

Stellungnahme der AGNN zum Stand der bundesweiten Etablierung der Position „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)“

Dr. Sebastian Wirtz^{1,2}, Dr. Hartwig Marung^{1,3,4}, Dr. Peer G. Knacke^{1,5,6}, Prof. Dr. Volker Döriges^{1,7,8}

¹ Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN), Vorstand

² Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg

³ Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Braunschweig

⁴ Anästhesieabteilung, Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH

⁵ Abteilung für Anästhesie, Rettungsmedizin und Schmerztherapie, Sana Kliniken Ostholstein, Klinik Eutin

⁶ Stellvertretender Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Kreis Ostholstein

⁷ Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

⁸ Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Kreis Rendsburg-Eckernförde

Vorbemerkung:

Im Rettungsdienst werden in zunehmendem Maße hoch spezialisierte medizinische Leistungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erbracht. Exemplarisch sind das besonders die Versorgung komplexer Verletzungsmuster bei Trauma-Patienten, lebensbedrohlicher Notfälle bei kardiovaskulären und neurologischen Erkrankungen und auch zunehmend Einsätze bei multimorbiden und palliativmedizinisch betreuten Patienten, sowie generell steigende Einsatzzahlen bei gleichzeitig wachsendem Kostendruck.

Zur Bewältigung dieser Herausforderungen werden zunehmend effektive Netzwerk-Strukturen gebildet, um Synergien zu nutzen, Schnittstellen zu verbinden und eine bestmögliche Versorgung der Patienten zu erreichen. In den Bereichen Traumaversorgung, Herzinfarkt- und Schlaganfall-Therapie, Reanimation und bei problematischen Infektionen (z.B. MRSA) wurden bereits vielerorts solche Netzwerkstrukturen etabliert, ein flächendeckender Ausbau muss hier angestrebt werden.

Die ärztliche Vertretung der Rettungsdienstbereiche durch Ärztliche Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) ist eine wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen Zusammenschluss medizinischer Versorgungsstrukturen in der Notfallmedizin und wird durch die Fachgesellschaften (u.a. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin DGAI) vielfach als Erfolgsfaktor für die Netzwerk-Arbeit vorausgesetzt.

1. Gegenwärtiger Stand der ÄLRD-Gestellung

Grundlage für die Gestellung von Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD) sind bundesweit Vorgaben der Landes-Rettungsdienst-Gesetze (LRettDG) oder entsprechende Verordnungen und Empfehlungen. Zuletzt sind derartige Regelungen bei den Gesetzes-Novellierungen der LRettDG in Niedersachsen (2007) und Bayern (2008) aufgenommen worden. In einigen Bundesländern (z. B. Hessen) ist die Funktion des ÄLRD bisher auf Verordnungsebene geregelt.

Bundesweit sind zurzeit mehr als 170 Ärzte in der Funktion des ÄLRD ernannt und im Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst e. V. organisiert. Durch die Neuregelungen in den bevölkerungsreichen Ländern Bayern und Niedersachsen ist in naher Zukunft mit einem deutlichen Anstieg dieser Zahl zu rechnen.

2. Qualifikation des ÄLRD

Die Anforderungen an die Qualifikation des ÄLRD wurde von der Bundesärztekammer bereits 1994 formuliert und durch den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätswesen“ der Bundesärztekammer am 23.11.2006 bestätigt (Literaturangaben).

Neben der Facharztqualifikation in einem Fach mit Bezug zur Notfallmedizin wird die theoretische Vorbereitung durch eine Fortbildung zum ÄLRD gefordert. Eine langjährige und anhaltende Tätigkeit im Rettungsdienst ist neben anderen Qualifikationsmerkmalen ein wesentliches Kriterium für die Tätigkeit als ÄLRD.

3. Aufgaben des ÄLRD

Die Aufgaben des ÄLRD wurden auf Bundesebene ebenfalls in den Empfehlungen der Bundesärztekammer (2006) und auf Länderebene beispielhaft durch den Landesausschuss Niedersachsen (2008) (s. Anhang) festgelegt. Kernelemente im Aufgabenbereich des ÄLRD sind die Verantwortung des ÄLRD für das medizinische Qualitätsmanagement, die Festlegung von Behandlungs-Richtlinien für das nichtärztliche Personal und von Dispositionsgrundsätzen in Rettungsleitstellen, sowie die Richtlinienkompetenz für die Fortbildungsinhalte des nichtärztlichen Personals. Außerdem gehören zu den elementaren Aufgaben des ÄLRD die Festlegung medizinischer Therapieschemata nach geltenden Leitlinien und die Mitwirkung bei der Festlegung medizinischer Ausstattung von Rettungsmitteln, darüber hinaus die Festlegung medizinisch-organisatorischer Regeln für außergewöhnliche Schadenslagen.

4. Stundenansatz für die Ausübung der Funktion des ÄLRD:

Der planerisch tatsächlich angesetzte Arbeitsaufwand für den ÄLRD lässt sich allenfalls mittelbar bestimmen und ist in den einzelnen Landkreisen und Gebietskörperschaften unterschiedlich hoch. Er bestimmt sich aus vielen Faktoren, wie etwa der Anzahl der Rettungswachen und Notarzt-Standorte, der Anzahl nachgeordneter Notärzte und nichtärztlicher Mitarbeiter inklusive der ehrenamtlichen Kräfte, der Fläche und Einwohnerdichte der Gebietskörperschaft sowie aus der Anzahl und Struktur der Leistungserbringer (beauftragte Organisation) im Rettungsdienst. Eine effiziente Netzwerkbildung für die Versorgungsstruktur im Rettungsdienst setzt allerdings eine kontinuierliche Arbeit des ÄLRD voraus und ist nicht unter 25% der tariflichen Wochen-Arbeitszeit zu erreichen, da die vielfältigen Aufgaben ansonsten nicht sinnvoll zu bewältigen sind. Unter Umständen kann eine gemeinsame Besetzung der ÄLRD-Position durch benachbarte Rettungsdienstbereiche sinnvoll sein. Wenn in Rettungsdienstbereichen zu ÄLRD ernannte Ärzte Ihre Tätigkeit in der Klinik bzw. Praxis aufgrund exponierter Stellung (z. B. Chefarzt) nicht zugunsten der ÄLRD-Position reduzieren können, sollten Stellvertreter-Lösungen erdacht werden.

5. Dienst-Stellung des ÄLRD

Der ÄLRD ist grundsätzlich beim Träger des Rettungsdienstes anzusiedeln, da er die medizinischen und medizinisch-organisatorischen Interessen des Trägers zu vertreten hat. Wie die unterschiedlichen Erfahrungen aus den verschiedenen Bundesländern zeigen, kann es hierfür keine generelle Empfehlung geben. Praktizierte Modelle sind u.a. die Ansiedlung bei dem Träger nachgeordneten Behördenstrukturen, bei den Ordnungsämtern der Landkreis- bzw. Stadtverwaltungen, bei Berufsfeuerwehren oder bei Gesundheitsämtern.

Die ÄLRD-Tätigkeit ist grundsätzlich eine hauptamtliche oder nebenamtliche Tätigkeit aber keinesfalls ein Ehrenamt. Forderungen nach Wahrnehmung der ÄLRD-Funktion als ehrenamtliche Aufgabe werden einer sachgemäßen Aufgaben-Erfüllung nicht gerecht.

Zumindest mittelfristig sollte in jedem Wirkungskreis eines ÄLRD eine Vertreter-Regelung etabliert werden, damit es bei längerer urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Abwesenheit eines ÄLRD nicht zu verzögerter Bearbeitung zeitkritischer Vorgänge (z.B. Beschwerde-Management, Versorgung des RD mit Medikamenten o.ä.) kommt.

Vergütung des ÄLRD

Aus der Verantwortung und der Aufgabenstellung heraus abgeleitet ergibt sich, dass die Funktion des ÄLRD im Rettungsdienst der eines Leitenden Arztes in der Klinik entspricht.

Diese ist im Tarifvertrag für Ärzte (TVÄ) am ehesten durch die für Leitende Oberärzte vorgesehene Tarif-Gruppe IV abgebildet. Auch wenn derzeit einzelne Rettungsdienst-Träger eine Vergütung nach TVÖD Gr. 13 vorsehen, so zeigt sich doch, dass erst eine angemessene Bezahlung auch eine kompetente Besetzung erreichen kann, da der Rettungsdienst sonst als interessantes Karriereziel für Führungskräfte ausscheidet. Besonders qualifizierte Führungskräfte werden im Rettungsdienst aber benötigt, um die medizinische Versorgungsqualität anzuheben, entsprechende Netzwerke zu bilden und die Effizienzreserven an den Schnittstellen des Rettungsdienstes zu erkennen und auszuschöpfen.

Der Rettungsdienst in Deutschland steht als komplexe und qualifizierte medizinische Leistung am Patienten in der Notfallsituation im Umbruch. Wirtschaftliche Zwänge und epidemiologischer Wandel beflügeln Diskussionen um Leistungsdelegation oder Leistungsreduktion. Die AGNN fordert die Träger der Rettungsdienste auf, qualifizierte Ärztliche Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) einzustellen, um die medizinischen Belange in der notwendigen Weiterentwicklung der einzelnen Rettungsdienstbereiche ausreichend zu berücksichtigen, aber auch, um eine medizinische, organisatorische und ökonomische Vernetzung mit den anderen Versorgungsstrukturen an den Schnittstellen des Rettungsdienstes zu ermöglichen.

Für die Autoren:

Dr. Sebastian Wirtz, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN),
Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Asklepios Klinik Barmbek,
Rübenkamp 220, 22291 Hamburg, email: s.wirtz@asklepios.com

Zitierte Literatur:

Empfehlung Landesausschuss Rettungsdienst Niedersachsen vom 12.01.2009:

Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; Ärztliche Leiterin/Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
Bek. d. MI v. 12.1.2009 - B21.22.1-41576-10-13/0 (Nds.MBl. Nr.4/2009 S.73)

Empfehlung der Bundesärztekammer zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst:

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerztlicher_Leiter_Rettungsdienst_Empfehlung_BAeK_06_11_23_.pdf

Sinn der Empfehlung der Bundesärztekammer zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst:

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerztlicher_Leiter_Rettungsdienst_Sinn_Empfehlung_BAEK_06_11_23.pdf