

Leinsweiler Gespräche

- Th. Schlechtriemen, Saarbrücken-

Auf Initiative ihres damaligen Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Altemeyer, veranstaltete die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (agswn) am 06. und 07. Juli 1996 erstmals eine berufspolitische Tagung in Leinsweiler, zu der Vertreter der für den Rettungsdienst verantwortlichen Ministerien, der Hilfsorganisationen und der Notarztarbeitsgemeinschaften eingeladen wurden. Idee der Veranstaltung war es, aktuelle notfallmedizinische Themen durch kurze Eingangsreferate pointiert vorzustellen und dann in einem kleineren Kreis von Verantwortlichen aus den unterschiedlichsten Bereichen engagiert zu diskutieren.

Dieses Konzept hat sich über die von der agswn berufspolitisch vertretenen Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland durchgesetzt und bundesweite Resonanz hervorgerufen. So wird die Veranstaltung ab den 4. Leinsweiler Gesprächen in gemeinschaftlicher Verantwortung von agswn und band (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands) getragen –unterstützt vom Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) des Klinikums der Universität München und dem Institut für Notfallmedizin (IfN), Hamburg. Auch der Teilnehmerkreis ist mittlerweile bundesweit ausgerichtet und umfasst Vertreter der für den Rettungsdienst zuständigen Ministerien der Länder, der Kostenträger, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Luftrettungsträger, Hilfsorganisationen und Feuerwehren sowie der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte.

Die Ergebnisse der Gespräche werden zeitnah in den wissenschaftlichen notfallmedizinischen Zeitschriften veröffentlicht (1-5) und im Internet auf den Seiten der band (www.band-online.de) und der agswn (www.agswn.de) gestellt.

Im folgenden sollen die Ergebnisse der einzelnen Veranstaltungen kurz zusammengefasst dargestellt werden.

1. Leinsweiler Gespräche 06.-07. Juli 1996

Themenschwerpunkte waren die Organisation der Rettungsleitstelle und der Aufgabenbereich des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (siehe Internet agswn).

Als Ergebnis der Diskussion wurde festgehalten, dass eine Rettungsleitstelle unabhängig von den Leistungserbringern und für einen größeren Rettungsdienstbereich zuständig sein muss. Sie sollte als integrierte Leitstelle im Sinne der Zusammenfassung medizinischer Dienste (Notfallrettung und kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) geführt werden – in zweiter Linie ist erst an die Integration des Brandschutzes gedacht. Die Mitarbeiter der Rettungsleitstelle sollten spezifisch aus- und fortgebildet werden (Stichwort: „Berufsbild Leitstellendisponent“, intermittierender Einsatz der Leitstellendisponenten auch im Rettungsdienst).

Hauptaufgabe des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD) ist das medizinische Qualitätsmanagement –erforderlich hierfür ist Sachkompetenz, Unabhängigkeit vom Leistungserbringer und Weisungsbefugnis gegenüber dem im Rettungsdienst eingesetzten ärztlichen und nichtärztlichen Personal. Der Aufgabenbereich schließt die Qualitätssicherung der Rettungsleitstelle ein. Der ÄLRD ist fachlicher Berater der für den Rettungsdienst verantwortlichen Ministerien. Ohne differenzierte, möglichst bundeseinheitliche Dokumentationssysteme (DIVI Notarzteinsatzprotokoll) ist medizinisches Qualitätsmanagement nicht denkbar.

2. Leinsweiler Gespräche 18.-19. Juli 1997

Themenschwerpunkte waren Struktur und Aufgaben der Rettungsleitstelle und die Musterweiterbildungsordnung für eine Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ (siehe Internet agswn).

Ergebnisse der Diskussion zur Struktur der Rettungsleitstelle aus den 1. Leinsweiler Gesprächen wurden aufgegriffen und anhand der Schlussfolgerungen des interdisziplinären Workshops „Leitstelle“ des Institut für Rettungsdienst des DRK diskutiert. Hierbei wurde festgehalten, dass

eine integrierte Leitstelle alle nichtpolizeilichen dringlichen Hilfeersuchen einer Region erfassen und unter der bundeseinheitlichen Notrufnummer 112 erreichbar sein muss. Der Träger der Leitstelle sollte grundsätzlich ein hoheitlicher Träger sein, die Durchführung des Leitstellendienstes jedoch an verschiedene Betreiber delegierbar sein. Die Kosten der Rettungsleitstelle sind nach dem Verursacherprinzip zuzuordnen und im Bereich der Notfallrettung als Kosten des Rettungsdienstes über die Kostenträger abzurechnen.

Nachdem auf dem Deutschen Ärztetag 1996 der Vorschlag einer Musterweiterbildung für eine Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ keine Mehrheit gefunden hatte, wurde in Leinsweiler eine Musterweiterbildungsordnung überarbeitet und zur weiteren Beratung an die zuständigen Gremien weitergeleitet.

3. Leinsweiler Gespräche 11.-17. Juli 1998

Themenschwerpunkte waren die Zusammenarbeit zwischen Notfallrettung und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst sowie der Aufgabenbereich des Ärztlichen Leiters Notarztstandort (siehe Internet agsw).)

Basierend auf Überlegungen von Prof. Ahnefeld zur Neustrukturierung der ärztlichen Hilfe in Notfallsituationen wurde eine Differenzierung in Notfälle, Akutfälle und Krankheitsfälle vorgenommen und den Aufgabenbereichen von Notarztendienst und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst differenziert zugeordnet. Voraussetzung für eine derartige Neustrukturierung der präklinischen Notfallversorgung ist die integrierte Leitstelle unter Einbindung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Die organisatorische Verantwortung für einen Notarztstandort trägt der Ärztliche Leiter Notarztstandort (ÄLNA) mit den Aufgaben der Sach- und Fachaufsicht über das eingesetzte Personal, der Verantwortung für die Aus- und Fortbildung und der Unterstützung des ÄLRD im standortbezogenen medizinischen Qualitätsmanagement.

Zudem wurde die weitere Entwicklung bei der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ in Anlehnung an die Ergebnisse der Vorjahresveranstaltung besprochen und die weitere Vorgehensweise abgestimmt.

4. Leinsweiler Gespräche 25.-26. Juni 1999

Die 4. Leinsweiler Gespräche (1) –erstmals unter Mitverantwortung der band- standen unter dem Leitwort: „Probleme der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland“ und fassten schlagwortartig die aktuellen notfallmedizinischen Diskussionsthemen zusammen:

- Leistungen des Rettungsdienstes sind vordringlich medizinische Leistungen –eine entsprechende Änderung im SGB V sollte schnellstmöglich erfolgen.
- Die kassenärztlichen Vereinigungen erfüllen einen Teil ihres Versorgungsauftrages nur unzureichend, weil dringliche Hausbesuche vor allem während der Sprechstundenzeit häufig auf den Notarztendienst abgeschoben werden –dies kann nur durch eine enge Verzahnung beider Dienste (Stichwort: integrierte Leitstelle), ggfs. festgeschrieben im SGB V geändert werden.
- Das ärztliche Primat bei der Notfallversorgung manifest oder potentiell vitalbedrohter Patienten ist unverzichtbar. Mit verbesserter Aus- und Fortbildung können den Rettungsassistenten umfangreichere Aufgaben zugewiesen werden.
- Die Hilfsfrist als organisatorische Planungsgröße umfasst das Zeitintervall vom Eingang der Notfallmeldung in der Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen des ersten geeigneten Rettungsmittels am Notfallort (öffentliche Straße) und ist vom medizinisch relevanten „therapiefreien Intervall“ (Eintritt des Notfalls bis Beginn suffizienter Hilfe) zu unterscheiden.

5. Leinsweiler Gespräche 17.-18. Juni 2000

Themenschwerpunkte (2) waren das ärztliche Primat in der Notfallmedizin und Zeitdefinitionen im Rettungsdienst, womit Themen des Vorjahres aufgegriffen und vertieft wurden.

Zunächst wurden Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Berufsbildes „Rettungsassistent“ diskutiert und dabei die Erweiterung der Ausbildungszeit auf 3 Jahre, die Umstrukturierung der Ausbildung auf ein alternierendes System mit Wechsel von theoretischen und praktischen Ausbildungsabschnitten und Staatsexamen am Ende der Ausbildungszeit, die Fortschreibung der bundesweit einheitlichen Ausbildungsordnung, die Aufhebung langfristig geltender

„Übergangsregelungen“ nach § 8 RettAssG und die flächendeckende Einführung der Institution des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst gefordert. Weiter wurden Aufgabenfelder der Ärzte in der präklinischen Patientenversorgung wie im medizinisch-organisatorischen Bereich (ÄLRD, LNA, ÄLNA) diskutiert.

Die Überlegungen zu „Zeitdefinitionen im Rettungsdienst“ zielten auf eine einheitliche Definition und Umsetzung der für die Notfallversorgung wichtigen Zeitspannen. Insbesondere die „Hilfsfrist“ als planerische Größe soll sämtliche Zeiten erfassen, die der organisierten Einflussnahme durch den Rettungsdienst zugänglich sind.

6. Leinsweiler Gespräche 08.-09. Juni 2001

Themenschwerpunkte (3) waren das medizinische Qualitätsmanagement im Rettungsdienst und Zukunftsperspektiven für die Luftrettung.

Möglichkeiten zur Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wurden diskutiert und hierbei insbesondere eine bundeseinheitliche Datenerfassung aller Notfalleinsätze (auch der nicht arztbegleiteten) auf den DIVI-Protokollen, eine Aktualisierung des Mindestdatensatzes Notfallmedizin, eine Ausdehnung der rettungsdienstlichen Datenerfassung auf Leitstelle und Zielklinik (Schnittstellenproblematik) und insbesondere eine Datenauswertung der präklinischen Versorgung bei bestimmten Zieldiagnosen angemahnt. Kosten des Qualitätsmanagement sind Kosten des Rettungsdienstes.

Für den Bereich der Luftrettung wurde festgestellt, dass eine länderübergreifende Weiterentwicklung des bestehenden Netzes mit bedarfsgerechter Festlegung der Standorte dringend erforderlich ist. Auf integrative Konzepte mit dem Einsatz von Mehrzweckhubschraubern für Primäreinsätze wie Intensivverlegungen sollte zukünftig gesetzt werden. Zudem ist über eine Ausdehnung der Einsatzbereitschaft der Luftrettung in die Nacht und über eine Verlagerung des Aufgabenspektrums von der ausschließlich den bodengebundenen Rettungsdienst ergänzenden Funktion zu einer das Einsatzgebiet primär abdeckenden Funktion nachzudenken. Dies kann nur in enger Kooperation mit dem bodengebundenen Rettungsdienst und unter wissenschaftlicher Begleitung –etwa durch small area Analysen aller rettungsmittel einer Region- umgesetzt werden.

7. Leinsweiler Gespräche 05.-06. Juli 2002

Leitthema der 7. Leinsweiler Gespräche (4) war die Personalentwicklung im Rettungsdienst – sowohl im nichtärztlichen wie ärztlichen Bereich.

Die Aktualität dieser Thematik ergab sich zum einen aus dem sich immer stärker abzeichnenden Ärztemangel, der auch auf den Notarztendienst Auswirkungen hat, zum anderen aus den konkreten Entwicklungen bei der Novellierung des Rettungsassistentengesetzes.

Wichtiges Ergebnis der Diskussion war das Statement, dass ein evtl. nur passagerer Mangel an Ärzten kein Alibi für eine Qualitätsabsenkung in der Notfallversorgung sein darf. Da zukünftig weniger Notärzte vermehrt für komplexere Notfallsituationen eingesetzt werden müssten, sei eine erhebliche Qualifikationssteigerung erforderlich. Auch im Bereich der Rettungsassistenten sei eine erhebliche Qualifikationssteigerung durch die in der Novellierung des Rettungsassistentengesetzes ins Auge gefassten dreijährigen Ausbildung (entsprechend den Forderungen der Leinsweiler Gespräche der Vorjahre) umzusetzen, damit zusätzliche Aufgaben auch adäquat gelöst werden könnten. Das ärztliche Primat in der Notfallmedizin wurde nochmals betont.

8. Leinsweiler Gespräche 04.-05. Juli 2003

Themenschwerpunkte (5) waren Konzepte zur Reduktion des therapiefreien Intervalls sowie Überlegungen zur Neuordnung des erweiterten Rettungsdienstes – Katastrophenschutzes.

Zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls ist eine breite Ausbildung der Laien in Erster-Hilfe essentiell. Diese Ausbildung sollte sich inhaltlich auf Maßnahmen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen (Notruf, stabile Seitenlage, Basisreanimation inklusive AED und Schockbekämpfung) beschränken. Mit Erste-Hilfe-Unterricht sollte in Kindergarten und Schule früh begonnen werden, häufige Wiederholungen sind wichtig. Die Ausbildungskonzepte müssen ideenreich die Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen berücksichtigen. Ein modularer Aufbau der Ausbildung ist sinnvoll. In der Öffentlichkeit muss ein Bewusstsein für Laienhilfe als selbstverständlicher Bestandteil des täglichen Miteinanders geschaffen werden –die mediale Präsenz der Thematik sollte in unserer Mediengesellschaft verstärkt werden.

Die regionalen rettungsdienstlichen Strukturen und die Prozessqualität müssen von dem verantwortlichen ÄLRD untersucht werden, um auf der Basis dieser Ergebnisse die Notwendigkeit und den Nutzen einer Ergänzung des Rettungsdienstes durch First-responder-Systeme zu identifizieren. Hieraus ergibt sich das Einsatzspektrum und die Einsatzindikation für das örtliche First-responder-System mit konsekutiven Vorgaben für die Ausbildung und die Ausrüstung des Systems. Insbesondere ist die Optimierung vorhandener Strukturen (z.B. Ausrüstung von KTWs mit AED-Geräten, Frühdefibrillationsprogramme) und der Rückgriff auf kompetente Partner (niedergelassene Ärzte, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Polizei) in Betracht zu ziehen. First-responder-Systeme ergänzen den Rettungsdienst, können ihn jedoch keinesfalls ersetzen und verändert die Verpflichtung zur Einhaltung der gesetzlich vorgegebenen Hilfsfrist durch den Rettungsdienst nicht.

Die veränderte Bedrohungslage durch mögliche terroristische Angriffe zwingt zu einer Neustrukturierung des erweiterten Rettungsdienstes / Katastrophenschutzes unter Einbeziehung spezieller Kräfte (z.B. ABC-Abwehr). Die Erstversorgung auch beim Massenansturm von Verletzten / Erkrankten erfolgt durch Rettungsdienst und Feuerwehr. Diese sind deshalb mit geeigneten Reservekapazitäten auszustatten, die zum erweiterten Rettungsdienst gehören. Ein eng verzahnte Zusammenarbeit mit den Einheiten des Katastrophenschutzes, insbesondere die Arbeit der Führungsstrukturen beider Systeme muss regelmäßig geübt werden. Ausbildung und Grundstruktur der Einheiten muss sich nach dem wahrscheinlichsten Szenario und auf eine zu bewältigende Schadensgröße (50-100 Betroffene/Landkreis, 500-1.000 betroffene in Metropolen) richten –größere Ereignisse müssen durch Rückgriff auf benachbarte Einheiten überregional bewältigt werden. Für spezielle Schadensfälle sind überregional Spezialeinheiten („task-forces“) vorzuhalten.

Literatur

1. Schlechtriemen T, Altemeyer KH: **Probleme der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. 4. Leinsweiler Gespräche der agswn gemeinsam mit der band 25.-26.06.1999.** Notfall Rettmed 2 (1999): 382-386
2. Schlechtriemen T, Altemeyer KH: **Primat in der Notfallmedizin – Zeitdefinitionen Im Rettungsdienst. 5. Leinsweiler Gespräche der agswn 17-18.06.2000.** Notfall Rettmed 3 (2000): 375-380
3. Schlechtriemen T, Stratmann D, Altemeyer KH: **Qualitätsmanagement im Rettungsdienst – Luftrettung: Konzepte für die Zukunft. 6. Leinsweiler Gespräche der agswn in Zusammenarbeit mit der band 08.-09. Juni 2001.** Notfall Rettmed 5 (2002): 47-53
4. Ruppert M, Reeb R, Ufer MR, Stratmann D, Altemeyer KH: **Personal im Rettungsdienst – brauchen wir neue Konzepte ? Bericht über die 7. Leinsweiler Gespräche am 05. und 06. Juli 2002.** Notfall Rettmed 5 (2002): 375-379
5. Schlechtriemen T, Lackner CK, Moecke HP, Stratmann D, Altemeyer KH: **Flächendeckende Notfallversorgung – Sicherstellung mit welchen Strukturen ? 8. Leinsweiler Gespräche der agswn in Zusammenarbeit mit INM, IfN und band 04.-05. Juli 2003.** Notfall Rettmed 6 (2003): in press