einer hohen „Qualität“ einer notärztlichen Versorgung gehört auch eine adäquate psychische Betreuung, sowohl des Patienten wie der Angehörigen

Schließlich könnte auch der Notarzt selbst einer psychologischen Aufarbeitung bedürfen. Motto: „Das bleibt ja alles nicht in den Kleidern stecken“. Diese wäre dann nötig, wenn durch einzelne Einsätze oder einen erlebten summativen Dauerstress seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist – was auch die Qualität der Versorgung der Patienten beeinträchtigt.

#### B) relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 Kurzgefasste Hinweise zur Psychologischen Ersten Hilfe (Link 4.2.B.1)
- B.2 Lasogga F, Gasch B (3. Aufl. 2002). Psychische Erste Hilfe. Edewecht: Stumpf & Kossendey (1. Aufl. 1997)
- B.3 Lasogga, F. & Gasch, B. (2002). Notfallpsychologie. Edewecht: Stumpf & Kossendey

#### C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Wird die Thematik der psychischen Versorgung von Notfallpatienten und Angehörigen in Ihrem Bereich diskutiert? Akzeptiert?
- ✓ Bemühen Sie sich um adäquate Fortbildung zu diesen Themen?
- ✓ Stehen Ihnen im akuten Fall kompetente Fachleute oder Teams als Hilfe zur Verfügung?
- ✓ Kennen Sie Strategien zum Abbau eventueller eigener Belastungen bei sich selbst?

## 4.3 Leichenschau im Notarzdienst

### 4.3.1 Organisation der Leichenschau

#### A) Beschreibung des Problemkreises

Die Novellierung des §9 des Bestattungsgesetzes in NRW (BestG NRW) regelt die Todesfeststellung, Meldepflicht und Leichenschau neu und stellt im Abs (3) Satz 3 Notärzte von der Pflicht zur Durchführung der Leichenschau und der Ausstellung der Todesbescheinigung frei. Dies hat u. a. in den Reihen der Polizeibehörden die Befürchtung geweckt, die neue Regelung könne zu Verunsicherung und uneinheitlichen Verhaltensweisen in den Reihen der Notärzte und zu einer Häufung von problematischen Situationen für Polizei und Angehörige führen. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, anlässlich der neuen Rechtslage zu einer tragenden Absprache zwischen Notärzten und Niedergelassenen Ärzten zu kommen, die für den Bereich der ärztlichen Leichenschau das Nebeneinander der beiden ärztlichen Versorgungsstrukturen fachlich begründet und organisatorisch sinnvoll regelt.

Die neue Regelung befreit die Notärzte aus der ungünstigen Rechtsposition, im Zusammenhang mit einem Notarzteinsatz Tätigkeiten aufgrund widersprüchlicher gesetzlicher Bestimmungen durchführen zu müssen.

Die bisher gesetzlich von jedem Arzt geforderte Verpflichtung zur „unverzöglichen Durchführung einer Leichenschau mit Ausstellung der Todesbescheinigung“ folgte aufgrund des Bestattungsgesetzes NRW aus der allgemein standesrechtlichen Verpflichtung als Arzt, während der Notarzteinsatz aufgrund RettG NRW eine Tätigkeit im Rahmen der Öffentlichen Gefahrenabwehr darstellt. Dies führte nach der bisherigen Rechtslage immer wieder zu Zielkonflikten, die im Einsatz durch eine Interessenabwägung vom Notarzt gelöst werden mussten. Denn der Notarzt verstieß bei Nicht-Durchführung der Leichenschau nach der alten Regelung entweder – im Einsatz straffrei - gegen eine Rechtsnorm (Forderung des BestG NRW), oder er war eben, sobald er die Leichenschau vornahm, außerhalb seines eigentlichen Auftrages im Rahmen des Rettungsgesetzes NRW tätig. Unklarheiten über die Zuständigkeit führten aber auch zu Unklarheiten bezüglich der Rechtsgrundlage für die Abrechnung der ärztlichen Leistung, so dass sich hier regional ein Graubereich unterschiedlicher Regelungen oder Nicht-Regelungen entwickelt hat. Darüber hinaus liegen in der Einsatzsituation (auch ohne Folgeinsatz für den Notarzt) häufig Bedingungen vor, die die Durchführung einer sachgerechten Leichenschau und Beurteilung der vorliegenden medizinischen Situation - über die Todesfeststellung hinaus - erheblich erschweren, wenn nicht unmöglich machen.

Dennoch gibt es für den Arzt im Rettungsdienst einige Gesichtspunkte, die in bestimmten Situationen für die Durchführung einer Leichenschau im Zusammenhang mit einem Notarzteinsatz sprechen. Denn auch nach der Novellierung des Bestattungsrechtes gelten alle übrigen ethischen, berufs- und strafrechtlichen Grundlagen für die ärztliche Tätigkeit weiter.

Es gibt einige sensible Aspekte der Problematik des Umgangs mit Verstorbenen und deren Angehörigen im Rettungsdienst, die es sinnvoll erscheinen lassen, regional zu einheitlichen Vorgehensweisen zu finden. Dies betrifft vor dem Hintergrund der fachlichen Problematik der qualifizierten Beurteilung von Todeszeitpunkt, -ort und -art besonders die folgenden Punkte:

- Den behördlichen Umgang mit der neuen Rechtslage: die Zusammenarbeit mit der „Unteren Gesundheitsbehörde“ und der Polizeibehörde ist durch innerbehördliche Absprachen, Dienstvereinbarungen und Dienstanweisungen für den Rettungsdienst neu auszugestalten.
- Die Notwendigkeit eines reibungsfreien Versorgungsablaufs: Die Zusammenarbeit von Notärzten, Niedergelassenen Ärzten, Hauspflegeeinrichtungen und Bestattungsunternehmen innerhalb eines Rettungsdienst- und Notfallversorgungsbereiches sollte fachlich und organisatorisch reibungsfrei organisiert werden.
- Die Vermeidung von Konflikten am falschen Ort: Da für den Notarzt keine Verpflichtung zur Leichenschau mehr besteht, könnte nach einem vergeblichen Reanimationsversuch durch den Rettungsdienst der Notarzt ohne weiteres den Hausarzt zur Einsatzstelle zur Leichenschau zitieren.

## AGNNW – Qualitätshandbuch für den Notarztdienst 5.0 - Sept. 2007

- Die Bewältigung eines sog. „Plötzlichen Kindstodes“ (SIDS) erfordert bestimmte Vorgehensweisen, die einheitlich geregelt werden müssen.
- Die uneinheitliche Abrechnung der Leichenschau: Die Abrechnung der Leichenschau durch den Notarzt sollte auf eine einheitliche und vernünftige Grundlage gestellt werden.

### B) relevante Literaturbezüge

- Stahlberg P (2003). Leichenschau im Notarztdienst.  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idart=87](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idart=87)
- Berufsverband der Ärztliche Leiter Rettungsdienst: Leichenschau  
<http://www.bgs-aelrd.de/html/leichenschau.html>  
  
Bestattungsgesetz NRW:  
<http://sgv.im.nrw.de/gv/frei/2003/Ausg29/AGV28-1.pdf>
- Bartsch A (2003) Notarzt ist nicht mehr zur Leichenschau verpflichtet.  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=38](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=38)
- Westfälisches Ärzteblatt (2003). Neues Bestattungsgesetz und neue Todesbescheinigung.  
<http://www.aekwl.de/fileadmin/rechtsabteilung/doc/bestattungsgesetz.pdf>

### C) Fragen zum Konzept (werden noch bearbeitet)

#### 4.3.2 Abrechnung der Leichenschau

##### A) Beschreibung des Problemkreises

Die ärztliche Leichenschau erfolgt als ärztliche Tätigkeit aufgrund Gesetzes (BestG NRW), und nicht aufgrund oder in Auswirkung eines Arbeitsvertrages mit dem Krankenhaus oder dem Rettungsdienst. Sie wird damit nicht durch das Gehalt vergütet. Die Notarzt-Gebührenabrechnung im Rahmen der Gebühren-Satzung des Rettungsdienstträgers schließt die Anfahrt und den Notarzt-Einsatz als solchen ein, aber nicht die Leichenschau und nicht das Ausfüllen des Leichenschauscheines, da das Rettungsdienstgesetz NRW hier keine Zuständigkeit begründet.

Falls ein Krankenhaus die Gebühren erhebt, kann der einzelne Arzt aufgrund freiwilliger Vereinbarung die Vergütung an die Klinik abtreten. Ein Rechtsanspruch des Krankenhauses hierauf besteht nicht. Eine Abtretung kann, da eine Tätigkeit und Abrechnung aufgrund Gesetzes vorliegt, auch nicht im Arbeitsvertrag gefordert werden. Dies ist gutachterlich geklärt (s.u.).

Grundlage für die Bemessung des Abrechnungsbetrages ist die GOÄ (Ziffer 100, ggf. weitere, der Faktor 3,5 ist anzuwenden für erschwerte Bedingungen und Dringlichkeit). Rechnungsteller ist der tätige Arzt, nicht eine Institution (und damit auch nicht der Träger des Rettungsdienstes).

Randbedingungen wie Verweildauer etc. können im Notarztdienst nicht aufgrund der GOÄ abgerechnet werden, ebenso nicht etwaige ärztliche Tätigkeiten (Reanimationsversuch) vor dem Eintritt des Todes, da all diese mit der Einsatzgebühr bereits abgegolten sind. Die Nicht-Liquidation einer abrechnungsfähigen ärztlichen Leistung ist standesrechtlich andererseits nicht zulässig.

Diese Grauzone führte zu unterschiedlichen, örtlich gar nicht erstellten, vereinzelt auch überhöhten Rechnungen durch leichenschauende Notärzte. Andererseits kursieren Gerüchte, nach denen Bestattungsinstitute versehentlich die Leichenschaugebühr Angehörigen in Rechnung gestellt haben, ohne daß der Notarzt eine Liquidation vorgelegt hat.

Somit ist die Liquidation der komplexen ärztlichen Leistung "Todesfeststellung, Leichenschau und Ausfüllen der Leichenbescheinigung" im Rahmen der GOÄ auch durch den notärztlichen Leichenschauer erforderlich. Hierfür empfiehlt sich eine weitgehend einheitliche oder zum mindesten untereinander abgestimmte Vorgehensweise, da die Rechtsgrundlage in NRW keine kommunalen oder trägerspezifischen Unterschiede begründen lässt.

## B) relevante Literaturbezüge

Stahlberg P (2003). Leichenschau im Notarzdienst  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idart=87](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idart=87)

- Fehn K (2002) Gutachten zur Liquidationsberechtigung für die Leichenschau im öffentlichen Rettungsdienst durch vom Krankenhaus gestellte Notärzte  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idart=126](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idart=126)

## C) Fragen zum eigenen Konzept (werden noch bearbeitet)

## 5. Dokumentation und Qualitätssicherung

### A) Beschreibung des Problemkreises

#### 5.1 Einführung

Dokumentation und Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung gehören im Rettungsdienst untrennbar zusammen. Gesetzlichen Grundlage ist das SGB V. Dort heißt es im § 2 Abs.1: „Die Krankenkassen stellen den Versicherten ... Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zur Verfügung, ... Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Ergebnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“. Eine ärztliche Verantwortung ergibt sich auch für die Wirtschaftlichkeit. Natürlich kann sich der / die aktive Notarzt / Notärztin fragen: "Was hat das mit meiner rettungsdienstlichen Tätigkeit zu tun?"

Qualität ist jedoch gerade in der Medizin unscharf definiert. Die häufig vertretene Auffassung, ärztlichem Handeln sei Qualität automatisch immanent, muss wohl ohne Begründung bleiben. Gemeinhin versteht man im ärztlichen Bereich unter Qualität eine gute Diagnose, gute Therapie und natürlich einen entsprechenden Behandlungserfolg. Hierbei kann Qualitätsmanagement helfen, indem ein einheitliches und definiertes Ordnungssystem folgendes regelt:

- Verantwortlichkeiten und Kompetenzen
- Verfahren und Prozesse ( also die Organisation von Abläufen), Algorithmen
- Die Definition von finanziellen Mitteln, Personal, Anlagen, Einrichtungen, Techniken und Methoden sowie deren Einsatz.

Zum Qualitätsmanagement gehört die Erfassung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Strukturqualität bedeutet einen Standard an Personal- und Sachausstattung zur erfolgreichen und wirtschaftlichen Patientenversorgung. Prozessqualität meint die Arbeitsabläufe aller am Prozess „Notfallversorgung“ Beteiligten. Diese Arbeitsabläufe müssen eindeutig definiert sein, angefangen beim Leitstellendisponenten über das Einsatzpersonal vor Ort bis hin zur Administration und Datenerfassung. Dies bedeutet, dass jeder Mitarbeiter sich der Mitverantwortung für das „Ergebnis“ Notfallversorgung bewusst sein muss. Dies kann nur gelingen, wenn die zuständigen Führungskräfte sich eindeutig zum Qualitätsmanagement bekennen und der Träger des Rettungsdienstes auch finanzielle Ressourcen hierfür bereitstellt.

Einige Rettungsdienststandorte, Hilfsorganisationen und Berufsfeuerwehren – genau wie Kliniken lassen ihre Qualität z.B. nach DIN EN ISO 9001 zertifizieren und demonstrieren hiermit, dass ein Qualitätsmanagementsystem erfolgreich eingeführt wurde und angewendet wird. Dies wird durch Audits regelmäßig überprüft und bescheinigt.

Belegbar wird Qualität nur, wenn Daten zur Notfallversorgung erhoben werden, nicht um ihrer selbst Willen, sondern um diese auszuwerten und kritisch zu hinterfragen und daraus Konsequenzen für die zukünftige Tätigkeit zu ziehen.

## 5.2 Ziele der Dokumentation

Dokumentiert wird der nachvollziehbare Ablauf eines Einsatzes anhand etablierter und validierter Einsatzprotokolle für Notarztdienst/Rettungsdienst/Intensivtransport ( DIVI Protokoll). Neben den oben aufgeführten Zielen hat der justifiable Aspekt der Dokumentation im Rettungsdienst mittlerweile eine nicht zu unterschätzende Bedeutung.

Dokumentation dient der strukturierten Übermittlung bedeutender medizinischer Daten der präklinischen Versorgung von Notfallpatienten an den Weiterbehandler sowie der Erfassung personenbezogener Daten zur Kostenabrechnung.

Darüber hinaus dient Dokumentation der Erfassung von Daten zur statistischen Auswertung (unter Berücksichtigung des Datenschutzes), interner und externer Qualitätssicherung und Forschung in der präklinischen Notfallmedizin. Sorgfältige Dokumentation aller Einsatzdaten dient aber auch der Absicherung des Teams und kann vor (bei) straf- und zivilrechtlichen Auseinandersetzungen schützen.

## 5.3 Komponenten eines Dokumentationskonzeptes

Um eine vorgegebene Qualität zu erreichen und um den Stand der Qualität zu erhalten, müssen Daten erhoben werden. Diese Daten sind abhängig von einigen Faktoren:

- Möglichkeit der Datenerfassung ( Technik der Leitstelle, Telemetrie, Notepad)
- Welche Daten sollen wofür erfasst werden?( Krankentransport getrennt von Rettungsdiensteinsätzen/ getrennte Erfassung von Notarzteinsätzen)
- Die Auswertung der Daten sollte neutral sein, also unabhängig vom Leistungserbringer erfolgen

Um vergleichbare Daten verschiedener Standorte zu erhalten, gibt es den „Minimalen Notarzt-Datensatz“ MIND 2 der DIVI, der in entsprechenden Protokollen berücksichtigt ist. Datenerfassung kann manuell, über ein Lesegerät oder per Direkteingabe in ein Notebook erfolgen. Welche Form der Datenerfassung gewählt wird, ist von lokalen Faktoren abhängig.

Die eigentliche Dokumentation ist eine „Regeldokumentation“ und stellt eine Summe von Inhalten dar. Reicht diese Regeldokumentation nicht aus ( z.B. bei Sekundärtransporten), so ist ein Zusatzprotokoll (oder auch ein anderes Protokoll) nötig. Dokumentation im Rettungsdienst bedeutet aber auch Dokumentation durch das nichtärztliche Personal sowie eine Lösung für das Schnittstellenproblem Übergabe/Übernahme von Patienten zwischen Notarzt und Rettungsassistenten an der Einsatzstelle. Die Datenqualität ist entscheidend von der Motivation aller Beteiligten abhängig, eine Dokumentation durchzuführen. Nur Transparenz über Sinn und Notwendigkeit der Datenerfassung kann motivieren. Datenfriedhöfe sind der Verbesserung der Versorgungsqualität nicht förderlich.

## 5.6 Intensivtransportprotokoll

Durch den Wandel im Krankenhaussystem und zukünftige Veränderungen durch die DRG kann man eine Steigerung der Verlegungstransporte von intensivmedizinisch zu betreuenden Patienten feststellen. Hier wurden neue Transportmittel für „critical illness“ Patienten wie

Intensivtransporthubschrauber und Intensivmobile geschaffen. Nur diese sind in der Lage, den Standard intensivmedizinischer Therapie in der Klinik auch während der Transportphase des Interhospitaltransfers zu gewährleisten. Medizinische Leitungen beim Transport von Intensivpatienten können durch die Rettungsdienstprotokolle nicht ausreichend abgebildet werden. Hierzur gab die DIVI im Jahr 2000 eine Empfehlung für die Dokumentation beim Intensivtransport heraus.

## B) Relevante Literaturbezüge / Praxisbeispiele

- B.1 DGAI (1998). Grundlagen und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Anästhesiologie und Intensivmedizin 39:255-61.  
[http://www.dgai.de/06pdf/05\\_289-Notfallmed.pdf](http://www.dgai.de/06pdf/05_289-Notfallmed.pdf)
- B.3 Messelken M, Schlechtriemen T (2003). Der minimale Notarztdatensatz MIND2 Weiterentwicklung der Datengrundlage für die Notfallmedizin Notfall & Rettungsmedizin 6:189-92. [http://pdf.nadok.de/MIND2\\_Publikation.pdf](http://pdf.nadok.de/MIND2_Publikation.pdf)
- B.4 Schlechtriemen T, Lackner CK, Moecke HP, Arntz HR, Messelken M, Altemeyer KH (2003). Medizinisches Qualitätsmanagement mit Hilfe ausgewählter Zieldiagnosen - Empfehlungen für eine einheitliche Dokumentation und Datenauswertung Notfall & Rettungsmedizin 6:175-88.  
<http://www.springerlink.com/content/a21eaq13mw0rdjmw/?p=f7ef588072a5464e96de47563c3ac87c&pi=0>
- B.6 Ahnefeld FW. Zusammenfassung der Ergebnisse des Interdisziplinären Symposiums „Qualitätsmanagement im Rettungsdienst“ im Ostseebad Dierhagen 2001. <http://www.band-online.de/imageordner/index.php>
- B.7 BAND (2003) Stellungnahme der BAND, DIVI und der Ständigen Konferenz für den Rettungsdienst zu Auswirkungen der DRG auf die präklinische Akutversorgung. [www.band-online.de/imageordner/index.php](http://www.band-online.de/imageordner/index.php)
- B.8 Stratmann D, Sefrin P, Wirtz S, Bartsch A, Rosolski T (2004). Stellungnahme zu aktuellen Problemen des Notarztdienstes (Ärztmangel, Arbeitszeitgesetz, DRG) <sup>1)</sup>.  
<http://www.band-online.de/inhalt.php>

## C) Fragen zum eigenen Konzept

- ✓ Gibt es ein Konzept zur Qualitätssicherung?
- ✓ Ist der Standort zertifiziert ( z.B. DIN EN ISO 9001:2000)? Ist dies in Planung?
- ✓ Gibt es eine Datenerfassung und Auswertung?
- ✓ Sind alle Mitarbeiter informiert über die Notwendigkeit und die Art und Weise der Datenerfassung?
- ✓ Gibt es Einführungsveranstaltungen für neue Kollegen bzw. Einstiegspraktika?
- ✓ Werden neue Kollegen vor Dienstantritt in die Rettungsdienstprotokolle eingeführt?
- ✓ Hat der NA Gelegenheit, die Arbeit der Leitstelle kennen zu lernen ( Notruf mitverfolgen etc.)
- ✓ Werden Intensivtransporte die durch den Regelrettungsdienst durchgeführt werden, von entsprechend qualifiziertem Personal begleitet
- ✓ Gibt es für den Sekundärtransport ein eigenes Protokoll?
- ✓ Findet bei Sekundärtransporten zwingend ein Arzt-Arzt Gespräch mit Checkliste vor Transportbeginn statt?
- ✓ Werden Intensivverlegungen mit ITH/ITW durchgeführt, oder müssen Intensivpatienten mit dem Regel-RTW/NAW transportiert werden?
- ✓ Werden Auswertungen regelmäßig zugänglich gemacht?
- ✓ Folgen dem konkrete Änderungen z.B. in der Einsatzlogistik?
- ✓ Gibt es ein „ Qualitätshandbuch“ für jeden immer zugänglich in dem alle wesentlichen Verfahrensanweisungen und Algorithmen standortbezogen hinterlegt sind?
- ✓ Ist der QM Beauftragte jedem bekannt und ist dieser problemlos erreichbar?
- ✓ Gibt es standardisierte Bögen auf denen jeder Verbesserungsvorschläge einreichen kann und erfolgt dann auch eine Rückmeldung?

- ✓ Wird die Qualität der internen Fortbildungsveranstaltungen beurteilt?
- ✓ Werden regionale/ überregionale relevante Fortbildungen ausgehängt?
- ✓ Liegen Informationen über bzw. Aufnahmeanträge für die AGN-NW aus?
- ✓ Wie ist der ÄLRD in die Maßnahmen des Qualitätsmanagements eingebunden?

## 6. Strukturierte Fortbildung

### A) Beschreibung des Problemkreis

Rettungsassistenten sind verpflichtet, jährlich 30 Stunden Fortbildung zu absolvieren. Eine vergleichbare gesetzliche Verpflichtung im notärztlichen Bereich gibt es bisher nicht. Gleichwohl sollte strukturierte Fortbildung eine Selbstverständlichkeit im Hinblick auf das Handeln des Arztes sein. Die (Muster-) Berufsordnung für Ärzte schreibt vor:

„Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.“

Die Tätigkeit des Notarztes im Rettungsdienst ist sinnvoller Weise an eine strukturierte Fortbildung gebunden. Eine Ausbildungsverantwortung liegt unzweifelhaft auch beim Träger. Idealerweise erhebt der verantwortliche Vertreter des Trägers Daten, die einen Rückschluss auf den notwendigen Fortbildungsbedarf zulassen. Die Realität stellt sich allerdings eher so dar, dass die Rettungsdienststräger an vielen Standorten keinerlei notärztliche Fortbildung anbieten.

### B) Relevante Literaturbezüge

- B.1 Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW (2002). Strukturqualität im Notarzdienst NRW – Umfrageergebnis der Arbeitskreis Qualitätsmanagement der AGNNW. Der Notarzt 18:192-7  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?idcatart=97&id=21](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?idcatart=97&id=21)
- B.2 NRW-Ärzttekammern stimmen Procedere zur Zusatzbezeichnung ab  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?client=1&lang=1&idcat=82&idart=114&m=&s=](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?client=1&lang=1&idcat=82&idart=114&m=&s=)
- NRW verlangt Zusatzbezeichnung für Notärzte in der Luftrettung:  
[http://www.agnnw.de/web/cms/front\\_content.php?client=1&lang=1&idcat=82&idart=264&m=&s=](http://www.agnnw.de/web/cms/front_content.php?client=1&lang=1&idcat=82&idart=264&m=&s=)
- B.3 Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Fortbildung  
[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlungen\\_zur\\_aerztlichen\\_Fortbildung\\_2007\\_final.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlungen_zur_aerztlichen_Fortbildung_2007_final.pdf)
- B.4 Mustersatzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat  
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Fortbildung/50FbNachweis/index.html>
- LINK DEFEKT, ersetzen durch:  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.1828.2054.2143.2144>
- B.5 Qualitätsmanagement im Rettungsdienst – Bestandsaufnahme  
<http://www.band-online.de/imageordner/index.php?aktiv=15&inhaltvon=15&menuoffen=10X11X>

**C) Fragen zum eigenen Konzept**

- ✓ Gibt es regelmäßige (verpflichtende) Fortbildungsveranstaltungen in Ihrem Rettungsdienstbereich?
- ✓ Werden schwierige Fälle und Einsatzsituationen in Fallkonferenzen aufgearbeitet ?
- ✓ Werden Themen anhand von Erhebungen / Umfragen zum Bedarf angeboten?
- ✓ Gibt es jährlich „Updates“ zu häufigen Krankheitsbildern?
- ✓ Werden neu hinzu kommende Notärzte systematisch in die verschiedenen Aufgabenbereiche eingeführt (Organisation, Material und Medikamente, Räumlichkeiten etc.) ?
- ✓ Gibt es einen „Kummerkasten“ für Wünsche?
- ✓ Gibt es die Möglichkeit, regelmäßige praktische Fortbildung zu absolvieren (Mega-Code, Atemwegsmanagement)?
- ✓ Werden Fortbildungsveranstaltungen anderer Rettungsdienstbereiche regelmäßig bekannt gemacht?
- ✓ Ist die regelmäßige Teilnahme an angebotenen Fortbildungen Voraussetzung zur Mitwirkung im Rettungsdienst?