

F.W. Ahnefeld<sup>1</sup> · W. Dick<sup>2</sup> · P. Knuth<sup>3</sup> · H.P. Schuster<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Universität Ulm, <sup>2</sup>Klinik für Anästhesiologie der Universität, Mainz,

<sup>3</sup>Berufsverband Deutscher Internisten, Wiesbaden, <sup>4</sup>Städtisches Krankenhaus, Hildesheim

# Grundsatzpapier Rettungsdienst

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

### Zusammenfassung

Das Grundsatzpapier *Rettungsdienst* („Grundlagen und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland“) basiert auf den von der Ständigen Konferenz für den Rettungsdienst und der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte (BAND) erarbeiteten Grundsätzen.

Es gliedert sich in: Grundsatzpositionen, Zuständigkeiten, Definitionen, Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes, Rettungsdienstgesetze der Länder, Zusatzregelungen, Interhospitaltransfer und Finanzierung. In einem Anhang werden Empfehlungen für organisatorische und strukturelle Änderungen zur Sicherstellung eines präklinischen medizinischen Versorgungssystems gegeben.

Es wird betont, daß die großen Fortschritte in der Notfallmedizin in den letzten Dekaden keineswegs nur auf den eigentlichen medizinischen Fortschritt zurückzuführen, sondern ganz wesentlich den verbesserten organisatorischen Strukturen zu danken sind und man dies auch für die Zukunft erwartet.

### Schlüsselwörter

Rettungsdienst · Grundsatzpapier · Rettungsdienst, gesetzliche Regelungen

Medizinischer Fortschritt, neue Forschungsergebnisse, neues Verständnis des Qualitätsmanagements und zunehmende Erfahrung bedingen auch ein sich wandelndes Bild der Notfallmedizin. Die Notfallmedizin im Rettungswesen hängt darüber hinaus in besonderer Weise von organisatorischen Voraussetzungen und Anforderungen, das heißt von Gesetzen, Normen und Verordnungen ab.

Während des 3. Deutschen Interdisziplinären Kongresses für Intensivmedizin in Hamburg 1995 wurde unter der Leitung von F.W. Ahnefeld, W. Dick, P. Knuth und H.P. Schuster eine Bestandsaufnahme zum Thema: „Neue Strukturen im deutschen Rettungsdienst – Stand und Perspektiven“ erarbeitet. Das Ergebnis waren Statements für ein Memorandum zur zukünftigen Entwicklung des Rettungsdienstes aus der Sicht der Ärzteschaft, das auf einer bereits im Jahre 1990 erarbeiteten Bestandsaufnahme aufbaute.

Behauptungen und Vorwürfe des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundesländer, teils auch der Kostenträger, über angebliche Geldverschwendung und riesige Einsparpotentiale geben Anlaß zu weiteren Überlegungen, Beratungen und Argumentationen. Das Ergebnis ist in diesem Grundsatzpapier dargestellt. Es benutzt als Basis die von der ständigen Kon-

ferenz 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.

Von Seiten der Ärzteschaft dürfte damit wirklich alles getan sein, um einen effektiven und kostengünstigen Rettungsdienst einzurichten. Zu hoffen ist dabei nur, daß in Absprache zwischen den Bundesländern eine weitestgehende Harmonisierung der Bestimmungen in den Rettungsdienstgesetzen erfolgt. Andernfalls ist ein vergleichendes Qualitätsmanagement überhaupt nicht möglich. Alle Beteiligten sind sich darüber einig, daß wir nunmehr versuchen müssen, gemeinsame Gespräche zu führen, um die Umsetzung unserer Forderungen zu erreichen. Einmal gilt dies für die Bundesländer, zum anderen aber ist es erforderlich, daß entsprechende Absprachen auch zwischen der Ärzteschaft und den Kostenträgern erfolgen. Auch hierfür könnte das Grundsatzpapier als Basis dienen.

---

Prof. Dr. F.W. Ahnefeld  
Klinikum Universität Ulm  
Steinhövelstr. 9  
D-89075 Ulm

## Grundsätze zur Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der notfallmedizinischen Versorgung in der BRD<sup>1</sup>

### 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.

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

### Definitionen

#### 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.

### 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.

<sup>1</sup> 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.

## Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes

### 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 gewichtigen und zu prüfen, ob die „Trennmodelle“ kostensparend zu realisieren sind.

### 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 oben).

stellen, z.B. für private Anbieter. Solche Lösungen sind aus medizinischen, taktischen und ökonomischen Gründen abzulehnen.

### 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 entspre-

*„Ein vergleichendes Qualitätsmanagement erfordert eine Harmonisierung in den Rettungsdienstgesetzen der einzelnen Bundesländer.“*

chend 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 Krankenhausdichte wird es unter wirtschaftlichen und finanziellen Gesichtspunkten unmöglich sein, Rettungswachen so zu positionieren, daß medizinisch vertretbare Hilfsfristen eingehalten werden. Eine zeitlich vertretbare, primär ärztli-

### 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.

### 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 Aufgaben übernommen werden:

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

Zusätzlich wahrgenommen werden können z.B.

- Bettennachweise,
- 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 Leit-

che Versorgung wird sich nur unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte und eine Einsatzsteuerung über leistungsfähige Leitstellen ermöglichen lassen (siehe oben).

### 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.

### Rettungsdienstgesetze der Länder

#### Übergeordnete Forderung

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

#### 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 rettungsdienstlichen Gründen ist die Fahr- oder Eintreffzeit, wie sie in einigen Rettungsdienstgesetzen als Richtgröße Verwendung findet, aus medizinischen, 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 min 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.

#### 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 Rettungssanitäter
  - NAW: 1 Rettungsassistent  
+ 1 Rettungssanitäter  
+ 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 unten).

### 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.

### Zusätzliche Regelungen

#### 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.



**Aus- und Fortbildung von Rettungsassistenten und Rettungsassistenten**

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 „Reisenburger Memorandum“ (1996) festgelegt.

**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 fñhrbare Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ vorgesehen werden. Bei der Durchführung von „Intensivtransporten“ sind die Empfehlungen der DIVI für die spezielle Qualifikation des Notarztes zu beachten.

**Leitender Notarzt**

Zur Bewältigung des Massenankfalls von Verletzten und Erkrankten bedarf es

flächendeckender LNA-Systeme. Die Forderung der Bundesärztekammer zur Qualifikation und Stellung des LNA muß umgesetzt werden.

**Notruf**

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

**Interhospitaltransfer (Verlegungstransporte)**

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 oben).

**Finanzierung**

Die für einen bedarfsgerechten Rettungsdienst notwendige Finanzierung orientiert sich an medizinischen und ökonomischen Prämissen. Das Wirt-

schaftlichkeitsgebot 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.

**Anhang**

**Empfehlungen für organisatorische und strukturelle Änderungen zur Sicherstellung eines präklinischen medizinischen Versorgungssystems**

Die im vorausgegangenen Teil dargestellten Grundsätze, Definitionen, Anforderungen etc. sind bereits auf ein wirksames, demnach kostengünstiges präklinisches medizinisches Versorgungssystem ausgerichtet. Dennoch bedarf es darüber hinaus einer Änderung bisher gültiger organisatorischer und struktureller Vorgaben, um den Anforderungen einer höchstmöglichen Effizienz entsprechen zu können. Die Erstversorgung von Notfallpatienten mit einer durch Erkrankung oder Trauma akut einsetzenden Lebensbedrohung, ist als Teilaufgabe einer adäquaten medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu sehen und dementsprechend im SGB V

Tabelle 1  
**Medizinischer Notfall – Verzahnung der Versorgungssysteme über eine integrierte Leitstelle**

<b>Indikation:</b>	Keine Lebensbedrohung (Akutfälle)	Lebensbedrohung (Notfälle)
<b>Zuständigkeit:</b>	Vertragsärztlicher Notfalldienst der KV	Notarzdienst
<b>Verankerung:</b>	Sicherungsauftrag der Kassenärztl. Vereinigung gem. § 75,1 SGB V	Teilbereich des Rettungsdienstes – Regelung im SGB V § 75,1 sofern keine länderspez. Regelung
<b>Bezeichnung:</b>	Bereitschaftsarzt	Notarzt
<b>Qualifikation:</b>	Niedergelassener Arzt unterschiedl. Fachgebiete	Fachkundenachweis Rettungsdienst Angestrebt: Regelung in der Weiterbildungsordnung für unterschiedl. Fachgebiete
<b>Leistungsniveau:</b>	Versorgung mit den typischen Mitteln des niedergelassenen Arztes	Versorgung mit den Mitteln und Methoden der präklinischen Intensivmedizin
<b>Aufgabe:</b>	Zuständigkeit für alle <i>nicht lebensbedrohlichen</i> Erkrankungen und Traumen (Akutfälle) <i>rund um die Uhr</i>	Zuständigkeit für alle <i>akut lebensbedrohlichen</i> Erkrankungen und Traumen (Notfälle) <i>rund um die Uhr</i>

festzuschreiben (§ 27, SGB V). Sie gehört zu einem mehrschichtigen ambulanten präklinischen Versorgungssystem mit einer den Bedürfnissen des Patienten, also der Schwere und Art der Schädigung entsprechenden qualitativen Gliederung.

- Dazu gehören präklinisch Vertragsärzte als niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin und niedergelassene Ärzte als Fachärzte in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen.

Sie haben das gesamte Spektrum der außerklinischen medizinischen Versorgung wahrzunehmen und den Sicherstellungsauftrag der KV, festgelegt im SGB V, zu erfüllen. Für weitere zusätzliche Notfalldienste (insbesondere auf privater Basis) besteht weder eine Notwendigkeit, noch können dadurch Kosten reduziert werden.

In einer innerhalb der letzten Jahrzehnte neu entstandenen zusätzlichen präklinischen Versorgungsebene sind

- Notärzte im Verbund mit den Rettungsdiensten tätig, um die spezifischen Aufgaben der Notfallrettung, d.h. ausschließlich die Erstversorgung Lebensbedrohter nach den heute gültigen notfallmedizinischen Grundsätzen, wahrzunehmen.

Die Kenntnisse und Fähigkeiten, die der Notarzt für die Erstversorgung akut lebensbedrohter Patienten nach Unfällen bzw. Erkrankungen benötigt, müssen so umfassend und spezifisch sein, daß er bei einem breiten Spektrum von Notfällen eine wirkungsvolle präklinische Intensivtherapie einleiten kann. Die dafür notwendige fachliche Qualifikation können sowohl Klinikärzte als auch niedergelassene Ärzte derzeit mit dem Erwerb des „Fachkundenachweises Rettungsdienst“ erreichen. Um den erforderlichen hohen Qualitätsstandard der notärztlichen Versorgung sicherzustellen, ist dringend eine weitgehende Qualifikation verbesserter Fachkundenachweis in die Weiterbildungsordnung aufzunehmen, der das Führen einer Zusatzbezeichnung (Notfallmedizin) erlaubt.

Unter Beachtung der beschriebenen zwei Ebenen und der Aufgabenstellung für niedergelassene Ärzte bzw. Notärzte ergeben sich folgende Definitionen und Einsatzkriterien für die außerklinische Patientenversorgung (Tabelle 1).

### Notfälle

Bei einem Notfall sind die vitalen Funktionen durch akute Erkrankungen, Traumen oder Vergiftungen ausgefallen, gestört oder bedroht. Eine akute Lebensgefahr ist bereits vorhanden oder sie droht unmittelbar. Hier liegt eindeutig eine notärztliche Aufgabenstellung vor. Der Einsatz von NAW, RTH bzw. NEF und RTW ist obligatorisch.

### Akutfälle (Notsituationen)

Die in dieser Gruppe zusammenzufassenden Patienten werden derzeit unterschiedlich gekennzeichnet und auch wegen der Verwirrung in der Nomenklatur unterschiedlichen Versorgungsebenen zugeordnet.

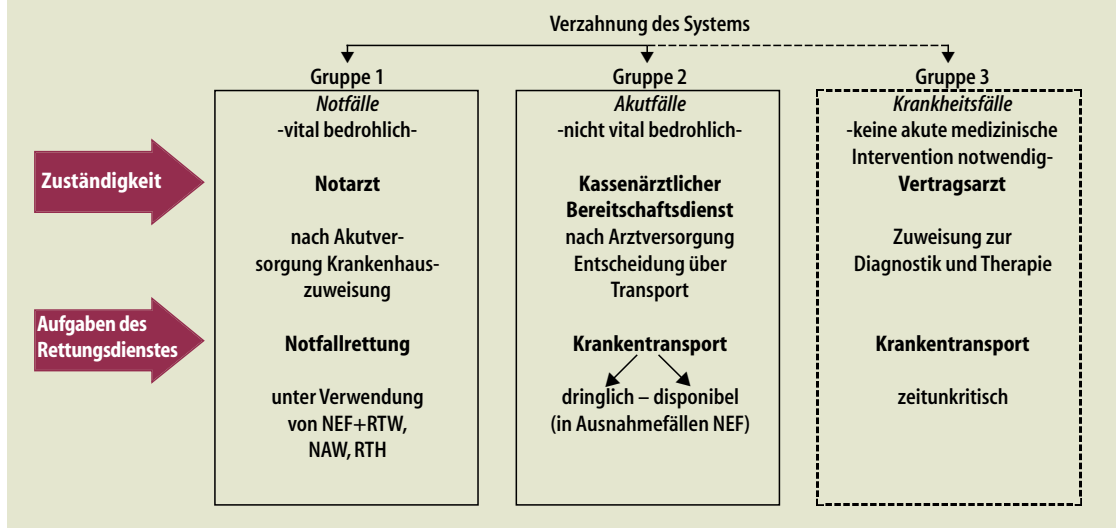
Für die zukünftig anzuwendende Nomenklatur wird für diese Gruppe die Kennzeichnung „Akutfälle“ vorgeschlagen, um eine deutliche Abgrenzung zu Notfällen zu erreichen.

Allen diesen Patienten ist gemeinsam, daß primär keine vitale Bedrohung vorliegt, sondern es sich um ein akut entstehendes, lokalisiertes, pathologisches Geschehen ohne vitale Bedrohung, allerdings mit der Gefahr zusätzlicher örtlicher oder allgemeiner Schädigungen, z.B. eine begrenzte Verletzung, einfache Frakturen oder Luxationen etc., handelt, oder ein allgemeines, akut einsetzendes Geschehen (z.B. Gallen- oder Nierenkoliken) bzw. die akute Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung, wie z.B. bei einer Hypoglykämie, vorliegt.

Insgesamt handelt es sich um Verletzungsmuster und Krankheitsbilder, die eindeutig der Versorgungsebene der Niedergelassenen Ärzte, damit dem Sicherstellungsauftrag zuzuordnen sind, die in Zukunft auch der „Vertragsärztlichen Versorgung“ zugeführt werden müssen.

Tabelle 2

### Konzept der präklinischen Versorgung unter Einbeziehung der Rettungsleitstelle, des vertragsärztlichen Notfall- und des Notarztdienstes



Selbstverständlich erfordern diese Patienten innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten kurzfristig eine medizinische Versorgung.

Bei einer Realisierung der Verzahnung von zwei bestehenden Versorgungsebenen (Notärzte und Vertragsärzte), unter Einhaltung bestimmter Vorgaben (siehe Tabelle 2) und einer suffizienten Steuerung der beiden Systeme durch eine koordinierende Leitstelle, lassen sich 30–40% der heutigen Notarzteeinsätze einsparen. Auch weiterhin gilt der Grundsatz: In Zweifelsfällen, insbesondere, wenn die eingehende Meldung keine klare Zuordnung ermöglicht, wird das höherwertige System eingesetzt. Eine begrenzte „Fehleinsatzquote“ ist hinzunehmen, wenn sichergestellt werden soll, daß lebensbedrohte Notfallpatienten in jedem Falle zeitgerecht adäquate Hilfe erhalten.

Für die zweite Gruppe – Akutfälle – legt der erstversorgende Arzt fest, ob, wohin, mit welchen Rettungsmitteln (RTW, KTW) und unter welchen medizinischen (Behandlung, Überwachung) und zeitlichen Bedingungen der Transport erfolgt, der bei der Leitstelle anzuordern ist.

#### Krankentransport

Alle übrigen Patienten, die einen Krankentransport, jedoch keine ärztliche Versorgung sondern eine Betreuung durch Fachpersonal benötigen, sind dieser dritten Gruppe zuzuordnen. Der Krankentransport setzt eine ärztliche Anordnung voraus, der Einsatz sollte ebenfalls über die Leitstelle erfolgen.

#### ✓ Fazit für die Praxis

Eine flächendeckende Vorhaltung in den dargestellten 2 unterschiedlichen außerklinischen Systemen ist nicht nur wie bisher in der Sprechstundenfreien Zeit sondern rund um die Uhr erforderlich. In dünn bediedelten Gebieten, in denen ein Notarztendienst die vorgegebenen Hilfsfristen nicht einhalten kann, kann es notwendig werden, bei Abwicklung über eine koordinierende Leitstelle zunächst den niederge-

lassenen Arzt zum Ort des Geschehens zu entsenden, der bis zum Eintreffen des Notarztes zumindest erste ärztliche Hilfe leisten kann.

Das Konzept des vorgeschlagenen neuen außerklinischen Versorgungssystems zeigt:

- ▶ eine klare Zuordnung zu Versorgungsebenen mit entsprechender ärztlicher Qualifikation und zusätzlicher Vorhaltung von Ausstattung, Instrumentar etc. und
- ▶ eine enge Verzahnung der Versorgung von Notfällen (Notarzt) sowie von Akutfällen (niedergelassener Arzt).

Für beide Bereiche gilt, daß Ärzte eine zeitkritische Versorgung sicherzustellen haben, für die aber unterschiedliche Zeitlimits vorzugeben sind. Bei einer solchen Verzahnung können sich bei Engpässen oder aus anderen Gründen die beiden Systeme gegenseitig ergänzen oder vertreten. In jedem Falle wird so aber in allen Versorgungsstufen eine ärztliche Erstversorgung sichergestellt. Die alleinige und selbständige Tätigkeit von Rettungsassistenten im Rahmen der Notkompetenz kann zur seltenen Ausnahme werden. Eine Klinikeinweisung ist lediglich aufgrund ärztlicher Diagnostik und Indikationsstellung notwendig. Die heute wegen mangelnder medizinischer Kompetenz und Präsenz nicht selten von Rettungsassistenten veranlaßten stationären Aufnahmen sind in dem neuen System nicht erforderlich. Bei einer Fehlalarmierung des Notarztes ist die Fortsetzung der Behandlung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Hausarzt über die Leitstelle oder durch direkten Kontakt zum Vertragsarzt zu sichern.

- ▶ Bei Steigerung der Effektivität lassen sich durch diese Verzahnung die Notarzteeinsätze reduzieren, stationäre Aufnahmen vermindern, ggf. auch Rettungsmittel einsparen und insgesamt Kosten senken.

Voraussetzung für die Verzahnung und das Zusammenwirken der beiden präklinischen Versorgungsebenen ist die Umstrukturierung der bestehenden Leitstellen. Sie müssen als integrierte koordinierende Schaltzentrale für die Zuordnung von Hilfe verantwortlich sein, den adäquaten ärztlichen Einsatz in den genannten Versorgungsebenen garantieren und die Bereitstellung der jeweils benötigten bzw. angeforderten Rettungsmittel sicherstellen. □

E. Klapp

#### Abgabe und Übernahme einer Arztpraxis

Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1997. 102 S., (ISBN 3-540-60638-6), geb., DM 56,-

Die zunehmende juristische Durchdringung und Bürokratisierung im alltäglichen Leben hat auch vor der Übertragung von medizinischen Praxen nicht haltgemacht. Vor allem die Rechtsprechung hat über den zunächst einfachen Vorgang der Überlassung einer



medizinischen Praxis ein immer engeres Netz geworfen. Besonders einschneidend war beispielsweise die Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahre 1991 zur Übertragung der Patientenkartei. Infolge weiterer, einengender Bestimmungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz, die aber mehr verwirren als klären, ist eine Flut zusätzlicher gerichtlicher Entscheidungen zu erwarten. Schließlich hängen die Regelungen, die der Gesetzgeber für 1999 in Bezug auf die Praxisabgabe angekündigt hat, wie ein Damoklesschwert über allen älteren niedergelassenen Ärzten.

Dabei soll die Abgabe einer Praxis für den älteren Arzt oder Zahnarzt ein wesentlicher Lebensschnitt sein, der sorgfältig bedacht und geplant sein will. Für den jungen Kollegen kann die Übernahme einer Praxis der ideale Einstieg in seine berufliche Zukunft sein. Chancen und Risiken der Praxisübergabe werden aus der Sicht des Abgebers und des Übernehmers ausführlich erörtert. Neben dem Ablauf des Abgabeverfahrens nach dem GSG werden auch die Rechtsprechung sowie alle steuerlichen und betrieblischwirtschaftlichen, finanziellen und praktischen Probleme berücksichtigt.

Der Autor kommentiert eingehend den Übergabevertrag sowie die dazugehörigen Nebenverträge.

Leider konnte das Buch nicht mehr die neuen Regelungen des 2. GKV-NOG berücksichtigen. Die darin enthaltene Möglichkeit gemäß § 101 Abs. 1 Punkt 4 SGB V schafft Raum für eine Übergangskooperation, in dem ein niedergelassener Arzt einen jungen Kollegen als Juniorpartner in die Praxis aufnehmen kann, auch wenn der Planungsbereich, in dem sich die Praxis befindet, gesperrt ist. Der Praxisumfang darf dabei jedoch nicht wesentlich (bis zu 3%) überschritten werden. Aus diesem Reglement lassen sich zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Ausformung einer Übergangskooperation bilden.

M. Broglie (Wiesbaden)