Die für die Weiterentwicklung des Deutschen Rettungsdienstes wichtigen Grundsätze, Zuständigkeiten, Definitionen und Organisationsstrukturen sowie Empfehlungen für organisatorische und strukturelle Änderungen zur Sicherstellung eines präklinischen medizinischen Versorgungssystems wurden 1997 mit dem Titel

„Grundlagen und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland"

publiziert.

Dieses Papier wurde mit den nachfolgend aufgeführten Institutionen beraten und abgestimmt: Vorstand der Bundesärztekammer, Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin der Bundesärztekammer, BAND (Bundesarbeitsgemeinschaft der Notärzte Deutschlands), DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin), Ständige Konferenz für den Rettungsdienst (als interdisziplinäres Gremium aller am Rettungsdienst beteiligten Institutionen).

Die Ständige Konferenz für den Rettungsdienst hat darüber hinaus am 16.10.1998 empfohlen, zusätzlich ein Memorandum zu erstellen, in dem die wichtigsten weiterhin bestehenden Probleme analysiert und Defizite beschrieben werden, die der geforderten Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst entgegenstehen.

Zwei wichtig erscheinende, auf dem internationalen Rettungskongress des DRK (1998, Münster) erarbeitete ***Grundsätze*** werden vorangestellt, um den Stellenwert und die Bedeutung der Rettungsdienste festzuschreiben.

- Der Rettungsdienst bestehend aus Notfallrettung und Krankentransport ist integraler Bestandteil des ***Gesundheitswesens***.

- Der Rettungsdienst ist:
  - Teil eines komplexen Hilfeleistungssystems.
  - Betreuung von Hilfsbedürftigen
  - medizinische Behandlung von Patienten
  - Überwachung von Betroffenen
  - Transport von Kranken, Verletzten und Hilfsbedürftigen

Defizite in der Gesetzgebung und den Strukturen des Rettungsdienstes

1. Sozialgesetzgebung

Wegen der darzustellenden Defizite in der Gesetzgebung und im Verwaltungsvollzug sind eine Reihe notwendiger Maßnahmen nicht realisierbar, die insbesondere auch den ökonomischen Bereich, damit die Effizienz der Rettungsdienste betreffen.

Der Rettungsdienst versorgt jährlich ca. 10 Mio. Patienten., er sollte eindeutig dem Gesundheitsversorgungssystem zugeordnet werden und dementsprechend als medizinisch eigenständige Aufgabe in den § 27 SGB V (Krankenbehandlung) aufzunehmen, folgerichtig aus dem § 60 SGB V (Fahrkosten) zu streichen. Erst dann ist auch für den Rettungsdienst die Voraussetzung geschaffen, zwingend den § 2 (1) Satz 3 SGB V anzuwenden.

Den Krankenkassen, die den größten Anteil der Finanzierung des Rettungsdienstes tragen, ist ein Mitspracherecht bei den Entscheidungen einzuräumen, die finanzielle Auswirkungen haben. Bewährt hat sich in einigen Bundesländern das Vertragsmodell zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Alternativ ist aber auch die in anderen Bundesländern bevorzugte Satzungslösung zu berücksichtigen.

Entscheidend bei einer Neuregelung, die im SGB V festgeschrieben werden sollte, ist unabhängig von den beiden Modellen die Sicherstellung der Mitsprache und Kontrolle der Kostenträger, der Leistungserbringer, aber auch der Ärzte, um medizinisch ausreichende und ökonomisch vertretbare Lösungen zu finden. Damit würde der Rettungsdienst konsequent auch dem § 2 (4) SGB V unterliegen.

Die Änderung des § 75 SGB V im Juli 1997 durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz, in dem der Notarztdienst eindeutig dem Rettungsdienst zugeordnet wurde, ist die bisher einzige gesetzlich umgesetzte Forderung allerdings mit einem deutlichen Ländervorbehalt.

Der neugefasste § 75 SGB V bedarf hinsichtlich seiner Umsetzung einer weiteren Präzisierung in zweierlei Hinsicht:

1) Satz 2, Teil 1:

„Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten", das bedeutet, dass die Sicherstellung der Versorgung auch während der Sprechstundenzeiten, außerhalb der Praxis, sowie sonn- und feiertags rund um die Uhr gewährleistet sein muss.

2) Satz 2, Teil 2:

„nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt".

Der Gesetzgeber hat damit der geforderten Abgrenzung beider Versorgungsebenen Rechnung getragen und unterschiedliche Aufgaben in zwei Ebenen gesehen. Demnach sind die Vertragsärzte für alle Patienten zuständig, die nicht lebensbedrohlich erkrankt oder verletzt sind und der in den Rettungsdienst eingebundene Notarzt für alle akut erkrankten oder verletzten Patienten, bei denen primär aufgrund der Schwere des Zustandes Lebensgefahr besteht oder zu erwarten ist. Mit dieser Neuregelung sind die Krankenhausträger aufgefordert, klinisch ausgebildete Notärzte für den Rettungsdienst bereitzustellen, wobei die daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen den Kosten des Rettungsdienstes zugeordnet werden müssen.

Diese Abgrenzung innerhalb des dualen Versorgungssystems wirkt sich natürlich auf die fachliche Qualifikation, aber auch auf die Ausstattung aus, darüber hinaus in ganz entscheidender Weise auf die Kosten, da der Einsatz eines Notarztes mit dem entsprechenden Rettungsmittel (NEF, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) deutlich teurer sein muss als eine Versorgung durch einen Vertragsarzt.

Innerhalb der letzten Jahre hat sich eine klar erkennbare Fehlentwicklung in der Kooperation bzw. Zuständigkeit der beiden präklinischen medizinischen Versorgungssysteme ergeben. Bei akut auftretenden Erkrankungen, auch einer Verschlimmerung chronischer Erkrankungen, und Verletzungen wird von den Betroffenen bzw. ihren Angehörigen nicht mehr primär der Hausarzt gerufen, sondern eine Anforderung zur Erstversorgung erfolgt direkt bei der Rettungsleitstelle. Wahrscheinlich weil die Bevölkerung nicht zuletzt unter dem Eindruck einer nicht selten unzureichenden Organisation des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes davon ausgeht, dass sie mit der sofortigen Anforderung eines Notarztes ein Optimum an Erstversorgung und auch eine schnelle Hilfe erhält bzw. dass durch die Reorganisation der Rettungsdienste, die sich innerhalb der letzten Jahrzehnte vollzog, der „Hausarzt" für diese Versorgung nicht mehr zuständig ist. Nur in wenigen Rettungsleitstellen ist der vertragsärztliche Notdienst der Rettungsleitstelle angeschlossen, so dass nur dort eine dem Bedarf entsprechende Zuweisung zu beiden Versorgungsebenen erfolgen kann. In den weitaus meisten Leitstellen können die Disponenten nur das System einsetzen, über das sie direkt verfügen, d. h. in Abhängigkeit von der Meldung und der daraus abgeleiteten Schwere der Erkrankung oder Verletzung werden nur Rettungsassistenten mit einem Rettungswagen oder Rettungswagen mit Notärzten einge-

setzt, häufig abgegrenzt durch die Entscheidung, ob primär eine Lebensgefahr besteht oder nicht bzw. welche Art einer Erkrankung oder Verletzung vorliegt. Rettungsassistenten alleine können begrenzte medizinische Maßnahmen nur im Rahmen einer Notkompetenz durchführen, ggf. einen Notarzt nachalarmieren. Da aber eine weitgehende medizinische Sach- bzw. Fachkompetenz für Diagnostik und Therapie fehlen, werden bei diesen Einsätzen Patienten oft in die Klinik eingewiesen, obwohl eine Weiterbehandlung durch den Hausarzt erfolgen könnte, die Rettungsassistenten aber nur nach bestem Wissen und Gewissen handeln können, weil ihnen die Möglichkeiten fehlen, entsprechende Differenzierungen durchzuführen. Damit gelangen immer wieder Patienten in die Klinik, bei denen ein Klinikaufenthalt nicht notwendig wäre, die wegen der dann eingeleiteten Diagnostik aber meistens erst nach zwei oder drei Tagen entlassen werden.

Darüber hinaus werden heute in ca. 30 - 40 % der Notarzteinsätze, das ist aus ersten Pilotstudien abzuleiten, Erstversorgungen geleistet, die primär in die Zuständigkeit der Vertragsärzte gehören, da es sich nicht um die Versorgung von Patienten mit einer Lebensbedrohung handelt.

In den beiden hier dargestellten Situationen entstehen unnötigerweise Kosten, die den Rettungsdienst bzw. das Notarztsystem belasten, weil die derzeit gültigen Definitionen nicht eindeutig die Aufgaben der zwei präklinischen Versorgungsebenen beschreiben und eine Koordination der Anforderung präklinischer ärztlicher Leistungen für Erstversorgungen in einer „integrierten Leitstelle“ fehlt.

Fazit:

Unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums und unter Mitwirkung der Bundesländer, der Kostenträger, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der kommunalen Spitzenverbände muss entschieden werden, wer für die notwendige Abklärung zuständig ist, ob eine zusätzliche Definition über den Sicherstellungsauftrag, unter Beachtung des de facto präklinisch vorhandenen dualen Systems, die Zuständigkeiten, aber auch eine einheitliche Leitstelle in das SGB V (§ 75) aufgenommen werden muss (Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ anstelle des zur Verwechslung verleitenden Begriffes „Notdienst“), ob

die notwendigen Regelungen, z. B. koordinierende Leitstellen für die beiden präklinischen Versorgungssysteme ausschließlich bei den Ländern liegen oder nur eine verpflichtende Absprache zwischen KBV und Kostenträgern für eine verbindliche Regelung ausreichend wäre, um Zuständigkeiten zu klären und damit Kosten einzusparen.

Die derzeitige Tendenz der Kassenärztlichen Vereinigung, für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst eigene Leitstellen einzurichten, geht an dem bestehenden und effizient weiterzuentwickelnden System vorbei, sie verhindert die angestrebte kostengünstige Verzahnung. Außerdem zu klären ist die Frage, ob die bisher häufig geübte Praxis, primär nur Rettungsdienstpersonal einzusetzen, Bestand haben soll und kann, weil dieses Vorgehen im gesamten medizinischen Versorgungskonzept eine absolute Ausnahme darstellt, die medizinisch, aber, wie dargestellt, auch ökonomisch bedenklich ist. Es muss grundsätzlich sichergestellt sein, dass jeder Patient mit potentiell bedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen von einem Arzt aus einer der beiden medizinischen Versorgungsebenen unter Mithilfe von Rettungsdienstpersonal erstversorgt wird, um die dabei notwendige Diagnostik und Therapie sicherzustellen.

Natürlich ist auch ein duales außerklinisches medizinisches System denkbar, in dem der Notarzt für die Erstversorgung ein breiteres Spektrum bei nicht lebensbedrohten Patienten übernimmt, die dem Sicherstellungsauftrag zuzuordnen wären. Dann allerdings müssten weitergehende neue Definitionen und Indikationsbereiche aufgestellt werden, um damit eine kostengünstige Lösung zu gewährleisten. Voraussetzung wäre auch eine Neudefinition der dafür erforderlichen ärztlichen Qualifikation. Die im Grundsatzpapier und auch in diesem Memorandum detailliert bevorzugte und beschriebene Aufgabenteilung (Notfälle, Akutfälle) beinhaltet als entscheidendes Kriterium die Verzahnung der beiden Dienste bzw. Versorgungsebenen, d. h. die ärztlichen Dienste können sich gegenseitig, zumindest vorübergehend, vertreten. Dadurch ist die Erstversorgungsdichte verbessert, gleichzeitig die beste ökonomische Lösung gefunden. (Bei dieser Aufarbeitung muss die bisher vorhandene missverständliche Kennzeichnung der ärztlichen Dienste bereinigt werden. Der vertragsärztliche Notdienst müsste in Zukunft als vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst neben dem Notarztdienst gekennzeichnet werden, d. h. Verzicht auf die Bezeichnung „Not"-dienst im § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V.)

2. Ländergesetzgebung

Die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer konnten bisher nicht harmonisiert werden, was zu unterschiedlichen Versorgungsqualitäten und Organisationsstrukturen führte. Davon werden z. B. grundsätzlich gültige notfallmedizinische Anforderungen negativ beeinflusst.

Die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes fallen gemäß Artikel 30 und 70 GG in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Diese Regelung hat sich bewährt. Politische, strukturelle, geographische und insbesondere historische Ursachen verhindern bis heute eine Harmonisierung der Ländergesetze selbst in wichtigen Eckpunkten, obwohl die notfallmedizinische Zielsetzung entsprechend dem jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand ein objektives einheitliches Vorgehen zwingend erfordern würde. Die aktuellen Regelungen sichern dem Patienten weder eine durchgängig einheitliche Qualität der Notfallbehandlung, noch lassen sie die immer wieder geforderte Transparenz der Kosten und den Vergleich der Wirtschaftlichkeit der Rettungsdienste zu. Die Länder werden jedoch zur Absicherung der ökonomischen Anforderungen, dies in engem Verbund mit dem Qualitätsmanagement, zu einem Minimalkonsens kommen müssen, der diese Bereiche abdeckt, da andernfalls Vergleiche zwischen den Bundesländern in allen Ebenen des Qualitätsmanagements nicht möglich sind und vor allem Kostenermittlungen sowie Kosten-Nutzen-Analysen (Leistungs- und Kostentransparenz) nicht durchgeführt werden können. Da sich zudem die Länder spürbar aus der Investitionsfinanzierung zu Lasten der Krankenkassen und damit auch zu Lasten der Beitragzahler zurückziehen, ist es zwingend notwendig, dass sich die Kostenträger und die Länder im Zusammenhang mit der geforderten Änderung des § 133 SGB V (Vertrags- oder Satzungslösung) auf die jeweiligen Anteile der Kostentragung verständigen und dies vertraglich festschreiben.

Wie weit unter den derzeitigen Bedingungen die Divergenzen jeden Vergleich unmöglich machen, sei an zwei Beispielen erläutert. Durch Notärzte werden in Hamburg 14 %, in Bayern 52 % und im Saarland 57 % der Notfallpatienten versorgt. Auf die Notfallrettung entfallen auf je 1000 Einwohner in Baden-Württemberg 29, in Berlin 59, in Hamburg 108 Einsätze. Auch die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes ist z. Zt. nur in Mecklenburg-Vorpommern, Thü-

ringen und Brandenburg sowie modellhaft in Bayern festgeschrieben. Darüber gibt es in weiteren Bundesländern vereinzelt Ärztliche Leiter Rettungsdienst (u. a. in Hamburg, Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz).

Die Hilfsfrist als grundlegende Planungsgröße muss unter infrastrukturellen Gesichtspunkten optimiert und festgelegt werden.

Aus diesen Gründen müssen im Ausschuss Rettungswesen unter Hinzuziehung von Sachverständigen aus allen am Rettungsdienst beteiligten Institutionen Absprachen über den Umfang und die Art der Harmonisierung getroffen werden. Beispielhaft sind im Folgenden Bereiche bzw. Voraussetzungen aufgeführt, für die übereinstimmende Absprachen in Form von „definierten Standards" erforderlich sind mit dem Ziel einer Vereinheitlichung und Adaptation der Rettungsdienstgesetze der Länder, zumindest um bundesweit einheitliche Grundforderungen der Notfallmedizin erfüllen zu können.

- Aussagen zur Strukturqualität
  - z. B. Größe und Funktion der Rettungsdienstbereiche und der Leitstellen
  - Struktur und Aufgaben der Leitstellen
  - einheitliche Erhebungen zur Leistungs- und Kostentransparenz
  - eine einheitliche medizinische Dokumentation
  - Ausstattung mit Rettungsmitteln unter Einhaltung definierter Standards
  - Struktur und Aufgaben der Rettungswachen
  - personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation.

Vorgaben für die Prozessqualität
- z. B. Leitlinien, Fortbildung, Aufsichts- und Überwachungsfunktion des „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst".

Zur Frage der Hilfsfrist ist zu ergänzen:
Obwohl absolute Übereinstimmung darin besteht, dass als entscheidende Planungsgröße
a) die Hilfsfrist und
b) das Sicherheitsniveau
anzusehen sind, und auch in der Rechtsprechung als Voraussetzung gefordert werden, ist es trotz aller Bemühungen nicht gelungen, in den Landes-Rettungsdienstgesetzen eine übereinstimmende Nomenklatur und entsprechende Definitionen zu verwenden. Bei den aktuellen Überlegungen der Länder zur organisatorischen Trennung von Notfallrettung und Krankentransport sollte berücksichtigt werden, dass die Untersuchungen des Instituts für Rettungsdienst des DRK auf der Grundlage von 2 Mio. Daten des Leistungs- und Kostennachweises RD (LKN) eindeutig die organisatorische Einheit von Notfallrettung und Krankentransport wegen der nur hier zu erschließenden Synergieeffekte als das kostengünstigste Organisationsmodell des Rettungsdienstes bewiesen haben. Diese Ergebnisse sind publiziert.

Fazit:
Die Länder sollten unter Beachtung der im Grundsatzpapier und diesem Memorandum vermittelten Grundlagen und Anforderungen zumindest die Rahmeneckpunkte gemeinsam und übereinstimmend festlegen.

3. Fachliche Qualifikation der Ärzte und des Rettungsdienstpersonals

Derzeit werden nicht alle vital bedrohten Patienten durch Notärzte versorgt. Das hat zu der Problematik geführt, dass die Notkompetenz durch das Rettungsdienstpersonal relativ breit angewandt wird.

Die angestrebte Verzahnung der beiden Versorgungsebenen „Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst" und „Rettungsdienst" in den Leitstellen, die als prioritäre Systemverbesserung angesehen wird, wäre ein wesentlicher Schritt, diese Systemlücke zu füllen. Patienten mit einem akuten Geschehen hätten dann eine größere Chance, wie im SGB V vorgesehen, primär ärztlich versorgt zu werden.

Ärzte

Die ***Vertragsärzte*** müssen die für die beschriebene überbrückende ärztliche Hilfe bei Notfallpatienten erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in speziellen notfallmedizinische Fortbildungsveranstaltungen erwerben bzw. im Rahmen ihrer Ausbildung vermittelt bekommen. Entsprechende Kurse sollte die Bundesärztekammer als Musterempfehlung konzipieren. Die Landesärztekammern müssten auf dieser Basis die Fortbildung anbieten, die der allgemeinen Entwicklung entsprechend zertifiziert werden sollte.

Der fortgeschriebene Fachkundenachweis Rettungsdienst für ***Notärzte*** muss mit entsprechenden Inhalten in die Weiterbildungsordnung aufgenommen werden, um damit eine Überprüfung der erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten zu sichern. Nach Abschluss dieses qualifizierten Weiterbildungsvorhabens sollte die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin" vergeben werden, um damit die zusätzliche fachliche Kompetenz zu bestätigen. Entsprechende Fortbildungsprogramme müssen (zertifiziert) das Wissen und die Fortschreibung sichern.

Für den ärztlichen Bereich werden der Deutsche Ärztetag, die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern aufgefordert, die dargestellten Qualifikationsziele durch eine programmierte Weiter- und Fortbildung sicherzustellen.

Rettungsassistenten

Bei der Ausbildung der Rettungsassistenten bestehen teilweise erhebliche Defizite, weil die Auslegung der Übergangsbestimmungen zu großzügig erfolgte und noch heute erfolgt. Die von den Ländern zugelassenen Schulen haben nicht in jedem Fall die zu fordernde Ausbildungsqualität. Die vorgesehene kontinuierliche Fortbildung ist noch nicht überall die Regel und entspricht generell noch nicht den Erfordernissen. Obwohl das Rettungsassistentengesetz nunmehr fast 10 Jahre in Kraft ist, sind erst ca. 20 % der Rettungsassistenten in dem vorgesehenen Ausbildungsgang qualifiziert worden, während 80 % den Beruf des Rettungsassistenten auf dem Wege von Übergangsregelungen erhielten.
Im „Reisensburger Memorandum", das allen zuständigen Länderministerien vorliegt, sind alle derzeit gültigen Beanstandungen, aber auch Lösungsvorschläge enthalten.

Hierzu zählt insbesondere eine umgehende Novellierung des Rettungsassistentengesetzes durch den Bund im Sinne einer 3 jährigen Ausbildung. Diese setzt ihrerseits u.a. veränderte Eingangskriterien, einen überarbeiteten Kompetenzkatalog sowie unabdingbar die Einführung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst voraus..

Fazit:

Auf allen Ebenen der präklinischen Notfallversorgung ist die Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals den heute gültigen Anforderungen anzugleichen und eine programmierte, qualifizierte notfallmedizinische Fortbildung mit Zertifizierung anzustreben. Die Ausbildungsziele sind im Hinblick auf die in der beruflichen Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten konkret festzuschreiben und die Kompetenzen des Rettungsdienstfachpersonals zur (not-)ärztlichen Tätigkeit konkret abzugrenzen.

4. Leitstelle

Trotz eines deutlichen Rückgangs der Anzahl der Leitstellen durch Strukturverbesserungen in den letzten Jahren (1992: 400, 1997: 330) entspricht in der Regel Anzahl und Größe der Leitstellen und damit auch die Größe der Einzugsbereiche/Rettungsdienst-bereiche noch immer nicht den wirtschaftlichen und einsatztaktischen Erfordernissen; die heutigen technischen Möglichkeiten können nur unzureichend genutzt werden.

Mehrere Workshops zur Leitstellenthematik haben mit breitem Konsens folgende Grundsätze erarbeitet:

- In einer Region gibt es nur eine Leitstelle für alle dringlichen Hilfeersuchen (außer Polizei), insbesondere für alle medizinischen Hilfeersuchen (Vertragsärzte und Notärzte/Rettungsdienst).
- Die Aufgaben einer Leitstelle bestehen in der Koordination, Leitung/Lenkung/ Steuerung und Vermittlung der durch die Leitstelle angebotenen Dienstleistungen.

- Originäre Dienstleistungen einer Leitstelle sind:
  - Rettungsdienst
  - Ärztliche Bereitschaftsdienste
  - Verlegungstransport
  - Kapazitätsnachweis im Notfallbereich
  - Feuerwehr
  - Katastrophenschutz
  - Nachweis fachlich erforderlicher Dienste für die Gefahrenabwehr.
- Die zuständige Leitstelle ist bundesweit unter der Notrufnummer 112 zu erreichen (möglicherweise Beibehaltung evtl. vorhandener zuständiger Rufnummern).
- Alle im Leitstellenbereich stationierten Rettungs- und Transportmittel sind der Leitstelle anzuschließen.
- Es sollten möglichst große Leitstellenbereiche gebildet werden (Höchstgrenze Bundesland).
- Der Träger der Leitstelle sollte ein hoheitlicher Träger sein, dort wo sich andere Modelle bewährt haben oder gesetzlich festgelegt sind, muss die Neutralität gegenüber allen Leistungserbringern gesichert sein.
- Mit der Einbindung der Ärztlichen Bereitschaftsdienste in die Leitstelle sind insbesondere folgende Vorteile verbunden:
  - ⇒ Lenkung der Patientenströme
  - ⇒ eine erhöhte Dispositionsgenauigkeit
  - ⇒ eine höhere Bürgerfreundlichkeit durch die Anwählbarkeit einer einzigen Telefonnummer
  - ⇒ Kostenvorteile auf Seiten der Ärztlichen Bereitschaftsdienste (Kassenärztliche Vereinigung etc.).

Demnach sind die Leitstellen zum entscheidenden Führungsinstrument zu entwickeln, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst langfristig sichern und ausbauen zu können sowie im Bedarfsfall weitere medizinische und soziale Dienste zu koordinieren oder bei größeren Schadensereignissen oder Katastrophen die komplexe Hilfe zu organisieren.

Falls Verhandlungslösungen nicht möglich erscheinen, muss wegen der zentralen Bedeutung der geforderten neuen Leitstelle für die zukünftige, vor allem ökonomische Entwicklung eine gesetzliche Regelung erfolgen.

Die Leitstellen der Zukunft müssen technisch und personell die Voraussetzungen bieten, dass sie als integrierte koordinierende Schaltzentrale alle medizinischen Hilfeersuchen entgegennehmen, die Versorgungsebene bestimmen und bei Bedarf das notwendige Rettungsmittel auswählen und die dem Bedarf entsprechende medizinische Soforthilfe vermitteln. Selbstverständlich soll und kann jeder Patient wie bisher seinen Hausarzt direkt telefonisch konsultieren oder um ärztliche Hilfe bitten. Die Leitstelle ist nur dann einzuschalten, wenn der ärztliche Bereitschaftsdienst oder der Rettungsdienst und der Notarzt angefordert werden. Für den Einsatz des Vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes ist für die Struktur und Organisation vorzusehen, dass in diesem Dienst dringende und weniger dringende Versorgungsaufgaben anfallen, hierfür unterschiedliche Zeitlimits vorgesehen werden können. Über eine solche Rettungsleitstelle kann auch der gezielte Einsatz von First-Responder-Systemen erfolgen. Möglich wären außerdem die Organisation von Intensivtransporten, wichtigen Blutkonserven oder Leistungen im Rahmen der Organstransplantation.

Fazit:

Das angestrebte Ziel sind technisch modern ausgestattete, an wirtschaftliche und einsatztaktische Größenordnungen angepasste integrierte Leitstellen, die alle medizinischen Hilfeersuchen der Bürger, sofern sie den Rettungsdienst mit Notarzt oder den Vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst betreffen, im Einzugsbereich entgegennehmen und die adäquate Hilfe organisieren. Dafür sind auch die für Disponenten entwickelten Ausbildungsprogramme möglichst bald in die Praxis umzusetzen.

5. Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Bei der Notfallrettung handelt es sich primär um eine ärztlich-medizinische Aufgabe, die derzeit zumindest nicht den Erfordernissen entsprechend wahrgenommen wird. Die Umsetzung der Notfallrettung als primäre ärztliche Aufgabe erfolgt derzeit nicht in notwendigem Umfang

durch im Rettungsdienst integrierte Ärzte. Noch ist die ärztliche Kompetenz bei den Trägern und den Durchführenden unzureichend.

Die Träger des Rettungsdienstes haben z. Zt. die Aufgabe, die sich aus der Sicherstellung einer ärztlichen medizinischen Aufgabe ergibt, an nichtärztliche Leistungserbringer delegiert, ohne eine entsprechende ärztliche Aufsichts- und Überwachungsfunktion sicherzustellen. Dies steht im eklatanten Widerspruch zu den Grundsätzen in allen medizinischen Einrichtungen und ist insbesondere bei der Erstversorgung von lebensbedrohten Notfallpatienten ein rechtlich nicht zu begründender Verstoß gegen die Fürsorgepflicht. Deshalb bedarf der Rettungsdienst in allen medizinischen Fragen zwingend der ärztlichen Leitung.

Für jeden Rettungsdienstbereich muss ein „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst" eingesetzt werden, der vom Träger zu berufen ist. Er sollte neben der unmittelbaren Aufsichts-, Überwachungs- und Kontrollfunktion, insbesondere auch in der Leitstelle, die Fortbildung des Personals und das Qualitätsmanagement sicherstellen sowie Einfluss auf Planung und Organisation des Rettungsdienstes ausüben. Dieser „Ärztliche Leiter Rettungsdienst" ist in allen Rettungsdienstgesetzen zu verankern.

Fazit:
Mit der Einführung des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst" stehen oder fallen alle Bemühungen zur Qualitätsverbesserung im Rettungsdienst.

6. Qualitätsmanagement

Obwohl im SGB V (s. § 135) ein umfassendes Qualitätsmanagement vorgeschrieben ist, lässt es sich unter den derzeit bestehenden Voraussetzungen nicht realisieren (s. Sozialgesetzgebung, Rettungsdienstgesetze der Länder, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst).

Die bisherigen Zertifizierungsbemühungen der Leistungserbringer nach DIN EN ISO 9000 ff können nur die innerorganisatorischen Prozesse abdecken, jedoch nicht die notfallmedizinischen Aspekte. Nur ein den Erfordernissen entsprechendes Qualitätsmanagement kann bestehende Defizite erkennen lassen, die sich negativ auf die Ergebnisqualität auswirken. Gleichzeitig lässt sich nur so verbindlich für den Standort oder auch das Land die Effizienz, d. h. die Kosten-Nutzen-Relation, ermitteln, ggf. korrigieren.

Zwar sind erste dafür geeignete Grundlagen geschaffen worden (DIVI-Notarzt- und Rettungsdienst-Einsatzprotokoll, Leistungs- und Kostennachweis Rettungsdienst), diese Instrumente werden bislang jedoch von den Leistungserbringern, den Notärzten bzw. den kommunalen Trägern nur unvollkommen genutzt und die Rettungsdienstgesetze der Länder verlangen sie nicht zwingend, obwohl die Verknüpfung dieser Dokumentationen in Verbindung mit den Leitlinien für Notfallmedizin erste Anhaltspunkte für Qualität und Wirtschaftlichkeit geben könnte.

Um im Rettungsdienst das überfällige Qualitätsmanagement durchgängig und wirkungsvoll etablieren zu können, sind die unter Sozialgesetzgebung und Rettungsdienstgesetzen der Länder aufgeführten Forderungen zu erfüllen (die nichts kosten!), unter Beachtung des Datenschutzes Richtlinien für den Datentransfer - vor allem aus der Klinik in den Rettungsdienst zurück - zu erarbeiten und in den Rettungsdienstgesetzen festzuschreiben sowie auch in diesem Zusammenhang den „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst" einzuführen. Für Qualitätsaussagen im Rettungsdienst sind Forschungsprojekte zu entwickeln, die auch finanziell gefördert werden müssen.

Fazit:

Ohne Veränderung der Stellung des Rettungsdienstes im SGB V und eine verbindliche Festschreibung der Nutzung der vorhandenen Instrumentarien ist das für den Rettungsdienst unverzichtbare Qualitätsmanagement nicht möglich.

7. Luft-, Berg- und Wasserrettung

Für Luftrettungsmittel fehlt eine Fortschreibung für die Ausstattung, Finanzierung und die Qualifikation des Personals.

Darüber hinaus bedarf es einer sorgfältigen, bereits vom Ausschuss „Rettungswesen" seit längerer Zeit geforderten Strukturanalyse im Luftrettungsdienst mit Überprüfung des Istzustandes und einer Formulierung des zukünftigen Sollzustandes.

8. Soforthilfe durch jedermann

Trotz wiederkehrender Begründungen in Aufrufen und bei Werbemaßnahmen der Hilfsorganisationen ist der Anteil der Bevölkerung, der sich freiwillig in Erster Hilfe ausbilden lässt, ständig zurückgegangen.

Die Bevölkerung ist für die Ausbildung in Erster Hilfe schwer motivierbar, da

- Gemeinschaftsaufgaben nicht mehr wahrgenommen werden (der Staat ist für alles verantwortlich)
- die Auffassung vorherrscht, dass die Erstversorgung von Notfallpatienten durch die Institution Rettungs- und Notarztdienst gewährleistet ist.

Die natürlich nur randständig betroffenen staatlichen Institutionen gehen davon aus, dass die Erste-Hilfe-Ausbildung eine Maßnahme darstellt, die in das persönliche Engagement jedes Bürgers fällt. Es wird dabei übersehen, dass der Staat für den Bereich der Akuthilfe eine Fürsorgepflicht hat, und dass die nach entsprechender Ausbildung mögliche Soforthilfe nach Trauma oder Erkrankung von entscheidender Bedeutung für das Überleben bzw. die Wiederherstellung des Patienten sein kann und eine weitere Verkürzung der Hilfsfrist alleine aus ökonomischen Gründen nicht möglich ist.

Erste Hilfe muss daher als allgemeine Aufgabe der Gemeinschaft und als individuelle Aufgabe für jeden Einzelnen verstanden werden. Erste Hilfe muss als Bestandteil der Allgemeinbildung und der Gesundheitserziehung etabliert werden.

Der Aufbau von „First Responder-Systemen" ist als Teilaspekt dieser Aufgabenstellung zu sehen und dort besonders geeignet, wo strukturelle Defizite im Rettungsdienst bestehen.

Das geforderte lebensbegleitende Gesamtkonzept kann sich nur realisieren lassen, wenn die Erste-Hilfe-Ausbildung fester Bestandteil eines Unterrichtsfaches (z. B. Biologieunterricht/Gesundheitserziehung) wird, wie dies seit über 25 Jahren mit umfangreichen Begründungen von der deutschen Ärzteschaft unter Hinweis auf entsprechende Modelle in Skandinavien gefordert wird.

Fazit:
Die Realisierung der Vorschläge mit einem differenzierten, die einzelnen Gruppen ansprechenden Programm, wie es die Hilfsorganisationen erarbeitet haben, bedarf einer breit gefächerten staatlichen Unterstützung.

9. Medizinische Versorgung bei einem Massenanfall und in Katastrophenfällen

Durch das 1997 erlassene Zivilschutzneuordnungsgesetz (ZSNeuOG) und das darin enthaltene neue Zivilschutzgesetz (ZSG) wurden ehemals bundesweit gültige Struktur-, Stärke- und Ausstattungsvorgaben für den Sanitätsdienst des erweiterten Katastrophenschutzes generell aufgehoben. Gleichzeitig wurde der Sanitätsdienst mengenmäßig zurückgefahren. Die Integration der verbleibenden Bundesmittel für den Zivil- und erweiterten Katastrophenschutz erfolgt nun auf Landesebene in den dort vorgehaltenen friedensmäßigen Katastrophenschutz. Während somit einerseits eine engere Verzahnung mit den Potentialen der alltäglichen Gefahrenabwehr, so z. B. auch mit dem Rettungsdienst, grundsätzlich möglich ist und ausdrücklich begrüßt wird, etablieren sich zur Zeit andererseits bundesweit völlig unterschiedliche Systeme in der sanitätsdienstlichen Versorgung.[Die Unterschiede reichen von der Integration der Sanitäts-

komponenten des Bundes in schlagkräftige Schnell-Einsatz-Gruppen und sofort verfügbare Einzelmodule bis hin zur Aufstellung von Sanitätszügen alter Prägung] Dies beinhaltet die Gefahr von Inkompatibilitäten und Führungsproblemen beim ländergrenzenübergreifenden Einsatz. Gleichzeitig weist die Aus- und Fortbildung der eingesetzten Helfer im Sanitätsdienst bundesweit erhebliche Divergenzen auf, die es durch abgestimmte Ausbildungskonzepte mittelfristig aufzuheben gilt. Gleichzeitig muss die bisher unzureichende Finanzierung durch Bund und Länder definitiv geklärt werden, um damit machbare Ziele definieren und anstreben zu können.

Neben den praxisrelevanten Problemen im Katastrophenschutz sind Defizite in einer ganzheitlichen und koordinierenden Katastrophenvorsorge und Präventionsplanung zu bemängeln. Aktive Präventionsplanung und Katastrophenvorsorge sind mit dem Katastrophenschutz effektiv und zeitnah zu vernetzen [Vgl. Ergebnisse und Forderungen der Projektarbeitsgruppe 1 „Integriertes Hilfeleistungssystem" der „Ständigen Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz", Köln 1998]

Aufgrund des in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Subsidiaritätsprinzips haben Bund und Länder einen erheblichen Teil der Leistungserbringung in der Gefahrenabwehr, hier insbesondere im Zivilschutz sowie im Rettungsdienst und im Katastrophenschutz, auf die Feuerwehren und die Hilfsorganisationen übertragen. Akute Haushaltseinsparungen führen sowohl im öffentlich-rechtlichen als auch im privaten Bereich zu Problemen bei der Beschaffung erforderlicher Technik und bei der Ausbildung der Helfer. Kompatible Strukturen im Katastrophenschutz fehlen bundesweit hinsichtlich der Stärkegliederung der Ausrüstung und Ausstattung. Ebenso fehlen die für eine sachgerechte Strategie und Ausstattung nötigen Definitionen des Leistungsumfangs bzw. der Leistungsfähigkeit der mittlerweile sehr unterschiedlich konfigurierten Sanitätseinheiten.

Durch die seit Jahren stattfindenden regelmäßigen Verkürzungen der Wehrpflichtzeiten, die sich auf die Zivildienstzeiten und die Verpflichtungszeiten im Katastrophenschutz auswirken, leiden auch die Helferpotentiale der Feuerwehren und der Hilfsorganisationen. Die von allen Hilfsorganisationen zu Beginn der 90er Jahre festgestellten Motivationsverluste der ehren-

amtlichen Helfer durch die ständige Reformdiskussionen im Zivil- und Katastrophenschutz wirken darüber hinaus bis heute nach.

Vorsorgeplanungen und Prävention dürfen sich nicht ausschließlich nach der Situation in den öffentlichen Budgets richten. Prävention, Vorsorgeplanung und Maßnahmen für die unmittelbare Gefahrenbekämpfung müssen als komplexe Aufgabe begriffen werden, die in den Ländern auf regionalen Gefahren- und Risikoanalysen aufbauen und damit auf einer realistischen Grundlage beruhen. Hier sind Kreise und Kommunen unmittelbar gefordert, Funktionskonzepte zu erarbeiten, die diesen integrativen Ansatz beinhalten.

Fazit:

Die notwendigen Planungsgrundlagen für ein komplexes und integriertes Modell der umfassenden medizinischen Versorgung bei Massenunfällen und Katastrophen setzen die Analyse und Beantwortung der Fragen „Worauf müssen wir organisatorisch, funktionell und medizinisch vorbereitet sein?“ und „Welchen Schutz können und wollen wir uns leisten?“ voraus. Diese Aufgabenstellung lässt sich u. a. durch

1. örtliche und regionale Risiko- und Gefährdungsanalysen der alltäglichen Risikopotentiale sowie
2. eine bundesweit durchzuführende Risiko- und Gefährdungsanalyse für ländergrenzenübergreifende Gefahrenpotentiale einer modernen Industriegesellschaft

in Form eines regelmäßig zu aktualisierenden Gefahrenatlas lösen.

Aus den so gewonnenen Erkenntnissen über örtliche, regionale und bundesweite Gefahrenpotentiale lassen sich die nötigen Rückschlüsse für die zwingend nötige Definition der Leistungsumfänge des medizinischen Teils des Katastrophenschutzes gewinnen. Diese Ergebnisse müssen dann in die konkreten Planungsmaßnahmen und in die Berechnungen des notwendigen Vorhaltesolls einfließen, um eine effektive und effiziente Kombination des regulären, ständig einsatzbereiten Rettungsdienstes mit dem medizinischen Teil des Katastrophenschutzes für eine adäquate Versorgung bei Massenanfällen und bei Katastrophen zu gewährleisten.

Da in einigen Bundesländern die Ressortzuständigkeit für Rettungsdienst und Katastrophenschutz auf unterschiedliche Ministerien verteilt ist, muss auch eine enge Vernetzung sowie ein kontinuierlicher Informations- und Kommunikationsfluss im Sinne eines integrierten Hilfeleistungssystems zwischen allen Beteiligten erreicht werden. Gleiches gilt für die Vernetzung der für Prävention und Vorsorge zuständigen Fachbereiche mit den o. g. Ressorts.

Aus dem Ablauf der Versorgung des ICE-Unglücks in Eschede 1998 den Schluss zu ziehen, dass wir auf größere Schadensereignisse, Massenanfälle und Katastrophen generell gut vorbereitet sind, wäre aufgrund der einzigartigen Umstände dieses Eisenbahnunglücks fatal. Aufgrund der verfassungsmäßigen Rechtsansprüche der Bundesbürger auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie auf gleichwertige Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sind Vorsorge, Gefahrenabwehr und Gefahrenbekämpfung auf die tatsächlichen Bedürfnisse einer sich ständig wandelnden modernen, hochkomplexen Industriegesellschaft regelmäßig zu überprüfen und flächendeckend anzupassen. Der status quo wird diesem Anspruch unter den derzeitigen, sehr unterschiedlichen Bedingungen nur punktuell gerecht.