

## **Eckpunkte**

### **Notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Prälinik**

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

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

Dieses Intervall beinhaltet die Zeiten:

- ▶ Eingang der Notrufmeldung -> Eintreffen am Einsatzort
- ▶ Beginn der Erstdiagnostik und -therapie -> Herstellung der Transportfähigkeit
- ▶ Transportbeginn zur nächstgelegenen, geeigneten Klinik -> Eintreffen Zielklinik

Um das Ziel zu erreichen kann beispielsweise die Fahrzeit des Rettungsdienstes zum Einsatzort inklusive der Leitstellendispositionszeit bei max. 15 Minuten liegen (entsprechend den Regelungen der meisten Bundesländer). Wenn für die Versorgung am Einsatzort auch nur 15 Min. benötigt werden, bleiben für den Transport zur Zielklinik max. 30 Min.

3. Da es sich hierbei um Rahmenbedingungen der Daseinsvorsorge handelt, sind das entsprechende Sicherheitsniveau<sup>1</sup> wie gegebenenfalls ergänzende Finanzierungsverpflichtungen<sup>2</sup> durch Landesgesetze zu regeln. Dabei haben sich Anreizsysteme als hilfreich erwiesen.
4. Standorte der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Standorte der Rettungsmittel sind an diesen Rahmenbedingungen auszurichten: Die Standorte der Rettungsmittel werden durch die Eintreffzeiten der Rettungsdienstgesetze bestimmt, aber auch geeignete Zielkliniken müssen mit einer Transportzeit von 30 min erreichbar sein. Es ist Ziel führend, abgestufte und disziplinübergreifende Versorgungskonzepte durch Netzwerke (z.B. TraumaNetzwerke DGU) zu organisieren. Dafür sind entsprechende Transportstrukturen vorzusehen.
5. Voraussetzungen für die Teilnahme an der klinischen Notfallversorgung sind in der Regel das Vorhandensein der Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie, Inneren Medizin und Anästhesiologie, Intensivstation, CT, Notfall-Labor und Blutdepot (24-Std-Bereitschaft, 7 Tage/Woche). Für die Schnittstelle Rettungsdienst Klinik haben sich zentrale Notaufnahmen bewährt.
6. Die präklinische und klinische Notfallbehandlung gemäß den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist über sektorenübergreifende interne und externe Qualitätsmanagementprogramme verbindlich abzusichern.

**Ulm, München im November 2007**

**agswn, INM, BÄK, BAND DGU, DGCH, DGAI, DGK, DGNC, GNPI, ASB, BKS, DRK, JUH, MHD, SKRD**

<sup>1</sup> Zielerreichungsgrad 95 %

<sup>2</sup> Unabhängig von DRG-Erlösen

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