

Gesetzentwurf der Landesregierung

Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes

A. Zielsetzung

Die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhausträger, Ärzte für den Notarztendienst gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen, hat in der Praxis zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die jüngste Rechtsprechung hat jedoch aufgezeigt, dass die bisherigen Vorschriften des Rettungsdienstgesetzes keine Ermächtigungsgrundlage enthalten, um Krankenhäuser zur Stellung von Ärzten für den Notarztendienst konkret zu verpflichten, wenn diese dazu nicht freiwillig bereit sind. Um eine angemessene Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der notärztlichen Notfallrettung entsprechend der notärztlichen Hilfsfrist sicherzustellen, ist diese Regelungslücke zu schließen.

B. Wesentlicher Inhalt

Der Gesetzentwurf sieht im Wesentlichen Folgendes vor:

- Präzisierung der Aufgaben des Bereichsausschusses,
- klare gesetzliche Grundlage für den Bereichsausschuss zur Verpflichtung von Krankenhausträgern zur Notarztstellung mittels Verwaltungsakt,
- Entlastung des Bereichsausschusses bei gleichzeitiger Sicherstellung eines hinreichenden verwaltungsmäßigen Wirkungsvermögens,
- Verbesserung der Situation der Krankenhäuser bei Geltendmachung des Kostenausgleichs für die Notarztstellung,
- Kostenerstattungsregelungen für Krankenhäuser bezüglich der Personalqualifikation für den Notarztendienst,
- Normierung des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst,
- Wegfall der Ausnahmeregelung zur Verpflichtung zum integrierten Betrieb der Leitstellen von Rettungsdienst und Feuerwehr in gemeinsamer Trägerschaft,

- Regelung der europaeinheitlich vorgegebenen Notrufnummer „112“ als rettungsdienstliche Notrufnummer (Umsetzung der Verordnung über Notrufverbindungen vom 6. März 2009, BGBl. I S. 481),
- Normierung einer Fortbildungspflicht für das im Rettungsdienst und in den Leitstellen eingesetzte Personal zur Sicherstellung der erforderlichen Versorgung und Betreuung in der Notfallrettung.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten für die öffentlichen Haushalte

Durch das neue Entgeltsystem für die Krankenhäuser wurden Veränderungen in den Krankenhausstrukturen angestoßen. Die Folge sind Straffungen der Krankenhausstrukturen durch Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen, die sich hauptsächlich im ländlichen Raum und damit in mehrfacher Hinsicht auf die notärztliche Versorgung auswirken: Krankenhausschließungen sowie die räumliche Konzentration von Schwerpunkten/Kompetenzzentren verlängern die Wege für den Transport von Notfallpatienten zum geeigneten Krankenhaus und damit auch die Einsatzzeiten der Notärzte. Zudem muss bei Wegfall eines in die notärztliche Versorgung eingebundenen Krankenhauses eine Lösung gefunden werden, um die notärztliche Versorgung auf andere Weise sicherzustellen. Gegebenenfalls muss der Notarzdienst am bisherigen Standort des Krankenhauses weiterhin mit Krankenhausärzten besetzt bleiben. Diese Umstände führen im Bereich der rettungsdienstlichen und notärztlichen Versorgung zu einem nicht bezifferbaren finanziellen Mehraufwand für die Kostenträger.

Krankenhausträgern entstehen auf Grund des vollen Kostenausgleichs für die Notarztstellung keine Mehrkosten.

Die Einrichtung einer Schiedsstelle zur Bestimmung der erforderlichen Höhe des Kostenausgleichs für die Notarztstellung durch Krankenhausträger führt zwar zu Mehrkosten für die Kostenträger. Durch die Einrichtung der Schiedsstelle zur Streitbeilegung wird sich jedoch in der Regel die gerichtliche Geltendmachung des Kostenausgleichs erübrigen und sich dadurch ein Einspareffekt ergeben. Insgesamt ist nicht mit nennenswerten Mehrkosten für die Krankenkassen zu rechnen.

Die Möglichkeit, seitens des Vorsitzenden des Bereichsausschusses Sachverständige zu seiner Unterstützung hinzuzuziehen, dürfte allenfalls zu geringen Mehrkosten für die Krankenkassen führen.

Ein Mehraufwand für die Krankenkassen ergibt sich dadurch, dass die Krankenhäuser Kosten der Personalqualifikation für den Notarzdienst erstattet bekommen. Die Gesamthöhe der Mehrkosten hierfür ist nicht bezifferbar. Die dadurch erreichte Verbesserung der notärztlichen Versorgung dürfte teilweise wiederum Einsparungen für die Krankenkassen in anderen Bereichen bewirken, deren Umfang jedoch ebenfalls nicht bezifferbar ist.

Der für die Bereitstellung und den Einsatz des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst entstehende Mehraufwand für die Krankenkassen umfasst die Kosten für die Ausbildung, die Aufrechterhaltung eines Dienstplans, für Bereitschafts- und Einsatzkosten sowie die sächliche Ausstattung und die Fortbildung des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst.

E. Kosten für Private

Keine.

**Staatsministerium
Baden-Württemberg
Ministerpräsident**

Stuttgart, den 14. Juli 2009

An den
Präsidenten des Landtags
von Baden-Württemberg

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

in der Anlage übersende ich gemäß Artikel 59 Abs. 1 der Landesverfassung den von der Landesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes mit Begründung und Vorblatt. Ich bitte, die Beschlussfassung des Landtags herbeizuführen. Federführend ist das Ministerium für Arbeit und Soziales.

Mit freundlichen Grüßen

Oettinger
Ministerpräsident

Der Landtag wolle beschließen,
dem nachstehenden Gesetzentwurf seine Zustimmung zu erteilen:

Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes

Artikel 1

Änderung des Rettungsdienstgesetzes

Das Rettungsdienstgesetz in der Fassung vom 16. Juli 1998 (GBl. S. 437), zuletzt geändert durch Artikel 30 der Verordnung vom 25. April 2007 (GBl. S. 252, 255), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 3 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„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, die für die notärztliche Versorgung erforderlichen Vorhaltungen sowie die jeweilige personelle und sächliche Ausstattung festlegt.“

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 erhält folgende Fassung:

„Darüber hinaus sollen dem Bereichsausschuss mit beratender Stimme je ein Vertreter des Stadtkreises oder Landkreises und der Feuerwehr sowie ein Leitender Notarzt des Rettungsdienstbereiches, ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sowie Vertreter der Krankenhäuser angehören.“

b) Absatz 3 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Dem Bereichsausschuss obliegt die Beobachtung und Beratung der Angelegenheiten des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich sowie deren Regelung mit Ausnahme der Luftrettung, insbesondere der Aufgaben nach § 3 Abs. 3 und § 6 Abs. 3, der planerischen Sicherstellung der notärztlichen Versorgung einschließlich der Gewinnung von Ärzten nach § 10 und der Bestimmung des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Darin ist eine Stellvertretungsregelung für den Vorsitz zu treffen. Sitzungen des Bereichs-

ausschusses finden mindestens zwei Mal jährlich statt.“

bb) Es werden folgende Sätze angefügt:

„Der Vorsitzende vertritt den Bereichsausschuss gerichtlich und außergerichtlich. Er kann zur Unterstützung Sachverständige hinzuziehen; dabei entstehende Kosten sind Kosten des Bereichsausschusses. Der Vorsitz endet mit der Bestellung eines neuen Vorsitzenden.“

d) Es werden folgende Absätze 5 und 6 angefügt:

„(5) Der Bereichsausschuss ist im Sinne von § 61 Nr.3 der Verwaltungsgerichtsordnung fähig, an Verwaltungsgerichtsverfahren beteiligt zu sein. Widerspruch und Anfechtungsklage sind gegen den Bereichsausschuss zu richten.

(6) Die Kosten des Bereichsausschusses sind Kosten des Rettungsdienstes. Die den Vorsitzenden des Bereichsausschusses entsendende Organisation tritt für die Kosten des Bereichsausschusses in Vorlage.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„Rettungsleitstelle, Notrufnummer“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der bisherige Satz 6 wird Satz 4 und erhält folgende Fassung:

„Leitstellen sind für den Rettungsdienst und die Feuerwehr im integrierten Betrieb (Integrierte Leitstellen) in gemeinsamer Trägerschaft einzurichten, wobei die gemeinsame Trägerschaft in einer Vereinbarung festzulegen ist, in der insbesondere die Kostenaufteilung geregelt wird.“

bb) Der bisherige Satz 7 wird Satz 5.

cc) Der bisherige Satz 4 wird Satz 6 und erhält folgende Fassung:

„Die Träger der Leitstellen für den Rettungsdienst und die Feuerwehr stellen sicher, dass unter der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 eingehende Notrufe entgegen genommen und bearbeitet werden können.“

dd) Der bisherige Satz 5 wird Satz 7 und erhält folgende Fassung:

„Die unverzügliche Weiterleitung an die zuständige Leitstelle der Feuerwehr, des Rettungsdienstes oder der Polizei ist zu gewährleisten.“

ee) Es wird folgender Satz angefügt:

„Die Leistungsträger im Rettungsdienst stellen durch Beschriftung der Rettungsmittel sowie

auf andere geeignete Weise sicher, dass die Bevölkerung angemessen über Bestehen und Nutzung der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 informiert wird.“

4. § 9 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Das im Rettungsdienst sowie in der Leitstelle eingesetzte Personal hat jährlich an einer aufgabenbezogenen Fortbildung im Umfang von 30 Stunden teilzunehmen. Die Fortbildung hat sich darauf zu richten, dass das Personal den jeweils aktuellen medizinischen und technischen Anforderungen gerecht wird.“

5. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Die Krankenhausträger sind verpflichtet, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen; der Bereichsausschuss kann hierzu unbeschadet der Regelungen in Absatz 4 durch Verwaltungsakt Anordnungen treffen.“

bb) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung. Der Kostenausgleich umfasst auch die Kosten der erforderlichen Fort- und Weiterbildung des ärztlichen Personals der Krankenhäuser für den Notarzdienst. Für die Vollstreckung gilt das Landesverwaltungsvollstreckungsgesetz.“

b) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Unbeschadet der Zuständigkeit des Bereichsausschusses nach § 5 Abs. 3 und § 10 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 treffen Leistungsträger, Krankenhausträger, Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit dem Bereichsausschuss Vereinbarungen über die organisatorische Abwicklung des Notarzdienstes.“

c) Es wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Der dem Krankenhausträger nach Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 1 zustehende Kostenausgleich wird mit den Kostenträgern nach § 5 Abs. 1 Satz 2 einheitlich und gemeinsam vereinbart. Soweit eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, kann eine Schiedsstelle angerufen werden. § 28 Abs. 5 Satz 2 bis 8 gilt entsprechend. Die Schiedsstelle wird vom Regierungspräsidium für dessen Bezirk gebildet und setzt sich zusammen aus einem Vertreter der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V., zwei Vertretern des Krankenhausträgers, drei Vertretern der Landesverbände der Kostenträger und einem von der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. und

den Landesverbänden der Kostenträger einvernehmlich bestimmten unparteiischen Vorsitzenden. Die Vertreter der Kostenträger werden von den Landesverbänden der Kostenträger benannt. § 28 Abs. 6 Satz 2 und 4 sowie Abs. 7 gilt entsprechend.“

6. Nach § 10 wird folgender § 10 a eingefügt:

„§ 10 a

Organisatorischer Leiter Rettungsdienst

Bei Schadenslagen nach § 10 Abs. 2 wird der Leitende Notarzt durch einen Organisatorischen Leiter Rettungsdienst unterstützt. Aufgaben und Tätigkeit des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst werden im Rahmen der Planung nach § 3 festgelegt. § 10 Abs. 2 Satz 4 gilt entsprechend.“

7. Die Inhaltsübersicht ist entsprechend anzupassen.

Artikel 2

Neubekanntmachung

Das Ministerium für Arbeit und Soziales kann den Wortlaut des Rettungsdienstgesetzes in der im Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Inhaltsübersicht und neuer Paragrafenfolge bekannt machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts beseitigen.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung

1. Ausgangslage und Anlass

Nach einer Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 8. Dezember 2008 (Az.: 6 S 2300/08) ist es anhand der bestehenden gesetzlichen Vorschriften des Rettungsdienstgesetzes dem Bereichsausschuss für den Rettungsdienst nicht möglich, Krankenhäuser zur Stellung von Ärzten für den Notarzdienst konkret zu verpflichten, wenn diese dazu nicht freiwillig bereit sind. Wie der Senat ebenfalls ausgeführt hat, fehlt eine Ermächtigungsgrundlage im Rettungsdienstgesetz für den Erlass eines verpflichtenden Verwaltungsaktes gegenüber einem Krankenhausträger.

Damit steht fest, dass insoweit eine Regelungslücke im Rettungsdienstgesetz besteht, die nur durch den Gesetzgeber geschlossen werden kann.

2. Ziele

Ziel des Gesetzes ist es, die notärztliche Notfallversorgung der Bevölkerung nachhaltig zu stärken und hierzu insbesondere die Einhaltung der gesetzlichen Hilfsfrist für Notärzte auch in den Rettungsdienstbereichen sicherzustellen, in denen sich die Gewinnung von Ärzten für den Notarzdienst schwierig gestaltet.

II. Inhalt

Die Aufgaben des Bereichsausschusses werden nach dem Prinzip der Aufgabenerfüllung aus einer Hand durch die ortskundigen Experten im Bereichsausschuss präzisiert.

Es wird eine klare gesetzliche Grundlage für den Bereichsausschuss für die Verpflichtung von Krankenhausträgern zur Notarztstellung mittels Verwaltungsakt geschaffen. Damit keine notärztliche Versorgungslücke entsteht, wird geregelt, dass ein hiergegen gerichteter Widerspruch und eine Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben. Das bisherige Kriterium der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses für die Verpflichtung zur Teilnahme am Notarzdienst entfällt.

Zur Entlastung und gleichzeitigen Sicherstellung eines hinreichenden verwaltungsmäßigen Wirkungsvermögens des Bereichsausschusses werden folgende Regelungen getroffen:

Der Vorsitzende des Bereichsausschusses kann Sachverständige hinzuziehen (z. B. einen Rechtsanwalt zur Vorbereitung eines Verwaltungsaktes).

Zur Stärkung der verfahrenstechnischen Eigenständigkeit des Bereichsausschusses und um ihn im Verwaltungsgerichtsverfahren umfassend handlungsfähig zu machen wird geregelt, dass der Bereichsausschuss beteiligtenfähig und passivlegitimiert ist.

Die Vertretungsregelungen im Bereichsausschuss werden präzisiert.

Der Bereichsausschuss kann eine andere Behörde (z. B. die untere Verwaltungsbehörde) um Vollstreckung von Verwaltungsakten ersuchen.

Es finden jährlich mindestens zwei Sitzungen des Bereichsausschusses statt.

Es wird ebenfalls geregelt, dass die Kosten des Bereichsausschusses Kosten des Rettungsdienstes sind.

Zur Verbesserung der Situation der Krankenhäuser bei Geltendmachung des Kostenausgleichs für die Notarztstellung werden folgende Regelungen getroffen:

Zur Festlegung der Höhe des Kostenausgleichs wird – entsprechend der Rechtssystematik des Rettungsdienstgesetzes – eine Schiedsstelle eingerichtet, die spätestens zwei Monate nach Anrufung die Höhe des Kostenersatzes festsetzt.

Krankenhäuser erhalten die Kosten der Personalqualifikation für den Notarzt-dienst erstattet.

Zur Sicherstellung der erforderlichen Versorgung und Betreuung in der Notfallrettung wird eine Verpflichtung zur Fortbildung für das im Rettungsdienst und in den Leitstellen eingesetzte Personal festgeschrieben.

Außerdem wird die Institution des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst geregelt, der den Leitenden Notarzt bei Schadenslagen mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten unterstützt.

In Umsetzung der Verordnung über Notrufverbindungen vom 6. März 2009 (BGBl. I S. 481), wird die europäeinheitlich vorgegebene Notrufnummer „112“ als rettungsdienstliche Notrufnummer festgelegt.

Darüber hinaus wird die Bildung von Integrierten Leitstellen nicht mehr nur als Regelfall vorgesehen, sondern als Verpflichtung. Leitstellen „sind“ künftig als Integrierte Leitstellen zu betreiben. Dies stellt sicher, dass Notrufe, die unter der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 bei der Feuerwehr oder dem Rettungsdienst eingehen, schnell und ohne zeitliche Verzögerung „bearbeitet“ werden können.

III. Kosten

Kosten für die öffentlichen Haushalte

Durch das neue Entgeltsystem für die Krankenhäuser (DRG) wurden Veränderungen in den Krankenhausstrukturen angestoßen. Die Folge sind Straffungen der Krankenhausstrukturen durch Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen. Diese Veränderungen der Krankenhausstruktur, die hauptsächlich im ländlichen Raum auftreten, wirken sich in mehrfacher Hinsicht auf die notärztliche Versorgung aus: Zum einen verlängern Krankenhausschließungen sowie die räumliche Konzentration von Schwerpunkten/Kompetenzzentren die Wege für den Transport von Notfallpatienten zum geeigneten Krankenhaus und damit auch die Einsatzzeiten der Notärzte. Zum anderen muss bei Wegfall eines in die notärztliche Versorgung eingebundenen Krankenhauses eine Lösung gefunden werden, um die notärztliche Versorgung auf andere Weise sicherzustellen. Gegebenenfalls muss der Notarztendienst am bisherigen Standort des Krankenhauses weiterhin mit Krankenhausärzten besetzt bleiben. Diese Umstände führen im Bereich der rettungsdienstlichen und notärztlichen Versorgung zu einem nicht bezifferbaren finanziellen Mehraufwand für die Kostenträger.

Krankenhausträgern entstehen auf Grund des vollen Kostenausgleichs für die Notarztstellung keine Mehrkosten.

Zwar entstehen durch die Einrichtung einer Schiedsstelle zur Bestimmung der erforderlichen Höhe des Kostenausgleichs für die Notarztstellung durch Krankenhausträger Mehrkosten für die Krankenkassen als Kostenträger im Rettungsdienst. Durch die Einrichtung der Schiedsstelle zur Streitbeilegung wird sich jedoch in der Regel die gerichtliche Geltendmachung des Kostenausgleichs erübrigen. Dadurch ergibt sich ein Einspareffekt. Hierdurch ist insgesamt nicht mit nennenswerten Mehrkosten für die Krankenkassen zu rechnen.

Die Möglichkeit, seitens des Vorsitzenden des Bereichsausschusses Sachverständige zu seiner Unterstützung hinzuzuziehen, dürfte allenfalls zu geringen Mehrkosten für die Krankenkassen führen.

Ein Mehraufwand für die Krankenkassen ergibt sich dadurch, dass die Krankenhäuser Kosten der Personalqualifikation für den Notarzdienst erstattet bekommen.

Die Gesamthöhe der Mehrkosten hierfür ist nicht bezifferbar. Die dadurch erreichte Verbesserung der notärztlichen Versorgung dürfte teilweise wiederum Einsparungen für die Krankenkassen in anderen Bereichen bewirken, deren Umfang jedoch ebenfalls nicht bezifferbar ist.

Der für die Bereitstellung und den Einsatz des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst entstehende Mehraufwand für die Krankenkassen umfasst die Kosten für die Ausbildung, die Aufrechterhaltung eines Dienstplans, für Bereitschafts- und Einsatzkosten sowie die sächliche Ausstattung und die Fortbildung des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst.

Die im Gesetz verankerte Fortbildung wird schon derzeit weitestgehend praktiziert.

Kosten für Private

Keine.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1 (Änderung des Gesetzes über den Rettungsdienst)

§ 3 Abs. 3 Satz 1

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass im Bereichsplan auch die für die notärztliche Versorgung erforderlichen personellen und sächlichen Vorhaltungen festzulegen sind. Dies umfasst insbesondere die Festlegung der Notarztstandorte/-systeme und deren personelle Besetzung.

§ 5

Absatz 1: Die in Absatz 1 neu aufgenommene beratende Teilnahme von Vertretern der jeweils betroffenen Krankenhäuser im Bereichsausschuss dient der konstruktiven Zusammenarbeit an den Schnittstellen von Rettungsdienst und Krankenhäusern, insbesondere hinsichtlich der notärztlichen Versorgung.

Absatz 3: Durch die Ergänzungen in Absatz 3 wird die Funktion und Verantwortlichkeit des Bereichsausschusses als das maßgebliche Gremium für alle Angelegenheiten des Rettungsdienstes verdeutlicht und damit das Prinzip der Selbstverwaltung im Rettungsdienst gestärkt. Die Klarstellung und Ergänzung der Vorschrift war erforderlich geworden, nachdem der bisher allein verwendete Begriff der Beratung der Angelegenheiten des Rettungsdienstes von der Rechtsprechung eine restriktive Auslegung erfahren hatte, die im Ergebnis nicht die Wahrnehmung aller hierzugehörigen Aufgaben in der Selbstverwaltung umfasste. Nunmehr werden – mit Ausnahme der Regelung der Luftrettung, für die das Ministerium für Arbeit und Soziales zuständig ist – alle Aufgaben, deren Umsetzung sinnvollerweise örtlichen Sachverstand voraussetzt, beim Bereichsausschuss gebündelt.

Die Aufgabe der planerischen Sicherstellung der notärztlichen Versorgung korrespondiert mit der in § 10 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 nun explizit genannten Befug-

nis zum Erlass von Verwaltungsakten gegenüber Krankenhausträgern. Dies entspricht auch der Sichtweise des Landesausschusses für den Rettungsdienst.

Absatz 4: Die Ergänzungen in Absatz 4 sichern die Handlungsfähigkeit des Bereichsausschusses in Bezug auf den Vorsitz. Absatz 4 Satz 2 stellt sicher, dass für den Vorsitz eine Stellvertretungsregelung in der Geschäftsordnung getroffen wird. Absatz 4 Satz 5 regelt die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung des Bereichsausschusses. Durch die Ergänzung in Absatz 4 Satz 6 wird es ermöglicht, den für die verwaltungsmäßige Aufgabenerfüllung erforderlichen Sachverstand gegebenenfalls auch entgeltlich (z. B. durch Beiziehung eines Rechtsanwaltes) hinzuziehen zu können. Die hierdurch entstehenden Kosten sind Kosten des Bereichsausschusses. Absatz 4 Satz 7 stellt einen nahtlosen Übergang des Vorsitzes zwischen dem Ausscheiden des Vorsitzenden und dem Amtsantritt seiner Nachfolgerin oder seines Nachfolgers sicher.

Absatz 5: Durch die landesrechtliche Normierung der Beteiligtenfähigkeit und der Passivlegitimation im Verwaltungsgerichtsverfahren in Absatz 5 Sätze 1 und 2 erlangt der Bereichsausschuss die notwendige verfahrensmäßige Selbständigkeit und Stärkung, um seine Aufgaben vollumfänglich wahrnehmen zu können. Dadurch wird zugleich der Verfahrensaufwand minimiert.

Absatz 6: Präzisiert die Finanzierung des Bereichsausschusses.

§ 6 Abs. 1

In Absatz 1 Satz 4 (bisher Satz 6) wird die Bildung von Integrierten Leitstellen nicht mehr nur als Regelfall vorgesehen, sondern als Verpflichtung. Leitstellen von Rettungsdienst und Feuerwehr „sind“ künftig als Integrierte Leitstellen in gemeinsamer Trägerschaft zu betreiben. Dies stellt sicher, dass Notrufe, die unter der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 bei der Feuerwehr oder dem Rettungsdienst eingehen, schnell und ohne zeitliche Verzögerung „bearbeitet“ werden können.

Absatz 1 Satz 6 (bisher Satz 4) verpflichtet die Träger der Leitstellen für den Rettungsdienst und die Feuerwehr, die Erreichbarkeit der Rettungsleitstelle unter der einheitlichen europäischen Notrufnummer „112“ sowie die Bearbeitung und unverzügliche Weiterleitung dieses Notrufes an die zuständige Leitstelle der Feuerwehr, des Rettungsdienstes oder der Polizei zu gewährleisten.

Die Sätze 6 bis 8 verpflichten die Träger der Leitstellen, als alleinige rettungsdienstliche Notrufnummer nur noch die „112“ zu verwenden und zu bewerben (durch Fahrzeugbeschriftungen, in Printmedien, im Internet etc.). Die Notrufnummer 112 muss deutlich und unmissverständlich auf den Rettungsdienstfahrzeugen sichtbar sein. Auch andere Stellen (Presse, Telefonbuchverlage, Telekommunikationsunternehmen u. ä.) sollen die Notrufnummer „112“ entsprechend publizieren und deutlich machen, z. B. in Telefonbüchern, Notrufbroschüren, Plakaten etc. Mit dieser Neuregelung in den Sätzen 6 bis 8 wird die Verordnung über Notrufverbindungen vom 6. März 2009 (BGBl. I S. 481) umgesetzt, die die rechtlichen Vorgaben des Telekommunikationsgesetzes für den Notruf ergänzt und als Notrufnummern nur die europaeinheitlich vorgegebene Notrufnummer „112“ sowie die nationale Notrufnummer „110“ fest schreibt. Damit wird für den Rettungsdienst nunmehr gesetzlich bestimmt, dass nur die „112“ als rettungsdienstliche Notrufnummer zu verwenden und zu bewerben ist. Die „19222“ darf nur noch als Rufnummer für den Krankentransport verwendet werden.

§ 9

Neu eingefügt wird Absatz 3. Er legt fest, dass das im Rettungsdienst sowie in der Leitstelle eingesetzte Personal jährlich an einer aufgabenbezogenen Fortbildung im Umfang von 30 Stunden teilzunehmen hat. Eine qualifizierte, am aktuellen

Stand der Notfallmedizin und Technik ausgerichtete Fortbildung des im Rettungsdienst und in den Leitstellen tätigen Fachpersonals soll die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz, insbesondere die erforderliche Versorgung und Betreuung in der Notfallrettung sicherstellen. Diese Fortbildung wird bereits heute weitestgehend praktiziert.

§ 10

Tragende Säule der notärztlichen Versorgung sind die Krankenhäuser.

Die Notwendigkeit der Verpflichtung von Krankenhausträgern zur Notarztgestaltung tritt in jüngster Zeit vermehrt auf. Durch Konzentrations- und Schwerpunktbildungen im Krankenhaussektor ist ein Aufgabenzuwachs für den Rettungsdienst, insbesondere auch im notärztlichen Bereich, in dem Maße zu verzeichnen, in dem die akut klinische Versorgung für Notfallpatienten nicht mehr wie bisher in der Fläche wahrgenommen werden kann. Infolgedessen verlängern sich Transportstrecken und Einsatzzeiten der Notärzte.

Absatz 1: Um im Einzelfall die Verpflichtung der Krankenhausträger aus Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 1 zur Gestellung von Notärzten gegen Kostenausgleich konkretisieren und praktisch durchsetzen zu können, wird der Bereichsausschuss im Interesse einer sachgerechten Aufgabenerfüllung aus einer Hand im Rahmen der Selbstverwaltung ermächtigt, durch Verwaltungsakt Krankenhausträger zur Notarztstellung zu verpflichten, sofern eine Gewinnung von Notärzten in ausreichender Anzahl nicht anderweitig möglich ist (Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 2). Eine Anordnung gegenüber einem Krankenhaus, für eine bestimmte Zeitspanne an einem bestimmten Ort (z. B. auch Standort außerhalb des Krankenhauses an einer Rettungswache) entsprechend den Festlegungen im Bereichsplan einen oder mehrere qualifizierte Ärzte für den Notarztendienst bereitzustellen, wird erforderlich, soweit es nicht auf freiwilliger Basis gelingt, die für die Abdeckung der notärztlichen Versorgung erforderlichen Ärzte aus dem Kreis der Krankenhäuser, der Krankenhausärzte in Nebentätigkeit, der Vertragsärzte und der Nichtvertragsärzte zu gewinnen.

Zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung insbesondere auch in der Fläche ist es notwendig, dass die Krankenhausträger als solide Partner zur Notarztgestaltung verpflichtet werden. Schon heute wird die notärztliche Versorgung zu 95 Prozent von den Krankenhäusern sichergestellt. Dieses Standbein der notärztlichen Versorgung ist zu nutzen; die vorhandene Krankenhausstruktur in der Fläche ist für die notärztliche Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar. Die Neufassung des Absatzes 1 Satz 3 ermöglicht es dem Bereichsausschuss, flexibel auf die sich dynamisch fortentwickelnde Krankenhausstruktur zu reagieren. Bei einer Anordnung durch den Bereichsausschuss hat dieser zu beachten, dass der Verwaltungsakt dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entspricht. Das bedeutet hier, dass der Bereichsausschuss die jeweilige konkrete Situation bei der Auswahl des Adressaten zu berücksichtigen hat.

Der Kreis der in Betracht zu ziehenden Krankenhäuser soll für den Bereichsausschuss deutlich erweitert werden. Das bisherige Kriterium der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses ist nicht weiter sachgerecht, da für den Notarztendienst die Qualifikation der Ärzte nach § 10 Abs. 1 Satz 2 im Vordergrund steht und es hierfür nicht auf das Leistungsportfolio des Krankenhauses ankommt. Die Abstützung des Notarztendienstes auf die Krankenhäuser ist dennoch weiterhin sachgerecht, weil Synergieeffekte zwischen Notarztendienst und Krankenhausdienst in der Regel vorhanden sind und sich die wechselseitige praktische Durchführung der Dienste positiv auf die Qualität der notärztlichen Versorgung auswirkt.

Die Krankenhäuser sind in Anbetracht des vollständigen Kostenausgleichs, der insbesondere auch die Vorhaltekosten umfasst, in ihrer wirtschaftlichen Stellung nicht durch ein Kriterium der Leistungsfähigkeit schutzbedürftig.

Flankierend hierzu wird mit Absatz 4 das Verfahren zum Kostenausgleich sachgerecht vereinfacht.

Die gesetzliche Verpflichtung eines Krankenhausträgers entfällt insbesondere nicht dadurch, dass an einem Krankenhausstandort nicht genügend Ärzte mit der Qualifikation zum Notarztdienst zur Verfügung stehen.

Die Bestimmung des Kostenausgleichs ist nicht Gegenstand des Verwaltungsaktes, sondern erfolgt nach den Regelungen des Absatzes 4. Auf Grund des vollständigen Kostenausgleichs werden die Krankenhausträger durch eine Anordnung selbst dann nicht finanziell belastet, wenn es erforderlich wird, zusätzliches für den Notarztdienst qualifiziertes Personal einzustellen.

Es wird bewusst darauf verzichtet, die Möglichkeit der Verpflichtung zur Notarztstellung auf Krankenhausträger, die ein Krankenhaus im eigenen Rettungsdienstbereich betreiben, zu beschränken. Denn es kann im Einzelfall insbesondere wirtschaftlicher sein, einen Krankenhausträger, der ein Krankenhaus in einem anderen Rettungsdienstbereich betreibt, im Benehmen mit dem anderen zuständigen Bereichsausschuss zur Stellung von Ärzten zu verpflichten. Das Benehmen soll sicherstellen, dass die notärztliche Versorgung in dem anderen Rettungsdienstbereich nicht gefährdet wird.

Der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage in Absatz 1 Satz 4 dient der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung der Bevölkerung und verhindert das übergangsweise Fortbestehen von Lücken in der notärztlichen Versorgung, solange eine Anordnung des Bereichsausschusses streitbefangen ist.

Zur nachhaltigen Sicherstellung der notärztlichen Versorgung wird es den Krankenhausträgern ermöglicht, die Kosten für die erforderliche Fort- und Weiterbildung von Ärzten für die Teilnahme am Notarztdienst (z. B. Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) im Rahmen des Kostenausgleichs geltend zu machen.

Hinsichtlich der Vollstreckung eines vom Bereichsausschuss erlassenen Verwaltungsaktes besteht nach § 4 Abs. 3 des Landesverwaltungsvollstreckungsgesetzes die Möglichkeit, eine andere Behörde um Vollstreckungshilfe zu ersuchen.

Absatz 3: Regelt die Verantwortlichkeit der Leistungsträger, Krankenhausträger und Kassenärztlichen Vereinigung für die organisatorische Abwicklung des Notarztdienstes. Diese ist von der planerischen Sicherstellungsverantwortung des Bereichsausschusses nach § 5 Abs. 3 Satz 1 und der Gewinnung von Ärzten für die notärztliche Versorgung nach § 10 Abs. 1 Satz 3 zu unterscheiden. Daher ist ausreichend, dass die organisatorische Abwicklung des Notarztdienstes im Benehmen mit dem Bereichsausschuss erfolgt. Die Neufassung des Absatzes 3 dient der Präzisierung der Aufgabenverteilung zwischen den an der Aufrechterhaltung der notärztlichen Versorgung beteiligten Stellen. Obgleich die Leistungsträger nicht für die Gestellung der Notärzte verantwortlich sind, haben sie bereits in der Vergangenheit erheblich bei der organisatorischen Abwicklung des Notarztdienstes (z. B. Dienstplangestaltung, Fakturierung von Vergütungsansprüchen, Abschluss von Versicherungen betreffend den Einsatz des Notarztes) mitgewirkt. Diese bewährte Praxis, die insbesondere in der „Rahmenvereinbarung über die Mitwirkung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (Vertragsärzten) und Nichtvertragsärzten sowie von Krankenhausärzten im Rettungsdienst nach § 10 des Rettungsdienstgesetzes Baden-Württemberg“ vom Dezember 2003 mit Anlagen 1 bis 3 ihre Ausprägung erfahren hat, soll beibehalten werden.

Absatz 4: Wird neu angefügt. Die zu § 10 Abs. 3 angesprochene Rahmenvereinbarung enthält auch Regelungen zum finanziellen Ausgleich der Tätigkeit von Vertragsärzten und Nichtvertragsärzten sowie Krankenhausärzten. Bezüglich des Kostenausgleichs der Krankenhausträger für die Gestellung von Notärzten wird für den Fall der Nichteinigung (z. B. die finanzielle Regelung der Rahmenvereinbarung kommt nicht zustande oder der Krankenhausträger tritt der Rahmenverein-

barung zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. und den Landesverbänden der Kostenträger nicht bei) – der Systematik der Streitschlichtung des Rettungsdienstgesetzes folgend – die Anrufung einer Schiedsstelle ermöglicht. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsweg gegeben.

§ 10 a

Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst (OrgL) ist zuständig für die organisatorische Abwicklung der rettungsdienstlichen Bewältigung von (größeren) Schadensereignissen, die eine rettungsdienstliche Führung vor Ort erforderlich machen. Der Leitende Notarzt und der OrgL wirken in der örtlichen Einsatzleitung/im Führungsstab mit.

Der OrgL wird von den Trägern des bodengebundenen Rettungsdienstes des jeweiligen Rettungsdienstbereichs gestellt und vom Bereichsausschuss nach § 5 Abs. 3 Satz 1 bestimmt.

Bezüglich der Kosten für den OrgL gelten die Regelungen für den Leitenden Notarzt entsprechend. Demnach sind die Kosten für die Ausbildung, die Aufrechterhaltung eines Dienstplans, für Bereitschafts- und Einsatzkosten sowie die sächliche Ausstattung und die Fortbildung des OrgL Kosten des Rettungsdienstes.

Inhaltsübersicht: Die Inhaltsübersicht ist entsprechend den Änderungen in § 6 und § 10 a anzupassen.

Zu Artikel 2 (Neubekanntmachung)

Diese Vorschrift regelt die Neubekanntmachung des Gesetzes.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Diese Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

C. Wesentliches Ergebnis der Anhörung

I. Beteiligte Institutionen und Verbände

Bis zum Ende der Anhörungsfrist sind die Stellungnahmen folgender Institutionen, Verbände und Behörden eingegangen: Rettungsdienstorganisationen (DRK Landesverband Baden-Württemberg, DRK Landesverband Badisches Rotes Kreuz, ASB-Landesverband, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser Hilfsdienst, ProMedic Rettungsdienst gGmbH, Bergwacht Schwarzwald e. V.), Kostenträger (AOK Baden-Württemberg, Verband der Ersatzkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse, IKK Baden-Württemberg), Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG), Landkreistag, Städtetag und Gemeindetag in einer gemeinsamen Stellungnahme, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Südwest, DRF Stiftung Luftrettung, Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte, Landesärztekammer Baden-Württemberg, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Marburger Bund, Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e. V., Bürgerinitiative „Forum Notfallrettung Stuttgart“, Ver.di sowie Justizministerium, Innenministerium, Wirtschaftsministerium und Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum.

Die Inhalte des Änderungsgesetzes wurden von den am Anhörungsverfahren Beteiligten weitgehend begrüßt und positiv bewertet. Einige Beteiligte haben die Änderungen aber auch in Teilbereichen kritisiert. In der Anhörung unterbreitete

Vorschläge und Anmerkungen wurden in einigen Punkten im Gesetzentwurf berücksichtigt.

II. Zentrale Punkte der Stellungnahmen

Die Inhalte des Änderungsgesetzes wurden von den am Anhörungsverfahren Beteiligten weitgehend begrüßt und positiv bewertet. Einige Beteiligte haben die Änderungen aber auch in Teilbereichen kritisiert. In der Anhörung unterbreitete Vorschläge und Anmerkungen wurden in einigen Punkten im Gesetzentwurf berücksichtigt.

Im Wesentlichen wurden folgende Punkte vorgetragen:

1. Verpflichtung von Krankenhausträgern zur Notarztstellung mittels Verwaltungsakt

- a) In der Stellungnahme des Justizministeriums wird die klare gesetzliche Grundlage für den Bereichsausschuss zur Verpflichtung von Krankenhausträgern zur Notarztstellung mittels Verwaltungsakt positiv bewertet. Auch bestehen gegen die gesetzliche Regelung zum Wegfall der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage keine Bedenken, allerdings sei die Darlegung des besonderen Interesses an der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts in der Gesetzesbegründung noch näher auszuführen.

Bewertung:

In der Gesetzesbegründung wurde der Vorschlag eingearbeitet. Das besondere Interesse an der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts ist begründet im Hinblick auf die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung der Bevölkerung.

- b) In der Stellungnahme des Justizministeriums und des Innenministeriums sowie in der gemeinsamen Stellungnahme der BWKG und der kommunalen Landesverbände wird der Wegfall der „Leistungsfähigkeit“ kritisiert. Mit dem Wegfall der „Leistungsfähigkeit“ werde die bisherige Pflicht der Krankenhäuser zur Notarztstellung zu einer unbegrenzten Einstandspflicht ausgeweitet, unabhängig von der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und tatsächlichen Verfügbarkeit von Notärzten. Dies widerspreche dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Das Problem fehlender Notärzte könne angesichts des bestehenden Ärztemangels durch den Gesetzentwurf nicht gelöst werden. Die Gestellungspflicht der Krankenhäuser sei wie bisher auf die eigene Leistungsfähigkeit des Krankenhauses einzugrenzen.

Bewertung:

Das bisherige Kriterium der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses für die Verpflichtung zur Teilnahme am Notarzdienst entfällt, um den Kreis der teilnahmeverpflichteten Krankenhäuser vor allem im ländlichen Raum zu erweitern. Tragende Säule der notärztlichen Versorgung sind die Krankenhäuser. Die Gesetzesbegründung wird dahin gehend ergänzt und es wird deutlich herausgestellt, dass die Ressource der sehr guten Krankenhausstruktur in Baden-Württemberg, insbesondere auf Grund deren Breite in der Fläche für die notärztliche Versorgung unverzichtbar ist und künftig stärker als bisher genutzt werden muss. Da die Kosten – auch die Vorhaltekosten – der Notarztstellung in vollem Umfang (siehe die ausdrückliche Klarstellung hierzu in der Gesetzesbegründung) von den Kostenträgern zu erstatten sind, kann die „Leistungsfähigkeit“ von den Krankenhausträgern hergestellt werden. Dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist entsprochen. Bei jeder Anordnung des Bereichsausschusses ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten und die jeweilige konkrete Situation des Krankenhausträgers beziehungsweise des Kranken-

hauses bei der Verpflichtung zur Notarztstellung im Rahmen der fehlerfreien Ermessensausübung zu berücksichtigen. Hierauf wird ausdrücklich in der Gesetzesbegründung hingewiesen. Zudem ist davon auszugehen, dass die Neuregelung zum Kostenausgleich, insbesondere auch der Kostenausgleich für die erforderliche Fort- und Weiterbildung von Ärzten für die Teilnahme am Notarzdienst zu einer Verbesserung der Sicherstellung des Notarzdienstes führen wird. Dies ist eines der wesentlichen Hindernisse für die fehlende Anzahl erforderlicher Notärzte und damit der Leistungsfähigkeit der Krankenhausträger. Hierauf weisen ausdrücklich die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte, der Marburger Bund und die DLR Luftrettung in den Stellungnahmen hin.

2. Bereichsausschuss für den Rettungsdienst

- a) In der Stellungnahme des Justizministeriums sowie in der gemeinsamen Stellungnahme der BWKG und der Kommunalen Landesverbände wird kritisiert, dass die Vertreter der Krankenhäuser im Bereichsausschuss nur beratende Funktion haben sollen. Angesichts dessen, dass die Krankenhäuser weitgehend in die notärztliche Versorgung einbezogen werden sollen, müsse den Krankenhäusern eine echte Mitentscheidungskompetenz/ein Mitspracherecht im Bereichsausschuss in § 5 Abs. 1 eingeräumt werden.

Des Weiteren wird eingewendet, dass im Gegensatz zu den sonstigen betroffenen Behörden, Organisationen und Personen keine Anzahl der Vertreter der Krankenhäuser im Bereichsausschuss festgelegt worden sei. Es sollte – wie beim Leitenden Notarzt und dem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung – nur ein Vertreter der Krankenhäuser festgeschrieben werden

Bewertung:

Die vorgesehene Regelung wird beibehalten. Im Interesse einer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit muss die Zahl der stimmberechtigten Mitglieder im Bereichsausschuss (BA) begrenzt bleiben. Der BA ist paritätisch durch die stimmberechtigten Leistungs- und Kostenträger besetzt. Die Krankenhäuser sind künftig im Bereichsausschuss als beratendes Mitglied vertreten. Hierüber und über die Kostenträger haben die Krankenhausträger umfassend die Möglichkeit, an der Aufstellung des Bereichsplans mitzuwirken.

Bei einer Beratung der notärztlichen Gestellung durch Krankenhäuser im Bereichsausschuss wird es erforderlich sein, dass alle betroffenen Krankenhäuser an dieser Sitzung des Bereichsausschusses teilnehmen. Dies ist der Grund, dass keine Festschreibung der Zahl der Vertreter vorgenommen wurde (hierauf weisen sogar die BWKG und die Kommunalen Landesverbände selbst hin).

- b) Die gesetzlichen Krankenkassen fordern, dass der Bereichsausschuss in der Teilnehmerzahl zu reduzieren sei. Die Kosten des Bereichsausschusses, die zu Kosten des Rettungsdienstes werden, seien gering zu halten. Der Vertreter des Stadt- und Landkreises, der Feuerwehr, der Leitende Notarzt und der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung im Bereichsausschuss seien nicht notwendig und nur bei Bedarf einzuladen.

Bewertung:

Die Regelung zur Zusammensetzung des Bereichsausschusses wird beibehalten. Der kommunale Vertreter, die Feuerwehr, der Leitende Notarzt und die Kassenärztliche Vereinigung sind als beratendes Mitglied für die Aufgaben des Bereichsausschusses zur Durchführung des Rettungsdienstes unerlässlich und sollen wie bisher im Bereichsausschuss vertreten sein.

- c) Die gesetzlichen Krankenkassen wenden ein, dass die Verpflichtung der Bereichsausschüsse zur „Beobachtung“ (§ 5 Abs. 3) eine fortwährende und aktuelle Überwachung der Rettungsdienststellung impliziere. Dies könne ein ehrenamtlich strukturierter Bereichsausschuss nicht leisten. Dies bedeute, dass eine hauptamtliche Geschäftsstelle eingerichtet werden müsse. Dies sei im Hinblick auf die entstehenden Kosten abzulehnen.

Darüber hinaus sei die vorgesehene Aufgabenzuweisung an den Bereichsausschuss, mit der dieser hoheitliche Aufgaben wahrnehmen soll, originäre Aufgabe des Landes. Die Funktion des ehrenamtlichen Bereichsausschusses als Selbstverwaltungsorgan würde in erheblichem Umfang verändert und könne im Rahmen des Selbstverwaltungsmodells nicht mehr wahrgenommen werden.

Zudem sollen die Kosten für Entscheidungen des Bereichsausschusses im Zusammenhang mit dem hoheitlichen Handeln der Bereichsausschüsse auf die Krankenkassen übertragen werden. Dies sei jedoch keine Aufgabe der Krankenkassen.

Bewertung:

Die vorgesehenen Regelungen in § 3 und § 5 werden beibehalten. Die „Beobachtung“ ist lediglich eine Klarstellung im Gesetz. Der Bereichsausschuss als das maßgebliche Gremium für alle Angelegenheiten des Rettungsdienstes war schon bisher zur Beobachtung der rettungsdienstlichen Angelegenheiten im jeweiligen Rettungsdienstbereich verpflichtet. Die Sicherstellung des Rettungsdienstes setzt die „Beobachtung“ als eine Selbstverständlichkeit voraus.

Die planerische Sicherstellung der notärztlichen Versorgung war schon bisher eine Aufgabe des Bereichsausschusses. Die Ergänzung in § 5 Abs. 3 stellt lediglich klar, dass im Bereichsplan auch die für die notärztliche Versorgung erforderlichen personellen und sächlichen Vorhaltungen festzulegen sind. Dies umfasst selbstverständlich auch die Festlegung der Notarztstandorte/-systeme und deren personelle Besetzung. In § 5 Abs. 3 wird diese Aufgabe des Bereichsausschusses flankiert durch die in § 10 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 ausdrücklich festgelegte Befugnis des Bereichsausschusses zum Erlass von Verwaltungsakten gegenüber Krankenhausträgern. Dies trägt dem Prinzip der Aufgabenerfüllung aus einer Hand durch die ortskundigen Experten im Bereichsausschuss Rechnung und schließt die bisher bestehende Regelungslücke.

Kosten, die dem Bereichsausschuss zur Erfüllung der Aufgaben entstehen, sind Kosten des Rettungsdienstes und daher von den Krankenkassen zu tragen. Im Übrigen sind die Krankenkassen als stimmberechtigte Mitglieder Teil des Bereichsausschusses und als solche an den Entscheidungen des Bereichsausschusses maßgeblich beteiligt.

- d) In der gemeinsamen Stellungnahme fordern die BWKG und die kommunalen Landesverbände eine Streichung der Planungs- und Regelungskompetenz des Bereichsausschusses für die notärztliche Versorgung. Stattdessen sei wie bisher auf ein partnerschaftliches Zusammenwirken abzustellen. Dementsprechend sei auch die bisherige Vereinbarungslösung des § 10 Abs. 3, wonach die dort genannten Stellen „Vereinbarungen über die Organisation des Notarztsystems im Rettungsdienstbereich“ treffen, beizubehalten.

Bewertung:

Wie bisher soll ein partnerschaftliches Zusammenwirken maßgeblich sein. Die in § 5 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 aufgenommene Anordnungsbefugnis des Bereichsausschusses zur Verpflichtung der Krankenhausträger zur Stellung von Notärzten mittels Verwaltungsakt findet nur als Ultima Ratio Anwendung und schließt für den (Ausnahme-)Fall eine Gesetzeslücke, dass die Krankenhausträger entgegen ihrer gesetzlichen Verpflichtung

Ärzte für den Notarzdienst nicht freiwillig gegen Kostenausgleich zur Verfügung stellen. Um eine angemessene Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der notärztlichen Notfallrettung entsprechend der notärztlichen Hilfsfrist sicherzustellen, muss diese Regelungslücke vom Gesetzgeber geschlossen werden. Diese Neuregelung wird vom Justizministerium begrüßt. Durch die ausdrückliche Bestimmung im Sinne von § 61 Nr. 3 VwGO werde das bisherige Problem beseitigt, welches sich in der gerichtlichen Praxis gestellt hatte.

- e) Das Justizministerium weist in der Stellungnahme hin, dass der Begriff des Sachverständigen in § 5 Abs. 4 zu überdenken sei. In der Rechtspraxis komme dem „Sachverständigen“ die Aufgabe zu, mit Hilfe seines Sachverstandes den Sachverhalt zu ermitteln. Ein Rechtsanwalt als gerichtlicher oder außergerichtlicher Vertreter des Bereichsausschusses oder als fachlicher Berater zur Vorbereitung eines Verwaltungsaktes des Bereichsausschusses – wie beispielhaft in der Gesetzesbegründung aufgeführt – gelte in diesem Bereich nicht als Sachverständiger.

Bewertung:

Die vorgesehene Regelung wird beibehalten. Mit der weit zu verstehenden Formulierung des „Sachverständigen“ soll dem Bereichsausschuss gesetzlich die Möglichkeit gegeben werden, sich im Bedarfsfall durch eine entsprechende fachkundige Person beraten und unterstützen zu lassen, wie z. B. durch einen Rechtsanwalt. Hierauf wird in der Gesetzesbegründung ausdrücklich hingewiesen.

- f) Die Kostenträger fordern, das Prinzip gemeinsamer Beschlussfassung von Rettungsdienstorganisationen und Krankenkassen für die Hinzuziehung externen Sachverstandes beizubehalten. Streitigkeiten über die Notwendigkeit der Hinzuziehung externen Sachverstandes seien vorprogrammiert, da auch Kriterien zur Definition der „Notwendigkeit“ fehlen. Die Regelung würde zudem zu Mehrkosten führen. Zudem können die durch das hoheitliche Handeln entstehenden Kosten nicht auf die Beitragszahler abgewälzt werden.

Bewertung:

Die vorgesehenen Ergänzungen in § 5 Abs. 4 sind notwendig und sichern die Handlungsfähigkeit des Bereichsausschusses, vertreten durch den Vorsitzenden. Der Bereichsausschuss ist das maßgebliche Gremium für alle Angelegenheiten des Rettungsdienstes. Sein Handeln dient der angemessenen Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung. Die Kosten, die dem Bereichsausschuss in Wahrnehmung seiner gesetzlichen Aufgaben entstehen, sind (ohne Zweifel) Kosten des Rettungsdienstes.

- g) Die Rettungsdienstorganisationen lehnen die in § 5 Abs. 4 Satz 7 vorgesehene Verpflichtung des Vorsitzenden, bis zur Bestellung eines neuen Vorsitzenden im Amt zu bleiben, ab. Der Vorsitz sei ein Ehrenamt und werde freiwillig übernommen.

Bewertung:

Die Ergänzungen in § 5 Abs. 4 sind notwendig, um die Handlungsfähigkeit des Bereichsausschusses sicherzustellen. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, den Vorsitz in einer Geschäftsordnung des Bereichsausschusses zu regeln. Hierauf weisen selbst die Rettungsdienstorganisationen mit ihrem Vorschlag hin, in § 5 zu regeln, dass der Vorsitz turnusgemäß zwischen Kosten- und Leistungsträgern wechselt und Näheres in einer Geschäftsordnung zu regeln ist. Dieser Vorschlag bedarf keiner ausdrücklichen Regelung im Gesetz, da der Bereichsausschuss sich jederzeit eine Geschäftsordnung geben kann und dies auch Praxis ist.

3. Besetzung des Rettungswagens

Die Leistungsträger regen an, in § 9 RDG die Besetzung des Rettungswagens mit einem Rettungsassistenten und mindestens einem Rettungssanitäter/die Besetzung eines Krankentransportwagens mit einem Rettungssanitäter und mindestens einem Rettungshelfer festzuschreiben.

Bewertung:

Diese Besetzung ist – auch nach Angaben der Leistungsträger – bereits schon heute Standard, sodass eine gesetzliche Regelung nicht erforderlich ist.

4. Kostenausgleich der Krankenhausträger für die Stellung von Notärzten

Die Kostenträger weisen in der Stellungnahme darauf hin, dass mit der Regelung, dass Krankenhäuser den Notarzt gegen Kostenausgleich zur Verfügung stellen sollen, die bestehenden landesweiten Vergütungsvereinbarungen der GKV mit BWKG und KV/LÄK obsolet werden. Individuelle Verhandlungen an 141 Standorten wären die Folge. Durch die fehlende Verankerung der Wirtschaftlichkeit sei zudem von steigenden Notarztkosten auszugehen. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die Fort- und Weiterbildungskosten des ärztlichen Personals der Krankenhausträger über die Vergütungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits finanziert werden.

Bewertung:

Die vorgesehenen Regelungen werden beibehalten. Der Gesetzentwurf hat gerade zum Ziel, die notärztliche Notfallrettung, d. h. die Erhaltung des Lebens und die Vermeidung gesundheitlicher Schäden sicherzustellen. Das Argument notwendiger Vergütungsverhandlungen trägt nicht.

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist im Rettungsdienstgesetz in § 1 Abs. 1 sowie in § 60 SGB V gesetzlich verankert.

In § 10 wird der Kostenausgleich für Aufwendungen für die spezielle Aus- und Weiterbildung der *Notärzte* geregelt. Hiervon zu unterscheiden sind die Kosten der allgemeinen Fort- und Weiterbildung des *ärztlichen Personals* der Krankenhausträger, die die spezielle Aus- und Weiterbildung zum Notarzt nicht umfasst. Eine Doppelfinanzierung entsteht daher nicht.

5. Organisatorische Abwicklung des Notarztdienstes

Die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte fordert, dass auch der „Leitende Notarzt im Bereichsausschuss“ in die Regelung von § 10 Abs. 3 aufzunehmen sei, da bei der „organisatorischen Abwicklung“ des Notarztdienstes die notärztliche Kompetenz einfließen müsse.

Bewertung:

§ 10 Abs. 3 regelt die Verantwortlichkeit der Leistungsträger, der Krankenhausträger und der Kassenärztlichen Vereinigung für die organisatorische Abwicklung des Notarztdienstes. Die Neufassung des § 10 Abs. 3 dient der Präzisierung der Aufgabenverteilung zwischen den an der Aufrechterhaltung der notärztlichen Versorgung beteiligten Stellen. Die Vereinbarungen über die organisatorische Abwicklung des Notarztdienstes sind „im Benehmen mit dem Bereichsausschuss“ zu treffen, in dem der Leitende Notarzt als beratendes Mitglied mitwirkt. Die vorgesehene Regelung wird beibehalten.

6. Schiedsstelle für den Kostenausgleich der Krankenhausträger

Die gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger im Rettungsdienst wenden ein, dass die Schiedsstellenregelung in § 10 Abs. 4 nicht zielführend sei.

Die BWKG und die kommunalen Landesverbände begrüßen in der gemeinsamen Stellungnahme die Schiedsstellenfähigkeit des Kostenausgleichs der Krankenhausträger für die Gestellung von Notärzten. Allerdings sei eine Schiedsstelle für Baden-Württemberg ausreichend. Zudem bestehe Klarstellungsbedarf hinsichtlich der Vertretung des Krankenhausträgers in der Schiedsstelle.

Bewertung:

Die vorgesehene Schiedsstellenregelung entspricht der Systematik der Streit-schlichtung des Rettungsdienstgesetzes (§ 28 RDG). Der dem jeweiligen Krankenhausträger zustehende Kostenausgleich für die Notarztgestellung ist in jedem Einzelfall unterschiedlich und hängt ab von der konkreten Situation und Struktur des Krankenhauses (Standort, Umfang der Einbindung des Notarztes in die Organisation des Krankenhauses während des Dienstes etc.). Dieser Besonderheit des „Einzelfalls“ wird durch die Schiedsstellenregelung Rechnung getragen, die insbesondere auch gewährleistet, dass der jeweils betroffene Krankenhausträger mit zwei Vertretern in der angerufenen Schiedsstelle angemessen vertreten ist. Im Übrigen stellt die Vertretung durch die BWKG in der jeweiligen Schiedsstelle ein Element der Kontinuität innerhalb des Landes dar. Insofern bleibt die vorgesehene Regelung beibehalten.

7. Fortbildungspflicht für das Rettungsfachpersonal und Regelung von Qualitätsmanagement-Strukturen

Die Rettungsdienstorganisationen fordern die gesetzliche Verankerung einer jährlichen Fortbildungspflicht der Mitarbeiter im Umfang von 30 Stunden. Darüber hinaus wird eine Regelung von (internen) Qualitätsmanagement-Strukturen ange-regt.

Bewertung:

Der Vorschlag zur Fortbildungspflicht wurde übernommen. Eine qualifizierte, am aktuellen Stand der Notfallmedizin und Technik ausgerichtete Fortbildung des im Rettungsdienst und in den Leitstellen tätigen Fachpersonals soll insbesondere die Versorgung und Betreuung in der Notfallrettung sicherstellen.

Maßnahmen der Qualitätssicherung haben einen hohen Stellenwert in allen Be-reichen des Gesundheitswesens. Im Rettungsdienst liegt der Fokus im Hinblick auf die Gesamtverantwortung für die rettungsdienstlichen Strukturen primär auf der verbändeübergreifenden unabhängigen Qualitätssicherung. Der Landesaus-schuss für den Rettungsdienst hat dazu am 3. Dezember 2008 die Kosten- und Leistungsträger beauftragt, gemeinsam auf dieser Basis die Qualitätssicherung des Rettungsdienstes im Selbstverwaltungsmodell darzustellen. Insofern wird der Vorschlag derzeit nicht im Gesetz aufgegriffen.