Notfall Rettungsmed 2011 · 14:178–179
 DOI 10.1007/s10049-010-1395-7
 Online publiziert: 13. April 2011
 © Springer-Verlag 2011

T. Luiz¹ · C. Madler² · U. Kreimeier³

¹ Deutsches Zentrum für Notfallmedizin und Informationstechnologie,
 Fraunhofer Institut für Experimentelles Software Engineering, Kaiserslautern

² Institut für Anaesthesiologie und Notfallmedizin I,
 Westpfalz-Klinikum GmbH, Kaiserslautern

³ Klinik für Anaesthesiologie, Klinikum der Universität München

Notfallversorgung – eine logistische Herausforderung

Spätestens seitdem im Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung eindringlich auf die Bedeutung des gesamten Prähospitalintervalls hingewiesen wurde, ist Logistik eine zentrale notfallmedizinische Aufgabe und Herausforderung [1]. Die Bedeutung der Hilfsfrist als *alleinige* Planungsgröße im Rettungsdienst ist somit überholt. Entscheidende Zielgröße ist die Zeitspanne vom Eingang des Notrufs bis zur definitiven Behandlung in einer dafür geeigneten Klinik. Rasche Identifizierung geeigneter Behandlungskapazitäten, schneller Transport und eine optimal organisierte Informationsweitergabe bis in die Klinik hinein müssen damit heute im Mittelpunkt der notfallmedizinischen Entscheidungsfindung stehen. Unsere Versorgungsrealität bildet diese Forderungen noch bei weitem nicht hinreichend ab:

Mit einem mittleren Zeitintervall von 120 min zwischen Notruf und Start der interventionellen Behandlung besteht in Deutschland bei der Behandlung des akuten ST-Hebungsinfarkts noch erhebliches Verbesserungspotenzial [7].

Auch bei der zweiten großen „golden hour disease“, dem Schlaganfall, vergeht noch viel zu viel Zeit, prä- wie innerklinisch: So erreicht in Rheinland-Pfalz derzeit gerade einmal jeder 3. Patient innerhalb von 3 h nach Eintritt der Symptome die Klinik. Das von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie geforderte 60-min-Intervall zwischen Aufnahme und Lysebehandlung [3] wird nur bei knapp 70% der lysierten Patienten erreicht [4].

Das Intervall zwischen Unfall und Klinkaufnahme liegt bei Schwerverletzten seit Jahren unverändert bei über 70 min. Dies ist ebenso verbesserungsbedürftig wie die mittlere Dauer der Schockraumversorgung von mehr als einer Stunde [6]. Aber auch die demographische Entwicklung (Entvölkerung ländlicher Gebiete, Überalterung und Singularisierung [2, 5]) wird mit den bisherigen Versorgungsansätzen notfallmedizinisch nicht mehr zu bewältigen sein. Ohne die institutionalisierte wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Informationstechnologie ist eine praktikable Anwendung der dazu notwendigen Logistikelemente nicht zeitnah realisierbar.

Auf dem 6. Notfallmedizinischen Landessymposium Rheinland-Pfalz, das am 06.11.2010 am Fraunhofer-Zentrum in Kaiserslautern stattfand, wurden neben einer einführenden Analyse der zugrunde liegenden Problematiken v. a. die Rolle der Leitstellen, Logistikelemente zur Flächenversorgung und telemedizinische Lösungsansätze diskutiert. Aus der Fülle der Referate werden in der vorliegenden Ausgabe von *Notfall + Rettungsmedizin* 4 Themen ausgewählt:

Die zunehmende Bedeutung der integrierten Leitstelle als Logistikzentrale wird in 2 Artikeln apostrophiert, welche die notwendige Vereinheitlichung von IT-Infrastruktur (Luiz und van Lengen), sowie das medizinische Qualitätsmanagement und die Qualifizierung der Disponentinnen und Disponenten in den Mittelpunkt stellen (Kumpch und Luiz).

Eine neue Form der Telemedizin, die insbesondere allein lebenden alten Menschen zugute kommen soll, ist die in Lebensassistenzsysteme integrierte „intelligente“ Notfallerkennung und -alarmierung (Prückner et al.).

Die Unterstützung von Einsatzkräften („Telenotarzt“) und Notaufnahmen kleiner Kliniken durch telemedizinische Beratung muss ohne berufspolitische Scheuklappen diskutiert werden. Skorning et al. schildern den technologischen Status quo, Möglichkeiten und Grenzen dieses Verfahrens.

Unsere Überzeugung:

Die Zukunft der Notfallmedizin wird wesentlich von der Lösung logistischer Probleme abhängen. Dazu brauchen wir die enge Kooperation mit der Informationstechnologie.

T. Luiz

C. Madler

U. Kreimeier

Korrespondenzadresse

Dr. T. Luiz

Deutsches Zentrum für
Notfallmedizin und
Informationstechnologie,
Fraunhofer Institut für
Experimentelles Software
Engineering
Fraunhofer-Platz 1,
67663 Kaiserslautern
Thomas.luiz@iese.fraunhofer.de

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (agswn), Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Bundesärztekammer (BÄK) et al. (2008) Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Praxisklinik. Notfall Rettungsmed 11:421–422
2. Behrendt H, Runggaldier K (2009) Ein Problem-aufsicht über den demographischen Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. Auswirkungen auf die präklinische Notfallmedizin. Notfall Rettungsmed 12:45–50
3. Deutsche Gesellschaft für Neurologie und Deutsche Schlaganfallgesellschaft (2008) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 4. überarbeitete Auflage. Thieme, Stuttgart, S 654
4. Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (2010) Schlaganfallprojekt Rheinland-Pfalz. Jahresauswertung 2009. SQMed GmbH, Mainz
5. Prückner S, Madler C (2009) Der demographische Wandel. Notfallmedizin für eine alternde Gesellschaft. Notfall Rettungsmed 12:13–18
6. Sektion Intensiv- und Notfallmedizin (NIS) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) (2009) TraumaRegister DGU. Jahresbericht 2009 für den Zeitraum bis Ende 2008. www.traumaregister.de/downloads/Jahresbericht_2009.pdf abgefragt am 01.03.2011
7. Silber S (2010). Evidenzbasiertes Vorgehen beim ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI). Neueste Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) 2010. Herz 35:558–565

Hier steht eine Anzeige.

Springer