

ERSTE STELLUNGNAHME der agswn vom 22.03.2021

Im Allgemeinen:

In Baden-Württemberg regeln das Rettungsdienstgesetz und der Rettungsdienstplan die prähospitaler notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatienten. Gesetz und Rettungsdienstplan sind hierbei für die Qualität der notfallmedizinischen Versorgung von entscheidender Bedeutung. Mehr als 2,2 Millionen Bürger des Landes Baden-Württemberg benötigen pro Jahr einen Einsatz von Rettungsmitteln. Bei knapp 300.000 Notfallpatienten pro Jahr ist die Erkrankung oder Verletzung so schwerwiegend, dass ein Rettungswagen allein nicht reicht und zusätzlich ein Notarzt zur Behandlung entsendet wird.

Rettungsmittel	Anzahl	Anteil (%)
notarztbesetzte Rettungsmittel	295.741	13,5
<i>davon NASF</i>	<i>5.387</i>	<i>0,3</i>
<i>davon NEF</i>	<i>286.677</i>	<i>13,1</i>
<i>davon NAW</i>	<i>3.677</i>	<i>0,2</i>
Rettungswagen	1.024.055	46,8
<i>davon mit Sondersignal</i>	<i>610.617</i>	<i>27,9</i>
Krankentransportwagen	870.219	39,7
gesamt, bodengebunden	2.190.015	99,5
gesamt, Luftrettung	10.222	0,5

Tabelle 1: Leistungszahlen Rettungsmittel aus Baden-Württemberg

Die agswn begrüßt alle Initiativen, welche die notfallmedizinische Behandlung von Patienten verbessern. Der „Entwurf der Neufassung des Rettungsdienstplans (Stand 26.02.2021)“ enthält Ansätze, welchen die agswn uneingeschränkt zustimmen kann, aber auch Bestrebungen, welche die notfallmedizinische Versorgung der Patienten verschlechtern und somit von der agswn aufs schärfste abgelehnt werden müssen. Hierzu zählt u.a.m. die Abschaffung der „notärztlichen Hilfsfrist“.

Ausführliche Kommentierungen und Ausarbeitung für die einzelnen Punkte sind weiter unten im Text zu finden.

Wegen der besonderen Bedeutung des Rettungsdienstplanes für die Daseinsfürsorge und die Qualität der notfallmedizinischen Patientenversorgung geht die agswn davon aus, dass der Entwurf mit hinreichender Sorgfalt und Transparenz weiterentwickelt wird.

Die agswn geht des Weiteren davon aus, dass die Öffentlichkeit über die Kontroversen informiert und an der Diskussion kritischer Punkte beteiligt wird.

Im Einzelnen:

1. Bei den **Begriffsbestimmungen** (§2) ist die Definition von „Sekundärtransport“ fehlerhaft. Diese Patienten müssen während des Transports „medizinisch“ betreut werden, nicht „intensivmedizinisch“. Zudem fehlt die „Rechtsaufsicht der Kommunen“ unter 'Beteiligte am Rettungsdienst'.
2. **§5 „Rettungskette“**: Die agswn schlägt folgende Formulierung für **§5 (2)** vor:
 - (2) Glieder der Rettungskette sind
 1. Hilfeersuchende: Absicherung, lebensrettende Sofortmaßnahmen
 2. Hilfeersuchende: Notfallmeldung und ggf. weitere Erste Hilfe,
 3. Rettungsleitstelle: Zeitgerechte Notrufannahme, Erkennen der Notfallsituation, Disposition des indikationsgerechten Rettungsmittels, Anleitung zur Ersten Hilfe (u.v.a.m. Telefonreanimation)
 4. Rettungsleitstelle: Bei bestimmten Zustandsbildern: Alarmierung und Versorgung durch Helfer-vor-Ort-Systeme oder Alarmierung von „Smartphone basierten Ersthelfersystemen“
 5. Notarzt- und Rettungsdienst: Erstellen einer Arbeitsdiagnose und Therapie / Versorgung vor Ort durch Notarzt, Notfallsanitäter und Telenotarzt
 6. Notarzt- und Rettungsdienst: Festlegen des Transportziels (für die weitere Versorgung geeignete nächstgelegene Krankenhaus) entsprechend der diagnostizierten Erkrankung oder Verletzung. Fortführen der eingeleiteten Therapie unter Überwachung während des Transportes. Strukturierte Übergabe an das weiterbehandelnde Krankenhaus am geeigneten Übergabepunkt.
- **§5 „Rettungskette“**: Die agswn schlägt folgende Formulierung für **§5 (4)** vor:
 - (4) Ergänzend ist das Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Prälinik der Bundesärztekammer aus den Jahren 2016 zu berücksichtigen
[\(https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/\)](https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/).
3. **§6 „Planerische Vorgaben“**: Die agswn begrüßt, dass die Hilfsfrist im Entwurf definiert wird als Zeitdauer zwischen Annahme des Notrufs und Eintreffen des RTW an der Einsatzstelle, Vorgabe ist jetzt 12 min (statt bisher „möglichst nicht mehr als 10 min, höchstens 15 min). Besser wäre noch, den Zeitpunkt der Aufschaltung (Beginn Klingeln) zu werten, damit gar kein Anreiz entsteht, bei Nichtverfügbarkeit von Rettungsmittel die Notrufannahme zu verzögern.

Die agswn weist entschieden darauf hin, dass der RD-Plan bisher beinhaltete, dass auch die Vorhaltung notärztlicher Systeme so zu planen ist, dass auch von diesen die Hilfsfrist

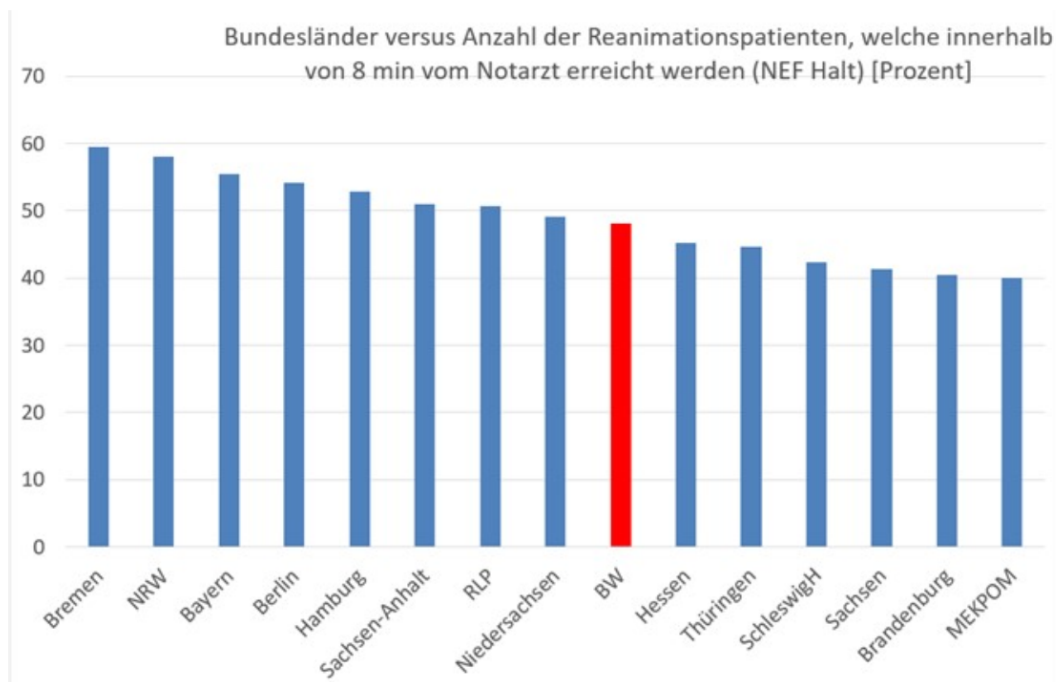
eingehalten werden kann. Im jetzigen Entwurf gibt es eine Hilfsfrist nur noch auf den RTW bezogen. Eine Abschaffung der Hilfsfrist für den Notarzt wird von der agswn entschieden abgelehnt. Im Entwurf des RD-Plans wird kein Verfahren vorgestellt, welches sicher gewährleistet, dass der Notarzt rechtzeitig die Notfallpatienten erreicht, welche seine Hilfe benötigen (Herz-Kreislaufstillstand mit Reanimation, Myokardinfarkt, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall mit vitaler Bedrohung, Hirnblutung, septische und schwerverletzte Patienten, Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz oder Luftnot, u.v.a.m.).

Der Argumentation - vorgestellt von Staatssekretär im Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration, Wilfried Klenk -, dass auf die „notärztliche Hilfsfrist“ verzichtet werden kann, weil

1. es diese ohnehin bundesweit nur in zwei von 16 Ländern gibt,
 2. es eine eigene begrenzte Heilkundekompetenz für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter gibt,
 3. ein Telenotarztsystem anstehen eingeführt zu werden und
 4. ein landesweites medizinisches Delegationskonzept anstehen eingeführt zu werden
- muss seitens der agswn entschieden widersprochen werden.

Ad 1.: Fakt und dem Innenministerium BW bekannt ist, dass Baden-Württemberg trotz der Hilfsfrist für den Notarzt nicht an erster, sondern an neunter Stelle im Vergleich der Bundesländer bezüglich der tatsächlichen Eintreffzeiten für den Notarzt steht. Ein Verzicht auf die Hilfsfrist für den Notarzt führt – entsprechend der Selbstverwaltungsstrukturen in BW - unweigerlich zu einer nicht hinnehmbaren Verschlechterung der Notfallversorgung.

Hierzu erhielt das Innenministerium schon im Oktober 2019 nachfolgende Auswertung:



Diese Auswertung basiert auf 82.496 Patientendaten aus dem Deutschen Reanimationsregister (DRR), Zeitraum 1.1.2010 bis 30.10.2019. Definition der Hilfsfrist und des Erreichungsgrads im DRR:
 ⇒ Notärztliche Hilfsfrist: Anzahl der Patienten [%] mit "Alarm 1. FZ bis Eintreffen NA [innerhalb 8 min]
 Da im DRR diese Definition unabhängig des Einsatzortes zur Anwendung kommt, lassen sich Hilfsfristen länderübergreifend vergleichen.

Die agsw.n möchte im Fortgang der Diskussion um den Entwurf zur Änderung des RD-Plans erarbeitet wissen, wie die anderen Bundesländer, welche ohne „notärztliche Hilfsfrist“ auskommen, ein schnelleres Erreichen von Notfallpatienten durch den Notarzt gewährleisten können.

Die agsw.n weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in keinem anderen Bundesland außer BW die Trägerschaft beim Leistungserbringer und die eigentliche Macht über die Vorhaltungen bei den Kostenträgern liegt. In allen anderen Bundesländern ist die Trägerschaft für den Rettungsdienst kommunalisiert und die Kommunen beschließen, nach fachkundiger Beratung in der Regel durch die dort auf Kreisebene etablierten ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD), den Umfang der Vorhaltungen, respektive das Sicherheitsniveau für ihre Bürger.

Ad 2.) Die eigene begrenzte Heilkundekompetenz für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ist kein stichhaltiges Argument für die Abschaffung der notärztlichen Hilfsfrist in BW, weil die begrenzte Heilkunde der Notfallsanitäter in vitalen Notfällen ausschließlich der Überbrückung dient und nicht den Notarzt ersetzen kann.

Gerade bei zeitkritischen und lebensbedrohlichen Notfällen, wie z.B. der Herz-

Kreislaufstillstand mit Reanimation oder multiple/schwere Verletzungen gibt es eindeutige wissenschaftliche Belege, welche die Überlegenheit der notärztlichen Versorgung gegenüber einer Versorgung ohne Notarzt beweisen. Gerade auch in diesen Notfallsituationen gibt es weitere wissenschaftliche Beweise, welche zeigen, dass neben dem Ausbildungsniveau im Rettungsdienst eine steigende Anzahl an Helfenden (Notärzte und Notfallsanitäter) positiv mit besseren Überlebensraten einher gehen.

Die agswn weist also klar und eindeutig darauf hin, dass es medizinisch / wissenschaftlich nicht anzuraten ist, mit Wegfall der notärztlichen Hilfsfrist den Notarzt später – oder zu spät – in die Behandlung o.g. Patienten einzubeziehen. Die agswn warnt davor, dass mit Wegfall der notärztlichen Hilfsfrist in BW die Behandlungsergebnisse schlechter werden und mehr Patienten u.a. nach plötzlichem Kreislaufstillstand oder schwerer Verletzung versterben werden. Der Notarzt wird jetzt und zukünftig zeitnah für die Behandlung von kritisch Kranken oder Verletzten benötigt.

Ad 3. und 4.: Die agswn trägt die landesweite Einführung eines Telenotarztsystems und eines medizinischen Delegationskonzepts an den Notfallsanitäter oder die Notfallsanitäterin vollumfänglich mit. Die agswn fordert in diesem Zusammenhang, dass der Notarztindikationskatalog entsprechend angepasst wird und die Rettungsleitstellen ertüchtigt werden, rechtsicher gestaffelt disponieren zu können.

Die landesweite Einführung aller benannten Systeme wird – nach vollständiger Umsetzung – dazu führen, dass weniger Notarzteinsätze erforderlich werden. Die verbleibenden Notarzteinsätze aber gelten besonders gefährdeten und zeitkritischen Notfallpatienten. Insofern ist auch diese Argumentation unter 3. und 4. keinesfalls geeignet, eine Abschaffung der notärztliche Hilfsfrist zu begründen.

Zusammenfassend ist der §6 Abs (3) grundsätzlich neu zu formulieren, entweder unter Beibehaltung der Hilfsfrist für den Notarzt oder einer eindeutigen Verfahrensregelung, welche sicherstellt, dass der Notarzt zu den im neuen Notarztindikationskatalog definierten Einsätzen in spätestens 15 min beim Patienten eintrifft. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass in BW auf Ebene der Bereichsausschüsse die Krankenkassen/Kostenträger eine notwendige Ausweitung der Notfallvorhaltung im Gegensatz zu den anderen Bundesländern blockieren können und dies in der Vergangenheit regelmäßig getan haben.

4. **§7 „Zeiten im Einsatzablauf“**: Die agswn begrüßt und unterstützt, dass nunmehr in §7 „Zeiten im Einsatzablauf“ die einzelnen Zeitintervalle der Prähospitalzeit benannt und mit Soll-Vorgaben belegt werden. Für die Erstbearbeitungszeit der Leitstelle werden maximal 2 Minuten, für die Ausrückzeiten von RTW und NEF tagsüber 1,5 und nachts 2,5 Minuten vorgegeben, jeweils als p95-Wert. Damit wird eine alte Forderung der agswn erfüllt!

Die agswn hat schon seit Jahren darauf hingewiesen, dass es sinnvoller wäre, zuerst mit Vorgaben für die Ausrückzeit die Einhaltung der Hilfsfrist zu optimieren bevor man neue

Vorhaltungen etabliert. Die Kassen haben dies jedoch stets blockiert, da sie befürchteten, die Kliniken würden höhere Notarztgestellungskosten fordern, wenn wegen der kürzeren Ausrückzeiten nicht mehr mit den ominösen Synergieeffekten argumentiert werden kann.

5. **§8 „Berechnung der Hilfsfrist.** Die agswn unterstützt die Forderung des Entwurfs, dass die Berechnung der Hilfsfrist von den Bereichsausschüssen weg und hin zur SQR-BW verlagert werden soll. Hiermit wird verhindert, dass die Berechnung der Hilfsfrist vor Ort „interessensgeleitet“ erfolgt, was ja tatsächlich teilweise der Fall gewesen sein soll.

Sinnvoll ist auch die jetzt vorgenommene Präzisierung, dass ein notärztlich besetzter RTW kein Ersatz für ein NEF darstellt und nur im Einzelfall zum Einsatz kommen darf.

6. **§12 „Luftrettungsdienst“:** Die agswn weist darauf hin, dass die Erwähnung von 24/365 einsatzbereiten Luftrettungsmitteln fehlt (gleichermaßen in §48 ff.). Die Entwicklung des Rettungsdienstes und der Krankenhauslandschaft machen solche Systeme zukünftig unverzichtbar, sie müssen daher auch im RD-Plan aufgenommen werden.

7. **§18, 19, 20, 21 „Besondere Beteiligte“ beim Großschadensfall.** Die agswn weist darauf hin, dass im Entwurf zum RD-Plan die Aufgabenverteilung zwischen LNA und OrgEL nicht uneindeutig und unterschiedlich bei Feuerwehr- versus Rettungsdienstlagen geregelt ist.

Die agswn empfiehlt folgende Formulierung (entsprechend des RDG und des §21 RD-Planentwurf): „Die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt hat in der Führungseinheit die Führung der medizinischen Notfallversorgung inne. Die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt wird durch einen Organisatorischen Leiter Rettungsdienst unterstützt.“

Die agswn weist darauf hin, dass es auch nach über 20 Jahren LNA in BW dem RD-Plan immer noch nicht gelingt, den **Transport des LNA zur Einsatzstelle** so zu regeln, dass praxisnahe und sinnvolle Lösungen vor Ort möglich werden. Da es unverzichtbar ist, dass der LNA zu einem (sehr frühen) Zeitpunkt eintrifft, solange er noch auf das Einsatzgeschehen Einfluss nehmen kann, ist sein Transport zeitkritisch. Abholerlösungen scheiden somit regelhaft aus. Dagegen werden Dienstfahrzeuge für den OrgEL, nicht aber für den LNA im RD-Plan festgeschrieben. Die agswn empfiehlt deshalb einen Dienstplan und ein Dienstfahrzeug/Selbstfahrerfahrzeug für den LNA als Regelfall. Nur in den Rettungsdienstbereichen, in denen ein Dienstplan nicht möglich ist und die Schleifenlösung weiter Bestand haben soll, muss eine sichere und zeitnahe Abholung gewährleistet sein.

8. **§ 23 Trägerschaft:** §23 weist wie bisher die Trägerschaft des Rettungsdienstes den Landesverbänden der Hilfsorganisationen zu. Die agswn weist darauf hin, dass in den anderen Bundesländern die Trägerschaft für den Rettungsdienst in kommunaler Hand

liegt. Somit unterliegt die Vorhaltung von Rettungsmitteln – auch des Notarztes - einer völlig anderen Systematik mit Hoheit bei den kommunalen Trägern und nicht bei den Krankenkassen/Kostenträgern. In BW ist im Vergleich mit den anderen Bundesländern eine Vorhalterweiterung nur mit Zustimmung der Krankenkassen möglich.

9. **§ 30 Vorhalterweiterungen:** Die agswn begrüßt, dass in §30 stringente Vorgaben für die Umsetzung beschlossener Vorhalterweiterungen gemacht werden. Hier konnte in den Bereichsausschüssen bisher doch erheblich auf Zeit gespielt werden.

10. **§ 33 Die Einrichtungen des Rettungsdienstes und ihre sächliche Ausstattung:** Die agswn begrüßt die Formulierung in §33, dass die Ausstattung des Rettungsdienstes „nach aktuellem Stand der Notfallmedizin“ zu erfolgen hat. Die agswn kritisiert aber, dass hierzu „beschlossenen Empfehlungen des Landesausschusses für den Rettungsdienst“ als Grundlage dienen sollen, da im Landesausschuss Rettungsdienst gegen die Krankenkassen nichts beschlossen werden kann. Aktuelles Beispiel ist die Einführung der Notfallsonographie auf den NEFs, welche von den Krankenkassen in der AGG seit nunmehr 18 Monaten blockiert wird.

11. **§ 44 Telenotärztliches System:** Die agswn begrüßt die flächendeckende Einführung des telenotärztlichen Systems. Die agswn empfiehlt aber, einen ambitionierten Zeitplan für die Einführung des Systems festzulegen, um die Vorteile zeitnah für die Patienten nutzen zu können. Die agswn fordert für die Ärzte im telenotärztlichen System die Einführung einer Amtshaftung, insbesondere für die Aufgabe der Delegation an Rettungsdienstmitarbeiter.

12. **§ 54 Notärztinnen und Notärzte sowie Telenotärztinnen und Telenotärzte:** Die agswn stellt fest, dass die Festlegung der „Qualifikation von Notärzten und Telenotärzten“ ausschließlich eine Aufgabe der Ärztekammern darstellt. Insofern muss nachfolgende Formulierung um die durchgestrichene Passage gekürzt werden:

„(3) Die Eignungsvoraussetzungen für Notärztinnen und Notärzte sowie Telenotärztinnen und Telenotärzte werden durch die Landesärztekammer festgelegt. ~~Die Eignungsvoraussetzungen haben sich an einer medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung zu orientieren.“~~

13. **§ 55 Mitwirkung der Krankenhäuser sowie der niedergelassenen Ärzte:** Die agswn unterstützt die Forderung im Entwurf zum RD-Plan, dass Selbstfahrersysteme keine Zukunft mehr haben und innerhalb von 5 Jahren umzustellen sind. Ebenso muss der Dienst von einer Rettungswache aus versehen werden. Heimschläfer oder aus einer Praxis heraus fahrende Notärzte gibt es danach nicht mehr. Alle Notärzte müssen auch zwingend eine vollständige elektronische Dokumentation abliefern.

14. **§57 Leitender Notarzt und §78 Kosten der LNA:** Die agswn verweist auf die Ausführungen der §§ 18 bis 21: Die agswn empfiehlt deshalb einen Dienstplan und ein Dienstfahrzeug/Selbstfahrerfahrzeug für den LNA als Regelfall. Nur in den Rettungsdienstbereichen, in denen ein Dienstplan nicht möglich ist und die Schleifenlösung weiter Bestand haben soll, muss eine sichere und zeitnahe Abholung gewährleistet sein. Die Kosten für einen Rufbereitschaftsdienst sowie die Fahrzeugkosten sind Kosten des Rettungsdienstes.



Prof. Dr. med. Matthias Fischer
Vorstandsvorsitzender der agswn



Dr. med. Eduard Kehrberger
Landesvorsitzender der agswn

Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V. - agswn

Die **agswn**, die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V., wurde im Juli 1983 gegründet und hat mittlerweile über 2.000 Mitglieder. Sie nimmt die Interessen der Notärzte in den Bundesländern Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland wahr. Mit den anderen Länder-Arbeitsgemeinschaften bildet sie die BAND e.V. (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands).

Weitere Informationen zur **agswn** finden Sie unter www.agswn.de

Ihre Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. Matthias Fischer, Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Eduard Kehrberger / Dr. med. Steffen Grünling, Landesvorsitzender der agswn

Priv.-Doz. Dr. med. Harald Genzwürker, Referent für Öffentlichkeitsarbeit

Kontakt:

agswn e.V. Geschäftsstelle, Anthea Rozakis-Siu

Rita-Maiburg-Straße 2, 70794 Filderstadt

T: +49 711 72257657 / F: +49 711 70072418

E-Mail: geschaeftsstelle@agswn.de oder harald.genzwuerker@agswn.de

1. Fischer M, Kehrberger E, Marung H et al. (2016) Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 19:387-395
2. Messelken M, Kehrberger E, Dirks B et al. (2010) The quality of emergency medical care in baden-wuerttemberg (Germany): four years in focus. Dtsch Arztebl Int 107:523-530