



# **Thesenpapier zur Zukunft des Medizinischen Rettungsdienstes in Baden-Württemberg anlässlich der geplanten Überarbeitung des Landesrettungsdienstgesetzes**

Dieses Thesenpapier greift grundlegende Probleme des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg auf und will im Sinne einer konstruktiven Diskussion Lösungsansätze darstellen. Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## **1. Gesetzliche Grundlagen**

Gemäß des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland liegt die Gesetzgebungskompetenz bei den Bundesländern (Art 70 ff. GG). Für die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr gelten in Baden-Württemberg zwei grundlegende Gesetze:

- das Feuerwehrgesetz BW (FwG) v. 01.04.1956, zuletzt geändert am 02.03.2010
- das Rettungsdienstgesetz BW (RDG) v. 01.07.1975, zuletzt geändert durch Verordnung am 28.02.2012

Die Landesregierung plant derzeit, beide Gesetze zu überarbeiten und neu zu fassen.

Ergänzend zum RDG erfolgen weiterführende Regelungen durch den Landesrettungsdienstplan (RDPL).

## **These:**

In der Praxis führen die beiden unterschiedlichen Gesetze zu Doppelstrukturen, Kompetenzüberschneidungen und Schnittstellenproblematiken. Es ist sinnvoll, dem Beispiel anderer Bundesländer zu folgen und beide Gesetze in ein „Integriertes Brandschutz-, Hilfeleistungs- und Rettungsdienstgesetz“ zu überführen. Dies würde zu diversen Synergien führen, unnötige Kosten vermeiden und die tägliche Arbeit der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr unabhängig von Partikularinteressen optimieren.

## **2. Struktur und Leitstellen**

Derzeit gliedert sich Baden-Württemberg in 37 Rettungsdienstbereiche, die sich an den Land- und Stadtkreisgrenzen orientieren. In der Regel wird in jedem Rettungsdienstbereich eine Leitstelle betrieben.

Trotz der seit einigen Jahren bestehenden gesetzlichen Forderung nach Integrierten Leitstellen, wurden diese noch nicht flächendeckend eingerichtet. In einigen Bereichen wird die Weisung auch durch „Gemeinsame Leitstellen“ oder andere Konstrukte (Stichwort Tübingen) unterlaufen. Bereichsübergreifende Leitstellen sind bisher kaum vorhanden. Die Trägerschaft der bestehenden Leitstellen liegt in vielen Fällen beim DRK.

Häufig werden die Leitstellen mit zusätzlichen Aufgaben beauftragt. Hierzu zählen neben dem Krankentransport (Vermittlungsmonopol) auch der Kassenärztliche Notfalldienst oder sonstige Aufgaben, wie etwa die Alarmierung der Winterdienste, Telefonvermittlung usw.

### **These:**

Die Bildung von landkreisübergreifenden Rettungsdienstzweckverbänden und die Einrichtung von bereichsübergreifenden Integrierten Regionalleitstellen muss im Sinne der Nutzung von Synergien, der Förderung der interkommunalen Zusammenarbeit, der erweiterten Ressourcenverfügbarkeit bei Großschadenslagen und der erforderlichen Redundanzen auf eine zwingende gesetzliche Grundlage gestellt werden.

Die Leitstellen sind in die Trägerschaft von Kommunen und Landkreisen zu überführen und entsprechende Redundanzen zu schaffen.

Die relevanten Daten zur Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes sind dort regelmäßig zu erheben und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Alle nicht originären Tätigkeiten der Leitstellen, die zu einer verzögerten Annahme von Hilfeersuchen an Feuerwehr und Rettungsdienst führen können, sind zu unterlassen.

Die personelle und materielle Ausstattung ist so zu gestalten, dass auch größere Schadenlagen oder technische Probleme jederzeit beherrscht werden können (Stichwort: Ein-Mann-Leitstellen, virtuelle Vernetzung).

### **3. Konstrukt „Bereichsausschüsse“, Trägerschaft und Aufsicht**

Gemäß dem derzeit gültigen RDG sind in den Rettungsdienst-bereichen sogenannte Bereichsausschüsse einzurichten. Diese bestehen aus den Vertretern der Leistungsträger (Hilfsorganisationen) und der Kostenträger (Krankenkassen), sowie (ohne Stimmrecht) je einem Vertreter des Landkreises, der Feuerwehr, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhäuser und dem Leitenden Notarzt.

Gemäß § 28 RDG entscheidet der Bereichsausschuss nicht nur über die Ausstattung des Rettungsdienstes und die Standorte der Rettungswachen, sondern auch über die Höhe der Entgelte.

Die Trägerschaft des Rettungsdienstes wurde auf Basis eines Vertrages zwischen dem Land Baden-Württemberg und einigen Hilfsorganisationen geregelt. Diese sind im RDG namentlich benannt: Arbeiter Samariter Bund, Deutsches Rotes Kreuz und Bergwacht Württemberg, Johanniter Unfall Hilfe, Malteser Hilfsdienst, Deutsche Rettungsflugwacht, Bergwacht Schwarzwald und Deutsche Lebensrettungsgesellschaft. Somit wird der Rettungsdienst nicht wie in anderen Bundesländern als öffentliche Daseinsvorsorge definiert und durch die Öffentliche Hand (Kreise, Kommunen) ausgeübt, sondern aufgrund eines Vertrages an „private“ Organisationen und Vereine delegiert. Über die Ausstattung entscheiden maßgeblich die Kostenträger (Kassen).

Die Rechtsaufsicht wurde in Baden-Württemberg den Landräten übertragen, allerdings ohne diese mit den erforderlichen Kompetenzen zur Durchsetzung

erforderlicher Maßnahmen auszustatten (Stichwort: Göppingen/Wäschenbeuren und Schwäbisch Hall).

Nach Einschätzung des renommierten Sicherheitsexperten Prof. Dr. Roland Goertz von der Universität Wuppertal stellen diese Regelungen einen „schweren Eingriff in die kommunale Selbstverwaltung“ dar. Er stuft sie gar als „verfassungswidrig“ ein. Weiter erklärt er: „Baden-Württemberg hat gesetzlich ein System festgezurr, in dem maßgeblich diejenigen die Organisation des Rettungsdienstes bestimmen, die ihn bezahlen und die ihn durchführen und davon leben“ (siehe Interview im „Mannheimer Morgen“).

**These:**

Der Rettungsdienst in Baden-Württemberg ist als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu definieren und die Trägerschaft den Land- und Stadtkreisen zu übertragen. Diese können den Rettungsdienst selbst ausüben, oder die Hilfsorganisationen beauftragen. Fach- und Rechtsaufsicht müssen bei der Öffentlichen Hand verbleiben (Stichwort: Feuerwehr). Die Implementierung eines „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ als unabhängige Fachinstanz ist unabdingbar.

#### **4. Aufgabe des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg**

§ 1 Abs. 1 RDG definiert die Aufgabe des Rettungsdienstes in der „Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransportes zu sozial tragbaren Benutzungsentgelten“.

**These:**

Der Hinweis auf die möglichst geringen Kosten bereits im ersten Paragraphen unterstreicht die Gewichtung dieses Aspektes im bestehenden Gesetz. Weitere Hinweise auf eine möglichst hohe Wirtschaftlichkeit finden sich an mehreren Stellen im RDG (u.a. § 3 Abs. 2 und 3 RDG). Die möglichst umfassende und optimale Versorgung der Bevölkerung muss in einer zukünftigen gesetzlichen Regelung mehr in den Vordergrund gestellt werden.

#### **5. Finanzierung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg**

Während in anderen Bundesländern die Kosten des Rettungsdienstes über Abgabengesetze und Kostensatzungen so festgesetzt werden, dass den Leistungserbringern eine adäquate personelle und materielle Ausstattung bei angemessener Entlohnung der Mitarbeiter ermöglicht wird, werden die Entgelte in Baden-Württemberg in den Bereichsausschüssen zwischen den Kostenträgern (Krankenkassen) und den Leistungserbringern (Hilfsorganisationen) verhandelt. Dies führt regelmäßig dazu, dass die Nutzungsentgelte in Baden-Württemberg nur die Hälfte oder gar nur ein Drittel der Nutzungsentgelte in anderen Bundesländern betragen.

Auch die Ausgaben der AOK belegen die Unterschiede. Während in Baden-Württemberg 29,92 € pro Versicherten für den RD aufgewendet werden, sind es z.B. in Berlin 70,77 €. Der bundesweite Mittelwert beträgt 42,00 €. Insgesamt gibt die GKV nur ca. 2 % des Budgets für den Rettungsdienst aus. (Zahlen: StN, Landtag BW)

### **These:**

Die Sparmentalität in Baden-Württemberg bleibt für die Ausstattung des Rettungsdienstes nicht folgenlos (Stichwort: Hilfsfrist). In einem der reichsten Bundesländer sollte es das Ziel sein, der Bevölkerung ein adäquates Versorgungsniveau zu garantieren und gleichzeitig die Mitarbeiter angemessen zu entlohnen (Stichwort: gGmbH). Hierzu muss der Gesetzgeber zunächst das Versorgungsniveau ausreichend detailliert definieren. Die daraus resultierenden tatsächlichen Kosten müssen dann ermittelt und auf die Versicherungsträger umgelegt werden.

### **6. Hilfsfrist**

Gemäß § 3 Abs. 2 RDG ist für die Bemessung der Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes unter anderem die sogenannte Hilfsfrist maßgeblich. Diese wird definiert als „...die Zeit vom Eingang der Notfallmeldung in der Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen der Hilfe am Notfallort an Straßen...“ Diese Hilfsfrist „...soll aus notfallmedizinischen Gründen möglichst nicht mehr als 10, höchstens 15 Minuten betragen“.

Diese Vorgabe wird in Baden-Württemberg als erfüllt angesehen, wenn in 95 % aller Fälle das Rettungsmittel innerhalb von 15 Minuten am Einsatzort eintrifft. Die 10-Minuten-Grenze findet keine Anwendung, obwohl bundesweit Hilfsfristen von 8 bis 10 Minuten, auch in den Flächenländern, üblich sind.

In den 37 Rettungsdienstbereichen in Baden-Württemberg wurde die Hilfsfrist (15 min/95%!) bei den Rettungswagen im Jahr 2013 nur in 15 Bereichen und bei den Notärzten nur in 5 Bereichen eingehalten.

Die Zeiterfassung beginnt in Baden-Württemberg im Moment der Einsatzentscheidung, also in dem Moment, in dem der Disponent nach dem Notrufgespräch entscheidet, dass eine Intervention notwendig ist. In anderen Bundesländern beginnt die Hilfsfrist bereits mit dem ersten Rufzeichen des Notrufes in der Leitstelle. Dies hat zur Folge, dass die Zeit bis zur Annahme des Notrufes, die Dauer des Notrufgespräches sowie die Dauer der Einsatzentscheidung qualitätswirksam sind, während sie in Baden-Württemberg nicht erfasst werden. Im „Handbuch des Rettungswesens“ (Hrsg. Kolja Mendel, Dr. Peter Hennes, Mendel Verlag) findet sich die Forderung des DRK, dass zwischen dem ersten Rufzeichen und der Annahme des Notrufgespräches durch den Disponenten nicht mehr als fünf Sekunden vergehen sollen.

Der Begriff „soll“ ist aus rechtlicher Sicht oft schwierig. Einfach ausgedrückt besagt er, dass der Empfänger der Weisung zur Umsetzung verpflichtet ist, in einer atypischen Situation jedoch ausnahmsweise davon abweichen kann. Für die Hilfsfrist in Baden-Württemberg bedeutet dies, dass eigentlich die Anwendung der 10-Minuten-Grenze gefordert ist. In atypischen Situationen (Eigenunfälle, Großschadenslagen, Unwetter...) kann hiervon abgewichen werden (95%-Regel). Keinesfalls darf die Hilfsfrist aber 15 Minuten übersteigen.

Derzeit finden sich in der Presse Aussagen, dass das Innenministerium beabsichtigt, die Hilfsfristdefinition dahingehend zu ändern, dass für die Rettungswagen eine 12-Minuten-Grenze und für den Notarzt eine 18-Minuten-Grenze gilt (Berichte SWP, StN, StZ, Stern, Focus, Deutsches Ärzteblatt).

### **These:**

Der Beginn der Hilfsfrist muss zwingend mit dem ersten Rufzeichen in der Leitstelle beginnen. Die Dauer bis zur Notrufabfrage und die Gesprächszeit sind wichtige

zeitliche Qualitätsfaktoren. Werden diese Intervalle nicht erfasst, führt dies zu einer Verschlechterung von bis zu zwei Minuten. Somit besteht für Baden-Württemberg derzeit eine tatsächliche Hilfsfrist von bis zu 17 Minuten. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, Beginn und Dauer der Hilfsfrist genau zu definieren und deren Einhaltung engmaschig zu überwachen. Es ist den Bürgerinnen und Bürgern nicht vermittelbar, warum ihnen in Hamburg bereits nach 5, in Herne nach 8 und in Oberursel nach 10 Minuten geholfen wird, während sie in Stuttgart oder Karlsruhe bis zu 17 Minuten warten müssen.

Eine Anpassung der aus „notfallmedizinischen Gründen“ erforderlichen Hilfsfrist von 10 Minuten an mögliche Spardiktate ist inakzeptabel. Werden die 10 Minuten nicht erreicht, müssen stattdessen alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, um die Einhaltung der Hilfsfrist zu gewährleisten.

Eine Verlängerung der Hilfsfrist für den Notarzt wird gern mit der künftig höheren Qualifizierung des Rettungsdienstpersonals (Stichworte „Notfallsanitäter“ und „Notkompetenz“) begründet. Im Gesetzgebungsverfahren zur Einführung des Notfallsanitäters wurde hingegen deutlich darauf hingewiesen, dass eine Reduzierung der Notarztanzahl nicht sinnvoll ist.

## **7. Krankentransport**

In Baden-Württemberg findet sich die Grundlage für den Krankentransport im Rettungsdienstgesetz. Die Durchführung erfolgt überwiegend durch die Hilfsorganisationen, aber auch durch private Anbieter. Die Koordination und Zuweisung der Transporte obliegt den Leitstellen.

Im Krankentransport sind Wartezeiten von mehreren Stunden keine Seltenheit. Der RDPL führt zu diesen Fällen aus, dass Rettungswagen für Krankentransporte eingesetzt werden dürfen, sofern innerhalb angemessener Zeit kein Krankentransportwagen verfügbar ist. Dies bedeutet gleichzeitig aber eine entsprechende Schwächung der Notfallrettung. Zusätzlich binden die zahlreichen Beschwerdeanrufe und Nachfragen das Personal der Leitstellen.

### **These:**

Die Vorhaltungen und Betriebszeiten im Krankentransport müssen so bemessen werden, dass stets ausreichend Ressourcen zur Bewältigung des vorhandenen Patientenaufkommens verfügbar sind. Eine Schwächung der Notfallrettung zugunsten des Krankentransportes ist zu unterlassen.

Zur Bewältigung von Großschadenlagen müssen Krankentransportwagen usw. zur Unterstützung der Notfallrettung herangezogen werden können.

Die Entgelte der Krankenförderung sind so zu bemessen, dass den Unternehmern ein kostendeckendes Arbeiten, auch in regelmäßig betriebsarmen Zeiten, ermöglicht wird.

Bei Bedarf ist der Krankentransport ggf. durch den Landkreis sicherzustellen oder zu verstärken.

Eine Ausgliederung des Krankentransportes aus dem Rettungsdienstgesetz und den Rettungsdienststrukturen erscheint sinnvoll.

### **Fazit**

Die angestrebte Überarbeitung der beiden Gesetze bietet die Möglichkeit, die bestehenden Schwächen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr in Baden-Württemberg zu beheben. Hierzu ist es aber notwendig, anstatt „kosmetischer

Maßnahmen“ die bestehenden Regelungen und Strukturen grundlegend zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen. Keinesfalls darf diese Neuregelung zu einer Verschlechterung gegenüber dem bestehenden System führen.

Der Medizinische Rettungsdienst muss als Teil der öffentlich-rechtlichen Daseinsvorsorge definiert werden und die seine Qualität regelmäßig überprüft werden.

Ziel muss es sein, den Bürgerinnen und Bürgern eine bedarfsgerechte, an die medizinisch sinnvollen Erfordernisse angepasste Notfallversorgung zu garantieren. Hierbei darf die Bevölkerung Baden-Württembergs nicht schlechter gestellt werden, als die Einwohner anderer Bundesländer.

Stuttgart, 09. Februar 2015