

Kleine Anfrage

des Abg. Felix Schreiner CDU

und

Antwort

des Innenministeriums

Einhaltung der Hilfsfristen von Rettungsdienst und Notarzt im Landkreis Waldshut

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie viele Notärzte verrichten im Notdienstbereich im Landkreis Waldshut jeweils ihren Dienst (aufgeteilt nach den einzelnen Teilbezirken)?
2. Wie groß sind die Teilbezirke des Notdienstbereichs im Landkreis Waldshut und nach welchen Kriterien sind diese Gebiete abgegrenzt?
3. Wie hat sich die Einhaltung der Hilfsfristen des Rettungsdienstes und des Notarztes im Landkreis Waldshut und in den einzelnen Teilbezirken von Januar bis Juni 2012 und von Juli bis Dezember 2012 gestaltet?
4. Liegen ihr Informationen bezüglich der Einhaltung der Hilfsfristen des Rettungsdienstes und des Notarztes im Landkreis Waldshut und in den einzelnen Teilbezirken über 2012 hinaus vor?
5. Ist die notärztliche Versorgung in einem topografisch sehr schwierigen und zerklüfteten Landkreis mit dezentraler Besiedlungsstruktur mit den gleichen Mitteln und Ressourcen wie im Flachland (z. B. Karlsruhe, Stuttgart, Tübingen) sicherzustellen?
6. Erkennt sie in den stetig wachsenden Anforderungen in der Notarztqualifikation eine Entwicklung zu einer eigenständigen Facharztqualifikation und wie wird sie vor diesem Hintergrund die Sicherung des zukünftigen Bedarfs an Notärzten gewährleisten?
7. Ist es sinnvoll, mittels Novellierung des Rettungsdienstgesetzes (RDG) klare und übergreifende Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten zu definieren, um für diese Ansprüche die Voraussetzungen zu schaffen (z. B. Schaffung des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“)?

8. Wie kann sie den Landkreis Waldshut mit seiner schwierigen Topografie unterstützen, den gesetzlichen Anspruch der Bevölkerung auf die Einhaltung der Hilfsfrist erfüllen zu können?

19.02.2013

Schreiner CDU

Begründung

Nach dem Auslaufen der Rahmenvereinbarung besteht seit dem 1. Juli 2012 in manchen Teilbezirken des Landkreises Waldshut kein fester Notarztdienst mit ansässigen Notärzten. Die Luftrettung wird beispielsweise zum Teil durch die Schweizer Luftrettung in Anspruch genommen. Mit der Kleinen Anfrage soll abgefragt werden, wie der Landkreis Waldshut in diesem Bereich aufgestellt ist, auch mit Blick auf die Einhaltung der Hilfsfristen im Landesvergleich.

Antwort

Mit Schreiben vom 13. März 2013 Nr. 4-5461.0-1/3/8 beantwortet das Innenministerium die Kleine Anfrage wie folgt:

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie viele Notärzte verrichten im Notdienstbereich im Landkreis Waldshut jeweils ihren Dienst (aufgeteilt nach den einzelnen Teilbezirken)?

Zu 1.:

Im Bereichsplan für den Rettungsdienstbereich Waldshut sind zur Versorgung der Bürgerinnen und Bürger folgende Notarztstandorte festgelegt:

- Bad Säckingen, Spital Bad-Säckingen
- Bonndorf
- Dettighofen
- St. Blasien, Klinik St. Blasien
- Stühlingen, Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken Stühlingen
- Waldshut-Tiengen, Spital Waldshut.

Mit Ausnahme des Standortes Dettighofen sind alle Notarztstandorte an 365 Tagen zu 24 Stunden einsatzbereit. Der Standort Dettighofen ist noch im Aufbau. Der Standort Bonndorf wird von niedergelassenen Ärzten mit entsprechender Notarztqualifikation betrieben. Im Rahmen eines Systems ergänzender notärztlicher Tätigkeit haben sich außerdem vier niedergelassene Ärzte in Jestetten bereit erklärt, an der Notarztversorgung teilzunehmen.

Zusätzlich wird eine Versorgung durch die Luftrettung gewährleistet. Mit den Hubschraubern Christoph 11 (Villingen-Schwenningen), Christoph 54 (Freiburg im Breisgau), REGA 1 (Zürich) und REGA 2 (Basel) stehen gleich vier Luftrettungsmittel zur Verfügung, die sowohl als Notarztzubringer als auch als schnelles Transportmittel eingesetzt werden können.

Insgesamt wirken bei der notärztlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger im Rettungsdienstbereich Waldshut derzeit rund 50 Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender notärztlicher Qualifikation mit.

2. Wie groß sind die Teilbezirke des Notdienstbereichs im Landkreis Waldshut und nach welchen Kriterien sind diese Gebiete abgegrenzt?

5. Ist die notärztliche Versorgung in einem topografisch sehr schwierigen und zerklüfteten Landkreis mit dezentraler Besiedlungsstruktur mit den gleichen Mitteln und Ressourcen wie im Flachland (z. B. Karlsruhe, Stuttgart, Tübingen) sicherzustellen?

Zu 2. und 5.:

Die Notarztbereiche werden nach den im Rettungsdienst üblichen Planungsgrundlagen festgelegt. Planungsgrundlage ist die Hilfsfrist von 10, höchstens 15 Minuten, die nach Maßgabe des Rettungsdienstgesetzes beziehungsweise des Rettungsdienstplans in 95 % der Fälle gemessen über den Zeitraum eines Jahres und über den gesamten Rettungsdienstbereich eingehalten werden muss. Die Hilfsfrist ist keine medizinische Vorgabe, sondern eine Planungsgröße, die sich aus einer Abwägung zwischen den notfallmedizinischen Erfordernissen und den wirtschaftlichen Möglichkeiten ergibt. Darin werden auch topografische Besonderheiten berücksichtigt. Die entsprechenden Kriterien gelten landesweit für jeden Rettungsdienstbereich.

Als örtlich zuständiges Planungsgremium trägt hierfür der paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen (Kostenträger) und der Rettungsdienstorganisationen (Leistungsträger) besetzte Bereichsausschuss für den Rettungsdienstbereich die Verantwortung. Allein von ihm ist unter Berücksichtigung der spezifischen örtlichen Situation, der Bevölkerungsdichte mit entsprechend zu erwartender Häufigkeit von Notfällen zu entscheiden, wie viele Notarztstandorte oder Notarztssysteme eingerichtet werden müssen, um die Hilfsfrist sicherzustellen.

Der gesetzlich vorgegebene Zielerreichungsgrad ist retrospektiv durch Analyse des tatsächlichen Notfallgeschehens zu bewerten. Dies ist ein sehr komplexer Vorgang, in dem das Wirkungsgefüge des gesamten Rettungsgeschehens vom Eingang der Notfallmeldung in der Leitstelle über die Dispositions-, Alarmierungs- und Fahrzeugstrategien bis hin zur Zahl der Rettungsmittel und -wachen und ihrer (Standort-)Verteilung berücksichtigt werden muss. Es ist nicht erkennbar, dass sich der Bereichsausschuss bei der Festlegung der Versorgungsbereiche nicht den daraus resultierenden Fragestellungen verantwortlich gestellt und nach Lösungen gesucht hat. Dies gilt umso mehr, als er hierbei auch auf gutachterliche Unterstützung gesetzt hat.

3. Wie hat sich die Einhaltung der Hilfsfristen des Rettungsdiensts und des Notarztes im Landkreis Waldshut und in den einzelnen Teilbezirken von Januar bis Juni 2012 und von Juli bis Dezember 2012 gestaltet?

4. Liegen ihr Informationen bezüglich der Einhaltung der Hilfsfristen des Rettungsdiensts und des Notarztes im Landkreis Waldshut und in den einzelnen Teilbezirken über 2012 hinaus vor?

Zu 3. und 4.:

Die Hilfsfristeinhaltung stellt sich im Rettungsdienstbereich Waldshut wie folgt dar:

	2011	2012
Rettungswagen (mit RettAss)	90,1 %	88,6 %
Notarzt	86,4 %	85,1 %

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ist die Hilfsfrist von 10, höchstens 15 Minuten in 95 % der Fälle eine Kennzahl, die sich auf ein volles Kalenderjahr und den gesamten Rettungsdienstbereich bezieht. Regionale sowie saisonale Unterschiede sind insoweit systemimmanent. Teilhilfsfristen sind wie auch in allen anderen Bundesländern nicht vorgesehen. Dies gilt sowohl in Bezug auf halbjahres-, monats- oder sogar tagesbezogene als auch ortsbezogene Hilfsfristangaben. Die vorgenannten Angaben zur Hilfsfrist beziehen sich daher entsprechend der gesetzlichen Regelung auf das Kalenderjahr 2011 und 2012.

6. Erkennt sie in den stetig wachsenden Anforderungen in der Notarztqualifikation eine Entwicklung zu einer eigenständigen Facharztqualifikation und wie wird sie vor diesem Hintergrund die Sicherung des zukünftigen Bedarfs an Notärzten gewährleisten?

Zu 6.:

Nach § 10 Absatz 1 Rettungsdienstgesetz (RDG) in Verbindung mit Kap. VIII, Ziffer 1 Rettungsdienstplan Baden-Württemberg müssen die im Rettungsdienst mitwirkenden Notärzte über eine besondere Qualifikation verfügen. Die Eignungsvoraussetzungen werden durch Satzung der Landesärztekammer Baden-Württemberg festgelegt.

Die entsprechende Regelung ist in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg getroffen und besteht in der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“. Die Zusatzweiterbildung umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen. Der Erwerb der Zusatzbezeichnung setzt bewusst keine Facharztanerkennung, sondern den Nachweis einer 24-monatigen Weiterbildung in der unmittelbaren Patientenversorgung voraus. Hierdurch wird es einer großen Anzahl an Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, bereits im Rahmen einer klinischen Weiterbildung diese Zusatzbezeichnung zu erwerben.

Diese Regelung erscheint sachgerecht, um eine qualifizierte Notarztversorgung zu gewährleisten. Die Aufnahme weiterer Facharztqualifikationen liegt im Übrigen im Satzungsermessen der Landesärztekammer. Diese hat jedoch für eine Facharztqualifikation „Notfallmedizin“ bisher keinen Bedarf gesehen.

7. Ist es sinnvoll, mittels Novellierung des Rettungsdienstgesetzes (RDG) klare und übergreifende Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten zu definieren, um für diese Ansprüche die Voraussetzungen zu schaffen (z. B. Schaffung des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“)?

Zu 7.:

Die Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten im Rettungsdienst sind durch das Rettungsdienstgesetz klar definiert.

Die Sicherstellung der Notfallversorgung erfolgt in weitgehender Selbstverwaltung der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften als Kostenträger im Rettungsdienst sowie der nichtstaatlichen Organisationen, denen das Land diese Aufgabe durch Gesetz und vertragliche Vereinbarung übertragen hat. Im bodengebundenen Rettungsdienst sind dies der Arbeiter-Samariter-Bund, das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfallhilfe und der Malteser-Hilfsdienst, in der Berg- und Wasserrettung insbesondere die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG) und die Bergwacht-Schwarzwald sowie in der Luftrettung die ADAC-Luftrettung und die DRF Stiftung Luftrettung. Diese nehmen die Notfallrettung als gesetzliche Leistungsträger wahr.

Oberstes Gremium im Rettungsdienst ist der Landesausschuss für den Rettungsdienst (LARD). Dem LARD obliegt die Beratung der wesentlichen Angelegenheiten des Rettungsdienstes. In diesem Rahmen werden allgemeine Grundsätze und Maßstäbe für eine fachgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes und für die Struktur der Benutzungsentgelte festgelegt.

Auf örtlicher Ebene ist der Bereichsausschuss das maßgebliche Beratungs-, Planungs-, Sicherstellungs- und Umsetzungsorgan für alle Angelegenheiten des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich (§§ 3, 5 RDG). Diese Funktion und Verantwortlichkeit des Bereichsausschusses wurde im Rahmen der Novellierung des RDG im Jahr 2009 ausdrücklich klargestellt. Seine Aufgabe ist es, die bedarfsgerechte Ausstattung der einzelnen Bereiche mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes festzulegen.

Darüber hinaus hat der Landesgesetzgeber im Rahmen der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes 2009 klargestellt, dass die Krankenhausträger verpflichtet sind, die erforderlichen Notärzte für den Notarztendienst bereitzustellen. Mit der Neuregelung des § 10 Absatz 1 RDG wurde der Kreis der in die notärztliche Notfallrettung einzubeziehenden Krankenhäuser für den Bereichsausschuss deutlich erweitert. Im Gegenzug wurde den Krankenhäusern ein gesetzlicher Kostenerstattungsanspruch gegenüber den Kostenträgern eingeräumt und dadurch die Rahmenbedingungen erheblich verbessert.

Zudem hat der Landesgesetzgeber § 10 Absatz 3 RDG neugefasst und eine Präzisierung der Aufgabenverteilung zwischen den an der Aufrechterhaltung der notärztlichen Versorgung beteiligten Stellen vorgenommen. Danach sind die Leistungsträger, die Krankenhausträger, die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung für die organisatorische Abwicklung des Notarztendienstes zuständig. Wo kein Notarztssystem gemäß § 9 RDG eingerichtet werden kann, weil beispielsweise keine entsprechend qualifizierten Notärzte zur Verfügung stehen oder aufgrund der Einsatzfrequenz ein solches Notarztssystem nicht zu betreiben ist, haben die Leistungsträger, Krankenhausträger und die Kassenärztliche Vereinigung unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse gemeinsam mit dem Bereichsausschuss darauf hinzuwirken, qualifizierte Ärzte zur Mitwirkung im Rettungsdienst zu gewinnen.

Die Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse wird durch das Landratsamt oder das Bürgermeisteramt des Stadtkreises als untere Verwaltungsbehörde ausgeübt. Die Erfüllung der Vertragspflichten der nach § 2 Absatz 1 RDG mit den Leistungsträgern geschlossenen Vereinbarungen wird durch die Regierungspräsidien überwacht.

Die Strukturen sind grundsätzlich geeignet, eine der Zielsetzung des Rettungsdienstgesetzes entsprechende bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung zu sozial tragbaren Benutzungsentgelten sicherzustellen.

Zu den zentralen Aufgaben gehört auch die Qualitätssicherung im Rettungsdienst. Das Land hat mit der neuen „Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW)“ auf Landesebene ein trägerunabhängiges Kompetenzzentrum eingerichtet, um Verbesserungspotenziale im Bereich der gesamten Rettungskette aufzuzeigen und umzusetzen. Anders als andere Bundesländer, die in der Qualitätssicherung auf die Einführung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst gesetzt haben, hat sich die Selbstverwaltung in Baden-Württemberg dabei bewusst für die Bündelung ärztlichen, betriebswirtschaftlichen und rettungsdienstlichen Sachverstands in einem Kompetenzzentrum entschieden, das neutral und landesweit sowie unabhängig von den Vor-Ort-Strukturen tätig wird. Qualitätssicherung kann damit landesweit nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben gelebt werden. Durch die Qualitätsziele wird ein Rahmen für die Weiterentwicklung der Qualität im Rettungsdienst sowie für den Aufbau und die Umsetzung einer landesweiten, bereichsübergreifenden Qualitätssicherung gesetzt. Damit kann eine umfassende Transparenz der Stärken und Verbesserungspotenziale im Rettungsdienst hergestellt werden und es wird möglich, erforderliche Maßnahmen zur Verbesserung auf allen Ebenen gezielt einzuleiten.

8. *Wie kann sie den Landkreis Waldshut mit seiner schwierigen Topografie unterstützen, den gesetzlichen Anspruch der Bevölkerung auf die Einhaltung der Hilfsfrist erfüllen zu können?*

Zu 8.:

Zuständig für die Erfüllung des gesetzlichen Anspruchs ist der Bereichsausschuss. Ziel sowohl des Landes als auch des Bereichsausschusses ist es, auch künftig eine bestmögliche und flächendeckende Notfallversorgung sicherzustellen. Trotz aller Optimierungsbemühungen wird nie ein abschließender Stand erreicht werden. Dabei stellen die sich stetig verändernden Notfallszenarien und Krankheitsbilder eine Herausforderung dar. Die Hilfsfrist ist kein alleiniger Indikator für die Versorgungsqualität im Rettungsdienst. Gleichermäßen entscheidend ist eine gute Versorgung am Notfallort und eine schnelle Übergabe und Weiterbehandlung im richtigen Zielkrankenhaus.

Durch Kündigung einer Mehrzahl der Bereichsnotärzte zum 30. Juni 2012 ist das System der Sicherstellung der Notarztversorgung unter Mitwirkung von Bereichsnotärzten im Rettungsdienstbereich Waldshut gegenstandslos geworden.

Der Bereichsausschuss als örtlich zuständiges Planungsgremium hat seither erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Rettungsdienststrukturen am Planungsmaßstab der Hilfsfrist entsprechend zu ergänzen und setzt hierbei zur Verbesserung der Hilfsfrist insbesondere

- auf den Ausbau der Notarztstandorte,
- im Rahmen eines Systems ergänzender notärztlicher Hilfen auf die Einbindung niedergelassener Ärzte mit entsprechender Notarztqualifikation,
- auf eine verstärkte Inanspruchnahme der Luftrettung sowie
- auf eine Stärkung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit.

Die für eine Umsetzung dieser Maßnahmen dazu erforderlichen Instrumentarien sind im Rettungsdienstgesetz vorhanden. Das Land sieht daher derzeit keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Davon unabhängig sind die bewährten Hilfeleistungsstrukturen vor Ort weiterzuentwickeln.

Wie bereits in der Antwort zur Großen Anfrage der Fraktion der FDP/DVP (Drucksache 15/2858) ausgeführt, soll die gesamte Rettungskette vom Notfall bis zur Übergabe des Patienten im Krankenhaus in den Blick genommen werden. Der Notarzt mag noch so qualifiziert sein, der Behandlungserfolg hängt wesentlich auch von einer sofortigen und effizienten Erste-Hilfe ab. Zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls bis zum Eintreffen der Rettungskräfte kommt den ehrenamtlichen Ersthelfern sowie der Erste-Hilfe-Behandlung durch Laien eine immer wichtiger werdende unterstützende Funktion zu. Hier gilt es die Selbsthilfefähigkeit der Bürgerinnen und Bürger durch Verbesserung der Erste-Hilfe-Ausbildung zu stärken und Helfer-vor-Ort-Systeme auszubauen (First Responder). Wichtig ist aber auch eine schnelle Weiterversorgung der Patienten in der Klinik.

Gall

Innenminister