

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der
Ludwig-Maximilians-Universität
München

komm. Vorstand: Prof. Dr. med. Wolfgang G. Locher M.A.

Die Entwicklung des Notarzwesens in der Stadt und Region München

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von
Thomas Steininger
aus München

2009

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Wolfgang G. Locher

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Christian Lackner

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter

Dekan: Prof. Dr. med. Dietrich Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 12.11.2009

Für die Überlassung dieses interessanten und vielseitigen Themas, die freundlichen und hilfreichen Anregungen bei der Umsetzung möchte ich Herrn Dr. med. Wolfgang G. Locher herzlich danken.

Weiterhin möchte ich mich bei den Ärzten und Feuerwehrbeamten bedanken, die mir bei der Arbeit behilflich waren.

Ein besonderer Dank gebührt Herrn Oberbranddirektor a. D. Dipl.-Ing. K. Seegerer, für die ausführlichen Gespräche und freundliche Hilfe mit der er mir als bedeutender Zeitzeuge bei der Abfassung der vorliegenden Arbeit zur Verfügung stand. Deshalb und aufgrund seines großen Engagements am Aufbau des Gemeinsamen Notarztdienstes der Stadt und des Landkreises München sei ihm diese Dissertation gewidmet.

Ganz besonderer Dank gebührt meiner Frau und meinen Eltern für den Rückhalt und ihre zuverlässige ideelle und materielle Unterstützung während meiner gesamten Ausbildung und der Entstehung dieser Arbeit. Nicht zuletzt durch ihre konstruktive Kritik und das mühevollen Korrekturlesen konnte diese Arbeit erst vollendet werden.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG

1.1	Einführung.....	1
1.2	Ziel der Arbeit.....	1
1.3	Methode.....	2
1.4	Quellenübersicht.....	2

2. DER WEG ZUM MÜNCHNER NOTARZTDIENST

2.1	Das Rettungswesen in München.....	5
2.2	Die Idee eines Notfallarztwagens.....	7
2.3	Gründe für die ärztliche Hilfe am Unfallort.....	9
2.4	Vorbilder eines Notarztdienstes in Heidelberg, Köln und Gummersbach.....	10
2.4.1	Das Heidelberger „Klinomobil“	10
2.4.2	Der Kölner „Notfallarztwagen“	12
2.4.3	Das „Gummersbacher Modell“	14
2.5	Zur Situation in München nach dem Zweiten Weltkrieg	16
2.6	Einrichtung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes.....	18
2.7	Ein Angebot der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik...	19

3. ENTSTEHUNG UND ENTWICKLUNG DES MÜNCHNER NOTARZTDIENSTES

3.1	Initial- und Aufbauphase.....	21
3.1.1	Das Zusammenwirken von ärztlicher und technischer Hilfe am Unfallort.....	21
3.1.2	Ein erster Kontakt mit der Chirurgischen Universitäts- Poliklinik.....	23
3.1.3	Die Geburtsstunde des Münchner Notarztdienstes.....	25
3.1.4	Die weitere Entwicklung.....	27
3.1.5	Der erste Notarztwagen vom Typ „München“	30
3.1.6	Stationierungssystem an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik.....	31

3.2	Erweiterungsphase.....	34
3.2.1	Zweiter Stationierungsort am städtischen Krankenhaus Oberführung.....	34
3.2.2	45.Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung in München.....	37
3.2.3	Beispiel eines Rettungseinsatzes.....	42
3.2.4	Dritter Notarztwagen-Standort am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität (TU).....	44
3.2.5	Das erweiterte Aufgabenfeld der Notärzte.....	48
3.2.6	Vierter und fünfter Stationierungsort am städtischen Schwabinger Krankenhaus und an der Chirurgischen Privatklinik Dr. Rinecker.....	49
3.2.7	Gemeinsamer Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München.....	51
3.2.8	Das Bayerische Rettungsdienstgesetz von 1974.....	55
3.2.9	Ausstattung der Notarztwagen.....	57
3.2.10	Achter Notarztwagen an der Krankenanstalt Dritter Orden und neunter Notarzt-Stützpunkt am Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU).	59
3.3	Phase der Konsolidierung.....	61
3.3.1	Das Oktoberfest-Attentat – Belastungs- und Bewährungsprobe für den Münchner Notarztdienst.....	61
3.3.2	Die Integrierte Leitstelle und ihr Notarzt-Indikations- Katalog.....	64
3.3.3	Zusätzliche Verwendung von Notarzt-Einsatzfahrzeugen (NEF).....	68

4. ERGÄNZENDE SPARTEN DES MÜNCHNER NOTARZTDIENSTES

4.1	Toxikologischer Notarztdienst.....	71
4.2	Rettungshubschrauber.....	73
4.3	Neugeborenen-Notarztdienst.....	79
4.4	Kinder-Notarzt.....	87
4.5	Weitere Sonderbereiche.....	90
4.5.1	Organtransport.....	90
4.5.2	Rettungszelle.....	91
4.5.3	Überdruckkammer.....	92

5. SCHLUSS

5.1	Entwicklung des Münchner Notarztdienstes im Überblick	95
5.2	Diskussion.....	98
5.3	Zusammenfassung.....	105

6. QUELLENVERZEICHNIS

6.1	Archivalien.....	108
6.2	Gedruckte Quellen.....	109
6.3	Literaturverzeichnis.....	110
6.4	Weitere Quellen.....	116
6.5	Abbildungsverzeichnis.....	116

1. EINLEITUNG

1.1 Einführung

„Rettungsdienst“ wurde noch viele Jahre nach dem Ende des zweiten Weltkriegs selbst in Ärztekreisen als eine „Erste Hilfe“ definiert, gleichbedeutend mit „Laienhilfe“ bis zur Übergabe der hilfsbedürftigen Person an einen Arzt. Die Devise war: Den Patienten schnellstmöglich in das nächstgelegene Krankenhaus zu verbringen. Zwar gab es erste Forderungen nach einer ärztlichen Erstversorgung Verletzter noch am Ort des Geschehens, an eine generelle Umsetzung dieser Forderungen in die Praxis war jedoch noch bis in die späten 50er Jahre nicht zu denken. Erstmals 1957 wies man dem Arzt eine maßgebliche Rolle im Rettungswesen zu.

Das Bayerische Gesetz über den Rettungsdienst von 1974 mit seinem Art. 1 „Aufgabe des Rettungsdienstes“ definierte dessen Aufgaben zum ersten Mal zeitgemäß: „Aufgabe des Rettungsdienstes ist es, das Leben von Notfallpatienten, soweit an Ort und Stelle möglich, zu erhalten, sie transportfähig zu machen und sie unter sachgerechter Betreuung in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern.“ Und weiter: „Notfallpatienten sind Verletzte oder Erkrankte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten.“ Der Münchner Notarztdienst hatte dies fast ein Jahrzehnt schon so gesehen und gewissermaßen buchstabengetreu praktiziert. Im Folgenden soll dieser Prozess dargestellt werden.

1.2 Ziel der Arbeit

Die vorliegende Ausarbeitung will die Entwicklung des Notarztwesens in der Stadt und Region München möglichst detailliert nachzeichnen und dokumentieren.

Ausgehend von der wenig effizienten Struktur des Krankentransport- und Rettungswesens der königlichen Haupt- und Residenzstadt in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, beschreibt die Arbeit dessen grundlegende Neuorganisation durch zwei freiwillige Rettungsgesellschaften. Sie geht auf die finanziellen Engpässe ein, die in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg ihre Zusammenfassung zu einem

„Städtischen Rettungsdienst“ als Sparte der Berufsfeuerwehr erzwangen, der zufriedenstellend funktionierte, bis ein „Führererlass“ den Krankentransport 1943 reichseinheitlich dem Deutschen Roten Kreuz übertrug. Es folgt die Schilderung der Verhältnisse nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs mit der in den vier Besatzungszonen unterschiedlichen Zuweisung der einschlägigen Aufgaben an verschiedene Hilfsorganisationen und der Entscheidung der für Bayern zuständigen *amerikanischen* Militärregierung, sie in ihrem Bereich wieder dem Roten Kreuz zu übertragen. Die ersten Ansätze zu Notarztdiensten - in Heidelberg, Köln und Gummersbach - werden beschrieben und, darauf aufbauend, die Entwicklung des „Münchner Notarztdienstes“ und seiner ergänzenden Sparten.

1.3 Methode

Die Auswertung aller erreichbaren Original-Artikel, auch ungedruckter Quellen, Archivalien und Zeitzeugenberichte, soll die Entstehung und Entwicklung des Notarztwesens in der Stadt und der Region München für den Leser nachvollziehbar machen. Um den „Münchner Notarztdienst“ in den historischen Kontext zu stellen, wurde seiner detaillierten Beschreibung ein kursorischer Überblick über die Situation der Kranken- und Verletztenversorgung in der Stadt von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zu den ersten Modellen für Notarzt-Dienste in der Bundesrepublik vorangestellt. Gegliedert in eine Initial- und Aufbauphase, die Phase der Erweiterung und schließlich die Phase der Konsolidierung wird der systematische Ausbau des hier 1966 ad hoc entstandenen Dienstes bis zum Jahresende 1978 aufgezeigt. Ein abschließender Teil der Ausarbeitung schildert die Entwicklung einer Reihe von den Münchner Notarztdienst ergänzender Sparten, die das System komplettierten und die präklinische Versorgung der Bewohner der Stadt und des Landkreises München bis heute optimal gewährleisten.

1.4 Quellenübersicht

Zahlreiche Zeitschriften- und Buchbeiträge dienten als Primärquelle für die Gewinnung wichtiger Informationen zur Erstellung meiner Arbeit. Es ist vor allem auf die diversen medizinischen Fachzeitschriften zu verweisen, speziell auf die „Münchner Medizinische Wochenschrift“, „Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie“, „Anästhesist“, „Der Chirurg“, „Hefte der Unfallheilkunde“ etc., deren Veröffentlichungen Einblicke über Zeit und Umstände der im Entstehen begriffenen Notarztdienste

ermöglichten. Wichtige Anlaufstellen waren die Bayerische Staatsbibliothek und die Medizinische Lesehalle der Münchner Universitätsbibliothek. Informationen kamen auch aus Privatbesitz oder fanden sich beim Deutschen Herzzentrum, dem Allgemeinen Deutschen Automobilclub und dem Förderverein „Kinder-Notarzt“. Schließlich lieferte mir das Internet wertvolle Informationen, nicht zuletzt die Homepage der Münchner Branddirektion.

Eingehende Recherchen in der Dokumentationsstelle und im Archiv der Branddirektion brachten eine Vielzahl neuer Erkenntnisse. Die Nachforschungen dort führten zu zahlreichen Vormerkungen, Anordnungen, Pressemitteilungen etc. zur Entwicklung des Notarztdienstes. Hier fand sich auch die vollständige Ausgabenreihe der Fachschrift „Brandschutz“ (Zeitschrift für das gesamte Feuerwehrwesen, Rettungsdienst und Umweltschutz) mit einer Reihe von Beiträgen zum Thema der Arbeit. Besonders erwähnenswert sind eingehende Ausführungen von Rainer Fritz Lick (1931-1982) sowie von Branddirektor Heinrich Schläfer (geb. 1935), zum Thema „20 Jahre Gemeinsamer Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“.

Erfolgreich war auch die Suche im Münchner Stadtarchiv, bei der ich auf eine Reihe ungedruckter Quellen stieß, die es insbesondere erlaubten, die Situation des Rettungswesens in München vor und nach dem zweiten Weltkrieg zu rekonstruieren. Hier fanden sich neben Zeitungsartikeln auch die einschlägigen Akten des städtischen Amtes für öffentliche Ordnung. Beim Kreisverwaltungsreferat konnte ich die Akten des Rettungszweckverbandes einsehen, außerdem Dokumente über die Schaffung des gemeinsamen Notarztdienstes der Landeshauptstadt und des Landkreises München. Im Bayerischen Hauptstaatsarchiv fanden sich hingegen keine einschlägigen Quellen und auch das Archiv der Ludwigs-Maximilians-Universität lieferte keine verwertbaren Beiträge.

Für die Rekonstruktion nicht schriftlich niedergelegter Zusammenhänge erwies sich als wertvollste und wichtigste Quelle die Befragung von Zeitzeugen, vor allem des langjährigen Leiters der städtischen Branddirektion, Oberbranddirektor Karl Seegerer (geb. 1928). Schließlich bot mir die Einladung zu einer Veranstaltung „40 Jahre Notarzt im gemeinsamen Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“ im städtischen Klinikum Bogenhausen die Möglichkeit, mit weiteren Zeitzeugen, nicht zuletzt aus Ärztekreisen, in Kontakt zu treten.

Weiterhin habe ich eine Reihe von Dissertationen vorwiegend statistischer Art zur Einsatztätigkeit einzelner Notarzwagen in München ausgewertet. In diesem Zusam-

menhang war die Dissertation „Entstehung und Entwicklung von Notarztsystemen in der Bundesrepublik in den 50er und 60er Jahren“ von Robert Stangl besonders hilfreich.

Die Suche nach weiteren Quellen in den am Münchner Notarztdienst beteiligten Kliniken blieb weitgehend erfolglos, - ausgenommen das Deutsche Herzzentrum, in dem auf ausführliches Dokumentationsmaterial zurückgegriffen werden konnte.

Die Bebilderung der Arbeit ermöglichte in erster Linie das Archiv der Lichtbildstelle der städtischen Branddirektion.

2. DER WEG ZUM MÜNCHNER NOTARZTDIENST

2.1 Das Rettungswesen in München

Bis zum Jahr 1876 konnte von einem effizienten Krankentransport- und Rettungswesen in der königlichen Haupt- und Residenzstadt München keine Rede sein. Den Transport Verunglückter oder plötzlich Erkrankter mittels Sänften und später auch Tragekörben auf Rädern besorgten so genannte „Sesselträger“, denen allerdings jegliche Ausbildung für ihre Aufgabe fehlte.¹ Erste Fortschritte in Richtung auf eine Besserung der Verhältnisse lassen sich auf das Wirken einer „Freiwilligen Sanitätskolonne vom Deutschen Roten Kreuz“ zurückführen, die sich 1876 etablierte. Berichte von Ärzten über die Organisation des Krankentransport- und Rettungswesens in anderen Städten weckten zunehmend auch in München das Interesse an einem besser strukturierten System. Immer mehr Personen aus allen Schichten der Bevölkerung fanden sich bereit, an einer grundlegenden Neuorganisation des Rettungs- und Krankentransportbetriebs mitzuwirken, so dass am 13. Juni 1894 eine weitere Rettungsgesellschaft ins Leben gerufen werden konnte:² „Wiederholte schwere Unglücksfälle, bei denen die Betroffenen mangels schneller, sachgemäßer Hilfe und Transports gesundheitlich schwer geschädigt wurden oder gar ihr Leben lassen mußten, gaben den Anlass zur Gründung einer Freiwilligen Rettungsgesellschaft nach dem Muster der berühmten Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft.“³ Um Rivalitäten zwischen der Freiwilligen Rettungsgesellschaft und der Freiwilligen Sanitätskolonne zuvorkommen, einigte man sich mittels vertraglicher Abmachungen, die Stadt in zwei Territorien zu unterteilen: Die Sanitätskolonne übernahm den nördlichen, die Rettungsgesellschaft den südlichen Teil Münchens.⁴ 1894 eröffnete die Freiwillige Sanitätskolonne eine erste ständige Sanitätswache in der Marstallstraße. Die Sanitätsmänner unternahmen damals die meisten Transporte noch zu Fuß mit einer gedeckten Rädertrage, der so genannten „Handmarie“.⁵ Die Freiwillige Rettungsgesellschaft kam in einem gemeindlichen Anwesen am Unteranger unter. So konnte man in München bis zum Jahr 1928 immerhin 50 Berufssanitäter und Fahrer zählen. Neben acht Krankenkraftwagen, 12 bespannten Krankenwagen und zwei

¹ vgl. Schläfer 20 Jahre „Gemeinsamer Notarztdienst“ 1986, 187.

² vgl. Städtische Branddirektion 1929, 52.

³ Städtische Branddirektion 1929, 52.

⁴ vgl. Städtische Branddirektion 1929, 52.

⁵ vgl. http://www.brk-museum.de/Geschichte/Munchner_Sanitater/munchner_sanitater.html, 2007.

Wagen zum Transport tödlich Verunglückter zählten 14 Pferde zum Münchner Rettungsdienst. Während des ersten Weltkriegs dienten diese Transportmittel auch dazu, Verwundete und Kranke aus den in der Stadt eintreffenden Lazarettzügen schonend und sachgerecht versorgt in die Krankenhäuser und Lazarette zu befördern.⁶ Freiwillige Spenden und Zuschüsse der Behörden ermöglichten jedem verunglückten oder akut erkrankten Bürger noch bis Kriegsende 1918 einen kostenfreien Transport.

Da nach dem Krieg kaum Geld vorhanden war und Spenden zunehmend spärlicher eingingen, mussten die beiden Rettungsgesellschaften Mitte 1920 die Fortführung des Transportdienstes der Stadtgemeinde München überlassen. „Langwierige Verhandlungen und Beratungen führten schließlich zu dem Stadtratsbeschluss, den bisher von den freiwilligen Rettungsgesellschaften ausgeübten Unfallrettungs- und Krankentransportdienst am 1. Oktober 1920 der Stadt zu übergeben und unter der Bezeichnung „Städtischer Rettungsdienst“ der Berufsfeuerwehr anzugliedern und weiterzuführen.“⁷ Beide Gesellschaften zogen als gemeinsamer „Städtischer Rettungsdienst“ ab dem 1. Dezember 1921 in die Hauptfeuerwache an der Blumenstraße und später in den Gebäudeteil am Unteranger um. Die bespannten Krankewagen gab man zu Gunsten von Kraftfahrzeugen auf. Die übernommenen Mannschaften standen sowohl dem Unfallrettungsdienst wie dem Krankentransport zur Verfügung. Sie besetzten acht Kranken- und einen Leichenwagen.⁸



Abb. 1: Der „Städtische Rettungsdienst“ als Sparte der Berufsfeuerwehr

⁶ vgl. Städtische Branddirektion 1929, 53; vgl. hier auch Stadtarchiv München - Amt für öffentliche Ordnung Nr. 84: Übernahme des Rettungsdienstes auf die Stadt betreffend Städtischer Rettungsdienst. Inventar.

⁷ Städtische Branddirektion 1929, 53-54.

⁸ vgl. Städtische Branddirektion 1929, 53-54.

Im Zweiten Weltkrieg übertrug ein Erlass des „Führers“ vom 28. Juli 1942 dann alle zur einheitlichen und planvollen Lenkung des personellen und materiellen Einsatzes zu treffenden Maßnahmen für den Bereich des *zivilen* Gesundheitswesens dem Staatssekretär im Reichsministerium des Innern und „Reichsgesundheitsführer“ Leonardo Conti (1900-1945).⁹ Mit Bezug auf diesen Führererlass hat Conti in einer Verordnung vom 18. Januar 1943 zur Durchführung eines weiteren Führererlasses vom 30. November 1942 über die Vereinheitlichung des Krankentransports¹⁰ verfügt: „Die Einrichtung und Unterhaltung eines den allgemeinen und besonderen Bedürfnissen genügenden Krankentransports für den Bereich des zivilen Gesundheitswesens ist ausschließlich Aufgabe des Deutschen Roten Kreuzes (DRK)“.¹¹ Im Vollzug dieser Verordnung wurde am 1. Oktober 1943 der Münchner „Städtische Rettungsdienst“ (Krankentransport und Unfallrettung) von der Berufsfeuerwehr an das Deutsche Rote Kreuz übergeben. Das Personal verblieb bei der - für die Durchführung der *technischen* Rettung nach wie vor zuständigen - Berufsfeuerwehr (inzwischen seit 1938: „Feuerschutzpolizei“), die für den Eigenbedarf weiterhin mehrere „Unfallrettungswagen“ unterhielt.¹²

In den Nachkriegsjahren musste in München wie in allen anderen bayerischen Kommunen der Krankentransport- und Rettungsdienst unter großen Schwierigkeiten und mit viel Improvisation wieder aufgebaut werden. Dabei war der Begriff „Rettungsdienst“ noch immer als eine „Erste Hilfe“ definiert, gleichbedeutend mit „Laienhilfe“ bis zur Übergabe der hilfsbedürftigen Person an einen Arzt. Als Devise galt immer noch, den Patienten schnellstmöglich dem nächstgelegenen Krankenhaus oder wenigstens einer ärztlichen Praxis zuzuführen.

2.2 Die Idee eines Notfallarztwagens

1938 hatte der Heidelberger Chirurg Martin Kirschner (1879-1942) erstmals den Gedanken geäußert, ein Rettungssystem für den deutschen Sprachraum aufzubauen, das eine andere Strategie verfolgt als die, einen Patienten nur möglichst

⁹ vgl. Reichsgesetzblatt 1942 Teil I, S. 515 : Erlaß des Führers über das Sanitäts- und Gesundheitswesen vom 28. Juli 1942.

¹⁰ vgl. Reichsgesetzblatt 1943 Teil I, S. 17: Erlaß des Führers über die Vereinheitlichung des Krankentransports vom 30. November 1942.

¹¹ Reichsgesetzblatt 1943 Teil I, S. 19: Verordnung zur Durchführung des Erlasses des Führers über die Vereinheitlichung des Krankentransports vom 18. Januar 1943.

¹² vgl. Schläfer 20 Jahre „Gemeinsamer Notarztdienst“ 1986, S.185.

rasch ins nächste Krankenhaus zu verbringen. Geprägt von seiner chirurgischen Tätigkeit während des Ersten Weltkriegs und von der Wichtigkeit ärztlicher Maßnahmen *vor Ort* überzeugt, forderte Kirschner: „Der Arzt soll also zum Verletzten kommen, nicht aber der Verletzte zum Arzt!“¹³

Nach seiner Ansicht hätte ein ärztliches Eingreifen am Ort des Geschehens gleichermaßen für den Patienten wie für den Arzt Vorteile. Schwierig schien es ihm allerdings, seine Idee in die Praxis umzusetzen, mussten doch die für eine umfassende Diagnostik und operative Behandlung Schwerverletzter notwendigen Gerätschaften an den Einsatzort verbracht werden. Die im Krieg zur Versorgung Verletzter dienenden Feldlazarette entsprachen wegen der ihnen fehlenden Mobilität und Flexibilität nicht den Vorstellungen Kirschners. Er vertrat die Meinung, dass es andere Möglichkeiten geben müsste, eine ärztliche Versorgung vor Ort sowohl in Kriegs- wie in Friedenszeiten zu erreichen. Kirschner sah eine Lösung der Probleme „wenn es gelänge, eine Untersuchungs- und Operationsabteilung mit Betten, *„eine chirurgische Klinik“, in einsatzbereitem Zustande fahrbar zu machen*, so daß sie jeweils in kurzer Zeit an die Stelle des Bedarfes geworfen werde und dort ihre Tätigkeit ohne Zeitverlust beginnen kann.“¹⁴

Bis zur faktischen Umsetzung der Pläne für eine solche mobile „chirurgische Klinik“ sollte allerdings noch geraume Zeit vergehen. Noch konnte ja niemand ahnen, dass die Idee einer „motorisierten chirurgischen Klinik“ sich später in anderer Form und unter anderen Umständen real umsetzen lassen sollte. Ausserdem bedingte der zweite Weltkrieg zunächst einen längeren Aufschub.¹⁵

Die Gedanken Kirschners fanden im Übrigen in Medizinerkreisen ein durchaus geteiltes Echo und überzeugten keineswegs alle Kollegen. Aber man stellte sich jedenfalls in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der Fachwelt immer häufiger die Frage, ob Unfallopfer nach wie vor – bestenfalls notdürftig erstversorgt - zum Arzt gebracht werden sollten oder ob es nicht doch von Vorteil wäre, wenn der Arzt als verlängerter Arm des Krankenhauses zum Notfallpatienten kommt, - eine Frage, die noch länger als ein Jahrzehnt nach Kriegsende offen und unentschieden blieb.

¹³ Kirschner 1938, 713.

¹⁴ Kirschner 1938, 713-714.

¹⁵ vgl. Kirschner 1938, 714.

2.3 Gründe für die ärztliche Hilfe am Unfallort

Die Bedeutung der Gedanken Kirschners zur ärztlichen Versorgung von Patienten an der Unglücksstelle unterstrich ein Redebeitrag Karl Heinrich Bauers (1890-1978), seines Nachfolgers als Ordinarius an der Heidelberger Fakultät, bei den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde zum Thema „Versicherungs- und Versorgungsmedizin“ 1957 in Köln.

Er verwies auf 99.566 Verwundete zu Kriegszeiten in den Jahren 1870/71 und stellte diese der Zahl von Verletzten gegenüber, die der Straßenverkehr im Jahre 1957 innerhalb von nur vier Monaten gefordert hatte. Die Zahlen waren nahezu identisch!

Die geradezu explosionsartige Zunahme der Verkehrsunfälle, die während der zurückliegenden Jahre vor allem junge Bürger und solche mittleren Alters betrafen, führte er auf die drastisch gestiegene Zahl an Kraftfahrzeugen in der Bundesrepublik zurück. Mit dem Appell an die Verkehrspolitik, Maßnahmen zur Senkung der Zahl der Verkehrsverletzten zu ergreifen, sah Bauer auch die Unfallchirurgen in die Pflicht genommen, „im Kampf für jedes einzelne unmittelbar bedrohte Leben nach vorn [zu gehen] bis an den Unfallort selbst.“¹⁶

Allerdings sollten wiederum Jahre vergehen, ehe man dem Arzt auch im Rettungswesen eine maßgebliche Rolle zuwies. Auf der 86. Tagung (1969) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie rief dann erneut ein Chirurg, Engelbert Friedhoff (geb. 1920) von der Universitätsklinik Köln, den Fachkollegen die Worte Kirschners in Erinnerung und verwies auf die Aktualität von dessen Forderungen:

„Seine [Kirschners] Feststellung, daß ein langer Transport an die richtige Stelle besser ist als ein kurzer an die falsche, hat unter der Entwicklung in der Medizin in den letzten 30 Jahren größeres Gewicht bekommen.“¹⁷ Mit dem Hinweis auf 11.000 Verkehrstote und 300.000 Verletzte allein auf westdeutschen Straßen im vergangenen Jahr, mahnte er seine Fachkollegen, die Gedanken Kirschners ernst zu nehmen.¹⁸

Auch Bauer schien der herkömmliche Umgang mit Unfallverletzten nicht länger hinnehmbar. Wurde der Verletzte bislang meist von Laien ins „Sanitätsauto“ geladen und – falls überhaupt, allenfalls laienhaft „erstversorgt“ - in das nächstbeste Krankenhaus befördert, so stelle sich die Frage, wie beispielsweise ein eingeklemmter Verunglückter unverzüglich befreit und ärztlich versorgt werden könne? Nur die

¹⁶ Bauer 1957, 9-10

¹⁷ Friedhoff 1969, 215.

Schwere der Verletzung war nach Meinung Bauers entscheidend für die Transportfähigkeit des Patienten. Bauer forderte, dass der Patient abhängig vom Ausmaß der Verletzungen vor Ort ärztlich behandelt werden müsse:

„1. bei schweren Blutungen nach außen oder innen, 2. bei schwerstem Schock, 3. bei vielfachen Knochenbrüchen und 4. – man denke an die vielen, vielen Schädelverletzten – bei Bewußtlosen mit mehr oder minder vollem Magen. Gibt es etwas Tragischeres, als daß ein „Leichtverletzter“ abtransportiert wird, aber tot in der Klinik ankommt, tot nur, weil er wegen einer Hirnerschütterung bewußtlos unterwegs an Erbrochenem erstickte?“¹⁹

Die Forderung Bauers nach der Erstversorgung Schwerstverletzter noch am Unfallort und ihrer Überwachung auf dem Transport ins Krankenhaus, unterstützte Friedhoff nachdrücklich, „....,ohne die Bereitschaft des Chirurgen, sich auch für den Verletzten am Unfallort und auf dem Transport zu seinem Krankenhaus mitverantwortlich zu fühlen, werden alle Bemühungen unvollständig bleiben.“²⁰ „Erklärtes Ziel müsse es sein, den Krankentransport und Unfalldienst den Krankenhäusern anzugliedern. Rettungswagen und das dazugehörige Personal müssten bei den Krankenhäusern stationiert sein.“²¹

2.4 Vorbilder eines Notarztdienstes in Heidelberg, Köln und Gummersbach

2.4.1 Das Heidelberger „Klinomobil“

K. H. Bauer und sein Mitarbeiter Eberhard Gögler (1920-2001) unternahmen als Erste den Versuch, eine perfekte medizinische Hilfe *am Unfallort* zu organisieren. Bauer war der Meinung, dass Heidelberg alle Voraussetzungen für das Gelingen seines Experiments erfülle: Die Stadt läge als Fernstraßen- und Autobahnknotenpunkt strategisch günstig. Hinzu käme ein großes Verkehrsaufkommen durch den ständig wachsenden Reiseverkehr.²²

Rückgrat seines Versuchs war die Heidelberger Chirurgische Klinik. Als sich von dort am 16. Februar 1957 ein nach Bauers Plänen umgebauter Reiseomnibus erstmals

¹⁸ vgl. Friedhoff 1969, 214-215; vgl. hier auch Girstenbrey, Süddeutsche Zeitung vom 12.12.1969.

¹⁹ Bauer 1957, 10.

²⁰ Friedhoff 1969, 216.

²¹ Girstenbrey, Süddeutsche Zeitung vom 12.12.1969.

mit einer kompletten Operationsmannschaft auf den Weg zu einer Unfallstelle machte, war damit in der Tat eine neue Ära im Rettungsdienst angebrochen. Mit dem so genannten „Klinomobil“, dessen wesentliche Merkmale ein üppig ausgestatteter Operationsraum und ein Generator-Anhänger zur Energieversorgung waren, wurden allerdings nur wenige Einsätze gefahren. Als nachteilig erwies sich rasch die extreme Länge des Fahrzeugs von mehr als 9 m (ohne Anhänger). Die dadurch fehlende Wendigkeit ließ den Bus als für den Stadtverkehr wenig geeignet erscheinen. Das medizinische Equipment enthielt eine vollständige Anästhesie- und Operationseinrichtung, von der sich bald zeigte, dass sie überflüssig war. Vielmehr blieb die Tätigkeit der Besatzung (Anästhesist, Operateur, OP-Schwester und Assistenten) in der Regel auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen des Patienten beschränkt.



Abb. 2: Das Heidelberger „Klinomobil“: Operationswagen mit Generatoranhänger, 1957

Die Berufsfeuerwehr Heidelberg chauffierte das auf einer Feuerwache stationierte Fahrzeug zur Chirurgischen Klinik und mit der dort übernommenen Mannschaft weiter zur Unfallstelle. Die Möglichkeit des Narkotisierens Verletzter oder Einklemmter brachte zwar eine wesentliche Erleichterung für Helfer und Betroffene. Operative Eingriffe vor Ort erübrigten sich jedoch bei den meisten Unfallopfern.²³

So konnte über den zeitlichen Ablauf berichtet werden: „...Nach dem Eintreffen des Wagens am Unfallort wird zunächst die Bergung der Verletzten, dann die Untersuchung und zuletzt die Versorgung vorgenommen. Erstes und oberstes Gesetz ist immer die Erreichung der Transportfähigkeit der Schwerstverletzten. Im Vordergrund

²² Bauer 1957, 11-12.

steht nicht die eventuell durchzuführende Operation, sondern die Schockbekämpfung.“²⁴

Die Anrückphase des Wagens zum Unfallort erwies sich bald als entschieden zu lang. Die Berufsfeuerwehr benötigte bereits zwei Minuten, um nach erhaltenem Alarm die Besatzung an der Universitätsklinik abzuholen. Den Abtransport der Patienten überließ man nach Stabilisierung ihrer Vitalfunktionen und der gegebenenfalls veranlassten medizinischen Erstversorgung dem vor Ort befindlichen Fahrzeug vom Roten Kreuz. Schließlich sollte bei der Rettung Verletzter ohne Konkurrenzdenken Hand in Hand gearbeitet werden.²⁵

Insgesamt überwogen somit eindeutig die Nachteile des Fahrzeugs, das sich nur langsam und ungelenk über die Straßen manövrieren ließ. Auch wurde von Einsatz zu Einsatz deutlicher, dass kein Bedarf bestand, vor Ort zu operieren. Wichtig war allein, das Überleben der Unfallopfer zu sichern. Der Operationssaal war so wenig vonnöten wie die Vorhaltung einer kompletten Operationsmannschaft mit ihrer umfassenden apparativen Ausstattung. Das Heidelberger Vorläufermodell der heute bekannten Notarztwagen kam immer seltener zum Einsatz. Die anfängliche Euphorie ebte zusehends ab, so dass der Betrieb des „Klinomobils“ Ende 1960 schließlich ganz eingestellt wurde

2.4.2 Der Kölner „Notfallarztwagen“

Fast zeitgleich mit dem Klinomobil-Versuch in Heidelberg verfolgte man auch in Köln das Ziel, ein geeignetes Fahrzeug zu konzipieren, das Arzt und Assistenzpersonal sowie die nötige medizinische Ausrüstung an den Unfallort verbringen sollte. Das Konzept zielte in diesem Fall darauf ab, durch eine stabilisierende ärztliche Behandlung am Unfallort die Transportfähigkeit des Patienten zu erreichen und diesen unter Überwachung seiner Vitalfunktionen in die *nächstgeeignete* Klinik zu begleiten.²⁶ Der Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, Victor Hoffmann (1893-1969), und sein Oberarzt Engelbert Friedhoff hatten es übernommen, in Zusammenarbeit mit dem

²³ vgl. Mahler 1960, 421-423; vgl. hier auch Bauer 1957, 13-15; vgl. hier auch Schläfer Unfallrettungsdienst und Krankentransport 1968, 315; vgl. hier auch Herzog 1988, 17-18.

²⁴ Mahler 1960, 423.

²⁵ vgl. Bauer 1957, 14-15.

²⁶ vgl. Herzog, 1988, 20.

Verkehrswissenschaftlichen Institut der Universität, ein für diese Aufgabe geeignetes Fahrzeug zunächst als Modellversuch zu entwickeln.²⁷

Im Unterschied zu der dem Heidelberger Klinomobil zugedachten Zweckbestimmung erklärte Hoffmann als sein Anliegen: „Wir wollen das Überleben sichern, die Geschädigten transportfähig machen, aber keine Maßnahmen durchführen, die in der Klinik noch rechtzeitig und besser vorgenommen werden können. Der fahrbare Operationsaal erscheint uns zu viel, der Arztkoffer zu wenig.“²⁸



Abb. 3: Oberarzt Dr. Engelbert Friedhoff



Abb. 4: Prof. Dr. Victor Hoffmann

Am 3. Juni 1957 kam der Kölner „Notfallarztwagen“ erstmals zum praktischen Einsatz.

Zur Realisierung des Notarztdienstes arbeitete die Universitätsklinik eng mit der Kölner Berufsfeuerwehr zusammen, und es kristallisierte sich auch bald eine eindeutige Aufgabenverteilung heraus: Die Beamten der Feuerwehr führten das Fahrzeug von der Feuerwache zum Krankenhaus, nahmen den dort bereitstehenden Arzt auf und fuhren gemeinsam zur Einsatzstelle. Während der Arzt die Vitalfunktionen sicherte, befreite die Feuerwehr die gerade bei Verkehrsunfällen oftmals nicht ohne weiteres zugänglichen Verunglückten, um sie der im konkreten Fall veranlassten medizinischen Erstversorgung zuzuführen.²⁹

Anders als beim Heidelberger Klinomobil hat man beim Kölner „Notfallarztwagen“ den Fehler vermieden, ein zu großes und damit schwerfälliges Fahrzeug in Dienst zu

²⁷ vgl. Gelbert 1958, 169-175.

²⁸ Ahnefeld 2003, 278.

²⁹ vgl. Feyrer, Hachenberg 1993, 829;

stellen. Der geräumige Kofferaufbau auf einem mittelgroßen LKW-Fahrgestell von Ford (Typ FK 2500) sicherte die erforderliche Schnelligkeit und Wendigkeit auch im Stadtverkehr. Der mit Intubationsbesteck, Beatmungs- und Narkosegerät, ausreichend Blutersatzflüssigkeit und den notwendigsten Operationsutensilien bestückte Kofferaufbau ermöglichte alle vor Ort veranlassten medizinischen Therapiemaßnahmen. Der zentral im Aufbau installierte Behandlungstisch ließ auch die Weiterbehandlung des Patienten auf der Fahrt in die Klinik zu, während es bis dahin wegen der räumlichen Enge in den Rettungswagen nicht möglich war, die Überwachung des Patienten auch auf dem Transport zu gewährleisten.

Bei dem Kölner Fahrzeug konnte schon nach wenigen Ernstfall-Einsätzen von einem Modellversuch nicht mehr die Rede sein; das mit ihm realisierte Konzept entsprach ohne Einschränkungen den Anforderungen der Praxis und der Kölner „NAW“ gilt daher zu Recht als der erste originäre Notarztwagen in der Bundesrepublik. Die den Bedürfnissen der Praxis angepassten Anforderungen an das Fahrzeug, seine Ausstattung und seine Besetzung von Hoffmann und Friedhoff haben sich in der Folgezeit daher auch rasch generell durchgesetzt.³⁰



Abb. 5: Deutschlandweit der erste originäre Notarztwagen in Köln, 1957

2.4.3 Das „Gummersbacher Modell“

Auch Friedhoff Wolfgang Herzog (1922-2007) leistete Pionierarbeit bei der Umsetzung der Konzeption von Hoffmann und Friedhoff. Mitte der 50er Jahre war er ebenfalls Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln und bereits dort in die Entwicklung des Kölner NAW-Modells (Notarztwagen-Modells) eingebunden.

³⁰ vgl. Schläfer Unfallrettungsdienst und Krankentransport 1968, 315; vgl. Feyrer, Hachenberg 1993, 829; vgl. Herzog 1988, 22-23.



Abb. 6: Prof. Dr. Wolfgang Herzog, Gummersbach
Initiator eines ersten *ländlichen* Notarztdienstes, 1963

1960 übernahm Herzog die Leitung der Chirurgie am städtischen Krankenhaus Gummersbach, wo er – aufbauend auf seine Kölner Erfahrungen – für den Oberbergischen Kreis den *ländlichen* Rettungsdienst „Gummersbacher Modell“ initiierte und mit großem persönlichem Engagement zum Erfolg führte.

Angelehnt an das Krankenhaus, war es ein speziell auf die ländlichen Strukturen und die Mittelstadt Gummersbach zugeschnittenes Notarzt-System - das erste seiner Art in der Bundesrepublik. Am Ende sehr zäher Vorverhandlungen ging es nach knapp drei Jahren endlich an den Start. Am 30. August 1963 fuhr der Gummersbacher-Notarztwagen seinen ersten Einsatz.

Als problematisch erwies sich unter den speziellen örtlichen Gegebenheiten vor allem die Rund-um-die-Uhr-Besetzung des von Stadt und Landkreis gemeinsam finanzierten Fahrzeugs mit Arzt, Sanitäter und Fahrer. Letztere ließen sich aus dem Pflegepersonal des Krankenhauses rekrutieren. Was den Arzt betraf, tat Herzog einen entscheidenden Schritt, indem er – nicht ohne juristische Bedenken – seinen diensttuenden Assistenzarzt für die NAW-Einsätze abstellte, so dass die chirurgische Abteilung nachts gelegentlich ohne Arzt war. Die Vertretung oblag dann anderen Nachtdienst-Ärzten im Krankenhaus und dem Oberarzt in Rufbereitschaft. Diese keineswegs unumstrittene Entscheidung Herzogs, das Gebot der Hilfeleistung für einen Schwerverletzten in Lebensgefahr höher zu bewerten als die Vorgaben der geltenden Dienstanweisungen, wurde erst Jahre später durch ein Gerichtsurteil legalisiert, war seinerzeit aber Vorbedingung für die Realisierung des Vorhabens.

Nach 25 Jahren Notarztdienst im Oberbergischen Kreis resümierte Herzog über sein „Gummersbacher Modell“:

„Wir haben versucht, unter den Bedingungen einer Mittelstadt und im ländlichen Raum ein effektives Notarztwagensystem unter den gegebenen wirtschaftlichen Möglichkeiten aufzubauen. Ein Forschungsauftrag stand uns nicht zur Verfügung, ein Beispiel, an dem wir uns orientieren konnten, gab es nicht. Die Keimzelle war eine kleine Wache im alten Krankenhaus, die mit Funkgeräten weitgehend aus eigenen Mitteln ausgestattet, ein gut funktionierendes Meldesystem besaß, nachdem mühsame bürokratische Wege hatten zurückgelegt werden müssen.“³¹

2.5 Zur Situation in München nach dem Zweiten Weltkrieg

In München war in den ersten Nachkriegsjahren an ein Rettungssystem etwa nach dem Kölner Muster aus mehreren Gründen auch auf längere Sicht nicht zu denken. Die amerikanische Besatzungsmacht hatte verfügt, dass Rettungsdienst und Krankentransport in Bayern weiterhin vom Roten Kreuz wahrzunehmen seien. Anders als beispielsweise in der britischen Besatzungszone, wo die Feuerwehren mit dieser Aufgabe betraut waren, nahm die Münchner Feuerwehr also nicht unmittelbar am Rettungsdienst teil, besetzte aber gleichwohl mehrere „Unfallrettungswagen“, die zu Brand- oder Unfall-Alarmen von Fall zu Fall mit ausrückten, - primär zur Versorgung und zum Transport Verletzter bei Eigenunfällen.³²

Immer wieder einmal bediente sich aber auch das Bayerische Rote Kreuz (BRK) der Hilfe der Feuerwehr, wenn es selbst zur Beschickung eines Unfallorts kein Fahrzeug mehr verfügbar hatte. Die Berufsfeuerwehr übernahm dann mit einem ihrer Unfallrettungswagen diese ihr zugewiesenen Transporte im Auftrag des BRK.³³

Allerdings blieben mehr oder weniger heftige Kontroversen zwischen dem Rettungsdienstpersonal des Bayerischen Roten Kreuzes und den in der Unfallrettung eingesetzten Feuerwehrbeamten nicht aus, weil das BRK und die anderen Hilfsorganisationen offensichtlich den Anforderungen eines zeitgemäßen Rettungsdienstes nicht gerecht werden konnten. Die Gründe dafür waren zum einen finanzielle Engpässe und eine daraus resultierende unzureichende personelle und technische Ausstattung, zum anderen aber wohl auch das offenbar fehlende Interesse, die bisherige Verfahrensweise zu revidieren.

³¹ Herzog 1988, 29.-30.

³² vgl. Schläfer 20 Jahre „Gemeinsamer Notarztdienst“ 1986, 185.

Der Sachgebietsleiter „Rettungsdienst-Ausbildung“ an der Münchner Feuerweherschule der Berufsfeuerwehr Klaus Enhuber, äußerte sich zum Thema Krankentransport und Rettungsdienst und den damaligen Schwierigkeiten: „[So] fehlte in den folgenden Jahren Einsicht in die zwischenzeitlich gesammelten Erkenntnisse einer zeitgerechten unfallmedizinischen Versorgung. Von der Stadtverwaltung wurden verschiedentlich Versuche unternommen, in München diese Zustände zu bessern, sie blieben aber ohne durchschlagenden Erfolg.“³⁴

Ein Verkehrsunfall am 30. Juni 1954 in der Münchner Neuhauser Straße deckte schließlich die eklatanten Mängel in der Abwicklung des Rettungsdienstes in aller Öffentlichkeit auf: Beim Zusammenstoß mit einem PKW war ein Motorradfahrer zu Schaden gekommen. Trotz mehrmaliger Anrufe beim Bayerischen Roten Kreuz blieb der Schwerverletzte längere Zeit unversorgt. Das lange Warten auf Hilfe löste bei den Passanten verständlichen Missmut aus. Als statt des erwarteten Sanitätswagens des Roten Kreuzes nach etwa 25 Minuten ein Unfallrettungswagen der Feuerwehr eintraf, wurde seine Besatzung von Schaulustigen aufs übelste beschimpft, ja sogar tödlich angegriffen, – in Unkenntnis der erst Minuten zuvor erfolgten Alarmierung der Berufsfeuerwehr. Die Besatzung ihres Unfallrettungswagens leistete Erste Hilfe und transportierte den Verletzten ab.³⁵

Vielfache Berichte über diesen Vorfall in allen Medienheizten die öffentliche Diskussion weiter an und ließen zunehmend Kritik an dem in der Öffentlichkeit als desolat empfundenen Zustand des Münchner Rettungsdienstes laut werden. Dieses Medieninteresse veranlasste schließlich auch den Stadtrat, den Unfallrettungsdienst im Stadtgebiet München unter Einbeziehung der Feuerwehr zu untersuchen. Vorschläge zur Übernahme des Unfallrettungsdienstes in städtische Regie wurden aber abgelehnt. Mit einem einmaligen Zuschuss in Höhe von 50.000 DM zur Beschaffung von Sprechfunkgeräten hielt man eine bessere und schnellere Koordinierung der Sanitätsfahrzeuge des BRK für möglich.

Die Berufsfeuerwehr sollte durch die Anschaffung zweier weiterer Unfallrettungswagen die Einsatzbereitschaft der Rettungsdienste in der Stadt unterstützen und

³³ vgl. Enhuber 1982, 226.

³⁴ Enhuber 1982, 226.

³⁵ vgl. Stadtarchiv München – Amt für öffentliche Ordnung Nr. 93 Süddeutsche Zeitung, Nr. 148 vom 1.07.1954, „600 Menschen warten auf ein Krankenauto. Schwerverletzter liegt eine halbe Stunde

übernahm dann auch immer häufiger neben dem sich langsam formierenden Bayerischen Roten Kreuz und den anderen Hilfsorganisationen, wie dem Arbeitersamariterbund (ASB), Johanniter-Unfallhilfe (JUH), Malteser-Hilfsdienst (MHD) Einsätze im Rettungsdienst.³⁶

Fritz Hermann Holle (1914-1998), Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, der im Münchner Notarztdienst noch eine tragende Rolle spielen sollte, schildert seine Erinnerung an diese Zeit wie folgt: „Ich erinnere mich der notarztlosen, der hilflosen Zeit in München, bevor es hier einen Notarztdienst gab. Einen Krankenwagen zu bekommen, war damals ein Geduldsspiel. Selbst für die Verlegung musste nicht selten bis zu 24 Stunden auf ein Fahrzeug gewartet werden.“³⁷ Diese Umstände führten dazu, dass sich die Münchner Stadtregierung mit der unzureichenden medizinischen Versorgung der Bürger befasste und nach einer Lösung suchte.

2.6 Einrichtung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Eine ständige Dienstbereitschaft zur Sicherung der ärztlichen Versorgung der Münchner Bürger erwies sich als problematisch. Kritische Situationen ergaben sich besonders an Sonn- und Feiertagen und des Nachts. Die FDP-Fraktion im Stadtrat forderte daher Anfang April 1959 „eine bessere ärztliche Versorgung der Bevölkerung zur Nachtzeit und an Sonn- und Feiertagen.“³⁸ Später verlangte sie eine eigene Notrufnummer für diese ärztliche Hilfe, damit nicht mehr die Polizei zur Vermittlung von Ärzten tätig werden müsse. Seitens des Stadtrats wurde der Vorwurf laut, dass es eine Blamage sei, wenn in München Ärzte mit der Funkstreife herbeigeholt werden müssten.³⁹

Doch erst als auch Oberbürgermeister Thomas Wimmer (1887-1964) sich zu den Lücken der ärztlichen Versorgung in den genannten Zeiten bekannte und sie als schwierig und manchmal tatsächlich unzureichend beschrieb, stand der Umsetzung des FDP-Antrags nichts mehr im Wege.

auf der Straße/ Die Feuerwehr muß helfen betreffend Rettungsdienst und Krankentransportwesen in München.

³⁶ vgl. Stadtarchiv München: Beschluß der Vollversammlung des Stadtrates vom Dienstag, den 9. November 1954 (öffentlich) betreffend Rettungsdienst und Krankentransportwesen in München. – Amt für öffentliche Ordnung Nr. 93.

³⁷ Rath, Wischhöfer, 1982, 7.

³⁸ Stadtarchiv München –ZA: Der nächtliche Notruf nach dem Arzt. Münchner Merkur, Nr.92 vom 17.04.1959.

Sie führte zu dem Experiment eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Stadt: „Drei junge, nicht praktisch tätige Ärzte werden für diesen Bereitschaftsdienst angestellt, zwei von ihnen sollen ständig erreichbar sein, während der dritte als Reserve gilt. Aufgabe der Ärzte wird es sein, bei dringenden Notrufen die Verbindung zwischen dem anrufendem Patienten und seinem Hausarzt, den er nicht erreichen kann, herzustellen. Ist es nicht möglich, wird der Bereitschaftsarzt mit seinem Fahrzeug selbst zu dem Patienten fahren und eine Notbehandlung durchführen.“⁴⁰

Mit diesem Bereitschaftsdienst versuchte die Stadt München ab 1. Mai 1959 eine ärztliche Versorgung von Notfallpatienten auch in den Nachtstunden sowie an Sonn- und Feiertagen zu gewährleisten. Bürgern mit akuten Erkrankungen oder einem sich überraschend verschlechternden Gesundheitszustand war es nunmehr möglich, auf diesen ärztlichen Dienst zurückzugreifen, wenn weder der Hausarzt noch ein anderer Arzt zur Verfügung standen. Medizinaldirektor Anton Hollweck, damals Leiter der städtischen Gesundheitsbehörde, äußerte allerdings Bedenken hinsichtlich der praktischen Durchführbarkeit des Stadtrats-Beschlusses: „Es kann nicht verschwiegen werden, daß [...] Unzulänglichkeiten am Samstag und Sonntag bleiben werden.“⁴¹

2.7 Ein Angebot der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik

Um die fortwährenden Missstände beim Münchner Rettungsdienst wusste natürlich nicht zuletzt der seit 1. Mai 1960 bei der Berufsfeuerwehr tätige und zum 1. Juni 1965 in das Amt des Leiters der städtischen Branddirektion berufene Dipl.-Ing. Karl Seegerer, der sich mit diesen Unzulänglichkeiten jedoch keinesfalls abfinden wollte.⁴² Als junger Referendar und später als Brandrat bei der Kölner Berufsfeuerwehr hatte Seegerer Ende der 50er Jahre dort die Entstehung und Bewährung des „Notfallarztwagens“ in der Praxis kennen und schätzen gelernt. Die gemachten Erfahrungen brachten ihn auf die Idee ein solches Notarztsystem auch in München zu verwirklichen. Um eine entsprechende Einrichtung in München ins Leben zu rufen, bedurfte es jedoch zunächst des gleich gesinnten ärztlichen Partners, der sich

³⁹ Stadtarchiv München – ZA: Notruf nach dem Arzt. Süddeutsche Zeitung, Nr.72 vom 25.04.59.

⁴⁰ Stadtarchiv München – ZA: Der nächtliche Notruf nach dem Arzt. Münchner Merkur, Nr.92 vom 17.04.1959.

⁴¹ Stadtarchiv München – ZA: Der nächtliche Notruf nach dem Arzt. Münchner Merkur, Nr.92 vom 17.04.1959;

⁴² vgl. Fisch, Süddeutsche Zeitung vom 12./13.2.1966; vgl hier auch Buscher, Süddeutsche Zeitung vom 4.2.1966.

ziemlich überraschend über einen Presseartikel in der Süddeutschen Zeitung vom 18. Februar 1966 auch fand:

Jederzeit Nothilfe für Unfallverletzte

In der Universitäts-Poliklinik an der Pettenkoferstraße besteht seit einigen Wochen eine eigene Annahmestelle für Notfälle. Dies teilte der Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, Professor Dr. Fritz Holle, der SZ mit, die in der vergangenen Woche mit Fachleuten Fragen des Verletztentransportes und der Unfallhilfe im Stadtgebiet diskutiert hatte (vgl. SZ vom 12./13. Februar 1966).

Holle berichtet, in dieser neuen Annahmestelle stehe jederzeit ein Arzt zur Verfügung, so daß chirurgische und medizinische Nothilfe immer möglich sei. Die Patienten könnten aus dem Unfallwagen direkt in den Annahmeraum gebracht und dort von den diensthabenden Ärzten gesehen werden; leichtere Fälle könnten sofort abgefertigt, schwerere der zuständigen Spezialabteilung zugewiesen werden. „Auch ein ‚mobiler Unfallarzt‘ könnte bei Bedarf von der Chirurgischen Poliklinik gestellt werden“, schreibt Professor Holle.

Dieser Klinik sei nicht zuletzt auch im Interesse des Unterrichts an einer Intensivierung des chirurgischen Nothilfedienstes gelegen, weil es sich hier um die einzige Stelle in München handle, an welcher über „Chirurgische Poliklinik“ gelesen wird. Dieses Kolleg diene in erster Linie der Ausbildung in der Erkennung und Behandlung chirurgischer Notfälle des Alltagslebens.

Holle richtet an die zuständigen und interessierten Stellen die Bitte, „in Zukunft die Universitäts-Poliklinik in den Nothilfedienst stärker einzubeziehen, als dies bisher aus zeitlichen und baulichen Gründen geschehen konnte“.

gsi.

Abb. 7: Süddeutsche Zeitung Nr. 42 vom Freitag, 18.2.1966, Seite 11

Das in diesem Bericht zitierte Angebot des Direktors der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, Prof. Dr. Fritz Holle, für Rettungseinsätze zu jeder Tages- und Nachtzeit einen Unfallchirurgen seines Hauses abzustellen, sollte sich als Basis einer denkbar erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen der Klinik an der Pettenkoferstraße und der städtischen Branddirektion erweisen und das Rettungswesen in der Landeshauptstadt (und später auch im Landkreis München) revolutionieren.

3. ENTSTEHUNG UND ENTWICKLUNG DES MÜNCHNER NOTARZTDIENSTES

3.1 Initial- und Aufbauphase

3.1.1 Das Zusammenwirken von ärztlicher und technischer Hilfe am Unfallort

Bei Einsätzen der Berufsfeuerwehr zur Unfallhilfe musste man nicht selten erkennen, dass parallel zur geleisteten technischen Hilfe auch ärztliche Maßnahmen vonnöten gewesen wären, um den oder die Patienten während der oft langwierigen Rettungsarbeiten zu versorgen und zu betreuen. Für die Branddirektion ergab sich aus dieser Erfahrung die naheliegende Forderung, dass in solchen Fällen ein einschlägig erfahrener Arzt die Erstversorgung der Verletzten übernehmen und deren anschließende Beförderung in eine *geeignete* Klinik begleiten sollte.

K. Seegerer berichtete einige Jahre später aus der Sicht der Feuerwehr über die damaligen Verhältnisse:

„Es ist sicherlich verständlich, wenn wir einen so unter oft wirklich verzweifelten Anstrengungen Geretteten dann auch vor allen zusätzlichen Schädigungen bewahrt sehen wollen, die er in seiner Zwangslage, bei der Bergung oder nachher auf dem Transport erleiden kann – kurz: vor den uns hinlänglich bekannten, nach heutiger Erkenntnis aber durch sachgerechte ärztliche Soforthilfe vermeidbaren Schädigungen oder Spätfolgen solcher Schädigungen!“

Und weiter mit dem Hinweis auf gezeigte Lichtbilder aus dem Einsatzgeschehen der Münchner Branddirektion:

„Diese Aufnahmen dürften sehr eindeutig erkennen lassen, daß die Theorie „in der Großstadt kann ein Verletzter in längstens 5 Minuten in der nächsten Klinik sein“ von einer nur zu oft falschen Voraussetzung ausgeht: Ganz abgesehen davon, daß diese „nächste Klinik“ durchaus nicht immer auch die im Einzelfall geeignetste ist, wird übersehen, daß der Verletzte häufig eben *nicht* einfach übernommen und abtransportiert werden kann, weil schon allein die Rettungsarbeiten sehr viel mehr Zeit als diese ominösen 5 Minuten in Anspruch nehmen!“⁴³

⁴³ Seegerer Technik und Organisation 1969, 346-347.



Abb. 8: Arbeiter mit Arm in Walze



Abb. 9: Person unter Zug



Abb. 10: Kinderarm im Spalt zwischen Kabinenboden und Fahrstuhlchacht



Abb. 11: Schwerverletzter auf dem Vordersitz eines Kombiwagens eingeklemmt

Die durch den technischen Fortschritt in vielen Bereichen bedingten Veränderungen stellten zunehmend höhere Anforderungen auch an das Rettungswesen, und die Rettungsdienste konnten zumeist mit dieser Entwicklung zumindest zeitweilig nicht Schritt halten. Vielfach gab es durchaus berechtigte Kritik in der Öffentlichkeit, die Mitte der sechziger Jahre schwere Vorwürfe gegen die Ausführenden erhob.

Verspottet und als Versager bezeichnet, las man 1965: „Rette sich wer kann“, „Unsere Erste Hilfe ist das Letzte“ oder „20.000 Unfalltote könnten noch leben“.⁴⁴

Die Absicht, einen zeitgemäßen Notarztdienst etwa nach dem Kölner Modell auch in München ins Leben zu rufen, ließ den Feuerwehrchef unter diesen Umständen nicht mehr los, denn immer wieder musste zu einem Einsatz eilig ein Arzt aus einer nahe gelegenen Klinik oder Praxis herbeigeholt werden, um Unfallopfer vor Ort zu versorgen. Dabei ergaben sich nicht selten Schwierigkeiten, wie der folgende Bericht zeigt: „...durchaus nicht immer war es möglich, auf diese Weise einen Arzt zu erreichen;

⁴⁴ Lick, Schläfer: Unfallrettung 1985, 12-13

nicht immer verfügte dieser über das erforderliche Nothilfegerät; nur allzu häufig fehlte ihm auch die praktische Erfahrung, die in solchen durchwegs schwierigen Unfallsituationen nun einmal unerlässlich ist.“⁴⁵

3.1.2 Ein erster Kontakt mit der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik

Das Angebot von Holle, mit seiner Klinik als ärztlicher Partner der technischen Truppe „Feuerwehr“ zu fungieren, sollte daher ehestmöglich in die Praxis umgesetzt werden. Die Wachdienstleiter der Berufsfeuerwehr erhielten Anweisung, bei nächster Gelegenheit die Chirurgische Universitäts-Poliklinik in die Versorgung von Unfallopfern einzuschalten, um auf das im Raum stehende Angebot des Klinikchefs zurückzukommen.

Eine erste Gelegenheit dazu ergab sich im Zusammenhang mit einem Unfall bei Filmaufnahmen, an denen die Berufsfeuerwehr mitwirkte: „Dabei kamen ein Kameramann und seine Arriflex zu Schaden. Die Kamera war Schrott, der Filmer trug eine markante Platzwunde in der Schädelschwarte davon; sein Zustand erlaubte jedoch uneingeschränkt den sitzenden Transport in einem Pkw.“⁴⁶

Der diensthabende Wachdienstleiter, Brandrat Dipl.-Ing. H. Schläfer, der die Filmaufnahmen beaufsichtigt hatte, steuerte mit dem Patienten also nicht die Chirurgische Klinik in der Nußbaumstraße an, sondern – weisungsgemäß – die in unmittelbarer Nähe gelegene Chirurgische Universitäts-Poliklinik in der Pettenkoferstraße an. Nachdem der verletzte Kameramann der Klinik-Ambulanz übergeben war, kam es zu dem angestrebten persönlichen Kontakt mit Holle, der erklärte, er stünde selbstverständlich nach wie vor zu seinem Angebot - wenngleich es der gängigen Lehrmeinung seiner meisten Medizinerkollegen in München entgegenstehe.⁴⁷ Dass der ungewöhnliche Disput zwischen einem Uniformierten und dem Klinikchef die von ihm hinzugezogenen Oberärzte und Assistenten einigermaßen verwunderte, soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden!

Brandrat Schläfer berichtete umgehend dem Leiter der Branddirektion von diesem Erfolg der „Mission Poliklinik“ und Oberbranddirektor Seegerer erklärte alle weiteren Kontakte mit der Klinikleitung ab sofort zur Chefsache.

⁴⁵ Seegerer Technik und Organisation 1969, 348; vgl. hier auch Seegerer „10 Jahre Münchner Notarztdienst“ 1976, 576; vgl. hier auch Seegerer Organisatorische Probleme 1991, 3-4.

⁴⁶ Schläfer 20 Jahre „Gemeinsamer Notarztdienst“ 1986, 187.

⁴⁷ Schläfer 20 Jahre „Gemeinsamer Notarztdienst“ 1986, 187-188.

Die beiden „Väter“ des
Münchener Notarztdienstes



Abb. 12: Oberbranddirektor
Dipl.-Ing. Karl Seegerer



Abb. 13: Prof. Dr. med.
Fritz Hermann Holle

Seitens der Klinik genügten zwei Wochen, um die notwendigen Absprachen für die ins Auge gefasste Zusammenarbeit der Klinik mit der Berufsfeuerwehr zu treffen. Holle bestimmte Priv.-Doz. Dr. Rainer Fritz Lick, einen seiner Oberärzte, zum Verantwortlichen für die Organisation und Durchführung der Arzteinsätze. Die Branddirektion nutzte die Zeit für alle ihrerseits veranlassten Vorkehrungen: die Bereitstellung des benötigten Fahrzeugs, die Auswahl und Einteilung seiner Besatzungen, die Organisation der Nachrichtenmittel u. a. m.

Ihre als Abb. 14 wiedergegebene „Anordnung Nr. 3/66“ fasst in knappster Diktion die nötigen Weisungen an die Kräfte des Einsatzdienstes der Berufsfeuerwehr zusammen.

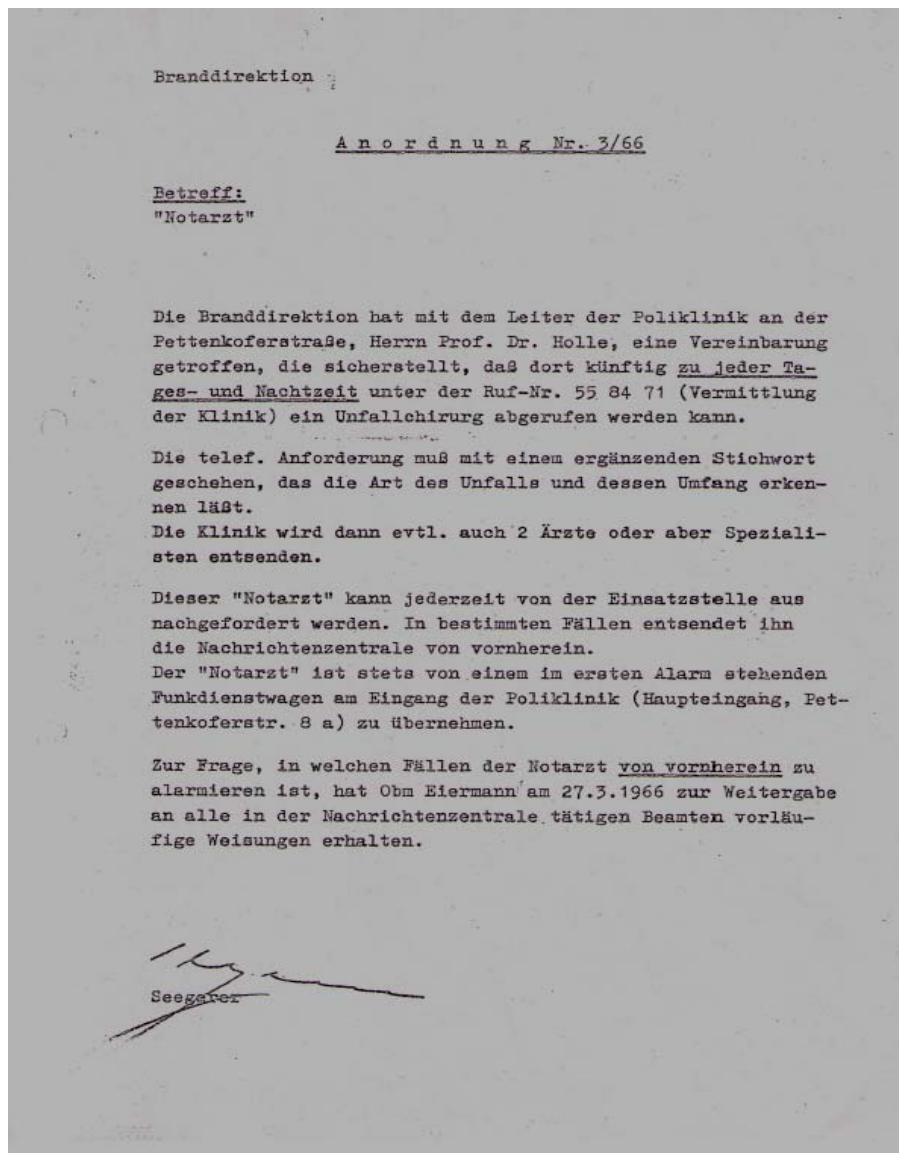


Abb. 14: Anordnung Nr. 3/66 der Branddirektion in Sachen „Notarzt“ ⁴⁸

3.1.3 Die Geburtsstunde des Münchner Notarztdienstes

Ihren ersten „Notarzteeinsatz“ fuhr die Berufsfeuerwehr dann am 30. März 1966 um 12:02 Uhr mit R. F. Lick persönlich und einem Assistenten im Funkdienstwagen des Wachdienstleiters.

Mit der Alarmdepesche

„Florian 10 zur Poliklinik! Arzt abholen, Notarzteeinsatz!“

schlug die Geburtsstunde des Notarztdienstes in der bayerischen Landeshauptstadt!⁴⁹

⁴⁸ Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarztdienst München: Anordnung Nr. 3/66 betreffend „Notarzt“.



Abb. 15: Die Feuerwehr bringt den Arzt mit einem Funkdienstwagen (BMW 501) von der Klinik zum Einsatzort.

Brandrat Schläfer, der an diesem 30. März 1966 zufällig wiederum diensthabender Wachdienstleiter war, rückte mit dem Funkdienstwagen „Florian 10“ von der Hauptfeuerwache beim Sendlinger Tor zur Klinik an der Pettenkoferstraße aus, um an deren Pforte Dr. Lick und einen Assistenten aufzunehmen. Gemeldet war ein „Wasserunfall an der Isar“, der sich vor Ort dann allerdings als Bagatelle und somit als „blinder Alarm“ für den Notarzt erwies: Eine ältere Frau war ausgerutscht und „in den Niedrigwasser führenden Fluß geraten“. Sie wurde vom Team eines Unfallrettungswagens der Feuerwehr bereits betreut.⁵⁰



Abb. 16: Anfänge des Notarztdienstes: Improvisierte Erstversorgung eines Unfallverletzten auf offener Straße

⁴⁹ Seegerer 10 Jahre „Münchener Notarztdienst“ 1976, 574.

⁵⁰ vgl. Schläfer 20 Jahre „Gemeinsamer Notarztdienst“ 1986, 186-187.

Fortan rückte zu jedem Feuerwehreinsatz, bei dem nach den Umständen vor Ort ein ärztliches Tätigwerden veranlasst schien, ein fest eingeteiltes Dreier-Team (Arzt, Rettungssanitäter und Fahrer) aus.

30 Jahre später würdigte der Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik „Innstadt“, Prof. Dr. Leonhard Schweiberer (geb. 1930) auf einer Pressekonferenz „Beginn und Entwicklung des Notarztdienstes in München“, die Entstehung und den Ausbau des Dienstes: „Der organisatorische und politische „Motor“ dieses Unterfangens war damals Herr Oberbranddirektor Dipl.-Ing. Karl Seegerer. Mit unermüdlichem Engagement und Persistenz gelang es ihm, dieses erste „Rendezvous-System“ zu etablieren.“⁵¹

Aus gleichem Anlass telegraphierte Prof. Dr. W. Herzog (Gummersbach) an die Direktion der Berufsfeuerwehr München: „Herrn ehem. Oberbranddirektor Karl Seegerer gratuliere ich zum 30-jährigen Jubiläum des modernen Rettungswesens sehr herzlich. Beim Aufbau der Notarztwagen-Organisation in Deutschland war er verdienstvoll beteiligt und das erfolgreiche Funktionieren des NAW-Systems in München ist allein sein Werk!“⁵²

3.1.4 Die weitere Entwicklung

Schon wenige Monate nach seiner Einrichtung konnte der Münchner Notarztdienst erste Aufsehen erregende Erfolge verzeichnen, so dass sich die Branddirektion entschloss, einen ihrer damals sechs Unfallrettungswagen als Behelfs-Notarztwagen ausschließlich für den Arzteinsatz bereitzustellen.⁵³ Um eine optimale Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und der nichtärztlichen Fahrzeugbesatzung sicherzustellen, führte die Berufsfeuerwehr für ihr Personal ein mehrwöchiges Klinikpraktikum ein, schien es doch unabdingbar, dass die *beiden* zum Einsatzteam gehörenden Feuerwehrbeamten, sowohl der „Sanitäter“ als auch der „Krafftfahrer“, eine gleich gute Qualifikation erhielten.⁵⁴

⁵¹ Schweiberer 1996, keine Seitenangabe.

⁵² Privatbesitz von K. Seegerer 2006/ 07.

⁵³ vgl. Seegerer Technik und Organisation 1969, 349.

⁵⁴ vgl. Enhuber 1982, 227.



Abb. 17: Unfallrettungswagen der Berufsfeuerwehr als Behelfs-Notarztwagen, 1966

Die Einsätze liefen fortan stets nach dem gleichen Muster ab: Erreichte ein Notruf die Nachrichtenzentrale der Feuerwehr, rückten die eingeteilten Beamten der Hauptfeuerwache zur Poliklinik aus, um den dort beim Pförtner bereitstehenden Arzt aufzunehmen und mit ihm weiter zum Einsatzort zu fahren („Abholssystem“). Als Aufgabe war dem Team vorgegeben: Die Erhaltung oder Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die Sicherung der Transportfähigkeit und die Überwachung des Patienten auf der Fahrt zur Aufnahme-Klinik.

Stieg die Zahl der Einsätze des Dienstes anfangs nur langsam an, so wurde schon während der ersten beiden Jahre der „Feuerwehr-Arzt“ immer häufiger angefordert: Leistete der Münchner Notarztdienst bis Ende 1966 noch in lediglich 151 Fällen Hilfe, so rückte er im darauf folgenden Jahr schon zu gut doppelt so vielen Alarmen aus.⁵⁵ Noch immer konnte aber trotz gelegentlicher Engpässe *ein* Notarzt das gesamte Stadtgebiet versorgen. Noch hatte sich nicht generell herumgesprochen, dass es möglich war, über den Feuerwehr-Notruf 112 einen Arzt anzufordern und dessen Hilfe tatsächlich in kürzester Frist vor Ort zu erhalten. Noch bestand erheblicher Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung ebenso wie bei den Medien, der Polizei und nicht zuletzt bei den im Rettungsdienst tätigen Hilfsorganisationen. Die Branddirektion musste ihr inzwischen zufriedenstellend funktionierendes Notarztsystem noch geraume Zeit verteidigen und versuchen die gleichwohl immer noch dagegen agierenden Kritiker zu überzeugen.

Es steht außer Zweifel, dass das Projekt „Münchner Notarztdienst“ ohne den permanenten persönlichen Einsatz von Feuerwehr und engagierter Ärzteschaft frühzeitig

⁵⁵ Seegerer 10 Jahre „Münchner Notarztdienst“ 1976, 578.

gescheitert wäre.⁵⁶ Zu ungünstig erschienen die Bedingungen und schier unüberwindbar die Schwierigkeiten. Auch die primär im Rettungsdienst tätigen Hilfsorganisationen standen dem Unternehmen äußerst kritisch gegenüber oder fühlten sich in ihrer Tätigkeit bevormundet. Hierzu schreibt der unbeirrbar für den Notarztdienst plädierende Seegerer: „Angesichts primitivster Arbeitsbedingungen, des Fehlens jedweder Entschädigung und der Konfrontation mit einer stattlichen Anzahl bürokratischer Hemmnisse (fehlender Versicherungsschutz, keine Zustimmung des Dienstherrn zur Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit außerhalb der Klinik u.a.m.) wurden jene Pioniertage nur mit größter Beharrlichkeit und der unerschütterlichen Überzeugung durchgestanden, dass zur optimalen Erstversorgung eines Patienten heute eben der Arzt an den Ort des Geschehens gehört...“⁵⁷

Eine repräsentative Statistik aus dem Jahr 1967 über die Verkehrsunfälle in der Bundesrepublik Deutschland und in München ein Jahr nach Aufnahme des Münchner Notarztdienstes, unterstrich die Notwendigkeit der Bemühungen um eine schnellen Erstversorgung des Patienten *am Unfallort* und der daraus resultierenden Verkürzung des „therapeutischen Intervalls“. Es konnte beobachtet werden, dass etwa die Hälfte der Unfalltoten, die bei Verkehrsunfällen auf Münchens Straßen ums Leben kamen, erst im Krankenhaus verstarben. Ursache hierfür war nach Ansicht von Lick nicht die durchaus leistungsfähigen und gut eingerichteten Unfallkrankenhäuser, sondern die „mangelhafte Erstversorgung von Schwerverletzten am Unfallort und auf dem Transport“, die „in vielen Fällen den an sich vermeidbaren Unfalltod“ zur Folge haben. Zur Behebung dieses Missstands forderte er den Einsatz „speziell geschulter Ärzte mit zweckentsprechend eingerichteten Notarzwagen“. Nur so könne das „therapeutische Vakuum“, das oft lebensentscheidend ist, verkürzt werden.⁵⁸

Dank der unermüdlichen Aufklärungsarbeit von Feuerwehr und Ärzteschaft über die Medien und in zahllosen Vortragsveranstaltungen setzte sich immer mehr die Praxis durch, dass auch die Rettungswagen der Hilfsorganisationen nicht mehr die nächstgelegene Klinik anfahren, um die rasche Weiterbehandlung ihres Patienten zu gewährleisten, vielmehr wurde zusehends mehr Wert gelegt auf eine fachgerechte Versorgung in einem *geeigneten* Krankenhaus.

Nachdem der zunehmend populäre „Feuerwehr-Arzt“ weiterhin steigende Einsatzzahlen vorweisen konnte, über eine knapp einjährige Praxiserfahrung verfügte und

⁵⁶ vgl. Seegerer 1976, 578.

⁵⁷ Seegerer 10 Jahre „Münchner Notarztdienst“ 1976, 576; vgl. hier auch Seegerer 1975, 536.

⁵⁸ Lick et al. Zweieinhalb Jahre Notarztdienst 1969, 358.

von den Bürgern schon geradezu als Synonym für schnelle und zuverlässige ärztliche Hilfe gesehen wurde, tat die Branddirektion einen nächsten wesentlichen Schritt:

3.1.5 Der erste Notarztwagen vom Typ „München“

Man entschloss sich, ein speziell für die Einsätze des Unfallarztes konzipiertes Rettungsfahrzeug zu beschaffen. Die dafür seitens der Stadt bereitgestellten Mittel beflügelten die gesamte Rettungsmannschaft.

Der erste originäre Notarztwagen vom Typ „München“, der am 29. Januar 1968 in Dienst gestellt wurde, führte zu einer entscheidenden Verbesserung der Behandlung, Betreuung und Begleitung der Unfallopfer auf dem Transport: Auf einem Frontlenker-Fahrgestell von Magirus-Deutz bot das Fahrzeug neben einer komfortablen technischen Ausstattung vor allem einen großzügig bemessenen Behandlungsraum. Die Abmaße des Kastenaufbaus und die ohne Einschränkung gegebene volle Stehhöhe ermöglichten der Fahrzeugbesatzung einen ungehinderten Zugang zum Patienten von allen Seiten.

Von den zuweilen denkbar ungünstigen Arbeitsbedingungen bei widrigen Witterungsverhältnissen, inmitten von neugierigen Schaulustigen oder auch unter den beengten Verhältnissen in einem Unfallrettungswagen konnten die Rettungskräfte sich nun verabschieden. Das geräumige Fahrzeug bot einen klimatisierten und sachgerecht ausgeleuchteten Arbeitsraum. Anders als bei den Unfallrettungswagen war der elektromechanisch verstellbare Behandlungstisch gut gefedert und ermöglichte so eine weitgehend erschütterungsfreie Fahrt. Der Besatzung stand eine umfangreiche medizinische und technische Ausstattung zur Verfügung, denn der Notarztwagen vom Typ „München“ übertraf die Anforderungen der einschlägigen Norm für Krankenkraftwagen DIN 75 080 bei weitem. Zur Ausrüstung gehörten unter anderem eine Sauerstoffanlage mit Beatmungs-, Inhalations- und Absaugeinrichtung, eine Wascheinrichtung sowie ein Vielkanal-Sprechfunkgerät.⁵⁹

Die Anschaffungskosten einschließlich der medizinischen Ausstattung beliefen sich damals auf rund 97.000 DM, wobei auf das Fahrgestell 21.000 DM, auf den Aufbau ca. 64.000 DM, die Funkeinrichtung 6.954 DM und das medizinische Equipment 5.100 DM entfielen.⁶⁰

⁵⁹ vgl. Schläfer Notarztwagen und Großunfallrettungswagen 1968, 319-320; vgl. hier auch Seegerer Voraussetzung und Organisation 1975, 538; vgl. hier auch Willke, Süddeutsche Zeitung vom 31.1.1968.

⁶⁰ vgl. Profeld Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge 1998, 55.



Abb. 18: Der erste Notarztwagen vom Typ „München“ mit seinem in voller Stehhöhe begehbaren Behandlungsraum, 1968



Abb. 19: Prof. Dr. F. H. Holle und Oberarzt Priv.-Doz. Dr. R. F. Lick mit Notarzt und Rettungssanitäter im Innenraum

Der neue Notarztwagen parkte tagsüber ausrückebereit vor der Klinik-Pforte an der Pettenkoferstraße. Für die Nachtstunden kam er mit dem diensthabenden Arzt (Chirurg oder Anästhesist) und den beiden Feuerwehrbeamten in der nahegelegenen Hauptfeuerwache der Berufsfeuerwehr an der Blumenstraße unter. Mit dieser Handhabung ließen sich die Ausrückezeiten gegenüber dem bis dahin praktizierten „Abholsystem“ weiter reduzieren.

3.1.6 Stationierungssystem an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik

Durch die Bereitstellung einer Unterkunft (Schlaf- und Aufenthaltsraum) für die nicht-ärztliche Besatzung und den Bau einer Einstellhalle für den Notarztwagen auf dem Klinik-Areal konnte einige Monate später schließlich das von Beginn an angestrebte „Stationierungssystem“ optimal praktiziert werden: Der diensthabende Arzt und die ihm zugeteilten beiden Feuerwehr-Rettungssanitäter konnten sich nun rund um die Uhr *in der Klinik* aufhalten.⁶¹

Der Alarmruf über eine drahtlose Personen-Suchanlage ließ sie zur Notarztwagen-Garage eilen. Über den Fahrzeugfunk erfuhren sie dort die Alarmadresse und rückten direkt von der Klinik aus. Die Errichtung der beheizten Fahrzeug-Garage war eine zwingende Notwendigkeit. Sie sicherte nicht nur die Alarmbereitschaft auch unter

winterlichen Bedingungen und erlaubte die Durchführung der unerlässlichen Wartungsarbeiten *in der Klinik*, zu denen das Fahrzeug bis dahin außer Dienst genommen werden musste. Vereinfacht war jetzt auch die Medikamenten-Ergänzung aus der Klinikapotheke, der Ersatz der Verbrauchsmittel und anderes mehr.⁶²

Dass die Baumaßnahme von der Planung bis zur Fertigstellung als Eigenleistung des Sachgebiets „Bauunterhalt“ der städtischen Branddirektion durchgezogen wurde, sei hier ausdrücklich angemerkt.

In der Einführung des „Stationierungssystems“ sahen Klinikleitung und Branddirektion gleichermaßen die für großstädtische Verhältnisse beste Lösung: Neben einer Reihe von Vorzügen anderer Art hatte es nicht zuletzt eine verbesserte Teamfähigkeit zur Folge.

Seegerer schildert dies wie folgt: „Die optimale Lösung „ist ganz zweifellos die der Stationierung des Fahrzeugs an der Klinik, die den Notarzt stellt, mit dem daraus sich ergebenden unmittelbaren Kontakt zwischen Unfallort, Transportweg und Krankenhaus, dessen Bedeutung gar nicht hoch genug veranschlagt werden kann. Nicht nur der diensttuende Arzt sollte unbedingt diesen unmittelbaren Kontakt bekommen (die Verbindung zu seiner Klinik also behalten und keinesfalls gezwungen werden, irgendwo Bereitschaftsstunden abzusitzen) – auch das ihm zugeteilte Transportpersonal muß Gelegenheit haben, in der alarmfreien Zeit in der Nothilfe, in der Ambulanz, in der Wachstation der Klinik seine Kenntnisse durch enge Berührung mit der Praxis zu vervollständigen und sich weiterzubilden.

Ein Nebeneffekt: Wir haben uns in München einen breiten Stamm von Feuerwehrbeamten herangebildet, die dem Arzt in allen Situationen zur Hand gehen können.

Diese Beamten und der Arzt sind aber nicht nur technisch aufeinander eingespielt, sie bilden nicht zuletzt deshalb ein ideales Team, weil ihre gemeinsame Tätigkeit auch vom gegenseitigen Sich-Kennen und Sich-Vertrauen bestimmt wird. Da der Notarzt gar nicht so selten bereit sein muß, sich in mehr oder weniger ungewöhnliche Situationen zu begeben, kommt aber gerade diesem persönlichen Verhältnis besondere Bedeutung zu; der Arzt sollte und muß sich stets unter dem Schutz und der Obhut einschlägig erfahrener technischer Helfer wissen!“⁶³

⁶¹ vgl. Seegerer Technik und Organisation 1969,349.

⁶² Gespräche mit K. Seegerer 2006/ 07.

Auch nach Meinung von Lick war das Stationierungssystem die bestmögliche Organisationsform des Notarztdienstes für München. Gerade auch aus ärztlicher Sicht ist die routinierte Zusammenarbeit eines auch aus dem Klinikalltag miteinander vertrauten Rettungsteams von Vorteil: „Insbesondere kennen die Sanitäter besondere individuelle ärztliche Maßnahmen und Techniken. Die Therapie vom Notfallort bis zur endgültigen Versorgung bleibt in einer Hand. Die Sanitäter sind über die Besonderheiten der Klinik informiert. Die Ausrüstung des Notarzwagens mit Medikamenten und mit Notarztkoffer kann nach den speziellen Gegebenheiten vorgenommen werden [...] Auch werden Rettungsmänner, wie aus vielen persönlichen Gesprächen bekannt ist, ganz besonders auch dann in ihrer Tätigkeit motiviert, wenn sie nicht nur nach der Erstversorgung des Verletzten den Zubringerdienst für das Krankenhaus bilden, sondern auch über das weitere Schicksal der Verletzten Kenntnis bekommen.“⁶⁴

Die theoretische Ausbildung der Feuerwehrbeamten konnte einerseits durch das Ausbildungsangebot der Klinik für Angehörige der Heilhilfsberufe und andererseits durch eine auf die sanitätsdienstliche Ausbildung aufbauende Fortbildung nach der „Verordnung über die Zulassung zu den Laufbahnen, die Ausbildung und die Prüfung des feuerwehrtechnischen Dienstes“ wahrgenommen werden.⁶⁵



Abb. 20: Alarm für den Notarzt der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, hier mit einem Notarzwagen der zweiten Generation

⁶³ Seegerer Technik und Organisation 1969, 350.

⁶⁴ Dokumentation, Archiv Branddirektion München: Mitteilung vom 6. November 1980 von Prof. Dr. med. Rainer F. Lick Chefarzt der I. Chirurgischen Klinik, Leitender Medizinaldirektor des Landkrankenhauses Coburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg betreffend Notarztsysteme.

Sich zurückerinnernd, stellte Holle anlässlich der 5. Fortbildungstagung für Notfallmedizin an der Geburtsstätte des Münchner Notarztdienstes, der Chirurgischen Poliklinik der Universität, begeistert fest: „Ich erinnere Sie an den Beginn des Notarztdienstes, eine herrliche Zeit, in der eine Handvoll beherzter Männer ausreichte, um ein Problem im Handstreich zu lösen, das buchstäblich auf der Straße lag; auf den Straßen unserer Stadt, die sich damals anschickte, die Millionenziffer von Einwohnern zu überschreiten[,...]“⁶⁶

Gleichwohl waren noch immer erhebliche Widerstände zu überwinden: Abgesehen vom Bayerischen Roten Kreuz, das weiterhin Skepsis bekundete, sprachen sich auch prominente Mediziner hartnäckig gegen die Forderung nach der ärztlichen Erstversorgung am Unfallort aus. Wichtiger erschien ihnen nach wie vor der rasche Transport Verletzter in ein Krankenhaus. Trotz dieser widrigen Umstände gelang es in dieser schwierigen Aufbauphase letztendlich aber doch die Effizienz des Notarztdienstes im System des Rettungswesens in München zu beweisen.⁶⁷

3.2 Erweiterungsphase

3.2.1 Zweiter Stationierungsort am städtischen Krankenhaus Oberföhring

Ein einziger Notarztwagen war angesichts der ansteigenden Zahl von Einsätzen schon bald nicht mehr ausreichend. Sie verlangten dringlich nach einem zweiten Stationierungsort. Auf der Suche nach diesem zusätzlichen Stützpunkt bot sich der Chefarzt der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Oberföhring, Dr. Dr. Simon Snopkowski (1925-2001) an, und so konnte bereits am 28. Mai 1968 ein weiterer Notarztwagen den Dienst aufnehmen.

Das benötigte Fahrzeug wurde von dem Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes in Bonn leihweise zur Verfügung gestellt. Das elfenbeinfarben lackiertes Gefährt mit dem Emblem des Roten Kreuzes auf der Motorhaube und einem Bonner Kennzeichen entlastete den an der Poliklinik stationierten Notarztwagen fühlbar: „Immerhin waren im Schnitt bereits 50 Einsätze monatlich zu bewältigen.“⁶⁸

⁶⁵ vgl. Enhuber 1982, 227.

⁶⁶ Rath, Wischhöfer Einführung 1982, 7.

⁶⁷ Persönliche Mitteilungen: K. Seegerer 2006/ 07.

⁶⁸ Seegerer: Voraussetzung und Organisation 1975, 536; vgl. hier auch Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarztdienst München: Anordnung Nr. 15/68 betreffend Zweiter Notarztwagen; vgl. hier auch Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarztdienst München: Anordnung Nr. 17/67 betreffend Notarztwagen; vgl. hier auch Profeld: Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge 1998, 56; vgl. hier auch Seegerer Organisatorische Probleme



Abb. 21: Der vom Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes in Bonn als Leihfahrzeug überlassene Notarztwagen, 1968

Im Fernschreib- und Funkverkehr der Feuerwachen wurde dieser zweite Notarztwagen, der am städtischen Krankenhaus München-Oberföhring stationiert war, mit dem Kürzel „NAW-Ost“ bezeichnet und unterschied sich so vom Notarztwagen der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik mit der Bezeichnung „NAW-Mitte“.⁶⁹ Über diese Kurzbezeichnungen konnten die beiden Fahrzeuge identifiziert und dem jeweiligen Stationierungsort zugeordnet werden.

Da man in München nunmehr auf zwei Notarztdienste zurückgreifen konnte, erschien es sinnvoll, das Einsatzgebiet in zwei Bereiche aufzuteilen: Während der in der Innenstadt zentral gelegene „NAW-Mitte“ an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik den westlichen Teil des Stadtgebiets abdeckte, konnte der östliche Teil vom Oberföhringer Notarztwagen „NAW-Ost“ bedient werden. Obwohl diese Unterteilung der Stadt in zwei Einsatzbereiche rein organisatorisch den Vorteil bot, ein größeres Aufkommen an Patienten zu bewältigen, war sie keine unüberwindliche Grenze. Die schnelle medizinische Hilfe am Ort des Geschehens mit dem anschließenden überwachten Transport des Patienten in ein fallbezogen geeignetes Krankenhaus war weiterhin das alleinige Ziel. Es verstand sich auch von selbst, dass sich die beiden Notarztdienste, wenn immer möglich, unterstützten und ergänzten. Selbst die Stadtgrenzen wurden ignoriert, um Leben zu retten und bei Bedarf auch Einsätze im Bereich des Landkreises gefahren. Vereinfacht gesagt, stand fest: „Der Aktionsradius

1991, 4.

⁶⁹ vgl. Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarztdienst München: Anordnung Nr. 15/68 betreffend Zweiter Notarztwagen.

des Münchner Notarztdienstes ist durch keinerlei Weisungen oder Vorschriften beschränkt.“⁷⁰

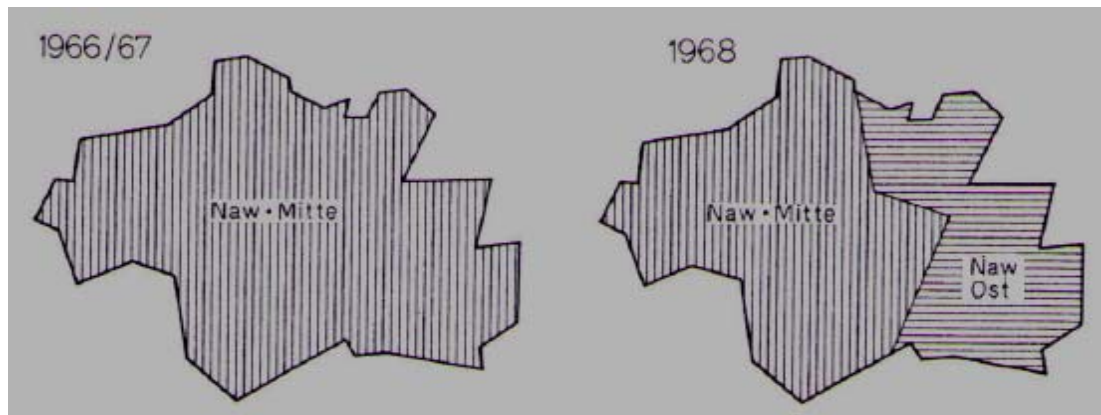


Abb. 22: Einsatzbereiche der beiden Notarztwagen

Dank des zusätzlichen Notarztwagens am Stationierungsort Oberföhring konnten jetzt nicht nur zwei Notarztwagen eingesetzt werden, auch die Einsatzstrecken verkürzten sich, so dass sie schneller am Einsatzort eintreffen konnten. Der zweite Notarztwagen kam zunächst im Oberföhringer Krankenhaus in einem der ursprünglich als Luftwaffen-Lazarett der Wehrmacht errichteten Barackenbauten unter.



Abb. 23: Der zweite Notarztwagen vor der „Baracken-Garage“ des städtischen Krankenhauses Oberföhring

Mit Schließung des Krankenhauses 1984 zog der „NAW-Ost“ in den benachbarten Bezirk Bogenhausen in das dort neu errichtete Klinikum um. Der in Bogenhausen

⁷⁰ vgl. Martens, Schläfer 1966, 348-349.

dann als ärztlicher Direktor fungierende Snopkowski schreibt über seine Erinnerungen als Chirurgischer Chefarzt des Krankenhauses Oberföhring:

„Mit der wachsenden Motorisierung der Gesellschaft stieg in den 60er Jahren die Unfallquote dramatisch an. Eine rasche Versorgung der Unfallbetroffenen vor Ort war soviel wie nicht gegeben. Der einzige Notarztwagen, der in den 60er Jahren in München existierte, war in der Pettenkoferklinik, also in der Obhut der Universitätsklinik. Ich sah hier einen dringenden Handlungsbedarf. In Zusammenarbeit mit der Münchner Feuerwehr gelang es mir, im städtischen Bereich den ersten Notarztwagen zu etablieren. Für die Stadt München war dies damals ein Novum. Mir ging es bei diesem Projekt darum, eine rasche lebensrettende medizinische Versorgung am Unfallort sicher zu stellen. Die diesbezüglichen Verhandlungen mit den städtischen Behörden waren langwierig und zäh, und obwohl die entsprechenden Planstellen fehlten, begann ich das Projekt mit den mir zur Verfügung stehenden medizinischen Kräften umzusetzen. Medizinische Versorgung am Unfallort ist heutzutage Standard; in den 60er Jahren war sie Ausnahme.“⁷¹

3.2.2 45. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung in München

Den endgültigen Durchbruch schaffte der Notarztdienst auf der 45. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung in München. Unter Holles Leitung, behandelten am 19. und 20. Juli 1968 zwei Vorträge das Thema „Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Unfallnothilfe“. Der Chef der Berufsfeuerwehr, Seegerer, referierte über die „Technischen und Transport-Probleme in der Notarzt-Praxis“. Lick, Oberarzt an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, beleuchtete die „Notarzhilfe beim Arbeits- und Verkehrsunfall“ vom ärztlichen Standpunkt aus.⁷²

Seegerer beschrieb aus der Sicht der Feuerwehr die Notwendigkeit des Arztes vor Ort: „Angesichts ihrer täglichen Konfrontation mit Situationen dieser Art vermag daher wohl auch keine Hilfsorganisation besser als die Berufsfeuerwehr einer Stadt der Größenordnung Münchens abzuschätzen, wie wertvoll es ist (und nicht selten für das weitere Schicksal Verunglückter überhaupt entscheidend!), die Schwer- und Schwerstverletzten bereits am Unfallort, während der oft langwierigen Rettungs-

⁷¹ Snopkowski 2000, 68-69.

⁷² vgl. Maurer et al. 1969, S.193.

arbeiten und später auf dem Transport von einem einschlägig erfahrenen Arzt versorgt und betreut zu wissen!“⁷³

Seine Ausführungen über die Erfahrungen aus zweieinhalb Jahren Notarztdienst in München zeigten die Möglichkeiten auf, wie der Rettungsdienst den Erfordernissen der Zeit entsprechend ausgebaut werden kann. Als Ziel werde angestrebt, die Tätigkeit des Bayerischen Roten Kreuzes und der anderen Hilfsorganisationen im Krankentransport und Rettungsdienst sinnvoll zu ergänzen, nicht jedoch zu ihnen in Konkurrenz zu treten. Das Referat machte deutlich, dass die Berufsfeuerwehr über alle Voraussetzungen verfügt, einen qualifizierten Notarztdienst sicherzustellen, - vom reibungslosen Funktionieren des Alarm-, Melde- und Nachrichtensystems über die Fahrzeugausstattung bis hin zum Know-how ihres Personals zur Bewältigung technischer Hilfeleistungen jedweder Art.

Seegerer ließ aber auch keine Zweifel an der Bedeutung der Laienhilfe zur Überbrückung des therapiefreien Intervalls bis zum Eintreffen fachlich vorgebildeten Personals.

Das bewährte „Stationierungssystem“ machte es möglich, das eingeteilte Rettungsteam innerhalb von maximal 60 Sekunden nach Eingang des Funkalarms in der Klinik am Notarzwagen zusammenzuführen und damit denkbar kurze Ausrückezeiten zu erreichen. Die Auswertung von 1.232 Einsätzen der ersten zweieinhalb Jahre des Notarztdienstes an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik weist entsprechend knappe Anfahrtszeiten aus: Vom Zeitpunkt des Anrufs in der Nachrichtenzentrale der Berufsfeuerwehr bis zum Eintreffen am Einsatzort verstrichen tagsüber 8,4 Minuten, nachts sogar nur 7,2 Minuten. Angesichts des Verkehrsaufkommens in der Stadt bis dahin unerreichte Fristen.

Die rapid anwachsenden Einsatzzahlen der beiden Notarzwagen lassen die Größe der Versorgungslücke erkennen, die es im Rettungsdienst der Stadt zu schließen galt.⁷⁴

⁷³ Seegerer Technik und Organisation 1969, S.347.

⁷⁴ vgl. Seegerer Technik und Organisation 1969, S.349-351.

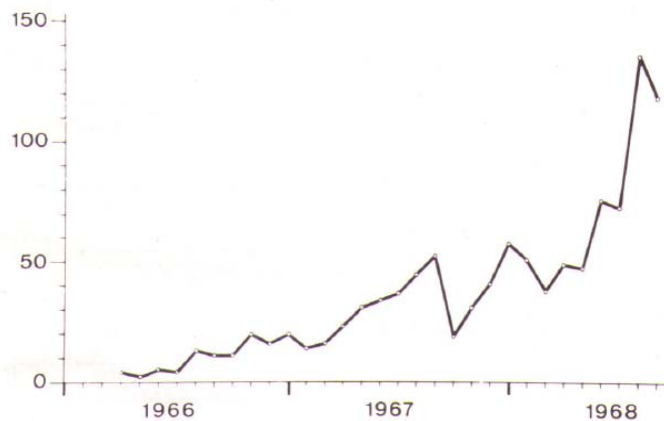


Abb. 24: Anzahl der Notarzt-Einsätze im Monat

Die Dringlichkeit eines weiteren Ausbaus des Notarztnetzes verdeutlichte auch Lick: „Mit zunehmender Industrialisierung und Technisierung der Gesellschaft werden auch in Zukunft Unfälle sich immer häufiger ereignen. Allen verantwortlichen Stellen obliegt es, diesen Gefahren gezielt zu begegnen, um nicht die Fortschritte des modernen Lebens mit zu großen Opfern zu erkaufen. Oberstes Ziel der Ersten (ärztlichen und Laien-) Hilfe ist die Erhaltung des Lebens des Verunglückten...“.⁷⁵

Um die Zahl der noch auf dem Transport in die Klinik sterbenden Patienten zu senken, forderte auch Lick eine verbesserte Erste Hilfeleistung am Unglücksort. Er sah die Lösung in speziell geschulten Ärzten, die mit einem für alle gängigen Notfallsituationen ausgerüsteten Fahrzeug zum Unfallort kommen, um dem vorzeitigen Todes-eintritt therapeutisch zu begegnen. Lick sprach sich noch einmal energisch gegen die Auffassung von der Zweckmäßigkeit einer Rund-um-Versorgung des Patienten aus. Vielmehr sollten die Anstrengungen des Notarztes vordringlich den lebenserhaltenden Maßnahmen, der Wiederherstellung der Vitalfunktionen und der Vermeidung einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands des Notfallpatienten vor Ort und auf dem Transport dienen.⁷⁶

⁷⁵ vgl. Lick Ärztliche Nothilfe 1969, 340.

⁷⁶ vgl. Lick et al. Zweieinhalb Jahre Notarztdienst 1969, 358.



Abb. 25: Oberarzt Dr. R.F. Lick bei einer Reanimation

Die Tatsache, dass innerhalb von zweieinhalb Jahren Notarztpraxis nur zwei Notamputationen bei schwer zertrümmerten und eingeklemmten Extremitäten durchgeführt wurden, sich ließ erkennen, dass die Aufgabe des Notarztes nicht unbedingt chirurgischer Natur war, obwohl zumeist immer noch Unfallchirurgen den Notarztwagen besetzten. Die häufigsten Hilfsmaßnahmen umfassten mit 54% die Wiederherstellung des Kreislaufs durch intravenöse Infusionen. 52% der Unfallverletzten waren bewusstlos und mussten mittels endotrachealer Intubation wiederbelebt werden.

Da der Notarzt nur selten innerhalb der ersten kritischen Minuten am Unfallort zur Stelle sein kann, vermag er (etwa bei Herz- oder Atemstillstand) die Laienhilfe natürlich nicht zu ersetzen; es wurde deutlich, dass möglichst alle Bürger Erste-Hilfe-Maßnahmen wie Herzmassage und die Mund-zu-Mund-Beatmung beherrschen sollten, um schnell und beherrscht eingreifen zu können.



Abb. 26 u. 27: Versorgung von Unfallpatienten im Notarztwagen

Für das ärztliche Handeln am Ort des Geschehens hat sich als Vorgehensweise herausgebildet: 1. Wiederherstellung der Atmung, 2. Wiederherstellung der Herzaktion, 3. Wiederherstellung des Kreislaufs und 4. die Sicherung des Verletzten. Der letzte Punkt „Lebenssicherung“ spricht für die enorme Verantwortung des Arztes, der die schwierige Frage beantworten muss „welcher Verletzte zunächst der ärztlichen Hilfe bedarf“⁷⁷ oder gar „einem hoffnungslos Schwerverletzten die ärztliche Hilfe [zu] versagen, um anderen, bei denen Aussicht auf Lebensrettung besteht, zu helfen.“⁷⁸

Das aufgezeigte Konzept hat sich in all den Jahren des Bestehens des Notarztdienstes in der Landeshauptstadt München uneingeschränkt bewährt. Trotz vieler Erfolge blieb man sich aber bewusst: „Praktisch immer wird die für eine erfolgreiche Wiederbelebung zur Verfügung stehende kurze Frist in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle auch unter besten organisatorischen Voraussetzungen bereits vor Eintreffen des ärztlichen Helfers verstrichen sein. Die Hilfe des Notarztes gilt vielmehr denjenigen Schwerstverletzten, bei welchen die vitalen Funktionen bereits so beeinträchtigt sind, daß ohne unmittelbare zielgerichtete Maßnahmen ein Überleben fraglich wird.“⁷⁹

⁷⁷ Lick Ärztliche Nothilfe 1969, 340-341 und 344.

⁷⁸ Lick Ärztliche Nothilfe, 1969 340-341 und 344.

⁷⁹ Lick et al. Ärztliche und technische Ersthilfe 1969, S.362.

3.2.3 Beispiel eines Rettungseinsatzes

Die Zusammenarbeit von Feuerwehrmännern und Ärzten gestaltete sich von Beginn an reibungslos und war von gegenseitiger Wertschätzung geprägt.

Dies mag stellvertretend für eine Vielzahl anderer Beispiele der folgende Bericht über den Notarzt-Einsatz bei einem Bohrrohrunfall belegen:

„Am 5.7.68 ereignete sich gegen 10.55 Uhr auf einer Großbaustelle ein schwerer Arbeitsunfall. Ein Bagger, der aus einem eingerammten Bohrrohr für ein Entwässerungssystem Abflußschächte aushob, stieß plötzlich auf ein 1 m langes Schaleisen, das in den Schacht gefallen war und am Grunde des Bohrloches durch seine Querlage ein unüberwindliches Hindernis bildete. Ein 33j. Arbeiter ließ sich in den rund 60 cm breiten und 7,50 m tiefen Bohrschacht abseilen, um das Eisenstück zu bergen. In dem Augenblick, als der Baggerführer das Bohrrohr etwas anhub, drückten von unten nachrutschende Erdmassen in das Rohr. Der Arbeiter wurde von dem Schaleisen eingeklemmt und bis an die Oberschenkel verschüttet.

Um 11.11 Uhr alarmierte der Baggerführer die Feuerwehr, und vier Minuten später traf gleichzeitig mit dem Rüstzug der Notarztwagen an der Unfallstelle ein. Da einerseits ein weiteres Anheben des Bohrrohres die Situation nur verschlimmert hätte und andererseits der Eingeklemmte offensichtlich unverletzt war, wurde zunächst der Versuch unternommen, eine von außen unterstützte Selbstbefreiung durchzuführen. Mit einer Maurerkelle füllte der Verunglückte Erde in kleine Gasmaskenbehälter, die von Feuerwehrleuten nach oben gezogen wurden. Gegen 12.15 Uhr hatte der Verschüttete das Schaleisen an der Sohle des Bohrrohres freigelegt, so dass es an einem Seil herausbefördert werden konnte. Nach etwa 75 Minuten gab der Verunglückte dann jedoch auf. Er klagte über starke Schmerzen in beiden Beinen und befand sich in einem Erschöpfungszustand. Der Notarzt, der bis zu diesem Zeitpunkt nicht hatte eingreifen müssen, stieg über eine Strickleiter zu dem eingeklemmten Arbeiter hinab und verabfolgte unter schwierigsten Bedingungen 50 mg Solu-Decortin H und Novalgin i.v. Auf Veranlassung des Arztes wurde außerdem Frischluft in das Rohr geblasen. Unter großem technischem Aufwand wurden nun nach Beordnung weiterer Rettungsmannschaften und Geräte mit Hilfe der Bauarbeiter eiserne Spundwände um das Bohrrohr in den Boden gerammt. Nach Entfernung mehrerer

Quadratmeter einer Straßenbetondecke mit Presslufthämmern konnte das Erdreich um die Unfallstelle abgetragen werden. Ab 14 Uhr erfolgte die Verständigung mit dem Eingeschlossenen über eine in das Bohrloch herabgelassene Telephonanlage. Sein Allgemeinbefinden hatte sich etwas gebessert. Die Schmerzen in den Beinen waren erträglich. Die Rettungsarbeiten gingen langsam voran, weil sehr vorsichtig gegraben und der neue Schacht ständig abgesichert werden mußte. Gegen 20.40 Uhr konnten die Füße freigelegt werden. Bei dem Arbeiter machte sich eine zunehmende zeitliche und örtliche Desorientierung bemerkbar. Obwohl ein aufziehendes Gewitter als neues Gefahrenmoment hinzukam, wurde jegliche überstürzte Handlungsweise vermieden, um den Einklemmten nicht zu gefährden. Mit bloßen Händen wurde das Erdreich um die Beine beseitigt. Um 20.15 Uhr wurde das Rohr Zentimeter um Zentimeter gezogen. 25 Minuten später konnte der verschüttete Arbeiter von den Helfern unter dem Rohr hervorgezogen werden. Die Erstuntersuchung nach der Bergung ergab keinen Hinweis auf Verletzungen. Beide Beine waren nach der Befreiung regelrecht durchblutet, die nervöse Versorgung intakt. Nach einer intensiven Infusionstherapie erholte sich der Patient rasch. Nach einer 24stündigen klinischen Beobachtung konnte er beschwerdefrei nach Hause entlassen werden.“⁸⁰

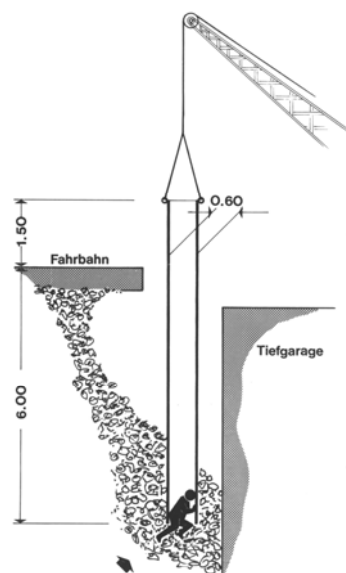


Abb. 28: Schematische Darstellung des Unfallhergangs: Der Verletzte ist am Fuß des 7,50 m tiefen Bohrrohres eingeklemmt

⁸⁰ Lick et al. Ärztliche und Technische Ersthilfe 1969, S.366-368.



Abb. 29: Einstieg des Notarztes in das Bohrrohr zur Versorgung des Verletzten



Abb. 30: Nach neunstündigen Rettungsarbeiten: Befreiung durch Heben des Rohres

Mit zunehmender Industrialisierung und steigender Mechanisierung des Alltags ergeben sich in der Großstadt immer komplexere Unfallsituationen und auch die Anforderungen an den Arzt werden immer anspruchsvoller.

Die Notärzte finden Verletzte in den ungewöhnlichsten Situationen vor. Hochkran- oder Zugunfälle z.B. verlangen von dem normalerweise unter Klinikbedingungen tätigen Arzt, dass er sich einer für ihn absolut ungewohnten Situation anpasst und bereit ist, Patienten in einer noch so misslichen Lage zu versorgen. Für Erste-Hilfe-Maßnahmen in schwindelerregender Höhe oder auch im Gleisbett unter einem Zug ist er gezwungen, ungewohntes und unsicheres Terrain zu betreten. Der Arzt muss es den gut ausgebildeten und erfahrenen Feuerwehrbeamten überlassen, die Rettung vorzubereiten und ihm im Rahmen der gegebenen technischen Möglichkeiten Zugang zum Unfallopfer zu verschaffen.

Medizinisches und technisches Know-how müssen sich also ergänzen, um bedrohte Bürger auch aus verzweifelten Situationen retten zu können.⁸¹

3.2.4 Dritter Notarztwagen-Standort am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität (TU)

Die erwähnte 45. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung ebnete auch den Weg zum dritten Notarzt-Stützpunkt: Nach den Referaten von Lick und Seegerer

⁸¹ vgl. Lick et al. Zweieinhalb Jahre Notarztdienst 1969 ,357.

zeigte sich der Direktor des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität, Prof. Dr. Georg Maurer (1909-1980) interessiert, an seiner Klinik einen weiteren Notarztwagen-Stützpunkt einzurichten. So ergab es sich, dass nach Indienststellung des zweiten Notarztwagens nicht einmal ein Jahr verstrich, ehe am 20. März 1969 ein weiterer bei der chirurgischen Abteilung des Klinikums rechts der Isar stationiert werden konnte.⁸²

Rückte der Münchner Notarztdienst 1966, im Jahr seiner Gründung, zu etwa zehn Einsätzen im Monat aus, so konnte man nunmehr praktisch jeden Tag seine Wagen durch die Stadt fahren hören. Schließlich lag die Einsatzzahl inzwischen bereits bei ca. 270 monatlich! Mit Maurer erwuchs dem Münchner Notarztdienst im Übrigen ein einflussreicher Fürsprecher auch im Gremium des Stadtrats, als dessen ehrenamtliches Mitglied er ihn nach Kräften gefördert und unterstützt hat.⁸³



Abb. 31: Prof. Dr. Maurer und Oberbranddirektor Seegerer (in Bildmitte) vor dem „NAW-Ost“ am Klinikum rechts der Isar, 1969

Der bisherige „NAW-Ost“ am Krankenhaus Oberföhring erhielt nunmehr die Bezeichnung „NAW-Nordost“. Der neu hinzugekommene „NAW-Ost“ wurde von einem in der Nothilfe tätigen Arzt bzw. - bei zu hohem Patientenaufkommen in der Nothilfe - von einem Stationsarzt besetzt. Der Nachtdienst wurde auf freiwilliger Basis versehen, so dass sich zusätzlich zu fünf diensthabenden Chirurgen ein weiterer Notarzt im Haus

⁸² vgl. Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarztdienst München: Mitteilung Nr. 8/69 betreffend Dritter Notarztwagen im Klinikum rechts der Isar.

befand. Neben den Dienstzeiten war jetzt auch der Versicherungsschutz der im Notarztdienst tätigen Ärzte befriedigend geregelt.

Wie an den anderen NAW-Standorten begleiteten den Arzt zwei als Rettungssanitäter ausgebildete Beamte der Berufsfeuerwehr aus der nicht weit entfernten Feuerwache 5 „Ramersdorf“. Sie übernahmen die Besetzung des Notarztwagens für jeweils 24 Stunden und konnten sich in der einsatzfreien Zeit in der chirurgischen Nothilfe der Klinik fortbilden.⁸⁴

Verkehrsunfälle hatten unter der Gesamtzahl der Unfälle häufig besonders schwere Verletzungen zur Folge. Die Notärzte sahen sich aber auch mit einer steigenden Zahl von Unfällen häuslicher Art, Sport- und Arbeitsunfällen oder auch Selbstmord-Versuchen konfrontiert. Ferner ergaben sich immer häufiger Fehleinsätze, veranlasst durch die vermeintliche Konkurrenz zwischen dem Feuerwehr-Notarztdienst und dem Bayerischen Roten Kreuz, dessen Mitarbeiter sich vielfach von der Berufsfeuerwehr bevormundet fühlten. Eine Anordnung der Branddirektion, die Zusammenarbeit mit dem BRK im Rettungsdienst betreffend, regelte sie zwar eindeutig, dennoch kam es immer wieder vor, dass Schwerverletzte von Rettungswagen des BRK abtransportiert wurden, obwohl man um das zu erwartende Eintreffen eines parallel alarmierten Notarztwagens wusste.

Die Konstellation des Rettungswesen in München war, verglichen mit der in den Großstädten anderer Bundesländer, insofern wenig glücklich, als Krankentransport und Rettungsdienst hier verschiedenen Trägern oblagen, - wie erwähnt ein Relikt aus der Besatzungszeit (amerikanische Zone).

Mit der Errichtung einer übergeordnete Alarm- und Einsatzzentrale hätten gleichwohl *alle* medizinischen Notfälle erfasst und nach einem Indikationskatalog gezielt beschickt und gelenkt werden können. Die Umsetzung dieser Wunschvorstellung sollte jedoch noch geraume Zeit auf sich warten lassen.

Einen kontinuierlich ansteigenden Verlauf hatte der Notarztdienst in der Behandlung innerer Erkrankungen zu verzeichnen. Fielen in den Jahren von 1966 bis 1968 den Notarztwagen „Mitte“ und „Nordost“ nur 13% internistische oder pädiatrische Notfälle zu, so stieg diese Zahl in der Folgezeit zusehends an. Lebensbedrohliche Zustände nach einem Herzinfarkt, Erstickungsanfälle bei Kindern, akute Psychosen etc. spiel-

⁸³ vgl. Profeld Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge 1998, 52; vgl. hier auch Persönliche Mitteilungen: K. Seegerer 2006/ 2007.

ten mehr und mehr eine Rolle. Die Zunahme der internistischen Notfälle erklärte sich nicht zuletzt durch die in der Öffentlichkeit zunehmend geschätzte rasche und zuverlässige Hilfe des Notarztes. Man verkannte vielfach auch die eigentliche Zweckbestimmung. Zum Teil aus Unwissenheit, nicht selten aber auch vorsätzlich wurde sie ignoriert. War der Hausarzt - etwa in der Nacht - nicht erreichbar, bediente man sich auch bei nicht lebensbedrohlich Erkrankten der Notrufnummer 112. Diesen unnötigen Einsätzen, die einem „Hausbesuch“ gleichkamen, begegnete die Kassenärztliche Vereinigung schließlich mit der Gründung eines funktionierenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes (23.2.1972).⁸⁵

Seit Beginn des Notarztdienstes erfolgte die Alarmierung der Notarztwagen durch die Feuerwehr-Einsatzzentrale. Hingegen oblag die Koordination der Fahrzeuge des allgemeinen Rettungsdienstes und des Krankentransports der Leitstelle des Bayerischen Roten Kreuzes. Bei dieser Sachlage waren die Bemühungen um eine vernünftige gegenseitige Abstimmung beider Stellen von vornherein wenig Erfolg versprechend. Sie führten erst dann zum Ziel, als Jahre später durch die Einrichtung einer gemeinsamen Rettungsleitstelle beim BRK ein koordinierter Einsatz der Rettungsfahrzeuge aller Hilfsorganisationen neben dem Notarztdienst möglich wurde.⁸⁶ Bis dahin wurde die Berufsfeuerwehr meist nur dann alarmiert, wenn man technischer Hilfe bedurfte, um Verletzte zu erreichen oder zu befreien.

Die Aufgaben des Notarztes schlossen im übrigen immer auch Randbereiche des täglichen Lebens ein: Etwa die ärztliche Betreuung der nervösen Solosopranistin vor der Premiere im Nationaltheater, die Geburtshilfe in einer Wohnung zu nächtlicher Stunde, die Erstversorgung Verletzter während eines Schusswechsels zwischen Verbrechern und der Polizei, die Suche nach Kindern im unterirdischen Kanalsystem der Stadt etc.⁸⁷

Anzumerken bleibt, dass die ursprünglich als *Unfall*-Notarztdienst etablierte Einrichtung in München sich immer mehr *auf Notfälle schlechthin* umorientieren musste: Sie begegnete zunehmend internistischen Krankheitsbildern, wie die nachstehende Übersicht zeigt:

⁸⁴ vgl. Eiermann 1973, 11-12.

⁸⁵ vgl. Eiermann 1973, 52-53; vgl. hier auch Welsch et al. Erfahrungen und Ergebnisse 1976, 585.

⁸⁶ vgl. Bayerisches Rote Kreuz Kreisverband München 1977/ 1978, 24.

⁸⁷ vgl. Lick et al. Zweieinhalb Jahre Notarztdienst 1969, 359.

	Stand: 31.12.69	Stand: 30.9.68
Haus- und Sportunfälle	9,4%	21%
Selbstmord (-Versuche)	6,2%	14%
Verkehrsunfälle	34,0%	41%
Betriebsunfälle (ohne Wegunfälle)	5,6%	11%
Innere Erkrankungen	44,8%	13%
Bezogen auf	7082	1780
	Notfallpatienten	

Abb. 32: Aufgliederung der Einsatzarten

3.2.5 Das erweiterte Aufgabenfeld der Notärzte

Bis Mitte der 70er Jahre war trotz steigender Kraftfahrzeug-Zulassungszahlen eine mehr oder weniger konstante Zahl an Unfallopfern zu beobachten.

Dazu schrieb der damalige Privatdozent K. Herbert Welsch (geb. 1933), einer der dienstältesten Notärzte in München 1975: „In diesem Zusammenhang darf festgehalten werden, daß die Zahl von jährlich durchschnittlich 220 Toten und mehr als 10.000 Verletzten im Straßenverkehr des Stadtgebiets von München seit 20 Jahren gleichbleibend besteht. Diese Zahlen korrelieren bundesweit mit mehr als 300.000 Toten und 9 Millionen Verletzten von 1953-1973.“⁸⁸

Waren anfangs primär *Verkehrsunfälle* ursächlich für das Ausrücken der Notarztwagen, traten nunmehr andere Krankheitsbilder in den Vordergrund. Welsch berichtete 1976, dass etwa nur noch ein Drittel aller Notarztwageneinsätze durch einen chirurgischen Notfall auf der Straße, im Betrieb oder in der häuslichen Umgebung veranlasst waren. Hingegen nahm die Anzahl der Einsätze bei *internistischen* Fällen zu. Vor allem Erkrankungen des Herzens und des Gefäßsystems spielten eine immer bedeutendere Rolle.

Eine Auswertung zur Diagnose und Therapie der Notfalleinsätze der Jahre von 1972 bis 1974 für den am längsten im Dienst stehenden Notarztwagens „Mitte“ der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik und des Notarztwagens „Ost“ an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik rechts der Isar der TU ergab das folgende für den gesamten Notarztdienst repräsentative Bild: „Im Gesamtkrankengut der internistischen Notfalleinsätze nehmen die Herz- und Kreislauferkrankungen mit 30,7% die Häufigkeits-

⁸⁸ Welsch Ärztliche Sicht und Sofortmaßnahmen 1975, 544.

spitze ein. An zweiter Stelle stehen mit 11,4% die chronischen oder sich akut verschlimmernden Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, der Leber, des Pankreas, des Urogenitalsystems, Stoffwechselerkrankungen und Infektionen, gefolgt von Intoxikationen mit 9,3%.⁸⁹

Sie bedingten zwar andere Therapiemaßnahmen, änderten aber nichts am Konzept des Notarztdienstes, der seinen Auftrag weiterhin nicht im Transport des Patienten in das nächstgelegene Krankenhaus, sondern in der Erhaltung und Sicherung seiner vitalen Funktionen vor Ort sah, um so die Voraussetzungen für einen schonenden Transport in die nächste *geeignete* Klinik zu schaffen.

Zur Beherrschung lebensbedrohlicher Funktionsstörungen jeder Art wird dem Notarzt abverlangt, dass er in kürzester Zeit die im konkreten Fall vorliegenden Defizite erkennt, erfasst und zutreffend bewertet. Dies kann effektiv nur durch eindeutige Festlegungen im Bezug auf alle technischen und medizinischen Vorbedingungen erreicht werden, die z.B. sicherstellen, dass nicht verschiedene Organisationen aus Konkurrenzgründen zu demselben Fall eilen oder falsch alarmiert werden.⁹⁰

„Darüber hinaus kann Unfallrettung nur sinnvoll sein, wenn elementare ärztliche Hilfe außerhalb von Klinik oder Praxis erfolgt. Dies kann nicht dem Laienhelfer, Rettungssanitäter oder einem zufällig anwesenden Arzt überlassen werden, da nur ein erfolgreich durchgeführtes Minutenprogramm des speziell trainierten technischen und ärztlichen Helfers über Leben und Tod entscheidet. Es ist deshalb dringend nötig, die in Angriff genommene gesetzliche Verankerung in den Ländern zu verwirklichen, denn auch die modernst eingerichteten Rettungswagen und ein dichtes Rettungsnetz erscheinen sinnlos, wenn nicht gleichzeitig dem vital Bedrohten rasche und medizinisch fachgerechte Behandlung zukommt“⁹¹

3.2.6 Vierter und fünfter Stationierungsort am städtischen Schwabinger Krankenhaus und an der Chirurgischen Privatklinik Dr. Rinecker

Mitte der 60er Jahre hatte München vom Internationalen Olympischen Komitee den Zuschlag für die Ausrichtung der Sommerspiele 1972 erhalten. Die dadurch ausgelöste rege Bautätigkeit umfasste eine Vielzahl von Großprojekten wie den U- und S-Bahnbau, die Errichtung unterirdischer Einkaufszentren am Stachus und Marienplatz, den Bau des Olympiastadions, der Wohnungen der Athleten und einer Reihe weite-

⁸⁹ Welsch et al. Erfahrungen und Ergebnisse 1976, 583.

⁹⁰ vgl. Welsch Ärztliche Sicht und Sofortmaßnahmen 1975, 545-546.

⁹¹ Welsch Ärztliche Sicht und Sofortmaßnahmen 1975, 549.

rer Sportstätten. Dieser Bauboom und die damit verbundenen Unfälle brachten zwangsläufig eine vermehrte Einsatzfähigkeit für Notärzte und die Rettungsdienste mit sich. Aber auch mit Blick auf die Spiele selbst erschien es sinnvoll, eine nochmalige Erweiterung des Notarztnetzes anzustreben.

1972 konnte der Münchner Notarzdienst dann auch tatsächlich noch um vier weitere Stationen ausgebaut werden: Anfang des Jahres entstand am städtischen Krankenhaus München-Schwabing ein erster zusätzlicher Stützpunkt, der schon im ersten Jahr seines Bestehens mehr als 2.400 Alarmierungen aufzuweisen hatte. Dieser vierte Notarztwagen ging am 21. Februar 1972 als „NAW-Nord“ in Betrieb, - erstmals mit einem Mercedes-Benz-Kastenwagen, - ein Typ, der sich in der Folgezeit auch an allen anderen Standorten durchsetzen sollte. Seine Besatzung stellte die Feuerwache 4 „Schwabing“.⁹²

Noch im selben Monat, am 28. Februar 1972 nahm ein fünfter Notarztwagen, ein von der örtlichen Niederlassung der Firma Peugeot gespendeter Kastenwagen vom Typ J 7 F, an der Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker am Isarkanal seinen Dienst auf („NAW-Süd“). Später wurde die Klinik dann ebenfalls mit einem Mercedes-Fahrzeug ausgestattet. Das nötige Personal stellte hier die Feuerwache 2 „Sendling“.⁹³

Mit dem Notarztwagen-Stützpunkt an der Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker hatte die Branddirektion nun auch einen *privaten* Träger gewonnen, um nicht nur Universitätsklinken und städtische Häuser zu beteiligen, sondern eine ausgewogene Verteilung zu erreichen.^{94 95}

⁹² vgl. Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarzdienst München: Anordnung Nr. 5/72 betreffend Vierter Notarztwagen am Schwabinger Krankenhaus.

⁹³ vgl. Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarzdienst München: Anordnung Nr. 6/72 betreffend Fünfter Notarztwagen an der Rienecker Klinik.

⁹⁴ vgl. Seegerer Organisatorische Probleme 1991, 4.

⁹⁵ vgl. Profeld Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge 1998, 57.



Abb. 33: Fünfter Notarztwagen an der Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker, 1972

3.2.7 Gemeinsamer Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München

Noch vor Eröffnung der Spiele der XX. Olympiade wurde schließlich das ehrgeizige Vorhaben eines *gemeinsamen Notarztdienstes der Landeshauptstadt und des Landkreises München* Realität, indem auch die innerhalb der Stadtgrenzen gelegenen beiden Kreiskrankenhäuser – Pasing (im Westen) und Perlach (im Südosten) – in den Dienst eingebunden werden konnten.

Oberbranddirektor Seegerer hatte den amtierenden Landrat Dr. Joachim Gillessen (geb.1935) zu überzeugen vermocht, dass die Kooperation der dann 5 + 2 Notarzt-Stützpunkte auch den die Stadt ringförmig umschließende Landkreis notärztlich versorgen kann. Nach der offiziellen Zustimmung von Stadtrat und Kreistag unterzeichneten Oberbürgermeister Dr. Hans-Jochen Vogel (geb. 1926) und Landrat Dr. Joachim Gillessen am 14. Juni 1972 den Vertrag, der das einvernehmliche Zusammenwirken von Stadt und Landkreis im Münchner Notarztdienst besiegelte.

Mehr als zwei Jahre vor Verabschiedung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes, das erstmals Rettungsdienstbereiche über die Grenzen von Gebietskörperschaften hinweg vorsah, war damit festgeschrieben: „Der Landkreis München beteiligt sich nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen an dem Ausbau des von der Berufsfeuerwehr der Landeshauptstadt München in Zusammenarbeit mit den Trägern Münchner Krankenhäuser eingerichteten Notarztdienstes als zusätzliche freiwillige Leistung für die Einwohner der Stadt und des Landkreises.“⁹⁶

⁹⁶ Rettungszweckverband München (KVR): Beschluß des Landkreises München und der Landeshauptstadt München vom 14.6.1972 betreffend Gemeinsamer Notarztdienst der

Am 14. April 1972 übergab Landrat Gillessen im Kreiskrankenhaus München-Pasing an Bürgermeister Hans Steinkohl (1926-2003) als Vertreter der Stadt zwei vom Landkreis finanzierte Fahrzeuge samt Zusatzausstattung (Funkeinrichtung, EKG-Sichtgerät, Vakuum-Matratze, Defibrillator etc.).⁹⁷

In einer „Mitteilung“ der Branddirektion zu dem bemerkenswerten Akt konnte man lesen, dass von dem Übergabetag an ein „Gemeinsamer Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“ mit nunmehr sieben Notarztwagen das gesamte Gebiet der Stadt und des Landkreises gleichrangig versorgen kann.⁹⁸



Abb. 34: Übergabe der beiden vom Landkreis finanzierten Notarztwagen
im Kreiskrankenhaus Pasing

Eines der Fahrzeuge nahm noch am selben Tag am Pasinger Krankenhaus unter dem Chefarzt der dortigen Anästhesie, Helmar Breinl (geb. 1933), seinen Dienst auf. Der zweite Notarztwagen war erstmals drei Tage später, am 17. April, mit Ärzten aus dem Kreiskrankenhaus München-Perlach unterwegs. Hier hatte Chefarzt Jakob Deller (1921-2007) seinen internistischen Oberarzt Carl Oberwegner (geb. 1936) mit

Landeshauptstadt und des Landkreises München - Öffentlich-rechtliche Vereinbarungen GNAD I
(Gemeinsamen Notarztdienst)

⁹⁷ Gespräche mit K. Seegerer 2006/ 07.

der Betreuung des Notarztdienstes am Haus beauftragt. Damit wurde ein weiteres Mal deutlich, wie gewichtig inzwischen die internistische Fachrichtung im Notarztdienst geworden war. Das nichtärztliche Personal (zwei Feuerwehrbeamte für jeden Notarztwagen) wurde von den Feuerwachen 6 „Pasing“ bzw. 5 „Ramersdorf“ der Berufsfeuerwehr gestellt.⁹⁹

Zu diesem Ereignis schreibt Seegerer: „Damit war um die Jahresmitte 1972 der „Gemeinsame Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“ Wirklichkeit – eine Einrichtung, die in der Bundesrepublik bis heute ihresgleichen sucht! Das damit ausgewogene Verhältnis zwischen den Krankenhäusern der verschiedenen in Betracht kommenden Träger erschien uns dabei nicht unwichtig.“¹⁰⁰



Abb. 35: „Gemeinsamer Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“ mit sieben Notarztwagen, 1972

Die breite Resonanz bei den Münchner Bürgerinnen und Bürgern auf die ursprünglich ja als *Unfall*-Notarzt konzipierte Einrichtung war für den Notarztdienst allerdings nicht immer nur positiv. Nicht in jedem Fall gelang es, Menschenleben zu retten, und relativ häufig musste man auch Fehleinsätze verbuchen. Wobei als echte Fehlalarme

⁹⁸ Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarztdienst München: Anordnung Nr. 11/72 betreffend 6. Notarztwagen am Kreiskrankenhaus München-Pasing. 7. Notarztwagen am Kreiskrankenhaus München-Perlach.

⁹⁹ vgl. Dokumentation, Archiv Branddirektion aus Dossier VII Notarztdienst München: Anordnung Nr. 11/72 betreffend 6. Notarztwagen am Kreiskrankenhaus München-Pasing. 7. Notarztwagen am Kreiskrankenhaus München-Perlach: vgl. hier auch Seegerer Organisatorische Probleme 1991, 4.

nur offensichtlich „böswillige“ registriert wurden, bei denen am Einsatzort kein Patient vorzufinden war. Strittig blieb die Frage, ob es sich bei Alarmierungen ohne therapeutische Intervention - etwa bei chronischen Erkrankungen mit akuter Verschlimmerung, die Veranlassung für eine Krankenhauseinweisung sind - um einen Fehleinsatz handelt.

Es war unbestreitbar, dass die Häufigkeit von Hausbesuchen an bestimmten Wochentagen erheblich war, an denen der Hausarzt nicht erreicht werden konnte. „In dieser Richtung hat sich in den letzten Jahren eine zunehmende Steigerung der Einsatzzahlen gezeigt, wobei der Notarzt nicht nur wegen seiner ständigen Verfügbarkeit und dem raschen Eintreffen am Geschehensort, sondern auch in vielen Fällen aus Bequemlichkeit alarmiert wird.“¹⁰¹

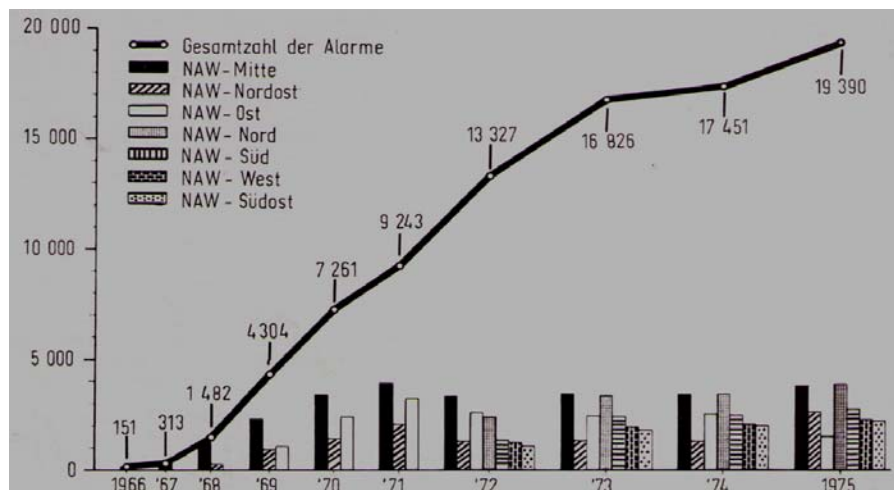


Abb. 36: Häufigkeit der Alarmierungen der Notarztwagen in München 1966 - 1975

Waren die Einsatzzahlen in den ersten Jahren rasch angestiegen, so blieben sie in den folgenden Jahren bis 1976 weitgehend konstant, um dann ab 1976 eine deutliche Abnahme zu erfahren. Ursächlich dafür war zweifellos der seit Anfang 1970 agierende Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, der seit 1975 in München sogar einen ambulanten 24-Stunden-Notdienst unterhielt.

Die Notärzte hatten nun sehr viel weniger Hausbesuche zu bewältigen. Überlegungen, deshalb die Zahl der Notarztwagen zu reduzieren, fanden allerdings wenig Anklang, da dies wesentliche Einbußen in der schnellen Hilfe bedeutet hätte. Verlän-

¹⁰⁰ Seegerer Voraussetzung und Organisation 1975, 537; vgl. hier auch Seegerer 10 Jahre Münchner Notarzdienst 1976, 576-577.

¹⁰¹ Welsch et al. Erfahrungen und Ergebnisse 1976, 585.

gerte Anfahrtswege und -zeiten hätten sicherlich keine Optimierung der präklinischen Versorgung zur Folge gehabt, vielmehr im Gegenteil z.B. schlechtere Reanimationsergebnisse.¹⁰²



Abb. 37: Erstversorgung eines Verkehrsunfall-Verletzten

3.2.8 Das Bayerische Rettungsdienstgesetz von 1974

Am 1. Januar 1974 trat ein „Bayerisches Gesetz über den Rettungsdienst“ (BayRDG) in Kraft.

Bayern war damit das erste Land der Bundesrepublik, das dem Rettungsdienst eine gesetzliche Grundlage gab. Mit dem Gesetz wurde der entscheidende Schritt zur dringend gebotenen Reform des Rettungswesens getan.¹⁰³

Der Rettungsdienst wurde bis dahin überwiegend vom Bayerischen Roten Kreuz (BRK), daneben z.T. vom Arbeitersamariterbund (ASB), dem Malteser-Hilfssdienst (MHD), der Johanniter-Unfallhilfe (JUH) und der Deutschen Lebensrettungsgesellschaft (DLRG) getragen. In der Landeshauptstadt wirkte außerdem die Berufsfeuerwehr mit, die seit 1965 einen toxikologischen und seit 1966 den allgemeinen Notarztdienst unterhielt. Ein erheblicher Mangel dieser Konstellation war die fehlende Koordination der verschiedenen Mitwirkenden und nicht zuletzt erschwerte die ungesicherte Finanzlage eine angemessene personelle und materielle Ausstattung der Beteiligten.

Das Gesetz regelte den Rettungsdienst – verstanden als funktionelle Einheit von Notfallrettung und Krankentransport – erstmals als staatliche Aufgabe der Daseins-

¹⁰² vgl. Rath et al. Einsatzindikationen 1980, 3572.

vorsorge. Als Aufgabenträger wurden die Landkreise und kreisfreien Gemeinden bestimmt, die sich zu 26 vom Innenministerium festgelegten „Rettungszweckverbänden“ zusammenschließen hatten. Jedem dieser Zweckverbände war die Verantwortung für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in seinem Bereich übertragen. Sie hatten den Rettungsdienst als Angelegenheit des übertragenen Wirkungskreises wahrzunehmen.^{104 105}

Mit seiner Durchführung konnten sie die bisher schon damit befassten Hilfsorganisationen beauftragen, sich aber auch vorhandener eigener Einrichtungen bedienen, wie dem von der Berufsfeuerwehr München betriebenen „Gemeinsamen Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises“.^{106 107}

In München konstituierte sich dieser Zweckverband für die Landeshauptstadt und den Landkreis am 7. Juli 1975 mit dem berufsmäßigen Stadtrat Dr. Klaus Hahnzog (geb. 1936) als Vorsitzendem und Landrat Dr. Joachim Gillessen als Stellvertreter.¹⁰⁸

Das Gesetz ließ in jedem Rettungsdienstbereich nur noch die *zentrale* Steuerung *aller* im Rettungsdienst tätigen Organisationen und Einrichtungen von *einer* „Rettungsleitstelle“ aus zu; In München wurde sie beim BRK-Kreisverband in der Seitzstraße eingerichtet. Dort arbeitete fortan stets auch ein Beamter der Berufsfeuerwehr mit.¹⁰⁹

Das neue Rettungsdienstgesetz weckte vielfältige Hoffnungen auf wesentliche Verbesserungen im Rettungswesen, die allerdings keineswegs auch alle in Erfüllung gingen. Dazu Seegerer: „In München darf man von dieser Koordinierungsfunktion der Rettungsleitstelle dann also wohl endlich einen ausnahmslos sachgerechten Einsatz aller Krankentransport-, Rettungs- und Notarztwagen erwarten, - im Interesse der Patienten, aber nicht zuletzt auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit.“¹¹⁰

¹⁰³ vgl. Bayerisches Staatsministerium des Innern, München Mai 1974.

¹⁰⁴ vgl. Bayerisches Gesetz über den Rettungsdienst. Vom 11.1.1974, Art.2.

¹⁰⁵ vgl. Rettungszweckverband München im Kreisverwaltungsreferat (KVR): Rettungszweckverband München. Körperschaft des öffentlichen Rechts. Rettungsdienstbereich München betreffend den Krankentransport vom 12.6.2003.

¹⁰⁶ vgl. Bayerisches Gesetz über den Rettungsdienst. Vom 11.1.1974, Art.3.

¹⁰⁷ vgl. Seegerer Beiträge der Landeshauptstadt 1991, 3.

¹⁰⁸ vgl. Graupner, Süddeutsche Zeitung vom 8.7.1975.

¹⁰⁹ vgl. Seegerer Rechtliche Grundlagen 1975, 534; vgl. hier auch Seegerer, Bayerisches Gesetz über den Rettungsdienst 1975, 25; vgl. hier auch Lick, Schläfer 1985, S.36-38.

¹¹⁰ Seegerer, Bayerisches Gesetz über den Rettungsdienst 1975, 25.



Abb. 38: Notarztwagen auf Alarmfahrt

Die eindeutige Definition der Aufgaben des Rettungsdienstes im Artikel 1 des Gesetzes hielt erstmals fest, was der Münchner Notarztendienst schon annähernd ein Jahrzehnt lang praktizierte, nämlich: „das Leben von Notfallpatienten soweit an Ort und Stelle möglich zu erhalten, sie transportfähig zu machen und sie unter sachgerechter Betreuung in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern;“. Artikel 2 führt aus, dass Notfallpatienten „Verletzte oder Erkrankte“ sind, „die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten.“

Wurde der Rettungsdienst bis dahin noch weitgehend über freiwillige Zuwendungen finanziert, so brachte das neue Gesetz diesbezüglich ebenfalls die dringend gebotene Wende: Die Hilfsorganisationen, denen vielfach nichts anderes blieb, als „für das Funktionieren des Rettungsdienstes mit der Sammelbüchse Sorge zu tragen!“¹¹¹, konnten aufatmen. Schließlich sollte auch die technische Ausstattung des Rettungsdienstes nicht mehr alleinige Aufgabe der Hilfsorganisationen bleiben. Nunmehr musste auch der Staat Verantwortung übernehmen und für eine zeitgemäße Ausstattung aufkommen.

3.2.9 Ausstattung der Notarztwagen

Schon der erste Notarztwagen vom Typ „München“ übertraf hinsichtlich seiner Ausstattung die Mindestanforderungen der Norm DIN 75 080 für Krankenkraft- und Rettungswagen bei weitem. Darüber hinaus wurde seine Bestückung nach Maßgabe der

¹¹¹ Seegerer Rechtliche Grundlagen 1975, 533.

Erfahrungen im praktischen Einsatz laufend ergänzt und jeweils auf den modernsten Stand der Technik gebracht.

Die Ausstattung besteht einerseits aus einer dem Fahrzeug fest zugeordneten und andererseits einer in Koffern verpackten Ausrüstung, die auch Therapiemaßnahmen abseits vom Fahrzeug möglich macht.

Die mobile Ausrüstung stützte sich auf das lange als Münchner Besonderheit geltende „Koffersystem“, das dem Team des Notarztwagens eine hohe Flexibilität verschaffte: Für eine konkrete Einsatzsituation wie „Kreislauf“, „Atmung“, „Verbrennung/Verätzung“, „Wundversorgung“, „Kindernotfall“, „Vergiftung“ stand je ein Koffer (heute Rucksack) bereit. „Damit war es einerseits möglich, je nach Meldebild, die benötigte medizinische Ausrüstung für den Weg zum Patienten griffbereit zu haben und andererseits im Rahmen des erforderlichen Austausches oder einer Umrüstung rasch einen Wechsel vornehmen zu können.“¹¹²



Abb. 39: Reanimation eines Patienten in einem Treppenhaus mittels der Notarztkoffer

Ein „Arztkoffer für Akuthilfe“ enthielt ein Intubationsbesteck, eine Absaugvorrichtung als Fußpumpe, die wichtigsten Pharmaka und neben einem Infusions- und Injektionssatz die Instrumente für eine Notentbindung.¹¹³ Neben den Basismedikamenten zur Notfallbehandlung konnte der Koffer zusätzlich der persönlichen Erfahrung des diensttuenden Arztes entsprechend bestückt werden. Alle mobilen Utensilien waren natürlich auch im Fahrzeug vorhanden, dazu eine zweite Garnitur der Koffer, ein

¹¹² vgl. Profeld Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge 1998, 57.

¹¹³ vgl. Barutsch et al. 1975, 543.

mobiler Defibrillator, die vielfach bewährte Vakuummatratze sowie ein Satz pneumatischer Schienen. Auf die einheitliche Ausstattung aller Notarztwagen wurde größter Wert gelegt.

Anlässlich des zehnten Geburtstags des Münchner Notarztdienstes im März 1976, konnte man mit Befriedigung feststellen, dass von den fünfundsechzig Städten in der Bundesrepublik, in denen es zu dieser Zeit eine Berufsfeuerwehr gab, immerhin bereits einundzwanzig wenigstens *einen* Notarztwagen im Einsatz hatten. In München war der Notarztdienst eindeutig am weitesten entwickelt, standen zu diesem Zeitpunkt doch bereits an sieben Rettungswachen rund um die Uhr besetzte Notarztwagen zur Verfügung; dazu der „toxikologische Notarztdienst“ sowie ein „fliegender Notarzt“ im Rettungshubschrauber. Der Münchner Notarztdienst war ausserdem der einzige, der bestehende Verwaltungsgrenzen von Anfang an ignoriert hat.¹¹⁴

3.2.10 Achter Notarztwagen an der Krankenanstalt Dritter Orden und neunter Notarzt-Stützpunkt am Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU)

Zusätzlich zu den sieben Notarztwagen, die bis dahin rund um die Uhr einsatzbereit waren, konnte am 30. April 1984 noch das Krankenhaus eines *freigemeinnützigen Trägers* in das Netz des Münchner Notarztdienstes einbezogen werden. Die im Stadtteil Nymphenburg gelegene Krankenanstalt Dritter Orden übernahm mit ihrem Leitenden Arzt Dr. Otto Wiesend (geb. 1926) die notärztlichen Versorgung des nordwestlichen Stadtgebiets.¹¹⁵

Vor der Aufnahme des Notarztdienstes an diesem Haus hatten sich bereits sowohl die Berufsfeuerwehr als auch das Bayerische Rote Kreuz um die Übertragung des Dienstes bemüht. Beide boten an, den Notarztwagen „Nordwest“ im Rahmen der Aus- und Fortbildung ihrer Rettungssanitäter zu betreiben. Die Entscheidung des Rettungszweckverbandes fiel dann zu Gunsten der Berufsfeuerwehr aus: „Außerdem sollte an dem seit 12 Jahren bewährten System auch weiterhin festgehalten werden,

¹¹⁴ vgl. Seegerer Voraussetzung und Organisation 1975, 536.

¹¹⁵ vgl. Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens Nachrichten aus Nymphenburg 1985, o.S.; vgl. hier auch Pressestelle Branddirektion München: Pressebericht vom 1. Mai 1984 betreffend der Inbetriebnahme eines 8. Notarztwagens im Nordwesten des Stadtgebiets; vgl. hier auch Profeld Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge 1998, 53.

um die Einheitlichkeit des Dienstes zu wahren und Konkurrenzsituationen unter den Hilfsorganisationen zu vermeiden.“¹¹⁶

Der achte Notarztwagen war allerdings nur werktags und lediglich während der Tagesstunden besetzt, nämlich durch die Beamten der dort von der Berufsfeuerwehr eingerichteten Lehr-Rettungswache. Der geringeren Einsatzfrequenz entsprechend, war diese eingeschränkte Bereitschaftszeit hinnehmbar, da in den einsatzschwächeren Abend- und Nachtstunden sowie an den Wochenenden der Notarztdienst mit sieben Fahrzeugen gleichwohl flächendeckend sichergestellt werden konnte.¹¹⁷



Abb. 40: Segnung des achten Notarztwagens an der Krankenanstalt Dritter Orden mit dem Leitenden Arzt Dr. O. Wiesend (ganz rechts), 1984

Das Laufbahnrecht schreibt für Beamte des höheren feuerwehrtechnischen Dienstes die Versetzung in den Ruhestand mit Vollendung des 60. Lebensjahres zwingend vor. Somit stand der 31. März 1988 als Zeitpunkt des Ausscheidens von Oberbranddirektor Seegerer aus dem aktiven Dienst fest.

Wenige Wochen vor diesem Termin gelang es ihm, noch eine dritte Universitätsklinik in den Münchner Notarztdienst einzufügen: Am 1. Dezember 1987 übergab Seegerer dem renommierten Klinikum Großhadern der LMU mit seinen Abteilungen Chirurgie und Anästhesie unter Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Heberer (1920-1999) und Prof. Dr. Dr. h. c. Klaus Peter (geb. 1938) den neunten Notarztwagen, - gewissermaßen als

¹¹⁶ Rettungszweckverband München (KVR): Beschluß der Verbandsversammlung vom 30.03.1984 betreffend Stationierung eines weiteren Notarztwagens im Nordwesten des Stadtgebiets - Öffentlich-rechtliche Vereinbarungen GNAD I (Gemeinsamen Notarztdienst)

Schlussstein des von ihm in 20 Jahren zielstrebig auf- und ausgebauten Münchner Notarztdienstes.¹¹⁸ Das Klinikum als leistungsfähigstes Haus der Region vereinte schon damals alle relevanten Fachbereiche zur Patienten-Versorgung unter einem Dach. „Die Versorgungssituation bei qualifizierten Notfällen hat sich damit für die Bürger des Rettungsdienstbereiches München nochmals erheblich verbessert.“¹¹⁹



Abb. 41: Übergabe des neunten Notarztwagens im Klinikum Großhadern, 1987

3.3 Phase der Konsolidierung

3.3.1 Das Oktoberfest-Attentat, – Belastungs- und Bewährungsprobe für den Münchner Notarztdienst

Am 26. September 1980 detonierte um 22:19 Uhr unmittelbar neben dem Hauptzugang zur Festwiese eine Bombe, die dort in einem Abfallkorb abgelegt war. Eine erste in der Einsatzzentrale der Berufsfeuerwehr eingegangene - unzutreffende - *Feuermeldung* löste das Ausrücken der „Wiesn-Feuerwache“ und die Anfahrt der Löschzüge von weiteren drei Feuerwachen gemäß dem bestehenden Alarmplan „Feuer auf der Festwiese“ aus. Die erste Funkrückmeldung der Wiesn-Feuerwache lautete dann: „Bombenexplosion; ca. 20-30 Schwerverletzte, auch Tote!“¹²⁰ Die Ein-

¹¹⁷ Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens 10 Jahre Rettungsdienst 1995, 24.

¹¹⁸ vgl. Profeld Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge 1998, 53

¹¹⁹ Rettungszweckverband München (KVR): Beschluß der Verbandsversammlung vom 3.12.1987 betreffend Stationierung eines weiteren Notarztwagens am Klinikum Großhadern - Öffentlich-rechtliche Vereinbarungen GNAD I (Gemeinsamen Notarztdienst)

¹²⁰ Seegerer Sprengstoffanschlag Oktoberfest 1981, 4-5.

satzzentrale alarmierte daraufhin alle zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Notarztwagen, ferner die für Massenunfälle bereitgehaltenen zwei Großrettungswagen und ließ über die Rettungsleitstelle beim BRK eine größtmögliche Anzahl an Rettungs- und Krankenkraftwagen der Hilfsorganisationen ASB, BRK, JUH und MHD in Marsch setzen, so dass bis ca. 23 Uhr insgesamt fünf Notarztwagen, zwei Großrettungswagen und dreiunddreißig Rettungs- bzw. Krankenkraftwagen vor Ort waren. Parallel dazu wurden die für die Weiterversorgung Verletzter in Frage kommenden Krankenhäuser benachrichtigt.¹²¹

Dem zuerst am Einsatzort eintreffenden Notarzt fielen wichtige Aufgaben zu. Er hatte als „Leitender Notarzt“ die Sichtung der Unglücksoffer (Triage) zu übernehmen und mit der Rettungsleitstelle Verbindung zu halten, um sie über die Zahl der Verletzten und deren Verletzungsarten zu informieren. Von den Notärzten, dem Arzt der Wiesn-Wache des BRK, hilfsbereiten ärztlichen Kollegen in Zivil, Rettungssanitätern aller Hilfsorganisationen und nicht zuletzt von Laien wurden rund 220 Verletzte versorgt, unter ihnen ca. 50 Schwer- und Schwerstverletzte.¹²²

Der Stellenwert der Triage ist daran abzulesen, dass von 13 Attentatsopfern nur drei auf dem Transport in einem der Notarztwagen starben, keines jedoch in einem RTW, KTW oder gar in einer Taxe. Von den Schwerverletzten waren sechs noch am Unfallort verstorben, drei auf dem Transport. Vier weitere Personen erlagen ihren Verletzungen später im Krankenhaus.¹²³ Die Verletzungsmuster reichten von multiplen Splitter-Weichteilverletzungen, Trommelfell-Perforationen und Hörschäden bis hin zu offenen Brust- und Bauchverletzungen sowie Amputationen hauptsächlich der unteren Extremitäten.¹²⁴

¹²¹ vgl. Wischhöfer et al. 1981, 639-640; vgl. hier auch Seegerer Sprengstoffanschlag Oktoberfest 1981, 5-6.

¹²² vgl. Seegerer Sprengstoffanschlag Oktoberfest 1981, 5-6; vgl. hier auch Wischhöfer et al. 1981, 639-640; vgl. hier auch Konzert-Wenzel et al. Bombenattentat Oktoberfest 1981, 1425.

¹²³ Wischhöfer et al. 1981, 642.

¹²⁴ vgl. Konzert-Wenzel et al. Bombenattentat Oktoberfest 1981, 1426.

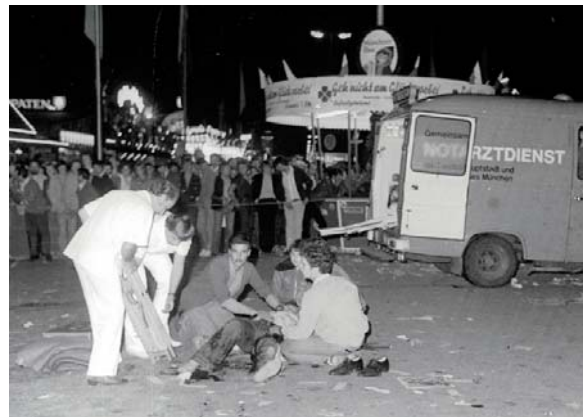


Abb. 42, 43, 44 u. 45: Nach dem Sprengstoffanschlag leisteten neben Notärzten und Rettungssanitätern auch zahlreiche Bürger Erste Hilfe

179 Verletzte konnten nach Herstellung der Transportfähigkeit in 23 Krankenhäusern untergebracht werden, davon 17 im Stadtgebiet und 6 in der Region.¹²⁵

Im Rückblick lässt sich feststellen, dass die Organisation des Rettungsdienstes dieser Belastungsprobe gerecht geworden ist und ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis stellen konnte. Eine ausreichende Zahl zur Verfügung stehender Krankenhäuser, die effektiven Sofortmaßnahmen am Unfallort und hinreichende Transportkapazitäten ließen es nicht zur Katastrophe kommen.¹²⁶

Bei der abschließenden Auswertung des Rettungsdienst-Einsatzes wurde die Forderung erhoben nach einer auffälligeren Kennzeichnung des ersten am Unfallort ein-

¹²⁵ vgl. Seegerer, 6.

¹²⁶ vgl. Seegerer Sprengstoffanschlag Oktoberfest 1981, 10; vgl. hier auch Konzert-Wenzel et al. Bombenattentat Oktoberfest 1981, 1426.

treffenden Notarztes, der die Funktionen des „Leitenden Notarztes“ wahrzunehmen hat.

Die Rückmeldungen an die Rettungsleitstellen und die Berichte über das Ausmaß des Geschehens ließen zum Teil zu wünschen übrig. Die eigenmächtige Abfahrt einzelner RTW und KTW vom Einsatzort war zu beanstanden. Als problematisch erwies sich ferner, das erforderliche Sanitätsmaterial für die Erstversorgung einer so großen Zahl von Verletzten sofort zur Verfügung zu haben. Die Berufsfeuerwehr hat aufgrund dieser Erfahrung auch alle Löschfahrzeuge, die ihre normalerweise nicht in den Rettungsdienst eingebunden sind, mit zusätzlichen Verbandmittel-Vorräten in handlichen Packungen ausgestattet.¹²⁷

3.3.2 Die Integrierte Leitstelle und ihr Notarzt-Indikationskatalog

Insbesondere in Großstädten kann der Rettungsdienst nur optimal funktionieren, wenn er *zentral* von einer Leitstelle gelenkt wird, die alle Hilfeersuchen aus der Bevölkerung entgegennimmt und entsprechend umsetzt, Wasserschäden etwa, Gasgeruch oder auch Brandmeldungen und ebenso die Anforderung eines Krankenkraftwagens, eines Arztbesuchs u.a.m.. Voraussetzung ist weiter die *einheitliche Notrufnummer*, über die in München den 1,6 Millionen Einwohnern der Stadt und des Landkreises sachgerechte und effiziente Hilfe vermittelt werden kann.

Die Landeshauptstadt und der Rettungszweckverband München haben daher schon seit Herbst 1991 eine „Integrierte Leitstelle“ gefordert, um über die kostenfreie Notrufnummer 112 eine entscheidende Verbesserung in der Abwicklung von Hilfeanforderungen aller Art zu erzielen. Beispielsweise sollte ein Patient ohne frustrierendes Suchen, lästige Wartezeiten oder Irrfahrten in die nächstgelegene geeignete Klinik gelangen können.

Nach langwierigen Verhandlungen und juristischen Auseinandersetzungen ging die Münchner Integrierte Leitstelle schließlich am 11. Juli 1997 offiziell in Betrieb. Sie ist in der Feuerwache 3 „Westend“ der Berufsfeuerwehr an der Heimeranstraße baulich zweckmäßig untergebracht und technisch modernst ausgestattet.

¹²⁷ vgl. Konzert-Wenzel et. al. Bombenattentat Oktoberfest 1981, 1427.



Abb. 46: Die Integrierte Leitstelle bei der Berufsfeuerwehr

München war damit die erste Stadt in Bayern, die zur Koordinierung und Lenkung aller Einsätze der Feuerwehr, sämtlicher Hilfsorganisationen im Rettungsdienst, des Rettungshubschraubers sowie des Katastrophenschutzes die auch im Bayerischen Rettungsdienstgesetz geforderte *zentrale* Leitstelle eingerichtet hat.

In ihr sind ständig zwölf Fernsprechleitungen „112“ und acht Leitungen „19 222“ (Anforderung von Krankentransporten) geschaltet. Diverse Standleitungen stellen Verbindungen zur Polizei, zu den Leitstellen der Verkehrsbetriebe, zu einer Reihe von Krankenhäusern und zu anderen wichtigen Ansprechpartnern her. Die Entgegennahme der Notrufe, die Einsatzdisponierung und die Alarmierung der jeweils betroffenen Institutionen erfolgen über einen Leitrechner, mit dem 15 Leitplätze gleichberechtigt verbunden sind. Die zehn Wachen der Berufsfeuerwehr, die 21 Abteilungen der Freiwilligen Feuerwehr werden über den Rechner ebenso automatisch aufgerufen wie die 14 Rettungswachbereiche der Hilfsorganisationen. Auf elf Kanälen im 4-Meter-Band-Bereich und vier Kanälen im 2-Meter-Band-Bereich wird über Funk alarmiert, zum Einsatz geführt und werden Rückmeldungen sowie Nachforderungen entgegengenommen. Jeden Notruf fragen qualifizierte Mitarbeiter ab, die dafür sorgen, dass der Anrufer schnellstmöglich die benötigte Hilfe erhält. Alle Disponenten haben eine fundierte feuerwehrtechnische und rettungsdienstliche Ausbildung durchlaufen und verfügen über mehrjährige Einsatzerfahrung.

Die Entsendung der Notarztdienste erfolgt nach den Kriterien eines Notarzt-Indikationskatalogs, der auf den Seiten 67 und 68 vorgestellt wird.

Die Beförderung von Patienten, die keiner notfallmedizinischen Betreuung bedürfen, geschieht mit Krankentransportwagen der Hilfsorganisationen (ASB, BRK, JUH, MHD), für die die Leitstelle ebenfalls alle Transportaufträge disponiert. Für Großeinsätze und Unwetterlagen stehen zehn zusätzliche Telefonplätze zur Verfügung, um die regulären Einsatzplätze bei der Entgegennahme der Notrufe zu unterstützen. In Spitzenzeiten können die Anrufe auf 18 Plätzen gleichzeitig bearbeitet werden.

Die Leitstelle vermittelt auch zum kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und gegebenenfalls zum Notfalldienst der kassenärztlichen Vereinigung im „Elisenhof“.

Wesentliche Funktionen der Integrierten Leitstelle sind ferner die „Zentrale zur Weiterverlegung vom Patienten“, ein zentraler Bettennachweis der Kliniken im Rettungsdienstbereich München und die Koordinierung der Verlegungstransporte der Intensiv-Transporthubschrauber in Bayern.¹²⁸

Schließlich koordiniert die Integrierte Leitstelle auch die Ausrückungen zweier seit Juni 1993 im Kreiskrankenhaus Perlach und beim städtischen Krankenhaus Schwabing - ergänzend zu den Notarztwagen - stationierter „Notarzt-Einsatzfahrzeuge“ (NEF). Sie ermöglichen es den Notärzten der genannten Häuser, Einsatzorte an der Peripherie des südlichen und nördlichen Bereichs des Landkreises schneller zu erreichen und so deren medizinische Versorgung zu verbessern.¹²⁹ Die beiden Notarzt-Einsatzfahrzeuge kommen außerdem zum Einsatz, wenn über den Rettungshubschrauber „Christoph 1“ während der Nachtstunden nicht verfügt werden kann.¹³⁰

¹²⁸ vgl. Rettungszweckverband München im Kreisverwaltungsreferat (KVR): Integrierte Leitstelle der Berufsfeuerwehr betreffend Offizielle Inbetriebnahme der Integrierten Leitstelle am 11. Juli 1997, 1-4. vgl. hier auch Binder 1997, 184-187; vgl. hier auch http://www.feuerwehr.muenchen.de/bd40leit/idx_40.htm

¹²⁹ Dokumentation, Archiv Branddirektion München: Korrespondenz vom 07.06.93 zwischen Branddirektion und Krankenhaus München-Schwabing betreffend der Ergänzung des Notarztstandortes „München-Nord“ mit einem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF); ärztlicher Besetzung durch das Krankenhaus München Schwabing.

¹³⁰ Rettungszweckverband München (KVR): Beschluß der Verbandsversammlung vom 10.12.1993 betreffend Bedarfssituation im Notarztdienst (Luftrettungsdienst und Probetrieb mit zwei Notarzteinsatzfahrzeugen für den Landkreis - Öffentlich-rechtliche Vereinbarungen GNAD I (Gemeinsamen Notarztdienst)

Notarzt-Indikationskatalog

Stand: März 2002 ¹³¹

Notrufabfrage

1. Notfallbeschreibung (N)

- N1 Vermutlich Schwerverletzte oder mehrere Verletzte (Unfallmechanismus)
- N2 Sturz aus großer Höhe (mehr als 3 Meter)
- N3 Wasser-, Ertrinkungs-, Tauch- und Eisunfälle
- N4 Einklemmte oder verschüttete Personen
- N5 Verbrennungen, Verbrühungen, Verätzungen größeren Ausmaßes (> 10% der Körperoberfläche oder im Gesichtsbereich)
- N6 Suizid, suizidale Handlung
- N7 Schuss-, Stich-, Hiebverletzungen im Kopf-, Hals- oder Rumpfbereich
- N8 Unmittelbar bevorstehende oder stattgefundene Geburt

2. Zustandsbeschreibung (Z)

- Z1 Bewusstseinsstörungen
- Z2 Atemstörungen
- Z3 Kreislaufstörungen
- Z4 Starke Schmerzen
- Z5 Akute Lähmung

(Näheres siehe nachfolgendes / beiliegendes Schema)

3. Ausschlusskriterien (A)

- A1 Schmerzen, die nicht unter Z 4 fallen
- A2 Atembeschwerden (schon länger bestehend) oder unter Ausschluss Z 2
- A3 Bluthochdruck-, Rhythmusstörungen ohne Begleiterscheinungen (Atmung, Kreislauf)
- A4 „Kleine“ Frakturen oder Amputationen (z.B. Finger, Zehen)

Schema zu 2.

<u>Störungen / Meldebild</u>	<u>Zustand</u>	<u>Hinweiszeichen (Beispiele)</u>
Z 1: Bewusstsein	Reagiert nicht oder nicht adäquat auf Ansprache und Rütteln	
Z 2: Atmung	Ausgeprägte oder akut zunehmende Atemnot, Zyanose, Atemstillstand	deutlicher Stridor, Lungenödem, schwerer Asthmaanfall, Aspiration, Thoraxtrauma, (Inhalations-) Vergiftung, Anaphylaxie

¹³¹http://www.stmi.bayern.de/imperia/md/content/stmi/sicherheit/rettungswesen2/dienstliche_weisungen_rettungsdienst/1.pdf

Z 3: Herz/Kreislauf	Ausgeprägte oder zunehmende Schockzeichen, Kreislaufstillstand, Kreislaufinsuffizienz, entgleister Hypertonus, Herzrhythmusstörungen	Deutliche RR-Abweichungen bei Erwachsenen (systolisch über 220 mmHg), mit Symptomen, Tachykardie, Bradykardie, Arrhythmie mit Symptomen, Anaphylaxie, akutes Koronarsyndrom
Z 4: Starke Schmerzen	Akut auftretende (schlagartig) zunehmende, stechende oder atemunabhängige Schmerzen (Vernichtungsschmerz)	Spezielle Lokalisationen: z. B. Thorax (retrosternal, bandförmig mit Ausstrahlung), Hinweis auf akutes Koronarsyndrom, Abdomen (krampfartig, schlagartig beginnend mit großer Intensität), Kopf (schlagartig, heftigst)
Z 5: Akute Lähmung	Akuter motorischer und/oder sensibler Ausfall	Zustand nach Trauma (WS), Sprach-/Seh-/Gehstörungen, Halbseitenlähmung

3.3.3 Zusätzliche Verwendung von Notarzt-Einsatzfahrzeugen (NEF)

Seit der Indienststellung des ersten Notarztwagens vom Typ „München“ Anfang 1968 wurde an allen neun Notarztstandorten das so genannte „Kompaktsystem“ praktiziert: Der Arzt und seine beiden Rettungsassistenten fahren gemeinsam aus der Stationierungsklinik heraus zum Einsatzort. Der geräumige Kastenaufbau ermöglicht die optimale notfallmedizinische Behandlung und Betreuung des Patienten im Fahrzeug, auch auf dem Weg zur gewählten Aufnahmeklinik. Das System zeichnet sich vor allem durch das eingespielte Team von Arzt und nichtärztlichem Personal aus, ist allerdings hinsichtlich der Personalkosten aufwendig, umfasst die Fahrzeugbesatzung doch neben dem Arzt einen Rettungsassistenten *und* den zumindest als Rettungssanitäter ausgebildeten Fahrer. Aufgrund der Abmaße des Notarztwagens ergeben sich bei größeren Entfernungen zum Einsatzort allerdings zwangsläufig längere Fahrtzeiten, da keine hohen Durchschnittsgeschwindigkeiten erreichbar sind. Das Problem der dadurch verlängerten Hilfsfristen könnte nur durch *zusätzliche* Stationierungsorte von Notarztwagen gelöst werden.

Auf der Suche nach einem Konzept, das nicht zuletzt die Kosten minimieren sollte, wurden daher „Notarzt-Einsatzfahrzeuge (NEF)“ in Dienst gestellt, – Kombiwagen, die gegenüber den Notarztwagen den Vorteil der größeren Wendigkeit und Schnelligkeit im Straßenverkehr bieten. Die Personalkosten reduzieren sich, wenn als Besatzung neben dem Notarzt nur noch ein Rettungsassistent als Fahrer benötigt wird. Die erforderliche medizinische Ausrüstung - EKG-Sichtgerät, Beatmungsgerät,

toxikologisches Notfallset, Kreislauf- und Beatmungskoffer - lässt sich neben weiteren Utensilien im Kofferraum des Fahrzeugs verstauen.¹³²



Abb. 47 u. 48: Notarzt-Einsatzfahrzeug (NEF)

Es ist ein Nachteil, dass das Notarzt-Einsatzfahrzeug durch einen zusätzlich zum Einsatzort beorderten Rettungswagen ergänzt werden muss, um gegebenenfalls dem Arzt einen Wechsel des Fahrzeugs zur Begleitung des Patienten auf dem Transport zur Aufnahmeklinik zu ermöglichen („Rendezvous-System“).

Unstrittig hat diese Verfahrensweise den weiteren Nachteil, daß der Notarzt bei der Versorgung des Patienten weder auf die ihm vertraute üppige Ausstattung des Notarztwagens noch auf das beim Kompaktsystem immer gleiche Assistenzpersonal zurückgreifen kann.¹³³

Um Personalkosten einzusparen, begann die Branddirektion in Abstimmung mit dem Rettungszweckverband das Konzept des Übergangs vom Kompakt- zum Rendezvous-System ab Oktober 1999 Schritt für Schritt umzusetzen. Der Notarztwagen an der chirurgischen Privatklinik Dr. Rinecker wurde als erster durch ein Notarzt-Einsatzfahrzeug ersetzt. Einen Monat später vollzog man den Austausch am Krankenhaus Bogenhausen und im Juli 2000 auch am Krankenhaus Dritter Orden. Mit der Übergabe eines bislang letzten NEF an das Krankenhaus Pasing betreibt die Berufsfeuerwehr – einschließlich der beiden NEF, die am Krankenhaus Perlach und

¹³² vgl. Pressestelle Branddirektion München: Presseinformation vom 30. Januar 2001 betreffend Neues Notarztkonzept: Umwandlung eines Kompaktsystem-Notarztwagens in ein Notarzteinsatzfahrzeug am Standort Kreiskrankenhaus München-Pasing.

¹³³ vgl. Pressestelle Branddirektion München: Pressebericht vom 5. Mai 2000 betreffend Übergabe von vier Notarzteinsatzfahrzeugen an den Oberbürgermeister, 1-2.

am Schwabinger Krankenhaus parallel zu den NAW eingesetzt sind – inzwischen sechs Notarzt-Einsatzfahrzeuge.¹³⁴

Vor allem die Einsatzfälle im Landkreis konnten durch die Notarzt-Einsatzfahrzeuge und das Rendezvous-System gewinnen. Wenn bei einem Herz- oder Kreislaufstillstand und anderen akut lebensbedrohlichen Zuständen jede gewonnene Minute zählt, lassen sich auf diese Weise die Anfahrtszeiten zu entfernteren Bereichen verkürzen und die Erfolgsaussichten etwa bei Wiederbelebensmaßnahmen verbessern. Parallel dazu wurde im Innenstadtbereich das „Kompaktsystem“ mit den herkömmlichen Notarztwagen unverändert beibehalten, da der Zeitgewinn bei kürzeren Entfernungen weniger ins Gewicht fällt. Hier bewährt sich nach wie vor das eingespielte Team von Notarzt und den beiden Rettungssanitätern mit der Möglichkeit des Patiententransports zur Aufnahmeklinik im eigenen Fahrzeug.

Ein sinnvolles Nebeneinander der Systeme „NAW“ und „NEF“ garantiert somit inzwischen in der Landeshauptstadt und im Landkreis München die optimale notärztliche Versorgung und spart zudem Kosten ein.



Abb. 49 u. 50: Ein moderner Münchner Notarztwagen: Außen- und Innenansicht

¹³⁴ vgl. Pressestelle Branddirektion München: Pressebericht vom 5. Mai 2000 betreffend Übergabe von vier Notarzteinsatzfahrzeugen an den Oberbürgermeister, 3-4; vgl. hier auch Pressestelle Branddirektion München: Presseinformation vom 3. Juli 2000 betreffend Drittes

4. ERGÄNZENDE SPARTEN DES MÜNCHNER NOTARZT-DIENSTES

4.1 Toxikologischer Notarztdienst

Anfang der 50er Jahre registrierte man im „Haidhauser Krankenhaus“ im Münchner Osten in der Inneren Medizin eine zunehmend größere Zahl von Vergiftungsfällen. Der damalige Chefarzt beauftragte deshalb seinen Mitarbeiter Dr. Max von Clarmann (1928-2006) „ein tragbares bzw. fahrbares Antidot-(=Gegengift)-Schränkchen zusammenzustellen und zu betreuen, das dann immer auf diejenige Station gebracht werden sollte, auf der jeweils ein Patient mit einer exogenen Intoxikation zu behandeln war.“¹³⁵ Aus diesen Anfängen entstand später - nunmehr bereits im *städtischen* Krankenhaus rechts der Isar - eine eigene toxikologische Abteilung, die Dr. von Clarmann als leitender Arzt auf- und ausgebaut hat.

Nach der Übernahme des Krankenhauses durch den Staat - nunmehr „Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität“ - wurde diese Abteilung kontinuierlich vergrößert, und Dr. von Clarmann, erörtere erstmals 1963 mit der städtischen Branddirektion die seines Erachtens fehlenden Behandlungsmöglichkeiten für den Fall einer Massenvergiftung. Ein gemeinsam erstellter Aktionsplan für solche Ereignisse gab schließlich den Anstoß zum Aufbau eines speziellen *toxikologischen Notarztdienstes* in München. Die Branddirektion konnte für diesen Dienst zwei „Großrettungswagen (GRTW)“ anbieten, die bei der Berufsfeuerwehr als Fahrschulwagen, als Mannschaftstransporter, zur Aufnahme und Versorgung vorübergehend evakuierter Personen u.a.m. im Alarmdienst standen. Sie wurden in Zusammenarbeit mit von Clarmann für den Einsatzfall „Massenvergiftung“ so aus- und nachgerüstet, dass jeder der Busse die Möglichkeit bot, zehn Verletzte liegend zu transportieren und an fünf entsprechend ausgestatteten „Arzt-Arbeitsplätzen“ auch Notfallpatienten effizient zu behandeln. Alle Patienten konnten über eine zentrale Anlage oder mittels mobiler Geräteeinheiten mit Sauerstoff versorgt werden. Die Busse verfügten auch über ein Gegengiftdepot, größere Vorräte an Verbandmaterialien und selbst über Wasch- und Trinkwasser-Vorräte.

In ihrer Zusatz-Funktion als „Gift-Rettungswagen“ ermöglichen die beiden GRTW damit nicht nur die Herstellung der Transportfähigkeit sondern auch die quasi-stationäre Weiterbehandlung von Vergifteten im Fahrzeug, so dass sich bei einem Mas-

¹³⁵ Lauter 1984, 113.

senvergiftungs-Szenario eine Überbrückung zur dann wohl stets überfüllten toxikologischen Abteilung der Klinik bewerkstelligen lässt.^{136 137}



Abb. 51: Der Initiator des Toxikologischen Notarztdienstes und des ersten Gift-Notrufs in Deutschland, Prof. Dr. Max von Clarmann, an einem der Arzt-Arbeitsplätze im GRTW

Der Wichtigkeit solcher Vorkehrungen für Großschadensereignisse war man sich in München spätestens seit dem Flugzeugunglück vom 17. Dezember 1960 bewusst: Eine in München-Riem voll betankt gestartete Maschine vom Typ Convair 340 war auf einen Straßenbahnzug in der Innenstadt gestürzt. Bei dem Unglück mit 20 Todesopfern war der damalige Rettungsdienst allein mit dem Abtransport von nicht weniger als 52 Verletzten eindeutig überfordert!¹³⁸

Die Bilanz drei Jahre nach der zusätzlichen Verwendung der beiden Großrettungswagen im toxikologischen Notarztdienst: „Bisher waren diese Fahrzeuge unter anderem bei Massenvergiftungen durch Ammoniak, Chlorgas, Clophen, Nitrose- und Rauchgase im Einsatz. Ferner wurden sie mit Erfolg zu Verlegungstransporten bei Vergiftungen durch Ameisensäure, Chlorbenzol, Schlafmittel und Trichloräthylen sowie zum schonenden Transport eines als nicht flugfähig curarisierten Beatmungspatienten eingesetzt.“¹³⁹

¹³⁶ vgl. Seegerer Technik und Organisation 1969, 354-356.

¹³⁷ vgl. Schläfer Notarzwagen und Großunfallrettungswagen 1968, 319-323.

¹³⁸ vgl. Schäuble, 2004, 93.

¹³⁹ Schläfer Notarzwagen und Großunfallrettungswagen 1968, 321-323



Abb. 52 u. 53: Außen- und Innenansicht eines Großrettungswagens, 1965

Den bis heute zumindest deutschlandweit einmaligen Münchner Toxikologischen Notarztdienst betreibt die Fachabteilung des Klinikums rechts der Isar der TU nunmehr seit 1965 in enger Kooperation mit der Berufsfeuerwehr.

Die Einrichtung stieß bald auch im europäischen Ausland auf bemerkenswert lebhaftes Interesse und ihre Bewährung belegt nicht zuletzt der Umstand, dass die beiden Busse mit der Zusatzausstattung für Vergiftungsunfälle inzwischen in der dritten Generation im Einsatz sind.¹⁴⁰



Abb. 54: Großrettungswagen der dritten Generation, 2002

4.2 Rettungshubschrauber

Die rapide Zunahme des motorisierten Straßenverkehrs ließ auch die Unfallzahlen außerhalb städtischer Ballungsräume sprunghaft ansteigen. Während in den Städten und in ihrem näheren Umfeld mehr und mehr von einer gesicherten notärztlichen Versorgung ausgegangen werden konnte, zeigten sich in der Region, speziell auf dem flachen Land, die dort im Rettungswesen noch bestehenden Defizite umso deutlicher. Die mit der wachsenden Verkehrsdichte zwangsläufig einhergehende Verlängerung der Anfahrtszeiten der bodengebundenen Rettungsmittel zum Unfallort

erschwerte eine zeitgemäße Versorgung von Unfallopfern in diesen Gebieten zusätzlich.¹⁴¹

Diese Sachlage führte zu ersten Diskussionen über die Möglichkeit des Einsatzes von Hubschraubern für einen zivilen Luftrettungsdienst, denn Erfahrungen in dieser Hinsicht gab es bis Ende der 60er Jahre allenfalls im militärischen Bereich. Dr. Hans Burghart (geb. 1936), seinerzeit als Chirurg mit Notarzt-Erfahrung am städtischen Krankenhaus München-Harlaching tätig, setzte sich nachdrücklich für den Helikopter als Ergänzung der Rettungskette vom Unfallort bis zum Krankenhaus ein und auch der Allgemeine Deutsche Automobil Club (ADAC) sah in der Einbindung des Hubschraubers einen erwägenswerten Lösungsansatz zur besseren Erschließung abgelegener Landstriche:

„Die Verkürzung des therapiefreien Intervalls durch die Primärintervention am Notfallort ist von gleichrangiger Bedeutung wie die Verkürzung der Zeitspanne bis zum Beginn der klinischen Versorgung.“¹⁴²



Abb. 55: Dr. Hans Burghart, bis Ende 1980 leitender Hubschrauber-Notarzt in Harlaching

Um die organisatorischen, medizinischen, flugtechnischen und nicht zuletzt finanziellen Anforderungen an einen Rettungsdienst unter Verwendung von Helikoptern abzuklären, gab der ADAC 1968 eine Pilotstudie in Auftrag.

¹⁴⁰ vgl. Lauter 1984, 116.

¹⁴¹ vgl. Kugler Luftrettungsdienst o.J., 3.

¹⁴² Kugler Aufzeichnung einer Entwicklung 2002, 16.

Zu ihrer Durchführung bediente man sich zunächst eines gecharterten Hubschraubers vom Typ BELL Jet Ranger mit dem Rufnamen „Kolibri“, in dem allerdings neben dem Piloten und dem Arzt aus Platzgründen weder ein Rettungssanitäter noch ein Copilot mitfliegen konnte.



Abb. 56: BELL Jet Ranger („Kolibri“) bei einem Rettungseinsatz an der Autobahn

Der „Kolibri“ – stationiert am ehemaligen Flughafen München-Riem und später am Klinikum rechts der Isar der TU – unternahm mit Ärzten des Klinikums erste Testflüge, um die grundsätzliche Tauglichkeit von Hubschraubern als Rettungsmittel zu erproben. Eine offene Frage war z.B., ob der Patient quer oder längs zur Flugrichtung zu lagern sei.¹⁴³ Auch der beengte Kabinenraum, der längst nicht den Anforderungen der neuen erst 1967 erschienen Norm für Krankenkraftwagen (DIN 75 080) entsprach, begegnete Bedenken.¹⁴⁴ Die Tests mit der im Verlauf der Erprobung mehrfach modifizierten BELL vermochten aber alle anfänglich vorgebrachten Einwände „Temperaturschwankungen, Verminderung des Molekular-Sauerstoffdrucks, Beschleunigungskräfte, psychische Eindrücke usw.“¹⁴⁵ überzeugend auszuräumen und der ADAC erteilte schließlich der Firma Bölkow den Auftrag zur Lieferung eines dort neu entwickelten Hubschraubers des Baumusters BO 105.¹⁴⁶

Während man auf das neue Fluggerät wegen noch zu erfüllender Zulassungsformalitäten warten musste, unternahm Burghart parallel zusammen mit der Bundeswehr in Eigeninitiative an Wochenenden und in Urlaubszeiten weitere Testflüge, um ein

¹⁴³ vgl. Kugler Aufzeichnungen einer Entwicklung 2002, 9.

¹⁴⁴ vgl. Burghart o.J., 10.

¹⁴⁵ Kugler 2002 Aufzeichnungen einer Entwicklung, 9.

¹⁴⁶ vgl. Kugler 2002 Aufzeichnungen einer Entwicklung, 15; vgl. hier auch Stolpe 1987 Rettungshubschrauberdienst in BRD, 153.

taugliches Luftrettungs-Konzept aus notfallmedizinischer Sicht zu entwickeln und daraus eventuell resultierende Anforderungen an die technische und apparative Ausstattung des neuen Rettungsgeräts zu ermitteln.¹⁴⁷

Der ADAC-eigene Hubschrauber vom Typ BO 105 nahm am 1. November 1970 als „Christoph 1“ am Krankenhaus München-Harlaching den Dienst auf, nachdem der Standort am Klinikum rechts der Isar vor allem aus Gründen der Bautechnik hatte aufgegeben werden müssen. Das Harlachinger Haus war schon wegen seiner Lage am Stadtrand ein sehr viel besser geeigneter Stationierungsort, für dessen Wahl aber nicht zuletzt der Umstand sprach, dass der dem Flugdienst von Anbeginn in besonders zugetane Dr. Burghart dort tätig war. Er hat dann auch bis Ende 1980 in Harlaching als Leitender Hubschrauber-Arzt fungiert und zahlreiche Rettungseinsätze selbst geflogen¹⁴⁸

Die BO 105 konnte neben Pilot und Arzt jetzt auch den unentbehrlichen Rettungssanitäter mit an Bord nehmen. Sie war von 7.00 Uhr früh bis Sonnenuntergang in Alarmbereitschaft.



Abb. 57: Die „BO 105“ von MBB vor ihrer Indienststellung am 1.11.1970

Die Einsätze von „Christoph 1“ wurden von der Rettungsleitstelle beim Kreisverband München des Bayerischen Roten Kreuzes koordiniert, der auch die mitfliegenden Rettungssanitäter stellte. Die Ärzte kamen aus dem Krankenhaus Harlaching, die Piloten anfangs vom ADAC, zwischen 1975 und 1984 von der Fliegerstaffel „Süd“ des Bundesgrenzschutzes in Oberschleißheim und dann wieder vom ADAC. „Chri-

¹⁴⁷ vgl. Gespräch mit G. Kugler vom 17.7.2007; vgl. hier auch Stolpe Luftrettungsdienst aus ärztlicher Sicht 1985, 33.

stoph 1“ war der erste zivile Rettungshubschrauber weltweit. Der ADAC hat mit seinem „Münchner Modell“ den Grundstein des Luftrettungsdienstes in Deutschland gelegt, der inzwischen - die neuen Bundesländer eingeschlossen - längst flächen-deckend ausgebaut ist.¹⁴⁹

Den Siegeszug des zwar aufwendigsten, zumindest über größere Distanzen jedoch unstrittig auch effizientesten Rettungsmittels „Hubschrauber“ haben selbst gravierende Rückschläge nicht aufzuhalten vermocht: Im August 1971 sowie im Oktober 1975 ereigneten sich zwei tragische Unglücksfälle mit „Christoph 1“, bei denen zwei Notärzte, ein Pilot und ein Rettungssanitäter zu Tode kamen.¹⁵⁰

Über die Anfänge des Luftrettungsdienstes schreibt Dr. Erwin Stolpe (geb. 1945), seit Dezember 1980 Nachfolger von Burghart als Leitender Hubschrauber-Arzt: „Wenn auch in den Anfangsjahren eine große Offenheit gegenüber dem neuen Rettungssystem zu beobachten war, so mußte dennoch seine Integration in den bodengebundenen Rettungsdienst vollzogen werden. Durch die Anbindung des Rettungshubschraubers an die neu gegründete Rettungsleitstelle München beim Bayerischen Roten Kreuz, die Koordinierung der Rettungseinsätze des bodengebundenen und des Luftrettungsdienstes sowie durch die Schaffung einer organisatorischen Infrastruktur mit der Neugründung des Rettungszweckverbandes München, der die organisatorische Leitung und Durchführung des Luftrettungsdienstes wahrnahm, konnten die Voraussetzungen geschaffen werden, die den Erfolg dieses Systems sicherten und der Luftrettung einen Stellenwert als kommunale Aufgabe verschafften.“¹⁵¹

1977 wurde auf dem Areal des Standort-Krankenhauses München-Harlaching ein Hangar mit einer Reihe lange vermisster Funktionsräume errichtet. Eine unterirdische Betankungsanlage und eine verfahrbare Landeplattform gewährleisteten nunmehr die permanente Einsatzbereitschaft des Helikopters während der Tagesstunden und erübrigten die bis dahin nötigen Transferflüge zum Tanken und zur gesicherten nächtlichen Unterstellung des Fluggeräts in Oberschleißheim. Bei der offiziellen Inbetriebnahme des neuen Hubschrauberlandeplatzes am 24. Februar 1978 erklärte der Vorsitzende des Rettungszweckverbandes, Kreisverwaltungsreferent Dr.

¹⁴⁸ vgl. Kugler Aufzeichnungen einer Entwicklung 2002, 15; hier auch Gespräch mit G. Kugler vom 17.7.2007; vgl. hier auch Kugler Luftrettungsdienst o.J., 3.

¹⁴⁹ vgl. Kugler Luftrettungsdienst o.J., 3.

¹⁵⁰ vgl. Stolpe Luftrettungsdienst aus ärztlicher Sicht 1985, 33-34.

¹⁵¹ Stolpe Luftrettungsdienst aus ärztlicher Sicht 1985, 33-34.

Klaus Hahnzog (geb. 1936): „Es darf in diesem Zusammenhang auch festgestellt werden, daß der Zweckverband und vor seiner Konstituierung die Landeshauptstadt und der Landkreis München die Belange des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes von Beginn an ernst genommen haben, was offensichtlich nicht überall der Fall ist [...]. Es war von Anfang an das Bestreben des Rettungszweckverbandes, die Luftrettung als verlängerten Arm des Notarztdienstes voll in unser modernes Rettungssystem zu integrieren.“¹⁵²

Ebenso sah der Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, Staatssekretär Erich Kiesel (geb. 1930), im Rettungshubschrauber „keine Konkurrenz zu Rettungs- und Notarzwagen, sondern eine sinnvolle Ergänzung. Welches Rettungsmittel zum Einsatz kommen soll, ist für jeden Einzelfall unter Berücksichtigung der besonderen Unfallsituation und der Art der Verletzungen des Unfallopfers zu entscheiden.“ Kiesel weiter: Er habe kein Verständnis, „wenn man den Rettungshubschrauber nur deshalb nicht anfordert, weil man glaubt, verhindern zu müssen, daß die Verletzten statt in das örtliche Krankenhaus in eine Klinik in München verbracht werden. Gerade im Interesse der Chancengleichheit der Menschen in Stadt und Land muß dieses Rettungsmittel überall dort eingesetzt werden, wo es wirksam Hilfe bringen kann.“¹⁵³

Der Hubschrauber ist mit seinen kurzen Eintreffzeiten am Notfallort um ein Vielfaches schneller als Notarzwagen, Notarzt-Einsatzfahrzeuge oder Rettungswagen und deshalb zumindest immer dann eine sinnvolle Alternative zu den bodengebundenen Rettungsmitteln, wenn Entfernungen von max. 50 bis 70 km Radius um den Standort zu überbrücken sind. Im Frühjahr 1984 wurde die BO 105 in München-Harlaching durch einen Rettungshubschrauber der zweiten Generation abgelöst: Das neue Fluggerät vom Typ BK 117 bietet gegenüber dem bewährten Vorgängermodell einen vergrößerten Behandlungsraum, eine höhere Triebswerkleistung und nicht zuletzt einen besseren Sicherheitsstandard durch die Möglichkeit, als weiteres Besatzungsmitglied einen Bordmechaniker aufzunehmen. Als Intensivbehandlungs-Hubschrauber konzipiert, fand die BK 117 schon bald internationale Anerkennung.¹⁵⁴

¹⁵² Dokumentation, Archiv Branddirektion München: Hahnzog betreffend der Offiziellen Inbetriebnahme des neuen Hubschrauberlandeplatzes mit Hangar am Krankenhaus Harlaching am 24.2.1978.

¹⁵³ Dokumentation, Archiv Branddirektion München: Kiesel, Bayerisches Staatsministerium des Innern betreffend Eine feste Bleibe für den Münchner Rettungshubschrauber „Christoph 1“ vom 24. Februar 1978, 2.

¹⁵⁴ vgl. Kugler 1985, ADAC-Luftrettung 34.

4.3 Neugeborenen-Notarztdienst

Anfang der 60er Jahre hatte die Säuglings-Sterblichkeit in Bayern und München signifikant zugenommen. 1970 lag die Zahl der im Alter bis zu einem Jahr verstorbenen Säuglinge, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene, in Bayern konstant um 2 Promille-Punkte über der in der damaligen Bundesrepublik. Im Vergleich zur Deutschen Demokratischen Republik fiel die Statistik noch ungünstiger aus: Sie wies im Jahr 1975 eine doppelt so hohe Abweichung auf, nämlich 4 Promille-Punkte.¹⁵⁵

Die geburtshilflichen Kliniken bzw. die einschlägigen Krankenhaus-Abteilungen sahen sich häufig nicht in der Lage, bei komplizierten Entbindungen den sogenannten Risiko-Neugeborenen eine adäquate medizinische Erstversorgung angedeihen zu lassen. Das fehlende Fachpersonal und zuweilen auch eine unzureichende medizinische Ausstattung der Häuser zwangen dazu, in solchen Fällen einen Krankenwagen anzufordern, um die Säuglinge in Kliniken mit einer Früh- und Neugeborenen-Intensivstation zu verlegen.

Wie in den geburtshilflichen Kliniken mangelte es aber auch unter den Notärzten an dem auf Neugeborene spezialisierten Facharzt, der eine adäquate Versorgung noch in der Klinik und auf dem anschließenden Transport leisten konnte.¹⁵⁶ Nur wenigen Häusern wie etwa der Münchner Universitäts-Frauenklinik stand mit Neonatologen das geeignete Fachpersonal zur Verfügung, das zu jeder Tages- und Nachtzeit zu einer Risikoentbindung herangezogen werden konnte. In München wurden in den 70er Jahren jährlich rund 19.000 Kinder geboren, von denen nur etwa 3.000 in der Universitätsklinik das Licht der Welt erblickten und für die somit im Bedarfsfall eine entsprechende Versorgung gewährleistet war. Den restlichen 16.000 Neugeborenen konnte keine neonatologische Rund-um-die-Uhr-Betreuung geboten werden. Deshalb musste rasch eine kompetente Lösung gefunden werden, um auch diese Kinder im Notfall in eine Kinderklinik verlegen zu können.¹⁵⁷

Anfangs übernahmen herkömmliche Rettungs- bzw. Krankenkraftwagen diese Transporte, doch zeigten sich dabei schon bald die unzureichenden und damit unbefriedigenden apparativen und medizinischen Betreuungsmöglichkeiten für die zu versorgenden kleinen Patienten. Auch die bis dahin verwendeten einfachen Inkubatoren - so genannte Couveusen - erwiesen sich als wenig zweckmäßig für die Verlegung von Neu- und Frühgeborenen. Aufgrund der positiven Erfahrungen beim allgemeinen

¹⁵⁵ vgl. Lorenz persönliche Mitteilung o.J..

¹⁵⁶ vgl. Klingshirn 1988, 17.

Münchener Notarztdienst lag es nahe, für die Verlegungen ebenfalls auf die Hilfe von Fachärzten vor und während des Transports zurückzugreifen. Wie beim bewährten „Erwachsenen-Notarztdienst“ sollte auch bei gefährdeten Früh- und Neugeborenen ein spezialisierter Arzt eine qualifizierte Versorgung in der geburtshilflichen Klinik vornehmen, um anschließend einen ausreichend sicheren Transport zur Kinderklinik zu gewährleisten.

1974 nahm sich ein Arbeitskreis „Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit in München“ des Problems an. Schließlich wollte man es nicht bei dem Ergebnis der Perinatalstudie aus dem Jahr 1975 belassen, die für die zurückliegenden Jahre eine überdurchschnittlich hohe Säuglingssterblichkeit im Ballungsraum München auswies. Es wurde nach einem mit einem Facharzt der Pädiatrie besetzten Notarzwagen verlangt. „Der zentrale Transport-Begleitsdienst soll sicherstellen, daß bei Risikoentbindungen und bei kindlichen Notfällen ein speziell fortgebildeter Pädiater in der geburtshilflichen Klinik die Notfallversorgung des Neugeborenen übernimmt, die Transportfähigkeit herstellt und den Transport in eine pädiatrische Intensiveinheit begleitet.“¹⁵⁸ Versuchten anfangs noch die einzelnen Kinderkliniken den Abholdienst selbst zu übernehmen, so ist dem Protokoll einer Sitzung des Arbeitskreises vom 28.4.1976 zu entnehmen: „Technische und organisatorische Anfangsschwierigkeiten sind nach direkter Absprache weitgehend behoben [...]. Der Holdienst läßt zu wünschen übrig. Er funktioniert eigentlich nur bei bereits liierten Institutionen:

Frauenklinik Neuperlach → Kinderklinik Harlaching, Frauenklinik der TU → Kinderklinik der TU.... Alle Kliniken haben wiederholt ihren guten Willen bekundet, die Neugeborenenstationen sind jedoch personell so unterbesetzt, daß der Holdienst nur in den seltensten Fällen geleistet werden kann. Auch durch speziell geschulte Intensivschwestern ist wegen des Mangels an entsprechenden Schwestern derzeit die Lücke nicht zu schließen.“¹⁵⁹

Da es wegen fehlenden ärztlichen Personals keiner der sieben Neugeborenen-Intensivstationen in München möglich war, einen Neugeborenen-Notarztdienst zu übernehmen, bot sich das Deutsche Herzzentrum als Dienstleister an. Die Kinder-Intensivstation dort verfügte bereits über ein eingespieltes Transportsystem zur Abholung

¹⁵⁷ vgl. Schöberer u. Balke Das Münchner System 1982, 104.

¹⁵⁸ Klingshirn 1988, 18.

¹⁵⁹ Deutsches Herzzentrum, Ordner NNAD I: Protokoll zur Sitzung betreffend Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit vom 28.4.76.

schwerst herzkranker Babys aus dem gesamten bayerischen Raum und den angrenzenden Bundesländern und wusste um die Vorteile eines gut organisierten Notarztsystems. Hierzu Hans-Peter Lorenz (geb. 1944), leitender Oberarzt der Kinderintensivstation am Deutschen Herzzentrum:

„Aus den daraus gemachten Erfahrungen mit diesem, unseren eigenen, „selbst gestrickten“ Transportsystem gewannen wir den Eindruck, dass sich die Prognose derjenigen Kinder, die unter qualifizierter Begleitung von auswärtigen Kliniken übernommen worden waren, deutlich besser darstellte als die Aussicht jener Patienten, die einem ebenso armen wie fürchterlich ängstlichen Sanitäter einfach in den Arm gedrückt bzw. in die damals noch meist benutzte Couveuse gelegt wurden. Der Sanitäter hatte verständlicherweise nämlich nichts anderes im Sinn, als das Kind möglichst schnell wieder an seinem „Bestimmungsort“ abzuliefern.“¹⁶⁰

Das Deutsche Herzzentrum erschien im Übrigen auch aufgrund seiner „Neutralität“ optimal geeignet, war es doch mit 90% belegter Betten ständig gut ausgelastet, hatte also keine Veranlassung, seine Betten mit selbst herbeigebrachten Risiko-Neugeborenen zu belegen. Dank der Unterstützung durch Oberbürgermeister Kronawitter (geb. 1928) und Landrat Gillesen ließen sich auch die finanziellen Voraussetzungen für den angestrebten Notarztdienst für Neugeborene auf dem Weg über Spenden unter dem Motto „Rettet das neue Leben!“ schaffen. Am Deutschen Herzzentrum konnte man zwei zusätzliche Arztstellen einrichten, um die Mehrbelastung durch den zentralen Münchner Dienst aufzufangen.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, das Innenministerium sowie das Kreisverwaltungsreferat der Landeshauptstadt etablierten dann zum 1. April 1978 einen zentralen „Neugeborenen-Notarztdienst“ (NNAD) für die Stadt und den Landkreis München, die angrenzenden Landkreise Dachau, Fürstenfeldbruck, Starnberg, Ebersberg und die seltener frequentierten Landkreise Bad Tölz und Wolfratshausen. In einem zweijährigen Modellversuch sollte der Dienst in Kooperation mit 20 Kliniken „die Ursachen der Säuglingssterblichkeit ermitteln, Vorschläge zur Senkung der Neugeborenenmortalität erarbeiten und ein System für die Organisation eines NNAD erproben.“¹⁶¹

¹⁶⁰ Lorenz persönliche Mitteilung o.J..



Abb. 58: Einsatzgebiet des Neugeborenen-Notarztdienstes

Prof. Dr. Konrad Bühlmeier, (geb. 1928) damals Direktor der Kinderklinik am Deutschen Herzzentrum, beauftragte den Leiter der Kinder- und Intensivstation des Hauses, Johannes Georg Schöber (geb. 1937) mit der Aufgabe, den Neugeborenen-Notarztdienst in München ärztlich zu betreuen. Jedem geburtshilflich tätigen Krankenhaus bzw. jeder Belegabteilung, die keinen Kinderarzt am Haus hatte, war es vom genannten Zeitpunkt ab möglich, bei unvorgesehenen vitalen Bedrohungen eines Neugeborenen den Babyservice über eine Sondernummer anzufordern.

Zum Team des Neugeborenen-Notarztdienstes zählten neben dem Kinderarzt und einer Intensivschwester zwei Rettungssanitäter der Berufsfeuerwehr. Der Kinderarzt sollte im besten Fall den Qualifikationsnachweis „Neugeborenen-Notarzt“ durch Tätigkeit auf der Kinder-Intensivstation des Deutschen Herzzentrums erworben oder aber auf einer anderen Neugeborenen-Intensivstation sich die notwendige Qualifikation angeeignet haben. Die Schwester begleitete den Notarzt zur Assistenz bei nötigen Reanimations-Situationen. Die beiden Feuerwehrsanitäter übernahmen außer dem Transport der schweren Geräte alle anfallenden unterstützenden Tätigkeiten. Neben ihrer Hilfe bei Reanimations-Maßnahmen war auf sie stets auch bei der Behebung gelegentlicher technischer Pannen Verlass.

Ein doppelter ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Dienst konnte parallel ausrücken und im Bedarfsfall durch den leitenden Arzt der Station verstärkt werden. Im Regelfall versorgte jedoch ein Arzt die stationären Patienten, während sein Kollege einen kleineren Teil der Stationsarbeit übernahm und für Notarzteinsätze zur Verfügung stand.

¹⁶¹ vgl. Klingshirn 1988, 18; vgl. hier auch Deutsches Herzzentrum, Ordner NNAD I: Schreiben des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung betreffend Einrichtung eines zentralen Transportbegleitdienst für anpassungsgestörte Neugeborene beim DHM vom 9.02.1978.

Die für den Neugeborenen-Notarztdienst benötigten Fahrzeuge ließen sich durch einige Umrüstmaßnahmen an die Bedürfnisse des Säuglingstransports anpassen. Den wesentlichen Bestandteil der Zusatzausstattung bildete der Intensiv-Transportinkubator, der bei ausreichender Befestigung eine möglichst stabile Lagerung des Neugeborenen während der Fahrt über Hindernisse wie Kopfsteinpflaster oder Straßenbahngleise ermöglichen sollte. Zur unerlässlichen Ausstattung gehörte auch eine Beatmungsmöglichkeit mit integrierter Gasmischanlage, um die Gefahr der Augenschädigung durch hyperoxische Atemluftgemische zu verhindern. Im Übrigen konnten wesentliche Ausrüstungsgegenstände der Feuerwehr-Rettungswagen übernommen werden, wie sie auch bei verunglückten Erwachsenen zur Anwendung kommen. Vordringlich waren die gesicherte Sauerstoffversorgung und eine ausreichende Wärmequelle, die den Säugling vor Auskühlung schützt. Unverzichtbar war schließlich noch ein spezieller Notfallkoffer, der die erforderlichen weiteren Utensilien wie Absaugsonden, Medikamente, Nabelvenenbesteck, Mundabsauger, Intubationsbesteck u.a.m. enthielt. Letztlich konnten die Rettungswagen der Berufsfeuerwehr sowohl im Neugeborenen-Notarztdienst als auch weiterhin für den Einsatz bei in Not geratenen Erwachsenen Verwendung finden.¹⁶²



Abb.59: Einsatz des Intensiv-Transportinkubators

Schon bald nach Indienststellung des Neugeborenen-Notarzwagens übertrafen die eingehenden Anforderungen die prägnostizierte Zahl bei weitem. Rechneten Bühlmeyer und Schöber anfangs noch mit ca. 500 Verlegungen von Risiko-Neugeborenen im Jahr (also etwas mehr als *einer* Verlegung *pro Tag* auf die

¹⁶² vgl. Lorenz 1992,42-43; vgl. hier auch Schöber u. Balke Das Münchner System 1982, 105-106.vgl. hier auch Schöber Organisation, Aktionsradius, Aufgaben 1987, 110; vgl. hier auch Schöber

Münchner Kinderintensivstationen), so war vom Jahresanfang 1978 bis zum Jahr 1986 eine kontinuierliche Zunahme der Einsätze zu verzeichnen.

Auf der ersten Tagung der Sektion „Rettungswesen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unterstrichen die Vortragenden in ihren Ausführungen zum „Neugeborenen-Notarztdienst – das Münchner Modell“ die Notwendigkeit und die große Akzeptanz des Neugeborenen-Notarztdienstes. „Während im Jahr 1978 der Neugeborenen-Notarztdienst nur 252mal angefordert wurde, ist die Anzahl der Einsätze im Jahr 1981 auf 814 angestiegen. In der Modellphase handelte es sich in 83% der Fälle um Primäreinsätze im Kreißsaal. Inzwischen hat die Zahl der Primäreinsätze 93% erreicht. Nur 7% der Einsätze betrafen Sekundärverlegungen beatmeter Neugeborener zur Spezialbehandlung in eine andere Kinderklinik. Stets bemühte sich der Neugeborenen-Notarzt, schon vor der Geburt im Kreißsaal einzutreffen, um von Anfang an die Reanimation bei asphyktischen Neugeborenen durchführen zu können.“¹⁶³

Ein Geburtenboom im Freistaat Bayern ließ die Zahl der Neugeborenen in den Jahren 1981 bis 1991 um 14,6% ansteigen. Mit 20,4% verzeichnete der Regierungsbezirk Oberbayern, die Landeshauptstadt eingeschlossen, in diesem Zeitraum einen besonders rasanten Anstieg, dem natürlich auch der Neugeborenen-Notarztdienst gerecht werden musste. Zu den rapid ansteigenden Geburtenzahlen kam noch der gelegentlich großzügigere Umgang mit Risikoschwangerschaften in kleinen Geburtskliniken hinzu. Zwischen 1986 bis 1990 blieb die Zahl der Einsätze des Neugeborenen-Notarztdienstes dann auf einem gleich bleibenden hohen Niveau von ca. 1.200 Alarmierungen jährlich.

Die durchschnittliche Anfahrtszeit bis zur Ankunft im Kreißsaal betrug 25 Minuten, die von den Geburtskliniken bei Anforderung des Neugeborenen-Notarztdienstes mit einkalkuliert werden muss; denn obwohl die Anforderung in 5/6 der Fälle noch vor der Geburt erfolgt, gelingt es bei der Größe des Einzugsbereichs nur in 2/3 der Fälle, die Klinik rechtzeitig zu erreichen. Dies unterstreicht umso mehr, dass die geburts-hilffichen Teams nach abgesetztem Notruf in der Lage sein müssen, nicht nur die

Organisation, Aktionsradius, Aufgaben 1987, 110; vgl. hier auch Lorenz 1992,40-41; vgl. hier auch Wolff H. et al.: 1987, 135-140.

¹⁶³ Schöber u. Balke Das Münchner System 1982, 108-109.

Mutter sondern auch das Neugeborene bis zur Ankunft der Notärzte qualifiziert zu versorgen.¹⁶⁴



Abb. 60: Herkömmlicher Feuerwehr-Rettungswagen im Neugeborenen-Notarzteinsatz

Zehn Jahre nach der Installation des Neugeborenen-Notarzteinsatzdienstes ließ sich ein erfreuliches Absinken der Mortalität von 8,9‰ im Jahre 1977 auf 4,1‰ im Jahre 1988 konstatieren.

Im Juni 1981 sollte nach dem Konzept des Bayerischen Staatsministeriums des Innern im Einvernehmen mit dem Sozial- und Arbeitsministerium ein landesweiter Neugeborenen-Notarzteinsatzdienst unter Einbeziehung des allgemeinen Rettungsdienstes in zwölf bayerischen Städten eingerichtet werden. Trotz etlicher Schwierigkeiten bezüglich der Finanzierung und der Frage der Notwendigkeit einer Kinderkrankenschwester als Assistenz konnten sich mehr als die zwölf vorgesehenen Standorte etablieren. Den eigentlichen Durchbruch für eine bedarfsgerechte Neugeborenen-Intensivversorgung in Bayern erbrachte schließlich eine Zusammenkunft der leitenden Ärzte aller Kinderkrankenhäuser im Innenministerium. Der finanzielle Aufwand für zusätzliches Personal und den weiteren Ausbau des Neugeborenen-Notarzteinsatzdienstes konnte mit Hilfe der Krankenkassen gedeckt werden. Da die Krankenkassen die finanziellen Mittel nur unter der Voraussetzung einer stationären Versorgung von Risikoneugeborenen im Rahmen der Krankenhausplanung bewilligten, einigte man sich, neugebildete Standorte ausschließlich in Kinderkliniken mit neonatologischen

¹⁶⁴ vgl. Schöber u. Balke Das Münchner System 1982, 108-109; vgl. hier auch Deutsches Herzzentrum: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit 1994, 10; vgl. hier auch Lorenz 1992, 46-49.

Intensivstationen entstehen zu lassen. Mit der Einrichtung eines Unterausschusses „Neonatologie“ im Bereich der Krankenhausplanung ergab sich die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Einrichtung von Kinderintensivstationen mit neonatologischen Intensivbehandlungs-plätzen und wurde die Phase der Improvisation abgelöst.¹⁶⁵

Die sinkende Geburtenrate macht sich seit mehr als 15 Jahren auch im Münchner Neugeborenen-Notarztdienst bemerkbar. Die Einsatzzahlen des Babybooms Ende der 80er Jahre werden längst nicht mehr erreicht. Dazu tragen auch die Perinatalzentren bei, die von den werdenden Müttern bei Komplikationen während der Schwangerschaft rechtzeitig aufgesucht werden (sollen). Hinzu kommt, dass heute nahezu jede Entbindungsklinik zumindest tagsüber rasch auf einen Kinderarzt zurückgreifen kann. Ein weiterer positiver Aspekt war die Erstversorgung unterge-wichtiger Frühgeborener.

Die geburtshilflichen Kliniken begannen zusehends, die modernen Reanimationsmethoden des Neugeborenen-Notarztdienstes zu übernehmen, und besserten ihre Kreißsäle mit zeitgemäßen Reanimationseinrichtungen, Infrarotstrahlern, temperierten Wärmematten u.a.m. nach.

Die Einrichtung des Neugeborenen-Notarztdienstes bewirkte so in den ersten vier Jahren seines Bestehens, dass sich die Neugeborenenmortalität bei einer steigenden Zahl von Risikoentbindungen nach Verlegung der Neugeborenen in die Kinderklinik deutlich reduzierte. Hauptaufgaben blieben die Versorgung von Risikogeburten und Risikoschwangerschaften, wie vorzeitigen Placentaablösungen, Blutungen im dritten Trimenon bzw. während der Geburt und Nabelschnurkomplikationen. Auch bei Mehrlingsgeburten war der Neugeborenen-Notarztdienst zugegen.

Heute kann jede Entbindungsklinik im Großraum München den Neugeborenen-Notarztdienst über die Integrierte Leitstelle anfordern. Bei nicht beherrschbaren Komplikationen vor oder auch während der Geburt kann so ein Kinderspezialist der kardiologischen Intensivstation des Deutschen Herzzentrums mit zwei Rettungssanitätern der Berufsfeuerwehr dem Geburtshilfeteam beistehen und gegebenenfalls eine Verlegung des Neugeborenen unter ärztlicher Aufsicht in eine geeignete Kinderintensivstation vornehmen. Da die Dauer der Einsätze des Neugeborenen-Notarztdienstes erheblich länger als die eines „Erwachsenen-Notarzteinsatzes“ ist, stehen auf vier Feuerwachen der Berufsfeuerwehr Intensivinkubatoren und Rettungsassistenten

¹⁶⁵ vgl. Klingshirn 1988, 19.

bereit, um einen weiteren Neugeborenen-Notarzt vom Deutschen Herzzentrum abholen zu können und so eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten. Ansonsten führen die Rettungswagen auch Verlegungstransporte von Neugeborenen zwischen den Kliniken der Stadt und des Umlandes *ohne Arzt* durch. Der Neugeborenen-Notarzt steht aber nicht nur den Kliniken zur Verfügung, er rückt auch zu Geburten außerhalb des Krankenhauses aus, bei denen eine Gefahrensituation für das Neugeborene zu befürchten ist.¹⁶⁶

4.4 Kinder-Notarzt

Nachdem das Überleben von Früh- und Neugeborenen durch den Neugeborenen-Notarzteinsatz entscheidend verbessert werden konnte, stellte sich die Frage nach einer vergleichbaren Institution für Kinder bis zum Alter von etwa zwölf Jahren.

Wurde der „Erwachsenen-Notarzt“ zu kleinen und Kleinstkindern gerufen, war er mit einem Patienten konfrontiert, dessen Physiologie und Anatomie sich von einer erwachsenen Person doch erheblich unterschied. Die Chirurgen, Anästhesisten oder auch Internisten auf dem Notarztwagen verfügten aber in der Regel weder über eine spezielle Ausbildung noch über die erforderliche Ausrüstung für solche Fälle. „Das Kind ist kein kleiner Erwachsener!“ Dieser häufig zitierte Satz ist absolut zutreffend, und so ist es kaum verwunderlich, dass zuweilen vom Notarzt unzureichend versorgte Kinder den Kinderintensivstationen übergeben wurden.

Die fehlende Erfahrung und die daraus resultierende Angst, etwa die richtige Medikamentendosis für das Kind zu finden oder eine Fehlintubation zu tätigen, hatten nicht selten einen Aufschub der Therapie zur Folge, bis die Kinder in der Klinik dann in die Hände ausgebildeter Kinderärzte gelangten.¹⁶⁷

Um eine sachgerechte Behandlung schon vor Ort zu gewährleisten, hatte die Berufsfeuerwehr München daher schon Jahre vor der offiziellen Etablierung eines Kinder-Notarztes angeregt, dass sich Ärzte der Intensivstation des Dr. von Haunerschen Kinderspitals zur unterstützenden Hilfe an den Unfallort bringen lassen sollten, um dem dort agierenden Notarzt unterstützend zur Seite zu stehen.¹⁶⁸ Mit Beginn des Jahres 1988 holte die Berufsfeuerwehr dann in kritischen Situationen einen Kinder-

¹⁶⁶ vgl. http://www.feuerwehr.muenchen.de/bd30nota/idx_30.htm, 2007.

¹⁶⁷ vgl. http://www.feuerwehr.muenchen.de/bd30nota/idx_30.htm, 2007 ; vgl. hier auch http://www.kindernotarzt.net/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2, 2007

¹⁶⁸ Gespräche mit K. Seegerer 2006/ 2007.

facharzt und eine Intensivschwester in der Dr. von Haunerschen Kinderklinik ab, um sie an den Notfallort zu bringen.

Es war der Leiter der Kinderanästhesie der Klinik, Prof. Dr. Karl Mantel (geb. 1937), der sich von Anfang an maßgeblich an diesem Abholdienst beteiligte und sich bereit erklärte, auch außerhalb des Dienstbetriebs, in seiner Freizeit und des Nachts zur Verfügung zu stehen. Der Initiative von Prof. Mantel ist es auch zu verdanken, dass fortan immer mehr Ärzte aus den Kinderkliniken der Stadt seinem Beispiel folgten und am 2. Oktober 1989 schließlich ein „Kinder-Notarzt“ offiziell etabliert werden konnte.¹⁶⁹

Ende 1989 beteiligten sich bereits drei Münchner Kinderkliniken an dem Dienst: Neben dem Dr. von Haunerschen Kinderspital die Kinderklinik der Technischen Universität am Krankenhaus München-Schwabing und die damalige Kinderklinik an der Lachnerstraße (seit 2002 „Kinderklinik Dritter Orden“). Mit der Teilnahme der vierten Münchner Kinderklinik am Krankenhaus München-Harlaching seit dem Frühjahr 1992 ist auch die ärztliche Notfallversorgung des Nachwuchses der Münchner bis zum heutigen Tag optimal gewährleistet.¹⁷⁰

Die beteiligten Ärzte rekrutieren sich aus den Fachgebieten Pädiatrie und Anästhesie, seltener aus der Chirurgie. Vor Ort hat der Kinder-Notarzt dem „normalen“ Notarzt gegenüber primär eine beratende Funktion, kann aber auch Versorgung, weitere Betreuung und den Transport des Kindes übernehmen.



Abb. 61: Der Kinder-Notarzt, am Notfallort unterstützend tätig

¹⁶⁹ vgl. Dokumentation, Archiv Branddirektion München: Protokoll der Notarztbesprechung vom Montag, 30.01.84 betreffend Herr Dr. Mantel.

¹⁷⁰ vgl. Rettungszweckverband München (KVR): Beschluß der Verbandsversammlung vom 30.01.1991 betreffend Notarztdienst; Abschlußbericht zum Pilotprojekt eines Kindernotarztdienstes - Öffentlich-rechtliche Vereinbarungen GNAD I (Gemeinsamen Notarztdienst)

Die meist langjährig erfahrenen Mediziner der vier genannten Kliniken stehen dem Dienst jeweils für eine Woche im Monat zur Verfügung und fahren die Einsätze zusammen mit einem Rettungssanitäter der Berufsfeuerwehr. Die ärztliche Fahrzeugbesatzung wechselt im Wochenrhythmus und übergibt den Wagen der nächsten Klinik. Tagsüber steht er am eingeteilten Haus und nur abends sowie nachts ist er an einer Feuerwache hinterstellt. Das Einsatzfahrzeug deckt mit einer speziellen Ausrüstung das Stadtgebiet und den Landkreis München ab. Über weitere Entfernungen kann der Kindernotarzt auch mit dem Rettungshubschrauber des ADAC oder mit einem Polizeihubschrauber zum Einsatzort gebracht werden. Der Dienst funktioniert nach dem Prinzip des „Rendezvous-Systems“ zwischen dem Einsatzfahrzeug des Kinder-Notarztes und einem parallel dazu alarmierten Rettungswagen, auf den der Notarzt gegebenenfalls zur weiteren Behandlung des kleinen Patienten umsteigen kann.

Stetig steigende Einsatzzahlen und die erzielten Erfolge machten den Kinder-Notarzt rasch populär und gaben Veranlassung, die Bereitschaftszeiten auszuweiten: War er bis 1997 aus Kostengründen nur von 7 bis 23 Uhr verfügbar, so ist er seitdem rund um die Uhr einsatzbereit.¹⁷¹



Abb.62: Das Einsatzfahrzeug des Kinder-Notarztes



Abb. 63: Das Team: Kinder-Notarzt und Rettungsassistent der Berufsfeuerwehr

Seit dem Jahr 2000 versuchen Notarzt-Protokolle der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin eine genauere Übersicht über die

¹⁷¹ vgl. Stenke 2004, S. 2-3; vgl. hier auch Bayerl et al. Münchner Kindernotarzt 2002, keine Seitenangabe; vgl. hier auch http://www.feuerwehr.muenchen.de/bd30nota/idx_30.htm, 2007; vgl. hier auch Bayerl 2007 Kindernotarztsystem, S 6-11.

Krankheitsbilder bei Kindernotfällen zu geben: Der Krampfanfall, das Schädelhirntrauma, die Aspiration und der Pseudokrapp bestimmen häufig das Geschehen.¹⁷²



Abb. 64: Medizinische Ausrüstung des Einsatzfahrzeugs des Kinder-Notarztes

Der Kinder-Notarzt ergänzt die Notarztdienste in München optimal und ist seit nunmehr fast zwanzig Jahren eine – speziell auch in der Ärzteschaft – gefragte und geschätzte Institution.

4.5 Weitere Sonderbereiche

4.5.1 Organtransport

Das Klinikum Großhadern der LMU erbat ab Mitte 1976 zur raschen Beförderung von Gewebeproben und Transplantaten immer öfter die Hilfe der Münchner Berufsfeuerwehr. Die Transporte übernahm dann - gewohnt prompt und zuverlässig – einer ihrer Funkdienstwagen. Aus dieser zunächst losen Kooperation entwickelte sich im Verlauf von etwa fünf Jahren ein zunehmend engeres Zusammenspiel zwischen dem Transplantationszentrum in Großhadern und der Berufsfeuerwehr mit einem stetigen Anstieg der Zahl der Alarmierungen. Die Branddirektion sah sich schließlich gezwungen, auf die Bereitstellung zweier PKWs speziell zur Bewältigung der Anforderungen der Transplantat-Beschaffung zu drängen, für die sich ein Kuratorium „Rettungsdienst Bayern“ engagieren wollte.

Professor Dr. Walter Land (geb. 1938), damals Leiter der Transplantationschirurgie am Klinikum Großhadern: „Wir können mehr transplantieren, wenn wir rechtzeitig zu auswärtigen Kliniken kommen, wo ein Organspender gerade gestorben ist.“¹⁷³

¹⁷² vgl. Bayerl et al. 2002, o.S.

Am 28. August 1981 konnte dann Staatsminister a. D. Dr. Bruno Merk (geb. 1922) zwei vom Bayerischen Sparkassen- und Giroverband und von der Niederlassung München der Mercedes-Benz AG finanzierte Personenkraftwagen dem Vorsitzenden des Kuratoriums „Rettungsdienst Bayern“, Altministerpräsident Dr. h. c. Alfons Goppel (1905-1991) zur Übereignung an die Berufsfeuerwehr München übergeben.

Das Organisationsmodell für den Transportdienst der Berufsfeuerwehr funktionierte nunmehr reibungslos in der Form, dass zunächst eines der beiden Fahrzeuge ein Neurologen-Team samt der nötigen Geräteausstattung *zur Hirntod-Diagnose* des gemeldeten Organspenders in das meist auswärtige Krankenhaus brachte. *Die Organ-Entnahme* besorgten dann in der Regel zwei Chirurgen und eine medizinisch-technische Assistentin, die mit dem zweiten Fahrzeug nachrückten, sobald der Tod des Spenders zweifelsfrei feststand. Diesem Explantations-Team oblag anschließend auch *der Transport des Spenderorgans*, verpackt in einem Beutel mit Konservierungsflüssigkeit im Spezialbehälter (Kühlbox mit Eisschnee) ins Transplantationszentrum. Die Zeitspanne zwischen der Entnahme und der Transplantation von Organen konnte durch dieses Organisationsprinzip entscheidend verkürzt werden, - zumal, wenn die Einsatzziele über die Landesgrenzen hinausführten, z.B. nach Aachen, Köln oder auch Wien.¹⁷⁴

4.5.2 Rettungszelle

Seit 1983 hält die Berufsfeuerwehr München eine speziell für Sondereinsätze im Notarzt- und Rettungsdienst konzipierte „Rettungszelle“ bereit. Sie dient in Verbindung mit einem Wechsellader-Fahrzeug in erster Linie für Kranken- und Verletzten-transporte, die sich mit den Mitteln herkömmlicher Art nicht bewältigen lassen.

Die Einsatzmöglichkeiten und -anforderungen sind vielfältig, - etwa

- zum Transport von polytraumatisierten Patienten im Klinikbett, auch in Verbindung mit Apparaten, wie Infusomat oder Injektomat;
- zum Transport von Patienten, die spezieller Stabilisierungshilfen z.B. für Rücken oder Becken bedürfen;
- zum Transport von Verbrennungsoptern, hochinfektiösen Personen, Dialysepatienten u.a.m..

¹⁷³ Uhl 1993, 1.

¹⁷⁴ vgl. Uhl 1993, 1; vgl. hier auch Land 1993, 1; vgl. hier auch Schwartz 1981,

Die Ausrüstung der Rettungszelle entspricht der Ausstattung eines Rettungswagens nach der Norm DIN 75 080. Zusätzlich ist sie mit einem Burn-Pack-Verbrennungsset, Tragetüchern zum Transport übergewichtiger Personen, steriler Schutzkleidung sowie je einem Arztkoffer „Atmung“ und „Kreislauf“ bestückt. Ein großzügig bemessener Sauerstoff- und Pressluftvorrat mit den erforderlichen Anschluß- und Inhalationsapparaturen, ferner ein tragbarer Stromerzeuger machen die Zelle auch als autarke medizinische Versorgungseinheit an Großschadensstellen verwendbar.¹⁷⁵



Abb. 65 u. 66: Die „Rettungszelle“ auf dem Wechsellader-Fahrzeug und bei der Aufnahme eines Patienten im Klinikbett

4.5.3 Überdruckkammer

Eine im Zuge des U-Bahnbaus an der Überdruckbaustelle „Isar-Unterfahung“ installierte Mehrpersonen-Überdruckkammer stand nach Abschluss der Arbeiten 1984 zur Demontage an.

Da dem Sachgebiet „Wasserrettung“ der Berufsfeuerwehr München für die Versorgung von Patienten nach Taucherunfällen bis dahin lediglich eine transportable *Einmann*-Druckkammer zur Verfügung stand, bekundete die städtische Branddirektion ihr Interesse an der Übernahme der Baustellen-Anlage: Ihre Installation auf dem Areal der Feuerwache 5 „Ramersdorf“ würde nicht nur den nach Taucherunfällen bisher veranlassten Patiententransport zur nächsten ortsfesten Behandlungskammer im Flugmedizinischen Institut der Luftwaffe in Fürstenfeldbruck ersetzen, sondern

¹⁷⁵ vgl. Profeld 1998, 81.

auch dem Münchner Notarztdienst die Möglichkeit eröffnen, sich der hyperbaren Sauerstofftherapie zu bedienen.¹⁷⁶

Die Bemühungen um Überlassung der Anlage hatten Erfolg. Oberbranddirektor K. Seegerer konnte noch vor Ende des Jahres 1984 die Überdruckkammer übernehmen und die Bauarbeiten zu ihrer Installation in der Feuerwache 5 veranlassen in die Wege leiten. Dort wurde sie nach gründlicher Überholung auf dem neusten technischen und medizinischen Stand am 13. Juli 1989 in Betrieb genommen.

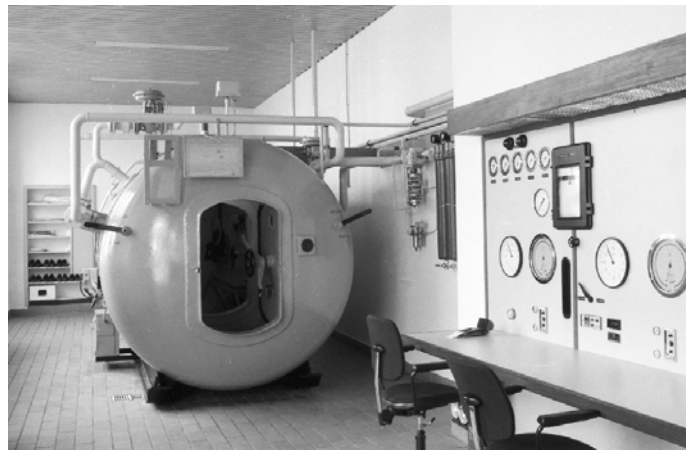


Abb. 67: Die stationäre Mehrpersonen-Überdruckkammer in der Feuerwache 5 „Ramersdorf“

Nach Dekompressions-Unfällen können seitdem zwei liegende oder zehn sitzende Personen in die Kammer eingeschleust, in ihr behandelt, versorgt und betreut werden.

Die mögliche Inhalation von reinem Sauerstoff unter Überdruck über längere Zeiträume erschloss auch dem Toxikologischen Notarztdienst neue Behandlungsmöglichkeiten, etwa in Fällen von Kohlenmonoxid-Vergiftungen, Gasbrand, chronischen Knocheninfektionen, ausgedehnten Verbrennungen, peripheren Gefäßverschlüssen mit Ischämie oder Septikämie u.a.m., bei denen die gestörte Sauerstoffversorgung der Zellen auf diese Weise entscheidend verbessert werden kann.¹⁷⁷

Die Nähe der Feuerwache 5 zum Klinikum rechts der Isar der TU und seiner toxikologischen Abteilung stellt die ständige Rufmöglichkeit eines Taucherarztes und speziell geschulter Notärzte sicher. Ihnen obliegt die Festlegung des im Einzelfall veranlassten Therapieschemas, für dessen Durchführung nach Einschleusung des Pati-

¹⁷⁶ vgl. Bauer, 1975, 164.

¹⁷⁷ vgl. Seitz u. Hipp et. al. 1993, 362-363.

enten in die stationäre Kammer dann Feuerwehr-Rettungssanitäter mit der Befähigung als Rettungstaucher verantwortlich sind.¹⁷⁸

Dass auf dem Wachgrundstück ein Fußballfeld als Behelfs-Landeplatz für Rettungs- oder Transport-Hubschrauber zur Verfügung steht, hat sich für den An- und Weitertransport von Patienten nach Taucherunfällen als besonders vorteilhaft erwiesen.¹⁷⁹

¹⁷⁸ vgl. Branddirektion München 2002, 2-3; vgl. hier auch Seitz u. Hipp et. al. 1993, 361.

¹⁷⁹ vgl. Pressestelle Branddirektion München: Pressebericht vom 13. Oktober 2002 betreffend Druckkammerbehandlung für verunglückte Taucher.

5. SCHLUSS

5.1 Entwicklung des Münchner Notarztdienstes im Überblick

- 30.03.1966 Erste Alarmierung des Dienstes, - ins Leben gerufen von Prof. Dr. Fritz Holle (Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik der LMU) und Oberbranddirektor Dipl.-Ing. Karl Seegerer (Leiter der Branddirektion der Landeshauptstadt München).
Ausrückung des Notarztes zunächst im „Abholsystem“:
Ein Funkdienstwagen der Berufsfeuerwehr holt den Arzt an der Klinik ab und bringt ihn zur Einsatzstelle.
- 29.01.1968 Ein erstes speziell als Notarztwagen konzipiertes Fahrzeug wird an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik in Dienst gestellt, - ständig besetzt mit einem Arzt und zwei als Rettungssanitäter ausgebildeten Feuerwehrbeamten.
- 28.05.1968 Ein zweiter Notarztwagen vom Typ „München“ wird am städtischen Krankenhaus Oberföhring in Betrieb genommen.
(1984 nach Auflösung des Krankenhauses ins städtische Klinikum Bogenhausen verlegt)
- 20.03.1969 Die Chirurgische Abteilung des Klinikums rechts der Isar der TU besetzt einen dritten Notarztwagen vom Typ „München“.
- 21.02.1972 Am städtischen Krankenhaus Schwabing nimmt ein vierter Notarztwagen den Dienst auf.
- 28.02.1972 Die private Chirurgische Klinik Dr. Rinecker übernimmt den fünften Notarztwagen.
- 14.04.1972 Den Kreiskrankenhäusern München-Pasing und München-Perlach wird ein sechster und siebenter Notarztwagen – finanziert vom Landkreis – übergeben:

Damit ist ein „Gemeinsamer Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“ Realität.

- 30.04.1984 Die Berufsfeuerwehr richtet an der Krankenanstalt Dritter Orden eine Lehr-Rettungswache ein, die tagsüber den achten Notarztwagen besetzt.
- 02.12.1987 Das Klinikum München-Großhadern der LMU übernimmt einen neunten Notarzt-Stützpunkt.

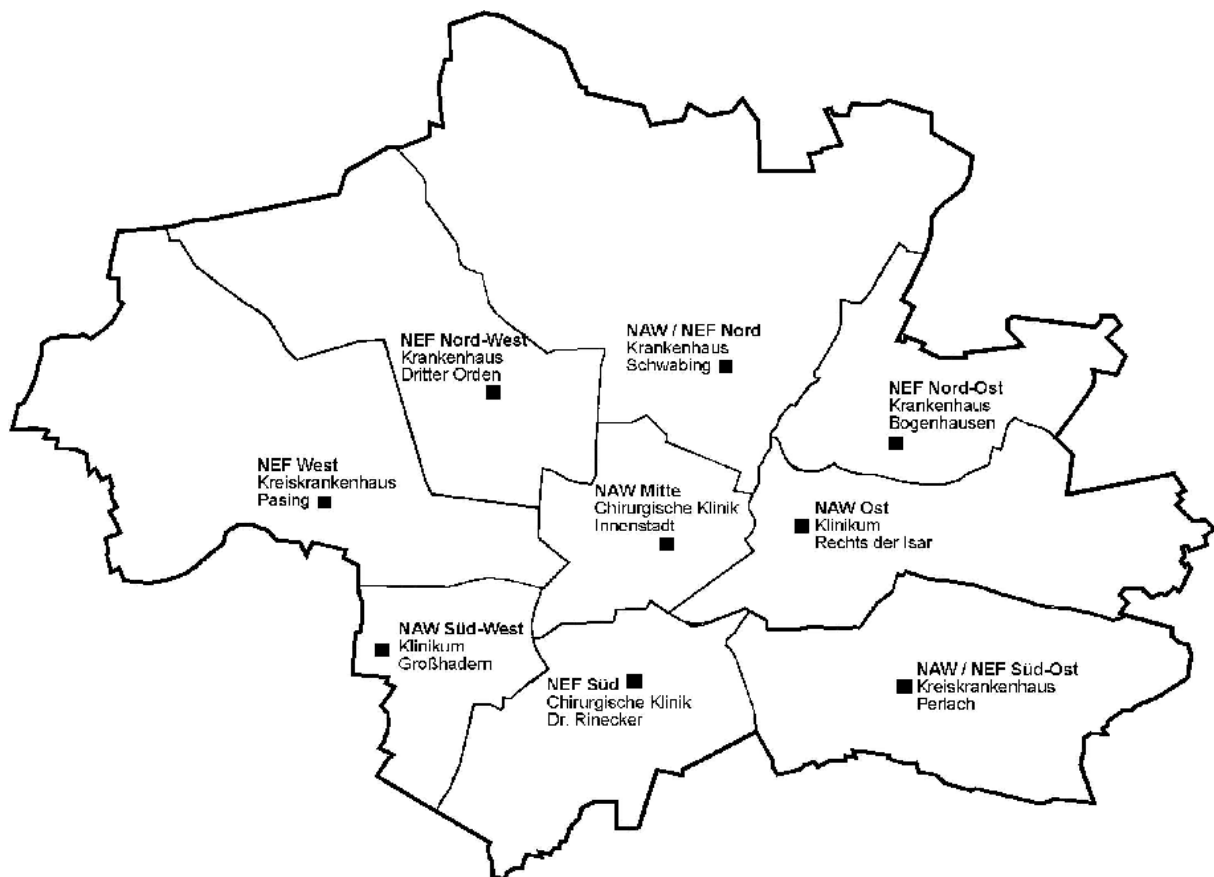


Abb. 68: Die Stützpunkte des Münchner Notarztdienstes im Stadtgebiet

Ergänzende Sparten und Sonderbereiche

- Toxikologischer Notarztdienst
seit 1965 in Zusammenarbeit mit der toxikologischen Abteilung des Klinikums rechts der Isar der TU (Prof. Dr. Max von Clarmann).
 - Rettungshubschrauber
seit 1970 am Städtischen Krankenhaus München-Harlaching (Dr. Hans Burghart)
 - Neugeborenen-Notarztdienst
seit 1978 in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Herzzentrum (Prof. Dr. Konrad Bühlmeier).
 - Kinder-Notarzt
seit 1988 probeweise mit dem Dr. von Haunerschen Kinderspital (Prof. Dr. Karl Mantel) und seit dem 2.10.1989 offiziell im Zusammenwirken mit vier Kinderkliniken.
- Organtransport
von 1981 bis 2004 in Kooperation der Berufsfeuerwehr mit dem Klinikum Großhadern der LMU.
- Rettungszelle
seit 1983
 - Überdruckkammer
seit 1989

5.2 Diskussion

Im Folgenden soll, vor dem Hintergrund des Aufbaus des Notarztwesens in der Bundesrepublik Deutschland, der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren für die Entwicklung des Notarztwesens in München entscheidend waren.

Wichtig erscheint es mir vorerst, die „Gründungsväter“ des Münchner Notarztdienstes näher zu betrachten, da dessen Entwicklung ohne deren persönlichen Einsatz nicht möglich gewesen wäre.

Dipl.-Ing. Karl Seegerer waren die Missstände im Münchner Rettungswesen durch seine Tätigkeit als Leiter der Münchner Berufsfeuerwehr bekannt. Seine Position versetzte ihn in die Lage, die erforderlichen Kontakte sowohl zu Vertretern der Ärzteschaft als auch zur Politik zu knüpfen. Hierbei kamen ihm auch seine Fähigkeit, leicht Beziehungen aufbauen zu können, sowie sein Durchhalte- und Durchsetzungsvermögen gegenüber den immer wieder auftauchenden Widerständen zugute. Aus heutiger Sicht erscheint es erstaunlich und bewundernswert, dass eine einzelne Person nur auf Grund der Tatsache, dass sie einen schwerwiegenden Missstand erkannt hatte, sich ohne explizite Beauftragung von offizieller Seite an die Behebung dieses Missstands wagte. Persönliche Vorteile materieller oder immaterieller Art waren nicht zu erwarten und scheiden als Motiv für sein Handeln aus. Während seiner Tätigkeit in Köln hatte er bereits den Aufbau eines funktionierenden „Notfallarztwagens“ in einer westdeutschen Großstadt mitverfolgt. Durch die hierbei gemachten Beobachtungen und Erfahrungen war ihm bewusst, dass die städtische Berufsfeuerwehr zwar die technischen Voraussetzungen liefern konnte, dass dies aber bei Weitem nicht ausreichen würde. Sie war zwar in der Lage, die Befreiung Verunglückter zu gewährleisten, die oft erste Voraussetzung für eine medizinische Behandlung war, eine medizinische Behandlung, die über Erste-Hilfe-Maßnahmen hinausging, konnte sie jedoch nicht garantieren. Genau dies aber wollte man in Zukunft leisten, entsprechend dem Postulat des Heidelberger Chirurgen Martin Kirschners, der schon 1938 den Gedanken formuliert hatte, „der Arzt soll zum Verletzten kommen, nicht aber der Verletzte zum Arzt!“. Dieser Ansatz war zu Zeiten Kirschners revolutionär und sollte es auch noch längere Zeit bleiben bis u.a. durch das neue Konzept des Münchner Notarztdienstes ein langsames Umdenken in der Gesellschaft im Allgemeinen und in medizinischen Fachkreisen im Besonderen stattfand. Ein Pressebericht vom 18. Februar 1966 ließ Seegerer dann ziemlich

unvermittelt den geeigneten Partner finden, nämlich Prof. F. Holle, damals Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, der sich erboten hatte, zu jeder Tages- und Nachtzeit einen Unfallchirurgen seines Hauses für Rettungseinsätze zur Verfügung zu stellen. Es erscheint bemerkenswert, dass dieses Anerbieten trotz der erwähnten besonderen Sachlage genügte, um eine praktikable Zusammenarbeit zwischen der Klinik und der städtischen Berufsfeuerwehr zu vereinbaren, die im Verlauf weniger Wochen zur Einrichtung eines zufriedenstellend funktionierenden Notarztdienstes für den Stadtbereich München führte. Aus heutiger Sicht erscheint es zumindest ungewöhnlich, dass es dazu keinerlei vertraglicher Regelungen bedurfte, man sich vielmehr auf rein mündliche Zusicherungen stützen und verlassen konnte. Betrachtet man den heutigen Dokumentationsaufwand für weitaus weniger gewichtige Vereinbarungen, so kann man bezweifeln, ob ein derartiges unbürokratisches Verfahren heute noch denkbar wäre. Es ist allein dem Pioniergeist der beiden „Väter“ des Münchner Notarztdienstes, Karl Seegerer und Fritz Holle zu verdanken, dass hier die Basis für eine Institution geschaffen wurde, die das Rettungswesen in der Stadt grundlegend reformierte. Ohne die Unterstützung und Einsatzbereitschaft vor allem von Priv.-Doz. Dr. R. F. Lick wäre eine derart schnelle Umsetzung in die Praxis nicht möglich gewesen. Seine zupackende Art, sein Organisationstalent und sein persönlicher Einsatz haben entscheidend zum Erfolg des Systems beigetragen. Ähnlich engagiert zeigten sich Prof. Dr. M. von Clarmann in der Sparte „Toxikologischer Notarztdienst“, Prof. Dr. K. Bühlmeier und Prof. Dr. J. G. Schöber beim „Neugeborenen-Notarztdienst“, Prof. K. Mantel beim „Kinder-Notarzt“ und Dr. H. Burghart als erster „Hubschrauber-Notarzt“.

Wie im vorhergehenden Absatz schon erwähnt, hat es für mich den Anschein, dass man in der Institution der Feuerwehr den richtigen Träger für diesen Dienst gefunden hatte, da man sich auf die dort bereits vorhandenen Strukturen stützen konnte und nicht erst neue Strukturen schaffen musste. Diese Strukturen waren eine gute Basis für den Aufbau des Notarztwesens. Hier stand zum einen erfahrenes Personal bereit, das insbesondere von der technischen Seite her schon lange mit Notfalleinsätzen vertraut war. Dies war ein großer Vorteil, der die Entwicklung eines effizienten Notarztsystems beschleunigte. Zum anderen waren die Mitarbeiter der Feuerwehr in der Lage, die häufig notwendige Befreiung von Verunglückten vorzunehmen und dadurch die notwendige Voraussetzung für eine effektive Behandlung durch den

Notarzt zu schaffen. Technische Hilfe dieser Art vermochte nur die technische Organisation „Feuerwehr“ hinreichend schnell und verlässlich in jeder Situation, zu jeder Zeit und an jeder Stelle ihres Einsatzbereiches zu leisten. Dass die nächste Phase des Aufbaus in Angriff genommen werden konnte, war auch der guten Kooperation zwischen Feuerwehrleuten und Ärzten zu verdanken, die sich bereitwillig für die neue Aufgabe zur Verfügung stellten und gemeinsam das Neuland der Notfallmedizin außerhalb ihres bisherigen Tätigkeitsbereichs betraten. Zum anderen verfügte die Berufsfeuerwehr bereits über ein hochentwickeltes und gut funktionierendes Alarm-, Melde- und Nachrichtensystem. Trotzdem traten auch hier anfänglich Unzulänglichkeiten auf. Fragen wie die Bereitstellung eines entsprechend konzipierten Notarztwagens, die Einführung eines geeigneten Ausrückesystems, Probleme versicherungsrechtlicher Art etc. blieben noch geraume Zeit offen. Hinzu kam, dass sich der neue Dienst gegen eine Vielzahl von Kritikern behaupten musste, - sowohl aus den Reihen der um ihre Existenz bangenden Hilfsorganisationen als auch aus Kreisen konservativ eingestellter Ärzte.

Mit welcher Effizienz sich der Aufbau des Notarztwesens entwickelte, zeigt sich nicht zuletzt daran, dass innerhalb von nur sechs Jahren sieben Notarztfahrzeuge an verschiedenen Standorten einsatzbereit zur Verfügung standen. Eine derart rasante Entwicklung war beispiellos.

Gleichzeitig stellte sich aber auch die Frage, ob ein so umfangreicher Ausbau des Notarztnetzes, das zuletzt auch den Landkreis München mit einbezog, wirklich erforderlich war. Eine Antwort hierauf gaben nicht nur die steigenden Einsatzzahlen, sondern auch Großschadensereignisse, wie das „Oktoberfest-Attentat“ im September 1980 mit 13 Todesopfern und 179 Verletzten. Das gute Zusammenwirken der Feuerwehr-Einsatzzentrale und der Rettungsleitstelle beim Bayerischen Roten Kreuz, eine ausreichende Zahl aufnahmefähiger, weil rechtzeitig vorinformierter Krankenhäuser, die effektiven Sofortmaßnahmen am Ort des Geschehens und die in hinreichendem Umfang verfügbaren Transportkapazitäten waren für die rundum positive Bilanz ausschlaggebend.

Das Nebeneinander separater Leitstellen zur Steuerung der medizinischen und der technischen Hilfeleistungen konnte 1997 ein für allemal beseitigt werden: Seit 1991 war vom Münchner Rettungszweckverband die Schaffung einer „Integrierten Leitstelle“ bei der Berufsfeuerwehr gefordert worden, um über die kostenfreie und zukünftig europaweit einheitliche Notrufnummer 112 ohne Vorwahl Hilfeersuchen

jedweder Art absetzen und bestmöglich abwickeln zu können. Damit wurde durch diese Leitstelle nach langwierigen Verhandlungen und juristischen Auseinandersetzungen die wohl eklatanteste Schwachstelle des herkömmlichen Systems beseitigt. Durch die Integrierte Leitstelle wurde dem Nebeneinander und dem leidigen Konkurrenzdenken der verschiedenen Organisationen, die der Sache abträglich waren, endlich ein Riegel vorgeschoben. Sie nimmt heute alle Hilfeersuchen der Bürger aus Stadt und Land entgegen, verschafft sich ein objektives Meldebild und bestimmt die für den konkreten Fall veranlassenden Maßnahmen. Die Integrierte Leitstelle steuert auch den Einsatz einer Anzahl von Notarzt-Einsatzfahrzeugen (NEF), die neben dem bewährten „Stationierungssystem“ im „Rendezvous-System“ mit einem Rettungswagen eine neue Form der Patientenversorgung ermöglichen. Ein Nebeneinander der beiden Systeme hat sich im „Gemeinsamen Notarzteinsatzdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“ als durchaus sinnvoll und zweckmäßig erwiesen.

Wichtige Einrichtungen, die den „klassischen Notarzt“ ergänzen, sind der toxikologische Notarzteinsatzdienst, der Rettungshubschrauber, der Neugeborenen-Notarzteinsatzdienst, der Kinder-Notarzt, der Organtransport, die Rettungszelle und die Überdruckkammer. Wie man hieran sieht, hat im Laufe der Jahre eine weitreichende Spezialisierung stattgefunden, um wirklich jedem Patienten die bestmögliche Versorgung angedeihen zu lassen.

Die Notwendigkeit eines strukturierten Notarzteinsatzwesens ergab sich durch den Mitte der 50er Jahre einsetzenden wirtschaftlichen Aufschwung. Die rapid ansteigende Zahl der Kraftfahrzeuge und der damit verbundenen Verkehrstoten und -verletzten, verlangten nach zeitnaher ärztlicher Hilfe am Unfallort. Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung ist auch die Entstehung des Münchner Notarzteinsatzdienstes zu sehen. Trotz des sich ausbreitenden öffentlichen Unmuts über die unhaltbaren Zustände sah die Stadt München sich nicht in der Lage, hier Abhilfe zu schaffen. Darüber darf man sich aus heutiger Sicht zumindest wundern. Noch zweieinhalb Jahre nach der Gründung des Münchner Notarzteinsatzdienstes mußten Lick und Seegerer an die Verantwortlichen in Politik, Gesellschaft und Wirtschaft appellieren, steigende Opferzahlen nicht einfach mit der fortschreitenden Technisierung und Industrialisierung des Alltags und den dadurch veränderten Lebensumständen zu rechtfertigen. Dies zeigt, dass nicht einmal die Aufnahme des erfolgreichen Dienstes zu einem tiefgreifenden

Umdenken bei den zuständigen Personen führte, und hatte bedauerlicherweise zur Folge, dass die notwendige Hilfe und Unterstützung häufig nicht in dem wünschenswerten Umfang geleistet wurde.

Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und in Zeiten der Kostenminimierung im Gesundheitssystem musste man sich die Frage stellen, wo und auf welche Weise auch im Notarztwesen Einsparungen vertretbar sind. In München vollzog sich von dem Jahr 1999 ab ein Wandel in der Systemwahl. Ein Rendezvous-System, bei dem der Notarzt sich mit einem PKW an den Einsatzort bringen lässt, schien eine Alternative und zumindest gleichberechtigte Lösung zum bisherigen und bewährten Kompaktsystem zu sein, so dass heute beide Systeme nebeneinander existieren. Ich bin der Meinung, dass ein einheitliches System für Stadt und Landkreis München nicht von Vorteil ist, weil ein NEF in der Stadt aufgrund des Verkehrsaufkommens nicht wesentlich schneller ist als der normale Notarztwagen im Kompaktsystem und letzteres auf ein eingespieltes Team zurückgreifen kann, während in ländlichen Gebieten mit dem NEF eine deutliche Zeitersparnis erzielt werden kann. Die Einbeziehung von Notarzt-Einsatzfahrzeugen im Rahmen des Rendezvous-Systems im Landkreis einerseits und die Verwendung von Notarztwagen im Kompaktsystem im Stadtbereich andererseits stellt letztlich die bestmögliche medizinische Versorgung schwer Erkrankter oder reanimationsbedürftiger Patienten sicher und erhöht deren Überlebenschancen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass in Zukunft das kostenintensivere Kompaktsystem dem Rendezvous-System weichen muss.

Anfang der 70er Jahre setzte endlich ein Umdenken auf kommunalpolitischer Ebene ein, so dass sich das offizielle Tätigkeitsfeld des Münchner Notarztdienstes nicht länger auf das Stadtgebiet beschränkte sondern auch den Landkreis mit einbezog. Dies spricht für die Weitsicht der damaligen Verwaltungschefs, Oberbürgermeister Vogel und Landrat Gillessen. Mit dem Beschluss des Landkreises München und der Landeshauptstadt im Jahr 1972 wurde das Wirken des Notarztdienstes erstmals schriftlich festgehalten. Von dieser politischen Vereinbarung zwischen den Gremien „Stadtrat“ und „Kreistag“ sollte vor allem der die Stadt München ringförmig umschließende Landkreis profitieren.

Anfang 1974 betrat man mit dem bayerischen Rettungsdienstgesetz politisches Neuland. Damit erhielt ein Rettungsdienst mit dem zugehörigen Gemeinsamen Notarztdienst der Stadt und Region München erstmals in Deutschland eine gesetzli-

che Grundlage. Hierin wurde endlich festgeschrieben, was der Münchner Notarzdienst schon seit langem praktizierte. Gestärkt und unterstützt durch dieses Gesetz und durch die daraus resultierende Bildung eines Rettungszweckverbandes gelang es dem Münchner Notarzdienst, die Qualität seiner medizinischen Arbeit im Laufe der Jahre immer wieder unter Beweis zu stellen.

Großen Einfluss auf die Entstehung und den Erfolg des Notarzdienstes hatte unter anderem auch dessen Akzeptanz durch die Münchner Bürger. Dass es die Ärzteschaft in München lange widerspruchslos hingenommen hatte, dass Verletzte von Laien in ein Sanitätsauto einfach nur „verladen“ und ins Krankenhaus „transportiert“ wurden, muss rückblickend zumindest befremden, insbesondere wenn man bedenkt, dass in Städten wie Heidelberg und Köln bereits seit längerem andere Denksätze verfolgt wurden. Die Folgen dieser rückständigen Verfahrensweise hatten die Unfallopfer zu tragen, die nicht selten irreparabel geschädigt oder auch bereits tot in die Klinik verbracht wurden. Von hinreichenden Laien-Kenntnissen in „Erster Hilfe“ und damit von einer doch wenigstens primitiven Erstversorgung der Unfallopfer konnte nicht die Rede sein. Die weiterbehandelnden Ärzte hatten die Folgen hinzunehmen und mussten versuchen, diese Defizite zu kompensieren.

Da man auf die Akzeptanz in der Gesellschaft angewiesen war, stellte man sich der Herausforderung, die Tätigkeit des Dienstes durch zahlreiche Vortragsveranstaltungen und eine intensive PR-Arbeit in der Bevölkerung, bei der Polizei und schließlich auch bei den um ihre Existenz bangenden Hilfsorganisationen bekannt zu machen. Dies war auch dringend nötig, da sich der neue Dienst erst noch bewähren musste. Die Bemühungen zeigten Wirkung, und die Inanspruchnahme des Dienstes stieg an. Dies ermöglichte auch die dringend benötigte Indienststellung weiterer Notarzwagen. Man konnte so der Öffentlichkeit mehr und mehr vermitteln, dass die Notärzte sich nicht als Konkurrenten der Hilfsorganisationen verstanden, sondern deren Tätigkeit zeitgemäß vor Ort unterstützen wollten.

Es war ein wichtiger Aspekt für die Planung des weiteren Ausbaus des Netzes der Stützpunkte im Münchner Notarzdienst, dass die Art der Alarmierungen sich zunehmend in Richtung auf den internistischen Notfall und auch auf Hausbesuche verschob. Der ursprünglich primär für die Versorgung der Opfer von Verkehrs- und Arbeitsunfällen konzipierte Dienst passte sich der Nachfrage der Patienten an. Durch seine Flexibilität konnte er sich auf diese neue Situation problemlos einstellen. Diese

Entwicklung wurde folgerichtig begleitet von einer Verschiebung der im Notarztdienst gefragten Fachbereiche vom Chirurgen und Anästhesisten zum Internisten.

Nach eingehender Analyse und Diskussion komme ich zu dem Schluss, dass der Notarztdienst in der Stadt und im Landkreis München sich mit seinem Facettenreichtum sicher nicht in der beschriebenen Weise hätte entwickeln können, wenn sich nicht zahlreiche verschiedene Faktoren so glücklich zu einem Gesamtwerk gefügt hätten. Trotz aller Veränderungen, die der Notarztdienst der Stadt und des Landkreises Münchens durchlaufen hat, verfolgt er das gleiche Ziel wie zu Beginn: die Rettung von Menschenleben.

5.3 Zusammenfassung

Die Entstehung zweier freiwilliger Rettungsgesellschaften Ende der 70er bzw. Mitte der 90er Jahre des 19. Jahrhunderts führte in München zu einem ersten, wenngleich einfach strukturierten System zur Handhabung der Aufgaben des Krankentransports und des Rettungsdienstes. Die wirtschaftlichen Umstände nach dem ersten Weltkrieg erzwangen die Zusammenlegung der beiden Institutionen zu einem „Städtischen Rettungsdienst“ als Sparte der Berufsfeuerwehr.

Im zweiten Weltkrieg wurden dessen Aufgaben dann in München wie im gesamten Reichsgebiet dem Deutschen Roten Kreuz übertragen, und speziell die „Unfallrettung“ erschöpfte sich in Stadt und Land in aller Regel in dem Bemühen, den Verletzten schnellstmöglich zu einer ärztlichen Praxis bzw. in das nächstgelegene Krankenhaus zu transportieren.

Noch länger als ein Jahrzehnt nach Kriegsende galt für die Unfallrettung – von wenigen lobenswerten Ausnahmen abgesehen - die Devise, alle Unfallopfer so rasch wie möglich einer ärztlichen Behandlung zuzuführen. Der Gedanke einer *ärztlichen* Erstversorgung vor Ort wurde als Utopie abgetan, obwohl bereits 1938 die Forderung formuliert wurde, nicht den Patienten zum Arzt, sondern den Arzt zum Patienten zu bringen.

Den entscheidenden Anstoß zu einem Umdenken in diese Richtung gab erst der erschreckende Anstieg der Zahl der Verkehrsunfallopfer ab etwa 1950 als Folge einer rapid zunehmenden Zahl von Kraftfahrzeugen auf Straßen, die an ein solches Verkehrsaufkommen nicht angepasst waren. In der Folgezeit setzte sich, wenn auch zögernd, die Erkenntnis durch, dass die Prognose der Unfallverletzten gravierend verbessert werden könnte, wenn sie am Unfallort ärztlich erstversorgt und in stabilem Zustand zur weiteren Behandlung in das *geeignete* Krankenhaus gebracht würden.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnis und mit dieser Zielsetzung entwickelten weitblickende Persönlichkeiten in Heidelberg, Köln und Gummersbach erste Konzepte für Notarztdienste, von denen sich die in Heidelberg praktizierte Verfahrensweise nicht, die Modelle Köln und Gummersbach hingegen als praxistauglich durchsetzten.

Auch die Stadt München kämpfte zu dieser Zeit mit den Unzulänglichkeiten des herkömmlichen Rettungsdienstes, der in Bayern durch Verfügung der amerikanischen Besatzungsmacht weiterhin dem Roten Kreuz als Aufgabe verblieben war, das sich

mit ihrer Bewältigung allerdings hoffnungslos überfordert sah und sich aus einer Reihe von Gründen nicht zu zeitgemäßen Reformen durchringen konnte. Den Durchbruch zur gebotenen fortschrittlichen Handhabung des Rettungsdienstes bewirkte in München letztlich das ab 1966 ad hoc praktizierte Zusammenspiel der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik mit der städtischen Berufsfeuerwehr, die bei der technischen Hilfeleistung auch schon vorher immer wieder auf medizinischer Assistenz bestanden hatte. In einer Initialphase konnte dann bereits im Januar 1968 ein erster Notarztwagen vom „Typ München“ seinen Dienst aufnehmen.

Das in der Aufbauphase anfänglich praktizierte „Abholsystem“ wurde nun durch ein „Stationierungssystem“ ersetzt, so dass der in der Klinik stationierte Notarztwagen, besetzt mit zwei Feuerwehrsanitätern und dem Arzt, rund um die Uhr einsatzbereit war. Im Mai desselben Jahres konnte bei der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Oberföhring (später am Klinikum Bogenhausen) bereits das dringend benötigte zweite Fahrzeug in Betrieb genommen.

Den endgültigen Durchbruch in der anschließenden Erweiterungsphase brachten schließlich zwei Referate zum Thema „Notarztdienst“ auf einer Tagung der Bayerischen Chirurgen Vereinigung im Juli 1968, auf die hin nach weiter gestiegenen Einsatzzahlen im März 1969 ein dritter Notarztwagen an der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität eingerichtet werden konnte. Noch vor den Olympischen Spielen konnte der Notarztdienst um weitere vier Standorte erweitert werden: Im Februar 1972 wurde er durch Notarztwagen am städtischen Krankenhaus Schwabing und an der Chirurgischen Privatklinik Dr. Rinecker ergänzt. Die beiden Notarztwagen, die zwei Monate später am Kreiskrankenhaus Pasing und Kreiskrankenhaus Perlach hinzu kamen, machten es möglich, dass neben der Stadt auch der Landkreis München an dem bestehenden Notarztdienst partizipieren konnte: Der angestrebte „Gemeinsame Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“ war Realität geworden. Im Vollzug des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes brachte die Landeshauptstadt ihren Notarztdienst im Juli 1975 in den Rettungszweckverband der Landeshauptstadt und des Landkreises München ein. Zu den bereits über die Stadt verteilten sieben Stationierungsorten gesellte sich im April 1984 die Krankenanstalt Dritter Orden, und mit der Errichtung des neunten Notarztstützpunktes am Klinikum Großhadern im Dezember 1987 erreichte die Erweiterungsphase ihren Abschluss.

In der anschließenden Konsolidierungsphase versuchte man den gemeinsamen Notarztdienst zu verbessern. Hierbei spielte die 1997 eingerichtete Integrierte Leitstelle zur Koordination der über das gesamte Stadtgebiet verteilten Notarztfahrzeuge der neun Stationierungsorte eine wesentliche Rolle.

Zusammen mit dem bereits 1965 etablierten „Toxikologischen Notarztdienst“, dem seit 1970 als „fliegender Notarzt“ beteiligten Rettungshubschrauber „Christoph 1“, einem im Jahr 1978 speziell für Neugeborene entwickelten Notarztdienst und dem „Kinder-Notarzt“ kann der Münchner Notarztdienst der Stadt und dem Landkreises München eine optimale Versorgung bieten. Mit seiner umfassenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung hatte und hat der „Gemeinsame Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“ immer noch Vorbildcharakter für das gesamte Bundesgebiet.

6. QUELLENVERZEICHNIS

6.1 Archivalien

1. Archiv Branddirektion München, Dokumentation:

Dossier VII Notarzdienst München

- a) Anordnung Nr. 3/66
- b) Anordnung Nr. 17/67
- c) Mitteilung Nr. 8/69
- d) Anordnung Nr. 12/71
- e) Mitteilung 5/72
- f) Mitteilung 6/72
- g) Mitteilung Nr. 11/72
- h) Anordnung Nr. 10/76
- i) Anordnung 5/79

- j) Kiesel, Erich: Redemanuskript des Staatssekretärs des Bayerischen Staatsministerium des Innern zur Offiziellen Inbetriebnahme des neuen Hubschrauberlandeplatzes mit Hangar am Krankenhaus Harlaching am 24.2.1978.
- k) Hahnzog, Klaus: Zur Offiziellen Inbetriebnahme des neuen Hubschrauberlandeplatzes mit Hangar am Krankenhaus Harlaching am 24.2.1978.
- l) Lick, Rainer F.: Notarztsysteme, Mitteilung vom 6. November 1980 von Prof. Dr. med. Rainer F. Lick Chefarzt der I. Chirurgischen Klinik, Leitender Medizinaldirektor des Landkrankenhauses Coburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg.
- m) Korrespondenz zwischen Branddirektion und Krankenhaus München-Schwabing: Ergänzung des Notarztstandortes "München-Nord" mit einem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF); ärztliche Besetzung durch das Krankenhaus München-Schwabing vom 07.06.93.
- n) Land, Walter: Stellungnahme bei der Pressekonferenz anlässlich der Übergabe eines Spezialfahrzeugs – gespendet vom Bayerischen Sparkassen- und Giroverband und der Mercedes Benz AG Niederlassung München an das Transplantationszentrum München (Klinikum Großhadern, Klinikum rechts der Isar) und die Berufsfeuerwehr München am Montag, dem 8. März 1993 um 11 Uhr in München, Blumenstraße 34 (Berufsfeuerwehr München).
- o) Schweiberer, Leonhard: Beginn und Entwicklung des Notarzdienstes in München. Auf einer Pressekonferenz am 5. Juli 1996.
- p) Uhl, Hans-Peter: Statement von Herrn Kreisverwaltungsreferent Dr. Uhl anlässlich eines neuen Transplantatfahrzeuges vom Bayerischen Sparkassen- und Giroverband und der Mercedes-Benz AG Niederlassung München an das Transplantationszentrum München Klinikum Großhadern und die Berufsfeuerwehr München.

2. Branddirektion München, Pressestelle:

- a) Inbetriebnahme eines 8. Notarztwagens im Nordwesten des Stadtgebiets. Pressebericht vom 1. Mai 1984
- b) Übergabe von vier Notarzteinsatzfahrzeugen an den Oberbürgermeister. Presseinformation vom 5. Mai 2000

- c) Drittes Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) seiner Bestimmung übergeben. Presseinformation vom 3. Juli 2000
- d) Neues Notarztkonzept: Umwandlung eines Kompaktsystem-Notarztwagens in ein Notarzteinsetzfahrzeug am Standort Kreiskrankenhaus München Pasing vom 30. Januar 2001.
- e) Druckkammerbehandlung für verunglückte Taucher. Pressebericht vom Sonntag, 13. Oktober 2002

3. Rettungszweckverband München im Kreisverwaltungsreferat (KVR):

- a) Öffentlich-rechtliche Vereinbarungen GNAD I (Gemeinsamen Notarztdienst)
- b) Öffentlich-rechtliche Vereinbarungen GNAD II (Gemeinsamen Notarztdienst)
- c) Offizielle Inbetriebnahme der Integrierten Leitstelle am 11. Juli 1997
- d) Rettungszweckverband München. Körperschaft des öffentlichen Rechts. Rettungsdienstbereich München.
- e) Integrierte Leitstelle der Berufsfeuerwehr

4. Deutsches Herzzentrum, Ordner NNAD I (bei Dr. Hans-Peter Lorenz):

- a) Protokoll zur Sitzung: Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit vom 28.4.76.
- b) Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 9.2.1978.

5. Stadtarchiv München:

- a) Zeitungsausschnitte (ZA) zum Thema Ärzte/ Notärzte
- b) Akten des Amts für öffentliche Ordnung Nr. 84 – Städtischer Rettungsdienst. Inventar.
- c) Akten des Amts für öffentliche Ordnung Nr. 93 – Rettungsdienst und Krankentransportwesen in München.

6.2 Gedruckte Quellen

Bayerisches Gesetz über den Rettungsdienst (BayRDG). Vom 11. Januar 1974 (GVBl.S.1)

Reichsgesetzblatt Teil I: Erlaß des Führers über das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Vom 28. Juli 1942.

Bayerisches Staatsministerium des Innern. In: Neuordnung des Rettungsdienstes in Bayern. Augsburg 1974. Ohne Seitenangabe.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. Geburten in Bayern. In: Gesundheitspolitik im Freistaat Bayern. Versorgung von Risikoneugeborenen in Bayern 1994.

6.3 Literaturverzeichnis

(Bei mehreren Werken eines Verfassers wurde zur Unterscheidung der Werke ein Kurztitel eingeführt, der in eckigen Klammern steht und sich auch in den Fußnoten wieder findet.)

Ahnefeld, Friedrich W.: Notfallmedizin gestern. Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 38 (2003) 277-281.

Baradaran Gawadi, Gafur.: Statistische Auswertung des Münchner Notarztdienstes vom 30. März 1966 bis 31. Dezember 1969. Kurzer Überblick über Notarztsysteme in der Bundesrepublik Deutschland. Med. Dissertation der Ludwig-Maximilians-Universität München 1969.

Bartusch, Lothar; Clarmann, Max von; Oberwegner, Carl; Welsch, Karl Herbert: Ausrüstung der Rettungsfahrzeuge aus ärztlicher Sicht. Monatskurse für die ärztliche Fortbildung 25 (1975) 541-543.

Bauer, Helmut.: Feuerwehreinsätze auf einer Druckluftbaustelle in München. Brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung 6 (1975) 164-169.

Bauer, Karl Heinrich: Erste chirurgische Hilfe am Unfallort bei Verkehrsunfällen. Hefte zur Unfallheilkunde 56 (1958) 9-16.

Bayerisches Rote Kreuz: Münchner Sanitätsmuseum. Münchner Sanitäter.
http://www.brk-museum.de/Geschichte/Munchner_Sanitater/munchner_sanitater.html

Bayerl, Ruth Elisabeth; Flemmer, Andreas; Heger, Alfred: Der Münchner Kindernotarzt. Hauner-Journal. Zeitschrift des Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München. (2/2002)
http://hauner.klinikum.uni-muenchen.de/Magazin/hj2_02/einzseit2_02/notar.pdf
[Münchner Kindernotarzt]

Bayerl, Ruth Elisabeth: Das Münchner Kindernotarztssystem. Einsätze aus zwei der vier Kinderkliniken Jahren 1998-2000. Med. Dissertation München 2007 (Ludwig-Maximilians-Universität München).
[Kindernotarztssystem]

Binder, Martin: Die Allianz der Lebensretter. Brandwacht 9 (1997) 184-186.

Böhm, Karlheinz: Ergebnisse ärztlicher Tätigkeit auf einem Münchner Notarztswagen. Med. Dissertation der Ludwig-Maximilians-Universität München 1977.

Branddirektion München: Integrierte Leitstelle München
http://www.feuerwehr.muenchen.de/bd40leit/idx_40.htm

Branddirektion München: Neugeborenen-Notarzt
http://www.feuerwehr.muenchen.de/bd30nota/idx_30.htm

Burghart, Hans: Konstruktive Voraussetzungen und Anforderungen an die Rettungshubschrauber und die Ausstattung. Herausgegeben von MBB – Messerschmitt-Bölkow-Blohm GmbH. o. J. und o. O.

Buscher, Christel: Wenn der Rettungswagen Verspätung hat.... Süddeutsche Zeitung Nr. 30 vom 4.2.1966, S.11.

Clarmann, Max von: Die diagnostischen Möglichkeiten im Notarztswagen bei Bewusstlosigkeit. Monatskurse für die ärztliche Fortbildung 25 (1975) 574-576.

Eiermann, Wolfgang: Zwei Jahre Notarztdienst am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München. Med. Dissertation der Technischen Universität München 1973.

Enhuber, Klaus: Berufsfeuerwehr München: Ausbildung im Rettungsdienst. Brandschutz/ Deutsche Feuerwehr-Zeitung 8 (1982) 226-232.

Feyrer, Johannes; Hachenberg, Hans: Berufsfeuerwehr Köln 1957-1993: Die Fahrzeuge des Notarztdienstes. Brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung 12 (1993) 826-835.

Fisch, Ludwig: Manches Leben wäre zu retten gewesen.... Süddeutsche Zeitung Nr. 37 vom 12./13.2.1966. S.11.

Friedhoff, Engelbert: Chirurgische Erstversorgung am Unfallort: Indikation, Organisation, Ausbildung, Fehler und Gefahren. In: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Tagung. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Langenbecks Archiv für Chirurgie. Kongressorgan der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (Bd.325) Verhandlungen der. 86. Tagung vom 9. bis 12. April 1969. Herausgegeben von M. Allgöwer et al. Berlin, Heidelberg, New York 1969 S. 214-222.

Gelbert, Rudolf: Neue Erkenntnisse und Erfahrungen beim Unfalleinsatz der Berufsfeuerwehr. VFDB Zeitschrift. Forschung und Technik im Brandschutz.(1958) 169-175.

Girstenbrey, Wilhelm: Wenn der Transport zum Mord wird. Süddeutsche Zeitung Nr. 88 vom 12.4.1969, S.11.

Graupner, H.: Rettungswesen kommt unter einen Hut. Stadt und Landkreis gründen Dachverband/ Alle Hilfsorganisationen beteiligt. Süddeutsche Zeitung Nr. 153 vom 8.7.1975, S.14.

Herzog, Wolfgang: 25 Jahre Notarztdienst im Oberbergischen Kreis Gummersbacher Modell. Bonn 1988.

Holle, Fritz: Einführung und Begrüßung. In: Notfallmedizin. Kenntnisse und Fähigkeiten. Tagungsbericht vom Münchner Notarztsymposium. Herausgegeben von H. Rath und E. Wischhöfer. O. O. und o. J.

Kirschner, Martin: Die fahrbare chirurgische Klinik. (Röntgen-, Operations- und Schwerverletztenabteilung). Der Chirurg 20 (1938) 713-717.

Klingshirn, Heinrich: Organisatorische und finanzielle Grundlagen eines Neugeborenen-Notarztdienstes in Bayern. In: Pädiatrische Notfälle im Rettungsdienst. 5. Fortbildungstagung für Notfallmedizin der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte. Berchtesgaden Oktober 1987. Herausgegeben von Peter Seifrin. München, Bern, Wien, San Francisco 1988. S. 17-22.

Konzert-Wenzel, Jörg: Bombenattentat Oktoberfest München 1980. Verlauf, Analysen, Resultate. Fortschritte der Medizin (1981) 1423-1427.

Konzert-Wenzel, Jörg; Bauer, Hartwig; Proschka, Gunther W.: Bilanz und Perspektiven des Münchner Notarztdienstes. In: Erstversorgung im Notarztdienst. Herausgegeben von Jörg Konzert-Wenzel, Gunter W. Proschka, Werner Theisinger. München 1991. 63-81.

[Bombenattentat Oktoberfest]

Kugler, Gerhard: Der Luftrettungsdienst in der Bundesrepublik Deutschland. Herausgegeben von MBB – Messerschmitt-Bölkow-Blohm GmbH. O. O. und o. J.
[Luftrettungsdienst]

Kugler, Gerhard: ADACOPTER. Auf-Zeichnungen einer Entwicklung. München 2002.
[Aufzeichnung einer Entwicklung]

Kugler, Gerhard: ADAC-Luftrettung GmbH zum 10jährigen Bestehen des Rettungszweckverbandes München. In: 10 Jahre Rettungszweckverbandes München. Herausgegeben vom Rettungszweckverband München in Zusammenarbeit mit dem Presse- und Informationsamt der Landeshauptstadt München. München 1985. S. 31-32.
[ADAC-Luftrettung]

Kunz, T.: Die Problematik des Rettungsdienstes. Medizinische Klinik 67 (1972) 1-6 (Sonderdruck).

Lauter, Hans: 150 Jahre Krankenhaus rechts der Isar 1834-1984. Von der Haidhauser Armen- und Krankenanstalt zum Klinikum der Technischen Universität. Gräfelfing 1984.

Lawin, P.: Die geschichtliche Entwicklung der- Intensivmedizin in Deutschland. Gründung und Entwicklung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin. Der Anästhesist 48 (1999) 560-566.

Lick, Rainer F.: Ärztliche Nothilfe bei Unfällen. Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969) 340-345.
[Ärztliche Nothilfe]

Lick, Rainer F.; Schläfer, Heinrich; Martens H.L., Seegerer Karl, Holle Fritz: Zweieinhalb Jahre Notarztdienst in München. Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969) 356-361.
[Zweieinhalb Jahre Notarztdienst]

Lick, Rainer F.; Schläfer Heinrich, Martens, H.L., Balser, D.: Ärztliche und technische Ersthilfe am Unfallort. Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969) 361-369.
[Ärztliche und technische Ersthilfe]

Lick, Rainer F.; Schläfer, Heinrich: Unfallrettung. Medizin und Technik. Stuttgart, New York 1985.
[Unfallrettung]

Lorenz, Hans-Peter: Erstversorgung und Transport. In: Kindernotfälle im Rettungsdienst. Referatabend des 5. Allgäuer Notfallsymposiums. Herausgegeben von Klaus Wagner. Memmingen 1992. S. 41-51.

Mahler, W.: Der Operationswagen der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg. Der Chirurg 9 (1960) 421-423.

Martens, H.-L.; Schläfer, Heinrich: Briefe an den Herausgeber. Der Münchner Notarztdienst. Der Anästhesist 19 (1970) 348-352.

Maurer, Georg et al.: Bayerische Chirurgen-Vereinigung. 1911-1969. Geschichte Satzungen Mitglieder. Mannheim 1969.

Notarzt-Indikationskatalog:
http://www.stmi.bayern.de/imperia/md/content/stmi/sicherheit/rettungswesen2/dienstliche_weisungen_rettungsdienst/1.pdf

Profeld, Hans-Joachim: 25 Jahre „Münchener Notarztdienst“ der Berufsfeuerwehr. UB Unabhängige Brandschutzzeitschrift 3 (1992) 18-21.
[25 Jahre Münchener Notarztdienst]

Profeld, Hans-Joachim: Die Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge von den 60er Jahren bis heute. Band 2. Landshut 1998.
[Feuerwehr München und ihre Fahrzeuge]

Rath, H.F.; Schmidt, G.; Rath, H.; Bauer, Hartwig: Einsatzindikationen des Notarztwagens Mitte der Chirurgischen Poliklinik der Universität und der Berufsfeuerwehr München. Versuch einer Trendanalyse aus den Jahren 1975 bis 1978. Therapie-woche 30 (1980) 3566-3574.
[Einsatzindikationen]

Rath, H., Wischhöfer, E.: Einführung und Begrüßung. In Notfallmedizin. Kenntnis Fähigkeiten. Herausgegeben von Thiemann Arzneimittel. München 1982.
[Einführung]

Schäuble, Wolfgang: 125 Jahre Berufsfeuerwehr München. 1879-2004. München 2004.

Schläfer, Heinrich: Unfallrettungsdienst und Krankentransport mit modernen Fahrzeugen. Brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung 22. (1968) 313-316.
[Unfallrettungsdienst und Krankentransport]

Schläfer, Heinrich: Notarztwagen und Großunfallrettungswagen der Berufsfeuerwehr München. Brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung 22. (1968) 319-323.
[Notarztwagen und Großunfallrettungswagen]

Schläfer, Heinrich: 20 Jahre „Gemeinsamer Notarztdienst“ der Landeshauptstadt und des Landkreises München. Brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung 5 (1986) 140-192.
[20 Jahre „Gemeinsamer Notarztdienst“]

Schöber, Johannes G.: Transport von Risiko-Neugeborenen. Münchner Medizinische Wochenschrift 122 (1980) 589-590.
[Transport Risiko Neugeborener]

Schöber, Johannes G.; Balke A.: Neugeborenen-Notarztdienst – das Münchner System. In: Notfallmedizin und Rettungswesen 1981. 1.Tagung der Sektion Rettungswesen der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin DIVI. Herausgegeben von Hans Hochrein. München 1982.
[Das Münchner System]

Schöber, Johannes G.: Organisation, Aktionsradius und Aufgaben der Neugeborenennotarztdienste in Bayern. In: Präklinische Erstversorgung. Schädelhirntrauma, Bergunfall, Perinatalogischer und Pädiatrischer Notfall, Ausrüstungsstand und Aktionsradius der verschiedenen Transportmittel. Herausgegeben Johannes G. Schöber u. Strigl. München 1987. S.109-116.
[Organisation, Aktionsradius, Aufgaben]

Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens: Nachrichten aus Nymphenburg und ganz Bayern. Unterwegs zu den Kranken 34 (1985) 25-27 o. S.
[Nachrichten aus Nymphenburg]

Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens: 10 Jahre „Rettungsdienst Nordwest“ beim Krankenhaus Dritter Orden. Unterwegs zu den Kranken 44 (1995) 24.
[10 Jahre Rettungsdienst]

Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens: 20 Jahre Rettungswache Nordwest am Krankenhaus Dritter Orden. Unterwegs zu den Kranken 54 (2005) 25-27.

[20 Jahre Rettungsdienst]

Seegerer, Karl: Die technisch-organisatorische Seite des Notarztdienstes. In: Der Münchner Notarzt München 1969. S.25-52. (Sonderdruck aus der Münchner Medizinischen Wochenschrift 111 (1969) 340-369.

Seegerer, Karl: Die technisch-organisatorische Seite des Notarztdienstes. Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969) 346-356.

[Technik und Organisation]

Seegerer, Karl: Voraussetzungen und Organisation des Münchner Notarztdienstes. Monatskurse für die ärztliche Fortbildung 25 (1975) 536-539.

[Voraussetzung und Organisation]

Seegerer, Karl: 10 Jahre „Münchner Notarztdienst“. Organisation und Technik. Münchner Medizinischen Wochenschrift 118 (1976) 573-578.

[10 Jahre „Münchner Notarztdienst“]

Seegerer, Karl: Rechtliche Grundlagen des Rettungsdienstes. Monatskurse für die ärztliche Fortbildung 25 (1975) 533-535.

[Rechtliche Grundlagen]

Seegerer, Karl: Zusammenfassung des (neuen) Bayerischen Gesetzes über den Rettungsdienst In: Broschüre für den Notarztdienst. Zusammengestellt von H. Dworzak. München 1975.

[Bayerische Rettungsdienstgesetz]

Seegerer, Karl: Der Rettungseinsatz nach dem Sprengstoffanschlag auf dem Münchner Oktoberfest 1980. Brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung 5 (1981) 1-12.

[Sprengstoffanschlag Oktoberfest“]

Seegerer, Karl: Landeshauptstadt München Branddirektion. In: 10 Jahre Rettungszweckverband München. Herausgegeben vom Rettungszweckverband München in Zusammenarbeit mit dem Presse- und Informationsamt der Landeshauptstadt München. München 1985. S. 28-30.

[Branddirektion]

Seegerer, Karl: Beiträge der Landeshauptstadt zum Rettungszweckverband München. Organisatorische Probleme zum Notarzt-Einsatz im Rettungsdienst. In: Erstversorgung im Notarztdienst. Herausgegeben von Jörg Konzert-Wenzel, Gunter W. Proschka, Werner Theisinger. München 1991. 7-12.

[Beiträge der Landeshauptstadt]

Seegerer, Karl: Organisatorische Probleme zum Notarzt-Einsatz im Rettungsdienst. In: Erstversorgung im Notarztdienst. Herausgegeben von Jörg Konzert-Wenzel, Gunter W. Proschka, Werner Theisinger. München 1991. München 1991. S. 7-12.

[Organisatorische Probleme]

Seitz, Alfred; Hipp, Rudolf et al.: Beatmen in der Feuerwache: Hyperbare Sauerstofftherapie. Die Überdruckkammer. Brandschutz / Deutsche Feuerwehr-Zeitung 5 (1993) 359-363.

Snopkowski, Simon: Zuversicht trotz allem. Erinnerungen eines Überlebenden in Deutschland. München 2000.

Städtische Branddirektion: 50 Jahre Berufsfeuerwehr München. München 1929.

Stangl, Robert: Entstehung und Entwicklung von Notarztsystemen in der Bundesrepublik Deutschland in den 50er und 60er Jahren. Med. Dissertation der Universität zu Köln.

Stenke, Christian Peter: Der Münchner Kindernotarzt. 3667 Kindernotarzteinsätze der Jahre 1998-2001 untersucht an zwei beteiligten Kliniken. Med. Dissertation der Ludwig-Maximilians-Universität München 2004 .

Stolpe, Erwin: 10jähriges Bestehen des Rettungszweckverbandes München. Luftrettungsdienst aus ärztlicher Sicht. In: 10 Jahre Rettungszweckverband München. Herausgegeben vom Rettungszweckverband München in Zusammenarbeit mit dem Presse- und Informationsamt der Landeshauptstadt München. München 1985. S. 33-34.

[Luftrettungsdienst aus ärztlicher Sicht]

Stolpe, Erwin: Der Rettungshubschrauberdienst in der BRD. Taktik und medizinische Ausstattung. In: Präklinische Erstversorgung. Schädelhirntrauma, Bergunfall, Perinatalogischer und Pädiatrischer Notfall, Ausrüstungsstand und Aktionsradius der verschiedenen Transportmittel. Herausgegeben Johannes G. Schöber u. Strigl. München 1987. S. 153-157.

[Rettungshubschrauberdienst in BRD]

Welsch, K.H.: Der Notarztdienst aus ärztlicher Sicht und Reihenfolge der Sofortmaßnahmen. Monatskurse ärztlicher Fortbildung 25 (1975) 544-549.

[Ärztliche Sicht und Sofortmaßnahmen]

Welsch, K.H., Bauer, H: Häufigkeit und Art der Hilfsmaßnahmen mit dem Notarztwagen. Monatskurse ärztlicher Fortbildung 25 (1975) 593-596.

[Häufigkeit der Hilfsmaßnahmen]

Welsch, K.H.; Proschka, Gunther W.; Konzert-Wenzel, Jörg; Bauer, Hartwig; Eibl G.: 10 Jahre Notarztdienst in München. Erfahrungen und Ergebnisse. Münchner Medizinische Wochenschrift 118 (1976) 579-586.

[Erfahrungen und Ergebnisse]

Willke, Ursula: Jetzt kommt die Klinik zur Unfallstelle. Süddeutsche Zeitung Nr. 27 vom 31.1.1968, S. 9.

Wischhöfer, E.: Der Bombenanschlag vom Münchner Oktoberfest am 26.9.1980. Münchner Medizinische Wochenschrift 123 (1981) 639-643.

Wolff, H.; Maier, H.; Schöber, Johannes G.; Königsbauer, C.: Maßnahmen zur Dämpfung der Kopfbeschleunigung bei Neugeborenen während des Transports im Rettungswagen. In: Präklinische Erstversorgung. Schädelhirntrauma, Bergunfall, Perinatalogischer und Pädiatrischer Notfall, Ausrüstungsstand und Aktionsradius der verschiedenen Transportmittel. Herausgegeben Johannes G. Schöber u. Strigl. München 1987. S.135-140.

6.4 Weitere Quellen

Gespräche des Autors mit Herrn Oberbranddirektor a.D. der Berufsfeuerwehr München Karl Seegerer 2006/ 07.

Privatbesitz von Karl Seegerer: Zuschrift vom 8.8.96 von Hr. Prof. Dr. Wolfgang Herzog.

Gespräche des Autors mit dem ehem. Berufsfeuerwehrmann Hr. Hauptbrandmeister a.D. Hans Maier (15) und dem Angestellten des Rettungszweckverbandes, Hr. Brandmeister im Kreisverwaltungsreferat der Landeshauptstadt am 25.März 2007.

Gespräch des Autors mit dem ehem. Chefarzt Hr. Dr. Hans Burghart.

Gespräch des Autors mit dem ehem. Geschäftsführer der gemeinnützigen ADAC-Luftrettung GmbH Herrn Gerhart Kugler am 17.Juli 2007.

Persönliche Mitteilungen und Gespräche aus dem Deutschen Herzzentrum in München von Herrn Dr. Hans-Peter Lorenz zum Neugeborenen-Notarztdienst 2007.

6.5 Abbildungsverzeichnis:

ADAC, München:	56 u. 57
Branddirektion München (Bildarchiv):	1, 8-12, 15-21, 23-31, 33-35, 37-48, 51-54, 60 u. 61, 65-68
Branddirektion München (Archiv, Dokumentation) Anordnung Nr. 3/66	14
Deutsches Herzzentrum München; Lorenz H.P., Riedel J., Hess J.:	58 u. 59
Förderverein Kindernotarztdienst München e.V.; Laudenbach M.:	64
Herzog, Wolfgang: 25 Jahre Notarztdienst im Oberbergischen Kreis. Gummersbacher Modell. Bonn 1988.	6
Lick, Rainer F.; Schläfer, Heinrich; Martens H.L.; Seegerer, Karl; Holle, Fritz: Zweieinhalb Jahre Notarztdienst in München. Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969) 358:	30
Martens, H.-L.; Schläfer, Heinrich: Briefe an den Herausgeber. Der Münchner Notarztdienst. Der Anästhesist 19 (1970) 26:	22 u. 32
Maurer, Georg: Bayerische Chirurgen-Vereinigung, 1911-1969. Mannheim 1969.	13
Oswald, Werner u. Gihl, Manfred:	

Fahrzeuge der Feuerwehr und des Rettungsdienstes seit 1900. Stuttgart 1992:	2 u. 5
Privatbesitz Burghart, Hans:	55
Privatbesitz Friedhoff, Engelbert:	3 u. 4
Privatbesitz Profeld, Hans Joachim	49 u. 50
Springer, Verlag GmbH; Rüschoff K.:	62 u. 63
Süddeutsche Zeitung Nr. 42 vom 18.02.1966, S. 11	7
Welsch, K.H.; Proschka, Günter W.; Konzert-Wenzel, Jörg; Bauer Hartwig; Eibl G.: 10 Jahre Notarztdienst in München. Erfahrungen und Ergebnisse. Münchner Medizinische Wochenschrift 118 (1976) 580:	36

Lebenslauf

Persönliche Angaben:

Name: Thomas Steininger
Familienstand: verheiratet, zwei Kinder
Geburtsdatum, -ort: 03.10.1980 in München
Eltern: Dipl.-Ing. Michael Steininger und Roswitha Steininger, geb. Pfeifer

Zivildienst:

10/00-08/01: im Krankenhaus für Naturheilweisen, München

Schullaufbahn:

1987: städtische Grundschule an der Turnerstr., München
1988-1993: St. Marien-Grundschule, Berlin
1993-2000: St. Marien-Oberschule, Berlin
2000: Erwerb der Allgemeinen Hochschulreife

Hochschulstudium:

10/2001: Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
09/2004: Ablegung der Ärztlichen Vorprüfung
12/2008: Ablegung des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, Erteilung der Approbation

Famulaturen:

02/05-03/05: Chirurgie, im Städtischen Krankenhaus München-Neuperlach
08/05-09/05: Pädiatrie, im Städtischen Klinikum München-Harlaching
09/05-10/05: Urologie, Praxis Dr. Idzikowski in München
02/06-03/06: Dermatologie und Venerologie, in der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der LMU

Praktisches Jahr:

08/07-12/07: Pädiatrie,
im Städtischen Klinikum München-Harlaching
12/07-03/08: Innere Medizin,
im Klinikum München-Neuperlach
03/08-07/08: Chirurgie
im Klinikum München-Neuperlach

Berufstätigkeit:

seit 01/2009 Arzt in der Weiterbildung
Fachklinik Gaißach, Klinik für chronisch erkrankte Kinder – Jugendliche - Eltern