Dr. med. Fabian Holbe MBA

Föderalismus im Rettungsdienst – der arztbegleitete Sekundärtransport im Ländervergleich

Die Konsolidierung des Krankenhausmarktes wird durch wirtschaftliche Zwänge getrieben, da kleinere Einrichtungen häufig nicht mehr rentabel arbeiten können. Der Trend zur Zentralisierung wird politisch durch die Krankenhausreform forciert und soll die Qualität der Versorgung durch Spezialisierung und Konzentration von Ressourcen verbessern. Allerdings verfügten bereits im Jahr 2022 nur noch 1075 Krankenhäuser in Deutschland über Kapazitäten zur Intensivbehandlung [1].

Zusammenfassung

Bei gleichzeitig steigenden Einsatzzahlen im Rettungsdienst sinkt die Zahl zur Verfügung stehender Zielkliniken. Ein optimierter Einsatz stationärer Behandlungskapazität macht es notwendig, Patienten zwischen Kliniken zu verlegen. Die medizinische Betreuung während des Transportes ist föderalistisch organisiert und zeigt ein zweigeteiltes Deutschland. Eine einheitliche Befugnisregelung für das Berufsbild des Notfallsanitäters wie auch ein Backup-System durch eine telenotärztliche Unterstützung können helfen, dieser Herausforderung zu begegnen. Dazu sind allerdings Gesetzesänderungen in Länderhoheit notwendig.

Schlüsselwörter

Krankenhausreform, Notfallreform, Sekundärtransport, Telenotarzt, Notfallsanitäter

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2672

>> Die alternde Bevölkerung in Deutschland stellt dabei das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Die Nachfrage nach geriatrischer und chronischer Versorgung steigt, während gleichzeitig der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu einem zunehmenden Problem wird. Die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes steigt in den letzten Jahren kontinuierlich.

Für den Bereich Rettungsdienst beziffert Destatis die Ausgaben auf 7,78 Milliarden Euro in 2022, was ein Anstieg um 32,5% im Vergleich zum Jahr 2019 mit 5,87 Milliarden Euro [2] ist. Der Trend zunehmender Ausgaben und Inanspruchnahme wird durch mehrere Faktoren beeinflusst, darunter demografische Veränderungen, eine zunehmende Sensibilisierung der Bevölkerung für gesundheitliche Notfälle sowie strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen.

Auch die Lebensbedingungen haben Folgen auf die Inanspruchnahme. In städtischen Gebieten wird der Rettungsdienst häufiger in Anspruch genommen, da dort die Bevölkerungsdichte höher und medizinische Versorgung leichter zugänglich ist. Ein niedriger sozioökonomischer Status sorgt ebenfalls für eine erhöhte Inanspruchnahme des Rettungsdienstes [3].

Engpässe in der ambulanten Versorgung und längere Wartezeiten bei Hausärzten führen ebenso dazu, dass Patienten häufiger den Rettungsdienst rufen, insbesondere bei akuten Beschwerden.

Daraus resultierend kann vorkommen, dass sich eine Klinik unter bestimmten Bedingungen von der Notfallversorgung abmeldet.

Auch wenn Kliniken von der Notfallversorgung abgemeldet sind, besteht eine Verpflichtung zur Behandlung von Notfallpatienten, die sich aus der Gesetzgebung auf Bundesebene ergibt. Der Notarzt / Rettungsdienst kann trotzdem im Rahmen sogenannter Akut- bzw. Zwangsbelegungen in Krankenhäuser einweisen, die abgemeldet sind. Nach einer statistischen Analyse für den Raum München stiegen die Zahlen solcher Akutbelegungen bis 2019 auf 6,9% der Gesamteinsatzzahl [4].

Sowohl besagte Akutbelegungen, die dann zu einer Überbelegung des bereits ausgelasteten Krankenhauses führen, als auch die Notwendigkeit einer spezialisierten Versorgung machen Verlegungen von Patienten in andere Krankenhäuser, sog. Sekundärtransporte, notwendig. 1,45 Intensivverlegungen pro Tag gab es im Saarland [5]. 1,1 Intensivtransporte pro Tag in Augsburg [6]. In Schleswig-Holstein waren in einer 2023 veröffentlichten Arbeit 1,4% der Einsätze arztbegleitete Interhospitaltransporte [7]. Bei 20,8% wurden die Einsätze durch einen Notarzt und bei 17,9% durch einen Klinikarzt begleitet. Weitere 21,2% wurden durch einen Rettungshubschrauber abgeleistet.

Fragestellung:

Wie ist die Rechtslage zu Sekundärtransporten zwischen Krankenhäusern in Deutschland und welche praktischen Konsequenzen ergeben sich daraus für die Beteiligten?

Methoden:

Im Grundsatz ähnelt sich die Ausgestaltung der Rettungsdienstgesetze der einzelnen Bundesländer [8-23]. In den Detailfragen gibt es Unterschiede, die insbesondere die Fragestellung der Arztbesetzung bei Sekundär- und Intensivtransporten betreffen sowie die Implementierung von Telenotarztsystemen.

Alle Landesrettungsdienstgesetze wurden systematisch nach den Stichwörtern „arztbegleitet“, „Sekundärtransport“, „Intensivtransport“, „Verlegung“ und „Telemedizin“ überprüft.

Die Landesregelungen der Rettungsdienstgesetze weisen anhand der Analyse im Vergleich, bezogen auf die ärztliche Begleitung, drei verschiedene Varianten auf (siehe Abb. 1):

1. Das verlegende Krankenhaus stellt die ärztliche Begleitung bei einem Sekundärtransport.
2. Der Rettungsdienst / Notarzt übernimmt die ärztliche Begleitung bei einem Sekundärtransport.
3. Der Rettungsdienst / Notarzt übernimmt die ärztliche Begleitung bei einem Sekundärtransport, wobei auch ein Telenotarzt im jeweiligen Rettungsdienstgesetz verankert ist.

Eine Option in der Variante 1., bei der auch ein Telenotarzt eingesetzt werden kann, ist bisher nicht etabliert.

Auffällig ist, dass die Variante 1 in allen ostdeutschen Bundesländern etabliert ist, wohingegen die Varianten 2 und 3 das Standardmodell in den westdeutschen Bundesländern darstellen.

Diskussion:

In Deutschland sind Krankenhäuser grundsätzlich verpflichtet, Patienten in Notfällen zu behandeln. Diese Verpflichtung ergibt sich aus GG, BGB und der Berufsordnung. Wenn ein Krankenhaus aber aus Kapazitätsgründen keine Möglichkeit hat, weitere Patienten aufzunehmen, dann stellt es gerade kleinere Kliniken vor die Herausforderung, in dieser Engpasssituation zusätzlich ärztliches Personal für eine Transportbegleitung zu stellen.

Dem gegenüber steht die Organisation der ärztlichen Begleitung durch den Rettungsdienst, der gleichzeitig die Primärrettung übernimmt. Eine Verlegung eines Patienten in eine entfernte Klinik hat zur Folge, dass die benötigten Ressourcen vor Ort über längere Zeit nicht für die Primärrettung zur Verfügung stehen.

Um dem Problem notarztbegleiteter Primäreinsätze vor dem Hintergrund eines ressourcenschonenden Einsatzes zu begegnen, haben einzelne Regionen, als Pilotprojekte aber inzwischen auch in einigen Bundesländern im Rettungsdienstgesetz verankert, Telenotarztsysteme eingeführt.

Auch die 2014 erfolgte Aufwertung des nichtärztlichen Personals der Rettungsmittel durch Notfallsanitäter eröffnet die Möglichkeit, eine ärztliche Transportbegleitung in Präsenz auf Einzelfälle zu reduzieren. Die Befugnisse und damit der Handlungsumfang der Notfallsanitäter unterliegt dabei der Weisung der regionalen ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes. Herausforderungen zur Umsetzung der Lösungsansätze sind zum einen, die flächendeckende Implementierung von Telenotarztkonzepten auch für Sekundärtransporte. Neben technischen Erfordernissen wäre es für die Fragestellung eines Sekundärtransportes auch notwendig, dass die Zuständigkeit für die ärztliche Begleitung beim Rettungsdienst und nicht beim verlegenden Krankenhaus liegt.

Ein bundeseinheitlicher Indikationskatalog für Notfallsanitäter,

Literatur

1. Bundes, G.d. Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2022. 2023 [cited 2023; Available from: https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=38803983&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=79&p_ansnr=95302304&p_version=2&D.000=1&D.001=3&D.923=3&D.100=2.
2. Bundesamt, S. Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen. 2024 25. April 2024 25.05.2024]; Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html.
3. Arrich, J., et al., Einfluss des sozioökonomischen Status auf Art und Häufigkeit notärztlicher Einsätze. Notfall + Rettungsmedizin, 2024.
4. Rittberg, W., et al., Forced Centralized Allocation of Patients to Temporarily 'Closed' Emergency Departments. Dtsch Arztebl Int, 2020. 117(27-28): p. 465-71.
5. Fromme, R. and H.M. Steinherr, Intensivtransport mit einem im Rettungsdienst erprobten Tragensystem. Notfall & Rettungsmedizin, 2000. 3(7): p. 431-40.
6. Schlechtriemen, T., et al., Bodengebundener Intensivtransport. Notfall & Rettungsmedizin, 2000. 3(4): p. 225-41.
7. Feth, M., et al., [Interhospital critical care transport]. Notf Rett Med, 2023. 26(3): p. 227-37.
8. Baden-Württemberg, L. Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG). 2018 25.05.2024]; Available from: https://www.landesrecht-bw.de/bsbw/document/jlr-RettDGBW2010rahmen.
9. Bayern, L. Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG). 2022 26.05.2024]; Available from: https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayRDG.
10. Berlin, L. Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin (Rettungsdienstgesetz - RDG). 2024 26.05.2024]; Available from: https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-RettDGBEV4P9.
11. Brandenburg, L. Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz - BbgRettG). 2024 26.05.2024]; Available from: https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgrettg.
12. Hamburg, S. Hamburgisches Rettungsdienstgesetz (HmbRDG). 2023 26.05.2024]; Available from: https://www.landesrecht-hamburg.de/bsha/document/jlr-RettDGHA2019rahmen.
13. Hessen, L. Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG). 2022 26.05.2024]; Available from: https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-RettDGHE2010V3P5.
14. Mecklenburg-Vorpommern, L. Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V). 2018 27.05.2024]; Available from: https://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?xid=7319280,1.
15. Niedersachsen, L. Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (NRettDG). 2024 27.05.2024]; Available from: https://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?xid=173125,1.
16. Nordrhein-Westfalen, L. Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW - RettG NRW). 2016 27.05.2024]; Available from: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=215&bes_id=4300&aufgehoben=N&menu=1&sg=0.
17. Rheinland-Pfalz, L. Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz – RettDG). 2020 27.05.2024]; Available from: https://landesrecht.rlp.de/bsrp/document/jlr-RettDGRPrahmen.
18. Saarland, L. Saarländisches Rettungsdienstgesetz. 2020 27.05.2024]; Available from: https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-RettDGSL2020rahmen.
19. Sachsen, L. Sächsisches Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG). 2024 27.05.2024]; Available from: https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/4911-SaechsBRKG.
20. Sachsen-Anhalt, L. Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettDG LSA). 2021 27.05.2024]; Available from: https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/jlr-RettDGST2013rahmen.
21. Schleswig-Holstein, L. Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG). 2024 27.05.2024]; Available from: https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/bssh/document/jlr-RettDGSH2017rahmen.
22. Thüringen, L. Thüringer Rettungsdienstgesetz (ThürRettG). 2023 27.05.2024]; Available from: https://landesrecht.thueringen.de/bsth/document/jlr-RettDGTH2008rahmen.
23. Bremen, S. Bremisches Hilfeleistungsgesetz (BremHilfeG). 2022 26.05.2024]; Available from: https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/bremisches-hilfeleistungsgesetz-bremhilfeg-vom-21-juni-2016-184267?asl=bremen203_tpgesetz.c.55340.de&template=20_gp_ifg_meta_detail_d.

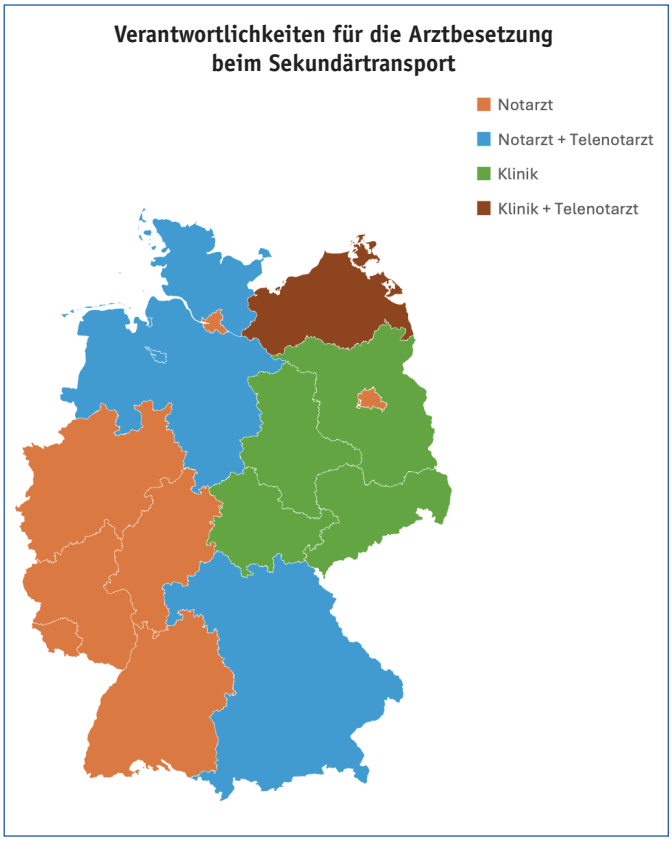


Abb. 1: *Übersicht der Verantwortlichkeiten für die Arztbesetzung beim Sekundärtransport und Übersicht über die Implementierung eines Telenotarztes in die jeweiligen Landesrettungsdienstgesetze . Quelle: eigene Darstellung. Unterstützt von Bing, GeoNames, Microsoft, TomTom.*

der eine Richtlinie für einen Sekundärtransport vorgibt, existiert bisher nicht. Die kleinteilige Regelung, dass die Weisung durch jeden ärztlichen Leiter Rettungsdienst anders ausgelegt werden kann, erschwert eine überregionale Planung.

Schlussfolgerung

Der Mangel an qualifiziertem Personal im Gesundheitswesen, insbesondere im ärztlichen Dienst und in den Notaufnahmen, stellt eine wachsende Herausforderung dar. Die Zahl an Akut- bzw. Notfallbelegungen in von der Notfallversorgung abgemeldeten Krankenhäusern ist in den letzten Jahren bereits auf einen Prozentsatz angestiegen, welcher einen Hinweis gibt, dass es sich hier um ein täglich wiederkehrendes Problem handelt. Die gleichzeitige höhere Inanspruchnahme bei knappen Ressourcen wie auch der medizinische Fortschritt und die Zentralisierung machen es notwendig, Patienten zu verlegen. Bei arztbegleiteten Transporten sind bundes- und landesrechtliche Regelungen zu beachten. Sowohl für eine Organisation der Arztbegleitung durch den Rettungsdienst wie auch die Arztbegleitung durch die verlegende Klinik sind die Argumente nachvollziehbar.

Vor dem Hintergrund der Krankenhausreform und einer weiteren Konzentration der Kliniklandschaft muss allerdings frühzeitig überlegt werden, ob entweder die Kliniken ein Backupsystem für eine Transportbegleitung ausbauen bzw. etablieren oder aber die steigende Zahl an Verlegungen in die Personalberechnung des Regelrettungsdienstes einpflegen bzw. Telenotarztsysteme etablieren.

Ein bundeseinheitlicher Rahmenplan für die Kompetenzen und Verantwortungen von Notfallsanitätern kann helfen, dem sich entwickelnden Bedarf flexibler zu begegnen. Dazu sind allerdings Änderungen in den Rettungsdienstgesetzen der Länder, einheitliche Indikationskataloge für Sekundärtransporte und der qualifikationsentsprechende Einsatz der Notfallsanitäter nötig. <<

Federalism in the ambulance service - Physician-accompanied secondary transport in federal state comparison

At the same time, the number of available target clinics is decreasing as the number of ambulance call-outs rises. Optimised use of inpatient treatment capacity makes it necessary to transfer patients between hospitals. Medical care during transport is organised federally and shows a divided Germany. A standardised authorisation regulation for the job description of emergency paramedics, as well as a backup system with tele-emergency medical support, can help to meet this challenge. However, this requires legislative changes under the jurisdiction of the federal states.

Keywords

Hospital reform, emergency reform, secondary transport, tele emergency, paramedic

Autorenerklärung

Fabian Holbe ist Hausarzt in eigener Praxis und hat die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse unentgeltlich vorgenommen. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung.

Zitationshinweis

Holbe, F: „Föderalismus im Rettungsdienst – der arztbegleitete Sekundärtransport im Ländervergleich“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 73–75. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2672

Dr. med. Fabian Holbe MBA ORCID: 0000-0001-7994-6058
hat an der Universität Lübeck Medizin studiert und Management an der Hochschule Wismar. Er ist niedergelassener Arzt in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis. Daneben ist er Dozent für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Wismar und Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.
Kontakt: Holbe@Hausarztpraxis-Neuburg.de

