

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen

zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 17/6611

Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG)

Beschlussempfehlung

Der Landtag wolle beschließen,

dem Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 17/6611 – mit folgenden Änderungen zuzustimmen:

1. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die durch die Einrichtung und den Betrieb eines App-Alarmierungssystems entstehenden Kosten können in den Benutzungsentgelten nach § 43 Absatz 3 entsprechend berücksichtigt werden.“

b) Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Kosten für die Alarmierung können bei der Berechnung des Leitstellentgeltes nach § 11 Absatz 5 berücksichtigt werden.“

2. § 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „maximal“ gestrichen.

b) In Satz 2 wird das Wort „Mindestens“ gestrichen.

3.7.2024

Die Berichterstatterin:

Andrea Schwarz

Der Vorsitzende:

Ulli Hockenberger

Bericht

Der Ausschuss des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen behandelt den Gesetzentwurf der Landesregierung – Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG) – Drucksache 17/6611 – in seiner 34. Sitzung am 3. Juli 2024, die als gemischte Sitzung mit Videokonferenz stattfand.

Der Ausschussvorsitzende ruft hierzu eingangs den Änderungsantrag der Fraktion der SPD – modifizierte Fassung – (*Anlage*) und den Änderungsantrag der Fraktionen von GRÜNEN und CDU (*Anlage*) auf.

Ein Abgeordneter der Fraktion der FDP/DVP meint, angesichts der Fülle von erstmals in dieser Form vorgetragenen konkreten Bedenken, die in der vorhergehenden Anhörung zum Ausdruck gekommen seien, wäre es tatsächlich ratsam, die Beratung des Gesetzentwurfs auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, um noch die Möglichkeit einer gründlichen Überarbeitung der Materie, gegebenenfalls in Gestalt weiterer Änderungsanträge, zu geben. In diese Richtung habe sich auch der Sachverständige Dr. Andreas Pitz verlauten lassen.

Seines Erachtens gelte es – darauf habe er bereits in der ersten Lesung am 16. Mai 2024 hingewiesen –, den Gesetzentwurf vom Kopf auf die Füße zu stellen. Es gehe nicht an, dass weiterhin mit unbestimmten Rechtsbegriffen und unzulässigen Verweisungen gearbeitet werde.

In der Anhörung sei die Vermutung geäußert worden, der Rettungsdienstplan sei auch deshalb kassiert worden, weil versucht werden solle, die Wesentlichkeitstheorie zu umgehen. – Diese und andere offene Fragen müssten nun dringend geklärt werden.

Insofern kündige er für seine Fraktion die entschiedene Ablehnung des Gesetzentwurfs, wie er nun vorliege, an. Die Zielrichtung der beiden vorgelegten Änderungsanträge sei richtig; allerdings reichten diese nicht aus, um alle Schwachstellen zu beseitigen. In der Zweiten Beratung des Gesetzentwurfs im Plenum werde seine Fraktion umfassende weitere Änderungsanträge stellen.

Ein Abgeordneter der Fraktion der SPD schließt sich diesen Ausführungen an und weist darauf hin, dass die Zielrichtung des Änderungsantrags der Koalitionsfraktionen wesentliche Überschneidungen mit dem ursprünglichen Änderungsantrag seiner Fraktion aufweise. Das mache deutlich, wie fruchtbar eine gute Oppositionsarbeit sein könne. Insofern müsse sich die Abstimmung nun nur noch auf die divergierenden Punkte beziehen, wie sie in der modifizierten Fassung zusammengestellt seien.

Bei der Abstimmung über den Gesetzentwurf werde seine Fraktion sich enthalten. Ein weiterer Abgeordneter der Fraktion der SPD rät dazu, die Prozesse im Bereich der Leitstellen nochmals einer genauen Prüfung zu unterziehen, und zwar unbedingt schon vor deren umfassender Digitalisierung.

Eine Abgeordnete der Fraktion GRÜNE kündigt Ablehnung von Ziffer 2 des von der SPD-Fraktion vorgelegten Änderungsantrags – modifizierte Fassung – an.

Der Ausschussvorsitzende ruft den Änderungsantrag der SPD – modifizierte Fassung – (*Anlage*) zur Abstimmung auf.

Der Änderungsantrag verfällt mehrheitlich der Ablehnung.

Der Ausschussvorsitzende stellt sodann den Änderungsantrag der Fraktionen von GRÜNE und CDU zur Abstimmung.

Der Änderungsantrag wird mehrheitlich angenommen.

Der Ausschussvorsitzende lässt abschließend über den Gesetzentwurf Drucksache 17/6611 insgesamt mit den soeben vorgenommenen Änderungen abstimmen.

Dem Gesetzentwurf wird mehrheitlich zugestimmt.

8.7.2024

Andrea Schwarz

Anlage

**Landtag von Baden-Württemberg
17. Wahlperiode**

**Zu Teil II TOP 1
34. InnenA/3.7.2024**

Änderungsantrag

der Fraktion der SPD

**zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 17/6611**

Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG)

Der Landtag wolle beschließen:

1. § 29 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wer Krankentransport betreibt, bedarf der Genehmigung; hiervon ausgenommen sind die Leistungsträger nach § 3 Absatz 1.“

2. § 40 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Erweiterungsbau)“ ein Komma und die Wörter „der Erhaltung und der Wiederherstellung“ sowie nach den Wörtern „aufgenommen worden sind“ die Wörter „und wenn die Kosten der einzelnen Erhaltungs- oder Wiederherstellungsmaßnahme 5 000 Euro ohne Umsatzsteuer übersteigen“ eingefügt.

3.7.2024

Binder, Ranger, Hoffmann
und Fraktion

B e g r ü n d u n g

Zu Nummer 1

Leistungsträger nach § 3 Absatz 1 RDG-E benötigen für die Wahrnehmung der Notfallrettung keiner Genehmigung, allerdings für die Durchführung von Krankentransporten. Da die Leistungsträger über die für die Wahrnehmung der Notfallrettung die notwendigen Kompetenzen verfügen, ist davon auszugehen, dass sie auch über die für den Krankentransport notwendigen Kompetenzen verfügen und es bedarf keines Genehmigungsverfahrens.

Zu Nummer 2

Eine sichere und verlässliche Finanzierung ist notwendige Voraussetzung für eine nachhaltige Planung von Investitionen in den Rettungsdienst. Zu einer nachhaltigen Finanzierung gehört auch, nicht nur Neuerrichtungen, sondern auch voraussichtlich günstigere und damit wirtschaftlich sparsamere Erhaltungs- und Wiederherstellungsmaßnahmen zu fördern. Durch die Änderungen wird eine nachhaltige Finanzierung des Rettungsdienstes sichergestellt.

**Landtag von Baden-Württemberg
17. Wahlperiode**

**Zu Teil II/TOP 1
34. InnenA/3.7.2024**

Änderungsantrag

**der Fraktion GRÜNE und
der Fraktion der CDU**

**zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 17/6611**

Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG)

Der Landtag wolle beschließen,

1. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die durch die Einrichtung und den Betrieb eines App-Alarmierungssystems entstehenden Kosten können in den Benutzungsentgelten nach § 43 Absatz 3 entsprechend berücksichtigt werden.“

b) Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Kosten für die Alarmierung können bei der Berechnung des Leitstellentgeltes nach § 11 Absatz 5 berücksichtigt werden.“

2. § 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „maximal“ gestrichen.

b) In Satz 2 wird das Wort „Mindestens“ gestrichen.

3.7.2024

Andreas Schwarz
und Fraktion

Hagel
und Fraktion

Begründung

Mittels der Änderung in § 24 Absatz 1 und dem Verweis auf § 43 wird es der Selbstverwaltung in eigener Verantwortung ermöglicht, die Kosten für ein App-Alarmierungssystem bei den Benutzungsentgelten entsprechend zu berücksichtigen. Mittels der Änderung in § 24 Absatz 2 und über den Verweis auf § 11 Absatz 5 wird es der Selbstverwaltung in eigener Verantwortung ermöglicht, die Kosten für die Alarmierung bei den Leitstellentgelten entsprechend zu berücksichtigen. Mittels der Änderung in § 40 wird die öffentliche Förderung des Rettungsdienstes durch das Land präzisiert.

A.	BEGRIFFSBESTIMMUNGEN, § 2	12
1.	<i>Fehlende Definitionen</i>	12
2.	<i>Kostenträger, § 2 Nr. 3 RDG-E</i>	12
3.	<i>Telenotärztliche Zentralen, § 2 Nr. 16</i>	15
4.	<i>Sekundäreinsatz, § 2 Nr. 19</i>	15
B.	TRÄGERSCHAFT BODENGEBUNDENER RETTUNGSDIENST, § 3 Abs. 1 UND 2 RDG-E	17
C.	SELBSTVERWALTUNGSSTRUKTUR, § 3 RDG-E	20
1.	<i>Einleitung</i>	20
2.	<i>Demokratische Legitimation</i>	21
a)	Trägerschaft.....	21
b)	Grundlagen.....	22
c)	Normdichte Anleitung.....	25
3.	<i>Effektive staatliche Aufsicht</i>	28
a)	Einleitung	28
b)	Rechtsaufsicht über den Landesausschuss bei der Organisation und Planung	29
c)	Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse bei der Organisation und Planung.....	30
d)	Vertragsaufsicht über die Leistungserbringer/Vertragspartner bei der Durchführung.....	31
e)	Zusammenfassung	32
4.	<i>Wahrung der Interessen der Betroffenen</i>	32
5.	<i>Zusammenfassung</i>	33
D.	FEHLENDE AMTSHAFTUNG	33
E.	RETTUNGSDIENSTPLANUNG/BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG	34
1.	<i>Einleitung</i>	34
2.	<i>Bisherige Regelung</i>	36
3.	<i>Neue Rettungsdienstplanung</i>	37
a)	Einleitung	37
b)	Ausnahme von den Planungsvorgaben	37
(1)	Großschadensereignisse	38
(2)	Luftrettungsdienst.....	40
(3)	Sonderrettungsdienste	42
(4)	Sekundäreinsätze	42
(5)	Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen	43
(6)	Notärztliche Versorgung	44
c)	Notfallkategorien und Planungsparameter	45
(1)	EVRALOG-BW	45
(2)	Grundlagen der Planung	48
d)	Zielerreichungsgrade.....	50
(1)	Grundlagen	50
(2)	Einschränkung der für die Zielerreichung maßgeblichen Einsätze.....	50
(3)	Zielerreichungsgrad bei der Eintreffzeit.....	52
(4)	Zielerreichung bei der Prähospitalzeit	57
(5)	Bezugspunkt für die Zielerreichung	57
4.	<i>Wirtschaftlichkeit</i>	58
F.	EXPERIMENTIERKLAUSEL, § 7 RDG-E.....	60

G.	INTEGRIERTE LEITSTELLEN, § 11 RDG-E	62
H.	AUSNAHMEN BEI GROßSCHADENSLAGEN, § 18 RDG-E	63
I.	EIGENSTÄNDIGE DURCHFÜHRUNG HEILKUNDLICHER MAßNAHMEN, § 20 RDG-E	64
1.	<i>Grundlagen</i>	64
2.	<i>Gesetzgebungskompetenz</i>	64
3.	<i>Ausgestaltung des Vorabdelegationsmodells</i>	67
J.	RETTUNGSDIENST IN KOMMUNALER TRÄGERSCHAFT, §§ 3 Abs. 4; 26 RDG-E.....	69
K.	ÜBERGANGSFRIST	70
L.	ENTWICKLUNGEN AUF BUNDESEBENE	72
V.	EMPFEHLUNGEN	72

I. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

1. Es bleibt offen, was der Gesetzgeber unter den Begriffen „Notfallkategorien“, „bestimmte Notfallkategorien“, „versorgungsrelevante Einsatzkategorien“, „Einsätzen, bei denen akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden“ und „Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen“ konkret versteht. Die fehlenden Definitionen sind aufgrund ihrer Wesentlichkeit für die Planung eines funktionierenden Rettungsdienstsystems zu ergänzen.
2. Die Aufnahme der privaten Krankenversicherung in den Begriff Kostenträger mag zwar wegen der Auswirkungen der Entscheidungen der rettungsdienstlichen Selbstverwaltung auf alle Bürger, zunächst sinnvoll erscheinen, führt jedoch zu erheblichen Rechtsunsicherheiten. Es besteht der Eindruck, dass der Gesetzentwurf nämlich außerhalb von § 2 Nr. 3 RDG-E nur die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in den Blick nimmt. Dies wiederum führt zu einer Vielzahl von systematischen Problemen. Die Grundprobleme der gewählten Selbstverwaltungs konstruktion löst die Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht (s. Ziff. 7). Daneben führt die häufige Bezugnahme auf die Landesverbände der Kostenträger, die in § 207 SGB V definiert sind, zu einem Ausschluss bestimmter gesetzlicher Krankenversicherungen, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der privaten Krankenversicherungen aus den Selbstverwaltungsstrukturen aus, da es für Baden-Württemberg als Landesverbände nur den BKK Landesverband Süd sowie die AOK

Baden-Württemberg bzw. die IKK classic, die die Aufgaben eines Landesverbands wahrnehmen, gibt.

3. Der Gesetzgeber sollte kritisch prüfen, ob er die Definition der Telenotärztlichen Zentralen nicht offener formuliert, um bei Bedarf solche auch an Krankenhäusern einrichten zu können.
4. § 2 Nr. 19 RDG-E ist um die Definition der Not(fall)verlegung zu ergänzen, so dass sichergestellt ist, dass die Not(fall)verlegungen anhand der Planungsparmeter des § 6 RDG-E geplant werden und für lebensrettende Verlegungen ausreichend Transportkapazitäten bestehen.
5. Die sehr restriktive Regelung des § 3 Abs. 2 RDG-E sollte überarbeitet werden, da diese de facto alle juristischen Personen des Privatrechts außer den genannten Hilfsorganisationen als Vereinbarungspartner ausschließt und im bestehenden Wortlaut auch die Tochtergesellschaften der Hilfsorganisationen von Vereinbarungen nach § 3 Abs. 2 RDG-E ausschließt.
6. Der Gesetzentwurf enthält trotz klaren Hinweises des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg keine Regelungen zur Trägerschaft der Selbstverwaltungsorgane, was in der Folge zu (verfassungs)rechtlichen Unsicherheiten führt. Der Entwurf ist daher um entsprechende Regelungen zu ergänzen.
7. Der gewählten Selbstverwaltungskonstruktion fehlt es an einer demokratischen Legitimation. Dieses Defizit ist derzeit weder durch eine normdichte Anleitung noch durch eine effektive staatliche Aufsicht kompensiert. Ebenso ist nicht erkennbar, dass die Interessen der Betroffenen – und dies sind nicht nur die GKV-Versicherten – hinreichend gewahrt sind.
8. Aufgrund der gewählten Selbstverwaltungsstruktur haftet das rettungsdienstliche Personal, abgesehen vom Leitenden Notarzt, mit dem Privatvermögen und kann unmittelbar verklagt werden. Eine Amtshaftung besteht nicht.

9. Die Regelung in § 6 RDG-E ist insgesamt sehr unübersichtlich geraten und enthält teils unsystematisch verortete Ausnahmeregelungen. Es wird an Begrifflichkeiten angeknüpft, die in § 2 RDG-E nicht definiert sind.
10. Woher die über die Regel hinausgehende Rettungsmittel-Vorhaltung, die bei einem Massenanfall von Verletzten (ManV), wie größeren Verkehrsunfälle, Bränden oder Terroranschlägen, benötigt wird, kommen soll und wer für deren Bereitstellung verantwortlich ist, bleibt im Gesetzentwurf offen. Eine Regelung wäre indes erforderlich, um ein funktionierendes Rettungsdienstsystem sicherzustellen.
11. Wieso eine getrennte landesweite Planung für den bodengebundenen Rettungsdienst durch den Landesausschuss für den Rettungsdienst mit Planungsparametern einerseits und für die Luftrettung durch das Innenministerium ohne Planungsparameter andererseits erfolgt, erschließt sich systematisch nicht.
12. Warum der Intensivtransport im Gesetz keinerlei Erwähnung findet und warum das Gesetz hierfür keinerlei Planungsvorgaben enthält, erschließt sich nicht. Daneben besteht das Problem der nicht hinreichenden Definition von Sekundäreinsätzen, die den Umstand unberücksichtigt lässt, dass es neben den Sekundäreinsätzen auch Notfallverlegungen gibt, die offenbar im vorliegenden Entwurf – unzulässig – den Sekundäreinsätzen zugeschlagen und aus den Planungsparametern ausgenommen werden.
13. Es liegt damit keine Entscheidung des Gesetzgebers vor, anhand welcher Kriterien die notärztliche Versorgung in Baden-Württemberg tatsächlich zu planen ist, obgleich diese Entscheidung als wesentlich für die Verwirklichung des grundrechtlichen Anspruchs auf Zurverfügungstellung eines funktionierenden Rettungsdienstes ist. Die Möglichkeit der „Herausnahme“ der notärztlichen Versorgung aus den Planungsvorgaben des § 6 Abs. 2 Satz 2 RDG-E ist auch systematisch unverständlich.

14. Die vom Gesetzentwurf in den Blick genommenen Notfallkategorien und Planungsparameter beruhen auf den ersten Zwischenergebnissen des vom Innenministerium finanzierten EVRALOG-BW-Projekts. Diese beruhen derzeit aber nach eigenem Bekunden der Verantwortlichen weder auf einer ausreichenden Datenbasis noch besteht eine wissenschaftliche Evidenz für die angedachten Planungsparameter. Darüberhinaus existieren nach Aussage der Wissenschaftler derzeit die für eine Planung erforderlichen Planungsansätze und Planungsstrategien noch überhaupt nicht, sondern müssen erst noch erforscht werden. Wie ein funktionierendes Rettungsdienstsystem auf dieser Basis sichergestellt werden soll, bleibt offen.
15. Nicht nachvollziehbar ist, warum bei der Eintreffzeit die maßgebliche Zeitspanne mit dem Einsatzannahmeende in der Integrierten Leitstelle und bei der Prähospitalzeit der Eingang der Notrufmeldung schon mit dem „ersten Klingeln“ in der Leitstelle beginnt und damit in einem Fall die Bearbeitungszeit in der Leitstelle berücksichtigt wird, im anderen Fall aber nicht.
16. Der Gesetzentwurf gibt auch keine Anhalt dafür, um welche Krankheitsbilder es sich bei den „akuten“ Blaulichteinsätzen handeln soll. An dieser Stelle werden sachfremde Maßstäbe in das Gesetz eingeführt, die nicht mehr vom Ermessenspielraum des Gesetzgebers gedeckt sein dürften.
17. Durch die Verkürzung der maßgeblichen Grundgesamtheit bleibt eine große Anzahl von Einsätzen bei der Bemessung der Zielerreichung außer Betracht. Die entsprechenden Regelungen zur Einschränkung der für die planerische Zielerreichung maßgeblichen Einsätze hinterlassen den Eindruck, dass ein unbestimmtes Regulativ in den Gesetzentwurf eingebaut werden sollte, um vordergründig große Ziele mit möglichst überschaubarem Aufwand zu erreichen.
18. Hinsichtlich des Zielerreichungsgrads bei der Eintreffzeit stellt sich die Frage, ob für die angedachte Zeitspanne von 12 bzw. 13-14 Minuten bei den für die Planung einzig maßgeblichen hochdringlichen, „akut eilbedürftigen“ Einsätzen

eine medizinische Evidenz besteht. Die notfallmedizinische Literatur geht vielmehr davon aus, dass bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand eine Eintreffzeit von über 5 Minuten zu einer (deutlichen) Verschlechterung der Prognose des Notfallpatienten führt.

19. Hinsichtlich des Zielerreichungsgrads bei der Prähospitalzeit von 80% in 60 Minuten, ist zu beachten, dass eine gewisse medizinische Evidenz dafür besteht dürfte, dass Patienten bei bestimmten Erkrankungen innerhalb von 60 Minuten in einer geeigneten Klinik übergeben werden sollten. Es ist vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht 20% der Fälle planerisch unberücksichtigt zu lassen, zumal dieser Wert nur bei „bestimmten“ Notfalleinsätzen der für die Prähospitalzeit maßgeblichen Notfallkategorie(n) relevant sein soll.
20. Die Regelung des § 6 Abs. 2 Satz 2 RDG-E deutet auf einen Widerspruch hin. Einerseits ist eine rettungsdienstbereichsbezogene Zielwerterreichung maßgeblich, andererseits sollen aber die Planungen losgelöst von Rettungsdienstbereichen erfolgen. Insbesondere stellt sich die Frage, wie ein Rettungsdienstbereich eigene Maßnahmen für eine bessere Zielerreichung ergreifen soll, wenn er an die Planungsvorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst, die landesweit festgelegt werden, gebunden ist.
21. Weder im Gesetzestext noch in der Gesetzesbegründung wird hinreichend dargelegt, was unter dem mehrfach verwendeten Wirtschaftlichkeitsbegriff im Kontext der rettungsdienstlichen Versorgung zu verstehen ist. Soweit der Gesetzentwurf offenbar die Auffassung vertritt, dass der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz des § 12 SGB V es ermögele in einer akut lebensbedrohliche Situation bei der auf Basis notfallmedizinischer Erkenntnisse eigentlich eine Hilfe innerhalb von fünf Minuten erforderlich ist aufgrund einer „Abwägung“ planerisch nur auf eine Zeitspanne von 12 Minuten, faktisch 13 bis 14 Minuten, abzustellen, bestehen erhebliche Zweifel daran, dass der Gesetzentwurf die Rechtsprechung des BVerfG zu der grundrechtlich gebotenen Relativierung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes bei lebensbedrohlichen Situationen hinreichend berücksichtigt.

22. Die Möglichkeit im Rahmen der Experimentierklausel des § 7 RDG-E von allen gesetzlichen (außer den datenschutzrechtlichen) und untergesetzlichen Regelungen, ohne lokale und sachliche Begrenzung abweichen zu können, stößt auf erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken.
23. Die Annahme, dass der Landesgesetzgeber über die erforderliche Gesetzgebungskompetenz für die Regelung zur Vorabdelegation (§ 20 RDG-E) verfügt, ist zumindest mit erheblichen Rechtsrisiken verbunden. Die Regelung des § 20 RDG-E begegnet auch in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung verfassungsrechtlichen Bedenken, da der Gesetzentwurf wesentliche Entscheidungen, nämlich welche heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäter im Wege der Vorabdelegation zulässig sein sollen, nicht selbst trifft, sondern ohne Vorgaben an private Dritte auslagert.
24. Die „ergänzende“ Zuweisung der Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung als Pflichtaufgabe an die Stadt- und Landkreise ist mit staatsrechtlichen Grundsätzen unvereinbar und praktisch kaum durchführbar.
25. Die Regelung des § 60 Abs. 1 RDG-E führt dazu, dass völlig offen ist, wie der Rettungsdienst in Baden-Württemberg bis Ende 2030, und ggf. darüber hinaus, ausgestaltet ist. Dies ist weder mit dem Wesentlichkeitsgrundsatz noch mit dem Erfordernis gesetzlich ein Mindestmaß an rettungsdienstlicher Versorgung auf Basis evidenzbasierter notfallmedizinischer Erkenntnisse sicherzustellen in Einklang zu bringen.
26. Es ist nicht erkennbar, dass der Gesetzentwurf auf die derzeitigen Entwicklungen auf Bundesebene vertieft eingeht.

II. Einleitung

Der Rettungsdienst hat im Rahmen der Notfallversorgung vielfältige Aufgaben zu erfüllen. Neben der notfallmedizinischen Versorgung von Notfallpatienten am Einsatzort und dem Notfalltransport in eine Gesundheitseinrichtung gehören auch die Leistungen der

Integrierten Leitstellen in Form der Entgegennahme von Hilfeersuchen und der Einsatzkoordination zu den Leistungen des Rettungsdienstes. Dieser Bereich kann der Daseinsvorsorge zugerechnet werden. Insbesondere im Bereich des sogenannten Massenfalls von Verletzten hat der Rettungsdienst auch eine Komponente der Gefahrenabwehr. Durch eine sich zunehmend verändernde Krankenhauslandschaft werden die sogenannten Sekundärtransporte, also Verlegungsfahrten, an Bedeutung gewinnen. Dieser Bereich zeichnet sich ebenso durch seinen Dienstleistungscharakter aus wie die Leistungen des qualifizierten Krankentransportes, d.h. der nicht notfallmäßigen Beförderung von Patienten, die während des Transportes einer medizinischen Betreuung bedürfen. Die Luftrettung ist sowohl im Bereich der originären Daseinsvorsorge als auch im Bereich der Dienstleistungen von Bedeutung.

III. Verfassungsrechtlicher Rahmen

A. Art. 2 Abs. 2 GG

Die Bürger haben einen grundrechtlichen Anspruch auf Zurverfügungstellung eines funktionierenden Rettungsdienstsystems unmittelbar aus Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG).¹ Dieser Anspruch ist von herausgehobener grundrechtlicher Bedeutung, da der Anspruch häufig im Zusammenhang mit Situationen steht, bei denen es um die **Abwendung von Lebensgefahren oder schweren gesundheitlichen Schäden** geht.

Die Erfüllung dieses Anspruchs erfordert zunächst, dass der Gesetzgeber ein **Mindestmaß** an bedarfsgerechter rettungsdienstlicher Versorgung sicherstellt. Jenseits dieses verfassungsrechtlich gebotenen Mindestmaßes hat der Gesetzgeber einen weiten **Ermessensspielraum** bei der Ausgestaltung des Rettungsdienstsystems.

B. Fehlender Rechtsschutz

Der Verpflichtung des Gesetzgebers, ein tatsächlich funktionierendes Rettungsdienstsystem zu organisieren, kommt schon deshalb besondere Bedeutung und Grundrechtsrelevanz zu, weil der Bürger im Notfall keinen Primärrechtsschutz

¹ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 5. Mai 2023 – 6 S 2249/22 –, Rn. 93, juris.

mehr in Anspruch nehmen kann. Bei Eintritt eines Notfalls befindet sich der Bürger nämlich regelmäßig in einem kritischen, möglicherweise lebensbedrohlichen Gesundheitszustand. In dieser Situation kann weder verwaltungs- noch sozialgerichtlicher Rechtsschutz in Anspruch genommen werden. Eine nachträgliche Rechtsschutzgewährung hätte insoweit lediglich den Ausgleich eingetretener Schäden zum Gegenstand, könnte aber den Eintritt eines Gesundheitsschadens durch einen nicht gesetzeskonform organisierten Rettungsdienst nicht mehr verhindern. Damit unterscheidet sich die Situation im Rettungsdienst grundlegend von anderen Leistungsansprüchen im Gesundheitswesen, bei denen zumindest die Möglichkeit besteht, fachgerichtlichen Eilrechtsschutz zu erlangen.

C. Wesentlichkeitstheorie

Bei der Ausgestaltung des genannten Grundrechtsanspruchs hat der Gesetzgeber zu beachten, dass er nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur **Wesentlichkeitstheorie**, die auf dem allgemeinen Gesetzesvorbehalt beruht, alle für die Grundrechtsverwirklichung bedeutsamen Entscheidungen selbst zu treffen hat, da die Exekutive für Handlungen, die den Grundrechtsbereich betreffen, einer gesetzlichen Grundlage bedarf.²

D. Demokratieprinzip

Zusätzlich stellt sich im vorliegenden Gesetzentwurf die Problematik der Delegation der Rettungsdienstorganisation und -durchführung auf eine Art Selbstverwaltung. Diese Delegation muss sich am Maßstab des **Demokratieprinzips** aus Art. 20 Abs. 2 GG messen lassen.³

E. Gesetzgebungskompetenz

Daneben muss das Land Baden-Württemberg für die beabsichtigten Regelungen über die erforderliche **Gesetzgebungskompetenz** verfügen. Dies bedarf für die Regelungen

² Vgl. BVerfG, Beschl. v. 08.08.1978 – 2 BvL 8/77.

³ BVerfG, Beschl. v. 05.12.2002 – 2 BvL 5/98.

des Gesetzentwurfs, die sich mit der Rettungsdienstorganisation und -planung befassen keiner weiteren Erläuterung⁴, muss allerdings hinsichtlich der Regelungen zur Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter einer besonderen Prüfung unterzogen werden.

F. Rechtsverordnung/Art. 61 Landesverfassung

Der Rettungsdienstplan soll in Form einer Rechtsverordnung erlassen werden (§ 6 Abs. 4 Satz 1 RDG-E). In diesem Rettungsdienstplan soll eine Vielzahl von Regelungen getroffen werden (vgl. § 6 Abs. 4 Nr. 1 bis 15 RDG-E). Art. 61 Abs. 1 Satz 2 der Landesverfassung (LV) stellt für Rechtsverordnungen die Voraussetzung auf, dass Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung im Gesetz bestimmt werden (ebenso Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG). Hierbei gilt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), dass je schwerwiegender die Auswirkungen der erteilten Ermächtigung sind, desto höhere Anforderung an die Bestimmtheit der Ermächtigung zu stellen sind.⁵ Eine Verordnungsermächtigung entspricht jedenfalls dann nicht den Anforderungen des Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG, wenn sie „so unbestimmt ist, dass nicht mehr vorhergesehen werden kann, in welchen Fällen und mit welcher Tendenz von ihr Gebrauch gemacht wird und welchen Inhalt die auf Grund der Ermächtigung erlassenen Verordnungen haben können.“⁶ Umgekehrt „ist eine Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen dann nach Inhalt, Zweck und Ausmaß gesetzlich bestimmt, wenn der Bürger schon nach dem Gesetz hinreichend deutlich vorhersehen kann, in welchen Fällen und mit welchen möglichen Inhalten die auf Grund der Ermächtigung erlassenen Verordnungen haben können.“⁷

⁴ Vgl. Wissenschaftlicher Dienst d. Deutschen Bundestags, WD9-300-093/23.

⁵ BVerfG, Beschl. v. 8.1.1981 – 2 BvL 3, 9/77.

⁶ BVerfG Urt. v. 23.10.1951 – 2 BvG 1/51, BVerfGE 1, 14 (60). Danach zB BVerfG Urt. v. 20.7.1954 – 1 BvR 459/52 u. a., BVerfGE 4, 7 (21); BVerfG Beschl. v. 11.1.1966 – 2 BvR 424/63, BVerfGE 19, 354 (361); BVerfG Beschl. v. 25.11.1980 – 2 BvL 7/76 u. a., BVerfGE 55, 207 (225 f.); BVerfG Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01, BVerfGE 113, 167 (269).

⁷ BVerfG Beschl. v. 13.10.1970 – 2 BvR 618/68, BVerfGE 29, 198 (210).

IV. Bewertung des Gesetzentwurfs

A. Begriffsbestimmungen, § 2

1. Fehlende Definitionen

§ 2 RDG-E enthält eine Vielzahl von Begriffsbestimmungen. Der Versuch, hier Klarheit innerhalb der gesetzlichen Regelung zu schaffen, entspricht gängiger Gesetzgebungspraxis und ist zu begrüßen. Bedauerlich ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass einige für die Rettungsdienstplanung wesentliche Begriffe nicht definiert werden. Insbesondere bleibt offen, was der Gesetzgeber konkret unter den Begriffen „**Notfallkategorien**“, „**bestimmte Notfallkategorien**“, „**versorgungsrelevante Einsatzkategorien**“, „**Einsätze, bei denen höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden**“ und „**Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen**“ versteht. Dieses Versäumnis ist umso unverständlicher, als die Definition dieser Begriffe wesentlich für die Umsetzung der Planungsvorgaben und damit für die Organisation des Rettungsdienstes ist. Insofern kommt den Begriffen eine hohe Grundrechtsrelevanz zu. Zudem führt diese Unbestimmtheit auch dazu, dass Verordnungsermächtigungen, die diese Begriffe verwenden, inhaltlich unklar bleiben. Dies wiederum ist mit den Vorgaben des Art. 61 LV nicht in Einklang zu bringen. Die entsprechenden Begriffe sind daher zu definieren.

2. Kostenträger, § 2 Nr. 3 RDG-E

Die Definition in § 2 Nr. 3 RDG-E ist schlicht falsch, da sie als Kostenträger neben den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Träger der privaten Krankenversicherung nennt. Die private Krankenversicherung hat jedoch keine Träger, sondern ist in privatrechtlichen Unternehmen in Form von Aktiengesellschaften und Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit organisiert. Derzeit gibt es insgesamt 42 private Krankenversicherungsunternehmen, die im PKV-Verband organisiert sind.⁸ Mit der Definition in Nr. 3 soll erreicht werden, dass auch diese privaten Krankenversicherungsunternehmen Kostenträger im Sinne des RDG werden. Denn bislang sind in Baden-Württemberg keine privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Organisation

⁸ <https://www.pkv.de/verband/ueber-uns/mitglieder-pkv-verband/>

des Rettungsdienstes beteiligt. Dass dies nunmehr gewollt ist, wird aus der Gesetzesbegründung deutlich, wonach ein Vorschlag, den Begriff „Kostenträger“ durch „Sozialversicherungsträger“ zu ersetzen, bewusst abgelehnt wurde (S. 63).

Aus der Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen in den Kreis der Kostenträger ergeben sich jedoch **erhebliche Folgeprobleme**: Nach § 8 Abs. 1 bzw. § 10 Abs. 1 RDG-E können die privaten Krankenversicherungsunternehmen als Kostenträger grundsätzlich Vertreter in den Landesausschuss für den Rettungsdienst bzw. in die Bereichsausschüsse für den Rettungsdienst entsenden. Das Vorschlagsrecht für den Landesausschuss liegt jedoch bei den Landesverbänden der Kostenträger (§ 8 Abs. 1 Satz 2 RDG-E) bzw. für die Bereichsausschüsse bei den „örtlichen Kostenträgern“ (§ 10 Abs. 2 Satz 1 RDG-E). Gemeint sind offenbar die Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 207 Abs. 1 SGB V, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sind (§ 207 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dabei lässt die Regelung unberücksichtigt, dass wegen der vielen Kassenzusammenschlüsse seit Einführung der Kassenwahlfreiheit es bei den Orts- und Innungskrankenkassen zumeist nur noch eine Krankenkasse pro Land gibt, die dann gleichzeitig die Funktionen eines Landesverbandes ausübt (§ 207 Abs. 4 SGB V). Dies sind in Baden-Württemberg die AOK und die IKK classic. Bei den Ersatzkassen sowie den übrigen Kassenarten existieren allerdings keine Landesverbände.⁹ Der Verband der Ersatzkassen e.V. hat in Baden-Württemberg nur eine Landesvertretung.¹⁰ Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben ebenfalls keine Landesverbände. Gleiches gilt für die privaten Krankenversicherungen. Den Begriff des „örtlichen Kostenträgers“ gibt es weder in der GKV noch in der GUV noch in der PKV. **Die Definition in Nr. 3 führt daher in Verbindung mit den weiteren Regelungen zur Organisation der Selbstverwaltung dazu, dass ein Teil der gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die privaten Krankenversicherungen mangels Vorschlagsrechts**

⁹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv>.

¹⁰ <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/soziales/sozialversicherung/krankenversicherung>.

systematisch von der Mitwirkung an der Selbstverwaltung ausgeschlossen werden.

Die gleiche Problematik besteht auch bei der im Gesetzentwurf vorgesehenen Besetzung der verschiedenen Schiedsstellen mit Vertretern der Kostenträger. Denn diese Schiedsstellen werden auf Kostenträgerseite mit „Vertretern der Landesverbände der Kostenträger“ besetzt (z.B. §§ 19 Abs. 4, 43 Abs. 6, 46 Abs. 2 RDG-E). **Mangels Landesverbänden können die o.g. Kostenträger daher nicht Mitglied der Schiedsstellen sein.**

Die Benutzungsentgelte der Luft-, Berg- und Wasserrettung entfalten keine Wirkung gegenüber Notfallpatienten, die nicht bei einer AOK, der IKK oder einer BKK versichert sind. Denn die Benutzungsentgelte können nicht mit anderen Kostenträgern (insbesondere nicht mit den privaten Krankenversicherungsunternehmen) vereinbart werden, da diese Vereinbarung nach § 46 Abs. 2 Satz 1 RDG-E nur mit den Landesverbänden der Kostenträger „mit Wirkung für ihre Mitglieder“ und den Leistungserbringern geschlossen werden kann. Insbesondere hat die PKV - wie dargestellt - weder Landesverbände noch Mitglieder (sondern nur Vertragspartner), die Mitglieder der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Unternehmer und nicht die Versicherten. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass nicht einmal alle Versicherten der GKV auch Mitglieder sind einer Krankenversicherung sind (vgl. §§ 186 ff. SGB V), so dass schon vor diesem Hintergrund die Regelung des § 46 Abs. 2 Satz 1 RDG-E dringend korrekturbedürftig ist.

Darüber hinaus greift der Gesetzentwurf an mehreren weiteren Stellen auf den Begriff des Kostenträgers zurück, so z.B. bei den Verhandlungen über die Kosten der Notarztstellung (§ 19 Abs. 4 RDG-E), der Verpflichtung zur Zahlung von Abschlagszahlungen an Leistungserbringer (§ 43 Abs. 1 RDG-E), der Genehmigung von Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern (§ 43 Abs. 3 RDG-E), der einheitlichen Vereinbarung von Benutzungsentgelten für den Rettungsdienstbereich (§ 43 Abs. 4 RDG-E), der Zustimmung zu Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern (§ 43 Abs. 3 RDG-E), der einheitlichen Vereinbarung von

Benutzungsentgelten für den Rettungsdienstbereich (§ 43 Abs. 4 RDG-E) oder der Verpflichtung der Krankentransportunternehmer zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 133 SGB V mit den Kostenträgern (§ 34 Abs. 1 Nr. 4 RDG-E). **An keiner Stelle wird deutlich, wie eine Beteiligung der genannten über 40 privaten Krankenversicherungsunternehmen oder zumindest des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. erfolgen soll.**

In der Konsequenz bestehen damit **erhebliche Rechtsunsicherheiten** insbesondere im Hinblick auf die in § 43 Abs. 7 RDG-E geregelte Verbindlichkeit der vereinbarten oder festgesetzten Benutzungsentgelte auch für die Versicherten der privaten Krankenversicherung, da die private Krankenversicherung systematisch aus den Entscheidungsprozessen ausgeschlossen ist. Zudem wäre es allen Krankentransportunternehmen objektiv unmöglich, die ihnen in § 34 Abs. 1 Nr. 4 RDG-E auferlegte Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages nach § 133 SGB V mit den Kostenträgern zu erfüllen, da die privaten Krankenversicherungsunternehmen hierzu nicht in der Lage sind. Es verfestigt sich der Eindruck, dass der Gesetzentwurf außerhalb von § 2 Nr. 3 RDG-E nur die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Blick hat. Dies führt jedoch in der Folge zu einer Vielzahl von systematischen Problemen.

3. Telenotärztliche Zentralen, § 2 Nr. 16

Die Begriffsdefinition trifft bereits eine Systementscheidung für die zentrale Verortung der Telenotarztzentralen in den Integrierten Leitstellen und gegen eine dezentrale Verortung in den einzelnen Krankenhäusern. Während sich einige Bundesländer, wie z.B. Bayern, für eine zentrale Verortung entschieden haben, gehen andere Bundesländer, wie z.B. Rheinland-Pfalz, den dezentralen Weg. **Der Gesetzgeber sollte kritisch prüfen, ob er sich mit der Festlegung in § 2 Nr. 16 einer künftig möglicherweise erforderlichen Flexibilität benimmt.**

4. Sekundäreinsatz, § 2 Nr. 19

Die Definition des Sekundäreinsatzes stellt darauf ab, dass „bereits versorgte“ Patienten von einer Versorgungseinrichtung in eine andere Versorgungseinrichtung transportiert werden. Diese Definition ist zu ungenau, da § 6 Abs. 3 RDG-E Sekundäreinsätze

von den rettungsdienstlichen Planungsparametern ausnimmt. Richtigerweise können nur zeitlich unkritische Einsätze als Sekundäreinsätze deklariert werden. Die Gesetzesbegründung greift hier zu kurz, wenn sie meint, nur bei einem Notfall in einer Reha-Einrichtung oder einer Arztpraxis liege kein Sekundäreinsatz vor (S. 93). Im Umkehrschluss würde dies bedeuten, dass jede Verlegung von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus - unabhängig von ihrer Dringlichkeit - als Sekundäraufnahme zu deklarieren wäre. In einer sich ständig verändernden Krankenhauslandschaft mit den zu erwartenden Einschränkungen auf bestimmte Leistungsgruppen (KHVVG) ist aber zu erwarten, dass es vermehrt zu **Notfallverlegungen** kommen wird. Die Notfallverlegung ist dadurch gekennzeichnet, dass ein Patient zur Abwendung einer Lebensgefahr oder einer schweren gesundheitlichen Schädigung verlegt werden muss, weil die Versorgungsmöglichkeiten in der abgebenden Klinik nicht ausreichen, um diese Gefahr abzuwenden (z.B. Notwendigkeit eines sofortigen neurochirurgischen Eingriffs bei einer Hirnblutung). Berlin hat diesem Umstand durch die Regelung in § 2 Abs. 2 Satz 2 Rettungsdienstgesetz Berlin Rechnung getragen, wonach Notfallverlegungen **explizit keine Sekundäreinsätze**, sondern Notfalleinsätze darstellen. Die in § 2 Abs. 2 Satz 2 RDG-Berlin gewählte Definition lautet: *„Zur Notfallrettung gehört auch die medizinisch keinen Aufschub duldende Beförderung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten aus einer Gesundheitseinrichtung in eine andere Gesundheitseinrichtung, die über die Möglichkeit einer besseren medizinischen Versorgung verfügt, wenn die Beförderung zur Abwehr einer Lebensgefahr oder zur Abwendung von schweren unmittelbar drohenden gesundheitlichen Schäden unter fachgerechter ärztlicher Betreuung einschließlich der Erhaltung und Überwachung der lebenswichtigen Körperfunktionen erfolgt (Notverlegung).“*

§ 2 Nr. 19 RDG-E sollte daher klarstellend um die Definition der Not(fall)verlegung ergänzt werden, um sicherzustellen, dass Not(fall)verlegungen nach den Planungsparametern des § 6 RDG-E geplant werden und ausreichende Transportkapazitäten für lebensrettende Verlegungen zur Verfügung stehen.

B. Trägerschaft bodengebundener Rettungsdienst, § 3 Abs. 1 und 2 RDG-E

Die Genehmigung zur Erbringung rettungsdienstlicher Leistungen setzt den Abschluss eines Vertrages mit dem Innenministerium voraus (§ 3 Abs. 1 RDG-E). Neben den namentlich genannten etablierten Hilfsorganisationen können nach § 3 Abs. 2 RDG-E auch Vereinbarungen mit „anderen Stellen“ geschlossen werden, also z.B. mit den sog. privaten Rettungsdienstleistern, die in Baden-Württemberg in der IG Privater Rettungsdienst organisiert sind. Soweit es sich dabei um juristische Personen des Privatrechts handelt (was den absoluten Regelfall darstellt), muss es sich nach dem Gesetzentwurf um „gemeinnützige Organisationen“ handeln, die weitere Voraussetzungen erfüllen müssen. **Hier sollte klarstellend auf die Regelungen der §§ 51 ff. Abgabenordnung (AO) zur Gemeinnützigkeit verwiesen werden.**

Nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 RDG-E müssen sämtliche Eigentümer (sic!) bzw. Gesellschafter als gemeinnützig anerkannt sein. Der Begriff des Eigentümers ist in diesem Zusammenhang rechtlich grob unzutreffend. Denn Eigentum ist eine sachenrechtliche Kategorie und bezieht sich auf die Beziehung eines Rechtssubjekts zu einem Rechtsobjekt, einer Sache oder einem Grundstück (vgl. §§ 903, 925 ff. BGB). **Eine juristische Person kann keine Eigentümer haben. Die grob fehlerhafte Formulierung ist daher zu streichen.**

§ 3 Abs. 2 Nr. 1 RDG-E verlangt nicht nur, dass die juristische Person selbst als gemeinnützig anerkannt ist, sondern auch, dass die Gesellschafter der juristischen Person als gemeinnützig anerkannt sind. Damit kommen nur solche juristische Personen in Betracht, deren Gesellschafter eine Körperschaft, Personenvereinigung oder Vermögensmasse im Sinne des Körperschaftsteuergesetzes ist, da nach § 51 Abs. 1 AO nur solche Körperschaften als gemeinnützig anerkannt werden können. **D.h. alle juristischen Personen mit natürlichen Personen als Anteilseigner scheiden per se aus.** Diese könnten Rettungsdienstleistungen nur über eine Kooperationsvereinbarung mit einem Leistungserbringer (also häufig einem unmittelbaren Wettbewerber, § 2 Abs. 1 Nr. 4 UWG) nach § 3 Abs. 3 Satz 2 RDG-E erbringen. Eine sachliche Rechtfertigung für diese sehr restriktive Regelung ist weder ersichtlich noch der Gesetzesbegründung

zu entnehmen. Unabhängig davon ließe sich die Vorschrift durch Zwischenschaltung einer Holdinggesellschaft relativ leicht umgehen. Die Notwendigkeit der Regelung sollte daher kritisch hinterfragt werden.

§ 3 Abs. 2 Nr. 2 RDG-E setzt weiter voraus, dass die betreffende juristische Person in erheblichem Umfang landesweit im Katastrophenschutz mitwirkt. Hierfür ist nach § 9 Abs. 1 LKatSG für private Organisationen eine Anerkennung durch das Innenministerium erforderlich. **D.h. das Innenministerium entscheidet letztlich darüber, ob eine juristische Person die Voraussetzung des § 3 Abs. 2 Nr. 2 RDG-E erfüllen kann.**¹¹

Darüber hinaus muss eine juristische Person des Privatrechts über „ehrenamtliche Strukturen in erheblichem Umfang“ verfügen, ohne dass definiert wird, was unter „ehrenamtlichen Strukturen“ zu verstehen ist und wann ein „erheblicher Umfang“ vorliegt.

Offen bleibt in der Norm auch die Behandlung von **Tochtergesellschaften der in § 3 Abs. 1 Satz 1 RDG-E genannten Hilfsorganisationen.**¹² Diese bestehen bereits heute und stellen auch den Rettungsdienst sicher. Sie sind im Übrigen - ohne dass hierauf im Einzelnen eingegangen werden kann - aus gemeinnützigkeitsrechtlichen Gründen vielfach sinnvoll. Nach der Gesetzssystematik fallen diese Tochtergesellschaften jedoch unter die Regelung des Absatzes 2 („andere Stellen“) und müssten daher auch die in Absatz 2 Nr. 1 bis 4 normierten Voraussetzungen erfüllen oder sie müssten eine Kooperationsvereinbarung nach § 3 Abs. 3 Satz 2 RDG-E abschließen, was wiederum überall dort zu Folgeproblemen führt, wo im Gesetz nur die Leistungsträger nach § 3 Abs. 1 RDG-E adressiert werden. Sie verfügen zudem weder über ehrenamtliche Strukturen (diese hat nur der Mutterverband) noch sind diese Tochtergesellschaften im Katastrophenschutz tätig (dies trifft nur auf den Mutterverband zu). **Die Regelung des § 3 RDG-E führt daher im Ergebnis dazu, dass es keinen Grund gibt, die Tochtergesellschaften anders zu behandeln als einen in einer**

¹¹ so auch der Sachverhalt zu BVerwG - 3 B 44/22.

¹² Z.B. DRK Rettungsdienst Bodensee-Oberschwaben gGmbH, DRK-Rettungsdienst gGmbH (Böblingen), DRK Rettungsdienst Ortenau gGmbH oder Malteser Hilfsdienst gGmbH Köln, die den Rettungsdienst in Baden-Württemberg durchführt.

juristischen Person organisierten privaten Rettungsdienstbetreiber, so dass bei einheitlicher Verwaltungspraxis entweder - unter Verzicht auf die genannten Voraussetzungen und damit rechtswidrig - Vereinbarungen mit den Tochtergesellschaften und den dazu bereiten privaten Rettungsdienst Anbietern geschlossen werden müssten oder aber keine Vereinbarungen mit den Tochtergesellschaften geschlossen werden dürften. Wollte man dieses Ergebnis vermeiden, müssten in § 3 Abs. 1 Satz 1 RDG-E nach dem Wort „Rettungsdienstunternehmen“ die Worte „oder deren Tochtergesellschaften“ eingefügt werden.

Unabhängig davon verfolgt § 3 Abs. 2 RDG-E das Ziel, die Regelung des § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB (Bereichsausnahme) „abzusichern“, so dass eine freihändige Vergabe von Leistungen des Rettungsdienstes zugunsten der etablierten Hilfsorganisationen erfolgen kann.¹³ Allerdings geht der RDG-E hinsichtlich der kaum erfüllbaren Voraussetzungen deutlich über die vom EuGH geforderten Rahmenbedingungen für die europarechtliche Zulässigkeit der Bereichsausnahme hinaus.¹⁴ Die Regelung führt im Ergebnis dazu, dass selbst dann, wenn ein erheblicher Bedarf an Rettungsdienstleistungen bestehen sollte, der von den in § 3 Abs. 1 Satz 1 RDG-E genannten Hilfsorganisationen nicht gedeckt werden kann, **es faktisch keine zulässigen Vertragspartner nach § 3 Abs. 2 RDG-E geben würde.** Die Regelung berührt daher nicht nur die Grundrechte der privaten Rettungsdienstbetreiber, sondern die drastische Einschränkung des Kreises der Leistungserbringer im Rettungsdienst wirkt sich auch auf die Grundrechte der Notfallpatienten aus. Dies gilt insbesondere dann – wenn wie derzeit in Baden-Württemberg der Fall – die Hilfsorganisationen, die durch die Regelung faktisch geschützt werden, wohl aufgrund von Personalmangel regelmäßig Rettungsmittelschichten ausfallen lassen müssen¹⁵ und der Gesetzentwurf eine Umsetzungsfrist für die neuen Planungskriterien bis zum 31.12.2030 vorsieht.

¹³ S. 127 des Entwurfs; hierzu auch BVerwG - 3 B 44/22.

¹⁴ EuGH, Urteil vom 7. Juli 2022 – C-213/21 – Rn. 28 ff.

¹⁵ LT-Drcks. 17/5409, S. 5. Es ist hierbei zu beachten, dass auf „Empfehlung“ der Leistungserbringer nur Ausfälle von über vier Stunden als solche erfasst werden.

C. *Selbstverwaltungsstruktur, § 3 RDG-E*

1. Einleitung

Im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern hat Baden-Württemberg seinen Rettungsdienst in einer Art Selbstverwaltung organisiert.¹⁶ **Es handelt sich jedoch nicht um eine echte Selbstverwaltung im Sinne des Krankenversicherungsrechts (vgl. §§ 90, 91 SGB V).** Die Selbstverwaltung im GKV-System besteht in der Regel aus Kostenträgern (gesetzlichen Krankenkassen) und bestimmten Leistungserbringern (Vertragsärzten bzw. zugelassenen Krankenhäusern), die Angelegenheiten innerhalb des GKV-Systems regeln. Die Entscheidungen der krankenversicherungsrechtlichen Selbstverwaltung entfalten daher ohne weiteres Wirkung nur gegenüber den am GKV-System Beteiligten (insbesondere Kostenträgern, Leistungserbringern und Versicherten), nicht aber gegenüber Personen, die außerhalb des GKV-Systems stehen (z.B. Versicherte der privaten Krankenversicherung oder Ausländer).

Die „Selbstverwaltung“ im baden-württembergischen Rettungsdienstsystem hat die Aufgabe, den eigentlich öffentlich-rechtlich ausgestalteten Rettungsdienst, den jedermann (nicht nur GKV-Versicherte) im Notfall über die Notrufnummer 112 in Anspruch nehmen kann, zu organisieren und ist damit systematisch darauf angelegt, dass jeder, der den Rettungsdienst benötigt, von den Entscheidungen dieser „Selbstverwaltung“ unmittelbar betroffen ist. Damit werden nicht nur „eigene Angelegenheiten“ der GKV „verwaltet“, sondern es wird anstelle des Staates mit faktisch hoheitlicher Wirkung gegenüber jedermann gehandelt. Aufgrund der Struktur der Selbstverwaltung auf der Ebene der Bereichsausschüsse besteht faktisch ein **Vetorecht** der Kostenträger- bzw. Leistungserbringerseite, da der Bereichsausschuss paritätisch besetzt ist und zur Beschlussfassung eine Mehrheit erforderlich ist. Ein **Streitschlichtungsmechanismus ist hier nicht vorgesehen**, so dass die latente Gefahr besteht, dass eine eigentlich notwendige Weiterentwicklung des Rettungsdienstes blockiert werden kann.

¹⁶ VGH Mannheim, 08.12.2008 – 6 S 2300/08 – juris Rn. 7.

Nach der Rechtsprechung des VGH Baden-Württemberg werden die Mitglieder der „Selbstverwaltungsorgane“ im baden-württembergischen Rettungsdienst von „interessierten Beteiligten“ entsandt.¹⁷ Dies sind zum einen die Kostenträger (auf die Problematik der fehlenden Einbeziehung bestimmter Träger bzw. der privaten Krankenversicherungen wurde oben bereits ausführlich hingewiesen) und zum anderen die Leistungserbringer im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 RDG-E, also insbesondere die sog. Hilfsorganisationen. Bei einem solchen System stellt sich zwangsläufig die Frage, ob eine solche Auslagerung staatlicher Aufgaben in eine Selbstverwaltungsstruktur mit dem Demokratieprinzip vereinbar ist.

2. Demokratische Legitimation

a) Trägerschaft

Der Gesetzentwurf lässt die Trägerschaft der bestehenden Selbstverwaltungsstrukturen im Rettungsdienst offen. D.h. es bleibt unklar, wo die entsprechenden Gremien organisatorisch anzusiedeln sind. Der VGH Baden-Württemberg formuliert in seiner Entscheidung vom 05.05.2024 wie folgt:

„Der Senat erlaubt sich in diesem Zusammenhang allerdings die Bemerkung, dass die Frage der Rechtsträgerschaft im Rettungsdienstgesetz unzureichend geregelt sein dürfte und auch die mündliche Verhandlung keinen eindeutigen Aufschluss über die Verwaltungspraxis ergeben hat.“¹⁸

Daran ändert auch der vorliegende Gesetzentwurf nichts. **Es ist nicht nachvollziehbar, warum trotz des eindeutigen Hinweises des VGH Baden-Württemberg keine entsprechende Regelung zur Trägerschaft der Selbstverwaltungsorgane in den Gesetzentwurf aufgenommen wurde.** Die damit verbundenen Rechtsunsicherheiten für die gesamte Selbstverwaltungsstruktur sind erheblich. **Dies gilt umso mehr, als der Gesetzentwurf nicht berücksichtigt, dass der VGH davon ausgeht, dass der Landesausschuss für den Rettungsdienst in seiner bisherigen und**

¹⁷ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 8. Dezember 2008 – 6 S 2300/08 – juris Rn. 7.

¹⁸ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 5. Mai 2023 – 6 S 2249/22 –, Rn. 80, juris.

beibehaltenen Konstruktion eine rechtlich unselbständige Untergliederung des Innenministeriums ist.¹⁹ Der Gesetzentwurf möchte offensichtlich etwas anderes, nimmt aber keine Regelungen auf, die das gewollte im Hinblick auf die Trägerschaft adäquat abbilden.

Auch für die Bereichsausschüsse bleibt die Trägerschaft unklar, obwohl der Gesetzentwurf in § 10 Abs. 6 RDG-E den Bereichsausschüssen die Beteiligtenfähigkeit im Sinne des § 61 Nr. 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) zuerkennt und der Bereichsausschuss damit verklagt werden kann. **Hier stellt sich zudem die Frage, warum dies nur für die Bereichsausschüsse der Fall sein soll, wenn der Landesausschuss zukünftig im Wesentlichen die bisher originär bei den Bereichsausschüssen angesiedelte Aufgabe der (landesweiten) Rettungsdienstplanung übernehmen soll.**

Dem Normgeber ist damit **dringend anzuraten** entsprechende Regelungen zur Trägerschaft der Selbstverwaltungsorgane aufzunehmen. Aufgrund der Tatsache, dass von den Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane auch Personen betroffen sind, die nicht im GKV-System versichert sind, empfiehlt es sich auch vor dem Hintergrund der Ernennung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane durch das Innenministerium bzw. die Stadt- und Landkreise **die Trägerschaft jeweils dort zu verorten.**

b) Grundlagen

Der Gesetzentwurf sieht eine durch Kosten- und Leistungserbringern geprägte Selbstverwaltungsstruktur vor, wobei – wie oben dargestellt – bestimmte Träger bzw. die privaten Krankenversicherungen faktisch ausgeschlossen werden. Geht man zunächst davon aus, dass eine Delegation der Durchführung des Rettungsdienstes durch den parlamentarischen Gesetzgeber verfassungsrechtlich zulässig ist, woran im Hinblick auf die Betroffenheit aller Bürger und die hohe Grundrechtsrelevanz Zweifel bestehen, stellt sich im Hinblick auf die grundrechtliche Betroffenheit²⁰ die Frage der personellen

¹⁹ „dem beim Innenministerium gebildeten LARD [kommt] keine eigene Rechtspersönlichkeit [zu], Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 5. Mai 2023 – 6 S 2249/22 –, Rn. 85, juris.

²⁰ Die Notfallpatienten sind von den Entscheidungen betroffen im verfassungsrechtlichen Sinn, hierzu BVerfG - Nikolaus-Beschluss - 1 BvR 2056/12 und VGH BW - 6 S 2249/23.

Legitimation des Delegationsempfängers. Es geht also um die demokratische Legitimation der maßgeblichen „Selbstverwaltungsgremien“ im baden-württembergischen Rettungsdienst, konkret des Landesausschusses für den Rettungsdienst und der Bereichsausschüsse, die zur Regelung (Ausgestaltung) des Rettungsdienstes, also zur Ausführung des Rettungsdienstgesetzes ohne staatliche Fachaufsicht berufen sind. Mit dem VGH Baden-Württemberg ist davon auszugehen, **dass eine solche demokratische Legitimation nicht gegeben ist.**²¹ Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sind weder durch Wahlen noch auf andere Weise von den Bürgern legitimiert, diese Aufgabe zu übernehmen.

Insofern ist zu prüfen, ob diese fehlende demokratische Legitimation **kompensiert** werden kann. Die vorliegende Rechtsprechung des BVerfG und des BSG zu dieser Frage bezieht sich inhaltlich auf die Selbstverwaltung im System der GKV. Die dort getroffenen Entscheidungen betreffen nur GKV-Versicherte, während in der vorliegenden Konstellation auch Personen außerhalb des GKV-Systems unmittelbar betroffen sind. Zudem sind im GKV-System zumindest die Vertreter der Krankenkassen durch die Sozialwahlen in gewisser Weise demokratisch legitimiert. Eine solche demokratische Legitimation ist bei der im vorliegenden Gesetzentwurf gewählten Konstruktion nicht gegeben, so dass sich die nachfolgend durch die Rechtsprechung aufgeworfenen Fragen der demokratischen Legitimation stärker aufdrängen als bei der funktionalen Selbstverwaltung in der GKV.

Das BVerfG führt grundsätzlich zur demokratischen Legitimation aus:

„Art. 20 Abs. 2 Satz 2 GG gestaltet den Grundsatz der Volkssouveränität aus. Er legt fest, daß das Volk die Staatsgewalt, deren Träger es ist, außer durch Wahlen und Abstimmungen durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung ausübt. Das setzt voraus, daß das Volk einen effektiven Einfluß auf die Ausübung der Staatsgewalt durch diese

²¹ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 8. Dezember 2008 – 6 S 2300/08 – juris Rn. 7.

Organe hat. Deren Akte müssen sich auf den Willen des Volkes zurückführen lassen und ihm gegenüber verantwortet werden. Dieser Zurechnungszusammenhang zwischen Volk und staatlicher Herrschaft wird vor allem durch die Wahl des Parlaments, durch die von ihm beschlossenen Gesetze als Maßstab der vollziehenden Gewalt, durch den parlamentarischen Einfluß auf die Politik der Regierung sowie durch die grundsätzliche Weisungsgebundenheit der Verwaltung gegenüber der Regierung hergestellt. Für die Beurteilung, ob dabei ein hinreichender Gehalt an demokratischer Legitimation erreicht wird, haben die in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und in der Literatur unterschiedenen Formen der institutionellen, funktionellen, sachlich-inhaltlichen und der personellen Legitimation Bedeutung nicht je für sich, sondern nur in ihrem Zusammenwirken. Aus verfassungsrechtlicher Sicht entscheidend ist nicht die Form der demokratischen Legitimation staatlichen Handelns, sondern deren Effektivität; notwendig ist ein bestimmtes Legitimationsniveau. Dieses kann bei den verschiedenen Erscheinungsformen von Staatsgewalt im allgemeinen und der vollziehenden Gewalt im besonderen unterschiedlich ausgestaltet sein; innerhalb der Exekutive ist dabei auch die Funktionenteilung zwischen der für die politische Gestaltung zuständigen, parlamentarisch verantwortlichen Regierung und der zum Gesetzesvollzug verpflichteten Verwaltung zu berücksichtigen.²²

Zu Selbstverwaltung innerhalb der GKV führt das BSG wie folgt aus:

„Der GBA verfügt über eine hinreichende demokratische Legitimation zum Erlass der KrTransp-RL. Im hier einschlägigen Bereich der funktionalen Selbstverwaltung fordert das demokratische Prinzip nicht, dass eine lückenlose personelle Legitimationskette vom Volk zum Entscheidungsträger vorliegen muss. Es ist vielmehr bei hinreichend normdichter gesetzlicher Ausgestaltung ausreichend, dass Aufgaben und Handlungsbefugnisse der Organe gesetzlich ausreichend vorherbestimmt sind, ihre Wahrnehmung der Aufsicht personell legitimer Amtswalter unterliegt und die Wahrung der Interessen der Betroffenen

²² BVerfG – 2 BvF 1/92 – Rn. 135; vgl. BVerfGE 83, 60, 71 f. m.w.N.

rechtssicher gewährleistet ist. Der GBA droht die Grenzen hinreichender demokratischer Legitimation für eine RL zu überschreiten, wenn sie mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht haben mitwirken können. Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der GBA für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist (vgl BVerfGE 140, 229 RdNr 22).²³

Das BSG und auch das BVerfG gehen also davon aus, dass „ein Minus“ in der demokratischen Legitimation durch sachlich-inhaltliche (materielle) Elemente kompensiert werden kann. Konkret geht es darum, dass eine **normdichte Anleitung** durch den Gesetzgeber erfolgen muss, eine **effektive staatliche Aufsicht** vorhanden ist und die **Interessen der Betroffenen** gewahrt werden.²⁴ **Ob diese Rechtsprechung zum GKV-System bei einer völlig fehlenden demokratischen Legitimation, wie sie der VGH Baden-Württemberg für die „Selbstverwaltung“ im baden-württembergischen Rettungsdienst annimmt, möglich ist, erscheint allerdings sehr fraglich.** Geht man von der Übertragbarkeit der Rechtsprechung auch bei völlig fehlender demokratischer Legitimation aus, müssten zumindest die genannten Kriterien im Gesetzentwurf berücksichtigt werden.

c) Normdichte Anleitung

Maßgeblich für die verfassungsrechtliche Beurteilung sind insoweit die den Selbstverwaltungsorganen eingeräumten Befugnisse und die ihnen gesetzten rechtlichen Rahmenbedingungen.

Die Bereichsausschüsse haben folgende Entscheidungsbefugnisse:

- § 6 Abs. 6 RDG-E: Der Bereichsausschuss erstellt einen Bereichsplan, der u.a. „die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung erforderliche Zahl der Rettungswachen, die Standorte der

²³ BSG, Urteil vom 13. Dezember 2016 – B 1 KR 2/16 R – Rn. 17, juris.

²⁴ BVerfG, Beschluss vom 10. November 2015 – 1 BvR 2056/12 – Rn. 22, juris.

Rettungswachen und die für die notärztliche Versorgung erforderlichen Vorhalten sowie die jeweilige personelle und sächliche Ausstattung“ enthält.

- § 10 Abs. 3 RDG-E: „Dem Bereichsausschuss obliegt die Beobachtung und Beratung der Angelegenheiten des bodengebundenen Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich sowie deren Regelung“
- § 10 Abs. 4 RDG-E: Bildung von (gemeinsamen) Versorgungsbereichen.

Dem Landesausschuss für den Rettungsdienst sind folgende Befugnisse eingeräumt:

- § 8 Abs. 2 Satz 2 RDG-E: Der Landesausschuss „legt für alle am Rettungsdienst Beteiligten bindende Vorgaben insbesondere für eine fachgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes und für die Struktur der Benutzungsentgelte sowie für die einheitliche Dokumentation fest.“
- § 8 Abs. 2 Satz 4 RDG-E: Übertragung der Aufgabe „landesweite Planung der bodengebundenen Notfallrettung“. „Die Ergebnisse eines landesweiten Gutachtens sind für die Bereichsausschüsse verbindlich. Insbesondere sind lokale Planungen an den Ergebnissen des landesweiten Gutachtens auszurichten“²⁵
- § 60 Abs. 1 Satz 1 RDG-E: Veranlassung einer landesweiten Begutachtung und Festlegung eines landesweit verbindlichen Umsetzungsplans,
- § 8 Abs. 2 Satz 5 RDG-E: Befugnis zur Aussetzung von Begutachtungen (auf Ebene der Bereichsausschüsse) und Maßnahmen nach § 10 Abs. 3 Satz 2 RDG-E (Vorhaltungserweiterungen)²⁶ „für den Zeitraum der landesweiten Begutachtung und deren Umsetzung“.
- § 9 Abs. 1 RDG-E: Bestimmung der Zentralen Stelle für Qualitätssicherung

²⁵ Gesetzesbegründung S. 144.

²⁶ Verweisfehler, gemeint sind ausweislich der Gesetzesbegründung, S. 144, Vorhaltungserweiterung, die „zumindest“ eingeschränkt werden sollen.

- § 9 Abs. 2 RDG-E: Festlegung der Ziele der Qualitätssicherung
- § 13 Abs. 3 RDG-E: Festlegung der Aufgaben, Tätigkeit und Bestellung der Leitenden Notärzte.
- § 22 RDG-E: Aufgaben und Tätigkeit (nicht Bestellung!) der Organisatorischen Leiter Rettungsdienst
- § 60 Abs. 3 Satz 2 RDG-E: Festlegung eines landesweiten Umsetzungsplans für die telenotärztlichen Zentralen.

Daneben werden den Leistungsträgern, also den Hilfsorganisationen und den bestandsgeschützten privaten Rettungsdiensten, folgende Befugnisse eingeräumt:

- § 20 Abs. 1 RDG-E: Die Leistungsträger legen die „Standardsarbeitsanweisungen“ für die eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter fest.
- § 3 Abs. 1 i.V.m. § 47 Abs. 2 RDG-E: Die Leistungsträger führen den Rettungsdienst ohne fachliche Aufsicht durch, da gem. § 47 Abs. 2 RDG-E nur eine Rechtsaufsicht bei der Durchführung der Verträge stattfindet.

Bei der Analyse der genannten Normen kommt man zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass den Selbstverwaltungskörperschaften sehr weitgehende Befugnisse zur Ausgestaltung des Rettungsdienstes eingeräumt werden. Eine hinreichend engmaschige Ausgestaltung der Ermächtigungsnormen ist hierbei allerdings nicht erkennbar. Weder ist der Inhalt der erteilten Ermächtigungen konkret beschrieben, noch sind die konkreten Ermächtigungsvoraussetzungen dem Gesetz zu entnehmen. Vergleicht man die Regelungen mit den Vorgaben für den demokratisch „besser“ legitimierten Gemeinsamen Bundesausschuss, also die Selbstverwaltung im GKV-System, so sind die Vorgaben im SGB V enger gefasst (vgl. § 92 SGB V). Insofern bestehen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, ob die im Gesetzentwurf gewählte Konstruktion der Selbstverwaltung mit dem Demokratieprinzip vereinbar ist. Insbesondere die Tatsache, dass

die konkrete Durchführung des Rettungsdienstes („Wie ist ein Patient zu versorgen und zu transportieren?“) vollständig aus dem Gesetz ausgeklammert und in Verträge ausgelagert wurde, ist mit dem Demokratieprinzip unvereinbar.

3. Effektive staatliche Aufsicht

a) Einleitung

Den weiteren Ausführungen vorausgeschickt, muss festgehalten werden, dass nach den Feststellungen des VGH Baden-Württemberg die Selbstverwaltung im baden-württembergischen Rettungsdienst von den Aufsichtsbehörden unbeanstandet in den letzten Jahrzehnten rechtswidrig gehandelt hat, indem sie falsche Planungsgrundlagen heranzog und die Hilfsfrist gesetzeswidrig berechnete (vgl. S. 85).²⁷ Das VG Stuttgart führte hierz wie folgt aus:

„Daraus geht ohne Zweifel hervor, dass die bisherige statistische Erhebung der hilfsfristrelevanten Rettungseinsätze ungeeignet ist, um eine Planung zu gestalten, die die Einhaltung der 10-Minuten-Frist umsetzen kann.“²⁸

Vor diesem Hintergrund muss sich der Gesetzgeber die Frage stellen, warum die bisherigen Regelungen zur Aufsicht dies nicht verhindern konnten und wie die Regelungen geändert werden müssen, damit sich derartige nicht wiederholt.

Der Gesetzentwurf unterscheidet zwischen einer Aufsicht

- bei der Planung und Organisation des Rettungsdienstes (Rechtsaufsicht), die von dem Landesausschuss und den Bereichsausschüssen durchgeführt wird,
- bei der Durchführung des Rettungsdienstes (Vertragsaufsicht) und
- der Aufsicht über die Integrierten Leitstellen (Fachaufsicht).

²⁷ vgl. Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 5. Mai 2023 – 6 S 2249/22 –, Rn. 124, juris.

²⁸ VG Stuttgart, Beschluss vom 6. November 2023 – 16 K 5276/23 –, Rn. 64, juris.

b) Rechtsaufsicht über den Landesausschuss bei der Organisation und Planung

Offenbar in Anlehnung an § 43 Abs. 2 GemO (Widerspruchsrecht des Bürgermeisters) räumt der Gesetzentwurf in § 8 Abs. 3 Satz 3 RDG-E dem Vertreter des Innenministeriums im Landesausschuss für den Rettungsdienst, der zugleich dessen Vorsitzender ist, ein auf Rechtsverstöße beschränktes („gesetzwidrig“) Widerspruchsrecht ein. Warum die Aufsicht nicht durch das Innenministerium erfolgt, sondern nur durch eine bestimmte Person, bleibt unklar. Sinnvollerweise sollte hier eine behördliche Aufsicht durch das Innenministerium erfolgen, wie dies auf Ebene der Bereichsausschüsse vorgesehen ist. Der Gesetzentwurf sieht zudem eine gebundene Entscheidung („muss widersprechen“) vor, macht diese allerdings davon abhängig, dass der Vertreter des Innenministeriums „der Auffassung“ ist, dass der Beschluss rechtswidrig ist. Im Falle des § 43 Abs. 2 GemO ist Maßstab für die pflichtgemäße Widerspruchausübung nicht die objektive Rechtswidrigkeit des Beschlusses, sondern die subjektive Überzeugung des Bürgermeisters von dessen Rechtswidrigkeit.²⁹ Die persönliche Auffassung des Vertreters des Innenministeriums zur Frage der Rechtswidrigkeit kann jedoch in der vorliegenden Konstellation der Aufsicht über ein Selbstverwaltungsgremium nicht der Maßstab für das Handeln einer Aufsicht sein. Vielmehr muss es hier richtigerweise heißen: „Die oder der Vorsitzende muss Beschlüssen des Landesausschusses widersprechen, wenn sie rechtswidrig sind“.

Das Widerspruchsrecht des Vertreters des Innenministeriums muss nach § 8 Abs. 3 Satz 4 RDG-E unverzüglich, spätestens binnen einer Woche nach Beschlussfassung erklärt („ausgesprochen“) werden. Die rechtliche Prüfung der teils komplexen und hoch grundrechtsrelevanten Entscheidungen des Landesausschusses innerhalb einer Woche abzuschließen, erscheint sehr ambitioniert. Es stellt sich die Frage, warum der Vertreter des Innenministeriums so unter Zeitdruck gesetzt werden muss und wie in so kurzer Zeit eine effektive Rechtmäßigkeitsprüfung stattfinden soll.

Eine Fachaufsicht über die Tätigkeit des Landesausschusses für den Rettungsdienst findet nicht statt. Der bisherige § 4 Abs. 2 Satz 2 RDG sah vor, dass das

²⁹ BeckOK KommunalR BW/Behrendt, 25. Ed. 1.5.2024, GemO § 43 Rn. 12.

Innenministerium allgemeine Grundsätze durch Rechtsverordnung festlegen kann, wenn der Landesausschuss diese nicht in angemessener Zeit beschließt. Diese Regelung wurde ersatzlos gestrichen. Damit bleibt festzuhalten, dass einer Untätigkeit des Landesausschusses aufsichtsrechtlich nicht begegnet werden kann. Die in der Gesetzesbegründung geäußerte Auffassung, die Regelung sei entbehrlich, weil „ihr im Verhältnis zur neuen Verordnungsermächtigung für den Erlass des Rettungsdienstplans in § 6 Absatz 2 keine eigenständige Bedeutung mehr zukommt.“ (S. 144) findet im Gesetz allerdings keine Grundlage. Die Ermächtigung zum Erlass eines Rettungsdienstplans in § 6 Abs. 4 RDG-E (und nicht in § 6 Abs. 2 RDG-E wie die Gesetzesbegründung meint) umfasst keine Ermächtigung zum Ersatz nicht getroffener Beschlüsse des Landesausschusses. **Will man – was aus verfassungsrechtlichen Gründen dringend anzuraten ist – nicht auf das Aufsichtsmittel der „Ersatzvornahme“ verzichten, muss die Regelung des bisherigen § 4 Abs. 2 Satz 2 RDG in § 8 Abs. 3 RDG-E beibehalten oder eine entsprechende Ermächtigung in § 6 Abs. 4 RDG-E aufgenommen werden.**

Unabhängig davon hat das Innenministerium jedoch keine allgemeinen Aufsichtsbefugnisse (vgl. § 91a SGB V i.V.m. §§ 87 SGB IV ff.). Von einer Aufsicht über die Selbstverwaltungsorgane im herkömmlichen Sinne, wie sie im SGB V üblich ist, kann weder in der Konstruktion noch in der Ausgestaltung gesprochen werden.

c) Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse bei der Organisation und Planung

Eine „echte“ Rechtsaufsicht über die Bereichsausschüsse üben jedoch gemäß § 30a Abs. 1 RDG die Stadt- und Landkreise bzw. in Ausnahmefällen das Regierungspräsidium aus. Bislang regelt § 3 Abs. 4 RDG, dass die Rechtsaufsichtsbehörde, wenn der Bereichsausschuss notwendige Anpassungen des Bereichsplans nicht vornimmt, diese selbst festlegen kann. Die §§ 120 bis 123 der Gemeindeordnung (GemO) werden für entsprechend anwendbar erklärt. Diese Regelung wird ersatzlos gestrichen. Dies soll – so die Gesetzesbegründung – keine Änderung bewirken, da die Rechtsaufsicht bereits in § 47 RDG-E geregelt ist (S. 140).

Diese Auffassung ist grob unzutreffend. § 47 RDG-E regelt lediglich die örtliche und sachliche Zuständigkeit, nicht aber die der Aufsichtsbehörde zustehenden Aufsichtsmittel. Die in der Gesetzesbegründung geäußerte Auffassung, die Rechtsaufsichtsbehörde könne auch künftig „die dort“, also in § 47 RDG-E, vorgesehene Überprüfung des Handelns des Bereichsausschusses auf Gesetzmäßigkeit und Rechtmäßigkeit vornehmen, findet im Gesetz keine Grundlage. **Weder ist eine Aufsicht aufgrund der Vorschriften der GemO mangels Verweisung möglich, noch enthält der Gesetzentwurf eigene Aufsichtsmittel. Eine – erst recht nicht effektive – Aufsicht über das Handeln des Bereichsausschusses ist damit unmöglich. Dem Gesetzgeber ist dringend zu empfehlen, entsprechende Aufsichtsmittel in den Gesetzentwurf aufzunehmen. Diese sollten sich nicht an den ungeeigneten Vorschriften der GemO, sondern vielmehr an der Regelung des § 89 SGB IV orientieren.** Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie die fachliche (gesundheitsrechtliche) Fachkompetenz bei den Stadt- und Landkreisen sichergestellt werden kann, um eine effektive Aufsicht über eine Selbstverwaltungskörperschaft im Gesundheitsbereich zu ermöglichen.

d) Vertragsaufsicht über die Leistungserbringer/Vertragspartner bei der Durchführung

Hinsichtlich der konkreten Durchführung (nicht Organisation und Planung) des Rettungsdienstes ist eine Vertragsaufsicht durch das Regierungspräsidium, in dessen Bezirk der Leistungserbringer seinen Sitz hat, vorgesehen, die de facto eine Rechtsaufsicht darstellt. Das Regierungspräsidium hat insoweit nur die Einhaltung der Verpflichtungen aus der Vereinbarung mit dem Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 RDG-E zu überwachen. Zunächst fällt auf, dass Vereinbarungen nach § 3 Abs. 2 RDG-E hier nicht erwähnt werden. Offenbar geht auch der Referentenentwurf davon aus, dass juristische Personen faktisch nicht zur Dienstleistungserbringung zugelassen werden können (siehe oben B.). Gleichwohl sollte die Vorschrift um den Verweis auf § 3 Abs. 2 RDG-E ergänzt werden.

In der Sache verwundert, dass der Gesetzgeber bei der konkreten Durchführung des Rettungsdienstes auf eine Fachaufsicht verzichten will, die er aber im Bereich der Integrierten Leitstellen für erforderlich hält (§ 48 RDG-E). Die Begründung, die Tätigkeit der

Integrierten Leitstellen sei im Gegensatz zur Durchführung des Rettungsdienstes hoheitlicher Natur, vermag im Hinblick auf das Erfordernis einer effektiven Aufsicht als Ausgleich für die fehlende demokratische Legitimation nicht zu überzeugen.

Die Verträge mit den Leistungserbringern sind derzeit ohnehin so offen formuliert, dass im Rahmen einer Vertragsaufsicht de facto keine konkreten vertraglichen Pflichtverletzungen gerügt werden können.

e) Zusammenfassung

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Gesetzentwurf weder eine wirksame Aufsicht über die Organisation und Planung des Rettungsdienstes noch über die Durchführung des Rettungsdienstes und damit über die konkrete Patientenversorgung gewährleistet. Um diesen Mangel zu beheben, sollte in den Gesetzentwurf eine Regelung aufgenommen werden, die beschreibt, wie die Durchführung des Rettungsdienstes zu erfolgen hat. Konkret müsste dargestellt werden, dass eine Versorgung nach dem Stand der notfallmedizinischen Wissenschaft zu erfolgen hat, anhand welcher Vorgaben dieser Standard festgelegt wird und wer die Einhaltung wie überwacht. Eine Übertragung der Überwachung auf Personen, die bei den Leistungserbringern angestellt sind (also die Ärztlichen Verantwortlichen nach § 20 Abs. 2 RDG-E), wird allerdings nicht ausreichen, um eine effektive staatliche Aufsicht zu gewährleisten.

4. Wahrung der Interessen der Betroffenen

Der eine Rettungsdienstleistungen benötigende Bürger hat in erster Linie ein Interesse an einem funktionierenden Rettungsdienstsystem und an einer Versorgung nach dem Stand der notfallmedizinischen Wissenschaft. **Hier fällt zunächst auf, dass weder im Landesausschuss für den Rettungsdienst noch in den Bereichsausschüssen ein Vertreter der Ärzteschaft stimmberechtigt vertreten ist, geschweige denn die Ärzteschaft ein Vetorecht in medizinischen Fragen hat.** Es ist nicht ersichtlich, wie mit dieser Konstruktion eine Versorgung auf dem Stand der notfallmedizinischen Wissenschaft gewährleistet werden kann. Auch die beratende Mitgliedschaft des Landesbehindertenbeauftragten im Landesausschuss für den Rettungsdienst kann dieses Defizit nicht ausgleichen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die gewählte

Selbstverwaltungsstruktur nicht die Interessen aller Betroffenen berücksichtigt, da die Versicherten der faktisch ausgeschlossenen Träger bzw. der privaten Krankenversicherung schon strukturell nicht vertreten sind und die Betroffenen, die weder in der GKV noch in der PKV versichert sind, überhaupt nicht berücksichtigt werden.

5. Zusammenfassung

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen sind nicht geeignet, die Vorgaben des BVerfG und des BSG zum Ausgleich eines demokratischen Legitimationsdefizits zu erfüllen. Weder ist eine hinreichend normative Anleitung der Selbstverwaltungsorgane vorgesehen, noch ist eine effektive staatliche Aufsicht organisiert. Auch die Wahrung der Interessen der Betroffenen wird im Gesetzentwurf nicht hinreichend berücksichtigt. Selbst wenn die aufgezeigten Mängel behoben würden, wäre die gesamte Konstruktion der Selbstverwaltung aufgrund der fehlenden demokratischen Legitimation und des Ausschlusses bestimmter Träger bzw. der privaten Krankenversicherung mit erheblichen Unsicherheiten belastet. **Dem Gesetzgeber ist daher dringend anzuraten, das Festhalten an der gewählten Selbstverwaltungsstruktur zu hinterfragen, da erhebliche Zweifel an der Vereinbarkeit mit dem verfassungsrechtlichen Demokratieprinzip bestehen.**

D. Fehlende Amtshaftung

Angesichts der Tatsache, dass der Gesetzentwurf an einer Selbstverwaltungsstruktur festhält, ist mit dem Bundesgerichtshof davon auszugehen, dass die Durchführung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg nicht mehr als öffentlich-rechtlich im haftungsrechtlichen Sinne anzusehen ist.³⁰ Der BGH sieht dies nur dann anders, wenn die Sicherstellung des Rettungsdienstes durch die „Selbstverwaltung“ nicht mehr gewährleistet ist und der Rettungsdienst nach § 3 Abs. 4 RDG als Pflichtaufgabe den Kommunen übertragen wird (dazu unten J.).

³⁰ BGH, Urteil vom 04.06.1992 – III ZR 93/91, Rn. 9; zur aktuellen Rechtslage OLG Karlsruhe, Urteil vom 13.05.2016 – 13 U 103/13.

Die fehlende Amtshaftung führt dazu, dass die Notärzte³¹, Ärztlichen Verantwortlichen gem. § 20 Abs. 2 RDG-E, Organisatorische Leiter Rettungsdienst und das gesamte nichtärztliche Rettungsdienstpersonal grundsätzlich mit ihrem gesamten Privatvermögen für etwaige Behandlungsfehler oder andere Pflichtverletzungen in Ausübung ihrer Tätigkeit haften und unmittelbar persönlich in Anspruch genommen werden können. In den Bundesländern, die den Rettungsdienst nicht in eine Selbstverwaltungskonstruktion überführt haben, haftet zunächst der Rettungsdienstträger und kann ggf. bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz Regress nehmen. Das Rettungsdienstpersonal kann nicht direkt in Anspruch genommen werden, da passivlegitimiert, d.h. zulässiger Beklagter, die Anstellungskörperschaft, also der Rettungsdienstträger ist.³²

Angesichts der in § 20 RDG-E in Aussicht gestellten erweiterten Kompetenzen des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals und der damit einhergehenden Verantwortungsübernahme sowohl für die handelnden Notfallsanitäter als auch für die anordnenden Ärztlichen Verantwortlichen stellt sich die Frage, ob der Ausschluss der Amtshaftung aufgrund der Beibehaltung der Selbstverwaltungsstruktur sachgerecht ist.

E. Rettungsdienstplanung/bedarfsgerechte Versorgung

1. Einleitung

Die Planung des Rettungsdienstes, d.h. wie viele Rettungswagen, Notarzteinsatzfahrzeuge, Rettungshubschrauber und Krankentransportwagen an welchen Standorten vorzuhalten sind, erfolgt in der Regel auf der Grundlage gesetzlich vorgegebener Planungsparameter. Diese Planungsgrundlagen für den Rettungsdienst unterscheiden sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil erheblich. Als maßgebliche Planungsgrundlage für den Rettungsdienst wird in der Regel die sogenannte **Hilfsfrist** herangezogen, die die Zeitspanne bezeichnet, in der ein Rettungsmittel (planerisch) am Einsatzort eintreffen muss. Dieser Wert bestimmt im Wesentlichen die Anzahl der für die Notfallrettung vorzuhaltenden Rettungsmittel und Rettungswachen. Die Definition der

³¹ Einzige Ausnahme ist der Leitende Notarzt, der als berufener Ehrenbeamter tätig wird.

³² z.B. für Bayern BGH - III ZR 346/03.

Hilfsfrist ist in den Bundesländern unterschiedlich. In der Regel beginnt die Hilfsfrist mit dem Eingang des Notrufes in der Integrierten Leitstelle, also dem „ersten Klingeln“. Während Baden-Württemberg diese Planungsaufgabe an eine Art Selbstverwaltung delegiert hat (s.o. unter C.), erfolgt die Planung in allen anderen Bundesländern in öffentlich-rechtlicher Verantwortlichkeit, häufig kommunal.

Der Planungsprozess als solcher gehört wissenschaftlich in den Bereich der Mathematik, genauer der Stochastik. Neuere Ansätze der Rettungsdienstplanung verwenden komplexe Simulationsmodelle mit mathematischen Optimierungstechniken, die verschiedene Variablen und Szenarien berücksichtigen (z.B. Verkehrsbedingungen, Krankenhausstandorte, Bevölkerungsverteilung), um die optimalen Standorte und die jeweils erforderliche Menge an Rettungsmitteln zu ermitteln. Aufgrund der Komplexität der bei der Planung zu berücksichtigenden Parameter sind mittlerweile weitere Fachdisziplinen in die Planung rettungsdienstlicher Strukturen eingebunden (z.B. Medizin, Geographie, Informatik, Gesundheitswissenschaften, Betriebswirtschaft). In Baden-Württemberg wurde durch die Selbstverwaltung bisher nur eine eher statische und retrospektive Betrachtung vorgenommen, die sich häufig auf die Ermittlung des Rettungsmittelbedarfs mit Hilfe der Poison-Formel oder der Warteschlangentheorie beschränkte, deren Anwendungsbereich nicht speziell die Rettungsdienstplanung ist. Neuere Veröffentlichungen auf diesem Gebiet legen jedoch nahe, dass die Dynamik des Rettungsdienstsystems damit nicht abgebildet werden kann, was möglicherweise auch die seit Jahren bestehende Nichteinhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Hilfsfrist erklären könnte.

Die Planung der rettungsdienstlichen Struktur basiert nach dem oben Gesagten auf gesetzlichen oder - soweit zulässig - untergesetzlichen Vorgaben, die im Rahmen eines Planungsprozesses umzusetzen sind. In der Praxis basiert die Bedarfsplanung auf den in den Integrierten Leitstellen gespeicherten Daten. Die Planung wird daher insbesondere durch die Qualität der planungsrelevanten Daten direkt beeinflusst. Darüber hinaus kommt dem Planungsverfahren eine besondere Bedeutung zu, d.h. auch das anzuwendende Planungsverfahren hat einen entscheidenden Einfluss auf das

Planungsergebnis. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Planung umso komplexer wird, je kleinteiliger die Planungsparameter sind. Dies gilt zum einen für die Datenlage und zum anderen für die Modellierung. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Wenn gesetzlich vorgeschrieben wird, dass bei einem Herzinfarkt innerhalb von 10 Minuten ein Rettungswagen vor Ort sein muss, dann setzt dies zunächst einmal voraus, dass bekannt ist, wie viele Herzinfarkte in einer bestimmten Region zu erwarten sind. Allein aus historischen Leitstellendaten lässt sich hierüber jedoch keine Aussage treffen. Denn nur weil gestern ein Patient an einem bestimmten Ort einen Herzinfarkt erlitten hat, kann nicht darauf geschlossen werden, dass dies auch morgen der Fall sein wird. Vielmehr müssen weitere (z.B. epidemiologische) Daten vorliegen. Problematisch ist auch, dass eine Integrierte Leitstelle bei einem Notruf keine Diagnosen stellen, sondern bestenfalls Symptome erfassen kann. Die Einsatzentscheidung basiert also gerade nicht auf der Diagnose „Herzinfarkt“. Dieser Umstand ist bei der Rettungsdienstplanung zu berücksichtigen.

2. Bisherige Regelung

Der aus dem Grundgesetz abgeleitete Anspruch der Bürger auf Vorhaltung eines funktionierenden Rettungsdienstes wird einfachgesetzlich im Wesentlichen durch den Begriff der bedarfsgerechten Versorgung ausgefüllt. Dieser Begriff wurde bisher – wie in vielen anderen Bundesländern auch – bestimmt durch die in § 3 Abs. 2 Rettungsdienstgesetz (RDG) definierte **Hilfsfrist**, die der Gesetzgeber wie folgt definierte: *„Im bodengebundenen Rettungsdienst ist bei der Notfallrettung die Zeit vom Eingang der Notfallmeldung in der Integrierten Leitstelle bis zum Eintreffen der Hilfe am Notfallort an Straßen (Hilfsfrist) maßgebend. Die Hilfsfrist soll aus notfallmedizinischen Gründen möglichst nicht mehr als 10, höchstens 15 Minuten betragen.“* Diese Hilfsfrist wurde in Baden-Württemberg bisher nicht flächendeckend eingehalten, was zum einen daran liegt, dass die Selbstverwaltung des Rettungsdienstes ihren Planungen rechtswidrig nur eine Hilfsfrist von 15 Minuten zugrunde gelegt hat und zum anderen daran, dass die Hilfsfrist fehlerhaft zu niedrig berechnet wurde.³³ Insbesondere wurden keine Planungen für

³³ VG Stuttgart, Beschluss vom 6. November 2023 – 16 K 5276/23 –, Rn. 64, juris.

besondere Szenarien wie z.B. die Versorgung von Säuglingen und Neugeborenen oder den Massenanfall von Verletzten vorgenommen. **Es bleibt daher zunächst festzuhalten, dass auf der Grundlage des geltenden Rechts eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg derzeit nicht gegeben und damit der grundrechtliche Anspruch auf Vorhaltung eines funktionierenden Rettungsdienstsystems nicht erfüllt ist.**

3. Neue Rettungsdienstplanung

a) Einleitung

Der vorliegende Gesetzentwurf behält in § 1 Abs. 1 den Begriff der Bedarfsgerechtigkeit als einfachgesetzlichen Maßstab für ein funktionsfähiges Rettungsdienstsystem bei. In § 6 RDG-E wird sodann - unter Aufgabe der bisherigen Regelung zur Hilfsfrist - geregelt, wie eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Planung des Rettungsdienstes zu erfolgen hat. **Die Regelung in § 6 RDG-E ist insgesamt sehr unübersichtlich und enthält teilweise unsystematisch verortete Ausnahmeregelungen.** Es wird an Begriffe angeknüpft, die in § 2 RDG-E nicht definiert sind. Der gesamten Ausgestaltung der Norm ist anzumerken, dass sie zu einem sehr späten Zeitpunkt, nämlich nach dem Bürgerbeteiligungsverfahren, in das Gesetz aufgenommen wurde und eine hinreichende Anpassung des gesamten Gesetzentwurfs an diese grundlegend geänderte Kernvorschrift nicht mehr erfolgen konnte.

b) Ausnahme von den Planungsvorgaben

Zunächst ist Absatz 3 in den Blick zu nehmen, der regelt für welche Fälle die in § 6 Abs. 1 und 2 genannten Planungsvorgaben **nicht** gelten. Dies sind:

- die Großschadensereignisse,
- der Luftrettungsdienst, also die Rettungshubschrauber,
- die Sonderrettungsdienste, also den Berg- und Wasserrettungsdienst,
- die Sekundäreinsätze, also Verlegungsfahrten und

- die Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen,
- die bodengebundene notärztliche Versorgung und
- der (qualifizierte) Krankentransport gem. § 1 Abs. 3 RDG-E.

Für die **notärztliche Versorgung** ist zwar nicht direkt geregelt, dass die Planungsvorgaben nicht gelten, jedoch wird das Innenministerium ermächtigt, im Rettungsdienstplan von § 6 Abs. 1 und 2 **abweichende Planungsvorgaben** zu regeln. Hiervon soll auch Gebrauch gemacht werden, da nach der Gesetzesbegründung (S. 100) „die Planung der Vorhaltung des Notarzteinsatzfahrzeuges [...] künftig im Rettungsdienstplan“ erfolgen soll. Insofern ist davon auszugehen, dass die Planungsvorgaben de facto auch nicht für die notärztliche Versorgung gelten sollen.

Obwohl in § 6 Abs. 3 RDG-E nicht ausdrücklich geregelt ist, dass der qualifizierte Krankentransport nicht den Planungsvorgaben des § 6 Abs. 1 und 2 RDG-E unterliegt, enthält der Gesetzentwurf - ebenso wie für die Luftrettung - keine Planungsvorgaben für die Vorhaltung von Krankentransportfahrzeugen. Die Gesetzesbegründung führt hierzu aus, dass „im Bereich des Krankentransports aufgrund des freien Marktes keine Planung stattfinden kann“. (S. 108)

(1) Großschadensereignisse

Zunächst ist festzustellen, dass der Gesetzentwurf keine Definition des Begriffs Großschadensereignis enthält. Der geltende (untergesetzliche) Rettungsdienstplan definiert in § 17 das Großschadensereignis als „*ein Ereignis mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie Betroffenen*“. Diese Definition ist für die gesetzliche Regelung zunächst nicht maßgeblich, aber auch für die Rettungsdienstplanung nicht zielführend, da das „Großschadensereignis“ mit einer „großen Anzahl“ definiert wird und damit unklar bleibt, ab wann ein solches Ereignis vorliegt (ab 3, 5, 10 oder 20 Patienten?).³⁴ **Dies muss jedoch klar sein, da nur so festgelegt werden kann, welche**

³⁴ Der Begriff findet sich zwar in der DIN 13050 (Ziff. 3.16) ebenso definiert wieder, diese DIN hat allerdings keine Rettungsdienstplanung zum Gegenstand.

Ereignisse von den Planungsanforderungen ausgenommen werden sollen. Warum im Gesetzentwurf nicht auf die übliche Bezeichnung „Massenanfall von Verletzten und Erkrankten“ (ManV) zurückgegriffen wird, obwohl § 17 Abs. 2 Rettungsdienstplan für Großschadensereignisse ausdrücklich auf die „Konzeption des Innenministeriums für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten“ (ManV-Konzept) verweist, bleibt unklar.

Die gängige Definition eines Massenanfalls von Verletzten und Erkrankten lautet: *„Ein MANV ist ein Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen, der besondere planerische und organisatorische Maßnahmen erfordert, weil er mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung der präklinischen und klinischen Versorgung nicht bewältigt werden kann.“*³⁵ Die Definition stellt damit auf die Notwendigkeit besonderer planerischer und organisatorischer Maßnahmen ab. Planungsgrundlagen für solche Maßnahmen enthält der Gesetzentwurf aber gerade nicht. Für Großschadensereignisse enthält § 6 Abs. 4 Satz 4 Nr. 12 lediglich eine Ermächtigung zugunsten des Innenministeriums, „Grundsätze für Maßnahmen und die Einsatzorganisation“ festzulegen, nicht aber die Befugnis, Planungsparameter für die Vorhaltung von Rettungsmitteln für Großschadensereignisse festzulegen. Die Gesetzesbegründung (S. 100) führt hierzu aus, dass Notfallereignisse mit einer größeren Anzahl von Verletzten bereits durch die Erstalarmierung der Rettungsmittel und die Eintreffzeit nach § 6 Abs. 1 „erfasst“ würden. Die sich daraus ergebenden Doppelungen würden bei der Bemessung der Vorhaltezeit berücksichtigt. Diese Aussage ist irreführend, da diese Einsätze zwar erfasst werden, aber - was nicht deutlich wird - bei der Bemessung der Zielerreichung unberücksichtigt bleiben, da die Einhaltung der Hilfsfrist (Zielerreichungsgrad) gemäß § 6 Abs. 2 RDG-E einsatzbezogen und nicht patienten- oder rettungsmittelbezogen gemessen wird und mit dem Eintreffen des ersten Rettungsmittels endet. Dies gilt unabhängig von der Anzahl der am Einsatzort zu versorgenden Patienten. (s. ausführlich unten d)(2)).

³⁵ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, BBK Glossar, MANV.

Die Aussage in der Begründung (S. 100), dass Duplizitäten bei der Bemessung der Vorhaltung berücksichtigt werden, bedarf der Erläuterung. Gemeint ist, dass in einem Bereich durch einen Einsatz mit vielen Verletzten plötzlich ein höherer Bedarf an Rettungsmitteln besteht als planerisch vorgesehen, mit der Folge, dass zu wenig Rettungsmittel zur Verfügung stehen. Derartige Duplizitäten können jedoch ohne besondere Planung nicht erfasst werden, da Ereignisse mit mehreren Verletzten oder Erkrankten aufgrund ihrer relativen Seltenheit (und damit statistischen Irrelevanz) im Rahmen der „normalen“ Planung nicht adäquat berücksichtigt werden. Aus diesem Grund fordert die übliche Definition des MANV gerade „besondere planerische Maßnahmen“. Das Fehlen von Planungsvorgaben für Großschadensereignisse bzw. MANV-Lagen im Gesetzentwurf führt zwar einerseits dazu, dass die Kostenträger keine über das normale Maß („Regelvorhaltung“) hinausgehende Vorhaltung von Rettungsmitteln finanzieren müssen, andererseits aber auch dazu, dass für solche MANV-Einsätze keine adäquate Vorhaltung von Rettungsmitteln durch den Rettungsdienst in Baden-Württemberg geplant werden muss.³⁶ **Der Gesetzentwurf lässt offen, woher die über den Regelfall hinausgehende Vorhaltung kommen soll, die bei ManV-Einsätzen wie großen Verkehrsunfällen, Bränden oder Terroranschlägen benötigt wird, und wer für deren Bereitstellung verantwortlich ist.**

(2) Luftrettungsdienst

Für den Luftrettungsdienst enthält § 6 Abs. 8 RDG-E eine Ermächtigung zugunsten des Innenministeriums zur Festlegung der Standorte des Luftrettungsdienstes, **Planungsparameter für den Luftrettungsdienst enthält der Gesetzentwurf jedoch nicht.** In der Gesetzesbegründung wird hierzu ausgeführt, dass der Luftrettungsdienst einer örtlichen Planung nicht zugänglich sei und daher vom Land bedarfsgerecht geplant werde (S. 137). Diese Aussage überrascht insofern, als dass auch die bodengebundene Notfallrettung landesweit und nicht lokal geplant werden soll (§ 8 Abs. 2 Satz 4). **Es ist systematisch nicht nachvollziehbar, warum eine getrennte landesweite Planung für den bodengebundenen Rettungsdienst durch den Landesausschuss für den**

³⁶ Dementsprechend muss laut Ziff. 4.2.1 (S. 12) ManV-Konzept des Innenministeriums der Rettungsdienst bei einem ManV nur seine „Regelvorhaltung“ mobilisieren.

Rettungsdienst einerseits und für die Luftrettung durch das Innenministerium andererseits erfolgen soll. Unabhängig davon ist nicht nachvollziehbar, warum das Gesetz **keine Planungsparameter** für den Luftrettungsdienst enthält und keine gemeinsame Planung von bodengebundener Notfallrettung und Luftrettung anhand einheitlicher Parameter erfolgen soll. **Dies gilt umso mehr, als die gesetzliche Regelung zur Planung (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RDG-E) die Prähospitalzeit als eine der zentralen Planungsgrößen hervorhebt und gerade hier die Luftrettung eine herausragende Rolle spielt, da nur sie in der Lage ist, Notfallpatienten in kurzer Zeit über weite Entfernungen in eine geeignete Klinik zu transportieren.** Durch eine sich absehbar stark verändernde Krankenhauslandschaft (KHVVG³⁷) wird häufiger die nächste geeignete Klinik deutlich weiter entfernt vom Einsatzort liegen, sodass die 60-Minuten-Frist des § 6 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 RDG-E für die Prähospitalzeit nur durch den Einsatz der Luftrettung eingehalten werden kann und damit an Bedeutung gewinnt.³⁸ Das vom Innenministerium finanzierte EVRALOG-BW-Forschungsprojekt äußert sich in diesem Kontext wie folgt:

*„Die Betrachtung der Prähospitalzeit [...] verstärkt den Blick auf logistische Fragestellungen mit einer direkten Auswirkung auf die Prähospitalzeit. Dazu zählen beispielsweise die **Einbeziehung der Luftrettung**, die Standorte von Notaufnahmen oder spezieller Einrichtungen wie Stroke Units.“³⁹*

Der Gesetzentwurf trägt dieser Entwicklung nicht Rechnung, da er letztlich die Prähospitalzeit nur für die bodengebundene Notfallrettung für maßgeblich erklärt und für die Luftrettung keine Planungsgrundlagen enthält.

³⁷ BT-Drcks. 20/11854.

³⁸ Dahmen et al, Flächendeckende Notfallreform: Luftrettung maßgeblicher Faktor, [Dt. Ärzteblatt 2023, 120\(18\): A-806/B-689](#); Watzinger et al, Patientenorientierte Planungskriterien für die Logistik in der Notfallrettung, *Notfall+Retten* 2024, S. 7, <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01254-6>.

³⁹ Watzinger et al, Patientenorientierte Planungskriterien für die Logistik in der Notfallrettung, *Notfall+Retten* 2024, S. 7, <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01254-6>.

(3) Sonderrettungsdienste

Auch für die Sonderrettungsdienste, also die Bergrettung und die Wasserrettung, finden sich im gesamten Gesetzentwurf keine Planungsparameter. § 6 Abs. 4 Satz 5 Nr. 9 RDG-E enthält lediglich eine Ermächtigung zugunsten des Innenministeriums, die Organisation und personelle Ausstattung der Einrichtungen der Sonderrettungsdienste zu regeln. Die Gesetzesbegründung verweist darauf, dass „die ehrenamtlich organisierten Sonderrettungsdienste“ vom Land - gemeint ist offenbar das zuständige Ministerium - bedarfsgerecht geplant werden (S. 100, 108). Als Begründung für die vollständige Übertragung der Planungsentscheidung auf die Exekutive wird angeführt, dass den Sonderrettungsdiensten eine „größere überregionale Bedeutung“ zukomme, so dass „das Innenministerium über den Bedarf an Einrichtungen der besonderen Rettungsdienste entscheidet“. (S. 108) Unabhängig davon, dass die Behauptung einer überregionalen Bedeutung der besonderen Rettungsdienste nicht nachvollziehbar ist, rechtfertigt dieser Umstand im Hinblick auf den Anspruch der Bürger auf ein funktionierendes Rettungsdienstsystem nicht den vollständigen Verzicht auf Planungsvorgaben durch den Gesetzgeber. **Denn der Gesetzgeber würde sich seiner Verantwortung entziehen, eine planerische Entscheidung darüber zu treffen, wie die Notfallrettung von Patienten durch den Berg- und Wasserrettungsdienst zu organisieren ist, gleichzeitig würde das Innenministerium mittelbar über die Bedarfsfeststellung allein über die konkrete Finanzierung der Sonderrettungsdienst entscheiden, da die Verhandlungen nach § 46 Abs. 2 RDG-E mit den Kostenträgern auf dieser Bedarfsfeststellung aufbauen.** Die Befugnis der Exekutive zur autonomen Bedarfsfeststellung führt derzeit dazu, dass nur Einsätze vergütet werden, bei denen ein Patient an den bodengebundenen Rettungsdienst übergeben wird, so dass die Vermisstensuche im Wasser nicht zu den Aufgaben der Wasserrettung gehört und auch nicht vergütet wird.⁴⁰

(4) Sekundäreinsätze

Das Innenministerium wird in § 6 Abs. 4 Nr. 4 ermächtigt, „konkretisierende Regelungen“ für die Bedarfsbemessung der Sekundäreinsätze zu treffen. Es bleibt unklar, was

⁴⁰ LT-Drcks. 17/5237, S. 4.

unter „Bedarfsbemessung“ zu verstehen ist und ob damit Planungsgrundlagen gemeint sind. Selbst wenn damit Planungsgrundlagen gemeint sein sollten, finden sich keine diesbezüglichen Vorgaben im Gesetzestext. Dies verwundert vor dem Hintergrund der oben bereits angesprochenen Veränderung der Krankenhauslandschaft, insbesondere durch die geplante Krankenhausreform (KHVVG⁴¹), die absehbar zu häufigeren Verlegungseinsätzen, also Sekundäreinsätzen, durch Intensivtransportwagen, Rettungswagen (ggf. mit Notarzt) und Luftrettung führen wird. **Warum die Intensivtransportwagen, die bereits jetzt speziell für diesen Bereich vorgehalten werden, im Gesetz keine Erwähnung finden und warum das Gesetz keine Planungsvorgaben enthält, ist nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus besteht das bereits oben dargestellte Problem der unzureichenden Definition der Sekundäreinsätze, die nicht berücksichtigt, dass es neben Sekundäreinsätzen auch Notfallverlegungen gibt, die im vorliegenden Entwurf offenbar - unzulässigerweise - den Sekundäreinsätzen zugerechnet und aus den Planungsparametern herausgerechnet werden.**

(5) Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen

Der Gesetzentwurf definiert zunächst nicht, welcher Personenkreis unter den Begriff des Notfallpatienten mit besonderen Anforderungen fällt (s.o.). Unabhängig davon stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, warum diese Patienten keinen Anspruch darauf haben sollen, in gleicher Weise - d.h. anhand der gleichen Planungsparameter - wie alle anderen Patienten gerettet zu werden. § 6 Abs. 4 Satz 4 Nr. 4 RDG-E ermächtigt das Innenministerium, die „Transportvorhaltungen“ für diese Patienten im Rettungsdienstplan zu konkretisieren. Eine Konkretisierung ist jedoch nicht möglich, da der Gesetzentwurf keine konkretisierbaren Vorgaben enthält. Unklar bleibt auch, was unter „Transportvorhaltung“ zu verstehen ist. Es stellt sich die Frage, ob diese Patienten nicht versorgt, sondern nur transportiert werden müssen. **Insgesamt begegnet die Vorschrift des § 6 Abs. 3 i.V.m. § 6 Abs. 4 Satz 4 Nr. 4 RDG-E nicht nur im Hinblick auf die Vorgaben des Art. 61 LV, sondern auch im Hinblick auf das**

⁴¹ BT-Drcks. 20/11854.

verfassungsrechtliche Benachteiligungsverbot behinderter Menschen aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG erheblichen Bedenken.

(6) Notärztliche Versorgung

Für die notärztliche Versorgung durch Notarzteinsatzfahrzeuge sehen § 6 Abs. 2 Satz 5 RDG-E und § 6 Abs. 4 Satz 4 Nr. 3 RDG-E vor, dass das Innenministerium im Rettungsdienstplan **von § 6 Abs. 1 und 2 RDG-E abweichende „Planungskriterien“ und „Berechnungsschemata“** festlegen kann. Konkretisierungen dieser Ermächtigung finden sich im Gesetzestext nicht. Insbesondere ist nicht geregelt, unter welchen Voraussetzungen von den Planungskriterien des § 6 Abs. 2 Satz 2 RDG-E (95% innerhalb von 12 Minuten Eintreffzeit bzw. 80% innerhalb von 60 Minuten Prähospitalzeit) abgewichen werden kann. Denn die Gesetzesbegründung geht ohnehin davon aus, dass von der „kann“-Regelung auch Gebrauch gemacht wird und „die Planung der Vorhaltung des Notarzteinsatzfahrzeuges [...] künftig im Rettungsdienstplan“ erfolgt. (S. 100) Der Einsatz des Notarztes soll bei „besonders kritischen Notfalleinsätzen“ erfolgen. Es müssten sich bei der Notrufabfrage konkrete Hinweise darauf ergeben, dass „eine unmittelbare notärztliche Behandlung geboten ist“ (S. 100). Als Beispiele werden genannt: Polytrauma, schweres Schädel-Hirn-Trauma und Herz-Kreislauf-Stillstand. Bei diesen Krankheitsbildern handelt es sich aber gerade um die in § 6 Abs. 2 Satz 2 RDG-E genannten Einsätze bei denen „akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten und schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden“. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Rettungsdienstplan in diesen Fällen dennoch die Möglichkeit vorsehen soll, andere Zielerreichungsgrade für die notärztliche Versorgung festzulegen. **Offenbar geht der Gesetzentwurf davon aus, dass auch bei diesen „akuten“ Einsätzen das Eintreffen eines Notarztes innerhalb der in § 6 Abs. 2 Satz 2 RDG-E genannten Zeiten nicht zwingend erforderlich ist.** Eine medizinische Evidenz für diese Annahme ist nicht ersichtlich, zumal hier auch ein Widerspruch zu der im Notarzteinsatzindikationskatalog der Bundesärztekammer dargelegten Evidenz besteht.⁴² Zudem enthält der Gesetzestext selbst keine im Rettungsdienstplan konkretisierbaren Planungsvorgaben,

⁴² https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/2023-11-23_Bek_BAEK_NAIK.pdf

so dass bereits die Voraussetzungen des Art. 61 LV (Bestimmtheit von Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung) nicht erfüllt sein dürften. **Damit fehlt es an einer Entscheidung des Gesetzgebers, nach welchen Kriterien die notärztliche Versorgung in Baden-Württemberg tatsächlich geplant werden soll, obwohl diese Entscheidung als wesentlich für die Verwirklichung des grundrechtlichen Anspruchs auf Bereitstellung eines funktionsfähigen Rettungsdienstes anzusehen ist. Die Möglichkeit der „Herausnahme“ der notärztlichen Versorgung aus den Planungsvorgaben des § 6 Abs. 2 Satz 2 RDG-E ist auch systematisch nicht nachvollziehbar.**

Die Einrichtung von Telenotarztzentralen kann dieses Defizit nicht kompensieren, da der Gesetzentwurf zum einen keinerlei diesbezügliche Planungskriterien enthält, sondern die gesamte Organisation und personelle Ausstattung ohne jegliche Vorgaben der Exekutive überlässt (§ 6 Abs. 4 Satz 4 Nr. 9 RDG-E) und zum anderen nicht erkennbar ist, in welchen Situationen der Gesetzgeber die physische Anwesenheit eines Notarztes für erforderlich hält.

c) *Notfallkategorien und Planungsparameter*

(1) EVRALOG-BW

Das Innenministerium fördert seit 2021 das Forschungsprojekt „Entwicklung und Validierung von Planungskriterien für rettungsdienstlich relevante Strukturen als Grundlage für eine landeseinheitliche Planungsmethodik im Rettungsdienst in Baden-Württemberg unter besonderer Berücksichtigung logistischer Aspekte“, kurz EVRALOG-BW des Karlsruher Instituts für Technologie. Im Jahr 2023 wurde die Förderung mit 217.000 Euro um zwei Jahre verlängert.⁴³ In seiner am 23.06.2023 veröffentlichten Pressemitteilung erklärt das Innenministerium:

„Die vorläufigen Ergebnisse des Forschungsprojekts „EVRALOG-BW“ deuten darauf hin, dass Einsätze im Rettungsdienst in unterschiedliche Kategorien unterteilt werden können. Beispielsweise kann sich der Zeitraum, in dem eine

⁴³ <https://im.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse-und-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilung/pid/forschungsprojekt-evralog-bw-wird-verlaengert>; <https://healthcarelab.ksri.kit.edu/projekte.php>.

medizinischen Versorgung notwendig ist, unterscheiden. [...] Auf Grundlage dieser Ergebnisse sollen in der zweiten Projektphase von „EVRALOG-BW“ nun Alarmierungsstrategien sowie konkrete Standortplanungen erforscht werden.“

Die oben genannten vorläufigen Ergebnisse wurden im Januar 2024 in der Zeitschrift Notfall+Rettungsmedizin⁴⁴ veröffentlicht. Die Veröffentlichung enthält folgende für die weitere rechtliche Beurteilung des Gesetzentwurfs relevante Aussagen, wobei die Hervorhebungen vom Verfasser vorgenommen wurden:

*„In einem **nächsten Schritt sollen die entwickelten Planungskriterien in neue Planungsansätze überführt** und mit historischen Einsatzdaten simulativ validiert werden.“ (S. 3)*

*„Die Patientenkategorien wurden in einem **explorativen Workshop** durch die beteiligten Intensiv- und Notfallmediziner erarbeitet. [...] Der relevante und derzeit messbare Zeitabschnitt ist entweder die Eintreff- oder die Prähospitalzeit.“ (S. 3)*

*„Für einzelne Notfallbilder können zeitliche Maßgaben aus der Literatur abgeleitet werden [4–6, 8, 17]. **Ohne Datengrundlage** für alle Notfallbilder ist eine Modellierung von Nutzenfunktionen jedoch **nicht evidenzbasiert möglich**. Der Anspruch im Rahmen von EVRALOG-BW ist daher nicht, endgültige Nutzenfunktionen zu erstellen, [...]“*

*„Die Einschätzungen können auch bei denselben Notfallbildern aufgrund der **fehlenden wissenschaftlichen Datenbasis** zum Zusammenhang zwischen Zeit und Outcome divergieren.“ (S. 7)*

*„Die **größte Limitation der Ergebnisse liegt in der fehlenden Evidenz** für den Verlauf der Nutzenfunktionen. Die Modellierung der Nutzenfunktionen ist methodisch auch datenbasiert möglich. Die dazu benötigten Daten liegen aktuell*

⁴⁴ Watzinger et al, Patientenorientierte Planungskriterien für die Logistik in der Notfallrettung, Notfall+Rettungsmedizin 2024, S. 1, <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01254-6>.

nicht vor. [...] Eine weitere Unsicherheit besteht dahingehend, dass die tatsächlichen Kategorien der Patienten derzeit retrospektiv nur auf Basis von Notarztdiagnosen festgestellt werden können.“

*„In der nächsten Phase von EVRALOG-BW werden aufbauend auf den entwickelten Kategorien und Nutzenfunktionen die logistischen Fragestellungen Rettungsmitteldisposition und Standortplanung von Rettungswachen betrachtet. Dazu wird zunächst erforscht, **ob neue Planungsstrategien entwickelt werden können.** Zur Analyse und Validierung der Strategien kommt anschließend ein Simulationsmodell zum Einsatz, das in Verbindung mit den Einsatzdaten der SQR-BW am Health Care Lab des Karlsruher Instituts für Technologie entwickelt wird.“*

Wie aus den nachfolgend erläuterten Regelungen des Gesetzentwurfs deutlich wird, soll mit dem Gesetzentwurf die Grundlage für eine Übernahme der vorläufigen Ergebnisse des Projekts EVRALOG-BW in den Rettungsdienstplan geschaffen werden, indem die Möglichkeit zur Bildung von Notfall- und Einsatzkategorien geschaffen und die Eintreff- und Prähospitalzeit als wesentliche Planungsparameter definiert werden. **Insofern ist es zunächst verwunderlich, dass in der gesamten Gesetzesbegründung keinerlei Bezug auf das Projekt EVRALOG-BW und dessen Ergebnisse genommen wird, da aktuell bereits Abstimmungen zwischen dem zuständigen Ministerium und der Selbstverwaltung zur Umsetzung von EVRALOG-BW laufen.**

Zwar steht dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des grundrechtlichen Anspruchs auf Bereitstellung eines funktionierenden Rettungsdienstes ein weiter Gestaltungsspielraum zu, es bestehen jedoch erhebliche Zweifel, ob er diesen fehlerfrei ausgeübt hat. **Denn die vom Gesetzentwurf in den Blick genommenen Notfallkategorien und Planungsparameter beruhen – wie die Projektverantwortlichen von EVRALOG-BW selbst darlegen – derzeit weder auf einer ausreichenden Datenbasis noch gibt es eine wissenschaftliche Evidenz für die angedachten Planungsparameter. Darüber hinaus sind nach Aussage der Wissenschaftler die für eine Planung erforderlichen Planungsansätze und Planungsstrategien derzeit noch gar**

nicht vorhanden, sondern müssen erst noch erforscht werden. Ob und wann dies gelingt, ist offen. Auch stellt sich die Frage, wie vor diesem Hintergrund eine landesweite Begutachtung erfolgen soll (§ 8 Abs. 2 Satz 4 i.V.m. § 60 Abs. 1 Satz 1 RDG-E), da die erforderlichen Planungsansätze nicht vorhanden sind.

(2) Grundlagen der Planung

Für die bedarfsgerechte Planung stellt der Gesetzentwurf in § 6 Abs. 1 RDG-E - soweit nicht wie oben dargestellt bestimmte Bereiche von diesen Planungsgrundlagen ausgenommen sind - offensichtlich auf die aus dem Projekt EVRALOG-BW hervorgegangenen Parameter Eintreffzeit und Prähospitalzeit ab. Bisher war nur die Hilfsfrist (jetzt Eintreffzeit) relevant. In der Gesetzesbegründung (S. 96 f.) – also nicht im Gesetzestext – wird als dritter Parameter die „Versorgungsrelevanz“ genannt. Die „versorgungsrelevanten Einsatzkategorien“ (§ 6 Abs. 2 RDG-E) fehlen in § 6 Abs. 1 RDG-E, obwohl § 6 Abs. 2 Satz 5 RDG-E vorsieht, dass durch Rechtsverordnung für diese Kategorien „andere Hilfsfristen und Zielerreichungsgrade“ festgelegt werden. **Insofern fehlt es an einem Anknüpfungspunkt für die Regelung des § 6 Abs. 2 Satz 5 in § 6 Abs. 1 RDG-E.**

§ 6 Abs. 2 Satz 1 RDG-E ermächtigt das Innenministerium zu bestimmen, für welche „Notfallkategorien“ und für welche „Rettungsmittel“ die Eintreff- bzw. Prähospitalzeit für die Planung maßgeblich ist. **Das Gesetz selbst schweigt sich darüber aus, was unter dem Begriff "Notfallkategorie" zu verstehen ist und anhand welcher Parameter eine Notfallkategorie zu bestimmen ist.** Als Beispiel für ein Krankheitsbild, bei dem es auf die Eintreffzeit ankommen soll, wird in der Gesetzesbegründung der Herzkreislaufstillstand genannt. Auf die Prähospitalzeit soll es beim Schlaganfall ankommen. Bei den versorgungsrelevanten Notfallkategorien handele es sich um Fälle bei denen weder die Eintreff-, noch die Prähospitalzeit relevant sei und bei denen es sich um die nicht zeitkritische Versorgung handeln soll (S. 100). Beispiele werden nicht genannt. Weiter wird ausgeführt, dass die Bildung von Notfallkategorien im Rettungsdienstplan (d.h. in einer Rechtsverordnung) erfolgen soll, „die sich an den notfallmedizinischen Erfordernissen aufgrund eines spezifischen Gesundheitszustandes orientieren“ (S. 98).

Die Kategorien hätten sich an konkreten Notfallbildern und Interventionsmöglichkeiten zu orientieren. (S. 98) Es sollen im Rettungsdienstplan daher „Notfalleinsätze definiert, kategorisiert und die dabei anzustrebenden Ziele festgelegt werden.“ (S. 98)

Darüber hinaus ermächtigt § 6 Abs. 2 Satz 4 RDG-E das Innenministerium, abweichende Hilfsfristen und Zielerreichungsgrade für (bodengebundene) Notärzte und „weitere versorgungsrelevante Einsatzkategorien“ festzulegen (ebenso § 6 Abs. 4 Nr. 3 RDG-E). **Nach welchen Kriterien diese „weiteren versorgungsrelevanten Einsatzkategorien“ bestimmt werden sollen und wie sie sich von den „Notfallkategorien“ abgrenzen, lässt der Gesetzentwurf offen.**

Wie oben dargelegt, ist innerhalb der Selbstverwaltung konkret angedacht, die aus dem EVRALOG-BW-Projekt resultierenden Kategorien der Planung zugrunde zu legen, **obgleich es hierfür keine Evidenz und Datengrundlage gibt** (s.o.). Das Projekt hat insgesamt sechs verschiedene Patientenkategorien und zwei verschiedene Einsatzkategorien identifiziert. Für die einzelnen Kategorien nennen die Wissenschaftler jedoch nur Beispiele und weisen zudem darauf hin, dass jedoch insgesamt 143 Diagnosen den Kategorien zuzuordnen seien und dass dies retrospektiv geschehe.⁴⁵ Die derzeit nur mögliche retrospektive Betrachtung sei allerdings eine „weitere Unsicherheit“⁴⁶. **Tatsächlich wirkt diese „Unsicherheit“ gravierend aus, da die Leitstellen im Zeitpunkt der Notrufannahme keine retrospektive Betrachtung, sondern eine prospektive Einschätzung anhand von Meldebildern (und nicht Diagnosen) vornehmen.** Im Zweifelsfall wird daher eher vom Vorliegen einer schweren Erkrankung/Verletzung ausgegangen. Daraus kann sich ein höherer Bedarf an Rettungsmitteln ergeben, als dies bei einer rein retrospektiven Betrachtung aufgrund einer (gesicherten) Diagnose der Fall ist. **Der Entwurf lässt nicht erkennen, dass diesem Umstand hinreichend Rechnung getragen wurde, so dass erhebliche Zweifel bestehen, ob der**

⁴⁵ Watzinger et al, Patientenorientierte Planungskriterien für die Logistik in der Notfallrettung, Notfall+Rettenungsmedizin 2024, S. 7.

⁴⁶ Watzinger et al, Patientenorientierte Planungskriterien für die Logistik in der Notfallrettung, Notfall+Rettenungsmedizin 2024, S. 7.

Gesetzgeber sein Ermessen im Hinblick auf die Grundrechte der Bürger auf Leben und körperliche Unversehrtheit fehlerfrei ausgeübt hat.

d) *Zielerreichungsgrade*

(1) Grundlagen

§ 6 Abs. 2 Satz 2 RDG-E definiert sodann „planerische Zielerreichungsgrade“ für „Einsätze, bei denen akut höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden“. Für die Eintreffzeit beträgt der planerische Zielerreichungsgrad „nicht mehr als zwölf Minuten in 95 Prozent“, für die Prähospitalzeit „für bestimmte Notfalleinsätze [...] nicht mehr als 60 Minuten in 80 Prozent“. **Es ist nicht nachvollziehbar, warum bei der Eintreffzeit der maßgebliche Zeitraum mit dem Ende der Einsatzannahme in der Integrierten Leitstelle beginnt und bei der Prähospitalzeit der Eingang der Notrufmeldung bereits mit dem „ersten Klingeln“ in der Leitstelle.** Insbesondere bei Patienten, die schnelle Hilfe benötigen (Eintreffzeitrelevanz), wird die Zeit für die Notrufannahme und -bearbeitung nicht berücksichtigt. **Dieser Zeitraum beträgt in der Regel ein bis zwei Minuten.⁴⁷, sodass sich faktisch die Vorgabe zur Eintreffzeit um diese Zeit verlängert und damit nicht 12, sondern 13 bis 14 Minuten beträgt.**

(2) Einschränkung der für die Zielerreichung maßgeblichen Einsätze

Bei der planerischen Bemessung der Zielerreichungsgrade ist jedoch zu beachten, dass die maßgeblichen Werte auf mehreren Ebenen relativiert werden, d.h. es werden nicht - wie man annehmen könnte - alle Einsätze einer Notfallkategorie bei der Berechnung der Zielerreichungsgrade berücksichtigt. Vielmehr sollen nach § 6 Abs. 2 Satz 1 RDG-E nur solche Einsätze bei der Messung des Zielerreichungsgrades berücksichtigt werden, bei denen „*höchste Eile geboten ist, um Menschenleben zu retten oder schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden*“. Nach der Gesetzesbegründung soll damit erreicht werden, dass nicht alle Einsätze, bei denen Blaulicht und Martinshorn verwendet werden planungsrelevant sind. (S. 99) Eine Konkretisierung der maßgeblichen Einsätze erfolge im Rettungsdienstplan (S. 99 Absatz 7 am Ende). Dies stellt im

⁴⁷ vgl. Qualitätsbericht 2021 der Qualitätssicherungsstelle Rettungsdienst Baden-Württemberg, S. 53.

Gegensatz zur derzeit geltenden Regelung des § 3 Abs. 2 Satz 5 RDG, der weder eine Beschränkung auf Blaulichteinsätze noch eine weitere Beschränkung auf „akute Blaulichteinsätze“ vorsieht, eine erklärungsbedürftige Einschränkung der für die Planungsfristen maßgeblichen Einsätze dar.⁴⁸ Es ist zunächst nicht nachvollziehbar, warum - wenn die Bedürfnisse des Patienten im Vordergrund stehen sollen - der Wortlaut einer straßenverkehrsrechtlichen Vorschrift, nämlich des § 38 Abs. 1 StVO, der die Voraussetzungen für die Verwendung von Blaulicht und Martinshorn regelt, zur Begrenzung der für die Zielerreichung maßgeblichen Einsätze herangezogen wird.

Der Wortlaut dieser Norm wird sogar noch um das Wort „akut“ ergänzt, so dass nicht einmal alle Einsätze berücksichtigt werden, bei denen die Voraussetzungen für den Einsatz von Blaulicht und Martinshorn vorliegen (Rettung von Menschenleben, Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden). Auch die Ergebnisse des Projektes EVRA-LOG-BW sehen keinen Zusammenhang zwischen der Anfahrt mit Blaulicht und den Bedürfnissen der Patienten in einer Notfallsituation. **Der Gesetzentwurf lässt auch offen, um welche Krankheitsbilder es sich bei den „akuten“ Blaulichteinsätzen handeln soll. Hier werden sachfremde Kriterien in das Gesetz eingeführt, die nicht mehr vom Ermessensspielraum des Gesetzgebers gedeckt sein dürften.** Um das Ausmaß der ausgesparten Einsätze bei der planerischen Bemessung der Zielerreichung deutlich zu machen: Ausweislich des Berichts der SQR-BW aus dem Jahr 2022⁴⁹ werden von 1,16 Mio. Rettungswageneinsätzen nur ca. 719.000 mit Sondersignal angefahren. D.h. es würden knapp 441.000 Einsätze planerisch bei der Zielerreichung nicht berücksichtigt. Von den genannten 719.000 Einsätzen sind dann noch die Einsätze abzuziehen, die nicht als „akut“ eingestuft werden. Da der Begriff „akut“ nicht definiert ist, kann keine Aussage darüber getroffen werden, wie viele Einsätze dies betrifft.

§ 6 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 RDG-E relativiert dann die für die Zielerreichung maßgeblichen Einsätze weiter, da von den genannten „akuten“ Blaulichteinsätzen wiederum nur

⁴⁸ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 5. Mai 2023 – 6 S 2249/22 –, Rn. 128, juris.

⁴⁹ https://www.sqrbw.de/fileadmin/SQRBW/Downloads/Qualitaetsberichte/SQRBW_Qualitaetsbericht_2022.pdf

„bestimmte“ Einsätze bei der Berechnung des Zielerreichungsgrades für die präklinische Zeit berücksichtigt werden sollen. **Weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung findet sich eine Aussage dazu, wer diese „bestimmten“ Einsätze wie definiert.**

Die Gesamtzahl der in die Zielerreichungsberechnung einfließenden Einsätze wird dabei weiter reduziert, indem für die Zeitmessung nur auf den ersten am Einsatzort eintreffenden Rettungswagen abgestellt wird. Trifft vor dem Rettungswagen ein Notarzteinsatzfahrzeug oder ein Rettungshubschrauber ein, so wird hierauf abgestellt (§ 6 Abs. 2 Satz 3 RDG-E). Dies gilt unabhängig davon, ob sich nur ein oder mehrere Patienten am Einsatzort befinden. D.h. im Hinblick auf den Zielerreichungsgrad sind bis auf den ersten Patienten alle weiteren Patienten irrelevant. Es erfolgt also eine einsatzbezogene und gerade keine patientenbezogene Messung. Dies widerspricht systematisch dem Ansatz des Gesetzentwurfes, eine patientenorientierte Rettungsdienstplanung vornehmen zu wollen. **Insgesamt ist daher festzuhalten, dass durch die Verkleinerung der relevanten Grundgesamtheit eine große Anzahl von Einsätzen bei der Bewertung der Zielerreichung unberücksichtigt bleibt.** Zumindest wäre zu erwarten, dass für diese Einsätze konkrete (andere) Planungsparameter festgelegt werden.

Diese Regelungen zur Einschränkung der für die planerische Zielerreichung maßgeblichen Einsätze hinterlassen den Eindruck, **dass ein unbestimmtes Regulativ in den Gesetzentwurf eingebaut werden sollte, um vordergründig große Ziele mit möglichst überschaubarem Aufwand zu erreichen.** Insoweit wird auf die Ausführungen zur Wirtschaftlichkeit Bezug unter 0. genommen.

(3) Zielerreichungsgrad bei der Eintreffzeit

Die für die Zielerreichung bei „akuten“ Blaulichteinsätzen maßgebliche Eintreffzeit wird im Gesetzentwurf gegenüber der bisherigen Regelung in § 3 Abs. 2 Satz 5 RDG, wonach bei allen Einsätzen „aus notfallmedizinischen Gründen“ möglichst nicht mehr als 10 Minuten bis zum Eintreffen des Rettungswagens bzw. Notarztes vergehen sollen, auf 95 % in 12 Minuten erhöht. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die

Bearbeitungszeit in der Leitstelle (erstes Klingeln bis Einsatzannahmeende) von in der Regel ein bis zwei Minuten in der Leitstelle hierbei unberücksichtigt bleiben soll (s.o.), sodass die im Gesetzentwurf zugrunde gelegte Eintreffzeit faktisch bei 13 bis 14 Minuten in 95% liegt. Eine „Verschärfung“, wie die Gesetzesbegründung meint (S. 99), ist hierin objektiv nicht zu erkennen. **Es stellt sich vielmehr die Frage, ob für die angedachte Zeitspanne von 12 bzw. 13-14 Minuten bei den für die Planung einzig maßgeblichen hochdringlichen, „akut eilbedürftigen“ Einsätzen (S. 99) eine medizinische Evidenz besteht. Die von den Wissenschaftlern des EVRALOG-BW-Projekts zitierten Literaturquellen gehen vielmehr davon aus, dass bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand eine Eintreffzeit von über 5 Minuten zu einer (deutlichen) Verschlechterung der Prognose des Notfallpatienten führt.**⁵⁰ Dementsprechend ist auch die Einschätzung im Projekt EVRALOG-BW, dass bei Einsätzen der „Kategorie 1“ (Lebensgefahr mit Interventionsmöglichkeit am Einsatzort) eine Eintreffzeit von 5 Minuten den größten Nutzen für den Patienten bringt und ab 10 Minuten der Nutzen gegen 0 geht. Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand sinkt zudem die Überlebenschance bei einer Eintreffzeit von mehr als 5 Minuten signifikant.

⁵⁰ <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/199593>.

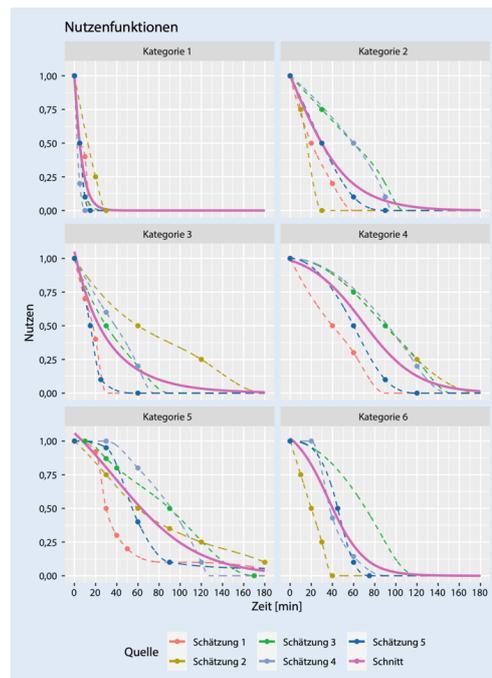


Abb. EVRALOG-BW-Projekt, N+R 2024, S. 4

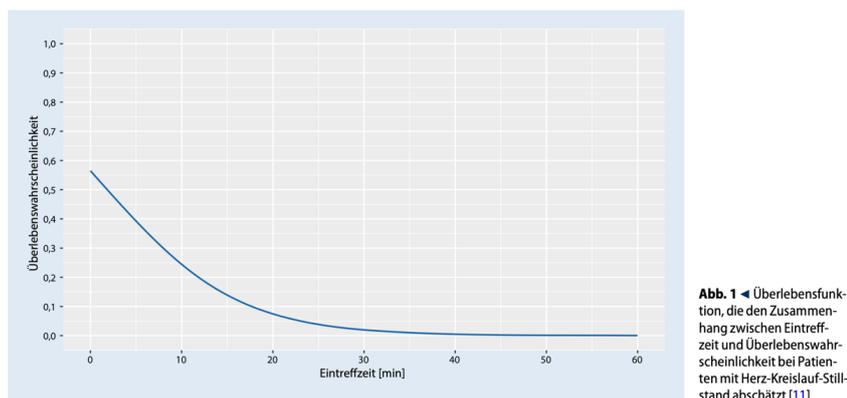


Abb. EVRALOG-BW-Projekt, N+R 2024, S. 3

Auch ein Blick in Länder mit differenzierter Bedarfsplanung zeigt, dass dort hochdringliche Einsätze mit deutlich niedrigeren Eintreffzeiten geplant werden. So z.B. Großbritannien, das bei „C1T“-Einsätzen eine Zielerreichung von 90% in 7 Minuten plant.⁵¹ oder die kanadische Provinz New Brunswick, die für Code-1-Einsätze eine Zielerreichung von 9 Minuten in 90% der Fälle im städtischen Bereich als Planungsgrundlage verwendet.⁵²

Insgesamt lässt der Gesetzentwurf keine Erklärung dafür erkennen, warum einerseits die maßgeblichen Planungsfristen nur noch für ein stark reduziertes Einsatzaufkommen gemessen und geplant werden sollen, andererseits aber bei den hochkritischen Einsätzen, bei denen die Eintreffzeit dann überhaupt noch relevant ist, eine von notfallmedizinischen Erkenntnissen losgelöste Erhöhung der bisherigen Planungs- bzw. Hilfsfrist auf 12 bzw. 13 bis 14 Minuten erfolgen soll. Dies könnte möglicherweise noch im

⁵¹ <https://analysisfunction.civilservice.gov.uk/government-statistical-service-and-statistician-group/user-facing-pages/health-and-care-statistics/summary-of-ambulance-response-time-data-in-the-uk/#ambulance-response-standards>.

⁵² <https://ambulancenb.ca/en/accountability/how-we-are-doing/response-times/>

Rahmen des gesetzgeberischen Ermessens liegen, wenn andere Instrumente zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls - also der Zeit bis zum Eintreffen Erster Hilfe - wie z.B. Helfer-vor-Ort-Systeme (§ 23 RDG-E) oder die Smartphone-basierte Alarmierung von Ersthelfern (§ 24 RDG-E) bei diesen hochkritischen Einsätzen einbezogen würden. Vielmehr werden diese Instrumente explizit aus dem Sicherstellungsauftrag der Leistungserbringer herausgenommen (§§ 23 Abs. 1 aE, 24 Abs. 1 aE RDG-E) und damit auf freiwillige Basis gestellt. Eine Finanzierung durch das Land oder die Kostenträger erfolgt damit nicht. Die Begründung, dass vor einer stärkeren Einbindung solcher Strukturen „noch bundesrechtliche Voraussetzungen u.a. zur Finanzierung zu klären“ seien (S. 82), greift nicht. Es ist Aufgabe des Landesgesetzgebers, ein funktionierendes Rettungsdienstsystem zu organisieren und grundsätzlich auch zu finanzieren. Die Tatsache, dass die Kostenerstattung für bestimmte Leistungen des Rettungsdienstes, wie z.B. den Transport, durch Dritte erfolgt, rechtfertigt nicht, wesentliche Elemente der notfallmedizinischen Versorgung mit dem Hinweis auf die fehlende Refinanzierung bestimmter Leistungen auszuschließen. **Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass durch die Einbeziehung weiterer staatlicher Stellen eine flächendeckende Erstversorgung weitgehend unproblematisch gewährleistet werden könnte.** Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages geht beispielsweise davon aus, dass die Polizei bei einem medizinischen Notfall zuständig ist, „*wenn aus ihrer Sicht nach Abwägung der Umstände im Einzelfall die Abwehr der Gefahr durch den Rettungsdienst nicht oder nicht rechtzeitig möglich erscheint.*“⁵³ Für die Feuerwehren ergibt sich die Pflicht zur Hilfeleistung bei medizinischen Notfällen in solchen Situationen unmittelbar aus § 1 Satz 1 Nr. 1 des Feuerwehrgesetzes (FwG). Insofern könnte allein durch die Einbeziehung von Polizei und Feuerwehr ein flächendeckendes Erstversorgungssystem aufgebaut werden, um der Bedeutung der Verkürzung des therapiefreien Intervalls Rechnung zu tragen.

Zusammenfassend wird der Gesetzgeber daher zwingend berücksichtigen müssen, dass bei den von ihm selbst definierten hochkritischen „akuten Blaulicht-Einsätzen“ ein

⁵³ Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags, Az. WD-3-120-21, <https://www.bundestag.de/resource/blob/852306/a84c88ff3933db817194b6137ff2db93/WD-3-120-21-pdf-data.pdf>

ausschließliches Abstellen auf das Eintreffen eines Rettungswagens oder Notarztes innerhalb einer Frist von 12 bzw. 13 bis 14 Minuten aus Patientensicht nicht ausreichend ist. Insofern blendet der Gesetzgeber die notfallmedizinischen Bedürfnisse von Patienten in akut lebensbedrohlichen Situationen aus, indem er meint, ausschließlich auf das Eintreffen eines Rettungsmittels abstellen zu können.

(4) Zielerreichung bei der Prähospitalzeit

Hinsichtlich der Prähospitalzeit scheint es für bestimmte Krankheitsbilder eine gewisse Evidenz zu geben.⁵⁴ Hierbei wird jedoch von maximal 60 Minuten gesprochen. Woher die im Gesetzentwurf genannte Begrenzung auf 80% (in 60 Minuten) kommt bzw. auf welcher medizinisch-wissenschaftlichen Grundlage diese beruht, bleibt unklar. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu lediglich, dass „die Toleranzquote von 20 Prozent soll vor allem den zahlenmäßig nicht unerheblichen Notfalleinsätzen, die eine lange Versorgungszeit der Notfallpatientin oder des Notfallpatienten vor Ort benötigen, Rechnung tragen.“ (S. 99) Hier verkennt die Gesetzesbegründung jedoch, dass in diesen 20% der Fälle eine nicht evidenzbasierte Versorgung stattfinden würde, da es gerade dem medizinischen Standard entspricht, Patienten nicht lange vor Ort zu behandeln. **Wenn es also eine Evidenz gibt, dass der Patient innerhalb von 60 Minuten in der Klinik übergeben werden soll, dann ist es vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht, 20% der Fälle planerisch unberücksichtigt zu lassen, zumal dieser Wert nur für „bestimmte“ Notfalleinsätze der für die Prähospitalzeit maßgeblichen Notfallkategorie(n) gemessen werden soll.** Auch hier bleibt der Eindruck einer nicht vollständig durchdachten Regelung, die die Bedürfnisse der Patienten planerisch nicht ausreichend berücksichtigt.

(5) Bezugspunkt für die Zielerreichung

Die Zielerreichungswerte sind bezogen auf ein Kalenderjahr im jeweiligen Rettungsdienstbereich zu erfüllen (§ 6 Abs. 2 Satz 2 aE RDG-E). Wie erst § 8 Abs. 2 Satz 4 RDG-E deutlich macht, erfolgt die Planung der bodengebundenen Notfallrettung jedoch nicht rettungsdienstbereichsbezogen, sondern **landesweit**. Es stellt sich daher die

⁵⁴ <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0>.

Frage, ob nicht ein Widerspruch insofern besteht, als einerseits eine rettungsdienstbereichsbezogene Zielerreichung maßgeblich ist, andererseits aber die Planungen losgelöst von den Rettungsdienstbereichen erfolgen sollen. Insbesondere stellt sich die Frage, wie ein Rettungsdienstbereich eigene Maßnahmen zur besseren Zielerreichung ergreifen soll, wenn er an die landesweit festgelegten Planungsvorgaben des Landesausschusses für den Rettungsdienst gebunden ist (vgl. § 6 Abs. 6 Satz 1, § 60 Abs. 1 RDG-E).

4. Wirtschaftlichkeit

Der Gesetzentwurf greift an mehreren Stellen auf den Begriff der Wirtschaftlichkeit zurück, z.B. bei der Festlegung der Planungskriterien (§ 6 Abs. 1 Satz 1 RDG-E), der Planung der notärztlichen Versorgung (§ 6 Abs. 2 Satz 5 RDG-E), der Experimentierklausel (§ 7 Abs. 1 Satz 1 RDG-E) oder der Aufgabe des Landesausschusses für den Rettungsdienst, verbindliche Vorgaben für eine wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes zu machen. **Weder aus dem Gesetzestext noch aus der Gesetzesbegründung geht jedoch hervor, was unter diesem Begriff im Zusammenhang mit der rettungsdienstlichen Versorgung zu verstehen sein soll.** Auf S. 99 der Gesetzesbegründung wird lediglich zur Festlegung des Zielerreichungsgrades für die Eintreffzeit von 12 Minuten ausgeführt, dass dieser Wert das Ergebnis einer „Abwägung zwischen dem medizinisch Notwendigen und dem wirtschaftlich Machbaren“ sei. Solche Abwägungsentscheidungen seien auch im Bereich der Leistungsverwaltung erforderlich. Hier wird ausdrücklich auf § 12 SGB V verwiesen (S. 99). Die Beschränkung der Messung der Zielerreichung auf das erste eintreffende Rettungsmittel und die Begrenzung auf 95% stelle eine wirtschaftliche Planung dar. Mangels einer eigenen Regelung im Gesetzentwurf zur Definition der Wirtschaftlichkeit stellt sich die Frage, ob das in Bezug genommene Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V, eine Regelung aus dem Bereich des GKV-Systems und im Übrigen ohne Geltung für Versicherte von privaten Krankenversicherungsunternehmen und der gesetzlichen Unfallversicherung, eine derartige Einschränkung der rettungsdienstlichen Versorgung rechtfertigt. Gem. § 12 Abs. 1 SGB V müssen Leistungen der GKV „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Dabei ist zu beachten,

dass die Rechtsprechung des BVerfG davon ausgeht, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit in Fällen, in denen Versicherte an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, einer verfassungskonformen Auslegung bedarf.⁵⁵ Diese lebensbedrohlichen Erkrankungen liegen aber gerade bei den vom Rettungsdienstgesetz angesprochenen Patienten vor. Dies macht bereits die Definition des Notfallpatienten in § 2 Abs. 2 Satz 2 RDG-E deutlich. Danach sind Notfallpatienten „*Kranke oder Verletzte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten.*“ Die gebotene verfassungskonforme Auslegung bedeutet nichts anderes, als dass GKV-Versicherte im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung Leistungen erhalten können, die normalerweise als unwirtschaftlich anzusehen wären.⁵⁶ **Soweit der Gesetzentwurf offenbar davon ausgeht, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot es erlaubt, in einer akut lebensbedrohlichen Situation, in der nach notfallmedizinischen Erkenntnissen eigentlich eine Versorgung innerhalb von fünf Minuten erforderlich ist, aufgrund einer „Abwägung“ planerisch nur auf einen Zeitraum von 12 Minuten, faktisch 13 bis 14 Minuten und nur auf den ersteintreffenden Rettungswagen abzustellen, bestehen erhebliche Zweifel, ob der Referentenentwurf der Rechtsprechung des BVerfG zur grundrechtlich gebotenen Relativierung des Wirtschaftlichkeitsgebots in lebensbedrohlichen Situationen hinreichend Rechnung trägt.** Inwieweit der Zielerreichungsgrad bei der Prähospitalzeit von 80% (auch) auf wirtschaftlichen Erwägungen beruht, lässt der Gesetzentwurf offen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die oben dargestellte Reduzierung der planerisch zu berücksichtigenden Einsätze auf „akute Blaulicht-Einsätze“ und im präklinischen Bereich die noch weitergehende Einschränkung auf „bestimmte“ Einsätze, ohne dass dies konkretisiert wird, zu einer Vergünstigung der rettungsdienstlichen Versorgung führt. Denn die maßgeblichen Planungsparameter müssen eben nur bei einer vergleichsweise geringen Anzahl von Einsätzen tatsächlich erreicht werden, während die Zielerreichung bei allen anderen Einsätzen an keinerlei Planungsvorgaben geknüpft ist. Wie oben dargestellt, ist dies

⁵⁵ BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98; BSG, Urteil v. 04.04.2006 – B 1 KR 7/05 R.

⁵⁶ BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98.

notfallmedizinisch nicht zu rechtfertigen, gleichzeitig sind aber auch keine „Abwägungsgesichtspunkte“ erkennbar, die ein solches Vorgehen rechtfertigen würden.

F. Experimentierklausel, § 7 RDG-E

Aufgrund der Experimentierklausel des § 7 RDG-E kann das Innenministerium „zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte, die der Erhaltung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Qualitätsverbesserung oder der Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes dienen“ dem Wortlaut der Norm nach von **allen gesetzlichen Regelungen** (außer den datenschutzrechtlichen Regelungen, vgl. S. 103) sowie der nach § 6 Abs. 4 RDG-E (Rettungsdienstplan) und der nach § 23 Abs. 2 RDG-E erlassenen Rechtsverordnungen (Helfer-vor-Ort-Systeme) Ausnahmen zulassen, solange die grundsätzliche Erfüllung des gesetzlichen Auftrags sichergestellt ist.

Die „Experimentiermaßnahme“ kann gem. § 7 Abs. 3 RDG-E auf maximal vier Jahre festgelegt werden (2 Jahre plus 2 Jahre Verlängerung). Die Norm enthält dabei **keine örtliche Begrenzung**, d.h. das Experiment kann auf einzelne Städte begrenzt oder auf das ganze Bundesland ausgedehnt werden. So könnten z.B. besonders teure und gute Versorgungskonzepte einem bestimmten Rettungsdienstbereich vorbehalten bleiben oder kostengünstigere Konzepte aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auf das gesamte Bundesland ausgedehnt werden.

Auch inhaltlich enthält das Gesetz keine Einschränkungen. Die einzige Einschränkung der Möglichkeit von „Experimenten“ besteht in der Forderung, dass die Sicherstellung des gesetzlichen Auftrags „grundsätzlich“ gewährleistet sein muss. **Warum selbst die Erfüllung dieses Auftrags noch durch das Wort „grundsätzlich“ zu relativieren war, bleibt offen.** Im Übrigen sind die Voraussetzungen für die Zulassung eines Experiments so offen formuliert, dass sich daraus keine inhaltlichen Einschränkungen ableiten lassen. Das „Experiment“ bedarf lediglich der „Zulassung“ durch das Innenministerium (§ 7 Abs. 4 RDG-E). Eine Veröffentlichung oder Bekanntmachung dieser Zulassung ist nicht vorgesehen, so dass eine externe Kontrolle nicht möglich ist. Auch die Einbindung einer externen Stelle, wie z.B. einer Ethikkommission, die unabhängig und

möglichst interdisziplinär über die Einhaltung ethischer Mindeststandards und Patientenrechte bei der Genehmigung und Durchführung solcher Experimente wacht, ist nicht vorgesehen. Dies verwundert, da z.B. nach der Berufsordnung für Ärzte der Landesärztekammer (§ 15) Ärzte bei medizinischer Forschung zwingend eine Ethikkommission einschalten müssen. Warum dies bei rettungsdienstlicher Forschung nicht erforderlich sein soll, bleibt offen.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht bestehen erhebliche Zweifel, ob eine derart weitgehende Ermächtigung der Exekutive zur Abweichung von geltendem Recht zulässig ist. Nicht ohne Grund stellt Art. 61 LV formale Anforderungen an die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen, wie z.B. das Bestimmtheitsgebot und die Veröffentlichungspflicht, auf. **Wenn aber die Exekutive ohne inhaltliche Beschränkung und ohne förmliche Veröffentlichungspflicht von nahezu allen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften abweichen kann, ist das geltende Recht für den Bürger nicht mehr erkennbar.**

Dies gilt umso mehr, als ein Vergleich mit den Modellvorhaben im System des SGB V (§§ 64a ff. SGB V) zeigt, dass es sich dort um eine inhaltlich sehr viel begrenztere Ermächtigung handelt und der Rahmen der Modellvorhaben durch den Gesetzgeber klar vorgegeben ist. Darüber hinaus steht den Patienten im Rahmen der SGB V-Modellvorhaben fachgerichtlicher Rechtsschutz zur Verfügung, wenn es - was bereits normativ vermieden werden soll - durch die Modellvorhaben zu Leistungskürzungen und damit zu Rechtsverletzungen kommt. Ein solcher Rechtsschutz ist bei Erprobungen nach § 7 RDG-E nicht möglich, da im Ernstfall keine Zeit für gerichtlichen Rechtsschutz bleibt und die Erprobungsabweichungen der Öffentlichkeit nicht bekannt sind. De facto stellt die Regelung der Exekutive einen unzulässigen Freibrief aus.

Zu diesen verfassungsrechtlichen Bedenken kommt hinzu, dass die Bereichsausschüsse gem. § 10 Abs. 3 Satz 3 RDG-E während irgendein neues Versorgungskonzept gem. § 7 RDG-E erprobt wird „grundsätzlich“ keine Begutachtung der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit in einem Rettungsdienstbereich durchführen sollen. Auch hier findet sich keine inhaltliche Bestimmung, welche Art von

Versorgungskonzept zu dieser Rechtsfolge führt. D.h. § 10 Abs. 3 Satz 3 RDG-E enthält in der Zusammenschau mit § 7 RDG-E eine vermutlich dauerhaft verfügbare Ausflucht, keine Bedarfsgutachten auf Bereichsebene durchführen zu müssen, da es hierfür ausreicht, dass irgendein Versorgungskonzept erprobt wird. Redaktionell fehlt im Übrigen bereits der Hinweis, dass es sich um eine Erprobung im jeweiligen Rettungsdienstbereich handeln muss.

G. Integrierte Leitstellen, § 11 RDG-E

Gem. § 11 Abs. 1 Satz 1 RDG-E sollen die Integrierten Leitstellen Notrufe „auf Basis einer landesweit einheitlichen Systematik“ abfragen. Dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik entspricht es jedoch eine standardisierte, softwaregestützte Notrufabfrage durchzuführen.⁵⁷ **Eine einheitliche Systematik erfüllt diese Voraussetzungen nicht.** Das Abweichen vom Stand von Wissenschaft und Technik ist sachlich schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil die standardisierte Notrufabfrage Daten liefern würde, die dem Projekt EVRALOG-BW derzeit nicht zur Verfügung stehen und die für eine Rettungsdienstplanung auf der Basis einheitlicher prospektiver Daten erforderlich sind.

Nach dem vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG), ist eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation mit den Integrierten Leitstellen nur für den Fall vorgesehen, dass die Integrierte Leitstelle über eine digitale, standardisierte Notrufabfrage verfügt.⁵⁸ Dies zeigt, dass auch der Bundesgesetzgeber zeitnah an eine digitale, standardisierte Notrufabfrage anknüpfen wird.

⁵⁷ Breuer et al, Quo vadis, gemeinsames Notfallsystem, Notfall+Rettenungsmedizin 2022, S. 1, <https://doi.org/10.1007/s10049-022-01073-1>.

⁵⁸ Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG), dort § 133a Abs. 2 Satz 1.

Der Halbsatz „und auf Basis einer landesweit einheitlichen Systematik abfragt.“ ist daher durch „und auf Basis einer digitalen, standardisierten Notrufabfrage bearbeitet.“ zu ersetzen.

H. Ausnahmen bei Großschadenslagen, § 18 RDG-E

Bei einem Großschadensereignis sollen nach § 18 RDG-E die Ausnahmen des § 17 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 RDG-E (abweichende Besetzung von Notarzteinsatzfahrzeugen, abweichende Besetzung von Krankenkraftwagen, Einsatz ehrenamtlicher Helfer unabhängig von ihrer Qualifikation und Aussetzung der Fortbildungspflicht) automatisch gelten. Unabhängig von der oben dargestellten Problematik der fehlenden Definition des Großschadensereignisses, erschließt sich weder für die in § 17 RDG-E geregelten besonderen Gesundheitslagen noch für die Großschadensereignisse nicht, warum gem. § 17 Abs. 1 Nr. 3 RDG-E die in Nr. 1 und 2 geforderten Qualifikationen (Rettungssanitäter, Rettungsassistenten und Notfallsanitäter im zweiten Ausbildungsjahr) dadurch „als erfüllt“ gelten, dass ein ehrenamtlicher oder ehemaliger Mitarbeiter mit Versicherungsschutz, dessen letzte Fortbildung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt, eingesetzt wird. Nach dem Wortlaut kommt es also nicht auf die Qualifikation des ehrenamtlichen Helfers an, er muss weder Rettungssanitäter noch Rettungsassistent sein. Die Gesetzesbegründung schweigt zu dieser Regelung. Die Vorschrift bedarf daher einer redaktionellen Überarbeitung dahingehend, dass der betreffende ehrenamtliche Mitarbeiter über die genannten Qualifikationen verfügen muss und nur auf die jährliche Fortbildung verzichtet werden kann.

§ 18 RDG-E regelt durch die Bezugnahme auf § 17 Abs. 1 Nr. 4 RDG-E, dass sich bei einem singulären Ereignis wie einer Großschadenslage „automatisch“ die jährliche Fortbildungspflicht reduziert bzw. diese ausgesetzt werden kann. Dies ergibt keinen Sinn. Es handelt sich offenbar um einen redaktionellen Fehler, der zu korrigieren ist.

I. Eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen, § 20 RDG-E

1. Grundlagen

Nichtärzten bzw. Nicht-Heilpraktikern ist die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde i.S.d. §§ 1, 3 HeilprG verboten (§ 5 HeilprG). Dieses Verbot gilt auch für medizinische Fachberufe wie z.B. Notfallsanitäter.⁵⁹ Das Verbot beruht auf der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Strafrecht aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG. Der Bundesgesetzgeber hat jüngst in § 2a NotSanG und § 13 Abs. 1b BtMG eine Ausnahme von den §§ 1, 3 HeilprG eingeführt, die es Notfallsanitätern in einem eng begrenzten Bereich erlaubt, die Heilkunde auch hinsichtlich der Anwendung von Betäubungsmitteln eigenverantwortlich auszuüben.

Die Rechtsprechung legt §§ 1, 3 HeilprG einschränkend dahingehend aus, dass keine verbotene Ausübung der Heilkunde vorliegt, wenn die Ausübung der Heilkunde im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung unter mehr oder weniger intensiver Aufsicht eines Arztes erfolgt.⁶⁰ Der medizinrechtliche Begriff der Delegation setzt voraus, dass dem delegierenden Arzt der Patient und die Person, an die die Maßnahme delegiert wird, bekannt sind. Der Arzt hat insoweit in Anlehnung an § 831 BGB die formelle und materielle Qualifikation des Delegationsempfängers zu prüfen, diesen zu instruieren und zu überwachen.⁶¹

2. Gesetzgebungskompetenz

§ 20 Abs. 1 RDG-E ermächtigt die Leistungserbringer der bodengebundenen Notfallrettung, Standardarbeitsanweisungen für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen zu erstellen. Der Wortlaut der Norm lässt vermuten, dass damit die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach § 2a NotSanG gemeint ist. Dies ist jedoch – wie die Systematik der Norm und der Verweis auf § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG zeigen – nicht der Fall. Vielmehr geht es - wie sich aus der

⁵⁹ BVerwG, Urteil v. 26.08.2009 – 3 C 19/08; a.A. Pitz, Was darf das Medizinalpersonal, S. 87.

⁶⁰ BVerwG, Urteil v. 25.06.1970 – I C 53.66, ausführlich Wissenschaftlicher Dienst Bundestag, Az. WD9-3000-042/16, S. 13.

⁶¹ Pitz, Was darf das Medizinalpersonal, S. 175 ff.; ebenso Wissenschaftlicher Dienst Bundestag, Az. WD9-3000-042/16, S. 18.

Gesetzesbegründung (S. 119 f.) ergibt - darum, dass diese Maßnahmen im Wege der „Mitwirkung“ an einer ärztlichen Behandlung erfolgen sollen. Es handelt sich um ein Modell der Vorabdelegation (S. 119).

Das in § 20 RDG-E niedergelegte Modell der Vorabdelegation greift die Rechtsprechung zu §§ 1, 3 HeilprG auf und gestaltet die Anforderungen an die Delegation der dem Arzt vorbehaltenen Maßnahmen aus. Dabei wird jedoch verkannt, dass damit faktisch eine Ausgestaltung des in §§ 1, 3 i.V.m. § 5 HeilprG enthaltenen Verbots vorgenommen wird, da auch Maßnahmen, die im Rahmen des Vorabdelegationsmodells von Notfallsanitätern durchgeführt werden, in den Anwendungsbereich der Verbotsnorm fallen. Die Judikative hat die im Rahmen der Delegation durchgeführten Maßnahmen unter engeren Voraussetzungen als sie § 20 RDG-E vorsieht im Wege einer verfassungskonformen Auslegung von Anwendungsbereich der §§ 1, 3 HeilprG ausgenommen. **Ein vergleichbares Recht zur Bestimmung oder Korrektur des Anwendungsbereichs einer Strafnorm steht allerdings dem Landesgesetzgeber nicht zu.** Nach Art. 72 Abs. 1 GG haben die Länder im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat. Dies ist im Bereich der Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte durch die Regelungen der §§ 1, 3 HeilprG i.V.m. § 5 HeilprG sowie speziell für die hier relevante Berufsgruppe der Notfallsanitäter durch § 2a NotSanG und § 13 BtMG ausdrücklich geschehen. Diese Regelungen entfalten daher eine Sperrwirkung zu Lasten des Landesgesetzgebers.⁶² Die Gesetzesbegründung (S. 11) stellt darauf ab, dass sich die Gesetzgebungskompetenz des Landes für die vorliegende Regelung daraus ergebe, dass die Länder für die Regelung der Durchführung des Rettungsdienstes zuständig seien und daher Vorgaben zur Organisation und Durchführung der Vorabdelegation nicht auf Bundesebene, sondern nur auf Landesebene getroffen werden könnten. Diese Ausführungen verkennen den Umstand, dass Gegenstand der Regelung des § 20 RDG-E die Frage der zulässigen Ausübung der Heilkunde und nicht die Durchführung des Rettungsdienstes ist. Die Entscheidung

⁶² Dürig/Herzog/Scholz/Uhle, 103. EL Januar 2024, GG Art. 72 Rn. 103 ff.

über die Zulässigkeit eines Vorabdelegationsmodells obliegt damit dem Bundesgesetzgeber. Tatsächlich hat sich der Bundesgesetzgeber aber mit der Einführung des § 2a NotSanG mit Wirkung zum 04.03.2021 dafür entschieden, der eigenverantwortlichen Durchführung rettungsdienstlicher Maßnahmen im Rahmen der Regelung des § 2a NotSanG den Vorzug zu geben. Darauf hat offenbar auch der Deutsche Berufsverband für Rettungsdienst (DBRD) im Rahmen des Beteiligungsverfahrens hingewiesen. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu:

„Entgegen der Kritik des DBRD wird auch an der Durchführung der Vorabdelegation festgehalten. Diese unterliegt nicht den einschränkenden Voraussetzungen des § 2a NotSanG und geht als Handeln unter vorab und generalisiert erteilter ärztlicher Delegation dem eigenverantwortlichen Handeln der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vor.“ (S. 80)

An dieser Stelle wird deutlich, dass der Landesgesetzgeber – wie oben ausgeführt – einen anderen Rahmen für die Heilkundeausübung setzen will. Der Gesetzentwurf lässt hierbei jedoch außer Acht, dass die Regelung des § 2a NotSanG zeitlich nach der Regelung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG in das NotSanG eingefügt wurde und die Regelung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG nur noch für die Verabreichung von Betäubungsmitteln Bedeutung hat, da der am 27.07.2023 neu eingeführte § 13 Abs. 1b BtMG auf standardisierte ärztliche Verschreibungen abstellt. Die im Gesetzentwurf vertretene Auffassung wird damit der Rechtsentwicklung nicht gerecht. Aus den gleichen Gründen kann auch nicht mehr auf die in der Gesetzesbegründung teilweise zitierten Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages zurückgegriffen werden, die alle vor Einführung des § 2a NotSanG bzw. § 13 Abs. 1b BtMG erstellt wurden.⁶³ **Die Annahme, dass der Landesgesetzgeber über die erforderliche Gesetzgebungskompetenz für die Regelung des § 20 RDG-E verfügt, ist zumindest mit erheblichen rechtlichen Risiken verbunden.**

⁶³ Wissenschaftlicher Dienst Bundestag, Az. WD9-3000-042/16; Az. WD9-3000-032/19.

3. Ausgestaltung des Vorabdelegationsmodells

Will man die Einführung eines Vorabdelegationsmodells durch einen Landesgesetzgeber als zulässig erachten, muss sich die Ausgestaltung des Vorabdelegationsmodells einerseits an der grundrechtlichen Schutzpflicht des Staates aus Art. 2 Abs. 2 GG und andererseits an der Berufsausübungsfreiheit der Notfallsanitäter aus Art. 12 GG messen lassen.

Die Vorabdelegation soll durch sogenannte Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst erfolgen (§ 20 Abs. 3 RDG-E). Diese Ärztlichen Verantwortlichen stehen in einem arbeitsrechtlichen Verhältnis zu den jeweiligen Leistungsträgern in der Notfallrettung (§ 20 Abs. 2 RDG-E), die eine „bedarfsgerechte Anzahl“ Ärztlicher Verantwortlicher für die Rettungsdienstbereiche, in denen sie die Notfallrettung wahrnehmen, zu bestimmen haben. Diesen wird gemäß § 20 Abs. 3 RDG-E die Aufgabe übertragen, heilkundliche Maßnahmen zur eigenverantwortlichen Durchführung auf der Grundlage der „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst Baden-Württemberg“ vorzugeben. Diese Vorgaben hätten die Ärztlichen Verantwortlichen zu überprüfen und zu verantworten. Die Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade, auf denen die Vorgaben der Ärztlichen Verantwortlichen beruhen, werden gem. § 20 Abs. 1 Satz 1 RDG-E von den beauftragten Leistungserbringern nach § 3 Abs. 1 RDG-E festgelegt, wobei wohl aufgrund eines redaktionellen Versehens das Wort „fest“ am Satzende fehlt. Die Leistungserbringer nach § 3 Abs. 2 RDG-E bleiben hier erneut außen vor.

Nach den Regelungen des Gesetzentwurfs ist es daher möglich, dass in einem Rettungsdienstbereich mehrere Ärztliche Verantwortliche der jeweiligen Leistungserbringer nebeneinander tätig sind und unterschiedliche Entscheidungen über die Delegation heilkundlicher Maßnahmen treffen. Die konkrete Ausgestaltung der notfallmedizinischen Versorgung ist damit aus Patientensicht dem Zufall überlassen. Vor dem Hintergrund, dass in den Bundesländern, in denen ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst einheitlich über die Versorgung in einem Rettungsdienstbereich wacht, immer wieder kritisiert wird, dass dies einer Art „Landesfürstentum“ gleichkomme, da von Landkreis zu Landkreis eine unterschiedliche notfallmedizinische Versorgung vorherrsche. Vor

diesem Hintergrund ist das hier gewählte Modell der bei den Leistungserbringern angestellten Ärztlichen Verantwortlichen kritisch zu sehen.

Zu diesem strukturellen Problem kommt ein inhaltliches hinzu. Nach § 20 Abs. 1 RDG-E wird es allein den Leistungserbringern nach § 3 Abs. 1 RDG-E überlassen, „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade“ festzulegen. Eine inhaltliche Konkretisierung und staatliche Fachaufsicht über die delegierten Maßnahmen ist in der gesetzlichen Regelung nicht vorgesehen. Nicht einmal die Vorgabe, dass sich diese Arbeitsanweisungen und Behandlungspfade an evidenzbasierten notfallmedizinischen Erkenntnissen zu orientieren haben, wird gemacht. Die Regelung verkennt insoweit, dass es sich beim Rettungsdienst nicht um einen Bereich handelt, in dem der Patient die freie Arzt- oder Krankenhauswahl hat, sondern um ein gesetzlich geschlossenes System (vgl. die Ausführungen zu § 3 RDG-E), das dem Notfallpatienten keine andere Wahl lässt, als die staatlich organisierte Form der Notfallversorgung anzunehmen. Daraus ergeben sich für den Gesetzgeber erhöhte Pflichten bei der Ausgestaltung dieses Systems zum Schutz der Grundrechte der Bürger. Die Entscheidung darüber, welche konkreten Maßnahmen überhaupt im Wege der Vorabdelegation übertragen werden können und welche Anforderungen an das diese Maßnahmen durchführende nichtärztliche Personal zu stellen sind, kann nicht allein von den privatrechtlich organisierten Hilfsorganisationen getroffen werden. Dies gilt umso mehr, als dass in der notfallmedizinischen Wissenschaft schon mehrfach Kritik an der wissenschaftlichen Evidenz der konkreten Maßnahmen geäußert wurde, wie aus der Eingabe des DBRD deutlich wird (vgl. S. 80).

Zum Verständnis der Grundrechtsrelevanz und der Tragweite der gesetzlichen Regelung, sollen nachfolgend exemplarisch einige invasive heilkundliche Maßnahmen dargestellt werden, die auf Basis des angegriffenen Vorabdelegationsmodells durchgeführt werden sollen:

- Thoraxentlastungspunktion,
- Kardioversion,

- Externe Schrittmacheranlage,
- Legen einer Trachealkanüle
- Applikation z.T. hochpotenter Arzneimittel, wie z.B. Esketamin, (auch „Off-Label“, also außerhalb der Zulassung und bei Kindern).

Das Anstellungsverhältnis der Ärztlichen Verantwortlichen bei den jeweiligen Leistungsträgern ist privatrechtlicher Natur, so dass die Tätigkeit keinen öffentlich-rechtlichen Charakter hat und die Ärztlichen Verantwortlichen auch nicht den Grundsätzen der Amtshaftung unterliegen. Sie haften daher für Fehler im Rahmen der Vorabdelegation neben dem Leistungsträger auch mit ihrem Privatvermögen. Darüber hinaus erscheint es fraglich, ob die - mangels Amtshaftung erforderlichen - Haftpflichtversicherungen der betreffenden ärztlichen Leiter das angegriffene Vorabdelegationsmodell überhaupt abdecken. Der Patient, der sich möglicherweise in einer lebensbedrohlichen Situation befindet, hat bei der Regelung des § 20 RDG-E weder Kenntnis davon, dass seine Behandlung gerade aufgrund einer Vorabdelegation erfolgt, noch hat er die Möglichkeit, Informationen über den für diese Delegation verantwortlichen Arzt zu erhalten. Mangels Alternativen bleibt ihm jedoch nichts anderes übrig, als sich auf diese Form der „Rettung“ einzulassen.

Die Regelung des § 20 RDG-E begegnet daher sowohl strukturell als auch in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung verfassungsrechtlichen Bedenken, da der Gesetzentwurf wesentliche Entscheidung nicht selbst trifft, sondern an private Dritte auslagert. Bei diesem Vorgehen verkennt die gesetzliche Regelung die Bedeutung der Grundrechte aus Art. 2 Abs. 2 GG.

J. Rettungsdienst in kommunaler Trägerschaft, §§ 3 Abs. 4; 26 RDG-E

§ 3 Abs. 4 RDG-E wurde nach dem Bürgerbeteiligungsverfahren geringfügig geändert und sieht nunmehr in Abweichung von der bisherigen gesetzlichen Regelung vor, dass den Landkreisen und kreisfreien Städten diese Aufgabe nur noch als ergänzende Pflichtaufgabe obliegt, wenn die Selbstverwaltung die rettungsdienstliche Versorgung

nicht sicherstellt, während bisher das Wort „ergänzend“ im RDG fehlte. **Dies ist eine Abkehr von der bisherigen „Alles-oder-nichts“-Regelung, die mit staatsrechtlichen Grundsätzen nicht vereinbar ist.** Entweder wird eine Aufgabe den Kommunen als Pflichtaufgabe übertragen oder nicht, eine nur „ergänzende“ Pflichtaufgabe ist in diesem Zusammenhang unbekannt und im vorliegenden Fall **praktisch kaum durchführbar.** Denn es bleibt offen, was konkret „ergänzt“ wird und wer die Entscheidung darüber trifft, was zu ergänzen ist. Die Regelung des § 3 Abs. 5 RDG-E hat die Änderung des Abs. 4 jedenfalls nicht nachvollzogen, so dass das Innenministerium weiterhin nur über das „Ob“, nicht aber über das „Wie“ der Übernahme als Pflichtaufgabe entscheiden soll. Wie eine solche Ergänzung im Hinblick auf die einheitliche Aufgabe der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit rettungsdienstlichen Leistungen konkret aussehen soll, bleibt offen. Müsste die Kommune für einen bestimmten Zeitraum zwei zusätzliche Rettungswagen vorhalten, weil es bei den Leistungserbringern zu Personalengpässen kommt? Können diese kommunalen Rettungswagen nach Beendigung der Personalengpässe weiter betrieben werden? Soll es sich um eine dynamische, an den jeweiligen Engpässen orientierte Leistungserbringung durch die Kommunen handeln? Die Regelung erweckt den Eindruck, dass bei der Änderung der Norm kurz vor dem parlamentarischen Verfahren die Konsequenzen nicht ausreichend bedacht wurden.

Die Regelung steht auch im Widerspruch zu § 26 RDG-E. Dort sind Sonderregelungen für den Rettungsdienst in kommunaler Trägerschaft vorgesehen. In Satz 1 wird auf § 3 Abs. 4 RDG-E verwiesen, obwohl dieser gerade nicht mehr von einer vollständigen Trägerschaft der Stadt- und Landkreise, sondern „nur“ von einer ergänzenden Trägerschaft ausgeht. Müssten die in § 26 RDG-E angesprochenen Gremien in ihrer Zusammensetzung ebenso dynamisch angepasst werden?

K. Übergangsfrist

Die maßgebliche Regelung des § 60 RDG-E wurde erst nach Abschluss des Bürgerbeteiligungsverfahrens in das Gesetz aufgenommen. Absatz 1 der Norm sieht zur Umsetzung der Vorgaben des § 6 Abs. 1 und 2 RDG-E und der (noch zu erstellenden)

Vorgaben des Rettungsdienstplans vor, dass der Landesausschuss nach Abschluss der landesweiten Begutachtung einen „landesweit verbindlichen Umsetzungsplan“ beschließt, der Bestandteil aller Bereichspläne wird. Die Umsetzung der Planungsvorgaben des § 6 RDG-E und des Rettungsdienstplans „soll“ bis zum 31.12.2030 abgeschlossen sein. Die Aufgaben der Bereichsausschüsse für die Bereichsplanung sollen bis zur landesweiten Evaluation unberührt bleiben. Diese Regelung wirft mehrere Fragen auf: Zunächst stellt sich die Frage, ob die Aufgaben der Bereichsausschüsse bis zum Beginn oder bis zum Abschluss der Begutachtung „unberührt bleiben“ sollen. Gemeint ist wohl „bis zum Abschluss der landesweiten Begutachtung“, richtig müsste es aber heißen: „bis zur Beschlussfassung über einen landesweit verbindlichen Umsetzungsplan“.

Der Wortlaut der Regelung macht aber auch deutlich, was bereits oben aufgrund der Regelungssystematik ausgeführt wurde, **dass die Bereichsausschüsse nach Abschluss des landesweiten Gutachtens faktisch eine ihrer Kernaufgaben, nämlich die Planung der rettungsdienstlichen Versorgung im Rettungsdienstbereich, verlieren**. Daraus folgt dann zwangsläufig, dass - wegen der vorgeschriebenen Bindung an Landesvorgaben (§ 6 Abs. 6 Satz 1 RDG-E) - die kommunale Rechtsaufsicht über den Bereichsausschuss hinsichtlich der Planung der rettungsdienstlichen Versorgung weitgehend ins Leere läuft. Aufgrund der Regelung in § 8 Abs. 3 RDG-E hängt die Rechtmäßigkeit der Rettungsdienstplanung bis in die Rettungsdienstbereiche hinein dann im Wesentlichen davon ab, ob der Vertreter des Innenministeriums im Landesausschuss für den Rettungsdienst sie für rechtmäßig oder rechtswidrig hält. Ob eine derart weitreichende Verantwortung in einer Hand liegen sollte, ist gerade im Hinblick auf das Erfordernis einer effektiven Aufsicht über die Selbstverwaltungsstrukturen sehr fraglich.

Außerdem lässt die Regelung offen, nach welchen Parametern der Rettungsdienst in Baden-Württemberg bis zur Vorlage der Ergebnisse des landesweiten Gutachtens zu planen ist. Diese Frage ist umso drängender, als - wie oben dargestellt - auf der Grundlage des geltenden Rechts derzeit keine bedarfsgerechte Versorgung

der Bevölkerung gewährleistet ist und die Einholung eines landesweiten Gutachtens längere Zeit in Anspruch nehmen wird. Selbst wenn ein solches Gutachten vorläge, wäre es Aufgabe des Landesausschusses, über die Art und den Zeitraum der Umsetzung zu entscheiden. **Der Gesetzentwurf enthält insoweit keine (Teil-)Ziele und Planungsparameter, an denen sich der Landesausschuss bei seiner Umsetzungsplanung zu orientieren hätte.** Insoweit ist gesetzlich ein Mindestmaß an erforderlicher rettungsdienstlicher Versorgung nicht sichergestellt. Erschwerend hinzu kommt, dass es sich bei der Umsetzungsfrist bis 31.12.2030 um eine „soll“-Bestimmung handelt. D.h. die Frist kann auch überschritten werden. **Zusammenfassend führt die Regelung des § 60 Abs. 1 RDG-E dazu, dass die Ausgestaltung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg bis Ende 2030 und ggf. darüber hinaus völlig offen ist. Dies ist weder mit dem Wesentlichkeitsgrundsatz noch mit dem Gebot der gesetzlichen Sicherstellung einer rettungsdienstlichen Mindestversorgung auf der Grundlage evidenzbasierter notfallmedizinischer Erkenntnisse vereinbar.**

L. Entwicklungen auf Bundesebene

Derzeit liegt der oben bereits dargestellte Referentenentwurf für ein Notfallgesetz vor. Wie am 19.06.2024 bekannt wurde, soll im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens eine Reform des Rettungsdienstes in das Gesetz aufgenommen werden.⁶⁴ Ob diese Reform tatsächlich Eingang in das SGB V findet und wie sie letztlich ausgestaltet wird, ist derzeit offen. Der Landesgesetzgeber sollte daher kritisch prüfen, ob er sich die Möglichkeit offen hält, im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens auf mögliche Rechtsänderungen im SGB V reagieren zu können. Jedenfalls ist nicht erkennbar, dass sich der Gesetzentwurf vertieft mit den aktuellen Entwicklungen auf Bundesebene auseinandersetzt.

V. Empfehlungen

1. Die Regelungen zur Selbstverwaltung im baden-württembergischen Rettungsdienst und insbesondere der Versuch der Einbindung der privaten Krankenversicherungen

⁶⁴ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152237/Lauterbach-Reform-der-Rettungsdienste-soll-in-Notfallreform-integriert-werden>

begegnen erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Wenn nicht gänzlich auf diese Konstruktion verzichtet werden soll, sollten die entsprechenden Regelungen des Entwurfs im Hinblick auf die Elemente Trägerschaft, normendichte Vorgaben, effektive Aufsicht und Wahrung der Interessen der Betroffenen überarbeitet werden. Die geplante Einbeziehung der privaten Krankenversicherung macht an mehreren Stellen des Gesetzentwurfs Überarbeitungen erforderlich, da diese Einbeziehung – und die fehlende Berücksichtigung von Teilen der GKV und der gesamten GUV – an vielen Stellen des Entwurfs nicht berücksichtigt wurde. Den verfassungsrechtlichen Bedenken könnte dadurch Rechnung getragen werden, dass dem Landesausschuss und den Bereichsausschüssen nur eine beratende Funktion zukommt und die für die Verwirklichung des Grundrechts auf Bereitstellung eines funktionierenden Rettungsdienstes maßgeblichen Entscheidungen von staatlichen Stellen getroffen werden. Dies gilt insbesondere für die landesweit verbindliche Planung und die Durchführung des Rettungsdienstes.

2. Die nach dem Bürgerbeteiligungsverfahren eingefügte Regelung des § 6 RDG-E sollte gestrichen werden, da die Regelung zu unbestimmt ist, die erforderliche Mindestversorgung mit rettungsdienstlichen Leistungen nicht sicherstellt und eine an den Grundrechten der Bürgerinnen und Bürger orientierte Ermessensausübung nicht erkennen lässt. Stattdessen könnte - insbesondere bis ggf. die für eine solche Regelung erforderlichen Evidenzen und Datengrundlagen sowie Planungsansätze vorliegen - in Anlehnung an die bestehende Regelung des § 3 Abs. 2 Satz 3 RDG die Regelung zur Hilfsfrist bzw. Planungsfrist und zur Wahrung einer medizinischen Evidenz unter Bezugnahme auf die Bundesärztekammer wie folgt formuliert werden:

„Im Rettungsdienst ist bei der Notfallrettung die Zeit von der Aufschaltung des Notrufs in der Integrierten Leitstelle bis zum Eintreffen der Hilfe am Notfallort an Straßen (Hilfsfrist) maßgebend. Die Hilfsfrist beträgt aus notfallmedizinischen Gründen bei Meldebildern, die auf einen akut lebensbedrohlichen Notfall hindeuten, möglichst nicht mehr als 10 und im Übrigen höchstens 15 Minuten. Von einem Meldebild, das auf einen akut lebensbedrohlichen Notfall hindeutet, ist insbesondere auszugehen, wenn einer der Symptome vorliegt, die gemäß des

Notarzteinsatzindikationskatalogs der Bundesärztekammer in der Fassung vom 16.11.2023 zu einem Notarzteinsatz führen müssen. Es ist planerisch sicherzustellen, dass die Frist von möglichst nicht mehr als 10 Minuten in mindestens 90% der Einsätze und die Frist von 15 Minuten in mindestens 95% der Fälle eingehalten wird.“

Flankierend sind Systeme zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls, konkret Helfer-vor-Ort-Systeme und Smartphone-basierte Ersthelfersysteme - z.B. unter Einbeziehung weiterer staatlicher Stellen wie Feuerwehr oder Polizei - flächendeckend vorzuhalten und zu finanzieren, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass bei bestimmten Notfall- und Meldebildern eine schnellere Hilfe als die Planungsfrist von 12 bzw. 13 bis 14 Minuten erforderlich ist. Die flächendeckende Sicherstellung wäre durch die Einbeziehung weiterer staatlicher Stellen wie Polizei und Feuerwehr problemlos möglich.

3. Darüber hinaus ist eine Vielzahl von unstimmgigen und unbestimmten Regelungen entsprechend den obigen Ausführungen zu überarbeiten und zu ergänzen.

Prof. Dr. Andreas Pitz



Klinik für Anästhesiologie | Universitätsklinikum | INF 420 | 69120 Heidelberg



Klinik für Anästhesiologie

- Sektion Überregionales Zentrum für Schmerztherapie und Palliativmedizin
- Sektion Klinisch-Experimentelle Anästhesiologie
- Anästhesiesprechstunde

Prof. Dr. Markus A. Weigand
Ärztlicher Direktor

Sektion Notfallmedizin

Prof. Dr. med. Erik Popp
Leiter der Sektion
Oberarzt

Stellungnahme zum Gesetz über den Rettungsdienst
(Rettungsdienstgesetz – RDG)

Prof. Dr. med. Erik Popp

Vorbemerkung

Die Behandlung der Themen greift die Reihenfolge der Paragraphen auf. Es erfolgt explizit keine Reduktion der Stellungnahme auf die zu kritisierenden Punkte. Vielmehr sollen die neuen Aspekte des Gesetzes aus notärztlicher Sicht eingeordnet werden.

Potentielle Interessenskonflikte sind als Anlage deklariert.

Themen:

- Ärztliche Leitungen Rettungsdienst (§5)
- Planung (§6)
- Experimentierklausel (§7)
- Zentrale Stelle für Qualitätssicherung (§9)
- Elektronische Dokumentation, Qualitätsmanagement, Versorgungsnachweis, Notrufabfrage in der Leitstelle (§11)
- Fortbildungspflicht (§16)
- Telenotarzt (§19)
- Notärztliche Standortleitungen (§21)
- LNA und ORGL (§22)
- Smartphonebasierte Ersthelferalarmierung (§24)
- Krankentransport (§31)

02.07.2024

Im Neuenheimer Feld 420
69120 Heidelberg

www.med.uni-heidelberg.de/anaes





§5 Ärztliche Leitungen Rettungsdienst

Die Etablierung jeweils einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD, **§5**) in jedem Regierungspräsidium kommt einer notwendigen Anforderung nach. Wenngleich die Verantwortung im einzelnen Notfalleinsatz beim jeweiligen Notarzt liegt, benötigt das System doch Personen, welche durch ihren notärztlichen Sachverstand Strukturen und Prozesse überwachen und steuern. Sie bilden das Bindeglied zwischen den Verantwortlichen vor Ort (Notärztlichen Standortleitern (NÄSL §21) und Ärztlichen Verantwortlichen der Hilfsorganisationen (ÄVRD)) und dem Ministerium. Hierzu bedarf es der, im aktuellen Entwurf vorgesehenen Expertise mit abgeschlossener Facharzt-ausbildung in spezifischen Fachgebieten sowie der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin. Wünschenswert wäre es, wie in den anderen Bundesländern ÄLRDs, auf Bereichsebene einzusetzen. Nur so wäre eine Supervision durch diese möglich.

Insgesamt muss sich die präklinische, ärztliche Notfallmedizin an den Vorgaben der innerklinischen Medizin orientieren. Aus Patientensicht wären innerklinische Standards, wie Facharztstandard, Personalstärke, Qualitätssicherung und Supervision somit bereits präklinisch zu fordern. Derzeit werden jedoch präklinisch Maßnahmen von Nicht-Fachärzten (oder gar nicht-ärztlichem Personal) gefordert, die in der Klinik der Durchführung durch einen Facharzt vorbehalten sind oder zumindest von diesem unmittelbar supervidiert werden müssten. Die Substitution des Notarztes, insbesondere in kritischen Situationen, mit der Notwendigkeit invasiver Maßnahmen wie z. B. einer Thoraxentlastung durch nicht-ärztliches Personal, kann daher schon aus systematischen Gründen nicht nachvollzogen werden und birgt zudem die Gefahr einer Verschlechterung der derzeitigen Versorgungsqualität.

§6 Planung

Baden-Württemberg hatte mit der sog. Doppelten Hilfsfrist, also einer Vorgabe sowohl für den Rettungswagen (RTW) als auch für das Notarzteinsatzfahrzeug (NEF), eine besondere Stellung in Deutschland. Dem Verfasser erschien diese aus zwei maßgeblichen Gründen immer nachvollziehbar und geboten. Zum einen ist die frühe Anwesenheit eines NEFs -und damit einhergehend auch einem vergrößerten Team- bei einigen Krankheitsbildern von Vorteil. Beispielhaft muss hier der Kreislaufstillstand angeführt werden, wo erst das NEF mit Notfallsanitäter und Notarzt die sog. erweiterten Reanimationsmaßnahmen (ALS, [1]) ermöglicht (Qualität und Quantität der



Teamzusammensetzung). Es macht somit aus medizinischer Sicht Sinn bei diesen Einsätzen so früh wie möglich ein NEF vor Ort zu haben. Zum anderen wird für die Planung ein verlässlicher Mechanismus benötigt, der die Bedarfsgerechtigkeit sicherstellt. Vor dem Hintergrund der Geschäftsordnung der Bereichsausschüsse mit dem mangelnden kommunalen Mitspracherecht und der häufigen Pattsituation bei Beschlüssen, erschien und erscheint eine konkrete Vorgabe dringend notwendig.

Die im Entwurf dargelegten Vorgaben zur Planung mittels Notfallkategorien zeigen kein Verfahren zur Planung der NEFs auf. Auch die Publikation des EVRALOG-Projektteams in der Fachzeitschrift NoRe 2023, lässt keine Planbarkeit für das NEF erkennen. Insgesamt erscheint aber auch für den Rettungswagen die derzeit bestehende wissenschaftliche Grundlage für einen so weitreichenden Wechsel der Planungsweise unzureichend. Für eine Festlegung der Zielerreichung von 80% für die Prähospitalzeit von 60 Minuten findet sich keine sinnvolle Begründung. Warum gilt das Ziel nur für 4 von 5 Patienten? Wenn man zu der Erkenntnis gelangt, dass es für bestimmte Einsatzszenarien (z. B. Polytrauma/Schwerverletzt) ausreichend Evidenz für eine kritische Grenze gibt, dann muss auch das Erfüllungsziel (nahezu) vollständig sein. 12 Minuten Planungsfrist sind für den Kreislaufstillstand eine sehr lange Zeit.

Kritisch und notfallmedizinisch nicht zu vertreten ist es, alle Sekundäreinsätze aus der Planung auszuschließen. Die vereinfachte Aufteilung in Primär und Sekundäreinsätze nach §2 (18) und (19) lässt außer Acht, dass auch Sekundäreinsätze mit höchster Dringlichkeit (z.B. Hirnblutung in Klinik ohne Neurochirurgie, Herzinfarkt in Einrichtung ohne Herzkatheter, Schlaganfall ohne Neuroradiologie, etc.) regelhaft Ressourcen aus der Regelrettung benötigen. Dies gilt umso mehr, als dass das bestehende Intensivtransportkonzept des Landes völlig ausgelastet [2] ist und kaum Kapazitäten für Notfallverlegungen aufweist. Diese Einsätze müssen daher planerisch berücksichtigt werden.

Der Verfasser begrüßt die Einführung einer Experimentierklausel (§7). Die Regelungen lassen jedoch wissenschaftliche Standards (Ethik, Datenschutz, Offenlegungspflichten, unabhängige Begutachtung, etc.) vermissen.

Die Beteiligung der Landesärztekammer als beratendes Mitglieder im LARD (§8) ist nicht ausreichend. Es ist schlechterdings nicht nachvollziehbar, warum die präklinische Notfallmedizin als einziger



Sektor der Medizin ohne ärztliches Stimmrecht festgeschrieben werden soll. Sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich werden die Behandlungsstandards ärztlich festgesetzt und verantwortet. Ebenso fehlt auf Bereichsausschusseben ein ärztliches Stimmrecht (**§10**).

Das klare Bekenntnis des Entwurfes zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung durch die SQR (**§9**) und deren Beteiligung im LARD (**§8**) wird begrüßt.

Das in **§11 (1)** geforderte Verfahren zur Notrufabfrage mithilfe „einer landesweit einheitlichen Systematik“ bleibt mutmaßlich hinter dem Stand der Wissenschaft zurück. Den anzulegenden Standard stellt derzeit die sog. standardisierte Notrufabfrage dar. Im Unterschied zu einer strukturierten Abfrage, werden hierbei weitaus mehr medizinisch relevante Vorgaben gemacht. Es erscheint dringend notwendig in §11 durch Verwendung der rettungsdienstlichen Nomenklatur Klarheit zu schaffen, welche „Systematik“ verwendet werden soll.

Die in **§11 (6)** auferlegte Verpflichtung der Krankenhäuser „ihre Kapazitäten zu erfassen und ständig aktuell zu halten“ erscheint aus Sicht der präklinischen Notfallmedizin klar wünschenswert. Wenn dies jedoch keine Kosten des Rettungsdienst sein werden, stellt sich die Frage nach der Finanzierung.

§16 und **§19 (1)** lassen leider die Chance aus, die Ausbildung und insbesondere die Rezertifizierung von Notärzten gesetzlich zu regeln. Die Regelungskompetenz wird komplett der Landesärztekammer übertragen. Die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin, als Zugangsberechtigung um als Notarzt tätig sein zu dürfen, ist die einzige Zusatzweiterbildung, die ohne vorherigen Facharztwerb abgeschlossen werden kann. Diese Hürde war schon immer zu niedrig und wird durch eine weiterhin fehlende Re-Zertifizierungspflicht aggraviert. Mit den erklärten Willen des neuen Gesetzes die Anzahl der Notarzteinsätze auf die „schweren“ Fälle zu reduzieren, wäre es notwendig und auch möglich neue Vorgaben zu machen. Der Weg einer gesetzlichen Verpflichtung wird in anderen Bundesländern beschränkt [3].

Die Einführung des Telenotarztes (**§19 (2)**) auf der Leitstelle (Telenotärztliche Zentrale, **§2 (16)**) ist ein wichtiger und richtiger Schritt. Auch die Wahl des Dienstortes auf der Leitstelle und nicht am Krankenhaus erscheint klar sinnvoll, da dort die Standardisierung des Arbeitsplatzes und der Prozesse besser möglich scheint. Fehlanreize



zu einer Doppelnutzung des Arztes außerhalb der Notfallmedizin werden vermieden. Zudem können die, abseits der telenotfallmedizinischen Einsätze anfallenden, medizinischen Fragestellungen so zusätzlich bearbeitet werden. Der Telenotarzt könnte zum ärztlichen Berater in der Leitstelle werden. Positiv beurteilt wird, dass mit der Einführung des telenotärztlichen Systems eine einheitliche telemedizinische Ausstattung für jeden Rettungswagen einhergeht. Eine solche Standardisierung sollte jedoch nicht nur den telemedizinischen Aspekt abdecken, sondern auch Vorgaben zu Erfüllung von anderen landesweiten Anforderungen –bspw. arztbegleiteter Sekundärtransport, Inkubatortransporte– beinhalten. Hier wäre eine Konkretisierung von **§15 (4)** notwendig.

Die Aufnahme der Notärztlichen Standortleitungen (**§21**) in den Gesetzentwurf erscheint wichtig. Problematisch ist, dass sich die ärztliche Dokumentation mit der (begrüßenswerten) Einführung der digitalen Einsatzdokumentation nicht mehr in ärztlicher Umsetzungsverantwortung liegt. Die notwendigen Produkte (Pads) wurden und werden häufig ohne Rücksprache mit den Notärztlichen Standortleitungen über die Hilfsorganisationen angeschafft. Der in der Praxis hochgradig problematische Umgang mit den Herstellern dieser Produkte wird durch die Konstellation, dass der Anwender (Notarzt) nicht der Vertragspartner (Hilfsorganisation) ist, erschwert. Vor dem Hintergrund, dass die Notärztliche Standortleitung somit nicht die komplette Kette der Dokumentation (Hardwarebeschaffung, Ausfallmanagement, Dateneingabe und -übermittlung) kontrolliert, führt der in **§59** eingeführte (und prinzipiell zu begrüßenden) Ordnungswidrigkeitstatbestand zu dem Problem, den richtigen Adressaten zu finden.

Die Trennung der Leitungsfunktion von LNA und ORGL (**§22**) in „medizinische Versorgung“ und „operativ-taktisch“ ist neu und als ungünstig zu bewerten. Im Krisenfall sollte es weiterhin eine verantwortliche Person geben. Hier ORGL und LNA auf eine Hierarchieebene zu stellen ist aufgrund der unscharfen Trennbarkeit der Kompetenzbereiche fehleranfällig und findet sich so bei keinem anderen Partner bei der Bewältigung von Großschadenslagen. Polizei und Feuerwehr haben jeweils eine Führungsperson. Schlussendlich werden so auch haftungsrechtliche Probleme erzeugt: Zunächst könnte es unklar sein, welchem Verantwortungsbereich ein Schaden zugeordnet werden muss, zum anderen bestehen mit Amtshaftung beim LNA und privater Haftung beim ORGL diskrepante Absicherungen.



Der Gesetzentwurf lässt es dagegen aus, die eigentlichen offenen Fragen, wie die Trägerschaft oder die Fahrzeugstellung zu adressieren, bzw. verschiebt diese in den Rettungsdienstplan.

Der Entfall der Mitwirkung der LNAs in der Qualitätssicherung ist folgerichtig. Diese obliegt zukünftig den Notärztlichen Standortleitern, den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst der RPs, den Ärztlichen Verantwortlichen der Hilfsorganisationen und der SQR.

Die smartphonebasierte Alarmierung von Ersthelfern (**§24**) ist eine durch die Reanimationsleitlinien gestützte Möglichkeit der Verbesserung der präklinischen Rettungskette [4]. Es ist daher zu begrüßen, dass der Entwurf diese explizit erwähnt und eine Alarmierbarkeit über die Leitstellen festschreibt. Zukünftige Daten müssen zeigen, wie groß der Effekt dieser Systeme auf das Überleben ist. Bestehende Daten legen nahe, dass es sich hier um eine Maßnahme handelt, die aufgrund ihrer Effektivität zukünftig zu den Kosten des Rettungsdienstes zählen sollte [5].

§31 Genehmigung zum Krankentransport

Es ist zu begrüßen, dass versucht wird durch eine Liberalisierung des Betriebsbereiches die Transportkapazitäten im Krankentransport zu erhöhen. Mangelnde Ressourcen im Krankentransport stellen ein relevantes Nadelöhr für den abgebenden Transfer aus Notambulanzen und anderen Klinikbereichen dar (sog. „exit block“ als Ursache der Überfüllung).



Literatur

1. Erweiterte lebensrettende Maßnahmen für Erwachsene.
Leitlinien des European Resuscitation Council 2021
Notfall Rettungsmed 2021; 24:406–446
<https://doi.org/10.1007/s10049-021-00893-x>
2. Antwort auf die kleine Anfrage zum Intensivtransport in Baden-Württemberg 02.08.2021; Drucksache 17_474
3. Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG)
§ 16 (1) Fortbildung des Rettungsdienstpersonals
<https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/bssh/document/jlr-RettDGS2017rahmen>
4. Lebensrettende Systeme. Leitlinien des European Resuscitation Council 2021
Notfall Rettungsmed 2021; 24:367–385
<https://doi.org/10.1007/s10049-021-00889-7>
5. Enhancing citizens response to out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review of mobile-phone systems to alert citizens as first responders Resuscitation. 2020 Jul; 152: 16–25.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.05.006>



Interessenskonflikte

- Professor für Anästhesiologie
- Notarzt, Leitender Notarzt (Hessen), Notärztlicher Standortleiter, Ltd. Hubschrauberarzt a.D.
- Mitglied der Expertengruppe Notärztliche Dokumentation der SQR
- Vertreter für das Universitätsklinikum Heidelberg im Bereichsausschuss
- Mitglied der AG LNA der Landesärztekammer BW
- Vorstandsmitglied der AGSWN
- Hintergrundarzt für die Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte (ZKS) a.D.
- Leiter der Sektion Notfallmedizin und der Stabstelle für Krisen- und Katastrophenmanagement im Universitätsklinikum Heidelberg

**Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
– Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz –
RDG)
– Drucksache 17/6611**

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Guten Tag und herzlich willkommen zur heutigen Anhörung. Ich schlage vor, wir beginnen direkt mit den Experten, die ich jeweils einzeln aufrufen und vorstellen werde.

Als Erstes erteile ich das Wort Herrn Professor Dr. Alexis von Komorowski, dem Hauptgeschäftsführer des Landkreistags Baden-Württemberg, der auch für den Gemeindetag spricht. – Herr Professor von Komorowski, bitte schön.

Herr Dr. von Komorowski: Vielen Dank. – Herr Vorsitzender, meine sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, Herr Minister, Herr Staatssekretär, meine Damen und Herren! Zunächst möchte ich mich im Namen von Landkreistag und Gemeindetag ganz herzlich für die Gelegenheit bedanken, heute hier zu diesem Novellierungsvorhaben Stellung zu nehmen.

Für uns, die kommunalen Landesverbände, waren und sind für das Novellierungsvorhaben zwei Ausgangsbefunde entscheidend.

Erster Ausgangsbefund: Die Notfallrettung steht vor einer doppelten demografischen Herausforderung. Die doppelte demografische Herausforderung besteht darin, dass bei einem sich verschärfenden Personalmangel tendenziell mehr Notfalleinsätze bewältigt werden müssen. Das ist etwas, was alle berücksichtigen müssen, wenn die Notfallrettung jetzt zukunftsfest aufgestellt werden soll.

Der zweite Ausgangsbefund ist aus unserer Sicht, dass der Vergleich mit anderen Bundesländern lehrt, dass wir in Baden-Württemberg trotz mancher Unzulänglichkeiten, die hier auch gar nicht beschönigt werden sollen, ein außerordentlich leistungsfähiges und

zugleich auch wirtschaftliches System der Notfallrettung haben und wir uns an dieser Stelle ganz gewiss nicht hinter anderen Bundesländern verstecken müssen.

Auf Basis dieser beiden Ausgangsbefunde sind wir, die kommunalen Vertretungen, mit vier Kernanliegen an das Innenministerium herangetreten. Wir haben – das will ich an dieser Stelle ausdrücklich betonen – außerordentlich konstruktive Gespräche geführt mit der Folge, dass wir uns mit drei dieser vier Kernanliegen, die wir gegenüber dem Innenministerium artikuliert haben, auch in dem jetzt vorliegenden Entwurf des neuen Rettungsdienstgesetzes wiederfinden.

Erstes Kernanliegen: Wir wollten und wollen keinen Systemwechsel. Das Konzessionsmodell mit der tragenden Rolle der Hilfsorganisationen hat sich aus unserer Sicht vollauf bewährt. Angesichts der enormen demografischen Herausforderungen, die ich eben noch einmal beschrieben habe, können wir uns lähmende Systemdiskussionen nicht leisten. Insofern begrüßen wir ausdrücklich, dass das neue Rettungsdienstgesetz an dem bewährten System festhält.

Zweites Kernanliegen: Für uns ist schon seit langen Jahren klar – wir haben das auch öffentlich artikuliert –, dass das veraltete System der starren Hilfsfristen über alle Diagnosegruppen hinweg sowohl unter Qualitätsgesichtspunkten als auch unter Ressourcengesichtspunkten überwunden werden muss. Mit dem Gesetzentwurf ist ein aus unserer Sicht differenziertes und rechtssicheres System von Planungskriterien entwickelt worden. Wir sind davon überzeugt, dass im Ergebnis bei entsprechender Umsetzung hier tatsächlich entsprechende Qualitätsfortschritte erzielt werden können. Natürlich wird die Voraussetzung dafür auch sein, dass das ganze System ausreichend finanziert ist. Aber die Grundlagen sind gelegt.

Insofern meinen wir, dass unser zweites Kernanliegen, nämlich die Ablösung der veralteten Hilfsfrist und der Übergang zu modernen, an medizinischen Notwendigkeiten orientierten Planungsparametern, durch dieses Gesetz ebenfalls erfüllt ist.

Drittes Anliegen, das wir an das Innenministerium herangetragen haben: Weil, wie eben dargestellt, die fachgerechte Umsetzung der differenzierten Planungsparameter und natürlich auch der Aufbau und Ausbau der Rettungsdienstinfrastruktur entsprechend Zeit brauchen, war es uns außerordentlich wichtig, dass eine Übergangsfrist in das Gesetz aufgenommen wird. Das ist in § 60 geschehen. Insofern sehen wir auch dieses Kernanliegen als erfüllt an.

Damit komme ich zu unserem vierten Kernanliegen, das im vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht erfüllt ist – ich betone bewusst „noch“. Der vorliegende Entwurf verschlechtert die Rahmenbedingungen für den Bau neuer Rettungswachen substantiell. Da hilft es uns auch nicht wirklich, wenn betont wird, dass an der Förderpraxis des Landes nichts geändert werden soll. Denn wenn sich an der Förderpraxis nichts ändern soll, dann brauchen wir auch das Recht an dieser Stelle nicht zu ändern.

Worum geht es? Ich darf es noch einmal kurz in Erinnerung rufen: Nach § 26 Absatz 1 des geltenden Rettungsdienstgesetzes ist das Land verpflichtet, 90 % der förderfähigen Kosten zu tragen, und der Eigenanteil der Hilfsorganisationen ist bei 10 % gedeckelt. Nach dem vorliegenden Entwurf soll es künftig im Ermessen des Landes liegen, ob mit 90 % gefördert wird, und der Eigenanteil der Hilfsorganisationen soll mindestens 10 % betragen. Dies führt nach unserer klaren Überzeugung zu einer Verschiebung von Finanzierungsrisiken auf die Hilfsorganisationen. Dabei hatten wir doch eben festgestellt, dass der Auf- und Ausbau der Rettungsdienstinfrastruktur von zentraler Bedeutung ist, um die neuen Planungsparameter auch inhaltlich-materiell ausfüllen zu können.

Um die ambitionierten, aber realisierbaren Ziele der Rettungsdienstreform nicht zu gefährden, sollte nach unserer Auffassung die Förderung von Rettungswachen an der bisherigen, durchaus bewährten Rechtslage orientiert bleiben, und zwar 1 : 1, also ohne „kann“ und ohne „mindestens“.

Abschließend will ich noch ganz kurz auf einen Sachverhalt eingehen – es ist eher eine Detailfrage, aber Detailfragen haben es manchmal auch in sich. Da geht es nach

unserem Dafürhalten auch ein Stück weit um Fairness. Zu den sehr vielen guten Ansätzen der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes, auf die ich jetzt gar nicht alle eingehen kann, gehört auch die Vergesetzlichung des telenotärztlichen Systems. Hier haben wir allerdings an einer Stelle noch eine Unsicherheit im Hinblick auf die Finanzierung. Es geht um die nicht unerheblichen Vorlaufkosten der Krankenhäuser bei der Neuerrichtung von Telenotarztstandorten. Denken Sie nur an die frühzeitige Verpflichtung von Personal. Es geht hier nicht zuletzt um die beiden Startstandorte, nämlich Ludwigsburg und Freiburg. Insofern möchten wir dafür plädieren, in § 19 Absatz 4 Satz 2 noch einen zusätzlichen Satz aufzunehmen, der lauten könnte: „Der Kostenausgleich umfasst auch Vorlaufkosten der Krankenhäuser bei Neueinrichtung von Telenotarztstandorten.“ – Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank, Herr von Komorowski. – Ich darf dann Herrn Bürgermeister Dr. Clemens Maier das Wort erteilen, dem Vorsitzenden des Rechts- und Verfassungsausschusses des Städtetags Baden-Württemberg. – Herr Dr. Maier.

Herr Dr. Maier: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder des Innenausschusses, meine sehr geehrten Damen und Herren! Zunächst herzlichen Dank, dass ich hier für den Städtetag sprechen darf und eine Stellungnahme zum neuen Rettungsdienstgesetz abgeben darf. Ich möchte mich im Wesentlichen mit zwei Themenfeldern beschäftigen: Zum einen möchte ich auf die geplante Verkürzung der Rettungsfrist eingehen und zum anderen auf die geplante subsidiäre Verpflichtung der Land- und Stadtkreise, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes sicherzustellen.

Zunächst zur geplanten Verkürzung der Hilfsfrist. Vorgesehen ist – Sie wissen es –, dass zukünftig das erste Rettungsmittel in 95 % der Notfalleinsätze innerhalb von zwölf Minuten am Notfallort eintreffen soll. Dies ist in der Praxis eine erhebliche Verkürzung der Hilfsfrist gegenüber den jetzigen Vorgaben. Davon sind wir aktuell sehr weit entfernt. Die Quote von 95 % schaffen wir nicht einmal mit einer Hilfsfrist von 15 Minuten.

Wie könnte also dieses Ziel erreicht werden? Es wären zusätzliche Standorte von Rettungswachen und mehr Personal und Fahrzeuge im Rettungsdienst dafür notwendig, denn die Wege für die Anfahrt müssen dafür notwendigerweise kürzer werden. Das erfordert hohe Investitionen; das wird richtig Geld kosten. Dann kann aber das Land nicht auf der einen Seite die Hilfsfrist – richtigerweise im Sinne der Bürgerinnen und Bürger – verkürzen, auf der anderen Seite aber die Mittel für den Bau von Rettungswachen – das wurde bereits angesprochen – verringern oder infrage stellen. Das wäre widersprüchlich. Wir, auch die Rettungsdienste, brauchen Planbarkeit, wenn es um die Planung von neuen Rettungswachen geht. Sonst wird kein Rettungsdienst eine neue Wache planen, und die Einhaltung der Hilfsfrist wird so nicht funktionieren. Woher das zusätzliche Personal, das wir im Rettungsdienst absehbar brauchen werden, kommen soll, das ist auch völlig offen, Stichwort Fachkräftemangel.

Im Sinne des Patienten ist eine solche Frist natürlich sinnvoll, und wir unterstützen das in der Sache auch. Doch etwas gut zu meinen, reicht eben nicht. Es muss auch realistisch sein – und das sehen wir kritisch. Es werden Erwartungen geweckt, die wir auf absehbare Zeit nicht werden einhalten können.

Auch in Sachen Differenzierung zwischen Eintreffzeit von zwölf Minuten und Prähospitalzeit fehlen uns im Gesetzentwurf noch Konkretisierungen, was wie zu berücksichtigen sein wird. Dafür würden wir uns auch noch Nachbesserungen und Konkretisierungen wünschen.

In der Folge dieses Rettungsdienstgesetzes ist es aus unserer Sicht unabdingbar, dass dann auch das landesweite Strukturgutachten weitergeführt, umgesetzt, erarbeitet wird, das dann Teil der jeweiligen Bereichspläne werden kann. Das sollte schnellstmöglich auf den Weg gebracht werden.

Dann komme ich zur aus unserer Sicht sehr kritischen rettungsdienstlichen Versorgung als subsidiärer Pflichtaufgabe der Stadt- und Landkreise. Es kann aus unserer Sicht nicht sein, dass die Land- und Stadtkreise subsidiär in die Pflicht genommen werden, wenn die

Leistungsträger der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung ganz oder teilweise nicht nachkommen. Grundsätzlich sind wir zur Übernahme von Verantwortung jederzeit bereit, aber nicht so, wie das System hier konstruiert werden soll. Denn wer am Ende in die Pflicht genommen werden kann, der muss im Vorfeld die Möglichkeit haben, zu verhindern, dass dieser Fall eintritt. Daran fehlt es.

Im Moment gibt es keine fachliche Kontrolle der Bereichsausschüsse. Die Stadt- und Landkreise können deshalb nicht eingreifen, selbst wenn sie sehen, dass eine mangelnde Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsdienstleistungen droht. Sie müssen schlimmstenfalls mit ansehen, wie eine Notlage eintritt, ohne etwas dagegen unternehmen zu können. So ist aktuell die Rechtslage. Anschließend müssen sie dann die Scherben zusammenkehren. Das ist nicht sinnvoll und auch nicht akzeptabel. Die Rechtsstellung der Stadt- und Landkreise muss gegenüber den Bereichsausschüssen gestärkt werden; hier reicht die bisherige beratende Funktion nicht aus. Dazu sind verschiedene Wege vorstellbar. Ich möchte fünf Themenstellungen dazu ansprechen.

Zunächst: Weshalb können nicht auch Berufsfeuerwehren vom Land direkt als Leistungsträger beauftragt werden? Weshalb die Beschränkung auf die etablierten Organisationen des Rettungsdienstes? Wir wollen niemandem etwas wegnehmen. Aber wir sind mit unseren Berufsfeuerwehren durchaus ebenfalls in der Lage, solche Dienstleistungen zu erbringen. Denn sie sind es, die es, wenn dieser subsidiäre Pflichteintritt kommt, am Ende ausbügeln müssen und leistungsfähig sein müssen.

Zweitens: Die Verantwortung für die Planung des Rettungsdienstes liegt bei den Bereichsausschüssen. Hier kann es aber durchaus auch zu Fehlplanungen oder des Öfteren zu Umsetzungsdefiziten kommen. Weshalb haben hier die Stadtkreise nur eine Rechtsaufsicht, aber keine Fachaufsicht über die Bereichsausschüsse? Wer kontrolliert die Bereichsausschüsse inhaltlich? Es muss möglich werden, dass Stadt- und Landkreise rechtzeitig eingreifen und dadurch verhindern können, dass sie subsidiär in die Pflicht genommen werden.

Weiter: In den Bereichsausschüssen ist ein Patt zwischen Leistungsträgern und Kostenträgern möglich. Das kann notwendige Maßnahmen blockieren. Weshalb haben die Stadt- und Landkreise dort kein Stimmrecht, um diese Parität aufzulösen? Auch ein Vetorecht bei nicht sachgerechten Beschlüssen wäre hilfreich.

Noch ein Punkt: Die Bereichsausschüsse tagen nicht öffentlich. Was spricht denn gegen eine Berichtspflicht der Bereichsausschüsse in den kommunalen Gremien? Auch dies könnte ein Instrument zur Qualitätssicherung sein.

Und ein Letztes: Der Rettungsdienst ist keine Insel. Das sehen wir aktuell bei unseren Planungen für die Fußballeuropameisterschaft 2024 hier in Stuttgart. Wir brauchen insgesamt eine bessere Vernetzung von Rettungsdienst, Feuerwehr und schlussendlich auch Katastrophenschutz. Rettungsdienstbereiche und Leitstellenbereiche dürfen deshalb auch räumlich nicht auseinanderfallen. Bei Veränderungen ist deshalb eine Zustimmung der Stadt- und Landkreise unverzichtbar.

Sie sehen, dass der aktuelle Entwurf aus unserer Sicht noch rechtliche Lücken aufweist und manche Frage unbeantwortet lässt. Das ist aus unserer Sicht unbefriedigend.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass wir nach wie vor dringend auf ein Gesetz zur Finanzierung und zum Betrieb der Integrierten Leitstellen warten. 2016 – das ist schon ein paar Jahre her – wurde eine Projektlenkungsgruppe unter Leitung des Innenministeriums zur Neustrukturierung der Leitstellenlandschaft in Baden-Württemberg eingerichtet. Ende 2018 wurde ein Strategiepapier verabschiedet. Aber seitdem hat sich nichts mehr getan, zumindest nehmen wir das auf kommunaler Ebene so wahr. Denn auch im vorliegenden Entwurf des Rettungsdienstgesetzes ist die Förderung der Integrierten Leitstellen nicht vorgesehen. Hier bitten wir das Land darum, dieses Thema zügig anzugehen.

Insgesamt bitten wir darum, die kommunalen Landesverbände in Sachen Rettungsdienst eng mit einzubinden. Denn am Ende sind wir es, die mit den Folgen eines solchen

Gesetzes umzugehen haben und die Daseinsvorsorge für die Menschen auch in diesem Punkt sicherstellen müssen.

Ich möchte zum Ende kommen und die wesentlichen Botschaften aufzählen. Zum einen: Wenn das Land eine kürzere Hilfsfrist möchte, dann muss es in der Folge auch bereit sein, dies zu finanzieren. Und zum anderen: Wir brauchen größere Mitspracherechte der Stadt- und Landkreise in den Bereichsausschüssen, und wir brauchen eine bessere fachliche Kontrolle der Bereichsausschüsse durch die Stadt- und Landkreise, zumal dann, wenn, wie im neuen Rettungsdienstgesetz vorgesehen, letzten Endes wir selbst in der Haftung sein sollen.

Für weitere Gespräche hierfür stehen wir gern zur Verfügung. – Herzlichen Dank.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank, Herr Dr. Maier. – Ich darf als Nächstes Herrn Dr. Frank Knödler, dem Präsidenten des Landesfeuerwehrverbands, das Wort erteilen. – Herr Dr. Knödler.

Herr Dr. Knödler: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, lieber Herr Hockenberger, Herr Innenminister Strobl, Herr Staatssekretär Blenke, meine Damen und Herren des Innenausschusses! Zunächst einmal herzlichen Dank, dass auch der Landesfeuerwehrverband einige Gedanken und Anregungen zum vorliegenden Entwurf des Rettungsdienstgesetzes einbringen darf und kann.

Die Feuerwehren unseres Landes sind in der Tat nur sporadisch in Form der Ersthilfesysteme am Rettungsdienst beteiligt. Wie Sie wissen, wird das hauptamtlich organisierte Rettungswesen hauptsächlich von den Hilfsorganisationen getragen. Lediglich in der Landeshauptstadt wirkt die Berufsfeuerwehr als Kooperationspartner seit vielen Jahrzehnten an der Notfallrettung mit. Da ich 27 Jahre lang die fachliche Verantwortung für die nicht polizeiliche Gefahrenabwehr in unserer Stadt hatte und somit auch Teile des Rettungsdienstes vertreten habe, stützt sich meine Expertise im Bereich der Notfallrettung und der Integrierten Leitstellen auf meine langjährige Erfahrung in der Funktion als Leistungsträger und auch in der Funktion als Rechtsaufsicht für die Stadt.

Der Landesverband hat sich in den zurückliegenden zehn Jahren in mehreren Strategiepapieren gegenüber dem Land für eine nachhaltige Verbesserung der Notfallrettung eingesetzt. Da haben wir stets zum Ausdruck gebracht, dass es im Rahmen der Selbstverwaltung weder gelungen ist, die vom Gesetzgeber beabsichtigte Differenzierung der Hilfsfrist – nach heutigem Gesetz sollen aus notfallmedizinischen Gründen nicht mehr als zehn Minuten für den Weg zum Patienten benötigt werden – noch eine maximal zulässige Hilfsfrist von 15 Minuten zu gewährleisten. Deshalb finden wir es bedauerlich, dass im vorliegenden Gesetzentwurf nach wie vor am paritätischen System der Selbstverwaltung festgehalten wird und nicht, wie es in den anderen Bundesländern üblich ist, eine weisungsgebundene Pflichtaufgabe des Rettungswesens auf die Stadt- und Landkreise übergeht.

Allerdings erkennen wir sehr wohl, dass die staatliche Steuerung im vorliegenden Gesetzentwurf durch das Land als dem eigentlichen Träger dieser Aufgabe deutlich stärker berücksichtigt wurde als in den früheren Gesetzen. Daher unterstützen wir auch die in den konstitutiven Neufassungen des Rettungsdienstgesetzes aufgelisteten substanziellen Änderungsvorschläge in ihrer grundlegenden Zielsetzung, nämlich die Versorgung der Notfallpatienten zu verbessern.

Es gibt aber auch einige Punkte im bestehenden System der Selbstverwaltung, die wir für verbesserungswürdig halten.

Erstens: eine Planungsfrist von zehn Minuten für das ersteintreffende Rettungsmittel fest-schreiben. Zu unserem großen Erstaunen wurden die Planungskriterien für den bodengebundenen Rettungsdienst im Vergleich zum Anhörungsentwurf in Bezug auf § 6 der Planung auf eine völlig neue Grundlage gestellt. Bislang war die sogenannte Hilfsfrist der allein maßgebliche Planungsparameter für die Vorhaltung der bodengebundenen Notfallrettung. Der Anhörungsentwurf ging von einer planerischen Zielgröße von zwölf Minuten und einem Zielerreichungsgrad von 95 % aus, was im Vergleich zum jetzigen System eine Verbesserung um drei Minuten wäre. Um eine zielführende Vorhaltung von Rettungswagen zu planen, müssen aber zunächst alle RTW-Einsätze durch die Integrierte

Leitstelle erfasst, zeitlich ausgewertet und mit dem Zielerreichungsgrad abgeglichen werden. Dabei spielt natürlich die vorgegebene Zeit eine entscheidende Rolle: Je kürzer die Fristen, umso schneller sind die Autos am Patienten.

Nun sollen weitere Planungsparameter für die Festlegung von Notfallkategorien sowie die dazugehörigen Rettungsmittel und die Einführung einer Eintreff- und Prähospitalzeit hinzukommen. Meine Damen und Herren, derartige Parameter – das ist unstrittig – sind sicherlich hilfreich, um die Leistungsfähigkeit einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung in der Notfallrettung aus Expertensicht zu beurteilen. Sie sind aber unsererseits nur eingeschränkt praktikabel, um eine rettungsdienstliche Bemessung von vorzuhaltenden Rettungsmitteln zu ermöglichen, zumal diese Auswertungen in den einzelnen Rettungsbereichen von diesen gar nicht selbst vorgenommen werden können, weil in den Leitstellen keine tatsächlich vorgefundenen Krankheitsbilder erfasst werden. Die Auswertung, ob das System funktioniert oder nicht, könnte quasi nur durch die Qualitätssicherungsstelle durchgeführt werden.

Meine Damen und Herren, wichtig ist, dass bei der Dimensionierung einer Rettungsdienstplanung nicht von einer Ex-post-Betrachtung auszugehen ist, sondern von einer Ex-ante-Betrachtung, also, wie die Schadenslagen bewertet werden und nicht, wie sie in Wahrheit aussehen. Und auch wenn im Sinne der „Golden Hour“ der Eindruck erweckt wird, dass für die Rettungskette bis hin zur vollumfänglichen Versorgung im Krankenhaus 60 Minuten verbleiben, so gilt doch auch der medizinische Grundsatz: Je schneller medizinische Hilfe geleistet werden kann, desto geringer sind die bleibenden Schäden. Daher empfehlen wir dringend, in Anlehnung an die heutige Gesetzeslage die Planungsfrist von zehn Minuten in 35 % der Fälle zu belassen.

Um die Auswertung mit den neuen Planungsparametern, ex post betrachtet, nun patientengerecht zu erfassen, also um die Leistungsfähigkeit festzustellen, weisen wir darauf hin, dass die Zeiterfassung in den Integrierten Leitstellen vom Beginn der Notrufmeldung an und nicht erst vom Ende der Eingangsmeldung zu bewerten ist.

Zweitens: konkrete Planungsparameter für die Vorhaltung von Notärzten ins Gesetz schreiben. Leider vermissen wir auch eine konkrete Planungsfrist für Notärzte. Wir verkennen nicht, dass in § 6 f. der Hinweis aufgenommen wurde, die Vorhaltestrukturen notärztlich besetzter bodengebundener Rettungsmittel festzulegen – allerdings mit der Ermächtigung, eine andere Zeitdauer und einen anderen Zielerreichungsgrad festlegen zu dürfen. Wir appellieren da stets an den Grundsatz: Der Notarzt ist in lebensbedrohlichen Situation unentbehrlich an der Einsatzstelle. Deshalb halten wir es für geboten, dass der Gesetzgeber Einsatzzeiten und Zielerreichungsgrade im Gesetz und nicht in einer nachgeschalteten Rechtsverordnung definiert.

Drittens: klare Zuständigkeiten schaffen für die Übertragung des Rettungsdienstes als Pflichtaufgabe der Stadt- und Landkreise. Ich habe eingangs schon erwähnt, dass wir es nicht für zukunftsfähig halten, das paritätische Selbstverwaltungsmodell weiter zu betreiben. Dies ist umso schwieriger zu verstehen – auch für uns –, weil ja für den Fall, dass eine bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes nicht sichergestellt ist, die Stadt- und Landkreise ohnehin die rettungsdienstliche Versorgung als Pflichtaufgabe übernehmen müssten.

Man muss sich dieses Szenario nur einmal bildlich vorstellen: Wenn die Planungsvorgaben – man höre und staune – ab dem Jahr 2031, also erst in siebeneinhalb Jahren, nicht erfüllt werden und somit eine bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes nicht sichergestellt ist, dann müssten die Stadt- und Landkreise quasi von heute auf morgen diese Pflichtaufgabe übernehmen – ohne jedwede Fachkompetenz und Erfahrung. Erfreulicherweise hat das Innenministerium nunmehr diesen Leistungsprozess, der früher immer als unbestimmter Rechtsbegriff im Gesetz stand, durch die neuen Planungsparameter konkretisiert.

Bei der Durchsicht des Gesetzes ist mir wie auch dem Städtetag aufgefallen, dass plötzlich wie Phönix aus der Asche zum Anhörungsentwurf in § 3 Absatz 4 das Wörtchen „ergänzende“ eingeschoben wird. Nun liest sich der Satz etwas anders, jetzt ist nämlich die „ergänzende Versorgung“ Pflicht der Stadt- und Landkreise. Leider findet man in der

Gesetzesbegründung zu diesem Sinneswandel keinerlei Hinweise. Wir halten, meine Damen und Herren, eine Aufspaltung von Zuständigkeiten, wenn es schon kritisch wird, innerhalb eines Rettungsdienstbereiches für nicht durchführbar und für nicht umsetzbar. Kompetenzstreitigkeiten sind dort vorprogrammiert. Wir lehnen daher eine ergänzende subsidiäre Zuständigkeit der Kreise ab. Daher empfehlen wir ganz einfach, das Wörtchen „ergänzende“ zu streichen.

Viertens: Herr Maier hat schon darauf hingewiesen, dass wir es gut fänden, wenn sich die Städte in Eigenverantwortung, insbesondere mit Berufsfeuerwehren, an der Notfallrettung beteiligen könnten. Auch das kann ich nur in vollem Maße unterschreiben.

Aufgefallen ist uns, fünftens, auch, dass der Abschluss einer gemeinsamen Trägerschaftsvereinbarung für die Integrierten Leitstellen nicht der Zustimmung des Bereichsausschusses bedarf. Erfreulicherweise ist das an der einen Stelle herausgefallen, und an der anderen Stelle ist es wieder hineingekommen. Man muss nun klären, ob man es streichen oder darin behalten will. Wir empfehlen dringend, es so zu belassen wie seither auch.

Und – last but not least –: Transparenz und Öffentlichkeit bei den Beschlüssen des Landesausschusses und des Bereichsausschusses herstellen. Ich glaube, in der heutigen Zeit einer zunehmenden Bürgerbeteiligung kann und darf es nicht sein, dass die Beschlüsse des Landesausschusses für den Rettungsdienst (LARD), die Beschlüsse der Bereichsausschüsse hinter verschlossenen Türen getroffen werden. Der Rettungsdienst als eine Einrichtung der öffentlichen Daseinsvorsorge geht die Bevölkerung sehr wohl etwas an. Deshalb haben wir erfreut festgestellt, dass im Gesetzentwurf in § 10 steht, Beschlüsse und Entscheidungen der Bereichsausschüsse seien in geeigneter Form zu veröffentlichen. Das würden wir in erweiterter Form auch für den LARD fordern, dort stehen nur die Vorgaben. Man müsste den Zusatz „und Beschlüsse“ noch ergänzen.

Abschließend kann ich nur empfehlen, was Herr Maier ebenfalls unterstützt hat: die Transparenz von Entscheidungen, auch das Zustandekommen von Entscheidungen in

diesen Ausschüssen, öffentlich zu machen – das wäre sicherlich wegweisend – und sich einer öffentlichen Diskussion zu stellen, ähnlich wie bei Gemeinderäten und Kreistagen. – Herzlichen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank, Herr Dr. Knödler. – Als Nächstes darf ich Herrn Professor Dr. Andreas Pitz von der Hochschule Mannheim das Wort erteilen. – Herr Professor Pitz, bitte.

(Eine Präsentation [*Anlage*] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Herr Dr. Pitz: Herr Vorsitzender, Herr Innenminister, meine sehr geehrten Damen und Herren! Vielen Dank, dass ich für die Rechtswissenschaft heute zu dem sehr komplexen Gesetzentwurf Stellung nehmen kann. Ich habe ja auch schon schriftlich Stellung genommen. Ich habe ein paar Folien mitgebracht, wobei es mir da tatsächlich nur um eine Sache geht, die ich Ihnen gern zeigen möchte.

Aber vielleicht vorneweg den verfassungsrechtlichen Rahmen aufgezogen, um den es hier letztlich geht: Wir reden am Ende des Tages von hochrangigen Rechtsgütern: Leben, körperliche Unversehrtheit, gegebenenfalls dann auch Menschenwürde. Dem muss man natürlich im gesetzgeberischen Verfahren auch gerecht werden.

Das Bundesverfassungsgericht prüft auf Mindestmaß, Ermessensfehler, und wir müssen uns natürlich hier in der Situation noch über eines – und das ist eine Besonderheit im Bereich des Rettungsdienstes – klar werden: Der Bürger hat keinen Primärrechtsschutz. Ihm muss bewusst sein: Wenn man im System der GKV beispielsweise unterwegs ist, dann kann man natürlich seine Krankenkasse verklagen; dann erhält man vielleicht im Eilverfahren beim Sozialgericht entsprechend eine Leistung zugesprochen. Wenn jemand aber mit einem Herzinfarkt auf der Straße liegt, ist es ihm wohl kaum möglich, noch das zuständige Verwaltungsgericht anzurufen. Deswegen gibt es hier aus meiner Sicht noch einmal erhöhte gesetzgeberische Pflichten, die hier zu erfüllen sind. – Das als Ausgangspunkt.

Zum Thema Selbstverwaltung wurde auch schon etwas von Herrn Bürgermeister Dr. Maier gesagt. Ich möchte das nur noch mal stützen: Das Bundesverfassungsgericht ist bei Selbstverwaltungskonstruktionen, freundlich formuliert, sehr kritisch. Auch wenn man die entsprechenden Entscheidungen dazu liest, kommen an jeder Stelle die Zweifel schon im GKV-System durch.

Machen Sie sich klar, dass Sie derzeit einen Entwurf vorliegen haben, in dem eine Form der Selbstverwaltung konstruiert ist, aber die Personen, die betroffen sind, nämlich alle Bürger, in dieser Selbstverwaltung nicht vorkommen. Da kommen die GKV-Versicherten vor, aber auch nur ein Teil der GKV-Versicherten. Die Privatpatienten, die Unfallversicherten etc. tauchen da nicht auf.

Sie müssen sich also mit der Frage befassen: Wie wollen Sie dieses Defizit an demokratischer Legitimation gesetzgeberisch kompensieren? Da muss ich ehrlicherweise sagen – das Thema Aufsicht wurde schon angesprochen; das Bundesverfassungsgericht verweist auf normdichte Anleitung und effektive staatliche Aufsicht –: Mir ist nicht ganz erklärlich, warum aus dem Gesetzentwurf die einzigen Aufsichtsmittel, die da bisher drin waren, herausgestrichen werden, sodass da jetzt gar kein Aufsichtsmittel mehr drin ist.

Das heißt: Es ist zwar geregelt, dass es eine Rechtsaufsicht gibt, aber es steht nicht drin, wie diese ausgeübt werden soll.

Also: Vor diesem Hintergrund wird man wohl nachsteuern müssen, wenn man den Arbeitsauftrag des Bundesverfassungsgerichts, eine effektive staatliche Kontrolle sicherzustellen, ernst nimmt. Ich sage gleich an der Stelle dazu: Die Schwierigkeit dabei ist aber, dass Sie hier gar keine demokratische Legitimation haben. Im GKV-System haben Sie wenigstens noch die Sozialwahlen. Hier haben Sie nichts. Ob das geht, weiß ich nicht. Ob das Bundesverfassungsgericht über so eine Hürde springen würde? Verfassungsrechtlich ist es jedenfalls hoch problematisch.

Ich möchte ganz kurz auf das Thema Regelungssystematik aus § 6 im Rettungsdienstgesetzentwurf eingehen. Da kann ich nur den gleichen Kritikpunkt anbringen, der schon

geäußert wurde: Derzeit fehlen für die wesentlichen Planungskriterien jegliche Begriffsdefinitionen. Es lässt sich letztlich nicht bewerten, ob ein Mindestmaß an rettungsdienstlicher Versorgung durch den Gesetzgeber organisiert wird, weil die Begriffe, die dahinterliegen, völlig unklar sind. Das sehen Sie hier noch einmal am zweiten Punkt. Also: Wenn ich an unklare Begriffe Planungsvorgaben anknüpfe, dann weiß ich nicht, was am Ende herauskommt.

Sicherlich ist auch ein Problem, dass viele der relevanten Rettungsdiensteinsätze aus den Planungsvorgaben komplett herausgenommen werden. Also, die sind da gar nicht drin.

Jetzt sollte hier eigentlich ein schönes Kuchendiagramm kommen, das Ihnen zeigen sollte, dass wir quasi einen großen Bereich an Einsätzen haben, die es gibt: Massenanfälle von Verletzten, Sekundäreinsätze, Notarzteinsätze, Blaulichteinsätze; das Gesetz nennt dann auch die akuten Blaulichteinsätze – also: ganz, ganz viele Einsätze. Am Ende zählt aber nur noch der akute Blaulichteinsatz für die 95 % in zwölf Minuten. Was ein akuter Blaulichteinsatz ist, erschließt sich mir nicht. Das ist ein Begriff, der eigentlich aus dem Straßenverkehrsrecht kommt. Warum der jetzt plötzlich im Bereich Gesundheitsversorgung eingeführt wird, erklärt der Gesetzentwurf nicht. Er erklärt auch nicht, wann ein Blaulichteinsatz akut ist. Wenn das jetzt aber die einzigen Einsätze sind, die wir messen, dann weiß ich ehrlich gesagt nicht, was gemessen wird. Das lässt der Gesetzentwurf derzeit offen.

Dazu kommt, dass – und das hat mich tatsächlich auch in der Recherche ein wenig verwundert – dieser Gesetzentwurf ziemlich offensichtlich ein Forschungsprojekt in Gesetzesform zu gießen versucht, nämlich ein vom Innenministerium finanziertes Drittmittelprojekt, das EVRALOG-BW-Projekt. Die Selbstverwaltung sagt auch relativ deutlich, dass es genau darum geht, dieses Projekt umzusetzen. Ich würde davor warnen, das so einfach zu tun, denn die Forscher sagen in ihren eigenen Veröffentlichungen – also, das sage nicht ich; ich bin Rechtswissenschaftler, ich habe davon nur bedingt Ahnung –, dass

sie kaum Evidenz dafür haben, dass diese Kategorien, die wir da machen, tatsächlich auch so funktionieren. Wir haben es für kleine, aber nicht für alle.

Wir haben für die Planungen keine prospektiven Daten. Wir haben quasi nur retrospektive Daten – Herr Knödler hat es gerade gesagt. Es ist zwar schön, dass man z. B. sagen kann: „Dieser Patient hat eine Schlüsselbeinfraktur und braucht deswegen keinen Notarzt“, aber das weiß die Leitstelle nicht. Die Rettungsleitstelle alarmiert einen Rettungswagen, weil da jemand anruft und sagt: „Da hinten ist jemand vom Fahrrad gestürzt und schreit ganz laut.“ Wie soll ich jetzt auf dieser Informationsbasis erkennen, dass der Patient eine Schlüsselbeinfraktur hat? – Nebenbei bemerkt: Wenn er großes Pech hat, hat er eine Schlüsselbeinfraktur, die so disloziert ist, dass seine Lunge verletzt ist. Dann hat er sehr wohl einen Bedarf an sehr, sehr schneller Hilfe.

Das heißt: Man muss unheimlich aufpassen, wenn man Rettungsdienstplanung – und da pflichte ich Herrn Knödler bei – auf fertige Diagnosen stellt. Leitstellen erheben keine fertigen Diagnosen; die erheben Meldebilder, wenn Sie viel Glück haben. Wenn Sie einen Anrufer haben, der sehr inkompliant ist, dann hören Sie nur lautes Schreien und „Hilf mir!“ Dann müssen Sie dort einen Rettungswagen hinschicken, ob Sie wollen oder nicht, ob es schlimm ist oder nicht, und den schicken Sie im Zweifel auch mit Blaulicht dahin.

Vielleicht ist das schwierigste Thema, dass das EVRALOG-BW-Projekt ganz offen sagt: „Wir haben noch keine Planungsparameter. Die müssen wir erst noch erforschen.“ Hier geht es aber gerade um Planung.

Vielleicht noch ein Punkt. Mindestmaß heißt: Wenn ich sage: „Ich messe ohnehin nur die ganz akuten Blaulichteinsätze“, dann werde ich wohl – Stichwort Herz-Kreislauf-Stillstand – eher auf fünf Minuten gehen müssen. Wenn Sie sich die Veröffentlichung dieses EVRALOG-BW-Projekts ansehen, so sagen die: „Wir haben eine gewisse Evidenz, dass wir da ungefähr fünf Minuten brauchen dürfen.“ Da muss sich der Gesetzgeber irgendetwas anderes einfallen lassen, wie dieses Delta zwischen fünf und zwölf Minuten bzw. 13, 14 Minuten abgedeckt werden kann. Das muss nicht unbedingt ein Rettungswagen sein. Da

will ich nicht missverstanden werden. Aber ich kann nicht völlig ausblenden, dass es das gibt; Stichwort Smartphone-basierte Ersthelfer-Apps, Stichwort Helfer-vor-Ort-Systeme. Die kann ich dann in so einer Situation nur schwerlich aus der Finanzierung herausnehmen.

Der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz, § 12 SGB V – ich mache es ganz kurz – ist nicht mal für die GKV-Versicherten in einer lebensbedrohlichen Gesundheitssituation relevant. Den Privatpatienten interessiert § 12 SGB V überhaupt gar nicht. Da muss sich der Gesetzgeber unheimlich viele Gedanken machen, ob solche Dinge in einen Gesetzentwurf reingepackt werden können, der jeden Bürger betrifft. – Übrigens, Stichwort gesetzliche Unfallversicherung: Die interessiert das schon dreimal nicht. Die gesetzliche Unfallversicherung hat einen ganz anderen Wirtschaftlichkeitsgrundsatz. Der ist viel höher.

Das müssen Sie mir noch ganz kurz erlauben: Das Stichwort Experimentierklausel ist aus staatsrechtlicher Sicht spannend, weil ich so etwas noch nie gesehen habe. Also, dass die Exekutive von allen gesetzlichen Vorschriften außer Datenschutz und allen untergesetzlichen Vorschriften abweichende Regelungen treffen kann, ist mir noch nie untergekommen. Das passt überhaupt gar nicht in die Normenhierarchie hinein. Es gibt Modellprojekte im SGB V, in denen sehr klar definiert ist, was geht und was nicht geht. Aber da einfach zu sagen: „Ihr dürft quasi von allem abweichen außer vom Datenschutz“, ohne dass da konkrete Kriterien drin sind, das ist überraschend. Ich kann mir ehrlicherweise nicht vorstellen – Stichwort Artikel 61 der Landesverfassung, Vorgaben an Rechtsverordnungen –, dass das passt. Das muss ja nicht einmal veröffentlicht werden.

Dann – ich kann es kurz halten; auch das wurde schon von Herrn Bürgermeister Dr. Maier bzw. von Herrn Knödler gesagt –: Der Rettungsdienst ist eine elementare Aufgabe des Staates im Bereich der Daseinsvorsorge. Da komplett aus der fachlichen Aufsicht herauszugehen, wird verfassungsrechtlich enorm schwierig sein, denn ich muss ja ein Mindestmaß sicherstellen. Das heißt also im Klartext: Eine Fachaufsicht haben wir zwar jetzt über die Leitstellen, aber über die konkrete Patientenversorgung gibt es keine Fachaufsicht. Das erschließt sich mir nicht. Also, die Arbeit der Leitstelle ist doch genauso wichtig

wie die Patientenversorgung. Wenn es bei dem einen eine Fachaufsicht gibt, muss es doch bei dem anderen auch eine Fachaufsicht geben. Da gibt es noch einen Wertungswiderspruch, der aufzulösen wäre.

Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme – und damit komme ich schon zum Ende – dargelegt, was aus meiner Sicht geändert werden kann, indem man einfach zwei, drei Schritte bei dem § 6 zurückgeht, eine entsprechende Hilfsfrist bei Notarztsätzen mit zehn Minuten definiert, den Rest mit 15 Minuten und die zehn Minuten dann tatsächlich auch flankiert mit Ersthelfersystemen und Helfer-vor-Ort-Systemen.

Meine Damen und Herren, ich darf mich ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit bedanken und wünsche viel Erfolg beim Überarbeiten des Gesetzentwurfs.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank, Herr Professor Pitz. – Ich darf Herrn Professor Popp von der Universitätsklinik Heidelberg das Wort erteilen. – Herr Professor Popp, bitte schön.

(Eine Präsentation [*Anlage*] wird begleitend zum Vortrag eingeblendet.)

Herr Dr. Popp: Meine sehr geehrten Damen und Herren, sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder des Innenausschusses! Ganz herzlichen Dank für die spannende Aufgabe, als Mediziner ein Rettungsdienstgesetz kommentieren zu dürfen. Ich bin vom Hintergrund Anästhesist und Notfallmediziner, Notarzt seit 20 Jahren, und wirke in verschiedenen Gremien rund um den Rettungsdienst mit.

Ich möchte an dieser Stelle aber zunächst betonen, dass ich für keine der hier genannten Institutionen, also weder für die Landesärztekammer noch für die AGSWN, deren Vorstandsmitglied ich bin, noch für die trägerübergreifende Stelle der Qualitätssicherung, wo ich als Experte mitarbeite, heute spreche. Ich spreche heute für das Universitätsklinikum, dort als Sektionsleiter Notfallmedizin.

Bei der Beauftragung, mich mit dem Gesetz zu beschäftigen, habe ich mir die Frage gestellt: Welcher der vielen Paragraphen ist denn jetzt wirklich notfallmedizinisch relevant? Was hat sich geändert, und worüber sollte man noch mal nachdenken?

Bevor ich mit den Paragraphen beginne, möchte ich aber eine Vorbemerkung machen. Aus Patientensicht wäre es extrem wünschenswert, wenn es gelänge, präklinische Behandlungsstandards an innerklinische Standards anzupassen. In der Klinik haben wir für die Patientenbehandlung den Facharztstandard, wir haben Planungsgrößen wie Personaluntergrenzen, wir haben Eintreffzeiten, wir haben verschiedene Qualitätssicherungstools, die wir in der präklinischen Medizin so bisher nicht finden.

Ganz im Gegenteil: Wir haben in der Klinik mit der Beauftragung des Facharztstandards eine Absicherung, dass komplexere Maßnahmen von Spezialisten durchgeführt werden. In der präklinischen Situation, vor allem in Baden-Württemberg, haben wir in den letzten Jahren die Situation gehabt, dass die Notärzte immer jünger werden und wir immer mehr invasive Tätigkeiten auf nicht ärztliches Personal übertragen. Wir substituieren also an verschiedenen Stellen den Notarzt, und das kann aus ärztlicher Sicht und wahrscheinlich auch aus Patientensicht nicht der Weg sein, um die Versorgung zu verbessern.

Ich möchte mit § 5 anfangen, der sich mit den Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst beschäftigt, deren Aufnahme in das Gesetz ich sehr begrüße. Es ist sinnvoll, ärztlichen Sachverstand in der Versorgungsstruktur auf oberer Ebene einzuführen, zumal wir in Baden-Württemberg die Besonderheit haben, dass wir auf der Bereichsebene, also Rettungsdienstbereiche, viele ärztliche Ansprechpartner haben. Wir haben die notärztlichen Standortleiter, die in § 21 erstmals im Gesetz aufgenommen werden, wir haben ärztliche Verantwortliche der Hilfsorganisationen. Das bedeutet aber auch, dass vielleicht in einem Rettungsdienstbereich, in dem es viele Hilfsorganisationen gibt, viele ärztliche Verantwortliche zuständig sind. Wenn Sie die Personen zusammenzählen, dann sehen Sie, dass Sie innerhalb eines kleinen Bereichs sehr viele ärztliche Ansprechpartner haben können, die dann vermittelt über den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst vielleicht die Verbindung in das Innenministerium finden.

Andere Bundesländer gehen einen anderen Weg und setzen pro Rettungsdienstbereich einen ärztlichen Leiter ein, der sowohl supervidiert als auch die Verknüpfung nach oben darstellt. Das wäre meine Empfehlung des Weges.

Der komplexeste Parameter ist sicherlich die Beplanung der Vorhaltung der Rettungsmittel. Wir haben das ausführlich gehört. Dr. Knödler hat viele Ausführungen gemacht, denen ich mich sehr gut anschließen kann. Wir hatten in der Vergangenheit eine doppelte Hilfsfrist. Das heißt, wir hatten für das Notarzteinsatzfahrzeug und auch für den Rettungswagen jeweils eine Frist, und diese Fristen waren getrennt voneinander einzuhalten.

Dieser Weg wird verlassen: Man hat die doppelte Hilfsfrist abgeschafft, beplant den Notarzt in dem aktuellen Entwurf gar nicht mehr, sondern verschiebt es in die Planungen des Rettungsdienstplans. Aber auch die Planung für den Rettungswagen, basierend auf dem EVRALOG-BW-Projekt bzw. den dazu vorliegenden Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften, lässt die Frage aufkommen, ob das wirklich geeignet ist, einen Rettungsdienst zu beplanen. Da geht es um Notfallkategorien, die aus einer Ex-post-Perspektive unter Kenntnis der Diagnosen von Patienten entwickelt werden. So kann man aus meiner Sicht keine Ex-ante-Planung durchführen.

Klar: Die einfache Planung über Hilfsfristen, wie wir sie in der Vergangenheit haben oder jetzt als Planungsfrist, das mag einfach und trivial klingen. Wir fordern immer wieder, es spezifischer zu tun, aber um es spezifischer tun zu können, muss viel mehr Wissen akkumuliert werden, um nicht einen katastrophalen Fehler in der Versorgung zu begehen. Ich glaube, die Zeit ist noch nicht reif, mit dem EVRALOG-BW-Projekt wirklich zu planen.

Es erschließt sich mir überhaupt nicht, wenn ich eine präklinische Versorgungszeit von 60 Minuten einführe – ja, die „Golden Hour“ ist in der Medizin in vielen Krankheitsbildern vorkommend –, warum ich dann einen Zielerreichungsgrad von 80 % habe. Was ist mit den anderen 20 %? Plant man von vornherein so, dass einer von fünf Patienten nicht rechtzeitig in die Klinik gebracht werden kann? Im EVRALOG-BW-Projekt ist es so definiert, dass der Herzinfarkt Kategorie 2 entspricht. Das heißt, ein Patient mit einem

Herzinfarkt muss in 60 Minuten in der Klinik sein. Ob der Notarzt oder der Rettungswagen bis zur Minute 30 bei ihm ist, steht da nicht drin. Das heißt: Der Rettungswagen kann ohne Signal zum Patienten mit dem Herzinfarkt fahren, Hauptsache sie sind in 60 Minuten in der Klinik. Das ist das, was im Gesetzentwurf im Moment steht.

Zudem wird die Planung auf ein extrem kleines Subkollektiv reduziert, nämlich nur auf die Blaulichteinsätze. Andere Kollektive, die auch dringend medizinische Hilfe brauchen, werden explizit ausgespart wie z. B. die Notfallverlegung aus einem Krankenhaus heraus. Wenn ein Patient einen Herzinfarkt auf dem Parkplatz eines Krankenhauses erleiden, dann wird er in Kategorie 1 eingeordnet, das heißt innerhalb von zwölf Minuten in 95 % der Fälle. Wenn er es in die Notaufnahme schafft, ist er aus der Rechnung raus. Keine Notfallverlegung wird beplant. Das kann meines Erachtens so nicht bleiben.

Die Experimentierklausel ist natürlich zu befürworten. Das schafft Wissen. Man fragt sich jedoch, ob die wissenschaftlichen Standards, wie sie z. B. an andere wissenschaftliche Untersuchungen angelegt werden, hier auch angelegt werden sollen.

Zu Datenschutz, Beteiligung, Betroffenenbeteiligung, Transparenz, unabhängige Gremien, Legitimation der Entscheider findet sich im Gesetz nichts.

Zwei Paragraphen, § 8 und § 10, beschäftigen sich mit den Bereichsausschüssen auf lokaler Ebene und mit dem Landesausschuss für den Rettungsdienst. Diese Paragraphen sind für den Mediziner sehr schwer zu verstehen. In beiden gibt es Planungen, die ohne ärztliche Beteiligung paritätisch aufgegliedert sind. Das ist der einzige Sektor in der medizinischen Versorgung, wo ein Arzt kein Stimmrecht hat. Wenn Sie in der ambulanten Versorgung unterwegs sind, legt der Arzt fest, wie Sie behandelt werden. Wenn Sie in der stationären Behandlung sind, legt der Arzt fest, welche Chemotherapie Sie haben, wie der Herzkatheter aussieht, usw. Im Rettungsdienst finden Sie an keiner einzigen Stelle ein ärztliches Stimmrecht. Das kann aus meiner Sicht so nicht bleiben. Das ist auch das einzige Bundesland, das das so macht, und der Rettungsdienst ist wie gesagt der einzige Sektor, in dem das so ist.

Die zentrale Stelle zur Qualitätssicherung und das Bekenntnis zur ihr halte ich persönlich für sehr wichtig und gut gelungen.

Zur Integrierten Leitstelle finden sich aus medizinischer Sicht zwei Punkte, die angesprochen werden sollten. Zum einen ist das der Absatz 1, der sich mit der Notrufabfrage beschäftigt: Da wird davon gesprochen, dass eine landesweit einheitliche Systematik eingeführt werden soll. Das ist nicht der Fachterminus, den wir dort notfallmedizinisch erwarten würden, denn den Standard der Notfallmedizin definiert die sogenannte standardisierte Notrufabfrage – klingt so ähnlich wie „Struktur“, ist aber etwas anderes. Wenn Sie sich die Tabelle ansehen, was Sie machen müssen, wenn Sie Struktur in jede Abfrage bringen müssen, so ist diese viel kleiner, viel offener und weitaus einfacher zu erreichen als eine standardisierte Notrufabfrage. Diese landet nämlich zum Schluss bei konkreten Vorschlägen, welches Rettungsmittel einzusetzen ist. Das ist der Stand der Technik, und der sollte dann auch so im Gesetz stehen.

Die Verpflichtung der Krankenhäuser, ihre Kapazitäten zu erfassen und vorzuhalten, ist aus notfallmedizinischer Sicht super. Das braucht man. Die Kostenübernahme ist nur im Gesetz irgendwie nicht klar, und da wir hier über das Rettungsdienstgesetz und nicht über das Landeskrankenhausgesetz sprechen, frage ich mich als Beteiligter eines Krankenhauses: Wer wird das dann bezahlen, und wie bringe ich meinen Klinikumsvorstand dazu, das umzusetzen?

Die Fortbildungspflichten und Mitwirkungen der Ärzte im Rettungsdienst: An dieser Stelle wird im Gesetzentwurf leider eine Chance verpasst, nämlich die Fortbildungspflicht auf ein Niveau anzuheben, wie es in anderen Bundesländern existiert. Wir überlassen hier die Regelungskompetenz komplett der Landesärztekammer. Das führt dazu, dass wir in vielen Fällen Nicht-Fachärzte in der präklinischen Notfallmedizin haben. Sie erinnern sich an meinen Eingangssatz: Facharzt in der Klinik, Nicht-Facharzt in der Präklinik. Das liegt daran, dass die Aus- und Fortbildungspflichten auf einem sehr niedrigen Niveau sind. Zumindest hätte man an dieser Stelle eine Rezertifizierungspflicht ins Gesetz schreiben können; so wie das andere Bundesländer vornehmen.

Der Telenotarzt ist unbedingt zu begrüßen, auch die Definition, wo der Telenotarzt tätig ist, nämlich auf der Leitstelle. Das ist eine große Chance, zu standardisieren und Mitwirkung und Beratung auf der Leitstelle leisten zu können.

Notärztliche Standortleiter sind wichtig, weil sie eine große Aufgabe in der Qualitätssicherung vor Ort durchführen. Es besteht lediglich das Problem – und jetzt kommt man tatsächlich ein bisschen ins Detail –: Die ärztliche Dokumentationspflicht liegt bei den notärztlichen Standortleitern. Die Beschaffung der Hardware, Ausfallmanagement usw. liegt nicht bei ihnen. Wenn jetzt ein Ordnungswidrigkeitstatbestand eingeführt wird, der besagt, die Dokumentation ist abzugeben, und man aber beispielsweise keine Pads hat, dann hat man plötzlich zwei Adressaten. Der eine müsste es eigentlich machen, der andere ist dafür zuständig, die Pads zu beschaffen. Ich glaube, hier sollte man wieder dafür sorgen, dass die notärztliche Dokumentation auch komplett notärztlich verantwortet werden kann.

Ein weiterer kritischer Punkt ist der § 22, in dem man eine Trennung der Kompetenzbereiche zwischen LNA und OrgL neu eingeführt hat; auch einmalig in dieser Art und Weise. Es gibt jetzt eine medizinische Versorgung, und es gibt eine operativ-taktische Versorgung vor Ort. Da müssen Sie uns erst einmal erklären, was denn da der Unterschied sein soll und wer, wenn es zum Konflikt kommt, den Konflikt auflöst. In einer Krisensituation gibt es einen Ansprechpartner und einen Verantwortlichen. So ist es bei Polizei und Feuerwehr auch, mit denen wir gemeinsam eine solche Schadenslage abarbeiten. Da gibt es einen, zu dem man gehen kann. Dann kann man sich darauf verlassen, dass dessen Wort gilt. Der medizinische Sektor wird jetzt in zwei Personen aufgeteilt. Aus meiner Sicht ist das unnötig, und es erzeugt ein Haftungsrisiko.

Die Smartphone-basierte Alarmierung ist extrem gut, ist wichtig. Sie soll die Eintreffzeit verkürzen, bis Hilfe, vor allem beim Herz-Kreislauf-Stillstand, kommt. Das ist sehr wichtig; es fehlen nur die Finanzierung und die Verpflichtung, es umzusetzen. Also: Smartphone-basierte Alarmierung ist Teil der Rettungskette und sollte damit in die Kosten des Rettungsdienstes integriert werden.

Der allerletzte Punkt hat mich gefreut zu lesen, weil wir in der Klinik immer wieder das Problem haben, dass wir Patienten nicht in Kliniken weiterverlegen können. Unsere Notfallambulanzen sind voll. Wir haben eine gestufte Versorgung, wo nicht jede Klinik alles macht, sondern wir verlegen Patienten zwischen Kliniken, um quasi unserem primären Versorgungsauftrag – wenn ich jetzt „unserem“ sage, dann meine ich z. B. Maximalversorger – nachzukommen. Der primäre Versorgungsauftrag ist es, die Schwerkranken zu behandeln. Wenn ich weniger schwer kranke Patienten habe, dann muss ich diese verlegen. Dazu brauche ich Transportkapazitäten, und der § 31 macht eine gewisse Liberalisierung und wird uns vielleicht einige wenige Krankentransportmittel zusätzlich zur Verfügung stellen. – Vielen Dank.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank, Herr Professor Popp. – Dann darf ich jetzt Herrn Frank Flake vom Deutschen Berufsverband Rettungsdienst e. V. bitten, der uns per Video zugeschaltet ist. – Herzlich willkommen, Herr Flake. Sie haben das Wort.

Herr Flake: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Erst einmal vielen Dank für die Möglichkeit, hier zum Rettungsdienstgesetz Stellung zu nehmen. Vieles wurde von meinen Vorrednern schon gesagt, deshalb möchte ich mich ein bisschen mit der Praxis beschäftigen, die mir in diesem Rettungsdienstgesetzentwurf ein wenig zu kurz kommt.

Zum einen wurde eben noch einmal die Experimentierklausel genannt. Die gibt es natürlich sehr wohl in vielen anderen Rettungsdienstgesetzen auch. Grundsätzlich ist diese Integration absolut zu unterstützen. Wichtig ist nur, dass sie nicht dazu dient, am Ende vieles, was schon in anderen Bundesländern erprobt wurde, noch mal zu erproben. Das ist leider in einigen Bereichen der Fall.

Beim § 5, bei den Ärztlichen Leitern – das hat Herr Professor Popp gerade noch mal angesprochen – sehen wir es genauso: Es gibt einfach viele, zu viele ärztliche Leiter, Rettungsdienstverantwortliche, Notarztstandortleiter. Das tut nicht not. Das wird in anderen Bundesländern auch anders gemacht. Besser wäre aus unserer Sicht ein Team

„Medizinische Versorgung“, in dem vor Ort viele Player integriert sind. Das kann dann eben auch auf kommunaler Ebene passieren, und die können dann gemeinsam da tätig werden und Dinge in die Wege leiten.

Zu § 8, Landesausschuss, fehlen aus unserer Sicht vor allem die Vertreter der am meisten betroffenen Berufsgruppen, nämlich des Rettungsfachpersonals. Leistungserbringer sind aus unserer Sicht nicht ausreichend da. Selbstverständlich werden hier natürlich erst einmal Verbandsinteressen vertreten und nicht die des einzelnen Retters. Ich glaube, aber dass hier eine große Chance vertan wird. Außerdem wäre es natürlich auch eine Frage der Wertschätzung, Rettungsfachpersonal hier zu integrieren.

Ganz wichtige Punkte sind aus unserer Sicht § 11 ff. 34 Leitstellen sind einfach viel zu viele. Hier mit der Technik und dem medizinischen Fortschritt mitzuhalten, wird schwierig. Das sehen wir auch in anderen Bundesländern. Ebenso gehören Leitstellen aus unserer Sicht in kommunale Hand und nicht in die von Leistungserbringern.

Es wird – das hat Herr Professor Popp gerade auch schon gesagt – landeseinheitlich von einer Systematik der Notrufabfrage gesprochen. Hier wäre auf das System der standardisierten und strukturierten Abfrage zu verweisen. Diese sind heute Standard, wie ProQA oder NoraTec und was es da alles so gibt. Diese sind unbedingt zu integrieren.

Ebenso fehlen Hinweise auf die konsequente Umsetzung der nächsten Fahrzeugstrategie, unabhängig von der Frage, um welches Fahrzeug es sich handelt. Hier ist eine Integration von GPS-Steuerung etc. obligatorisch.

Am Ende muss man ganz klar sagen: Es werden definitiv mehr Knöpfe benötigt als nur RTW, KTW und NEF. Das sieht man eben auch in anderen Bundesländern, dass da schon deutlich mehr umgesetzt wird. Das, was Sie hier erstmalig im Gesetz als Helfer-vor-Ort-App zur Ersthelferalarmierung beschreiben, halten wir für sehr gut, aber auch die Telefonreanimation sollte Standard sein und kann hier noch einmal Erwähnung finden. Am Ende darf Überleben nicht vom Willen Einzelner abhängig sein, sondern von einem guten, ineinandergreifenden System.

Dann zu § 20, „Eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen und Ärztliche Verantwortliche im Rettungsdienst“: Da hatte ich gerade schon gesagt, dass es eine Menge an ärztlichen Verantwortungen gibt; am Ende scheint vor Ort jeder entscheiden zu können, wie viel er denn benötigt. Also: Jeder, wie er will. Das darf natürlich nicht sein. Mir fehlt da auch der Verweis bei den Standardanweisungen auf den Pyramidenprozess. Hier könnte auch noch einmal deutlich nachgebessert werden.

Was dort auch nicht integriert ist, ist die ungeklärte Finanzierung der Ärztlichen Verantwortlichen und der zeitliche Ansatz. Es sind aber eine Menge Aufgaben integriert. Das sollte man noch einmal differenziert betrachten und auf die einzelnen Bereiche entsprechend eingehen.

Das wichtigste Problem aber, das wir im Rettungsdienst haben, ist die Zunahme der Low-Code-Einsätze. Darauf wird in diesem Gesetz überhaupt keine Rücksicht genommen. Am Ende wissen wir: Das Ganze führt zur Überlastung des Rettungsdienstes und zum unnötigen Aufwuchs von Bedarfsplänen. Hinzu kommt frustriertes Personal, welches den Rettungsdienst verlässt. Das wurde hier auch schon mehrmals betont. Was wir benötigen, sind Systeme wie z. B. den Gemeindenotfallsanitäter oder Ähnliches.

Was wir nicht haben, sind Geld und unbegrenztes Personal. Deswegen muss man gerade diese Einsätze entsprechend eindämmen. Und wir glauben, dass hier eine große Chance vertan wird, ohne dass man diese Systeme integriert, die eben schon in anderen Bundesländern laufen, und zwar sehr erfolgreich.

Die Experimentierklausel reicht hier einfach nicht aus, zumal diese Systeme jetzt hinlänglich erprobt sind und funktionieren. Hinzu kommen die NKTWs, die das System beispielsweise zusätzlich entlasten können, indem sie sich eben nicht zeitdringlichen Transporten widmen.

Zu guter Letzt noch mal der Telenotarzt, der hier auch an einigen Stellen genannt wurde: Aus unserer Sicht muss die Integration des Telenotarztes vom Land gesteuert werden,

und sie muss definitiv an die Leitstellen angehängt werden und darf nicht in irgendwelchen Kliniken verhaftet werden.

Die Alarmierung sollte ausschließlich durch den Notfallsanitäter vor Ort geschehen. – So viel dazu von meiner Seite. Vielen Dank.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank, Herr Flake. – Wir wären damit am Ende der Anhörung und kommen jetzt zur Fragerunde. Wer wünscht das Wort? – Zunächst Herr Kollege Ranger, und dann geht es weiter in der Reihenfolge der Wortmeldungen.

Abg. Klaus Ranger SPD: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Herr Professor Pitz, Sie haben gesagt, Sie fänden gewisse Dinge verfassungsrechtlich bedenklich. Wie sehen Sie das Konstrukt der Selbstverwaltung in dieser Hinsicht? Hierzu habe ich schon kritische Worte gehört.

Abg. Nico Weinmann FDP/DVP: Herzlichen Dank für die sehr informativen Ausführungen aus den einzelnen Bereichen. Ich habe eine ganze Reihe von Fragen.

Beginnen möchte ich mit § 6 – das ist schon angesprochen worden –, der Inkohärenz zwischen den Zeiten in Absatz 1 Ziffern 1 und 2. Mich interessiert, wie Sie dies bewerten. Wir sprechen ja zunächst von der Eintreffzeit bei Einsatzannahmeende – also Ende des Telefonats –, während unter Ziffer 2 tatsächlich vom Eingang der Notrufmeldung gesprochen wird.

Die Problematik der Unbestimmtheit bei den Begriffen „akut“ oder „höchste Eile geboten“ ist bereits angesprochen worden. Welche Möglichkeiten sehen Sie, um dieses Defizit, beispielsweise durch die Benennung von Krankheitsbildern, zu korrigieren?

Zu § 6 Absatz 4 ist gesagt worden, dass hier beispielsweise auch eine abgestufte Frist durch Rechtsverordnung im Rettungsdienstplan ermöglicht werden soll. Das ist der Punkt, der letztendlich auch vom Verwaltungsgerichtshof kritisiert wurde. Halten Sie diesen Punkt mit Blick auf die Wesentlichkeitstheorie für rechtskonform?

Angesprochen wurde auch § 11, Integrierte Leitstelle, die standardisierte Erstabfrage in Form einer Checkliste. Halten Sie es, auch im Sinne der Qualitätssicherung, für sinnvoll, hier landeseinheitliche Vorgaben zu machen?

In Bezug auf die Integrierten Leitstellen: Halten Sie es für geboten oder gar für zwingend, zuvörderst den Krankenwagen zu informieren, bevor andere Systeme, beispielsweise die Ersthelfer-App oder HvO, eingesetzt werden, bei entsprechendem Bedarf?

Abg. Andrea Schwarz GRÜNE: Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Maier, und zwar: Welche Potenziale und auch welche Leistungsfähigkeit sehen Sie, wenn die Berufsfeuerwehren sich mit Rettungswagen im Rettungsdienst einbringen? Reichen die Regelungen in § 3 Absatz 2 aus Ihrer Sicht dafür aus, um diese dann auch zu implementieren?

An Herrn Flake die Frage: Sie fordern, Notfallsanitäter, also Rettungsdienstpersonal, in den Gremien besser zu berücksichtigen. Wie unterscheidet sich in Ihren Augen die Perspektive von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern von der anderer Gruppen, und welchen Benefit könnte man dadurch erwarten?

Ich möchte noch einmal auf die Notfallsanitäter zurückkommen. Sie haben angesprochen, dass es mehr braucht als nur Rettungswagen. Da bin ich ganz bei Ihnen. Im besten Fall ist eben der Gemeindefallsanitäter, wie Sie es erläutert haben, in der Lage, Patienten so weit zu behandeln, dass ein Transport in eine Notaufnahme erst gar nicht notwendig wird, was dort ja erneut Ressourcen binden würde. Sehen Sie darin auch einen Benefit für die Attraktivität des Berufsbilds der Rettungssanitäter?

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank an die Referenten. Ich glaube, wir sehen, dass die Thematik sehr komplex ist; in den sechs Vorträgen kamen sehr unterschiedliche Ansichten zum Ausdruck, die sich teilweise sogar widersprochen haben.

Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Dr. Maier. Sie haben gemeint, die subsidiäre Pflichtaufgabe der Land- und Stadtkreise sei ein Problem. Wir haben diese ja aber bislang

schon in § 2 Absatz 4 stehen. Gab es in der Vergangenheit konkrete Fälle, in denen es zu einem Problem wurde?

An Herrn Knödler gerichtet: Sie hatten das „ergänzend“ in § 3 Absatz 4 angesprochen. Ich sehe in diesem Zusatz keine große Änderung, weil wir in diesem Paragrafen schon bislang „so weit“ stehen hatten. Jetzt steht eben noch „ergänzend“ dabei. Vielleicht könnten Sie noch mal erklären, weshalb aus Ihrer Sicht das Wort „ergänzend“ ein Problem ist.

Herr Professor Pitz, vielen Dank für Ihren Vortrag. Vielleicht könnten Sie noch einmal zum Thema Selbstverwaltung ausführen und sagen, warum hier eine Verfassungswidrigkeit gegeben sein soll. Ich konnte dem nicht ganz folgen. Denn wir haben ja bei zahlreichen Gesetzen oder Regelungen in unserem Staat Aufgaben, die der Staat auf Private überträgt. Wir sind als Parlament demokratisch legitimiert, und wenn wir uns dazu entschließen, an Private Aufgaben zu übertragen, dann sehe ich da erst einmal keine Demokratiedefizite.

Dass die Person, die krank oder verletzt von einem Rettungsdienst aufgegebelt werden muss, jetzt nicht rechtsstaatliche Mittel einleiten kann, bis sie gerettet wird, ist, glaube ich, auch klar. Dieser Person soll geholfen werden. Ich glaube auch nicht, dass der Rettungsdienst nachfragt, ob man privat oder gesetzlich versichert ist; es wird in Deutschland, in Baden-Württemberg geholfen. Ich habe diesen Einwurf daher nicht ganz verstanden.

Gleiches gilt für Ihre Bedenken hinsichtlich der Experimentierklausel. Eine Experimentierklausel ist bereits in vielen Bundesländern installiert; ich meine, das ist hinreichend klar. Da steht jetzt nicht drin, dass man alles machen darf, was man will, es steht nicht drin, dass die Landesregierung in allen Bereichen tätig werden kann, sondern da steht ganz genau drin: „für das Ausprobieren neuer Versorgungskonzepte“. – Ich habe also auch diesen Kritikpunkt nicht verstanden.

Abg. Daniel Lindenschmid AfD: Vielen Dank an die Experten, die hier gezeigt haben, dass bei diesem Gesetzentwurf, dessen Intention ja gut ist, noch einige Änderungen notwendig sind, damit es wirklich ein guter Gesetzentwurf wird.

Meine erste Frage richtet sich an Herrn Professor Pitz: Wie viele Rettungswachen gibt es derzeit, und wie viele neue Rettungswachen hielten Sie für erforderlich, wenn der Gesetzentwurf in dieser Form in Kraft treten sollte?

Wie ist die Kostentragung derzeit organisiert hinsichtlich von Missbräuchen und Fehlalarmen? Stellen die Leistungserbringer diese Kosten ebenfalls den Leistungsträgern in Rechnung, oder werden diese Kosten den Trägern erlassen, und stellen die Leistungserbringer, sprich die Rettungsorganisationen, diese Kosten den Verursachern selbst in Rechnung?

An Herrn Dr. Maier: In jüngster Vergangenheit wurden hier im Land zahlreiche Notfallpraxen geschlossen. Die notärztliche Versorgung der Bevölkerung hat sich dadurch sehr verschlechtert. Sehen Sie mit diesem Gesetzentwurf die Möglichkeit, diese Entwicklung umzukehren und zum alten Zustand zurückzukehren? Inwieweit würden bodengebundene Rettungsdienste und die Luftrettungsdienste entlastet, wenn die Infrastruktur der Notfallpraxen wiederhergestellt würde?

Herrn Flake möchte ich fragen: Wie hoch ist derzeit schätzungsweise der Anteil missbräuchlicher Anforderungen von Rettungsdienstfahrzeugen – entweder anlasslos oder nur für Allerweltskrankheiten, beispielsweise, um sich den Weg zum Arzt zu sparen? Wie ist die momentane Lage? Haben Leitstellen und Leistungserbringer die verpflichtende Aufgabe, Fehlalarme und missbräuchliche Inanspruchnahme von Notrufen zu dokumentieren, zu kategorisieren und auszuwerten?

Zum Schluss an Herrn Professor Popp die Frage: Halten Sie das System der Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst, also die Vorabdelegation mit ihrer Verschriftlichung jedes Handgriffs, in den zahlreichen Notsituationen, mit denen Notfallsanitäter konfrontiert werden können, für praxisgerecht und durchführbar?

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank. – Ich bitte dann in folgender Reihenfolge zu antworten: Herr Professor Pitz, Herr Dr. Maier, Herr Flake, Herr Dr. Knödler und Herr Professor Popp.

Herr Dr. Pitz: Zum Thema Selbstverwaltung vorneweg: Man muss, glaube ich, ganz scharf auseinanderhalten, ob die Exekutive jemanden mit einer Aufgabe beleiht oder ob der Gesetzgeber anstelle der Exekutive jemanden beauftragt, etwas zu tun. Da sieht das Bundesverfassungsgericht hohe Hürden, dass man das tun kann, und sagt: Das kann man nur dann tun, wenn man die demokratische Legitimation hat, wenn man normdicht angeleitet ist, wenn man eine staatliche Aufsicht hat und wenn die Interessen der Betroffenen gewahrt sind.

Das Grundproblem, das wir hier haben: Dieses Konstrukt ist per se schon ziemlich löchrig, weil Sie ja nicht einmal alle GKV-Versicherten in dieser Selbstverwaltung abbilden, da Sie in diesem Gesetzentwurf nur auf die Landesverbände der Kostenträger abstellen. Da sind aber beispielsweise Ersatzkassen gar nicht drin; das ist ja durchaus ein relevanter Kreis.

Dann ist nicht enthalten der ganze Bereich der gesetzlich Unfallversicherten; es ist nicht enthalten der Bereich der Ausländer, der Bereich der Privatversicherten. Diese tauchen in dieser Selbstverwaltungsstruktur gar nicht auf, obgleich der Rettungsdienst – und das ist der Unterschied zum GKV-System, zum System der gesetzlichen Krankenversicherungen – eben jeden Bürger betrifft. Es ist zwar grundsätzlich richtig, dass wir knapp über 80 % GKV-Versicherte haben, aber ob ich in einer Selbstverwaltungsstruktur quasi die restlichen 20 % einfach nicht abbilden kann – da habe ich erhebliche Zweifel.

Hinzu kommt, dass es in dieser Selbstverwaltungsstruktur keinerlei demokratische Legitimation gibt. – Das ist übrigens nicht meine persönliche Meinung, das sagt der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg. Und es ist auch zutreffend; denn ich persönlich habe keinen Vertreter der Hilfsorganisationen irgendwie gewählt, geschweige denn – – Ich bin als Landesbeamter Privatpatient; ich habe auch niemanden von den

Kostenträgern gewählt. Ich beteilige mich nicht an den Sozialwahlen, ich darf da gar nicht mitmachen.

Von daher haben Sie ein grundlegendes Problem. Ich bin mal gefragt worden: Kann man eine Selbstverwaltung im Rettungsdienst machen? Geht das irgendwie? Dann sage ich immer: Na ja, grundsätzlich bleibt das Problem der fehlenden demokratischen Legitimation bestehen. Aber selbst wenn man das machen wollte, hätte ich als Gesetzgeber – Stichwort normdichte Anleitung – und als Staat – Aufsicht – einen so hohen Aufwand, dass ich mir verdammt gut überlegen muss, ob in einem so hoch grundrechtsrelevanten Bereich das eine gute Idee ist.

Ich sehe andere Bundesländer, die das alles so praktizieren; das ist nur in Baden-Württemberg ein Thema. Man kann ja auch eine Struktur bauen, die empfehlenden Charakter hat. Dann habe ich diese ganzen Probleme mit einem Wisch weg, indem nämlich am Ende die staatlichen Institutionen, beraten durch entsprechende Fachleute, die Entscheidungen treffen. Daher muss man sich das tatsächlich überlegen.

Ich möchte noch einen anderen Aspekt hineinbringen – vorhin wurde auch das Thema Fachkräftemangel angesprochen –: Eine unmittelbare Rechtsfolge der Selbstverwaltungsstruktur ist die fehlende Amtshaftung der Notärzte und aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rettungsdienst. Und dann überlegt sich ein Notarzt vielleicht: Ist mir das Haftungsrisiko in Baden-Württemberg nicht doch ein bisschen zu hoch, und gehe ich nicht lieber nach Hessen, wo ich die Amtshaftung habe? – Das hat ja alles eine Konsequenz, dieses Selbstverwaltungskonstrukt.

Von daher bleibe ich dabei: Wenn man die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu dieser Thematik – Stichwort Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen – sorgfältig liest, hat man erhebliche Zweifel, ob dieses Konstrukt eine gute Idee ist und verfassungsrechtlich hält. Ich persönlich habe daran meine Zweifel.

Ein weiteres Thema war die Frage die Unbestimmtheit. Ja, darum geht es im Prinzip. Das Thema Wesentlichkeitstheorie: Ich als Gesetzgeber muss die wesentlichen Dinge selbst

regeln. Das wird hier durch diese Selbstverwaltung – Stichwort normdichte Anleitung – quasi nochmals verschärft. Ich bekomme noch stärker ein Problem. Meiner persönlichen Meinung nach – ich habe es gesagt – kann man derzeit gar nicht bewerten, ob mit diesem Gesetzentwurf ein Mindestmaß an rettungsdienstlicher Versorgung sichergestellt wird, weil man viele Begriffe gar nicht kennt.

Keiner weiß, was Notfallkategorien sind. Keiner kann dem Gesetzentwurf entnehmen, was ein akuter Blaulichteinsatz ist. Da heißt es erst „akut“, und dann gibt es die Definition nach § 38. Denn auch das müssen wir uns klarmachen: Hier werden nicht nur die Massenunfälle von Verletzten, die Notarzteinsätze herausgenommen, sondern es werden auch noch die Blaulichteinsätze herausgenommen, die nicht akut sind.

Wie gesagt, ich habe keine Ahnung, wie man das definieren will. Was mir eben ins Auge gesprungen ist, ist, dass man sich in § 2 sehr viel Mühe gemacht hat, Dinge zu definieren. Aber die wirklich wichtigen Dinge sind da nicht definiert.

Ich kann nur vermuten, dass das vielleicht dem Umstand geschuldet ist, dass dieser Paragraph etwas später im Gesetzgebungsprozess aufgenommen wurde. Aber ja, das ist ein Thema der Wesentlichkeit – und noch einmal verschärft in dem Selbstverwaltungskonstrukt.

Dazu gehört natürlich noch etwas – Professor Popp hat es gesagt –: die Prähospitalzeit; 80 % in 60 Minuten. Da steht dann aber plötzlich drin: Die messen wir nur bei bestimmten Notfallkategorien. – Ja, wer bestimmt denn, welche bestimmte Notfallkategorie jetzt gemessen wird? Das lässt dieser Gesetzentwurf völlig offen.

Das heißt, man würde jetzt quasi sagen: Wir operieren am Herzen – das ist § 6 Rettungsdienstgesetz –, aber wie wir das so genau machen, das weiß man nicht. Und da habe ich tatsächlich Bedenken, dass man da eine gute Idee haben kann, wenn man nicht nachschärft. Das ist nun mal das Herzstück – Stichwort Mindestmaß, Stichwort gesetzgeberisches Ermessen. Das würde eben verfassungsgerichtlich geprüft.

Ich will nicht falsch verstanden werden: Sie haben als Gesetzgeber ein weites Ermessen, wie Sie die Daseinsvorsorge ausgestalten. Aber die Hürde muss man trotzdem überspringen, dass man irgendwie klarmacht, welche Ermessenserwägungen hier angestellt werden, und dass man zeigt, dass man ein Mindestmaß erfüllt.

Das Thema „Integrierte Leitstellen“ war ebenfalls angesprochen. Herr Popp sagte: Vielleicht ist es noch nicht an der Zeit. – Ja, wenn ich die Daten generieren will, um eine solche Planung irgendwann machen zu können, dann müssen die Leitstellen landeseinheitlich standardisiert abfragen. Und diejenigen, die sich mit der Thematik befassen, wissen: Das SGB V schreibt das beispielsweise für die Kassenärztlichen Vereinigungen inzwischen vor; es steht im Gesetz, dass eine solche standardisierte Abfrage bei 116 117 zu erfolgen hat. Von daher muss man sich dann natürlich die Frage stellen, warum man das hier nicht macht. Warum wird keine landeseinheitlich standardisierte Notrufabfrage vorgeschrieben?

An dieser Stelle noch ein Aspekt aus Richtung Berlin: Letzte Woche ist der Referentenentwurf zu einem Notfallgesetz veröffentlicht worden. Da steht drin: Die Leitstellen können die KVen zwingen, eine Kooperation einzugehen, aber nur, wenn sie standardisierte Notrufabfrage machen.

Ich habe es gesehen, Herr Flake, Sie waren in Oberschwaben. Das sind Leuchttürme in Baden-Württemberg, die das machen. Und das ist eigentlich genau der Weg: Standardisierung, Daten generieren, und dann hat man auch etwas, mit dem man ordentlich planen kann.

Die gleichzeitige Alarmierung von Rettungswagen, Helfer-vor-Ort-System, Smartphone-basierte Ersthelfer – das ist obligat. Jede Leitstelle, die ein ordentliches Einsatzleitsystem hat, wird diese Alarmierung gleichzeitig beschicken, weil nur so sichergestellt werden kann, dass die Hilfe schnell ankommt.

Herr Miller, zu Ihrer Frage der Experimentierklausel nur ein Satz noch: Da steht „insbesondere“. „Insbesondere“ heißt halt nur „insbesondere“. Und dann kommt eine lange

Liste. Das lässt aber auch alles andere offen. Wenn das ein abschließender Katalog wäre, könnte man darüber diskutieren. Aber das ist kein abschließender Katalog.

Zur Anzahl der Rettungswachen – das war noch Ihre Frage, Herr Lindenschmid – kann ich nichts sagen; hierzu liegen mir keine Daten vor.

Die Kosten: Auch im neuen Rettungsdienstgesetzentwurf ist eine Regelung – § 44 – enthalten, die der bisherigen Regelung entspricht, dass bei missbräuchlicher Anforderung des Rettungsdienstes ein Kostenersatz fällig ist. Die Wahrheit ist, dass mir kein Fall bekannt ist, der vor Gericht gelandet wäre. Das lässt vielleicht auch die Vermutung zu, dass es da bisher nichts gab, dass man das nicht gemacht hat – warum auch immer. Ich jedenfalls kenne kein Gerichtsverfahren dazu in Baden-Württemberg.

Herr Dr. Maier: Frau Schwarz, zu Ihrer Frage nach den Potenzialen der Berufsfeuerwehren: Hier ist die Lage natürlich von Stadtkreis zu Stadtkreis, insbesondere bei den großen Städten, unterschiedlich. Ich kann jetzt nur für die Stadt Stuttgart verbindlich etwas sagen: Wir sind bereits in der Notfallrettung mit im Einsatz, zusammen mit dem Roten Kreuz oder im Auftrag des Roten Kreuzes. Wir haben eigene Fahrzeuge, wir haben Notfallsanitäter, und wir haben auch entsprechend ausgebildetes Personal. Das heißt, grundsätzlich wären wir durchaus in der Lage, hier maßgeblich oder auch stärker in die Verantwortung zu gehen.

Mir erschließt sich von der Sache her nicht, weshalb es in § 3 Absatz 1 nur die genannten Einrichtungen und Organisationen gibt, nicht aber Berufsfeuerwehren, die sich dazu berufen oder in der Lage sehen. Denn wir sind, wie gesagt, in dieser Thematik bereits drin. Wir könnten es auch.

Jetzt sehe ich es wieder in Zusammenhang mit Absatz 4, mit der subsidiären Pflichtaufgabe – Herr Dr. Miller, auch Ihre Frage ging in diese Richtung –: Wenn wir schon im Notfall einspringen müssen, wenn die Leistungsträger nicht in der Lage wären, die Versorgung sicherzustellen, wenn wir es schon müssen, dann sollten wir es auch dürfen. Deshalb denke ich schon, dass wir auch in der Lage sein sollten, gleichrangig auf

Augenhöhe – wir wollen da niemandem etwas wegnehmen –, sollten wir vom Land beauftragt werden zu diesen Tätigkeiten – – Zumal wir jetzt in diesem Fall auch vom Roten Kreuz über Vereinbarungen wieder selbst zum Leistungsträger geworden sind. Weshalb wir hier nicht auf Augenhöhe mit den Organisationen stehen, erschließt sich mir nicht.

Wenn es andersherum organisiert würde, und wir würden als Berufsfeuerwehr zum Leistungsträger auf Landesebene, dann könnten wir wiederum mit dem Roten Kreuz und anderen, ebenso wie es jetzt mit uns geschieht, Vereinbarungen schließen und diese mit uns in die Pflicht nehmen und mit ihnen zusammenarbeiten.

Dieses Ungleichgewicht – Berufsfeuerwehren und private Organisationen – ist aus meiner Sicht nicht sachgerecht, weil es, wie gesagt, ohnehin diese Pflichtübergabe, diese Pflichtübertragung im Notfall gibt und wir deshalb ohnehin subsidiär leistungsfähig sein sollten – es sei denn, wir müssten wieder auf die gleiche Organisation zugreifen, um tätig zu werden, die es bisher nicht geschafft hat. Da beißt sich die Katze in den Schwanz.

Bei der Frage, ob es eine subsidiäre Pflichtübertragung schon gab, bin ich jetzt überfragt. Mir ist da nichts bekannt. Aber zumindest wird jetzt in Absatz 4 diese Möglichkeit neu geschaffen, und mit diesem Fall müssen wir als Kommunen dann auch umgehen können. Wenn wir als Kommunen vorher überhaupt nicht mit dem Thema Notfallrettung betraut waren, wie sollen wir dann, wenn es schnell gehen muss, wenn die bisherige Struktur nicht mehr funktioniert, arbeiten können? Wir müssen also in der Lage sein, auch Know-how aufzubauen, und in diesem Bereich tätig werden.

Zur letzten Frage, Herr Lindenschmid, zum Thema Notfallpraxen: Da bin ich jetzt überfragt. Ich kann es nicht einordnen, sehe aber nicht, wie es hier zu Verschiebungen oder Entlastungen kommen könnte. Das ist dann mehr eine Frage der Gesamtbetrachtung landesweit, was die Planung angeht, was die Gesamtstruktur angeht, zwischen Rettungsdienst, Krankenhauslandschaft – auch da ist ja vieles im Umbruch – und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Ich glaube nicht, dass es hier durch dieses Gesetz große Veränderungen oder Verbesserungen geben könnte – weder im Positiven noch im Negativen.

Herr Flake: Vielen Dank, Frau Schwarz, für die Fragen. Sie hatten zum einen nach der Einbindung von Notfallsanitätern oder Rettungsfachpersonal im Allgemeinen – die Rettungssanitäter gehören natürlich auch dazu – in die entsprechenden Gremien gefragt. Hier haben wir im Moment einfach das Problem, dass wir an vielen Stellen überhaupt nicht gefragt werden und unsere Bedürfnisse in allen Bereichen nicht berücksichtigt werden. Das sind Bedürfnisse eher praktischer Art.

Wir haben noch immer die Problematik, dass wir in vielen Bereichen überlastet arbeiten, aber die Bedarfspläne und die Arbeitszeiten nicht angepasst werden. Im Rettungsdienst sind immer noch 48 Stunden der Standard, und da spielt es zum Teil gar keine Rolle, ob Sie mit einem Auto 14, 15 Stunden durchrutschen und durchrollen; das wird in den einzelnen Gremien nicht berücksichtigt.

Im Bereich des Landesausschusses gibt es viele Fragestellungen, die auch im Gesetzentwurf schon genannt sind und die aus meiner Sicht ganz klar in den Bereich der Notfallsanitäter eingreifen. Und wen sollte man dazu befragen, wenn nicht die Notfallsanitäter selbst?

Dazu noch ein paar Zahlen, die diesen Missstand aufzeigen. Wir haben im Moment die Situation, dass 20 % der Notfallsanitäter direkt nach der Ausbildung aus dem Beruf aussteigen, und wir wissen, dass 25 % maximal fünf Jahre bleiben. Das sind Zustände, die wir auf Dauer nicht tolerieren können. Deswegen müssen wir einfach mehr für diesen Beruf tun. Denn er ist wichtig und trägt zu einer besseren Gesundheitsversorgung bei.

Zum anderen hatten Sie nach dem Benefit bzw. der Zufriedenheit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern im Bereich von Gemeindenotfallsanitäterdiensten gefragt. Aus unserer Sicht – das zeigen auch die Auswertungen der entsprechenden begleitenden Universitäten des seinerzeitigen Projekts – nimmt dadurch die Attraktivität für die Notfallsanitäter deutlich zu. Sie erwerben eine Kompetenz in einem anderen Bereich. Denn klar, das ist ambulante Versorgung im eigentlichen Sinne und eben nicht Notfallrettung,

aber sie gewinnen eine sehr hohe Zufriedenheit, diesen Patienten helfen zu können, weil sie auch die Zeit haben, um Patienten zu helfen.

Das können Sie natürlich in einer normalen Notfallrettung nicht; da ist der Klassiker: Sie fahren, und wenn Sie ein Problem haben, das nicht Ihres ist, dann sind Sie sofort wieder weg, und der Patient muss sich selbst darum kümmern. Das haben Sie in diesem Bereich nicht.

Im Weiteren gibt es natürlich auch Notfallsanitäter, die die Altersgrenze 50 plus schon überschritten haben und nicht mehr unbedingt gewillt sind, nachts um vier aus dem Bett zu springen. Für diese ist das eine gute Alternative, und die sehen wir in diesem Bereich auch sehr stark, weil sie die notwendige Erfahrung mitbringen, um hier tätig zu werden. – Das alles, wie gesagt, führt in diesem Bereich zu einer großen Zufriedenheit.

Zu den Fragen von Herrn Lindenschmid: Ich würde hier gar nicht von Missbrauch sprechen. Sie hatten gefragt, wie hoch derzeit der missbräuchliche Anteil der Anfahrten ist. Ich denke, man kann gar nicht von Missbrauch sprechen. Denn es ist einfach nur eine falsche Zuweisung. Diese Fahrten gehören nicht in den Rettungsdienst, werden aber dorthin gewiesen, weil es niemand anderen gibt, der hilft. Es ist heutzutage schwierig, einen Hausarzt vor Ort zu bekommen; der ärztliche Bereitschaftsdienst wird immer mehr ausgedünnt. Die Menschen wissen sich nicht zu helfen und wählen die 112 – denn da bekommen sie immer Hilfe.

Wir wissen, dass die Fahrten, die im Moment im Rettungsdienst entstehen und nicht unbedingt diesem System zuzuordnen sind, ca. 20 bis 25 % betragen. Die Frage, die sich da eher stellen muss, ist: Warum fahren wir da hin? Wichtig ist, dass all diese Menschen und vielleicht im weiteren Verlauf auch Patienten definitiv Hilfe benötigen – aber diese Hilfe ist eben nicht der Rettungswagen, der Krankenwagen oder ein Notarzteeinsatzfahrzeug.

Die reine missbräuchliche Anwendung wird mindestens auf Leitstellen systematisch erfasst. Wenn missbräuchliche Anwendung so zu verstehen ist, dass das fünfjährige Kind

aus Spaß die 112 drückt, dann ist das sicherlich eine Art Missbrauch und ist in diesem Fall wahrscheinlich auch nicht gewollt. Aber wenn ein Patient, wenn ein Mensch wegen Husten, Schnupfen, Heiserkeit die 112 wählt, würde ich das nicht als Missbrauch, sondern nur als eine falsche Zuweisung im System bezeichnen.

Im Bereich der Leistungserbringer wird dieser „Missbrauch“ eher nicht dokumentiert; da wird man eher von Fehlfahrten sprechen. Aber das ist ein sehr weites Feld; das reicht von der Feststellung: „Es war gar kein Patient anzutreffen“ bis: „Der wurde nicht transportiert aus bestimmten Gründen.“ – Ich hoffe, dass ich damit die Fragen beantworten konnte.

Herr Dr. Knödler: Zum einen auf das, was Frau Schwarz gesagt hat, in Bezug auf die Berufsfeuerwehren, die sich, wenn es große Städte sind, beteiligen könnten: Da reicht natürlich § 3 Absatz 1 und 2 nicht aus, ein selbstständiges Aufrufen einer Tätigkeit bei einer Stadt zu machen. Da aber steckt natürlich auch der Teufel im Detail; da muss man aufpassen. Wenn in § 3 erklärt wird, dass die Städte eigenständig mitarbeiten können, dann muss man sich schon mit den Fragen der Kosten beschäftigen. Denn die Kostenstrukturen des Ehrenamts und die Kostenstrukturen, die dann von den Städten, von den Großstädten eingebracht werden – das sind ja Beamte – sind strukturell ganz unterschiedlich. Daher muss man das dann auch im Gefüge der Wirtschaftlichkeit der Prüfung bis hin zu den Schiedsstellen sehr genau beleuchten. Und da reicht das Gesetz an dieser Stelle meiner Meinung nach in keiner Weise aus.

Ich darf es noch einmal sagen: Stuttgart hat vor vielen, vielen Jahren sozusagen durch Bereitstellung eines RTW kraft Auto und kraft OB-Entscheidung am Rettungsdienst mitgewirkt. Dieses ist über Jahrzehnte – ich glaube, das hier öffentlich sagen zu können – schwarz gefahren. Deshalb war der Betrag, den die Kostenträger im System gegeben haben, auch sehr bescheiden.

Ich habe natürlich in meiner Zeit versucht, konsequent vor allem die Kostendeckung für die Stadt wieder ins Lot zu bringen. Nach wie vor ist das ja eine Freiwilligkeitsleistung der Städte gewesen – wenn sie sich daran beteiligt hätten.

Ich will nur sagen, das ist ein großes Thema, ein großer Komplex. Ich unterstütze die Intention des Städtetags. Aber da bedarf es weiterer Regelungsmechanismen im Gesetz. So einfach geht es an dieser Stelle nun nicht.

Das Zweite, auf die Frage von Herrn Dr. Miller: Ich habe das einfach nur so gelesen und habe gedacht: Den Satz kenne ich nicht. Seither habe ich immer verstanden, dass die Versorgung Pflichtaufgabe der Stadt- und Landkreise ist, wenn die Leistungsfähigkeit durch den Städte- und Landkreistag eben festgestellt wird. Und dann übernimmt diese Aufgabe der Stadtkreis oder der Landkreis. Und wenn ich nun das Wort „ergänzend“ lese, dann hätte ich mir natürlich gewünscht, ich würde eine Erklärung im Gesetz finden, die mir hilft, zu verstehen, warum dieses kleine Wörtchen „ergänzend“ hineingekommen ist. Dann wäre ich sicherer gewesen.

Und nun lese ich es halt so: Der Rettungsdienst ist zu 80 % in Line und zu 20 % nicht in Line. Deshalb steht er nicht sozusagen im Ampelmodell mit Grün da. Und für die letzten 20 %, die nicht geregelt sind, ist dann der zuständige Stadt- oder Landkreis verantwortlich. Und das kann nicht sein. Da muss die klare Botschaft sein: Da muss derjenige, der das Amt übernimmt, dann auch die Verantwortung tragen. Man kann ja nicht Erbsen zählen oder Rosinen picken. Das geht einfach nicht an dieser Stelle. So habe ich das noch einmal eingebracht, und so habe ich persönlich es verstanden. Wie gesagt, eine Erklärung habe ich im Gesetzestext nicht lesen können.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Ein Antrag zur Geschäftsordnung – Herr Abg. Karrais.

Abg. Daniel Karrais FDP/DVP: Ich beantrage, den Minister für Inneres, Digitalisierung und Kommunen herbeirufen zu lassen. Er schwätzt nämlich schon seit zehn Minuten da draußen rum mit dem Herrn Bauer. Es ist zwar nett, dass er sich mit Journalistinnen und Journalisten unterhält, aber hier findet gerade eine Anhörung zu einem Gesetzentwurf

aus seinem Haus statt, und da finde ich es außerordentlich unangemessen, dass der Minister hier nicht anwesend ist – auch wenn der Staatssekretär vor Ort ist.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank. – Ich gehe davon aus, dass sich der Antrag durch Zuruf erledigt oder irgendjemand mal nach draußen geht und den Minister hereinholt. – Wenn das nicht geht, lasse ich über den Geschäftsordnungsantrag abstimmen. – Da sehe ich den Minister. Gut. – Ich sehe Bewegung beim Herrn Minister.

(Minister Thomas Strobl betritt den Plenarsaal und nimmt seinen Platz ein.)

– Dann hat sich der Antrag durch Vollzug erledigt? – Ich danke Ihnen für Ihr Verständnis, Herr Karrais.

Herr Dr. Popp: Sie hatten mich gefragt, wie ich zur Delegation von ärztlicher Leistung auf nicht ärztliches Personal stehe. Darauf ist zu antworten – positiv –: Es ist Teil der zukünftigen Notfallmedizin, dass wir Aufgaben auf nicht ärztliches Personal übertragen. Ich möchte meinen eben gehaltenen Vortrag, wo es um die Notärzte und den Facharztstandard sowie um invasive Maßnahmen ging, nicht so verstanden wissen, dass ich das ablehne, sondern es ist eine Frage des Ausmaßes und der Kontrolle. Es geht darum: Welche Maßnahmen können übertragen werden? Dazu gibt es natürlich den Pyramidenprozess; es gibt vielfältige Gespräche dazu: Was sind Maßnahmen, die man gut übertragen kann, und welche sind es nicht mehr?

Ich warne nur vor der Ausweitung; ich sehe es sehr wohl als möglich an, Maßnahmen zu übertragen – es ist eine Frage des Wieviel.

Das andere ist die Überwachung; da hatte ich kritisiert, dass derzeit die Überwachung so geplant ist, dass sie durch die Ärztlich Verantwortlichen im Rettungsdienst stattfindet, das heißt, durch Mitarbeiter der Hilfsorganisationen. In einem Rettungsdienstbereich sind das eine große Anzahl, die parallel dann diese Maßnahmen, die delegiert werden,

überwachen, die ausbilden. Und das kann dazu führen, dass man in einem Rettungsdienstbereich viele verschiedene Meinungen haben kann, was delegationsfähig ist und was nicht.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank. – Herr Abg. Hoffmann.

Abg. Jonas Hoffmann SPD: Ich möchte noch einmal das Thema Leitstellen aufrufen, und ich möchte transparent machen, aus welcher Ecke ich mich diesem Thema nähere. Ich bin von Haus aus ITler, ich bin jemand, der Prozesse optimiert. Und ich nähere mich diesem Thema dahin gehend an, dass wir die Chance hatten, in Estland, in Finnland, in Österreich unterschiedliche Konzepte von Leitstellen zu beobachten.

Jetzt haben wir diese Leitstellen hier in Baden-Württemberg, die sich eigentlich ja an die Landkreisgrenzen halten. Das ist aber aus organisatorischer Sicht, wenn man etwa Südbaden anschaut, de facto nicht immer effizient.

Daher die Frage auch an die kommunale Familie, ob die Kreise die finanziellen Mittel haben, um für die Personalressourcen – Leitstellen werden schon heute zu großen Teilen mit Leiharbeit betrieben – Strukturen zu schaffen, sodass man sämtliche Rettungsmittel, die eigentlich ja zur Verfügung stehen würden – wir haben über Feuerwehren gesprochen; Thema Polizei, auch andere Akteure im gesundheitlichen Dienst –, effizient vernetzen kann. Da ist die Frage, ob es wirklich die richtige Ebene wäre, oder ob es nicht– Herr Pitz kann sicherlich etwas dazu sagen, wie es rechtlich dabei aussieht – ein stringenterer Weg wäre, die vorhandenen sechs Leitstellen, die wir in der Polizei haben, zu erweitern, zu vergrößern und diese als zentralen Hub, als Leitstelle zu betrachten, um alle Blaulichtorganisationen managen zu können.

Abg. Dr. Matthias Miller CDU: Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen; hierdurch wurde das eine oder andere noch erhellt. – Ich habe noch eine Frage an Sie, Herr von Komorowski. Sie haben stark für die Selbstverwaltung plädiert. Ich persönlich halte die Selbstverwaltung auch für sehr gut. Wir haben ja einen sehr leistungsfähigen Rettungsdienst. Manchmal hatte man hier in der Anhörung den Eindruck, dass bei uns alles den

Bach runtergeht. So ist es nicht. Wer mal mit dem Rettungsdienst mitfährt, sieht, wie gut und motiviert die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort sind. Ich bin darauf auch sehr stolz.

Sie hatten die Finanzierungsfrage angesprochen. Dazu werden wir noch einen Änderungsantrag einbringen.

Eine weitere Frage: Es wurde das Stimmrecht im Bereichsausschuss angesprochen; man wünsche sich, dass Stadt- oder Landkreis ein Stimmrecht haben. Darüber kann man sicherlich nachdenken. Momentan ist es so, dass man durch das fehlende Stimmrecht sozusagen den Zwang hat, dass Kostenträger und Leistungsträger sich einigen müssen. Andernfalls gibt es keine Entscheidung. Würden auch Sie es als zwingend erachten, dass man ein Stimmrecht für die Landkreise braucht, oder kann das System so, wie wir es jetzt vorsehen, auch weiterhin zu einem leistungsfähigen Rettungsdienst beitragen?

Herr Dr. von Komorowski: Ich möchte mit der Frage von Herrn Abg. Hoffmann beginnen. Es ist die große Chance von Digitalisierung, dass man eine Zusammenarbeit ermöglicht, ohne dass Zuständigkeiten aufgelöst werden. Was meine ich damit? Dadurch, dass unterschiedliche Integrierte Leitstellen sich gegenseitig stützen können, wenn es eine integrierte Lösung gibt, kann dann auch die Zuständigkeit vor Ort erhalten werden.

Sie wissen, dass wir mit dem Innenministerium schon seit längerem Überlegungen anstellen, wie wir eine sogenannte Ringlösung realisieren können, wo dann sozusagen an einem technischen Backbone sämtliche Integrierten Leitstellen angeschlossen sind. Und dann kann ich natürlich Mangelsituationen, die ich vor Ort habe, beispielsweise im personellen Bereich, dadurch kompensieren, dass sich eine andere Integrierte Leitstelle aufschaltet. Gleichzeitig habe ich die Möglichkeit in Krisensituationen, sehr ortsnah zu agieren. Wir haben aktuell in der Hochwassersituation gesehen, wie wichtig es ist, dass vor Ort tatsächlich Menschen kompetent da sind, die dann auch die entsprechenden Maßnahmen einleiten.

Ich glaube und bin überzeugt, dass durch eine solche technische Backbone-Lösung die Zusammenarbeit der Integrierten Leitstellen auch unter den Bedingungen geringerer

Ressourcen, sowohl geringerer personeller Ressourcen als auch geringerer finanzieller Ressourcen, gut ausgebildet werden kann.

Wenn sich dann aufgrund der technischen Möglichkeiten herausstellen sollte, dass tatsächlich an der einen oder anderen Stelle eine Integrierte Leitstelle vielleicht ganz zumacht oder auch nur halb zumacht und nur im Krisenfall aufgeschaltet werden kann, dann wird man das so tun. Es gibt ja schon erste Beispiele in dieser Richtung; Oberschwaben ist bereits angesprochen worden.

Insofern würde ich schon sehr stark darauf setzen, dass wir am Ende des Tages gut beraten sind, eine solche Ringlösung zu organisieren. Das ist gleichzeitig eine Absage an zentralisiertere Formen der Zusammenarbeit. Ich glaube, wir sollten an dieser Stelle tatsächlich die Chancen der Digitalisierung nutzen.

Zur Frage von Herrn Abg. Miller, was das Stimmrecht im Bereichsausschuss betrifft: Da würden wir im Augenblick sagen – ich habe es vorhin schon versucht anzudeuten –: Systemfragen zu stellen, bringt uns im Augenblick nicht weiter. Wir müssen die Versorgungslage der Menschen verbessern, wir müssen schauen, dass die Hilfsorganisationen ihren Job tun können, dass die Selbstverwaltungen die entsprechenden Maßnahmen aufgleisen können. Wenn wir jetzt in eine sehr schwerfällige Systemdiskussion einsteigen würden, würde das zu Blockaden führen, sowohl bei den Hilfsorganisationen als auch bei den Kostenträgern.

Ich glaube, das können wir uns im Augenblick nicht leisten. Deswegen werden wir als Landkreistag weiterhin die Auffassung vertreten: Lasst uns das Beste aus den bestehenden Systemen machen. Wie gesagt, wir denken, dass das Rettungsdienstgesetz da eine gute Grundlage bildet. Wir würden davor warnen, in eine Selbstlähmung zu verfallen dadurch, dass man jetzt sehr schwierige Diskussionen über Stimmrechte vom Zaun bricht.

Wir wissen natürlich auch – das ist dargestellt worden –, dass es nicht ganz unheikel ist, an diesem System jetzt herumschrauben zu wollen. Bisher hat es sich als rechtlich

tragfähig erwiesen. Ich befürchte, dass jede Änderung, die wir jetzt in rechtlicher Hinsicht innerhalb dieses Systems vornehmen, dann doch wieder rechtliche Angriffsflächen bieten könnte, wie es sie bislang nicht gab. Wenn Sie einem Landkreis, wenn Sie den Stadt- und Landkreisen Stimmrechte im Bereichsausschuss geben, würde das auch zu einer gewissen Problematik führen, weil einerseits eine Rechtsaufsicht da ist, die dann eben beim Stadtkreis bzw. beim Landratsamt angesiedelt ist; andererseits ist der Landkreis dann mit Stimmrecht in dem Ausschuss. Das bietet Angriffsflächen. Ich glaube, dies wäre rechtlich auflösbar, aber in dieser heiklen Situation, wo das System insgesamt unter auch rechtlicher Beobachtung steht, würden wir dafür plädieren, konservativ unterwegs zu sein.

Herr Dr. Maier: Wir sehen das etwas anders. Wir sehen nämlich genau diese Pattsituation zwischen Leistungsträgern und Kostenträgern als nicht hilfreich an. Denn das kann in der Tat zu Konflikten, zu Blockaden führen, wenn die beiden Seiten sich auch, wenn es ums Geld geht, durchaus konträr gegenüberstehen können. Und dann kommen wir nicht zu der Situation, dass sich dies auflöst, sondern wir haben eine Blockade, die nicht zu einer Lösung des Problems führt.

Und dann braucht es noch jemanden, der diese Blockade auflösen kann, indem er als Dritter in diesem Kreis mit drin ist und dann eben entsprechend stimmen kann, so, wie es derjenige dann tut, der letzten Endes subsidiär – ich komme immer wieder auf dieses Thema – für die Aufgabenerfüllung zuständig ist. Und der kann dann eben die sachlich richtige Entscheidung treffen, um eine solche Blockade zu verhindern.

Herr Dr. Pitz: Thema Leitstellen: Ich glaube, wenn man über die Grenzen hinweg schaut, ist die Diskussion: „Machen wir Leitstellen zu oder nicht?“ völlig überkommen, aus den genannten Gründen. Es gibt Aufgaben, die macht man sinnvollerweise zentral; die können bestimmte Leitstellen in ihren Größen nicht abbilden. Aber am Ende brauche ich ein einheitliches IT-System, das irgendwo gemanagt wird. Das Landespolizeipräsidium macht ja da auch einen sehr großen Aufwand.

Und dann habe ich verschiedene Standorte von Leitstellen; da sitzen Mitarbeiter, die dann – das Stichwort „Kommunale Gefahrenabwehr“ spielt da eine große Rolle – auch entsprechend vor Ort sein können, um beispielsweise Stabslagen mit abarbeiten zu können. Aber wenn ein landesweit einheitliches Einsatzleitsystem, das zentral gewartet und geschult wird, gesetzt wäre, würde dies am Ende auch dazu führen, dass man vielleicht von dieser Diskussion, die ja gern auch aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen heraus geführt wird: „Wir müssen Leitstellen zumachen“, wekommt und die Blockade, die manchmal aus Angst davor besteht, dass da etwas geschlossen wird, auflösen kann.

Daher denke ich, das wäre der Weg. Ob das jetzt das Thema Polizei ist – Sie hatten das Rechtliche angesprochen: Ich kenne die Meinung, dass man das in Deutschland nicht kombinieren könne, weil es einerseits Strafverfolgung und andererseits Gesundheitsversorgung sei. So ganz überzeugt bin ich von dieser Argumentation ehrlich gesagt nicht. Jedenfalls sehe ich grundsätzlich mal keine rechtlichen Hürden dabei, eine Regelung zu schaffen, wie eine kombinierte Leitstelle aus Polizei, Rettungsdienst und Feuerwehr zusammenarbeiten könnte – Stichwort 911-Callcenter in den USA. Da ist das ja auch kein Problem. Ich glaube auch nicht, dass es hier in Deutschland erhebliche Hürden geben würde, so etwas zu machen – wenn man es denn will.

Vorsitzender Ulli Hockenberger: Vielen Dank. – Dann wären alle Fragen beantwortet. Weitere Nachfragen sehe ich nicht.

Dann danke ich den Experten im toto. Vielen Dank, dass Sie bei uns waren und uns für die Fragen zur Verfügung standen. Wir haben etwas mehr Zeit aufgewendet als geplant, aber vor dem Hintergrund der Bedeutung dieser gesetzlichen Änderung war das sicherlich angemessen.