

Zukunft des Notarztdienstes am Beispiel Coburg



Professor Dr.
Peter Sefrin

Die Krankenhausversorgung wird in den nächsten Jahren durch die Einführung von DRGs geprägt sein. Vor diesem Hintergrund werden sich Krankenhäuser um eine effiziente Ablauforganisation bemühen müssen. Eine abnehmende Krankenhausedichte und eine zunehmende Profilbildung durch Spezialisierung und Einrichten von Kompetenzzentren kann zu einer verminderten Teilnahme einzelner Krankenhäuser an der Versorgung von Notfallpatienten und zu einer Verringerung der Zahl von Notarztstandorten und Betten für Notfallpatienten sowie zu längeren Transportwegen führen. Krankenhaus und Rettungsdienstplanung bedürfen insofern einer besseren Abstimmung als bisher. Hier entsteht bereits heute Handlungsbedarf bei der Ressourcenplanung (Professor Dr. med. Peter Scriba zum Gutachten des Sachverständigenrates 2003).

Trotz Restriktionen im Rettungsdienst steigen die Notfalleinsätze. So ist im Jahr 2002 gegenüber dem Vorjahr ein Zuwachs von 4 % zu verzeichnen. Dem steht ein Rückgang der Notarzteinsätze um 0,6 % gegenüber. Als eine – allerdings nicht die alleinige – Erklärung kann ein Mangel an Notärzten herangezogen werden. Der „Notärztemangel“ ist aber kein Phänomen, das den präklinischen Versorgungsbereich alleine trifft, sondern Folge einer bundesweiten Entwicklung.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung erhebt sich die Frage, wie die ärztliche Mitwirkung im Rettungsdienst in Zukunft gestaltet werden kann. Die Zukunft kann nicht darin bestehen, den Notarzt aus dem System zu eliminieren, nachdem der Notfallpatient einen Anspruch auf eine notärztliche Versorgung hat (siehe BGH-Urteil vom 9. Januar 2003 – III ZR 217/01). Bei strikter Indikationsstellung und Disposition durch die Leitstelle werden Notärzte zukünftig eventuell vor allem mit eher komplexen Notfällen befasst. Als komplexe Notfälle mit kritischem Zeitintervall gelten unter anderem Schockzustände, Herzinfarkt, Herz-Kreislaufstillstand, Schädelhirntrauma und Polytrauma. Diese Notfallsituationen stellen nicht nur an die medizinischen Fachkenntnisse, sondern auch an

die organisatorischen Fähigkeiten der Notärzte besondere Anforderungen. Zudem bedarf es teilweise detaillierter Kenntnisse über spezielle Gefahrenkonstellationen und geeigneter rettungstechnischer Vorgehensweisen.

Vor diesem Hintergrund ist die Qualifikation des Notarztes zu sehen, nicht nur aus der Sicht des Sachverständigenrates, sondern auch aus dem Blickwinkel der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte (agbn) ist die Einführung der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ in Zukunft ein Weg, die erforderliche Qualifikation zu garantieren. In Zukunft sollen nur Ärzte als eigenverantwortlich handelnde Notärzte eingesetzt werden, die über die notwendigen Qualifikationsnachweise verfügen. Dem steht die Tatsache entgegen, dass die notärztliche Tätigkeit für viele Ärzte nur eine vorübergehende Beschäftigung im Rahmen der Fachärzterweiterbildung darstellt. Dies steht allerdings im Widerspruch zu unserer Forderung, dass Notärzte längerfristig in diesem Bereich tätig sein sollten. Wenn aus strukturellen und organisatorischen Gründen dieser Weg gewählt werden muss, dann ist in jedem Fall eine adäquate fachliche Anleitung und Supervision der Notärzte sicherzustellen. Andererseits sind geeignete Anreize wie zum Beispiel für die Tätigkeit als Notarzt ein entsprechender Freizeitausgleich, eine leistungsgerechte Vergütung oder Entlastung von anderen Aufgaben zu fordern, um die Attraktivität der Notarztstätigkeit dauerhaft sichern zu können.

Bei der Frage der Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Notärzten besteht die Schwierigkeit trotz einzelner Untersuchungen zur Effizienz des Rettungsdienstes, dass das Outcome und Qualitätsaspekte in der Notfallversorgung nicht ausreichend messbar beziehungsweise nicht erfasst werden können. Aufgrund der unzureichenden Datenlage gehen Qualitätsaspekte nicht in ausreichendem Maße in die Diskussion über die Effizienz des Rettungsdienstes ein. Aus diesem Grunde ist die agbn bereits mehrmals an die Verantwortlichen herangetreten, um zumindest die verfügbaren Daten im DIVI-Notarzteinsatzprotokoll auswerten zu können. Erst jetzt wird von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) eine grundsätzliche Bereitschaft bekundet, auf der Basis des überarbeiteten DIVI-Notarzteinsatzprotokolls eine derartige Auswertung bayernweit durchführen zu wollen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass bei der derzeitigen Praxis der Do-

kumentation eine Änderung eintreten muss. Das Ausfüllen des Notarzteinsatzprotokolls und die Auswertung der Inhalte muss verbindlich geregelt werden. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, diese Befunde mit dem klinischen Outcome zu koordinieren. Damit könnte ein Beitrag zu Ergebnisqualität im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements im Rettungsdienst geleistet werden.

Forderungen für die Zukunft des Notarztdienstes in Bayern

1. Die aus einem Rückzug der Krankenhäuser (DRG-bedingt) resultierenden Lücken müssen bei einer zukünftigen Rettungsdienstplanung auf der Basis eines Rettungsdienstplanes geschlossen werden. Die Krankenhausplanung muss verbindlich mit der Rettungsdienstplanung im Hinblick auf die Gestellung von Notärzten und einer zeitnahen Aufnahme von Notfallpatienten abgestimmt werden.
2. Für die notärztliche Infrastruktur bedarf es einer Überprüfung der derzeitigen Notarztstandorte in Bayern, wobei eine bereichsübergreifende Planung unabhängig von Verwaltungsgrenzen ins Auge gefasst werden sollte.
3. Für Nicht-Notfallpatienten muss eine ständige Verfügbarkeit einer vertragsärztlichen Versorgung auch während der Sprechstundenzeiten gewährleistet sein. Dabei sollten ausreichende finanzielle Anreize für diese den Rettungsdienst und die Krankenhausversorgung entlastende Tätigkeit geschaffen werden.
4. Bei der anzustrebenden Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ bedarf es einer Adaptation der derzeitigen Qualitätsanforderungen. Eine Überarbeitung des Curriculums der Bundesärztekammer für die Durchführung des 80-stündigen Kurses als Qualifikationsgrundlage ist unbedingt anzustreben.

Der Vorwurf, der derzeitige Notarztmangel sei „Ausdruck maßloser Forderungen notärztlichen Interessenverbände“, muss ins Leere gehen. Das Bestreben, die Kriterien für eine Eignung als Notarzt anzuheben, resultiert weniger aus überzogenen Forderungen als vielmehr aus der Notwendigkeit des Einsatzes. Es muss somit auch dem Vorwurf wider-

sprochen werden, dass „die Verknappung der Ressource ‘Notarzt’ kein von Politikern oder Krankenhäusern in das Rettungswesen hineingetragener Störfaktor ist, sondern eine von den Interessenvertretern der Notärzte selbst herbeigeführte Entwicklung“. Erst recht, wenn damit der Vorwurf verbunden wird, dass „durch die Verknappung ein Anziehen der Preise erreicht werden sollte“ (Leserbrief Dr. Nobbe, Biberach. Anaesthesist 2003, 52 : 467). Auch der Vorwurf, dass seitens der Vertreter der Notärzteschaft der Zunahme der nicht indizierten Notarzt-Einsätze nicht entgegengewirkt worden sei und es dadurch zu einer Inflation im Bereich des Notarzt-dienstes gekommen sei, kann nicht akzeptiert werden. Es wurde durch den Beitrag bei der Neukonzeption des Notarztindikationskatalogs zumindest aus Sicht der agbn der Versuch unternommen, den „schiefer unbegrenzt ausufernden notärztlichen Behandlungsansprüchen bis hin zu hausärztlichen Tätigkeiten“ zu begegnen. Wenn heute über die adäquate Qualifikation des Notarztes diskutiert wird, darf nicht übersehen werden, dass der Bundesgerichtshof auch für die präklinische Notfallmedizin vom Facharztstandard ausgeht, was aber nicht wörtlich zu verstehen ist.

Krankenhäuser haben zunehmend Probleme, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Bis zu 42 % der Krankenhäuser in den

alten und sogar bis zu 80 % in den neuen Bundesländern verfügen heute über freie Stellen. 40 % der Studienabgänger wenden sich wegen schlechter Karriereperspektiven anderen Berufsfeldern und anderen Ländern zu. Junge Kollegen gehen immer häufiger einer lukrativen Beschäftigung in der freien Wirtschaft oder im europäischen Ausland nach. Eine Umfrage der Landesärztekammer Hessen im Jahre 2000 ergab, dass 40 % der Ärzte mit ihrer Tätigkeit unzufrieden sind und sich nicht noch einmal für das Medizinstudium entscheiden würden. Ein Grund sind auch die im Vergleich zu anderen Berufen unattraktiv gewordenen Endpositionen, wobei man in früheren Zeiten nach einer längeren Durststrecke auf eine lukrative Praxis oder eine entsprechende Oberarztposition hoffen durfte. Besonders unangenehm wird von der überwiegenden Mehrheit der jüngeren Krankenhausärzte das Übermaß an Verwaltungsarbeit empfunden. Auch die kostspielige Weiterbildung, die aus eigenen finanziellen und zeitlichen Mitteln aufgebracht werden muss, ist als negativ zu bewerten. Somit besteht kein Zweifel, dass der Arztberuf deutlich an Attraktivität verloren hat. Nicht zu unterschätzen ist auch die finanzielle Situation, wobei heute zum Teil Jungärzte schlechter bezahlt werden als Pflegefachkräfte.

Etwa 2400 Medizinstudenten (ca. 20 % aller Studenten) brechen derzeit ihr Studium ab. Darüber hinaus nehmen zahlreiche Studenten ihre Tätigkeit als Arzt im Praktikum nach Beendigung des Studiums nicht mehr auf. Dem stehen Äußerungen der Politik entgegen, wo der Gesundheitsökonom Lauterbach die Schließung von 1410 Krankenhäusern, also 41 % aller Krankenhäuser, empfiehlt, um der Überversorgung und Verschwendung zu begegnen. Durch diese empfohlene Rosskur wird ein Überhang an Medizineren entstehen, der in der Lage sei, die derzeitigen Probleme zu lösen. In die gleiche Richtung gehen die Aussagen der Krankenkassen. Andererseits wird einsatzwilligen Notärzten als Folge des EuGH-Urteils, wenn sie ihren Dienst in ihrer Freizeit versehen wollen, keine dazu erforderliche Nebentätigkeitsgenehmigung des Dienstherrn im Krankenhaus erteilt. Aus diesem Grunde bedarf es im Rahmen der anstehenden Novellierung des Rettungsdienstgesetzes einer klaren Regelung bezüglich der Gestellung von Notärzten und der Festlegung der Rahmenbedingungen ihres Einsatzes.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Peter Sefrin, Klinik für Anaesthesiologie der Universität Würzburg, Sektion für präklinische Notfallmedizin, Josef-Schneider-Straße 2, 97080 Würzburg

Leserforum

Gute Zeiten, schlechte Zeiten (GZSZ)

Zum Leitartikel von Dr. H. Hellmut Koch und Dr. Axel Munte in Heft 12/2003, Seite 627.

Im Leitartikel werden wir Leser getröstet: Nach jedem Tief folgt ein Hoch. Dieser Meinung kann ich mich ganz und gar nicht anschließen.

Am 1. Januar 2004 wurde die Praxisgebühr Realität. Der Staat hat damit die Türen in unsere Sprechzimmer geöffnet. Der unmittelbare Zugang des Patienten zum Arzt seines Vertrauens ist gestoppt. Vor dem ärztlichen Anliegen muss über Geld geredet werden. Der Arzt ist genötigt, die wirtschaftlichen Angelegenheiten von Staat und Krankenkassen zu regeln. Die ist Missbrauch der ärztlichen Tätigkeit. Anders formuliert: Wir Ärzte haben es zugelassen, in unseren Praxen

staatliche Interessen zu vertreten. Dies sollte keinesfalls unser Berufsfeld sein, der Arzt steht im Dienste des Patienten und sonst niemand. Derartige Fremdnutzungen der ärztlichen Tätigkeit hat in entsprechenden politischen Systemen stets zum Nachteil der Patienten geführt.

Im *Bayerischen Ärzteblatt* vom November 2003 wird der Beschluss des 56. Bayerischen Ärztetages in Bad Windsheim veröffentlicht: „Der 56. Bayerische Ärztetag lehnt die Einführung der Praxisgebühr ab.“

Wozu wurde dieser Beschluss gefasst? Was machen die Delegierten, die hierzu mit „Ja“ gestimmt haben?

Wie ist diese Diskrepanz zwischen Meinung der Ärztekammer und der täglichen Realität in der Praxis zu interpretieren?

Der Schaden ist weitaus größer als durch den Begriff „Schlechte Zeiten“ dargestellt. Die Kraft der Ärzteschaft ist gebrochen, die Regale der „Medizin mit Menschlichkeit“ werden ausgeräumt, der Ausverkauf hat begonnen.

Dr. Albrecht Weber, Allgemeinarzt, 97082 Würzburg

Zu Leserbriefen – Leserbriefe sind uns willkommen. Sie geben die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion. Leider sind die Veröffentlichungsmöglichkeiten begrenzt, sodass die Redaktion eine Auswahl treffen und auch kürzen muss. – Leserbriefe müssen sich auf einen veröffentlichten Beitrag in einem der vorhergegangenen Hefte beziehen.

Disease-Management in Bayern beginnt bzw. „Wie bei Orwell“ – DMP in der Diskussion

Zur Diskussion gestellt von Dr. Roland Benkowitzsch und Martin Eulitz in Heft 12/2003, Seite 646 ff.

Über die Bundes-KV zu schimpfen ist einfach. Jetzt wäre es im eigenen Haus dran, nicht jeden Mist mitzumachen!

Drs. Eva Gromotka-Geyer und Franz Geyer, Allgemeinärzte, 94496 Ortenburg

Hausärzte stehen für Qualität – und lehnen das Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes ab.

Die Hausärzte Erlangens und Umgebung haben auf ihrer Versammlung am 10. Dezember 2003 mit nur einer Gegenstimme die Teilnahme am DMP Diabetes mellitus in der heutigen Form abgelehnt.

Die Kritik richtet sich insbesondere auf folgende Punkte:

- Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus ist im DMP nicht zu erwarten.
- Bürokratischer Aufwand verschlingt Millionenbeträge.
- Der wesentliche Beweggrund, das DMP jetzt einzuführen, liegt in der Finanzierung der Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich.
- Das DMP Diabetes ist ein Geldvernichtungs-Programm; bei begrenztem Geldvolumen im Gesundheitssystem ist das DMP Diabetes ein Geldvernichtungs-Programm gigantischen Ausmaßes.
- Patienten werden im DMP schlechter betreut!
- Hausärzte warnen im Rahmen des DMP vor der Schaffung des gläsernen Patienten.

Die Hausärzte fordern die Erhaltung der Souveränität und Selbstbestimmung ihrer Patienten!

- Fehlende Effektivität in der medizinischen Versorgung,
- bürokratischer Aufwand in nicht bewältigbarem Umfang sowie
- Geldvernichtung in gigantischem Ausmaß

haben die Hausärzte Erlangens und Umgebung bewogen, eine Teilnahme am DMP abzulehnen!

Patienten müssen außerhalb des DMP keine Verschlechterung der medizinischen Versorgung befürchten!

In einer schriftlichen Erklärung garantieren die Hausärzte Erlangens und Umgebung, eine Behandlung nach den heute geltenden Qualitätsvorgaben zu gewährleisten! Die behandelnden Hausärzte werden ihre Patienten darüber aufklären, dass Einbußen in der Behandlungsgüte nicht eintreten werden!

Die unterzeichneten Erklärungen liegen dem Vorstand der „Hausärzte Erlangen und Umgebung e. V.“ im Original vor.

Dr. Klaus Trinczek, Allgemeinarzt, 2. Vorsitzender der Hausärzte Erlangen und Umgebung, 91058 Erlangen

Jetzt reicht's!, dachte ich, als ich das Informationspaket zum Start des DMP Diabetes mellitus von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhielt. Warum es mir reicht, möchte ich Ihnen in ein paar Zeilen mitteilen.

Dr. Koch hat es auf den Punkt gebracht, wenn er von einer Deprofessionalisierung der Ärzteschaft spricht. Ich bin davon überzeugt, dass ich eine hervorragende und hochqualifizierte Basisversorgung der Bevölkerung leiste. Während meiner Ausbildung habe ich sechs Jahre studiert, habe jahrelang an verschiedenen Kliniken gearbeitet und die Facharztprüfung für Allgemeinmedizin abgelegt. Ich bin weitergebildete Blaulichtärztin. Ich habe die Zusatzausbildung für Psychotherapie gemacht, mich regelmäßig (freiwillig)

weitergebildet, mache momentan die Weiterbildung für Sportmedizin und engagiere mich in der Prävention. Ich habe zehn Jahre Berufserfahrung in freier Praxis. Wir sind „Lehrpraxis“ der Universität Würzburg. Meine Diabetiker werden qualifiziert betreut. Auch die Behandlung einer Hypertonie gehört für mich übrigens zu den „Basics“.

Ich werde mich diesem System verweigern und am DMP Diabetes nicht teilnehmen. Auch auf die Gefahr hin, dass ich nicht zu den besonders „qualifizierten“ Ärzten gehöre, mit denen die Kassen Verträge abschließen. Die Kassen schreiben meine Diabetes-Patienten an und empfehlen ihnen, sich einen „qualifizierten“ Arzt ihres Vertrauens zu suchen.

Ganz infam ist die Koppelung mit dem Risikostrukturausgleich. Es kommt einer Erpressung gleich.

Ich habe diesen Beruf unter anderen Voraussetzungen gewählt und meine Vorstellungen der ärztlichen Tätigkeit decken sich nicht mehr mit denen, die uns momentan aufgezungen werden. Außerdem finde ich es unwürdig, wie mit den Ärzten als Berufsgruppe umgegangen wird. Der Beruf des Allgemeinarztes wird so unattraktiv, dass es immer weniger Nachwuchs geben wird (es zeichnet sich jetzt schon ab). Wir werden unsere Praxen nicht mehr verkaufen können, weil es niemand mehr gibt, der sie haben will.

Es ist Krieg! Nehmen wir den Kampf auf oder sind wir schon gelähmt und resigniert?

Dr. Monika Gebel, Allgemeinärztin, 97271 Kleinrinderfeld

ANZEIGE:

Praxis erleben!

ZIEGLER –
ein Partner –
ein Konzept.

Design

ZIEGLER

Am Weierfeld 1 • 94560 Neuhausen/Deggendorf
Tel. 09 91 / 9 98 07-0 • Fax 09 91 / 9 98 07-99
e-mail: info@ziegler-design.de • www.ziegler-design.de