

Positionspapier zur Zukunft des Notarztdienstes in Deutschland

Deutschland hat ein seit vielen Jahren gewachsenes und in Europa und weltweit beispielhaftes notarztgestütztes und auch notarztbestimmtes Rettungssystem. Inhalt und Ziel der medizinischen Versorgung ist grundsätzlich die ärztliche Diagnosestellung und Behandlung des Patienten. Dieses Ziel steht nach der geltenden Rechtsprechung auch und besonders für Patienten in Notlagen. Nach den frühen Erfahrungen in der Notfallmedizin, die im wesentlichen in den 70-er Jahren noch eine Transportorganisation für Verletzte oder Erkrankte gewesen war, haben sich die medizinischen und volkswirtschaftlichen Erkenntnisse durchgesetzt, dass nur die medizinischen Therapie am Ort des Notfallgeschehens die Überlebens- und Heilungschancen der in Not geratenen Patienten verbessern können. So formulierte bereits 1938 in Heidelberg der Chirurg M. Kirschner die Forderung, nicht den Patienten zum Arzt, sondern den Arzt zum Patienten zu bringen. Die hohe Sterblichkeit in der frühen Phase nach Eintreten eines Herzinfarktes oder einer schweren Verletzung zeigte das nachdrücklich. Erst durch die ärztliche Therapie vor Ort konnten hier tatsächlich erhebliche Verbesserungen erreicht werden. Die Gesellschaft, aber auch die Rechtsprechung erwartet von der präklinischen Versorgung ein hohes Maß an Qualifikation und Qualität. Das deutsche System der Notfallrettung ist damit grundsätzlich auf die (Not-)ärztliche Versorgung ausgerichtet („die eigentliche Tätigkeit des Notarztes am Notfallort als Kern des staatlichen Auftrags der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr...“ Begründung des Urteils des Oberlandesgericht Nürnberg vom 30.4.2001, Az. 5 U 4322/00;) (vgl. auch höchstrichterliche Urteile, BGH, zuletzt 2/2003)

Diagnosefindung, Therapieanordnung und auch die Durchführung einer Behandlung sind qua Gesetz ärztliche Aufgaben, die auch nicht an medizinische Assistenzberufe übertragen werden können. Das gilt insbesondere dann, wenn notwendige und lebensentscheidende Maßnahmen indiziert und durchgeführt werden müssen. Diese hier zu treffenden Entscheidungen folgen nicht immer vorgegebenen Algorithmen oder „standing orders“, da die Individualität des Patienten eine über alle gleichlautende Empfehlung zur Therapie in der Vereinfachung, wie sie Algorithmen erfordern, nicht toleriert. Daher muss eine Entscheidung über Diagnose und Therapie, insbesondere in der lebensbedrohenden Notfallsituation, auch weiterhin in jedem Einzelfall eine ärztliche Entscheidung sein, die alle Alternativen aus seinem erlernten Grund- und Fachverständnis der Medizin mit einbeziehen kann.

Aktuell wird über demographische und wirtschaftliche Entwicklungen in der Medizin allerorten diskutiert, und damit muss sich auch die präklinische Notfallmedizin einer Prüfung unterziehen, wie sich das derzeitige System im Wandel der Zeit weiter entwickeln kann. Erschwerende Faktoren sind derzeit die aktuellen demographischen Entwicklungen. So steigt durch die zunehmend höhere Lebenserwartung und auch die zunehmende Leistungserwartung der Bürger der Bedarf an medizinischer Leistung insgesamt. Durch Umstrukturierungen im stationären Versorgungssektor mit einer Verkürzung der Verweilzeiten in den Kliniken, aber auch mit der Zentralisierung von Fachabteilungen und der Bildung von Schwerpunkten wird der Anspruch an die präklinische Rettungsmedizin

Vorstand: Dr. M. Schlaeger (Vorsitzender), Dres. G. Bandemer, A. Gänslen, F. Kirstein, P. Knacke, Hp. Moecke, J. Schimansky, S. Wirtz, PD Dr. V. Dörge, PD Dr. G. v. Knobelsdorff,

Postanschrift: AGNN, Städtisches Klinikum Braunschweig, Anästhesieabteilung, Holwedestraße 16, 38118 Braunschweig

Geschäftsstelle: AGNN, c/o Hansisches Verlagkontor, 23 547 Lübeck

Bankverbindung: Volksbank Lübeck, Konto: 26055511, BLZ: 23090142

Internet: www.agnn.de

nochmals steigen, da dieses System typischerweise die Komplikationen auffängt: Der Bürger wendet sich mit seinem Hilfeersuchen im Notfall an die Rettungsleitstelle als einzige, immer verfügbare Anlaufstelle (s. Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003; Abschnitt 6.4.2). Außerdem wird eine vermehrte Mobilität der Patienten eingefordert, um die Zentrenbildung im stationären Sektor zu ermöglichen. Das bedeutet zusätzlich einen vermehrten Bedarf an qualifizierter notfallmedizinischer Leistungserbringung beim Verlegungs-Transport von (Intensiv-)Patienten.

In einer zeitlich gleichen Entwicklung ist mit einem Rückgang der Anzahl tätiger Ärztinnen und Ärzte zu rechnen. Das gilt aus der allgemeinen demographischen Entwicklung heraus mit einer geringen Verzögerung ebenso für die Anzahl der in medizinischen Assistenzberufen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (s. Personalmangel in Pflege- und Assistenzberufen, Deutsches Ärzteblatt Jg. 100, Heft 42, 17. Oktober 2003). Zusätzlich haben die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes zur Auslegung des Bereitschaftsdienstes in Deutschland eine weitere Handlungsnot für die Arbeitgeber geschaffen. Unter Berücksichtigung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) in seiner vom Bundestag am 26. September 2003 verabschiedeten Fassung steigt in allen Bereichen, die bisher durch Bereitschaftsdienste abgedeckt wurden, der Bedarf an zusätzlich einzustellenden Kräften. Das trifft in geringerem Ausmaß den Bereich der Assistenzberufe, aber im Schwerpunkt betrifft das den ärztlichen Bereich.

Erwägungen, das derzeitige notarztgeführte System allein durch fachlich spezialisierte Assistenzkräfte im Rettungswesen (Rettungsassistenten, Paramedics...) zu ersetzen, sind zur Erhaltung derzeitiger Qualität in der deutschen Rettungsmedizin nicht geeignet. Zu den notwendigen Folgen einer solchen Änderung würde eine Verschlechterung der Überlebensrate und der Heilungsaussicht vieler Notfallpatienten gehören. Entsprechende Studien belegen dieses (s. Fischer, M.: Effektivitäts- und Effizienzvergleich der Rettungsdienstsysteme in Birmingham (UK) und Bonn (D), *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 2003, 38: 630-642). Außerdem wäre damit eine zusätzliche Umstrukturierung der Klinik-Aufnahmebereiche unumgänglich. Es kann politisch auch nicht verständlich gemacht werden, warum ein Patient mit einer einfachen Erkrankung ein Anrecht auf einen ärztlichen Hausbesuchsdienst hat (Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Versorgung), und dem in Lebensgefahr befindlichen Patient nur das Recht auf eine Behandlung durch Kräfte aus einem medizinischen Assistenzbereich zustehen würde. (Urteil des 8. Senats vom 23. Juni 1995, Verw.G. Aachen, BverwG 8 C 14.93 „...*Gesetzlich Versicherte haben danach einen umfassenden, auch Notfälle einschließenden Anspruch auf ärztliche Behandlung...*“ Mit dem Kommentar: Der Notfallbegriff des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst damit jedenfalls die Situationen, deren Bewältigung § 1 Abs. 1 RettG 1974 dem Rettungsdienst aufgibt.

Die Gestellung von Notärzten ist unter den genannten Aspekten in der Zukunft ebenso mit neuen Konstrukten zu sichern, wie die Gestellung von Assistenzpersonal. Innovative Konzepte sind erforderlich, um weiterhin dem Bürger in der Not die hohe Qualität notärztlich geführter Versorgung gewährleisten zu können. Grundsätzlich sind die Qualifikationsvorgaben für Notärzte durch die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern festgelegt und geregelt. Diese definierte Qualifikation darf keinesfalls durch scheinbare, kurzfristige Mangelsituationen im personellen oder finanziellen Bereich aufgeweicht werden. Notfallmedizin ist danach eine Tätigkeit mit interdisziplinärem Charakter ausgeführt durch Ärztinnen und Ärzte aus einem Fachgebiet mit Bezug zur Intensivmedizin. Im Schwerpunkt handelt es sich dabei um die Bereiche Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin. Für die Gestellung von Notärzten im Bereich der Rettungsmedizin gibt es unterschiedliche Modelle, die in Abhängigkeit zu den regionalen Bedingungen gestaltet werden können.

Modelle der Notarztstellung:

1. Gestellungsvertrag des Rettungsdienst-Trägers mit Kliniken

Notärzte werden aus den regionalen Kliniken durch vertragliche Regelung zwischen dem Träger des Rettungsdienstes und einer oder mehreren Kliniken gestellt. Wegen der günstigen Auswirkungen der Synergien im Bereich der Aus- Fort- und Weiterbildung, die in der Medizin wegen des stetigen Fortschritts einen hohen Stellenwert ausmachen, ist das Modell der Gestellung von Notärzten durch Kliniken aus fachlicher Sicht zu favorisieren. Voraussetzung ist die vollständige finanzielle Abgeltung der zur Verfügung gestellten Arbeitskraft durch den Träger des Rettungsdienstes. Das bedeutet, dass die ärztliche Arbeitskraft allein für den Bereich der Rettungsmedizin bereitgestellt wird. Das ist in Ballungsbereichen unproblematisch, da hier die Arbeitsauslastung in der präklinischen Notfallmedizin ausreichend hoch ist. Schwierig wird dieses Modell im Bereich ländlicher Strukturen mit einer niedrigen Einsatzfrequenz (<4 Einsätze/d). Hier bedingen diese Modelle die gleichzeitige Einbindung des Notarztes in Klinikaufgaben, von denen er allerdings jederzeit und unverzüglich abkömmlich sein muss. Bei entsprechender Fortbildung könnte hier eine Optimierung durch Zusammenführung mit dem ärztlichen Hausbesuchsdienst erreicht werden, indem der Notarzt die Aufgaben des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes mit übernimmt und die dringlichen Hausbesuche in der Zeit abgewickelt werden, in der kein Notfalleinsatz vorliegt.

2. Direktanstellung der Ärzte beim Träger des Rettungsdienstes

Eine direkte Anstellung des Notarztes beim Träger des Rettungsdienstes ist aus wirtschaftlicher Sicht in den Regionen möglich, in denen eine Arbeitszeitauslastung durch hohes Einsatzaufkommen gewährleistet ist. Auch dieses Modell eignet sich daher in dicht besiedelten Bereichen. Zur stetigen Weiterbildung der Notärzte ist in diesem Modell aber eine Kooperation mit Kliniken insofern anzustreben, als die Entwicklungen der Medizin typischerweise führend im Klinikbereich, insbesondere auch im Rahmen der Intensivmedizin erlernt werden. Daher ist ein stetiger Austausch im Sinne einer Rotation zwischen Intensivmedizin und Notfallmedizin aus fachlicher Sicht wünschenswert.

3. Freiberuflich / in Nebentätigkeit beim Träger des Rettungsdienstes tätige Ärzte

Am Arbeitsmarkt befindet sich eine große Zahl an Ärzten mit notärztlicher Qualifikation, die in ihrer originären Klinik Tätigkeit nicht in die Tätigkeit als Notarzt eingebunden sind. Dieses Potential wird derzeit nicht ausgeschöpft und birgt eine Fülle zusätzlicher ärztlicher Arbeitskräfte für den Bereich der präklinischen Notfallmedizin. Die freiberufliche Tätigkeit kann entweder direkt beim Träger, oder über eine geeignete Organisation zwischen dem Träger und dem Arbeitnehmer ausgeübt werden. Auf die fachliche Weiterbildung ist im Rahmen der Fachaufsicht bei diesem Modell bei häufig wechselnden Mitarbeitern besonderes Augenmerk zu richten. Solche Anstellungsvarianten existieren bereits jetzt, in der Summe mit dem Hauptarbeitsbereich an Kliniken zum Teil unter Überschreitung der Arbeitshöchstbelastung nach dem Arbeitszeitgesetz. Abzuwarten bleibt hier die zukünftige Entwicklung der Rechtsprechung.

4. Niedergelassene Ärzte

Insbesondere in den sprechstundenfreien Zeiten ist eine Versorgung durch entsprechend nach den fachlichen Vorgaben zur Rettungsmedizin qualifizierte Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich eine für ländliche Bereiche wichtige Alternative zur Besetzung des Notarztdienstes. Ob die Ausübung des Notarztdienstes dort auch in den Zeiten des

Praxisbetriebes durch niedergelassene Ärzte gesichert werden kann, ist jeweils in den regionalen Gegebenheiten zu prüfen. Grundsätzlich sollte auch bei dieser Alternative, da es sich typischerweise um Bereiche mit niedriger Einsatzdichte handelt, der ärztliche Hausbesuchsdienst in die Aufgabenstellung mit einbezogen, jedoch nachgeordnet ausgeführt werden.

5. Gestellung der Notärzte an verschiedenen Standorten durch eine Klinik

Insbesondere große Kliniken verfügen typischerweise über einen größeren Pool an qualifizierten Ärzten für den Notarztdienst. Die hier bestehenden Rettungszentren könnten dieses Potential besser ausschöpfen und damit die Gestellung von Notärzten für kleinere Standorte in einem Satellitensystem sichern. Das stärkt die Kompetenz der Rettungszentren und sichert besonders an kleineren Standorten die qualifizierte Besetzung der Rettungsmittel.

6. Unterstützung ländlicher Bereiche durch den Einsatz der Luftrettung

Insbesondere in sehr dünn besiedelten Bereichen ist die flächendeckende und zeitgerechte Versorgung mit bodengebundenen Notarztsystemen aus wirtschaftlichen Gründen schwer realisierbar. Ergänzend zu den bestehenden Systemen kann die Luftrettung bei gleichen Zeitvorgaben, die sich zum Teil direkt aus den Rettungsdienstgesetzen ergeben, durch ihren erheblich größeren Einsatzradius hier eine Entlastung schaffen. Diese Unterstützung findet allerdings ihre Grenzen in der Einschränkung des Einsatzes von Luftrettungsmitteln bei Nacht und Wetterlagen, die den Einsatz nicht zulassen. Daher sind auch bei solchen Modellen bodengebundene Rückfallebenen erforderlich.

In den vergangenen Jahren haben viele Ausbildungsstätten eine stetig steigende Zahl an Notärzten ausgebildet, die Kursangebote werden weiterhin reichhaltig wahrgenommen. Die Zahl der ausgebildeten Notärztinnen und Notärzte in Deutschland ist derzeit so hoch, wie nie zuvor. Der sich zum Teil abzeichnende Mangel ist im wesentlichen dadurch ausgelöst, dass die Kostenträger unzureichende Finanzierungsmodelle vorlegen, und dass die verschiedenen Gestellungsmodelle bisher nicht ausreichend genutzt werden. Damit stehen auf der einen Seite die Kostenträger in der Pflicht, die höchststrichterlich geforderten Vorgaben für die Versicherten auch weiterhin zu erfüllen, und einen funktionierenden Notarztdienst zu gewährleisten. Auf der anderen Seite stehen die Träger der Rettungsdienste in der Pflicht, selbst oder im Zusammenwirken mit den Kliniken funktionierende Notarztdienste entsprechend zu organisieren.