

## **2. Round-Table-Gespräch: „Welcher Patient in welche Klinik ?“**

### **Interdisziplinäre Gesprächsrunde mit Vertretern der aufnehmenden Kliniken der Universität Heidelberg**

Da das Universitätsklinikum Heidelberg nicht über eine zentrale Notaufnahme verfügt, stellt sich immer wieder die Frage, in welcher Klinik bzw. Abteilung Notfallpatienten am besten zur Aufnahme kommen. Vor dem Hintergrund des Umzuges der Medizinischen Klinik in das Neuenheimer Feld findet nun 3 Jahre nach dem ersten Round-Table-Gespräch am 06.03.2002 das 2. Round-Table-Gespräch zur selben Fragestellung statt.

#### **Kliniken werden vertreten durch:**

- PD Dr. J. Encke (Medizinische Klinik IV, Gastroenterologie, Ärztl. Direktor: Prof. Dr. W. Stremmel)
- Dr. K. Geletneky (Neurochirurgische Universitätsklinik; Geschäftsf. Direktor: Prof. Dr. A. Unterberg)
- Dr. J. Meyer (Medizinische Klinik III, Kardiologie und Pneumologie; Ärztl. Direktor: Prof. Dr. H.A. Katus)
- Prof. Dr. S. Riedl (Chirurgische Klinik; Geschäftsf. Direktor: Prof. Dr. Dr. M.W. Bächler)
- Dr. P. Ringleb (Neurologische Universitätsklinik; Ärztl. Direktor: Prof. Dr. W. Hacke)

#### **Der Notarztstandort wird vertreten durch:**

- PD Dr. A. Gries (Klinik für Anaesthesiologie, Bereich Notfallmedizin; Geschäftsf. Direktor: Prof. Dr. E. Martin)

Im Auditorium waren u.a. anwesend: Prof. Dr. Meeder (Abt. Unfallchirurgie), W. Suchy (Deutsches Rotes Kreuz KV, Rhein-Neckar-Heidelberg)

### **Zusammenfassung der Veranstaltung**

#### **Trauma (Riedl, Geletneky)**

##### **Allgemeines**

- Die Anmeldungen von im Rahmen von Primäreinsätzen versorgten Patienten erfolgen durch die Rettungsleitstelle direkt über den Schockraum der Chirurgischen Klinik (Tel.: 56-36122). Fehlgeleitete Anmeldungen (z.B. andere Kliniken bzw. Stationen) müssen ebenfalls dorthin weitergeleitet werden.
- Sekundärtransporte können nach Anmeldung beim diensthabenden Neurochirurgen (Arzt-Arzt-Gespräch) ggf. direkt in der Kopfambulanz zur Aufnahme kommen (Intensivstation).
- Der Schockraum der Chirurgischen Klinik kann grundsätzlich nicht „abgemeldet werden“: Auch bei zunächst fehlender Intensivkapazität besteht Aufnahmepflicht. Einzig denkbare Ausnahme: Durch längerandauernde Bindung des gesamten OP-Personals kann eine lebensrettende OP nicht sichergestellt werden. Dies muß durch das Schockraum- und das Rettungsleitstellenpersonal schriftlich dokumentiert werden. Das Regierungspräsidium Karlsruhe fordert hier eine entsprechende Stellungnahme (Übernahme aus der 1. Round-Table-Gesprächsrunde, Gries).
- Die Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg verfügt neben der Orthopädischen Universitätsklinik und der BG Ludwigshafen über eine „D-Arzt“-Berechtigung, Arbeitsunfälle sollten daher in diesen Kliniken zur Aufnahme kommen (Meeder, Riedl).

##### **Polytrauma**

- Grundsätzlich kommen weiterhin alle vital gefährdeten Traumapatienten im Schockraum der Chirurgischen Klinik zur Aufnahme.

##### **Schädel-Hirn-Trauma**

- Auch Patienten mit scheinbar isoliertem Schädel-Hirn-Trauma kommen im Schockraum der Chirurgischen Klinik zur Aufnahme, da in der Kopfambulanz die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Versorgung potentieller Begleitverletzungen nicht ausreichen.
- Eine Ausnahme hierzu stellt nur die eindeutig isolierte Kopfschussverletzung dar.

- Auch weiterhin gewährleistet die Neurochirurgische Klinik einen fachlich kompetenten Konsiliardienst, der bei Patientenaufnahme zu alarmieren ist und sich zeitgleich zur CT-Diagnostik oder bereits früher in der Chirurgischen Klinik einfindet (CT, SR).
- Eine Fern-Diagnostik mittels diagnostischer Bildübermittlung per PACS erscheint nur in absoluten Ausnahmefällen gerechtfertigt. Die Teilnehmer sind sich einig, daß eine zeitnahe Befundung mit Indikationsstellung für eine ggf. notwendige sofortige operative Intervention nur vor Ort und zeitnah erfolgen kann, Wartezeiten müssen vermieden werden (Riedl).

#### **Wirbelsäulen- und Rückenmarksverletzungen**

- Auch scheinbar isolierte Wirbelsäulenverletzungen kommen direkt im Schockraum der Chirurgischen Klinik zur Aufnahme.
- Bei isolierter Rückenmarksverletzung im Sinne einer Paraparese oder Tetraparese sind die Orthopädische Universitätsklinik in Schlierbach bzw. das Berufsgenossenschaftliche Krankenhaus Ludwigshafen besonders geeignete Kliniken. Beachtet werden muss allerdings, dass bei potentiellen Begleitverletzungen die BG LU als Traumazentrum das geeignetere KH darstellt. Der schonende und schnelle Transport vital gefährdeter Traumapatienten in eine weiter entfernte Behandlungseinrichtung sollte RTH-gestützt erfolgen (Meeder).
- Stehen jedoch andere Verletzungen im Vordergrund (z.B. Schädel-Hirn-, Thorax- bzw. Abdominaltrauma) wird der Patient in der nächsten geeigneten Klinik (Schockraum der Chirurgischen Klinik als Klinik der Maximalversorgung) zur Aufnahme gebracht.

#### **Gastrointestinale Blutung (Encke, Riedl)**

Es erfolgt weiterhin ein Vorgehen nach Stufenplan:

- Hämodynamisch stabile Patienten mit Hämatemesis oder Malaena kommen primär in der Notambulanz der Medizinischen Klinik zur Aufnahme (Tel.:56-8781/-2).
- Patienten mit gastrointestinalen Blutungen bei anamnest. Leberzirrhose, Fundus- bzw. Ösophagusvarizen werden über die RLS auf Gastro-Intensiv angemeldet und kommen im dortigen Behandlungszimmer (BZ) zur Aufnahme (Tel.: 56-8848).
- Patienten mit manifesten gastrointestinalen Blutungen, die kreislaufinstabil sind bzw. vermutlich keine Leberzirrhose aufweisen, können über Gastro-Intensiv oder alternativ über den Schockraum der Chirurgischen Klinik zur Aufnahme kommen (Encke, Riedl).
- Es wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass durch den Umzug der Medizinischen Klinik in das Neuenheimer Feld nun die notwendigen Voraussetzungen (z.B. 24h-Bereitschaft) zur Akutintervention bei fast allen gastrointestinalen Blutungen bestehen (Encke). Jedoch wurden mögliche Zeitverzögerungen bei doch notwendiger OP und erforderlichem Sekundärtransport von der Med. in die Chirurgische Klinik diskutiert (Riedl).

#### **Sepsis bei internistischer Grunderkrankung (Nachtrag Encke)**

Patienten mit schwerer Sepsis bzw. septischen Schock bei vermuteter zugrunde liegender internistischer Ursache sollten primär auf der Gastrointensiv angemeldet (Tel.: 56-8848) und im BZ zur Aufnahme kommen (Encke). Dieser Punkt wurde jedoch aus Zeitmangel und einer für Notarzteinsätze untergeordneter Relevanz nicht weiter diskutiert (Gries).

#### **Intoxikationen (Encke)**

- Alkoholisierte, nicht-komatöse Patienten kommen in der Notaufnahme der Medizinischen Klinik zur Aufnahme.
- Alkoholisierte, komatöse bzw. beatmete Patienten kommen über Gastro-Intensiv (BZ) zur Aufnahme.
- Alle tablettenintoxikierte Patienten kommen auch über Gastro-Intensiv (BZ) zur Aufnahme.

#### **Kardiologische Notfälle (Meyer)**

Mit dem Umzug der Medizinischen Klinik ins Neuenheimer Feld ergibt sich eine neue Aufnahmestruktur mit einem Ansprechpartner in der Chest Pain Unit (Meyer):

- **Chest Pain Unit (CPU, Tel.: 56-8782):** Hier kommen alle Patienten mit Thoraxschmerzen, Luftnot oder „internistischer Synkope“ zur Aufnahme. Der diensthabende Arzt der CPU entscheidet über Aufnahme in Coronary Care Unit oder auf eine periphere kardiologische Station.
- **Coronary Care Unit (CCU, Tel.: 56-6878):** Hier werden Patienten mit Herzinfarkt, akutem Koronarsyndrom und Rhythmusstörungen (Überwachungsmöglichkeiten) weiter stationär versorgt.

- **Kardio-Intensiv (Tel.: 56-8878):** Hier werden alle beatmeten, katecholaminpflichtigen und/oder ggf. reanimierten Patienten vom Notarzt direkt beim Intensivstationsarzt angemeldet. (S. hierzu auch das NEF-Protokoll zur „Thrombolytischen Therapie des akuten Myokardinfarktes“ (Anm. Gries)).

## Neurologische Notfälle (Ringleb)

### Synkope

- Synkopierte Patienten bei wahrscheinlich kardialer Ursache bzw. im Vordergrund stehenden kardialen Vorerkrankungen kommen in der Chest Pain Unit der Medizinischen Klinik zur Aufnahme (Ringleb, Meyer).
- Synkopierte Patienten bei wahrscheinlich neurologischer Ursache kommen in der Notfallambulanz der Kopfklinik zur Aufnahme.
- Einfache Kopfplatzwunden (durch Wundverband kontrollierbare Blutungen), die im Rahmen einer Synkope bzw. Krampfanfalls entstanden sind (kein SHT !), können ab sofort in der Kopfklinik versorgt werden (Ringleb, Riedl).

### Krampfanfall

- Patienten nach Krampfanfall kommen in der Notfallambulanz der Kopfklinik zur Aufnahme.

### Sonstiges

- Konsiliartätigkeiten auf anderen Stationen des Klinikums mit z.B. Anlage von Thoraxdrainagen, Dilatationstracheotomien usw. können aus einsatztaktischen Gründen nicht vom NEF-Personal durchgeführt werden und gehören nicht zu den Dienstaufgaben des Notarztes. Entsprechende Tätigkeiten während des NEF-Dienstes sind daher abzulehnen (Übernahme aus der 1. Round-Table-Gesprächsrunde, Gries)
- Sekundärtransporte zwischen verschiedenen Abteilungen des Universitätsklinikums können aus einsatztaktischen Gründen grundsätzlich nicht durch das NEF abgewickelt werden und sind daher abzulehnen. Über etwaige Ausnahmen unter Berücksichtigung einsatztaktischer Belange (z.B. Verfügbarkeit anderer Rettungsmittel) entscheidet die RLS (Übernahme aus der 1. Round-Table-Gesprächsrunde, Gries). Die Frage des innerstädtischen Interhospitaltransportes wird z.Zt. gesondert geklärt (Übernahme aus der 1. Round-Table-Gesprächsrunde, Gries). Der Bedarf ist eruiert, ein Konzept dem Klinikvorstand seit Anfang 2003 vorgelegt, über eine Umsetzung bzw. Probephase wurde noch nicht entscheiden (Anm. Gries)

gezeichnet

PD Dr. J. Encke (Medizinische Klinik IV, Gastroenterologie)

Dr. K. Geletneky (Neurochirurgische Universitätsklinik)

PD Dr. A. Gries (Klinik für Anaesthesiologie, Bereich Notfallmedizin)

Dr. J. Meyer (Medizinische Klinik III, Kardiologie und Pneumologie)

Prof. Dr. S. Riedl (Abt. Allgemeine, Viszerale, Unfallchirurgie und Poliklinik, Chir. Klinik)

Dr. P. Ringleb (Neulogische Universitätsklinik)