

2 Der medizinische Notfall

Ulf Harding

Der medizinische Notfall zeichnet sich als ein plötzlich und unerwartet eintretendes Ereignis aus, das eine akute Behandlung erfordert. Die Wahrnehmung und somit Definition eines solchen Ereignisses hängt dabei von der Sichtweise als Betroffener, Angehöriger oder Helfer ab. Aufgabe der Notfallmedizin ist es, Patienten in bedrohlichen Situationen zu stabilisieren und einer weiteren Behandlung zuzuführen. Konflikte können sich aus diesen unterschiedlichen Sichtweisen und Erwartungen ergeben. Während der Patient eine möglichst umfassende und definitive Behandlung wünscht, besteht der Auftrag der Helfer in einer Erstversorgung und Stabilisierung bis zur geplanten regulären Versorgung.

2.1 Definition(-versuch) des medizinischen Notfalls

Der medizinische Notfall ist nicht einheitlich definiert. Dies ist eine Folge unterschiedlicher Sichtweisen und Wahrnehmungen sowie Auslegungen des Begriffes „Notfall“. Selbst nach definierten Kriterien kann eine eindeutige Klassifizierung eines Ereignisses als Notfall erst im Nachhinein erfolgen. Eine Validierung einer Definition wird so nahezu unmöglich. Auch erklärt sich hieraus eine unterschiedliche Wahrnehmung eines unerwarteten medizinischen Ereignisses als Notfall.

Eine erste, weit gefasste Annäherung einer Definition mit Bezug auf den Rettungsdienst kann die DIN 13050 „Rettungswesen – Begriffe“ liefern:

Ereignis, das unverzügliche Maßnahmen der Notfallrettung erfordert.

Als klassisches medizinisches Wörterbuch nimmt der Pschyrembel Anästhesiologie folgende Definition vor:

[...] akuter, vital bedrohlicher Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation. (v. Koppenberg u. Moecke 2014)

Verschiedene weitere Definitionen heben jedoch in der Mehrheit auf folgende Kriterien eines medizinischen Notfalls ab:

Kriterien eines medizinischen Notfalls

- akuter Eintritt
- bedrohliche Störung von Bewusstsein, Atmung oder Kreislauf bzw. anderer Körperfunktionen
- drohende dauerhafte Schädigung oder Tod
- unmittelbare Hilfeleistung erforderlich

Eine teilweise unzureichende Berücksichtigung erfahren in vielen Definitionen psychiatrische Notfälle, bei denen ebenfalls vitale Bedrohungen vorliegen (beispielsweise in Form von Suizidalität oder Eigengefährdung bei Psychosen), psychische Symptome jedoch dominieren können.

Die Definition eines Notfalls oder auch die Klassifizierung eines Patientenzustandes als Notfall folgt zusätzlich den unterschiedlichen Sichtweisen der Beteiligten. So mag sich eine Situation für einen Betroffenen oder Angehörigen als akut und bedrohlich darstellen, dem professionellen Helfer jedoch weniger dringlich erscheinen. Solch unterschiedliche Sichtweisen können zu Konflikten zwischen Patienten, Angehörigen und Helfern führen.

Fallbeispiel

Der Notarzt wird unter dem Einsatzstichwort „akutes Abdomen“ zu einer 46-jährigen Patientin alarmiert, die über Übelkeit, Erbrechen und Durchfall seit den frühen Morgenstunden klagt. Die Vitalwerte sind bis auf eine leichte Tachykardie im Normbereich. Während die Situation von der Patientin und ihren Angehörigen als akut und bedrohlich wahrgenommen wird, liegt aus Sicht des Notarztes keine Einsatzindikation gemäß Notarztindikationskatalog und somit aus rettungsdienstlicher Sichtweise kein Notfall vor.

Eine andere, formale Einteilung kann die Unterscheidung von Notfallmedizin und Akutmedizin sein. Während nach den o.a. Kriterien in der Notfallmedizin bei Patienten eine vitale Bedrohung per definitionem gefordert wird, handelt es sich in anderen, ebenfalls dringlichen Fällen um Akutmedizin. Wie aus dem Fallbeispiel deutlich wird, ist diese Unterscheidung nicht immer einfach und lässt sich teilweise auch erst im Nachhinein treffen. Ein weiteres Beispiel für die geringe Trennschärfe ist die in der Bevölkerung oft synonyme Verwendung des Begriffes „Notarzt“ sowohl für den Notarzt des Rettungsdienstes als auch den Arzt des Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine pragmatische Definition sieht zunächst den Menschen als Notfallpatienten an, der sich selbst als solcher empfindet.

Mit Hinblick auf ethische Herausforderungen und kritische Entscheidungssituationen ist eine solch strenge Trennung zwischen Notfall- und Akutmedizin jedoch nicht zielführend, da sich die Schwierigkeiten ähneln. Unabhängig vom Vorhandensein einer unmittelbaren vitalen Bedrohung eines Patienten ist das Handeln regelmäßig

von Zeitdruck und Informationsmangel geprägt. Aus diesem Grund sollen hier sowohl die Notfall- als auch die akutmedizinische Versorgung der Bevölkerung besprochen werden.

Auch die Umstände und der Ort des Geschehens haben einen Einfluss auf die Wahrnehmung eines Ereignisses als Notfall. Kommt es im häuslichen Umfeld des Patienten zu einem Notfallereignis, so sind die Situation und auch die Bezugspersonen vertraut, nicht jedoch das eintreffende Rettungsdienstpersonal. Liegt der Einsatzort außerhalb der vertrauten Umgebung, kann hieraus eine zusätzliche Belastung entstehen. Auch für die Helfer können sich aus der Arbeit unter Zeitdruck und in einer ungünstigen Umgebung Belastungen ergeben.

2.2 Ziele und Aufgaben der Notfallmedizin

Zu den Aufgaben der Notfallmedizin gehört es, bei akut erkrankten oder verletzten Patienten lebensrettende Maßnahmen einzuleiten, die Vitalwerte zu stabilisieren und den Patienten einer geeigneten Diagnostik und Behandlung zuzuführen. Im Bereich des Rettungsdienstes ist es hierfür unter Umständen erforderlich, zunächst die Transportfähigkeit des Patienten herzustellen.

Dem Wunsch der Patienten, unmittelbar eine möglichst umfassende Diagnostik und definitive Versorgung zu erhalten, stehen der Auftrag der Notfallmedizin und gesetzliche Regelungen entgegen. Beispielsweise regelt das Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die vertragsärztliche Versorgung auch außerhalb der Sprechstundenzeiten niedergelassener Ärzte. Ordnungen der KV auf Landesebene regeln dann die weitere Ausgestaltung. So verfolgt zum Beispiel die KV Niedersachsen für die Versorgung im Bereitschaftsdienst

das Ziel, die Patienten bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten oder stationären Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich zu versorgen [...]. (Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen vom 17.02.2007).

Vergleichbar verhält es sich mit den Aufgaben der Notfallaufnahmen in Krankenhäusern. Hier findet zunächst eine ärztliche Erstuntersuchung statt, bei der die Indikation zur stationären Krankenhausbehandlung überprüft wird. Ist diese nicht gegeben, führt das Krankenhaus eine Erstversorgung durch und bahnt die weitere Behandlung durch niedergelassene Ärzte analog dem Sicherstellungsauftrag der niedergelassenen Ärzte an.

2.3 Entwicklung beim Umgang mit Notfällen

Die Hilfe im Notfall ist nicht nur zentraler Bestandteil unseres Gesundheitssystems, sondern auch fest etablierter Gedanke unserer Gesellschaft. Ausgehend vom christlichen Gebot der Nächstenliebe entwickelten sich unterschiedliche Ansätze der Notfallhilfe. Während sich das Militär und auch die nach 1863 entstehenden Rotkreuz-Bewegungen zunächst auf die Versorgung verletzter Kombattanten konzentrierten, entwickelte sich wenig später auch in der Zivilgesellschaft eine Professionalisierung.

In Österreich führte der Brand des Wiener Ringtheaters 1881, bei dem es mehrere Hundert Tote gab, zur Gründung der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft, aus der sich ein ärztlicher Rettungsdienst entwickelte. In Deutschland wurde durch Friedrich von Esmarch 1882 in Kiel der „Deutsche Samariterverein“ nach Vorbild der britischen St John Ambulance Association gegründet. In der Folge entwickelten sich unterschiedliche Modelle im Krankentransport, die durch die Feuerwehren, das Rote Kreuz und weitere Organisationen wahrgenommen wurden. Ausgehend von Kirschners Forderung, *dass der Arzt einen Schwerverletzten an der Unglücksstelle aufsucht* (Kirschner 1938), hat sich nach dem zweiten Weltkrieg der moderne notarztgestützte Rettungsdienst entwickelt. Für eine nähere Übersicht zur Entwicklung des Rettungsdienstes sei auf die Arbeiten und Sefrin (2013) sowie Ebmeier und Röse verwiesen (2013).

2.4 Konzepte der Notfallmedizin

Im Jahr 1966 wurde durch F.W. Ahnefeld der Begriff der Rettungskette eingeführt, bei der die einzelnen Glieder die Elemente der Notfallversorgung von den Erstmaßnahmen durch Laien bis zur Krankenhausaufnahme darstellen. Die Idee wurde unter anderem im Rahmen der Wiederbelebensmaßnahmen in den Empfehlungen des European Resuscitation Council als „Überlebenskette“ aufgegriffen.

Betrachtet man jedoch den einzelnen Patienten und nicht die Versorgungsschritte bei einem einzelnen Ereignis, so lassen sich die unterschiedlichen Hilffssysteme auch als Netzwerk sehen (s. Abb. 1), in dem zwischen den einzelnen Partnern Verbindungen bestehen. Hilfeleistungen und Unterstützungen können auch parallel erfolgen, ohne dass einzelne Schritte sequentiell erfolgen müssen.

Gemein sind beiden Überlegungen jedoch die abgestimmte Zusammenarbeit und das Ineinandergreifen der Maßnahmen zum Wohle des Patienten.

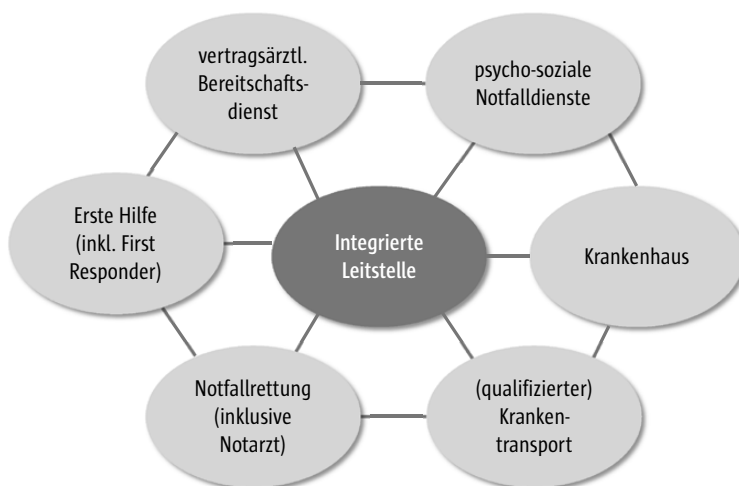


Abb. 1 Notfallversorgung als Netzwerk (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, mit freundlicher Genehmigung)

2.5 Organisationsformen – dreigliedrige Notfallversorgung

Die Notfall- und Akutversorgung der Bevölkerung ist in unterschiedlichen Bereichen organisiert, die jeweils getrennt kurz betrachtet werden sollen.

2.5.1 Ärztlicher Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Vertragsärzte

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Vertragsärzte erfüllt den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V. In unterschiedlichen Lösungsansätzen wird eine Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte gewährleistet. Diese erfolgt entweder durch eine ständige Präsenzpflcht (Verfügbarkeit rund um die Uhr) des Vertragsarztes für seine Patienten oder über organisierte Bereitschaftsdienste. Hierzu sind oftmals spezielle Bereitschaftsdienstpraxen eingerichtet, die den Vorteil einer festen Anlaufstelle außerhalb der Sprechzeiten unabhängig vom diensthabenden Arzt bieten. Solche Praxen finden sich in der Nähe von Krankenhäusern, teilweise angegliedert an die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser oder aber an unabhängigen Standorten. In größeren Städten bestehen darüber hinaus teilweise spezielle fachärztliche Bereitschaftsdienstpraxen, zum Beispiel augen- oder kinderärztliche Bereitschaftsdienste. Wie oben erwähnt ist es Aufgabe des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, eine Untersuchung und Versorgung von Patienten bis zur nächsten regulären Behandlung durchzuführen oder sie bei Bedarf einem Krankenhaus zur stationären Behandlung zuzuweisen. Die Zusammenarbeit der Bereitschaftsdienstpraxen mit den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser oder eine Integration in diese bietet die Möglichkeit, die im Krankenhaus vorhandenen Ressourcen (zum Beispiel Labor, Bildgebung) auch für den ärztlichen Bereitschaftsdienst verfügbar zu machen. Zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst sind in der Regel alle in einer Praxis niedergelassenen oder angestellten Fachärzte verpflichtet, eine besondere Qualifikation oder notfallmedizinische Ausbildung ist nicht erforderlich. So fordert die Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen lediglich, dass sich der Arzt für den Bereitschaftsdienst regelmäßig fortbildet. Inhalt und Umfang der Fortbildung sind nicht näher spezifiziert.

2.5.2 Rettungsdienst

Der Rettungsdienst ist in Deutschland Aufgabe der Länder, die die Ausgestaltung in Ländergesetzen regeln. Es erfolgt eine Unterscheidung zwischen qualifiziertem Krankentransport und Notfallrettung sowie Verlegungen von einem Krankenhaus in ein anderes, beispielsweise zur weiterführenden Diagnostik oder Behandlung, auch unter Aufrechterhaltung intensivtherapeutischer Maßnahmen.

Das eingesetzte Personal ist entsprechend der Anforderungen der Ländergesetze notfallmedizinisch qualifiziert. Rettungssanitäter erfahren eine Ausbildung von insgesamt 520 Stunden und werden im Krankentransport sowie in der Notfallrettung eingesetzt. Die Ausbildung zum Rettungsassistenten dauerte zwei Jahre und wurde durch das Rettungsassistentengesetz geregelt. Zum Januar 2014 wurde dieses vom Notfallsanitätergesetz abgelöst. Die Berufsbezeichnung als Rettungsassistent darf jedoch von so qualifizierten Personen weiter geführt werden und die aktuellen Ländergesetze ermöglichen den Einsatz von Rettungsassistenten in der Notfallrettung

zur Versorgung von Notfallpatienten und als Einsatzleiter auf dem Rettungswagen sowie als Fahrer von Notarzteinsetzfahrzeugen. Demgegenüber dauert die Ausbildung zum Notfallsanitäter drei Jahre und umfasst Kompetenzen zu weitergehenden, eigenständigen Maßnahmen nach Festlegung durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst.

Zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung in medizinischen Notfällen haben die einzelnen Bundesländer sogenannte Hilfsfristen definiert. Allgemein bezeichnet die Hilfsfrist die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes am Notfallort. Die genauen Zeitintervalle werden jedoch unterschiedlich ausgelegt. So beginnt die Hilfsfrist beispielsweise in einem Bundesland mit dem ersten Klingeln des Telefons in der Rettungsleitstelle, in einem anderen hingegen erst mit der Disposition der Rettungsmittel. Demgegenüber sind jedoch Erkrankungsschwere und Versorgungsbedarf mit Eintreten des Notfalles beim Patienten unabhängig von Ländergrenzen. Somit sind infolge unterschiedlicher Definitionen die Versorgungszeiten und -intervalle nicht vergleichbar.

Größere Schadenslagen, bei denen mehr Personen verletzt oder erkrankt sind als durch die vorhandenen und einsetzbaren Rettungsmittel eines Rettungsdienstbereiches allein versorgt werden können, werden als Massenanfall bezeichnet (Massenanfall von Verletzten/Erkrankten, MANV). Für den MANV bestehen in den einzelnen Rettungsdienstbereichen Konzepte, wie mit Rettungsmitteln aus benachbarten Bereichen und Alarmierung weiterer Ressourcen Versorgungs- und Transportkapazitäten zum Einsatz gebracht werden können. Unterstützt werden die Kräfte des Regelrettungsdienstes hierbei außerdem durch Schnell-Einsatz-Gruppen (SEG) oder (Teil-)Einheiten des Sanitäts-/Betreuungsdienstes des Katastrophenschutzes. Das dort eingesetzte Personal verfügt mindestens über eine Sanitätsdienstausbildung, einzelne Positionen werden durch höher qualifiziertes Personal wie Rettungssanitäter besetzt. Die medizinische Leitung bei einem Großschadensereignis obliegt dem Leitenden Notarzt in Zusammenarbeit mit dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst.

2.5.3 Notfallaufnahmen der Krankenhäuser

Aufgabe der Krankenhäuser im Rahmen der Notfallversorgung ist einerseits die Aufnahme stationärer Patienten auch außerhalb der Regelarbeitszeiten, andererseits die ambulante Versorgung von Notfall- und Akutpatienten, die der besonderen diagnostischen (z.B. Labor oder bildgebende Verfahren) oder therapeutischen Möglichkeiten (spezielle fachärztliche Behandlungen) des Krankenhauses bedürfen. Die Zuweisung erfolgt durch den Rettungsdienst oder über niedergelassene Ärzte sowie durch Selbstvorstellung der Patienten. Einen weiteren Weg der Patientenzuweisung stellt die Vorstellung nach Arbeitsunfällen im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen D-Arzt-Verfahrens dar.

Die Organisation der Notfallaufnahmen ist in den Krankenhäusern uneinheitlich geregelt, wobei sich in den vergangenen Jahren eine Orientierung hin zu zentralen Notfallaufnahmen zeigt. Hierdurch soll die Versorgung konzentriert und dem Patienten eine Anlaufstelle für alle akuten Anliegen geboten werden. Es muss jedoch unterschieden werden zwischen einer „zentralen“ Notfallaufnahme, die eine fachspezifische Versorgung lediglich in gemeinsamen oder benachbarten Räumlichkeiten

anbietet, und einer interdisziplinären Notfallaufnahme, bei der eine fächerübergreifende Erstversorgung stattfindet.

Das eingesetzte pflegerische Personal besteht überwiegend aus examinierten Krankenpflegekräften, die teilweise über eine Weiterbildung für die speziellen Aufgaben in der Notfallaufnahme (z.B. Erste Hilfe, Rettungsstellen, Notaufnahmen und Ambulanzen – ERNA) oder eine Fachweiterbildung Intensivpflege verfügen. Darüber hinaus werden in einigen Notfallaufnahmen Mitarbeiter mit Rettungsdienstqualifikation eingesetzt. Das ärztliche Personal ist unterschiedlich qualifiziert. Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sehen keinen Facharzt für Notfallmedizin vor. Nach Novellierung der Musterweiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer könnte eine zweijährige Zusatzweiterbildung „Interdisziplinäre Notaufnahme“ für Fachärzte eingeführt werden. Als erste Landesärztekammer hat die Ärztekammer Berlin im Juni 2014 die Einführung einer dreijährigen Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ beschlossen.

Von den Aufgaben der Notfallaufnahmen abzugrenzen ist die innerklinische Versorgung bereits stationär aufgenommener Patienten durch Notfallteams oder Reanimationsteams. Auch hier zeigen sich unterschiedliche Versorgungsmodelle je nach Krankenhaus vom reinen Reanimationsteam, das erst bei Vorliegen einen Kreislaufstillstandes eingreift, bis zum „medical emergency team“ (MET), das niederschwellig zur Unterstützung bei akut aufgetretenen Problemen im Bereich der Normalstation zur Verfügung steht.

2.6 Implementierung von Ethik in Rettungsdienst und Notfallmedizin

Die Implementierung von Ethik in Rettungsdienst und Notfallmedizin hängt von vielen Faktoren ab. Neben persönlichen Merkmalen der Beteiligten beginnt eine Auseinandersetzung mit ethischen Herausforderungen bereits in der Ausbildung. Bleibt in der Krankenpflegeausbildung und im Medizinstudium Raum für diese Fragestellungen, fokussiert die Ausbildung im Rettungsdienst und für die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin als Qualifikation zur Tätigkeit als Notarzt vordringlich auf die technische Beherrschung von Akutsituationen. In klassischen Ausbildungsszenarien wird der Fokus auf „monomorbide“ Patienten in vital bedrohlichen Situationen gelegt, die akut entschärft werden müssen.

Fallbeispiel

Die Notärztin trifft unter dem Einsatzstichwort „akute Atemnot“ in einem Pflegeheim auf einen nicht ansprechbaren 74-jährigen Patienten mit den Zeichen einer dekompensierten Herzinsuffizienz. Aus den vorliegenden Entlassungsbriefen lassen sich zahlreiche stationäre Krankenhausbehandlungen bereits im laufenden Jahr eruieren. Eine Patientenverfügung liegt zwar vor, die akute Situation ist jedoch nicht eindeutig beschrieben. Der gesetzliche Betreuer ist in den frühen Morgenstunden nicht erreichbar.

Aus der Fallbeschreibung wird deutlich, dass bei diesem Einsatz die im Rettungsdienst übliche Folge von Versorgung vor Ort – Herstellen der Transportfähigkeit –

Transport in eine Notfallaufnahme nicht ohne Weiteres „abgearbeitet“ werden kann. Eine Vorbereitung auf solche Einsatzsituationen findet in den aktuell angebotenen Ausbildungscurricula nur unzureichend Berücksichtigung.

Doch selbst bei guter Vorbereitung stehen die Helfer regelmäßig vor großen Herausforderungen. Der Notfallpatient präsentiert sich in einer vital bedrohten Situation, die ein unmittelbares Eingreifen erforderlich macht. Dem gegenüber steht ggf. ein anders lautender Wille, sei es ausgedrückt durch Vorliegen einer Patientenverfügung oder durch Aussagen von Angehörigen. Der unmittelbar behandlungspflichtige Zustand lässt jedoch nicht ausreichend Zeit zur Prüfung, ob die Willensbekundungen auf die aktuelle Situation zutreffen und ob überhaupt eine gültige Patientenverfügung vorliegt. So finden sich die Helfer in einer oftmals widersprüchlich erscheinenden Situation aus unmittelbarer Behandlungspflicht und eventuell entgegengesetzten Patientenwünschen. Eine große Herausforderung stellt hierbei das Arbeiten unter Zeitdruck dar. Allein die Existenz einer Patientenverfügung bedeutet nicht, dass diese auch am Einsatzort vorliegt, die Gültigkeit in der Akutsituation überprüft werden kann und dass die vorliegende Situation in der Patientenverfügung überhaupt beschrieben ist. Eine Untersuchung im Marienhospital Herne zeigte, dass von 141 mit dem Rettungsdienst in die Notfallaufnahme beförderten Patienten 32 angaben, eine Patientenverfügung zu besitzen, lediglich zwei Patienten diese aber auch vorweisen konnten (Christ et al. 2015). Auch bei Vorliegen einer Patientenverfügung bleibt in vielen Fällen nicht ausreichend Zeit zur Prüfung der Inhalte und Übertragbarkeit auf die akute Situation. Letztlich wird es in vielen Fällen unmöglich sein, nach nur kurzer Untersuchung und Einschätzung eines bis dahin meist unbekannten Patienten eine verlässliche Aussage zum weiteren Verlauf der Krankheit zu treffen.

In den letzten Jahren hat sich die Inanspruchnahme der Notfallrettung durch die Bevölkerung verändert. Steigende Einsatzzahlen und vermehrte Einsätze in Gegenden mit niedrigem sozioökonomischem Status reflektieren dies. Es besteht die Gefahr, dass beim Rettungsdienstpersonal bereits aufgrund des Einsatzortes Vorannahmen und Vorurteile bezüglich Erkrankungen und des geplanten Vorgehens getroffen werden, die zu Fehleinschätzungen und Patientenschäden führen können. Während der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit gut belegt ist, besteht weiter Unklarheit, inwiefern sich dies auf den notfallmedizinischen Bedarf und Zugang zu Ressourcen auswirkt. Engel und Kollegen konnten für die Stadt Münster zeigen, dass sich in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status zwar eine erhöhte Einsatzfrequenz zeigt, dies jedoch Folge eines erhöhten Bedarfes, ausgedrückt durch die Schwere der Erkrankung, und nicht Folge einer missbräuchlichen Inanspruchnahme ist (Engel et al. 2011).

Die Möglichkeit des Zugangs zu Versorgungsmöglichkeiten und -ressourcen verlangt ebenfalls schwierige Entscheidungen vom Personal. So lassen sich Situationen, in denen der Bedarf medizinischer Versorgung höher ist als die vorgehaltene Kapazität, planerisch nicht vollständig vermeiden. Neben einem Massenanfall von Patienten bei Großschadensfällen kommt es bereits bei einem erhöhten Patientenaufkommen zu Engpässen in der Versorgung. So müssen in einer Notfallaufnahme parallel eintreffende Patienten, die nicht alle unmittelbar versorgt werden können, eine Behandlungspriorität erhalten. Hier helfen strukturierte Ersteinschätzungssysteme, eine Reihenfolge festzulegen, nach der die Behandlung erfolgt. Es ist dabei nicht zu vermeiden, dass zugunsten einzelner, schwerer betroffener Patienten, anderen eine

längere Wartezeit bis zur Versorgung zugemutet wird. Vorteil der Implementierung eines strukturierten Ablaufes ist, dass die Entscheidung des einzelnen Mitarbeiters auf eine nachvollziehbare Grundlage gestellt wird und nicht „aus dem Bauch heraus“ getroffen werden muss.



Kernbotschaften

- *Der medizinische Notfall ist nicht einheitlich definiert, zeichnet sich jedoch als unerwartetes, plötzliches Ereignis aus, bei dem das Leben oder die Gesundheit bedroht ist.*
- *Die notfall- und akutmedizinische Versorgung ist untergliedert in den Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte, den Rettungsdienst und die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser.*
- *Das Handeln unter Zeitdruck bei vorliegender akuter Bedrohung stellt das Personal vor schwierige Herausforderungen bei Ermittlung und Berücksichtigung des Patientenwillens.*

Literatur

- Christ M, von Auenmüller KI, Breker IM, Liebeton J, Nölke JP, Trappe H-J (2015) Welche Relevanz besitzt die Patientenverfügung im Rettungsdienst? *Anästh Intensivmed* 56: S83–84
- Ebmeyer U, Röse W (2013) Entwicklung des Notarzteswesens in Deutschland – Ostdeutschland. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 48: 730–733
- Engel P, Wilp T, Lukas RP, Harding U, Weber TP, Van Aken H, Bohn A (2011) Beeinflussen sozio-demografische Faktoren Notarzteinsätze? *Anaesthesist* 60: 929–936
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2007) Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. <http://www.kvn.de/Ueber-uns/Amtliche-Bekanntmachungen/binarywriterservlet?imgUid=e5340ad1-6134-ac21-ec63-7361b8ff6bcb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111> (Zugriff am 28.03.2015)
- Kirschner M (1938) Die fahrbare chirurgische Klinik. *Chirurg* 10: 711–717
- Koppenberg J v., Moecke H (2014) *Psyhyrembel Anästhesiologie*. 1. Auflage. De Gruyter, Berlin
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2003/kurz-f-de03.pdf (Zugriff am 27.05.2015)
- Sefrin P (2013) Entwicklung des Notarzteswesens in Deutschland – Westdeutschland. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 48: 734–738



Dr. med. Ulf Harding

Medizinstudium in Hamburg und Münster mit Auslandsaufenthalten in England und Nordirland. Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie und Notfallmedizin am Universitätsklinikum Münster. Seit 2012 Oberarzt der Zentralen Notfallaufnahme am Klinikum Wolfsburg. Notarzt bei den Berufsfeuerwehren Braunschweig und Wolfsburg. Mitglied im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V.