

Antrag

der Abg. Nico Weinmann und Julia Goll u. a. FDP/DVP

und

Stellungnahme

des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen

Das bodengebundene Rettungswesen

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. inwieweit sie im Land (beispielsweise angesichts der Schließung der Paracelsus-Klinik in Karlsruhe-Durlach) die strukturellen Möglichkeiten der Einlieferung von Notfallpatienten in Kliniken bzw. Krankenhäuser, gemessen an geeigneten und vorliegenden Indikatoren, ausreichend gewährleistet sieht, zumindest unter Nennung gegebenenfalls bestehender Engpässe sowie unter Darstellung der erwogenen Änderungen;
2. wie sie das System der ehemaligen Leitstellenorganisation, gemessen an geeigneten und vorliegenden Indikatoren, bewertet, wonach die Integrierte Leitstelle die Anrufe für den Ärztlichen Notdienst entgegengenommen und die Disposition übernommen hat;
3. inwieweit es Bestrebungen gibt, den Integrierten Leitstellen wieder die Annahme der Anrufe für den Ärztlichen Notdienst bzw. die Dispositionsmaxime zu übertragen;
4. inwieweit es Bestrebungen gibt, den Ärztlichen Notdienst organisatorisch gänzlich oder teilweise in die Integrierte Leitstelle einzugliedern, zumindest unter Darstellung der dafür und dagegen streitenden Argumente;
5. inwieweit sie Änderungen am derzeitigen System für notwendig erachtet bzw. dort Optimierungsbedarf sieht, angesichts der Entwicklungen, dass die (auch telefonischen) Wartezeiten beim Ärztlichen Notdienst derart lang sind, dass viele Anrufer aufgeben und – berechtigt oder unberechtigt – den Notruf wählen;

6. inwieweit sie die derzeitige strafrechtliche Würdigung des Missbrauchs von Notrufen als ausreichend erachtet, zumindest unter Darstellung erwogener oder geplanter rechtlicher bzw. tatsächlicher Änderungen, Aufklärungskampagnen etc.;
7. mit welchen sonstigen Maßnahmen sie gedenkt, die hohe Zahl der Rettungsdiensteinsätze, die sich (retrospektiv) als Fehlfahrten herausstellen, zu minimieren;
8. inwieweit sie Reformen im Aus- und Weiterbildungswesen sowie im Hinblick auf mögliche berufliche Quereinstiege im Rettungswesen für notwendig hält, zumindest unter Nennung der hierfür maßgeblichen Erwägungen sowie der erwogenen bzw. geplanten Maßnahmen;
9. ob und falls ja, mit welchen Maßnahmen sie beabsichtigt, der hohen Quote an Berufswechsler*innen bzw. Berufsaussteigern aus dem Rettungsdienst entgegenzuwirken;
10. inwieweit sie beabsichtigt, den derzeit zu beobachtenden Vorgängen, wonach Notaufnahmen die Umlagerungsmöglichkeiten für Notfallpatienten entfernen, damit der Rettungsdienst diese dort nicht mehr problemlos umladen kann, entgegenzuwirken sowie für den Fall, dass ihr solche Vorgänge unbekannt sein sollten, ob und inwieweit sie diese theoretisch mit Maßnahmen adressieren würde, würden solche auftreten;
11. inwieweit sie es für möglich erachtet, durch bessere Schulungen in bspw. den Integrierten Leitstellen die Anzahl der Fehlfahrten zu verringern, zumindest unter Abwägung des Für und Wider eines verbindlichen, landesweiten Fragenkatalogs und der Erwägungen, inwieweit diesbezüglich Rechtssicherheit für die den Notruf annehmende Person und die Integrierte Leitstelle insgesamt herbeigeführt werden soll;
12. inwieweit sie einem „Flickenteppich“ im Rettungsdienst vorbeugen kann bzw. jenen zu verhindern gedenkt, der sich daraus ergibt, dass die verschiedenen Leistungserbringer ihren Sanitätern jeweils möglicherweise divergierende Freigaben erteilen können und dürfen;
13. inwieweit sie das Merkmal des § 2a Notfallsanitättergesetz, wonach die Maßnahme „beherrscht“ werden muss, zu überarbeiten bzw. zu überprüfen gedenkt, zumindest unter Nennung der erwogenen und geplanten Maßnahmen zur Qualitätssicherung der durchzuführenden Arbeiten, des Intervalls und der Häufigkeit der Überprüfung des Beherrschens.

5.12.2022

Weinmann, Goll, Karrais, Dr. Rülke, Dr. Timm Kern, Bonath, Brauer, Fischer, Haag, Heitlinger, Hoher, Dr. Jung, Reith, Dr. Schweickert, Trauschel FDP/DVP

Begründung

Eine statistische Auswertung der Integrierten Leitstelle Stuttgart hat ergeben, dass die Quote der Fehlfahrten, also der Einsätze, für die es keines Rettungsdienstes bzw. Notarztes bedurft hätte, bei etwa 25 Prozent liegt. Die bestmögliche Vermeidung solcher Fehlfahrten stellt, ebenso wie die grundsätzliche Organisation des Rettungswesens und die strafrechtliche Würdigung des immer öfter zu beobachtenden Missbrauchs von Notrufen, Fragen in den Raum, die es zu klären gilt.

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 13. Januar 2023 Nr. IM6-5461-410/24 nimmt das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

1. inwieweit sie im Land (beispielsweise angesichts der Schließung der Paracelsus-Klinik in Karlsruhe-Durlach) die strukturellen Möglichkeiten der Einlieferung von Notfallpatienten in Kliniken bzw. Krankenhäuser, gemessen an geeigneten und vorliegenden Indikatoren, ausreichend gewährleistet sieht, zumindest unter Nennung gegebenenfalls bestehender Engpässe sowie unter Darstellung der erwogenen Änderungen;

Zu 1.:

Grundsätzlich werden alle Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur weiteren Behandlung in Kliniken eingeliefert. Die Option, Patientinnen und Patienten zur weiteren Versorgung in Arztpraxen zu transportieren, ist nach derzeitiger Rechtslage nicht in letzter Konsequenz möglich, da bundesrechtlich im fünften Sozialgesetzbuch (§ 60 Absatz 2 Nummer 2 SGB V) nur Fahrtkosten für Rettungsfahrten zum Krankenhaus vorgesehen sind.

Die begrenzten Aufnahmekapazitäten und Veränderungen in der Klinikstruktur können aus Sicht des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen zu verlängerten Transportwegen und damit Bindezeiten der Rettungsmittel führen. Dies wiederum hat unmittelbare Auswirkungen auf die Verfügbarkeit von Rettungsmitteln und damit auf den Erreichungsgrad der Hilfsfrist genauso wie auf einzelne Teilzeiten im Einsatzablauf, bspw. die Prähospitalzeit.

Aufgrund der immer komplexeren medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, wegen der Einhaltung von Qualitätsvorgaben, der immer schwierigeren Personalgewinnung und nicht zuletzt auch aus wirtschaftlichen Gründen ist aus Sicht der Landesregierung ein Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft notwendig. Dazu gehört auch, dass es zu Konzentrationen und Schwerpunktbildungen im Krankenhauswesen kommt. Durch die Bündelung medizinischer Kompetenzen in größeren Kliniken kann für die Patientinnen und Patienten die bestmögliche Qualität der Versorgung auch in der Zukunft gewährleistet werden.

Die Schließung der Paracelsus-Klinik in Karlsruhe hat sich nach der Rückmeldung eines Leistungsträgers konkret so ausgewirkt, dass sich die Fahrzeiten der Rettungstransportwagen (RTW) zum Einsatzort im Median um über eine Minute erhöht hätten. Außerdem hätte sich die Dauer, bis eine Patientin oder ein Patient nach einem RTW-Einsatz in der Klinik übergeben werden konnte, nach Schließung der Paracelsus-Klinik um rund fünf Prozent erhöht.

Grundsätzlich gilt, dass diese Aspekte durch Qualitätsindikatoren der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) berücksichtigt und bei Auffälligkeiten im Rahmen des gestuften Dialogs betrachtet werden.

2. wie sie das System der ehemaligen Leitstellenorganisation, gemessen an geeigneten und vorliegenden Indikatoren, bewertet, wonach die Integrierte Leitstelle die Anrufe für den Ärztlichen Notdienst entgegengenommen und die Disposition übernommen hat;

Zu 2.:

Die in Baden-Württemberg bis Ende 2020 aufgrund einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) erfolgte Vermittlung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) durch die Integrierten Leitstellen in den sprechstundenfreien Zeiten hat sich aus Sicht des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen bewährt. Die Vermittlung von Hilfeersuchen in die jeweils passende Struktur des ÄBD oder des Rettungsdienstes konnte aufgrund der in den Integrierten Leitstellen vorhandenen Vermittlungserfahrung und Fachexpertise passgenau und zügig aus einer Hand erfolgen.

Mit der Reform des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wurden die Terminservicestellen zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt, die jeden Tag rund um die Uhr über die Rufnummer 116117 erreichbar sind. Zu den Leistungen gehören neben der Vermittlung des ÄBD auch die Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten sowie Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten. In der Folge hat die KVBW entschieden, alle Leistungen der Servicestellen einschließlich der Vermittlung des ÄBD künftig in eigenen Callcentern selbst zu übernehmen. Das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen hat diesbezüglich und generell keine direkte Einflussmöglichkeit auf die Organisation des ÄBD und bedauert diesen Schritt fachlich.

3. inwieweit es Bestrebungen gibt, den Integrierten Leitstellen wieder die Annahme der Anrufe für den Ärztlichen Notdienst bzw. die Dispositionsmaxime zu übertragen;

4. inwieweit es Bestrebungen gibt, den Ärztlichen Notdienst organisatorisch gänzlich oder teilweise in die Integrierte Leitstelle einzugliedern, zumindest unter Darstellung der dafür und dagegen streitenden Argumente;

Zu 3. und 4.:

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Fragen 3 und 4 gemeinsam beantwortet.

Der Bundesgesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem TSVG auferlegt, mit einer bundesweit einheitlichen Rufnummer rund um die Uhr für akute Patientenangelegenheiten erreichbar zu sein. Zudem wurden die Aufgaben der Terminservicestellen erweitert. So müssen seit dem Jahr 2020 die Terminservicestellen in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene in eine geöffnete Arztpraxis, eine Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz vermitteln (§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 SGB V).

Letztlich bedeutet die Neuregelung des TSVG, dass die Terminservicestellen die bereits vorhandene Notdienstorganisation der Kassenärztlichen Vereinigung mit übernehmen, um die Versorgungsqualität für die Versicherten während der Sprechstunden und der sprechstundenfreien Zeiten durch die Vermittlung „aus einer Hand“ zu verbessern. Die Neuregelung hatte zur Folge, dass die KVBW die bewährte Kooperation mit den Integrierten Leitstellen aufgab und eine von ihr selbstbetriebene Service- und Vermittlungsstelle (KVBW SiS GmbH) errichtete.

Die KVBW hat den Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung während der Sprechstunden und in den sprechstundenfreien Zeiten (Bereitschaftsdienst in zentralen Notfallpraxen). Wenn die Terminservicestelle der KVBW rund um die Uhr

für Akutfälle unter 116117 erreichbar sein muss, dann ist es grundsätzlich sinnvoll, die Vermittlung des Bereitschaftsdienstes an die von der KVBW betriebene Servicestelle für die Rufnummer 116117 anzudocken.

Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration obliegt die Rechtsaufsicht über die KVBW, die wiederum nach den Vorgaben des SGB V die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich des Notdienstes innehat (§ 75 Absatz 1 und Absatz 1b SGB V). Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration liegen keine Informationen darüber vor, dass die KVBW beabsichtigt, die Annahme der Anrufe für den vertragsärztlichen Notdienst sowie eine Disposition eingehender Anrufe wieder den Integrierten Leitstellen zu übertragen.

Aufgrund der vorstehend beschriebenen gesetzlichen Pflicht für die Terminservicestellen, eine Erreichbarkeit von 24 Stunden täglich an sieben Tagen die Woche vorzuhalten, würden der KVBW im Falle einer Übertragung der Anrufannahme für den vertragsärztlichen Notdienst auf die Integrierten Leitstellen zusätzliche Kosten bei der Wahrnehmung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags entstehen. Das wäre vom Standpunkt der Rechtsaufsicht kritisch zu bewerten.

5. inwieweit sie Änderungen am derzeitigen System für notwendig erachtet bzw. dort Optimierungsbedarf sieht, angesichts der Entwicklungen, dass die (auch telefonischen) Wartezeiten beim Ärztlichen Notdienst derart lang sind, dass viele Anrufer aufgeben und – berechtigt oder unberechtigt – den Notruf wählen;

Zu 5.:

Aus Sicht des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen hat die Herauslösung des ÄBD aus den Integrierten Leitstellen zu einer Verschlechterung geführt, und im Sinne einer zielgerichteten Patientensteuerung wäre zu begrüßen, das System „aus einer Hand“ in den Integrierten Leitstellen wieder zusammenzuführen.

Die schlechte Erreichbarkeit des ÄBD und die auf der Verunsicherung der hilfesuchenden Bevölkerung beruhenden vermehrten Notrufe in den Integrierten Leitstellen führen zu unnötigen Belastungen. Nicht in jedem Fall kann auf die Entsendung eines Rettungsmittels verzichtet werden, unter anderem aufgrund der teils notwendigen Einschätzung vor Ort und mitunter der Anspruchshaltung der Bevölkerung.

Im Rahmen der Rechtsaufsicht steht das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hinsichtlich der Kritiken an der telefonischen Erreichbarkeit der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes im fortlaufenden Austausch mit der KVBW. Die KVBW arbeitet mit Hochdruck an der Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit. In diesem Zusammenhang wurden zusätzliche Stellen geschaffen, um das qualifizierte Personal in der Terminservicestelle für die Erreichbarkeit unter der Rufnummer 116117 aufzustocken. Die Wartezeiten konnten dadurch im Vergleich zum Höhepunkt der Coronawelle reduziert werden. In Bezug auf die Frage, ob Änderungen am derzeitigen System für notwendig erachtet werden, wird auf die Antwort zu den Fragen 3 und 4 verwiesen. Die KVBW kommt mit der Umsetzung der telefonischen Erreichbarkeit in Gestalt der Terminservicestelle während und außerhalb der Sprechstundenzeiten ihrem gesetzlichen Auftrag nach.

6. inwieweit sie die derzeitige strafrechtliche Würdigung des Missbrauchs von Notrufen als ausreichend erachtet, zumindest unter Darstellung erwogener oder geplanter rechtlicher bzw. tatsächlicher Änderungen, Aufklärungskampagnen etc.;

Zu 6.:

Die statistische Erfassung von Straftaten erfolgt bei der Polizei Baden-Württemberg anhand der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS). Bei der PKS handelt es sich um eine sogenannte reine Ausgangsstatistik, in der strafrechtlich relevante Sachverhalte nach der polizeilichen Sachbearbeitung vor Abgabe an die Strafverfolgungsbehörden erfasst werden. Die PKS ist als Jahresstatistik konzipiert. Die Fallfassung erfolgt nach den bundeseinheitlichen „Richtlinien für die Führung der Polizeilichen Kriminalstatistik“.

Die Entwicklung der in der PKS erfassten Fälle von Verstößen gegen § 145 Absatz 1 Strafgesetzbuch (StGB) – Missbrauch von Notrufen und Beeinträchtigung von Unfallverhütungs- und Nothilfemitteln für die Jahre 2017 bis 2021 stellt sich wie folgt dar:

Anzahl der Fälle in Baden-Württemberg	2017	2018	2019	2020	2021
Missbrauch von Notrufen gem. § 145 Absatz 1 StGB	689	673	743	703	786

Zuletzt nimmt die Anzahl der Fälle im Jahr 2021 im Vorjahresvergleich um 11,8 Prozent auf 786 Fälle zu. Die Aufklärungsquote sinkt im gleichen Zeitraum um 2,3 Prozent auf 69,5 Prozent.

Eine Differenzierung nach der im Einzelfall missbräuchlich verwendeten Notrufnummer ist auf Basis der PKS nicht möglich. So können die dargestellten Fälle sowohl einen Missbrauch der Notrufnummer 110 oder z. B. auch der 112 beinhalten (diese Aufzählung ist nicht abschließend). Auch eine weitere Differenzierung hinsichtlich der Tathandlung (Missbrauch von Notrufen oder Notzeichen (§ 145 Absatz 1 Nummer 1 StGB) oder Vortäuschen der Erforderlichkeit der Hilfe anderer aufgrund eines Unglücksfalles, gemeiner Gefahr oder Not (§ 145 Absatz 1 Nummer 2 StGB)) ist nicht möglich.

Unterjährige, mithin monatliche Auswerteziträume unterliegen erheblichen Verzerrungsfaktoren, beispielsweise bezogen auf die Dauer der Ermittlungsverfahren oder den Zeitpunkt der statistischen Fallfassung, und sind demnach wenig belastbar bzw. aussagekräftig. Für das aktuelle Jahr sind daher lediglich Trendausagen möglich. Für das Jahr 2022 deutet sich derzeit ein Anstieg der Fälle des Missbrauchs von Notrufen in Baden-Württemberg an.

Ein strafbarer Missbrauch von Notrufen gemäß § 145 Absatz 1 des StGB liegt nur bei absichtlichem oder wissentlichem Handeln des Anrufers vor. Unter diesem Gesichtspunkt liegen keine Hinweise für einen signifikanten Missbrauch der Notrufnummer 112 vor. Probleme bereitet eher, dass der Notruf aufgrund der sinkenden Selbsthilfefähigkeit sowie einer wachsenden Verunsicherung bei der Einschätzung von Gesundheitszuständen durch Teile der Bevölkerung falsch genutzt wird.

Eine Sanktionierung unbeabsichtigter und nicht indizierter Meldungen über den Notruf und etwaiger unnötiger Rettungsdiensteinsätze sollte aus Sicht des Ministeriums des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen nicht erfolgen. Sie birgt das Risiko, dass Menschen aufgrund der Sorge, die Kosten für einen nicht indizierten Rettungsdiensteinsatz unter Umständen selbst bezahlen zu müssen, darauf verzichten, den Notruf zu wählen, obwohl im konkreten Fall ein Rettungsdiensteinsatz angezeigt wäre. Das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen hält dies daher im Allgemeinen für kein geeignetes Steuerungsinstrument, um die Anzahl der unnötigen Rettungsdiensteinsätze zu reduzieren.

Auch gibt es Gesundheitsbeschwerden, bei denen nicht immer eindeutig bzw. durch Laien einzuschätzen ist, ob der Einsatz des Rettungsdienstes erforderlich ist oder nicht.

7. mit welchen sonstigen Maßnahmen sie gedenkt, die hohe Zahl der Rettungsdiensteinsätze, die sich (retrospektiv) als Fehlfahrten herausstellen, zu minimieren;

Zu 7.:

Die Integrierten Leitstellen sind das Herzstück der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und bewerten bzw. veranlassen für alle eingehenden medizinischen Hilfeersuchen die notwendigen Maßnahmen. Die Bewertung und ggf. die Entsendung des für den jeweiligen Notfall geeignete Rettungsmittels, obliegt den hierfür speziell weitergebildeten Disponentinnen und Disponenten. Die Entscheidung wird anhand der Einsatzindikationen, die im neuen Rettungsdienstplan nochmals konkretisiert wurden, getroffen. Dabei ist es auch möglich, bei einem nicht angemessenen Hilfeersuchen kein Rettungsmittel zu entsenden, sondern die Anrufenden in die geeignete Versorgungsstruktur zu verweisen, beispielsweise den ÄBD.

Die Selbstverwaltung im Rettungsdienst plant bereits seit geraumer Zeit die Einführung eines landeseinheitlichen Notrufabfragesystems in den Integrierten Leitstellen. Dieses Vorhaben kann den Disponentinnen und Disponenten eine wertvolle Unterstützung in der Ersteinschätzung und der Begründung von Einsatzmittelentscheidungen sein sowie eine möglichst weitgehende Handlungssicherheit bei ihren Entscheidungen generieren. Daher wird die Einführung eines landesweit einheitlichen Notrufabfragesystems grundsätzlich begrüßt.

Auf Bundesebene wird über ein Gesetzesvorhaben zur Reform der Notfallversorgung diskutiert, das die Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System weiterentwickeln soll. Im Rahmen dieser Bestrebungen setzt sich die Landesregierung für die Berücksichtigung der Interessen der Patientinnen und Patienten in Baden-Württemberg ein.

8. inwieweit sie Reformen im Aus- und Weiterbildungswesen sowie im Hinblick auf mögliche berufliche Quereinstiege im Rettungswesen für notwendig hält, zumindest unter Nennung der hierfür maßgeblichen Erwägungen sowie der erwogenen bzw. geplanten Maßnahmen;

Zu 8.:

Die Abfrage bei den Leistungsträgern ergab, dass die Personalsituation im Rettungsdienst – wie in anderen Branchen nicht nur im Gesundheitswesen auch – nach wie vor sehr angespannt sei. Im Rettungsdienst betreffe dies neben den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern auch die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, die neben der Besetzung der Rettungswagen insbesondere auch im Krankentransport dringend benötigt würden.

Die Ausbildung zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter dauert nach den Vorgaben des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG) regulär drei Jahre. Das Gesetz sieht in § 9 grundsätzlich die Möglichkeit vor, andere erfolgreich abgeschlossene Ausbildungen oder erfolgreich abgeschlossene Teile einer Ausbildung im Umfang ihrer Gleichwertigkeit auf die Dauer der Ausbildung anzurechnen.

Nach Ansicht der gesetzlichen Leistungsträger würde ein Wechsel qualifizierter Fachkräfte aus anderen Gesundheitsberufen in den Rettungsdienst wiederum zu weiterem Fachkräftemangel in anderen Gesundheitsbereichen führen. Darüber hinaus sollte umgekehrt eine berufliche Anerkennung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter erfolgen, falls diese in die Pflege wechseln wollen. Eine Anerkennung der Qualifikation des Rettungssanitäters sei allerdings kritisch zu bewerten, da die Anerkennung eines Hilfsberufs in einer Berufsausbildung grundsätzlich schwierig sei. Für Quereinsteiger (z. B. Rettungssanitäterinnen und Ret-

tungssanitäter mit langjähriger Berufserfahrung im Rettungsdienst, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheitsberufen mit Erfahrung in Notaufnahmen, o. ä.) könnte über eine verkürzte Aus- und Weiterbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter nachgedacht werden.

Das für die Notfallsanitäterausbildung zuständige Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration weist darauf hin, dass die Notfallsanitäterausbildung bundesrechtlich geregelt ist. Die Spielräume für eine zusätzliche Ausgestaltung der Ausbildung durch das Land sind daher gering. Herausfordernd ist insbesondere der Fachkräftemangel im Rettungsdienst. Die hohe Inanspruchnahme durch Personalausfall und verstärkte Abwanderung aus dem Rettungswesen behindern die erforderliche Freistellung der praxisanleitenden Personen von Fahrtätigkeiten und anderen Aufgaben zugunsten einer fundierten Ausbildung.

Wegen des Rückgangs von Ausbildungsmöglichkeiten in Kliniken bei gleichzeitig steigendem Ausbildungsbedarf sind Engpässe bei der vorgeschriebenen praktischen Ausbildung in geeigneten Krankenhäusern möglich. Als Abhilfe denkbar wäre eine angemessene Ausweitung des Einsatzes von Simulationsmöglichkeiten in der praktischen Ausbildung. Die Landesregierung hat hierzu bereits im Jahr 2019 die Initiative über die Gesundheitsministerkonferenz ergriffen und beim Bund eine diesbezügliche Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Jahr 2020 erreicht. Seither sind Simulationstrainings im Bereich „Anästhesie und OP“ sowie „Intensivmedizin“ zulässig. Das Land hatte in diesem Zusammenhang das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, eine Evaluation oder Befragung durchzuführen, mit dem Fokus darauf, ob Anpassungen beim vorgesehenen Zeitumfang der simulationsgestützten Trainings in den jeweiligen Bereichen notwendig sind. Darüber hinaus hatte das Land das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, zeitlich nach der Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu ermitteln und mit den Ländern abzustimmen, welche weiteren Bereiche sich in Anbetracht der gesammelten Erfahrungen für den Einsatz simulationsgestützter Trainingsangebote eignen und in welchem konkreten Umfang diese Trainingsangebote sinnvoll sind. Pandemiebedingt gibt es hierzu noch keine neueren Erkenntnisse.

Ein Quereinstieg ins Rettungswesen ist als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter in Baden-Württemberg sehr niederschwellig möglich. Hierbei handelt es sich, anders als in anderen Ländern, um keine staatlich geregelte Ausbildung. Diese wird vielmehr in Eigenverantwortung von den Hilfsorganisationen sowie anderen Einrichtungen entsprechend der Empfehlung des Ausschusses Rettungswesen durchgeführt. Bei entsprechender Vorqualifikation besteht bei den Anbietern in der Regel die Möglichkeit, direkt über eine Abschlussprüfung den für eine Tätigkeit im Rettungsdienst erforderlichen Qualifikationsnachweis zu erhalten.

Bei der höherqualifizierten Tätigkeit als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter handelt es sich um eine bundesrechtlich geregelte dreijährige Ausbildung mit einem hochspezifischen Aufgabengebiet. Obwohl es auch Überschneidungen bei medizinischen Grundlagen gibt, unterscheiden sich die in der Notfallsanitäterausbildung zu vermittelnden Handlungskompetenzen erheblich von denjenigen anderer Gesundheitsfachberufe oder Pflegeberufe. Zu den Besonderheiten des Berufsbildes gehört das außerklinische Arbeitsfeld mit einem ausgesprochen hohen Grad an Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit (in der Regel ist kein gleich- oder höherqualifiziertes Personal vor Ort, das Aufgaben übernehmen könnte) sowie eine sehr hohe Erstversorgungskompetenz, die eine Übernahme von typischerweise mit dem Arztvorbehalt belegten (invasiven) heilkundlichen Maßnahmen (wie das Legen einer Thorax-Drainage) im Notfall einschließt.

Der Bundesgesetzgeber hat folglich ausdrücklich auf die Regelung von Verkürzungstatbeständen für bestimmte Ausbildungen verzichtet, da ein Vergleich der für die Notfallsanitäterausbildung vorgesehenen Ausbildungsinhalte mit vorhandenen Qualifikationen nicht zu dem Ergebnis nennenswerter Anrechnungszeiten geführt hat (Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters; Bundestagsdrucksache 17/11689 vom 28. November 2012; dort Begründung zu § 9 NotSanG).

Durch die allgemeine Regelung in § 9 NotSanG können sich lediglich individuelle Verkürzungsmöglichkeiten ergeben. Bisherige Erfahrungen zeigen jedoch, dass auch umfangreiche Vorqualifikationen aufgrund der besonderen Anforderungen und lernfeldorientierten Ausgestaltung der Notfallsanitäterausbildung lediglich zu relativ geringen Verkürzungsmöglichkeiten von etwa maximal einem Jahr führen, sodass für einen Quereinstieg in der Regel weiterhin ein Großteil der regulären Ausbildung zu durchlaufen ist.

Um eine höhere Durchlässigkeit ins Rettungswesen zu gewährleisten, wären umfangreiche Reformen auf Bundesebene durchzuführen. Ein Quereinstieg erscheint nur aus anderen Gesundheitsberufen sinnvoll. In jenen gibt es aber ebenfalls einen Mangel an Fachkräften. Anreize zum Quereinstieg könnten daher unter Umständen nur zu einer Verlagerung des Fachkräftemangels, aber nicht zur Lösung der Problematik führen.

9. ob und falls ja, mit welchen Maßnahmen sie beabsichtigt, der hohen Quote an Berufswechslern bzw. Berufsaussteigern aus dem Rettungsdienst entgegenzuwirken;

Zu 9.:

Die Abfrage der gesetzlichen Leistungsträger ergab, dass es im Rettungsdienst schon immer eine gewisse Quote an Berufswechslern bzw. Berufsaussteigern gegeben habe. Mit der Einführung des Berufs des Notfallsanitäters und der damit verbundenen höheren Qualifikation seien die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter insbesondere auch für die Notaufnahmen in den Krankenhäusern interessanter geworden. Unverändert sei jedoch, dass ein gewisser Anteil der Mitarbeitenden im Rettungsdienst im Rahmen ihrer Lebensplanung die Tätigkeit als Übergangszeit nutze, um beispielsweise die Wartezeit auf ein Studium zu überbrücken. Dies sei insbesondere beim Medizinstudium interessant, da durch die Ausbildung Punkte für den Erhalt eines Studienplatzes angerechnet würden. Diese Mitarbeitenden verblieben dabei häufig im Anschluss als Teilzeitbeschäftigte dem System „Rettungsdienst“ erhalten.

Die Leistungsträger setzen sich regelmäßig dafür ein, dass die Arbeitsbedingungen auch im Rettungsdienst stetig verbessert werden. Neben monetären Aspekten betreffe dies die Absenkung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit, die Rahmenbedingungen für die verlängerte Arbeitszeit und Maßnahmen zur Entlastung von älteren Mitarbeitenden.

Dringend notwendig wären auch berufliche Perspektiven hinsichtlich alternativer Einsatzmöglichkeiten im Alter, um den Anforderungen des beruflichen Alltages auch in der Zukunft gerecht werden zu können.

10. inwieweit sie beabsichtigt, den derzeit zu beobachtenden Vorgängen, wonach Notaufnahmen die Umlagerungsmöglichkeiten für Notfallpatienten entfernen, damit der Rettungsdienst diese dort nicht mehr problemlos umladen kann, entgegenzuwirken sowie für den Fall, dass ihr solche Vorgänge unbekannt sein sollten, ob und inwieweit sie diese theoretisch mit Maßnahmen adressieren würde, würden solche auftreten;

Zu 10.:

Solche Vorgänge sind dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration nicht bekannt.

Seitens der Leistungsträger liegen ebenfalls keine Informationen vor, dass in Baden-Württemberg flächendeckend Notaufnahmen die Umlagerungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten künstlich verknappen oder entfernen. Dennoch könne es in Einzelfällen vorkommen. Ferner sei eine deutliche Verlängerung der Übergabezeiten in Krankenhäusern festzustellen, was längere Einsatzzeiten und eine längere Bindung der Rettungsmittel zur Folge hat. Aus Sicht der Leistungs-

träger ergibt sich aus dieser Situation die dringende Notwendigkeit, den Übergabeprozess in den Notaufnahmen in den Fokus zu nehmen mit dem Ziel, eine schnelle Übergabe der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, beispielsweise über die Definition einer konkreten maximalen Übergabezeit.

11. inwieweit sie es für möglich erachtet, durch bessere Schulungen in bspw. den Integrierten Leitstellen die Anzahl der Fehlfahrten zu verringern, zumindest unter Abwägung des Für und Wider eines verbindlichen, landesweiten Fragenkatalogs und der Erwägungen, inwieweit diesbezüglich Rechtssicherheit für die den Notruf annehmende Person und die Integrierte Leitstelle insgesamt herbeigeführt werden soll;

Zu 11.:

In der Ausbildung der Disponentinnen und Disponenten ist die Notrufabfrage ein zentraler Baustein für die Einsatzentscheidung. Die Disponentinnen und Disponenten der Integrierten Leitstelle erhalten zudem regelmäßig Schulungen, um im Dialog mit Anrufenden bspw. andere Versorgungsebenen zu empfehlen. Ein rechtssicheres Handeln, z. B. die Entsendung eines Rettungsmittels zu verweigern, lässt sich aktuell nicht immer darstellen. Unterstützt werden könnten die Disponentinnen und Disponenten hier durch die landesweite Einführung von strukturierten Notrufabfragesystemen.

12. inwieweit sie einem „Flickenteppich“ im Rettungsdienst vorbeugen kann bzw. jenen zu verhindern gedenkt, der sich daraus ergibt, dass die verschiedenen Leistungserbringer ihren Sanitätern jeweils möglicherweise divergierende Freigaben erteilen können und dürfen;

Zu 12.:

Die nachfolgenden Ausführungen gehen davon aus, dass mit dem Begriff „Freigaben“ in Frage 12 die generelle Freigabe heilkundlicher Maßnahmen zur Durchführung durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern gemeint ist.

Eine generelle Freigabe zur Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu erteilen ist grundsätzlich weder gesetzlich vorgesehen noch vonseiten des Landes oder der Leistungsträger geplant. Davon abzugrenzen ist die Vorabdelegation heilkundlicher Maßnahmen.

Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter werden dazu ausgebildet, eigenständig im Rahmen der Mitwirkung heilkundliche Maßnahmen anzuwenden, die durch verantwortliche Ärztinnen und Ärzte bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Dies wird als „Vorabdelegation“ bezeichnet. Das Handeln der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entlang einer solchen standardmäßigen Vorgabe in Form von Standardarbeitsanweisungen ist die symptombezogene Ausführung einer im Voraus präzise definierten spezifischen ärztlichen Weisung, mithin also gerade keine generelle „Freigabe“.

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst (LARD) hat in seiner Sitzung vom 28. Juni 2022 eine Konzeption zur Vorabdelegation heilkundlicher Maßnahmen an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter beschlossen, die von allen Leistungsträgern und bestandsgeschützten Unternehmen in der Notfallrettung seither schrittweise umgesetzt wird. Ausdrückliches und konsentiertes Ziel dieser Konzeption ist es, ein landesweit einheitliches Vorgehen auf einer landesweit einheitlichen Delegationsgrundlage in Form von Standardarbeitsanweisungen sicherzustellen.

13. inwieweit sie das Merkmal des § 2a Notfallsanitätergesetz, wonach die Maßnahme „beherrscht“ werden muss, zu überarbeiten bzw. zu überprüfen denkt, zumindest unter Nennung der erwogenen und geplanten Maßnahmen zur Qualitätssicherung der durchzuführenden Arbeiten, des Intervalls und der Häufigkeit der Überprüfung des Beherrschens.

Zu 13.:

§ 2a NotSanG gilt als bundesgesetzliche Norm direkt und ist unmittelbar anwendbar. Es bedarf keiner Umsetzungsnorm oder Auslegungsvorschriften des Landes oder sonstiger Voraussetzungen. Die Leistungsträger als Arbeitgeber sind daher aufgefordert, mit ihren Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern Regelungen zur Anwendung der Norm in der Praxis, zur erforderlichen Aufrechterhaltung der Eignung, zur Fortbildung sowie zur Qualitätssicherung zu treffen.

§ 2a NotSanG und die Vorabdelegation haben beide zur Folge, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern beim Vorliegen gewisser Voraussetzungen die Ausübung heilkundlicher Maßnahmen erlaubt wird. Intention des Gesetzgebers bei der Schaffung des § 2a NotSanG war es nicht, die Vorabdelegation in der Praxis durch die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zu verdrängen. Die Gesetzesbegründung (Bundestagsdrucksache 19/24447) betont vielmehr die praktische Bedeutung der Vorabdelegation.

Zudem wird aus den Voraussetzungen des § 2a NotSanG selbst ersichtlich, dass grundsätzlich die (auch tele-)ärztliche Versorgung Vorrang vor der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter haben soll. Die Vorabdelegation stellt eine – wenn auch vorweggenommene und standardisiert getroffene – ärztliche Entscheidung dar.

Im Ergebnis hat eine Vorabdelegation im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG als ärztliche Entscheidung Vorrang vor der eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im Rahmen des § 2a NotSanG. Unter Berücksichtigung dieses Vorrangs der Vorabdelegation hat sich der LARD mit den „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfaden für den Rettungsdienst“ der 6-Länder-Arbeitsgruppe des Bundesverbandes der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst e. V. dazu entschieden, in Baden-Württemberg eine Vielzahl von Maßnahmen im Rahmen der Vorabdelegation zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Vorabdelegation beteiligen sich die Ärztlichen Verantwortlichen im Rettungsdienst (ÄVRD) an der Überprüfung der fachlichen Eignung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zur Durchführung von Vorabdelegationsmaßnahmen nach den landesweit einheitlichen standardmäßigen Vorgaben. Zudem sind die ÄVRD im Rahmen des Qualitätsmanagements für die Überwachung der durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durchgeführten Vorabdelegationsmaßnahmen verantwortlich. Diese Struktur kann seitens der Leistungsträger gegebenenfalls auch für die Maßnahmen nach § 2a NotSanG genutzt werden.

Im Rahmen der Einführung der ÄVRD und dem Delegationskonzept heilkundlicher Maßnahmen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter werden auch Systeme zur medizinischen Qualitätssicherung etabliert. Diese sehen insbesondere vor, dass nach der eigenständigen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter diese durch den oder die ÄVRD bewertet werden und ggf. Schulungsbedarfe identifiziert werden.

In Vertretung

Klenk

Staatssekretär