

Presseerklärung
66. Jahrestagung DGU 2002
Berlin 13. bis 15. November 2002
Präsident: Prof. Dr. med. K.E. Rehm

„Rettungssysteme in Deutschland - was erwartet uns?“
man könnte auch formulieren,
„Rettungssysteme in Deutschland – sind sie noch zu retten?“

Das Deutsche Notfallmanagement, besonders die Versorgung der Unfallopfer ist international hoch angesehen.

Die sogenannte Rettungskette mit notärztlicher Versorgung an der Unfallstelle, schnellem Transport und wirkungsvoller früher klinischer Versorgung hat in den 70er und 80er Jahren interessierte Experten aus der ganzen Welt nach Deutschland geführt und zur Nachahmung angeregt.

Ein aktueller Einblick in das Rettungssystem:

Im Jahr werden in unserem Land mehr als 8 Millionen Notfall-Patienten notärztlich versorgt und/oder durch das Rettungswesen transportiert. 1,42 Millionen dieser Patienten werden anschließend stationär behandelt. 1,56 Millionen Unfallopfer werden durch Notärzte behandelt. Die schwerverletzten Patienten darunter sind jung. Im Schnitt unter 40 Jahre.

Verbesserungen in der Notfallmedizin, Erstversorgung und Intensivmedizin haben zu einer erheblichen Reduktion der Todeszahlen geführt, eine völlige Wiederherstellung der Patienten gelingt häufig. Die Erfolgsrate ist direkt abhängig von der Versorgungsqualität vor allem in den ersten Stunden.

Dennoch ist das Trauma in der BRD immer noch die Todesursache Nummer 1 bei Patienten unter 50 Jahren.

Volkswirtschaftlich entsteht durch Arbeitsunfähigkeit nach Unfall ein Verlust von 312.000 Arbeitsjahren im Jahr.

Nur etwa vier Prozent der Ausgaben im Deutschen Gesundheitswesen werden für den gesamten Bereich der Notfallmedizin ausgegeben.

Es ist nicht nur eine ärztliche, ethische Aufgabe von hohem Rang, dass die 50.000 Schwerverletzten pro Jahr in der Bundesrepublik bereits an der Unfallstelle und in der Klinik optimal betreut werden, um ihr Überleben zu sichern, sondern auch eine Aufgabe mit großer volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Bei kritischer, heutiger Analyse drängen sich jedoch Eindrücke auf, wie sie unsere Gesellschaft überraschenderweise kürzlich für unser Bildungssystem realisieren mußte.

Die politischen Vorgaben der aktuellen Gesundheitspolitik z.B. neue Entgeltsysteme, berühren das Rettungssystem in seinen Grundfesten .

Um eine hohe Qualität des Deutschen Rettungssystems in unterschiedlichen Bereichen zu erhalten, müssen Forderungen in zwei Feldern umgesetzt werden:

1. Forderungen an die Politik:

(gemeinsam mit DGAI, BAND, anderen Fachgesellschaften und Institutionen erarbeitet)

Bundesebene

In der 88seitigen Koalitionsvereinbarung vom 16.10.2002 finden sich zum Thema Gesundheitspolitik knapp 4 Seiten, obwohl das Thema „Gesundheitsreform“ vor der Bundestagswahl bei allen Parteien eine dominierende Rolle in der politischen Auseinandersetzung gespielt hat. Auf die bundespolitischen Aspekte der präklinischen Patientenversorgung wird an keiner Stelle eingegangen – ungeachtet der Tatsache, dass auf massive Versäumnisse seit Jahren hingewiesen und dringender Handlungsbedarf angemahnt wurde. Dazu zählen unter anderem:

- Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Anspruch auf Krankenbehandlung in § 27 SGB V.
- Verbindliche Regelungen in § 75 SGB V zur Koordination zwischen Rettungsdienst und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst mit klarer Definition des jeweiligen Aufgabenfeldes einschließlich einer überregionalen Steuerung und Planung der außerklinischen Akutversorgung über Integrierte Leitstellen.
- Novellierung des Rettungsassistentengesetzes mit Erweiterung der Ausbildung auf 3 Jahre.
- Verbindliche Regelungen zu den Auswirkungen der GDRGs auf die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung mit Schaffung sektorenübergreifender notfallmedizinischer Kompetenzzentren.
- Bundesweite Umsetzung der einheitlichen Notrufnummer 112.
- Schaffung von Voraussetzungen zur Intensivierung der notfallmedizinischen Forschung.

Länderebene

Auch und gerade im Bereich der für den Rettungsdienst zuständigen Länder besteht dringender Handlungsbedarf. Hier ist insbesondere zu fordern:

- Schaffung von Rettungsdienstbereichen von sinnvoller organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Größe mit Integrierten Leitstellen (über die Grenzen von Gebietskörperschaften hinweg).
- Ausstattung der Leitstellen nach zukunftsorientiertem technischem Standard (GIS, GPS, Digitalfunk).
- Verbindliches Qualitätsmanagement mit flächendeckender Einführung des Ärztlichen Leiter Rettungsdienst.
- Länderübergreifende Standortplanung und Einsatzkoordination für übergeordnete Rettungsdienstsysteme (Luftrettung, Intensivtransport).
- Verkürzung des therapiefreien Intervalls durch:
 - ✓ Verbesserte Laienhilfe durch eine Ausbildungsoffensive in Erster-Hilfe (beginnend in Kindergärten und Schulen).
 - ✓ Einführung strukturierter Ersthelfer-Systeme.
 - ✓ Einheitliche Definition der Hilfsfrist in den Länderrettungsdienstgesetzen.

Mehr als 8 Millionen Notfallpatienten jährlich in Deutschland erwarten eine rasche Antwort der Politik !

2. Forderungen an die Medizin:

DGU-Qualitätsoffensive zur Schwerverletztenversorgung

Frühe klinische Phase:

Studien namhafter deutscher Traumazentren haben gezeigt, dass durch Zeitgewinn und strukturiertes Vorgehen im Schockraum die Überlebenschancen der Schwerverletzten deutlich steigt. Die sehr komplexe Behandlung (bis zu 117 Einzelschritte) zieht sich häufig zu lange hin und ist potentiell mit Fehlern belastet.

Auch das Traumaregister für Schwerverletzte, das die DGU als Grundlage für ein Qualitätsmanagement aufgebaut hat, zeigt ähnliche Ergebnisse.

Die hochkomplexen, interdisziplinären Abläufe (erforderliche Teamstärke: 8-14 Spezialisten aller Berufsgruppen) müssen schnell, qualitativ zielführend und systematisiert ablaufen.

Diese Erkenntnisse sind in den USA bereits vor einiger Zeit durch das American College of Surgeons in das sogenannte **ATLS®-Ausbildungsprogramm (Advanced Trauma Life Support-Programm)** eingeflossen.

Der Ausbildungsschwerpunkt liegt bei diagnostischen und therapeutischen Verfahren der ersten Stunde in der Klinik - Schockraummanagement - (Golden Hour of Shock)

Es werden standardisiert und prioritätenorientiert Wissen, Techniken, Fertigkeiten und Verhalten in Diagnostik und Therapie vermittelt. Die komplexe Situation wird in einzelne Ablauf – und damit Ausbildungsblöcke aufgelöst.

Die ATLS®-Ausbildungsinhalte sind international anerkannte diagnostische und therapeutische Strategien.

Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen hat zwischenzeitlich die Auswirkungen dieser Kurse auf die Qualität der Versorgung belegt. Die globale Verbreitung dieses Konzeptes in mittlerweile 39 Ländern mit einer bisherigen Ausbildung von über 350.000 Ärzten belegt den Wert dieser Ausbildung.

Daher hat die DGU mit erheblichem finanziellen Aufwand diesen von den amerikanischen Chirurgen patentierten Kursinhalt in Lizenz erworben.

Dazu waren Trainingsmaßnahmen in den USA und das Bestehen komplexer Auswahlverfahren erforderlich.

Nach einem ersten Kurs unter Beteiligung hochrangiger amerikanischer Chirurgen im Februar 2003 in München wird die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) im Zusammenwirken mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dieses Kurssystem bundesweit für alle Ärzte, die in der Versorgung Schwerverletzter tätig sind, erstmalig anbieten.

Präklinische Phase:

Um im Sinne unserer Patienten die Rettungskette zu stärken, muß auch die präklinische notärztliche Therapie optimal sein.

Welche Defizite gibt es dabei und warum ein neues Trainingskonzept?

Im Gegensatz zu den USA bietet das deutsche Rettungssystem den Vorteil, dass der verunfallte Patient schon direkt am Unfallort (not-)ärztlich versorgt werden kann.

Trotz einer technisch hervorragend ausgerüsteten Rettungslogistik und hoch qualifiziertem Rettungsdienst und notärztlichem Personal erscheint die Versorgung von Unfallpatienten in manchen Fällen dem Anspruch einer adäquaten Notfallversorgung nicht regelhaft gerecht zu werden. Dies kann die unterschiedlichsten Teilaspekte der Versorgung betreffen und reicht von der Fehleinschätzung der Verletzung, über die Unterlassung

oder fehlerhafte Durchführung von Notfallmaßnahmen bis hin zur Einlieferung des Patienten in eine nicht geeignete Klinik mit einem inadäquaten Transportmittel.

Eine klinische Studie erbrachte folgendes Ergebnis:
(Untersucht: 1297 Schwerverletzte)

Vermeidbare Fehler präklinisch

- 28% Falsche Zielklinik
in 76% bei dieser Entscheidung wurde die Verletzungsschwere nicht erkannt
- 17% Nicht genügend Blutersatztherapie
- 16% Keine Beatmung bei klarer Indikation
- 38% Keine Entlastung des Brustkorbes (Thoraxdrainage)

Regel, Seekamp et al, Unfallchirurg (1998), 101: 160 – 175

Eine der Ursachen für diesen Problembereich könnte sein, daß den tätigen Notärzten die nötige Handlungssicherheit in der Umsetzung erlernter Techniken fehlt. So gaben bei einer Umfrage ausgebildete und bereits tätige Notärzte an, dass sie bei mehr als der Hälfte der notwendigen Behandlungsmethoden starke Kenntnisdefizite empfinden.

Die neue Herausforderung

Eine intensive Diskussion in der DGU über diese Zusammenhänge, legt die Vermutung nahe, dass die erforderlichen Techniken und Entscheidungsabläufe zwar den einzelnen Anwendern bekannt sind und auch weitgehend beherrscht werden, dass die Umsetzung in der Extremsituation an der Unfallstelle aber nicht komplett möglich war.

Diese Störungen der Handlungskette werden heute mit den Begriffen „Human Error“ oder „Human Factor“ in Beziehung gesetzt. (Menschliches Versagen).

Dieses Phänomen ist uns bisher überwiegend aus nicht-medizinischen Bereichen bekannt, in denen Situationen mit vergleichbarem Fehlerpotential auftreten können (High-Risk-Environment).

Genannt sei hier die Luft- und Raumfahrtindustrie, in welcher der „Human Factor“ schon lange als potentieller Risikofaktor identifiziert wurde. Bei Flugzeugabstürzen ist in 70% ein operativer Verfahrensfehler anzuschuldigen, davon in 95% menschliches Versagen.

Die Luftfahrt hat daraus die Schlußfolgerung gezogen, ein sogenanntes Crew Resource Management (CRM) einzuführen, bei dem nicht nur einzelne Kenntnisse und Fertigkeiten sondern das Zusammenwirken des Teams unter Berücksichtigung des Human Factors trainiert wird.

Wichtig sind dabei Aspekte der kognitiven Psychologie auch „Human Skills“ genannt.

Das neue Konzept

Die DGU hat sich daher entschlossen, ein vergleichbares, bisher in der Medizin nicht existierendes Ausbildungskonzept zu entwickeln und anzubieten.

Dieses neue Programm heißt:

Systematic Prehospital Life Support (SPLS®).

Unter Einbindung von externen Spezialisten (Flugpsychologen und Piloten) entstand ein Schulungsprogramm, das über die bisherige Notarztschulung weit hinaus geht.

Das individuelle Kursziel

Der SPLS®-Kurs soll die persönliche Handlungssicherheit des Notarztes festigen. Dies wird durch ein gezieltes Training der Schwerpunkte „Notärztliche Fertigkeiten“, „Organisatorische Fähigkeiten“ und Aspekten der „Human Factors“ erreicht. Der Teilnehmer erlernt, diese Inhalte situativ angepasst zu gewichten sowie zeitgerecht und verantwortlich einzusetzen. Die individuelle Wertschöpfung aus dem Kurs soll für den einzelnen Teilnehmer darin bestehen, dass er im Rahmen einer so real als möglich dargestellten Si-

tuation in der Entscheidungsfindung, in der Durchführung der ihm bekannten Methoden und in der Organisation handlungssicherer wird.

Die verschiedenen Inhalte:

In standardisierter Weise werden sowohl technische, situative Fertigkeiten, als auch der prozesshafte Ablauf unvorhergesehener Ereignisse dargestellt und in realitätsnahen Szenarien, unter Anleitung von speziell ausgebildeten Instruktoren, trainiert. Sämtliche Kursthemen werden behandelt unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung und Verknüpfung von organisatorischen Fertigkeiten (z. B. kontinuierliche Lagebeurteilung, Entschlussfassung, Ressourcenmanagement von Zeit und Personen, Führungs- und Kontrollfunktion), persönliche Fertigkeiten (Introspektionsfähigkeit, Situational Awareness, Antizipation, Stressmanagement, Kommunikationsfähigkeit, etc.) und notärztliche Fertigkeiten (standardisierte Notfallbehandlung und Maßnahmendurchführung, notfallmedizinisches Wissen).

Wesentlicher Bestandteil des Kurses ist die Arbeit in Gruppen von maximal vier Teilnehmern. Die Szenarien müssen jeweils als Gruppe durchlaufen werden, wobei die Gruppenmitglieder abwechselnd die Rolle des Verantwortlichen übernehmen. Anschließend wird der Behandlungsablauf in einer Diskussion aufgearbeitet. Zur individuellen Unterrichtssteuerung werden Feedback- und Qualitätssicherungsmaßnahmen eingebaut.

Die Zielgruppe

Primäre SPLS[®]-Zielgruppe sind alle notärztlich und akutmedizinisch tätigen Ärzte. Den Ausbildungsinhalten nach ist der SPLS[®]-Kurs zwischen dem Fachkundenachweis bzw. der Zusatzbezeichnung „Arzt im Rettungsdienst“ und dem Kurs „Leitender Notarzt“ anzusiedeln. Der Fachkundenachweis bzw. die Zusatzbezeichnung sind Voraussetzung für die Teilnahme am SPLS[®] Kurs.

Ziele der DGU

Diese beiden Trainingskonzepte werden organisatorisch unter dem Dach der neugegründeten Akademie der Unfallchirurgie (AUC) angesiedelt und werden im Laufe des Jahres 2003 schrittweise an verschiedenen Standorten in Deutschland etabliert.

Diese Fortbildungsinitiative mit innovativem Format soll in der präklinischen Phase die Sicherheit des Unfallpatienten erhöhen, die Überleitung zur klinischen Behandlung zielgenau optimieren und dadurch die Überlebenschancen des Patienten verbessern. Wir versprechen uns von dieser „Qualitätsoffensive“ eine spürbare Reduktion der Unfallfolgen und damit auch der Unfallfolgekosten.

Die DGU investiert in dieses neue Ausbildungsprogramm erhebliche Personalressourcen (Schulung erfahrener Unfallchirurgen und Notärzte zum Ausbilder) und investiert entsprechende Geldmittel der Gesellschaft.

Die DGU unternimmt dieser Anstrengungen in ihrem Selbstverständnis als Anwalt aller Unfallpatienten in der Versorgung von der Unfallstelle bis zur Rehabilitation.

Prof. Dr. med. K. E. Rehm
Präsident
der
Deutschen Gesellschaft für
Unfallchirurgie

Prof. Dr. A. Rüter
Generalsekretär
der
Deutschen Gesellschaft für
Unfallchirurgie

Prof. Dr. J. A. Sturm
Leiter
der Arbeitsgemeinschaft
Notfallmedizin
der Deutschen Gesellschaft
für Unfallchirurgie