

Zum Titel

Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst

Heinzpeter Moecke^{1,2}, Friedrich-Wilhelm Ahnefeld³,
Dieter Farrenkopf², Hans-Nikolaus Herden¹

Der Rettungsdienst ist ein hochdifferenzierter medizinischer Dienstleistungsbetrieb, der unter ärztlicher Leitung stehen muß, damit die Qualität der notfallmedizinischen Patientenversorgung durch ärztliches und nichtärztliches Personal gesichert wird. Um diese Aufgabe bewältigen zu können, muß der „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ auch in Strukturfragen des Rettungsdienstes weisungs- und entscheidungsbefugt sein. Das Konzept „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Sicherung und Weiterentwicklung eines effektiven und effizienten Rettungsdienstes.

Die ärztliche Stellung im Rettungsdienst ist in den alten Bundesländern traditionell auf die Rolle des Notarztes in der notfallmedizinischen Versorgung beschränkt und hat erst in den letzten Jahren durch die Einführung des Leitenden Notarztes eine Erweiterung erfahren.

Aufgrund der fehlenden ärztlichen Entscheidungskompetenz für die Planung und Durchführung des Rettungsdienstes ist es nicht gesichert, daß medizinische Belange in ausreichendem Umfang berücksichtigt werden. Die unter anderem aus diesem Mißstand erwachsenen Defizite sind von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in der „Bestandsaufnahme Rettungsdienst“ analysiert worden.

Zentrale Aufgabe der Notfallrettung ist die qualifizierte notfallmedizinische Versorgung von Erkrankten und Verletzten durch Ärzte und medizinisches Hilfspersonal. Da die Fachkompetenz für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte eine ausschließlich ärztliche Aufgabe ist, muß die Verantwortung für den Rettungsdienst von einem Arzt wahrgenommen werden. Die Notwendigkeit für die ärztliche Kontrolle des Rettungsdienstes ergibt sich auch aus der Tatsache, daß der überwiegende Teil sowohl der einsatztaktischen Entschei-

dungen als auch der präklinischen Maßnahmen am Notfallpatienten von nichtärztlichem Personal durchgeführt wird. Durch die Delegation definierter ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal, zum Beispiel bei der Frühdefibrillation oder im Rahmen der Notkompetenz, wird die Dringlichkeit des Problems noch verschärft.

Genauere Definitionen sind wichtig

Laut DIN 13050 „Begriffe im Rettungsdienst“ definiert sich der Leitende Notarzt als ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, der am Notfallort bei einer großen Zahl Verletzter beziehungsweise akut Erkrankter besondere ärztliche Aufgaben übernimmt. Er hat alle medizinischen Maßnahmen am Unfallort zu leiten, zu koordinieren und zu überwachen und verfügt über eine entsprechende Qualifikation.

Der Notarzt wiederum wird definiert als ein im Rettungsdienst täti-

1. Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des AK Altona (Chefarzt Dr. H.-N. Herden)
2. Feuerwehr Hamburg (Oberbranddirektor Dipl.-Ing. D. Farrenkopf)
3. Universitätsklinik für Anästhesiologie des Klinikums der Universität Ulm

ger Arzt, der für seinen Einsatz ebenfalls über eine besondere Qualifikation verfügen muß.

Damit auch das Konzept „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ nicht der Gefahr der Begriffsverwirrung ausgesetzt ist, sind gleich mehrere Definitionen notwendig. Insbesondere in Abgrenzung zum „Leitenden Notarzt“ müssen die Funktionen „Ärztlicher Leiter Notarztstandort“ vom „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ unterschieden werden, auch wenn gerade in kleineren Rettungsdienstbereichen mehrere oder alle genannten Aufgaben von einer Person wahrgenommen werden können.

▷ Der „Ärztliche Leiter Notarztstandort“ ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt mit entsprechender Qualifikation, der mit der Sach- und Fachaufsicht für einen Notarztstandort beauftragt ist.

▷ Der „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ nimmt auf kommunaler beziehungsweise überregionaler Ebene die medizinische Aufsicht über den Rettungsdienst wahr und stellt Effektivität und Effizienz der präklinischen notfallmedizinischen Patientenversorgung sicher. Auch er verfügt über eine entsprechende Qualifikation.

Durch den Verweis auf die Verpflichtung, Effektivität und Effizienz sicherzustellen, wird die Qualitätssicherung im Rettungsdienst als ärztliche Aufgabe gesehen, die, soweit sie sich nicht aus den Landesrettungsdienstgesetzen ergibt, durch das für alle medizinischen Bereiche geltende Sozialgesetzbuch V bindend festgeschrieben ist. Da Qualitätssicherung unter anderem auf der Entwicklung von Standards beruht, die den Konsens einer Expertengruppe reflektieren, sollte sich der „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ von einem „Ärztlichen Leitungsgremium Rettungsdienst“ beraten lassen. Es setzt sich aus ärztlichen Vertretern aller am Rettungsdienst beteiligten Institutionen zusammen. ▷

Aufgaben des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“

Der „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ ist für die Qualität der notfallmedizinischen Patientenversorgung verantwortlich. Er stellt sicher, daß die notwendigen Strukturen aufgebaut sind und die Prozeßabläufe konstant sach-, zeit- und bedarfsgerecht erbracht werden. Im einzelnen lassen sich die Aufgaben folgendermaßen auflisten:

1. Strategische Planung

- Festlegung der medizinischen Behandlungsrichtlinien
- Festlegung der pharmakologischen, medizin-technischen und fahrzeugtechnischen Ausstattung
- Erstellung von Bedarfsanalysen
- Koordination der Aktivitäten der am öffentlichen Rettungsdienst beteiligten Organisationen
- Entwicklung von Strategien für die Bearbeitung von medizinischen Hilfersuchen durch die Rettungsleitstelle
- Entwicklung von medizin-taktischen Konzepten für besondere rettungsdienstliche Schadenslagen.

2. Qualitätssicherung

- Festlegung der Dokumentationsinstrumente
- Identifikation der zu untersuchenden Systemkomponenten
- Methodenauswahl für die Datenanalyse
- Datenanalyse und Berichtfertigung
- Planentwicklung für evtl. notwendige Korrekturmaßnahmen

- Beurteilung, ob Korrekturmaßnahmen Abhilfe geschafft haben

3. Aus-/Fortbildung

- Richtlinienkompetenz für die notfallmedizinischen Aus- und Fortbildungsinhalte entsprechend den Empfehlungen der Ärztekammern
- Erarbeitung von Roh- und Feinzielen der ärztlichen Unterrichtsthemen bei der Rettungsassistentenausbildung
- Auswahl und Einweisung von ärztlichen Ausbildungsreferenten
- Vorsitz in der Prüfungskommission der Rettungsassistentenprüfung
- Durchführung und Mitwirkung an Unterrichtseinheiten
- Planung und Koordination der klinischen Aus- und Fortbildung von Rettungsassistenten
- Planung und Koordination der ärztlichen notfallmedizinischen Fortbildung

4. Arbeitsmedizin

- Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst

5. Hygiene

- Festlegung und Überwachung der Einhaltung von Hygienevorschriften

6. Gremienarbeit

- Vertretung des Trägers des Rettungsdienstes in regionalen und überregionalen notfallmedizinischen Gremien

7. Forschung

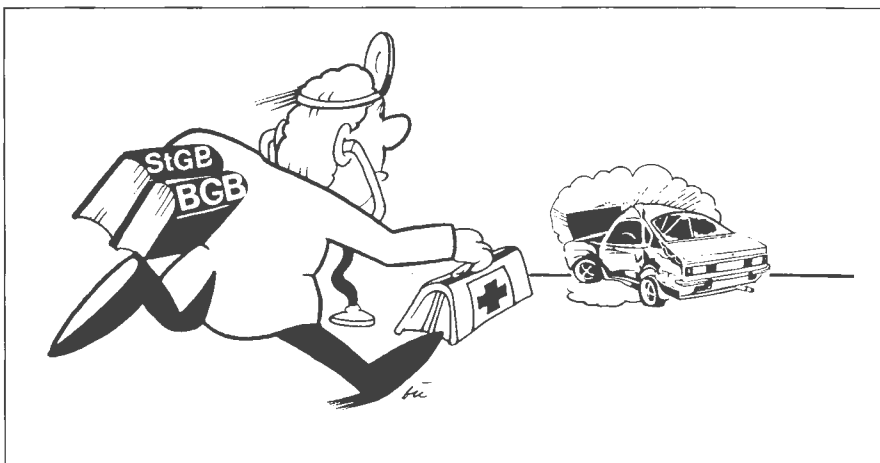
- Mitwirkung bei notfallmedizinischen Forschungsprojekten

Um die mit dem umfangreichen Aufgabenkatalog verbundenen hohen Erwartungen erfüllen zu können, ist für die Bestellung zum „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ eine besondere Qualifikation erforderlich. Sie umfaßt zum Beispiel eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Gebiet mit Bezug zur Notfallmedizin, die Fachkundenachweise „Rettungsdienst“ und „Leitender Notarzt“, eine langjährige und anhaltende Erfahrung in der präklinischen und klinischen Notfallmedizin sowie Erfahrung in der Systemanalyse, Konzeptentwicklung und Problemlösung im Rettungsdienst. Neben der medizinischen Kompetenz sind auch administrative Fähigkeiten erforderlich. In der Praxis wird die Schwierigkeit, diese Anforderungen zu erfüllen, darin liegen, Organisationsmodelle zu entwickeln, die garantieren, daß der „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ seine medizinische Kompetenz erhält und gleichzeitig die administrative erwirbt.

Organisationsmodelle

Die Funktion „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ muß von einem weiterhin klinisch und notfallmedizinisch tätigen Arzt wahrgenommen werden. Ein ausschließlich in der präklinischen Notfallmedizin oder in der Verwaltung tätiger Arzt würde über kurze Zeit Gefahr laufen, seine praktische medizinische Kompetenz zu verlieren. Ähnlich problematisch ist die Übertragung der Funktion an einen ausschließlich innerklinisch tätigen Arzt, da ihm die speziellen Arbeitsbedingungen der präklinischen Notfallmedizin nicht aus aktueller persönlicher Erfahrung bekannt sind.

Es müssen deshalb Konzepte gefunden werden, wie diese Tätigkeiten sinnvoll miteinander verknüpft werden können. Lösungsansätze werden dabei die Größe des Rettungsdienstbereiches berücksichtigen müssen. Während für kleinere und mittelgroße Bereiche die klinische Einbindung des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ als „Ärztlicher Leiter Notarztstandort“ in Neben- oder Teilzeitbeschäftigung zu realisieren ist, trifft dies auf große Rettungsdienst-



Zeichnung: privat

bereiche mit zum Beispiel mehreren arztbesetzten Rettungsmitteln nicht zu. Hier ist zu prüfen, ob die Einrichtung von notfallmedizinischen Abteilungen als eigenständige Einrichtung oder als selbständige Sektion einer mit dem Notarzteinsatz beauftragten Abteilung an einem Krankenhaus die geeignete Organisationsform ist. Der Leiter dieser Einrichtung könnte dann sowohl ärztliche Leitungsaufgaben im Rettungsdienst als auch klinische Aufgaben wahrnehmen.

In solch einem Modell könnte der „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ Aufgaben im Rahmen der für diese Tätigkeit zur Verfügung gestellten Arbeitszeit an andere ärztliche Mitarbeiter dieser Abteilung delegieren. Auch in diesem Fall muß allerdings die Verantwortlichkeit bei einer individuellen Person liegen. Strukturell ist dies vergleichbar mit dem öffentlichen Gesundheitswesen und der Institution „Amtsarzt“.

Bei der Entscheidung über Details des Organisationsmodells muß auch berücksichtigt werden, daß sich nur dann qualifizierte Fachleute für diese Funktion längerfristig zur Verfügung stellen werden, wenn dem „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ angemessene Arbeits- und Zukunftsperspektiven geboten werden.

Noch nicht abschließend geklärt ist die arbeitsrechtliche Stellenzuordnung der Funktion bei einer Verknüpfung von klinischer und rettungsdienstlicher Tätigkeit. Insbesondere wenn mehrere Organisationen mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt sind, scheint es nicht sachgerecht, die Funktion bei einer Organisation anzubinden. Um die Unabhängigkeit und Überparteilichkeit sicherzustellen, ist die Einordnung in die öffentliche Verwaltungsstruktur anzustreben.

Rechtliche Grundlagen

Um die Funktion „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ mit der erforderlichen Entscheidungskompetenz und den notwendigen Ressourcen auszustatten, ist die Verankerung des Prinzips in den Landesrettungsdienstgesetzen unverzichtbar. In den neuen Bundesländern ist dieser

Aspekt zum Teil bereits berücksichtigt worden.

Bei einer Novellierung der Landesrettungsdienstgesetze muß neben anderen notwendigen Änderungen auch die Funktion „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ mit klar definierten Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnissen sowohl für die kommunale als auch überregionale Ebene festgeschrieben werden. Außerdem muß sichergestellt werden, daß die Funktion im Landesrettungsdienstbeirat repräsentiert ist.

Deutsches Ärzteblatt

91 (1994) A-336-339 [Heft 6]

Literatur bei den Verfassern

Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. Heinzpeter Moecke
AK Altona
Abteilung für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin
Paul-Ehrlich-Straße 1
20763 Hamburg

Neues Navigationssystem für Kopfoperationen

Ein neues Navigationssystem wird an der Kopfklinik der Universität Heidelberg erprobt mit dem Ziel, operative Eingriffe im Gesichts- und Schädelbereich präziser planen und ausführen zu können. Das System beruht darauf, daß aus der Computer- und Kernspintomographie gewonnene Daten mit den anatomischen Strukturen des Patienten synchronisiert und auf dem Bildschirm dreidimensional abgebildet werden. Das aus Kanada stammende System steht bundesweit derzeit nur an der Heidelberger Klinik zur Verfügung.

Wie der Direktor der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg, Prof. Joachim Mühling, erläuterte, basierte die Planung bei skelettalen Eingriffen im Kiefer- und Kopfbereich bislang fast ausschließlich auf den Erfahrungswerten des operierenden Arztes. Er orientierte sich dabei an zweidimensionalen, statischen Informationsquellen wie zum Beispiel Röntgenbildern. Eine räumlich exakte Operationsplanung und Simulation sei bislang nicht möglich gewesen.

Basierend auf Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-Schichtbildern, erfolgt jetzt in Heidelberg eine dreidimensionale Darstellung von Knochen- und Weichteilstrukturen. Diese Information wird dabei auf einem Graphikrechner so aufbereitet, daß anatomi-

sche Strukturen und Lagebeziehungen aus unterschiedlichen Richtungen betrachtet werden können. Mögliche Risiken bei der Operation und alternative Zugangswege können nunmehr auf dem Bildschirm vor dem Eingriff simuliert werden. Mit dem neuen System ist es überdies möglich, durch Synchronisation der Bilddaten mit den anatomischen Strukturen eine Navigation vorzunehmen: zum Beispiel kann die Position des Instruments intraoperativ auf dem Monitor verfolgt werden.

Von großem Nutzen ist das Navigationssystem auch in der Tumorchirurgie, wie der Heidelberger Neurochirurg Prof. Stefan Kunze erläuterte. Damit gelinge es nämlich, einen millimetergenauen Zugang zu Tumoren auch in tieferen Hirnregionen zu finden. Das umliegende Gewebe könne somit besser geschützt werden. Bislang liegt die Genauigkeit des Gerätes im Bereich von ein bis zwei Millimetern, sie soll aber noch verbessert werden.

Allerdings müssen einige „Kinderkrankheiten“ der kanadischen Entwicklung noch ausgeräumt werden. So sollen die starren Navigations-Arme beweglicher werden. Forschungsziel ist es ferner, das Zeigearmamentarium mit den chirurgischen Instrumenten zu kombinieren, um so endoskopische Eingriffe computer-gestützt durchführen zu können.

Ingeborg Bördlein