

Rettungsdienst und Kostendämpfung im Gesundheitswesen

Gedanken zu einem Primat für Qualität und Qualitätssicherung

von Dr. Peter Hennes, Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz, Mainz,
und Dipl.-Geogr. Karsten Reinhardt,
RUN Rettungswesen und Notfallmedizin GmbH, Marburg

Gliederung

I. Vorbemerkungen

1. Bonus des Rettungsdienstes
2. Notwendigkeit der Erfolgsbewertung
3. Gleichwertigkeit der rettungsdienstlichen Ausgestaltung
4. Rettungsdienst und demographischer Wandel
5. Rettungsdienst und neue Krankenhausvergütung nach DRG
6. Rettungsdienst und Sozialpolitik

II. Gegenstand und Aufgaben des Rettungsdienstes

1. Notfallversorgung
2. Krankentransport
3. Sonstige Aufgaben
4. Rettungsdienst als „Sozialfeuerwehr“
5. Rettungsdienst als Teil der „Rettungskette“

III. Qualität im Rettungsdienst

1. Strukturqualität
 - 1.1 Rahmenvorgaben
 - 1.1.1 Bundesebene
 - 1.1.2 Länderebene
 - 1.1.3 Sonstige Regelungen
 - 1.1.4 Auswirkungen der Europäischen Integration
 - 1.2 Parameter
 - 1.2.1 Infrastruktur und Organisation
 - 1.2.2 Personalqualifikation
 - 1.2.3 Notärzte
 - 1.2.4 Einbeziehung niedergelassener Ärzte
 - 1.2.5 Nichtärztliches Personal
 - 1.2.6 Kooperation mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst
 - 1.2.7 Neue Techniken im Rettungsdienst
2. Prozess- und Ablaufqualität
3. Ergebnisqualität
 - 3.1 Objektive Qualität
 - 3.2 Subjektive Qualität

IV. Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement

1. Vorbemerkungen
2. Datenerfassung und Datenauswertung
3. Datenschutz

4. Ergebnisprüfung
5. Qualitätsmanagement

V. Finanzierung

1. Auswirkungen der Finanzierungsproblematik
2. Kostendämpfung – Gesundheitsziele
3. Der Staat als Generalversicherer – Solidargemeinschaft, Risikoprävention und Umverteilungsdimension
4. Perspektivischer Diskussionsbedarf

VI. Schlussbemerkung

I. Vorbemerkungen

1. Bonus des Rettungsdienstes

Der *Rettungsdienst* genießt in der Bevölkerung – nicht zuletzt auf Grund seiner Zuordnung zu den Systemen der Daseinsfürsorge bzw. Gefahrenabwehr – einen *Vertrauensvorschuss*. Im Vergleich zu anderen medizinischen Tätigkeitsbereichen kann dieses Teilsystem der Gesundheitsfürsorge mit einem Vorteil rechnen: die Bürgerinnen und Bürger sind in aller Regel davon überzeugt, dass sie in einer Notfallsituation auf einen optimalen Rettungsdienst zurückgreifen können, der sie zeitnah und bestmöglich versorgt.

2. Notwendigkeit der Erfolgsbewertung

Nicht selten führte dieser Vertrauensvorschuss in der Vergangenheit dazu, dass die Kostenträger als primäre Financiers des Rettungsdienstes in der Regel auf einen exakten Nachweis für die tatsächliche Wirksamkeit des Systems verzichtet haben. In einer Zeit, in der über die Ausgestaltung des deutschen Gesundheitswesens vorrangig unter Kostengesichtspunkten debattiert wird, kann jedoch auch die Qualität des Rettungsdienstes nicht mehr nur auf derartig emotionale Vorteile bauen. Wie generell im Bereich der Gesundheitsversorgung wird für den Rettungsdienst der Ruf nach Leistungs- und Kostentransparenz sowie nach objektiven Nachweisen der von ihm behaupteten Erfolge immer lauter – Qualität, Qualitätssicherung und -kontrolle sowie Qualitätsmanagement im Rettungsdienst sind daher wesentliche, für die Zukunft dieses Systems grundlegende Themen.

Auch die Feststellungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen über eine teilweise Überversorgung in diesem Sektor dürfen kein Tabuthema sein. So erscheint – um nur ein Beispiel zu nennen – eine Debatte darüber gerechtfertigt, ob die Zahl von ca. 90 Standorten, die sich in Deutschland im Bereich der Luftrettung mit Verlegungsflügen befassen, den tatsächlichen Notwendigkeiten entspricht.

Die Behauptung, Deutschland verfüge über einen weltweit anerkannten hochqualifizierten Rettungsdienst, entbindet deshalb nicht vom Nachweis einer Erfolgsbewertung. Insofern ist die zu führende Diskussion nicht als bloßer moderner Trend des Zeitgeistes anzusehen. Vielmehr ist das Streben nach Qualität in der Notfallmedizin und im Rettungsdienst auch als Verpflichtung gegenüber dem einzelnen Patienten zu betrachten, der gezwungen ist, das System in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus steht der Rettungsdienst in der Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft und damit den Krankenkassen als hauptsächlichen Kostenträgern. Die Erforderlichkeit des Umfangs rettungsdienstlicher Leistungen ist zu hinterfragen, und es ist zu prüfen, ob diese nicht auch zu niedrigeren Kosten unter Wahrung der Qualitätsstandards umgesetzt werden können.

Andererseits ist die Forderung gerechtfertigt, nicht nur die Ausgabenseite zu beleuchten. Eine derartig einseitige Betrachtungsweise würde der Zielsetzung des Systems Rettungsdienst, die qualifizierte, bedarfs- und sachgerechte sowie zeitnahe Versorgung der Bevölkerung zu sichern, widersprechen. Richtschnur darf nicht nur die im Sozialgesetzbuch geforderte Beitragsstabilität sein. Dennoch ist an dieser Stelle mit Nachdruck auch auf die berechnete Forderung hinzuweisen, dass der Rettungsdienst zum wirtschaftlichen, effektiven und effizienten Umgang mit den ihm zur Verfügung gestellten Mitteln verpflichtet ist. Wie allgemein im Gesundheitswesen kann die Frage nach der Zukunft nicht immer und nur allein mit der stereotypen Forderung nach mehr Geld beantwortet werden. Bevor ein derartiger Anspruch geltend gemacht werden kann, bedarf es zunächst des Nachweises eines effektiven und erfolgreichen Umgangs mit den zur Verfügung gestellten Mitteln!

3. Gleichwertigkeit der rettungsdienstlichen Ausgestaltung

Auf Grund der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland liegt die Verantwortung für die Ausgestaltung des Rettungsdienstes in der Zuständigkeit der Bundesländer. Dies hat zur Verabschiedung von 16 Landesrettungsdienstgesetzen sowie den damit verbundenen Erlassen, Ausführungsbestimmungen und Rechtsverordnungen geführt. So können sich Inhalt und Umfang der rechtlichen Rahmenvorgaben der einzelnen Länder zur Ausgestaltung des Rettungsdienstes in einem erheblichen Umfang unterscheiden.

Es ist zwar allgemein bekannt, dass Deutschland über einen hochqualifizierten Rettungsdienst verfügt. Dennoch muss die Gleichwertigkeit der rettungsdienstlichen Leistungen in den unterschiedlichen Regionen Deutschlands diskutiert werden, so z.B. die Berücksichtigung eventueller Differenzierungen durch die Festlegung unterschiedlicher Niveaueingaben.

4. Rettungsdienst und demographischer Wandel

Der demographische Wandel in der deutschen Bevölkerung wird die künftige Entwicklung der Gesundheitspolitik und damit auch die des Rettungsdienstes stark beeinflussen. Die Krankenversicherung muss sich bezüglich ihrer Einnahmensituation und ihres Leistungskatalogs einerseits der sinkenden Geburtenrate und der höheren Lebenserwartung in Form der Überalterung der Bevölkerung stellen. Andererseits spielt die Effizienz des Rettungsdienstes gerade für Kinder und Jugendliche eine besondere Rolle, denn vor allem in diesem Alter ist die Vermeidung sonst notwendiger Reha-Maßnahmen von wesentlicher Bedeutung.

Schließlich führen die Veränderungen in der sozialen Situation der Familien u.a. dazu, dass für die Grundversorgung, z.B. auch für Fahrten im Gesundheitsbereich, verstärkt fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muss. Folglich hat auch der Rettungsdienst mit seinen Angeboten auf eine derart veränderte Gesellschaftswirklichkeit zu reagieren. Dies beweist auch, dass die Bedeutung der gegenseitigen Beeinflussung unterschiedlicher Politikfelder durch externe Einflussgrößen häufig unterschätzt wird. Der Rettungsdienst wird somit nicht nur durch die internen Determinanten des Systems selbst, sondern zusätzlich durch andere, äußere Entwicklungsfaktoren berührt.

Insofern ist ausdrücklich festzuhalten, dass eine Debatte um „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ im Gesundheitswesen (siehe das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, März 2001) den Bereich Rettungsdienst nicht ausklammern darf. Dieses Gutachten hält fest, dass auf Grund des zu erwartenden Rückgangs der Krankenhausverweildauer mit deutlichen Mehrbelastungen in anderen Bereichen zu rechnen ist. Hiervon ist u.a. der Rettungsdienst betroffen. Wenn Patienten – selbst nach schwereren Eingriffen – relativ schnell entlassen oder nach einer Spezialbehandlung in ihr Heimatkrankenhaus (zurück-)überwiesen werden, werden sie für den Transport häufig Hilfestellungen durch hierfür besonders qualifiziertes

Personal sowie spezielle Fahrzeuge in Anspruch nehmen müssen. Sie können nicht auf den öffentlichen Nahverkehr verwiesen werden.

5. Rettungsdienst und neue Krankenhausvergütung nach DRG

Derzeit überhaupt noch nicht abzusehen sind die mit der Einführung des neuen Krankenhausvergütungssystems DRG (Diagnosis Related Groups) verbundenen Auswirkungen auf den Rettungsdienst. Die zukünftige Wettbewerbsverstärkung zwischen den Krankenhäusern sowie kürzere Verweildauern können zu einem forcierten Abbau von Krankenhäusern und Bettenzahlen führen. Hiermit werden eine Konzentrationswelle von Häusern mit Schwerpunktbildung, aber ebenso neue Formen der Kooperation von Krankenhäusern untereinander verbunden sein. So kann es z.B. zur Zusammenarbeit von Akutkrankenhäusern mit Einrichtungen zur Rehabilitation und im Rahmen der integrativen Versorgung mit ambulanten Einrichtungen kommen. In den USA wurden viele Leistungen aus dem stationären Sektor in zum Teil neu aufgebaute Versorgungsbereiche wie z.B. die Intermediärpflege verlagert. Inwieweit im Rahmen dieser Entwicklung zusätzliche Aufgaben, insbesondere im Bereich von Verlegungen von Patienten zwischen medizinischen Einrichtungen, auf den Rettungsdienst zukommen, lässt sich derzeit nur vermuten.

6. Rettungsdienst und Sozialpolitik

Die Gewährleistung eines effizienten Gesundheitssicherungssystems – einschließlich des Rettungsdienstes – muss und kann neben rein medizinischen Aspekten unter dem Gesichtspunkt der demokratischen Sozialpolitik betrachtet werden. Es sei hier die Randbemerkung erlaubt, dass Maßnahmen der Gesundheitspolitik Wahlen beeinflussen (und umgekehrt) oder sich – durch Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze bei Ausweitung der „öffentlichen“ Dienste des Wohlfahrtsstaates – in der Personalstruktur des Rettungswesens auswirken [gelegentlich auch nur indirekt, wie die Folgen aus der Entscheidung des EuGH vom 3. Oktober 2000 zur Arbeitszeit in (spanischen) „Gesundheitszentren“ auf deutsche Leistungserbringer im Rettungsdienst deutlich machen ¹⁾].

II. Gegenstand und Aufgaben des Rettungsdienstes

1. Notfallversorgung

Der Bereich der Notfallversorgung hat sich wesentlich vom personenbeförderungsrechtlichen Verletzentransport (Begriff der Unfallrettung) in das nächstgelegene Krankenhaus in ein System der umfassenden präklinischen Versorgung von Notfallpatienten gewandelt. Die Patientenbeförderung als solche stellt lediglich einen Teilaspekt dieser notfallmedizinischen Gesamtmaßnahme dar. Auch beim qualifizierten Krankentransport ist davon auszugehen, dass der Anteil der medizinischen Betreuung der Patienten gegenüber der reinen Beförderungsleistung überwiegt. Schon allein unter diesem Gesichtspunkt ist die Herausnahme des Rettungsdienstes aus der bloßen Abrechnung über die Fahrtkosten nach § 60 SGB V gerechtfertigt. Der Rettungsdienst in seinem aktuellen Verständnis muss als selbstständiger Teil der „Krankenbehandlung“ gesehen und entsprechend in den § 27 SGB V aufgenommen werden.

Erforderlich ist ferner eine klare Definition und Abgrenzung zwischen den unterschiedlichen Sektoren der Notfallversorgung. Der Ersteinsatz in Form der Primärversorgung am Notfallort ist als Einheit mit dem anschließenden Primärtransport zu sehen. Von diesem

1) Nähere Informationen zum Urteil des EuGH finden Sie auf unserer Internetseite (rettungswesen-handbuch.de). Das Urteil wird mit einer der nächsten Ergänzungslieferungen im „Handbuch des Rettungswesens“ veröffentlicht.

wird der Intensivtransport zwar zeitlich getrennt durchgeführt, stellt aber immer noch einen integralen Bestandteil der ursprünglichen Notfallversorgung dar.

Hierbei ist hervorzuheben, dass die Problematik des Intensivtransports einer besonderen Diskussion und eigenständiger Lösungen bedarf. Dabei ist die erwähnte zukünftige Entwicklung auf Grund der Einführung der DRG-gestützten Fallpauschalen in den Krankenhäusern einzubeziehen.

Die Verlegung von Notfallpatienten in andere Behandlungseinrichtungen ist und bleibt eine originäre Aufgabe der Notfallversorgung. Aber auch in den Fällen, in denen ein Nicht-Notfallpatient weiterverlegt wird, kann es sich nicht um einen bloßen Krankentransport im üblichen Sinne handeln. Die Verlegung dieser Patienten erfordert über die Voraussetzungen des qualifizierten Krankentransports hinaus einen zusätzlichen medizinischen Standard.

Soweit es die spezielle Problematik dieser Fragen im Bereich der Luftrettung betrifft, wird auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Luftrettung“ des Ausschusses „Rettungswesen“ vom 29. März 2000: „Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland“¹⁾ verwiesen. Nach den dort getroffenen Aussagen wird die Durchführung „reiner“ Krankentransporte in der Luftrettung schon aus wirtschaftlichen Gründen für nicht sinnvoll gehalten.

Ferner ist davon auszugehen, dass der Begriff „Rettungsdienst“ nicht mit dem Einsatz des Notarztes identisch ist, sondern hierunter in unserer Systematik auch der Einsatz eines Rettungswagens mit Rettungsassistent(en) zu verstehen ist – siehe zu diesem Fragenkomplex auch den Bericht der Arbeitsgruppe „Strukturfragen“ des Ausschusses „Rettungswesen“ vom 21. März 1996²⁾.

Die Alarmierung des Notarztes erfolgt grundsätzlich bei lebensbedrohlichen Notfallsituationen, während sonstige Akutfälle ohne konkrete vitale Störungen auch durch nichtärztliches Personal zumindest erstversorgt werden können. Dies macht allerdings auf Dauer die exakte Abgrenzung der beruflichen Kompetenzen des Rettungsassistenten vom eigentlichen notfallmedizinischen Aufgabenbereich des Notarztes erforderlich.

Die Auffassung, dass der Rettungsdienst mit dem Einsatz des Notarztes quasi identisch sei, entspricht weder den sachlichen Notwendigkeiten noch den tatsächlichen Verhältnissen. Viele Einsätze erfordern nicht unbedingt das Maximum an notfallmedizinischer Betreuung. Insofern müsste die Gleichsetzung von Rettungsdienst mit dem Begriff des „Notfallpatienten“ und seiner lebensbedrohlichen Situation nochmals diskutiert werden, denn immerhin werden in vielen Regionen Deutschlands noch etwa 50% der RTW-Einsätze ohne Notarzt abgewickelt. Es sind somit auch Patienten denkbar, die sich zwar nicht unmittelbar oder in zu erwartender Lebensgefahr befinden, jedoch schwere akute Schmerzen im Rahmen des Unfall- oder Erkrankungsgeschehens zu erdulden haben und behandelt werden müssen.

Ferner muss diese Behandlung der akuten und dringlichen, aber nicht lebensbedrohlichen Situationen vom Einsatz des (kassen-)ärztlichen Bereitschaftsdienstes abgegrenzt werden. Eine Unterscheidung könnte sich z.B. daran ausrichten, welchen „technischen“ Umfang die Behandlung beinhaltet. Wenn nach einer normalen Fraktur zwar kein Notarzt, aber nach kreislaufstabilisierenden Maßnahmen eine Beförderung in eine Klinik zur diagnostischen Abklärung und gegebenenfalls stationären Behandlung erforderlich ist, kann eigentlich nur ein Fahrzeug des Rettungsdienstes in Betracht kommen. Wenn die ambulante Behandlung durch den „Hausarzt“ ohne weitere „technische Unterstützung“ ausreicht, wird der (kassen-)ärztliche Bereitschaftsdienst der richtige Ansprechpartner sein.

1) Im „Handbuch des Rettungswesens“ abgedruckt unter B III. 0.5.5.

2) Im „Handbuch des Rettungswesens“ abgedruckt unter B III. 0.5.1.

2. Krankentransport

Die Problematik der „organisatorischen Einheit“ von Notfall- und Krankentransport wird für die weitere Entwicklung des Rettungsdienstes – auch im Hinblick auf die zu erörternde europäische Integration – von entscheidender Bedeutung sein. Sofern sich der Schutz vor Wettbewerb auf die Notfallversorgung im engeren Sinne und deren eventuelle Regelung als Verwaltungsmonopol beschränken muss, sollte eine Lösung dahingehend diskutiert werden, beim „Rettungsdienst“ dann zumindest den „qualifizierten“ Krankentransport zu berücksichtigen. Insoweit besteht durchaus ein Funktionszusammenhang mit der ganzheitlichen Daseinsvorsorge, so dass auch der qualifizierte Krankentransport der öffentlichen Aufgabe Rettungsdienst zugewiesen werden kann (siehe auch Bericht der Arbeitsgruppe „Strukturfragen“ des Ausschusses „Rettungswesen“, II. 1.1).

Unter dem so vom Rettungsdienst abgetrennten *einfachen* Krankentransport wäre dann die Beförderung von Patienten zu verstehen, die zwar einer gewissen medizinischen und psychischen Betreuung bedürfen, aber mit deutlich geringeren (medizinischen) Standards der Beförderungsleistung. Dies drückt sich letztlich auch in der Qualifikation des eingesetzten Personals aus.

Zur Abgrenzung zwischen diesem einfachen und dem qualifizierten Krankentransport kann auch die Festlegung der Höchstgrenze einer Wartezeit z.B. von maximal 30 bis 40 Minuten herangezogen werden. Dies würde die Einführung des Kriteriums einer gewissen Dringlichkeit des qualifizierten Krankentransports bedeuten. Eine Entlassungsfahrt nach der stationären Behandlung aus dem Krankenhaus ist von der u.U. durchaus dringlichen Beförderung in die Klinik und/oder zu einer zeitlich nicht aufschiebbaren Untersuchung zu unterscheiden.

Neben diesem *einfachen* Krankentransport sollte aber die Kategorie Krankenfahrt beibehalten werden, bei der die reine Beförderungsleistung im Vordergrund steht.

Andererseits ist unter nochmaliger Bezugnahme auf den Bericht der Arbeitsgruppe „Strukturfragen“ (siehe dort unter II. 2.1.2 „Trennmodell“) festzuhalten, dass eine einheitliche Durchführung von Notfallversorgung und Krankentransport als „Rettungsdienst“ nicht von vornherein zwingend geboten ist. Die dort angeführten Argumente, die jeweils für oder gegen eine Abtrennung des Krankentransports aus dem System Rettungsdienst sprechen, sind auch heute noch in vollem Umfang gültig (bessere wirtschaftliche Auslastung der vorhandenen Rettungsmittel, Einsatz von Rettungswagen im Bedarfsfall auch für den Krankentransport, Verwirrung in der Bevölkerung durch zusätzliche Leitstellen, Verhinderung von ruinösem Wettbewerb, bessere Reaktionsmöglichkeit, wenn ein Krankentransport zu einem Notfall wird). Festzuhalten bleibt, dass die Mehrzahl der Bedenken, die gegen ein Trennmodell angeführt werden, letztlich nicht zwingend für die heute übliche Organisationsform spricht.

Sollte – nicht zuletzt unter Umsetzung der europarechtlichen Vorgaben – die Einführung des Trennmodells unumgänglich werden, darf die Diskussion um eine Neuordnung der Grundstrukturen dieses Bereiches kein Tabuthema sein. Der Rettungsdienst als Gefahrenabwehr bestimmt den Grad des administrativen Zugriffs und der Organisation – nämlich als öffentliche Aufgabe. Die Durchführung dieser Aufgabe kann dann privaten Institutionen übertragen werden. Die letzte Verantwortung – auch politisch gesehen – verbleibt jedoch bei den staatlichen Aufgabenträgern, die die Garantie für eine bestmögliche Umsetzung zu übernehmen haben. Hierzu gehören auch die notwendigen Bemühungen einer effektiven und wirtschaftlichen Wahrnehmung der Aufgabe Rettungsdienst. Dabei kann durchaus die Suche nach Synergieeffekten eingeschlossen werden. Die Forderung nach besserer Verzahnung zwischen präklinischer Versorgung und stationärer Behandlung führt konsequenterweise zu der unvoreingenommenen Diskussion darüber, letztlich

Notfallversorgung und klinische Behandlung in einen gemeinsamen Bereich zu integrieren. Dies gilt zumindest für die Regionen, in denen die Krankenhausbünde eine derartige Überlegung umsetzbar erscheinen lässt.

Ausdrücklich betont werden soll, dass eine Freigabe des Krankentransports nicht automatisch die Rückverweisung in die Regelungskompetenz des Personenbeförderungsgesetzes bedeutet. Die Bundesländer bleiben nach wie vor für die Gestaltung auch dieses Bereichs der Krankenförderung zuständig (siehe auch Bericht der Arbeitsgruppe „Strukturfragen“ unter II. 2.2.3).

3. Sonstige Aufgaben

Hinsichtlich der Abgrenzung des Krankentransports zur Behindertenbeförderung bleibt festzuhalten, dass die Behinderung in aller Regel keine Krankheit im engeren Sinne darstellt. Daher ist die Beförderung dieser Personen grundsätzlich keine Aufgabe des Rettungsdienstes.

Organtransporte, Blutkonserven- und Medikamententransporte sowie die Heranführung von Spezialisten müssen zwar im Einzelfall zur Versorgung lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter aus zeitkritischen Erwägungen schnell durchgeführt werden. Der hierfür u.U. notwendige Einsatz von Blaulicht und Sondersignalen macht aber grundsätzlich nicht den Einsatz des Rettungsdienstes zwingend. Die Voraussetzung der Schnelligkeit kann und muss gegebenenfalls durch andere Maßnahmen gesichert werden. Diese Feststellung schließt auf der anderen Seite nicht aus, dass im Einzelfall auch der öffentlich-rechtliche Rettungsdienst für einen derartigen Auftrag in Anspruch genommen werden kann.

Einsätze bei einem Massenansturm von Verletzten stellen eine besondere Situation im Rettungsdienst dar, die hier nicht im Einzelnen erörtert werden soll (siehe den Bericht der Arbeitsgruppe „Massenansturm von Verletzten“ des Ausschusses „Rettungswesen“ vom 25. Januar 2001¹⁾). Es ist zu beachten, dass dieser Aufgabenbereich nicht ausschließlich dem Rettungsdienst zugeordnet ist, sondern hierzu verschiedentlich Vorschriften aus dem „Katastrophenschutz“ Anwendung finden (siehe z.B. die Regelungen in Rheinland-Pfalz, das u.a. die Stellung des Leitenden Notarztes und des Organisatorischen Leiters nicht im Rettungsdienstgesetz, sondern im Brand- und Katastrophenschutzgesetz erfasst hat).

4. Rettungsdienst als „Sozialfeuerwehr“

Die Auswirkungen sozial relevanter Komponenten auf das System Rettungsdienst müssen verstärkt berücksichtigt werden. Sie stellen offenbar in nicht wenigen Fällen einen Anlass für Anforderungen des Rettungsdienstes dar, wobei die Behandlung psychiatrischer Notfälle im engeren Sinne durchaus einzubeziehen ist. Die Problematik der ärztlichen psychischen Betreuung über rein medizinische Aspekte hinaus nimmt auch für die Tätigkeit des Hausarztes und für die besondere Rolle der Patienten-Arzt-Beziehung inzwischen einen hohen Stellenwert ein. Daher soll und muss gerade in diesem Bereich eine verbesserte Koordination zwischen dem Notarzt des Rettungsdienstes und dem Hausarzt des (kassen-)ärztlichen Bereitschaftsdienstes umgesetzt werden. Der Notarzt ersetzt nicht selten den Hausarzt, wobei notfallmedizinische Gründe für den Einsatz häufig gar nicht vorliegen. (Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass sich die Problematik der gegenseitigen Abgrenzung häufig und vorrangig aus einer unzureichenden Organisation und Durchführung der ambulanten Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten ergibt, siehe unter III. 1.2.5.)

1) Im „Handbuch des Rettungswesens“ abgedruckt unter B III. 0.5.7.

Die Ansätze zur Lösung dieser Problematik sind zu verstärken. Zu nennen sind eine bessere Abstimmung mit sonstigen sozialen Diensten wie der Telefonseelsorge und anderen vergleichbaren Angeboten, aber auch mit den im sozialen Bereich tätigen kommunalen Dienststellen und vergleichbaren Institutionen. Die Aufklärung der Bevölkerung, an welche Stelle man sich im einzelnen Notfall wenden kann, ist zu verbessern.

Von diesem Einsatzspektrum ist das Tätigwerden der „Notfallmedizin“ in psychosozialen Krisen zu trennen, die sich ihrerseits aus Belastungen des Personals im Rettungsdienst bei besonders schwierigen Einsätzen ergeben. Das Thema Krisenintervention im Rettungsdienst ist daher von bisher wenig beachteter Bedeutung und sollte verstärkt aufgegriffen werden.

5. Rettungsdienst als Teil der „Rettungskette“

Der Rettungsdienst ist Teil der Rettungskette und somit im Ablauf dieser Gesamtsystematik zu betrachten, welche sich wie folgt zusammensetzt:

- Sofort-(Ersthelfer-)maßnahmen, Laienhilfe am Notfallort,
- Notfallmeldung,
- (präklinische) Versorgung und Transport durch den **Rettungsdienst**,
- Aufnahme zur Weiterversorgung in einer (geeigneten) Behandlungseinrichtung.

In die Diskussion um den Erfolg und die Qualität des Rettungsdienstes sind daher folgende Probleme einzubeziehen:

- Entdeckungszeit,
- Erste Hilfe (in der Regel durch medizinische Laien) und Alarmierung des Rettungsdienstes
- therapiefreies Intervall vom Notfallereignis bis zum Eintreffen qualifizierter Hilfe,
- gegebenenfalls anschließende stationäre Behandlung (mit der besonderen Nahtstelle Rettungsdienst – Notaufnahme).

Besondere Bedeutung ist deshalb folgenden Aufgabenfeldern zuzumessen:

- Einführung einer einheitlichen Notrufnummer und deren Aufschaltung auf gemeinsame Einsatzzentralen für alle Arten medizinischer Hilfeersuchen. Dem medizinischen Laien kann und darf nicht die Entscheidung darüber überlassen bleiben, welche Hilfe er bei welcher Stelle im konkreten Einzelfall anfordern muss.
- Verstärkung der Erste-Hilfe-Ausbildung bereits in Kindergärten und Schulen, denn gerade Kinder und Jugendliche sind leichter für die Notwendigkeit dieser Fähigkeiten zu motivieren.
- Die Thematik „First Responder“ ist eingehend zu erörtern und nach effizienten Lösungsmöglichkeiten gerade im Bereich der vorhandenen Strukturen zu suchen. Ein Wettbewerb zwischen den verschiedenen Hilfsorganisationen um „ihren jeweiligen Anteil“ an diesem System hat hinter der Forderung nach sachgerechter Hilfeleistung zurückzustehen. Dabei sollte die Einbeziehung auch von niedergelassenen Ärzten kein Tabu-Thema sein. Andererseits kann und darf ein derartiges System nicht die Einhaltung der Hilfsfrist gewährleisten, sondern sollte lediglich dazu dienen, das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes durch Erst-Maßnahmen sinnvoll zu überbrücken.

III. Qualität im Rettungsdienst

Die unterschiedlichen externen und internen Kunden des Rettungsdienstes gehen mit ganz unterschiedlichen Erwartungen an dieses System heran. Der betroffene Patient erwartet ein Optimum quasi ohne Rücksicht auf dessen Finanzierung, gegebenenfalls unterstützt vom Bestreben der Mitarbeiter im Rettungsdienst, alle technischen Möglichkeiten zu nutzen. Die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen diskutieren auch diesen Bereich – wie bereits dargestellt – unter dem vorrangigen Blickwinkel der bloßen Kosteneinsparung.

1. Strukturqualität

1.1 Rahmenvorgaben

1.1.1 Bundesebene

Die Forderung nach Qualität im Rettungsdienst bewegt sich insofern auf unsicherem Boden, als dieser Bereich des Gesundheitssystems – obwohl als präklinische Behandlung für die anschließende stationäre Versorgung und eventuelle Reha-Maßnahmen von entscheidender Bedeutung – nicht unter die Krankenbehandlung der gesetzlichen Krankenversicherung in § 27 Abs. 1 SGB V aufgenommen ist. Er unterliegt vielmehr als Teil der Gefahrenabwehr der Gesetzgebungskompetenz der einzelnen Bundesländer.

Die Forderung nach Qualität und deren Sicherung auch im Rettungsdienst ergibt sich jedoch indirekt durch die Bezugnahme auf die Paragraphenfolge § 60 Abs. 3 Nr. 3 mit § 133/§ 135 a sowie § 2 mit § 12 und § 70 SGB V. Qualität ist in den drei zuletzt genannten Bestimmungen eine vorgegebene Anforderung an die zu erbringenden medizinischen Leistungen. Dies gilt in gleicher Weise für den Rettungsdienst, auch wenn er für die gesetzliche Krankenversicherung bisher lediglich hinsichtlich der Kostenerstattung der Beförderungsleistungen existiert.

Angesichts dieser Sachlage gibt es im Grunde genommen nur eine sachgerechte Lösung: Der Rettungsdienst ist als eigenständiger Bestandteil in die Krankenbehandlung des § 27 SGB V zu übernehmen und dort als Teil der gesetzlichen Krankenversicherung zu regeln. Die Vorschriften über die Qualität medizinischer Behandlung können dann unmittelbar und verbindlich Anwendung finden. (Anzumerken ist, dass der Bericht „Strukturfragen“ schon 1996 diese Forderung der Einbeziehung in das SGB V ausdrücklich vorgetragen hat.)

1.1.2 Länderebene

Der Rettungsdienst ist als Teil der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr auf der Ebene der Bundesländer geregelt. Zum generellen Umfang der Ländervorschriften wird auf den Bericht „Strukturfragen“ des Ausschusses Rettungswesen verwiesen, welcher weiterhin inhaltlich seine volle Gültigkeit behält. Die Kernaussage für den Komplex „Vorschriften über Qualität“ lautet: Wenn schon kein Mustergesetz erreichbar ist, dann wenigstens Harmonisierung zur Vergleichsmöglichkeit!

Nach den Ländergesetzen ist die Versorgung mit Leistungen der Notfallversorgung und des Krankentransports wie folgt zu sichern:

- flächendeckend,
- zeitnah,
- dauerhaft,
- fach- und bedarfsgerecht,
- ausreichend,
- zweckmäßig und wirtschaftlich.

Diese Punkte stellen die Basis für die Definition und Umsetzung des Systembegriffs Rettungsdienst dar. Der so genannte Sicherstellungsauftrag verlangt eine entsprechende Funktionsgarantie. Organisationsmängel können durchaus zu Haftungsansprüchen des Patienten und/oder seiner Angehörigen führen. Auch dieser Gesichtspunkt muss bei den folgenden Überlegungen eine Rolle spielen.

In den Rettungsdienstgesetzen der Länder sind jedoch ausdrückliche Vorschriften zur Qualität und/oder Qualitätssicherung selten. Eine wirklich umfassende Regelung zum Gesamtkomplex Qualität gibt es nicht. Meist beschränken sich die Vorschriften innerhalb der Finanzierung des Rettungsdienstes auf folgende Forderungen:

- wirtschaftliche und sparsame Betriebsführung auf der Basis einer leistungsfähigen Organisation,
- Kosten eines „wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes“,
- Leistungsentgelte nur auf der Grundlage einer bloßen Kostendeckung von betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten,
- reine Wirtschaftlichkeitsberechnung.

Die in den Ländergesetzen vorgesehene Aufsicht über die Durchführung des Rettungsdienstes bezieht sich in der Regel auf eine verwaltungsmäßige Überwachungsfunktion hinsichtlich der Einhaltung der gesetzlichen und sonst festgelegten Vorgaben durch die jeweiligen Aufgabenträger. Sie umfasst danach in erster Linie lediglich die Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit der Durchführung des Rettungsdienstes.

Gelegentlich wird das Thema Qualität in den Landesrettungsdienstgesetzen indirekt angesprochen.

So lässt z.B. **Baden-Württemberg** in § 32 RettDG die Verwendung der im Rettungsdienst anfallenden Daten für „Zwecke der Qualitätssicherung und Effizienzkontrolle“ zu.

Bayern kennt im Art. 27 RettDG eine ähnliche Regelung. Ferner ist in Art. 32 die Funktion des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst angesprochen. Allerdings muss festgehalten werden, dass es sich diesbezüglich „nur“ um eine Erprobung handelt! Die bisherigen Erkenntnisse aus dieser Erprobung führen jedoch aller Voraussicht nach zu einer dauerhaften Implementierung dieser Funktion.

Brandenburg geht bei der Finanzierung von einer „qualitätssichernden Organisation“ aus.

Hessen weist in § 26 HRDG auf die Voraussetzungen der „sonstigen Qualitätssicherung“ hin.

Nordrhein-Westfalen schreibt in § 12 des Rettungsdienstgesetzes pauschal die Festlegung „weiterer Qualitätsanforderungen“ in den Bedarfsplänen der kommunalen Aufgabenträger vor.

Thüringen verfügt in § 20 RettDG über eine Baden-Württemberg und Bayern vergleichbare Regelung der Verwendung anfallender Daten für Qualitätssicherung und Effizienzkontrolle.

Eine umfassende Regelung des Gesamtkomplexes „Qualität“ und „Qualitätssicherung“ ist demnach – soweit angesichts der Vielzahl der Ländervorschriften eine Übersicht überhaupt möglich ist – bisher in keinem Bundesland erfolgt.

1.1.3 Sonstige Regelungen

Sonstige Regelungen wie die Empfehlungen der Fachverbände, der Bundes- und Landesärztekammern (Fachkundenachweis Rettungsdienst, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

u.Ä.) sind zu berücksichtigen. Die auf der Grundlage der Empfehlungen der DIVI erstellten Einsatzprotokolle für Einsätze mit und ohne Notarztbeteiligung bzw. für den Intensivtransport können als anerkannte Basis für die Dokumentation der rettungsdienstlichen Leistungen herangezogen werden. Die Ergebnisse des noch laufenden Projekts der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) zur Einführung einer bundesweit gültigen Referenzdatenbank Rettungsdienst und die Erörterungen der diese Untersuchung begleitenden Arbeitsgruppe sind einzubeziehen. Diese Bestrebungen sind schon allein deshalb zu begrüßen, weil die Erreichung von Qualität und deren Sicherung bundesweit einheitliche Dokumentationen aller Einsätze des Rettungsdienstes auf der Grundlage einheitlicher Definitionen erfordert.

Ziel des Projekts der BASt ist daher die Erweiterung der Überprüfung des Systems Rettungsdienst um den zentralen Aspekt der Qualität rettungsdienstlicher Leistungen. Grundlage der Überprüfung der Qualität rettungsdienstlicher Leistungen muss jedoch stets die Überprüfung der Qualität der Dokumentation dieser Leistungen bilden. Die Verwendung von Einsatzprotokollen auf der Grundlage der DIVI-Empfehlungen stellt einen ersten Schritt für die dazu notwendige einheitliche Dokumentation und damit für die Untersuchung der erbrachten Leistungen dar. Durch die einheitliche Auswertung der Einsatzprotokolle kann die Basis für ein effektives Qualitätsmanagement im Rettungswesen geschaffen werden. Dazu werden beispielhaft Kennzahlen aus diesen Protokollen für die Zwecke einer bundesweiten Auswertung erarbeitet. Auf Grund der hierbei gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen wird geprüft, inwieweit das bisherige Hochrechnungsverfahren der Leistungsanalyse ergänzt und auf eine neue Datenbasis umgestellt werden kann. Die Umsetzung einer künftigen Bundesberichterstattung zum Rettungswesen kann dadurch erleichtert werden. Die Projektarbeiten werden durch einen forschungsbegleitenden Arbeitskreis unterstützt, dem die wesentlichen am Rettungsdienst beteiligten Institutionen angehören.

Die bisherigen Ermittlungen der Leistungen des Rettungsdienstes durch die BASt erfassen vornehmlich organisatorische und zeitliche Strukturen. Nicht enthalten sind Verknüpfungen zu Qualität und Effizienz der Leistungen. Gerade Aussagen zu entsprechenden Zusammenhängen sind jedoch von größerer Relevanz als bloße Auflistungen der in den bisherigen Leistungsdarstellungen enthaltenen Parameter.

Im Übrigen liegen umfassende wissenschaftliche Untersuchungen und Erfahrungen dahingehend vor, dass Leitlinien in den verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Bereichen – und damit auch im Rettungsdienst – zu einer Steigerung von Qualität und zu mehr Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung beitragen können. Die verschiedenen ärztlichen Fachgesellschaften werden sich dieser Thematik besonders widmen. Eine verstärkte Zusammenarbeit der am Rettungsdienst Beteiligten ist sinnvoll und notwendig.

Der medizintechnische Bereich des Rettungswesens (siehe den gesamten Komplex der DIN bzw. DIN EN sowie die Vorschriften über Medizinprodukte) und die sich daraus ergebenden Folgerungen für Qualitätsansprüche müssen wesentlich stärker als bisher beachtet werden. Insofern sind Bestrebungen, für den gesamten Sachbereich einen „full service“ vorzuhalten, durchaus angebracht. Denn die Debatte um Qualität darf sich nicht nur auf die Fort- und Weiterbildung für das rettungsdienstliche Personal beschränken.

1.1.4 Auswirkungen der Europäischen Integration

Die europäische Integration wird neben dem demographischen Wandel (siehe unter I.4) entscheidend die zukünftige Entwicklung der Gesundheitspolitik bestimmen. Dies gilt insbesondere für die immer nachdrücklicher vorgetragene Forderung nach mehr Wettbewerb auch im Rettungsdienst. Hieraus ergeben sich Folgerungen, die eingehend erörtert werden müssen. Zwar mag die grundsätzliche Auffassung zutreffen, ein zukunftsfähiges Ge-

sundheitssystem könne durch mehr Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gesichert werden. Dies kann aber vorrangig nur für Leistungen gelten, die der Kunde freiwillig in Anspruch nimmt, bei denen eine Wahlmöglichkeit besteht und er auf Angebote entsprechend reagieren kann. Dazu zählt, dass der Patient einen bestimmten Arzt seines Vertrauens aufsucht oder sich für ein bestimmtes Krankenhaus auf Grund der dortigen, ihm bekannten optimalen Versorgungsstruktur entscheidet.

Die Leistungen der Notfallversorgung werden dagegen in aller Regel nicht freiwillig im eigentlichen Sinne der Auswahl einer Dienstleistung in Anspruch genommen. Der Notfallpatient ist darauf angewiesen, dass das nächstbefindliche geeignete Rettungsmittel in möglichst rascher Reaktionszeit eingesetzt wird und dass ihm dessen Besatzung die erforderliche notfallmedizinische Versorgung zukommen lässt. In den meisten Fällen hat der Kunde in dieser Hinsicht keine Wahlmöglichkeit, sofern er seine Wahl auf Grund seines gesundheitlichen Zustandes überhaupt noch zum Ausdruck bringen könnte.

Voraussetzung für dieses zu jeder Zeit verfügbare und flächendeckende Angebot ist jedoch, dass der Rettungsdienst als Teil der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr auch in strukturschwachen und weniger dicht besiedelten Regionen rund um die Uhr in gleicher Qualität zur Verfügung steht wie in Ballungsgebieten. Gerade bei den Überlebenschancen in schweren medizinischen Notfällen sind deshalb unter Beachtung des Anspruchs auf gleiche Lebensbedingungen die Begriffe Konkurrenz und Wettbewerb in diesem Sektor der Patientenbehandlung mit Vorsicht zu gebrauchen. Ein stärkerer Wettbewerb der Leistungsanbieter kann nur dort in Betracht kommen, wo der Kunde eine Wahlmöglichkeit hat. Dies wäre aber im Rettungsdienst – zumindest in der eigentlichen Notfallversorgung – wegen der geringen Dichte der Rettungswachen kaum umsetzbar. Daher scheidet auch eine Ausschreibungspflicht nach der europäischen Dienstleistungsrichtlinie für diese Leistungen im Grunde genommen aus. Anders lautet diese Prämisse beim Krankentransport – also wäre unter dieser Perspektive das Trennmodell durchaus einer Diskussion wert.

Allerdings könnte das Urteil des EuGH vom 25. Oktober 2001 ¹⁾ in der Rechtssache C-475/99 ein Hinweis darauf sein, dass letztlich ein Trennmodell im Rettungsdienst nicht zwingend erforderlich erscheint, vielmehr eine organisatorische Verbindung zwischen Notfall- und Krankentransport bis hin zu einer „Mischfinanzierung“ durchaus zulässig ist. Zudem stellt diese Entscheidung ausdrücklich fest, dass Zulassungsbeschränkungen – wie im vorliegenden Fall § 18 Abs. 3 RettDG Rheinland-Pfalz – nach Artikel 90 Abs. 2 EG-Vertrag insoweit gerechtfertigt sind, als die mit der Aufgabe Rettungsdienst betrauten Sanitätsorganisationen ihrerseits in der Lage sind, die Nachfrage im Bereich der Leistungen des Notfall- und Krankentransports zu decken. Eine Ablehnung zusätzlicher Genehmigungen an private Unternehmen wird also in Zukunft diese Prämisse beachten und im Einzelfall eingehend überprüfen müssen.

1.2 Parameter

1.2.1 Infrastruktur und Organisation

Ein effizienter Rettungsdienst ist wesentlich von einem ausreichenden Größenzuschnitt der Einsatzbereiche abhängig.

1) Nähere Informationen zum Urteil des EuGH finden Sie auf unserer Internetseite (rettungswesen-handbuch.de). Das Urteil wird mit einer der nächsten Ergänzungslieferungen im „Handbuch des Rettungswesens“ veröffentlicht.

Rettungsleitstellen sind grundsätzlich als Integrierte Leitstellen unter Einbeziehung der Alarmierung von Brand- und Katastrophenschutz zu betreiben. An diesen Zentralen sind sämtliche medizinischen Hilfeleistungssuchen zu bündeln, insbesondere Anforderungen an den Bereitschaftsdienst der kassenärztlichen Vereinigungen.

Die technische Ausstattung dieser Integrierten Leitstellen – aber auch ihre bauliche Unterbringung – muss sich an den modernen Möglichkeiten ausrichten. Gerade die Umsetzung und die Finanzierung der neuen Techniken (Digitalfunk) muss besonders erörtert und es müssen Lösungsvorschläge erarbeitet werden. Insbesondere ist bei der geplanten Umsetzung des Digitalfunks in Deutschland bis zur Fußball-Weltmeisterschaft 2006 auf die Gleichbehandlung aller BOS (Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben) zu achten. Keinesfalls darf der Polizeibereich gesondert betrachtet werden.

Standorte von Rettungswachen sind nach objektiven Kriterien, nicht nach regionalen und kommunalpolitischen Vorgaben festzulegen. Anpassungen der Standorte an ein räumlich verändertes Einsatzgeschehen dürfen nicht von vorneherein ausgeschlossen sein. Für die bauliche Unterbringung und Ausstattung der Rettungswachen sind definierte Standards in Größe und Funktion festzulegen.

Die zielgerichtete Koexistenz von bodengebundenen Rettungsmitteln und Luftrettungsmitteln – Stichwort Konkurrenz und Auslastungswettbewerb – ist für eine effiziente Rettungsmittelinfrastruktur anzustreben. Hierzu zählt eine Zusammenarbeit über die Grenzen von Rettungsdienstbereichen, Bundesländern und Staatsgrenzen hinweg. Dies gilt insbesondere für die Durchführung von Intensivverlegungen. Länderübergreifende Kooperationen und Abstimmungen über Zahl und Standorte von Rettungs- und Intensivtransporthubschraubern sind unabdingbar. Die Finanzierbarkeit der Luftrettung muss sich an sachlichen Kriterien von Effizienz und Wirtschaftlichkeit, nicht an den Interessen der unterschiedlichen Beteiligten ausrichten. Die mit einer eventuellen zeitlichen Ausdehnung der Einsatzbereitschaft der Luftrettung verbundenen Auswirkungen müssen eingehend überprüft werden. Hierbei erscheint die Beschränkung der Einsatzbereitschaft auf die Zeit bis 22.00 Uhr als ein diskussionswerter Kompromiss.

1.2.2 Personalqualifikation

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter im Rettungsdienst muss über den Erwerb reinen Wissens hinaus weitere Kompetenzen wie z.B. Teamfähigkeit umfassen. Es liegt im eigenen Interesse der Leistungserbringer, wenn das eingesetzte Personal neben der rein formalen Sachqualifikation über weitere Fähigkeiten verfügt, die letztlich ein Element und Potenzial zur weiteren Entwicklung des übernommenen Aufgabenbereiches darstellen. Eine erfolgreiche Mitarbeitermotivation ist für die Steigerung der Qualität unerlässlich, eine transparente und logische Führungs- und Organisationsstruktur mit entsprechenden Kompetenzen auf den unterschiedlichen Unternehmensebenen trägt entscheidend zur Erreichung der gestellten Ziele bei.

Die Inhalte der Ausbildung des Rettungsdienstpersonals müssen daher überdacht werden. Auf die Problematik der Behandlung psychisch kranker Menschen („wenn der Patient die Nerven verliert“) ist hinzuweisen. Hier sind Übungen zu integrieren, um Belastungen im Berufsalltag besser aushalten zu können („Plädoyer für die persönliche Robustheit“).

1.2.3 Notärzte

Das bereits angesprochene Problem des zunehmenden Einsatzes von Notarzt und Rettungsdienst als „Sozialfeuerwehr“ muss berücksichtigt werden. Notärzte sollen über die notfallmedizinische Ausbildung hinaus zusätzlich über gesellschaftsbezogene Kenntnisse und Erfahrungen verfügen. Auch beim nichtärztlichen Personal kann unter dem zuletzt

genannten Gesichtspunkt eine stärkere Verzahnung zwischen dem reinen Hilfsberuf und sozialpflegerischen Berufsaspekten sinnvoll sein.

In weiten Teilen Deutschlands werden die Notärzte des Rettungsdienstes vom Personal der Krankenhäuser des Einsatzbereichs gestellt. Bei der Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Entgeltsystems auf der Basis sogenannter „Diagnosis Related Groups (DRG)“ im Krankenhaussektor müssen daher – wie bereits erwähnt – die Auswirkungen dieser Neuregelung auf das Notarzt-System wesentlich stärker als bisher geschehen beachtet und einbezogen werden.

Diese Diskussion erscheint umso notwendiger, als gerade in der Fläche kleinere Krankenhäuser geschlossen oder zumindest in bestimmten Fachabteilungen Arztstellen abgebaut werden könnten. Die die Qualifikation, die Bestellung und letztlich die Bezahlung der Notärzte betreffende Problematik könnte durch eine Einbeziehung dieses Bereichs in das SGB V wohl leichter gelöst werden (siehe hierzu den Bericht der Arbeitsgruppe „Strukturfragen“ unter Punkt II 3.1.2). Diese Debatte würde auch die Teilfrage der Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte zur Mitwirkung am Notarzdienst betreffen.

Unter Umständen ist auch eine Diskussion des Gedankens der Einrichtung von Notarzt-Zentren an zu definierenden (größeren) Krankenhäusern notwendig. Dieses erleichtert zwar auf der einen Seite die Bereitstellung und vor allem die personelle Besetzung der erforderlichen Arztstellen. Andererseits sind die sich daraus ergebenden logistischen Probleme der Heranführung des Notarztes und/oder der Beförderung des Patienten über größere Entfernungen als gegenwärtig zu lösen.

1.2.4 Einbeziehung niedergelassener Ärzte

Die zur Verfügung stehende Zahl der Notärzte aus dem Bereich der Krankenhäuser ist begrenzt. Will man jeden Notfallpatienten auch von einem Arzt behandeln lassen, ist daher die stärkere Beteiligung der niedergelassenen Ärzte notwendigerweise zu diskutieren. Der Bericht „Strukturfragen“ hat unter Punkt II. 3.1.2. zu dieser Problematik ausgeführt, dass – insbesondere in ländlichen Regionen – die Krankenhäuser allein die notärztliche Versorgung nicht garantieren können. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn die Hilfsfrist nicht nur für den Rettungsdienst generell, sondern konkret auch für den Einsatz des Notarztes umgesetzt werden muss. In diesem Fall erscheint die Mitwirkung der Vertragsärzte der kassenärztlichen Vereinigungen unverzichtbar.

Bei aller Kritik der „reinen“ Notärzte an der Qualifikation ihrer niedergelassenen Kollegen muss auch das Thema der Mitwirkung dieser Ärzte am Rettungsdienst selbst ohne Vorurteile erörtert werden, neben der aufgezeigten Diskussion um die bessere Kooperation von Rettungsdienst und (kassen-)ärztlichem Bereitschaftsdienst allgemein. Dabei kann sich diese Auseinandersetzung auf die beiden Teilaspekte Einsatz im Rahmen eines Erst-Helfer-Systems, aber auch den Einsatz im eigentlichen Notarzdienst beziehen. In ländlichen Bereichen ohne den möglichen Rückgriff auf Krankenhausärzte sollten die meist in allen (auch kleineren) Gemeinden vorhandenen Arztpraxen nicht völlig außer Betracht bleiben. Deren Zahl ist grundsätzlich höher als die Dichte der Standorte von Rettungswachen und/oder Notarztssystemen. Man muss von einem niedergelassenen Arzt in der heutigen Zeit erwarten können, dass er eine qualifizierte Erst-Hilfe selbst leisten oder einen First Responder sachgerecht unterstützen kann. Im Medizinstudium und der späteren praktischen Tätigkeit muss daher die Notfallmedizin einen wesentlich höheren Stellenwert erhalten.

1.2.5 Nichtärztliches Personal

Hinsichtlich der Qualifikation der nichtärztlichen Mitarbeiter im Rettungsdienst (Rettungsassistenten, Rettungsassistenten, Rettungshelfer) ist eine umfassende Debatte über die

Novellierung des Rettungsassistentengesetzes zu fordern. Der „Missbrauch“ des Quereinstiegs nach § 8 Abs. 2 RettAssG, der diesen eigentlich als Ausnahme gedachten Weg zum Beruf des Rettungsassistenten schon fast zur Regel werden ließ, muss beseitigt werden. Die Prüfung muss an das Ende der Ausbildung gelegt werden. Inhaltlich sind die Kompetenzen der nichtärztlichen Mitarbeiter genauer gegen die Aufgaben der Notärzte abzugrenzen. Hieraus sind gegebenenfalls Schlussfolgerungen auch für die Dauer der Ausbildung zu ziehen. Sofern aus vorrangig berufspolitischen Gründen und zur Erleichterung eines Umstiegs in andere Heil-Hilfsberufe eine Verlängerung auf drei Jahre für sinnvoll gehalten wird, müssen die erheblichen organisatorischen, vor allem aber finanziellen Folgewirkungen erörtert und einer Lösung zugeführt werden. Dies betrifft z.B. die dann gegebene grundsätzliche Anwendbarkeit der bundesrechtlichen Berufsausbildungsvorschriften mit der Rückwirkung auf Berufsschulen, deren Personal sowie bauliche und sachliche Ausstattung.

Die zukünftige Abgleichung zwischen Hauptberuf und Ehrenamt muss einen besonderen Schwerpunkt bilden. Die Interessen des Patienten an einer qualifizierten Versorgung sind mit dem gesellschaftlichen Auftrag zu verbinden, möglichst vielen Menschen ein freiwilliges Engagement auch in diesem Sektor zu ermöglichen. Die Mitwirkung von Zivildienstleistenden darf nicht nur unter dem Gesichtspunkt billiger Arbeitskräfte betrachtet werden. Wesentlich ist auch die Chance, jungen Menschen zumindest zeitweise einen konkreten Bezug zur sozialen Wirklichkeit und deren Problematik zu ermöglichen, der ihnen letztlich Erfahrungen auch für ihr späteres Leben vermittelt.

1.2.6 Kooperation mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst

Nach den übereinstimmenden Aussagen vieler Fachleute liegt die relative Fehleinsatzquote beim Einsatz des Notarztes des Rettungsdienstes anstatt des Arztes des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes bei bis zu 30% (!). In allen diesen Fällen war ein Notarzt eingesetzt, obwohl die Behandlung durch den Arzt des KV-Bereitschaftsdienstes als Hausarzt medizinisch gesehen völlig ausgereicht hätte. Andererseits darf auch der „umgekehrte“ Fall nicht völlig außer Betracht bleiben: es wird der KV-Dienst angerufen, obwohl die Alarmierung eines Notarztes angebracht gewesen wäre. Während es in der ersten Variante vorrangig um die finanziellen Aspekte einer Überqualifikation des medizinischen Einsatzes geht, ist im zweiten Fall als wesentlich wichtigeres Ergebnis ein Fehleinsatz zu Lasten des Patienten festzustellen: auch das sollte thematisiert werden. Der Einsatz des Notarztes in Fällen, in denen die ambulante Versorgung ohne den technischen Aufwand des Rettungsdienstes ausreichend gewesen wäre, ist eigentlich ein typischer Fall der nicht selten im Gesundheitswesen insgesamt kritisierten Über- bzw. Fehlversorgung. Folglich könnte dies ein gesundheitspolitisches Thema sein.

Selten oder überhaupt nicht diskutiert wird das bereits angesprochene Problem des Einsatzes gerade von Notärzten als „Sozialfeuerwehr“. Da die Betreuungsperspektive nicht zuletzt auf Grund der erwähnten demographischen Entwicklung für die Hausarztpraxis in Zukunft voraussichtlich eine besondere Rolle spielen wird, sollte hier eine verbesserte Zusammenarbeit angestrebt werden.

Die verbesserte Information des Patienten und seine stärkere Beteiligung im Gesundheitswesen ist zurzeit ein aktuelles Thema. Daher sollte die Aufklärung über die unterschiedlichen Aufgaben der beiden Systeme Notarzt im Rettungsdienst und Arzt des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in diesen Prozess einbezogen werden. Allerdings sollten die Erwartungen an den mündigen Bürger zur sachgerechten Entscheidung in gesundheitlichen Akutsituationen nicht zu hoch angesetzt werden. Er hat in einer derartigen Ausnahmesituation in der Regel als medizinischer Laie zu beurteilen, ob der Rettungsdienst anzufordern ist oder der Hausarzt ausreicht. Die beste Lösung bleibt nach wie vor

die Bereitstellung einer einheitlichen medizinischen Notrufnummer, welche bei einer gemeinsamen Leitstelle für Rettungs- und kassenärztlichen Bereitschaftsdienst aufläuft. Der Anrufer braucht somit keine Vorentscheidung zu treffen, sondern das Fachpersonal in der Leitstelle entscheidet über die notwendigen Maßnahmen. Eine derartige medizinische Notfallnummer war mit der „115“ im Gebiet der früheren DDR vorhanden.

1.2.7 Neue Techniken im Rettungsdienst

Zur Erreichung von Qualität ist der Einsatz von Fahrzeugen, Geräten und Material notwendig, welche dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Daher soll an dieser Stelle nochmals auf die Anforderungen, aber auch die Möglichkeiten hingewiesen werden. So ist z.B. der Fahrkomfort von Krankenkraftwagen im Bezug auf die zu befördernden Patienten ein seltenes Thema, das aber für die Akzeptanz eben durch diesen Patienten durchaus größere Beachtung verdient.

Die Möglichkeiten der „Datenübertragung“ zwischen dem Einsatz-/Notfallort und der aufnehmenden Behandlungseinrichtung müssen stärker als bisher untersucht und dann auch eingesetzt werden – je früher die Notaufnahme und der weiterbehandelnde Arzt über den genauen Zustand des zu erwartenden Patienten unterrichtet sind, umso mehr steigen dessen Überlebens- und Heilungschancen.

2. Prozess- und Ablaufqualität

Einen der wesentlichen Aspekte der Diskussion um Qualität im Rettungsdienst stellt die Auseinandersetzung um Reaktionszeiten (Hilfsfristen) bzw. eine möglichst effektive Überbrückung des therapiefreien Intervalls durch den Rettungsdienst dar.

Struktur und Ablauf der rettungsdienstlichen Organisation müssen den gestellten Anforderungen entsprechen und dürfen nicht Ergebnis zufälliger Entscheidungen im jeweiligen Einzelfall sein. Die eingangs aufgezeigte Problematik des Zeitfensters zwischen dem Notfallereignis und dem Zeitpunkt der Notfallmeldung ist deshalb nochmals zu betonen. Verkürzungen dieses Zeitraums haben erhebliche Auswirkungen auf das Outcome des Notfallpatienten. Dabei ist zu überlegen, ob eine Angleichung der unterschiedlichen Hilfsfristvorgaben für Rettungsdienst und Brandschutz sinnvoll ist.

Für überregionale Analysen und Studien ist die bundesweit einheitliche Definition und Festlegung von Zeitpunkten des rettungsdienstlichen Ablaufgeschehens notwendig. Die Abstimmung einheitlicher Zeitpunktdefinitionen der für den Rettungsdienst zuständigen Bundesländer ist vorauszusetzen. Andernfalls ist eine Vergleichbarkeit von Zeitabläufen im bundesdeutschen Kontext von vornherein als unerreichbar zu betrachten.

Bei der Qualitätsprüfung der Einsätze des Rettungsdienstes sind zu beachten:

- Bearbeitungsabläufe und -zeiten in der Rettungsleitstelle (Dispositionszeit akzeptabel?),
- Ablauforganisation (Einsatzstrategie vorhanden und beachtet?),
- im Einzelfall durchgeführte Maßnahmen (wurde im Sinne einer Dispositionsqualität das richtige Rettungsmittel eingesetzt und war der Einsatz des Personals suffizient?).

Beispielhafte Themen für eine Einsatznachbereitung als Mittel der Qualitätskontrolle und -sicherung sind:

- War der Rettungsmiteinsatz (RTW und/oder NEF oder RTH) bedarfsgerecht, und ist das für die Notfallsituation adäquate Rettungsmittel eingesetzt worden bzw. warum wurde es nicht alarmiert?
- Waren die Dispositions- und Ausrückzeiten, die Fahrzeiten und -routen zum Einsatzort und von dort zum Krankenhaus optimal?

Ausdrücklich anzumerken ist, dass die Erörterungen der Qualität auch für die Mitarbeiter des Rettungsdienstes selbst von Bedeutung sind: Erreichte Qualität vermindert die Frustration und stärkt das Selbstvertrauen der Betroffenen. Für die Qualitätspolitik sind zwar primär die Führungskräfte der Organisation / des Unternehmens verantwortlich – alle Mitarbeiter sind aber verpflichtet, an der Erreichung der gewünschten Qualität mitzuwirken.

3. Ergebnisqualität

3.1 Objektive Qualität

Objektive Kriterien für die Prüfung der Ergebnisqualität sind:

- Einhaltung gesetzgeberischer Vorgaben?
- Hilfsfristniveau sowie der Erreichungsgrad der Hilfsfrist als Ergebnis von infrastrukturellen und ablauforganisatorischen Maßnahmen in einem Rettungsdienstbereich.
- Ergebniserzielung der rettungsdienstlichen Leistungen auf einer effizienten, wirtschaftlichen Basis? Wäre dieses Ergebnis mit geringeren Kosten erreichbar gewesen?

3.2 Subjektive Qualität

Bei der subjektiven Qualität ist zunächst die Frage der Akzeptanz zu stellen. War der Patient mit der Behandlung zufrieden? Wie haben (Not-)Arzt und nichtärztliches Personal den Patienten behandelt? Wie ist das Personal nach außen aufgetreten? Der Umgang der Mitarbeiter mit dem zu betreuenden Personenkreis ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal, denn in der Notfallversorgung nimmt der Kunde die Leistung nicht freiwillig und nach eigener Auswahl in Anspruch. Er kann häufig auf Grund seines gesundheitlichen Zustands auch gar keine Entscheidung treffen. Gibt es überhaupt Untersuchungen, wie die Arbeit des Rettungsdienstes aus der Sicht der Patienten beurteilt wird?

Dabei ist ausdrücklich festzuhalten, dass auch die Angehörigen des Patienten und eventuell sonstige, ihn vor dem Einsatz des Rettungsdienstes betreuende Personen in Maßnahmen zur Bewältigung des Notfallereignisses zu integrieren sind.

Der Bereich der Wartezeiten innerhalb des Krankentransports ist ein häufig ungelöstes Problem, da viele Anbieter/Verbände diesen Aspekt von Qualität noch nicht ausreichend beachtet haben. Allerdings soll und muss hier – wie bereits dargestellt – zwischen dringlichen und nicht dringlichen Krankentransporten unterschieden werden. Bei zeitlicher Dringlichkeit ist die Festsetzung einer maximalen Wartezeit von 30 bis 40 Minuten sicher sachgerecht. Aber auch bei nicht dringlichen, zeitlich also nicht fixierten Beförderungen gehört eigentlich eine halbwegs zumutbare Wartedauer zu den Qualitätsmerkmalen. Zumindest könnte z.B. im abgebenden Krankenhaus für die zu entlassenden Patienten eine Wartezone mit bestimmten Versorgungsmöglichkeiten geschaffen werden, die (eventuell

als gemeinsamer Kundendienst beider Leistungserbringer) das Abwarten eines Krankentransportwagens erleichtert.

Auf die aktuell diskutierte Frage einer größeren Beteiligung der Patienten bei Entscheidungen über Gesundheitsfragen soll hingewiesen werden. Hierbei dürfte allerdings eine Rolle spielen, dass der Nutzer des Rettungsdienstes bei der eigentlichen Notfallversorgung – wie erwähnt – nicht als Kunde mit entsprechender Wahlfreiheit bzw. -möglichkeit auftreten kann. Im Bereich des Krankentransports kann dagegen – auch im Hinblick auf das genannte Thema der Wartezeiten – eine Einbeziehung der Betroffenen durchaus sinnvoll sein. Das Nutzerverhalten soll in diesem Teilbereich durchaus eine Rolle spielen, z.B. wenn ein Patient bei der Leitstelle ausdrücklich den Einsatz eines Fahrzeugs eines bestimmten Leistungserbringers wünscht. Eine stärkere Nutzerorientierung im Krankentransport kann und wird durchaus Spielräume für eine flexiblere, an den Patienteninteressen ausgerichtete Leistungserbringung schaffen.

Bei allem Streben nach Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Kosteneinsparung auch im Rettungsdienst darf bei der Ergebnisqualität der Patient selbst hinsichtlich der Erhaltung seiner Lebensqualität nicht außer Betracht bleiben. Hier muss aber auch erörtert werden, ob und in welchem Umfang ein Rechtsanspruch auf konkrete, sachgerechte Hilfe in einer bestimmten Zeit besteht. Lebenserwartung und eventuell verloren gegangene Lebensjahre sind durchaus sichere und relevante Bezugsgrößen zur Messung des durch den Rettungsdienst (in Verbindung mit der anschließenden klinischen Behandlung/Reha-Maßnahme) erzielten Erfolgs. Außerdem ist die Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten in die Beurteilung des Rettungsdienstes einzubeziehen.

Das Ergebnis von Qualität kann und muss aber letztlich auch aus der Sicht weiterer Beteiligter betrachtet werden. Neben den bereits genannten Angehörigen des Patienten haben Kostenträger, der Arbeitgeber des Patienten, Hersteller von Rettungsmitteln und sonstiger Technik sowie schließlich die Gesellschaft insgesamt jeweils unterschiedliche Erwartungen. Alle Überlegungen münden in der zugespitzten Fragestellung: „Was darf ein Menschenleben und seine Rettung im Einzelfall kosten“? Es sei aber auch der Hinweis erlaubt: „Muss und darf im Hinblick auf das Ergebnis immer das Optimum an Notfallmedizin eingesetzt werden?“ Diese Fragen muss die Gesellschaft auf ethischer Grundlage letztlich jedoch selbst beantworten.

IV. Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement

1. Vorbemerkungen

Qualitätskontrolle bedeutet im Sinne einer exakten Übersetzung des englischen Begriffs „quality control“ **Qualitätsbeherrschung** oder **-lenkung** (also nicht nur bloße „Überwachung“ im Sinne eines „quality test“). Es kann nicht darum gehen, Qualität nur für die Dauer einer Garantiezeit sicherzustellen, sondern sie soll und muss auf Dauer gewährleistet sein. Die beiden wesentlichen Aspekte wurden bereits angedeutet: Die Mitarbeiter müssen unter ihrer jeweiligen eigenen Verantwortung wissen, welche konkrete Aufgabe sie zu welchem Zeitpunkt und mit welchen Mitteln zu erfüllen haben. Unter dem Führungsgesichtspunkt müssen die Vorgesetzten überprüfen, ob die Mitarbeiter diese Vorgaben und Richtlinien – unter eigener Verantwortung – auch einhalten.

2. Datenerfassung und Datenauswertung

Um die somit vorgegebene Qualität zu erreichen bzw. den erreichten Standard zu halten, ist daher eine möglichst genaue und differenzierende Untersuchung der Ergebnisse notwendig. Hierzu sind Daten erforderlich:

- Welche Daten sollen in Anspruch genommen werden (z.B. getrennt nach Notarzteinsätzen, sonstigen dringlichen Rettungsdiensteinsätzen und qualifizierten sowie einfachen Krankentransporten)?
- Welche Erfassungsmöglichkeiten sind vorhanden (Telemetrie, Technik der Leitstellen usw.)?
- Eine umfassende und exakte Datenauswertung muss zur Verfügung stehen.
- Die Auswertung muss neutral sein und kann nicht durch den Leistungserbringer selbst erfolgen (hiervon bleibt die Prüfung des internen Qualitätsmanagements des jeweiligen Anbieters unberührt).

Bei der Erörterung um Daten, ihre Erhebung und Auswertung ist zwischen medizinischen und rein logistischen Daten zu trennen. Dabei sind die Abläufe im Rettungsdienst selbst von der anschließenden stationären Behandlung zu unterscheiden. Bei Letzterer ist wiederum der Sektor der Notaufnahme gesondert zu betrachten. Die Problematik dieser Schnittstelle – von vielen Fachleuten allerdings eher als „Bruchstelle“ bezeichnet – ist ein eigenes Thema. Es ist leider kein Einzelfall, dass den Anstrengungen zur Erreichung der Hilfsfrist oft unzureichende Organisationsstrukturen im Krankenhaus gegenüberstehen, die den durch den Rettungsdienst erreichten Zeitvorteil wieder zunichte machen. Zu diesem Problemkreis gehört auch, dass die Aufnahme in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus gesichert sein muss. Patiententourismus ist zu vermeiden und das Zielkrankenhaus genau zu definieren. Im Einzelfall muss wegen besserer Versorgung in einem weiter entfernten Krankenhaus eine längere Anfahrt zugelassen werden.

3. Datenschutz

Die Debatte um Erhebung und Auswertung von Daten führt heute zwangsläufig zur Problematik des Datenschutzes. Eine Feststellung sei hier vorab erlaubt: Der Hinweis auf den Datenschutz kann und darf nicht als Vorwand benutzt werden, um auf Untersuchungen und Erarbeitungen hierfür erforderlicher Unterlagen verzichten zu können. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der Patienten die Zustimmung zur Erhebung und Verwertung der erforderlichen Daten erteilen wird – in aller Regel werden sie das eher positiv als Interesse an ihrem weiteren Wohlergehen denn als unerwünschten Eingriff in ihre persönliche Informations-Selbstbestimmung ansehen.

4. Ergebnisprüfung

Bei der Betrachtung der Behandlung im Krankenhaus selbst wird die Ebene des Outcomes in der Kombination von Rettungsdienst und stationärer Behandlung noch kaum beachtet. Es mag zwar dahinstehen, ob die seit Jahren an sich erreichte Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus auch bei Notfallpatienten in erster Linie auf die Maßnahmen des Rettungsdienstes oder aber eher auf die Verbesserungen in der klinischen Behandlung zurückzuführen ist. Ein kausaler Zusammenhang kann nicht bestritten werden, so dass eine einheitliche Betrachtung als Gesamtkomplex gerechtfertigt ist.

In die Erörterung um die Qualität des Rettungsdienstes sind die sich der Notfallversorgung und der stationären Behandlung eventuell anschließenden Reha-Maßnahmen einzu beziehen. Die Zusammenhänge aller Bereiche sind besser zu beachten, bis hin zur Nachsorge im Rettungsdienst sowie zur Prüfung der Kundenzufriedenheit und der Motivation der Mitarbeiter.

5. Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement im Rettungsdienst sollte sich nicht nur auf die Ergebnisqualität konzentrieren, sondern vielmehr auch auf die Strukturen und Abläufe in der Erbringung der Dienstleistung Rettungsdienst. Den Leistungserbringern im Rettungsdienst obliegt die Umsetzung von Qualitätssicherungsvorgaben. Die Aufgabenträger sind jedoch durch die Vorgaben von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen ihrer Fachaufsicht wesentlich an diesem Prozess beteiligt. Dagegen sind bisher die Kostenträger noch nicht ausreichend in die Aufstellung von qualitätsbestimmenden Vorgaben eingebunden.

Das Qualitätsmanagement sollte zum Ziel haben, einen Prozess der ständigen Optimierung innerhalb des Unternehmens / der Organisation zu gewährleisten. Voraussetzungen dafür sind Planung, Entwicklung, Durchführung und Prüfung diesbezüglicher Abläufe. Die Ergebnisqualität im Rettungsdienst resultiert aus der Qualität der Strukturen (Infrastrukturplanung, Rettungsmittel, Qualifikation des Personals, Einhaltung von Standards). Qualitätsmanagement ist ein fortlaufender, dynamischer Prozess, welcher die Ist-Situation mit dem Soll-Zustand abgleicht und versucht, bestehende Unterschiede auszugleichen.

Qualitätsmanagement ist wesentlich vom Vorhandensein aussagekräftiger Daten abhängig. Liegen Daten in entsprechender Form vor und wird ihre Verwendung innerhalb eines Qualitätsmanagementprozesses angegeben, so ist zu prüfen, wie dieser Prozess aussieht. Wird ein „echtes“ Qualitätsmanagement durchgeführt oder werden diese Daten „nur“ ausgewertet oder werden sie gar ausschließlich archiviert?

Internes und externes Qualitätsmanagement sind zu unterscheiden. Primäre und sekundäre Technologie sind voneinander abzugrenzen. Diagnostik, Therapie, Reha-Maßnahmen einerseits, vorhandene Einrichtungen, ihre Verfahren und Leistungen andererseits sind zu verbessern.

Bei den personellen Voraussetzungen eines effizienten Qualitätsmanagements spielt der Ärztliche Leiter Rettungsdienst eine besondere Rolle. Seine rechtliche Stellung (Unabhängigkeit vom jeweiligen Leistungserbringer!), Finanzierung und sein Aufgabenbereich sind genau zu definieren. Für die Tätigkeit des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst ihrerseits ist eine hinreichende Kontrollfunktion zu sichern.

Es ist zu erörtern, ob und in welchem Umfang sonstige Funktionen erforderlich sind (z.B. Leiter Rettungsdienst bei den Leistungserbringern, Lehrrettungsassistent, Praxisanleiter, Supervision durch erfahrene Mitarbeiter).

Voraussetzung und Grundlage für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement liegen in einer exakten Datenerfassung und -auswertung. Auf die obigen Ausführungen wird verwiesen. Werden einheitliche Parameter und Definitionen sowie standardisierte Algorithmen verwendet?

Die Durchführung einer Zertifizierung nach DIN/ISO 9000 bleibt den einzelnen Leistungserbringern überlassen. Es muss ausdrücklich festgehalten werden, dass eine einmalige Bestätigung keinesfalls das fortlaufende, im Grunde genommen unbefristete Bemühen um Qualität in der alltäglichen medizinischen und zwischenmenschlichen Behandlung der Patienten ersetzen kann.

Die gleiche Feststellung gilt letztlich für die sicher auch im Rettungsdienst durchaus umsetzbare Einführung des Benchmarking-Gedankens: „durch Unternehmensvergleich von den Besten lernen“. Einerseits kann der Erbringer der „Dienstleistung“ Rettungsdienst durch die Festlegung eines für den Vergleich möglichen Standards oder Bemessungspunktes (englisch benchmark) selbst über den eigenen Kirchturm hinausschauen und damit über das Alltagsgeschäft hinweg nach neuen oder anderen Wegen suchen. Andererseits

muss dies ein permanenter Prozess sein, der die dauernde Lernbereitschaft voraussetzt und eine Aufgabe nie als erledigt ansieht.

V. Finanzierung

1. Auswirkungen der Finanzierungsproblematik

Reine Kosten-Nutzen-Analysen im Sinne betriebswirtschaftlicher Forderungen sind kaum umsetzbar. Dies liegt darin begründet, dass bei einer exakten Umsetzung die Erhebung der Kosten bei der Durchführung des Rettungsdiensteinsatzes beginnen müsste. Kosten für Behandlung und stationären Aufenthalt in der Klinik sind ebenso einzubeziehen wie die Kosten anschließender Reha-Maßnahmen. Zusätzlich sind bei entsprechenden Analysen die jeweiligen Nutzeffekte der einzelnen Abschnitte mit der Bedeutung des jeweiligen Nutzens für den anschließenden Behandlungsabschnitt zu verknüpfen. Ferner müssten konkrete Wertansätze zur Messung eventueller Einsparungen von Reproduktionskosten durch den Einsatz des Rettungsdienstes zur Verfügung stehen. Dies führt zu der schwierigen Entscheidung, letztlich das Alter des Patienten in die gesamte Diskussion einbeziehen zu müssen. Bestimmte Ursachen für den Einsatz des Rettungsdienstes bei Verkehrs- und Sportunfällen konzentrieren sich auf jüngere Altersgruppen, während andere Einsatzarten ihren eindeutigen Schwerpunkt in höheren Alterstufen finden. Bei einer solchen Vorgehensweise ist zu klären, wie derartige Parameter exakt zu berücksichtigen sind.

2. Kostendämpfung – Gesundheitsziele

Die derzeit geführte Kostendämpfungsdebatte ist durch eine Auseinandersetzung um „Gesundheitsziele“ abzulösen. Hierbei kann auch der Rettungsdienst das Handeln aller Beteiligten stärker auf einen gemeinsamen Werte- und Aktionshorizont als Zielbewusstsein beeinflussen.

Auf die Problematik des Wettbewerbs als Faktor zur Kostenminimierung wurde bereits im Zusammenhang mit der Debatte um die Auswirkungen der europäischen Integration hingewiesen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob der Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherungsarten und -anbietern mehr bewirken kann als ein Wettbewerb z.B. innerhalb der Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung selbst.

Die Forderung nach einer gewissen Selbstverantwortung darf nicht völlig außer Betracht bleiben. Zu beachten ist aber auch: Die Diskussion um Beitragsstabilisierung und Ausgabendämpfung ist nicht zu verwechseln mit dem Streben nach einer Verbesserung der Effizienz und einer präferenzgerechten Leistungserbringung. Das würde aber eigentlich Wettbewerb voraussetzen. Ist dieser angesichts der aufgezeigten Problematik überhaupt umsetzbar?

Hauptproblem auch im Rettungsdienst, und hier insbesondere im Teilbereich „Krankentransport“, ist ferner der politisch opportune weitgehende Verzicht auf eine preisliche Steuerung der individuellen Gesundheitsnachfrage. Beim Krankentransport kann die Ausweitung der Nachfrage nach dieser Dienstleistung vorrangig auf Grund des bestehenden Versicherungsschutzes nicht ernsthaft wegdiskutiert werden. Patienten nehmen diese Leistung häufig nicht aus Gründen des medizinischen Nutzens oder der Notwendigkeit in Anspruch, sondern aus Bequemlichkeit (Phänomen der „Reinholmentalität“, siehe aber auch die schon erwähnte Veränderung der sozialen Familiensituation mit ihren Auswirkungen auf Fremdleistungen). Der Ansatzpunkt über eine Eigenbeteiligung bei den Fahrtkosten ist zwar richtig, muss aber von der Praktikabilität der Umsetzung her besser gelöst werden.

Aber selbst im Bereich der Notfallversorgung kann dieser Zusammenhang durchaus ernsthaft diskutiert werden. Der Notarzt wird beispielsweise nicht selten nur deshalb angefordert, weil der Patient meint, der kassenärztliche Bereitschaftsdienst komme nicht schnell genug. Man beachte in diesem Zusammenhang auch die Untersuchungen über den Einsatz des Notarztes als „Sozialfeuerwehr“. Diese „Notlagen“ haben häufig keine medizinisch-gesundheitlichen Ursachen im engeren Sinne, sondern sind in Auswirkungen des sozialen Umfeldes des Patienten begründet.

Es wird kritisiert, dass unter dem Diktat der Kostendämpfung Ausgaben reduziert werden, ohne die gesundheitspolitischen Aspekte hinreichend zu beachten. Dies gilt grundsätzlich ebenso für den Rettungsdienst. Dennoch sei der Hinweis erlaubt, dass Rationalisierungspotenziale auch im Rettungsdienst durchaus vorhanden und umsetzbar sind. Einen Ansatz bietet z.B. die zumindest in einigen Bundesländern recht große Zahl von kostenintensiven Leitstellen für relativ kleine räumliche Versorgungsgebiete, die – zudem noch mit Gewinn von Effektivität – durchaus mit Einsparungserfolgen verringert werden kann.

3. Der Staat als Generalversicherer – Solidargemeinschaft, Risikoprävention und Umverteilungsdimension

Eine Debatte um die Bezahlbarkeit des Gesundheitswesens gegebenenfalls durch die Aufspaltung in Pflicht- und Wahlleistungen dürfte zumindest im Bereich der eigentlichen Notfallversorgung kaum realistisch und umsetzbar sein – hier kann z.B. eher und erfolgreich die ausführlich diskutierte Verbesserung der Kooperation mit dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zu Synergieeffekten und zu messbaren Einsparungen führen.

Eine andere Beurteilung ergibt sich für den Krankentransport, bei dem über den bereits angesprochenen Eigenanteil hinaus eine Einstufung als Wahlleistung denkbar erscheint. Daher wäre auch unter diesem Gesichtspunkt eine zusätzliche Begründung für ein Trennmodell gegeben.

Andererseits darf festgestellt werden, dass der Aspekt der Beachtung der Solidargemeinschaft bei der Diskussion um die Qualität im Rettungsdienst meist zu kurz kommt. Zu beantworten ist die Frage, wie weit Ansprüche auf Leistungen der Notfallversorgung gehen dürfen. Themen in diesem Kontext sind: „Risikoprävention versus Umverteilungsdimension“, „Der Staat als Generalversicherer“ oder „Der Sozialstaat als sicheres Netz“. In die Erörterungen um einen effektiven Rettungsdienst ist durchaus die Debatte um die Erste-Hilfe-Kenntnisse in der Bevölkerung einzubeziehen. Hierzu gehört auch die Überlegung und Forderung, anstelle des Kassenwettbewerbs einen Wettbewerb zwischen Versicherungsarten zuzulassen. So könnten z.B. Sportunfälle nicht über die gesetzliche Krankenversicherung, sondern über private Zusatzversicherungen abgedeckt werden.

Die Illusion vom Sozialstaat als sicherem Netz stößt sich zunehmend an dem Ungleichgewicht von Risikoversicherung und bloßer Umverteilung – wir wollen zwar alle grundsätzlich solidarisch sein und auch so handeln. Aber unserem Gerechtigkeitsinn widerspricht immer mehr die Erfahrung, dass auch und gerade das Gesundheitssystem mit sozialen Auszahlungen und Umverteilungen überlastet wird. Man nimmt daher auch das Gesundheitssystem nicht mehr nur in Anspruch, wenn man es wirklich braucht (und eigentlich froh darüber sein sollte, es im Zustand eigener Gesundheit auch nicht zu benötigen), sondern man versucht, selbst möglichst viel an Sozialleistungen „herauszuholen“.

4. Perspektivischer Diskussionsbedarf

In die Diskussion sind folgende Teilaspekte unter dem Aspekt der „Finanzierung“ einzubeziehen:

- Zulässigkeit staatlicher Zuschüsse, z.B. bei der personellen Besetzung sowie der sächlichen Ausstattung der Leitstellen.
- Finanzierung von im Rahmen ihrer Krankenhaustätigkeit eingesetzten Notärzten (nach Einführung der DRG). Die teilweise übliche „Abrechnung“ der Kosten ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen des Notarztdienstes der Krankenhäuser über einen „Zuschlag“ bei den Pflegesätzen wird zwar in der Praxis als sinnvoll angesehen, widerspricht aber der Kostenregelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe dort § 17 Abs. 3 Nr. 1).
- Zuschüsse der Kostenträger für qualitätserhöhende Maßnahmen im Bereich der Leitstellendisposition, der Personalqualifikation und der Rettungsmittelausstattung.

VI. Schlussbemerkung

Die Gesundheit ist für die Mehrzahl der Menschen ein hohes (meist das höchste) Gut. Für ihren Erhalt leistet der Einzelne, aber auch die Gesellschaft insgesamt erhebliche finanzielle Aufwendungen – dies gilt gerade in besonderen Not- und Gefährdungslagen für den Rettungsdienst. Diese Mittel sind aber nur gerechtfertigt, wenn sie nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt von Qualität sinnvoll und effektiv eingesetzt werden. Daher müssen alle an diesem System Beteiligten sich mehr als bisher diesem Qualitätsanspruch stellen und die für seine Umsetzung notwendigen Voraussetzungen schaffen.