



Christopher Niehues

Notfallversorgung in Deutschland

Analyse des Status quo und Empfehlungen
für ein patientenorientiertes und effizientes
Notfallmanagement

Kohlhammer

Christopher Niehues

Notfallversorgung in Deutschland

Analyse des Status quo und Empfehlungen
für ein patientenorientiertes und
effizientes Notfallmanagement

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechteinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechteinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

D 6

1. Auflage 2012 (zugl.: Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität Münster/Westf., 2011)

Alle Rechte vorbehalten

© 2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026555-4

Geleitwort

Notfallversorgung ist Managementaufgabe

Die Notfallversorgung in Deutschland gilt einerseits als eines der besten flächendeckenden und allgemein zugänglichen Systeme der Welt; andererseits zeigen sich in der Praxis zunehmend versorgungsstrukturelle Probleme, die auf organisatorische und versorgungspolitische Ursachen zurückzuführen sind. Auffallend ist, dass die Zahl der Notfallpatienten pro Jahr einen Anstieg von ca. 8 % zu verzeichnen hat. In den Notfallzentren in Deutschland gingen im Jahr 2010 etwa 12 Millionen Anrufe bundesweit ein. Im Jahr 2005 waren es etwa 8 Millionen Anrufe.

Die Notfallmedizin ist ein komplexes, interdisziplinäres Aufgabenfeld. In der medizinischen Versorgungskette kommt ihr besondere Bedeutung zu: medizinisch, ethisch und ökonomisch. Zwischen 30 und 50 % aller vollstationären Patienten eines Krankenhauses, werden aus der zentralen Notaufnahme zugewiesen: Das unterstreicht deren medizinische und ökonomische Bedeutung.

Die interdisziplinäre Notfallaufnahme ist Gatekeeper und Organisationsdrehscheibe zwischen dem ambulanten Bereich und der vollstationären Versorgung. Sie ist darüber hinaus der erste Anlaufpunkt für Patienten mit unterschiedlichsten Beschwerdesymptomen und Krankheitsbildern: ungefährliche Schnittverletzungen gehören ebenso dazu wie polytraumatisierte Patienten, Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen (Schlaganfall, Akuter Myokardinfarkt, Embolien usw.) und Abususpatienten (Alkohol, Medikamente, Drogen usw.). Die zentrale Notaufnahme (ZNA) sorgt in kürzester Zeit für

- eine qualifizierte, mit den betroffenen Fachdisziplinen abgestimmte Diagnose,
- leitet die Ersttherapie ein und
- entscheidet über den weiteren Behandlungsweg des Patienten (Entlassung/Rücküberweisung zum Hausarzt, Beobachtung in der Aufnahmestation, Überweisung in die zuständige Fachabteilung).

Andererseits macht der „War for Talent“ im Gesundheitssystem auch vor der Notaufnahme nicht halt:

Die Verfügbarkeit qualifizierter Notärzte verschlechtert sich, einerseits aufgrund des Phänomens des allgemeinen Ärztemangels, andererseits ist dies auch auf Ausbildungs- und Organisationsdefizite zurückzuführen. Zieht man den Aspekt begrenzt verfügbarer finanzieller Mittel mit in Betracht, so mündet die Frage nach der bestmöglichen Versorgungsform in der Notfallmedizin automatisch in einen ethischen Diskurs. Ökonomen neigen dazu, Behandlungsformen und Formen der Versorgungsorganisation nach ihrem Nutzen für die Solidargemeinschaft bzw. für das Gemeinwohl zu beurteilen. Juristen

dagegen fordern aus ethischen Gründen im Einzelfall sämtliche Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Diese ungelöste Problematik einer knappen Mittelverwendung führt dazu, dass Rationierungsentscheidungen auf einer Ebene getroffen werden, auf die sich nicht hingehören: die Ebene des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Vor diesem Hintergrund stellt sich der Verfasser dieses Buches der herausfordernden Aufgabe, die Strukturen und Zusammenhänge der gesamten Notfallversorgung einer interdisziplinären Betrachtung zu unterziehen. Die Interdisziplinarität des Ansatzes wird gespeist aus den Fachdisziplinen Medizin, Ethik, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften.

Die vorliegende Publikation ist eine Pionierarbeit: Sie reflektiert erstmalig in Deutschland die Struktur der Notfallversorgung unter medizinischen, ökonomischen und politischen Aspekten. Der Verfasser, selbst über Jahre hinweg in Notaufnahmen, Rettungsdienst und Feuerwehr tätig, ist intimer Kenner des Notfallbereichs. Von daher sind seine Analysen, Erkenntnisse und Empfehlungen von hohem praktischem Nutzen, aber auch von wissenschaftlichem Informationswert.

Es ist zu wünschen, dass das vorliegende Buch eine nachhaltige Wirkung in Notfallpraxis und Politik ebenso erzeugt wie die Initiierung weiterer Forschungsarbeiten an der Schnittstelle zwischen Ökonomie und Notfallmedizin.

Münster, im Dezember 2011

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff
Centrum für Krankenhaus-Management

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	5
Danksagung	11
1 Ausgangssituation und Problemstellung	13
1.1 Gegenwärtige Situation der Notfallversorgung in Deutschland	13
1.2 Problemstellung	15
1.3 Aufbau des Buches	16
2 Struktur der Notfallversorgung in Deutschland	18
2.1 Herleitung der Begriffsdefinitionen	18
2.1.1 Der zentrale Begriff ‚Notfallversorgung‘	18
2.1.2 Definition von Gesundheit und Krankheit	18
2.1.3 Definition von Notfall und Notfallmedizin	19
2.1.4 Die Rettungskette bestimmt den Begriff der Notfallversorgung	20
2.2 Erste-Hilfe-Maßnahmen im Notfall	21
2.2.1 Laienhilfe im Notfall	21
2.2.2 First Responder und Sanitätsdienste	22
2.3 Leitstellen	23
2.3.1 Gesetzliche Aufgabe	23
2.3.2 Das Konzept der Integrierten Leitstelle	24
2.3.3 Personal und Organisation	24
2.4 Struktur der präklinischen Notfallversorgung	26
2.4.1 Aufgaben und Strukturen des Rettungsdienstes	26
2.4.2 Qualifikation des Personals	27
2.4.3 Fahrzeuge und Ausstattung der Rettungsmittel	28
2.4.4 Luftrettung in Deutschland	28
2.4.5 Beteiligung der Feuerwehr	30
2.4.6 Sonderfall kassenärztlicher Notdienst	31
2.5 Die Notfallversorgung in den Krankenhäusern	32
2.5.1 Entwicklung der Notaufnahmen	32
2.5.2 Zentrale (interdisziplinäre) Notaufnahmen	33

3	Rechtsgrundlagen für die Notfallversorgung	35
3.1	Verfassungs- und europarechtliche Grundlagen	35
3.1.1	Allgemeine deutsche Rechtsstaatsprinzipien	35
3.1.2	Zentrale Grundrechte	36
3.1.3	Prinzip der konkurrierenden Gesetzgebung	37
3.1.4	Bestimmungen des Europarechts	37
3.2	Rechtliche Grundlagen und Finanzierung der Notfallversorgung	38
3.2.1	Gesundheits- und Medizinrecht	38
3.2.2	Rechtsnormen der Notfallversorgung	39
3.2.3	Das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung	39
3.2.4	Rechtsverhältnisse in der Notfallversorgung	41
3.3	Finanzierung der Notfallversorgung	43
3.3.1	Sektorale Trennung bestimmt die Finanzierung der Notfallversorgung	43
3.3.2	Finanzierung der Rettungsdienste, Feuerwehren und Leitstellen	44
3.3.3	Finanzierung der Notfallversorgung in Krankenhäusern	46
4	Untersuchungsrahmen	48
4.1	Kritik an Forschung und Lehre	48
4.1.1	Wissenschaft im Bereich Notfallversorgung	48
4.1.2	Mangelndes interdisziplinäres Begriffsverständnis	50
4.1.3	Interdisziplinarität in Aus- und Weiterbildung	57
4.2	Ressourcenverwendung in demokratischen Gesellschaften	62
4.2.1	Gemeinwohl und Ressourcenallokation	62
4.2.2	Ökonomische Prinzipien und Theorien	64
4.2.3	Ressourcenallokation in der Demokratie	65
4.2.4	Öffentliche Gesamtausgaben und Gesundheitsausgaben	67
4.2.5	Ausgaben im Bereich der Notfallversorgung	71
4.3	Effiziente Mittelverwendung in der Notfallversorgung	74
4.3.1	Der Effizienzbegriff der Wirtschaftswissenschaften	74
4.3.2	Effizienz in den Rechtswissenschaften	77
4.3.3	Effizienz in der Medizin	77
4.3.4	Notwendigkeit der effizienten Mittelverwendung	78
4.4	Theoretischer Untersuchungsrahmen	79
4.4.1	Literaturrecherche als Ausgangsbasis	79
4.4.2	Black Box Notfallversorgung	81
4.4.3	Produktionsmodell der Notfallversorgung	83
4.4.4	Abgrenzung zur Versorgungsforschung	85
5	Übergeordnete Systemprobleme im Spannungsfeld Medizin, Ökonomie und Recht	88
5.1	Rechtliche Rahmenbedingungen prägen die Notfallversorgung	88

5.2	Probleme der rechtlichen Legitimation und Zuständigkeit	89
5.2.1	Einfluss der Selbstverwaltung auf die Notfallversorgung	89
5.2.2	Sektorale Trennung des Gesundheitswesens	94
5.2.3	Der Föderalismus prägt die Notfallversorgung	96
5.3	Berücksichtigung der Ressourcenknappheit und medizinischer Aspekte im Rechtssystem	101
5.3.1	Das Spannungsfeld Recht und Ressourcenknappheit	101
5.3.2	Gesundheitsökonomische Aspekte in der Gesetzgebung	103
5.3.3	Das Wirtschaftlichkeitsprinzip als Mittelweg	105
5.3.4	Bestimmung des Wirtschaftlichkeitsgebots	106
5.3.5	Unzureichende Spezialisierung des Medizinrechts	107
5.3.6	Aufgaben und Kompetenz des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst	108
6	Gestaltungsmöglichkeiten einer patientenorientierten und effizienten Notfallversorgung	111
6.1	Schwachpunkt Laienhilfe	111
6.1.1	Die Laienhilfe am Anfang der Rettungskette	111
6.1.2	Neue Schwerpunkte der Erste-Hilfe-Ausbildung	112
6.1.3	Systematische Einbindung von Hilfsorganisationen, Feuerwehr und Polizei als First Responder	113
6.1.4	Pflichtausbildung in Schulen und Betrieben	114
6.2	Kompetenz des nicht-ärztlichen Personals im Rettungsdienst	115
6.2.1	Das Dilemma zwischen Können, Dürfen und Müssen	115
6.2.2	Probleme der notärztlichen Versorgung	117
6.2.3	Bedeutung der Empfehlung „Notkompetenz“ und Rechtssituation des nicht-ärztlichen Rettungsfachpersonals	118
6.2.4	Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen	121
6.2.5	Neue Ausbildungskonzepte für das Rettungsdienstpersonal	122
6.2.6	Reduktion der Notarztindikationen und Notarztstandorte	124
6.2.7	Exkurs: Pauschale Standortvergütung Rettungsdienst (PSR)	128
6.3	Begrenzte Aussagekraft der Hilfsfrist	130
6.3.1	Zentraler Parameter der Bedarfsplanung	130
6.3.2	Aussagekraft und Ressourcenorientierung	134
6.3.3	Bedeutung im Rettungsdienst	135
6.3.4	Hilfsfrist und Schutzziele der Feuerwehr	138
6.4	Schnittstellen in der Notfallversorgung	141
6.4.1	Rettungsdienst als eigenständiger Versorgungsbereich?	141
6.4.2	Überregionale Leitstellen und Rettungsdienstbereiche	142
6.4.3	Standardisierung und Probleme bei Großschadensereignissen	144
6.4.4	Telemedizin in der Notfallversorgung	146
6.4.5	Problemfall Elektronische Gesundheitskarte	147
6.5	Notaufnahmen als das schwächste Glied der Rettungskette	148
6.5.1	Konfliktfeld der strikten sektoralen und fachlichen Trennung	148
6.5.1.1	Notfallmedizin im Krankenhaus?	148

6.5.1.2	Historische fachliche Trennung der Notfallmedizin	150
6.5.1.3	Interprofessionelle Aufgabentrennung in Notaufnahmen ..	151
6.5.2	Zentrale Notaufnahmen	152
6.5.2.1	Patientenzahl nach Abrechnungsart	152
6.5.2.2	Organisation einer Zentralen Notaufnahme	154
6.5.2.3	Integration einer Aufnahmestation	155
6.5.2.4	Forderung nach eigenständiger Leitung und Anerkennung der Zentralen Notaufnahme als unabhängige Abteilung ...	157
6.5.3	Personalqualifikation in der Notaufnahme	158
6.5.3.1	Fehlende Qualifikation für interdisziplinäre Notaufnahmen	158
6.5.3.2	Sonderfall Hessen: Gesetzlich vorgeschriebener Notarztstandard in Notaufnahmen?	158
6.5.3.3	Situation des nicht-ärztlichen Personals und Notwendigkeit der Fachweiterbildung für Notfallpflege	160
6.5.3.4	Notwendigkeit des Facharztes für Notfallmedizin	161
6.5.3.5	Berufspolitische Aspekte des Facharztes für Notfallmedizin	163
6.5.3.6	Zuständigkeit der Länder für den Facharzt für Notfallmedizin	164
6.5.3.7	Zukünftige Sicherstellung der flächendeckenden Notfallversorgung mit einem Facharzt für Notfallmedizin .	165
6.6	Finanzierungsprobleme Zentraler Notaufnahmen	166
6.6.1	Duale Finanzierung und Investitionsstau	166
6.6.2	Sektorale Trennung bestimmt Vergütung der Notfallversorgung ...	169
6.6.3	Ambulante Notfallvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung nicht kostendeckend	172
6.6.4	Finanzierung der stationären Leistungserbringung	174
6.6.5	Auswirkungen des DRG-Systems auf die Notfallversorgung	175
6.6.6	Fehlende Abbildung der Notfallversorgung im DRG-System	176
6.6.7	Systematik der Kostenkalkulation und Fallpauschalenvergütung ...	179
6.6.8	Sachlich richtige Kostenkalkulation und sektorale Trennung	180
6.6.9	Zentrale Notaufnahme als Black Box im Controlling: Implementierung einer Hauptkostenstelle Zentrale Notaufnahme ..	183
7	Schlussbetrachtung	185
7.1	Fazit	185
7.2	Handlungsempfehlungen	187
	Abkürzungen	191
	Literatur und Rechtsquellen	195
	Stichwortverzeichnis	221

Danksagung

Im Verlauf der letzten Jahre habe ich zur Erstellung dieser Arbeit von vielen Personen fachliche und persönliche Unterstützung erhalten. An erster Stelle möchte ich meiner Familie danken, die meine Dissertation erst ermöglicht hat. Dies sind meine Eltern Dr. Karl und Magdalene Niehues sowie meine Schwester Dr. Judith Niehues. Sie haben mich jederzeit in meinem Werdegang unterstützt und durch das häufige Gegenlesen zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

Die Grundlage dieser Arbeit bilden persönliche Erfahrungen in der Notfallversorgung, die ich in vielen Situationen sammeln konnte. Daher möchte ich all denjenigen danken, mit denen ich in dieser Zeit zusammengearbeitet habe. Dies sind ehemalige Kollegen in Notaufnahmen, im Rettungs- und Intensivtransportdienst sowie in der Feuerwehr. Bereits die Zeit in der Jugendfeuerwehr war sehr interessant, lehrreich und prägte mich. Es folgte über zehn Jahre der aktive Dienst in der Freiwilligen Feuerwehr Lüdinghausen. Insbesondere die unterschiedlichsten Erlebnisse sowie der starke Zusammenhalt der Mitglieder des Löschzugs Seppenrade bleiben ewig in Erinnerung. Neben den realen Erfahrungen haben viele Diskussionen Anregungen zu dieser Arbeit gegeben.

Während des Zivildienstes und der anschließenden Rettungsassistentenausbildung konnte ich sicherlich die meisten Erfahrungen in der Versorgung von Notfallpatienten sammeln, die in diese Arbeit eingeflossen sind. Hier danke ich insbesondere allen ehemaligen Kollegen der Rettungswache Lüdinghausen und des Intensivtransportwagens Münster für die tolle Zeit und die vielen interessanten Dienste. In den letzten Jahren konnte ich zudem die klinische Patientenversorgung in der Zentralen Notaufnahme der Raphaelsklinik Münster kennenlernen. Die Mitarbeiter haben mir in vielen Diensten und Gesprächen wichtige Hinweise zu Problemen der Notfallversorgung gegeben. Hinzu kommen die Anregungen aus vielen anderen Notaufnahmen, die ich in den letzten Jahren besuchen konnte, die aber nicht alle einzeln aufgezählt werden können. An dieser Stelle möchte ich der Arbeitsgruppe Ökonomie der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. danken, die mir durch ihre interdisziplinäre Ausrichtung und Zusammenarbeit immer weitergeholfen hat.

Die wissenschaftliche Grundlage der Dissertation bilden Forschung und Lehre am Lehrstuhl für Krankenhausmanagement der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Hier möchte ich meinen beiden Gutachtern Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff und Prof. Dr. Aloys Prinz danken. Sie haben mir die Promotion ermöglicht und mir durch ihr sehr breites Wissen wertvolle kritische Hinweise gegeben. Eine große Motivationshilfe waren das angenehme Arbeitsklima und die ständige Unterstützung durch die Arbeitskollegen. Hier möchte ich insbesondere Marie Lingemann, Maria Kordes und Stefan Schü-

ring danken. Des Weiteren haben mir meine Freunde Irina Klein, Dr. Gunnar Wittkamp und Dominik Tobschall durch ihre kritische Auseinandersetzung mit meinem Manuskript stets geholfen.

Schließlich möchte ich meiner Freundin Julia Fissler von ganzem Herzen danken. Sie hat immer Verständnis aufgebracht und war die größte Motivationshilfe. Gleichzeitig hat Sie mir in vielen Gesprächen mit ehrlicher Kritik und häufig nächtlichem Korrekturlesen sehr geholfen.

Münster im Dezember 2011

Christopher Niehues

1 Ausgangssituation und Problemstellung

„Wir müssen immer wieder kritisch prüfen, ob unter den gegebenen Bedingungen das Geld überall wirklich so eingesetzt wird und eingesetzt werden kann, dass es den größten Nutzen für die Gesundheit der Menschen bringt.“¹

Johannes Rau

1.1 Gegenwärtige Situation der Notfallversorgung in Deutschland

Die Notfallversorgung in Deutschland gilt als eines der besten flächendeckenden und allgemein zugänglichen Systeme der Welt.² Gleichzeitig prägen historische Strukturen und große regionale Unterschiede die Notfallversorgung, da diese Ländersache ist. Während im Bildungssystem die komplexen Zuständigkeiten der Länder und Kommunen Gegenstand einer großen öffentlichen Diskussion sind,³ führt die Notfallversorgung ein Schattendasein. So weist der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens seit 1991 vergeblich auf Effektivitäts- und Effizienzprobleme im Bereich der Notfallversorgung hin.⁴ Das System ist weder für den Laien noch für Experten transparent oder komplett überschaubar.

Ein grundsätzliches Problem ist die getrennte Organisation zwischen dem Rettungsdienst und den Notaufnahmen. Zahlreiche Schnittstellen gefährden die optimale Patientenversorgung. In einigen Bundesländern sind unterschiedliche Ministerien für die Krankenhausplanung und Rettungsdienstplanung verantwortlich. Auf Bundesebene prüft die Bundesanstalt für Straßenwesen die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes. Dies zeigt die fehlende Einheit der Notfallversorgung. Während selbst Mediziner nicht immer eindeutig die Behandlungsdringlichkeit feststellen können, wird von den Patienten erwartet, sich in Notfällen an die richtige Institution zu

¹ Rau 2004, Abschnitt IV.

² Vgl. Neubauer et al. 2010 S. 433.

³ Vgl. Vitzthum und Wiegelmann 2010, S. 6 ff.

⁴ Siehe Sachverständigenrat 1991, Rn. 243 ff., Sachverständigenrat 1995, Rn. 426 ff., Sachverständigenrat 2003, Rn. 816 ff., und Sachverständigenrat 2007, Rn. 507 ff.

wenden. Für ‚einfachere Notfälle‘ sind primär die Hausärzte bzw. der kassenärztliche Notdienst zuständig und die Rettungsdienste und Krankenhäuser stellen die Versorgung der ‚schweren Notfälle‘ sicher. Gleichzeitig werden die Notaufnahmen immer häufiger mit Bagatellerkrankungen konfrontiert, für die eigentlich der kassenärztliche Notdienst zuständig ist.⁵

Dem nicht-ärztlichen Personal werden kaum Kompetenzen zugesprochen. Wenn kein Notarzt verfügbar ist, sollen Rettungsassistenten kaum medizinische Maßnahmen durchführen dürfen, wenngleich sie diese erlernt haben und beherrschen. Im Wehrbericht 2010 wird ein besonderer Mangel im Sanitätsdienst der Bundeswehr im „Fachbereich der Notfallmedizin“ aufgeführt.⁶ Es existiert weder in der Pflege noch im ärztlichen Bereich eine spezielle Qualifikation für klinische Notfallmedizin. Die Fachgesellschaften streiten sich um die Zuständigkeit und in der Regel müssen unerfahrene Assistenzärzte in der Notaufnahme arbeiten. Bei dem sogenannten Notarzt handelt es sich um eine Zusatzqualifikation, die vom Umfang nicht mit einer Facharztweiterbildung zu vergleichen ist.⁷

Obwohl sich Gesundheit nicht einklagen lässt, dominiert das Recht alle Beziehungen im Gesundheitswesen.⁸ Bei zunehmender Ressourcenknappheit fordern medizinische Fachgesellschaften sowie das Rechtssystem eine Versorgung auf höchstem Niveau und ignorieren sonstige Bedürfnisse der Gesellschaft. Dass die Praxis eine andere ist, wird in der Notaufnahme deutlich. Die Ärzte befinden sich in einem Spagat zwischen medizinischer Notwendigkeit, Ressourcenknappheit und Haftungsrisiken. Auf der einen Seite werden die Leistungen nicht vergütet, auf der anderen Seite drohen Haftungsverfahren, wenn die zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten im Einzelfall nicht vollständig ausgeschöpft werden.⁹

In der größten deutschen Studie „Medizinische und volkswirtschaftliche Effektivität und Effizienz des Rettungsdienstes in Hessen“ heißt es: „Zwar kann aus der vorliegenden Untersuchung nicht geschlossen werden, ob der Umfang der Vorhaltung rettungsdienstlicher Ressourcen in den Rettungsdienstbereichen als solches wirtschaftlich ist, dem Einsatz der vorhandenen Ressourcen hingegen kann ein hoher Grad an Effizienz zugeschrieben werden.“¹⁰ Dies zeigt exemplarisch das mangelnde Begriffsverständnis. In vielen notfallmedizinischen und juristischen Arbeiten mit ökonomischem Themenbezug wird der Effizienzbegriff verwendet, ohne das Verhältnis der eingesetzten Mittel zu dem erzielten Ergebnis zu betrachten.¹¹

⁵ Vgl. David et al. 2006, S. 673, und Niehues et al. 2010, S. 1183.

⁶ Vgl. Deutscher Bundestag 2011, S. 25.

⁷ Zur Qualifikation des Notarztes gibt es seit 2003 eine Empfehlung der Bundesärztekammer, die aber von den zuständigen Landesärztekammern unterschiedlich umgesetzt wird. Eine verpflichtende Tätigkeit in der Notaufnahme ist nicht vorgesehen.

⁸ Vgl. Kingreen und Laux 2008, S. VII.

⁹ Vgl. Bergmann 2011, S. 457.

¹⁰ Hessisches Sozialministerium 2009a, S. 196.

¹¹ Zur Problematik des Effizienzbegriffs siehe Kapitel 4.3.1.

1.2 Problemstellung

Die klassischen und historischen Konzepte der Notfallversorgung in Deutschland bedürfen einer tiefgreifenden Strukturanalyse.¹² Aufgrund der Ressourcenknappheit und komplexen rechtlichen Rahmenbedingungen ist eine interdisziplinäre Problemanalyse erforderlich. Es gibt aber nur wenige Begriffe, „die zugleich so sehr beansprucht werden und dennoch so wenig verstanden sind wie der Begriff der Interdisziplinarität“.¹³ Die interdisziplinäre Ausbildung und Forschung stellt in der Medizin, Ökonomie und Rechtswissenschaft eine Ausnahme dar.

Medizinische Arbeiten konzentrieren sich auf empirische Erkenntnisse zu Diagnostik- und Therapieverfahren. In diesen Arbeiten werden Probleme der Ressourcenknappheit und die rechtlichen Rahmenbedingungen häufig nicht beachtet. In der Rechtsprechung werden bei medizinischen Fragestellungen Gutachter herangezogen. Im Bereich der Gesundheitsökonomik werden zwar medizinische Erkenntnisse genutzt, aber bei der Ableitung von Handlungsempfehlungen werden die Besonderheiten der deutschen Verfassung und die ständige Rechtsprechung kaum beachtet. Ethische Aspekte werden häufig individuell ausgelegt und dienen der jeweiligen Argumentation. So argumentieren Juristen oft, dass aus ethischen Gründen im Einzelfall sämtliche Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen sind.¹⁴ Dagegen argumentieren Ökonomen, dass aus ethischen Gründen auf bestimmte Maßnahmen zu verzichten ist, wenn bei einer alternativen Ressourcenverwendung ein höherer Nutzen für das Gemeinwohl erzielt werden kann.

Es stellt sich die Frage, ob die knappen Ressourcen tatsächlich im Sinne des Gemeinwohls eingesetzt werden. Gerade in Bezug auf die Notfallversorgung überwiegen emotionale Diskussionen die sachliche Argumentation. Die Politik und Patienten haben kaum Sachkenntnisse und können leicht instrumentalisiert werden. Daher ist kritisch zu prüfen, ob die Selbstverwaltung zur Gestaltung der Notfallversorgung im Interesse des Gemeinwohls handelt.

Zusätzlich behindern der Föderalismus und die Zuständigkeit auf kommunaler Ebene die Erhebung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ein internationaler Vergleich der Notfallversorgung scheitert an den individuellen Strukturen in Bezug auf die Systemzugänglichkeit und die Qualifikation und Kompetenz des Personals. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfolgt in Deutschland weder eine standardisierte Qualitätserfassung in der Notfallversorgung noch existieren verwendbare Daten zu Kosten- und Nutzenaspekten. Obwohl gesetzlich explizit eine sektorübergreifende Qualitätssicherung und wirtschaftliche Mittelverwendung gefordert werden, stellt die Notfallversorgung eine Black-Box dar.¹⁵

Aus diesem Grund gilt es, die komplexen Systemzusammenhänge der gesamten Notfallversorgung darzustellen. Es ist zu analysieren, wo die Schwachstellen der gegenwärtigen

¹² Vgl. Lackner et al. 2009 S. 25.

¹³ Wallner 1993, S. 17.

¹⁴ Mit dem sogenannten „Nikolausurteil“ hat das Bundesverfassungsgericht weitreichende Leistungsansprüche bestimmt. Vgl. BVerfG, Urteil vom 06.12.2005 (BvR 347/98) und Kapitel 5.3.4.

¹⁵ Vgl. §§ 12 Abs. 1 und 137a Abs. 1 SGB V. Zur Black-Box siehe Kapitel 4.4.2.

tigen Strukturen liegen. Anhand eines Modells soll daher die Effizienz einzelner Bereiche der Notfallversorgung beurteilt werden. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie sich bei gegebenen Ressourcen die Effizienz der gesamten Notfallversorgung verbessern lässt. Dazu sind Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die den Output des Gesamtsystems – im Sinne eines besseren Gesundheitszustandes – steigern, ohne den Input im Sinne von finanziellen Ressourcen zu steigern.

1.3 Aufbau des Buches

Im Folgenden wird erstmals der Versuch unternommen, die Strukturen und Zusammenhänge der gesamten Notfallversorgung einer interdisziplinären Betrachtung zu unterziehen. Der interdisziplinäre Ansatz soll sich auf die Fachdisziplinen der Medizin, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften konzentrieren. Abbildung 1 zeigt den Aufbau.

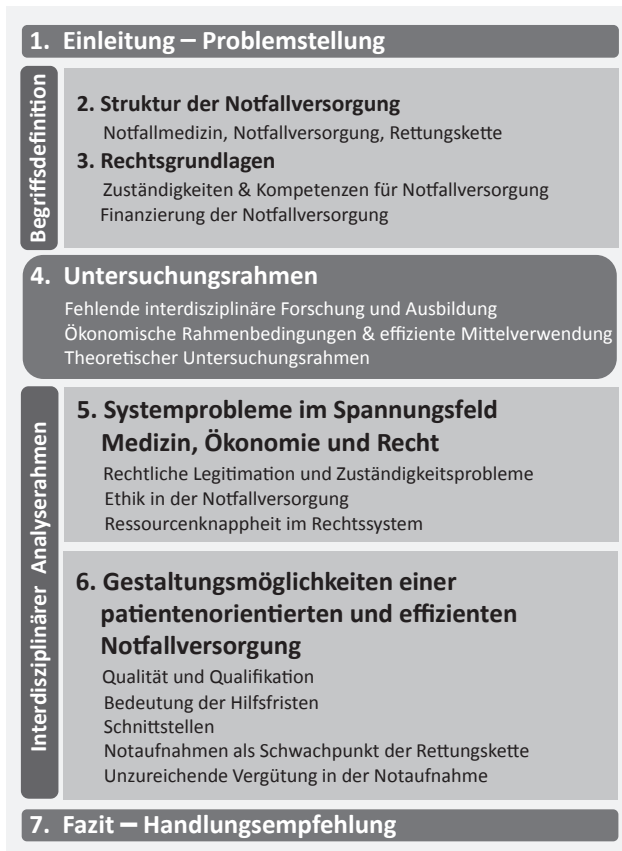


Abb. 1: Aufbau des Buches

Ein zentrales Problem der interdisziplinären Betrachtung ist, dass jede Fachdisziplin eine eigene wissenschaftstheoretische Arbeitsweise verfolgt. Selbst innerhalb der einzelnen Disziplinen existieren teilweise völlig verschiedene und teils heftig umstrittene Ansätze der wissenschaftlichen Arbeit.¹⁶ Aufgrund des interdisziplinären Ansatzes werden im deskriptiven Teil die relevanten Begriffe und Grundlagen der verschiedenen Disziplinen beschrieben. Dazu werden in Kapitel 2 – ausgehend von der Herleitung zur Definition der Notfallversorgung – die wesentlichen Strukturen und Elemente der Notfallversorgung aufgezeigt. Da verfassungsrechtliche Vorgaben, weitere Gesetze und die Rechtsprechung die Notfallversorgung wesentlich prägen, werden in Kapitel 3 die zentralen Rechtsgrundlagen definiert. Im Anschluss wird die Finanzierung der Notfallversorgung erklärt.

Zu Beginn des Hauptteils werden der Untersuchungsrahmen und die Vorgehensweise bestimmt (Kap. 4). Zu diesem Zweck werden die Probleme der interdisziplinären wissenschaftlichen Arbeit aufgezeigt und Anforderungen abgeleitet, die in diesem Zusammenhang erfüllt werden müssen. Die komplexe Situation macht es erforderlich, dass im fünften Kapitel zunächst die übergeordneten Probleme im Spannungsfeld Medizin, Ökonomie und Recht betrachtet werden. Hier geht es insbesondere um Fragen der Legitimation und Zuständigkeit sowie die Berücksichtigung ökonomischer Aspekte der Notfallversorgung im Rechtssystem. Erst im Anschluss können in Kapitel 6 konkrete Probleme aus der Praxis der Notfallversorgung analysiert und entsprechende Gestaltungsalternativen vorgeschlagen werden. Kapitel 7 bildet den Schlussteil, fasst die wesentlichen Ergebnisse zusammen und spricht konkrete Handlungsempfehlungen aus.

¹⁶ Während sich wissenschaftliche Arbeit in der Medizin zum größten Teil auf empirische Untersuchungen stützt, wird die Empirie in der Rechtswissenschaft größtenteils ignoriert. Im Bereich der Wirtschaftswissenschaften ist zusätzlich zwischen der Volks- und Betriebswirtschaftslehre zu differenzieren. In der Volkswirtschaftslehre wird der exzessiven Mathematisierung zunehmend Realitätsferne vorgehalten. Vgl. Kirchgässner 2009, S. 34, Nienhaus 2009, S. 34, und Skidelsky 2009, S. 29 ff. Eine strikte Trennung zwischen Volks- und Betriebswirtschaftslehre ist nicht immer möglich. Vgl. Raffée 1974, S. 24 f., und Kornmeier 2008, S. 338.

2 Struktur der Notfallversorgung in Deutschland

2.1 Herleitung der Begriffsdefinitionen

2.1.1 Der zentrale Begriff ‚Notfallversorgung‘

Das Wort ‚Notfallversorgung‘ wird im allgemeinen Sprachgebrauch häufig verwendet, ohne sich über die konkrete Bedeutung der Wortwahl bewusst zu sein. Auch in den meisten Landeskrankenhaus- und Rettungsdienstgesetzen wird das Wort Notfallversorgung verwendet, jedoch nicht konkretisiert.¹

‚Notfallversorgung‘ ist kein feststehender Begriff, sondern vielmehr ein Oberbegriff für ein System, das sich wiederum aus zahlreichen Bereichen, Normen und Begriffen zusammensetzt. Schon das Wort Notfallversorgung besteht aus den zwei Begriffen ‚Notfall‘ und ‚Versorgung‘. Auf diese Unterbegriffe muss im Folgenden eingegangen werden, bevor eine Definition für den Begriff ‚Notfallversorgung‘ abgeleitet werden kann.

2.1.2 Definition von Gesundheit und Krankheit

Bevor der medizinische Notfall definiert werden kann, sind die Begriffe Gesundheit und Krankheit zu beschreiben. Der Gesundheitsbegriff wird zum einen als ein Zustand aufgefasst, „wonach Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit beschrieben wird“.² Zum anderen legt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Verfassung dar, dass Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“³ ist. Die WHO erklärt Gesundheit zum Grundrecht eines jeden Menschen. Allerdings wird die

¹ Auf Bundesebene wird der Begriff Notfallversorgung lediglich in den Bundesgesetzen SGB V, KHG, KHEntgG und BtMG erwähnt. Im Rahmen des KHG und KHEntgG geht es dabei ausschließlich um eine Kürzung der Leistungen gem. § 4 Abs. 2 und 6 KHEntgG in Verbindung mit § 17b Abs. 1 KHG wenn die Krankenhäuser nicht an der Notfallversorgung teilnehmen. In der Zentralnorm zur Gesundheitsversorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, dem SGB V, wird die Notfallversorgung nur in § 291a Abs. 3 SGB V zu den Anforderungen an die elektronische Gesundheitskarte erwähnt.

² Hart und Francke 2009, S. XIV.

³ Im Original: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (Constitution of the WHO, S. 2). Weder im Grundgesetz noch in den Sozialgesetzbüchern erfolgt eine Definition von Gesundheit.

Definition der WHO kritisiert, da sie sich nicht objektivieren lässt und jeder demnach auf gewisse Weise krank ist.⁴

Nach der Generalklausel des ärztlichen Berufsrechts dient der Arzt der Gesundheit des Einzelnen und der Allgemeinheit.⁵ Da die überwiegende Tätigkeit des ärztlichen Handelns in der Behandlung von Krankheiten besteht, ergibt sich für den Begriff Krankheit kein Rahmen, sondern eher konkrete Rechte und Pflichten.⁶ „Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist unter Krankheit ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der ärztlicher Behandlung bedarf [...]“⁷ Es zeigt sich, dass die Begriffe Gesundheit und Krankheit oft im Zusammenhang betrachtet werden. Letztendlich sind es rechtliche Definitionsversuche. Schon früher hat Nietzsche gesagt „Gesundheit und Krankheit sind nichts wesentlich Verschiedenes [...]“⁸

2.1.3 Definition von Notfall und Notfallmedizin

Beim Notfall handelt es sich um die akute Form der Krankheit. Grundsätzlich ist zwischen dem Notfall aus medizinischer und rechtlicher Sicht zu differenzieren. Während sich der medizinische Notfall ausschließlich am Gesundheitszustand und der Behandlungsdringlichkeit orientiert, stehen bei der rechtlichen Auslegung Zuständigkeiten und Abrechnungsfragen im Vordergrund. Im Anschluss an die vorherige Definition von Krankheit reicht es nicht aus, einen Notfall als eine plötzlich auftretende Krankheit zu definieren. Vielmehr geht es darum, drohende gesundheitliche Schäden abzuwenden.⁹

Die Bundesärztekammer definiert Notfallmedizin als „die Erkennung und sachgerechte Behandlung drohender oder eingetretener medizinischer Notfälle, die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen sowie die Herstellung und Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit der Patienten.“¹⁰ Auch die Notfallmedizin wird aus medizinischer und rechtlicher Sicht unterschiedlich definiert. Während in der Medizin die Behandlung oder Vermeidung von lebensbedrohlichen Krankheiten im Vordergrund steht, geht es aus rechtlicher Sicht darum, wer für die Behandlung von Notfällen zuständig ist. Die rechtliche Definition bezieht sich nicht nur auf lebensbedrohliche Situationen, sondern umfasst alle Patienten, die die Infrastruktur der Notfallversorgung in Anspruch nehmen. So gilt auch ein Patient als Notfall, der in der Nacht aufgrund einer Bagatellerkrankung die Notaufnahme aufsucht.¹¹ Aufgrund die-

⁴ Zur ausführlichen Kritik an der WHO-Definition siehe Fröhlich 2008, S. 27 ff.

⁵ Vgl. § 1 Abs. 1 BÄO.

⁶ Vgl. Hart und Francke 2009, S. XV.

⁷ BSG, Urteil vom 30.09.1999 (B 8 KN 9/ 98 KR R) und BSGE 85,36.

⁸ Nietzsche 1956, S. 781.

⁹ Vgl. Adams 2000, S. 485, und Ziegenfuß 2005, S. 3.

¹⁰ Bundesärztekammer 2011a.

¹¹ Aus abrechnungstechnischer Sicht begründet das subjektive Empfinden des Patienten und das Aufsuchen einer Notaufnahme oder des kassenärztlichen Notdienstes das Vorliegen eines Notfalls. Siehe ausführlich dazu Hauser 2008, S. 249 ff.

ser Abgrenzungsproblematik gibt es keine einheitlichen Daten zu Art und Anzahl der medizinischen Notfälle.

2.1.4 Die Rettungskette bestimmt den Begriff der Notfallversorgung

„Die Notfallversorgung umfasst die medizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch dafür besonders qualifiziertes Personal und die Beförderung in dafür besonders ausgestatteten Rettungsmitteln unter notfallmedizinischen Bedingungen.“¹²

§ 3 Abs. 2 Hessisches Rettungsdienstgesetz

Diese gesetzliche Definition der Notfallversorgung ist nicht geeignet, da sie sich nur auf die präklinische Rettungsdienstversorgung bezieht.¹³ Am besten lässt sich die Notfallversorgung anhand der Rettungskette definieren. Die Rettungskette, die teilweise als Überlebenskette bezeichnet wird,¹⁴ zeigt, dass verschiedene Akteure an der Notfallversorgung beteiligt sind. Allerdings existiert keine einheitliche Definition der Rettungskette. Sie ist erstmalig von Ahnefeld beschrieben worden.¹⁵ Je nach Zweck wird häufig die Bedeutung eines Elements besonders hervorgehoben.¹⁶

Am Anfang der Rettungskette (Abb. 2) steht in der Regel der Laie, der zufällig Zeuge einer Notfallsituation wird. Unabhängig von der Qualifikation ist jeder Bürger zur Hilfe im Notfall verpflichtet.¹⁷ Der Laie soll erste Hilfe leisten und einen Notruf an die Leitstelle absetzen. Diese wiederum alarmiert und koordiniert die entsprechenden Rettungskräfte.¹⁸ Bei lebensbedrohlichen Zuständen erfolgt die Erstversorgung durch den Rettungsdienst, der ggf. von der Feuerwehr unterstützt wird.¹⁹ Anschließend wird der Notfallpatient in die Zentrale Notaufnahme eines geeigneten Krankenhauses transportiert und dort weiterversorgt.²⁰

¹² Andere Landesrettungsdienstgesetze enthalten keine Definition der Notfallversorgung.

¹³ In der Krankenhausrahmenplanung werden die Krankenhäuser teilweise als Bestandteil der Notfallversorgung ausgewiesen. Vgl. Hessisches Sozialministerium 2005, S. 6.

¹⁴ Die europäischen Leitlinien 2010 zur Wiederbelebung sprechen von ‚Überlebenskette‘. Vgl. Nolan et al. 2010, S. 521.

¹⁵ Der erste Entwurf der Rettungskette stammt von Ahnefeld aus dem Jahr 1966. Vgl. Dick 2011 sowie Kreimeier und Arntz 2009, S. 489.

¹⁶ Zur Betonung der Laienhilfe: Holmberg et al. 2001, S. 511 ff., Waalewijn et al. 2001, S. 113 ff., und Waydhas 2009, S. 339. Zur Betonung der Leitstelle: Ziegler et al. 2010, S. 103. Zur Betonung der Notaufnahme: Gorgaß 2003, S. 559, und Lackner et al. 2009, S. 26.

¹⁷ In Deutschland wird die allgemeine Hilfeleistungspflicht aus dem Straftatbestand der Unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c StGB abgeleitet. Für Ärzte und sonstiges qualifiziertes Personal kann die Sachkunde zu einer besonderen Hilfspflicht führen. Siehe ausführlich Ulsenheimer 2008, S. 307 f., sowie Lipp 2009, S. 87 ff.

¹⁸ Die Leitstelle wird in Kapitel 2.3 beschrieben.

¹⁹ Der Rettungsdienst und die Feuerwehr werden in Kapitel 2.4. beschrieben.

²⁰ Nicht alle Krankenhäuser verfügen über eine Zentrale Notaufnahme und je nach Notfallindikation und Organisationsstruktur des Krankenhauses kann es sein, dass der Patient direkt an Spezialabteilungen übergeben wird.

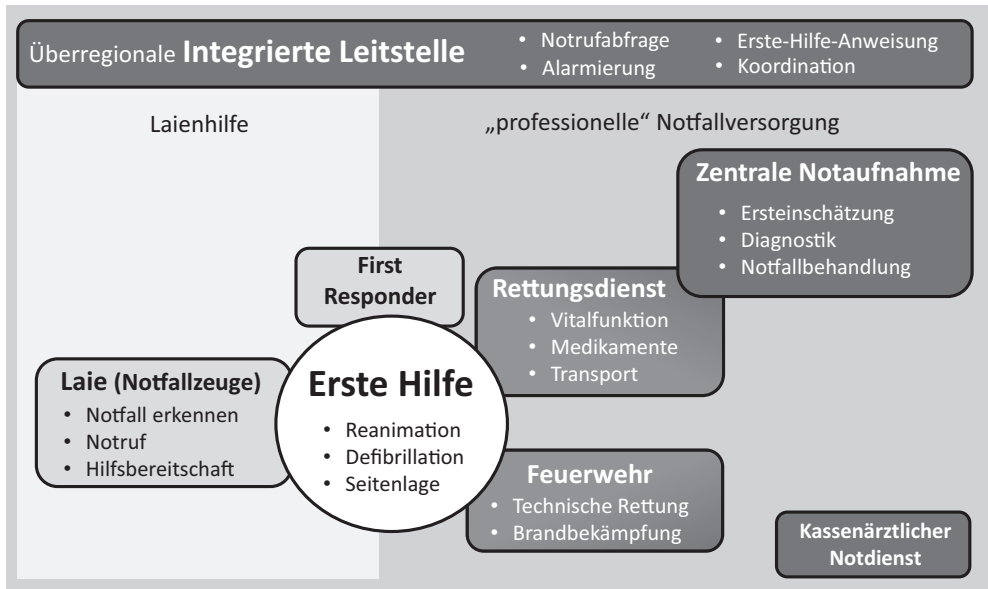


Abb. 2: Die erweiterte Rettungskette

Es zeigt sich, dass die Notfallversorgung sehr vielschichtig ist und durch das Nebeneinander zahlreicher Akteure geprägt wird. Zum Zweck dieser Arbeit lässt sich der Begriff Notfallversorgung aus der erweiterten Rettungskette ableiten. Die Notfallversorgung umfasst demnach die gesamte personelle und sachliche Infrastruktur zur Versorgung von Notfallpatienten.

2.2 Erste-Hilfe-Maßnahmen im Notfall

2.2.1 Laienhilfe im Notfall

Den Anfang der Rettungskette bilden in der Regel Laienhelfer, die meist zufällig Zeuge eines Notfallgeschehens werden und entsprechende Erste-Hilfe-Maßnahmen einleiten.²¹ Eine exakte Definition zum Laienhelfer existiert weder im Gesetz noch in der Literatur. Als Laienhelfer im engeren Sinne sind alle Helfer in Notsituationen zu bezeichnen, die höchstens über eine Erste-Hilfe-Ausbildung verfügen. Laienhelfer im weiteren Sinne haben eine erweiterte Erste-Hilfe-Qualifikation, verfügen aber meistens über keine Befähigung zur Ausübung eines Berufes in der Notfallversorgung. Bei der Laienhilfe im

²¹ Vgl. Köhnlein und Weller 2004, S. 1.

weiteren Sinne handelt es sich in der Regel um ehrenamtliche Helfer der etablierten Hilfsorganisationen.

Zentraler Bestandteil der Laienhilfe ist die Erste-Hilfe-Ausbildung der Bevölkerung, die immer wieder in der Kritik steht und als mangelhaft gilt.²² Für den Führerschein-erwerb ist die Teilnahme an einem Kurs für lebensrettende Sofortmaßnahmen verpflichtend. Der Kurs umfasst acht Unterrichtsstunden (à 45 Min.), und es ist keine Wiederholungspflicht vorgesehen.²³ Für den LKW- und Bus-Führerschein ist ein Erste-Hilfe-Kurs mit einem Umfang von 16 Unterrichtsstunden erforderlich. Im Wesentlichen konzentrieren sich die Inhalte auf das Absetzen des Notrufes, die Basismaßnahmen der Wiederbelebung, die richtige Lagerung und das Anlegen steriler Verbände. Eine Schulung zur Anwendung von automatischen externen Defibrillatoren findet nur selten statt.²⁴ Des Weiteren existiert eine Vielzahl spezieller Erste-Hilfe-Lehrgänge für Kindernotfälle, Sportunfälle, Wasserunfälle, betriebliche Ersthelfer usw., deren Teilnahme in der Regel auf freiwilliger Basis beruht.

2.2.2 First Responder und Sanitätsdienste

Zur zentralen Aufgabe der First Responder (Notfallhelfer) gehört es, das sogenannte „Therapiefreie Intervall“ bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu verkürzen.²⁵ Bei den First Respondern handelt es sich um trainierte Laienhelfer wie ehrenamtliche Kräfte der Hilfsorganisationen²⁶ und Feuerwehren, Polizisten, Sicherheitspersonal, Flugbegleiter usw., die in einer definierten Schulung²⁷ Maßnahmen der Wiederbelebung und Frühdefibrillation erlernt haben.²⁸ Während die „klassische“ Defibrillation dem Notarzt (Arzt) vorbehalten ist, bezeichnet die „Frühdefibrillation“ die Intervention mit automatischen externen Defibrillatoren (Automatic External Defibrillator, AED) durch nicht-ärztliches Personal.²⁹ In ländlichen Bereichen werden die First Responder teilweise durch Leitstellen automatisch bei Notarzteinsätzen mit alarmiert.

Bei sogenannten Sanitätsdiensten im Rahmen von Großveranstaltungen übernehmen in der Regel ehrenamtliche Helfer die Erstversorgung von Notfallpatienten. In Abhängigkeit der Größenordnung der Veranstaltung legen die Genehmigungsbehörden Qualifikation, Ausstattung und Anzahl der Hilfskräfte fest. Die eingesetzten Kräfte verfügen in der Regel über eine sanitätsdienstliche Ausbildung. Diese wird in den Satzungen der

²² Vgl. Sachverständigenrat 2007, S. 209, und Geraedts 2009, S. 1173.

²³ Vgl. § 19 FeV.

²⁴ Zur Anwendung der automatischen externen Defibrillatoren im Rahmen der Laienhilfe sowie zur Diskussion der Ersten-Hilfe-Maßnahmen siehe ausführlich Kapitel 6.1.

²⁵ Vgl. Grönheim et al. 2009, S. 33.

²⁶ Hilfsorganisationen der Notfallversorgung: Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft, Deutsches Rotes Kreuz und Bayerisches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfall-Hilfe und der Malteser Hilfsdienst.

²⁷ Siehe Empfehlung der Bundesärztekammer zur Defibrillation mit automatischen externen Defibrillatoren durch Laien, Bundesärztekammer 2001a.

²⁸ Vgl. Trappe 2009, S. 420.

²⁹ Vgl. Bohn 2005, S. 729.