

Redaktion

P. Herrmann, *Heidelberg*
B. Wolcke, *Mainz*

T. Schleichriemen · K.H. Altemeyer

Klinik für Anästhesiologie (Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie), Klinikum Saarbrücken

Primat in der Notfallmedizin – Zeitdefinitionen im Rettungsdienst

5. Leinsweiler Gespräche der agsw n e.V., 17.-18.06.2000

Die 5. berufspolitische Tagung der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (agswn e.V.) in Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND e.V.) beschäftigte sich mit der Thematik „Primat in der Notfallmedizin, Zeitdefinitionen im Rettungsdienst“. Teilnehmer waren Vertreter der für die Notfallrettung zuständigen Ministerien der Länder, der Kostenträger, der Bundesärztekammer, der Hilfsorganisationen sowie der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte (Tabelle 1).

Zu Beginn der Gesprächsrunde stellte W.F. Dick, Mainz, die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Primat im Rettungsdienst“ der „Ständigen Konferenz für den Rettungsdienst“ vor. Ergänzt wurden seine Ausführungen durch Referate von K. Rungaldier, Köln, zu Zukunftsperspektiven des Berufsbildes Rettungsassistent sowie von B. Dirks, Ulm, und M. Lipp, Mainz, zu zukünftigen Aufgaben der Ärzte im Rettungsdienst. Abgerundet wurde die Referatsreihe durch Ministerialrat P. Hennes, Mainz, der als Vorsitzender des Ausschusses „Rettungswesen“ über die Vorstellungen der Bundesländer zu zukünftigen Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen im Rettungsdienst referierte.

In der anschließenden, zum Teil kontrovers geführten Diskussion konnten die nachfolgend beschriebenen Entwicklungsmöglichkeiten in der Notfallmedizin herausgearbeitet werden.

Entwicklung des Berufsbildes „Rettungsassistent“

Tätigkeitsmerkmale des Rettungsassistenten, die dieser im Sinne einer Regelkompetenz als infolge seiner Aus- und Fortbildung vorweggenommene Delegation ärztlicher Tätigkeiten wahrnehmen kann, könnten zukünftig sein:

- Anlage eines peripheren Zuganges und Infusion kristalloider Lösungen,
- erweiterte lebensrettende Sofortmaßnahmen inklusive Defibrillation mit automatischen externen Defibrillatoren und Intubation ohne Medikamentengabe,
- Gabe definierter Medikamente in definierten Notfallsituationen, zum Beispiel:
 - intramuskuläre Applikation von niedrigdosiertem Ketamin bei starken Schmerzen,
 - endobronchiale Medikation mit Adrenalin beim Herz-Kreislauf-Stillstand,
 - intramuskuläre Gabe von Adrenalin bei anaphylaktischen Reaktionen,
 - intravenöse Glukosesubstitution bei Hypoglykämie,
 - inhalative Gabe von β_2 -Mimetika.

Die genannten Tätigkeiten können vom Rettungsassistenten in Regel- (Eigen)kompetenz zur Überbrückung des Zeitintervalls bis zum Eintreffen des

gleichzeitig oder nachalarmierten Notarztes durchgeführt werden.

„Eine Erweiterung der Not- zur Regelkompetenz des Rettungsassistenten ist nur bei entsprechender Ausbildung sinnvoll.“

Dem Notarzt weiterhin vorbehalten, bleibt die Festlegung der Diagnose sowie die Therapie komplexer Notfallbilder, so insbesondere

- Analgosedierung und Narkose (insbesondere die Anwendung von Opiaten, Hypnotika und Muskelrelaxantien),
- differenzierte Beatmung mit Respiratoren,
- Kardioversion und EKG-gestützte medikamentöse Therapie von Arrhythmien,
- intravenöse Medikation komplexer Krankheitsbilder (z. B. Gabe von Antihypertensiva, Lysemedikamente, Antidota),
- Anlage zentralvenöser und intraossärer Zugänge,
- Volumenersatz mit kolloidalen Lösungen,

Dr. Th. Schleichriemen

Klinik für Anästhesiologie (Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Klinikum Saarbrücken,
Postfach 102629, 66026 Saarbrücken

- Anlage von Thoraxdrainagen, externen Schrittmachern und Durchführung von Koniotomien.

Eine Erweiterung der Not- zur Regelkompetenz des Rettungsassistenten ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn durch eine entsprechende Ausbildung die Grundlagen hierfür gelegt sind. Dies beinhaltet die nachfolgenden Punkte.

1. Erweiterung der Rettungsassistentenausbildung auf 3 Jahre

Durch diese Maßnahme würde nicht nur Zeit geschaffen, durch Integration zusätzlicher Ausbildungsmodulen die theoretischen Voraussetzungen und praktischen Fähigkeiten zum Ausbau der Eigenkompetenz in oben beschriebenem Umfang zu schaffen, es fände sich auch mehr Zeit zur Abhandlung technischer und taktischer Unterrichtseinheiten, die in der rettungsdienstlichen Praxis zunehmende Bedeutung erhalten. Beispiele hierfür wären die Kooperation mit den Feuerwehren im Rahmen des patientengerechten Rettens oder die Beteiligung des Rettungsdienstes bei Großschadensereignissen. Spezielle Unterrichtseinheiten könnten die Qualifikation für die Tätigkeit in der Rettungsleitstelle erhöhen.

Ein weiterer wichtiger Vorteil einer 3-jährigen Ausbildung wäre die damit erfolgende Integration des Berufsbildes „Rettungsassistent“ in das allgemeine dreijährige Ausbildungskonzept der Fachberufe im Gesundheitswesen. Der soziale Status der Rettungsassistenten würde erhöht, der Wechsel zwischen den einzelnen Fachberufen wäre leichter möglich. Letzteres ist insbesondere ein wichtiger Aspekt für ältere Rettungsassistenten, die aus gesundheitlichen Gründen den Belastungen ihres Berufes nur noch eingeschränkt gewachsen sind. Vielfach erfolgt eine Berentung ab dem 50. Lebensjahr, das Berufsbild hat somit den Charakter eines „Sackgassenberufes“.

2. Aufhebung der Trennung nach RettAssG zwischen den Ausbildungsjahren und Verlegung der staatlichen Prüfung an das Ausbildungsende

Der häufigere Wechsel zwischen theoretischen Ausbildungseinheiten und Ausbildungsblöcken an Lehrrettungswachen und Kliniken hat den Vorteil er-

Tabelle 1
Teilnehmer der 5. Leinsweiler Gespräche

Prof. Dr. Dr. F.-W. Ahnefeld	Universität Ulm
Prof. Dr. K.-H. Altemeyer	Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Saarbrücken
G. Batschak	Landesgeschäftsführer DRK Saarland
MR W. Brämswig	Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit von Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
T. Bublitz	VdAK, Siegburg
Prof. Dr. Dr. W.F. Dick	Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
Dr. Dr. B. Dirks	Leiter der Sektion Notfallmedizin, Universitätsklinik für Anästhesiologie, Universität Ulm
PD Dr. K. Ellinger	Oberarzt, Institut für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Universitätskliniken Mannheim
K. Enke	Rettungsdienstschule der Johanniter Unfallhilfe, Ronnenberg
B. Faehrmann	AOK-Bundesverband, Bonn
B. Falk	ADAC-Luftrettung GmbH, München
Dr. W. Fuchs	Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Kreiskrankenhaus Germersheim
Dr. B. Gorgaß	Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, St. Lukas-Klinik, Solingen
Dr. A. Henn-Beilharz	Oberarzt, Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Katharinenhospital, Stuttgart
MR Dr. P. Hennes	Ministerium für Inneres und Sport, Rheinland-Pfalz, Mainz
Dr. H.-J. Hennes	Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
Dr. F.-J. Hensel	Bundesärztekammer, Dezernat Notfallmedizin, Köln
Dr. H. Hörting	Oberarzt, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, St. Elisabeth Krankenhaus, Ravensburg
Dr. K. Jörg	Facharzt für Allgemeinmedizin und Vorsitzender des saarländischen Ärzteverbandes
Dr. B. Koch	Leiter des Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes
Dr. Chr. Lackner	Geschäftsführer des Arbeitskreises Notfallmedizin und Rettungswesen an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
Prof. Dr. Dr. Lipp	Leitender Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
J. Lüsssem	Leiter Rettungsdienst der Johanniter Unfallhilfe, Berlin-Tiergarten
Dr. M. Meßelken	Oberarzt, Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Klinik am Eichert, Göppingen
Dr. Hp. Moecke	Leitender Arzt der Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Allgemeines Krankenhaus Barmbeck, Hamburg
Dr. H.R. Paschen	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Berufsfeuerwehr Hamburg
Dr. R. Reeb	Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Saarbrücken
Dr. K. Runggaldier	Leiter Rettungsdienst, Malteser Hilfsdienst, Köln
K.-H. Schindler	Geschäftsführer des Rettungszweckverbandes Saar
Dr. Th. Schleichriemen	Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Saarbrücken
C. Schmidt	Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes, Bonn
Prof. Dr. P. Sefrin	Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg
RegR R. Thome	Ministerium für Inneres und Sport des Saarlandes, Saarbrücken
S. Topp	Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes, Bonn

worbene theoretische Kenntnisse kurzfristig in der Praxis vertiefen zu können. Zudem erfordert eine derartige Ausbildung nach dem „dualen System“ – wie sie in fast allen anderen Ausbildungsberufen die Regel ist – eine enge Kooperation zwischen Schule, Lehrrettungswache und Klinik mit Rückkopplungsmöglichkeit der Schule auf die praktischen Ausbildungsabschnitte.

„Das «duale System» in der Ausbildung bietet eine engere Vernetzung von Theorie und Praxis.“

Für den Auszubildenden hat das „duale System“ den Vorteil, dass ihm von Seiten der Ausbildungsstätte eine Gesamtausbildung unter Integration der praktischen und klinischen Ausbildungsabschnitte angeboten werden muss, und er nicht nach Abschluss der theoretischen Ausbildung bei der Suche geeigneter Lehrrettungswachen und Kliniken alengelassen wird.

Die Verlegung der staatlichen Prüfung an das Ende der Ausbildung birgt den Vorteil, dass mit Bestehen der Prüfung – entsprechend anderer Ausbildungsberufen – auch die Berufsausbildung abgeschlossen ist und die Berufsbezeichnung geführt werden darf.

3. Bundeseinheitliche Ausbildungsordnungen mit hohem Qualitätsanspruch

Ein bundeseinheitliches Ausbildungskonzept nach einheitlichen, hohen Qualitätsmaßstäben ist aufgrund der Verantwortung, die Rettungsassistenten in ihrem Berufsalltag übernehmen, unabdingbar. Hierzu gehören auch – analog zu den anderen Fachberufen im Gesundheitswesen – adäquate Eingangskriterien für das Berufsbild („Mittlere Reife“ oder Hauptschulabschluss und abgeschlossene Berufsausbildung) sowie ein Abschluss der Ausbildung mit Staatsexamen.

4. Aufhebung des „Durchstieges“ nach § 8 RettAssG

Die hohen Qualitätsansprüche an das Berufsbild „Rettungsassistent“ lassen in Zukunft eine Verkürzung der Ausbildung durch Nutzen von „Übergangsregelungen“ nicht zu. Konsequenz hieraus ist, dass eine derartige Ausbildung nur

im Ausnahmefall ehrenamtlich und berufsbegleitend absolviert werden kann. Ähnliche Entwicklungen in anderen Fachberufen des Gesundheitswesens – etwa bei Krankenschwestern/-pflegern vor Jahrzehnten – haben zu einer deutlichen Professionalisierung in den entsprechenden Arbeitsbereichen geführt.

5. Flächendeckende Einführung der Institution des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst

Rettungsdienst ist – zumindest im Bereich der Notfallrettung – eine medizinische Leistung. Die fachliche Aufsicht kann, ähnlich wie bei anderen Fachberufen im Gesundheitswesen, nur durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) erfolgen. Dieser ist absolute Voraussetzung für die oben genannte Erweiterung der Kompetenz von Rettungsassistenten.

Zukünftige Aufgaben der Ärzte im Rettungsdienst

Medizinischer Bereich

Ärztliche Arbeitsfelder in der Notfallmedizin werden sich zukünftig sowohl im medizinischen Bereich, als auch im medizinisch-organisatorischen Bereich erweitern. So stellte M. Lipp in seinem Referat einige Entwicklungen im medizinischen Bereich in Aussicht:

- Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten durch präklinisch einsetzbare bildgebende Verfahren (z. B. Sonographie) oder umfangreichere Labordiagnostik (z. B. beim Myokardinfarkt). Verbesserte Kommunikationstechnologien lassen durch Übertragung präklinischer Befunde in die Klinik die frühzeitige Integration klinischer diagnostischer Möglichkeiten zu und ermöglichen, dass sich die Zielklinik auf den Notfallpatienten schon vor dessen Eintreffen detailliert vorbereiten kann.
- Erweiterung des präklinischen therapeutischen Spektrums (z. B. Lyseverfahren, invasive CPR-Verfahren, differenziertes Beatmungsregime). Mit Ausbau der Therapieverfahren werden intensives Training und Qualitätsmanagement der eingesetzten Techniken zunehmende Bedeutung erhalten.

- Erweiterung der medizinisch-organisatorischen Kompetenz des Notarztes vor Ort. Der Beginn spezieller Therapieformen am Notfallort erfordert eine enge Kooperation mit den Zielkliniken mit detaillierten Kenntnissen über deren Therapiekonzepte und -möglichkeiten. Klinisches und präklinisches Qualitätsmanagement müssen durch Vernetzung der Dokumentation und Evaluierung der eingesetzten Therapieverfahren in präklinisch-klinische Studien miteinander verbunden werden.

Medizinisch-organisatorischer Bereich

Im medizinisch-organisatorischen Bereich sind nach B. Dirks die folgenden ärztliche Tätigkeitsfelder sinnvoll und in einigen Rettungsdienstbereichen auch bereits eingeführt.

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD). Ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst hat nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer [1] die medizinisch organisatorische Verantwortung für einen Rettungsdienstbereich. In der Diskussion des Aufgabenspektrums des ÄLRD wurden insbesondere folgende Aspekte betont:

- Notfallmedizin ist eine medizinische Aufgabe und muss daher unter Verantwortung eines Arztes erfolgen. Diese beinhaltet insbesondere das medizinische Qualitätsmanagement zur Qualitätskontrolle der erbrachten medizinischen Leistungen sowie zur Optimierung von Handlungsabläufen (ärztliche Planungsverantwortung). Letztere beinhaltet auch eine Mitverantwortung für die ökonomische Effektivität der Notfallmedizin (z. B. Einbringen von Sachkompetenz bei der Fahrzeugausstattung, oder Medikamentenbestückung).
- Mit Erweiterung der Kompetenzen des Rettungsassistenten (s. oben) ist eine kontinuierliche Fachaufsicht mit Verantwortung für die Aus- und Fortbildung der Rettungsassistenten notwendig. Diese Fachaufsicht erstreckt sich insbesondere auch auf die Rettungsleitstelle (medizinische Aus- und Fortbildung des Personals, Optimierung von Dispositionsabläufen aus ärztlicher Sicht im Sinne eines Qualitätsmanagements).

- Um die genannten Aufgaben erfüllen zu können, muss der ÄLRD unabhängig arbeiten können und nur dem Träger des Rettungsdienstes gegenüber verantwortlich sein. Er muss in medizinischen Fragestellungen den in seinem Verantwortungsbereich arbeitenden nichtärztlichen Mitarbeitern weisungsbefugt sein, den ärztlichen Mitarbeitern im medizinisch-organisatorischem Bereich.

Ärztlicher Leiter Notarztstandort. Ein Ärztlicher Leiter Notarztstandort hat die Sach- und Fachaufsicht über den Notarzteinsatzdienst eines Standortes. Diese Aufgaben implizieren eine Weisungsbefugnis gegenüber allen eingesetzten Notärzten, der Ärztliche Leiter Notarztstandort muss eine entsprechend verantwortliche Stellung im Standortkrankenhaus haben und vom Krankenhausträger in Abstimmung mit dem Träger des Rettungsdienstes bestimmt werden. In der Diskussion wurde betont, dass gerade bei interdisziplinären Systemen, bei denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen oder gar verschiedener Kliniken in den Notarzteinsatzdienst eines Standortes eingebunden sind, die erst Bestellung des Ärztlichen Leiter Notarztstandort durch den Krankenhausträger eine suffizient ausgeübte Sach- und Fachaufsicht unabhängig von den innerklinischen Verantwortungsstrukturen ermöglicht.

Leitender Notarzt (LNA). Der Leitende Notarzt tritt nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer [2, 3] als medizinischer Einsatzleiter beim Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten auf.

Die genannten ärztlichen Funktionen haben sich in den einzelnen Rettungsdienstbereichen nur zum Teil durchge-

setzt. Die Angst vor zusätzlichen Kosten oder Reglementierung überdeckt die Chance, präklinische Handlungsabläufe im Sinne eines Qualitätsmanagement zu optimieren. Dies hat nicht nur Vorteile im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung, sondern wird auch dazu beitragen, die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen bestmöglich zu nutzen.

„Die Angst vor zusätzlichen Kosten oder Reglementierung überdeckt die Chance, präklinische Handlungsabläufe zu optimieren.“

P. Hennes betonte in seinem Referat zu den Zukunftsentwicklungen der Notfallmedizin, dass aus der Sicht des Ausschusses „Rettungswesen“ die dreijährige Ausbildung der Rettungsassistenten zu begrüßen sei – insbesondere um eine horizontale Mobilität innerhalb der Fachberufe im Gesundheitswesen zu erreichen und die Ausbildungszeit dem Verantwortungsbereich des Rettungsassistenten anzupassen. Eine derart veränderte Ausbildungszeit bedeutet aus der Sicht der Länder jedoch eindeutig einen Ausbau der Kompetenzen des Rettungsassistenten (entsprechend seines verbesserten Ausbildungsstandes).

Für den Ausschuss „Rettungswesen“ ist die Qualifikation der Leitstellenmitarbeiter verbesserungsbedürftig. Notarztindikationslisten – wie beispielsweise in Rheinland-Pfalz und im Saarland erarbeitet und eingeführt – sollen Dispositionsentscheidungen nachvollziehbarer machen, spezielle Aus- und Fortbildungen die Mitarbeiter weiter qualifizieren und der ÄLRD seine Sachkompetenz im Sinne eines Qualitätsmanagements der Leitstelle mit einbringen. Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst

sollte durch integrierte Leitstellen und den Aufbau von Notfallpraxen in ein Gesamtkonzept der präklinischen Notfallversorgung mit eingebunden werden.

Aus diesem Grunde befassten sich die Leinsweiler Gespräche in einem 2. Themenblock mit den zukünftigen Möglichkeiten des Zusammenwirkens von kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und Notarzteinsatzdienst in der präklinischen Notfallversorgung.

Aufgaben des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Notfallversorgung

Rechtliche Grundlagen (K. Jörg, Saarbrücken)

Nach § 72 SGB V sind die Vertragsärzte zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung rund um die Uhr verpflichtet. Für den einzelnen Vertragsarzt besteht die Pflicht zur Versorgung der Patienten, mit denen ein Behandlungsvertrag abgeschlossen wurde. Besteht kein Behandlungsvertrag, ist durch die kassenärztliche Vereinigung (KV) die Versorgung sicherzustellen.

Für den vertragsärztlichen Notdienst sind in den einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche rechtliche Regelungen insbesondere mit unterschiedlichen Zuständigkeiten (KV oder Ärztekammer) getroffen worden, weswegen eine bundeseinheitliche Regelung der Zusammenarbeit mit dem Notarzteinsatzdienst erschwert wird.

Akutfälle während der Sprechstundenzeiten

Die kassenärztliche Versorgung von Akutfällen (akute, nicht lebensbedrohliche Erkrankungen) während der Sprechstundenzeiten ist unproblematisch, wenn sie in den Praxisräumen stattfinden kann. Sie ist dann problematisch, wenn sie außerhalb der Praxis mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit erfolgen muss. Besonders kritisch sind hier Stoßzeiten in der Patientenversorgung in der Praxis (z. B. Montagmorgen, Mittagszeit), innerhalb derer es sich aus ökonomischen Gründen fast kein niedergelassener Arzt leisten kann, zur Versorgung eines Akutfalles im häuslichen Bereich des Patienten seine Praxis zu verlassen.

Ärztliche Tätigkeitsfelder im medizinisch-organisatorischen Bereich

- **Ärztlicher Leiter Rettungsdienst.** Er hat nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer die medizinisch-organisatorische Verantwortung für einen Rettungsdienstbereich.
- **Ärztlicher Leiter Notarztstandort.** Er hat die Sach- und Fachaufsicht über den Notarzteinsatzdienst eines Standortes.
- **Leitender Notarzt.** Er tritt nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer [2, 3] als medizinischer Einsatzleiter beim Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten auf.

So erfolgt die Versorgung von Akutfällen in dieser Zeit in nicht unerheblichem Maße durch den Notarztendienst. Notwendige Folgerung zur Verbesserung dieses Zustandes wäre die Einführung eines kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes auch während der Sprechstundenzeiten. Aus der Diskussionsrunde wurde festgestellt, dass allein der enger werdende Arbeitsmarkt die Anmeldung von Notfallpraxen über Sonderbedarf an vielen Orten begünstigen und so die Notfallversorgung verbessern wird.

Akutfälle in der Sprechstundenfreien Zeit

In der Sprechstundenfreien Zeit wird die Notfallversorgung in der Regel über einen kollegialen Bereitschaftsdienst sichergestellt. Probleme ergeben sich hierbei in folgenden Punkten:

1. Gehfähige Patienten müssen die Praxis des jeweils diensthabenden Kassenarztes suchen und weichen des öfteren auf die Ambulanzen von Krankenhäusern aus, deren Örtlichkeiten ihnen besser bekannt sind. Lösungsmöglichkeit wäre der Aufbau von Notfalldienstzentralen in zentraler Lage oder Notfalldienstpraxen an Krankenhäusern als feste Anlaufstelle für die Patienten. Die an Krankenhäusern angelehnten Notfalldienstpraxen könnten die Ressourcen des Krankenhauses (Röntgendiagnostik, Ultraschall, Laborleistungen, konsiliarische Untersuchungen) nutzen – auch wenn, wie einige Diskussionsteilnehmer einwandten, dadurch die Arbeitsbelastung der Krankenhausmitarbeiter gerade in den Bereitschaftsdiensten ansteigt. Eine bedenkenswerte Alternative wäre die Anbindung von Notfalldienstpraxen an Rettungswachen. In der Diskussion wurde jedoch darauf hingewiesen, dass der Rettungsdienst nicht als Transportdienst zu Notfalldienstpraxen missbraucht werden darf um, wenn ein Transport mit einem Taxi vom Krankheitsbild her möglich ist.
2. Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst soll die Versorgung von Akutfällen sicherstellen, der Notarztendienst die Versorgung von Notfällen. Hieraus ergibt sich eine unterschiedliche Reaktionszeit beider Systeme, die von Teilen der Bevölkerung jedoch nicht akzeptiert wird. Dies hat zur Folge, dass dann,

wenn der kassenärztliche Bereitschaftsdienst nicht sofort nach Eingang der Krankheitsmeldung zum Patienten kommen kann, dieser oder seine Angehörigen parallel den Notarzt alarmieren. Da die Alarmierung beider Dienst zu meist über unterschiedliche Leitstellen erfolgt, wird die Parallelalarmierung nicht erkannt und es fahren unter Umständen beide Versorgungssysteme parallel an. Dieser Mißstand könnte durch flächendeckend arbeitende integrierte Leitstellen behoben werden.

3. Die Alarmierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgt in der Regel über eine in der regionalen Presse veröffentlichte Notrufnummer. Diese ist regional unterschiedlich und nicht ortsansässigen Patienten in der Regel nicht bekannt. In Stoßzeiten ist diese Nummer unter Umständen besetzt. In einigen Bereichen wechselt die Nummer entsprechend dem Wechsel der jeweils diensthabenden Praxis – unter Umständen bei Dienstaustausch nach Redaktionsschluss der lokalen Medien noch kurzfristig. Um diese Probleme zu reduzieren, ist die Einführung einer zentralen Telefonnummer (möglichst überregional einheitlich) mit Rufweiterschaltung an den jeweiligen Diensthabenden sinnvoll, noch besser ist die Alarmierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes über eine integrierte Leitstelle.

Mit Wahl der Notrufnummer entscheidet der Patient über das Versorgungssystem

Unabhängig von der Sprechstundenzeit findet sich die Problematik, dass der betroffene Patient oder seine Angehörigen bereits mit Wahl der Notrufnummer entscheiden müssen, welches Versorgungssystem (kassenärztlicher Bereitschaftsdienst oder Notarztendienst) sie benötigen. Hiermit ist der Patient als medizinischer Laie vielfach überfordert. Folglich entstehen unnötige Zeitverzögerungen und Kosten, wenn der kassenärztliche Bereitschaftsdienst bei vitalbedrohenden Krankheitsbildern den Notarzt nachfordert oder der Notarzt Krankheitsbilder versorgt, die vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden könnten. Eine einheitliche Notrufnummer, die in einer integrierten Leitstelle aufläuft, nimmt die Dispositionsentscheidung dem Patienten ab und wird in den meisten Fällen – entspre-

chend dem Kenntnisstand über die Notfallsituation zum Zeitpunkt der Alarmierung – den adäquaten Notfalldienst zur Versorgung alarmieren.

Trennschärfe für die Disposition beider Notfalldienste erhöhen

Mit Einführung einer integrierten Leitstelle sehen vielen Vertragsärzte ihre freiberufliche Tätigkeit reglementiert. Eine ärztliche Leitung der integrierten Leitstelle durch den ÄLRD wird vehement eingefordert. In der Diskussion wird zu dieser Problematik angeführt, dass durch einen detaillierten Einsatzkatalog und eine umfangreiche Ausbildung der Leitstellendisponenten unter Verantwortung des ÄLRD die Trennschärfe für die Disposition beider Notfalldienste erhöht werden könnte.

„Mit Einführung einer integrierten Leitstelle sehen vielen Vertragsärzte ihre freiberufliche Tätigkeit reglementiert.“

Die dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zugeordneten Fälle könnten telefonisch an den diensthabenden Kassenarzt weitergegeben werden, der durch Rückruf beim Patienten über das weitere Prozedere (telefonische Beratung, Hausbesuch, Alarmierung des Notarztsystems) entscheidet. Der Leitstelle würde in einem solchen System Verantwortung abgenommen, die Patientenversorgung durch unmittelbaren telefonischen Kontakt zum diensthabenden Kassenarzt optimiert und die Verantwortung

Zusammenarbeit zwischen kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und Notarztendienst in der präklinischen Notfallversorgung. Forderungen aus der Diskussion:

- ▶ Einführung einer bundesweit einheitlichen Notrufnummer für alle medizinischen Notfälle.
- ▶ Aufbau integrierter Leitstellen (durch den ÄLRD überwacht).
- ▶ Aufbau von an Krankenhäuser (oder Rettungswachen) angebotenen Notfalldienstpraxen, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen und die Ressourcen des Krankenhauses nutzen.

des freiberuflichen Arztes für seine Patienten betont.

Vorteil einer derartigen Kooperation wäre eine höhere Effizienz der eingesetzten personellen wie finanziellen Möglichkeiten mit Reduktion der Fehleinsätze. Ganz entscheidend für die Umsetzung der genannten Ideen ist zum einen, dass die beteiligten Institutionen – insbesondere die kassenärztlichen Vereinigungen – bereit sind, über die Neuverteilung von Kompetenzen zu sprechen und dass die Kostenträger einem ausreichendem gemeinsamen Budget für die Notfallversorgung zustimmen könnten. Letzteres wäre zur Umsetzung vieler der genannten Überlegungen wichtig, da der Kassenarzt in seinem für Hausbesuche zur Verfügung stehenden Budget gedeckelt ist, der Notarztendienst jedoch nicht.

Zeitdefinitionen für die Notfallversorgung

Hilfsfrist und Sicherheitsniveau sind die entscheidenden Planungsparameter beim Aufbau einer rettungsdienstlichen Infrastruktur. Die von der Arbeitsgruppe „Hilfsfrist“ des Ausschusses Rettungswesen zusammengestellten Zeitdefinitionen [4] fasste H.-J. Hennes, Mainz, zusammen.

Hilfsfrist

Dies ist die Zeit vom ersten Aufrufen des Anrufes in der Leitstelle bis zum Eintreffen des geeigneten Rettungsmittels am Notfallort (öffentliche Straße). Sie ist ein guter Parameter zur Beurteilung der Strukturqualität im Rettungsdienst.

Therapiefreies Intervall

Das ist der Zeitraum zwischen Eintritt des schädigenden Ereignisses und dem Beginn der notfallmedizinischen Versorgung des Patienten. Es ist wichtig zur Bewertung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität (Effektivität und Effizienz) der notfallmedizinischen Patientenversorgung.

Die Bedeutung einer schnellstmöglichen adäquaten notfallmedizinischen Versorgung beispielsweise beim Herz-Kreislauf-Stillstand, beim Myokardinfarkt, bei der hypertensiven Krise, beim

Schlaganfall und nicht zuletzt bei schweren Traumen wird durch eine Vielzahl innerklinischer Studien und einer – trotz immer noch unzureichender präklinischer Datenerfassung und -auswertung – zunehmenden Zahl präklinischer Untersuchungen bestätigt.

Das therapiefreie Intervall

Aus medizinischer Sicht ist das therapiefreie Intervall entscheidend, das heißt der Zeitraum zwischen Eintritt des schädigenden Ereignisses und dem Beginn der notfallmedizinischen Versorgung des Patienten.

Der Zeitraum zwischen Eintritt des schädigenden Ereignisses und Abgabe der Notfallobermittlung (Patientenzeit) lässt sich in den meisten Fällen nur abschätzen und höchstens mittelbar beeinflussen – etwa durch Aufklärung der Bevölkerung über die Notwendigkeit, bei Eintreten bestimmter Symptome (Verdacht auf Herzinfarkt oder Schlaganfall) unverzüglich den Rettungsdienst zu alarmieren oder durch Intensivierung der Breitenausbildung in Erster Hilfe. Auch der Zeitraum, der vom Eintreffen des Rettungsmittels am Notfallort (Straße) bis zum Eintreffen am Patienten vergeht, ist durch organisatorische Maßnahmen des Rettungsdienstes zumeist nicht zu beeinflussen.

Die Hilfsfrist

Die Hilfsfrist sollte ausschließlich als Planungsgröße für die rettungsdienstliche Infrastruktur dienen. Sie bestimmt dabei die Anzahl der Rettungswachen und Notarztstandorte. Die Hilfsfrist ist die Zeit vom ersten Aufrufen des Anrufes in der Leitstelle bis zum Eintreffen des geeigneten Rettungsmittels am Notfallort (öffentliche Straße).

In den einzelnen Bundesländern wird – zumeist aus ökonomischen Gründen – die Hilfsfrist unterschiedlich definiert. Nur 4 Bundesländer legen in ihren entsprechenden Gesetzen oder den hierzu erlassenen Ausführungsbestimmungen die Hilfsfrist in der oben genannten Weise fest. Die Mehrheit (9 Bundesländer) lässt die Hilfsfrist erst mit Treffen der Einsatzentscheidung durch die Leitstelle (Notfallcharakter des Anrufes wird erkannt), ein weiteres Bundesland erst mit Einsatzvergabe (Alarmierung des Rettungsmittels) be-

ginnen und nimmt damit die Bearbeitungszeit der Leitstelle ganz oder teilweise aus der Hilfsfrist heraus. Zwei Bundesländer lassen die Hilfsfrist sogar erst mit der Meldung „ausgerückt“ des alarmierten Fahrzeuges beginnen und lassen damit zusätzlich die Ausrückzeit des Rettungsmittels unbeachtet.

„Die Hilfsfrist muss sämtliche Zeiten erfassen, die der organisatorischen Einflussnahme des Rettungsdienstes zugänglich sind.“

Um überhaupt bundesweit Ergebnisse präklinischer Untersuchungen untereinander vergleichen zu können, muss die planerische Größe der „Hilfsfrist“ einheitlich definiert und verwendet werden. Grundsätzlich hat die Hilfsfrist sämtliche Zeiten zu fassen, die der organisatorischen Einflussnahme des Rettungsdienstes zugänglich sind. Es erscheint besonders unklug, die Einsatzdisposition aus der Definition der Hilfsfrist herauszunehmen, nachdem dieser Zeitraum mit den geringsten finanziellen und personellen Aufwendungen verkürzt werden kann.

Qualitätsmanagement

Für das Qualitätsmanagement bleibt festzuhalten, dass die Hilfsfrist nach oben genannter Definition ein guter Parameter zur Beurteilung der Strukturqualität im Rettungsdienst ist. Zur Bewertung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität (Effektivität und Effizienz) der notfallmedizinischen Patientenversorgung muss jedoch das „therapiefreie Intervall“ Berücksichtigung finden.

Literatur

1. Moecke HP, Stratmann D (1995) Empfehlungen der Bundesärztekammer zum "Ärztlichen Leiter Rettungsdienst". Notarzt 11:99
2. (1988) Die Empfehlungen der Bundesärztekammer zum „Leitenden Notarzt“. Dtsch Ärztebl 85: B-349
3. (1992) Empfehlungen zur Institutionalisierung des „Leitenden Notarztes“ Nordrhein Ärztebl 17:692
4. Bericht der Arbeitsgruppe „Hilfsfrist“ des „Ausschuss Rettungswesen“, Handbuch des Rettungswesen Bd 3.