

Der ärztliche Notfalldienst ist ein Bereich ärztlicher Tätigkeit, der immer wieder Fragen aufwirft – und dies gilt nicht nur für neu niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Umfassend über die verschiedensten praktischen Aspekte des Notfalldienstes zu informieren war das Anliegen des 1. Düsseldorfer Symposiums „Notfalldienst“, das kürzlich im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf stattfand. Veranstalter war die Bezirksstelle Düsseldorf der Ärztekammer Nordrhein, deren Vorsitzender Dr. Jürgen Krömer rund 200 Teilnehmer begrüßte.

Ärztlicher Notfalldienst versus Rettungsdienst

Zu Beginn des Symposiums stellte der ärztliche Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Wuppertal, Dr. Bernd Jeschke, ärztlichen Notfalldienst und öffentlichen Rettungsdienst einander gegenüber. Herzstück des Rettungsdienstes ist die Leitstelle, in der qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den Einsatz der Rettungsmittel entscheiden. Neben dem „Krankenwagen“, der tatsächlich nur für den Transport von Patientinnen und Patienten, nicht aber für den Einsatz bei Notfällen geeignet ist, verfügt die Feuerwehr Wuppertal über verschiedene Rettungsmittel (Rettungstransportwagen, Notarzteinsetzfahrzeuge, Infektionstransportwagen).

Die Leitstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter treffen ihre Entscheidungen anhand klarer Vorgaben. So ist der Einsatz eines Notarztes bei bestimmten Verdachtsdiagnosen (zum Beispiel Apoplex, Koma, COPD, ACS, Lungenödem) vorgeschrieben. Ein besonderes Problem stellen Patientinnen und Patienten mit einem Körpergewicht von über 150 Kilogramm dar, da diese nicht mit Standardfahrzeugen transportiert werden können.

Jeschke äußerte daher die Bitte, dass ein entsprechender Hinweis vom ärztlichen Notfalldienst an die Leitstelle weitergegeben wird, damit

Der ärztliche Notfalldienst

Symposium in Düsseldorf informierte über Grundlagen und praktische Aspekte

*von Britta Susen**

rechtzeitig ein speziell ausgerüstetes Rettungsdienstfahrzeug angefordert werden kann. Um niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mehr Sicherheit bei Notfällen zu geben, regte er verstärkte Fortbildung zur modernen Notfallmedizin im Rahmen der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung an.

Was gehört in die Arzttasche?

Sehr konkret erläuterte Dr. Erhard Stähler, niedergelassener Facharzt für Innere Medizin aus Köln, welche Ausstattung eine Arzttasche haben sollte. Die vorgestellte Liste sei in Köln erarbeitet worden, um einen einheitlichen Ausstattungsstandard in den zentralen Notfallpraxen sicherzustellen. Ärztinnen und Ärzten, die ihren eigenen Notfallkoffer zusammenstellen, sollten sich nach Stählers Rat an den Problemen orientieren, mit denen sie im Notfalldienst konfrontiert werden können. Auf die zu erwartenden Probleme müsse der Notdienst leistende Arzt reagieren können. Um das Gewicht der Arzttasche zu reduzieren, könne jedoch ein Teil der Ausrüstungsgegenstände (zum Beispiel Infusionen, Sauerstoff) im Auto verbleiben. Im zweiten Teil seines Vortrages erörterte Stähler die im ärztlichen Notfalldienst abrechenbaren Leistungspositionen im EBM 2000 plus. Auf Nachfrage aus dem Publikum erläuterte er, dass über das Kölner Stadtgebiet verteilt neun zentrale Notfallpraxen eingerichtet wurden. Die Notfallpraxen sind jeweils mit zwei Ärzten besetzt, so dass einer vor Ort bleiben kann, während der andere zu Notfällen herausfährt. Zudem verfüge jede Notfallpraxis über einen gut ausgestatteten Notfallwagen. Rund 150 bis 180 Euro pro Monat kostet jeden niedergelassenen Arzt die Einrichtung der zentralen Notfallpraxen.



Im ärztlichen Notdienst gilt die Besuchspflicht, eine Pflicht des Arztes, auf Anforderung des Patienten einen Hausbesuch zu machen. Foto: Getty Images

Einsatz von Betäubungsmitteln

Viel Unsicherheit besteht auch bezüglich des Einsatzes von Betäubungsmitteln im ärztlichen Notfalldienst. Grundsätzlich wird für Betäubungsmittel ein BtM-Re-

* Dipl.-Oec. Britta Susen ist stellvertretende Leiterin des Ressorts „Allgemeine Fragen der Gesundheits-, Sozial und Berufspolitik“ der Ärztekammer Nordrhein

zept benötigt. Im Notfall ist jedoch auch eine Verschreibung ohne BtM-Rezept möglich. Dr. Brigitte Hefer, Referentin der Ärztekammer Nordrhein, erläuterte, dass beim Fehlen eines BtM-Rezeptes ein normales Rezeptformular ausgefüllt werden kann. Dieses muss jedoch mit dem Wort „Notfall-Verschreibung“ gekennzeichnet werden. Verschrieben werden kann nur die für den konkreten Notfall benötigte Menge. Das BtM-Rezept muss unverzüglich in der Apotheke nachgereicht werden und mit dem Buchstaben „N“ gekennzeichnet sein. Sofern der Arzt über kein BtM-Rezept verfügt, bedeutet „unverzüglich“, dass zeitnah bei der Bundesopiumstelle neue BtM-Rezepte bestellt werden müssen. Sobald diese eingetroffen sind – dies dauert erfahrungsgemäß eine Woche – muss das BtM-Rezept in der Apotheke nachgereicht werden (siehe auch „BtM im Notfalldienst“ im Rheinischen Ärzteblatt 1/2006, www.aekno.de/archiv/2006/01/010.pdf).



*Eine körperliche Untersuchung im Notfalldienst ist zumeist unerlässlich.
Foto: Photo Disc*

berichtete der Kammer-Justitiar weiter. Unter der Besuchspflicht ist die Pflicht des Arztes zu verstehen, auf Anforderung des Patienten einen Hausbesuch zu machen. Im Notfalldienst gehöre der Hausbesuch zu den ärztlichen Kernpflichten. Diese Besuchspflicht sei unabhängig von der Erreichbarkeit des Hausarztes und müsse auch dann durchgeführt werden, wenn andere Patientinnen und Patienten hierdurch warten müssten. Da der Arzt im Notfalldienst zumeist mit ihm unbekanntem Patientinnen und Patienten konfrontiert werde, sei eine körperliche Untersuchung zumeist unerlässlich. Die telefonische Beratung eines unbekanntem Patienten sei mit hohen Risiken behaftet und

begründe besondere Sorgfaltspflichten („sorgfältige Befragung“). Gerade aus der Verweigerung eines Hausbesuches und der ausschließlich telefonischen Beratung ergeben sich viele Fälle, mit denen sich die Rechtsabteilungen beider ärztlicher Körperschaften befassen müssten.

Den besonderen Bedingungen eines Hausbesuches im Notfalldienst sei geschuldet, dass eine unrichtige Diagnose nach der Rechtsprechung nicht als Behandlungsfehler anzusehen sei, sofern die Symptome auch durch diese Diagnose abgedeckt würden. Allerdings zähle das Unterlassen einer nach den Umständen des Einzelfalles zwingend gebotenen unverzüglichen Einweisung in ein Krankenhaus zur Erhebung der erforderlichen Befunde als grober Behandlungsfehler.

Abschließend wies Schulenburg auf die Unterschiede zwischen organisiertem ärztlichen Notfalldienst und der Hilfeleistung eines Arztes bei einem Unglücksfall hin. Bei einem Unglücksfall besteht eine Hilfeleistungspflicht, sofern der Arzt nach seinen Fähigkeiten und Hilfsmitteln ohne erhebliche eigene Gefahr oder ohne Verletzung wichtiger Pflichten rasch Hilfe leisten kann. Wenn bereits von anderen Ärzten wirksam Hilfe geleistet wird, ist die Hilfeleistung jedoch nicht mehr erforderlich. Für Ärztinnen und Ärzte, die zufällig an einer Unglücksstelle anwesend sind oder vorbeikommen und die somit nicht auf einen Noteinsatz vorbereitet sind, beschränkt sich die Haftung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit (§ 680 BGB). Im Unterschied zum organisierten Notfalldienst erfolge keine Beweislastumkehr.

Liquidation im Notfalldienst

Auf Missverständnisse und Fehlanwendungen bei der Liquidation im ärztlichen Notfalldienst ging anschließend Eva Schwindt, Assessorin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, ein. Bei der Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist zu berücksichtigen, ob die Vertretung durch einen Vertragsarzt oder einen Nichtvertragsarzt erfolgt. Weiterhin ist anzugeben, wo die Vertretung (Praxis des Vertretenen oder in

Notfalldienstordnung

Juristische Aspekte des ärztlichen Notfalldienstes erläuterte Dr. Dirk Schulenburg, Justitiar der Ärztekammer Nordrhein. Geregelt wird der Notfalldienst in der Gemeinsamen Notfalldienstordnung, die aktuell von Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein überarbeitet wurde. Veränderungen des Sozialrechtes machten diese Anpassung der Notfalldienstordnung notwendig. Eine Änderung beträfe beispielsweise die Teilnahmepflicht für in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärztinnen und Ärzte.

Grundsätzlich ergebe sich die Teilnahmepflicht bei Niederlassung in eigener Praxis aus § 30 Nr. 1 HeilBerG i. V. m. § 26 I BO i. V. m. § 1 I NFD-O. Vertragsärzte sind ferner aufgrund ihrer Zulassung zur Teilnahme verpflichtet und berechtigt (§ 95 III SGB V). Die Teilnahmepflicht gelte für alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Es gäbe nur wenige Befreiungsmöglichkeiten (zum Beispiel gesundheitliche oder familiäre Gründe, klinischer Bereitschaftsdienst, Vollendung des 65. Lebensjahres). Hingegen sei es kein Ausschluss- oder Befreiungsgrund, wenn mangelnde fachliche Eignung angeführt werde. Vielmehr bestehe nach § 26 IV BO eine Fortbildungspflicht für den Notfalldienst. Sofern sich Ärztinnen und Ärzte für fachlich nicht geeignet halten und den Aufwand einer entsprechenden Fortbildung scheuten, können sie sich vertreten lassen, so Schulenburg.

Besuchspflicht

Im Rahmen der Berufsaufsicht werde die Ärztekammer immer wieder mit Verstößen gegen die Besuchspflicht insbesondere im ärztlichen Notfalldienst befasst,

einer fremden Praxis/Notfallpraxis) stattfindet. Auf Nachfrage erläuterte Schwindt die Unterschiede zwischen Dienstaustausch und Vertretung. Nach der Notfalldienstordnung ist ein Dienstaustausch möglich bis eine Woche vor dem Termin, zu dem ein Arzt im Dienstplan originär eingeteilt wurde. Daran anschließend ist nur noch eine Vertretungslösung möglich. Im Kontext des Vortrags von Schwindt wurde ausführlich die Frage nach dem Umgang mit der Praxisgebühr im Notdienst diskutiert. Angesichts der schwierigen Problematik sagte Schwindt zu, dieses Thema für die Dokumentation dieses Symposiums auf CD-ROM aufzubereiten.

Todesfeststellung und Todesbescheinigung

Um Todesfeststellung und Todesbescheinigung ging es in dem zweiten Vortrag, den Dr. Brigitte Hefer im Rahmen des Symposiums hielt. Geregelt sei die Leichenschau im Bestattungsgesetz NRW. Hefer stellte die unterschiedlichen Zielsetzungen der Leichenschau heraus. Neben der Feststellung des Todes handle es sich vor allem um hoheitliche und privatrechtliche Aufgaben. Die Referentin wies darauf hin, dass der Arzt – auch im Notfalldienst – verpflichtet sei, unverzüglich die Leichenschau durchzuführen. Dies könne bedeuten, dass die Praxis geschlossen werden müsse, sofern kein Notfallpatient vorrangig zu versorgen ist. Die unverzügliche Leichenschau stehe im Konflikt zu den eindeutigen Todeszeichen, die an der Leiche festgestellt werden müssen. Gegebenenfalls müsse der Arzt zu einem späteren Zeitpunkt wiederkommen, um die Todesbescheinigung auszustellen.

Das Bestattungsgesetz NRW schreibe vor, dass die Leiche für die Untersuchung vollständig entkleidet werden muss. Der Arzt sei zudem verpflichtet, in alle Körperöffnungen zu sehen. Beide Vorgaben könnten zu faktischen (schwere, leichenstarre Leiche) und ethischen Problemen führen. Würden die Vorgaben nicht erfüllt, müsse das Gesundheitsamt prüfen, ob der Arzt ausnahmsweise seine Sorgfaltspflicht dennoch erfüllt habe oder ob eine Ordnungswidrigkeit vorliege, die mit einer Geldbuße bis zu 3.000 Euro bestraft werden kann. Auf die Problematik der Leichenschau wurde in einer 3-teiligen Serie im *Rheinischen Ärzteblatt* eingegangen (siehe *Rheinisches Ärzteblatt Juli, August und September 2006* unter www.aekno.de/archiv/2006/07/018.pdf, www.aekno.de/archiv/2006/08/018.pdf, www.aekno.de/archiv/2006/09/015.pdf).

Leitstelle selbst informieren

Der letzte Vortrag des interessanten und lehrreichen Symposiums wurde gemeinsam vom ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Düsseldorf, Dr. Frank Sensen, und dem niedergelassenen Allgemeinmediziner aus Düsseldorf Dr. Andre Schumacher gehalten. Anhand eines Fallbeispiels, das in Form eines

Rollenspiels vorgestellt wurde, diskutierten Referenten und Teilnehmer die verschiedenen Schwierigkeiten, die sich an der Schnittstelle zwischen ärztlichem Notfalldienst und öffentlichem Rettungsdienst ergeben können.

Um dem Disponenten in der Leitstelle eine bessere Einschätzung der Situation zu ermöglichen, sollten es Ärzte im Notfalldienst nicht den Angehörigen überlassen, die Leitstelle zu informieren. Medizinische Rückfragen könnten so kompetenter beantwortet werden. Spannungsgeladen sei häufig die Situation, wenn die Mitarbeiter des Rettungsdienstes zu zweit oder zu viert in der Wohnung des Patienten einträfen. Sensen warb um Verständnis bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für das teilweise forsche Auftreten der Mitarbeiter des öffentlichen Rettungsdienstes. Das „Anden-Rand-Drängen“ und Wiederholen bereits durchgeführter Untersuchungen resultiere aus den Gegebenheiten der zumeist engen räumlichen Situation sowie den professionellen Standards des öffentlichen Rettungsdienstes. Dieser sei darauf geschult, schnell und effizient Notsituationen zu erkennen und entsprechend zu reagieren.

Nach vier informativen Stunden endete das 1. Symposium zum Notfalldienst. Die thematisch breit angelegte Veranstaltung gab einen guten Überblick über die verschiedenen Aspekte des organisierten Notfalldienstes. Das Symposium Notfalldienst wäre es wert, auch in anderen Regionen in Nordrhein wiederholt zu werden.



**„Ich unterstütze
ÄRZTE OHNE GRENZEN,
weil sie in Krisen-
gebieten helfen,
über die kaum
jemand spricht.“**

Barbara Rudnik, Schauspielerin

**ÄRZTE OHNE GRENZEN hilft weltweit Opfern
von Krieg und Gewalt und klagt an, wenn
deren Rechte mit Füßen getreten werden.**

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN
 Informationen für einen Projekteinsatz
 Informationen zur Fördermitgliedschaft
 die Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“

Name _____
 Anschrift _____
 E-Mail _____


**MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

11 04 50 93

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de • Spendenkonto 97 0 97 • Sparkasse Bonn • BLZ 380 500 00