

ÄND und Rettungsdienst: Vom Nebeneinander zum Miteinander?

O. Emmeler

Gefordert: Neue Terminologie

Entsprechend einem BGH-Urteil von 1993 (RETTUNGSDIENST 1993, S. 198) ist die notärztliche Hilfe an der Hilfsfrist zu orientieren und allein am Schweregrad der Erkrankung oder Verletzung zu bemessen. Sie soll am jeweiligen Stand von Wissenschaft und Technik ausgerichtet sowie flächendeckend sein. Im Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung hingegen sind der Rettungsdienst sowie notärztliche Hilfe nicht enthalten. Die Versorgung von akut, aber nicht lebensbedrohlich Erkrankten ist somit kassenärztliche Aufgabe.

Die Erfüllung dieser kassenärztlichen Pflicht weist jedoch Defizite auf. Sonst wäre die hohe Zahl von Notarztzeitsätzen bei Patienten, die aufgrund von Art und Schweregrad der Erkrankung auch vom kassenärztlichen Notdienst behandelt werden könnten, nicht zu erklären.

Eine Neuordnung der Terminologie tut not. Die Tabelle 1 könnte zu einer Vereinfachung der Begrifflichkeiten auf diesem Sektor beitragen.

Voraussetzung für das System der ärztlichen Notdienste ist eine Leitstelle, die sowohl den Notarzteinsatz als auch den kassenärztlichen Notdienst leitet. Eine solche Leitstelle, auf die bereits ausführlich im Beitrag von Trübenbach in dieser Ausgabe eingegangen worden ist, muß Anlaufstelle für alle medizinischen Hilfeersuchen sein. Sie muß dem Patienten die von ihm aufgrund fehlenden medizinischen Hintergrundwissens nicht zu leistende Aufgabe abnehmen, für den jeweiligen Notfall den adäquaten Notdienst auszuwählen. Beide Notdienste müssen über eine einheitliche Notrufnummer erreichbar sein und können sich im Bedarfsfall vertreten. Dadurch wird das Sicherheitsniveau für die Bevölkerung erhöht. Die Leistungserbringer müssen das Ziel einer derartigen Verknüpfung von ärztlichem Notdienst und Rettungsdienst als Serviceleistung gegenüber den Hilfesuchenden und Patienten begreifen.

Tabelle 1

Notfall lebensbedrohlich, zeitkritisch	Akutfall nicht lebensbedrohlich, aber zeitkritisch	Krankheitsfall nicht lebensbedrohlich, nicht zeitkritisch
Notarzt Fachkundenachweis Rettungsdienst	Kassenärztlicher Notdienst keine Fachkunde Rettungsdienst	Vertragsarzt keine Fachkunde Rettungsdienst
nach Akutversorgung Krankenhauseinweisung	nach Akutversorgung Entscheidung, ob Krankenhausversorgung notwendig	nach Versorgung ambulante Therapie oder Krankenhauseinweisung
Notfallrettung (NEF+RTW, NAW, RTH)	Krankentransport nicht disponibel (RTW, evtl. KTW)	Krankentransport disponibel (KTW, evtl. RTW)

(nach 1, 2, 3)

Die Gründe für diese Defizite liegen zum einen in der mangelnden Verfügbarkeit von niedergelassenen Ärzten während der Sprechstundenzeiten (die Ärzte können oder wollen ihre Praxis nicht verlassen), einer unklaren Aufgabenzuordnung sowie einer für den Laien verwirrenden Benennung der Notdienste. So bedingt auch das Fehlen einer klaren Aufgabenzuordnung der verschiedenen medizinischen Notdienste eine nicht eindeutige Namensgebung. Daraus ergibt sich eine Situation, die es gerade den Patienten nur schwer ermöglicht, im Bedarfsfall den richtigen Notdienst zu alarmieren.

Eine gemeinsame Leitstelle von Notarzteinsatz und kassenärztlichem Notdienst führt zu fachlich fundierteren Entscheidungen der Disponenten. Ein technisch notdürftiger Telefondienst durch Arzthelferinnen oder eine fachunkundige Vertretung des diensthabenden Arztes durch dessen Ehefrau wird durch fachlich gut ausgebildete Rettungsassistenten der dann gemeinsamen Leitstelle übernommen. Es kommt somit zu einer Reduktion der Fehleinsätze der einzelnen ärztlichen Notdienste.

Durch eine gemeinsame Leitstelle lassen sich Notarzteinsatz und kassenärztlicher Notdienst unter Nutzung der gegenseitigen Stärken flexibel einsetzen. Der Notarzt kann beispielsweise auf eine Krankenhauseinweisung zugunsten einer evtl. wiederholten ambulanten Kontrolle des Patienten durch den kas-

Anschrift des Verfassers:

*Oliver Emmeler, Mannheimerstraße 218, D-69123 Heidelberg
E-Mail: oemmler@ix.urz.uni-heidelberg.de*

senärztlichen Notdienst verzichten. Teure, vermeidbare Krankenhauseinweisungen werden reduziert.

Ärztliche Präsenz in der Leitstelle verbessert die Güte der Disponentenentscheidung. Deshalb ist ein ärztlicher Ansprechpartner für das Leitstellenpersonal und die von der Leitstelle geführten Notdienste unverzichtbar. Diese Aufgabe sollte vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst übernommen werden.

Hier bedarf es nicht unabdingbar der Schaffung einer zusätzlichen Stelle im Bereich der Rettungsleitstelle. Eine ärztliche Supervision durch die Erstellung standardisierter Abfrageschemata, einer stichprobenhaften Einsatznachbesprechung oder sogar einer zeitweise unterstützenden Tätigkeit auf der Rettungsleitstelle können vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst wahrgenommen werden.

Der Mehraufwand einer integrierten Leitstelle muß durch eine entsprechende Personalaufstockung ausgeglichen werden. Die

hier investierten Mittel amortisieren sich um ein Vielfaches durch Reduktion der erheblichen Folgekosten von Fehleinsätzen ärztlicher Notdienste (z.B. Krankenhauseinweisung durch Notarzt mangels ambulanter ärztlicher Betreuungsmöglichkeiten). ■

Literatur:

1. Ahnefeld FW (1998) *Notfallmedizin und Rettungsdienst - Was wollten wir, was haben wir?* *Der Notarzt* 14: 103-105
2. Ahnefeld FW (1998) *Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der medizinischen Versorgung in der BRD.* *Notfallmedizin* 24: 358-363
3. Ahnefeld FW (1998) *Die Notfallversorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Referat zum Berufspolitischen Seminar der AGSWN*