

Rechtliche Grundlagen für die Tätigkeit des Leitenden Notarztes (LNA) in Baden-Württemberg:

- § Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG) in der Fassung vom 16. Juli 19
- § Rettungsdienstplan 2000 für Baden-Württemberg (Bekanntmachung vom 22. Mai 2001)

Auszüge aus diesen gesetzlichen Grundlagen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Tätigkeit und der Rechtsstellung des Leitenden Notarztes stehen, sind nachstehend aufgeführt.

Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG) in der Fassung vom 16. Juli 1998

(Auszüge)

§ 3 Planung

(1) Das Sozialministerium stellt in enger Zusammenarbeit mit dem Landesausschuß für den Rettungsdienst (§ 4) einen Rettungsdienstplan auf und paßt ihn der Entwicklung an.

(2) Der Rettungsdienstplan wird als Rahmenplan erstellt. Er legt die Grundzüge einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes fest. Das Land ist in Rettungsdienstbereiche einzuteilen. Die Standorte der Rettungshubschrauber werden bei geeigneten Krankenhäusern festgelegt. Im bodengebundenen Rettungsdienst ist bei der Notfallrettung die Zeit vom Eingang der Notfallmeldung in der Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen der Hilfe am Notfallort an Straßen (Hilfsfrist) maßgebend. Die Hilfsfrist soll aus notfallmedizinischen Gründen möglichst nicht mehr als 10, höchstens 15 Minuten betragen.

(3) Der Bereichsausschuß für den Rettungsdienst (§ 5) erstellt auf der Grundlage des Rettungsdienstplanes und unter Beachtung der Hilfsfrist nach Absatz 2 für den Rettungsdienstbereich einen Plan (Bereichsplan), der den Standort der Rettungsleitstelle, Zahl und Standorte der bedarfsgerechten Rettungswachen für den Bereich der Notfallrettung sowie die personelle und sächliche Ausstattung dieser Einrichtungen festlegt. Dabei sind die nach § 4 Abs. 2 Satz 2 festgelegten allgemeinen Grundsätze und Maßstäbe für eine wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes zu beachten. Der Bereichsplan ist dem Landesausschuß über die zuständige Rechtsaufsichtsbehörde vorzulegen; er ist für die Leistungsträger und die Kostenträger verbindlich. Darüberhinaus soll für den Krankentransport in den Bereichsplan die Zahl der nach § 15 zugelassenen Krankentransportwagen und ihre personelle Besetzung nachrichtlich aufgenommen werden.

§ 5 Bereichsausschuß für den Rettungsdienst

(1) Im Rettungsdienstbereich wird ein Bereichsausschuß für den Rettungsdienst (Bereichsausschuß) gebildet. Ihm gehören eine gleiche Zahl von stimmberechtigten Vertretern der Leistungsträger und der Kostenträger im Rettungsdienstbereich, höchstens je sieben Vertreter, an. Ferner können die Leistungsträger nach § 2 Abs. 1 im Rettungsdienstbereich, die nicht mit stimmberechtigten Mitgliedern vertreten sind, mit einem Vertreter an den Sitzungen des Bereichsausschusses beratend teilnehmen.

Darüberhinaus soll dem Bereichsausschuß mit beratender Stimme je ein Vertreter des Stadtkreises oder Landkreises, der Feuerwehr und ein Leitender Notarzt des Rettungsdienstbereiches sowie ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung angehören. Bei Bedarf können weitere sachverständige Personen auf Beschluß des Bereichsausschusses zu den Beratungen hinzugezogen werden.

- (2) Die stimmberechtigten Mitglieder werden von den einzelnen örtlichen Leistungsträgern und Kostenträgern vorgeschlagen. Der Vertreter des Stadtkreises oder Landkreises, der Feuerwehr und der Leitende Notarzt werden vom Stadtkreis oder Landkreis, der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung wird von dieser vorgeschlagen. Der Landrat oder der Oberbürgermeister des Stadtkreises beruft die Mitglieder. Umfaßt der Rettungsdienstbereich mehr als einen Landkreis oder Stadtkreis, entscheiden Landräte und Oberbürgermeister gemeinsam. Kommt eine gemeinsame Entscheidung nicht zustande, entscheidet das Regierungspräsidium.
- (3) Dem Bereichsausschuß obliegt neben den Aufgaben nach § 3 Abs. 3 und § 6 Abs. 3 die Beratung der Angelegenheiten des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich. Auf Antrag eines Leistungs- oder Kostenträgers ist die Durchführung des Rettungsdienstes in einem Rettungsdienstbereich durch Sachverständige auf Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen, sofern der Bereichsausschuß oder alle Vertreter der Kostenträger oder alle Vertreter der Leistungsträger zugestimmt haben.
- (4) Der Bereichsausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Beschlüsse des Bereichsausschusses werden mit einfacher Mehrheit gefaßt.

§ 10

Mitwirkung von Ärzten

- (1) Im Rettungsdienst wirken geeignete Ärzte mit. Die Eignungsvoraussetzungen werden durch Satzung der Landesärztekammer festgelegt. Die Krankenhausträger sind im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen. Die niedergelassenen Ärzte wirken im Rettungsdienst mit.
- (2) Bei Schadensereignissen mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten ist die ärztliche Versorgung durch einen Leitenden Notarzt zu koordinieren. Der Leitende Notarzt wirkt bei der Qualitätssicherung im Rettungsdienst mit. Aufgaben, Tätigkeit und Bestellung des Leitenden Notarztes werden im Rahmen der Planung nach § 3 festgelegt. Die durch die Bereitstellung und den Einsatz des Leitenden Notarztes entstehenden Kosten sind Kosten des Rettungsdienstes.
- (3) Leistungsträger, Krankenhausträger und Kassenärztliche Vereinigungen treffen im Benehmen mit dem Bereichsausschuß Vereinbarungen über die Organisation des Notarztsystems im Rettungsdienstbereich.

Rettungsdienstplan 2000 für Baden-Württemberg (Bekanntmachung vom 22. Mai 2001)

(Auszüge)

III. Aufgaben des Rettungsdienstes

5. Aufgaben beim Großschadensfall

5.1 Großschadensfall

Ein Großschadensfall ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten bei häufig nicht mehr funktionsfähiger oder nicht mehr ausreichender Infrastruktur am Schadensort, teilweise auch durch das Bestehen einer erheblichen Gefährdung der Einsatzkräfte im Bereich des Schadensereignisses. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf an der Schadensstelle und der Kapazität des Rettungsdienstes entsteht, so dass - zumindest für einen gewissen Zeitraum - nicht mehr nach den Kriterien der individuellen medizinischen Versorgung verfahren werden kann.

5.2 Organisatorische Maßnahmen

Um das Missverhältnis zwischen Bedarf und Kapazität des Rettungsdienstes möglichst bald zu beheben und alle Notfallpatienten wieder individual-medizinisch versorgen zu können, ist es erforderlich, den Rettungsdienst an der Schadensstelle rasch personell und materiell zu verstärken. Der Leitende Notarzt gehört der gemeinsamen Einsatzleitung an und übernimmt die Führung der medizinischen Notfallversorgung (vgl. Kap. VIII, Abschnitt 2). Hierbei kommt es wesentlich auf das enge Zusammenwirken zwischen Leitendem Notarzt und dem ihm unterstellten rettungsdienstlichen Personal, insbesondere dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst, an. Sollten die personellen und materiellen Möglichkeiten eines Rettungsdienstbereiches nicht ausreichen, sind weitere Unterstützungspotenziale, z.B. aus umliegenden Rettungsdienstbereichen, durch Einheiten des Katastrophenschutzes (z.B. SEG) oder durch die Bundeswehr heranzuziehen. In diesen Fällen kann die Oberleitstelle zur Unterstützung herangezogen werden (vgl. Kap. V, Abschnitt 4.1).

Der Transport der Notfallpatienten in für die weitere Versorgung geeignete Einrichtungen (insbes. Krankenhäuser) muss in enger Absprache zwischen Leitendem Notarzt und Rettungsleitstelle weiträumig erfolgen, um zu vermeiden, dass die Situation des Massenanfalls lediglich in die umliegenden Krankenhäuser verlagert wird.

5.3 Planerische Vorkehrungen

Damit die erforderlichen Maßnahmen zur Bewältigung eines Massenanfalls von Notfallpatienten ohne Zeitverzug getroffen werden können, ist es unverzichtbar, dass die Planungen und Vorhaltungen des Rettungsdienstes bereits vor dem Eintritt eines Großschadensfalles mit den Verantwortlichen der anderen Behörden und

Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, wie z. B. Feuerwehr und Polizei, so weit wie möglich abgestimmt werden (s. auch Kap. III., Abschnitt 7). In diesem Zusammenhang wird auf folgende Bestimmungen und Empfehlungen in der jeweils gültigen Fassung verwiesen:

- § Gemeinsame Hinweise des Innenministeriums und des Sozialministeriums für Planungen zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten
- § Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Österreich über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen.
- § Hinweise des Innenministeriums zur Bildung eines Katastrophenschutzstabes bei den Katastrophenschutzbehörden und zur Bildung von Stäben für besondere Aufgaben.
- § Gemeinsame Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums, des Kultusministeriums, des Ministeriums Ländlicher Raum, des Sozialministeriums und des Verkehrsministeriums zu den Hinweisen des Innenministeriums zur Bildung eines Katastrophenschutzstabes bei den Katastrophenschutzbehörden und zur Bildung von Stäben für besondere Aufgaben in Behörden.
- § Empfehlungen des Innenministeriums für eine Dienstordnung der Arbeitsstäbe für besondere Aufgaben und den Katastrophenschutzstab.
- § Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Französischen Republik über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen.
- § Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweizerischen Eidgenossenschaft über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen.
- § Organisationsrahmenplan für erste Maßnahmen am Unfallort, den Transport und die stationäre Versorgung Schwerbrandverletzter bei einem Massenanfall.
- § Empfehlungen für einen Alarm- und Einsatzplan bei externen Schadensereignissen; herausgegeben von der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V.

VIII. Mitwirkung von Ärzten im Rettungsdienst

2. Leitende Notärzte

2.1 Funktion und Qualifikation

Der Leitende Notarzt (LNA) als Führungskraft des Rettungsdienstes soll bei Großschadensfällen (vgl. Kap. III., Abschnitt 5.) mit vielen Verletzten oder Erkrankten die medizinischen Maßnahmen am Notfallort leiten, koordinieren und überwachen, um möglichst allen Betroffenen eine medizinische Versorgung zu ermöglichen. Er wird hierbei insbesondere durch den Organisatorischen Leiter Rettungsdienst unterstützt.

Der Leitende Notarzt hat im Einsatz Weisungsbefugnis gegenüber den beteiligten Ärzten, dem Rettungsdienstpersonal und im Falle der Delegation durch den technischen Einsatzleiter gegenüber dem Sanitätspersonal des Katastrophenschutzes. Die Weisungsbefugnis im Einsatz gegenüber anderen Ärzten gilt ohne Einschränkung für sämtliche medizinisch-einsatztaktische Maßnahmen wie z.B. die Einrichtung einer Verletztensammelstelle oder die Festlegung der

Reihenfolge des Abtransports der Patienten. Sie hat ihre Grenzen bei Anweisungen, die bei der konkreten Behandlung eines Patienten die ärztliche Therapiefreiheit des jeweils behandelnden Arztes einschränken würden.

Der Leitende Notarzt ist Mitglied des in der Regel vom Feuerwehrkommandanten des Einsatzortes zu bildenden Einsatzstabes (vgl. § 28 Abs. 1, 3 FwG). Im Katastrophenfall ist er Mitglied im Stab des technischen Einsatzleiters (vgl. § 20 Abs. 2 LKatSG; "Gemeinsame Hinweise des Innenministeriums und des Sozialministeriums für Planungen zur Bewältigung eines Massenansturms von Verletzten in der jeweils geltenden Fassung).

Die Eignungsvoraussetzungen werden durch Satzung der Landesärztekammer festgelegt.

2.2 Aufgabenstellung im Einzelnen

Die Leitungs-, Koordinierungs- und Überwachungsfunktion des Leitenden Notarztes beinhaltet insbesondere:

- (1) Beurteilung der Lage hinsichtlich der Schadensart, des Schadensumfangs (insbesondere in Bezug auf die Anzahl der Verletzten oder Erkrankten und die Art der Verletzungen/ Erkrankungen), der möglichen Folgegefährdungen sowie der Kapazität des Rettungsdienstes.
- (2) Bestimmung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes durch Sichtung, Festlegung der medizinischen Versorgung (einschließlich des Umfangs der Anforderung von Sanitätspersonal und -material) und der Rettungsmittel und -ziele.
- (3) Überwachung und Koordination der festgelegten Maßnahmen als Mitglied des Einsatzstabes in ständiger Abstimmung mit der Einsatzleitung und Sicherstellung der landeseinheitlichen medizinischen Dokumentation.

2.5 Organisation des LNA-Dienstes

Die LNA-Einsatzbereitschaft soll durch eine von den bestellten Leitenden Notärzten des jeweiligen Rettungsdienstbereichs zu organisierende Rufbereitschaft Gewähr leisten werden. Rufbereitschaft heißt, dass die zum Dienst eingeteilten Leitenden Notärzte zwar ihren Aufenthaltsort im Einsatzbereich bzw. in unmittelbarer Nähe desselben frei wählen können, jedoch unmittelbar abkömmlich sein müssen. Zu diesem Zweck stellen die Leitenden Notärzte jeweils für ihren Dienstbereich einen fortzuschreibenden Dienstplan auf und übermitteln diesen der örtlichen Rettungsleitstelle. Sofern ein vergleichbares Sicherheitsniveau erreicht wird, ist auch die Alarmierung der gesamten LNA-Gruppe über eine Alarmschleife möglich, ohne dass eine verbindliche Diensterteilung einzelner Leitender Notärzte erfolgt. Welcher der zur Verfügung stehenden Leitenden Notärzte die Funktion in der Einsatzleitung wahrnimmt, richtet sich nach der Regelung der LNA-Gruppe.

Der Transport des LNA zum Einsatzort ist durch die Rettungsleitstelle zu veranlassen.

Die Krankenhausträger ermöglichen im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit den bei ihnen beschäftigten Notärzten durch entsprechende Regelungen den LNA-Dienst. Als solche kommen Vereinbarungen im Arbeitsvertrag (z. B. LNA-Dienst als Teil der Dienstaufgabe, Nebenabreden zur Vereinbarkeit des LNA-Dienstes mit den Hauptpflichten) oder Nebentätigkeitsgenehmigungen in Betracht.

Niedergelassene Ärzte und sonstige Ärzte, die die Eignungsvoraussetzungen der Landesärztekammer erfüllen, wirken ebenfalls im LNA-Dienst mit. Der LNA-Dienst ist flächendeckend in allen Rettungsdienstbereichen des Landes sicherzustellen. Hierfür ist pro Rettungsdienstbereich eine ausreichende Anzahl von Ärzten zu Leitenden Notärzten fortzubilden bzw. zu bestellen.

2.6 Kosten

Die durch die Bereitstellung und den Einsatz des Leitenden Notarztes entstehenden Kosten sind Kosten des Rettungsdienstes (vgl. § 10 Abs. 2 Satz 2 RDG). Zu den Kosten des Leitenden Notarztes gehören insbesondere eine Pauschale für die Übernahme der Funktion, eine Einsatzpauschale in der Höhe der Notarzteinsatzpauschale sowie die Aufwendungen für notwendige Ausrüstungsgegenstände. Die Pauschale schliesst die Kosten für planerische Aufgaben und Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nicht ein.

2.7 Haftung

Der Leitende Notarzt nimmt im Rahmen seiner Aufgabenstellung hoheitliche Funktionen wahr. Die Bestellung, die ihn mit hoheitlichen Rechten beleiht, schafft die Voraussetzung für die Abdeckung des Haftungsrisikos des Leitenden Notarztes über die Amtshaftung des Landes.

2.8 Unfallversicherung

Hinsichtlich der gesetzlichen Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz während der Tätigkeit als Leitender Notarzt sowie auf den damit zusammenhängenden Wegen.

2.9 Mitwirkung in der Qualitätssicherung

Die im Interesse der Notfallpatienten erforderliche Integration von intensivmedizinischen Verfahren in den Rettungsdienst bedarf analog der Regelung im stationären Bereich der ärztlichen Verantwortlichkeit. Sofern ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst nicht bestellt ist, ist der Leitende Notarzt für die Erstellung und Auswertung der landeseinheitlichen Dokumentation in seinem Rettungsdienstbereich verantwortlich. Der konkrete Umfang der weiteren Mitwirkung in der Qualitätssicherung wird im Benehmen mit dem Bereichsausschuss festgelegt.

2.10 Mitwirkung im Bereichsausschuss

Nach § 5 Abs. 1 RDG wirkt ein Leitender Notarzt mit beratender Stimme im Bereichsausschuss mit, um seine notärztliche Erfahrung einzubringen.