

Außerklinische Notfallmedizin

Wieviel außerklinische Notfallmedizin braucht die Gesellschaft?

Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit dem linearen Anstieg der Notarzteinsätze in Deutschland wird auf die Probleme im Zusammenhang mit der Bewertung von Notfällen durch die Mitarbeiter von Rettungsleitstellen hingewiesen. Dabei wird der gültige Notarztindikationskatalog und seine dringliche Überarbeitung durch die ärztlichen Gremien dargestellt. Es wird weiterhin auf die Besonderheiten der neuen Qualifikationen der nichtärztlichen Mitarbeiter eingegangen, die einen Drang zu einem sogenannten „Notarzt light“ erkennen lassen. Es werden Vorschläge zur Senkung der Notarzteinsatzrate und einer Optimierung des außerklinischen Hilfeersuchens unterbreitet.

Einleitung

Deutschland gehört zu den Ländern, die ein flächendeckendes Rettungssystem haben und zu den ganz wenigen Ländern weltweit, die über ein flächendeckendes arztgestütztes System verfügen. Dieses wird mit einer lückenlosen Luftrettung kombiniert. Das Grundprinzip bei der Nutzung dieser Gesamtstruktur besteht darin, dass der Bürger* selbst entscheidet, wann er durch Betätigung des Notrufes 112, der in den integ-

rierten Rettungsleitstellen eingeht, den Einsatz auslöst.

Notarztindikationen

Nach der Annahme des Notrufes hat der Leitstellenmitarbeiter* nur noch wenige Möglichkeiten, wie dem Anliegen des Anrufers* begegnet werden kann, weil eine Abweisung im Prinzip nicht möglich ist. Demnach kann nur entschieden werden, ob ein Notarzt* zum Einsatz kommen muss oder ob es ausreichend wäre, lediglich einen Rettungswagen (RTW) zum Patienten* zu schicken. Als Entscheidungsinstrument steht den Leitstellen der sogenannte Notarztindikationskatalog (Tabelle 1 und 2) zur Verfügung. Dieser Katalog wurde vom Vorstand der Bundesärz-

tekammer (BÄK) in seiner Sitzung am 23.11.2001 beschlossen und sollte als Handreichung für Telefondisponenten in den Rettungsleitstellen (RLS) und den Zentralen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes dienen. Der BÄK-Beschluss basierte auf einem Vorschlag der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e. V. und sollte Klarheit bezüglich der ärztlichen Kompetenzen in der prästationären Notfallversorgung schaffen. Im Laufe der Jahre ist dieser Indikationskatalog in die Landesrettungsgesetze bzw. die Landesrettungsdienstpläne aufgenommen worden. Dieser Katalog sollte verbindlich sein und ausweisen, wann ein Notarzt zum Einsatz zu bringen

Tabelle 1: Indikationskatalog für den Notarzteinsatz

Unter Bezug auf den Patientenzustand (Modell A)

Bei Verdacht auf fehlende oder deutlich beeinträchtigte Vitalfunktion ist der Notarzt einzusetzen:

Funktionen	Zustand	Beispiel
Bewusstsein	reagiert nicht auf Ansprechen und Rütteln	SHT, Intrazerebrale Blutung, Vergiftungen, Koma
Atmung	ausgeprägte oder zunehmende Atemnot, Atemstillstand	Asthmaanfall, Lungenödem, Aspiration
Herz / Kreislauf	akuter Brustschmerz, ausgeprägte oder zunehmende Kreislaufinsuffizienz, Kreislaufstillstand	Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Hypertone Krise, Schock
Sonstige Schädigungen mit Wirkung auf die Vitalfunktionen	schwere Verletzung, schwere Blutung, starke akute Schmerzen, plötzliche Lähmungen (halbseitig)	Thorax-/Bauchtrauma, SHT, größere Amputationen, Verbrennungen, Frakturen mit deutlicher Fehlstellung, Pfählungsverletzungen, Vergiftungen
Sonstige Schädigungen mit Wirkung auf die Vitalfunktionen	schwere Verletzung, schwere Blutung, starke akute Schmerzen, plötzliche Lähmungen (halbseitig)	Thorax-/Bauchtrauma, SHT, größere Amputationen, Verbrennungen, Frakturen mit deutlicher Fehlstellung, Pfählungsverletzungen, Vergiftungen

Tabelle 2: Indikationskatalog für den Notarzteininsatz
Notfallbezogene Indikationen (Modell B)

- schwerer Verkehrsunfall mit Hinweis auf Personenschaden
- Unfall mit Kindern
- Brände/Rauchgasentwicklung mit Hinweis auf Personenbeteiligung
- Explosions-, thermische oder chemische Unfälle, Stromunfälle mit Hinweis auf Personenbeteiligung
- Wasserunfälle, Ertrinkungsunfälle, Eisenbruch
- Maschinenunfall mit Einklemmung
- Verschüttung
- drohender Suizid
- Sturz aus Höhe (≥ 3 m)
- Schuss-/ Stich-/ Hiebverletzungen im Kopf-, Hals- oder Rumpfbereich
- Geiselnahme und sonstige Verbrechen mit unmittelbarer Gefahr für Menschenleben
- unmittelbar einsetzende oder stattgefundene Geburt
- Vergiftungen

ist. Es liegt in der Entscheidungskompetenz des Trägers des Rettungsdienstes, welches der zwei Modelle ausgesucht und für die jeweilige Leitstelle festgelegt wird.

Es war und ist das Anliegen der ärztlichen Organisationen, den Notarztindikationskatalog in das rettungsdienstliche Qualitätsmanagement zu integrieren. Dabei ist es im Hinblick auf die Durchführung vergleichender wissenschaftlicher Untersuchungen von großer Bedeutung, dass einheitliche Kriterien für den Notarzteininsatz bundesweit zu gelten haben.

Das Modell A (Tabelle 1) scheint das günstigere zu sein, weil vom Zustand des Patienten ausgehend eine einfachere Entscheidungsfindung möglich zu sein scheint.

Es soll auch darauf hingewiesen werden, dass es in einigen Leitstellen erste Erfahrungen mit Spracherkennungssystemen gibt, die allerdings bei Anrufern mit starkem Dialekt ihre Grenzen haben.

Derzeit wird von der Bundesärztekammer und der BAND e. V. diskutiert, inwieweit dieser Notarztindikationskatalog noch zeitgemäß ist, ob er dem veränderten Einsatzaufkommen adäquat ist oder ob einzelne Indikationen zu überprüfen sind. Damit haben sich die notärztlichen Gremien in der nächsten Zeit zu befassen. Insbesondere wird mit der Tatsache umzugehen sein, dass die über die RLS disponierten Dringlichkeitsfälle, die eigentlich keiner rettungsdienstlichen Versorgung bedürfen, exponentiell an Häufigkeit zugenommen haben. Also wäre durchaus zu überdenken, ob auch Dringlich-

keitsfälle in den Indikationskatalog aufzunehmen sind. Dies wäre auf der einen Seite nur konsequent, da auch heute schon bis zu 40 % der Notarzteinätze in manchen Territorien in den Bereich der Dringlichkeitsversorgung gehören (A. BURGHARDT 2005)

Andererseits wird erwogen, einige Indikationen für den Notarzteininsatz zu relativieren. Die derzeit diskutierten Vorschläge sehen vor, einige Hilfeersuchen nicht durch einen Notarzt primär versorgen zu lassen, sofern keine Vitalbedrohung vorliegt. Dazu liegen derzeit den Gremien Vorschläge vor, von denen einige aufgelistet werden sollen:

- Atembeschwerden (schon länger bestehend),
- stattgehabter einmaliger Krampfanfall,
- isolierte Amputationen von Finger/Zehgliedern,
- isolierte Hypoglykämie,
- Kreislaufbeschwerden: Bluthochdruck- oder Rhythmusstörungen ohne gefährdende Begleitsymptome wie Thoraxschmerzen, Atemnot oder Bewusstseinsstörung,
- Schmerzen: fehlende Akuität, typische Lokalisation oder geringer Schweregrad (zum Beispiel chronischer Kopfschmerz, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen),
- Stromunfall (zum Beispiel Niederspannungsunfälle ohne Begleitverletzung).

Dabei ist aber vorgesehen, die Grundstruktur des Notarztindikationskataloges („Unter Bezug auf

den Patientenzustand“ und „Notfallbezogene Indikationen“) beizubehalten. Parallel zu diesen Überlegungen müssen allerdings auch Verbesserungen in der Ausbildung von Rettungsassistenten entwickelt werden.

Notarzteinsetzrate

Es ist weiterhin für die Planung und Organisation von Rettungssystemen notwendig, Planungsziffern des medizinischen Hilfeersuchens zu kennen. Man muss also wissen, mit wie viel Notarzteinätzen im Territorium zu rechnen ist. Dazu bedient man sich der Notarzteinsetzrate. Diese ist definiert:

Zahl der Notarzteinätze in einem definierten Territorium/1.000 Einwohner/Jahr.

Damit wäre vor allem die Frage zu beantworten, welche Zahl von Notarzteinätzen in einem definierten Territorium als „normal“ zu bezeichnen ist.

Der DDR-Notfallmediziner Prof. Dr. med. Kurt Scheidler legte in seinem wegweisenden Werk „Notfallmedizin“ (Berlin 1978) Planungsziffern vor, die zwar mit einer gewissen Einschränkung zu betrachten sind, dennoch im Vergleich zu heutigen Zahlen bedeutsam sind (Tabelle 3). Scheidler berechnete, dass in Ostberlin für die Rettungssäule der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH), nämlich die Dringliche Medizinische Hilfe (DMH), mit 8,5 Einsätzen pro 1.000 Einwohner und Jahr gerechnet wurde. Wenn man nun dagegen hält, dass für das Jahr 2005 für die Stadt Leipzig eine Notarztrate von 49,1 berechnet wurde (A. BURGHARDT), dann muss man feststellen, dass offensichtlich innerhalb von 30 Jahren das Mehrfache an Notarzteinätzen zu verzeichnen ist. Dieses ist letztlich überwiegend durch die Einstellung des Dringlichen Hausbesuchsdienstes als 24-Stundensystem zu begründen.

Ausgehend von der Eskalation der Notarzteinsetzzahlen, werden sowohl Versuche der Interpretation unternommen, wie auch Vorschläge

unterbreitet, wie man die Mehrein-sätze bewältigen kann. Dabei brachten vor einiger Zeit Funktionsträger in Sachsen einen Diskussionsvorschlag ein, ob man nicht eine abgespeckte Variante des Notarztes kreieren könne.

Es ist zutiefst irritierend, dass die sächsische Landespolitik diesen Gedanken aufgegriffen hat. So findet sich in einem Änderungsantrag der CDU/FDP-Fraktionen des Sächsischen Landtages zum BRK (Gesetz zur Änderung des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz) vom 16.03.2012 die Formulierung, wonach die Eignungsvoraussetzungen im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz durch Satzung der Sächsischen Landesärztekammer festgelegt werden. Gemäß Gesetzesbegründung ist das Ziel die Vermeidung eines Notarztmangels aufgrund zu hoher Anforderungen an die Ausbildung.

Es versteht sich von selbst, dass für eine solche Formulierung aus der Sicht der Notfallmediziner kein Verständnis aufzubringen ist. Seitdem ist der Begriff „Notarzt light“ gebraucht worden.

Dabei scheinen zwei Zugangsmöglichkeiten zu dieser Qualifikationsvariante denkbar:

Zum einen der notfallmedizinisch geringer qualifizierte Arzt* und zum anderen der überqualifizierte Rettungsassistent*.

Der Einsatz von notfallmedizinisch geringer qualifizierten Ärzten in einem Notarztsystem ist abzulehnen, da gerade die auf breiter Ebene erreichte stabile Weiterbildung auf der Grundlage des einheitlichen Curriculums Notfallmedizin als Fortschritt gewertet werden muss. Zum anderen ist es undenkbar, dass in einem definierten Rettungsdienstbereich eine Rettungsleitstelle mit unterschiedlich qualifizierten Notärzten disponieren soll.

Im Falle der nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter ist es geradezu ein Widerspruch, von überqualifizierten Rettungsassistenten (RA) zu reden,

Tabelle 3: Publierte Notarztsatzraten

Autor	Publikationsjahr	Region	Notarztsatzrate
K. Scheidler	1974	Berlin/Ost	8,5
M. Burgkhardt	1983	Poessneck/Thür.	17,9
M. Burgkhardt	1990	Leipzig	12,9
M. Burgkhardt	2000	Sachsen	28,7
S. Joó	2000	Deutschland	24,0
A. Burgkhardt	2005	Leipzig	49,1
W. Alswelier	2006	NRW	18,5
K. Runggaldier	2007	Deutschland	20,3

wenn andererseits die Notarztarbeitsgemeinschaften den schlechten Bildungsstand kritisieren, der alleine von seiner Dauer und seinem Aufbau mit anderen medizinischen Assistenzberufen nicht kongruent ist. Dieses – eher unbefriedigende – Bildungsmodell kann wohl nicht als eine Überqualifikation bezeichnet werden. Gemeint sind vielmehr neue Bachelor- und Masterstudiengänge, in denen notfallmedizinische Studieninhalte breiten Raum einnehmen. Solche Studiengänge führen auf keinen Fall zu einer medizinischen Qualifikation entsprechend der Approbationsordnung für Ärzte und der Weiterbildungsordnung. Die Notarztorganisationen befürchten, dass eben hier die Entwicklung zum „Notarzt-Light“ gesetzt werden soll.

Die seit mehreren Jahren zu beobachtende Tendenz einer Akademisierung von Gesundheitsberufen ist im Hinblick auf eine komplexere Arbeitswelt und anspruchsvollere Aufgaben nachvollziehbar und politisch gewollt. Die Schwerpunkte dieser Studiengänge für RA sind thematisch auf Methodik, Didaktik, Organisation und Management ausgerichtet. In den letzten zwei Jahren werden allerdings zunehmend Bachelor- und Masterstudiengänge eingerichtet, in denen notfallmedizinische Inhalte einen besonderen Schwerpunkt einnehmen. In der öffentlichen Werbung für diese Studiengänge werden als Studienziele oft eine „Erweiterung der Regelkompetenz“, „humanmedizinische Kenntnisse der Akutdiagnostik und Akuttherapie“ sowie späteres „selbstständiges Arbeiten“ genannt. In den Modulen finden sich dann auch invasive Maßnahmen, die bisher nicht einmal im Humanmedi-

zinstudium gelehrt werden, sondern erst in der fachärztlichen Weiterbildung.

Die Werbeaussagen der Bildungseinrichtungen suggerieren, dass die Studieninhalte dieser notfallmedizinisch orientierten Studiengänge für die komplexe Arbeitswelt ausbilden. Festzustellen ist, dass diese Studiengänge einem auf Notfälle spezialisierten und reduzierten Medizinstudium entsprechen. Diese Verbindung von Hochschulstudium und Notfallmedizin erweckt dabei den Eindruck, dass hier eine eigenständige notfallmedizinische Qualifikation entsteht, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigen würde. Gleichzeitig wird damit suggeriert, dass mit den Absolventen derartiger Studiengänge ein etwaiger Ärztemangel ausgeglichen werden kann.

Im Rettungsdienst werden im Einsatz entsprechend den landesrechtlichen Vorgaben Notärzte, Rettungsassistenten mit einer zweijährigen (zukünftig dreijährigen) Ausbildung, sowie Rettungsassistenten* und Rettungshelfer* eingesetzt.

Für den Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD), wie auch für die Notarztorganisationen stellt sich damit die Frage, wie mit den Absolventen dieser Studiengänge umzugehen ist, wenn sie Einsatzmöglichkeiten im Rettungsdienst aufnehmen.

Der Bundesverband der ÄLRD und die BAND weisen in ihren identischen Erklärungen darauf hin, dass derartige Studiengänge nicht zu einer eigenständigen Ausübung der Heilkunde qualifizieren und berechtigen. Die eigenständige regelmäßige heilkundliche Tätigkeit ohne Approbation verstößt gegen gesetzliche Vorgaben, insbesondere gegen das

Heilpraktikergesetz und gegen die Heilberufsgesetze der Länder. Im Einsatzdienst dürfen jedoch nur Personen entsprechend ihrer landesrechtlich vorgegebenen Qualifikation als Notarzt, Rettungsassistent, Rettungssanitäter oder Rettungshelfer eingesetzt werden.

In der Gesamtbetrachtung der Problematik ist festzustellen, dass wir keine abgespeckte Bildungsvariante des Notarztes benötigen, um die Probleme der Notfall- und Dringlichkeitsversorgung zu lösen. Dabei ist es auch völlig unerheblich, ob man sich einer solchen minderen Ausbildung über einen „gemasterten“ Rettungsassistenten, oder einen schlechter weitergebildeten Arzt nähert.

Als Lösungsmöglichkeiten müssen diskutiert und, nach Beweis ihrer Wirksamkeit, konsequent umgesetzt werden:

- Durchgängige Schaffung von integrierten Rettungsleitstellen mit der Einbindung der Disposition der Ärztlichen Dringlichkeitsversorgung.
- Flächendeckende Einführung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst als medizinischer Fachberater für den Träger des Rettungsdienstes.
- Rechtliche Prüfung und Absicherung der Leitstellenmitarbeiter, um – nach ärztlicher Beratung – Banalfälle abweisen zu können.
- Abwendung von der fallzahlbezogenen Notarztvergütung.
- Konsequente Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Ärzte, die künftig in der organisierten außerklinischen Notfallmedizin eingesetzt werden.
- Schaffung eines Dringlichen Hausbesuchsbedienstes (DHD) in Verantwortung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der

rund-um-die-Uhr einsatzbereit ist. Dabei müsste es auch möglich sein, für ausgedünnte Regionen sogenannte Funktionallösungen zu schaffen. Unter einer Funktionallösung wäre zu verstehen, dass für einen definierten Betreuungsbereich sowohl die Notarzteinsätze, wie auch die Dringlichkeitseinsätze von einem Notarzt mit einem von einem Rettungsassistenten geführten Einsatzfahrzeug und über eine zu disponierende Leitstelle abgewickelt werden.

*Mit der männlichen Form Rettungsassistent, Notarzt, Patient etc. wird in gleicher Weise auch die weibliche Form verstanden

Dr. med. Michael Burgkhardt
Gletschersteinstraße 34, 04299 Leipzig