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
01.12.2025

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V. (agswn) zur „Verordnung des Innenministeriums über die Planung und Durchführung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg (Rettungsdienstplanverordnung Baden-Württemberg – RDPlanVO)“

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

Vorbemerkung:
Die ***agswn*** wirkt seit über 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[1-5], NADOK[6,7] und SQR-BW gewesen. Das Projekt NADOK[7] 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 der **RDPlanVO** zu allererst an der qualitativen Verbesserung und Weiterentwicklung der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg interessiert. Alle Festlegungen in der **RDPlanVO**, welche die Versorgung der Notfallpatienten verbessern, werden von der ***agswn*** unterstützt.

Werden in der ***„RDPlanVO“*** aber Formulierungen getroffen, welche die notfallmedizinische Versorgung unserer Patienten verschlechtern könnten, so wird die ***agswn*** dieses – im Sinne der Notfallpatienten - 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/) sowie zum RDG vom 07.1.2024 (https://agswn.de/stellungnahme-der-agswn-zum-rettungsdienstgesetz-baden-wuerttemberg-2024/).

In ihrer Argumetation bezieht sich die ***agswn*** zudem auf das aktuelle Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung[5,8] und aktuelle wissenschaftliche Arbeiten zur Notwendigkeit einer kurzen Eintreffzeit nicht nur des ersten Fahrzeuges[9,10], sondern auch des Notarztes im Sinne der Team-Eintreffzeit[11].

§ 2 Rettungskette

Die ***agswn*** begrüßt die Begriffsbestimmungen in § 2 und die Darstellung der Rettungskette beginnend mit „Laienersthelferinnen und Laienersthelfern“ und endend mit den „stationären Versorgungseinrichtungen“, welche auch entsprechend des Eckpunktepapiers zur definitiven Versorgung bei einigen Krankheitsbildern erforderlich sind.
Die ***agswn*** begrüßt insbesondere, dass die Leitstelle (mit Telefon-CPR) und „Laienersthelferinnen und Laienersthelfern“ in die Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislaufstillstand eingebunden werden.

Die ***agswn*** regt aber an, die Begrifflichkeit und Aufgaben der „integrierten Leitstelle“ weiter zu fassen. Eine Gesundheitsleitstelle oder Gesundheitsleitsysteme, als „single point of access“ findet sich als Empfehlung nicht nur im Eckpunktepapier, sondern auch in weiteren wissenschaftlichen Gutachten[12] und in dem „Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ (Stand 17.11.2025). Hier sollten die RDPlanVO und das RDG-BW nicht hinter den aktuellen Entwicklungen zurückbleiben.
Eine Gesundheitsleitstelle oder Gesundheitsleitsysteme, als „single point of access“, dienen einer besseren Steuerung des Systems und Verhindern eine Überlastung des Notarzt- und Rettungsdienstes mit nicht dringlichen Notfallsituationen.

§ 4 Notfallkategorien

Die ***agswn*** begrüßt die Einführung von Notfallkategorien zur besseren Steuerung des Notfallaufkommens. Die Notfallkategorien 1 bis 5 und einer Kategorie zum „dringlichen Sekundäreinsatz“ sind in den Arbeitsgruppen sorgfältig definiert und abgeleitet worden. Die ***agswn*** weist aber darauf hin, dass über die SQR-BW und die Selbstverwaltung - im Sinne einer optimierten Versorgung der Bevölkerung in BW – die Definitionen der Kategorien und die Umsetzung in Disposition und Versorgung

regelmäßig geprüft werden sollten. Es darf nicht zu einer für die Patienten gefährlichen Unterversorgung durch falsch niedrige Zuordnung der Kategorie kommen.

Zudem weist die agswn darauf hin, dass die „Notfallkategorie 1“ insbesondere zusammen mit den hinterlegten Planungszeiten für die Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten mit einem Herz-Kreislaufstillstand aus medizinischer Sicht keinesfalls ausreicht. Deshalb lautet eine Empfehlung des Eckpunktepapiers, dass die Zeit zwischen Notrufeingang und der Ankunft organisierter Ersthelfer, die ausgebildet und ausgestattet sind, um eine effektive Herz-Lungen-Wiederbelebung unverzüglich und selbständig zu beginnen, nicht länger als 5 Minuten bei einem Erreichungsgrad von 90% dauern sollte. Hilfsfrist und Erreichungsgrad sollen deshalb erfasst und kontrolliert werden. Für den Rettungsdienst wird empfohlen, eine Hilfsfristerreichung von >80% innerhalb von 8 Minuten zu realisieren [5,8].

Insofern empfiehlt die agswn eine „Notfallkategorie_1_plus“ zu definieren, in welcher eine breite und verlässlichen Alarmierung weitere Hilfssysteme hinterlegt ist. Auf die hierfür notwendigen Eintreffzeiten geht die agswn im Weiteren genauer ein.

Insbesondere sollte die Telefonreanimation durch einen 2. Leitstellenmitarbeiter erfolgen, neben der Alarmierung von RTW und NEF sollten im Sinne einer nächste Fahrzeugstrategie KTWs und weitere Blaulichtfahrzeuge der Hilfsorganisationen alarmiert werden, wenn diese schneller als RTW oder NEF am Einsatzort sind.

Die agswn fordert, dass „Helfer vor Ort“ und „Smartphone basierter Helfersysteme“ nicht nur alarmiert, sondern auch finanziert werden. Nur so kann der Staat seiner Daseinsvorsorge-Pflicht hinreichend nachkommen.

§ 5 Grundsätze der Planung

Die agswn begrüßt die Verkürzung der Eintreffzeit (früher Hilfsfrist) für das ersteintreffende Fahrzeug von 15 auf 12 min bei einem Erreichungsgrad von 95%, wie im §5 (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 [9-11,13]. Die Forderung auf eine Verkürzung der Hilfsfrist wurde u.a. im Eckpunktepapier formuliert [1,5,8], bundesweit wird eine Hilfsfrist von 8 min und mindestens 80% Erreichungsgrad gefordert.

Des Weiteren verweist die agswn auf das anhängige Klageverfahren beim Bundesverfassungsgericht, in dem insbesondere auch die Frage geklärt werden soll, ob die im RDG-BW 2024 festgelegte Eintreffzeit von nicht mehr als 12 Minuten mit

95% Erreichungsgrad für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit OHCA notfallmedizinischen Erfordernissen entspricht.
Dem Bundesverfassungsgericht liegen schon jetzt wissenschaftliche Begutachtungen und Stellungnahmen vor, die dies verneinen und eine Verminderung der Eintreffzeit für das erste Fahrzeug auf maximal 10 Minuten mit 95% Erreichungsgrad empfehlen.
Die ***agswn*** empfiehlt, dass die Planungsgrundsätze nach §5 RDPlanVO der gerichtlichen Entscheidung zeitnah angepasst werden sollten.

Die ***agswn*** stellt mit Sorge fest, dass die Umsetzungen zur Hilfsfrist oder den Eintreffzeiten im RDG mit einer Umsetzungsfrist bis 31.12.2030 versehen wurde. Dies führt aktuell zu einem Stillstand in der Rettungsdienstplanung und nur vereinzelt zu kleinen Verbesserungsschritten hinsichtlich der Eintreffzeiten. Aus Sicht aller Notfallpatienten und insbesondere der 70.000 Patienten, die bis 2030 einen Herz-Kreislaufstillstand (OHCA) erleiden, ist dies nicht hinnehmbar. Ein großer Teil dieser Patienten wird mit und ohne Therapie versterben.

Die ***agswn*** fordert den Gesetzgeber auf, in der RDPlanVO schon jetzt Regelungen im Sinne der Notfallkategorie_1_plus zu treffen, welche zeitnah die Versorgung dieser höchst vulnerablen OHCA-Patientengruppe verbessert:

1. Standardisierte Abfrage zur sicheren Erkennung des Herz-Kreislaufstillstandes ab 2026 landesweit verpflichtend
2. Telefon-CPR ab 2026 landesweit verpflichtend
3. Einführung von „Helfer-vor-Ort“ und „Smartphone basierten Ersthelfenden Systemen“ ab 2026 landesweit verpflichtend mit Kostenübernahme für diese Systeme, geregelt in RDPlanVO
4. Alarmierung dieser Systeme durch die Leitstellen
5. Regelung festlegen, welche landesweit ab 2026 dazu führt, dass neben der Alarmierung von RTW und NEF bei einem OHCA - im Sinne einer nächste Fahrzeugstrategie - KTWs und weitere Blaulichtfahrzeuge der Hilfsorganisationen alarmiert werden, wenn diese schneller als RTW oder NEF am Einsatzort sind
6. Schon im Jahr 2026 Reglungen zulassen, welche eine Eintreffzeit von zwölf Minuten in 95 Prozent bezüglich der als Notfallkategorie 1 eingestuften Einsätze für das erste Fahrzeug ermöglichen.
7. Die notärztliche Eintreffzeit mit 95% in 15 Minuten belassen, da im Sinne der Team-Eintreffzeit, das frühe Wirken des Teams aus RTW- und NEF-Besatzungen die Überlebenschancen der OHCA-Patienten signifikant und relevant verbessert[11].

Hilfsfrist für den Notarzt: ACHTUNG / CAVE: Eine gesetzliche Regelung zur notärztlichen Hilfsfrist ist im RDG-BW 2024 gestrichen worden.

Insofern begrüßt die ***agswn,*** dass in der RDPlanVO folgende Formulierung vorgesehen ist:

> (2) Für die Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltestrukturen von Notarzteinsatzfahrzeugen ist als Zielerreichung für Primäreinsätze eine Eintreffzeit von 15 Minuten in 80 Prozent der Einsätze unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich anzusetzen.

Die ***agswn*** stellt fest, dass diese RDPlanVO eine Verschlechterung, gegenüber der bis 2024 geltenden Gesetzeslage, darstellt. Eine wissenschaftlich medizinische Evidenz gibt es für dies Verschlechterung der notärztlichen Eintreffzeit von 95% auf nur 80% in 15 Minuten nicht. Im Gegenteil, eine aktuelle Untersuchung zeigt, dass das Frühe Eintreffen des Notarztes im Sinne der Team-Eintreffzeit für das Überleben wichtig ist. Die ***agswn*** stellt fest, dass eine nur 3-minütige Verzögerung des NEF-Eintreffens die Überlebenschance für die OHCA-Patienten um 11 Prozent verschlechtert. Eine Verlängerung der Planungszeiten wird insbesondere in den weniger dicht besiedelten Gebieten zu einer schlechteren Versorgung führen.

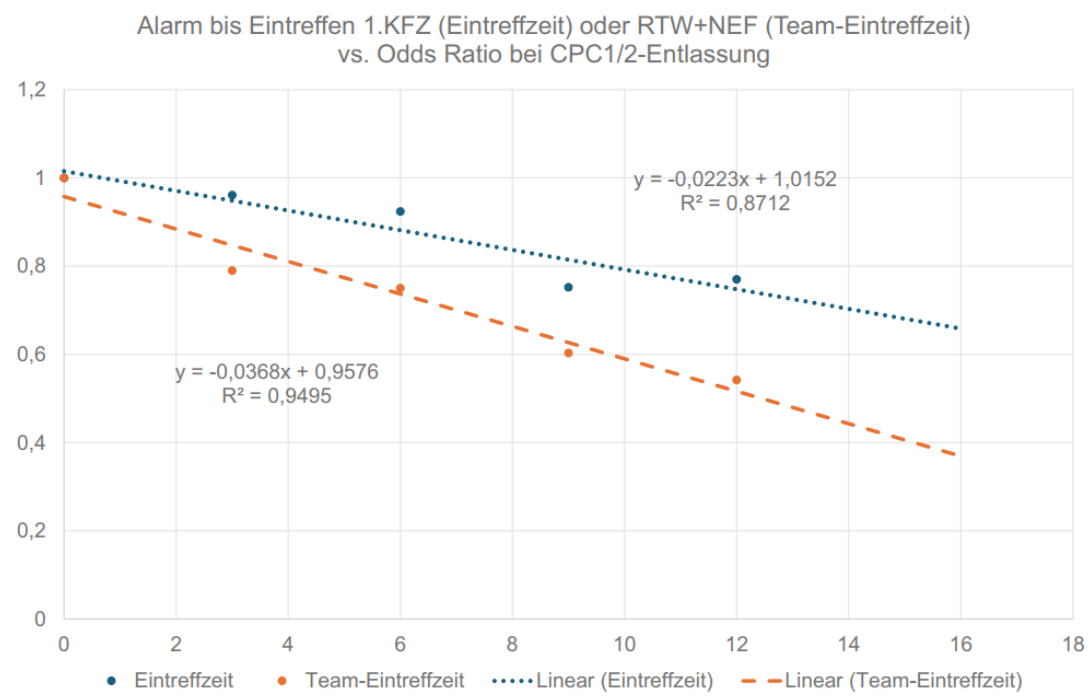

Abb. 6 ▲ Linearer Zusammenhang von Überlebenschance (Endpunkt CPC 1-2 bei Entlassung) und Eintreffzeit sowie Team-Eintreffzeit. Die Überlebenschance verringert sich um 2,2 % pro Minute für die Eintreffzeit und um 3,7 % für die Team-Eintreffzeit

Die ***agswn*** schlägt folgende Formulierung für §5 (2) vor:
(2) Für die Planung der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Vorhaltestrukturen von Notarzteinsatzfahrzeugen ist als Zielerreichung für Primäreinsätze eine Eintreffzeit von 15 Minuten in 95 Prozent der Einsätze unter Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich anzusetzen.

Zu §5 (1) 2. und 3.:

2. eine Prähospitalzeit von 60 Minuten in 80 Prozent bezüglich der als Notfallkategorie 2 eingestuften Einsätze sowie

3. eine Eintreffzeit von 30 Minuten in 80 Prozent bezüglich der als Notfallkategorie 3 eingestuften Einsätze.

Die ***agswn*** kann die Planung für nur 80% der Patienten der Notfallkategorien 2 und 3 nicht nachvollziehen und empfiehlt aus medizinscher Sicht ein Planung für 95% der Patienten vorzusehen.

Zum §5 empfiehlt die ***agswn*** abschließend, dass jährlich eine Überprüfung der Planungsgrundsätze anhand der tatsächlichen Einsätze durch die SQR-BW und die Selbstverwaltung unter Aufsicht der Innenministerium erfolgt. Es muss sichergestellt werden, dass durch die Einführung der Notfallkategorien und gestaffelten Hilfsfristen keine Gefährdung oder Schlechterversorgung der Notfallpatientinnen und -patienten durch Untertriage erfolgt. Ein entsprechendes Berichtswesen ist einzuführen.

Zu § 9:

§ 9
Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen

(1) Es wird eine Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen gebildet. Den Vorsitz führt eine Vertreterin oder ein Vertreter des Innenministeriums. Der Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen gehören daneben eine jeweils gleiche Anzahl von Vertreterinnen und Vertretern der Kosten- und Leistungsträger an, wobei jeder Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 und 2 RDG mindestens einen Sitz erhält. Darüber hinaus gehören der Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen je eine Vertreterin oder ein Vertreter der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V., der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg SQR-BW als zentrale Stelle nach § 9 Absatz 1 RDG, des Sozialministeriums, der Landes-Behindertenbeauftragten sowie der kommunalen Landesverbände an. Die Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen oder das Innenministerium kann weitere sachkundige Personen bis auf Weiteres oder für einzelne Sitzungen als Gäste berufen.

Die ***agswn*** stellt fest, dass Notärzte insbesondere bei gefährdeten Patienten eine wichtige notfallmedizinische Leistung erbringen. Die ***agswn*** stellt fest, dass Notärzte als „Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst“, als „Notärztliche Standortleitungen“, als „Leitende Notärzte“ und als „Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst“ Verantwortung für den Rettungsdienst tragen. Insofern fordert die ***agswn,*** dass **Notärzte als Leistungsträger** in der Arbeitsgemeinschaft für Grundsatzfragen mit Sitz und Stimmrecht berücksichtigt werden.
Dies kann durch die Landesärztekammer – als Körperschaft des öffentlichen Rechts - organisiert werden, oder aber wie bei den anderen Leistungserbringern (DRK, ASB, JUH, MHD, ..), die alle als „eingetragene Vereine“ organisiert sind, auf Vereinsebene abgestimmt werden.

Zu § 10:
Die ***agswn*** unterstützt das landesweite Qualitätssicherungssystem durch die SQR-BW ausdrücklich und bietet weiterhin aktives Mitwirken an. Die ***agswn*** stellt fest, dass das etablierte QM-System für PatientInnen mit OHCA nicht den internationalen Leitlinien entspricht, da weder über risikoadjustierte- noch über ein langfristiges Behandlungsergebnis berichtet wird. Auch ist ein Vergleich über die Landesgrenze nicht vorgesehen. Die ***agswn*** fordert das Innenministerium und die Selbstverwaltung auf, eine entsprechende Weiterentwicklung zu fördern.

Zu § 12:

§ 12
Bereichsausschuss

(1) Auf der Ebene der Rettungsdienstbereiche sind die Kostenträger und die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 bis 3 RDG im Bereichsausschuss nach § 10 RDG gemeinsam für die Planung und Gestaltung des Rettungsdienstes verantwortlich.

(2) Die Zuteilung eines stimmberechtigten Sitzes im Bereichsausschuss erfolgt auf schriftlichen oder elektronischen Antrag. Dieser ist an die in § 10 Absatz 2 Satz 6 und 7 RDG genannten Personen zu richten. Innerhalb der Gruppe der Kosten- oder Leistungsträger ist die Aufteilung von Stimmrechten in Form von alternierenden Sitzen zulässig, jedoch höchstens auf drei Parteien pro Sitz.

Die ***agswn*** stellt fest, dass Notärzte insbesondere bei gefährdeten Patienten eine wichtige notfallmedizinische Leistung erbringen. Die ***agswn*** stellt fest, dass Notärzte als „Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst“, als „Notärztliche Standortleitungen“ und als „Leitende Notärzte“ Verantwortung für den Rettungsdienst auf Rettungsdienstbereichsebene tragen. Insofern fordert die ***agswn,*** dass **Notärzte als Leistungsträger** in den Bereichsausschüssen mit Sitz und Stimmrecht berücksichtigt werden.

Die ***agswn*** schlägt zudem vor, dass in Pattsituationen die Aufsichtsbehörde vertreten durch den ÄLRD-RP stimmberechtigt im Bereichsausschuss mit wirken kann. RDG-BW und RDPlanVO sind entsprechend anzupassen, um die Selbstverwaltung zu stärken.

Zu § 16, 17 und 18:
Die *agswn* unterstützt die landeseinheitliche Ausstattung und Arbeitsweise der integrierten Leitstellen. Wie schon oben benannt, regt die *agswn* aber an, die Begrifflichkeit und Aufgaben der „integrierten Leitstelle“ weiter zu fassen. Eine Gesundheitsleitstelle oder Gesundheitsleitsysteme, als „single point of access“ sind zukunftsweisender und finden sich als Empfehlung nicht nur im Eckpunktepapier, sondern auch in weiteren wissenschaftlichen Gutachten[12] und in dem „Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ (Stand 17.11.2025). Hier sollten die RDPlanVO und das RDG-BW nicht hinter den aktuellen Entwicklungen zurückbleiben.

Eine Gesundheitsleitstelle oder Gesundheitsleitsysteme, als „single point of access“, dienen einer besseren Steuerung des Systems und Verhindern eine Überlastung des Notarzt- und Rettungsdienstes mit nicht dringlichen Notfallsituationen.

Zudem regt die *agswn* an, dass die „standardisierte Notrufabfrage“ und der „Versorgungs- und Kapazitätsnachweis“ im Jahr 2026 landesweit eingeführt werden. Dies wird die Leitstellenarbeit verbessern.

Zu § 21 Leitstellenentgelt

Die *agswn* regt an, dass ein Leitstellenentgelt sowohl für die Kosten der Ersthelferalarmierung als auch für Einsätze OHNE Transport gezahlt werden.

Zu 1.: Ersthelferalarmierungssysteme sind Bestandteil der Rettungskette, vermindern das reanimationsfreie Intervall und Steigern das Überleben der OHCA-Patienten.

Zu 2.: Notarzt- und Rettungsdienste müssen in die Lage versetzt werden, auch kostendeckend ambulant behandeln zu können, um eine weitaus kostenintensivere Krankenhausbehandlung vermeiden zu können. Der Fehlanreiz des Transportes ins Krankenhaus sollte durch das Leitstellenentgelt auch für Einsätze ohne Transport (RTW und NEF) vermindert werden.

Zu § 22 Disposition von Rettungsmitteln

(2) Die Integrierte Leitstelle vergibt für jeden rettungsdienstlichen Einsatz ein Einsatzstichwort aus dem landeseinheitlichen Einsatzstichwortkatalog. Das Einsatzstichwort enthält neben dem eigentlichen Stichwort auch die zu disponierenden Rettungsmittel und die Dringlichkeit. Es gelten folgende Dringlichkeiten:

1. Dringlichkeit 1: sofort, entsprechend Notfallkategorie 1,

2. Dringlichkeit 2: sofort, entsprechend Notfallkategorie 2,

3. Dringlichkeit 3P: Notfalleinsätze mit Priorität aufgrund besonderer Gefahren oder Umgebungsbedingungen sowie dringliche Sekundäreinsatze, entsprechend Notfallkategorie 3 und § 5 Absatz 3,

4. Dringlichkeit 3: Notfalleinsätze, entsprechend Notfallkategorie 3,

Die *agswn* regt an, wie unter §4 und §5 ausgeführt, die „Notfallkategorie_1_plus“ für Patientinnen und Patienten mit OHCA einzuführen.

Zu § 29 Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte Baden-Württemberg:

Die *agswn* regt an, dass zwischen den Leitstellen und der ZKS vorab festgelegt wird, dass die unmittelbar und dringliche Verlegung eines Patienten in eine höherwertige Versorgungseinheit durch die örtliche Leitstelle koordiniert wird, da ein Zeitverlust lebensgefährlich sein kann und ein Intensivtransport in der Regel nicht notwendig ist.

Die *agswn* sieht hier beispielhaft die Verlegung des Patienten mit akuter Aortendissektion in eine Herzchirurgie oder die Verlegung eines Patienten mit epiduraler Blutung und drohender oder manifester Hirndrucksteigerung in eine neurochirurgischen Abteilung. Bei diesen Patienten darf es nicht zu Verzögerungen aufgrund unklarer Zuständigkeiten kommen. Der RTH-Transport kann notwendig sein, ist aber nicht immer erforderlich oder möglich.

Die *agswn* empfiehlt zudem, dass die sich den im Aufbau befindlichen TNA-Zentralen Schnittstellen zum Datenaustausch und zur Kommunikation zur ZKS (Sekundärverlegungen mit IT-Rettungsmitteln) und den Integrierten Leitstellen erhalten.

Zu Abschnitt 4, § 32:

Abschnitt 4
Telenotärztliches System

§ 32
Einsatz des Telenotärztlichen Systems

(1) Das Telenotärztliche System steht rund um die Uhr zur Verfügung.

(2) Das Telenotärztliche System kommt in folgenden Fällen zum Einsatz:

1. beim Primäreinsatz, wenn bei einem Notfall aus der Sicht des vor Ort befindlichen Rettungsdienstpersonals

   a) notärztliche Expertise oder Entscheidungsbefugnis erforderlich ist, es aber keiner manuellen notärztlichen Maßnahmen in der präklinischen Versorgung bedarf, oder

   b) eine Indikation für ein notärztlich besetztes Rettungsmittel vorliegt und eine überbrückende Unterstützung durch das Telenotärztliche System bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes vor Ort sinnvoll ist, oder

   c) eine sonstige ärztliche Beratung oder Unterstützung erforderlich ist und

2. beim ärztlich begleiteten Sekundäreinsatz, wenn keine manuellen notärztlichen Maßnahmen erforderlich oder zu erwarten sind.

Die ***agswn*** unterstützt die Einführung des Telenotärztlichen Systems mit o.g. Indikationen. Die ***agswn*** fordert die Einführung an den beiden ersten Standorten für das Jahr 2026 und den Beginn des Rollouts landesweit unmittelbar im Anschluss. Die bisherigen Verzögerungen sind unverständlich und beeinträchtigen eine optimierte Behandlung der Notfallpatientinnen und -patienten in Baden-Württemberg.

Zu § 34:

§ 34
Telenotärztinnen und Telenotärzte

(1) Telenotärztinnen und Telenotärzte müssen neben ihrer Tätigkeit in der Telenotärztlichen Zentrale grundsätzlich auch regelmäßig als Notärztin oder Notarzt auf einem notärztlich besetzten Rettungsmittel tätig sein.

(2) § 44 (Kosten des Einsatzes der Notärztinnen und Notärzte) gilt entsprechend.

Die *agswn* stellt an dieser Stelle klar, dass wie in anderen Bundesländern auch in Baden-Württemberg Telenotärztinnen und Telenotärzte in den TNA-Zentralen einen Schichtdienst leisten und - entsprechend ihrer Qualifikation – als Oberärzte vergütet werden müssen. Das bisherige Vergütungssystem, welches auf einer Bereitschafts-dienststruktur basiert, greift hier nicht.

Zu § 34:

§ 35
Benutzungsentgelt und Kosten des Telenotärztlichen Systems

(1) Für die Leistung der Telenotärztlichen Zentralen sowie der Telenotärztinnen und Telenotärzte wird ein Benutzungsentgelt zwischen dem Träger der Telenotärztlichen Zentralen und den Kostenträgern vereinbart. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst kann ein Kalkulationsblatt für die Ermittlung des Benutzungsentgeltes für die Telenotärztlichen Zentralen sowie die Telenotärztinnen und Telenotärzte vorgeben.

(2) Die Kosten der telemedizinischen Ausstattung der Rettungswagen und des Rettungsdienstpersonals stellen Kosten des Rettungsdienstes dar. Die Kosten werden gesondert ermittelt und durch das Benutzungsentgelt des Rettungswagens erlöst.

Die *agswn* fragt nach, wer die Trägerschaft für das Telenotärztliche System übernimmt und welche Ärzte die Verantwortung für ein Qualitätsmanagement dieses Systems übernehmen sollen.

Zu § 36 Rettungsmittel im bodengebundenen Rettungsdienst:

Die *agswn* regt an, die Ausstattung des Rettungswagen unter (2) 1 regional ergänzten zu können, wenn sich in der Region regelmäßig die Notwendigkeit ergibt, Intensivpatienten dringlich durch den Regelrettungsdienst in die höherwertige Klinik zu verlegen. Die ergänzende Ausstattung umfasst Medizinprodukte zur Überwachung von Intensivpatienten während des dringlichen Transportes entsprechend der Leitlinien zur Überwachung von instabilen Patienten.

Zudem verweist die *agswn* auf die Notwendigkeit „“zusätzliche Rettungsmittel” unterhalb des RTW einzuführen, um den sogenannten „low code“ Patienten auch unter wirtschaftlichen Aspekten besser gerecht werden zu können.

Die *agswn* regt an, „arztbesetztes Sonderrettungsmittel (wie z.B. MIC, REA-Mobil) für besondere notfallmedizinische Situationen, in denen die PatientInnen nachweislich von erweiterter Expertise (Material, Arztspezialist) profitieren, zu unterstützen und zu evaluieren.

Zu § 42 Fortbildungspflicht

§ 42
Fortbildungspflicht des Rettungsdienstpersonals

(1) Die Leistungsträger und die Leistungserbringer haben die Fortbildung ihres Personals nach § 16 Absatz 3 RDG sicherzustellen. Die Fortbildung muss mindestens acht Stunden Praxis in Form von Training oder Simulation beinhalten. Der Fortbildungsinhalt hat sich am Einsatzbereich zu orientieren.

(2) Notärztinnen und Notärzte bilden sich im Rahmen ihrer allgemeinen Fortbildungspflicht selbstständig fort. Auf die ärztliche Fortbildungspflicht nach § 4 Absatz 1 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg, die auf der Internetseite der Landesärztekammer Baden-Württemberg (www.aerztekammer-bw.de) abgerufen werden kann, wird hingewiesen. Die Leistungsträger können auch Fortbildungen unter Einbeziehung des im Rettungsdienst mitwirkenden ärztlichen Personals anbieten.

Die *agswn* sieht für die Notärztinnen und Notärzte, ergänzend zum § 42, eine Fortbildungspflicht in notfallmedizinischen Themen, zudem scheint ein regelmäßiges Simulator-Training sinnvoll und notwendig zu sein.

Zu § 45 Luftrettung

Die *agswn* weist darauf hin, dass das mittlerweile veraltet scheinende Gutachten immer noch nicht umgesetzt ist. Das Gutachten basiert auf mittlerweile älteren Daten, die der sich ändernden Krankenhauslandschaft nicht mehr entsprechen könnten. Insofern schlägt die *agswn* vor, das Gutachten, da es eh noch nicht umgesetzt ist, diesbezüglich zu aktualisieren. Zudem weist die *agswn* darauf hin, dass ein zweiter Nachthubschrauber und erweiterte Tagesrand-Einsatzzeiten für alle RTHs sinnvoll sind.

Die *agswn* erwartet - im Sinne der Patienten – eine schnelle Umsetzung.

Zu Teil 8 Großschadensereignis, Abschnitt 1 Planung für ein Großschadensereignis § 58:

Die *agswn* setzt sich dafür ein, dass der Dienstbetrieb des LNAs mit Dienstplan organisiert und entsprechend finanziert wird und für die Tätigkeit ein Fahrzeug zur Verfügung gestellt wird, analog wie für die Organisation des ORGL-Dienstes des Rettungsdienstes. In Regionen, in denen die Schleifenlösung die bessere, weil schneller Option ist, kann diese beibehalten werden.

Zu § 59 Planerische Vorkehrungen der Integrierten Leitstelle für ein Großschadensereignis

(3) Bei Maßnahmen nach Absatz 2 sind folgende Grundsätze zu beachten:

1. die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt und die Organisatorische Leitung Rettungsdienst sind immer zu alarmieren, wenn ein Ereignis nach Absatz 1 vorliegt,

2. die Organisatorische Leitung Rettungsdienst ist über die Vorgabe in Nummer 1 hinaus zu alarmieren, wenn Einsätze mit erhöhtem operativ-taktischem Koordinierungsaufwand vorliegen; das ist zumindest dann der Fall, wenn mindestens drei Rettungswagen zu demselben Ereignis alarmiert werden,

Die *agswn* bittet um eine Präzisierung der Formulierung unter (3) 2: Die Organisatorische Leitung Rettungsdienst ist über die Vorgabe in Nummer 1 hinaus zu alarmieren, wenn Einsätze mit erhöhtem operativ-taktischem Koordinierungsaufwand vorliegen; das ist zumindest dann der Fall, wenn mindestens drei Rettungswagen zu demselben Ereignis alarmiert werden und keine Patienten der Notfallkategorie 1 oder 2 gemeldet wurden.

Zu § 60

§ 60

Aufgaben der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes bei Vorliegen eines Großschadensereignisses

(1) Die Leitende Notärztin oder der Leitende Notarzt koordiniert bei Vorliegen eines Großschadensereignisses die medizinische Versorgung und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. medizinische Beurteilung der Lage hinsichtlich der Schadensart, des Schadensumfangs, insbesondere in Bezug auf die Anzahl der Verletzten oder Erkrankten und die Art der Verletzungen oder Erkrankungen sowie der möglichen medizinischen Folgegefährdungen,

2. Bestimmung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes durch Sicherstellung der Sichtung, Festlegung der medizinischen Versorgung einschließlich des Umfangs der Anforderung von Rettungsdienst- und Sanitätspersonal und Material und der Zuordnung von Rettungsmitteln und Versorgungseinrichtungen,

3. Überwachung und Koordination der festgelegten medizinischen Maßnahmen als Mitglied der Führungseinheit in ständiger Abstimmung mit der Einsatzleitung und der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst und

Die ***agswn*** unterstützt die Aufgabenbeschreibung unter §60, macht aber gleichzeitig darauf aufmerksam, dass zur Erfüllung genau dieser Aufgaben unter § 60 (1) 1., 2. und 3. eine frühzeitige Präsenz der Leitenden Notärztin oder des Leitenden Notarztes am Einsatz erforderlich ist.
Hierzu ist entweder §59 (2) 3. sachgerecht und verlässlich um zusetzten, oder aber der Dienstbetrieb des LNAs mit Dienstplan und Fahrzeug ist einzuführen, wie oben vorgeschlagen.

Zu § 63

§ 63

Kosten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte

Zu den Kosten der Leitenden Notärztinnen und Leitenden Notärzte nach § 22 Absatz 2 Satz 2 RDG gehören insbesondere eine Pauschale für die Übernahme der Funktion, eine Einsatzpauschale sowie die Aufwendungen für notwendige

Ausrüstungsgegenstände. Hierzu gehören auch die Kosten für rettungsdienstbezogene regelmäßige Fortbildungen.

Die Verlässlichkeit der Planung für ein Großschadensereignis hängt insbesondere auch von der Verfügbarkeit des Leitenden Notarztes ab. Um diese zu steigern, setzt sich die ***agswn*** dafür ein, dass der Dienstbetrieb des LNAs mit Dienstplan organisiert und entsprechend finanziert wird und für die Tätigkeit ein Fahrzeug zur Verfügung gestellt wird, analog der Organisation des ORGL-Dienstes des Rettungsdienstes. In Regionen, in denen die Schleifenlösung die bessere, weil schneller Option ist, kann diese beibehalten werden.

Zu § 75

§ 75
Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer

(1) Die Integrierte Leitstelle alarmiert in geeigneten Fällen Ersthelferinnen und Ersthelfer über App-Alarmierungssysteme nach § 24 RDG, soweit solche im Rettungsdienstbereich betriebsbereit verfügbar sind. Die Alarmierung von Helfer-vor-Ort-Systemen nach § 74 ist mit der Alarmierung von smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfern abzustimmen.

Die ***agswn*** unterstützt die Organisation vom „Systemen zur smartphonebasierten Alarmierung von Ersthelfenden“, weil diese das reanimationsfreie Intervall verkürzen können. Die Finanzierung dieser Systeme muss verlässlich geregelt sein.
Eine Untertriage bei einem OHCA-Patienten kann tödlich sein, weswegen die ***agswn*** eine standardisierte Notrufabfrage fordert, welche den OHCA verlässlich erkennt und ein „Nichterkennen des OHCA“ mit über 95% Wahrscheinlichkeit vermeidet. Das SQR-BW QM-System muss dieses unterjährig auswerten und berichten.

(2) Die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer, die in einem App-Alarmierungssystem registriert sind, müssen mindestens 18 Jahre alt sein und über eine sanitätsdienstliche Ausbildung mit mindestens 48 Unterrichtseinheiten verfügen. Der Ausbildung nach Satz 1 bedarf es nicht, wenn die fachliche Befähigung auf andere Weise erworben wurde. Im Rettungsdienst aktiv Tätige benötigen keine zusätzliche Ausbildung zur Mitwirkung. Die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer sollten über den Systembetreiber Zugang zu Angeboten der Einsatznachsorge erhalten und versicherungsrechtlich abgesichert sein.

Ersthelfersysteme sind nur dann wirksam, wenn genügend Helfer in den Systemen registriert sind. Derzeit leiden zu viele Systeme an einem Mangel an registrierten Ersthelfenden. Insofern empfiehlt die ***agswn*** die Eingangsvoraussetzungen auf notwendige Maß zu reduzieren.
Die ***agswn*** schlägt folgende Formulierung vor:
Die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer, die in einem App-Alarmierungssystem registriert sind, müssen mindestens 18 Jahre alt sein und über eine sanitätsdienstliche Ausbildung mit mindestens 48 Unterrichtseinheiten verfügen. Der Ausbildung nach Satz 1 bedarf es nicht, wenn die fachliche Befähigung auf andere Weise erworben wurde. Dies trifft zu für die Pflegefachkraft (ab dem 2. Ausbildungsjahr), Medizinstudierende (nach erfolgreichem Ersten Abschnitt der

Ärztlichen Prüfung), Ärztinnen und Ärzte und andere Berufe mit integriertem Reanimationstraining. Im Rettungsdienst aktiv Tätige benötigen keine zusätzliche Ausbildung zur Mitwirkung. Die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer sollten über den Systembetreiber Zugang zu Angeboten der Einsatznachsorge erhalten und versicherungsrechtlich abgesichert sein.

(4) Die Integrierte Leitstelle alarmiert die smartphonebasiert alarmierten Ersthelferinnen und Ersthelfer bei folgenden Einsatzstichworten:

1. Kreislauf-Stillstand und

2. Kreislauf-Stillstand mit Telefonreanimation (T-CPR).

Im Einzelfall kann auch beim Einsatzstichwort Bewusstlosigkeit alarmiert werden. Die Alarmierung erfolgt nur, wenn dadurch ein medizinisch relevanter Zeitvorteil erreicht und das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des gleichzeitig alarmierten Rettungsdienstes verkürzt werden kann. Die Beurteilung obliegt der Integrierten Leitstelle aufgrund des Meldebildes. Smartphonebasiert alarmierte Ersthelferinnen und Ersthelfer sind nicht zu Einsätzen zu alarmieren, die voraussichtlich mit einer persönlichen Gefährdung verbunden sind. Hierzu zählen insbesondere Terror- und Amoklagen oder Bahn-, Starkstrom- und Gefahrstoffunfälle. Eine Alarmierung für rein organisatorische Hilfemaßnahmen ist nicht zulässig.

Wie oben ausgeführt kann eine Untertriage tödlich sein. Unsere Abfragesysteme liefern derzeit nicht die geforderte Sicherheit in der Erkennung des OHCA. Insofern plädiert die ***agswn*** dafür, unter (4) 3. das Einsatzstichwort „Bewusstlosigkeit“ aufzunehmen.
Des Weiteren kann dann erläutert werden, dass in einzelnen Rettungsdienstbereichen das Einsatzstichwort „Bewusstlosigkeit“ zur Alarmierung überdacht werden kann, wenn die Abfragesysteme die geforderte Sicherheit erreichen (das „Nichterkennen des OHCA“ soll mit über 95% Wahrscheinlichkeit vermieden werden).

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. Christoph Wihler

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. Trentzsch H, Fischer M, Marung H, Gräsner J, Huppert K, Frieß C, Wnent J, Urban B, Prückner S: Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall & Rettungsmedizin 2025
6. 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
7. 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
8. Beckers SK, Gräsner JT, Trentzsch H, Fischer M, Marung H, Huppert K, Frieß C, Wnent J, Urban B, Prückner S: Electronic Supplementary Material (ESM) zum Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik Tracerdiagnose: Reanimation bei plötzlichem Herz-KreislaufStillstand. Notfall & Rettungsmedizin 2025; Sept 2025
9. 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
10. 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
11. Fischer M, Harding U, Genzwurker H, Seewald S, Gretenkort P, Reifferscheid F: [Arrival times of emergency services in out-of-hospital cardiac arrest-Survival-relevant differences between federal states in Germany]. Anaesthesiologie 2025; 74: 634-645
12. Krafft T, Neuerer M, Böbel S, Reuter-Oppermann M: Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken., Bertelsmann Stiftung; Björn Steiger Stiftung; Maastricht University, 2022
13. 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