

Notfallrettung oder Krankentransport

„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2013

Sehr geehrte Damen und Herren, ich habe eine Nachfrage zur Thematik Ihres Artikels „Notfallrettung oder Krankentransport“ der Ausgabe 2/2013.

Oft kommt es im OND vor, dass spät abends oder nachts eine stationäre Einweisung notwendig wird, aber kein vital bedrohlicher Notfall vorliegt. Eigentlich würde als Transportmittel ein KTW ohne fachlich-medizinische Betreuung ausreichen, dieser ist aber bei uns nur bis zu einer bestimmten Uhrzeit verfügbar (ca. 16.00Uhr), sodass aufgrund dessen der RTW geschickt wird, um den Patienten liegend zur Einweisung ins KKH zu bringen.

Bis jetzt habe ich auch dann immer auf das Eintreffen gewartet, ohne eigentliche ärztliche Leistungen in diesem Zeitraum zu erbringen, aber was tun, wenn bereits der nächste Patient wartet? Muss ich auch hier warten, obwohl lediglich der Transport organisiert wurde?

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Kristin Hontzek, Dommitzsch
9. 2. 2013

Sehr geehrte Autoren des oben genannten Beitrags!

Ich denke, mit diesem Beitrag haben Sie zwar die Rechtslage ordentlich dargelegt, gehen aber an der Realität voll vorbei und demotivieren zusätzlich noch „willige“ Kollegen! Wie sieht es denn im Alltag aus? Die Körperschaften des öffentlichen Rechts im Gesundheitsbereich beschäftigen sich mit sich selbst und haben es versäumt, Ärztenachwuchs in Deutschland den Job attraktiv zu machen. Immer größere KV-Dienstbereiche machen immer weitere Wege erforderlich (o.k. dafür weniger Dienst) – man muss schon sehen, dass man rumkommt, zumindest bis zum nächsten Morgen, wenn die Sprechstunde wieder beginnt. Nichts mit Ausruhen (BAT gilt ja bei uns nicht)!

Deshalb wird der Kollege wieder los gefahren sein (zumal ja kein echter

Notfall vorlag – sondern so wie es sich darstellt, eine nachgelagerte Sprechstunde mit Symptome und Beschwerden schon in der Tagespflege). So, weiter im Text: Die Rettungsassistenten (waren doch sicher die Beschwerdeführer) in ihrer unendlichen Weisheit haben auch ordentlich nach Recht und Gesetz gehandelt und den Kollegen angezinkt, aber eben auch nicht wirklich nachgedacht, denn es steht ja wohl jedem „Erwachsenenqualifiziertem“ frei, den Notarzt im Falle von Unsicherheit nachzufordern! Voraussetzung ist aber, ein Notarzt steht zur Verfügung – womit wir beim nächsten Elend wären: In vielen Notarztbereichen gibt es immer öfter gar keinen Notarzt, welcher Dienst macht, weil schlicht und ergreifend Notärzte auf dem Land fehlen. Als Beispiel schauen Sie sich bitte einmal den Dienstplan Kirchberg und Lichtenstein an, aber auch in Zwickau hat es zum Beispiel am 24. Dezember geklemmt.

Dieses Thema wird nach meinem Empfinden einfach ignoriert (unter dem Motto „wird schon nichts passieren“). Die Dummen sind die Bürger und irgendwann sogar ein Notarztkollege, der auch mal Hilfe braucht. Zudem kommt dann keiner, weil der Notarzt selbst krank ist und Notärzte fehlen. Danke allen in den Führungsgremien der Ärzteschaft für diese Fürsorge für uns Kollegen!

Aber nochmal zum Thema: Also wahrscheinlich war kein Notarzt da und somit hätte man den KV-Dienst ja auch nochmal kontaktieren können – oder !? Wenn ich hier im Zwickauer Land zu Nachtzeiten und am Wochenende einen KTW möchte, bekomme ich regelmäßig zu hören, dass keiner vorgehalten wird und ich möge doch einen RTW nehmen. Der kommt sofort (und bringt auch für den Betreiber des RTW mehr Geld ein). Sie sehen also: so einfach ist es nicht im Leben, und die Dinge so abstrakt zu betrachten, wie es die Autoren getan haben, ist schlicht und ergreifend falsch! Aber vielleicht kann ich eine Diskussion lostreten oder beitragen, die Organisation im Rettungsdienst zu überdenken und den Mangel an Notärzten auf dem

Land zu beheben (eventuell Alternativen zu den verkrusteten Notarzdindikationen – zu ehemals sicher recht guten NA-Ausbildungsanforderungen usw.)!

Das alles ist nicht böse gemeint, aber ich denke, der Kollege hat nichts falsch gemacht. Die Bedingungen sind schlecht geworden und gehören geändert!

Mit freundlichem Gruß
Dr. med. Lutz Röhnert, Kirchberg
10. 2. 2013

(Ich bin übrigens auch schon Mitte 50, wie hier fast alle Kollegen (viele noch älter), die den Laden noch irgendwie am Laufen halten!)

Wer ist „Opfer“, wer „Täter“?

Einleitung: Die Ehefrau eines an Demenz und Parkinson erkrankten Patienten, welcher offensichtlich infektgetriggert einen Schwächeanfall erlitten hatte, konsultierte den Notruf 112. Dieser verwies auf den Kassenärztlichen Bereitschafts-(Vertragsarzt-)dienst (KV-Dienst), welcher eine Einweisung via Rettungsdienst veranlasste. Ein häufiges Procedere, welches die Problematik der Interaktion der unterschiedlichen Versorgungssysteme widerspiegelt.

Trotz hoher Expertise der Autoren wird dem KV-Arzt ein schuldhaftes Verhalten vorgeworfen, das Verhalten der RTW-Besatzung aber als „zu würdigend“ beschrieben.

Behauptung: Der Mediziner hat lege artis gehandelt, das RD-Personal nicht. Entscheidungsrelevante Informationen fehlen oft, womit die Meinungen der Autoren unzureichend nachvollziehbar sind!

Begründung: Der Artikel beschreibt die Symptome des Mannes über den gesamten Nachmittag. Der Mann kommt mit dem Pflegeplatz-Fahrdienst nach Hause gegen 17.00 Uhr und gegen 19.30 Uhr wurde der Notruf verständigt. Zu keiner Zeit ist die Rede von Bewusstseinsstrübung, Atemnot/Atembeschwerden oder Kreislaufinstabilität. Letztendlich lassen die „Schwäche“, die Diarrhoe und die Komorbiditäten die Entscheidung des Leitstellenmitarbeiters nachvollziehen, dass dies primär in die Zuständigkeit des KV-Dienstes fällt. Jener traf innerhalb einer reich-

lichen Stunde (20.45 Uhr) ein; strukturelle Besonderheiten, Einsatzzahlen und Prioritätenabwägungen bleiben unbekannt. Der bestellte RTW kam 21.15 Uhr. Die Diagnosestellung, die Absprache mit der Ehefrau und Initiieren des Procedere (Kontaktaufnahme geeignete Zielklinik, Bestellung Transportmittel) füllen die Zwischenzeit. Da der RTW im Regelfall max. 10 Minuten benötigt, war der KV-Dienst mindestens bis 21.05 Uhr vor Ort. Dies geht aus dem Artikel leider nicht eindeutig hervor, gleichermaßen bleibt zweifelhaft, ob durch den KV-Dienst explizit ein „Transport“ oder ein „Rettungs-“, bzw. „Krankentransportwagen“ initiiert wurde. Die verbale Vermischung dieser unterschiedlichen Fahrzeugtypen ist in den Leitstellengesprächen oftmals präsent, zumal aber ein höher ausgestattetes Fahrzeug schlussendlich eher die Patientenversorgung stärkt und womöglich in Anbetracht der Alarmierungszeit (rund 21.00 Uhr) gar keine KTWs mehr vorgehalten wurden; dazu gibt es keine Aussage. Das „nach unten transponieren“ höher gestellter Fahrzeuge ist dann üblich und hat nur Abrechnungsbesonderheiten. Der KV-Dienst bestellte am ehesten einen Transport mit dem Gedanken des Liegens, der psychischen Betreuung, bzw. bei Veränderung der Ist-Situation, dem qualifizierteren Einschreiten der Besatzung, als es die Ehefrau wohl tun könnte. Für nunmehr geschätzte 10 min. ließ der Mediziner den Patienten wieder allein, mit dem Wissen der qualifizierten Einweisung (Absprachen getroffen, Transport bestellt, Informationen erteilt). Bei derartiger Organisation geht man davon aus, dass eine Verordnung von Krankenhausbehandlung und Verordnung zur Krankentransportausstellung wurden; Aussagen dazu fehlen. Die RTW-Besatzung findet einen kranken, „hilflosen“ Menschen, nicht akut vital bedroht (Aussage des Mediziners), mit einer organisierten Einweisung zur Diagnostik und Therapie durch einen Arzt vor. Nun wird 45 Minuten (21.15 bis 22.00 Uhr) über ein „Übernahmeverschulden“ diskutiert, weil ein Patient liegend

und betreuend transportiert werden soll, anstelle den Transport in das geeignete Krankenhaus (Grund- und Regelversorgung) unverzüglich durchzuführen. Begründung: sie dürften nicht transportieren, sie müssten zu Hause belassen (über Nacht!), da eventuelle „Maßnahmen“ nicht möglich wären (Welche auch immer?!). In Häuslichkeit ent-/belässt nur der Arzt oder der Patientenwunsch mit (Transport-)Verzichtsaufklärung. Eine Kliniktherapie aufgrund der Gesamtsituation war anzustreben, akuter Interventionsbedarf vor Ort wurde verneint. Beim Verlassen des KV-Dienstes (die Gründe, wie z.B. mögliche weitere Patienten, bleiben unerwähnt) war die Transportfähigkeit des Patienten gegeben. Die RD-Mitarbeiter erwägen also gegen ärztliche Einweisung zu handeln und behaupten bei einer möglichen Verschlechterung des Zustandes im RTW nichts machen zu können (Wer dann?). Im Fall einer Verschlechterung in den 10 Minuten zwischen KV-Dienst und RTW-Eintreffen bzw. während des Transportes wären die Nachforderung des Notarztes und die Anwendung der Notkompetenzen die zu ergreifenden Maßnahmen gewesen. Vom KV-Dienst zu fordern, den Transport im RTW zu begleiten, kann nicht ernst gemeint sein. Dies verbieten: versicherungsrechtliche Gründe, unterschiedliche Trägerschaften sowie (Zusatz-) Qualifikationen. Es gibt Versorgungsgebiete mit Mediziner, die im KV-Dienst und im Notarztdienst bestellt sind; eine Aussage dazu fehlt. Fraglich bleibt, warum der Transport über rund 15 Minuten zu einem Haus der Grund- und Regelversorgung (selbst im ländlichen Bereich) in einem RTW so unverantwortbar sei, dass man es ablehnen müsse, aber das alleinige, therapiefreie Belassen zu Hause über Nacht eine Alternative darstellen soll? Weiterhin müsste man die Rettungsassistenten, wenn diese vor Ort Recht gehabt hätten und ein manifeste Grund vorgelegen hätte, dass die Transportfähigkeit nicht bestand oder sich eine akute Gefährdung entwickelt, erneut zur Verantwortung ziehen, da diese den Transport schlussendlich, nach langer Diskus-

sion, durchführten, und somit dann wider besseren Wissens gehandelt hätten und das ohne Notarzt!

Ergebnis:

1. Der Arzt war in angemessener Zeit vor Ort. Die genauen Umstände sind unbekannt.
2. Die einzige, zielführende Maßnahme vor Ort, die Einweisung (Transport) wurde zügig organisiert. Eine verbale Übergabe an das RTW-Personal hätte keinen weiteren Informationsgewinn forciert. Die einzige zuzumutende Maßnahme ist die Notarznachforderung bei Komplikationen.
3. Ein KTW wäre möglicherweise ausreichend – ein höher ausgestattetes Fahrzeug kann in einer geringeren Versorgungsstufe eingesetzt werden. Strukturelle Bedingungen sind unbekannt.
4. Das RD-Personal wollte anfänglich gegen ärztliche Anweisung handeln! Ihre Aufgabe ist die Überwachung der Vitalparameter und hier der betreuende Transport ohne Zeitverzug. Das Auslassen des Notarztrufes, bei aufkommender Indikation, würde ein Übernahmeverschulden darstellen; eine Mitnahmeverweigerung erfüllt eher den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung.
5. Die Autoren unterlassen es, Schlüsselstellen zu Entscheidungen und Aktionen der Beteiligten aufzuzeigen. Einzelne Kernaussagen sind nicht reproduzierbar bzw. sogar als falsch anzusehen.
6. Die unterschiedliche Gestellung der Systeme „KV-Dienst“ und „Rettungsdienst/Notarztdienst“ lassen Reibungspunkte zu Lasten der Patientenversorgung entstehen. Eine Förderung zur Verflechtung könnte die Versorgungsqualität merklicher steigern als die Kritik einzelner Mediziner.

Jan Danny Scheithauer, Burgstädt
11. 2. 2013

Sehr geehrte Damen und Herren, im oben genannten Artikel wird längst überfällig ein wichtiger Sachverhalt thematisiert. Über die inhaltliche Richtigkeit besteht im dargelegten Fall uneingeschränkter Konsens.

Weit häufiger jedoch ist die Sachlage so, dass eben gerade zu den sogenannten Unzeiten für KTW – prädisponierte Patienten mangels Verfügbarkeit kein KTW zur Verfügung steht. Dies betrifft insbesondere die Wochenenden und Feiertage und den ländlichen Bereich.

Ich würde daher eine Ergänzung oder eine Verhaltensempfehlung befürworten, wie dann in solchen Fällen die Verfahrensweise unter dem rechtlichen Hintergrund ist, wenn eben der verfügbare RTW als Ersatz für den nicht verfügbaren KTW gerufen werden muss.

Ich bitte Sie als Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ um eine Veröffentlichung, sinnvollerweise mit einer Handlungsempfehlung seitens der Autoren in einer der folgenden Ausgaben.

Dr. med. Tim Weiske, Borna

Kommentierung der Leserbriefe

Die Zahl von Leserbriefen zu unserem Beitrag zeigt, dass das Thema von größerem Interesse ist. Nach der Beschwerde der Ehefrau des Patienten an die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) hielten wir es für wichtig, den Vorgang öffentlich zu machen, um Unklarheiten im Umgang mit den Strukturen von Rettungsdienst und Krankentransport herauszustellen. Mit großem Nachdruck stellen wir fest, dass sich eben nicht die Rettungsdienstmitarbeiter an die SLÄK gewandt haben, sondern die verunsicherte Ehefrau. Somit erscheint uns auch die Gremischelte („Führungsgremien der Ärzteschaft“) des Kollegen Dr. Röhner für unangemessen. Kernpunkt unserer Erläuterungen sind die Feststellungen zum Unterschied von Krankentransport und Notfallrettung, wie sie seit nunmehr 23 Jahren in allen von der SLÄK veranstalteten Kursen betont werden und auch der strukturellen Realität entsprechen. Danach dient der Krankentransportwagen (KTW) dem Transport des Nichtnotfallpatienten und der Rettungswagen (RTW) dem Notfallpatienten. Wenn ein anwesender Arzt einen RTW anfordert, muss er vor

Ort warten und im Regelfall den Transport begleiten, um die ärztliche Behandlungskette nicht abubrechen. Stellt er allerdings Einvernehmen mit der RTW-Besatzung her, dass diese sich „zutraut“, den Patienten auf dem Transport alleine zu versorgen, ist er zur Begleitung nicht verpflichtet. Wir lehren auch den Rettungsdienstmitarbeitern, dass sie eben nicht leichtfertig diese Betreuung übernehmen, sondern nach eigener verantwortungsvoller Einschätzung entscheiden, ob sie dies können (Übernahmeverschulden). Und somit haben wir auch ausdrücklich das Verhalten der Rettungsdienstler als korrekt bewertet.

In mehreren Briefen wurden wir auf einen wichtigen Aspekt aufmerksam gemacht. Es wurde richtigerweise bemerkt, dass recht häufig statt des bestellten KTW durch die Rettungsleitstellen ein RTW bereitgestellt wird und sich daraus Unsicherheiten ergeben. Die Antwort ist eindeutig: Wenn ein Arzt einen KTW bestellt und dies auf dem Transportschein vermerkt und ihm dafür der RTW „geschickt“ wird, muss er selbstverständlich nicht warten und auch nicht den Transport begleiten, weil er ja mit Bedacht das niedriger qualifizierte Transportmittel angefordert hat. Er ist dann (wie oft durch die Rettungsdienstmitarbeiter gefordert) auch nicht verpflichtet, den Transportschein zu ändern. Ein eigenmächtiges Ändern des Kreuzes von „KTW“ auf „RTW“ durch Rettungsdienstmitarbeiter ist als Urkundenfälschung zu bewerten.

Dr. med. Michael Burgkhardt
Vorsitzender des Ausschusses Notfall- und
Katastrophenmedizin

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung