

Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e.V.

Stellungnahme zu aktuellen Problemen des Notarztdienstes (Ärztmangel, Arbeitszeitgesetz, DRG) ¹⁾

Stratmann D (BAND), Sefrin P (agbn), Wirtz S (AGNN), Bartsch A (AGN-NW), Rosolski T (AGMN)

Trotz aller hier anzusprechenden Probleme muß zunächst festgehalten werden, daß der Rettungsdienst zumindest für Notfallpatienten eine primär ärztliche und somit medizinische Aufgabe auch in der Zukunft zu erfüllen hat (1). Der Notarztdienst kann und darf nicht zur Disposition stehen. Dem würden auch eindeutige rechtliche (z.B. BGH, 9.1.2003, III ZR 217/01) und politische Vorgaben widersprechen (3, 7, 10).

Auch die immer wieder angestoßene Diskussion um die Einführung eines ‚Paramedic‘-Systems zur Lösung der aktuellen Probleme ist wenig hilfreich. Die Realisierung würde mehrere Jahre in Anspruch nehmen, nach deren Ablauf möglicherweise ganz andere Probleme relevant sind. Zu den notwendigen Folgen einer solchen Umstellung würde auch eine Minderung in der Qualität der medizinischen Gesamtversorgung von Notfallpatienten gehören (2). Schließlich würde es unseren Mitbürgern kaum verständlich zu machen sein, daß sie bei einer akuten, einfachen Erkrankung ein Anrecht auf ärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte haben, im Krankenhaus der ‚Facharztstandard‘ zu gewährleisten ist, bei einem schweren, u.U. lebensbedrohlichen Notfall/Unfall ihnen aber nur das Recht auf eine Behandlung durch medizinisches Assistenzpersonal zustünde (10).

Dies bedeutet aber nicht, daß sich die BAND nicht auch weiterhin vehement für die geplante Optimierung der Qualifikation von Rettungsassistenten und -assistentinnen (9) - wie von Notärzten (1) - einsetzen wird und das dann Rettungsassistenten und –assistentinnen durchaus Notfallpatienten, die nicht vital bedroht sind, allein versorgen können. Hiermit verbindet sich auch die Hoffnung, daß die Anzahl von Fehleinsätzen für Notärzte deutlich reduziert wird.

1) Diese Stellungnahme vom 11. 4. 2004 erfolgt in Übereinstimmung mit den Positionspapieren von Ahnefeld et al (1), Sefrin (7), der AGNN (10), der gemeinsamen Stellungnahme von BAND, DIVI und Ständiger Konferenz für den Rettungsdienst (11), den Diskussionsergebnissen bei den Leinsweiler Gesprächen (5, 6) und den Aussagen im Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (3).

Ärztmangel

Die Gründe für den derzeitigen allgemeinen und nicht etwa isoliert die Notarztgestellung betreffenden Ärztemangel sind vielfältig (4, 7). Verlässliche Aussagen aber über die weitere Entwicklung stehen aus, insofern ist ein anhaltender Pessimismus nicht gerechtfertigt (1).

Für den Notarztendienst ergeben sich möglicherweise folgende Konsequenzen(7, 10):

- der Arztmangel in Kliniken führt zu einer verminderten Bereitstellung von Notärzten, da bei einer erforderlichen Konzentration auf ‚Kernleistungen‘ des Krankenhauses die präklinische Versorgung als vermutlich erster ‚externer‘ Aufgabenbereich eingestellt wird
- die Attraktivität notärztlicher Tätigkeit - bei vorhandenen anderen und lukrativeren Arbeitsbereichen - leidet erheblich, wenn bei niedriger Einsatzfrequenz und fehlender ‚Bereitstellungsvergütung‘ eine adäquate Honorierung ausbleibt. Dies betrifft vor allem niedergelassene bzw. im Rahmen einer Ermächtigung/Nebentätigkeit mitwirkende Notärzte
- die durch den allgemeinen Arztmangel bedingte permanente Überlastung in der hauptberuflichen Tätigkeit (z.B. Übernahme zusätzlicher Bereitschaftsdienste) mindert die Bereitschaft zur Übernahme weiterer Notarztendienste, sofern dem nicht ohnehin arbeitsrechtliche Vorgaben (s.u.) entgegenstehen.

Arbeitszeitregelungen

Das als Folge des EuGH-Urteils vom 9. September 2003 geänderte Arbeitszeitgesetz erfordert in einer konsequenten Umsetzung nach z.B. Berechnungen des Deutschen Krankenhaus-Institutes mindestens 6.700 zusätzliche Ärzte (ÄRZTE ZEITUNG März 2004). Auch wenn diese Berechnung von anderen bezweifelt wird ist unumstritten, daß ein erheblicher Bedarf an zusätzlichen Arztstellen in den Kliniken resultieren wird (7, 10).

Für den Notarztendienst ergeben sich daraus die Konsequenzen, daß

- der bereits dargelegte (Not-)Arztmangel sich weiter verschärft
- die derzeit zur Behebung des Notarztmangels vermehrt geübte Praxis, die regionale Notarztbesetzung durch ‚dienstfreie‘ externe Notärzte nahegelegener, größerer Kliniken zu beheben, nicht mehr statthaft ist und entsprechende Nebentätigkeitsgenehmigungen versagt werden (müssen)
- das Interesse zur Teilnahme am Notarztdienst bei Assistenzärzten in Weiterbildung z.B. zum Anästhesisten, Chirurgen oder Internisten (nach einer Umfrage der AGN-NW (2003) in NRW immerhin 41 % der im Notarztdienst tätigen Ärzte) deutlich rückläufig sein wird. Ursächlich hierfür ist, daß die Assistenzärzte nicht bereit sein werden, die geringe ‚reguläre‘ Arbeitszeit, in der die Mindestanzahl an erforderlichen Maßnahmen (z.B. bestimmte Anästhesien, Operationen) zur Erlangung der Facharztqualifikation absolviert werden muß, durch Notarztdienste weiter einzuschränken.

Diagnosis Related Groups (DRG)

Nach übereinstimmender Auffassung führt die Umstellung auf das neue pauschalierte Vergütungssystem im Krankenhausbereich zu folgende Konsequenzen (1, 3, 7, 11):

- Spezialisierung auf wenige, möglichst ‚lukrative‘ Leistungsbereiche
- Bildung von ‚Kompetenzzentren‘ an Schwerpunktkliniken

Dieses Bestreben zur Schwerpunktversorgung sollte vom Rettungsdienst unter qualitativen Gesichtspunkten für die weitere Versorgung des Notfallpatienten begrüßt und nicht unter dem Aspekt des verlängerten Transportweges grundsätzlich abgelehnt werden.

- Hintanstellung der Notfallversorgung als wenig lukrativer Leistungsbereich
- Schließung ökonomisch unrentabler Krankenhäuser

(Nach einer Meldung der Welt am Sonntag v. 4. April 2004 prognostiziert die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Schließung von ca. 330 Krankenhäusern (15 % der 2.240 Kliniken) vor allem im ländlichen Bereich)

- damit Aufgabe des Prinzips der ‚wohnnahen (Notfall-)Versorgung‘
- da das DRG-System keine Regelung für die notärztliche Tätigkeit als Krankenhausleistung enthält, ist zwingend eine Neuregelung der Finanzierung des Notarztdienstes dort erforderlich, wo diese nicht schon jetzt direkt zwischen Rettungsdienst und Klinik erfolgt. So sind z.B. über den Pflegesatz von den Krankenkassen honorierte Arzt-Stellen nicht mehr möglich.

Die damit anstehenden Neuverhandlungen werden aber in der derzeitigen, oft desolaten pekuniären Situation bei Kliniken wie (kommunalen) Rettungsdienststrägern sicher nicht unproblematisch verlaufen, da kaum mit einem bereitwilligen Entgegenkommen der für die Refinanzierung zuständigen Kostenträger zu rechnen ist. Darüber hinaus werden die Kliniken ihre Kosten für den Notarztdienst, die bisher - auch wegen der häufigen gleichen (kommunalen) Trägerschaft für den Rettungsdienst und das Krankenhaus - kaum Beachtung fanden, jetzt sicher stringenter kalkulieren als noch bei der oft Jahre zurückliegenden Berechnung zur Erst-Einrichtung eines Notarztsystems.

Für die Notfallrettung bedeutet dies (vor allem im ländlichen Bereich):

- es wird zum Rückzug von Krankenhäusern in der Mitwirkung im Notarztdienst kommen
- die zumeist an Kliniken angebundene Notarztstandorte werden sich verringern, die Anfahrzeiten und damit die notärztliche ‚Hilfsfristen‘ werden sich verlängern
- die präklinische notärztliche Versorgung nach bisherigen Maßstäben (‚Hilfsfrist‘) ist gefährdet
- die nahe gelegene geeignete Weiterversorgung von Notfallpatienten wird für eine größere Anzahl von Notfallarten reduziert sein
- es wird vermehrt versucht werden, vorhersehbar kostenintensive Notfallversorgungen primär an andere (entferntere) Kliniken zu verweisen
- es ergeben sich längere Transportzeiten zu spezialisierten Abteilungen/Zentren und damit verlängerte Bindungszeiten des Notarztes

- die Anzahl von Sekundärtransporten zu Lande und per Luftrettung (zu/von Zentren) wird steigen
- damit werden sich die (Vorhalte-)Kosten des Rettungsdienstes erhöhen.

Lösungsansätze

Zur Lösung der angesprochenen Probleme gibt es keine rasch umsetzbare, kostenneutrale Ansätze, die für jeden Rettungsdienstbereiche in Deutschland tauglich und realisierbar sind. Es bedarf vielmehr individueller Überprüfungen und Überlegungen, welche der folgenden Ansätze regional umgesetzt werden können. Es ist auch keine Frage, daß bei der Umsetzung medizinisch relevanter Bereiche dem Ärztliche Leiter Rettungsdienst insgesamt eine Schlüsselrolle zukommt (8) ! Mehrere Lösungsansätze bedürfen auch überregionaler politischer Aktivitäten der zuständigen Behörden, Institutionen, Organisationen und Verbände.

Reduzierung von Fehleinsätzen

Unnötige Bindungszeiten des Notarztes (30 – 40 % (3)) mit Nichtverfügbarkeit für tatsächlich indizierte Einsätze könnten vermieden werden durch

- eine ständige Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der Dienstzeiten des vertragsärztlichen Notfalldienstes, also auch zu den regulären Sprechstundenzeiten, z.B. durch Einrichtung von ‚Notfall-Praxen‘ und ‚dringlicher Hausbesuchsdienste‘. Dies könnte zu einer Verringerung der Notarzteinsätze um > 30 % führen (3, 5, 6, 7).
- flächendeckendes Auflaufen des ‚medizinischen Notrufs‘ 112 bei integrierten Leitstellen, in die auch der vertragsärztliche Notfalldienst eingebunden ist (1, 3, 5)
- verbesserte Qualifizierung der Rettungsassistenten/-assistentinnen durch Novellierung des RettAssG) (1, 3, 5, 6, 9, 10).

Sicherung des Notarztendienstes trotz Ärztemangels

Ansätze für eine Sicherstellung des Notarztendienstes könnten sich ergeben durch

- die Nutzung verschiedener Notarzt-Gestellungsmodelle in Abhängigkeit von den (zukünftigen) regionalen Gegebenheiten (10):
 - Gestellungsvertrag des Rettungsdienstträgers mit (weiteren) Kliniken
 Aus fachlicher Sicht zu favorisieren (Notarztendienst ist präklinische Intensivtherapie, Synergieeffekte in Aus-/Weiter- und Fortbildung), problematisch könnte die Finanzierungsregelung vor allem im ländlichen Bereich (geringe Einsatzfrequenz versus Sicherstellung der jederzeitigen, sofortigen Abkömmllichkeit) sein.
 - Direktanstellung von Notärzten beim Träger des Rettungsdienstes
 Finanziell tragbar bei höherem Einsatzaufkommen und damit bei hoher Bevölkerungsdichte. Regelung der Problematik der stetigen Fortbildung durch Kooperationsmodelle mit Kliniken (Rotation) erforderlich.
 - Freiberufliche Tätigkeit bzw. Nebentätigkeit beim Träger des Rettungsdienstes und Einbindung niedergelassener Ärzte

Nutzung des Potentials qualifizierter ‚ehemaliger‘ Notärzte in Klinik und Praxis. Auf die fachliche Fortbildung ist besonderes Augenmerk zu richten. Für angestellte Krankenhausärzte sind die Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes zu beachten. Die einerseits sicher in erster Linie in ländlichen Bereichen anzustrebende Einbindung niedergelassener Ärzte könnte andererseits aber gerade dort schwierig sein (geringe Arztdichte, ‚volle Wartezimmer‘).

- Gestellung der Notärzte an verschiedenen Standorten durch eine Klinik

Gestellung durch das Potential größerer Schwerpunkt-Kliniken (Rettungszentren) für kleinere Notarztstandorte („Satellitensystem“). Sicherung der fachlichen Kompetenz auch an weniger frequentierten Notarztstandorten.

- Einsatz der Luftrettung

Einhaltung der Hilfsfristen wegen größerem Einsatzradius möglich. Beschränkung der Einsatzfähigkeit in der ‚Primärrettung‘ nachts und bei bestimmten Wetterlagen, daher kein Ersatz bodengebundener Systeme.

- die Aufnahme von Ausnahmeregelungen in das Arbeitszeitgesetz für angestellte Klinikärzte, die bei vorhersehbar geringer Einsatzfrequenz bei externen Notarzdiensten tätig werden wollen (7, 11)
- eine der fachlichen Verantwortung, dem Zeitaufwand (incl. Bereitschaftsdienstzeiträumen) und den oft besonders fordernden Versorgungsumständen adäquate und auch attraktive **Honorierung** für alle Formen notärztlicher Tätigkeit.

Die gelegentlich angesprochene Minderung der Qualifikationsanforderungen an Notärzte zur Bereitstellung einer größeren Anzahl an Notärzten ist sicher keine akzeptable Lösung (5, 6, 7, 10) ! Die dann zu erwartende Qualitätsminderung in der notärztlichen Tätigkeit würde zu Recht die Existenzberechtigung der notärztlichen Versorgung in medizinischer wie ökonomischer Hinsicht in Frage stellen (1).

Forderungen zur Krankenhausstruktur

Trotz der durch die Einführung der DRG bedingten und politisch-ökonomisch gewollten Veränderung der Krankenhauslandschaft ist zur Vermeidung ernsthafter negativer Konsequenzen für die Notfallversorgung der Bevölkerung zu fordern (1, 3, 7, 11) die

- Etablierung von regional zeitgerecht erreichbaren Notaufnahmen zur Durchführung zumindest einer klinischen Basis-Notfallversorgung
- Abstimmung der Krankenhaus- und Rettungsdienstbedarfspläne unter der Vorgabe einer zeitgerechten Versorgung, einer stationären Aufnahmemöglichkeit für die meisten Notfallpatienten, die ja keiner hochspezialisierten Diagnostik-/Therapiemöglichkeiten bedürfen
- Festlegung adäquater Finanzierungsmodelle und struktureller Vorgaben zur Teilnahme des Krankenhauses am Notarzdienst
- Sicherstellung einer zeitgerechten und reibungslosen Zuführung von Notfallpatienten zu Kompetenzzentren und Spezialkliniken

Medizinisches Qualitätsmanagement

Erforderlich ist die Institutionalisierung eines verbindlichen **medizinischen Qualitätsmanagements** durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (3, 8) mit

- der Entwicklung „alltagstauglicher Verfahren“ zur Evaluierung einer patientenbezogenen Ergebnisqualität in Beziehung zu Struktur- und Prozeßmerkmalen der rettungsdienstlichen Versorgung als Planungsgrundlage für
- Feststellungen für eine erforderliche Neuplanung der rettungsdienstlichen Infrastruktur bedingt durch eine veränderte Verteilung von Notarztstandorten und längere Wege/ Bindungszeiten
- der Forderung zum Einsatz des Notarztendienstes primär hilfsfristorientiert und somit unabhängig von Verwaltungsgrenzen kommunaler Gebietskörperschaften,

um dem Vorwurf medizinisch ineffizienten und ökonomisch ungerechtfertigtem Ressourceneinsatzes endlich wirksam begegnen zu können.

Kostenregelungen

Völlig inakzeptable, wenig attraktive Honorierungen der Notarztstätigkeit - oft unter Ausnutzung ehrenamtlichen Engagements - werden nicht geeignet sein, dem Arztmangel im Rettungsdienst wirksam zu begegnen (6, 7, 10, 11).

Auch erfordern die durch die Einführung der DRG für zahlreiche Krankenhäuser notwendigen Neuverhandlungen mit den rettungsdienstlichen Trägern Honorierungsregelungen für die Durchführung des Notarztendienstes, die dem tatsächlichen Arbeits- wie Bereitstellungsumfang entsprechen. Ein Scheitern dieser Bemühungen würde die Einstellung des Notarztendienstes in weiten Bereichen bedeuten !

Schließlich verlangen die durch die Veränderung der Krankenhauslandschaft zu erwartenden höheren (Vorhalte-)Kosten des Rettungsdienstes (z.B. längere Transportzeiten, vermehrte Sekundärtransporte) adäquate Regelungen.

Realistischerweise sollte niemand davon ausgehen, daß die Lösungsansätze für die derzeitigen und zukünftigen Probleme in der notärztlichen Versorgung in Deutschland überall kostenneutral umzusetzen sind. Die Politik muß sich deshalb der Frage nach der tatsächlichen Wertschätzung der notärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland stellen müssen.

Literatur:

1. Ahnefeld FW, Altemeyer KH, Dick WF, Dirks B, Lackner ChrK, Stratmann D (2003) Die personelle Situation im Rettungsdienst – Versuch einer Bestandsaufnahme. Notfall & Rettungsmedizin 6:526
2. Fischer M (2003) Effektivitäts- und Effizienzvergleich der Rettungsdienstsysteme in Birmingham (UK) und Bonn (D). Anästhesiol Intensivmed Scherzther 38:630
3. Lackner ChrK (2003) Das Rettungswesen im Gutachten 2003 des Sachverständigenrates. Notfall & Rettungsmedizin 6:154
4. Rieser S (2003) Ärztemangel – Der Nachwuchs bricht weg. Deutsches Ärzteblatt 100:B1884

5. Ruppert M, Reeb R, Ufer MR, Stratmann D, Altemeyer K.H (2002)
Personal im Rettungsdienst – brauchen wir neue Konzepte ? Bericht über die 7. Leinsweiler Gespräche am 5. Und 6. Juli 2002. Notarzt 18:276
6. Schlechtriemen T, Lackner ChrK, Moecke Hp, Stratmann D, Altemeyer KH (2003):
Sicherung der flächendeckenden Notfallversorgung – notwendige Strukturverbesserungen. 8. Leinsweiler Gespräche der agsw n e.V. in Zusammenarbeit mit INM, IfN und BAND, 4.- 5. Juli 2003 Notfall & Rettungsmedizin 6:419
7. Sefrin P (2004) Zukunft des Notarztdienstes. Bayerisches Ärzteblatt 2/2004:115
8. Stratmann D, Anding K, Lackner ChrK, Ruppert M, Moecke Hp (2001)
Interdisziplinärer BAND-Workshop 'Ärztlicher Leiter Rettungsdienst' - Bericht und Resolution. Notfall & Rettungsmedizin 4:364. Notarzt 17:117
9. Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (2002)
Positionspapier der BAND zur zukünftigen Regelkompetenz des Rettungsassistenten
Notfall & Rettungsmedizin 5:380. Notarzt 18:175
10. Vorstand der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN)
(2004) Positionspapier zur Zukunft des Notarztdienstes in Deutschland. Notfall & Rettungsmedizin 7:55
11. Stellungnahme der BAND, DIVI und der Ständigen Konferenz für den Rettungsdienst
zu Auswirkungen der DRG auf die präklinische Akutversorgung. Berlin, 18. 11. 2003