

Den Mitgliedern des
InnKA



LANDESHAUPTSTADT
THÜRINGEN
Stadtverwaltung

Amt für Brandschutz,
Rettungsdienst und
Katastrophenschutz

Stadtverwaltung Erfurt . Amt 37 . 99111 Erfurt

Thüringer Landtag
Innen- und Kommunalausschuss
Jürgen-Fuchs-Straße 1
99096 Erfurt

Thüringer Landtag
Z u s c h r i f t
7/2623

zu Drs. 7/7394/7450/7780

THÜR. LANDTAG POST
12.06.2023 09:42

15592/2023

Zweites Gesetz zur Änderung des Thüringer Rettungsdienst-
gesetzes - Drucksachen 7/7394, 7/7450 und 7/7780 -

Zeichen: 37.02.03 Wer

hier: Anhörungsverfahren gemäß § 79 der Geschäftsordnung des Thüringer Landtages 7. Juni 2023

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Bilay,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

vielen Dank, dass Sie uns die Gelegenheit einräumen, zu der durchaus notwendigen
Gesetzesnovelle Stellung zu beziehen.

Zu den einzelnen Fragen:

1.

F: Welche Auswirkungen hätte die Einführung des Telenotarztes auf die
notärztliche Versorgung in Thüringen?

A: Unter der Voraussetzung, dass die Einführung eines Telenotarztsystems als
ergänzendes Element verstanden wird, kann von einer Verbesserung der
Versorgung ausgegangen werden. Unerlässlich ist die Schaffung von
zusätzlichen personellen notärztlichen Ressourcen, da nur dann die
Verfügbarkeit der bodengebundenen Notärzte sichergestellt sein wird. Der
überwiegende Teil der Notarzteinsätze macht es erforderlich, dass der Notarzt
selbst am Patienten tätig wird. Sollte die Schaffung von zusätzlichen
personellen Ressourcen nicht gelingen, ist davon auszugehen, dass die
Einsatzstrategie zu Lasten der Behandlungsqualität geht.

2.

F: Ist eine gesetzliche Abgrenzung von „Befugnissen und Aufgaben“ des
Telenotarztes gegenüber den regulären bodengebundenen Notärzten
erforderlich.

Seite 1 von 4

- A: Eine gesetzliche Abgrenzung wird von uns differenziert gesehen. Aufgaben, welche „aus der Ferne“ bearbeitet werden können, sollen auch erfüllt werden. Befugnisse sind hingegen bei Einsätzen mit an der Einsatzstelle befindlichen Notärzten klar zu regeln. Entscheidungen nach dem Vier-Augen-Prinzip sind oft hilfreich, die Verantwortung kann aber – aus unserer Sicht – nur der vor Ort befindliche Notarzt tragen.
- 3.
- F: Erfordert die Einführung des Telenotarztes einen neuen Aufgabenträger?
- A: Ein neuer Aufgabenträger ist nicht zwingend erforderlich. Es stellt sich eher die Frage, ob die Schaffung eines weiteren Aufgabenträgers die Konkurrenz um die zur Verfügung stehenden Notärzte negativ beeinflusst. Es sollte zuerst und abschließend geklärt werden, ob der Telenotarzt in den Zentralen Leitstellen oder bei der KVT angesiedelt wird. Für den Fall, dass – wie von uns favorisiert – die Telenotärzte in den Zentralen Leitstellen vorgehalten würden, sollte die Trägerschaft auf die Leitstellenbetreiber übergehen, könnte aber auch bei der KVT verbleiben.
- 4.
- F: Wie würde sich die Einführung eines neuen Aufgabenträgers auf die Kosten und Haftung auswirken?
- A: Eine solide Prognose zu den Kosten kann von uns nicht abgegeben werden. Wir gehen nicht davon aus, dass ein neuer Aufgabenträger großes Einsparpotential oder hohe Zusatzkosten haben würde. Wichtig ist jedoch, dass bereits jetzt die Kostentragung abschließend geklärt wird. Die Haftung obliegt nach unserem Rechtsverständnis dem Aufgabenträger. Dieser kann nur bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz Rückgriff auf den Telenotarzt nehmen. Entscheidend ist hier, dass die lückenlose Dokumentation eine Reproduktion des Einsatzverlaufs und somit den Verursacher widerspiegelt.
- 5.
- F: Wie bewerten Sie den Entwurf einer Experimentierklausel?
- A: Wir befürworten die Aufnahme einer Experimentierklausel ausdrücklich.
- 6.
- F: Stellt die smartphonebasierte Ersthelferalarmierung eine geeignete Hilfe zur Überbrückung der Zeit bis zum Eintreffen des Rettungswagens dar?
- A: Die Verkürzung des behandlungsfreien Intervalls durch Ersthelfer wird befürwortet. Gerade in dünnbesiedelten Gebieten ist dies teils elementar für den Behandlungserfolg. Die Handlungsmöglichkeiten eines Ersthelfers sind jedoch eingeschränkt und nicht für jedes Notfallereignis geeignet. Daher ist ein Indikationskatalog für Einsätze eines Ersthelfers zu empfehlen. Es sei angemerkt, dass natürlich auch die teilweise stark verzögerten Eintreffzeiten der NEF in die Dispositionsentscheidung einfließen müssen. Hierbei kann durch den Einsatz eines Ersthelfers eine Optimierung der Einsatzhandlungen der RTW-Besatzung – im Besonderen bei einer Reanimation – erfolgen. Um ein Ersthelfersystem zu etablieren, müssen Standards für die Auswahl von Ersthelfern und deren Aus- und Fortbildung durch eine Rechtsverordnung erlassen werden.
- 7.
- F: Die gesetzliche Verankerung welcher weiteren digitalen Errungenschaften sind erforderlich, um die notärztliche Versorgung in Thüringen weiter zu verbessern?
- A: Die Ausführungen zu § 14 Abs. 3 in der DS 7/7780 sind aus heutiger Sicht ausreichend und müssen umgesetzt werden. Wichtig ist, dass die Verfahren nicht nur zur Verfügung stehen, sie müssen auch Anwendung finden. Im Wissen um die Komplexität der Rechtsgrundlagen und technischen Voraussetzungen zum Einsatz von Luftrettungsmitteln sei es gestattet, auf das Potential zu verweisen, welches durch die Bereitstellung von nachflug- und schlechtwettertauglichen RTH generiert werden könnte.
- 8.
- F: Welche Auswirkungen hätte die Einrichtung und der Betrieb einer Lehrleitstelle auf die notärztliche Versorgung in Thüringen?

A: Wir sehen bei der Einführung des Telenotarztes die dringende Notwendigkeit der Integration in die bestehenden Leitstellenstrukturen. Somit erachten wir die zentrale Schulung von Telenotärzten – gleichsam wie die der Disponenten – als elementar. Hierzu ist die geplante Lehrleitstelle das geeignetste Mittel. Im Übrigen gehen wir davon aus, dass die zentrale Schulung in einer Lehrleitstelle auch den Einsatz von bodengebundenen Notärzten – unter Beachtung der regionalen Besonderheiten – vereinheitlichen wird und qualitätssteigernd wirkt.

9.

F: Sollte künftig der Notarzt bei den entsprechenden Indikationen auch zwingend dann zum Notfallort fahren müssen, wenn das nichtärztliche Rettungspersonal den Patienten bereits auf Weisung durch den Telenotarzt behandeln konnte (§7 Abs. 6 S. 3 ThürRDG-E Drs. 7/7780)?

A: Die gestellte Frage ist aus unserer Sicht zu differenzieren. In Fällen, bei denen eine Nachforderung zum Einsatz des Notarztes führt, muss die Entscheidung zur Notwendigkeit binnen kürzester Zeit abschließend getroffen werden können, anderenfalls ist der Notarzteinsatz sofort zu veranlassen. In den Fällen, bei denen der Notarzt sofort alarmiert wird, ist die Frage nach einem Einsatzabbruch nur dann zu erwarten, wenn die generelle Verfügbarkeit nicht der Notwendigkeit folgt. Wir empfehlen daher die Ausnahme von der Regel des Notarzteinsatzindikationskataloges in diesem als Option „telenotärztliche Konsultation“ zu formulieren. Angemerkt sei, dass gegenwärtig bereits das Abbestellen von nicht benötigten Ressourcen geübte Praxis ist.

10.

F: Mit der Einführung des Berufsbildes Notfallsanitäter wurde diesen die Befugnis gegeben, unter bestimmten Voraussetzungen Heilkunde ausüben zu dürfen. Mit der Einführung des Telenotarztes wird nun eine weitere Regelung getroffen, mit der nichtärztliches Rettungspersonal – hier auf Weisung des Telenotarztes – heilkundliche Maßnahmen am Notfallort durchführen kann (§7 Abs. 6 ThürRDG-E Drs. 7/7780). Welche Rolle nimmt der Notfallsanitäter aus Ihrer Sicht perspektivisch ein, sobald der Telenotarzt eingeführt wurde? Besteht unter diesem Gesichtspunkt noch Änderungsbedarf an den Gesetzentwürfen?

A: Auch diese Frage ist differenziert zu beantworten. Nimmt der Telenotarzt eine rein beratende Funktion wahr, ist kein Unterschied in der Rolle des Notfallsanitäters zu erkennen. Bei Einsätzen, bei denen der Telenotarzt jedoch von seinem Weisungsrecht gemäß §7 Abs. 6 S. 3 ThürRDG-E Drs. 7/7780 Gebrauch macht, sollte der Einsatz ab dem Zeitpunkt in die Verantwortung des Telenotarztes übergehen, wobei nach Abschluss der konkreten Maßnahme durch eindeutige Willensbekundung die Verantwortung – wie bei klassischen Einsätzen der Transport ohne Notarzt erfolgen kann – auf den Notfallsanitäter rückübertragen werden kann. Wir empfehlen hierzu eine Klarstellung zu formulieren. Wichtig erscheint uns an dieser Stelle, dass eine Harmonisierung der „freigegebenen Maßnahmen“ mit praktischer Kompetenz durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst der einzelnen Gebietskörperschaften unabdingbar ist.

11.

F: § 7 Abs. 7 ThürRDG-E (Drs. 7/7780) bestimmt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen die übermittelten Bild- und Tondaten aufzeichnet und die Einsätze der Telenotärzte regelmäßig auswertet. § 34 Abs. 4 des Gesetzentwurfes sieht bereits vor, dass zugelassene Erprobungsvorhaben unter wissenschaftlicher Begleitung zu dokumentieren und auszuwerten sind. Sollte die Regelung zu Telenotärzten ebenfalls vorsehen, dass deren Einsätze unter wissenschaftlicher Begleitung auszuwerten sind?

A: Die wissenschaftliche Begleitung, besser noch Überprüfung, ist in jedem Fall notwendig. Nur so kann das System auf Schwachstellen geprüft und den Gegebenheiten entsprechend optimiert werden.

12.

F: § 8 Abs. 2 ThürRDG-E (Drs. 7/7780) gibt vor, dass ein Telenotarzt die ärztliche Betreuung übernehmen kann, sofern das abgebende Krankenhaus dies anfordert und der Telenotarzt zustimmt. Sollte die Einschätzung des vor Ort eingesetzten nichtärztlichen Rettungspersonals ebenfalls in der Regelung berücksichtigt werden? Sofern ja, in welcher Form?

A: Wie bereits ausgeführt, verstehen wir die Einführung des Telenotarztes als ergänzendes Element der präklinischen Versorgung. Eine „Ressourcenschonung“ der Kliniken lehnen wir daher ab. In den Fällen, bei denen eine ärztliche Transportbegleitung erforderlich ist, hat die abgebende Einrichtung dies grundsätzlich sicherzustellen. Wohl wissend, dass der Fachkräftemangel auch die Kliniken erreicht hat, darf hier keine Verlagerung in den Rettungsdienst erfolgen. Sollte die Regelung im Gesetz Berücksichtigung finden, sehen wir das Vetorecht des Transportführers als unerlässlich an.

13.

F: § 14 Abs. 3 ThürRDG-E (Drs. 7/7780) sieht vor, dass der Zentralen Leitstelle „laufend“ die Anzahl der freien Betten und sonstigen Versorgungskapazitäten melden. Ist der Landesrettungsdienstplan der geeignete Rahmen, um diese Vorgabe zu konkretisieren? Sollte sie anderer Stelle konkretisiert werden?

A: Die Formulierung des o.g. Paragraphen ist nicht eindeutig. Die Leitstellen führen einen Nachweis, die Krankenhäuser und Sonstigen stellen sicher ..., so oder ähnlich hat es noch nie funktioniert. Ein zentraler Betten- und – wichtiger – Versorgungskapazitätennachweis ist nur über eine zentrale Softwarelösung sinnvoll und sollte zentral für ganz Thüringen zur Verfügung stehen. Im Übrigen erachten wir – mangels geeigneter Verordnungen – den Landesrettungsdienstplan als geeignetes Dokument.

14.

F: § 34a ThürRDG-E (Drs. 7/7780) regelt, dass für die Dauer von bis zu drei Jahren (Abs. 3) Abweichungen von den § 14 Abs. 4, § 15 Abs. 2 sowie § 16 Abs. 1 und 2 ThürRDG zugelassen werden können (Abs. 1). Sehen Sie Änderungsbedarf gegenüber diesen materiellen und zeitlichen Vorgaben für eine zulässige Anwendung der Experimentierklausel?

A: Da die grundsätzliche Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben sichergestellt sein wird, ist von der Innovation auszugehen. Der Landesbeirat für das Rettungswesen hat für uns elementaren Charakter bei der landesweiten Etablierung von positiv verlaufenden Experimenten und sollte frühzeitig in den jeweiligen Prozess eingebunden werden. Anzuregen ist, dass gerade die Experimente, die mit geringen Fallzahlen evaluiert werden können, in einem angemessenen Zeitraum – also deutlich über die Dreijahresfrist hinausgehend – realisiert werden können.

Es seien noch ergänzende Hinweise zur dringend notwendigen Stabilisierung des Thüringer Rettungsdienstes gestattet:

Mit großer Sorge ist zu konstatieren, dass die Verfügbarkeit von geeignetem Personal im Rettungsdienst die teils defizitäre Vorhaltung an Rettungsmitteln weiter aushöhlt. Ungeachtet der steigenden Probleme, die durch die mangelnde Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung und das daraus resultierende Bagatelleinsatzgeschehen immer weiter zunimmt, ist davon auszugehen, dass die Ausbildung von weiteren Notfallsanitätern oberste Priorität haben muss. Obergrenzen in der Finanzierung bei einzelnen Durchführenden des Rettungsdienstes können wir uns – bundesweit – erst nach einer Stabilisierung des Systems erlauben. Wichtig erscheint an dieser Stelle, dass die Ausbildungskapazitäten generell erhöht werden müssen. Als Indiz für eine Stabilisierung kann und muss die Verfügbarkeit der laut Rettungsdienstbereichsplan der einzelnen Rettungsdienstbereiche festgeschriebenen Vorhaltungen mit einem Erfüllungsgrad von 100% dienen sowie der nicht mehr notwendige Einsatz von Freelancern und Mitarbeitern von Notfallsanitäterbörsen. Gleichsam bleibt festzustellen, dass die aktuelle Situation (mit Einsatzerfordernis von Freelancern und Mitarbeitern von Notfallsanitäterbörsen) auch der gemäß § 1 ThürRettG gebotenen Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit widerspricht. Innerbetriebliche, der Personalnot geschuldete Kompensationsmaßnahmen (v.a. in Form von nicht in angemessenen Zeiträumen ausgleichender angewiesener Mehrarbeit) erhöhen die Überlast des Personals weiter. Wohl wissend, dass die Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung kurzfristig nicht signifikant zu erhöhen ist, bleibt perspektivisch auch hierin ein Handlungsansatz zu sehen.

Abschließend fällt auf, dass auch die bereits gegebene Einschränkung von Behandlungskapazitäten einzelner Krankenhäuser den Transportbedarf immer weiter erhöht und somit den Rettungsdienst zusätzlich belastet. Als einziges Mittel, das die Aufgabenträger des bodengebundenen Rettungsdienstes zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit haben, verbleibt schlicht die Erhöhung der Vorhaltung von Rettungsmitteln. Und die hierfür erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen sind derzeit nur schwerlich zu realisieren.

Gern stehen wir für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

komm. Amtsleiter