Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V.
Rita-Maiburg-Straße 2 · 70794 Filderstadt

An das
Innenministerium Baden-Württemberg
Postfach 10 34 65
70029 Stuttgart

Email: poststelle@im.bwl.de

Prof. Dr. med. Matthias Fischer
*1. Vorsitzender **agswn** e. V.*
Dr. med. Steffen Grünling
*Landesvorsitzender **agswn** e. V.*
Geschäftsstelle der agswn
Rita-Maiburg-Straße 2
70794 Filderstadt
07.01.2024

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V. (agswn) zum „Gesetzentwurf über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG)“ nebst Erörterung in der LARD Sondersitzung am 18. 12. 2023

Sehr geehrte Damen und Herren,
zum vorgestellten Gesetzentwurf hat die ***agswn*** nachfolgende Stellungnahme formuliert und bittet die vorgetragenen Punkte unter dem Aspekt einer besseren Notfallversorgung unserer Patienten sorgsam zu prüfen.

Vorbemerkung:
Die ***agswn*** wirkt seit 40 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[1-4], NADOK[5,6] und SQR-BW gewesen. Das Projekt NADOK[6] 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 Notarzt- und Rettungsdienst von BadenWürttemberg 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 ***„Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG)“*** zu allererst an der qualitativen Verbesserung und Weiterentwicklung der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg interessiert. Alle Festlegungen im ***„Rettungsdienstgesetz“***, welche die Versorgung der Notfallpatienten verbessern, werden von der ***agswn*** unterstützt.

Werden im „***Rettungsdienstgesetz“*** aber Formulierungen getroffen, welche die notfallmedizinische Versorgung unserer Patienten verschlechtern könnten, so wird die ***agswn*** dies kritisch kommentieren müssen.
Zudem verweist die ***agswn*** auf unserer Stellungnahme zum Entwurf des Rettungsdienstplans vom 28.April 2022 (https://agswn.de/stellungnahme-der-agswn-zum-rd-plan-bw-2/).

§ 1 Aufgabe des Rettungsdienstes
§ 2 Begriffsbestimmungen
Die ***agswn*** begrüßt die Begriffsbestimmungen in §1 und 2, fragt aber nach, ob ÄLRD auf RP-Ebene, LNAs, Ärztliche Verantwortliche Rettungsdienst und Ärztliche Standortleiter Notarztdienst auch "Rettungsdienstpersonal" im Sinne des §2 (10) sind oder nicht.
Zudem muss klargestellt werden, dass das in §2 (10) benannte Rettungsdienstpersonal deckungsgleich mit dem in § 16 (3) (30 h Fortbildungspflicht) benannte Personal ist. Die ***agswn*** setzt sich für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Notärzten inklusive einer verpflichteten Rezertifizierung ein, siehe hierzu These 7:

Zu These 7: Die agswn setzt sich für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Notärzten inklusive einer verpflichteten Rezertifizierung ein.

Die Medizin und damit auch die Notfallmedizin steht in einem andauernden Wandel. Leitlinien und Behandlungspfade werden regelmäßig evaluiert und an den neusten Stand der Wissenschaft und der evidenzbasierten Medizin angepasst, neue technische Möglichkeiten und Entwicklungen werden in die Behandlung integriert. Als Beispiele seien hier die Leitlinien zur Behandlung des Herzinfarktes, die Reanimations- und Polytraumaleitlinien, hochinvasive Notfallverfahren oder die Möglichkeiten der Telemedizin genannt.

Die **agswn** setzt sich insbesondere dafür ein, dass angehende Notärzte nach dem jeweiligen Stand der Medizin und nach modernen und bewährten Lehr- und Lernmethoden ausgebildet werden. Um eine theoretisch und praktisch hochwertige Ausbildung zu gewährleisten sind moderne Ausbildungskonzepte wie zum Beispiel Simulationskurse zu fördern. Kurskonzepte zu verschieden notfallmedizinischen Schwerpunkten müssen zertifiziert sein, um einen durchgehend hohen medizinischen und lernpädagogischen Standard garantieren zu können. Notfalltrainings und Kurskonzepte sollten nach Möglichkeit überwiegend interprofessionell ausgerichtet sein.

Die **agswn** empfiehlt, dass Notarztstandorte, um auch in der Fort- und Weiterbildung eine hohe notfallmedizinische Qualität gewährleisten zu können, an ein notfallmedizinisches Krankenhaus / Zentrum angebunden sein sollten.

Aktive Notärzte müssen sich, damit sie ihren Patienten nach den jeweils aktuellen Leilinien und Vorgaben behandeln können, regelmäßig fort- und weiterbilden. Die **agswn** setzt sich dafür ein, dass, wie schon in verschiedenen Modelprojekten in Deutschland erprobt, eine spezielle Fortbildungspflicht für Notärzte eingeführt wird. Die jeweilig zuständigen Ärztekammern überprüfen diese Fortbildungspflicht und könnten die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ ruhen lassen, wenn dieser Pflicht nicht nachgekommen wurde.

§ 3 Trägerschaft und Durchführung des bodengebundenen Rettungsdienstes und des Berg- und Wasser-Rettungsdienstes

Die ***agswn*** weist darauf hin, dass mit den Regelungen im §3 Aufgaben der Notfallrettung, welche Bestandteil der Gefahrenabwehr und der öffentlichen Daseinsvorsorge sind, an Dritte übertragen werden. Anders als in den meisten anderen Bundesländern obliegt in Baden-Württemberg die Ausgestaltung dieser, dem Grunde nach hoheitlicher Aufgabe, nicht den Kommunen, sondern einer sogenannten Selbstverwaltung.

Die Organe dieser Selbstverwaltung sind auf Rettungsdienstbereichsebene die Bereichsausschüsse (§ 3 Abs. 2 RDG) und auf Landesebene der Landesausschuss für den Rettungsdienst (§ 4 RDG). Die Ausschüsse setzen sich aus entsandten Personen der Kostenträger und der Leistungsträger zusammen. Über eine demokratische Legitimation verfügen die Mitglieder der Selbstverwaltung nicht. Weder werden die Mitglieder öffentlich benannt, noch werden Entscheidungen der Sitzungen regelhaft publiziert. Eine Beteiligung der (Not)Ärzteschaft mit Stimmrecht ist weder im Landesausschuss RD noch im Bereichsausschuss gesetzlich vorgesehen, obwohl in diesen Ausschüssen über das Maß und die Qualität der medizinischen Notfallversorgung entschieden wird.

Wenngleich auf Landesebene der Staat, vertreten durch das Innenministerium, den Vorsitz hat, ist die Kommune auf Bereichseben lediglich als Rechtsaufsicht (nicht Fachaufsicht) tätig. Stimmberechtigt sind dort ausschließlich die paritätisch vertretenen Kosten- und die Leistungsträger. Da für jeden Beschluss eine einfache Mehrheit notwendig ist, führt ein Stimmpatt zu keinem Beschluss. Eine inhaltliche Einflussnahme durch die Kommune, Vertretern der Notärzteschaft oder der Krankenhäuser ist aufgrund des fehlenden Stimmrechts nicht möglich.

Die ***agswn*** weist darauf hin, dass der Landtag als Gesetzgeber diese Grundkonstruktion des Notarzt- und Rettungsdienstes in Baden-Württemberg ernsthaft prüfen sollte. Da zudem die Endverantwortung beim Land und den Gebietskörperschaften für den „Rettungsdienst als Teil der Daseinsvorsorge“ verbleibt, sollte diese Verantwortlichkeit durch Stimmrecht oder andere Rechtskonstruktionen im RDG-BW 2024 stärker abgebildet werden.

§ 4 Trägerschaft und Durchführung des Luftrettungsdienstes

Die ***agswn*** begrüßt, dass der Träger der Luftrettung das Land BW sein wird. Die ***agswn*** regt an, dass die Beauftragung der geeigneten Unternehmung nach einer Ausschreibung nebst abgestimmten und sachgerechten Leistungsverzeichnis erfolgen sollten.

§ 5 Ärztliche Leitungen Rettungsdienst:

Die *agswn* begrüßt die Regelungen zur Ärztlichen Leitung Rettungsdienst, insbesondere deswegen, weil nun ärztliche Kompetenz sichtbar und sachgerecht in die Organisation des Notarzt- und Rettungsdienstes im Land Baden-Württemberg eingebunden ist. Die *agswn* regt aber an, dass die ärztliche Kompetenz sowohl im Landesausschuss Rettungsdienst (LARD) als auch in den Bereichsausschüssen stimmberechtigt eingebunden wird und somit die Selbstverwaltung um die notwendige ärztliche Kompetenz erweitert wird.

Zudem bemängelt die *agswn*, dass mit diesem Entwurf zum RDG-BW 2024 die Chance verpasst wurde, die Struktur der „Ärztliche Leitungen Rettungsdienst" an die aller anderen Bundesländer anzupassen. In Baden-Württemberg entsteht gerade ein Flickenteppich an ärztlichen Verantwortlichkeiten, welche die Steuerbarkeit und Effizienz des Systems gefährdeten. Neben den ÄLRD auf RP-Ebene tragen in den Rettungsdienstbereichen vier und mehr „Ärztliche Verantwortliche Rettungsdienst", „Notärztliche Standortleitungen" und „Leitende Notärzte" die Verantwortung für eine sachgerechte notfallmedizinische Betreuung der Patienten. Zudem sind die Mehrkosten für die Abstimmungsarbeit der verantwortlichen Ärzte bisher nicht Kosten des Rettungsdienstes.

Die *agswn* fordert weiterhin die Einsetzung eines ÄLRD auf Bereichsebene, ausgestattet mit allen Kompetenzen zur Führung seines Bereiches, wie es in Standard in vielen anderen Bundesländern ist.

§6 Planung, Hilfsfrist für das ersteintreffende Fahrzeug:

Die *agswn* begrüßt die Verkürzung der Hilfsfrist für das ersteintreffende Fahrzeug von 15 auf 12 min bei einem Erreichungsgrad von 95%, wie im §6 (1) beschrieben.

Nach bisheriger Gesetzeslage wurde die Vorhaltung von Fahrzeugen in den Bereichsausschüssen von den Krankenkassen nur bis zur Hilfsfrist von 15 min 95% bewilligt, der jetzige Vorschlag verkürzt die Hilfsfrist um 3 min. Wissenschaftlich ist es erwiesen, dass eine Verkürzung der Hilfsfrist - unter anderem beim Herz-Kreislauf-Stillstand – die Überlebenschance der Notfallpatienten relevant und signifikant verbessert [7-9]. Die Forderung auf eine Verkürzung der Hilfsfrist wurde u.a. im Eckpunktepapier formuliert [1], bundesweit wird eine Hilfsfrist von 8 min und mindestens 80% Erreichungsgrad gefordert.

Bei der Vorstellung des Rettungsdienstplans im Jahr 2022 und des Entwurfs zum RDG im Jahr 2023 nebst Diskussion im Landesausschuss Rettungsdienst u.a. am 18. Dezember 2023 musste nicht nur die *agswn* mit Sorge feststellen, dass die Umsetzungen zur Hilfsfrist des RDGs seitens der Kostenträger und der Leistungserbringer hinsichtlich der Machbarkeit kritisch gesehen wird.

- Die Kostenträger führen an, dass die Verkürzung der Hilfsfrist möglicherweise zu einer Steigerung der Kosten des Rettungsdienstes um ca. 200 Mio. € jährlich führt.
- Die vertraglich eingebundenen Leistungserbringer (u.a. DRK-Landesverband Baden-Württemberg e.V., ASB Baden-Württemberg e. V., Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. / Landesverband Baden-Württemberg, Malteser Hilfsdienst e.V.) führten aus, dass wegen

fehlendem Rettungsdienstpersonals, zumindest eine Übergangsfrist durch den Gesetzgeber formuliert werden müsste.

Die ***agswn*** fordert den Gesetzgeber auf, im Sinne der Notfallpatienten, sowohl im RDG als auch im Rettungsdienstplan klare Regelungen zur Hilfsfrist und zur notwendigen Übergangsfrist zu formulieren. Die Verkürzung der Hilfsfrist für das ersteintreffende Fahrzeug ist zeitnah und ohne Abzüge umzusetzen. Der Souverän und Gesetzgeber soll entscheiden, ob bei der Umsetzung der verkürzten Hilfsfrist jahrelang auf das landesweit geplante Gutachten gewartet werden kann oder nicht!

Hilfsfrist für den Notarzt: ACHTUNG / CAVE: Eine gesetzliche Regelung zur notärztlichen Hilfsfrist ist im Entwurf zum RDG-BW 2024 NICHT vorgesehen.
Der Bevölkerung, dem Parlament und Gesetztgeber sowie allen Notfallpatienten muss klar sein, dass es ***keinen*** wissenschaftlichen Beleg dafür gibt, dass die Delegation oder gar die Substitutuion heilkundlicher notärztlicher Maßnahmen auf die Notfallsanitäterin oder den Notfallsanitäter zu einer Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung führt. Das Gegenteil ist richtig, wie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen[10-16], der Notarzt ist in lebensbedrohlichen Situationen unentbehrlich.
Die ***agswn*** weist diesbezüglich auf eine aktuelle Stellungnahme der BAND hin [17].
Auf die o.g. Gefahr – der Abschaffung der notärztlichen Hilfsfrist im System der Selbstverwaltung - hat die ***agswn*** wiederholt hingewiesen, denn ohne notärztliche Hilfsfrist ist die sachgerechte Vorhaltung an Notärzten im Rahmen der Selbstverwaltung mehr als gefährdet. Im Entwurf zum RDG-BW wird auf den Rettungsdienstplan verwiesen, die ***agswn*** hat diesen wie folgt kritisch kommentiert (https://agswn.de/stellungnahme-der-agswn-zum-rd-plan-bw-2/):

3. Die **agswn** lehnt weiterhin entschieden ab, dass der Notarztdienst 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 ersetzten.
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?

Im Rahmen dieser Stellungnahme stellt die ***agswn*** klar, dass

a. die Substitution heilkundlicher notärztlicher Maßnahmen durch die Notfallsanitäterin und den Notfallsanitäter NICHT zu einer verbesserten Versorgung der Notfallpatienten führt [10-16].
b. die Vorabdelegation heilkundlicher notärztlicher Maßnahmen auf die Notfallsanitäterin und den Notfallsanitäter durch die „Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst“ möglich und sinnvoll ist, wie im §20 (1-5) des Entwurfs zum RDG-BW beschrieben.
c. durch eine „telenotärztliches System“ das „arztfreie Intervall“ nicht verkürzt wird, da insbesondere bei kritischen und lebensbedrohlichen Situationen die physische Anwesenheit und Kompetenz des Notarztes am Patienten erforderlich ist.
d. der Bestandsschutz für die Notarztstandorte in BW – wie im Rettungsdienstplan beschrieben - so lange gelten muss, bis erstens die „Telenotärztliche Versorgung“ und zweitens die „Vorabdelegation“ flächendeckend und sachgerecht umgesetzt sind. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, eineindeutige Formulierungen in das RDG-BW zu schreiben.

§ 7 Experimentierklausel

Die *agswn* begrüßt die Experimentierklausel, da so innovative Konzepte wie das „Medical Intervention Car der Universität Heidelberg“, der „Gemeindenotfallsanitäter“ , ein „Rettungsmittel für medizinische Einsätze REM“ (in anderen Bundesländern auch als Notfall-KTW bekannt) oder die Einbindung von Seniorenwohnstätten in die „Telenotärztliche Versorgung“ geprüft werden können.
Die *agswn* möchte vom Gesetzgeber die Klarstellung erhalten, dass unter §7 (2) auch Universitätsklinika und weitere Verbände zur Antragsstellung zugelassen werden, welche im Rahmen ihres Projektantrages darlegen können, dass das beantragte Projekt zur Verbesserung der Versorgung von Notfallpatienten führen kann. Zudem muss klargestellt werden, dass wenn der LARD zustimmt, die entstehenden Aufwendungen Kosten des Rettungsdienstes sind.

> (2) Zur Antragstellung berechtigt sind die Mitglieder des Landesausschusses für den Rettungsdienst und die bestandsgeschützten privaten Unternehmen in der Notfallrettung nach Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes vom 15. Juli 1998 (GBl. S. 413, 418). In dem Antrag ist darzulegen, für welches Erprobungsvorhaben die Ausnahme beantragt wird, von welchen Vorschriften abgewichen werden soll und zu welchem Zweck die Abweichung beantragt wird.

§ 8 Landesausschuss für den Rettungsdienst (LARD)

Die *agswn* bemängelt, dass im LARD die Notärzteschafft nicht mit eingebunden ist, obwohl diese sowohl in der Leistungserbringung als Telenotärzte, als Notärzte bei kritisch kranken Patienten als auch in der Organisation des Notarzt- und Rettungsdienstes als Ärztlicher Leitung Rettungsdienst, Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst, Notärztliche Standortleitungen und Leitende Notärzte Verantwortung für die Notfallversorgung tragen.

Die *agswn* fordert den Gesetzgeber unmissverständlich auf, diesen Mangel im RDG-BW 2024 zu beseitigen und schlägt eine Formulierung entsprechend des NRettDG Niedersachsens vor:

§ 13 NRettDG
Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (NRettDG)
Landesrecht Niedersachsen

Zweiter Teil – Rettungsdienst → 1. Abschnitt – Aufgabe, Aufbau und Durchführung

Titel: Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (NRettDG)	**Normgeber:** Niedersachsen
Amtliche Abkürzung: NRettDG	**Gliederungs-Nr.:** 21062010000000
Normtyp: Gesetz	

§ 13 NRettDG – Landesausschuss "Rettungsdienst"

(1) [1]Das Land richtet einen Landesausschuss "Rettungsdienst" ein. [2]Ihm gehören je fünf Vertreterinnen oder Vertreter der Träger des Rettungsdienstes, der Kostenträger und der Beauftragten sowie fünf von der Ärztekammer Niedersachsen zu benennende Ärztinnen oder Ärzte an. [3]Der Ausschuss kann weitere sachkundige Personen als Mitglieder aufnehmen. [4]Das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium kann weitere sachkundige Personen als Mitglieder in den Landesausschuss berufen.

(2) [1]Der Landesausschuss "Rettungsdienst" berät die Träger des Rettungsdienstes und die Beauftragten und befasst sich mit Grundfragen des Rettungsdienstes und seiner Fortentwicklung, insbesondere mit Qualitätsstandards für die Notfallrettung und Qualitätsmanagement im Rettungsdienst. [2]Der Landesausschuss "Rettungsdienst" entwickelt die landeseinheitlichen Muster nach **§ 11 Abs. 1 Satz 2.** [3]Er gibt sich eine Geschäftsordnung.

Zu beachten ist hierbei, dass die Landesärztekammer im Gegensatz zu den leistungserbringenden Hilfsorganisationen, welche als „eingetragene Vereine“ (e.V.) operieren, eine „Körperschaft öffentlichen Rechts“ darstellt.

§ 9 Zentrale Stelle für Qualitätssicherung

Die ***agswn*** begrüßt die Einrichtung und Arbeit der „Zentralen Stelle für Qualitätssicherung“ in Baden-Württemberg und weist an dieser Stelle erneut darauf hin, dass ***agswn*** durch das NADOK-Projekt Initiator und Wegbereiter für die SQR-BW war.

§ 10 Bereichsausschuss (BA) für den Rettungsdienst

Die ***agswn*** vermisst die Integration der „Ärztlichen Verantwortlichen Rettungsdienst“ in den Bereichsausschuss. Zudem haben alle ärztlichen Vertreter kein Stimmrecht im Bereichsausschuss, obwohl die Ärzteschaft zu den Leistungserbringern und Verantwortungsträgern auch auf Rettungsdienstbereichsebene zu zählen ist.

Die ***agswn*** weist darauf hin, dass der Bereichsausschuss derzeit und möglicherweise auch zukünftig seiner Aufgabe zur gesetztes konformen Organisation des Notarzt- und Rettungsdienstes nicht nachkommen kann, wenn im RDG-BW 2024 einerseits eine Hilfsfrist festgelegt wird, andererseits aber vom Innenministerium die Einleitung von Maßnahmen mit dem Hinweis auf das „Landesgutachten zur Vorhaltebemessung“ untersagt werden. Die ***agswn*** fordert vom Gesetzgeber für entsprechende

Rechtssicherheit für die Verantwortlichen und Klarheit für die betroffenen Patienten zu sorgen.
Die Transparenz der Arbeit in den Bereichsausschüssen sollte dahingehend verbessert werden, dass – wie z.B. im BA des Landkreises Göppingen – eine Homepage für den BA eingerichtet und gepflegt wird, welche über die Besetzung und Beschlüsse informiert (https://www.bereichsausschuss-goeppingen.de/index.html).
Die ***agswn*** fordert den Gesetzgeber auf, den §5 (4) um folgende Formulierung zu ergänzen: Der Bereichsausschuss veröffentlicht u.a. Bereichsplan, Besetzung und Beschlüsse auf einer eigenen Homepage im Internet.

§ 11 Integrierte Leitstelle, Aufgaben und Befugnisse
§ 12 Integrierte Leitstelle, Trägerschaft und personelle Ausstattung
§ 13 Integrierte Leitstelle, Zusammenarbeit mit anderen Stellen
Die ***agswn*** kommentiert die §11-13 wie folgt: Die Fortführung der gemeinsamen Leitstelle Rettungsdienst und Feuerwehr wird begrüßt, die Einführung eines landesweit einheitliche digitalen Versorgungsnachweises wird begrüßt.
Die ***agswn*** vermisst aber die Integration des kassenärztlichen Notdienstes (116117) und fordert den Gesetzgeber auf, das Leitstellenkonzept entsprechend der bundesweiten Vorstellung zu überarbeiten. Darüber hinaus ist die flächendeckende Einführung eines landesweiten Systems zur standardisierten Notrufabfrage zu fordern, um eine qualitativ hochwertige, wissenschaftlich fundierte und reproduzierbare Notrufabfrage an den Anfang der Rettungskette zu stellen. Zudem verweist die ***agswn*** auf die von Ihr formulierten und auf der Homepage publizierten Thesen, auch die Leitstelle betreffen:

Die **agswn** weist darauf hin, dass wir schon jetzt ein notfallmedizinisches Versorgungssystem haben und zukünftig weitere differenzieren, welches verschiede Versorgungstiefen bietet, die sachgerecht den Notfallpatienten zugeordnet werden müssen, u.a.:

- ✓ ambulante Selbstversorgung nach telefonischer Beratung mit hausärztlicher Weiterversorgung
- ✓ ambulante Versorgung durch z.B. Gemeinde Notfallsanitäter in Ab sprache mit Telenotarzt
- ✓ (ambulante) Versorgung durch kassenärztlichen Notdienst
- ✓ Versorgung durch Notfallsanitäter in Vorabdelegation
- ✓ Versorgung durch Notfallsanitäter in Delegation / Absprache mit Telenotarzt
- ✓ Versorgung durch Notarzt, bodengebunden ggf. in Absprache mit Telenotarzt
- ✓ Versorgung und Transport durch Notarzt im Rettungshubschrauber
- ✓ Erweiterte Versorgung durch ein Medical Intervention Car (Notarzt PLUS)(2)

Die sachgerechte Zuordnung kann nur erfolgen, wenn nicht nur der Notarzteinsatzkatalog durch die Ärztekammern aktualisiert wird, sondern für jede oben genannte Versorgungstiefe ein Einsatzkatalog medizinisch-ärztlich definiert wird. Diese Einsatzkataloge müssen die Grundlage für IT-basierte Abfrage und Dispositionssysteme in den Leitstellen werden, um die komplexen Anforderungen rechtssicher für Disponenten und das Notarzt- und Rettungsdienstfachpersonal umsetzen zu können.

Die **agswn** vertritt die Meinung, dass die Leitstelle in kommunaler Trägerschaft zu führen ist, damit die Einsatzalarmierung neutral und bedarfsgerecht erfolgt und die Bevölkerung nach dem aktuellen Stand der Notfallmedizin versorgt wird. So kann gewährleistet werden, dass die Rettungsmittel im jeweiligen Rettungsdienstbereich einheitlich ausgestattet sind, wodurch Kosteneinsparungen erreicht werden können. Durch die Führung des Bereiches in kommunaler Trägerschaft können die Vorgaben der Qualitätssicherungsstelle Baden-Württemberg zeitnah umgesetzt und kontrolliert werden.

§ 14 Rettungswache
§ 15 Rettungsmittel
Die ***agswn*** stimmt dem Entwurf zu.

§ 16 Besetzung von Rettungsfahrzeugen, Fortbildungspflichten, Kostenträgerschaft für die Ausbildung
Die ***agswn*** gibt zu bedenken, dass wenn bis zum 31.12.2025 im Ausnahmefall die Besetzung des RTWs anstatt mit einer Notfallsanitäterin oder einem Notfallsanitäter mit einer Rettungsassistentin oder einem Rettungsassistenten erfolgen kann, die flächendeckende Umsetzung des Delegationskonzeptes schlechterdings nicht möglich ist. Die ***agswn*** fordert den Gesetzgeber auf, im Sinne der Patientenversorgung, diese Ausnahmeregelung zu streichen.

§ 17 Ausnahme von den Anforderungen hinsichtlich der Besetzung von Rettungsfahrzeugen und der jährlichen Fortbildungspflicht in besonderen Gesundheitslagen
§ 18 Ausnahme von den Anforderungen hinsichtlich der Besetzung von Rettungsfahrzeugen bei einem Notfall mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen
Die ***agswn*** stimmt dem Entwurf zu den §17 und 18 zu. Die ***agswn*** gibt zu bedenken, dass die flächendeckende Umsetzung des Delegationskonzeptes in diesen Ausnahmelagen nicht möglich ist.

§ 19 Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten
Die ***agswn*** weist darauf hin, dass die Eignung zum Telenotarztdienst gemäß §19 (2) ebenfalls durch die Landesärztekammer BW festgelegt wird. Entsprechende Änderung ist im Gesetzestext erforderlich. Dies betrifft auch alle notwendigen Kosten inkl. der Aufwendungen für den Transfer des Leitenden Notarztes oder der Leitenden Notärztin zum Einsatzort.

§ 20 Eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen und Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst

Die *agswn* stimmt den Regelungen zur Vorabdelegation im §20 im Wesentlichen zu und verweist hierzu auf die These 3 der *agswn*:

Zu These 3: Die agswn setzt sich für die Anwendung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter ein. Sie hat entsprechend an der Entwicklung des Berufsbildes und an den Handlungsempfehlungen mitgewirkt und begleitet jetzt und zukünftig den weiteren Prozess.

Die **agswn** als Teil der BAND (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V.) hat sich schon Anfang der 2000er Jahre für eine dreijährige Ausbildung des damaligen Rettungsassistenten mit einer erweiterten Regelkompetenz eingesetzt. Schon damals wurde im Konzeptpapier der BAND gefordert, dass unter ärztlicher Ausbildung und Aufsicht folgende erweiterte Kompetenzen geschult und umgesetzt werden sollten:

- ✓ Feststellung einer Arbeitsdiagnose bei Notfallpatienten
- ✓ EKG-Ableitung mit Basisinterpretation
- ✓ erweiterte Reanimation mit Defibrillation und Medikation
- ✓ Intubation in ausgewählten Situationen (ohne Narkoseeinleitung)
- ✓ Legen eines peripheren venösen Zuganges
- ✓ Infusion von Elektrolytlösungen
- ✓ Applikation ausgewählter Medikamente

Vor diesem Hintergrund war es selbstverständlich, dass sich die **agswn** maßgeblich an der Erarbeitung der Handlungsempfehlungen für den Notfallsanitäter beteiligt hat. Die Handlungsempfehlungen liegen aktuell in der Version 3.1 vor.

Die **agswn** unterstützt die Umsetzung der Vorabdelegation durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) im Saarland und Rheinlandpfalz und das Delegationskonzept im Baden-Württemberg (siehe hierzu Rettungsdienstplan BW).

Die **agswn** unterstützt die Einführung der „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst“ (SAA und BRP) der fünf / bald sechs Länderarbeitsgruppe als Grundlage für die Ausbildung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, da damit Ausbildungskonzepte über Bundesländergrenzen vereinheitlicht werden.

Die **agswn** befürwortet prinzipiell die Umsetzung der heilkundlichen Delegation in Baden-Württemberg durch „Ärztlich Verantwortliche für den Rettungsdienst“, stellt aber fest, dass die Steuerung des Notarzt- und Rettungsdienstsystems im oben genannten Sinne erheblich erschwert wird. Denn für einen Rettungsdienstbereich in BW ist nicht ein „ÄLRD“ – wie in allen anderen Bundesländern – für die Systemsteuerung verantwortlich, sondern fünf bis sechs Ärzte der verschieden Hilfsorganisationen, der Notarztstandorte und des ÄLRD auf Regierungspräsidiumsebene.

Kritik aber muss die ***agswn*** an der Konstruktion der „Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst“ formulieren, da diese Konstruktion im Vergleich mit den anderen Bundesländern einzigartig ist und zu einem komplizierten nicht sicher steuerbaren System führt. Wie zum §5 ÄLRD auf RP-Ebene kommentiert, tragen in den Rettungsdienstbereichen in BW vier und mehr „Ärztliche Verantwortliche Rettungsdienst“, „Notärztliche Standortleitungen“ und „Leitende Notärzte“ die Verantwortung für eine sachgerechte notfallmedizinische Betreuung der Patienten.

§ 21 Notärztliche Standortleitungen

Die ***agswn*** befürwortet, dass im Entwurf RDG-BW 2024 erstmalig die Rolle und Aufgaben der „Notärztlichen Standortleitung“ definiert werden. Der Gesetzestext muss aber um die Definition eines „Notärztlichen Standortes“ präzisiert werden, damit ein Bezug zum tatsächlichen Aufwand der Tätigkeit des Standortleiters entsprechend der Anzahl der Notarzteinsatzfahrzeuge erkennbar ist. Die ***agswn*** empfiehlt folgenden Formulierungsvorschlag zu ergänzen: *(1) Für jeden Notarztstandort, wobei ein Notarzteinsatzfahrzeug einen Standort definiert, wird von der Trägerin oder dem Träger der Notarztgestellung eine Person bestimmt, die die Notärztliche Standortleitung übernimmt*

Die ***agswn*** weist darauf hin, dass die Aufgabenbeschreibung der „Notärztlichen Standortleitungen“ unvollständig ist. Insbesondere fehlt der Hinweis auf die Erstellung und Ausfallsregelung der notärztlichen Dienstpläne. Die ***agswn*** empfiehlt folgenden Formulierungsvorschlag zu ergänzen: *(2) Zu den Aufgaben der Notärztlichen Standortleitungen gehört neben der vollständigen Dienst- und Ausfallsplanung insbesondere: …*

Die ***agswn*** weist darauf hin, dass die stichprobenartige Kontrolle unterdimensioniert ist, um Qualitätssicherung zu gewährleisten. Die ***agswn*** empfiehlt folgenden Formulierungsvorschlag: *(3) Zum Zwecke der Aufgabenerfüllung nach Absatz 2 Nummer 1 dürfen die Notärztlichen Standortleitungen stichprobenartig oder anlassbezogen Einsicht in die Einsatzdokumentationen nehmen. Die Einsichtnahme ist zu dokumentieren. Die stichprobenartige Kontrolle ist auf höchstens fünfzig Prozent der Einsätze begrenzt.*

§ 22 Organisatorische Leitung Rettungsdienst

Die ***agswn*** begrüßt die Klarstellungen des §22.

§ 23 Helfer-vor-Ort-System
§ 24 Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer
Die *agswn* begrüßt die Regelungen in den §23 und 24, fordert aber, dass die Kosten, die auf der Leitstelle für „Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer“ anfallen, als Kosten des Rettungsdienstes definiert werden. Nur so kann medizinisch sinnvolle flächendeckende Verbreitung der Systeme beschleunigt und sichergestellt werden.

§ 25 Technische Hilfe
§ 26 Besondere Bestimmungen für den Rettungsdienst in kommunaler Trägerschaft
§ 27 Gegenseitige Unterstützung
§ 28 Grenzüberschreitender Rettungsdienst
Die *agswn* unterstützt die Regelungen in den §25 bis 28.

DRITTER ABSCHNITT Genehmigungsverfahren
§ 29 Genehmigungspflicht
§ 30 Genehmigungsvoraussetzungen
§ 31 Umfang der Genehmigung, Anzeige der Betriebsaufnahme und Anzeige der Betriebsaufgabe
§ 32 Betriebsbereich
§ 33 Anwendung des Personenbeförderungsgesetzes
§ 34 Nebenbestimmungen
§ 35 Rücknahme und Widerruf der Genehmigung
§ 36 Genehmigungsbehörde

VIERTER ABSCHNITT
Pflichten des Unternehmers oder der Unternehmerin
§ 37 Betriebspflicht
§ 38 Beförderungspflicht
§ 39 Anwendung der Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr

Die *agswn* unterstützt die Regelungen im dritten und vierten Abschnitt sowie in den §29 bis 39.

FÜNFTER ABSCHNITT
Finanzierung des Rettungsdienstes
§ 40 Öffentliche Förderung des Rettungsdienstes
§ 41 Öffentliche Förderung von Projekten zur technischen oder organisatorischen Weiterentwicklung des Rettungsdienstes
Die ***agswn*** unterstützt die Regelungen im fünften Abschnitt sowie in den §40 und 41 und verweist auf die Formulierungsänderungen anlässlich der öffentlichen Anhörung am 18. Dezember 2023.

SECHSTER ABSCHNITT
Luft-, Berg- und Wasser-Rettungsdienst
§ 45 Notfallrettung und Krankentransport mit Luftfahrzeugen
§ 46 Besondere Bestimmungen über die Finanzierung des Luft-, Berg- und Wasser-Rettungsdienstes
Die ***agswn*** unterstützt die Regelungen im sechsten Abschnitt

SIEBTER ABSCHNITT
Aufsicht, Datenschutz
§ 47 Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse und über die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1
Die ***agswn*** fragt nach, wie das Landratsamt als Rechtsaufsichtsbehörde über den Bereichsausschuss z.B. einem Rechtsbruch des Bereichsausschuss – bei z.B. „nicht Einhalten der gesetzlichen Hilfsfrist“ - begegnen soll.
Das Landratsamt hat bisher und auch zukünftig - entsprechend dem vorgelegten Entwurf zum RDG-BW 2024 - kein Stimmrecht im Bereichsausschuss. Die ***agswn*** empfiehlt dem Gesetzgeber hier durch Stimmrecht oder eine andere Rechtskonstruktion Klarheit und Rechtsicherheit im Sinne der Bevölkerung herzustellen.

§ 48 Fachaufsicht über den rettungsdienstlichen Teil der Integrierten Leitstellen
§ 49 Allgemeine Grundsätze für die Information über die Datenverarbeitung und für die Garantie zum Schutz personenbezogener Daten
§ 50 Datenverarbeitung durch die Leistungsträger
§ 51 Datenverarbeitung bei der Einbindung von Helfer-vor-Ort Systemen und bei der Einbindung von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern
§ 52 Datenverarbeitung durch die Notärztlichen Standortleitungen und die Notärztinnen und Notärzte
§ 53 Datenverarbeitung durch die Zentrale Stelle nach § 9
§ 54 Datenverarbeitung durch die Bereichsausschüsse
§ 55 Datenverarbeitung durch die Aufsichtsbehörden und Genehmigungsbehörden
§ 56 Datenverarbeitung durch die Integrierten Leitstellen
§ 57 Datenspeicherung durch die Integrierten Leitstellen

§ 58 Datenspeicherung beim Betrieb des Online-Portals nach § 9 Absatz 2

Die ***agswn*** empfiehlt, wie auch bei der öffentlichen Anhörung am 18. Dezember 2023 vorgetragen, die Ausführungen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz der §49 bis 58 durch das SQR-BW und das Innenministerium dahingehend prüfen zu lassen, ob die etablierte elektronische Patientendokumentation nebst dem umfassenden Qualitätssicherungsprogramm der SQR-BW weiterhin vollumfänglich durchgeführt werden kann. Sollten Zweifel aufkommen, so muss der Gesetzgeber – unter Einbeziehung der Betroffenen – den besten Kompromiss zwischen Datenschutz und Qualitätssicherung in der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung erarbeiten.

ACHTER ABSCHNITT, Ordnungswidrigkeiten, Schlussvorschriften
§ 59 Ordnungswidrigkeiten
§ 60 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Die ***agswn*** unterstützt die Reglungen der §59 und 60 und weist darauf hin, dass eine unterlassene oder unvollständige medizinische Dokumentation im Schadensfall nicht nur eine Ordnungswidrigkeit darstellt, sondern auch zu einer Beweislastumkehr für Notfallsanitäter oder Arzt führen kann.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Matthias Fischer
1. Vorsitzender der **agswn** e.V.

Dr. Steffen Grünling
Landesvorsitzender BW der **agswn** e.V.

Regionalbeauftragter
Bereich Südbaden
Dr. med. Daniel Schmitz

Regionalbeauftragte
Bereich Südwürttemberg
Prof. Dr. med. Volker Wenzel

Regionalbeauftragter
Bereich Nordbaden
Prof. Dr. med. Erik Popp

Regionalbeauftragte
Bereich Nordwürttemberg
Dr. med. Saskia van der Ham

Schatzmeister
Dr. med. Albrecht Henn-Beilharz

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

LITERATUR

1. Fischer M, Kehrberger E, Marung H, Moecke H, Prückner S, Trentzsch H, Urban B, Eckpunktepapier-Konsensus-Gruppe Fd: Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 2016; 19: 387-395
2. Mauer UM, Fischer M, Kehrberger E, Moecke H, Prückner S, Trentzsch H, Urban B, Marung H, Fachexperten der E-K-G: [Consensus Document on the Tracer Diagnosis of Severe Head and Brain Trauma]. Der Unfallchirurg 2016; 119: 964-966
3. Schweigkofler U, Flohé S, Hoffmann R, Matthes G, Paffrath T, Wölfl C, Fischer M, Kehrberger E, Marung H, Moecke H, Prückner S, Urban B, Trentzsch H, Fachexperten der E-K-G: [Tracer diagnosis severe injury/polytrauma in key issue paper 2016]. Der Unfallchirurg 2016; 119: 961-963
4. Trentzsch H, Fischer M, Kehrberger E, Marung H, Moecke H, Prückner S, Urban B, Fachexperten der E-K-G: [Key issues paper 2016: specific recommendations for tracer diagnoses]. Der Unfallchirurg 2016; 119: 959-960
5. Fischer M, Messelken M: Notarztdokumentation (NADOK), Qualitätsmanagement in der Notfallmedizin (1. Auflage). Edited by Baubin M, (Hrsg.) ea, Springer Verlag 2013, pp S 233-240
6. Messelken M, Kehrberger E, Dirks B, Fischer M: The quality of emergency medical care in baden-württemberg (Germany): four years in focus. Deutsches Arzteblatt international 2010; 107: 523-530
7. Bürger A, Wnent J, Bohn A, Jantzen T, Brenner S, Lefering R, Seewald S, Gräsner J-T, Fischer M: The Effect of Ambulance Response Time on Survival Following Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Deutsches Arzteblatt international 2018; 115: 541-548
8. Neukamm J, Gräsner J-T, Schewe J-C, Breil M, Bahr J, Heister U, Wnent J, Bohn A, Heller G, Strickmann B, Fischer H, Kill C, Messelken M, Bein B, Lukas R, Meybohm P, Scholz J, Fischer M: The impact of response time reliability on CPR incidence and resuscitation success: a benchmark study from the German Resuscitation Registry. Critical care (London, England) 2011; 15: R282
9. Rajan S, Wissenberg M, Folke F, Hansen SM, Gerds TA, Kragholm K, Hansen CM, Karlsson L, Lippert FK, Kober L, Gislason GH, Torp-Pedersen C: Association of Bystander Cardiopulmonary Resuscitation and Survival According to Ambulance Response Times After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Circulation 2016; 134: 2095-2104
10. Knapp J, Huber M, Gräsner J-T, Bernhard M, Fischer M: Outcome differences between PARAMEDIC2 and the German Resuscitation Registry: a secondary analysis of a randomized controlled trial compared with registry data. European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine 2022
11. Bottiger BW, Bernhard M, Knapp J, Nagele P: Influence of EMS-physician presence on survival after out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: systematic review and meta-analysis. Crit Care 2016; 20: 4
12. Fischer M, Krep H, Wierich D, Heister U, Hoeft A, Edwards S, Castrillo-Riesgo LG, Krafft T: [Comparison of the emergency medical services systems of Birmingham and Bonn: process efficacy and cost effectiveness]. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2003; 38: 630-42
13. Wissenberg M, Lippert FK, Folke F, Weeke P, Hansen CM, Christensen EF, Jans H, Hansen PA, Lang-Jensen T, Olesen JB, Lindhardsen J, Fosbol EL, Nielsen SL, Gislason GH, Kober L, Torp-Pedersen C: Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 2013; 310: 1377-84
14. Knapp J, Haske D, Bottiger BW, Limacher A, Stalder O, Schmid A, Schulz S, Bernhard M: Influence of prehospital physician presence on survival after severe trauma: Systematic review and meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg 2019; 87: 978-989
15. Pakkanen T, Virkkunen I, Kamarainen A, Huhtala H, Silfvast T, Virta J, Randell T, Yli-Hankala A: Pre-hospital severe traumatic brain injury - comparison of outcome in paramedic versus physician staffed emergency medical services. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2016; 24: 62
16. Wilson SL, Gangathimmaiah V: Does prehospital management by doctors affect outcome in major trauma? A systematic review. J Trauma Acute Care Surg 2017; 83: 965-974
17. Gretenkort P, Fischer M, Harding U, Lott C, Scheltz C, Sefrin P, Wurmb T, Reifferscheid F: Zu den Vorschlägen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte

Krankenhausversorgung zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“ vom 7. September 2023: BAND-Stellungnahme. Notarzt 2023; 39: 342-344