



TRINATIONALES KOMPETENZZENTRUM
für Ihre Gesundheitsprojekte



GESUNDHEIT OHNE GRENZEN
SANTÉ SANS FRONTIÈRE

DIE MEDIZINISCHE NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND, FRANKREICH UND DER SCHWEIZ



Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)
Fonds européen de développement régional (FEDER)



Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt
Dépasser les frontières : projet après projet

DIE MEDIZINISCHE NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND, FRANKREICH UND DER SCHWEIZ

Mai 2018

Diese Publikation ist Teil einer Publikationsreihe, die vom trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN erarbeitet wird und zum Ziel hat, verschiedene Aspekte der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich und der Schweiz abzubilden. Die Publikationen von TRISAN sind online in deutscher und französischer Sprache unter www.trisan.org / Publikationen verfügbar.

Cette publication fait partie d'une série de cahiers thématiques élaborés par le centre de compétences TRISAN et visant à apporter des éclairages sur l'organisation des systèmes de santé français, allemand et suisse. Les publications de TRISAN sont disponibles en version française et allemande sur le site internet de TRISAN (www.trisan.org > Documentation).



DIE MEDIZINISCHE NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Rettungsdienste, Notaufnahme,
ärztlicher Bereitschaftsdienst

Am Beispiel der Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz



Konzeption und inhaltliche Koordinierung :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Gestaltung :

- Print Europe – Céline Agaësse.

Redaktion:

- Eddie Pradier (TRISAN).

Fachlektorat:

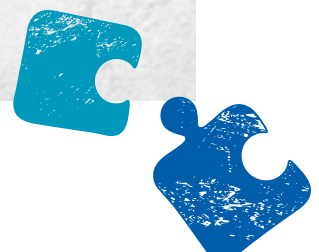
- Dr. med. Rolf Ermerling, Ortenau Klinikum Kehl.

Übersetzung :

- Michael Lörch.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfsplatz 11, D - 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34



1. RETTUNGSDIENST	8
1.1. Definition	9
1.2. Allgemeiner rechtlicher Rahmen	9
1.3. Rettungsdienstbereiche	10
1.4. Die Aufgabe der Rettungsdienstorganisationen	11
1.5. Leitstellen	12
1.6. Organisation der Einsätze	12
1.7. Großschadensfall.....	15
1.8. Qualifikation und Ausbildung des Einsatzpersonals	16
1.9. Finanzierung.....	18
2. DIE KLINISCHE NOTFALLVERSORGUNG	20
2.1. Rechtlicher Rahmen.....	21
2.2. Organisation	21
3. DER ÄRZTLICHE BEREITSCHAFTSDIENST	22
3.1. Rechtlicher Rahmen.....	23
3.2. Organisation	23
3.3. Teilnahme der Ärzte/innen.....	24
3.4. Finanzierung	24
3.5. Ablauf für die Patienten/innen.....	25
3.6. Fachärztlicher Bereitschaftsdienst.....	25



1. RETTUNGSDIENST

Eingangsbemerkungen :

In Deutschland unterscheidet sich die Organisation der medizinischen Notversorgung in den einzelnen Bundesländern. In diesem Themenheft werden insbesondere die Bundesländer Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz behandelt, da das trinationale Kompetenzzentrum TRISAN hauptsächlich in der grenzüberschreitenden Region Oberrhein aktiv ist.

1.1 DEFINITION

Die beiden Aufgaben des Rettungsdienstes sind die Notfallrettung und der Krankentransport.

- » Der Begriff Notfallrettung bezeichnet die Versorgung von Notfallpatienten, also Personen, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind. In diesem Rahmen ist die Aufgabe des Rettungsdienstes bei diesen Personen, Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden einzuleiten, sie transportfähig zu machen und unter fachgerechter Betreuung in eine geeignete Einrichtung zu befördern. Bestandteil der Notfallrettung ist auch der Intensivtransport zur Beförderung eines behandlungspflichtigen Patienten/ einer behandlungspflichtigen Patientin in Intensivüberwachung von einer Gesundheitseinrichtung in eine andere ;
- » Der Krankentransport bezeichnet die Versorgung von Personen, die sich nicht in Lebensgefahr befinden und bei denen keine schweren gesundheitlichen Schäden zu befürchten sind, die aber dennoch eine fachgerechte Betreuung während des Transports in eine geeignete Einrichtung benötigen. In diesem Rahmen hat der Rettungsdienst die Aufgabe, die Patienten/innen nötigenfalls mit Erster Hilfe zu versorgen und sie unter fachgerechter Betreuung ins Krankenhaus zu befördern. Der Krankentransport kann entweder infolge eines Notrufes erfolgen oder geplant (disponibel) sein.

Nicht zum Rettungsdienst gehören :

- » Krankenfahrten, bei denen Personen transportiert werden, die während der Beförderung in das Krankenhaus keine medizinisch-fachliche Betreuung benötigen ;
- » innerklinische Transporte, also Transporte von Patienten/innen von einer Einrichtung in eine andere, wenn die Patienten/innen keine Intensivbetreuung während des Transports benötigen.

1.2 ALLGEMEINER RECHTLICHER RAHMEN

In Deutschland liegen die Kompetenzen für den Rettungsdienst bei den Bundesländern. Jedes Bundesland verfügt daher über ein eigenes Rettungsdienstgesetz :

- » In Baden-Württemberg handelt es sich um das Gesetz

über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG) vom 8. Februar 2010 ;

- » In Rheinland-Pfalz handelt es sich um das Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz - RettDG) vom 22. April 1991.

Zwischen den Ländern gibt es große Unterschiede hinsichtlich der Organisation der Rettungsdienste, weshalb die Bundesländer in der vorliegenden Broschüre häufig voneinander getrennt untersucht werden. Allerdings werden auch einige Aspekte auf Bundesebene einheitlich geregelt, insbesondere :

- » die Ausbildung/Qualifizierung bestimmter Berufsgruppen, beispielsweise der Notfallsanitäter/innen (Notfallsanitätergesetz) ;
- » die Ausrüstungsnormen der Fahrzeuge ;
- » die Kostenübernahme der Leistungen (Sozialgesetzbuch) ;
- » die Straßenverkehrsordnung.

Auf Landesebene unterliegt der Rettungsdienst der Zuständigkeit des Innenministeriums. Das Rettungsdienstgesetz wird durch einen Rettungsdienstplan konkretisiert :

- » In Baden-Württemberg handelt es sich um den Rettungsdienstplan vom 18. Februar 2014 ;
- » In Rheinland-Pfalz handelt es sich um den Landesrettungsdienstplan Rheinland-Pfalz (LRettDP) vom 17. Dezember 2007.

In beiden Ländern wird der Rettungsdienstplan durch das Innenministerium in Abstimmung mit einem Ausschuss erlassen, in welchem die wichtigsten Akteure des Rettungswesens vertreten sind :

- » In Baden-Württemberg: Landesausschuss für den Rettungsdienst ;
- » In Rheinland-Pfalz: Landesbeirat für das Rettungswesen.

Aus den nachstehenden Tabellen kann die Zusammensetzung dieser Ausschüsse entnommen werden :

Baden-Württemberg

Vollmitglieder :

- » Innenministerium (1)
- » Rettungsdienstorganisationen (10)
- » Kostenträger (10)

Mitglieder in beratender Funktion :

- » Krankenhausgesellschaft (1)
- » Vertreter der Kommunen (1)

(Artikel 4 des Rettungsdienstgesetzes)

Rheinland-Pfalz

- » Innenministerium (1)
- » Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (1)
- » Vertreter der Gemeinden:
 - Landkreistag (1)
 - Städtetag (1)
 - Gemeinde- und Städtebund (1)
- » Rettungsdienstorganisationen (8)
- » Kostenträger (8)
- » Landesärztekammer (1)
- » Kassenärztliche Vereinigung (1)
- » Krankenhausgesellschaft (1)
- » Landesfeuerwehrverband (1)

[Artikel 6 des Rettungsdienstgesetzes]

Die Funktion des Rettungsdienstplans unterscheidet sich in den beiden Ländern :

- » In Baden-Württemberg wird der Rettungsdienstplan als Rahmenplan konzipiert. Er wird auf der Ebene der verschiedenen Rettungsdienstbereiche durch Bereichspläne konkretisiert (siehe Punkt 1.3);
- » In Rheinland-Pfalz geht der Rettungsdienstplan des Landes mehr ins Detail als in Baden-Württemberg, da auf Ebene der Rettungsdienstbereiche keine weiteren Planungsinstrumente vorliegen.

1.3 RETTUNGSDIENSTBEREICHE

Beide Länder sind in Rettungsdienstbereiche unterteilt, die jeweils über eine Leitstelle verfügen. Zwischen den beiden Bundesländern bestehen große Unterschiede hinsichtlich:

- » der Größe der Rettungsdienstbereiche ;
- » der Organisation der Rettungsdienstbereiche.

Baden-Württemberg ist in 34 Rettungsdienstbereiche unterteilt (siehe Karte), die bis auf wenige Ausnahmen den 44 Land-/Stadtkreisen entsprechen ¹. In jedem Rettungsdienstbereich wurde ein Bereichsausschuss eingerichtet, der paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Rettungsdienstorganisationen besetzt ist. Hinzu kommen weitere Akteure, die eine beratende Funktion innehaben: Vertreter der Gemeinden, der Feuerwehren, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser. Dieser Ausschuss, der zweimal pro Jahr zusammentritt, ist insbesondere mit der Erstellung eines Bereichsplans

¹ Bei den Ausnahmen handelt es sich unter anderem um Stadtkreise, die in den Rettungsdienstbereich des angrenzenden Landkreises eingegliedert wurden. Außerdem umfassen einige Rettungsdienstbereiche (auf der Karte orange eingezeichnet) zwei Landkreise. Schließlich kann es vorkommen, dass einige Kommunen dem Rettungsdienstbereich des Nachbarlandkreises angegliedert sind. So sind beispielsweise neun Gemeinden des Ortenaukreises an den Rettungsdienstbereich Baden-Baden/Rastatt angegliedert.

beauftragt. Dieser Plan wird jährlich aktualisiert und vervollständigt und konkretisiert den Rahmenplan des Landes. Insbesondere werden darin festgelegt:

- » der Standort der integrierten Leitstelle ;
- » die Anzahl und der Standort der Rettungswachen ;
- » die Notarztstandorte ;
- » die personelle und sachliche Ausstattung der Rettungswachen (z. B. die Anzahl der Rettungsfahrzeuge in den Rettungswachen).

Der Rettungsdienstbereich ist somit in Baden-Württemberg die Planungsebene für die Organisation des Rettungsdienstes.



Die Rettungsdienstbereiche und die Leitstellen in Baden-Württemberg.

Quelle: Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.

Rheinland-Pfalz ist in nur acht Rettungsdienstbereiche unterteilt (siehe Karte). Im Gegensatz zu Baden-Württemberg umfassen die Rettungsdienstbereiche systematisch mehrere Land-/Stadtkreise. In jedem Rettungsdienstbereich wird vom Innenministerium ein Land- bzw. Stadtkreis als zuständige Behörde für den Rettungsdienst bestimmt. Das Gesetz sieht vor, dass die Entscheidungen der zuständigen Behörde im Einvernehmen mit den anderen Land-/Stadtkreisen des Bereichs getroffen werden. Die Land-/Stadtkreise eines Rettungsdienstbereichs können ihre Aufgaben im Rahmen eines gemischten Zweckverbands auch gemeinsam



Die Rettungsdienstbereiche und die Strukturen des Rettungsdienstes in Rheinland-Pfalz.

Quelle: Landesamt für Vermessung und Geoinformation Rheinland-Pfalz (LVerGeo): Rettungsdienst Rheinland-Pfalz, 2008.

ausüben. Im Gegensatz zu Baden-Württemberg sieht das Gesetz keine Bereichspläne vor. Der Rettungsdienstplan ist detaillierter und bestimmt für jeden Rettungsdienstbereich:

- » den Standort der integrierten Leitstelle;
- » den Standort der Rettungswachen;
- » die Gesamtanzahl der Rettungsfahrzeuge pro Kategorie.

Die zuständigen Land-/Stadtkreise entscheiden anschließend im Einvernehmen mit den Rettungsdienstorganisationen und dem Kostenträger über die Verteilung der Rettungsfahrzeuge auf die verschiedenen Rettungswachen. Der Spielraum der Land-/Stadtkreise ist daher hinsichtlich der Planung eingeschränkter als bei den Bereichsausschüssen in Baden-Württemberg.

1.4 DIE AUFGABE DER RETTUNGSDIENSTORGANISATIONEN

In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz wird die konkrete Umsetzung des Rettungsdienstes hauptsächlich gemeinnützigen Rettungsdienstorganisationen anvertraut. Diese Organisationen werden namentlich in Artikel 2 des Rettungsdienstgesetzes des Landes Baden-Württemberg aufgeführt. Die darin aufgeführten Rettungsdienstorganisationen sind:

- » Deutsches Rotes Kreuz (DRK);
- » Malteser Hilfsdienst;
- » Johanniter-Unfall-Hilfe;
- » Arbeiter-Samariter-Bund;
- » Bergwacht Schwarzwald;
- » Deutsche Lebensrettungsgesellschaft;
- » DRF Luftrettung.

Die Rolle der Rettungsdienstorganisationen ist jedoch in den beiden Ländern unterschiedlich.

In **Baden-Württemberg** sieht das Rettungsdienstgesetz vor, dass das Innenministerium direkt mit den vorher genannten Rettungsdienstorganisationen (und nötigenfalls mit anderen privaten Dienstleistern) Vereinbarungen abschließt, um die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dieses Organisationsmodell ist in Deutschland einmalig. Die Rettungsdienstorganisationen werden damit beauftragt, den Rettungsdienst als Leistungsträger selbstständig zu organisieren, stets in dem durch das Gesetz und den Rettungsdienstplan vorgegebenen Rahmen. Diese Aufgabe wird gemeinsam mit den Kostenträgern im Rahmen der vorher erwähnten Bereichsausschüsse wahrgenommen.

Eine weitere Besonderheit Baden-Württembergs liegt darin, dass im Bereich des Krankentransports freier Wettbewerb besteht: Die zugelassenen privaten Dienstleister dürfen zu den gleichen Bedingungen tätig werden, wie die Rettungsdienstorganisationen, die mit dem Land Vereinbarungen abgeschlossen haben. Dies gilt nicht für den Bereich der Notfallrettung.

In **Rheinland-Pfalz** agieren die Rettungsdienstorganisationen nur als Dienstleister auf der Ebene der konkreten Umsetzung. Leistungsträger sind die Land-/Stadtkreise, die mit der Organisation des Rettungsdienstes auf der Bereichsebene beauftragt worden sind. Letztere schließen Vereinbarungen mit den Rettungsdienstorganisationen für die konkrete Umsetzung ab. Der Einsatz privater Dienstleister ist in Rheinland-Pfalz nur möglich, wenn die Rettungsdienstorganisationen nicht in der Lage oder willens sind, in einem bestimmten Rettungsdienstbereich tätig zu werden oder wenn es in einem bestimmten Raum historisch etablierte Strukturen gibt. Im Gegensatz zu Baden-Württemberg besteht im Krankentransport kein freier Wettbewerb.

Die Bedeutung dieser organisatorischen Unterschiede darf nicht überschätzt werden. In beiden Ländern obliegt die konkrete Umsetzung des Rettungsdienstes (Betrieb der Leitstellen, Betrieb der Rettungswachen, Durchführung der Einsätze, etc.) hauptsächlich den Rettungsdienstorganisationen, insbesondere dem Deutschen Roten Kreuz.



1.5 LEITSTELLEN

Bei der Organisation der Leitstellen lassen sich zwischen den beiden Ländern nur wenige Unterschiede feststellen. In beiden Ländern verfügt jeder Rettungsdienstbereich über eine eigene Leitstelle. Die Rettungsdienstpläne der beiden Länder fördern die Zusammenlegung der Leitstellen, sofern dies möglich ist.

In Baden-Württemberg schreibt das Rettungsdienstgesetz vor, dass alle Rettungsdienstbereiche über eine Integrierte Leitstelle (ILS), also eine gemeinsame Leitstelle für Rettungsdienst und Feuerwehr, verfügen müssen. In Rheinland-Pfalz wird eine landesweite Errichtung von Integrierten Leitstellen angestrebt. Dennoch verfügen einige Rettungsdienstbereiche immer noch über eine eigene Leitstelle, eine sogenannte Rettungsleitstelle.

Die Integrierten Leitstellen zeichnen sich insbesondere durch folgende Aspekte aus:

- » Sie verfügen über eine einheitliche Notrufnummer, die 112;
- » Das eingesetzte Personal erledigt sowohl die Aufgaben für den Rettungsdienst als auch für die Feuerwehr;
- » Eine gemeinsame Trägerschaft der Struktur durch den Land-/Stadtkreis (für die Feuerwehr) und das Deutsche Rote Kreuz (für den Rettungsdienst) als Rettungsdienstorganisation, welche die meisten Einsätze in allen Rettungsdienstbereichen ausführt.

Die Integrierten Leitstellen können für den Krankentransport eine zusätzliche Servicenummer (19222) anbieten. Die Leitstellen dürfen auch als Anrufzentrale im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdiensts agieren (siehe Punkt 3.5).

In Deutschland erfolgt die Abwicklung der Notrufe nicht durch ärztliches Personal. Die Notrufe werden durch

Disponenten/innen entgegen genommen, die selbstständig über den Einsatz eines Rettungsmittels sowie über die Alarmierung/Nachalarmierung eines Notarztes/einer Notärztin entscheiden. Bezüglich der Alarmierung des Notarztes/der Notärztin richtet sich die Entscheidung des Disponenten/der Disponentin nach den Vorgaben des Notarztindikationskatalogs (NAIK).

In beiden Ländern müssen die Leitstellen rund um die Uhr mit mindestens zwei Disponenten/innen besetzt sein.

1.6 ORGANISATION DER EINSÄTZE

Bei der konkreten Organisation der Einsätze gibt es zwischen den beiden Ländern wenig Unterschiede. Im Folgenden wird der Ablauf der Einsätze getrennt für die Notfallrettung, den Krankentransport und den Intensivtransport beschrieben.

1.6.1 Notfallrettung

Die Notfallrettung bezeichnet, wie bereits erwähnt, die Versorgung von Notfallpatienten/innen, also Personen, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind. Bei Notfallpatienten/innen besteht die Aufgabe des Rettungsdienstes darin, lebenserhaltende Maßnahmen oder Maßnahmen zur Vermeidung gesundheitlicher Folgeschäden durchzuführen, sie transportfähig zu machen und unter Betreuung in eine geeignete Einrichtung zu befördern.

Beim bodengebundenen Rettungsdienst existieren – im Falle eines Notarzteinsatzes – zwei Einsatzarten: das Rendezvous-System und das weniger verbreitete Kompaktsystem:

- » Im Rahmen des Rendezvous-Systems wird der im Krankenhaus stationierte Notarzt/die im Krankenhaus

Rettungsmittel	Anzahl	Anteil (%)
Notarzt	282.408	13,3
<i>davon NASF</i>	<i>14.310</i>	<i>0,7</i>
<i>davon NEF</i>	<i>262.690</i>	<i>12,4</i>
<i>davon NAW</i>	<i>5.408</i>	<i>0,3</i>
Rettungswagen	1.036.879	48,8
<i>davon mit Sondersignal</i>	<i>518.715</i>	<i>24,4</i>
Krankentransportwagen	804.068	37,9
Gesamt	2.123.355	

Tabelle 2: Leistungszahlen Rettungsmittel aus Baden-Württemberg

Quelle: Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015

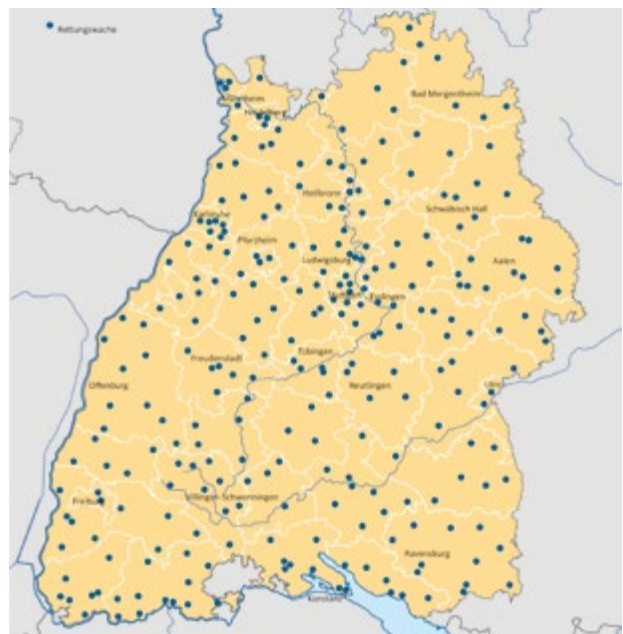
stationierte Notärztin (in der Regel) mit einem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) zum Notfallort gefahren. Das Notarzteinsatzfahrzeug wird von einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin gefahren und ist mit der notwendigen Ausrüstung für die Primärversorgung ausgestattet. Gleichzeitig verlässt ein Rettungswagen (RTW) die Rettungswache. Der Rettungswagen ist mit der erforderlichen Reanimationsausrüstung ausgestattet. Die Besatzung besteht aus mindestens zwei Personen: einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin und einem Rettungssanitäter/einer Rettungssanitäterin. Die beiden Teams treffen sich am Notfallort. Dieses System weist den Nachteil auf, dass zwei Fahrzeuge entsendet werden. Andererseits ermöglicht es Notärzten/innen schneller für einen zweiten Notfalleinsatz verfügbar zu sein;

- » Im Rahmen des Kompaktsystems ist das gesamte Team im Krankenhaus stationiert und rückt gemeinsam zu Einsätzen aus. Hier kommt ein sogenannter Notarztwagen (NAW) zum Einsatz. Dieses System hat den Vorteil, dass sich die Teams gut kennen und Einsätze besprechen können, um so ihre Praktiken zu verbessern. Allerdings sind die Notärzte/innen an das Fahrzeug gebunden und können nicht auf einen zweiten Anruf reagieren. In vielen Fällen wird kein Notarzt/keine Notärztin entsendet, es kommt nur ein Rettungswagen mit Rettungssanitätern/Rettungssanitäterinnen zum Einsatz.

Die obenstehende Tabelle stellt die Verteilung der Einsätze des bodengebundenen Rettungsdienstes nach Einsatzart im Jahr 2015 in Baden-Württemberg dar². Die Zahlen zeigen, dass das Kompaktsystem dort nicht sehr verbreitet ist (0,3% aller Einsätze). Sie verdeutlichen ebenfalls, dass der Einsatz von Notärzten/innen relativ selten ist (13,3% der Einsätze).

In beiden Ländern sieht das Gesetz eine Hilfsfrist (oder „Hilfsleistungsfrist“) vor.

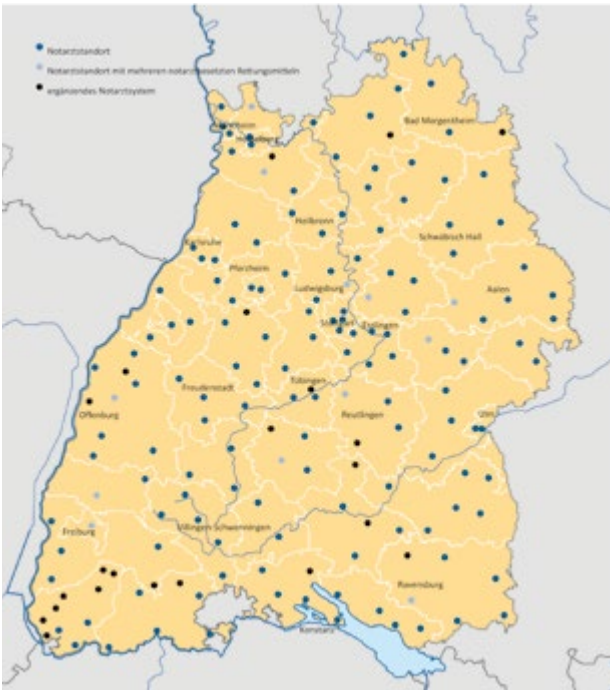
- » In Rheinland-Pfalz ist die Hilfsfrist auf 15 Minuten festgelegt. Sie gilt nicht für Notärzte/innen;
- » In Baden-Württemberg besteht eine doppelte Hilfsfrist für Rettungswagen und notarztbesetzte Rettungsmittel. Die Rettungsmittel sollen möglichst nicht mehr als 10 Minuten benötigen, und höchstens nach 15 Minuten am Notfallort eintreffen. Die Hilfsfrist dient als Planungsinstrument für die bodengebundene Notfallrettung (Standorte der Rettungswachen, Anzahl der Rettungswagen, etc.). Dies erklärt das sehr feine Netz an Rettungswachen. So verfügt beispielsweise das Land Baden-Württemberg über 270 Rettungswachen (siehe untenstehende Karte) mit bis zu 400 Rettungswagen (RTW). Baden-Württemberg zählt 170 Notarztstandorte mit ca. 180 notärztlich besetzten Rettungsmitteln.



Standorte der Rettungswachen in Baden-Württemberg.

Quelle: Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.

² Die Zahlen berücksichtigen keine Einsätze außerhalb des Landes.



Notarztstandorte in Baden-Württemberg.

Quelle: Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.

Die Leitstelle kann ebenfalls einen Rettungshubschrauber (RTH) entsenden. Die Einsatzindikation für die Luftrettung ist gegeben, wenn :

- » der RTH den Notfallort als erstes notarztbesetztes Rettungsmittel erreichen kann ;
- » ein Lufttransport medizinisch erforderlich ist ;
- » oder der Lufttransport zur Einhaltung des empfohlenen Zeitintervalls bis zur Aufnahme des Patienten/der Patientin in die für ihn/sie geeignete Klinik erforderlich ist.

Das Einsatzteam besteht aus einem Piloten/einer Pilotin, einem Notarzt/einer Notärztin und einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin. Die Einsätze mit Rettungshubschrauber unterliegen nicht der Hilfsfrist.

Das Einsatzgebiet der Rettungshubschrauber deckt mehrere Rettungsdienstbereiche ab. Über die Standorte entscheidet in beiden Ländern das Innenministerium. Die folgenden Karten zeigen die Standorte der Rettungshubschrauber in den beiden Ländern auf.

Die Leitstelle kann außerdem einen Intensivtransporthubschrauber (ITH) entsenden, der normalerweise für die Verlegung von Patienten/innen verwendet wird, die während des Fluges intensivmedizinisch betreut werden müssen (siehe 1.6.3). Intensivtransporthubschrauber können neben dieser Hauptaufgabe zu Primäreinsätzen herangezogen werden, sofern ein Rettungshubschrauber nicht verfügbar ist oder sie das geeignete notarztbesetzte Rettungsmittel

darstellen, das den Notfallort am schnellsten erreicht. Einige Helikopter weisen den Doppelstatus Rettungshubschrauber/ Intensivtransporthubschrauber auf (man spricht hier von „Dual Use“).



Standorte der Rettungshubschrauber (RTH), der Intensiv-transporthubschrauber (ITH) und der Intensiv-transportwagen (ITW) in Baden-Württemberg.

Quelle: Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.



Standorte der Rettungshubschrauber (RTH), der Intensiv-transporthubschrauber (ITH) und der Intensiv-transportwagen (ITW) in Rheinland-Pfalz.

Quelle: Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz: Notfall- und Intensivtransportsystem Rheinland-Pfalz (N.I.T.S.), 2007.

Die Karten auf Seite 14 zeigen die Standorte der Rettungshubschrauber und Intensivtransporthubschrauber an. In beiden Ländern werden die peripheren Gebiete häufig von den Hubschraubern der Nachbarbundesländer und -staaten abgedeckt. Deren Standorte sind ebenfalls in der Karte eingezeichnet.

1.6.2 Krankentransport

Der Krankentransport bezeichnet die Versorgung von Personen, die sich nicht in Lebensgefahr befinden und bei denen keine schweren gesundheitlichen Schäden befürchtet werden müssen, die aber dennoch eine fachgerechte Betreuung während des Transports in eine geeignete medizinische Einrichtung benötigen. Der Krankentransport kann entweder dringlich (infolge eines Notrufes) oder zeitlich planbar (disponibel) erfolgen.

Im Rahmen des Krankentransports wird ein Krankentransportwagen (KTW) verwendet. Das Einsatzteam besteht aus mindestens zwei Personen: einem Rettungssanitäter/einer Rettungssanitäterin und einem Rettungshelfer/einer Rettungshelferin. Die Tabelle auf Seite 13 stellt die Anzahl der Krankentransporteinsätze in Baden-Württemberg im Jahr 2015 dar.

Der Krankentransport unterliegt nicht der Hilfsfrist, da kein Notfall vorliegt. In Rheinland-Pfalz sieht das Gesetz vor, dass der Krankentransport so organisiert sein muss, dass die Wartezeit bei nicht geplanten Einsätzen 40 Minuten nicht überschreitet. In Baden-Württemberg sieht das Gesetz formell keine maximale Wartezeit vor. Als angemessen gilt eine Wartezeit von maximal einer Stunde bei nicht planbaren Einsätzen.

1.6.3 Intensivtransport

Man spricht von einem Intensivtransport, wenn Patienten/innen von einer Einrichtung in eine andere verlegt werden müssen und während des Transports eine intensivmedizinische Betreuung benötigen. Der Intensivtransport ist Bestandteil der Notfallrettung (siehe Teil 1.1)

Bei Intensivtransporten wird in der Regel ein Intensivtransportwagen (ITW) verwendet. Dessen Besatzung besteht aus einem Notarzt/einer Notärztin und einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin mit speziellen intensivmedizinischen Zusatzqualifikationen. Sollte kein ITW zur Verfügung stehen, kann auf einen herkömmlichen Rettungstransportwagen (RTW) zurückgegriffen werden.

Sollte der Patient/die Patientin aus medizinischen Gründen auf dem Luftweg (in einem Hubschrauber) verlegt werden müssen, kann ein Intensivtransporthubschrauber (ITH) zur Anwendung kommen. Nötigenfalls

kann für die Verlegung von Notfallpatienten/innen ein Rettungshubschrauber eingesetzt werden, wenn es bei zeitlicher Dringlichkeit das nächstverfügbare Rettungsmittel darstellt. Obwohl der Intensivtransport zur Notfallrettung zählt, ist er weder in Baden-Württemberg noch in Rheinland-Pfalz hilfsfristgebunden. Dies erklärt sich dadurch, dass es sich um Sekundäreinsätze handelt und sich der Patient/die Patientin bereits in einem Krankenhaus in fachgerechter medizinischer Betreuung befindet.

Das Einsatzgebiet der ITH und der ITW deckt mehrere Rettungsdienstbereiche ab. Aufgrund ihrer überregionalen Einsätze wird der Standort der ITH und ITW in beiden Ländern durch das Innenministerium für das gesamte Landesgebiet festgelegt (siehe Karten auf Seite 14).

In beiden Ländern werden die Intensivtransporte (ITW, ITH) landesweit über die Zentrale Koordinierungsstelle (ZKS) disponiert.



1.7 GROBSCHADENSFALL

Bei einem Grobschadensfall mit einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten (MANV) erfolgt die medizinische Leitung der Maßnahmen vor Ort durch einen Leitenden Notarzt/eine Leitende Notärztin (siehe 1.8.1). Diese haben die Aufgabe, die Lage aus medizinischer Sicht einzuschätzen, die medizinischen Maßnahmen zu koordinieren und die Prioritäten des medizinischen Einsatzes festzulegen. Der Leitende Notarzt/ die Leitende Notärztin führt diese Aufgaben in enger Zusammenarbeit mit dem Organisatorischen Leiter/der Organisatorischen Leiterin Rettungsdienst (siehe 1.8.2) aus, welcher/welche den Einsatz des Rettungsdienstes organisatorisch leitet.

In Baden-Württemberg wurde eine Oberleitstelle für das gesamte Land eingerichtet, deren Aufgabe es ist, die Integrierten Leitstellen bei besonderen Einsätzen, wie beispielsweise bei einem Massenansturm an Verletzten und Erkrankten, zu unterstützen. Die Oberleitstelle ist in der Integrierten Leitstelle Stuttgart angesiedelt.

1.8 QUALIFIKATION UND AUSBILDUNG DES EINSATZPERSONALS

In diesem Abschnitt werden die Qualifikationen des Einsatzpersonals einzeln vorgestellt. Es muss dabei zwischen dem ärztlichen Personal und dem Rettungsfachpersonal (oder Rettungsfachkräften) unterschieden werden.

1.8.1 Ärztliches Personal

Hinsichtlich des ärztlichen Personals werden im Folgenden drei Berufsbilder näher beleuchtet: Notarzt/Notärztin, Leitender Notarzt/Leitende Notärztin und Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst.

1.8.2 Notarzt/Notärztin

Notärzte/innen (NA) sind Ärzte/innen, die über eine zusätzliche Qualifikation im Bereich der Notfallmedizin verfügen. Je nach Bundesland wird diese Zusatzqualifikation unterschiedlich bezeichnet, zum Beispiel in Rheinland-Pfalz «Fachkunde Rettungsdienst» und in Baden-Württemberg «Zusatzbezeichnung Notfallmedizin».

Die Landesärztekammern legen die Weiterbildungsordnung fest. Hinsichtlich der Weiterbildungsordnung bestehen wenige Unterschiede zwischen den Bundesländern, da die Landesärztekammern in der Regel den Empfehlungen der Bundesärztekammer folgen. Diese sehen vor:

- » eine zweijährige Weiterbildung (Vollzeit) in einem Krankenhaus (stationär), davon 6 Monate in der Intensivmedizin, Anästhesie oder der Notfallaufnahme;
- » einen 80-stündigen Kurs in Notfallmaßnahmen;
- » 50 Notarzteinsätze.

Der Notarzt/die Notärztin ist nur in der präklinischen Versorgung tätig. Im Gegensatz zu Frankreich sind in der Notaufnahme keine Notärzte/innen tätig.

Die große Mehrheit der als Notarzt/Notärztin tätigen Ärzte/innen ist in einem Krankenhaus beschäftigt. Dies ist bei 95% der Notärzte/innen in Baden-Württemberg der Fall. In beiden Ländern sind die Krankenhäuser per Gesetz dazu verpflichtet, dem Rettungsdienst Notärzte/innen zur Verfügung zu stellen. In ländlichen Gebieten können auch niedergelassene Ärzte/innen als Notarzt/Notärztin tätig werden.

1.8.2.1 Leitender Notarzt/ Leitende Notärztin

Als Leitender Notarzt/ Leitende Notärztin (LNA/Ldt NA) werden Notärzte/innen bezeichnet, die die medizinische

Leitung der Rettungsmaßnahmen bei einem Massenansturm an Verletzten und Erkrankten (MANV) übernehmen. Leitende Notärzte haben insbesondere die Aufgabe, die Lage vor Ort aus medizinischer Sicht einzuschätzen, die medizinischen Maßnahmen zu koordinieren und zu überwachen und die Prioritäten des medizinischen Einsatzes festzulegen. Sie führen diese Aufgaben in enger Zusammenarbeit mit dem Organisatorischen Leiter/der Organisatorischen Leiterin Rettungsdienst (siehe 1.8.2) durch, welcher/welche den Einsatz des Rettungsdienstes organisatorisch leitet. In der Regel sind sie nicht an der eigentlichen Behandlung der Patient/innen beteiligt.

Der Leitende Notarzt/die Leitende Notärztin ist für den gesamten Rettungsdienstbereich zuständig. Um als Leitender Notarzt/Leitende Notärztin tätig zu werden, ist es notwendig, eine spezielle Qualifikation zu erwerben. Die Landesärztekammern legen die Bedingungen für die Erlangung der Qualifikation auf Länderebene fest. Die Empfehlungen der Bundesärztekammer sehen eine 40-stündige Weiterbildung vor. Diese Qualifikation steht in der Regel nur Ärzten/Ärztinnen offen, die bereits als Notarzt/Notärztin tätig sind und eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Arzt/Ärztin vorweisen können. Außerdem sollen Leitende Notärzte/innen regelmäßig Auffrischungsseminare besuchen.

Für eine erfolgreiche Tätigkeit als Leitender Notarzt/Leitende Notärztin ist eine Einweisung in die Infrastruktur des örtlichen Rettungsdienstes, der Einsatzeinheiten der Hilfsorganisationen und weiterer unterstützender Einheiten der Gefahrenabwehr unerlässlich. Leitende Notärzte/Notärztinnen werden vom Bereichsausschuss für den Rettungsdienst vorgeschlagen und anschließend vom Landrat/von der Landrätin zum Leitenden Notarzt/zur Leitenden Notärztin ernannt.

1.8.3 Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst

In einigen Bundesländern (darunter Rheinland-Pfalz) ist die Funktion des Ärztlichen Leiters/der Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst (ÄLRD) eingeführt worden. ÄLRD sind auf der Ebene eines Rettungsdienstbereiches für die medizinische Organisation des Rettungsdienstes zuständig. In diesen Zuständigkeitsbereich fallen beispielsweise die medizinische Ausrüstung, die Aus- und Weiterbildung des Personals, die Qualitätskontrolle, die Einhaltung medizinischer Protokolle sowie die Prozessstandardisierung und -optimierung. Sie entwickeln Strategien zur Erhöhung der Effizienz, der Wirksamkeit und der Qualität der Leistungen. Die genauen Rollen und Aufgaben des ÄLRD können in den einzelnen Bundesländern stark variieren.

Die ÄLRD haben eine rein administrative Funktion. Im Unterschied zu Notärzten/innen und Leitenden Notärzten/innen nehmen sie keine unmittelbare Funktion im Einsatzgeschehen wahr, zumindest nicht im Rahmen ihrer Funktion als ÄLRD: Es kommt häufig vor, dass ÄLRD auch als Notärzten/innen tätig sind. Dies ist jedoch in Rheinland-Pfalz nicht der Fall. Da die Rettungsdienstbereiche sehr groß sind, handelt es sich bei der Funktion des/der ÄLRD um eine Vollzeitstelle.

Um als ÄLRD tätig zu werden, ist es notwendig, eine spezifische Ausbildung zu erwerben, deren Form und Inhalte sich in den einzelnen Ländern unterscheiden. Nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer ist für den Erwerb der Qualifikation eine 40-stündige Weiterbildung erforderlich. Vorausgesetzt werden des Weiteren die Qualifikation zum Leitenden Notarzt, eine langjährige Tätigkeit in der präklinischen und klinischen Notfallmedizin sowie eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Gebiet mit Bezug zur Notfall- oder Intensivmedizin.

In Baden-Württemberg existiert die Funktion des/der ÄLRD nicht. Allerdings wurde durch den Gesetzgeber die Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) eingeführt, welche die Aufgabe der Qualitätskontrolle für den Rettungsdienst im gesamten Landesgebiet übernimmt. Durch die SQR-BW werden alle Daten rettungsdienstlicher Einsätze in einem Datenmodell zusammengeführt. Aus dieser umfassenden Datengrundlage wird mithilfe von Qualitätsindikatoren die gesamte Versorgungskette im Rettungsdienst hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgebildet und es werden mögliche Verbesserungen identifiziert. Die Ergebnisse werden den Verantwortlichen in Form von standardisierten Berichten weitergeleitet. Darüber hinaus veröffentlicht die SQR-BW ihre Ergebnisse in einem jährlich erscheinenden Qualitätsbericht.



1.8.4 Nicht-ärztliches Personal

Zu dem nichtärztlichen Personal, das am Rettungsdienst beteiligt ist, zählen folgende Qualifikationen: Notfallsanitäter/Notfallsanitäterin, Rettungssanitäter/Rettungssanitäterin, Rettungshelfer/Rettungshelferin, Organisatorischer Leiter/ Organisatorische Leiterin Rettungsdienst und (Leitstellen-)Disponent/Disponentin.

Die Hauptaufgaben der Notfallsanitäter/innen, Rettungssanitäter/innen und Rettungshelfer/innen sind:

- » das Fahren des Rettungswagens;
- » Erste-Hilfe-Maßnahmen vor Eintreffen des Arztes/der Ärztin;
- » die Unterstützung des Notarztes/der Notärztin (sofern ein Notarzt/eine Notärztin entsendet wurde);
- » die Betreuung des Patienten/der Patientin während des Transports in ein Krankenhaus.

Vor Ort hängen die jeweiligen Aufgaben von der Art des Einsatzes (Notfallrettung oder Krankentransport) und der Zusammensetzung des Einsatzteams ab.

1.8.5 Notfallsanitäter/Notfallsanitäterin

Notfallsanitäter/Notfallsanitäterin (NotSan) ist die höchste nichtärztliche Qualifikation im Rettungsdienst. In der Regel sind Notfallsanitäter/innen nicht bei Krankentransporten tätig. Allerdings sind sie zwingender Bestandteil des Einsatzteams im Rahmen der Notfallrettung.

Beim Rendezvous-System fahren Notfallsanitäter/innen in der Regel nicht den Rettungswagen (RTW). Diese Aufgabe kommt den Rettungssanitätern/innen oder Rettungshelfer/innen zu, während Notfallsanitäter/innen mit der Betreuung der Patienten/innen betraut sind. Allerdings wird das Notarzteinsatzfahrzeug von einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin gefahren.

Notfallsanitäter/innen sind dazu berechtigt, bis zum Eintreffen des Notarztes/der Notärztin medizinische Maßnahmen der Erstversorgung durchzuführen. Rettungssanitäter/innen und Rettungshelfer/innen dürfen solche medizinische Maßnahmen nur durchführen, wenn ein Notstand vorliegt.

Die Ausbildung der Notfallsanitäter/innen wird auf Bundesebene im Notfallsanitätergesetz (NotSanG) festgelegt. Die Berufsausbildung dauert drei Jahre (in Vollzeit) oder fünf Jahre (in Teilzeit). Sie umfasst theoretische und praktische Module, die in einer Berufsfachschule vermittelt werden sowie einen praktischen Teil, der in Form von 1960 Stunden Praktika in einer Rettungswache und 920 Stunden Praktika in einem Krankenhaus abgeleistet wird. Die Ausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung ab.

1.8.6 Rettungssanitäter/Rettungssanitäterin (RS)

Die Aufgabe der Rettungssanitäter/innen variiert je nach Einsatzart:

- » Bei der Notfallrettung fahren Rettungssanitäter/innen das Fahrzeug und unterstützen die Notärzte/innen sowie die Notfallsanitäter/innen;
- » Beim Krankentransport: sind in der Regel die Ret-

tungssanitäter/innen die Fachkraft mit der höchsten nicht-ärztlichen Qualifikation. Sie sind mit der Betreuung der Patienten/innen während des Transports beauftragt und werden durch einen Rettungshelfer/eine Rettungshelferin unterstützt, der/die das Fahrzeug fährt.

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter/zur Rettungssanitäterin wird nicht auf Bundesebene, sondern auf Landesebene reglementiert. Dennoch unterliegt die Ausbildung einer bundesweiten Harmonisierung. Sie dauert 520 Stunden und enthält 160 Stunden an Theorieunterricht, 160 Stunden Praktika in einem Krankenhaus (Intensivbehandlungen, Anästhesie oder ambulante Notfälle), 160 Stunden Praktika in einer Rettungswache und anschließend noch einmal 40 Stunden Theoriekurse am Ende der Ausbildung (Konsolidierung des Erlernten).

1.8.7 Rettungshelfer/Rettungshelferin (RH)

Rettungshelfer/innen sind in der Regel nur bei Krankentransporten im Einsatz. Sie fahren das Fahrzeug und unterstützen die Rettungssanitäter/innen.

Die Rettungshelferausbildung ist in den Ländern Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg reglementiert, was aber nicht in jedem Bundesland der Fall ist. In Baden-Württemberg dauert die Ausbildung 320 Stunden und umfasst 160 Stunden an Theorieunterricht, 80 Stunden Praktika in einem Krankenhaus und 80 Stunden Praktika in einer Rettungswache. In Rheinland-Pfalz dauert die Ausbildung 260 Stunden und umfasst 80 Stunden an Theorieunterricht, 80 Stunden Praktika in einem Krankenhaus und 100 Stunden Praktika in einer Rettungswache.

1.8.8 Disponent/Disponentin

Disponenten/innen (bzw. Leitstellendisponenten/innen) sind mit der Abwicklung der Einsätze in den Leitstellen beauftragt. Bei Disponenten/innen handelt es sich um spezialisierte Notfallsanitäter/innen. Sie verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung zum Notfallsanitäter/zur Notfallsanitäterin, die durch eine Feuerwehrausbildung ergänzt wird, da es sich meist um integrierte Leitstellen handelt.

1.8.9 Organisatorischer Leiter/Organisatorische Leiterin Rettungsdienst (OrgL oder OrgL RD oder OLRD)

Organisatorische Leiter/innen Rettungsdienst sind Notfallsanitäter/innen, die den Auftrag haben, die organisatorische Leitung bei einem Massenansturm an Verletzten und Erkrankten (MANV) zu übernehmen. Sie

führen diese Aufgabe in enger Abstimmung mit dem Leitenden Notarzt/der Leitenden Notärztin durch, welcher/welche die medizinische Leitung innehat.

Organisatorische Leiter/innen Rettungsdienst werden in Baden-Württemberg durch den Bereichsausschuss des Rettungsdienstes und in Rheinland-Pfalz durch den Landrat/ die Landrätin ernannt. Um als organisatorische Leiter/innen Rettungsdienst tätig zu werden, ist es notwendig, eine Zusatzqualifikation zum Notfallsanitäter/zur Notfallsanitäterin zu erwerben. Die Landesärztekammern legen die Bedingungen für den Erhalt der Qualifikation auf Länderebene fest. Auch die genauen Befugnisse sowie die Bezeichnung der Qualifikation sind je nach Bundesland unterschiedlich.

1.9 FINANZIERUNG

Die Finanzierungsmodalitäten des Rettungsdienstes sind von Land zu Land unterschiedlich.

In Baden-Württemberg erheben die Rettungsdienstorganisationen (und privaten Dienstleister) Benutzungsentgelte. Für die Notfallrettung werden die Benutzungsentgelte für den Rettungsdienstbereich von den Leistungsträgern und den Kostenträgern einheitlich vereinbart. Im Bereich des Krankentransports werden die Tarife jedoch individuell durch die einzelnen Rettungsdienstorganisationen (und privaten Dienstleister) ausgehandelt.

Die Benutzungsentgelte decken insbesondere folgende Kosten ab:

- » die Betriebskosten (Personalkosten, Miete der Rettungswachen, Einsatzkosten, Ausbildungskosten etc.);
- » die Investitionen in Rettungsfahrzeuge (einschließlich der Hubschrauber);
- » alle Kosten (Betriebs- und Investitionskosten) der Leitstellen (für die Tätigkeiten im Bereich des Rettungsdienstes)³.

Die Investitionen, die durch die Benutzungsentgelte nicht abgedeckt sind (zum Beispiel Infrastrukturkosten der Rettungswachen) werden vom Land in Höhe von 90% finanziert, die verbleibenden 10% werden von den Rettungsdienstorganisationen getragen.

In Rheinland-Pfalz erheben die Rettungsdienstorganisationen (und privaten Dienstleister) ebenfalls Benutzungsentgelte. Die Tarife werden auf Landesebene direkt zwischen den Rettungsdienstorganisationen (und privaten Dienstleistern) und den Kostenträgern ausge-

³ Die Kosten der Leitstellen werden gemeinsam von den Rettungsdienstorganisationen für den Teil „Rettungsdienst“ und den Land-/Stadtkreisen für die Feuerwehren übernommen.

handelt. Für alle Rettungsdienstorganisationen (und privaten Dienstleister) gelten die gleichen Tarife. Im Gegensatz zu Baden-Württemberg gibt es für den Krankentransport keine spezifische Regelung.

Die Benutzungsentgelte decken insbesondere folgende Kosten ab:

- » die Betriebskosten (Personalkosten, Einsatzkosten, Ausbildungskosten etc.);
- » die Investitionen in Rettungsfahrzeuge;
- » 60% der Personalkosten der Leitstellen (für die Tätigkeiten im Bereich des Rettungsdiensts).

Für die Infrastrukturkosten (Investitionen in Bau und Wartung der Rettungswachen und Leitstellen bzw. deren Miete) erhalten die Rettungsdienstorganisationen Finanzmittel der Land-/Stadtkreise in Höhe von 75% der Kosten. Die Land-/Stadtkreise kommen ebenfalls für 15% der Personalkosten der Leitstellen auf.

Das Land kommt wiederum für 25% der Personalkosten der Leitstellen, sowie für alle Kosten, die mit der technischen Ausstattung der Leitstellen zusammenhängen, auf. Das Land kann ebenfalls den Land-/Stadtkreisen Subventionen für deren mittel- und langfristige Investitionen zukommen lassen.

In beiden Bundesländern decken die den Rettungsdienstorganisationen (und privaten Dienstleistern) gewährten Benutzungsentgelte nicht die Kosten der Notarzteinsätze ab, die in jedem Land getrennten Verhandlungen zwischen der Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen unterliegen.



2. DIE KLINISCHE NOTFALLVERSORGUNG

2.1 RECHTLICHER RAHMEN

In Deutschland ist die Notaufnahme⁴ der Ort, an dem die Übernahme von medizinischen Notfällen innerhalb des Krankenhauses stattfindet. Die Behandlung von Notfällen in Krankenhäusern ist weder auf Bundes- noch auf Landesebene (Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz) rechtlich festgelegt. Es besteht lediglich die gesetzliche Verpflichtung, Patienten/innen in Notfallsituationen zu versorgen. Jedes Krankenhaus organisiert daher die Notaufnahme nach eigenem Ermessen. Es gibt außerdem keine offiziellen Statistiken zu diesem Themengebiet.

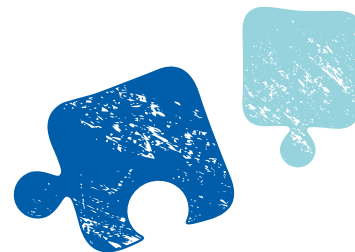
2.2 ORGANISATION

In der Regel wird die klinische Notfallversorgung rund um die Uhr gewährleistet. Patienten/innen können Notaufnahmen folgendermaßen in Anspruch nehmen:

- » auf eigene Initiative;
- » nach Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt/eine niedergelassene Ärztin;
- » durch den Transport und die Einweisung über den Rettungsdienst.

Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Notärzte/innen in Deutschland nur präklinisch tätig sind. Die Notfallstationen der Krankenhäuser werden von Ärzten/innen betrieben, bei denen es sich nicht um Notärzte/innen handelt. Bei den Notaufnahmen wird zwischen zwei Organisationsformen unterschieden:

- » Die dezentrale Notaufnahme ist eine Organisationsform, die in der Vergangenheit sehr verbreitet war und mittlerweile seltener geworden ist;
- » Die zentrale oder interdisziplinäre Notaufnahme ist eine Organisationsform, die heutzutage am meisten verbreitet ist. Dabei ist die Notaufnahme strukturell von den anderen Abteilungen getrennt. Ärzte/innen aus verschiedenen Fachrichtungen sind dort tätig. Sollte ein Patient/eine Patientin mehrere unterschiedliche Verletzungen oder Erkrankungen aufweisen (Multimorbidität), ist es daher nicht mehr notwendig, ihn/sie von einer Abteilung in die andere zu befördern. Die Organisation der dezentralen Notaufnahme unterscheidet sich je nach Einrichtung, ermöglicht aber in der Regel die Durchführung von Untersuchungen sowie die ambulante Versorgung von Patienten/innen. Die größeren Einrichtungen verfügen über einen Schockraum, welcher erste Behandlungsmaßnahmen und die Stabilisierung von schwereren Fällen ermöglicht. Einige verfügen ebenfalls über eine Bettenstation. Strukturell kann die Notaufnahme an



eine Krankenhausabteilung und daher an eine besondere Fachrichtung angegliedert oder selbstständig sein.

In der Notaufnahme kann eine Triage der Patienten/innen erfolgen. Mithilfe eines vorher festgelegten Triage-Systems können speziell für diesen Zweck ausgebildete Krankenpfleger/innen die Symptome einem Notfallgrad zuordnen, welcher wiederum einer Behandlungsfrist entspricht. Es gibt kein auf Bundes- oder auf Landesebene einheitliches Triage-System.

Des Weiteren befinden sich manchmal Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ) bzw. Notfallpraxen, in denen niedergelassene Ärzte/innen tätig sind, in der Nähe oder in einem Krankenhaus. Dadurch ist es möglich, dass Patienten/innen, die sich wegen nicht dringenden, ungeplanten Behandlungen an die Notaufnahme gewandt haben, dorthin überwiesen und die Notaufnahmen somit entlastet werden.

Die Finanzierung der Notaufnahmen unterliegt einer fallbezogenen Abrechnung, deren Modalitäten je nach Behandlungsart unterschiedlich sind.

- » Ambulante Behandlungen (ohne Übernachtung) werden gemäß dem einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütet, einem Tarifikatalog für niedergelassene Ärzte/innen. Die Krankenhäuser erhalten in der Regel circa 30 Euro pro Fall;
- » Stationäre Behandlungen (mit Übernachtung) werden im Rahmen des deutschen Fallpauschalensystems vergütet. Dies ermöglicht die Klassifizierung der Patienten/innen gemäß ihrer Pathologie in Diagnosis Related Groups (DRG), welche jeweils einer Pauschale zugeordnet werden (für weitere Informationen zum DRG-System, siehe Themenheft zum deutschen Krankenhaussektor).

⁴ Auch Rettungsstelle genannt.



3. DER ÄRZTLICHE BEREITSCHAFTSDIENST

3.1 RECHTLICHER RAHMEN

Aufgabe des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist es, die medizinische Behandlung akuter – jedoch nicht lebensbedrohlicher – Gesundheitsstörungen außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten zu gewährleisten. Der ärztliche Bereitschaftsdienst dient somit der Versorgung solcher Patienten/innen, die während der regulären Praxisöffnungszeiten ihren Haus- oder Facharzt aufgesucht hätten.

In Deutschland liegt die Organisation des ärztlichen Notfalldienstes bzw. des ärztlichen Bereitschaftsdienstes⁵ in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen. Das Sozialgesetzbuch V (Artikel 75) legt fest, dass die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung auch außerhalb der Sprechzeiten der Hausarztpraxen sichergestellt werden muss.

Um diesen rechtlichen Bestimmungen gerecht zu werden, erlassen die Kassenärztlichen Vereinigungen Bereitschaftsdienstordnungen, in welchen die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes festgelegt wird.

- » Für Rheinland-Pfalz: „Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz“ vom 02.07.2009, ergänzt durch die „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zur Bereitschaftsdienstordnung“ vom 14.12.2009;
- » Für Baden-Württemberg: „Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg“ vom 19.06.2013, ergänzt durch das „Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg“ vom 09.07.2017.

3.2 ORGANISATION

Bis vor Kurzem wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst von dem jeweiligen Praxis- bzw. Wohnsitz des diensthabenden Arztes ausgeübt. Heutzutage ist dieses System zugunsten der Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ) in Rheinland-Pfalz bzw. der Notfallpraxen in Baden-Württemberg verschwunden. Für die Patienten/innen hat eine BDZ/Notfallpraxis den Vorteil, dass sie nicht erst im Amtsblatt oder anderen Veröffentlichungen nach dem/der jeweils diensthabenden Arzt/Ärztin und seiner/ihrer Telefonnummer und Adresse suchen müssen: Eine BDZ/Notfallpraxis ist eine konstante Anlaufstelle mit einer deutschlandweit einheitlichen Telefonnummer, der 116 117. Mit der Einführung der Bereitschaftsdienstzen-

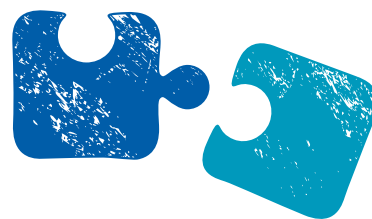
trale können sich allerdings in manchen Fällen die Fahrtwege zum diensthabenden Arzt/zur diensthabenden Ärztin verlängert haben.

Hauptziel der Einführung der Bereitschaftsdienstzentralen/Notfallpraxen war eine geringere Dienstfrequenz für Ärzte/innen im ländlichen Raum. In Baden-Württemberg soll mit der Reform jeder Arzt/jede Ärztin maximal sieben Notfalldienste (an Wochenenden und Feiertagen) pro Jahr leisten. Demgegenüber waren im ländlichen Raum 20 Wochenenddienste keine Seltenheit. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels soll die geringere Dienstfrequenz dazu beitragen, die Niederlassung für neue Ärzte/innen attraktiver zu gestalten.

In beiden Bundesländern befinden sich die Bereitschaftsdienstzentralen/Notfallpraxen häufig im Krankenhaus oder in dessen unmittelbarer Nähe, was folgende Vorteile bietet:

- » Es ist für die Patienten/innen einfacher, die Bereitschaftsdienstzentrale zu finden;
- » Patienten/innen können schneller an das Krankenhaus überwiesen werden, sollte dies notwendig sein;
- » Synergieeffekte können geschaffen werden, z. B. die Mitnutzung von Räumen sowie der technischen Infrastruktur wie Röntgen, Labor oder Ultraschall
- » Kooperationen in den Nachtstunden werden ermöglicht. In Baden-Württemberg werden z.B. die Patienten/innen, die nach 22:00 Uhr in der Notfallpraxis eintreffen, in der Regel von den Krankenhausärzten/innen versorgt.

Beide Bundesländer sind in Bereitschafts- bzw. Notfalldienstbereiche unterteilt, in denen es mindestens eine Bereitschaftsdienstzentrale/Notfallpraxis gibt:



Rheinland-Pfalz wird in 39 Bereitschaftsdienstbereiche eingeteilt und verfügt über 48 Bereitschaftsdienstzentralen, wovon 39 die sprechstundenfreien Zeiten der Hausarztpraxen vollständig abdecken und neun reduzierte Öffnungszeiten aufweisen. 45 Bereitschaftsdienstzentralen befinden sich in oder an einem Krankenhaus. Seit 2014

⁵ Im Sozialgesetzbuch V wird der Begriff Notdienst verwendet. Im bundesweiten Heilberufsgesetz (HeilBG) wird der Begriff (ärztlicher) Notfalldienst verwendet. Dieser Begriff wird meistens auch von den Landesärztekammern verwendet (zum Beispiel in der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz). Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz verwendet systematisch den Begriff „(ärztlicher) Bereitschaftsdienst“, um Verwechslungen mit den anderen Sektoren der Notfallmedizin zu vermeiden (Notarzt, Notaufnahme, Notfallambulanz...). Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg verwendet in ihren Richtlinien den Begriff „(ärztlicher) Notfalldienst“, bevorzugt aber den Begriff „(ärztlicher) Bereitschaftsdienst“ in allen Kommunikationsmaterialien, um so Verwechslungen mit dem Rettungsdienst zu vermeiden.

werden alle Bereitschaftsdienstzentralen von der Kassenärztlichen Vereinigung getragen. Darüber hinaus bieten vier Krankenhäuser einen ambulanten Bereitschaftsdienst durch das Krankenhauspersonal an. Die mittlere Distanz zwischen dem Wohnort und der nächstgelegenen Bereitschaftsdienstzentrale beträgt 8,4 Kilometer. In einigen ländlichen Gebieten (zum Beispiel in der Eifel oder im Westerwald) sind die Entfernungen größer. Sie betragen dort durchschnittlich zwischen zehn und 14 Kilometer, können aber bis zu 30 Kilometer reichen.

- » Baden-Württemberg ist in 66 Notfalldienstbereiche eingeteilt und verfügt über 100 Notfallpraxen. Deren Öffnungszeiten sind häufig auf den Abend (zwischen 18:00 und 22:00 Uhr) sowie auf Wochenenden und Feiertage begrenzt, was durch eine engere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern ermöglicht wird. Die große Mehrheit der Einrichtungen wird durch die Kassenärztliche Vereinigung getragen. Es existieren aber auch Notfallpraxen, die auf lokaler Initiative betrieben werden. Die Standorte der Notfallpraxen sind so gewählt, dass die gesamte Bevölkerung sie in höchstens 30 Minuten erreichen kann.

3.3 TEILNAHME DER ÄRZTE/INNEN

Alle Vertragsärzte/innen sind zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Diese Verpflichtung gilt sowohl für niedergelassene als auch für angestellte Ärzte/innen. Die Privatärzte/innen und die Krankenausärzte/innen sind nicht zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet, jedoch können sie unter bestimmten Voraussetzungen auf eigenen Wunsch daran teilnehmen.

Die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst gilt sowohl für Allgemeinmediziner/innen als auch für Fachärzte/innen. Augen- und Kinderärzte/innen können jedoch davon befreit werden, wenn sie am fachärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen (siehe „Fachärztlicher Bereitschaftsdienst“).

Es gibt zwei Arten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes:

- » Im Rahmen des Sitzdienstes bietet der Arzt/die Ärztin Sprechstunden in der Bereitschaftsdienstzentrale an;
- » Im Rahmen des Fahrdienstes (oder Hausbesuchsdienstes) führt der Arzt/die Ärztin Hausbesuche bei Patienten/innen durch, die sich aus medizinischen Gründen nicht selbst zur Bereitschaftsdienstzentrale begeben können. In Rheinland-Pfalz ist der Arzt/die Ärztin im Fahrdienst in der Bereitschaftsdienstzentrale stationiert. In Baden-Württemberg ist der Arzt/die Ärztin am eigenen Wohnsitz stationiert.

In Rheinland-Pfalz kann es vorkommen, dass sich der Arzt/die Ärztin gleichzeitig im Sitz- und im Fahrdienst befindet. Man spricht dann von einem Kombidienst.

Die Vergütungsbedingungen unterscheiden sich je nach Bundesland. Sie werden im folgenden Punkt genauer beschrieben (siehe „Finanzierung“).

3.4 FINANZIERUNG

Die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern.

In Rheinland-Pfalz wird der ärztliche Bereitschaftsdienst zum einen durch die aus vertragsärztlichen Leistungen im Bereitschaftsdienst erwirtschafteten Erträge finanziert. Letztere werden von der Kassenärztlichen Vereinigung zum Betrieb der Bereitschaftszentralen beibehalten, während die Ärzte/Ärztinnen eine einheitliche Vergütung in Höhe von 50 Euro/Stunde erhalten. Daneben wird von allen Vertragsärzten/innen eine kostendeckende Umlage erhoben. Zurzeit liegt die Umlage bei etwa 240€ pro Monat (3.240€ pro Jahr) für einen niedergelassenen Arzt/eine niedergelassene Ärztin in Vollzeit. Bei Privat- oder Krankenhausärzten/innen, die freiwillig am ärztlichen Notfalldienst teilnehmen, werden 10% der Vergütung pro Stunde (50€) einbehalten.

In Baden-Württemberg wird der Bereitschaftsdienst zum einen durch eine landesweite, einheitliche Sicherstellungsumlage, die bei den Kassenärzten erhoben wird, finanziert. Die Umlage ist eine Kombination aus umsatzunabhängiger monatlicher Kopfpauschale und umsatzabhängiger prozentualer Umlage. Beide Elemente (Kopfpauschale und Umlage) kommen im Verhältnis 50:50 zur Anwendung. Die Sicherstellungsumlage wird direkt durch die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der Vergütung der Ärzte/innen abgerechnet.

Daneben wird für die Bereitstellung der Infrastruktur im organisierten Notfalldienst von den erbrachten Leistungen eine Strukturpauschale einbehalten. Die Höhe dieser Strukturpauschale liegt bei 5%. Im Gegensatz zu Rheinland-Pfalz werden die diensthabenden Ärzte/innen also fallbezogen und nicht pauschal vergütet. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat außerdem eine Förderung eingeführt, bei welcher eine Mindestvergütung von 50€ pro Stunde gesichert wird. Daneben bestehen weitere Förderungen. Ärzte/innen, die am 24.12. oder 31.12. im ärztlichen Notfalldienst tätig sind, erhalten unabhängig von sonstigen Einnahmen und Zusatzleistungen eine zusätzliche Förderung in Höhe von 500 Euro pro 24 Stunden.

Für die diensthabenden Ärzte/innen im Fahrdienst, die auf einen Fahrservice verzichten und selber fahren, wird eine umsatzunabhängige Fahrpauschale in Höhe von 150 Euro (an Werktagen) beziehungsweise 300 Euro (an Wochenenden) pro Dienst gezahlt.

3.5 ABLAUF FÜR DIE PATIENTEN/INNEN

In Rheinland-Pfalz und in Baden-Württemberg können sich die Patienten/innen direkt in eine Bereitschaftsdienstzentrale/Notfallpraxis begeben: Es ist nicht notwendig, vorher die 116 117 anzurufen. Die Patienten/innen können sich an eine beliebige Bereitschaftsdienstzentrale/Notfallpraxis wenden, ohne die Bereitschafts- bzw. Notdienstbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung berücksichtigen zu müssen.

Wenn ein Patient/eine Patientin die Adresse oder die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstzentrale/Notfallpraxis nicht kennt bzw. wenn ein Hausbesuch notwendig ist, kann er/sie die 116 117 wählen. Diese Telefonnummer ist deutschlandweit gültig, obwohl die Abwicklungsmodalitäten in den einzelnen Ländern unterschiedlich sind.

- » In Rheinland-Pfalz werden die Anrufe direkt durch die zuständige Bereitschaftsdienstzentrale entgegengenommen.
- » In Baden-Württemberg wird der Anruf an die 116 117 durch einen Anrufbeantworter entgegengenommen, welcher die nächstgelegene Notfallpraxis nennt und die Patienten/innen darum bittet, in der Leitung zu bleiben, sollte ein Hausbesuch erforderlich sein. In diesem Fall wird der Anruf an die integrierte Leitstelle (s. 1.5. Leitstelle) weitergeleitet, welche dann den fahrdiensthabenden Arzt/die fahrdiensthabende Ärztin kontaktiert.

3.6 FACHÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

Der oben beschriebene Bereitschaftsdienst bezieht sich ausschließlich auf den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst; Fachärzte/innen nehmen daran im gleichen Maße wie Allgemeinmediziner/innen teil. Parallel dazu verfügen Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg über einen fachärztlichen Bereitschaftsdienst. Der fachärztliche Bereitschaftsdienst betrifft ausschließlich die Augenärzte/innen, die Kinderärzte/innen und die HNO-Ärzte/innen.

Der fachärztliche Bereitschaftsdienst ist sehr heterogen aufgebaut. Häufig wird der fachärztliche Bereitschaftsdienst immer noch im Rahmen von kollegialen Vertretungsringen

durchgeführt. In Baden-Württemberg gibt es beispielsweise nur drei zentrale Notfallpraxen im Bereich der Augenmedizin (Stuttgart, Mannheim, Freiburg) und nur zwei zentrale Notfallpraxen im Bereich der HNO-Medizin (Tübingen und Villingen-Schwenningen). Das System der zentralen Notfallpraxen ist im Bereich der Pädiatrie mit insgesamt 25 Einrichtungen jedoch viel stärker ausgebaut.

Die Telefonnummer 116 117 gilt nur für den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst. Für den fachärztlichen Bereitschaftsdienst müssen die Patienten/innen die Adresse und/oder Telefonnummer des diensthabenden Facharztes/der diensthabenden Fachärztin in den lokalen Zeitungen oder im Internet herausfinden.

Darüber hinaus gibt es einen zahnärztlichen Bereitschaftsdienst. Letzterer wird durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung organisiert.



QUELLEN/ WEITERFÜHRENDE LITERATUR :

GESETZTESTEXTE UND PLANUNGSINSTRUMENTE :

- » Gesetz über den Rettungsdienst Baden-Württemberg (Stand 2015).
- » Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Stand 2013).
- » Landesrettungsdienstplan Rheinland-Pfalz (Stand 2014).
- » Rettungsdienstplan Baden-Württemberg (2014).
- » Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Stand 2016).
- » Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (Stand 2016).
- » Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zur Bereitschaftsdienstordnung (Stand 2016).
- » Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Stand 2016).

BERICHTE / STUDIEN :

- » Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg, Qualitätsbericht Rettungsdienst Baden-Württemberg, 2016.
- » Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Reform des ärztlichen Notfalldienstes, Erläuterungen zur neuen Notfalldienstordnung gültig ab 1. Januar 2014, 2014.
- » Management Consult Kestermann GmbH (MCK), Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, 2015.
- » Von Eiff, Wilfried / Dodt Christoph / Brachmann Matthias / Niehues Christopher / Fleischmann Thomas, Management der Notaufnahme, Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor, 2011.
- » Riessen, Reimer / Seekamp, Andreas / Gries, André / Dodt, Christoph / Kumles, Bernhard / Busch Hans-Jörg, Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, 2015.
- » Mitrović, Aleksandar, Workflowanalyse einer zentralen Notaufnahme (ZNA), 2006.
- » Landtag von Baden-Württemberg, Große Anfrage der Fraktion der FDP/DVP und Antwort der Landesregierung, Drucksache 16 / 1991, 08. 05. 2017.
- » Landesamt für Vermessung und Geoinformation Rheinland-Pfalz (LVerGeo): Rettungsdienst Rheinland-Pfalz, 2008.
- » Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz: Notfall- und Intensivtransportsystem Rheinland-Pfalz (N.I.T.S.), 2007.



DIE MEDIZINISCHE NOTFALLVERSORGUNG IN FRANKREICH

Rettungsdienste, Notaufnahme,
ärztlicher Bereitschaftsdienst



Konzeption und inhaltliche Koordinierung :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Gestaltung :

- Print Europe – Céline Agaësse.

Redaktion :

- Jérémy Presle (TRISAN).

Fachlektorat :

- Dr. Hervé Delplancq (SAMU 67),
- Alexis Hautemanière (ARS Grand-Est),
- Pascale Perrot (ARS Grand-Est),
- Dr. Claudine Remakel (SMUR du Centre hospitalier intercommunal de la Lauter),
- Dr. Laurent Tritsch (SDIS 67),
- Dr. Frédérique Viller (ARS Grand-Est).

Übersetzung :

- Michael Lörch.



TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D - 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34

1. RETTUNGSDIENSTE.....	32
1.1. Allgemeiner Rahmen	33
1.2. Organisation der Notrufabwicklung.....	34
1.3. Organisation der Einsätze	35
1.4. Rettungsdienst bei einem Massenansturm von Verletzten	39
1.5. Qualifikation und Ausbildung des Personals	39
2. DIE NOTAUFNAHMEN DER KRANKENHÄUSER.....	41
2.1. Allgemeiner Rahmen	42
2.2. Organisation	42
3. ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST	43
3.1. Allgemeiner Rahmen	44
3.2. Organisation	44



1. RETTUNGSDIENSTE

1.1 ALLGEMEINER RAHMEN

In Frankreich ist der Rettungsdienst (*aide médicale urgente*) eine öffentliche Aufgabe, deren Ziel es ist, Personen in Notfallsituationen rund um die Uhr eine sofortige notfallmedizinische präklinische Versorgung zur Verfügung zu stellen. Die Organisation der Rettungsdienste wird auf nationaler Ebene im *Code de la santé publique* (Gesetzbuch zur öffentlichen Gesundheit) festgelegt¹ und ist Bestandteil der Empfehlungen von Expertengesellschaften (Hohe Gesundheitsbehörde – *Haute Autorité de Santé* HAS; nationaler Rat für die Notfallversorgung im Krankenhaus – *conseil national de l'urgence Hospitalière* CNUH). Sie wird daher in ganz Frankreich einheitlich umgesetzt.

An dem Rettungsdienst sind zahlreiche Akteure beteiligt. Man unterscheidet zwischen den Akteuren innerhalb und außerhalb des Krankenhausbereichs.

Im Krankenhausbereich wird der Rettungsdienst durch den *Service d'aide médicale urgente* (SAMU) in enger Zusammenarbeit mit den *Services mobiles d'urgences et de réanimation* (SMUR) sichergestellt.

- » Den **Services d'aide médicale urgente** (SAMU) kommt eine zentrale Rolle bei der Organisation des Rettungsdiensts in Frankreich zu. Sie wickeln Notrufe ab, entsenden Rettungsmittel und koordinieren Akteure. Sie erfüllen diese Aufgaben mithilfe ihrer Leitstellen (den sogenannten *Centres de réception et de régulation des appels* bzw. „CCRA“, „Centre 15“ oder auch „SAMU-Centre 15“). In der Regel gibt es eine Leitstelle pro Département (SAMU 67 für Bas-Rhin; SAMU 68 für Haut-Rhin usw.). In organisatorischer Hinsicht handelt es sich bei den SAMU um Krankenhausabteilungen. Sie sind einem öffentlichen Krankenhaus des Départements angegliedert (*Hôpitaux universitaires de Strasbourg im Bas-Rhin; Groupe hospitalier de la région de Mulhouse Sud-Alsace im Haut-Rhin*);
- » **Die Services mobiles d'urgences et de réanimation** (SMUR): Ein SMUR ist eine mobile Krankenhausabteilung, deren Aufgabe darin besteht:
 - am Notfallort und während des Patiententransports intensivmedizinische Behandlungen durchzuführen (Primäreinsatz);
 - den Transport von einem Krankenhaus zum anderen zu gewährleisten, wenn der Patient/die Patientin während des Transports eine intensivmedizinische Behandlung bzw. Betreuung benötigt (Sekundäreinsatz).

Der Einsatz des SMUR wird durch den SAMU angefordert. Allerdings ist im Falle eines Notrufs das Anfordern des SMUR nur eine der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten des SAMUs (vgl. 1.3). Manche Krankenhäuser stellen SMUR-Einsatzgruppen bereit, die auf den pädiatrischen – und besonders den frühkindlichen – Transport spezialisiert sind.

Der SAMU und die SMUR sind damit beauftragt, in Notfallsituationen medizinische Hilfe zu leisten. Der Arzt / die Ärztin spielt innerhalb der Rettungskette eine zentrale Rolle:

- » auf Ebene der Notrufabwicklung durch den SAMU: Im Gegensatz zu Deutschland oder der Schweiz handelt es sich um eine ärztlich geleitete Notrufabwicklung.
- » auf Ebene der Einsätze des SMUR: Das SMUR-Team umfasst zwingend einen Arzt/eine Ärztin mit Weiterbildung in Notfallmedizin und Reanimation.

Der SAMU und der SMUR werden im Rahmen einer Pauschalzuweisung finanziert, die unabhängig ihrer Tätigkeit in einer Zielvereinbarung festgelegt wird und durch die regionalen Gesundheitsagenturen, den *Agences régionales de santé* (ARS), aus dem Fonds der französischen Sozialversicherung (*Sécurité sociale*) zugewiesen wird.

Unter den Akteuren, die sich außerhalb des Krankenhausbereichs befinden, müssen zunächst die *Services départementaux d'incendie et de secours* (SDIS) genannt werden. Diese sind für die Gewährleistung der zivilen Sicherheit im breiten Sinne verantwortlich: Brandbekämpfung, Personen- und Sachschutz (technologische Risiken, Verkehrsunfälle, usw.) und Rettungsdienst. Anders als beim SAMU wird beim SDIS nicht von „*Aide médicale urgente*“, sondern von „*Secours d'urgences aux personnes* (SUAP)« gesprochen. Die genauen Modalitäten der Teilnahme der SDIS am Rettungsdienst werden im Punkt 1.2 erläutert.

Darüber hinaus werden auch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Krankentransportgesellschaften (*transporteurs sanitaires*) in den Rettungsdienst einbezogen. Über ihren Einsatz entscheiden die SAMU.

¹ Insbesondere die Artikel L. 6311-1ff., sowie R. 6123-1ff.

1.2 ORGANISATION DER NOTRUFABWICKLUNG

Die Rolle der Leitstelle des SAMU

Bei der Notrufabwicklung durch den SAMU handelt es sich um eine ärztlich geleitete Notrufabwicklung, die folgende Aufgaben umfasst:

- » das durchgehende Sicherstellen einer medizinischen Anlaufstelle für Notfallrettung;
- » die Durchführung einer medizinischen Situationsanalyse, die Bestimmung und Aussendung der am besten geeigneten Rettungsmittel für die eingehenden Notrufe;
- » die Koordinierung aller Akteure der Rettungskette und deren Unterstützung bei der Behandlung der Patienten/innen;
- » die Organisation des Transports und der Aufnahme des Patienten/der Patientin in ein Krankenhaus;
- » die Aufnahme des Patienten/der Patientin in ein Krankenhaus.

Es handelt sich also um eine telefonische medizinische Leistung, die durch einen Notarzt/eine Notärztin, dem sogenannten *Médecin régulateur* durchgeführt wird. Dieser bestimmt im Gespräch mit den Patienten/innen auf Grundlage der Aussagen der betroffenen (oder anrufenden) Person den medizinischen Schweregrad des Falles und entscheidet darüber, welche Rettungsmittel entsendet werden. Die medizinische Notrufabwicklung umfasst ebenfalls die Koordinierung der Einsätze und die Überweisung des Patienten/der Patientin an die geeignete Behandlungseinrichtung. Jeder Anruf wird in einem Notrufabwicklungsbericht festgehalten, der in die medizinische Akte des Patienten/der Patientin aufgenommen wird.

Das SAMU kann über eine einzige, national einheitliche und kostenlose Nummer erreicht werden: die 15.

Zusammenarbeit zwischen SAMU und SDIS

Im Gegensatz zu Deutschland zählt man wenige Integrierte Leitstellen für Rettungsdienst und Feuerwehr/SDIS in Frankreich (15 integrierte Leitstellen, neun weitere sind vorgesehen). In den meisten Departements verfügt der SDIS über eine eigene Leitstelle (die „*Centre de traitement des appels-CTA*“ oder *Centre 18* genannt wird). Die Leitstellen des SDIS werden über eine nationale einheitliche Nummer erreicht, die 18. Die Schaffung einer einheitlichen europäischen Notrufnummer, die 112, führte nicht zu einem Zusammenschluss der Leitstellen des SAMU und des SDIS. Die 112 wird hauptsächlich von

Touristen in Frankreich genutzt, die die nationalen Notrufnummern nicht kennen. Notrufe an die 112 werden je nach Departement automatisch an die Leitstelle des SDIS oder an die Leitstelle des SAMU weitergeleitet.

Die Handlungslogik des SAMU und des SDIS unterscheiden sehr stark:

- » Die SAMU sind dem Gesundheitsministerium unterstellt. Ihre Aufgabe besteht darin, eine ärztliche Hilfeleistung in Notfallsituationen sicherzustellen. Der Fokus liegt darauf, die bestgeeignete medizinische Maßnahme auszuwählen („*juste soin*“).
- » Die SDIS sind dem Innenministerium unterstellt. Im Rahmen ihrer Rettungsdienstaufgaben liegt der Fokus auf der Einsatzzeit, die so kurz wie möglich sein soll („*prompt secours*“, „*urgence vitale*“). Zum Erreichen dieses Ziels sind die Verfahren der Notfallentsendungen standardisiert, wodurch der Entscheidungsspielraum des für die Notrufabwicklung zuständigen Personals eingeschränkt wird. Außerdem ist das Netz der Feuerwehrrufen feiner. Die Einsätze werden zudem von Hauptamtlichen oder Freiwilligen durchgeführt. Die paramedizinischen Aufgaben der Krankenpfleger/innen entwickeln sich stets weiter. Feuerwehrärzte/innen können die Notfallversorgung in ländlichen Gebieten ergänzen.

Trotz der fehlenden integrierten Notrufabwicklung arbeiten die Leitstellen des SAMU und des SDIS zusammen:

- » Die Leitstellen des SAMU und des SDIS leiten alle Anrufe, die nicht zu dem eigenen Zuständigkeitsgebiet gehören, an die jeweils zuständige Stelle weiter. So werden zum Beispiel die Anrufe, die bei der Leitstelle des SAMU eingehen und die Brandbekämpfung betreffen, an die Leitstelle des SDIS weitergeleitet. Umgekehrt werden Anrufe, die bei der Leitstelle des SDIS eingehen, aber den Rettungsdienst betreffen, an die Leitstelle des SAMU weitergeleitet;
- » Die Leitstelle des SAMU kann auch die SDIS der Feuerwehr kontaktieren, um bei Einsätzen auf die Rettungsmittel der SDIS zurückzugreifen. (vgl. 1.3).
- » In einer Notsituation, bei der eine unmittelbare Lebensgefahr besteht, kann die Leitstelle des SDIS ein Einsatzteam entsenden, ohne auf die Bestätigung der Leitstelle des SAMU zu warten. Man spricht hier von Reflexentsendungen („*départs réflexes*“), um auf Notfallsituationen so schnell wie möglich zu reagieren. Sobald die Rettungsmittel entsendet wurden, leitet die Leitstelle 18 den Anruf an das SAMU-Centre 15 weiter, um eine ärztliche Abwicklung zu gewährleisten.

Die SDIS nehmen also aktiv am Rettungsdienst teil. Die Leitstelle des SAMU hat jedoch die alleinige Verantwortung für die medizinische Abwicklung, für die ärztliche Koordination der Versorgung und für die Zuweisung des Patienten/der Patientin in die geeignete Behandlungsstruktur.

Interne Organisation der Leitstelle des SAMU

Das Team einer Leitstelle des SAMU besteht aus Disponenten/innen, die offiziell als *Assistant de régulation médicale* (ARM) bezeichnet werden sowie aus Ärzten/Ärztinnen („*Médecins régulateurs*“).

Die Notrufabwicklung erfolgt nach folgendem Schema:

- » Der Notruf wird von einem Disponenten/einer Disponentin entgegengenommen, der/die zunächst grundlegende Informationen erfragt (persönliche Daten der anrufenden Person, Notfallort, Umstände des Notrufs etc.). Die gesammelten Informationen ermöglichen es dem Disponenten/der Disponentin, den Anruf an den Arzt/die Ärztin weiterzuleiten. In Ausnahmefällen, d.h. wenn das Leben der zu rettenden Person auf dem Spiel steht, kann der Disponent/die Disponentin selbstständig auf Grundlage von Protokollen² über die Entsendung von Rettungsmitteln entscheiden und den *Médecin régulateur* nur im Nachhinein darüber informieren;
- » Auf Grundlage der Informationen, die von dem Disponenten/der Disponentin übermittelt werden, analysiert der *Médecin régulateur* den Kontext und den Grund des Notrufs, die von der anrufenden Person beschrieben oder direkt wahrgenommenen Symptome und die Krankengeschichte;
- » Sobald die Analyse abgeschlossen ist, entscheidet der *Médecin régulateur* über die für die jeweilige Situation angemessenen Hilfeleistungen;
- » Der *Médecin régulateur* koordiniert und überwacht die Durchführung des Einsatzes. Auf Basis der Einschätzung des Einsatzteams orientiert der *Médecin régulateur* den Transport des Patienten/der Patientin in das nächstgelegene Krankenhaus, in dem die Pathologie behandelt werden kann. Der Wunsch des Patienten/der Patientin wird hierbei berücksichtigt.

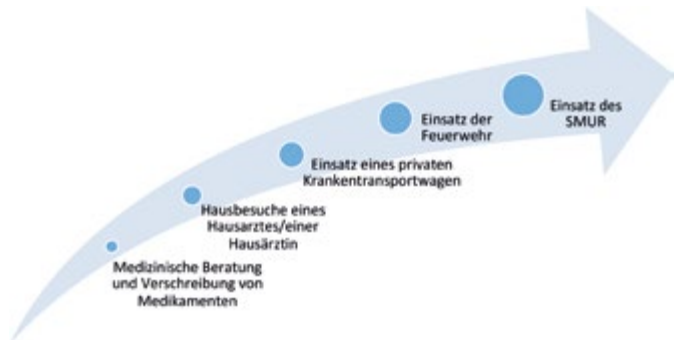
Falls notwendig, geben der *Médecin régulateur* und der oder die Disponent/in den Zeugen/innen vor Ort Anleitungen zu Soforthilfemaßnahmen weiter, die vor Einkunft der Rettungskräfte vorzunehmen sind.

1.3 ORGANISATION DER EINSÄTZE

Die Leitstellen des SAMU können auf Entscheid des *Médecin régulateur* ein breites Spektrum an Rettungsmitteln einsetzen, um auf den Notruf zu reagieren (vgl. untenstehendes Schema). In diesem Teil des Hefts werden nacheinander die verschiedenen, je nach Schwere des Falles entsendbaren Rettungsmittel beschrieben.

Die mobilisierten Akteure kommen nicht zwangsweise aus dem Krankenhausbereich. Die Zusammenarbeit mit diesen Akteuren wird häufig durch eine Vereinbarung auf Ebene des Departements geregelt.

Der Patient/die Patientin kann dem *Médecin régulateur* seinen/ihren Wunsch für einen Versorgungsort mitteilen. Das freie Wahlrecht des Patienten/der Patientin muss durch den *Médecin régulateur* berücksichtigt werden, wobei es dem *Médecin régulateur* letztendlich obliegt, zu evaluieren, ob der Patientenwunsch in der Praxis umsetzbar ist (Übereinstimmung des Patientenwunsches mit der Pathologie, Bettenkapazität, keine negative Auswirkung auf die Organisation der Rettungsdienste).



Medizinische Beratung und Verschreibung von Medikamenten

In weniger schweren Fällen kann der *Médecin régulateur*:

- » eine telefonische medizinische Beratung durchführen, ohne Rettungsmittel zu mobilisieren. Es handelt sich hierbei um eine medizinische Verschreibungshandlung, die nur durch den *Médecin régulateur* erfolgen kann und in die Krankenakte des Patienten/der Patientin eingetragen wird;
- » telefonisch Arzneimittel verschreiben. Die Verschreibung kann schriftlich erfolgen und wird dann an eine Apotheke übermittelt, an welche sich der Patient/die Patientin wenden muss. Die Verschreibung kann auch mündlich erfolgen, sollten die notwendigen Medikamente in der Hausapotheke der anrufenden Person vorhanden sein. Diese Handlung wird in der Krankenakte vermerkt.

² Es handelt sich hierbei um ein durch eine ärztliche Stelle validiertes Dokument, in welchem die zu befolgenden Anweisungen und zu verwendenden Techniken je nach zuvor analysierter Situation festgelegt wurden.

Weiterleitung an einen Hausarzt/eine Hausärztin

Sollte der Patient/die Patientin eine ärztliche Untersuchung benötigen, ohne dass ein medizinischer Notfall vorliegt, kann der *Médecin régulateur*:

- » Patienten/innen an einen Hausarzt/eine Hausärztin verweisen;
- » oder, sollte die anrufende Person nicht in der Lage sein, sich fortzubewegen, einen ärztlichen Hausbesuch anfordern (von einem Hausarzt/einer Hausärztin, einem Allgemeinarzt/einer Allgemeinärztin aus der Nähe oder einem Arzt/einer Ärztin des Bereitschaftsdienstes). Die Verfügbarkeit der niedergelassenen Ärzte/innen ist, vor allem im Bereitschaftsdienst, leider immer seltener. Daher müssen die Patienten/innen regelmäßig durch einen Krankenwagen in die Notaufnahme gebracht werden, um behandelt werden zu können.

Die Durchführung des Einsatzes wird durch einen telefonischen Austausch zwischen dem *Médecin régulateur* und dem Hausarzt/der Hausärztin gesichert.

Anfordern eines privaten Krankentransports

Der *Médecin régulateur* entscheidet sich für einen Krankentransport in einem privaten Krankenkraftwagen für einen Einsatz am Wohnort des Patienten/der Patientin, wenn der Zustand des Patienten/der Patientin keinen sofortigen Einsatz eines Arztes/einer Ärztin, aber einen längeren oder betreuten Transport in ein Krankenhaus erfordert. Der Transport kann erfolgen mithilfe einer:

- » *ambulance légère* (Norm EN 1789, Typ A). Es handelt sich um einen Krankenkraftwagen, der den liegenden Transport von Patienten/innen ermöglicht, deren Zustand keine unmittelbaren Behandlungsleistungen erfordert;

» *ambulance de secours et de soins d'urgence*³ (Norm EN 1789, Typ B). Neben dem liegenden Transport von Patienten/innen ermöglichen *Ambulances de secours et de soins d'urgence* auch erste Behandlungsmaßnahmen. Das Einsatzteam umfasst immer:

- einen *Ambulancier* mit Staatsdiplom. Der *Ambulancier* ist verantwortlich für die Betreuung des Patienten/der Patientin und führt die notwendigen lebensrettenden Sofortmaßnahmen durch;
- einen *Auxiliaire ambulancier*, der den *Ambulancier* bei dessen Tätigkeiten unterstützt.

Geplante Krankentransporte, die zwingend von einem Arzt/einer Ärztin verschrieben werden müssen, sind nicht Teil des Rettungsdienstes.

Einsatz der SDIS

Der SAMU kann auch die Leitstelle des SDIS kontaktieren, um auf die Rettungsmittel der SDIS zurückzugreifen. Der Vorteil bei der Inanspruchnahme der Rettungsmittel der SDIS liegt in der Einsatzgeschwindigkeit (*prompt secours*), da das Netz der Feuerwehrcorps viel dichter ist als das der SMUR. Wie wir es bereits erläutert haben greifen die SDIS nicht nur auf Anfrage der Leitstelle des SAMU ein: Sobald die Leitstelle des SDIS einen Anruf erhält, der eine lebensbedrohliche Notfallsituation betrifft, kann sie ein Einsatzteam losschicken ohne auf die Bestätigung des *médecin régulateur des SAMU* zu warten. Sobald die Rettungsmittel entsendet werden, leitet die Leitstelle des SDIS den Anruf an die Leitstelle des SAMU weiter, um einen ärztlichen Einsatz zu gewährleisten.

Freiwillige und hauptberufliche Feuerwehrcorps leisten, Erste Hilfe, sichern die Unfallstelle und Personen

³ *Ambulances de secours et de soins d'urgence* können ebenfalls Rettungswagen (EN 1789, Typ C) sein, die durch den SMUR verwendet werden. Allerdings handelt es sich bei diesen Rettungswagen um schwerere Fahrzeuge als die privaten Krankenkraftwagen, vgl. f.)



vor Ort, leisten lebenserhaltende Maßnahmen und übernehmen gegebenenfalls und nach Abstimmung mit dem *Médecin régulateur* der Leitstelle des SAMU den Transport zu einem geeigneten Krankenhaus.

Es gibt zwei Einsatzmodalitäten :

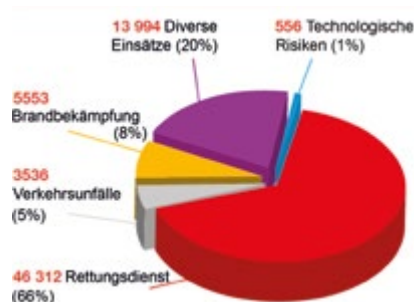
- » Das Einsatzfahrzeug ermöglicht den Transport des Patienten/der Patientin nicht (Erste-Hilfe Ausrüstung). Das Einsatzteam garantiert die Absicherung des Opfers, führt Erste-Hilfe-Maßnahmen durch, übermittelt Informationen an das SAMU-Centre 15 und unterstützt eventuelle weitere Rettungsmaßnahmen ;
- » Das Einsatzfahrzeug ermöglicht den Transport des Patienten/der Patientin. Dieser Fahrzeugtyp wird *Véhicule de secours et d'assistance aux victimes* (VSAV, Krankenkraftwagen Typ C nach EN 1789) genannt. Mit Letzterem ist es möglich, den Betroffenen in liegender Position und unter fachgerechter Betreuung zu transportieren. In dem Fahrzeug können auch medizinische und intensivmedizinische Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden. Das Einsatzteam besteht immer aus mindestens drei Feuerwehrmännern/-frauen.

In beiden Fällen erstatten die Einsatzteams, sobald sie Informationen und Vitalzeichen erfasst haben, dem *Médecin régulateur* der Leitstelle des SAMU sowie der Leitstelle der Feuerwehr Bericht. Der *Médecin régulateur* der Leitstelle des SAMU entscheidet auf Grundlage dieser Informationen über die Behandlung des Patienten/der Patientin :

- » Der *Médecin régulateur* kann bestimmen, dass der Patient/die Patientin von den SDIS ins Krankenhaus transportiert wird. Der *Médecin régulateur* entscheidet über das geeignete Krankenhaus – bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Patientenwunsches – und organisiert die Aufnahme in diese Einrichtung ;
- » Der *Médecin régulateur* kann den Einsatz des *Service de santé et de secours médical* (SSSM) anfordern. Der SSSM ist ein dem SDIS zugehöriger Dienst, der aus freiwilligen und hauptberuflichen Krankpflegern/innen und Ärzten/innen des SDIS besteht. Er wird sowohl im Rahmen der Notfallversorgung eingesetzt, als auch zur medizinischen Unterstützung der Feuerwehren bei komplexen oder risikoreichen Einsätzen. Die Einsatzfahrzeuge des SSSM ermöglichen keinen Krankentransport, sind aber mit

AUFTEILUNG DER EINSÄTZE IM JAHR 2017

2017 : 69.951 Einsätze



Quelle : SDIS 67, Rapport d'activité 2017, 2017.

<https://www.sdis67.com/fr/sdis-67/etablissement-public/chiffres-cles>



medizinischer Ausrüstung ausgestattet, um intensive Behandlungen sicherstellen zu können. Sobald das Team vor Ort eingetroffen ist, kann es im VSAV Platz nehmen ;

Im Tätigkeitsbereich der SDIS haben die Rettungsdienstaktivitäten eine wichtige Bedeutung. 66 % der Einsätze des SDIS 67, die im Jahr 2017 durchgeführt wurden, betrafen die Hilfeleistung an Personen (vorherige Seite Schema auf Seite 37).

Einsatz des SMUR

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, sind die *Services mobiles d'urgence et de réanimation* (SMUR) an Krankenhäuser angegliedert. Die SMUR

- » stellen vor Ort und während des Transports die Intensivbehandlung der Personen, die sich in lebensbedrohlichen Situationen befinden, sicher;
- » führen Transporte von einem Krankenhaus zu einem anderen durch, wenn eine intensivmedizinische Behandlung bzw. Betreuung des Patienten/der Patientin während der Fahrt benötigt wird.

Sie handeln entweder alleine (mit Hilfe ihres eigenen Fahrzeuges), oder komplementär zu den Fahrzeugen des SDIS oder privater Krankentransporte, die sich bereits vor Ort befinden („*Système de jonction*“ oder Rendezvous-System). Im Gegensatz zu den Teams der SDIS umfassen die Einsatzkräfte immer auch Ärzte/innen. Dies ermöglicht eine Diagnose, eine frühzeitige spezialisierte Versorgung sowie eine angemessene Überweisung des Patienten/der Patientin.

In Frankreich gibt es insgesamt 428 SMUR (Stand 2015) von denen sich acht im Elsass befinden: in Straßburg, Hagenau, Saverne, Schlettstadt, Weißenburg, Colmar und Mülhausen. Ein SMUR kann aus einem oder mehreren Einsatzteams bestehen.

Die SMUR sind so über das Staatsgebiet verteilt, dass die Einsatzzeit in fast ganz Frankreich (98%) weniger als 30 Minuten beträgt. Es handelt sich hierbei nicht um eine gesetzliche Verpflichtung, sondern um eine praktische Norm.

In ländlichen Gebieten, in denen diese Frist nicht eingehalten werden kann, arbeitet der SAMU mit dem SDIS oder manchmal mit niedergelassenen Ärzten/innen vor Ort zusammen, den sogenannten *Médecins correspondants du SAMU*, die bis zum Eintreffen des SMUR Soforthilfemaßnahmen durchführen. Es handelt sich hierbei meistens um niedergelassene Allgemeinmediziner/innen, die mit dem SAMU eine Vereinbarung abgeschlossen und eine Fortbildung im Bereich der Notfallmedizin absolviert haben. Die Fortbildung wird vom *Centre d'enseignement des soins d'urgence* (CESU), welches am SAMU angegliedert ist, bereitgestellt. Ein ehrenamtliches Team an Rettungsfachkräften der SDIS kann auf Anfrage der Leitstelle des SAMU ebenfalls

entsendet werden, um Erste-Hilfe-Maßnahmen bis zum Eintreffen des ärztlichen Teams des SMUR zu leisten.

Ein Einsatzteam des SMUR besteht mindestens aus einem Arzt/einer Ärztin, einem Krankenpfleger/einer Krankenpflegerin und einem Fahrer/einer Fahrerin oder einem Piloten/einer Pilotin. Bei den Fahrzeugen, die mit der notwendigen Wiederbelebung- und Behandlungsausrüstung ausgestattet sind, handelt es sich unter anderem um:

- » Ein *Véhicule léger médicalisé* (VLM, auch *Véhicule radio-médicalisé*), also ein leichtes medizinisches Fahrzeug, das dazu dient, das Team des SMUR und die Wiederbelebungsausrüstung zum Einsatzort zu bringen und somit das Team vor Ort zu unterstützen. Es ermöglicht nicht den Transport des Patienten/der Patientin in liegender Position. Der Transport des/der Betroffenen wird von Feuerwehrmännern oder -frauen oder von privaten Krankentransportern sichergestellt;
- » Eine *Ambulance de réanimation* (Norm EN 1789, Typ C), also ein Rettungswagen, welcher den Transport von mindestens fünf Personen, darunter den Patienten/die Patientin in liegender Position sowie des Materials ermöglicht. Dieses Fahrzeug ist speziell für die intensivmedizinische Behandlung des Patienten/der Patientin konzipiert und ausgerüstet. Nicht alle SMUR verfügen über ein solches Fahrzeug. Das Einsatzteam umfasst immer einen *Ambulancier* mit Staatsdiplom, zusätzlich zum Notarzt/zur Notärztin und zum Krankenpfleger/zur Krankenpflegerin.
- » Ein Helikopter. Es kann sich um einen SAMU-Helikopter (*HéliSmur*) oder einen Helikopter der *Sécurité Civile* (*Dragon*) mit materieller und persönlicher medizinischer Ausstattung des SAMU handeln. Nicht alle SAMU verfügen über einen Helikopter. Die *HéliSmur* werden durch das SAMU Centre 15 entsendet. Die Helikopter der zivilen Sicherheit werden durch das Centre 18 entsendet, nachdem ein Austausch mit dem Centre 15 stattgefunden hat. Die Helikopter sind befugt, den medizinischen Transport durchzuführen. Sie ermöglichen den Transport eines Arztes/einer Ärztin, eines Krankenpflegers/einer Krankenpflegerin, des Patienten/der Patientin, des Piloten/der Pilotin sowie des Materials.

1.4 RETTUNGSDIENST BEI EINEM MASSEANFALL VON VERLETZTEN

Im Falle eines Unfalls mit einer großen Zahl an verletzten Personen wird ein Notfallplan, der sogenannte Plan NOVI (für *NOmbreuses Vlctimes*, also „zahlreiche Opfer“) auf

Ebene des Departements unter der Verantwortung der Präfektur umgesetzt. Der Plan NOVI ermöglicht die Einrichtung einer einzigen Rettungsleitung (SDIS, SAMU/SMUR, Rotes Kreuz, Zivilschutz).

Der Präfekt/die Präfektin übernimmt die Leitung der Rettungsaktionen. Vor Ort werden die Rettungs- und Sicherheitsmittel von dem Leiter/der Leiterin des SDIS koordiniert, der/die die Rolle des *Commandant des opérations de secours* (COS; etwa: Kommandant/Kommandantin der Rettungsmaßnahmen) einnimmt. Für die Ausübung dieser Aufgabe wird er/sie unterstützt von:

- » dem *Directeur des services médicaux* (DSM; Leiter/Leiterin der medizinischen Dienste). Es handelt sich hierbei um einen/eine von der Präfektur bestimmten Arzt/Ärztin des SDIS oder des SAMU (wöchentlich abwechselnd);
- » dem *Directeur des secours d'incendie et de sauvetage* (DSI; etwa: Brand- und Rettungsleiter/Brand- und Rettungsleiterin) des SDIS;
- » dem/der zuständigen Vertreter/Vertreterin der Polizei und/oder *Gendarmerie* (COPG).

Die jüngsten Anschläge in Frankreich haben das Selbstverständnis des Rettungsdienstes verändert. Bei einem Massenanfall an Verletzten und Erkrankten beruht die Strategie darauf, minimale Behandlungsmaßnahmen (damage control) durchzuführen, die sich auf Blutstillung und Erste-Hilfe begrenzen. Es folgt ein schneller Transport in ein Krankenhaus.

1.5 QUALIFIKATION UND AUSBILDUNG DES PERSONALS

Reanimationsarzt/Reanimationsärztin

Es handelt sich hierbei um die alte Berufsbezeichnung der Ärzte/innen des SMUR, die vor allem in der Spezialisierung/„Anästhesie-Reanimation“ weitergebildet wurden.

Notarzt/Notärztin

Seit September 2017 gibt es eine neue Qualifikation, das *Diplôme d'études spécialisées* (DES) im Bereich der Notfallmedizin. Dadurch wird die Notfallmedizin als eigenständige medizinische Fachrichtung anerkannt. Diese Spezialisierung wird im Rahmen einer vierjährigen Facharztausbildung erlangt (d.h. insgesamt zehn Jahre Medizinstudium). Notärzte/innen arbeiten:

- » bei Einsätzen im Team des SMUR;
- » in den Notaufnahmen (vgl. Teil 2);
- » in den Leitstellen (SAMU-Centre 15).

Krankenpfleger/Krankenpflegerin beim SMUR und in der Notaufnahme

Es gibt in Frankreich keine notfallmedizinische Fachausbildung für Krankenpfleger/innen. Krankenpfleger/innen, die beim SMUR oder in den Notaufnahmen arbeiten, sind entweder Krankenpfleger/innen mit Staatsdiplom (dreijährige Ausbildung) oder Krankenpfleger/innen für Anästhesie mit Staatsdiplom (fünfjährige Ausbildung). Je nach Einrichtung kann eine vorherige notfallmedizinische Erfahrung notwendig sein. Ein Universitätsdiplom zur Notfallversorgung steht den Krankenpflegern/innen offen, und ist vor allem dann wünschenswert, wenn sie in einem SMUR arbeiten wollen. Krankenpfleger/innen unterstützen die notfallmedizinischen Behandlungsmaßnahmen.

Krankenpfleger/Krankenpflegerin bei dem SDIS

Sie arbeiten meist ehrenamtlich, außerhalb ihrer Haupttätigkeit als Krankenpfleger/in. Zusätzlich zur Fortbildung zum Krankenpfleger/zur Krankenpflegerin nehmen sie an Weiterbildungen zu Notfallprotokollen, zu Einsätzen im Fall einer atomaren, radiologischen, biologischen oder chemischen Bedrohung (ARBC) und zu Notfallplänen teil.

Ambulancier mit Staatsdiplom

Für die Qualifikation als *Ambulancier* mit Staatsdiplom ist eine 630-stündige Ausbildung erforderlich. *Ambulanciers* arbeiten:

- » entweder in einem Team des SMUR und fahren dann den Krankenkraftwagen und unterstützen den Arzt/die Ärztin und den Krankenpfleger/die Krankenpflegerin;
- » oder bei einem privaten Krankentransport und werden dann von einem *Auxiliaire Ambulancier* begleitet. Sie überwachen den Gesundheitszustand der Patienten/innen und übernehmen gegebenenfalls den Transport mit der Fahrtrage. Sie führen Erste-Hilfe-Maßnahmen, aber nicht die eigentlichen medizinischen Maßnahmen durch.

Auxiliaire ambulancier

Für die Qualifikation als *Auxiliaire ambulancier* ist eine 70-stündige Ausbildung erforderlich. Der *Auxiliaire ambulancier* arbeitet als Teammitglied des *Ambulancier* im Rahmen der privaten Krankentransporte (dringlich oder disponibel).

Außerdem, aber nur im Rahmen der geplanten Krankentransporte, welche nicht Teil des Rettungsdienstes sind, kann er/sie alleine das *Véhicule sanitaire léger* (VSL) fahren, in welchem der Sitzendtransport von Personen möglich ist.

Disponenten/innen

Disponenten/innen verfügen über eine spezifische Erstausbildung von 259 Stunden. Die Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung ist das Abitur. Die Ausbildung umfasst die Vermittlung von Wissen in den Bereichen Tele- und Radiokommunikation sowie Fachwissen zur medizinischen Notversorgung und zur Ersten Hilfe.

Feuerwehrmann/-frau

Es wird unterschieden zwischen:

- » Berufsfeuerwehrmänner/-frauen, die nach einem Auswahlverfahren eingestellt werden;
- » Freiwilligen Feuerwehrmännern/-frauen

Die Ausbildung der freiwilligen und hauptberuflichen Feuerwehrmänner/-frauen setzt sich zusammen aus folgenden Ausbildungsfeldern: Brandrettung, Bekämpfung von technologischen Risiken und Personenrettung. Die Personenrettung umfasst verschiedene Spezialisierungsgrade. Das Rettungsfachpersonal mit der höchsten Qualifikation (Gruppenführer/innen) verfügt über eine Ausbildung, die der der *Ambulanciers* mit Staatsdiplom entspricht. Die anderen erhalten eine 80-stündige Ausbildung, die sie zur Bereitstellung von Erste-Hilfe-Maßnahmen und zur Fortbewegung und zum Transport des Betroffenen in einer Fahrtrage befähigt.



2. DIE NOTAUFNAHMEN DER KRANKENHÄUSER

2.1 ALLGEMEINER RAHMEN

Der SAMU ist ausschließlich mit der präklinischen Notfallversorgung beauftragt. Nach der Ankunft im Krankenhaus übernimmt die Notaufnahme die Behandlung der Patienten/innen. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden „*services des urgences*“ oder „*structures des urgences*“ genannt. Sie sind dafür zuständig, rund um die Uhr alle Personen in Notsituationen aufzunehmen.

Nicht jedes Krankenhaus verfügt über eine Notaufnahme: Von insgesamt 2100 Akutkrankenhäusern in Frankreich im Verfügung im Jahr 2015 645 über eine Notaufnahme. Im Elsass verfügen 20 Einrichtungen über eine Notaufnahme.

Die Mehrheit der Notaufnahmen (77%) befinden sich in öffentlichen Krankenhäusern. 17% der Notaufnahmen sind im privaten Sektor und 6% im freigemeinnützigen Krankenhaussektor angesiedelt.

Die *Agence Régionale de Santé* erstellt den Krankenhausplan und erteilt die Genehmigungen für das Betreiben einer Notaufnahme. Der *Code de la santé publique* legt auf nationaler Ebene die Voraussetzungen und Funktionsweise für die Notaufnahme fest.

Die Notaufnahmen werden durch die *Sécurité sociale* im Rahmen des Systems der *Tarifcation à l'activité* (T2A) finanziert. Es handelt sich um ein System der Mischfinanzierung, bestehend aus:

- » einer jährlichen Pauschale, welche die laufenden Kosten abdeckt (dem sogenannten *Forfait annuel des urgences* oder FAU). Diese Pauschale besteht aus einer Grundzuwendung, die schrittweise je 2500 Patientenfälle erhöht wird;
- » einer Fallpauschale. Für jede Notaufnahme gelten Tarife, die auf nationaler Ebene für alle Krankenhäuser festgelegt werden;

2.2 ORGANISATION

Die Organisation der Notaufnahmen wird auf nationaler Ebene im *Code de la santé publique* festgelegt. Die Aufnahme der Patienten/innen kann auf zwei Arten erfolgen:

- » entweder wird der Patient/die Patientin von einem SMUR, der Feuerwehr oder einem privaten *Ambulancier* gebracht;
- » oder der Patient/die Patientin geht selbstständig dorthin, eventuell auf Verschreibung eines niedergelassenen Arztes/einer niedergelassenen Ärztin.

Die Notaufnahmen gewährleisten die Aufnahme, die Zuweisung und die Behandlung der Patienten/innen. Jede Person, die in der Notaufnahme vorstellig wird, wird von einem Arzt/einer Ärztin untersucht bzw. behandelt.

Die Notaufnahmen verfügen über:

- » einen Empfangsbereich, in dem die Zuweisung und die Triage der Patienten/innen erfolgt;
- » einen getrennten Bereich, in dem Personen behandelt werden, die sich in lebensbedrohlichen Notfallsituationen befinden;
- » einen Bereich mit Untersuchungsräumen;
- » Warteräume, in denen die Patienten/innen auf die Ergebnisse ihrer Untersuchungen warten;
- » eine Station für Kurzzeitbehandlung, in der Patienten/innen nicht länger als 24 Stunden verbringen dürfen. Patienten/innen müssen demnach schnellstmöglich in die jeweilige Fachabteilung transferiert werden. Die Koordinierung mit den anderen Fachabteilungen des Krankenhauses hinsichtlich der verfügbaren Betten ist daher unverzichtbar.

Bei der Ankunft in der Notaufnahme werden die Patienten/innen von einem Krankenpfleger/einer Krankenpflegerin, der/die speziell für die Aufnahme und Orientierung der Patienten/innen ausgebildet wurde, versorgt. Seine/ihre Aufgaben sind:

- » die Triage nach Schweregrad der Erkrankung bzw. Verletzung des Notfallpatienten/ der Notfallpatientin. Hierzu werden auf der Grundlage von Protokollen das Motiv des Einsatzes und die Symptome berücksichtigt;
- » die Weiterleitung der Patienten/innen an die geeigneten Versorgungsstationen. Der Krankenpfleger/die Krankenpflegerin entscheidet in Abstimmung mit einem zuständigen Arzt/einer zuständigen Ärztin über den Behandlungsort, der den Anforderungen des Patienten/der Patientin am besten entspricht.

Der Patient/die Patientin wird anschließend von Pflegekräften und ärztlichem Personal versorgt⁴. Diese Betreuung ist von kurzer Dauer: Nach maximal 24 Stunden muss der Patient/die Patientin an eine reguläre Abteilung des Krankenhauses oder an eine andere Einrichtung überwiesen werden.

⁴ Sollten die Symptome des Betroffenen keine Notfallmaßnahmen erfordern, kann er/sie an einen Allgemeinmediziner/eine Allgemeinmedizinerin überwiesen werden, manchmal auch innerhalb der Notaufnahme.



3. ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

3.1 ALLGEMEINER RAHMEN

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ermöglicht nicht geplante und nicht-überlebensnotwendige medizinische Behandlungen außerhalb der Sprechzeiten der Arztpraxen: jede Nacht zwischen 20 Uhr und 8 Uhr, samstagnachmittags sowie sonn- und feiertags.

Für die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sind die *Agences régionales de santé* in dem durch den *Code de la santé publique* festgelegten Rahmen zuständig⁵. In Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen erarbeiten die ARS einen Aufgabenkatalog, in welchem die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes festgelegt wird. Ziel des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist es, den Patienten/innen außerhalb der Sprechstundenzeiten eine angemessene allgemeinmedizinische Versorgung zu sichern. Dieser Aufgabenkatalog enthält:

- » eine Bestandsaufnahme der Arztpraxen;
- » die Bedingungen für die Teilnahme niedergelassener Ärzte/innen am Bereitschaftsdienst;
- » die Vergütungsmodalitäten für die am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen (unter Berücksichtigung der auf nationaler Ebene festgelegten Mindestsätze);
- » eine Aufteilung der Region in verschiedene Behandlungsgebiete: Diese Aufteilung soll die Anwesenheit eines diensthabenden Arztes/ einer diensthabenden Ärztin während den Sprechzeiten des Bereitschaftsdienstes flächendeckend gewährleisten.

3.2 ORGANISATION

Wenn ein Patient/eine Patientin in Frankreich außerhalb der Sprechstundenzeiten einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen möchte, muss zunächst die für den Bereitschaftsdienst zuständige Leitstelle kontaktiert werden. In manchen Departements, wie im Haut-Rhin, muss die 15 angerufen werden. In anderen Departements gibt es eine spezifische Nummer für den Bereitschaftsdienst. Im Bas-Rhin ist es beispielsweise die 03 69 55 33 33.

Dies sollte sich bald mit der Einführung der einheitlichen Nummer 116 117 ändern.

Die Notrufabwicklung im Bereich des Bereitschaftsdienstes wird von einem niedergelassenen Arzt/ einer niedergelassenen Ärztin sichergestellt. Dieser/Diese kann entweder telefonisch eine medizinische Beratung

durchführen oder den Patienten/die Patientin an einen diensthabenden Arzt/ eine diensthabende Ärztin weiterleiten⁶.

Neben den Leitstellen des öffentlichen Bereitschaftsdienstes existieren auch weitere Leitstellen, die häufig von Verbänden niedergelassener Ärzte/innen geleitet werden, wie etwa *SOS Médecins*. Diese Leitstellen sind mit der Leitstelle des SAMU verbunden. Deren Rolle im Bereitschaftsdienst ist im Aufgabenkatalog der *Agences Régionales de Santé* festgelegt.

Die Behandlung erfolgt dann durch die niedergelassenen diensthabenden Ärzte/Ärztinnen, die in einem der folgenden Orte arbeiten:

- » in ihren eigenen Praxen;
- » in einer Bereitschaftsdienstzentrale;
- » in einer Behandlungsstelle, die von *SOS Médecins* oder einem anderen Bereitschaftsdienstverband geleitet wird.

Die Behandlungen können, wenn es der *Médecin régulateur* als notwendig erachtet, auch in Form eines Hausbesuchs durchgeführt werden, wenn Patienten/innen z.B. in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Da der ärztliche Bereitschaftsdienst auf freiwilliger Basis erfolgt, kann es vorkommen, dass Patienten/innen, insbesondere nach Mitternacht, keinen diensthabenden Arzt/ keine diensthabende Ärztin vorfinden. In diesem Fall leitet das SAMU-Centre 15 den Patienten/die Patientin an eine Notaufnahme weiter.

⁵ Siehe insbesondere Artikel L 6314-1ff. sowie die Artikel R 6314-1ff.

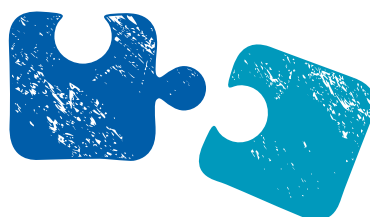
⁶ Sollte der Fall medizinische Notfallmaßnahmen erfordern, kann der allgemeinmedizinische *Médecin régulateur* den Anruf an einen notfallmedizinischen *Médecin régulateur* weiterleiten.

GESETZESTEXTE

- » Circulaire interministérielle du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, entre le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le Ministère de l'intérieur.
- » Convention de coopération transfrontalière relative à l'aide médicale urgente Alsace/Rhénanie-Palatinat.

BERICHTE/STUDIEN

- » Agence Régionale de Santé Alsace : Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, 2015.
- » Boucher, Charles : La régulation libérale de la permanence des soins : enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure. Médecine humaine et pathologie, 2012.
- » Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : La médecine d'urgence. Les établissements de santé, édition 2016.
- » Direction générale de l'offre de soins : Médecins correspondants du SAMU – Guide de déploiement, 2013.
- » Direction générale de l'offre de soins : Les chiffres clés de l'offre de soins, édition 2015.
- » Giroud, M. : L'accès au Dossier Médical Personnel par le médecin régulateur de Samu. Urgences 2009.
- » Maillard-Acker, C. : Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel. Urgences 2012.
- » Reix, Adrienne : Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans six pays européens : La France, le Royaume-Uni, la Belgique, la Suède, la Finlande et la Norvège. Académie de Paris, université René Descartes, Faculté de médecine Cochin Port-Royal, 2002.
- » Samu-Urgences de France : Livre Blanc : Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Les propositions du Samu-Urgences de France, 2015.
- » Vassy, Carine : L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. Mouvements, 2004.
- » SDIS 67: Rapport d'activité 2017 du SDIS 67, 2017.





DIE MEDIZINISCHE NOTFALLVERSORGUNG IN DER SCHWEIZ

Rettungswesen, Notfallstationen und ambulanter
ärztlicher Notfalldienst



Konzeption und inhaltliche Koordinierung :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Gestaltung :

- Print Europe – Céline Agaësse.

Redaktion :

- Jérémy Presle (TRISAN)

Fachlektorat :

- Marc Lüthy, Sanität Basel.
- Daniel Strohmeier, Kanton Basel-Stadt.

Übersetzung :

- Michael Lörch.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D - 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34

1. RETTUNGSWESEN	50
1.1. Allgemeiner Rahmen	51
1.2. Organisation der Notrufabwicklung.....	52
1.3. Organisation des Einsatzes	53
1.4. Rettungsdienst bei einem Massenanfall von Verletzten	56
1.5. Qualifikation und Ausbildung des Personals	57
2. DIE NOTFALLSTATIONEN DER KRANKENHÄUSER	58
2.1. Allgemeiner Rahmen	59
2.2. Organisation	59
3. AMBULANTER ÄRZTLICHER NOTFALLDIENST	60
3.1. Allgemeiner Rahmen	61
3.2. Organisation	61





1. RETTUNGSWESEN

Eingangsbemerkung:

In der Schweiz unterscheidet sich die Organisation der medizinischen Notversorgung in den einzelnen Kantonen. Dieses Themenheft konzentriert sich insbesondere auf die Kantone Jura, Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Diese Auswahl ist darauf zurückzuführen, dass das trinationale Kompetenzzentrum TRISAN hauptsächlich in der grenzüberschreitenden Region Oberrhein aktiv ist. Es werden dabei sowohl deutsch- als auch französischsprachige Kantone berücksichtigt. In den Kantonen können sich bestimmte Begriffe oder Berufsbezeichnungen unterscheiden. Um ein besseres Verständnis zu ermöglichen, haben wir uns daher dazu entschieden, immer die geläufigsten Begriffe zu verwenden.

1.1 ALLGEMEINER RAHMEN

Der Begriff Rettungswesen bezeichnet in der Schweiz alle Einrichtungen, welche die jederzeitige präklinische Notfallversorgung von Patienten/innen in Notsituationen gewährleisten. Die Akteure des Rettungswesens sind:

- » die Sanitätsnotrufzentralen (SNZ 144 – Centrales d'appels sanitaires urgents CASU 144);
- » die Sanitäts- bzw. Rettungsdienste und die Luftrettungsdienste wie zum Beispiel die REGA (Rettungshubschrauber);
- » die Notärzte/innen, welche über eine kantonal anerkannte Notrufzentrale eingesetzt werden und entweder spitalgebunden oder eigenständig arbeiten.

Das Rettungswesen fällt (genau wie das Gesundheitswesen im Allgemeinen) überwiegend in die Zuständigkeit der Kantone, die dazu verpflichtet sind, dessen Organisation sicherzustellen. Es gibt daher 26 verschiedene kantonale Rechtsrahmen:

- » Im Kanton Basel-Stadt existieren nur wenige rechtliche Vorgaben für das Rettungswesen. Es wird im kantonalen Gesundheitsgesetz erwähnt, ohne dass dabei auf Details eingegangen wird. Im Gesetzestext wird die Zuständigkeit für das Rettungswesen an die Kantonsverwaltung übertragen;
- » Im Kanton Basel-Landschaft wird das Rettungswesen in der *Verordnung über die Organisation des Kranken-, Rettungs- und Leichentransports* aus dem Jahr 2000 geregelt;
- » Im Kanton Jura wird die Organisation des Rettungswesens in drei Rechtstexten festgelegt: in der *Loi* sowie der *Ordonnance sur les établissements hospitaliers* aus dem Jahr 2012 und der *Ordonnance sur le service ambulancier* aus dem Jahr 2011.

Trotz der großen Bedeutung der Kantone in der Organisation des Rettungswesens, werden mehrere Zuständigkeiten in diesem Bereich durch die Bundesverfassung und Bundesgesetze an die Eidgenossenschaft übertragen:

- » die Vergabe der Kurzwahlnummern (bestehend aus drei Zahlen): Für medizinische Notrufe ist dies die 144;
- » die Berufsausbildung der medizinischen Fachkräfte;
- » die Normen der Rettungsdienstfahrzeuge: Die Normen der Europäischen Union (EN 1789, EN 75079 et al.) finden in der Schweiz Anwendung;
- » der Bevölkerungsschutz in Notfall- und Katastrophensituationen in Zusammenarbeit mit den Kantonen mit Hilfe des koordinierten Sanitätsdiensts (KSD – *Service sanitaire coordonné* SSC): Dieser Dienst kümmert sich um die Koordination der am Bevölkerungsschutz beteiligten Organisationen (Rettungsdienste, Hilfsorganisationen etc.), um eine optimale Gesundheitsversorgung bei Großereignissen zu gewährleisten.

Dennoch spielen die Kantone bei diesen Bundeskompetenzen weiterhin eine Rolle, entweder weil es sich um geteilte Kompetenzen handelt oder weil der Bund die Umsetzung dieser Aufgaben an die Kantone delegiert.

Darüber hinaus muss auch die Koordinierung zwischen den Kantonen erwähnt werden, bei der mehrere Organisationen die Akteure des Rettungswesens der verschiedenen Kantone zusammenbringen. Die interkantonale Koordination trägt dazu bei, dass die Praxis harmonisiert, die Qualität verbessert wird und gemeinsame Lösungen auf interkantonale Probleme gefunden werden. Die interkantonalen Organisationen sind für Aufgaben zuständig, die ihnen vom Bund und/oder den Kantonen zugewiesen wurden. Keine der von ihnen ausgearbeiteten Texte sind jedoch rechtlich bindend. Die Kantone können sie freiwillig anwenden, z. B. indem sie diese in die eigenen Gesetze integrieren. Hier ist insbesondere zu nennen:

- » die *Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren* (GDK – *Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé* CDS), welche die Verantwortlichen für den Gesundheitsbereich der 26 Kantone an einen Tisch bringt und die Koordination zwischen den Kantonen, dem Bund und weiteren Gesundheitsakteuren erleichtert. Hierzu formuliert sie nicht bindende Empfehlungen;
- » Im Interverband für Rettungswesen (IVR – *Interassociation de sauvetage* IAS) sind alle Akteure der Rettungskette sowie Vertreter/innen der Kantone vertreten. Der IVR koordiniert das Rettungswesen und stellt Qualitätsnormen auf, die für die Gesamtschweiz gültig sind. Rettungsdienste und SNZ 144, die diese Normen einhalten, können durch den Interverband eine Anerkennung erhalten. Der rechtliche Rahmen in einigen Kantonen kann die Einhaltung dieser Normen auch vorschreiben;
- » Die Plattform Rettungswesen der *Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte* (FMH) vereint die

Fachkräfte des Gesundheitsbereichs, die sich mit Fragen zur Notfallmedizin befassen und spricht Empfehlungen aus;

- » Die *Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin* (SGNOR – *Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage* SSMUS) ist ein durch den schweizerischen Ärzteverband anerkannter Verein und ist ein Zusammenschluss von Ärzten/innen, die an der Notfallmedizin interessiert sind. Er vertritt die Interessen der Notärzte/innen und fördert die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Rettungswesens. Außerdem spricht der Verband Empfehlungen zur Ausbildung und Praxis der Notfallmedizin aus und ist für die Konzeption und Umsetzung des Fähigkeitsausweises Präklinische Notfallmedizin (SGNOR)¹ sowie des Fähigkeitsausweises Klinische Notfallmedizin (SGNOR) verantwortlich.

Die Finanzierung des Rettungswesens kann aus vier unterschiedlichen Quellen erfolgen.

- » Die Kranken- und Unfallversicherer übernehmen 50% der Kosten für Rettung und Transport. Sie übernehmen ebenfalls einen Teil der Betriebskosten der SNZ 144, wobei sich die Modalitäten in den einzelnen Kantonen unterscheiden;
- » Die Patienten/innen tragen gemäß der nationalen Tarifierung für ambulante Leistungen TARMED ebenfalls zur Finanzierung der Kosten für Rettung und Transport bei;
- » Kantone und Kommunen vervollständigen die Finanzierung der SNZ 144 und der Rettungsdienste;
- » Private Spender können Rettungsdienste subventionieren. Bei der Rega machen diese Gönnerbeiträge mit rund 60 Prozent mehr als die Hälfte des Gesamtbudgets aus. Die übrigen Kosten übernehmen hauptsächlich Kostenträger wie Kranken-, Unfall- oder Reiseversicherer in Form von Zahlungen für geleistete Einsätze.

1.2 ORGANISATION DER NOTRUF-ABWICKLUNG

Einheitliche Nummer für alle Kantone

Seit dem Jahr 1999 gibt es in der Schweiz eine einheitliche kostenlose Notrufnummer: die 144. Über sie können die Sanitätsnotrufzentralen (SNZ 144) erreicht werden. Die SNZ 144 sind daher mit der Abwicklung der Notrufe beauftragt. Sie nehmen Notrufe entgegen, setzen geeignete Maßnahmen um und koordinieren die entsendeten Rettungsmittel.

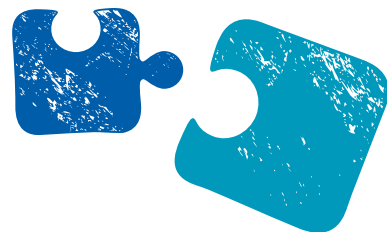
Die Umsetzung einer einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 hat nicht zu einer Zusammenlegung der Einrichtungen von Feuerwehr, Polizei und Rettungsdiensten geführt². Die verschiedenen nationalen Nummern bestehen parallel zu der 112, die an den Dienst der Polizei verweist.

Verwaltung der SNZ 144

In den meisten Fällen gibt es eine SNZ 144 pro Kanton. Allerdings ist ein Zusammenschluss der SNZ 144 der beiden Basel für Januar 2018 vorgesehen. Die Abwicklung der Notrufe für beide Kantone erfolgt dann über die Sanitätsnotrufzentrale von Basel-Stadt. Außerdem wird die Abwicklung der Notrufe im Kanton Jura, die zur Zeit durch das Hôpital du Jura gewährleistet wird, im Laufe des Jahres 2017 an das SNZ 144 des Kantons Freiburg ausgelagert.

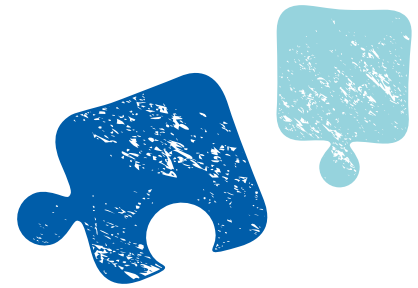
Der Betrieb der SNZ 144 obliegt den Kantonen, weshalb es in den einzelnen Kantonen große Unterschiede geben kann. Je nach Kanton übernimmt ein Krankenhaus, eine Kantonsbehörde, eine Stadt oder ein privater Dienstleister die Leitung der SNZ 144. Die Sanitätsnotrufzentrale kann ebenfalls in die Einrichtungen der Feuerwehr oder der Polizei integriert werden:

- » Der Kanton Basel-Landschaft hat die Leitung seiner Sanitätsnotrufzentrale an das Kantonsspital Baselland (KSBL) im Liestal (öffentliches Spital) übertragen;
- » Die Sanitätsnotrufzentrale von Basel-Stadt ist in der Kantonsverwaltung in der Sanität Basel integriert;
- » Die Leitung der Sanitätsnotrufzentrale des Kantons Jura ist an das Hôpital du Jura delegiert worden (öffentliches Spital).



¹ Für mehr Details zur Ausbildung der Notärzte siehe 2.2.

² In einigen Kantonen wurden die verschiedenen Dienste allerdings zusammengelegt.



Interne Organisation der SNZ 144

Im Allgemeinen³ besteht das Personal einer SNZ 144 aus:

- » zwei Diplomierten Rettungssanitätern innen HF, welche die eingehenden Notrufe/der Sanitätsnotrufzentrale abwickeln⁴. Sie führen eine strukturierte Notrufabfrage durch, entscheiden über die Dringlichkeit des Einsatzes und disponieren die Rettungsmittel;
- » einen ärztlichen Leiter/eine ärztliche Leiterin, der/die in der Notfallmedizin ausgebildet ist. Anders als in Frankreich sind diese nicht an der Abwicklung des Anrufs beteiligt. Sie sind verantwortlich für die Qualität des Dienstes, nehmen an der Ausbildung der Rettungssanitäter/innen teil und validieren die medizinischen Algorithmen (mehr Informationen zu den Algorithmen im folgenden Punkt). Sie können ebenfalls als Notarzt/Notärztin an den Einsätzen teilnehmen;

Die Rettungssanitäter/innen sind daher die Hauptverantwortlichen für die Abwicklung der Notrufe. Die SNZ 144 müssen durchgehend, 24 Stunden am Tag, mit mindestens zwei Disponenten/innen besetzt sein.

Ablauf eines Anrufs

- » Der Anruf wird durch den Rettungssanitäter/die Rettungssanitäterin entgegengenommen. Gemäß den Verordnungen des Interverbands für Rettungswesen müssen 90% der Anrufe nach weniger als zehn Sekunden entgegen genommen werden;
- » Eine SNZ 144 kann einen Anruf, der nicht in ihre Zuständigkeit fällt, an die zuständige SNZ 144 weiterleiten. Tatsächlich sind alle SNZ 144 miteinander verbunden;
- » Sobald der Kontakt mit der anrufenden Person etabliert ist, führen die Rettungssanitäter/innen eine strukturierte Notrufabfrage durch. Dabei sollen so schnell wie möglich die Informationen zum Notfallort, zum Zustand des Patienten/der Patientin, und zu den Umständen des Anrufs in Erfahrung gebracht werden, um so die Schwere des Falles beurteilen zu können.

Die Rettungssanitäter/innen entscheiden anschließend über die umzusetzenden Maßnahmen. Bei dringenden Fällen sollen die geeigneten Mittel innerhalb von 90 bis 120 Sekunden nach Annahme des Anrufs entsendet werden (Zielvorgabe);

- » Die SNZ 144 koordinieren anschließend die verschiedenen Akteure vor Ort. Sie gewährleisten ebenfalls die Einsatzdokumentation inklusive der Statusmeldungen

(Zeitstempel der Rettungsmittel) im Einsatzleitsystem;

- » Die Rettungssanitäter/innen der SNZ 144 sind ebenfalls dazu berechtigt, der anrufenden Person Ratschläge zur Ersten Hilfe zu geben, bis die professionellen Helfer/innen eintreffen. Insbesondere sollen sie bei einem diagnostizierten Herz-Kreislaufstillstand zur Herzdruckmassage anleiten und so die Reanimation einleiten.

1.3 ORGANISATION DES EINSATZES

Um die benötigte medizinische Hilfe sicherstellen zu können, verfügen die Rettungssanitäter/innen über ein großes Spektrum an Möglichkeiten:

Medizinische Beratung

Selbst wenn es sich bei den Rettungssanitätern/innen nicht um Ärzte/innen handelt, sind diese dazu befugt, Patienten/innen medizinische Ratschläge zu erteilen, ohne Rettungsmittel zu entsenden. Es handelt sich dabei um eine delegierte ärztliche Handlung, die auf der Grundlage von Algorithmen durchgeführt wird.

Weiterleitung an einen Arzt/eine Ärztin

Sollte der Zustand des Patienten/der Patientin eine ärztliche Untersuchung erforderlich machen, ohne dass ein medizinischer Notfall vorliegt, können die Rettungssanitäter/innen:

- » den Patienten/die Patientin an einen niedergelassenen Arzt/eine niedergelassene Ärztin verweisen;
- » oder, sollte die anrufende Person in ihrer Mobilität eingeschränkt sein, einen ärztlichen Hausbesuch anfordern.

Einsatz der Rettungsdienste

Sollte der Zustand des Patienten/der Patientin eine dringende medizinische Versorgung erfordern, greift die SNZ 144 auf die Rettungsdienste zurück. In der gesamten Schweiz gibt es über 100 Rettungsdienste, wobei es sich um öffentliche Einrichtungen, die beispielsweise in ein Krankenhaus oder in eine Kantonsverwaltung integriert sind, oder um private Dienstleister handeln kann. Alle

³ Dies ist der Fall in Basel-Stadt, Basel-Landschaft und im Jura.

⁴ Um mehr über die Ausbildung der Rettungssanitäter/innen zu erfahren, siehe 1.3. Einsatz der Rettungsdienste.



stehen direkt mit einer SNZ 144 in Verbindung. Im Kanton Basel-Stadt ist der einzige Rettungsdienst die Sanität Basel. Er ist genau wie die SNZ 144 Teil des kantonalen Rettungsdienstes. Der Kanton Basel-Landschaft verfügt wiederum über mehrere Rettungsdienste, darunter den öffentlichen Rettungsdienst des Kantonsspitals Baselland (KSBL) im Liestal. Der Rettungsdienst im Kanton Jura wird durch das Hôpital du Jura sichergestellt. Alle Rettungsdienste müssen eine Genehmigung für die Tätigkeit in ihrem jeweiligen Kanton erhalten. Die Kantone bestimmen einzeln über die für diese Genehmigung einzuhaltenden Qualitätsstandards.

Die Rettungsdienste übernehmen folgende Aufgaben:

- » Im Rahmen von Primäreinsätzen sind sie direkt am Notfallort im Einsatz. Sie leisten erste präklinische Behandlungen und führen, falls notwendig, einen qualifizierten Transport zum Krankenhaus (Notfallsituation, Operationssaal oder Intensivstation) durch;
- » Im Rahmen von Sekundäreinsätzen übernehmen sie Patiententransporte zwischen einzelnen Spitälern. Diese können mit oder ohne Notarzt/Notärztin durchgeführt werden;
- » Sie erarbeiten Konzepte zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (MANV): Die Verantwortung hierfür ist kantonal unterschiedlich geregelt.

Die Rettungsdienste verfügen für die Erfüllung dieser Aufgaben über verschiedene Fahrzeuge. Die Fahrzeuge und deren Ausrüstung entsprechen den Normen EN 1789 der Europäischen Union. Die Rettungssanitäter/innen können zurückgreifen auf:

- » eine Einsatzambulanz (auch Krankentransportwagen genannt, EN 1789 Typen A und B), die für geplante Transporte von Patienten/innen außerhalb von Notfallsituationen, aber auch für weniger schwere Notfälle verwendet werden. Sie ermöglichen den

Transport des Personals sowie des Patienten/der Patientin in liegender Position;

- » einen Rettungswagen (Norm EN 1789, Typ C), welcher den Transport des ärztlichen und/oder nicht-ärztlichen Personals sowie des Patienten/der Patientin in liegender Position ermöglicht. Er wird in Notfallsituationen verwendet und ermöglicht die Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen.

In den Verordnungen des Interverbands für Rettungswesen wird vorgesehen, dass Rettungswagen in 90% der Fälle in weniger als 15 Minuten am Notfallort eintreffen müssen. In den Kantonen Jura, Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird diese Anforderung eingehalten. Diese Frist wird in Basel-Landschaft in 94% der Fälle eingehalten (und 99% der Einsätze befinden sich unterhalb einer Frist von 20 Minuten), während sie in Basel-Stadt bei 96% der Einsätze unter 15 Minuten liegt.

Die Zusammensetzung des Einsatzteams unterscheidet sich je nach Kanton. In den Kantonen Jura, Basel-Landschaft und Basel-Stadt besteht das Einsatzteam standardmäßig aus zwei Personen⁵: entweder aus zwei Rettungssanitätern/innen oder einem Rettungssanitäter/einer Rettungssanitäterin und einem Transportsanitäter/einer Transportsanitäterin. Die Rettungssanitäter/innen sind aufgrund ärztlich delegierter Kompetenzen befugt, notfallmedizinische Maßnahmen am Patienten/an der Patientin durchzuführen, wobei vorher festgelegte Algorithmen befolgt werden müssen. Diese Kompetenzen werden durch den Ärztlichen Leiter/die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst delegiert. Dieser ist für das Erstellen der Algorithmen verantwortlich. Ebenfalls ist die Schulung und Überprüfung der notwendigen Kenntnisse bei den Rettungssanitäter/innen in seiner Verantwortung. Die Rettungssanitäter/innen gewährleisten ebenfalls die Überwachung der Patienten/innen während des Transports. Rettungs- beziehungsweise Transportsanitä-

⁵ Außer wenn der Rettungswagen mit einem Arzt/einer Ärztin besetzt ist. Das Team besteht in diesem Fall aus zwei Rettungssanitäter/innen und einem Notarzt/einer Notärztin. Siehe Notarzt/Notärztin.

ter/innen fahren in der Regel das Fahrzeug und unterstützen den Rettungssanitäter/die Rettungssanitäterin.

Einsatz eines Notarztes/einer Notärztin

Sollte der Zustand des Patienten/der Patientin eine erweiterte medizinische Behandlung erfordern, kann die SNZ 144 zusätzlich zum Rettungsdienst auch einen Notarzt/eine Notärztin entsenden. In der französischsprachigen Schweiz wird der Begriff *Service mobile d'urgence et de réanimation* (SMUR – mobiler Dienst für Notfallmedizin und Reanimation) verwendet, während man in der deutschsprachigen Schweiz einfach von einem Notarzt/einer Notärztin spricht. Der Einsatz eines Notarztes/einer Notärztin kann in zwei verschiedenen Situationen erfolgen:

- » Die SNZ 144 bietet bereits nach der Entgegennahme des Anrufs einen Notarzt/eine Notärztin auf;
- » Die Rettungssanitäter/innen werden zunächst alleine entsendet und halten vor Ort eine erweiterte medizinische Behandlung für notwendig. Sie übermitteln ihre Einschätzung an die SNZ 144, die dann den Notarzt/die Notärztin aufbietet.

Außerdem können die Notärzte/innen je nach Kanton in zwei verschiedenen Zusammensetzungen entsendet werden:

- » Der Notarzt/die Notärztin wird zusammen mit dem Team des Rettungsdienstes entsendet. Es handelt sich hierbei um das Kompaktsystem;
- » Die Ambulanz und das Notarztteam werden getrennt entsendet und treffen sich am Notfallort. Der Notarzt/die Notärztin, der/die von einem Rettungssanitäter/einer Rettungssanitäterin (Basel-Stadt, Basel-Landschaft) oder einem Krankenpfleger/einer Krankenpflegerin (Jura) gefahren wird, fährt in einem Notarzteeinsatzfahrzeug (NEF), das die medizinische Ausrüstung enthält, zum Notfallort. Am Notfallort eingetroffen vervollständigen sie das paramedizinische Team. Sie übernehmen die medizinische Behandlung vor Ort und führen zusammen mit den Rettungssanitäter/innen den Patiententransport durch. Je nach Situation kann nach anfänglicher Stabilisation des/der Betroffenen der Patient/die Patientin auch ohne Notarzt/Notärztin ins Spital transportiert werden. Dieses System wird als Rendezvous-System bezeichnet und in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Jura angewendet.

Die Notärzte/innen, die am Rettungswesen teilnehmen, sind in Basel-Landschaft in der Abteilung Anästhesie des Kantonsspitals Baselland, Standort Liestal und in Basel-Stadt in der gleichnamigen Abteilung des Univer-

sitätsspitals Basel beschäftigt, während sie im Kanton Jura beim Hôpital du Jura angestellt sind. Ein Schichtdienst ermöglicht eine ärztliche Unterstützung der Rettungsdienste rund um die Uhr. Zusätzlich gibt es im Kanton Baselland auch selbstständige Notärzte/innen, die einer Sanitätsnotrufzentrale angeschlossen sind, und selbstständig zum Einsatzort fahren. In einigen Kantonen kann es aufgrund des Personalmangels vorkommen, dass es sich bei dem diensthabenden Arzt/der diensthabenden Ärztin nicht um einen Notarzt/eine Notärztin handelt ⁶.

Einsatz der Luftrettungsdienste

REGA

Bei der *Schweizerischen Rettungsflugwacht* (REGA – *Garde aérienne suisse de sauvetage*) handelt es sich um eine unabhängige gemeinnützige Stiftung, die Luftrettungen in der gesamten Schweiz durchführt. Die REGA verfügt über eine eigene Leitstelle, die über eine spezifische nationale Notrufnummer erreicht werden kann: die 1414. Diese Leitstelle verfügt über direkte Verbindungen zu den anderen Diensten, wie etwa zu den SNZ 144. Letztere können daher, wenn sie es für nötig halten, auf die Mittel der REGA zurückgreifen. Die Rega führt folgende Aufgaben durch:

- » Primäreinsätze (am Notfallort), z. B. bei Verkehrsunfällen oder einem Unfall im Hochgebirge, sowohl in der Schweiz als auch in angrenzenden Ländern. Sie übernimmt die Versorgung bis zur Überweisung an das Spital; häufig versorgen auch bodengebundene Rettungsdienste den Patienten/die Patientin bis zum Eintreffen der Rega;
- » Sekundäreinsätze (Transporte zwischen den Spitälern);
- » Einsätze im Ausland, die sowohl medizinische Beratungen als auch Patiententransporte und/oder Transporte zwischen Spitälern umfassen.

Die Rega leistet ärztliche Notfallmaßnahmen bei Personen in Notfallsituationen. Das Team besteht mindestens aus einem Notarzt/einer Notärztin, einem Rettungssanitäter/einer Rettungssanitäterin sowie einem Helikopterpiloten/einer Helikopterpilotin. Die Flotte verfügt über Helikopter für Einsätze in der Schweiz und in Nachbarländern sowie über Ambulanzjets für Einsätze im Ausland.

Die Rega verfügt über 12 Helikopterbasen, die Einsätze im gesamten Staatsgebiet in weniger als 15 Minuten (tagsüber) ermöglichen. Die Basis für die beiden Basel befindet sich im trinationalen Flughafen Basel-Mulhouse-Freiburg. Sie führt die Hälfte ihrer Einsätze in Baden und rund 10% der Einsätze im Elsass durch.

⁶ Für mehr Informationen zur Ausbildung der Notärzte/innen, siehe Teil 3.2.

Alpine Air Amulance (AAA)

Die Firma wurde 2011 gegründet und ist ein gemeinsames Flugambulanzunternehmen der Lions Air Group (Passagier- und Ambulanztransporte) und des Touring Club Schweiz (TCS, Verkehrsclub). Im Jahr 2015 zog sich allerdings der TCS aus der Luftrettung zurück, weshalb keine von der AAA betriebenen TCS-Helikopter in Betrieb sind.

Der Hauptsitz des Unternehmens ist in Zürich. Es ist sowohl auf Patiententransporte in der Luft als auch auf dem Boden spezialisiert, und organisiert sie über eine eigene Zentrale. Das Unternehmen ist im Kanton Aargau in das Rettungsnetz 114 eingebunden. Zudem werden Flüge für Transplantationsteams und Organtransporte für Swisstransplant durchgeführt.

Die Flotte umfasst zwei Helikopter, ein Flugzeug und mehrere Bodenambulanzen. Die AAA kann außerdem auf die Flotte der Lions Air Group zurückgreifen.

In Kooperation mit der Klinik Hirslanden Zürich wird die medizinische Kompetenz gesichert. Der ärztliche Dienst wird von Fachärzten mit einem Fähigkeitsausweis in Notfallmedizin des Instituts für Anästhesiologie und Intensivmedizin gestellt.

Andere Partner

Die Rettungssanitäter/innen der SNZ 144 können ebenfalls auf andere Akteure zurückgreifen, die nicht zwingenderweise Teil des Rettungswesens sein müssen. Je nach Situation können sie die Dienste der Feuerwehren, Polizei etc. anfordern. Sie sind dann, wie auch bei den bereits beschriebenen Fällen, für die Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren zuständig.

1.4 RETTUNGSDIENST BEI EINEM MASSENFALL VON VERLETZTEN

In diesem Bereich übernimmt der Bund über den Koordinierten Sanitätsdienst, eine mit dem Bevölkerungsschutz betraute Bundeseinrichtung, die Einsatzplanung. Dabei wird die Bereitstellung der verfügbaren Mittel koordiniert:

- » zum einen zwischen den Kantonen;
- » zum anderen zwischen den verschiedenen zivilen und militärischen Organen, die in diesem Sanitätsbereich beteiligt sind.

So führte der Koordinierte Sanitätsdienst beispielsweise die Plattform Informations- und Einsatz-System (IES – *Système d'information et d'intervention SSI*) ein. Diese dient als Vernetzungsplattform der zivilen oder mi-

litärischen Verwaltungen und Behörden sowie dem Zivilschutz und erleichtert die Informationsübermittlung zwischen diesen Einrichtungen, falls notwendig auch auf Bundesebene.

Außerdem hat der Interverband für Rettungswesen (nicht verbindliche) Verordnungen zur Harmonisierung der kantonalen Regelungen erarbeitet, welche die Organisation der Rettungsdienste im Falle eines Großereignisses betreffen.

Auf kantonaler Ebene wird die Koordinierung durch den kantonalen Führungsstab (KFS – *État-major cantonal de conduite EMCC*) gewährleistet. Darin sind Vertreter/innen der verschiedenen am Bevölkerungsschutz beteiligten Einrichtungen (Rettungsdienst, Notärzte, Feuerwehren), sowie verschiedene Risikoexperten/innen vertreten. Der Führungsstab wird von einem Vertreter/einer Vertreterin der Polizei oder der Feuerwehr geleitet. Seine/Ihre Aufgaben umfassen:

- » im Regelfall die Risikoanalyse und die entsprechende Planung;
- » in Krisensituationen die Auswahl und Umsetzung der dem Ereignis angemessenen Versorgungsmaßnahmen;

Die konkrete Leitung der Rettungsmaßnahmen unterliegt einer dualen Führung. Sie stützt sich auf:

- » einen Einsatzleiter/eine Einsatzleiterin Sanität (EL San – *Ambulancier chef des secours ACS*), dessen/deren Aufgabe die Koordinierung der logistischen Organisation der Maßnahmen ist;
- » einen Leitenden Notarzt/eine Leitende Notärztin (LNA – *Médecin chef des secours MCS*), dessen/deren Aufgabe die Durchführung, Koordinierung und Überwachung der medizinischen Organisation der Maßnahmen ist.

Einer/Eine von beiden erfüllt ebenfalls die Aufgaben des Bereichsleiters/der Bereichsleiterin Sanität (*Chef des secours*), die in der Koordinierung zwischen den ärztlichen und den logistischen Teilbereichen der Organisation bestehen.

Die Organisation des Rettungswesens im Falle von Großereignissen muss eine schnelle Triage und Versorgung der Patienten/innen ermöglichen. Dafür kann eine Sanitätshilfsstelle (San Hist – *Poste médicale avancé PMA*) am Ort des Ereignisses eingerichtet werden. Diese hat unter anderem zur Aufgabe:

- » die Erstversorgung;
- » die Triage der Patienten/innen je nach Schweregrad der Erkrankung bzw. des Unfalls;
- » die Vorbereitung des Abtransports der Patienten zur geeigneten Spital-Einrichtung.

Die Koordination des Patiententransportes erfolgt vor Ort durch den Koordinator SNZ in enger Absprache mit der SNZ 144. Sie übernimmt die Zuweisung der Patienten/innen an die verschiedenen Spitäler, um eine Überlastung zu vermeiden. Deren Aufgabe wird durch das Informations- und Einsatz-System erleichtert. So kann die SNZ 144 beispielsweise Patienten/innen leichter auf die verschiedenen Spitäler verteilen, um eine Überlastung zu vermeiden.

Die detaillierte Organisation der Rettungsmaßnahmen im Falle von Großereignissen sowie eventuelle Notfallpläne werden auf kantonaler Ebene umgesetzt.

1.5 QUALIFIKATION UND AUSBILDUNG DES PERSONALS

Notarzt/Notärztin

Notärzte/innen arbeiten in einer klinischen oder präklinischen Umgebung. Sie haben eine spezifische Ausbildung für die Notfallmedizin absolviert, die allerdings keine eigenständige ärztliche Spezialisierung darstellt. Es handelt sich dabei um einen Fähigkeitsausweis Notarzt (SGNOR – *Certificat d'aptitude en médecine d'urgence SSMUS*), der von der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin eingeführt wurde und nach einer mindestens 18-monatigen Ausbildung verliehen wird. Er stellt eine Zusatzausbildung zum Facharztstitel dar, die nach Abschluss des Medizinstudiums und anschließender Weiterbildung in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Intensivmedizin oder Chirurgie absolviert werden kann.

Leitender Notarzt/Leitende Notärztin

Bei Leitenden Notärzten/innen handelt es sich um Notärzte/innen, die für die medizinische Führung der Maßnahmen bei einem Großereignis zuständig sind. Sie verfügen über einen Fähigkeitsausweis Notarzt SGNOR und eingehende Erfahrungen, deren Daueranforderungen sich je nach Kanton unterscheiden können. Die Schweizerische Akademie für Militär- und Katastrophenmedizin (SAMK – *Académie suisse de médecine militaire et de catastrophe ASMC*) und die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin haben auf Initiative des Koordinierten Sanitätsdiensts eine spezifische Weiterbildung erarbeitet (SFG-P). Diese dauert fünf Tage. Nach Abschluss dieser Ausbildung kann zusammen mit dem Fähigkeitsausweis Notarzt SGNOR beim Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) das Diplom Leitender Notarzt (LNA) beantragt werden. Die Inhaber/innen dieses Diploms müssen sich kontinuierlich weiterbilden, um es behalten zu dürfen.

Damit in jedem Kanton jederzeit ein Leitender Notarzt/ eine Leitende Notärztin im Falle eines Großereignisses eingreifen kann, wird ein Bereitschaftsdienstsystem organisiert. Die Kantone Basel-Stadt und Baselland verfügen über ein gemeinsames System (LNA-System), welches als Bereitschaftsdienstsystem organisiert ist.

Rettungssanitäter/Rettungssanitäterin

Dipl. Rettungssanitäter/innen HF sind Inhaber/innen eines Diploms, das von einer höheren Fachschule (Diplom HF) nach einer dreijährigen Ausbildung, wovon 48 Wochen eine theoretische und 87 Wochen eine praktische Ausbildung darstellen, verliehen wird. Sie sind für Notfallmaßnahmen und den Transport der Patienten/innen zuständig. Sie dürfen auf der Grundlage von Algorithmen ebenfalls ärztliche delegierte medizinische Handlungen durchführen.

Transportsanitäter/Transportsanitäterin

Transportsanitäter/innen sind Inhaber/innen eines Diploms, das ebenfalls von einer höheren Fachschule nach einer einjährigen Ausbildung verliehen wird. Sie führen Fahrzeuge, transportieren Patienten/innen und unterstützen damit die Rettungssanitäter/innen.

Einsatzleiter/Einsatzleiterin Sanität

Einsatzleiter/innen Sanität sind Rettungssanitäter/innen HF, die für die logistische Führung der Rettungsmaßnahmen bei einem Großereignis zuständig sind. Sie müssen über eine vorhergehende Berufserfahrung verfügen, deren Länge je nach Kanton unterschiedlich ist. Sie absolvieren in der Deutschschweiz die gleiche Ausbildung wie der Leitende Notarzt/die Leitende Notärztin, nämlich den Kurs SFG-P. Dieser dauert ebenfalls fünf Tage. Nach Abschluss dieser Ausbildung kann zusammen mit dem Diplom Rettungssanitäter beim Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) das Diplom Einsatzleiter (EL San) beantragt werden. Die Inhaber/innen dieses Diploms müssen sich kontinuierlich weiterbilden, um es behalten zu dürfen.

Damit jederzeit ein Einsatzleiter/eine Einsatzleiterin Sanität im Falle eines Großereignisses eingreifen kann, gibt es in den meisten Kantonen ein Bereitschaftsdienstsystem.



2. DIE NOTFALLSTATIONEN DER KRANKENHÄUSER

2.1 ALLGEMEINER RAHMEN

Die Organisation der Spitäler und somit auch der Notfallstationen liegt in der Zuständigkeit der Kantone. Daher können zwischen den Kantonen Unterschiede bestehen. Die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin hat dennoch Empfehlungen für die Mindestanforderungen der Notfallstationen ausgearbeitet.

Nicht jedes Spital verfügt über eine Notfallstation. Von den 138 im Jahr 2011 erfassten Notfallstationen befand sich die große Mehrheit in einer öffentlichen Einrichtung. Die Notfallstationen der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Jura befinden sich jeweils im Kantonsspital Basel-Landschaft (an verschiedenen Standorten), dem Universitätsspital Basel, dem Universitäts-Kinderspital beider Basel und dem Hôpital du Jura (an drei verschiedenen Standorten).

Im Allgemeinen sind die Notfallstationen rund um die Uhr geöffnet. Die Patienten/innen können:

- » sich eigenständig in die Notaufnahme begeben;
- » durch die Rettungsdienste dorthin transportiert werden;
- » durch einen Arzt/eine Ärztin im Bereitschaftsdienst überwiesen werden (siehe Teil 3).

2.2 ORGANISATION

In der Regel werden Patienten/innen zunächst von Pflegefachpersonen betreut. Deren Aufgabe ist die Triage der Patienten/innen. Hierzu verfügen sie über ein Triage-System, das Symptome einem Notfallgrad zuordnet, welcher wiederum einer Behandlungsfrist entspricht. In gewissen Notfallstationen wird diese Triage zusammen mit dem Ärztlichen Dienst durchgeführt. Es gibt auf Bundes- oder auf Kantonsebene kein einheitliches Triage-System. Außerdem können diese Pflegefachkräfte auf Basis von Behandlungsprotokollen eine Schmerzbehandlung durchführen.

Die Notfallstationen übernehmen anschließend die Behandlung der Patienten/innen (durch qualifiziertes ärztliches Personal) oder überweisen sie in eine andere Einrichtung bzw. eine andere Abteilung des Spitals.

Das Notfallzentrum des Universitätsspitals Basel besteht beispielsweise aus:

- » einer „Triage“-Abteilung: Diese umfasst den Empfangs- und Triageraum, einen Schockraum mit zwei Behandlungsplätzen sowie 26 Untersuchungsräume;
- » einer Notfallpraxis, in welcher die weniger schwerwiegenden Fälle durch Hausärzte/innen im Notfalldienst behandelt werden⁷;
- » einer Bettenstation, aus der die Patienten/innen nach spätestens 48 Stunden in eine andere Abteilung überwiesen werden, insofern ihr gesundheitlicher Zustand eine Entlassung aus dem Krankenhaus noch nicht ermöglicht.

Die Notfallstationen sind in der Regel wie die anderen Abteilungen des Spitals strukturiert. Sie verfügen über ein eigenes Budget, einen Chefarzt/eine Chefarztin sowie über eigenes Pflegepersonal.

7 Siehe Teil 3.2.



3. AMBULANTER ÄRZTLICHER NOTFALLDIENST

3.1 ALLGEMEINER RAHMEN

Der ambulante ärztliche Notfalldienst ist eine der Maßnahmen, die von den Kantonen umgesetzt wurden, um der Verpflichtung nachzukommen, Personen in Notsituationen jederzeit Notfallbehandlungen zukommen zu lassen. Er übernimmt zwei Aufgaben:

- » nicht überlebensnotwendige, nicht geplante Behandlungen;
- » Soforthilfemaßnahmen, bis die Rettungsdienste und/oder der Notarzt/ die Notärztin eintreffen. Diese Aufgabe ist insbesondere in ländlichen Regionen von Bedeutung. In diesem Sinne ist der ambulante ärztliche Notfalldienst ein grundlegender Bestandteil des Rettungswesens.

Die Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes wird von den Kantonen an kantonale Ärztegesellschaften delegiert, welche die Ärzte/innen des Kantons repräsentieren. Für Basel-Stadt handelt es sich hierbei um die Medizinische Gesellschaft Basel, für Basel-Landschaft um die Ärztegesellschaft Basel-Land und beim Kanton Jura um die *Société médicale du canton du Jura*. Die Teilnahme am ambulanten ärztlichen Notfalldienst ist für alle Ärzte/innen verpflichtend.

Die Sprechzeiten des Notfalldienstes variieren je nach Kanton. Sie können sich mit den Sprechzeiten der niedergelassenen Praxen überschneiden und sind nicht zwingend auf die Nacht beschränkt. Sollte der ambulante ärztliche Notfalldienst nicht den gesamten sprechstundenfreien Zeitraum der niedergelassenen Praxen abdecken, übernehmen die Spitäler diese Aufgabe.

3.2 ORGANISATION

Abwicklung der Notrufe

Es gibt mehrere Leitstellen, die sich speziell um nicht geplante und nicht lebensnotwendige Behandlungsanfragen kümmern. Es handelt sich dabei um:

- » von den kantonalen Ärztegesellschaften eingerichtete Leitstellen. Sie werden gleichermaßen aus öffentlichen Quellen als auch durch die Fachkräfte des Gesundheitsbereichs finanziert. Dies ist der Fall bei der Medizinischen Notfallzentrale, die in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft⁸ vertreten und rund um die Uhr geöffnet ist;
- » Leitstellen, die von privaten Dienstleistern und Krankenkassen betrieben werden.

In beiden Fällen bieten die Leitstellen ärztliche Beratung und können anrufende Personen an Ärzte/innen im Notfalldienst und/oder Notfallstationen überweisen. Sie können ebenfalls die Entsendung der Rettungsdienste anfordern. Sie sind jeweils über Rufnummern erreichbar, die sich von der 144 unterscheiden. Die Leitstellen kümmern sich um nicht lebensbedrohliche Fälle, während die SNZ 144 für Notfälle gedacht ist, bei denen die Rettungsdienste mobilisiert werden.

Aufnahmewege der Notfalldienste

In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird der ambulante ärztliche Notfalldienst ähnlich organisiert. Er wird rund um die Uhr gewährleistet, mehrere Strukturen sind daran beteiligt:

- » Eine Notfallpraxis, in welcher Allgemeinmediziner/innen tätig sind. Sie kann innerhalb eines Spitals untergebracht sein und ist mit den Notaufnahmen verbunden (Kantonsspital Baselland Standort Liestal, Universitätsspital Basel, Universitäts-Kinderspital beider Basel). Es gibt aber auch andere Notfallpraxen/ Permanence, zum Beispiel in der Nähe von Bahnhöfen. Die Sprechzeiten variieren je nach Einrichtung, decken aber unter der Woche nur den Abend ab (bis 23 Uhr). Am Wochenende sind die Notfallpraxen tagsüber und am Abend bis 23 Uhr geöffnet. Diese Praxen werden von den Spitalern und der Medizinischen Notrufzentrale oder von Privaten Anbietern geleitet (Leitstelle der Bereitschaftsärzte/innen). Die Patienten/innen können:

- sich eigenständig in die Notaufnahme begeben;
- von einer Leitstelle (SNZ 144, Medizinische Notrufzentrale, usw.) überwiesen werden;
- oder auch vom nächstgelegenen Sanitätsdienst dorthin überwiesen werden. Die für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst spezifische Organisation entlastet die Notaufnahmen bei nicht-lebensbedrohlichen Fällen;
- Hausbesuche von Ärzten/innen im Notfalldienst, von der Medizinischen Notrufzentrale angewiesen. Sie sind jederzeit möglich, einschließlich nachts;

Die Notaufnahmen der Spitäler behandeln rund um die Uhr Patienten/innen, die sich eigenständig in die Notaufnahme begeben. Dies gilt insbesondere für Spitäler, die über keine Notfallpraxis verfügen.

⁸ Die Medizinische Notrufzentrale deckt die Gebiete Basel-Stadt, Basel-Landschaft sowie ein Teil der Kantone Aargau und Solothurn ab.

GESETZESTEXTE

- » Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt, 2011.
- » Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt, 2012.
- » Loi sur la protection de la population et de la protection civile du Parlement de la République et du Canton du Jura, 2006.
- » Ordonnance concernant le service ambulancier dz Gouvernement de la République et du Canton du Jura, 2011.
- » Ordonnance sur le Service sanitaire et coordonné du Conseil fédéral suisse, 2005.
- » Vereinbarung über Dienstleistungen der Sanität Basel auf dem Gebiet des Kantons Basel-Landschaft , 2007.

BERICHTE/STUDIEN

- » Confédération suisse, Département de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication : Services d'appels d'urgences – Etat des lieux et stratégie future, 2013.
- » Confédération suisse, Mandataire du conseil fédéral pour le service sanitaire coordonné SSC : Le secourisme en Suisse, 2008.
- » Direktion für Gesundheit und Soziales, Staat Freiburg : Bericht über die präklinische Versorgung, 2011.
- » Forum Formation professionnelle de sauvetage : Plan d'études cadre pour les filières de formation des écoles supérieures ; sauvetage ; ambulancière diplômée ES, ambulancier diplômé ES, 2008.
- » Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt : Grundlagenbericht zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt, 2013.
- » Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt : Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton Basel-Stadt, 2015.
- » Lange, Karin/Obbens,Regula : Notfallversorgung im Emmental. Themenmagazin des Regionspitals Emmental, Nr. 1, 2009.
- » Société Internationale de Sauvetage du Léman : Urgence sanitaire, 2011.
- » Schweizerisches Gesundheitsobservatorium : Rettungsdienst in der Schweiz, 2017.
- » Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren : Notfalldienst : Massnahmen und Empfehlungen, 2006.
- » Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren : Reorganisation ärztlicher Notfalldienst, 2008.
- » Richtlinien IVR für Rettungsdienste, SNZ sowie für das Grossereignis.

WISSENSCHAFTLICHE ARTIKEL

- » Ummenhofer, Wolfgang/Müller, Stefan/Bildstein, Günter : Die Sanitätsnotrufzentralen – wichtige Schaltstationen im schweizerischen Rettungswesen, Schweizerische Ärztezeitung, 2014.
- » Zimmermann, Hans/Bachmann, Denis/Berger, Pascal/Diem, Konrad/Durrer, Bruno/Ummenhofer, Wolfgang : La médecine d'urgence hospitalière en mutation, Bulletin des médecins suisses, 2015.
- » Zürcher, Mathias (Dr.med.)/Yersh, Bertrand (Dr.med.) : Konzept der dualen Führung des Sanitätsdienstes, KSD-Bulletin, 2006.



KONTACT // CONTACT

TRISAN / Euro-Institut
Rehfusplatz 11 / D-77694 Kehl
trisan@trisan.org / +49 7851 7407 38 / www.trisan.org

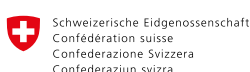
TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.

Print Europe – www.printeurope.fr – 05/2018.



Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)
Fonds européen de développement régional (FEDER)



Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt
Dépasser les frontières: projet après projet