

**Beispiele langfristiger Erfahrung Zentraler Notaufnahmen:**

- Med. Hochschule Hannover
(alternierende Leitung)
(ärztliches Personal aus den Fachabteilungen)
- Universitätsklinikum München-Großhadern

Beispiele Zentraler Notaufnahmen als selbstständige Abteilung:

- Universitätsklinikum Aachen
- Klinikum Fulda
- weitere in Planung und Umsetzung
(unterschiedliche Modelle in Leitung und personeller Ausstattung)

Eine Anlaufstelle für alle Notfälle (Thomas Fleischmann, Barbara Walter)
Deutsches Ärzteblatt/Jg. 104, Heft 46, 16 Nov. 2007

Dezentrale Notaufnahmen

Nachteil: viele **Patienten** sind **multimorbide**, **Patienten müssen von mehreren Fachabteilungen gesehen werden = erheblicher Zeitaufwand**

Zentrale Notaufnahmen

ein Teil der Patientenwege entfällt **Nachteil:** Patienten werden von Ärzten verschiedener Fachabteilungen mit unterschiedlichen Kenntnisstand gesehen, **Mehrfachuntersuchungen, häufig bleibt unklar, welche Abteilung zuständig ist**

Unabhängige interdisziplinäre Notaufnahmen:

Vorteile: 24 h **eine Anlaufstelle** für alle medizinischen Notfälle, eigene Fachabteilung mit eigener Leitung, Behandlung durch Notfallmediziner, wirtschaftlicher Faktor: Ärzte, Pflegekräfte und Material sind an einer einzelnen Stelle konzentriert,

Notaufnahme nach amerikanischen Vorbild:

alle Ärzte behandeln alle Erkrankungen; eine Trennung nach Fachgebieten gibt es nicht, ein Arzt sieht mehrere Patienten mit mehreren kurzen Kontaktphasen, so dass der Pat. die Wartezeit bzw. die Behandlungszeit anders „erlebt“

European Society for Emergency Medicine (EuSEM)

Grundsatzklärung zur Notfallmedizin in Europa

Thomas Fleischmann, Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notaufnahme
DGINA e.V. , September 2007

Notfallmedizin ist ein medizinisches Fachgebiet, das auf dem Wissen und den Fähigkeiten basiert, die für Prävention, Diagnose und Management von akuten und dringlichen Krankheitszuständen erforderlich sind.

In der EuSEM sind 22 nationale europäische Fachgesellschaften für Notfallmedizin zusammengeschlossen

- Die EU-Richtlinien für Facharztweiterbildung verlangt für Notfallmedizin eine Weiterbildungszeit von mindestens 5 Jahren.
- Die EuSEM hält die Facharztweiterbildung von 5 Jahren für erforderlich, um eine hoch qualifizierte Notfallmedizin sicher zu stellen.
- Das wesentliche Ziel der EuSEM ist die Sicherung der höchsten Qualität der Notfallversorgung für die Notfallpatienten

European Society for Emergency Medicine (EuSEM) fordert in einer Grundsatzklärung die Schaffung eines europaweiten Facharztes für Notfallmedizin um allen Menschen in Europa den Zugang zu einer hoch qualifizierten und evidenzbasierten Versorgung zu ermöglichen

Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfallmedizin (DGINA) mahnt Verbesserung in deutschen Notaufnahmen an; dazu gehört die Einführung von „Emergency Rooms“ und die Etablierung eines Facharztes für Notfallmedizin

Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Notfallmedizin (DGAI) (Brief):

- die interdisziplinäre Notaufnahme in Deutschland kann auch interdisziplinär betrieben werden
- interdisziplinäre Notaufnahmen sind für die Zukunft wichtig
- es besteht kein Handlungsbedarf für einen neuen Facharzt

Deutschland braucht den Facharzt für Notfallmedizin (DGINA fordert Verbesserung der Notaufnahme in Deutschland) von Caroline Mayer
Pressespiegel 27 Sep.2008, Ausgabe 20

Die deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notaufnahmen e. V. (DGINA) kritisiert, daß in Deutschland die Notaufnahmen nur nebenbei mitversorgt werden,

- Ärzte arbeiten dort oft nur für kurze Zeit
- schwierige Diagnosen müssen von unerfahrenen Ärzten bearbeitet werden

Dr. B. Hogan (Präsidentin der DGINA):

für eine professionelle Notaufnahme benötigt man Spezialisten, die eine besondere Ausbildung (Facharzt für Notfallmedizin) absolviert haben

Dr. T. Bey (Deutschland Beauftragter des ACEP):

Hausärztemangel führt in den nächsten Jahren zu ansteigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen, Arzt mit Facharztkompetenz in der NA erforderlich

Prof. Dr. Dodt (Chefarzt der Präklinik/Interdisziplinäre Notaufnahme im Klinikum Bogenhs.):

- die ambulante Versorgung wird sich mehr in die Kliniken verlagern
- dezentrale Notaufnahmen sind teuer und verursachen Zeitverzögerungen
- zur Kostenersparnis und Prozessoptimierung müssen Notaufnahmen als eigenständige und interdisziplinäre Einrichtungen organisiert werden

Der deutsche Weg zum Facharzt für Notfallmedizin (Dr. T. Fleischmann)
Rettenngsdienst, 8.2007, 30 Jahrgang 828

In allen angelsächsischen Ländern und in 11 der 27 EU Länder werden Notfallpatienten durch Fachärzte für Notfallmedizin behandelt

- ein **Facharzt für Notfallmedizin wäre keine Konkurrenz für den Rettungsmediziner**, sondern ein Partner in der Notaufnahme
- das **Wissen der klinischen Notfallmedizin ist inzwischen so groß** geworden, dass es naiv ist zu glauben, man könne es nebenbei beherrschen
- die Vernachlässigung der Entwicklung der klinischen Notfallmedizin hat zu einer Isolation Deutschlands innerhalb der notfallmedizinischen Welt geführt
- **vom Facharzt für Notfallmedizin werden viele profitieren: Patienten, Kliniken und Rettungsdienste,**
- Es braucht entweder erheblicher Unkenntnis oder klare standespolitischer Interessen, um die Notwendigkeit eines Facharztes für Notfallmedizin auch in Deutschland abzustreiten

American Association for the surgery of trauma (AAST)



„Acute Care Surgery“

Gemeinsame Initiative mit ACS COT, EAST, WTA, in 2003,
Curriculum erstellt 2005

Hintergrund:

rückläufiges Interesse an „trauma surgery“
zunehmend verzögerte Versorgung von chirurgischen Notfällen
(Analyse des Institutes of medicine)

Ziel:

Sicherstellung einer all umfassenden chirurgischen Notfallversorgung
Kompetenz in den Gebieten: **Emergency general surgery,**
trauma surgery,
surgical critical care

... Fokus liegt eher auf der Thematik, welche chirurgische Qualifikation derjenige haben soll, der sich primär um den Traumapatienten kümmert:

Emergency surgery at crossroads: ist it enough just to plug the hole?
Editorial Scand. Journal of Surgery 96: 182-183, 2007

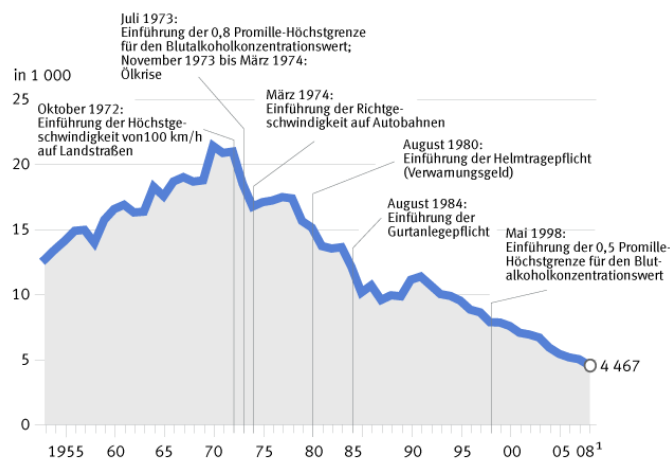
Acute care surgery. J Am Coll Surg 2002: 698-701, 2006

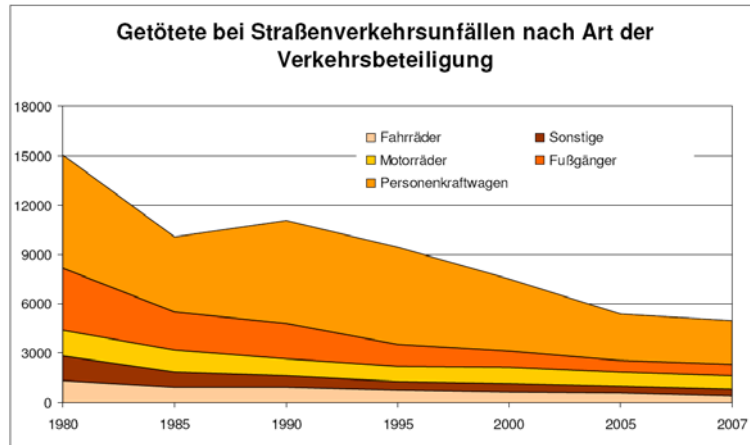
The acute care surgery curriculum. J Trauma 62: 553-556, 2007

Acute care surgery: a new training and practice model in the united states.
World J Surg 32: 1630-1635, 2008

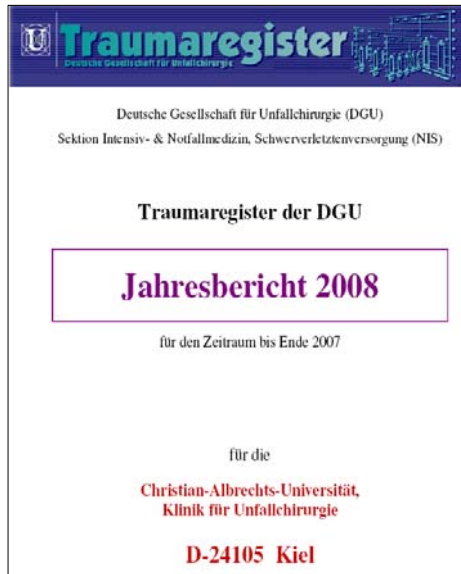
Brennpunkt "Unfallchirurg". Swiss knife 2: 2008

**Entwicklung der Zahl der im Straßenverkehr Getöteten
1953 bis 2008**





© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009



DGU Traumaregister Jahresbericht

Inhalt

1. Vergleich Mortalität-Prognose
2. 3-Jahres-Vergleich
3. Qualitätskriterien / Auditfilter
4. Einzelfall-Analysen
5. Graphische Klinik-Vergleiche
6. Daten zur Traumaversorgung
7. Datenqualität und Scores
8. Verletzungsmuster
9. Allgemeine Daten

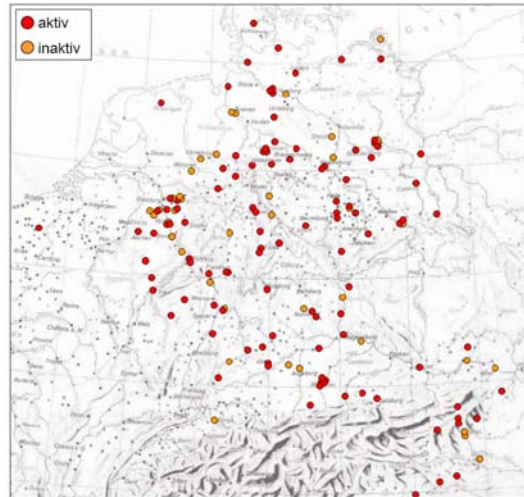
Anhang

DGU-Traumaregister

**Beteiligte
Kliniken
2008**

gesamt: 125
 ● **aktiv** 88
 ● **inaktiv** 37

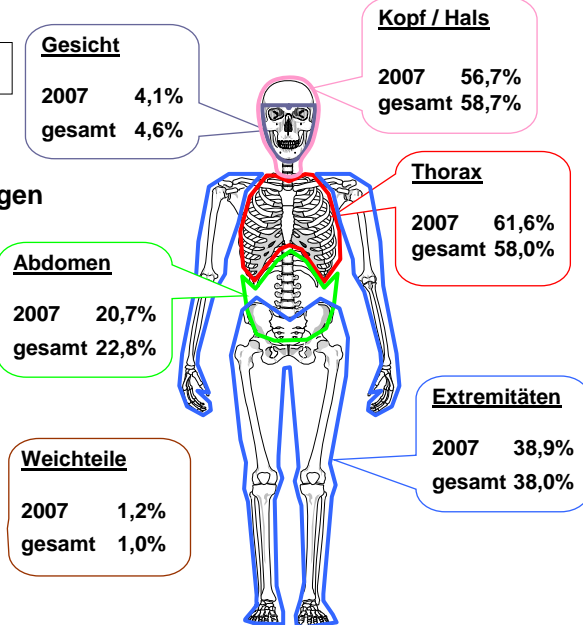
D: 108 (74)
 A: 10 (8)
 B: 1 (1)
 NL: 1 (1)
 CH: 1 (1)
 SI: 4 (4)



© 2008 Sektion NIS der DGU, Traumaregister

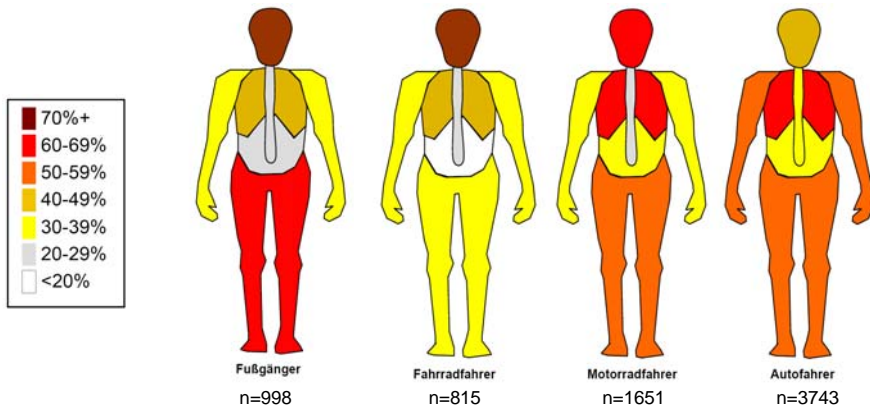
Verletzungsmuster

durchschnittlich
7,6 Einzelverletzungen

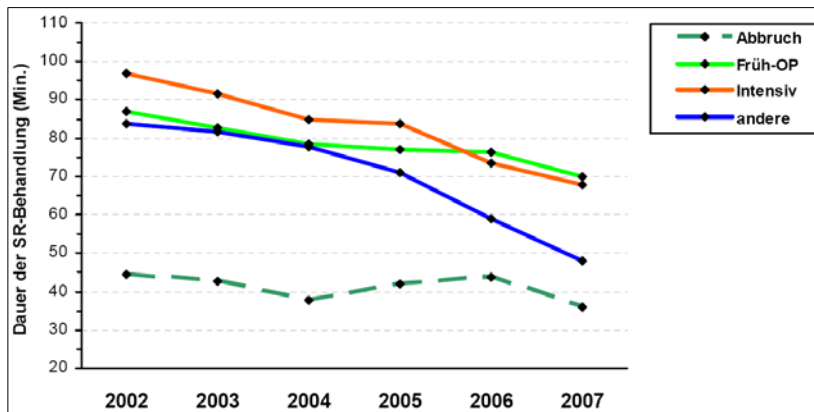


© 2008 Sektion NIS der DGU, Traumaregister

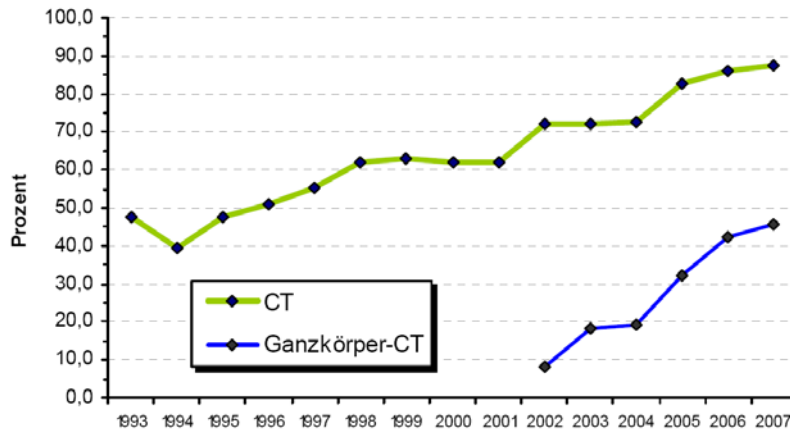
Verletzungsmuster bei Verkehrsunfallopfern, (in Kooperation mit der Bundesanstalt für Straßenwesen BAST) Patienten n=7207 zwischen 2002 - 2006



Verbesserung der Behandlung, Dauer der Behandlung im Schockraum



Verbesserung der Behandlung, CT Untersuchung



© 2008 Sektion NIS der DGU, Traumaregister

Notaufnahme

Gemeinsames Ziel in der Traumaversorgung ist ...

*... der Dominanz der Zeit
im Konsens entgegen zu wirken*

Notaufnahme

***Notaufnahme = Interaktives
Zentrum mit hoher
Entscheidungskompetenz***

Kommunikation (vertikal und horizontal)

Koordination (von Diagnostik und Versorgung)

Therapie (fachspezifisch)

Notaufnahme

- ✓ Adäquate Patientenmeldung durch die Leitstelle
- ✓ Personal (ärztliches und pflegerisches) ist vor dem Patienten in der Notaufnahme
- ✓ Übergabe direkt an die jeweilige Team / Fachabteilung
- ✓ Koordination übernimmt die betroffene Fachabteilung, (Fachkompetenz)
- ✓ Konsiliarische Untersuchungen werden in der Notaufnahme durchgeführt (Arzt kommt zum Patienten)
- ✓ Verantwortung für den Patienten liegt beim Koordinator

Notaufnahme



Gruppe ≠ Team

Notaufnahme

Team Charakteristika:

- **Gruppe mit einem gemeinsam ausgewählten Ziel**
- **Tätigkeiten und Kommunikation sind auf dieses Ziel gerichtet**
- **Tätigkeiten werden geteilt**
- **jedes Teammitglied hat eine spezielle Aufgabe**
- **Koordinator ist für die Richtung auf das Ziel verantwortlich**

Notaufnahme

Verbesserungsansätze im Bereich der Notaufnahme

- **Qualifikation des ärztlichen und nicht ärztlichen Personals auf gleicher Ebene (Fachunabhängig)**
- **Qualität der Dokumentation (nicht einheitlich)**
- **Qualität der Technischen Ausrüstung (keine DIN Vorschrift)**

Kernpunkte der Diskussion

- 1. Fachliche Kompetenz und Qualifikation**
- 2. Organisationsstrukturen**
- 3. Leitung**
- 4. Finanzierung**

Fachliche Kompetenz:

Die weit überwiegende Zahl der in einer Notfallaufnahme zu behandelnden Patienten weisen leichte bis mittelschwere Krankheitsbilder / Verletzungen auf.

Es kann nach Erfahrungswerten großer Kliniken davon ausgegangen werden, dass nur 1-2 % der Notfallpatienten einer Schockraumdiagnostik/ Behandlung bedürfen, ca. 0,5 % erfordern eine Stabilisierung ihrer akuten lebensbedrohenden Erkrankungen / Verletzungen.

Diese Patienten erfordern eine Akutbehandlung entsprechend Qualitäts gesicherter Programme (interdisziplinäres Schockraummanagement, klinikinternes Reanimationsprogramm ALS Programm, Schockraumprotokoll, ATLS® Programm etc.).

Die weit überwiegende Mehrheit der Notfallpatienten ist unverzüglich einer fachspezifischen Behandlung zu zuführen. (Facharzt Standard).

Fachliche Qualifikation

Die Weiter- / Fortbildung in der fachspezifischen Notfallbehandlung von Patienten ist fester Bestandteil einer jeden Facharztausbildung und fachspezifischer Fortbildungsprogramme.

Eine darüber hinaus gehende allgemeine Facharztweiterbildungsqualifikation – FA „Notfallmedizin“ ist ebenso wie eine spezielle Zusatzweiterbildungsqualifikationen für in der Notfallaufnahme tätigen Ärzte zur Verbesserung der Versorgungsqualität nicht erforderlich.

Pflegekräfte müssen fachübergreifend ausgebildet werden (diagnostische Verfahren, Schienenverbandstechniken, Wundversorgungen, Drainagen, Katheterapplikationen).

Grundstruktur

Die Zentralisierung von Notaufnahmen scheint aus ökonomischen Erwägungen in bestimmten Kliniken sinnvoll zu sein. Auch für die Qualität der Versorgung von Notfallpatienten können sich Vorteile ergeben, insbesondere wenn eine interdisziplinäre Struktur vorliegt (Arzt kommt zum Patienten).

Für organisatorische und geschäftsführende Belange zentraler Notaufnahmen sind kollegiale Modelle vorzusehen. Die medizinische Verantwortung für die Patienten liegt in jedem Fall bei der ärztlichen Leitung der entsprechenden Klinik / Fachabteilung .

Organisationsstruktur (!):

Notaufnahmen sind die Zentrale Anlaufstelle für Notfallpatienten aller Disziplinen. Sie weist eine hochwertig ausgerüstete Diagnostik- und Therapiestrecke auf und erlaubt eine umfassende Abklärung als auch Primärbehandlung von Notfallpatienten rund um die Uhr.

Logistische Voraussetzungen sind:

- Anfahrtswege für Rettungsfahrzeuge getrennt von Zugangswegen für selbsteinweisende Patienten.
- Direkte Anbindung an den Hubschrauberlandeplatz,
- Anmeldung für den ersten Patientenkontakt – ausreichender Wartebereich (externer – und interner Wartebereich),
- 1-2 Schockräume, bzw. Reanimationszonen.
- Überwachungsbereich mit Monitoren und Sauerstoffanschluß.
- Untersuchungs- und Behandlungsräume
- Integrierte-, bzw. direkt angedockte Röntgen-, CT-, MRT-Möglichkeit
- Ultraschall, Endoskopie, Echokardiographie, Bronchoskopie.

Organisationsstruktur (II):

Weitere symptom- oder krankheitsbezogene Einheiten (Stroke-Unit, Chest-Unit, Fall-Unit) können eng angebunden installiert werden, diese sollten fachgebunden geführt werden.

Eine interdisziplinäre Aufnahmestation stellt eine sinnvolle Verbindung zwischen Notfallaufnahme und fachgebundenen Stationen dar. Sie sollte eine ähnliche organisatorische Struktur aufweisen wie die Notfallaufnahme selbst, um Informationsverluste und Schnittstellenprobleme zu vermeiden.

Die Bettenzuordnung sollte flexibel und bedarfsweise unter Berücksichtigung der vertretenen Fachabteilungen vorgenommen werden.

Ab einer bestimmten Größe einer Notfallaufnahme bzw. Versorgungsstufe eines Klinikums hat sich die Trennung von Notfallversorgung und elektivem Ambulanzbetrieb bewährt.

Leitung:

Die ärztliche und organisatorische Leitung einer Zentralen Notfallaufnahme ist geprägt durch Kompetenz, Konsens, Interdisziplinarität und Integration.

Die Notaufnahme sollte von Ärzten geleitet werden, in deren Fachkompetenz die überwiegende Zahl der Patienten fällt. Dies sind in der Regel die Fachgebiete Chirurgie, Innere Medizin und Neurologie. Verschiedene Optionen der organisatorischen Leitung einer ZNA bestehen bzw. sind dabei denkbar:

- **kollegiale gemeinsame Leitung** der Zentralen Notfallaufnahme durch einen Vertreter des Gebietes Innere Medizin, Neurologie und des Gebietes Chirurgie – hier speziell der Unfallchirurgie – im Kollegialsystem oder mit rotierender Geschäftsführung.
- Organisatorische Leitung durch einen **ZNA-Manager** (z. B. Leitender Oberarzt). Dieser ZNA-Manager ist für fachübergreifende organisatorische und personelle Fragestellungen verantwortlich. Davon unberührt bleibt die medizinische Kernkompetenz des jeweiligen Fachgebietes.
- Verantwortlich und unterstellt ist diese Position den Leitern der ZNA oder einem darüber hinaus gehenden **ZNA-Beirat**. In diesem Beirat eingeschlossen sind alle weiteren, in die Behandlung von Notfallpatienten eingebundenen Disziplinen.

Finanzierung:

- In dem budgetorientierten Umfeld der Krankenhauslandschaft fehlt für die Einrichtung „Zentrale Notaufnahme“ eine Transparenz hinsichtlich Erlösen, Vorhaltekosten, Sachkosten und Leistungen.
- Leistungsabnehmer von Zentralen Notaufnahmen (die den Patienten übernehmende Fachabteilung) müssen über die verursachten Kosten informiert und daran beteiligt werden.
- Die Erlöse aus den verschiedenen Bereichen (ambulante KV, Privat, BG, prä/poststationär etc.) müssen exakten Ausgabenanalysen gegenübergestellt werden (Personal inklusive Vorhaltekosten, Verbrauchsmaterialien, Medikamente etc.).
- Dabei können sowohl interne Verrechnungsmodelle zur Anwendung kommen, als auch die Abbildung der DRG's, die in der Notaufnahme erbracht wurden.
- Eine eigenständige, auf soliden Daten beruhende Budgetierung der Zentralen Notaufnahme ist entscheidend für die Weiterentwicklung effizienter Strukturen / Modelle einer Zentralen Notaufnahme.

FAZIT:

Zentrale Notaufnahme:

- „altes“ Thema neu aufgegriffen, neben medizinischen auch wirtschaftliche Interessen sowie Verbesserungen der Infrastruktur
- objektives Datenmaterial zum ggf. vorhandenen Qualitätsunterschied fehlt
- Konsens zwischen Fachgesellschaften, DIVI und DGINA erscheint möglich
- keinerlei Verbindlichkeit für individuelle Lösungen vor Ort

*Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit !*

