

Indikationskatalog für den Telenotarzt Saar (TNA)

Rechtliche Einordnung des TNA

Der TNA nimmt aufgrund seiner notfallmedizinischen Expertise (Facharzt mit langjähriger notärztlicher Erfahrung) und Stellung beim Träger des saarländischen Rettungsdienstes die Funktion eines diensthabenden Oberarztes des saarländischen Rettungsdienstes wahr und ist hier mit analogen Funktionen in einer Klinik (diensthabender Oberarzt / Hintergrunddienst) vergleichbar. Er ist –wie der Notarzt- gemäß § 4, Absatz 2 SRettG gegenüber dem im Einsatz befindlichen Rettungsdienstfachpersonal in fachlichen Fragen weisungsbefugt. Gegenüber den diensthabenden Notärzten hat er ein organisatorisches Weisungsrecht unter angemessener Berücksichtigung des Ausbildungsstandes des Notarztes (z.B. Facharzt) analog zur Stellung des diensthabenden Oberarztes in der Klinik. Mit den Einsatzdaten wird dem TNA daher Fachrichtung und Qualifikationsstatus (Facharzt / Nichtfacharzt) des anfragenden Notarztes übermittelt.

Beim **länderübergreifenden Einsatz** (etwa von saarländischen Rettungsmitteln im benachbarten Rheinland-Pfalz oder umgekehrt) gelten die Verfahrensanweisungen des Bundeslandes, aus dem das jeweilige Rettungsmittel kommt – dies schließt auch die Regelungen zum Einsatz des Telenotarztes mit ein. Gleiches gilt auch für die seltenen Einsätze saarländischer Rettungsmittel **im benachbarten Frankreich**. Hier formuliert die Vereinbarung zwischen dem Directeur de l'Agence Regionale de l'Hospitalisation de Lorraine und dem Minister für Inneren und Sport des Saarlandes vom 11.06.2008 auf dem Boden des Rahmenabkommens vom 22.07.2005 zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik für den grenzüberschreitenden Rettungsdienst in § 5 (Kompetenz der Einsatzkräfte): „Bei Einsätzen im Nachbarland dürfen die Einsatzkräfte (nur) die Tätigkeiten durchführen, zu denen sie in ihrem Herkunftsland berechtigt sind.“

Grundsätzlich steht der TNA zur Unterstützung des notfallmedizinischen Teams vor Ort zur Verfügung – sowohl des NFS auf den RTW wie des NA auf den NEF. Ein Unterschied zwischen beiden Berufsgruppen besteht hinsichtlich der Verbindlichkeit der Rücksprache – während der NFS in vielen Einsatzsituationen die Rücksprache zum TNA suchen **sollte**, ist dies für den NA ein Angebot, dass er nutzen **kann**.

Bei Einsätzen, in denen der TNA die notärztliche Unterstützung des Notfallsanitäters bis zum Eintreffen des Notarztes übernimmt, geht mit Eintreffen des Notarztes die Verantwortung für den Notfallpatienten auf den Notarzt über.

A: Unterstützung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NFS)

Der TNA steht den NFS in jedweder Einsatzsituation zur Verfügung, in der Beratungsbedarf seitens des NFS besteht. Dieses bewusst niederschwellige Angebot soll das Rettungsdienstfachpersonal vor Ort bestmöglich unterstützen.

VOR Alarmierung eines TNA ist jedoch seitens des notfallmedizinischen Teams vor Ort zu klären:

- **Patienteneinwilligung für die TNA-Kontaktaufnahme:** Ist der Patient einwilligungsfähig (nicht bewusstlos oder bewusstseinsgetrübt, keine Fremd- oder Eigengefährdung) ist er über die geplante Kontaktaufnahme zum TNA zu informieren – widerspricht er der Kontaktaufnahme, hat diese zu unterbleiben und ist dies zu dokumentieren. Liegt in einem solchen Fall ein dringlicher medizinischer Unterstützungsbedarf vor, führt die Verweigerung der TNA-Kontaktaufnahme zwingend zur Nachalarmierung eines Notarztes.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass nur im Ausnahmefall ein Notfallpatient, der mit seinem Notruf das dringliche Interesse an einer bestmöglichen notfallmedizinischen Versorgung adressiert hat, der Hinzuziehung unmittelbar verfügbarer notärztlicher Kompetenz widerspricht.

- **Akute Vitalbedrohung:** Maßnahmen, die zur Abwendung einer unmittelbaren Lebensbedrohung des Patienten notwendig sind (z.B. Freimachen der Atemwege, Beginn einer kardiopulmonalen Reanimation) haben Priorität vor Kontaktaufnahme zum TNA. Andererseits ist die Kontaktaufnahme zum TNA technisch so einfach gestaltet, dass sie insbesondere bei kritischen Patienten sehr frühzeitig erfolgen kann (und sollte), damit der TNA das notfallmedizinische Team bestmöglich unterstützen kann.

| | | | | | |
|---|------------|------------|----------|-----------|---------|
| Dateiname: | Datum: | Ersteller: | Version: | Freigabe: | Seite |
| C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst | 01.10.2024 | AG TNA | 1.0 | ÄLRD/GF | 1 von 8 |

- **Diagnostik und Erstbeurteilung:** Insbesondere bei zeitlich NICHT kritischen Patienten sollte zunächst eine aussagekräftige Diagnostik erfolgen mit:
 - Anamneseerhebung mit z.B. ABCDE-Schema, SAMPLER-Schema, insbesondere auch indikationsbezogen (z.B. BE-FAST-Schema oder Schmerzqualifikation beim akuten Thoraxschmerz oder akuten Bauchschmerz)
 - Diagnostik und Monitoring (Vitalzeichen, BZ, SaO₂, 12-Kanal-EKG, NIBP, Schmerz nach VAS)
 - ggfs. bereits therapeutische Maßnahmen (z.B. Anlage eines PVK)
- Die erhobenen Befunde sollten (wie bei der Übergabe an einen NA) in strukturierter Form vorgetragen werden und mit einer konkreten Fragestellung an den TNA enden.

A-1: Beratung / Diagnosestellung bei schwieriger Differentialdiagnose

Vorbemerkung: Die nachfolgende sehr differenzierte Auflistung unterschiedlicher TNA-Indikationen dient vordringlich der Einordnung nach Dringlichkeit und statistischen Zwecken. Um unnötigen Zeitverlust durch Doppelabfragen zu vermeiden soll die ILS bei der Anfrage eines TNA lediglich abfragen, ob die Anfrage dringlich oder nicht dringlich ist und dann an den TNA weitergeben, der eine differenzierte Einordnung nach TNA-Indikationskatalog vornimmt.

A-11: Allgemeiner Beratungsbedarf

Der TNA steht den NFS in jedweder Einsatzsituation zur Verfügung, in der Beratungsbedarf seitens des NFS besteht. Der TNA wird bei parallelen Einsatzanfragen Prioritäten entsprechend der Dringlichkeit der Anfrage setzen.

A-12: Spezieller Beratungsbedarf EKG-Interpretation

Bei der Interpretation von EKG-Befunden kann der NFS bei Bedarf auf die Expertise des TNA zurückgreifen – dies ist insbesondere bei fraglichen EKG-Veränderungen hinsichtlich ihrer therapeutischen Relevanz (siehe TNA-Indikation A-411) essentiell.

A-13: Spezieller Beratungsbedarf Geburtshilfe - Pädiatrie

Bei Fragestellungen zu geburtshilflichen und pädiatrischen Notfällen kann der NFS bei Bedarf auf die Expertise des TNA zurückgreifen (siehe TNA-Indikation A-413).

A-14: Spezieller Beratungsbedarf Intoxikationen

Bei Fragestellungen zu Intoxikationen kann der NFS bei Bedarf auf die Expertise des TNA zurückgreifen. Routinemäßig steht für spezielle toxikologische Fragestellungen der „Giftnotruf“ zur Verfügung. Hier ist es sicherlich sinnvoll, wenn mit dem TNA ein versierter Notfallmediziner das Gespräch mit dem toxikologischen Spezialisten führt, der einschätzen kann, welche Informationen wie im präklinischen Setting medizinisch wie organisatorisch umgesetzt werden können.

A-15: Diagnosestellung bei schwieriger Differentialdiagnose

Es sind vielfältige Einsatzsituationen denkbar, in der die Diagnosestellung schwierig ist und eine Reihe von Differentialdiagnosen (mit unterschiedlichen, zum Teil konträren Therapieoptionen) abgewogen werden müssen. Sind sich die NFS bezüglich der Diagnosestellung unsicher und leiten sich aus der Diagnose gravierende therapeutische Entscheidungen ab, sollte der TNA konsultiert werden.

A-2: Freigabe von Medikamenten zur Gabe durch NFS

Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst Saarland erstellt gemäß § 4, Absatz 2, Nummer 2c NotSanG in Verbindung mit § 7, Absatz 3 Satz 6 S RettG verbindliche Verfahrensanweisungen für die Patientenversorgung durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Saarland. Die in diesem Abschnitt benannten Medikamentengaben stellen Erweiterungen dieser VAWs dar unter dem Vorbehalt der Freigabe durch den TNA. Die Maßnahmen sind daher bereits in den entsprechenden VAWs vorbenannt sodass parallel zur Anfrage an den TNA bereits das entsprechende Medikament (z.B. durch den Rettungssanitäter des RTW) vorbereitet werden kann. Die endgültige Entscheidung zur Medikamentengabe erfolgt durch den TNA nach Abwägung der Notfallsituation beim individuellen Patienten. Der TNA trägt die Anordnungsverantwortung, der NFS die Durchführungsverantwortung.

Ziel der Medikamentenvorgaben durch den TNA ist eine leitliniengerechte und möglichst einheitliche Vorgehensweise, die trotzdem den **individuellen Ermessensspielraum des TNA** bei hoher Berufs- und

| | | | | | |
|---|------------|------------|----------|-----------|---------|
| Dateiname: | Datum: | Ersteller: | Version: | Freigabe: | Seite |
| C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst | 01.10.2024 | AG TNA | 1.0 | ÄLRD/GF | 2 von 8 |

Einsatz Erfahrung berücksichtigt. Hierzu werden im **Anhang** dieses Indikationskataloges zu den einzelnen im folgenden aufgeführten Medikamenten die entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften zitiert. Zudem stehen dem TNA in der Bibliotheksfunktion der TNA-Software die entsprechenden Leitlinien als Originaldokumente zur Verfügung.

A-21: Therapie der Bluthochdruckkrise: Urapidil (z.B. Ebrantil®)

Siehe VAW ORG-02 Medizinische Kompetenz des Rettungsdienstfachpersonals

A-22: Therapie des akuten Coronarsyndroms: Heparin / Acetylsalicylsäure

Siehe VAW MED-11 Akutes Coronarsyndrom

A-23: Ondansetron (Zofran®) zur antiemetischen Therapie

Siehe VAW ORG-02a Standardisierte Ärztliche Vorgabe zur Gabe von Opiaten durch NFS

A-24: Midazolam (Dormicum®) zur Sedierung

In einer Vielzahl von Notfallsituationen kann eine (leichte) Sedierung des Notfallpatienten hilfreich sein. Es ist der Erfahrung des TNA überlassen, die Indikation zur Sedierung zu stellen und die Dosierung von Midazolam in der individuellen Notfallsituation festzulegen.

A-25: weitere Medikamente nach Erkenntnissen der Pilotphase

Text

A-3: Medikamentengabe nach § 2a NotSanG

§ 2a NotSanG formuliert:

Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen, Versorgung dürfen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter heilkundliche Maßnahmen, einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver oder medikamentöser Art, dann eigenverantwortlich durchführen, wenn

1. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen und
2. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden.

Das NotSanG ermöglicht damit in für den Notfallpatienten kritischen Einsatzsituationen zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen gesundheitlichen Folgeschäden die eigenverantwortliche Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter „bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung“.

Steht somit –wie im Saarland- eine telenotarztliche Unterstützung zur Verfügung, die in jeder Einsatzsituation sehr zeitnah (in der Regel sofort) und mit wenig technischem Aufwand (Nutzung des headsets) genutzt werden kann, **MUSS** sie in Umsetzung des § 2a NotSanG genutzt werden. Denn die hier vorgesehene eigenverantwortliche heilkundliche Tätigkeit der NFS in für den Patienten kritischer Einsatzsituation begründet sich durch die Nichtverfügbarkeit ärztlicher Versorgung und wird durch das Gesetz folgerichtig auch auf den Zeitraum limitiert, in dem die NFS nicht auf ärztliche („auch teleärztliche“) Unterstützung zurückgreifen können.

Der Gesetzgeber lässt zwar grundsätzlich offen, welche ärztliche Unterstützung seitens der NFS angestrebt wird (Notarzt, Telenotarzt oder aufnehmender Arzt in der Zielklinik) – dies ist jedoch der unterschiedlich schnellen Verfügbarkeit der ärztlichen Unterstützung in verschiedenen Einsatzsituationen geschuldet. Unstrittig wird man in einer für den Notfallpatienten kritischen Einsatzsituation die **schnellstverfügbare** ärztliche Unterstützung wählen müssen – dies ist (wenn ein TNA einsatzbereit ist) immer der TNA.

Mit Verfügbarkeit des TNA muss dieser somit grundsätzlich bei Maßnahmen (vordringlich Medikamentengaben) gemäß § 2a NotSanG konsultiert werden.

| | | | | | |
|---|------------|------------|----------|-----------|---------|
| Dateiname: | Datum: | Ersteller: | Version: | Freigabe: | Seite |
| C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensweisungen Rettungsdienst | 01.10.2024 | AG TNA | 1.0 | ÄLRD/GF | 3 von 8 |

A-4: Beratung / Entscheidung in einsatztaktischen Fragestellungen

Einsatztaktische Entscheidungen leiten sich häufig aus medizinischen Sachverhalten ab oder sind in erheblichem Umfang durch medizinische Sachverhalte begründet. Hier kann der TNA das notfallmedizinische Team vor Ort mit seiner Expertise unterstützen.

A-41: Auswahl der geeigneten Zielklinik

Aus der Diagnose und dem aktuellen Zustand des Patienten leitet sich die geeignete Zielklinik ab. Besteht hier Unsicherheit im notfallmedizinischen Team vor Ort, kann der TNA beratend unterstützen, z.B. bei folgenden Notfallpatienten:

- A-411: Kardiologischer Patient:** Klinik mit PCI-Option zwingend oder Kardiologie / Innere Medizin ausreichend ?
- A-412: Schlaganfall mit LAMS 4/5:** Wenn entgegen der VAW MED-02 Akuter Schlaganfall kein Transport in ein neurovaskuläres Zentrum geplant ist, zwingende Rücksprache mit TNA.
- A-413: Traumapatient:** lokales, regionales oder überregionales Traumazentrum sinnvoll ? Erstzuweisung in lokales Traumazentrum mit Verlegung im Intervall versus Direktzuführung in überregionales Traumazentrum ? Zusätzlicher Einsatz der Luftrettung sinnvoll ?
- A-414: Patientin unter Geburt:** Geburt vor Ort versus Transport in die Klinik (schwierige Entscheidung, die aber bei immer kleiner Zahl an Geburtskliniken zunehmen wird); bei Schwangeren in frühen Stadien der Schwangerschaft Zuweisung zu einem Neonatalzentrum Level 1 versus Zuweisung in die nächstgelegene Geburtsklinik mit Notsectio und parallel zu organisierendem Inkubatortransport für das Neugeborene
- A-415: eCPR:** Koordination des Einsatzes, Unterstützung Ein-/Ausschlusskriterien, Besondere Patientengruppen, Übernahme der zeitintensiven Anmeldung.

Um bei der Auswahl der geeigneten Zielklinik sinnvoll beraten zu können, muss der TNA an seinem Arbeitsplatz Zugriff auf die ZLB-Dokumentation der ILS haben, denn je nach Verfügbarkeit der zum Notfallort nächstgelegenen Kliniken kann eine Entscheidung zu obigen Fragestellungen unterschiedlich ausfallen. Dabei weist der TNA den Notfallpatienten generell NICHT einer Zielklinik verbindlich zu – dies liegt in der Verantwortung der ILS, mit der er sich entsprechend abstimmen muss (Verfahren im Detail noch abzuklären).

A-42: Differenzierung zwischen ambulanter oder stationärer Versorgungswendigkeit

Gerade bei Low-Code-Einsätzen ergibt sich häufig die Fragestellung, ob ein Patient in häuslicher Umgebung oder in Betreuung einer Altenpflegeeinrichtung verbleiben kann oder einer stationären Versorgung zugeführt werden sollte. Diese Differenzierung ist oft schwierig und hängt von der medizinischen Situation des Patienten, aber auch seiner Versorgungssituation und oft auch vom Willen des Patienten und der Erwartungshaltung Dritter (Angehörige, Pflegepersonal) ab. Hier kann der TNA mit seiner notfallmedizinischen Expertise wie seiner notärztlichen Einsatzerfahrung unterstützen. Damit eine fundierte Entscheidung getroffen werden kann, sollte das notfallmedizinische Team vor Ort bei diesen (in der Regel bezüglich Zeit und Patientenzustand NICHT kritischen Einsätzen) vor Kontaktierung des TNA alle notwendigen Informationen (aktuelle Vitalparameter, Anamnese, häusliche Situation, Wille des Patienten, Erwartungshaltung Dritter) erheben.

Häufig kann es sinnvoll sein, bei Verbleib eines Notfallpatienten im ambulanten Bereich eine weitere Versorgung durch den kassenärztlichen Notfalldienst zu veranlassen (z.B. Hausbesuch im Intervall). Hier kann der TNA die Kommunikation mit dem diensthabenden KV-Arzt „auf Augenhöhe“ übernehmen (exaktes Verfahren noch festzulegen).

Diese Einsatzindikation des TNA ist zudem aus medikolegaler Sicht wichtig:

- Der TNA trifft letztlich die Entscheidung der Klinikeinweisung bzw. ambulanten Weiterversorgung und entlastet so die NFS vor Ort von dieser medizinischen Entscheidung mit ggfs. großer Tragweite.
- Vereinzelt war es in der Vergangenheit Gegenstand einer juristischen Aufarbeitung von Einsätzen, dass Notfallpatienten zum Teil medizinisch nicht nachvollziehbar nach Erstversorgung /-untersuchung durch den Rettungsdienst ambulant verblieben sind und sich zeitnah im Verlauf Komplikationen mit erheblichen gesundheitlichen Schäden ergeben haben.

| | | | | | |
|---|------------|------------|----------|-----------|---------|
| Dateiname: | Datum: | Ersteller: | Version: | Freigabe: | Seite |
| C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst | 01.10.2024 | AG TNA | 1.0 | ÄLRD/GF | 4 von 8 |

Das Verfahren einer rechtssicheren Übermittlung und Dokumentation der vom TNA getroffenen Entscheidung ist in einer gesonderten Prozessbeschreibung technisch und inhaltlich festgelegt.

A-43: Unterstützung bei Behandlungs- oder Transportverweigerung

In der nicht seltenen Einsatzsituation, in der das notfallmedizinische Team vor Ort eine medizinische Indikation zur Vorstellung des Notfallpatienten in der Klinik sieht, der Patient dies aber ablehnt, haben wir bisher vorgegeben, dass ein NEF nachzufordern ist, damit der Patient zum einen nochmals ärztlich über die Notwendigkeit der stationären Vorstellung aufgeklärt wird und zum anderen die (dann in einigen Fällen immer noch vorliegende) Behandlungs- und Transportverweigerung als selbstbestimmte Entscheidung des Patienten jedoch „gegen ärztlichen Rat“ erfolgt. Damit entsprechen wir der Garantenpflicht gegenüber dem Notfallpatienten im Rettungsdienst.

Der TNA übernimmt zukünftig diese Aufgabe mit folgenden Prämissen:

- Vor Kontakt zum TNA sollte das notfallmedizinische Team vor Ort alle relevanten Informationen (Vitalparameter, Anamnese, vorliegende Arztbriefe, Dauermedikation, Erwartungshaltung von Patient und ggfs. Angehörigen) zusammentragen, damit dem TNA eine differenzierte Beurteilung der Einsatzsituation möglich ist.
- Der TNA spricht (ähnlich wie sonst der anwesende Notarzt) mit dem Patienten, beurteilt und interpretiert die vorliegenden Befunde und Informationen und versucht (wenn indiziert) den Patienten von der Notwendigkeit einer stationären Vorstellung zu überzeugen. Hierzu greift er auf die Telefonie, ggfs. Videotelefonie zurück.
- Gelingt es nicht, den Patienten von der (medizinisch indizierten) Klinikvorstellung zu überzeugen und ist er geschäftsfähig und nicht fremd- oder eigengefährdet, so ist sein Wille zu akzeptieren. Die dann erfolgte Entscheidung des Patienten „gegen ärztlichen Rat“ muss im TNA-System rechtssicher dokumentiert werden.

Das Verfahren einer rechtssicheren Übermittlung und Dokumentation der vom TNA getroffenen Entscheidung ist in einer gesonderten Prozessbeschreibung technisch und inhaltlich festgelegt.

A-44: Beurteilung von psychiatrischen Patienten bezüglich Fremd- und Eigengefährdung

Bei Patienten mit Eigen- und Fremdgefährdung besteht die Aufgabe des Notarztes / der Notärztin in vielen Fällen ausschließlich darin, nach differenzierter psychiatrischer Anamnese eine Eigen- oder Fremdgefährdung des Patienten festzustellen, die dann Grundlage für eine (auch polizeilich zwangsweise) Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik ist. Zumeist liegen darüber hinaus keine Erkrankungen / Verletzungen vor und die Vitalparameter der Patienten sind stabil.

Der TNA übernimmt zukünftig diese Aufgabe mit folgenden Prämissen:

- Vor Kontakt zum TNA sollte das notfallmedizinische Team vor Ort alle relevanten Informationen (Vitalparameter, Anamnese, vorliegende Arztbriefe, Dauermedikation, Erwartungshaltung von Patient und ggfs. Angehörigen) zusammentragen, damit dem TNA eine differenzierte Beurteilung der Einsatzsituation möglich ist.
- Der TNA spricht (ähnlich wie sonst der anwesende Notarzt) mit dem Patienten, beurteilt und interpretiert die vorliegenden Befunde und Informationen und versucht (wenn indiziert) den Patienten von der Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Versorgung zu überzeugen. Hierzu greift er auf die Telefonie, ggfs. Videotelefonie zurück.
- Gelingt es nicht, den Patienten von der (medizinisch indizierten) Klinikvorstellung zu überzeugen und besteht Eigen- oder Fremdgefährdung, so wird diese vom TNA rechtsverbindlich für die anwesende (oder nachzufordernde) Polizei festgestellt und kommuniziert.

Das Verfahren einer rechtssicheren Übermittlung und Dokumentation der vom TNA getroffenen Entscheidung ist in einer gesonderten Prozessbeschreibung technisch und inhaltlich festgelegt.

| | | | | | |
|---|------------|------------|----------|-----------|---------|
| Dateiname: | Datum: | Ersteller: | Version: | Freigabe: | Seite |
| C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst | 01.10.2024 | AG TNA | 1.0 | ÄLRD/GF | 5 von 8 |

A-5: Back-up bei Transporten nach vorheriger notärztlicher Versorgung

Nach notärztlicher Erstversorgung eines Notfallpatienten kann es einsatztaktisch sinnvoll sein, dass der Patient ohne notärztliche Begleitung unter Betreuung der gut ausgebildeten NFS zur Zielklinik transportiert wird. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Notarzt einen großen Einsatzbereich abdecken muss und der Patient zeitaufwändig über eine längere Transportstrecke zu transportieren ist. So ist der Notarzt für Folgeeinsätze in seinem Einsatzgebiet zügig wieder verfügbar.

Mit der Option der telenotärztlichen Unterstützung der NFS auf einem solchen (längeren) Transport, ist eine solche Vorgehensweise mit deutlich reduziertem Risiko sowohl für den Patienten wie auch den verantwortlichen NFS verbunden. Je nach Schwere des Notfallbildes **sollte** der Notarzt / die Notärztin dem TNA vor Transportbeginn eine Übergabe machen. Der TNA entscheidet, ob eine telemedizinische Transportbegleitung medizinisch verantwortbar ist und hat bei entsprechend kritischem Patienten die Möglichkeit, eine telemedizinische Transportbegleitung abzulehnen. Dies sollte dann zur Transportbegleitung durch den Notarzt bzw. die Notärztin führen.

Zur Vermeidung nicht indizierter Anfragen notärztlicher Kollegen zur telemedizinischen Transportbegleitung durch den TNA ist ein Katalog an Diagnosen und Zuständen des Notfallpatienten definiert, bei denen der Notarzt den Notfallpatienten begleiten muss und eine telemedizinische Transportbegleitung durch den TNA ausgeschlossen ist.

Der TNA legt auch fest, ob er bei einer indizierten telemedizinischen Transportbegleitung diese kontinuierlich durchführt (bei gravierenden Notfallbildern) oder erst bei Eintritt von Interventions- oder Beratungsbedarf durch den Notfallsanitäter kontaktiert werden soll. Im ersten Fall erfolgt die Patientenübergabe in der Zielklinik unter Einbindung des TNA, im zweiten Fall durch das Team des RTW.

B: Unterstützung für Notärztin / Notarzt (NA)

B-1: Kollegiale Beratung

B-11: Allgemeiner Beratungsbedarf

Der TNA steht dem NA in jedweder Einsatzsituation zur Verfügung, in der Beratungsbedarf seitens des NA besteht. Dieses bewusst niederschwellige Angebot soll insbesondere jüngeren Notärztinnen und Notärzten unterstützen, die gerade am Anfang ihrer notärztlichen Tätigkeit von einer kollegialen Beratung (TNA als „Oberarzt/Hintergrunddienst des Rettungsdienstes“) profitieren.

B-12: Spezieller Beratungsbedarf EKG-Interpretation

Bei der Interpretation von EKG-Befunden kann der NA bei Bedarf auf die Expertise des TNA zurückgreifen – dies ist insbesondere bei fraglichen EKG-Veränderungen hinsichtlich ihrer therapeutischen Relevanz essentiell.

B-13: Spezieller Beratungsbedarf Geburtshilfe - Pädiatrie

Bei Fragestellungen zu geburtshilflichen und pädiatrischen Notfällen kann der NA bei Bedarf auf die Expertise des TNA zurückgreifen.

B-14: Spezieller Beratungsbedarf Intoxikationen

Bei Fragestellungen zu Intoxikationen kann der NA bei Bedarf auf die Expertise des TNA zurückgreifen. Routinemäßig steht für spezielle toxikologische Fragestellungen der „Giftnotruf“ zur Verfügung. Hier ist es sicherlich sinnvoll, wenn mit dem TNA ein versierter Notfallmediziner das Gespräch mit dem toxikologischen Spezialisten führt, der einschätzen kann, welche Informationen wie im präklinischen Setting medizinisch wie organisatorisch umgesetzt werden können.

B-15: Diagnosestellung bei schwieriger Differentialdiagnose

Es sind vielfältige Einsatzsituationen denkbar, in der die Diagnosestellung schwierig ist und eine Reihe von Differentialdiagnosen (mit unterschiedlichen, zum Teil konträren Therapieoptionen) abgewogen werden müssen. Ist sich der NA bezüglich der Diagnosestellung unsicher und leiten sich aus der Diagnose gravierende therapeutische Entscheidungen ab, kann der TNA konsultiert werden.

| | | | | | |
|---|------------|------------|----------|-----------|---------|
| Dateiname: | Datum: | Ersteller: | Version: | Freigabe: | Seite |
| C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst | 01.10.2024 | AG TNA | 1.0 | ÄLRD/GF | 6 von 8 |

B-2: Unterstützung in außergewöhnlichen Lagen

In außergewöhnlichen Einsatzlagen (Massenanfall von Verletzten, LEBEL-Lagen in Zusammenarbeit mit der Polizei etc.) kommt die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) mit Leitendem Notarzt und Organisatorischem Leiter zum Einsatz. Bis zum Eintreffen der ELRD vor Ort **KANN** der TNA insbesondere die ersteintreffenden Teams mit seiner notfallmedizinischen Expertise unterstützen (zumal ein relevanter Teil der TNA eine Ausbildung zum LNA hat oder sogar als berufener LNA im Saarland tätig ist). Dies insbesondere, weil LNA und OrgL als „Selbstfahrer“ auf Anfahrt nur bedingt telefonisch erreichbar sind.

Der TNA ist in dieser Einsatzindikation subsidiär tätig und gegenüber der ELRD **NICHT** weisungsbefugt – die Verantwortung der Einsatzleitung Rettungsdienst für alle im jeweiligen Einsatz befindlichen Einsatzkräfte nach § 11 Absatz 8 S RettG bleibt bestehen.

C: Unterstützung der Integrierten Leitstelle des Saarlandes

C-1: Disposition von arztbegleiteten Interhospitaltransporten

Für arztbegleitete Interhospitaltransporte stehen im Saarland mit RTH, ITH, ITW und schnellem arztbegleiteten Transport (APT) spezielle Rettungsmittel zur Verfügung. Ihre unterschiedlichen Indikationen und Verfügbarkeiten sind im Dispositionsschema Interhospitaltransport der ILS (siehe Anlage) festgelegt.

Anfragen von Kliniken zu Interhospitaltransporten werden von der ILS wie bisher bearbeitet (Weiterleitung der Anfrage einer Klinik an den diensthabenden Arzt des gemäß Dispositionsschema indizierte Rettungsmittel, Arzt-Arzt-Gespräch mit anschließender Rückmeldung an die ILS zur Rettungsmitteldisposition). Kommt es im Rahmen dieser Einsatzabklärung zu einem Dissens (z.B. bezüglich der grundsätzlichen Indikation einer Arztbegleitung oder der Art des für den Interhospitaltransport indizierten Rettungsmittels) kann die ILS auf die Expertise des TNA zurückgreifen. Der TNA wird sich im Gespräch mit den beteiligten Ärzten um eine einvernehmliche Lösung im Sinne des Notfallpatienten bemühen. Die anschließende Rettungsmittelzuweisung des TNA für Interhospitaltransporte ist für das jeweilige Rettungsmittel **verbindlich**.

C-2: Differenzierung von Einsätzen für den ärztlichen Notfalldienst der KV

In der ILS erfolgt die Einsatzdisposition nach standardisierter Notrufabfrage (System DIAS® der Fa. Nora-Tec). Ergibt die Notrufabfrage, dass ein Notruf durch den ärztlichen Notfalldienst der KV versorgt werden könnte, erfolgt die Übergabe an die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland – von hier erfolgt die Weiterschaltung an den diensthabenden Arzt des ärztlichen Notfalldienstes der KV.

Nicht selten gibt der ärztliche Notfalldienst der KV einen solchen weitergeleiteten Notruf an die ILS zurück mit der Vorgabe, dass der Notfallpatient eine rettungsdienstliche Versorgung benötigt. Mit Verfügbarkeit des TNA können derartige Rückgaben einem Arzt-Arzt-Gespräch zugeführt werden, in dem die sinnvolle Versorgungsoption für den Patienten (ambulante Versorgung durch ärztlichen Notfalldienst der KV versus notfallmedizinische Versorgung durch den Notarzt / Rettungsdienst mit mutmaßlich stationärer Zuweisung) abgeklärt werden kann.

C-3: Arzt-Arzt-Gespräch bei Aufnahmeverweigerung durch Zielkliniken

Kommt es bei Notfallpatienten, die im Rahmen einer Sonderlage einer Zielklinik zugewiesen werden zu Rücksprachebedarf seitens der Zielklinik mit Diskussion zu den für den jeweiligen Notfallpatienten notwendigen klinischen Ressourcen und deren eingeschränkter Verfügbarkeit, so können die Disponenten der ILS derartige Rückfragen einem Arzt-Arzt-Gespräch mit dem TNA zuführen. Der TNA kann zusätzlich sich mit dem Notfallteam vor Ort verbinden und so die aktuelle Situation des Patienten bezüglich Art und Dringlichkeit der klinischen Versorgung bestmöglich einschätzen.

C-4: Rückfallebene für Disponenten bei ärztlichen Anfragen

Telefonische Anfragen, Rückfragen und Beschwerden von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten werden in der ILS in der Regel durch den Führungsdienst (Schichtführer) beantwortet – zum Teil bisher (wenn zeitnah

| | | | | | |
|---|------------|------------|----------|-----------|---------|
| Dateiname: | Datum: | Ersteller: | Version: | Freigabe: | Seite |
| C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensweisungen Rettungsdienst | 01.10.2024 | AG TNA | 1.0 | ÄLRD/GF | 7 von 8 |

verfügbar) unter Rückgriff auf den ÄLRD. Ein Teil dieses Anrufaufkommens wird sinnvollerweise auch weiterhin durch den Schichtführer abgearbeitet werden, einen Teil wird man sinnvollerweise nach Aufnahme des Sachverhaltes im Intervall schriftlich beantworten. Für einen Teil dieser Anrufe sollte zukünftig die Option bestehen, den anrufenden Arzt an den TNA durchzustellen – insbesondere wenn medizinische Aspekte im Vordergrund stehen, die sich im Arzt-Arzt-Gespräch mit einem erfahrenen Notfallmediziner ggfs. einer zügigen Lösung zuführen lassen.

C-5: Rückfallebene für Disponenten bei medizinischen Fragestellungen

Spezielle medizinische Fragestellungen im Einsatzbetrieb, die nicht mit der Erfahrung des Führungsdienstes geklärt werden konnten, wurden in der Vergangenheit –wenn verfügbar- an den ÄLRD weitergeleitet. Hierzu zählen beispielsweise Fragen zum Hygienemanagement in Ausnahmesituationen (z.B. extern geäußerter Verdacht auf hämorrhagisches Fieber /Ebola-Infektion; Notwendigkeit einer Postexpositionsprophylaxe bei Meningitisverdacht) oder organisatorische Fragen beim MANV (Beratung zur medizinischen Vorgehensweise beim Fund „weißen Pulvers“, Nachforderung der Einsatzleitung Rettungsdienst zur Ablösung eines NEFs).

Die Unterstützung der ILS in diesen Fragestellungen sollte zukünftig durch den TNA erfolgen – dem TNA steht der ÄLRD jederzeit telefonisch zur Rücksprache zur Verfügung wenn sich Fragestellungen nicht klären lassen.

| | | | | | |
|---|------------|------------|----------|-----------|---------|
| Dateiname: | Datum: | Ersteller: | Version: | Freigabe: | Seite |
| C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensweisungen Rettungsdienst | 01.10.2024 | AG TNA | 1.0 | ÄLRD/GF | 8 von 8 |