

Notfall Rettungsmed 2012 · 15:285–286
 DOI 10.1007/s10049-012-1626-1
 Online publiziert: 14. Juni 2012
 © Springer-Verlag 2012

H.-R. Arntz¹ · U. Kreimeier²

¹ Medizinische Klinik II, Kardiologie und Pulmonologie,
 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
² Klinik für Anaesthesiologie, Klinikum der Universität München

110 – 112 – 116 117 – oder was?

Im April 2012 wurde die zentrale Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eingeführt. Unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117 erreichen die Bürger den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Krankheiten kennen keine Sprechzeiten

„Krankheiten kennen keine Sprechzeiten“ wird auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) festgestellt. „Überall in Deutschland sind niedergelassene Ärzte im Einsatz, die Patienten in dringenden medizinischen Fällen ambulant behandeln – auch nachts, an Wochenenden und an Feiertagen.“

In einigen Großstädten ist es üblich, dass mit der Wahl der (Not-)Rufnummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes der Anrufer bei Vorliegen eines Notfalls direkt an die zuständige Leitstelle weiterverbunden wird. Nicht allein aufgrund der Tatsache, dass die Rufnummer des Bereitschaftsdienstes weitaus weniger bekannt ist als die zentrale Notrufnummer „112“ – meistens wird sie über die Telefonauskunft, Tageszeitungen oder im Internet abgerufen – tut sich der hilfesuchende Bürger schwer: Er kann nicht ohne weiteres einschätzen, ob sein Hilfesuchen nun als lebensbedrohlich einzustufen ist („Wenn ich meine Herzmittel nicht nehme,...“) oder vielleicht auch nicht.

Hilfsfrist

Die durchaus von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Vorgabe an

den Rettungsdienst, in einem bestimmten Zeitintervall ein Rettungsmittel zum Patienten zu schicken, wird insofern relativiert, als dass sich die Zielvorgabe auf das „ersteintreffende Rettungsmittel“ bezieht. Muss dann ein höherwertiges Rettungsmittel – z. B. ein Notarzt – nachgefordert werden, dauert es bis zum Beginn der ärztlichen Maßnahmen schon einmal etwas länger. Ein Quantensprung ist dann allerdings der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung entfernt: Sofern der Bürger nicht selbst in die Praxis kommen kann, dauert es häufig um ein mehrfaches länger, ehe der diensthabende Arzt eintrifft.

Telefonvermittlung

Denkbar wäre, dass bei Wahl der Notrufnummer „112“ ein Disponent entscheidet, ob es sich um einen Fall für den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder für die Rettungsleitstelle handelt. Interessant ist ein Pilotprojekt im Saarland: Wer ab dem 1. Juli die „116 117“ wählt, landet in der Rettungsleitstelle, die entscheidet, ob der Notarzt oder der Hausarzt zuständig ist. So der Beschluss der KV-Vertreterversammlung. Damit nutzt das Saarland die Einführung der neuen Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, um die Notrufsysteme in der medizinischen Versorgung zu zentralisieren. In einem regionalen Pilotprojekt hat sich zudem gezeigt, dass jeder dritte Anruf weder ein Fall für den Notarzt noch für den Bereitschaftsdienst war.

Interessant ist diese Entwicklung insofern, als die Landesärztekammer Thüringen gerade mitgeteilt hat, dass rund

195.000 der insgesamt 580.000 Krankenhauspatienten im Jahr 2010 notfallmedizinisch versorgt werden mussten.

Jeder dritte Klinikpatient ein Notfall?

Diese Zahl aus Thüringen ist alarmierend, da es verschiedene Faktoren in der modernen Industriegesellschaft gibt, die das Aufsuchen ärztlichen Rats außerhalb der üblichen Sprechzeiten in Praxen oder Ambulanzen fördern: Zu nennen sind u. a. die generelle Verlängerung der Arbeitszeit, längere Wegstrecken zur Arbeit, die zunehmende Zahl an Pendlern, aber auch der generelle Druck, nicht während der Arbeitszeit zum Arzt gehen zu wollen, um nicht den Arbeitsplatz zu riskieren (insofern stehen die über die vergangenen Jahre publizierten Statistiken über die im Durchschnitt abnehmenden Fehlzeiten von Arbeitnehmern am Arbeitsplatz auf „tönernen Füßen“ ...). Notfallaufnahmen werden heute häufiger als noch vor wenigen Jahren aufgesucht, oder es wird eben der Bereitschafts- oder Notdienst kontaktiert.

Ökonomische Gesichtspunkte

Die Kliniken selbst müssen sich hierauf einstellen. Sie kommen allerdings unter ökonomischen Gesichtspunkten insofern unter Druck, als bei dünner werdender Personaldecke jeder Mitarbeiter, der im Bereitschaftsdienst eingeteilt wird, in der normalen (Kern-)Arbeitszeit fehlt. Ganz abgesehen davon, dass der Bereitschaftsdienst allein vom Namen her „Bereit-

schaft“ ist – auch für den Personalplaner ist es nicht ohne weiteres vorhersehbar, wie viele Patienten mit welchen Krankheitsbildern den Bereitschaftsdienst aufsuchen und in welchem Ausmaß beschäftigen werden. Nicht selten gilt es zudem zu berücksichtigen, dass nicht jede am Tag verfügbare Ressource – im Fall von notwendig werdenden und weiterführenden Spezialuntersuchungen – im Bereitschaftsdienst verfügbar ist. Damit nimmt die Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten zu, die „Leistung“ – im eigentlichen Sinne als Quotient aus Arbeit pro Zeiteinheit – rein rechnerisch durch Steigerung des Nenners ab.

Nachtruhe in Krankenhäusern

Der gesundheitspolitische Aspekt einer Versorgung der Bevölkerung zu jedem Zeitpunkt mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen Maßnahmen ist längst nicht mehr realisierbar. Knapp über 2000 liegt die Zahl der Krankenhäuser allein in Deutschland. Viele leisten sich schon keine „Rund um die Uhr“ dienstbereite Notfallambulanz mehr. Der Rettungsdienst ist dann auf Ausweichkliniken angewiesen. Ein „machbares“ Problem in Ballungsräumen mit vielen Klinikanbietern, ein immenses Problem allerdings „in der Fläche“: Sowie so schon verlängerte Anfahrtswege zum Patienten sind dann tageszeitlich abhängig noch einmal mit einem möglicherweise verlängerten Transport für den Patienten verbunden – vorausgesetzt, der Disponent verfügt über ein zuverlässiges Instrument, welcher Behandlungsplatz für welches medizinische Problem aktuell verfügbar ist.

Stationierung und Disposition der Rettungsmittel

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Bericht aus Bayern: Ein „weisser Fleck“ in der Abdeckung des Freistaates für den Einsatz von Rettungshubschraubern führte jüngst zu dem Plan, einen Hubschrauber geographisch etwas weiter südlich zu positionieren. Eine an sich logische Maßnahme, die allerdings von kritischen Bürgern aktuell hinterfragt wird: Der betreffende Hubschrauber sei häufiger auch für den Transport von Organ-

transplantaten im Einsatz, was hilft es da, wenn der Hubschrauber zwar am entsprechenden Ort stationiert, aber häufiger anderweitig und andersorts im Einsatz ist?

Ihre



Hans-Richard Arntz



Uwe Kreimeier

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Kreimeier
 Klinik für Anaesthesiologie,
 Klinikum der Universität München
 Nussbaumstraße 20, 80336 München
 Uwe.Kreimeier@med.uni-muenchen.de

Der H. G. Mertens Preis 2012 geht an Prof. Dr. Rainer Dziewas

Der H. G. Mertens Preis wird alle zwei Jahre von der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) ausgelobt und ist mit 5000 Euro dotiert. Der diesjährige Preisträger ist Prof. Dr. Rainer Dziewas, der den Preis für innovative therapierelevante Forschung im Bereich der neurologischen Intensivmedizin und der allgemeinen Neurologie erhält. Mit Hilfe magnetenzephalografischer Untersuchungen bei Schlaganfallpatienten mit Dysphagie konnte Professor Dziewas nachweisen, dass sowohl eine Reduktion der ipsiläsionalen als auch der kontraläsionalen schluckaktbezogenen Hirnaktivität vorliegt. Möglicherweise lässt sich diese Erkenntnis in Zukunft auch therapeutisch nutzen, indem stimulatorisch interveniert wird. Prof. Dr. Andreas Unterberg, Präsident der DGN, würdigte die Leistungen des Preisträgers in der letzten Woche auf der Arbeitstagung NeurointensivMedizin (ANIM) in Berlin. Unter anderem entwickelte er ein endoskopisch-basiertes Untersuchungsprotokoll, welches eingesetzt werden kann, um Dysphagie-Patienten zu identifizieren und die wichtige Frührehabilitation einzuleiten. Zudem war Dziewas an der Entwicklung einer Magensonde beteiligt, die den Schluckreflex triggert und somit die Sondenlegung bei Dysphagie-Patienten erleichtert. Diese hat mittlerweile marktreife erlangt und wird in klinisch eingesetzt.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGN), www.dgni.de/