Abb. 1: Bewährtes einsatztaktisches Konzept: Rettungsfachpersonal und Notärztin gemeinsam im Einsatz

Gute Zeiten, schlechte Zeiten?
Ärztemangel und die Folgen für den Rettungsdienst

Deutschland Ende der 90er Jahre: Es gibt einen Begriff, der Medizinstudenten und jungen Ärzten überall begegnet, beim Lesen der Tageszeitung, im Hörsaal oder am Arbeitsplatz: „Ärzteschwemme". Ärzte, die eine Stelle suchen, konkurrieren meistens mit Dutzenden anderen Bewerbern. Im „Deutschen Ärzteblatt" heißt es 1998: „Ärztliche Arbeitslosigkeit bleibt ein Dauerproblem, der Abbau von Arbeitslosigkeit bleibt eine Daueraufgabe." (1) Deutschland Anfang des neuen Jahrtausends: Es gibt einen Begriff, der Medizinstudenten und jungen Ärzten überall begegnet, beim Lesen der Tageszeitung, im Hörsaal oder am Arbeitsplatz: „Ärztemangel". Ärzte, die eine Stelle suchen, können meistens zwischen zahlreichen Angeboten wählen. Im „Deutschen Ärzteblatt" heißt es 2003: „Ärztemangel: Der Nachwuchs bricht weg." (2)

Autor:
Dr. med. Hartwig Marung
Oberarzt
Institut für Notfallmedizin
Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Eiffestr. 664b
20537 Hamburg
h.marung@asklepios.com

Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) fehlen in deutschen Kliniken momentan mehr als 5.000 Ärzte. Der Marburger Bund, die Gewerkschaft der angestellten Ärzte, geht sogar von 12.000 offenen Stellen aus (3). Bis zum Jahr 2030 könnte diese Zahl laut DKG auf 37.000 Stellen ansteigen (4).

Wie kann das sein? Was musste passieren, um innerhalb von fünf (!) Jahren alle Vorhersagen auf den Kopf zu stellen? Und was für Auswirkungen hat diese Situation auf die Notfallrettung? Der nachfolgende Artikel soll diese Fragen verständlich und an der Praxis orientiert beantworten und Lösungsvorschläge (von denen einige seit Jahren auf dem Tisch liegen!) vorstellen. Dabei werden vor allem zwei Aspekte diskutiert: der Mangel an qualifizierten Notärzten für die Besetzung von NEF und RTH und die Folgen von Umstrukturierungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung auf die Notfallrettung.

Und jetzt noch eine Zahl, die zu all dem scheinbar gar nicht passt: Noch nie waren in Deutschland so viele Ärzte berufstätig wie im Jahr 2012: genau 348.700. 1990 waren es nur 237.700. Auch diese Zahlen stimmen, d.h. es gibt zwar mehr Ärzte, diese stehen aber aus unterschiedlichen Gründen nicht für die Notfallversorgung zur Verfügung.

URSACHEN FÜR UNZUREICHENDE VERFÜGBARKEIT VON ÄRZTEN

Wie meistens, wenn in einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen drastische Veränderungen auftreten, sind es eine ganze Reihe von Gründen, die dafür verantwortlich sind. Diese sind ohne Anspruch auf Vollständigkeit in Tab. 1 dargestellt und werden anschließend erläutert. Schon an dieser Stelle kann man sagen: Die Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erfolgen seit Jahren eher unsystematisch und ohne Beachtung der komplexen und sich ändernden Rahmenbedingungen.

Weniger Medizin-Studienplätze und mehr Studienabbrecher ➜ Ende der 90er Jahre betrug die Arbeitslosigkeit unter Ärzten knapp 3%. Diese Zahl lag zwar deutlich unterhalb der Arbeitslosigkeit in der Gesamtbevölkerung (damals etwa 12%), entsprach aber fast 10.000 Vollzeitstellen. Da erschien es als logischer Schritt, die Zahl der Studienplätze zum Wintersemester 1990/91 um etwa 20% oder 2.200 Plätze zu reduzieren. Ende der 90er Jahre standen 15-20% Absolventen weniger dem Arbeitsmarkt zur Verfügung; der erhoffte Effekt war also eingetreten (5).

Ein Abbau von Studienplätzen war aus Sicht der Verantwortlichen wohl auch deshalb sinnvoll, weil die Kosten mit ca. 200.000 Euro für einen Medizinstudienplatz höher liegen als in jedem anderen Studienfach. Auf diese Weise wurden in den letzten 20 Jahren Kosten in Höhe von über 1 Mrd. Euro eingespart.

Seit Mitte der 90er Jahre ist die Zahl der Studienplätze im Wesentlichen unverändert. Aufgrund der hohen finanziellen Belastung ist auch nicht davon auszugehen, dass diese Zahl in Deutschland wieder erhöht wird. Stattdessen wird eher darauf gesetzt, fertig ausgebildete Ärzte aus anderen Ländern abzuwerben. Diese Taktik kann man kritisieren; sie ist aber in den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern seit Jahrzehnten etabliert (mehr dazu später).

Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Medizinstudierenden, die mit dem Staatsexamen abschließen, gesunken, zeitweise um bis zu 27% gegenüber dem Ausgangswert. Grund hierfür ist die hohe Zahl von Studienabbrechern, die die Uni wieder verlassen – meistens schon vor dem Physikum (5). Die Folge auch hier: weniger junge Ärzte. Sie fehlen dem Arbeitsmarkt – und dem Notarztdienst.

Tab 1: Ursachen für unzureichende Verfügbarkeit von Ärzten

- die Reduzierung der Zahl von Medizin-Studienplätzen in den 90er Jahren
- eine zunehmende Zahl von Studienabbrechern
- Abwanderung fertig ausgebildeter Mediziner in alternative Arbeitsbereiche
- gesetzliche Reduzierung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit
- zunehmende therapeutischen Möglichkeiten der modernen Medizin
- wachsender Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung
- steigender Anteil von Ärztinnen
- vermehrte Abwanderung von Ärzten in das Ausland
- Zunahme des Anteils von Ärzten mit Teilzeitstellen
- ungleiche regionale Verteilung zwischen Ballungsräumen und dünner besiedelten Bereichen

Abwanderung von Ärzten in alternative Arbeitsbereiche und ins Ausland ➜ Angesichts steigender Arbeitslosenzahlen wurde angehenden Ärzten jahrelang schon im Studium geraten, sich Tätigkeiten außerhalb der klassischen Arbeitsfelder Klinik und Praxis zu suchen, z.B. in der Pharma-Industrie, bei Versicherungen, Beratungsunternehmen, im Journalismus oder als Betriebsmediziner. Parallel dazu wurde eine Tätigkeit im Ausland für junge Mediziner immer attraktiver. Alleine die 18 beliebtesten Länder wie England, Österreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und die USA zogen mit Aussicht auf flache Hierarchien, mehr Zeit für die Arbeit am Patienten und (zum Teil) deutlich bessere Verdienstmöglichkeiten fast 17.000 deutsche Mediziner an (Stand 2010) (5).

Dieser Trend ist seit einiger Zeit auch beim Fachpersonal im Rettungsdienst zu beobachten: In erster

Abb. 2: Der Massenanfall verletzter Personen: Bewährungsprobe für rettungsdienstliche Strukturen

Abb. 3: Der Ausbau der Luftrettung kann die Sicherstellung des Notarztdienstes in der Fläche unterstützen

Linie erfolgt eine Abwanderung in die Schweiz, aber auch in Länder wie Schweden, Kanada oder Australien; der Fachkräftemangel in der Notfallrettung könnte daher bald ein eigenes Problem darstellen. Aussagekräftige Zahlen liegen hierzu allerdings noch nicht vor.

Die Abgänge konnten durch Zuwanderung ausländischer Ärzte nicht ausgeglichen werden. Hinzu kommt, dass gerade für die Tätigkeit als Notarzt gute bis sehr gute Sprachkenntnisse erforderlich sind, die viele der ausländischen Kollegen sich erst aneignen müssen. In einigen Rettungsdienstbereichen wird von dieser Regel abgewichen und Ärzte mit mangelhaften Sprachkenntnissen werden im Notarztdienst eingesetzt. Das kann zu fatalen Fehlern mit gravierenden Folgen für alle Beteiligten führen: für die Patienten, das Fachpersonal und den Notarzt selbst und ist daher im Hinblick auf Qualität und Sicherheit der Notfallversorgung strikt abzulehnen.

Im Jahr 2008 haben 18,4% der medizinischen Absolventen, also fast jeder fünfte, sich nicht bei einer deutschen Ärztekammer angemeldet, d.h. sie sind ohne Umweg über ein deutsches Krankenhaus in die Industrie oder ins Ausland abgewandert. Praktisch bedeutet das: Könnte die Abwanderung in nicht-kurative Bereiche oder in das Ausland deutlich reduziert werden (wofür im Moment wenig spricht), wären offene Stellen in Kliniken und Praxen relativ unproblematisch neu zu besetzen.

Reduzierung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit ➜ Ein entscheidender Punkt für die aktuelle Entwicklung waren neue gesetzliche Vorgaben im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes. Deren Auslegung in Bezug auf den Arbeitsplatz Krankenhaus war lange umstritten: Bereitschaftszeit wurde in Kliniken über Jahre als „Freizeit“ definiert (!) und nicht auf die wöchentliche Arbeitszeit angerechnet. Mit seinem Urteil aus dem Jahr 2003 stellte der Europäische Gerichtshof (EuGH) allerdings klar, dass Bereitschaftszeit Arbeitszeit ist. Die Begrenzung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit auf 48 Stunden bedeutete für viele deutsche Kliniken, dass bis zu 15% der ärztlichen Arbeitsstunden wegfiel und neue Stellen geschaffen werden mussten, was zu massiven Kostensteigerungen führte.

Eine der gängigen Maßnahmen vieler Kliniken als Reaktion auf das Personaldefizit lautete „Konzentration auf das Kerngeschäft“: in den operativen Fächern auf den OP und in den konservativen Gebieten auf Interventionen wie Endoskopie und Herzkatheter. Ein solches Vorgehen ist betriebswirtschaftlich kurzfristig verständlich. Allerdings gehen Kliniken, die nicht mehr am Notarztdienst teilnehmen, das Risiko ein, dass sie vom Rettungsdienst weniger stark als Notfallversorger wahrgenommen werden und dadurch Notfallpatienten verlieren, die in einigen Häusern bis zu 70% der stationären Behandlungen ausmachen.

Entwicklung von Demografie und Medizin ➜ Dass der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sehr stark zunimmt und z.B. zu einem Anstieg der Einsatzzahlen in der Notfallrettung führen wird, ist schon an vielen anderen Stellen diskutiert worden (6). Diese Tatsache wird dazu führen, dass der Anstieg der stationären Behandlungsfälle immer mehr Personal binden wird. Als einfaches Beispiel kann man Herzoperationen nennen, von der Schrittmacher-Implantation bis zur Herzklappen-OP: Diese sind alleine von 2005 bis 2011 um fast 20% angestiegen. Für die Durchführung dieser Eingriffe werden immer mehr Anästhesisten, Chirurgen und Kardiologen benötigt, die dem Notarztdienst nicht zur Verfügung stehen (7).

Zunahme des Anteil von Ärztinnen und von ärztlicher Teilzeittätigkeit ➜ Der Anteil von Frauen in der Medizin ist innerhalb von 20 Jahren von 33 auf 42% gestiegen (5). Ein großer Anteil dieser Medizinerinnen wünscht sich eine Teilzeittätigkeit, um Privat- und Berufsleben besser in Einklang zu bringen. Dabei wird häufig übersehen, dass auch immer mehr gerade jüngere männliche Ärzte (die häufig den größten Teil der Notärzte stellen) sich kürzere Arbeitszeiten wünschen. Das Bild des Arztes, der andere behandelt und dabei „bis zum Umfallen“ arbeitet, ist längst überholt. Das ist gut für die Gesundheit von Ärzten und Patienten, führt aber objektiv dazu, dass der eine oder andere Dienst, der früher noch „mitgemacht“ wurde, jetzt schwieriger zu besetzen ist.

Tab. 2: Einsatzfahrtaufkommen im öffentlichen Rettungsdienst nach Rettungsmitteltyp

	1994/1995	1996/1997	1998/1999	2000/2001	2004/2005	2008/2009
Notarztwagen	3,8%	2,7%	1,9%	1,7%	1,2%	0,1%
Notarzteinsatzfahrzeug	11,7%	12,4%	13,7%	13,5%	16,7%	17,8%
Rettungswagen	45,4%	46,9%	49,0%	51,6%	51,3%	51,7%
Krankentransportwagen	38,3%	37,%	34,6%	31,7%	30,2%	29,4%
Privat-Pkw mit Arzt besetzt	0,3%	0,3%	0,1%	1,0%	–	0,2%
RTH	0,6%	0,5%	0,7%	0,5%	0,5%	–
ITH	–	–	–	–	0,1%	–
RTH/ITH*	–	–	–	–	–	0,8%

* ab dem Zeitraum 2008/2009 werden die Rettungsmitteltypen RTH und ITH nicht mehr einzeln dargestellt

Ungleiche regionale Verteilung ➜ Immer mehr Menschen wollen in Großstädten oder deren Einzugsbereichen wohnen und arbeiten. Ärzte bilden da keine Ausnahmen – mit der Folge, dass Regionen mit einer Überversorgung anderen gegenüberstehen, in denen sowohl die notärztliche als auch die ambulante Versorgung nur mit großem Aufwand aufrechterhalten werden können. Das führt schon heute teilweise dazu, dass Menschen in dünn besiedelten Gebieten lange Wege bis zum Erreichen eines Haus- oder Kinderarztes oder eines Unfallchirurgen zurücklegen müssen.

Weil gleichzeitig immer mehr Menschen alleine leben und dadurch im Krankheitsfall weniger mobil sind, wird auch bei weniger gravierenden Anlässen häufig der Rettungsdienst herangezogen, um die entstehenden Lücken zu füllen. Dieser Effekt macht sich besonders außerhalb der Praxisöffnungszeiten bemerkbar: Laut einer Mitgliederbefragung des Landesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienste in Niedersachsen/Bremen aus dem Jahr 2009 stieg die Zahl der Notfallrettungseinsätze mit RTW nach Umstrukturierungen der Bereitschaftsdienste in einigen niedersächsischen KV-Bezirken um bis zu 50%. Das führt zu einer höheren Auslastung von Rettungsmitteln in der Fläche, die in den meisten Bedarfsplänen noch nicht berücksichtigt ist und die Sicherstellung der Notfallversorgung gefährden kann.

LÖSUNGSVORSCHLÄGE

Ursachen und Folgen des relativen Ärztemangels sind also relativ klar. Dass in Bezug auf die Studienplatzzahl wenige Veränderungen zu erwarten sind, wurde schon ausgeführt. Viele weitere Faktoren wie demografischer Wandel oder Abwanderung in andere Berufsfelder/Länder sind durch Maßnahmen des Rettungsdienstes nicht beeinflussbar. Trotzdem gibt es viele Lösungsansätze, die zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung der Bevölkerung beitragen können.

Konsequente Wahrnehmung der Verantwortung durch die Rettungsdienst-Träger ➜ Die Schwierigkeiten bei der Sicherstellung von Notarztdiensten haben dazu geführt, dass einige Rettungsdienstträger auf das Angebot ärztlicher Vermittlungsagenturen zurückgreifen. Das Geschäftsmodell derartiger Anbieter ist einfach, wirtschaftlich nachvollziehbar und rechtlich nicht zu beanstanden. Problematisch ist, dass die Fähigkeiten und Kenntnisse der so vermittelten Notärzte für den Rettungsdienstträger nicht nachvollziehbar sind, selbst wenn die formale Qualifikation vorliegt, z.B. die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. Ein Teil dieser Notärzte wird an häufig wechselnden Orten eingesetzt, zum Teil in unterschiedlichen Bundesländern. Daher haben sie oft nur begrenzte Kenntnisse über medizinische Infrastruktur (z.B. für die Herzinfarkt- oder Polytraumaversorgung), gültige Algorithmen, Strukturen für den Massenanfall etc. Einweisungen auf ihnen unbekannte medizinische Geräte erfolgen zum Teil im Schnelldurchgang zu Dienstbeginn. Außerdem kann der Ärztliche Leiter Rettungsdienst meistens nicht auf sie zugreifen, sodass die Aufarbeitung von Beschwerden oder Schadensfällen stark erschwert ist. Nicht zuletzt entstehen den Rettungsdienstträgern zusätzliche Kosten für Vermittlungsgebühren und – gerade wenn Lücken im Dienstplan kurzfristig zu füllen sind – höhere Stundenlöhne.

Ein Teil der bei den Vermittlungsagenturen registrierten Notärzte ist hochqualifiziert und -motiviert. Insgesamt sind solche Konzepte aus den oben genannten Gründen aber nicht geeignet, eine qualitativ hochwertige Versorgung langfristig zu garantieren. Die Organisation des Notarztdienstes als Teil der Gefahrenabwehr ist eine der Kernaufgaben der Kommunen. Daher sollten die Träger des Rettungsdienstes alle Möglichkeiten ausschöpfen, sich von der Mitwirkung externer Dienstleister unabhängig zu

Abb. 4: Zu einer erfolgreichen Einsatzvorbereitung gehören gemeinsame Übungen von Notärzten und Fachpersonal

machen. Das kann z.B. dadurch passieren, dass Ärzte auf vertraglicher Basis mit dem Träger freiberuflich im Notarztdienst eingesetzt werden.

Freiberufliche Notarzttätigkeit ➜ Die Tatsache, dass die ärztliche Arbeitszeit in den Kliniken reduziert wurde und immer mehr Ärzte in Teilzeit arbeiten, bietet die Chance, dass diese im Rahmen einer echten freiberuflichen Tätigkeit Notarztdienste übernehmen können. Schon 2005 kam der Berufsverband der Deutschen Anästhesisten (BDA) zu der Einschätzung: „Sofern Notarzt-Dienste als freiberufliche (Neben-)Tätigkeit ausgeübt werden, sind diese Zeiten nicht als Arbeitszeit im Sinne des ArbZG anzurechnen, wenn der Notarzt über seine Arbeitskraft frei verfügen kann.“ (8) Was bedeutet das? Echte Freiberuflichkeit ist durch folgende Elemente gekennzeichnet:

- Arbeitgeber-Wechsel,
- zeitlicher Umfang darf nicht fixiert sein,
- kein Anspruch auf Einsatz während verfügbarer Zeiten,
- keine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall,
- kein Urlaubsgeld,
- Sozialabgaben sind selbstständig abzuführen.

„Arbeitgeber-Wechsel“ bedeutet, dass nicht zwei Verträge über die Haupttätigkeit, z.B. in Anästhesie oder Kardiologie, und über die Nebentätigkeit als Notarzt mit der Verwaltung desselben Krankenhauses abgeschlossen werden dürfen. Eine juristisch einwandfreie Lösung sieht so aus, dass Notärzte, die tagsüber im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit das NEF besetzen, Verträge mit dem Träger des Rettungsdienstes über den Einsatz im Nacht- und Wochenenddienst schließen.

Wird auf diese Weise nicht das ArbZG umgangen? Ja und nein: Das Gesetz regelt die Tätigkeit als angestellter Arzt. Freiberufliche Tätigkeit wird darauf nicht angerechnet. Ob und in welchem Umfang freiberufliche Dienste zusätzlich übernommen werden können, hängt vom Einzelfall ab. Kritisch wird es dann, wenn ein Arzt unmittelbar vor oder im Anschluss an einen Klinikdienst als Notarzt tätig ist und er dadurch zu spät zum Dienst erscheint oder sogar seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist. Ein Organisationsmodell für einen freiberuflichen Notarztdienst hat Bohn am Beispiel der Stadt Münster ausführlich beschrieben (9). Einige Kommunen beschäftigen hauptamtliche Notärzte in Festanstellung. Vorteile sind deren große Routine und sehr gute Kenntnisse regionaler Strukturen. Allerdings besetzen viele Ärzte solche Stellen nur für einen befristeten Zeitraum und orientieren sich dann wieder in Richtung einer anderen Tätigkeit.

Einsatz der Telemedizin ➜ Wie bereits angesprochen sind Regionen mit geringer Einwohnerdichte besonders von Besetzungsproblemen betroffen. Ein Forschungsprojekt der Universität Aachen hat daher untersucht, inwieweit ein Arzt, der per Datenübertragung Befunde von der Einsatzstelle empfängt, die Rettungskräfte vor Ort effektiv unterstützen kann. Nach Abschluss der Projektphase planen die Verantwortlichen jetzt die Implementierung im Regeldienst. Die Ergebnisse werden Rückschlüsse darauf zulassen, ob deratige Systeme auch in anderen Regionen erfolgreich eingesetzt werden können.

Kooperationen zwischen Nachbarkliniken ➜ Um gesetzliche Vorgaben zu Hilfsfristen einhalten zu können, ist gerade in dünn besiedelten Regionen eine hohe Zahl von Rettungs- und Notarztwachen erforderlich, die zum Teil aber nur wenige Einsätze pro Tag abwickeln. Schon im Jahr 2004, als sich erste Versorgungsengpässe abzeichneten, hat die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) vorgeschlagen, derartige Standorte von den Regelungen des ArbZG auszunehmen, sodass dort die Ableistung von 24-Stunden-Diensten durch angestellte Ärzte erfolgen kann, ohne dass nach zwei Diensten die wöchentliche Höchstarbeitszeit erreicht wird (10). Außerdem regte die BAND an, dass Ärzte aus Häusern der Maximalversorgung, in denen zum Teil sehr viele Notärzte zur Verfügung stehen, vertraglich geregelt Dienste

in benachbarten Rettungsdienstbereichen übernehmen sollten („Satellitensystem"). Derartige Konzepte wurden seitdem in einigen Regionen Norddeutschlands (z.B. Stadt und Landkreis Oldenburg Braunschweig/ Helmstedt, Kiel/Rendsburg-Eckernförde) umgesetzt, sind aber noch nicht bundesweit etabliert.

Weiterentwicklung der Luftrettung ➜ Einen weiteren Ansatzpunkt bietet der Ausbau der Luftrettung: Das Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF) lässt derzeit unter der Führung des VDI untersuchen, unter welchen Voraussetzungen bodengebundene Rettungsmittel durch die Luftrettung nicht nur unterstützt, sondern ganz ersetzt werden können (www.projekt-primair.de). Die Realisierung eines derartigen Ansatzes könnte langfristig dazu führen, dass z.B. mehrere Notarztstandorte in der Fläche, die schwierig zu besetzen sind und nur zwei oder drei Einsätze pro Tag abdecken, durch Luftrettungsmittel ersetzt werden. Das Projekt beinhaltet die Klärung zahlreicher u.a. technischer, juristischer und wirtschaftlicher Fragestellungen. Der Abschlussbericht wird im Jahr 2015 vorliegen.

Disposition des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch die Rettungsleitstellen ➜ Die Herausforderung, in der Fläche die ambulante Versorgung außerhalb der Sprechzeiten sicherzustellen, wurde weiter oben bereits angedeutet. Hilfreich wäre es, wenn alle Anrufe aus der Bevölkerung, die eine zeitkritische medizinische Versorgung betreffen, an einer Stelle gebündelt werden. Hierfür bieten sich die rund um die Uhr professionell besetzten Rettungsleitstellen an. In einigen Bereichen ist heute schon der Bereitschaftsdienst der KV über die Leitstellen erreichbar. Damit können die Disponenten Einsätze des Hausbesuchsdienstes und der Rettungsmittel steuern und aufeinander abstimmen. Der Ausbau solcher Konzepte setzt vertragliche Regelungen zu Finanzierung, haftungsrechtlichen Fragen etc. voraus und wird in vielen Regionen bisher nicht konsequent genug verfolgt.

Flächendeckende Regelungen für Sekundärtransporte ➜ Die Verfügbarkeit notarztbesetzter Rettungsmittel ist in vielen ländlichen Regionen durch die häufige Übernahme von Sekundärtransporten beeinträchtigt. Die meisten Rettungsdienstgesetze sehen

Abb. 5: Für die Durchführung weniger dringlicher oder planbarer Verlegungen sollte jedes Bundesland Konzepte für ausreichende Intensivverlegungskapazitäten schaffen

vor, dass instabile Patienten mit hochakuten Krankheitsbildern (z.B. akutes Koronarsyndrom oder intrakranielle Blutung) durch Primärrettungsmittel verlegt werden. Für die Durchführung weniger dringlicher oder planbarer Verlegungen sollte jedes Bundesland Konzepte für ausreichende Intensivverlegungskapazitäten schaffen – sowohl bodengebunden als auch luftgestützt – und diese zentral koordinieren. Damit könnten NEF und RTW, die häufig gar nicht über die erforderliche Ausstattung für Intensivtransporte verfügen, von solchen Einsätzen entlastet werden (11).

Verbesserte Steuerung der Notarztalarmierung ➜

Die Alarmierung notarztbesetzter Rettungsmittel erfolgt in vielen deutschen Leitstellen auf der Basis von Notarzt-Indikationskatalogen der Bundesärztekammer oder einzelner Bundesländer. Diese Kataloge werden regelmäßig überarbeitet, enthalten aber nach wie vor Formulierungen wie „schwere Blutung“, „schwere Verletzung“ und „starke Schmerzen“, deren Auslegung der einzelne Disponent vornehmen muss. Das führt immer wieder zu Diskussionen um vermeintliche Fehleinsätze von NEF, aber auch von RTW. Eine bessere Identifizierung tatsächlich notarztpflichtiger Notfälle wird durch Einführung von Instrumenten für eine standardisierte Notrufabfrage zunehmend umgesetzt. Ein Vorteil dieser Systeme ist die Option, dass die Verantwortlichen die Alarmierungsgrundsätze je nach örtlichen Gegebenheiten selbst definieren können, z.B. beim Apoplex oder bei der akuten Hypoglykämie. Zudem enthalten sie medizinische Handlungsanweisungen für Laien, von der Blutstillung bis zur Telefonreanimation und erfüllen damit eine zentrale Forderung der ERC-Leitlinien 2010. Nachteilig sind der gerade in großen Leitstellen hohe zeitliche und finanzielle Aufwand für die Implementierung und die vor allem für langjährig tätige Disponenten schwierige Tatsache, enge Vorgaben eines rechnerbasierten Systems akzeptieren und ausführen zu müssen. Unter dem Strich führt aber an der Standardisierung der Abfrage kein Weg vorbei, wenn man die Qualität der Dispositionsentscheidung vereinheitlichen und verbessern will.

FAZIT

In diesem Artikel wurden Schwierigkeiten und Lösungsansätze für die Sicherstellung des Notarztdienstes dargestellt. Die vermeintliche Alternative, zukünftig auf den Einsatz von Notärzten zu verzichten, ist dabei keine Option: Schon vor 10 Jahren hat der Bundesgerichtshof festgestellt, „dass ein funktionsfähiges Rettungswesen ohne Mitwirkung von Notärzten nicht denkbar ist“ (Senatsurteil BGHZ 120, 184, 191 f). Auch das Gesetzgebungsverfahren zum NotSanG hat gezeigt, dass der Einstieg in ein notarztfreies System vom Gesetzgeber (Zitat aus den Erläuterungen zum Gesetzentwurf) „nicht beabsichtigt“ ist. Das passt zu der Einschätzung der großen Mehrheit des Rettungsfachpersonals, die sich bei komplexen Notfällen eine ärztliche Rückfallebene wünscht.

Dass die außerklinische Notfallmedizin in Ländern wie den USA oder Kanada ohne Ärzte organisiert wird, wurde nie damit begründet, dass die Versorgung der Patienten gleich gut oder sogar besser wäre. Vielmehr waren in fast allen betreffenden Ländern finanzielle Gründe ausschlaggebend dafür, sich gegen die Einführung von Notärzten nach dem Vorbild Frankreich oder Deutschland zu entscheiden. Die Rettungsdienstsysteme, die besonders häufig als Beleg für eine paramedic-basierte Versorgung herangezogen werden, setzen allerdings mittlerweile besonders hoch qualifiziertes (und bezahltes) Personal ein. Die Paramedics aus dem Medic-One-Programm in Seattle durchlaufen ebenso wie Rettungsdienst-Fachpersonal in Holland oder Schweden eine fünfjährige Ausbildung. Ein Paramedic in Seattle erreicht damit Einkünfte von 100.000 Dollar und mehr (vgl. Tab. 3) – Summen, die in Deutschland noch auf lange Sicht nicht verhandelbar sein dürften. Der Vergleich der Behandlungsergebnisse aus solchen Systemen mit denen in Deutschland bleibt also selbst mit dem zukünftig besser qualifizierten Notfallsanitäter schwierig.

An den Notarzt der Zukunft werden immer komplexere Anforderungen gestellt: Er muss nicht nur umfassende fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten haben, sondern auch kompetenter Teamleiter sein, Versorgungszeiten einhalten und optimale Zuweisungs-

strategien bei so unterschiedlichen Notfallsituationen wie Polytrauma, palliativmedizinischen Notfällen oder einem Kind mit Brandverletzungen kennen. Damit ist klar, dass es in Zukunft nicht darum gehen kann, Notarztdienste „irgendwie“ zu besetzen. Nur umfassend ausgebildete Notärzte, die sich gemeinsam mit dem Fachpersonal fortbilden, helfen dem Patienten wirklich weiter. Nachalarmierungen zur Venenpunktion oder um einen stabilen Schlaganfall-Patienten (verzögert) in eine Klinik zu begeleiten, müssen dagegen endgültig der Vergangenheit angehören.

Die Notarztalarmierungsquote kann sinken, wenn das Fachpersonal besser qualifiziert ist. Für die Sicherstellung einer hochwertigen rettungsdienstlichen Versorgung werden beide Berufsgruppen dringend gebraucht. Daran sollten alle relevanten Verbände mitarbeiten; von den – gemessen an den Mitgliederzahlen – kleinen Verbänden des Fachpersonals wie BVRD und DBRD über den Bundesverband der ÄLRD und die Fachgesellschaften, z.B. der Anästhesisten (DGAI) und Unfallchirurgen (DGU), bis zur BAND mit mehr als 10.000 organisierten Notärzten.

Literatur:

1. Dtsch Arztebl 1998; 95 (3): A-85
2. Dtsch Arztebl 2003; 100 (36): A-2262
3. Dtsch Arztebl 2013; 110(12): A-533
4. www.dkgev.de; Stand 12. Juli 2013
5. Kopetsch T (2010) Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. 5. Aufl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
6. Behrendt H, Runggaldier K (2009) Ein Problemaufriss über den demographischen Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. Notfall + Rettungsmedizin 12: 45-50
7. www.aerzteblatt.de/nachrichten/52461/377-000-Operationen-am-Herzen-2011; Stand 12. Juli 2013
8. Weis E (2005) Notarztdienste – freiberufliche Tätigkeit? Anästhesiologie & Intensivmedizin 46: 588
9. Bohn A, Van Aken H, Roeder N, Weber Th (2008) Umgestaltung eines Notarztdienstes: Von der Personalgestellung zur Freiberuflichkeit. Anästh Intensivmed 49: 144-152
10. Stratmann D, Sefrin P, Wirtz S, Bartsch A, Rosolski T (2004) Stellungnahme zu aktuellen Problemen des Notarztdienstes. Der Notarzt 20: 90-93
11. Literaturstelle 11: Rössler M, Reinhardt K, Lühmann U et al. (2011): Intensivverlegung in Niedersachsen. Anästhesist 60: 759-771

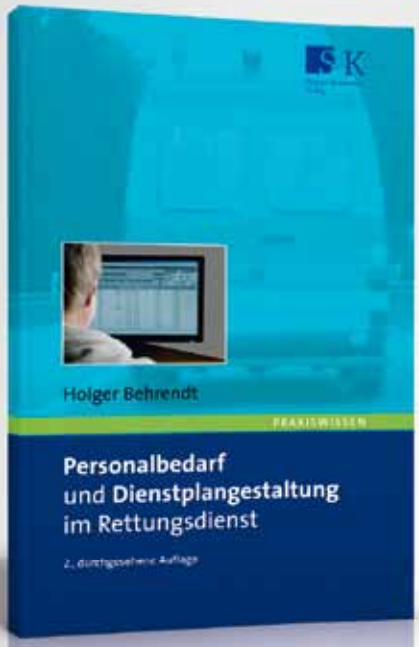
DER AUTOR

Dr. Hartwig Marung

ist seit 1988 in der Notfallrettung tätig und seit 2004 Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte (AGNN). Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind Qualität und Sicherheit im Rettungsdienst.

Wirtschaftlich und bedarfsgerecht

Für ein Personalmanagement ohne Engpässe



- **kalkulieren**
- **planen**
- **sparen**

Die Personalplanung im Rettungsdienst steht stets im Spannungsfeld von Bedarf und Kostensenkung, denn (Dienst-)Zeit ist Geld! Optimierte Dienstpläne sind dabei das wesentliche Instrument. Dieser etablierte Ratgeber zeigt anschaulich und praxisnah, wie der Personalbedarf zu ermitteln und zweckmäßig und zugleich ökonomisch in Dienstpläne und Turnusmuster umzusetzen ist.
Welche relevanten Richtlinien, Gesetze und Tarifverträge wie berücksichtigt werden müssen und welche Planungshilfsmittel tatsächlich etwas bringen, zeigt dieser kompakte Helfer an typischen Beispielen auf.

Personalbedarf und Dienstplangestaltung im Rettungsdienst
von Holger Behrendt
- 2. Auflage 2012
- 112 Seiten
- 11 s/w-Abbildungen, 17 Tabellen
- Broschur

Best.-Nr. 357 · € 12,90

Bestellen Sie jetzt direkt in unserem Online-Shop:
www.skverlag.de/shop

S+K Stumpf+Kossendey Verlag

Notfallsanitäter werden

Jetzt auf die Ergänzungsprüfung vorbereiten

Erscheint Anfang 2014

Notfallsanitäter upgrade

Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung

hrsg. v. U. Atzbach, H.-P. Hündorf, R. Lipp

Best.-Nr. 435 · € 34,90

Jetzt innerhalb Deutschlands versandkostenfrei vorbestellen
und Gratis-Aufnäher sichern: **www.skverlag.de/upgrade**

S+K
Stumpf+Kossendey Verlag