

A. Seekamp¹ · B. Dirks²

¹Klinik für Unfall- und Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

²Sektion Notfallmedizin der Universitätsklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum, Ulm

Großveranstaltungen – ÄLRD/ LNA – Recht des Notarztes

19. notfallmedizinische Jahrestagung der AGSWN, Baden-Baden

Am 12./13. März 2004 fand die diesjährige Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (AGSWN) in Baden-Baden statt. Wie jedes Jahr wurden aktuelle berufspolitische Themen diskutiert:

- Großveranstaltungen bergen ein in der Vergangenheit nicht bekanntes Risiko. Ein Vorschlag zur Begutachtung von Großveranstaltungen und die rechtlichen Grundlagen auf Länderebene werden vorgestellt.
- Ärztliche Führung im Rettungsdienst: die Aufgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst, des Leitenden Notarztes und des Ärztlichen Leiters Notarztstandort werden unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements immer wichtiger.
- Die grundlegenden gesetzlichen Regelungen der notärztlichen Tätigkeit, die Problematik von Musterverträgen für Notärzte und die Aufnahmeverpflichtung der Krankenhäuser sind die Stichworte zum 3. Themenkomplex über die Rechte des Notarztes.

Aufgaben des Leitenden Notarztes im Rahmen von Großveranstaltungen

Der Einführungsvortrag in die Thematik von Herrn Maurer, Berufsfeuerwehr Karlsruhe, befasste sich mit der Einsatzplanung bei Großveranstaltungen.

Herr Maurer wies zunächst darauf hin, dass es in der Vergangenheit genügend Beispiele von Fehlplanungen im Bereich

der medizinischen Versorgung bei Großveranstaltungen gegeben hat. Zu nennen sind hier wiederholt aufgetretene Tribünenzusammenbrüche bei Fußballspielen, große Rock- und Popkonzerte sowie Flugshows. In allen Fällen waren jeweils zwischen 50 und 100 Todesfälle zu beklagen und es mussten zwischen 100 und 500 Verletzte versorgt werden.

Um für solche Großfälle medizinisch gerüstet zu sein, schlägt der Referent verschiedene Aufgabenbereiche vor, die bei der Planung von Großveranstaltungen berücksichtigt werden müssen. Es sei eine zentrale Einsatzleitung erforderlich, die vorab 6 verschiedene Bereiche zu koordinieren hat. Hierzu gehören im Einzelnen:

- Brandschutz;
- Patiententransport;
- Notarzdienst;
- Unfallhilfsstelle;
- Logistik;
- Kommunikation bzw. technischer Dienst.

Mit dem Veranstalter muss in jedem Fall vorab geklärt sein, wie die definitive Programmplanung aussieht und mit welcher Zahl bzw. welcher Art von Publikum zu rechnen ist. Wesentlicher Faktor ist eine Vorabplanung, in welcher eine Parzellierung des gesamten Veranstaltungsraums vorzunehmen ist. Diese muss gewährleisten, dass einerseits ausreichend Zugangs- und Fluchtwege im Publikumsraum vorhanden sind und andererseits

bei Ausbruch einer Massenhysterie keine Menschenmengen gegen eine Abspernung oder in eine Enge getrieben werden können. Insbesondere bei Rock- und Popkonzerten ist es daher erforderlich, im unmittelbar der Bühne vorgelagerten Raum eine entsprechende, kleinformatische Parzellierung mit standfesten Abspernungen vorzunehmen.

Ein Punktesystem zur Risikoabschätzung dient der vorbeugenden Einsatzplanung.

Für eine entsprechende, vorbeugende Einsatzplanung stellt Herr Maurer sein bekanntes Punktesystem zur Risikoabschätzung vor. Die Besucherzahl wird hierbei pro 500 Besucher jeweils mit einem Punkt bewertet, bei Veranstaltungen in geschlossenen Räumen wird diese Punktzahl verdoppelt. Vorausgesetzt wird eine Veranstaltungsfläche, bei welcher nicht mehr als 4 Personen pro Quadratmeter vorgesehen sind. Der Art der Veranstaltung wird ein Faktor zugeordnet, es gilt eine Skala von 0,1 bis 1,0, wobei z. B. eine Reitsportveranstaltung mit 0,1 gewertet wird, das Rockkonzert jedoch mit 1,0. Eine zusätzliche Risikoerhöhung von mindestens 10 Punkten kann bei bekannter Beteiligung prominenter Personen mit entsprechender Sicherheitsstufe oder bei Berücksichtigung besonderer polizeilicher Erkenntnisse über teilnehmende Personen addiert werden.

Aus diesen 3 Größen wird dann das Risiko prozentual berechnet, wobei zunächst der Punktwert der Besucherzahl

mit dem Bewertungsfaktor für die Veranstaltung multipliziert wird. Anschließend wird die ggf. festgelegte Punktzahl für weitere Risikofaktoren addiert. Hieraus lässt sich dann das Gesamtrisiko der Veranstaltung errechnen. In Abhängigkeit vom errechneten Gesamtrisiko lässt sich die Anzahl der benötigten Unfallhilfsstellen sowie die Anzahl der benötigten Notärzte, Rettungsassistenten, Sanitätskräfte, RTW und KTW festlegen.

Herr Maurer berichtet, dass aus seiner eigenen Erfahrung die Umsetzung dieser Prinzipien positiv zu bewerten ist.

Begutachtungsverfahren

Im folgenden Vortrag von Herrn Henn-Beilharz, Katharinenhospital Stuttgart, zum Thema „Begutachtungsverfahren: Der Vorschlag der AGSWN“ weist der Referent zunächst darauf hin, dass es bisher keine landesweit einheitlichen Regelungen bezüglich der medizinisch notwendigen Vorhaltungen bei Großveranstaltungen gibt. Auch die Genehmigungsverfahren seien in den Ländern sehr unterschiedlich, die Frage nach Haftung und Kostenerstattung für die Notfallmedizinische Versorgung bei Großveranstaltungen gänzlich ungeklärt. Obwohl es an sich um die medizinische Betreuung einer größeren Menschenmenge gehe, ist dies in der rechtlichen Einordnung bisher nicht berücksichtigt. Gesetzliche Grundlagen für die Durchführung von Großveranstaltungen finden sich lediglich im Polizeigesetz, im Versammlungsgesetz und in der Gaststättenverordnung.

Allzu oft verlasse sich daher der Veranstalter auf die Absicherung durch den öffentlichen Rettungsdienst. Dieses hat sich jedoch in der Vergangenheit allzu oft als Fehlkalkulation herausgestellt. Daher wird dringend empfohlen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Polizeibehörden und dem Leitenden Notarzt bzw. Ärztlichen Leiter Rettungsdienst im Vorfeld von Großveranstaltungen intensiviert und ein entsprechender Einsatzplan für eine Großveranstaltung erstellt wird. Ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung wäre, dass sich der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder aber der Leitende Notarzt im Vorfeld einer Großveranstaltung gegenüber den Polizeibehörden bereit erklärt, ein

entsprechendes Gutachten für eine Großveranstaltung zu erstellen bzw. eine Risikoabschätzung durchzuführen. Die AGSWN schließt sich daher dem Vorschlag von Herrn Maurer an, eine Einschätzung der Großveranstaltung nach einem Punkteschema, wie von ihm vorgestellt, vorzunehmen. Das Begutachtungskonzept der AGSWN wird von Herrn Henn vorgestellt und den Vertretern der 3 zuständigen Ministerien übergeben.

Zu diesem Thema stellt Herr Koberne, Freiburg, ein interessantes Beispiel vor. Er berichtet über die besonderen Herausforderungen an den Rettungsdienst, die sich im Jahre 2000 stellten, als eine Etappe der Tour de France durch Freiburg geleitet wurde. Es wurden alle Vorbereitungen für ein vermehrtes Aufkommen von Notfällen getroffen. Hierbei zeigte sich jedoch als besondere Schwierigkeit, dass die Streckenführung durch die Stadt sämtliche regulären Anfahrtswege zu den vorgesehenen Kliniken abschnitt. Ein Befahren der Rennstrecke durch rettungsdienstliche Fahrzeuge war durch den Veranstalter untersagt.

Herr Koberne als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst und seine Mitarbeiter waren daher gezwungen, ein neues Konzept zu entwickeln, das es ermöglichte, das Befahren der Strecke auf ein Minimum zu reduzieren. Dies wurde dann vom Veranstalter auch so genehmigt. Das Konzept wurde inzwischen als Standard in die Planung der Tour de France aufgenommen. Die Idee war, neben einer Vielzahl von Unfallhilfsstellen an der Rennstrecke Schleusen abzutrennen. Es handelt sich hierbei um abgesperrte Bereiche, an denen Rettungsdienstfahrzeuge die Rennstrecke kreuzen konnten. Die Schleusen wurden so eingerichtet, dass in einem der Rennstrecke direkt benachbarten Bereich die entsprechenden Rettungsfahrzeuge anfahren und in einem Intervall die Rennstrecke kreuzen konnten, um dann auf gewohntem direkten Wege die entsprechende Klinik anzufahren. Insgesamt hat sich dieses System sehr bewährt und auch dieser Referent wies darauf hin, dass aus rettungsdienst- und notärztlicher Sicht die Planung solcher Großveranstaltungen, wie in diesem Fall, auch in Abstimmung mit der Polizei und dem Veranstalter erforderlich ist.

Situation in 3 Bundesländern

In den folgenden 3 Kurzvorträgen wurde die rechtliche Situation in den Bundesländern Baden-Württemberg (Throm), Rheinland-Pfalz (Gundlach) und Saarland (Gundlach für den erkrankten Thomé) dargestellt. Unter dem Motto: „drei Wege, ein Ziel“ wurde zunächst die Situation im Saarland erläutert.

Saarland

Die Gefahrenabwehr und die Gesundheitsvorsorge ist grundsätzlich staatliche Aufgabe. Nach dem saarländischen Rettungsdienstgesetz ist die Bewältigung von Großschadensereignissen Teil der Notfallrettung. Es besteht in diesem Zusammenhang eine Abgrenzung zum Katastrophenschutz, die allein durch die Anzahl der Verletzten, Erkrankten oder anderweitig betroffenen Personen definiert ist. Ab einer Größenordnung von mehr als 50 betroffenen Personen sind neben dem Rettungszweckverband auch die Katastrophenschutzbehörden einzuschalten. Als Rechtsgrundlagen für eine Genehmigung von Großveranstaltungen dienen das Flugverkehrsgesetz, z. B. für das Abhalten von Flugtagen, das Versammlungsgesetz, die Gewerbeordnung, z. B. für Volksfeste, sowie die Straßenverkehrsordnung. Für Feuerwerke gilt das Sprengstoffgesetz. Der Referent wies jedoch daraufhin, dass es keine generelle Genehmigungs- oder Anzeigenpflicht für Großveranstaltungen gibt. Die Genehmigungs- oder Anzeigenpflicht habe jedoch besondere Bedeutung, da es hierdurch der Ordnungsbehörde möglich ist, Bedingungen zu stellen oder Auflagen zu machen, wenn die öffentliche Sicherheit oder Ordnung durch die Veranstaltung gefährdet erscheint.

Dabei sind verschiedene Gefahren voneinander abzugrenzen. So gibt es zum einen die konkrete Gefahr. Bei ihr handelt es sich um eine Sachlage, die bei ungehindertem Ablauf des objektiv zu erwartenden Geschehens im Einzelfall mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einer Verletzung der genannten Schutzgüter führt. Andererseits gibt es eine abstrakte Gefahr, bei der es sich um eine Sachlage handelt, aus der nach allgemeiner Lebenserfah-

rung konkrete Gefahren entstehen können. Die Rolle des Staates im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens hat letzten Endes auch eine verfassungsrechtliche Grundlage, da der Staat eine umfassende Schutzpflicht wahrnimmt, die im Grundgesetz verankert ist: Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.

Bezüglich der Beurteilung von Großveranstaltungen schließt sich Herr Thomé den vorangegangenen Ausführungen an. Handlungsbedarf auf Seiten der Länder und des Bundes sieht er in der Schaffung einer lückenlosen Verpflichtung zur Anzeige bzw. Genehmigung von Veranstaltungen mit Gefahrenpotenzial und die Erarbeitung von Grundsätzen zur Risikoanalyse bzw. Gefahrenprognose sowie Empfehlungen mit Mindestzahlen für Einsatzkräfte und Fahrzeuge, ähnlich den von Herrn Maurer dargelegten Vorstellungen.

Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz

Die rechtliche Situation wird von Herrn Throm für Baden-Württemberg und von Herrn Gundlach für Rheinland-Pfalz nicht anders bewertet, es stellten sich in der Diskussion jedoch Unterschiede in der Verfügbarkeit des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ heraus. Während bisher in Baden-Württemberg die Position nicht gesetzlich geregelt ist, wird in Rheinland-Pfalz eine gesetzliche Festschreibung dieser Position in der demnächst anstehenden Novellierung des Rettungsdienstgesetzes erfolgen. Im Saarland ist die Position bereits im Rettungsdienstgesetz festgeschrieben. Die Position „Leitender Notarzt“ ist in allen 3 Bundesländern gesetzlich geregelt und weitestgehend umgesetzt.

Es wird abschließend festgehalten, dass dem Leitenden Notarzt oder dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst eine zentrale organisatorische Aufgabe im Rahmen der kooperativen Planung von Großveranstaltungen zukommt.

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst/ Leitender Notarzt

Dieser Themenkomplex wird von Herrn Hörtling, Ravensburg, mit der Vorstel-

lung einer Umfrage eingeleitet, die an die Leitenden Notärzte in Baden-Württemberg gerichtet worden war.

Danach zeigt sich, dass die Mehrzahl der LNA-Gruppen im Jahre 2002 in Baden-Württemberg weniger als 10 Einsätze/Jahr zu verzeichnen hatte. Die Indikation für die Einsätze wurde von der Rettungsleitstelle nach Ansicht der Leitenden Notärzte eher zurückhaltend gestellt. Nur wenige LNA-Gruppen haben einen festen Dienstplan, die meisten arbeiten mit einer Alarmierungsschleife. Die vorgegebene Eintreffzeit liegt zwischen 20 und 30 Minuten, die überwiegende Zahl der LNA-Gruppen gibt keine Vorgabe. Zubringer für den Leitenden Notarzt zur Einsatzstelle ist in der überwiegenden Zahl der Fälle der Rettungsdienst. Der Einsatzleiter des Rettungsdienstes ist in der überwiegenden Zahl der Fälle hauptamtlich tätig und wird deutlich häufiger als ein Leitender Notarzt alarmiert.

Die Zusammenarbeit mit Feuerwehr, Polizei, Katastrophenschutz und Rettungsdienst wird überwiegend gut beurteilt. Von der Mehrzahl der LNA-Gruppen wird angegeben, dass kontinuierlich Übungen stattfinden, in die die LNA-Gruppe eingebunden ist. Eine Nachbesprechung des LNA-Einsatzes findet bisher nur in Ausnahmefällen mit den Notärzten bzw. dem Rettungsdienstpersonal statt. Eine LNA-Dokumentation des Einsatzes wird bei den meisten LNA-Gruppen durchgeführt. Die Mehrzahl der LNA-Gruppen besteht aus etwa 5–10 Leitenden Notärzten. Diese Anzahl wird überwiegend als optimal angesehen.

Die LNA-Gruppen sind bisher im Rahmen der präventiven Tätigkeit nicht in die Organisation von Großveranstaltungen eingebunden.

Soweit diese präventive Tätigkeit wahrgenommen wird, ist sie zwar vom Veranstalter akzeptiert, wird jedoch in den wenigsten Fällen bisher honoriert.

Für Baden-Württemberg ist festzustellen, dass mit regionalen Unterschieden die Mehrzahl der Sprecher der LNA-Gruppen in den jeweiligen Bereichsausschuss berufen sind. Allerdings fühlen sich die berufenen Kollegen in der Mehrzahl zu wenig informiert.

Zusammenfassend kommt Herr Hörtling zu der Einschätzung, dass der Leitende Notarzt in Baden-Württemberg noch nicht lückenlos etabliert ist. Die Indikation zum Einsatz der LNA-Gruppe sollte weiter gefasst und die Dokumentation der LNA-Einsätze standardisiert werden. Bei der Planung von Großveranstaltungen ist eine frühzeitige Einbindung der LNA-Gruppe dringend erforderlich. Die Mitarbeit der LNA-Gruppen in den Bereichsausschüssen ist etabliert, jedoch besteht noch ein deutliches Informationsdefizit, das in Zukunft ausgeglichen werden muss. Als zusätzliche Anregung wurden aus der Umfrage der Wunsch nach einem jährlichen Treffen der regionalen LNA-Gruppen sowie nach LNA-Refresher-Kursen aufgegriffen.

Das bayrische Modellprojekt „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“

Im Folgenden berichtet Herr Bayeff-Filloff aus Rosenheim über das staatliche Pilotprojekt „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ in Bayern.

Einleitend stellt er dar, dass die Notärzte im Rahmen des Rettungsdienstes eine wesentliche verantwortliche Aufgabe im Bereich des medizinischen Qualitätsmanagements haben. Der Grundgedanke des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst in Bayern war daher, dass Ärzte durch Verantwortungsübernahmen im Zusammenwirken mit den am Rettungsdienst beteiligten Unternehmen und Organisationen die Qualität rettungsdienstlicher Leistungen sichern und verbessern.

Das Pilotprojekt Ärztlicher Leiter Rettungsdienst wurde in 4 Rettungsdienstbereichen in Bayern durchgeführt. Kernpunkte der sehr umfangreichen Managementausbildung (24,5 Tage) durch das INM der Universität München waren die Vermittlung von Methodenwissen, Sachkompetenz, Marktorientierung, Kommunikationsfähigkeit, Personalführung und Motivation, Kreativität für neue Lösungen, Lernfähigkeit und Flexibilität sowie Gremienarbeit und ressourcen- und zielorientiertes Denken und Handeln. Die Ausbildungsinhalte waren modular aufgebaut und endeten in einem abschließenden, individuellen Coaching und Gruppencoaching.

Das Projekt wurde vom Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement der LMU in München begleitet. Von dieser Seite wurde neben Training und Coaching der ÄLRD auch ein entsprechendes Internetportal zur Öffentlichkeitsarbeit etabliert. Darüber hinaus wurden den ÄLRD ein umfangreicher aktueller Datenpool mit Hunderten von vorbereiteten Auswertungen (per CD/ per web) für den eigenen Wirkungsbereich und eine eigene webgestützte Kommunikationsplattform zur Verfügung gestellt.

— Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst ist eine wesentliche qualitätsverbessernde Institution.

Die Aufgaben des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst werden in den 3 Arbeitsfeldern Rettungsdienstorganisation, Rettungsdienstpersonal und Rettungsdienstmaterial gesehen. Bayeff-Filloff stellte klar, dass sich im Vergleich zur Struktur und den Erfahrungen in anderen Bundesländern der Ausbau des bayrischen Pilotprojekts in seiner Definition und Spezifikation überwiegend an den Kriterien der notfallmedizinischen Effektivität und volkswirtschaftlichen Effizienz des Rettungsdienstes orientiert. In diesem Zusammenhang wird der Ärztliche Leiter Rettungsdienst als wesentliche qualitätsverbessernde Institution angesehen. Wesentlicher Bestandteil der zukünftigen Arbeit ist daher z. B. auch eine kontinuierliche Beratung der ministerialen Gremien in Fragen des Rettungsdienstes durch Vorlage entsprechend validierter Daten. Abschließend hält er fest, dass dieses Pilotprojekt vom bayerischen Innenministerium und von bayerischen Krankenkassenverbänden sehr positiv bewertet wurde und nunmehr schrittweise landesweit ausgeweitet wird.

AGSWN-Kurs „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“

Anschließend berichtet Herr Koberne über den ersten Kurs „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“, der von der AGSWN zusammen mit dem Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement der LMU München für die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-

Pfalz und das Saarland 2003 mit 18 Teilnehmern durchgeführt wurde. Herr Koberne stellt heraus, dass insbesondere eine deutliche Diskrepanz zwischen den bisherigen Qualifikationskriterien des ÄLRD nach DIVI und den tatsächlichen Aufgaben besteht. So gehöre zur Qualifikation eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Gebiet mit Bezug zur Notfall- und Intensivmedizin, der Fachkundenachweis Rettungsdienst bzw. die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, eine Qualifikation zum Leitenden Notarzt sowie eine langjährige und anhaltende Tätigkeit in präklinischer und klinischer Notfallmedizin.

Die tägliche Arbeit des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst bestehe jedoch aus Besprechungen, Gremienarbeit, Systemanalysen, Planungen, Beschwerdemanagement und Personalführung sowie Ausbildung. Es habe also ein deutliches Ausbildungsdefizit für die Qualifikation des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst bestanden.

Das neue 18-tägige Kurskonzept des INM wurde von Lackner, Ruppert und Filloff speziell für die Bedürfnisse der AGSWN-Teilnehmer entwickelt und aktuell angepasst. Als besondere Schwerpunkte sind aufzuführen: Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz. In diesen Themenbereichen können die Inhalte Organisation des Rettungsdienstes, allgemeines und angewandtes Qualitätsmanagement, allgemeine Verwaltungslehre, medizinische Belange des Rettungsdienstes, Methoden der Personalentwicklung, ärztlicher Programmleiter, Personalführung, Konfliktbewältigung, Teamressourcenmanagement und die Leitung von Besprechungen zusammengefasst werden.

Der Referent stellt heraus, dass die Teilnehmer dieses Kurskonzept sehr positiv aufgenommen haben und sich für die zukünftige Tätigkeit als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst sehr viel besser qualifiziert einschätzten als zuvor, obgleich Sie die DIVI-Kriterien bereits erfüllt hatten. Er hielt fest, dass das Konzept den bisherigen Ausbildungskonzepten, wie z. B. denen nach DIVI-Muster, deutlich überlegen sei (s. Infobox).

Das NADOK-Dokumentationssystem

Messelken, Göppingen, stellt in seinem Referat die prinzipiellen Ergebnisse dar,

welche seit Einführung des Qualitätsmanagements durch NADOK (Notarztokumentation) erreicht werden konnten. Durch Einführung dieses Dokumentationssystems ist seit 2003 eine landesweite Dokumentation und Datenerfassung von Notarzteinsätzen in Baden-Württemberg realisiert. Angebunden ist eine zentrale Auswertung mit lokaler Ergebnispräsentation mit der Möglichkeit, an jedem Notarztstandort darauf zu reagieren. Die Notärzte sind nur verpflichtet, den abgewickelten Einsatz zu dokumentieren und die erfassten Daten mit dem Programm auf Plausibilität zu kontrollieren. Der Ärztliche Leiter des Notarztstandorts kann dann eine lokale Standortauswertung vornehmen, er ist für die weitere landesweite Datenanalyse zuständig. Die Daten werden von ihm dafür an die Landesärztekammer geleitet. Auswertungsschwerpunkte sind bisher die Dokumentationsqualität, die Eintreffzeit, die Einsatzschwere, der globale Therapieerfolg und der Therapieerfolg bei 3 Tracerdiagnosen sowie die Reanimationserfolge.

Durch diese Art der Datenerfassung und Analyse kann z. B. die Frage beantwortet werden, ob der Notarzt die empfohlenen Maßnahmen bei der Diagnose Myokardinfarkt ergreift. Aus der bisherigen Dokumentationsarbeit und Analyse haben sich bereits erste Konsequenzen ergeben. Diese betreffen eine einheitliche Interpretation der Nomenklatur und Anwendung der Scores. Es gilt Dokumentationsdefizite zu reduzieren und die Leitstellendisposition positiv zu beeinflussen. Es werden Leitlinien für Tracerdiagnosen vermittelt, weitere Indikatoren können entwickelt und Referenzbereiche bestimmt werden.

Durch die Einführung und konsequente Umsetzung der Dokumentation von Notarzteinsätzen ist es gelungen, den Kreis eines suffizienten Qualitätsmanagement aus Planung, Handlung, Reevaluation und Verbesserung zu schließen. Die Indikatoren für ein funktionsfähiges Modul im Rahmen des Qualitätsmanagements sieht der Referent erfüllt, da es sich bei NADOK um ein System handelt, welches relevant und verständlich ist, messbare Daten aufnimmt, die Ergebnisse durch Veränderung des

Verhaltens nachweislich verbessert und das Ziel insgesamt erreichbar erscheinen lässt.

Ärztlicher Leiter Notarztstandort

Die Verantwortung für die einzelne Notarztwache nimmt der Ärztliche Leiter des Notarztstandorts wahr. Hierzu nimmt Herr Kehrberger, Ostfildern, in seinem Referat Stellung.

Er stellt heraus, dass es sich beim Ärztlichen Leiter Notarztstandort um die Funktion bzw. Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen der medizinischen und organisatorischen Leitung handelt und die entsprechende Person für das Qualitätsmanagement am Standort in kontinuierlicher Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst verantwortlich ist. Nach aktuellem Stand sind diese Bedingungen bzw. Ansprüche jedoch häufig nicht erfüllt. Allzu oft hat der Ärztliche Leiter Notarztstandort eine Stellung bzw. Kompetenz mit unzureichenden Rahmenbedingungen, da die auszuführenden Aufgaben häufig nicht zu den normalen Dienstaufgaben seitens des Arbeitgebers gerechnet werden. Dies führt nicht zuletzt dazu, dass die Funktion als solche auch vom Ärztlichen Leiter Notarztstandort nur unzureichend wahrgenommen werden kann.

— Besonders problematisch erscheint zunehmend die Weisungsbefugnis des Ärztlichen Leiters Notarztstandort.

Nach einer Umfrage in Baden-Württemberg sind mehr und mehr Kliniken gezwungen, auch Kollegen außerhalb des Hauses am Notarzdienst zu beteiligen. Es wird daher gefordert, die Position des Ärztlichen Leiters Notarztstandort grundsätzlich aufzuwerten. Gemeinsam mit den Notarzarbeitsgemeinschaften und den Landesärztekammern sind daher für diese Position ebenfalls Musterdienstverträge und Stellenbeschreibungen anzufertigen. Auch erscheint es sinnvoll, spezielle Ausbildungsseminare für diese Funktion anzubieten. Gerade das Thema Qualitätsmanagement sollte den Ärztlichen Leitern Notarztstandort näher vermittelt werden.

Infobox

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) – Die Basis der Qualitätssicherung in der präklinischen Notfallmedizin

Die deutsche Notfallmedizin gilt weltweit als beispielhaft und genießt in der Bevölkerung und bei Politikern eine hohe Wertschätzung. Der Kostendruck im Gesundheitswesen erfordert jedoch eine Optimierung der eingesetzten Ressourcen im Sinne der evidenzbasierten Medizin. Zukünftig wird die notfallmedizinische Versorgung von Patienten daher unter Aspekten des medizinischen Qualitätsmanagements von Leistungserbringern und Kostenträgern beurteilt werden.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden ist es notwendig, in der präklinischen Notfallmedizin eine medizinische Struktur- und Prozessoptimierung des Rettungsdienstes sowie eine Ergebnisanalyse der therapeutischen Maßnahmen zu etablieren. Hierzu gehören

- die Erstellung und Umsetzung von einheitlichen Behandlungsrichtlinien,
- die Vermittlung dieser Inhalte in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich,
- die Entscheidung über die medizinische Ausstattung,
- die Mitwirkung bei der Bedarfsplanung für Personal, technische Ausrüstung und Rettungsleitstellen.

Diese Aufgaben soll der Ärztliche Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) als unabhängige ärztliche Führungskraft und Qualitätsmanager des Rettungsdienstes auf regionaler Ebene wahrnehmen. In einigen Bundesländern, wie z. B. Brandenburg oder Saarland, ist die Position des ÄLRD bereits im Landesrettungsdienstgesetz verankert. In Rheinland-Pfalz ist dies mit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes geplant, in Baden-Württemberg werden Teile der Qualitätsmanagementfunktion des ÄLRD von Leitenden Notärzten in den Bereichsausschüssen wahrgenommen. In Bayern wurde zunächst mit einem ÄLRD-Pilotprojekt in repräsentativen Rettungsdienstbereichen begonnen (<http://www.aelrd-bayern.de>). Unabhängig von gesetzlichen Vorgaben ist in vielen einzelnen Rettungsdienstbereichen im Bundesgebiet, aber nicht flächendeckend, die Funktion des ÄLRD etabliert (<http://www.bgs-aelrd.de>). Aus den genannten Anforderungen an den ÄLRD wird deutlich, dass bei dieser Tätigkeit die rein notfallmedizinisch ausgerichtete Qualifikation nicht ausreicht. Vielmehr ist Kompetenz in Bereichen wie Gremienarbeit, Personalführung und Organisation gefragt, Kenntnisse über die Struktur und Finanzierung des Rettungsdienstes sind erforderlich. In Fortentwicklung eines Curriculum der Bundesärztekammer und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) hat die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (agswn) gemeinsam mit dem Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) der Ludwig-Maximilian-Universität München ein neues Ausbildungskonzept zur Qualifikation zum ÄLRD erprobt. Während einer einjährigen berufsbegleitenden Ausbildung konnten in diesem Pilotprojekt bisher 18 erfahrene Notfallmediziner für die Tätigkeit eines ÄLRD qualifiziert werden. Nähere Informationen zu diesem Pilotprojekt und dessen Fortsetzung sind unter <http://www.aelrd-agswn.de> (geschützter Zugang) nachzulesen.

An der Notwendigkeit des ÄLRD kann es keinen Zweifel geben. Maßnahmen zur Qualifikation des ÄLRD sind jetzt auf anspruchsvollem Niveau entwickelt und etabliert worden. Nun ist es Aufgabe der für den Rettungsdienst verantwortlichen Institutionen dafür zu sorgen, dass diese Position gesetzlich verankert und in den Rettungsdienstbereichen eingerichtet wird.

Arztbegleiteter Interhospitaltransport

Die Sitzung wird mit einem Referat von Schlechtriemen, Saarbrücken, über die augenblickliche Situation des Interhospitaltransports beschlossen. Aktueller Anlass ist, dass bei der anstehenden Abrechnung der Behandlungskosten nach DRG davon ausgegangen werden muss, dass Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung häufiger Patienten in Häuser der

Schwerpunkt- und Maximalversorgung verlegen werden.

Die BAND hat daher auf Initiative der AGSWN-Empfehlungen für den Interhospitaltransfer veröffentlicht [1], die im Referat diskutiert wurden. Ziel ist eine generelle Vorgabe für einen arztbegleiteten Interhospitaltransport sowie Vorgaben bezüglich der strukturellen und personellen Voraussetzungen für diese Art von Transport. Grundsätzlich ist der arztbegleitete Interhospitaltransport integraler

Bestandteil des Rettungsdienstes und somit im jeweiligen Landesrettungsdienstgesetz zu regeln. Eine Anforderung sollte grundsätzlich über eine Rettungsleitstelle erfolgen. Die Qualitätssicherung ist durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst vorzunehmen. Primärrettungsmittel sollen nicht für den Interhospitaltransport zur Verfügung stehen. Sowohl NEF als auch NAW können nicht durch lange dauernde Verlegungen gebunden werden. Als Alternative bleibt ein Notarzt für Sekundärtransporte.

Bei der Entscheidung, ob ein arztbegleiteter Interhospitaltransport notwendig ist, sollten folgende Entscheidungsebenen berücksichtigt werden:

- Die Dringlichkeit;
- Ob es sich um einen Intensivpatienten handelt;
- Ob der Patient boden- oder luftgebunden transportiert werden soll (danach Auswahl des Rettungsmittels).

Der Intensivtransportwagen führt eine intensivmedizinische Zusatzausrüstung mit und sollte für Kliniken, welche innerhalb von höchstens 60 Minuten zu erreichen sind, gewählt werden. Die Transportzeit sollte im Regelfall insgesamt 2 h nicht überschreiten. Bei größeren Entfernungen ist ein Intensivtransporthubschrauber zu disponieren, der ebenfalls über eine spezielle intensivmedizinische Zusatzausrüstung verfügt. Abzuwägen ist allerdings ein erhöhtes Flugrisiko bei Nacht.

Die Anforderung eines Interhospitaltransports hat jeweils durch die abgebende Klinik bei der zuständigen Rettungsleitstelle zu erfolgen. Ein Rückruf des transportbegleitenden Arztes in der abgebenden Klinik ist obligat (Arzt-Arzt-Gespräch).

Dies soll dem transportbegleitenden Arzt ermöglichen, über die Transportbedingungen und das Transportmittel zu entscheiden. Die Dokumentation des Transports soll in einem DIVI-Intensivtransportprotokoll erfolgen.

Abschließend weist Herr Schlechtriemen darauf hin, dass die angestrebte Normierung der apparativen Ausstattung der Intensivtransporte bisher gescheitert ist. Die Qualifikation des begleitenden Arz-

tes ist festgeschrieben. Er soll eine 3-jährige klinische Weiterbildung in einem Fachgebiet mit intensivmedizinischer Versorgungsaufgabe abgeleistet haben, die eine 6-monatige Vollzeitstätigkeit auf einer Intensivstation einschließt. Darüber hinaus sind der Fachkundenachweis Rettungsdienst bzw. die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und ein 20-stündiger Intensivtransportkurs der DIVI erforderlich.

Recht des Notarztes

Im Einführungsvortrag zu diesem Thema stellte Ufer, Schliekum, die gesetzlichen Grundlagen der notärztlichen Tätigkeit dar.

Der Sicherstellungsauftrag für den Notarzt liegt nach Bundesrecht nicht bei den kassenärztlichen Vereinigungen, es sei denn das Landesrecht sieht es so vor. In Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und dem Saarland sind durch die jeweiligen Rettungsdienstgesetze weitere Einzelheiten geregelt. In Rheinland-Pfalz sind in erster Linie die niedergelassenen Kollegen für den Notarztendienst vorgesehen – Krankenhausärzte nur hilfsweise, dennoch stellen Krankenhäuser die Mehrzahl der Notärzte. In Baden-Württemberg trifft die Pflicht zur Stellung von Notärzten im Wesentlichen die Krankenhäuser, dasselbe gilt für das Saarland.

Auch der dringliche Sekundärtransport zählt zur Notfallrettung. Im Saarland ist dieses unter dem Paragraphen Intensivtransport im Rettungsdienstgesetz vorgeschrieben. In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz ergibt sich die Verpflichtung nur indirekt aus dem RDG. Die Qualifikation ist ebenfalls auf Länderebene in den jeweiligen Rettungsdienstgesetzen geregelt. Während in Rheinland-Pfalz noch der Fachkundenachweis Rettungsdienst nach dem Rettungsdienstgesetz gilt, ist in Baden-Württemberg und im Saarland die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin festgeschrieben.

Ein Urteil des BGH hat zur Präzisierung der Haftung des Notarztes in der Rechtssprechung geführt. Nach der neuen Rechtssprechung ist unabhängig vom Vertragsverhältnis, in welchem der Notarzt steht, in jedem Fall der Staat bzw. die Körperschaft in die Pflicht genommen. Ein Rückgriff auf den Arzt erfolgt

nur bei nachgewiesener grober Fahrlässigkeit. Diese Rechtssprechung beruht auf dem Grundsatz, dass es sich bei der notärztlichen Tätigkeit um eine delegierte Aufgabe des Staates handelt, ähnlich wie dieses auch für die Feuerwehr oder den Polizeidienst gilt. Auch dort ist die handelnde Person von der Haftung freigestellt. Die Stellungnahme des Bundesgerichtshofs besagt: Ist die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Aufgabe sowohl im Ganzen als auch im Einzelfall der hoheitlichen Betätigung zuzurechnen, so sind auch Behandlungsfehler des Notarztes nach Amtshaftungsgrundsätzen zu beurteilen.

- Dies hat zur Folge, dass sich Ansprüche des Patienten nicht gegen das Krankenhaus oder den einzelnen Notarzt richten, sondern gegen den Rettungsdienststräger.

Nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit ist ein Rückgriff seitens des Rettungsdienststrägers auf den Notarzt möglich. Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die verkehrserforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wird oder schon einfachste ganz naheliegende Überlegungen, die jedem einleuchten müssten, nicht angestellt werden.

Notarzmustervertrag

Im folgenden Referat diskutierte Hörtling, Ravensburg, die Problematik eines Notarzmustervertrags.

Die Forderung nach einem Mustervertrag ergibt sich aus der neuen Arbeitszeitregelung und dem zunehmenden Mangel an Notärzten mit entsprechender Qualifikation. Zukünftig sind daher Dienstplanlücken zu erwarten, sodass man zunehmend auf nicht klinikgestützte Notärzte zurückgreifen muss. Der Vorteil eines Mustervertrags könnte in der Etablierung eines „Flächentarifs“ liegen, wodurch die Verhandlungsposition des einzelnen Notarztes gestärkt, der Aufwand individueller Vertragsvereinbarungen minimiert und langfristig eine höhere Rechtssicherheit erreicht werden kann. Ein Mustervertrag hierfür muss juristisch unstrittig, tarifkompatibel und trotzdem individuell zu gestalten sein. Er sollte Vorteile für

den Notarzt, den Betreiber und die Allgemeinheit bringen.

Aktuell stehen 3 verschiedene Modelle zur Diskussion. In einem ersten Modell einer Vertragsvereinbarung kann sich der Arzt verpflichten, in einer Nebenabrede zu seinem bisherigen Arbeitsvertrag, also in seiner Freizeit, den Notarztendienst zu übernehmen. Kritisch zu bewerten ist hierbei, dass die anfallende Arbeitszeit in die wöchentliche Gesamtarbeitszeit einzubeziehen ist. In einer zweiten Variante können Ärzte, die nicht in einer Klinik angestellt sind, in den Kliniknotarztendienst einbezogen werden. Hierzu muss jedoch vertraglich vereinbart werden, wie weit der Notarzt an die Anweisungen des Ärztlichen Leiters des Notarztstandorts gebunden ist. Zu der Arbeitszeit ist anzumerken, dass diese freiberuflichen Notärzte nicht an das Arbeitszeitgesetz gebunden sind, da es für sie keine Arbeitszeitbegrenzung gibt. Freiberufliche Notärzte (dritte Variante) an einem Notarztstandort können sich juristisch gesehen als Verein, als GmbH, als Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder als Partnerschaftsgesellschaft zusammenschließen. Kritisch zu bewerten sind bei freiberuflichen Notärzten die Zuverlässigkeit, die Qualität sowie das Risiko von Urlaub, Krankheit, etc bei der Dienstplangestaltung.

Ein Überschreiten der Arbeitszeit der von der Klinik gestellten Notärzte – auch wenn sie diese Tätigkeit in ihrer Freizeit wahrnehmen – ist nur möglich, wenn hierfür eine Grundlage im Tarifwerk vorgesehen ist, ein Schutz vor Missbrauch besteht und dieses Überschreiten der Arbeitszeitgrenze an bestimmte Bedingungen, z. B. Freiwilligkeit, geknüpft ist.

Abschließend wird vom Referenten angemerkt, dass alle 3 Möglichkeiten in Betracht kommen, jedoch eine detaillierte Ausarbeitung noch ansteht.

Aufnahmeverpflichtung des Krankenhauses

Zum Abschluss dieses Themenbereichs nimmt Hennes, Dortmund, Stellung zu der Aufnahmeverpflichtung des Krankenhauses. Diese Thematik ist an sich gesetzlich geregelt, so z. B. in Baden-Württemberg nach dem dortigen Landeskrankenhausgesetz, in dem es heißt: „Wer

der stationären Versorgung bedarf, hat Anspruch auf Aufnahme in ein geeignetes Krankenhaus“. Weiter heißt es: „Das Krankenhaus ist im Rahmen seiner Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit zur Aufnahme und Versorgung verpflichtet. Ist das Krankenhaus belegt, so hat es einen Patienten, dessen sofortige Aufnahme und Versorgung notwendig und durch ein anderes Krankenhaus nicht gesichert ist, einstweilen aufzunehmen. Es sorgt nötigenfalls für eine Verlegung des Patienten (§ 28, 1&2 LKHG)“. Im § 29 heißt es weiter: „Krankenhäuser müssen ihrer Aufgabenstellung entsprechend aufnahme- und dienstbereit sein, insbesondere muss eine rechtzeitige ärztliche Hilfestellung gewährleistet sein. Benachbarte Krankenhäuser mit vergleichbarer Aufgabenstellung können für die Nachtzeit sowie für Samstage, Sonntage und Feiertage einen wechselnden Aufnahmedienst vereinbaren. Die Verpflichtung zur Hilfe bei Notfällen bleibt hiervon unberührt“.

Nach dem Rettungsdienstplan ist vorgesehen, dass der Notarzt bzw. das Rettungsdienstpersonal normalerweise das nächste geeignete Krankenhaus anzufahren haben. Die Gesetzestexte mögen in den einzelnen Bundesländern im Detail anders ausgearbeitet sein, haben jedoch grundsätzlich den selben Inhalt. Selbst wenn eine Klinik sich vorübergehend aus Mangel an Intensivbetten für die Notfallversorgung abmeldet, bleibt der Grundsatz bestehen, dass für die Klinik eine Aufnahme- und Behandlungspflicht besteht. Letztlich ist dann der Notarzt für die Entscheidung über die anzufahrende Zielklinik in Einschätzung des Patientenzustands verantwortlich. Für den Notarzt ergeben sich in einer solchen dringlichen Entscheidungslage grundsätzlich 3 Alternativen:

- In gleicher Entfernung gibt es ein anderes Krankenhaus mit adäquater Ausstattung zur Versorgung des Patienten. Das andere Krankenhaus wird angefahren.
- Der Patientenzustand ist stabil und lässt nach Einschätzung des Notarztes einen Transport in ein weiter entferntes Krankenhaus zu. Das entferntere Krankenhaus wird angefahren.
- Der Patientenzustand ist instabil oder der Patient muss dringend ver-

sorgt werden. In diesem Fall wird das ablehnende Krankenhaus unter Hinweis auf die vordringliche Behandlungspflicht angefahren.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. A. Seekamp

Abteilung für Unfall- und Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Kirrberger Straße, 66421 Homburg/Saar
E-Mail: chasee@uniklinik-saarland.de

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Literatur

1. Schlechtriemen T, Ruppert M, Anding KH, Hennes HJ, Stratmann D (2003) Empfehlungen der BAND zum arztbegleiteten Interhospitaltransport. Notarzt 19:215–219