

Der sächsische Notarzt: Ein preiswerter und geduldiger Leistungserbringer im Gesundheitssystem

Der „Notarzt“ gehört nicht von jeher zum Gesundheitssystem, er ist erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden. Die intellektuelle Vorarbeit zu seinem Entstehen leistete Martin Kirschner, 1938, mit seinem berühmten Vortrag „Der Verkehrsunfall und seine erste Behandlung“ in Berlin. Er formulierte zwei wesentliche Sätze, die auch heute noch zur Begründung einer notärztlichen Systemversorgung gelten. Diese lauten sinngemäß: „...man muss soweit kommen, dass nicht mehr der Schwerverletzte zum Arzt, sondern der Arzt zum Schwerverletzten gebracht wird...“ und „...besser einen Schwerverletzten über einhundert Kilometer in eine geeignete Klinik bringen, als über die Straße in eine ungeeignete Arztpraxis...“.

Es ist heute notwendiger denn je, sich dieser weisen Voraussetzungen zu erinnern, weil unser Notarztssystem in seinem weiteren Bestand gefährdet ist.

Mit Beginn der 60er Jahre wurden Notarzt-systeme etabliert; zunächst sicher noch unvollkommen, in jedem Fall aber von dem gleichen Ziel getrieben, schnelle und qualifizierte Hilfe an jeden Ort in Deutschland zu bringen. Von den zahlreichen Modellen, sei aus gutem Grund besonders auf das Engagement von Röse in Magdeburg hingewiesen, welcher bereits 1960 ein arztbesetztes Rettungsmittel in Zusammenarbeit mit der Berufsfeuerwehr installierte. Heidel und Splith etablierten 1965 in Leipzig bereits ein 24-Stunden-System der Dringlichen Medizinischen Hilfe zusammen mit dem DRK der DDR. Die ostdeutschen Modelle werden häufig bei historischen Betrachtungen zur Notfallmedizin in Deutschland vergessen. Ab 1967 erfolgte in der DDR der systematische Aufbau eines arztgestützten Rettungssystems, der 1976 mit der Gründung der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH) seinen flächendeckenden Abschluss fand. Das System der SMH, welches als duales System sowohl die Dringlichkeitsversorgung wie auch das Notarztprinzip vereinte, war optimal und leistete bis 1990 das, was danach noch nicht wieder organisiert werden konnte.

Es ist für die meisten Notfallmediziner bis heute unverständlich, weshalb in vorausseilendem Aktionismus das System der SMH mit der deutschen Vereinigung beseitigt wurde. Die Folge war, dass die Vermittlung der dring-

lichen Hausbesuche aus den Rettungsleitstellen ausgegliedert wurde, dass weiterhin die auch für die Tagzeiten bis dahin organisierte Dringlichkeitsversorgung wegfiel. Damit begann die Überfrachtung des Notarztendienstes mit Fällen, die nicht den Notarztindikationen zuzuordnen sind.

Unter diesen Voraussetzungen begann sich der Notarztendienst 1991 in Sachsen neu zu ordnen. Ärzte waren bei dieser Neuordnung wenig einbezogen. Dennoch stimmte das zunächst für die ostdeutschen Bundesländer gültige Rettungsdienstgesetz der DDR, welches als eines der letzten (und wohl auch besten) Gesetze 1990 von der Volkskammer erlassen wurde, optimistisch. Es stimmte optimistisch, weil es die wesentlichen Vorteile des DDR-Rettungswesens berücksichtigte und in ein geeintes Deutschland überführen wollte. Diese Vorteile waren:

1. Rettungsdienste mit ärztlicher Leitung,
2. Beibehaltung ärztlicher Beratung in den Rettungsleitstellen,
3. integrierte Rettungsleitstellen unter Einbeziehung der Koordination der ärztlichen Dringlichkeitsversorgung,
4. ärztliches Primat in der Notfallrettung.

Diese Ziele, die sich sowohl die Arbeitsgemeinschaften der Notärzte, wie auch in Sachsen der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin der Sächsischen Landesärztekammer gestellt hatten, wurden nicht erreicht.

Vergütung notärztlicher Leistungen

Auch dem sachkundigen Chronisten fällt es heute schwer sich zu erinnern, weshalb in Sachsen die Kassenärztliche Vereinigung den „Schwarzen Peter“ der notärztlichen Vergütung zugespielt bekam und weshalb für den Notarztendienst eine Abrechnung nach Einzelleistungen festgelegt wurde. Somit fanden die auf sogenannten Fortbildungsveranstaltungen auftretenden Abrechnungsakrobaten auch unter den Notärzten ein reiches Betätigungsfeld. Da die Gesamthonorarsumme für die notärztliche Vergütung sich von 1993 bis 2001 nicht veränderte, entstand eine voraussehbare Situation:

Die ärztliche Dringlichkeitsversorgung fiel als Organisationsprinzip weg, niedergelassene Ärzte waren aus Gründen der Pflichtenkollision nur ausnahmsweise in der Lage, dringli-

che Hausbesuche während der Sprechzeiten zu realisieren. Patienten erkannten, dass der Anruf in einer Rettungsleitstelle und das Drängen auf sofortigen Arztkontakt eine schnelle Realisierung des Anliegens bewirkte. Die Folge war ein stetiges Ansteigen der Notarzteinsätze landesweit, wobei allerdings die besondere Häufung in den Großstädten festzustellen war.

Als Beispiel einer besonders negativen Entwicklung sei die Stadt Leipzig angeführt:

Im Jahr 1989 versorgte der SMH-Bereich Leipzig 700.000 Menschen (Stadtkreis und Landkreis Leipzig). Es waren tags 3 Notärzte und nachts ein Notarzt im Dienst. Die durchschnittliche Zahl der Notarzteinsätze (Dringliche Medizinische Hilfe) je Tag betrug 25. Dies entsprach einer Notarzttrate (Zahl der Notarzteinsätze pro Jahr und 1.000 Einwohner) von 13,2.

Im Jahr 2004 versorgt der Rettungsdienstbereich Leipzig 480.000 Menschen (Stadtgebiet Leipzig). Es sind tags wie nachts 5 Notärzte im Einsatz; tags steht zudem der Hubschraubernotarzt zur Verfügung. Die durchschnittliche Zahl der Notarzteinsätze je 24 Stunden beträgt 63. Dies entspricht einer Notarzttrate von 47,6.

Hinweis: vertretbar ist eine Notarzttrate von 18,0!

Auch unter der Betrachtung vieler möglicher Ursachen (Änderung des Verkehrsunfallgeschehens, andere Bewertung von Frühsymptomen beim akuten Myokardinfarkt etc.), kann keine wissenschaftliche Begründung, bezogen auf die Epidemiologie des Notfalles, gegeben werden.

Andererseits muss auch kritisch festgestellt werden, dass die Entwicklung der Notarzteinsatzzahlen für jeden erkennbar war und zu vollem Recht von den Kostenträgern angemahnt wurde. Eine Konsequenz, nämlich eine Analyse des Einsatzgeschehens mit daraus folgenden Strukturveränderungen, hat es niemals gegeben, obwohl es hauptamtliche Ärztliche Leiter Rettungsdienst gegeben hat, deren Aufgabe gewesen wäre, auf diese dramatische Entwicklung hinzuweisen.

Die Folgen der Mengenausweitung von Fällen und damit abzurechnenden Leistungen waren vorhersehbar und führten im Sommer 2001 zum Eklat. Bis zu diesem Zeitpunkt war zwar der sogenannte Fallwert, also der je

Notfallpatient durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) vergütete Betrag, seit 1993 kontinuierlich gemindert, da die Mengenausweitung bei weitgehend gleichbleibender Honorarsumme dies logischerweise bedingte. Aber immerhin konnte der Notarzt je Notfallpatient noch mit einem Honorar von etwa 50,00 DM rechnen. Groteskerweise erhielt jedoch der Allgemeinmediziner (in aller Regel ohne Fachkunde Rettungsdienst) im vertragsärztlichen Notdienst für die möglicherweise weniger qualifizierte Behandlung des gleichen Patienten durch den höheren Punktwert der Hausärzte ein höheres Honorar als der Notarzt, nämlich etwa 70,00 DM. Wenngleich vereinzelte Notärzte sich in den vergangenen Jahren immer wieder gegen diese offensichtliche Ungleichbehandlung auflehnten, nahmen fast alle Ärzte dies in der eigenen Leidensfähigkeit hin.

Den Umsatz musste also letztlich „die Masse bringen“ – also die Patientenzahl.

Die KVS sah sich durch Beschluss der Vertreterversammlung im Sommer 2001 nicht mehr in der Lage, den Punktwert der Notärzte weiter zu stützen. Deshalb richtete der Vorsitzende der KVS am 30. 6. 2001 an alle Notärzte Sachsens einen Brief, in dem mitgeteilt wurde, dass mit einer Halbierung des Fallwertes bei Patienten im organisierten Notarzteinsatz zu rechnen sei. Dann hätte es eine Honorierung des einzelnen Falles in Höhe von ca. 30,00 DM gegeben.

Nach dieser Ankündigung kam es zu massiven Protesten der Ärzteschaft mit Ankündigungen, Notarzteinsatzstellen nicht weiter zu besetzen. Dabei wurde auch die Brüchigkeit des organisierten Notarzteinsatzes in Deutschland sichtbar: nahezu 70 % der Notarzteinsätze werden außerhalb der Arbeitszeit geleistet, beruhen also auf der freiwilligen Entscheidung des Arztes, den Dienst absolvieren zu wollen. Die Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e. V. (AGSN) nahm sich des Finanzierungsproblems an und trat mit Unterstützung der Sächsischen Ministerien für Inneres und Soziales in direkte Verhandlungen mit den Krankenkassen ein. Der Träger des Rettungsdienstes, also die Landkreise und kreisfreien Städte, nahmen ihre Verantwortung nur unvollkommen wahr. Dies begründeten sie auch damit, dass sie die Rechtsauffassung vertraten, die KVS sei für die Sicherstellung des Notarzteinsatzes verantwortlich. Hier war auch das bis dahin geltende Landesrettungsgesetz in seinem § 10 wenig präzise.

In Kenntnis dieser Situation vom Sommer 2001 mit einer ungeklärten Honorierung und mit öffentlichen Schuldzuweisungen zwischen Krankenkassen,

KVS und kommunalen Trägern, kann nicht hoch genug gewürdigt werden, dass von den sächsischen Ärzten/Ärztinnen dennoch die Notarztstandorte weiter besetzt wurden. Damit hatte sich auch die jahrelange Arbeit des Ausschusses Notfall- und Katastrophenmedizin bewährt, die darauf hinzielte, in den Führungskursen von Erlbach (Leitende Notarzteurse) und Oberwiesenthal (LNA-Refresherkurse) ein Netzwerk aus verantwortungsbewussten und engagierten Notfallmedizinern aufzubauen, die flächendeckend in Sachsen sich für die Organisation des Rettungswesens einsetzen.

Die Verhandlungen zwischen AGSN und Kostenträgern führten – nach Umschiffung zahlreicher Klippen – zu einer Vereinbarung, die bis zum heutigen Tage gilt. Danach sichern die Kostenträger dem Notarzt ein Honorar von 60,00 € je Fall zu. Das ist wohl angemessen, weil es etwa das Doppelte dessen ausmacht, was ein Allgemeinmediziner je Fall und Quartal an Honorar erhält. Nicht befriedigen kann die sogenannte Bereitschaftspauschale, also das, was je Notarztfall in den Pool eingegeben wird und für die einsatzfreie Vorhaltezeit verwendet wird. Die Ungleichbehandlung zwischen einsatzstarken Notarztstandorten (überwiegend die großen Städte Leipzig, Dresden und Chemnitz) und den einsatzschwachen Standorten (zum Beispiel Notarztstandort Klingenthal) muss durch eine Ausweitung des Bereitschaftsgeldpools beseitigt werden.

Notärztliche Vergütung und Sicherstellungsauftrag

Nach dem bis 2004 gültigen Rettungsdienstgesetz des Freistaates Sachsen ist der Freistaat selbst der Träger des Rettungsdienstes und somit auch der notärztlichen Versorgung. Strittig ist seit Jahren, wer wohl den Sicherstellungsauftrag der Notarztversorgung innehat. Sind es die Krankenhäuser? Ist es die Kassenärztliche Vereinigung? Darüber wurde in den letzten Jahren trefflich gestritten. Unabhängig davon wurden im Jahr 2003 rund 85 % der Notarzteinsätze von Krankenhausärzten (allerdings überwiegend in deren Freizeit) und 15 % von Vertragsärzten erbracht. Tatsache ist, dass sich keine Institution in den Jahren bis 2001 verantwortlich fühlte, die an-

gemessene Vergütung der Notärzte zu erlangen. Die Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e. V. (AGSN) wiederum konnte als einzige Ländearbeitsgemeinschaft durch die direkten Verhandlungen mit den Krankenkassen einen wesentlichen Beitrag zur Deeskalation leisten. Als eingetragener Verein kann sie jedoch in keinem Fall künftig die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung wahrnehmen. Somit steht also im Zusammenhang mit dem neuen Sächsischen Hilfeleistungsgesetz die Frage, wer künftig diesen Sicherstellungsauftrag zur notärztlichen Versorgung erhalten soll.

Es entsprach immer der durchgängigen Meinung der Sächsischen Landesärztekammer, den Sicherstellungsauftrag für den Notarzteinsatz dem Träger des Rettungsdienstes zuzuweisen. Dies wurde auch im Beschluss Nr. 9 des 12. Sächsischen Ärztetages, der die Forderungen zur ärztlichen Mitwirkung im Rettungsdienst des Freistaates Sachsen beschrieb, deutlich gemacht. Somit kann auch heute die Kammer unverändert deutlich machen, dass sie die jetzt vom Gesetzgeber festgelegte Zuweisung des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen für falsch hält und nicht erkennen kann, worin hier eine organisatorische Qualitätsverbesserung liegen soll.

Es fällt schwer, dazu zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Standpunkt aus ärztlicher Sicht zu formulieren, da es ein vergleichbares Modell in Deutschland nicht gibt. Festgestellt werden muss, dass die sächsische Ärzteschaft immer die Auffassung vertreten hat, dass der Sicherstellungsauftrag für die Notarztversorgung beim Träger des Rettungsdienstes, den Landkreisen und den kreisfreien Städten, liegen muss. Als grundsätzlicher Einwand zur aktuellen landespolitischen Entwicklung sei angebracht, dass eine notärztliche Sicherstellung gegenüber allen Erkrankten und Verunfallten bestehen muss, also auch den privat Krankenversicherten und den Versicherungsfällen, die sich aus Arbeitsunfällen ergeben, etc.

Gibt es einen Notarztmangel?

Die Zahlen mögen für sich sprechen: durch die Sächsische Landesärztekammer wurden bisher etwa 3.800 Fachkundenachweise Rettungsdienst ausgereicht. Im Jahr 2002 rechneten ca. 1.500 Ärzte gegenüber der KVS notärztliche Leistungen ab. An jedem der 81 Notarztstandorten Sachsens wären zur Sicherung

eines Dienstplanes 12 bis 15 Notärzte erforderlich. Eine größere Zahl Ärzte wäre nicht sinnvoll, da dann durch geringe Dienstfrequenz der Trainingseffekt des einzelnen Einsatzes nicht mehr gegeben wäre.

Also sind zur Sicherung des Notarztdienstes in Sachsen ca. 1.200 Notärzte erforderlich. Diese sind rein rechnerisch verfügbar, wie die oben dargelegten Zahlen belegen. Dennoch sind die Krankenhäuser kaum noch in der Lage, Ärzte im erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes zur Arbeitszeitregelung erschwert die Lage zusätzlich. Niedergelassene Ärzte sind durch Gerichtsurteile zur Pflichten-kollision zunehmend verunsichert und werden kaum noch Dienstbereitschaften während der Sprechzeiten anbieten.

Zudem werden künftig Allgemeinmediziner gar nicht mehr in der Lage sein, eine Fachkunde Rettungsdienst bzw. Zusatzbezeichnung zu erwerben, da die Bundeskonsensuskonferenz Rettungsdienst als Grundleistung für die Fachkunde (ab 1. 1. 2005 Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) eine mindestens 30-monatige Tätigkeit in einem Krankenhaus verlangt.

Gibt es eine Lösung?

Die Lösung ist vielschichtig, aber es gibt sie. Ziel einer Lösung des Notarztdilemmas ist:

1. Krankenhäuser werden künftig nicht mehr in der Lage sein, ausreichend Notärzte zur Absicherung von Diensten zur Verfügung zu stellen, so dass es zur Schließung von Notarztstandorten kommen kann.

Daraus folgt:

2. dass die Zahl der Notarzteinsätze drastisch gesenkt werden muss.

Dies erfordert:

3. Wiedereinführung des klassischen dualen Notfallversorgungssystems mit – zumindest in den großen Städten – Etablierung eines Dringlichen Hausbesuchsdienstes

(DHD) analog den Strukturen der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH), um den Rettungsdienst von den Einsätzen zu entlasten, die nicht in das Spektrum gehören.

Sowie:

4. Überarbeitung des Berufsbildes des Rettungsassistenten mit deutlicher Verbesserung der Ausbildung (duales Ausbildungskonzept, Aufstocken der Bildungszeit auf drei Jahre, inhaltliche Überarbeitung des Curriculums, Qualitätskontrolle der Bildungseinrichtungen). Ziel soll sein, den Rettungsassistenten primär zum Helfer des Arztes auszubilden und die Grund- und Regelkompetenz nur gering zu erweitern. Andererseits ist dann die Kompatibilität zu anderen medizinischen Assistenzberufen gegeben.

Zusammenfassung

Der Sächsische Notarzt hat viele Jahre für ein geringes Honorar gearbeitet. Er war somit ein preiswerter Leistungserbringer im System. Seine Vergütung ist nunmehr – bezogen auf den einzelnen Einsatz – angemessen. Der Ausgleich zwischen einsatzschwachen und einsatzstarken Regionen muss durch eine Erhöhung des Bereitschaftspools vorgenommen werden. Dazu wird der sächsische Notarzt sicher weitere Geduld aufbringen müssen. Mittel- bis langfristig muss die Notfallversorgung wieder in ein duales System überführt werden. Vordringliches Ziel soll die Senkung der Notarzttrate sein. Damit wäre die Versorgung von Notfallpatienten wieder effektiv und deutlich preisgünstiger als in dem derzeit völlig überladenen System. Das arztgestützte Rettungssystem soll jedoch in keiner Weise durch ein Paramedic-System nach US-amerikanischer Prägung abgelöst werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Michael Burgkhardt
Ausschussvorsitzender Notfall- und
Katastrophenmedizin der
Sächsischen Landesärztekammer
Gletschersteinstr. 34, 04299 Leipzig