



HESSISCHER LANDTAG

02. 07. 2012

Kleine Anfrage

des Abg. Dr. Spies (SPD) vom 14.05.2012

**betreffend Zusammenarbeit von Rettungsdienstleitstelle
und ärztlichen Notdiensten**

und

Antwort

des Sozialministers

Vorbemerkung des Sozialministers:

Seit Langem ist das Hessische Sozialministerium bemüht, die Zusammenarbeit zwischen dem Rettungsdienst und dem vertragsärztlichen Notdienst (§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) weiterzuentwickeln. Mit dem 2005 unterzeichneten "Letter of intent" über die Einführung eines Schnittstellenmanagements zwischen Rettungsdienst und vertragsärztlichem Notdienst ist ein großer Schritt hierzu gelungen.

Allerdings steht die KVH der Beteiligung an gemeinsam betriebenen Leitstellen verhältnismäßig zurückhaltend gegenüber.

Gegenwärtig lenken und koordinieren die Zentralen Leitstellen den Brandschutz, den Katastrophenschutz und den Rettungsdienst. Demgegenüber steht der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD = vertragsärztlicher Notdienst) der KVH, der seine Leistungen durch eigene Dispositionszentralen steuert. Da dies bei den Bürgerinnen und Bürgern durch die sehr verwandten Begriffe zu Irrtümern und Missverständnissen und dadurch zu entsprechenden Fehleinsätzen führen kann, wurde bei der Novellierung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG) 2011 eine Ergänzung vorgenommen.

Durch diese Ergänzung in § 6 "Zentrale Leitstellen" wird ausdrücklich die Möglichkeit einer Integration des ÄBD der KVH und des privatärztlichen Bereitschaftsdienstes in die Zentralen Leitstellen eröffnet. Eine solche engere Verzahnung zwischen dem ÄBD zu den sprechstundenfreien Zeiten mit dem Rettungsdienst wird von allen Fachleuten seit Langem gefordert. Da dies jedoch in der Entscheidungshoheit der KVH liegt, konnte diese Möglichkeit aus rechtlichen Gründen lediglich als Option aufgenommen werden.

Diese Vorbemerkung vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Wie haben sich die Inanspruchnahme von Rettungsdienst bzw. ärztlichen Notdiensten in den letzten fünf Jahren entwickelt (bitte nach Diensten und Jahren aufschlüsseln)?

Die Einsatzentwicklung im Rettungsdienst stellt sich wie folgt dar:

2007 = ca. 770.000 Einsätze,

2008 = ca. 800.000 Einsätze,

2009 = ca. 850.000 Einsätze,

2010 = ca. 930.000 Einsätze,

2011 = ca. 960.000 Einsätze.

Über die Inanspruchnahme des ÄBD im Sinne von Patientenkontakten stehen der KVH keine unmittelbaren Daten zur Verfügung. Laut Auskunft der KVH kann die Inanspruchnahme nur über die abgerechneten und anerkannten Behandlungsfälle als einen die tatsächliche Inanspruchnahme der ÄBD unterrepräsentierenden Wert darstellen.

Auf dieser Datenbasis ist zwischen 2008 und 2011 ein Anstieg der Fallzahlen von durchschnittlich 9 v.H. hessenweit erkennbar. Im Jahr 2009 ist ein Anstieg der Fallzahlen von durchschnittlich ca. 17 v.H. gegenüber dem Jahr 2008 zu erkennen. Im Jahr 2010 wurde gegenüber dem Jahr 2009 ein Fallzahlrückgang von ca. 8 v.H. verzeichnet. Vom Jahr 2010 auf 2011 ist ein Fallzahlanstieg von ca. 1,7 v.H. zu erkennen.

Die Fallzahlen der einzelnen Bereitschaftsdienste sind der nachstehenden Tabelle, die die KVH zur Verfügung gestellt hat, zu entnehmen:

ÄBD-Zentrale	Fallzahlen 2.008	Fallzahlen 2.009	Fallzahlen 2.010	Fallzahlen 2.011
Aartal bis 30.06.2011	1.573	1.465	1.338	640
Aartal/Herborn ab 01.07.2011	0	0	0	1.351
Alsfeld	3.324	4.963	4.640	4.469
Aßlar/Ehringshausen	2.922	2.982	2.306	2.362
Bad Hersfeld	3.638	8.595	7.286	7.350
Bad Nauheim	4.413	5.177	4.224	3.781
Bad Soden-Salmünster	7.672	9.028	7.139	6.431
Bad Vilbel	3.163	3.329	1.399	2.474
Biedenkopf	6.611	7.378	6.350	6.635
Büdingen	7.793	8.180	7.310	7.300
Busecker Tal (ab 2011 Mittelhessen)	2.163	2.385	2.228	0
Butzbach	1.934	2.102	1.715	1.643
Darmstadt	22.599	26.515	23.029	23.594
<i>Dep. Langenselbd s. Main-Kinzig-West</i>	0	0	0	0
Dietzenbach (bis 2. Qu. 2010)	9.934	10.778	4.804	0
Dietzenbach/Obertshausen (ab 3. Qu. 2010)	0	0	7.332	15.068
Dieburg ab 4/09	0	796	3.462	4.141
Dillenburg	2.814	2.837	2.216	1.885
Erbach	4.623	7.803	7.098	7.605
Eschwege	0	0	0	0
Frankfurt	96.591	99.919	93.543	89.361
Fulda	10.073	24.974	21.131	21.279
Gelnhausen/Freigericht	13.923	15.448	13.895	12.953
Gießen (ohne Augen & Kinder)	4.885	6.577	6.097	7.408
Gladenbach	5.525	6.544	6.060	5.515
Groß-Gerau	6.600	6.872	5.930	4.590
Groß-Umstadt	8.338	8.356	7.686	7.583
Grünberg/Laubach/Mücke ab 2011 Mittelhessen)	2.272	4.407	3.753	0
Haiger	2.110	2.545	1.849	1.736
Hanau	22.742	25.003	25.260	23.946
Heppenheim	4.410	4.186	3.872	3.794
Herborn bis 30.06.2011	1.800	3.023	2.619	1.361
Hofheim	6.753	7.140	6.042	6.238
Hüttenberg (ab 2011 Mittelhessen)	3.656	3.621	3.059	0
Hungen-Lich (ab 2011 Mittelhessen)	2.320	2.272	2.063	0
Kassel	33.972	29.872	29.083	30.248
Kelkheim	2.672	2.647	2.274	2.278
Kino Darmstadt (ab 2. Quartal 2011)	0	0	0	7.791
Königstein	1.645	1.875	1.636	1.605
Lahn-Bieber	2.727	2.923	2.957	2.682
Lampertheim	1.594	6.215	5.544	5.526
Langen-Dreieich	11.193	12.137	11.579	14.205
Lauterbach	3.323	3.131	2.617	2.744
Limburg	12.979	12.675	10.940	12.014
Lumdatal	1.135	1.017	946	882
Main-Kinzig-West	16.651	17.372	17.363	19.260
Main-Taunus-Ost	4.130	4.275	3.480	3.836
Marburg	5.699	6.042	15.237	17.187
Marburg Ostkreis	2.171	8.026	5.830	5.384
Mittelhessen ab 2011	0	0	0	12.348
Mörfelden-Walldorf	4.490	4.512	3.623	3.884
Mühlheim	6.067	7.626	6.805	6.504
Neu-Isenburg	3.742	3.897	3.747	3.985
Nidda/Ranstadt (bis 1. Qu. 2011)	5.625	5.332	4.723	909

Nidda/Schotten (ab 2. Qu. 2011)	0	0	0	2.494
Schotten (bis 1. Qu. 2011)	0	0	2.806	410
Oberes Dietzhölztal	2.945	3.582	2.638	2.166
Ober-Ramstadt	1.206	4.152	4.554	4.517
Obertshausen (bis 2. Qu. 2010)	4.682	4.580	1.991	0
Offenbach	26.171	26.256	22.567	22.816
Pfungstadt (Dependance) bis 31.12.2010	762	2.630	1.293	543
Pohlheim-Gambach (ab 2011 Mittelhessen)	1.957	2.615	2.227	0
Rheingau	3.980	4.361	3.523	3.324
Riedstadt	2.989	11.884	10.132	10.536
Rodgau	12.482	15.538	13.292	13.674
Rüsselsheim	11.079	13.261	13.519	14.493
Schlüchtern	5.287	8.222	6.124	5.208
Schotten	2.521	2.535	0	0
Seeheim-Jugenheim	3.623	3.823	3.711	3.834
Seligenstadt	6.425	6.553	7.068	6.649
Solms-Braunfels	3.465	3.101	2.246	2.556
Untertaunus (ÄBD Idstein & Bad Schwalbach)	8.284	9.012	8.064	8.430
Usingen	4.121	4.551	3.895	4.509
Viernheim	581	3.049	2.733	2.642
Vorderer Odenwald	4.918	6.198	4.825	4.763
Vordertaunus	11.449	14.683	12.688	13.519
Weilburg	4.914	4.995	4.141	5.834
Weschnitztal	1.328	5.024	3.922	4.001
Wetterau-Bürgerhospital	7.539	7.738	6.894	6.778
Wetterau-West	2.772	2.849	2.859	2.432
Wetzlar	6.217	6.930	5.729	6.338
Wiesbaden	38.434	38.374	34.916	35.875
Wolfhagen ab 01.04.2010	0	0	1.352	1.545
Ziegenhain-Frielendorf-Schrecksb.ab 01.04.2009	0	4.033	4.634	4.175
Summe	577.120	675.303	619.462	629.826

Frage 2. Sind dabei Besonderheiten festzustellen und welche Gründe sind dafür auszumachen?

Die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes spiegelt die gesellschaftliche, insbesondere auch die gesundheitspolitische Entwicklung wider. Die Notfälle nehmen aufgrund folgender Faktoren zu:

- Die demografische Entwicklung und der medizinischer Fortschritt führen zu mehr alten, multimorbiden und chronisch kranken Patienten.
- Die Spezialisierung der Krankenhäuser führt zu häufigeren Verlegungen.
- Kürzere Krankenhausaufenthalte bzw. Frühentlassungen führen zu mehr Krankentransporten.
- Zunehmende Anspruchshaltung der Bevölkerung in Verbindung mit abnehmendem Niveau der ambulanten ärztlichen Versorgung (längere Wartezeiten, größere Notdienstbezirke etc.) führen zu mehr Rettungsdiensteinsätzen.

Die Steigerungen der Einsatzzahlen im Rettungsdienst hängen im Wesentlichen mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und der Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern zusammen. Durch die geänderte Entlassungspraxis der Krankenhäuser, wonach viele Patienten vor ihrer endgültigen Genesung entlassen werden, entstehen zusätzliche Rettungsdiensteinsätze. Oft müssen Patienten ein oder zwei Tage nach ihrer Entlassung wieder in das Krankenhaus transportiert werden.

Nach Auskunft des Lahn-Dill-Kreises sind die Einsatzzahlen im Rettungsdienst durch die Kooperation mit dem ÄBD und der ärztlichen Besetzung in der Zentralen Leitstelle, im Gegensatz zu den Landeszahlen, im Trend seit 1998 nicht gestiegen.

Die Schwankungen zwischen den einzelnen Bereitschaftsdiensten der KVH sind nach Auskunft der KVH teilweise mit strukturellen Veränderungen erklärbar. Beispielsweise sind im Vergleich der Jahre 2008 zu 2009 in den ÄBD-Zentralen Fulda und Marburg-Ostkreis durch Fusionen mit kollegialen Bereitschaftsdiensten (deren Fallzahlen vorher nicht separat erfasst wurden)

die Fallzahlen deutlich gestiegen. Die Gründe für den Anstieg der abgerechneten Fälle im ÄBD von 2008 bis 2011 sind der KVH nicht bekannt.

Frage 3. Wie hat sich die Zusammenführung von ärztlichen Notdiensten in Notarztzentralen auf die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes ausgewirkt?

Wenn alle medizinischen Hilfersuchen in der Zentralen Leitstelle eingehen, können erfahrene Disponenten (in der Regel mit der Ausbildung zum Rettungsassistenten) entscheiden, ob der Rettungsdienst (ggf. mit Notarzt) oder der ÄBD zu alarmieren ist. Dies bringt einen enormen Zeitvorteil gegenüber der Vermittlung zum ÄBD.

Die Zusammenführung des ÄBD und der Zentralen Leitstelle des Lahn-Dill-Kreises in Verbindung mit der ärztlichen Besetzung hat sich in den Versorgungsstrukturen sehr gut ausgebildet. Mit der Zusammenarbeit konnte ein Anstieg der Einsatzzahlen verhindert werden. Nachweislich der Studien mussten aus diesem Grunde keine weiteren Rettungsmittel in Dienst genommen werden.

Unabhängig der Auslastungsdiskussion ist allerdings ein wesentlicher Bestandteil die enorme Qualitätssteigerung im Rahmen des Hilfersuchens der Bürgerinnen und Bürger im Lahn-Dill-Kreis. Auch hier haben Studien gezeigt, dass fehlgeleitete Anrufe in beiden Bereichen sowohl des ÄBD als auch im Rettungsdienst sach- und fachgerecht zugeordnet werden konnten und eine bezüglich Zeitverzug oder Weiterleitungen problematische Kommunikation nicht mehr vorhanden ist. Insbesondere in lebensbedrohlichen Situationen hat dieses zu einer sehr schnellen, genauen und zielgerichteten Reaktion des Rettungsdienstes geführt. Durch die Zusammenführung auf der Zentralen Leitstelle wurden auch neue Strukturen in den Notdienstbezirken eingeführt und Vertretungsregelungen zwischen den Bezirken festgelegt. Hierdurch sind Probleme bei Kapazitätsfragen oder auch Probleme in den Kommunikationsstrukturen durch eine zentrale Steuerung und gegenseitige Vertretungsregelungen für den Patienten nicht mehr spürbar.

Außerdem haben in diesen Bereichen die Fehleinsätze abgenommen.

Größere Notdienstbezirke führen tendenziell dazu, dass die Patienten nicht bereit sind, lange Anfahrtszeiten in Kauf zu nehmen. Stattdessen bemühen sie den schnell reagierenden und zum Wohnort kommenden Rettungsdienst. Dieser kann aus haftungsrechtlichen Gründen selbst gegen offensichtlichen Missbrauch nichts tun.

Frage 4. Welche Kooperationsmodelle zwischen Rettungsdienstleitstellen und ärztlichem Bereitschaftsdienst gibt es in Hessen? Seit wann gibt es die Kooperationen jeweils?

Kreis Bergstraße: Seit dem 1. April 2011 besteht eine Kooperation im Kreis Bergstraße (Pilotprojekt). Hier werden die beim ÄBD Lampertheim/Bürstadt auflaufenden Anrufe zunächst auf die Zentrale Leitstelle des Landkreises umgeleitet und hinsichtlich ihrer rettungsdienstlichen Relevanz gefiltert. Ist diese nicht gegeben, wird der Anrufer direkt an den ÄBD weitergeleitet.

Dabei vermittelt die Zentrale Leitstelle für einen Teil des Kreisgebiets mit 60.000 Einwohnern die telefonischen Hilfersuchen für den ÄBD. Im Rahmen dessen ordnet sie alle eingehenden Hilfersuchen dem zuständigen System zu (ÄBD oder Rettungsdienst). Anrufe für den ÄBD werden zum diensthabenden Arzt durchgestellt, sodass in der Zentralen Leitstelle selbst kein Arzt erforderlich ist.

Stadt Frankfurt a.M.: Seit dem 1. Januar 2003 besteht zwischen der Stadt Frankfurt a. M. und der KVH eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der medizinischen Akutversorgung. Seit April 2005 hat die Einsatzzentrale der KVH den Betrieb in den Räumlichkeiten der Zentralen Leitstelle der Stadt Frankfurt a.M. aufgenommen.

Lahn-Dill-Kreis: Die Kooperation des Lahn-Dill-Kreises mit dem Arztnotruf für die Region e.V. (A.N.R.) und der KVH besteht seit dem 1. Oktober 2000. Die Zentrale Leitstelle nimmt über eine separate, zentrale ÄBD-Rufnummer alle telefonischen Kontakte zu den Bereitschaftsdiensten in der Region entgegen. Dabei ist die Leitstelle an den Abenden, den Wochenenden und Feiertagen zusätzlich mit einem niedergelassenen Arzt besetzt, der

diese Anrufe primär entgegen nimmt und die Anrufer/Patienten berät bzw. bei ärztlich festgestellter Indikation einen Hausbesuch veranlasst.

Kreis Marburg-Biedenkopf: Es gibt seit ca. 1996 eine Kooperation mit dem ABD Gladenbach/Bad Endbach (später erweitert durch den Bereich Lohra). Hier wird bei Abwesenheit des Arztes der Telefonanschluss zur Zentralen Leitstelle weitergeleitet.

Vogelsbergkreis: In zwei Bezirken (Stadt Herbstein, Gemeinde Grebenhain und Gemeinde Freiensteinau, sowie begrenzt um den Bereich der Stadt Kirtorf) wird der ärztliche Notdienst von niedergelassenen Ärzten nicht über Notdienstzentralen, sondern über die Zentrale Leitstelle des Vogelsbergkreises abgefragt. Die Rufnummer der Zentralen Leitstelle ist in diesen Bereichen in den aml. Mitteilungen veröffentlicht. Diese Regelungen bestehen, in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, seit dem Jahr 2005.

Kreis Waldeck-Frankenberg: Der ÄBD für die Gemeinde Edertal und die Stadt Bad Wildungen wird seit 1997 komplett über die Zentrale Leitstelle abgewickelt. In den vergangenen Jahren sind noch einige (leider nicht alle) Ärzte in Frankenberg dazu gekommen. Der Landrat möchte gerne den Service auf den gesamten Landkreis ausdehnen und befindet sich in intensiven Gesprächen mit der Ärzteschaft.

Werra-Meißner-Kreis: Seit dem 1. Januar 1992 wurde eine Vereinbarung mit den Kassenärzten im Bereich Eschwege und Meinhard getroffen. Seit dieser Zeit übernimmt die Zentrale Leitstelle als freiwillige Aufgabe die Vermittlung des ÄBD in den Gemeinden Eschwege und Meinhard.

Frage 5. Welche weiteren Kooperationen in Hessen sind in Planung?

Nach Auskunft der KVH gibt es Bestrebungen, das Projekt "Bergstraße" auf den gesamten Kreis Bergstraße auszuweiten. Die Resonanz innerhalb der ÄBD-Gemeinschaften in der Region sei jedoch geteilt, sodass noch keine flächendeckende Lösung realisiert werden konnte.

Frage 6. Auf welcher rechtlichen Basis finden die Kooperationen statt?
Wie werden die finanziellen Fragen geregelt?

Kreis Bergstraße: Die Kooperation findet auf Basis von § 6 Abs. 2 HRDG statt, wonach die Zentralen Leitstellen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung unterstützen und dabei mit dem ÄBD der KVH zusammenwirken sollen. Grundlage ist ein Vertrag zwischen der KVH und dem Kreis Bergstraße.

Der Pilotbezirk wurde so gewählt, dass die durchaus erheblichen zusätzlichen Aufgaben noch mit dem vorhandenen Personal bewältigt werden können. Die geringen Sachkosten (im Wesentlichen für die Telefonumleitung) trägt jede Seite selbst.

Stadt Frankfurt a.M.: Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit zwischen dem ABD der KVH und den Einheiten und Einrichtungen der Notfallversorgung der Stadt Frankfurt a.M. in einer gemeinsamen Leitstelle unter dauerhafter Beibehaltung der originären Aufgabenstellung, Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Vertragspartner.

Finanzierung:

- Für die Nutzung der Räumlichkeiten in der Zentralen Leitstelle (Nebenraum durch Glaswand getrennt) wurde mit der KVH ein Mietvertrag geschlossen.
- Die KVH hält 3 Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) vor und ist Eigentümer dieser Fahrzeuge. Sie übernimmt die Kosten der Ausstattung, Erhaltungs- und Betriebskosten. Halter der Fahrzeuge ist jedoch die Branddirektion. Eines dieser Fahrzeuge ist im Rahmen der Tätigkeit des hausärztlichen Vertretungsdienstes von Montag bis Freitag immer durchgehend im Dienst und steht so dem öffentlichen Rettungsdienst auch als Ergänzung-NEF zur Verfügung.
- Die KVH kann diverse Dienstleistungen der Branddirektion (z.B. Werkstatteleistungen) in Anspruch nehmen. Hierfür zahlt die KVH der Branddirektion eine vierteljährliche Pauschale.
- Wird durch die KVH ein Primär-NEF-Einsatz gefahren bzw. stellt die KVH der Branddirektion vorgeplant ein NEF zur Verfügung, wird dies der Branddirektion in Rechnung gestellt.

Lahn-Dill-Kreis: Die Kooperation findet in einem Dreiecksverhältnis im Rahmen vertraglicher Regelungen statt.

Einerseits existiert eine vertragliche Regelung zwischen dem Arztnotruf (A.N.R.) als Vertretungsorgan für die niedergelassenen Ärzte, der KVH und den Krankenkassen in Hessen. Hierin sind insbesondere der ÄBD und die ärztliche Besetzung der Zentralen Leitstelle geregelt. In einem weiteren Dienstleistungsvertrag zwischen der KVH und dem Lahn-Dill-Kreis ist die technische und personelle Anbindung des ÄBD an die Zentrale Leitstelle geregelt. Hierin wurden auch die finanziell erforderlichen Fragen berücksichtigt. Die Krankenkassen finanzieren den Zusatzaufwand der Zentralen Leitstelle vollständig (Pauschale) und etwa ein Drittel der Arztstelle.

Kreis Marburg-Biedenkopf: Die Kooperation ist seinerzeit vertraglich mit der Stadt Marburg als Betreiber der Zentralen Leitstelle und der Ärztlichen Notdienst Gemeinschaft Gladenbach geschlossen worden. Für die Vermittlung des ÄBD werden keine Kosten erhoben.

Vogelsbergkreis: Die Kooperation gründet auf einer Vereinbarung zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Vogelsbergkreis. Für die Vermittlung des ÄBD wird eine jährliche Gebühr gemäß Absprache mit den niedergelassenen Ärzten erhoben.

Kreis Waldeck-Frankenberg: Der Kreis schloss mit den teilnehmenden Ärzten eine Vereinbarung zur Regelung der Alarmierung und Einsatzsteuerung des ÄBD ab. Für den personellen und sachlichen Aufwand der Zentralen Leitstelle werden von den Ärzten des ÄBD monatliche Pauschalen, die sich nach Anzahl der Dienste im Monat/Quartal berechnen, erhoben.

Frage 7. Welche Vorteile haben die Kooperationen gegenüber getrennten Diensten?

Eine weitere Verkürzung des therapiefreien Intervalls (Zeit vom Eintritt des Notfalles bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes) ist mit den Mitteln des organisierten Rettungsdienstes allein nicht erreichbar. Eine effektive Verbesserung dieser Situation kann nur durch einen Aufbau von Voraus-Helfer-Systemen sowie die Integration niedergelassener Ärzte ergänzt werden. Gestaffelte Hilfeleistungssysteme (Laienhilfe, Voraus-Helfer, ÄBD, Rettungsdienst) koordiniert durch eine integrierte Leitstelle tragen dazu bei, eine flächendeckende hilfsfristgerechte Notfallversorgung der Bevölkerung zu sichern.

Die Idee, die hinter der Entgegennahme von Anrufen beim ÄBD durch Zentrale Leitstellen steht, ist, dass die Anrufe auf diese Weise der jeweils "richtigen" Versorgungsebene zugeleitet und somit Fehleinsätze vermieden werden.

Die systemgerechte Zuordnung der Fälle hat signifikante volkswirtschaftliche Vorteile. Die Patienten werden schneller versorgt, die niedergelassenen Ärzte und der Rettungsdienst entlastet. So wurden z.B. in der Bergstraße nach nunmehr einem Jahr Praxis folgende Erkenntnisse gewonnen:

- 14 v.H. der Anrufe für den ÄBD betrafen den Rettungsdienst. Diesen Patienten wurde erheblich schneller die richtige Hilfe zuteil, indem sie direkt zur passenden Behandlungseinrichtung gelangten.
- Bei 16 v.H. der Anrufe für den ÄBD ging es um sonstige Anliegen (Sprechzeiten, Apothekennotdienst etc.). Die Filterung durch die Zentrale Leitstelle entlastet die niedergelassenen Ärzte von sachfremden Anrufen, insbesondere von überflüssigen nächtlichen Störungen. Das Verfahren ist damit gut geeignet, die Problematik der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern. Die Ärzte empfinden es insbesondere als positiv, über die direkte Rückfallebene des Rettungsdienstes zu verfügen.
- 2 v.H. der Anrufe für den Rettungsdienst betrafen den ÄBD. Dies stellt eine durchaus beachtliche Entlastung des Rettungsdienstes dar (die oben erwähnten 14 v.H. wären ohnehin zu transportieren gewesen, allerdings mit dem Umweg über den ÄBD).

Die Zentrale Leitstelle bewertet es als positiv, bei medizinischen Grenzfällen nicht gleich einen Rettungswagen (RTW) alarmieren zu müssen, sondern den Anrufer (Patienten) zunächst mit einem Arzt verbinden zu können.

Ein wesentlicher Vorteil der gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung in der Zentralen Leitstelle des Lahn-Dill-Kreises ergibt sich durch eine enorme Qualitätssteigerung. Zeitverluste in lebensbedrohlichen und kritischen Situationen, aber auch eine Überlastung des Rettungsdienstes durch nicht notwendige Transporte, die dem Bereich des ÄBD zuzuordnen wären, können sach- und zielgerichtet zum Vorteil des Patienten abgearbeitet werden. Unter der Betrachtung der finanziellen Situation ist es für beide Beteiligte eine "Win-Win-Situation", da Technik, Personal und Gebäude nicht unbedingt doppelt vorgehalten werden müssen, sondern im Rahmen einer gemeinsamen Risikobetrachtung nur unbedingt notwendige Erweiterungen in der Zentralen Leitstelle durchgeführt werden müssen. Ein weiterer wesentlicher Vorteil ist auch, dass zwischen den einzelnen Zuständigkeiten und Diensten eine nicht koordinierte Verschiebung von Patienten und Nichtzuständigkeitserklärungen unterbleibt. Durch die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung muss eine abschließende Entscheidung für den Patienten getroffen werden.

Frage 8. Teilt die Landesregierung die Auffassung, dass vermehrte Kooperationen zwischen Rettungsleitstelle und ärztlichem Notdienst sinnvoll sind, um zielgerichteter und schneller helfen zu können und Fehleinsätze zu vermeiden?

Die Landesregierung teilt die Auffassung, dass vermehrte Kooperationen zwischen Rettungsleitstelle und ärztlichem Notdienst sinnvoll sind, um zielgerichteter und schneller helfen zu können und Fehleinsätze zu vermeiden.

Frage 9. Welche Initiativen wird die Landesregierung ergreifen, um weitere Kooperationen von Rettungsdienstleitstellen und ärztlichen Notdiensten zu fördern?

Das Hessische Sozialministerium wird nach der Neuordnung des ÄBD durch die KVH auf diese zugehen, um das weitere Vorgehen abzustimmen.

Wiesbaden, 21. Juni 2012

Stefan Grüttner