

# Notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung

## – Eckpunkte aus akutmedizinischer Sicht\* –

### Einführung

Krankenhäuser haben mit großen finanziellen Problemen zu kämpfen. Ursachen sind gedeckelte Budgets bei gestiegenen Betriebs- und Personalkosten sowie die Umstellung der Leistungsvergütung auf fallbezogene Pauschalen. Diese Belastungen zwingen die Krankenhäuser zur Überprüfung und Anpassung ihrer Strukturen und Abläufe, um ihre Leistungen effizient erbringen zu können. Betriebswirtschaftliche Aspekte, die erhebliche Veränderungen in der Krankenhauslandschaft nach sich ziehen, treten dabei zwangsläufig in den Vordergrund. Krankenhäuser schließen oder ändern ihr Versorgungsportfolio in einer Weise, dass sie de facto nicht mehr rund um die Uhr für die Notfallversorgung zur Verfügung stehen. Dies trifft die Notfallversorgung der Bevölkerung zweifach:

- Krankenhäuser streichen die Notfallversorgung ganz oder teilweise aus ihrem Portfolio
- Krankenhäuser stellen keine Notärzte mehr zur Verfügung.

Dadurch ist die zeitgerechte und flächendeckende Notfallversorgung der Bevölkerung bereits heute deutlich gefährdet.

Ein vom Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) des Klinikums der Universität München durchgeführter Experten-Workshop auf der Reisingburg im Februar 2007 befasste sich ausführlich mit den Auswirkungen der G-DRGs auf die notfallmedizinische Versorgung in Deutschland. Bei dem Treffen, das mit Unterstützung der Stiftung BINZ ausgerichtet wurde, kamen die Probleme der Notfallversorgung zur Sprache. Sie fanden ihren Niederschlag im Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Im Gutachten wird deutlich darauf hingewiesen, dass das im Artikel 20 des Grundgesetzes verankerte Sozialstaatsprinzip die unverrückbare Verantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen bedingt und damit der Staat eine ausreichende Versorgung

mit Krankenhausleistungen gewährleisten muss. Es stellt aber auch kritisch fest, dass es Bund und Ländern bisher nicht gelungen ist, die zentralen Elemente des ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhausleistungen zu reformieren, insbesondere die Krankenhausplanung und die öffentliche Investitionsförderung durch die Länder.

Die fehlenden Rahmenbedingungen und der enorme finanzielle Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, führen dazu, dass schon jetzt die Vorgaben für die Krankenhausplanung durch die tatsächliche Situation überholt sind, obwohl es auch heute schon auf der Ebene der Bundesländer ausreichend Steuerungselemente gibt, um Defiziten in der Notfallversorgung rechtzeitig vorzubeugen. Die Krankenhausrahmenplanung ist Ländersache, man muss jedoch feststellen, dass bisher nur in wenigen Bundesländern Konzepte vorliegen, welche die notfallmedizinische Akutversorgung sicherstellen können. Oft sind auch die Zuständigkeiten für den Rettungsdienst und die Krankenhausplanung in verschiedenen Ministerien angesiedelt, so dass die Notfallversorgung nicht als Einheit von präklinischer und innerklinischer Akutversorgung wahrgenommen wird.

In Kenntnis dieser Rahmenbedingungen gelangten wir zu der Überzeugung, dass die Notfallmedizin klare, medizinisch gesicherte Vorgaben erarbeiten müsse, die der Politik als Grundlage für eine sinnvolle Rahmenplanung dienen können. Die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (agswn) und das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) des Klinikums der Universität München veranstalteten im Juni 2007 erneut mit Unterstützung der Stiftung BINZ ein zweites Symposium in München, zu dem Vertreter aller medizinischen Fachgesellschaften und Organisationen und

\* Anästh. Intensivmed. 50 (2009) 60 - 92.

Institutionen, die an der Notfallversorgung beteiligt sind, eingeladen wurden.

Ziel dieses Treffens war, einen Konsens zu den Eckpunkten der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Akutkliniken und im Rettungsdienst zu erarbeiten, der, von allen an der Notfallmedizin beteiligten medizinischen Fachgesellschaften und Hilfsorganisationen beschlossen und gebilligt, den verantwortlichen Behörden und Ministerien als Vorgabe für die weiteren Planungen zur Verfügung gestellt werden soll.

Dieses Eckpunktepapier liegt nun vor und ist nachstehend abgedruckt.

Im Mittelpunkt und als entscheidende Größe steht die Zeitschiene, das heißt, die Zeitspanne, die für die Fahrt zum Notfallort, die außerklinische Erstversorgung und den anschließenden Transport ins nächste geeignete Krankenhaus zur Verfügung steht, um eine sachgerechte Versorgung der betroffenen Patienten sicherzustellen.

Die Standortplanung für Rettungswachen, Notarztstandorte und auch für die erforderlichen Zielkrankenhäuser muss auf dem Boden dieser Zeitvorgaben erfolgen. Nur so kann eine Erstversorgung von akut erkrankten oder verletzten Patienten auf dem Niveau sichergestellt werden, das von den Fachgesellschaften gefordert wird und in den entsprechenden Leitlinien festgelegt wurde.

### An der Erarbeitung dieser Eckpunkte haben folgende Fachgesellschaften und Organisationen mitgewirkt:

<b>agswn</b>	Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (Dr. Dr. Burkhard Dirks, Ulm)
<b>INM</b>	Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (Prof. Dr. Christian Lackner, München)
<b>BÄK</b>	Bundesärztekammer (Ulrike Pantzer, Berlin)
<b>BAND</b>	Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (PD Dr. Detlef Blumenberg, Osnabrück)
<b>DGU</b>	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (Prof. Dr. Steffen Ruchholtz, Essen)
<b>DGCH</b>	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Prof. Dr. Hartwig Bauer, Berlin)
<b>DGAI</b>	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (Prof. Dr. Jens Scholz, Kiel)
<b>DGK</b>	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (Prof. Dr. Dietrich Andresen, Berlin)
<b>DGNC</b>	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (Prof. Dr. Eckhard Rickels, Ulm)
<b>GNPI</b>	Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (Prof. Dr. Helmut Hummler, Ulm)
<b>ASB</b>	Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (Bundesarzt Dr. Carsten Ocker, Köln)
<b>BKS</b>	Unternehmerverband privater Rettungsdienste (Robert Schmitt, München)
<b>DRK</b>	Deutsches Rotes Kreuz (Bundesarzt Dr. Karl Demmer, Berlin)
<b>JUH</b>	Johanniter-Unfall-Hilfe (Leander Strate, Berlin)
<b>MHD</b>	Malteser Hilfsdienst (Frank Flake, Köln)
<b>SKRD</b>	Ständige Konferenz für den Rettungsdienst (Prof. Dr. Karl-Heinz Altemeyer, Saarbrücken)

## Eckpunkte

### Notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Prálinik\*

Für die Notfallversorgung der Bevölkerung sind gestaffelte Hilfeleistungssysteme erforderlich. Nicht lebensbedrohliche Erkrankungen und Verletzungen werden durch Vertragsärzte und Notfallpraxen versorgt. Lebensbedrohliche Notfälle sind Aufgabe des Notarztes und klinischer Versorgungsstrukturen. Diese Versorgungsstrukturen müssen aufeinander abgestimmt werden.

1. Ausgehend von den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften muss die definitive klinische Therapie bei wesentlichen notfallmedizinischen Krankheitsbildern nach höchstens 90 Min. beginnen, z.B.
  - ST-Hebungsinfarkt  
90 Min. bis zur perkutanen koronaren Intervention
  - Schlaganfall  
90 Min. bis zur Entscheidung über die Lyse (120 Min. bis Lyse)
  - Schädel-Hirn-Trauma (bewusstlos)  
90 Min. bis zum OP-Beginn (60 Min. bis CT)
  - Schwerverletzte  
90 Min. zum OP-Beginn (60 Min. bis Klinikaufnahme).
2. Um diese Vorgaben erreichen zu können, muss die stationäre Diagnostik und Therapie spätestens 60 Min. nach Notrufeingang beginnen. Dieses Intervall beinhaltet die Zeiten:
  - Eingang der Notrufmeldung ▶ Eintreffen am Einsatzort
  - Beginn der Erstdiagnostik und -therapie ▶ Herstellung der Transportfähigkeit
  - Transportbeginn zur nächstgelegenen, geeigneten Klinik ▶ Eintreffen Zielklinik.

Um das Ziel zu erreichen, kann beispielsweise die Fahrzeit des Rettungsdienstes zum Einsatzort inklusive der Leitstellendispositionszeit bei max. 15 Min. liegen (entsprechend den Regelungen der meisten Bundesländer). Wenn für die Versorgung am Einsatzort auch nur 15 Min. benötigt werden, bleiben für den Transport zur Zielklinik max. 30 Min.
3. Da es sich hierbei um Rahmenbedingungen der Daseinsvorsorge handelt, sind das entsprechende Sicherheitsniveau<sup>1</sup> wie gegebenenfalls ergänzende Finanzierungsverpflichtungen<sup>2</sup> durch Landesgesetze zu regeln. Dabei haben sich Anreizsysteme als hilfreich erwiesen.
4. Standorte der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Standorte der Rettungsmittel sind an diesen Rahmenbedingungen auszurichten: Die Standorte der Rettungsmittel werden durch die Eintreffzeiten der Rettungsdienstgesetze bestimmt, aber auch geeignete Zielkliniken müssen mit einer Transportzeit von 30 Min. erreichbar sein. Es ist zielführend, abgestufte und disziplinübergreifende Versorgungskonzepte durch Netzwerke (z.B. Traumanetzwerk DGU) zu organisieren. Dafür sind entsprechende Transportstrukturen vorzusehen.
5. Voraussetzungen für die Teilnahme an der klinischen Notfallversorgung sind in der Regel das Vorhandensein der Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie, Inneren Medizin und Anästhesiologie, Intensivstation, CT, Notfall-Labor und Blutdepot (24-Std.-Bereitschaft, 7 Tage/Woche). Für die Schnittstelle Rettungsdienst Klinik haben sich zentrale Notaufnahmen bewährt.
6. Die präklinische und klinische Notfallbehandlung gemäß den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist über sektorenübergreifende interne und externe Qualitätsmanagementprogramme verbindlich abzusichern.

<sup>1</sup> Zielerreichungsgrad 95 %

<sup>2</sup> Unabhängig von DRG-Erlösen.

\* Beschluss des Engeren Präsidiums der DGAI vom 05.11.2008 in Bremen

