

## Stellungnahme und Kommentar der agswn zum „Zweiten Entwurf der Neufassung des Rettungsdienstplans Baden-Württembergs“ (RD-Plan-BW) mit Stand 28 04 2022“

Die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V. (**agswn**) wirkt seit über 35 Jahren in vielfältiger Weise an der Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und dem Saarland mit. Dabei war und ist die **agswn** Initiator und Motor zum Beispiel der Projekte Eckpunktepapier Notfallversorgung [1], NADOK[2] und SQR-BW gewesen. Das Projekt NADOK wurde ab 2011 per Beschluss des Landesausschuss für den Rettungsdienst in die Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Notarzt- und Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) überführt. Die SQR-BW ist mit der Weiterentwicklung und Umsetzung der Qualitätssicherung im Rettungsdienst von Baden-Württemberg beauftragt und beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg als interdisziplinär besetzte, fachlich unabhängige und eigenständige Organisationseinheit angesiedelt. In diesem Sinne ist die **agswn** bei der Formulierung des Rettungsdienstplanes 2022 zu allererst an der qualitativen Verbesserung und Weiterentwicklung der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg interessiert. Alle Festlegungen im Rettungsdienstplan-BW 2022, welche die Versorgung der Notfallpatienten verbessern, werden von der **agswn** unterstützt. Werden im Rettungsdienstplan aber Formulierungen getroffen, welche die notfallmedizinische Versorgung verschlechtern könnten, so wird die **agswn** dies kritisch kommentieren müssen.

In Ergänzung zur ersten Stellungnahme der agswn (erstellt und versandt am 22. März 2021) wird die **agswn** den zweiten Entwurf zum RD-Plan mit Stand vom 28. April 2022 wie folgt kommentieren:

### A.) FORMALIA:

1. Der zweite Entwurf des Rettungsdienstplans BW (Stand vom 28.4.2022) wurde erst am 13.5.2022 zugestellt.
2. Zeitgleich wird zur mündlichen Erörterung am 8.6.2022 geladen, weswegen weniger als 1 Monat verbleibt das Werk mit einem Umfang von 58 Seiten hinreichend zu prüfen und die Kommentierung abzustimmen. Dies ist zusätzlich dadurch erschwert, dass Überschriften und Paragraphen in erster und zweiter Version der RD-Plans-BW voneinander abweichen.
3. Die **agswn** begrüßt es ausdrücklich, dass die Möglichkeit besteht, den RDP mit dem IM zu erörtern.
4. Die **agswn** weist darauf hin, dass in dem RDP an verschiedenen Stellen auf Dokumente (Indikationskatalog BW) und Projekte (IVENA, Telenotarzt) verwiesen wird, die noch nicht existieren bzw. in Funktion sind.

### B.) HILFSFRIST und VORHALTEPLANUNG (§6, §7, §8)

1. Die **agswn** begrüßt, dass die Hilfsfrist für die Notfallrettung von 15 auf 12 Minuten verkürzt und der Erreichungsgrad von jeweils 95% beibehalten werden soll.
2. Die **agswn** begrüßt, dass die SQR-BW die Hilfsfrist zentral, mit einheitlicher Definition und

- nach festgelegtem Berechnungsschema (LARD Beschluss) jährlich erheben wird.
3. Die **agswn** lehnt weiterhin entschieden ab, dass der Notarzdienst zukünftig NICHT an eine Hilfsfrist gebunden sein soll, wie in §6((3) formuliert. Die agswn verweist hierzu auf die ausführlichen Ausführungen vom 22. März 2021 (als gesondertes Dokument mitübermittelt).
  4. Der zweite Entwurf zum RD-Plan-BW hat die Kritik u.a. der **agswn** insofern aufgenommen, dass grundsätzlich ein Bestandsschutz für die bestehende Notarztvorhaltung unter §8(3) festgehalten wird.
  5. In §8(3) soll zudem festgelegt werden, dass *„Die Vorhaltung von Notarzteinsatzfahrzeugen so zu bemessen ist, dass die notärztliche Versorgung im gesamten Rettungsdienstbereich **bedarfsgerecht** sichergestellt ist. Die Planungen haben sich an den Einsatzfällen für Notarzteinsatzfahrzeuge nach dem vom Landesausschuss für den Rettungsdienst beschlossenen landesweit einheitlichen Telenotarzt- und Notarztindikationskatalog für Baden-Württemberg zu orientieren und die Zeiten im Einsatzablauf nach § 7 Absatz 1 zu berücksichtigen.“* Die **agswn** stellt fest, dass der Begriff „**bedarfsgerecht**“ dehnbar ist und hinsichtlich der paritätischen Stimmverteilung in den Bereichsausschüssen - ohne Stimme der kommunalen Aufsichtsbehörden - einer Präzisierung und Festlegung einer ggf. neuen Planungsgröße (s. Punkt 6) bedarf. So ist es medizinisch für den Notfallpatienten nicht akzeptabel, dass die Notärztin der Notarzt bei zeitkritischen und lebensbedrohlichen Notfällen, wie u.a. der Luftnot, der Reanimation, dem Herzinfarkt, Sepsis, intrakraniellen Blutungen oder einer schweren Verletzung später als nach 10-15 Minuten beim Patienten eintrifft. Eine telenotärztliche Unterstützung kann in diesen und anderen Krankheitsbildern den versierten – physikalisch präsenten - Notarzt nicht ersetzen.
  6. Die **agswn** fragt, wie im Projekt EVRALOG-BW eine bereichsübergreifende Rettungsmittelplanung (u.a. RTW, NEF, Notfallkrankenhaus) erfolgen soll, ohne die Algorithmen mit einem Hilfsfristäquivalent programmieren zu können?
  7. Die **agswn** begrüßt uneingeschränkt, dass in §7 weitere Zeiten im Einsatzablauf beschrieben werden und u.a. die Prähospitalzeit bis zur definitiven Versorgung der Patienten in dem geeigneten Krankenhaus erfasst und Grundlage der Planung in den Bereichsausschüssen werden soll. Die **agswn** begrüßt, dass hierbei auf das „Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik“ verwiesen wird. Die RD-Planung, welche die Prähospitalzeit einschließt, ist insofern von besonderer Bedeutung, da einerseits die medizinische Spezialisierung und therapeutischen Möglichkeiten stetig zunehmen und entsprechend in immer weniger Krankenhäusern angeboten werden können und andererseits weitere Krankenhäuser in BW geschlossen werden. Diese Entwicklungen werden den Transport in das nächste geeignete Krankenhaus verlängern.
- C.) INTEGRIERTE LEITSTELLE, landesweiter INDIKATIONSKATALOG für NotSAN, Telenotarzt, Notarzt, RTH, kassenärztlicher Notdienst
1. Die **agswn** weist darauf hin, dass aus Patientensicht die Trennung der Notrufnummern 112 und 116/117 wiederholt zu Problemen geführt und die Patientenversorgung verschlechtert hat. Der Notfallpatienten kann schlechterdings selten richtig entscheiden, welche der Notrufnummer für seine akute Erkrankung gerade die richtige ist. Wenn auch

- der §36(6) die derzeitige Sachlage diesbezüglich richtig darstellt, sollte die Integration der 116/117 in die integrierten Leitstellen angestrebt werden.
2. Die **agswn** weist darauf hin, dass der Integrierten Leitstelle bei der Steuerung eines notfallmedizinischen Systems mit Notfallsanitäter, Notfallsanitäter mit Delegation der Heilkunde für spezielle Krankheitsbilder, Telenotarzt, Notarzt, Rettungshubschrauber und kassenärztlicher Notdienst eine besonders wichtige Rolle zukommt. Die Ausführungen im vorgestellten RD-Plan-BW Entwurf hierzu sind umfangreich aber nicht hinreichend. Der hilfeschuchende Notfallpatienten wendet sich mit seinem Beschwerdebild an die Integrierte Leitstelle, welche nach Befragung möglichst rechtssicher und medizinisch korrekt das geeignete Einsatzmittel disponieren soll. Die **agswn** unterstützt und fordert deshalb die verbindliche und unverzügliche landeseinheitliche Einführung eines softwareunterstützten Notrufabfrage- und Rettungsmitteldispositionssystems. Ein solches System ist unabdingbar, um ein mehrfach differenziertes Rettungsdienst-, Telenotarzt- und Notarztssystem sachgerecht und rechtssicher steuern zu können. Ein solches Notrufabfrage- und Rettungsmitteldispositionssystems unterstützt die Disponenten in den Leitstellen erheblich.
  3. Ein solches softwareunterstütztes Notrufabfrage- und Rettungsmitteldispositionssystems basiert auf einer strukturierten Abfrage und Indikationskatalogen sowohl für den Notfallsanitäter (mit und ohne Vorabdelegation), den Telenotarzt, Notarzt, RTH aber auch den kassenärztlichen Notdienst. Dies Kataloge sind landesweit mit den verantwortlichen Ärzten (Kassenärztlichen Vereinigung, ÄLRD-RP, ÄVRD auf Kreisebene, Notarztstandortleitern und den LNA im Bereichsausschuss) abzustimmen und festzulegen. Wegen der übergeordneten Wichtigkeit dieser Aufgabe sieht die **agswn** das Innenministerium und die Landesärztekammer in der Verantwortung diesen Prozess zu starten und zeitnah abzuschließen.

#### D.) Ausstattung der Rettungsmittel

1. Die **agswn** weist darauf hin, dass alle Rettungsmittel entsprechend dem Stand der Notfallmedizin ausgestattet werden sollen und nicht nur die Luftrettung, wie in § 13 beschrieben. Der Hinweis auf die DIN ist nicht ausreichend, weil aktuelle medizinische Verbesserungen und Standards bestenfalls zeitverzögert in eine DIN überführt werden.

#### E.) Leitender Notarzt (LNA)

1. Die **agswn** stellt fest, dass die Kritikpunkte ihrer Stellungnahme vom März 2021 auch in der zweiten Version keine Berücksichtigung gefunden haben, weswegen die Ausführungen wiederholt werden: Die neu eingeführte, künstliche Aufteilung in medizinische und operativ-taktische Leitungsaufgaben erzeugt eine nachteilige horizontale Aufgabenteilung an einer kritischen Schnittstelle. Entsprechend der Organisationsstruktur aller Beteiligten im Großschadensereignis sollte auch im Rettungsdienst eine eindeutige Hierarchie vorgegeben werden.

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.

2. Die **agswn** befürwortet die erhöhte Aufwandsentschädigung für die LNAs, wie sie nun beschlossen werden soll, dieses Geld sollte der Ansporn sein, Dienstplanlösung für den LNA anzustoßen.

#### F.) Intensivtransport

1. Die **agswn** stellt fest, dass Formulierungen zum Intensivtransport im RD-Plan in enger Verbindung zur den Grundsätzen zur Durchführung von Intensivtransporten in Baden-Württemberg gemäß § 4 Abs. 2 Rettungsdienstgesetz (Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst 30. 11.2011) stehen, da auf diese verbindlich verwiesen wird. Somit erfordern die Anmerkungen der **agswn** zum RD-Plan eine zeitnahe Überarbeitung und Anpassung dieser Grundsätze.
2. Im Einzelnen ist festzustellen, dass die Anzahl der Intensivtransportmittel nicht definiert ist. Während der landesweite Bedarf und die Standorte der Luftrettungsmittel aufgrund ihrer bereichsübergreifenden, überregionalen Bedeutung durch das Land festgelegt werden, liegt die Vorhalteplanung bei den ITW beim Landesausschuss für den RD. Für die Krankenhäuser ist die Vorhaltung einer freien Behandlungskapazität für Notfälle mit einer zeitgerechten Abverlegung aus einer Intensivstation verbunden. Die **agswn** weist darauf hin, dass eine jährliche Erfassung der Auslastung der Intensivtransportmittel einer sachgerechten Planung nicht gerecht werden kann, sondern monatlich erfolgen muss, um frühzeitig Entwicklungen zu erkennen. Neben der Erfassung der tatsächlichen Einsätze ist erforderlich, dass auch nicht durchgeführte Einsätze der ZKS sowie ersatzweise die durch die jeweiligen lokalen Leitstellen organisierten Verlegungen nach den Grundsätzen Anlage 1 erfasst werden. Diese Daten sind dem Landesausschuss sowie allen Bereichsausschüssen (BA) zur Kenntnis zu geben. Nach Auffassung der **agswn** sind die BA zu beteiligen, da je nach Durchführung die Hilfsfrist tangiert werden kann und ggf. auch ein eigener ITW

beantragt werden könnte (Anlage 4 der Grundsätze). Aus den Analysen muss gleichzeitig hervorgehen, wie lange ein Krankenhaus nach Anmeldung auf die Durchführung eines Transportes warten musste und damit möglicherweise für eine primäre Notfallversorgung mangels Behandlungsmöglichkeit nicht zur Verfügung stand. Dies hätte zu einer Auswirkung auf die Anzahl der Transportmittel und zum anderen auf die Ausstattung einzelner Rettungsmittel im jeweiligen Bereich, die dann als Ergänzung bei Überlastung der hoch ausgestatteten Intensivtransportmittel solche Transporte durchführen könnten. In jedem RD-Bereich sind z.B. invasive Druckmessungen in allen RTW vorzuhalten, damit diese Ersatzfahrzeuge bei nicht-Verfügbarkeit der regulären Intensivtransportmittel eingesetzt werden können.

3. Die **agswn** stellt fest, dass durch angemessene Planung im jeweiligen Bereichsplan durch solche Transporte die Hilfezeit nicht beeinträchtigt werden darf. Bereichsübergreifende Lösungen sind dabei möglich.