

Vorschläge der AGNN für eine Neufassung des Notarztindikationskatalogs (NAIK)

Stellungnahme / Diskussionsbeitrag, 12.04.2012

Der Notarztindikationskatalog (NAIK) fasst die Indikationen für den Einsatz des Notarztes (NA) zusammen. Er stellt eine grundsätzliche Vorgabe für den Disponenten in der Leitstelle dar. Unabhängig von den Regelungen des Notarztindikationskataloges steht es jedem Disponenten frei, nach eigenem Ermessen bei Situationen oder Befunden, die sich nicht eindeutig in die genannten Kriterien einordnen lassen, einen Notarzt einzusetzen, wenn eine akute Gefahr für das Leben oder die Gesundheit vermutet wird. In jedem Fall sind regionale Vorgaben des Trägers bzw. des zuständigen ÄLRD zu beachten.

Der NAIK ist bisher in keiner Untersuchung validiert. Die bisherigen Vorgaben sind aus Expertenempfehlungen entstanden, auch die erneuerten Vorschläge entstammen Expertenempfehlungen. Dennoch erscheint es uns erforderlich, eine Überarbeitung des NAIK zu erreichen, wir regen allerdings an, dass ein neuer NAIK durch entsprechende Untersuchungen validiert werden muss. Bis eine Validierung vorliegt, kann eine bundesweit geeinigte Expertenempfehlung ein sinnvolles Instrument zur fachgerechten Entsendung durch die Rettungsleitstellen (RLST) darstellen. Sie kann entsprechend der regional unterschiedlichen Bedingungen im Rettungsdienst durch den jeweils zuständigen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) modifiziert werden.

Die Auswahl des geeigneten Rettungsmittels und damit auch des Notarztes erfolgt stets anhand der vom Disponenten ermittelten medizinischen Lage als Resultat einer **strukturierten Notrufabfrage**, bzw. einer konkret notfallbezogenen Indikation. Zur Ermittlung der Einsatzindikation sind standardisierte Basis-Fragen einzusetzen, die grundsätzlich mindestens folgende Parameter abdecken müssen:

Vitalfunktion	Basisfragen
Bewusstsein	<ul style="list-style-type: none"> • Reagiert der Patient, wenn Sie ihn ansprechen, an ihm rütteln? • Kann der Patient normal sprechen? • Seit wann nehmen Sie die Veränderungen wahr? (< 6 Stunden?)
Atmung	<ul style="list-style-type: none"> • Atmet der Patient normal? • Besteht eine schwere Atemnot <ul style="list-style-type: none"> ◦ Kann der Betreffende ohne Atemnot/ohne Pausen ganze Sätze sprechen? • Hat der Patient eine blaue Haut-/ Gesichtsfarbe? • Seit wann besteht das Problem? (< 6 Stunden?)
Herz-Kreislauf	<ul style="list-style-type: none"> • Ist aus vorstehenden Fragestellungen abzuleiten.
Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> • Hat der Patient starke oder stärkste Schmerzen? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Schmerzen der Stärke 5 oder mehr auf der Numerischen Rating-Skala (NRS 0-10)? • Sind die Schmerzen akut aufgetreten und / oder zunehmend? • Wo sind die Schmerzen lokalisiert?

Die Indikationen für den Einsatz des Notarztes werden in zwei Kategorien eingeteilt:

1. Patientenzustand- bzw. Symptombezogen

Der NA ist einzusetzen, wenn eine Vitalfunktion gestört ist, fehlt oder ein Anhalt für eine sonstige schwere Schädigung vorliegt:

- Bewusstsein → fehlende Reaktion auf Ansprache und Rütteln / Schmerzreiz
→ neu aufgetretene Bewusstseinsstrübung / Sprachstörung
- Atmung → akute oder zunehmende Atemnot
→ Blaufärbung (Zyanose) der Lippen oder der Haut
→ fehlende Brustkorb-Bewegungen (Atemstillstand), nicht normale Atmung
- Kreislauf → akuter Brustschmerz

2. Notfall- bzw. Ereignisbezogene Indikationen

Der NA ist bei zu erwartender schwerer Schädigung bei folgenden Indikationen unverzüglich einzusetzen:

- Akutes Koronarsyndrom
- Schwere Blutdruckentgleisung
 - systolisch >220 mmHg in Verbindung mit weiterer Symptomatik z.B.: Luftnot/Brustschmerz
- Anhaltender generalisierter Krampfanfall
- Vergiftungen mit klinischer Symptomatik
 - z. B. mit Zyanose, Dyspnoe, Hypotonie, Bewusstseinsstrübung
- Starker akuter Schmerzzustand
 - Schmerzen der Stärke 5 oder mehr auf der Numerischen Rating-Skala (0-10)
- Schweres allergisches Ereignis
 - z. B. mit Zyanose, Dyspnoe, Stridor, Hypotonie, Bewusstseinsstrübung, schnell zunehmende Symptomatik
- Kindernotfall mit der zu erwartenden Notwendigkeit einer ärztlichen Intervention
- Unmittelbar einsetzende bzw. stattgefundenene Geburt
- Starke Blutung nach innen oder außen
- Schwere Verletzung
- Schwerer Verkehrsunfall mit Hinweis auf Personenschaden
- Brände mit Hinweis auf Personenbeteiligung
- Explosions-, thermische oder chemische Unfälle mit Hinweis auf Personenbeteiligung
- Stromunfall mit klinischer Symptomatik
- Wasserunfälle (Ertrinkungsunfall, Eis-Einbruch)
- Einklemmung oder Verschüttung von Personen
- Sturz aus großer Höhe (> 3 m)
- Schuss-, Stich- und Hiebverletzungen im Kopf-Hals-Rumpfbereich
- Manifeste oder drohende Gefährdung von Menschenleben
 - Geiselnahme, Amoklage, Bombendrohung usw.
- Unmittelbar drohender Suizid

Keine routinemäßigen Notarztindikationen sind bei fehlender Vitalbedrohung:

- **Stattgehabter einmaliger Krampfanfall**

Anmerkung aus der Diskussion: ein Patient nach unkompliziertem Krampfanfall, der bereits wieder wach ist, benötigt keinen Notarzt. Eine Bewusstseinsstörung bedingt den Notarzt (steht bereits an anderer Stelle). Ein Patient nach Krampfanfall wird dennoch vom Rettungsdienst angefahren, wird sachgerecht versorgt und in eine Klinik gebracht.

- **Schlaganfall ohne erkennbare vitale Gefährdung**

Anmerkung aus der Diskussion: der Schlaganfall ohne vitale Bedrohung kann ohne Notarzt versorgt werden. Das ist sachgerecht, kann Zeit einsparen, in jedem Fall wird der Patient durch den Rettungsdienst versorgt und sicher in eine Klinik mit Stroke-unit / Neurologie / CT gebracht

Die sachgerechte Versorgung der vorgenannten Krankheitsbilder erfolgt grundsätzlich durch qualifizierte Rettungsdienstmitarbeiter im Rahmen der Handlungsempfehlungen, Therapieleitlinien und Algorithmen der Notfallmedizin.

Eine NA-Indikation besteht nur bei akuter vitaler Bedrohung des Patienten, latente Vitalbedrohungen sollen vom Rettungsdienstmitarbeiter selbst beherrscht / überwacht werden können. Dazu ist eine hohe Qualifikation der RD-Fachkräfte unverzichtbar. Diese muss in der Ausbildungsgrundlage (Neufassung des Rettungsassistentengesetzes) festgelegt sein. Das gilt sowohl für die RD-Fachkräfte in der direkten Versorgung der Notfallpatienten, als auch für die Sonderstellung der Disponenten in den Rettungsleitstellen. Neben einer differenzierten Berufsausbildung gehört dazu auch eine regelmäßige Fortbildung. Eine Formulierung von SOP's und Behandlungspfaden nach den Therapieempfehlungen und Leitlinien der Fachgesellschaften kann die Versorgungsqualität weiter steigern. Für Disponenten ist darüber hinaus eine strukturierte qualifizierende Fortbildung notwendig.

Einfache ambulante ärztliche Versorgungen sollen durch den Vertragsnotdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (Hausärztlicher Notdienst der KV) durchgeführt werden. Aus qualitativen Gründen und auch aus ökonomischen Erwägungen ist eine engere Verzahnung der Dienste (Notarzt / Hausärztlicher Notdienst) zu fordern (auch z.B.: gemeinsame Leitstelle).

Eine flächendeckende Etablierung vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) kann zu einer höheren Versorgungsqualität und zu einer besseren Ressourcennutzung beitragen. Der ÄLRD soll nach den regionalen Besonderheiten Vorgaben für die Leitstelle festlegen.

Es sind wissenschaftliche Untersuchungen / Auswertungen erforderlich, um die im NAIK hinterlegten Vorgaben zu evaluieren. Nur so können künftig wissenschaftlich begründete und ökonomisch sinnvolle Festlegungen für den fachgerechten Notarzteinsatz an den RLST hinterlegt werden.

Vorstand der AGNN

Dr. Sebastian Wirtz, Vorsitzender
Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg
s.wirtz@asklepios.com

Prof. Dr. V. Döriges, Kiel
Prof. Dr. G. v. Knobelsdorff, Hildesheim
Prof. Dr. S. Oppermann, Hamburg
Dr. A. Callies, Bremen
Dr. C. Flesche, Cuxhaven

Dr. U. Harding, Wolfsburg
Dr. P.G. Knacke, Eutin
Dr. H. Marung, Hamburg
Dr. F. Reifferscheid, Kiel

Literatur:

1. Rettungsdienst, Indikationskatalog für den Notarzteinsatz, Rheinland-Pfalz, Ministerium des Inneren und für Sport, August 2007
2. Indikationskatalog für den Notarzteinsatz, Bundesärztekammer, Stand 23.11.2001
3. Kessler C, Khaw AV, Nabavi DG, Glahn J, Grond M, Busse O: Standardized pre-hospital management of stroke. Dtsch Arztebl Int 2011;108(36): 585–91.
4. Empfehlungen Rettungsleitstelle Nord, Schleswig-Holstein