

Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)

Geschichte, Fortbildung, Stand und Perspektive

Die Bundesärztekammer (BÄK) definierte 1994 die Funktion des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD) wie folgt: *Der ÄLRD ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, der auf regionaler bzw. überregionaler Ebene die medizinische Kontrolle über den Rettungsdienst wahrnimmt und für Effektivität und Effizienz der präklinischen notfallmedizinischen Patientenversorgung und Patientenbetreuung verantwortlich ist.*

Die Funktion des ÄLRD kennt man in Deutschland noch keine 40 Jahre, obwohl die Rufe nach einer ärztlichen Führungsrolle schon sehr viel älter sind. Erste Forderung nach einer solchen Führungsposition stellte

bereits 1908 der Leipziger Arzt Dr. med. Paul Streffer (1865 – 1941) auf. Streffer, ein praktischer Arzt in Leipzig-Connewitz, war zu dieser Zeit Geschäftsführer des Hartmannbundes und Vorstand der Rettungsgesellschaft zu Leipzig von 1882. Er brachte auf dem 1. Internationalen Rettungskongress in Frankfurt am Main zwei Postulate zur Diskussion:

- „der Krankentransport muß unter ärztliche Leitung gestellt werden“ und
- „...der Arzt muß nicht nur am Orte des Unglücks die erforderliche Hilfe leisten, sondern auch den Kranken bis zur Übergabe in die endgültige ärztliche Versorgung auf dem ganzen Weg begleiten.“

Nach Streffer hat sich Professor Martin Kirschner (1879 – 1942) in seinem bekannten Vortrag „Der Verkehrsunfall und seine erste Behand-

lung“ 1938 zur Rolle des Arztes bei der außerklinischen Versorgung von Notfällen geäußert. Aber es sollte noch fast 20 Jahre dauern, ehe sich erneut mit der Etablierung arztgestützter Rettungssysteme befasst wurde. Baur in Heidelberg, Hofmann in Köln, sowie einige Jahre später Röse in Magdeburg und Heidel in Leipzig sind einige der Pioniere, die erste Notarztssysteme einrichteten.

Diese historische Wahrheit wurde aber in dem ansonsten sehr lesenswerten Werk „Notfallmedizin – Organisation und Praxis“ des Ostberliner Notfallmediziners Professor Dr. Kurt Scheidler aus dem Jahr 1978 umgekehrt und geriet zu einem peinlichen Ausrutscher: *„In den sozialistischen Ländern bestehen schon seit Jahrzehnten umfangreiche Organisationen der Schnellen Medizinischen Hilfe, während in vielen kapitalistischen Ländern bis in die Gegenwart die Notwendigkeit der ersten*

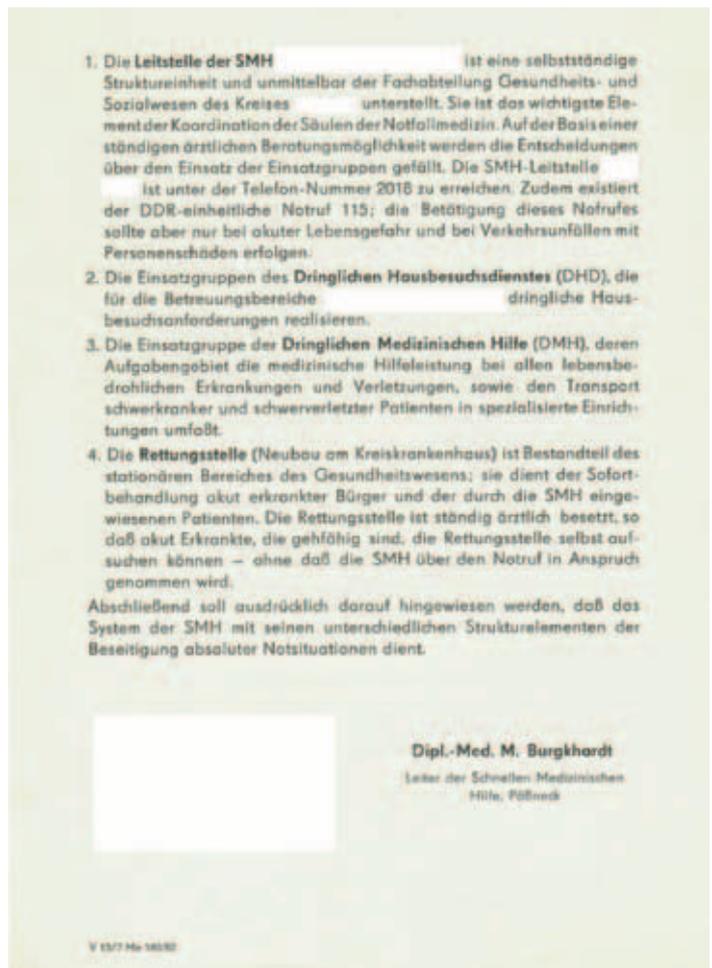
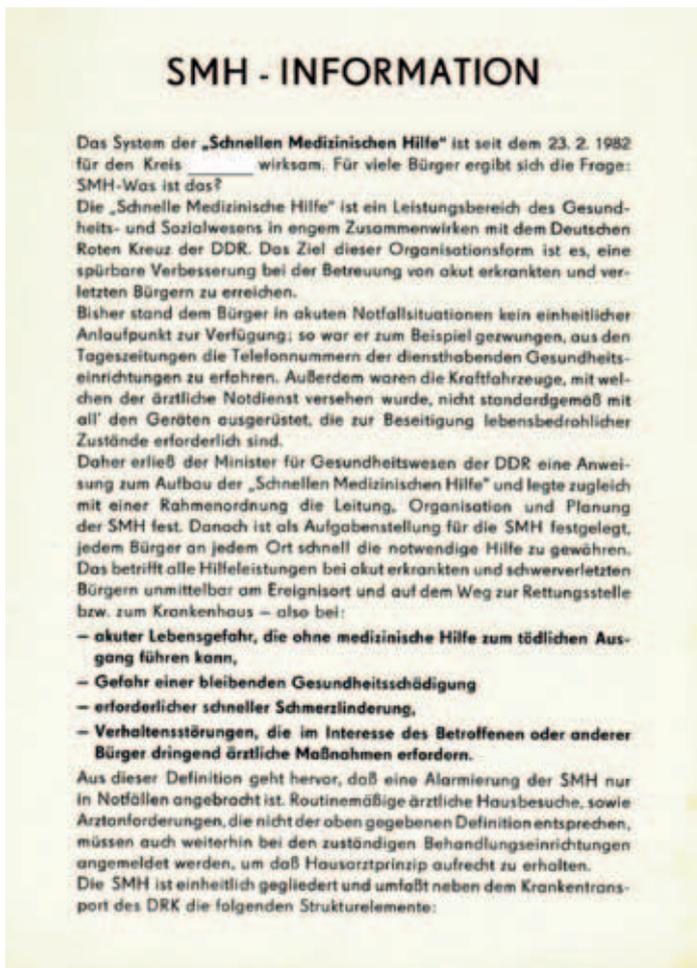


Abb. 1a und b: Informationsblatt der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH) aus dem Jahr 1982

ärztlichen Hilfe am Notfallort unterbewertet oder sogar negiert wurde. Doch auf die Dauer kann man sich nicht dem Druck der unzufriedenen Bevölkerung widersetzen...“

Die Planung und Organisation der außerklinischen Notfallversorgung ging in erster Linie von Kliniken aus und oft waren es Chirurgen, die noch die militärmedizinische Erfahrung aus dem Zweiten Weltkrieg mitbrachten. Da auch aus dem chirurgischen Fachgebiet die Anästhesiologie hervorging, entwickelte sich logischerweise die junge außerklinische Notfallmedizin in enger Anlehnung an diese zwei Fachgebiete.

Es ist unbestritten, dass die erste Festschreibung einer ärztlichen Führungskraft für das zivile Rettungswesen mit dem Jahr 1976 durch die Anweisung Nr. 1 zur Einrichtung der Schnellen Medizinischen Hilfe in der DDR erfolgte.

Diese Anweisung resultierte aus einer Entwicklung zu Beginn der 70er-Jahre in den osteuropäischen Staaten. Diese Entwicklung folgte einem Trend, dort duale Hilfesysteme aufzubauen, die sowohl eine Dringlichkeitsversorgung wie auch den Rettungsdienst umfassen sollten. Als hemmend wurde schon damals erkannt, dass eine Schwierigkeit darin besteht, den Notfall mit seinen unterschiedlichen Dringlichkeitsstufen zu definieren. Ein wesentlicher Markstein war die 15. Konferenz der

Gesundheitsminister der RGW-Staaten (Rat für gegenseitige Wirtschaftshilfe) von 1974 in Budapest, in deren Ergebnis der medizinische Notfall allgemeinverbindlich definiert wurde (SCHEIDLER 1981). Diese, sogenannte „Budapester Definition“, war wohl die erste allumfassende Erklärung des medizinischen Notfalles unter Einbeziehung der ärztlichen Dringlichkeitsversorgung. Die Definition bot eine gute Arbeitsgrundlage für die Ärztlichen Leiter der SMH (ÄLRD-SMH), die schrittweise in allen 204 SMH-Bereichen, die zumeist den Verwaltungskreisen der DDR entsprachen, eingesetzt wurden.

Die Ärztlichen Leiter waren überwiegend nebenamtlich tätig, in den großen Städten, insbesondere jedoch in den 15 Bezirksstädten, waren sie hauptamtlich angestellt. Ihnen oblag die Planung des Hilfeleistungssystems, die Analyse des Notfallgeschehens und die Fortbildung der Ärzte. Eine wesentliche Aufgabe war die Unterrichtung der Bevölkerung, wie sie als Beispiel das Informationsblatt der SMH Poessneck aus dem Jahre 1982 zeigt (Abb. 1).

Das gut strukturierte System der SMH wurde mit dem Einigungsvertrag aufgelöst, sodass die flächendeckende ärztliche Führung weitgehend zerstört wurde. Man kann auch noch heute, 25 Jahre nach der friedlichen Revolution, nicht genug klagen, dass ein perfektes System nicht überleben konnte.

Viele ostdeutsche Städte reagierten aber schnell und setzten, obwohl dies durch die Landesrettungsgesetze der neu geschaffenen Länder noch nicht abgedeckt war, wieder ÄLRD ein. Als positive Beispiele seien hier die Städte Leipzig, Plauen, Halle, Jena, Senftenberg und Stralsund genannt. Die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) war gleichfalls schnell und erarbeitete auf der 8. Tagung des Ausschusses Notfallmedizin am 23.11.1991 die erste Aufgabenbeschreibung und Stellenbeschreibung für den ÄLRD, die in einer überarbeiteten Form in der Zeitschrift „Der Notarzt“ (1994) veröffentlicht wurde. Mit diesen Aktivitäten ging die SLÄK der Bundesärztekammer (BÄK) voraus, die am 09.12.1994 mit einem Beschluss des Vorstandes die „Empfehlungen zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ verabschiedete. Da diese Empfehlungen sich mit den eigenen Vorarbeiten deckten, bedurfte es in Sachsen keiner korrigierenden Überarbeitung. Durch die BÄK-Verlautbarung, die in Übereinstimmung mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin e. V. (DIVI) und der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands e. V. (BAND) erlassen wurde, bestand eine Grundlage, den ÄLRD in den Landesrettungsgesetzen zu verankern und zugleich eine Funktionsbeschreibung zu veröffentlichen.

Die SLÄK informierte mit Schreiben vom 22.02.1995 die Sächsischen Ministerien für Inneres und Soziales

und bat nachdrücklich darum, dass der ÄLRD nunmehr im Sächsischen Landesrettungsgesetz festgeschrieben werden möge. Im September 1996 nahm das Sächsische Staatsministerium des Innern das Thema auf, verwies auf die zurückhaltende Einstellung von Krankenkassen und Landkreistag zum ÄLRD und legte einen Fragekatalog mit acht Punkten und zahlreichen Unterpunkten vor, der im Wesentlichen darauf abzielte, die Sinnhaftigkeit eines ÄLRD zu hinterfragen und anzuzweifeln.

Die SLÄK blieb in Übereinstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e. V. (AGSN) bei ihrer Forderung, den ÄLRD flächendeckend im Freistaat Sachsen zu etablieren. Nach wiederholten Anhörungen und Beratungen erfolgte im aktuellen Sächsischen Landesrettungsplan eine Nennung des ÄLRD und bildete dort die von der SLÄK gegebene Beschreibung seiner Aufgaben und Kompetenzen in wesentlichen Punkten ab.

Aufgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst

Wenn man von der Grundidee Paul Streffers ausgeht, dann besteht dahingehend Einigkeit, dass es eine ärztliche Leitung in der außerklinischen Notfallversorgung geben soll. Die SMH-Ordnung von 1976 präziserte erstmals die Aufgaben und die Stellung des ärztlichen Leiters eines Rettungsdienstes. Die SLÄK definierte auf dieser Grundlage bereits 1991 ihre Vorstellungen, deren richtige Zielvorstellungen sich dann auch mit den Empfehlungen der BÄK von 1994 bestätigten. Danach sind die Aufgaben des ÄLRD:

- Einsatzplanung und Einsatzbewältigung,
- Qualitätssicherung,
- Aus- und Fortbildung des Rettungsfachpersonals,
- Arbeitsmedizin und Hygiene,
- Gremienarbeit und Forschung.

Derzeitige und künftige Bildungsinhalte

Die derzeitigen Bildungsinhalte sind in den 24 empfohlenen Unterrichts-

einheiten kaum abzuarbeiten, sodass die Stundenerweiterung auf 40 Unterrichtseinheiten und eine festzuschreibende Fortbildung vorgesehen ist. Die Bildungsinhalte gliedern sich in vier Hauptgruppen mit den folgenden Einzelthemen:

A. Organisation des Rettungsdienstes

Historische Entwicklung und Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes

Politische, Ökonomische und medizinische Rahmenbedingungen, Netzwerkstrukturen und Schnittstellen des Rettungsdienstes

Rechtsgrundlagen:

Rettungsdienstgesetze der Bundesländer, Rettungsassistenten/Notfall-sanitätsgesetz, Gesundheitsstrukturgesetz (SGB V), Arzneimittelrecht, sonstige Rechtsvorschriften (zum Beispiel Feuerschutzgesetz, Ordnungsrecht, Medizinprodukteverordnung)

Organisationsstrukturen und Finanzierung des Rettungsdienstes, regionale/überregionale rettungsdienstliche Gremien

Organisationsstrukturen und Kernprozesse von Rettungsleitstellen

B. Qualitätsmanagement und Verwaltungslehre

Rettungsdienst-spezifische Aspekte des Qualitätsmanagements, Allgemeine Verwaltungslehre, Struktur der öffentlichen Verwaltung, Entscheidungsprozesse in der öffentlichen Verwaltung

Aufsichtsbehörden für den Rettungsdienst, Personalmanagement und Personalbedarfsplanung

Kommunikationsstrategien, Grundlagen der Öffentlichkeitsarbeit, Modelle der Bestellung/Anstellung/Berufung des ÄLRD

C. Medizinische / Medikolegale Belange des Rettungsdienstes

Qualifikation und Stellung des Personals im Rettungsdienst, medizinische Konzeption des Rettungsdienstes (Standing operating procedures) Hygiene, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit

Aktuelle Forschungsschwerpunkte in der Notfallmedizin, Reanimationsregister

D. Aufgaben und Stellung des ÄLRD in der Praxis

- 1) System- und Datenanalyse
- 2) Führen mittels fachlicher Autorität (ohne Disziplinarhoheit)
- 3) Einsatzplanung, Stabsarbeit, überörtliche Zusammenarbeit
- 4) Verwaltungslehre in der Praxis
- 5) Beschwerdemanagement
- 6) Rechtsgrundlagen

Diese Themensammlung, die vom zuständigen Ausschuss der BÄK verabschiedet wurde, stellt einen Konsens zwischen den ÄLRD-Kursleitern, den beteiligten Landesärztekammern und dem Bundesverband der Ärztlichen Leiter dar.

Fortbildung zum Ärztlichen Leiter

Die SLÄK entwickelte auf der Grundlage der Empfehlungen der BÄK ein Kursprogramm, das mit dem ersten Seminarkurs im Umfang von 31 Stunden im Jahr 2003 erstmalig zur Anwendung kam. In den seitdem durchgeführten zwölf Kursen wurden 259 Kursteilnehmer (Notärztinnen und Notärzte) geschult. Damit gehört die SLÄK neben Hessen und Bayern zu den Ärztekammern, die als einzige in Deutschland regelmäßig Kurse anbieten.

Die Erwartungen der Kursbesucher sind zumeist unscharf und in aller Regel auf den eigenen Rettungsdienstbereich fokussiert. Somit ist es Aufgabe des Kursleiters und der Referenten, den Blick auf die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die Kommunalverwaltung in Deutschland zu richten.

Ausblick

Am 24.04.2014 trafen sich auf Einladung der Landesärztekammer Thüringen in Jena die Kursleiter „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)“ mit Vertretern der BÄK, der BAND e. V., des Bundesverbandes ÄLRD e. V. und interessierter Landesärztekammern (Abb. 2). Diese Beratung stand unter Leitung des Präsidenten der Landesärztekammer Thüringen, Dr. med. Matthias Wesser, der zugleich Vorsitzender des Ausschusses Notfall-, Katastrophen- und Sanitätsdienst der BÄK ist. Ziel war es einmal,

den Bericht der drei Kursleiter aus Sachsen, Hessen und Bayern entgegenzunehmen und danach der BÄK einen Vorschlag über die mögliche Erneuerung der Fortbildung zum ÄLRD zu unterbreiten.

Auf der Grundlage dieses Vorschlages entstand nun ein Modell aus einem 40-Stunden-Kurs, der als „Seminar Ärztlicher Leiter Rettungsdienst – Qualifikationsseminar zum ÄLRD“ bezeichnet werden soll und einem 10-stündigen Refresherkurs (Aufbau-seminar Ärztlicher Leiter Rettungsdienst – Qualifikationsseminar für ÄLRD).

Es besteht Einigkeit dahingehend, dass aufgrund der erweiterten Aufgabenstellung des ÄLRD im Zusammenhang mit dem Notfallsanitätsergesetz die bisherigen Kurse mit ihrem Stoffumfang nicht ausreichend waren.

Mit der Erweiterung der Bildungsinhalte und damit der Verlängerung des ÄLRD-Kurses, sowie der zusätzlichen Refresherkurse ist darüber nachzudenken, die bisher erfolgreichen Kurse der SLÄK mit anderen Ärztekammern gemeinsam durchzuführen. Dazu gibt es bereits konkrete Absprachen zwischen der SLÄK und der Landesärztekammer Thüringen. Andererseits haben sich die sächsischen Kurse mit ihren Stammreferenten und der Lehrgangsort Oberwiesenthal so bewährt, dass seitens der SLÄK keine Tendenz besteht, diese Kursdurchführungen aufzugeben. Die Frage bleibt, wohin orientiert sich der ÄLRD, der seit einigen Jahren in einem eigenen Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (BÄLRD) unter dessen aktuellem Vorsitzenden Prof. Dr. med. Alex Lechleuthner (Köln) organisiert ist? In Mecklenburg-Vorpommern gelang es, die flächendeckend wirkenden ÄLRD in die Landesarbeitsgemeinschaft der Notärzte (AGMN e. V.) zu integrieren. Dies gelang in Sachsen,



Abb. 2.: Teilnehmer des Treffens „Curriculum Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“, Jena, 24. April 2014

trotz wiederholter Versuche, nicht. Logischer wäre es wohl, da die ÄLRD für die kommunale Verwaltung tätig sind, sie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zuzuordnen.

Mit der Dachorganisation der deutschen Notärzte (BAND e. V.) sind die ÄLRD gut vernetzt und sind mit einem ständigen Vertreter in der Mitgliederversammlung vertreten. Einer der zwei derzeitigen Stellvertreter des Vorsitzenden ist der Ärztliche Leiter des Rhein-Sieg-Kreises.

Trotz großer Bemühungen der SLÄK um die Etablierung von ÄLRD in Sachsen und der dominierenden Rolle bei der Fortbildung durch die anerkannten Kurse, war es aber in vieljährigen Bemühungen nicht gelungen, mit den im Freistaat tätigen ÄLRD einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch durchzuführen. Die 1994 gegründete Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der außerklinischen Notfallmedizin“, an der ÄLRD mitwirkten, musste nach zwei Jahren wegen unlösbarer Konflikte seine Arbeit einstellen.

Dabei erscheint es aus der Sicht der Ärztekammern und der Notarztvereinigungen besonders wichtig, mit den ÄLRD gemeinsam die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Notfallsanitäter umzusetzen. Gleichfalls können die Ärztekammern mit ihren Ausschüssen gute Mittler zu den Krankenhausgesellschaften sein, um die praktische Ausbildung an den Krankenhäusern für Notfallsanitäter zu sichern.

Die zuletzt 2014 durchgeführte Beratung im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden vereinte nahezu alle ÄLRD des Freistaates Sachsen. Zum Vorgehen der SLÄK, in enger Zusammenarbeit mit den Ministerien für Kultur, Soziales und Inneres, bei der Vorbereitung der Ausbildung und Prüfung von Notfallsanitätern bestand uneingeschränkte Übereinstimmung.

Dr. med. Michael Burgkhardt
Vorsitzender Ausschuss Notfall- und
Katastrophenmedizin der SLÄK
Gletschersteinstraße 34
04299 Leipzig