

## Fragebogen für Klinikstandorte

Bitte für jeden Standort einen eigenen Fragebogen ausfüllen

Name der Einrichtung:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

### Notfallversorgung und Tracerdiagnosen

1. Welche der folgenden Fachabteilungen/Großgeräte/Einrichtungen sind in Ihrem Haus vorhanden und wie sind deren Dienstzeiten?

| Abteilungen/Einrichtungen                            | 24-Std.-Bereitschaft,<br>7 Tage/Woche               | Dienstzeiten/Erläuterungen |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie/Unfallchirurgie   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin              | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie             | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Intensivstation             | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Neurologie                  | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie              | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie                 | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie               | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie             | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> CT                          | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> ZNA                         | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |
| <input type="checkbox"/> Notfall-Labor und Blutdepot | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/>       |

2. Gibt es in Ihrer Notaufnahme ein Sichtungssystem (z.B. Manchester Triage) zur Ersteinschätzung von Patienten?

☐ Ja ☐ Nein

3. Welche der folgenden Notfallpatienten (Tracer-Diagnosen) kann Ihr Haus zu welchen Zeiten behandeln? Tragen Sie bitte die entsprechenden Wochentage und Zeiten ein.

**Schwerverletzte (SHT III)**

**Schwerverletzte (Polytrauma)**

**Schlaganfall-Patienten (Stroke)**

**Herzinfarkt-Patienten (STEMI)**

### **Kenngroßen zum Krankenhaus**

4. Wie viele Betten stehen in Ihrem Haus zur Verfügung?

|                      | Normalstation        | Intensivstation      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Chirurgisch</b>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Internistisch</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Kinder</b>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5. Wie viele Beatmungsplätze hält Ihr Haus vor?

### **Netzwerke und Notfalltelefon**

6. An welche der folgenden Netzwerke ist Ihr Haus angeschlossen?

| Netzwerk      | Vernetzungsebene         |                          |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               | Lokal                    | Regional                 | Überregional             |
| <b>Trauma</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>STEMI</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Stroke</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Gibt es in Ihrem Haus einen Telefonanschluss, der für die Rettungsleitstelle zur telefonischen Voranmeldung von Patienten bzw. für Arzt-zu-Arzt Gespräche mit dem Notarzt am Einsatzort reserviert ist (Notfalltelefon)?

☐ Ja ☐ Nein

8. Für welche Art von Notfällen wird das Telefon in Ihrem Haus genutzt?

### **Auslastung/Frequenz**

9. Wie viele Patienten treffen durchschnittlich pro Jahr in der Notaufnahme/den Notaufnahmen in Ihrem Haus ein?

10. Wie ist die prozentuale Verteilung der Aufnahme dieser Patienten?

% stationär;  % ambulant

11. Wie viele der Patienten sind prozentual Notfallpatienten nach den Tracer-Diagnosen?

%

12. Mit welchen Diagnosen werden primär Notfallpatienten in Ihr Haus eingeliefert? (Prozentuale Verteilung)

|                   |                      |   |
|-------------------|----------------------|---|
| <b>SHT III</b>    | <input type="text"/> | % |
| <b>Polytrauma</b> | <input type="text"/> | % |
| <b>STEMI</b>      | <input type="text"/> | % |
| <b>Stroke</b>     | <input type="text"/> | % |
| <b>Sonstiges</b>  | <input type="text"/> | % |

13. Wie werden diese Notfallpatienten in Ihr Haus eingeliefert?

|                  |                      |   |
|------------------|----------------------|---|
| <b>RTW</b>       | <input type="text"/> | % |
| <b>RTH/ITH</b>   | <input type="text"/> | % |
| <b>Sonstiges</b> | <input type="text"/> | % |

### Änderungen der Kliniknutzung

14. Gibt es Planungen zum Umbau oder zur veränderten Nutzung ihres Hauses für die kommenden 5 - 10 Jahre?

**Schließung** ☐ Ja ☐ Nein

**Ausstieg aus Notfallversorgung** ☐ Ja ☐ Nein

**Sonstiges**

### Krankenhaus beim Massenanfall von Verletzten

15. Verwendet Ihr Haus Sichtungskategorien bei der Patientenaufnahme bei einem externen Großschadensereignis?

☐ Ja ☐ Nein

16. Wie wird Ihre Klinik über ein externes Großschadensereignis und die zu erwartende Patientenzahl informiert?

- ☐ **Alarmfax von der Leitstelle**
- ☐ **Telefonische Alarmierung durch die Leitstelle**
- ☐ **Elektronisches Alarmierungssystem mit einer Verbindung zur Leitstelle**
- ☐ **Sonstiges**

17. Wie viele Patienten kann Ihre Klinik innerhalb der ersten Stunde nach Erstinformation über ein Großschadensereignis (MANV) aufnehmen?

Die folgende Tabelle dient der Erläuterung der Sichtungskategorien (SK).

| Sichtungskategorie | Beschreibung             | Konsequenz                             |
|--------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| <b>I (SK 1)</b>    | Akute vitale Bedrohung   | Sofortbehandlung                       |
| <b>II (SK 2)</b>   | Schwer verletzt/erkrankt | Aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit |
| <b>III (SK 3)</b>  | Leicht verletzt/erkrankt | Spätere (ambulante) Behandlung         |
| <b>IV (SK 4)</b>   | Ohne Überlebenschance    | Betreuende (abwartende) Behandlung     |

|                   | Anzahl der Patientenaufnahmen innerhalb der 1. Stunde |                      |                      |
|-------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
|                   | <b>SK I</b>                                           | <b>SK II</b>         | <b>SK III</b>        |
| <b>Erwachsene</b> | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Kinder</b>     | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

18. Wie viele Patienten kann Ihre Klinik im weiteren Verlauf ab der 2. Stunde nach Alarmierung aufgrund eines Großschadensereignisses je Stunde aufnehmen?

|                   | Anzahl der Patientenaufnahmen ab der 2. Stunde JE STUNDE |                      |                      |
|-------------------|----------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
|                   | <b>SK I</b>                                              | <b>SK II</b>         | <b>SK III</b>        |
| <b>Erwachsene</b> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Kinder</b>     | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### Infrastruktur für Hubschrauber (RTH/ITH) am KH

19. Welche Art Landeplatz ist an Ihrem Haus vorhanden?

- ☐ Keiner
 ☐ Dachlandeplatz
 ☐ Außerhalb des KH-Geländes  
☐ Am Boden, auf KH-Gelände
 ☐ mit Hangar am KH  
☐ Sonstiges

20. Entspricht dieser den geltenden rechtlichen Vorschriften (Ausstattung des Landeplatzes, Anflugbereich; Vorschrift JAR-OPS 3, § 6 LuftVG, §38-48 LuftVZO)?

- ☐ Ja
 ☐ Nein

### Bauliche/Räumliche Aspekte mit zeitlicher Relevanz

21. Ist bei RTH/ITH Landungen externes Personal notwendig? Und wenn ja, welches?

| Aufgabe                               | Personal notwendig                                  | Welches Personal     |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Befeuerung</b>                     | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/> |
| <b>Brandschutz</b>                    | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/> |
| <b>Patiententransport zur ZNA</b>     | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/> |
| <b>Absperrung des Landesplatzes</b>   | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/> |
| <b>Sonstiges</b> <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="text"/> |

22. Wie lang ist der Weg vom RTH/ITH bis in die Versorgungseinrichtungen für die einzelnen Tracer-Diagnosen? Bitte geben Sie eine ungefähre Meter- und Minutenanzahl an.

|                  | Meter                | Minuten              |
|------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Trauma</b>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>STEMI</b>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Stroke</b>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Sonstiges</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

23. Ist für den Patiententransport vom RTH/ITH zur Notaufnahme ein fahrzeuggebundener Transport notwendig und wenn ja, wie wird dieser durchgeführt?

☐ Ja  ☐ Nein

24. Gibt es eine Möglichkeit zum zeitgleichen Aufenthalt von zwei oder mehr RTH/ITH an Ihrem Haus?

☐ Ja  (Anzahl Hubschrauber) ☐ Nein

25. Wird das Verbrauchsmaterial der RTH/ITH aus Beständen der Klinik aufgefüllt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise (z.B. Medikamente)

### **Zusätzliche Einsätze des RTH/ITH**

26. Wie viele Sekundärtransporte aus Ihrem Haus mit RTH/ITH gibt es durchschnittlich pro Jahr?

27. Wie viele dieser Sekundärtransporte wären vermeidbar gewesen, wenn der Patient direkt vom Einsatzort in ein passendes Krankenhaus transportiert worden wäre?

28. Wie viele Notfallpatienten werden durchschnittlich pro Jahr aus einem anderen Krankenhaus in Ihr Haus verlegt?

### **Umgebung**

29. Gab es in der Vergangenheit Probleme mit Anwohnern wegen des Landens von RTH/ITH?

☐ Ja ☐ Nein

30. Wenn kein Landeplatz vorhanden ist: Besteht die räumliche Möglichkeit, einen Landeplatz in der Nähe der ZNA einzurichten, sodass kein fahrzeuggebundener Transport notwendig wäre?

☐ Ja ☐ Ja, bereits geplant ☐ Nein ☐ Nicht beantwortbar

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!