

---

# NADOK

## Dokumentationssystem für die präklinische Notfallmedizin

---

### *Hinweise und Merkmale*

Das NADOK Dokumentationssystem für die präklinische Notfallmedizin erfüllt die vom Gesetzgeber erlassenen Vorschriften im Hinblick auf

- Dokumentation medizinischer Befunde
- Leistungserfassung
- Qualitätssicherung

durch papiergestützte Dokumentation und EDV-gestützte Datenerfassung und Auswertung.

Jeder Einsatz des Rettungs- und Notarztdienstes in der Notfallrettung wird mit NADOK dokumentiert und bildet den chronologischen Ablauf ab.

Damit wird sichergestellt, daß die präklinisch erhobenen Befunde, Begleitumstände und erfolgten Maßnahmen strukturiert und vollständig erfaßt und mit dem Patienten an die weiterbehandelnde Klinik übergeben werden können.

Bei der Datenerfassung wird eine umfangreiche Plausibilitätsprüfung vorgenommen, um sicherzustellen, daß nur valide Datensätze abgespeichert werden. Die Zusammenhänge werden in diesem Manual aufgezeigt.

Die erfassten Daten stellen nur eine Summendokumentation dar und sind vollständig anonymisiert.

Dr.Martin Messelken, Göppingen

Tel 07161 640

e-Mail: Martin.Messelken@kae.de

---

## Allgemeine Hinweise

---

### Form

Das NADOK Einsatzprotokoll besteht aus selbstdurchschreibenden Papiersätzen und wird mittels Beleglesertechnologie einer weiteren Datenverarbeitung zugeführt. Dabei wird das Papier von einem OMR Scanner (optical mark reader) auf Markierungen an dafür definierten Stellen abgetastet. Nur die mit einem Kreuz markierten Felder werden entsprechend ihrer Bedeutung in der NADOK Datenbank abgelegt.

Damit der Scanvorgang einwandfrei ablaufen kann, ist es erforderlich, die Felder durch einem schwarzen oder blauen Stift mit einem Kreuz zu markieren. ☒

Strich- oder Punktmarkierungen sind nicht erwünscht. Fehlmarkierungen können mit weißer Korrekturflüssigkeit oder Korrekturband beseitigt werden.

Der obere, untere und rechte Rand sollte auf keinen Fall beschriftet werden, da sich hier für den Scanner wichtige Taktmarken befinden.

**Da nur das Originalprotokoll eingescannt werden kann, sollte es möglichst nicht geknickt oder beschmutzt werden.**

Um das Beschriften zu unterstützen, befindet sich zwischen Vorder- und Rückseite eine schreibfeste Unterlage. Erst nach komplettem Ausfüllen werden die einzelnen Seiten an der vorgesehenen Perforation abgetrennt.

### Verteiler

Das **weiße Original** bleibt beim Ärztlichen Leiter des Notarztdienstes, bzw. der Stelle, die eine Dateneingabe vornimmt.

Der **gelbe Durchschlag** wird mit dem Patienten an weiterbehandelnde Einrichtungen/ Klinik /Ärzte übergeben.

Der **weiße Durchschlag** verbleibt beim Träger des Rettungsdienst und wird für Abrechnungszwecke genutzt. Befunde der Patienten erscheinen auf der weißen Seite aus Gründen des Datenschutz nicht.

### Vollständigkeit

Bitte sorgen Sie dafür, daß das Protokoll vollständig ausgefüllt ist und alle erforderlichen Kodierungen vorgenommen wurden. Sie verhindern damit Nachfragen und zeitaufwendiges Nacharbeiten.

---

## Informationen zu den Feldern auf Seite 1

---

### Versichertendaten

Hier werden die Daten der PVK eingetragen oder eingedruckt, einige PVK Drucker sind dazu geeignet. Man kann auch ein Patientenetikett der Klinik aufkleben.

### Einsatznummer

Die von der Rettungsleitstelle vergebene Einsatznummer wird hier eingetragen und markiert.

*Es besteht die Möglichkeit, die ersten drei Ziffern für eine Kodierung des Personals (Notarzt oder Rettungsassistent) zu nutzen. Dazu müssen entsprechende Vereinbarungen mit dem Personal und Personalrat getroffen werden. Anwendung kann eine Erstellung eines Einsatzkatalog sein.*

### Rettungsmittel

Nur das vom Einsatzleitenden (=Protokollführenden) Personal (Arzt oder RA) benutzte Rettungsmittel wird angekreuzt. Bei Rendezvous Systemen NEF, bei Stationssystemen NAW, bei Rettungseinsatz ohne Notarzt RTW.

*Die Markierung hat Auswirkungen auf die weiteren Plausibilitätsprüfungen bei Notarzt- oder Rettungsdienst einsätzen.*

### Einsatzdatum

Vom Datum des erteilten Einsatzes müssen alle Zahlenreihen markiert werden, d. h. bei 7.3.99 auch die jeweiligen Nullen = 07.03.99

### A bis F Code

Diese zusätzlichen Kodierungen können Standortspezifisch vergeben werden.

### Einsatzzeiten

Die Zeiten werden zur Dokumentation der Hilfsfrist (therapiefreies Intervall = Differenz zwischen Alarm- und Eintreffzeit) und zur Ermittlung der Versorgungszeit (Differenz zwischen Übergabe- und Eintreffzeit) festgehalten und ausgewertet. Auch hier gilt, daß in jeder Reihe eine Markierung erfolgen muß: 7 Uhr 9 wird als 07:09 Uhr markiert.

### Geburtsmonat/-jahr

Kriterien der Datumserfassung beachten: Nullen mit ankreuzen.

*Parameter dient zur Berechnung des Patientenalters.*

## Kein Patient / Fehlfahrt

Nur ankreuzen, wenn wirklich kein Patient vorgefunden wurde, und damit ein **echter Fehleinsatz** vorlag. In diesem Fall wird neben der Alarmzeit nur noch die Zeit des Abbruch verlangt.

## Einsatzort

Der Einsatzort wird in Klarschrift vermerkt und kann in Baden-Württemberg mit der Gemeindegenschaftszahl kodiert werden. *Damit lassen sich Zusammenhänge zwischen Einsatzort und Eintreffzeit direkt ermitteln.*

Wenn nichts anderes vereinbart, werden die anlässlich des Einsatzes gefahrenen (Gesamt-) Kilometer notiert.

Auch ein interner Transport (innerhalb einer Klinik) kann festgehalten werden, in dem Fall sind die Plausibilitätsprüfungen bei den Zeiten außer Kraft.

## Qualifikation

Nur bei Notarzteinsätzen wird die Qualifikation des Notarztes kodiert. Der Feldinhalt erscheint auf den Durchschlägen nicht.

## Fachgebiet Notarzt

Die Erfassung der Fachzugehörigkeit des Notarztes *dient der Analyse von fachspezifischen Unterschieden bei Therapie und Maßnahmen.*

## Einsatz RD \*

Die Markierung dieses Feldes ist nur den reinen Rettungseinsätzen ohne Notarztbeteiligung vorbehalten. Gleichzeitig muß als Rettungsmittel RTW angekreuzt sein.

Der Stern \* ist ein Hinweis darauf, daß die nachfolgend mit Stern versehenen Felder für die Rettungsassistenten /-sanitäter Pflichtfelder sind.

## Notfallgeschehen...

Freitextfeld für Anamnese, Erstbefund, Dauermedikation usw.

Die **messbaren Erstbefunde** werden in dem dunkelfarbig unterlegten Bereich eingetragen und kodiert. In diesem Bereich steckt die Information für die spätere Ermittlung des MEES 1 (Mainz Emergency Evaluation Score), die allein im EDV System erfolgt.

**Jeder Parameter muß dokumentiert werden:** Glasgow Coma Scale, Herzfrequenz, EKG Rhythmus, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung (vor Sauerstoffgabe) und Schmerzzustand.

## **BWL u. Neurologie o.B.**

Wenn dieser Befund zutrifft und eine Markierung hier erfolgen kann, sind Angaben zu den nachfolgenden Felder zur Bewußtseinslage, Pupillenfunktion, Meningismus, Paresen und Glasgow Coma Scale entbehrlich.

Kann das Feld aber nicht angekreuzt werden, muß in den darunterliegenden Feldern jeweils ein Merkmal markiert werden.

### **Herzfrequenz**

Vom Monitor abgelesene Herzfrequenz, kodiert

### **EKG Rhythmus**

Initialer Herzrhythmus, unterschieden in vier Gruppen: Sinusrhythmus oder stabiler Schrittmacherrhythmus, Extrasystolie oder AV-Block-II, QRS Tachykardie oder AV Block-III, Kammerflimmern (VF) oder EMD (pulslose elektrische Aktivität) bzw. Asystolie.

Nur ein Kreuz erlaubt, vom Rettungsdienstpersonal nicht verlangt.

### **RR**

Kodierung des systolischen Blutdruck in vier Kategorien

### **Atemfrequenz**

Kodierung der Atemfrequenz (gemessen)

### **Atmung**

Charakterisierung der Atmung in die vier Kriterien unauffällig, Atemstörung, Beatmung und Apnoe (kein MEES Parameter)

### **SpO2**

Sauerstoffsättigung vor Gabe von Sauerstoff, gemessen mit Pulsoximeter.

### **Schmerz**

Beurteilung des Schmerzzustandes (nach Befragen des Patienten). Bei bewußtlosen Patienten „kein“ markieren.

### **Kreislauf- /Atemstillstand**

Liegt ein Kreislaufstillstand vor, kann allein dieses Merkmal und der Herzrhythmus VT/VF bzw. EMD/Asyst angekreuzt werden, alle anderen Befunde im dunklen Bereich sind entbehrlich.

## **Blutzucker**

Gemessener Wert

## **Erkrankung**

Zustandsbeschreibung, im weitesten Sinne mit einer Diagnose vereinbar.

Entweder „keine“ oder mindestens eine Erkrankung ankreuzen. Bitte mit den Freitextdiagnosen zurückhaltend umgehen, 98% aller Notfalldiagnosen lassen sich mit den Vorgaben erfassen.

**Für das Rettungsdienstpersonal gelten nur die Ankreuzfelder unterhalb der Erkrankungsgruppen: ZNS, Herz-Kreislauf, Atmung, Abdomen, usw.**

## **Verletzung**

Entweder „keine“ oder mindestens einen Befund markieren.

Wenn eine Verletzung vorliegt, muß auch die Unfallart beschrieben werden, im Fall eines Verkehrsunfalls auch die Art der Beteiligung.

Verletzungsbefunde im Detail können als Freitext dokumentiert werden, falls der Raum nicht ausreicht, die zweite Seite verwenden.

---

## NADOK Protokoll Seite 2

---

### **Maßnahmen** **Monitoring**

Ein  bei „kein“ oder mindestens eine weitere Angabe

*Wenn bei EKG-Rhythmus eine Rhythmusstörung angekreuzt ist, muß EKG Monitor kodiert sein.*

### **Herz/Kreislauf**

Keine Maßnahmen oder mindestens eine Angabe

### **Atmung**

Keine Maßnahmen oder mindestens eine Angabe

### **Weitere Maßnahmen**

Keine Maßnahme oder mindesten eine Angabe

### **Ersthelfermaßnahmen**

Dieser Parameter bezieht sich nur auf medizinische Laien.

### **Einsatzbeschreibung**

Mindestens eine Angabe, aber auch Mehrfachangaben erlaubt.

„Übergabe a(nderes) Rettungsm(ittel)“ kann ein NAW oder RTH sein.

„Zweiter Notarzt“ ist ein zusätzlich zur regulären Vorhaltung im Einsatz befindlicher Notarzt.

„Rean(inmation) prim(är) erfolgreich oder erfolglos setzt ein Kreuz bei Herzdruckmassage und/oder Defibrillation voraus.

### **NACA Score**

Auf die Ausführungen der Publikation von TRYBA sei verwiesen. Ein Verdacht auf Myokardinfarkt ist NACA 4.

Eine erfolgreiche Reanimation steht für NACA 6, eine erfolglose Reanimation und jeder andere Exitus ist NACA 7 (und damit kein Fehleinsatz).

### **Medikamente**

Ein  bei „Keine Medikamente“ oder mindestens eine Angabe ist erforderlich.

*Eine Auswertung kann nur Gesetzmäßigkeiten im Sinne einer Summendokumentation verfolgen.*

Die Dokumentation von Kreislaufparametern und Zuordnung der medikamentösen Therapie oder anderer Maßnahmen erfolgt in dem gerasterten Bereich in Analogie an Narkose- oder Intensivdokumentation.

### **Zustand bei Übergabe**

Subjektive Beurteilung des Patientenzustand nur bei Übergabe eines Patienten.

**In dem dunkelfarbig unterlegten Bereich werden die objektiv messbaren Befunde bei der Übergabe festgehalten und kodiert. Die Vorgehensweise entspricht genau der bei der Erstuntersuchung.**

*Die Parameter bilden die Grundlage für die Ermittlung des MEES 2.*

### **Glasgow Coma Scale**

Die Parameter „Augen öffnen“, „beste verbale Reaktion“ und „beste motorische Reaktion“ mit je einem Kreuz markieren.

### **Herzfrequenz**

Vom Monitor abgelesene Herzfrequenz, kodiert

### **EKG Rhythmus**

Abschließender Herzrhythmus, unterschieden in vier Gruppen: Sinusrhythmus oder stabiler Schrittmacherrhythmus, Extrasystolie oder AV-Block-II, QRS Tachykardie oder AV Block-III, Kammerflimmern (VF) oder EMD (pulslose elektrische Aktivität) bzw. Asystolie.

Nur ein Kreuz erlaubt, vom Rettungsdienstpersonal nicht verlangt.

### **RR**

Kodierung des systolischen Blutdruck in vier Kategorien

### **Atemfrequenz**

Kodierung der Atemfrequenz (gemessen)

### **SpO2**

Sauerstoffsättigung nach Gabe von Sauerstoff, gemessen mit Pulsoximeter.

**Schmerz**

Beurteilung des Schmerzzustandes (nach Befragen des Patienten). Bei Narkose „kein“ markieren.

**Diagnose**

Wird im Klartext vermerkt.

**Transportziel**

Klartext

**Einsatztaktik**

Entweder „keine Besonderheiten“ oder mindestens eine Angabe.

*Die Erfassung dieser Parameter ist wichtig für die Beurteilung der Struktur- und Prozeßqualität*

**Notarzteinsatz relevante Besonderheiten**

Hier muß „keine“ markiert oder eine NARB kodiert werden. Der Schlüssel-Code ist auf jeder Schreibunterlage vermerkt und besteht aus Beschreibung (zwei Ziffern) und Relevanz.

*NARB sind Besonderheiten oder Beobachtungen, die sich erst im Verlauf des Notarzt- /Rettungseinsatzes ergeben haben. Wenn Kodierungen erfolgen, sind sie nicht auf dem Durchschlag für die Patientenakte oder Rettungsdienstträger sichtbar. Mit Perforation versehen, kann dieser Bereich nach Dateneingabe vom Originalprotokoll abgetrennt werden.*