

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

Präambel

Diese Darstellung benutzt als Basis die von der Ständigen Konferenz für den Rettungsdienst und der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) erarbeiteten und verabschiedeten Grundsätze.

Der Vorstand der Bundesärztekammer und die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) haben dieser Empfehlung zugestimmt.

1. Grundsatzpositionen

Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge (medizinische Vorsorge- und Betreuungsleistung). Der Rettungsdienst umfaßt die Notfallrettung und den Krankentransport. Seine Leistungen werden grundsätzlich durch den bodengebundenen Rettungsdienst sichergestellt, dieser wird durch die Luftrettung ergänzt. Berg- und Wasserrettung sind Teile des Rettungsdienstes.

- Der Bürger hat im Rahmen des Rettungsdienstes einen gesetzlich garantierten Anspruch auf eine flächendeckende, hilfsfristorientierte, qualifizierte notärztliche Hilfe, die dem jeweiligen Stand des medizinischen Wissens und der Technik entspricht und rund um die Uhr an jedem denkbaren Ort sicherzustellen ist. Die zu erbringende Leistung wird ausschließlich von der Schwere der Erkrankung oder des Traumas bestimmt (BGH-Urteil 1992).
- Die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst ist obligater Bestandteil des medizinischen Gesamtversorgungskonzepts. Sie muß neben der stationären und ambulanten Versorgung im SGB V verankert sein.
- Der Rettungsdienst (Notfallrettung) ist eine primär ärztlich determinierte Tätigkeit und Aufgabe, in der die medizinische Versorgung eines Notfallpatienten im Vordergrund steht, die durch fachgerechten Transport ergänzt

wird. Die ärztliche Fachkompetenz und der ärztliche Sachverstand werden sowohl im Einsatzgeschehen vor Ort als auch bei der Planung, Kontrolle und Sicherung der notfallmedizinischen Versorgung benötigt und vorausgesetzt. Diese Grundsatzpositionen müssen in der Gesetzgebung (SGB V = Bund, Rettungsdienstgesetze = Länder) geregelt und festgeschrieben werden.

Anmerkung:

Seit 01.07.1997 ist der § 75 SGB V Abs. 1 Satz 2 neu gefaßt. „Die Sicherstellung (der Kassenärztlichen Vereinigung) umfaßt auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.“

Die grundsätzliche Neubewertung des Rettungsdienstes als medizinische Leistung im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) ist nicht erfolgt. Dieses Defizit sollte zur Klarstellung der Aufgabe des Rettungsdienstes baldmöglichst beseitigt werden, insbesondere, nachdem die Rechtsprechung klare Anforderungen festgelegt hat.

2. Zuständigkeiten

Der Bund ist im Bereich des Rettungsdienstes ausschließlich für den Berufsschutz des „Rettungsassistenten“ (Berufsbezeichnungsschutzgesetz) und die Sozialgesetzgebung (SGB V) zuständig.

Die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes fallen gemäß Artikel 30 und 70 GG in die Gesetzgebungskompetenz der Länder.

Träger des Rettungsdienstes sind die Länder, soweit sie diese Aufgabe nicht auf die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Leistungserbringer sind durch die Träger beauftragte Hilfs-

* Anästh. Intensivmed. 39 (1998) 255 - 261

organisationen, Feuerwehren oder private Anbieter. Sie haben die in den Rettungsdienstgesetzen festgeschriebenen Leistungen zu erbringen.

3. Definitionen

3.1 Notfallrettung und Krankentransport

Die *Notfallrettung* umfaßt die präklinische medizinische Versorgung von Notfallpatienten und ggf. die damit verbundene Beförderungsleistung. Nach § 75 SGB V ist die notärztliche Versorgung Bestandteil des Rettungsdienstes, sofern die Landesgesetzgebung nichts anderes vorsieht. Zur Notfallrettung gehört auch die Beförderung von bereits klinisch erstversorgten Notfallpatienten zwischen Behandlungseinrichtungen, sofern es sich um zeitkritische indisponible Notfalleinsätze handelt. Für diese Verlegung von Notfallpatienten unter intensivmedizinischen Bedingungen sind spezifische Anforderungen für die Ausstattung der Rettungsmittel, insbesondere die ärztliche Qualifikation des Notarztes, zu erfüllen (Empfehlung der DIVI).

Der *Krankentransport* umfaßt die Aufgabe, sonstigen Kranken, Verletzten oder sonst hilfsbedürftigen Personen medizinische Hilfe zu leisten und sie nach ärztlicher Beurteilung unter fachgerechter Betreuung zu befördern, wenn dies medizinisch begründet sowie wirtschaftlich und organisatorisch geboten ist.

Zum Krankentransport gehört auch die Beförderung von Nichtnotfallpatienten zwischen Behandlungseinrichtungen. Der Rettungsdienst umfaßt die Notfallrettung und den Krankentransport.

3.2 Luftrettung

Die Planung des Luftrettungsdienstes ist Aufgabe der jeweils zuständigen Landesministerien. Das gilt sowohl für die Notfallrettung als auch für den Krankentransport.

Anmerkung:

Die Einsatzsteuerung von Verlegungsflügen als Notfallrettung und als Krankentransport sollten zumindest einheitlich durch jedes Land als Träger der Luftrettung koordiniert werden. Eine länderübergreifende Einsatzsteuerung bzw. die Koordination der ländereinheitlichen Einsatzstellen ist

anzustreben. Auf der Grundlage des Beschlusses des Arbeitskreises V der Innenministerkonferenz (IMK) und der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamter (AGLMB) der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) „Rahmenkonzept für die Entwicklung der Luftrettung in der BRD“ muß baldmöglichst ein Gutachten für die notwendige Neugliederung der Luftrettung erstellt und umgesetzt werden, um damit den sanitätstaktischen, medizinischen, vor allem ökonomischen Forderungen zu entsprechen.

4. Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes

4.1 Funktionale und organisatorische Einheit

Die bisherige unabdingbare funktionale und organisatorische Einheit von Notfallrettung und Krankentransport ist nach der in den letzten Jahren erfolgten rechtlichen, quantitativen, qualitativen und organisatorischen Entwicklung des Rettungsdienstes nicht mehr zwingend erforderlich. Dabei sind jedoch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen zwischen Ballungsräumen/Stadtstaaten und dünn besiedelten Regionen/Flächenländern zu beachten. Es kann sich aus fachlichen und wirtschaftlichen Gründen anbieten, den Rettungsdienst in Ballungsräumen organisatorisch zu trennen, in ländlichen Regionen dagegen in funktionaler Einheit wahrzunehmen. Bei allen Entscheidungen sind die Fragen der Wirtschaftlichkeit vordergründig zu gewichten und zu prüfen, ob die „Trennmodelle“ kostensparend zu realisieren sind.

4.2 Durchführung/Übertragung

Die Träger des Rettungsdienstes entscheiden, ob sie die Notfallrettung selbst (z. B. durch ihre Berufsfeuerwehr) durchführen oder Dritte beauftragen. Im Hinblick auf ihre Gemeinnützigkeit, ihre historische Entwicklung als Hilfsorganisation und das von diesen Organisationen angebotene breite Spektrum von Zusatzleistungen, z. B. ihre bisherige Einbindung in den Katastrophen- und Zivilschutz, aber auch ihre Ausbildungs- und Betreuungsfunktion, sollte dort, wo nicht die Feuerwehr mitwirkt, gegenüber Dritten eine Privilegierung der anerkannten Hilfsorganisationen erfolgen (Verwaltungsmonopol).

Der Krankentransport kann neben Feuerwehren auch Hilfsorganisationen und sonstigen privaten Unternehmen zur privatrechtlichen Durchführung überlassen werden. Die Einhaltung einheitlicher medizinischer und anderer (Mindest-) Standards ist dabei durch ein Genehmigungsverfahren sicherzustellen. Dieses sollte insbesondere eine Verträglichkeitsprüfung zur Verhinderung eines ruinösen Wettbewerbs beinhalten (siehe auch 4.1).

4.3 Koordinierung mit anderen Bereichen

Die Notfallrettung sollte aus Effektivitätsgründen und wirtschaftlichen Erwägungen mit den Einrichtungen des Brandschutzes sowie des Katastrophen- und Zivilschutzes eng zusammenarbeiten. Benachbarte Rettungsdienstbereiche - auch länderübergreifend - sollten sich abstimmen und gegenseitig unterstützen.

4.4 Integrierte Leitstellen

Die Einsatzsteuerung für den Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport) sollte - auch im Hinblick auf die gemeinsame Nutzung der Notrufnummer 112 - durch eine für den Rettungsdienst, den Brand- und Katastrophenschutz zuständige zentrale Leitstelle erfolgen, deren Größe nach wirtschaftlichen und einsatztaktischen Kriterien, nicht nach politischen Grenzen festzulegen ist. Daneben muß unter Gewichtung medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte von den neu strukturierten Leitstellen folgende weitere Aufgabe übernommen werden:

- Anforderung und Einsatz des vertragsärztlichen (Notfall-)Bereitschaftsdienstes.

Zusätzlich wahrgenommen werden können z. B.

- Bettenachweise
- Hausnotrufe und andere medizinische oder soziale Dienste.

In den Leitstellen ist eine qualifizierte personelle Besetzung und technische Ausstattung vorzusehen. Die Leitstellen müssen in öffentlicher unabhängiger Trägerschaft geführt werden.

Anmerkung:

Die Anforderungen an eine moderne, integrierte und koordinierende Leitstelle, einschließlich der zu stellenden personellen Anforderungen, sind im

Band 15 der Schriften für das Rettungswesen, herausgegeben vom Institut für Rettungsdienst, basierend auf einem interdisziplinären Workshop (1996), dargestellt und begründet.

In einigen Bundesländern wurden Modelle diskutiert, die nicht nur für die Leistungserbringer eine Trennung von Notfallrettung und Krankentransport vorsehen, sondern auch getrennte Leitstellen, z. B. für private Anbieter. Solche Lösungen sind aus medizinischen, taktischen und ökonomischen Gründen abzulehnen.

4.5 Notärztliche Versorgung

Die notärztliche Versorgung erfolgt mit den Mitteln und Methoden der präklinischen Intensivmedizin für Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und Verletzungen (Notfälle), auf der Basis interdisziplinär erarbeiteter Leitlinien der in der Notfallmedizin tätigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften (DIVI-Empfehlungen).

Mit der Bereitstellung der Notärzte sollten vorrangig die an der Notfallrettung beteiligten Krankenhäuser institutionell beauftragt werden. Soweit diese Krankenhäuser dazu nicht in der Lage sind, ist die notärztliche Versorgung durch die Mitwirkung entsprechend qualifizierter Vertragsärzte sicherzustellen. In Abhängigkeit von der geographischen Struktur und der Bevölkerungsdichte ist zu prüfen, wie und in welchem Umfang niedergelassene Ärzte in das Versorgungssystem zusätzlich integriert werden können.

Anmerkung:

Artikel 1 Nr. 25 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites GKV-Neuordnungsgesetz) sieht vor, daß die Sicherstellung der vertragsärztlichen Leistung nicht die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes umfaßt, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Bayern wird von diesem landesrechtlichen Vorbehalt Gebrauch machen, um damit die bisherige Regelung beizubehalten.

In dünn besiedelten Gebieten mit entsprechend geringer Krankenhausedichte wird es unter wirtschaftlichen und finanziellen Gesichtspunkten unmöglich sein, Rettungswachen so zu positionieren, daß medizinisch vertretbare Hilfsfristen

eingehalten werden. Eine zeitlich vertretbare, primär ärztliche Versorgung wird sich nur unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte und eine Einsatzsteuerung über leistungsfähige Leitstellen ermöglichen lassen (siehe auch 4.4).

4.6 Qualitätsmanagement

Der Rettungsdienst bedarf eines Qualitätsmanagements. Die dafür notwendigen Voraussetzungen sind in den Rettungsdienstgesetzen der Länder bundeseinheitlich zu regeln, um die Ergebnisqualität, aber auch die Effektivität in bezug auf die Kosten (Effizienz) vergleichen zu können. Dazu gehören u. a. die Verpflichtung zur Erstellung einheitlicher Kosten- und Leistungsnachweise sowie einer ebenfalls einheitlichen Dokumentation der medizinischen Leistungen durch Rettungsdienstpersonal oder Notärzte gemäß den Empfehlungen der DIVI. Die einheitlichen Kosten- und Leistungsnachweise sind außerdem die entscheidende Voraussetzung für die Beurteilung und den Vergleich der Kosten.

5. Rettungsdienstgesetze der Länder

5.1 Übergeordnete Forderung:

Eine Synchronisation der Gesetzgebung von Bund und Ländern sowie eine Harmonisierung der Anforderungen und Definitionen in den Rettungsdienstgesetzen der Länder ist alleine wegen des verbindlich geforderten Qualitätsmanagements aus Gründen der Leistungs- und Kostentransparenz und der übereinstimmenden Erfüllung rechtlicher Vorgaben erforderlich.

5.2 Notwendige Definitionen

- Rettungsdienst: Notfallrettung und Krankentransport
- Notfallrettung als Verwaltungsmonopol
- Vorgaben für die Strukturqualität nach Bedarfsanalyse
 - Ausstattung mit Rettungsmitteln unter Einhaltung gültiger Normen
 - personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation
 - Rettungswachen
 - Hilfsfrist
 - Größe der Rettungsdienstbereiche
 - Struktur und Aufgaben der Leitstelle

- Vorhaltung und Planung für Großschadensereignisse
- Vorgaben für die Prozeßqualität: Leitlinien, Fallbesprechungen, Fortbildung, Aufsichts- und Überwachungsfunktion des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“.

Anmerkung:

Die Hilfsfrist, in der Rechtsprechung als unabdingbar gefordert, ist einheitlich zu definieren und zeitlich abzustimmen. Aus rettungsdienstlich-taktischen Gründen ist die Fahr- oder Eintreffzeit, wie sie in einigen Rettungsdienstgesetzen als Richtgröße Verwendung findet, aus medizinischer Sicht jedoch ausschließlich die Hilfsfrist, von entscheidender Bedeutung. Als Hilfsfrist aus medizinischer Sicht ist die Zeitspanne zwischen Eingang der Meldung und Eintreffen am Patienten zu definieren. Für das Qualitätsmanagement ist ausschließlich der Behandlungsbeginn entscheidend. Die Hilfsfrist sollte mit 10 Minuten festgeschrieben werden. In dieser Zeit sollten 80% der Notfallpatienten erreicht werden. Damit kann den örtlichen Besonderheiten Rechnung getragen und ein wirtschaftlich vertretbares System realisiert werden.

Die Größe der Rettungsdienstbereiche ist zu überprüfen, dabei sind notfallmedizinische, organisatorische und ökonomische Kriterien anzulegen, um eine höchstmögliche Effizienz zu erreichen. Die Anzahl der Rettungsdienstbereiche, damit auch der Leitstellen, kann deutlich reduziert werden. Bei der Durchführung dieser Aufgabenstellung ist die bereits genannte Bedarfsanalyse sowohl für den bodengebundenen Rettungsdienst als auch für die Luftrettung in die Entscheidungen einzubeziehen.

5.3 Sonstige Regelungen

- Verpflichtende Dokumentation mit einheitlichen Kosten- und Leistungsnachweisen, medizinischen Protokollen und einem kontinuierlichen Qualitätsmanagement (siehe auch 5.2).
- Mindestqualifikation des medizinischen Personals für die Besetzung von Fahrzeugen im Rettungsdienst.
KTW: 1 Rettungssanitäter + 1 Rettungshelfer

RTW: 1 Rettungsassistent + 1 Rettungs-
sanitäter
NAW: 1 Rettungsassistent + 1 Rettungs-
sanitäter + 1 Notarzt
RTH: 1 Rettungsassistent + 1 Notarzt
NEF: 1 Rettungsassistent + 1 Notarzt.

Neben der verbindlichen Festlegung der Ausbildungsziele ist die auf der Basis eines allgemeinen Konsenses und pädagogischer Grundprinzipien (Curriculum) durch Aus- und Fortbildung erreichte fachliche Qualifikation von entscheidender Bedeutung. Für Rettungsassistenten sind die wichtigsten Voraussetzungen im „Reisensburger Memorandum“ enthalten (siehe auch 6.2).

5.4 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Da es sich bei der Notfallrettung um eine primär ärztlich-medizinische Aufgabe handelt, können die Träger die Aufgabenstellung mit der in der Notfallrettung vorhandenen Zielsetzung nur an die nichtärztlichen Leistungserbringer delegieren, wenn sie eine entsprechende ärztliche Aufsichts- und Überwachungsfunktion sichergestellt haben. Dieser Grundsatz ist in allen sonstigen medizinischen Einrichtungen erfüllt und muß dementsprechend auch für die medizinische Aufgabe im Rettungsdienst umgesetzt werden.

Die ärztliche Mitwirkung im Rettungsdienst in Organisation, Planung und Qualitätsmanagement ist festzuschreiben. Ein „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ soll in jedem Rettungsdienstbereich, angesiedelt beim Träger, seine Aufgabe mit Aufsichts-, Überwachungs- und Kontrollfunktion, z. B. bei den medizinischen Entscheidungen der Leitstelle, der Aus- und Fortbildung des Personals, dem Qualitätsmanagement etc., wahrnehmen.

6. Zusätzliche Regelungen

6.1 Einheitliche Beschaffungen

Um Kosten zu sparen, sollten auf Länderebene alle Rettungsmittel und deren Ausstattung in Absprache zwischen Behörden, Leistungserbringern und Notärzten, in jedem Falle jedoch unter Einhaltung nationaler bzw. bereits vorhandener internationaler Normen, einheitlich beschafft werden.

6.2 Aus- und Fortbildung von Rettungsassistenten und Rettungssanitätern

Die Länder müssen die Ausbildung der Rettungsassistenten nach einem einheitlichen Curriculum in den von den Ländern genehmigten Schulen unabhängig von der Zugehörigkeit zu einzelnen Leistungserbringern überwachen und sicherstellen, daß Voraussetzungen und Anforderungen dem Bedarf entsprechen. Einzelheiten sind im „Reisensburger Memorandum“ (1996) festgelegt.

6.3 Qualifikation der Notärzte

Zur Sicherung der Qualifikation für die Tätigkeit als Notarzt muß die derzeit geforderte Fortbildung fortgeschrieben, den Erfordernissen angepaßt und in neuer Form im ärztlichen Weiterbildungsrecht verankert sowie eine führbare Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ vorgesehen werden. Bei der Durchführung von „Intensivtransporten“ sind die Empfehlungen der DIVI für die spezielle Qualifikation des Notarztes zu beachten.

6.4 Leitender Notarzt

Zur Bewältigung des Massenfalls von Verletzten und Erkrankten bedarf es flächendeckender LNA-Systeme. Die Forderung der Bundesärztekammer zur Qualifikation und Stellung des LNA muß umgesetzt werden.

6.5 Notruf

Der Notruf 112 ist bundeseinheitlich einzuführen und auf den geforderten integrierten Leitstellen aufzuschalten, um eine rasche und qualifizierte Einsatzabwicklung zu gewährleisten.

7. Interhospitaltransfer (Verlegungs-transporte)

Der Interhospitaltransfer ist Folge einer zunehmenden medizinischen Spezialisierung und dient dem Verbund von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen. Er gehört obligat zum Bereich des Rettungsdienstes. Dies betrifft jedoch nicht die Art der Finanzierung. Die effiziente Lenkung der Einsätze ist nur unter der Einsatzführung der einheitlichen Rettungsleitstelle, ggf. überregional möglich (siehe auch 3.1 und 6.3).

8. Finanzierung

Die für einen bedarfsgerechten Rettungsdienst notwendige Finanzierung orientiert sich an medizinischen und ökonomischen Prämissen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. Die Träger des Rettungsdienstes müssen zur Zusammenarbeit verpflichtet und der Zusammenschluß zu leistungsfähigen Rettungsdienstbereichen, zur Ausschöpfung von Qualitäts-, Rationalisierungs-, Wirtschaftlichkeits- und Finanzierungsreserven und Synergieeffekten gefördert werden.