

Antrag

der Abg. Dr. Bernhard Lasotta u. a. CDU

und

Stellungnahme

des Sozialministeriums

Notärztlicher Rettungsdienst

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,

die Landesregierung zu ersuchen

zu berichten,

1. wie viele Ärzte nach Stadt- und Landkreisen und Krankenhausstandorten bzw. aus niedergelassenen Praxen aufgeschlüsselt für die Versorgung des notärztlichen Rettungsdienstes regelmäßig zur Verfügung stehen;
2. wie und mit welchen Summen gegliedert nach den Stadt- und Landkreisen der notärztliche Rettungsdienst finanziert wird;
3. wo überall eine leitende Notarztgruppe gebildet wurde und wie diese in die regionalen Rettungskonzepte einbezogen werden;
4. wie die künftige Ausbildung und der Einsatz von genügend Notärzten sichergestellt werden kann, auch im Hinblick auf die erforderlichen Nachweise in der Ausbildung;
5. wie sich die aktuellen Einsatzzeiten nach den Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes entwickelt haben;
6. wie sich die Tendenz entwickelt, dass zunehmend niedergelassene Fachärzte in den notärztlichen Rettungsdienst integriert werden;
7. ob es Probleme durch das ab 1. Januar 2004 geltende neue Arbeitszeitgesetz für Ärzte an den Kliniken geben wird, die nötigen Dienstzeiten zusammenhängend abzudecken;

8. wie durch die bevorstehende Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft aufgrund der einzuführenden Fallpauschalen bei wegfallenden Notarztstandorten die Versorgungslücken ausgeglichen werden sollen;
9. welche Notwendigkeiten sie sieht, die notärztliche Versorgung auch in Zukunft flächendeckend und qualitativ aufrecht erhalten zu können.

24. 11. 2003

Dr. Lasotta, Klenk, Hoffmann, Dr. Brenner,
Brunnemer, Rüeck, Vosschulte CDU

Begründung

Bereits jetzt ergeben sich durch Neustrukturierungen in der Krankenhauslandschaft Veränderungen bei den Notarztstandorten. Durch neue Arbeitszeitregelungen, Anforderungen an die Ausbildung von Notärzten und den Kostendruck im Gesundheitswesen verschärft sich die Problematik, flächendeckend eine qualifizierte Versorgung aufrechtzuerhalten. Der Antrag soll die aktuellen Entwicklungen und künftigen Erfordernisse abklären.

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 22. Januar 2004 Nr. 51-0141.5/13/2663 nimmt das Sozialministerium zu dem Antrag wie folgt Stellung:

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

- 1. wie viele Ärzte nach Stadt- und Landkreisen und Krankenhausstandorten bzw. aus niedergelassenen Praxen aufgeschlüsselt für die Versorgung des notärztlichen Rettungsdienstes regelmäßig zur Verfügung stehen;*

Die Zahl der Notärzte ergibt sich aufgeschlüsselt nach Rettungsdienstbereichen, welche weitestgehend mit den Stadt- und Landkreisen übereinstimmen, sowie unterteilt nach Krankenhausstandorten, Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten aus der als Anlage beigefügten *Tabelle zu Frage 1.*

- 2. wie und mit welchen Summen gegliedert nach den Stadt- und Landkreisen der notärztliche Rettungsdienst finanziert wird;*

Die Finanzierung der Mitwirkung von Notärzten im Rettungsdienst wird durch die am 26. November 1993 zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nord-Württemberg, Süd-Württemberg, Nordbaden und Südbaden, der Landesärztekammer, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG) und den Kostenträgern geschlossene „*Rahmenvereinbarung über die Mitwirkung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (Vertragsärzten) und Nichtvertragsärzten sowie von Krankenhausärzten im Rettungsdienst*“ gem. § 10 Abs. 3 Rettungsdienstgesetz (folgend Rahmenvereinbarung), samt ihrer (mehrfach fortgeschriebenen) Anlagen, geregelt.

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

Grundlage für die Finanzierung der notärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte außerhalb ihrer Dienstverpflichtung sind die in der Anlage 2 der Rahmenvereinbarung festgelegten „Notarztpauschalen“ (Grund- und Einsatzpauschalen). Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesärztekammer Baden-Württemberg und die Kostenträger haben für die Zeit ab dem 1. Januar 2002 eine Grundpauschale je zwölf Stunden Bereitschaftsdienst in Höhe von 88,52 € an Wochenenden bzw. Feiertagen und 62,48 € an Werktagen, sowie eine Einsatzpauschale in Höhe von 114,55 € je Einsatz vereinbart. Für Einsätze werktags von 7.00 bis 19.00 Uhr beträgt die Einsatzpauschale 123,75 €.

Grundlage für die Finanzierung der notärztlichen Versorgung durch Krankenhausärzte sind die in Anlage 3 der Rahmenvereinbarung festgelegten „Notarztpauschalen“ (Vorhalte- oder Einsatzpauschalen), welche zwischen der BWKG und den Kostenträgern neu verhandelt wurden. Mit Geltung ab dem 1. April 2002 wurden diese dahin gehend geändert, dass Krankenhäuser täglich eine Vorhaltepauschale i. H. v. 250,- Euro bzw. bei mehr als zwei Einsätzen eine Einsatzpauschale i. H. v. 112,- Euro erhalten.

Aus der beigefügten *Tabelle zu Frage 2* ergeben sich die Kosten des notärztlichen Rettungsdienstes im Jahr 2002 wiederum nach Rettungsdienstbereichen gegliedert. In den Summen sind die Notarztpauschalen zuzüglich eines Sachkostenbeitrags für die Ausstattung des Notarztes enthalten. Nicht enthalten sind die Sach- und Personalkosten des zusätzlich mit einem Rettungsassistenten zu besetzenden Notarzteinsatzfahrzeuges.

3. wo überall eine leitende Notarztgruppe gebildet wurde und wie diese in die regionalen Rettungskonzepte einbezogen werden;

Wie sich aus der beigefügten *Tabelle zu Frage 3* ergibt, haben sich in fast allen Rettungsdienstbereichen leitende Notarztgruppen (LNA-Gruppen) gebildet. In den übrigen Rettungsdienstbereichen wurden bereits leitende Notärzte bestellt bzw. steht deren Bestellung kurz bevor oder die Bildung einer LNA-Gruppe wird in nächster Zeit erwartet.

Die LNA-Gruppen/leitenden Notärzte sind in die *Alarm- und Ausrückordnung für ihren Rettungsdienstbereich* eingebunden. Um die Einbindung in die örtlichen Hilfeleistungssysteme zu Gewähr leisten, besteht zwischen der LNA-Gruppe oder dem einzelnen leitenden Notarzt mit mindestens einem Leistungsträger eine *Dienstordnung oder Organisationsvereinbarung*. Als Vorlage für die örtliche Dienstordnung dient in der Regel die vom Landesausschuss für den Rettungsdienst gebilligte Musterdienstordnung der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte für Leitende Notarzt-Gruppen. Danach erfolgt die Alarmierung, wie in Kapitel VIII, Ziffer 2.5 Rettungsdienstplan vorgesehen, entweder nach einer verbindlichen Dienstplaneinteilung oder nach sog. Alarmschleifen, bei der die ganze LNA-Gruppe über Funkmeldeempfänger von der Leitstelle alarmiert wird und der leitende Notarzt, der den Einsatz übernehmen kann, sich unverzüglich telefonisch bei der Leitstelle meldet.

4. wie die künftige Ausbildung und der Einsatz von genügend Notärzten sichergestellt werden kann, auch im Hinblick auf die erforderlichen Nachweise in der Ausbildung;

Die Qualifikationsanforderungen an die Fähigkeiten als Notarzt werden gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 Rettungsdienstgesetz durch Satzung der Landesärztekammer Baden-Württemberg festgelegt. Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Einführung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin folgend, hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg am 21. Dezember 2000 eine neue

Weiterbildungsordnung beschlossen. Hiernach werden gegenüber der bisherigen „Fachkunde Rettungsdienst“ zusätzliche Anforderungen gestellt.

Gegenwärtig besteht kein Mangel an Notärzten, da auch diejenigen Ärzte, die den Fachkundenachweis nach der zwischenzeitlich aufgehobenen Satzung über die Eignungsvoraussetzungen für die im Rettungsdienst mitwirkenden Ärzte erworben haben, weiterhin im Rettungsdienst tätig sein können. Darüber hinaus besteht bis zum 31. Dezember 2004 für Inhaber des Fachkundenachweises die Möglichkeit, auch das Recht zum Führen der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ zu erwerben, sofern sie nach dem Erwerb des Fachkundenachweises in einem Zeitraum von zwölf Monaten regelmäßig notärztlich tätig waren.

Auch der nach der geänderten Weiterbildungsordnung erforderliche Nachweis einer sechsmonatigen Weiterbildung auf einer Intensivstation (bisher drei Monate) stellt die Mehrzahl der angehenden Notärzte nicht vor übermäßige Anforderungen, da sechs Monate Intensivmedizin, die auch an kleineren Krankenhäusern mit Intensivseinheiten abgeleistet werden können, ohnehin obligatorischer Bestandteil des Weiterbildungsgangs der Fächer Anästhesie, Innere Medizin und Chirurgie sind, aus denen sich die meisten Notärzte rekrutieren.

Die entsprechenden Weiterbildungskurse werden nach Angaben der Landesärztekammer nachgefragt. Deshalb ist derzeit nicht absehbar, dass die höheren Anforderungen an die Qualität der Notärzte nach der insoweit geänderten Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer zu einem künftigen Mangel an Notärzten führen wird.

Allerdings sind nach Auskunft der Landesärztekammer nicht alle Notärzte unter den gegenwärtigen finanziellen Bedingungen zur Ausübung der Notarztstätigkeit bereit. Gerade in ländlich strukturierten Rettungsdienstbereichen führen auch Krankenhausträger immer wieder an, dass trotz einer auf Initiative des Sozialministeriums verbesserten Vergütungsstruktur (Wiedereinführung der Vorhaltepauschalen) der Kostenausgleich für die Teilnahme am Rettungsdienst nicht auskömmlich sei. Das Sozialministerium wird insoweit die weiteren Entwicklungen beobachten, da mit verbesserten finanziellen Anreizen Engpässen in der notärztlichen Versorgung wirkungsvoll begegnet werden kann.

5. wie sich die aktuellen Einsatzzeiten nach den Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes entwickelt haben;

Nach § 3 Abs. 2 Rettungsdienstgesetz sowie Kapitel III, Ziffer. 2 Rettungsdienstplan soll die Zeit vom Eingang der Notfallmeldung in der Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen der Hilfe am Notfallort an Straßen (Hilfsfrist) nicht mehr als 10 Minuten, maximal 15 Minuten betragen. Diese Vorgabe zur Einhaltung der Hilfsfrist ist erfüllt, wenn sie in 95 % aller Einsätze im Zeitraum eines Jahres im gesamten Rettungsdienstbereich eingehalten wird. Mit dieser Festlegung wurde ein Kompromiss zwischen den notfallmedizinischen Erfordernissen und den ökonomischen Möglichkeiten gefunden, der im Jahr 1997 in den Bericht zur Hilfsfrist des Bund-Länder-Ausschusses „Rettungswesen“ aufgenommen wurde.

Bezüglich der Einhaltung der Hilfsfrist, welche auch für die notärztliche Versorgung gilt, sind in einzelnen Rettungsdienstbereichen zu unterschiedlichen Zeitpunkten Hilfsfristanalysen – zumeist gutachtlich – in Auftrag gegeben worden. Auf dieser Basis wurden und werden organisatorische und bauliche Maßnahmen zur Einhaltung der Hilfsfrist getroffen. Durch die vorrangige Förderung von Hilfsfristprojekten seitens des Landes im Rahmen der Investi-

tionsmittelförderung nach dem Staatshaushaltsplan konnten ebenfalls Verbesserungen erzielt werden. In der überwiegenden Zahl der Rettungsdienstbereiche wird die Hilfsfrist auch für die notärztliche Versorgung eingehalten. In den Rettungsdienstbereichen, in denen die Hilfsfrist bisher nicht eingehalten ist, sind die Abweichungen von der 95 % -Marke geringfügig und die örtlich verantwortlichen Bereichsausschüsse erarbeiten Konzepte, wie die Hilfsfrist künftig eingehalten werden kann.

6. wie sich die Tendenz entwickelt, dass zunehmend niedergelassene Fachärzte in den notärztlichen Rettungsdienst integriert werden;

Gem. § 10 Abs. 1 Satz 2 Rettungsdienstgesetz kommt vor allem *Krankenhausärzten* die Aufgabe der notärztlichen Versorgung zu, weil diese wesentlich häufiger als niedergelassene Vertragsärzte in der täglichen Praxis Patienten mit vitalen Gesundheitsstörungen versorgen und deshalb bei notfallmedizinischen Maßnahmen eine größere Routine haben.

Die Notwendigkeit der Mitwirkung der niedergelassenen Ärzte gem. § 10 Abs. 1 Satz 3 Rettungsdienstgesetz ergibt sich vor allem daraus, dass in Teilen des Landes schon wegen der zu langen Anfahrt Krankenhausärzte aus dem nächsten Krankenhaus die gesetzlich vorgeschriebene Hilfsfrist für die Notfallrettung nicht einhalten können.

Eine Befragung der für die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung zuständigen Bereichsausschüsse hat ergeben, dass in der Mehrzahl der Rettungsdienstbereiche (25 von 37) niedergelassene Ärzte am Rettungsdienst teilnehmen. In diesen Rettungsdienstbereichen leisten niedergelassene Ärzte vor allem in den Nachtzeiten, sowie an Wochenenden und Feiertagen den Notarztendienst. In den restlichen zwölf Rettungsdienstbereichen wirken niedergelassene Ärzte bisher nicht bzw. nicht nennenswert mit.

Dem Sozialministerium ist ferner von den örtlich zuständigen Bereichsausschüssen mitgeteilt worden, dass im Falle erforderlich werdender Neubesetzungen der Notarztstandorte, etwa aufgrund von Veränderungen in der Krankenhauslandschaft, regelmäßig Gespräche mit niedergelassenen Ärzten zur Integration in den Rettungsdienst geführt werden.

7. ob es Probleme durch das ab 1. Januar 2004 geltende neue Arbeitszeitgesetz für Ärzte an den Kliniken geben wird, die nötigen Dienstzeiten zusammenhängend abzudecken;

Die Richtlinie 93/104/EG vom 23. November 1993 legt Mindestvorschriften im Bezug auf die Regelung der *Arbeitszeit* fest. So verpflichtet Artikel 6 der Richtlinie 93/104/EG die Mitgliedstaaten die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit der Beschäftigten auf 48 Stunden zu begrenzen. Für die Beurteilung der Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit sind alle in einem oder mehreren abhängigen *Arbeitsverhältnissen* geleisteten Arbeitszeiten heranzuziehen. Nach der Entscheidung des EuGH vom 9. September 2003 in der Rechtsache Jäger sind auf diese Arbeitszeit – entgegen der derzeitigen Praxis in der Bundesrepublik Deutschland – auch Bereitschaftsdienstzeiten anzurechnen, die der Arzt in der Einrichtung des Arbeitgebers verbringt. Diese Vorgabe wird durch Artikel 4 b des Gesetzes über Reformen am Arbeitsmarkt mit Wirkung ab 1. Januar 2004 in das nationale Recht umgesetzt. Im parlamentarischen Vermittlungsverfahren zwischen der Bundesregierung und dem Bundesrat wurde in § 25 Arbeitszeitgesetz eine Übergangsfrist von zwei Jahren für tarifliche Regelungen, die die Rechtsgrundlage für die Anwendung bestehender oder nachwirkender Tarifvertragsvereinbarungen mit längeren Arbeitszeiten darstellen, geschaffen.

Die Umsetzung der Entscheidung des EuGH vom 9. September 2003 könnte im Hinblick auf die zulässige wöchentliche Höchstarbeitszeit für die Krankenhäuser die Erfüllung der Aufgaben der Notärzte erschweren. Die Übergangsfrist in § 25 Arbeitszeitgesetz bietet jedoch den Krankenhäusern und dem Rettungsdienst eine vorübergehende Entspannung der Situation und eröffnet die Chance, dass die EU-Kommission die angekündigte Neubewertung der Bereitschaftsdienste in der europäischen Arbeitszeitrichtlinie vor Ablauf der Frist konkretisiert. Zwischenzeitlich hat die EU-Kommission in einer Mitteilung an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen mit Datum vom 5. Januar 2004 „Konsultationen zur Arbeitszeit“ eingeleitet. Dabei sollen vor allem geeignete Lösungsansätze gesucht werden, die den Unternehmen und Mitgliedstaaten mehr Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung einräumen und unverhältnismäßige Belastungen der Unternehmen vermeiden. Die weiteren Entwicklungen bleiben abzuwarten.

8. *wie durch die bevorstehende Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft aufgrund der einzuführenden Fallpauschalen bei wegfallenden Notarztstandorten die Versorgungslücken ausgeglichen werden sollen;*

9. *welche Notwendigkeiten sie sieht, die notärztliche Versorgung auch in Zukunft flächendeckend und qualitativ aufrechterhalten zu können.*

Das neue *pauschalisierte Entgeltsystem* für die Krankenhäuser wird nach Auffassung der Experten zu einem deutlich verringerten Bettenbedarf führen. Außerdem werden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Mindestmengen und Mindestanforderungen) eine verstärkte Konzentration in größeren Abteilungen mit sich bringen. Das Gutachten 2003 „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen führt diesbezüglich aus, dass eine abnehmende Krankenhausedichte und eine zunehmende Profilbildung von Krankenhäusern durch Spezialisierung im Leistungsspektrum und durch die Einrichtung von Kompetenzzentren zu erwarten sei. Eine daraus resultierende verminderte Teilnahme einzelner Krankenhäuser an der Versorgung von Notfallpatienten *sei nicht auszuschließen* und unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität im Einzelfall auch sinnvoll. Eine räumliche Konzentration von Schwerpunkten bzw. Kompetenzzentren verlängere die Wege sowohl für die Notärzte zum Einsatzort als auch für den Transport der Notfallpatienten zu einem geeigneten Krankenhaus. Mit der Entwicklung hin zur Profilbildung könne eine Verringerung der Notarztstandorte und Betten für Notfallpatienten verbunden sein, die in der Rettungsdienstplanung Berücksichtigung finden müsse.

Hierzu ist festzuhalten, dass der Erhalt von Rettungswachen und Notarztstandorten in Baden-Württemberg von der Schließung von Krankenhausstandorten bzw. der Verschiebung der Behandlungsschwerpunkte eines Krankenhauses *unabhängig* ist. Ferner sind längere Anfahrtswege zu dem nächsten geeigneten Krankenhaus insofern zu relativieren, als durch die hohen Qualifikationsanforderungen an das rettungsdienstliche Personal und die gute Ausstattung der Rettungsmittel für eine optimale Versorgung der Patienten am Notfallort und während des Transports gesorgt ist.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat mit Schreiben vom 22. Oktober 2003 an den Vorsitzenden des Ausschusses „Rettungswesen“ mitgeteilt, dass sie nach einer ersten Einschätzung für die Gestellung von Notärzten durch die Krankenhäuser im Rettungsdienst keine negativen Einflüsse durch die Einführung des DRG-Vergütungssystems sehe.

Das Sozialministerium hat den Problemkreis der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung allgemein und speziell im Lichte der Einführung des pau-

schalierten Entgeltsystems für Krankenhäuser schon früh aufgegriffen und gemeinsam mit den betroffenen Verbänden und Organisationen eine „Empfehlung zur notärztlichen Versorgung“ erarbeitet. Sie wurde bereits in der 46. Sitzung des Landesausschusses für den Rettungsdienst am 28. November 2002 beschlossen und im Anschluss daran den Bereichsausschüssen zu Kenntnis gegeben.

Folgende Eckpunkte der Empfehlung sind hervorzuheben:

– *Konkretisierung der Aufgaben der Bereichsausschüsse*

Es ist nach Kapitel VIII, Ziff. 1.2 RDPl die Aufgabe der Bereichsausschüsse planerisch festzulegen, an welchen Standorten Notarztsysteme bedarfsgerecht einzurichten sind, um die Hilfsfrist einzuhalten. Zahl und Standorte der Notarztsysteme werden im Bereichsplan aufgeführt. Als maßgebliches Planungsorgan, das paritätisch aus Vertretern der Kosten- (gesetzliche Krankenkassen) und Leistungsträger (Sanitätsorganisationen) zusammengesetzt ist, sind die Bereichsausschüsse für die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung verantwortlich und haben dafür Sorge zu tragen, dass die notärztliche Versorgung auch an den Orten aufrechterhalten wird, an denen durch mögliche Veränderungen in der Krankenhauslandschaft Krankenhausstandorte, welche bisher an der Gestellung von Notärzten beteiligt waren, wegfallen. Als *Selbstverwaltungsorgan* haben sie einen breiten Gestaltungsspielraum und unterliegen nur der *Rechtsaufsicht der örtlich zuständigen Landratsämter*. Sie beraten bei Veränderungen in der Krankenhauslandschaft über gegebenenfalls notwendig werdende Neuplanungen der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienstbereich.

– *Konkretisierung der Definition der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser*

Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses zur Teilnahme an der notärztlichen Versorgung gem. § 10 Abs. 1 Satz 2 Rettungsdienstgesetz bestimmt sich nach seiner *Größe, Fachabteilungsstruktur und Leistungsstufe*. Alle Krankenhäuser, deren Versorgungsauftrag die Untersuchung und Behandlung stationärer Notfälle umfasst, sind grundsätzlich gesetzlich verpflichtet, Notärzte abzustellen. Dazu gehört, dass dort mindestens eine Abteilung für Innere Medizin oder für Chirurgie vorgehalten wird bzw. chirurgische/anästhesiologische und/oder internistische Leistungen erbracht werden.

– *Handlungsempfehlung für Bereichsausschüsse bei Schließung eines Krankenhauses, welches bisher an der Notarztgestellung beteiligt war*

Zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung wird den Bereichsausschüssen folgendes abgestuftes Maßnahmenpaket empfohlen:

- Zunächst muss geprüft werden, welche Krankenhäuser innerhalb der Hilfsfrist Notärzte zur Verfügung stellen können. Diese Krankenhäuser sind primär verpflichtet die notärztliche Versorgung für das von ihnen innerhalb der Hilfsfrist erreichbare Gebiet zu übernehmen.
- Findet sich kein Krankenhaus bzw. anderweitiger Notarztstandort innerhalb der Hilfsfrist, so ist es die Aufgabe des Bereichsausschusses, gemeinsam mit Leistungsträgern, Krankenhausträgern und Kassenärztlicher Vereinigung unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und der Kriterien der Qualitätssicherung qualifizierte Ärzte zur Mitwirkung im Rettungsdienst zu gewinnen.
- Gelingt dies nicht, ist die Aufrechterhaltung der notärztlichen Versorgung durch das nächstgelegene, leistungsfähige Krankenhaus auch über die

Hilfsfristgrenzen hinaus, d.h. durch Außenbesetzung von Notarztstandorten, zu gewährleisten.

– *Verstärkte Einbeziehung niedergelassener Ärzte*

Die gesetzliche Mitwirkungspflicht der niedergelassenen Ärzte am Rettungsdienst gem. § 10 Abs. 1 Satz 3 RDG lebt in denjenigen Rettungsdienstbereichen ganz deutlich auf, in denen die im Rettungsdienstplan vorgeschriebene Hilfsfrist nicht eingehalten werden kann.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesärztekammer Baden-Württemberg, welche bei der Erarbeitung der Empfehlung beteiligt waren, haben sich dazu bereit erklärt, dass ihre Gliederungen im Bedarfsfall auf Anfrage der Bereichsausschüsse bei der Suche nach qualifizierten Notärzten behilflich sind.

– *Stärkere Einbeziehung der Luftrettung*

Aufgrund der Tatsache, dass der wesentliche Anteil der Kosten der Luftrettung Vorhaltekosten sind und eine erhöhte Auslastung durch zusätzliche Einsätze nur unerheblich zur Verteuerung beiträgt, haben die Kostenträger in der Empfehlung dem verstärkten Einsatz der Luftrettung zugestimmt.

Daneben war das Sozialministerium in Einzelgesprächen und Einzelanfragen zur notärztlichen Versorgung unterstützend tätig, wenn vor allem in ländlich strukturierten Versorgungsgebieten Strukturmaßnahmen erforderlich waren.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Bund-Länder-Ausschuss „Rettungswesen“ wie auch der Landesausschuss für den Rettungsdienst sind sich darüber einig, dass eine Abschätzung der *konkreten* Auswirkungen der Einführung der fallpauschalenbezogenen Krankenhausvergütung noch nicht abschließend möglich ist. Das Sozialministerium wird die Entwicklung weiter beobachten und die o. g. Empfehlung gegebenenfalls bedarfsgerecht fortzuschreiben. Folgende Ansätze sind hierbei denkbar:

– Soweit sich im Rahmen der DRG-Einführung Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung, in denen mehrere Disziplinen und Subdisziplinen vertreten sind, bilden, sollten diese auch bevorzugt als Anlaufstelle des Rettungsdienstes für Notfallpatienten im Krankenhaus- und Rettungsdienstplan vorgesehen werden.

– Außerdem wären Integrationsmodelle, wie z. B. die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten in der Notfallaufnahme bzw. in einer am Krankenhaus angesiedelten Notfallpraxis zur Ergänzung und Verbesserung der Notfallversorgung möglich.

Die Abkehr von einem flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Notarzteinsatz wäre ein erheblicher Rückschritt für die Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg. Es ist medizinisch unstrittig, dass der Zeitraum zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Beginn der notfallmedizinischen Versorgung, das „therapiefreie Intervall“, so kurz wie möglich sein muss. Nur so können in vielen Fällen durch schnelle und optimale Betreuung weitere Schädigungen des Patienten verhindert und die Folgekosten für stationäre Behandlung und Rehabilitationsmaßnahmen reduziert werden.

Dr. Repnik
Sozialminister

Zu Frage 1

Zahl der Notärzte nach Rettungsdienstbereichen

Rettungsdienstbereich Ostalbkreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Mutlangen	Aalen	Bopfingen	Ellwangen	Neresheim		
	20	15	3	11	0	49	14
Rettungsdienstbereich Biberach	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Biberach	Laupheim	Ochsenhausen	Riedlingen			
	19	12	8	13		52	19
Rettungsdienstbereich Bodenseekreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Friedrichshafen	Tettang	Markdorf	Überlingen			
	27	7	10	22		66	6
Rettungsdienstbereich Böblingen	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Böblingen / Sindelfingen	Leonberg	Herrenberg				
	32	26	29			87	0

Rettungsdienstbereich Calw	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Calw 12	Nagold 16	Bad Wildbad 3			
8						
Rettungsdienstbereich Emmendingen	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Emmendingen 9		Elzach 3			
32						
Rettungsdienstbereich Esslingen	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Esslingen 1	Filder 1	Nürtingen 15	Kirchheim 12		
0						
Rettungsdienstbereich Freiburg/Brsg.- Hochschw.	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Freiburg 24	Breisach 14	Bad Kro- zingen 20	Müllheim 12		
11						
Rettungsdienstbereich Freudenstadt	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Freudenstadt 11		Horb 7			
0						

Rettungsdienstbereich Göppingen	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte						Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten					Gesamt	
	Göppingen 26	Geislingen 20					
Rettungsdienstbereich Heidenheim	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte						Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten					Gesamt	
	Heidenheim 25						
Rettungsdienstbereich Heilbronn	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte						Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten					Gesamt	
	Heilbronn 22	Bad Friedrichshall 19	Möckmühl 6	Löwenstein 13	Brackenheim 9		
Rettungsdienstbereich Hohenlohekreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte						Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten					Gesamt	
	Künzelsau 8		Öhringen 8				
Rettungsdienstbereich Karlsruhe	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte						Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten					Gesamt	
	Karlsruhe 65	Bruchsal 25	Bretten 9				

Rettungsdienstbereich Konstanz	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte	
	nach Standorten				Gesamt		
	Konstanz	Singen	Radolfzell	Stockach			Engen
	15	27	7	4	2	55	78
Rettungsdienstbereich Lörrach	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte	
	nach Standorten				Gesamt		
	Lörrach	Schopfheim	Rheinfelden				
	15	10	10		35	10	
Rettungsdienstbereich Ludwigsburg	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte	
	nach Standorten				Gesamt		
	Ludwigsburg		Bietigheim				
	25		25		50	0	
Rettungsdienstbereich Mannheim	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte	
	nach Standorten				Gesamt		
	Mannheim	Weinheim	Schwetzingen				
	65	19	20		104	0	

Rettungsdienstbereich Main-Tauber- Kreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Tauberbischofsheim	Wertheim	Bad Mergentheim	Creglingen		
17	16	26	4	63	4	
Rettungsdienstbereich Mittelbaden	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Achern/Rhein.	Bühl	Baden-Baden	Rastatt		
21	19	25	20	7	92	23
Rettungsdienstbereich Neckar- Odenwald-Kreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Mosbach	Buchen	Hardheim			
16	25	10		51	4	
Rettungsdienstbereich Ortenaukreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Offenburg	Oberkirch	Lahr	Kehl		
19	6	10	12	47	11	
Rettungsdienstbereich Pforzheim	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -					
	Krankenhausärzte					Niedergelasene Ärzte
	nach Standorten				Gesamt	
	Pforzheim		Mühlacker			
22		34		56	6	

Rettungsdienstbereich Ravensburg	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Ravensburg	Bad Waldsee	Leutkirch	Wangen	Isny		
	25	7	7	12	7	58	6
Rettungsdienstbereich Rems-Murr-Kreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Waiblingen	Backnang		Schorndorf			
	20	20	22			62	0
Rettungsdienstbereich Reutlingen	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Reutlingen	Bad Urach		Münsingen			
	32	7	5			44	15
Rettungsdienstbereich Rhein-Neckar- Kreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Heidelberg	Eberbach		Sinsheim			
	20	4	9			33	0
Rettungsdienstbereich Rottweil	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -						Niedergelasene Ärzte
	Krankenhausärzte					Gesamt	
	nach Standorten						
	Rottweil	Oberndorf		Schramberg			
	10	7	7			24	16

Rettungsdienstbereich Schwäbisch-Hall	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Schwäbisch Hall 34	Crailsheim 29	Gaildorf 26		
Rettungsdienstbereich Schwarzwald- Baar-Kreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Villingen 45	Donaueschingen 31	Furtwangen 16		
Rettungsdienstbereich Sigmaringen	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Sigmaringen 18	Bad Saulgau 7	Pfullendorf 8		
Rettungsdienstbereich Stuttgart	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Stuttgart 131				
Rettungsdienstbereich Ulm/Alb-Donau- Kreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Ulm 58	Ehingen 10	Blaubeuren 10		

Rettungsdienstbereich Tübingen	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Tübingen 30				
Rettungsdienstbereich Tuttlingen	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Tuttlingen 18	Spaichingen 12			
Rettungsdienstbereich Waldshut	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Waldshut 23	Stühlingen 18	Säckingen 26		
Rettungsdienstbereich Zollernalbkreis	Zahl der Notärzte - Stand 1. Dezember 2003 -				
	Krankenhausärzte				Niedergelas- sene Ärzte
	nach Standorten			Gesamt	
	Balingen 7	Albstadt 10	Hechingen 10		

Zu Frage 2

Kosten des notärztlichen Rettungsdienstes nach Rettungsdienstbereichen

Rettungsdienstbereich	Notarztkosten 2002	Rettungsdienstbereich	Notarztkosten 2002
	Euro		Euro
Ostalbkreis	670.335	Main-Tauber-Kreis	391.386
Biberach	693.903	Neckar-Odenwald-Kreis	398.708
Bodenseekreis	604.704	Ortenaukreis	966.661
Böblingen	745.117	Pforzheim	558.203
Calw	394.527	Ravensburg	766.922
Emmendingen	371.910	Rems-Murr-Kreis	506.585
Esslingen	1.064.026	Reutlingen	496.437
Freudenstadt	223.952	Rhein-Neckar-Kreis	509.226
Freiburg	1.562.071	Rottweil	431.785
Göppingen	526.653	Schwäbisch Hall	427.272
Heidenheim	265.523	Sigmaringen	446.274
Heilbronn	745.818	Stuttgart	845.831
Hohenlohekreis	413.352	Ulm/Alb-Donau-Kreis	623.417
Karlsruhe	1.766.234	Schwarzwald-Baar-Kreis	331.124
Konstanz	659.419	Waldshut	744.731
Ludwigsburg	389.060	Tübingen	324.918
Lörrach	911.235	Tuttlingen	273.847
Mannheim	1.254.424	Zollernalbkreis	357.486
Mittelbaden	741.048		

Zu Frage 3

Leitende Notarztgruppen nach Rettungsdienstbereichen

Rettungsdienstbereich	LNA- Gruppe gebildet		Anmerkungen
	ja	nein	
Ostalbkreis	X		
Biberach	X		
Bodenseekreis	X		
Böblingen		X	Die Bildung einer LNA-Gruppe ist in diesem Jahr geplant.
Calw		X	Die Bildung einer LNA-Gruppe ist eingeleitet. Die Alarmierung soll mittels einer Schleifenlösung erfolgen. Derzeit ist 1 LNA berufen.
Emmendingen	X		
Esslingen	X		
Freudenstadt		X	Die Bildung einer LNA-Gruppe steht nach Mitteilung des Bereichsausschusses unmittelbar bevor.
Freiburg	X		
Göppingen	X		
Heidenheim	X		
Heilbronn	X		
Hohenlohekreis	X		
Karlsruhe	X		

Konstanz	X		
Ludwigsburg	X		
Lörrach	X		
Mannheim	X		
Mittelbaden	X		
Main-Tauber-Kreis	X		
Neckar-Odenwald-Kreis		X	Die Bildung einer LNA-Gruppe wird angestrebt. Derzeit sind 2 LNA berufen.
Ortenaukreis	X		
Pforzheim	X		
Ravensburg	X		
Rems-Murr-Kreis		X	Vorbereitungen zur Bildung einer LNA-Gruppe sind eingeleitet.
Reutlingen	X		
Rhein-Neckar-Kreis	X		
Rottweil	X		
Schwäbisch Hall	X		
Sigmaringen		X	Die Bildung einer LNA-Gruppe wird angestrebt. Derzeit sind 3 LNA berufen.
Stuttgart	X		

Ulm/Alb-Donau-Kreis	X		
Schwarzwald-Baar-Kreis	X		
Waldshut	X		
Tübingen	X		
Tuttlingen	X		
Zollernalbkreis	X		