

Beschlussempfehlung und Bericht

des Sozialausschusses

zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 14/4840

Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes

Beschlussempfehlung

Der Landtag wolle beschließen,

dem Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 14/4840 – mit folgender Ergänzung zuzustimmen:

In Artikel 1 Nr. 3 Buchst. b Doppelbuchst. cc werden nach dem Wort „Notrufe“ die Worte „und Notruffaxe“ eingefügt.

15. 10. 2009

Der Berichterstatter:

Dr. Ulrich Noll

Die Vorsitzende:

Brigitte Lösch

Bericht

Der Sozialausschuss beriet den Gesetzentwurf Drucksache 14/4840 in seiner 32. Sitzung am 15. Oktober 2009.

Die Ausschussvorsitzende verweist auf die hierzu eingegangenen Änderungsanträge der Abg. Ursula Haußmann u. a. SPD (*Anlage 1, Nr. 1*) und der Fraktion GRÜNE (*Anlage 1, Nr. 2*).

Eine Abgeordnete der Fraktion GRÜNE führt in Erläuterung des Änderungsantrags der Fraktion GRÜNE (*Anlage 1, Nr. 2*) aus, ihre Fraktion habe bereits im Rahmen der ersten Lesung in der Plenarsitzung am 7. Oktober 2009 deutlich gemacht, dass der Gesetzentwurf zwar positive Elemente enthalte, in wesentlichen Punkten jedoch nicht weit genug gefasst sei, da die angestrebten Strukturveränderungen nicht erreicht würden.

Ausgegeben: 30. 10. 2009

*Drucksachen und Plenarprotokolle sind im Internet
abrufbar unter: www.landtag-bw.de/Dokumente*

Dem Rettungswesen komme heute aufgrund der veränderten Strukturen in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung gerade im ländlichen Raum eine noch größere Bedeutung zu. Wichtigstes Ziel müsse sein – und dies nehme der Gesetzentwurf auch für sich in Anspruch –, die wohnortnahe Notfallversorgung der Bevölkerung in jedem Fall zu gewährleisten. Hier greife der Gesetzentwurf allerdings in zentralen Bereichen zu kurz.

Zunächst halte ihre Fraktion es für unerlässlich, gesetzlich zu verankern, dass der Bereichsplan bereichsübergreifend mit benachbarten Rettungsdienstbereichen abgestimmt werde und der Bereichsausschuss diese Abstimmung verlässlich zu gewährleisten habe.

Ebenfalls für notwendig halte ihre Fraktion die Bestellung eines „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ in jedem Rettungsdienstbereich. Denn es habe sich gezeigt, dass im baden-württembergischen Konzept der Rettungsdienste Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung nur durch die Leistungs- und die Kostenträger selbst, nicht aber zusätzlich noch durch eine übergeordnete Instanz erfolge. Dies sei jedoch nötig, um Verbesserungsbedarf auszumachen und Veränderungen in die Wege zu leiten. Vor diesem Hintergrund sei von vielen Beteiligten, u. a. von Notärzten, auch immer wieder die Einführung eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst gefordert worden.

Ein weiteres Anliegen sei es, die derzeitige Pattsituation bei der Zusammensetzung der Bereichsausschüsse aufzulösen, und zwar dadurch, dass diesem Gremium ein Vertreter der Stadt- oder Landkreise – die schon heute, allerdings ohne Stimmrecht, im Bereichsausschuss vertreten seien – sowie als Fachaufsicht der neu einzuführende Ärztliche Leiter Rettungsdienst mit Stimmrecht angehört. Des Weiteren sollten dem Bereichsausschuss auch jeweils ein Vertreter der Feuerwehr, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhäuser stimmberechtigt angehören.

Mit Ziffer 4 des Änderungsantrags solle einer Forderung des Landesgehörlosenverbands entsprochen werden, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Notrufe nicht nur per Telefon, sondern auch per Fax abgesetzt werden könnten. Durch die gesetzliche Verankerung solle dies zur Pflichtaufgabe jeder Integrierten Leitstelle werden.

Eine Abgeordnete der Fraktion der SPD legt als Erstunterzeichnerin des Änderungsantrags vonseiten der SPD (*Anlage 1, Nr. 1*) dar, Krankenhäuser im ländlichen Bereich hätten es erfahrungsgemäß sehr viel schwerer als Krankenhäuser in Ballungszentren, in ausreichender Anzahl Notärzte zu gewinnen. Daher sollten die Krankenhausträger im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet werden, gegen Kostenausgleich Ärzte zur Verfügung zu stellen. Diese Forderung beziehe sich ausdrücklich auf Kliniken mit Akutversorgung, da die Antragsteller es für wenig sinnvoll hielten, hier beispielsweise auch Psychosomatische Kliniken oder Rehakliniken einzubeziehen.

Des Weiteren würden auch niedergelassene Ärzte in der Pflicht gesehen, gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eine ausreichende Planung auf den Weg zu bringen.

Der Kostenausgleich müsse auch die erforderliche Fort- und Weiterbildung des ärztlichen Personals der Krankenhäuser für den Notarzteinsatz umfassen. Wichtig sei zudem, dass, sofern eine Gewinnung von Notärzten in ausreichender Anzahl nicht anderweitig möglich sei, der Bereichsausschuss hierzu durch Verwaltungsakt Anordnungen treffen könne.

Im Übrigen verweise sie auf die dem Änderungsantrag beigefügte Begründung.

Sie äußert, dem Änderungsantrag der Fraktion GRÜNE in Ziffer 4 b werde ihre Fraktion zustimmen. Die aufgrund einer Studie der AOK Baden-Württemberg vorgesehene Zahl von acht Integrierten Leitstellen werde allerdings als zu gering erachtet; in einem Flächenland wie Baden-Württemberg müsse eine bessere Versorgung gewährleistet sein.

Eine Abgeordnete der Fraktion der CDU meint, die beiden Änderungsanträge seien in mehreren Punkten nicht zielführend. Bereits seit Jahren gebe es eine enge Koordination zwischen den Bereichsausschüssen und werde die Arbeit landkreisübergreifend geplant. Angesichts der knappen finanziellen und personellen Ressourcen seien enge Abstimmung und Verzahnung ohnehin unerlässlich. Eine gesetzliche Regelung werde daher nicht für nötig gehalten.

Auf den zur Qualitätssicherung geforderten Ärztlichen Leiter Rettungsdienst könne gut verzichtet werden. Die Notärzte dokumentierten ihre Einsätze über das Notarztdokumentationssystem NADOC, und über die Ärzteverbände und Ärztekammer finde auf dieser Grundlage eine kontinuierliche Qualitätsauswertung statt. Zudem übe das Sozialministerium die Rechtsaufsicht aus; es verfolge etwa die Entwicklung von Einsatzzeiten. Die Sicherung der medizinischen Qualität erfolge durch die hierfür bestellten Leitenden Notärzte, die in den einzelnen Regionen des Landes die verschiedenen Maßnahmen des Rettungsdienstes und der Notarztversorgung miteinander koordinierten und auch zu anderen Hilfsorganisationen wie Feuerwehr, Technisches Hilfswerk und Polizei den Kontakt pflegten.

Die geschilderte Pattsituation in den Bereichsausschüssen habe in der Vergangenheit tatsächlich auch aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots häufig dazu geführt, dass sich die Akteure nicht hätten einigen können und in bestimmten unterversorgten Regionen des Landes kein eigener Notarztstandort hätte installiert werden können. Mit der Novelle könne nun ungeachtet der Kostenfrage per Verwaltungsakt eine Anordnung zur Gestellung von Notärzten getroffen werden. Damit sei sichergestellt, dass dann, wenn sich etwa Einsatzzeiten als zu lang erweisen sollten, strukturelle und organisatorische Veränderungen vorgenommen werden müssten, um den beobachteten Missständen abzuweichen. Der Bereichsausschuss werde durch die Neuregelung sogar gestärkt. Daher werde es auch für nicht sinnvoll gehalten, dessen Zusammensetzung, wie mit dem Änderungsantrag in Ziffer 3 des Änderungsantrags der Fraktion GRÜNE begehrt, zu verändern.

Die Forderung in Ziffer 4 b dieses Antrags werde dagegen auch von seiner Fraktion unterstützt.

In Bezug auf den Änderungsantrag vonseiten der SPD führte er aus, wenn die Krankenhausträger „im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit“ verpflichtet würden, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen, würde sicherlich eher das Gegenteil des eigentlichen Intendierten erreicht. In der Gesetzesnovelle sei dieser Passus gerade deshalb herausgenommen worden, um mehr Kliniken als bisher die Möglichkeit der Beteiligung an der Notarztversorgung zu geben, und zwar auch deshalb, um einer sich durch die Schließung zahlreicher kleinerer Kliniken in ländlichen Regionen abzeichnenden Problematik zu begegnen. Dabei gälten für die Notarztgestellung hohe Qualitätsstandards. Entscheidend sei, dass die Ärzte, die sich für den Notdienst zur Verfügung stellten, über eine entsprechende Qualifikation verfügten. Es sei zu begrüßen, wenn Ärzte – gleich, an welchem Krankenhaus, dies könne durchaus auch eine Rehaklinik sein – freiwillig an Qualifizierungsmaßnahmen teilnahmen und sich anschließend für den Notfalldienst zur Verfügung stellten.

Das Thema Fort- und Weiterbildung sei im Gesetz bereits hinreichend berücksichtigt; hierzu bedürfe es nicht des Änderungsantrags vonseiten der SPD.

Dabei sei auch der Kostenausgleich klar geregelt, insofern, als alle Kosten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung für Notärzte von den Krankenkassen zu tragen seien.

Eine Abgeordnete der Fraktion der FDP/DVP äußert, die Komponenten des neuen Gesetzes werde er bereits heute als großen Erfolg. Modifikationen, wie sie mit den beiden Änderungsanträgen begehrt würden, halte er nicht für notwendig. Eine Ausnahme stelle lediglich die in Ziffer 4 b des Änderungsantrags der Fraktion GRÜNE beehrte Möglichkeit dar, Notrufe auch per Fax abzusetzen.

Die im Änderungsantrag aus den Reihen der SPD erhobenen Forderungen seien durch die Novelle bereits eingelöst; die Refinanzierung der Fort- und Weiterbildung des ärztlichen Personals für den Notarztendienst sei hier umfänglich geregelt.

Eine Abgeordnete der Fraktion GRÜNE verdeutlicht, die in Ziffer 2 des Änderungsantrags der Fraktion GRÜNE beehrte Installation eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst sei durchaus keine grüne Idee. Dieses Modell werde in den anderen Bundesländern bereits seit Langem realisiert und habe sich sehr bewährt. Dabei sei der Ärztliche Leiter Rettungsdienst in seiner Verantwortung für ein medizinisches Qualitätsmanagement weisungsbefugt und habe dadurch auch die Kompetenz, Strukturen zu verändern. Maßnahmen zur Qualitätssicherung könnten so von einem sehr viel stabileren Fundament aus erfolgen, als dies bei einem reinen Dokumentationsverfahren je möglich wäre.

Tatsächlich zeige sich, dass Baden-Württemberg mit seiner Struktur der Bereichsausschüsse und der darin vorzufindenden Pattsituation bundesweit den billigsten Rettungsdienst habe. Dies führe u. a. dazu, dass Rettungsassistenten von ihrem Gehalt allein oftmals nicht mehr leben könnten. Das Wirtschaftlichkeitsgebot erweise sich in solchen Fällen auch als „Daumenschraube“, die, wenn sie zu stark angezogen werde, zwangsläufig der Qualität schade.

Zudem ergebe sich in Baden-Württemberg aufgrund der Wirtschaftlichkeits-erwägungen und auch aufgrund des Mangels an Notärzten immer wieder die Situation, dass Einsätze ganz ohne Ärzte gefahren würden. Wenn der Rettungsdienst jedoch dazu beitragen solle, dass sich die gerade auf dem Land zu beobachtende Ausdünnung der stationären und ambulanten Versorgung nicht weiter nachteilig auswirke, dann müsse an dessen Qualität zwangsläufig noch gearbeitet werden. Ohne eine Mittelaufstockung könne dies nicht gelingen.

Die kommunale Seite bzw. die Landkreise, die nun einmal den Auftrag hätten, die wohnortnahe stationäre Versorgung für ihre Bürger sicherzustellen, dürften in Fragen der Finanzierung der Notarztversorgung allerdings auch nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden. Daraus folge die Forderung, dass diese, wie im Änderungsantrag der Fraktion GRÜNE beehrt, in den Bereichsausschüssen zukünftig mit Stimmrecht ausgestattet sein sollten.

Die Sozialministerin führt aus, in Baden-Württemberg gebe es beim Rettungsdienst nun einmal andere Strukturen als in anderen Bundesländern. In einen kommunalisierten Rettungsdienst könnte ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, wie er im Änderungsantrag der Fraktion GRÜNE gefordert werde, sehr wohl hineinpassen; im Rahmen der Selbstverwaltung wäre eine solche Funktionsstelle jedoch fehl am Platz.

Richtig sei, dass intensiv an der Qualitätsverbesserung gearbeitet werden müsse. Diese Aufgabe obliege jedoch den Trägern im Rahmen der Selbstverwaltung.

Derzeit werde daran gearbeitet, eine trägerübergreifende unabhängige Stelle einzurichten, die für die Qualitätssicherung zuständig sei. Hierüber solle noch in diesem Jahr im Landtag Bericht erstattet werden. Erst dann, wenn diese Maßnahme nicht zu dem gewünschten Erfolg führen sollte, gäbe es die Option einer gesetzlichen Regelung. Da sich die Selbstverwaltung allerdings selbst den Auftrag gegeben habe, ein Qualitätssicherungskonzept zu erstellen, rate sie dazu, zunächst einmal die entsprechenden Ergebnisse abzuwarten.

Die im Änderungsantrag vonseiten der SPD vorgenommene Einschränkung „im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit“ sei hinfällig, weil die Krankenhäuser ja nun die Kosten für die Gestellung eines Notarztes sowie die Kosten für die erforderlichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erstattet bekämen. Kein Krankenhaus könne daher nun Kostengründe anführen, um die Gestellung eines Notarztes zu verweigern.

Derzeit gebe es in Baden-Württemberg 150 Krankenhäuser mit einem Pool von insgesamt 2.046 einsetzbaren Notärzten. Pro Krankenhaus seien dies ca. 13 bis 14 Notärzte. Wenn nun mit der Gesetzesnovelle weitere Krankenhäuser in die Lage versetzt würden, einen oder mehrere Notärzte zu stellen – dabei werde von ca. 100 Reha-Einrichtungen und 25 Krankenhäusern mit Akutversorgung ausgegangen –, dann werde dies der Versorgung zweifellos zugute kommen. Sie sei durchaus überzeugt, dass auch Reha-Krankenhäuser in großer Zahl in der Lage seien, Notärzte zu stellen – zumal sie die Kosten für die Qualifizierung ja nun nicht selbst aufbringen müssten. Selbstverständlich müsse die Verhältnismäßigkeit dabei gewahrt bleiben.

Im Rettungsdienstplan sei vorgeschrieben, dass sich die Bereichsausschüsse untereinander abstimmen, dass also bereichsübergreifend geplant und vorgegangen werde. Dies halte sie für eine Selbstverständlichkeit, die nicht noch zusätzlich gesetzlich verankert werden müsse.

Die Ausschussvorsitzende ruft Artikel 1, Nummern 1 und 2 des Gesetzentwurfs auf und stellt hierzu zunächst die Ziffern 1 bis 3 des Änderungsantrags Nr. 2 zur Abstimmung.

Ziffern 1 bis 3 des Änderungsantrags Nr. 2 werden mit großer Mehrheit abgelehnt.

Nr. 1 und Nr. 2 von Artikel 1 werden mehrheitlich angenommen.

Die Ausschussvorsitzende ruft Artikel 1 Nr. 3 auf und stellt hierbei zunächst Ziffer 4 a des Änderungsantrags Nr. 2 zur Abstimmung.

Ziffer 4 a wird mehrheitlich abgelehnt.

Die Ausschussvorsitzende lässt nun über Ziffer 4 b des Änderungsantrags Nr. 2 abstimmen.

Ziffer 4 b des Änderungsantrags Nr. 2 wird einstimmig in der Fassung „und Notruffaxe“ angenommen.

Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzentwurfs in der hierdurch geänderten Fassung wird mehrheitlich angenommen.

Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzentwurfs wird mit großer Mehrheit zugestimmt.

Die Ausschussvorsitzende ruft Artikel 1 Nr. 5 auf und stellt hierzu den Änderungsantrag Nr. 1 zur Abstimmung.

Dieser Antrag wird mehrheitlich abgelehnt.

Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzentwurfs wird mehrheitlich zugestimmt.

Artikel 1 Nummern 6 und 7 wird einstimmig zugestimmt.

Artikel 2 und Artikel 3 wird mehrheitlich zugestimmt.

29. 10. 2009

Dr. Ulrich Noll

Anlage 1 Nr. 1

Landtag von Baden-Württemberg

Nr. 1

14. Wahlperiode

Änderungsantrag

der Abg. Ursula Haußmann u. a. SPD

**zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 14/4840**

Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes

Der Landtag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 14/4840 – wie folgt zu ändern:

Artikel 1 Nr. 5 Buchst. a erhält folgende Fassung:

„a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Die Krankenhausträger sind im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen.“

bb) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Der Kostenausgleich umfasst auch die Kosten der erforderlichen Fort- und Weiterbildung des ärztlichen Personals der Krankenhäuser für den Notarztdienst. Sofern eine Gewinnung von Notärzten in ausreichender Anzahl nicht anderweitig möglich ist, kann der Bereichsausschuss hierzu unbeschadet der Regelungen in Absatz 4 durch Verwaltungsakt Anordnungen treffen. Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung. Für die Vollstreckung gilt das Landesverwaltungsvollstreckungsgesetz.“

Stuttgart, 14.10.2009

Haußmann, Altpeter, Wehowsky und Wonnay SPD

Begründung:

Schon bisher haben sich die Krankenhäuser in Baden-Württemberg in weitreichendem Umfang an der Gestellung von Notärzten für den Rettungsdienst beteiligt. Die neugefasste Regelung aus dem Gesetzentwurf der Landesregierung zur Kostenerstattung wird die Bereitschaft der Krankenhäuser hierzu weiter erhöhen.

Dennoch werden auch in Zukunft nicht alle Krankenhäuser jederzeit Notärzte in ausreichendem Umfang für den Rettungsdienst stellen können. Zum einen führt der Mangel an Ärzten vor allem in ländlichen Regionen dazu, dass Krankenhäuser trotz Bemühungen keine qualifizierten Ärztinnen und Ärzte hierfür gewinnen können. Zum anderen können vor allem psychosomatische und Reha-Kliniken Ärzte nicht durch interne Weiterbildung für die Notfallmedizin qualifizieren. (Nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg sind hierfür „24 Monate Weiterbildung in der unmittelbaren Patientenversorgung in einem Krankenhaus, bei dem Tag und Nacht Aufnahmebereitschaft für Notfälle besteht und ein breites Spektrum akuter stationärer Behandlungsfälle vorliegt, davon 6 Monate Weiterbildung in der Intensivmedizin“ erforderlich.). Aus diesem Grund ist die bisherige Formulierung „im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit“ in § 10 Abs. 1 Satz 3 RDG beizubehalten.

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst definiert die Leistungsfähigkeit i.S.d. geltenden § 10 Abs. 1 Satz 3 RDG wie folgt: „Alle Krankenhäuser, deren Versorgungsauftrag die Untersuchung und Behandlung stationärer Notfälle umfasst, sind gesetzlich verpflichtet, Notärzte abzustellen, sofern dort mindestens eine Abteilung für Innere Medizin oder für Chirurgie vorgehalten wird bzw. chirurgische/anästhesiologische und/oder internistische Leistungen erbracht werden.“ (Empfehlungen des Landesausschusses für den Rettungsdienst „Notärztliche Versorgung“ vom 30. November 2007, S. 7). Diese Definition könnte in den Rettungsdienstplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen werden, um ihr größere Bedeutung zukommen zu lassen.

Ein Durchsetzen der Gestellung von Notärzten mit einer Anordnung durch Verwaltungsakt ist nur gegenüber diesen Krankenhausträgern zumutbar. Der Bereichsausschuss soll zuvor andere Möglichkeiten zur Gewinnung von Notärzten ausgeschöpft haben (erster Halbsatz fünfter Satz in § 10 Abs. 1). Hierzu zählt insbesondere die Beteiligung von niedergelassenen Ärzten, Ärzten in Honorartätigkeit, anderen als den im Sinne der in § 10 Abs. 1 Satz 3 RDG als leistungsfähig beschriebenen Krankenhäusern oder Medizinischen Versorgungszentren am Notarzdienst. Der Bereichsausschuss kann dazu die Empfehlungen des Landesausschusses für den Rettungsdienst „Notärztliche Versorgung“ vom 30. November 2007 heranziehen. Der Bereichsausschuss hat bei einer Anordnung durch Verwaltungsakt zu berücksichtigen, ob der dem Krankenhausträger zustehende Kostenausgleich auch dann angemessen ist, wenn sich keine Synergieeffekte im Klinikalltag ergeben, z.B. wenn der Notarztstützpunkt außerhalb des Krankenhausgeländes liegt.

Der Hinweis auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz bei der Anordnung von Verwaltungsakten in der Begründung des Gesetzentwurfs der Landesregierung zu § 10 RDG-E entkräftet die Bedenken gegen diese Passage des Gesetzentwurfs nicht.

Anlage 1 Nr. 2

Landtag von Baden-Württemberg

Nr. 2

14. Wahlperiode

**Änderungsantrag
der Fraktion GRÜNE**

**zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 14/4840**

Gesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes

Der Landtag wolle beschließen:

1. Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

a) In § 3 Abs. 3 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Der Bereichsausschuss ist gehalten, den Bereichsplan bereichsübergreifend mit benachbarten Rettungsdienstbereichen abzustimmen.“

b) Die folgenden Sätze 2, 3 und 4 werden entsprechend zu Sätzen 3, 4 und 5.

2. In Artikel 1 wird die folgende Nummer 2 neu eingefügt:

a) Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

**„§ 4a
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst**

(1) In jedem Rettungsdienstbereich wird ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst bestellt. Seine Aufgabe es ist, die Qualitätssicherung der rettungsdienstlichen Versorgung zu gewährleisten. Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst übt die medizinische Kontrolle über den Rettungsdienst aus und ist für die Effektivität und Effizienz der präklinischen Notfallversorgung verantwortlich. Des Weiteren ist er verantwortlich für die Einhaltung von Ausbildungsstandards, Einsatzstandards und Einsatztaktiken, die im Rettungsdienst greifen sollen.

(2) Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst wird auf Vorschlag des Ministeriums für Arbeit und Soziales im Benehmen mit der Landesärztekammer und der KVBW bestellt. Er ist gegenüber allen im Rettungsdienst mitarbeitenden Organisationen weisungsbefugt.“

b) Die bisherigen Nummern 2 bis 7 werden zu Nummern 3 bis 8.

3. Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

a) § 5 Abs. 1 Satz 4 erhält folgende Fassung:

„Darüber hinaus gehören dem Bereichsausschuss stimmberechtigt ein Vertreter der Stadt- oder Landkreise als Rechtsaufsicht sowie der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes (nach § 4a) als Fachaufsicht an.“

b) In § 5 Abs. 1 wird nach Satz 4 ein neuer Satz 5 eingefügt:

„Des Weiteren gehören dem Bereichsausschuss stimmberechtigt ein Vertreter der Feuerwehr, der Kassenärztlichen Vereinigung und ein Vertreter der Krankenhäuser an.“

c) Der bisherige Satz 5 wird Satz 6.

4. Artikel 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

a) In § 6 Abs. 1 Satz 6 wird nach dem Wort „Feuerwehr“ das Wort „bereichsübergreifend“ eingefügt.

b) In § 6 Abs. 1 Satz 4 werden nach dem Wort „Notrufe“ die Worte „und - Faxe“ eingefügt.

Stuttgart, den 14.10.2009

Kretschmann, Mielich und Fraktion GRÜNE

Begründung:

ad 1.

Der Rettungsdienstplan BW 2000 führt unter IV. 3. aus, dass die Festlegung von Rettungsdienstbereichen nicht bedeutet, dass der Einsatz der Rettungsmittel schematisch nach den Grenzen der Rettungsdienstbereiche zu erfolgen hat. Ein wirksamer Rettungsdienst erfordert demnach eine enge Zusammenarbeit und die gegenseitige Unterstützung der Rettungsdienstbereiche. Daher sind die Bereichspläne benachbarter Rettungsdienstbereiche aufeinander anzustimmen.

Eine großräumige, bereichsübergreifende, regionalisierte Struktur der Rettungsdienstbereiche entlang den Regierungsbezirken führt zu Synergien, effektiviert Planung und Einsatz des Rettungsdienstes, macht ihn wirtschaftlicher und verbessert die Qualität der Leistungen für die Bürgerinnen und Bürger.

ad 2.

Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst ist in den Rettungsdienstgesetzen aller anderen Bundesländer verankert und bewährt als die Institution, die in Zusammenarbeit mit den im Rettungsdienstbereich tätigen Durchführenden des Rettungsdienstes die medizinische Qualität rettungsdienstlicher Leistungen sichert und bedarfs- und fortschrittsgerecht anpassen kann. Er ist verantwortlich für das medizinische Qualitätsmanagement der Patientenversorgung und -betreuung, legt die hierzu erforderlichen Grundsätze fest und wirkt daran mit, dass im Rettungsdienst die notwendigen Strukturen aufgebaut werden und eine von Trägerinteressen unabhängige Qualität der Notfallversorgung gewährleistet ist.

In Baden-Württemberg muss diese unabhängige Qualitätssicherung und Kontrolle ebenfalls dringend etabliert werden.

Der Ärztliche Leiter ist von der für den Rettungsdienst zuständigen Behörde zu bestellen und in allen medizinischen Belangen der Durchführung des Rettungsdienstes entscheidungs- und weisungsbefugt. Hinsichtlich der Anforderungen an seine Qualifikation sind die Empfehlungen der Bundesärztekammer zum ärztlichen Leiter Rettungsdienst (vom 09.12.1994, bestätigt durch den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätswesen“ der BÄK vom 23.11.2006) zu berücksichtigen.

ad 3.

Der Bereichsausschuss in seiner bisherigen Form ist kein geeignetes Instrument zur Sicherstellung der notfallmedizinischen Versorgung. Die im Bereichsausschuss paritätisch vertretenen Kostenträger und von diesen abhängige Leistungserbringer sind nicht in der Lage, unabhängig Qualitätsstandards zu definieren und zu kontrollieren. Das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst muss konsequent zwischen Aufgabenträgern, Leistungserbringern und Kostenträgern erfolgen und eine regelmäßige Anpassung des Standards der Notfallversorgung gewährleisten. Deshalb sind ein vom Regierungspräsidium bestellter Vertreter des Kreises als Vertreter der Rechtsaufsicht sowie ein Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes als Fachaufsicht als stimmberechtigte Mitglieder in den Bereichsausschuss zu berufen.

ad 4.

a) Im Bereich der Integrierten Leitstellen ist im Sinne der Nutzung von Synergien und unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten die Einrichtung von bereichsübergreifenden Regionalleitstellen sinnvoll. Eine von der AOK vorgelegte Studie belegt dies.

b) Für gehörgeschädigte, gehörlose oder taubstumme Menschen ist sicherzustellen, dass jede Integrierte Leitstelle Notrufe unter der Nummer 112 auch über FAX empfangen kann.