

Muss unser Rettungswesen optimiert werden? – Ja!

Gedanken von Anästhesisten, die in der präklinischen Notfallmedizin tätig sind

K. Meier^a, C. Heim^a, D. Reinhardt^b

Niemand kann langjährig in der präklinischen Notfallmedizin arbeiten, ohne durch das Wechselbad zwischen Wartezeiten und plötzlichem Stress geprägt zu werden. Diese konsumierende Grundbelastung wird durch die knapperen Ressourcen verstärkt. Von ärztlichen Leitern der Rettungsdienste (RD) werden gleiche oder erhöhte Vorhalteleistungen erwartet, ohne dass zusätzliche Mittel bereitgestellt werden. Speziell die Anästhesisten kommen mit ihren Doppelaufgaben im Spital und Rettungsdienst nicht mehr klar und fürchten sich berechtigterweise vor einem Organisationsverschulden, denn ihre Leistungsaufträge sind häufig ungeschrieben. In diesem Beitrag möchten wir die in dieser Ausgabe veröffentlichte Arbeit von Zingg et al. «Rettungswesen Schweiz – eine Bestandesaufnahme» [1] mit fachspezifischen, für uns vitalen Gedanken kommentieren.

Wir sind uns bewusst, dass mit der vorliegenden Umfrage nur grobmaschig Strukturen und Prozesse erfragt wurden. Ausführlichere Untersuchungen sowie solche über die Ergebnisqualität im Rettungsdienst sind jedoch so aufwendig und komplex, dass sie sehr breit abgestützt und unter den Interessengruppen koordiniert sein müssen.

Gesetzgebung und Föderalismus

Die extreme Verschiedenheit der einzelnen Betriebe und Strukturen legt den Schluss nahe, dass die meisten Rettungsdienste aufgrund lokaler Gegebenheiten gewachsen sind und sich (noch) nicht oder wenig an definierten Standards orientieren.

Auf Bundesebene besteht keine übergeordnete Gesetzgebung bezüglich Notfallmedizin und Rettungswesen, die Kantone erledigen diese Aufgaben in föderalistischer Delegation, allerdings unter gegenseitiger Absprache in der Sanitätsdirektorenkonferenz SDK.

In diesem Rahmen kam es zwischen der SDK und dem IVR zu einer Vereinbarung (Inkraftsetzung per 1. Januar 2002) über das Erbringen von Dienstleistungen im Rettungswesen durch den IVR selbst und die Finanzierung dieser

Leistungen durch die einzelnen Kantone. Dabei erbringt der IVR für die Kantone unter anderem folgende Leistungen: Entwicklung/Einführung eines Systems zu Qualitätssicherung der Rettungsdienste (Richtlinien) und Durchführen von Qualitätskontrollen bei den einzelnen Rettungsdiensten (u.a. Anerkennungsverfahren).

Viele IVR-Richtlinien sind wegen des empfehlenden Charakters nur zum Teil umgesetzt und wegen der heutigen Finanzlage auch nicht flächendeckend realisierbar. Als Beispiel sei die erwünschte Besetzung der Rettungsfahrzeuge bei den D1a-Einsätzen (1 diplomierter RS plus mindestens 1 Pflegefachperson oder 1 RS in fortgeschrittener Ausbildung) genannt. Sie wird die kleineren peripheren RD immer vor Probleme stellen.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Einführung des Arbeitsgesetzes im Gesundheitswesen. Die Anforderungen an die Bereitschaft sind im Rettungsdienst so hoch, dass auch eine Pikettstellung zu Hause theoretisch als Arbeitszeit angerechnet werden müsste. Die maximal erlaubte Schichtlänge beträgt 11 Stunden. Die geforderten Ruhezeiten müssen sofort nach Dienstphasen bezogen werden. Eine konsequente Durchsetzung dieser Bestimmungen würde zu einer gewaltigen Kostenexplosion und Personalengpass im Rettungswesen führen.

Bei dieser düsteren Szenerie sind dringend grosszügige Ideen gefragt. Die Suche von Synergien innerhalb der vorgegebenen kantonalen Strukturen werden nicht genügen. Eine vermehrte kantonsübergreifende Regionalisierung von Einsatzzentralen und Rettungsdiensten hingegen könnte die Auslastung steigern und damit teure, ungenutzte Vorhalteleistungen minimieren. Im gleichen Stil würden regionale Notarzteinsatzfahrzeuge erlauben, klinikgebundene und freischaffende Notärzte selektiv und zeitgerecht einzusetzen, ohne deren Verfügbarkeit unnötig lange zu blockieren.

a Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Kantonsspital, Münsterlingen

b Institut für Anästhesiologie, Kantonales Spital, Uznach

1 Zingg B, Heim C, Meier K, Reinhardt D. Rettungswesen in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme. Schweiz Ärztezeitung 2003; 83:1800-5.

Korrespondenz:
Dr. med. Christof Heim
Intensiv- und Notfallmedizin
Kantonsspital
CH-8596 Münsterlingen
Tel. 071 686 11 11
Fax 071 686 26 79

E-Mail: christof.heim@stgag.ch

Organisationsformen und -grössen von Rettungsdiensten

Die vorhandenen IVR-Richtlinien führen zu Angleichungen, aber von einem einheitlichen RD-Modell sind wir weit entfernt. Vielleicht wäre dies auch ein falscher Ansatz, da heute viele Modelle wahrscheinlich gleich gute Resultate liefern. Allerdings kann die Qualität dieser Modelle über einen einheitlichen Datensatz und aussagekräftige, eindeutige Kriterien heute (noch) nicht evaluiert werden. Unsere Bestandaufnahme kann u.a. als Basis für die Erarbeitung eines solchen Datensatzes dienen.

Gerade aus ökonomischen Gründen scheint es wenig sinnvoll, ein heute vielerorts funktionstüchtiges Milizsystem zu Gunsten eines unausgelasteten Profisystems abzuschaffen. Schlecht ausgelastete Dienssysteme sind bekanntlich nicht nur teuer, sondern wegen fehlender fachlicher Herausforderung auch unattraktiv und demotivierend. Insbesondere das Miliz- oder Mischmodell, in welchem Rettungssanitäter, Transporthelfer und speziell notfallmedizinisch geschultes Pflegepersonal bei D1-Einsätzen ausfährt, hat sich an vielen Orten etabliert und stellt eine valable Alternative zum Profisystem dar. Unbedingte organisatorische Voraussetzung solcher Milizsysteme bleibt aber die Forderung, dass der Spitalbetrieb durch die ausserklinische Tätigkeit nicht vital gelähmt werden darf.

Wie gross ein Rettungsdienst sein soll, ist nur strukturell zu beantworten. Eine Möglichkeit ist die Anbindung von kleinen an einen grösseren regionalen Rettungsdienst oder an ein Spital. Damit kann das Personal rekrutiert sowie aus- und fortgebildet werden. Falls freiwillige, fachspezifisch nicht optimal ausgebildete Mitarbeiter (Samariter u.a.) in diesen Betrieben tätig sind, sollen sich deren Einsätze auf das Niveau D3 beschränken.

Hilfsfristen

Bei der Hilfsfrist (Zeitspanne von Alarmeingang beim RD bis zum Eintreffen am Ereignisort) sind wir weitgehend an den durch die Topographie bedingten Limiten angelangt.

Hier können vorklinische Notfallmodelle, wie sie der Kanton Graubünden kürzlich einführte, Alternativen sein. Mit speziell weiter- und fortgebildeten und materiell unterstützten

Notfallärzten vor Ort werden die D1-Einsätze fachlich und zeitlich abgedeckt. Zusätzliche Vorteile sind evident: Diese Grundversorger kennen ihre Region und oft die zu versorgende Person bestens.

Auch mit intensivierter und erweiterter Laienausbildung wurden einige beachtliche Modelle entwickelt, welche die Zeit bis zum Eintreffen des RD überbrücken helfen. Als Beispiel seien die First-Responder-Gruppen mit Automatischen Defibrillatoren (AED) genannt.

Die Hilfsfrist muss hier im gesamtheitlichen Blick und nicht isoliert für das Eintreffen des Rettungsfahrzeuges betrachtet werden. Ob die Hilfsfrist ein Qualitätsmass oder lediglich ein arbiträres Zeitraster bleibt, können erst Daten, welche auch die Ergebnisqualität einschliessen, entscheiden.

Notarzteinsätze bzw. D1a-Einsätze

Es ist dringend, die Indikationenliste für D1-Einsätze, insbesondere mit Notarzt, zu überprüfen und (allenfalls) im Hinblick auf eine einheitliche Datensammlung zu straffen. Die Disponenten in den SNZ würden von einer Präzisierung im Sinne des Selbstschutzes profitieren, die Notärzte würden seltener unnötig als «Zierde» mitfahren.

Wir haben einen grossen Aufwand in die fachliche Ausbildung des Rettungsdienstpersonals investiert und können jetzt u.a. auf die kompetente Berufsgruppe der Rettungssanitäter (RS) zählen. Die heutige Notarztindikationenliste wurde zu einer Zeit erstellt, in welcher wir nur wenige ausgebildete RS im Einsatz hatten. Viele heute als D1a (= mit Notarzt) bezeichnete Einsätze könnten grundsätzlich auch von RS alleine begleitet werden.

Hier geraten wir jedoch in eine schwierige Konfliktsituation, wer was machen darf und soll. Wollen wir eine (fach-)ärztliche Beteiligung am Rettungsdienst oder bauen wir ein Paramedicsystem auf, wie es hauptsächlich in den USA betrieben wird?

Die Antwort auf die Frage ist umso schwieriger, da in Zukunft wahrscheinlich auch im RD mehr taktische Entscheidungen unter Zeitdruck gefordert sind: Welcher Patient mit einem akuten koronaren Ereignis gehört ins Basisspital und welcher direkt in ein Zentrum mit der Möglichkeit der Koronarangioplastie? Welcher braucht eine präklimische Lysetherapie? Welcher Patient

mit einem Hirnschlag gehört direkt in eine Stroke-Unit? Müssen Traumapatienten selektiv verschiedenen Spitalern zugewiesen werden?

Jede personelle «Notarzt»-Besetzung bringt spezifische Eigenheiten in den Einsatz mit. Als überspitzte Beispiele seien genannt: Der Anästhesiepfleger beherrscht unbestritten Infusionstechnik, Volumenersatz und Luftwegsmanagement; der Notarzt in Weiterbildung kann den Patienten aus ärztlicher Sicht wahrscheinlich gesamtheitlicher beurteilen, hat aber in manuellen Tätigkeiten oft noch eine kleine Erfahrung; dem nicht anästhesiologischen Facharzt (mit oder ohne Notarzttitel) geht es mangels Übung ähnlich, er profitiert jedoch von der langjährigen Berufserfahrung und behauptet sich standespolitisch sicherer.

Es darf aufgrund der realen Situation nicht die Frage sein, wer als «Notarzt» tätig sein darf, sondern ob die verschiedenen Berufsgattungen für diesen anspruchsvollen Einsatz befähigt sind und ob die Struktur des Rettungsdienstes ihre jeweiligen Schwächen absichert. Als Strukturkriterien sehen wir eine klare und funktions-tüchtige Hierarchie, eine modulare Weiterbildung, die stetige theoretische und praktische Fortbildung sowie die Möglichkeit eines zeitgerechten Debriefings.

Wird Anästhesiepflegepersonal im RD in NA-Funktion eingesetzt, so führt es eigentlich ärztlich delegierte Handlungen aus. Dies bedingt eine entsprechende Überwachungspflicht des zuständigen ärztlichen Leiters. Hat der Anästhesiepfleger im RD jederzeit die Möglichkeit, zumindest telephonisch seinen Arzt zu konsultieren? Gibt es eine Notkompetenz? Kann in schwierigen Situationen der Arzt mit einem zweiten Fahrzeug zur Unterstützung vor Ort gebracht werden? Überprüft der Arzt regelmässig die Einsatzdokumentationen seiner Pflegepersonen? Kann sich die Anästhesiepflege die nötige Fähigkeit zur klinischen Beurteilung sowie das immer mehr geforderte standespolitische Hintergrundwissen aneignen? Können die verschiedenen Defizite mit sinnvollem Aufwand vermittelt werden?

Diese Fragen gelten natürlich auch für den jungen Arzt in Ausbildung, welcher im RD eingesetzt wird. Welches sind minimale Voraussetzungen für diese Tätigkeit? Ab wann hat ein Notarzt in Weiterbildung genug Fachkompe-

tenz, und wann und wie lange verfügen Notärzte der nicht-anästhesiologischen Fachrichtungen über genügend Erfahrung in manuellen notfallmedizinischen Tätigkeiten? Kann er einen erfahrenen Kollegen konsultieren oder nachziehen?

Beteiligung von Anästhesieabteilungen am Rettungsdienst

In der Umfrage haben 10 Anästhesieabteilungen angegeben, dass notfalls bei einer RD-bedingten Absenz eine Anästhesie durch eine Person alleine durchgeführt werden müsste.

Die SGAR hält in ihren Standards und Empfehlungen (Version 2002) klar fest, dass Anästhesien durch ein Team aus einem Anästhesisten und einer Anästhesiepflegeperson durchgeführt werden sollen. Letztere kann unter bestimmten Bedingungen durch eine nicht diplomierte Fachperson ersetzt werden. Gerade notfallmässige Anästhesien bieten ein erhöhtes Gefahrenpotential und die Durchführung einer Anästhesie nur durch eine einzige Fachperson ist daher in dieser Situation eigentlich obsolet.

Ist der präklinische Einsatz im RD bezüglich Priorität der Tätigkeit im Spital gleichgestellt? Diese wichtigen Fragen müssen durch die politischen Trägerschaften von Spitalern und RD beantwortet werden. Bei einem Zwischenfall könnte sonst dem verantwortlichen Anästhesiearzt ein Organisationsverschulden vorgeworfen werden.

Schlussfolgerungen

Wir sind dem Ziel einer zeitgerechten und fachlich hochstehenden bodengebundenen Rettung deutlich nähergekommen. Verbesserungen sind insbesondere bei der koordinierten Ausbildung des Rettungspersonals sowie beim Einsatz von Ärzten oder alternativ hochspezialisierten Pflegepersonen anzustreben.

Das Optimierungspotential der RD-Strukturen ist wegen topographischer und kantonaler Gegebenheiten eingeschränkt. Die dringende Offenlegung der effektiven Kosten für die RD-Vorhalteleistungen wird die regionale Zusammenarbeit beschleunigen.