

Anhang

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

Die im vorausgegangenen Teil (Ziff. 1 - 8) 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 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 in einem verbesserten 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.

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 ärztliche Aufgabenstellung vor. Der Einsatz von NAW, RTH bzw. NEF und RTW ist obligatorisch.

2. 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, wie 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, vorliegen.

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.

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 nachstehende Übersicht) und einer suffizienten Steuerung der beiden Systeme durch eine koordinierende Leitstelle, lassen sich 30 - 40% der heutigen Notarzteinsätze 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 anzufordern ist.

3. 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.

Zusammenfassung:

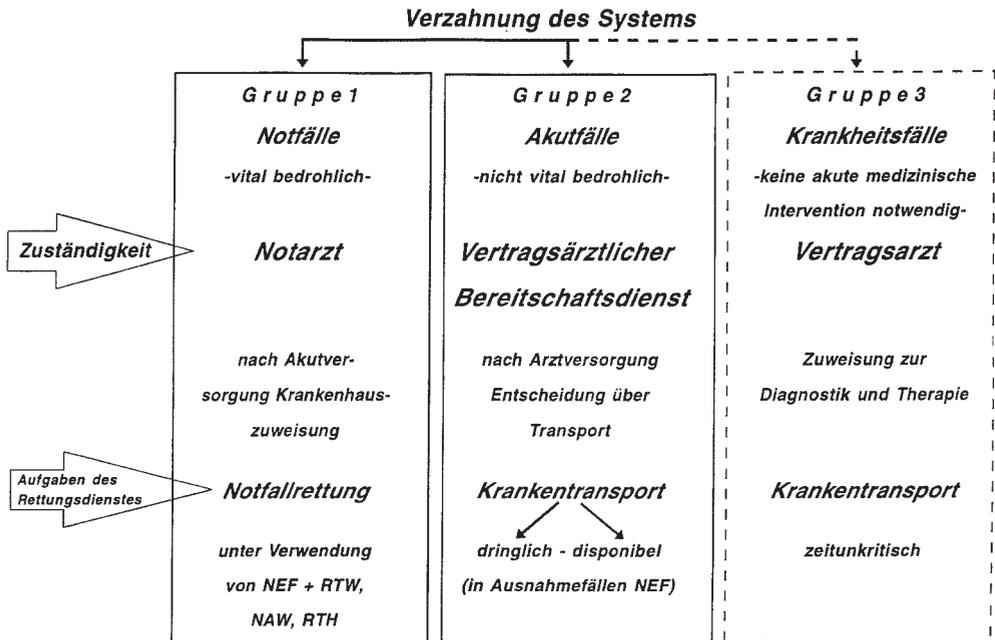
Eine flächendeckende Vorhaltung in den dargestellten zwei unterschiedlichen außerklinischen Systemen ist nicht nur wie bisher in der Sprechstundenfreien Zeit, sondern rund um die Uhr erforderlich. In dünn besiedelten Gebieten, in denen ein Notarztendienst die vorgegebenen Hilfsfristen nicht einhalten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

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



Medizinischer Notfall

Verzahnung der Versorgungssysteme über eine integrierte Leitstelle

Indikation:	Keine Lebensbedrohung (Akutfälle)	Lebensbedrohung (Notfälle)
Zuständigkeit:	Vertragsärztlicher Notfalldienst der KV	Notarztdienst
Verankerung:	Sicherstellung der Kassen- ärztl. Vereinigung gem. § 75,1 SGB V	Teilbereich des Rettungsdienstes - Regelung im SGB V § 75,1 sofern keine länderspez. Regelung
Bezeichnung:	Bereitschaftsarzt	Notarzt
Qualifikation:	Niedergelassener Arzt unterschiedl. Fachgebiete	Fachkundenachweis Rettungsdienst Angestrebt: Regelung in der Weiterbildungs- ordnung für unterschiedl. Fachgebiete
Leistungsniveau:	Versorgung mit den typischen Mitteln des niedergelassenen Arztes	Versorgung mit den Mitteln und Methoden der präklinischen Intensivmedizin
Aufgabe:	Zuständigkeit für alle <u>nicht lebens- bedrohlichen Erkrankungen und Traumen</u> (Akutfälle) <u>rund um die Uhr</u>	Zuständigkeit für alle <u>akut lebensbe- drohlichen Erkrankungen und Traumen</u> (Notfälle) <u>rund um die Uhr</u>

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 Notarzteinsätze reduzieren, stationäre Aufnahmen verhindern, ggf. auch Rettungsmittel einsparen und insgesamt Kosten senken.

Voraussetzung für die enge 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.