



Der Rettungsdienst als staatliche Aufgabe der
Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge.

Ärztliche Aufgabe oder Tätigkeitsfeld für
nichtärztliche Spezialisten ? (Paramedics)

Was leisten Notärzte im Einsatz ?

**Ergebnisse einer exemplarischen Analyse eines Notarztstandortes. (Mayen/Eifel)
Auswertung aller Notarzteinsätze des Jahres 1996.**

Von Dr. Klaus Rungaldier

**Ist der obligatorische Einsatz von Notärzten im Öffentlich-Rechtlichen
Rettungsdienst notwendig und sinnvoll oder sind bei gleicher Qualität
andere, kostengünstigere Modelle denkbar ?**

**Interpretation der Rechtslage vor dem Hintergrund der Stellungnahme der
Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und tatsächlichen
Erfahrungen aus der rettungsdienstlichen Praxis.**

Von Karl-Heinz Groß

Autoren:

Dr. Klaus Rungaldier
Felix-Meißbaum-Straße 4
49076 Osnabrück

Karl-Heinz Groß
Hochscheidstraße 11
56727 Mayen

Impressum:

v.i.s.d.P.: Christian Zahn, DAG-Bundesvorstand, Hamburg
Herausgeber: DAG-Bundesvorstand Ressort ÖD, Ref. B 3
Anschrift: DAG-Bundesvorstand
und Redaktion: Ressort ÖD, Ref. B 3
Lutz Kokemüller
20355 HAMBURG

Vorwort.

Der „Länderausschuss Rettungswesen“ hat als Ergebnis seiner Sitzung vom 21.03 1996, das folgende Ergebnis seiner Beratungen als **Forderung !!!** formuliert:

„Um die Effektivität des notärztlichen Elements im Rettungsdienst deutscher Prägung gegenüber Paramedic-Systemen zu prüfen und um über entscheidungsrelevante Kenntnisse zur Bestimmung der weiteren Entwicklung der deutschen Rettungsdienste (Ausbau des ärztlichen Elements: Einführung eines ärztlichen Leiters im Rettungsdienst bzw. Ausbau der Notarztbeteiligung bei Notfällen oder Ausbau des Paramedic-Elements durch erweiterte Kompetenzen) zu verfügen, ist es notwendig, beide Systeme anhand von empirischen Daten im internationalen Vergleich (z.B. Notarzt: Deutschland und Frankreich; Paramedic: USA und Großbritannien) zu untersuchen.

Insbesondere vor dem Hintergrund der weitreichenden Konsequenzen (Verlängerung oder Verkürzung der Eintreffzeiten, Kostensteigerung oder Kostensenkung) sollte erst nach einer entsprechenden empirischen Untersuchung die weitere Entwicklungsrichtung der deutsche Rettungsdienste bestimmt werden.“

Die vorliegende Untersuchung ist bisher die einzige wissenschaftliche Arbeit, die dokumentiert und auswertet, was am Notfallort und am Patienten medizinisch tatsächlich geschieht.

Währenddessen wird der Ausbau des ärztlichen Elements im Rettungsdienst forciert weiter betrieben, obwohl die, nach Meinung des Länderausschusses Rettungswesen hierfür unabdingbar notwendige Erhebung, gesicherter Fakten noch nicht erfolgt ist und auch nirgendwo das Bestreben erkennbar ist, diese zu ermitteln und eine empirische Untersuchung in die Wege zu leiten.

Was leisten Notärzte im Einsatz?

**Ergebnisse einer exemplarischen Analyse eines Notarztstandortes.
Auswertung aller Notarzteinsätze des Jahres 1996 an diesem Standort.**

Von Dr. Klaus Rungaldier

Problemaufriss

In den letzten zwei Jahrzehnten entstand in der Bundesrepublik Deutschland ein qualitativ hochstehendes Rettungsdienstsystem. Einer der wesentlichen Erfolgsgaranten für die anerkanntermaßen hohe Qualität dieses Systems ist die Qualifikation und Ausbildung des Rettungsdienstpersonals. Denn trotz modernster medizinisch-technischer Geräte, optimaler Fahrzeugkonzeptionen, innovativer Informations- bzw. Kommunikationstechnologien und optimierter Organisationsstrukturen ist das

Rettungsdienstpersonal noch immer der entscheidende Faktor für die Effektivität und Effizienz der Dienstleistung Rettungsdienst.

Im deutschen Rettungswesen arbeiten im wesentlichen zwei Personengruppen:

Das sogenannte ärztliche Rettungsdienstpersonal besteht aus ca. 15.000 Notärzten, die in erster Linie in Krankenhäusern und Arztpraxen tätig sind und von Zeit zu Zeit im Rettungsdienst tätig werden (vgl. SCHMIEDEI, 1997, S. 41 ff.).

Das sogenannte Rettungsfachpersonal besteht aus ca. 35.000 hauptberuflichen, nebenberuflichen und ehrenamtlichen Rettungsassistenten, Rettungssanitätern und Rettungshelfern (vgl. RUNGGAIDIER, 1998, S. 524).

Dem Rettungsfachpersonal kommt eine tragende Rolle zu, da das ärztliche Rettungsdienstpersonal nur an weniger als 20 Prozent der insgesamt rund 8,5 Millionen Einsätze pro Jahr in Deutschland beteiligt ist. Bei diesen Einsätzen mit ärztlicher Beteiligung handelt es sich ausschließlich um Notfalleinsätze. Die restlichen 55 Prozent aller Notfalleinsätze, immerhin fast zwei Millionen Einsätze, werden ausschließlich vom Rettungsfachpersonal, d.h. ohne ärztliche Begleitung oder Unterstützung, ausgeführt. Die ca. 5 Millionen Krankentransporte, die gut 60 Prozent der Einsätze im Rettungsdienst ausmachen, werden sogar ausschließlich vom Rettungsfachpersonal durchgeführt.

(vgl. SCHMIEDEI, 1997, S. 39ff.)

Aus den Zahlen wird deutlich, dass die Hauptlast des deutschen Rettungswesens auf den Schultern des Rettungsfachpersonals "lastet".

Gerade die Notärzte sind - trotz ihrer quantitativ eher unbedeutenden Rolle - für den Erfolg und die Effektivität des Rettungsdienstes und die zu versorgenden Patienten "lebenswichtig". Eine wichtige Voraussetzung für die Qualität des bundesdeutschen Rettungsdienstes ist außerdem die Zusammenarbeit des Rettungsfachpersonals und der Notärzte im sogenannten Rettungsteam. Keine kann auf den anderen verzichten, ohne den Gesamterfolg des Rettungsdienstes zu gefährden.

Obwohl beide Gruppen in einem Boot sitzen, versucht jeder Gruppe die eigenen Interessen zu wahren, um die eigene Situation zu verbessern. Gerade in Zeiten intensiver Einsparbemühungen im Rettungsdienst und schlechter Arbeitsmarktperspektiven erlebt dieses berufsgruppenspezifische Denken wieder einen konjunkturellen Aufschwung, der diesen so wichtigen Teamgedanken gefährdet.

Vor einigen Jahren - als es in anderen Bereichen der Medizin noch genügend Betätigungsfelder für Mediziner gab - war der Rettungsdienst als mögliches ärztliches Betätigungsfeld für viele Ärzte noch "kein Thema". Es gab nur wenige überaus engagierte Mediziner, die bereits sehr früh auf die vielfältigen Probleme und Missstände im Bereich der präklinischen Versorgung von Notfallpatienten aufmerksam machten und sich für eine Qualitätssteigerung des Rettungsdienstes durch eine Professionalisierung des dort tätigen nichtärztlichen und ärztlichen Personals eingesetzt haben. Diese Mediziner - allen voran sicherlich AHNEFELD - haben entscheidenden Anteil daran, dass 1989 nach mehr als zwanzigjährigen Bemühungen endlich ein Berufsbild für den Rettungsdienst gesetzlich verankert wurde (vgl. GORGASS / STUMPF, 1/1994, S. 8).

In den ersten Jahren nach Verabschiedung des Rettungsassistentengesetzes (RettAssG) gab es dazu außerdem einzelne Initiativen, um das neue Berufsbild trotz der zahlreichen negativen Rahmenbedingungen (Finanzierungsproblematik, fehlende Standardisierung) zu stärken. Dazu zählen die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der DIVI zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst zeigen.

(vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER, 1/1994, S. 40f.)

Doch angesichts der zunehmenden Verschlechterung der Beschäftigungsperspektiven für Ärzte "verstummen" allmählich auch die letzten "ärztlichen Kämpfer" zur weiteren Professionalisierung des Rettungsfachpersonals. Ein Blick in die Fachpublikationen oder auf die Vortragsthemen von Fachkongressen und Symposien zeigt die massiven Bemühungen der Ärzte, den Stand im Rettungsdienst zu sichern. Unabhängig davon, ob es dabei um den Ausbau von Notarztstandorten (vgl. AHNEFELD / DICK / SCHUSTER, 3/1995, S. 168f.), die Etablierung eines ärztlichen Leiter Rettungsdienstes (vgl. KNUTH, 3/1995, S. 31ff.; DICK, 6/1995, S. 283) die Schaffung des Fachkundenachweises Rettungsdienst (vgl. LIPP, 1/1995, S. 37ff.) geht: Neben dem (vordergründigen) Ziel der Qualitätssteigerung und Sicherung in der präklinischen Notfallmedizin sollen in erster Linie die ärztlichen Standesinteressen in diesem - bislang vernachlässigten - Bereich gewahrt werden (vgl. FERTIG, 6/1995, S. 46).

Professionelles Rettungsfachpersonal, das komplexe Aufgaben im Rettungswesen kompetent erledigen kann, steht einer Ausweitung ärztlichen Personals entgegen. Es verwundert daher nicht, wenn in erneuten berufspolitischen Standesdiskussionen behauptet wird,

dass die Ausbildung von Rettungsassistenten mangelhaft sei (vgl. Notfallmedizin, 3/94, S. 114);

dass die Ausbildung von Rettungsassistenten unzureichend sei

(vgl. Deutsches Ärzteblatt, 1/2/94, S. C-14);

dass Rettungsassistenten mit "ärztlicher" Tätigkeiten, wie beispielsweise Zugänge legen, Medikation ausgewählter Medikamente, Intubation oder Defibrillation, überfordert seien

(vgl. SEFRIN, 4/ 1995, S. 129).

Diese Aussagen zeigen in drastischer Art und Weise, welche Qualität die ärztlicher Seite der Ausbildung von Rettungsassistenten zuspricht. Wie haltlos und unberechtigt solche oberflächlichen Pauschalierungen sind, konnte beispielsweise bei einer bundesweiten Auswertung der Ausbildungsqualität von Rettungsassistenten nachgewiesen werden: Danach zeigen Rettungsassistenten gerade bei den invasiven Maßnahmen wie der Venenpunktion, der Intubation oder der Defibrillation ein sehr hohes Maß an Handlungskompetenz.

(vgl. RUNGALDIER, 1998, S. 298ff.).

Interessanterweise steht der verstärkte Einsatz von Ärzten im Rettungsdienst bislang offensichtlich den Kosteneinsparungen im Rettungsdienst entgegen. Einige Positionen verweisen sogar darauf, dass durch eine Erhöhung des ärztlichen Anteils in der präklinischen Versorgung von Notfallpatienten Kosten beim Rettungsdienst einzusparen.

(vgl. BEYERLE u.a., 1995, S. 29)

Dies verwundert schon deshalb, weil kaum vorstellbar ist, dass Ärzte, Notärzte und ärztliche Leiter Rettungsdienst für ähnlich geringe Gehälter arbeiten werden, wie qualifiziertes Rettungsfachpersonal (vgl. FERTIG, 6/1995, S. 45). Ein ärztezentrierter Rettungsdienst wird immer teurer sein, als ein Rettungsdienst, der überwiegend vom Rettungsfachpersonal getragen wird. Eine solche Verteuerung ist jedoch nur dann gerechtfertigt, wenn damit die Effizienz und Effektivität des Rettungsdienstes steigt. Ein fundierter Beweis liegt jedoch bislang nicht vor.

Sucht man Antworten auf die Frage, was in einem noch stärker arztgestützten Rettungsdienst anders bzw. besser läuft als in einem überwiegend auf qualifiziertes Rettungsfachpersonal gestütztem Rettungsdienst, muss man feststellen, dass kaum fundierte Erkenntnisse vorliegen.

Um die teilweise von starken Emotionen geprägten Diskussionen wieder zu versachlichen, erscheint es dringend erforderlich, fundierte Daten und Fakten sprechen zu lassen.

Mit der nachfolgend referierten Untersuchung wird anhand einer exemplarischen Auswertung von Notarzteinsatzprotokollen versucht, einen möglichen Weg einer solchen "Versachlichung" zu beschreiben.

Methode

Grundlage der Untersuchung ist die Analyse und Auswertung aller 1.419 Notarzteinsätze eines Notarztstandortes im Jahre 1996 in Rheinland Pfalz. Die Dokumentation der Notarzteinsätze erfolgte mit Hilfe des DIVI-Protokolls in der Version 3.0. Anzumerken ist, dass bei der Durchführung von invasiven Maßnahmen auf den verwendeten DIVI-Protokollen zusätzlich vermerkt wurde, wer diese Maßnahme durchführte, z.B. Notarzt oder Rettungsassistent nach Delegation durch einen Arzt / Notarzt oder Rettungsassistent in Notkompetenz. Insgesamt wurden für diesen Beitrag vier Merkmale des Protokolls analysiert und ausgewertet: Anzahl der Einsätze, Einsatzanlass, Maßnahmen und Durchführende der Maßnahme.

Beschreibung des Notarztsystems

Bei dem Notarztssystem handelt es sich um ein Rendezvous-System bzw. ein NEF-System. Der Standort des Notarzteinsatzfahrzeuges ist ein Krankenhaus der Regelversorgung in einem ländlichen Mittelzentrum mit ca. 20.000 Einwohnern im Bundesland Rheinland-Pfalz.

Zu versorgen sind die Stadt und drei umliegende Verbandsgemeinden mit insgesamt 70.000 Einwohnern. Das Einsatzgebiet umfasst eine Fläche von ca. 500 qkm und liegt in einer Mittelgebirgsregion zwischen 70 und 700 m über NN. Es gliedert sich in einen östlichen, relativ dicht besiedelten, industrialisierten und einen westlichen, dünn besiedelten, gebirgigen und ländlich strukturierten Bereich und wird von zwei stark frequentierten Bundesautobahnen durchquert. Alle Fachkliniken, z.B. Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Pädiatrie o.ä. sowie Einrichtungen mit einer erweiterten apparativen Diagnostik, wie z.B. Computertomograph, befinden sich in ca. 40-70 Kilometern Entfernung.

Ergebnisse

Das Personal des Notarzteinsatzfahrzeuges (NEF) bestand 1996 zum einem aus 16 hauptberuflichen Rettungsassistenten, die in der Regel zwei bis drei 24 Stunden-Schichten im Monat auf dem NEF ihren Dienst versahen. Zum anderen wurden auf dem NEF 1996 insgesamt zwölf verschiedene Notärzte in 24-Stunden-Schichten eingesetzt. Die Ärzte werden vom Krankenhaus, an dem das NEF stationiert ist, gestellt. In der Regel handelte es sich dabei um Anästhesisten, lediglich am Wochenende kamen vereinzelt auch Internisten zum Einsatz. Die Notärzte kamen dabei in der Regel drei bis vier Schichten im Monat zum Einsatz. Während der einsatzfreien Zeit des NEFs versahen die diensthabenden Notärzte ihren regulären Dienst auf den jeweiligen Stationen des Krankenhauses. Von den 16 Rettungsassistenten absolvierte jeder im Schnitt 88,7 NEF-Einsätze im Jahr. Von den eingesetzten zwölf Notärzten absolvierte jeder 118,3 NEF-Einsätze.

Insgesamt wurde das NEF des untersuchten Notarztstandortes 1996 von der Leitstelle 1.419 mal eingesetzt. Dabei ergaben sich folgende Einsätze:

Einsatzanlässe NEF 1996

Einsatzanlass	Anzahl	Anteil v. H.
Traumatologisch	430	30,4%
Internistisch	894	63,0%
Pädiatrisch	20	1,4%
Gynäkologisch	9	0,6%
Suizidal	47	3,3%
Fehl-/Präventiveinsatz	19	1,3%
Summe	1.419	100,0%

Bei den 430 traumatologischen Einsatzanlässen handelte es sich zum Beispiel um Verkehrsunfälle, Sportunfälle oder Arbeits- und Betriebsunfälle.

Die insgesamt 894 internistischen Einsätze verteilten sich schwerpunktmäßig auf cardiale, cerebrale und respiratorische Notfallereignisse. Die traumatologischen und internistischen Einsatzanlässe machten zusammen fast 50 Prozent aus.

Invasive Maßnahmen bei 1.419 Notarzteinsätzen

Maßnahme	Anzahl	Anteil v. H.
Venöser Zugang	1.079	74,1%
Medikation	738	52,0%
Intubation	91	6,3%
Defibrillation	29	2,0%
Sonstige invasive Maßnahmen	0	0,0%
Keine invasiven Maßnahmen	340	23,9%

Bezogen auf die Gesamtzahl der während aller Einsätze des NEFs geleisteten medizinischen Maßnahmen ist festzustellen, dass bei jedem vierten Notarzteinsatz keinerlei invasive Maßnahmen am Patienten erfolgten. Die Versorgung der Notfallpatienten umfasste bei diesen 340 Notarzteinsätzen die allgemeinen Basismaßnahmen präklinischer Versorgung wie z.B. das Blutdruckmessen, die Schocklagerung, die Sauerstoffapplikation, das Anlegen eines EKGs, das Zureden sowie die Betreuung der Patienten, die patientengerechte Lagerung.

Bei den anderen 1.079 Einsätzen wurde mindestens eine invasive Maßnahme durchgeführt.

Die häufigste Maßnahme war dabei der venöse Zugang der 1.079 Patienten zuteil wurde 43 Prozent (464) dieser venösen Zugänge wurden vom Notarzt des NEFs gelegt. 133 der Patienten (12,3 Prozent) wurden bereits vor dem Eintreffen des NEFs durch einen Hausarzt mit einem venösen Zugang versorgt.

Durchführung des venösen Zugangs bei 1.419 Notarzteinsetzungen

Venöser Zugang	Anzahl	Anteil v. H.
durch Notarzt	464	43,0%
durch Hausarzt	133	12,3%
durch Rettungsfachpersonal	488	45,2%
(in Notkompetenz)	166	34,1%
(in Delegation)	322	65,9%
Gesamt	1.079	100,0%

166 dieser 488 vom Rettungsfachpersonal durchgeführten Venenpunktionen (34 Prozent), wurde von den jeweiligen Rettungsassistenten und Rettungssanitätern bereits vor dem Eintreffen des NEFs im Rahmen der Notkompetenz durchgeführt. Die restlichen 322 Venenpunktionen (66 Prozent) erfolgten im Rahmen der Delegation dieser invasiven Maßnahme durch den Notarzt des NEFs an das Rettungsfachpersonal.

Durchführung der Intubation bei 1.419 Notarzteinsetzungen

Intubation	Anzahl	Anteil v. H.
durch Notarzt	78	85,7%
durch Hausarzt	4	4,4%
durch Rettungsfachpersonal	9	9,9%
(in Notkompetenz)	6	66,7%
(in Delegation)	3	33,3%
Gesamt	91	100,0%

1 Ob ein Patient einen oder U.U. auch mehrere Zugänge erhalten hat, wurde nicht weiter differenziert. D.h. wenn beispielsweise ein polytraumatisierter Patient mehrere Zugänge erhalten hat, wurden diese zusammenfassend als ein Zugang in die Auswertung mit einbezogen. 85,7 Prozent (78) wurden vom Notarzt, 4,4% (4) vom Hausarzt und 9,9% (9) vom Rettungsfachpersonal durchgeführt. Drei Mal intubierte das Rettungsfachpersonal im Rahmen der Delegation durch einen Arzt, und sechs Mal im Rahmen der Notkompetenz.

Durchführung der Defibrillation bei 1.419 Notarzteinsetzungen

Defibrillation	Anzahl	Anteil v. H.
durch Notarzt	7	24,1%
durch Hausarzt	1	3,4%
durch Rettungsfachpersonal	21	72,4%
(in Notkompetenz)	0	0,0%
(in Delegation)	21	72,4%
Gesamt:	29	100,0%

Nur bei zwei Prozent aller Notarzteinsetzungen war eine Defibrillation nötig. Von diesen 29

Defibrillationen führten die Notärzte des NEFs sieben (24,1 %) und die Rettungsassistenten des NEFs 21 (72,4%) durch. Die Defibrillationen durch das Rettungsfachpersonal wurden ausschließlich delegiert. Einmal wurde 1996 ein Patient bereits vor dem Eintreffen des NEFs von einem Hausarzt defibrilliert.

Medikation bei 1.419 Notarzteinsätzen

Medikamente	Bei wie vielen Einsätzen eingesetzt?
Metoclopramid	586
Morphin	354
ASS (Acetylsalicylsäure)	352
Nitro-Spray	324
Diazepam	183
Pindolol	124
Tramal	86
Adrenalin	58
Glucose	53
Atropinsulfat	48
Nifedipin	38
Theophylin	31
Fenoterol-Spray	25
Fentanyl	23
Midazolam	22
Ketamin	16
Keine Medikamente	681

Medikamente wurden bei 738 (52 Prozent) der NEF-Einsätze angewendet. Insgesamt standen auf dem NEF bzw. auf den Rettungswagen mehr als 60 verschiedene Notfallmedikamente zur Verfügung. Insgesamt zwölf verschiedene Notfallmedikamente reichten bei mehr als 95 Prozent aller 738 Notarzteinsätze zur medikamentöse Therapie aus. Weitere oder andere invasive Maßnahmen, wie z.B. Thoraxdrainage, Koniotomie, Tracheotomie, o.ä., wurden nicht durchgeführt.

Fazit

Die Daten sind an einem zufällig ausgewählten Notarztstandort erhoben worden. Sie haben damit zwar nur exemplarischen Charakter, dennoch sind die gewonnenen Ergebnisse nicht uninteressant.

Alle 1.419 untersuchten Einsätze entsprachen von der Notfallmeldung her dem in Rheinland-Pfalz gültigen Notarztindikationskatalog, nach dem die Leitstellendisponenten die entsprechenden arztbesetzten Rettungsmittel zu alarmieren haben.

Hätte das Rettungsfachpersonal die invasiven Maßnahmen wie den venösen Zugang, die Intubation, die Defibrillation sowie die Applikation ausgewählter Notfallmedikamente selbständig ausführen dürfen, so wären lediglich noch 527 (37,1 Prozent), der Gesamteinsätze als Notarzteinsätze nötig gewesen.

Es geht nicht darum, aufgrund dieser exemplarischen Erkenntnisse Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit aller Notarzteinsätze zu ziehen. Allerdings zeigen die Ergebnisse, dass die Realität rettungsdienstlicher Einsätze offensichtlich nicht immer mit der allgemeinen Meinung über rettungsdienstliche Einsätze einhergeht. So war es in keinster Weise zu erwarten, dass bei Notarzteinsätzen so wenig passiert bzw. so wenige invasive Maßnahmen erforderlich waren. Die Ursachen für diese überraschenden Ergebnisse sind sicherlich vielschichtig und können (und sollen in diesem Beitrag) nicht eindeutig ergründet werden. Wichtig ist allerdings: Die im Rettungsdienst eingesetzten Dokumentationen sind konsequent und flächendeckend auszuweiten um fundierte Erkenntnisse darüber, was im Rahmen von rettungsdienstlichen Einsätzen (Krankentransporte, Notfalleinsätze, Notarzteinsätze) tatsächlich zur Zeit geleistet wird, zu gewinnen. Nur auf dieser Grundlage sind wirksame, objektive, Systemoptimierungen des Rettungsdienstes möglich.

Es ist an dieser Stelle ausdrücklich zu betonen, dass es bei der Darstellung der vorliegenden Ergebnisse nicht um eine "Anzettelung" neuer standespolitischer Grabenkämpfe zwischen Ärzten und Nichtärzten im Rettungsdienst geht, sondern darum, objektive Datenbestände neutral zu betrachten (in diesem Fall offizielle Einsatzdokumentationen in Form von Notarzteinsatzprotokollen), systemimmanente Probleme, nicht bekannte Fakten oder neue Erkenntnisse zu eruieren und damit mehr Transparenz und Objektivität in die Fachdiskussionen einzuführen.

Nur durch eine solche Betrachtungsweise (**vom "Schein zum Sein"**) das Gesamtsystem Rettungsdienst sachgerecht verbessert werden. Dies ist aus Sicht aller Beteiligten am Rettungsdienst, d.h. Patienten, Rettungsfachpersonal, ärztliches Rettungsdienstpersonal, Träger des Rettungsdienstes und Kostenträger, fortschrittlich und zukunftsweisend sowie effektiv und effizient.

Des Weiteren ist ausdrücklich zu betonen, dass an erster Stelle aller Bemühungen um die Optimierung des gesamten Rettungsdienstsystems immer die Bedürfnisse und der Bedarf der Patienten stehen sollten. Diese für die Patienten zum Teil lebensrettende Prämisse darf nicht durch subjektive oder standespolitische gefärbte Interessenslagen gefährdet werden, denn für den Notfallpatienten ist es völlig unerheblich, wer ihm wie und womit hilft. Für ihn zählt einzig und alleine das Resultat.

Dr. Klaus Runggaldier
Felix-Meißbaum-Straße 4
49076 Osnabrück

Literatur

AHNEFELD, E W./DICK, W/SCHUSTER, H.-P.:

Die ärztliche Aufgabenstellung im deutschen Rettungsdienst.

In: Notfallmedizin, 3/1995, S. 165-169

BEYERLE, G./DIETZ, H.-L./GRABOLLE, S./RATHENOW, c.:

Strukturreform des Rettungsdienstes. Zusammengefasster Ergebnisbericht der WIBERA für ein Gutachten im Auftrag des BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUM DES INNERN. Düsseldorf 1995

BUNDESÄRZTEKAMMER:

Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst vom 2. November 1992.

In: Notfallmedizin, 1/1994, S. 40 - 41

DICK, W.: Ärztlicher Leiter Rettungsdienst.

In: Notfallmedizin, 6/1995, S. 283

DICK, W: Frühdefibrillation und immer noch kein Ende?

In: Notfallmedizin, 8/1995, S. 389

FERTIG, B.:

"Qualität ist, was allen nützt!" Strukturreform ja, aber nicht auf dem Rücken der Rettungsassistenten !

In: Rettungsdienst, 6/1995, S. 44 46

GORGASS, B./STUMPF, L.: EW.

Ahnefeld. Motor und Mentor der modernen Notfallmedizin.

In: Rettungsdienst, 1/1994, S. 6 - 9

KNUTH, P.: Ärztlicher Leiter Rettungsdienst. Empfehlungen der Bundesärztekammer.

In: Rettungsdienst, 03/1995, S. 31 - 33

LIPP, M.:

Fachkundenachweis "Rettungsdienst". Neue Richtlinien der Bundesärztekammer.

In: Notfallmedizin, 1/1995, S. 37 - 41

RUNGGALDIER, K: Berufsausbildung zum Rettungsassistenten. Evaluationsstudie zur Ausbildungsqualität eines neuen Berufsbildes.

Frankfurt 1998

RUNGGALDIER, K.:

Berufsbildung im Rettungsdienst.

In: Kühn, D./Luxem, J./Rungaldier, K. (Hrsg.): Rettungsdienst. München/Wien/Baltimore 1998, S. 669-681

RUNGGALDIER, K.:

Organisation des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland.

In: Kühn, D./Luxem, J./Rungaldier, K. (Hrsg.): Rettungsdienst. München/Wien/Baltimore 1998, S. 521-526

SCHMIEDEL, R.: Leistungen des Rettungsdienstes 1994/ 95.

Bergisch-Gladbach 1997

Ist der obligatorische Einsatz von Notärzten im Öffentlich-Rechtlichen Rettungsdienst notwendig und sinnvoll oder sind bei gleicher Qualität andere, kostengünstigere Modelle denkbar ?

Interpretation der Rechtslage vor dem Hintergrund der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und tatsächlichen Erfahrungen aus der rettungsdienstlichen Praxis.

Von Karl-Heinz Groß

Einleitung:

Im Rahmen der anhaltenden Diskussion über die Kosten des Gesundheitswesens wird zunehmend auch über Einsparungsmöglichkeiten im Bereich des Rettungsdienstes und des qualifizierten Krankentransports nachgedacht. Die Vorschläge, die dazu bisher gemacht wurden, beschränken sich fast ausschließlich darauf, im qualifizierten Krankentransport Marktmechanismen einzuführen. Einigen Vorschlägen zufolge soll er zu einer Wahlleistung der Kostenträger werden. Andere schlagen vor, durch die Einführung sogenannter Trennmodelle eine Konkurrenzsituation herzustellen, in der Hoffnung, dass auf diesem Wege die Preise gesenkt werden können. Betrachtet man alle diese Einsparungsversuche näher, so drängt sich der Eindruck auf, dass diese mehr oder weniger aus dem hohlen Bauch kommen. Nirgendwo ist eine saubere Analyse der Situation erkennbar. Das durch den Bundesgesundheitsminister in Auftrag gegebene sog. BASYS-Gutachten, das einen Überblick über Organisation und Preisgestaltung des Rettungsdienstes bringen sollte, wird mit der Bemerkung eingeleitet, dass es leider nicht möglich war, ein umfassendes Bild der Rettungsdienstlandschaft in der Bundesrepublik Deutschland zu erlangen. Die Ergebnisse dieser Studie sind somit auch nur in Teilen verwertbar. Als Grundlage für eine Reform des Rettungsdienstes und des Krankentransports taugen sie nicht. Aufgrund der desolaten Situation der öffentlichen Kassen und der angespannten finanziellen Lage der Kostenträger im Gesundheitswesen ist aber der Reformdruck auf den Rettungsdienst erheblich gestiegen. Wie immer, wenn ein solcher Druck besteht, aber eine gesicherte Datenbasis fehlt, ist die Gefahr groß, dass dort gespart wird, wo es vermeintlich am leichtesten möglich ist. Wie die Erfahrung zeigt, ist die Gefahr des hektischen "Kapputtsparens" an der falschen Stelle gerade in solchen Situationen erheblich. Andererseits ist zu beobachten, dass ärztliche Organisationen, wie die Bundesärztekammer oder die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI), seit einiger Zeit vermehrt die Ausweitung der vorhandenen und die Einrichtung zusätzlicher ärztlicher Funktionen im Rettungsdienst fordern und nach und nach auch durchsetzen. Im Einzelnen sind hier zu nennen:

- > Ausschließliche Versorgung von Notfallpatienten durch Ärzte.
- > Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes durch Schaffung eigener Planstellen bei den zuständigen Behörden.
- > Ständige Erreichbarkeit eines Arztes in Rettungsleitstellen.
usw.

Das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst befindet sich hingegen seit einiger Zeit in einer ausgesprochen paradoxen Situation. Seit 1989 ist das Rettungsassistentengesetz in Kraft, mit dem erstmals ein eigener Beruf für diese Personengruppe geschaffen wurde. Im

gleichen Zeitraum jedoch, indem die Berufsausbildung sich verbessert und somit die Qualifikation erhöht wird, werden die Möglichkeiten zur selbständigen Arbeit für diese Berufsgruppe immer weiter eingeschränkt, so dass die Rettungsassistenten mittlerweile zu reinen Hilfskräften wurden, die nur noch dann selbständig tätig werden dürfen, wenn ein Arzt nicht zu erreichen ist. Dann allerdings müssen sie sog. ärztliche Tätigkeiten durchführen. Die Forderungen der Ärzteschaft nehmen im selben Maße zu, in dem auch die Ärzteschwemme zunimmt und damit die Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte schlechter werden. Daten und Fakten, die belegen, dass diese Forderungen von der Sache her begründet sind und zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen, wurden allerdings bis heute noch nicht vorgelegt.

In der Bundesrepublik Deutschland basiert die präklinische Versorgung von Notfallpatienten auf dem Einsatz von Ärzten. Hierfür sind aber nach dem SGB V. neuerdings nicht die normalerweise für die ambulante Versorgung verantwortlichen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig, sondern man hat ein zweites, zusätzliches System installiert, das zum größten Teil über Klinikärzte organisiert wird. (Notärzte) Die Begründung der ärztlichen Organisationen dafür, dass Notfallpatienten im Rahmen des Rettungsdienstes von Ärzten versorgt werden müssen, ist eine rein rechtliche. Man interpretiert die geltenden Gesetze dahingehend, dass eine Versorgung durch Ärzte in Deutschland aufgrund der geltenden Rechtslage zwingend vorgeschrieben ist. In den USA, in Großbritannien, in den Niederlanden und anderen Ländern gibt es den Einsatz von Ärzten im Rahmen des Rettungsdienstes nicht. Dort wird diese Aufgabe von eigens dafür ausgebildeten Fachkräften, sog. Paramedics, durchgeführt. Es gibt keine einzige Untersuchung, die belegt, dass die Patientenversorgung in diesen Ländern schlechter, respektive die Versorgung in Deutschland besser ist. Bis heute liegt noch nicht einmal eine Arbeit darüber vor, welche Maßnahmen zur Versorgung von Notfallpatienten tatsächlich erforderlich sind und in welcher Häufigkeit diese Maßnahmen in der Praxis durchgeführt werden. Die Basis für die Behauptung, eine solche Versorgung müsse unbedingt durch Ärzte erfolgen, fehlt also völlig. Genau genommen fehlt jegliche Datenbasis für die relevanten Entscheidungen im Rettungsdienst. So unglaublich das auch klingen mag, nach über dreißig Jahren gesetzlich geregelter Rettungsdienst liegt, außer der hier publizierten von Rungaldier, nicht eine einzige Untersuchung darüber vor, welche Art und welcher Umfang von medizinischer Versorgung in diesem Rahmen überhaupt zu leisten ist.

Diese Untersuchung gibt erstmalig Aufschluss über diese Fragen geben. Hierzu wurden an einem Notarztstandort im Bundesland Rheinland-Pfalz alle Notarzteinsätze des Jahres 1996, dies waren insgesamt 1419, dokumentiert und im Hinblick auf die erfolgte medizinische Versorgung ausgewertet.

Rheinland-Pfalz wurde hierfür aus zwei Gründen ausgewählt:

1. Weil es ein Flächenstaat mit einheitlichen Rettungsdienststrukturen ist und die an einem Standort gewonnenen Erkenntnisse sich auf das gesamte Land übertragen lassen.
2. Weil es flächendeckende Notarztsysteme erst seit 1990 gibt. Bis 1990 wurden die Notfallpatienten überwiegend durch Rettungsassistenten/sanitäter alleine versorgt. Hier lassen sich also die Entwicklungen der letzten Jahre und die Veränderungen des Systems sehr gut beschreiben.

Im Folgenden werden die rechtlichen Argumente der Bundesärztekammer sowie die tatsächlich zur Anwendung kommenden medizinischen Maßnahmen am Notfallort einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Erster Teil.

Entwicklung des Rettungsdienstes, Beschreibung der jetzigen Situation:

Kapitel I.

Beschreibung des untersuchten Standorts und der rettungsdienstlichen Entwicklung in Rheinland-Pfalz von 1978 bis 1996.

Einsatzgebiet:

Der Standort der Rettungswache ist ein ländliches Mittelzentrum mit ca. 20 000 Einwohnern im Bundesland Rheinland-Pfalz. Zu versorgen sind die Stadt, in der die Rettungswache ansässig ist und drei umliegende Verbandsgemeinden. Das Einsatzgebiet liegt in einer topographisch schwierigen Mittelgebirgsregion zwischen 70 und 700 m über NN. Es gliedert sich in einen östlichen, relativ dicht besiedelten, industrialisierten und einen westlichen, dünn besiedelten, gebirgigen und ländlich strukturierten Bereich und wird von zwei stark frequentierten Bundesautobahnen durchquert.

Am Standort befindet sich ein Krankenhaus der Regelversorgung. Alle Fachkliniken, wie z.B. Unfallschwerpunkt, Neurochirurgie, Pädiatrie usw. befinden sich in 40-70 km Entfernung. Auch ein Computertomograf befindet sich nicht in der örtlichen Klinik.

Struktur und Entwicklung des Rettungsdienstes:

Die Entwicklung der Rahmenbedingungen ist vergleichbar mit der in allen ländlichen Regionen des Landes Rheinland-Pfalz. Mitte der siebziger Jahre wurde das erste Rettungsdienstgesetz geschaffen. Demzufolge sind Rettungsdienst und qualifizierter Krankentransport eine organisatorische Einheit. Das Land wurde in achtzehn Rettungsdienstbereiche aufgeteilt, die von Verwaltungsgrenzen weitgehend unabhängig waren. Jeder dieser Rettungsdienstbereiche erhielt eine zentrale Rettungsleitstelle. Die Kreisverwaltungen am Sitz der Rettungsleitstellen wurden zu "Aufsichtsführenden Behörden" bestimmt. Die Vorhaltung von Rettungsfahrzeugen wird im Landesrettungsdienstplan geregelt. Dieser hat den Charakter einer Durchführungsverordnung zum Gesetz. Dem DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz wurde per öffentlich-rechtlichem Vertrag die Durchführung des Rettungsdienstes und des Krankentransports übertragen. Die Benutzungsentgelte sind mit den Kostenträgern jedes Jahr landeseinheitlich auszuhandeln. Das DRK führt intern einen landesweiten Finanzausgleich durch. Die Kosten der Rettungsleitstellen trägt das Land. Der Neubau von Rettungswachen wird von der öffentlichen Hand mit ca 75 Prozent der Baukosten bezuschusst. Die Kosten für den Rettungsdienst bewegten sich immer auf dem bundesweit niedrigsten Niveau. Dies ist auch heute noch so. Die Gesamtkosten belaufen sich auf jährlich ca. 34 DM. pro Kopf der Bevölkerung.

Ebenfalls Mitte der siebziger Jahre begann der DRK-Landesverband damit, alle "Krankenwagenfahrer" nach den Empfehlungen des Bund-Länder-Ausschusses Rettungswesen über 520 Stunden zu Rettungsassistenten auszubilden. Die Qualifikation Rettungsassistenten war bis zur Verabschiedung des Rettungsassistentengesetzes, 1989, obligatorisch für alle Mitarbeiter im Rettungsdienst. Auch die Zivildienstleistenden wurden so qualifiziert. Für diese ist auch heute noch dieser Abschluss die Voraussetzung für die Tätigkeit im Rettungsdienst/Krankentransport.

In der zweiten Hälfte der achtziger Jahre begann die Lehranstalt für den Rettungsdienst damit, die dreißigstündige jährliche Pflichtfortbildung für das Rettungsdienstpersonal landeseinheitlich an drei zentralen Orten durchzuführen. In der Weiterbildung wurden insbesondere Konsequenzen daraus gezogen, dass es flächendeckende Notarztsysteme nicht gab. So wurde über Jahre konsequent die Reanimation nach den Standards der American Heart Assoziation (Mega Code) trainiert. Da die Fortbildung für jeden Rettungsdienstmitarbeiter verbindlich ist, konnte auf diesem Wege erreicht werden, dass die Reanimation nach diesen Algorithmen von allen Teams beherrscht wurde. Ebenso unterrichtete die Lehranstalt sog. Basismaßnahmen, die von jedem Rettungsdienstmitarbeiter zu beherrschen waren und die als Mindestversorgung eines jeden Notfallpatienten galten.

Diese bestanden im Einzelnen aus:

- der fachgerechten Lagerung,
- der Insufflation mit Sauerstoff,
- der Sicherung eines venösen Zugangs,
- der Infusion mit kristalloiden Lösungen,
- der ausführlichen Dokumentation.

Ebenso wird vom weit überwiegenden Teil der Rettungsassistenten die Intubation und die Defibrillation sicher beherrscht. Die bis hierhin beschriebenen Maßnahmen waren vor Einführung der Notarztsysteme tatsächlich flächendeckender Mindeststandard. Lediglich die Applikation von Medikamenten wurde je nach persönlichem Kenntnisstand unterschiedlich, allgemein jedoch sehr zurückhaltend gehandhabt.

Eine flächendeckende Versorgung mit notärztlichen Leistungen sah und sieht das Rettungsdienstgesetz nicht vor. Die gesamte Organisation basierte auf der Versorgung durch nichtärztliches Personal. Der Notarzt findet sich in diesem Gesetz nur insoweit wieder, als dass vorgeschrieben wird, welche Qualifikation ein Arzt haben muss, der als Notarzt tätig wird. Zuständig für die Vorhaltung der erforderlichen Zahl von Notärzten sind die Landkreise. Über die Höhe dieser erforderlichen Zahl, findet sich im Gesetzestext keine Aussage. Seit 1990 wird auch das Notarztsystem flächendeckend ausgebaut und fast ausschließlich über Kliniken organisiert. In aller Regel wird seit dem der Notarzdienst im Stellenplan der Kliniken berücksichtigt.

Den Anlass für den schnellen Ausbau des Notarzdienstes gab die Klage eines Bürgers vor dem Verwaltungsgericht. Dieser wollte auf dem Klagewege erzwingen, dass in seiner Stadt ein Notarzt vorgehalten wird. Die Klage wurde zwar abgewiesen, aber in seiner Urteilsbegründung wies das Gericht darauf hin, dass der betreffende Landkreis, wenn er keine Notärzte zur Verfügung hält, im Falle eines Falles schadenersatzpflichtig sein könnte.

Bis 1990 gab es im ganzen Land lediglich drei offizielle im Landesrettungsdienstplan festgelegte Notarztstandorte. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es von Seiten der ärztlichen Organisationen keinerlei Bestrebungen, einen Notarzdienst einzurichten. Ab 1990 haben die Krankenhäuser auf Grund des politischen Drucks, mehr oder weniger widerwillig, ärztliches Personal zur Verfügung gestellt. Dies bereitet in einigen Regionen bis heute Schwierigkeiten und wird von den Krankenhausträgern und den Zwangsnotärzten nicht selten als lästige Pflichtaufgabe angesehen. Von den Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es bislang keinen Versuch, sich am Notarzdienst zu beteiligen.

Entwicklung und Kosten der Notarzteinsätze:

Einsatzentwicklung am untersuchten Standort:

	1989	1993	1996
Einsätze insgesamt: (RTW/KTW)	3288	4906	4936
davon mit Notarzt:	75	815	1419
in %	2,28 %	16,61 %	28,75 %

Bemerkungen: 1989 waren die Notarzteinsätze ausschließlich Verlegungstransporte, bei denen das Krankenhaus einen Arzt stellte.
Bis 1994 wurden alle NA Einsätze kompakt gefahren.
Seit 1994 ist ein NEF in Dienst gestellt.

Kostenentwicklung am untersuchten Standort:

	1989	1993	1996
	29 092 DM.	316 138 DM.	811 083 DM.
Steigerung %:	100 %	1086 %	2788 %

Bemerkungen: Berechnungsgrundlage sind aus Gründen der Vergleichbarkeit die Tarife des Jahres 1996.
Die aufgeführten Kosten sind die Beträge, die von den Kassen tatsächlich gezahlt worden wären, bzw. im Jahre 1996 gezahlt wurden.
Sie setzen sich zusammen aus: Notarztpauschale + Differenz zwischen RTW u. NAW Pauschale + Kosten des NEF.

Kosten der Notarzteinsätze in Rheinland-Pfalz im Jahre 1996.

Gesamteinsätze:

ca 70 000

Kosten:

26 250 000,-DM.

Bemerkungen:

Es handelt sich ausschließlich um die Kosten, die von den Krankenkassen für den ärztlichen Einsatz zu zahlen waren. Die Kosten für die NEF's und die NEF- Personalkosten wurden nicht berechnet.

Kapitel II:

Veränderungen in der Arbeitsweise der Rettungsassistenten seit 1990.

Die Arbeitsweise der Rettungsassistenten hat sich 1990 zunächst wenig, dann jedoch erheblich verändert. Hierfür sind mehrere Faktoren verantwortlich, die ineinander spielen. Die Rettungsassistenten versorgten ihre Patienten bis 1990 weitgehend wie gewohnt. Lediglich zu Risikopatienten, oder wenn eine erweiterte medikamentöse Therapie angezeigt war, wurde der Notarzt hinzugezogen. 1993 hat sich die Bundesärztekammer zum ersten Mal zum Rettungsdienst in Form einer Stellungnahme zur sogenannten Notkompetenz von Rettungsassistenten geäußert. Sie stellt darin fest, dass alle Maßnahmen, die bisher routinemäßig vom Rettungsdienstpersonal durchgeführt wurden, ärztliche Maßnahmen sind und dass diese einem Rettungsassistenten verboten sind. Lediglich im Notfall, wenn nicht rechtzeitig ein Arzt erreicht werden kann, dürfen/müssen Rettungsassistenten diese Maßnahmen durchführen. Zeitgleich wurden verbindliche Notarztindikationskataloge eingeführt. Die Mitarbeiter im Rettungsdienst wurden von Seiten der Lehranstalt für den Rettungsdienst, sowie von führenden Ärzten eindringlich darauf hingewiesen, dass ihnen die Durchführung "ärztlicher" Maßnahmen nur im Rahmen der Notkompetenz gestattet ist und dass jeder Rettungsassistent, der solche Maßnahmen durchführt, ohne einen Notarzt nachzufordern, mit Schwierigkeiten zu rechnen hat. Der DRK-Landesarzt äußerte in diesem Zusammenhang, dass man in Zukunft jeden Fall der "Ausübung der Heilkunde ohne Approbation" unnachgiebig verfolgen und möglicherweise sogar zur Anzeige bringen werde. Dies alles hat zu großen Verunsicherungen und zu erheblichen Veränderungen in der Arbeitsweise der Rettungsassistenten geführt. Exemplarisch soll dies an folgenden tatsächlich durchgeführten Einsätzen demonstriert werden:

1. In einer Wohneinrichtung für geistig Behinderte kommt es bei einer ca. vierzigjährigen Patientin zu einer massiven Varicenblutung im Unterschenkelbereich. Die kurz danach eintreffende RTW-Besatzung stillt zunächst die Blutung mittels Druckverband. Die nun folgende Behandlung erfordert von den Rettungsassistenten eine Abwägung der juristischen Situation. Da die Patientin einen erheblichen Blutverlust erlitten hat, ist es indiziert, einen venösen Zugang zu legen und den Volumenverlust durch Infundieren einer kristalloiden Lösung (Ringerlactat) zu kompensieren. Da dies eine "ärztliche Maßnahme" ist, muss die Besatzung den Notarzt nachfordern. Dies geschieht auch. Bis zum Eintreffen des Notarztes wird durch die Rettungsassistenten der venöse Zugang gelegt und Ringerlactatlösung infundiert. Bei seinem Eintreffen kann der Notarzt lediglich feststellen, dass die Patientin schon adäquat versorgt ist. Er begleitet den Transport der Patientin in die Chirurgische Ambulanz des Krankenhauses, ohne selbst weitere Maßnahmen zu ergreifen.

Die notwendige Versorgung wurde durch Rettungsassistenten adäquat und lege Artis durchgeführt. Weitere Maßnahmen durch den Notarzt waren nicht erforderlich. Dies war vor dem Nachfordern des Notarztes schon klar. Die Anforderung des Notarztes erfolgte ausschließlich aus juristischen Gründen. Sie war sachlich unsinnig aber Rettungsassistenten sind hierzu verpflichtet, wenn sie das Risiko arbeitsrechtlicher Konsequenzen vermeiden wollen.

2. Gegen 10:00 Uhr vormittags bestellt eine Anruferin für ca. 14 Uhr einen Krankenwagen, der ihre Mutter in die Chirurgische Abteilung des Krankenhauses bringen soll. Auf Nachfrage berichtet sie, ihre Mutter leide an Krebs, und der Hausarzt hätte die

Krankenhauseinweisung bei seinem gestrigen Hausbesuch angeordnet. Als die Krankenwagenbesatzung zum vereinbarten Zeitpunkt eintrifft, wird diese von der Tochter der Patientin an der Haustür empfangen. Sie erklärt, ihre Mutter leide an Krebs, wüsste dies aber nicht, und sie sei gestern Abend und heute Morgen, beim Gang auf die Toilette zusammengebrochen. Die Besatzung fand eine ca 65jährige, anämische Patientin, im Bett liegend vor. Auf Befragen gab die Patientin an, sie sei seit gestern zweimal kollabiert. Auf weiteres Nachfragen erzählte sie, ihr Stuhl hätte seit etwa einer Woche eine fast schwarze Färbung. Dies hätte sie ihrem Hausarzt gesagt und dieser hätte auch eine Blutuntersuchung vorgenommen. Daraufhin ließ sich die KTW-Besatzung die Einweisungspapiere zeigen. Die Einweisungsdiagnose lautete: "Zustand nach Dickdarm Resektion. Metastasen ?" Bei dem Einweisungsschein befand sich ein Zettel mit drei Tage alten Laborwerten. Das Blutbild wies diesem zufolge einen HB von 4,6 auf. Die Blutdruckmessung ergab einen Syst. Druck von 100 mm. HG im Liegen, die Pulsfrequenz betrug 90/Min. Die Patientin litt offensichtlich seit mindestens einer Woche an einer Darmblutung. Vermutlich handelte es sich um eine Sickerblutung. Da es sich um ein langsam fortschreitendes Ereignis handelte, konnte die Patientin den Blutverlust recht gut kompensieren. Lediglich in aufrechter Haltung reichte die Hirndurchblutung nicht mehr aus. Die Patientin kollabierte. Es wäre sicherlich indiziert gewesen, einen venösen Zugang zu sichern, Volumen zu substituieren und die Patienten mit Sauerstoff zu versorgen. Aber war dies auch eine lebensrettende Sofortmaßnahme ? Bei dem bisherigen schleichenden Verlauf über eine ganze Woche war wohl während des ca 15 minütigen Transports ins Krankenhaus keine akute Verschlimmerung der Situation zu erwarten, solange die Patientin im liegenden Zustand transportiert würde. Der Hausarzt hatte in Kenntnis der Situation lediglich einen Krankentransportwagen bestellt. War vor diesem Hintergrund der Notarzttruf indiziert ? Da eine akute Lebensbedrohung ganz offensichtlich nicht bestand, mußte dies verneint werden. Der in früheren Zeiten auf jeden Fall durch die KTW-Besatzung gesicherte venöse Zugang und die Volumensubstitution hatte folglich ebenfalls zu unterbleiben, weil diese zwingend den Notarzttruf zur Folge gehabt hätte. Die Patientin wurde also ohne venösen Zugang, jedoch unter Sauerstoffzufuhr über Nasensonde transportiert.

Dieser Einsatzverlauf musste unbefriedigend bleiben, weil eine sinnvolle Maßnahme, die der Patientin genützt hätte, unterblieben ist. Wäre der Notarzt hinzugezogen worden, hätte man sich vorwerfen müssen, dass man einen erheblichen kostenintensiven Aufwand ohne ausreichende Begründung betrieben hätte.

3. Ein niedergelassener Arzt bestellt einen Rettungswagen in seine Praxis. Dort soll ein Patient mit akutem Magenbluten übernommen und ins Krankenhaus transportiert werden. Auf Nachfrage lehnt er die Entsendung des Notarztes mit der Begründung ab, der Patient sei ausreichend versorgt und stabilisiert, es gehe nur noch um einen schnellen Transport ins Krankenhaus. Dort sei der Patient angemeldet und werde zur sofortigen endoskopischen Blutstillung erwartet.

Die RTW-Besatzung fand in der Praxis einen ca. 40 jährigen Patienten vor. Dieser war mit zwei venösen Zugängen versorgt. Es wurden parallel eine Ringerlactatlösung und ein Plasmaexpander infundiert. Der Patient hatte einen systolischen Blutdruck von 120 mm HG. Die Besatzung erhielt die Anweisung, den Patienten unter Monitoring und ständiger Blutdruckkontrolle mit Sondersignal in die Klinik zu transportieren. Während des Transports sollte weiter zügig infundiert werden.

So wurde auch verfahren. Der Patient wurde mit stabilen Kreislaufverhältnissen in die Klinik gebracht. Dort wurde die Blutung umgehend endoskopisch gestillt.

Über diesen Einsatz wäre kein Wort mehr zu verlieren, wenn nicht der ärztliche Leiter des Notarztendienstes sowohl der RTW-Besatzung, als auch dem Leitstellendisponenten und dem niedergelassenen Arzt erhebliche Schwierigkeiten gemacht hätte, weil der Notarztindikationskatalog nicht beachtet worden war.

Diese drei Beispiele zeigen, dass bei der Handlungsweise der Rettungsassistenten mittlerweile die rechtlichen Erwägungen einen hohen Stellenwert einnehmen und dass medizinische, einsatztaktische und wirtschaftliche Erwägungen in den Hintergrund treten. Aus diesen rechtlichen Erwägungen heraus können sich einerseits völlig überflüssige Notarzteinsätze ergeben, andererseits kann es geschehen, dass sinnvolle, aber in der konkreten Situation nicht primär lebensrettende Maßnahmen unterbleiben. Um diese Entwicklung verstehen und nachvollziehen zu können, ist es notwendig, die Entwicklung der letzten Jahre in Rheinland-Pfalz einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

Gründe für die Veränderungen

Im Jahre 1993 hat die Bundesärztekammer sich in einer Stellungnahme erstmals zur "Notkompetenz der Rettungsassistenten" und zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Rettungsdienstpersonal geäußert. Sie stellt fest, dass alle wirksamen Maßnahmen, die für das Überleben von Notfallpatienten notwendig sind, unter den Arztvorbehalt nach § 1 des Heilpraktikergesetzes fallen. Danach ist Rettungsassistenten die Durchführung dieser Maßnahmen generell verboten. Die einzige Ausnahme von diesem Verbot ist die Inanspruchnahme des "Rechtfertigenden Notstands" nach § 34 StGB. Dieser "Rechtfertigende Notstand" liegt dann vor, wenn, um das Überleben des Patienten zu sichern, sofortiges medizinisches (ärztliches) Handeln erforderlich ist und ein Arzt nicht rechtzeitig erreicht werden kann. In diesen Fällen ist der Rettungsassistent nach § 323c, StGB, zur Hilfeleistung verpflichtet. Da an den Rettungsassistenten auf Grund seiner beruflichen Tätigkeit höhere Ansprüche zu stellen sind, als an medizinische Laien, ist er dann auch verpflichtet, ärztliche Maßnahmen zu ergreifen (Notkompetenz). Nach Meinung der Bundesärztekammer und anderer prominenter ärztlicher Standesvertreter muss der Rettungsdienst so organisiert sein, dass die Inanspruchnahme der Notkompetenz die absolute Ausnahme bleibt. Parallel zu der Stellungnahme gibt es ärztlicherseits eine Vielzahl von Veröffentlichungen, die allesamt die Installation ärztlicher Führungsaufgaben im Rettungsdienst fordern.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme auch erstmals festgelegt, welche "ärztlichen" Maßnahmen sie für geeignet hält, um im Rahmen der Notkompetenz von Rettungsassistenten durchgeführt werden zu können. Die DRK-eigene "Lehranstalt für den Rettungsdienst" versucht nun seit 1994 in der jährlichen Pflichtfortbildung für das Rettungsdienstpersonal, die von der Bundesärztekammer empfohlenen Maßnahmen gezielt zu unterrichten. Die Rettungsassistenten sollen sich diesbezüglich - jährlich - einer Prüfung unterziehen. In Kreisen der Rettungsassistenten hat dies zu erheblicher Unruhe geführt. Vor allem wegen der jährlichen Prüfung, deren arbeitsrechtliche Konsequenzen völlig ungeklärt sind. Offiziell sollte die Stellungnahme der Bundesärztekammer und ihre Umsetzung durch die Lehranstalt für den Rettungsdienst, für die Rettungsassistenten einen Zuwachs an Rechtssicherheit bringen. Leider ist das genaue Gegenteil eingetreten. Die Rechtsunsicherheit war noch nie so groß, wie heute. Der Motivationsverlust und die Personalfluktuaton beim Rettungsdienstpersonal hat erheblich zugenommen. Hinzu kommt, dass von Seiten der Ärzteschaft z. T. erheblicher Druck auf die Rettungsassistenten ausgeübt wird.

Hier einige Beispiele:

"Dort, wo die Versorgung von Notfallpatienten regelmäßig auf der Notkompetenz fußt, muss von einer grundsätzlichen Fehlorganisation im Rettungsdienst ausgegangen werden".

(Prof. Dr. Sefrin, Würzburg, Der Notarzt 11 (1995))

"Rettungsassistenten, die in der Vergangenheit ihr Wissen und Können in der Versorgung von Notfallpatienten eingesetzt haben und dabei "ärztlich" tätig geworden sind, haben sich der Ausübung der Heilkunde ohne Approbation schuldig und somit strafbar gemacht. Ob die Maßnahmen "Lege Artis" durchgeführt wurden und Erfolg hatten, spielt für die Strafbarkeit keine Rolle."

(Dr. Knuth, Bundesärztekammer)

"Das Berufsbild des Rettungsassistenten sollte keinen neuen medizinischen Beruf schaffen, sondern lediglich das Rettungsdienstpersonal aus dem Hilfsarbeiterstatus herausholen. Ein Rettungsassistent ist ein Taxifahrer mit Berufsausbildung."

(Dr. Knuth, Bundesärztekammer, Diskussionsveranstaltung mit Rettungsassistenten 1996 in Andernach)

"In Zukunft wird jeder Verstoß gegen den Arztvorbehalt des Heilpraktikergesetzes rigoros zur Anzeige gebracht werden."

(Dr. Otto, DRK-Landesarzt Rhld.-Pf. in einem Gespräch mit Betriebsräten 1996)

Verschwendung personeller Ressourcen.

Nach Einführung verbindlicher Indikationskataloge für den Einsatz von Notärzten durch das Ministerium des Innern, die für die Leitstellendisponenten verbindlich sind, hat sich die Zahl der Notarzteinsätze erneut erhöht. Es rückt also jeweils ein Rettungsfahrzeug, besetzt mit zwei Mitarbeitern und parallel dazu das Notarzteinsatzfahrzeug, besetzt mit dem Notarzt und einem Rettungsassistenten, zu einem Notfallpatienten aus. Da es sich bei ca. 70 Prozent aller Einsätze um internistische Patienten handelt, bedeutet dies, dass vier Personen, bepackt mit Koffern und Gerät in ein Schlafzimmer einfallen, um in mehr als 50 Prozent aller Fälle einen Patienten lediglich mit einem venösen Zugang zu versorgen. Abgesehen von den psychologischen Auswirkungen, die das für die oft völlig überraschten Patienten hat, muss festgestellt werden, dass es in fast allen Fällen mit dem halben Personaleinsatz auch getan wäre. Aber auch bei Verkehrsunfällen können ähnliche Beobachtungen gemacht werden. So wurde kürzlich im Einzugsbereich der untersuchten Rettungswache in der Nacht ein Verkehrsunfall mit vier Verletzten, alle eingeklemmt, gemeldet. Von der Rettungsleitstelle wurden vier Rettungswagen, zwei Notarzteinsatzfahrzeuge, der leitende Notarzt und der Organisatorische Leiter zur Unfallstelle entsandt. Die Feuerwehr war bereits von der Polizei alarmiert. Der erste eintreffende Rettungsassistent bestätigte kurz nach seinem Eintreffen die ursprüngliche Meldung, bis auf die Tatsache, dass von den vier Verletzten nur einer eingeklemmt sei. Er teilte der Rettungsleitstelle außerdem mit, dass die entsandten Einsatzmittel ausreichend seien. Der erste eintreffende Notarzt jedoch bestand darauf, dass noch zwei weitere Notarzteinsatzfahrzeuge alarmiert werden. Die Konsequenz war, dass zwei Landkreise und die benachbarte Großstadt für Stunden ohne Notarzt und Rettungswagen waren und die Rettungsassistenten am Unfallort nicht so recht wussten, wozu sie denn dort überhaupt benötigt wurden. Bei diesem einen Verkehrsunfall waren zur Versorgung von

vier Patienten 18 Rettungsdienstkräfte im Einsatz.

Für jeden Patienten standen also 4,5 Einsatzkräfte zur Verfügung. Dass bei einem solchen "Massenanfall von Hilfskräften" dann eine organisatorische Leitung und ein Leitender Notarzt notwendig ist, um das Chaos zu mindern, wird niemanden verwundern. Die Konsequenz einer solchen Verschwendung ist aber immer, dass der nächste Notfall in einem derart blank gefegten Rettungsdienstbereich nicht mehr bedient werden kann. Aber auch bei Routineeinsätzen, bei denen nur ein Patient versorgt wird, muss man sich mittlerweile fragen, ob der hier betriebene personelle Aufwand notwendig und vertretbar ist. Wenn nachts ein Notarztteam einen Patienten z.B. mit dem Verdacht auf einen Myocardinfarkt in die Intensivstation einliefert, dann ist das Team, das diesen einen Patienten bringt, zahlenmäßig genauso stark, (1Arzt+3 RA/RS) wie das Team auf der Intensivstation, das 12 Intensivpatienten zu versorgen hat, (1Arzt+3 Pflegekräfte) wobei der Arzt neben den Intensivpatienten alle anderen internistischen Patienten des Hauses zu versorgen hat.

Veränderungen im Selbstwertgefühl der Rettungsassistenten.

Bis 1989 verfügten die Mitarbeiter über eine Ausbildung von nur sechs Wochen und hatten den Status eines Hilfsarbeiters. Da aber der Arbeitsenthusiasmus hoch war und die Rettungsassistenten, ob sie wollten oder nicht, selbständig arbeiten mussten, war die Bereitschaft zu lernen sehr ausgeprägt. Die selbständige Arbeit am Patienten setzt nicht nur entsprechende Kenntnisse und Erfahrung voraus, sondern auch ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen. Diese direkte Arbeit mit Menschen dürfte ein Hauptmotiv dafür sein, einen solchen Beruf zu ergreifen. Eigenverantwortliche Arbeit und häufige Erfolgserlebnisse führten dazu, dass die Arbeit im Rettungsdienst als sehr befriedigend empfunden wurde. Die Identifikation mit der Aufgabe war im Vergleich mit vielen anderen Berufsgruppen ungewöhnlich hoch. Wer die ausgesprochen schlechten Arbeitsbedingungen und die geringe Wertschätzung der Arbeitgeber im Rettungsdienst für ihr Personal kennt, der mag Ermessen, wie groß die Befriedigung in der eigentlichen Arbeit sein muss, um eine so hohe Identifikation zu erreichen.

Seit aber nach der Veröffentlichung der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz die oben beschriebene Entwicklung im Gange ist und immer noch weiter fortschreitet, ist diese hohe Zufriedenheit deutlich zurückgegangen. Am Patienten selbst arbeitet der Notarzt, der Rettungsassistent steht in der zweiten Reihe. Nicht er, sondern der Notarzt kommuniziert mit dem Patienten. Der Rettungsassistent ist zur reinen Hilfskraft geworden. Man kann in der Tat sagen: "Als der Rettungsassistent formal ein Hilfsarbeiter ohne Status war, durfte und musste er qualifiziert arbeiten. Er war als ganzer Mensch gefordert und wurde gebraucht. Heute als Rettungsassistent hat er zwar einen Beruf, aber seine Tätigkeit ist weitestgehend die einer unqualifizierten weisungsabhängigen Hilfskraft, deren Wort nichts gilt. Das empfinden zumindest die älteren Kollegen, die sich ihr halbes Arbeitsleben lang für die ständige Verbesserung des Rettungsdienstes engagiert haben, so und fragen sich: "Wenn man nicht vorhatte, dem Rettungsassistenten ein eigenständiges Aufgabengebiet und eigene Kompetenzen zu übertragen, warum hat man dann diesen Beruf überhaupt geschaffen und wie kommt eine Gesellschaft eigentlich dazu, einer Berufsgruppe, die ihre Qualifikation lange Jahre unter Beweis gestellt hat, die Erbringung ihrer Arbeitsleistung zu verbieten. ?

Kapitel III.

Qualität des Rettungsdienstes.

Versorgungssicherheit:

Die Anzahl der einsatzbereit vorgehaltenen Transportfahrzeuge ist landesweit, nach den täglichen rettungsdienstlichen Erfahrungen ausreichend, um den Routinebetrieb zu gewährleisten. Der Landesrettungsdienstplan sieht ein Fahrzeug pro 15 000 Einwohner vor. Davon sollen 40 Prozent Rettungswagen und 60 Prozent Krankentransportwagen sein. Nachts und an Feiertagen/Wochenenden werden jedoch planmäßig lediglich die Rettungsfahrzeuge und NEF's vorgehalten. Das Rettungsdienstgesetz schreibt eine Hilfsfrist von 15 Minuten fest. Weil alle Krankenhäuser der Maximalversorgung und alle Fachkliniken weit außerhalb des Einsatzgebiets liegen und die Rettungsfahrzeuge auch alle anfallenden Krankentransporte durchführen müssen, treten in ländlichen Bereichen täglich Situationen auf, in denen die Hilfsfristen nicht eingehalten werden können. Wenn in einem Bereich das einzige vorgehaltene Fahrzeug im Einsatz ist, muss beim nächsten Notruf zwangsläufig ein Fahrzeug aus dem Nachbarbereich eingesetzt werden, wodurch aber dann dort das einzige Fahrzeug belegt und eine entsprechende Lücke gerissen wird. Diese Lücke muss dann unter Umständen Minuten später durch den Einsatz eines weiteren Nachbarfahrzeugs geschlossen werden. Dies führt nicht selten dazu, dass innerhalb kurzer Zeit, alle Einsatzfahrzeuge eines größeren Bereiches belegt sind und keine Reserven mehr zur Verfügung stehen.

Die Versorgungssicherheit, also die Sicherheit, dass in einer vertretbaren Zeit tatsächlich qualifizierte Hilfe beim Patienten ist, ist in Rheinland-Pfalz also folglich nicht immer gegeben.

Durch den flächendeckenden Ausbau der Notarztsysteme konnte diese Versorgungssicherheit nicht verbessert werden, denn der Notarzt wird immer nur in Zusammenarbeit mit einem Rettungsfahrzeug tätig. Zusätzliche Versorgungskapazitäten können durch dieses System also nicht geschaffen werden.

Wenn also die Versorgungssicherheit durch flächendeckende Notarztsysteme nicht erhöht werden kann, dann können diese Systeme sich ja nur noch über eine Erhöhung der Versorgungsqualität rechtfertigen. Eine Patientenversorgung, die spezielle ärztliche Qualifikationen erfordert, muss aber im Rettungsdienst eigentlich nicht oder nur sehr selten erbracht werden, wie die Auswertung der Notarzteinsätze deutlich zeigt.

Handeln in "Notkompetenz."

Seit Einführung flächendeckender Notarztsysteme ist folgende paradoxe Entwicklung zu beobachten: Weil, wie oben ausführlich beschrieben, der Notarzt sehr häufig aus vermeintlich juristischen Gründen eingesetzt wird und seit der Vorlage verbindlicher Indikationskataloge ständig zu wirklichen Bagatelleinsätzen ausrücken muss, kommt es kaum noch vor, dass Rettungswagenbesatzungen in "Notkompetenz" handeln müssen, da diese immer primär mit dem NEF zusammen ausrücken. Wer durch den vermehrten Einsatz der Notärzte zunehmend in "Notkompetenz" handeln muss, das sind die in der Regel geringer qualifizierten Krankentransportwagenbesatzungen. Es ist nicht selten, dass eine solche Besatzung, die oft aus Zivildienstleistenden besteht, den Notarzt nachfordert, ihn aber nicht oder sehr spät bekommt, weil dieser in der oben beschriebenen Weise gebunden ist. Die Erfahrung zeigt, dass Notärzte nicht oder nur nach gutem Zureden bereit sind, den Patienten, bei dem sie gerade sind, zu verlassen. Dies ist leider oft auch bei Bagatelleinsätzen so. Auch für dieses Verhalten dürften vermeintlich juristische

Gründe die Ursache sein.

Arztdichte und Effektivität der ambulanten ärztlichen Versorgung:

Die Arztdichte in Rheinland-Pfalz liegt derzeit bei einem Arzt pro 230 Einwohner (Rein-Zeitung). Im sogenannten Aachener Urteil hatte das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch für die notärztliche Versorgung zuständig sind und dass durch die Pauschalbeträge, die von den Krankenkassen für die ambulante ärztliche Notfallversorgung an diese überwiesen werden, auch die Kosten für die Notärztliche Versorgung gedeckt sind.

Die Grundlage der höchstrichterlichen Entscheidung war die entsprechende Regelung im SGB V.. Der Bundesgesetzgeber hat daraufhin auf Druck der ärztlichen Organisationen das SGB V. dergestalt geändert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes nicht mehr zuständig sind. Wie dies in der Praxis aussieht, zeigt sich am Beispiel einer Region im Einzugsbereich der untersuchten Rettungswache: In einem Ort mit ca. 3000 Einwohnern, etwa 20 km. von der Rettungswache entfernt, praktizieren acht niedergelassene Ärzte. Tritt aber an diesem Ort ein medizinischer Notfall ein, dann kommt der Notarzt aus 20 km Entfernung mit Blaulicht angerast.

Stellung der "lebensrettenden ärztlichen Sofortmaßnahmen" in der Ausbildung der Ärzte und in der ärztlichen Praxis.

Prof. Dr. med Ahnefeld, einer der wenigen Ärzte, die sich um den Ausbau und die Qualität des Rettungswesens bemüht und verdient gemacht haben, hat bei einem Rettungsdienstkongress Anfang der achtziger Jahre beklagt, dass 80 Prozent der tätigen Ärzte die ärztlichen Notfallmaßnahmen nicht beherrschen. Ebenfalls bei einem Rettungsdienstkongress 1996 in Koblenz, hat Dr. med Gorgaß/Solingen, diese Klage wiederholt. Die hier in Rede stehenden relativ einfachen Maßnahmen sind als, obwohl dieser Missstand seit über 10 Jahren öffentlich beklagt wird, immer noch nicht Bestandteil der ärztlichen Ausbildung geworden. Ein Arzt, der sie erlernen will, muss dies, wenn er nicht in einer Anästhesieabteilung beschäftigt ist, immer noch aus eigener Initiative tun. Bei der Berufsgruppe der Rettungsassistenten ist es gerade umgekehrt. Die Beherrschung dieser Maßnahmen ist Bestandteil ihrer Ausbildung und 80 Prozent der Rettungsassistenten oder mehr beherrschen diese auch. Auch hier haben wir eine paradoxe Situation: Die ärztlichen Standesorganisationen, die sich vehement und mit Erfolg dafür eingesetzt haben, dass den Rettungsassistenten kein eigener Kompetenzbereich eingeräumt wird, haben bis heute so gut wie nichts dafür getan, dass ihre eigene Klientel die geforderten Maßnahmen erlernt. Stattdessen ist es ihnen gelungen, flächendeckend ein zweites Versorgungssystem für die ärztliche Notversorgung zu installieren, das dieses fachliche Manko der niedergelassenen Ärzte kompensieren soll. Gleichzeitig wird eine Berufsgruppe, die über die entsprechende Qualifikation verfügt, daran gehindert, auch entsprechend tätig zu werden.

Qualität der Notarztsysteme:

Im Jahre 1990 wurde am Standort ein geregelter Notarztendienst eingeführt. Dem Krankenhaus wurden hierfür zwei ärztliche Planstellen genehmigt. Alle Assistenzärzte aller Fachabteilungen wurden arbeitgeberseitig verpflichtet, am Notarztendienst teilzunehmen. Dies führte z. T. zu erheblichem Widerstand seitens der Krankenhausärzte. Einige wurden durch die Androhung der fristlosen Kündigung zum Notarztdienst gezwungen. Da sich insgesamt über dreißig Ärzte den Dienst teilten, kam der einzelne Arzt weniger als einmal pro Monat zum Einsatz. Da die durchschnittliche Einsatzzahl zwischen 3 und 5 pro 24 Std. liegt, hatte keiner der eingesetzten Notärzte die Gelegenheit,

die erforderliche Einsatzerfahrung zu sammeln.

Internisten taten sich mit chirurgischen, Chirurgen mit internistischen und die Gynäkologen mit allen Notfallsituationen schwer. Da es sich bei einem großen Teil der Assistenzärzte nicht um Ortskundige handelt, waren sie bei einsatztaktischen Entscheidungen vollkommen überfordert. Dies begann schon mit der Entscheidung über das Zielkrankenhaus, die die meisten Notärzte aus mangelnder Kenntnis der Infrastruktur nicht treffen konnten.

Diese Situation der geringen Erfahrung in der Notfallmedizin, der Angst vor dem Tätigwerden im fremden Fach und der subjektiven Überforderung wegen der Verantwortung für letztlich alle Einsatzentscheidungen, kennzeichnet noch heute die Situation der meisten Notarztsysteme im Lande. Anders ist sie nur dort, wo eine kleine Zahl von Ärzten sich den Notarztendienst teilt, weil beispielsweise nur eine Fachabteilung die Ärzte stellt. Dort kann es dann zu einer gewissen Kontinuität in der Arbeitsweise kommen. Die einsatztaktischen Entscheidungen der Ärzte lassen aber auch dann noch häufig zu Wünschen übrig.

Zweiter Teil:

Die Rechtslage im Hinblick auf den Arztvorbehalt.

Kapitel I:

Definition der Rechtslage durch die Bundesärztekammer als Begründung ihrer Forderungen zur Ausweitung der Stellung der Ärzte im Rettungsdienst.

Auffällig ist, dass seitens der Ärzteschaft ausschließlich mit rechtlichen/juristischen Begründungen argumentiert wird. Die einzige medizinische Begründung ist die unbewiesene Behauptung, dass die medizinischen Anforderungen im Rettungsdienst so hoch seien, dass sie nur durch einen Arzt erfüllt werden können.

Die Argumentationslinie der Bundesärztekammer ist folgende: Die im Rettungsdienst angewendeten Maßnahmen zur Lebensrettung und Gefahrenabwehr sind ärztliche Tätigkeiten, die das Stellen einer Diagnose voraussetzen. Somit stellen sie die Ausübung der Heilkunde dar, die nach dem Heilpraktikergesetz Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten ist.

Das Stellen von Diagnosen ist eine dem Arztberuf immanente Tätigkeit, die nach einem höchstrichterlichen Urteil nicht an Hilfskräfte delegiert werden kann. Ob die Rechtslage allerdings so ist, wie die Bundesärztekammer sie interpretiert oder ob man nicht auch zu ganz anderen Ergebnissen kommen kann, soll die Beantwortung der folgenden Fragen zeigen.

- la. Handelt es sich bei der Tätigkeit eines Mitarbeiters im Rettungsdienst um die Ausübung der Heilkunde ?
- lb. Setzt adäquates medizinisches Handeln zur Rettung von Menschenleben das Stellen einer Diagnose voraus ?
- lc. Handelt es sich bei den sogenannten "Invasiven Maßnahmen" tatsächlich um ärztliche Maßnahmen, im Sinne einer Therapie, die spezielle ärztliche Kenntnisse und Fertigkeiten erfordern ?

- Id. Trifft es überhaupt zu, daß die Versorgung eines Patienten um so schwieriger und differenzierter ist, je lebensbedrohlicher er verletzt oder erkrankt ist ?
- Ie. Wird im Gegensatz zu anderen Ländern (USA, GB, NL) durch die präklinische Versorgung durch Notärzte nicht die bisherige Entwicklungslinie der präklinischen Versorgung von Unfall und Notfallpatienten verlassen ?

zu Ia. Heilkunde:

Hier ist zunächst festzustellen, dass das Heilpraktikergesetz zu einer Zeit erlassen wurde, als von der Notfallmedizin im heutigen Sinne noch lange keine Rede war. Keine der heute angewendeten lebensrettenden Sofortmaßnahmen war damals bekannt.

Dieses Gesetz sollte die Ausübung der Heilkunde regeln und gewährleisten, dass dies ordnungsgemäß und zwingend in einer regulären Praxis geschieht. (Dass das Heilpraktikergesetz einen nationalsozialistisch-völkischen Hintergrund hat und dass die Heilpraktiker vor den Ärzten geschützt werden sollten und nicht etwa umgekehrt, sei nur am Rande erwähnt.)

Zu fragen ist, was üblicherweise und nach diesem Gesetz unter der Ausübung der Heilkunde zu verstehen ist. Die Heilkunde umfasst den gesamten Komplex der Heilung eines kranken Menschen. D.h. Ein Patient sucht einem Arzt oder Heilpraktiker in dessen Praxis auf und schildert ihm seine Beschwerden mit der Bitte um Hilfe. Dieser stellt nach den Regeln der ärztlichen Kunst eine Diagnose. Auf Grund der gesicherten Diagnose führt er eine Therapie durch, mit dem Ziel, den Patienten zu heilen. Diagnose und Therapie sind von Anfang bis Ende in seiner Hand.

Der Rettungsdienst jedoch hat ausschließlich die Aufgabe, in lebensbedrohlichen Situationen am Notfallort die Lebensbedrohung abzuwenden, die vitalen Funktionen zu sichern und zu erhalten, im schlimmsten Fall zu ersetzen und den Patienten unter Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen und unter Vermeidung weiterer Schäden ins nächste geeignete Krankenhaus zu transportieren. Grundlage für diese Tätigkeit sind die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer.

Ziel des Rettungseinsatzes ist niemals und in keinem Fall die Heilung des Patienten, sondern die Erhaltung seines Lebens. Die Tätigkeit des Rettungsdienstes endet immer und zwingend mit der Übergabe an den weiterbehandelnden Arzt in der Klinik. Dessen Aufgabe ist es dann, den Patienten zu heilen.

Schon allein durch seine Aufgabenstellung unterscheidet sich der Rettungsdienst wesentlich von den Aufgaben, die mit "Ausübung der Heilkunde" umschrieben werden können. Aber auch in den rechtlichen Grundlagen dürften wesentliche Unterschiede bestehen. Der Rettungsdienst ist eine staatliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge und der Gefahrenabwehr. Dies ist in erster Linie eine Sicherheitsaufgabe und dient nicht primär der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Der Rettungsdienst gehört hier in eine Reihe mit Polizei, Feuerwehr und Katastrophenschutz. Die Zuordnung zum Ministerium des Innern macht dies deutlich.

Der Staat hat hier eine direkte Organisationspflicht. Um diese Aufgabe sinnvoll und kostengünstig durchführen zu können, hat er sogar das Recht, Grundrechte, wie z.B. das Recht auf Niederlassungsfreiheit und Freiheit der Berufsausübung, einzuschränken. Dies geschieht auch z.B. indem das Rettungsdienstgesetz die Niederlassung eines Unternehmens, das Krankentransport und Rettungsdienst betreiben will, von einer Bedarfsprüfung und einer Genehmigung durch die Aufsichtsführende Behörde abhängig

macht. Warum der Staat dieses Recht hat, ist in einem Rechtsgutachten des rheinland-pfälzischen Justizministeriums anlässlich der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes 1989, beschrieben worden.

Die medizinischen Maßnahmen des Rettungsdienstes sind weitgehend in feststehenden Algorithmen festgelegt, und ein Einsatz endet immer mit der Übergabe des Patienten an einen Arzt.

Die Ausübung der Heilkunde dagegen basiert auf dem Prinzip der freien Arztwahl. D.h. Jeder Patient hat das Recht, den Arzt oder die Klinik für die Behandlung seiner Krankheit frei zu wählen. Zwischen Arzt/Klinik und Patient besteht ein privatrechtliches Vertragsverhältnis. Aus diesem Vertragsverhältnis ergeben sich dann alle weiteren Rechte und Pflichten. Ein solches Vertragsverhältnis kann zwischen Patient und Rettungsassistent niemals zustande kommen.

Das wesentliche Ziel, das durch das Heilpraktikergesetz erreicht werden sollte, ist, dass Heilkundige (Ärzte und Heilpraktiker) ihre Dienste an einem dafür vorgesehenen festen Ort (Praxis) anbieten müssen. Diese Praxis muss deutlich als solche gekennzeichnet sein. Das Heilpraktikergesetz verbietet ausdrücklich das "Ausüben der Heilkunde im Umherziehen." Demzufolge wäre die Tätigkeit von Notärzten, wenn sie denn tatsächlich die Heilkunde ausüben, sogar verboten. Das Heilpraktikergesetz regelt die äußeren Bedingungen der Ausübung der Heilkunde, jedoch keine medizinischen Inhalte.

zu Ib. Diagnose.

Das alleinige Erkennen und Beschreiben von Symptomen ist im medizinischen Sinne noch keine Diagnosestellung. Vielmehr bilden die vorhandenen Symptome lediglich die Grundlage für weitere differenzierte Untersuchungen. Diese Untersuchungen haben zum Ziel, die Krankheitsursache zu ermitteln. Dazu ist es beispielsweise notwendig, alle anderen möglichen Ursachen auszuschließen (Differentialdiagnose). Erst das sichere Erkennen der Krankheitsursache wird als Diagnose bezeichnet. Eine solche Diagnosestellung ist unter Umständen ein aufwendiger und langwieriger Prozess. Erst eine gesicherte Diagnose darf die Grundlage für die dann folgende Therapie bilden. Das ist die medizinische Regel. Eine rein symptomatische Therapie ist die absolute Ausnahme und gilt unter der Prämisse der Heilung als Kunstfehler. Sie ist nur dann zulässig, wenn eine Heilung nicht möglich ist.

Ganz anders ist die Vorgehensweise im Rettungsdienst. Hier geht es nicht darum, im oben beschriebenen Sinne Diagnosen zu stellen und darauf basierend Therapien durchzuführen. Hier geht es tatsächlich darum, Symptome zu erkennen und diese sofort zu behandeln. Dies widerspricht der üblichen medizinischen Vorgehensweise, ist aber notwendig, weil die Symptome als solche oft akut lebensbedrohlich sind.

So ist zum Beispiel das Herzkammerflimmern nur ein Symptom. Die Ursachen hierfür können vielfältig sein. Tritt dieses Symptom jedoch auf, muss sofort gehandelt werden. Wenn der betroffene Patient nicht sofort defibrilliert wird, stirbt er. Ist die Defibrillation erfolgreich, ist damit noch keine Therapie im Sinne von Heilung erfolgt. Es wurde lediglich eine akute Lebensgefahr abgewendet. Das Finden der Krankheitsursache (Diagnose) und die anschließende Heilung durch eine adäquate Therapie kann erst im Krankenhaus erfolgen.

Wenn ein Patient bewusstlos ist und nicht mehr ausreichend atmet, muss sofort gehandelt werden. Die Ursache für Bewusstlosigkeit und Atemstörung ist am Ort des Geschehens nur ganz selten zu ermitteln. Sie ist auch für die nun folgenden lebensrettenden

Maßnahmen kaum von Belang. Ein solcher Patient muss intubiert und beatmet werden. So können auch bei vollkommen unterschiedlichen Krankheitsursachen rettungsdienstlich dieselben Methoden zur Anwendung kommen, weil die lebensbedrohlichen Symptome behandelt werden müssen und nicht die Grunderkrankung.

Dies bleibt in jedem Fall der Klinik vorbehalten.

Viele Ärzte haben gerade deswegen Schwierigkeiten mit der Notfallmedizin, weil diese von ihnen verlangt, dass sie ihre erlernten Denkweisen völlig umkehren. Es wird hier quasi eine Handlungsweise von ihnen verlangt, die nach den geltenden Kriterien üblicherweise als Kunstfehler gilt. In dem von der Bundesärztekammer in die Diskussion gebrachten höchstrichterlichen Urteil, wird in der Tat die Diagnose als dem Arztberuf immanent bezeichnet und festgestellt, dass diese nicht an Hilfspersonal delegiert werden darf.

Aber der Sachverhalt der dieser Entscheidung zu Grunde lag, kann auch bei großzügiger Interpretation nicht mit dem Rettungsdienst in Zusammenhang gebracht werden.

Ein Arzt hatte von einer Krankenkasse die Vergütung ärztlicher Leistungen verlangt, die nicht er, sondern sein Hilfspersonal erbracht hatte. In diesem Zusammenhang hat das Gericht dann festgestellt, dass die Diagnosestellung nicht an das Hilfspersonal delegiert werden darf. Es ging also schlicht und einfach um Abrechnungsbetrug.

In dem höchstrichterlichen Urteil ist von der Delegation ärztlicher Maßnahmen an Hilfspersonal die Rede. Für Hilfspersonal in diesem Sinne ist aber der Arzt der Arbeitgeber oder das Personal ist ihm durch den Krankenträger direkt unterstellt. In jedem Fall ist er der weisungsbefugte Vorgesetzte. Im Rettungsdienst besteht jedoch zwischen Arzt und Rettungsassistenten überhaupt kein direktes Unterstellungsverhältnis, weil beide bei unterschiedlichen Arbeitgebern beschäftigt sind. Also kann es eine Delegation im Sinne dieses Urteils überhaupt nicht geben.

Die Tätigkeit im Rettungsdienst ist also auch unter diesem Gesichtspunkt nicht die Ausübung der Heilkunde. Die Mitarbeiter des Rettungsdienstes stellen weder im medizinischen Sinne Diagnosen, noch führen sie Therapien durch. Ihre Aufgabe ist klar definiert: Sie haben akute Lebensbedrohung abzuwenden, die Transportfähigkeit des Patienten herzustellen und ihn unter Vermeidung weiterer Schäden ins nächste geeignete Krankenhaus zu transportieren.

zu Ic. Invasive Maßnahmen.

Die in der Diskussion immer wieder beschriebenen "invasiven Maßnahmen", die in besonderer Weise ärztliche Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzen, beschränken sich auf vier Maßnahmen, die geeignet sind, akute Lebensbedrohung abzuwenden:

- Der venöse Zugang mittels Venenverweilkanüle und die Infusion.
- Die Injektion einiger weniger wirksamer Medikamente.
- Die endo-bronchiale Intubation und die Beatmung.
- Die Defibrillation.

Dies sind die Methoden, die zur Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen, unabhängig von der Krankheitsursache und der weiteren klinischen Therapie, in Frage kommen.

Es lohnt sich, im Einzelnen zu betrachten, welche speziellen Fertigkeiten und Kenntnisse für die Durchführung dieser Maßnahmen tatsächlich erforderlich sind.

Der venöse Zugang.

Das Legen einer Verweilkanüle in eine periphere Vene ist eine Maßnahme, die in erster Linie manuelle Fertigkeit und Übung voraussetzt. Zum Erlernen dieser Fähigkeit sind keinerlei ärztliche Kenntnisse notwendig. Die Maßnahme an sich ist risikoarm. Die

häufigste Komplikation ist die paravenöse Lage der Kanüle. Dies ist jedoch durch relativ einfache Kontrollmechanismen auszuschließen, oder umgekehrt, sich von der sicheren intravenösen Lage der Kanüle zu überzeugen, ist relativ einfach. Jeder, der einen venösen Zugang schafft, ob Arzt oder Nichtarzt, wird sich vor der Applikation eines Medikaments oder einer Infusion von der sicheren Lage der Kanüle überzeugen.

Dies ist obligatorisch. Sollte die Kanüle paravenös liegen, wird sie wieder entfernt, ohne dass der Patient dadurch einen nennenswerten Schaden hat. Ebenso wenig besteht eine Gefahr, wenn wider Erwarten einmal eine Arterie punktiert werden sollte. Auch dies wird jeder Geübte sofort bemerken und die Kanüle entfernen. In der Praxis ist die Gefahr für den Patienten bei diesen Komplikation gleich Null. Das Legen venöser Zugänge gehört zu den Standardmaßnahmen und wird durchgehend vom Rettungsdienstpersonal sicher beherrscht. Als Infusion werden überwiegend kristalloide Lösungen verwendet, die keinerlei Nebenwirkungen haben und lediglich dann gefährlich werden könnten, wenn bei herzinsuffizienten Patienten größere Flüssigkeitsmengen infundiert werden. Dieser Gefahr ist sich aber sicherlich jeder Rettungsassistent bewusst. Dies gehört selbst für Rettungsassistenten zum Basiswissen.

Zur Behebung des hypoglykämischen Schocks werden Glucoselösungen infundiert, die nur dann Schaden anrichten, wenn sie paravenös infundiert werden. Dies ist aber bei ordentlicher Überprüfung der Kanülenlage leicht auszuschließen.

Die dritte Infusionsgruppe stellen die sogenannten Plasmaexpander dar. Bei diesen besteht zwar die Gefahr der anaphylaktischen Reaktion. Dies ist aber in manifesten Schockzuständen noch nie beobachtet worden. Da diese Lösungen im Rettungsdienst lediglich bei erheblichen Blutverlusten, also eben bei diesen manifesten Schocksituationen infundiert werden, ist auch diese Komplikation nahezu auszuschließen.

Ein weiteres Argument der ärztlichen Organisationen dafür, dass diese Maßnahmen nur von Ärzten durchgeführt werden dürfen, ist die Tatsache, dass es sich hier um einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit handelt, der das ausdrückliche Einverständnis des Patienten voraussetzt. Zumindest muss, z.B. bei bewusstlosen Patienten dieses Einverständnis angenommen werden können. Es ist jedoch kaum nachvollziehbar, dass Ärzten diese Verletzung der körperlichen Unversehrtheit eher oder unter anderen Bedingungen gestattet sein soll, als Rettungsassistenten.

Die Injektion wirksamer Medikamente.

Die Palette der in lebensbedrohlichen Situationen wirklich wirksamen Medikamente ist sehr klein. Es handelt sich im Wesentlichen um Herz-Kreislauf wirksame Substanzen, um Sedativa und Narkosemittel, um Substanzen, die das autonome Nervensystem beeinflussen und um wirksame Analgetika. Eine geringe Rolle spielen allenfalls noch die Relaxantien.

Beim Einsatz von Medikamenten ist das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal überaus zurückhaltend. Auch im Rahmen wirklicher Notkompetenzsituationen ist der Einsatz von Medikamenten die Ultima Ratio. Dies war auch schon so, als es noch kein Notarztsystem gab. Die Ursache für diese Zurückhaltung liegt im Wesentlichen in der rechtlichen Situation begründet. Vom überwiegenden Teil der Rettungsassistenten wird gefühlsmäßig bei der Medikamentengabe die Grenze zwischen Rettungsassistent und Arzt gezogen. Die Frage, ob für die Verwendung von Medikamenten in der Notfallmedizin aber tatsächlich ärztliches Wissen erforderlich ist, ist damit aber noch lange nicht beantwortet. Betrachtet man den Aspekt "Medikamente in der Notfallrettung" etwas genauer, dann gilt es, folgende Beobachtungen einer genaueren Betrachtung zu unterziehen: Jeder Arzt hat eine Palette von Lieblingsmedikamenten. Von den Notärzten wird an die Verantwortlichen des Rettungsdienstes immer wieder der Wunsch herangetragen, doch bestimmte

Medikamente in den Rettungsfahrzeugen zu bevorraten. Diesen Wünschen kann schon aus Platzgründen nicht entsprochen werden. Würde man alle ärztlichen Wünsche berücksichtigen, so müssten von jeder Medikamentengruppe eine Vielzahl verschiedener Präparate vorgehalten werden. Eine gewisse Standardisierung ist also schon aus Platzgründen unumgänglich. Dies führt sehr oft dazu, dass sich einzelne Notärzte sehr unwohl fühlen, weil ihr Präparat, das sie kennen und schätzen, nicht vorhanden ist und sie somit gezwungen sind, mit unbekanntem bzw. ungeliebtem Präparat zu arbeiten. Ebenso ist zu beobachten, dass Notärzte sich mit der Medikation äußerst schwer tun, wenn sie Medikamente verwenden müssen, mit denen sie in ihrem eigentlichen klinischen Fachgebiet normalerweise nicht arbeiten. So gibt es beispielsweise bei den Internisten große Unsicherheiten bei der Anwendung von Analgetika, Sedativa und vor allem von Relaxantien. Ein Internist, der eine wirksame Analgesie bei traumatisierten Patienten oder gar eine ordentliche Narkose durchführen kann, ist selten. Genauso schwer tun sich Chirurgen mit der Medikation internistischer Krankheitsbilder.

Tatsächlich ist es aber so, dass die Medikation in vielen Notfallsituationen schon weitgehend standardisiert ist. Es gibt z.B. eine Standardtherapie für die Medikation des Herzinfarkts. Sinnvoll wäre es sicherlich, diese Standardisierung noch zu erweitern. Würde dies konsequent geschehen, wäre die Palette von Medikamenten, die in Rettungsfahrzeugen mitgeführt werden müssen, noch kleiner, als sie heute schon ist. Bei der pulmo-cardialen Reanimation z.B. wird nach einem festen Algorithmus vorgegangen, den die American Heart Association festgelegt hat. Dieser Algorithmus wird allgemein als verbindlich und umfassend angesehen. Und hier zeigt sich etwas Erstaunliches: Während Rettungsassistenten üblicherweise die Finger von der selbständigen Medikamentenapplikation lassen, wenden sie die für die Reanimation festgelegten Medikamente auch ohne Arzt ganz selbstverständlich und sehr sicher an. Dies beweist, dass auch Nichtärzte die wenigen wirklich wirksamen Medikamente sicher anwenden können und sich das auch zutrauen, wenn es eine entsprechende Sicherheit, z.B. in Form von festen Vorgaben gibt und somit keine Rechtsunsicherheit mehr besteht. Diese Standardisierung ließe sich noch viel weiter fortführen, als dies derzeit der Fall ist. Dies wäre nicht nur für die Rettungsassistenten sinnvoll, sondern auch für die Notärzte. Festgestellt werden kann hier, dass ein gleichmäßiges Behandlungsniveau weniger davon abhängig ist, ob die Versorgung von Ärzten oder von Rettungsassistenten durchgeführt wird, sondern vielmehr davon, dass vernünftige Standing Orders geschaffen werden. Ohne sinnvolle Standards wird man auch bei den Notärzten die Unsicherheiten nicht beseitigen können. Dass durch solche Standards auch Rettungsassistenten in die Lage versetzt werden könnten, eine sinnvolle Medikation ohne Gefahr für die Patienten vorzunehmen, zeigen die Paramedicsysteme in den USA und in Großbritannien. Das in Deutschland bei den Rettungsassistenten bezüglich der Medikation noch deutliche Ausbildungsdefizite auszugleichen wären, soll hier allerdings auch nicht verschwiegen werden.

Endo-bronchiale Intubation und Beatmung.

Auch hier handelt es sich um eine manuelle Tätigkeit, die Übung voraussetzt. Aber gerade die Intubation ist eine Maßnahme, die vom größten Teil der Ärzteschaft sehr selten oder nie durchgeführt wird. Die einzige Ausnahme dürften hier die Anästhesisten sein. Die Intubation ist wohl die Maßnahme, die vielen Notärzten den Angstschweiß auf die Stirn treibt. Es ist keine Seltenheit, dass der Notarzt froh ist, wenn er Rettungsassistenten bei sich hat, die die Intubation beherrschen. Auch bei der Indikationsstellung zur Intubation und Beatmung tun sich viele nicht anästhesiologisch geschulte Notärzte schwer. Es ist auch keine Seltenheit, dass Patienten ohne Beatmung

transportiert werden, weil der Notarzt aus Furcht vor der Intubation dies lieber unterlässt, in der Hoffnung, dass der Patient es schon noch bis zur Klinik schafft. Oftmals ist dann die Intubation die erste Maßnahme, die auf der Intensivstation vorgenommen wird. Wäre es nach den Rettungsassistenten gegangen, wäre dies in den meisten Fällen schon vor Transportbeginn geschehen. Auch hier muss man deutlich sagen, dass in der Regel ein routinierter, erfahrener Rettungsassistent diese Maßnahme besser beherrscht, als ein Arzt, der solche Notfallpatienten nur sehr selten zu Gesicht bekommt.

Die Defibrillation.

Das sogenannte Kammerflimmern ist die häufigste Todesursache bei cardiac geschädigten Patienten. Die sofortige Defibrillation ist die einzig mögliche Maßnahme und unmittelbar lebensrettend. Es hat in der Vergangenheit umfangreiche Studien zur Frühdefibrillation gegeben. Dadurch dürfte bewiesen sein, dass auch Rettungsassistenten diese Maßnahme problemlos durchführen können.

In Rheinland-Pfalz sind mittlerweile alle Rettungsfahrzeuge mit halbautomatischen Defibrillatoren ausgestattet worden. Diese Geräte bieten, zumindest nach Meinung der Bundesärztekammer, eine zusätzliche Sicherheit bei der Indikationsstellung und die nötige rechtliche Sicherheit. Die Defibrillation wird in der untersuchten Rettungswache seit zwölf Jahren durch Rettungssanitäter/assistenten durchgeführt, ohne dass dies in groß angelegten Studien erfasst worden ist. Auch mit manuell zu bedienenden Geräten hat es in dieser langen Zeit keinen einzigen Fehler bei der Indikationsstellung und keinen Zwischenfall bei der Defibrillation durch Rettungsdienstpersonal gegeben.

Wenn man bedenkt, dass in den USA die Angehörigen von Risikopatienten mit halbautomatischen Defibrillatoren ausgestattet werden und das auch in Deutschland Laienhelfer, sog. First Responder, damit arbeiten, dürfte sich diese Diskussion langsam von selbst erledigen.

Von ärztlicher Seite werden immer wieder Schreckensszenarien an die Wand gemalt, für den Fall, dass man Nichtärzten die selbständige Durchführung dieser Maßnahmen erlauben würde. Die Rettungsassistenten haben jedoch den Beweis für das Gegenteil längst angetreten. Es gibt mittlerweile einige Fälle, in denen Rettungsassistenten wegen der "Ausübung der Heilkunde ohne Approbation" durch Ärzte angezeigt und vor Gericht gezerrt wurden.

In allen diesen Fällen wurde den Rettungsassistenten gerichtlich bestätigt, dass ihre Maßnahmen indiziert waren und nach den Regeln der Kunst durchgeführt wurden. In allen Fällen erfolgten Freisprüche.

Zu Id. Je schwerer die Verletzung oder Erkrankung, desto differenzierter die Medizin ?

In letzter Zeit wird in den Medien häufiger über den Rettungsdienst berichtet. Besonders im Fernsehen sind vermehrt Berichte über die Tätigkeit von Notärzten zu sehen. Es wird meistens darauf eingegangen, dass die Notärzte ständig mit Randsituationen des menschlichen Daseins konfrontiert werden. Dies ist oft zwangsläufig mit einer gewissen Dramatik verbunden. Weil die Situationen so dramatisch sind, so wird in diesen Berichten dem nicht fachkundigen Zuschauer unterschwellig impliziert, muss auch die Medizin so schwierig sei. Dem Betrachter wird gewollt oder ungewollt vermittelt, dass die Notfallmedizin wohl der schwierigste Teil der Medizin sein müsse. Daraus ergibt sich dann fast zwangsläufig, dass auch nur besonders qualifizierte Ärzte in diesem Bereich tätig sein

können. Da sich die TV-Berichte vorrangig mit der psycho-sozialen Seite des Geschehens befassen, werden die eigentlichen medizinischen Fragen nur am Rande beleuchtet. Rettungsassistenten treten nur als Staffage auf. Sie sind die Fahrer der Fahrzeuge und Hilfskräfte, die mehr oder weniger ohne eigenes Handeln die Szene bevölkern. Auch in Interviews treten sie nur am Rande auf. Die psychischen Probleme, die das Arbeiten in menschlichen Ausnahmesituationen mit sich bringt, scheinen diesen Berichten zufolge nur Ärzte zu betreffen. Die Frage die sich hier für uns stellt, ist allerdings die, ob die Versorgung des Patienten, der dem Tode nahe ist, medizinisch wirklich anspruchsvoller ist, als die "normale" Medizin."

Diese Frage ist wohl zu verneinen.

Je näher der Patient dem Tode ist, das heißt, je schwerer er erkrankt oder verletzt ist, desto schematischer wird seine Versorgung. Das klassische Beispiel ist die Reanimation. In dieser Situation ist der Patient sicherlich dem Tode am nächsten, aber gerade für die Reanimation gibt es die am weitesten gehende Standardisierung. Bei der Reanimation nach Mega-Code geht ein geübtes Rettungsteam nach feststehenden Algorithmen vor. Jeder Handgriff, jede Medikamentengabe ist genau vorgegeben. Variationsmöglichkeiten gibt es kaum. Wenn der Patient von seinem Gesamtzustand und vom Zeitfaktor her eine Überlebenschance hat, dann führt die Vorgehensweise nach diesem festen Schema immer zum Erfolg. Wenn ein geübtes Team eine Reanimation nach Mega-Code vornimmt, macht es keinen Unterschied, ob sich ein Arzt in diesem Team befindet oder nicht. Ungeübte und unsichere Ärzte können sogar bewirken, dass ein geordnetes Vorgehen gar unmöglich wird. Ähnlich verhält es sich bei einem polytraumatisierten Unfallopfer. Auch hier gibt es festgelegte Vorgehensweisen (Trauma-Code). Die Einhaltung des Schemas verringert die Gefahr, dass Wesentliches übersehen oder Vergessen wird. Auch hier wird ein geübtes Team ohne Arzt erfolgreicher sein, als ein ungeübtes Team mit Arzt oder ein Team mit einem ungeübtem Arzt.

Wenn ein Patient seinen Arzt aufsucht und ihm diffuse Beschwerden im Bauch schildert, dann ist die ärztliche Kunst gefordert. Es gibt viele mögliche Ursachen für seine Beschwerden. Hier ist eine exakte Diagnosestellung mit differenzierten Untersuchungen notwendig. Das Ergebnis können sehr unterschiedliche, vielleicht risikoreiche Therapiemöglichkeiten sein. Der Patient muss umfassend beraten werden. Der Arzt muss die erfolgversprechendste Therapie vorschlagen und durchführen.

Wenn aber ein Rettungsteam bei einem Verkehrsunfall einen Schwerverletzten vorfindet, ist die Vorgehensweise relativ einfach und klar: Der Patient wird von Kopf bis Fuß durch untersucht und zwar nach einem festen Schema:

- * Die vitalen Funktionen werden geprüft.
- * Die Bewusstseinslage wird geprüft.
- * Der Patient wird auf erkennbare Verletzungen hin untersucht.
- * Die vitalen Funktionen werden aufrecht erhalten, notfalls ersetzt.
- * Blutungen werden nach Möglichkeit gestillt.
- * Verlorenes Volumen wird ersetzt. Frakturen werden reponiert.
- * Die Medikation beschränkt sich in der Regel auf Analgesie und Sedierung.

Die Anforderungen scheinen auf den ersten Blick sehr komplex, aber geübte und erfahrene Rettungsdienstmitarbeiter werden solche Situationen ohne große Probleme beherrschen. Hier steht die Erfahrung mit solchen Situationen und Patienten im Vordergrund. Auch ein hochqualifizierter Arzt wird Schwierigkeiten haben, wenn ihm in diesem Bereich die Erfahrungen fehlen. Gerade im Bereich der traumatisch bedingten Rettungsdiensteinsätze kommt ein weiterer Aspekt hinzu, der auch wieder wenig mit der direkten Medizin zu tun hat. Hier geht es um Einsatztaktik und Logistik. Sei es, dass es sich um Unfallereignisse größeren Ausmaßes handelt, sei es dass es Probleme gibt eine

adäquate Klinik zu finden oder sei es, dass die adäquate Klinik weit weg ist und die taktischen Entscheidungen am Unfallort Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit eines ganzen Rettungsdienstbereichs haben, weil durch falsche Entscheidungen oft das einzige Rettungsmittel über Stunden blockiert wird.

Gerade im ländlichen Bereich erlebt man es häufig dass durch falsche einsatztaktische Entscheidungen ganze Rettungswachenbereiche über Stunden keine Rettungsmittel zur Verfügung haben. Oft werden fatale Entscheidungen von Notärzten, die die Infrastruktur nicht kennen, gegen den Rat der ortskundigen Rettungsassistenten getroffen. Auch hier könnte eine Vielzahl konkreter Beispiele angeführt werden.

Festzuhalten bleibt hier, dass die spezifischen Schwierigkeiten des Rettungsdienstes weniger im Medizinischen, als im Psycho-sozialen und im Einsatztaktischen liegen. Die medizinische Versorgung beschränkt sich im Wesentlichen auf einen relativ kleinen Kanon von Versorgungsmöglichkeiten, die unabhängig von den Krankheitsursachen immer wieder angewendet werden. Allerdings sind diese Maßnahmen hocheffizient. Sie können auch von Nichtärzten erlernt und suffizient angewandt werden. Das haben die Jahre ohne Notarzt gezeigt, und dies zeigt sich täglich in Ländern ohne Notarztwesen. Was aber gerade bei größeren Schadensereignissen genauso lebensrettend sein kann, wie die eigentlich medizinischen Maßnahmen, sind die organisatorisch taktischen Entscheidungen. Hier sind Rettungsassistenten, deren tägliches Geschäft der Rettungsdienst ist, den meisten Ärzten überlegen.

Zu Ie. Bruch in der historischen Entwicklungslinie.

Die Geschichte der präklinischen Notfallmedizin beginnt eigentlich mit der Einführung des Sanitätswesens beim Militär. Mitte bis Ende des vorigen Jahrhunderts bildeten sich dann in Deutschland die ersten zivilen Sanitätskolonnen. Dies geschah auf ehrenamtlicher Basis. Getragen wurden diese im Wesentlichen von Arbeiterorganisationen und vom Deutschen Roten Kreuz. Ihre erste Aufgabe im zivilen Bereich war die Versorgung von Unfallopfern in der Industrie und deren Transport ins Krankenhaus. Die Versorgung der Unfallopfer beschränkte sich auf die Blutstillung, das Anlegen von Verbänden und die Schienung von Knochenbrüchen. Dies mag heute wenig erscheinen, aber es war die gesamte Palette der medizinischen Möglichkeiten, die außerhalb der Klinik zur Verfügung stand. Im militärischen Bereich war die präklinische Versorgung der Verletzten ebenfalls Aufgabe von Sanitätern. Die medizinischen Maßnahmen waren dieselben, wie im zivilen Bereich. Den Sanitätern oblag die Rettung der Verletzten aus dem Gefahrenbereich, ihre Erstversorgung und der Transport in die rückwärtigen Lazarette.

Die Ausbildung dieser Sanitäter, zivil wie militärisch, oblag weitgehend Ärzten.

Am Einsatzort selbst und während des Transports wurden sie nach dem aktuellen Stand von medizinischer Wissenschaft und Technik völlig selbständig tätig.

Bis auf die zeitweise Einführung einiger aus heutiger Sicht eher ineffizienter Beatmungsmethoden, blieben die medizinischen Inhalte der Arbeit der Sanitäter bis weit in die fünfziger Jahre dieses Jahrhunderts nahezu gleich. Während des Koreakrieges wurden zum ersten Male die heute bekannten notfallmedizinischen Maßnahmen in großem Stil angewendet. Es handelte sich dabei im Wesentlichen um den Volumenersatz mittels Venenverweilkanüle, die endo-bronchiale Intubation und die kontrollierte Beatmung im Rahmen der Narkose. Bis diese Methoden sich in Deutschland, zunächst innerklinisch durchsetzten, verging noch eine lange Zeit. Ab Ende der sechziger Jahre stellten die Krankenhäuser zunehmend Anästhesisten ein. An den Krankenhäusern der Regelversorgung war es aber noch jahrelang üblich, dass nur ein Facharzt für Anästhesie für ein ganzes Krankenhaus vorhanden war. Die praktische Durchführung der Narkosen lag weitgehend in der Hand des Pflegepersonals. Ab ca. 1970 wurden zunehmend

Intensivstationen in den Krankenhäusern eingerichtet.

Dieser Prozess ist immer noch nicht gänzlich abgeschlossen.

In einigen deutschen Großstädten wurden zu diesem Zeitpunkt auch die ersten Notarztsysteme installiert. Einige wenige Chirurgen und Anästhesisten bemühten sich darum, diese bislang klinischen Methoden der Lebensrettung auch in den Bereich der Präklinik zu übertragen. Von dem Bemühen, flächendeckende Notarztsysteme zu schaffen, war aber noch keine Rede. Dies wäre auch bei dem damaligen Ärztemangel nicht zu realisieren gewesen. Außerdem wurden die Anästhesisten von ihren Kollegen der anderen Fachrichtungen noch lange Jahre belächelt. Die Anästhesie wurde als medizinisches Fachgebiet nicht ernst genommen. Also blieben Notarztsysteme außer in Nordrhein-Westfalen und den deutschen Großstädten weitgehend die Ausnahme. Die ursprüngliche Intention bei der Einrichtung von Notarztsystemen war im Übrigen eine gänzlich andere als heute. Man ging damals davon aus, dass in erster Linie Unfallopfer zu versorgen seien. Es war demzufolge auch unumstritten, dass die Notärzte Chirurgen sein sollten. Am Anfang gab es sogar ernsthafte Versuche, den Operationssaal in Form eines OP-Mobils an den Notfallort zu verlagern. Solche OP-Mobile hat es dann auch tatsächlich gegeben. Allerdings wurde diese Idee sehr schnell wieder fallen gelassen.

Letztlich hat sich jedoch nicht die "große Medizin" am Notfallort durchgesetzt, sondern lediglich die relativ einfachen neuen Methoden der Lebensrettung. Es gab erste Untersuchungen, z.B. der Bundesanstalt für Straßenwesen, die nachweisen konnten, dass Unfallpatienten vielfach überleben könnten, wenn rechtzeitig die Methoden der Volumensubstitution und der Beatmung angewendet würden. Bei der Beatmung ist sogar die ohne Hilfsmittel von Laien durchführbare Mund zu Mund Beatmung effektiv. Vielfach reicht es schon aus, den Patienten in die "Stabile Seitenlage" zu bringen und so die Aspiration zu verhindern. Das Ersticken durch die Verlegung der Atemwege ist auch heute noch eine der häufigsten Todesursachen am Unfallort. Außerdem wurde in diesen Untersuchungen festgestellt, dass die anschließende Krankenhausbehandlung bei rechtzeitiger effektiver Hilfe verkürzt wird und dass die Unfallfolgen erheblich gemildert werden. Es ist also auch ein volkswirtschaftlich günstiger Effekt zu erzielen. Dies führte dazu, dass das Rettungswesen langsam planmäßig organisiert wurde. Die ersten Bundesländer erließen Rettungsdienstgesetze.

Mitte der siebziger Jahre wurde damit begonnen, die Krankenwagenfahrer in 520 Stunden zu Rettungssanitätern auszubilden. Damals wurde auch der erste Entwurf zu einem Berufsgesetz für die Rettungssanitäter im Deutschen Bundestag eingebracht. dieses Gesetz kam aber aus vermeintlichen Kostengründen nicht zustande.

Dennoch verbreiteten sich die lebensrettenden Sofortmaßnahmen flächendeckend und zwar über das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal. Obwohl es sich bei diesen Maßnahmen nach Meinung der Ärzteorganisationen auch damals schon um ärztliche Tätigkeiten handelte, waren viele Anästhesisten der Meinung, dass sie, da Ärzte nicht ausreichend zur Verfügung stehen, vom Rettungsdienstpersonal durchgeführt werden müssen. Auch damals schon wurde in diesem Zusammenhang der Begriff

"Notkompetenz" verwendet. Diese war jahrelang bei fast jedem Einsatz gegeben.

Es war eine verschwindend kleine Minderheit der Ärzteschaft, die sich mit dem Rettungswesen befasste. Von den ärztlichen Standesorganisationen war offiziell zu diesem Thema noch lange nichts zu hören. Es hätte ihnen auch schlecht angestanden, weil vom weit überwiegenden Teil der Ärzteschaft weder die Cardio-pulmonale Reanimation mit Defibrillation, noch das Legen von Venenverweilkanülen, und erst recht nicht die Intubation, beherrscht wurde.

Noch Mitte der achtziger Jahre wurde von dem anerkannten Notfallmediziner Prof. Dr. med. Ahnefeld bei einem Rettungsdienstkongress beklagt, dass mehr als 80 Prozent der tätigen Ärzte diese Methoden nicht beherrschen. Dieselbe Klage wurde von Dr. med.

Gorgaß auf einem Rettungsdienstkongress 1996 in Koblenz wiederholt. Bis zum Ende der achtziger Jahre war das Interesse der ärztlichen Organisationen am Rettungsdienst äußerst gering. Weder die Bundesärztekammer, noch die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich um diesen Bereich gekümmert. Die flächendeckende Verbreitung der notfallmedizinischen Standards lief fast ausschließlich über nichtärztliches Rettungsdienstpersonal. Die Ärzteschaft hatte damit nichts zu tun. Erst auf dem Höhepunkt der Ärzteschwemme entdeckte die Bundesärztekammer den Rettungsdienst als originäres Tätigkeitsfeld für Ärzte. Zum ersten Mal aktiv wurde sie bei den Anhörungen zum zweiten Gesetzentwurf für das Berufsbild des "Rettungssanitäters" im Jahre 1989. Während die Gewerkschaften, die Berufsverbände, die Bundesanstalt für Straßenwesen und sogar die Arbeitsgemeinschaften der Notärzte übereinstimmend eine dreijährige Berufsausbildung, eigene Kompetenzen für das Rettungsdienstpersonal und die Berufsbezeichnung "Rettungssanitäter" für den neuen Beruf wollten, bestand die Bundesärztekammer darauf, dass es sich lediglich um einen medizinischen Assistenzberuf handeln könne. Diesem Status musste mit der Berufsbezeichnung "Rettungsassistent" Rechnung getragen werden. Das Deutsche Rote Kreuz hielt eine dreijährige Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz für nicht finanzierbar und wollte die Bezeichnung "Rettungssanitäter" für ihr ehrenamtliches Personal gesichert wissen. Die Allianz zwischen Bundesärztekammer und DRK setzte sich dann gegen alle Anderen durch. Im Jahre 1993 äußerte sich dann die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme zur Notkompetenz der Rettungsassistenten und legte einen Maßnahmenkatalog vor, der durch Rettungsassistenten im Rahmen dieser Notkompetenz angewendet werden darf.

Wenn man sich die historische Entwicklung rückwirkend betrachtet, so muss man folgendes feststellen:

Seit es eine präklinische Versorgung von Unfallopfern gibt, wurde diese von Sanitätspersonal durchgeführt. Dieses Sanitätspersonal wurde von Ärzten ausgebildet, arbeitete aber vor Ort ohne ärztliche Hilfe.

Die neuen Methoden der Lebensrettung stellen lediglich eine Erweiterung der Möglichkeiten der Präklinischen Versorgung dar. Logisch wäre es gewesen, diese Methoden im Rahmen des Fortschritts von Wissenschaft und Technik, in das Tätigkeitsfeld der Sanitäter zu übernehmen. Während dies in den angelsächsischen Ländern so geschehen ist, hat die Ärzteschaft in Deutschland diese Entwicklung verhindert. Ausschlaggebend hierfür waren zu keinem Zeitpunkt praktische Erwägungen sondern ausschließlich vorgeblich juristische und standespolitische Argumente der Ärztlichen Organisationen.

Kapitel II.

Folgen für die Gesetzgebung und die Organisation des Rettungsdienstes, wenn die Sichtweise der Bundesärztekammer zutreffen würde.

Wenn die rechtliche Lage so wäre, wie die Bundesärztekammer sie darstellt, dann entspräche das Rettungsdienstgesetz des Landes Rheinland-Pfalz dieser durch Bundesgesetze bestimmten Rechtslage nicht. Eben so wenig entspräche die Organisation des rheinland-pfälzischen Rettungsdienstes der geltenden Rechtslage.

Wollte man aber Rettungsdienstgesetz und Rettungsdienstorganisation so verändern, dass sie der vermeintlichen Rechtslage entsprechen, dann brauchte man wesentlich mehr

qualifizierte Ärzte, als derzeit zur Verfügung stehen und sehr viel mehr Geld, als man zur Zeit für den Rettungsdienst ausgibt. Unter der Prämisse, dass jeder Notfallpatient einen Rechtsanspruch auf ärztliche Versorgung hat, ist das Rheinland-Pfälzische Rettungsdienstgesetz in folgenden Punkten fehlerhaft:

Hilfsfrist:

Hier ist die Frist gemeint, die zwischen dem Notrufeingang in einer Rettungsleitstelle und dem Eintreffen qualifizierter Hilfe beim Patienten höchstens verstreichen darf. Diese Hilfsfrist wurde mittlerweile in fast allen Bundesländern in den Rettungsdienstgesetzen verankert. In Rheinland-Pfalz beträgt sie 15 Minuten. Sie wird in § 8 Rett.DG. geregelt. Diese Hilfsfrist ist die Grundlage für die räumliche Lage der Rettungswachen im Lande. Eine Rettungswache ist der Standort, an dem Rettungsfahrzeuge einsatzbereit vorgehalten werden. Aber nicht jede Rettungswache ist auch ein Notarztstandort. Für die Einhaltung der Hilfsfrist ist nach dem Gesetz das Eintreffen des ersten Rettungsfahrzeugs maßgebend. Ob dies arztbesetzt ist, spielte bis jetzt noch keine Rolle. Da es in Rheinland-Pfalz viele Rettungswachen ohne Notarztstandort gibt, sind die dort eingesetzten Rettungsassistenten täglich genötigt, im Rahmen ihrer Notkompetenz Patienten zu versorgen. Dies ist aber nach Meinung von Prof. Dr. Sefrin und der Bundesärztekammer ein schwerwiegender organisatorischer Mangel, dem dringend abgeholfen werden muß.

Notarzt.

Im Rettungsdienstgesetz ist lediglich an drei Stellen vom Notarzt die Rede.

§ 2, Abs.2.

Der Notfalltransport hat bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten (Notfallpatienten) lebensrettende Maßnahmen durchzuführen, ihre Transportfähigkeit herzustellen und sie unter fachgerechter Betreuung, in der Regel mit Notarzt - oder Rettungswagen, in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern.

Hier werden der Notarzt und der Rettungswagen als völlig gleichwertige Rettungsmittel nebeneinander gestellt. Eine Konstellation, die laut Bundesärztekammer ebenfalls einen schweren organisatorischen Mangel darstellen dürfte.

§ 22, Abs.4 u. Abs.5

Hier wird geregelt, dass ein als Notarzt eingesetzter Arzt über den Fachkundenachweis Rettungsdienst verfügen muss. Weiterhin werden in erster Linie über die kassenärztlichen Vereinigungen die niedergelassenen Ärzte zur Mitwirkung verpflichtet. Erst, wenn darüber hinaus noch Bedarf besteht, sind die Krankenhäuser in der Pflicht.

Landesrettungsdienstplan.

Dieser ist die Durchführungsverordnung für das Rettungsdienstgesetz.

C. II. 3.

Hier wird die Anzahl der vorzuhaltenden Rettungsfahrzeuge festgelegt. Im ländlichen Bereich pro 12 000 Einwohner und im städtischen Bereich pro 15 000 Einwohner, ein Fahrzeug. Von diesen Fahrzeugen sollen 40 Prozent Rettungswagen und 60 Prozent Krankentransportwagen sein.

Von Notarztwagen ist in der Rettungsdienstlichen Bedarfsplanung überhaupt keine Rede.

Gesetzliche und organisatorische Veränderungen.

Wenn die Bundesärztekammer mit Ihrer Argumentation recht hätte, müsste der Rettungsdienst so konzipiert werden, dass jeder an einer Straße gelegene Ort innerhalb von 15 Minuten von einem qualifizierten Notarzt erreicht werden kann, mit dessen Vorhaltung die Kassenärztlichen Vereinigungen nichts mehr zu tun haben. Die Fahrzeugkategorie "Rettungswagen" müsste völlig entfallen, da es diese, folgt man der Argumentation der Bundesärztekammer noch nie geben durfte und künftig erst recht nicht mehr geben darf. Rettungswagen vorzuhalten würde ja bedeuten, dass man vorsätzlich Notfallpatienten durch nichtärztliches Personal versorgen lassen will, was dann einem Organisationsverschulden der zuständigen Behörde gleichkäme.

Für die Rettungswachen, die kein Krankenhaus an ihrem Standort haben, dürfte es aber kaum möglich sein, Notärzte zu finden. Welcher qualifizierte Arzt wäre damit zufrieden, höchstens dreimal am Tage in der Weise medizinisch tätig zu werden, wie sie nach der Auswertung von 1419 Notarzteinsätzen erkennbar wird. Wenn man hierfür überhaupt Ärzte finden würde, dann könnten dies nur junge und unerfahrene Ärzte sein, denen als Alternative sonst nur die Arbeitslosigkeit bliebe. Ein Arzt, der in seiner Biographie lediglich mehrere Jahre hauptberufliche Notarztstätigkeit in einer Einfahrzeugwache in Eifel oder Hunsrück vorzuweisen hat, dürfte sich damit seine Karrierechancen deutlich vermindern. Da eine Qualitätserhöhung weder notwendig noch auf diesem Wege erreichbar ist, ist die damit verbunden Kostenerhöhung völlig unververtretbar. Selbst wenn man unterstellt, dass die Notärzte die maximal mögliche Arbeitszeit, die der Bundesangestelltentarifvertrag zulässt von 60 Std./Woche zum Grundgehalt ableisten würden, dann betrügen allein die Personalkosten für die Notärzte mindestens 50 Mio. DM. pro Jahr. Das ist mehr als ein Drittel der Kosten, die der Rettungsdienst heute insgesamt verursacht.

Zweiter Teil:

Schlussfolgerungen:

Es ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse der Auswertung aller Notarzteinsätze des Jahres 1996 an einem Standort, für das Notfallgeschehen auch anderswo repräsentativ sind und dass Rettungsdiensteinsätze, in denen die medizinischen Anforderungen höher sind, als sie es in den 1419 untersuchten Einsätzen waren, die absolute Ausnahme darstellen.

Die medizinisch notwendigen Maßnahmen bei rettungsdienstlichen Notfalleinsätzen beschränken sich demnach in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit auf die Volumensubstitution, die Gabe einer kleinen überschaubaren Gruppe von hochwirksamen Medikamenten, die Intubation und Beatmung und die Defibrillation. Mehr ist in keinem der 1419 untersuchten Notarzteinsätze erfolgt.

In mehr als der Hälfte der untersuchten Einsätze geschah nur das, was die Bundesärztekammer den Rettungsassistenten im Rahmen der Notkompetenz ohnehin zugesteht.

In keinem, der untersuchten Einsätze waren Maßnahmen erforderlich, die gut ausgebildeten Rettungsassistenten Probleme bereitet hätten.

Der Einsatz von Notärzten in dem in Rheinland-Pfalz überwiegend praktizierten Rendezvous-System, führt zu einem ungeheuren personellen Aufwand pro Einsatz, ohne Verbesserung der Versorgungssicherheit.

Seit in den Rettungsleitstellen Notarztindikationskataloge vorliegen, nach denen der Disponent verpflichtet ist, bei entsprechenden Einsatzstichworten einen Notarzt zu entsenden, sogar gegen den erklärten Willen von vor Ort anwesenden niedergelassenen Ärzten, ist die Notarzteinsatzrate um fast 50 Prozent gestiegen.

Rettungsassistenten werden durch die gängige Interpretation der Rechtslage daran gehindert, ihre beruflichen Fähigkeiten zu Gunsten der Allgemeinheit einzusetzen.

Der Rettungsdienst ist eine staatliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge. Die Erfüllung dieser im Landesrettungsdienstgesetz definierten Aufgabe und die Durchführung der dazu notwendigen Tätigkeiten bedeuten nicht die Ausübung der Heilkunde, wie sie durch das Heilpraktikergesetz geregelt wird. Auch die unter dem Arztvorbehalt stehende Diagnosestellung spielt für die Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages keine Rolle. Die Bundesländer haben die Pflicht, die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Sie könnten dies auch ohne den Einsatz von Notärzten tun. Es gibt keinerlei gesetzliche Verpflichtung, Notärzte einzusetzen.

Ein Rettungsassistent, der in einem solchen System tätig würde, könnte alle bekannten sog. ärztlichen Maßnahmen zur Lebensrettung und Erhaltung einsetzen, ohne dabei gegen irgend ein geltendes Gesetz zu verstoßen. Ein Verstoß gegen das Heilpraktikergesetz läge nicht vor, weil er die Heilkunde nicht ausübt. Ein Verstoß gegen den Arztvorbehalt bei der Durchführung verschiedener Maßnahmen liegt auch nicht vor, weil nur die Ausübung der Heilkunde gesetzlich geschützt ist, aber kein Gesetz die im Rettungsdienst zur Anwendung kommenden Maßnahmen einer bestimmten Berufsgruppe vorbehält.

Es gäbe in einem System ohne Notärzte lediglich zwei Möglichkeiten, wie ein Rettungsassistent tätig werden kann:

1. Er wird unmittelbar zu einem Notfallort beordert und dort ohne Arzt tätig. In diesem Fall erfüllt er den Auftrag des Rettungsdienstgesetzes, der klar definiert in der Abwendung der Lebensgefahr und im Transport des Patienten in eine geeignete Klinik besteht. Seine Aufgabe endet dort mit der Übergabe des Patienten an den weiterbehandelnden Arzt. Bis zu diesem Zeitpunkt führt er die Maßnahmen durch, die nach dem Rett.Ass.G. § 3 seine beruflichen Aufgaben sind, nämlich die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen bis zur Übernahme der Behandlung durch einen Arzt. Dass ein Arzt die Behandlung schon am Notfallort übernehmen muss, wird in keinem geltenden Gesetz verlangt. Die im Rettungsdienstgesetz definierte Aufgabe eines Rettungsassistenten endet immer exakt dort, wo die Ausübung der Heilkunde beginnt.
2. Ein Arzt wird zu einem Patienten gerufen und weist diesen in ein Krankenhaus ein. Für den Transport und die Betreuung des Patienten während des Transports bestellt er ein Rettungsfahrzeug. In diesem Fall wird der Rettungsassistent auf ärztliche Weisung tätig. Er handelt in Delegation, als Helfer des Arztes, wie es als eine seiner Aufgaben in § 3 Rett.Ass.G. formuliert ist. In diesem Fall übt er erst recht nicht die Heilkunde aus.

Eine Organisation des Rettungsdienstes ohne Notärzte würde also mit dem Landesrettungsdienstgesetz, mit dem Rettungsassistentengesetz und auch mit dem Heilpraktikergesetz in Einklang stehen.

Die sogenannten lebensrettenden Sofortmaßnahmen stellen eine Weiterentwicklung der immer schon von Sanitätern durchgeführten "Erste Hilfe Maßnahmen" dar. Der künstlich herbeigeführte Bruch in der historischen Entwicklung und die von der Ärzteschaft für sich reklamierte Monopolstellung bei der Durchführung bestimmter Maßnahmen ist weder sachlich noch volkswirtschaftlich zu vertreten.

Die sog. Notkompetenz der Rettungsassistenten ist eine Rechtskonstruktion, die in keinem geltenden Gesetz wieder zu finden ist. Wenn es diese Notkompetenz gäbe, dann würde dies bedeuten, dass die Inhalte des Berufes des Rettungsassistenten durch das Strafgesetzbuch, hier durch den § 323c, definiert würden.

Mit den Notarztsystemen, wie sie in Rheinland-Pfalz und anderswo installiert sind, hat man neben der ambulanten medizinischen Versorgung durch Kassenärzte, ein zweites System für die Abwendung lebensbedrohlicher Situationen geschaffen. Dies bei einer Arztdichte von einem Arzt pro 230 Einwohner. Dieses zweite System ist nur deshalb entstanden, weil die Ärzteschaft es bis heute nicht für nötig gehalten hat, die leicht erlernbaren Notfallmaßnahmen zum Bestandteil der ärztlichen Ausbildung und zum originären Aufgabenfeld innerhalb der ärztlichen Tätigkeit zu machen. Weil man diesen Bereich aber auch nicht einer anderen Berufsgruppe überlassen will, obwohl diese tausendfach bewiesen hat, dass sie die erforderlichen Maßnahmen beherrscht, wurden alle die Rechtskonstruktionen erdacht, die dazu geführt haben, dass Rettungsassistenten ihre Möglichkeiten nicht nutzbringend einsetzen dürfen.

Da in über 30 Prozent aller untersuchten Einsätze ein niedergelassener Arzt den Notarzt bestellt hat, oder ein niedergelassener Arzt zusätzlich zum Notarzt am Notfallort war, entstanden den Krankenkassen die Kosten für den Notarzteinsatz und außerdem noch die Kosten für den Hausbesuch eines Kassenarztes.

Für 39,6 Prozent des Betrages, der in Rheinland-Pfalz alleine für die Notarzteinsätze ohne Berücksichtigung der Kosten von NEF und dessen Fahrer, ausgegeben wird, könnten 50 Rettungsfahrzeuge mehr rund um die Uhr betrieben werden. Dies würde die Versorgungssicherheit entscheidend verbessern.

Modell für die Zukunft.

Die Organisation einer effektiven Notfallrettung muss sich an den tatsächlichen Bedürfnissen orientieren, die an einem Notfall/Unfallort zu erfüllen sind. Diese tatsächlichen Bedürfnisse sind in der vorliegenden Arbeit erstmals dokumentiert worden. Es hat sich gezeigt, dass es nicht die große Medizin ist, die bei der Abwendung von akuter Lebensgefahr gefragt ist, sondern die Beherrschung einer sehr überschaubaren Gruppe von Maßnahmen. Es hat sich weiterhin gezeigt, dass Erfahrung, Routine und Training (Notfallmanagement) wesentlich wichtiger sind, als ein tiefgehendes Studium der Medizin. Es zeigt sich täglich, dass auch die fundiertesten medizinischen Kenntnisse in einer Notfallsituation überhaupt nichts nützen, wenn die entsprechende Erfahrung, die Routine

und vor allem das Training fehlen.

Deshalb erscheint der angelsächsische Weg, diese Aufgabe von gut geschulten, nichtärztlichen Spezialisten durchführen zu lassen, effektiver und wesentlich kostengünstiger, als das in Deutschland gewählte System der Versorgung durch Notärzte. Dies heißt nicht, dass die Ärzte in diesem System keine Funktion hätten. Ihre Aufgabe liegt weiterhin in der Ausbildung des Rettungsdienstpersonal, in dessen Weiterbildung und vor allem in einer konsequenten Qualitätskontrolle.

Die Versorgung der Notfallpatienten mit ärztlichen Leistungen, sofern sie im Rahmen des Rettungsdienstes überhaupt notwendig ist, muss Sache der Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Es geht nicht an, dass eine Berufsgruppe von einem Teil ihrer Verantwortung entbunden wird, wie dies durch die Änderung des SGB V. geschehen ist. Dass die viel beschworene Solidargemeinschaft der Versicherten bei einer so hohen Arztdichte wie in Deutschland, ein zweites System der ambulanten Versorgung bezahlen muss, ist politisch nicht vertretbar.

Länder wie die USA, Großbritannien oder die Niederlande zeigen, dass ein Rettungswesen ohne den direkten Einsatz von Ärzten sehr gut funktioniert. Es gibt bislang keinen Beweis dafür, dass die Qualität dort schlechter ist, als in Deutschland.

Eine britische Arbeit, in der die Ergebnisse eines arztbesetzten und eines nicht arztbesetzten Hubschraubers untersucht wurden, hat sogar ergeben, dass die Ergebnisse des nicht arztbesetzten Rettungsmittels besser waren.

Allerdings soll auch nicht verschwiegen werden, dass die Ausbildung des Rettungsdienstpersonals noch erheblich verbessert werden muss.

Das Rettungsassistentengesetz von 1989 hat sich, da sind sich alle Fachleute einig, nicht bewährt. Es stellt noch nicht einmal, wie viele behaupten, einen Kompromiss dar.

Wenn man sich vergegenwärtigt, welche Forderung bei den Anhörungen im Deutschen Bundestag seinerzeit von verschiedenen Organisationen vorgetragen wurden und was davon durchgesetzt werden konnte, dann muss man klar erkennen, dass sich lediglich die Bundesärztekammer und die Hilfsorganisationen durchsetzen konnten, wobei man der Bundesärztekammer deutlich eigene berufspolitische Interessen unterstellen muss.

Alle Forderungen, die damals auch von Teilen der Ärzteschaft erhoben wurden, können heute nur wiederholt werden, weil sie nach wie vor berechtigt sind.

Diese Forderungen waren:

Dreijährige Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz:

Begründung: Wechsel zw. Theorie und prakt. Ausbildungsteilen, Sicherung der Lebensgrundlagen der Auszubildenden durch Ausbildungsvergütung.

Schaffung eines eigenen Kompetenzbereichs, Festlegung dieser Kompetenzen im Gesetz.

Begründung: Rechtliche Absicherung dessen, was Rett. Ass. in der tägl. Praxis tun und tun müssen.

Verknüpfung mit den Berufsgesetzen anderer Heilberufe, Möglichkeit des Wechsels über verkürzter Ausbildung.

Begründung: Schaffung von Durchgängigkeit zu anderen Medizinberufen, engere Verknüpfung von Klinik und Präklinik. Bessere Beschäftigungsmöglichkeiten bei Berufsunfähigkeit aus

gesundheitlichen Gründen.

Berufsbezeichnung: Rettungssanitäter.

Begründung:

Es sollte deutlich zum Ausdruck kommen, dass es sich um einen Beruf mit eigener Kompetenz handelt.

Herausnahme der Rettungssanitäter aus dem Status des Hilfsarbeiters.

Von all diesen ursprünglichen Vorstellungen konnte, außer der letzten, keine umgesetzt werden. Würde man jedoch das Rettungsassistentengesetz novellieren und einen Beruf schaffen, der die oben beschriebenen Kompetenzen erhält, so würde die Bundesrepublik Deutschland einen hocheffektiven Rettungsdienst mit flächendeckend gleich hoher Qualität und hochmotiviertem Personal zu einem überaus günstigen Preis erhalten.